

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นภาวะที่ไตมีอัตราการกรอง (glomerular filtration rate: GFR) ลดลงจนร่างกายเสียสมดุลทางเคมี ของไหลไม่ผันกลับและมีการดำเนินของโรคไปถึงระยะที่เรียกว่า โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนี้ จะเป็นภาวะที่ไตทั้ง 2 ข้างสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร คือไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะเลือดเป็นพิษ (uremia) ซึ่งผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ต้องเผชิญกับปัญหาในด้านต่างๆมากมายทั้งปัญหาด้านร่างกาย โภชนาการ เศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ¹ เกิดความสูญเสียทั้งต่อตนเอง คนรอบข้าง และสังคม ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง เสียเวลา ไม่สามารถทำงานได้เต็มประสิทธิภาพตามที่เคยปฏิบัติทำให้เสียงาน และเสียชีวิตในที่สุด

วิธีการรักษาโรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มแรก จะรักษาโดยการควบคุมอาหารและการรักษาด้วยยา, แต่ในการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจะต้องได้รับการรักษาที่เรียกว่า "การรักษาทดแทนไต" (renal replacement therapy: RRT) มีอยู่ 3 วิธี คือ

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD)
2. การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD)
3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (renal transplantation: RT)

ทั้งนี้การรักษาทั้ง 3 วิธี เป็นเพียงการรักษาเพื่อทดแทนไตเท่านั้น หากแต่ไม่สามารถรักษาให้ไตกลับมาทำหน้าที่ปกติดังเดิมได้ เพียงแต่ยืดอายุของผู้ป่วยออกไปได้ โดยมีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (patient survival) อยู่ที่ 1 ปี เท่ากับร้อยละ 80 และจะลดลงประมาณร้อยละ 30 ที่ 5 ปี และ 3 ปี² โดยผู้ป่วยจะมีอายุเฉลี่ยยืนยาวไปได้อีกนับสิบปี และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น หากการรักษาดังกล่าวได้ผลดี ผู้ป่วยจะสามารถทำงานได้เต็มที่ ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาได้เหมือนคนปกติ หากแต่ในทางตรงกันข้าม เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทดแทนไตที่เหมาะสม จะเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นานนัก

¹ มนสิดา อารีกุล. "การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี." (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542). หน้า 1.

² เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เขียมอ่อง, Hemodialysis (กรุงเทพฯ: Text and Journal Publication.Co.,Ltd,2542),หน้า 1129-1130.

การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด (hemodialysis: HD) เป็นวิธีการรักษาที่ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยก่อนวิธีอื่น โดยเริ่มใช้เครื่องแรกที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2505³ ซึ่งวิธีนี้ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับการรักษาที่หน่วยไตสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 4-5 ชั่วโมง และผู้ป่วยจะถูกจำกัดน้ำ โดยจะจำกัดน้ำดื่มเกิน 1 ลิตรต่อวันและห้ามรับประทานอาหารรสเค็มจัด

ในระหว่างการบำบัด ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากบุคคลทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางประกอบด้วยอายุรแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับการรับรองจากสภาวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและพยาบาลไตเทียม จำนวน 1 คน ต่อผู้ป่วย 4 คน ซึ่งแต่ละช่วงเวลาการให้บริการตามประกาศของแพทยสภาที่ 19/2542 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2542⁴

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันประสบปัญหาการกระจายตัวของเครื่องไตเทียมและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและในเขตอำเภอเมืองในเกือบทุกจังหวัด ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเข้าถึงบริการฟอกเลือด⁵

ส่วนการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง (continuous ambulatory dialysis: CAPD) ใช้หลักการแลกเปลี่ยนของเสียออกจากร่างกายผ่านเยื่อช่องท้องสู่น้ำยาล้างไตอย่างต่อเนื่อง โดยใช้น้ำยาครั้งละ 2 ลิตร ใส่เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วยทิ้งไว้ 4-8 ชั่วโมง จึงเปลี่ยนน้ำยาใหม่ ซึ่งผู้ป่วยต้องเปลี่ยนน้ำยารวันละ 4-6 ครั้งและทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน และสามารถทำได้ที่บ้านหรือที่ทำงาน หากแต่การเปลี่ยนน้ำยาต้องทำในสภาวะปราศจากเชื้อ มิฉะนั้นจะเกิดการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วยได้

ดังนั้นการบำบัดรักษาทดแทนด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างเป็นอย่างมาก อีกทั้งจำเป็นต้องเลือกดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาและมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดเท่านั้น มิฉะนั้นจะเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง การรักษาด้วยวิธีการนี้ จึงไม่เป็นที่นิยมในประเทศไทย

สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตนั้น เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไต ที่มีอัตราส่วนของต้นทุนและประสิทธิภาพการรักษาที่ต่ำที่สุด โดยมีค่าใช้จ่ายระยะยาว หลังปีที่ 1 ต่ำกว่าการรักษาทดแทนไตวิธีอื่น ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการรักษาอีกสองวิธี⁶

³ วิศิษฎ์ สิตพิชา "การป้องกันโรคไต: จุดอ่อนและข้อเสนอนแนะ" วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 10 (มกราคม-เมษายน 2542):1

⁴ วิชัช เกษมทรัพย์ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และสุวรรณา "ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การเจ็บป่วยราคาแพงทางออกคืออะไร" วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 15(มกราคม 2544):35.

⁵ แพทยสภา, ประกาศแพทยสภาที่ 19/2542 เรื่อง มาตรฐานการให้บริการการฟอกเลือดด้วยเครื่อง ไตเทียม. 2542.

⁶ อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา และคณะ การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการฟอกเลือดกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในประเทศไทย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2546. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2546):158-169.

แต่การผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนไตที่ได้รับบริจาค ในประเทศกำลังพัฒนามีเพียงร้อยละ 3-10 ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการปลูกถ่ายไต⁷ และสำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย นับตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงเดือนมิถุนายน 2546 พบว่ามีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตทั้งสิ้น 2,819 ครั้ง ซึ่งวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะประมาณการว่าในปี พ.ศ.2547จะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 21,809 ราย

ดังนั้น การผ่าตัดปลูกถ่ายไตในประเทศไทย จึงไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รอรับไตบริจาค ประกอบกับไม่ได้ทำให้โรคไตวายไม่หายขาด และยังคงกินยาต่อเนื่อง ทั้งไตที่ได้รับการปลูกถ่ายใหม่ก็มีอายุการทำงานจำกัด (ร้อยละ 18-55 อยู่ได้นาน 10 ปี) ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ประการสำคัญคือ การปฏิเสธไตใหม่ (graft rejections) มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และยังคงได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไปจนกว่าจะได้รับการเปลี่ยนไต รวมไปถึงผู้ที่ไม่สามารถได้รับการปลูกถ่ายไต หรือการเปลี่ยนไตได้ต้องทำการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปตลอดชีวิต

อุบัติการณ์ของโรคไตและภาวะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2549 จากข้อมูลการวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนับ ณ เดือนธันวาคม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 30,750 คน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 จำนวน 7,794 คน และจากรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ระบุว่าในช่วงปี พ.ศ. 2541-2546 โดยมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า แต่มีผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประมาณ 13,000 ราย หรือร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด ตาม ตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 ตารางประมาณการประชากรทั้งประเทศ อุบัติการณ์ของโรค จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้นปี รายปีตั้งแต่ปี 2544 ถึง 2549

รายการ	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
ประชากรทั้งประเทศ (ล้านคน)	62.320	62.968	63.589	64.184	64.754	65.388	65.997
อุบัติการณ์ของโรค(ราย/ปี)	88.1	92.5	97.2	102.0	107.1	112.5	118.1
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ (ราย)	5,492	5,827	6,178	6,548	6,939	7,354	7,794
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	5,963	7,513	12,509	17,287	21,809	26,366	30,750

⁷ เกรียง สง่า และสมชาย เขียมอ่อง.Hemodialysis (กรุงเทพฯ:Text and Journal Publication Co.,LTD,2542) หน้า 1129-1130.)

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่สามารถรองรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งมีถึง 20,000-30,000 บาทต่อคนต่อเดือน และด้วยเหตุผลทางด้านค่าใช้จ่ายที่สูง ชาวบ้านจึงเรียกโรคนี้ว่าโรคเวรโรคกรรม รักษาไม่หาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Nephrology Society of Thailand) ได้ร่วมกันศึกษาวิจัย วิเคราะห์เชิงนโยบาย เรื่อง การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย หรือ ขยายการบริการทดแทนไตให้ผู้ป่วยได้โครงการประกันสุขภาพ 30 บาท ให้ครอบคลุมการรักษาโรคไตด้วย ผลจากการศึกษาวิจัยข้างต้นได้ข้อสรุปว่า การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทยในปัจจุบัน มีแรงกดดันจากภายนอกหลายประการ ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมบริการทดแทนไต โดยสาเหตุความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทดแทนไตระหว่าง 3 ระบบ ได้แก่

1. ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสวัสดิการของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตทุกประเภท โดยไม่ต้องมีการร่วมจ่ายในสถานพยาบาลภาครัฐและถ้าเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนสามารถเบิกค่าฟอกเลือดได้ครั้งละ 2,000 บาท

2. ผู้ป่วยในระบบประกันสังคม ได้รับบริการทดแทนไตทุกประเภท โดยมีการร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดที่เกินกว่า 1,500 บาทต่อครั้ง หรือหากมีความจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

3. ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองตามข้อเสนอของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นไป จะคุ้มครองดังนี้^๘

- การผ่าตัดปลูกถ่ายไตในกรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้
- การทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หรือ CAPD ทั้งผู้ป่วยรายเก่า และรายใหม่
- การทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ถ้าเป็นผู้ป่วยเก่าต้องร่วมจ่ายประมาณหนึ่งในสามส่วนของค่าฟอกเลือด แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

^๘ หนังสือพิมพ์มติชน ฉบับที่ 10827 หน้า 5 หัวข้อข่าว ผู้ป่วยไตบัตรทองผ่าฟรี 1 ม.ค. วันที่: พฤษศบดิ 1 พฤศจิกายน 2550

สำหรับบริการทดแทนไตในประเภทต่างๆ ร่วมกับการประเมินต้นทุนประสิทธิผล (cost effectiveness analysis) และต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost utility analysis) เปรียบเทียบระหว่างการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้บริการอยู่ในปัจจุบัน และท้ายที่สุด เป็นการประเมินความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปต่อการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาสรุปได้จากการวิเคราะห์บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทยยังสามารถเพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพได้ เนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศยังมีค่าไม่สูงมากนักเพียงร้อยละ 3.3-3.7 เท่านั้น

ในช่วงภายหลังจากวิกฤติเศรษฐกิจ โดยที่องค์การอนามัยโลกกำหนดว่าประเทศควรลงทุนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ เพื่อการสุขภาพของประชาชน หากแต่ปัญหาความจำกัดของงบประมาณ เป็นปัจจัยหลักที่ยังไม่สามารถนำบริการทดแทนไตเข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

ส่วนการศึกษาด้านต้นทุน ประสิทธิภาพ และต้นทุนอรรถประโยชน์ เปรียบเทียบกันระหว่างการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องกับการฟอกเลือด พบว่าการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) มีค่าเฉลี่ยของต้นทุนประสิทธิผล และต้นทุนอรรถประโยชน์ที่ดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) ในทุกกลุ่มอายุผู้ป่วย โดยบริการทดแทนไตทั้งสองชนิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ที่ดีกว่าในผู้ป่วยที่มีอายุมาก

อย่างไรก็ตาม เมื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการให้บริการทดแทนไตทั้งสองรูปแบบเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่า CAPD และ HD ไม่มีความคุ้มค่า เนื่องจากรัฐบาลหรือสังคมต้องลงทุนประมาณ 4-5 แสนบาทต่อปีของชีวิตที่ยืนยาวขึ้น หรือ 6-7 แสนบาทต่อปีที่มีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ต้นทุนนี้เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การลงทุนด้านสุขภาพ ที่นำเสนอโดย The commission on macroeconomics and health ระบุว่า บริการทางสุขภาพที่มีต้นทุนอรรถประโยชน์ต่ำกว่า 3 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปี นับว่าเป็นบริการที่คุ้มค่าและรัฐบาลควรให้การสนับสนุน

ในขณะที่ปี พ.ศ. 2546 รายได้ประชาชาติต่อคนต่อปีของประเทศไทย ประมาณ 87,360 บาทต่อคนต่อปี หากยึดหลักเกณฑ์ดังกล่าวในการประเมินการลงทุนด้านสุขภาพ การบริการทดแทนไตทั้งสองชนิด (CAPD และ HD) จัดเป็นบริการสุขภาพที่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการกำกับโครงการวิจัยฯ ได้ให้ความเห็นว่าการตัดสินใจเชิงนโยบายไม่ควรคำนึงแต่เพียงการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพียงเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงมุมมองด้านจริยธรรมและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันมิให้ครัวเรือน

ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องถึงกับสิ้นเนื้อประดาตนหรือเป็นหนี้สิน เนื่องจากรายจ่ายสำหรับบริการทดแทนไตมีมูลค่าสูงมาก

ประมาณการความชุกของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงบริการทดแทนในประเทศไทยนั้นอยู่ที่ 200 รายต่อล้านประชากร หรือจะมีผู้ป่วยทั้งหมดประมาณ 12,000 ราย ในจำนวนนี้จะมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสวัสดิการคุ้มครองเพียงประมาณ 2,600 รายหรือเท่ากับร้อยละ 21.67 ซึ่งเข้าถึงบริการและได้รับการคุ้มครองบริการทดแทนไต⁹

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการฯ แต่ยังคงประสบปัญหาความสามารถในการรองรับผู้ป่วยในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งยังมีไม่เพียงพอผู้ป่วยจึงต้องเข้ารับการรักษากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชน

ทั้งนี้ โรงพยาบาลรัฐบาลจะเบิกค่ารักษาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ไม่เกินครั้งละ 2,000 บาท ไม่จำกัดจำนวนครั้งในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งต่างจากผู้ประกันตนตามระบบประกันสังคมซึ่งได้รับการคุ้มครองการฟอกเลือด 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และค่าใช้จ่ายไม่เกินครั้งละ 1,500 บาท ในโรงพยาบาลเอกชนการฟอกเลือดแต่ละครั้งต้องมีค่าใช้จ่ายสูงตั้งแต่ 1,500-3,500 บาท (รวมทั้งตนกรองล้างไต) ขึ้นอยู่กับค่ารักษาของแต่ละโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีสวัสดิการดังกล่าวอยู่อีกอย่างน้อยประมาณ 9,400 รายหรือร้อยละ 78.33 ซึ่งอยู่ภายใต้โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (สปร.) หรือเป็นประชาชนกลุ่มอื่นที่ไม่มีสวัสดิการใดๆ จะไม่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตได้ ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการดังกล่าวเหล่านี้ต้องหาทางช่วยเหลือตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน เข้าถึงการรักษายาบาลค่อนข้างน้อย ซึ่งการรักษาโรคไตต้องเป็นการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ ถึงแม้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะคุ้มครองผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการรักษาโดยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้อง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลี่ยงการรักษาด้วยวิธีนี้เพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

ความจำเป็นในการบำบัดรักษาและให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นสินค้าและบริการที่แตกต่างจากสินค้าและบริการทั่วไป เพราะเป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภคและสังคม มีกลไกทางเศรษฐศาสตร์หลายมุมมองที่จะนำมาช่วยในการตัดสินใจบนทางเลือกหลายๆ ทางเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้มีงานศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนและผลได้ของการรักษาบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ในผู้ป่วย

⁹ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ การวิเคราะห์เชิงนโยบายของการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. แพทย์สภา 2544;30(3)226

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD) โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) ซึ่งพบว่าผลได้ที่รับมีมากกว่าต้นทุน¹⁰

ในปัจจุบัน หน่วยให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีทั้งส่วนที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก องค์การการกุศล และภาคธุรกิจ

การดำเนินนโยบายภาครัฐ

การดำเนินนโยบายของรัฐบาลที่ได้รับจากการเลือกตั้ง มีความจริงใจต่อระบบประกันสุขภาพมากเท่าใด เพราะส่วนใหญ่จะคำนึงถึงผลตอบแทนมาเป็นคะแนนเสียงมากกว่าที่จะมุ่งเน้นความมีประสิทธิภาพ การจัดบริการด้านสวัสดิการที่ส่งผลต่อประชาชนส่วนใหญ่ให้มีชีวิตที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง มีความเท่าเทียมกันที่จะเข้าถึงการบริการสาธารณสุข

การวิเคราะห์บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทยยังสามารถเพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพได้ และนโยบายหลักของทุกรัฐบาลที่ผ่านมาให้ความสำคัญของการรักษาพยาบาลฟรีหรือมีส่วนร่วมจ่ายเพียงเล็กน้อย เช่น โครงการรักษาฟรีผู้สูงอายุ สมัยรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช พรรคกิจสังคม และโครงการ 30 บาทรักษา ทุกโรค สมัย พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร คือ นโยบายของพรรคไทยรักไทยใช้ในการรณรงค์หาเสียงเลือกตั้ง และสามารถนำมาปฏิบัติได้ภายในระยะเวลาที่รวดเร็ว ทำให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น และเป็นโอกาสของประชาชนที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เท่าเทียมกัน ในส่วนของโรคไตวายเรื้อรังในยุคสมัยของพรรคไทยรักไทย เป็นรัฐบาลก็พยายามที่จะนำเข้าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแต่ด้วยปัจจัยด้านงบประมาณที่ต้องใช้อย่างต่อเนื่องและมีต้นทุนที่สูง แต่ก็มี ความพยายามที่จะหาวิธีช่วยเหลือโดยวิธีทดลองนำร่องโดยโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จากนั้นรัฐบาลของ พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี มติ ครม. ได้อนุมัติในหลักการให้การทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองตามข้อเสนอของ สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ซึ่งเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นไป ในจังหวัดที่มีความพร้อมโดยมีเป้าหมายจะขยายครบทุกจังหวัด ภายใน 1 ปี

สรุป มติ ครม. อนุมัติขยายสิทธิประโยชน์ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายอยู่ในบัตรทองจะคุ้มครองในเรื่อง

¹⁰ เปี่ยมศักดิ์ มีชัย : การวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ของการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม : (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2545)

¹¹ ผศ.ดร.จิรวรรณ ภักดีบุตร นางภาวณา เขมะรัตน์ : ประเภทขององค์การเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ หน้า 4-7 ,ศูนย์สาธารณสุขประโยชน์และประชาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เดือนกุมภาพันธ์ 2543

1. การผ่าตัดปลูกถ่ายไตในกรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้
2. ขยายการทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หรือ CAPD ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ โดยเริ่มให้บริการในจังหวัดที่มีความพร้อมก่อน ซึ่งขณะนี้มีอยู่แล้ว ประมาณ 20 จังหวัด และจะขยายให้ครบทุกจังหวัดภายในหนึ่งปี
3. ผู้ป่วยรายเก่าที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอยู่ ถ้ายังคงใช้วิธีเดิมไม่เปลี่ยนเป็นการรักษาผ่านทางช่องท้อง (CAPD) จะต้องร่วมจ่ายประมาณหนึ่งในสามส่วนของค่าฟอกเลือด (ซึ่งยังไม่ทราบว่า สปสช. จะใช้มาตรฐานจากราคาเท่าไร)
4. สำหรับผู้ป่วยรายใหม่ (ที่เริ่มรักษาตั้งแต่ 1 มกราคม 2551) ที่จะใช้วิธีฟอกเลือด ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

ซึ่งในการเริ่มต้นให้บริการผู้ป่วยโรคไตของบัตรทองในปีแรกนี้ต้องใช้งบประมาณไม่น้อยกว่า 500 - 1,000 ล้านบาท โดยจะใช้งบประมาณ สปสช. ในส่วนที่เหลือจากการประหยัดค่ายาเอดส์ที่เกิดจากการบังคับใช้สิทธิโดยรัฐ (CL) ไม่เกี่ยวกับงบเหมาจ่ายรายหัวของปี 2551 และตั้งแต่ปี 2552 จะมีการตั้งงบประมาณต่างหากเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวตามปกติ

จะเห็นได้ว่าไม่ว่ารัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งหรือแต่งตั้ง จะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและพยายามที่จะหาวิธีช่วยเหลือในทุกวิถีทางที่จะช่วยได้เพราะเท่าที่ผ่านมาผู้ป่วยต้องขายบ้าน ขายที่ เป็นหนี้สิน และล้มละลายมามากแล้ว ด้วยเป็นโรคที่ต้องรักษาไปตลอดชีวิต

กฎหมายและนโยบาย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ และพรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้รัฐจัดบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง ดังนั้นแนวโน้มอนาคตตามกฎหมายจะถูกบังคับใช้อย่างจริงจัง จะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทั้งถึง

โครงสร้างองค์กรสาธารณสุข ในส่วนของโครงสร้างส่วนกลาง พบว่า โครงสร้างสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการควบคุม กำกับ หน่วยบริการสุขภาพที่กระจายไปในทุกภูมิภาคของประเทศ ประกอบกับนโยบายรัฐบาลที่ให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพทุกคน ทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการบริการได้ครอบคลุมประชาชนทุกคนที่ไม่มีสิทธิอื่นใด ส่วนองค์กรเภสัชกรรมนั้นสนับสนุนสถานบริการในเรื่องยาและเวชภัณฑ์ได้ล่วงหน้า เพื่อให้สถานบริการสุขภาพสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง โครงสร้างส่วนภูมิภาค พบว่า ส่วนมากมีผลทำให้การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ได้แก่ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ดูแลกำกับมาตรฐานมีจำนวนครอบคลุมทุกจังหวัด ทุกอำเภอ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ส่วนจำนวนสถานบริการทุกระดับ ซึ่งมีมากครอบคลุมทุกตำบล อำเภอ และจังหวัด ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงจุดบริการได้ทันท่วงที

รวมทั้งในส่วนของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว องค์การมหาชน ซึ่งเริ่มก่อตั้งเมื่อ 1 ตุลาคม 2543 ซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข แต่การบริหารจัดการแบบเอกชน

การดำเนินงานด้านเอกชน

การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในส่วนของโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน ปัจจุบันเกิดขึ้นเพื่อดำเนินธุรกิจเชิงการค้าเป็นจำนวนมากเพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งอัตราการเกิดโรคสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการได้ตามความต้องการเพราะมีทั้งส่วนที่เปิดเป็นคลินิกและเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์การเป็นข้าราชการสามารถใช้บริการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเอกชนได้ในอัตราเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ์ข้าราชการครั้งละ 2,000 บาท แต่ไม่สามารถใช้สิทธิ์ข้าราชการเบิกในสถานพยาบาลที่เป็นคลินิกได้ แต่ผู้ใช้สิทธิ์ประกันสังคม สามารถใช้บริการได้ที่ทั้งโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนในอัตราเบิกค่าฟอกเลือดครั้งละ 1,500 บาท ถ้าค่าบริการของสถานพยาบาลเอกชนเกินกว่านี้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง ซึ่งเป็นทางเลือกแก่ผู้ป่วยที่จะต้องมารับบริการแบบใด เพราะอัตราค่าบริการจะขึ้นอยู่กับความสะดวกสบาย การบริการ และความพึงพอใจ แน่แน่นอนว่าอัตราค่าบริการก็ต้องผันแปรตามสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

ทั้งนี้โรงพยาบาลเอกชนและภาคธุรกิจที่จัดหาสินค้าและบริการด้านนี้ อาจไม่ต้องการให้ภาครัฐเข้ามาดำเนินการจัดสวัสดิการให้ประชาชน ด้วยหวังการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปของกำไรสูงสุด ขณะที่รัฐยังไม่พร้อมที่จะจัดให้บริการด้านนี้ได้ครอบคลุมถึงกลุ่มอาชีพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ

แต่ในเวลาเดียวกัน มีองค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหากำไรหลายองค์กรที่เกิดขึ้นมาเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระจากภาครัฐและเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง องค์กรการกุศลที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

องค์กรการกุศล หรือองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์¹¹

ประเทศไทย เรียก "องค์กรการกุศล" หรือ "องค์กรสาธารณประโยชน์" หรือบางแห่งก็เรียกว่า "องค์กรพัฒนาเอกชน" หรือ NGOs มาจากคำย่อว่า Non Governmental Organizations อ องค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ ในต่างประเทศเรียกว่า "องค์กรที่ทำงานโดยไม่แสวงหากำไร" หรือ "องค์กรอาสาสมัครเอกชน" องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) คือ องค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ และไม่ใช่ภาคธุรกิจที่แสวงหากำไร ก่อตั้งและดำเนินการโดยกลุ่มบุคคล ที่มีความมุ่งมั่นในอันที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหาด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มบุคคลผู้ด้อยโอกาส

และประชาชนผู้ทุกข์ยาก อันเกิดจากผลกระทบของการพัฒนา สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537:1-2) ให้คำนิยามขององค์การเอกชนไม่แสวงหากำไร หมายถึง องค์การสังคมสงเคราะห์ของเอกชน มูลนิธิ สมาคมและองค์การซึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับการสังคมสงเคราะห์และสาธารณกุศล ได้แก่ สมาคมวายเอ็มซีเอ สมาคมส่งเสริมวัฒนธรรมหญิง สโมสรไลออนส์ ยูวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทย

ครุฑยอย (2538) ให้ความหมายของ NGO ว่าหมายถึง หน่วยงานที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ แต่หมายถึงหน่วยงานที่เกิดจากบุคคลรวมกันเป็นกลุ่ม สมาคม มูลนิธิ เพื่อทำงานช่วยเหลือ สงเคราะห์ คิดค้น ทดลอง ผลักดันและดำเนินการให้เกิดสิ่งที่ดีงามขึ้นต่อชีวิต สังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และโลก

Wolf(1990:5) ให้ความหมายขององค์การไม่แสวงหากำไร คือองค์การทางธุรกิจที่จัดตั้งขึ้นโดยไม่แสวงหากำไร แต่เป็นการจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการแก่สาธารณะ (to serve the public) อย่างไรก็ตาม มีหน่วยงานที่จัดตั้งโดยไม่แสวงหากำไรและไม่ได้ทำหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะ (public service) แต่ให้บริการเพื่อสนองความต้องการขององค์การหรือกลุ่มของตน เช่น กลุ่มคลับ สหภาพแรงงาน เป็นต้น จัดตั้งเพื่อแก้ไขปัญหาสังคม หรือทำกิจกรรมภารกิจที่เป็นสาธารณประโยชน์ องค์ประกอบสำคัญขององค์การไม่แสวงหากำไร คือ การดำเนินงานที่ป็นไปด้วยความสมัครใจ (voluntary action) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรวมกลุ่มของอาสาสมัครเข้ามาทำงานเพื่อประโยชน์ของสาธารณะด้วยความสมัครใจ สนองสาธารณะประสงค์และได้รับการยกเว้นภาษี และต้องมีลักษณะหลักๆ ได้แก่ มีภารกิจที่ให้บริการสาธารณะ จัดตั้งขึ้นมาเป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไร หรือเป็นหน่วยงานเพื่อการกุศล โครงสร้างการบริหารต้องไม่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ส่วนบุคคล ได้รับการยกเว้นภาษี และมีสถานภาพพิเศษทางกฎหมายที่ได้รับการหักภาษีสำหรับเงินหรือสิ่งของที่ได้รับบริจาค (Wolf,1990:6)

บทบาทขององค์การสาธารณประโยชน์

Kramer (1957 :259-265) ได้แบ่งบทบาทขององค์การอาสาสมัครออกเป็น 4 ประเภทตามภาระหน้าที่ ได้แก่ บทบาทความเชี่ยวชาญ (specialization)อาจเลือกให้บริการสังคมในเฉพาะด้านและเฉพาะกลุ่มบุคคล ในการสนับสนุน (advocacy)โครงการและการดำเนินการทางด้านบริการสังคมทั้งแก่ภาครัฐหรือเอกชน ในการบริโภคนิยม (consumerism) ช่วยเหลือสงเคราะห์และให้บริการกลุ่มเป้าหมาย และในการเป็นผู้จัดให้มีบริการ (service provider) ที่หน่วยงานของรัฐทำงานไม่ครอบคลุมและทั่วถึง

ทั้งนี้บทบาทของผู้บริการสังคมใน 4 ประเทศ คือ เนเธอร์แลนด์ อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และอิสราเอล (Kramer 1957:234) จำแนกหมวดหมู่ของความสัมพันธ์ของบทบาทขององค์การสังคม เป็น 3 ประการ คือ

องค์การอาสาสมัครซึ่งมีฐานะเป็นผู้บริการสังคมหลัก เพราะไม่มีหน่วยงานของรัฐให้บริการสังคมเช่นนี้ หรือถ้ามีก็มีจำนวนน้อยมาก

1. องค์การอาสาสมัครที่เสริมบริการสังคมของรัฐในลักษณะที่แตกต่างไปจากบริการที่รัฐจัดให้
2. องค์การอาสาสมัครที่ให้บริการสังคมเพิ่มเติมจากที่หน่วยงานของรัฐให้ หรือขยายงานของภาครัฐออกไป อาจเป็นบริการที่คล้ายคลึงกับบริการของรัฐ หรืออาจเป็นบริการแทนที่บริการที่รัฐจัดให้

