

โครงการงานวิจัยเรื่อง “การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ”

1. หลักการและเหตุผล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550⁽¹⁾ ได้คุ้มครองสิทธิของคนพิการผ่านบทบัญญัติที่ว่าด้วยความเสมอภาคในมาตรา 30 ซึ่งเป็นการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์โดยไม่เลือกปฏิบัติ และส่งเสริมให้คนพิการสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพในการศึกษา การได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ โดยรัฐต้องจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคนชั้น ไม่ว่าจะเป็นผู้ยากไร้ คนพิการ หรือทุพพลภาพ ต้องได้รับการศึกษาทัดเทียมบุคคลอื่น และคนพิการมีสิทธิและสามารถใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสมจากรัฐซึ่ง "คนพิการ" ตามความหมายของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550⁽¹⁾ คือ บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการใน 59 ประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 ขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾ พบว่าความชุกของคนพิการทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 15 โดยมีความชุกมากที่สุดถึงร้อยละ 46 ในกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ความชุกของคนพิการทั่วโลกนั้นมีความแตกต่างกันตามวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ กล่าวคือค่าความชุกของคนพิการจะมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 12-18 และยังรายงานว่าความชุกของคนพิการขึ้นอยู่กับความแตกต่างของรายได้ประชากรในแต่ละประเทศ ซึ่งพบว่าคนพิการส่วนใหญ่อาศัยอยู่เขตชนบทถึงร้อยละ 16 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบทของประเทศที่กำลังพัฒนา (ร้อยละ 19) ซึ่งในประเทศเหล่านี้มีช่องว่างของการเข้าถึงบริการสำหรับคนพิการค่อนข้างมากเช่นประเทศจีนมีคนพิการถึงร้อยละ 40 ที่ไม่เข้าถึงระบบบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความพิการมาตั้งแต่ พ.ศ.2545 และในปี พ.ศ. 2550 ได้สำรวจครั้งที่ 2⁽³⁾ โดยปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้สำรวจเพื่อให้สอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดของบัญชีสากล (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) โดยพบว่าประเทศไทยมีคนพิการประมาณ 1.9 ล้านคนหรือ ร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งหมด มีสัดส่วนในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย พบมากในกลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31) และความพิการจะแปรผันตามอายุที่มากขึ้น สัดส่วนของคนพิการที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลถึง 2 เท่า และพบว่าภาคเหนือมีความหนาแน่นคนพิการสูงที่สุดถึงร้อยละ 4.4 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.5 ลักษณะความพิการที่พบ 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) สายตาเลือนรางสองข้าง 2) สายตาเลือนรางข้างเดียว 3) หูตึงสองข้าง 4) อัมพฤกษ์ และ 5) แขนขาเหยียดงอไม่ได้

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ⁽⁴⁾ ได้รายงานสถานการณ์คนที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2556 ว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 1,572,955 ราย ผู้ที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหว/ทางร่างกายมีจำนวนมากที่สุด คือ 617,439 คน รองลงมา ได้แก่ ผู้พิการทางการได้ยิน/สื่อความหมาย 214,554 พิจารณาทางการมองเห็น 149,637 คน พิจารณาทางสติปัญญา 108,838 คน พิจารณาเข้าซ้อน 95,320 คน พิจารณาทางจิตใจหรือพฤติกรรม 88,150 คน พิจารณาทางการเรียนรู้ 3,388 คน ออทิสติก 3,549 คน และไม่ระบุความพิการ 55,805 คน จะเห็นได้ว่าจำนวนคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการมีจำนวนน้อยกว่าคนพิการที่ได้จากการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีคนพิการจำนวนมากอาจจะเข้าไม่ถึงบริการพื้นฐานขั้นต้นหรือไม่เท่าเทียมกับคนพิการที่มีบัตรประจำตัว เช่น การวินิจฉัยและขอรับสิทธิทางกฎหมายของคนพิการ นอกจากนี้การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550 พบคนพิการที่เข้าไม่ถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐโดยร้อยละ 21 ไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งที่มีความจำเป็นในขณะที่มากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยเรียนหนังสือร้อยละ 47 ไม่มีงานทำ นอกจากนี้สภาพที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁽⁵⁾ ได้รายงานข้อมูลสถานการณ์คนพิการในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีคนพิการที่เข้าไม่ถึงบริการหรือสวัสดิการของรัฐอีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการส่งเสริมอาชีพ การจ้างงาน และรายได้คนพิการรวมถึงการบริการด้านการรักษาพยาบาล การบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพนอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2554 มีคนพิการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 1,074,607 คน (ร้อยละ 2.3 ของประชากรที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ในจำนวนนี้มีผู้เข้ามารับบริการและสวัสดิการต่างๆ ร้อยละ 40 และได้รับบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการร้อยละ 2.4⁽⁶⁾

ปัจจุบันคนพิการในประเทศไทยประสบปัญหาในการเข้ารับบริการทางการแพทย์เนื่องมาจากสาเหตุด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่ารักษาพยาบาลและการรอรับการรักษาที่ต้องใช้เวลานานตลอดจนอาคารสถานที่อุปกรณ์หรือสื่อที่ไม่เอื้อให้คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ประกอบกับความยากจนของคนพิการและครอบครัวบางส่วนทำให้คนพิการเหล่านี้ถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมไม่สามารถเข้าถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและมักถูกละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานซึ่งคนพิการบางประเภทหากได้รับการบริการทางการแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ไม่เป็นภาระทั้งกับครอบครัวและภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ⁽⁷⁾

ถึงแม้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการของข้าราชการจะระบุหลักการที่ครอบคลุมเรื่องความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติการให้สิทธิประโยชน์ การบริหารจัดการและกลไกการจ่ายค่าบริการตามสิทธิยังมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่น ความแตกต่างของอัตราเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ความแตกต่างของกลไกการเบิกจ่ายเงินในแต่ละกองทุนประกันสุขภาพแก่สถานพยาบาล ในขณะที่บางกองทุน คนพิการสามารถรับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บางกองทุนคนพิการต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกคืนภายหลัง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้คนพิการบางกลุ่มเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็นตามสิทธิที่ระบุได้จริง และไม่เป็นธรรมอย่างที่กฎหมายกำหนด⁽⁷⁾ ดังนั้นเพื่อลดช่องว่างของการเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการดังกล่าว จึงต้องพัฒนาการบริหารจัดการและกลไกการจ่ายค่าบริการให้ได้มาตรฐาน และขจัดความความ

เหลื่อมล้ำดังกล่าว รวมทั้งส่งเสริมให้มีแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่และสถานบริการที่เป็น อุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพคนพิการต่อไป

มุมมองและทัศนคติของผู้บริหารและประชาชนต่อการจัดรัฐสวัสดิการมีความแตกต่างกันตามประวัติศาสตร์ บริบทสิ่งแวดล้อมในแต่ละสังคม และมีส่วนเกี่ยวข้องกับสวัสดิการของคนพิการ บางสังคมเห็นว่าการจัดสวัสดิการที่ดีสำหรับคนพิการเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ขณะที่บางสังคมพิจารณาว่าสวัสดิการสำหรับคนพิการเป็นบริการที่ตอบสนองหลักจริยธรรมขั้นพื้นฐานตามหลักสิทธิมนุษยชน การมีมุมมองและทัศนคติที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อเนื้อหาและสาระของนโยบายที่มีต่อคนพิการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หลายประเทศได้ให้ความสำคัญต่อรัฐสวัสดิการสำหรับคนพิการมากกว่าประเทศอื่นๆ เช่น ไต้หวัน^(8, 9) สิงคโปร์^(10, 11) และฟินแลนด์^(12, 13) ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการและกลไกการจ่ายค่าบริการสำหรับคนพิการในประเทศไทย ควรอ้างอิงเปรียบเทียบกับประเทศเหล่านี้ เนื่องจากมาตรฐานที่ดีต่อการจัดบริการของคนพิการในบริบทนานาชาติ จะเป็นบทเรียนเพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการสำหรับคนพิการในประเทศไทยอยู่ในระดับใดทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อข้อสรุปที่ว่าสวัสดิการสำหรับคนพิการในประเทศไทยต้องดำเนินการตามประเทศเหล่านี้ อย่างไรก็ตามสวัสดิการของคนพิการในแต่ละประเทศต้องคำนึงถึงความต้องการและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. วัตถุประสงค์ทั่วไป

ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องจากต่างประเทศ

3. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์คนพิการทุกประเภทและความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย
2. เพื่อทบทวนแนวคิดและบทเรียนจากประสบการณ์การจัดระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในต่างประเทศ ได้แก่ ไต้หวัน สิงคโปร์ และฟินแลนด์ ที่ส่งเสริมให้คนพิการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ และการบริการ
3. เพื่อทบทวนนโยบายเกี่ยวกับการสนับสนุนและกลไกการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ ในสามระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ รวมทั้งนโยบายการสนับสนุนอุปกรณ์ฯ และการจัดบริการที่ดำเนินการโดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มูลนิธิฯ เข็มในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
4. เพื่อศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและบริการที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงฯ และผลลัพธ์ของการเข้าถึงฯ ของคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ

4. ทบทวนวรรณกรรม

4.1 บทบาทของหน่วยงานภาครัฐต่อคนพิการ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 เป็นรัฐธรรมนูญที่ให้สิทธิและผลประโยชน์แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง จุดเด่นที่เกี่ยวกับคนพิการ คือ คนพิการ มีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสมจากรัฐ (มาตรา 54) และประเด็นเกี่ยวกับคนพิการได้ถูกบรรจุไว้ในคำแถลงนโยบายของรัฐบาลของคณะรัฐมนตรี นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2551 ในนโยบายสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในข้อ 3.5.6 ความว่า "ส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างชายหญิง ขจัดการกระทำความรุนแรงและการเลือกปฏิบัติต่อเด็ก สตรี และคนพิการ ให้การคุ้มครองและส่งเสริมการจัดสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ยากไร้ คนพิการหรือทุพพลภาพ และผู้ที่อยู่ในภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พึ่งตนเองได้" ⁽⁶⁾ และเพื่อเป็นการสนองตอบต่อนโยบายรัฐบาลและนโยบายแห่งชาติว่าด้วยคนพิการ ⁽⁶⁾ มีหน่วยงานหรือกระทรวงหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อประเด็นด้านคนพิการ ดังนี้ 1) กระทรวงศึกษาธิการ รับผิดชอบการศึกษาและการฝึกอาชีพสำหรับคนพิการ 2) กระทรวงแรงงาน รับผิดชอบดูแลด้านการประกอบอาชีพ การจ้างงานคนพิการ การส่งเสริมการประกอบอาชีพของคนพิการ รวมทั้งกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานคนพิการ เพื่อมิให้คนพิการถูกเอาเปรียบและเลือกปฏิบัติ 3) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รับผิดชอบให้คนพิการ มีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่น ๆ จากรัฐ โดยการยื่นขอจดทะเบียนคนพิการ และเร่งรัดบังคับจดทะเบียนใหม่ให้กับคนพิการได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ยังดำเนินการพัฒนาและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ 4 ด้าน ได้แก่ การแพทย์ การศึกษา อาชีพ/ การมีงานทำ และการมีส่วนร่วมในสังคม และ 4) กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำร่างประกาศกระทรวง ฯ ตามมาตรา 20 (1) ⁽¹⁾ ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ว่าด้วยการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ และได้มีการจัดเวทีระดมความเห็น สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำร่างประกาศฯ เพื่อให้ได้ร่างประกาศฯ ที่สามารถดำเนินการในทางปฏิบัติได้จริง และทำให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น

จาก พรบ.ส่งเสริมฯ มาตรา 20 (1) ⁽¹⁾ ทำให้เกิดประกาศกระทรวงสาธารณสุขตามประกาศราชกิจจานุเบกษา ปี 2552 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 163 ง ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2552 โดยมีสาระสำคัญ คือ ให้คนพิการได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพในเรื่องการตรวจวินิจฉัย ในห้องปฏิบัติการ ตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ เน้นแนวให้คำปรึกษา ปรึกษา ผลัดกัน ปรึกษา และให้การพิเศษอื่นๆ เพื่อการฟื้นฟู การทำศัลยกรรม การบริการเฉพาะทาง การบำบัดแบบต่างๆ ส่งเสริมพัฒนาการหรือการช่วยเหลือระยะเริ่มแรก การบริการแพทย์ทางเลือก พัฒนาทักษะทางสังคม ประเมินเตรียมความพร้อมก่อนฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการเห็น และการเคลื่อนไหว บริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ฟื้นฟูโดยครอบครัวและชุมชน เข็มบ้าน กิจกรรมเชิงรุก การฝึกทักษะการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน การบริการทันตกรรม และให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการให้คนพิการได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริม

พัฒนาการ จากสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาล เอกชนตามที่หน่วยงานของรัฐประกาศและกรณีที่อยู่อุปกรณ์ หรือเครื่องช่วย ชำรุด ให้สถานพยาบาล ทำการซ่อมแซม หรือเปลี่ยนแปลงชิ้นส่วน หรือจัดหาใหม่ หรือส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ ให้ศูนย์สิทธิประโยชน์เพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นหน่วยประสานงานและสนับสนุนงานวิชาการ เทคโนโลยีด้านการฟื้นฟู การ วิจัยพัฒนานวัตกรรมรวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ที่มีมูลค่าสูงเฉพาะกรณีหรือระเบียบหน่วยงานของรัฐมิได้กำหนด

4.2 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (Assistive Technology for disabled people, AT) คือ สิ่งของ ชิ้นส่วนของ อุปกรณ์ หรือผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจากการซื้อขาย ดัดแปลง หรือปรับปรุง เพื่อใช้ในการเพิ่ม คงสภาพ หรือทำให้ ความสามารถในการทำงานของคนพิการดีขึ้น⁽¹⁴⁾ โดยอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการนี้จะแบ่งเป็น 5 ประเภทหลักๆ ได้แก่

1. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว (mobility impairments) เช่น ไม้เท้าช่วยพยุง ภาย อุปกรณ์-อวัยวะเทียม ฟันเทียม เก้าอี้รถเข็นหรือจักรยานสำหรับคนพิการ
2. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน (hearing impairments) เช่น อุปกรณ์ช่วยฟัง
3. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็น (visual impairments) เช่น ไม้เท้าขาว แว่นตา talking book โปรแกรมช่วยการอ่าน ocular device
4. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาพูด (speech impairments) เช่น communication boards and speech synthesizers
5. อุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการรับรู้ (cognitive impairments) เช่น ปฏิทินสัญลักษณ์ที่เป็น รูปภาพ อุปกรณ์เสริมพัฒนาการ

4.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก⁽¹⁵⁾ กล่าวว่าไว้ว่า ‘การใช้สิทธิในการเข้าถึงมาตรฐานสูงสุดของสุขภาพนั้นเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน ประการหนึ่งของมนุษย์ทุกรูปทุกนามโดยปราศจากความแตกต่างของเชื้อชาติศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาพ ทางเศรษฐกิจและสังคม’ สิทธิในสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน อย่งไรก็ตาม ประชาชนในประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มเข้าถึงการบริการสาธารณสุขน้อยกว่าประชาชนในประเทศที่พัฒนา แล้ว⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ ทั้งนี้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพนั้นอาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบทและข้อจำกัดของแต่ละ ประเทศ^(16, 19) ซึ่งการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นแนวคิดสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพและบางครั้งถูกใช้ เป็นตัวชี้วัดระบบสุขภาพ^(20, 21)

สำหรับประเทศไทยนั้นการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะในคนพิการซึ่งมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐตาม พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 เป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายของไทย ให้ความสำคัญ

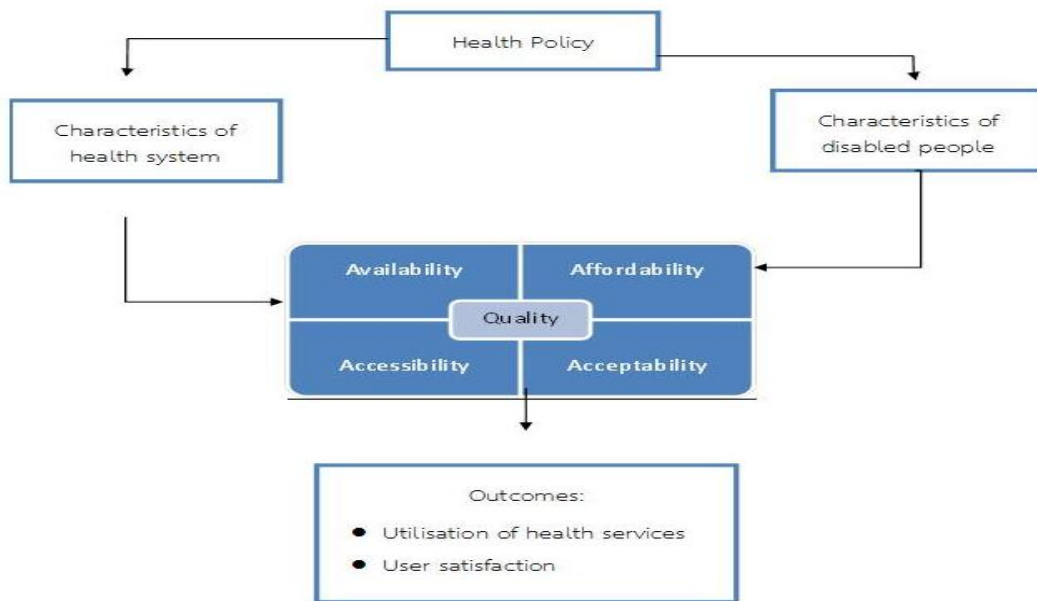
‘การเข้าถึง’ ไม่เพียงเป็นประเด็นทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งสินค้าจากผู้ผลิตไปสู่ผู้ใช้ แต่ยังมีความเกี่ยวข้องไปถึงคุณค่าทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ‘การเข้าถึง’ เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น เทคโนโลยีสาธารณสุข การบริการ และเวลา เป็นต้น^(17, 22) การให้ความหมายแนวความคิดในการเข้าถึงนั้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม มีผู้ให้คำจำกัดความของ ‘การเข้าถึง’ คือ

- ความสามารถของบุคคลที่จะได้รับเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและใช้อย่างเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็น⁽¹⁷⁾
- การบริการควรมีพร้อมสำหรับทุกคนที่อยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ของระบบบริการนั้นๆ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ⁽²³⁾

จากนิยามในขั้นต้นอาจสรุปได้ว่า ‘การเข้าถึง’ หมายถึง การที่ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ตามความจำเป็น ซึ่งเป็นบริการที่เหมาะสมทั้งในแง่ของเวลาและบริบทของประเทศ โดยผู้รับบริการได้ประโยชน์ในด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตจากบริการเหล่านั้น ทั้งนี้ ประชาชนทุกกลุ่ม รวมทั้งประชาชนคนพิการจะต้องเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน

กรอบการวิเคราะห์ ‘การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ’

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีอย่างน้อย 4 การศึกษาได้กล่าวถึงกรอบการวิเคราะห์ ‘การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ’^(15-18, 24) และพบว่า เทคโนโลยีส่วนใหญ่มีกรอบการวิเคราะห์ที่ใกล้เคียงกัน คือ Availability (การมีอยู่ของเทคโนโลยี) Affordability (ความสามารถในการจ่าย) Accessibility (การเข้าถึงทางกายภาพ) Acceptability/Adoption (การยอมรับ) กรอบการวิเคราะห์การเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพรวมทั้งบริการที่เกี่ยวข้องโดยทั่วไปมักจะพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นตัวกำหนดการเข้าถึง เช่น นโยบายสุขภาพ ลักษณะของระบบสุขภาพ และลักษณะของประชากรผู้ใช้บริการ เป็นต้น^(16, 18, 20) นอกจากจะประเมินการเข้าถึงเทคโนโลยีในแง่มุมต่างๆ ที่กล่าวแล้ว ยังมีการศึกษาผลที่เกิดขึ้นตามมา เช่น การใช้หรือได้รับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

4.4 ความเหลื่อมล้ำระหว่างโครงการประกันสุขภาพภาครัฐเกี่ยวกับกับการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ แบ่งเป็น 3 กองทุนเพื่อใช้ในการบริหารจัดการดูแลสวัสดิการของผู้ประกันตนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพนั้นๆ ได้แก่ 1) กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) กองทุนประกันสังคม 3) กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้ง 3 กองทุน มีวิธีการดูแลสวัสดิการรักษายาบาลและการจ่ายที่ต่างกัน ก่อให้เกิดความแตกต่างระหว่างระบบ กลายเป็นความเหลื่อมล้ำในความไม่เท่าเทียมกันของระบบประกันสุขภาพ โดยกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมมองว่าได้รับบริการไม่เท่าเทียมกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือแม้แต่กองทุนประกันสังคมและกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็มีความแตกต่างกัน จากรายงานการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระหว่างกองทุนประกันสังคมกับกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽²⁵⁾ ที่ผู้มีสิทธิประกันตนได้รับ ณ วันที่ 1 มกราคม 2554 พบว่าทั้งสองกองทุนมีความแตกต่างกันใน 3 ประเด็น คือ 1) ขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครอง 2) สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน 3) สิทธิประโยชน์ที่เหมือนกัน แต่บริหารจัดการแตกต่างกันในบางรายการ

สำหรับผู้ป่วยกรณีทุพพลภาพกองทุนประกันสังคมเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลของรัฐฟรี ประเภทผู้ป่วยนอกจ่ายให้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ประเภทผู้ป่วยในจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมตามหลักเกณฑ์และอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลเอกชน ประเภทผู้ป่วยนอกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริง ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท ประเภทผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 4,000 บาท ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ทุพพลภาพตามมาตรา 70⁽⁵⁾ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ให้เหมาจ่ายไม่เกินเดือนละ 500 บาท ประกันสุขภาพถ้วนหน้าคนพิการสามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้ในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น⁽²⁶⁾

ในส่วนของค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ กองทุนประกันสังคมได้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ซึ่งเหมาะจ่ายทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ครอบคลุมการรักษาพยาบาลรวมถึงอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษาโรคกรณีทุพพลภาพ และได้มีการกำหนดรายการเสริมเพื่อสนับสนุนเพิ่มเติมให้แก่โรงพยาบาล ส่วนประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหมาะจ่ายเฉพาะผู้ป่วยนอกซึ่งไม่รวมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้บำบัดรักษาโรคกรณีทุพพลภาพ ดังนั้นจึงมีการกำหนดตารางอุปกรณ์อย่างละเอียดเพื่อให้โรงพยาบาลยื่นเบิกต่างหาก⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคที่แตกต่างกัน โดยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีรายการอุปกรณ์อวัยวะเทียม 270 รายการแต่ประกันสังคมมีเพียง 81 รายการและมีจำนวน 206 รายการที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแต่ระบบประกันสังคมไม่มี มีเพียง 17 รายการ ที่ระบบประกันสังคมมีแต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มี

สำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการ มีรายการอวัยวะเทียมและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการทั้งหมด 394 รายการ ในกลุ่มผู้ป่วยนอก การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นไปตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) ซึ่งการใช้อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์เครื่องช่วยฯ เป็นไปตามข้อบ่งชี้ สำหรับผู้ป่วยใน มีการกำหนดรายการและรายละเอียดการเบิกจ่าย รวมถึงวัสดุสิ้นเปลืองที่เป็นวัสดุทางการแพทย์ นอกจากนั้นหากโรงพยาบาลใดไม่มีรายการอวัยวะเทียมฯ นั้น จะออกหนังสือรับรองให้ผู้ป่วยไปจัดซื้อเอง⁽³⁸⁾

4.5 การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบประกันสุขภาพของต่างประเทศ

การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการยังมีปัญหาอยู่ในหลายประเทศ โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 5-15 จากคนพิการทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ที่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์เหล่านี้⁽²⁷⁾ องค์การอนามัยโลกเป็นส่วนหนึ่งของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยมีบทบาทในด้านการพัฒนาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน การจัดประชุม สัมมนาในระดับชาติและนานาชาติ เพื่อส่งเสริมและเพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ สร้างฐานข้อมูลสำหรับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่เหมาะสม รวมทั้งร่วมพัฒนานโยบายระดับนานาชาติด้วย⁽²⁸⁾ โดยแนะนำว่าการพัฒนานโยบายการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและการจัดบริการที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศนั้นจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ ความเหมาะสมกับคนพิการแต่ละราย และต้องมีระบบติดตาม ประเมินผลการทำงานของอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการเพื่อให้แน่ใจถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁾

นอกจากนั้นใน World Report on Disability ได้รายงานว่ามีปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการมาจากปัญหาด้านจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ปัญหาคืออีกประการที่ทำให้คนพิการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการไม่ได้คือปัญหาที่เกิดจากระบบบริการเอง เช่น การประสานงานในการให้บริการที่ไม่ดีพอ จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ปัญหาเรื่องความสามารถของเจ้าหน้าที่ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ การเข้าถึง และความเพียงพอของการบริการ รวมไปถึงจนถึงระบบบริการสาธารณะที่ไม่เอื้อต่อคนพิการในการเข้าถึงบริการต่างๆ ซึ่งนับเป็นอุปสรรคใหญ่เช่นกัน⁽¹⁴⁾

ในบางประเทศมีการกำหนดแนวทางสนับสนุนการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระบบประกันสุขภาพของตน ยกตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา ระบบประกันสุขภาพเป็นการดำเนินการระหว่างรัฐบาลร่วมกับประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยประชาชนหรือผู้มีสิทธิส่วนใหญ่ได้รับบริการผ่านระบบบริการที่จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee-for-service) และอีกส่วนใช้บริการ Managed care plan หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของรัฐ ได้แก่ centers for Medicare and Medicaid services (CMS)^(29, 30) การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของสหรัฐอเมริกา จะขึ้นอยู่กับลักษณะโปรแกรมสุขภาพที่ผู้ประกันตนรายนั้นๆ ทำประกันหรือมีสิทธิอยู่ ซึ่งได้แก่ 1) Medical assistance (Medicaid) เป็นโปรแกรมสุขภาพที่ร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งเป็นแผนประกันสุขภาพหลักของรัฐที่จัดให้แก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย คนพิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น รัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดนโยบายหลัก โดยในแต่ละรัฐมีสิทธิในการพิจารณาการบริหารจัดการโปรแกรมของตน และ 2) Medicare เป็นแผนประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางที่ครอบคลุมประชาชนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คนพิการ (ไม่จำกัดอายุ) และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย โปรแกรมนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน Medicare part A (hospital insurance) และ Medicare part B (medical insurance) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้ประกันตนเลือกซื้อโปรแกรมสุขภาพเพิ่มเติม

เมืองออนตาริโอ (Ontario) ประเทศแคนาดา มีโครงการสนับสนุนเครื่องช่วยคนพิการที่เรียกว่า Assistive Devices Program (ADP)⁽³¹⁾ โดยมีวัตถุประสงค์คือการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและเงินให้แก่คนพิการในระยะยาวที่เป็นประชาชนในเมืองออนตาริโอ ซึ่งอุปกรณ์ที่อยู่ในโครงการจะมีจำนวนมากกว่า 8,000 ซึ่งผู้ที่สามารถรับบริการจากโครงการนี้ได้จะต้องถือบัตรสุขภาพออนตาริโอ (Ontario Health Card) และมีความพิการมานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป ADP จะจ่ายค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 75% ของราคาต่ออุปกรณ์ 1 อย่าง หากเป็นคนพิการที่ได้รับสิทธิประโยชน์จาก Ontario Works หรือ Ontario Disability Support Plan โครงการ ADP จะจ่ายค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการให้ทั้งหมด ในส่วนอุปกรณ์เครื่องช่วยอื่นๆ เช่น hearing aids โครงการ ADP จะจ่ายค่าอุปกรณ์ซึ่งจะตั้งราคาในอัตราที่สูงที่สุด โดยคนพิการสามารถเบิกค่าอุปกรณ์ได้ในอัตรานี้หรือต่ำกว่า อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ อย่างเช่น ostomy, needles และ syringes โครงการ ADP จะจ่ายค่าสนับสนุนอุปกรณ์ในแต่ละรอบปี สำหรับถึงออกซิเจนในโครงการ The home oxygen program คนพิการที่เป็นผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่ได้สวัสดิการทางสังคม (social assistance) ADP จะสนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดของราคาถึงออกซิเจนและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงค่าใช้จ่ายของอุปกรณ์ที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลที่บ้าน ส่วนคนพิการที่อยู่นอกเหนือจากนี้ จะสนับสนุนค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยดังกล่าว 75%

สำหรับการเข้าถึงบริการแพทย์จะเป็นผู้ประเมิน วินิจฉัยและยืนยันความพิการ (ทางกายภาพ) หลังจากมีรายละเอียดความพิการและได้รับการรับรองหรือยืนยันจากโครงการแล้วโครงการ ADP จะบันทึกรายละเอียดของคนพิการไปยังแพทย์ประจำตัวเพื่อส่งต่อในการดูแลรักษาในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพที่เรียกว่า “authorizer” ซึ่งเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการฝึกอบรมในการดูแลคนพิการจากโครงการตามเงื่อนไขหรือ

ประเภทความพิการต่างๆ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ขึ้นทะเบียนกับโครงการนี้ เป็นผู้ที่ทำงานทั้งจากโรงพยาบาล home care agencies หรือ private practice หลังจากนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลคนพิการคนนั้นจะประเมินความจำเป็นและความจำเป็นเฉพาะของความพิการเพื่อเลือกอุปกรณ์เครื่องช่วยที่เหมาะสมและเขียนใบสั่งอุปกรณ์ ไปยังบริษัทตัวแทนจำหน่ายที่ขึ้นทะเบียนกับโครงการ บริษัทตัวแทนจำหน่ายเหล่านี้ หลังจากได้รับใบสั่งจาก “authorizer” แล้ว ก็จะจัดส่งให้กับคนพิการต่อไป ซึ่งโครงการจะจ่ายค่าอุปกรณ์หรือเครื่องมือเหล่านั้นให้กับบริษัทตัวแทนจำหน่ายที่ขึ้นทะเบียนกับโครงการ (ไม่สนับสนุนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่น การจัดส่ง)

สำหรับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการถือเป็นกรรมสิทธิ์ของคนพิการนั้นๆ แต่อาจมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือบางประเภทที่โปรแกรม ADP ให้กู้ยืมหรือให้เช่า หากอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการไม่เพียงพออันเกิดจากเงื่อนไขความพิการหรือมีขนาดที่ไม่เหมาะสมกับคนพิการนั้น โดยเกี่ยวข้องกับคำสั่งใช้อุปกรณ์จากแพทย์หรือ authorizer ทางโครงการจะดำเนินการเปลี่ยนให้ใหม่ และหากอุปกรณ์เกิดความชำรุดเสียหาย และมีการซ่อมแซม โครงการจะจ่าย 75% หลังอุปกรณ์ซ่อมแซมให้ใช้งานได้ปกติ นอกจากนี้โครงการจะไม่รับผิดชอบกรณีอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการสูญหาย ถูกทำลาย โคนขโมย การดำเนินงานของโครงการ Assistive Devices Program - ADP ในปีงบประมาณ ค.ศ.2008/09 พบว่าคนพิการเข้าถึงเครื่องช่วยอุปกรณ์จาก 173,000 เพิ่มขึ้นเป็น 294,000 คน

ประเทศฟินแลนด์การให้บริการแก่คนพิการนั้นเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวกับการให้บริการและการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ โดยวางอยู่บนหลักการ 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความเท่าเทียม (equality) 2) มีส่วนร่วม (participation) และ 3) มีการรักษาพิเศษที่ดี (positive special treatment) โดยคนพิการจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณะต่างๆ ในฟินแลนด์ได้ เนื่องระบบบริการสาธารณะต่างๆ ถูกพัฒนาขึ้นมาบนหลักการที่ให้ทุกคนสามารถใช้บริการชนิดนั้นๆ ได้ อย่างไรก็ตามหากบริการเหล่านั้นไม่เพียงพอ บริการพิเศษจะถูกจัดเตรียมไว้ให้สำหรับคนพิการ เช่น ที่พักอาศัย อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ การขนส่ง และบริการล่าม เป็นต้นโดยการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการนั้น คนพิการจะต้องได้รับการส่งต่อจาก assistive device units ของศูนย์บริการสุขภาพจังหวัด (health care districts) อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ได้คนพิการรับไปนั้นจะประกอบไปด้วยคู่มือการใช้ และใบรับประกันสินค้า นอกจากนี้ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการชนิดที่ช่วยคนพิการในการเข้าสังคมและสันตนาการจะมีอยู่ที่กรมสวัสดิการสังคม⁽¹³⁾ ในด้านของการบริการด้านการแพทย์ ฟินแลนด์เป็นประเทศที่มีจำนวนนักกายภาพบำบัดต่อประชากรมากที่สุดในโลก โดยมีจำนวนอยู่ที่ราว 20 คนต่อประชากร 10,000 ราย ในขณะที่มีจำนวนนักกิจกรรมบำบัดอยู่ที่ราว 4 คนต่อประชากร 10,000 ซึ่งยังถือว่าเป็น 10 อันดับแรกของโลกที่มีนักกิจกรรมบำบัดต่อประชากรมากที่สุด (อันดับหนึ่งคือเดนมาร์ค มีนักกิจกรรมบำบัดประมาณ 11 คนต่อประชากร 10,000 คน⁽¹⁴⁾)

นอกจากนี้ประเทศฟินแลนด์ยังมีบริการสำหรับคนต่างด้าวที่พำนักอยู่ในฟินแลนด์มาเป็นเวลานานพอสมควร โดยมีหน่วยงานที่ชื่อว่า Kela (the National Pensions Institute of Finland) ทำหน้าที่ดูแลด้านการเงินให้แก่คนพิการ โดยคนพิการที่อายุระหว่าง 16-64 ปี สามารถเบิกเบี้ยคนพิการ (Disability Allowance) จาก Kela ได้ ซึ่ง Kela ได้จัดการ

และชดเชยให้แก่คนพิการในการทำการฟื้นฟูทางการแพทย์และบริการอาชีวเวชศาสตร์ให้แก่ผู้ที่มีความสามารถ บิดา และมารดาสามารถยื่นขอค่าดูแลพิเศษ (Special Disability Allowance) ในกรณีที่ทั้งคู่ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากต้องดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 16 ปี ที่พิการในโรงพยาบาล (หรือบางกรณีที่ต้องดูแลอยู่บ้าน) ถ้าพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 16 ปีอยู่ที่บ้าน สามารถขอเบิกค่าดูแลเด็กพิการ (Child Disability Allowance) ในด้านการเข้าถึงบริการสาธารณะ ฟินแลนด์มีการบริการพิเศษสำหรับคนพิการ เช่น ที่พัก การเดินทาง หรือการสื่อสาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามคนพิการต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าเป็นคนพิการจริงจากสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น ศูนย์สุขภาพ (health center) จึงสามารถเข้าถึงบริการพิเศษเหล่านี้ได้⁽³²⁾

4.6 งานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม ประเมินผลระบบการให้บริการสุขภาพคนพิการ

การศึกษาระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับคนพิการในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา พบว่าการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความพิการในสองประเทศมีความแตกต่างกัน และพบว่าคนพิการทั้งสองประเทศมีแพทย์ประจำและมีอัตราการติดต่อหรือการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสูงกว่าคนปกติ แต่พบว่าความพึงพอใจคุณภาพการให้บริการระดับปานกลางหรือระดับน้อยของคนพิการประเทศแคนาดา จะมีมากกว่าคนพิการประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้จากการศึกษานี้พบว่าคนพิการของสหรัฐอเมริกาที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ พบแนวโน้มในการเข้าถึง ความพึงพอใจบริการ คุณภาพบริการ และการติดต่อหรือดูแลรักษาต่อเนื่องกับแพทย์ค่อนข้างต่ำกว่าผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ⁽³³⁾

การสำรวจในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ของ Ministry of Health and Long – Term Care พบว่าการเพิ่มขึ้นของการใช้ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการมีความสัมพันธ์กับการลดลงของรายงานความพิการในประชาชนอายุ 65 ปีขึ้นไป⁽³⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีบางการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่ใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่น อุปกรณ์เครื่องช่วยการเคลื่อนไหว หรือเครื่องช่วยฟัง ทำให้ความต้องการในการบริการสุขภาพด้านอื่นๆ ลดลง⁽³⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ปัญหาและช่องว่างการเข้าไม่ถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของประเทศไทยมีปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง คือ การบริหารจัดการสวัสดิการของรัฐ ถึงแม้แนวคิดหรือหลักการจะตรงกันเกี่ยวกับความพิการและการฟื้นฟูสมรรถของแต่ละกองทุนประกันสุขภาพ แต่กลับพบปัญหาในทางปฏิบัติหลายด้าน ส่งผลต่อความแตกต่างหรือเกิดความเหลื่อมล้ำเชิงระบบ และเมื่อระบบเกิดความแตกต่าง ทำให้การปฏิบัติของหน่วยบริการมีความแตกต่างไปด้วย นอกจากนี้หน่วยบริการก็เป็นปัจจัยหนึ่งของการเข้าไม่ถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่น การบริหารจัดการที่ทำให้อุปกรณ์ฯ ไม่เพียงพอ การจัดบริการรักษาที่ไม่ทั่วถึง และไม่มีการสนับสนุนบริการหลังการให้อุปกรณ์ที่ดี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้และจากบทเรียนตัวอย่างการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของต่างประเทศที่กล่าวมา ทำให้ทราบช่องว่างหรือความแตกต่างการจัดบริการ ซึ่งนำมาพัฒนากรอบการทบทวนและศึกษาการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในครั้งนี้

5. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

5.1 คนพิการ เป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นๆ และเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนคนพิการของสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ/หรือคนพิการที่ขึ้นทะเบียนคนพิการแต่ละกองทุน ซึ่งการขึ้นทะเบียนคนพิการนั้นต้องได้รับการรับรองความพิการโดยแพทย์ของโรงพยาบาลทางราชการ หรือโรงพยาบาลอื่นที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้คนพิการอาจเป็นผู้ที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญว่าจำเป็นหรือไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

5.2 การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและบริการที่เกี่ยวข้อง หมายถึง คนพิการที่ประเมินจากแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญว่าจำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์ฯ และเป็นคนพิการที่ได้รับและใช้อุปกรณ์ฯ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นคนพิการที่มีสิทธิประโยชน์จากระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ หากคนพิการมีมากกว่า 1 สิทธิ จะพิจารณาเลือกเพียง 1 สิทธิประโยชน์หลัก

6. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแนวทางในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดระบบบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทยและสำหรับ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ โดยมีขอบเขตการศึกษา ได้แก่

6.1 สถานการณ์คนพิการและความต้องการอุปกรณ์ฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน

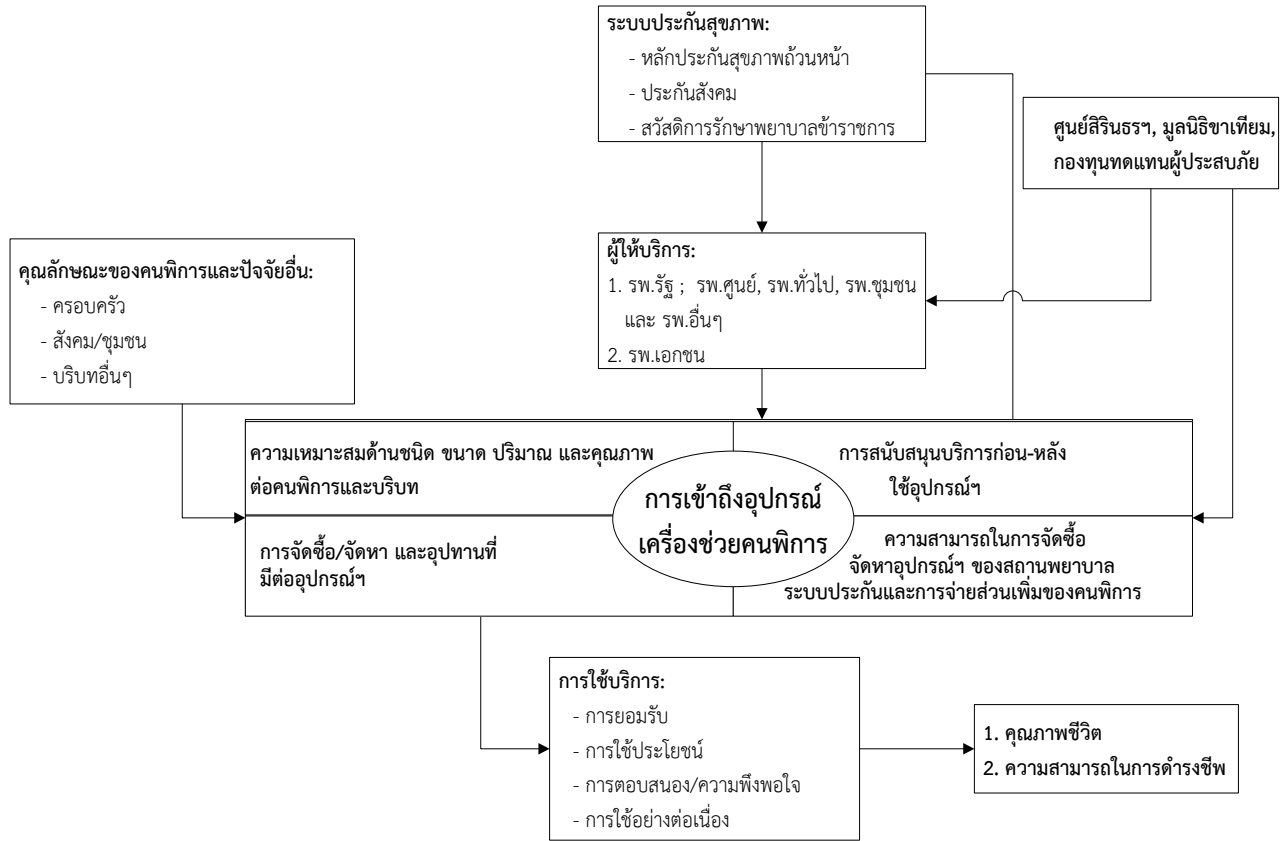
6.2 นโยบายเกี่ยวกับการจัดบริการอุปกรณ์ฯ ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ

6.3 อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ พิจารณาเฉพาะอุปกรณ์ฯ ในข้อที่ 2 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552 ลำดับที่ 26 คือ “ให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยคนพิการหรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ” ซึ่งเป็นอุปกรณ์ฯ ที่มีในรายการของแต่ละระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งเป็นอุปกรณ์ฯ ที่มีมูลค่าสูง (high cost)

6.4 การจัดบริการที่เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการตามลำดับที่ 26 ในข้อที่ 2 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการจัดบริการเป็นรายกรณี (ลำดับที่ 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยิน และทางการมองเห็น (ลำดับที่ 14 และ 20) การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย (ลำดับที่ 15) การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับคนพิการที่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (ลำดับที่ 21) การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแล และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัว และชุมชน การเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมการให้บริการเชิงรุก (ลำดับที่ 22 และ 23)

6.5 ศึกษาการเข้าถึงฯ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงและผลลัพธ์ของการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยฯ ที่เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว และได้รับการขึ้นทะเบียน อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ถูกพิจารณาจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญแล้วว่ามีความจำเป็นต้องใช้รถเข็น (Wheelchair) และขาเทียม เป็นอุปกรณ์เครื่องช่วย

7. กรอบแนวคิดของการวิจัย



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย (ประยุกต์จาก Mines K, 2013⁽³⁶⁾)

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์จากกรอบการศึกษาของ Mines K.⁽³⁶⁾ เพื่อศึกษาการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการและการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องของคนพิการในประเทศไทย ศึกษาทั้งระบบบริการและคนพิการหรือญาติผู้ดูแล โดยพิจารณา 6 ประเด็น (รูปที่ 2) ได้แก่

1. Design, production, sufficiently – แนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลสนับสนุนและมอบอุปกรณ์ฯ ในแง่ความเพียงพอ ชนิดและคุณภาพที่จำเป็นและเหมาะสมในแต่ละประเภทและลักษณะความพิการ รวมถึงความเหมาะสมด้านลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. Procurement, supply – แนวทาง/วิธีจัดซื้อ จัดหาและอุปทานที่มีต่ออุปกรณ์ฯ ในแต่ละประเภทและลักษณะความพิการนั้นๆ
3. Affordability – ความสามารถในการจัดซื้อ จัดหาอุปกรณ์ฯ ของโรงพยาบาล รวมทั้งศึกษาความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายอุปกรณ์ฯ ในแต่ละกองทุนประกันสุขภาพ และศึกษาความสามารถของคนพิการหรือญาติผู้ดูแลในการจ่ายเพิ่ม จ่ายส่วนต่างหรือค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการอุปกรณ์ฯ

4. Service delivery – แนวทางปฏิบัติในการสนับสนุนบริการทั้งก่อนและช่วงการใช้อุปกรณ์ฯ เช่น การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร วิธีการใช้ การฝึกอบรม หรือคู่มือ เป็นต้น ทั้งกับคนพิการและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งระบบการจัดส่งและระบบการติดตาม เพื่อซ่อมบำรุงหากมีการชำรุด ปรับปรุงแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนหากเกิดความไม่เหมาะสมกับคนพิการ รวมทั้งแนวทางจัดหาให้ใหม่หากเกิดจากสูญหายหรือถูกทำลาย
5. Use of service – การยอมรับ การใช้ประโยชน์ การตอบสนองต่อบริการ ความพึงพอใจ และความต่อเนื่องของการใช้อุปกรณ์ฯ ทั้งจากคนพิการและญาติหรือผู้ดูแล
6. Outcome assessment – เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ประกอบด้วย
 - 6.1 Quality of life – การประเมินผลลัพธ์สุขภาพที่วัดออกมาเป็นคะแนนคุณภาพชีวิตของคนพิการที่ได้รับและไม่ได้รับบริการอุปกรณ์ฯ (รถเข็น/ขาเทียม)
 - 6.2 Functional outcome – การประเมินผลลัพธ์ด้านความสามารถของคนพิการที่ได้รับรถเข็น/ขาเทียมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การประเมินความสามารถทางด้านร่างกาย (Physical functioning) การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคม (Social functioning) เป็นต้น

8. ระเบียบวิธีวิจัย

1. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาสถานการณ์คนพิการและความต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ จำแนกตามประเภทของความพิการ โดย
 - 1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของคนพิการในประเทศไทย ทั้งนี้ฐานข้อมูลทุติยภูมิที่สำคัญ ได้แก่
 - i. ฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - ii. การสำรวจความพิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - iii. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - iv. ข้อมูลผู้ป่วยใน จำแนกตาม ICD-9¹ ของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
 - v. ข้อมูลการตลาดของอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ของสมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย (THAIMED) และบริษัทสมาชิก
 - 1.2 ทบทวนเอกสารและประชุมผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นในแต่ละประเภทของความพิการ
2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับนโยบายการสนับสนุนและกลไกการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ฯ
 - 2.1 ทบทวนเอกสารต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและจัดบริการอุปกรณ์ฯ รวมทั้งการเข้าถึงอุปกรณ์ฯและการบริการของคนพิการในประเทศไต้หวัน สิงคโปร์ และฟินแลนด์

1

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD 9

- 2.2 ทบทวนนโยบายฯ ใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนอุปกรณ์ฯ และการจัดบริการ ได้แก่ ศูนย์สิทธิประโยชน์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ มูลนิธิเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี กองทุนทดแทนผู้ประสบภัย สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ซึ่งผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับหลักคิด/ปรัชญาของแต่ละกองทุน รวมถึงการนำหลักคิด/ปรัชญาไปใช้ประโยชน์ให้เกิดขึ้นกับคนพิการ
- 2.3 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของระบบหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนอุปกรณ์ฯ และการจัดบริการข้างต้น โดยผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับหลักคิด/ปรัชญาของแต่ละกองทุน รวมถึงการนำหลักคิด/ปรัชญาไปใช้ประโยชน์ให้เกิดขึ้นกับคนพิการ
3. ศึกษาการเข้าถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงและผลลัพธ์ของการเข้าถึงอุปกรณ์ฯ และการบริการใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย (ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย รายละเอียดวิธีวิจัยด้านล่าง)
4. จัดทำข้อเสนอแนะในการจัดระบบบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย และสำหรับ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ
 - 4.1 นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากวิธีวิจัยในข้อ 1 ถึง 3 และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะรูปแบบหรือทางเลือกในการจัดระบบบริการ
 - 4.2 จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ความคิดเห็นและวิพากษ์ต่อข้อเสนอแนะ และจัดทำรูปแบบหรือทางเลือกเพื่อเสนอต่อสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) หรือหน่วยงานเกี่ยวข้องอื่นๆ

รายละเอียด วิธีวิจัยศึกษาการเข้าถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงและผลลัพธ์ของการเข้าถึงอุปกรณ์^๑ และการบริการใน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทย

ประเด็นที่จะศึกษา	เครื่องมือและวิธีเก็บข้อมูล*	กลุ่มเป้าหมาย	การเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง	การวิเคราะห์ข้อมูล
1. Design, production, sufficiently - ชนิด จำนวนและคุณภาพอุปกรณ์ ^๑ ที่มีความจำเป็นและเหมาะสมกับคนพิการ - แนวทางปฏิบัติที่โรงพยาบาลสนับสนุนและส่งมอบอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ	- ทบทวนเอกสาร (document reviews)	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์สิทธิรักษาพยาบาล และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย	- ทุกหน่วยงาน	สถิติเชิงพรรณนา
	- แบบสำรวจข้อมูลโรงพยาบาลทางไปรษณีย์ (postal questionnaire)	- รพท. รพศ. และ รพช. และรพ. ของรัฐนอกสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ² - รพ.เอกชน	- รายละเอียดที่ 1	สถิติเชิงพรรณนา
	- สนทนากลุ่ม (focus group discussion)	- เจ้าหน้าที่ใน รพ. ศูนย์สิทธิรักษาพยาบาล และมูลนิธิฯ	- รายละเอียดที่ 2	วิเคราะห์เนื้อหา
2. Procurement - แนวทาง/วิธีจัดซื้อ จัดหาอุปกรณ์ ^๑	- แบบสำรวจข้อมูลโรงพยาบาลทางไปรษณีย์ (postal questionnaire)	- รพท. รพศ. และ รพช. และรพ. ของรัฐนอกสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - รพ.เอกชน	- รายละเอียดที่ 1	สถิติเชิงพรรณนา
	- สนทนากลุ่ม (focus group discussion)	- เจ้าหน้าที่ใน รพ. ศูนย์สิทธิรักษาพยาบาล และมูลนิธิฯ	- รายละเอียดที่ 2	วิเคราะห์เนื้อหา
3. Supply - อุปทานของอุปกรณ์ ^๑ ที่โรงพยาบาลมีและพร้อมให้บริการ	- สนทนากลุ่ม (focus group discussion)	- เจ้าหน้าที่ใน รพ. ศูนย์สิทธิรักษาพยาบาล และมูลนิธิฯ	- รายละเอียดที่ 2	วิเคราะห์เนื้อหา
4. Affordability - ความสามารถในการซื้อของโรงพยาบาล	- แบบสำรวจข้อมูลโรงพยาบาลทางไปรษณีย์ (postal questionnaire)	- รพท. รพศ. และ รพช. และรพ. ของรัฐนอกสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - รพ.เอกชน	- รายละเอียดที่ 1	สถิติเชิงพรรณนา

^๑ รพท. หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป รพศ. หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ รพช. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน และ

รพ. ของรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ ที่ไม่ได้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น รพ. สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย รพ. สังกัดกรมการแพทย์ รพ. สังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นต้น

ประเด็นที่จะศึกษา	เครื่องมือและวิธีเก็บข้อมูล*	กลุ่มเป้าหมาย	การเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง	การวิเคราะห์ข้อมูล
<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับอุปกรณ์ฯในแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ - ความสามารถของคนพิการในการจ่ายส่วนเพิ่ม 	- สนทนากลุ่ม (focus group discussion)	เจ้าหน้าที่ใน รพ. ศูนย์สิทธิฯ และมูลนิธิฯ	- รายละเอียดที่ 2	วิเคราะห์เนื้อหา
	- สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)	- ผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ และศูนย์สิทธิฯ มูลนิธิฯ และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย	- ผู้บริหารและ/หรือ ผู้รับผิดชอบหลักทุกคน	วิเคราะห์เนื้อหา
5. Service delivery <ul style="list-style-type: none"> - การให้บริการทั้งก่อนและระหว่างการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ - การจัดส่งและติดตามเพื่อซ่อมบำรุง ปรับปรุงแก้ไข ปรับเปลี่ยน และการจัดหาเพื่อทดแทนของเดิม 	- แบบสำรวจข้อมูลโรงพยาบาลทางไปรษณีย์ รพ. (Postal questionnaire)	- รพท. รพศ. และ รพช. และรพ.นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - รพ.เอกชน	- รายละเอียดที่ 1	สถิติเชิงพรรณนา
	- สถานการณ์อ้างอิง (Vignette)	- สถานพยาบาลใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย - คนพิการตามสถานการณ์อ้างอิงที่มารับบริการที่สถานพยาบาล	- รายละเอียดที่ 3	วิเคราะห์เนื้อหา
6. Outcome/end result of the user <ul style="list-style-type: none"> - การยอมรับ การใช้อย่างต่อเนื่อง ความพึงพอใจ - การใช้ประโยชน์ - คุณภาพชีวิตและผลกระทบอื่น - ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของคนพิการ (รวมการยอมรับ ความพึงพอใจ และการใช้ประโยชน์) 	<ul style="list-style-type: none"> - Case - control study เปรียบเทียบกลุ่มคนพิการ ญาติ หรือผู้ดูแลที่ได้รับและไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ - แบบสัมภาษณ์ (face-to-face interviews) 	<ul style="list-style-type: none"> - Case คือ คนพิการที่เข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ - Control คือ คนพิการที่ไม่เข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ 	- รายละเอียดที่ 4	สถิติพรรณนา สถิติอนุมาน 1. T-Test 2. ANCOVA 3. Logistic r regression

* เครื่องมือเก็บข้อมูลจะแตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมาย

2.4 ขั้นตอนการเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

รายละเอียดที่ 1: การสำรวจสถานพยาบาล

นักวิจัยพัฒนาแบบสำรวจตามประเด็นที่ต้องการศึกษา และส่งแบบสำรวจทางไปรษณีย์ มีขั้นตอนการสุ่มเลือกโรงพยาบาล ดังนี้

1. กำหนดพื้นที่จังหวัดที่จะสำรวจ เท่ากับ 20 จังหวัด (1 ใน 4 ของจำนวนจังหวัดทั่วประเทศ) การศึกษาครั้งนี้ไม่รวมกรุงเทพฯ
2. แบ่งจังหวัดออกเป็น 2 กลุ่ม ตามสัดส่วนของคนพิการที่เข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ คือ กลุ่มจังหวัดที่คนพิการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการมากและน้อย
3. สุ่มเลือกจังหวัดในแต่ละกลุ่มอย่างง่าย (simple random sampling; SRS) ตามสัดส่วนของจังหวัดที่มีในแต่ละกลุ่ม (proportion to size)
4. เลือกโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในจังหวัดที่ถูกสุ่มเลือก ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. รพ.นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ รพ.เอกชน (ไม่รวม รพ.เฉพาะทาง เช่น รพ.จิตเวช รพ.แม่และเด็ก)
5. ส่งแบบสำรวจทางไปรษณีย์ แยกตามกลุ่มเป้าหมายในแต่ละ รพ. ทั้งระดับแผนก ภาควิชา ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

รายละเอียดที่ 2: การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในระดับ รพ. ได้แก่ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ รพ. ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากศูนย์สิทธิฯ และมูลนิธิฯ โดยมีขั้นตอนการเลือก ดังนี้

1. นำรายชื่อจังหวัดที่ได้สุ่มเลือกในรายละเอียดที่ 1 (ขั้นที่ 3) มาเลือกพื้นที่จังหวัดตัวอย่าง จำนวน 6 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดที่มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการอุปกรณ์ฯ มากและน้อย อย่างละ 3 จังหวัด การสุ่มเลือกจังหวัดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจะพิจารณาด้วยหลักเกณฑ์ ดังนี้ 1) การกระจายตามภาค 2) การกระจายตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ เช่น เป็นจังหวัดชายขอบ จังหวัดที่ทุรกันดาร เป็นต้น
2. เลือกทุก รพศ. และ รพท. ในจังหวัดที่สุ่มเลือก สำหรับ รพช. จะสุ่มเลือกอย่างง่าย (SRS) โดยหากเป็นจังหวัดที่มี รพช. มากกว่า 10 แห่ง จะสุ่มเลือกมา 3 แห่ง และหากมีน้อยกว่า 10 แห่ง จะสุ่มเลือกมา 2 แห่ง เลือก รพ. ของรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อย 2 แห่ง และ รพ.หรือคลินิกเอกชน อย่างน้อย 2 แห่ง
3. สำหรับ รพ.ของรัฐนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หากจังหวัดที่สุ่มเลือกไม่มี รพ. นักวิจัยจะสุ่มเลือกจากจังหวัดใกล้เคียงตามความเหมาะสม
4. กำหนดให้ศูนย์สิทธิฯ และมูลนิธิฯ เป็นอีกหน่วยงานเป้าหมายในการเก็บข้อมูล
5. สนทนากลุ่มแยกตามประเด็นการศึกษา และตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ใน รพ. ศูนย์สิทธิฯ และมูลนิธิฯ

รายละเอียดที่ 3: สถานการณ์อ้างอิง (Vignette)

นักวิจัยจะสังเกตและเก็บข้อมูลการให้บริการของคนพิการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนเอกสารเพื่อกำหนดสถานการณ์อ้างอิง อย่างน้อย 3 สถานการณ์ ในกลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับรถเข็น หรือไม้ค้ำยัน
2. ออกแบบแนวทางการสังเกตและเก็บข้อมูลการให้บริการของผู้ให้บริการ ในประเภทสถานบริการที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินระดับการตอบสนองต่อคนพิการ (Responsiveness) ภายใต้อุปกรณ์ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ
3. เลือกสถานพยาบาลกระจายไปแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย อย่างน้อย 4 จังหวัด ตามความเหมาะสมที่นักวิจัยมีข้อมูลบริบทพื้นที่เป็นอย่างดี
4. สังเกตและเก็บข้อมูลการให้บริการ โดยกำหนดสถานการณ์อ้างอิงจังหวัดละ 12 สถานการณ์ กระจายตามระดับของแต่ละสถานพยาบาล
5. วิธีสังเกตและเก็บข้อมูลการให้บริการ ได้แก่ 1) ผู้วิจัยสมมติเป็นคนพิการหรือเป็นญาติคนพิการ โทรศัพท์สอบถาม หรือส่งจดหมายหรือเขียนข้อสงสัยผ่านเว็บไซต์ของสถานพยาบาล (แล้วแต่กรณี) 2) ให้คนพิการตามสถานการณ์อ้างอิงเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่คัดเลือก

รายละเอียดที่ 4: การศึกษาแบบ Case - Control Study

เป็นการศึกษาแบบ Case – control study เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างคนพิการที่ได้รับและไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ โดยพิจารณาคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ นอกจากนั้นเป็นการค้นหาปัจจัยที่มีต่อการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

สถานที่ศึกษา*:

1. โรงพยาบาล: รพ. พระมงกุฎเกล้า ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และ รพ. อุดรธานี
2. หมู่บ้านหรือชุมชน: ในเขตกรุงเทพมหานคร นนทบุรี และอุดรธานี

*หากพิจารณาแล้วเห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง (ไม่ว่าเป็นกลุ่ม case หรือ control) จากสถานที่เหล่านี้ มีไม่มากพอกับขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ นักวิจัยจะคัดเลือกสถานที่แห่งใหม่เพิ่มเติม

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง: คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับการขึ้นทะเบียน อายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ถูกพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้วว่ามีความจำเป็นต้องใช้รถเข็น (Wheelchair) เป็นอุปกรณ์เครื่องช่วย และสามารถสื่อสารได้และเข้าใจคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. Case: คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ได้รับรถเข็น ขาเทียม และใช้ประโยชน์อย่างสม่ำเสมอ**
2. Control: คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีความจำเป็นต้องใช้รถเข็นแต่ไม่ได้รับ หรือเป็นคนพิการที่ได้รับรถเข็นแล้วแต่ขาดการใช้อย่างสม่ำเสมอ

ขนาดตัวอย่าง: ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{\left(\frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{2}\right)(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{e^2}$$

กำหนดให้

α = คำนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

= อำนาจการทดสอบ 90%

σ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของค่าอัตราประโยชน์ในกลุ่มคนพิการที่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วย 0.004⁽³⁷⁾

σ_2 = SD ของค่าอัตราประโยชน์ในกลุ่มคนพิการที่ไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วย 0.016⁽³⁷⁾

= ค่าความคลาดเคลื่อน กำหนดที่ 3% ของผลต่างค่าเฉลี่ยของค่าอัตราประโยชน์ระหว่างสองกลุ่ม (0.163)⁽³⁷⁾ เท่ากับ 0.004

*** การใช้ประโยชน์เครื่องช่วยคนพิการอย่างสม่ำเสมอ ทางผู้วิจัยจะมีการกำหนดอย่างชัดเจนอีกครั้งโดยการทบทวนเอกสาร*

จากสูตรดังกล่าว พบว่าต้องการขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 179 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นการศึกษานี้จะใช้ขนาดตัวอย่างรวมทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่ม Case และ Control) จะเท่ากับ 358 คน

การสุ่มตัวอย่าง: เลือกตัวอย่างทุกรายที่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนด ในระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือ: แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบมาตรฐาน

การเก็บข้อมูล: มีขั้นตอนดังนี้

1. ทำ Pilot test เพื่อทดสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้
2. วิธีการเก็บข้อมูลจริง
 - a. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้ช่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - b. ให้มีการลงชื่อในเอกสารยินยอมให้ข้อมูลและเข้าร่วมในการศึกษา
 - c. สัมภาษณ์โดยตรง (Face-to-face interview) โดยพนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล: 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล:

1. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างคนพิการที่ได้รับและไม่ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการจะใช้การวิเคราะห์ T-test หรือ Mann-Whitney test

ขั้นตอนและกิจกรรมการดำเนินงาน	พ.ศ. 2556						พ.ศ. 2557					
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
ทางเลือกในการให้บริการ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ												
7. เขียนรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์												

10. สิ่งที่จะได้รับจากงานวิจัย

- มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบหรือทางเลือกในการจัดระบบบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทย และสำหรับระบบประกันสุขภาพ
- มีข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวกับการเข้าถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึง และผลลัพธ์ของการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ระหว่างระบบประกันสุขภาพ รวมทั้งบทเรียนจากต่างประเทศ ได้แก่ ไต้หวัน สิงคโปร์ และฟินแลนด์เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานของผู้ให้บริการ
- มีแนวทางในการติดตาม ประเมินผลความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์ของนโยบายการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ ในอนาคต

11. หน่วยงานรับผิดชอบโครงการ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย

กระทรวง สาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ผู้ประสานงาน : นายธีระ ศิริสมุด e-mail: teera.s@hitap.net

12. รายชื่อนักวิจัย

- ดร.นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์
- ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
- นายธีระ ศิริสมุด
- นางสาววันทนี กุลเพ็ง
- ภญ.ปฤษฎพร กิ่งแก้ว
- นายสุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล
- นายทรงยศ พิลาสันต์
- ภก.สุรชัย โกติรัมย์
- นางสาวแก้วกุล ตันติพิสิฐกุล

13. เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550.
2. World Health Organization. World Report On Disability: WHO Press; 2011.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550.
4. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาค และเพศ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 - วันที่ 1 มกราคม 2556. 2556; [cited 2013 15 Feb] Available from: <http://nep.go.th/index.php?mod=tmpstat>.
5. สถาบันวิจัยเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์คนพิการปี พ.ศ. 2551. [cited 2013 20 Feb]; Available from: <http://thaisocialwork.org/>.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). รายงานประจำปี 2554. [cited 2556 25 Feb]; Available from: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx.
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ผู้มีความเป็นธรรมระบบสุขภาพคนพิการ. HSRI FORUM. 2555.
8. Hung JW, Wu YH, Wu WC, Leong CP, YC. L. Regional survey of assistive devices use by children with physical disabilities in southern Taiwan. Chang Gung Med J. 2007;30(4):354-62.
9. Resource portal of assistive technology, Taiwan. Center for Assistive Technology Resources and Popularization. 2013 [cited 2013 25 Feb]; Available from: http://repat.moi.gov.tw/english/about_main.asp?id=42.
10. Ministry of social and family development, Singapore. Assistive Technology for People with Disabilities. 2013 [cited 2013 27 Feb]; Available from: <http://app.msf.gov.sg/Policies/DisabilitiesPeoplewithDisabilities/AssistiveTechnologyforPeoplewithDisabilities.aspx>.
11. Ministry of social and family development, Singapore. The Enabling Masterplan 2007 - 2011 of programmes and services in the disability sector for the next 5 years. 2013 [cited 2013 25 Feb]; Available from: http://app.msf.gov.sg/Portals/0/Files/EM_ExecutiveSummary.pdf.
12. Infopankki. Services for the Disabled 2013. 2013 [cited 2013 10 Feb]; Available from: http://www.infopankki.fi/en-gb/disabled_people/.
13. Ministry of Social Affairs and Health F. Services for people with disabilities. 2013 [cited 2013 10 Feb]; Available from: http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/disability_services.
14. World Health Organization. World report on Disability. 2013 [cited 2013 9 Feb]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_NMH_VIP_11.01_eng.pdf.

15. World Health Organization. Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles 2009.
16. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1136:161-71.
17. Laura J. Frost, Michael R. Reich. ACCESS: How do good health technologies get to poor people in poor countries? Massachusetts: Harvard Center for Population and Development Studies; 2008.
18. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan.* 2012 Nov 22.
19. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan.* 2012 Jul;27(4):288-300.
20. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974 Fall;9(3):208-20.
21. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978;56(2):295-303.
22. Ministry of Community and Social Services-Ontario. About the Accessibility for Ontarians with Disabilities Act, 2005 (AODA) 2008.
23. Youth Action and Policy Association. Access & equity guide for services working with young people. Surry Hills: Youth Action and Policy Association (NSW) Inc; 2002 [Feb 11, 2013]; Available from: <http://www.opendoors.net.au/wp-content/uploads/2009/10/access-equity-guide.pdf>.
24. World Health Organization. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action 2004.
25. พงศธร พอกเพิ่มดี. สิทธิประโยชน์บัตรทองดีกว่าประกันสังคม. 2554 [cited 2013 23 Feb]; Available from: [www.prachatai.com/sites/.../Fact_sheet_v5dr%20Phongsathorn%20\(1\).doc](http://www.prachatai.com/sites/.../Fact_sheet_v5dr%20Phongsathorn%20(1).doc).
26. วชิระ เฟื่องจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, พิทักษ์พล บุญยามาติก, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, วรวรรณ จูฑา, et al. การสำรวจระดับความพึงพอใจ: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บีคอนด์ บลู จำกัด; 2551.
27. World Health Organization. activities of disability and rehabilitation. 2013 [cited 2013 9 Feb]; Available from: <http://www.who.int/disabilities/technology/activities/en/>
28. World Health Organization. Policies of disability and rehabilitation. 2013 [cited 2013 9 Feb]; Available from: <http://www.who.int/disabilities/policies/en/>.

29. Disability Rights Network of Pennsylvania. assistive technology for persons with disabilities: an overview. [cited 2013 9 Feb]; Available from: <http://drnpa.org/File/publications/assistive-technology-for-persons-with-disabilities---an-overview.pdf>.
30. United State Congress. Assistive Thecnology Act. 2004 [cited 2012 9 Feb]; Available from: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-118/pdf/STATUTE-118-Pg1707.pdf>.
31. Ministry of Health and Long-Term Care. Assisstive Device Program. [cited 2013 9 Feb]; Available from: http://www.auditor.on.ca/en/reports_en/en09/301en09.pdf.
32. Infopankki. Services for the Disabled 2013; 2013 [cited 10 Feb]; Available from: http://www.infopankki.fi/en-gb/disabled_people/.
33. Stephen P, Gulley, Barbara M, Altman. Disability in two health care systems: Access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. Disability and Health Journal. 2008;1 (2008):196-208.
34. Spillman BC. Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. The Milbank Quarterly. 2004;82:157-94.
35. Agree EM, Freedman VA, . A comparison of assistive technology and personal care in alleviating disability and unmet need. . The Gerontologist. 2003;43:335-44.
36. Mines K. Consultation on Advancing Technological Innovation for Older Populations in Asia Conference; WHO, Kobe, Japan20-21 February 2013.
37. Summerfield AQ, Marshall DH, Barton GR, KE. B. A cost-utility scenario analysis of bilateral cochlear implantation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;128(11):1255-62.
38. ระบบสารสนเทศกฎหมายและระเบียบการคลัง กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกจ่ายประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคของสถานพยาบาลราชการ. [cited 2556 July 02; Available from: <http://saraban-law.cgd.go.th/CGDWeb/attdetail/showattach2.jsp?ctn=BCS&blobid=CGD.A.2212&blobpart=1&docTypeName=%E1%BF%E9%C1%C0%D2%BE%20%28.tif,%20.pdf%29>.