

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับขยายการเข้าถึง บริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

ภูษิต ประคองสาย*
วิรัช เกษมทรัพย์**
ถนอม สุภาพร***

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*
ยศ ตีระวัฒนานนท์*
จิตปรางค์ วาศวิท*

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

***สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้กรอบแนวความคิดทั้งในด้านประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร และแนวคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพซึ่งครอบคลุมหลักการด้านจริยธรรมและสิทธิมนุษยชนในการพิจารณาทางเลือกด้านนโยบายภายใต้บริบทของประเทศไทย

วิธีการศึกษาประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของกระทรวงสาธารณสุข การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขยายบริการทดแทนไตและนักวิชาการด้านชีวจริยศาสตร์ การประชุมระดมความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายในการขยายบริการทดแทนไตโดยใช้กรอบแนวคิดการกระจายทรัพยากรสุขภาพในมุมมองด้านจริยธรรมซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก โดยนักวิจัยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศร่วมกับนักวิจัยจาก Harvard University ประเทศสหรัฐอเมริกา University of Bergen ประเทศนอร์เวย์ และองค์การอนามัยโลก ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน ๒๕๕๘

การทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้สามารถประมวลได้สี่ทางเลือกและพบว่าทางเลือกที่สองคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคนได้รับบริการทดแทนไตจนถึงอายุที่กำหนด (เช่น อายุขัยเฉลี่ยของคนไทย) โดยภายหลังจากนั้นผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตนเอง และทางเลือกที่สี่คือ ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (เช่น ๑-๒ ปี) หลังจากนั้นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเท่านั้นจะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาลเป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่มีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูงและบรรลุเป้าหมายด้านจริยธรรม (เนื่องจากสามารถให้บริการฯ กับผู้ป่วยทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อด้านงบประมาณน้อยกว่าทางเลือกอื่น ๆ ในขณะที่ทางเลือกที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการฯ ตลอดชีวิต จะก่อให้เกิดภาระทางการคลังสุขภาพกับรัฐบาลเป็นอย่างมาก และทางเลือกที่สาม (ผู้ป่วยบางคนได้รับบริการฯ ตลอดชีวิตตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดอย่างกว้าง ๆ ในระดับประเทศและผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการในระดับจังหวัด) มีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างสูง

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่ารัฐบาลจะตัดสินใจเลือกทางเลือกใด สิ่งที่จะต้องพัฒนาและดำเนินการควบคู่ไปกับการขยายบริการทดแทนไตคือการลงทุนเพิ่มขึ้นในการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การแสวงหาแหล่งงบประมาณที่เพียงพอและยั่งยืนสำหรับนโยบายดังกล่าว การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทดแทนไต การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการลงทะเบียนทดแทนไตในประเทศไทยให้ครอบคลุมและเป็นรายงานภาคบังคับ การสนับสนุนให้มีการใช้การล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากกว่าการฟอกเลือด และการปรับปรุงประสิทธิภาพของการผ่าตัดเปลี่ยนไตเพื่อรองรับการขยายบริการทดแทนไตในอนาคต

คำสำคัญ: นโยบายสุขภาพ, ประสิทธิภาพ, ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ, บริการทดแทนไต, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การประกันสุขภาพ, การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ

บทนำ

การตัดสินใจเพื่อการลงทุนและจัดสรรทรัพยากรสุขภาพมักจะมีความขัดแย้งกันระหว่างแนวคิดหลัก ๒ ประการคือ แนวคิดด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (efficiency concern) และแนวคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (equity concern)^(๑-๔) โดยกลุ่มที่สนับสนุนแนวคิดด้านประสิทธิภาพจะให้ความสำคัญในการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่สังคมควรจะลงทุนบนพื้นฐานความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด หรือได้รับผลตอบแทนสุขภาพ (health gain) สูงสุด ดังนั้น บริการสุขภาพหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ใดที่ไม่คุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์จึงไม่สมควรลงทุนโดยใช้ทรัพยากรของสังคมส่วนรวม ในขณะที่เดียวกันกลุ่มที่สนับสนุนแนวคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จะให้ความสำคัญกับความเสมอภาคของประชาชนในการมีสิทธิ์ที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยไม่มีความแตกต่างในด้านเพศ ระดับการศึกษา หรือสถานะทางสังคม^(๕-๗) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวแม้ว่าจะสอดคล้องกับแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน^(๘) และมาตรา ๓๐, ๕๒ และ ๘๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช ๒๕๕๐^(๙) แต่ในบางครั้งก็ไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

การบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งประกอบด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไต ไม่รวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากมีราคาแพงมากและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนกว่าจะเสียชีวิต ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณในช่วงปี ๒๕๔๔ ซึ่งประเทศไทยเพิ่งฟื้นตัวจากภาวะวิกฤติทางการเงินและเศรษฐกิจเมื่อปี ๒๕๔๐ ทำให้รัฐบาลตัดสินใจยังไม่รวมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไต-

วายเรื้อรังในสิทธิประโยชน์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(๑๐)

การตัดสินใจดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระหว่างผู้มีสิทธิ์ในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ กล่าวคือ ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตทุกประเภทโดยไม่ต้องมีการร่วมจ่ายในสถานพยาบาลภาครัฐ ผู้ป่วยในระบบประกันสังคมได้รับบริการทดแทนไตทุกประเภท โดยมีการร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดที่เกินกว่า ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง หรือหากมีความจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดมากกว่า ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ได้รับสิทธิ์บริการทดแทนไตแต่อย่างใด^(๑๑) และด้วยสภาพความไม่เป็นธรรมดังกล่าว ได้เกิดแรงกดดันจากจากสังคมภายนอก ให้รัฐบาลพิจารณาปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมบริการทดแทนไตทั้งสามประเภท

แม้ว่าการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์จะบ่งชี้ว่า การให้บริการทดแทนไตทั้งการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการฟอกเลือดจะเป็นการลงทุนด้านสุขภาพที่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์^(๑๒) เนื่องจากเป็นบริการสุขภาพที่มีต้นทุนอรรถประโยชน์สูงมากกว่า ๓ เท่าของรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปี เพื่อยืดชีวิตหนึ่งปีของผู้ป่วย ซึ่ง the Commission on Macroeconomic and Health ขององค์การอนามัยโลกมีความเห็นว่าเป็นบริการสุขภาพที่รัฐไม่ควรสนับสนุน^(๑๓) แต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตในประเทศไทยและนักวิชาการด้านจริยศาสตร์ ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพ ไม่ควรคำนึงแต่เพียงการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพียงด้านเดียวเท่านั้น แต่ควรต้องคำนึงถึงมุมมองด้านจริยธรรมและประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพร่วมด้วย^(๑๔) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาถึงเป้าหมายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการป้องกันมิให้

ครัวเรือนต้องสิ้นเนื้อประดาตัวหรือเป็นหนี้สินเนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่มีราคาแพงเกินกว่ากำลังความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน (catastrophic health expenditure) ซึ่งบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นบริการสุขภาพที่มีลักษณะดังกล่าว

ด้วยเหตุที่ไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกกลุ่มอายุ อีกทั้งบริการทดแทนไตเป็นบริการที่มีราคาแพงและมีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการเข้าถึงบริการ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทดแทนไตได้ในระยะยาว นอกจากนี้ หากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับบริการทดแทนไตที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมก็จะสามารถมีชีวิตรอดอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับหนึ่ง ดังนั้น ในมุมมองของกลุ่มที่สนับสนุนแนวคิดด้านความเป็นธรรมจึงมีความเห็นว่าเป็นการไม่สมควรอย่างยิ่งที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเสียชีวิตโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ หากทรัพยากรด้านสุขภาพมีเพียงพอ^(๑๓)

จากประเด็นข้อถกเถียงระหว่างสองแนวคิดดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการขยายบริการทดแทนไตในบริบทของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวความคิดทั้งในด้านประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรและแนวคิดด้านความเป็นธรรม รวมทั้งหลักการด้านจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน ในการพิจารณา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นความร่วมมือระหว่างนักวิจัยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกับนักวิจัยจาก Harvard University ประเทศสหรัฐอเมริกา, University of Bergen ประเทศนอร์เวย์ และองค์การอนามัยโลก ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน ๒๕๕๔ โดยมุ่งตอบคำถามในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่สำคัญ ๕ ประการคือ

หนึ่ง ใครควรได้รับการครอบคลุมสำหรับบริการทดแทนไตจากรัฐ สอง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรได้รับบริการแบบใด สาม หากรัฐไม่สามารถสนับสนุนบริการทดแทนไตในระยะยาวหรือจนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยสมควรหยุดได้รับการหรือไม่ อย่างไร สี่ ใครเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล และห้า หากจำเป็นต้องมีการคัดเลือกผู้ป่วยบางคนเพื่อได้รับการทดแทนไต สังคมหรือใครควรเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยโดยใช้วิธีการศึกษา ได้แก่

๑. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (literature review) ในด้านปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อด้านบวกและลบต่อการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตในประเทศไทยในประเด็นดังต่อไปนี้

- ความสามารถของรัฐในการลงทุนเพิ่มด้านสุขภาพ เนื่องจากการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
- สถานการณ์ทั้งด้านอุปสงค์และจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทย (demand side assessment) และความสามารถของผู้ให้บริการรวมทั้งสภาพปัญหาอุปสรรคในการรองรับการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไต (supply side assessment)
- ประสิทธิภาพการให้บริการทดแทนไตในต่างประเทศ
- การสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการทางการแพทย์และประชาชนทั่วไปในการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตในประเทศไทย

๒. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขยายบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๖ กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล), ผู้ป่วยไตวายที่กำลังรับบริการทดแทนไต, องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง, นักบวชในพุทธศาสนา, สมาคมผู้สูงอายุ และหน่วยงานผู้ซื้อบริการสุขภาพ (สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

๓. การสัมภาษณ์มุมมองด้านจริยศาสตร์ของนักวิชาการด้านชีวจริยศาสตร์ (bioethicists) จำนวน ๓ ท่าน

๔. การประชุมระดมความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการขยายบริการทดแทนไต

๕. การวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายในการขยายบริการทดแทนไตโดยใช้กรอบแนวคิดด้านจริยศาสตร์กับการกระจายทรัพยากรสุขภาพซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก

ผลการศึกษา

๑. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าบริบทที่สำคัญต่อการตัดสินใจด้านนโยบายในการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตในประเทศไทยสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

๑.๑ ความสามารถของรัฐในการลงทุนเพิ่มทางด้านสุขภาพ จากการวิเคราะห์บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยยังสามารถเพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพได้ เนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศยังมีค่าไม่สูงมากนักคือ เพียงร้อยละ ๓.๓-๓.๗ ตั้งแต่ช่วงภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ^(๑๔) โดยที่องค์การอนามัยโลกกำหนดว่า ประเทศควรลงทุนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพื่อการสุขภาพของประชาชน^(๑๒)

๑.๒ สภาพปัญหาของผู้ให้บริการพบว่า ภาระงานของผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐเพิ่มขึ้นอย่างมาก ภายหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสภาพปัญหาการกระจายของทรัพยากรบุคคลและเครื่องฟอกเลือดที่ไม่เหมาะสม โดยทรัพยากรดังกล่าวมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและหัวเมืองใหญ่ที่ประชาชนมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างดี ในขณะที่จังหวัดที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมไม่ดีประสบปัญหาความขาดแคลนทั้งบุคลากรและเครื่องฟอกเลือดเป็นอย่างมาก^(๑๕) นอกจากนี้ ผู้ให้บริการทดแทนไตส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ดีนักต่อประสิทธิผล

ของการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทั้ง ๆ ที่การศึกษาด้านต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ต่างบ่งชี้ว่า CAPD มีความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์มากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)^(๑๐,๑๑)

การประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี ๒๕๕๗ พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับบริการทดแทนไตประมาณ ๕,๒๙๗ ราย และมีผู้ป่วยทั้งสิ้น ๑๕,๐๐๔ คน หรือมีความชุกที่ ๒๓๔.๕ ต่อประชากรล้านคนต่อปี^(๑๐) ทั้งนี้ประมาณการณ์ว่า หากขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไต จะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น เป็นกว่า ๕๐,๐๐๐ รายในปีที่ ๔ ของโครงการฯ และผู้ป่วยจะสะสมมากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ รายในปีที่ ๑๐ ภายหลังจากดำเนินการ^(๑๖)

๑.๓ เมื่อทบทวนประสบการณ์การให้บริการทดแทนไตในต่างประเทศพบว่า ประเทศส่วนใหญ่ที่ให้บริการทดแทนไต มีแหล่งการคลังหลักจากภาครัฐ (public finance) โดยมีบางประเทศอาศัยเงินสมทบในระบบประกันสังคมหรือมูลนิธิ สำหรับการเปิดให้บริการทดแทนไตอย่างถาวร^(๑๗,๑๘) นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดระบบข้อมูลในการเฝ้าระวังติดตามที่ดีและการขาดมาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดผลกระทบด้านการคลังสุขภาพและภาระงบประมาณในระยะยาว ทั้งนี้ ประเทศที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณได้เลือกใช้การล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และการผ่าตัดเปลี่ยนไต (KT) มากกว่าการฟอกเลือด (HD)^(๑๙,๒๐)

๑.๔ จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปต่อการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไต ซึ่งดำเนินการโดยสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ร่วมกับสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ^(๒๑) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการทดแทนไต ภายใต้งานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยประชาชนประมาณร้อยละ ๕๐ เห็นด้วยที่จะขยายสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนทุกคนโดยใช้เงินของรัฐบาลทั้งหมด ทั้งนี้ หากมีข้อจำกัด

ด้านทรัพยากรและมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่บริการทดแทนไต ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า แพทย์เป็นบุคคลที่มีความเหมาะสมที่สุดในการตัดสินใจคัดเลือกผู้ป่วย โดยหลักเกณฑ์ที่ประชาชนให้ความสำคัญเรียงตามลำดับคือ ๑) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ๒) ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน และ ๓) ผู้ป่วยที่เป็นหลักในการหาเลี้ยงชีพของครอบครัว ๔) ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ๕) ผู้ที่เคยบำเพ็ญประโยชน์ให้กับผู้อื่น เช่น ผู้ที่เคยบริจาคไตให้ผู้อื่น หรือผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคม เช่น ผู้พิการ นอกจากนี้ ประชาชนส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยที่ให้ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคมใช้หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเช่นเดียวกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อให้การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่บริการทดแทนไตเป็นระบบเดียวทั้งประเทศ

๑.๕ จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ และผู้มารับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ ๕ แห่ง ในหัวข้อเรื่อง “การตัดสินใจให้บริการสุขภาพภายใต้งบประมาณจำกัดในประเทศไทย” พบว่า เมื่อนำเกณฑ์ที่มีการอ้างถึงทั่วไป ๕ หลักเกณฑ์ มาเปรียบเทียบกัน ผู้ตอบคำถามส่วนใหญ่เลือกให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดจากความผิดพลาดของโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก เช่น ผู้ที่ติดเชื้อร้ายแรงจากการรับเลือดในโรงพยาบาล จากนั้นผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเกณฑ์ต่าง ๆ สามหลักเกณฑ์ในระดับใกล้เคียงกันคือ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ผู้ที่จะได้ผลตอบแทนสุขภาพสูงสุดจากการรักษา และผู้ที่มีอาการรุนแรง เช่น มีความเจ็บปวดมากก่อน สำหรับหลักเกณฑ์ที่ใช้ระยะเวลาการรอคอย (waiting list หรืออีกนัยหนึ่งคือ first come first serve) ถูกให้ความสำคัญน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับหลักเกณฑ์อื่น แต่เมื่อสอบถามโดยไม่เปรียบเทียบกับหลักเกณฑ์อื่นแล้วผู้ตอบส่วนมากยังให้ความสำคัญกับ

เกณฑ์ที่ใช้ระยะเวลาการรอคอยมาช่วยตัดสินใจ ในการสำรวจครั้งนี้ผู้ตอบส่วนใหญ่ยังมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีภาวะทางครอบครัวหรือต้องดูแลบุตร และผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ ผู้ตอบคำถามส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะให้คณะบุคคลที่ประกอบด้วยแพทย์และบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ ช่วยกันตัดสินใจในการให้บริการที่มีความจำกัดหรือมีราคาแพงแก่ผู้ป่วยมากกว่าการให้แพทย์เพียงคนเดียวตัดสินใจ^(๒๒)

๒. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขยายบริการทดแทนไต พบว่า กลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความเห็นที่สอดคล้องและแตกต่างกันในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ความเห็นต่อนโยบายของรัฐในการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไต พบว่า ทุกกลุ่มเห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าวของรัฐ ตัวอย่างเช่น ในมุมมองของอายุรแพทย์โรคไตเห็นว่าการช่วยเหลือของรัฐต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจะเป็นการช่วยเหลือครอบครัวและญาติของผู้ป่วยด้วย

“นโยบายดังกล่าวนอกจากจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยเหลือญาติและครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากโดยประสบการณ์พบว่า ญาติและครอบครัวต้องรับภาระทางด้านค่ารักษาพยาบาลในการฟอกเลือดและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นอย่างมาก จนบางรายถึงกับสิ้นเนื้อประดาตัว” (อายุรแพทย์โรคไตอาวุโสประจำโรงเรียนแพทย์)

ในมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์อาวุโส มีความเห็นที่สอดคล้องกับอายุรแพทย์ในการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไต

“คำว่างงบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการให้บริการรักษายาบาลนั้นฟังไม่ขึ้น รัฐสามารถเก็บภาษีเพิ่มเพื่อที่จะมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้มากขึ้นได้ เพราะภาษีของประเทศไทยยังต่ำมาก ถ้าเกิดปัญหาที่เป็นเรื่องมนุษยธรรมก็ควรจะช่วย....แม้ว่าจะเป็น The

end of life ไม่ใช่แค่การช่วยชีวิตผู้ป่วยเท่านั้น แต่ make that end of life tolerable สำหรับผู้ป่วยและคนใกล้ชิด” (ผู้รู้ทางด้านเศรษฐศาสตร์การคลังระดับประเทศ)

ในมุมมองของกลุ่มนักกฎหมายซึ่งเป็นอาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ของมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงทางด้านกฎหมาย พระภิกษุผู้มีวัตรปฏิบัติเป็นที่เลื่อมใสของคนทั่วไป ผู้ป่วยไตวาย และผู้บริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต่างให้ความเห็นสอดคล้องและสนับสนุนว่าควรมีการขยายบริการทดแทนไต โดยกล่าวถึงการให้ความสำคัญของรัฐในการกระจายทรัพยากรเพื่อสุขภาพ

“รัฐควรจะช่วยเรื่องสุขภาพ ถนนหนทางไม่ต้องไปทำมาก ถนนเป็นประโยชน์แก่พวกนักธุรกิจและพวกพ่อค้า” (พระคุณเจ้าผู้มีสมณศักดิ์เป็นพระผู้ใหญ่)

“งบประมาณไม่น่าจะมีจำกัด อย่าเรียกว่าจำกัดดีกว่า เพราะถ้าเรียกว่า จำกัด แสดงว่ารัฐไม่จัดสรร” (อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์)

● ในประเด็นความครอบคลุมของการขยายบริการให้บริการทดแทนไตพบว่า เมื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับข้อมูลเรื่องงบประมาณที่จำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงบประมาณในการขยายบริการทดแทนไต มีความเห็นแตกต่างเป็นสองกลุ่มคือ ควรขยายบริการให้กับผู้ป่วยทุกคน และให้บริการกับผู้ป่วยเฉพาะบางกลุ่มหรือบางคน โดยในกลุ่มที่เห็นว่าควรช่วยเหลือผู้ป่วยบางคนนั้นมีความเห็นแตกต่างกันดังต่อไปนี้

“ต้องช่วยเด็กก่อน เพราะว่าอนาคตไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไร คนที่อายุมาก อยู่มานานแล้ว บางคนก็ไม่ค่อยได้เรื่อง แก่มาก ๆ รักษาไม่ไหว ก็ปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ แต่เด็กนี่ต้องช่วย... นอกจากนั้นให้เลือกช่วยคนดีที่มีประโยชน์ต่อสังคมก่อนผู้ที่ทำตัวไม่เป็นประโยชน์ ดิดเหล้าติดยา หรือเป็นโจรผู้ร้าย...และให้เลือกช่วยคนที่มีฐานะยากจนก่อนผู้ที่

สามารถช่วยเหลือตัวเองได้” (พระภิกษุสงฆ์ที่มีสมณศักดิ์ชั้นสูงและได้รับการยอมรับจากสังคมทั่วไป)

“ต้องคัดเลือกคนที่มีอายุน้อย ที่ขาดทุนทรัพย์ และร่างกายยังแข็งแรงอยู่” (อายุรแพทย์โรคไต)

“ผู้ป่วยที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากรัฐควรมี productive life ซึ่งหมายถึงยังมีคุณค่าต่อผู้อื่น ซึ่งแม้ว่าจะจะเป็นสังคมเล็ก ๆ เช่น ครอบครัวของเขา ก็สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวได้ เป็นคุณค่าทางจิตใจ ไม่ใช่นอนไม่รู้สีกตัวเป็น vegetable” (ผู้รู้ทางด้านเศรษฐศาสตร์การคลังระดับประเทศ)

● ประเด็นที่หลายกลุ่มให้ความสำคัญคือ หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะต้องมีความยุติธรรมชัดเจนและประกาศให้สาธารณชนได้รับทราบ นอกจากนี้กระบวนการคัดเลือกผู้ป่วยจะต้องมีความโปร่งใสและเป็นธรรมกับทุกคน

“การคัดเลือกผู้ป่วยที่รัฐจะให้ความช่วยเหลือต้องระมัดระวัง อย่าทำให้สังคมเกิดความระแวงหน่วยงาน เช่น สปสช. ต้องพยายามทำให้สังคมเกิดความเข้าใจและไว้วางใจ...การคัดเลือกผู้ป่วยต้องกำหนด criteria หรือหลักเกณฑ์ออกมาให้ชัดเจน” (อายุรแพทย์โรคไต)

จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขยายบริการทดแทนไต นักวิจัยนำเสนอกรอบความคิด เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทางสังคม ๒ ด้านคือ ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงินในสถานการณ์ที่มีความจำกัดทางด้านงบประมาณ ภายใต้กรอบความคิดหลัก ๒ ประการคือ ความต่อเนื่อง (continuation) และความครอบคลุม (coverage) ของการได้รับบริการทดแทนไต เพื่อกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย ดังแสดงในตารางที่ ๑

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว สรุปทางเลือกเชิงนโยบายออกเป็น ๔ ทางเลือก ดังต่อไปนี้

ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ ๑ กรอบความคิดในการวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการขยายบริการทดแทนไต

การ ได้รับบริการทดแทนไต	ความครอบคลุมของการได้รับบริการทดแทนไต	
	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคน	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังบางคน
ต่อเนื่อง	ทางเลือกที่หนึ่ง: ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการทดแทนไตอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต	ทางเลือกที่สาม: ผู้ป่วยบางคนได้รับบริการตลอดชีวิตตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดอย่างกว้าง ๆ ในระดับประเทศและผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการในระดับจังหวัด
ไม่ต่อเนื่อง	ทางเลือกที่สอง: ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการทดแทนไตจนถึงอายุที่กำหนด เช่น อายุขัยเฉลี่ยของคนไทย ต่อจากนั้นรัฐบาลหยุดให้ความช่วยเหลือหรือผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายในอัตราที่ค่อนข้างสูง ทางเลือกที่สี่: ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการ ๑ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น ๑-๒ ปี หลังจากนั้นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเท่านั้นจะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล	มีความเป็นไปได้ทางการเมืองค่อนข้างต่ำ

ทางเลือกที่หนึ่ง ขยายการให้บริการทดแทนไตครอบคลุมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคน ไปจนกว่าผู้ป่วยได้รับปลูกถ่ายไตหรือเสียชีวิต (no-discontinuation of RRT) โดยมีสองทางเลือกย่อย คือ ๑) ไม่ต้องมีการจ่ายร่วม (co-pay) ซึ่งข้อเสนอนี้มีความเป็นไปได้ทางด้านงบประมาณของภาครัฐที่ค่อนข้างต่ำ หรือ ๒) ให้มีการจ่ายร่วมโดยยกเว้นการจ่ายร่วมในกลุ่มผู้ป่วยที่มี

• **เหตุผลสนับสนุนทางเลือกที่หนึ่ง** คือ เป็นการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็น และช่วยป้องกันการเกิดสถานะสิ้นเนื้อประดาตัวของผู้ป่วยและครอบครัวจากค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง

• **เหตุผลคัดค้านทางเลือกที่หนึ่ง** คือ รัฐบาลต้องรับภาระด้านงบประมาณจำนวนมาก ซึ่งในระยะยาวจะไม่สามารถแบกรับได้ และจะทำให้งบประมาณที่สนับสนุนในอนาคตไม่เพียงพอ (under-financing) ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการทดแทนไตที่

ผู้ป่วยได้รับอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ ตัวชี้วัดด้านเศรษฐฐานะ (means testing) ว่าผู้ใดยากจนหรือไม่ ยังมีปัญหาค่อนข้างมากสำหรับการพิจารณาขบวนการจ่ายร่วม

ทางเลือกที่สอง ให้บริการทดแทนไตกับผู้ป่วยไตวายทุกคน จนถึงเกณฑ์อายุหนึ่ง ๆ เช่น เช่น ๖๐, ๖๕ หรือ ๗๐ ปี โดยอาจจะอ้างอิงอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย เมื่อถึงเกณฑ์อายุนั้น ๆ รัฐบาลก็จะหยุดให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการทดแทนไต (discontinuation principle) โดยเกณฑ์ด้านอายุซึ่งเป็นจุดตัดสินใจในการหยุดให้บริการทดแทนไตขึ้นกับความสามารถด้านการคลังของรัฐบาล (fiscal constraint) ทั้งนี้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีอายุเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอาจจะพิจารณาให้มีการจ่ายร่วม ซึ่งการให้บริการทดแทนไตจนถึงอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยน่าจะเป็นหลักการที่ยอมรับได้โดยการยืดอายุที่เกินกว่าอายุขัยเฉลี่ยนั้น รัฐบาลจะให้ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยตนเองมากขึ้น ทั้งนี้ รายจ่ายที่ประหยัดได้จากการยุติการให้บริการทดแทนไต

เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาใช้บริการได้ ซึ่งทางเลือกนี้จำเป็นต้องมีการพิจารณาตัดสินใจว่าจะให้บริการผู้ที่เริ่มป่วยและต้องการบริการทดแทนไต รวมทั้งหยุดให้การช่วยเหลือ เมื่ออายุของผู้ป่วยรายนั้นเลยเกณฑ์ที่กำหนดไปแล้วเท่าใด

- **เหตุผลสนับสนุนทางเลือกที่สอง** คือ การใช้อายุเป็นหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถมีชีวิตรอดโดยรัฐให้การช่วยเหลือจนถึงอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทย นอกจากนี้ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตต่างก็ให้ความเห็นสนับสนุนการใช้หลักเกณฑ์ด้านอายุในการคัดเลือกผู้ป่วย เนื่องจากผลตอบแทนทางสุขภาพของผู้ป่วยอายุน้อยสูงกว่าผู้ป่วยอายุมาก^(๑๑,๒๓)

- **เหตุผลคัดค้านทางเลือกที่สอง** คือ ข้อจำกัดด้านงบประมาณเช่นเดียวกับทางเลือกที่หนึ่ง เนื่องจากในทางเลือกที่สองนี้มีความจำเป็นในการใช้งบประมาณจำนวนมากเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ การคัดเลือกผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์อายุ อาจจะมีความขัดแย้งทางด้านสังคม หลักจริยธรรมและหลักการด้านสิทธิมนุษยชน รวมทั้งกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศ

ทางเลือกที่สาม ให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยบางคนที่ผ่านมาเกณฑ์การคัดเลือก โดยให้กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยในระดับประเทศ และให้มีกระบวนการตัดสินใจคัดเลือกผู้ป่วยที่ระดับจังหวัดในรูปแบบของคณะกรรมการ ทั้งนี้หลักเกณฑ์ระดับประเทศในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่บริการทดแทนไตอาจประกอบด้วยหลายปัจจัยโดยที่ไม่ต้องเรียงลำดับความสำคัญของปัจจัย (multiple unranked criteria) เช่น อายุ เศรษฐฐานะโดยให้ความสำคัญแก่คนยากจนก่อน ภาระการเลี้ยงดูบุตรหรือครอบครัว ความสามารถในการผลิตการทำงาน หรือสร้างประโยชน์ให้กับสังคมส่วนรวม รวมทั้งการมีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ ความพิการหรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์จะได้รับบริการทดแทนไตไปจนกว่าได้รับการปลูกถ่ายไต หรือ

เสียชีวิต (no dis-continuation principle)

- **เหตุผลสนับสนุนทางเลือกที่สาม** คือ สนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจไปสู่ระดับพื้นที่ ซึ่งบางครั้งหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ส่วนกลางกำหนดขึ้นมาอาจจะต้องปรับให้เกิดความเหมาะสมกับบางพื้นที่

- **เหตุผลคัดค้านทางเลือกที่สาม** คือ หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกันบ้างระหว่างจังหวัดซึ่งจะก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพหากผู้ป่วยมีความจำเป็นด้านสุขภาพที่เท่ากัน (horizontal inequity) นอกจากนี้ การคัดเลือกในบางพื้นที่อาจก่อให้เกิดการใช้ระบบอุปถัมภ์ (nepotism) หรือการลัดคิว (queue jumping) การตีความและใช้เกณฑ์ที่หย่อนกว่า รวมทั้งอาจทำให้เกิดการย้ายถิ่นฐานของผู้ป่วยข้ามจังหวัด หากจังหวัดใกล้เคียงมีหลักเกณฑ์ที่ผ่อนปรนมากกว่าในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการทดแทนไต ทั้งนี้ การให้บริการทดแทนไตจนเสียชีวิตนั้น (continuation principle) ผู้ป่วยบางคนที่กำลังได้รับการทดแทนไตอาจจะมียุมากกว่าผู้ป่วยที่ถูกปฏิเสธให้เริ่มเข้าบริการทดแทนไต ตัวอย่างเช่น นาย ก. ได้รับการทดแทนไตตั้งแต่อายุ ๕๙ ปี และได้รับการบริการอย่างต่อเนื่องโดยที่ไม่ได้รับการปลูกถ่ายไต จนกระทั่งอายุ ๘๒ ปี ก็ยังใช้บริการฟอกเลือดอยู่ ขณะที่เพื่อนบ้านอีกคนคือผู้ป่วย นาย ข. เริ่มเป็นไตวายเมื่ออายุ ๖๙ ปี คณะกรรมการตัดสินใจว่าไม่ควรได้รับการทดแทนไตเนื่องจากมีอายุมากกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้น สำหรับทางเลือกนี้ สังคมจะอธิบายผลลัพธ์ของการเลือกปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกนี้ ในกรณีตัวอย่าง ๒ รายนี้ได้อย่างไร

- **ทางเลือกที่สี่** ให้สิทธิในการเข้าถึงบริการทดแทนไตกับผู้ป่วยทุกคนในช่วงปีแรก ๆ ของบริการทดแทนไต และหยุดให้เมื่อครบกำหนด (dis-continuation) โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะได้รับจำนวนปีของบริการทดแทนไตมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ทั้งนี้จำนวนปีที่สัญญาว่าจะให้บริการทดแทนไตนั้นขึ้นกับศักยภาพ

ทางการเงินของรัฐบาล

- **เหตุผลสนับสนุนทางเลือกที่สี่** คือ เป็นการให้โอกาสกับผู้ป่วยทุกคนได้รับสิทธิในเวลาที่กำหนดระยะหนึ่ง โดยให้จำนวนปีของบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อยมากกว่าผู้ป่วยอายุมาก ซึ่งจากผลการทบทวนเอกสารวิชาการสนับสนุนว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีโอกาสในการอยู่รอดสูงกว่าผู้ป่วยที่สูงอายุ^(๒๓) ทางเลือกนี้สอดคล้องกับหลักการความเสมอภาค (คือให้บริการฯ สำหรับผู้ป่วยทุก ๆ คน) และหลักการประสิทธิภาพ (คือ ผู้ป่วยอายุน้อยได้ผลตอบแทนสุขภาพมากกว่า) นอกจากนี้ ทางเลือกที่สี่น่าจะได้รับการสนับสนุนจากทางการเมืองมากที่สุด

- **เหตุผลคัดค้านทางเลือกที่สี่** คือ ผู้ป่วยทุกคนจำเป็นต้องหยุดได้รับบริการเมื่อผ่านพ้นเกณฑ์อายุหรือช่วงระยะเวลาที่รัฐให้การสนับสนุน ซึ่งจะมีความขัดแย้งทางด้านจริยธรรมเช่นเดียวกับทางเลือกที่สอง อย่างไรก็ตาม การปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการหยุดให้การรักษ พบว่า หากแพทย์ได้ให้ข้อมูลล่วงหน้าและผู้ป่วยสามารถเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงเหตุผลความจำเป็นว่าจะได้รับบริการทดแทนไตเป็นระยะเวลาหนึ่งก่อนหยุดการให้บริการทดแทนไต ผู้ป่วยไทยน่าจะยอมรับสภาพความจำเป็นและเหตุผลดังกล่าวนี้ได้ และญาติพี่น้องผู้เกี่ยวข้องจะได้เตรียมการทางการเงินไว้ล่วงหน้า นอกจากนี้ การหยุดให้การรักษานั้น รัฐบาลอาจให้การอุดหนุนบ้างบางส่วน แต่จะเป็นส่วนน้อย

จากการประชุมระดมความคิดเห็นของคณะผู้วิจัยและนักวิชาการด้านจริยศาสตร์ต่างมีความคิดเห็นร่วมกันว่า **ทางเลือกที่สอง** และ**ทางเลือกที่สี่** มีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูง เนื่องจากส่งผลกระทบต่อด้านลบทางด้านจริยธรรมน้อยกว่าทางเลือกอื่น ๆ และมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณน้อยกว่า เนื่องจากจำนวนปีและจำนวนผู้ป่วยที่รัฐจะรับภาระทางด้านงบประมาณมีน้อยกว่าทางเลือกอื่น ในขณะที่**ทางเลือกที่หนึ่ง**จะก่อให้เกิดภาระทางด้านราคาสัญญากับ

รัฐบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากรัฐรับภาระผู้ป่วยทุกคนไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือได้รับการปลูกถ่ายไตและ**ทางเลือกที่สาม**มีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างสูง ทั้งนี้ทางเลือกที่ ๒ และ ๔ บรรลุเป้าหมายด้านจริยธรรมเนื่องจากให้บริการทดแทนไตกับผู้ป่วยทุก ๆ คน โดยไม่เลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ มาตรการหยุดให้การรักษายังบรรลุความเป็นไปได้ทางการเงินและประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และหากไม่มีความจำกัดด้านงบประมาณเลย (ซึ่งเป็นไปไม่ได้ในชีวิตจริง) ทางเลือกที่ ๑ เป็นทางเลือกที่ดีที่สุด เพราะเป็นการให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตหรือจนกระทั่งได้รับการปลูกถ่ายไต

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาว่าบริการไตที่ภาครัฐควรเข้ามามีบทบาทในการให้การอุดหนุน Musgrove^(๒๔) ได้เสนอเกณฑ์พิจารณาว่าบริการใดควรเป็นหน้าที่ของการคลังภาครัฐ (public financing) ได้แก่

- บริการที่มีต้นทุนประสิทธิผล (cost effective interventions)
 - เป็นสินค้าสาธารณะ (public goods) ที่ภาคเอกชนไม่สนใจลงทุน
 - เป็นบริการที่มีผลกระทบภายนอก (external benefit) เช่น บริการวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ
 - เป็นการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมีรายจ่ายสูงถึงกับล้มละลายทางการเงิน (catastrophic health spending) โดยที่บริการเหล่านี้ไม่ได้อยู่ในความสนใจของการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ (voluntary health insurance)
 - เป็นบริการที่ให้แก่คนจน
 - เป็นบริการที่สร้างความเสมอภาคในสังคม
- การตัดสินใจขยายบริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้งบประมาณภาครัฐครั้งนี้ **ไม่เข้าเกณฑ์** ที่เสนอโดย Musgrove ในประเด็นดังต่อไปนี้
- ไม่ได้เป็นสินค้าสาธารณะ (public goods)
 - เป็นบริการที่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (not

cost-effective) เนื่องจากใช้เงินมากกว่า ๓ เท่าของ รายได้ประชาชาติต่อคนต่อปี

- เป็นบริการที่ไม่มีผลกระทบภายนอก (external benefit) เนื่องจากเป็นการเจ็บป่วยเฉพาะบุคคล ไม่ใช่โรคติดต่อ เป็นโรคที่เกิดขึ้นกับทุกคนไม่เฉพาะคนจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ดังนั้น การตัดสินใจโดยใช้ทรัพยากรของสังคม มาสนับสนุนการเข้าถึงบริการทดแทนไตในครั้งนี้ จึง เข้าได้กับหลักเกณฑ์เพียง ๒ ข้อ ซึ่งได้แก่ ๑) เป็นการ เจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง และ ๒) ข้อพิจารณาด้าน ความเสมอภาค เมื่อเปรียบเทียบกับสวัสดิการรักษา พยาบาลข้าราชการและการประกันสังคม

นโยบายด้านอื่นที่ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไต

จากการประชุมระดมความเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ ส่วนเสีย และการวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบาย พบว่า ไม่ว่ารัฐบาลจะตัดสินใจเลือกทางเลือกใด สิ่งที่สำคัญคือ นโยบายการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตจะต้อง ควบคู่ไปกับการขยายการลงทุนเพิ่มขึ้นสำหรับการ ป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังทั้งระดับปฐมภูมิและระดับ ทุติยภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังที่นำไปสู่ ภาวะไตวายเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งการบริโภคยาต้านการอักเสบประเภท non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) ทั้งนี้ เพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะไตวายเรื้อรังและอุปสงค์ของ การบริการทดแทนไต รวมทั้งภาระงบประมาณของรัฐ ในอนาคต

หากมีความจำเป็นในการกำหนดหลักเกณฑ์ สำหรับการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่บริการทดแทนไต หลักเกณฑ์ดังกล่าวควรจะใช้สำหรับผู้ป่วยทุกคน ไม่ว่า เป็นผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษา พยาบาลข้าราชการ หรือโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ทั้งนี้หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยอาจเป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหวสูงและอาจจะถูกคัดค้านในด้านสิทธิ

มนุษยชนและข้อประเด็นทางด้านกฎหมายรัฐธรรมนูญ ว่าด้วยการไม่เลือกปฏิบัติ ดังนั้น การที่สังคมไทยจะ ตัดสินใจเกี่ยวกับการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการ ทดแทนไต ต้องได้รับการเห็นชอบจากสังคม (societal consent) โดยรวมก่อน โดยอาจใช้วิธีการรับฟังสาธารณะ อย่างเป็นระบบ ซึ่งหากสังคมโดยรวมไม่เห็นชอบ กับหลักการคัดเลือกผู้ป่วย และยินดีที่จะให้บริการกับ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคนโดยไม่มีเกณฑ์คัดเลือก สังคม ไทยและรัฐบาลจะต้องร่วมกันรับผิดชอบภาระด้านการ คลังสุขภาพ เพื่อให้บริการทดแทนไตที่ผู้ป่วยได้รับเป็น บริการที่มีคุณภาพในระยะยาวและมีความยั่งยืน

รัฐบาลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องจัดหางบประมาณที่เพียงพอสำหรับนโยบาย ดังกล่าว และจะต้องพัฒนาระบบการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการให้บริการทดแทนไต ซึ่งหมายรวมถึงบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัด ซื้อยาฉีดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด (erythropoietin) อีกด้วย นอกจากนี้ รัฐบาลจะต้องมีนโยบายการให้ค่า ตอตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้มีบริการล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีต้นทุนอัตราประโยชน์ดีกว่าการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และผู้ป่วยในชนบทสามารถ เข้าถึงบริการได้ดีกว่า อีกทั้งค่าเดินทางในการใช้บริการ ต่ำกว่า HD มากด้วย

ระบบข้อมูลเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญ อย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์และพัฒนานโยบายการขยาย บริการทดแทนไต รัฐบาลในฐานะผู้ซื้อรายใหญ่ภายใน ประเทศ ย่อมอยู่ในฐานะที่จะบริหารจัดการให้บริการ ทดแทนไตมีประสิทธิภาพด้านเทคนิคได้สูง โดยการมี กลไกกลางในการต่อรองและจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการทดแทนไต (central negotiation หรือ bulk purchasing) โดย การมอบหมายการบริหารจัดการเหล่านี้ ไปยังหน่วย- งานที่มีศักยภาพ และมีประวัติในการทำงาน (track

record) ที่ดี ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือมูลนิธิ ซึ่งหน่วยงานบริหารจัดการเหล่านี้ ต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีความรับผิดชอบต่อสังคมสูง นอกจากนี้หน่วยงานด้านบริหารหรือสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ควรรับผิดชอบในการขยายให้มีการรายงานข้อมูลการลงทะเบียนทดแทนไต (TRT Registry) ที่ครบถ้วนทั้ง ๒ ด้าน (คือ ข้อมูลของสถานพยาบาล และผู้ป่วย) จากสถานพยาบาลภาครัฐทุกสังกัด และภาคเอกชน* ทั้งนี้ รายงาน TRT จะต้องเป็นรายงานภาคบังคับ (mandatory report) และสถานพยาบาลใดที่ไม่รายงานข้อมูล TRT ก็ไม่ควรจะได้รับการอนุญาตให้จัดบริการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบได้

นอกจากนี้ ในด้านคุณภาพของระบบบริการทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องทำหน้าที่ให้การรับรองคุณภาพของหน่วยบริการทดแทนไต (certification) และหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองเท่านั้นจึงจะได้รับอนุญาตให้จัดบริการได้ ทั้งนี้ สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและแพทยสภา รวมทั้งหน่วยงานราชการอื่น ๆ ต้องร่วมมือรับผิดชอบในการผลิตและฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทดแทนไตให้เพียงพอ รวมทั้งให้ความมั่นใจในการขยายบริการทดแทนไตอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การผ่าตัดเปลี่ยนไตเป็นบริการทดแทนไตที่มีความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์มากกว่าและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ศูนย์

รับบริจาคอวัยวะะสภากาชาดไทย ต้องปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงานและเตรียมความพร้อมเพื่อให้มีการบริจาคอวัยวะเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากผู้บริจาคที่เป็นผู้ป่วยสมองตาย (brain-death หรือ cadaveric donor) และผู้บริจาคที่เป็นญาติพี่น้องที่ยังมีชีวิต เพื่อรองรับการขยายบริการทดแทนไตที่จะเพิ่มขึ้น

วิจารณ์

การให้บริการทดแทนไตเป็นบริการสุขภาพที่มีราคาแพงมากจนทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ได้รวมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้จากการศึกษาเรื่องต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ พบว่าบริการทดแทนไตจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตดีพอสมควรในช่วงระยะหนึ่ง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปีของประเทศไทย นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจำนวนหนึ่งมีความเห็นว่าจะคุ้มค่ากับการลงทุนในการที่จะขยายการให้บริการกับผู้ป่วยโดยใช้งบประมาณของภาครัฐ^(๑๑)

จุดเริ่มต้นของการเคลื่อนไหวให้มีการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีความจำเป็นนั้นเริ่มจากสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยประสบความเดือดร้อนในอดีต โดยผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเรียกร้องให้ขยายสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ (สปร.) และคณะกรรมการสาธารณสุขของสภาผู้แทนราษฎรในสมัยนั้นได้ปรึกษาหารือในเรื่องนี้ แต่ด้วยข้อจำกัดของงบประมาณและอุปทานของระบบบริการทดแทนไต รัฐบาลจึงตัดสินใจไม่ขยายบริการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยภายใต้ระบบ สปร.^(๒๕,๒๖) นอกจากนี้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังยังขาดการรวมตัวกันเป็นชมรมสมาคม และขาดกำลังต่อรองกับรัฐบาลซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ดังนั้น ภายใต้

*ปัจจุบัน การลงทะเบียนทดแทนไต (TRT) เป็นการริเริ่มของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยที่ให้หน่วยบริการทดแทนไตทั้งภาครัฐและเอกชนรายงานการให้บริการทดแทนไตในลักษณะแบบสมัครใจ ซึ่งรายละเอียดของรายงานเป็นข้อมูลฝ่ายผู้ให้บริการเป็นส่วนใหญ่ การเพิ่มข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการ จะทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความต่อเนื่องของการรับบริการและปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น

สถานการณ์เช่นนี้ อายุรแพทย์ ผู้มีหน้าที่ดูแลและตัดสินใจที่จะให้หรือไม่ให้บริการทดแทนไตกับผู้ป่วยต้องเผชิญกับแรงบีบคั้นทางจริยธรรมในการตัดสินใจที่จะไม่ให้บริการฯ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการที่จะจ่ายค่าบริการ หรือผู้ป่วยรับบริการจนไม่มีความสามารถจะจ่าย (จ่ายจนสิ้นเนื้อประดาตัว)

เมื่อทรัพยากรมีจำกัด จึงจำเป็นที่จะต้องมีเกณฑ์การตัดสินใจว่าใครควรได้รับบริการทดแทนไต ทั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอ ๒ มาตรการ ได้แก่ การให้บริการทดแทนไตสำหรับบางคน เช่น ทางเลือกที่ ๓ หรือให้ทุกคน แต่ไม่ได้ให้ตลอดไปจนตายหรือจนกว่าได้รับการปลูกถ่ายไตใหม่ เช่น ทางเลือกที่ ๒ และ ๔

ทางเลือกที่ ๓ แม้ว่าจะมีแนวโน้มที่จะสามารถประหยัดงบประมาณได้ แต่เนื่องจากไม่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกคน ซึ่งนอกจากมีปัญหาด้านจริยธรรมคือการเลือกปฏิบัติแล้ว ยังเป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่มีปัญหาในระดับปฏิบัติ (operational difficulties) กรรมการที่จะตีความและชี้ขาดว่าใครควรได้ ใครไม่ควรได้ ย่อมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจไม่น้อย ความหลากหลายของการตีความและปฏิบัติในจังหวัดต่าง ๆ น่าจะเป็นจุดอ่อนของการปฏิบัติ และนำมาสู่ปัญหาข้อยุ่งยากค่อนข้างมาก

ทางเลือกที่ ๒ บรรลุวัตถุประสงค์ความเป็นธรรมและเชิงจริยธรรม กล่าวคือ ทุก ๆ คนได้รับบริการจนถึงอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด โดยใช้เงินภาครัฐ และยุติการให้บริการเมื่อผ่านเกณฑ์อายุดังกล่าว โดยการชี้แจงเหตุผลความจำเป็นและข้อจำกัดด้านงบประมาณล่วงหน้า น่าจะเป็นที่ยอมรับได้จากผู้ป่วยและสังคมรวมทั้งยังบรรลุความเป็นไปได้ทางการเงินด้วย

ทางเลือกที่ ๔ มีลักษณะคล้ายกับทางเลือกที่ ๒ โดยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ด้านความเป็นธรรมและการประหยัดงบประมาณไปในตัวด้วยเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ การให้ข้อมูลเหตุผลความจำเป็นของการยุติการให้บริการล่วงหน้า น่าจะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและสังคมสามารถยอมรับได้

ประเด็นที่น่าจะมีความยุ่งยากเชิงนโยบาย คือ

การนำหลักเกณฑ์ในทางเลือกใดทางเลือกหนึ่ง โดยเฉพาะทางเลือกที่ ๒, ๓ และ ๔ ที่ใช้กับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาปรับใช้กับอีก ๒ ระบบคือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ และประกันสังคมให้เป็นหลักเกณฑ์เดียวกัน เนื่องจากขณะนี้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ และประกันสังคมใช้ทางเลือกที่หนึ่งทั้งสิ้น

ประเด็นที่เป็นคำถามสำหรับงานวิจัยในอนาคตคือเมื่อเปรียบเทียบภาพรวมทั้งหมดในการใช้ทรัพยากรของสังคมเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ ยังมีบริการทางการแพทย์อื่นที่มีความจำเป็นเร่งด่วนหรือมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพได้มากกว่าบริการทดแทนไตอีกหรือไม่ ซึ่งการที่จะตอบคำถามดังกล่าวได้จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์และความไม่เป็นธรรมของการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่อยู่ทั้งในและนอกสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมเพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายสำหรับการลงทุนด้านสุขภาพในอนาคต

กรอบแนวคิดที่นำเสนอ เป็นกรอบที่น่าสนใจและมีประโยชน์ในการวิเคราะห์นโยบายใด นโยบายหนึ่งโดยมีข้อพิจารณาสองด้านคือ ความเสมอภาค และประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรสุขภาพบนพื้นฐานความเป็นไปได้ทางงบประมาณ ซึ่งอาจสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการรักษายาบาลที่มีราคาแพงในอนาคต

สรุปและข้อเสนอแนะ

การตัดสินใจขยายบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและความต้องการงบประมาณที่สูงมาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาการระงับงบประมาณด้านสุขภาพกับประเทศไทยในระยะยาว การตัดสินใจจึงต้องพิจารณาด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง

(evidence-based policymaking)

ผู้วิจัยเสนอให้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นำเสนอทางเลือกเชิงนโยบายทั้ง ๔ ทางเลือก เหล่านี้ เพื่อขอความเห็นและฉันทามติ (consensus) จากสังคมไทย ผ่านกระบวนการประชาพิจารณ์อย่างเป็นระบบ โดยมีข้อมูลความต้องการงบประมาณอย่างชัดเจนในแต่ละทางเลือก การประชาพิจารณ์จะต้องใช้ดุลยพินิจอย่างถ้วนถี่ และไม่มีลักษณะการเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มผลประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายผู้ป่วย ฝ่ายผู้ให้บริการ หรือนักการเมือง เพื่อมิให้เกิดอคติ เนื่องจากผลกระทบระยะยาวจะตกอยู่กับทุก ๆ ฝ่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และกระทรวงสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทุนเมธีวิจัยอาวุโสด้านการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ และทำดีที่สุด ขอขอบพระคุณ Dr. Daniel Wikler และ Dr. Dan W. Brock จาก Harvard University, Dr. Ole F. Norheim จาก Bergen University, Dr. Tessa Tan Torres จากองค์การอนามัยโลก คณะกรรมการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และคณะกรรมการกำกับโครงการวิจัยฯ ทุกท่าน ที่ให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา นโยบายขยายบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. In: van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, editors. Equity in the finance and delivery of health care: an

- international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 7-19.
๒. Wagstaff A. QALYs and the equity-efficiency trade-off. J Health Econ 1991; 10:21-41.
๓. ยศ ตีระพัฒนานนท์. ทางเลือกสำหรับพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์กรณีการรักษาที่มีราคาแพง. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๘.
๔. James C, Carrin G, Savedoff W, Hanvoravongchai P. Clarifying efficiency-equity tradeoffs through explicit criteria, with a focus on developing countries. Health Care Analysis [serial online] 2005 [cited 2006 May 21]; 13. Available from: URL: http://www.who.int/health_financing/Health-Care-Analysis_Vol13.pdf
๕. National Health and Medical Research Council. Ethical considerations relating to health care resource allocation decisions. Canberra: Commonwealth of Australia; 1999.
๖. Wikler D, Murray CJL. Health equity: fairness and goodness. Geneva: World Health Organization; 2003.
๗. Brock DW, Wikler D. Ethical issues in resource allocation, research, and new product development. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al, editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. p. 259-70.
๘. The United Nations (UN). The fiftieth anniversary of the universal declaration of human rights [Online]. [cited 2005 July 26]; Available from: URL: <http://www.un.org/rights/50/decla.htm>
๙. สภาร่างรัฐธรรมนูญ. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐. กรุงเทพมหานคร: ดอกหญ้า; ๒๕๕๐.
๑๐. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิษย์ เกษมทรัพย์, ยศ ตีระพัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, จิตปราณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย. การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ/สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๘.
๑๑. ยศ ตีระพัฒนานนท์. ต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย. ใน: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิษย์ เกษมทรัพย์, ยศ ตีระพัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, จิตปราณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย, บรรณาธิการ. รายงานการศึกษาการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๘. หน้า ๑๑๑-๑๓๗.
๑๒. WHO. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization; 2001.
๑๓. Wikler D, Brock D, Norheim OF, Torres TT. RRT in Thailand's "30 baht" health insurance scheme: ethical

- dimensions of the choice of options. PPT file presented on 2 June 2005. Nonthaburi: the International Health Policy Program; 2005.
๑๕. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราวณี วาศวิท. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๔. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
 ๑๕. ถนอม สุภาพร, อุดม ไกรฤทธิชัย, พจน์ เอมพันธ์, อำนวยชัยประเสริฐ, สุภฤทัย เลขยานนท์, อัมพร สกฤตแสงประกษา, และคณะ. บทวิเคราะห์สถานภาพผู้ให้บริการรักษาบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยและความสามารถในการรองรับบริการเพิ่มเติมจากปี พ.ศ. ๒๕๔๘. ใน: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, จิตปราวณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย, บรรณาธิการ. รายงานการศึกษาการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๔๘. หน้า ๓๘-๕๒.
 ๑๖. วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อุปสงค์ของบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ใน: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, จิตปราวณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย, บรรณาธิการ. รายงานการศึกษาการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๔๘. หน้า ๒๔ - ๓๗.
 ๑๗. National Kidney Foundation of Singapore. Financials. [online]. 2005 [cited 2005 July 31]; Available from: URL: <http://www.nkfs.org/financials.php>
 ๑๘. Hong Kong Kidney Foundation Limited. Clinical services. [online]. 1999 [cited 2005 July 31]; Available from: URL: <http://www.hkkf.org.hk/>
 ๑๙. Cueto-Manzano AM. Peritoneal dialysis in Mexico. *Kidney Int* 2003; 63 (Suppl 83): S90-2.
 ๒๐. Han DS. Current status of peritoneal dialysis in Korea: efforts to achieve optimal outcome. *Peritoneal Dialysis Int* 1999; 19(Suppl 3): S17-25.
 ๒๑. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราวณี วาศวิท, วิชัช เกษมทรัพย์. ความคิดเห็นของประชาชนไทยต่อการคัดเลือกผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้ารับบริการทดแทนไต. ใน: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, จิตปราวณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย, บรรณาธิการ. รายงานการศึกษาการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๔๘. หน้า ๑๓๘ - ๕๘.
 ๒๒. Kasemsup V. Health care decisions under budget constraints in Thailand (doctoral dissertation). Minneapolis: University of Minnesota; 2005.
 ๒๓. United States Renal Data System (USRDS). Annual data report 2004: incidence and prevalence. Minneapolis: USRDS Coordinating Center; 2004.
 ๒๔. Musgrove P. Public spending on healthcare: how are different criteria related? *Health Policy* 1999; 47:207-23.
 ๒๕. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิชัช เกษมทรัพย์, สุวรรณ มูเก็ม. การวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้า. *แพทยสภาสาร* ๒๕๔๔; ๓๐: ๒๑๕ - ๒๖.
 ๒๖. วิชัช เกษมทรัพย์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุวรรณ มูเก็ม. ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเจ็บป่วยราคาแพง: ทางออกคืออะไร. *วารสารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย* ๒๕๔๔; ๒๕: ๓๕-๔๑.

Abstract Policy Recommendations on Extending Access to Renal Replacement Therapy under Universal Coverage in Thailand

Phusit Prakongsai*, Viroj Tangcharoensathien*, Viji Kasemsup**, Yot Teerawattananon*, Thanom Supaporn***, Chitpranee Vasavid*

*International Health Policy Program - Thailand, **Community Medicine Center, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, ***Nephrology Society of Thailand

Journal of Health Science 2006; 15:617-31.

The aim of this study was to explore policy options for the extension of access to renal replacement therapy (RRT) under universal coverage in Thailand. Policy options proposed mainly relied on two objectives: efficiency in utilizing government health resources and equity in access to health services. Human right and ethical principles were also integrated into these policy options.

Several research methods including literature reviews, secondary data analysis, in-depth interviews with stakeholders, and the analysis of policy options based on the WHO manual on ethical dimensions of health resource allocation were employed. Researchers from IHPP-Thailand, Harvard University, University of Bergen, and the WHO jointly explored this issue during May - June 2005.

Results revealed that neither hemodialysis nor peritoneal dialysis was cost-effectiveness due to its expensive cost per life year saved. However, protecting households against financial catastrophe justified public funding for RRT and to be financially feasible, rationing was unavoidable. Among four alternatives emerging through the extensive literature review and a series of stakeholders' consultation, the study advocated end-stage renal disease (ESRD) prevention and the provision of RRT to every patient, up to an age cut-off, or to every patient with a fix number of RRT years by providing more years to the younger patients. These two options were financially feasible and achieve ethical principles of providing equal chance to all patients, while the other two alternatives which provide life-time medical services to all or selected some would become relatively less possible.

Regardless of which policy options that the government will take, a substantial improvement of many crucial issues including primary and secondary prevention of end-stage renal disease, adequate and sustainable health care financing, an efficient RRT service system, an establishment of central purchasing and bargaining system on peritoneal dialysis (PD) solution and erythropoietin injection, a mandatory report of Thailand registry of renal replacement therapy (TRT registry), incentives for PD, and an effective kidney transplantation system is needed.

Key words: health policy, efficiency, equity in access to health care, renal replacement therapy, Universal Coverage, health insurance, rationing