

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ ได้แก่

- ลักษณะโดยทั่วไป ความหมาย และการบำบัดรักษาทดแทนโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีเศรษฐศาสตร์กับการแพทย์และการสาธารณสุข
- การจัดสวัสดิการด้านสุขภาพในสังคมไทย
- รัฐธรรมนูญ กับสุขภาพ
- แนวคิดระบบสวัสดิการสังคม
- แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองของอาจารย์ป๋วย
- แนวคิดการใช้ทุนทางสังคมในองค์การการกุศล
- นโยบายหลักประกันสุขภาพและการบริการทดแทนไต
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาทดแทนโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ลักษณะโดยทั่วไป ความหมายและการบำบัดรักษาทดแทนโรคไตวายระยะสุดท้าย

2.1.1 ความหมายของคำว่าภาวะทดแทนโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease : ESRD)

ไตเป็นอวัยวะที่เกี่ยวกับการขับถ่ายของเสีย การควบคุมระดับน้ำ เกลือแร่ และภาวะกรด-ด่างในร่างกาย เพื่อควบคุมสภาพของเซลล์ภายในร่างกายให้คงที่ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะอื่นย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตทั้งสิ้น เพราะไตเป็นอวัยวะที่รับเลือดมาเลี้ยงถึงร้อยละ 20 ของจำนวนเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ จึงทำให้เกิดภาวะขาดเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ ไตยังเป็นทางผ่านของสารพิษต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย จึงมีโอกาสถูกทำลายได้มากกว่าอวัยวะอื่นๆ

โรคไตเรื้อรัง¹ (chronic kidney disease : CKD) หมายถึงภาวะการทำงานของไตบกพร่องเป็นเวลานาน จนไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือเป็นภาวะที่ไตมีอัตราการกรอง

¹ เขาวลิต รัตนกุล. 2540. หลักการและวิธีการกำหนดอาหารสำหรับผู้ป่วย Chronic hemodialysis. เอกสารประกอบการอบรมระยะสั้นเรื่องความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยไตเทียม. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงแรมเอเชีย. กรุงเทพฯ.

(glomerular filtration rate: GFR) ลดลงจนร่างกายเสียสมดุลทางเคมี ของไหลโดยไม่ผันกลับ และมีการดำเนินของโรคไปจนถึงระยะที่เรียกว่าไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD)

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนี้ เป็นภาวะที่ไตทั้งสองข้างสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร คือไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะเลือดเป็นพิษ (uremia) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา

2.1.2 การวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย² มีเกณฑ์พิจารณาต่อไปนี้

- 1) มีภาวะ azotemia หรือ glomerular filtration rate (GFR) ลดลง ติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 3 เดือน
- 2) มีอาการแสดงภาวะ chronic uremia ได้แก่ มีภาวะโลหิตจางที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยสาเหตุอื่น หรือมีภาวะ renal osteodystrophy
- 3) ในปัสสาวะพบ broad cast โดยความกว้างของ cast มากกว่าความยาวของเม็ดเลือดขาว 3 ตนเรียงต่อกัน
- 4) ขนาดไตทั้งสองข้างเล็กกว่าปกติ เมื่อดูจากภาพถ่ายรังสี kidney ureters and bladder (KUB) หรือ intravenous pyelogram หรือจากภาพถ่าย ultrasound

นอกจากเกณฑ์การวินิจฉัยข้างต้นแล้ว ยังมีหลักฐานอื่นที่ชี้บ่งชี้ว่าจะเป็นโรคไตวายเรื้อรังอีก ได้แก่ การตรวจพบระดับ carbaminohemoglobin มีค่าสูง และการมีอาการของ uremia นานเกิน 3 เดือน อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกของการเกิดไตวาย ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ แต่สามารถใช้การตรวจวัดการทำงานของไตโดยวิธีการวัดอัตราการกรอง (GFR) และตรวจโปรตีนในปัสสาวะมาช่วยในการวินิจฉัยโรคได้

การวัดการทำงานของไตด้วยค่า GFR นั้น กระทำได้โดยการคำนวณหาค่าของ creatinine clearance (Ccr) ตามสูตรของ Cockroff and Gault ดังนี้

$$Ccr = \frac{(140 - \text{อายุ (ปี)}) \times \text{น้ำหนักตน (กิโลกรัม)}}{72 \times \text{serum creatinine (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)}}$$

ค่า Ccr มีหน่วยเป็นมิลลิลิตรต่อนาที คนปกติมีค่าประมาณ 120 มิลลิลิตรต่อนาที ถ้าสมรรถภาพการทำงานของไตลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่ง ค่า serum Cr จะมากกว่า 2 มิลลิกรัมต่อ

² ขุนานิชฐ์ วงศ์จักร์. 2544. บริโภคนิสัยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. ปรินญาวิทยาสาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. หน้า 6.

เดซิลิตร ส่งผลให้ Ccr น้อยกว่า 20 มิลลิลิตรต่อนาที การที่ค่า serum Cr สูงเกินกว่าปกติ คือ เกินกว่า 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ยังถือว่าเป็น mild renal failure แต่ถ้า Ccr ลดลงไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยก็จะเข้าสู่ moderate severe renal failure

2.1.3 สาเหตุการเกิดโรคไต

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะในคนกลุ่มอายุระหว่าง 20-24 ปี บพประมาณร้อยละ 3.4 ของประชากรทั่วโลก³ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 ประมาณการว่ามีอุบัติการณ์ของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ที่ 88.1 รายต่อล้านประชากรต่อปี ซึ่งหมายความว่า ในจำนวนประชากรไทย 1 ล้านคน จะมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 88 ราย หรือหนึ่งปี จะมีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 5,000-6,000 ราย⁴

Anutra⁵ รายงานว่าสาเหตุทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทย ได้แก่

- 1) โรคเบาหวาน พบบ่อยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.2
- 2) โรคความดันโลหิตสูง พบรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 18.1
- 3) Obstructive nephropathy พบร้อยละ 3.7
- 4) Chronic tubulointerstitial พบร้อยละ 3.7
- 5) Chronic glomerulonephritis พบร้อยละ 1.5
- 6) ไม่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 22.3

2.1.4 ระยะของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การแบ่งระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะไม่สามารถแบ่งได้ชัดเจน แต่ลักษณะของไตวายโดยทั่วไปสามารถแบ่งออกได้ 4 ระยะ⁶

³United States Renal Data System, USRDS 1991. "Annual Data report. Bethesda. National Institutes of Health." Am J Kidneys Dis 19(1991): 6.

⁴วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. "การวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย." เอกสารสำนักงานกองทุนส่งเสริมการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

⁵Anutra Chittinandana. 2006. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adult population. J Med Assoc Thai Vol 89: 112-119.

⁶ บุญมี แพ้งสกุล. 2545. ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยาสถาสรณ์มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. หน้า 8.

- 1) กำลังสำรองของไตลดลง (decreased renal reserve) ไตทำหน้าที่ได้ประมาณร้อยละ 40 ของปกติ ร่างกายยังคงรักษาภาวะสมดุลไว้ได้ ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการ
- 2) ไตทำหน้าที่ได้ไม่เพียงพอ (renal insufficiency) ในระยะนี้ ไตทำงานได้ประมาณร้อยละ 15-40 อัตราการกรองของโกลเมอรูลัส (glomerulus filtration rate: GRF) ลดลงเหลือประมาณ 20 มิลลิลิตรต่อนาที จากอัตราปกติ 100-200 มิลลิลิตรต่อนาที ผู้ป่วยเริ่มมีของเสียสะสมอยู่ในเลือด (azotemia) และมีเลือดจางเล็กน้อย
- 3) ไตวาย (renal failure) ไตทำหน้าที่ได้ประมาณร้อยละ 5-15 ของปกติ ผู้ป่วยจะมีของเสียสะสมอยู่ในเลือด และมีเลือดจางมากขึ้น มีภาวะไม่สมดุล ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน
- 4) ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือยูรีเมีย (uremia) ไตทำหน้าที่ได้น้อยกว่าร้อยละ 5 ของปกติ มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์และภาวะต่างมากขึ้น ระบบต่าง ๆ ของร่างกายก็ทำงานผิดปกติอีกด้วย

2.1.5 อาการของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะเกิดทุกระบบของร่างกาย เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า ยูรีเมีย (uremia) โดยจะมีสารอินทรีย์และอนินทรีย์สะสมภายในร่างกาย ทำให้การทำงานของอวัยวะสำคัญๆ ถูกรบกวน ดังต่อไปนี้⁷

- ระบบน้ำเกลือแร่ และดุลความเป็นกรด-ด่างของร่างกาย ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะน้ำคั่งในช่องปอด ช่องท้อง ช่องหุ้มหัวใจ หรือที่อื่นๆ อาจมีน้ำท่วมปอด (pulmonary) หรือเกิดภาวะที่มีโซเดียม โพแทสเซียม ฟอสเฟต หรือกรดมากในเลือด
- ระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบการหายใจ เกิดภาวะความดันเลือดสูงเนื่องจากการมีน้ำและเกลือแร่สะสมในร่างกายมาก
- ระบบโลหิตวิทยา ภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะยูรีเมีย มีส่วนทำให้อายุของเม็ดเลือดแดงสั้นลง ประกอบกับการสร้างฮอริโมน erythropoietin จากไตลดลง ทำให้ขาดต้นกระตุ้นเซลล์ไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดงชุดใหม่ขึ้นมาทดแทน จึงเกิดภาวะโลหิตจางตามมา
- ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เริ่มตั้งแต่อาการในระยะที่โรคยังไม่รุนแรงมาก ได้แก่ขาดสมาธิในการทำงาน ง่วง ซึมเซา นอนไม่หลับ ไปจนถึงอาการมากเมื่อโรครุนแรงขึ้น เช่น อาการหลงลืม การตัดสินใจผิดพลาด คำนวณตัวเลขไม่ได้ สะอึก ขาเกร็ง เป็น

⁷Mc Carthy, J.T. Organ System Involvement in Uremia. ตำราโรคไต. แปลโดย พรรณนุष्พา ชูวิเชียร (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย, 2539). หน้า 788-795.

ตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก หมดสติ ชัก โคม่า เป็นต้น ส่วนอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ขาปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง

- ระบบทางเดินอาหาร อาการที่พบบ่อยได้แก่เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และตะอึก ยูเรียบางส่วนถูกขับทางน้ำลาย และถูกสลายในระบบทางเดินอาหาร เกิดเป็นแอมโมเนีย ทำให้ผู้ป่วยมีกลิ่นลมหายใจคล้ายปัสสาวะ หรืออาจมีแผลตามผนังเยื่อทางเดินอาหาร
- ระบบต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม อาการแสดงสำคัญที่พบ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ พบความผิดปกติของพาราไธรอร์ดฮอร์โมน อินซูลิน ระดับโซ และกลูโคสในเลือด ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในผู้ป่วยหญิง และฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ในผู้ป่วยชายลดลง

2.1.6 วิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สามารถแบ่งวิธีการรักษาออกได้ตามความรุนแรงของโรค ออกเป็น การรักษาโรคไตวายเรื้อรังในระยะเริ่มต้นและโรคที่ไม่รุนแรง (ระยะที่ 1 และ 2) และโรคไตวายเรื้อรังระยะรุนแรงและระยะสุดท้าย (ระยะที่ 3 และ 4) ดังนี้⁸

- 1) การรักษาโรคไตวายเรื้อรังในระยะเริ่มต้นและโรคไม่รุนแรง การรักษาในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการชะลอการเสื่อมของไต ด้วยวิธีการหลายๆ วิธีร่วมกัน ได้แก่
 - การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non pharmacological therapy) ได้แก่ การควบคุมอาหารจำกลุ่มโปรตีน ไขมัน โซเดียม โพสเฟต เกลือ และน้ำ รนวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยชะลออาการเสื่อมของไตได้
 - การรักษาด้วยยา (pharmacological therapy) ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาจับฟอสเฟต (phosphate binder) กลุ่มไบคาร์บอเนต (bicarbonate) ยาฉีด erythropoietin วิตามิน และยาอื่นๆ เช่น ยาลดไขมัน ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคหลอดเลือดและหัวใจ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาปฏิชีวนะ ยาแก้น้ำขี้ก เป็นต้น
- 2) การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะรุนแรงและระยะสุดท้าย
- 3) การรักษาที่นำมาใช้กับโรคไตวายระยะรุนแรงและระยะสุดท้าย เรียกว่าการรักษาบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่
 - การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD)
 - การขจัดของเสียทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) หรือการล้างไตทางช่องท้อง
 - การปลูกถ่ายไต (renal transplantation)

⁸ เกรียง ตั้งสง่า, โสภณ นามาร และสมชาย เขียมอ่อน. "Conservative management สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง" โรคไต กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ขอนแก่นพิมพ์. 2538) หน้า 309-345.

2.1.7 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ การรักษาเพื่อทดแทนหน้าที่ของไตชนิดหนึ่ง โดยมีจุดประสงค์ในการขจัดสารที่เกิดจากของเสียที่เกิดขึ้นในร่างกาย (waste product) ความไม่สมดุลของกรด-ด่าง และแก้ไขความผิดปกติของเกลือแร่ และสารอิเลคโตรลัยต์ในส่วนของประกอบของเลือด โดยใช้ขบวนการแลกเปลี่ยนของเสียระหว่างเลือดกับน้ำยา โดยผ่านเยื่อเมมเบรนที่กั้นอยู่ ซึ่งมีคุณสมบัติยอมให้สารที่มีโมเลกุลเล็กๆ ผ่านไปมาสะดวก เพื่อที่จะได้มีการแลกเปลี่ยนสารต่างๆ เช่น สารยูเรียไนโตรเจน ครีเอทีนินในกระแสเลือด เกลือแร่ และน้ำระหว่างผู้ป่วยกับน้ำยาฟอกเลือด เป็นต้น

1. วัตถุประสงค์ของการฟอกเลือดด้วยไตเทียม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยไตวาย ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังที่ได้ผล โดยมีวัตถุประสงค์ของการฟอกฯ ดังนี้

1.1 เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการอันเนื่องมาจากการมีของเสียคั่งอยู่ในกระแสเลือด เสียสมดุลกรด-ด่าง เกลือแร่ และน้ำ อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะช่วยปรับระดับประคองให้เกิดสมดุลของปัจจัยต่างๆ ให้หายจากกลุ่มอาการอันเนื่องมาจากการมีของเสียคั่งในเลือด จนกระทั่งไตเสียความสามารถในการกลับมาทำงานได้ตามปกติ

1.2 เพื่อช่วยยืดอายุของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยทำการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งขึ้นไป จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีชีวิตอยู่เพื่อการเปลี่ยนไตได้

1.3 เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับยาหรือสารเป็นพิษต่อไต เช่น สารฆ่าแมลง เห็ดพิษ เป็นต้น

2. หลักการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีหลักการพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ การแพร่ การซึมผ่าน และการกรองโดยใช้ความดัน ด้วยวิธีการทำให้เลือดของผู้ป่วยสัมผัสกับน้ำยาฟอกเลือดผ่านเยื่อกั้นกลางที่มีคุณสมบัติยอมให้สารที่มีโมเลกุลเล็กผ่านไปมาสะดวก สารต่างๆ จะเคลื่อนที่จากเลือดเข้าสู่ น้ำยาฟอกเลือด หรือจากน้ำยาฟอกเลือดเข้าสู่เลือด โดยอาศัยความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของสารต่างๆ ในเลือดและน้ำยาฟอกเลือด จนกระทั่งความเข้มข้นของสารทั้งสองข้างเท่ากัน อาศัยหลักการแพร่ ช่วยในการกรองของเสียออกจากเลือดในเวลาเดียวกัน โดยหลักการซึม น้ำจะเคลื่อนที่จากส่วนที่มีความเข้มข้นน้อยไปหาส่วนที่มีความ

เข้มข้นมาก แต่ถ้าต้องการให้น้ำออกจากร่างกายมากขึ้น ต้องใช้หลักการกรองโดยใช้ความดันลบ ซึ่งทำให้ความกดดันของเลือดกับน้ำยาฟอกเลือดที่มีเยื่อกันแตกต่างกันมาก วิธีการนี้ น้ำจะถูกกรอง ผ่านเยื่อกันออกจากร่างกายได้มากขึ้น

3. ข้อบ่งชี้ (Indicators) ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)

โดยทั่วไปเมื่อแพทย์รักษาด้วยวิธีการใช้ยา หรือการรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) แล้ว หากอาการหรือความผิดปกติต่างๆ ยังไม่ดีขึ้น แพทย์จำเป็นต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดแทน ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการฟอกเลือด มีดังนี้⁹

3.1 เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของเสียคั่งในเลือด (azotemia) สูงเกินไป หมายถึงมีค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือด (blood urea nitrogen) เกิน 100 และซีรัมครีตินิน (serum creatinin) เกิน 10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สำหรับโรคไตวายเฉียบพลันอาจจำเป็นต้องทำการฟอกเลือดเร็วกว่านี้ เพราะผู้ป่วยโรคไตวายเฉียบพลัน แสดงอาการเร็วและรุนแรงกว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

3.2 เมื่อมีอาการแสดงบ่งชี้ว่ามีน้ำคั่งในร่างกายมาก ที่สำคัญ คือ มีน้ำท่วมปอด

3.3 เมื่อมีภาวะกรดเกินในร่างกาย (metabolic acidosis) ที่มีสาเหตุจากภาวะไตวายและรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล

3.4 เมื่อมีภาวะโปตัสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia) ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตและได้รักษาทางยา เช่น ให้อินซูลินร่วมกับกลูโคสทางเลือดดำแล้ว ไม่ได้ผลเพียงพอ เป็นต้น

3.5 เมื่อมีภาวะโซเดียมในกระแสเลือดต่ำ (hyponatremia) หรือภาวะโซเดียมในกระแสเลือด (hypermnatremia) ที่รุนแรงจนปรากฏอาการ

3.6 เมื่อร่างกายได้รับสารพิษ หรือยาบางชนิดเกินขนาด และยาหรือสารพิษนั้น สามารถขจัดออกจากร่างกายด้วยวิธีการฟอกเลือด

⁹ เกรียง ตั้งสง่า และคณะ 2539. ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

2.2 ความหมายแนวคิดและทฤษฎีเศรษฐศาสตร์กับการแพทย์และการสาธารณสุข¹⁰

2.2.1 เศรษฐศาสตร์

ความหมายของเศรษฐศาสตร์ ไม่ว่าจะถูกจัดให้เป็นศาสตร์ (science) หรือเป็นศิลป์ (arts) หรือเป็นสามัญสำนึก (common sense) ก็ตาม แต่หัวใจสำคัญก็คือเป็นการศึกษาเกี่ยวกับหลักในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.2.2 แนวคิดและทฤษฎีเศรษฐศาสตร์กับการแพทย์และการสาธารณสุข¹¹

เศรษฐศาสตร์ มีความสำคัญในการช่วยในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด อันจะก่อให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดไปในทางที่เกิดประโยชน์สูงสุด ปัญหาทางเศรษฐศาสตร์จำแนกได้เป็นสามส่วนใหญ่ๆ คือ ปัญหาเกี่ยวกับการผลิต ผลิตอะไร จำนวนมากน้อยแค่ไหน ใช้วิธีการผลิตอย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุด ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด และบรรลุเป้าหมายสูงสุด ปัญหาเกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค คือจะเลือกบริโภคสินค้าและบริการอะไรเป็นจำนวนมากน้อยแค่ไหน จึงจะได้รับความพอใจสูงสุดจากเงินที่มีจำกัด และปัญหาเกี่ยวกับการกระจายสินค้าและบริการไปยังผู้บริโภค คือ จะจำแนกแจกจ่ายสินค้าและบริการอย่างไรจึงจะทั่วถึง และเหมาะสมที่สุด วิธีการแก้ปัญหาพื้นฐานสามประการข้างต้นแตกต่างกันตามลัทธิทางเศรษฐศาสตร์หรือระบบเศรษฐกิจ ในระบบทุนนิยมหรือระบบเสรีนิยมเน้นการปัญหาโดยใช้ ราคาเป็นเครื่องตัดสินใจ ซึ่งเรียกว่ากลไกราคา โดยถือเอาเสรีภาพส่วนบุคคลเป็นสำคัญ ระบบนี้ เชื่อว่าราคาของสินค้าและบริการ จะเป็นกลไกที่นำระบบเศรษฐกิจไปสู่ดุลยภาพ ส่วนระบบเศรษฐกิจอีกระบบหนึ่ง ซึ่งตรงข้าม คือ ระบบวางแผนจากส่วนกลาง หรือระบบสังคมนิยม รัฐเป็นผู้ควบคุม และแก้ปัญหาพื้นฐานทั้งสามประการ โดยถือความเสมอภาคเป็นสำคัญ ไม่กังวลในเรื่องของเสรีภาพส่วนบุคคล

สินค้าและบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น มีลักษณะที่แตกต่างจากสินค้าและบริการทั่วไปหลายประการ เนื่องจากปัญหาด้านการแพทย์และการสาธารณสุข มีลักษณะพิเศษ วัตถุประสงค์และเป้าหมายในการผลิตมิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปของกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภค ดังนั้น การประยุกต์เศรษฐศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จึงเป็นการปรับวิธีการและแนวการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ ให้เข้ากับลักษณะของบริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งรวมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพอนามัย เศรษฐศาสตร์สุขภาพ หรือเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (health economics)

¹⁰สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹¹สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เศรษฐศาสตร์การแพทย์ (medical economics) หรือเศรษฐศาสตร์คลินิก (clinical economics) จึงเป็นการประยุกต์เศรษฐศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาการจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในระดับต่างกัน คือ ระดับกว้าง กับระดับเฉพาะ ซึ่งหลักเศรษฐศาสตร์ที่นำมาประยุกต์ สำหรับแต่ละระดับมีหลักเกณฑ์ที่คล้ายกัน และบางส่วนซ้ำซ้อนกัน แต่วิธีการในประยุกต์แต่ละระดับจะแตกต่างกัน

การประยุกต์หลักเศรษฐศาสตร์เพื่อการตัดสินใจด้านการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น ไม่ว่าจะในระดับใด จะช่วยประกอบการตัดสินใจ เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุข เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชน ทำให้เกิดการประหยัดทรัพยากร และทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่ หรือได้รับจัดสรรมาแล้วนั้นเกิดผลสูงสุด

ในส่วนของ การค้าบริการด้านสุขภาพนั้น เนื่องจากเป้าหมายในการผลิตบริการสุขภาพ แตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการอื่นๆ การลงทุนในด้านสุขภาพมิได้เป็นการหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปของกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภค ซึ่งในกรณีของประเทศไทยนั้น บริการสาธารณสุขเป็นสินค้าการกุศล (merit goods) ที่รัฐแทรกแซง และกำกับดูแลให้คนทั่วไปสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ขณะเดียวกัน ก็เปิดโอกาสให้เอกชนสามารถจัดตั้งโรงพยาบาลและคลินิก เพื่อให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการความสะดวก และสามารถซื้อบริการการรักษาในราคาที่สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ

2.2.3 ระบบบริการสุขภาพในระดับสากล¹²

การทำความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ จะช่วยให้เห็นแนวคิดและปฏิกิริยาของประเทศเหล่านั้นต่อการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจและการเมือง กลุ่มประเทศที่ฐานะทางเศรษฐกิจดีจะสามารถผลิตบุคลากรได้มากกว่า ทั้งปริมาณและคุณภาพ มีการลงทุนทางทรัพยากรด้านสาธารณสุข เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัย การรักษาโรค และยารักษาโรค เป็นต้น ได้มากกว่าประเทศที่ยากจน ซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้เงินทุนจำนวนมากในการพัฒนาด้านอื่นๆ ดังนั้น ประเทศที่ยากจนหรือค่อนข้างยากจนจะมีความเสียเปรียบประเทศที่ร่ำรวยกว่า นอกจากระดับฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศแล้ว นโยบายทางการเมือง ก็มีผลต่อการกำหนดแนวทางของการให้บริการแก่ประชาชนด้วยเช่นกัน

¹² สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ และคณะ, โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : อนาคตของระบบบริการสาธารณสุขไทย, วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข, 48 - 58, 2541.

โดยเฉพะนโยบายด้านประกันสังคม ว่ารัฐบาลให้ความสำคัญกับการให้ประชาชนเข้าถึงบริการสังคมที่จำเป็น หรือต้องการให้บริการสุขภาพเป็นตลาดเสรี

ในปัจจุบัน ระบบบริการสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ระบบบริการสุขภาพแบบทุนนิยม (Entrepreneurial-type health system) ระบบบริการสุขภาพแบบทุนนิยม เป็นระบบบริการสุขภาพที่ใช้ในกลุ่มประเทศที่ใช้ระบบการค้าเสรี เช่น สหรัฐอเมริกา เป็นต้น โดยอิงแนวคิดที่ว่า "สุขภาพเป็นสิทธิของคนที่จะแสวงหา" รัฐจะไม่เข้าไปแทรกแซงการจัดระบบบริการสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากภาคประชาชนเอง รัฐจะรับผิดชอบบริการสุขภาพให้กับประชากรเพียงบางกลุ่มเท่านั้น เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น หน้าที่ของรัฐ คือ เป็นผู้ควบคุมการผลิตและให้บริการ ควบคุมคุณภาพของยา และบุคลากรทางการแพทย์
2. ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการ (Welfare-oriented health system) ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการเป็นระบบบริการสุขภาพที่รัฐบาลจะเข้าไปมีบทบาทรับผิดชอบด้านการเงินในการจัดระบบสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศมากกว่าระบบแรก บริการสุขภาพมีทั้งโดยภาครัฐเอง หรือ เข้าไปสนับสนุนภาคเอกชนให้เป็นผู้ดำเนินการแทน ทั้งนี้ ประชาชนยังมีภาระในการร่วมรับผิดชอบด้านการเงินระดับหนึ่ง ในลักษณะของเบี้ยประกันสุขภาพหรือรายจ่ายร่วม (co-payment) อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสุขภาพนี้ รัฐยังไม่สามารถจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนทุกคนได้อย่างเท่าเทียมกัน ประเทศที่มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบนี้ ได้แก่ เยอรมนี แคนาดา ญี่ปุ่น บราซิล อินเดีย อินเดีย และพม่า
3. ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการเต็มรูปแบบ (Comprehensive-type health system) ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการเต็มรูปแบบเป็นระบบบริการสุขภาพที่รัฐรับภาระทางการเงินในการให้บริการสุขภาพเกือบทั้งหมด โดยจ่ายจากภาษีอากร ขณะที่ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายไม่มากนัก บริการสุขภาพอาจจะเป็นการบริการโดยภาครัฐ หรือภาคเอกชน ประเทศที่มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบนี้ ได้แก่ อังกฤษ นิวซีแลนด์ และ อิสราเอล ส่วนประเทศกำลังพัฒนาที่ใช้ระบบนี้ ได้แก่ ศรีลังกา
4. ระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม (Socialist health system) ระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม เป็นการจัดบริการทางด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศที่มีการปกครองแบบสังคมนิยมที่ไม่สนับสนุนให้มีทรัพย์สินส่วนบุคคล ดังนั้น จึงไม่มีการจัดบริการสุขภาพของเอกชน รัฐจะเป็นผู้ควบคุมและให้บริการด้านสุขภาพทุกด้านตั้งแต่ด้านบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล นอกจากนี้ รัฐยังเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพทุกด้านให้กับประชาชนด้วย ประเทศที่มีการจัดบริการด้านสุขภาพแบบนี้ได้แก่ คิวบา และเกาหลีเหนือ

Roemer¹³ ได้พยายามจำแนกประเภทของระบบบริการสาธารณสุข โดยอาศัย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางการเมืองและสังคม ซึ่งข้อเสนอของเขา พร้อมกับตนเอง¹²

ปัจจุบัน ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง และมีนโยบายเพื่อก้าวไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม ถึงแม้ว่าจะประสบกับปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2540-2544 อาจทำให้กระบวนการพัฒนาช้าลงก็ตาม ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นการประกอบการ และการแทรกแซงของรัฐมีน้อย รัฐจะมุ่งดูแลรับผิดชอบผู้ด้อยโอกาส และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเป็นหลัก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นค่าใช้จ่ายจากภาคประชาชนมากกว่าภาครัฐ แต่จากนโยบายประกันสังคมและนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ที่ต้องการขยายขอบข่ายของการให้สวัสดิการรักษายาบาลให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ระบบบริการสุขภาพของไทยจึงมีลักษณะเป็นรูปแบบเชิงสวัสดิการ (Welfare oriented) มากขึ้น¹⁴

2.2.4 ประเมินว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹⁵

แม้ว่าผู้นำรัฐบาลในช่วงปี พ.ศ. 2544-2549 เคยออกมาระบุว่า ถ้าประเทศไทยทำโครงการ 30 บาทได้สำเร็จก็จะเป็น "ประเทศแรกในโลก" ที่นำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ แต่แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่ภูมิปัญญาไทยหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น หากเป็น "ภูมิปัญญานำเข้า" ที่มาจากซีกโลกตะวันตกโดยส่วนใหญ่

ประเมินว่าด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแนวคิดที่มีที่มาจากหลายตั้งแต่แนวความคิดจากซีกซ้ายสุดไปจนถึงขวาสุด ประเทศต่างๆ ในแทบทุกภูมิภาคที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบต่างๆ ก็มีความแตกต่างทั้งในด้านปรัชญาและการปฏิบัติ (ซึ่งก็สะท้อนความแตกต่างในเชิงปรัชญาในเรื่องนี้ด้วยเช่นกัน) ปรัชญาการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 แนวทางใหญ่ๆ คือ

¹³ Roemer MI, National Health Systems of the World, volume I, New York ; Oxford University Press, 1993, อ้างใน สุวิทย์ วิบูลย์ประเสริฐ.

¹⁴ สุวิทย์ วิบูลย์ประเสริฐ และคณะ, โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : อนาคตของระบบบริการสาธารณสุขไทย, วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข, 48-58, 2541.

¹⁵ รายงานการวิจัย เรื่อง "หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง, ผศ.ดร.ธัชชา ณ ระนอง และ ศรชัย เตரியมวรกุล; สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ตุลาคม 2546 แก้ไขปรับปรุง กุมภาพันธ์ 2547 หน้า 19 - 23, 26 - 27.

1. แนวทางสังคมนิยมแบบมาร์กซ์ (Marxian socialism) แนวทางนี้เน้นบทบาทของรัฐในแทบทุกด้าน รวมทั้งด้านการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลด้วย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ประเทศสังคมนิยมเหล่านี้ ไม่ใช่ต้นแบบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นเพราะในทางปฏิบัติ ประเทศเหล่านี้ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในด้านอื่นๆ มากกว่า

2. แนวทางสังคมนิยมเสรี (Fabian Socialism) แนวทางนี้เป็นปรัชญาพื้นฐานของประเทศกลุ่มที่มีแนวคิดแบบรัฐสวัสดิการ (welfare state) เช่น ประเทศในยุโรป กลุ่มแอกนดิเนเวีย เป็นต้น แนวทางนี้ใช้ระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม แต่ให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในการจัดบริการที่ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (ตามแนวคิดที่ว่า รัฐจะต้องดูแล "ตั้งแต่เมื่อเริ่มชีวิตเป็นเด็กแบเบาะไปจนถึงเมื่อเข้าหลุมฝังศพ" หรือ "From cradle to grave" ซึ่งศาสตราจารย์ป่วย อิงภากรณ์ ได้นำมาขยายเป็นแนวคิดเรื่อง "จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน"¹⁶ หรือ "From womb to tomb" อันโด่งดังในประเทศไทย มาตรการด้านภาษีนำมาใช้เพื่อกระจายรายได้ใหม่ โดยประเทศเหล่านี้เก็บภาษีเงินได้ในอัตราที่ก้าวหน้ามาก เป็นที่น่าสังเกตว่า มีบางประเทศในซีกตะวันตกที่ไม่ได้ใช้แนวทางสังคมนิยมเสรี หรือรัฐสวัสดิการในการบริการประเทศ แต่ได้นำแนวทางนี้มาใช้ในด้านการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย เช่น อังกฤษ และแคนาดา เป็นต้น

3. แนวทางการประกันสังคมแบบบังคับ (Social security) แนวทางนี้มีจุดเริ่มมาจากแนวคิดสายอนุรักษนิยม Bismarck ประเทศเยอรมันเป็นแนวคิดที่ให้ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ ประกอบด้วยนายจ้าง ลูกจ้าง และอาจรวมถึงรัฐบาลด้วย ร่วมกันจ่ายเบี้ยประกันสังคม สำหรับโครงการสวัสดิการด้านต่างๆ รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาล แนวทางนี้ถูกนำไปใช้กว้างขวางทั่วทุกภูมิภาคของโลก รวมทั้งในโครงการประกันสังคมในประเทศไทยด้วย

4. แนวคิดแบบเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้วเศรษฐศาสตร์กระแสหลัก (ซึ่งพัฒนาขึ้นในระบบเศรษฐกิจทุนนิยม) จะสนับสนุนกลไกตลาดและระบอบเศรษฐกิจแบบเสรี แต่แนวคิดของเศรษฐศาสตร์กระแสหลักในด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลก็ตระหนักถึงความล้มเหลวของกลไกตลาดในบางสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในสถานการณ์ที่มีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูล (asymmetric information เช่นในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยกับแพทย์มีความรู้ไม่เท่ากัน เป็นต้น) หรือในกรณีที่เกิดกิจกรรมบางอย่างมีผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสังคม (externality หรือ spill-over effect เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคได้ เป็นต้น)

¹⁶ รศ.ดร.บุญคง หันจางสิทธิ์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์

ในกรณีที่ไม่มีตลาดที่ทำหน้าที่ประกันความเสี่ยงในบางด้าน (เช่น ไม่มีตลาดประกันสุขภาพของเอกชนที่ประชาชนโดยทั่วไปสามารถไปซื้อบริการได้อย่างกว้างขวาง โดยในบางกรณี ผู้ที่จะซื้อประกันสุขภาพสำหรับตนเองจะถูกบังคับให้ซื้อประกันชีวิตควบกันไปด้วย เป็นต้น) ซึ่งปัญหาประการหลังนี้ จะเกิดตามมาจากปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางด้านข้อมูลด้วย ตนอย่างเช่น กรณีประกันสุขภาพของเอกชนที่ผู้ซื้อประกันสุขภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี บริษัทจึงจะคิดเบี้ยประกันในอัตราที่สูงดักหน้าเอาไว้ก่อน และอาจต้องบังคับให้ผู้ซื้อประกันต้องตรวจสุขภาพก่อนด้วย เป็นต้น

ในขณะที่โครงการประกันสุขภาพของภาครัฐที่ครอบคลุมทุกคน (หรือในโครงการประกันสังคมซึ่งรัฐบาลให้ลูกจ้างทุกคนเข้าโครงการ) จะไม่ประสบปัญหาที่ถูกเลือกโดยผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเหมือนกับโครงการของเอกชน การที่โครงการของรัฐครอบคลุมทุกคนแบบถ้วนหน้าทำให้รัฐบาลมีโครงการประกันสุขภาพที่สามารถเฉลี่ยความเสี่ยงและ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” โดยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหาข้อมูลด้านสุขภาพของปัจเจกชนแต่ละราย ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและสามารถเฉลี่ยความเสี่ยงในวงกว้างกว่าของภาคเอกชน และทำให้มีโอกาสมากที่จะทำโครงการประกันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าภาคเอกชน แนวทางนี้จึงสนับสนุนให้ใช้ระบบประกันสุขภาพหรือประกันสังคมของรัฐแทนในกรณีที่รัฐสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า

ข้อนำสังเกตประการหนึ่ง คือ การที่แนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีที่มาจากหลากหลาย ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้บริการภาคเอกชนมีความหลากหลายตามไปด้วย โดยมีทั้งแนวคิดที่เน้นบริการของภาครัฐและพยายามจำกัดบทบาทของภาคเอกชน (เนื่องจากมีความเชื่อว่า ในหลายกรณี บริการที่เกิดจากภาคเอกชนเป็นบริการที่ฟุ่มเฟือย หรือไม่มีประสิทธิภาพเมื่อมองจากผลประโยชน์ของสังคม) ไปจนถึงแนวคิดที่ต้องการให้มีการร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับเอกชนเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และแนวคิดที่ต้องการให้มีการแข่งขันระหว่างรัฐและเอกชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเป็นทางเลือกของประชาชน

สำหรับประเทศไทยนั้น ถึงแม้ว่าฝ่ายต่างๆ ที่พยายามผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะไม่ได้มีฉันทามติในทุกๆ ด้าน แต่ก็มีจุดร่วมในประเด็นหลักๆ หลายประเด็น เมื่อก้าวถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

1) เป็นการจัดบริการที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ไม่ใช่การสงเคราะห์ที่ขึ้นกับระดับความเอื้ออาทรที่ผู้ให้บริการเลือกหยิบยื่นให้

2) เป็นบริการด้านการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นที่ต้องการของผู้มีสิทธิ ไม่ใช่บริการชั้นสองที่มีคุณภาพต่ำ หรือมีมาตรการจำกัดคุณภาพสำหรับผู้มีสิทธิบางกลุ่ม

3) มีความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการด้านการรักษา ตลอดจนเสริมสร้างสุขภาพที่ทัดเทียมสำหรับทุกคน (ถึงแม้ว่าผู้ที่มีสิทธิ์ต่างกันหรือจ่ายเงินต่างกัน อาจจะได้รับความสะดวกสบายในการรับบริการส่วนอื่นๆ เช่น ห้องพักและอาหาร เป็นต้น ในระดับที่ต่างกันได้ก็ตาม)

4) เป็นระบบประกันสุขภาพปลายปิดที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้และมีประสิทธิภาพ ไม่ใช่ระบบที่มีการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย หรือระบบที่ผู้ให้บริการสามารถส่งจ่ายยาได้โดยไม่จำกัดโดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย

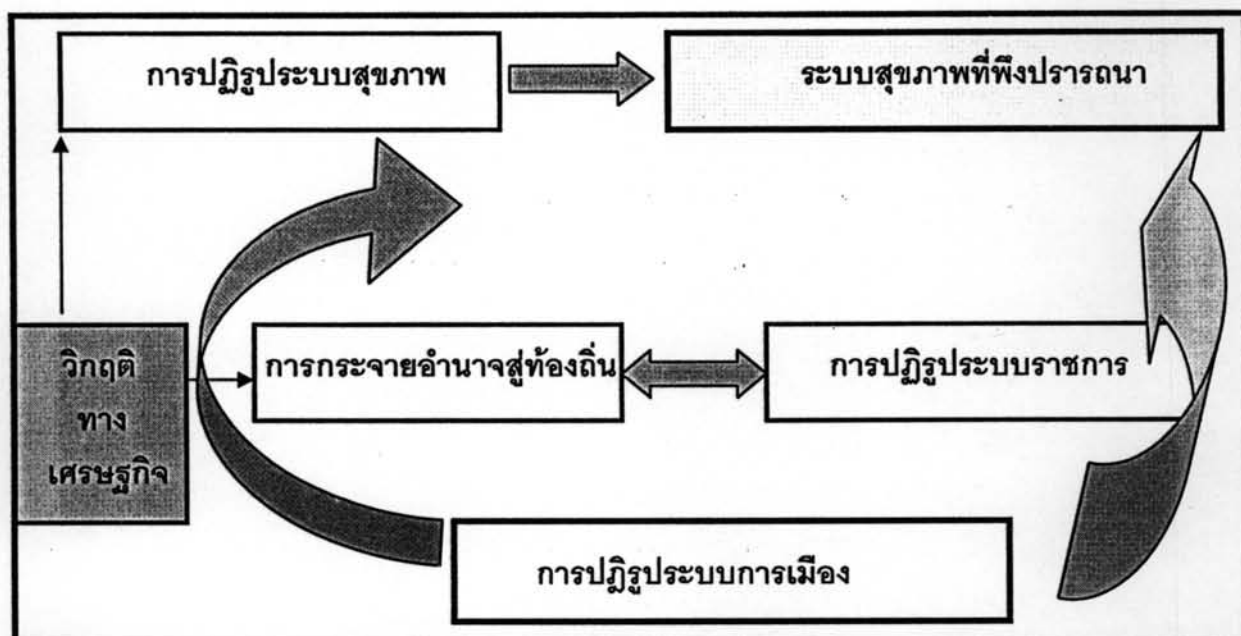
2.3 การจัดสวัสดิการด้านสุขภาพในสังคมไทย

ระบบสุขภาพในประเทศไทยมีวิวัฒนาการปรับเปลี่ยนมาช้าๆ ในระยะเวลาหลายศตวรรษ แต่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเร็วยิ่งขึ้นเมื่อได้รับเอาวิทยาการแผนตะวันตกเข้ามาปรับเป็นวิธีคิดในช่วงระยะหลังนี้ โดยมีการปฏิรูป เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีอัตราเร่งอย่างรวดเร็วขึ้นเมื่อมีการนำรูปแบบการจัดบริการการแพทย์และสาธารณสุขแผนตะวันตกเข้ามาในประเทศ รัฐเริ่มเข้าไปเป็นผู้รับผิดชอบต่อระบบสุขภาพของผู้คนในประเทศอย่างกว้างขวางและซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ สืบเนื่องจากความเชื่อว่าประชาชนทั่วไป ชุมชน และท้องถิ่นยังด้อยสมรรถนะที่จะจัดการกับระบบสุขภาพ มีฐานคติมาจากเทคโนโลยีชีวภาพที่ได้รับมาจากตะวันตก

ดังนั้น ถึงแม้จะมีการรับแนวอุดมการณ์ “สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all)” โดยองค์การอนามัยโลก เข้ามาเป็นยุทธศาสตร์สำคัญสำหรับการพัฒนางานสาธารณสุขในสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยก็ยังปรับใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวเป็นเพียงแนวทางดำเนินงานที่ให้หน่วยงานรัฐเป็นผู้ชี้แนะ ผู้วางแผน เพื่อควบคุมให้ประชาชนในชุมชนต่างๆ เข้าร่วมอาสาสมัครรับภารกิจ และกิจกรรมที่ประยุกต์มาจากฐานคติที่คนะสุขภาพและบริการสุขภาพอันเป็นสากลใช้เครื่องชี้วัด เช่น ความจำเป็นพื้นฐาน หรือความครอบคลุมของตนชี้วัดสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น เป็นกลไกการควบคุมและประเมินผลเพื่อควบคุมทิศทางให้ชุมชนหลากหลายในประเทศได้ช่วยกันลดช่องว่างของสถานะสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพลง

การเปลี่ยนแปลงกลไกการจัดองค์กรรัฐและประชาคม ตลอดจนกรอบกฎเกณฑ์ของสังคม เศรษฐกิจและการเมือง เกิดขึ้นและขยายตัวอย่างกว้างขวางในสังคมไทยปัจจุบัน การปรับเปลี่ยนในระดับปฏิรูปของระบบต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางต่อสังคม ความเป็นอยู่ และวิถีชีวิตของคนไทยทุกหมู่เหล่า ระบบสุขภาพซึ่งเป็นกลไกที่แนบแน่นอยู่กับกลไกสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของประเทศ จึงได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของเงื่อนไขทาง เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคม และการเมืองเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการกำหนดกระบวนการทัศน์ใหม่ของระบบสุขภาพในประเทศไทยหลายแง่มุม อีกทั้งยังเป็นเครื่องกำหนดให้มีการสร้างกลไกใหม่ของรัฐและประชาคมในอนาคต

สำหรับประกอบกันเข้าเป็นระบบสุขภาพในมิติใหม่ ตั้งแต่ระดับชาติ ภูมิภาค ท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว และปัจเจกชน ตามแผนภาพ 2.1



แผนภาพ 2.1 ระบบสุขภาพในประเทศไทย

2.4 รัฐธรรมนูญ กับสุขภาพ¹⁷

กรณีการศึกษารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งดำเนินการใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปี พ.ศ. 2549 พบว่าได้แสดงหลักเจตนารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนไว้อย่างชัดเจน โดยได้กำหนดกรอบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและประชาชนขึ้นใหม่ ให้ความสำคัญในประเด็นหลัก 2 ประการ คือ

ประเด็นที่ 1 แนวคิดและหลักการด้านบริการสุขภาพที่รัฐต้องจัดให้ เนื่องจากรัฐธรรมนูญได้เปลี่ยนรัฐไทยจาก นิติรัฐ ซึ่งให้ความสำคัญกับกฎหมายเป็นหลัก ใช้กฎหมายในการควบคุมประชาชนและสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่างๆ มาเป็น นิติสังคมรัฐ ซึ่งใช้กฎหมายเพื่อมุ่งให้รัฐจัดสวัสดิการด้านสุขภาพกับประชาชนทุกคนให้มีโอกาสเท่าเทียมกัน

ประเด็นที่ 2 เครื่องมือที่ประชาชนใช้เพื่อการเข้าถึงบริการ การรับรู้ และในการร่วมตรวจสอบกิจการที่กระทบต่อสุขภาพนอกเหนือจากบริการสาธารณสุข เช่น สิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต และการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น เนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับดังกล่าว

¹⁷ วิฑูร พูลเจริญ บทที่ 13 วาระการปฏิรูปในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข : เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาาระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชีย; หน้า 215 - 218.

ได้เปิดช่องทางให้ประชาชนและกลุ่มประชาคมต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการปกครองดูแลองค์กร และกลไกต่างๆ ของรัฐ จึงก่อให้เกิดความโปร่งใสเสมือนเป็นกิจกรรมของประชาชนอย่างแท้จริง รัฐธรรมนูญได้แสดงเจตนารมณ์เกี่ยวกับสุขภาพ 3 ประเด็น คือ

1. **สุขภาพที่เท่าเทียมกัน** กระบวนทัศน์ทางสุขภาพที่สะท้อนจากรัฐธรรมนูญ แสดงกรอบกำกับให้รัฐเป็นแกนนำในการต่อสู้กับ **ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในสังคม** ให้ ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน โดยส่งเสริมให้ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมี สุขภาพ หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทยจึงมีเนื้อหาที่ผิดแผกแตกต่างไปจาก รัฐธรรมนูญไทยฉบับอื่นที่เคยมีมา ซึ่งมุ่งที่การระบุสิทธิและเสรีภาพทางการเมืองและการปกครอง ของประชาชนเป็นหลัก แต่ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้ปรับแนวคิดในประเด็นคุณภาพชีวิตและ สุขภาพของประชาชนไทยให้กลับกลายเป็นฐานคิดสำคัญ รวมทั้งการมอบอำนาจและหน้าที่คืน กลับให้แก่ชุมชนและท้องถิ่นเพื่อให้อำนาจในการจัดทรัพยากรให้สนองตอบต่อสิทธิขั้นพื้นฐาน ดังกล่าวด้วย หากใช้นิยามของสุขภาพในมิติใหม่ มาเป็นกรอบการวิเคราะห์แนวนโยบายของรัฐ ไทย จะเห็นได้ชัดเจนว่า รัฐธรรมนูญไทยฯ ฉบับปี 2540 ได้ให้ความสำคัญในการให้สิทธิแก่ ประชาชนชาวไทยเท่าเทียมกันทางสุขภาพ โดยกล่าวไว้ในหลายมาตรา ได้แก่

มาตรา 53 กำหนดให้รัฐคุ้มครองเด็ก เยาวชน และบุคคลในครอบครัว จากปัญหาความรุนแรงและการปฏิบัติอันไม่เป็นธรรม โดยเน้นเฉพาะเด็กและเยาวชนที่ขาดผู้ดูแล จะต้องได้รับการเลี้ยงดูและอบรมจากรัฐ

มาตรา 54 กำหนดให้รัฐปกป้องสุขภาพของบุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ

มาตรา 55 กำหนดให้รัฐอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ และให้ ความช่วยเหลือแก่บุคคลซึ่งพิการหรือทุพพลภาพ

มาตรา 56 กำหนดรัฐและชุมชนจัดการกับสิ่งแวดล้อม เพื่อคุ้มครอง ไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ อนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของคน การดำเนินกิจกรรมที่ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม จำต้องมีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อ คุณภาพสิ่งแวดล้อมเสียก่อน

มาตรา 57 กำหนดให้ความคุ้มครองต่อผู้บริโภค โดยให้มีองค์กรอิสระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภค ทำหน้าที่กำหนดมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค

มาตรา 59 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิที่ได้รับทราบข้อมูล คำชี้แจง และ เหตุผลจากหน่วยงานของรัฐในการดำเนินกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตของตนเองและชุมชนท้องถิ่น

สิทธิของประชาชนไทยที่กำหนดเอาไว้ในหมวดนี้ของรัฐธรรมนูญ เป็นเครื่องกำกับกลไกรัฐทั้งปวง อันได้แก่รัฐสภา คณะรัฐมนตรี ศาล และองค์กรอื่นของรัฐ ให้จัดการคุ้มครองสิทธิของประชาชนว่าด้วยเรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิต ด้วยการตรากฎหมาย บังคับการใช้กฎหมาย รวมทั้งการใช้อำนาจขององค์กรรัฐทั้งปวง

2. บทบาทของรัฐ ภารกิจสำคัญของรัฐในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชน ถูกกำหนดขึ้นหลายประการในหมวด 5 ว่าด้วยแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ โดยมีเจตนารมณ์ที่จะให้รัฐทำหน้าที่ปกป้องสุขภาพของประชาชน ให้มีความสำคัญกับบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมอย่างเด่นชัด และได้บัญญัติมาตราที่ 82 เพื่อมุ่งหมายให้รัฐจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ประการที่สำคัญที่สุด คือ การระบุเรื่องสิทธิ เสรีภาพของพลเมืองในมาตราที่ 52 ได้ชี้ชัดถึงความเสมอภาคในสิทธิของบุคคลที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ทั้งยังแสดงเจตนารมณ์ความเป็นธรรมในด้านสุขภาพต่อไปอีก เมื่อเน้นชัดว่าผู้ยากไร้มีสิทธิรับการรักษาพยาบาลจากบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามกฎหมายบัญญัติ ทั้งยังขยายความที่จะให้กระจายบริการสาธารณสุขของรัฐให้ทั่วถึง โดยกลไกการปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้

2.1 บริการสุขภาพ รัฐธรรมนูญวางกรอบทัศน์ของการบริการสุขภาพเป็นบทบาทพื้นฐานของรัฐไว้ 7 แนวคิดด้วยกัน ได้แก่ การสาธารณสุข จัดอยู่ในประเภทของการบริการ จึงถูกกำกับด้วยมาตราที่ 70 ซึ่งกำหนดพันธกิจให้พนักงานของรัฐและข้าราชการเป็นผู้อำนวยความสะดวก และบริการให้แก่ประชาชน

2.1.1 การสาธารณสุข ที่จะให้บริการแก่ประชาชน ต้องมีมาตรฐาน ตามมาตราที่ 82 และ 52 ดังนั้น จึงเป็นการค้ำประกันให้มีบริการที่ด้อยมาตรฐาน หรือบริการที่มีหลายมาตรฐาน ก่อให้เกิดเงื่อนไขการเลือกปฏิบัติต่อประชาชน ซึ่งมาตรฐานดังกล่าวจะครอบคลุมคุณภาพ ราคา เวลา และคุณค่าของบริการ

2.1.2 บริการสาธารณสุข จำต้องแสดงให้เห็นถึง ความเท่าเทียม กันในหมู่ประชาชน เพราะมาตราที่ 30 คุ้มครองมิให้มีการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุของความแตกต่าง ทั้งในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกาย หรือสุขภาพ สถานะบุคคล ฐานะเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนาและการเมือง นอกจากนั้น มาตราที่ 53 ได้มุ่งเน้นที่จะให้ขจัดอุปสรรคที่บุคคลด้อยโอกาสในสังคมไทยจะเข้าถึงบริการทาง

สาธารณสุข โดยครอบคลุมเด็ก เยาวชน ซึ่งไม่มีผู้ดูแล บุคคลที่มีอายุ 60 ปีที่ไม่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพ และบุคคลทุพพลภาพ แสดงให้เห็นถึงเจตนารมณ์ที่จะให้ทุกคนมีโอกาสที่เท่าเทียมกันอย่างแจ่มชัด

2.1.3 บริการสาธารณสุข จะต้อง มี ประสิทธิภาพ ดังได้เน้นเอาไว้ในมาตราที่ 82 และ 52 ซึ่งจะครอบคลุมประสิทธิภาพในหน่วยงานของรัฐที่จะจัดบริการที่มีคุณภาพ ในราคาที่เป็นธรรมแก่ประชาชน

2.1.4 บริการสาธารณสุข จะต้องเป็นหน่วยงานที่ประชาชนสามารถ เข้าถึงได้ อย่างทั่วถึงกัน แสดงให้เห็นว่า รัฐ จะต้องผลิตบุคคลากรและจัดสถานบริการให้มีการกระจายตน ทั้งในเชิงภูมิศาสตร์ ครอบคลุมกลุ่มคนในทุกระดับทางสังคม และเศรษฐกิจ

2.1.5 บริการสาธารณสุข จำเป็นต้องได้รับ การตรวจสอบ จากประชาชนได้ ดังนั้น การสร้างเครื่องมือสำหรับประชาชน ให้สามารถตรวจสอบการทำงานของ ผู้ให้บริการสาธารณสุข ตามรัฐธรรมนูญมาตราที่ 70 จึงเป็นเรื่องใหม่ที่จำเป็นต้องเร่งพัฒนาขึ้น

2.1.6 บริการสาธารณสุข ต้องมีส่วนร่วม จากประชาชน โดยได้กำหนดไว้ในมาตราที่ 52 ให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และตนประชาชนเองเข้ามีส่วนร่วมในการจัดบริการ นอกจากนี้ ในมาตราที่ 56 ยังได้ระบุว่า โครงการใดที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย การดำรงชีพที่เป็นปกติและต่อเนื่องถึงประชาชน จะต้องได้รับการประเมินโดยองค์กฤษฎีที่มีผู้แทนจากนักวิชาการและชุมชน อีกทั้งมาตรา 57 ยังเป็นมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภคที่สำคัญในการปกป้องสุขภาพอนามัย

2.2 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health Public Policy) นอกเหนือไปจากการจัดบริการสุขภาพแล้ว บทบาทของรัฐอีกด้านหนึ่งคือการป้องกันโรคที่อันตรายตามมาตราที่ 52 กำหนดให้เป็นภาระหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตรายให้รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ โดยไม่คิดมูลค่า คำว่า โรคติดต่ออันตราย ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ อาจกล่าวได้ว่ายังท้าทายให้นักการสาธารณสุขและประชาคมต่างๆ ร่วมกัน กำหนดนิยามให้ชัดเจน

เนื่องจากบริบทของโรคติดต่ออันตรายในปัจจุบัน อาจมีเนื้อหา กว้างขวางกว่าโรคติดต่อในอดีต โดยอาจมีแนวคิดครอบคลุมโรคไม่ติดต่อที่แพร่ระบาดรุนแรงและ กว้างขวาง หรือภัยจากสารพิษและเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ก่อให้เกิดความบาดเจ็บล้มตายของ ประชาชน การกำหนดแนว นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health Public Policy) ใน รัฐธรรมนูญนั้น นอกเหนือจากกรณีกำหนดบทบาทรัฐต่อสิ่งแวดล้อมดังกล่าวแล้ว ยังให้ ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน ความเข้มแข็งเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและชุมชน

ความเท่าเทียมเสมอภาคกันของหญิงและชาย ตลอดจนการสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาคและผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ซึ่งครอบคลุมโดยมาตรา 80 การกำหนดให้รัฐส่งเสริมให้ประชากรวัยแรงงานให้มีงานทำ ได้รับค่าตอบแทนอย่างเป็นธรรม และให้การคุ้มครองแรงงานโดยเฉพาะมุ่งเน้นในกลุ่มแรงงานเด็กและแรงงานหญิง ตามมาตราที่ 86 ตลอดจนการจัดระบบแรงงานสัมพันธ์และการประกันสังคม จะเป็นเครื่องมือสำคัญทางกฎหมายที่เอื้อให้เกิดสถานประกอบการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในประเทศไทยอย่างทั่วถึง

ผลจากการกำหนดแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐขึ้นนี้ได้ก่อผล บังคับให้ “คณะรัฐมนตรีทุกชุดที่จะเข้ารับภารกิจบริหารราชการแผ่นดิน จำต้องชี้แจงต่อ รัฐสภาให้ชัดแจ้งว่า จะดำเนินการใดเพื่อบริหารภารกิจให้เป็นไปตามแนวนโยบาย พื้นฐานแห่งรัฐที่ได้บัญญัติไว้ ตลอดจนจะต้องจัดทำรายงานแสดงผลการดำเนินการ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค เสนอต่อรัฐสภาปีละหนึ่งครั้ง”

อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญที่ยังคงต้องปรับแก้ก็คือ กลไกของ รัฐที่มีอยู่ ซึ่งรวมทั้งสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ได้กำหนดให้จัดตั้งขึ้นตาม รัฐธรรมนูญ ยังไม่เป็นกลไกและองค์กรที่มีสมรรถนะและศักยภาพพอเพียงที่จะนำเสนอภาพรวม เพื่อให้คณะรัฐมนตรี ตลอดจนรัฐสภา ได้มองเห็นและตระหนักคิดถึงความเชื่อมโยง และความ สลับซับซ้อนของระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ตามที่ได้ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับ นี้ได้ แนวคิดการจัดตั้ง “สภาสุขภาพแห่งชาติ” จึงได้ถูกเสนอขึ้น เพื่อช่วยกลไกรัฐ สร้างความ ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพประชาชาติ ตลอดจนติดตามประเมินผลการดำเนินการ และ ผลกระทบจากกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งปวงต่อสุขภาพประชาชาติไทย อันจะเป็น เครื่องมือสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีทิศทางเหมาะสมได้

3. บทบาทด้านสุขภาพกับท้องถิ่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ยังให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่น ได้เอง โดยมีมาตราต่างๆ ในหมวดที่ 9 ทั้งหมด เป็นกรอบแสดงเจตนารมณ์ของการปกครองส่วน ท้องถิ่นที่กำหนดให้รัฐให้ความสำคัญกับท้องถิ่น ตามหลักแห่งการปกครองตนเองของประชาชน ในท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งกำหนดเอาไว้ในมาตรา 289 และ 290 ครอบคลุมหน้าที่บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของ ท้องถิ่น ทั้งยังมีอำนาจหน้าที่ในการส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในกรณีที่มีการ ริเริ่มโครงการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่

นอกเหนือไปจากการกระจายอำนาจออกไปสู่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ยังได้กำหนดให้รัฐส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ตลอดจนการตรวจสอบการใช้อำนาจในทุกระดับ ดังมาตรา 76 กรอบแนวคิดในประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่า เจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญมิได้ประสงค์เพียงแต่การกระจายอำนาจการตัดสินใจ และการบริหารของรัฐบาลให้ไปสิ้นสุดเพียงแก่รัฐบาลท้องถิ่นเท่านั้น แต่ยังต้องการให้ประชาชนในท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารนโยบายสาธารณะ ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในที่สุด

สำหรับการจัดบริการสุขภาพนั้น จะเห็นว่า มาตรา 52 วรรคสอง ได้ระบุให้การบริการทางสาธารณสุขของรัฐเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และได้กำหนดกลวิธีเอาไว้ด้วย คือ ให้ดำเนินการโดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชน มีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้นัยของกลวิธีนี้แสดงความเชื่อว่า การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการจะช่วยให้การบริการครอบคลุมได้ทุกกลุ่มชน ตลอดจนช่วยให้เกิดความคุ้มค่าต่อหน่วยจัดบริการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมที่ไม่ต้องการให้มีการผูกขาดโดยภาครัฐ อันจะทำให้กลไกขาดประสิทธิภาพได้ แนวคิดระบบเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม ที่อาศัยกลไกการตลาดสร้างการแข่งขันที่เป็นธรรม คุ้มครองผู้บริโภค และป้องกันการผูกขาดตัดตอนทั้งทางตรง และทางอ้อม ได้รับการรับรองไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 87 มีผลในประเด็นที่รัฐจะต้องไม่ประกอบกิจการแข่งขันกับเอกชน เว้นแต่เมื่อมีความจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการรักษาความมั่นคงของรัฐ รักษาผลประโยชน์ส่วนรวม หรือการจัดให้มีการสาธารณูปโภคเท่านั้น

บริการสุขภาพกับการประสานให้เกิดความร่วมมือที่เป็นธรรมระหว่างรัฐ ทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น เอกชน กับประชาชน จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ท้าทายการร่วมมือระหว่างรัฐ-เอกชน (public-private mix) ซึ่งสามารถตอบสนองต่อเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญและดำรงอยู่ได้ในสังคมไทย

สำหรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2550 ได้กำหนดการสาธารณสุขในส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม มาตรา 80 วรรค (2) ว่า "ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย"

2.5 แนวคิดระบบสวัสดิการสังคม

สวัสดิการ¹⁸ เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษว่า welfare มีความหมายครอบคลุมถึงสวัสดิการในทางเศรษฐศาสตร์ (economic welfare) และสวัสดิการสังคม (social welfare) สวัสดิการในทางเศรษฐศาสตร์ ถือเอาความเชื่อและความพอใจของผู้บริโภคเป็นต้นกำหนด กล่าวคือถ้าพอใจมากก็ถือว่าได้สวัสดิการมาก เช่น ผู้บริโภคซื้อสินค้าราคาถูกกว่าที่คิดไว้ ก็ถือว่าได้สวัสดิการมาก เป็นต้น ส่วนสินค้านั้นจะมีคุณภาพเป็นอย่างไร ส่งผลดีผลเสียต่อร่างกายและสภาพแวดล้อมหรือไม่ ไม่ใช่สิ่งสำคัญ ส่วนสวัสดิการสังคม จะถือเอาความจำเป็นของสังคมโดยส่วนรวมเป็นต้นกำหนด เช่น การรักษาพยาบาลต้องทำให้ทุกคนในสังคมมีสุขภาพดี หรือการศึกษา ต้องทำให้ทุกคนมีความรู้เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เป็นต้น ดังนั้น ในหลายๆ สังคมจึงเห็นกันว่า *สวัสดิการเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องเข้าถึงจะต้องได้รับ เพราะเป็นเรื่องของสิทธิพื้นฐานทางสังคม (social basic right) ของทุกคน*

ในประเทศสังคมนิยมและประเทศที่มีรัฐบาลสังคมนิยมประชาธิปไตย เช่น กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ประเทศเยอรมนี และประเทศเนเธอร์แลนด์ เป็นต้น หรือประเทศที่มีพรรคแรงงานเป็นรัฐบาล รัฐบาลจะมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการสังคม ประเทศเหล่านี้จะมีระบบสวัสดิการโดยรัฐที่เข้มแข็ง ประชาชนทุกคนจะได้รับสวัสดิการอย่างรอบด้านและทั่วถึง แต่ในประเทศที่ยึดแนวทางทุนนิยมเสรีหรือเสรีนิยมใหม่ จะให้ความสำคัญกับกลไกตลาดมากกว่าบทบาทของรัฐบาล จึงต้องการให้ภาคประชาชนมีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการ ส่วนรัฐบาลจะเข้าไปจัดการเฉพาะส่วนที่ภาคประชาชนไม่สามารถจัดการได้จริง ตัวอย่างของแนวคิดนี้ คือ ระบบของประเทศสหรัฐอเมริกา

2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมในปัจจุบัน

แนวคิดและทฤษฎีการจัดสวัสดิการสังคมจัดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

แนวคิดที่ 1 แนวคิดแบบซ้าย เช่น แนวคิดมาร์กซิสต์ แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองของกลุ่มสตรีนิยม แนวคิดของกลุ่มสีเขียวนิยม (greenism) แนวคิดของกลุ่มสังคมนิยม และสังคมนิยมประชาธิปไตย เป็นต้น

แนวคิดที่ 2 แนวคิดปฏิรูปกลางๆ เช่น แนวคิดสังคมนิยมเฟเบียน ชุมชนนิยม และทุนสวัสดิการ เป็นต้น

แนวคิดที่ 3 แนวคิดแบบขวา สามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มขวาเสรีนิยม (ขวาใหม่ เสรีนิยมใหม่) และกลุ่มอนุรักษนิยมและอำนาจนิยม

ซึ่งแนวคิดทั้ง 3 ประการพิจารณาในรายละเอียด สรุปดังนี้

¹⁸ สวัสดิการสังคม ฉบับชาวบ้าน แนวคิด นโยบาย แนวทางปฏิบัติ : อภิญญา เวชยชัย, ศิริพร ยอดกมลศาสตร์ ; ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ บรรณาธิการ

1. แนวคิดปฏิรูปทั่วด้าน กลุ่มมาร์กซิสต์เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้นักชนชั้นส่วนใหญ่ได้อยู่ดีกินดีอย่างยั่งยืนคือการเปลี่ยนระบบกรรมสิทธิ์และระบบสังคมจากระบบทุนนิยมมาสู่ระบบสังคมนิยม โดยกลุ่มเฟเบียนเห็นว่ารัฐต้องแทรกแซงและควบคุมกลไกตลาด เพื่อให้คนชั้นล่างมีสิทธิมีเสียงมีอำนาจต่อรองสูงขึ้น โดยมีสมมติฐานว่า การค่อยๆ เปลี่ยนความคิดและจิตสำนึกของประชาชนทีละขั้นทีละตอน จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างทั่วด้านในที่สุด แนวคิดนี้เป็นต้นกำเนิดของระบบรัฐสวัสดิการ ที่เน้นเรื่องความเสมอภาคของทุกกลุ่มคนและชนชั้น ซึ่งกลุ่มที่ต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างทั่วด้านคือ กลุ่มที่มีแนวคิดสังคมนิยม ได้แก่ กลุ่มมาร์กซิสต์ และกลุ่มเฟเบียน แนวคิดมาร์กซิสต์¹⁹ ดั้งเดิมเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะทำให้นักชนชั้นส่วนใหญ่อยู่ดีกินดีอย่างยั่งยืน คือ การเปลี่ยนระบบกรรมสิทธิ์และระบบสังคมจากระบบทุนนิยม ที่ทรัพย์สินส่วนใหญ่เป็นของชนชั้นนายทุน มาสู่ระบบสังคมนิยม ที่ทรัพย์สินและปัจจัยการผลิตเป็นของชนชั้นแรงงาน เพื่อให้ดอกผลจากปัจจัยการผลิตเหล่านี้ก็จะตกเป็นของผู้ใช้แรงงาน สร้างความอยู่ดีกินดีให้แก่ชนชั้นแรงงานอย่างถ้วนหน้า

2. แนวคิดเสรีนิยม แนวคิดเสรีนิยม เป็นเศรษฐศาสตร์คลาสสิกตามแนวคิดของ อדם สมิธ เชื่อมั่นในกลไกตลาดเสรีและเสรีภาพส่วนบุคคล มีความเห็นว่าการสร้างระบบสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือคนจนเป็นเรื่องที่ขัดต่อกลไกการแข่งขันอย่างเสรีในตลาด โดยคิดว่าสวัสดิการสังคมเป็นเรื่องของหัวใจบุญสุนทาน

กลุ่มเสรีนิยมเชื่อมั่นในทฤษฎีเศรษฐศาสตร์คลาสสิก เชื่อมั่นในกลไกตลาดเสรีและเสรีภาพส่วนบุคคล แนวคิดนี้ตรงข้ามกับกลุ่มมาร์กซิสต์ ซึ่งเฟเบียนที่เห็นว่าเสรีภาพหมายถึงการทำให้มนุษย์มีศักดิ์ศรีและมีความเสมอภาค

ในความคิดของกลุ่มเสรีนิยม ความยากจนและความทุกข์ยากของคนชั้นล่างเป็นเรื่องส่วนบุคคลไม่ใช่เรื่องของระบบและโครงสร้างความยากจน บัณฑิตบุคคลต้องแข่งขันกันด้วยศักยภาพและประสิทธิภาพ การสร้างระบบสวัสดิการเพื่อช่วยเหลือคนจนจึงเป็นเรื่องที่ขัดต่อกลไกการแข่งขันเสรีในตลาด หากแต่ไม่ถึงกับคัดค้านการให้สวัสดิการสังคมทั้งหมด เช่น อדם สมิธ (Adam Smith) บิดาของนักเศรษฐศาสตร์เสรีนิยม แสดงความเห็นไว้ว่า รัฐควรให้บริการด้านการศึกษาและการสาธารณสุข รวมทั้งดูแลความปลอดภัยในสภาพการจ้าง เพื่อให้ระบบทุนนิยมมีประสิทธิภาพและมีความมั่นคง และตั้งข้อสมมติว่า ระบบเศรษฐกิจที่ดำเนินการในลักษณะทุนนิยม จะถูกครอบงำโดยกลุ่มทุนผูกขาดขนาดใหญ่ การกำหนดราคา (ค่าบริการการรักษา) ขึ้นอยู่กับระดับการผูกขาด (the degree of monopoly) ราคาสินค้าถูกกำหนดมาจากต้นทุนเบื้องต้น (prime cost) (ผลรวมของต้นทุนวัตถุดิบและต้นทุนแรงงานของ

¹⁹ สวัสดิการสังคม ฉบับชาวบ้าน แนวคิด นโยบาย แนวทางปฏิบัติ : อภิญา เวชชัยศิริพร ยอดกมลศาสตร์ ; ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ บรรณาธิการ

คนงาน)กับความสามารถในการมาร์กอัพ²⁰(mark-up) ซึ่งเป็นกำไรมาตรฐานบวกกับค่าใช้จ่ายคงที่ต่าง ๆ ที่ปลอดพ้นจากอิทธิพลการเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ แต่สัมพันธ์กับระดับอำนาจการผูกขาดของบริษัทในตลาด และสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหาค่าเช่าทางเศรษฐกิจ (Economic rent) ของกลุ่มทุนผูกขาดได้

3. แนวคิดเสรีนิยมใหม่และโครงข่ายความปลอดภัยทาง แนวคิดนี้ได้เปลี่ยนรูปแบบการจัดสวัสดิการ จากรัฐสวัสดิการเพื่อทุกกลุ่มคนและชนชั้น มาเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานสำหรับกลุ่มคนจนคนด้อยโอกาส โดยเพิ่มบทบาทให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมรับผิดชอบการจัดสวัสดิการมากขึ้น แล้วตั้งชื่อรูปแบบสวัสดิการใหม่นี้ว่า โครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (คปส.)²¹

การพัฒนาทุนนิยมตามแนวคิดเสรีนิยมใหม่ ทำให้ช่องว่างระหว่างกลุ่มประเทศที่ร่ำรวยและกลุ่มประเทศยากจนห่างกันมากขึ้น ดังที่ธนาคารโลกได้รายงานให้เห็นสภาพความยากจนของประเทศต่างๆ ไว้ว่า ประชากรของโลกในปี 2000 ประมาณ 2,800 ล้านคน หรือเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรโลก มีชีวิตอยู่ด้วยรายได้ต่ำกว่าวันละ 2 ดอลลาร์ ในจำนวนนี้ประมาณ 1,200 ล้านคน มีชีวิตอยู่ด้วยรายได้ต่ำกว่าวันละ 1 ดอลลาร์ เด็กๆ ในประเทศยากจนเหล่านี้ประมาณ 1 ใน 5 มีอายุไม่ถึง 5 ขวบ และประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ขวบ เป็นโรคขาดอาหาร เปรียบเทียบกับในประเทศร่ำรวยที่มีเด็กไม่ถึง 1 ใน 100 ที่เสียชีวิตก่อนอายุ 5 ขวบ และเด็กวัยนี้ไม่ถึงร้อยละ 5 ที่เป็นโรคขาดอาหาร

จากข้อเท็จจริงดังกล่าว ทำให้องค์การระหว่างประเทศต้องยอมรับให้มีการช่วยเหลือประเทศยากจน และยอมรับให้รัฐเข้าไปจัดสวัสดิการสังคมให้แก่คนจน แต่ทว่าสวัสดิการสังคมตามแนวคิดเสรีนิยมใหม่ไม่ใช่นโยบายสวัสดิการทั่วหน้า แต่เป็นนโยบายสวัสดิการขั้นต่ำ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันทั่วไปในนามโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (คปส.) แนวคิดนี้ยอมรับให้มีการช่วยเหลือคนบางกลุ่มที่มีความจำเป็น โดยการจัดสวัสดิการให้อย่างจำกัดเพียงเพื่อจะช่วยให้อยู่รอด และดิ้นรนต่อสู้เพื่อช่วยตนเองได้ในอนาคต

นักวิชาการของสหประชาชาติชาวชิลี ผู้สนับสนุนนโยบายสวัสดิการสังคม วิจัยนโยบายสวัสดิการสังคมแบบโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (คปส.) ว่า เป็นนโยบายใจแคบ แต่นโยบายเหล่านี้ก็ถูกนำมาใช้ในอังกฤษ ยุคนางมากาเร็ต แธตเชอร์ และใน

²⁰ Kalecki, M., 1971. Selected Essays on the Dynamics of the Capitalist Economy. 1933-1970. Cambridge: Cambridge University Press. อ้างใน พิชิต ลิขิตกิจสมบูรณ์. 2546. ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมศาสตร์. หน้า 255-257.

²¹ สวัสดิการสังคม ฉบับชาวบ้าน แนวคิดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ, อภิญา เวชยชัย, ศิริพร ยอดกมลศาสตร์ เศรษฐศาสตร์การเมือง (เพื่อชุมชน) ฉบับที่ 26 ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ บรรณาธิการ

สหรัฐอเมริกา ยุคนายโรนัลด์ เรแกน จากนั้นธนาคารโลกและกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ก็แพร่ขยายนโยบายนี้ออกไป กระทั่งมีอิทธิพลเหนือนโยบายสังคมของประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย

ตามความหมายของธนาคารโลกโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (คปส). ประกอบด้วย

3.1) บริการสังคม (social service) เป็นบริการพื้นฐาน เช่น การศึกษา การสาธารณสุข บริการสิ่งอำนวยความสะดวก ปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย ไฟฟ้า ประปา ฯลฯ บริการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น บริการของตำรวจ ช่างสารเพื่อสวัสดิภาพของประชาชน และบริการของทหารในการรักษาความมั่นคงของประเทศ เป็นต้น

3.2) การสงเคราะห์สังคม (social assistance) เป็นการจัดการโดยรัฐเรียกว่าประชาสงเคราะห์ (public assistance) หมายถึง การบริการหรือช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาความเดือดร้อน และอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดำเนินการจัดการโดยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

3.3) ประกันสังคม (social insurance) หรือ "โครงการความมั่นคงทางสังคม" (social security schemes) เป็นโครงการที่รัฐดำเนินงานเพื่อคุ้มครองลูกจ้างที่มีเงินเดือนประจำ โดยลูกจ้างต้องออกเงินสมทบ (contribution) เข้ากองทุนกลาง และจะได้รับประโยชน์ทดแทน (benefits) เมื่อประสบปัญหาในการเลี้ยงชีพ เช่น เจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุและโรคภัยจากการทำงาน คลอดบุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต ชราภาพ ว่างงาน และการมีบุตรที่ยังเลี้ยงตนเองไม่ได้ เป็นต้น

3.4) โครงการช่วยเหลือและบริการสังคมที่จัดโดยเอกชน ประกอบด้วย โครงการกองทุนสำรองเลี้ยงชีพของบริษัทเอกชน การทำงานสาธารณกุศลของมูลนิธิเอกชน กิจกรรมช่วยเหลือและพัฒนาสังคมขององค์กรพัฒนาเอกชน (non-government organization=NGOs) การช่วยเหลือกันเชิงวัฒนธรรมผ่านเครือข่ายของครอบครัวและญาติมิตร ซึ่งเรียกรวมๆ กันว่า informal safety net โดยรูปแบบแล้วโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (คปส). มีความหมาย เช่นเดียวกับคำว่า สวัสดิการสังคม (social welfare) แต่โดยเนื้อหาของสวัสดิการที่รัฐต้องจัดหาให้มีความครอบคลุมน้อยกว่า แต่เนื่องจาก คปส. ยึดหลักการของกลุ่มเสรีนิยมใหม่ คือ การเปิดเสรี (liberalization) การยกเลิกกฎระเบียบการควบคุมโดยรัฐ (deregulation) และการแปรรูปให้เป็นเอกชน (privatization) โดยภาครัฐจะใช้นโยบายประหยัดตัดค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการสังคม และผลักภาระให้ภาคเอกชนรับผิดชอบมากขึ้น เช่น การลดภาษี เพื่อให้ครัวเรือนมีเงินออมมากขึ้น เพื่อจะได้ใช้เงินอมนั้นสร้างสวัสดิการในครัวเรือน

โครงการช่วยเหลือและบริการสังคมที่จัดโดยเอกชน จึงเป็นการเปลี่ยนแนวคิดจากสวัสดิการเพื่อทุกกลุ่มคนและชนชั้น มาเป็นสวัสดิการพื้นฐานสำหรับกลุ่มคนจนคนด้อยโอกาส ตามแนวคิดของกลุ่มเสรีนิยมใหม่ เป้าหมายของแนวคิดนี้ปรากฏชัดในบทวิเคราะห์ของธนาคารโลกที่ว่า เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ประเทศที่มีระบบโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (คปส). จะประสบปัญหาน้อยกว่าประเทศที่ไม่มีระบบนี้มาก่อน หรือรายงานเรื่อง poverty reduction and the world bank ของธนาคารโลกที่ระบุว่าโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม(คปส). ถูกออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือคนจนที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจหรือตกอยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยระบุชัดเจนว่า จุดประสงค์ของโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (คปส). คือ การช่วยเหลือคนจนให้อยู่รอดในภาวะที่ต้องสูญเสียรายได้ และยังสรุปอีกว่าโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (คปส). เป็นกลไกพื้นฐานปัจจัยหนึ่งของยุทธศาสตร์การลดปัญหาความยากจน ควบคู่กับอีกสองปัจจัย คือความเติบโตทางเศรษฐกิจ และการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์

2.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการสังคมในประเทศไทย²²

ในสมัยรัชกาลที่ 5 มีการปฏิรูประบบราชการ โดยจัดให้มีสวัสดิการสังคมที่เรียกว่า การบริการสังคมและการสงเคราะห์สังคม จวบจนกระทั่งปี พ.ศ. 2533 สังคมไทยจึงเริ่มจัดสวัสดิการที่เรียกว่า การประกันสังคม ซึ่งมีการดำเนินงานทั้งโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคชุมชน การจัดสวัสดิการสังคมในสังคมไทย มีรากฐานมาจากแนวคิด "บำบัดทุกข์ บำรุงสุข" ของพระราชอาผู้ทรงทศพิธราชธรรม ซึ่งในพระราชจริยวัตรตามทศพิธราชธรรมมี "ทาน" หรือการให้เพื่อช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส และผู้ทุกข์ยาก และ "จาคะ" คือ การเสียสละ การแบ่งปัน เพื่อยังประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น และสังคม

การจัดสวัสดิการโดยภาครัฐที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นการจัดสวัสดิการขั้นต่ำ แต่ในสังคมไทยก็เรียกว่า "สวัสดิการ" ไม่ได้เรียก "คปส." จวบจนเมื่อไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ต้องตกอยู่ภายใต้การควบคุมของไอเอ็มเอฟ (IMF) และธนาคารโลก คำว่า "คปส." จึงถูกนำมากล่าวกันถึงมากขึ้นตามลำดับเนื่องจากธนาคารโลก ไอแอลโอ (ILO) และไอเอ็มเอฟ ต้องการให้ไทยจัดโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม(คปส).อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อบรรเทาภาวะวิกฤตทางสังคม สถานภาพของโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม(คปส).ในประเทศไทย หรือที่แท้คือสวัสดิการโดยรวมของสังคมไทย โดยพิจารณาจากเป้าหมายและนโยบายพบว่า รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยล้วนมี

²² สวัสดิการสังคม ฉบับชาวบ้าน แนวคิดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ, อภิญา เวชชัย, ศิริพร ยอดกมลศาสตร์ เศรษฐศาสตร์การเมือง (เพื่อชุมชน) ฉบับที่ 26 ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ บรรณาธิการ

นโยบายส่งเสริมให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่หรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคเอกชนโดยมีเป้าหมายเพื่อการสัมฤทธิ์ผล ได้ดังนี้

1. การแก้ไขความเดือดร้อน หรือบำบัดรักษา เช่น ประชาชนในชุมชนแออัด เด็กเร่ร่อนจรจัด คนพิการ คนอนาถา และคนชราไร้ที่พึ่ง เป็นต้น สวัสดิการสังคมด้านนี้ส่วนใหญ่ คือการสงเคราะห์ประชาชน เพื่อให้คนเหล่านี้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้เยี่ยงมนุษย์และสามารถที่จะแก้ไขฟื้นฟูให้มีศักยภาพที่จะทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้ต่อไป
2. การป้องกันปัญหา เช่น ป้องกันไม่ให้เยาวชนประพฤติดนเสื่อมเสีย โดยฝึกอาชีพ พัฒนาความรู้ หรือป้องกันไม่ให้ประชาชนเจ็บไข้ได้ป่วย โดยการสร้างและบริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อป้องกันโรคระบาด และดูแลรักษาสุขภาพสมบูรณ์ เป็นต้น
3. พัฒนาศักยภาพ ความคิด และจิตใจ โดยเน้นหนักไปที่ การพัฒนาให้คนมีศักยภาพที่จะคิดพัฒนา มีจริยธรรม รับผิดชอบต่อส่วนรวม เคารพต่อสิทธิ และพิทักษ์สิทธิมนุษยชน เป็นการพัฒนาให้คนมีอารยธรรม

2.6 แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองของอาจารย์ป๋วย²³

ระบบเศรษฐกิจในโลกแห่งความเป็นจริง มีความเกี่ยวข้องกับการเมืองอย่างแน่นแฟ้น ในทัศนะของอาจารย์ป๋วย อึ้งภากรณ์ เศรษฐศาสตร์และการเมืองเป็นเรื่องที่แยกกันไม่ได้ เศรษฐศาสตร์ต้องตามการเมือง และการเมืองต้องผันแปรไปตามเศรษฐกิจด้วย ดังนั้น ไม่ว่าจะผ่านทางภาคทฤษฎีหรือภาคปฏิบัติ เศรษฐศาสตร์จะต้องเป็นเศรษฐศาสตร์การเมืองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เลย ความพยายามของอาจารย์ป๋วยมีเป้าหมายอย่างชัดเจน คือขยายวิธีการมองปัญหาของเศรษฐศาสตร์ให้กว้างขวางยิ่งขึ้นไป เพื่อแก้ความคับแคบของนักเศรษฐศาสตร์บริสุทธ์ มองเห็นสถาบันและระบบที่มีพัฒนาการในลักษณะประวัติศาสตร์และความเข้าใจในปรัชญาของสังคมและการเมืองด้วย แทนที่จะรู้ซึ่งเรื่องเทคนิคทางเศรษฐศาสตร์แบบบริสุทธ์อย่างเดียว

2.6.1 เศรษฐศาสตร์แนวมนุษยนิยม (humanistic economics)

เศรษฐศาสตร์การเมืองของอาจารย์ป๋วยมีแนวคิดที่เด่นชัดทางด้านมนุษยนิยม เป็นแนวโน้มใหม่ในวงวิชาการเศรษฐศาสตร์ยุคปัจจุบัน ต้องการเสนอแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์การเมือง เพื่อนำไปปฏิบัติได้ในการแก้ไขสภาพเศรษฐกิจสังคม การเมือง และให้มีลักษณะมนุษยธรรมมากขึ้น ในทัศนะของอาจารย์ป๋วย สิ่งที่จะกระตุ้นให้มนุษย์ประกอบการเศรษฐกิจนั้นมีมากมาย มิใช่แรงจูงใจทางการเงินแต่อย่างเดียว สิ่งที่สำคัญอย่างมากก็คือ ความรักที่มีต่อเพื่อน

²³ ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เศรษฐศาสตร์การเมือง เอ็นจีโอ 2000 หน้า 33.

มนุษย์ด้วยกัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้ระบบเศรษฐกิจมีความเป็นมนุษย์ธรรมมากขึ้นได้ มองจากแง่แล้ว เศรษฐศาสตร์การเมืองของอาจารย์ป๋วยก็คือ เศรษฐศาสตร์แห่งความรัก (Economics of Love) นั่นเอง

2.6.2 แรงจูงใจทางการเงินกับความรักที่มีต่อเพื่อนมนุษย์

มาร์แชล กล่าวไว้ว่า วิชาเศรษฐศาสตร์มีขอบเขตจำกัดที่แน่นอน วิธีการศึกษาก็มีระเบียบแบบแผนชัดเจน เศรษฐศาสตร์ของมาร์แชลเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเศรษฐศาสตร์จะสนใจเรื่อง “แรงจูงใจที่สามารถแสดงออกได้” และสามารถประมาณการหรือวัดออกมาได้เป็นตัวเลข

การพัฒนาเศรษฐศาสตร์ของประเทศต่างๆ ในโลกที่สามนั้น มีการแสวงหาผลประโยชน์สูงสุดทางด้านเศรษฐศาสตร์มากเกินไปจนมีการละเลยเรื่องของสังคมในระยะเริ่มต้น ปัญหาความทุกข์ยาก ปัญหาสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย ปัญหาความเสื่อมโทรมทางจิตใจและวัฒนธรรม ปัญหาที่เกี่ยวกับความยุติธรรมต่างๆ ได้ปรากฏออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน นักเศรษฐศาสตร์เน้นเรื่อง “แรงจูงใจทางการเงิน

2.7 แนวคิดการใช้ทุนทางสังคมในองค์การการกุศล

2.7.1 ความหมายของทุนทางสังคม

ความหมายของทุนทางสังคมมีหลากหลายตามความรู้สึกนึกคิดของผู้ใช้ นักวิชาการที่ให้ความหมายของทุนทางสังคมที่สำคัญได้แก่ Bourdieu (1986) Coleman (1990) Putnam (1995) Sandeman et al (1999) Solow (2000) Edward (2001) และ Stephenson and Ebrahim (2004) ได้กำหนดองค์ประกอบของทุนทางสังคม ประกอบด้วยความไว้วางใจ (trust) บรรทัดฐาน (norms) และเครือข่ายทางสังคม (social network) หรือโครงสร้างทางสังคม (social structure)

ธนาคารโลก²⁴ (1999) มองว่า ทุนสังคม หมายถึงสถาบัน (institutions) ความสัมพันธ์ (relationships) และบรรทัดฐาน (norms) ที่กำหนดลักษณะ รูปร่าง ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) ของสังคม (society) แต่ละสังคม ซึ่งสามารถประกอบของทุนสังคม นำไปสู่ความเป็นปึกแผ่นของสังคม และมีความสำคัญอย่างมากที่จะทำให้สังคมเจริญรุ่งเรืองทางด้านเศรษฐกิจและพัฒนาอย่างยั่งยืน ดังนั้น ทุนสังคม จึงเป็นทั้งมรดกของสถาบันต่างๆ ที่ครอบคลุมความสัมพันธ์และบรรทัดฐานที่ซิดกำกับเส้นใต้ของสังคม รวมถึงเป็นทางที่ยึดเหนี่ยวสถาบันเหล่านี้เข้าด้วยกัน

²⁴ <http://Worldband.osg>

การที่จะเกิดทุนสังคมได้นั้น สมาชิกในสังคมจะต้องมีพันธกิจ (obligations) หน้าที่ที่จะต้องกระทำ มีความคาดหวังร่วมกันและจะต้องมีความไว้เนื้อเชื่อใจกัน (trustworthiness) ในสภาวะแวดล้อมของสังคมนั้นๆ ซึ่งเงื่อนไขดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และผลประโยชน์ซึ่งกันและกันในทุกส่วนของโครงสร้างสังคมที่จะทำให้มีการกระทำ เกิดขึ้น จะต้องมีการบังคับให้ปฏิบัติตามบรรทัดฐานต่างๆ ที่กลุ่มได้กำหนดไว้ (Coleman, 1990) กล่าวโดยย่อ ทุนสังคม คือการติดต่อเกี่ยวข้องกันทางสังคม ที่อยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจและเป็นไปตามบรรทัดฐานที่กำหนดไว้

บุคคลสำคัญที่กล่าวถึงทุนทางสังคม ดังนี้²⁵

Putnam, 1995; Sandeman et al., 1999 ได้ชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการให้ทุนสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา คือ การก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคคลและองค์กรเพื่อประสิทธิผลในการนำทุนทางสังคมมาใช้ในการพัฒนาองค์การการกุศล อย่างเช่น มูลนิธิ องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติการกิจขององค์กร ผู้บริหาร ประสบความสำเร็จแบบต่อเนื่องและยั่งยืน ทุนสังคมดังกล่าวมีลักษณะพิเศษ ประกอบด้วยเครือข่าย บรรทัดฐาน และความไว้วางใจ ซึ่งจะทำให้ผู้เป็นสมาชิกบรรลุผลในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ร่วมกัน กล่าวโดยย่อ ทุนสังคม เป็นความเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งมีบรรทัดฐานและความไว้วางใจเป็นพื้นฐานในการเชื่อมโยงสมาชิกในการทำงานร่วมกัน พุทน์มได้เน้นเครือข่าย บรรทัดฐาน และความไว้วางใจนักวิชาการได้ให้ความหมาย จุดเน้น องค์ประกอบ และแนวคิดทุนสังคม ตามหลักวิชาการ ดังนี้

มูติเยอ ทุนสังคมเป็นมวลรวม (aggregate) ของทรัพยากรที่มีศักยภาพในการเชื่อมโยงกับเครือข่ายที่มีความยั่งยืนขององค์กรสถาบันที่มีความคุ้นเคย และได้รับการยอมรับซึ่งกันและกัน ความเป็นสมาชิก เป็นเจ้าของทุน และมีความเชื่อถือระหว่างกัน โดยเน้นความสัมพันธ์ขององค์กร สถาบัน ความคุ้นเคย และการยอมรับระหว่างกัน

โคลแมน มองทุนสังคมเป็นพันธกิจและความคาดหวัง ซึ่งขึ้นอยู่กับความไว้วางใจของสภาพแวดล้อมทางสังคม มีความสามารถในการถ่ายทอดข้อมูล ข่าวสาร ผ่านโครงสร้างในการช่วยให้เกิดการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งนี้ จะต้องมีบรรทัดฐานในการลงโทษอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อควบคุมการทำงานร่วมกันด้วย โดยเน้นความไว้วางใจ ความผูกพัน ความคาดหวัง และมีบรรทัดฐานการลงโทษ มีการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารผ่านโครงสร้างเครือข่ายสังคม

²⁵ ปัญญารัตน์ ปานทอง.ภาวะผู้นำแบบสุดยอดของผู้ว่าราชการจังหวัดบูรณาการและการใช้ทุนสังคมกับการลดความยากจนในชนบท.ข้อเสนอแนะปฏิรูป. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.2549.

ฟูญยาม่า มองทุนสังคมเป็นความสามารถที่เกิดขึ้นจากการยอมรับของความไว้วางใจในสังคม หมู่คณะ ซึ่งสามารถจะก่อให้เกิดพื้นฐานของกลุ่มสังคมในระดับขนาดเล็ก ตั้งแต่ครอบครัวไปจนถึงขนาดใหญ่ในระดับชาติ หรือประเทศ และกลุ่มอื่นๆ ในระหว่างกลุ่มดังกล่าวนี้ ทุนสังคม มีความแตกต่างจากรูปแบบทุนมนุษย์ ยิ่งไปกว่านั้น ทุนสังคมอาจเสริมสร้างและถ่ายทอดกลไกวัฒนธรรม เช่น ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ เป็นต้น ฟูญยาม่า ได้เน้นความไว้วางใจ บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม และเครือข่ายที่เชื่อมโยงอยู่ภายใน เป็นพื้นฐานของกลุ่มจากขนาดเล็ก ไปสู่กลุ่มขนาดใหญ่

2.7.2 ความหมายของ “ทุนทางสังคม” ในประเทศไทย²⁶

ในประเทศไทย มีนักวิชาการกล่าวถึงทุนทางสังคมกันมากขึ้น หลังจากเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยปี พ.ศ. 2540 และหน่วยงานที่ทำให้คำว่า “ทุนทางสังคม” แพร่หลายมากที่สุด ได้แก่ กองทุนเพื่อสังคม (SIF) ที่ได้มองว่า ทุนของชุมชน เป็นทุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งประกอบด้วย (ทุน) ฐานทรัพยากรธรรมชาติ และฐานวัฒนธรรม ความเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ การหลอมจิตใจ หลอมความคิด และการผนึกกำลัง การสร้างทักษะในการจัดการ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งทั้งหมดจะส่งเสริมให้เกิดความเอื้ออาทรและความสามัคคี ที่ทำให้คนมีความเสียสละที่จะทำงานร่วมกัน โดยมีการรวมกำลังความคิด ความรู้สติปัญญา และความชำนาญที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาด้วยกัน

อเนก นาคบุตร (2545) กล่าวถึงทุนทางสังคม ในลักษณะของความเข้มแข็งของชุมชนว่า มิใช่เป็นเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นในประเทศไทย แต่หากเป็นคุณค่าเดิมที่สังคมไทยมีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นความมีน้ำใจต่อกัน การแบ่งปันซึ่งกันและกัน ความเอื้ออาทรต่อกัน การเกาะเกี่ยวกันทางสังคม การรวมกลุ่มเป็นองค์กร หรือการจัดตั้งเป็นเครือข่ายต่างๆ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเกษตรผสมผสาน เครือข่ายโรงสีชุมชน เป็นต้น ทุนทางสังคมนี้ คือพลังสำคัญที่จะขับเคลื่อนชุมชนต่างๆ ให้มีความสามารถในการเพิ่มมูลค่า และทุนทางสังคมให้กับชุมชนตนเองมากขึ้น มีความเท่าทันต่อปัญหา และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาได้มากขึ้น และท้ายที่สุดสามารถพึ่งพาตนเองได้จริงในระยะยาว

²⁶ รศ.ดร.วราวุฒิ โรมรัตนพันธ์ ทุนทางสังคม กรุงเทพฯ : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชน (สรส) 2548

ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (2542) อธิบายว่า ทูทางสังคมเป็นนามธรรม หมายถึง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ความสามัคคี รวมพลัง การมีองค์กร มีหน่วยที่จะจัดการ จัดระบบ ต่างๆ เหล่านี้เรียกว่าเป็นทูทางสังคม ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในท้องถิ่นและชุมชนให้มีการพัฒนาที่ เข้มแข็ง จริงจัง และยั่งยืน

ประเวศ วะสี (2542) มองว่าทูทางสังคมเป็นพลังทางสังคมในการแก้ปัญหาวิกฤตของสังคมได้ โดยให้ความหมายทูทางสังคมว่า "การที่คนมารวมกัน เอาความดีมารวมกัน เอาความรู้มารวมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาของสังคม"

อัมมาร สยามวาลา (2544) กล่าวถึง ทูทางสังคมว่า "เป็นการใช้ทรัพยากรของชุมชนในการแก้ปัญหา ทรัพยากรที่สำคัญ คือ สติปัญญา และความเอื้ออาทรต่อกัน สิ่งเหล่านี้คือทูทางสังคม" โดยนัยนี้ ทูทางสังคมก็นับเป็นมิติในรูปแบบของทรัพยากรชุมชน อันประกอบด้วยเรื่องของค่านิยม ความเอื้ออาทรต่อกัน รวมทั้งเรื่องของสติปัญญาที่มีอยู่ในชุมชน ที่สมควรนำออกมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสังคม

ทูทางสังคม ในความหมายทั้งของนักวิชาการไทยและต่างประเทศ ยังมองในมิติที่เป็นพลังทางสังคม โดยเป็นพลังที่เกิดจากทูทางสังคมนี้ จะเป็นพลังที่มาจากกรรวมคน รวมความดี รวมความรู้ และปัญญา เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาสังคม และมองในแง่ของทรัพยากรชุมชน อันประกอบด้วยเรื่องของค่านิยม ความเอื้ออาทรต่อกัน รวมทั้งเรื่องของสติปัญญาที่มีอยู่ในชุมชน