องค์การการกุศลตามแบบของ Smith, Bladwin and White

องค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรมีหลากหลายลักษณะ และหลายรูปแบบ Smith, Bladwin and White (1988: 1.4-1.5) ได้จัดแบ่งองค์การเหล่านี้ออกเป็นประเภทใหญ่ๆ มีจุดมุ่งหมาย 2 แบบ คือ จุดมุ่งหมายรวม (Central purpose) เป็น typology ที่ใช้ในการแบ่งประเภทขององค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ตามจุดมุ่งหมายรวมอย่างเดียว และจุดมุ่งหมายเบื้องต้น (primary purpose) เป็น typology รวมจุดมุ่งหมายพื้นฐานขององค์การนั้นทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็จุดมุ่งหมายเบื้องต้นหรือจุดมุ่งหมายรองก็ตาม ซึ่งอาจมีผลให้แต่ละองค์การสามารถจัดให้อยู่ในหลายประเภทได้ตามที่เกี่ยวข้อง โดยอาจจัดให้อยู่ในประเภทอเนกประสงค์ (multipurpose) ทั่วไป (general) หรืออื่นๆ (other NPOs) นอกจากการแบ่งประเภทที่ใช้อยู่ไม่สามารถครอบคลุมถึงจุดประสงค์ขององค์การนั้นๆ ได้

นอกจากการแบ่งตามจุดมุ่งหมาย ได้แก่การไม่แสวงหากำไรทางการปฏิบัติการและการบริการชุมชน (community service and action) หมายถึง องค์การที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงหรือพัฒนาชุมชนให้มีลักษณะชีวิตความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ และสังคมที่ดีขึ้นและดียิ่งขึ้น และไม่แสวงหากำไรทางสุขภาพสงเคราะห์ (other-helping health NPOs) หมายถึง องค์การที่มีจุดมุ่งหมายในการรักษาและเพิ่มพูนสุขภาพทางกายและทางสติปัญญาของประชาชน รวมทั้งการดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วย การป้องกันอุบัติเหตุ และการให้การรักษาปัญหาสุขภาพต่างๆ และการดูแลหลังการรักษาและการพักฟื้น

บทบาทองค์กรการกุศลในประเทศไทย¹²

ชัชวาลย์ ทองดีเลิศ ได้กล่าวถึงบทบาทและความเป็นมาของ NGO ไว้ว่าการแก้ไข ปัญหาความยากจน และการพัฒนาประเทศนั้นเป็นบทบาทของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียวมาโดยตลอด จะพบอยู่เสมอว่าในภาครัฐจะมีบุคลากรมากมาย มีงบประมาณจากภาษีประชาชนไม่น้อย แต่ใน การทำงานยังมีข้อจำกัดเพราะปัญหาสังคมนั้นใหญ่โตและสลับซับซ้อนเกินกว่าที่จะแก้ไขได้โดย ภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งโดยตลอดมา

ในสังคมไทยมีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วยใจที่ ต้องการจะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ และได้รวมตนกันเรียกว่า "องค์กรพัฒนาเอกชน" มานานแล้ว กลุ่มแรกๆ เป็นกลุ่มศาสนา ทั้งในส่วนของพุทธศาสนาและคริสต์ศาสนาที่มีอุดมการณ์ทางศาสนา ให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ผู้ตกทุกข์ได้ยากและเสียเปรียบ อีกกลุ่มหนึ่ง คือนักศึกษาตาม สถาบันต่างๆ รวมตนกันเป็นกลุ่มอาสาสมัครออกไปช่วยสร้างโรงเรียน สร้างห้องสมุด หรือช่วยสอน หนังสือเด็กชนบทที่อยู่ห่างไกล

ในยุคแห่งการรณรงค์ให้เกิดการพัฒนาในประเทศด้อยพัฒนา ที่องค์การสหประชาชาติ เรียกว่า "ทศวรรษแห่งการพัฒนา" กระแสในช่วงนั้น ทำให้มีการก่อตั้ง "สภาสตรีแห่งชาติ ใน พระบรมราชูปถัมภ์" ในปี พ.ศ. 2499 "สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยในพระ บรมราชูปถัมภ์" ในปี พ.ศ. 2500 สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ. 2501 งานขององค์กรพัฒนาเอกชนในช่วงนี้ เน้นการให้ความรู้และการสงเคราะห์แก่กลุ่ม ผู้ด้อยโอกาส ผู้ที่ขาดแคลน และผู้ที่ประสบปัญหาขั้นพื้นฐาน การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ในแต่ละช่วง มีส่วนสำคัญในการกำหนดแนวคิด และวิธีการทำงานของ องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ในแต่ละช่วงเช่นเดียวกัน

ในช่วงเวลาต่อมา แนวความคิดการพัฒนาที่เน้นการสงเคราะห์ไม่สามารถตอบสนองการ แก้ไขปัญหาสังคมที่พัฒนาขึ้น จึงค่อยๆ เริ่มเปลี่ยนแปลงการทำงานนั้นมีการศึกษาวิเคราะห์ ชุมชนไปพร้อมกับมุ่งเข้าไปแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมเป็นสำคัญ ในปี พ.ศ. 2510 นักวิชาการกลุ่มหนึ่ง นำโดย ดร.ป๋วย อึ๊งภากรณ์ ได้ริเริ่มโครงการที่สำคัญคือ โครงการบูรณะ ชนบท - โครงการบัณฑิตอาสา - โครงการพัฒนาลุ่มน้ำแม่กลอง และได้ก่อตั้งมูลนิธิบูรณะชนบท แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ทำให้นักวิชาการและนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และมหาวิทยาลัยมหิดล ที่เข้าร่วมในโครงการ มีโอกาสศึกษาเรียนรู้ ชุมชนชนบทไทยและสั่งสมประสบการณ์ในการทำงานชุมชน อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญของงาน พัฒนาในช่วงเวลาต่อมา

¹² เศรษฐศาสตร์การเมือง (เพื่อชุมชน) ฉบับที่ 11 เอ็นจีโอ 2000 ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พลวัตขององค์กรพัฒนาเอกชนไทย

องค์กรพัฒนาเอกชน¹³ หรือ Non-Government Organizations เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นทั่วโลก ความหมายขององค์กรพัฒนาเอกชนแปรเปลี่ยนไปต่างๆ กันตามบริบทของแต่ละสังคม ในความหมายที่กว้างที่สุด หมายถึงองค์กรที่อยู่นอกภาครัฐ เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร (non-profit) ไม่เป็นไปเพื่อผลประโยชน์ของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (non-partisan) คำที่มีความหมายในทำนองเดียวกับ Non-Governmental Organization คือ คำว่า "Private voluntary Organization (PVO)" หรือ "องค์กรอาสาสมัครเอกชน" ซึ่งจะให้ความหมายที่เน้นความสมัครใจของผู้ที่เข้ามาทำกิจกรรมขององค์กรประเภทนี้

สำหรับความหมายในบริบทของสังคมไทย องค์กรพัฒนาเอกชน หมายถึงองค์กรที่เป็นอิสระจากหน่วยงานราชการ รวมตนกันขึ้นตามกลุ่มวิชาชีพ กลุ่มศึกษา กลุ่มสนใจ หรือกลุ่มที่มีเป้าหมายร่วมกันเพื่อที่จะดำเนินบทบาทในการช่วยคลี่คลายปัญหาในสังคม บริการสังคม พัฒนาสังคม รวมทั้งสร้างความมั่นคงทางสังคมโดยมิได้แสวงหากำไร หรือผลประโยชน์ใดๆ ในสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน คือมูลนิธิหรือสมาคม รวมทั้งกลุ่มคณะกรรมการหรือชมรม ซึ่งอาจจะไม่ได้จดทะเบียนเป็นมูลนิธิหรือสมาคมอย่างเป็นทางการ แต่ได้มีบทบาทในการดำเนินการด้านต่างๆ ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

องค์กรพัฒนาเอกชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในประเทศด้อยพัฒนา หรือประเทศกำลังพัฒนาที่ต้อเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการขาดแคลนปัจจัยสี่ สิ่งแวดล้อม ยาเสพติด สุขภาพจิต โสเภณี การใช้แรงงานเด็ก ระบบราชการไม่สามารถปรับตัวให้เท่าทันปัญหาที่นับวันหนักหน่วงรุนแรงได้ จึงต้องอาศัยองค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาช่วยกันแก้ไข ปัญหาเหล่านี้¹⁴ ทั้งนี้ เนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนมีความคล่องตัวสูงในการตอบสนองต่อความจำเป็นและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น โดยไม่ถูกจำกัดด้วยระเบียบที่แข็งตงแบบระบบราชการ มีการดำเนินงานในประเด็นปัญหา หรือพื้นที่ที่ไม่ค่อยจะมีหน่วยงานราชการใดดำเนินงานอยู่หรือไม่สามารถครอบคลุมถึง และมีการร่วมมือและประสานงานกับประชาชนพื้นฐาน หรือที่เรียกกันว่าประชาชนในระดับรากหญ้า เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน และชาวสลัม เป็นต้น

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีองค์กรพัฒนาเอกชนที่จดทะเบียนเป็นมูลนิธิและสมาคมอยู่ประมาณ 17,000 องค์กร¹⁵ ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากที่มีได้ดำเนินกิจกรรมใดๆ วัตถุประสงค์ของมูลนิธิหรือสมาคมส่วนใหญ่เน้นด้านการสงเคราะห์ หรือช่วยเหลือบุคคลหรือกลุ่มชนในสังคม ให้

¹³ ประเวศ วะสี 2527 "องค์กรพัฒนาเอกชนกับสังคมไทย" วารสารพัฒนาสังคม, หน้า5

¹⁴ จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เอ็นจีโอ 2000 ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หน้า 62-63, 85-86.

¹⁵ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2540) ทำเนียบองค์กรเอกชนทั่วประเทศ ปี 2540 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา,หน้าบหน้า.

ทุนการศึกษาเด็กยากจน ส่งเสริมศาสนาและศิลปวัฒนธรรม รวมทั้งด้านการรักษาพยาบาลซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงบทบาทของคณาจารย์ในส่วนของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

1. มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทยก่อตั้งเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ และทรงเป็นองค์ประธานมูลนิธิ มูลนิธิฯ ให้บริการผู้ป่วยโรคไตเฉพาะทาง รักษาโดยการล้างไต จัดหาอุปกรณ์ในการรักษาโรคไต เช่น เครื่องไตเทียม และเวชภัณฑ์ โดยมีหน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตฯ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ ปัจจุบันตั้งอยู่ที่ชั้น 7 ตึกกัลยาณิวัฒนา หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตฯ ณ กองแพทย์หลวง สำนักพระราชวัง หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตฯ ณ กองแพทย์หลวง สอนจิตจรดดา หน่วยไตเทียมมูลนิธิฯ ณ ตึกศรีสังวาลย์ โรงพยาบาลอานันทมหิดล นอกจากนี้ ยังขยายภารกิจการให้บริการผ่าตัดปลูกไต และจัดหาเครื่องไตเทียมให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ ถึง 139 เครื่อง และเครื่องทำระบบน้ำ 102 เครื่อง

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ดำเนินการภายใต้วัตถุประสงค์เพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และสนับสนุนการผ่าตัดเปลี่ยนไต มีขีดความสามารถในการให้บริการฟอกเลือดแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยเปิดให้บริการวันละ 3 รอบ รอบละ 4-5 ชั่วโมง บริการ 6 วันต่อสัปดาห์ อัตราค่าบริการครั้งละ 1,000 บาท แต่มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 55 ปี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากราชการ เป็นบุคคลที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ เป็นผู้ที่ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดเปลี่ยนไต และเป็นผู้ที่เหมาะสมแก่การได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนไต

2. คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา

คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา เป็นโครงการหนึ่งที่ตั้งขึ้นตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช พระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์จัดตั้งบริษัท บ้านบึงเวชกิจ จำกัด "ศูนย์แพทย์พัฒนา" พร้อมทั้งพระราชทานเครื่องมือแพทย์ และสัญญาลักษณะของคลินิก ศูนย์แพทย์พัฒนาแห่งนี้ ตั้งอยู่ ณ เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร เป็นคลินิกขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมในการดำเนินงานวินิจฉัยโรคและการส่งต่อ ให้บริการการล้างไตโดยมีแผนกโรคไตและไตเทียม เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากต้นสังกัด ประกันสังคม และผู้เสียค่ารักษาเอง อัตราค่าบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ 1,500 บาท เปิดบริการทุกวัน วันละ 3 รอบ รอบละ 4-5 ชั่วโมง

3. มูลนิธิศรัทธนโกสินทร์

มูลนิธิศรัทธนโกสินทร์เป็นองค์การสาธารณกุศลลำดับที่ 58 จดทะเบียนเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2525 ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าภคินีเธอ เจ้าฟ้าเพชรรัตนราชสุดา สิริ

โสภาพัฒน์วดี มีพระครูไพศาลประชาท เป็นประธานมูลนิธิศรีรัตนโกสินทร์ สำนักงานตั้งอยู่ที่ ณ วัดสุทธาราม เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร มูลนิธิฯ ได้เปิดคลินิกรักษาโรคแพทย์แผนปัจจุบัน โดยผู้มาใช้บริการไม่ต้องเสียค่ารักษาใดๆ ทั้งสิ้น โครงการนี้ได้เปิดดำเนินการมาแล้ว 12 ปี อาคารคลินิกตั้งอยู่บนเนื้อที่ 101 ตารางวา เป็นอาคารคอนกรีตเสริมเหล็กสูง 7 ชั้น โดยใช้พื้นที่ชั้นล่าง ส่วนชั้น 5-6 เปิดให้บริการการล้างไต โดยไม่ได้เปิดดำเนินการเพื่อธุรกิจบนความทุกข์ของผู้ป่วยโรคไต ที่ทำหน้าที่ขององค์การการกุศล มีจำนวนเครื่อง 19 เครื่อง เปิดให้บริการการล้างไตอัตราค่าบริการครั้งละ 1,500 บาท เปิดทำการวันจันทร์ถึงวันเสาร์ วันละ 3 รอบๆ ละ 4-5 ชั่วโมง เวลาทำการ 8.00-20.00 น. สามารถรับผู้ป่วยที่เบิกประกันสังคมได้ แต่ไม่สามารถรับผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาจากราชการ

มูลนิธิศรีรัตนโกสินทร์ มีการสร้างทุนด้วยโครงการช่วยเหลือของช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไต โครงการข้าว 5 กิโลกรัม สนับสนุนกองทุนโรคไต และพระสงฆ์อาพาธ (บริจาคเงิน 5 บาท จากยอดขายข้าวทุกถุง) โครงการผลิตน้ำดื่มขาย และสร้างวัดอุโมงค์ให้บูชา

4. คลินิกมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม

คลินิกมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม เปิดดำเนินการภายในอาคารมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง ซอยเทพลีลา ถนนรามคำแหง 39 เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร เปิดอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม ปิดให้บริการวันอาทิตย์ ถึงวันศุกร์ หยุดวันเสาร์ ด้วยจำนวนเครื่องฟอกไตเทียม 62 เครื่อง คิดค่าบริการครั้งละ 1,200 บาท สามารถเบิกประกันสังคมได้ และคลินิกมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม เป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมของมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง

แนวความคิดการก่อตั้งมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง

มูลนิธิพลตรี จำลอง ศรีเมือง ได้จดทะเบียนจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2533 โดยมีวัตถุประสงค์ ส่งเสริมความเสียสละ สร้างแบบอย่างที่ดี ดำเนินการสาธารณประโยชน์ และร่วมมือกับองค์กรการกุศลอื่น ๆ เพื่อสาธารณประโยชน์ ไม่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการเมืองแต่ประการใด จัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรทุกสาขาอาชีพ ส่งเสริมด้านการเกษตรแบบธรรมชาติ และให้การรักษาพยาบาลเพื่อการกุศลแก่บุคคลทั่วไป

การดำเนินงานและการบริหารจัดการ

ในปัจจุบันแบ่งส่วนงานในมูลนิธิดังนี้

1. ศูนย์ฝึกอบรมผู้นำ เมื่อครั้งที่ประธานมูลนิธิฯ ดำรงตำแหน่งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ได้จัดให้มีการอบรมแก่ข้าราชการในสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยเน้นการส่งเสริม

การดำรงชีวิตที่เรียบง่าย และความซื่อสัตย์ ซึ่งรูปแบบของการฝึกอบรมจะให้ข้าราชการดังกล่าว ได้สัมผัสถึงสิ่งที่เป็นจริงและเป็นบุคลากรชั้นระดับผู้บริหารเป็นแบบอย่างที่ดีกับผู้บังคับบัญชา ซึ่งจัดได้ว่าประสบผลสำเร็จ และหลังจากนั้นประธานมูลนิธิฯ ประสงค์ที่จะเผยแพร่ไปยังกลุ่มบุคคลทุกสาขาอาชีพ จึงดำริที่จะจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมผู้นำโดยเน้นให้อยู่กับธรรมชาติมากที่สุด จึงได้มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคที่ดินที่จังหวัดกาญจนบุรี 2 แห่ง คือที่อำเภอหนองปรือและอำเภอเมือง คณะกรรมการมูลนิธิฯ ได้เลือกอำเภอเมือง ดำเนินการจัดสร้างและตั้งเป็นศูนย์ฝึกอบรมผู้นำ เนื่องด้วยศูนย์ฝึกอบรมผู้นำมีทีมงานที่มาช่วยงานด้วยความเสียสละ ทุกคนไม่มีเงินเดือนประจำ มีเพียงค่าพาหนะเดินทางตามความเป็นจริง ทางศูนย์ฝึกอบรมมีอาหารและที่พักให้พร้อม บุคลากรที่ได้รับค่าตอบแทนจะมีเพียงพนักงานของมูลนิธิฯ ที่มีงานประจำอื่น ๆ ร่วมอยู่ด้วย เช่น งานแม่บ้าน งานเกษตร และงานช่าง เป็นต้น ส่วนบุคลากรที่ช่วยงานด้านฝึกอบรมแบ่งได้ดังนี้

- ครูใหญ่ คือ ตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของศูนย์ผู้ฝึกอบรม
- ผู้ช่วยครู คือ ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในขบวนการฝึกอบรม ซึ่งแบ่งออกเป็น ส่วน ๆ เช่น ผู้ช่วยครูที่เลี้ยง ผู้ช่วยครูด้านการเกษตร ด้านกิจกรรมอื่น ๆ เป็นต้น
- ผู้ประสานงานกับองค์กรที่เข้ารับการฝึกอบรม
- พนักงานบริการทั่วไป

2. **เกษตรกรรมไร้สารเคมี** ดำเนินการผลิตสินค้าเกษตรไร้สารในพื้นที่ ณ ตำบลหนองปรือ และอำเภอเมือง โดยจัดพื้นที่ให้เกษตรกรที่สมัครเข้ามาเป็นสมาชิกในโครงการ และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของมูลนิธิฯ โดยเคร่งครัด ซึ่งประธานมูลนิธิฯ ดูแลควบคุมอยู่ที่จังหวัดกาญจนบุรี

3. **คลินิกมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม**

ในเดือนกรกฎาคม 2547 มูลนิธิได้เปิดคลินิกทำการฟอกไตให้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย เริ่มแรกมีเครื่องล้างไตอยู่ 12 เครื่อง เป็นการได้จากการบริจาค 1 เครื่อง และอีก 11 เครื่อง เป็นการให้ใช้งานชั่วคราวจากบริษัทขายเครื่องล้างไต โดยมีเงื่อนไขว่าถ้าบริษัทได้รับใบสั่งซื้อเครื่องล้างไตที่ให้ชั่วคราว เป็นเครื่องที่บริษัทมาให้ใช้งานจนกว่ามูลนิธิฯ จะมีความสามารถซื้อได้หรือบริษัทขายผู้อื่นได้ คลินิก มูลนิธิฯ จะต้องอนุญาตให้บริษัทนำเครื่องออกไปได้ในทันที

เมื่อเปิดดำเนินงานไปได้ระยะหนึ่ง รวบรวมปี 2547 DR.TORAO TOKUDA ได้แสดงความจำนงที่จะบริจาคทุนทรัพย์และเครื่องฟอกไตเพื่อให้ได้เป็นศูนย์ไตที่รองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยครั้งแรกบริจาคให้ 10 เครื่อง และแจ้งความประสงค์ต่อมาอีก 100 เครื่อง พร้อมด้วยทุนทรัพย์ในการขยายโครงสร้างอื่น เช่น วัสดุอุปกรณ์สำหรับสถานพยาบาล ระบบ pipe-line ระบบ

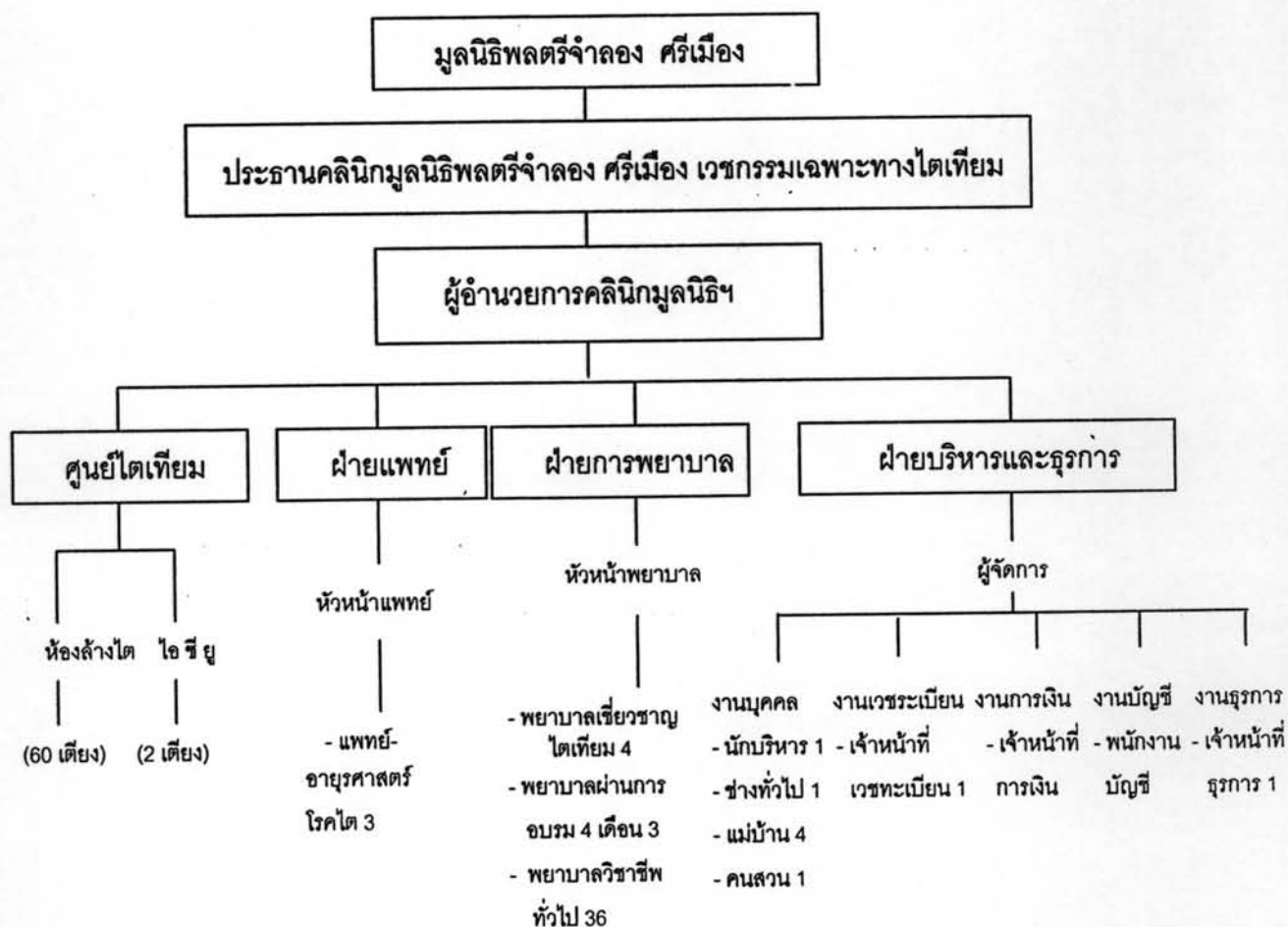
reverse osmosis (RO) เป็นต้น ซึ่งเป็นมาตรฐานเดียวกับห้อง ICU ของโรงพยาบาลชั้นนำทั่วไป เพื่อให้เป็นสถานพยาบาลที่ทันสมัยและดีที่สุด

ประธานมูลนิธิได้แจ้งความจำนงค์ขอรับการบริจาคเพื่อนำมาใช้ดำเนินงานก่อนเพียง 50 เครื่อง รวมทั้งบริจาคครั้งแรก 11 เครื่อง และผู้บริจาคอื่นอีก 1 เครื่อง รวมเป็น 62 เครื่อง แต่ได้มีการเตรียมความพร้อมในส่วน of สถานพยาบาล วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ เพื่อรองรับการขยายได้ถึง 100 เครื่องไว้แล้ว

DR.TORAO TOKUDA¹⁶ แพทย์ชาวญี่ปุ่น ซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งโรงพยาบาล TOKUSUKAI GROUP ซึ่งมีสาขาทั้งที่เป็นโรงพยาบาลและสถานพยาบาลรวมกว่า 270 แห่งทั่วประเทศญี่ปุ่น ประวัติโดยย่อของ DR.TOKUDA ในช่วงวัยเยาว์ เริ่มตัดสินใจและมุ่งมั่นจะเรียนแพทย์ซึ่งเกิดจากแรงบันดาลใจในสมัยเป็นเด็ก น้องชายอายุ 3 ขวบป่วยกระทันหัน ในช่วงเวลา 03.00 น. เขาต้องวิ่งไปหาหมอด้วยระยะทาง 2 กิโลเมตร ไม่ว่าจะขอร้องอย่างไรหมอก็ไม่ยอมมารักษาด้วยสาเหตุความจน จึงต้องย้ายไปอีกสถานพยาบาลหนึ่งซึ่งกว่าหมอมจะมาน้องชายก็เสียชีวิต เขาจึงมุ่งมั่นว่าจะต้องเรียนแพทย์ให้ได้เพื่อจะได้มีโอกาสช่วยคนที่ด้อยโอกาส แม้ว่าต้องใช้ความพยายามในการเรียนแพทย์มากกว่าคนอื่นแต่ก็ไม่ทำให้ความตั้งใจเดิมลดลง จนได้สำเร็จ แพทย์สมความปรารถนา และได้เริ่มก่อตั้งโรงพยาบาล TOKUSHUKAI จนถึงปัจจุบันมีสาขามากที่สุดในประเทศญี่ปุ่น และได้ขยายความช่วยเหลือไปยังประเทศที่กำลังจะพัฒนาอีกหลายประเทศ เช่น BULGARIA ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย เป็นต้น ผลของการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีจิตศรัทธา ทำให้คลินิกฯ ไม่มีต้นทุนคงที่ ไม่มีการลงทุน ไม่มีดอกเบี้ยจ่าย และไม่ต้องบวกค่าลงทุนไปในอัตราค่าบริการ มีสิ่งที่สำคัญคือ ทำอย่างไรจะเลี้ยงตนให้ได้ในข้อกำหนดขององค์กรการกุศลที่ไม่แสวงหากำไร ซึ่งเริ่มแรกของการเปิดให้บริการนั้น คลินิกฯ คิดค่าฟอกเลือดครั้งละ 1,500 บาท ผลการดำเนินงานยังขาดทุนอยู่ เนื่องจากคนไข้มีจำนวนน้อย ประกอบกับต้นทุนดำเนินการ ซึ่งได้แก่วัสดุอุปกรณ์ ถ้าซื้อจำนวนมากจะได้ราคาที่ต่ำลง ระบบน้ำ ระบบไฟฟ้า และแอร์ ถ้ามีผู้ป่วยเพียง 10 คน ต้องเปิดอุปกรณ์ทั้งระบบ ซึ่งรองรับได้ถึง 62 คน เมื่อคลินิกเป็นที่รู้จักของผู้ป่วยมากขึ้น ส่วนหนึ่งได้มาจากการบริจาคโดยการขึ้นป้ายโฆษณาใหญ่ตรงทางสัญจรที่มีผู้คนผ่านไปมา มาก อีกส่วนหนึ่งนั้นใช้สื่อทางอินเทอร์เน็ต (Internet) ทำให้คลินิกมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เพราะถ้าขาดการประชาสัมพันธ์ ประชาชนทั่วไปก็จะไม่ทราบว่า มีคลินิกที่ให้บริการในราคาต้นทุน ปัจจุบันคลินิกมีผู้ป่วยเข้ารับการบริการประมาณ 130 คน คลินิกฯ เปิดทำการทุกวัน หยุดวันเสาร์

¹⁶ จากหนังสือหัวใจไม่ตีก็ประสบความสำเร็จได้ เขียนโดย โทซุตะ โทราโอะ, อริคิม สวัสดิญาณ แปลและเรียบเรียง.

องค์ประกอบของคลินิกมูลนิธิการุรักษ์ ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม
โครงสร้างการบริหารงานของคลินิกมูลนิธิฯ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ 1 คน ผู้จัดการ
1 คน แพทย์ 3 คน หัวหน้าพยาบาล 1 คน พยาบาล 47 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ฝ้ายบัญชี 2 คน
ฝ้ายพัสดุ 1 คน ฝ้ายธุรการ 7 คน (ภาพที่ 4-1)



ภาพที่ 1-1 โครงการสร้างองค์การคลินิกมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม

ค่าตอบแทนในส่วนของพนักงานทั่วไปจะรับเป็นเงินเดือนประจำ แต่ในส่วนของบุคคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ และพยาบาล เป็นต้น จะรับค่าตอบแทนตามจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ ส่วนผู้ช่วยพยาบาล 3 คน เป็นพนักงานประจำเนื่องจากต้องทำงานด้านจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ก่อนที่คนไข้จะเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่ส่วนอื่นได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนและมีค่าล่วงเวลา มีสวัสดิการ ประกันสังคม เทียบเท่ากับพนักงานทั่วไป

การบริหารจัดการในส่วนของด้านธุรการมีผู้จัดการเป็นผู้ดำเนินงานในด้านของงานทั่วไป ได้แก่ การรับคนไข้ ตรวจสอบข้อมูลงานบัญชี การเงิน งานทะเบียน จัดซื้อ และการสำนักงานวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์

งานการรักษาพยาบาลมีแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านไตควบคุมการดำเนินงาน

การบริหารจัดการของคลินิกอยู่ภายใต้การดูแลของมูลนิธิฯ ซึ่งมีประธาน รองประธาน และกรรมการคลินิกมูลนิธิฯ ตั้งเป็นคณะกรรมการกำกับดูแลการดำเนินงานของคลินิก ในด้าน ภาพรวม และให้คำปรึกษา แต่จะไม่เข้าไปก้าวก่ายการดำเนินงานของคลินิกมูลนิธิฯ

ปัจจุบันคลินิกมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เปิดให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 62 เครื่อง มีผู้ป่วยมาใช้บริการมากกว่า 130 คน คิดอัตราค่าบริการครั้งละ 1,200 บาท ด้วยเครื่องฟอกไตและวัสดุอุปกรณ์ตลอดจนเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย อาทิ เครื่องวัดประสิทธิภาพ เส้นเลือดโดยเป็น 1 ใน 3 ของประเทศไทย ที่มีเครื่องนี้ในคลินิก และได้รับการรับรองมาตรฐาน ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal College of Physicians of Thailand) เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2549 ได้รับการยอมรับ และความ เชื่อถือจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นสถาบันทางการแพทย์โรคไตแห่งเดียว ในประเทศ ที่เป็นผู้ตรวจสอบมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและได้รับการชมเชยว่ามี อายุรแพทย์โรคไต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมดูแลผู้ป่วย สถานพยาบาลสะอาดและพื้นที่ กว้างขวาง มีอุปกรณ์ไตเทียมที่ทันสมัย มีเครื่องวัดประสิทธิภาพเส้นเลือด (Vascular Access) และ มีการประเมิน และติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายของคลินิกมูลนิธิฯ

คลินิกมูลนิธิฯ รับผู้ป่วยโดยไม่มีการตั้งกฎเกณฑ์ใด ๆ ทั้งสิ้น นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยไม่เคย ผ่าตัดเส้นเลือด ซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ทางคลินิกโดยแพทย์และพยาบาลจะช่วยติดต่อ สถานพยาบาลและแพทย์ที่ราคาไม่สูงมากผ่านคลินิกฯ

เมื่อผู้ป่วยเข้ามาขอรับบริการในคลินิกมูลนิธิฯ เพื่อรับการฟอกเลือด (ล้างไต) ครั้งแรก กระบวนการรักษา เป็นดังนี้

1. ผู้ป่วยจะได้รับการแนะนำชมสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการฟอก เลือด ตลอดจนแพทย์ พยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วย วัน-เวลาที่คลินิกมูลนิธิฯ เปิดทำการ (วันอาทิตย์- ศุกร์ เวลา 06.00-17.00 น. หยุดวันเสาร์ วันที่ทำการล้างไตในปัจจุบันคืออาทิตย์ อังคาร พุธ และ ศุกร์) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือด 2 หรือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยแพทย์จะเป็นผู้กำหนด หลังจากทำการตรวจร่างกายผู้ป่วยแล้ว การกำหนดวัน-เวลาพิจารณาจากความจำเป็นและความ สะดวกของผู้ป่วย การกำหนดค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดแต่ละครั้ง (ครั้งละ 1,200 บาท รวม

อุปกรณ์ทุกอย่าง) ทั้งนี้ การฟอกเลือดครั้งแรก ต้องมีการวางเงินมัดจำค่าตัวกรอง เนื่องจากใช้ตัวกรองที่มีประสิทธิภาพสูงและราคาแพง แต่หลังจากผู้ป่วยทำการฟอกเลือดครบ 10 ครั้ง คลินิกมูลนิธิฯ จะคืนเงินมัดจำให้ หากผู้ป่วยหยุดการฟอกเลือด หลังจากฟอกเลือดไปแล้ว 1-2 ครั้ง เงินมัดจำนี้ จะถูกยึด เนื่องจากต้นทุนค่าตัวกรองนี้สูงมาก

2. ขั้นตอนการทำ OPD Card เพื่อลงประวัติส่วนตัวของผู้ป่วย วันเดือนปีเกิด เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ประวัติครอบครัว หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ บุคคลใกล้ชิดที่รับผิดชอบผู้ป่วย หลักฐานการรักษา การเก็บข้อมูลการป่วยและการรักษาโรคที่เป็นในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา สถานที่รักษาเดิม บันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง จำนวนปัสสาวะในแต่ละวัน เส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดแบบชั่วคราวหรือแบบถาวร ภาวะแทรกซ้อนในการฟอกเลือด และน้ำหนักแห้ง หรือ Dry weight คือน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเมื่อได้รับการล้างไตเอาน้ำส่วนเกินออกมาหมดแล้ว โดยไม่เกิดอาการขาดน้ำ เช่น ตะคริว หน้ามืด หรือเป็นลม เป็นต้น

3. สายถูกแทงอยู่บริเวณเส้นเลือดดำใหญ่ที่ต้นคอหรือใกล้หัวไหล่ ผู้ป่วยต้องรักษาความสะอาดบริเวณการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำจากพยาบาล มีดังนี้

3.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือการกรองของเสียออกจากเลือดใช้เวลา 4-5 ชั่วโมง สัปดาห์ 2-3 ครั้ง เป็นการทำหน้าที่ทดแทนไตบางส่วน ไม่สามารถทดแทนหน้าที่ไตได้ทั้งหมด เพราะไตของคนปกติทำงานตลอดเวลา แต่ในการรักษา ผู้ป่วยฟอกเลือดเพียงสัปดาห์ละ 8-10 ชั่วโมงเท่านั้น ดังนั้น ผู้ป่วยควรเข้าใจและปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3.2 ผู้ป่วยควรฟอกเลือดตรงตามเวลานัดหมาย ซึ่งน้ำหนักตัวก่อนฟอกเลือด และทำความสะอาดแขน-ขาที่มีการต่อเส้นเลือด

3.3 ผู้ป่วยต้องแจ้งอาการผิดปกติทุกอย่างภายหลังจากกลับจากการฟอกเลือดในครั้งที่ผ่านมา ให้แพทย์หรือพยาบาลทราบก่อนทำการฟอกเลือด เช่น การมีไข้ แน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หกล้ม มีบาดแผล เลือดออกตามไรฟัน หรือมีเลือดกำเดาไหล การไฟถนนพื่น การมีประจำเดือน บาดแผล และเลือดออก เป็นต้น เพื่อที่พยาบาลจะได้ลดขนาดของยาเลือดแข็งตัว ป้องกันการมีเลือดออกเพิ่มขึ้นขณะทำการฟอกเลือด

3.4 ขณะทำการฟอกเลือด หากมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อย เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น เป็นตะคริว ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที เพื่อดำเนินการไต่ถามทันที

3.5 หลีกเลี่ยงการขยับแขนข้างที่ใช้แทงเข็มระหว่างการฟอกเลือด เพราะอาจเกิดเข็มเลื่อน ทำให้เส้นเลือดแตกได้

3.6 หลังการฟอกเลือด พยาบาลจะใช้ผ้าก๊อสนำเชือกมัดเลือดบริเวณที่นำเข็มออกจนกระทั่งเลือดหยุดไหล ซึ่งผู้ป่วยอาจทำได้ เมื่อเลือดหยุดแล้ว ผู้ป่วยควรใช้นิ้วแตะ

ประคองต่ออีก 30 นาที เพื่อให้เลือดหยุดสนิด ไม่ถูกน้ำ และเปิดพลาสติกออกก่อน 24 ชั่วโมง เพราะอาจเกิดการติดเชื้อโรคได้ หลังเสร็จสิ้นการฟอกเลือด ควรนั่งพักต่อ ไม่รีบกลับ หากมีอาการผิดปกติ รีบแจ้งพยาบาลให้ทราบทุกครั้ง

3.7 ชั่งน้ำหนักหลังการฟอกเลือด เพื่อประเมินปริมาณน้ำให้ที่สมดุล

4. การดูแลเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือด

4.1 ชนิดสายชั่วคราว ผ่ากอสที่ปิดไว้ ไม่ให้ถูกน้ำและสิ่งสกปรก ไม่แกะรอบนอก เพราะอาจติดเชื้อโรคได้ หากเปียกน้ำ ให้รีบไปโรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้บ้านเพื่อทำแผลใหม่ นอกจากนี้ ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อชนิดสวมศีรษะ ควรใช้เสื้อผ้าหน้าตลอดและติดกระดุม เพื่อไม่ให้เกิดการถูและดึงรั้งสายเส้นเลือด อาจทำให้เลือดออกได้

4.2 ชนิดถาวร หลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยยกแขนขึ้นสูง เพื่อลดอาการบวม เมื่อหายปวดแผลให้เริ่มออกกำลังกาย โดยกำลูกบอล กำ-แบ่ หรือใช้สปริงชนิดออกกำลังกาย บีบเข้า-ออก เริ่มจากวันละ 100-500 ครั้ง จะทำให้เส้นเลือดโตขึ้น ผั่งหลอดเลือดแข็งแรง การใช้งานจะมีประสิทธิภาพดีขึ้น หากไม่ทำการบริหารระยะต้น แต่ไปทำหลังจากรักษาไปแล้ว 1-2 เดือน เส้นเลือดจะตีบ และใช้งานไม่ได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยไม่ควรใช้แขนข้างที่ต่อเลือดหนุนศีรษะ ไม่นอนทับแขนข้างที่ต่อเส้นเลือดไว้ เพราะจะทำให้เส้นเลือดเสีย ห้ามวัดความดันโลหิตและเจาะเลือดบริเวณแขนข้างที่ผ่าตัดต่อเส้นเลือด ควรระมัดระวังไม่ให้แขนข้างที่ผ่าตัดต่อเส้นเลือดกระทบกับของแข็ง เพราะจะทำให้เลือดออกได้ง่ายและออกมาก หลีกเลี่ยงการใส่ยาพิก้า กำไล สร้อยข้อมือที่แขนต่อเส้นเลือด

5. อาหารสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคไต

ผู้ป่วยเป็นโรคไตวาระยะสุดท้าย ต้องจำกัดอาหารที่เคยรับประทานเดิม เนื่องจากมีปริมาณโปรตีนน้อยหรือไม่มีเลย เมื่อรับประทานอาหารเดิมจะทำให้ดื่มน้ำมาก จะเกิดอาการบวมและทำให้หัวใจล้มเหลว ควรจำกัดอาหารโปรตีน เนื่องจากมีการย่อยสลายทำให้เกิดของเสียเรียกว่า ยูเรีย ถูกซึมออกทางไต ถ้าไตไม่ทำงาน ยูเรียจะคั่งอยู่ในเลือดดังนั้น โปรตีนที่ผู้ป่วยควรเลือกรับประทานคือเนื้อปลา เพราะร่างกายสามารถนำไปใช้ได้เลย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.2.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคไตวาระยะสุดท้ายด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระยะเวลาการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา แหล่งข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับสถานให้การรักษา

1.2.2 ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ สถานที่ให้การรักษาที่แตกต่างกัน คือ คลินิกมูลนิธิ พลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม สถานพยาบาลของรัฐ และสถานพยาบาลเอกชน

1.2.3 ศึกษาระดับความพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ สถานที่ให้การรักษาที่แตกต่างกัน คือ คลินิกมูลนิธิ พลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชน

1.2.4 การวิเคราะห์ต้นทุนเบื้องต้น (prime cost) และมาร์กอัพ (mark-up) ราคาในการคิดค่าบริการของสถานบริการการรักษาต่างๆ กัน คือ คลินิกมูลนิธิ พลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม สถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลเอกชนที่ดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตลอดจนการกำหนดราคาของสถานบริการรักษาต่างๆ ในการจัดการให้บริการผู้ป่วย

1.3 ขอบเขตการศึกษา

1.3.1 ศึกษาเฉพาะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD)

1.3.2 ศึกษาเฉพาะวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) .ในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

1.3.3.ศึกษาการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายขององค์กรภาครัฐ เอกชน และมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในเขตกรุงเทพมหานคร

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ทำให้ทราบวิธีการกำหนดค่าให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสถานพยาบาล ความสามารถในการผูกขาดและการแสวงหาค่าเช่าทางเศรษฐกิจการให้บริการ ความแตกต่างในการให้บริการระหว่างสถานพยาบาลที่เป็นของรัฐ เอกชน และมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม รวมถึงความแตกต่างทางชนชั้นที่เข้ารับการรักษา

ทำให้ทราบถึงบทบาทขององค์กรการกุศลมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม ในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครอบคลุมในมิติทางด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ การสร้างทุนและสะสมทุนทางสังคม ความมีจริยธรรมของการให้บริการ และความเป็นธรรมด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการชดเชยค่ารักษาพยาบาล

ทำให้ได้แนวนโยบายสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
องค์การการกุศลมูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม ครอบคลุมมิติ
ความมีเหตุผลทางเศรษฐศาสตร์ การสะสมทุนทางสังคม ความมีจริยธรรมของการให้บริการ และ
ความเป็นธรรมด้านการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย

1.5. คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1.5.1 โรคไตวายเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ไตมีอัตราการกรอง (glomerular filtration rate: GFR) ลดลงจนร่างกายเสียสมดุลทางเคมีและของไหลโดยไม่ผันกลับและมีการดำเนินของโรคไปจนถึงระยะที่เรียกว่า โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease: ESRD)

1.5.2 ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการทำลายของหน่วยไตทั้งสองข้างอย่างถาวร ทำให้ไตไม่สามารถทำหน้าที่ในการขับถ่ายของเสีย เช่น ยูเรีย ไนโตรเจน และคลีอะทีนิน เป็นต้น ในกระแสเลือด รวมทั้งการคงความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ ภายในร่างกายให้เป็นไปตามปกติ

1.5.3 คุณสมบัติของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ขนาดครัวเรือนจำนวนคนที่อาศัยร่วมกัน ในครัวเรือนของผู้ป่วยเป็นบุตร-ธิดา รายได้จากบุตร-ธิดาของผู้ป่วย รายได้ของผู้ป่วย ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษาของผู้ป่วย ณ สถานที่ให้การรักษา การรักษาด้วยการฟอกเลือดก่อนมารักษา ณ สถานที่ให้การรักษาในปัจจุบันของผู้ป่วย สาเหตุของการเปลี่ยนสถานที่ให้การรักษา ค่ารักษาแต่ละครั้งของผู้ป่วย จำแนกตามสถานที่ให้การรักษา การเบิกค่ารักษาพยาบาล แหล่งเบิกค่ารักษาพยาบาล ปัญหาค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดของผู้ป่วย และพาหนะที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านพักมายังสถานรักษา เพศ สถานภาพสมรส จำนวนคนที่อาศัยร่วมกันในครัวเรือน จำนวนคนที่อาศัยร่วมกันในครัวเรือนของผู้ป่วยเป็นบิดาและมารดา ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักในครัวเรือน ผู้รับผิดชอบค่ารักษา สถานที่รับการรักษาของผู้ป่วยก่อนมารักษา ณ สถานที่รักษาในปัจจุบัน ระยะห่างในการฟอกเลือดในแต่ละครั้ง ระยะห่างจากบ้านพักถึงสถานที่ฟอกไต และค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านพักมายังสถานรักษา

1.5.4 ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่ที่มารับการรักษาสามารถรองรับจำนวนผู้ป่วย ความพอเพียงของเครื่องฟอกเลือด ความสะอาดของสถานบริการ ความสุภาพในการให้บริการ จำนวนแพทย์ที่ให้บริการ จำนวนพยาบาลที่ให้บริการ ความร่วมมือของบุคลากรที่ให้บริการ เทคโนโลยีในการให้บริการ มาตรฐานวัสดุ อุปกรณ์ มาตรฐานอาคารปฏิบัติงาน สถานรักษาช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบฟอกเลือดในประเทศให้ได้มาตรฐาน สถานรักษาทำให้ประชาชนผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ

สถานรักษาน่าจะเป็นโครงการที่ยั่งยืนและเหมาะสมสำหรับประเทศไทย สถานรักษานี้ น่าจะขยายออกไปต่างจังหวัด สถานที่ตั้งอยู่ใกล้แหล่งชุมชน ความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษา สภาพแวดล้อมของสถานที่ที่มารับการรักษา อุปกรณ์สามารถล้างฆ่าเชื้อได้ เครื่องอุปกรณ์สามารถไม่ให้เกิดการปนเปื้อนของโรคอื่น ความรวดเร็วในการให้บริการ มาตรฐานสุขอนามัย ด้านความสะอาด การตรวจโรคก่อนเริ่มกระบวนการฟอกเลือด สถานรักษาช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1.5.5 ความความพอใจของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง ระดับความพอใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานรักษา ความเท่าเทียมในการได้รับ บริการและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่าย

1.5.6 การรักษานำบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy: RRT) หมายถึง การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะต้องได้รับการรักษาที่เรียกว่ามีอยู่ 3 วิธี คือ

- 1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD)
- 2) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD)
- 3) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (renal transplantation: RT)

1.5.7 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หมายถึงกระบวนการในการกำจัดของเสียที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญสารอาหารในผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยเฉพาะยูเรีย ไนโตรเจน และคลีอะทีนในกระแสเลือด ช่วยแก้ไขภาวะกรดเกิน ควบคุมเกลือแร่ต่างๆ รวมทั้งกำจัดน้ำส่วนเกินจากกระแสเลือด โดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ มีการทำงานโดยหลักการพื้นฐาน 3 แบบ ได้แก่ การแพร่ (diffusion) การซึมผ่าน (osmosis) และการกรองโดยใช้ความดันลบ (ultra filtration)

1.5.8 .สถานให้บริการล้างไต หมายถึงโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก มูลนิธิ มูลนิธิพลตรีจำลอง ศรีเมือง เวชกรรมเฉพาะทางไตเทียม บริการรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.5.9 การจัดสรรทรัพยากร หมายถึงการตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดจากทางเลือกต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยการใช้ทรัพยากรไปในกิจกรรมที่ดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.5.10 กำไรทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ผลที่ได้เกินต้นทุนของการดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.5.11 ต้นทุนเบื้องต้น หมายถึง ผลรวมของวัตถุดิบและต้นทุนแรงงาน ซึ่งถูกกำหนดโดยราคาวัตถุดิบและค่าจ้างที่ดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.5.12. มาร์คอัพ (mark-up) หมายถึง กำไรมาตรฐานบวกด้วยค่าใช้จ่ายคงที่ ในการคิดค่าบริการของสถานบริการการรักษาต่างๆ ที่ดำเนินการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม