วารสารสมาคมโรคไต
แห่งประเทศไทย
JNST
Vol. 6 No. 1
Jan.-Apr. 2000

ผู้มีรายได้น้อย กับการเข้าถึงบริการทดแทนไต : วิเคราะห์และข้อเสนอเชิงนโยบาย

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
วิชช์ เกษมทรัพย์
สุวรรณา มูเก็ม
โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ในประเทศไทย 76.7% ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease, ESRD) ไม่สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไต เพราะเป็นบริการที่มีราคาแพงจนอาจทำให้ผู้ป่วยล้มละลาย (catastrophic illness) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรายงานว่ามีผู้ป่วย ESRD ที่สามารถเข้าถึงบริการประมาณ 54.4 รายต่อล้านประชากร[3] ในจำนวนนี้ กว่าครึ่งในโรงพยาบาลรัฐ เป็นผู้ที่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สามารถใช้บริการฟอกเลือด การล้างช่องท้อง และเปลี่ยนไตได้ ผู้ประกันตนตามระบบประกันสังคมได้รับการคุ้มครองเฉพาะการฟอกเลือด 2 ครั้งต่อสัปดาห์และเบิกค่ารักษาได้ไม่เกินครั้งละ 1,500 บาท ทั้ง 2 ระบบครอบคลุมประชาชนที่มีสิทธิประมาณ 13 ล้านคน (7 ล้านคนในสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และ 6 ล้านคนจากประกันสังคม) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้มีสิทธิในสวัสดิการดังกล่าวก็ต้องหาทางช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และต้องเสียชีวิตในที่สุด

ประมาณการความชุกของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงบริการทดแทนไตในประเทศไทยไว้ที่ 200 รายต่อล้านประชากร หรือประมาณ 12,000 คน จะมีผู้ป่วยไตวายที่มีระบบสวัสดิการคุ้มครอง (13 ล้านคน) ประมาณ 2,600 ราย ที่ได้รับการคุ้มครองบริการทดแทนไต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฟอกเลือด ประชากรอย่างน้อยอีกประมาณ 9,400 ราย ซึ่งอยู่ภายใต้ โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปร.) หรือเป็นประชาชนกลุ่มอื่นที่ไม่มีสวัสดิการใดๆ จะไม่สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตได้ คณะกรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ขอให้คณะกรรมการ กสปร.กลาง พิจารณาให้ผู้ป่วย สปร. ที่เป็น ESRD เข้าถึงบริการฟอกเลือดได้ตามความเหมาะสม

บทความนี้ได้เสนอปฏิรูปเกณฑ์การเข้าถึงบริการทดแทนไต ซึ่งปัจจุบันใช้ความสามารถในการจ่ายเงินหรือการมีสวัสดิการ สามารถเบิกได้ ไปเป็นเกณฑ์ใหม่ซึ่งให้ความสำคัญต่อผลตอบแทนสุขภาพ (health outcome) สูง และผู้ป่วยเหมาะสมทางคลินิกสามารถเปลี่ยนไตได้ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ที่สำคัญคือประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative efficiency) ดังนั้น ไม่ว่าผู้ป่วยกลุ่มใด (ข้าราชการ ประกันสังคม รายได้น้อย หรือไม่มีสวัสดิการใดๆ) ให้ใช้เกณฑ์ใหม่เป็นเครื่องคัดกรอง เพื่อเข้าถึงบริการทดแทนไตที่จ่ายจาก public fund 4 ก้อน ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม สปร. และเงินบริจาค

องค์กรวิชาชีพเป็นผู้จัดทำร่างเกณฑ์ใหม่นี้ เพื่อให้สังคมได้ให้ความคิดเห็น (public debates) และตัดสินใจว่าต้องการไปในทิศทางใด

1. ความเป็นมา

ชุดของสิทธิประโยชน์สำหรับผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูลนั้น ได้ยกเว้นการเข้าถึงบริการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) กรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ได้มีหนังสือทารือมายังกระทรวงสาธารณสุข ขอให้พิจารณาทบทวนนโยบาย เพื่อให้ผู้ป่วยผู้มีรายได้น้อยฯ สามารถเข้าถึงบริการฟอกเลือด หรือบริการทดแทนไตอื่นได้ เท่าเทียมกับกลุ่มอื่น เช่น สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและผู้ประกันตนในพรบ. ประกันสังคม ข้อเสนอของกรรมาธิการสาธารณสุขเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญยิ่ง (prime mover) ในอันที่จะนำไปสู่การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้า (universal coverage) สำหรับคนไทยทุกคน เพราะผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ไม่ว่า ยากดี มีจน จะดิ้นรนเข้ามาเป็นสมาชิก ภายใต้โครงการผู้มีรายได้น้อยฯ นโยบายนี้ จะมีผลกระทบต่อการคลังในระบบสาธารณสุขอย่างมาก ทั้งนี้เพราะค่ารักษาพยาบาลสำหรับการฟอกเลือดค่อนข้างสูงมาก

การตัดสินใจเชิงนโยบาย จะต้องทำด้วยความระมัดระวัง ถึงผลกระทบระยะยาวในอนาคต เพราะเมื่อได้สิทธิแล้ว การจะถอนกลับคืนเป็นสิ่งที่สวนทางความรู้สึกของประชาคมมาก และจะเป็นเรื่อง "กลืนไม่เข้า คายไม่ออก" และเป็นปัญหาระยะยาว แก้ไขได้ยากต่อไป

สมชาย จิตเป็นธม[1] ประมาณการค่าใช้จ่ายที่ประชาชนจะต้องจ่ายถ้ามีการตั้งกองทุนคุ้มครองผู้ป่วย ESRD โดยใช้จากข้อมูลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั่วประเทศไทย 331 รายต่อล้านประชากร และถ้าค่าใช้จ่ายในการล้างไตประมาณ 436,800 บาทต่อปี การจะจัดให้มีประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทยโดยสมาชิกของกองทุนมีการกระจายของประชากรแบบปกติ (normal distribution) ผู้ที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกองทุนประกันนี้จะเสียค่าสมาชิกเพียงปีละ 145 บาท บวกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตรวจค้นหาโรคอีก 150-200 บาทต่อปี กองทุนก็จะสามารถดำเนินการอยู่ได้[1] ซึ่งถือเป็นอีกประกายความคิดหนึ่งของแพทย์ไทยที่พยายามหาทางออกให้กับผู้ป่วยที่ทุกข์ยากจากการเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงจนทำให้ถึงกับล้มละลาย (financial catastrophic illness) นี้โดยเอาแนวคิดการประกันสุขภาพมาใช้

ผู้เขียนซึ่งกำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การใช้ทรัพยากรสำหรับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทย ได้วิเคราะห์นโยบาย และนำเสนอให้กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ความเห็นไปยัง คณะกรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ไปแล้ว เมื่อเดือนกรกฎาคม 2542 ผู้เขียนเห็นว่า เรื่องนี้ มีความสำคัญต่อนโยบายระยะยาวเกี่ยวกับการให้บริการทดแทนไต แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะได้เผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายนี้ในวงกว้าง เพื่อกระตุ้นให้มีการอภิปรายโดยสาธารณชน (public debate) ทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหลาย ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ผู้จ่ายเงินในระบบสาธารณสุขได้แก่รัฐบาลสำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลางสำหรับสวัสดิการข้าราชการฯ บริษัทประกันสุขภาพเอกชน ผู้ให้บริการได้แก่ อายุรแพทย์และแพทย์โรคไต ผู้แทนวิชาชีพได้แก่ แพทยสภา ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ สมาคมโรคไต มหาวิทยาลัย องค์กรสาธารณประโยชน์ กรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา นักการศาสนา เป็นต้น เพื่อให้ความเห็นประกอบการพัฒนานโยบายในเรื่องนี้ต่อไป

โครงสร้างของบทความนี้ ประกอบด้วย ตอนที่หนึ่งเป็นบทนำ ตอนที่สองเป็นการสังเคราะห์ข้อเท็จจริงทั้งในด้านอุปสงค์, อุปทานของบริการ, การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของระบบบริการทดแทนไต ตอนที่สามเป็นข้อเสนอสำหรับบริการทดแทนไตในประเทศไทย โดยเฉพาะระบบบริการ การคลัง และองค์กรรับผิดชอบ ตอนสุดท้ายเป็นข้อเสนอ

ของกรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎรเพื่อให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณา และข้อเสนอเชิงนโยบายของผู้เขียนที่เสนอไปยังกรรมาธิการสาธารณสุขผ่านกระทรวงสาธารณสุข ตอนสุดท้ายเป็น ปัจฉิมพากษ์เกี่ยวกับความเคลื่อนไหว ณ เดือน ธันวาคม 2542 เรื่องการขยายความคุ้มครองฟอกเลือดไปยังผู้มีรายได้น้อยฯ

2. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ ESRD

2.1 ด้านอุปสงค์ต่อบริการ (demand side)

1. ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีระบบหรือฐานข้อมูลใดที่สามารถระบุความชุกและอุบัติการ (prevalence and incidence)ของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างแท้จริง แต่มีความพยายามของสมาคมโรคไต ในการพัฒนาระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุด และข้อมูลรายงานการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไตในประเทศไทยของสมาคมโรคไตประจำปี 2540 พบว่า ผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไต (renal replacement treatment) มีประมาณ 54.4 รายต่อล้านประชากร[3]

2. เมื่อปรับด้วยตัวเลขว่า มีผู้ป่วยอีกประมาณ 76.7%[8] ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายไม่สามารถเข้าถึงบริการ* ได้ ความชุกของไตวายเรื้อรังน่าจะเป็น 200 รายต่อล้านประชากร หรือประมาณ 12,000 รายทั่วประเทศ ในปี 2542 (คิดจากประชากร 60 ล้านคน)

3. ข้อมูลความชุกขึ้นอยู่กับอุบัติการและระยะเวลาเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับการรักษา

4. ผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ มีจำนวนประมาณ 7 ล้านคน และผู้ประกันตน ภายใต้ พรบ.ประกันสังคม อีกประมาณ 6 ล้านคน รวมเป็น 13 ล้านคน ถ้าคิดจากตัวเลขประมาณการความชุก 200 รายต่อประชากร 1 ล้านคน จะมีผู้ป่วยไตวายที่มีระบบสวัสดิการคุ้มครองประมาณ 2,600 รายที่ได้รับการคุ้มครองบริการทดแทนไต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การฟอกเลือด ผู้ป่วย ESRD อย่างน้อยที่สุด อีกประมาณ 9,400 ราย (12,000 - 2,600 = 9,400) ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสวัสดิการใดๆ และน่าจะเสียชีวิตในระยะเวลา 6 เดือน

2.2 ด้านอุปทานบริการ (supply side)

1. บริการทดแทนไตสามวิธีคือ การฟอกเลือด (hemodialysis, HD) การล้างช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) และการผ่าตัดเปลี่ยนไต (renal transplant, RT) นั้น RT เป็นวิธีการที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด[4] แม้ว่าค่าใช้จ่ายในช่วงปีแรกของการรักษาจะสูงกว่าแต่ในระยะยาวค่าใช้จ่ายจะต่ำกว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีกว่าวิธีการทำไตเทียมแบบล้างโลหิต หรือ ล้างช่องท้อง ปัญหาของการผ่าตัดเปลี่ยนไตคือ การขาดแคลนไตบริจาคทั้งจาก living related และ cadaveric การเปลี่ยนไตในประเทศไทยจึงมีสัดส่วนประมาณไม่เกิน 10% ของการทดแทนไต การฟอกเลือดหรือล้างช่องท้อง จึงยังมีความจำเป็นอยู่

2. HD และ CAPD มีต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost utility) ไม่แตกต่างกันชัดเจน ในประเทศไทย การติดเชื้อจาก CAPD จะมีโอกาสสูงกว่ารายงานจากต่างประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับการศึกษาต่ำกว่า แพทย์ผู้ดูแลมีความวิตก และนิยม CAPD น้อยกว่า HD แม้ว่า ผู้ป่วยสามารถทำ CAPD เองได้ที่บ้านโดยไม่ต้องมีเครื่องมือพิเศษอะไรมากนัก นอกจากสายที่ต่อที่ช่องท้อง และผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลเพียงเดือนละหนึ่งครั้ง ส่วนการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลสัปดาห์ละสองครั้งเป็นอย่างน้อย ซึ่งมีรายจ่ายในการเดินทางพอสมควร

3. ณ ปี 2541 ประเทศไทยมีเครื่องไตเทียมแบบฟอกโลหิตประมาณ 685 เครื่อง[6] ในจำนวนนี้ ประมาณ 65% อยู่ในกรุงเทพมหานคร ประมาณ 56% ของ

---

*ตัวเลข 76.7% ใกล้เคียงกับที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก เมื่อ 7 ตุลาคม 2541 กับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ทำงานเกี่ยวกับการให้บริการทดแทนไตของโรงพยาบาลต่างๆที่มาร่วมประชุมคณะทำงานพัฒนาบริการหน่วยไตเทียม รพศ/รพท. ที่กระทรวงสาธารณสุขประมาณ 15 ท่าน ให้ช่วยประมาณผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังในแต่ละปี และผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการทดแทนไต พบว่ามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประมาณ 80% ไม่สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตได้ ส่วนใหญ่เนื่องจาก ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองหรือ ไม่สามารถเบิกได้

เครื่องทั้งหมดดำเนินการโดยภาคเอกชน มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอยู่ประมาณ 2,500 คน ผู้ป่วย CAPD มีประมาณ 700 คนทั่วประเทศ

4. โรงพยาบาลระดับจังหวัด 92 แห่ง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีเครื่องฟอกเลือด 47 แห่งรวม 143 เครื่อง ปีงบประมาณ 2543 จะมีการขยายการให้บริการเพิ่มเติมให้อีก 11 แห่งรวม 42 เครื่อง นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการไตเทียมสังกัด กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ทบวงมหาวิทยาลัย มูลนิธิโรคไต ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอีกประมาณ 150 เครื่อง มีบริการหน่วยไตเทียมภาคเอกชน อีกประมาณ 385 เครื่องทั่วประเทศ

5. หน่วยไตเทียมยังคงตั้งอยู่ในเขตเทศบาล หรืออำเภอเมืองของจังหวัดต่างๆ ผู้ป่วยจากหมู่บ้าน ตำบล จะต้องมีรายจ่ายค่าเดินทางมากพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะต้องเดินทางมาล้างไต สัปดาห์ 2 ครั้งตลอดไป

2.3 ด้านการเข้าถึงบริการ (access to care)

1. ตารางที่ 1 ในผู้ป่วย ESRD 100 ราย สมควรได้รับบริการทดแทนไตกว่าครึ่ง 53% อีก 47% ไม่สมควรได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งพิจารณาจาก health outcome และภาวะ co-morbidity ต่างๆ ในกลุ่มที่ควรได้รับบริการ มีเพียง 16.8% ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการ อีก 36.2% แม้ได้รับบริการ มี 6.5% ของผู้ป่วย ESRD ทั้งหมดที่ไม่สมควรได้รับบริการแต่ได้รับบริการ ทั้งนี้เพราะความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการหรือมีสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่สามารถเบิกได้