ทูทางสังคม อาจมองในมิติของระบบและกระบวนการทางสังคมได้ โดยทูทางสังคมที่เป็นเรื่องของระบบคิด และอยู่ในรูปของค่านิยม วัฒนธรรมของประชาชน ความไว้วางใจกัน ความสำนึกร่วมกันในความเป็นเจ้าของ และความเป็นชุมชนเดียวกัน มีความเคารพต่อกัน มีความไว้วางใจกัน มีจารีต และมีค่านิยมต่างตอบแทนซึ่งกันและกัน จะมีผลต่อความสัมพันธ์ของคน ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดระเบียบเศรษฐกิจสังคม ความเป็นชุมชน และเกิดผลดีต่อการดำเนินกิจกรรม

การพิจารณาว่าทูทางสังคมที่เกิดจากการมีสิ่งเอื้อที่ดีในชุมชน (good "stock" of social capital) มีหรือไม่ อาจจะได้จากสถิติและตัวเลขต่างๆ อาทิ ดนเลขที่แสดงให้เห็นว่ามีอัตราการเกิดอาชญากรรมต่ำ การมีสุขภาพดี การมีการศึกษาดี และมีความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ จะเห็นได้ว่ากลุ่มหรือองค์กรที่มีทูทางสังคมสูง จะใช้ทูทางสังคมเป็นเครื่องมือในการทำงาน โดยจะใช้ทั้งในที่ทำงานและใช้เพื่อทำงานอื่นๆ ด้วย มิติของทูทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของความ

หนาแน่นของเครือข่ายทางสังคมนั้น (density of social networks) อาจจะพิจารณาได้จากการที่มีคนมารวมกันในที่เดียวกัน ด้วยความตั้งใจที่จะต่อผู้ร่วมกับคนอื่นในกิจกรรมทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ (informal, social activities) ในฐานะที่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือสถาบัน

ศักยภาพของทุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สามารถสร้างได้จากความสัมพันธ์ระหว่างคน ทุนทางสังคมสามารถละลายสิ่งที่กีดกันระหว่างสถาบันได้ ดังนั้น เมื่อชุมชนมีทุนทางสังคม ชุมชนก็สามารถทำงานให้มีความก้าวหน้าได้

ทุนทางสังคมได้ถูกยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วในสังคมไทยและถูกนำมาใช้ในมิติที่หลากหลาย ซึ่งมีทั้งมิติที่กว้างขวางครอบคลุมในสิ่งที่เป็นรูปธรรมอันได้แก่ เรื่องของทรัพยากรธรรมชาติ และมิติที่เป็นนามธรรม อันได้แก่ เรื่องของวัฒนธรรม ความรู้ สติปัญญา และจิตใจ ทุนทางสังคมอาจจะมองในมิติของระบบคิดและวิถีปฏิบัติที่เป็นกระบวนการ ส่วนระบบความสัมพันธ์ของคนที่ถูกมองว่าเป็นเรื่องของทุนทางสังคมนั้น อาจจะมีความสัมพันธ์ในแนวราบหรือแนวดิ่งก็ได้ รวมทั้งความสัมพันธ์จะเป็นระดับปัจเจก กลุ่มองค์กร สถาบัน ชุมชน หรือเครือข่ายก็ได้เช่นกัน การมีอยู่ของทุนทางสังคมในชุมชน อาจจะถูกดูได้จากสถิติตัวเลขที่แสดงถึงความมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน (ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง หรือสิ่งแวดล้อม) หรือการเติบโตเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคม มีความเชื่อว่า ทุนทางสังคมสามารถก่อให้เกิดพลังเพื่อใช้ขับเคลื่อนชุมชนให้สามารถพัฒนาไปสู่ความเข้มแข็งได้

2.8 นโยบายหลักประกันสุขภาพและการบริการทดแทนไต

2.8.1 การบริการทดแทนไตกับการประกันสุขภาพในประเทศไทย

ปัญหาความสามารถทางการคลังภาครัฐ เป็นสาเหตุหลักของการที่ยังไม่เปิดให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้ ก่อนที่จะมีการนำระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ภายใต้โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล และโครงการหลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) ก็ไม่ได้ให้สิทธิกับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในการเข้าถึงและได้รับบริการทดแทนไต เช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะเคยมีความพยายามหลายบริการไตให้กับผู้ป่วยในโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย แต่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ²⁷

²⁷ วิโรจน์ ตั้งเสถียร ยศ ตีระวัฒนานนท์ วิษย์ เกษมทรัพย์ สุวรรณ มูเก็ม. ผู้มีรายได้น้อยกับการเข้าถึงบริการทดแทนไต: วิเคราะห์และข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2000; 6(1): 72-80.

การตัดสินใจเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2544 ของรัฐบาลเกี่ยวกับอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,202 บาท สำหรับโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่ได้รวมเอาบริการทดแทนไตไว้ในชุดสิทธิประโยชน์²⁸ นอกจากนี้ ในการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจภาคเอกชน (voluntary private insurance) ก็ไม่ได้ครอบคลุมบริการทดแทนไตได้ด้วย โดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนได้ดำเนินการคัดกรองภาวะนี้กับผู้ซื้อประกันสุขภาพ หรือประกันชีวิตก่อนทำสัญญากรมธรรม์ประกันภัย

ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme-CSMBS) และสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สามารถเข้าถึงและได้รับบริการทดแทนไต (RRT) ทุกประเภท โดยไม่ต้องมีการร่วมจ่าย (co-pay) ในสถานพยาบาลภาครัฐ ยกเว้นยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ และหากผู้ที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำเป็นต้องไปรับบริการฟอกเลือดกับหน่วยไตเทียมในภาคเอกชน เนื่องจากความไม่เพียงพอของบริการฟอกเลือดในสถานพยาบาลของรัฐ กระทรวงการคลังได้ออกหนังสือกระทรวงการคลังด่วนที่สุดที่ กค 0526.5/ว.90 ลงวันที่ 21 กันยายน 2541 กำหนดเกณฑ์และอัตราการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลผู้ป่วยโรคไตไว้ดังนี้ "กรณีที่สถานพยาบาลของรัฐไม่มีเครื่องไตเทียมหรือมีเครื่องล้างไตไม่เพียงพอ และมีความจำเป็นที่จะต้องส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษายาบาลโดยวิธีการล้างไตหรือฟอกเลือดในสถานพยาบาลของเอกชน ให้ผู้มีสิทธิสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการล้างไต รวมถึงอุปกรณ์การล้างไตในสถานพยาบาลของเอกชนในอัตราเท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 1,500 บาทต่อครั้ง" และหากค่าบริการฟอกเลือดของผู้ป่วยไตเทียมในภาคเอกชนมีอัตราเกินกว่านี้ ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการทดแทนไตเกินกว่า 1,500 บาท (เป็น co-pay)

1. ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในระบบประกันสังคม (Social Security Scheme-SSS) ได้รับบริการทดแทนไตทุกประเภท โดยมีการร่วมจ่ายค่าฟอกเลือด (HD) ทั้งในภาครัฐและเอกชนที่เกินกว่า 1,500 บาทต่อครั้ง หรือหากมีความจำเป็นต้องได้รับบริการทดแทนไตมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ในเดือนธันวาคม 2547 สำนักงานประกันสังคมยังเปิดสิทธิประโยชน์การปลูกถ่ายไตให้กับผู้ประกันตนที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังอีกด้วย

2. ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage-UC หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) ยังไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการทดแทนไตแต่อย่างใด

²⁸ พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข. กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547.

ในปี พ.ศ. 2546-47 ได้เกิดความพยายามกดดันให้มีการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ครอบคลุมบริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) บนพื้นฐาน 2 ประการ คือ

1. ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทดแทนไตสูงมาก สูงเกินความสามารถของครัวเรือนจะรับภาระได้ บางรายญาติพี่น้องของผู้ป่วยถึงกับเป็นหนี้สิน ต้องขายทรัพย์สินหรือปัจจัยการผลิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการรักษาทดแทนไตเพียงชั่วคราว เมื่อหมดทรัพย์สิน ผู้ป่วยก็ตาย ญาติก็เดือดร้อน ภาวะการใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลจนสิ้นเนื้อประดาตน (catastrophic expenditure) ไม่ควรเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ในเชิงนโยบาย

2. ขาดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการรักษาทดแทนไตระหว่างหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพและความไม่เป็นธรรมในสังคม

2.8.2 ทางเลือกเชิงนโยบาย

ในการตัดสินใจเพื่อลงทุนและจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ จะมีความขัดแย้งกันระหว่างแนวคิดหลัก 2 ประการ²⁹ คือ ประการที่หนึ่ง แนวคิดด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (efficiency concerns) และประการที่สอง แนวคิดในการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่สังคมควรลงทุน บนพื้นฐานความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด หรือได้รับผลตอบแทนสุขภาพ (health gain) สูงสุด ดังนั้น บริการสุขภาพหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ใดที่ไม่มีความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์ ก็ไม่สมควรจะได้รับการลงทุนโดยใช้ทรัพยากรของสังคมส่วนรวม อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่สนับสนุนแนวความคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จะให้ความสำคัญกับความเสมอภาคของประชาชนในการมีสิทธิที่จะได้รับการบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยไม่มีความแตกต่างในด้านเพศ ระดับการศึกษา หรือสถานะทางสังคม ซึ่งแนวคิดนี้ สอดคล้องกับแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน และมาตรา 30 52 และ 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540

การบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไต เป็นการรักษาพยาบาลที่ยังไม่ได้ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงมาก และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนกว่าจะเสียชีวิต ด้วยเหตุผลด้านข้อจำกัดงบประมาณและการเพิ่ม

²⁹ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2544. การวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แพทย์สภา. 30 (3) 226.

พื้ต้นจากภาวะวิกฤตการการเงินและเศรษฐกิจเมื่อปี พ.ศ. 2540 ทำให้รัฐบาลในขณะนั้น ตัดสินใจไม่รวมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก่อนที่จะระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย จะพัฒนาเป็นการสร้างหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า มีโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงช่วยเหลือเกื้อกูล และโครงการหลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรสุขภาพ) ซึ่งโครงการเหล่านี้ ไม่ได้ให้สิทธิกับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในการเข้าถึง และได้รับสิทธิทดแทนไตเช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะได้มีความพยายามขยายบริการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยในโครงการสงเคราะห์ประชาชน ผู้มีรายได้น้อย แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ดังนั้น ในการ พิจารณาอัตราค่ารักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโครงการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2544 จึงไม่ได้รวมเอาบริการทดแทนไตไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ขณะเดียวกัน ในการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจภาคเอกชน (voluntary private insurance) ก็ไม่ได้ ครอบคลุมบริการทดแทนไตได้ด้วย โดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชน ได้ดำเนินการคัดกรองภาวะนี้ กับผู้ซื้อประกันสุขภาพหรือประกันชีวิตก่อนทำสัญญากรมธรรม์ประกันภัย ดังนั้น ในการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2544 จึงเกิดความแตกต่างในด้านสิทธิประโยชน์ของระบบ ประกันสุขภาพ

2.8.3 ระบบสวัสดิการข้าราชการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตในต่างประเทศ

ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease หรือ ESRD) ส่วนใหญ่ เสียชีวิตไปก่อนที่จะได้รับการปลูกถ่ายไต ทำให้วงการแพทย์ทุ่มเทความพยายามประดิษฐ์เครื่องไต เทียมจนประสบความสำเร็จและนำมาใช้กับมนุษย์ จนในที่สุดก็มีการก่อกำเนิดระบบบริการ dialysis เป็นครั้งแรก โดยมีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis หรือ HD) บริการไต เทียมสำหรับผู้ป่วย ESRD ได้รับการพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 โดยคณะแพทย์จากเมือง Seattle ประเทศสหรัฐอเมริกา นำโดยศาสตราจารย์ Dr. Belding Scribner และมีแพทย์ไทยร่วม ทำงานด้วยตั้งแต่ต้น คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ระจิต บุรี ในครั้งนั้น พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ สามารถรับการรักษาด้วยวิธี HD ทำให้ต้องจัดตั้งคณะกรรมการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความเหมาะสม เข้ารับการรักษาด้วยวัตถุประสงค์ที่จะให้ HD เป็นสะพานให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดจนได้รับ

การผ่าตัดปลูกถ่ายไต* หลังจากนั้น วงการแพทย์ให้ความสนใจและมีการเปิด บริการ RRT ด้วยวิธี HD อย่างกว้างขวางทั้งในสหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย เอเชีย³⁰

³⁰ Popovich RP, Nolph KD, Ghods AJ, et al. Ann Intern Org 1979, 4:114-117.

2.8.3.1 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตในสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาจัดเป็นประเทศแรกที่พัฒนาบริการ RRT จนมีการออกกฎหมายให้ RRT ทั้งหมดเป็นการรักษาพยาบาลที่สามารถเบิกค่าพยาบาลจากระบบสวัสดิการประกันสังคมของรัฐ (Medicare) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1972 เป็นต้นมา³¹ ผู้ป่วยทุกราย รวมทั้งคู่สมรสที่ได้รับความสะดวกจากรัฐ Medicare ได้รับสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับ RRT ทั้งหมดภายใต้การบริหารจัดการของ Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) ระบบ Medicare ให้สิทธิการเบิกค่ารักษาด้วยวิธี RRT กับผู้ได้รับสิทธิทั้งหมดโดยไม่แยกกลุ่มอายุ ปัจจุบันนี้ มีจำนวนผู้ป่วย ESRD เป็นสัดส่วนร้อยละ 1 ของผู้ประกันตนของ Medicare แต่การรักษาผู้ป่วย ESRD อย่างเดียวทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 9 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของ Medicare³² ระบบสวัสดิการสำหรับ RRT ในผู้ป่วยโรคไตของ Medicare ค่อนข้างซับซ้อนและมีการปรับเปลี่ยนหลายครั้งจนถึงปัจจุบัน

ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ RRT ในระบบ Medicare ในปัจจุบัน มีดังนี้

1. ผู้ที่ได้ออกภาษี (Medicare Tax) ทั้งตนเองและคู่สมรสได้สิทธิประโยชน์โดยไม่ต้องซื้อ premium

2. หากมิได้ออก Medicare Tax แต่มีอายุถึง 65 ปี หรือมากกว่า ก็เป็นผู้สามารถซื้อ premium เพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ RRT ในระบบ Medicare ซึ่งเดิมให้เบิกได้เต็ม แต่ได้มีการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายโดยกำหนดระเบียบใหม่ในปี ค.ศ. 2004³³ ดังนี้

2.1) Out Patient Maintenance dialysis ให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ถูกเรียกเก็บในแต่ละครั้ง

2.2) Self dialysis training for CAPD หรือ home hemodialysis ให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ถูกเรียกเก็บในแต่ละครั้ง

2.3) ค่ายาเพิ่มเติม รวมทั้งค่ายา erythropoietin อาจรวมอยู่ในค่าใช้จ่าย HD แต่ละครั้ง หรืออาจถูกเรียกเก็บเพิ่มแยก โดยให้ร่วมจ่ายเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

2.4) ค่าใช้จ่ายสำหรับ erythropoietin ได้รับการพิจารณาจากรัฐสภาให้โรงพยาบาลต่างๆ หรือศูนย์ dialysis เรียกเก็บได้ไม่เกิน 10 US\$ ต่อขนาดยาประมาณ 1,000 units

³¹ McBride P. The Development of Hemodialysis and Peritonealdialysis. In Clinic Dialysis, 3 edition, edited by Nissson AR, Fine RN, Gentile DE. Appleton and Lange, A Simmon and Schuser Comppany, Norwalk, Connecticut, 1995 page 21.

³² Greer GW. ESRD and Medicare. HEALTH CARE FINANCING REVIEW/Summer 2003; 24:1.

³³ Center for Medicare and Medicaid Services. Your Medicare Benefits; Official Booklet for 2004, page 21-42.

2.5) ค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้ ผู้ป่วยใช้จ่ายร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

2.8.3.2 ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย RRT ในประเทศสิงคโปร์

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลประชาชนสิงคโปร์ เป็นระบบที่เรียกเก็บเงินประกันสุขภาพ (Medisave) โดยประชาชนทั่วไปถูกบังคับให้จ่ายเงินเข้ากองทุน Medisave ในอัตราร้อยละ 6-8 ของรายได้ต่อเดือน และหากต้องการให้คุ้มครองการป่วย ESRD ด้วย ต้องซื้อประกันสุขภาพเพิ่ม มีการดำเนินการโดยรัฐ ซึ่งมีมูลค่าสูงถึง 1,000-2,500 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือน อย่างไรก็ตาม ประชาชนจำนวนมากไม่มีรายได้มากพอจนสามารถซื้อประกันนี้ได้³⁴

มูลนิธิโรคไตแห่งชาติของสิงคโปร์ (National Kidney Foundation of Singapore หรือ NKFS) ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1964 มีผลให้ผู้ป่วยในประเทศสิงคโปร์ได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายสำหรับ RRT จาก NKFS ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วย ESRD ทั้งหมดได้รับความช่วยเหลือ โดยผู้ป่วยทุกรายสามารถขอรับความช่วยเหลือโดยร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายตามความสามารถ และเข้ารับการรักษาใน satellite dialysis unit หรือ out hospital dialysis center ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองอย่างน้อยคือ 100 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือนสำหรับผู้มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,600 เหรียญสิงคโปร์ ที่เหลืออีกประมาณ 2,000-3,000 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือน ได้รับความช่วยเหลือจาก NKFS

NKFS เป็นองค์กรไม่หวังผลตอบแทนและไม่ได้รับเงินสนับสนุนโดยตรงจากรัฐ นอกจากความช่วยเหลือจากรัฐในการจัดตั้ง dialysis centers³⁵ NKFS ดำเนินการหาทุนโดยประสานงานร่วมกับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตและป้องกันโรคไต

2.8.3.3 สวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย RRT ในประเทศมาเลเซีย

ประเทศมาเลเซียมีการเปิดบริการ HD มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1964 โดยผู้ป่วยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด หลังจากนั้น ได้มีศูนย์ dialysis ของภาคเอกชนเกิดขึ้นมากมาย และเป็นศูนย์ที่ประกอบการโดยไม่หวังผลกำไร อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายสำหรับ RRT ได้ จนกระทั่งเมื่อภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศดีขึ้นมาก ในปี ค.ศ. 2001

³⁴ Ramirez SPR, Durai TT, Hsu SI. Paradigms of public-private partnerships in end-stage renal disease care: The National Kidney Foundation Singapore. KI 2003; 63 suppl 83: S101-107.

