



รายงานผลการพิจารณาศึกษา

เรื่อง

**“แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม
ตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ”**

**ของคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ**

**สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ**



รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง

แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม
ตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

ของ

คณะกรรมการการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

คณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส

สถานิติบัญญัติแห่งชาติ



นายวัลลภ ตังคณานูรักษ์
ประธานคณะกรรมการ



นายมนเฑียร บุญตัน
รองประธาน
คณะกรรมการ คนที่



นางสุวรรณี สิริเวชชะพันธ์
รองประธาน
คณะกรรมการ คนที่สอง



คุณหญิงทรงสุตา ยอดมณี
รองประธานคณะกรรมการ
คนที่สาม



นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ
เลขานุการคณะกรรมการ



พลตำรวจเอก พงศพัศ พงษ์
เจริญ โฆษกคณะกรรมการ



นายแถมสิน รัตนพันธุ์
กรรมการและที่ปรึกษา



พลตรี จาริก อารีราช
การันย์ กรรมการและที่
ปรึกษา



พลเรือเอก สุรศักดิ์ หุ่น
เริงรัมย์ กรรมการและที่
ปรึกษา



พลเอก วีรณ ฉันทศาสตร์
โกศล กรรมการและที่
ปรึกษา



นางกาญจนารัตน์ สิวีโรจน์
กรรมการ



รองศาสตราจารย์กิตติชัย ไตรรัตนศิริ
ชัย กรรมการ



พลเอก ชีระวัฒน์ บุญยะประดับ
กรรมการ



พลเรือเอก นริส ประทุม
สุวรรณกรรมาธิการ



นายปรีชา วัชรากัญ
กรรมาธิการ



พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรดม
กรรมาธิการ



พลเอก ไพชยนต์ คำตัน
เจริญ กรรมาธิการ



นายยุทธนา ทัพเจริญ
กรรมาธิการ



พลเอก ยุทธศิลป์ โดยขึ้น
งาม กรรมาธิการ



พลเอก สกล ชื่นตระกูล
กรรมาธิการ



พลเอก สรรชัย อัจฉานนท์
กรรมาธิการ



พลเอก อุดลยเดช อินทะ
พงษ์ กรรมาธิการ



พลเอก อรุณ สมตน์
กรรมาธิการ



พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์
กรรมาธิการ



นางสาวศิริพร ภิญโญสิริธร
ผู้ช่วยเลขานุการ
คณะกรรมาธิการ

คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ
ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สถานิติบัญญัติแห่งชาติ



พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์
รองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่หนึ่ง



นายมณฑิร บุญตัน
ประธานคณะอนุกรรมการ



นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ
รองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่สอง



นางสาวเครือวัลย์ เทียงธรรม
อนุกรรมการ



ศาสตราจารย์วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์
อนุกรรมการ
และที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายรัตน์ กิจธรรม
อนุกรรมการ



นางสาววันทนี พันธ์ชาติ
อนุกรรมการ



นายวิฑูต บุนนาค
อนุกรรมการ



นางอาทิตยา นรารวัชร
อนุกรรมการ



นายสุชาติ โอวาทวรรณสกุล
อนุกรรมการ



นางพวงแก้ว กิจธรรม
อนุกรรมการและเลขานุการ



นายธีรยุทธ สุคนธวิท
อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ
ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ



นายชูศักดิ์ จันทยานนท์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



พลอากาศเอก ชนิต รัตนอุบล
ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายต่อพงศ์ เสลานนท์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางธนาภรณ์ พรมสุวรรณ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางนุชจारी คล้ายสุวรรณ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางเบญจมา ชลธาร์นนท์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายประกาศิต ภายะสิทธิ์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางพิมพ์มา ขจรธรรม
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นางวัชรารัตน์ ธีรไพบูลย์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายศุภชีพ ดิษเทศ
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายสมชาย เจริญอำนาจสุข
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายสุภธรรม มงคลสวัสดิ์
ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



(สำเนา)
บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการศึกษาระดับเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส

ที่ สว (สนช)(กมธ ๓) ๐๐๑๙ / (ร ๖๐)

วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๒

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการ
ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

กราบเรียน ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ด้วยในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้ลงมติตั้งคณะกรรมการการศึกษาระดับเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๔ ประกอบข้อ ๘๕ วรรคสอง และข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๗๘ (๑๐) มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประสานกับองค์กรภายในประเทศ ต่างประเทศ ประชาคมนานาชาติเกี่ยวกับแนวทางการร่วมมือเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ด้านการพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ การสงเคราะห์ ดูแลผู้ยากไร้ การสร้างหลักประกันและความมั่นคงในคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวม รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|---|--------------------------------|
| ๑. นายวัลลภ ตังคณานูรักษ์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. นายมณฑิร บัญตัน | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นางสุวรรณี สิริเวชชะพันธ์ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. คุณหญิงทรงสุตา ยอดมณี | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ | เลขานุการคณะกรรมการ |
| ๖. พลตำรวจเอก พงศพัศ พงษ์เจริญ | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๗. นายแถมสิน รัตนพันธุ์ | กรรมการและที่ปรึกษา |
| ๘. พลตรี จารึก อารีราชการัณย์ | กรรมการและที่ปรึกษา |
| ๙. พลเรือเอก สุรศักดิ์ หุ่นเรืองรมย์ | กรรมการและที่ปรึกษา |
| ๑๐. พลเอก วีรณ ฉันทศาสตร์โกศล | กรรมการและที่ปรึกษา |
| ๑๑. นางกาญจนารัตน์ ลีโรจน์ | กรรมการ |
| ๑๒. รองศาสตราจารย์กิตติชัย ไตรรัตนศิริชัย | กรรมการ |
| ๑๓. พลเอก ชีระวัฒน์ บุญยะประดับ | กรรมการ |
| ๑๔. พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ | กรรมการ |

๑๕. นายปรีชา...

๑๕. นายปรีชา วัชรภักย์	กรรมการ
๑๖. พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรตม	กรรมการ
๑๗. พลเอก ไพชยนต์ คำทันเจริญ	กรรมการ
๑๘. นายยุทธนา ทัพเจริญ	กรรมการ
๑๙. พลเอก ยุทธศิลป์ โดยชื่นงาม	กรรมการ
๒๐. พลเอก สกกล ชื่นตระกูล	กรรมการ
๒๑. พลเอก สรรชัย อจลานนท์	กรรมการ
๒๒. พลเอก อุดุลยเดช อินทะพงษ์	กรรมการ
๒๓. พลเอก อรุณ สมตน	กรรมการ
๒๔. พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์	กรรมการ

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม ตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่องดังกล่าว ต่อที่ประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงกราบเรียนมาเพื่อให้โปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติต่อไป

(ลงชื่อ) วัลลภ ตังคณานูรักษ์

(นายวัลลภ ตังคณานูรักษ์)

ประธานคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน

สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวศิริพร ภิญโญศิริธร)

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก

เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส

สำนักกรรมการ ๓

สำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสังคมฯ

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๕ - ๖

โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๖

พิมพ์ปญา พิมพ์

พิมพ์ปญา/จิตตินันท์ ทาน

ศิริพร ตรวจ

รายงานการพิจารณาศึกษา
เรื่อง แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม
ตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ
ของคณะกรรมการการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ด้วยในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้ลงมติตั้งคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๔ ประกอบข้อ ๘๕ วรรคสอง และข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๗๘ (๑๐) มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทบกิจการ พิจารณาขอความเห็นจริง หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส รวมทั้งประสานกับองค์กรภายในประเทศ ต่างประเทศ ประชาคมนานาชาติเกี่ยวกับแนวทางการร่วมมือเพื่อส่งเสริมการแก้ปัญหาเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส การส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ด้านการพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ การสงเคราะห์ดูแลผู้ยากไร้ การสร้างหลักประกันและความมั่นคงในคุณภาพชีวิตของคนไทยโดยรวม รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

บัดนี้ คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๙๖ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑.๑ คณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ โดยมีหน้าที่และอำนาจในการพิจารณาศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกิจการคนพิการ โดยเมื่อได้กระทำกิจการพิจารณา สอดสวน และศึกษาเรื่องใด ๆ เสร็จเรียบร้อยแล้วให้รายงานต่อคณะกรรมการ การสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อพิจารณาต่อไป ซึ่งอนุกรรมการ คณะนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ๑) นายมณฑิร บุญตัน | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒) พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓) นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔) ศาสตราจารย์วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์ | อนุกรรมการและที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๕) นางสาวเครือวัลย์ เทียงธรรม | อนุกรรมการ |
| ๖) นายรัตน์ กิจธรรม | อนุกรรมการ |
| ๗) นางสาววันทนี พันธ์ชาติ | อนุกรรมการ |
| ๘) นายวิฑูต บุณนาค | อนุกรรมการ |

๙) นายสุชาติ โอวาทวรรณสกุล	อนุกรรมการ
๑๐) นางอาทิตยา นรารววิชัย	อนุกรรมการ
๑๑) นางพวงแก้ว กิจธรรม	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๒) นายธีรยุทธ สุขคนวิท	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ ประกอบด้วย

๑) พลอากาศเอก ชนัท รัตนอุบล	ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒) นายชูศักดิ์ จันทยานนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๓) นายต่อพงศ์ เสลานนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๔) นางธนาภรณ์ พรมสุวรรณ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๕) นางนุชจारी คล้ายสุวรรณ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๖) นางเบญจา ชลธารันนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๗) นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๘) นางพิมพ์พา ขจรธรรม	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๙) นางวัชรารัฐ รั้วไพบูลย์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๐) นายศุภชีพ ดิษเทศ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๑) นายสมชาย เจริญอำนวยสุข	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๒) นายสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑.๒ ที่ประชุมคณะกรรมการได้มีมติแต่งตั้ง นางสาวศิริพร ภิญโญสิริธร ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๙๑ วรรคสาม

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

๒.๑ การประชุม

คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาศึกษา รายละเอียดและประเด็นที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๙ ครั้ง ดังนี้

- (๑) การประชุม ครั้งที่ ๒๖/๒๕๕๙ วันพุธที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๙
- (๒) การประชุม ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๐ วันพุธที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- (๓) การประชุม ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑
- (๔) การประชุม ครั้งที่ ๑๘/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑
- (๕) การประชุม ครั้งที่ ๑๙/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๑
- (๖) การประชุม ครั้งที่ ๒๑/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๑
- (๗) การประชุม ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๑
- (๘) การประชุม ครั้งที่ ๓๔/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑
- (๙) การประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ วันพุธที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๒

๒.๒ การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น
 คณะกรรมาธิการได้เชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในการประชุมคณะอนุกรรมาธิการกิจการคนพิการ ในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำนักนายกรัฐมนตรี

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

- | | |
|-------------------------------|---|
| (๑) นางสาวภริมย์พร คำปิ่นตา | ผู้อำนวยการฝ่ายกฎหมาย
สวัสดิการสังคม |
| (๒) นางสาวลักขณา จักรภริรักษ์ | นักกฎหมายกฤษฎีกาชำนาญการ |
| (๓) นายอัศวิน อุดทาคำ | นักกฎหมายกฤษฎีกาชำนาญการ |

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

- | | |
|-------------------------------|--|
| (๑) นายสมชาย เจริญอำนวยสุข | อธิบดีกรมส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ |
| (๒) นางสาววิจิตา รชตะนันท์กุล | ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์
และแผนงาน |
| (๓) นางสาววริยาภรณ์ พรนภดล | ผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและติดตาม
ประเมินผล |
| (๔) นางฤทัยรัตน์ ศรีฉันทะมิตร | ผู้อำนวยการกลุ่มส่งเสริม
ความร่วมมือระหว่างประเทศ |
| (๕) นายศุภลักษณ์ เสนาพรหม | ผู้อำนวยการกลุ่มกฎหมาย |
| (๖) นางสาวเจนจิรา บุญสมบัติ | นักพัฒนาสังคมชำนาญการ |
| (๗) นายจักรพันธ์ รัตนากร | นักพัฒนาสังคมชำนาญการ |
| (๘) นางสาวสุกัญญา จำนงค์บุญ | นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ |
| (๙) นางสาวสรिता ศรีदारณพ | นิติกรปฏิบัติการ |
| (๑๐) นายกษิตศ ตูลย์ปานี | นิติกร |

กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

- | | |
|-----------------------------|--|
| (๑) นางบุษกร โลหารชุน | รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้าน
พัฒนาระบบสุขภาพ |
| (๒) นางศุภิพันธุ์ โสรัตน์ดา | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
พิเศษ |

กรมสุขภาพจิต

- | | |
|---------------------------------------|--|
| (๑) นายแพทย์สมัย ศิริทองถาวร | รองอธิบดี |
| (๒) นายศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา | ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์
ราชนครินทร์ |
| (๓) นางสาวเบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์ | ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์
สุขภาพจิต |
| (๔) นางวิมลรัตน์ วันเพ็ญ | รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์ |
| (๕) นางสาวโชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
ราชนครินทร์ |
| (๖) แพทย์หญิงสมรัก ชูวานิชวงศ์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
โรงพยาบาลศรีธัญญา |
| (๗) นางสาวประภาศรี ปัญญาวิชัย | นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ |
| (๘) นางสาวธัญวรรณ สุลำปิง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| (๙) นายภัทรพงศ์ ไชยยา | นิติกร |
| (๑๐) นางสาวบัวทอง นิพพันธ์ | พนักงานธุรการ |
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- | | |
|---------------------------------|---|
| (๑) นายอนุชา เศรษฐเสถียร | เลขาธิการสถาบันการแพทย์
ฉุกเฉินแห่งชาติ |
| (๒) นางสาวอนัญญา พันธุ์คุณวัฒน์ | ผู้จัดการงานเลขานุการ |
| (๓) นางพัชรี รณที | ผู้จัดการงานบริหารเครือข่าย
สำนักประสานการแพทย์ฉุกเฉิน |
| (๔) นางสาวสุนัชฌา ไชยกาล | พนักงานอาวุโส งานเลขานุการ |

กระทรวงยุติธรรม

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| (๑) นายเกิดโชค เกษมวงศ์จิตร | รองอธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ |
| (๒) นายธวัช พรหมพิทักษ์กุล | พนักงานคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ |

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| (๑) พันตำรวจเอก สุกิจ โตตาบ | รองผู้บังคับการกองกฎหมาย |
| (๒) พันตำรวจเอก วินัย ธงชัย | นักจิตวิทยา (สบ.๔)
โรงพยาบาลตำรวจ |

สำนักงานศาลยุติธรรม

- (๑) นางกนกนก โกศลฤกษ์ สุขพันธุ์ถาวร ผู้พิพากษาศาลชั้นต้นประจำ
(๒) นายภูวนาท ศรีสุข นิตินกร

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

- (๑) นางสาวอัจฉรา ฉายากุล ที่ปรึกษา
(๒) นางสาวพรนภา มีชนะ ผู้อำนวยการกลุ่มงานคุ้มครอง ๖
(๓) นางสาวอัญชรีกา กิ่งมลิ นักวิชาการสิทธิมนุษยชนปฏิบัติการ

สำนักงานอัยการสูงสุด

- นางสาวจันทนี พงศ์สุภาพชน อัยการผู้เชี่ยวชาญ

สมาคม/มูลนิธิ/ชมรม**ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**

- (๑) นางพรรณพิมล วิปุลากร ผู้แทน
(๒) ศ.คลินิก แพทย์หญิงวินิตดา ปิยะศิลป์ ผู้แทน

สมาคมสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย

- (๑) นายยงยุทธ บริสุทธิ์ ประธานฝ่ายศิลปะ วัฒนธรรมและภาษา
(๒) นายสุนทร สุขชา เจ้าหน้าที่ฝ่ายกฎหมาย

สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย

- (๑) นางนุชจारी คล้ายสุวรรณ นายก
(๒) นางจินดา ดีสุกใส อุปนายก
(๓) นายชัชวาลย์ แนวทอง กรรมการเขตกรุงเทพมหานคร
(๔) นายทองดี โล่สุภกาญจน์ ที่ปรึกษาสมาคม
(๕) นางสาวศินี ฤทธิศรี เครือข่ายสมาคม

สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย

- (๑) ผศ. พันตรีหญิง พนมพร พุ่มจันทร์ อุปนายกสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย
(๒) นาวาเอกหญิง พรทิพย์ อินทรวีเชียร อุปนายก

สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย

- นางสาวมยุรี กลั้ววงษ์ นายกสมาคม

สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทย

- นางสุชาดา สาครเสถียร สมาชิกกิตติมศักดิ์

สมาคมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช

- นางหทัยรัฐณ์ วารินทร์ กรรมการ

สมาคมสายใยครอบครัว

- (๑) นางสาวเครือวัลย์ เทียงธรรม กรรมการสมาคมสายใยครอบครัว
(๒) นางรัชณี แมนเมธี กรรมการสมาคมสายใยครอบครัว

(๖)

- | | |
|--|-------------------------------|
| (๓) นางสาวเพียรชนันท์ ลีอุดมวงษ์ | อาสาสมัคร |
| (๔) นางสาวกฤติกา เสนาแพทย์ | อาสาสมัคร |
| (๕) นางสาวประภัสสร โกวิทกุลไกร | อาสาสมัคร |
| (๖) นางสาวศิรินุช อัชชเสวิน | อาสาสมัคร |
| (๗) นายพีร์ เขียววัฒนากุล | สมาคมสายใยครอบครัว |
| <u>สมาคมเสริมสร้างชีวิต</u> | |
| (๑) นายธีระชัย สราญรมย์ | นายกสมาคม |
| (๒) นางศิริพร เขียววัฒนากุล | อุปนายก |
| (๓) นางสาวรัชดา หารรักษาพัฒนา | เจ้าหน้าที่ |
| <u>สมาคมสมาพันธ์ผู้ดูแลไทย</u> | |
| (๑) นายอิมรอม เชษฐวัฒน์ | อุปนายก คนที่ ๑ |
| (๒) นางสาวศรินทร์ทิพย์ จานศิลา | ผู้จัดการสมาคม |
| (๓) จำสืบทวี หลึง กนกวรรณ ขวัญอ่อน | กรรมการฝ่ายวิชาการ |
| <u>นายกสมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย</u> | |
| นายชัยวัฒน์ ลิ้มประเสริฐยิ่ง | กรรมการบริหารสมาคม |
| <u>มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์</u> | |
| นายวินิจ มูลวิชา | รองผู้อำนวยการฝ่ายกิจการพิเศษ |
| <u>สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย</u> | |
| (๑) นายกฤษณ์พงศ์ เตชะพลี | เจ้าหน้าที่ประสานศูนย์กฎหมาย |
| (๒) นางสาวภาวิกา ประดับสุข | เจ้าหน้าที่ศูนย์กฎหมายตาทิพย์ |

๒.๓ การพิจารณาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการได้พิจารณาศึกษาและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ กฎหมาย นโยบายรัฐบาล มติคณะรัฐมนตรี เอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย บทความวิชาการ ข่าวและหนังสือที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ดังนี้

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- (๑) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐
- (๒) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ
- (๓) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

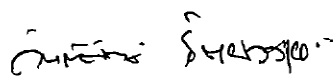
- (๔) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

ข้อบังคับ

- ข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓. ผลการพิจารณาศึกษา

คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ได้เสนอรายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ” ต่อคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ และคณะกรรมการได้มีมติรับรองรายงานดังกล่าว โดยให้ถือว่าเป็นรายงาน ซึ่งคณะกรรมการได้พิจารณาศึกษา คณะกรรมการจึงขอเสนอรายงานผลการพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ เพื่อให้ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติให้ความเห็นชอบ กับผลการพิจารณาศึกษารวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ และขอได้โปรดแจ้งไปยัง คณะรัฐมนตรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบต่อไป



(นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ)

เลขาธิการคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน
สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม
ตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

คณะกรรมการการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการได้พิจารณาศึกษาแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมที่เหมาะสมในประเทศไทยตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ “คนพิการทางจิตสังคม” ถือเป็นคำใหม่ซึ่งในกฎหมายไทยยังไม่มี แม้แต่ในสังคมโลกก็เพิ่งเริ่มใช้ในกรรมการว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติที่แนะนำให้ใช้คำนี้ เนื่องจากเป็นคำที่มีการบูรณาการผสมกันระหว่างความบกพร่องทางจิตกับเงื่อนไขที่สังคมสร้างขึ้น ทั้งนี้ ผลการพิจารณาพบว่าประเด็นสำคัญของการให้บริการคนพิการทางจิตสังคมต้องทำให้สังคมยอมรับปัญหาของคนพิการทางจิตสังคม ทั้งนี้ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการทำงานเพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางจิตสังคมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญว่าสังคมโดยรวมมีความสุข และตัวชี้วัดความสำเร็จของงานคนพิการ คือ คนพิการทางจิตสังคม เนื่องจากเป็นงานที่ยากที่สุดในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการ ซึ่งภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานไปด้วยกัน และแนวทางแก้ไขปัญหาคือสำคัญในการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม คือ การผลักดันให้กระจายบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมลงไปสู่ชุมชน พร้อมทั้งสร้างระบบสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับคนพิการทางจิตสังคม เพื่อไม่ให้กฎหมายเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตตามปกติของคนพิการ โดยความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องช่วยกันขับเคลื่อนงานให้เกิดผลเป็นรูปธรรม รวมทั้งเร่งสร้างความเข้าใจกับสังคมให้รับทราบว่า หากมีบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมในชุมชนจะช่วยทำให้คนพิการทางจิตสังคมสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ปกติเช่นคนทั่วไป

๑. นิยาม “คนพิการทางจิตสังคม”

“คนพิการทางจิตสังคม” มีนิยามในแต่ละกฎหมายแตกต่างกัน อาทิ (๑) กฎหมายส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ตามเกณฑ์การประเมินของจิตแพทย์ ซึ่งต้องเป็นคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างน้อย ๑ ปี ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมแล้ว แต่ยังไม่กลับคืนมาเหมือนเดิม (๒) กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต จะใช้คำว่า “ผู้ป่วย” โดยรวมถึงคนพิการทางจิตสังคมด้วย (๓) สมาคมคนพิการ เรียกคนกลุ่มนี้ว่า “ผู้บกพร่องทางจิต”

๒. ประเด็นทางกฎหมายตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการของคนพิการทางจิตสังคม

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ มีข้อบทที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางจิตสังคม ที่สำคัญ ดังนี้

(๑) ข้อบทที่ ๑๒ เรื่อง การยอมรับอย่างเท่าเทียมกันเบื้องต้นกฎหมายความสามารถทางกฎหมาย (Legal Capacity) การตัดสินใจโดยได้รับการสนับสนุน (Supported Decision-Making) ในปัจจุบัน คนส่วนใหญ่ยังสับสนในเรื่องคนพิการทางจิตสังคมกับบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ทำให้ผู้ดูแลหรือคนแวดล้อม กระทั่งนักวิชาชีพจำนวนไม่น้อยก็ยับยั้งการขอมิบัตรคนพิการด้วยความปรารถนาดีเพราะเกรงว่าบุคคลนั้นจะเสียสิทธิตามกฎหมาย ขณะเดียวกันก็ตัดสินใจแทนคนพิการ

ทางจิตสังคมในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย การรักษาพยาบาล ส่วนอีกด้านหนึ่งผู้บังคับใช้กฎหมาย ส่วนหนึ่งก็เข้าใจผิดว่าคนพิการทางจิตสังคมไม่ต้องรับผิดชอบจากการกระทำของตน ทำให้มีการใช้เรื่องนี้ในทางที่ผิด

(๒) ข้อบทที่ ๕ เรื่อง ความเท่าเทียมกันและไม่เลือกปฏิบัติ ในประเด็นด้านการศึกษาและการจ้างงาน คนพิการทางจิตสังคมจำนวนมากต้องหลุดออกจากระบบการศึกษาเนื่องจากผลกระทบจากโรคจิตเวชขณะอยู่ในวัยเรียน โดยบุคลากรและเพื่อนนักเรียน นักศึกษามักไม่เข้าใจสถานะของผู้ป่วย ไม่มีกลไกสนับสนุนเพียงพอ ด้วยเหตุผลเดียวกัน คนพิการทางจิตสังคม จึงมีโอกาสได้รับเข้าทำงานน้อยกว่าคนอื่น ๆ แม้กระทั่งเมื่อเทียบกับคนพิการด้านอื่น ๆ

(๓) ข้อบทที่ ๑๔ เรื่อง เสรีภาพและความมั่นคงของบุคคล คนพิการทางจิตมักถูกกักขัง จำกัดเสรีภาพ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล อีกจำนวนหนึ่งจะถูกคนในครอบครัวที่ขาดความรู้ ความเข้าใจล่ามขัง การขาดการศึกษาและหน้าที่การงานก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนพิการทางจิต ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ขาดความมั่นคง

(๔) ข้อบทที่ ๑๕ เรื่อง เสรีภาพจากการถูกทรมาน หรือการลงโทษ หรือการปฏิบัติที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย้ายยัดยัดคีร์คีร์ ตราบาปและความรุนแรงต่อคนพิการทางจิตด้วยวาจาและการกระทำในระบบการดูแล การรักษาพยาบาล ระบบการผูกมัดยังมีอยู่

(๕) ข้อบทที่ ๑๖ เรื่อง เสรีภาพจากการแสวงประโยชน์ การใช้ความรุนแรง และการล่วงละเมิด คนพิการทางจิตสังคมตกเป็นเหยื่อเนื่องจากข้อจำกัดในการคิด การรับรู้และการตัดสินใจ ทั้งๆ ที่สังคมส่วนใหญ่ตีตราว่าคนพิการทางจิตเป็นคนที่ใช้ความรุนแรง

(๖) ข้อบทที่ ๑๙ เรื่อง การอยู่อย่างอิสระและเป็นส่วนหนึ่งในชุมชน ในปัจจุบันนอกจากการส่งต่อยาจิตเวชไปยังคนในชุมชนผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แล้ว บริการในชุมชนที่จะสนับสนุนคนพิการทางจิตสังคมให้อยู่ได้อย่างราบรื่นในชุมชนยังไม่มี รวมทั้งบริการดูแลของภาคเอกชนซึ่งยังไม่มีการจัดทะเบียนก็ยังเป็นไปในลักษณะจำกัด อิสรภาพคนพิการทางจิตเช่นเดียวกัน

(๗) ข้อบทที่ ๒๓ เรื่อง การเคารพสิทธิในการสร้างครอบครัว คนพิการทางจิตสังคมส่วนใหญ่มักมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในครอบครัว โดยคนส่วนใหญ่ยังมองว่า คนพิการทางจิตสังคมไม่ควรจะมีครอบครัว อันเป็นที่มาของการทำหมันโดยผู้ดูแลตัดสินใจแทน

(๘) ข้อบทที่ ๒๕ เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพและประกันสุขภาพ การแยกส่วนการรักษาสุขภาพจิตกับสุขภาพกาย ทำให้คนพิการทางจิตหลายครั้งถูกปฏิเสธหรือถูกละเลยการรักษาสุขภาพกาย สำหรับเรื่องประกันชีวิตและสุขภาพ ประกันชีวิตเอกชนไม่คุ้มครองสุขภาพและชีวิตคนพิการทางจิต สังคม/ผู้ป่วยทางจิต ทั้งการมีประวัติการรักษาทางจิตเวชอาจทำให้กรรมธรรม์ที่ถืออยู่เป็นโมฆะได้

(๙) ข้อบทที่ ๒๖ เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็วในชุมชน ซึ่งปัจจุบันกรมสุขภาพจิต มีนโยบายบูรณาการบริการจิตเวชเข้ากับระบบการดูแลรักษาปฐมภูมิ แต่การส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนก็ยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากความจำกัดด้านงบประมาณ สถานบริการ และบุคลากรในการให้บริการทางสุขภาพจิต

(๑๐) ข้อบทที่ ๒๗ เรื่อง งานและการจ้างงาน สถานประกอบการที่ปฏิบัติตามมาตรการเชิงบวกเรื่องโควตาการจ้างงานคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็ยังไม่ค่อยเปิดโอกาสให้คนพิการทางจิตสังคม โดยระเบียบการรับสมัครงานของภาครัฐ

มักกำหนดเรื่องลักษณะต้องห้ามข้อหนึ่งไว้ว่า “คนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ” โดยเหมารวมคนที่มีประวัติการรักษาพยาบาลทางจิตเวชด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้ปฏิเสธการรับคนพิการทางจิตสังคมเข้าทำงาน

(๑๑) ข้อบทที่ ๒๘ เรื่อง มาตรฐานความเป็นอยู่และความคุ้มครองทางสังคม อย่างเพียงพอ ความจำกัดทางการศึกษาและการจ้างงานส่งผลอย่างมากต่อมาตรฐานความเป็นอยู่ของคนพิการทางจิตสังคม แม้ปัจจุบันภาครัฐได้จัดสวัสดิการหลายอย่างสำหรับคนที่ยากลำบากรวมถึงคนพิการแต่ก็ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ

(๑๒) ข้อบทที่ ๒๙ เรื่อง การมีส่วนร่วมทางการเมืองและเรื่องสาธารณะ เนื่องด้วยคนพิการทางจิตสังคมจำนวนมากโดยเฉพาะคนที่ได้รับผลกระทบจากโรคจิตเภท ประเด็นสำคัญ ๆ ทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางการเมือง เป็นสิ่งหนึ่งที่ได้รับการขยายความสำคัญในความคิดหลงผิดแต่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น อาจถูกจำกัดด้วยลักษณะต้องห้ามว่า “วิกลจริตจิตฟั่นเฟือน”

(๑๓) ข้อบทที่ ๓๐ เรื่อง การมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม นันทนาการ การผ่อนคลายยามว่าง และกีฬา ความพิการทางจิตสังคมเป็นความพิการที่มองไม่เห็นทำให้คนพิการทางจิตสังคมไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกีฬาคนพิการ และผลกระทบจากโรคส่งให้คนพิการทางจิตสังคมมีแนวโน้มจะแยกตัวจากชุมชน จึงต้องมีมาตรการส่งเสริมจริงจังให้ทำกิจกรรมทางวัฒนธรรมและนันทนาการต่าง ๆ

(๑๔) ข้อบทที่ ๓๑ เรื่อง สถิติและการเก็บรวบรวมข้อมูล คนพิการทางจิตสังคมเป็นความพิการที่มองไม่เห็นและคนพิการเกรงว่าจะถูกตีตราจากสังคม จึงมักไม่ยอมทำบัตรคนพิการ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงความคุ้มครองทางสังคมที่จัดให้คนพิการ การค้นหา จำแนกทางสถิติว่ามีคนพิการทางจิตสังคมจำนวนเท่าไร ในช่วงวัย เพศสภาพ และมีความต้องการจำเป็นอย่างไรบ้าง จึงเป็นเรื่องจำเป็นตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

คณะกรรมการสิทธิการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการได้พิจารณาศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมที่เหมาะสมในประเทศไทยตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ โดยมีข้อเสนอแนะ ๔ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านกฎหมาย

๑) รัฐควรดำเนินการแก้ไขตัวบทกฎหมายต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Legal Harmonization) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบัญญัติว่าด้วยความสามารถทางกฎหมายของบุคคลตามประมวลกฎหมาย ทั้งนี้ มีการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในลักษณะดังกล่าวแล้วในประเทศเปรู

๒) รัฐควรกำหนดมาตรฐานการให้บริการสำหรับผู้ป่วยหรือคนพิการทางจิตสังคม เพื่อให้บริการทั้งของรัฐและเอกชนสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ โดยคำนึงถึงหลักความสามารถทางกฎหมาย (Legal Capacity) เจตนาธรรมและความประสงค์ของบุคคล (Will and Preferences) ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจโดยได้รับการสนับสนุน (Supported Decision-Making) มากกว่าการให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนโดยสิ้นเชิง (Substituted Decision-Making)

๓) รัฐควรดำเนินการเผยแพร่ความรู้เรื่องอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตคนพิการด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การจ้างงาน และการประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในสังคมให้แก่เจ้าพนักงาน คนพิการ ผู้ดูแล และชุมชน ในรูปแบบและภาษาที่เข้าถึงได้ โดยสะดวกและเข้าใจได้ง่าย

๔) รัฐควรเสริมสร้างและสนับสนุนกลุ่มคนและองค์กรด้านคนพิการที่มีความเข้มแข็งในการติดตามการดำเนินงานตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๕) รัฐควรปรับปรุงกฎหมายสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยไม่ควรแยกส่วนจากกัน โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคล มากกว่าการมุ่งที่จะรักษาเฉพาะจุดหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นสำคัญ และควรกำกับดูแลการตรากฎหมายทุกฉบับเพื่อประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคนพิการด้วย

๒. ด้านสาธารณสุข

๑) รัฐควรเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) แนวทางการให้บริการคนพิการทางจิตสังคมในประเทศไทย โดยใช้แนวทางที่เน้นการคืนสู่สภาวะ (Recovery Oriented Service) เพื่อปรับบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมของประเทศไทยให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนมากขึ้น มุ่งเน้นให้คนพิการทางจิตสังคมได้ค้นพบศักยภาพของตัวเอง กลับมามีชีวิตที่เป็นสุข มีความหมาย โดยการรักษาจะไม่เพียงใช้ยา แต่จะเป็นการฟื้นฟูรอบด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมในเส้นทางสู่สภาวะของตัวเอง ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ลงมือทำ และรับผิดชอบในชีวิตของตัวเอง

๒) รัฐควรมุ่งเน้นแนวทางการให้บริการคนพิการทางจิตสังคมโดยชุมชนเป็นฐานสำคัญในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางจิตสังคม โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบระบบการดูแล ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนพิการทางจิตสังคม

๓) รัฐควรนำแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) มาใช้อย่างถูกต้องและเต็มประสิทธิภาพ ตามที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ เพื่อให้ผู้มีประสบการณ์ตรงหรือผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนการสนับสนุนการตัดสินใจของคนพิการในการเลือกวิธีการบำบัดรักษา

๔) รัฐควรพัฒนากลไกสนับสนุนการให้บริการคนพิการทางจิตสังคม ดังนี้

(๑) พัฒนาองค์ความรู้ด้านการให้บริการคนพิการทางจิตสังคม สำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ และสุขภาพจิตศึกษาสำหรับคนพิการทางจิตสังคมและกลุ่มคนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นครั้งแรก

(๒) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิผล (Full & Effective Participation) ของคนพิการทางจิตสังคมผ่านองค์กรของคนพิการในการกำหนดนโยบาย การทำแผน การดำเนินงาน การกำกับดูแลติดตามการดำเนินงานขององค์กรหรือหน่วยงานด้านสุขภาพจิตทุกระดับ

(๓) ศึกษาความคุ้มค่าด้านงบประมาณในการบำบัดรักษา โดยคำนึงถึงปัจจัยอย่างรอบด้าน ซึ่งควรรวมถึงการสูญเสียวันทำงานของคนพิการทางจิตสังคมและผู้ดูแล ผลกระทบทางจิตใจของคนในสังคม ไม่เพียงแค่ว่าหรือคำรักษาพยาบาลเท่านั้น

๓. ด้านการศึกษา

๑) การศึกษาในระบบ : รัฐควรจัดให้นักเรียน นักศึกษา เด็กและเยาวชนมีประสบการณ์เชิงบวกกับคนพิการทางจิตสังคมหรือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งส่งเสริมการจัดตั้งชมรมในสถานศึกษา เพื่อดูแลและป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น การรังแก การเสพติด และความเครียด เป็นต้น

๒) การศึกษานอกระบบ : รัฐควรส่งเสริมการศึกษาเพื่อกลุ่มคนพิการทางจิตสังคมหรือกลุ่มคนเปราะบาง เพื่อให้คนพิการทางจิตสังคมได้นำประสบการณ์มาร่วมพูดคุยเรียนรู้และตัดสินใจวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง เน้นการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตศึกษา ทักษะชีวิต โดยกำหนดแนวทางการสนับสนุนด้านการศึกษา การทำงาน และการดำเนินการจัดตั้งกลไกการเผยแพร่การศึกษาเหล่านี้ให้เข้าถึงชุมชนทั่วไป

๔. ด้านการสร้างความรู้

๑) รัฐควรรณรงค์ส่งเสริมให้สื่อดั้งเดิมและสื่อออนไลน์นำเสนอข่าว สาระ สาระบันเทิง และการบันเทิงทั่วไป ให้นำเสนอประเด็นด้านสุขภาพจิตและคนพิการทางจิตสังคมอย่างสร้างสรรค์

๒) รัฐควรสร้างสื่อคุณภาพและรณรงค์ในวงกว้างผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และส่งเสริมสิทธิมนุษยชนของคนพิการด้านจิตสังคม

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก - จ
บทที่ ๑	บทนำ
๑.๑	ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา
๑.๒	วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา
๑.๓	ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา
๑.๔	วิธีการพิจารณาศึกษา
๑.๕	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
บทที่ ๒	กฎหมาย นโยบาย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง
๒.๑	กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง
๒.๒	แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
บทที่ ๓	สถานการณ์การจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมในประเทศไทย
๓.๑	สถานการณ์การจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมในประเทศไทย
๓.๒	กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต
๓.๓	กรณีศึกษาประเด็นคนพิการทางจิตสังคมกับร่างพระราชบัญญัติ การจดทะเบียนคู่อีวิต พ.ศ.
บทที่ ๔	ผลการพิจารณาศึกษาแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม ตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ
๔.๑	แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการ ของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ
๔.๒	แนวทางการแก้ไขกฎหมายสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วย สิทธิคนพิการ
๔.๓	แนวทางการจัดทำร่างพระราชบัญญัติการจดทะเบียน คู่อีวิต พ.ศ. ในประเด็นคนพิการทางจิตสังคมให้สอดคล้อง กับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ
บทที่ ๕	บทสรุปและข้อเสนอแนะ
๕.๑	บทสรุป
๕.๒	ข้อเสนอแนะ
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา

ตามที่ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ แห่งสหประชาชาติ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) และ ประเทศไทยได้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานตาม CRPD พร้อมทั้งนำเสนอรายงาน ต่อคณะกรรมการ CRPD เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา โดยคณะกรรมการ CRPD ได้จัดทำข้อสังเกตเชิงสรุปต่อรายงานของประเทศไทย (Concluding observations on the initial report of Thailand) ซึ่งประเทศไทยต้องรับข้อสังเกตดังกล่าวมาเพื่อดำเนินการ โดยประเทศไทย จะต้องนำเสนอรายงานผลการดำเนินการตาม CRPD ครั้งต่อไป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ประเด็น “คนพิการทางจิตสังคม” เป็นประเด็นหนึ่งในข้อสังเกตเชิงสรุปดังกล่าวที่ประเทศไทยยังมี ประการณ้อยและการดำเนินงานยังไม่สอดคล้องกับ CRPD อย่างไรก็ตาม คำว่า “คนพิการทางจิตสังคม (Psycho Social Disability)” เป็นชื่อที่กลุ่มคนพิการทางจิตสังคมในระดับโลกซึ่งเคลื่อนไหวเรียกร้อง สิทธิของกลุ่มตนอย่างเป็นระบบใช้เรียกแทนกลุ่มของตนเอง ดังนั้น คณะอนุกรรมการกิจการ คนพิการจึงใช้คำว่า “คนพิการทางจิตสังคม” เพื่อให้สอดคล้องกับชื่อที่กลุ่มบุคคลดังกล่าวใช้เรียก กลุ่มตนเอง เนื่องจากแต่ละหน่วยงาน แต่ละกฎหมาย หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อาจจะเรียกคนกลุ่มนี้ แตกต่างกันไปตามสถานะการเจ็บป่วยหรือความบกพร่อง เช่น คนพิการทางจิต ผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

ผู้บกพร่องทางจิต ถือเป็นคำกลาง ๆ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน แม้ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิ คนพิการ ข้อบทที่ ๑ ว่าด้วยประเภทความบกพร่องจะใช้คำว่า Mental แต่การอธิบายและการจัดทำ รายงาน รวมถึงความเห็นทั่วไปของคณะกรรมการ CRPD ใช้คำว่า “คนพิการทางจิตสังคม” เพื่อเน้นย้ำถึงเงื่อนไขทางสังคมว่ามีผลต่อความรุนแรงของความพิการ ไม่ใช่ความบกพร่องทางจิต จึงเกิดคำถามกรณีการดำเนินงานของประเทศไทยต่อประชากรกลุ่มนี้ในฐานะผู้ป่วยทางจิต ผู้บกพร่อง ทางจิต หรือคนพิการทางจิตสังคม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

ทั้งนี้ CRPD มองว่ามนุษย์ทุกคนมีเจตจำนงเสรี เป็นเจ้าของสิทธิที่ควรจะได้รับ ความคุ้มครองและส่งเสริม ทุกคนมีความเท่าเทียมกันในเรื่องของความสามารถทางกฎหมาย และสามารถที่จะตัดสินใจด้วยตัวเองทั้งในเรื่อง สุขภาพ การดำรงชีวิต การจะรักษาโรค อย่างไรก็ตาม CRPD ไม่ได้ปฏิเสธว่าบุคคลย่อมมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน CRPD จึงสนับสนุนให้มีกระบวนการ สนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเอง (Supported Decision-Making) ซึ่งปัจจุบันกระบวนการดังกล่าว มีน้อยมาก โดยพื้นฐานของกฎหมายเดิมของประเทศไทยและทั่วโลก เมื่อเป็นผู้ป่วยทางจิตก็มักจะ อยู่ในสถานะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ความเจ็บป่วยทำให้มีการตัดสินใจแทน รวมถึง การรักษา การกักขัง การนำไปไว้ในสถานสงเคราะห์โดยไม่สมัครใจ และถือเป็นประเด็นที่ประเทศไทย จะต้องเตรียมตอบคำถามของกรรมการ CRPD ใน ๖ ปีข้างหน้าต่อไป

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก หรือ WHO (World Health Organization) ได้ออก “WHO Quality Rights guidance and training tools” ซึ่งเป็นแนวทางและเครื่องมือเพื่อนำไปใช้สร้างความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาศักยภาพคนที่ทำงานด้านสุขภาพจิต (Mental Health) ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติไปจนถึงตัวคนพิการทางจิตสังคมเอง โดยการนำหลักสิทธิมนุษยชนไปปรับใช้กับงานสุขภาพจิตซึ่งสอดคล้องกับ CRPD และมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระดับสากล (International Human Rights Standards) มีวัตถุประสงค์หลัก ๕ ประการ ได้แก่ ๑) สร้างความเข้าใจ และส่งเสริมหลักสิทธิมนุษยชน ๒) สร้างชุมชนเพื่อมุ่งเน้นการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นหลัก ๓) พัฒนาคุณภาพของการรักษาโดยผนวกรวมเข้ากับหลักสิทธิมนุษยชน ๔) พัฒนาภาคประชาสังคมให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจที่จะส่งเสริมเรื่องสิทธิมนุษยชน และ ๕) ปฏิรูปนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น เพื่อให้แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมสอดคล้องตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ตามข้อสังเกตเชิงสรุปซึ่งคณะกรรมการ CRPD มีต่อประเทศไทย หลังจากที่ได้นำเสนอรายงานการอนุวัติตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแล้ว คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการจึงเห็นควรพิจารณาศึกษาสถานการณ์ด้านคนพิการทางจิตสังคมในประเทศไทย แนวทางการให้บริการด้านสุขภาพจิต และการให้บริการคนพิการทางจิตสังคมในประเทศไทย เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิต ทั้งกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต องค์กรที่ดูแลคนพิการทางจิตสังคม แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับคนพิการทางจิตสังคม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและคนพิการทางจิตสังคม เพื่อส่งเสริมให้สังคมไทยเกิดความเข้าใจด้านสุขภาพจิตและคนพิการทางจิตสังคมตามหลักสิทธิมนุษยชน และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรคการดำเนินงานด้านการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๑.๒.๒ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณาศึกษา

๑.๓.๑ ศึกษาข้อมูล สถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานด้านจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๑.๓.๒ พิจารณากำหนดแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๑.๔ วิธีการพิจารณาศึกษา

๑.๔.๑ ศึกษาจากข้อมูลโดยการประชุมร่วมกับบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ประกอบการพิจารณาศึกษา

๑.๔.๒ ศึกษาจากข้อมูล โดยการศึกษาและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง อาทิ กฎหมาย นโยบายรัฐบาล มติคณะรัฐมนตรี เอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย และบทความวิชาการ

๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๕.๑ ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันในการดำเนินงานด้านการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๑.๕.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

บทที่ ๒

กฎหมาย นโยบาย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

๒.๑.๑ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD)

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ หรือ Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) ไม่ได้มองคนพิการ ที่ความบกพร่องเป็นสำคัญ ความบกพร่องเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งไม่ใช่องค์ประกอบหลักของความพิการ แต่มองว่าความพิการมีเงื่อนไขสำคัญจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขทางสังคมเป็นตัวกำหนดหลัก ความหมายของ “คนพิการ” ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการจึงเปลี่ยนไป จากการใช้ระดับความบกพร่องหรือรูปแบบความบกพร่องเป็นตัวชี้วัดความพิการ มาเป็นการมองความทารุณโหดร้าย ความไม่เป็นมิตร อุปสรรคของสภาพแวดล้อม สังคม การเลือกปฏิบัติ และการเข้าถึงบริการสาธารณะ มาเป็นตัวชี้วัดความพิการ และมองว่าคนพิการเป็นเจ้าของสิทธิที่จะต้องได้รับการคุ้มครองและส่งเสริม และการรับมือกับความพิการจึงเป็นการรับมือกับสภาพแวดล้อมภายนอก ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมเป็นสิ่งสำคัญ จึงถือเป็นหลักการสำคัญของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ กฎหมายเรื่องคนพิการของประเทศไทยจึงอยู่ระหว่างการพัฒนาเปลี่ยนผ่านจากเดิมที่มุ่งเน้นในการวินิจฉัยเชิงการแพทย์หรือความบกพร่อง (impairment) เป็นหลัก ไปสู่การให้ความสำคัญและให้น้ำหนักกับสภาพแวดล้อมภายนอกหรือเงื่อนไขทางสังคมมากขึ้น โดยมีข้อบทที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางจิตสังคม ดังนี้

(๑) ความสามารถทางกฎหมาย (Legal Capacity) ของคนพิการทางจิตสังคม การสนับสนุนการตัดสินใจ (Support Decision - Making) และการตัดสินใจแทน (Substituted Decision - Making) : ข้อบทที่ ๑๒

(๒) การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมของคนพิการทางจิตสังคม : ข้อบทที่ ๑๓

(๓) การเข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษา การเข้าถึงยา การบังคับรักษาด้วยการผูกมัด ล่าม กักขังและการใช้ Electroconvulsive therapy (ECT) รวมถึงการบังคับทำหมันและทำแท้งของคนพิการทางจิตสังคม : ข้อบทที่ ๑๕

(๔) สิทธิในการแต่งงานและการมีครอบครัวของคนพิการทางจิตสังคม : ข้อบทที่ ๒๓

(๕) การเข้าถึงการศึกษาของคนพิการทางจิตสังคม : ข้อบทที่ ๒๔

(๖) การจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมโดยชุมชน : ข้อบทที่ ๒๕ (C)

(๗) การเข้าถึงการจ้างงานของคนพิการทางจิตสังคม : ข้อบทที่ ๒๗

๒.๑.๒ ข้อสังเกตต่อรายงานฉบับแรกของประเทศไทย (Concluding observations on the initial report of Thailand)

(๑) หลักการทั่วไปและพันธกรณี (ข้อบทที่ ๑ - ๔) : หลักเกณฑ์ความพิการ และการสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการ

(๒) การยอมรับอย่างเท่าเทียมกันเบื้องต้นกฎหมาย (ข้อบทที่ ๑๒) : ความสามารถทางกฎหมายและการสนับสนุนการตัดสินใจของคนพิการ

(๓) เสรีภาพและความมั่นคงของบุคคล (ข้อบทที่ ๑๔) : สถานสงเคราะห์/โรงพยาบาลจิตเวช/สถาบัน

(๔) เสรีภาพจากการถูกทรมาน หรือการลงโทษ หรือการปฏิบัติที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี (ข้อบทที่ ๑๕)

(๕) การคุ้มครองบูรณภาพของบุคคล (ข้อบทที่ ๑๗) : การบังคับรักษาและการบังคับทำหมัน

(๖) การเคารพในการสร้างครอบครัวและสถาบันครอบครัว (ข้อบทที่ ๒๓) : สิทธิในการสมรส

(๗) สุขภาพ (ข้อบทที่ ๒๕) : การเข้าถึงบริการสุขภาพและประกันสุขภาพ

(๘) การส่งเสริมสมรรถภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ (ข้อบทที่ ๒๖)

(๙) มาตรฐานความเป็นอยู่และความคุ้มครองทางสังคมอย่างเพียงพอ (ข้อบทที่ ๒๘) : ความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ

๒.๑.๓ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ให้หลักประกันความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันไว้ในมาตราต่าง ๆ ดังนี้

มาตรา ๔ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน

มาตรา ๒๗ บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครอง ตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ **ความพิการ** สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง อันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ หรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้

มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ **คนพิการ** หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

บุคคลผู้เป็นทหาร ตำรวจ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่อื่นของรัฐ และพนักงานหรือลูกจ้างขององค์กร ของรัฐย่อมมีสิทธิและเสรีภาพเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป เว้นแต่ที่จำกัดไว้ในกฎหมาย เฉพาะในส่วนที่ เกี่ยวกับการเมือง สมรรถภาพ วินัย หรือจริยธรรม

มาตรา ๔๗ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ

บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา ๗๑ รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาให้ไปสู่ความเป็นเลิศ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น

รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรง หรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด พิณฑุและเยียวยาผู้ถูกระทำการดังกล่าว

ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม

มาตรา ๕๕ รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๒.๑.๔ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

มาตรา ๓

“คุมขัง” หมายความว่า การจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคลด้วยอำนาจของกฎหมาย โดยการคุมตัว ควบคุม กัก กักกัน ขัง กักขัง จำขังและจำคุก

“ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

“ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาพของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาและต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงหรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น

มาตรา ๑๗ การบำบัดรักษาโดยการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วยจะกระทำไม่ได้ เว้นแต่เป็นความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่นโดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

มาตรา ๑๘ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใด ที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร ให้กระทำได้ในกรณีดังต่อไปนี้

(๑) กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือเพื่อการบำบัดรักษานั้น โดยผู้ป่วยได้รับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรืออาจเป็นผลทำให้ไม่สามารถแก้ไขให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิม และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

(๒) กรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยหากมิได้บำบัดรักษาจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

ให้นำความในมาตรา ๒๑ วรรคสาม มาใช้บังคับกับการให้ความยินยอมตาม (๑) โดยอนุโลม

มาตรา ๒๑ การบำบัดรักษาจะกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเว้นแต่เป็นผู้ป่วยตามมาตรา ๒๒

ถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ความยินยอมตามวรรคหนึ่งต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมตามวรรคสองแทน

หนังสือให้ความยินยอมตามวรรคสองและวรรคสาม ให้เป็นไปตามแบบที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา ๒๒ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

(๑) มีภาวะอันตราย

(๒) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

มาตรา ๒๕ เมื่อผู้รับผิดชอบดูแลสถานที่คุมขังหรือสถานสงเคราะห์ หรือพนักงานคุมประพฤติ พบบุคคลที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบตามอำนาจหน้าที่ มีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ให้ดำเนินการส่งตัวบุคคลนั้นไปยังสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๗

การส่งตัวบุคคลตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

๒.๑.๕ กฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

สิทธิคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และการเข้าถึงสิทธิต่างๆ ตามมาตรา ๒๐ ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ ระบุไว้ว่า คนพิการมีสิทธิเข้าถึง

และใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ดังต่อไปนี้

๑) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้นตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด

๒) การศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติหรือแผนการศึกษาแห่งชาติตามความเหมาะสมในสถานศึกษาเฉพาะหรือในสถานศึกษาทั่วไป หรือการศึกษาทางเลือก หรือการศึกษานอกระบบ โดยให้หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการให้การสนับสนุนตามความเหมาะสม

๓) การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ การให้บริการที่มีมาตรฐาน การคุ้มครองแรงงาน มาตรการเพื่อการมีงานทำ ตลอดจนได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพอิสระ และบริการสื่อสิ่งอำนวยความสะดวกเทคโนโลยีหรือความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อการทำงานและประกอบอาชีพของคนพิการ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานประกาศกำหนด

๔) การยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ตลอดจนได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ

๕) การช่วยเหลือให้เข้าถึงนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาและบริการอันเป็นสาธารณะ ผลิตภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การช่วยเหลือทางกฎหมายและการจัดหาทนายความว่าต่างแก่ต่างคดี ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

๖) ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารและเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการสื่อสารสำหรับคนพิการทุกประเภท ตลอดจนบริการสื่อสารสาธารณะจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกำหนดในกฎกระทรวง

๗) บริการล่ามภาษามือตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด (๘) สิทธิที่จะนำสัตว์นำทาง เครื่องมือหรืออุปกรณ์นำทาง หรือเครื่องช่วยความพิการใด ๆ ติดตัวไปในยานพาหนะหรือสถานที่ใด ๆ เพื่อประโยชน์ในการเดินทาง และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ โดยได้รับการยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียม และค่าเช่าเพิ่มเติมสำหรับสัตว์ เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือเครื่องช่วยความพิการดังกล่าว

๘) การจัดสวัสดิการเบี่ยงความพิการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

๙) การจัดสวัสดิการเบี่ยงความพิการ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

๑๐) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคนพิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่นตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

ผู้ช่วยคนพิการ ให้มีสิทธิได้รับการลดหย่อนหรือยกเว้นค่าบริการ ค่าธรรมเนียมตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

คนพิการที่ไม่มีผู้ดูแลคนพิการ มีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยและการเลี้ยงดูจากหน่วยงานของรัฐ ในกรณีที่มีสถานสงเคราะห์เอกชนจัดที่อยู่อาศัยและสวัสดิการให้แล้ว รัฐต้องจัดเงินอุดหนุนให้แก่สถานสงเคราะห์เอกชนนั้น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

ผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การเลี้ยงดู การจัดการศึกษา การส่งเสริมอาชีพและการมีงานทำ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้พึ่งตนเองได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ

คนพิการและผู้ดูแลคนพิการมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษีตามที่กฎหมายกำหนด

องค์กรเอกชนที่จัดให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ตามมาตรา ๖๖ มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษีหรือยกเว้นภาษีเป็นร้อยละของจำนวนเงินค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายกำหนด

๒.๒ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๑ แนวคิดบริการด้านสุขภาพจิตและการให้บริการคนพิการทางจิตสังคม

(๑) แนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Oriented Approach) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในวงการบริการจิตเวชเมื่อประมาณ ๓๐ ปีก่อนในประเทศตะวันตกและในหลายประเทศในเอเชีย เป็นการเปลี่ยนระบบคิดของการบริการมาสอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนมากขึ้น ทั้งนี้ การฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery) เป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ คุณค่า จุดมุ่งหมาย ทักษะและ/หรือบทบาทของคนในสังคม อย่างมีความหวังทั้งที่ยังมีขีดจำกัดจากความบกพร่องของร่างกายและจิตใจ

๑. Self-Direction มีอิสระในการตัดสินใจเลือกจุดมุ่งเป้าหมายของชีวิต และออกแบบเส้นทางเดินเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์

๒. Individualized มีการวางแผนเป็นรายบุคคลโดยขึ้นอยู่กับจุดเด่น ความต้องการ ความชอบ ประสบการณ์และพื้นฐานทางวัฒนธรรม

๓. Empowerment เสริมพลังชีวิตให้สามารถเลือกและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกอย่างที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง

๔. Holistic บริการแบบองค์รวมครอบคลุมทุกด้านของชีวิต

๕. Nonlinear เป็นกระบวนการที่มีพื้นฐานจากการเจริญเติบโตและเรียนรู้จากประสบการณ์ไม่จำเป็นต้องตามลำดับขั้น

๖. Strengths-based การนำจุดเด่นและความสามารถที่มีอยู่มาใช้

๗. Peer Support ให้บุคคลที่มีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยทางจิตให้มอบบทบาทในทีมบริการบำบัดรักษาให้กำลังใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน

๘. Respect เคารพและให้เกียรติกันยอมรับและชื่นชม รวมทั้งปกป้องสิทธิส่วนบุคคลและลดการถูกกีดกัน

๙. Responsibility มีความรับผิดชอบต่อการนำไปสู่เป้าหมายตนเอง

๑๐. Hope ความหวังเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการฟื้นคืนสู่สุขภาพ

แผนภาพ ๑๐ องค์ประกอบพื้นฐานการฟื้นคืนสู่สุขภาพ



(๒) แนวคิดแบบเพื่อนเสริมสร้างชีวิต หรือเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer support) คนที่ทำหน้าที่เพื่อน คือ คนที่มีประสบการณ์กับความพิการและได้ก้าวเดินมาถึงจุดที่มีสุขภาพแล้วหรือกำลังอยู่ในเส้นทางสู่สุขภาพ แล้วใช้ประสบการณ์ของตนมาสนับสนุนคนที่ประสบความพิการทางจิตสังคม ด้วยการเป็นเพื่อนเสริมสร้างชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการช่วยเหลือเป็นเรียนรู้ร่วมกัน จากความกลัวเป็นความหวัง จากปัจเจกบุคคลเป็นความสัมพันธ์ เพื่อนเสริมสร้างชีวิตทำหน้าที่เอื้ออำนวยเป็นแบบอย่าง ให้การสนับสนุน เพื่อเดินทางไปสู่สุขภาพด้วยกัน ผ่านภารกิจของเพื่อนเสริมสร้างชีวิตในการเชื่อมโยงกัน เข้าใจที่มาของโลกทัศน์ของกันและกัน ดำเนินไปด้วยกัน และมุ่งไปหาสิ่งที่ต้องการไม่ใช่เพียงหนีจากสิ่งที่ไม่ต้องการ ระบบเพื่อนเสริมสร้างชีวิตเป็นองค์ประกอบหนึ่ง

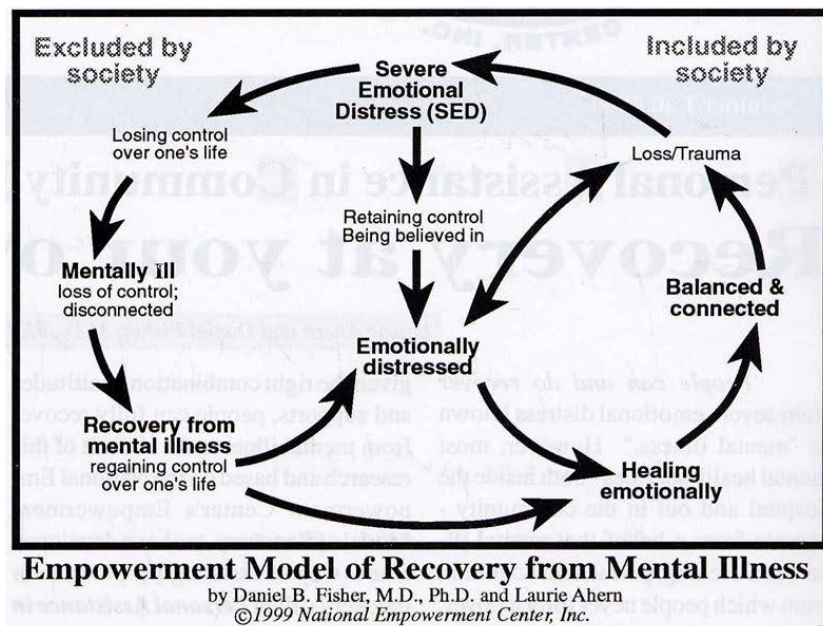
ของแนวทางบริการแบบเน้นสุขภาวะ เนื่องจากมีอำนาจสมดุลและเท่าเทียมกัน ซึ่งส่งผลให้ปัจจัยอื่น ๆ ของบริการแบบเน้นสุขภาวะเกิดขึ้นหรือได้รับการส่งเสริม

(๓) หลักการสนับสนุนการตัดสินใจ (Supported Decision-Making) เนื่องจากคนพิการทางจิตสังคมไม่ได้เป็นบุคคลไร้ความสามารถ ฉะนั้นจึงมีความสามารถในการตัดสินใจ แม้เมื่อมีอาการหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ ก็ยังพึงได้รับความเคารพในสิ่งที่เขาต้องการหรือชอบมากกว่า อย่างเช่น วิธีหรือบุคลากรที่จะให้การรักษาพยาบาลหรือการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ผู้ดูแลหรือคนแวดล้อมย่อมสามารถให้ข้อมูล ชี้แจง แสดงความเห็นทั้งป้องกันหรือขัดกันได้ แต่สุดท้ายแล้วคนพิการทางจิตสังคมเองควรเป็นคนตัดสินใจ

๒.๒.๒ ทฤษฎีการจัดบริการโดยชุมชน

ตามทฤษฎีของนายแพทย์ดาเนียล ฟิชเชอร์ที่เคยมีประสบการณ์กับโรคจิตเวช เรียนแพทย์ต่อด้วยแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช ได้กำหนดแผนภาพของวิกฤติทางอารมณ์และการคืนสู่สุขภาวะไว้ดังนี้

Daniel Fisher, MD, PhD, The National Empowerment Center
www.power2u.org



ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากคนที่ประสบวิกฤติด้านอารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนจะมีโอกาสเยียวยากลับสู่สมดุลได้ แต่คนที่ถูกตัดออกจากสังคม วิกฤติทางอารมณ์อาจส่งผลให้ป่วยด้วยโรคจิตเวช แต่เมื่อป่วยแล้วก็ยังสามารถเยียวยากลับสู่สมดุลได้เช่นกัน แม้เส้นทางจะยาวไกลกว่าเมื่อเป็นเช่นนี้ บริการต่างๆ สำหรับคนพิการทางจิตสังคมจึงไม่ควรแยกเขาออกจากชุมชนที่เขาเลือก เขาควรได้อยู่กับครอบครัว และเครือข่ายสังคมที่สนับสนุน ซึ่งสามารถช่วยป้องกันการเจ็บป่วยพิการและในการบำบัดรักษาพัฒนาสุขภาวะด้วย แต่การอยู่ร่วมกันด้วยดีในชุมชนไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ต้องเรียนรู้เข้าใจสถานะท้าทายทางจิตสังคมและการรับมือ อันอาจหมายรวมถึงการเปลี่ยนทัศนคติโลกทัศน์ภายใน ตลอดจนการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ในชุมชนด้วย

บทที่ ๓

สถานการณ์การจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมในประเทศไทย

๓.๑ สถานการณ์การจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมในประเทศไทย

๓.๑.๑ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

(๑) พระราชบัญญัติสุขภาพจิตได้ตราขึ้นเมื่อปี ๒๕๕๑ เนื่องจากมีภาวะอันตรายในสังคมของผู้ป่วยทางจิตที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายและเพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตได้เข้าสู่ระบบการรักษา เจตนาารมณ์ที่ดีของกฎหมายเพื่อต้องการรักษาสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช แต่ด้วยในบางครั้งที่ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการด้วยตัวเองได้หรือไม่รู้ตัวว่าป่วยทางจิต กฎหมายจึงกำหนดให้มีวิธีการให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่บริการ นอกจากนี้ หมวดที่ ๒ เรื่องสิทธิผู้ป่วย ได้กำหนดไว้ว่าผู้ป่วยย่อมมีสิทธิได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งถือเป็นข้อความที่ต้องการให้เกิดการมีส่วนร่วมหรือการตัดสินใจของผู้ป่วยโดยตรงอยู่แล้ว ทั้งนี้ การเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่..) พ.ศ. เพื่อปรับปรุงให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและรวมไปถึงคนที่มีแนวโน้มจะป่วยซึ่งนอกจากจะส่งเสริมให้การดูแลรักษาฟื้นฟูเมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้ว ยังได้เพิ่มเติมการส่งเสริมป้องกันก่อนที่เจ็บป่วยจากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนทั้งชุมชน สังคม ครอบครัวและญาติ ซึ่งเมื่อวันอังคารที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่..) พ.ศ. ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา ก่อนเสนอสภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาต่อไป

(๒) ประเด็นการปฏิบัติตาม CRPD และระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (Supported Decision-Making) สำหรับสังคมไทยในส่วนของแพทย์ทั้งทางกายและทางจิต อาจจะมีแนวทางที่ตรงข้าม เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์อาจจะเข้าใจว่าได้ตัดสินใจและเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับคนไข้แล้ว จึงอาจทำให้โอกาสและสิทธิของคนไข้เสียไปได้ ทั้งนี้ ในวงการของจิตแพทย์ได้มีความพยายามมองบริบทของสังคมและเข้าใจมุมมองของสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น

(๓) ประเด็นเชิงส่งเสริมป้องกันมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งควรต้องดูแลกันตั้งแต่ว่าก่อนที่จะป่วย รวมถึงประเด็นการลดอคติและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination) ต่อผู้ป่วยจิตเวชและคนพิการทางจิตสังคมในสังคมยังต้องผลักดันกันอย่างมาก แม้ผู้ป่วยเองก็ยังไม่กล้าที่จะยอมรับว่าตัวเองป่วย ทั้งนี้ แนวทางการพัฒนาบริการผู้ป่วยจิตเวชในอนาคต จะต้องสร้างการมีส่วนร่วมของทั้งตัวผู้ป่วยเอง ญาติ ครอบครัว และชุมชน

(๔) แพทย์ทั่วไปจะมีส่วนช่วยและสามารถดูแลได้ในระดับหนึ่ง หากรุนแรงก็ส่งต่อจิตแพทย์ โดยปัจจุบันก็มีพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลจังหวัด รวมถึงมีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ในเบื้องต้น และส่งต่อโรงพยาบาลได้ โดยกรมสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายซึ่งมีความพยายามดูแลและสนับสนุนให้มีการค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก (early detection) แต่ปัญหาสำคัญคือ ตราบาป (Stigma) ของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวช จึงทำให้ผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธหรือไม่อยากเข้ารับการรักษา

(๕) การสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยจิตเวชและคนพิการทางจิตสังคม ควรมีการพิจารณาในประเด็นทางสังคม (Social) และชีววิทยาทางสมอง (Biological) ของผู้ป่วยควบคู่กัน ซึ่งจะมีความทับซ้อนกัน ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชตัดสินใจรักษาตัวเอง แต่ด้วยภาวะทางสมองของผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ การจะมุ่งเน้นเฉพาะด้านสิทธิมนุษยชนเพียงอย่างเดียวโดยมอบสิทธิทุกอย่างให้ผู้ป่วย ก็อาจจะเป็นการทำร้ายผู้ป่วยได้เช่นกัน เนื่องจากเรื่องนี้มีความละเอียดอ่อนจึงควรต้องพิจารณารายละเอียดให้รอบด้าน

๓.๑.๒ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

(๑) ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลการปฏิบัติงานของจิตแพทย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ รวมถึงพัฒนาอัตราการกำลังหรือผู้ปฏิบัติงานให้เพียงพอสำหรับการจัดบริการในประเทศไทย ปัญหาการขาดแคลนจิตแพทย์ของประเทศไทยมีอยู่ในระดับหนึ่ง ปัจจุบันประเทศไทยมีจิตแพทย์ทั่วประเทศ จำนวน ๗๐๐ กว่าคน ถือว่าเป็นตัวเลขที่มีสัดส่วนดีขึ้นเรื่อย ๆ แต่ยังมีปัญหาการกระจายบริการของจิตแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในเขตที่มีมหาวิทยาลัยหรือในกรุงเทพมหานคร รวมถึงการขาดแคลนจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ทั้งนี้ ราชวิทยาลัยฯ จะสนับสนุนให้เกิดการผลิตและพัฒนาจิตแพทย์ให้เพียงพอสำหรับการจัดบริการในประเทศไทย

(๒) กระบวนการให้บริการแก่กลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางจิต หรือผู้ป่วยทางจิต หรือผู้บกพร่องทางจิตมีการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพมาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มมีเรื่องใหม่ ๆ ที่มีความจำเป็นเข้ามาในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้จิตแพทย์เข้าใจมุมมองและให้บริการที่เกี่ยวข้องหลากหลายมิติ อาทิ การทำงานในลักษณะสหวิชาชีพ เพื่อให้มีโอกาสร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ เป็นการเปิดมุมมองของจิตแพทย์ในมุมมองด้านอื่นด้วย รวมถึงกระบวนการรักษาสมดุลของการใช้ยาในการบำบัดอาการควบคู่กับกระบวนการและการดูแลรูปแบบอื่น ซึ่งเป็นแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาแพทย์ทุกสาขาเพื่อให้แพทย์เข้าใจมิติทางสังคมด้วย

(๓) การสนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเอง (Supported Decision-Making) ถือเป็นประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่ง ทั้งนี้ ได้มีความพยายามจัดกลุ่มอาการของผู้ป่วยทางจิต เพื่อไม่ให้เกิดการวินิจฉัยโรคแล้วได้รับการรักษาเหมือนกันทั้งหมด และหากสามารถพัฒนาได้ต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นว่าการแบ่งกลุ่มอาการเหล่านี้ มีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจด้วยตัวเอง และกระบวนการ Supported Decision-Making จะเข้ามาเสริมให้สอดคล้องกับกลุ่มอาการขณะนั้นของผู้ป่วยและถือเป็นโอกาสในการพัฒนาการเรียนรู้สำหรับจิตแพทย์เพื่อนำไปสู่การจัดบริการให้เป็นไปตามหลักการดังกล่าว

(๔) แนวโน้มของการจัดบริการในอนาคตไม่ควรเป็นการตั้งรับในหน่วยบริการเช่นในอดีต ซึ่งกลุ่มที่เข้ามาถึงบริการมักเป็นกลุ่มที่มีอาการค่อนข้างรุนแรง ไม่ใช่กลุ่มที่มีโอกาสที่จะได้รับการรักษาตั้งแต่ต้น ควรปรับบริการให้เป็นบริการในเชิงรุกที่ออกไปสู่การทำงานที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในชุมชน รวมไปถึงการปรับปรุงระบบบริการทั้งระบบให้สอดคล้องกัน อาทิ การดูแลภาวะโรคทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบหลักประกันสุขภาพปัจจุบันก็ยังใช้รูปแบบเดียวกับการเจ็บป่วยและความพิการด้านร่างกายทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อจำกัด

เมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยทางด้านจิตเวช จึงควรต้องปรับระบบดังกล่าวเพื่อนำไปสู่บริการที่ดีขึ้นในอนาคต

(๕) ประเด็น Supported Decision-Making ถือเป็นกระบวนการที่มีความละเอียดอ่อนในการทำงานเรื่องนี้จึงควรสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะผู้ที่ทำงานโดยตรงกับผู้บกพร่องทางจิตได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าในอนาคตโรงพยาบาลจิตเวชจะถูกพัฒนาจนสามารถสร้างความเชื่อมั่นในมาตรฐานการรักษาและดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไป

อย่างไรก็ตาม แม้บริการด้านจิตเวชจะเป็น ๑ ใน ๑๘ บริการ หรือ Service plan ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็มักถูกจัดความสำคัญไว้ในลำดับท้าย ๆ ของบริการ ดังนั้น การให้ความสำคัญและขับเคลื่อนเรื่องนี้อย่างต่อเนื่องจะเป็นแรงผลักดันสำคัญที่จะทำให้บริการด้านจิตเวชได้รับความสนใจจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาบริการให้ดียิ่งขึ้น

๓.๑.๓ สถาบันสิทธิการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ในฐานะผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้เข้าร่วมรายงานการปฏิบัติตาม CRPD ประเทศไทย ได้นำประเด็นข้อเสนอแนะและข้อกังวลของกรรมการ CRPD เข้าร่วมกับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการตั้งคณะกรรมการติดตามการดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลสุขภาพคนพิการทางจิต ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ กรรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม เป็นต้น คณะกรรมการได้ประชุมแล้ว จำนวน ๒ ครั้ง โดยคณะกรรมการได้พิจารณา ๒ ประเด็น ได้แก่ (๑) ประเด็นหารือของคณะกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ ที่ได้เข้าพบหารือกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ (๒) ประเด็นข้อซักถามจากคณะกรรมการว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Committee on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) เนื่องในโอกาสรายงานประเทศไทยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามพันธกรณีภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ดังนี้

(๑) พิจารณาแนวทางการดำเนินการเรื่องทำหมัน การคุมกำเนิดให้ผู้ป่วย หรือเด็ก และสตรีพิการทางสติปัญญา ทางจิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งได้มีการพิจารณาและหารือกันเกี่ยวกับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่ประชุมมีมติเห็นชอบมอบให้กรมการแพทย์ดำเนินการ ๒ ประการ ได้แก่ ๑) จัดตั้งคณะทำงาน ประกอบด้วย แพทย์สภา ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เป็นต้น เพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และ ๒) ประสานกระทรวงศึกษาธิการเพื่อชี้แจงรายละเอียด แนวทางปฏิบัติ และข้อบ่งชี้ เรื่องการทำหมัน การคุมกำเนิดให้เด็กและสตรีพิการทางสติปัญญา ทางจิตใจ หรือพฤติกรรม ให้แก่ครู ผู้ปกครอง องค์กรด้านคนพิการ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข

(๒) พิจารณาแนวทางการดูแลสุขภาพคนพิการ หรือผู้บกพร่องทางจิต และความเหมาะสมในการพิจารณาตัดสินให้การรักษาด้วยการผูกมัด ล่าม กักขัง รวมถึงการใช้ Electroconvulsive Therapy (ECT) ในผู้ป่วยจิตเวชตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่ประชุมมีมติเห็นชอบมอบหมายกรมสุขภาพจิตให้ทบทวนแนวปฏิบัติและจัดทำหนังสือสั่งการจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขแจ้งแนวทางปฏิบัติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ

(๓) พิจารณาแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดความขาดแคลนหน่วยบริการผู้ป่วย คนพิการทางจิตและพฤติกรรม ซึ่งได้พิจารณาให้จัดทำ Service plan สาขาจิตเวช และที่ประชุม มีมติมอบกรมสุขภาพจิตดำเนินการทบทวนอัตราครองเตียง รูปแบบบริการ อัตรากำลัง ในโรงพยาบาลทุกระดับ และทบทวนระบบการบริหารจัดการ รวมทั้งการพยาบาลระยะฉุกเฉิน เพื่อเชื่อมโยงกับแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ระหว่างโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับกรมสุขภาพจิต

นอกจากนี้ สถาบันฯ อยู่ระหว่างการจัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการ ฉบับที่ ๒ ซึ่งมีประเด็นยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงกับการจัดบริการร่วมกับชุมชนและสังคม รวมถึง สถาบันฯ ได้จัดทำแผนจัดการภัยพิบัติด้านการแพทย์และสาธารณสุข เสร็จเรียบร้อยแล้ว อยู่ระหว่างการจัดพิมพ์ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานเช่นใดว่าด้วยการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ อย่างไรก็ตาม ในช่วง ๒ - ๓ ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลคนพิการ โดยสถาบันฯ ได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาคู่มือการดูแลคนพิการทั้ง ๗ ประเภท ความพิการทางการแพทย์ และครอบครัว ๙ ประเภทความพิการทางการศึกษา ถือเป็นตัวอย่างที่ดี ที่ได้รับข้อมูลจากผู้แทนคนพิการ ทำให้สามารถวางแผนพัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพผู้ดูแล คนพิการ ซึ่งเป็นภาคประชาชนและภาคประชาสังคมโดยตรง เพื่อให้เกิดความรู้ และเข้าถึง กลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็วมากขึ้น และเห็นด้วยว่าการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมต่อกลุ่มผู้ป่วย ทางจิตถือเป็นสิ่งที่ยาก อาจจะเริ่มโดยกลุ่มเยาวชนที่มีมุมมองด้านสิทธิมนุษยชน ในการปรับทัศนคติ ของสังคมว่าคนพิการทางจิตสังคมไม่แตกต่างจากคนอื่น ๆ

๓.๑.๔ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยผ่านหมายเลข สายด่วน ๑๖๖๙ ซึ่งเป็นเบอร์โทรสำหรับการขอความช่วยเหลือกรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้ มีผู้ใช้บริการ หมายเลขนี้ทั่วประเทศปีละกว่าหนึ่งล้านห้าแสนครั้ง โดยรหัสหรือ Code สำหรับเรียกกรณี การช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตเวช ซึ่งเป็นที่รู้จักกันของผู้ทำงาน คือ รหัส ๑๓ ซึ่งเมื่อได้รับแจ้งเหตุเรื่องนี้ เจ้าหน้าที่ก็จะมีความกังวลบ้าง ในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องจากมีความซับซ้อน จำนวนการช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเวชของการแพทย์ฉุกเฉินปีละกว่าหนึ่งหมื่นหนึ่งพันครั้ง ทั้งนี้ การช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตเวช เป็นเรื่องเฉพาะที่ต้องมีการเตรียมความพร้อม เพื่อฝึกทักษะตั้งแต่โรงเรียนที่สอนระบบการแพทย์ ฉุกเฉินในทุกระดับ นอกจากนี้ สถาบันฯ มีการเตรียมความพร้อมสำหรับทีมกู้ชีพที่จะไปรับผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉิน โดยยึดหลัก ๔ ประการ คือ (๑) ความปลอดภัยของทีม (๒) การซักและคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งจะแตกต่างกับผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทอื่น (๓) ความพร้อมของเครื่องมือและยาที่ต้องใช้ในการช่วยเหลือ และ (๔) การจัดส่งต่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ยังมีความห่วงใยต่อการแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติสุขภาพจิตว่ายังไม่สามารถสร้างกลไกในการดำเนินการและการประสานงาน เพื่อให้งานเกิดผลเป็นรูปธรรมได้

นอกจากนี้ การทำงานของสถาบันฯ เกี่ยวเนื่องกับผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉิน คือผู้ที่มีอาการป่วยกะทันหันเป็นอันตรายต่อชีวิต หรืออวัยวะ เมื่อประชาชนรับรู้ว่ามีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยวิกฤต รวมถึงกรณีมีอาการ

ทางสภาพจิตและมีอาวุธอยู่ในมือ พร้อมทั้งจะเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้างจึงถือว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนั้น ห่วงโซ่แรก คือ “รับรู้” เมื่อประชาชนหรือผู้ป่วยรู้ว่าฉุกเฉินแล้วโทรแจ้ง ๑๖๖๙ สถาบันฯ จะมีระบบบริการโดยทีมพยาบาลและหน่วยกู้ชีพเพื่อเข้าไปหาผู้ป่วยที่มีอาการ กรณีมีอาการทางจิตต้องอาศัยตำรวจมาช่วย แต่ปัญหาที่พบ คือ ตำรวจมักไม่เข้ามาด้วย จากนั้นจะมีกระบวนการที่ต้องเข้าถึงตัวผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและพร้อมเพรียงกัน ซึ่งกรณีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินต้องมีการฉีดยาและนำส่งโรงพยาบาลต่อไป แต่มักจะพบปัญหาที่โรงพยาบาลบางแห่งไม่รับ ทั้งนี้ สถาบันฯ พัฒนาระบบการทำงานตั้งแต่ระบบรับรู้ของสังคม ประชาชน และคนรอบข้าง ตระหนักถึงว่าอาการที่ต้องแจ้งสถาบันฯ โดยโทรแจ้ง ๑๖๖๙ ไม่รอถึงหมดสติ เพียงแค่มีอาการอยู่ในมือ ในขณะที่เดียวกันต้องประสานกับตำรวจเพื่อให้เข้าไปพร้อมกัน รวมถึงการปรับเกณฑ์และวิธีการคัดแยกผู้ป่วยจิตเวชในการให้บริการ และการบูรณาการทีมกู้ชีพ แพทย์ พยาบาล หน่วยอาสา และตำรวจเพื่อความพร้อมให้บริการ

๓.๑.๕ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)

(๑) ประเด็นตามข้อสังเกตเชิงสรุปของคณะกรรมการ CRPD พก. อาจจะเกี่ยวข้องกับนิยาม ซึ่งปัจจุบันใช้ว่าประเภทความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ซึ่งอาจจะต้องไปหารือกันเพื่อพิจารณาทบทวนเกี่ยวกับประกาศประเภทความพิการให้สอดคล้องกับ CRPD ทั้งนี้ ปัจจุบันคนพิการทางจิต ได้ยื่นขอจดทะเบียนจำนวนกว่าหนึ่งแสนสองหมื่นคน ถือเป็นลำดับที่ ๔ จาก ๗ ประเภทความพิการ สำหรับประเด็นด้านบริการที่ให้อาจจะมีข้อจำกัดอยู่นั้น จะต้องนำเรื่องดังกล่าวเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เพื่อพิจารณากระบวนการช่วยเหลือคนพิการทางจิตต่อไป นอกจากนี้ จะทบทวนหลักเกณฑ์การประเมินความพิการรวมถึงกระบวนการเพื่ออำนวยความสะดวกในการขอขึ้นทะเบียนและทำบัตรคนพิการได้สะดวกมากขึ้น

(๒) การให้บริการคนพิการทางจิตสังคม ปัจจุบัน พก. ได้รวมหน่วยงานเชิงปฏิบัติมาอยู่ด้วย จึงมีหน่วยงานที่ดูแลคนพิการทางจิต จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ ๑) สถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลาบ้านกิ่งวิศิษย์ และ ๒) สถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลาบ้านกิ่งวิถีนุญ โดยมีจำนวนผู้ใช้บริการกว่า ๕๐๐ คน

(๓) ศูนย์บริการคนพิการ น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีในการบริการในชุมชน ซึ่งในอนาคตจะสามารถทำงานได้เต็มรูปแบบอย่างที่คาดหวังไว้

(๔) การสนับสนุนเงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อคนพิการทางจิต จะให้การสนับสนุนผ่านองค์กรผู้ดูแลผู้บกพร่องทางจิต โดย พก. จะสนับสนุนให้จัดทำแผนการดูแลสมาชิกและผู้ป่วยทางจิตในชุมชน

(๕) พก. อยู่ระหว่างการยกร่างแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ ซึ่งแผนฯ ฉบับที่ ๔ จะสิ้นสุดลงในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ นี้ โดยยุทธศาสตร์สำคัญที่จะช่วยสนับสนุนและขยายผลงานคนพิการทางจิตสังคม คือ การเสริมพลังคนพิการและการเสริมสร้างเจตคติเชิงสร้างสรรค์ ทั้งนี้ แผนดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับทุกกระทรวง และเมื่อคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบต่อแผนดังกล่าวแล้ว ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องจะต้องไปจัดทำแผนไปปฏิบัติหรือจัดทำแผนงบประมาณเพื่อขับเคลื่อนงานด้านคนพิการต่อไป

๓.๑.๖ สมาคมนักจิตวิทยาคลินิก

มุมมองของนักจิตวิทยาคลินิกในการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือไม่เพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษาอาการทางจิตจะมีหลายระดับ หากจะมองด้านสิทธิมนุษยชนร่วมด้วยก็อาจจะต้องพิจารณาและหารือร่วมกันในเชิงลึกต่อไป สำหรับประเด็นการทำหมัน อาจจะต้องพิจารณาสภาพสังคมและบริบทของสังคมไทยที่ยังพบปัญหาการล่วงละเมิดอยู่มากในปัจจุบัน ดังนั้น การจะออกกฎระเบียบใด ๆ อาจจะต้องมองให้รอบคอบทุกด้าน นอกจากนี้ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของสังคมไทยก็ยังคงตามมาด้วยปัญหาด้านจิตเวชของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันยังมีคนใช้จิตเวชที่ไม่มีญาติมารับกลับจำนวนมาก ทั้งนี้ ภาพรวมในการขับเคลื่อนงานบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมในอนาคต จึงควรให้ความสำคัญต่อครอบครัวที่จะหล่อหลอมให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดีและสร้างครอบครัวให้เข้มแข็ง มุ่งเน้นการกระจายให้ครอบครัว ชุมชน สังคม หมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาช่วยกันดูแลคนในชุมชนมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการช่วยเยียวยา รักษา ให้กำลังใจ ไม่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปป่วยซ้ำ รวมถึงดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่สม่ำเสมอ จึงถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้การจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมครบวงจรมากขึ้น

๓.๑.๗ มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาวะ

(๑) ประเด็นการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยทางจิต ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีแผนงานภายใน ๖ ปีก่อนจัดทำรายงานต่อกรรมการ CRPD ให้มีความชัดเจน และในฐานะจิตแพทย์เห็นว่าในการเรียนการสอนของแพทย์หรือจิตแพทย์ยังไม่มีมุมมองด้านสิทธิมนุษยชน ดังนั้น ในแง่ปัญหาของบุคลากรส่วนใหญ่จึงไม่ใช่ด้วยทัศนคติที่ไม่ดี แต่ด้วยความไม่รู้ไม่เข้าใจและไม่มีมุมมองด้านนี้ที่ดีพอ ประกอบกับอคติ (Stigma) ที่มีอยู่ในสังคมเป็นทุนเดิม จึงมีผลทั้งในเชิงปฏิบัติและการให้บริการ ประเทศไทยควรลงทุนในเรื่องนี้ เพื่อสื่อสารให้บุคคลที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทั้งหลักพื้นฐานของ CRPD รวมไปถึงแนวทางและความชัดเจนในการนำกฎหมายไปสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ประเด็น Stigmatization ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีโปรแกรมต่อเนื่องมีระบบการติดตามประเมินผล โดยติดตามว่ามีการเปลี่ยนแปลงในด้านทัศนคติได้จริงหรือไม่และควรพัฒนาต่อยอดในเรื่องนี้ต่อไป

(๒) ประเด็นการขาดทักษะและแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติ จำเป็นต้องมีกระบวนการฝึกปฏิบัติบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นรูปธรรม ครอบคลุมทั้งผู้ที่ต้องไปรับผู้ป่วยคนในชุมชน อสม. ญาติ เครือข่าย และผู้ดูแลช่วยเหลือ ซึ่งต้องมีทักษะพื้นฐานที่สามารถปฏิบัติได้ เช่นเดียวกับการช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้ป่วยอื่น

(๓) กฎหมายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจนในทางปฏิบัติในทุกที่ นอกจากโรงพยาบาลจิตเวชควรรวมถึงโรงพยาบาลทั่วไปด้วย และปัญหาจากการที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นส่งผลให้เกิดปัญหารุนแรงตามมา ทั้งการทำร้ายตัวเองหรือการทำร้ายผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะดังกล่าวแล้ว จึงเป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดรูปธรรมของการสนับสนุนการตัดสินใจ (Supported Decision-Making) ดังนั้น ประเทศไทยควรลงทุนในเรื่องนี้ให้มากขึ้น เพื่อทำอย่างไรให้มีการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในเชิงป้องกัน เพื่อไม่ให้นำไปสู่สถานการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ จึงควรพิจารณาแนวทางที่เป็นรูปธรรมในประเด็นดังกล่าว รวมถึง

ควรทบทวนการใช้เงินกองทุนหรืองบประมาณของประเทศต่อบริการด้านจิตเวช ซึ่งจะเห็นได้ว่า งบประมาณของกรมสุขภาพจิตมีเพียง ร้อยละ ๓.๕ ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด และการใช้เงินจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการยังลงไปสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางจิตสังคมน้อยมาก

๓.๑.๘ สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย

(๑) สมาคมได้ลงพื้นที่ทำงานและพบว่าคนพิการทางจิตในชนบทส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการการส่งต่อคนพิการทางจิตที่มีอาการกำเริบ ในการขอความช่วยเหลือจากการแพทย์ฉุกเฉินก็มักพบว่าเจ้าหน้าที่จะให้บริการไม่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยทางจิต การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ถูกมองว่าคนพิการทางจิตไม่ใช่คนพิการเป็นคนบ้า ให้ไปแจ้งตำรวจเพื่อนำไปโรงพยาบาล และในบางจังหวัดไม่มีโรงพยาบาลจิตเวช จะต้องส่งผู้ป่วยไปยังจังหวัดอื่น ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงมาก ดังนั้น ประเด็นการส่งต่อคนพิการทางจิตจึงเป็นปัญหาสำคัญของคนพิการทางจิตในชนบทในการเข้าถึงบริการ

(๒) คนพิการทางจิตส่วนหนึ่งยังมีปัญหาเรื่องการขอขึ้นทะเบียนเพื่อทำบัตรคนพิการ เนื่องจากต้องได้รับการรับรองจากแพทย์เฉพาะทาง จึงจะสามารถขึ้นทะเบียนและทำบัตรคนพิการทางจิตได้และเนื่องด้วยแพทย์ด้านนี้ มีจำนวนน้อยจึงเป็นปัญหาหนึ่งของคนพิการทางจิตที่ต้องการมีบัตรคนพิการ

(๓) ระบบการฟื้นฟู มีการดำเนินการตามวิถีชีวิตชุมชน ตามบริบทของชุมชนเท่าที่จะทำได้ซึ่งประเด็นปัญหาที่สำคัญคือบางชุมชนไม่ยอมรับคนพิการทางจิตที่ได้รับการรักษาแล้ว กลับคืนสู่ชุมชน มีการประท้วงต่อต้านไม่ยอมรับ เพราะกลัวจะไปทำร้ายผู้อื่น ดังนั้น การทำงานที่ต้องการให้คนพิการทางจิตกลับไปสู่สังคมได้ ต้องมีการบูรณาการทำงานให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐในทุกกระดับ เพื่อทำความเข้าใจว่าคนพิการทางจิตเป็นอีกหนึ่งประเภทของความพิการที่สามารถอยู่ในชุมชนได้ และการที่สังคมมักตราหน้าว่าคนพิการทางจิตเป็นคนบ้า เป็นคนน่ากลัว คนพิการทางจิตจึงไม่กล้าเปิดตัวเองเพราะสังคมยังมีเจตคติเชิงลบต่อคนพิการทางจิต จึงควรมีกระบวนการส่งเสริมสนับสนุนในการปรับทัศนคติเชิงสร้างสรรค์ของสังคมต่อเรื่องดังกล่าวให้มากขึ้น

(๔) ในนามของอาสาสมัครที่ทำงานในชุมชนได้ทำงานร่วมกับสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และได้ก่อตั้งชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนขึ้น เพื่อช่วยดูแลกันในชุมชนตั้งแต่การประเมินอาการเบื้องต้น โดยมีทีมพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและมีแบบประเมิน ๒๒ คำถาม เพื่อคัดกรองหรือประเมินอาการในเบื้องต้นก่อนส่งต่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

๓.๑.๙ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

(๑) หลักความสามารถทางกฎหมายของคนพิการทางจิตและการตัดสินใจแทนนั้น ถ้าผู้ป่วยตัดสินใจอะไรได้ก็คงไม่มีปัญหา แต่หากมีปัญหาด้านการตัดสินใจก็มีกระบวนการคุ้มครองตามมาตรา ๑๔ ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาและมาตรา ๖๕ ของประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งโดยส่วนตัวเห็นด้วยว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกคนไม่ได้เป็นคนไร้ความสามารถทั้งหมด ทั้งนี้ คนพิการทางจิตจะต้องได้รับการประเมินความสามารถก่อนจึงจะออกใบรับรองเพื่อออกบัตรคนพิการ

(๒) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ เมื่อรับผู้ป่วยทางจิตเข้ามาตามพระราชบัญญัติดังกล่าว การประเมินความสามารถของผู้ป่วยจะกระทำโดยคณะกรรมการตามกฎหมาย โดยมีองค์ประกอบจากทีมสหวิชาชีพ อาทิ จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักกฎหมาย นักจิตวิทยานักจิตวิทยาคลินิกหรือนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น คณะกรรมการ จะวินิจฉัยประเมินอาการและให้ความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ ก็สามารถอุทธรณ์คำสั่งดังกล่าวได้ ซึ่งจะเชื่อมโยงไปยังคณะกรรมการสุขภาพจิตในการกำหนดนโยบายและมาตรการในการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตด้วย

(๓) มาตรา ๓๙ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดไว้ว่า “ในกรณีที่ศาลกำหนดเงื่อนไขตามมาตรา ๕๖ วรรคสอง (๔) แห่งประมวลกฎหมายอาญา ให้ศาลส่งผู้ป่วยคดีพร้อมทั้งสำเนาคำพิพากษาไปยังสถานบำบัดรักษา ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษารายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ได้รับผู้ป่วยคดีไว้ในกรณีที่จิตแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไป ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลทุกเก้าสิบวัน เว้นแต่ศาลจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น ให้นำความในมาตรา ๓๗ วรรคสามและวรรคสี่ และมาตรา ๓๘ มาใช้บังคับโดยอนุโลม” ทั้งนี้ มาตรการต่างๆ ที่เกิดขึ้นถือเป็นมาตรการชั่วคราว ใช้กรณีผู้ป่วยทางจิตที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ มีพฤติกรรมอาละวาด ก้าวร้าว มีโอกาสสร้างความเดือดร้อนให้คนรอบข้าง เมื่อถูกนำส่งมาโรงพยาบาลก็ต้องส่งให้คณะกรรมการวินิจฉัยภายในเวลาที่กำหนด จึงถือเป็นมาตรการชั่วคราวเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและสังคม

ทั้งนี้ ความเป็นไปได้หรือไม่ว่า ทุกขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย จะใช้ระบบสนับสนุนการตัดสินใจมากกว่าการตัดสินใจแทน ซึ่งจะได้รับไปศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางในอนาคตต่อไป โดยประเด็นการเข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษา ประชาชนทุกคนในระบบประกันสุขภาพหรือ สปสช. สามารถเข้าถึงบริการและยาได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ประเด็นการผูกมัด ล่าม กักขัง และการช็อตไฟฟ้า หรือ ECT (Electroconvulsive therapy) จะดำเนินการตามมาตรฐาน ซึ่งมีข้อกำหนดไว้ในแต่ละกรณีไว้อย่างชัดเจน ซึ่งการบังคับทำหมันหรือทำแท้ง โดยปกติจะทำไม่ได้ เว้นแต่เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการแต่งงานและครอบครัว คนพิการทางจิตซึ่งถือบัตรคนพิการไม่ได้ถูกตัดสิทธิหรืออย่างอื่น ผู้ป่วยที่เคยขอรับการประเมินขอมีบัตรประจำตัวคนพิการทางจิตก็สามารถแต่งงานมีครอบครัวได้ หย่าได้ สมักงานได้ และสามารถทำทุกอย่างได้หมด ดังนั้น การถือบัตรคนพิการทางจิต นอกจากเจตคติหรือการตีตราของสังคมแล้ว สิทธิทางกฎหมายไม่ได้เสียไปแต่อย่างใด

๓.๑.๑๐ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

(๑) ประเด็น “คนพิการทางจิต” นิยามยังมีความแตกต่างกันระหว่างกฎหมายระหว่างประเทศและกฎหมายไทย แต่ในฐานะที่ประเทศไทยเข้าเป็นภาคี CRPD จึงขอเสนอแนะตามกฎหมายระหว่างประเทศ ทั้งนี้ นิยามคนพิการทางจิตถือเป็นเรื่องยากและซับซ้อน ได้มีการหารือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกันหลายครั้งจนล่าสุด คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติได้รับรองมติล่าสุด เมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. ๒๐๑๗ เรื่อง สุขภาพจิตกับมนุษยชน โดยแบ่งกลุ่มบุคคล

ในด้านสุขภาพทางจิตไว้ ๓ กลุ่ม ได้แก่ (๑) กลุ่มผู้ใช้หรือมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพทางจิต (mental health users) (๒) กลุ่มบุคคลที่มีสภาพปัญหาทางสุขภาพจิต (mental health conditions) และ (๓) กลุ่มบุคคลที่เป็นคนพิการทางจิตสังคม (psychosocial disabilities) กล่าวคือ เป็นกลุ่มบุคคลซึ่งไม่ว่าจะเห็นว่าตนเป็นเช่นไร หรือได้รับการวินิจฉัยทางสุขภาพจิตอย่างไร เผชิญกับการถูกจำกัดการใช้สิทธิและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมบนพื้นฐานของความพิการที่เกิดขึ้นจริงหรือถูกเห็นว่า เป็นเช่นนั้น

(๒) คำว่า “กลุ่มบุคคลที่เป็นคนพิการทางจิตสังคม (psychosocial disabilities)” จะเชื่อมโยงไปยังนิยามคนพิการใน CRPD เป็นภาวะของความบกพร่องกับอุปสรรคทางสังคมที่ไม่สามารถใช้ชีวิตเช่นคนทั่วไป “คนพิการทางจิตสังคม” ในกฎหมายระหว่างประเทศถือเป็นเรื่องยากในการทำความเข้าใจ ปรับเจตคติ และเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของหลาย ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งต้องสร้างความเข้าใจทั้งผู้บังคับใช้กฎหมาย ผู้ใช้บริการ ผู้ปกครอง สมาคมที่เกี่ยวข้องรวมทั้งชุมชนให้เปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่เห็นว่าผู้ป่วยควรถูกรักษาในสถานพยาบาล เปลี่ยนให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูด้วยตัวเอง โดยนำกลับไปในชุมชนและสังคม ให้คนรอบข้างจัดสภาพแวดล้อมและเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องเตรียมสิ่งที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้สามารถไปใช้ชีวิตเช่นคนปกติทั่วไป สามารถทำงาน เรียนหนังสืออยู่ในสังคมได้ ซึ่งในที่สุดแล้วเมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีโอกาสมากที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะความบกพร่องทางความคิดและจิต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเตรียมความพร้อมของสังคมและชุมชนไว้รองรับการดูแลสังคมผู้สูงอายุในอนาคตด้วย

(๓) ตามหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องได้รับในฐานะที่เป็นมนุษย์ เพื่อให้สามารถอยู่รอด มีความมั่นคงในชีวิตและสามารถพัฒนาตนเอง โดยประเด็นเรื่องสิทธิมี ๒ มิติ คือ (๑) สิทธิที่ติดตัว เช่น สิทธิในร่างกาย และสิทธิในชีวิต สิทธินี้จะละเมิดมิได้ และ (๒) สิทธิตามกฎหมาย เป็นสิทธิที่ค่อยเป็นค่อยไปซึ่งรัฐจะจัดสรรให้กับพลเมืองในประเทศภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น สิทธิทางการศึกษา และสิทธิด้านสุขภาพ เป็นต้น

(๔) ประเด็นความเสมอภาคทางกฎหมายและการสนับสนุนการตัดสินใจ ประเด็นนี้ถือเป็นเรื่องยาก แต่เริ่มมีความชัดเจนมากขึ้นในมิติของสหประชาชาติ ซึ่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ข้อบทที่ ๑๒ ได้ประกันสิทธิที่เท่าเทียมกันทางกฎหมายของคนพิการทางจิตสังคมให้สามารถใช้สิทธิในทางกฎหมายได้เสมอภาคกับบุคคลอื่น กล่าวคือ การได้รับความยินยอมอย่างเป็นอิสระและได้รับข้อมูลที่พอเพียง (free and informed consent) รัฐควรแก้ไขหรือยกเลิกกฎหมายที่กีดกันสิทธิดังกล่าวซึ่งให้ใช้ระบบตัดสินใจแทน (substituted decision-making regime) คือให้บุคคลที่สามให้ความยินยอมในการรักษาหรือการรับเข้าสถานดูแลในนามของคนพิการ โดยรัฐควรพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจของคนพิการทางจิต (supported decision-making) หากในบางสถานการณ์ที่คนพิการทางจิตแจ้งเจตนากรณีได้ลำบาก รัฐควรสนับสนุนให้มีระบบการให้คำแนะนำหรืออำนาจของผู้แทนทางกฎหมาย (directives or powers of attorney) เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดหรือการใช้อำนาจตามอำเภอใจของผู้ให้บริการ แต่คนพิการทางจิตยังมีสิทธิที่จะปรับเปลี่ยนเจตนากรณี และผู้ให้บริการยังคงต้องขอความยินยอมอยู่เช่นเดิม ทั้งนี้ ห้ามใช้เหตุผล “การคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของคนพิการทางจิต” ในกรณีที่เป็นบุคคลอายุเกิน ๑๘ ปี เว้นแต่ได้มีการใช้ความพยายาม

อย่างเต็มที่ในวิถีทางอื่นที่ทำได้แล้ว แต่ยังไม่สามารถระบุความต้องการของคนพิการทางจิตได้ จึงสามารถนำหลักการ “การตีความเจตนาและความต้องการของบุคคล” (principle of “the best interpretation of will and preferences of the individual”) มาใช้โดยสุจริตได้

๓.๑.๑๑ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

สำนักงานตำรวจแห่งชาติเกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม ตามที่สำนักงานศาลยุติธรรม ได้ให้ข้อมูลไปแล้วว่า ประเด็นผู้ป่วยทางจิตจะเกี่ยวข้องกับความคุ้มครองทางกฎหมาย ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๕๙ เรื่องเจตนา และมาตรา ๖๕ เรื่องลดโทษ ไม่ต้องรับโทษหรือได้รับโทษน้อยลง ซึ่งในกระบวนการสอบสวนก็เช่นกัน กรณีผู้เสียหายสามารถดำเนินการโดยผู้จัดการแทนผู้เสียหายได้ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา และกรณีผู้ต้องหาจะมีกระบวนการงดการสอบสวน ตามมาตรา ๑๔ ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา นอกจากนี้ ยังมีเรื่องการแจ้งสิทธิต่าง ๆ การปล่อยตัวชั่วคราวซึ่งรัฐธรรมนูญได้ให้การคุ้มครองเป็นอย่างมาก ทั้งนี้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๒๒ กำหนดลักษณะของบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องบำบัดรักษา และให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจนำตัวเข้าสู่กระบวนการบำบัด ประเด็นดังกล่าวถือเป็นการจำกัดสิทธิผู้ป่วยทางจิตหรือไม่ และประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ คือ การจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มคนเหล่านี้ ซึ่งนอกจากกรมการปกครองและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จะเข้าถึงฐานข้อมูลเหล่านี้ได้ ควรมีแนวทางเพื่อให้ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมในการจัดทำฐานข้อมูลดังกล่าวหรือไม่ เช่น อาสาสาธารณสุขตำบล เป็นต้น ซึ่งอยู่ในพื้นที่จะสามารถช่วยดูแลคนกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี

๓.๑.๑๒ สำนักงานอัยการสูงสุด

สำนักงานอัยการสูงสุดในส่วนของคดีอาญาที่รับมาจากตำรวจเพื่อพิจารณาว่า จะสั่งฟ้องจำเลยหรือสั่งไม่ฟ้องนั้น จะมีขั้นตอนและกระบวนการพิจารณา ตามระเบียบการดำเนินคดีอาญาซึ่งกำกับดูแลอยู่แล้ว ดังนั้น หากจำเลยมีอาการผิดปกติทางจิตก็นำมาใช้ในการพิจารณาคดีด้วย ซึ่งจะขอความเห็นของแพทย์เพื่อใช้ประกอบการพิจารณา นอกจากนี้ ด้านการให้ความช่วยเหลือทางกฎหมาย ประชาชนสามารถขอใช้บริการให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือทางกฎหมายจากสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนได้ รวมทั้งมีทนายอาสาให้บริการประชาชนด้วย

๓.๑.๑๓ สมาคมสมาพันธ์ผู้ดูแลไทย

ผู้ดูแลถือเป็นข้อต่อสำคัญในการดูแลคนพิการทางจิต ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยทางจิต ๑ คน จะต้องมีคนในครอบครัว ๑ คนเป็นผู้ดูแลอย่างมีนัย แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีระบบที่จะเข้าไปสนับสนุนด้านความรู้ เพื่อความเข้าใจผู้ป่วย ผู้ดูแลหลายท่านที่ขาดความรู้กลับเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการต่าง ๆ ในผู้ป่วย ทั้งนี้ การตีตราของสังคมกับทัศนคติของคนกลุ่มนี้เกิดมาจากความไม่รู้เช่นกัน จึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้เกิดการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ในฐานะมนุษย์ อันจะช่วยลดทอนความรุนแรงทางด้านความคิดและพฤติกรรม ทั้งนี้ สมาคมสมาพันธ์ผู้ดูแลไทย เป็นการรวมตัวของผู้ดูแลคนพิการทางจิตในประเทศไทย เป็นกลุ่มจิตอาสาที่ได้รับองค์ความรู้จากประเทศสิงคโปร์และมีทีมจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร่วมเป็นที่ปรึกษา

ในการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมให้กับผู้ดูแลซึ่งได้อบรมไปแล้ว ๔ รุ่น มีผู้ปกครองสนใจเข้าอบรมที่มาจากหลากหลายจังหวัด สะท้อนให้เห็นว่าปัจจุบันสังคมไทยมีความต้องการเรื่องนี้อย่างมาก ดังนั้น การสร้างองค์ความรู้ให้กับกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว อาทิ การสื่อสารกับผู้ป่วย ความเข้าใจเรื่องระบบสมอง ระบบการรักษา และยา ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงและสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพจิต

๓.๑.๑๔ สมาคมเสริมสร้างชีวิต

สมาคมเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับโรคจิตเวชและคนพิการทางจิตสังคมที่ต้องการคืนสู่สุขภาพะ ได้มาพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้เขาสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีคุณค่าในสังคม ตามหลักการ Recovery Oriented Service ซึ่งเชื่อว่าทุกคนสามารถคืนสู่สุขภาพะได้ และเป็นพื้นที่ให้กับผู้มาใช้บริการได้มาอยู่ร่วมกัน แสดงความคิดเห็นร่วมกัน ตัดสินใจร่วมกัน และเลือกทำกิจกรรมด้วยกัน สมาคมฯ ได้ใช้หลักการนี้เสริมสร้างให้ทุกคนที่มาใช้บริการสามารถกลับไปสู่สังคมได้ เรียนหนังสือและทำงานได้ ทั้งนี้ สมาคมฯ มีเป้าหมายที่จะจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการเพื่อให้คนพิการทางจิตสังคมได้มีโอกาสเข้ามารับการฟื้นฟู แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคในการขอรับรองมาตรฐานองค์กร และเชื่อว่ายังมีองค์กรภาคเอกชนหลายแห่งที่ต้องการขอจัดตั้งให้เป็นศูนย์บริการคนพิการแต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว นอกจากนี้ การเสนอโครงการเพื่อขอรับเงินสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการยังมีปัญหาและอุปสรรค

๓.๑.๑๕ สมาคมนักกิจกรรมบำบัดแห่งประเทศไทย

ประเด็นจ้างงานและการมีงานทำของคนพิการทางจิตสังคม ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ควรหยิบยกขึ้นมาพิจารณา เนื่องจากการมีงานช่วยให้คนพิการทางจิตรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย ซึ่งประเด็นนี้ถือเป็นจุดด้อยที่สุดของประเทศไทยในการปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ข้อบทที่ ๒๗ รัฐต้องมีระบบและกระบวนการอย่างเต็มที่ในการเสริมสร้างการจ้างงานและการมีงานทำของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

๓.๒ กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

๓.๒.๑ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตโดยกรมสุขภาพจิต^๑

๑) หลักการและเหตุผลประกอบการแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่..) พ.ศ.

หลักการ

แก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ดังต่อไปนี้

^๑ บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๐ วันพุธที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๐

(๑) เพิ่มบทนิยามคำว่า “สุขภาพ” “สุขภาพจิต” “หน่วยงานของรัฐ” และ “ผู้รับดูแลผู้ป่วย” (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๓)

(๒) แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบรวมทั้งอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๕ และมาตรา ๑๐)

(๓) กำหนดให้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ คณะกรรมการอุทธรณ์ และคณะอนุกรรมการ (เพิ่มมาตรา ๑๑/๑)

(๔) แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบและวาระการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๑๒ และมาตรา ๑๔)

(๕) แก้ไขเพิ่มเติมสิทธิผู้ป่วยในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๑๕ (๑))

(๖) กำหนดให้การเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ในสื่อทุกประเภทต้องไม่ทำให้เกิดความรังเกียจ ตีตรา หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติประกาศ กำหนด และให้อธิบดีมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการแก้ไข (เพิ่มมาตรา ๑๖/๑ และมาตรา ๑๖/๒)

(๗) กำหนดกรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีอำนาจให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาทางกาย (เพิ่มมาตรา ๒๐/๑)

(๘) กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติจัดทำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงการ ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน องค์กรทางวิชาการ และภาคประชา สังคม (เพิ่มหมวด ๒/๑ การสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต และมาตรา ๒๐/๒)

(๙) แก้ไขเพิ่มเติมให้รัฐมนตรีอำนาจกำหนดแบบหนังสือให้ความยินยอม (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๒๑ วรรคสี่)

(๑๐) กำหนดให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติประกาศกำหนด (เพิ่มเติมมาตรา ๔๐ วรรคสอง)

(๑๑) กำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ที่ผ่านการบำบัดรักษา (เพิ่มมาตรา ๔๑/๑)

(๑๒) แก้ไขเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ใด ๆ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำตัวผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษา และการร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ หรือผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินให้ความช่วยเหลือได้ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๔๖ (๑) และวรรคสอง)

(๑๓) เพิ่มบทกำหนดโทษและบทบัญญัติเกี่ยวกับการเปรียบเทียบให้เหมาะสม (เพิ่มมาตรา ๕๐/๑ มาตรา ๕๐/๒ และมาตรา ๕๓/๑)

เหตุผล

โดยที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน ทำให้ บทบัญญัติบางประการไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตยังไม่ได้รับ

การคุ้มครองสิทธิอย่างถูกต้องและเพียงพอ มีการเผยแพร่ข้อมูลในทางที่ก่อให้เกิดทัศนคติไม่ดีต่อผู้มีความผิดปกติทางจิต รวมทั้งขาดกลไกการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังนั้น สมควรกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมการป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต เพิ่มเติมอำนาจหน้าที่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติให้ครอบคลุมด้านการสร้างเสริม การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต การอยู่ร่วมกันในสังคมของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต โดยคำนึงถึงการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน องค์กรทางวิชาการ และภาคประชาสังคม ตลอดจนกำหนดห้ามสื่อทุกประเภทเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ที่ทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ รวมทั้งแก้ไขเพิ่มเติมบทกำหนดโทษและบทบัญญัติเกี่ยวกับการเปรียบเทียบให้เหมาะสม จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

๒) วัตถุประสงค์สำคัญในการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต เพื่อกำหนดบทบัญญัติให้ครอบคลุมการส่งเสริมและป้องกัน เพิ่มเติมจากการบำบัดรักษา เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยและนำมาสู่การบำบัดรักษา รวมถึงสร้างมาตรการให้สังคมได้ตระหนักและมีส่วนร่วมดูแลป้องกันก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์อันจะนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาโดยเพิ่มกลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๓) กระบวนการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่..) พ.ศ. ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาและได้ส่งกลับมายัง กรมสุขภาพจิตเพื่อจัดทำประชาพิจารณ์รับฟังความคิดเห็น ตามมาตรา ๗๗ ของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ โดยกรมสุขภาพจิตมีระยะเวลาดำเนินการรับฟังความคิดเห็นและส่งกลับไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาให้แล้วเสร็จภายใน ๑ เดือน ซึ่งอยู่ระหว่างขั้นตอนการรับฟังความคิดเห็นในรูปแบบของเว็บไซต์ รูปแบบหนังสือราชการ และเชื่อมโยงเว็บไซต์การรับฟังความคิดเห็นไว้กับเว็บไซต์ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย เป็นต้น ทั้งนี้ต้องมีเวลาอย่างน้อย ๑๕ วัน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นดังกล่าวก่อนส่งกลับไปยังสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตามระยะเวลาที่กำหนด จากนั้นสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาจะส่งเรื่องกลับไปยังคณะรัฐมนตรี โดยในการประชุมร่วมกับคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการถือเป็นอีกหนึ่งเวทีที่จะได้รับฟังความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวด้วย

๔) แนวทางการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่..) พ.ศ.

(๑) กรมสุขภาพจิตได้นำรายงานของประเทศไทยที่นำเสนอต่อคณะกรรมการ CPRD มาพิจารณาประกอบการร่างพระราชบัญญัติในระดับหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม บางประเด็นที่เสนอในรายงานดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนไปบ้าง อาทิ การนำตัวผู้ที่อยู่ในที่คุมขังหรือสถานสงเคราะห์เข้าสู่การบำบัดรักษา ตามมาตรา ๒๕ ทำให้ขาดเสรีภาพ แต่ในข้อเท็จจริงของมาตรา ๒๕ มุ่งหมายที่จะให้ผู้ที่อยู่ในที่คุมขังหรือสถานสงเคราะห์ซึ่งมักจะถูกละเลยไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิต ได้เข้าถึงบริการมากขึ้น เพื่อทำให้ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เข้ามาสู่การประเมินและตรวจรักษา ซึ่งหากได้รับการรักษาซ้ำก็จะมีอาการแยลงเรื่อย ๆ ดังนั้น ประเด็นดังกล่าวไม่ได้เป็นการลิดรอนสิทธิแต่อย่างใด เป็นต้น

(๒) ร่างฉบับนี้ยังไม่ได้นำประเด็นตามแนวทางของ WHO ชำรงต้นมาผนวกรวม เนื่องจากได้จัดทำร่างเสร็จก่อนที่ WHO จะออกเอกสารดังกล่าวออกมา แต่กรมสุขภาพจิตก็ได้ศึกษาติดตามประเด็นดังกล่าวและนำมาปรับใช้กับการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพจิตมาโดยตลอด ทั้งนี้ เห็นด้วยว่าไม่ควรมีใครตัดสินใจแทนผู้ป่วยทางจิต ซึ่งควรมีสติธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง แต่บทบัญญัติที่กำหนดไว้ในกฎหมายสุขภาพจิต ถือเป็นเรื่องสุขภาพจิต เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ฉุนเฉียว รุนแรง มีโอกาส ที่จะเกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วย สังคมและคนที่แวดล้อม ซึ่งการเข้าบำบัดดูแล จะทำในช่วงเวลาสั้น ๆ และเท่าที่ที่มีความจำเป็นเท่านั้น

(๓) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ภายใต้แผนระบบสาธารณสุข ๔.๐ ซึ่งแบ่งเขตการดูแลสุขภาพออกเป็น ๑๓ เขต เพื่อแบ่งปันทรัพยากรระหว่างกัน และมีการแบ่งกลุ่มโรคสำคัญที่ต้องให้การดูแล เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งกลุ่มโรคสำคัญนี้รวมถึงโรคจิตเวชด้วย นอกจากนี้ มีการกำหนดองค์ประกอบของสถานบำบัดรักษาในแต่ละระดับลงไปถึงโรงพยาบาลระดับชุมชน ซึ่งบริการการให้คำปรึกษา (Counseling) ในโรงพยาบาลระดับชุมชนนั้น แม้ปัจจุบันจะยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง แต่ Service plan ได้กำหนดไว้ อย่างชัดเจนว่าภายในกี่ปีต้องมีระบบ Counseling ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งครบถ้วน รวมทั้งมีแผนการพัฒนาบุคลากร แผนการพัฒนาผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยให้สามารถดูแลตัวเองได้ ทั้งนี้ ประเด็นข้อกังวลต่าง ๆ แม้จะยังไม่ได้ถูกบรรจุไว้ในถ้อยคำของกฎหมาย แต่ก็ได้นำไปบรรจุไว้ในยุทธศาสตร์สุขภาพจิต ซึ่งกฎหมายกำหนดไว้ว่ายุทธศาสตร์ดังกล่าวต้องผ่านความเห็นจาก คณะรัฐมนตรีและยุทธศาสตร์นี้ ทุกภาคส่วนจะได้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนต่อไป

(๔) โดยหลักการทุกฝ่ายเห็นตรงกันว่าไม่ต้องการละเมิดสิทธิมนุษยชนแต่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสูงสุด ร่างกฎหมายฉบับนี้ได้เพิ่มเติมแนวคิดใหม่ ๆ ในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย รวมถึงเพิ่มมาตรการสำคัญที่จะช่วยควบคุมดูแลสื่อในการนำเสนอเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิต ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญที่จะทำให้สังคมได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยทางจิต

(๕) ประเด็นความห่วงใยต่อการบำบัดรักษา อาทิต มาตรา ๑๘ การรักษาด้วยไฟฟ้า ถือเป็นวิธีการขั้นสูงสุดที่ไม่พึงประสงค์ให้มีการรักษา แต่มีความจำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถใช้ยารักษาได้ในเวลาอันรวดเร็ว และการรักษาด้วยไฟฟ้าในปัจจุบันก็ไม่ได้มีความรุนแรงเช่นในอดีต รูปแบบการรักษาจะวางยาสลบและใช้กระแสไฟฟ้าในปริมาณที่จำเป็นต่อผู้ป่วยเท่านั้น สำหรับประเด็นการผูกมัดผู้ป่วยก็ยังคงมีความจำเป็นในขั้นตอนการรักษา ทั้งนี้ ประเด็นความห่วงใยเรื่องการบำบัดรักษา อาจจะนำไปกำหนดขั้นตอนและวิธีการไว้ในอนุบัญญัติให้มีความชัดเจนมากขึ้น

(๖) ระบบการดูแลสุขภาพจิตในอนาคตของประเทศไทยน่าจะมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้กำหนดให้การดูแลสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตต้องลงไปในระดับชุมชนหรือปฐมภูมิ และชุมชนต้องเป็นหลักในการดูแล นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตอยู่ระหว่างการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี โดยจะได้บรรจุเรื่องระบบการสนับสนุนการตัดสินใจไว้ในยุทธศาสตร์ดังกล่าวด้วย ซึ่งจะช่วยผลักดันเรื่องนี้ให้เห็นภาพเป็นรูปธรรมและชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยสามารถปรับเปลี่ยน

ระบบบริการสุขภาพจิตให้ก้าวทันกระแสโลกได้อย่างแน่นอน หากสังคมและทุกภาคส่วนมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกันด้วยกัน

๓.๒.๒ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ในฐานะที่ได้มีส่วนร่วมไปรับฟังการรายงานตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการของประเทศไทยและรับฟังความคิดเห็นจากคณะกรรมการ CRPD โดยได้นำประเด็นที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพคนพิการหรือกับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงได้มีการบูรณาการกับกรมสุขภาพจิตและติดตามศึกษาร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ซึ่งได้มีการเพิ่มเติมประเด็นที่เกี่ยวข้องในหลายส่วน อาทิ เพิ่มเติมคำว่า “ฟื้นฟูสมรรถภาพ” เพิ่มเติมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพิ่มเติมบทบาทของคนในสังคมให้มีส่วนร่วม ช่วยดูแลให้คนป่วยได้กลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด สำหรับประเด็นที่ยังมีมุมมองต่างกันในเรื่องการตัดสินใจแทนหรือการบังคับรักษา โดยในมุมมองของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ในฐานะผู้ให้การรักษาที่มีความห่วงใยต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งคนพิการทางจิตในขณะที่มีอาการกำเริบรุนแรงถือเป็นอาการเจ็บป่วยที่จะต้องได้รับการรักษา และประเด็นที่กำหนดให้คณะกรรมการสถานพยาบาลมีสิทธิดูแลรักษาทางกายเพิ่มขึ้น เพื่อให้แพทย์ได้เข้าไปวินิจฉัยโรคทางกายในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตได้ทันทั่วถึง

สถาบันสิรินธรฯ มีความพยายามทำงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง บูรณาการงานร่วมกับกรมสุขภาพจิต อาทิ การพัฒนาคู่มือฉบับประชาชน เรื่อง การดูแลคนพิการ ทั้ง ๗ ประเภท เพื่อใช้เป็นสื่อข้อมูลให้ประชาชนได้ศึกษาและทราบความรู้เบื้องต้นในการดูแลคนพิการ และในปีนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาหลักสูตรผู้ดูแลคนพิการให้ครบทั้ง ๗ ประเภทความพิการ ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์อย่างดีจากกรมสุขภาพจิต ผู้แทนขององค์กรคนพิการ องค์กรอิสระ และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งหลักสูตรนี้จะช่วยทำให้มีการทำงานคู่ขนานกันระหว่างภาครัฐกับภาคประชาสังคม และให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพไม่เพียงแต่การบำบัดรักษา ยังรวมถึงการฟื้นฟู การส่งเสริม และป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามในการพัฒนาและปิดช่องว่างต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการให้บริการสาธารณสุข สร้างความเจริญในทุกเขตสุขภาพ ด้วยแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ซึ่งจะทำให้เกิดการแบ่งปันทรัพยากรในเขตสุขภาพ โดยบริการสุขภาพดังกล่าวรวมถึงบริการด้านจิตเวช ทั้งการให้บริการด้านยาและการให้คำปรึกษา ระบบรับและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล และมีความพยายามขยายระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ ทั้งคนพิการทางกายและคนพิการทางจิต

๓.๒.๓ สมาคมสายใยครอบครัว

๑) ข้อเสนอแนะต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่..) พ.ศ.

(๑) เพื่อให้ร่างกฎหมายดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ CRPD เห็นควรใส่คำว่า “เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” เพิ่มท้ายวรรคหนึ่ง ของมาตรา ๒๔ เป็นดังนี้ “เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา ๒๓ หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา ๒๒ ให้ดำเนินการนำตัวบุคคลนั้นไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

ตามมาตรา ๒๗ ทั้งนี้ โดยจะมีผู้รับผิดชอบบุคคลดังกล่าวไปด้วยหรือไม่ก็ได้ ด้วยความเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”

(๒) เพิ่มคำนิยามในมาตรา ๓ คำว่า “การนำตัวบุคคลไปยังสถานพยาบาล” ควรจะเพิ่มถ้อยคำ “...ต้องเป็นการเคารพศักดิ์ศรีมนุษย์” ไว้ด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้มีความชัดเจนว่ากฎหมายฉบับนี้ไม่ได้ริดรอนสิทธิของผู้ป่วยทางจิต

(๓) แก้ไขร่างมาตรา ๑๗ เพิ่มเติมมาตรา ๔๑/๑ โดยเพิ่มเติมคำว่า “ผู้ป่วย” ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนได้เสียมากที่สุด ให้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนในการกำหนดทิศทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองและเป็นพื้นฐานของหลักสิทธิมนุษยชน โดยแก้ไขเป็นดังนี้ “... รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยญาติของผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวด้วย” สำหรับประเด็นการบังคับบำบัดจะลดลงได้จริงนั้น ก็ต่อเมื่อสังคมและชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตอย่างแท้จริง

(๔) ควรเพิ่มเติมบทบัญญัติในร่างกฎหมายดังกล่าว เพื่อกำหนดมาตรการกำกับดูแลหน่วยงานหรือสถานบริการเอกชนที่รับผู้ป่วยที่ผ่านกักบำบัดรักษาแล้วจากโรงพยาบาลไปดูแลให้มีมาตรฐานในการดูแล เพื่อคุ้มครองผู้ที่อยู่ในการดูแลของสถานบริการดังกล่าว

๒) กรมสุขภาพจิตควรสนับสนุนและให้การรับรองหลักสูตรเพื่อนเสริมสร้างชีวิต (Peer Supporter) ซึ่งสมาคมสายใยครอบครัวร่วมกับโรงพยาบาลศรีธัญญาจัดทำหลักสูตรขึ้นมา เพื่อให้คนที่ทำงานด้านนี้ได้มีใบประกาศรับรองการผ่านการฝึกอบรม และสามารถนำไปใช้ทำงานในระบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ เนื่องจากระบบการให้การปรึกษาถือเป็นเรื่องสำคัญที่ควรนำมาใช้ปฏิรูประบบการให้บริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ CRPD และหลักสิทธิมนุษยชน สำหรับการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ควรสะท้อนถึงเอกสิทธิของผู้ป่วยให้มากขึ้น ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน และการรักษา ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตัวเอง

๓) ควรสนับสนุนให้มีการบรรจุวิชาความรู้เรื่องจิตเวช คนพิการทางจิตสังคม การรับมือและคุณค่าชีวิตของผู้ป่วยทางจิตไว้ในหลักสูตรการศึกษาภาคบังคับ ทั้งนี้ เพื่อให้เด็กทุกคนที่ต้องผ่านการศึกษาระดับภาคบังคับได้เรียนรู้ เข้าใจผู้ป่วยทางจิต รวมถึงการป้องกันตนเอง และเพื่อให้ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ CRPD มากที่สุด ควรมีการตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษารายละเอียดให้เกิดความสมบูรณ์ในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว

๓.๒.๔ สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย

พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฉบับนี้ อาจจะเน้นด้านการบำบัดรักษาเป็นหลัก ทั้งนี้ สมาคมได้ลงพื้นที่ทำงานกับชุมชน เพื่อทำอย่างไรให้ผู้ป่วยทางจิตที่ผ่านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสามารถกลับคืนสู่สังคมได้ จึงควรสร้างระบบการสื่อสารกับคนในชุมชนและสังคมให้เข้าใจว่าผู้ป่วยทางจิตที่ผ่านการรักษามาแล้วสามารถอยู่ในสังคมได้เป็นปกติ รวมทั้งปัญหาการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนเกี่ยวกับคนที่มีอาการคลุ้มคลั่งก็มักจะเหมารวมว่าเป็นคนโรคจิต ทำให้สังคมมองคนโรคจิตไปในแง่ลบ ดังนั้น การแก้ไขกฎหมาย ในครั้งนี้ ควรเน้นกระบวนการที่จะทำให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการทางจิต

๓.๒.๕ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.)

เจตนารมณ์ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่..) พ.ศ. ถือเป็นเรื่องที่ดี แต่ก็ควรนำประเด็นข้อห่วงใยเรื่อง “การตัดสินใจแทน” ของมาตรา ๒๑ ไปประกอบการพิจารณาจัดทำกฎหมายดังกล่าวด้วย และถือเป็นการรับฟังความคิดเห็นตามมาตรา ๗๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ทั้งประเด็นข้อเสนอให้ตัดความในวรรคสามของมาตรา ๒๑ ออก และเพิ่มเติมให้ผู้ป่วยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการรักษาและฟื้นฟูตนเอง อย่างไรก็ตาม พก. พร้อมทั้งจะสนับสนุนการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนพิการทางจิตสังคม และพร้อมจะขับเคลื่อนเพื่อให้สังคมเห็นด้วยว่าคนป่วยต้องมีสิทธิในการรักษาตัวเอง รวมถึงการปรับทัศนคติของคนในสังคมต่อคนพิการทางจิตแม้จะเป็นเรื่องยากที่สุด แต่ก็จำเป็นต้องขับเคลื่อนต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ขอสนับสนุนแนวคิดการให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลคนพิการทางจิต ซึ่งต้องสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องให้ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ พม. มีนโยบายปรับเปลี่ยนสถานสงเคราะห์ให้เป็นสถาบันฝึกอบรบให้ความรู้ในการดูแลคนทุกกลุ่ม อาทิ เด็ก ผู้สูงอายุ และคนพิการ เป็นต้น

๓.๓ กรณีศึกษาประเด็นคนพิการทางจิตสังคมกับร่างพระราชบัญญัติการจดทะเบียนคู่ชีวิต พ.ศ.

๓.๓.๑ คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ : ความเป็นมาในการพิจารณาศึกษา

๓.๓.๑.๑ สืบเนื่องจากคณะกรรมการการสังคมฯ ได้รับเรื่องร้องเรียนจากคนพิการผ่านสมาคมคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทยต่อร่างพระราชบัญญัติการจดทะเบียนคู่ชีวิต ซึ่งจะบังคับใช้กับบุคคลที่มีเพศสภาพ ที่หลากหลายให้สามารถเป็นคู่ชีวิตกัน ถือเป็นข่าวดีสำหรับกลุ่มคนหลากหลายทางเพศที่ได้มีโอกาสจดทะเบียนมีครอบครัว และต้องยอมรับว่าบรรดาผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศส่วนหนึ่งเป็นคนพิการคนพิการก็จะมีทั้งคนพิการที่รักชอบเพศเดียวกันหรือต่างเพศกัน จึงเป็นเรื่องที่แยกกันไม่ออก แต่ในร่างฉบับรับฟังความคิดเห็นมีบทบัญญัติห้ามบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นพยานการจดทะเบียนคู่ชีวิตดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ ๒ กลุ่ม ได้แก่ (๑) กลุ่มคนตาบอดและคนหูหนวก (๒) กลุ่มคนที่อาจจะเข้าค่ายเป็นคนพิการทางจิตสังคม โดยในร่างกฎหมายได้กล่าวถึงบุคคลวิกลจริต จึงเป็นที่มาในการพิจารณาร่วมกันในวันนี้

๓.๓.๑.๒ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ องค์การสหประชาชาติ โดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ได้ให้ความเห็นชอบต่ออนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities : CRPD) ซึ่งเป็นสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนฉบับแรกของศตวรรษที่ ๒๑ และเป็นสนธิสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนที่ลงลึกในเรื่องการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิคนพิการฉบับเดียวในบรรดากฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศทั้งหมด ปัจจุบันมีรัฐภาคีหรือประเทศสมาชิกที่เข้าร่วม CRPD กว่าจำนวน ๑๘๐ ประเทศ จากประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติทั้งหมด ๑๙๓ ประเทศใช้เวลาเพียง ๑๐ ปี จากการบังคับใช้อนุสัญญานี้ ทั้งนี้ ประเทศส่วนใหญ่ของโลกได้ให้การรับรองและยอมรับ CPRD รวมทั้งประเทศไทยที่ได้เข้าเป็นรัฐภาคีของอนุสัญญาดังกล่าวด้วย ดังนั้น การอันใดที่กระทบต่อสิทธิคนพิการจึงต้องยึดถือตามสิ่งที่กำหนดใน CRPD เป็นเกณฑ์เป็นหลักการที่ประเทศไทยได้ให้การยอมรับนับถือและพยายามอนุรักษ์ให้เป็นไปตามสนธิสัญญา

ดังกล่าวด้วยแก้ไขกฎหมายหลายฉบับ และเรื่องหนึ่งที่เป็นประเด็นเกี่ยวข้อง คือ ความเท่าเทียมกัน เบื้องหน้ากฎหมาย (Equality before the law) และความสามารถทางกฎหมาย (Legal Capacity) ที่เท่าเทียมกัน หลักการนี้เป็นหลักการด้านสิทธิมนุษยชนที่อาจจะไม่สอดคล้องกับประเพณีของกฎหมายส่วนใหญ่ในโลกนี้ เพียงแต่เป็นหลักการที่มุ่งคุ้มครองสิทธิของมนุษย์ที่เกิดขึ้นใหม่ จึงเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง

๓.๓.๑.๓ นักวิชาการด้านกฎหมายพยายามคิดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาการตัดสินใจ แทนหรือการคิดแทน โดยหันมาใช้หลักการสนับสนุนการตัดสินใจ (Supported Decision-Making) ซึ่งมีงานวิชาการออกมาพยายามอธิบายว่าการให้การสนับสนุนบุคคลที่มีความบกพร่องอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ถือเป็นการตัดสินใจแทน แม้ว่าบุคคลผู้นั้นอาจจะต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนถึง ๙๙.๙๙ เปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ การตัดสินใจแทนจะมีผลกระทบไปถึงการดำรงชีวิตในทุกเรื่อง อาทิ การมีครอบครัว การทำนิติกรรม การทำหน้าที่เป็นพยาน การมีลูก การแต่งงาน ซึ่งต้องเกิดจากเจตนาโดยเสรีของมนุษย์ที่ทุกคนต้องมี บางคนต้องการการช่วยเหลือมาก บางคนต้องการช่วยเหลือน้อย บางคนต้องการความช่วยเหลือสูงสุด บางคนไม่ต้องการความช่วยเหลือเลย ซึ่งการช่วยเหลือไม่ถือเป็นการตัดสินใจแทน ไม่ถือเป็นการคิดแทน ดังนั้น ร่างกฎหมายจดทะเบียนคู่ชีวิต คือ การที่บุคคลสองคนจะร่วมชีวิตกัน และบุคคลที่จะเป็นพยานให้คู่ดังกล่าวว่าจะดำรงชีวิตร่วมกัน ก็ต้องการคนที่ไว้ใจ คนที่เป็นเพื่อน เป็นมิตรมาเป็นพยานให้ แต่บุคคลนั้นก็กลับเป็นคนต้องห้ามตามร่างกฎหมายดังกล่าว

๓.๓.๑.๔ ผลจากการประกาศใช้ CRPD ซึ่งมีรัฐภาคีแล้วกว่า ๑๘๐ ประเทศ โดยมีความพยายามผลักดันให้แก้ไขกฎหมายที่ยังกำหนดเรื่องการตัดสินใจแทนอยู่ในหลาย ๆ ประเทศที่ยังมีมาตรการยอมรับการไม่เท่ากันทางกฎหมาย และเปิดช่องให้มีการตัดสินใจแทนได้ ส่วนใหญ่จะปรากฏอยู่ในกฎหมายที่เกิดขึ้นภายหลังที่มักจะนำแนวคิดมาจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยเมื่อ ๑๐ ปี ที่ผ่านมา ได้ทำวิจัยรวบรวมกฎหมายไทยที่จำกัดสิทธิในการประกอบอาชีพ คนพิการกว่า ๑๐ ฉบับ และได้พยายามแก้ไขตัดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามที่เสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิคนพิการ โดยการเลือกปฏิบัติ ขัดต่อรัฐธรรมนูญของไทยและพันธกรณีระหว่างประเทศ หรือ CRPD อย่างไรก็ตาม ในการทำวิจัยครั้งนั้น ยังไม่ได้แก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งถือเป็นกฎหมายที่ทรงอิทธิพลมากในระบบกฎหมายไทย ทั้งนี้ มีตัวอย่างประเทศที่ได้สร้างปรากฏการณ์ใหม่ให้กับระบบกฎหมายและนักวิชาการด้านกฎหมายทั่วโลก คือ สาธารณรัฐเปรู ซึ่งได้แก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยเน้นย้ำพันธกรณีที่มีต่ออนุสัญญา CRPD ว่าด้วยเรื่องความเท่าเทียมกัน เบื้องหน้ากฎหมาย และการยอมรับนับถือกระบวนการตัดสินใจโดยการสนับสนุนมากกว่าการตัดสินใจแทน

๓.๓.๑.๕ สาธารณรัฐเปรู ถือเป็นประเทศแรก ๆ ของโลกที่ออกกฎหมายแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในประเด็นบุคคลวิกลจริต เพื่อเน้นย้ำพันธกรณี ที่มีต่อ CRPD ซึ่งยอมรับความเท่าเทียมกัน เบื้องหน้ากฎหมายและยอมรับความสามารถทางกฎหมายของบุคคลที่มีความเท่าเทียมกัน โดยมองว่าคนพิการต้องการการสนับสนุนเพื่อให้สามารถแสดงเจตนาหรือการตัดสินใจได้เพื่อป้องกันไม่ให้มีคนมาใช้สิทธิแทนคนพิการ เนื่องจาก CRPD ถือว่าการใช้สิทธิแทน

เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน โดยในประเทศไทยตามระบบกฎหมายเดิมการใช้สิทธิแทนอาจจะ
 เป็นไปเพื่อการคุ้มครองบุคคลที่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ แต่ใน CPRD ทุกคนต้องสามารถใช้สิทธิได้เอง
 คนอื่นจะไม่สามารถใช้สิทธิแทนได้ ดังนั้น การทำหน้าที่เป็นพยานหรือจดทะเบียนเป็นคู่ชีวิตหรือ
 คู่สมรส เมื่อเชื่อว่าทุกคนมีเจตนาารมณ์ มีเจตจำนงเสรีเป็นของตนเองแล้ว ก็ต้องเชื่อว่าทุกคนต้องการ
 มีโอกาสที่จะเลือกได้ว่าจะมีคู่ชีวิตหรือคู่สมรสได้เอง และสามารถทำหน้าที่เป็นพยานได้ ซึ่งการทำหน้าที่
 ดังกล่าวอาจจะต้องการความช่วยเหลือและการอำนวยความสะดวกที่สมเหตุสมผลที่จะช่วยสนับสนุน
 เพื่อให้สามารถแสดงเจตนาารมณ์ได้

๓.๓.๑.๖ สาธารณรัฐเปรูได้กำหนดข้อยกเว้นโดยมุ่งไปที่การกระทำมากกว่าสถานะ
 ของบุคคล การใช้ถ้อยคำจะใช้อย่างระมัดระวังเพื่อไม่ให้หมายถึงสถานะของบุคคล ซึ่งคำว่าคนพิการ
 ได้กลายเป็นสถานะไปแล้ว ดังนั้น หากคำใดที่สื่อให้เห็นว่าเป็นคนพิการก็จะเข้าข่ายว่าเป็นการจำกัด
 สิทธิคนพิการ โดยเฉพาะ “บุคคลวิกลจริต” ที่เป็นประเด็นพูดคุยในวันนี้ ซึ่งมีความกว้างที่อาจจะ
 เข้าใจได้ว่าหมายถึงคนพิการเป็นจำนวนไม่น้อย หรือควรถูกมองว่าเป็นคนที่ได้แสดงอาการกักปฏิกิริยา
 อย่างใดอย่างหนึ่ง ที่ใครก็เป็นได้ไม่จำเป็นต้องมีสถานะเป็นคนพิการ หรือแสดงอาการดูร้ายออกมา

๓.๓.๑.๗ ประเทศไทยได้ไปรายงานหรือพูดคุยอย่างสร้างสรรค์กับคณะกรรมการ
 ประจำ CRPD ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา ซึ่งกรรมการ
 CRPD มีข้อเสนอแนะต่อประเทศไทยตามที่ปรากฏอยู่ในข้อสังเกตเชิงสรุปเกี่ยวกับ เรื่อง การตัดสินใจ
 แทน หรือการสนับสนุนการตัดสินใจด้วย นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรีในฐานะผู้นำของประเทศไทย
 ได้ไปร่วมประชุมคณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (United Nations Human Rights
 Council) โดยในการประชุมดังกล่าว นายกรัฐมนตรีได้รับคำแนะนำต่อการแก้ไขปรับปรุงประมวล
 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของประเทศไทยที่จำกัดสิทธิคนพิการบางกลุ่ม อาทิ การมีครอบครัวและ
 การแต่งงาน เป็นต้น จึงถือเป็นประเด็นหนึ่งที่ประเทศไทยจะต้องเริ่มต้นดำเนินการเรื่องดังกล่าว
 ทั้งนี้ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ คงไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะแก้ไขได้ทันที ต้องมีการศึกษาวิจัย
 แต่กฎหมายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคตไม่ควรมีบทบัญญัติใดที่จะไปจำกัดสิทธิคนพิการ

๓.๓.๑.๘ ประเด็นสำคัญในการพิจารณา คือ “คนวิกลจริต” ภายใต้ประมวลกฎหมาย
 แพ่งและพาณิชย์นั้น จะตีความแบบกว้างหรือตีความแบบแคบเพื่อจำกัดสิทธิของบุคคลน้อยที่สุด
 แม้จะไม่สามารถนำออกจากกฎหมายได้ในทันที แต่จะต้องเกิดขึ้นได้สักวัน หากมีกลไกการสนับสนุน
 การตัดสินใจ กลไกการสนับสนุนการแสดงเจตนาารมณ์ที่รัดกุม เป็นมีอาชีพ มีหลักการ หลักเกณฑ์
 ที่ดีและป้องกันการละเมิดสิทธิ ป้องกันการเอาเปรียบกันได้ トラบใดที่สังคมไทยยังเปราะบาง
 อยู่และยังไม่มีระบบการสนับสนุนการตัดสินใจที่ดีพอ ก็ยังต้องอาศัยหลักการตีความอย่างแคบว่า
 กรณีบุคคลที่จะถูกห้ามหรือถูกจำกัดจริง ๆ ควรตีความให้แคบที่สุด เช่น การนำเอาพฤติกรรม
 ที่แสดงออกมาเป็นตัวตั้ง ไม่ใช่สถานะที่อยู่ติดตัวคน ซึ่งต้องมีเหตุผลเชิงประจักษ์ที่เชื่อได้ว่าเป็นบุคคล
 วิกลจริต ที่จะถูกจำกัดสิทธิ และต้องจำกัดให้น้อยที่สุด โดยไม่ใช่การจำกัดสิทธิหรือระงับสิทธิไว้เลย
 ตั้งแต่ต้น ทั้งนี้ ในสังคมไทยคนที่มักจะถูกกล่าวหาว่าเป็นคนวิกลจริตก็มักใช้ความรู้สึกรู้สึกมากกว่าเหตุผล
 ทางวิทยาศาสตร์ โดยคนบ้าในสังคมไทยก็มักจะหมายถึงคนวิกลจริตด้วยเลย นอกจากนี้ อาจจะต้อง
 หารือกับกระทรวงการยุติธรรมว่าจะมีวิธีการใดที่จะค่อย ๆ เริ่มปรับแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและ

พาณิชย์ในกรณีดังกล่าวต่อไปด้วย ดังนั้น ในการประชุมครั้งนี้จะเริ่มต้นด้วยหลักการของ CRPD ที่ยอมรับว่าไม่ว่าบุคคลจะมีความบกพร่องใด ๆ ก็ตามย่อมมีเจตนาารมณ์ เจตจำนงเสรีของตนเอง รัฐต้องมีหน้าที่ช่วยให้สามารถแสดงเจตจำนงดังกล่าวได้ และเข้าสู่การพิจารณาตามข้อกังวล ต่อร่างกฎหมายฉบับนี้ต่อไป

๓.๓.๑.๙ สาธารณรัฐเปรู มีความพยายามแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เกี่ยวกับความสามารถของคนพิการ โดยตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๘ ซึ่ง CPRD บังคับใช้ สาธารณรัฐเปรู ถือเป็นประเทศแรกที่สามารถแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้เร็วและสอดคล้องกับ CRPD เมื่อกันยายน ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา โดยใช้เวลากว่า ๑๐ ปี ต้องผ่านขั้นตอนมากมาย สืบเนื่องมาจาก สาธารณรัฐเปรูเป็นประเทศลำดับที่ ๓ ซึ่งกรรมการ CPRD ได้เชิญมาพูดคุยกันอย่างสร้างสรรค์ เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๑๒ และได้ให้ข้อเสนอแนะต่อสาธารณรัฐเปรูว่าควรแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เพื่อให้สอดคล้องกับ CRPD ต่อมาเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๑๕ สภาคนพิการโลกได้เข้าไปติดตามว่า สาธารณรัฐเปรู ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของกรรมการ CPRD แล้วหรือยัง รวมทั้งได้เข้าไปช่วยหนุนเสริมพลังให้คนพิการและองค์กรภาคประชาสังคมด้านคนพิการในประเทศ จนมีการแก้ไขสำเร็จ เมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. ๒๐๑๘ ที่ผ่านมา อนึ่ง กฎหมายดังกล่าวมีหลักการสำคัญ ๒ ประการ คือ

(๑) ต้องการให้กฎหมายตระหนักว่าคนพิการทุกประเภท โดยเฉพาะ คนพิการทางจิตสังคม มีความสามารถทางกฎหมายเหมือนกับบุคคลอื่นทั่วไป เช่น การแต่งงาน การลงเลือกตั้ง การทำนิติกรรมสัญญา โดยหัวใจสำคัญอยู่ใน มาตรา ๓ ซึ่งกำหนดว่า ทุกคนมีความสามารถทางกฎหมายเท่าเทียมกัน สามารถใช้สิทธิได้อย่างเท่าเทียมกัน ความสามารถ จะจำกัดได้เฉพาะผลของกฎหมายเท่านั้น และย้ำว่าคนพิการมีความสามารถทางกฎหมายเท่าเทียม กับบุคคลอื่น

(๒) เพื่อให้ทุกคนมีความสามารถทางกฎหมาย จึงได้นำระบบการสนับสนุน การตัดสินใจ (Supported Decision-Making) และระบบป้องกัน (Safeguard) ตาม CRPD มาใช้ ซึ่งกำหนดไว้ในหมวด ๖ มาตรา ๕๖ กำหนดกระบวนการที่จะสามารถสนับสนุนและป้องกัน ช่วยคนกลุ่มเหล่านี้

ทั้งนี้ บุคคลที่ถูกจำกัดความสามารถตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ได้แก่ ผู้เยาว์ บุคคลวิกลจริต คนเสมือนไร้ความสามารถ และคนไร้ความสามารถ ซึ่งสาธารณรัฐเปรู ได้ตัดบุคคลวิกลจริตออกไป เนื่องจากคนวิกลจริตหรือคนพิการมีความสามารถเท่ากับบุคคลอื่น จะตัดสิทธิได้ต้องผ่านกระบวนการศาลสั่ง รวมทั้ง ผ่านกระบวนการขั้นตอนการสนับสนุนก่อน จึงจะไปสู่เรื่องนั้นได้ นอกจากนี้ก็ยังมีข้อห้ามการกระทำบางประการในเรื่องความสามารถของบุคคล บางกลุ่ม เช่นเดียวกับประเทศไทย เช่น บุคคลติดยาเสพติด พุ่มเฟื่อย สรุ่ยสร่าย เป็นต้น

๓.๓.๒ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ

๓.๓.๒.๑ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพได้เริ่มดำเนินการยกร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เมื่อมีบุคคล ๒ คน ขึ้นไปไปขอจดทะเบียน ณ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ แต่ถูกปฏิเสธจากกรมการปกครองไม่ให้จดทะเบียน เนื่องจากขัดกับประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์และคำพิพากษาศาลฎีกา ซึ่งเคยพิพากษาว่าการจดทะเบียนต้องเป็นชายกับหญิงที่จะจดทะเบียน

กันได้ ต่อมาทั้ง ๒ คนได้มายื่นเรื่องต่อคณะกรรมการกฤษฎีกาของรัฐบาล คณะกรรมการจึงได้เชิญกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพเข้ามาหารือร่วมกันจึงเป็นที่มาในการร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิตขึ้น หลังจากนั้นได้ขับเคลื่อนมาอย่างต่อเนื่องโดยปรับปรุงแก้ไขร่างพระราชบัญญัติจนถึงร่างสุดท้ายที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพัฒนาแก้ไขกฎหมาย กระทรวงยุติธรรมเมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ ที่ผ่านมาเพื่อเตรียมเสนอรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรมลงนามเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีต่อไป

๓.๓.๒.๒ ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้บัญญัติหลักการสำคัญ คือ ให้บุคคลสองคนที่มีอาจใช้สิทธิจดทะเบียนสมรสตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ด้วยเหตุแห่งเพศสภาพของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และได้จดทะเบียนคู่ชีวิตตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งจากร่างฉบับแรก ๆ คำว่าคู่ชีวิตต้องเป็นคนสองคนที่เป็นเพศเดียวกันโดยกำเนิด เมื่อรับฟังความคิดเห็นมาพอสมควรแล้ว ส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ประสงค์จะใช้คำว่า “โดยกำเนิด” จึงได้กำหนดนิยามคู่ชีวิตโดยตัดคำดังกล่าวออกไป

๓.๓.๒.๓ การจดทะเบียนคู่ชีวิตนี้มีเงื่อนไขและเรื่องต้องห้าม ตามมาตรา ๘ ได้แก่ (๑) ถ้าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นคนวิกลจริตหรือบุคคลที่ศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ (๒) ถ้าบุคคลทั้งสองฝ่ายเป็นญาติสืบสายโลหิตโดยตรงขึ้นไปหรือลงมาก็ดี เป็นพี่น้องร่วมบิดา มารดา หรือร่วมแต่บิดาหรือมารดาก็ดี ความเป็นญาติดังกล่าวมานี้ให้ถือตามสายโลหิต โดยไม่คำนึงว่าจะจะเป็นญาติโดยชอบธรรมด้วยกฎหมายหรือไม่ และ (๓) มีคู่สมรส หรือได้จดทะเบียนคู่ชีวิตอยู่ก่อนแล้ว ตามมาตรา ๙ ผู้รับบุตรบุญธรรมและบุตรบุญธรรมจะจดทะเบียนคู่ชีวิตกันไม่ได้ และมาตรา ๑๑ บุคคลที่จะเป็นพยานตามพระราชบัญญัตินี้ไม่ได้ คือ (๑) บุคคลซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ และ (๒) บุคคลวิกลจริตหรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ ทั้งนี้ ร่างพระราชบัญญัติในช่วงแรกซึ่งภาคประชาชนร่วมกับมหาวิทยาลัยร่วมกันยกร่างขึ้นมานั้น ได้กำหนดห้ามคนตาบอดและคนหูหนวกเป็นพยานในมาตรา ๑๑ ด้วย เมื่อสมาคมคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทยได้มีหนังสือทักท้วงกรณีห้ามคนตาบอดและคนหูหนวกเป็นพยานกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพได้พิจารณาและเห็นด้วยกับข้อเสนอดังกล่าว จึงได้ตัดถ้อยคำห้ามคนตาบอดและคนหูหนวกเป็นพยานออกไปหมดแล้ว

๓.๓.๒.๔ หมวด ๒ ได้กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิต โดยคู่ชีวิตต้องอยู่กินด้วยกันฉันคู่ชีวิต ช่วยเหลืออุปการะเลี้ยงดูกันตามความสามารถและฐานะของตน รวมทั้งให้มีสิทธิในความสัมพันธ์ในฐานะคู่ชีวิต อาทิ การยินยอมให้รักษาพยาบาล อำนาจในการจัดการศพ การดำเนินคดีอาญาแทนคู่ชีวิตของตน และการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากการขาดไร้อุปการะ หมวด ๓ เรื่องทรัพย์สินระหว่างคู่ชีวิต ให้นำบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บรรพ ๕ หมวด ๔ ว่าด้วยทรัพย์สินระหว่างสามีภรรยา มาบังคับใช้โดยอนุโลม หมวด ๔ การสิ้นสุดการเป็นคู่ชีวิต คือ ตาย การสมัครใจเลิกการเป็นคู่ชีวิต ศาลพิพากษาให้เพิกถอน หรือศาลพิพากษาเลิกกันเป็นคู่ชีวิต และหมวด ๕ เรื่องมรดก ให้นำบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์บรรพ ๖ ว่าด้วยมรดก มาบังคับใช้กับสิทธิและหน้าที่ในการรับมรดกของคู่ชีวิตตามพระราชบัญญัตินี้โดยอนุโลมเช่นกัน

๓.๓.๒.๕ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพได้ยกร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ขึ้น โดยมีความมุ่งหมายเพื่อรองรับสิทธิของกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตบนความหลากหลายทางเพศให้มีโอกาสในการก่อตั้งครอบครัว แม้ในทางสังคมจะเริ่มมีการยอมรับการอยู่ร่วมกันของคู่ชีวิตหลายคู่ที่มีความหลากหลายทางเพศแล้ว แต่ในทางกฎหมายยังไม่มี การยอมรับ จึงต้องมีการบัญญัติกฎหมายนี้ขึ้นมารองรับ กฎหมายฉบับนี้ถือเป็นการเปลี่ยนมิติทางกฎหมายอย่างมาก ที่ยอมรับให้เกิดมิติการแต่งงานของคู่ที่มีเพศชายและหญิงตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และคนที่มีความหลากหลายทางเพศที่ไม่สามารถจดทะเบียนสมรสตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ก็สามารถมาใช้กฎหมายนี้ในการจดทะเบียนเป็นคู่ชีวิตกันได้

๓.๓.๒.๖ สืบเนื่องจากการยกร่างกฎหมายฉบับนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งมีความเห็นร่วมกันว่าการยกร่างดังกล่าวจะนำบทเรียนมาจากต่างประเทศเป็นหลัก โดยในโลกนี้มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของคนที่มีความหลากหลายทางเพศ ๓ กลุ่ม ได้แก่ (๑) กลุ่มประเทศที่ให้ศาลเป็นผู้ตัดสินให้ทั้งสองคนแต่งงานกันได้ (๒) กลุ่มประเทศที่ยกร่างเป็นกฎหมายจดทะเบียนคู่ชีวิต ซึ่งกว่า ๑๐ ปี ที่ผ่านมา มีจำนวนประมาณ ๑๐ ประเทศ ที่เริ่มต้นจากการยกร่างเป็นกฎหมายจดทะเบียนคู่ชีวิต และ (๓) กลุ่มประเทศที่เริ่มต้นจากกฎหมายจดทะเบียนคู่ชีวิตมาแล้วและพัฒนากฎหมายคู่ชีวิตขึ้นมาให้มีศักดิ์และสิทธิเท่ากับกฎหมายจดทะเบียนสมรส คือ เปลี่ยนกฎหมายจดทะเบียนคู่ชีวิตเป็นกฎหมายคู่สมรส ทั้งนี้ แนวทางการยกร่างกฎหมายจดทะเบียนคู่ชีวิตของประเทศไทยเห็นว่าควรเดินตามแบบอย่างของต่างประเทศที่เริ่มต้นจากยกร่างกฎหมายจดทะเบียนคู่ชีวิตมาก่อน เมื่อได้ระยะเวลาพอสมควรก็จะได้ปรับปรุงให้เป็นคู่สมรสตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ต่อไป

๓.๓.๒.๗ เหตุผลสำคัญในการยกร่างเป็นกฎหมายจดทะเบียนคู่ชีวิต ในทางกฎหมายจะส่งผลอย่างยิ่งต่อพัฒนาการในอนาคตข้างหน้า คือ การแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ จาก “ชายและหญิง” เป็นคำว่า “บุคคล” เพื่อเป็นการบอกให้สังคมได้รับทราบว่า บัดนี้ประเทศไทยมีกฎหมายที่ยอมรับบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศแล้ว เนื่องจากไม่เคยมีกฎหมายฉบับใดจะให้คำจำกัดความและให้สิทธิกับคนกลุ่มนี้ที่ชัดเจน ดังนั้น กฎหมายนี้จึงเป็นกฎหมายทางเลือก เนื่องจากเป็นกฎหมายเช่นเดียวกับคู่สมรส เมื่อคนสองคนรักกัน ถ้าจะอยู่ด้วยกันโดยใช้กฎหมายฉบับนี้ก็ไม่ได้ แต่ไม่บังคับว่าต้องมาใช้กฎหมายนี้ โดยการออกกฎหมายนี้ถือเป็นการเปิดประตูในกฎหมายว่าสังคมไทยยอมรับแล้วว่าในประเทศไทยไม่ได้มีเพียงชายกับหญิง ยังมีกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตบนความหลากหลายทางเพศอยู่จำนวนมากที่ต้องการมีครอบครัว รวมทั้งเป็นการยอมรับโดยกฎหมายว่าสังคมไทยมีคนหลากหลายทางเพศอยู่ในสังคม และกฎหมายที่จะออกมาในอนาคตจะต้องแก้ไขให้รองรับกับกฎหมายฉบับนี้ด้วย โดยเหตุผลสำคัญที่ยังไปไม่ถึงการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เนื่องจากต้องการให้มีกฎหมายสักฉบับขึ้นมาเพื่อเปิดโลกทัศน์ของกฎหมายให้เห็นว่าคู่ชีวิตของกลุ่มคนหลากหลายทางเพศมีอยู่จริง และขยับขยายเป็นกฎหมายรองรับเพศสภาพและกฎหมายอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต กระทรวงยุติธรรมจึงเห็นว่ากฎหมายนี้จะบุกเบิกกฎหมายฉบับอื่น ๆ ต่อไปได้ ซึ่งง่ายกว่าที่จะมุ่งไปแก้ไขให้ชายและหญิงเป็นบุคคลเลย

๓.๓.๒.๘ ความแตกต่างระหว่างคู่ชีวิตและคู่สมรส คือ กฎหมายคู่ชีวิตฉบับนี้ ยังไม่ได้บัญญัติถึงบุคคลที่สาม กล่าวถึงเพียงบุคคล ๒ คน ที่ไปทำสัญญากันว่าจะจะเป็นคู่ชีวิตและดูแลกันจนวันตายหรือวันที่เลิกกัน แต่ยังไม่กล่าวถึงบุคคลคนที่สาม ได้แก่ บุตรบุญธรรม หรือคนที่จะมาขอใช้ชื่อสกุล เป็นต้น นอกจากนี้ สิทธิสวัสดิการที่ภาครัฐจะให้ตามกฎหมายฉบับนี้ ซึ่งเป็นกฎหมายที่รัฐรับรองสิทธิเบื้องต้นสำหรับคู่ชีวิตที่เป็นกลุ่มคนหลากหลายทางเพศ กำหนดไว้ ๒ เรื่อง คือ (๑) เรื่องภาษี และ (๒) การเบิกสิทธิประโยชน์ที่รัฐจะได้มาจากการสมรส ทั้งนี้ ภายหลังจากออกกฎหมายฉบับนี้แล้วจะมีการพัฒนาเรื่องสิทธิเพิ่มเติมจากที่กฎหมายได้ยกตัวอย่างสิทธิไว้ในกฎหมายต่อไป

๓.๓.๒.๙ ประเด็นจำนวนคนวิกลจริตที่จะมาจดทะเบียนคู่ชีวิต หากไม่กำหนดไว้ในกฎหมาย โดยจากสถิติยังไม่มีคนวิกลจริตมาจดทะเบียนสมรส จึงไม่น่ามีคนวิกลจริตมาจดทะเบียนคู่ชีวิตเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ปลัดกระทรวงยุติธรรมก็เห็นว่าประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เก่าและล้ำสมัยน่าจะถึงเวลาแล้วที่ต้องปรับปรุงแก้ไขเช่นกัน ซึ่งควรมีการหารือร่วมกันเพื่อผลักดันเรื่องนี้ต่อไป

๓.๓.๒.๑๐ ประเด็นกลุ่มหลากหลายทางเพศที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีศาสนาต้องห้ามรุนแรงจะมีเหตุการณ์ที่น่าเป็นห่วงอยู่หลายเหตุการณ์ โดยจากการเปิดรับฟังความเห็นและวิพากษ์ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ซึ่งมีความพยายามทำความเข้าใจกับทุกภาคส่วนว่าคู่ชีวิตไม่ได้เกี่ยวข้องกับศาสนา เป็นเรื่องของคนสองคนงูมือกันขึ้นไปจดทะเบียนคู่ชีวิต ไม่เกี่ยวข้องกับการทำพิธีทางศาสนา ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาใด ๆ ทั้งสิ้น แต่ต้องยอมรับว่าในการรับฟังความคิดเห็นในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างยังมีการต่อต้านจากกลุ่มศาสนาที่ไม่ประสงค์จะให้มีความหมายนี้ เนื่องจากกระทบกับความเชื่อทางศาสนาอยู่พอสมควร

๓.๓.๒.๑๑ ประเด็นคำว่า “คนวิกลจริต” ตามกฎหมายฉบับนี้ คือ ลักษณะของวิกลจริตที่เห็นสภาพชัด แต่ไม่ใช่วิกลจริตอันเกิดจากความหลากหลายทางเพศ ตอนนี้มีบทบัญญัติที่ชัดเจนโดยเฉพาะคำสั่งศาลปกครอง ซึ่งปัจจุบันศาลตีความว่าหมายถึงคนที่แสดงอาการคลุ้มคลั่ง ฟันเฟืองไม่สามารถสื่อสารใด ๆ ได้ ด้วยเหตุแห่งสภาพทางสมอง ทั้งนี้ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพจะได้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุมในวันนี้เสนอผู้บริหารต่อไป

๓.๓.๓ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

๓.๓.๓.๑ โดยทั่วไปการใช้คำว่า “วิกลจริต” ตามกฎหมายฉบับนี้ น่าจะเป็นวิกลจริตในลักษณะเดียวกับประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งศาลฎีกาได้วางแนวหลักๆ ไว้ว่า สติวิปลาสไม่รู้จักรับผิดชอบ ความจำพินเพื่อน ซึ่งไม่น่าจะตีความไปถึงคนพิการตามประกาศของกฎหมายคนพิการ โดยทั่วไป คำว่าวิกลจริต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ไม่ได้มีการจำกัดอะไรยังมีความสามารถอยู่ トラบไตที่ศาลยังไม่สั่งให้เป็นคนเสมือนไร้ความสามารถก็ยังทำได้อยู่ เว้นแต่ในขณะทำนิติกรรมมีอาการจิตวิกล ซึ่งศาลได้วางหลักไว้แล้วว่าต้องไม่รู้รับผิดชอบเลยต้องถึงขนาดนั้น

๓.๓.๓.๒ วิกลจริต มี ๒ ลักษณะ คือ วิกลจริตในเรื่องของอาการทางจิตแล้วและอาจจะมีอาการป่วยหนักจนไม่สามารถรับผิดชอบอะไรได้ด้วย โดยศาลจะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป กรณีที่มีการยกขึ้นสู่ศาลว่ามีปัญหาในการทำนิติกรรม ศาลก็จะตีความว่าเป็นกรณีจิตวิกลหรือไม่

ซึ่งจะทำให้นิติกรรมเป็นโมฆียะ แต่กรณีคนวิกลจริตที่ศาลไม่ได้สั่งนั้น วิกลจริตจะเป็นเหตุให้ศาลสั่งให้เป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ หรือในการทำนิติกรรมเมื่อมีอาการวิกลจริต หากมีปัญหาภายหลังมีการฟ้องร้องว่าในขณะที่ทำนิติกรรมมีอาการวิกลจริต นิติกรรมนั้นก็จะเป็นโมฆียะ

๓.๓.๓.๓ ประเด็นวิกลจริตที่กำหนดไว้ในร่างกฎหมาย น่าจะนำมาจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์และจดทะเบียนครอบครัว เหตุผลที่ยังคงมีคำนี้ไว้ร่างกฎหมายน่าจะเนื่องมาจากการใช้คำว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด เพราะอาจจะมียุคคนที่ไม่รู้รับผิดชอบแล้วถูกหลอกลวงหรือไม่ คนหนึ่งมีความสมบูรณ์แต่อีกคนวิกลจริต ซึ่งอาจจะไม่แสดงอาการอาละวาด แต่ขาดความรู้รับผิดชอบ ไม่มีใครมาดูแล และศาลไม่ได้สั่งให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถ จึงยังคงความลักษณะนี้ไว้ แต่บุคคลวิกลจริตไม่ได้หมายถึงคนที่มีความหลากหลายทางเพศ ทั้งนี้ การตีความศาลปกครองของไทยก็ห้ามแล้ว แม้แต่ประเทศอังกฤษในอดีตก็เคยตีความว่าคนเปียงเบนทางเพศเป็นอาการทางจิต ต่อมากฎหมายก็พัฒนามาตามสภาพสังคม ดังนั้น จึงเห็นว่าในขณะนี้อาจจะยังไม่กระทบกระเทือนมากนักในการใช้คำว่าบุคคลวิกลจริตในกฎหมายนี้

๓.๓.๔ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

กรณีคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมมาขอทำบัตรคนพิการ หรือขอใช้บริการการจัดหางาน ส่วนใหญ่จะเป็นคนพิการที่สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง ไม่ถึงขั้นวิกลจริต คลุ้มคลั่ง ฟันเพื่อน ดังนั้น คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง จึงเห็นว่าบุคคลวิกลจริตตามร่างกฎหมายนี้ อาจจะต้องหารีอกับหลาย ๆ ฝ่ายว่าควรคงไว้หรือไม่

๓.๓.๕ มูลนิธิธรรมิกชนเพื่อคนตาบอดในประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

คนตาบอดมีอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ แต่ปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามาช่วยได้มาก ทั้งในคอมพิวเตอร์หรือแอปพลิเคชันในมือถือ จากนั้น ได้สาธิตการใช้แอปพลิเคชัน Envision AI จากโทรศัพท์มือถือ โดยเลือกใช้ “Read Document” แล้วนำมาสแกนเอกสารที่ต้องการอ่าน ซึ่งมีเสียงอ่านเอกสารดังกล่าวขึ้นมาให้คนตาบอดได้ฟัง โดยความถูกต้องร้อยละ ๙๐ ขึ้นอยู่ที่ความคมชัดของหนังสือ และภาพรวมทำให้คนตาบอดสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อความจากเอกสารดังกล่าว

๓.๓.๖ สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย

ในฐานะผู้แทนชมรมฟ้าสีรุ้งซึ่งมีเพื่อนคนหูหนวกที่ต่างประเทศซึ่งเปิดให้จดทะเบียนคู่ที่มีความหลากหลายทางเพศได้แล้ว เมื่อประเทศไทยจะออกกฎหมายเรื่องนี้ขึ้นมา ด้วยไม่มีความรู้ด้านกฎหมายมากนัก แต่เมื่อฟังเพื่อนและมาอ่านร่างกฎหมายของไทยแล้ว รู้สึกติดใจในประเด็นการห้ามคนหูหนวกเป็นพยาน โดยมีข้อสงสัยว่าหากพ่อแม่หูหนวกมีลูกที่ต้องแต่งงาน แต่พ่อแม่ไม่สามารถลงชื่อรับรองเป็นพยานได้จะทำอย่างไร จึงรู้สึกถึงความไม่เท่าเทียม ที่ควรต้องดูที่ตัวบุคคลแต่ละคน ซึ่งคนหูหนวกมีความสามารถแต่แค่มีความบกพร่องในการสื่อสารเท่านั้น แต่เมื่อวันนี้ได้รับทราบว่าร่างกฎหมายดังกล่าวได้มีการแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะก็รู้สึกพอใจ

๓.๓.๗ สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย

ถือเป็นข่าวดีของคนพิการทางสายตาและคนพิการทางการได้ยิน ซึ่งร่างกฎหมายฉบับนี้ได้ตัดประเด็นคนหูหนวกและคนตาบอดออกจากบุคคลที่ห้ามเป็นพยานแล้วทุกคนควรมีสิทธิตามกฎหมาย เนื่องจากความพิการไม่ได้ลดค่าของบุคคลลงแต่อย่างใด การที่จะถูกกำหนดว่าใครมีความสามารถทางกฎหมายมากน้อยหรือไม่ อยู่ที่ศาลเป็นผู้สั่งเท่านั้น สำหรับประเด็น วิกลจริตเป็นคำกึ่งกลาง ซึ่งควรจะยกเลิกไปแล้ว เนื่องจากในทางกฎหมายก็ตีความลำบาก ทั้งนี้ วิกลจริตจะเข้าองค์ประกอบได้เมื่อกระทำการนั้นมีความจริตวิกลเกิดขึ้น และคู่สัญญาหรืออีกฝ่ายหนึ่งรู้ว่าเขาวิกลจริต ซึ่งทำให้สังคมตีความแบบรวดรัดตัดตอน จึงต้องการให้ตัดคำว่าวิกลจริตออกจากกร่างกฎหมายใหม่นี้ และเห็นด้วยว่าควรจะไปแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ด้วย

บทที่ ๔

ผลการพิจารณาศึกษาแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม ตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๔.๑ แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๔.๑.๑ ประเด็นความสามารถทางกฎหมาย (Legal Capacity) ของคนพิการทางจิตสังคม การสนับสนุนการตัดสินใจ (Support Decision - Making) และการตัดสินใจแทน และการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมของคนพิการทางจิตสังคม

๔.๑.๑.๑ ความสามารถทางกฎหมาย มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ เมื่อต้องเป็นผู้ป่วยทางจิตหรือขอรับบัตรคนพิการทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยทางจิตหรือคนพิการทางจิตสูญเสียความสามารถทางกฎหมายหรือไม่ ทั้งนี้ CRPD ได้สะท้อนแนวคิดดังกล่าวตามข้อบทที่ ๑๒ เรื่อง การยอมรับอย่างเท่าเทียมกับเบื้องหน้ากฎหมาย CRPD ให้การรับรองว่าคนพิการทางจิตสังคมทุกคนมีความสามารถทางกฎหมาย รัฐภาคีต้องมีกระบวนการสนับสนุนในการใช้ความสามารถทางกฎหมายนั้น ซึ่งจะต้องสนับสนุนมากขึ้นแตกต่างกันไป ถึงที่สุดแล้วหากมีความจำเป็นต้องมีมาตรการคุ้มครองประโยชน์ของคนพิการทางจิตสังคมก็อาจจะต้องมีคณะบุคคลในรูปแบบของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการคุ้มครองชั่วคราว ซึ่งต้องไม่ไปลดทอนความสามารถทางกฎหมายที่มีอยู่แล้ว และเพื่อสนับสนุนให้คนพิการสามารถใช้ความสามารถทางกฎหมายที่มีอยู่ได้ โดยต้องมีใช้การทำแทนโดยปริยาย อย่างไรก็ตาม ประเทศต่าง ๆ ในโลกนี้ส่วนใหญ่ล้วนใช้การตัดสินใจแทน แต่คณะกรรมการ CRPD เห็นด้วยกับระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จึงกำลังเป็นประเด็นถกเถียงกันในทางวิชาการ และถือเป็นประเด็นท้าทายที่ควรช่วยกันร่วมพิจารณา

๔.๑.๑.๒ การสนับสนุนการตัดสินใจ (Supported Decision-Making) จะตรงข้ามกับการตัดสินใจหรือการคิดแทน (Substituted Decision-Making) อย่างไรก็ตาม แนวคิด Supported Decision-Making ตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักสิทธิมนุษยชนที่เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคน แม้ต้องให้การช่วยเหลือหรือสนับสนุนการตัดสินใจถึงร้อยละ ๙๙.๙๙ แต่ก็ไม่มีเหตุผลใดที่จะไปคิดหรือตัดสินใจแทน แม้เสมือนว่าจะเป็นการคิดแทนทำแทน แต่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานหลักการ Supported Decision-Making ทั้งนี้ แนวคิดดังกล่าวใกล้เคียงกว่าความเป็นจริงในปัจจุบัน ถึงแม้จะเป็นเรื่องยากแต่ก็ต้องเดินหน้าขับเคลื่อนเรื่องนี้

๔.๑.๑.๓ ประเด็นความสามารถทางกฎหมายของคนพิการทางจิตในมุมมองของบุคลากรด้านสุขภาพจิต ยังมีความสับสนต่อความเข้าใจ ในประเด็นการรับรองบัตรประจำตัวคนพิการทางจิต เพื่อใช้สวัสดิการจากรัฐ และประเด็นการรับรองความสามารถทางกฎหมายของคนพิการทางจิต บุคลากรยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน เกี่ยวกับเกณฑ์รับรองการออกบัตรประจำตัวคนพิการทางจิต รวมทั้งผู้ป่วยเองก็ยังไม่มีความกลัวที่จะขอรับบัตรประจำตัวคนพิการทางจิต เนื่องจากเกรงว่าจะเสียสิทธิด้านอื่น ๆ

๔.๑.๑.๔ ประเด็นการตัดสินใจแทนในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตไม่สามารถตัดสินใจเองได้ จะเข้าข่ายบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยและสังคม อย่างไรก็ตามการอุทธรณ์ของผู้ป่วยจากการวินิจฉัยให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดตามกฎหมายนั้นมักจะไม่ค่อยเกิดขึ้น และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว บุคลากรผู้ปฏิบัติมักจะทำให้สิทธิผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจแทน แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นแล้ว ทำให้กระบวนการที่ผู้ป่วยจะได้ออกจากโรงพยาบาลล่าช้าออกไป ดังนั้น ประเด็นการตัดสินใจแทน ยังเป็นความเข้าใจของคนส่วนใหญ่ ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตที่ยังมีความเชื่อว่าต้องให้ผู้ดูแลเป็นคนตัดสินใจแทน และบุคลากรย่อมมีความเห็นดีกว่าผู้ป่วย ประเด็นเหล่านี้ ถือเป็นจุดสำคัญที่จะต้องพัฒนาให้เกิดความเข้าใจร่วมกันเพื่อนำไปสู่กระบวนการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย

๔.๑.๑.๕ โรคจิตเวชเป็นโรคที่คนส่วนใหญ่เชื่อว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำอะไรได้แล้ว หากผู้ป่วยถูกทิ้งช่วงวันนานเกินไปไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะเหลืร่องรอยในสมองหรือร่องรอยตราบาบ ทำให้สูญเสียความมั่นใจ จนไม่สามารถเข้าสู่สังคมได้ และกลายเป็นคนพิการทางจิตสังคม แต่หากมีระบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ามีตัวตน มีคุณค่า และกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ จึงมีความข้ามไปข้ามมาระหว่างผู้ป่วยและความพิการ ดังนั้น คนพิการทางจิตมีความซับซ้อน วิกลจริต ชั่วคราวไม่ใช่มีคนวิกลจริตตลอดเวลา ประเด็นสำคัญคือ การรักษาที่ดีและเพียงพอ ทั้งนี้ บัตรประจำตัวคนพิการทางจิต ถือเป็นคนละส่วนกับสิทธิทางกฎหมาย ซึ่งประเด็นดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความยุ่งยาก ทุกหน่วยงานต้องร่วมมือกันทำงาน กรมสุขภาพจิตอย่างเดียวคงเป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดภาวะนี้ เนื่องจากแนวคิดนี้ฝังลึกมายาวนาน จนทำให้ทุกคนมองเห็นว่าการจดทะเบียนคนพิการจะทำให้ไม่มีสิทธิทางกฎหมาย

๔.๑.๑.๖ ผู้พิการไม่ใช่คนไร้ความสามารถทางกฎหมาย ผู้พิการคือผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ไม่มีกฎหมายกำหนดให้คนพิการเป็นคนไร้ความสามารถสิทธิต่าง ๆ ตามกฎหมายยังอยู่ครบไม่ได้สูญเสียไป ผู้บกพร่องทางจิต คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษา เยียวยา และการดูแลทางกฎหมาย ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางจิต คือ “ผู้วิกลจริต” การเป็นผู้วิกลจริตต้องมายื่นคำร้องต่อศาลเพื่อขอให้ศาลมีคำสั่งเป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถตามกฎหมายนี้ ถือว่าเป็นการตัดสินใจแทนไปเลยและเป็นกฎหมายที่นานาชาติใช้กันทุกประเทศ เมื่อผู้ป่วยทางจิตอยู่ในภาวะที่จิตมีความบกพร่องจึงจำเป็นต้องมีบุคคลใกล้ชิด ญาติ ผู้สืบสันดาน พ่อ แม่ บุพการีหรือคู่สมรสเป็นคนดำเนินการแทน ดังนั้น คนวิกลจริตจะได้รับสิทธิในการต่อสู้คดี การยกเว้นโทษ ไม่ต้องรับผิด หรือรับผิดน้อยลง ซึ่งคนวิกลจริตได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายไม่ได้ ทำให้เสียสิทธิใด ๆ

๔.๑.๑.๗ ประเด็นความเสมอภาคทางกฎหมายและการสนับสนุนการตัดสินใจ ประเด็นนี้ถือเป็นเรื่องยาก แต่เริ่มมีความชัดเจนมากขึ้นในมิติของสหประชาชาติ ซึ่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ข้อบทที่ ๑๒ ได้ประกันสิทธิที่เท่าเทียมกันทางกฎหมายของคนพิการทางจิตสังคมให้สามารถใช้สิทธิในทางกฎหมายได้เสมอภาคกับบุคคลอื่น กล่าวคือ การได้รับความยินยอมอย่างเป็นอิสระ และได้รับข้อมูลที่พอเพียง (free and informed consent) รัฐควรแก้ไขหรือยกเลิกกฎหมายที่กีดกันสิทธิดังกล่าว โดยการใช้ระบบตัดสินใจแทน (substituted decision-making regime)

ที่ทำให้บุคคลที่สามให้ความยินยอมในการรักษาหรือการรับเข้าสถานดูแลในนามของคนพิการ โดยรัฐควรพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจของคนพิการทางจิต (Supported Decision-Making) หากในบางสถานการณ์ ที่คนพิการทางจิตแจ้งเจตนากรณีได้ลำบาก รัฐควรสนับสนุนให้มีระบบการให้คำแนะนำหรืออำนาจของผู้แทนทางกฎหมาย (directives or powers of attorney) เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดหรือการใช้อำนาจตามอำเภอใจของผู้ให้บริการ แต่คนพิการทางจิตยังมีสิทธิที่จะปรับเปลี่ยนเจตนากรณีและผู้ให้บริการยังคงต้องขอความยินยอมอยู่เช่นเดิม ทั้งนี้ ห้ามใช้เหตุผล “การคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของคนพิการทางจิต” ในกรณีที่เป็นบุคคลอายุเกิน ๑๘ ปี เว้นแต่ได้มีการใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ในวิถีทางอื่นที่ทำได้แล้ว แต่ยังไม่สามารถระบุความต้องการของคนพิการทางจิตได้ จึงสามารถนำหลักการ “การตีความเจตนากรณีและความต้องการของบุคคล” (Principle of “ the best interpretation of will and preferences of the individual”) มาใช้โดยสุจริตได้

๔.๑.๑.๘ “คนพิการทางจิตสังคม” เป็นชื่อกลุ่มคนดังกล่าวที่เรียกตัวเองตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ส่วนกฎหมายสุขภาพจิต เรียกคนกลุ่มนี้เป็น “ผู้ป่วยทางจิต” หรือ “คนพิการทางจิต” และกฎหมายส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรียกคนกลุ่มนี้ว่า “คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม” ซึ่งในประเทศไทยจะยึดถือการมีบัตรประจำตัวคนพิการเป็นตัวกำหนดว่าคนนี้เป็นคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือไม่ ในเครือข่ายของคนพิการทางจิตเองพบว่า หากว่าบุคคลใดเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช ได้รับการรักษาและได้รับการฟื้นฟูตามมาตรฐานแล้ว ๑ ปี แต่อย่างไรก็ตาม กลับเหมือนเดิม ถือว่าคนนั้นมีสิทธิที่จะได้รับบัตรคนพิการได้ แต่บัตรคนพิการก็เป็นแค่เครื่องหมายอย่างหนึ่งที่จะทำให้บุคคลคนนั้นเข้าถึงสิทธิในฐานะคนพิการ ซึ่งในอดีตประเทศไทยแบ่งคนพิการทางจิต ออกเป็น ๕ ระดับ คนพิการทางจิตที่สามารถใช้ชีวิตได้ดีไม่ถือเป็นคนพิการ แต่คนพิการทางจิตคือคนที่สามารถใช้ชีวิตปกติได้เลย ต้องเป็นผู้ที่มีอาการหลงเหลือเยาะไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตได้ด้วยตัวเอง ดังนั้น เมื่อเกณฑ์การประเมินคนพิการทางจิตเปลี่ยนไปทำให้คนพิการทางจิตได้ออกมาสู่สังคมมากขึ้น แต่ในสังคมไทยก็ยังมีตราบาปอีกมากทำให้คนพิการทางจิตเข้าไม่ถึงการศึกษาและจ้างงาน เนื่องจากไม่มีมาตรการอำนวยความสะดวกที่สมเหตุสมผลตามที่ CRPD ให้การรับรองไว้ อย่างไรก็ตาม การจะนิยามว่าใครเป็นคนพิการทางจิตนั้นยังเป็นเรื่องที่ไม่ชัดเจน แต่ตัวตนของคนเหล่านี้มีอยู่จริง และนิยามที่ไม่ชัดเจนดังกล่าวยังเป็นเครื่องหมายว่าเขายังไม่ได้รับการรับรองในสังคมนี้เท่าที่ควร ซึ่งในต่างประเทศก็มีชื่อเรียก “คนพิการทางจิตสังคม” ที่ต่างกันไป เช่น “Users and Survivors of Psychiatry” หรือ “Consumers” เป็นต้น

๔.๑.๑.๙ คณะกรรมการ CRPD และมุมมองของทั่วโลกต่างก็มองโรงพยาบาลจิตเวชในเชิงลบว่ามีสภาพไม่ต่างจากคุก ซึ่งอาจจะไม่ได้เกิดจากเจตนา แต่ด้วยข้อจำกัด ความจำเป็น และการขาดแคลนงบประมาณ รวมถึงเงื่อนไขหลาย ๆ อย่าง ถือเป็นเรื่องดีที่ประเทศไทยมีความพยายามที่จะก้าวผ่านเรื่องนี้ไปได้ CRPD ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อเจ้าของเรื่องที่จะมีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางของตนเอง โดยคนพิการที่มีความบกพร่องกลุ่มอื่นมีการรวมตัวกันและสามารถผลักดันสิทธิของตนได้เป็นอย่างดี รวมถึงคนพิการทางจิตสังคมในประเทศอื่น แต่ในประเทศไทย

ยังมีน้อย เพียงแค่การจะออกมายอมรับว่าตนเองเป็นผู้บกพร่องทางจิตหรือเป็นคนพิการทางจิตสังคม ก็ยังเป็นเรื่องที่น่ากลัว

๔.๑.๑.๑๐ คณะกรรมการ CRPD จะแยกเรื่องการกระทำความผิดกับการจะได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพออกจากกัน ดังนั้น จึงต้องแยก ๒ เรื่องนี้ออกจากกัน คือ (๑) คนพิการทำความผิดก็ต้องได้รับโทษ และ (๒) ขณะที่ได้รับโทษก็ต้องได้รับบริการสนับสนุนเช่นเดียวกับคนทั่วไป ดังนั้น ผู้ต้องขังที่เป็นคนพิการทางจิตสังคมก็ควรจะได้รับบริการทางจิตสังคมในขณะที่อยู่ในเรือนจำเช่นเดียวกับคนที่เจ็บป่วยอย่างอื่น เรือนจำต้องเป็นมิตรกับคนพิการทางจิตสังคมไม่น้อยกว่าที่เรือนจำเป็นมิตรกับบุคคลอื่น อย่างไรก็ตาม ก็ยังต้องมาพิจารณาร่วมกันว่าในประเด็นดังกล่าวว่าสังคมไทยจะสามารถดำเนินการได้ในระดับใด

๔.๑.๒ ประเด็นการเข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษา การเข้าถึงยา การบังคับรักษา ด้วยการผูกมัด ล่าม กักขังและการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT) รวมถึงการบังคับ ทำหมันและทำแท้งของคนพิการทางจิตสังคม และการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมโดยชุมชน

๔.๑.๒.๑ ตามที่คณะกรรมการสิทธิการสังคมนานาชาติ ได้เดินทางศึกษาดูงานและเยี่ยมชมกิจการของโรงพยาบาลจิตเวช สิ่งที่พบคือสภาพการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยที่มีความแออัด เนื่องจากข้อจำกัดหลาย ๆ ด้าน และสาเหตุสำคัญคือ ยังไม่มีกระบวนการต้นทางที่ช่วยลดความเสี่ยงและความจำเป็นให้ผู้ป่วยต้องเข้าไปสู่สถานะเช่นนั้น ดังนั้น แนวทางที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของคนพิการทางจิตสังคมดีขึ้น ควรจัดให้มีบริการเหล่านี้ตั้งแต่ต้นในระดับชุมชน ทั้งในเชิงพื้นที่หรือในเชิงประเด็น หรือแม้กระทั่งเมื่อผ่านกระบวนการรักษาขั้นสูงสุดแล้วก็สามารถดูแลโดยชุมชนได้ แทนการนำส่งไปอยู่ในสถาบันหรือสถานสงเคราะห์

๔.๑.๒.๒ แนวทางการให้บริการโดยชุมชนถือเป็นแนวทางที่ตรงกับเส้นทางการรักษา เนื่องจากรัฐไม่สามารถสร้างโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อรองรับผู้ป่วยได้เพียงพอ โรงพยาบาลเฉพาะทางควรมีไว้สำหรับรักษาคนไข้ในขั้นวิกฤตหรือรักษาบางช่วงเท่านั้น และท้ายที่สุดผู้ป่วยจะต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ จึงเห็นควรช่วยกันผลักดันให้พัฒนาแนวทางดังกล่าวให้เกิดขึ้นได้จริง

๔.๑.๒.๓ ประเด็นการเชื่อมโยงบริการกับชุมชน อาจจะต้องพิจารณาบนฐานของกฎหมายสุขภาพจิตฉบับปัจจุบัน ซึ่งมุ่งเน้นเรื่องสถานบำบัดรักษาและแนวทางนำผู้ป่วยเข้ามารักษาในสถานบำบัดแล้วนำส่งผู้ปกครอง แต่ยังไม่ได้มองกระบวนการบำบัด ดูแล และฟื้นฟูให้ครบวงจร ดังนั้น การมองระบบสุขภาพจิตจึงต้องมองให้ครอบคลุมทั้งระบบ รวมทั้งประเด็นงบประมาณด้านสุขภาพจิตยังมีความสำคัญน้อยกว่าสุขภาพกาย งบประมาณดูแลโรงพยาบาลด้านนี้จึงยังน้อยกว่าโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งข้อเท็จจริงแล้วสุขภาพจิตมีความสำคัญมาก ถ้าจิตไม่ดีก็กายก็บกพร่อง และรัฐธรรมนูญก็กำหนดให้ การจัดสรรงบประมาณต้องมีความเหมาะสม ตามความจำเป็นและเป็นธรรม

๔.๑.๒.๔ แนวคิด CRPD เกิดขึ้นในช่วงที่บริการจิตเวชได้พัฒนายาวนานมาแล้ว ในอีกรูปแบบหนึ่ง สิ่งเหล่านี้จึงถือเป็นเรื่องใหม่ ซึ่งทำให้เกิดความสับสนและตกใจพอสมควรสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพจิต จากความพยายามขับเคลื่อนให้หน่วยบริการต่าง ๆ ในแต่ละจังหวัด

รับเป็นสถานบำบัดรักษา คำอธิบายที่ต้องการให้เกิดการยอมรับ คือ การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ เพื่อนำผู้ป่วยเข้ามารักษาได้โดยไม่ผิดกฎหมาย ประเด็นดังกล่าวจึงเป็นการต่อสู้กับเรื่องที่กำลังจะเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก หากไม่มีตำรวจเข้ามาช่วยก็ไม่น่าจะนำมาตรวจและเข้าสู่การรักษาได้อย่างไร เป็นต้น ทั้งนี้ สถานบำบัดรักษา ยังขาดทักษะที่สำคัญทั้งในแง่การให้อธิบายกับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่ทำให้เกิดความวางใจและไว้วางใจที่จะเข้าสู่การรักษา การจัดการในสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีที่ผู้ป่วยอาละวาด ถือเป็นภาวะที่วุ่นวายมาก ดังนั้น จึงต้องตั้งต้นเรื่องนี้เพื่อทำความเข้าใจในกระบวนการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย ให้ข้อมูล มองความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และค่อย ๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับสิทธินั้นอย่างไร สิ่งเหล่านี้ แม้ไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นได้โดยเร็ว แต่การสร้างความเข้าใจในเรื่องนี้จะต้องเกิดขึ้นโดยเร็ว เนื่องจากหากความเข้าใจไม่เกิดขึ้น ก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงกระบวนการทั้งหมดได้ภายใต้ภาวะความกลัว ความกลัว และความผิดความถูก ต้องสร้างความเข้าใจและใช้บทเรียนที่เคยเกิดขึ้นอ้างอิงที่ผ่านมา ซึ่งมีผู้ป่วยจิตเวชที่พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า ผู้ป่วยจิตเวชสามารถตัดสินใจเองได้ สามารถเรียนรู้ สามารถพัฒนาได้ จึงเห็นว่าหลักการของ CRPD น่าจะเป็นไปได้ในประเทศไทย ด้วยการให้การศึกษาคำอธิบายที่ครอบคลุม ค่อย ๆ เสริมระบบสนับสนุนการตัดสินใจ รวมถึงการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้เกิดหน่วยบริการคนเหล่านี้ในชุมชนให้เพียงพอ

๔.๑.๒.๕ ผู้ดูแลถือเป็นข้อต่อสำคัญในการดูแลคนพิการทางจิต ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยทางจิต ๑ คน จะต้องมีคนในครอบครัว ๑ คนเป็นผู้ดูแลอย่างมีนัย แต่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีระบบที่จะเข้าไปสนับสนุนด้านความรู้ เพื่อความเข้าใจผู้ป่วย ผู้ดูแลหลายท่านที่ขาดความรู้กลับเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้ การตีตราของสังคมกับการมองของคนกลุ่มนี้ เกิดมาจากความไม่รู้เช่นกัน จึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อให้เกิดการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ในฐานะมนุษย์ อันจะช่วยลดทอนความรุนแรงทางด้านความคิดและพฤติกรรม

๔.๑.๒.๖ ควรช่วยผลักดันให้เกิดการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้เพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่การสร้างกระบวนการให้สังคมมีความเข้มแข็ง และมีความเข้าใจกับสุขภาพจิต

๔.๑.๒.๗ ควรสนับสนุนให้ผู้ที่มีประสบการณ์ตรงกับโรคจิตเวชและคนพิการทางจิตสังคมที่ต้องการคืนสู่สุขภาวะ ได้มาพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้เขาสามารถยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีคุณค่าในสังคม ตามหลักการ Recovery Oriented Service ซึ่งเชื่อว่าทุกคนสามารถคืนสู่สุขภาวะได้ และเป็นพื้นที่ให้กับผู้มาใช้บริการได้มาอยู่ร่วมกัน แสดงความคิดเห็นร่วมกัน ตัดสินใจร่วมกัน และเลือกทำกิจกรรมด้วยกัน สมาคมฯ ได้ใช้หลักการนี้เสริมสร้างให้ทุกคนที่มาใช้บริการสามารถกลับไปสู่สังคมได้ เรียนหนังสือและทำงานได้

๔.๑.๒.๘ ประเด็นระบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) คือ ระบบซึ่งผู้ที่เคยป่วยทางจิตเวชซึ่งประสบผลสำเร็จในการรักษาและกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สามารถทำประโยชน์ได้ โดยเข้ามาเป็นเพื่อนหรือเป็นที่ปรึกษาในการช่วยเหลือสนับสนุน แก่ผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวางแผนเป้าหมายชีวิต ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชเห็นวิธีการแก้ปัญหาอาการป่วยที่เกิดขึ้น เกิดความเชื่อมั่น มีความหวังและตัดสินใจรับผิดชอบชีวิตตนเองได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพลังใจและความมุ่งมั่นในการดูแลตัวเองให้กลับคืนสู่สุขภาวะปกติ

และมีบทบาทในสังคมได้ถือเป็นประเด็นหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญ โดยสนับสนุนงบประมาณให้ “Peer Support” กลุ่มนี้ได้เข้ามาช่วยเสริมการทำงานในระบบสุขภาพจิตด้วย

๔.๑.๒.๙ ประเด็นการบังคับทำหมันกับคนพิการทางจิตสังคม ซึ่งอาจมองว่าเป็นการป้องกันหรือตัดไฟตั้งแต่ต้นลม แต่กรรมการ CPRD เห็นว่ากลับจะทำให้ถูกล่วงละเมิดทางเพศมากขึ้น และทำให้มีความรุนแรงทางจิตมากขึ้น ซึ่งเป็นการคิดเพียงว่าทำอย่างไรให้ปลอดภัยจากการไม่ตั้งครรรภ์ แต่ไม่ได้คิดถึงจิตใจและความเจ็บปวดที่คนพิการทางจิตจะได้รับจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ อย่างไรก็ตาม สำหรับสังคมไทยถือเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน มีความซับซ้อนและต้องหารือกันในรายละเอียดต่อไป

๔.๑.๒.๑๐ “คนพิการทางจิตสังคม” ก็เป็นตัวบอกรออยู่แล้วว่าต้นเหตุของปัญหาและความรุนแรงของปัญหาอยู่ที่สังคมด้วย และสังคมควรมีส่วนรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ด้วย ซึ่งมีความพยายามที่จะเชื่อมโยงศูนย์บริการคนพิการกับหน่วยร่วมบริการด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน แม้ว่าจะมีกฎหมายคนละฉบับ แต่กฎหมายคนพิการซึ่งเป็นที่มาของศูนย์บริการคนพิการ เปิดช่องให้ศูนย์บริการคนพิการนี้ไปเกาะเกี่ยวแจ้งเกิดร่วมตามกฎหมายอื่นได้ด้วย แต่ความพยายามดังกล่าวยังไม่มีผลในทางปฏิบัติ ในทางทฤษฎี ศูนย์บริการคนพิการสามารถทำได้หลายอย่าง เนื่องจากไม่มีสถานะเป็นส่วนราชการ จึงสามารถทำงานข้ามกระทรวง ข้ามข้ามพื้นที่ได้ ซึ่งถือเป็นเสน่ห์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นแล้วในศูนย์บริการคนพิการ

๔.๑.๓ ประเด็นสิทธิในการแต่งงานและการมีครอบครัวของคนพิการทางจิตสังคม

สิทธิด้านการแต่งงานและครอบครัว คนพิการทางจิตซึ่งถือบัตรคนพิการไม่ได้ถูกตัดสิทธิอย่างอื่น ผู้ป่วยที่เคยขอรับการประเมินขอมีบัตรประจำตัวคนพิการทางจิตก็สามารถแต่งงานมีครอบครัวได้ หย่าได้ สมัครงานได้ และสามารถทำทุกอย่างได้หมด ดังนั้น การถือบัตรคนพิการทางจิต นอกจากเจตคติหรือการตีตราของสังคมแล้ว สิทธิทางกฎหมายไม่ได้เสียไปแต่อย่างใด

๔.๑.๔ ประเด็นการเข้าถึงการศึกษาและการจ้างงานของคนพิการทางจิตสังคม

แนวทางการสนับสนุนให้คนพิการทางจิตสังคมเข้าถึงการศึกษาและการจ้างงาน จะช่วยให้คนพิการทางจิตรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย ซึ่งประเด็นนี้ถือเป็นจุดด้อยที่สุดของประเทศไทย ในการปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ข้อบทที่ ๒๗ รัฐต้องมีระบบและกระบวนการอย่างเต็มที่ในการเสริมสร้างการจ้างงานและการมีงานทำของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

๔.๑.๕ ประเด็นการจัดกิจกรรมบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกับหลักการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Oriented Service : ROS)

แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับ CRPD เป็นเครื่องมือสำคัญที่กรมสุขภาพจิตมีอยู่แล้ว ซึ่งต้องผลักดันให้เกิดขึ้นจริง อาจเป็นเรื่องยากเนื่องจากเป็นเรื่องของเจตคติและความเชื่อของสังคม ทั้งนี้ หากกรมสุขภาพจิตให้บริการ ROS ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการฉุกเฉิน ในระยะฉุกเฉิน รวมถึงในขณะบำบัดรักษาและฟื้นฟู เชื่อว่าประเทศไทยจะมีชื่อเสียงดีในการปฏิบัติตาม CRPD แนวคิดนี้เป็นการเคารพบุคคล เคารพการตัดสินใจ มองผู้ป่วยแบบรอบด้าน มองแบบมีความหวัง

และมองว่าเป็นมนุษย์ที่มีสิทธิในการตัดสินใจ อันจะทำให้รูปแบบการบำบัดรักษา วิธีการ การพูด การสื่อสารกับผู้ป่วยเปลี่ยนไป ดังนั้น หากเกิดขึ้นจริงก็จะสอดคล้องกับ CRPD อย่างไรตามก็ไม่สำคัญกว่าที่ประชาชนจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบจากโรคจิตเวชจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีโอกาสกลับคืนสู่สังคมส่วนอีกประเด็นที่สำคัญ คือ การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ให้กับคนพิการทางจิตผู้ให้บริการ หรือผู้ดูแล ซึ่งถือเป็นการลงทุนที่ต่ำและได้ผลดี

๔.๒ แนวทางการแก้ไขกฎหมายสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๔.๒.๑ หลักการตามมาตรา ๒๑ วรรคสาม ของกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ซึ่งกำหนดให้คนอื่นตัดสินใจแทนผู้ป่วยทางจิตหรือคนพิการทางจิตสังคมนั้น เป็นหลักการที่ไม่สอดคล้องกับหลักการของ CRPD และเป็นการนำข้อยกเว้นมาใช้เป็นหลัก ที่เชื่อมโยงไปในเรื่องอื่นๆ อาทิ การรักษาด้วยไฟฟ้าตามมาตรา ๑๘ การทำหมันผู้ป่วยตามมาตรา ๑๙ การวิจัยใดๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วยตามมาตรา ๒๐ และผู้ที่ต้องเข้าสู่กระบวนการบังคับบำบัดมาตรา ๒๒ ของกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต เป็นประเด็นที่ควรนำไปสู่การแก้ไขการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ อย่างไรก็ตาม มาตรา ๒๑ เป็นเหมือนสะพานที่จะนำไปสู่การรักษาตามมาตราอื่น ๆ และประเด็นดังกล่าว ก็ยังไม่ถูกนำไปแก้ไข จึงทำให้การแก้ไขกฎหมายสุขภาพจิตในครั้งนี้อยู่ภายใต้สมมติฐานการตัดสินใจแทน ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการ CRPD และตามข้อคิดเห็นทั่วไปตาม ข้อบทที่ ๑๒ ของ CRPD ซึ่งไม่เห็นด้วยกับ “การตัดสินใจแทน” จะต้องทำให้เกิด “การตัดสินใจภายใต้การสนับสนุน” ประกอบกับประเทศไทยได้เสนอรายงานต่อกรรมการ CRPD และได้มีข้อห่วงใยต่อประเด็นดังกล่าวอย่างมาก

๔.๒.๒ ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ เป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งต้องมีมาตรการคุ้มครอง ผู้ที่ถูกกระทำให้มากที่สุดก่อน แม้จะเป็นหลักการในเชิงอุดมคติ แต่ก็ช่วยไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการให้คนอื่นตัดสินใจแทน ดังนั้น จึงควรแก้ไขมาตรา ๒๑ เพื่อให้การแก้ไขกฎหมายครั้งนี้ ซึ่งเพิ่มเติมเรื่องดีๆ อีกมากมายให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เปลี่ยนจากแนวคิดในอดีตที่ต้องแยกคนที่เชื่อว่าเป็นภัยอันตรายต่อสังคมออกไป มีการควบคุม กำกับจัดการ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเป็นเพียงการกีดกันปัญหาไม่ได้ทำให้สังคมอยู่เย็นเป็นสุขอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม การเสนอให้มีการแก้ไขมาตรา ๒๑ เพื่อลดทอนความน่ากลัวของการบำบัดรักษาในรูปแบบเดิมลง ไม่ได้หมายความว่าท้ายที่สุดการเข้าไปแทรกแซงเพื่อป้องกันเหตุร้ายจะไม่มี แต่ต้องไม่ใช่ปกติวิสัยที่จะกระทำกัน

๔.๒.๓ องค์การอนามัยโลก หรือ WHO (World Health Organization) ได้ออก “WHO Quality Rights guidance and training tools” ซึ่งเป็นแนวทางและเครื่องมือเพื่อนำไปใช้สร้างความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาศักยภาพคนที่ทำงานด้านสุขภาพจิต (Mental Health) ตั้งแต่ผู้ปฏิบัติไปจนถึงตัวคนพิการทางจิตสังคมเอง โดยการนำหลักสิทธิมนุษยชนไปปรับใช้กับงานสุขภาพจิตซึ่งสอดคล้องกับ CRPD และมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระดับสากล (International Human Rights Standards) มีวัตถุประสงค์หลัก ๕ ประการ ได้แก่ ๑) สร้างความเข้าใจและส่งเสริมหลักสิทธิมนุษยชน ๒) สร้างชุมชนเพื่อมุ่งเน้นการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นหลัก ๓) พัฒนาคุณภาพของการรักษาโดยผนวกรวมเข้ากับหลักสิทธิมนุษยชน ๔) พัฒนาภาคประชาสังคมให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

ที่จะส่งเสริมเรื่องสิทธิมนุษยชน และ ๕) ปฏิรูปนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศไทย จึงควรนำแนวทางของ WHO ดังกล่าวมาประกอบการพิจารณาด้วย ทั้งนี้ ประเทศออสเตรเลียถือเป็นตัวอย่างประเทศที่ได้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายสุขภาพจิตโดยนำหลักการของ CPRD และหลักสิทธิมนุษยชนมากำหนดไว้ในกฎหมายได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน จึงถือเป็นกรณีศึกษาสำหรับทุกหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในประเทศไทยจากระบบการตัดสินใจแทนไปสู่ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ

๔.๒.๔ แนวทางการปรับปรุงการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ถือว่ามีเจตนารมณ์ที่ดี มุ่งที่จะสร้างกลไกการส่งเสริม ป้องกัน และการมีส่วนร่วม แต่ในขณะที่หลักการตามมาตรา ๒๑ วรรคสาม คือ การตัดสินใจแทน (Substituted Decision-Making) ที่เป็นหลักการสำคัญของกฎหมายสุขภาพจิตและยังขัดกับหลักการของ CPRD อย่างชัดเจนประกอบกับปัจจุบันกระแสของโลกเรื่องสุขภาพไม่ได้อยู่เพียงแค่การบำบัดรักษา ยังรวมถึงสิทธิการเลือก การอยู่ในชุมชน และการตัดสินใจโดยมีระบบการสนับสนุน จึงเป็นเรื่องที่น่าเสียดาย หากการแก้ไขกฎหมายครั้งนี้ไม่ได้แก้ไขมาตรา ๒๑ วรรคสาม ซึ่งจะช่วยลดการนำไปสู่การบำบัดรักษาที่ไม่พึงประสงค์ และจะช่วยทำให้กลไกในร่างกฎหมาย ทั้งการส่งเสริมและป้องกันนั้นทรงประสิทธิภาพมากขึ้น

๔.๒.๕ การแก้ไขปรับปรุงกฎหมายสุขภาพจิตควรมีกลไกส่งเสริมและป้องกัน รวมถึงมาตรการที่จะช่วยให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างไร ซึ่งการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนยาและบริการให้คำปรึกษาหรือบริการด้านจิตเวชในโรงพยาบาลระดับชุมชน ถือเป็นต้นทางที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช ทั้งนี้ ในกฎหมายควรเพิ่มเติมประเด็นระบบให้คำปรึกษา (Peer-Counseling) เนื่องจากเป็นวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันผู้ป่วยทางจิตได้เป็นอย่างดี และวิธีการดังกล่าว CRPD ให้การยอมรับ ซึ่งหากไม่สามารถกำหนดรายละเอียดไว้ในกฎหมายได้ก็ควรเปิดช่องไว้ ในกฎหมายให้สามารถเพิ่มเติมเรื่องนี้ได้

๔.๒.๖ ประเด็นเรื่องมาตรฐานในการให้บริการควรถูกนำไปกำหนดไว้ใน “ยุทธศาสตร์” หรือกำหนดให้สามารถออกอนุบัญญัติได้ หรือ เพิ่มเติมความในร่างมาตรา ๗ แก้ไขเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่คณะกรรมการใน (๖) ของมาตรา ๑๐ “กำหนดหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการตามมาตรา ๔๐ (๒)” เพิ่มเติมให้หมายถึงรวมถึงมาตรฐานการให้บริการด้วย

๔.๒.๗ ประเด็นกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เรื่อง การทำนิติกรรม โดยหลักคนวิกลจริตสามารถทำนิติกรรมได้และมีผลสมบูรณ์ เพียงแต่คุ้มครองเมื่อคนวิกลจริตพิสูจน์ได้ว่ากระทำในขณะที่จิตวิกลและฝ่ายหนึ่งรู้ว่าเป็นคนวิกลจริต นิติกรรมจึงจะเป็นโมฆียะและบอกล้างให้เป็นโมฆะได้ จึงไม่ได้หมายความว่า คนวิกลจริตจะทำนิติกรรมไม่ได้ โดยการทำนิติกรรมเกี่ยวกับเรื่องทรัพย์สิน กฎหมายยอมให้บุคคลอื่นสามารถทำแทนได้ในกรณีที่คนวิกลจริตทำเองไม่ได้แล้ว เนื่องจากกระทบเกี่ยวกับทรัพย์สินของครอบครัว แต่กรณีนิติกรรมเฉพาะตัวนั้นไม่สามารถที่จะให้บุคคลอื่นทำแทนได้ เช่น การสมรส หรือ การหมั้น เป็นต้น และเห็นว่าตามมาตรา ๒๑ นั้นไม่ได้เกี่ยวกับการทำนิติกรรม แต่เกี่ยวกับผู้ให้การรักษาหรือแพทย์ต้องการมีความคุ้มครองว่าสามารถรักษาได้โดยไม่มีคามผิด แต่โดยหลักทั่วไปแพทย์ที่ทำการรักษาและมีเหตุผลเพียงพอก็ไม่มีคามผิดอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องการได้หลักประกันเพิ่มเติมขึ้นมา จึงควรต้องพิจารณาว่าประเด็นดังกล่าวมีเหตุผลเพียงพอที่จะกำหนดไว้หรือไม่

๔.๒.๘ ควรเพิ่มเติมกลไกการสนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเอง การส่งเสริมให้คนพิการทางจิตสังคมตระหนักรู้ในสิทธิ และรวมตัวกันเพื่อต่อรองผลประโยชน์ ซึ่งคำว่าคนพิการทางจิตสังคมไม่ได้หมายถึงเฉพาะคนที่มีอาการคลุ้มคลั่ง แต่หมายรวมถึงคนที่รู้ตัวปกติ บางคนต้องใช้ยาใช้เพื่อนหรือใช้ที่ปรึกษา

๔.๒.๙ ข้อเสนอแนะเสนอต่อกรมสุขภาพจิตเพื่อเป็นข้อมูลในการรับฟัง ความคิดเห็นและประกอบการแก้ไขเพิ่มเติมร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่..) พ.ศ. ดังนี้

(๑) ข้อเสนอให้ตัดความในวรรคสามของมาตรา ๒๑ ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งเป็นประเด็นข้อกังวลของที่ประชุมคณะอนุกรรมการ โดยถ้อยคำดังกล่าวอ้างอิงมาจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ทั้งนี้ จะได้นำข้อเสนอให้แก้ไขมาตรา ๒๑ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการของ CRPD เสนอต่อฝ่ายกฎหมายและผู้บริหารของกรมสุขภาพจิตเพื่อพิจารณาต่อไป

(๒) ข้อเสนอให้เพิ่มเติม “ผู้ป่วย” ในร่างมาตรา ๑๗ เพิ่มเติมมาตรา ๔๑/๑ โดยเพิ่มเติม โดยแก้ไขเป็น “.... รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวด้วย”

(๓) ข้อเสนอให้ร่างกฎหมายกำหนดให้มีการออกอนุบัญญัติเพื่อกำหนดขั้นตอนวิธีการในการบำบัดรักษาให้มีความชัดเจน สอดคล้องกับหลักการของ CRPD และเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

(๔) ข้อเสนอให้มีการกำหนดมาตรการควบคุมดูแลมาตรฐานหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต นั้น ได้ถูกกำหนดไว้แล้วในร่างมาตรา ๗ แก้ไขเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่คณะกรรมการใน (๓) ของมาตรา ๑๐ “กำหนดหลักเกณฑ์ให้หน่วยงานรัฐและเอกชน... โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา” ซึ่งน่าจะรวมถึงการกำหนดมาตรฐานและกระบวนการต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตดังกล่าวด้วย

๔.๒.๑๐ ข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ เสนอต่อคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เพื่อพิจารณาจัดทำเป็นข้อสังเกตในรายงานการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เพื่อเสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติให้ความเห็นชอบเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตามที่ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติเมื่อวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑ ได้มีมติรับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ซึ่งคณะรัฐมนตรีเป็นผู้เสนอ พร้อมทั้งมีมติมอบหมายให้คณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติฯ (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เป็นผู้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว เนื่องด้วยคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการได้มีการพิจารณาโดยมีข้อเสนอแนะต่อกรมสุขภาพจิตให้พิจารณาตัดความในวรรคสามของมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ออก เนื่องจากเป็นมาตราที่กำหนดให้คนอื่นตัดสินใจแทนผู้ป่วยทางจิตหรือคนพิการทางจิตสังคม ซึ่งขัดต่อหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ แต่เนื่องด้วยหลักการเสนอแก้ไขกฎหมายของร่างฉบับนี้ไม่มีการแก้ไขมาตรา ๒๑ การเสนอแก้ไขอาจจะเกินหลักการของร่างกฎหมายดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาบทบัญญัติในร่างพระราชบัญญัติแก้ไขมาตรา ๑๒ เพิ่มมาตรา ๒๐/๑ มาตรา ๔๑/๑ เห็นว่า มาตรา ๔๑/๑ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษา

ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการดังกล่าวด้วยถือเป็นเรื่องสำคัญที่ควรส่งเสริม ซึ่งนอกเหนือจากการให้ภาคเอกชนหรือภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย หรือคนพิการทางจิตสังคมแล้ว ควรจะต้องให้องค์กรภาคเอกชนหรือภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาซึ่งเป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางการแพทย์และทางสังคมด้วย โดยเฉพาะผ่านกลไกคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาที่มีอำนาจหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัย ประเมินอาการ พิจารณาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและผลการบำบัดรักษา ตามมาตรา ๑๓ รวมถึงอำนาจสำคัญในการให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาทางกายแทนผู้ป่วยตามมาตรา ๒๐/๑ ดังนั้น จึงควรให้ผู้แทนภาคประชาสังคมหรือคนพิการทางจิตสังคมที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตร Peer Support (เพื่อนช่วยเพื่อน) ที่กรมสุขภาพจิตให้การรับรองและมีการอบรมไปแล้วร่วมเป็นคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตามมาตรา ๑๒ หรือเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการดังกล่าวด้วย ตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Oriented Approach) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ และ WHO Quality Rights ^๒

๔.๓ แนวทางการจัดทำร่างพระราชบัญญัติการจดทะเบียนคู่ชีวิต พ.ศ. ในประเด็นคนพิการทางจิตสังคมให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๔.๓.๑ กฎหมายฉบับนี้ถือเป็นการสร้างความเปลี่ยนแปลงขึ้นอย่างมากในระบบกฎหมาย อย่างไรก็ตาม มีเหตุผลอะไรที่หลีกเลี่ยงไม่แก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยคู่สมรส แต่หันมาร่างกฎหมายใหม่ บัญญัติศัพท์ใหม่ และสถานะใหม่ขึ้นมา คือ คู่ชีวิต ทั้งนี้ สิทธิคู่สมรสกับสิทธิคู่ชีวิต มีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร และมีลำดับชั้นหรือสิทธิบางอย่างที่ถูกจำกัดไปหรือไม่ กฎหมายฉบับนี้เสนอเป็นกฎหมายทางเลือก เช่นเดียวกับกฎหมายคนพิการ อย่างไรก็ตามกฎหมายเฉพาะที่เกิดขึ้นมาก็ยังมีอุปสรรคมากมายโดยเฉพาะการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากยังมีกฎหมายอื่นที่มีอยู่และคนก็ยังใช้กฎหมายเหล่านั้นอยู่ กฎหมายคู่ชีวิตฉบับนี้จะไปแก้ไขปัญหาการเลือกปฏิบัติได้ด้วยหรือไม่ ทั้งนี้ กรณีการเป็นพยานของคนตาบอด เนื่องจากเข้าใจกันมาโดยตลอดว่าคนเหล่านั้นเป็นพยานไม่ได้ เพราะไม่สามารถอ่านเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรได้ แต่ปัจจุบันเทคโนโลยีและวิวัฒนาการมาไกลมาก การอ่านเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรของคนตาบอดจึงไม่เป็นประเด็นปัญหาต่อไป

๔.๓.๒ ประเด็นบุคคลวิกลจริตและคนที่ศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ หากจะเปิดโอกาสให้มีการตีความประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ จะทำให้เกิดความยุ่งยากหรือไม่ เนื่องจากเป็นกฎหมายสมัยใหม่ หากไม่พูดถึงบุคคลวิกลจริตหรือคนที่ศาลสั่งให้เป็นเสมือนไร้ความสามารถไว้ จะมีบุคคลเหล่านี้มาจดทะเบียนคู่ชีวิตหรือไม่ ทั้งนี้ ในฐานะกรรมการประจำอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ และได้รับมอบหมายให้ทำรายงานประเทศอิหร่าน โดยคนที่มีความหลากหลายทางเพศ

^๒ การประชุมสมัชชาสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๖๒ เป็นพิเศษ เมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ได้มีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ...) พ.ศ. ประกาศใช้เป็นกฎหมาย และเห็นด้วยต่อข้อสังเกตของคณะกรรมการสิทธิการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยมีข้อสังเกตตามที่คณะกรรมการสิทธิการพิจารณาได้มีข้อเสนอแนะตามผลการพิจารณา

ของประเทศอิหร่านจะถูกบังคับให้แปลงเพศ เพื่อให้เพศสภาพทางกายตรงกับเพศสภาพในทางจิตใจ แต่ในข้อเท็จจริงแล้ว อาการเพศสภาพจะไม่คงที่ อาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อกาลเวลาเปลี่ยนไป ดังนั้น การถูกบังคับให้แปลงเพศไปเลยอาจไม่เป็นสิทธิที่เขาปรารถนา ซึ่งกรณีดังกล่าวถูกรายงานเข้าไปต่อกรรมการ CRPD จำนวนมาก เนื่องจากคนที่มีเพศสภาพที่หลากหลายจะถูกกล่าวหาว่าเป็นคนพิการ ทางจิตต้องเข้ารับการรักษา หากไม่ผ่าตัดแปลงเพศจะถูกบังคับให้บำบัดเพื่อแก้ไขเพศสภาพให้เหมือนคนทั่วไป เป็นความพยายามสร้างมาตรฐานเพศสภาพขึ้นในสังคมของประเทศอิหร่าน เพราะเชื่อว่าหากแก้ไขกายไม่ได้ ก็ต้องแก้ไขใจ ต้องเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง ว่าจะเป็นผู้หญิงหรือชายโดยการผ่าตัด หากทำไม่ได้ ถือว่าบกพร่องทางจิตต้องบำบัด การบำบัดยังรวมไปถึงนั่งเก้าอี้ไฟฟ้าเพื่อทำให้เกิดความหวาดกลัวและเปลี่ยนกลับมาเป็นเพศกำเนิด รวมทั้งมีการให้ยาเคมีกล่อมประสาท ส่งผลทำให้เป็นคนพิการทางจิต ซึ่งนอกจากจะมีเพศสภาพที่หลากหลายแล้วยังต้องกลายเป็นคนพิการถาวรในเรื่องความหวาดกลัว เนื่องจากถูกให้สารเคมีหรือการบำบัดด้วยการนั่งเก้าอี้ไฟฟ้า ดังนั้นเมื่อเป็นกฎหมายใหม่และเป็นกฎหมายทางเลือก การนำส่วนที่ห้ามบุคคลวิกลจริตออกก็ไม่น่าจะเสียหายเพื่อเปิดให้มีการตีความเรื่องดังกล่าวตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งเป็นกฎหมายเก่าและบัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้แล้ว ซึ่งการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ต้องมีการหารือร่วมกันของหลายฝ่าย รวมทั้งต้องศึกษาวิจัยด้วย

๔.๓.๓ ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ว่าด้วยเรื่องคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม จะมีทับซ้อน ครอบครัว หรือมีความเสี่ยงที่คนเหล่านี้จะถูกจำกัดสิทธิไม่ให้จดทะเบียนเป็นคู่ชีวิตหรือไม่ เนื่องจากคำนี้มีความหมายกว้างมาก “คนพิการทางจิตสังคม” หมายรวมถึงคนที่ไปใช้บริการทางสุขภาพจิต

๔.๓.๔ คำว่าพิการทางจิต บกพร่องทางจิต หรือพิการทางจิตสังคม มีความหมายกว้างมาก ดังนั้น การกำหนดคำว่า “คนวิกลจริต” ไว้ในกฎหมาย จะทำให้บางคนหมดสิทธิที่จะมาจดทะเบียนเป็นคู่ชีวิตอันจะเป็นการจำกัดสิทธิของบุคคลดังกล่าวหรือไม่ ทั้งนี้ เชื่อว่าสังคมไทยยังมองคำว่า “คนวิกลจริต” ค่อนข้างสับสน เช่นการใช้คำว่า “ผีบ้า” ซึ่งคล้ายคำว่า “วิกลจริต” ที่เป็นการพูดจาหยอกล้อเรียกคนที่เพี้ยน ๆ โดยในบริบทของสังคมไทยได้เหยียดย่ำซ้ำเติมคนให้เป็นคนวิกลจริตโดยปริยายไปแล้ว หากปรากฏคำเหล่านี้ในกฎหมายก็จะเป็นการลงโทษคนไปด้วย ดังนั้นจึงควรทบทวนเพื่อใช้ถ้อยคำอื่นที่แสดงให้เห็นถึงอาการปฏิกิริยา หรือตั้งคณะกรรมการพิจารณาว่าสมควรให้บุคคลคนนั้นจดทะเบียนได้หรือไม่ แทนที่จะตัดสิทธิไปเลยตั้งแต่ต้น

๔.๓.๕ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งต้องวินิจฉัยคนพิการ โดยมีแพทย์เป็นผู้ตัดสิน ทั้งนี้ กระบวนการวินิจฉัยคนพิการทางการแพทย์ก็เริ่มล้าสมัยไปแล้ว เนื่องจาก CRPD ไม่ได้มองว่าคำวินิจฉัยของแพทย์เป็นที่สุด แต่เป็นเพียงหนึ่งองค์ประกอบเท่านั้น เนื่องจาก CRPD มุ่งกระบวนการคุ้มครองและแพทย์ถือเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการคุ้มครองนั้นด้วย CRPD เป็นกฎหมายสิทธิมนุษยชนจึงให้น้ำหนักไปที่กระบวนการยุติธรรมที่เป็นกลาง ไม่ลำเอียง ไม่มีอคติใด ๆ แม้ทางการแพทย์เองเมื่อหลายปีก่อน ไม่มีความเชื่อว่าคนพิการทางจิตสามารถที่จะสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ จนกระทั่งแนวคิดค่อย ๆ เปลี่ยนไปซึ่งปัจจุบันมีความเชื่อในเรื่องบริการในชุมชนมากขึ้น

๔.๓.๖ หากนำ “คนวิกลจริต” ออกจากร่างกฎหมายฉบับนี้ ประชาคมระหว่างประเทศ จะออกมายกย่องถือว่าประเทศไทยมีกฎหมายก้าวหน้า เนื่องจากมีระบบคุ้มครองป้องกัน และมีกระบวนการศาลสั่งให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถอยู่แล้วตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ทั้งนี้ คนที่แสดงอาการจนกระทั่งศาลสั่งเป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถก็ต้องถูกจำกัดการกระทำบางอย่างอยู่แล้ว แต่คำว่าวิกลจริตที่ยังไม่ถึงศาลบางครั้งเป็น เป็นดุลยพินิจ จึงเห็นควรนำออกเมื่อมีกระบวนการของศาลโดยกฎหมายอยู่แล้ว

๔.๓.๗ เรื่องนี้เป็นอีกหนึ่งความพยายามที่คณะอนุกรรมการเห็นว่าสภาพสังคมที่ทำให้คนเป็นมากกว่าที่เขาเป็น จึงเป็นเงื่อนไขที่ควรจะได้รับแก้ไข เนื่องจากคนเรามีสิทธิที่จะเจ็บป่วยหรือมีสิทธิที่จะมีความบกพร่อง หรือมีความพิการ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง แต่สังคมจะต้องไม่ไปสร้างเงื่อนไขให้เลวร้ายกว่าที่เขาเป็น ถือเป็นปรัชญาและพื้นฐานที่ทำให้เกิดกฎหมายฉบับนี้ คนที่มีเพศสภาพที่หลากหลายไม่ตรงกับเพศกำเนิด ก็ถูกสังคมทำให้เขาเป็นตราบาปไปมากกว่าที่เขาเป็น โดยสังคมไปสร้างข้อจำกัดมากกว่าที่เขาควรจะเป็น เช่นเดียวกับบุคคลที่สังคมเรียกว่า วิกลจริต มันกว้างขวางมาก และเปิดช่องให้ใช้ดุลยพินิจ ประณาม หยามเหยียด เช่นเดียวกับสังคมไทยในอดีตที่ผ่านมา มักใช้คำว่าผีปอบ หรือ ผีสารพัด เพื่อใช้เรียกคนที่ต้องการขับไล่ออกจากชุมชน ดังนั้นจึงควรตัดคำว่าวิกลจริตออกจากร่างกฎหมายฉบับนี้ และให้เป็นไปตามกระบวนการของศาล ซึ่งมีกระบวนการตรวจสอบและประเมินในรูปแบบสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ช่วยกันวิเคราะห์ประเมินว่าบุคคลดังกล่าวสมควรจะเป็นคู่ชีวิตได้หรือไม่

๔.๓.๘ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพและรัฐบาลควรทำให้กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายก้าวหน้า การจะกล่าวหาว่าใครเป็นคนวิกลจริตบางครั้งใช้แค่เวทนา ใช้แค่ความรู้สึก ไม่มีการตรวจสอบ ไม่มีกระบวนการใดๆ ทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มีมานานแล้ว แต่กฎหมายฉบับนี้กำลังจะเกิดขึ้นและเป็นกฎหมายก้าวหน้า หากจะทำให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น โดยการตัดเรื่องดุลยพินิจที่ไม่จำเป็นออก ใช้กระบวนการคุ้มครอง ป้องกัน ใช้กระบวนการช่วยเหลือสนับสนุน ก็จะทำให้คนอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข และอาจไปถึงการเสนอแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในส่วนที่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่การเป็นคู่สมรสต่อไป

๔.๓.๙ การร่างกฎหมายปัจจุบันเป็นการสะท้อนความคิดของเจ้าหน้าที่ ในเรื่องนี้เจ้าหน้าที่ซึ่งคงเป็นหวังว่าคนวิกลจริตเมื่อจดทะเบียนกันจะอยู่กันอย่างไร “คนวิกลจริต” หากเขียนไว้ก็ไม่เสียหาย เนื่องจากมีคำพิพากษาศาลความไว้อย่างเคร่งครัดอยู่แล้ว แต่หากนำออกก็ไม่เสียหายเช่นกัน เนื่องจากอ้างมาจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์อยู่แล้ว ก็สามารถยกให้มีการตีความได้ โดยการฟ้องศาล อย่างไรก็ตาม หากนำประเด็น คนวิกลจริตออกจากร่างกฎหมายฉบับนี้ ก็จะสร้างชื่อเสียงให้ประเทศไทยว่าไม่เลือกปฏิบัติกับคนพิการทางจิตให้คนพิการมีสิทธิตามกฎหมาย

๔.๓.๑๐ การร่างกฎหมายปัจจุบันเป็นการสะท้อนความคิดของเจ้าหน้าที่ ในเรื่องนี้เจ้าหน้าที่ซึ่งคงเป็นหวังว่าคนวิกลจริตเมื่อจดทะเบียนกันจะอยู่กันอย่างไร “คนวิกลจริต” หากเขียนไว้ก็ไม่เสียหาย เนื่องจากมีคำพิพากษาศาลความไว้อย่างเคร่งครัดอยู่แล้ว แต่หากนำออกก็ไม่เสียหาย

๔.๓.๑๑ กฎหมายของประเทศเปรูยังมีคำว่าคนไร้ความสามารถอยู่ คือ คนที่ศาลเห็นว่าเป็นคนวิกลจริต จิตฟั่นเฟือน ศาลก็สั่งให้เป็นไร้ความสามารถ ซึ่งในกฎหมายเปรูได้ตัดคำว่าคนวิกลจริต

ออกไป ทั้งนี้ นิยามคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ตามประกาศหลักเกณฑ์ความพิการของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กำหนดว่า “หลักเกณฑ์กำหนดความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องหรือความผิดปกติทางจิตใจหรือสมองในส่วนของการรับรู้อารมณ์หรือความคิด” ซึ่งเป็นนิยามที่กว้างมาก โดยคนวิกลจริตที่พ้นเพื่อน ไม่รู้ความ ก็มีสิทธิที่จะเป็นคนพิการตามประกาศนี้ได้เช่นกัน จึงควรพิจารณาทบทวนว่าการตัดคำว่า “คนวิกลจริต” ออกเหลือไว้เพียง “คนไร้ความสามารถ” จะเป็นไปได้หรือไม่ เพื่อไม่เป็นการตัดสิทธิไปตั้งแต่ต้น โดยมีระบบการสนับสนุนการตัดสินใจและระบบป้องกันด้วย เนื่องจากหากวิกลจริตจริงศาลต้องสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถอยู่แล้ว คำว่าวิกลจริตที่ไม่ใช่ศาลสั่ง ยังมีความกำกวม ยังมีความเสี่ยง จึงต้องมีกระบวนการสนับสนุนให้สามารถตัดสินใจได้ พอถึงจุดหนึ่งจะมีกระบวนการคุ้มครองป้องกัน เพื่อป้องกันไม่让他ถูกเอาเปรียบซึ่งต้องทำโดยคณะบุคคลและต้องมีกระบวนการศาลเข้ามาเกี่ยวข้อง

๔.๓.๑๒ กฎหมายฉบับนี้ นำแบบอย่างมาจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์โดยต้นทางเริ่มต้นด้วยกำหนดให้บุคคลใดบ้างที่มีสิทธิจดทะเบียนเป็นคู่ชีวิต ซึ่งห้ามไว้เลยว่าคนวิกลจริตจดทะเบียนคู่ชีวิตไม่ได้ นอกจากนี้ ในส่วนท้าย ๆ ของร่างกฎหมายยังมีการคุ้มครอง การเพิกถอน การจดทะเบียน การอุปการะเลี้ยงดู โดยเหตุคนวิกลจริต ซึ่งล้วนนำมาจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ เมื่อประเด็นคนวิกลจริต ได้กำหนดไว้แล้วว่าสามารถเพิกถอนและเป็นโมฆียะได้ซึ่งมีอยู่แล้วทั้ง ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์และในร่างกฎหมายนี้ จึงควรนำออกจากการห้ามจดทะเบียนคู่ชีวิตเพื่อไม่เป็นการตัดสิทธิตั้งแต่เริ่มต้น

บทที่ ๕ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๕.๑ บทสรุป

คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการได้พิจารณาศึกษาแนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมที่เหมาะสมในประเทศไทยตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ “คนพิการทางจิตสังคม” ถือเป็นคำใหม่ซึ่งในกฎหมายไทยยังไม่มี แม้แต่ในสังคมโลกก็เพิ่งเริ่มใช้ในกรณการว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติที่แนะนำให้ใช้คำนี้ เนื่องจากเป็นคำที่มีการบูรณาการผสมกันระหว่างความบกพร่องทางจิตกับเงื่อนไขที่สังคมสร้างขึ้น ทั้งนี้ ผลการพิจารณาพบว่าประเด็นสำคัญของการให้บริการคนพิการทางจิตสังคมต้องทำให้สังคมยอมรับปัญหาของคนพิการทางจิตสังคม ทั้งนี้ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการทำงานเพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางจิตสังคมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญว่าสังคมโดยรวมมีความสุข และตัวชี้วัดความสำเร็จของงานคนพิการ คือ คนพิการทางจิตสังคม เนื่องจากเป็นงานที่ยากที่สุดในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการ ซึ่งภาคส่วนต้องมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานไปด้วยกัน และแนวทางแก้ไขปัญหาคือสำคัญในการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคม คือ การผลักดันให้กระจายบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมลงไปสู่ชุมชน พร้อมทั้งสร้างระบบสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับคนพิการทางจิตสังคม เพื่อไม่ให้กฎหมายเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตตามปกติของคนพิการ โดยความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องช่วยกันขับเคลื่อนงานให้เกิดผลเป็นรูปธรรม รวมทั้งเร่งสร้างความเข้าใจกับสังคมให้รับทราบว่า หากมีบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมในชุมชนจะช่วยทำให้คนพิการทางจิตสังคมสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ปกติเช่นคนทั่วไป

๕.๑.๑ นิยาม “คนพิการทางจิตสังคม”

“คนพิการทางจิตสังคม” มีนิยามในแต่ละกฎหมายแตกต่างกัน อาทิ (๑) กฎหมายส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ได้แก่ คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ตามเกณฑ์การประเมินของจิตแพทย์ ซึ่งต้องเป็นคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างน้อย ๑ ปี ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมแล้ว แต่ยังไม่กลับคืนมาเหมือนเดิม (๒) กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต จะใช้คำว่า ผู้ป่วย โดยรวมถึงคนพิการทางจิตสังคมด้วย (๓) สมาคมคนพิการ เรียกคนกลุ่มนี้ว่า ผู้บกพร่องทางจิต

๕.๑.๒ ประเด็นทางกฎหมายตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการของคนพิการทางจิตสังคม

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ มีข้อบทที่เกี่ยวข้องกับคนพิการทางจิตสังคม ที่สำคัญ ดังนี้ (๑) ข้อบทที่ ๑๒ เรื่อง การยอมรับอย่างเท่าเทียมกันเบื้องต้นกฎหมายความสามารถทางกฎหมาย (Legal Capacity) การตัดสินใจโดยได้รับการสนับสนุน (Supported Decision-Making) ในปัจจุบัน คนส่วนใหญ่ยังสับสนในเรื่องคนพิการทางจิตสังคมกับบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ทำให้ผู้ดูแลหรือคนแวดล้อม กระทั่งนักวิชาชีพจำนวนไม่น้อยก็ยังมีขมขื่นการขอมิบัตรคนพิการ ด้วยความปรารถนาดีเพราะเกรงว่าบุคคลนั้นจะเสียสิทธิตามกฎหมาย

ขณะเดียวกันก็ตัดสินใจแทนคนพิการทางจิตสังคมในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย การรักษาพยาบาล ส่วนอีกด้านหนึ่งผู้บังคับใช้กฎหมายส่วนหนึ่งก็เข้าใจผิดว่าคนพิการทางจิตสังคมไม่ต้องรับผิดชอบจากการกระทำของตน ทำให้มีการใช้เรื่องนี้ในทางที่ผิด

(๒) ข้อบทที่ ๕ เรื่อง ความเท่าเทียมกันและไม่เลือกปฏิบัติ ในประเด็น ด้านการศึกษาและการจ้างงาน คนพิการทางจิตสังคมจำนวนมากต้องหลุดออกจากระบบการศึกษา เนื่องจากผลกระทบจากโรคจิตเวชขณะอยู่ในวัยเรียน โดยบุคลากรและเพื่อนนักเรียน นักศึกษามักไม่เข้าใจสภาวะของผู้ป่วย ไม่มีกลไกสนับสนุนเพียงพอ ด้วยเหตุผลเดียวกัน คนพิการทางจิตสังคม จึงมีโอกาสได้รับเข้าทำงานน้อยกว่าคนอื่นๆ แม้กระทั่งเมื่อเทียบกับคนพิการด้านอื่น ๆ

(๓) ข้อบทที่ ๑๔ เรื่อง เสรีภาพและความมั่นคงของบุคคล คนพิการทางจิต มักถูกกักขัง จำกััดเสรีภาพ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล อีกจำนวนหนึ่งจะถูกคนในครอบครัวที่ขาดความรู้ความเข้าใจล่ามขัง การขาดการศึกษาและหน้าที่การงานก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนพิการทางจิตต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ขาดความมั่นคง

(๔) ข้อบทที่ ๑๕ เรื่อง เสรีภาพจากการถูกทรมาน หรือการลงโทษ หรือการปฏิบัติที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี トラบาปและความรุนแรงต่อคนพิการทางจิตด้วยวาจาและการกระทำในระบบการดูแล การรักษาพยาบาล ระบบการคุมขังยังมีอยู่

(๕) ข้อบทที่ ๑๖ เรื่อง เสรีภาพจากการแสวงประโยชน์ การใช้ความรุนแรง และการล่วงละเมิด คนพิการทางจิตสังคมตกเป็นเหยื่อเนื่องจากข้อจำกัดในการคิด การรับรู้ และการตัดสินใจ ทั้งๆ ที่สังคมส่วนใหญ่ดีตราว่าคนพิการทางจิตเป็นคนที่ใช้ความรุนแรง

(๖) ข้อบทที่ ๑๗ เรื่อง การอยู่อย่างอิสระและเป็นส่วนหนึ่งในชุมชน ในปัจจุบัน นอกจากการส่งต่อยาจิตเวชไปยังคนในชุมชนผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แล้ว บริการในชุมชนที่จะสนับสนุนคนพิการทางจิตสังคมให้อยู่ได้อย่างราบรื่นในชุมชนยังไม่มี รวมทั้งบริการดูแลของภาคเอกชนซึ่งยังไม่มีการจัดทะเบียนก็ยังเป็นไปในลักษณะจำกัดอิสระภาพคนพิการทางจิตเช่นเดียวกัน

(๗) ข้อบทที่ ๒๓ เรื่อง การเคารพสิทธิในการสร้างครอบครัว คนพิการทางจิตสังคมส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ต่างๆ ในครอบครัว โดยคนส่วนใหญ่ยังมองว่า คนพิการทางจิตสังคมไม่ควรมีครอบครัว อันเป็นที่มาของการทำหมันโดยผู้ดูแลตัดสินใจแทน

(๘) ข้อบทที่ ๒๕ เรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพและประกันสุขภาพ การแยกส่วนการรักษาสุขภาพจิตกับสุขภาพกาย ทำให้คนพิการทางจิตหลายครั้งถูกปฏิเสธหรือถูกละเลย การรักษาสุขภาพกาย สำหรับเรื่องประกันชีวิตและสุขภาพ ประกันชีวิตเอกชนไม่คุ้มครองสุขภาพและชีวิตคนพิการทางจิตสังคม/ผู้ป่วยทางจิต ทั้งการมีประวัติการรักษาทางจิตเวชอาจทำให้กรมธรรม์ที่ถืออยู่เป็นโมฆะได้

(๙) ข้อบทที่ ๒๖ เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็วในชุมชน ซึ่งปัจจุบัน กรมสุขภาพจิตมีนโยบายบูรณาการบริการจิตเวชเข้ากับระบบการดูแลรักษาปฐมภูมิ แต่การส่งเสริมป้องกัน การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนก็ยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากความจำกัดด้านงบประมาณ สถานบริการ และบุคลากรในการให้บริการทางสุขภาพจิต

(๑๐) ข้อบทที่ ๒๗ เรื่อง งานและการจ้างงาน สถานประกอบการที่ปฏิบัติตามมาตรการเชิงบวกเรื่องโศกนาฏการจ้างงานคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็ยังไม่ค่อยเปิดโอกาสให้คนพิการทางจิตสังคม โดยระเบียบการรับสมัครงานของภาครัฐมักกำหนดเรื่องลักษณะต้องห้ามข้อหนึ่งไว้ว่า “คนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ” โดยเหมารวมคนที่มีประวัติการรักษาพยาบาลทางจิตเวชด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้ปฏิเสธการรับคนพิการทางจิตสังคมเข้าทำงาน

(๑๑) ข้อบทที่ ๒๘ เรื่อง มาตรฐานความเป็นอยู่และความคุ้มครองทางสังคม อย่างเพียงพอ ความจำกัดทางการศึกษาและการจ้างงานส่งผลอย่างมากต่อมาตรฐานความเป็นอยู่ของคนพิการทางจิตสังคม แม้ปัจจุบันภาครัฐได้จัดสวัสดิการหลายอย่างสำหรับคนที่ยากลำบาก รวมถึงคนพิการแต่ก็ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ

(๑๒) ข้อบทที่ ๒๙ เรื่อง การมีส่วนร่วมทางการเมืองและเรื่องสาธารณะ เนื่องด้วยคนพิการทางจิตสังคมจำนวนมากโดยเฉพาะคนที่ได้รับผลกระทบจากโรคจิตเภท ประเด็นสำคัญ ๆ ทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางการเมือง เป็นสิ่งหนึ่งที่ได้รับผลกระทบสำคัญในความคิดหลงผิด แต่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงนั้น อาจถูกจำกัดด้วยลักษณะต้องห้ามว่า “วิกลจริตจิตฟั่นเฟือน”

(๑๓) ข้อบทที่ ๓๐ เรื่อง การมีส่วนร่วมทางวัฒนธรรม นันทนาการ การผ่อนคลาย ยามว่างและกีฬา ความพิการทางจิตสังคมเป็นความพิการที่มองไม่เห็นทำให้คนพิการทางจิตสังคมไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกีฬาคนพิการ และผลกระทบจากโรคส่งให้คนพิการทางจิตสังคมมีแนวโน้มจะแยกตัวจากชุมชน จึงต้องมีมาตรการส่งเสริมจริงจังให้ทำกิจกรรมทางวัฒนธรรมและนันทนาการต่าง ๆ

(๑๔) ข้อบทที่ ๓๑ เรื่อง สถิติและการเก็บรวบรวมข้อมูล คนพิการทางจิตสังคมเป็นความพิการที่มองไม่เห็นและคนพิการเกรงว่าจะถูกตีตราจากสังคม จึงมักไม่ยอมทำบัตรคนพิการ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงความคุ้มครองทางสังคมที่จัดให้คนพิการ การค้นหา จำแนกทางสถิติว่ามีคนพิการทางจิตสังคมจำนวนเท่าไร ในช่วงวัย เพศสภาพ และมีความต้องการจำเป็นอย่างไรบ้าง จึงเป็นเรื่องจำเป็นตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๕.๒ ข้อเสนอแนะ

คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการได้พิจารณาศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรค แนวทางการจัดบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมที่เหมาะสมในประเทศไทยตามหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ โดยมีข้อเสนอแนะ ๔ ด้าน ดังนี้

๕.๒.๑ ด้านกฎหมาย

๑) รัฐควรดำเนินการแก้ไขตัวบทกฎหมายต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Legal Harmonization) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบัญญัติว่าด้วยความสามารถ

ทางกฎหมายของบุคคลตามประมวลกฎหมาย ทั้งนี้ มีการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในลักษณะดังกล่าวแล้วในประเทศเปรู^๓

๒) รัฐควรกำหนดมาตรฐานการให้บริการสำหรับผู้ป่วยหรือคนพิการทางจิตสังคม เพื่อให้บริการทั้งของรัฐและเอกชนสอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ โดยคำนึงถึงหลักความสามารถทางกฎหมาย (Legal Capacity) เจตนาและค่านิยมและความประสงค์ของบุคคล (Will and Preferences) ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจโดยได้รับการสนับสนุน (Supported Decision-Making) มากกว่าการให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนโดยสิ้นเชิง (Substituted Decision-Making)

๓) รัฐควรดำเนินการเผยแพร่ความรู้เรื่องอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตคนพิการด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา การจ้างงาน และการประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงในสังคมให้แก่เจ้าพนักงาน คนพิการ ผู้ดูแล และชุมชน ในรูปแบบและภาษาที่เข้าถึงได้ โดยสะดวกและเข้าใจได้ง่าย

๔) รัฐควรเสริมสร้างและสนับสนุนกลุ่มคนและองค์กรด้านคนพิการที่มีความเข้มแข็ง ในการติดตามการดำเนินงานตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

๕) รัฐควรปรับปรุงกฎหมายสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยไม่ควรแยกส่วนจากกัน โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคล มากกว่าการมุ่งที่จะรักษาเฉพาะจุดหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นสำคัญ และควรกำกับดูแลการตรากฎหมายทุกฉบับเพื่อประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตคนพิการด้วย

๕.๒.๒ ด้านสาธารณสุข

๑) รัฐควรเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) แนวทางการให้บริการคนพิการทางจิตสังคมในประเทศไทย โดยใช้แนวทางที่เน้นการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Oriented Service) เพื่อปรับบริการสำหรับคนพิการทางจิตสังคมของประเทศไทยให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนมากขึ้น มุ่งเน้นให้คนพิการทางจิตสังคมได้ค้นพบศักยภาพของตัวเอง กลับมามีชีวิตที่เป็นสุข มีความหมาย โดยการรักษาจะไม่เพียงใช้ยา แต่จะเป็นการฟื้นฟูรอบด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมในเส้นทางสู่สุขภาพของตัวเอง ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ลงมือทำ และรับผิดชอบในชีวิตของตัวเอง

๒) รัฐควรมุ่งเน้นแนวทางการให้บริการคนพิการทางจิตสังคมโดยชุมชนเป็นฐานสำคัญในการให้บริการและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทางจิตสังคม โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบระบบการดูแล ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนพิการทางจิตสังคม

^๓ ภาคผนวก ข. : การออกพระราชกฤษฎีกาฉบับที่ ๑๓๘๔ (Legislative Decree No. ๑๓๘๔) ของประเทศเปรู ซึ่งเป็นการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ รวมถึงประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง เพื่อตระหนักถึงขีดความสามารถทางกฎหมายอย่างเต็มที่ของคนพิการทุกคน (legal capacity) รวมถึงการยกเลิกระบบผู้ปกครองคนพิการ (guardianship) และนาระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ (supported decision-making) และการปกป้อง (safeguards) ตามหลักการในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ CRPD มาใช้แทน

๓) รัฐควรรำนำแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) มาใช้อย่างถูกต้องและเต็มประสิทธิภาพ ตามที่กำหนดไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ เพื่อให้ผู้มีประสบการณ์ตรงหรือผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนการสนับสนุนการตัดสินใจของคนพิการในการเลือกวิธีการบำบัดรักษา

๔) รัฐควรพัฒนากลไกสนับสนุนการให้บริการคนพิการทางจิตสังคม ดังนี้

(๑) พัฒนาองค์ความรู้ด้านการให้บริการคนพิการทางจิตสังคม สำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ และสุขภาพจิตศึกษาสำหรับคนพิการทางจิตสังคมและกลุ่มคนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นครั้งแรก

(๒) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิผล (Full & Effective Participation) ของคนพิการทางจิตสังคมผ่านองค์กรของคนพิการในการกำหนดนโยบาย การทำแผน การดำเนินงาน การกำกับดูแลติดตามการดำเนินงานขององค์กรหรือหน่วยงานด้านสุขภาพจิตทุกระดับ

(๓) ศึกษาความคุ้มค่าด้านงบประมาณในการบำบัดรักษา โดยคำนึงถึงปัจจัยอย่างรอบด้าน ซึ่งควรรวมถึงการสูญเสียวันทำงานของคนพิการทางจิตสังคมและผู้ดูแล ผลกระทบทางจิตใจของคนในสังคม ไม่เพียงแค่ยาหรือการรักษาพยาบาลเท่านั้น

๕.๒.๓ ด้านการศึกษา

๑) การศึกษาในระบบ : รัฐควรจัดให้นักเรียน นักศึกษา เด็กและเยาวชน มีประสบการณ์เชิงบวกกับคนพิการทางจิตสังคมหรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจการอยู่ร่วมกัน รวมทั้งส่งเสริมการจัดตั้งชมรมในสถานศึกษาเพื่อดูแลและป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น การรังแก การเสพติด และความเครียด เป็นต้น

๒) การศึกษานอกระบบ : รัฐควรส่งเสริมการศึกษาเพื่อกลุ่มคนพิการทางจิตสังคมหรือกลุ่มคนเปราะบาง เพื่อให้คนพิการทางจิตสังคมได้นำประสบการณ์มาร่วมพูดคุยเรียนรู้และตัดสินใจวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง เน้นการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตศึกษา ทักษะชีวิต โดยกำหนดแนวทางการสนับสนุนด้านการศึกษา การทำงาน และการดำเนินการจัดตั้งกลไกการเผยแพร่การศึกษาเหล่านี้ให้เข้าถึงชุมชนทั่วไป

๕.๒.๔ ด้านการสร้างความรู้

๑) รัฐควรรณรงค์ส่งเสริมให้สื่อดั้งเดิมและสื่อออนไลน์นำเสนอข่าว สาระ สาระบันเทิง และการบันเทิงทั่วไป ให้นำเสนอประเด็นด้านสุขภาพจิตและคนพิการทางจิตสังคมอย่างสร้างสรรค์

๒) รัฐควรสร้างสื่อคุณภาพและรณรงค์ในวงกว้างผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และส่งเสริมสิทธิมนุษยชนของคนพิการด้านจิตสังคม

บรรณานุกรม

กฎหมาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐

และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

ข้อบังคับการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐

เอกสารอื่น

บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๖/๒๕๕๙ วันพุธที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๙

บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๐ วันพุธที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๐

บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑

บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๘/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑

บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๑/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ การประชุม ครั้งที่ ๒๒/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๑

บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ การประชุม ครั้งที่ ๓๔/๒๕๖๑ วันพุธที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑

บันทึกการประชุมคณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ ในคณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส สมานิติบัญญัติแห่งชาติ การประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ วันพุธที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๒

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

- พันธกิจของรัฐบาลไทยภายใต้ข้อสังเกตรายงานฉบับแรกของประเทศไทย (Concluding Observations on the initial report of Thailand) และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ รวมถึง (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, United Nations) รายงานคู่ขนานการปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ของประเทศไทย (Thailand CRPD Alternative Report) ที่เกี่ยวกับสุขภาพคนพิการ

พันธกิจของรัฐบาลไทยภายใต้ข้อสังเกตรายงานฉบับแรกของประเทศไทย
(Concluding Observations on the initial report of Thailand)¹
และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการแห่งสหประชาชาติ รวมถึง
(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, United Nations)
รายงานคู่ขนานการปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการของประเทศไทย
(Thailand CRPD Alternative Report)²
ที่เกี่ยวกับสุขภาพคนพิการ

โดย นายรัตน์ กิจธรรม ฝ่ายต่างประเทศและกิจการพิเศษ สภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย
ณ วันที่ 16 พฤษภาคม 2559

ข้อสังเกตรายงานฉบับแรกของประเทศไทย (Concluding Observations on the initial report of Thailand) มีอย่างน้อย 10 ข้อห่วงใยและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพคนพิการ (สมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3 มติ 2 และ สมัชชาสุขภาพครั้งที่ 5 มติ 10) ได้แก่

1. หลักการทั่วไปและพันธกรณี (ข้อบทที่ 1-4): หลักเกณฑ์ความพิการ และการสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการเป็นศูนย์บริการคนพิการ
2. การยอมรับอย่างเท่าเทียมกันเบื้องต้นกฎหมาย (ข้อบทที่ 12): ความสามารถทางกฎหมาย และการสนับสนุนการตัดสินใจของคนพิการ
3. เสรีภาพและความมั่นคงของบุคคล (ข้อบทที่ 14): สถานสงเคราะห์/โรงพยาบาลจิตเวช/สถาบัน
4. เสรีภาพจากการถูกทรมาน หรือการลงโทษ หรือการปฏิบัติที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี (ข้อบทที่ 15)
5. การคุ้มครองบูรณภาพของบุคคล (ข้อบทที่ 17): การบังคับรักษาและการบังคับทำหมัน
6. การเคารพในการสร้างครอบครัวและสถาบันครอบครัว (ข้อบทที่ 23): สิทธิในการสมรส
7. สุขภาพ (ข้อบทที่ 25): การเข้าถึงบริการสุขภาพและประกันสุขภาพ
8. การส่งเสริมสมรรถภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ (ข้อบทที่ 26)
9. มาตรฐานความเป็นอยู่และความคุ้มครองทางสังคมอย่างเพียงพอ (ข้อบทที่ 28): ความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ
10. สถิติและการเก็บรวบรวมข้อมูล (ข้อบทที่ 31)

¹ http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/THA/CRPD_C_THA_CO_1_23682_E.doc

² http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/THA/INT_CRPD_CSS_THA_23388_E.doc

1. หลักการทั่วไปและพันธกรณี (ข้อบทที่ 1-4): หลักเกณฑ์ความพิการ และการสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการเป็นศูนย์บริการคนพิการ

1.1 หลักเกณฑ์ความพิการ

“9. คณะกรรมการห่วงใยว่ากฎหมายระดับชาติจะไม่สอดคล้องกับอนุสัญญาอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดด้านคนพิการในมาตราที่ 4 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และหลักเกณฑ์ในการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนที่ขึ้นกับการประเมินทางการแพทย์เป็นหลัก

10. คณะกรรมการเสนอรัฐภาคีว่าจำเป็นที่จะปรับปรุงกฎหมายระดับชาติและนโยบายต่างๆ ให้สอดคล้องกับแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนของความพิการ โดยการปรึกษาอย่างใกล้ชิดกับผู้แทนองค์กรของคนพิการ”

ที่มา:

ในทางปฏิบัตินั้นรัฐบาลไทยยังออกบัตรประจำตัวคนพิการ โดยใช้แนวคิดทางการแพทย์ (medical model) เป็นหลักซึ่งประเมินจากระดับของความบกพร่อง แทนที่จะใช้แนวคิดทางสังคม (social model) ทำให้คนพิการบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ได้ รวมทั้งประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2555 ภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2556 กำหนดความพิการเป็น 7 ประเภทซึ่งต่างจากประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่อง กำหนดประเภทและหลักเกณฑ์ของคนพิการทางการศึกษา พ.ศ. 2552 ภายใต้พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2556 ที่กำหนดความพิการเป็น 9 ประเภท ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์

Call for Actions:

- ปรับแก้หลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการในการกำหนดประเภทความพิการของกฎหมายทุกฉบับที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการออกบัตรประจำตัวคนพิการ ให้สอดคล้องกันกับแนวคิดทางสังคม (social model)

1.2 การสนับสนุนองค์กรด้านคนพิการเป็นศูนย์บริการคนพิการ (หน่วยร่วมบริการ/ผู้ให้บริการ)

“11. คณะกรรมการห่วงใยเรื่องข้อจำกัดที่ทั้งปวงที่รัฐภาคีให้การสนับสนุนผู้แทนองค์กรของคนพิการ และอุปสรรคที่องค์กรภาคประชาสังคมต้องเผชิญในการได้รับการรับรอง และการยินยอมให้จัดตั้งศูนย์บริการคนพิการในกฎหมาย

12. คณะกรรมการเสนอให้รัฐภาคียอมรับมาตรฐานการจำเป็นเพื่อประกันการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นของผู้แทนจากองค์กรคนพิการ และส่งเสริมการเสริมสร้างองค์กรในฐานะผู้ให้บริการ”

ที่มา:

ตั้งแต่พ.ศ. 2556 ที่ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ให้องค์กรด้านคนพิการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจดทะเบียนเป็นศูนย์บริการคนพิการ เพื่อจัดบริการให้แก่คนพิการที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถเข้าถึงสิทธิและบริการอย่างทั่วถึง สะดวกและ

รวดเร็ว โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ แต่ ณ ปัจจุบันมีศูนย์บริการคนพิการทั่วไปที่ดำเนินการโดยองค์กรด้านคนพิการไม่ถึง 55 แห่งทั่วประเทศ ในขณะที่ศูนย์บริการคนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภาครัฐ มีถึง 760 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 15 ก.พ. 2559) แสดงให้เห็นว่า ภาครัฐไม่ได้ให้ความสำคัญแก่การสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรด้านคนพิการ ทั้งที่องค์กรด้านคนพิการเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการตอบสนองต่อความต้องการ บริการและสิทธิของคนพิการมากที่สุด

Call for Actions:

- เร่งสนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์บริการคนพิการทั่วไป (หน่วยร่วมบริการ/ผู้ให้บริการ) ที่ดำเนินการโดยองค์กรด้านคนพิการ

2. การยอมรับอย่างเท่าเทียมกันเบื้องต้นกฎหมาย (ข้อบทที่ 12): ความสามารถทางกฎหมายและการสนับสนุนการตัดสินใจของคนพิการ

“25. คณะกรรมการห่วงใยอย่างมากเกี่ยวกับการตัดสินใจแทน และระบบการอนุบาลคนพิการ (guardianship regimes)

26. ตามข้อคิดเห็นทั่วไป ฉบับที่ 1 (2014) (General Comment No.1 (2014), คณะกรรมการผลักดันให้รัฐภาคียกเลิกระบบการตัดสินใจแทนในมาตรา 28 และ 1670 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ โดยให้นำเอาระบบการตัดสินใจที่เป็นการสนับสนุนการตัดสินใจด้วยตนเอง ความเต็มใจ และความพึงพอใจของคนพิการ ไปแทนที่”

ที่มา:

คนพิการถือเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับภายใต้กฎหมายและมีความสามารถทางกฎหมาย (legal capacity) ในทุกด้านของการดำเนินชีวิตบนพื้นฐานที่เท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป แต่อย่างไรก็ดีกลับพบว่ายังมีปัญหาในเรื่องการยอมรับความสามารถของคนพิการ โดยเฉพาะ คนพิการทางจิต คนพิการทางสติปัญญา คนพิการทางสายตา ในการทำนิติกรรม อาทิ การทำประกันสุขภาพหรือประกันชีวิต การเปิดบัญชีธนาคารและทำบัตรเครดิต การรับหรือโอนมรดก เป็นต้น

แต่ประมวลแพ่งและพาณิชย์มาตรา 28³ มีบทบัญญัติที่จำกัด “ความสามารถทางกฎหมาย (legal capacity)” ของคนพิการบางกลุ่มอยู่ เช่น คนพิการทางจิตสังคม (บุคคลวิกลจริต) หรือในมาตรา 1670 ซึ่งบัญญัติห้ามมิให้คนที่หูหนวกเป็นใบ้เป็นพยานในการทำนิติกรรม

Call for Actions:

³ “มาตรา 28 บุคคลวิกลจริตผู้ใด ถ้าคู่สมรสก็ดี ผู้บุพการีกว่าคือ บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย ทวดก็ดี ผู้สืบสันดานกล่าวคือ ลูก หลาน หลาน หลาน ลี้อก็ดี ผู้ปกครองหรือผู้พิทักษ์ก็ดี ผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้นอยู่ก็ดี หรือพนักงานอัยการก็ดี ร้องขอต่อศาลให้สั่งให้บุคคลวิกลจริตผู้นั้นเป็นคนไร้ความสามารถ ศาลจะสั่งให้บุคคลวิกลจริตผู้นั้นเป็นคนไร้ความสามารถก็ได้

บุคคลซึ่งศาลได้สั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถตามวรรคหนึ่ง ต้องจัดให้อยู่ในความอนุบาล การแต่งตั้งผู้อนุบาล อำนาจหน้าที่ของผู้อนุบาลและการสิ้นสุดของความเป็นผู้อนุบาล ให้เป็นไปตามบทบัญญัติบรรพ 5 แห่งประมวลกฎหมายนี้”

- ปรับปรุงกฎหมายที่ขัดหรือแย้งกับหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ได้แก่ ประมวลและแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 28 และ 1670 รวมทั้งกำหนดมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการสนับสนุนการตัดสินใจของคนที่อยู่บนพื้นฐานของความต้องการของคนพิการอย่างแท้จริง และให้มีการจัดระบบการทบทวน (Regular Review) การตัดสินใจที่ทำในฐานะตัวแทนของคนพิการ

3. เสรีภาพและความมั่นคงของบุคคล (ข้อบทที่ 14): สถานสงเคราะห์/โรงพยาบาลจิตเวช/สถาบัน

“29. คณะกรรมการห่วงใยว่ากฎหมายระดับชาติอนุญาตให้มีการกักขังโดยไม่ได้รับการยินยอมบนพื้นฐานของความบกพร่องได้ และยังห่วงใยว่าการไม่มีข้อมูลในการคุ้มครองและรับประกันเรื่องคนพิการซึ่งได้รับการประกาศว่าไม่สามารถดำเนินการพิจารณาคดีในกระบวนการยุติธรรมในทางอาญา ทั้งนี้ การกักขังคนขึ้นอยู่กับการประกาศดังกล่าวและการกำหนดมาตรการความปลอดภัย และบ่อยครั้งที่ช่วงเวลาเป็นไปอย่างไม่มีกำหนด

30. คณะกรรมการเสนอให้รัฐภาคียกเลิกกฎหมายทั้งหมดที่ให้อำนาจการนำคนไปไว้ในสถานสงเคราะห์บนพื้นฐานของความบกพร่อง โดยปราศจากความสมัครใจและการยินยอมของบุคคล รวมถึงกรณีของการยินยอมแทนจากกลุ่มคนที่สาม และคณะกรรมการยังเสนอให้ยกเลิกการประกาศว่าคนพิการไม่สามารถดำเนินคดีได้จากกระบวนการยุติธรรมในทางอาญา และให้รัฐภาคีพิจารณาทบทวนกระบวนการและบทลงโทษคนพิการที่กระทำความผิดหรือก่ออาชญากรรมให้ได้รับการพิจารณาไต่สวนอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกับผู้อื่น อาทิ ข้อสันนิษฐานของความบริสุทธิ์ สิทธิการป้องกัน และความเป็นธรรมในการพิจารณาในศาล”

ที่มา:

สถานการณ์ที่คนพิการ โดยเฉพาะทางด้านสติปัญญา ทางพัฒนาการ และทางจิตสังคม ได้รับการดูแลในลักษณะบังคับรักษา จำกัดพฤติกรรม จนอาจถึงขั้นกักขัง ผูกมัด ทำให้เสียเสรีภาพ และละเมิดความมั่นคงของบุคคลด้วยวาจาหรือการปฏิบัติต่อคนพิการ ในสถานสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวช ฯลฯ

คนที่มีโรคจิตเวชถูกกักโดยไม่มีเหตุอันควร มีเพียงจำนวนน้อยที่ต้องถูกกักตัวไว้ในสถาบันจิตเวชตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ตามบทบัญญัติเรื่องการบังคับรักษา ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าที่ถูกกักไว้โรงพยาบาลด้วยความเห็นชอบของญาติและผู้มีสิทธิอำนาจในชุมชนโดยไม่มีกลไกสนับสนุนตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต เนื่องจากพวกเขาป่วยและสับสนซึ่งการกักตัวยิ่งทำให้พวกเขาโกรธและคับข้องใจมากยิ่งขึ้น หลายคนต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานเพียงเพราะไม่มีที่ไป ไม่มีใครเต็มใจจะรับและพวกเขาไม่ได้เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอิสระในชุมชน ในสถาบัน การผูกมัดกับเตียงและการจำกัดพฤติกรรมทางกายรูปแบบอื่นมีทั่วไปในกรณีที่คนพิการทางจิตมีอาการกระวนกระวายวุ่นวาย เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจและเข้าไม่ถึงการรักษา จึงมีการล่ามขังคนพิการกลุ่มนี้

ตัวอย่างของสถานสงเคราะห์ เช่น บ้านกึ่งวิถีซึ่งเป็นระบบการดูแลคนพิการในสถาบัน (Institution) ไม่อาจเป็นคำตอบ ด้วยสถาบันเหล่านั้นขาดบุคลากรที่เป็นนักวิชาชีพจิตเวชโดยตรงและเนื่องจากสัดส่วนผู้ดูแลต่อผู้รับบริการต่ำมาก และสภาพการดูแลทำให้ไม่อาจช่วยคนที่พวกเขาดูแลให้มีสุขภาพที่ดี ผู้รับบริการอยู่ใน

สภาพแออัด ทั้งเนื่องจากส่วนมากไม่มีญาติหรือครอบครัวที่จะรับกลับไป และมีอาการถดถอยทางจิตจึงตกอยู่ในภาวะถูกกักขังจนวาระสุดท้าย มากกว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านจากการบำบัดรักษาในสถาบันผู้สังคมน การคืนสู่สภาวะหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อกลับคืนสู่สังคมจึงเป็นไปได้

Call for Actions:

- ยกเลิกกฎหมายที่อนุญาตให้สามารถกักขัง ทำให้คนพิการเสียเสรีภาพ โดยปราศจากความยินยอม รวมทั้งต้องปฏิรูประบบการให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยการปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะมาตรา 25⁴ ให้สอดคล้องกับหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ
- ต้องให้การศึกษ สร้างการตระหนักรู้ เรื่องจิตเวชและความพิการให้ครอบคลุมสาธารณชนทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยเฉพาะทางจิตสังคม ควรต้องมีกลไกจัดตราบาป และทางหนึ่งที่สำคัญที่สุดในการขจัดตราบาปคือช่วยให้คนที่มีโรคจิตเวชให้ดำรงชีวิตอย่างมีความหมายในชุมชน
- ต้องส่งเสริมให้มีการป้องกัน การบำบัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบมีชุมชนและความรู้เป็นฐานที่เป็นนโยบายและการปฏิบัติในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ควรใช้แนวทางที่มุ่งการคืนสู่สภาวะซึ่งเคารพและมีมนุษยธรรมมากกว่าในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชและคนพิการทางจิต

4. เสรีภาพจากการถูกทรมาน หรือการลงโทษ หรือการปฏิบัติที่โหดร้าย ไร้มนุษยธรรม หรือย่ำยีศักดิ์ศรี (ข้อบทที่ 15)

“31. คณะกรรมการห่วงใยเกี่ยวกับการรายงานของการดูแลรักษาคนพิการอย่างไร้มนุษยธรรมหรือหรือถูกลดคุณค่าโดยไม่รับการยินยอม ประกอบด้วยการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า การกักขัง การแยกออก หรือกักตัวให้อยู่คนเดียวขึ้นอยู่กับการรับรู้ของอันตรายกับพวกเขาหรือผู้อื่นบนพื้นฐานของความบกพร่อง

32. คณะกรรมการเสนอให้รัฐภาคีใช้มาตรการ รวมถึง หลักการออกกฎหมาย การใช้มาตรการอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมเพื่อป้องกันการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นการกระทำอย่างโหดร้าย และลดคุณค่าบนพื้นฐานของการรับรู้และเป็นจริงถึงความบกพร่อง”

ที่มา:

คนพิการโดยเฉพาะคนพิการด้านจิตสังคม ทางสติปัญญาและทางพัฒนาการมักได้รับการปฏิบัติต่อย่ำยีศักดิ์ศรีในสถาบันและในสังคม แม้จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ระบุว่า “การบำบัดรักษาโดยการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วยจะกระทำไม่ได้ เว้นแต่เป็นความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่นโดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ” การดูแลบุคคลเหล่านี้ในสถาบันอาจไร้มนุษยธรรมและย่ำยีศักดิ์ศรี การ

⁴ มาตรา 25 เมื่อผู้รับผิดชอบดูแลสถานที่คุมขังหรือสถานสงเคราะห์ หรือพนักงานคุมประพฤติ พบบุคคลที่อยู่ในความดูแลรับผิดชอบตามอำนาจหน้าที่ มีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้ดำเนินการส่งตัวบุคคลนั้นไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา 27

การส่งตัวบุคคลตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด”

ผูกมัดกับเตียง การให้อาบน้ำหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าโดยไม่มีความเป็นส่วนตัว ยังมีการปฏิบัติในสถาบันจิตเวชหรือสถานสงเคราะห์

Call for Actions:

- ต้องปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ให้สอดคล้องกับหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ โดยเฉพาะมาตรา 17 เรื่องการบังคับรักษา

5. การคุ้มครองบูรณภาพของบุคคล (ข้อบทที่ 17): การบังคับรักษาและการบังคับทำหมัน

“35. คณะกรรมการห่วงใยว่าคนพิการ ทั้งสตรี เด็กหญิง และเด็กชายพิการ ถูกเป็นเหยื่อต่อเนื่องจากการรักษาทางการแพทย์โดยไม่สมัครใจ รวมทั้งการบังคับให้ทำหมัน และการทำแท้ง

36. คณะกรรมการเสนอให้รัฐภาคีใช้มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองคนพิการ ทั้งสตรี เด็กหญิง และเด็กชายจากการให้ความช่วยเหลือโดยไม่ได้รับความสมัครใจจากเจ้าตัว โดยเฉพาะการทำหมันและการทำแท้ง และประกันว่าบุคคลมีสิทธิอย่างเสรีในการรักษา และมีกลไกสนับสนุนการตัดสินใจ”

ที่มา:

แม้จะไม่มีหลักฐานปรากฏเป็นที่ประจักษ์ในเชิงข้อมูลหรือสถิติแต่ในทางความเป็นจริงนั้นผู้อภิบาล/ผู้อนุบาล (guardian) โดยความเห็นชอบของนักวิชาชีพ (แพทย์) ยังมีการบังคับทำหมันของคนพิการในกลุ่มของคนพิการทางสติปัญญา ทางจิตสังคมและทางพัฒนาการ แม้กระทั่งสมาคมเพื่อคนพิการหรือสมาคมผู้ปกครองของคนพิการบางแห่งก็ยังมีบริการบังคับทำหมัน เพราะคนส่วนใหญ่ยังไม่มีความเข้าใจเรื่องสิทธิของคนพิการในการยอมรับและให้ตัดสินใจเอง (legal capacity) โดยเฉพาะผู้อภิบาล/ผู้อนุบาล (guardian) หรือผู้ดูแลกับนักวิชาชีพในทีมสหวิชาชีพ ที่มีตัดสินใจแทนคนพิการกลุ่มดังกล่าว ทั้งนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 17 18 21 และ 22 ยังเปิดช่องให้มีการบังคับรักษาคนที่อาจคุกคามความปลอดภัยของตนเองและคนอื่นๆ รวมทั้งการบังคับทำหมัน นอกจากนี้ แนวปฏิบัติที่ทำกันทั่วไปในสถาบันก็ล่วงละเมิดบูรณภาพของบุคคลอย่างเช่น การผูกมัดและการละเมิดความเป็นส่วนตัว

Call for Actions:

- ต้องปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ให้สอดคล้องกับหลักการของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ

6. การเคารพในการสร้างครอบครัวและสถาบันครอบครัว (ข้อบทที่ 23): สิทธิในการสมรส

“43. คณะกรรมการห่วงใยเกี่ยวกับกฎหมายครอบครัว (ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 5) เรื่องการขัดขวางคนพิการไม่ให้แต่งงานและมีครอบครัว และพ่อแม่ของเด็กพิการยังพบอุปสรรคในการเข้าถึงการสนับสนุนเฉพาะเกี่ยวกับความรับผิดชอบเชิงพ่อแม่และการป้องกันการทอดทิ้ง

44. คณะกรรมการเสนอว่ารัฐภาคียกเลิกมาตรา 1449 และมาตราอื่นที่เกี่ยวข้องของกฎหมายครอบครัวซึ่งเลือกปฏิบัติต่อคนพิการอย่างแท้จริงเกี่ยวกับสิทธิในการแต่งงานและการมีครอบครัว และเพิ่มการข้อมูลอย่างเข้าใจและเบื้องต้น การบริการและการสนับสนุนเด็กพิการและครอบครัวของพวกเขา”

ที่มา:

“มาตรา 1449 การสมรสจะกระทำมิได้ถ้าชายหรือหญิงเป็นบุคคลวิกลจริตหรือเป็นบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ”

Call for Actions:

- ยกเลิกประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1449

7. สุขภาพ (ข้อบทที่ 25): การเข้าถึงบริการสุขภาพและประกันสุขภาพ

“47. คณะกรรมการห่วงใยเรื่องคนพิการไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพในกระแสหลักและข้อมูลด้านการศึกษาสาธารณสุข โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ เป็นห่วงเกี่ยวกับการฝึกฝนที่ไม่เพียงพอสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทั้งหมดด้านสิทธิคนพิการ

48. คณะกรรมการเสนอแนะว่ารัฐภาคีเสริมสร้างความพยายามในการสร้างหลักประกันว่าการบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพทั้งหมดสามารถเข้าถึงได้อย่างเต็มที่และรวมเรื่องมุมมองด้านเพศเข้าไว้ด้วย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท คณะกรรมการเสนออีกว่ารัฐภาคีกำหนดมาตรการบังคับในการจัดฝึกอบรมให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทั้งหมดด้านสิทธิคนพิการ ประกอบด้วยสิทธิที่ได้กล่าวถึงข้างต้นให้ความอิสระและให้ได้รับการยินยอม

49. คณะกรรมการห่วงใยเรื่องบริษัทประกันสุขภาพของเอกชนเลือกปฏิบัติต่อคนพิการโดยการปฏิเสธการขายประกันสุขภาพเนื่องจากความพิการ

50. คณะกรรมการเสนอว่ารัฐภาคีห้ามการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของความพิการโดยบริษัทประกันสุขภาพของเอกชน”

Call for Actions:

- กำหนดระบบประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อความเป็นเอกภาพในการกำหนดนโยบาย และให้บริการสุขภาพสำหรับคนพิการ
- กำหนดให้บริษัทเอกชนห้ามเลือกปฏิบัติต่อคนพิการในการเข้าถึงประกันสุขภาพ

8. การส่งเสริมสมรรถภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ (ข้อบทที่ 26)

“51. คณะกรรมการห่วงใยเรื่องความไม่เพียงพอของการบริการการปรับสภาพและการฟื้นฟูและเทคโนโลยี โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล และจะสามารถเข้าถึงได้ส่วนที่สำคัญที่สุดขึ้นอยู่กับการประเมินทางการแพทย์

52. คณะกรรมการเสนอแนะให้รัฐภาคีเพิ่มแหล่งทรัพยากรมนุษย์ เทคโนโลยี และการเงินเพื่อจัดเสริมสร้าง และขยายบริการการปรับตัวและการฟื้นฟูและเทคโนโลยีอย่างครอบคลุม ขึ้นอยู่กับการประเมินความต้องการและจุดแข็งส่วนบุคคลแบบสหวิชาชีพ”

ที่มา:

คนพิการยังไม่สามารถเข้าถึงสิทธิและบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของภาครัฐหรือจากหน่วยงานของรัฐได้อย่างบูรณาการหรือครบวงจร รวมทั้งยังมีความยากลำบากของการเข้าถึงบริการดังกล่าวโดยเฉพาะคนพิการที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลทั้งนี้คนพิการไทยส่วนใหญ่ คือร้อยละ 70-80 (ข้อมูลรายงานการสำรวจคนพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550,2555 ตามลำดับ) อาศัยอยู่นอกเขตเมือง

สอดคล้องกับการวิจัยเพื่อทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ พบ คนพิการไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพถึงร้อยละ 63 และ คนพิการได้รับอุปกรณ์ฯ เพียงร้อยละ 3 ของผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมด กลุ่มที่เข้าถึงการบริการและอุปกรณ์มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่เข้าไม่ถึงอย่างมีนัยสำคัญ การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เกิดจากอุปสรรคหลายประการ เช่น ต้องเดินทางไกลเพื่อไปรับบริการ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ถึงแม้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ จะระบุหลักการเรื่องความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับคนพิการ แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอย่างมากในด้านรายการสิทธิประโยชน์ การบริหารจัดการ และกลไกการจ่ายค่าบริการตามสิทธิ รวมทั้งในส่วน ที่เกี่ยวกับอุปกรณ์ฯ⁵ ในส่วนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการทางจิต สติปัญญา และการเรียนรู้ ยังไม่มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ในระยะเวลา 10 ปีภาครัฐยังไม่มีการชัดเจนในการเพิ่มหน่วยบริการและบุคลากรด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ จากการศึกษาอุปสงค์ อุปทาน และช่องว่างต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับคนพิการทางสติปัญญา ออทิสติก และการเรียนรู้ พบว่า ปริมาณบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพเช่น นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (speech therapist) นักกิจกรรมบำบัด (Occupational therapist) นักกายภาพบำบัด (Physical therapist) แพทย์เฉพาะทางมีความขาดแคลนอย่างมาก รวมถึงมีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองหลวง มีแนวโน้มสมองไหลสู่ภาคเอกชนเพราะไม่มีกรอบตำแหน่งสำหรับวิชาชีพเหล่านี้ บางจังหวัดไม่มีบุคลากรด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพวิชาชีพใดๆ ส่งผลต่อการเกิดความพิการถาวร คุณภาพชีวิตที่ต่ำ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างคนปกติ⁶

Call for Actions:

- ปรับปรุงบริการด้านสุขภาพคนพิการของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิประโยชน์ บริการ อุปกรณ์ระหว่างคนพิการแต่ละประเภท เพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงคนพิการแต่ละประเภท แต่ละกลุ่มวัยและมีการเชื่อมโยงส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ภาควิชาหน่วยงานควรรวมถึงหน่วยงานภาครัฐ รัฐท้องถิ่นภาคเอกชน และองค์กรคนพิการด้วย
- ควรใช้งบประมาณกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สนับสนุนการสร้างเสริมความเข้มแข็งและการพัฒนาองค์กรด้านคนพิการร่วมกับชุมชนให้สามารถเป็นผู้ให้บริการคนพิการอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานตามที่กำหนด อันจะเป็นการช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการของคนพิการอีกด้วย งบประมาณ

⁵ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2557, การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

⁶ ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ 2558, โครงการวิจัย อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือกเพื่อตอบสนองการจัดบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กพิการ

รัฐควรถูกจัดสรรไปในระดับพื้นที่อย่างเป็นธรรม มีการจัดทำแผนช่วยเหลือคนพิการแต่ละรายร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานด้านสวัสดิการของรัฐเพื่อจัดบริการได้ตรงความต้องการและมีประสิทธิภาพ

9. มาตรฐานความเป็นอยู่และความคุ้มครองทางสังคมอย่างเพียงพอ (ข้อบทที่ 28): ความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการสุขภาพของระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ

“57. คณะกรรมการห่วงใยเรื่องการสูญเสียสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care) เมื่อคนพิการได้รับการจ้างงานและจะต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม

58. คณะกรรมการเสนอแนะว่ารัฐภาคีทำให้คนพิการทุกคนได้รับบริการด้านสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะการจ้างงาน เพื่อที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องด้านความพิการและสามารถทำให้พวกเขาประสบความสำเร็จในมาตรฐานความเป็นอยู่อย่างพอเพียง”

ที่มา:

คนพิการเป็นประชาชนอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ เนื่องจากทั้งสามระบบ (กองทุน) ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีสิทธิประโยชน์สำหรับคนพิการที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน กล่าวคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ท.74) ครอบคลุมอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือคนพิการหลากหลายประเภท ขณะที่กองทุนประกันสังคมสนับสนุนอุปกรณ์ครอบคลุมประเภทความพิการน้อยที่สุด นอกจากนี้ระเบียบหลักเกณฑ์ของกองทุนประกันสังคมทำให้คนพิการได้รับสิทธิประโยชน์ลดลงเมื่อคนพิการได้งานทำ (ซึ่งต้องเข้าสู่ระบบประกันสังคม)⁷

Call for Actions:

- กำหนดมาตรการที่เป็นรูปธรรมในการจัดการให้ระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบที่มีอยู่ในประเทศไทย มีสิทธิประโยชน์ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งการบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และมาตรการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกัน โดยให้มีทั้งมาตรการระยะสั้นและระยะยาวในการลดความเหลื่อมล้ำของทั้งสามระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3 มติ 2 และมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 5 มติ 10)

10. สถิติและการเก็บรวบรวมข้อมูล (ข้อบทที่ 31)

“63. คณะกรรมการห่วงใยเรื่องรัฐภาคีไม่เก็บข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอเพื่อทำให้นำมาดำเนินงานตามอนุสัญญาฯ

64. คณะกรรมการเสนอแนะให้รัฐภาคีทบทวนเรื่องการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์และนำมาใช้ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ และเสนอแนะว่ารัฐภาคีให้ความสำคัญความเชื่อมโยงระหว่างข้อบทที่ 31 ของ

⁷โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.), ปีที่ 3 ฉบับที่ 23 เดือน กุมภาพันธ์ 2558 ที่มา: <http://www.hitap.net/documents/163270>

อนุสัญญาฯ และเป้าประสงค์การพัฒนาอย่างยั่งยืนข้อ 17 เป้าประสงค์ที่ 17.18 เพื่อเพิ่มสภาพความพร้อมของ ข้อมูลที่มีคุณภาพสูง ตรงเวลา และน่าเชื่อถือซึ่งมีการจำแนกรายได้ เพศ อายุ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ สถานะผู้อพยพ ความพิการ ตำแหน่งที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ และคุณลักษณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในบริบทชาติ”

ที่มา:

ฐานข้อมูลของหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับสถิติคนพิการของภาครัฐ คือ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงศึกษาธิการมีความเหลื่อมล้ำ ไม่สอดคล้องกัน ขาดการบริหารจัดการข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและ ไม่ได้นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแต่อย่างใด⁸

Call for Actions:

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลคนพิการระหว่างหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ และเป็นไปเพื่อการเร่งพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ หรือไม่ได้รับการส่งเสริมตามสิทธิ สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 3 มติ 2 ข้อ 2.1.3 เชื่อมต่อฐานข้อมูลคนพิการระหว่างหน่วยงานหลัก โดยมีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นหน่วยประสานงานหลัก
- ทบทวนและปรับปรุงวิธีการสำรวจคนพิการ ให้สอดคล้องกับการจำแนกสากลการทำงานความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health) โดยควรเพิ่มข้อคำถามความพิการในการสำรวจทางสถิติอื่นๆ เช่น Socioeconomic survey, Health and Welfare survey เป็นต้น และเพิ่มข้อคำถามความพิการในการทำสำมะโนประชากรครั้งต่อไปในปี 2560

ข้อสรุป:

พันธกิจที่รัฐบาลไทยต้องปฏิบัติตามข้อสังเกตรายงานฉบับแรกของประเทศไทย (Concluding Observations on the initial report of Thailand) และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) รวมไปถึงรายงานคู่ขนานการปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการของประเทศไทย (Thailand CRPD Alternative Report) ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคนพิการนั้น มีด้วยกันหลายประการ จึงจำเป็นต้องมีกลไกในการขับเคลื่อน ติดตาม และตรวจสอบอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

⁸ ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ 2558, โครงการวิจัย อุปสงค์ อุปทาน และรูปแบบกำลังคนทางเลือกเพื่อตอบสนองการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับเด็กพิการ

ภาคผนวก ข.

- การออกพระราชกฤษฎีกาฉบับที่ ๑๓๘๔ (Legislative Decree No. ๑๓๘๔) ของประเทศเปรู ซึ่งเป็นการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ รวมถึงประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง เพื่อตระหนักถึงขีดความสามารถทางกฎหมายอย่างเต็มที่ของคนพิการทุกคน (legal capacity) รวมถึงการยกเลิกระบบผู้ปกครองคนพิการ (guardianship) และนำระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ (supported decision-making) และการปกป้อง (safeguards) ตามหลักการในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ CRPD มาใช้แทน



LEGISLATIVE DECREE No 1384

LEGISLATIVE DECREE THAT RECOGNIZES AND REGULATES THE LEGAL CAPACITY OF PERSONS WITH DISABILITIES ON EQUAL BASIS

Commentary:

On 4 September 2018, the Peruvian Government published Legislative Decree No. 1384 that recognizes and regulates the legal capacity of persons with disabilities. The reform was adopted by the Executive following the delegation of legislative powers granted by the Congress via Law No. 30823.

The legislative decree adopted, which holds the same status of a law, reforms the Civil Code, the Civil Procedural Code and the Notary Act. It recognizes the full legal capacity of all persons with disabilities, abolishes guardianship for persons with disabilities, removes restrictions on their legal capacity (e.g. to marry or to make a will), and introduces different regimes for supported decision-making. Legislative Decree No. 1384 also recognized the right to reasonable and procedural accommodation in courts and notary offices.

Restrictions to legal capacity remain for persons with addictions ("the habitual drunkards" and "the drug addicts"), "bad administrators", "prodigals", people criminally convicted, and people in a coma who do not have a designated support (although in this last case, the judge will explore support measures). This was a setback for civil society but historically those forms of guardianship (now curatorship) have had little use for a number of reasons: persons with addictions are not usually put under guardianship because mental health legislation permits their involuntary treatment; and to be declared a "bad administrator" or a "prodigal" (archaic legal provisions) a person has to "squander" more than half of their assets or significantly affect their future heirs.

As a result, articles 43 and 44 of the Civil Code, which regulate the capacity to act of persons, have been reformed according to the following terms:

Article 43.- Absolute incapacity

The following are absolutely incapable:

- 1.- Those under sixteen years of age, except for those acts determined by law.

Article 44.- Restricted capacity to act

The following have restricted capacity to act:

- 1.- Those over sixteen and under eighteen years of age.
- 4.- Prodigals.
- 5.- Those who commit bad administration.
- 6.- Habitual drunkards.
- 7.- Drug addicts.
- 8.- Those who suffer penalties that include civil interdiction.

9.- Persons who are in a coma, as long as they have not previously designated a support.

The Peruvian law reform process on legal capacity started in 2008 when civil society drafted and submitted a citizen's initiative for a new General Law on Persons with Disabilities. While the resulting 2012 General Law on Persons with Disabilities, [Law No. 29973](#), recognized the legal capacity of persons with disabilities, it could not be implemented without amending the Civil Code. Therefore, Law No. 29973 foresaw the creation of a Special Committee for the reform of the Civil Code within the Congress, which produced a draft bill. Although the bill was not adopted, it served as the basis for a multi-party bill drafted by civil society and filed in 2016, which has been the main input for the present Executive's legislative decree.

LEGISLATIVE DECREE THAT RECOGNIZES AND REGULATES THE LEGAL CAPACITY OF PERSONS WITH DISABILITIES ON EQUAL BASIS

Article 1.- Amendments of the Civil Code

Amend Articles 3, 42, 44, 45, 140, 141, 221, 226, 241, 243, 389, 466, 564, 566, 583, 585, 589, 606, 610, 613, 687, 696, 697, 808, 987, 1252, 1358, 1994 and 2030 of the Civil Code, in the following terms:

"Article 3.- Legal capacity

Everyone **has the legal capacity to enjoy and exercise their rights.**

The capacity to act can only be restricted by law. Persons with disabilities have capacity to act on an equal basis in all aspects of life."

"Article 42.- Full capacity to act

Everyone over eighteen has full capacity to act. This includes all persons with disabilities, on an equal basis with others and in all aspects of life, regardless of whether they use or require reasonable accommodation or support for the expression of their will.

Exceptionally, those over fourteen and under eighteen who marry, or who exercise parenthood, have full capacity to act. "

"Article 44.- Restricted capacity to act

The following have restricted capacity to act:

(...)

9.- Persons who are in a coma, as long as they have not previously designated a support.

"Article 45.- Reasonable accommodation and support

Any person with a disability who requires reasonable accommodation or support for the exercise of their legal capacity may request or designate them according to their free choice. "

"Article 140.- Notion of legal act: essential elements

A legal act is the declaration of will aimed to create, regulate, modify or extinguish legal relationships. For it to be valid it requires:

1.- Full capacity to act, except for the restrictions provided in the law. "

(...)

"Article 141.- Expression of will

Expression of will can be explicit or tacit. It is explicit when it is done orally, in writing, through any direct means, manual, mechanical, **digital**, electronic, **through sign language or alternative means of communication, including the use of reasonable accommodation or the supports required by the person.**

It is tacit when the will is undoubtedly inferred from an attitude **or repeated conduct in one's life history** that reveals its existence.

It cannot be considered that there is a tacit expression when the law requires an explicit expression or when the agent makes a reservation or expression to the contrary. "

"Article 221.- Causes for voidability

The legal act is void:

1.- By the restricted capacity to act of the person provided in paragraphs 1 to 8 of article 44.

(...)

"Article 226.- Restricted capacity to act for own benefit

When there is more than one subject that integrates the same party, the **restricted capacity to act** of article 44 of one of them cannot be invoked by the other party that integrates the same party, except when the benefit or its object is indivisible."

"Article 241.- Absolute restrictions

The following cannot get married:

2.- Persons with restricted capacity to act provided in article 44 paragraph 9, as long as there is no explicit or tacit expression of will on this matter.

(...) "

"Article 243.- Special prohibitions

Marriage is not allowed between:

1.- The guardian or curator and the minor **or the person with restricted capacity to act of article 44 paragraphs 4 to 7** during the exercise of the position, or before the accounts of the administration are judicially approved, with the exception that the father or the mother of the person subject to the guardianship would have authorized the marriage through a will or public deed.

The guardian who violates the prohibition loses the remuneration to which they are entitled, without prejudice to the responsibility derived from the performance of the position.

(...) "

"Article 389.- Recognition by grandparents

The extramarital child can be recognized by the grandparents of the respective line, in the case of death of the father or mother or when they are included in **article 47** or also when the parents are under fourteen years of age. In this last case, once the adolescent turns fourteen, they can recognize their child.

When the father or mother is included in article 44, paragraph 9, the extramarital child can be recognized through judicially designated support. "

"Article 466.- Causes for suspension of parental authority

Parental authority is suspended:

1. **When the father or mother has restricted capacity to act according to article 44 paragraph 9.**

(...) "

"Article 564.- Persons subject to curatorship

The persons referred to in Article 44 paragraphs 4, 5, 6, 7 and 8 are subjected to curatorship."

"Article 566.- Essential requirement for curatorship

Shall not be appointed curator for persons with restricted capacity to act, referred to in Article 44 paragraphs 4 to 7, without a preceding judicial declaration of interdiction.

"Article 583.- Persons entitled to request interdiction

The interdiction of **the person with restricted capacity to act according to article 44 paragraphs 4 to 7** can be requested by their spouse, their relatives or the National Prosecutor's Office."

"Article 585.- Restriction of capacity due to bad administration

The person who due to bad administration has lost more than half of their assets, having a spouse or obligatory heirs, may be restricted in their **capacity to act. "**

(...)

"Article 589.- Court appointed curator

The curatorship of **persons with restricted capacity to act** referred to in articles 584, 585 and 586 corresponds to the person appointed by the judge, having heard the family council. "

"Article 606.- Situations in which a special curator is required

A special curator is appointed when:

(...)

4.- The interests of **persons subject** to guardianship or curatorship are in opposition to those of their guardians or curators, or to those of other minors or to **persons with restricted capacity to act** who are with them under a common guardian or curator.

5.- Minors or **persons with restricted capacity to act included in article 44 paragraphs 1 to 8**, who have assets far from their home and cannot be suitably administered by the guardian or curator.

(...)"

"Article 610.- Cessation of curatorship for rehabilitation

The curatorship instituted in accordance with **article 44, paragraphs 4 to 7**, ceases by judicial declaration lifting the interdiction.

The rehabilitation can be requested by the curator or by any interested party."

"Article 613.- Rehabilitation of the habitual drunk, the prodigal, the drug addict and the bad administrator

The rehabilitation of the declared person with **restricted capacity to act** in the cases referred to in **article 44, paragraphs 4 to 7**, can only be requested when for more than two years the interdicted person has not given rise to any complaint for acts analogous to those which determined the curatorship. "

"Article 687.- Impossibility to make a will

The following cannot make a will:

(...)

2.- Those included in article 44, paragraphs 6, 7 and 9.

(...)

"Article 696.- Formalities of the will by public deed

The essential formalities of the will made in a public deed are:

(...)

2.- That the will-maker expresses by themselves their will **or, in the case of a person with a disability, with the provision of reasonable accommodation or supports for the expression of will, in the case they require it. If so required, by dictating the will to the notary or personally giving the provisions it should contain in writing.**

(...)

6.- **That, during the reading, at the end of each clause, it is verified whether the content corresponds to the expression of their will. If the will-maker is a person with a disability, they can express their assent or observations through reasonable accommodations or supports if necessary.**

(...)

9.- **That, in cases in which the support for a person with disability is through a beneficiary, the approval of the judge is required.**

"Article 697.- Witness to a will at request

If the will-maker is illiterate, the will must be read twice, once by the notary and once by the witness designated by the will-maker. **If the will-maker does not know or cannot sign, they will do so through the use of the fingerprint, all of which will be**

mentioned in the will. In case there is no fingerprint, the notary must make use of any other means of verification that allows proving the identity of the will-maker. "

"Article 808.- Annulment and voidability of the will

A will made by minors is null. A will made by those persons included in article 687 is voidable."

"Article 987.- Special conventional partition

If any of the co-owners is **a person referred to in article 43 or 44 of the Civil Code** or has been declared absent, the conventional partition is subject to judicial approval, accompanying the appraisal of the property by a third party, with notarized signature, as well as the document that contains the partition agreement, signed by all the interested parties and their legal representatives. Appraisal may be dispensed with when the assets are quoted on the stock exchange or analogous market, or value determined for tax purposes.

(...) "

"Article 1252.- Judicial or extrajudicial consignment

The offer may be judicial or extrajudicial.

It is judicial in cases that have been agreed and also: when it was not established contractually or legally the way to make the payment, when the debtor was prevented from fulfilling the provision in the manner intended for reasons not attributable to them, when the creditor does not perform the necessary collaborative actions so that the debtor can comply with the one that is their responsibility, when the creditor is not known or uncertain, when their address is unknown, when they are absent or **is a person foreseen in article 43 or 44 of the Civil Code** without having a designated representative, curator or **support**, when the credit was disputed or claimed by several creditors and in analogous situations that prevent the debtor from offering or directly making a valid payment.

(...) "

"Article 1358.- Contracts that may be entered into by the person with restricted capacity to act

Persons with restricted capacity to act referred to in Article 44 provisions 4 to 8 may enter into contracts related to the ordinary needs of their daily lives. "

"Article 1994.- Causes of suspension of the statute of limitations

The statute of limitations is suspended:

1.- When **persons with restricted capacity to act referred to in article 44 provisions 1 to 8** do not have their legal representatives.

(...)

5.- Between **the persons with restricted capacity to act referred to in article 44 provision 9 and the people who provide them with necessary support, during the provision of the support.**

(...) "

"Article 2030. Registered acts and resolutions

Registered in this registry are:

1.- Resolutions or public deeds in which the designation of supports and safeguards of natural persons is established or modified.

(...)

9. Resolutions that designate the guardian or the support and those that revoke them.

(...) "

Article 2.- Incorporation of articles, 45-A 45-B and 1976-A to the Civil Code

Incorporate articles 45-A, 45-B and 1976-A to the Civil Code in the following terms:

"Article 45- A.- Legal Representatives

Persons with restricted capacity to act referred to in paragraphs 1 to 8 of article 44 will have a legal representative who will exercise their rights in accordance to the norms related to parental authority, guardianship or curatorship."

"Article 45-B- Designation of supports and safeguards

The following can designate supports and safeguards:

- 1. Persons with disabilities who express their will can count on supports and safeguards designated judicially or notarially.**
- 2. People with disabilities who cannot express their will may have judicially designated supports and safeguards.**
- 3. People who are in a coma who have previously designated a support will keep their designated support.**
- 4. Persons with restricted capacity to act foreseen in paragraph 9 of article 44 will have support and safeguards established by the courts, in accordance with the provisions of article 659-E of the present Code."**

"Article 1976-A.- Responsibility of the person with support

The person who receives support is responsible for their decisions, including those made with such support, with the right to make a claim against them. Persons included in article 44 provision 9 are not responsible for decisions taken with judicially designated support that were carried out with intent or fault."

Article 3.- Incorporation of Chapter Four into Title II of Section Four of Book III of the Civil Code

Incorporate Chapter Four to Title II of Section Four of Book III of the Civil Code in the following terms:

**"CHAPTER FOUR
Supports and safeguards**

Article 659-A.- Access to supports and safeguards

A person of legal age can freely and voluntarily access the supports and safeguards that they consider appropriate to contribute to their capacity to act.

Article 659-B.- Definition of supports

Supports are forms of assistance freely chosen by a person of legal age to facilitate the exercise of their rights, including support in communication, in the understanding of legal acts and their consequences, and the expression and interpretation of the will of the one who requires the support.

The support has no powers of representation except in cases where this is expressly established by decision of the person in need of support or by the judge in the case of Article 659-E.

When the support requires interpreting the will of the person who is being assisted, the criterion of the best interpretation of the will applies, taking into account the life trajectory of the person, previous expressions of will in similar contexts, the information provided by trusted people of the assisted person, the consideration of their preferences and any other consideration relevant to the specific case.

Article 659-C.- Determination of supports

The person requesting the supports determines their form, identity, scope, duration and number of supports. The support can fall on one or more natural persons, public institutions or non-profit legal entities, specialized both in the matter and duly registered.

Article 659-D.- Designation of supports

The person of legal age who requires support for the exercise of their legal capacity can appoint their support before a notary or a competent judge.

Article 659-E.- Exception to the designation of the supports by a judge

Exceptionally, the judge can determine the necessary support for persons with disabilities who cannot express their will and for those with restricted capacity to act, according to provision 9 of article 44. This measure is justified after having made real, considerable and pertinent efforts to obtain an expression of will from the person, and having provided them with measures of accessibility and reasonable accommodations, and when the designation of supports is necessary for the exercise and protection of their rights.

The judge determines the support person or persons taking into account the relationship of cohabitation, trust, friendship, care or kinship that exists between them and the person that requires support. It also sets the term, scope and responsibilities of the support. In all cases, the judge must carry out the pertinent steps to obtain the best possible interpretation of the will and preferences of the person, and considering their life trajectory. Persons convicted of family violence or persons convicted of sexual violence cannot be designated as supporters.

The judicial procedure for determining support exceptionally begins with any person with legal capacity.

Article 659 F.- Designation of supports for the future

Any person over 18 years of age can designate before a notary the necessary supporter or supporters in anticipation of requiring future assistance for the exercise of their legal capacity. Likewise, the person can decide which persons or institutions the designation should not fall upon, as well as the form, scope, duration and guidelines of the support to be received. The document must state the moment or circumstances in which the designation of future support becomes effective.

Article 659-G.- Safeguards for the adequate execution of supports

Safeguards are measures to guarantee respect for the rights, will and preferences of the person receiving support, prevent abuse and undue influence on the part of the person providing such support; as well as avoiding harm or putting at risk the rights of the persons assisted.

The person requesting the support or the intervening judge in the case of article 659-E establish the safeguards that they deem appropriate for the specific case, indicating at the very least the deadlines for the review of the supports.

The judge performs all the necessary hearings and proceedings to determine if the support person is acting in accordance with the mandate and the will and preferences of the person.

Article 659-H- Exemption from management guarantee

The person or persons providing support are exempt from the obligation to guarantee its management, except as provided in article 426. "

Article 4.- Modification of the articles of the Civil Procedure Code

Modify articles 21, 24, 61, 66, 79, 207, 408, 446, 451, 581, 583, 749, 781, 782, 827 of the Civil Procedure Code, in the following terms:

"Article 21.- Regulation of legal capacity

In matters of parental authority, guardianship, curatorship **and designation of supports**, whether or not they deal with contentious matters, competence will be given to the Judge of the place where **persons with disabilities and those foreseen in articles 43 and 44 of the civil code live.**

(...) "

"Article 24.- Optional competence

In addition to the judge of the residence of the defendant, the following is also competent, at the option of the plaintiff:

1. The Judge of the place where the good or assets are located in the case of claims on property rights. The same rule applies in the processes of retraction, supplementary title, acquisitive prescription and rectification or delimitation of areas or boundaries, expropriation, eviction, **curatorship and designation of supports**. If the claim is about several properties located in different places, the judge of any of them will be competent;

(...) "

"Article 61.- Procedural curatorship

The procedural guardian is a lawyer appointed by the Judge at the request of the interested party, who intervenes in the proceedings in the following cases:

(...)

2. When the procedural relationship cannot be established or is suspended due to the **restricted capacity to act** of the party or their legal representative;

3. When there is a lack, absence or impediment of the **representative of the person with restricted capacity to act**, as provided in article 66; or

(...) "

"Article 66.- Lack, absence or impediment of the representative of the person with restricted capacity to act

In case of lack, absence or impediment of the **person with restricted capacity to act**, the following rules apply:

1. When the **person with restricted capacity to act** has no legal representative or they are absent and the need to appear in a proceeding arises, they will present it to the Judge in order to be appointed a procedural curator or confirm the one they appointed, if deemed appropriate.

2. When the claim is directed against a **person with restricted capacity to act** who lacks a representative or whose representative is absent, the Judge will appoint a procedural curator or confirm the one proposed by the person with restricted capacity to act, if deemed appropriate.

3. The Judge will appoint a procedural curator for the **person with restricted capacity to act** who intends to sue their legal representative, or who is sued by them, or will confirm the one proposed by the **person with restricted capacity to act**, if appropriate.

4. The appointment of a procedural curator shall also be made when the Judge is made aware of the appearance of a conflict of interest between the **person with restricted capacity to act** and their legal representative, or will confirm the one proposed by the person with **restricted capacity to act**."

"Article 79.- Effects of the cessation of representation

(...)

In case of death or declaration of absence, **determination of restriction of the capacity to act** of the representative or attorney, removal or cessation of appointment of the legal representative of a **person with restricted capacity to act** and similar circumstances, the process will be suspended for a period maximum of thirty days, while a representative or procedural curator is appointed."

"Article 207.- Circumstantial restricted capacity to act

At the discretion of the Judge, a person summoned will not participate in a hearing if at the time of its execution **they are in a coma, according to provision 9 of Article 44 of the Civil Code, provided that they have not previously designated a support.**

The Judge will take the measures that the circumstances advise, leaving a record in the minutes of their decision. "

"Article 408.- Merits of the consultation

The consultation only proceeds against the following resolutions of first instance that are not appealed:

2.- The one that declares the interdiction and the appointment of guardian, curator or **support designation;**

(...) "

"Article 446.- Proposed exceptions

The defendant can only propose the following exceptions:

(...)

2.- Lack of capacity to act of the plaintiff or their representative, **according to article 43 of the Civil Code.**

(...)

14.- Lack of legal representation **or support for restricted capacity to act of the plaintiff or their representative, according to article 44 of the Civil Code. "**

"Article 451.- Effects of exceptions

(...)

1. Suspend the proceedings until the appearance of the plaintiff included in the cases of articles 43 and 44 of the Civil Code, legally assisted or represented, within the term established by the decision, if it concerns the exception of the lack of capacity of the plaintiff or their representative.

(...) "

"Article 581.- Merits

The request for interdiction proceeds in the cases provided for in **article 44, provisions 4 to 7 of the Civil Code.**

The lawsuit is directed against the person whose interdiction is requested, as well as those who having the right to request it have not done so."

"Article 583.- Special case

In the case of a person referred to in **article 44, provisions 4 to 7 of the Civil Code**, when they constitute a serious danger to public peace, the claim may be presented by the Public Prosecutor's Office or by any other person."

"Article 749.- Procedure

The following matters are processed in a non-contentious proceeding:

(...)

13. The designation of supports for persons with disabilities.

14. Those that the law indicates."

"Article 781.- Merits

This is the proceeding concerning the adoption of persons of legal age.

If the alleged adoptee is a **person foreseen in article 44 of the Civil Code**, the intervention of their representative **or supporter** is required. If this person is the adopter, the request will be considered by the Public Prosecutor's Office."

"Article 782.- Admissibility

In addition to the provisions of article 751, the person who wants to adopt another will provide:

(...)

6. Sufficient guarantee granted by the adopter, at the Judge's discretion, if the adopted was a **person foreseen in article 43 or 44 of the Civil Code.**"

"Article 827.- Active legitimacy

The request is made by:

1. The legal representative **or the supporter of a person referred to in article 43 or 44 of the Civil Code** and, in the absence of that person, by any of their relatives up to the fourth degree of kinship or second degree of affinity, for the rectification of the birth certificate."

Article 5.- Incorporation of article 119-A in the Civil Procedure Code

Incorporate article 119-A in the Civil Procedure Code, in the following terms:

"Article 119-A.- Right to accommodations in the proceedings

All procedural acts must be accessible to the parties. Persons with disabilities have the right to have reasonable accommodations and procedural accommodations, in accordance with their requirements, to facilitate their participation in all judicial proceedings."

Article 6.- Incorporation of Subchapter 12 to Title II of Section Six of the Civil Procedure Code

Incorporate Subchapter 12 into Title II of the Sixth Section of the Civil Procedure Code, in the following terms:

"Sub chapter 12: Establishment of supports and safeguards

Article 841.- Procedure

Applications for support and safeguards are processed before the competent judge or notary.

Article 842.- Applications for support and safeguards

Applications for support and safeguards are initiated at the request of the person according to article 659-A of the Civil Code.

Article 843.- Applications by any person

In the cases of persons referred to in article 44 paragraph 9 and article 45-B provision 2 of the Civil Code, the application can be made by any person in accordance with article 659-E of the Civil Code.

Article 844.- Applicant with a disability

In the case that the applicants are a person with a disability:

In addition to the provisions of article 751, the request is submitted with:

- a) The reasons that motivate the application.**
- b) The disability certificate that certifies the disability status of the person requesting the support or safeguard.**

Article 845.- Duty of the Judge

The judge makes all the modifications, adjustments and accommodations in the proceeding to guarantee the expression of the will of the person with a disability.

Article 846.- Content of the application

The application contains indications with respect to who will be the persons or institutions that would act as supporters, to which legal acts they are limited and for how long they take effect.

Article 847.- Content of the final resolution

The final resolution should indicate who the support person, persons or institutions would be, to which legal acts they are limited, for how long they will take effect and what are the safeguard measures, if necessary. Such resolution is registered in the Personal Registry in accordance with article 2030 of the Civil Code.

Additionally, the final resolution is written in an easy to read format where its contents are summarized and transcribed in simple and clear language, according to the needs of the person with a disability. "

Article 7.- Modification of articles 30 and 54 of Legislative Decree No. 1049, Legislative Decree on Notaries

Amend articles 30 and 54 of Legislative Decree No. 1049, Legislative Decree on Notaries, in the following terms:

"Article 30.- Application of other languages

When any of the interested parties does not know the language used in the issuance of the instrument, the notary requires the intervention of an interpreter, appointed by the party who does not know the language, who makes the simultaneous translation, declaring under their responsibility, within the public instrument, the conformity of the translation.

Likewise, the intervention of an interpreter for the deaf or a guide-interpreter for deafblind people should be ensured, if necessary.

The notary, upon express and written request of the grantor, inserts the text in the language of the interested party or adheres it, in a legalized copy notarized, to the original instrument, making mention of this fact."

"Article 54.- Content of the Introduction

The introduction expresses:

(...)

g) The indication of the intervention of **a person**, brought by the grantor, in the case that the latter is illiterate, does not know or cannot sign, without prejudice to the fact that they print their fingerprint. This person does not have the limitation of kinship that this Law requires for the case of the intervention of witnesses.

(...)

i) The indication of intervention of supports, persons who are supporters do not have the limitation of kinship that this Law requires for the case of intervention of witnesses.

j) The indication of the reasonable accommodations and safeguards required by a person with a disability.

k) The indication of extending the instrument with or without minutes."

Article 8.- Incorporation of provision q) to article 16 of Legislative Decree No. 1049, Legislative Decree on Notaries

Incorporate provision q) to article 16 of Legislative Decree No. 1049, Legislative Decree on Notaries, in the following terms:

"Article 16.- Obligations of the Notary

(...)

q) Provide the necessary accessibility measures, reasonable accommodations and safeguards that the person requires.

(...) "

Article 9. Countersign

This Legislative Decree is endorsed by the President of the Council of Ministers, the Minister of Justice and Human Rights and the Minister of Women and Vulnerable Populations.

FINAL SUPPLEMENTARY PROVISIONS

First.- Regulation on reasonable accommodations, supports and safeguards

By Supreme Decree, on the proposal of the Ministry of Women and Vulnerable Populations and in coordination with the Ministry of Justice and Human Rights, the provision of reasonable accommodations, designation of supports and implementation of safeguards established in this law will be regulated in a term not greater than one hundred and eighty (180) calendar days, counted from the day following the publication in the Official Gazette El Peruano.

Second.- Restoration of the capacity to act of the interdicted persons

Any person can request the reversal of the interdiction of persons with disabilities, issued prior to the entry into force of this law, by the designation of supports and safeguards.

Third.- Support and safeguards for the persons referred to in provisions 6 and 7 of article 44 of the Civil Code

The persons referred to in provisions 6 and 7 of article 44 of the Civil Code who have a disability certificate can designate supports and safeguards for the exercise of their legal capacity.

TRANSITIONAL COMPLEMENTARY PROVISIONS

First.- Transition to the system of supports and safeguards

The Judge transforms the following processes into one of supports and safeguards:

- a) Those proceedings of interdiction that have a final sentence where a curator has been appointed for a person with a disability. In these cases, with the entry into force of this law, persons with disabilities have the capacity to hold and to act, being applicable the rules established in Chapter Four to Title II of Section Four of Book III of the Civil Code.
- b) Those ongoing proceedings of interdiction, initiated prior to the entry into force of this law. In these cases, the processing of the proceedings is suspended and the rules established in Chapter Four to Title II of the Fourth Section of Book III of the Civil Code apply.

The Executive Council of the Judiciary establishes the rules and procedures necessary for the correct functioning of the transition to the system of support in mandatory compliance with the social model of disability.

Second.- Elimination of the requirement of interdiction

All public and/or private entities adapt their administrative procedures, under their responsibility, within a period not greater than one hundred and twenty (120) calendar days, counting from the day following the publication in the Official Gazette El Peruano of this Legislative Decree.

COMPLEMENTARY REPEALING PROVISION

Only. Repeal

The following normative provisions are repealed:

- a) Provision 2 of article 43, provisions 2 and 3 of article 44, provision 2 of article 219, provision 3 of article 241, provisions 1 and 2 of article 274, provision 1 of article 565, provision 3 of article 599 and provision 3 of article 687 of the Civil Code.
- b) Articles 228, 229, 569, 570, 571, 572, 578, 580, 581, 582, 592, 612, 614, 1975 and 1976 of the Civil Code.
- c) Provision a) of article 56 of the Legislative Decree No. 1049, Legislative Decree on Notaries.

ภาคผนวก ค.

- รายชื่อคณะกรรมการสังคม กิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ด้อยโอกาส
- รายชื่อที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการ และเลขานุการประจำคณะกรรมการ
- รายชื่อที่ปรึกษากิตติมศักดิ์คณะกรรมการ
- รายชื่อคณะอนุกรรมการ

**คณะกรรมการการสังคม เด็ก เยาวชน สตรี
ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สภานิติบัญญัติแห่งชาติ**

๑. นายวัลลภ ตังคณานูรักษ์	ประธานคณะกรรมการ
๒. นายมณฑิเตอร์ บุญตัน	รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. นางสาวรณิ สิริเวชชะพันธ์	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง
๔. คุณหญิงทรงสุตา ยอดมณี	รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม
๕. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ	เลขาธิการคณะกรรมการ
๖. พลตำรวจเอก พงศพัศ พงษ์เจริญ	โฆษกคณะกรรมการ
๗. นายแถมสิน รัตนพันธุ์	กรรมการและที่ปรึกษา
๘. พลตรี จารึก อารีราชการันย์	กรรมการและที่ปรึกษา
๙. พลเรือเอก สุรศักดิ์ หุ่นเรืองรมย์	กรรมการและที่ปรึกษา
๑๐. พลเอก วีรฉัตร ฉันทศาสตร์โกศล	กรรมการและที่ปรึกษา
๑๑. นางกาญจนารัตน์ สิวโรจน์	กรรมการ
๑๒. รศ.กิตติชัย ไตรรัตนศิริชัย	กรรมการ
๑๓. พลเอก ธีระวัฒน์ บุญยะประดับ	กรรมการ
๑๔. พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ	กรรมการ
๑๕. นายปรีชา วัชรภักย์	กรรมการ
๑๖. พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรดม	กรรมการ
๑๗. พลเอก ไพชยนต์ คำทันเจริญ	กรรมการ
๑๘. นายยุทธนา ทัพเจริญ	กรรมการ
๑๙. พลเอก ยุทธศิลป์ โดยชื่นงาม	กรรมการ
๒๐. พลเอก สกล ชื่นตระกูล	กรรมการ
๒๑. พลเอก สรรชัย อจลานนท์	กรรมการ
๒๒. พลเอก อุดุลยเดช อินทะพงษ์	กรรมการ
๒๓. พลเอก อรุณ สมตน	กรรมการ
๒๔. พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์	กรรมการ

ที่ปรึกษา ผู้ชำนาญการ นักวิชาการ และเลขานุการประจำคณะกรรมการ

- | | |
|------------------------------------|----------------------------|
| ๑. นางจิราภรณ์ เล้าเจริญ | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๒. นายเฉลิมชัย ยอดมาลัย | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๓. นางพวงแก้ว กิจธรรม | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๔. นายสมชาย เจริญอำนวยสุข | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๕. นายอภิวัชร บัวพันธ์ | ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการ |
| ๖. นายนิวัฒน์ กาญจนภูมินทร์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๗. นางพรรณรัตน์ เกரியวัฒนา | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๘. นายวงศ์พันธ์ วัฒนยพัต | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๙. นายวิญญู พิทักษ์ปรกรณ์ | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๐. นางอำไพวรรณ ตรีสกุล | ผู้ชำนาญการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๑. รองศาสตราจารย์อภัยชัย รัตนอุบล | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๒. นางงามจิต แต่สุวรรณ | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๓. นางนฤมล ล้อมทอง | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๔. นางรัตนา สัยยะนิฐี | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๕. นางอาทิตยา นรารวัชร | นักวิชาการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๖. พลโท จริญญา พันธุนนท์ | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๗. นายชาติตรี ฤทธิ์ทอง | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๘. นายบุญชัย ตั้งจิตดำรงรัตน์ | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๑๙. นางญานิน วังซ้าย | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๐. นางธนันทธร นิธิธีรพัชร | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๑. นางปนัดดา รักษาแก้ว | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๒. นายรณฤทธิ์ มงคลรัตน์ | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๓. นางรัชดา บุญยุบล | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๔. นางรัตนา ตฤณารังสี | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๕. นาวาเอกหญิง วิชุดา วารุณประภา | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๖. นาวาโท สายชล ช้างน้อย | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |
| ๒๗. นายสืบสวัสดิ์ วุฒิวรดิษฐ์ | เลขานุการประจำคณะกรรมการ |

ที่ปรึกษาภคิตติมศักดิ์คณะกรรมการธิการ

๑. นายกันติพจน์ สิริภักดีสกุล
๒. นางกัระณา สุมาวงศ์
๓. นายเกียรติศักดิ์ เทพผดุงพร
๔. นางจันทิรา กิตติฐิติกุล
๕. นางสาวฐาปนี สุขสำราญ
๖. นายนิติ ถาวรวิชัย
๗. พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว
๘. นางสาวเบญจวรรณ อานเป็รื่อง
๙. นางผาณิต พุนศิริวงศ์
๑๐. นางเพ็ญพักตร์ ศรีทอง
๑๑. พลตำรวจโท ภาสกร รักษ์กุล
๑๒. นายสมบูรณ์ วราห์บัณฑิตวิทย์
๑๓. พันเอก สรศักดิ์ อนันตสมบูรณ์
๑๔. พลตำรวจโท สันติ เพ็ญสูตร
๑๕. นายสุรวัฒน์ ชมพูพงษ์
๑๖. นายอโณทัย ฤทธิปัญญาวงศ์
๑๗. พลโท อัครชัย จันทระโตษะ
๑๘. พลอากาศตรี อิศพร คณะเจริญ
๑๙. นายเอกพิทยา เอี่ยมคงเอก

คณะอนุกรรมการกิจการเด็ก และเยาวชน

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ๑. คุณหญิงทรงสุดา ยอดมณี | ประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒. พลตำรวจเอก พงศพัศ พงษ์เจริญ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. พลเอก สรรชัย อจลานนท์ | รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นางเพ็ญศรี เคียงศิริ | อนุกรรมการ |
| ๖. รศ. คุณหญิงวินิตา ดิถียนต์ | อนุกรรมการ |
| ๗. นางธัชกร เหมะจันท | อนุกรรมการ |
| ๘. นางสาวอนอมขวัญ ฦ ป้อมเพชร | อนุกรรมการ |
| ๙. นางเทพวัลย์ ภรณวลัย | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นายบุรินทร์ สุขพิศาล | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นางนฤมล ล้อมทอง | อนุกรรมการและโฆษก |
| ๑๒. นายกันติพจน์ สิริภักดีสกุล | อนุกรรมการและเลขานุการ |
| ๑๓. นายแถมสิน รัตนพันธุ์ | ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๔. พลเอก ยุทธศิลป์ โดยขึ้นงาม | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๕. รองศาสตราจารย์อรรถชัย รัตนอุบล | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๖. นายวิญญู พิทักษ์ปกรณ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๗. นางธนนันท์ธร นิธิธีรพัชร | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๘. นายเฉลิมชัย ยอดมาลัย | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๑๙. นายภูมิสรรค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๐. นางสาวพรทิพย์ เตชะสมบูรณาจิก | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๑. นางธิดาเพ็ญ ทวีศรี | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๒. นายพันธุ์ เจตณลิน | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๓. นายวงศกร ภูทอง | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๔. นายอิทธิพล สงวนดีกุล | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๕. นายสัชญา สติรพงษ์สุทธิ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๖. นายเกษมศักดิ์ สีหพิทักษ์ | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๗. นายโยธิน ทองพะวา | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒๘. ประธานสภาเด็กและเยาวชน | ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| แห่งประเทศไทย | |

คณะอนุกรรมการกิจการสตรี

๑. นางสาวรณิ สิริเวชชะพันธ์	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. นางกาญจนารัตน์ ลีวิโรจน์	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. พลเอก วีรณ ฉันทศาสตร์โกศล	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
๔. พลเอก ยุทธศิลป์ โดยชื่นงาม	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สาม
๕. นางสุชาดา นันทะพานิชสกุล	อนุกรรมการ
๖. นางสาวสุชาดา เมฆรุ่งเรืองกุล	อนุกรรมการ
๗. นางสุทิตินี เมธิประภา	อนุกรรมการ
๘. นายพิสุทธิ ทรัพย์วิจิตร	อนุกรรมการ
๙. นายสืบสวัสดิ์ วุฒิวรดิษฐ์	อนุกรรมการ
๑๐. นางรัตนา สัยยะนิฐี	อนุกรรมการ
๑๑. นางเกณิกา เฟื่องฟู	อนุกรรมการ
๑๒. พลตรี วีระศักดิ์ นาทะสิริ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๓. นางกัระณา สุมาวงศ์	ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๔. พลตรี เปรมชัย สโรบล	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๕. นายราชันย์ บุญธิมา	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๖. นายเกียรติศักดิ์ เทพผดุงพร	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๗. นางอำไพวรรณ ตรีสกุล	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๘. นายสุรวัฒน์ ชมภูพงษ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๙. นางพรรณรัตน์ เกรียงวัฒนา	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๐. นางกรรณิการ์ จรัสอุไรสิน	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการกิจการผู้สูงอายุ

๑. พลเรือเอก พลวัฒน์ สีโรตม	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. พลเอก ธีระวัฒน์ บุญยะประดับ	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. พลเอก อรุณ สมตน	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
๔. รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์	อนุกรรมการ
๕. พลเอก บุญลือ วงษ์ท้าว	อนุกรรมการ
๖. นางธิดา ศรีไพพรรณ	อนุกรรมการ
๗. พลโท กิจจา ศรีทองกุล	อนุกรรมการ
๘. พลตำรวจโท ภาสกร รักษ์กุล	อนุกรรมการ
๙. นายนิวัฒน์ กาญจนภูมิินทร์	อนุกรรมการ
๑๐. นาวาโท สมพล มหาสิงห์	อนุกรรมการ
๑๑. นาวาโท พัชระ ไม้หอม	อนุกรรมการ
๑๒. นางเมธินี รัตสาร	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๓. พลเอก สกล ชื่นตระกูล	ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๔. ศาสตราจารย์สม จาตุศรีพิทักษ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๕. พลโท จริญญา พันธุนนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๖. นางสาวอรุณโรจน์ เลี่ยมทอง	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๗. พลอากาศตรี อีทพร คณะเจริญ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๘. รองศาสตราจารย์อาชัญญา รัตนอุบล	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๙. รองศาสตราจารย์ศรีรินทร์ เกรย์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๐. นาวาเอกหญิง วิชุดา วารุณประภา	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๑. พันเอก สรศักดิ์ อนันตสมบุรณ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๒. พันเอกหญิง สิรินพรรณ ศรีกุลวงษ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๓. นายชาติรี ฤทธิทอง	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๔. นายดำรงชัย พุ่มสงวน	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุทธิดา ชวนวัน	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

คณะอนุกรรมการกิจการคนพิการ

๑. นายมณฑิร บัญตัน	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. พลตำรวจเอก เอก อังสนานนท์	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. นายกิตติศักดิ์ รัตนวราหะ	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
๔. ศาสตราจารย์วิริยะ นามศิริพงศ์พันธุ์	อนุกรรมการ
๕. นางสาวเครือวัลย์ เทียงธรรม	อนุกรรมการ
๖. นายรัตน์ กิจธรรม	อนุกรรมการ
๗. นางสาววันทนี พันธ์ชาติ	อนุกรรมการ
๘. นายวิฑูต บุณนาค	อนุกรรมการ
๙. นายสุชาติ โอวาทวรรณสกุล	อนุกรรมการ
๑๐. นางอาทิตยา นรารวัชร	อนุกรรมการ
๑๑. นางพวงแก้ว กิจธรรม	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑๒. นายธีรยุทธ สุขคนธวิท	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓. พลอากาศเอก ชนัท รัตนอุบล	ประธานที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๔. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๕. นายต่อพงศ์ เสลานนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๖. นางธนาภรณ์ พรหมสุวรรณ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๗. นางนุชจारी คล้ายสุวรรณ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๘. นางเบญจมา ชลธารนนท์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๑๙. นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๐. นางพิมพ์พา ขจรธรรม	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๑. แพทย์หญิงวัชรา ธีวโพบูลย์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๒. นายศุภชีพ ดิษเทศ	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๓. นายสมชาย เจริญอำนาจสุข	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒๔. นายสุภรธรรม มงคลสวัสดิ์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสังคม
เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

๑. นางสาวศิริพร ภิญโญสิริธร	ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการ การพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส
๒. นางธนยา สิงห์มณี	นิติกรชำนาญการ
๓. นางสาวพิมพ์ปฎยา อติสิราวัชร	นิติกรชำนาญการ
๔. นางสาวเพชรรัตน์ ฉัตรเพชร	วิทยากรชำนาญการ
๕. นางจิตตินันท์ ศิริอังกานนท์	วิทยากรชำนาญการ
๖. นางสาวฉัตรสุดา ศิริวงศ์	นิติกรปฏิบัติการ
๗. นางสาวจิณณพัทธ์ ไชวิเชียร	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
๘. นายสุริยะ อุปลาบัติ	นักวิชาการสนับสนุนงานวิชาการ
๙. นางสาวสโรชา แก่นจำปา	นักวิชาการสนับสนุนงานวิชาการ
๑๐. นางสาวนธิดา ศรีอุตะ	พนักงานสนับสนุนการประชุม
๑๑. นายรุ่งเพชร งามพร้อม	พนักงานสนับสนุนการประชุม

กลุ่มงานคณะกรรมการการพัฒนาสังคมและกิจการเด็ก
เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๕ - ๖ โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๖



ออกแบบและพิมพ์ที่ สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฎิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
๐ ๒๕๒๔๔ ๑๕๖๑, ๐ ๒๕๒๔๔ ๑๗๔๑, ๐ ๒๕๒๓๑ ๙๔๗๒, ๐ ๒๕๒๓๑ ๙๔๗๕