2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 23.3% ที่สามารถเข้าถึงบริการนั้น ประมาณ 50% เป็นผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุโดยมีโรคอื่นร่วมด้วย (comorbidity) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เบาหวานและความดันโลหิต ซึ่งน่าจะให้ผลตอบแทนสุขภาพต่ำ

3. การคลอบคลุมของสวัสดิการในปัจจุบัน

- ผู้มีสิทธิ์ภายใต้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สามารถเข้าถึงบริการล้างไต และผ่าตัดเปลี่ยนไตได้เต็มที่ในสถานพยาบาลของรัฐ และการใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชน กรณีฟอกเลือดสามารถเบิกได้ 1,500 บาทต่อครั้ง

- สำนักงานประกันสังคมได้ตัดสินใจเมื่อ 1 พฤษภาคม 2542 เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถเบิกค่าฟอกเลือดได้ ทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ในอัตรา 1,500 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งมีระบบการขึ้นทะเบียน การกลั่นกรองสภาพการทำงานของไตในกรณีเข้าเป็นผู้ประกันตนด้วย

- การประกันสุขภาพเอกชน โดยทั่วไปมีการตรวจการทำงานของไตก่อนซื้อกรมธรรม์ สิทธิประโยชน์และบริการทางการแพทย์ มีข้อยกเว้นบริการฟอกเลือด

- ผู้มีสิทธิ์ในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล และโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจนั้น บริการรักษาพยาบาลที่ได้รับไม่ครอบคลุม การฟอกเลือด

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับบริการทดแทนไต เทียบกับที่สมควรและไม่สมควรได้รับบริการทดแทนไต ประมาณการโดยอายุรแพทย์ และแพทย์โรคไต 102 ท่านที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย ESRD

	สมควรได้รับบริการ (%)	ไม่สมควรได้รับบริการ (%)	รวม (%)
ได้รับบริการ (%)	16.8	6.5	23.3
ไม่ได้รับบริการ (%)	36.2	40.5	76.7
รวม (%)	53.0	47.0	100

ที่มา วิชช์ และคณะ 2542[*]

กรณีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

-- ผู้ที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆคุ้มครอง ถ้าไม่มีเงินซื้อบริการฟอกเลือด ก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

4. ค่าบริการสำหรับการล้างไต

- 1500-2500 บาทต่อครั้ง, 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดประมาณ 156,000-260,000 บาทต่อปี , และค่ายาเพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoietin) ประมาณปีละอีก 120,000 บาท

- ถ้าเป็นการทดแทนไตด้วยการล้างช่องท้อง ก็ต้องใช้น่ายาล้างช่องท้องวันละ 4 ถุง ๆละประมาณ 200-250 บาท จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายตกวันละประมาณ 800-1,000 บาท ค่าใช้จ่ายจะตกประมาณ 292,000-365,000 บาทต่อปี และถ้าผู้ป่วยใช้ยาฉีดเพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoietin) ก็จะต้องเพิ่มอีกปีละประมาณ 120,000 บาท

5. ค่าบริการรักษาพยาบาลเหล่านี้ ยังไม่รวมค่าเดินทางสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และรายจ่ายสำหรับการเข้านอนโรงพยาบาล (admission) เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต หรือการที่ร่างกายต่อต้านเนื้อเยื่ออวัยวะที่ปลูกถ่าย ฯลฯ ซึ่งเกินความสามารถสำหรับครอบครัวไทยที่จะจ่ายได้ ครัวเรือนไทยมีรายได้เฉลี่ย 8,262 บาทต่อเดือน และมีรายจ่ายเพื่อสุขภาพเท่ากับ 363 บาทต่อเดือน ในปี 2539 [7]

6. การผ่าตัดเปลี่ยนไต จะใช้ค่าใช้จ่าย 1-2 แสนบาทในโรงพยาบาลของรัฐ และยังไม่รวมค่ายาที่ควบคุมมิให้ร่างกายต่อต้านอวัยวะที่ปลูกถ่าย อีกเดือนละประมาณ 1 หมื่นบาท ตลอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต ตกในปีแรกจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 200,000-320,000 บาทในโรงพบาลของรัฐ และในปีต่อไปปีละประมาณ 80,000 -120,000 บาท

7. ถ้าจะให้ผู้ป่วยไตวายทั้งหมด 12,000 ราย ทั่วประเทศ เข้าถึงบริการทำไตเทียมแบบฟอกโลหิต ต้องการงบประมาณ ไม่น้อยกว่า 4,000 ล้านบาทต่อปี (โดยที่ค่าฟอกเลือดครั้งละ 2,000 บาทและจำนวนผู้ป่วย 12,000 คน) ซึ่งงบประมาณนี้น่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังที่ปรากฏเป็นปัญหาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปัจจุบันซึ่งเมื่อ 20 กว่าปีก่อนเปิดให้บริการล้างไตแก่ผู้ป่วยทุกคนภายใต้โครงการ Medicare ที่ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่าที่เคยประมาณการไว้มาก ทำให้เป็นภาระอย่างมากต่อโครงการ Medicare นี้ที่ได้รับการอุดหนุนจากงบประมาณของรัฐโดยในปี 1996 มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการทดแทนไตในโครงการนี้สูงถึง 13,060 ล้านเหรียญสหรัฐอเมริกาสำหรับผู้ป่วยทั้งประเทศที่ได้รับการรักษา ประมาณ 257,266 คน[5]

8. การฟอกเลือดเป็นบริการประคับประคองเพื่อยืดชีวิต (palliative and prolonged life) เท่านั้น ถ้าไม่มีการปลูกถ่ายอวัยวะ ไม่ช้าก็เร็วผู้ป่วยทุกรายจะต้องถึงแก่กรรม โดยเฉลี่ยจะมีอายุขัยที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาคือ 4.3 ปี ในประชากรที่เริ่มล้างไตเมื่ออายุ 59 ปี และ 9.3 ปีในประชากรที่เริ่มล้างไตเมื่ออายุ 40 ปี แต่อายุขัยเฉลี่ยจะลดลงถ้าการล้างไตนั้นได้จำนวนต่ำกว่ามาตรฐานหรือมีการใช้ตัวกรองเลือดที่ไม่เหมาะและใช้ซ้ำบ่อย[5]

2.4 ประสิทธิภาพของระบบบริการไตวายเรื้อรัง

1. มีปัญหาด้อยประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากร (allocative inefficiency) กล่าวคือ

- ผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว และมีอายุน้อย แต่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ ไม่สามารถเข้าถึงบริการแม้จะมีความเหมาะสมทางคลินิกที่จะได้รับบริการทดแทนไต แต่ต้องเสียชีวิตในที่สุด ในขณะที่ผู้ที่เข้าถึงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีภาวะโรคอื่นร่วม (co-morbidity) แต่มีสวัสดิการคุ้มครองการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการกลุ่มนี้เป็น 27.6% ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตทั้งหมด (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่น่าจะมีผลตอบแทนสุขภาพ (health return) ที่ดี เมื่อเทียบกับกลุ่มแรก ดังนั้นประเทศไทยใช้ทรัพยากรไปในบริการทดแทนไต โดยได้ผลตอบแทนสุขภาพค่อนข้างต่ำ มีประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรต่ำ

- จากงานของ วิชช์และคณะ[8] พบว่าการตัดสินใจของแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วย ESRD เข้าถึงบริการทดแทนไตเป็นเรื่องเศรษฐกิจของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และ/หรือ การมี

สวัสดิการหรือประกันสุขภาพ ร่วมกับการประเมินทางคลินิก ว่าน่าจะมีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี และเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายไตในอนาคต

- บริการส่วนใหญ่ กว่า 90% เป็นการฟอกเลือด ซึ่งเป็นบริการยืดอายุผู้ป่วย การปลูกถ่ายเปลี่ยนไตซึ่งเป็น definitive treatment มีปัญหาไตบริจาคไม่เพียงพอกับความต้องการ ทั้งที่การปลูกถ่ายไตมีต้นทุนอรรถประโยชน์สูงกว่าการฟอกเลือด มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไตดีกว่าการฟอกเลือด แต่ก็มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการบริจาคไต งานวิจัยของ วิชช์และคณะ[9] พบว่าตัวอย่างที่สำรวจในกรุงเทพฯ ประมาณ 40% มีความประสงค์จะบริจาคอวัยวะของตน และอีก 60% แสดงเจตน์จำนงค์ จะบริจาคอวัยวะของญาติสายตรงที่เข้าเกณฑ์สมองตายของแพทยสภาซึ่งสามารถบริจาคอวัยวะได้

2. ประสิทธิภาพด้านเทคนิคของหน่วยบริการไตเทียม (technical efficiency) ยังสามารถปรับปรุงได้อีกมาก สามารถลดต้นทุน และปรับค่าบริการลงได้อีก ค่าบริการที่เหมาะสมน่าจะช่วยให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

3. ระบบบริการทดแทนไตในประเทศไทยที่พึงประสงค์

3.1 ระบบบริการ

1. องค์กรวิชาชีพ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์, สมาคมโรคไต ควรจะได้สำรวจ วิจัย เพื่อประมาณการความชุก (prevalence) อุบัติการ (incidence) ของ ESRD ให้ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด ข้อมูลการลงทะเบียน (registry) ของสมาคมโรคไต ถ้าปรับด้วยปริมาณผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการจะบอกอุปสงค์ทั้งหมด ข้อมูลด้านอุปสงค์มีความสำคัญต่อการวางแผนระบบบริการ

2. การวางแผนระบบบริการ (infrastructure and manpower planning) เพื่อให้การกระจายทรัพยากร เป็นตามความต้องการสุขภาพ (health needs) ในพื้นที่ จังหวัด มีความเสมอภาคในการกระจายทรัพยากรคน และเทคโนโลยี

3. องค์กรวิชาชีพ กำหนดข้อบ่งชี้ของการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างชัดเจน โดยปฏิรูปการเข้าถึงบริการในปัจจุบัน ซึ่งอาศัยเกณฑ์ตามความสามารถในการจ่ายเงิน (ability to pay) และการมีสวัสดิการ (third party payers) ไปเป็นเกณฑ์ทางด้านคลินิก ซึ่งให้ผลตอบแทนสุขภาพที่ดี (health outcome) ผู้ป่วยมีความเหมาะสมที่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตในอนาคต (fit for renal transplantation) งานวิจัยของ วิชช์ และคณะ[8] พบว่า มีเพียง 53% ของ ESRD ทั้งหมด ที่สมควรจะได้รับบริการทดแทนไต

4. เกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมุ่งเน้นผลตอบแทนสุขภาพ กล่าวคือผู้ที่มี comorbidity มาก อาจจะไม่ได้รับบริการทดแทนไต ที่จ่ายโดยภาครัฐ (public fund) ในอนาคต แต่ยังคงสามารถเข้าถึงด้วยกำลังเงินของตนเอง (private resources) อาจจะเกิดปัญหาด้านจริยธรรม (ethical dilemma) กล่าวคือ กีดกัน (discriminate) ผู้ที่มี poor health outcome และไม่เหมาะสำหรับการเปลี่ยนไต ดังนั้น เกณฑ์ใดก็ตาม ที่องค์กรวิชาชีพพัฒนาขึ้นควรจะได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากประชาคมต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยทุกกลุ่ม ผู้จ่ายเงินคือรัฐบาล และประกันสังคม ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ นิติศาสตร์ ว่าสังคมไทยจะยอมรับเกณฑ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้นใหม่หรือไม่อย่างไร ถ้าไม่ยอมรับ จะให้ทุก ๆคน ไม่ว่า จะมีผลตอบแทนสุขภาพ สูง หรือต่ำ เข้าถึงบริการถ้วนหน้าสังคมไทย พร้อมจะลงทุน ทุกบาททุกสตางค์ ให้ทุกคนเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกันใช่หรือไม่ และจะเอาเงินจากที่ไหนมาจ่าย?

5. วิจัย พัฒนาคุณภาพบริการทดแทนไต ราชวิทยาลัย และสมาคมวิชาชีพ มีหน้าที่กำหนดมาตรฐานบริการทุกชนิด (HD, CAPD, RT) รวมทั้งคุณภาพของบุคลากรที่สนับสนุนบริการ กำกับให้บริการเป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม

6. วิจัย พัฒนาคุณภาพบริการโรคเรื้อรังที่อาจจะเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่ภาวะ ESRD เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง องค์กรวิชาชีพกำหนดมาตรฐานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันพัฒนาการของ

โรคไปสู่ ESRD วิจัยเพื่อประเมินผลคุณภาพบริการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

7. ปรับประสิทธิภาพบริการ (HD, CAPD, RT) เพื่อให้ต้นทุนการผลิตลดลง โดยยังคงรักษาคุณภาพบริการ ต้นทุนลดลง ทำให้ค่าบริการต่ำลง และสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

3.2 ระบบการคลัง

1. รัฐให้บริการแก่ผู้ป่วย ESRD ที่เหมาะสมและมีผลตอบแทนสุขภาพสูงทุกคน (universal coverage for the fit and good clinical outcome) โดยใช้งบประมาณ 4 แหล่ง คือ

* งบประมาณปกติ
* งบประมาณของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
* สำนักงานประกันสังคม
* เงินบริจาคหรือการระดมทุนจากสังคม

2. รัฐบาล ร่วมกับ สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง กำหนดราคาบริการมาตรฐาน ควบคุมให้เป็นไปตามที่กำหนด ค่าบริการเป็นมาตรฐานเดียวทั้งภาครัฐและเอกชน และพิจารณาทบทวนค่าบริการตามความเหมาะสม โดยยึนบนฐานผลประโยชน์ของผู้ป่วยให้มากที่สุด ปรับค่าบริการตามความเหมาะสม บนพื้นฐานของข้อมูลที่โปร่งใส ชัดเจน และอธิบายได้ ไม่ใช่แรงกดดันทางการเมือง หรือผลประโยชน์อื่นใด ทั้งนี้ต้องยอมรับหลักการไม่ค้ากำไร จากบริการ ESRD.

3. อาจกำหนดให้ผู้ป่วย ESRD มีส่วนร่วมจ่าย (copayment) ตามความเหมาะสม

3.3 องค์กรรับผิดชอบดำเนินการ

ในที่สุดจะมี 3 หน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่

* ประกันสังคม ซึ่งดูแลผู้ประกันตน
* กระทรวงการคลัง ซึ่งดูแลสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
* กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดูแลประชากร ESRD ที่เหลือทั้งหมด (rest of the population) ทั้งผู้ที่อยู่ใน โครงการผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล และผู้ที่อยู่นอกโครงการ แต่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

4. การขยายการคุ้มครองไปยังผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล

4.1 ข้อเสนอของกรรมาธิการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร

1. ขอให้คณะกรรมการ สปร.กลาง *พิจารณามีมติยกเลิกข้อยกเว้นรายการที่*[1] ที่ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541 เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในการรับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและจำเป็นสำหรับพยุงชีวิตไว้อย่างมีคุณภาพพอสมควร [โดยที่ในขณะนี้ มีความไม่เท่าเทียมกัน ข้าราชการได้รับการคุ้มครองบริการทดแทนไต ผู้ประกันตน ก็ได้รับ แต่โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยกลับไม่ได้รับการคุ้มครอง]

2. ขอให้กระทรวงสาธารณสุขเสนอขออนุมัติของบประมาณอุดหนุนโครงการ สปร. เพิ่มเติมอีกประมาณ 135 ล้านบาทต่อปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 เพื่อช่วยบรรเทาความเดือดร้อนของสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย สปร. ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง อนึ่ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิเคราะห์แล้วพบว่า กรรมาธิการสาธารณสุข ประมาณการต่ำความเป็นจริง ทั้งจำนวนผู้ป่วย (1,300 ราย) และค่าฟอกเลือดต่อปี (104,000 บาท ต่อคนต่อปีหรือ 1,000 บาทต่อการฟอกไตหนึ่งครั้ง)

3. ขอให้สำนักงบประมาณจัดสรรงบประมาณอุดหนุนโครงการ สปร. เพิ่มให้กับ กสปร.อีก 135 ล้านบาทต่อปี เพื่อสนับสนุนให้สามารถดำเนินการต่อไปได้

4. ขอให้คณะกรรมาธิการการงบประมาณสนับสนุนให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโครงการ สปร. เพิ่มเติมอีก 135 ล้านบาทต่อปี เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว

4.2 ข้อเสนอของนักวิจัยต่อกรรมาธิการสาธารณสุข

1. กำหนดวัตถุประสงค์เชิงสังคมไทย (societal objective) ต่อบริการทดแทนไต ดังนี้

* การจัดสรรทรัพยากรมีประสิทธิภาพ (allocative efficiency) คืองบประมาณที่ลงทุนได้รับผลตอบแทนสุขภาพสูง โดยเลือกลงทุนในผู้ที่มีโอกาสหาย โดยการผ่าตัดเปลี่ยนไต หรือไม่มีโรคแทรก ทั้งนี้ จะต้องมีหลักเกณฑ์ ทางการแพทย์ (clinical criteria) ในการคัดกรองว่าผู้ใดควรได้รับ และผู้ใดไม่ควรได้รับบริการนี้จาก public finance เกณฑ์นี้จะใช้สำหรับ ESRD ทุกราย ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกันตน หรือผู้มีสิทธิ์ ตามสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ส่วนผู้ไม่เข้าเกณฑ์ จะใช้บริการได้โดยใช้ private finance

* ระบบบริการทั้งภาครัฐและเอกชน มีประสิทธิภาพ ต้นทุนเหมาะสม และมีผลิตภาพสูง (technical efficiency)

* ระบบบริการและบุคลากรในระบบบริการมีคุณภาพ มีมาตรฐาน เดียวกันทั้งภาครัฐและเอกชน (quality and standard of care)

* ระบบบริการมีความเสมอภาค (equity) สามารถเข้าถึงโดย ESRD ทุกรายที่เข้าเกณฑ์ โดยจ่ายจาก public fund ส่วนผู้ที่ไม่เข้าเกณฑ์ ต้องจ่ายจาก private fund

2. เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ความเสมอภาค เมื่อเทียบกับ ประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ เห็นควรสนับสนุนให้ผู้มีสิทธิ ในโครงการ สปร. เฉพาะผู้ป่วย ESRD ที่เข้าหลักเกณฑ์ ความเหมาะสมทางการแพทย์ ซึ่งให้ผลตอบแทนสุขภาพสูง และมีความเหมาะสมที่จะผ่าตัดเปลี่ยนไตเท่านั้น เข้าใช้บริการทดแทนไต (HD, CAPD, RT) ได้ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ ดังกล่าว ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตเสีย เกณฑ์นี้จะช่วยให้สังคมไทยบรรลุวัตถุประสงค์ "ประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากร" สมควรยกเลิกข้อยกเว้นที่ 11 ตามข้อเสนอของทางกรรมาธิการสาธารณสุข

3. การที่ต้องกำหนดเกณฑ์ความคุ้มค่าของการลงทุนเพื่อให้ผลตอบแทนสุขภาพนั้น นอกจากเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรแล้ว ยังสืบเนื่องจากการที่ประเทศมีงบประมาณจำกัด (แม้จะมีงบประมาณไม่จำกัดก็ตาม ก็ต้องพยายามให้บรรลุประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากร) ประมาณการความชุกของ ESRD ทั่วประเทศที่อยู่ในโครงการ สปร. เท่ากับ 9,400 คน ถ้าเข้ารับบริการทดแทนไตทุกคนโดยเอาค่าใช้จ่ายในมาคำนวณคือประมาณ 250,000-300,000 บาทต่อรายต่อปี (ค่าฟอกเลือดประมาณ 1,500-2,000 บาทต่อครั้งต่อราย ค่าerythropoietin 1,000 บาทต่อครั้งต่อราย) จะต้องใช้งบประมาณ 2,500 ล้านบาทต่อปี ในการให้บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วย สปร.ทั้งหมด รายจ่ายนี้ เท่ากับเกือบครึ่งหนึ่งของงบประมาณ โครงการ สปร. ในแต่ละปี

4. องค์กรวิชาชีพเป็นผู้ยกร่างเกณฑ์นี้ และได้รับความเห็นชอบจากสังคมไทยผ่านเวทีสาธารณะต่าง ๆ

5. ความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการต้องเข้าใจข้อจำกัดของทรัพยากร นอกจากนี้ เมื่อเริ่มให้สิทธิในการเข้าถึงบริการ จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั้งจากรายใหม่ และจากรายเก่าที่ยังมีชีวิตอยู่ ยิ่งมีความต้องการงบประมาณเพิ่มสูงขึ้นทุกปีด้วย

6. การที่คณะกรรมมาธิการเสนอขอเงินอุดหนุนเพิ่มเติมให้กับ โครงการ สปร.เพื่อดำเนินการการให้บริการทดแทนไตจำนวน 135 ล้านบาทแก่ผู้ป่วยในโครงการ สปร.ทุกคนนี้จึงไม่น่าจะเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน

7. กระทรวงสาธารณสุข ถูกคาดหวังว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการตั้งงบประมาณ ให้เพียงพอ กับประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในโครงการ สปร. คณะกรรมการ สปร. กลาง จะได้ประสานงานกับหน่วยงานวิชาการ วิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาเกณฑ์การคัดกรองโดยเร็ว

5. ปัจฉิมพากษ์

กระทรวงสาธารณสุข มีคำสั่ง ที่ 651/2542 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2542 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากำหนดมาตรฐาน การให้บริการบำบัดทดแทนไตใน ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 16 ท่าน โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพเป็น กรรมการและเลขานุการ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากมติที่ประชุม กสปร. กลางครั้งที่

3/2542 ในวันที่ 8 มิถุนายน 2542 ที่เห็นชอบในหลักการ กำหนดให้มีการบริการบำบัดทดแทนไตกรณีผู้ป่วยไตเรื้อรังรูปแบบต่าง ๆตามที่คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข ได้เสนอให้ คณะกรรมการ กสปร.กลาง พิจารณายกเลิกประกาศ กสปร. กลาง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2541 ข้อ 8[11] ที่ ยกเว้นโรคหรือภาวะหรือบริการที่ไม่ควรอยู่ในความคุ้มครองเกี่ยวกับ "การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต เว้นแต่ในกรณีเพื่อการรักษาอาการโรคเฉียบพลันภายในหกสิบวันนับแต่วันเกิดโรค" โดยคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นนี้มีหน้าที่

- ศึกษารายละเอียดด้านระบาดวิทยาประมาณการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ข้อบ่งชี้ และขอบเขตการให้บริการบำบัดทดแทนไตชนิดต่าง ๆ ความเป็นไปได้ทางด้านการเงิน การคลัง และ แหล่งงบประมาณที่จะใช้ รวมทั้งรูปแบบการบริหารจัดการ
- นำเสนอผลการพิจารณากำหนดมาตรฐานการให้บริการบำบัดทอแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต่อคณะกรรมการจัดสรรสวัดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลส่วนกลาง (กสปร.กลาง)

ผู้วิจัยหวังว่า บทความเชิงนโยบายนี้จะเป็นประโยชน์ และเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งเพื่อการพิจารณาวิพากษ์วิจารณ์ โดยองค์กรวิชาชีพ และสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้จ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข (สปร. และบัตรประกันสุขภาพ) กระทรวงการคลัง (สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ) และสำนักงานประกันสังคม (สำหรับผู้ประกันตน) นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ ตัวแทนผู้ป่วย และเวทีสาธารณะอื่น ๆ เพื่อตกผลึกความคิด และทิศทางการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และมีความเป็นธรรมมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ที่อนุเคราะห์ข้อมูลและผลักดันให้เกิดการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังขึ้น

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุ (สวรส.) ที่สนับสนุนโครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านเศรษฐศาสตร์และการคลังสาธารณสุขเมธีวิจัยอาวุโส

เอกสารอ้างอิง

1. สมชาย จิตเป็นธม. กองทุนคุ้มครองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. J Nephrol Soc Thai 1997; 3:292-7.
2. Chittinandana A, Thailand Renal Replacement Therapy Registry (TRT) registry: The First Year Report. J Nephrol Soc Thai 1998; 4:188-201.
3. Mooney G, Creese A. Priority setting for health service efficiency: the role of measurement of burden of illness. In: Jamison D, ed. Disease Control Priorities in Developing countries. Oxford: Oxford University Press, 1993.
4. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชช์ เกษมทรัพย์. เอกสาร ความเห็นและข้อเสนอ ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขต่อนโยบายการขยายความคุ้มครองบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล, 2542.
5. Obrador GT, Pereira BFG. Early referral to the nophrologist and timely initiation of renal replacement therapy : A paradigm shift in the management of patients with chronic renal failure. Am J Kidney Dis 1998; 31:398-417.
6. สุพัฒน์ วาณิชย์การ. เอกสาร สถิติข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องล้างไตแบบฟอกเลือดในภาคต่าง ๆ ในประเทศไทย ณ วันที่ 30 มีนาคม 2541
7. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V, Health sector financing overview, Thailand: Health Financing and Management Study Project ACB# 2997-THA, HEALTH FINANCING IN THAILAND Technical Report Dec 1998: 17.
8. วิชช์ เกษมทรัพย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุวรรณา มูเก็ม. รายงานผลเบื้องต้นการตัดสินใจของแพทย์เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2542ก).
9. วิชช์ เกษมทรัพย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุวรรณา มูเก็ม. รายงานผลเบื้องต้น ความคิดเห็นของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2542ข).