³⁵ NKFS "Website www.nkfs.org/faq.htm#faq07"

รัฐบาลได้ประกาศสนับสนุนให้เงินช่วยเหลือ dialysis centers ให้จัดบริการให้ผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยรัฐให้การสนับสนุนค่าฟอกเลือดในอัตรา 50 ริงกิตต่อครั้ง และมอบให้ dialysis center เรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ไม่เกิน 60 ริงกิตต่อ HD 1 ครั้ง ส่วนที่เกินจากนั้น รัฐมอบให้มูลนิธิโรคไตเป็นผู้ดูแลการจ่ายเงินทดแทนให้กับศูนย์ฟอกเลือดทั้งหมด จากนั้นมา จำนวนผู้ป่วย ESRD ที่รักษาด้วยวิธี dialysis ในประเทศมาเลเซียก็เพิ่มจำนวนมากขึ้น³⁶

2.8.3.4 สถิติการค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย RRT ในฮ่องกง

ฮ่องกงมีมูลนิธิโรคไต เริ่มให้บริการ hemodialysis มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1981 ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดประกอบด้วย operational cost ประมาณ \$1,318-1,398 ในปี ค.ศ. 1998 มูลนิธิโรคไตฮ่องกงช่วยเหลือผู้ป่วยไต ความเครขรฐานะ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังต้องจ่ายค่า HD แต่ละครั้งประมาณ \$700-1,400³⁷ มีรายงานว่ารัฐจัดสรรความช่วยเหลือให้ผู้ป่วย ESRD ในฮ่องกงครอบคลุมถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยทั้งหมด ระบบบริการ RRT ของฮ่องกงสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ self care dialysis เช่น CAPD มากกว่า HD เนื่องจากผลการวิเคราะห์ที่คุ้มค่าดีกว่า³⁸ แต่เนื่องจากข้อจำกัดทางงบประมาณที่มากขึ้น ทำให้มีการปรับเทคนิค CAPD จากการใช้น้ำยา 2 ลิตรวันละ 4 ครั้ง มาเป็นเพียง 3 ครั้ง และพบว่าอัตราการรอดชีวิตยังไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อเปรียบเทียบกับชาวตะวันตก รายงานดังกล่าวนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยชาวเอเชีย ซึ่งมีขนาดตัวเล็ก อาจได้ประโยชน์ด้านค่าใช้จ่ายหากลดปริมาณการใช้น้ำยาต่อวันลงอีก มีการศึกษาการยอมรับ CAPD ของผู้ป่วย ESRD ในฮ่องกง³⁹ โดยสอบถามผู้ป่วยที่พิจารณาให้รับการรักษาด้วย RRT 462 คน ในเป็นเวลา 6 ปี พบว่าร้อยละ 74 มีความเหมาะสม สามารถใช้วิธี CAPD ได้ ขณะที่ร้อยละ 3.9 มีความเหมาะสมต่อวิธี HD ในจำนวนผู้ป่วยที่เสนอให้ใช้ CAPD ทั้งหมด ร้อยละ 44 ที่ตอบรับทำ CAPD ทันที ส่วนในกลุ่มที่ปฏิเสธ CAPD ในระยะแรก ได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำเพิ่มเติม และพบว่าร้อยละ 54 ตอบตกลงทำ CAPD ในเวลาต่อมา ในจำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธวิธี CAPD ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า "มีติดอยู่นานพอแล้ว" และ "ไม่มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติคอยให้ความช่วยเหลือ"

³⁶ Nephrology in Malaysia, then and now. In website www.crc.gov.my/nrr_report_2003/NephroInMsia.pdf.

³⁷ Hongkong Kidney Foundation: in www.hkkkf.org.hk

³⁸ Lai KN, Lo WK. Optimal peritoneal dialysis for patients from Hongkong. Perit Dial Int. 1999; 19 Suppl 3: S26-31.

³⁹ Lo WK, Li FK, Choy CB, et al. A retrospective survey of attitudes toward acceptance of peritoneal dialysis in Chinese end-stage renal failure patients in Hongkong-from a cultural point of view. Perit Dial Int. 2001; 21 Suppl 3: S318-21.

2.8.3.5 ระบบรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตในประเทศญี่ปุ่น⁴⁰

ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราส่วนความชุกของผู้ป่วย ESRD ที่ใช้ RRT มากที่สุดในโลก ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้วิธี HD และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีไม่มากนักเนื่องจากวัฒนธรรมแต่เดิมที่ไม่ยอมรับเกณฑ์สมองตายเป็นข้อกำหนดการตาย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการใช้อวัยวะของผู้ป่วยสมองตายเป็นอย่างยิ่ง ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดแต่ละครั้งเบิกจากรัฐบาลเป็นหลัก

ประเทศญี่ปุ่นได้พัฒนาระบบติดตามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยมีหน่วยงาน National Health and Welfare กำกับและมีการทำสำรวจและออกรายงานแสดง National Medical Care Expenditure (NMCE) พร้อมแยกค่าใช้จ่ายสำหรับ ESRD เปรียบเทียบกับ NMCE เป็นรายปี นอกจากนี้ ยังมีความพยายามให้ดำเนินการควบคุมค่ารักษา เช่น กำหนดแถมให้ผู้ให้บริการแต่ละสถาบัน และให้ incentive เพิ่ม สำหรับการเพิ่มคุณภาพการรักษา เช่น แด้มเพิ่มสำหรับการเพิ่มเวลาฟอกเลือดให้ผู้ป่วย การนัดผู้ป่วยฟอกเลือดนอกเวลาทำงาน หรือวันหยุด หรือ แด้มเพิ่มสำหรับการใช้ dialysis ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ให้บริการ RRT ที่ได้แถมเพิ่มก็มีเงิน incentive มากขึ้น เป็นต้น ความพยายามของรัฐ ทำให้ญี่ปุ่นสามารถควบคุมอัตราส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับ dialysis ต่อ NMCE ไม่ให้เพิ่มสูงมากโดยมิได้เกิดผลต่อการลดคุณภาพการรักษาลง

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาทดแทนโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การวิจัยในหัวข้อเรื่อง บทบาทขององค์กรการกุศลในการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease : ESRD) มูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทาง ได้ค้นคว้าจากเอกสาร และแผนงานต่างๆ ทั้งของภาครัฐ องค์กรเอกชน ของปัจเจกบุคคล ทั้งในและต่างประเทศ ในส่วนที่ได้มีการศึกษา การสัมมนา การสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการการประกันสุขภาพ 30 บาท ตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้า โดยจะนำเสนอ ดังต่อไปนี้

พันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร อดีตนายกรัฐมนตรี ได้ประกาศนโยบายสาธารณะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยภายใต้ชื่อ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 52 ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย...” และสอดคล้องกับแนวคิด

⁴⁰ Hidei H. Need for Incentive Reimbursement Policy toward quality care for dialysis patient management. KI 2000;58:363-373.

วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) ที่กำหนดให้คนไทยทุกคน มีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเสมอภาค และในการประชุมวันที่ 17 มีนาคม 2544 ณ ตึกสันติไมตรีทำเนียบรัฐบาล ซึ่งเป็นการประชุมร่วมกับนายกรัฐมนตรี ข้อสรุปที่สำคัญ คือ 1 ที่ประชุมเห็นพ้องกันว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นภารกิจสำคัญยิ่งของรัฐบาลเป้าหมาย คือ ประชาชนทั้ง 61 ล้านคน ได้รับการขุดสิทธิประโยชน์หลักที่เป็นมาตรฐานเดียวกันประกอบด้วยบริการพื้นฐาน โดยอ้างอิงสิทธิประโยชน์ ของการประกันสังคม และเพิ่มเติมบริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคล และครอบครัว พร้อมกับมีระบบการประกันคุณภาพ บริการสำหรับ การดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยการฟอกเลือด และการให้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำการศึกษาวิจัยโดยเร็วต่อไป และจัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การกำกับของนายกรัฐมนตรี เพื่อ กำหนดนโยบายของการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบกองทุนเดียว จากการประชุมคณะรัฐมนตรี ที่ทำเนียบรัฐบาลเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2544 ได้ข้อสรุปคือ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อเอชไอวี นั้น ยังไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ แต่ให้ทำการศึกษา และวิจัยต่อไป ซึ่งหลังจากนั้น ได้มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ในการบำบัดโรคไต ซึ่งจัดทำโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งทำการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการทดแทนไต

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ได้ศึกษาเรื่อง "การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย : การวิเคราะห์เชิงนโยบาย" (2548) ผลการศึกษา ได้ข้อสรุปว่า แม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีวัตถุประสงค์ ที่ต้องการให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านการเงิน และมุ่งหวังให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า แต่ภายใต้ความจำเป็นของทรัพยากร ทำให้รัฐบาลต้องตัดสินใจไม่รวมการบำบัดทดแทนไต ไว้ในสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการตัดสินใจด้านนโยบาย เพื่อพิจารณาว่า สมควรที่จะขยายบริการรักษาทดแทนไต ให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ จะต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ ทางด้านการคลังสุขภาพ และภาระด้านงบประมาณของระบบประกันสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ ความพร้อมของบุคลากร และระบบบริการที่จะรองรับการขยายตนในการเข้าถึง และใช้บริการทดแทนไต ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง และหากจะขยายบริการ ควรเป็นในรูปแบบใด และผลการศึกษา ก็ได้ข้อสรุปว่า การให้บริการทดแทนไตทั้ง 2 รูปแบบ คือ การล้าง

ของห้องอย่างต่อเนื่อง และการฟอกเลือด ไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เนื่องจากรัฐบาลหรือสังคม ต้องลงทุนประมาณ 4-5 แสนบาทต่อปีของชีวิตที่ยืนยาวขึ้น หรือ 6-7 แสนบาทต่อปีที่คุณภาพชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ต้นทุนนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การลงทุนด้านสุขภาพ ที่นำเสนอโดย the commission on macroeconomics and health ซึ่งระบุว่า บริการทางสุขภาพ ที่มีต้นทุนอรรถประโยชน์ต่ำกว่า 3 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปี เป็นบริการที่คุ้มค่า และรัฐบาลควรให้การสนับสนุน ดังนั้น หากยึดหลักเกณฑ์ดังกล่าวในการประเมินการลงทุนด้านสุขภาพ การบริการทดแทนไตทั้งสองชนิด จัดเป็นบริการสุขภาพที่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ สำนักงานหลักประกัน ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ นายแพทย์สงวน ถึงความคืบหน้าในนโยบายหลักประกันสุขภาพ กับชุดสิทธิประโยชน์ในการรักษาโรคไต ได้กล่าวว่าทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สรุปผลการศึกษาและวิจัย รวมทั้งการประชุม และสัมมนา จนได้ข้อสรุปแล้วว่าทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ได้เตรียมแนวทางในการผลักดันการบริการทดแทนการรักษาไตวายเรื้อรัง ให้เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยมีขั้นตอนและรายละเอียดที่ได้ศึกษาอย่างละเอียดแล้ว และขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างเสนอเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติข้อเสนอดังกล่าว

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย: สำนักงานประกันสุขภาพ มูลนิธิเออร์เพื่อการพัฒนานานาชาติ เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนา ระบบหลักประกันสุขภาพของเอเชียเสนอในการสัมมนานานาชาติ ครั้งที่ 8 จัดโดยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ (public health promotion center) มูลนิธิเออร์เพื่อการพัฒนานานาชาติ (DSE) ในรายงานดังกล่าว ประกอบด้วย 3 ภาค คือ ภาค 1 บริบทของประกันสุขภาพ ภาค 2 ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย และภาค 3 นวัตกรรมของระบบประกันสุขภาพ โดยรวมรายงานฉบับนี้ ได้ฉายให้เห็นถึงภาพรวมของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ตั้งแต่ความเป็นมาจนถึงปัจจุบัน และความเป็นไปได้ในการจัดงบประมาณ สำหรับหลักประกันสุขภาพในอนาคต ที่จะต้องใช้เงินงบประมาณถึง 100,000 ล้านบาท ซึ่งจะต้องนำไปเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งหมดของรัฐบาล และเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพบุคคล อย่างไรก็ตาม รายงานทางวิชาการฉบับนี้ ได้นำเสนอออกมาในช่วงที่ นโยบายหลักประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรคเพิ่งจะเริ่มใช้ การคาดการณ์กับปัญหาที่เกิดขึ้น และปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เมื่อโครงการ 30 บาทถูกนำมาใช้จึงต่างกันไป อย่างไรก็ตาม นักวิชาการหลายท่านต่างก็ให้ความเห็นที่ใกล้เคียงกันว่า นโยบายสาธารณะนโยบายหลักอันหนึ่งที่ใช้ในการหาเสียง คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ได้รับความนิยมนค่อนข้างสูง และ

เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้พรรคไทยรักไทยชนะขาดการเลือกตั้ง ในขณะที่ทางพรรคยังไม่ได้วางแผนปฏิบัติการที่จะทำให้บรรลุผลตามสัญญาอย่างชัดเจน.

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง และ ศรชัย เตரியมวรกุล ได้รายงานการวิจัยเรื่อง "หนึ่งปีแรกของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) (2547) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตาม ประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่สอง (2546-47) ให้ติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศในภาพรวม ในรายงานได้กล่าวถึงแนวคิด ความเป็นมา และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 รวมทั้งการปรับตน และดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพต่างๆ อันได้แก่ โครงการสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน และกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ รายงานฉบับนี้ได้วิเคราะห์ผลกระทบของการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระทางการเงินของประเทศและผู้เสียภาษีได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงกลไกการดำเนินงานและกลไกการจ่ายเงิน ในทั้ง 4 โครงการ ได้แก่ โครงการสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน และโครงการ 30 บาท รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในทุกโครงการ แต่รายงานไม่ได้เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย หรือ ข้อควรพิจารณาปรับปรุง แก่ไข ในแต่ละโครงการ เพียงเน้นย้ำว่า ทักษะของผู้บริหาร หัวใจของนโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน คือการปฏิรูประบบการเงินการคลัง (ซึ่งจากเอกสารที่ออกมาจากศูนย์ปฏิบัติการ war room) โดยเชื่อว่า การปฏิรูประบบการเงินการคลัง เป็นเครื่องมือชักนำให้เกิดการปรับระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น

ประเด็นน่าสนใจที่ปรากฏอยู่ในรายงานฉบับนี้อีกประเด็นหนึ่ง ได้แก่ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ถือได้ว่า เป็นประเด็นใหญ่ในทางการเมือง และเป็นสิ่งที่ทำให้โครงการ 30 บาท ได้รับความสนใจจากฝ่ายต่างๆ เป็นอย่างมาก แต่ประเด็นนี้ ไม่ใช่เรื่องใหม่หรือเรื่องใหญ่ของระบบบริการสาธารณสุข เพราะแต่เดิมนั้น นอกจากโครงการสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจแล้ว ยังมีโครงการประกันสังคม โครงการบัตรสุขภาพ 500 บาท และโครงการ สปร. ซึ่งเมื่อรวมกันแล้ว จะเห็นว่า ในปี 2543 นั้น คนไทยส่วนใหญ่ประมาณสองในสามถึงสามในสี่ อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของโครงการหลักประกันสุขภาพของภาครัฐอยู่แล้ว และเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ฝ่ายการเมืองตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ต่างก็เลือกที่ขยายความคุ้มครองด้านสุขภาพมาโดยตลอด โดยเริ่มจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย หรือ สปน. ในสมัยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช มาเป็นโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล หรือ สปร. ซึ่งครอบคลุมประชากรเกือบครึ่งประเทศและกลายมาเป็นโครงการ "30 บาท รักษาทุกคน" ในที่สุด

จันทิรา หอมวิจิตร (2542) ได้ศึกษาวิจัยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดและล้างทางช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่รักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดและล้างทางช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง และหาความสัมพันธ์ของอายุและระยะเวลาในการรักษาที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ และไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเนื่องจากการขาดงาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยฟอกเลือดเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 41,804.78 บาท/ราย/เดือน ผู้ป่วย CAPD เสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 37,026.91 บาท/ราย/เดือน ส่วนผู้ป่วยทั่วไปเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 354.54 บาท/ราย/เดือน ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าใช้จ่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายได้แก่อายุ วิธีการรักษา โรคเบาหวาน จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล และระยะเวลาในการรักษา โดยพบว่า ผู้ป่วยฟอกเลือดเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาการรักษามากขึ้น ส่วนผู้ป่วย CAPD เสียค่าใช้จ่ายลดลงเมื่อระยะเวลาการรักษามากขึ้น

สุนทร การบรรเลง (2538) ได้ศึกษาประวัติความเป็นมาและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ โรงพยาบาลสงขลวงษ์ พบว่าปัญหาที่สำคัญที่สุด คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษา เมื่อผู้ป่วยต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นประจำทุกสัปดาห์ ๆ ละ 2-3 ครั้ง การฟอกเลือดต้องเสียค่าฟอกเลือดเป็นเงินจำนวน 1,000 บาทต่อครั้ง เดือนหนึ่งประมาณ 8,000-12,000 บาท ปีหนึ่งประมาณ 96,000-144,000 บาท ในขณะที่การฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชน ทุกสัปดาห์ ๆ ละ ประมาณ 2-3 ครั้ง ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงิน 3,000 บาทต่อครั้ง เดือนหนึ่งประมาณ 24,000-36,000 บาท ปีหนึ่งประมาณ 288,000-432,000 บาท และต้องรับประทานยาเป็นประจำทุกวัน ๆ ละ 54.50 บาท เดือนหนึ่งเป็นเงินประมาณ 1,635 บาท บางรายอาจต้องฉีดยารักษาความเข้มข้นของโลหิต สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 1 เข็ม ราคาเข็มละ 1,600 บาท รวมเป็นเงิน 1,600-3,200 บาท เดือนหนึ่ง 4-8 เข็ม เป็นเงิน 6,400-12,800 บาท

สุชาติ อินทรประสิทธิ์ (2535) ได้ทำการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไตที่คณะแพทยศาสตร์บดินดี เมื่อปี 2535 โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกตามผู้ให้บริการรักษาเป็น 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มที่หนึ่ง การฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเอกชน เสียค่าใช้จ่าย 24,000 บาทต่อเดือน กลุ่มที่สอง การฟอกเลือดที่โรงพยาบาลของรัฐ เสียค่าใช้จ่าย 12,000 บาทต่อเดือน กลุ่มที่สาม ผู้ป่วยรักษาแบบ CAPD เสียค่าใช้จ่ายเดือนละ 14,000 บาท

สุพัฒน์ วาณิชยการ (2532) ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลศิริราช เมื่อปี พ.ศ. 2532 พบว่า การรักษาแบบล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง รักษาวันละ 4-6 ครั้ง ค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 100,000 บาท เมื่อรักษาตลอดชีวิต ค่ายา 1,000 บาทต่อเดือน การไปโรงพยาบาลเดือนละครั้ง ถ้าไม่ติดเชื้อ การรักษาแบบฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรักษาสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ปีละ 200,000-300,000 บาท เมื่อรักษาตลอดชีวิต ค่ายา 1,000 บาทต่อเดือน การไปโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

เปี่ยมศักดิ์ มีชัย (2545) ศึกษาต้นทุนและผลได้ของการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยใช้แบบจำลองเป็นสมการต้นทุนและผลได้ เพื่อดูองค์ประกอบของต้นทุนในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วย ESRD โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผลได้ที่จะเกิดจากการรักษา ในด้านต้นทุน ได้พิจารณาจากต้นทุนที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือด ภายได้ข้อสมมติว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ เมื่อไม่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดแล้วนั้น จะไม่ทำการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การล้างไตทางช่องท้องหรือการเปลี่ยนไต เป็นต้น ต้นทุนแบ่งออกเป็นต้นทุนการฟอกเลือด หมายถึงต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วยต้นทุนของผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่อาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ เงินเดือน และค่าสาธารณูปโภค รวมไปถึงต้นทุนของผู้มารับบริการ ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าอาหาร และต้นทุนค่าเสียโอกาส เป็นต้นทุนทางอ้อมจากการขาดงานจากความเจ็บป่วย ซึ่งทำให้สูญเสียรายได้

ต้นทุนอีกประเภทหนึ่งเกิดจากการไม่ได้รับการฟอกเลือด หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นเมื่อไม่ได้รับการฟอกเลือด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการฟอกเลือดจะเกิดอาการต่าง ๆ และมีการอาการหรือโรคแทรกซ้อน ที่ต้องได้รับยาหรือได้รับการรักษา ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการเหล่านั้นที่เกิดขึ้น ต้นทุนประเภทที่สาม เป็นต้นทุนของผู้ให้บริการ หมายถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นกับหน่วยไตเทียมในการให้การรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ค่าอาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ (เครื่องไตเทียม) ค่ายา เวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ เงินเดือนแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ค่าสาธารณูปโภค ค่าน้ำ และค่าไฟ นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายของหน่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย หน่วยรังสีวินิจฉัย (X-ray) หน่วยชันสูตร (LAB) และหน่วยเภสัชกรรม สุท้าย เป็นรายการต้นทุนของผู้รับบริการ หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการมารับบริการที่สถานพยาบาล ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ค่าอาหารจากการมารับบริการที่หน่วยไตเทียม และต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน

ในการวิเคราะห์นี้ เปรมชัยแบ่งการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ออกหน่วยไตเทียมออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ และหน่วยไตเทียมในต่างจังหวัด ที่มีการดำเนินงานมาไม่ต่ำกว่า 5 ปี ใช้ต้นอย่งที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม คือ เลิดสิน วชิระ ศิริราช และโรงพยาบาลอุดรธานี แบ่งการวิเคราะห์ต้นทุนออกเป็น 2 หน่วยงาน คือ หน่วยไตเทียมและหน่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาล และแบ่งต้นทุนออกเป็นต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ และต้นทุนทางอ้อม คือ รายได้ที่เสียไปจากการมาฟอกเลือด การวิเคราะห์ทางด้านผลได้โดยตรง คือ ค่ารักษาพยาบาลของโรคไตและโรคแทรกซ้อนที่ประหยัดได้จากการฟอกเลือด และวัดผลได้ทางอ้อมจากรายได้ที่คาดว่าจะได้รับในอนาคต ถ้าผู้ป่วยยังชีวิตอยู่

ผลการศึกษาของเปี่ยมศักดิ์ มีชัย (2545)พบว่า ในระยะยาวนั้น หน่วยไตเทียมขนาดใหญ่ จะมีผลได้สุทธิติดลบ เท่ากับ -5,937,392 บาท ในขณะที่หน่วยไตเทียมขนาดเล็ก กลาง และในต่างจังหวัด มีผลได้สุทธิมากกว่าศูนย์ คือ เท่ากับ 3,684,561 บาท 7,603,273 บาท และ 13,549,661 บาท ตามลำดับ ผลได้สุทธิที่ได้ต่อปีของหน่วยไตเทียมทุกขนาดมีค่ามากกว่าศูนย์ โดยสัดส่วนค่าลงทุน ค่าวัสดุ และค่าแรงของหน่วยไตเทียมแต่ละแห่ง มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ เป็นค่าลงทุนร้อยละ 28.84 ค่าวัสดุร้อยละ 42.54 ค่าแรงงานร้อยละ 32.62 โดยต้นทุนทั้งหมดต่อครั้งของหน่วยไตเทียมขนาดเล็กมีค่าเท่ากับ 2,328 บาท ขนาดกลาง 1,950 บาท ขนาดใหญ่ 4,068 บาท และในต่างจังหวัดมีค่าเท่ากับ 1,507 บาท

ส่วนในภาพรวมนั้น พบว่า ต้นทุนรวมทั้งหมดในการฟอกเลือด มีค่าเท่ากับ 6,677,262 บาท หรือคิดเป็น 267,090 บาทต่อราย และคิดเป็นต้นทุนต่อครั้งเท่ากับ 2,552 บาท โดยจำแนกเป็นต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ 4,565,495 บาท เป็นต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ 773,054 บาท โดยมีต้นทุนทางอ้อมจากรายได้ที่เสียไปจากการมาฟอกเลือดเท่ากับ 1,247,713 บาท คิดเป็นต้นทุนทางตรงทั้งหมดร้อยละ 81.32 เป็นต้นทุนทางอ้อมร้อยละ 18.68 คิดเป็นต้นทุนของผู้ให้บริการเท่ากับ 4,883,546 บาท เป็นต้นทุนต่อหน่วยของผู้ให้บริการเท่ากับ 1,866 บาท ส่วนผลได้ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลได้ทางตรงเท่ากับ 5,640,000 บาทต่อปี เป็นผลได้ทางอ้อมจากรายได้ที่คาดว่าจะได้รับถ้ายังมีชีวิตอยู่ เท่ากับ 3,934,875 บาท

โดยที่ผลได้ทั้งหมดคิดเป็นผลได้ทางตรงร้อยละ 58.90 และเป็นผลได้ทางอ้อม ร้อยละ 41.10 ผลได้สุทธิต่อปีจากการฟอกเลือดในภาพรวมมีค่าเท่ากับ 2,897,612 บาท ซึ่งมีค่ามากกว่าศูนย์ และอัตราผลได้ต่อต้นทุนเท่ากับ 1.43 ซึ่งมีค่ามากกว่าหนึ่ง ถือว่าควรที่จะลงทุน แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีต้นทุนและผลได้ที่ไม่สามารถประเมินค่าออกมาเป็นตนเงินได้ เช่น คุณภาพชีวิต ดังนั้นไม่ว่าต้นทุนหรือผลได้ที่ได้รับจะมากกว่ากัน ในแง่ของชีวิตมนุษย์และการลงทุนทางด้านสาธารณสุขแล้วนั้น เป็นสิ่งที่จำเป็น

ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพในหลายประเทศ ทั้งในทวีปยุโรปและเอเชีย มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามว่า การเพิ่มสิทธิประโยชน์สำหรับการรักษาทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ประกอบตนในระบบหลักประกันสุขภาพจะมีความคุ้มค่าหรือไม่ เพียงใด โดยใช้การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ แบบประเมินต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาทดแทนไตทั้งสองประเภท เปรียบเทียบกับการประคับประคอง ซึ่งเป็นวิธีการรักษาในปัจจุบันที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยการศึกษาเปรียบเทียบภายใต้บริบทของประเทศไทยและใช้มุมมองในทางสังคมร่วมกับมุมมองของรัฐบาล ในฐานะสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่าต้นทุนตลอดชีวิตในมุมมองของวงสังคมสำหรับการล้างช่องท้องต่อเนื่อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับ 8.7 และ 9.7 ล้านบาท เมื่อผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาที่อายุ 15 ปี หรือเท่ากับ 3.3 และ 3.7 ล้านบาท สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มรักษาเมื่ออายุ 70 ปี ทั้งนี้ ต้นทุนของการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ต่ำกว่าต้นทุนการฟอกเลือดในทุกกลุ่มอายุ และเมื่อนำมาคำนวณประเมินต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ (ต้นทุนระหว่าง 4.6-4.9 แสนบาทต่อปีของชีวิตที่ยืนยาวขึ้น หรือ 5.2-5.7 แสนบาทต่อปีที่ปรับด้วยคุณภาพชีวิต) ที่ดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในทุกกลุ่มอายุ (ต้นทุนระหว่าง 6.7-7.0 แสนบาทต่อปีของชีวิตที่ยืนยาวขึ้น หรือ 7.7-8.5 แสนบาทต่อปี ที่ปรับด้วยคุณภาพชีวิต) โดยการให้การรักษาทดแทนไตทั้งสองชนิด ในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มีต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ดีกว่าการให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอายุมาก

ภูษิต ประคองสาย และคณะ ศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการขยายการเข้าถึงการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้กรอบแนวความคิดทั้งในด้านประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร และแนวคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมหลักการด้านจริยธรรมและสิทธิมนุษยชนในการพิจารณาทางเลือกด้านนโยบายภายใต้บริบทของประเทศไทย

ผลการศึกษาพบว่าทางเลือกที่สอง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกคนได้รับการบริการทดแทนไตจนถึงอายุที่กำหนด (เช่น อายุไขของคนไทย) โดยภายหลังจากนั้น ผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตนเอง และทางเลือกที่สี่ คือ ผู้ป่วยทุกคนได้รับการบริการทดแทนไตในระยะเวลาหนึ่ง (เช่น 1-2 ปี เป็นต้น) หลังจากนั้น ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเท่านั้นจะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล เป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่มีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูงและบรรลุเป้าหมายด้านจริยธรรม (เนื่องจากสามารถให้บริการกับผู้ป่วยทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยบางคน) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อ

งบประมาณน้อยกว่าทางเลือกอื่น ในขณะที่ทางเลือกที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการทดแทนไตตลอดชีวิต จะก่อให้เกิดภาระทางด้านการคลังสุขภาพกับรัฐบาลเป็นอย่างมาก และทางเลือกที่สาม ผู้ป่วยบางคนได้รับบริการทดแทนไตตลอดชีวิตตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดอย่างกว้างๆ ในระดับประเทศและผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการในระดับจังหวัด) มีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่เป็นที่พอใจทางสุขภาพและความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างสูง

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะรัฐบาลจะตัดสินใจเลือกทางเลือกใด สิ่งที่จะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการขยายบริการทดแทนไต คือ การลงทุนเพิ่มขึ้นในด้านการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง ทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ การแสวงหาแหล่งงบประมาณที่เพียงพอและยั่งยืนสำหรับนโยบายดังกล่าว การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทดแทนไต การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการลงทะเบียนทดแทนไตในประเทศไทยให้ครอบคลุมและเป็นรายงานภาคบังคับ การสนับสนุนให้มีการใช้การล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากกว่าการฟอกเลือด และการปรับปรุงประสิทธิภาพของการผ่าตัดเปลี่ยนไตเพื่อรองรับการขยายบริการทดแทนไตในอนาคต เป็นนโยบายด้านอื่น ที่จำเป็นต้องพัฒนาและดำเนินการควบคู่ไปด้วยกัน

วิชช เกษมทรัพย์ ยศ ตีระวัฒนานนท์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้ทำการวิจัยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งหากรัฐบาลตัดสินใจให้ขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตสำหรับผู้สิทธิทุกคน อาจส่งผลให้ความชุกและอัตราอุบัติการณ์การเข้าถึงบริการทดแทนไตของประเทศเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและภาระงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านความครบถ้วนและครอบคลุมของข้อมูลการเข้าถึงบริการทดแทนไตในประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้จึงได้ดัดแปลงอัตราอุบัติการณ์การเข้าถึงบริการทดแทนไตของผู้ป่วยกลุ่มอายุต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2547 และของกลุ่มประเทศในทวีปยุโรป รวมทั้งเอเชีย มาทำการประมาณการอุปสงค์ของบริการทดแทนไตในประเทศไทยในลักษณะที่เป็นพิสัย (range)

ผลการศึกษาพบว่า อัตราอุบัติการณ์การเข้าถึงบริการทดแทนไตที่เป็นไปได้ของประเทศไทย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีค่าระหว่าง 100-300 ต่อล้านประชากรต่อปี โดยหากใช้การประมาณการขั้นสูง จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เข้าถึงบริการจะเพิ่มมากขึ้นเป็นกว่า 5 หมื่นรายภายในปีที่ 4 ของการขยายการเข้าถึงบริการฯ และจะมีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 1 แสนรายภายในปีที่ 10 เนื่องจากจะมีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รอดชีวิตและสามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม อุปสงค์ของบริการทดแทนไตและจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่สามารถเข้าถึงบริการฯ จะลดลง หากมีการกำหนดมาตรการเชิงรุกในการป้องกันการเกิดโรคที่มีประสิทธิภาพ ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย หากทรัพยากรสุขภาพของรัฐไม่เพียงพอ

ถนนอม สุภาพร และคณะ⁴¹ ได้วิเคราะห์สถานภาพผู้ให้บริการรักษาบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยและความสามารถในการรองรับบริการเพิ่มเติมจากปี พ.ศ. 2548 ผลการวิเคราะห์พบว่าวงการแพทย์ในประเทศไทยได้เริ่มใช้วิธีบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (renal replacement therapy หรือ RRT) โดยมีการฟอกเลือด (hemodialysis หรือ HD) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 มีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation หรือ KT) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 และมีการเปิดบริการฟอกล้างของเสียออกทางหน้าท้องถาวร (chronic peritoneal dialysis หรือ CAPD) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยมีคณะกรรมการลงทะเบียน RRT (Thailand Renal Replacement Therapy Registry หรือ TRT Registry) ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ESRD ที่ได้รับ RRT รวมทั้งข้อมูลของศูนย์โรคไตทั่วประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540

รายงานนี้ TRT Registry ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของสถานบริการทั่วประเทศไทยที่จัดบริการ RRT จนถึงมกราคม พ.ศ. 2546 โดยได้ส่งแบบรายงานข้อมูลไปยังศูนย์โรคไตทั่วประเทศและนำมารวบรวมวิเคราะห์เพื่อประเมินสถานภาพในการให้บริการของประเทศไทย พบว่าจากจำนวนศูนย์โรคไตทั่วประเทศ 354 แห่ง มีข้อมูลตอบกลับมาจากศูนย์โรคไต 301 แห่ง (ร้อยละ 85) โดยทุกแห่งเปิดบริการ HD แต่มีเพียง 56 แห่งที่เปิดบริการ CAPD และมีเพียง 24 แห่งที่เปิดบริการ KT รัฐเป็นเจ้าของกิจการที่เปิดบริการครบทั้ง HD CAPD และ KT ส่วนเอกชนส่วนใหญ่เปิดบริการเฉพาะ HD

ศูนย์โรคไตส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 42) อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครหรือจังหวัดในเขตปริมณฑล มีการเปิดบริการ HD ครอบคลุมจังหวัดทั่วประเทศไทย แต่มี 21 จังหวัดที่ยังมีศูนย์ไตเทียมเพียงแห่งเดียวสำหรับผู้ป่วยของทั้งจังหวัด ศูนย์ไตเทียมที่ส่งข้อมูลเข้ามาได้รายงานจำนวนยอดเครื่องไตเทียมทั้งหมด 1,931 เครื่อง และร้อยละ 54 ของเครื่องไตเทียมทั้งหมดอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 48 ของเครื่องไตเทียมทั้งหมดเป็นของภาคเอกชน ค่าเฉลี่ยของจำนวนเครื่องไตเทียมต่อศูนย์ไตเทียมคือ 6.5 ± 5.3 เครื่องต่อศูนย์ไตเทียม พิสัย 1-58 เครื่องต่อศูนย์ไตเทียม มีจำนวนแพทย์ซึ่งมีสอบได้วุฒิปริญญาตรีหรืออนุปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต หรือกุมารเวชศาสตรบัณฑิตรวมทั้งสิ้น 222 คน และร้อยละ 70 ของทั้งหมดปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีจำนวนพยาบาลผู้สอบได้ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญโรคไตรวมทั้งสิ้น 426 คน และร้อยละ 65 ของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวนบุคลากรที่จบการฝึกอบรมและสอบได้คุณวุฒิด้านโรคไตในแต่ละปี แบ่งออกเป็นแพทย์วุฒิปริญญาตรีหรืออนุปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต หรือกุมารเวชศาสตรบัณฑิตปีละ 20 คน ส่วนจำนวน

⁴¹ ถนนอม สุภาพร, อุดม ไกรฤทธิชัย, พจณี เอมพันธ์, อำนาง ชัยประเสริฐ, สุชฎทัย เลขยานนท์, อัมพร สกกุลแสงประภา, อติศร วังศิริไพศาล, อนุตตร จิตตินันท์, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ทวีป ทีประสาน, พรชัย กิ่งวัฒนกุล, สร้อยสอาง สร้างสมวงษ์, สุชาติ นฤแก้ว และศิริลย์ แซ่มลำเจียก. "บทวิเคราะห์สถานภาพผู้ให้บริการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยและความสามารถในการรองรับบริการเพิ่มเติมจากปี พ.ศ. 2548." รายงานวิจัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2548: 63-64.

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไตและจำนวนพยาบาลไตเทียมซึ่งฝึกอบรมในหลักสูตร 4 เดือน ผลิตได้จำนวน 60-80 คนต่อปี และ 110-122 คนต่อปี ตามลำดับ

ยอดผู้ป่วยทั่วประเทศ ณ วันสิ้นปี พ.ศ. 2546 (point prevalence 2003) แยกเป็น HD CAPD และ KT เท่ากับ 187.3 15.6 และ 31.5 รายต่อล้านประชากร ตามลำดับ ส่วนอุบัติการณ์ของ RRT ในปี พ.ศ. 2546 (yearly incidence) แบ่งออกเป็น HD CAPD และ KT เท่ากับ 75 2.3 และ 5.5 รายต่อล้านประชากร ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยกระจุกตมตามจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจดี และจำนวนผู้ป่วยในจังหวัดที่มีเศรษฐกิจยังไม่ดีมีจำนวนน้อย ถึงแม้ว่าอาจเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรมาก

ข้อมูลทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าทรัพยากรการให้บริการ RRT ในประเทศไทยยังไม่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนบุคลากร จำนวนศูนย์ไตเทียมและจำนวนเครื่องไตเทียม การกระจายของทรัพยากรเหล่านี้ เป็นไปตามความสามารถซื้อบริการซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะเศรษฐกิจของท้องถิ่น หากมีการกำหนดความต้องการบริการตามสัดส่วนประชากรในปัจจุบัน ก็จะก่อปัญหาความไม่เพียงพอของการให้บริการทั้งหมด โดยเฉพาะด้วย HD ในด้าน CAPD ยังไม่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน แต่มีศักยภาพที่จะขยายตนได้มากกว่า HD และอาจมีความเหมาะสมที่จะขยายการบริการ CAPD ในท้องถิ่นที่ยังมีศูนย์ไตเทียมยังไม่เพียงพอ

โดยสรุปการกระจายบริการและจำนวนผู้ป่วยยังเป็นไปโดยภาวะเศรษฐกิจ ทำให้การบริการและจำนวนผู้ป่วยมีการกระจุกตมในบางพื้นที่ รัฐมีความจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามข้อมูลและปรับแผนการบริหารจัดการ RRT ทั้งระบบอย่างจริงจัง เพื่อแก้ปัญหาให้มีการกระจายบริการ RRT ให้เหมาะสมกับสัดส่วนประชากร

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐาน ดังนี้

1. คุณสมบัตินของผู้ป่วย.. มีผลต่อสถานที่ให้การรักษาคือ คลินิกมูลนิธิ พลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนมีความแตกต่างกัน
2. ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ สถานที่ให้การรักษาคือ คลินิกมูลนิธิ พลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนมีความแตกต่างกัน
3. ความพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ สถานที่ให้การรักษาคือ คลินิกมูลนิธิ พลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนมีความแตกต่างกัน
4. ต้นทุนเบื้องต้น (prime cost) และมาร์กอัพ (mark-up) ราคาในการคิดค่าบริการของสถานบริการการรักษาดังๆ ที่ดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตลอดจนการกำหนดราคาของสถานบริการรักษาดังๆคือ คลินิกมูลนิธิ พลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชน ในการจัดการให้บริการผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน