

- ร่าง -

ข้อเสนอการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไร้บ้าน พ.ศ.2561

วันอังคารที่ 5 มิถุนายน 2561

ณ ห้องประชุมสิริคุณากร 3 สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น

5

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น

สถานการณ์ปัญหา

ประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีความครอบคลุมสิทธิในระบบประกันสุขภาพสูงประเทศหนึ่ง ในการจัดประชุม “ความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จากอดีตสู่อนาคต” เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2561 ที่กระทรวงการต่างประเทศ นายทีโดรส อัดฮานอม กีบรีเยซุส (Dr.Tedros Adhanom Ghebreyesus) ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวในงานถึงความสำเร็จของประเทศไทยที่สามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹

การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งที่จะขยายระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชน (Covered population) ขยายระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบริการสุขภาพ (Covered services) และขยายระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Covered costs) โดยต้องคำนึงถึงความสมดุลในมิติการเข้าถึงบริการ ความเสมอภาคหรือความเป็นธรรม คุณภาพการบริการ และประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นนี้ยังเป็นสร้างกลไกระหว่างผู้ซื้อบริการ ที่ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน และทำหน้าที่จ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ² ซึ่งก่อนหน้าที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการอยู่ในหน่วยงานเดียวกัน จึงไม่เกิดกลไกที่จะผลักดันด้านคุณภาพการบริการ และการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ผลจากการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ประชาชนไทย ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2559 มีความครอบคลุมสิทธิในระบบประกันสุขภาพของประเทศสูงถึงร้อยละ 99.95²

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ในภาพรวมความครอบคลุมของสิทธิจะสูงมาก แต่สำหรับประชาชนบางกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะและอยู่ในข่ายเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคมดังเช่นกลุ่มคนไร้บ้าน ระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ออกแบบให้เหมาะกับคนส่วนใหญ่อาจไม่ใช่รูปแบบที่คนไร้บ้านต้องการก็ได้

¹ ผอ.WHO ยกไทยแหล่งเรียนรู้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นจริงได้. (3 กุมภาพันธ์ 2561). ค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2561, จาก <https://www.nhso.go.th>

² รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559. (2560). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

เนื่องจากโดยสภาพและวิถีชีวิตที่อาจแตกต่างกันออกไปจากคนทั่วไป ซึ่งอาจไม่มีในบางเรื่องที่คนทั่วไปมี ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรักษาหรือการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้

ข้อมูลด้านสุขภาพของคนไร้บ้านในประเทศแคนาดา พบว่า คนไร้บ้านมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป โดยเยาวชนชายที่ไร้บ้านในมอนทรีออล (Montreal) มีอัตราการตายสูงกว่า 9 เท่า และในเยาวชนหญิงที่ไร้บ้านสูงกว่า 31 เท่า เมื่อเทียบกับเยาวชนทั่วไป ผู้ชายที่อาศัยบ้านพักสำหรับคนไร้บ้าน (shelters) ในโตรอนโต (Toronto) มีอัตราการตายสูงเป็น 8.3 เท่า ของค่าเฉลี่ยในคนอายุ 18-24 ปี, 3.7 เท่า ของค่าเฉลี่ยในคนอายุ 25-44 ปี, และเป็น 2.3 เท่าของค่าเฉลี่ยในคนอายุ 45-64 ปี ความรุนแรงของโรคที่คนไร้บ้านเป็นก็สูงอย่างชัดเจน ทั้งนี้ เพราะ ความยากจนอย่างรุนแรง การไปรับบริการสุขภาพช้า กระบวนการคิดบกพร่อง (cognitive impairment) ปัญหาทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยในกลุ่มคนไร้บ้าน ได้แก่ อาการชัก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคข้ออักเสบ และความผิดปกติเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ อาการของโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคโลหิตจางก็มักควบคุมได้ไม่เพียงพอ และอาจไม่รู้ว่าเป็นเป็นระยะเวลาานาน โรคการติดเชื้อทางเดินหายใจ ปัญหาที่เกิดกับผิวหนังเท้า ก็เป็นโรคที่พบได้ทั่วไป คนไร้บ้านเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากกว่าคนทั่วไปที่จะได้สัมผัสต่อวัณโรคปอด การรักษาวัณโรคปอดที่สามารถแพร่เชื้อได้ก็ซับซ้อนเนื่องมาจากการไม่ให้ความร่วมมือ การติดเชื้อเป็นระยะเวลานาน และเชื้อโรคดื้อยา ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนในแคนาดา เกิดจากการขายบริการทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ และการใช้ยาเสพติดแบบฉีด ในขณะที่ผู้ใหญ่ในแคนาดา มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV จากการใช้ยาเสพติดมากกว่าพฤติกรรมทางเพศ ปัญหาสุขภาพทางเพศและระบบสืบพันธุ์ก็เป็นปัญหาหลักอีกอันหนึ่งในเยาวชน ทั้งนี้พบว่าเยาวชนที่ไร้บ้านในมอนทรีออลเกี่ยวข้องกับการขายบริการทางเพศสูงถึงร้อยละ 25 นอกจากนี้คนไร้บ้านในแคนาดายังมีปัญหาเรื่องความรุนแรงด้วย การสำรวจในโตรอนโตพบว่าคนไร้บ้านร้อยละ 40 เคยถูกล่วงละเมิด และร้อยละ 21 ของคนไร้บ้านหญิงถูกข่มขืนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และคนไร้บ้านชายมีโอกาสที่จะถูกฆาตกรรมสูงถึง 9 เท่า เมื่อเทียบกับคนทั่วไป³

ข้อมูลการสำรวจคนไร้บ้านในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ปี พ.ศ.2557⁴ พบว่าไม่มีบัตรประชาชนถึงร้อยละ 41.2 และร้อยละ 43.1 มีโรคประจำตัวหรือมีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ส่วนการสำรวจในพื้นที่เดียวกันในปี พ.ศ. 2559⁵ พบว่าคนไร้บ้านไม่มีบัตรประชาชน หรือเคยมีแต่บัตรหายร้อยละ 10.1 และ

³ Hwang, Stephen W. (2001). Homeless and health. CMAJ 2001; 164(2): 229-233.

⁴ พรทิพย์ จอมพุก และรณภูมิ สามัคคีคารมย์. (2558). รายงานตัวเลขการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนน เทศบาลนครขอนแก่น. โครงการประสานและหนุนเสริมการดำเนินงานเพื่อการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านและผู้ป่วยข้างถนนเพื่อการสื่อสารเชิงนโยบาย.

⁵ ข้อมูลสำรวจคนไร้บ้านในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พ.ศ. 2559. (2559). (เอกสารไม่ได้เผยแพร่).

ร้อยละ 37 มีโรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยได้จากการสอบถามตัวคนไร้บ้าน ไม่ได้มีการตรวจร่างกายหรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ นั้นหมายถึงว่าอาจจะมีคนไร้บ้านที่มีโรค เช่น วัณโรคปอด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคจิตเวช เป็นต้น แต่ตัวเองยังไม่ทราบเนื่องจากไม่มีอาการแสดงออกและยังไม่เคยได้รับการตรวจที่ละเอียด นอกจากนี้การสำรวจในงานวิจัยเชิง

5 คุณภาพ⁶ ในปี 2560 พบว่า ในปัจจุบันคนไร้บ้านส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรค

ลมชัก, โรคหอบหืด, โรคภูมิแพ้, ภาวะติดเชื้อ HIV, โรคมะเร็งปากมดลูก, อาการปวดกล้ามเนื้อ (แขน/ขา), ปัญหาสายตา (สั้น/ยาว) อาการรูบและวงเวียนและบางรายมีอาการทางประสาท (ภาวะจิตอ่อน ๆ) และภาวะสมองที่ไม่สมบูรณ์ (การรับรู้และการตอบสนองช้า) หากมีปัญหาเกี่ยวกับอาการผิดปกติหรือ

10 การเจ็บป่วย คนไร้บ้านกลุ่มนี้จะใช้วิธีการรักษาด้วยตนเอง เช่น วิธีการนอนพักผ่อน, ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัว, ซึ่ยาจากคลินิกหรือร้านขายยาแผนปัจจุบันรับประทาน เช่น พาราเซตามอนหรือทันใจ เป็นต้น หรือ

เลือกดื่มสุรา (เหล้าขาว) เพื่อบรรเทาอาการปวดหรือเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งปัญหาจากการเจ็บป่วย

เกี่ยวเนื่องกับความสามารถในการทำงาน รายได้ ค่าใช้จ่ายและเรื่องสิทธิในการรักษาด้วย

ส่วนข้อมูลการสำรวจคนไร้บ้านที่กรุงเทพฯ และพื้นที่เกี่ยวเนื่อง⁷ พบว่า คนไร้บ้านไม่มีบัตร

15 ประจำตัวประชาชน หรือเคยมีแต่บัตรหาย หรือรอการพิสูจน์สิทธิ หรือมีบัตรที่ขึ้นต้นด้วยเลข 0 ร้อยละ

26.38 พบว่า มีโรคประจำตัวร้อยละ 31.1 คนไร้บ้านร้อยละ 32.2 ที่เมื่อไม่สบายแล้วไม่ไปหาหมอ

อนามัยหรือโรงพยาบาล เพราะไม่มีเงินจ่ายค่ายาการรักษา และร้อยละ 18.8 ต้องการได้รับความ

ช่วยเหลือด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาล

ลักษณะพื้นฐานของคนไร้บ้านที่สำคัญต่อการบริการสุขภาพ มีหลายประเด็น ดังนี้

20 **ความจำเป็นที่ต้องได้รับการสุขภาพ** จากข้อมูลพื้นฐานทำให้เห็นว่าสถานะด้านสุขภาพ

ของคนไร้บ้านอยู่ในระดับที่แย่กว่าคนทั่วไป หลายอย่างต้องการบริการสุขภาพอย่างเร่งด่วน เช่น การ

เป็นโรคแต่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งจะส่งผลเสียต่อตัวคนไร้บ้านเอง และหากอาการทรุดหนักขึ้น ในที่สุดก็

จะต้องไปรับบริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน และกระทบต่อค่าใช้จ่ายของสถาน

บริการสุขภาพที่สูงขึ้นกว่าการรักษาเมื่ออาการยังไม่หนัก กรณีโรคติดต่อ เช่น วัณโรคปอด หรือ HIV

⁶ วิบูลย์ วัฒนนามกุล และคณะ. (2560). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การกลายเป็นคนไร้บ้าน: กรณีศึกษาคนไร้บ้านในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. แผนงานการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับคนไร้บ้านเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนเงินโยบายและการสร้างพื้นที่ต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น โครงการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้านแบบบูรณาการจังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

⁷ อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ. (2559). รายงานวิจัย การสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา หรือการให้บริการอื่น ๆ (เช่น ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง หรือการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อสู่คนอื่น เป็นต้น) ก็จะส่งผลกระทบต่อชุมชนได้ โดยเฉพาะการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV หรือเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่มีภาวะการดื้อยา

ลักษณะการใช้ชีวิต คนไร้บ้านเป็นคนที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านหรืออาศัยอยู่กับครอบครัว หลาย

- 5 คนเปลี่ยนที่อยู่อาศัยไปเรื่อย ๆ การไร้ความสัมพันธ์ทางสังคม (หรือมีน้อย) หรือการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้คนไร้บ้านเข้าไปรับบริการสุขภาพได้น้อย บางส่วนต้องการไปรับบริการ แต่พบอุปสรรค บางส่วนไม่ได้ใส่ใจที่จะไปรับบริการ ลักษณะของความเจ็บป่วยบางกรณี ครอบครัว ญาติ หรือคนรอบข้างมักเป็นผู้พาไปรับบริการ เช่น อาการทางจิต เป็นต้น แต่การใช้ชีวิตของคนไร้บ้านมักอยู่ในสถานะที่ความสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่นต่ำ จึงพบคนไร้บ้านที่มีอาการทางจิตเวชใช้ชีวิตอยู่ตามที่
- 10 สาธารณะทั่วไปไปวัน ๆ และไม่ได้รับการรักษาบำบัด นอกจากนี้ การใช้ชีวิตที่ไม่เป็นหลักแหล่ง มีการย้ายที่พักไปเรื่อย ๆ ในแต่ละวันหรือแต่ละสัปดาห์ การติดตามการรักษายอมทำได้ยากลำบากขึ้น หรือเมื่อเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ การไปรับบริการกับสถานบริการแห่งใหม่ อาจเป็นอุปสรรคในการรักษาต่อเนื่อง

ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ สภาพการใช้ชีวิต ความเป็นอยู่ของคนไร้บ้าน ทำให้คน

- 15 กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมากกว่าคนทั่วไป การใช้ชีวิตในสภาพที่เสี่ยงทั้งสถานที่อาศัยหลับนอนหรือการประกอบอาชีพหรือแม้แต่การใช้ชีวิตประจำวัน ล้วนมีผลต่อความเจ็บป่วยสูงกว่าคนทั่วไป ทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมักมีความซับซ้อนมากกว่า การให้บริการสุขภาพที่ดีกับคนกลุ่มนี้จึงควรรองรับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้แล้ว ปัจจัยทางสังคม (นอกเหนือจากปัจจัยทางชีวภาพ) ยิ่งจะเพิ่มความยากในการรักษาให้ได้ผล ปัจจัยเหล่านี้ เช่น ความยากจน (ทั้งรายได้และสิทธิ) การศึกษาต่ำ การไม่มีอาชีพหรือมีอาชีพที่ไม่มั่นคง เป็นต้น ล้วนเกี่ยวเนื่องกับการรักษาทั้งสิ้น

การติดแอลกอฮอล์ บุหรี่ หรือยาเสพติด คนไร้บ้านจำนวนหนึ่งมีลักษณะนี้ การจัดการ

- 20 ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การติดแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด จะไม่ได้ผลหากไม่คำนึงถึงการเสพติดเหล่านี้ร่วมด้วย ซึ่งคนไร้บ้านที่เลือกช่องทางนี้มีระดับการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ตั้งแต่ระดับน้อย ปานกลางจนถึงระดับสูง นอกจากนี้บางส่วนยังเลือกใช้ช่องทางสารเสพติดร่วมด้วย

การขาดหลักฐานแสดงสิทธิ คนไร้บ้านจำนวนหนึ่งไม่มีบัตรประชาชน หรือเคยมีแต่หายแล้ว

- 25 ไม่ได้ทำใหม่ ทำให้การใช้สิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพทำไม่ได้ ในกรณีที่ไม่เคยมีบัตรประชาชนมาตั้งแต่เกิด แต่เป็นคนไทย การใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพที่รัฐจัดให้จะทำให้ยากมาก

จากลักษณะของคนไร้บ้านที่มีความเฉพาะ ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนกลุ่มนี้ทำได้ยากอย่างจำกัด โดยเฉพาะกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่เน้นการตั้งรับมากกว่าการทำงานเชิงรุก ระบบบริการที่เป็นอยู่ถูกออกแบบมาให้เหมาะสมกับคนทั่วไป แต่คนไร้บ้านที่มีปัญหาที่หลากหลายและ

ซับซ้อนดังกล่าวข้างต้น ระบบบริการที่มีอยู่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากในทางตรงกันข้ามกลุ่มนี้กลับเป็นกลุ่มที่ตั้งรับมากกว่าที่รุกเข้าไปยังสถานการบริการสุขภาพ

หลายคนอาจตั้งคำถามว่า ทำไมต้องปรับระบบบริการให้กับคนกลุ่มนี้ ทั้งที่ไม่ได้ใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ข้อสงสัยนี้ น่าจะเกิดขึ้นกับคนทั่วไป แต่หากศึกษาอย่างละเอียด ปัญหาสุขภาพ เป็นสิ่งที่ซับซ้อน หลายกรณีไม่ได้เกิดขึ้นจากปัจจัยเดี่ยวๆ การกลายเป็นคนไร้บ้านก็เช่นกัน ปัจจัยที่ทำให้คนมีบ้าน มีครอบครัว ต้องออกมานอนริมถนน มีทั้งปัจจัยที่มาจากตัวบุคคล ครอบครัวและปัจจัยทางโครงสร้างสังคม นั่นหมายถึงว่า บริบททางสังคมมีส่วนผลักดันให้เขากลายเป็นคนไร้บ้าน และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่เราอยู่ มันสะท้อนจุดด้อยของสังคมเราที่ช่องว่างของความเหลื่อมล้ำมีมากขึ้น ๆ การทำให้คนไร้บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงเปรียบเสมือนการทำให้สังคมมีคุณภาพดีขึ้นด้วย

10 ที่มาของข้อเสนอเบื้องต้น

คณะทำงานรับฟังความคิดเห็นการบริการสุขภาพในกลุ่มคนไร้บ้าน จำนวน 10 คน ที่ได้รับการแต่งตั้งจาก สปสช. เขต 7 ทำการประชุมหารือกัน เพื่อวางแผนการรับฟังความคิดเห็นดังกล่าว โดยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งของประเทศไทยและของต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานต่อลักษณะของตัวคนไร้บ้าน ความต้องการบริการสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ ตลอดจนรูปแบบบริการสุขภาพของบางประเทศที่มีต่อกลุ่มคนไร้บ้าน

จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ ทำการออกแบบประเด็นคำถามที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลเบื้องต้นจะใช้การสนทนากลุ่ม ซึ่งประกอบไปด้วยคนที่มีประสบการณ์การทำงานกับคนไร้บ้านในเขต 7 (ขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มหาสารคาม) ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เจ้าหน้าที่เทศบาล NGO จำนวน 20 คน

20 หลังจากนั้นคณะทำงานทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เพื่อออกแบบประเด็นคำถาม และกำหนดหน่วยงานและบุคคลที่จะขอสัมภาษณ์ ซึ่งมีทั้งระดับผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพหรือดูแลกลุ่มคนไร้บ้าน หน่วยงานและบุคคลที่ได้ไปสัมภาษณ์เพิ่มเติม ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง จังหวัดกาฬสินธุ์ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 25 จังหวัดร้อยเอ็ด หลวงพ่อวัดป่าบึงวงยาว จังหวัดมหาสารคาม และ มูลนิธิบ้านลูกรัก จังหวัดขอนแก่น และคนไร้บ้านที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาล

จากข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ คณะทำงานได้ร่วมประชุมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะต่อการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มคนไร้บ้านเบื้องต้น เพื่อนำมารับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในครั้งนี โดยมิ (ร่าง) ข้อเสนอฯดังต่อไปนี้

(ร่าง) ข้อเสนอการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับคนไร้บ้าน

1. สปสช. ควรจัดสรรเงินและแนวทางการใช้เงิน เพื่อการใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องตามภาระงานบริการคนไร้บ้าน ทั้งนี้ให้ครอบคลุมทั้งค่ารักษา ค่าอาหาร ค่ารถ และ/หรือกิจกรรมการทำงานเชิงรุก (เช่น กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การบำบัดโดยอาศัยชุมชนมีส่วนร่วม หรือการอาชีวะบำบัด เป็นต้น)
2. สปสช. ควรกำหนดให้การส่งต่อคนไร้บ้านเป็นกรณีเดียวกันกับกรณีอุบัติเหตุ โดยไม่มีเงื่อนไขเรื่องสิทธิการรักษาหรือค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากคนไร้บ้านหลายคนมีปัญหาเรื่องสิทธิโดยเฉพาะบัตรประจำตัวประชาชนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาหรือสำหรับการรักษา อีกทั้งหลายกรณีมีการเปลี่ยนที่อยู่บ่อยจึงมีปัญหาเรื่องสิทธิตามภูมิำเนาหรือบัตรประจำตัวเพื่อพิสูจน์สิทธิ รวมทั้งคนไร้บ้านที่ป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
3. สปสช. ควรพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลการบันทึกกิจกรรมให้สามารถบันทึกกิจกรรมการรักษาที่โรงพยาบาลในพื้นที่ได้ดำเนินการกับคนไร้บ้านที่ไม่มีบัตรประชาชน เพื่อเป็นการเก็บปริมาณการให้บริการ เพื่อเป็นประโยชน์ประกอบการตัดสินใจในการสนับสนุนหรือจัดสรรเงิน (ถ้ามี) นอกจากนี้ยังเป็นฐานข้อมูลของตัวคนไร้บ้าน เพื่อที่โรงพยาบาลจะใช้ประโยชน์ในภายหลังเมื่อคนไร้บ้านมารับบริการอีก
4. สปสช. ควรมีแนวทางการดำเนินงานที่กระตุ้นโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่ให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงรุก (ที่ไม่ใช่แค่ออกไปตรวจรักษาโรคนอกโรงพยาบาล) แบบองค์รวม ที่มีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อให้เข้าถึงคนไร้บ้านและสามารถดูแลได้ครบถ้วนหลายมิติสอดคล้องกับความต้องการรักษาและวิถีชีวิตของคนไร้บ้าน เช่น การมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกตรวจสุขภาพคนป่วย/เรื้อรัง/ไร้บ้าน เมื่อพบกรณีผู้ป่วยที่มีส่วนในการแพร่เชื้อของ เช่น วัณโรค ควรกักหมุดและติดตามการเข้ารักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ทั้งนี้อาจต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานอื่นและในบางกรณีอาจใช้ความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการมากในการทำงานร่วมเป็นผู้ช่วยประสานงานในพื้นที่เมื่อมีความจำเป็นที่ต้องอาศัยบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ สปสช. ควรพิจารณาส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมที่เกิดขึ้นในการทำงานเชิงรุกนี้ด้วย
5. สปสช. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานบริการด้านสุขภาพมีผู้ประสานงานและรับผิดชอบการดูแลคนไร้บ้านโดยเฉพาะ ในลักษณะผู้จัดการรายกรณี (Case Management) โดยพิจารณาวิธีการดูแลผู้สูงอายุของ Long Term Care มาปรับใช้ เช่น การจัดอบรมสำหรับการสร้างความรู้ความเข้าใจและไม่ตีตราคนเรื้อรัง/ไร้บ้าน หรือการฝึกทักษะการดูแลคนไร้บ้านที่เป็นผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

6. สปสช. ควรให้สิทธิกรณีคนไร้บ้านที่เป็นเด็กให้ครอบคลุมการบริการที่จำเป็น เช่น การแจ้งเกิด การให้วัคซีนตามช่วงวัย การรักษาพยาบาลในกลุ่มเด็กเล็ก เป็นต้น ซึ่ง สปสช. ต้องดูแลต้นทุนการดำเนินการ การตรวจหรือการรักษา ที่สามารถเบิกต้นทุนจากในระบบบริการสุขภาพได้

5 7. สปสช. ควรปรับหลักเกณฑ์การจ่ายเงินให้สถานบริการ ที่บริการคนไร้บ้าน ให้มีค่าน้ำหนักแบบเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท

8. สปสช. ควรให้สิทธิหลักประกันสุขภาพครอบคลุมถึงการตรวจสุขภาพที่จำเป็น เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้น รวมถึงสามารถรักษาได้ทันเวลาที่โดยเฉพาะโรคติดต่อร้ายแรง

9. สปสช. ควรสนับสนุนให้มีการให้ความรู้ ความเข้าใจ ปรับทัศนคติ ต่อกลุ่มคนไร้บ้าน โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงคนไร้บ้าน คำที่มักจะถูกพูดถึงด้วย คือ คนเร่ร่อน คนจรจัด คนไร้ที่พึ่ง คนขอทาน
10 คำเหล่านี้ในสายตาคนส่วนใหญ่ มีความหมายในทางลบ และมักมีภาพว่าเป็นคนที่อันตราย สกปรก ติดເຊົ້າ ติดຍາເສພຕິດ เป็นขี้คุก ขี้ขโมย ขี้เกียจ ไม่ยอมทำงาน ภาพที่สังคมตีตราให้กับคนกลุ่มนี้ต้องยอมรับว่ามีส่วนที่เป็นจริง แต่บางส่วนไม่ได้เป็นอย่างที่สังคมไปตัดสินแบบเหมารวม การไปตีตราแบบเหมารวมนี้ สร้างความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องกับคนกลุ่มนี้ และที่สำคัญเป็นอุปสรรคต่อการเข้าใจ การรับทราบปัญหา และการมีส่วนร่วมในการป้องกันหรือแก้ปัญหาเหล่านี้

15 10. สปสช. ควรมีมาตรการหรือเงื่อนไขเรื่องการใช้สิทธิหรือการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพกรณีคนไร้บ้านต่างชาติที่เข้ามาอาศัยภายในประเทศไทย โดยกำหนดให้มีหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากภาครัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเรื่องการรักษาพยาบาลต่อปีค่อนข้างมาก

11. สปสช. ควรสนับสนุนให้เกิดการสร้าง ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ และวิธีการดูแลหรือการนำส่งคนไร้บ้านที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานบริการด้านสุขภาพจิต
20 ทั้งนี้เนื่องจากตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ซึ่งกำหนดให้เจ้าพนักงานตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ในการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ แต่จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดังกล่าว รวมถึงนักพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจวิธีการดูแลเบื้องต้น และขั้นตอนการนำส่งผู้ป่วยจิตเวช