

รายงานฉบับสมบูรณ์

การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Kidney Replacement Therapy Policy of Universal Care Scheme in Thailand:
Lessons Learned and The Way Forward

มกราคม 2568

คณะผู้วิจัย

ดร. นว.ยศ ตีระวัฒนานนท์ / Yot Teerawattananon, PhD, MD.¹

นพ. จิรัฏฐ์ พรรณจิตต์ / Jeerath Phannajit, MD.²

ดร. นว.วิรุฬ ลิ้มสวาท / Wirun Limsawat, PhD, MD.³

นัชชา ยงพิพัฒน์วงศ์ / Natcha Yongphiphatwong⁴

Kinanti Khansa Chavarina / Kinanti Khansa Chavarina¹

Siobhan Botwright / Siobhan Botwright¹

Saudamini Dabak / Saudamini Dabak¹

จิราธร สุตะวงศ์ / Jiratorn Sutawong¹

พญ. นาทาชา ชวลา / Natasha Chawla, MD.¹

ธนัยนันท์ ชวนไชยะกุล / Tanainan Chuanchaiyakul¹

จุฬาทิพย์ บุญมา / Chulathip Boonma¹

รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย / Wanrudee Isaranuwatchai, PhD.^{1, 5}

รศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี / Thunyarat Anothaisintawee, PhD, MD.⁶

พญ. เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์ / Denla Paladechpong, MD.¹

จุฑามาศ ปิยะวงษ์ / Jutamas Piyawong³

สุพิชชา ติตย์เชื้อ / Supichcha Thitjuea³

¹ มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

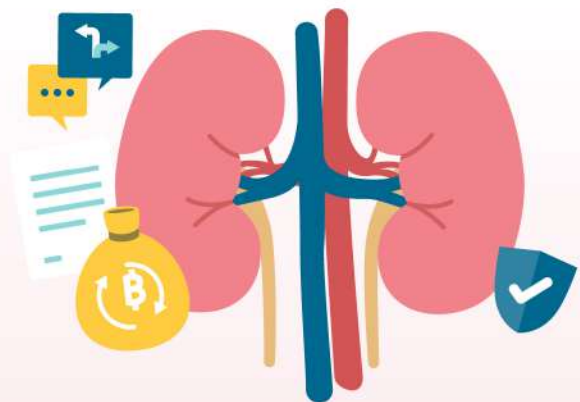
² คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

⁴ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

⁵ University of Toronto, Canada

⁶ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



รายงานวิจัย

เรื่อง การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Kidney Replacement Therapy Policy of Universal Care Scheme in Thailand:
Lessons Learned and The Way Forward

โดย

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation
(HITAP Foundation)

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของคณะผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2568

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ	ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	Yot Teerawattananon, PhD, MD. ¹
ผู้ร่วมวิจัย	นพ. จิรัฏฐ์ พรรณจิตต์	Jeerath Phannajit, MD. ²
	ดร. นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท	Wirun Limsawart, PhD, MD. ³
	นัชชา ยงพิพัฒน์วงศ์	Natcha Yongphiphatwong ⁴
	Kinanti Khansa Chavarina	Kinanti Khansa Chavarina ¹
	Siobhan Botwright	Siobhan Botwright ¹
	Saudamini Dabak	Saudamini Dabak ¹
	จิราธร สุตะวงศ์	Jiratorn Sutawong ¹
	พญ. นาดาชา ชวลา	Natasha Chawla, MD. ¹
	ธนายพันธ์ ขวนไชยะกุล	Tanainan Chuanchaiyakul ¹
	จุฬาทิพย์ บุญมา	Chulathip Boonma ¹
	รศ. ดร.วรรณฤดี อีสรานูวัฒน์ชัย	Wanrudee Isaranuwatthai, PhD. ^{1,5}
	รศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี	Thunyarat Anothaisintawee, PhD, MD. ⁶
	พญ. เด่นหล้า ปาลเดชพงศ์	Denla Paladechpong, MD. ¹
	จุฑามาศ ปิยะวงษ์	Jutamas Piyawong ³
	สุพิชชา ถิตยเจือ	Supichcha Thitjuea ³

¹ มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

² คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³ สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

⁴ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

⁵ University of Toronto, Canada

⁶ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย

ศ.กิตติคุณ นพ.เกรียง ตั้งสง่า	อายุรแพทย์โรคไต ประธานฝ่ายวิจัยสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์
นพ.เจตต์ ธรรมธัชอารี	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	คณะกรรมการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (กวทช.)
นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)
นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข	นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
ศ. นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์	ศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ. นพ.เฉลิมศักดิ์ กาญจนบุษย์	เลขาธิการสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยโรคไตและความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พญ.ปิยะธิดา จึงสมาน	อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
รศ. ดร.วรรณฤดี อีสรานูวัฒน์ชัย	ผู้ช่วยเลขาธิการมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
Dr. Vivekanand Jha	Professor & Chair of Global Kidney Health, Imperial College London Immediate Past President ('19 – '21) International Society of Nephrology
Dr. Valerie Luyckx	Associate lecturer, the Renal Division at the Brigham, and Women's Hospital, Harvard Medical School Honorary Associate Professor in Paediatrics and Child Health at the University of Cape Town
Dr. Gloria Ashuntantang	Consultant Nephrologist, Yaounde General Hospital Professor of Medicine, University of Yaounde I
Dr. Fatiu Arogundade	Professor of Medicine and Consultant Nephrologist, Obafemi Awolowo University
Dr. Sydney Tang	Professor of Medicine, The University of Hong Kong
Dr. Laura Sola	Doctor of Medicine, Universidad de la República de Uruguay

คำนำ

การถอดบทเรียนนโยบายเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรวบรวมข้อมูลและสรุปเหตุการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น สืบหาความเป็นไปได้เพื่อการปรับปรุงพัฒนาและออกแบบนโยบายในอนาคตให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน การถอดบทเรียนช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้จากความสำเร็จและความท้าทายตลอดจนต้นตอของปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ การถอดบทเรียนที่ดีประกอบด้วย การรวบรวมวิเคราะห์ทั้งข้อมูลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างละเอียดรอบด้านและโดยปราศจากอคติ มีการสรุปเนื้อหาและตีความข้อมูลจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์ ผู้ปฏิบัติงานจริงและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบธรรม มีการนำเสนอข้อมูลอย่างโปร่งใส พร้อมข้อเสนอแนะอย่างเป็นรูปธรรมและคาดหวังว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยยึดหลักอ้างอิงองค์ความรู้ เจตนาที่ดีต่อส่วนรวมและความกล้าหาญในการให้ความเห็นและตัดสินใจ

การถอดบทเรียนนโยบายการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากโรคไตเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและก่อให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูง การพัฒนานโยบายที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพและทั่วถึงและมีความชอบธรรม กล่าวได้ว่าการถอดบทเรียนนโยบายการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้เป็นหมุดหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรับการรักษาบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยโดยได้ดำเนินการตามองค์ประกอบการถอดบทเรียนที่ดีดังกล่าวข้างต้นเพื่อการออกแบบอนาคตของนโยบายการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย ตลอดจนเตรียมความพร้อมสำหรับการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

การตอบรับและการนำผลการถอดบทเรียนครั้งนี้ไปสู่การออกแบบนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมเป็นความท้าทายที่สำคัญเวลาจะเป็นเครื่องพิสูจน์ให้เห็นว่า กระบวนการครั้งนี้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่สร้างประโยชน์ทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยในประเทศไทยได้หรือไม่ และจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของประเทศในระดับใด การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่มักจะหวั่นกลัวต่อความเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องยึดหลักการที่มีรากฐานจากองค์ความรู้และเจตนาที่ดีต่อส่วนรวม การแสดงให้เห็นว่าความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงวิชาการและมุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะ หลักยึดเหล่านี้จะช่วยให้สาธารณชนเข้าใจและยอมรับได้ และที่สำคัญแนวทางการถอดบทเรียนครั้งนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนานโยบายในอนาคตเพื่อหลีกเลี่ยงการทำงานที่ผิดพลาดในอดีตและนำไปสู่การคิดอย่างรอบคอบและครบถ้วนยิ่ง ๆ ขึ้นต่อไป

ศ. นพ. เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

หลักการและเหตุผล ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESKD) เป็นโรคที่คุกคามชีวิตผู้คนจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว ประเทศไทยเริ่มให้สิทธิในการบำบัดทดแทนไต ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2551 โดยผู้ป่วย ESKD ที่ขอรับบริการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis; PD) เป็นทางเลือกแรกจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตมากขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่เข้าเกณฑ์ต้องร่วมจ่ายค่าล้างไต จน พ.ศ. 2565 กองทุนสุขภาพปรับเปลี่ยนนโยบายบำบัดทดแทนไตเพื่อเอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาได้ไม่ว่าจะเลือกล้างไตวิธีใดก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายที่เกิดขึ้นชวนให้เกิดข้อสงสัยถึงเหตุผลของการปรับเปลี่ยนนโยบายที่จะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้จริง รวมไปถึงผลกระทบที่จะตามมา

วัตถุประสงค์ เพื่อถอดบทเรียนจากนโยบายบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2551-2565 เพื่อให้เข้าใจถึงสถานะแวดล้อมและการดำเนินงานของนโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย สามารถนำไปอ้างอิงเพื่อการวิเคราะห์นโยบายในอนาคตสำหรับประเทศไทยและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางอื่น ๆ อีกทั้งเพื่อสร้างความกระจ่างเกี่ยวกับสิ่งที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการบรรจุบริการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระเบียบวิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการบำบัดทดแทนไต การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย สำหรับพิจารณาร่างข้อเสนอต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

ผลการศึกษา นโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยการฟอกเลือด (hemodialysis; HD) มากขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วย ESKD เพิ่มขึ้นจากแนวโน้มเดิม 50,478 คน เป็น 68,238 คน เกิดหน่วยบริการ HD ที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนมากขึ้น จำนวนและอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากการล้างไตสูงขึ้น โดยเฉพาะการเสียชีวิตในระยะเวลา 90 วัน หลังเริ่มล้างไตด้วยวิธี HD ภาระงบประมาณในการให้บริการบำบัดทดแทนไตของกองทุนสุขภาพเพิ่มขึ้น ชี้ความสามารถในการให้บริการ PD ลดลงอย่างรวดเร็ว การเกิดแรงจูงใจทางการเงินที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของอายุรแพทย์โรคไตในการแนะนำเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตและการเลือกหน่วยบริการให้แก่ผู้ป่วย

สรุปผลการศึกษา การปรับเปลี่ยนนโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 สร้างผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม และจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สถานพยาบาล และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ อีกทั้งเป็นนโยบายที่ใช้ทรัพยากรมากกว่าแต่ได้ประโยชน์ทางสุขภาพโดยรวมต่ำกว่านโยบาย พ.ศ. 2551 ข้อดีของนโยบายใหม่ประการเดียวคือ การให้โอกาสผู้ป่วยเลือกวิธีการล้างไตได้ทั้ง HD และ PD ตามที่ผู้ป่วยต้องการและตัดสินใจสอดคล้องกับหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) และสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิการรักษาของกองทุนการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ในประเทศ

คำสำคัญ: การบำบัดทดแทนไต การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นโยบาย ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Abstract

Background End-stage kidney disease (ESKD) is a life-threatening condition that affects many individuals, requiring kidney replacement therapy (KRT) to prolong their lives. Thailand began offering KRT under the National Health Security System in 2008. Patients with ESKD who chose peritoneal dialysis (PD) as their first treatment option received it at no cost, which increased access to KRT for many. However, some patients who did not meet the criteria were required to co-pay for dialysis. By 2022, the healthcare fund revised its KRT policy, allowing patients to claim treatment costs regardless of the dialysis method selected. This policy change raises questions about whether it truly improves service accessibility and its potential impacts.

Objective The aim of this study is to draw lessons from Thailand's KRT policy from 2008 to 2022 to understand the policy environment and its operations. The findings may provide valuable insights for future policy analysis in Thailand and other low- and middle-income countries. Additionally, the study seeks to identify factors that support or hinder the inclusion of KRT services in the National Health Security System.

Methods This research adopts a mixed-method approach, combining both qualitative and quantitative techniques. It is divided into five sections: a literature review, in-depth interviews and focus group discussions, analysis of KRT service utilization data, the development of policy recommendations, and the organization of committee meetings to learn from Thailand's KRT policy and draft proposals in alignment with the study's objectives.

Results The 2022 KRT policy resulted in increased access to hemodialysis (HD), with the number of ESKD patients rising from 50,478 to 68,238. More private-sector HD service units were established. However, the number and rate of dialysis-related deaths, particularly within 90 days of starting HD, also increased. The financial burden on the healthcare fund for providing KRT services grew, while the capacity to deliver PD services declined rapidly. Financial incentives influenced nephrologists' decisions in recommending KRT methods and service units to patients.

Conclusion The 2022 KRT policy changes had both positive and negative impacts across medical, economic, social, and ethical dimensions, affecting patients, healthcare facilities, and other stakeholders. While it is a resource-intensive policy with fewer overall health benefits compared to the 2008 policy, the main advantage is that it allows patients to choose between HD and PD, aligning with the principle of patient autonomy and reducing disparities in access to KRT when compared to other healthcare schemes in the country.

Keyword: Dialysis, Peritoneal Dialysis, Hemodialysis, Policy, End-stage Kidney Disease (ESKD), Kidney Replacement Therapy (KRT)

บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะ

ไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นโรคที่คุกคามชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก โดยผู้ที่ป่วยด้วยโรคดังกล่าวจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว (1, 2) ใน พ.ศ. 2562 มีการประมาณการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังทั่วโลกราว 1.4 ล้านคน (3) อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิต (กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการปลูกถ่ายไต) และมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง หากผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีกำลังจ่ายที่มากพออาจนำไปสู่ภาวะล้มละลายทางการเงินของครัวเรือนได้ (4) โดยเป็นที่ถกเถียงกันในระดับประเทศถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อาจไม่บรรลุหนึ่งในเป้าหมายหลักของการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

นับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มให้สิทธิประโยชน์ทางการบำบัดทดแทนไต ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2551 หลายภาคส่วนร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว นำมาสู่แรงจูงใจต่อทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ ส่งผลให้นโยบายดังกล่าวประสบผลสำเร็จเป็นอย่างมาก ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตได้อย่างรวดเร็ว (5) เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วย (5, 6) และเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง (7, 8) โดยประเทศไทยยังถูกนำไปเป็นแบบอย่างให้กับกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) ในการดำเนินนโยบาย (9, 10)

จนใน พ.ศ. 2565 รัฐบาลได้ปรับปรุงนโยบายบำบัดทดแทนไต โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผลสานกับการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เพื่อเอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาได้ไม่ว่าจะเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตวิธีใดก็ตาม (11) ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นในการตัดสินใจมากขึ้น การปรับปรุงทางนโยบายดังกล่าวสร้างความสงสัยเป็นอย่างมากแก่กลุ่มนักวิชาการ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต รวมถึงกลุ่มประเทศ LMICs ถึงสาเหตุและผลที่จะตามมาภายหลังการปรับปรุงนโยบาย

คณะผู้วิจัยจึงทำการถอดบทเรียนจากนโยบายบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2551 จนถึง พ.ศ. 2565 เพื่อให้เข้าใจถึงสถานะแวดล้อมและการดำเนินงานของนโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้น สามารถนำไปอ้างอิงเพื่อการวิเคราะห์นโยบายในอนาคตสำหรับประเทศไทยและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางอื่น ๆ อีกทั้งการศึกษานี้จะช่วยสร้างความกระจ่างเกี่ยวกับสิ่งที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการบรรจุบริการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากผลการศึกษาคณะผู้วิจัยพบว่า เพียงเวลาสองปีให้หลังของการปรับปรุงนโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกิดผลกระทบของนโยบายทั้งด้านบวกและด้านลบ ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม และจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สถานพยาบาล และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ โดยผลกระทบด้านบวก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเข้าถึงการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) มากขึ้น และ 2) เกิดศูนย์ไตเทียมที่ดำเนินการโดยเอกชนมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในเขตเมืองหรือจังหวัดใหญ่ ๆ มากกว่าในเขตชนบทหรือ

จังหวัดที่มีประชากรน้อย มีบางส่วนกระจายไปยังจังหวัดขนาดเล็กและอำเภอห่างไกล ส่วนผลกระทบด้านลบ ได้แก่ 1) จำนวนและอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากการล้างไตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนปรับนโยบาย 2) ภาระงบประมาณของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนของงบค่าบริการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น 3) ชีตความสามารถในการให้บริการล้างไตทางช่องท้อง (PD) ลดลงอย่างรวดเร็ว และ 4) เกิดแรงจูงใจทางการเงินที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของอายุรแพทย์โรคไตในการเริ่มการล้างไต การแนะนำเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต และการเลือกหน่วยบริการให้แก่ผู้ป่วยโรคไต

โดยสรุปนโยบายบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับเปลี่ยนใน พ.ศ. 2565 เป็น **นโยบายที่ใช้ทรัพยากรมากกว่าแต่ได้ประโยชน์ทางสุขภาพโดยรวมต่ำกว่านโยบายเดิม** ซึ่งกำหนดให้การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก ข้อดีของนโยบายใหม่เพียงอย่างเดียวคือ การให้โอกาสผู้ป่วยเลือกวิธีการล้างไตได้ ทั้งการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามที่ผู้ป่วยต้องการและตัดสินใจสอดคล้องกับหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) และสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิการรักษาของกองทุนการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ในประเทศ อย่างไรก็ตาม ในระบบบริการปัจจุบันอาจตั้งข้อสงสัยได้ว่าข้อดีของนโยบายที่ปรับเปลี่ยนจากที่กล่าวข้างต้นจะเกิดขึ้นได้จริงหรือไม่ เนื่องจากหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยต้องเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน อย่างรอบด้านและปราศจากอคติแรงจูงใจ ซึ่งในระบบบริการปัจจุบันไม่มีระบบรองรับเพื่อสนับสนุนและกำกับดูแลให้หลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้จริงอย่างไม่มีข้อสงสัย ทำให้ผลการดำเนินการหลังการปรับเปลี่ยนนโยบายการล้างไต ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2565 ไม่สามารถบรรลุถึงควมมีประสิทธิภาพร่วมกับหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยได้จริงและมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โดยคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (โดยการสนับสนุนผลการศึกษาคณะผู้วิจัย)

ตามที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2567 โดยมีหน้าที่ 1) พิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ ด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม และจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สถานพยาบาล และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ 2) ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนานโยบายล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมตามสถานการณ์และข้อเท็จจริงจากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 3) ให้ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใหม่ที่เกิดขึ้นในอนาคต 4) ดำเนินการอื่น ๆ รวมทั้งการจัดตั้งคณะทำงานย่อย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 5) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากเริ่มปฏิบัติงาน

คณะทำงานฯ และทีมเลขานุการซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลโรคไต ผู้ป่วยโรคไต ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและระบบสุขภาพ และนักวิจัยจากมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP Foundation) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ดำเนินการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้ป่วย ทบทวนบทเรียนในระดับนานาชาติ และพัฒนาแบบจำลองเพื่อคาดการณ์ผลกระทบในอนาคต ทำให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนานโยบายและมาตรการล้าไ้สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

1. เหตุผลและความจำเป็นในการปรับปรุงนโยบาย

- (1) คณะทำงานฯ มีความเห็นร่วมกันเป็นเอกฉันท์ จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ทั้งจำนวนผู้ป่วย HD ที่เพิ่มขึ้น จำนวนและอัตราผู้ป่วย HD ที่เสียชีวิต ในระยะเวลา 90 วัน หลังเริ่ม HD ที่สูงขึ้น การงบประมาณสำหรับการบริการบำบัดทดแทนไตที่เพิ่มขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ความเสี่ยงที่ระบบบริการ PD จะหายไปจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยหากไม่มีการแก้ไข และการเปลี่ยนนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจทางการเงินที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของอายุรแพทย์โรคไต ซึ่งไม่มีแนวโน้มจะคลี่คลายไปในทางดีขึ้นในระยะเวลา 5 ปีข้างหน้า เป็นเหตุผลและความจำเป็นสำคัญในการปรับปรุงนโยบาย
- (2) คณะทำงานฯ เห็นว่าไม่มีหลักฐานที่ทำให้เชื่อว่านโยบายการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันมีความยั่งยืนในอนาคต ประเมินการว่าหากไม่มีการปรับเปลี่ยนนโยบาย งบประมาณการบำบัดทดแทนไตจะต้องเพิ่มจากร้อยละ 9 ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน เป็นร้อยละ 20 และ 30 ใน 5 ปีและ 10 ปี ข้างหน้าตามลำดับ
- (3) คณะทำงานฯ ประเมินการว่าจะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่จะเข้าสู่ระบบการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอีก 10 ปีข้างหน้าจำนวน 300,000 ราย (ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ระหว่าง 160,000 ถึง 432,000 ราย) และหากสัดส่วนการล้าไ้ HD ต่อ PD ยังคงเป็นอยู่เช่นในปัจจุบันคือ ร้อยละ 80 ต่อร้อยละ 20 ตามลำดับ จะทำให้ระบบการบำบัดทดแทนไตทั้งสองวิธีเกิดความล้มเหลว กล่าวคือระบบบริการ HD มีจำนวนบริการสูงเกินกว่าที่ระบบโดยรวมสามารถรองรับได้โดยไม่ทำให้คุณภาพลดลง และระบบ PD ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรืออาจหายไปจากระบบบริการ เพราะมีจำนวนน้อยเกินไปที่จะจัดบริการได้อย่างคุ้มค่า

2. ข้อเสนอเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากเหตุผลข้างต้น (ข้อ 1.) คณะทำงานฯ พิจารณาเห็นว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- (1) เพิ่มสัดส่วนบริการล้างไตทางช่องท้องให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยล้างไตรายใหม่ ในระยะเวลา 3 ปี
- (2) ควบคุมงบค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะเวลา 5 ปี หรือไม่เกินร้อยละ 15 ในระยะเวลา 10 ปี
- (3) ลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่เข้าสู่การล้างไตให้ต่ำกว่า 1.6 แสนราย (ค่าประมาณขั้นต่ำที่คณะทำงานฯ คาดการณ์ไว้) ในระยะเวลา 10 ปี
- (4) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่เลือกวิธีล้างไตทั้งหมดได้รับข้อมูลทางเลือกในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับปลูกถ่ายไตและต้องการการปลูกถ่ายไตทั้งหมดได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อรอการปลูกถ่ายไต เนื่องจากเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิผลสูงสุด

3. ข้อเสนอเชิงมาตรการของการบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะทำงานฯ ได้ทบทวนบทเรียนในต่างประเทศถึงมาตรการที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงและคงอยู่ของมาตรการล้างไตที่บ้าน เช่น การล้างไตทางช่องท้องและการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ได้ข้อสรุปดังนี้

- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของการล้างไตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ แบ่งได้เป็น

- (1) มาตรการด้านการให้ความรู้และการสื่อสาร ได้แก่ การให้ความรู้อย่างมีมาตรฐานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 4 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งไม่มีแรงจูงใจและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน และมีองค์ประกอบของการเยี่ยมบ้าน

(2) **มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ** เช่น การจัดอบรมและจัดให้อายุรแพทย์โรคไตวางสาย PD ได้ด้วยตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ (การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการ)

(3) **มาตรการด้านการเงินและแรงจูงใจ** เช่น กำหนดอัตราและเงื่อนไขการเหมาจ่ายให้บริการ PD ให้มีกำไรมากกว่า HD หรือการจ่ายเงินแบบมัดรวม (bundle payment) โดยไม่ขึ้นกับกิจกรรมหรือจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ

- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของการรักษาแบบ **ประคับประคอง** ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต มีการศึกษาน้อยและมักถูกมองข้ามทั้งที่มีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนในระยะยาว มาตรการเท่าที่พบว่ามีประสิทธิผล ได้แก่ การจัดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาแบบประคับประคองในระบบการให้บริการและแจ้งเตือนไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การใช้แบบประเมิน “surprise question” และ Clinical Frailty Score รวมถึงระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติส่งต่อและเชื่อมโยงผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไตสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองที่ชัดเจน
- คณะทำงานฯ ได้พิจารณามาตรการที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับบริบทของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้แก่ การห้ามมิให้มีการจ่าย-รับค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในกรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง และการกำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต เพื่อรับประกันได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้เริ่มการล้างไตเร็วเกินไป
- คณะทำงานฯ ได้จัดลำดับความสำคัญของมาตรการทั้งหมด และได้นำมาตราต่าง ๆ ไปทดสอบในแบบจำลองระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อประมาณการผลกระทบของแต่ละมาตรการหากมีการบังคับใช้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ข้อสรุปว่า มาตรการที่สร้างผลกระทบสูงและสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไต (ข้อ 2) ได้แก่ การกำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต (pre-authorization) และการห้ามมิให้มีการจ่าย-รับค่าตอบแทนแก่แพทย์ในกรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง สำหรับมาตรการให้งบบริการ

บำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบปิด หรือ global budget ถึงแม้จะมีผลกระทบสูงสุดต่อการลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่เลือกวิธีล้างไตและการเพิ่มสัดส่วนบริการล้างไตทางช่องท้อง แต่มาตรการนี้มีความไม่แน่นอนสูงกว่ามาตรการอื่น ๆ เพราะขึ้นกับการปรับตัวของผู้มีส่วนได้เสีย โดยเฉพาะผู้ให้บริการในภาคเอกชนที่อาจทำให้เกิดผลลบจากมาตรการนี้ เช่น ลดหรือเพิ่มความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตในกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

จากข้อค้นพบข้างต้น คณะทำงานฯ เห็นควรเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาข้อเสนอมาตรการสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อการบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบาย (ข้อ 2) ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดให้บริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบปิด หรือ global budget ตามเป้าหมายนโยบายที่กำหนดไว้ข้างต้น เช่น กำหนดวงเงินแบบปิดสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตไม่เกินร้อยละ 10 ของงบจัดบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นต้น
- 2) ห้ามมิให้หน่วยบริการ HD ภาคเอกชนจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง ผ่านการประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) จัดให้มีการขึ้นทะเบียนและให้ความรู้ทางเลือกการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะที่ 4 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยปราศจากอคติแรงจูงใจ ทดแทนการให้ความรู้ทางเลือกการบำบัดทดแทนไตโดยแพทย์หรือพยาบาลโรคไตเพียงคนเดียว
- 4) กำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต (pre-authorization) และกำหนดให้ระบบดังกล่าวส่งต่อผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เหมาะสมไปยังหน่วยฟอกไต
- 5) จัดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาแบบประคับประคองในระบบการให้บริการ และแจ้งเตือนโดยอัตโนมัติไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพหากผู้ป่วยไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต

- 6) พัฒนาระบบข้อมูลในข้อ (3) – (5) เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการบำบัดทดแทนไตปัจจุบันของ สปสช. และฐานข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เพื่อใช้ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการและสนับสนุนระบบการกำกับติดตาม
- 7) คณะทำงานฯ ตระหนักดีว่า การดำเนินการตามข้อเสนอเชิงมาตรการในข้อที่ 3 ยังมีรายละเอียดที่ต้องพัฒนา และต้องมีระบบการกำกับติดตาม แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. **พิจารณาจัดตั้งคณะอนุกรรมการนโยบายไต ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** โดยให้มีตัวแทนของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แพทย์และพยาบาลโรคไต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เป็นทีมเลขานุการ ให้คณะอนุกรรมการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้
 - (1) พัฒนารายละเอียดในการดำเนินงานแต่ละมาตรการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตัดสินใจ
 - (2) พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยไตเรื้อรังและผู้ป่วยที่รับบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเชื่อมต่อข้อมูลกับผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ
 - (3) ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสานความร่วมมือกับคณะอนุกรรมการอื่น ๆ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการ/คณะทำงานอื่น ๆ นอก สปสช. รวมถึงคณะกรรมการ service plan ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การกำหนดมาตรการและวางแผนในการพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการในการชะลอไตเสื่อมและให้บริการบำบัดทดแทนไต
 - (4) สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในประเทศไทย
 - (5) สนับสนุนให้นักวิชาการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและบริการบำบัดทดแทนไตที่ไม่มี ความเชื่อมโยงกับข้อมูลส่วนบุคคล
 - (6) จัดให้มีการประเมินระบบอภิบาลนโยบายโรคไตเรื้อรังและบริการบำบัดทดแทนไตทุก ๆ 5 ปี
 - (7) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน การใช้บริการรักษาบำบัดทดแทนไต และธรรมาภิบาลของระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - (8) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ

สารบัญ

คำนำ.....	4
บทคัดย่อ (ภาษาไทย).....	5
Abstract.....	6
บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะ.....	7
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	9
บทที่ 1 บทนำ.....	20
1.1. หลักการและเหตุผล	20
1.2. วัตถุประสงค์.....	22
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย.....	23
2.1. การทบทวนวรรณกรรม	23
2.2. กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework).....	25
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	28
3.1. การทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review of literature).....	28
3.2. การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม	31
3.3. การวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการบำบัดทดแทนไต (data analysis on kidney replacement therapy).....	33
3.4. การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	38
3.5. การจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand)	39
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	40
บทที่ 4 กิจกรรมภายในโครงการวิจัย	42
4.1. การจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand)	42
4.2. การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการและทีมเลขานุการ คณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	42

4.3. การจัดประชุมคณะทำงานย่อย พัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนของการจ่ายเงิน.....	43
4.4. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องระบบการให้บริการบำบัดทดแทนไต พลวัตรระบบและฉกาทศนอนาคต ..	43
บทที่ 5 ผลการศึกษา.....	45
5.1. ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review of literature)	45
5.2. ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม	48
5.2.1. การเก็บข้อมูลและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล	48
5.2.2. การพัฒนาโครงสร้างประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูล	50
5.2.3. ข้อมูลพื้นฐานทางการแพทย์และบริบทเชิงเปรียบเทียบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย	51
5.2.4. การวิเคราะห์ประเด็นหลัก (themes) ของปรากฏการณ์การเปลี่ยนนโยบาย พ.ศ. 2565.....	70
5.2.5. การสังเคราะห์คำอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงนโยบาย พ.ศ. 2565	90
5.3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการบำบัดทดแทนไต (data analysis on kidney replacement therapy)	92
5.3.1. กลุ่มประชากรที่นำมาศึกษา (study population).....	92
5.3.2. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่อสถานการณ์การใช้บริการบำบัดทดแทนไตรายเดือน.....	92
5.3.3. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่อจำนวนและการกระจายตัวของหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	97
5.3.4. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่ออัตราการเสียชีวิต	101
5.3.5. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย	104
5.3.6. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่อภาระงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	107
5.3.7. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการบำบัดทดแทนไต.....	109
5.4. ผลการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand).....	110
บทที่ 6 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	111
6.1. อภิปรายผล	111
6.2. ข้อจำกัดของการศึกษา	120
6.3. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต.....	121
6.4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	121
6.4.1. ข้อเสนอเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	121
6.4.2. ข้อเสนอเชิงมาตรการของการบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	122
เอกสารอ้างอิง	126
ภาคผนวก	133

ภาคผนวก ก	แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์.....	133
ภาคผนวก ข	เอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย	134
ภาคผนวก ค	ภาพประกอบการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องระบบการให้บริการบำบัดทดแทนไต	135
ภาคผนวก ง	การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์	137

สารบัญรูปภาพ

รูปที่ 1	The policy triangle framework (29)	26
รูปที่ 2	The policy process framework (30).....	27
รูปที่ 3	PRISMA flow diagram.....	45
รูปที่ 4	จำนวนผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566: จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต.....	48
รูปที่ 5	แสดงจำนวนผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายเดือน (A) จำนวนผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต (HD+PD) (B) จำนวนผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) (C) จำนวนผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (PD) (D) จำนวนผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไต (HD+PD) รายใหม่ (E) จำนวนผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (F) จำนวนผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่ายไต	93
รูปที่ 6	ที่ทำการเปลี่ยนสถานะของผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังเปลี่ยนนโยบาย	94
รูปที่ 7	สัดส่วนการระบุเหตุการณ์เปลี่ยนวิธีการจากการล้างไตทางช่องท้องมาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม....	97
รูปที่ 8	สัดส่วนของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ตามประเภทหน่วยบริการ.....	98
รูปที่ 9	จำนวนหน่วยบริการไตเทียมที่ลงทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประเภทหน่วยบริการ (ข้อมูลตามรหัสสถานพยาบาล อาจไม่ครอบคลุมสถานพยาบาลที่มีหลายหน่วยบริการย่อย)	99
รูปที่ 10	การกระจายตัวของหน่วยบริการฟอกเลือด (HD) ตามจังหวัดต่าง ๆ (a-c) จำนวนและการกระจายของหน่วยบริการฯ รวมทั้งจังหวัด และ (d-f) จำนวนและการกระจายของหน่วยบริการฯ เฉพาะนอกเขตเมือง	100
รูปที่ 11	สัดส่วนของผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) ที่ใช้หลอดเลือดชนิดต่าง ๆ.....	102
รูปที่ 12	จำนวนผู้เสียชีวิตรายเดือนจากทุกสาเหตุ และการเสียชีวิตภายใน 90 วันแรกหลังเริ่มบำบัดทดแทนไต.....	104
รูปที่ 13	การวิเคราะห์การตายส่วนเกิน (excess mortality) แสดงร้อยละของการตายส่วนเกินเมื่อเทียบกับการตายที่คาดการณ์ในการตายโดยรวมและการตายที่ 90 วันแรกของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD).....	105
รูปที่ 14	จำนวนการตายส่วนเกินสะสมตั้งแต่เปลี่ยนนโยบายของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD)	105
รูปที่ 15	การเบิกจ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทดแทนไตรายปี.....	108
รูปที่ 16	สามเหลี่ยมแห่งการพัฒนา: ปฏิสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนของการวิจัยเชิงนโยบายกับกิจกรรมอื่น ๆ	115

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แหล่งที่มา คำค้น และประเภทของบทความ.....	28
ตารางที่ 2	เกณฑ์ในการคัดเลือกบทความวิชาการ (eligibility criteria).....	29
ตารางที่ 3	ขั้นตอนการตรวจสอบบทความ.....	30
ตารางที่ 4	รายการที่คัดแยก.....	30
ตารางที่ 5	รายละเอียดแหล่งข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์และแหล่งที่มา.....	33
ตารางที่ 6	ตัวชี้วัดที่สนใจในการศึกษา.....	35
ตารางที่ 7	ขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	38
ตารางที่ 8	รายชื่อคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand).....	39
ตารางที่ 9	กำหนดการประชุมคณะทำงานพัฒนานโยบายล่างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2567.....	42
ตารางที่ 10	รายชื่อคณะทำงานย่อยฯ ส่วนของการจ่ายเงิน.....	43
ตารางที่ 11	กำหนดการประชุมคณะทำงานย่อยฯ ส่วนของการจ่ายเงิน พ.ศ. 2567.....	43
ตารางที่ 12	สรุปประเภทผู้ให้ข้อมูลและบทบาทที่เกี่ยวข้อง.....	49
ตารางที่ 13	การประเมินความเสี่ยงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง ตามระดับ GFR และอัลบูมินในปัสสาวะ.....	52
ตารางที่ 14	การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบนโยบายการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2565.....	53
ตารางที่ 15	ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยรายใหม่ก่อนและหลังการเปลี่ยนนโยบาย.....	95
ตารางที่ 16	การวิเคราะห์ multivariable logistic regression ถึงโอกาสในการเลือกวิธี HD ในผู้ป่วยรายใหม่.....	96
ตารางที่ 17	ลักษณะและรูปแบบการรักษาผู้ป่วยฟอกเลือดก่อนและหลังเปลี่ยนนโยบาย.....	103
ตารางที่ 18	การวิเคราะห์ multivariable Cox regression.....	106

บทที่ 1 บทนำ

1.1. หลักการและเหตุผล

ไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นโรคที่คุกคามชีวิตผู้คนเป็นจำนวนมาก โดยผู้ที่ป่วยด้วยโรคดังกล่าวจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว (1, 2) ใน พ.ศ. 2562 มีการประมาณการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังทั่วโลกราว 1.4 ล้านคน (3) อีกทั้งพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาบำบัดทดแทนไตไปตลอดชีวิต (กรณี que ผู้ป่วยไม่ได้รับการปลูกถ่ายไต) และมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง หากผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีกำลังจ่ายที่มากพออาจนำไปสู่ภาวะล้มละลายทางการเงินของครัวเรือนได้ (4) โดยเป็นที่ถกเถียงกันในระดับประเทศถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อาจไม่บรรลุหนึ่งในเป้าหมายหลักของการพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างยั่งยืน หากไม่บรรจุบริการบำบัดทดแทนไตให้เป็นสิทธิประโยชน์แก่ประชาชน

ประเทศไทยเริ่มให้สิทธิประโยชน์ทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ 70 นอกเหนือจากสิทธิการรักษาข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม (12) ซึ่งในเวลานั้นประเทศไทยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (lower-middle-income country; LMIC) ที่เริ่มให้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก่ประชาชน แม้ในขณะนั้นประเทศจะพึ่งพิงจากวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 (13) กระนั้นสิทธิการรักษาโรคไตเรื้อรังก็ยังไม่ถูกรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากใน พ.ศ. 2541 เคยมีการเบิกจ่ายค่าบริการสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis; HD) และการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis; PD) แบบเต็มจำนวนแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage kidney disease; ESKD) ที่ใช้สิทธิข้าราชการและประกันสังคม (7) นั้นหมายความว่าผู้ป่วยที่อยู่นอกเหนือสิทธิดังกล่าวจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองทางสุขภาพ ทำให้ต้องแบกรับภาระค่ารักษาด้วยตนเอง (14, 15) อีกทั้งผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำและพบความชุกของโรคไตเรื้อรังค่อนข้างสูง (16)

ฉะนั้น เพื่อรับมือกับแรงกดดันที่ประชาชนอยากให้มีการบรรจุสิทธิการบำบัดทดแทนไตเข้าเป็นสิทธิประโยชน์ ๆ จึงมีการเสนอหัวข้อชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าวเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน เช่น สมาวิชาชีพ องค์กรไม่แสวงผลกำไร นักวิชาการ กลุ่มผู้ป่วย และผู้ให้บริการบำบัดทดแทนไต (12) มีการศึกษาวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของบริการบำบัดทดแทนไตและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อการรักษาโรค (17, 18) รวมเรียกว่ากระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งถือเป็นกระบวนการพัฒนา ๆ ขึ้นแรก ๆ ในประเทศไทยที่ใช้หลักฐานทางวิชาการจำนวนมากมาสนับสนุนจนกลายเป็นชุดสิทธิประโยชน์ใน

พ.ศ. 2551 ภายใต้ประกาศ “นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก” (PD First Policy) (8, 16) โดยผู้ป่วย ESKD ที่ขอรับบริการ PD เป็นทางเลือกแรกจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งครอบคลุมการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง น้ำยาล้างไต ยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง (erythropoietin; EPO) การติดตามการรักษา การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก PD และการฟอกเลือดชั่วคราว (temporary HD) กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำ PD ได้ ทั้งนี้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย หากผู้ป่วยรายใดที่ไม่สามารถทำ PD ได้ อันเนื่องจากมีข้อห้ามทางคลินิก แพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการ HD โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเช่นกัน ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยรายใดไม่ประสงค์ทำ PD เป็นทางเลือกแรกโดยไม่มีข้อห้ามทางคลินิก ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่ารักษา HD ด้วยตนเองเต็มจำนวน (7)

ซึ่งภายหลังการประกาศนโยบายออกมา มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี (19) โดยเฉพาะผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนประกาศนโยบายฯ มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องจำนวน 1,198 ราย และหลังเริ่มนโยบายได้เพิ่มจำนวนเป็น 24,244 ราย ใน พ.ศ. 2561 (20)

หลังจากที่ประเทศไทยเริ่มนโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก หลายภาคส่วนช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายอย่างรวดเร็ว นำมาสู่แรงจูงใจต่อทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ มีการจัดซื้อน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง (PD solutions) ในระดับประเทศ เกิดความร่วมมือกันระหว่างศูนย์ฝึกอบรม สมาคมและสภาวิชาชีพ รวมถึงองค์กรไม่แสวงผลกำไร เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้มีการเพิ่มอุปทานทั้งในด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง อีกทั้งส่งเสริมให้เกิดการสร้างชมรมผู้ป่วยโรคไตขึ้นภายในท้องถิ่น (12) จะเห็นได้ว่านโยบายดังกล่าวประสบผลสำเร็จเป็นอย่างมาก ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตได้อย่างรวดเร็ว (5) เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วย (5, 6) และเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง (7, 8) กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (LMICs) เช่น อินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ได้ศึกษาถึงต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของการให้บริการบำบัดทดแทนไต และประเทศอื่น ๆ เช่น อินเดียและเคนยา มีความพยายามที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศไทยในการดำเนินนโยบายบำบัดทดแทนไตดังกล่าว (9, 10)

จนใน พ.ศ. 2565 รัฐบาลได้ปรับปรุงนโยบายบำบัดทดแทนไต โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผสมกับการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ภายใต้แนวคิดการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (shared-decision making model) (11) ซึ่งนโยบายใหม่นี้เอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาได้ไม่ว่าจะเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตวิธีใดก็ตาม (11) ผู้ป่วยเกิดความยืดหยุ่นในการตัดสินใจมากขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอยู่ที่ประมาณ 28,000 บาท หรือ 811⁷ เหรียญสหรัฐ ต่อคนต่อปี สำหรับกรณีที่เลือกทำ HD มากกว่า PD เนื่องจากต้องเดินทางไปกลับโรงพยาบาลบ่อยขึ้น (12) จะเห็นได้ว่านโยบายล่าสุดส่งผลกระทบต่อสมรรถนะในการกำหนดภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในระบบเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนของการทำ HD ที่สูงกว่าการทำ PD

⁷ 1 เหรียญสหรัฐ มีค่าเทียบเท่า 35 บาท

ปัจจุบันเพียงเวลาสองปีของการเปลี่ยนนโยบายพบว่ามีเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าสู่ระบบบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดและในตอนนั้นจ่ายเงินเองเข้ามาสู่ระบบเบิกจ่ายของ สปสช. จำนวนกว่าหกพันคน คิดเป็นผลกระทบงบประมาณ 720 ล้านบาทต่อปี กลายเป็นว่าปัจจุบัน ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 กลับมีจำนวนผู้ป่วยไตวายฟอกเลือดรายใหม่เข้าสู่ระบบเบิกจ่ายของ สปสช. จำนวนเพิ่มขึ้นกว่า 24,000 คน ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายแก่ สปสช. เพิ่มขึ้นกว่า 2 พันล้านบาทต่อปี และยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของหน่วยบริการฟอกเลือดของภาคเอกชนเป็นจำนวนมากในเมืองใหญ่ ๆ จากภาพสะท้อนดังกล่าวทำให้ต้องมีการเกลี่ยงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนที่ขาดของกองทุนรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เนื่องจากไม่เพียงพอ เพราะงบประมาณมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ด้วยเหตุนี้สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (International Society for Nephrology) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงเสนอให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนของกระบวนการนโยบายและศึกษาผลกระทบของการปรับเปลี่ยนนโยบายบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยทั้งสองครั้ง เพื่อให้ทราบผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดขึ้น อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและเป็นบทเรียนให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลและหน่วยบริการบำบัดทดแทนไต รวมถึงกลุ่มประเทศมีรายได้ต่ำและปานกลางที่กำลังดิ้นรนหากองทุนเพื่อการบำบัดทดแทนไตแก่ประชาชน ซึ่งเป็นการรักษาที่มีราคาแพง ผู้ป่วยต้องรับการรักษาไปตลอดชีวิตเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว (21)

1.2. วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์โดยรวมของการศึกษา คือ การถอดบทเรียนจากนโยบายบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ภายหลังการประกาศนโยบาย “ล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก” (PD First Policy) จนถึง พ.ศ. 2565 ที่มีการปรับเป็นนโยบาย “ฟอกไตแบบเลือกได้ภายใต้การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม” โดยการศึกษานี้จะทำให้เข้าใจถึงสถานะแวดล้อมและการดำเนินงานของนโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้น สามารถนำไปอ้างอิงเพื่อการวิเคราะห์นโยบายในอนาคตสำหรับประเทศไทยและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางอื่น ๆ อีกทั้งการศึกษานี้จะช่วยสร้างความกระจ่างเกี่ยวกับสิ่งที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการบรรจุบริการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยวัตถุประสงค์หลัก ได้แก่

- 1) เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นของนโยบายบำบัดทดแทนไตต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และระบบสุขภาพ
- 2) เพื่อศึกษากระบวนการทางนโยบายของบริการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย
- 3) เพื่อศึกษาบริบทและอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องต่อนโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย

2.1.การทบทวนวรรณกรรม

การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตในต่างประเทศนั้นมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย อาทิ นโยบายของภาครัฐ การนำนโยบายไปใช้ของคนในชุมชน (22) โครงสร้างภายใน และฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ (23) ตัวอย่างเช่น ในประเทศสิงคโปร์ การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้นมีประมาณร้อยละ 87 ของการบำบัดทดแทนไตทั้งหมดที่จัดโดยองค์การอาสาสมัครต่าง ๆ และภาคเอกชน ในขณะที่การล้างไตทางช่องท้องจะเป็นการให้บริการโดยภาครัฐ ส่วนค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตนั้นเป็นการร่วมจ่ายโดยรัฐบาลและผู้ป่วย นอกจากนี้ อาจได้รับเงินสนับสนุนจากมูลนิธิต่าง ๆ เช่น มูลนิธิโรคไตแห่งชาติและมูลนิธิบำบัดทดแทนไต ขึ้นอยู่กับรายรับและฐานะทางการเงินของผู้ป่วย (24) ในทางกลับกัน เขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีนที่ถือว่าเป็นเมืองที่มีรายได้สูง มีนโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดี ผู้ป่วยล้างไตของเมืองนี้ส่วนมาก (ร้อยละ 75) เลือกใช้วิธีการล้างไตทางช่องท้องที่จัดโดยรัฐบาล (24) นอกจากนี้ฮ่องกงยังมีการสนับสนุนการล้างไตทางช่องท้องเองที่บ้าน โดยมีหลักฐานเชิงวิชาการแสดงให้เห็นว่าการล้างไตทางช่องท้องมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าและจำนวนผู้รอดชีวิตมากกว่า อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ (2)

ส่วนในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เราจะเห็นได้ถึงความหลากหลายในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต ตัวอย่างเช่น ประเทศเม็กซิโก ประชาชนที่อยู่ภายใต้ประกันสุขภาพของรัฐบาลมักจะเลือกรับบริการการล้างไตทางช่องท้อง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต่ำกว่า แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องจะลดลงใน ค.ศ. 1999-2010 อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (25) ในประเทศฟิลิปปินส์ ระบบหลักประกันสุขภาพมีความครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประมาณร้อยละ 58 ต่อปี ขณะที่ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือผู้ป่วยจำเป็นต้องผิดชอบเอง ในทางตรงกันข้าม ประเทศอินโดนีเซียผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้อย่างอิสระภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามความสามารถในการรองรับบริการบำบัดทดแทนไตของประเทศยังคงต่ำ จึงทำให้มีผู้ป่วยยังเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตได้น้อย (23) ส่วนในประเทศอินเดีย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้นเป็นที่นิยมมากกว่าการล้างไตทางช่องท้อง โดยผู้ป่วยจะต้องออกค่าใช้จ่ายเอง (8)

จากหลักฐานที่กล่าวไปเบื้องต้น จะเห็นได้ชัดว่า ในแต่ละประเทศนั้นมีการพิจารณาการบำบัดทดแทนไตที่แตกต่างกัน เนื่องจากความขาดแคลนของทรัพยากรที่แตกต่างกัน การทำความเข้าใจยุทธศาสตร์ของแต่ละประเทศ

เหตุผลที่นำไปใช้ในการพิจารณา อุปสรรคที่ขัดขวางการดำเนินงาน และเป้าหมายระยะยาว จะมีส่วนช่วยให้ประเทศไทยสามารถพัฒนานโยบายบำบัดทดแทนไตให้ดียิ่งขึ้นได้

ในประเทศไทยพบการศึกษาที่กล่าวถึงนโยบายบำบัดทดแทนไตของ ปิยะธิดา จิงสมาน และ วิชัช เกษมทรัพย์ (2560) กล่าวถึงความท้าทายของประเทศไทยต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (12) โดยระบุว่าการจะดำเนินนโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (PD First policy) ในประเทศไทยให้สำเร็จได้นั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และภาคประชาสังคม ช่วยกันเพิ่มความตระหนักรู้และสนับสนุน รวมถึงให้ความร่วมมือกับผู้กำหนดนโยบายจนเกิดการแก้ไขปัญหาย่างยั่งยืนแก่ผู้ป่วยโรคไต ซึ่งยุทธศาสตร์หลักสี่ประการในการขับเคลื่อนกระบวนการบำบัดทดแทนไตในทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับประกาศนโยบายดังกล่าว ได้แก่ 1) การควบคุมต้นทุน ไม่ว่าจะเป็นการต่อรองราคาระดับประเทศ และควบคุมการแข่งขันทางราคาของภาคอุตสาหกรรมภายหลังเริ่มดำเนินนโยบาย 2) แผนการสร้างแรงจูงใจเพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพ 3) การเพิ่มจำนวนและศักยภาพของศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง และ 4) ส่งเสริมให้ศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง เกิดการสร้างเครือข่ายหรือกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยในระดับท้องถิ่น

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาที่กล่าวถึงภาระทางการเงินของโรคไตเรื้อรังที่ซ่อนอยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและนโยบาย PD First policy ของประเทศไทย โดย พรเพ็ญ แสงถวัลย์ และคณะ (2565) (26) ทำการศึกษาในลักษณะภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อประเมินภาระทางการเงินของผู้ป่วยนอกเหนือส่วนที่สามารถเบิกได้จากสิทธิการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะที่ 3 ที่ต้องบำบัดทดแทนไตจำนวน 1,224 ราย จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทุกภูมิภาคทั่วประเทศไทย จำนวน 11 แห่ง ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทบทวนเอกสารทางการแพทย์ ข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์สังคม เช่น รายได้ ค่าอุปโภคบริโภค และรายจ่ายภายในครัวเรือนทั้งหมดเป็นเวลา 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง (out-of-pocket expenditures) ในช่วง 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ทำการแจกแจงข้อมูลออกมาเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และไม่ใช้ทางการแพทย์ ซึ่งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจ่ายเองจะรวมถึงการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม ผลการศึกษาเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเองคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบมากเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และมากเกือบหกเท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 จะเห็นได้ว่าการทำ HD มีส่วนทำให้เกิดความหายนะทางการเงินและค่ารักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการทำ PD และกลุ่มผู้ป่วยในระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต โดยค่าใช้จ่ายในการเดินทางเป็นตัวขับเคลื่อนหลักของภาระทางการเงินดังกล่าว โดยสรุปแม้ว่าจะมีความคุ้มครองการรักษาบำบัดทดแทนไตจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ค่าใช้จ่ายนอกเหนือส่วนที่สามารถเบิกได้จากสิทธิการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังคงสูง และวงเงินดังกล่าวยังคงสูงขึ้นอย่างน่าตกใจในผู้ที่ยากจน ฉะนั้นนโยบาย PD First policy จึงเป็นต้นแบบนโยบายสำหรับกลุ่ม

ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนากลยุทธ์ในการลดความทุกข์ทางการเงินให้เหลือน้อยที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ยากไร้

การรายงานผลลัพธ์จากการดำเนินนโยบายล่างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรกของประเทศไทยภายหลังการดำเนินนโยบาย เป็นที่น่าสนใจว่า พบการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านของระบบสาธารณสุข เช่น อุบัติการณ์ของผู้ป่วยรายใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป การเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ภาระทางการเงินที่เกิดขึ้นทั้งในมุมมองผู้กำหนดนโยบายและผู้ป่วย รวมถึงความต้องการกำลังคนและหน่วยบริการทางการแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการบำบัดทดแทนไตตามประกาศนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

(รายละเอียดของการทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบนโยบายการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงเพิ่มเติมในภาคผนวกที่ ก)

2.2. กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

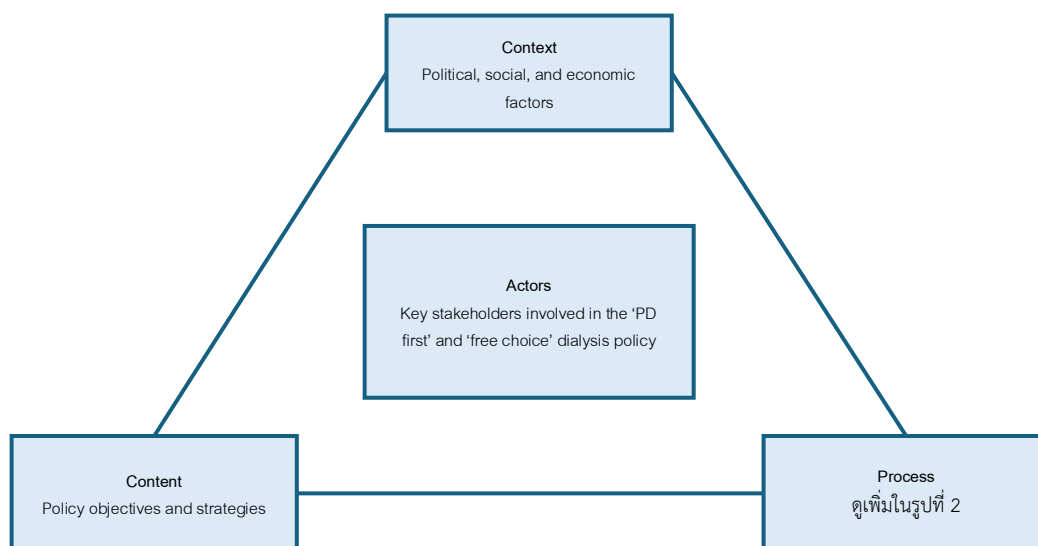
ในการศึกษานี้ “นโยบาย” หมายถึง แนวทางปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสถาบัน องค์กร การบริการ และการจัดการเงินทุนในระบบสุขภาพ (27) โดยคณะผู้วิจัยจะนำเอาหลากหลายกระบวนการมาประยุกต์เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ซึ่งหนึ่งในวัตถุประสงค์หลัก คณะผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์นโยบายโดยอ้างอิงจากการปฏิรูปนโยบายของ Reich (2537) (28) ซึ่งเป็นการปฏิรูปนโยบายผ่านกระบวนการพื้นฐานทางการเมืองที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการกำหนด และการดำเนินนโยบาย อีกทั้งมีการเพิ่มปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิรูปนโยบาย โดย Walt และ Gilson (2537) (29) ภายใต้กรอบแนวคิดตามรูปที่ 1 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีบทบาท (actors) บริบท (context) เนื้อหา (content) และกระบวนการที่จำเป็นต่อการปฏิรูปนโยบาย (29)

การนำกรอบแนวคิดของ Walt และ Gilson มาใช้กับกระบวนการทางนโยบาย ได้มีการเพิ่มรายละเอียดจากการประยุกต์กรอบแนวคิดของ Anderson และคณะ (2527) (30) ตามรูปที่ 2 ซึ่งตามกรอบแนวคิดดังกล่าว คณะผู้วิจัยจะทำการสำรวจกระบวนการทางนโยบายสองรอบ โดยรอบแรกเป็นกระบวนการของนโยบาย PD First ส่วนรอบที่สองเป็นกระบวนการของนโยบายบำบัดทดแทนไตโดยการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม (นโยบายปัจจุบัน พ.ศ. 2565) ซึ่งการศึกษาในรอบแรกจะอภิปรายในประเด็นการบำบัดทดแทนไตถูกรวมอยู่ในวาระของการกำหนดนโยบายได้อย่างไร ตามด้วยการกำหนดทางเลือกและการนำนโยบาย PD First มาใช้ ส่วนการดำเนินการตามนโยบายจะประเมินภายใต้กรอบการดำเนินงานบำบัดทดแทนไตของ International Society of Nephrology (ISN) ที่ระบุแนวทางในการวางแผนและการให้บริการบำบัดทดแทนไตเอาไว้ เช่น การจัดทรัพยากรบุคคล โครงสร้างพื้นฐาน การให้บริการ และการประกันคุณภาพ เป็นต้น (31) หลังจากขั้นตอนการดำเนินงาน คณะผู้วิจัยจะนำเอาการศึกษาหลาย ๆ ชิ้นที่กล่าวถึงประเด็นการประเมินนโยบาย PD First และการมีอยู่ของนโยบายดังกล่าวเป็นเวลากว่า 14 ปีทำได้อย่างไรก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นนโยบายในปัจจุบัน (พ.ศ. 2565) มาทำการอภิปราย ซึ่งจากกระบวนการที่กล่าวมาทั้งหมดจะถูกศึกษาในรูปแบบเดียวกันกับนโยบายปัจจุบันที่เป็นการเลือก

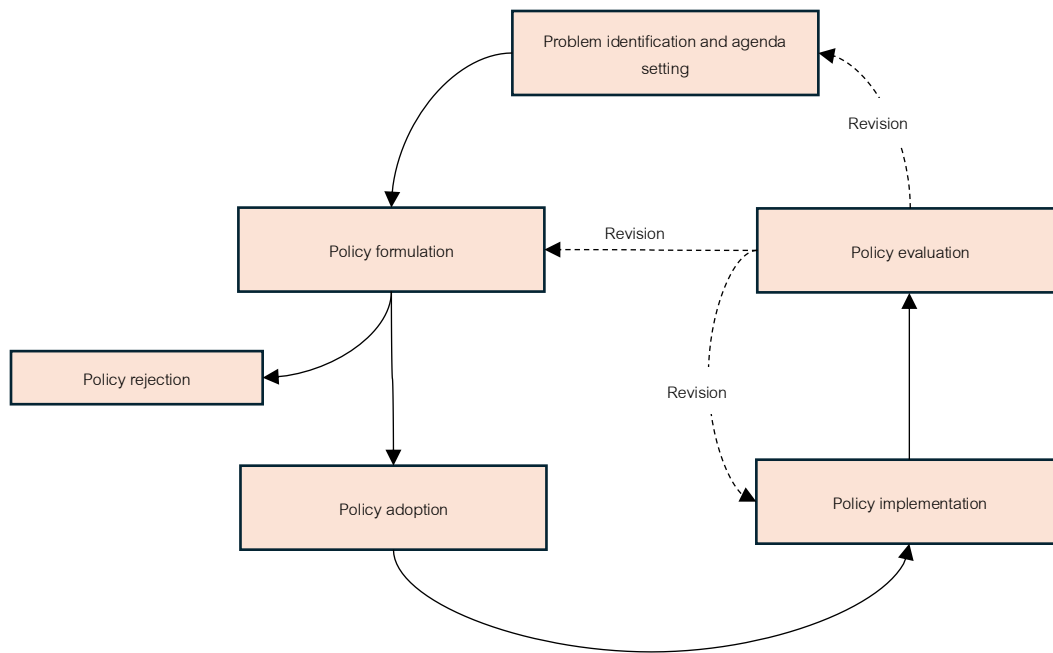
วิธีบำบัดทดแทนไตด้วยการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็นประเด็นสาเหตุของการเปลี่ยนผ่านนโยบาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเริ่มนโยบายจนนำไปสู่การพัฒนา บทบาทของนโยบายที่มีต่อผู้สนองนโยบายในแต่ละระดับ ผลกระทบของนโยบายภายหลังหนึ่งปีที่เริ่มประกาศใช้มีอะไรบ้าง

มีการอธิบายถึงบริบททางการเมืองและเศรษฐกิจสังคมของประเทศไทย รวมถึงบทบาทและหน้าที่ของผู้กำหนดนโยบายที่แตกต่างกันไปในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางนโยบาย ทั้งนี้ปัจจัยทางบริบทอันหมายถึงเงื่อนไขที่มีอยู่ก่อนแล้วเมื่อมีกระบวนการทางนโยบายจะเป็นตัวกำหนดโอกาสและข้อจำกัดสำหรับผู้กำหนดนโยบายในการจัดลำดับความสำคัญในประเด็นปัญหาต่าง ๆ (32) การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะทำให้เข้าใจการกระทำของผู้กำหนดนโยบาย บุคคลและองค์กรต่าง ๆ ว่ามีอิทธิพลอย่างไรในการตัดสินใจเชิงนโยบาย วิเคราะห์ใช้อำนาจในการกำหนดนโยบาย ซึ่งเป็นประเด็นที่ไม่ค่อยได้รับการกล่าวถึงมากนักในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายต่าง ๆ (33, 34) ดังนั้นการศึกษานี้จะศึกษาถึงการใช้อำนาจของผู้กำหนดนโยบายผ่านการประเมินความตั้งใจ ความสนใจ ตำแหน่ง และการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ รวมถึงพิจารณาปัจจัยนำเข้าทางนโยบายอื่น ๆ ด้วย (35, 36) เช่น หลักฐานเชิงประจักษ์ ค่านิยม และประสบการณ์ เป็นต้น ที่จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบนโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (35, 36)

มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสองนโยบายบำบัดทดแทนไต โดยจะเปรียบเทียบให้เห็นถึงความเหมือนและความต่างของนโยบาย ปัจจัยและอุปสรรคในการกำหนดนโยบาย รวบรวมการแลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายทั้งจากผู้ปฏิบัติการไปจนถึงนักวิชาการระดับนานาชาติ เพื่อเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศไทยและนำมาประยุกต์ใช้สำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางต่อไป



รูปที่ 1 The policy triangle framework (29)



รูปที่ 2 The policy process framework (30)

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed method research design) ทั้งเชิงคุณภาพ (qualitative approach) และเชิงปริมาณ (quantitative approach) โดยแบ่งระเบียบวิธีวิจัยออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

3.1.การทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review of literature)

การทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการจะตอบคำถามการวิจัยหลักสองข้อ:

1) กระบวนการทางนโยบายของบริการบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่การวางแผนหรือการจัดลำดับความสำคัญ การกำหนดรูปแบบของนโยบาย การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล ของนโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (PD First policy) และนโยบายฟอกไตแบบเลือกได้ภายใต้การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม พ.ศ. 2565 ในประเทศไทยเป็นอย่างไร

2) ใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนทางนโยบาย และมีส่วนร่วมอย่างไร

คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในวารสารและวารสารเฉพาะกลุ่ม รวมถึงข่าว เอกสารนโยบาย รายงาน และรายงานการประชุม/การประชุมเชิงปฏิบัติการ บทความวารสารจะถูกค้นหาในฐานข้อมูลวารสารไทยและ PubMed และเราได้ปรึกษากับสมาชิกคณะกรรมการเพื่อเข้าถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง (วารสารเฉพาะกลุ่ม) ที่ไม่มีในโดเมนสาธารณะ แหล่งที่มาและคำค้นหาระบุไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แหล่งที่มา คำค้น และประเภทของบทความ

แหล่งที่มา	คำค้น	ประเภทของบทความ
PubMed	“Thailand” และ (“dialysis” หรือ “peritoneal” หรือ “pd first” หรือ “hemodialysis” หรือ “hd”) และ “polic*”	บทความวารสาร ความเห็น บทบรรณาธิการ
วารสารท้องถิ่น	ค้นหาด้วยมือ	
ค้นหาจาก Google	ค้นหาด้วยมือ	ข่าวสาร บล็อก เอกสาร นโยบาย รายงาน การ ประชุมเชิงปฏิบัติการ/ การประชุม เอกสารทาง กฎหมาย
เว็บไซต์ สปสช.	ค้นหาด้วยมือ	ข่าวสาร บล็อก เอกสาร นโยบาย รายงาน เอกสารทางกฎหมาย
คำแนะนำจาก คณะกรรมการการเรียนรู้	N/A	เอกสารภายใน เอกสาร ทางกฎหมาย บทความ วารสาร

แหล่งที่มา	คำค้น	ประเภทของบทความ
นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย		

คณะผู้วิจัยได้คัดกรองรายการอ้างอิงสำหรับบทความที่เกี่ยวข้องในบทความวารสารที่รวมไว้ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ ข้อมูลอ้างอิงใด ๆ ที่ไม่สามารถเข้าถึงได้จะถูกละเว้น คณะผู้วิจัยจะไม่ติดต่อผู้เขียนเพื่อขอคำชี้แจงหรือเข้าถึงข้อมูลอ้างอิง โดยมีทั้งบทความภาษาอังกฤษและภาษาไทยรวมอยู่ด้วย เกณฑ์ในการคัดเลือกบทความอธิบายไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการคัดเลือกบทความวิชาการ (eligibility criteria)

คุณสมบัติ	เกณฑ์คัดเข้า	เกณฑ์คัดออก
ภาษา	อังกฤษและไทย	-
ที่ตั้ง	ประเทศไทย	-
ผู้เข้าร่วม	ไม่จำกัด	-
หัวข้อการอภิปราย	นโยบายการบำบัดทดแทนไต กระบวนการทางนโยบาย (การกำหนดวาระ/นโยบาย เช่น การศึกษาความคุ้มค่า การนำนโยบายไปใช้ การดำเนินนโยบาย การประเมินผล) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง	ไม่เกี่ยวข้องกับนโยบายการบำบัดทดแทนไต
ประเภทของบทความ	- บทความวารสาร - ความเห็น - บทบรรณาธิการ - รายงาน (เสียง/วิดีโอ) - ข่าว บล็อก และบทความสื่ออื่น ๆ - เอกสารกรรมธรรม์ - การดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ/การประชุม - เอกสารทางกฎหมาย - รายงาน	บทความย่อการประชุม
ช่วงเวลา	ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2551-2566	-
รูปแบบวิจัย	ไม่จำกัด	-
อื่น ๆ	-	ไม่สามารถเข้าถึงวิจัยฉบับเต็มได้

ขั้นตอนการตรวจสอบบทความ คณะผู้วิจัยได้อธิบายไว้ในตารางที่ 3 โดยคณะผู้วิจัยใช้โปรแกรม EndNote x9 เพื่อคัดกรองบทความและลบบทความที่ซ้ำกันออกโดยอัตโนมัติ ข้อความฉบับเต็มจะได้รับการตรวจสอบสำหรับคุณสมบัติ บทความที่รวบรวมไว้จะได้รับการทบทวนและแยกออกเป็นแผนงานในโปรแกรม Excel สำหรับในแต่ละส่วน ในตารางที่ 4 เพื่อขยายขอบเขตของคำถามการวิจัยหลักข้างต้น รายการอ้างอิงของข้อความฉบับเต็มจะถูกคัดกรองและแยกออกมาหากมีความเกี่ยวข้อง สำหรับวารสารเฉพาะกลุ่มจะได้รับการประเมินคุณสมบัติและคัดแยกโดยใช้เอกสารแยกข้อมูลเดียวกัน รายการอ้างอิงจะถูกตรวจสอบด้วยหากมี

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการตรวจสอบบทความ

ขั้นตอน	กระบวนการ
การพิสูจน์บทความ	บทความที่ระบุผ่านการค้นหาฐานข้อมูล
การคัดกรองบทความ	ระบุและลบบทความที่ซ้ำกัน
	บทความที่ถูกกลบออกโดยการคัดกรองชื่อเรื่อง/บทคัดย่อ
เกณฑ์คุณสมบัติบทความ	เนื้อหาฉบับเต็มได้รับการประเมินคุณสมบัติ
	รายการอ้างอิงของบทความที่เข้าเกณฑ์จะถูกประเมินความเหมาะสมของคุณสมบัติ
การคัดแยกบทความ	การแยกบทความที่เข้าเกณฑ์ไว้

ตารางที่ 4 รายการที่คัดแยก

หัวเรื่อง	พื้นที่สำรวจจากวรรณกรรม
ตัวระบุแหล่งที่มา (ประเภท แหล่งที่มา ผู้เขียนคนแรก ชื่อ เอกสาร ปี	N/A
การกำหนดวาระการประชุม	ปัจจัยที่ส่งผลต่อประเด็น (การฟอกไต) ให้สปซ. พิจารณาในระยะกำหนดวาระการประชุม (ใน พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2565)
การกำหนดเนื้อหา	- เนื้อหาของนโยบายทั้งสอง - เนื้อหาของนโยบายทั้งสองได้รับการพัฒนาอย่างไร - ข้อมูลนโยบายที่สนับสนุนกระบวนการตัดสินใจ (ประเภทของหลักฐานที่รวมอยู่ในการตัดสินใจและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจัดทำหลักฐาน)
การดำเนินการ	- กลยุทธ์การดำเนินงานของทั้งสองนโยบาย - ความพร้อมของระบบการรักษาพยาบาลเมื่อมีการนำนโยบายทั้งสองไปใช้ (โครงสร้างพื้นฐาน บุคลากรทางการแพทย์ เครื่องอุปโภคบริโภค ฯลฯ)

หัวเรื่อง	พื้นที่สำรวจจากวรรณกรรม
	- คุณภาพการบริการของการล้างไตทางช่องท้อง (PD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ระหว่างการดำเนินการตามนโยบายทั้งสอง (ใบอนุญาต ฯลฯ) - ข้อมูลนโยบายที่สนับสนุนกระบวนการดำเนินการ (ประเภทของหลักฐานที่รวมอยู่ในการตัดสินใจและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจัดทำหลักฐาน)
การประเมินและติดตามผล	- นโยบายล้างไตทางช่องท้อง: ผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและการจัดหาเงินทุน ผลกระทบที่ตามมาโดยไม่ได้ตั้งใจ - นโยบายฟอกไตแบบเลือกได้ภายใต้การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วม พ.ศ. 2565: ผลกระทบที่ส่งผลโดยตรงของนโยบายด้านคุณภาพการบริการและการเงิน ผลกระทบที่ตามมาโดยไม่ได้ตั้งใจ - การติดตามทั้งนโยบายและประเภทของฐานข้อมูลและตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลลัพธ์ - ข้อมูลนโยบายที่สนับสนุนการประเมิน (ประเภทของหลักฐานที่รวมอยู่ในการตัดสินใจและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจัดทำหลักฐาน)
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง	- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการนโยบาย (ชื่อสถาบัน/ชื่อบุคคล) - ความรับผิดชอบของพวกเขาและพวกเขามีส่วนร่วมอย่างไร

3.2.การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม

(1) รูปแบบการวิจัย (research design)

เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1-3 คณะผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแนวทางการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) โดยมีการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) ในผู้ที่มีบทบาทสำคัญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย

(2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

คณะผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (informants) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (snowball sampling) จำนวน 20-30 คน โดยครอบคลุมกลุ่มผู้มีบทบาทสำคัญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) กองทุนประกันสุขภาพ (payer) 2) ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ 3) สมาคมวิชาชีพ 4) บุคลากรผู้ให้บริการบำบัดทดแทนไต เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น 5) ผู้แทนบริษัทเอกชน ทั้งจากบริษัทผู้ผลิตและจัดจำหน่ายอุปกรณ์หรือวัสดุเพื่อการบำบัดทดแทนไต และหน่วยบริการบำบัดทดแทนไตเอกชน 6) ตัวแทนผู้ป่วยโรคไต และ 7) นักวิชาการ

การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการโดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการสัมภาษณ์ในรูปแบบการพบกันโดยตรง (face-to-face interview) หรือเก็บข้อมูลทางไกลผ่านระบบออนไลน์ตามความ

สะดวกของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาประมาณ 60-90 นาที ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยจะขอความยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง รวมถึงการขออนุญาตบันทึกเสียงในรูปแบบแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์เพื่อนำข้อมูลบันทึกเสียงไปแปลงเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

กลุ่มตัวอย่างของสถานพยาบาลในการศึกษานี้จะครอบคลุมสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย ซึ่งจะถูกคัดเลือกแบบเจาะจงโดยคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย⁸ (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand)

(3) การอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion)

คณะผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (informants) สำหรับการอภิปรายกลุ่มแบบเจาะจง โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน ได้แก่ 1) บุคลากรผู้ให้บริการบำบัดทดแทนไต เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น 2) ผู้แทนบริษัทเอกชน ทั้งจากบริษัทผู้ผลิตและจัดจำหน่ายอุปกรณ์หรือวัสดุเพื่อการบำบัดทดแทนไต และหน่วยบริการบำบัดทดแทนไตเอกชน และ 3) ตัวแทนผู้ป่วย

การอภิปรายกลุ่มดำเนินการโดยการใช้แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม 90-120 นาที มีผู้ดำเนินการอภิปราย (moderator) 1 คน และผู้สังเกตและบันทึกข้อมูล (observer) 1 คน และกลุ่มการอภิปรายคนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogenous group) เพื่อให้เกิดความสะดวกใจในการเปิดเผยข้อมูล ไม่เกิดการชี้นำโดยผู้อาวุโสในการอภิปราย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้คณะผู้วิจัยสามารถควบคุมคุณภาพของการอภิปรายกลุ่มได้

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยจะขอความยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง รวมถึงการขออนุญาตบันทึกเสียงในรูปแบบแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์เพื่อนำข้อมูลบันทึกเสียงไปแปลงเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

หมายเหตุ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ สามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ ภาคผนวก ก

(4) การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

คณะผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม ด้วยวิธีวิเคราะห์ตามปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological approach) ซึ่งมุ่งทำความเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ทางนโยบายที่เกิดขึ้น โดยความหมายที่การวิเคราะห์นี้สนใจคือ ความหมายในทัศนะของผู้ที่ได้ปรากฏการณ์นั้น ๆ จากนั้นทำการจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมจากแหล่งต่าง ๆ เป็นรายประเด็น สุดท้ายรายงานผลการศึกษา

คณะผู้วิจัยดำเนินการประกันคุณภาพการศึกษาโดยการสอบทานข้อมูลแต่ละประเด็นที่รวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (triangulation) โดยเริ่มการสอบทานตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากพบความไม่สอดคล้องซึ่งกันและกันของข้อมูล คณะผู้วิจัยจะหาสาเหตุหรืออธิบายความแตกต่างของข้อมูลในประเด็นนั้น ๆ และหาข้อยุติ หากไม่สามารถหาข้อยุติได้ คณะผู้วิจัยจะนำเสนอความแตกต่างที่พบในการอภิปรายผลการศึกษาเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายต่อไป

⁸ คณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand) ประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตทั้งในไทยและต่างประเทศ นักวิชาการด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ

3.3.การวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการบำบัดทดแทนไต (data analysis on kidney replacement therapy)

(1) รูปแบบการวิจัยและฐานข้อมูล (research design and databases)

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (retrospective secondary data analysis) โดยรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดจากหลายแหล่งข้อมูล โดยแหล่งข้อมูลแต่ละแหล่งมีลักษณะของข้อมูลและความครอบคลุมกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 รายละเอียดแหล่งข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์และแหล่งที่มา

ลำดับ	ชื่อแหล่งข้อมูล	ผู้กำกับดูแล	รายละเอียดและข้อจำกัด โดยสังเขป
1	ระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Chronic Kidney Disease_Disease Management Information System : CKD_DMIS)	สปสช.	ข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วย การเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต การเบิกจ่ายบริการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทดแทนไต ทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต (ครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิ สปสช. และสิทธิอื่น ๆ ที่มีการใช้ระบบร่วมกัน ยกเว้นสิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง)
2	ระบบบันทึกและประมวลผลข้อมูลทางการแพทย์ (e-Claim)	สปสช.	ข้อมูลการเข้ารับบริการและการเบิกจ่าย และรหัสการวินิจฉัยและรหัสหัตถการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งข้อมูลการเสียชีวิต
3	คลังข้อมูลสุขภาพ 52 แห่ง	กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	ข้อมูลตัวชี้วัดการใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัด สธ.
4	ฐานข้อมูลการบำบัดทดแทนไต (Thailand Renal Replacement Therapy registry: TRT registry)	สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย	ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตจากหน่วยบริการ (ลงข้อมูลทุก 6 เดือน)
5	ข้อมูลการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล	กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	ข้อมูลการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล (ครอบคลุมหน่วยบริการเอกชน)

ลำดับ	ชื่อแหล่งข้อมูล	ผู้กำกับดูแล	รายละเอียดและข้อจำกัด โดยสังเขป
6	ข้อมูลแบบประเมินตนเองและการ ตรวจรับรองคุณภาพหน่วยไตเทียม	คณะอนุกรรมการ ตรวจรับรองมาตรฐาน การรักษาโดยการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.)	ข้อมูลการตรวจรับรองคุณภาพหน่วยไต เทียม โดยคณะอนุกรรมการ ตรต.

(2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (population and sample)

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลระดับบุคคลที่มีการปกปิดตัวตนและไม่สามารถเข้าถึงตัวบุคคลได้ (de-identified by encryption) โดยประชากรกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มย่อย ตามรูปแบบการรักษา ดังนี้

- ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD new case)
- ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (PD new case)
- ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เปลี่ยนการรักษาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (shift mode from PD to HD)
- ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเปลี่ยนการรักษาเป็นล้างไตทางช่องท้อง (shift mode from HD to PD)

(3) การจัดการข้อมูล (data management)

การจัดการข้อมูลทำภายใต้แนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ และคณะผู้วิจัยได้ลงนามในหนังสือยอมรับให้เก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับกับผู้กำกับดูแลข้อมูลข้างต้นไว้ด้วยแล้ว โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การขอเข้าถึงข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จากแหล่งข้อมูลข้างต้น
- 2) ทำการดึงข้อมูลตัวชี้วัดที่สนใจ (ตารางที่ 6) จากแหล่งข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์
- 3) ตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์ โดยการสอบถามความไปด้วยกันระหว่างตัวแปรในฐานข้อมูลเดียวกัน และระหว่างฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน
- 4) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอ

ตารางที่ 6 ตัวชี้วัดที่สนใจในการศึกษา

ตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญทางคลินิก
▪ อัตราการเสียชีวิต ▪ ภาวะแทรกซ้อน ▪ อัตราของการเข้ารับรักษาโดยรวมทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ▪ แบ่งเป็นตามกลุ่มโรคได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เป็นต้น ▪ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพการรักษาอื่น ๆ เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค
ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการรักษา (clinical practice pattern)
▪ อัตราและระยะเวลาการเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและใส่สายล้างไตทางช่องท้อง ▪ การเริ่มบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินหรือมิได้เตรียมตัว (unplanned KRT) โดยพิจารณาจากอัตราการเริ่มการบำบัดทดแทนไตแบบผู้ป่วยใน (IPD) และการใช้สายสวนหลอดเลือดดำแบบชั่วคราวในระยะแรก และระยะเวลาในการรอเตรียมเส้นฟอกเลือดแบบถาวรครั้งแรก ความถี่และขนาดของการรักษาผู้ป่วยที่เริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมช่วงแรก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นอาจมีผลให้ผู้ป่วยบางกลุ่มได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตที่ไม่เพียงพอ (inadequate dialysis)
ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วย (patient characteristics)
▪ ข้อมูลทั่วไป: อายุ เพศ ถิ่นที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา และเศรษฐกิจฐานะ ▪ ข้อมูลความเจ็บป่วย: ○ โรคร่วม (co-morbidity) คะแนน Charlson's comorbidity index และ performance status ○ อัตราการใช้บริการโดยเฉพาะ IPD ก่อนการบำบัดทดแทนไต ○ ค่าการทำงานของไต (estimated glomerular filtration rate) ขณะเริ่มบำบัดทดแทนไต ▪ ข้อมูลการบำบัดทดแทนไต: ○ สถานที่ให้การบำบัดทดแทนไต ○ เส้นเลือด (vascular access) ในการบำบัดทดแทนไตครั้งแรก ○ ระยะเวลาการได้ผ่าตัดทำ vascular access ถาวร ○ ขนาดและความถี่ของการได้รับบำบัดทดแทนไต
ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับหน่วยบริการ (service facility) และอุปทานในการรักษา (supply)
▪ จำนวนและการกระจายตัวของหน่วยบริการ ▪ ลักษณะของหน่วย (โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก) ▪ กำลังคน (แพทย์โรคไต/พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการบำบัดทดแทนไต/ศัลยแพทย์หลอดเลือด/รังสีแพทย์สาขารังสีร่วมรักษา

(5) การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบของนโยบายบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่เริ่มมีนโยบายการล้างไตทางช่องท้อง เป็นวิธีแรก (PD First policy) วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 และนโยบายใหม่หลังวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 จนถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยวิเคราะห์แบ่งช่วงเวลาทุก ๆ 5 ปี และคำนึงถึงความแตกต่างของหน่วยบริการ ในแต่ละเขตสุขภาพ รวมทั้งความแตกต่างของหน่วยบริการที่อยู่ในเขตเมืองกับเขตชนบท มีรายละเอียดการ วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

- 1) การรายงานเกี่ยวกับสถานการณ์การบำบัดทดแทนไตภายในประเทศระหว่าง วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551–31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) รายงานข้อมูลเป็นจำนวนนับ (counts) และร้อยละ (percentage) รวมทั้งใช้ แผนภูมิแท่งเพื่อแสดงข้อมูล ใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (interrupted time series analysis; ITS) เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายบำบัดทดแทนไตต่อจำนวนการเข้ารับ บริการ แบ่งข้อมูลเป็น 2 ส่วนได้แก่
 - จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตวิธีต่าง ๆ ในแต่ละช่วงเวลา (active cases) จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ (new case) และผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (shift mode) อัตราการเสียชีวิต แบ่งตามวิธีการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม (HD) การล้างไตทางช่องท้อง (PD) และการปลูกถ่ายไต (KT)
 - จำนวนและการกระจายของหน่วยบริการบำบัดทดแทนไต ศักยภาพ กำลังบุคลากร จากแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการ
- 2) อัตราการเสียชีวิต และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยศึกษาอัตราของการเข้ารับรักษา โดยรวมทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และแบ่งตามกลุ่มโรค ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทาง หัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เป็นต้น และตัวชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพ การรักษาอื่น ๆ เช่น สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค เป็นต้น วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของ ลักษณะของประชากรก่อนและหลังเปลี่ยนนโยบาย โดยแบ่งกลุ่มประชากรเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องรายใหม่ 3) ผู้ป่วยที่มีการ เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตจากการล้างไตทางช่องท้องเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียม และ 4) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต เทียมเป็นการล้างไตทางช่องท้อง โดยทดสอบทางสถิติที่ใช้ ได้แก่ Student's t-test หรือ Wilcoxon rank-sum test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการกระจายเป็นปกติและไม่

ปกติตามลำดับ chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต และความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยดังกล่าว ก่อนและหลังการเปลี่ยนนโยบาย โดยใช้ multivariable logistic regression และ generalized estimated equation (GEE)

โดยมีปัจจัยที่สนใจดังตัวชี้วัดในตารางที่ 6

- 3) วิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนนโยบายต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการรักษา (clinical practice pattern) โดยใช้การทดสอบทางสถิติและปัจจัยจากในตารางที่ 6

โดยประเด็นที่จะศึกษาได้แก่

- อัตราและระยะเวลาการเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และใส่สายล้างไตทางช่องท้อง
- การเริ่มบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินหรือมิได้เตรียมตัว (unplanned KRT) โดยพิจารณาจากอัตราการเริ่มการบำบัดทดแทนไตแบบผู้ป่วยใน (IPD) และการใช้สายสวนหลอดเลือดดำแบบชั่วคราวในระยะแรก ระยะเวลาในการรอเตรียมเส้นฟอกเลือดแบบถาวรครั้งแรก
- ความถี่และขนาดของการรักษาผู้ป่วยที่เริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมช่วงแรก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นอาจมีผลให้ผู้ป่วยบางกลุ่มได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตที่ไม่เพียงพอ (inadequate dialysis)

- 4) การวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์ เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ที่สำคัญทางคลินิก ได้แก่ การเสียชีวิตทุกสาเหตุ การเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคติดเชื้อ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ multivariable cox regression

- 5) การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ (economic analysis) โดยการประมาณการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยใช้ทั้งมุมมองของผู้จ่ายและมุมมองทางสังคม โดยจะคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย

ในการวิเคราะห์ข้างต้นอาจมีข้อจำกัดจากลักษณะของข้อมูลและปัจจัยกวนต่าง ๆ คณะผู้วิจัยวางแผนทำการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) เพิ่มความหนักแน่นของผลการศึกษา โดยการปรับการวิเคราะห์ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน การเปลี่ยนวิธีควบคุมปัจจัยกวนหลาย ๆ รูปแบบ การแทนค่าข้อมูลที่ไมครบถ้วนด้วยวิธี multiple imputation และการวิเคราะห์แบบ multi-level analysis โดยคำนึงความแตกต่างของช่วงเวลา และสถานที่ให้การรักษา

3.4.การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1) รูปแบบการวิจัย (research design)

แนวคิดในการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในงานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำไปใช้ได้จริง ให้การล้าถึงได้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีคุณภาพและความยั่งยืนทางการเงิน และมีหัวใจหลักคือ การกำหนดนโยบายแบบอิงหลักฐาน (evidence-based policy making)

การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในงานวิจัยชิ้นนี้ประกอบด้วยสามขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นที่หนึ่ง การกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายที่วัดผลได้ ขั้นที่สอง การรวบรวมและจัดลำดับความสำคัญของทางเลือกนโยบาย (policy option) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในขั้นที่หนึ่ง และขั้นสุดท้ายคือ การคัดกรองทางเลือกนโยบาย จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและคาดการณ์อนาคต เพื่อการรับมือกับความไม่แน่นอนของปัจจัยที่สำคัญ (key driving forces) โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ตอบโจทย์การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในประเด็นต่างๆ ดังที่แสดงให้เห็นในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ขั้นตอนการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ขั้นตอน	กิจกรรมวิจัยสนับสนุน
1. การกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายที่วัดผลได้	การกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายที่วัดผลได้ จากการวิเคราะห์ • คาดการณ์จำนวนผู้ป่วย • คาดการณ์จำนวนบุคลากร • ต้นทุนและภาระงบประมาณ • ความเต็มใจจ่ายของกองทุน
2. การรวบรวมและจัดลำดับความสำคัญของทางเลือกนโยบาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในขั้นที่หนึ่ง	การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบมีขอบเขต (scoping review) เกี่ยวกับนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึง PD ในต่างประเทศ
	การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตในต่างประเทศ

ขั้นตอน	กิจกรรมวิจัยสนับสนุน
3. การคัดกรองทางเลือกนโยบายและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและคาดการณ์อนาคต เพื่อการรับมือกับความไม่แน่นอนของปัจจัยสำคัญ	การจำลองผลกระทบ เพื่อคัดเลือกรูปแบบนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ด้วยแผนภูมิเชิงสาเหตุ (causal map)
	การจำลองผลกระทบ เพื่อคัดเลือกรูปแบบนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ด้วยฉากทัศน์อนาคต (future scenarios) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบอนาคตศึกษา

3.5.การจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand)

การจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการศึกษา เพื่อพิจารณาร่างข้อเสนอดังกล่าว ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยจะมีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เพื่อนำเสนอระเบียบวิธีวิจัย รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางการเก็บข้อมูลแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงร่วมอภิปรายผลการศึกษา ซึ่งคณะกรรมการจะประกอบไปด้วย ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย International Society of Nephrology แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไตทั้งในไทยและต่างประเทศ นักวิชาการด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ มีรายชื่อ ดังนี้

ตารางที่ 8 รายชื่อคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand)

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
1.	ศ.กิตติคุณ นพ.เกรียง ตั้งสง่า	อายุรแพทย์โรคไต ประธานฝ่ายวิจัยสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์
2.	นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
3.	นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	คณะกรรมการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (กวทช.)
4.	นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)
5.	นพ.วุฒิเดช โอภาสเจริญสุข	นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
6.	ศ. นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์	ศาสตราจารย์ สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
7.	ศ. นพ.เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์	เลขาธิการสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และหัวหน้าหน่วย ปฏิบัติการวิจัยโรคไตและความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8.	พญ.ปิยะธิดา จึงสมาน	อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
9.	รศ. ดร.วรรณฤติ อีสรานุวัฒน์ชัย	หัวหน้าโครงการ และนักวิจัยอาวุโส มูลนิธิเพื่อการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10.	Dr. Vivekanand Jha	Professor & Chair of Global Kidney Health, Imperial College London Immediate Past President ('19 – '21) International Society of Nephrology
11.	Dr. Valerie Luyckx	Associate lecturer, the Renal Division at the Brigham, and Women's Hospital, Harvard Medical School Honorary Associate Professor in Paediatrics and Child Health at the University of Cape Town
12.	Dr. Gloria Ashuntantang	Consultant Nephrologist, Yaounde General Hospital Professor of Medicine, University of Yaounde I
13.	Dr. Fatiu Arogundade	Professor of Medicine and Consultant Nephrologist, Obafemi Awolowo University
14.	Dr. Sydney Tang	Professor of Medicine, The University of Hong Kong
15.	Dr. Laura Sola	Doctor of Medicine, Universidad de la República de Uruguay

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลจากบุคคลด้วยการสัมภาษณ์ ดังนั้นเพื่อเป็นการรักษาสีติของอาสาสมัครและปฏิบัติตามวิจัยตามแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (good clinical practice; GCP) โครงการวิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) และได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 COA No.IHRP2024025 IHRP No. 002-2567 (ภาคผนวก ข)

ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษา โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในคน 3 ประการ ได้แก่ (1) การเคารพความเป็นบุคคล (respect for persons) โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการฯ อย่างครบถ้วน แก่อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินยอมให้คณะผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลการวิจัย (2) หลักของผลประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (beneficence/non-maleficence) ข้อมูลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและการพัฒนานโยบายบำบัดทดแทนไตของประเทศไทย และ (3) หลักของความยุติธรรม ซึ่งโครงการนี้มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คัดออกที่ชัดเจน นอกจากนั้นยังตระหนักในเรื่องการปกป้องสิทธิมนุษยชน คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้รับการศึกษาเป็นความลับ ไม่มีข้อมูลที่ระบุ (identifier) ถึงตัวผู้ป่วย ไม่เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ไม่เปิดเผยข้อมูลที่ได้มาให้กับบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

บทที่ 4 กิจกรรมภายในโครงการวิจัย

4.1. การจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand)

มีการจัดประชุมคณะกรรมการฯ ภายใต้หัวข้อ “การถอดบทเรียนจากนโยบายบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาร่างข้อเสนอต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยจะเป็นการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เพื่อนำเสนอระเบียบวิธีวิจัย รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางการเก็บข้อมูล แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงร่วมอภิปรายผล การศึกษา จัดประชุมทั้งสิ้น 2 ครั้ง

- 1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระหว่างวันที่ 29-31 มกราคม พ.ศ. 2567 ณ โรงแรม เดอะ คาวัลรี คาซ่า รีสอร์ท จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 2) การประชุมนำเสนอผลการศึกษา (ประชุมผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์) วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 เวลา 10.30–13.00 น.

4.2. การเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการและทีมเลขานุการ คณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดูเพิ่มใน ภาคผนวก จ

คณะทำงานฯ มีระยะเวลาในการทำงานทั้งสิ้น 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่ประกาศคำสั่งแต่งตั้งจาก สปสช. ซึ่งมีการจัดประชุมคณะทำงานนำเสนอผลการศึกษา รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง

ตารางที่ 9 กำหนดการประชุมคณะทำงานพัฒนานโยบายล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2567

ครั้งที่	วันที่
1	วันพุธที่ 19 มิถุนายน
2	วันพุธที่ 3 กรกฎาคม
3	วันพุธที่ 4 กันยายน
4	วันพฤหัสบดีที่ 12 กันยายน
5	วันพุธที่ 2 ตุลาคม

4.3. การจัดประชุมคณะทำงานย่อย พัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนของการจ่ายเงิน

คณะทำงานย่อยฯ ส่วนของการจ่ายเงิน เป็นคณะทำงานเฉพาะกิจที่ได้รับความร่วมมือจากแพทย์และพยาบาลโรคไตที่สมัครใจเข้าร่วมสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานหลักในส่วนของหลักฐานทางวิชาการ และร่วมออกแบบหลักเกณฑ์รวมถึงแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรทางการแพทย์ของโรคไตให้เหมาะสมและเป็นธรรม โดยมีรายชื่อคณะทำงานดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 รายชื่อคณะทำงานย่อยฯ ส่วนของการจ่ายเงิน

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
1	นพ.กมล โฆษิตรังสิกุล	อายุรแพทย์โรคไต (HD) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2	นพ.สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์	อายุรแพทย์โรคไต (PD) โรงพยาบาลชัยภูมิ
3	ผศ.พิเศษ พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์	เลขา Service Plan สาขาไต กรมการแพทย์
4	พว.สุชาติ บุญแก้ว	พยาบาลโรคไต (อดีตนายกสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย)
5	ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
6	นพ. จิรัฏฐ์ พรณจิตต์	อายุรแพทย์โรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
7	จิราธร สุตะวงศ์	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8	ธณัยนันท์ ขวนไชยะกุล	มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9	นัชชา ยงพิพัฒน์วงศ์	สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ตารางที่ 11 กำหนดการประชุมคณะทำงานย่อยฯ ส่วนของการจ่ายเงิน พ.ศ. 2567

ครั้งที่	วันที่
1	วันจันทร์ที่ 12 สิงหาคม
2	วันอังคารที่ 27 สิงหาคม
3	วันอังคารที่ 24 กันยายน
4	วันพฤหัสบดีที่ 17 ตุลาคม

4.4. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องระบบการให้บริการบำบัดทดแทนไต พลวัตรระบบและฉกัทัศน์อนาคต

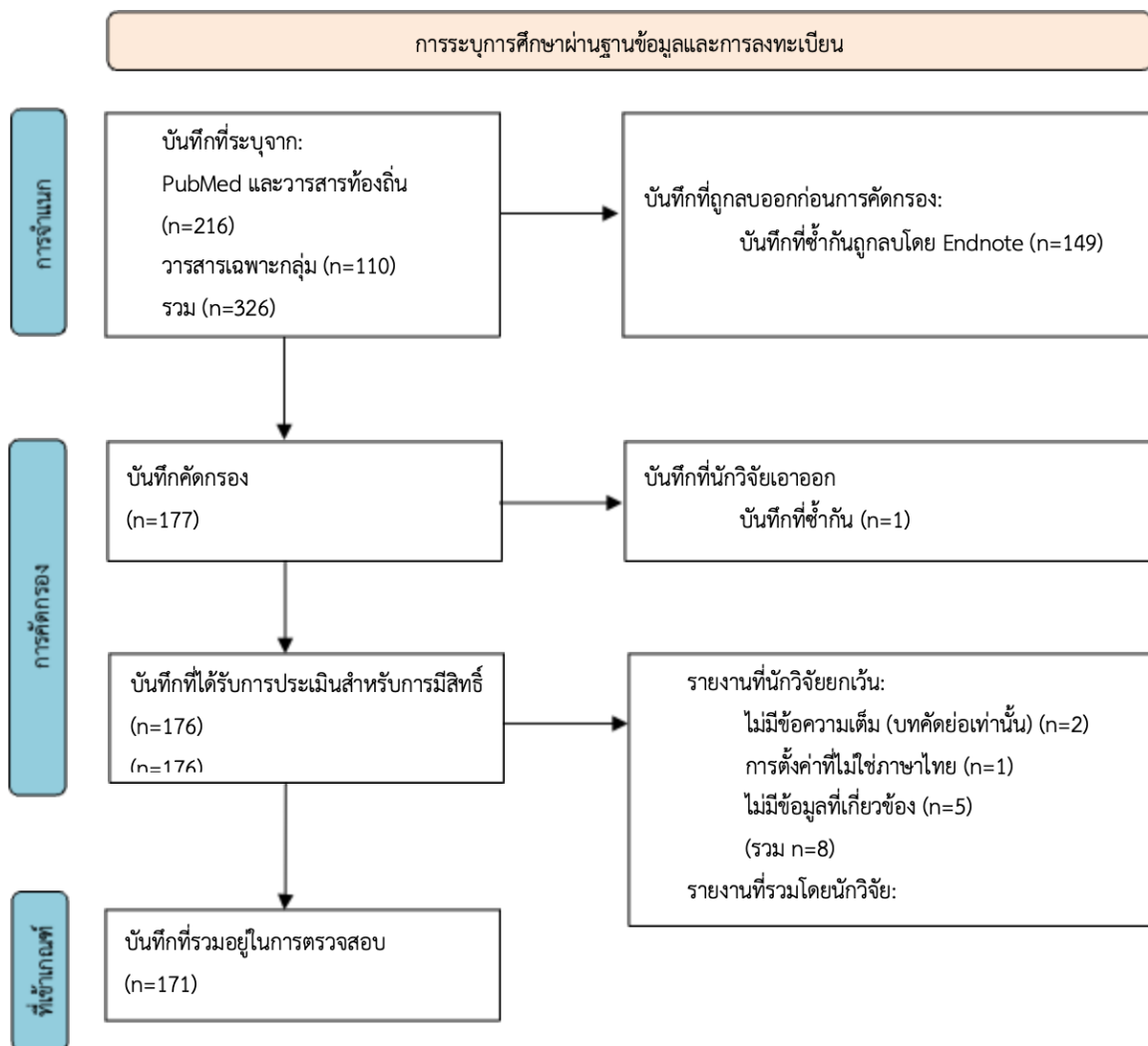
กิจกรรมจัดขึ้นในวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เวลา 09.00–16.00 น. ณ ห้องประชุมกรุงเทพ 3 โรงแรม เซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ

วัตถุประสงค์ของการจัดประชุม เพื่อทบทวนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วย และผลกระทบที่อาจเกิดต่อผู้ป่วยและระบบการให้บริการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะไปสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนานโยบายล่างไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป โดยสามารถเข้าถึงเอกสารประกอบการอบรมได้ในโฟลเดอร์หมายเลข 2 และภาพประกอบการจัดประชุมสามารถดูได้ในภาคผนวก ค

บทที่ 5 ผลการศึกษา

5.1.ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการ (rapid review of literature)

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบเร่งกระบวนการในประเด็นกระบวนการทางนโยบาย และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อนโยบายการบำบัดทดแทนไตใน พ.ศ. 2551 และ 2565 ผลการทบทวนวรรณกรรมพบบทความที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 171 บทความตามแผนภาพ PRISMA ในรูปที่ 3



รูปที่ 3 PRISMA flow diagram

จากบทความจำนวน 171 รายการที่ได้รับรวบรวมไว้สำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างรวดเร็ว ซึ่งประกอบด้วย บทความในวารสารและเอกสารนโยบาย รายงานการประชุม การนำเสนอ ผลการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นถึง เรื่องราวของการพัฒนานโยบายบำบัดทดแทนไตล่าสุดของประเทศไทย โดยอธิบายไว้ ดังนี้

การพัฒนาของนโยบายบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน

แม้ว่านโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรกในประเทศไทย (PD First policy) จะประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูง แต่ก็ได้พบความท้าทาย คำวิจารณ์ และได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภายในประเทศไทย โดย พ.ศ. 2554 มีตัวแทนผู้ป่วยโรคไตเรียกร้องให้เพิ่มบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเข้าสู่ ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต้องจ่าย ค่ารักษาด้วยตนเอง (ผู้ป่วยไม่สมัครใจรับบริการล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก) (37) โดยนโยบายล้างไตทาง ช่องท้องเป็นทางเลือกแรกนั้น ครอบคลุมค่าบริการที่สามารถเบิกจ่ายการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถล้างไตทางช่องท้องได้เท่านั้น (ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้วยเกณฑ์ทางคลินิก ไม่สามารถรับการล้างไต ทางช่องท้องได้) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่มีข้อห้ามในการล้างไตทางช่องท้องแต่ต้องการที่จะฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการเอง (38)

ใน พ.ศ. 2555 มีประเด็นถกเถียงกันในเรื่องประสิทธิภาพของการล้างไตทางช่องท้องเมื่อเทียบกับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม (39) แม้ว่าจะมีหลักฐานทางวิชาการ เรื่องการติดเชื้อในผู้ป่วยและจำนวนผู้เสียชีวิตในกลุ่ม ผู้ที่ล้างไตทางช่องท้องลดลง ซึ่งไม่แตกต่างเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมี นัยสำคัญ (40, 41) ถึงอย่างนั้นเรื่องประสิทธิภาพของการล้างไตทางช่องท้องยังเป็นที่ถกเถียงกันตลอดมา

ความท้าทายจากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เกิดความกดดันทางการเมืองและการเลือกตั้งใน พ.ศ. 2566 ก่อให้เกิดความไม่แน่นอนของระบบอำนาจทางการเมือง โดยในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการออกนโยบายเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต ที่อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการ ล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้เป็นการรักษาทางเลือกแรก นโยบายนี้ครอบคลุม ค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยที่เคยต้องจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเอง (42) นโยบายฯ ใหม่ให้ความสำคัญในการร่วมกันตัดสินใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการ บำบัดรักษา (42)

นโยบายฯ ใหม่นี้มีความท้าทายในการดำเนินงาน เช่นเดียวกับนโยบายล้างไตทางช่องท้องเมื่อ พ.ศ. 2551 ที่ระบบสาธารณสุขไปจนถึงบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างเพียงพอ (42) ดังนั้นเพื่อบรรเทาปัญหาดังกล่าว สปสช. จึงได้อนุญาตให้หน่วยไตเทียมที่ ขึ้นทะเบียนใหม่กับสปสช. ให้บริการฟอกเลือดได้โดยไม่ต้องมีใบรับรองคุณภาพมาตรฐานการรักษาจาก คณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) ซึ่งประเด็นนี้ส่งผล เสียไปถึงคุณภาพของการให้บริการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วย (39) โดยมีการรายงานระบุว่าหน่วยไตเทียมมีการ

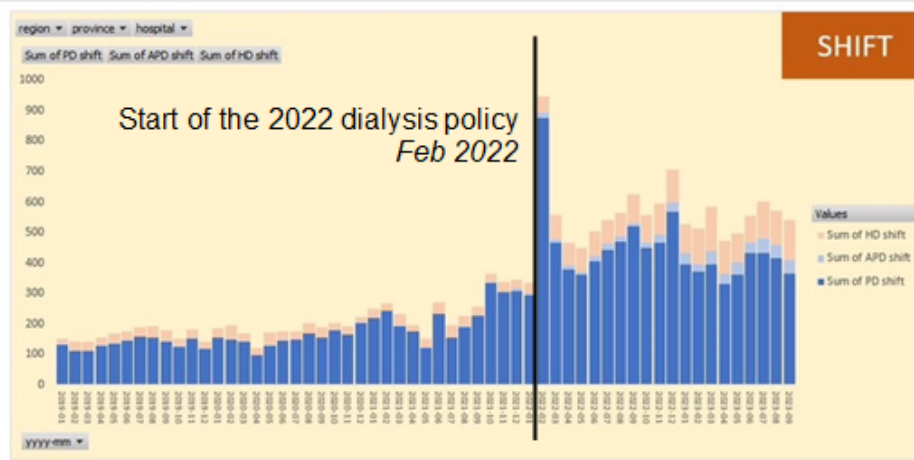
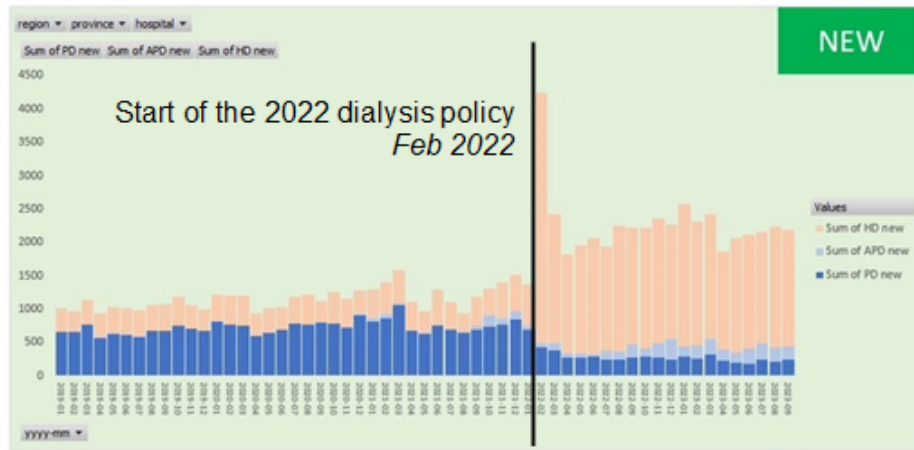
เพิ่มรอบการฟอกเลือดต่อวัน (จาก 3 รอบเป็น 4 รอบต่อวัน) ซึ่งส่งผลให้คุณภาพในการให้บริการลดลง นอกเหนือจากนั้น ตัวเลขจำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยภายใน 90 วันแรกของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23 ใน พ.ศ. 2565 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า (43)

ความกังวลข้างต้นได้เพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาถึงความบกพร่องในการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เนื่องจากแรงจูงใจจากผลประโยชน์ทางการเงิน (44) ผู้เข้าร่วมในการสนทนานโยบายโรคไตและผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวถึงการที่หน่วยไตเทียมส่วนมากถูกบริหารโดยภาคเอกชนและมีการเพิ่มผลประโยชน์เป็นเงินจำนวน 200–500 บาทแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ (45)

นโยบายบำบัดทดแทนไตนโยบายใหม่นี้ ไม่เพียงเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการฟอกเลือดเท่านั้น แต่รวมไปถึงการเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต จากการล้างไตทางช่องท้อง เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากความต้องการที่สูงขึ้นนี้ทำให้ต้องใช้งบประมาณจากสปสช. เป็นจำนวนมาก และใน พ.ศ. 2565 ได้มีการอนุมัติเงินจำนวนสองพันล้านบาทเพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (44) งานวิจัยใน พ.ศ. 2565 โดย Sangthawan และคณะ (พ.ศ. 2565) กล่าวว่า การประเมินค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (26) ประเด็นนี้ทำให้เกิดคำถามขึ้นมว่า ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ผู้ป่วยฟอกเลือดจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบหรือไม่

แม้ว่ามีความท้าทายเกิดขึ้น นโยบายล้างไตใหม่ก็ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระที่จะเลือกวิธีการล้างไตที่เหมาะสมกับตนเอง ทางสปสช. มั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถปรึกษาหารือกับแพทย์ ไม่เพียงเฉพาะเกี่ยวกับปัจจัยทางกายภาพ แต่รวมไปถึงทางการเงินและทางสังคม กระทรวงสาธารณสุขได้มีการสนับสนุนให้เกิดการฝึกและเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต ศัลยแพทย์หลอดเลือด และพยาบาลโรคไต เพื่อตอบรับกับความต้องการที่สูงขึ้น (42) นอกจากนี้ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้มีการฝึกพนักงานที่ประจำอยู่ที่หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อให้สามารถให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกวิธีการล้างไตที่เหมาะสมได้ (42)



รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566: จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต

ที่มา: ฐานข้อมูล สปสช. พ.ศ. 2566 (45)

5.2.ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม

5.2.1. การเก็บข้อมูลและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้คือการถอดบทเรียนจากนโยบายบำบัดทดแทนไตของประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2551 จนถึง พ.ศ. 2565 เพื่อเข้าใจถึงสภาวะแวดล้อม (policy environment) และการดำเนินงาน (policy implementation) ของนโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้น จึงจำเป็นที่ต้องอาศัยการวิจัยแบบผสมวิธี (mix-method) ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยมีเป้าหมายทั้งการสำรวจสภาพแวดล้อม (environmental scan) และการค้นหาประเด็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (46) โดยมีการศึกษานโยบายในเชิงวิพากษ์ที่ต้องการทำความเข้าใจความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้น จึงต้องอาศัยวิธีการศึกษาในเชิงคุณภาพ

ด้วยปรากฏการณ์วิทยา (47) ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยแนวทางการวิจัยแบบปรากฏการณ์ วิทยาเชิงตีความ (interpretive phenomenology) (48) โดยมีการศึกษาเอกสารข้อมูลและประวัติศาสตร์ของการ ปรับเปลี่ยนนโยบายการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย เพื่อกำหนดขอบเขตของกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูล ร่วมกับการใช้วิธี snowball sampling การดำเนินการวิจัยมีการเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม จำนวน 34 คน แบ่งเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 22 คนและการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) 1 กลุ่มจากตัวแทนผู้ป่วยโรคไตจำนวน 12 คน ไม่ได้ดำเนินการอภิปรายกลุ่มในกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากเห็นว่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความอิ่มตัวเพียงพอแล้ว

ทั้งนี้ในการสัมภาษณ์มีคณะผู้วิจัยร่วมกันสัมภาษณ์ครั้งละ 2 คนขึ้นไป โดยภายหลังการ สัมภาษณ์ทุกครั้งมีการสะท้อนคิด สรุปประเด็นสำคัญ ร่วมกันวิเคราะห์และตีความข้อมูลที่ได้ สรุปเป็นข้อค้นพบ เบื้องต้นไปในระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูลไปตามลำดับ เพื่อประเมินความอิ่มตัวของข้อมูลและวางแผนในการ เลือกผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ตามบทบาทที่เกี่ยวข้องกับนโยบายที่ ศึกษาดังตาราง

ตารางที่ 12 สรุปประเภทผู้ให้ข้อมูลและบทบาทที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ องค์กร วิชาชีพ	กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ภาครัฐกิจ เครื่องมือแพทย์
1. แพทย์นักวิจัย HITAP* 2. อธิการบดี สปสช. ผู้ริเริ่ม PD First 3. แพทย์โรคไต ผู้ร่วมพัฒนา PD First 4. นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้ คำนวณงบประมาณ PD First 5. แพทย์ ผู้ร่วมพัฒนา PD First 6. กรรมการ สปสช. 4 คน (ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน และภาคประชาชน 3 คน) 7. กรรมการ ควบคุมคุณภาพ สปสช. 8. แพทย์โรคไต ผู้ดูแลงานโรคไต สปสช. 9. แพทย์โรคไต อดีตประธานคณะกรรมการ โรคไต สปสช. 10. สมาคมแพทย์โรคไต 11. สมาคมพยาบาลโรคไต	1. แพทย์โรคไต รพ.บ้านแพ้ว* 2. สมาคมเพื่อนโรคไต 3. ตัวแทนผู้ป่วยโรคไต จากทุกภูมิภาค จำนวน 12 คน (อภิปรายกลุ่ม) 4. แพทย์ รพ.เมตตาประชารักษ์ 5. พยาบาล HD ศูนย์เอกชน 6. พยาบาล PD รพ.รัฐบาล 7. แพทย์ รพ.บางคล้า 8. อดีตผู้บริหารบริษัท Baxter 9. ผู้แทนบริษัท Baxter 10. ผู้แทนบริษัท Fresenius

* ผู้ให้การสัมภาษณ์นำร่อง (pilot interview)

5.2.2. การพัฒนาโครงร่างประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูล

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการไปควบคู่กับการเก็บข้อมูล เริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์นำร่อง (pilot interview) ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 คน ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนารอบประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 9 ประเด็น (themes) และในระหว่างการทำสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลคนต่อ ๆ มา ได้มีการพัฒนาโครงร่างประเด็นให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับมากขึ้น เมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัวเพียงพอและยุติกระบวนการเก็บข้อมูลแล้ว จึงได้มีการสรุปเป็นกรอบประเด็นในการให้รหัสข้อมูล (coding) และทำการให้รหัสข้อมูลในเอกสารการถอดเทปการสัมภาษณ์ และมีการปรับปรุงรหัส ประเด็นย่อย และประเด็นหลัก อีกครั้งหากมีการค้นพบประเด็นใหม่ ๆ ในขั้นตอนการให้รหัสข้อมูลจากเอกสารการถอดเทป

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลคณะผู้วิจัยได้สรุปประเด็นในการอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนนโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 โดยมีประเด็นหลักและประเด็นย่อย ดังนี้

- 1) ความต้องการและบทบาทของ “เสียง” ของผู้ป่วย (patients’ voices)
- 2) บทบาทของวิชาชีพสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (professionals’ roles)
- 3) เหตุปัจจัยทางการเมือง (politics)
 - 3.1) การเมืองนักการเมือง (politician pro)
 - 3.2) การเมืองของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (healthcare reform)
- 4) ข้อมูลหลักฐานผลงานวิชาการที่ถูกใช้หรืออ้างอิง (evidence use)
- 5) กระบวนการและกลไกนโยบายประกันสุขภาพ (policy making process)
 - 5.1) กระบวนการและกลไกนโยบาย (policy process)
 - 5.2) มุมมองเกี่ยวกับกระบวนการกำหนดนโยบาย (perspective on policy making)
- 6) การเปลี่ยนไปมาระหว่าง PD และ HD (modality selection)
 - 6.1) การดำเนินโรคและการรักษา (nature of disease and treatment)
 - 6.2) ปัจจัยที่กระทบต่อการเลือกแนวทางการรักษา (factors influence selection)
 - 6.3) กระบวนการปรึกษาหารือเรื่องแนวทางการรักษา (counseling process)
- 7) กลไกระบบและอิทธิพลตลาด (market)
 - 7.1) อัตราการจ่ายชดเชย (reimbursement price)
 - 7.2) ทรัพยากร (supply)
 - 7.3) ทรัพยากรบุคคล (human resource)
- 8) หลักการแนวคิดและประเด็นทางจริยธรรม (ethics)
- 9) หลักการแนวคิดและประเด็นด้านการดูแล (care)
 - 9.1) แนวคิดด้านการดูแล (concept of care)

9.2)คุณภาพการดูแล (quality of care)

คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นหลัก 9 ประเด็น และนำมาใช้ในการให้รหัส (coding) ข้อมูลเอกสารการถอดเทปบันทึกเสียง (transcription) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม โดยมีการกำหนดรหัสให้กับแหล่งข้อมูล และนำมาเรียบเรียงเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์จาก 9 มิติ (dimension) เพื่อการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงนโยบายใน พ.ศ. 2565 จากองค์ประกอบสำคัญที่รอบด้าน โดยอธิบายบนฐานของความเข้าใจในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และความเข้าใจถึงความเหมือนและความต่างในด้านต่าง ๆ ของนโยบายบำบัดทดแทนไตใน พ.ศ. 2551 หรือ PD First policy เทียบกับนโยบาย พ.ศ. 2565 ที่ศึกษา นี้ ดังรายละเอียดในหัวข้อ 5.2.2

5.2.3. ข้อมูลพื้นฐานทางการแพทย์และบริบทเชิงเปรียบเทียบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

เพื่อให้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมของการเปลี่ยนแปลงนโยบายมีความชัดเจนมากขึ้น จึงต้องทบทวนพื้นฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์บริบทในเชิงเปรียบเทียบของการเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งที่สำคัญสองครั้ง คือ ใน พ.ศ. 2551 และใน พ.ศ. 2565 ดังนี้

5.2.3.1. ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นโรคที่ค่อย ๆ ลุกลามและส่งผลกระทบไปทั่วโลกในกลุ่มประชากรทั่วไปมากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งมีจำนวนมากกว่า 800 ล้านคน โดยโรคไตเรื้อรังมักพบในผู้สูงอายุ ผู้หญิง ชนกลุ่มน้อย และในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีภาระงบประมาณค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low- and middle-income countries) ซึ่งเป็นประเทศที่ยังขาดแคลนทรัพยากร รวมถึงการสนับสนุนทางการแพทย์เพื่อรับมือกับผลกระทบที่จะตามมา โรคไตเรื้อรังจึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของโลก และเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communication disease) เพียงโรคเดียวที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามจากผลกระทบเชิงลบจากโรคไตเรื้อรังที่เกิดขึ้นก็เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้แต่ละภาคส่วนพยายามป้องกันและทำการรักษาโรคให้ดีขึ้น (49)

ในประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ใน พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกว่า 1,062,756 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2565 ถึง 85,064 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 464,420 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 122,363 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องบำบัดทดแทนไตจำนวน 70,474 ราย (50) ซึ่งจำนวนผู้ที่ต้องบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000–15,000 รายต่อปี (51) จะเห็นได้ว่าแม้ประเทศไทยที่มีระบบสาธารณสุขดีติดอันดับ 1 ใน 10 ของโลก (52, 53) ยังประสบปัญหาในการป้องกันและชะลอไตเสื่อมของประชากรในประเทศ

โดยความเสื่อมของไตสามารถพบได้ในทุกคนเมื่อมีอายุมากขึ้น หรือเกิดจากโรคที่ทำให้ไตมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำงานเปลี่ยนแปลงไป หากความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้นนานมากกว่า 3 เดือนจะเรียกภาวะ

นั่นว่า โรคไตเรื้อรัง อันแสดงได้จากผลทางห้องปฏิบัติการและ/หรืออาการแสดง เช่น พบตะกอนในปัสสาวะ อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate; GFR) น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. เป็นต้น (54) โดยแบ่งระยะของโรคออกเป็น 5 ระยะ ดังตารางที่ 13 (55)

ตารางที่ 13 การประเมินความเสี่ยงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง ตามระดับ GFR และอัลบูมินในปัสสาวะ

KDIGO: Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories				Persistent albuminuria categories		
				Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m²) Description and range	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red: very high risk. GFR, glomerular filtration rate.

จากตารางข้างต้น จะพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะที่ 3a ร่างกายจะเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ อาทิ ภาวะโลหิตจาง อันเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมน erythropoietin ซึ่งไตเป็นแหล่งผลิต ภาวะความผิดปกติของกระดูกและเกลือแร่ เนื่องจากไตไม่สามารถสร้าง active form ของวิตามินดีได้ รวมไปถึงไม่สามารถรักษาสมดุลของระดับเกลือแร่ แคลเซียม และฟอสฟอรัส ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการเสริมสร้างกระดูก ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนตามมา เป็นต้น (54) และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 4 แพทย์โรคไตจะต้องเริ่มวางแผนการรักษาบำบัดทดแทนไตร่วมกันกับผู้ป่วย และทำการบำบัดทดแทนไตเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (51)

ปัจจุบันการรักษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ต้องบำบัดทดแทนไตมีหลายแบบ ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis; PD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis; HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation; KT) และการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) โดยอายุรแพทย์โรคไต จะต้องวางแผนการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เหมาะสม

5.2.3.2. วิเคราะห์บริบทเชิงเปรียบเทียบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2565

นับตั้งแต่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาบำบัดทดแทนไตครั้งแรกใน พ.ศ. 2551 จนถึง พ.ศ. 2565 มีการปรับรูปแบบและเงื่อนไขในการเบิกจ่ายโดยสรุป ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบนโยบายการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2565

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
การบำบัดทดแทนไตกลายเป็นวาระที่สำคัญทางนโยบายของประเทศไทยอย่างไร		
กระแสปัญหา (problem stream)	การบำบัดทดแทนไตไม่ถูกรับรองในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่เริ่มต้นใน พ.ศ. 2545	1) ปัญหาที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้นโยบาย PD First ยังเป็นโรคที่นำไปสู่สถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องชำระเงินเอง (HD self pay) 2) ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้รับความยากลำบากหรือไม่พอใจจากการถูกบังคับให้ต้องล้างไตทางช่องท้องโดยไม่สมัครใจ มีกรณีผู้ป่วยตั้งใจทำให้ตัวเองติดเชื้อเพื่อจะได้เข้าเกณฑ์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยขาดความเข้าใจถึงผลกระทบที่ตามมา 3) การเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องของเครือข่ายผู้ป่วยโรคไตเพื่อแก้ปัญหาความเดือดร้อนของผู้ป่วย รวมถึงการขอพบ รมว.สธ. ในระหว่างการลงพื้นที่เพื่อขอให้ช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วย HD self pay จำนวนประมาณ 6 พันคน

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
กระแสนโยบาย (policy stream)	ผลการวิเคราะห์เชิงนโยบายของการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ถ้วนหน้าแล้วเสร็จและมีข้อเสนอแนะที่เป็น รูปธรรม	1) การแก้ปัญหาสถานะเจ็บป่วยจน ล้มละลาย เป็นหลักการสำคัญที่สุด ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ ประเทศไทย 2) PD First policy มีข้อจำกัดเรื่องการ บังคับให้ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจต้องเริ่ม ด้วยการล้างไตทางช่องท้อง แม้จะไม่ เชื่อมั่นหรือมีข้อจำกัดจากบริบททาง สังคม เนื่องจากพิจารณาเกณฑ์ทาง คลินิกเท่านั้น 3) การ “ปรับ” นโยบายของชุดสิทธิ ประโยชน์ที่มีอยู่แล้วมีกระบวนการที่ เข้มข้นน้อยกว่าการเพิ่มใหม่ 4) งบประมาณที่ถูกใช้สำหรับบริการ บำบัดทดแทนไต ยังไม่เกินจากที่ คาดการณ์ไว้ก่อนเริ่ม PD First policy 5) การพิจารณาโดยคณะกรรมการ หลายชุดสนับสนุนการปรับและ คาดการณ์ว่าใช้งบประมาณเพิ่ม จำนวนไม่มาก 6) การขาดการสื่อสารระหว่างสปสช. และ ‘คณะกรรมการไตใหญ่’ ก่อน เริ่มประกาศใช้นโยบาย ทำให้ข้อเสนอ การปรับนโยบายขาดการมีส่วนร่วม ของผู้เชี่ยวชาญในการประเมิน คาดการณ์ และการเตรียมการรองรับ ผลไม่พึงประสงค์
กระแสการเมือง (politics stream)	รัฐบาลไทยตัดสินใจให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัสอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ใน ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุม เอดส์โรคที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2547 ทำให้เกิดข้อเรียกร้องให้ การบำบัดทดแทนไตบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์	1) ร ม ว . ส ธ . ใน ฐ า น ะ ป ระ ธ า น คณะกรรมการหลักประกันฯ มี เป้าหมายชัดเจนที่ผลักดันเรื่องนี้ให้ได้ 2) นโยบายหลักประกันสุขภาพเป็น ผลงานที่ทำให้นักการเมืองเป็นที่ ยอมรับ และเป็นช่วงเวลาที่มีการ

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	ด้วย เพราะการรักษาทั้งสองถูกกำหนดให้อยู่ นอกชุดสิทธิประโยชน์ด้วยเหตุผลเดียวกัน คือ ยังไม่มีความพร้อมของระบบบริการ	เตรียมการก่อนการเลือกตั้งทั่วไป พ.ศ. 2566
หน้าต่างทางนโยบาย (policy windows)	รัฐบาลทหารที่เข้ามามีอำนาจระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549–29 มกราคม พ.ศ. 2551 โดยมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นอดีต ปลัดกระทรวงและเทคโนโลยี (นพ.มงคล ณ สงขลา) ซึ่งรัฐบาลทหารนี้ต้องการซื้อใจ ประชาชนให้เห็นว่ารัฐบาลทหารให้ความห่วงใย เรื่องสวัสดิการของประชาชนไม่น้อยไปกว่า รัฐบาลพลเรือนที่เริ่มต้นโครงการประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) และเพิ่งถูก โค่นอำนาจลงไป	เกิดการผลักดันให้มีการปรับนโยบาย บำบัดทดแทนไตอย่างรวดเร็ว (มีเวลา เตรียมการไม่ถึงปี) เพื่อหวังบรรเทาทุกข์ ของผู้ป่วย 6 พันราย ที่อยู่ในสภาวะ เจ็บป่วยจนล้มละลาย เป็นนโยบาย ของขวัญปีใหม่ให้กับประชาชนในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565
สาระสำคัญของนโยบาย (policy content)		
มาตรการที่เบิกจ่ายได้	1. การล้างไตทางช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) รวมการผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง (Tenckhoff catheter: TK) การฟอกเลือดชั่วคราว (temporary HD) เครื่องล้างช่องท้องอัตโนมัติ (automated peritoneal dialysis: APD) น้ำยาล้างไต ยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง (erythropoietin: EPO) การติดตาม ผลการรักษา และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ เกิดจาก CAPD	1. CAPD (56) เหมือนเดิม ยกเว้นยกเลิกการฟอกเลือด ชั่วคราว
	2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) (57) รวมการเตรียมเส้นสำหรับฟอกเลือด ซ่อมเส้น เลือด และทำเส้นเลือดใหม่ตามความจำเป็น บริการฟอกเลือดในกรณีมีข้อห้ามในการทำ CAPD ยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง บริการติดตาม ผลการรักษา และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่ เกิดจาก HD	2. HD (56) ผู้ป่วยทุกรายสามารถเริ่มการบำบัด ทดแทนไตด้วยวิธี HD ได้ฟรีโดยการ ตัดสินใจร่วมกันกับแพทย์

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	• สำหรับผู้ป่วยรายเก่าก่อนวันที่ 1 ต.ค. 2551 และไม่ประสงค์ทำ CAPD การเบิกจ่ายครอบคลุมค่า HD เพียง 2/3 ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย 1/3 ของค่า HD • สำหรับผู้ป่วยใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2551 ที่ไม่มีข้อห้ามในการทำ CAPD และต้องการทำ HD เอง ต้องรับผิดชอบค่าบริการฟอกเลือด และค่าเตรียมเส้นเลือดด้วยตนเอง แต่สามารถเบิกยากระตุ้นเม็ดเลือดแดงได้ (จ่ายเป็นยา) ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2552 เป็นต้นมา รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก HD สามารถเบิกจ่ายได้ตาม DRG กองทุนผู้ป่วยใน	
	3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation: KT) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ค่าผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคสมองตาย/ผู้บริจาคมีชีวิต ค่าบริการผ่าตัด เหม่าจ่ายตามชุดบริการ (protocol) และค่ายากดภูมิคุ้มกันและการติดตามหลังผ่าตัด	3. KT ยังมีความครอบคลุมเหมือนเดิม แต่มีการปรับปรุงเกณฑ์การเบิกจ่ายเล็กน้อย
ผู้ป่วยที่มีสิทธิและเงื่อนไขในการรับสิทธิ	1. CAPD ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage kidney disease; ESKD) ทุกราย สามารถขอรับบริการล้างไตทางช่องท้องได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (58)	1. CAPD เหมือนเดิม โดยให้มีการบันทึกในหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและ/หรือญาติ (counseling and share decision making consent form) (59)
	2. HD (57) <u>เงื่อนไขของการรับสิทธิ HD ได้แก่</u> a. กรณีผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถทำ CAPD ซึ่งต้องเปลี่ยนมาทำ HD แบบ	2. HD ผู้ป่วย ESKD ทุกราย โดยให้มีการบันทึกในหนังสือแสดงการเรียนรู้เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตร่วมกัน

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	ถาวร ตามหลักเกณฑ์และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ทั้งก่อนและหลัง 1 ต.ค. 2551 ผู้ป่วยสามารถรับบริการ HD ได้เลย โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย b. กรณีผู้ป่วยรายเก่า ที่ทำ HD อยู่แล้ว ก่อน 1 ต.ค. 2551 และไม่สมัครใจทำ CAPD สามารถทำ HD ต่อเนื่องได้ โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเฉพาะค่าฟอกเลือด จำนวน 1/3 ของค่าบริการ แต่ไม่เกิน 1,000 บาท/ครั้ง ยกเว้นผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีและมีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น ร่วมจ่ายไม่เกิน 1,200 บาท/ครั้ง และค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยร่วมจ่ายไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง c. กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ที่ไม่สมัครใจทำ CAPD และไม่เข้าเงื่อนไขตามความจำเป็นของการทำ HD หากประสงค์ทำ HD ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าฟอกเลือดเองทั้งหมด (HD self pay)	ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและหรือญาติ (counseling and share decision making consent form) (59)
	3. KT ผู้ป่วย ESKD ทุกราย กรณีที่สามารถหาไตบริจาคได้	3. KT เงื่อนไขเหมือนเดิม
ผู้ให้บริการ และเงื่อนไขของการเป็นผู้ให้บริการ	1. CAPD 1.1. เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถจัดบริการล้างไตทางช่องท้อง 1.2. ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (60) 1.3. บันทึกข้อมูลการบริการ ติดตามการนัดหมายผู้ป่วย และส่งข้อมูลการ	1. CAPD เหมือนเดิม

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	บริการเพื่อเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบโปรแกรม DMIS_CAPD (57)	
	2. HD (61) 2.1. เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2.2. ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของทางสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (60) 2.3. หน่วยบริการต้องได้รับการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) (62) 2.4. บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบโปรแกรม DMIS_HD สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนมี 2 ประเภท (57) ได้แก่ 1) สถานบริการที่สมัครเข้าร่วมให้บริการระยะยาว (ระยะเวลา 12 เดือน) มีสิทธิได้รับการสนับสนุนค่า HD และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ตามที่ สปสช. กำหนดทั้งหมด 2) สถานบริการที่สมัครเข้าร่วมให้บริการระยะสั้น มีสิทธิได้รับการสนับสนุนค่า HD ในอัตรา 1,000 และ 1,500 บาท/ครั้ง เท่านั้น ไม่สามารถเบิกค่าทำเส้น HD ได้	2. HD ปรับเงื่อนไขเพิ่มเติม 2.1. หน่วยบริการต้องเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (63) 2.2. หน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับการส่งต่อเฉพาะด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไม่มีระบุในประกาศ ว่าหน่วยบริการจะต้องได้รับการรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) (64) 2.3. บันทึกและส่งข้อมูลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายผ่านระบบโปรแกรม DMIS_CKD/e-Claim
ผู้จ่ายเงิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และร่วมจ่ายโดยผู้ป่วยในกรณีที่ไม่เข้าเกณฑ์ในการรักษาด้วยวิธี HD	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่มีการร่วมจ่ายอีกต่อไปในทุกกรณี
วิธีการจ่ายเงิน รวมทั้งอัตรา การเบิกจ่าย	1. CAPD (57) 1.1. ค่าบริการ เบิกได้ในอัตราเหมาจ่าย 2,500 บาท/เดือน 1.1.1. การวางสายล้างช่องท้อง Tenckhoff catheter สปสช.	1. CAPD (59, 65) 1.1. ค่าบริการหน่วยบริการ มี 2 ทางเลือกสำหรับการเรียกเก็บค่าบริการ

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	ให้เบิกได้ไม่เกิน 1 เส้น/คน/ปี ยกเว้นบางรายที่มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนมากกว่า 1 เส้น สามารถแจ้ง สปสช. ได้ 1.2. น้ำยาล้างไต (PD-solutions) - CAPD จ่ายไม่เกิน 4 ถุง/วัน หากเกิน ต้องอุทธรณ์ - การล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ (automated peritoneal dialysis; APD) จ่ายไม่เกิน 2 ถุง/วัน หากเกิน ต้องอุทธรณ์ 1.3. ค่าฟอกเลือดชั่วคราว (temporary HD) กรณีที่มีความจำเป็นต้องหยุดทำ CAPD เป็นการชั่วคราว แล้วเปลี่ยนไปทำ HD สามารถเบิกได้ในอัตรา 1,500 บาท/ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 90 วัน และหากเกิน 90 วัน สามารถขอขยายระยะเวลาได้ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน 1.3.1. การเตรียมเส้นฟอกเลือดชั่วคราว (temporary double lumen catheter) อยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว 4,000 บาท/คน/เดือน (58)	a. หน่วยบริการขอรับการสนับสนุนน้ำยาล้างไตและอุปกรณ์ผ่านระบบ VMI - น้ำยาล้างไต สำหรับ CAPD จำนวน 4 ถุง/วัน - น้ำยาล้างไต สำหรับ APD จำนวน 2 ถุง/วัน - Tenckhoff catheter - หน่วยบริการจัดหาเครื่อง APD ให้กับผู้ป่วย b. หน่วยบริการขอรับค่าบริการ ครอบคลุม PD-solutions อุปกรณ์ และการจัดส่งน้ำยาถึงบ้านผู้ป่วย - CAPD = 15,000 บาท/ราย/เดือน⁹ - APD = 18,000 บาท/ราย/เดือน¹⁰ 1.1.1. เพิ่มค่าบริการในการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง (quality of framework) 500 บาท/ราย/เดือน¹¹ 1.1.2. เพิ่มค่าวางสายล้างช่องท้อง Tenckhoff catheter เป็นบริการผ่าตัดแบบไม่ค้างคืน

⁹ อ้างอิงตัวเลขการจ่ายจากประกันสังคม

¹⁰ อ้างอิงจากราคาปัจจุบันที่ สปสช. จ่าย

¹¹ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการ ในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการล้างไตทางช่องท้อง โดยจะมีการจัดลำดับหน่วยบริการจากผลงานการล้างไตตามเกณฑ์ที่กำหนดจากน้อยไปมาก หน่วยบริการที่มีคะแนนรวมตามเกณฑ์คุณภาพมากที่สุด 85 อันดับแรก สปสช. จะจ่ายค่าบริการในการส่งเสริมประสิทธิภาพและคุณภาพการล้างไตทางช่องท้อง แบบเหมาจ่ายในอัตรา 500 บาท/ราย/เดือน

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
		(one day surgery: ODS) โดยจ่ายตาม DRGs และไม่กำหนดจำนวนครั้งในการวางสาย ซึ่งสามารถใช้ได้ตามจริงตามความจำเป็น 1.2. ค่าฟอกเลือดชั่วคราว ยกเลิกการจ่ายค่าบริการชั่วคราว โดยเฉพาะค่าฟอกเลือด 1,500 บาท/ครั้ง เท่านั้น ยกเลิกการจ่ายค่า CAPD รายเดือน และสปสช. จะไม่ส่งน้ำยาล้างไตให้แก่ผู้ป่วยในเดือนที่มีการฟอกเลือดชั่วคราว 1.2.1. เงื่อนไขการเตรียมเส้นฟอกเลือดชั่วคราว เป็นไปตามเกณฑ์การจ่ายลักษณะเดียวกันกับผู้ป่วยฟอกเลือดถาวร
	2. HD (57) 2.1. ค่าบริการฟอกเลือด เบิกได้ในอัตรา 1,500 หรือ 1,700¹² บาท/ครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง/สัปดาห์ a. กรณีผู้ป่วยรายเก่าที่ทำ HD อยู่แล้ว ก่อน 1 ต.ค. 2008 และไม่สมัครใจทำ CAPD สามารถทำ HD ต่อเนื่องได้ โดยสปสช. สนับสนุนค่า HD 2/3 ของค่าบริการ และผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย เฉพาะค่า HD 1/3 ไม่เกิน 1,000 บาท หรือไม่เกิน 1,200 บาท กรณีผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีและมีโรค	2. HD (59, 65) 2.1 ค่าบริการฟอกเลือด มี 2 รูปแบบ โดยยกเลิกการจ่าย 1,700 บาท/ครั้ง (56) a. ฟอกเลือดเหมาจ่าย 1,500 บาท/ครั้ง และฟอกเลือดกรณี HIV เหมาจ่าย 4,000 บาท/ครั้ง b. ฟอกเลือดเหมาจ่าย 1,300 บาท/ครั้ง หรือ 3,800 บาท/ครั้ง เหนารวมค่าอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ

¹² ค่าฟอกเลือด 1,700 บาท: กรณีผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอวัยวะอื่น ๆ กลุ่มความเสี่ยงสูง (หัวใจ ปอด ตับ) หน่วยบริการที่ลงทะเบียนต้องมีหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Unit; ICU)

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	เรื่องเกี่ยวกับอวัยวะอื่น ร่วมจ่ายไม่เกิน 1,200 บาท/ครั้ง และค่าบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง¹³ แต่ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยร่วมจ่ายไม่เกิน 500 บาท/ครั้ง b. กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ไม่สมัครใจทำ CAPD และไม่เข้าเงื่อนไขตามความจำเป็นของการทำ HD หากประสงค์ทำ HD ต้องรับผิดชอบค่าฟอกเลือดเอง (HD self pay) 2.2. ค่าเตรียมเส้นสำหรับฟอกเลือด เหมาะตามชนิดที่ทำ - tunnel cuffed catheter เบิกตามจริงไม่เกิน 12,000 บาท 1 ครั้ง/ปี - AVF เบิกตามจริงไม่เกิน 8,000 บาท 1 ครั้ง/ปี - AVG เบิกตามจริงไม่เกิน 8,000 บาท และค่า graft ไม่เกิน 14,000 บาท 1 ครั้ง/ปี - temporary double lumen catheter เบิกตามจริงไม่เกิน 5,000 บาท 1 ครั้ง/ปี	ค่าพาหนะ ค่าทำความสะอาด สะอาดฆ่าเชื้อ และส่งตัว กรองแบบ single use dialyzer, blood line และ เชื่อม ผ่านระบบ VMI (ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV วัณโรค และ Covid-19) 3.1. ค่าเตรียมเส้นสำหรับฟอกเลือด ทุกชนิด ปรับการจ่ายให้สอดคล้องกับอัตราการจ่ายแบบ ODS และเปลี่ยนการจำกัดจำนวนครั้งในการเบิกเป็นไม่จำกัดจำนวนครั้ง ตามความจำเป็น และไม่ต้องอุทธรณ์ - tunnel cuffed catheter เบิกได้ 5,600 บาท - AVF เบิกได้ 13,500 บาท - AVG เบิกได้ 13,500 บาท - temporary double lumen catheter เบิกได้ 5,000 บาท
	3. KT (ราคาเบิกเหมาะสมต่อราย) (57) 3.1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด a. สำหรับผู้บริจาค - living donor ค่าเตรียมผู้บริจาค 40,000 บาท (จ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง/ผู้รับบริจาค 1 ราย) ค่าผ่าตัดนำอวัยวะออก 32,800 บาท - deceased donor ค่าผ่าตัดนำอวัยวะออก 40,000 บาท/ไต 1 ข้าง	3. KT (65) 3.1. ค่าใช้จ่ายในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด a. สำหรับผู้บริจาค ใช้เกณฑ์เดิม b. สำหรับผู้รับบริจาค - ค่าเตรียมตัวก่อนผ่าตัดใช้เกณฑ์เดิม

¹³ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ค่าชุดเชยการผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับ HD และการให้ยา EPO

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	b. สำหรับผู้รับบริจาค (recipient) - ค่าเตรียมตัวก่อนผ่าตัด 31,300 บาท - ค่าส่งตรวจ panel reactive antibody (PRA) ทุก 3 เดือน 1,800 บาท/ครั้ง 3.2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัดสำหรับผู้รับบริจาค a. กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน protocol-I 143,000 บาท protocol-II 148,000 บาท protocol-III 287,000 บาท protocol-IV 292,000 บาท b. กรณีมีภาวะแทรกซ้อน protocol ACR-A¹⁴ 23,000 บาท protocol ACR-B¹⁵ 493,000 บาท protocol AMR-A¹⁶ 340,000 บาท protocol AMR-B¹⁷ 426,000 บาท protocol DGF-A¹⁸ 56,000 บาท	- ปรับค่าส่งตรวจ PRA เป็นจ่ายตามจริง ไม่เกิน 8,700 บาท/ราย/ปีงบประมาณ - เพิ่มการตรวจ screening 1 vial/ปีงบประมาณ เบิกได้ 2,000 บาท - เพิ่มการตรวจ SAB class I เพื่อยืนยันผล positive 1 vial/ปีงบประมาณ เบิกได้ 13,000 บาท - เพิ่มการตรวจ SAB class II เพื่อยืนยันผล positive 1 vial/ปีงบประมาณ เบิกได้ 12,500 บาท 3.2. ค่าใช้จ่ายระหว่างผ่าตัดสำหรับผู้รับบริจาคใช้เกณฑ์เดิม 3.3. เพิ่มอัตราการชดเชยการให้ยากดภูมิคุ้มกัน หลังการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน - หลังผ่าตัด 1-6 เดือน: 30,000 บาท - หลังผ่าตัด 7-12 เดือน: 25,000 บาท - หลังผ่าตัด 13-24 เดือน: 20,000 บาท - หลังผ่าตัด 25 เดือนขึ้นไป: 15,000 บาท

¹⁴ acute cellular rejection

¹⁵ refractory acute cellular rejection

¹⁶ antibody mediated rejection

¹⁷ refractory antibody mediated rejection

¹⁸ delayed graft function

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	protocol DGF-B¹⁹ 40,000 บาท protocol DGF-C²⁰ 35,000 บาท	
	4. EPO (57) จ่ายเป็นยาตามเกณฑ์ค่าความเข้มข้นเลือด ขนาดยา 4,000 unit/vial - Hct $\leq$ 30% เบิกยาได้ 2 vial/สัปดาห์ - Hct $>$ 30% เบิกยาได้ 1 vial/สัปดาห์	4. EPO (59) เปลี่ยนการจ่ายเป็นเงิน จำนวน 180 บาท ตามระดับ Hct เหมือนเดิมแต่เพิ่มเงื่อนไข Hct $\geq$ 36% ให้หยุดจ่ายยา EPO
adoption and implementation		
การอบรมและพัฒนาขีด ความสามารถบุคลากร	1. CAPD 1.1. การอบรมสำหรับแพทย์ 1.1.1. การอบรมศัลยกรรมหลอด เลือด TK catheter implantation (66) 1.2. การอบรมสำหรับพยาบาล หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางด้านการ ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 4 และ 6 เดือน (67) มีจำนวน 84 คน (68)	1. CAPD 1.1. การอบรมสำหรับแพทย์ - ยังไม่มีการจัดอบรมเพิ่มเติม โดยหลักสูตรรอนสาขาทะตวิทยาโรค ไตสาขาเดิม สามารถให้การ รักษาครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้ป่วย PD (peritoneal dialysis) และ HD - การอบรมศัลยกรรมหลอดเลือด TK catheter implantation ถูกจัดรวมอยู่ในหลักสูตรรอน สาขาทะตวิทยาโรคไตแล้ว 1.2. การอบรมสำหรับพยาบาล มีการรวมหลักสูตรพยาบาล เฉพาะทาง PD และ HD เป็น หลักสูตรเดียวกัน เรียน 8 เดือน เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2565 (69)
	2. HD 2.1. การอบรมสำหรับแพทย์	2. HD

¹⁹ delayed graft function with acute cellular rejection

²⁰ delayed graft function with antibody mediated rejection

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	2.1.1. หลักสูตรอนุสาขา (รวมสาขา อายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ โรคไต มีจำนวน 442 คน) (68) - อายุรแพทย์โรคไต 2 ปี (70) กำลังการผลิตเฉลี่ย 35 คน/ปี (71) - กุมารแพทย์โรคไต 2 ปี กำลังการผลิตเฉลี่ย 3 คน/ปี (71) 2.1.2. หลักสูตรอบรมระยะสั้น 4 เดือน การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและการบำบัดทดแทนไต สำหรับอายุรแพทย์และกุมารแพทย์ทั่วไป (72) 2.2. การอบรมสำหรับพยาบาล 2.2.1. หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติบำบัดทดแทนไตด้วยเครื่องไตเทียม 4 และ 6 เดือน (73) มีจำนวน 503 คน (68) กำลังการผลิต 400-600 คน/ปี (74) 2.2.2. การสอบประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม (75) มีจำนวน 567 คน (68)	ยังคงมีการอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยปรับเปลี่ยนในหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต โดยเป็นการรวมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง PD และ HD เป็นหลักสูตรเดียวกันเรียน 8 เดือน เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2565 (69)
	3. KT 3.1. การอบรมสำหรับแพทย์ 3.1.1. หลักสูตรอายุรแพทย์ปลูกถ่ายไต 1 ปี (76) 3.1.2. การอบรม intensive course in organ transplantation แก่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (77)	3. KT ยังคงมีการอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	3.1.3. การอบรมเชิงปฏิบัติการ การผ่าตัดรับบริจาคอวัยวะแก่ โรงพยาบาล local harvesting team (78) 3.2. การอบรมสำหรับพยาบาล 3.2.1. หลักสูตรพยาบาลเฉพาะ ทางการพยาบาลการบริจาค อวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ 4 เดือน (79) 3.2.2. การอบรมทักษะการ ประสานงานการบริจาคอวัยวะ 3 วัน	
	4. อื่น ๆ 4.1. การอบรมสำหรับเภสัชกร การอบรมระยะสั้นการบริหารทาง เภสัชกรรม สาขาโรคไต 4 เดือน (80)	4. อื่น ๆ
ระบบอภิบาลในการสนับสนุน การดำเนินงาน	มีการจัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อ ทำหน้าที่บริหารจัดการพัฒนาระบบในภาพรวม (58) ได้แก่ 1. คณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบ บริการทดแทนไต (คณะกรรมการไต ใหญ่) ทำหน้าที่ พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับนโยบาย งบประมาณ ระบบ บริการ และกำลังคนของระบบบริการ อีกทั้งกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการ ให้บริการ รวมไปถึงควบคุมคุณภาพ มาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต 2. คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต วายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้เข้าถึงการ บริการทดแทนไตระดับจังหวัด ทำหน้าที่ พิจารณาคัดเลือก จัดลำดับ และกำหนดให้ผู้ป่วยไตวายในจังหวัดเข้า	มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการ ดูแลโรคไตวายเรื้อรังและการกำกับติดตาม ประเมินผล (81) โดยมีภารกิจดังนี้ 1. กำหนดรูปแบบบริการบำบัด ทดแทนไตและการชดเชยบริการ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการใน รูปแบบที่หลากหลายตามบริบท ของพื้นที่และผู้ป่วย 2. กำหนดคุณภาพบริการบำบัด ทดแทนไตให้ได้มาตรฐานคุณภาพ ตามหลักวิชาชีพ (service quality spec) ทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ที่มี เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการบำบัด ทดแทนไตที่ต้องการร่วมกับสมาคม โรคไตแห่งประเทศไทย สมาคม พยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข สมาคมเพื่อน

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี CAPD/HD/KT ตามแนวทางที่กำหนด เสนอแนะแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ใน จังหวัด และอนุมัติแผนการบริหาร ค่าตอบแทนตามภาระงาน และพิจารณา การเบิกจ่ายค่าภาระงานแก่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตาม แผน 3. คณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำ CAPD ได้ ทำหน้าที่ พิจารณาข้อเสนอของคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดและ กรุงเทพมหานคร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตด้วยวิธี CAPD ได้ ด้วยตนเองหรือไม่มีผู้ดูแล จำเป็นต้อง เปลี่ยนเป็นวิธี HD อย่างถาวร และ พิจารณากรณีผู้ป่วยอุทธรณ์ผลการ พิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับ จังหวัดและกรุงเทพมหานคร 4. คณะทำงานพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะ และการปลูกถ่ายไต ทำหน้าที่ จัดทำแผนพัฒนาระบบบริจาค อวัยวะและการปลูกถ่ายไตให้สอดคล้อง กับแผนพัฒนาระบบบริการทดแทนไต ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ สนับสนุนเชิงระบบ รวมถึงสนับสนุนการ ประชาสัมพันธ์และการเคลื่อนไหวทาง สังคม เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจและ บริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้น 5. คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลการ ทดแทนไต ทำหน้าที่ จัดทำแผนแม่บทการพัฒนา ระบบข้อมูลการทดแทนไตให้สามารถ เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไต	โรคไตแห่งประเทศไทย เพื่อให้เกิด คุณภาพบริการโดยใช้กลไกดังนี้ 2.1. กำหนดตัวชี้วัด กระบวนการ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพบริการ วิธีการวัด การบำบัดทดแทน ไตแต่ละวิธี 2.2. กำหนดคุณภาพของการดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเชิง ป้องกัน CKD clinic ร่วมกับ ชุมชน โดยใช้กลไก กองทุน หลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น 3. คัดกรองสิทธิให้กับผู้ป่วยโรคไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการ บำบัดทดแทนไตตามชุดสิทธิ ประโยชน์ที่สำนักงานกำหนด โดยมี บทบาทดังนี้ 3.1 รับข้อมูลกรณีถูกเรียกเก็บเงิน จากทุกช่องทาง อาทิ 1330 หน่วย 50 ศูนย์บริการในหน่วย บริการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด Taffy Fondue สมาคมเพื่อนโรคไตแห่ง ประเทศไทย 3.2 ดำเนินการสุ่มสอบถามข้อมูล กรณี Extra Billing โดยตรง ผ่าน contact center 1331 ตามกระบวนการคัดกรองสิทธิ 3.3 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก 3.1 และ 3.2 เพื่อสรุปเป็นข้อเสนอ เชี้นโยบาย กรณีลดการเกิด Extra Billing 4. จัดทำฐานข้อมูล Data & Information เพื่อใช้ในการ

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	ของระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศ 6. กองทุนโรคไตวาย ทำหน้าที่ ประสานงานและสนับสนุนคณะกรรมการ/คณะทำงานชุดต่าง ๆ ในส่วนกลาง รวมถึงองค์การวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังทำแผนและสนับสนุนการพัฒนาระบบในภาพรวมให้สอดคล้องกับนโยบาย ทั้งในเรื่องงบประมาณ ระบบบริการ การพัฒนากำลังคน หลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต อีกทั้งดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท แก่หน่วยบริการสถานบริการ สุดท้ายประสานให้มีการติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผล 7. สปสช.เขต ทำหน้าที่ ประสานงานองค์กรวิชาชีพหน่วยงาน คณะกรรมการต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ และดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามระบบ ทำแผนพัฒนาระบบและสนับสนุนการดำเนินงานบริการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ รวมถึงชี้แจงทำความเข้าใจหน่วยบริการสถานบริการ ในเรื่องต่าง ๆ ตามแนวทางที่กำหนด ประสานการลงทะเบียนผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย สุดท้ายกำกับติดตามการให้บริการของหน่วยบริการ สถานบริการ ทั้งในด้าน	ประกอบการตัดสินใจในเชิงนโยบายและกำกับติดตามคุณภาพโดย 4.1. การรวบรวมข้อมูลที่มีภายใน สปสช. จาก CPP, e-Claim, DMIS, ข้อมูล OP IP ข้อมูล 43 แฟ้ม นำข้อมูลที่มีมาสร้าง information เพื่อเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนาระบบบริการ 4.2. พัฒนาระบบฐานข้อมูลโดยการเชื่อมโยงข้อมูลจากภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ของข้อมูลที่มีร่วมกันในการวางแผนและออกแบบระบบบริการให้เกิดคุณภาพบริการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับประเทศไทย 5. ตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกชดเชยบริการบำบัดทดแทนไต เพื่อให้การชดเชยเป็นไปตามประกาศที่สำนักงานกำหนด เพื่อนำไปออกแบบการกำหนดเงื่อนไขการชดเชยในปัดไป ให้มีการระบุเหตุผลความจำเป็นในโปรแกรมการเบิกการบำบัดทดแทนไต 6. กำหนดให้มีการประชุมคณะทำงานฯ ภายใน สปสช. กำหนดประชุมกันอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง และภาคีเครือข่ายกำหนดประชุมร่วมกันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 7. นำเสนอผลการวิเคราะห์และโอกาสพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการ เพื่อกำหนดเชิงนโยบายให้คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ภาคี

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	คุณภาพมาตรฐานการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการ	เครือข่าย และ provider ทราบสถานการณ์เป็นระยะ
การติดตามประเมินผล	1. สปสช. ส่วนกลาง ติดตามผลการดำเนินงานจากข้อมูลในโปรแกรม DMIS และวิเคราะห์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด การติดตามการเข้าถึงบริการ พิจารณาจาก a) สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตทุกวิธี b) สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับบริการด้วยวิธี CAPD: HD การติดตามคุณภาพการให้บริการ พิจารณาจาก a) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย b) อัตราการเปลี่ยนวิธีการรักษาจาก CAPD เป็น HD c) อัตราการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD 2. สปสช. เขต ติดตาม ควบคุมกำกับ การดำเนินงานในระดับพื้นที่	
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม 2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสมรรถนะทางสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการใช้เทคโนโลยีที่ไม่ยุ่งยาก สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม 3. ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองทั้งหมด (total out-of-pocket expenditure; OOPe) เมื่อเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เลือกรับบริการ PD และ HD พบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย PD ต่ำกว่าผู้ป่วย HD ถึง 2 เท่า โดยค่าใช้จ่ายส่วนเกินหลัก ๆ คือค่าเดินทาง (travel	1. จำนวนผู้ป่วย HD รายใหม่ เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 80 ทั่วประเทศ ณ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ที่เริ่มประกาศนโยบายฯ และยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สวนทางกับจำนวนผู้ป่วย PD 2. การลดจำนวนผู้ป่วย PD กระทบต่อจำนวนบุคลากรให้บริการ CAPD ลดลงหรือเกิดการโยกย้ายสายงานทำให้ในอนาคตหากต้องการบุคลากรกลุ่มดังกล่าวอาจต้องเสียเวลาในการอบรมใหม่ซึ่งใช้เวลา (83)

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	cost) เพื่อเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล (26) 4. ณ ตอนเริ่มนโยบายมีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 1,198 ราย จากนั้นจำนวนผู้ป่วย PD เพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 24,244 ราย กล่าวคือ นโยบายดังกล่าวช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งเดิม ณ ขณะนั้นอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย PD ลดลงกว่าร้อยละ 9.2 ต่อปี (82)	
ข้อดี จุดแข็ง	1. เกิดการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค (equitable access) 2. ช่วยชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้ได้รับการบำบัดทดแทนไตภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กว่า 50,000 ราย (12). 3. ป้องกันรายจ่ายครัวเรือนที่ถึงกับล้มละลาย (prevention of catastrophic impact to households) โดยการอุดหนุนทั้งหมด (full funding) สำหรับบริการ PD และ KT โดยไม่มีการจ่ายร่วม 4. ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ โดยต้องเลือกทำ CAPD ก่อน 5. ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาที่โรงพยาบาล ใกล้บ้านได้ 6. มีบริการส่งน้ำยาสำหรับ CAPD ให้ถึงบ้าน 7. มีบริการต่อเนื่อง หากผู้ป่วยไม่สามารถรับบริการ CAPD ได้ นั่นคือ การทำ HD และ KT	1) เกิดการเข้าถึงบริการภายใต้การตัดสินใจเลือกวิธีการล้างไต (share decision making) ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและ/หรือญาติ

	นโยบาย พ.ศ. 2551 (PD First policy)	นโยบาย พ.ศ. 2565
	8. เกิดการสำรองบริการ HD ไว้สำหรับกรณีจำเป็น เช่น กรณีผู้ป่วย PD failure ที่ต้องเปลี่ยนมาทำ HD (83) 9. สามารถควบคุมต้นทุนของบริการ CAPD ด้วยการต่อรองราคาและจัดซื้อ supply โดยรวม หรือเอื้อให้มีการลงทุนการผลิต supply ในประเทศ (83)	
ข้อเสีย (ข้อเรียกร้องจากผู้เกี่ยวข้อง)	1) หากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องการรับการชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยจะไม่สามารถเลือกวิธี HD ได้เลยเว้นเสียแต่จะมีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถทำ CAPD ได้	1) ส่งผลกระทบต่อการสำรองบริการ HD ไว้รองรับผู้ป่วย PD failure (83) 2) ลดความสามารถในการต่อรองราคา PD solution ทำให้ยากต่อการควบคุมราคา ทำให้ในอนาคตบริการ CAPD จะมีต้นทุนสูงกว่าเมื่อเทียบกับ HD (83)

5.2.4. การวิเคราะห์ประเด็นหลัก (themes) ของปรากฏการณ์การเปลี่ยนนโยบาย พ.ศ. 2565

1) ความต้องการและบทบาทของ “เสียง” ของผู้ป่วย (patients’ voices)

การผลักดันให้เกิดการพัฒนาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ตัวแทนผู้ป่วยเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยทำหน้าที่นำเสนอและสื่อสาร “เสียง” (voice) ที่สะท้อนความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากนโยบาย ไปสู่ผู้มีอำนาจหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยบทบาทของ “เสียง” เหล่านี้จะมีบทบาทมากขึ้นเมื่อได้รับการผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น การเรียกร้องให้กองทุนสุขภาพหันมาสนใจประชาชนที่ป่วยด้วยโรคที่มีค่ารักษาราคาแพง เพื่อลดการล้มละลายทางการเงินของผู้ป่วย เพิ่มความเท่าเทียมทางสุขภาพ การเกิดขึ้นของนโยบายบำบัดทดแทนไตใน พ.ศ. 2551 เสียงจากผู้ป่วยและความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเพิ่มสิทธิการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต ตลอดระยะเวลากว่า 14 ปี ที่ดำเนินนโยบายฯ ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีทั้งเสียงชื่นชมและเสียงเรียกร้องให้ปรับปรุงนโยบายฯ มาเป็นระยะ เนื่องจากยังคงมีกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นหนี้จากภาวะเจ็บป่วย ทำให้ท้ายที่สุดต้องถอดใจจากการรักษากลางคัน

โดยที่กลุ่มผู้ป่วยโรคไตได้มีการรวมตัวกันก่อตั้งสมาคมเพื่อนโรคไตขึ้น เพื่อเป็นศูนย์รวมความช่วยเหลือหรือคอยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคไตทั้งในกลุ่มที่ถึงและยังไม่ได้ถึงเกณฑ์บำบัดทดแทนไต และมีการจัดเวที (เวทีเชื่อมโยง) รับฟังความคิดเห็นของตัวแทนผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนพูดคุยถึงปัญหาที่พบจากการบำบัดทดแทน

ไตในแต่ละพื้นที่ โดยสมาคมเพื่อนโรคไตเป็นเจ้าภาพจัดขึ้นทุกปี แสดงถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นให้ส่วนกลางได้รับรู้ และหวังให้เกิดการปรับปรุงนโยบายฯ ให้ดียิ่งขึ้น

ใน พ.ศ. 2563 มีกลุ่มตัวแทนผู้ป่วยโรคไตจำนวนหนึ่งออกมายื่นหนังสือ เพื่อเรียกร้องให้กับผู้ป่วยที่เดือดร้อนจากการร่วมจ่ายค่าฟอกเลือด (HD self pay) จำนวน 6 พันราย (ตามเงื่อนไขการเบิกจ่ายของ สปสช. ขณะนั้น) โดยใช้โอกาสที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) ลงพื้นที่เปิดศูนย์โรคไตมูลนิธิฟ้าสั่ง โรงพยาบาลศรีสงคราม จ.นครพนม เมื่อวันที่ 20 พ.ย. 2563

“มีโทรมาคุยกับผมหลายรอบ คือโทรมาร้องว่าไม่มีเงินฟอกไต ปัญหาคือ พวกมูลนิธิต่าง ๆ ตอนแรกคือให้ฟรีแล้วหลังจากนั้นผ่านไปบางคนอาจจะได้มาก่อนปีนี้ บางคนอยู่ได้ 6 เดือนเขาก็จะค่อย ๆ บอกว่าเงินหมดนะ” -PR-I1

ภายหลังการเปลี่ยนนโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 เสียงของผู้ป่วยที่มีตอนนโยบายที่เปลี่ยนแปลงอย่างกระตือรือร้นก็มีทั้งด้านบวกและลบ เช่นเสียงที่เห็นด้วยกับการเปลี่ยนแปลงระบุว่า การเปลี่ยนนโยบายโดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยตนเองนั้นเป็นสิ่งที่หวังให้เกิดขึ้นมานานแล้ว เนื่องจากสภาพทางสังคมของผู้ป่วยบางรายไม่ได้เหมาะกับการทำ PD เช่น ไม่มีผู้ดูแล สภาพบ้านไม่สะดวกในการทำ PD เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของนโยบายฯ ที่เกิดขึ้นยังประโยชน์แก่กลุ่มผู้ป่วย HD self pay เดิม ให้ไม่ต้องร่วมจ่ายอีกต่อไป

“มันเป็นโจทย์ภาคประชาชนที่เรียกร้องมาตลอด มีการปรับมาหลายครั้งแต่ก็ยังมีคนที่ต้อง “ร่วมจ่าย”” -PM-I3

“ที่ผ่านมานี้เวลาเราใช้นโยบาย PD First เนี่ยมันไม่ได้ถูกพิจารณาโดยคำนึงถึงถ้าสถานะพยาธิสภาพของโรค บั๊จจี้ทางสังคมความเหมาะสมการเริ่ม PD First ก็คือคุณต้อง PD ก่อนเลยอะ โดยไม่ได้ทำให้คนไข้เนี่ยอธิบายหรือบอกว่าทำไมเขามีบั๊จจี้อะไรที่เขาควร PD First หรือเขาไม่สามารถทำ PD First ได้ใช้ไหมคะ” -PM-I4

ในทางตรงข้าม การเปลี่ยนแปลงของนโยบายฯ พ.ศ. 2565 ก็มีเสียงที่อยากให้ภาครัฐปรับปรุง อาทิ ความเพียงพอของศูนย์ไตเทียม บุคลากรที่ให้บริการ และคุณภาพในการให้บริการ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยหวังใจว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ออกมาชี้แจงถึงค่าใช้จ่ายซ่อนเร้นของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ค่าเดินทางมาศูนย์ไตเทียม ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่หน่วยบริการเรียกเก็บ (ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าตัวกรองเลือด เป็นต้น)

“เราจะเห็นผลกระทบตามมา คือ นโยบายประกาศเลย ฟอกไตฟรี ปัญหาที่ตามมาคือ 1) หน่วยบริการรองรับมีไม่เพียงพอ 2) บุคลากรแพทย์ไม่เพียงพอ เช่น หมอ พยาบาล หรือน้องผู้ช่วยมีไม่

เพียงพอ 3) หน่วยบริการที่ทำ vascular access หน่วยที่ทำเส้นบำบัดทดแทนไตมีไม่เพียงพอ ทำให้ทัน 4) หน่วยบริการกระจุกไม่กระจาย 5) คุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพราะทุกคนอยากเปิด และเอาคนไข้เข้าไป ฟอกไม่ครบเวลา ความสะอาดของหน่วยบริการไม่ได้ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในหน่วยบริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน น่ากลัวไหมครับอาจารย์”-PR-11

“ผ่าตัดเส้นฟอกไตที่นี้อะไรเนี่ยแต่คุณไม่รู้หรอกเบื้องหลังมันซ่อนอยู่ได้ค่าใช้จ่ายที่แพงมาก แต่ที่ถูกต้องก็มี แล้วจริง ๆ แล้วอยากจะสนับสนุนให้ รพ.รัฐบาลมีแบบไม่ต้องรอคิวเป็นเดือนอะคะ อย่างนี้ถ้าเกิดผ่าตัดมา รพ.รัฐบาลทำเส้นคุณหมอไปดูแลได้เลยไม่มีหมอที่จะต่ำกว่า 2 เดือนนะ รอกันนาน ๆ เหมือนกับ บิบบังคับให้ผู้ป่วยต้องไปหาเงินมาเสียให้ไปแบบ ไม่รู้เหมือนกันนะเหมือนสุนทรภู่แบบภาษาชาวบ้านนะ คะ เหมือนเตะหนูเข้าปากหมา เขาป่วยเขาเดือดร้อนอยู่แล้วทำไมไม่มีองค์การหรือสหวิชาชีพทั้งหมดทั้ง พยาบาลเนี่ยที่ช่วยคนไข้จริง ๆ บ้าง”-PR-F1

2) บทบาทของวิชาชีพสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (professionals' roles)

ในการกำหนดนโยบายระดับประเทศ ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพต่างมีบทบาทสำคัญในการช่วยชี้นำ ด้วยหลักฐานเชิงวิชาการที่มีอยู่ สำหรับจุดเริ่มต้นของนโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2551 สปสช. ได้จับมือกับ นักวิชาการ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา มาร่วมกันให้ข้อมูลสนับสนุนนโยบายที่กำลังจะเกิดขึ้น เนื่องด้วย เป็นนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อระบบการเงินการคลังที่ค่อนข้างสูงและผูกพันงบประมาณระยะยาว เช่น การ ศึกษาวิจัยเรื่องความคุ้มค่าทางการแพทย์ของบริการล้างไตทางช่องท้อง การคิดวิธีลดต้นทุน การจัดซื้อและหาวิธี จัดส่งน้ำยาล้างไตระดับประเทศ เพื่อลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยให้มากที่สุด รวมไปถึงการศึกษานำร่องเป็นศูนย์ ให้บริการและศูนย์ฝึกสอนบุคลากรในโรงพยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ และค่อย ๆ ขยายการให้บริการไปทั่ว ประเทศ

บทบาทของสปสช. ในฐานะผู้จ่ายเงิน (payer) มีบทบาทในการประสานงานความร่วมมือกับองค์กร วิชาชีพต่าง ๆ เพื่อหารือ วางตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ แต่งตั้งคณะกรรมการโรคไต เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ของนโยบาย โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการบำบัดทดแทนไต (กรรมการไตใหญ่) ทำหน้าที่พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบาย งบประมาณ ระบบบริการ และกำลังคนของระบบบริการ ซึ่ง มีอายุรแพทย์โรคไตเป็นกรรมการ มีบทบาทสูงในช่วงเริ่มต้นนโยบายฯ พ.ศ. 2551 แต่ภายหลัง บทบาทของ คณะกรรมการชุดนี้ได้ถูกลดทอนลง ไม่มีการเรียกประชุมคณะกรรมการตั้งแต่มีการเปลี่ยนนโยบายฯ ในพ.ศ. 2565 จึงไม่เห็นบทบาทในการให้ความเห็นต่อนโยบายและข้อเสนอแนะ

“เราไม่ได้เข้าไปร่วมในการทำนโยบาย ไม่เหมือนกับตอน PD First”- PM-11

บทบาทของนักวิชาการ นับว่ามีบทบาทสำคัญเมื่อครั้งที่เริ่มนโยบายฯ พ.ศ. 2551 เนื่องจากประเทศยังไม่มีประสบการณ์ในการให้สิทธิประโยชน์ด้านการบำบัดทดแทนไต ที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก จึงต้องเกณฑ์นักวิชาการ มาช่วยกันศึกษาวิจัยและนำผลลัพธ์เหล่านั้นมาประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย

“กรรมการบอร์ด สปสช. ชอบบอกให้ไปศึกษาไปทำอะไรเราก็ไปศึกษา...ก็เลยรับมาศึกษาว่าถ้า จะเปิดให้บริการล้างไตเข้าไปในชุดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องใช้เงินเท่าไรเราก็ประมาณการกัน แบบเห็นนะเห็นไปเรื่อยแหละ 76,000 ล้านบาทลง paper สมาคมโรคไตนะทุกคนก็ค้านะ” – PA-I2

“สมาคมโรคไตเนี่ยเขาเป็นนักวิชาการมากเลย เขาทำอันหนึ่งที่เรียกว่า renal replacement therapy registry เพราะเขาเห็นว่าในต่างประเทศมันมี registry แล้วรายงานการอยู่รอด survival สามารถรายงานเรื่องอะไรเนี่ยได้หลายอย่างเลยการมี registry จะช่วยงานวิชาการในแง่ของทราบถึงอะไร ว่า effectiveness ของการให้บริการนะครับว่าบริการที่นี้ดีกว่าที่นั่นบริการประเทศนี้เทียบกันได้เลยละเลย ต้องมีระบบข้อมูล” – PA-I2

“ในการผลักดันให้เกิด PD First policy อาจารย์ผู้ใหญ่มิบทบาทสูงมากในการสนับสนุนนโยบาย ทั้งด้วยวิชาการและจริยธรรมที่ไม่ได้คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนตัว” – PA-I2

“คนที่ไม่ได้โดนครอบงำด้วยผลประโยชน์เขาจะพอรับไม่ใช้พอรับได้ เขาคิดว่าดีเลยอะมันเป็นผล ทางที่ดีสำหรับประเทศชาติ เพราะหนึ่งประชาชนเสียค่าเดินทางน้อยกว่าประชาชนซึ่งไม่ได้เดานะ 4-5 หมื่นปีเนี่ยเราอาจจะไม่รู้สักอะไรใช้ไหม ผมก็เชื่อมั่นว่ามีหมอที่ที่เขาเรียกว่ามีหมอที่ integrity สูงในนี้ผม เชื่อเลยอาจารย์ถนอม สุภาพร อาจารย์สุมาลี นิลพานิช อาจารย์นี่แหละอาจารย์สุพัฒน์ พานิชการ ตอนนี้ เป็นเป็นที่ปรึกษาผู้ว่า อะไรอย่างเงี้ยคือท่านเหล่านี้เป็นนักวิชาการจริง ๆ ผมบอกเลยเป็นนักวิชาการ เป็น อาจารย์แพทย์ที่เป็นนักวิชาการท่านไม่ได้ทำเพื่อผลประโยชน์อะไรเนี่ยอันเนี่ยทำให้เราอุ่นใจใจว่ามี นักวิชาการดี ๆ แม้จะมีคนด่าเยอะ” – PA-I2

หลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายฯ พ.ศ. 2565 มีความเห็นจากหลายฝ่ายมองว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายใน ครั้งนี้รวดเร็วและขาดข้อมูลทางวิชาการมาสนับสนุน เหมือนกองทุนขับเคลื่อนนโยบายเพียงฝ่ายเดียว ไม่ปรึกษา ใคร

“PD First ทำให้แพทย์โรคไตไทยได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ จึงได้รับผลกระทบ เมื่อมี การเปลี่ยนนโยบายแต่ตอบคำถามต่างชาติไม่ได้”- AC-I1

3) เหตุปัจจัยทางการเมือง (politics)

3.1) การเมืองนักการเมือง (politician pro)

บริบททางการเมือง พ.ศ. 2551 รัฐบาลอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน มีผู้นำรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ นพ.มงคล ณ สงขลา ที่มุ่งมั่นให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าของประชาชน เมื่อเข้าสู่การเมือง พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายก่อนที่จะมีการเลือกตั้งในปีถัดไป มีหลายคนสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงนโยบายฯ อย่างรวดเร็วในครั้งนี้เพราะเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเมือง

- บุคลิกลักษณะของนักการเมือง

“คุณ...ก็มีสไตล์อันหนึ่งนะซึ่งพวกเราที่สังเกตได้เลยนะเวลาเขาอยู่กลางบอร์ดเขาก็มีทั้งบวกและลบนะ คำว่าบวกของพี่ดูว่าท่าน นโยบายอันไหนเนี่ยประชาชนได้ประโยชน์แล้วเขาไม่ได้อะไรมากมายแต่นะเขาก็ช่วยดัน” -PA-I3

“คิดว่าเป็นอุบัติเหตุทางการเมือง ที่ไม่ได้คิดอะไรมาก เป็น style ทางการเมืองของ รมว ที่คุณ สปสข. ได้ตั้งแต่ช่วงโควิด” -PY-I1

- ผลประโยชน์ทางการเมือง

“รมว.สธ. ผลักเรื่องนี้เพราะเป็นนโยบายที่จะสร้างความนิยมให้”-AC-I1

“รมว. รับเรื่องนี้ และรับเรื่องร้องเรียนโดยตรง ทำแล้วได้ภาพ”-PM-I3

“มันมีการเคลื่อนไหวในสังคม การเคลื่อนไหวทางการเมือง ลือบ่ก็มันมีแน่ ๆ” -PY-I2

3.2) การเมืองของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (healthcare reform)

การเกิดขึ้นของนโยบาย พ.ศ. 2551 เป็นการตัดสินใจของรัฐบาลในคณะรัฐมนตรีของ พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ แม้จะอยู่ในช่วงที่ประกาศเลือกตั้งแล้ว แต่นายกยังตัดสินใจเรื่องที่จะสร้างภาระผูกพันทางงบประมาณ โดยมีการนำเสนอในที่ประชุม ครม. โดยผู้ให้ข้อมูล 4 คน คือ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (กำลังป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ระหว่างรอประชุมต้องพักให้ออกซิเจนในรพเป็นระยะ ๆ) นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ นพ.ถนอม สุภาพร และ นพ.วิชัย เกษมทรัพย์ (ตัวแทนทีมวิชาการของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ที่ประชุมมีความเห็นต่างกันเป็นสองทาง สุดท้ายนายกอใช้สิทธิตัดสินใจ

“พอดีปีนั้นเดือนธันวาคม แต่การตัดสินใจเดือนตุลา ผมติดอยู่ในใจผมตลอด ว่ารัฐบาลนี้แปลก budget impact ก็สูง คຸ້ມก็คຸ້ມ แล้วยังประกาศว่าจะไม่ผูกพันงบประมาณ ตัดสินใจอะไรที่ผูกพันงบประมาณระยะยาว แล้วทำไมถึงยอมอนุมัติมาได้ ผมไม่ทราบ”-PY-I2

“ท่านบอกผมเองว่า ปัญหาที่คนรวยได้รับการบำบัดรอดชีวิต คนจนขายทุกอย่างทุกอย่างจนหมดตัวแล้วก็อยู่ไม่นาน รัฐบาลปล่อยให้เกิดขึ้นไม่ได้ แล้วก็มองเห็นผลกระทบของ catastrophic illness อันนี้คือเหตุผลที่ท่านพูดจากปากท่านเลยนะ” -PY-I2

ประเด็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงนโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 อย่างรวดเร็ว โดยที่มีกลุ่มนักวิชาการออกมาตั้งข้อสงสัยนั้น ก็มีความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกันไป

- ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย

“ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ KRT ที่วางไว้ในตอน PD First ถูกทลายเรียบ จะสร้างผลกระทบอย่างยิ่ง”-PM-I1

- ฝ่ายที่เห็นด้วย

“เราไม่ค้านเรื่องนี้ เพราะโจทย์ใหญ่คือ การทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการ”-PM-I3

4) ข้อมูลหลักฐานผลงานวิชาการที่ถูกใช้อ้างอิง (evidence use)

ในการปรับเปลี่ยนนโยบายใน พ.ศ. 2565 มีการใช้ข้อมูลหลักฐานและผลงานทางวิชาการที่นำมาใช้สนับสนุนน้อยกว่า การเกิดขึ้นของนโยบายใน พ.ศ. 2551 โดยมีแนวคิดต่อการใช้หลักฐาน ดังนี้

- ไม่ได้ต้องการหลักฐานวิชาการสนับสนุนมากนัก เพราะถือว่าเป็นนโยบายที่มีอยู่แล้ว มีกองทุนเฉพาะและมีการดำเนินการต่าง ๆ อยู่แล้ว เป็นการปรับเปลี่ยนเพียงเล็กน้อย แต่ตอนเริ่มนโยบาย PD First เป็นนโยบายใหม่ ที่ต้องมีการทำข้อมูลสนับสนุนที่มีน้ำหนักมากพอในการเพิ่ม ‘สิทธิประโยชน์ใหม่’

“เอ่อ มันต้องมีศึกษาอะไรอีก ทำมา 10 กว่าปี มันมีข้อมูลอยู่แล้ว มีหมดแล้วเนี่ย ก็แค่ผู้ป่วยเขาก็ voice ทำยังไงให้ตอบสนอง นี่เป็นนโยบายของการเมืองที่เข้ามา แล้วก็เกิดผลเชิงวิชาการที่เป็น catastrophic illness จริง”-PY-I2

- ส่วนการศึกษาความคุ้มค่าทางการแพทย์ของบริการทั้ง PD และ HD ไม่แตกต่างกันมาก รวมไปถึงต้นทุนของทั้งสองแบบ จึงไม่จำเป็นที่จะต้องทำการวิจัยใหม่ตอนตัดสินใจนโยบาย พ.ศ. 2565

“ก่อนที่มันจะเข้ามาวันนั้นเนี่ยมันมีการดูข้อมูลกันมาก่อน หมายถึงว่า ทางฝ่ายภาคประชาชนเองเนี่ยเราก็ดูข้อมูลว่างบประมาณเนี่ยมันก็พอได้ แล้วในส่วนสำนักงานฝ่ายเลขาของสปสข. เองเนี่ยเขาก็ตัวเลขมาให้ดูว่ามันจะไม่กระทบองบประมาณคือ มันจะไม่กระทบในส่วนอื่นๆ”-PM-I4

“ก็ evidence ก็คือมีคน 6,000 คน ที่ต้องเสียเงิน 3-4 แสนนะ ที่เป็น catastrophic illness”-PY-I2

“ดูงบรวม ๆ PD HD ก็พอ ๆ กัน”-PM-I3

- มีมุมมองที่ไม่เห็นด้วยกับหลักฐานที่ใช้ ดังนี้

“ไม่ได้ใช้ข้อมูลและการคิดวิเคราะห์อย่างรอบคอบเหมือนตอนเริ่ม PD First” (ตามที่เล่า
เรื่องราวการพัฒนาผ่านกรอบคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพ six-building blocks ของ WHO)-
PM-I1

“ดูจากบันทึกการประชุมบอร์ด อันนี้เป็นตัวอย่างของ “bad evidence”-AC-I1

“การ develop policy ต้องเริ่มด้วย strong evidence”-PM-I2

5) กระบวนการและกลไกนโยบายประกันสุขภาพ (policy making process)

5.1) กระบวนการและกลไกนโยบาย (policy process)

กระบวนการในการปรับเปลี่ยนนโยบายใน พ.ศ. 2565 มักจะถูกเปรียบเทียบกับ การเริ่มต้นนโยบายใน
พ.ศ. 2551 สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

กระบวนการทางนโยบาย พ.ศ. 2551

- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการไตร่ตรองขึ้นมา ทำหน้าที่พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบาย
งบประมาณ ระบบบริการ และกำลังคนของระบบบริการ มีการไปศึกษาดูงาน PD ในต่างประเทศ เพื่อ
นำมาประยุกต์ใช้กับบริบทภายในประเทศ ก่อนเริ่มนโยบาย มีการศึกษานำร่องในโรงพยาบาลต้นแบบ
เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ และช่วยพัฒนาศักยภาพแก่โรงพยาบาลอื่น ๆ ทั่วประเทศ เสมือนเป็นพี่เลี้ยงคอยให้
คำปรึกษา
- ข้อมูลและความคิดเห็นอื่น ๆ

(ยุคแรกเริ่มนโยบาย PD First) “ที่ไปดูงานส่วนหนึ่งก็เพราะว่าคงมีแนวคิดอยู่ว่าจะต้อง
ทำในประเทศได้ บวกกับ ณ เวลานั้นเนี่ย แพลนท์เนี่ยมันเป็นแพลนท์อินเดียที่เอาเข้าค่ะ แพลนท์
สิงคโปร์เป็นแพลนท์ของคนไข้เบิกได้ เป็นแบบเหมือนเขาแบ่งไว้ บริษัทเขาแบ่งไว้ เราก็เลยต้องไป
ทั้งสองที่ เพราะว่าผู้ให้บริการคือ หมอและพยาบาลเนี่ยจะมีความกังวลว่า เราไปเอาน้ำยาอินเดีย
มา เป็นน้ำยาถูก บัตรทองเนี่ยซื้อของถูกจะไม่ดี ซึ่งบริษัทเนี่ยก็มีความพยายามจะอธิบายว่า มัน
เป็นมาตรฐาน US เหมือนกันหมด ก็เลยจำเป็นต้องไปดูหมด”-AC-I2

“เมื่อก่อนมันไม่ได้มี hierarchy ขนาดนี้ใน สปสช. เนอะ เมื่อก่อนมันไม่ใช่อย่าง เอออัน
นี้มันอีกแบบหนึ่ง ก็เลยเหมือนสามารถที่จะเข้าถึงได้ในแนวคิดอะไรอย่างเงี้ยค่ะ ก็ถ่ายทอด
แนวคิดโดยผ่านอาจารย์หลายท่านที่เห็นในรูปเมื่อกี้จะค่ะ ทั้งอาจารย์ที่ขอนแก่น ทั้งอาจารย์ที่
มศว. ประธานมิตร อาจารย์ที่จุฬาอะไรเงี้ยทุกคนสามารถเข้าถึง แล้วก็บวกกับ สปสช. นี่ไม่ได้
พิมพ์ไว้มันหลังจากนั้นอีกนะ คือมีกรรมการไตร่ตรอง ซึ่งชื่อมันยาวเหยียดเลยนะ แต่ว่ากรรมการ
ชุดนี้ประกอบไปด้วย ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการคือหมอโรคไต มีตัวแทนของสมาคม คนที่ทำ PD
เยอะ ๆ บางคนก็ไม่ได้เป็นสมาคมโรคไตเนอะ แล้วก็บวกกับ payer ทั้ง 3 กองทุน บวกกับภาค

ประชาชนบวกกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่งตัวแทนมา มันเลยจะมีคนที่แบบ รับทราบการขับเคลื่อนนโยบายที่จะเปลี่ยน เช่น จะลดเงิน จะลด EPO ดิฉัน จะเพิ่มการจ่ายอะไร เจี้ยมันจะมีคนตรงกลางอะอยู่ใน เขาเรียกกรรมการไต่ใหญ่ อยู่ใน สปสช. คอยหาหรือกัน"-AC-I2

กระบวนการทางนโยบายฯ พ.ศ. 2565

- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประชุมกันในเดือน ก.พ. 2565 พิจารณาการปรับเปลี่ยนนโยบาย โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) เป็นประธาน พิจารณาเอกสารที่เสนอจากคณะทำงาน โดยในเอกสารมติคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน วันที่ 16 ธ.ค. 2564 ระบุว่า เห็นชอบ “ยกเลิกนโยบาย PD First” เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและทางเลือกสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (รายงานการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2565) แต่เลขาธิการ สปสช. ให้เปลี่ยนเป็นคำว่า “Patient-centered Care” เนื่องจากไม่อยากให้เกิดผลกระทบ-PY-I2
- คณะกรรมการฯ เห็นว่าเป็นการปรับเปลี่ยนนโยบายเพียงเล็กน้อย เพียงพัฒนานโยบายที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมาสิบกว่าปี โดยประเด็นหลักคือ คน 6 พันคนที่พบปัญหา จึงเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า-PY-I2
- การตัดสินใจทางนโยบายมีการทำงานเป็นขั้นตอน สปสช. เป็น secretariat เป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งของบอร์ดบริหาร ฉะนั้นการตัดสินใจอยู่ที่บอร์ด แต่คนทั่วไปที่ไม่เข้าใจมักจะโทษเลขาธิการ สปสช. ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดโดยสิ้นเชิง-PY-I2
- การเกิดขึ้นของนโยบายฯ พ.ศ. 2565 ทำให้ความสัมพันธ์ของแพทย์โรคไตและผู้กำหนดนโยบายไม่ค่อยสู้ดีนัก เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่านโยบายดังกล่าวไม่มีการทำ stakeholder engagement เป็นที่มาของการเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างกะทันหัน ซึ่งอาจจะเลยการรับฟังความคิดเห็นอย่างรอบด้านจากผู้เชี่ยวชาญ – AC-I1
- ส่วนมากในการตัดสินใจนโยบาย ถ้านโยบายไหนยังไม่ผ่าน จะมีการให้ไปศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมมาใหม่ – PA-I3
- ข้อมูลและความคิดเห็นอื่น ๆ

(หลังนโยบายฯ พ.ศ. 2565) กรรมการไต่ใหญ่กับทบาทลดลง ใช้ค่ะ ไม่มีอะไรทั้งสิ้น-AC-

I2

“สิ่งที่ผมอยากได้คือ อยากให้ทั้งรัฐกับเอกชนมาคุยกันแล้วก็ให้ต่างฝ่ายต่างเห็นนะ ครบว่าจริง ๆ แล้วเนี่ยมัน strain ที่ทางบริษัทมีอะไรบ้าง แต่ว่าในความรู้สึกผมอันนี้เป็น

ความรู้สึกส่วนตัว ผมรู้สึกว่าภาครัฐจะเรียกเรามาแล้วก็มาถึงก็จะมาต่อราคาอย่างเดียวโดยที่เรา ยังไม่ได้มีโอกาสได้จริง ๆ เราทำอะไรในทางในเชิงคุณภาพได้บ้างนะครับ”-SP-I1

“งานนี้ (PD) มันไม่ถนัดมันต้องไปด้วยกันทั้งระบบ แล้วมันไม่ใช่ว่าตัวสาธารณสุข พื้นที่ หรือ แพทย์ พยาบาล บริษัท ภาครัฐ ออกแรงอย่างเดียวคือ ทุกคนมันต้องไปด้วยกัน” -SP-I1

“ได้มีโอกาสไปปรึกษาผู้ใหญ่ก็ได้รับคำแนะนำมาว่า การจะขับเคลื่อนอะไรก็แล้วแต่ถ้าจะทำให้มันยั่งยืนก็ควรจะมีส่วนประกอบ 4 อย่าง ได้แก่ payer แพทย์ กลุ่มคนไข้ และเอกชน ซึ่ง เอกชนควรที่จะถูกมองเป็น partner เพราะว่ามีส่วนที่จะสามารถที่จะปรับปรุงหรือช่วยกัน เปลี่ยนแปลงได้ทั้ง 4 ภาคส่วนนี้มาอยู่ด้วยกันคิดว่ามันหาทางแก้ปัญหาได้” -SP-I1

“วิชาการอ่อนแอ ฝ่ายบริหาร สปสช. รับลูกเร็ว”-PY-I1

“หัวโตะเอา มันไม่มีใครค้าน มีทีม support ว่าทำได้”-PM-I3

5.2) มุมมองเกี่ยวกับกระบวนการกำหนดนโยบาย (perspective on policy making)

มุมมองที่มีต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในการเปลี่ยนแปลงนโยบายฯ พ.ศ. 2565 มีทั้งฝั่งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

- มุมมองที่เห็นด้วย

“มันเป็นโจทย์ภาคประชาชนที่เรียกร้องมาตลอด มีการปรับมาหลายครั้งแต่ก็ยังมีคนที่ต้อง "ร่วมจ่าย"”-PM-I3

(นโยบายฯ พ.ศ. 2565) “ไม่เห็นมีอะไรผิดปกติ เป็นเรื่องปกติ เมื่อตอนเริ่มต้นกันใหม่ ๆ hemo dialysis มันไม่มี corrective dialysis ในต่างจังหวัด almost เป็นแบบ single choice ไข้ไหม แล้วเราก็อยากให้คนไข้เนี่ย ช่วยตัวเองบ้างอะไรบ้าง มีคนที่ hemo dialysis แต่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ที่นี่ตอนที่เรตัดสินใจปรับ ไม่ใช่ปรับเปลี่ยนนะ แต่ใช้คำว่า ยกเลิกนโยบายบังคับ PD First เปลี่ยนเป็นนโยบาย encourage และ voluntary PD First นโยบาย PD First ก็ยังอยู่นะ แต่เป็นการ implement เปลี่ยนจาก compulsory เป็น voluntary เนื่องจากมีคนประมาณ 6,000 คนที่ face catastrophic illness เพราะด้วยเหตุผลอะไรก็แล้วแต่”-PY-I2

- มุมมองที่ไม่เห็นด้วย

“หลักการสำคัญของระบบประกันสุขภาพ คืออันที่หนึ่ง มองว่าระบบสุขภาพไม่ใช่เป็นสินค้า การบริการสุขภาพจะต้องไม่เป็นตลาดเสรี เพราะว่ามันถูก induce หรือถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการเป็นหลักคือหมอ สามารถที่จะบอกคนไข้ว่าคุณควรจะซื้อสินค้าหรือไม่ซื้อ ซื้อประเภทแบบไหน ราคาที่เป็นคนกำหนด คนไข้มีสิทธินั้น ถ้าปล่อยให้มันเป็นตลาดเสรี มันไม่มีการแข่งขัน คนไข้จะแย่ มันจะต้องเข้าสู่เรื่องของ manage care คือการบริหารระบบ การที่รัฐ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลประชาชนส่วนใหญ่ แล้วก็สร้างความมั่นคง

ให้กับประเทศในมุมมองของทางการเงินจะต้องเข้าไปบริหารตัวระบบ จัดการตัวระบบด้วยการจัดการ manage care ไม่ปล่อยให้กลไกตลาดเสรี ซึ่งมันไม่ทำงานในเรื่องสุขภาพ นี่คือแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ เป้าหมายของหลักประกันสุขภาพคือ เพื่อที่จะทำให้คนเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และป้องกันการล้มละลายจากโรคค่าใช้จ่ายสูง”-PY-I1

“ผมคิดว่ามันเป็นอุบัติเหตุทางการเมือง”-PY-I1

“เป็นการ overrule มติคณะรัฐมนตรี ซึ่งไม่ถูกต้อง”-AC-I3

- มุมมองทั่วไป

“กระบวนการนโยบายของ สปสช. ที่ผ่านมามีทวิภาวะว่าช้าเกินไป ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 เลขานุการ สปสช. ได้รับการยอมรับในเรื่องการตัดสินใจและการออกมาตรการที่รวดเร็ว ที่เป็น quick win น่าจะเป็นส่วนที่ทำให้การปรับนโยบายครั้งนี้ถูกทำให้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว”-AC-I1

6) การเปลี่ยนไปมาระหว่าง PD และ HD (modality selection)

6.1) การดำเนินโรคและการรักษา (nature of disease and treatment)

การเปลี่ยนไปมาระหว่างแต่ละวิธีการบำบัดทดแทนไต เกิดจากเหตุปัจจัยต่าง ๆ ทั้งโดยธรรมชาติของโรค และวิธีการบำบัดทดแทนไตระหว่างการล้างไตทางช่องท้อง (PD) ที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้าน ส่วนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) นั้นอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา โดยที่ PD จำเป็นต้องอาศัยคุณสมบัติที่เหมาะสมของผนังเยื่อช่องท้องจึงจะเกิดการกำจัดของเสียออกจากร่างกายผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนแปลงของการดำเนินของโรค บริบทชีวิต และสภาพจิตใจของผู้ป่วย

“เคสนี้คือเขาเป็นคนวัยทำงาน ซึ่งแต่ก่อนที่คนไข้เป็น PD ของหลักประกันสุขภาพ ต้องใช้เป็น manual เท่านั้น ไม่สามารถใช้เครื่องได้ แต่คนไข้เคสนี้ต้องเป็นคนที่ทำงาน เอาถุงน้ำยาไปเปลี่ยนที่ทำงาน คนนี้ก็มีปัญหาเรื่องของ infection ค่อนข้างบ่อย...สิ่งที่เขาพูดให้ฟังก็คือว่า เวลา peritonitis ที่ไร เขาก็ต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน ให้ antibiotic หลายวัน ทำให้เงินเดือนเขาโดนลดลง ถึงขั้นโดน drop ไว้ไม่ได้โดนขึ้นขั้นตามคนอื่นเขา แต่พอวันหนึ่ง เขาเปลี่ยนมาเป็นฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อันนี้เขาจะสามารถขอยกเลิกงานได้เร็วขึ้น ปกติงานเช้าเลิก 5 โมง เขาก็จะขอยกเลิกประมาณ 3 โมงหรือ 3 โมงครึ่ง เพื่อมาฟอกไต เขาบอกว่ามันตอบโจทย์ชีวิตมากขึ้น แต่อันนี้เพิ่งสัมผัสเคสนี้ได้ หลังจากเขาเปลี่ยน mode มาแค่ประมาณปีเดียวนะคะ อันนี้ก็น่าจะเป็นระยะสั้น แต่ระยะยาวก็ไม่ว่าเขาจะให้คำตอบเดิมอยู่หรือเปล่า”-DP-I2

(คนไข้ที่ burnout จากการทำล้างท้องด้วยตัวเองบ้างไหมคะ) “เท่าที่เคยได้สัมผัสคนไข้หน้าห้องไม่ค่อยได้ยินอันนั้น แต่ว่าเคยได้ยินในคนไข้ฟอกเลือด เขาบอกว่ามาล้างทุกวันเบื่อจังเลย สัปดาห์หนึ่ง 2-3 วัน เบื่อจังเลย มาทำอย่างนี้ตายดีกว่า อะไรอย่างนี้ แต่เขาก็มาทุกครั้งที่นี่นะ”-DP-I2

6.2) ปัจจัยที่กระทบต่อการเลือกแนวทางการรักษา (factors influence selection)

ในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้เกิดการเลือกเข้าสู่ระบบการบำบัดดูแลด้วย HD มากกว่า PD ทำให้ผลจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายใน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วย HD เพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงกว่า PD อย่างรวดเร็ว

- การเลือกอย่างมีความรู้และความเข้าใจก็จะสามารถเลือกวิธีการที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย

“ณ วันนี้ พอตรงนี้มันหายไป (PD first policy) คนไข้ก็สามารถเลือกที่มันตอบโจทย์ life style ของตัวคนไข้เองหรือตัวครอบครัวที่มากขึ้นได้ เลยคิดว่ามันเลยทำให้คนไข้จำนวนในกลุ่มของ hemo เพิ่มมากขึ้น ในทางเดียวกัน ศูนย์ไตเทียมเกิดขึ้นเยอะมากเลย”-DP-I2

“มันขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของ life style ของคน ๆ นั้น ซึ่งคนที่ตัดสินใจได้ คือ ตัวคนไข้เอง แต่ถ้าคนไข้มีความรู้หรือมี...พุดง่าย ๆ ก็คือ มีความรู้ในเรื่องโรคไตที่มันเหมาะสมกับตัวเองมากกว่าทุกวันนี้ที่คนไข้เป็น มันน่าจะเลือกได้เหมาะสมมากกว่านี้” -DP-I2

- การเลือก HD จากการที่ผู้ป่วยและญาติขาดความเข้าใจและความมั่นใจต่อคุณภาพของ PD

“อุปสรรคใหญ่ ๆ ตั้งแต่ทำ PD First คือ การทำให้เชื่อว่า PD มีคุณภาพเท่า HD และ การทำให้เขารู้สึกว่าไม่ใช่ประชาชนชั้นสอง” (เป็นปัจจัยที่ยังมีผลต่อการตัดสินใจเลือกในมุมของคนไข้และญาติ) -PM-I3

“พฤติกรรมผู้ให้บริการและขาดการสร้างความมั่นใจให้กับคนไข้และครอบครัว” (ต่อ PD) -PY-I1

- การเลือก HD จากการที่ผู้ป่วยและญาติมีแนวโน้มที่เลือกแนวทางที่สะดวกสบายมากกว่า

“เท่าที่เห็นนะ คือคนไข้จะ initiate เป็น patient choice มาเลยว่าฉันจะเลือกการฟอกเลือด เหตุผลที่คนไข้จะบอกขอฟอกเลือด ส่วนมากเขาก็จะมองว่าทำเองไม่ได้หรอก หมายถึงทำหน้าห้องเองที่บ้านไม่ได้หรอก คือเป็นปัญหาเดิม ๆ ตั้งแต่ PD first แล้ว ไม่อยากทำเองที่บ้านเลย เพราะกลัวการติดเชื้อมัน คิดว่าตัวเองทำไม่ได้หรอก ตัวเองมารับบริการที่โรงพยาบาลดีกว่า

เพราะคิดว่าโรงพยาบาลหรือที่ศูนย์ไตเทียมน่าจะให้บริการได้ดีกว่าที่ตัวเองทำเองที่บ้าน คือ บางเคสก็แบบว่า โอ้ย ไม่ทำ ซี้เกียจทำเองที่บ้าน มาที่นี่ดีกว่า เอาสะดวก ประมาณนี้ค่ะ"-DP-I2

“ถ้าบอกว่าในแง่ของความพึงพอใจของคนไข้ อันนี้ก็ต้องยอมรับว่า คนไข้ favor ไปทาง hemo มากกว่า เพราะว่าพอฟังขั้นตอนของการเตรียมตัวสำหรับการรักษาบำบัดทดแทนไต ถ้า มันเริ่มต้นด้วย สมมุติ PD เนี่ย เตรียมบ้านนะ เตรียมห้อง ถ้าบ้านไม่มีที่อ่างล้างมือ จุดเตรียมต้อง เป็นห้องสะอาด ต้องมีคนเปลี่ยน หรือต้องเปลี่ยนน้ำให้ เปลี่ยนน้ำยาทางหน้าท้องให้ ทำเก็บน้ำยา เป็นยังไง พอพูดถึงขั้นตอนของการเตรียมการพอกเนี่ย ถ้าเป็น PD เนี่ย ด้วยประชากร ด้วยเศรษฐกิจ ด้วยอะไร คิดว่าใครฟัง เอ่อการเตรียม PD มันก็จะถอยใจไปแล้วครึ่งนึงค่ะ แแค่แบบนึกถึง ว่า บ้านคนไทยเรานอนรวมกันหมดแล้วไม่มีใครมีห้องน้ำในตัวทุกคนอะไรเงี้ยค่ะ มันก็อันนี้ต้อง ยอมรับว่าคนไข้ น่าจะเกิน 90% ชอบ hemo มากกว่า”-PR-I1

“อันนี้ไม่ใช้การให้เสรีภาพ แต่เป็นการตามใจ” (ตามแนวคิดเรื่อง "เสรีภาพไม่ใช้การ ตามใจ" ของ AS Neal ผู้ก่อตั้ง Summer Hill)-AC-I3

- ความลำเอียงของแพทย์ที่สนับสนุน HD มากกว่า PD ในด้านทัศนคติของแพทย์ต่อ PD และ HD

“คิดว่าโดย 70-80% ของแพทย์ที่เลือกกว่าทีม hemo ดีกว่า เพราะว่ามันเตรียมคนไข้ง่าย กว่า ทั้งในเรื่องของการเตรียมตัวผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัว คือคนไข้ก็แค่มาโรงพยาบาลพอก เสร็จแล้วก็กลับ เมื่อเทียบกับการที่คนไข้ต้องไปเตรียมบ้าน เตรียมของเตรียมอะไรอย่างนี้ หรือ การเข้าสู่อการเตรียมเส้นสำหรับพอกไตทางหน้าท้องมันยากกว่า” -PR-I1

“เราคิดว่า patient center care เนี่ยเป็น good word เนอะ เป็นคำพูดที่สวยหรูดีค่ะ international หรือ global level ดีค่ะ เพราะฉะนั้นเนี่ย ทั่วโลกอะเขาก็พูดถึง dialysis ให้เป็น patient center care แ่ทั้งสิ้น แต่ based on no bias counselling ค่ะ เพราะฉะนั้นเนี่ย ประโยคหลังเนี่ยมันไม่ได้พูด (เสียงหัวเราะ) ในเมืองนอก หมอรักษา PD คนนึงกับ HD คนนึงอะ สิ่งที่เขาได้ ได้เท่ากันคือได้เงินเดือน มีบางประเทศเท่านั้นที่ได้เงินต่างกัน ดังนั้น counselling มัน ก็เลยออกมาเป็นตรงกลาง จะเอียงก็ไม่ใช้เพราะเรื่องเงิน แต่เอียงเพราะว่าหมอคิดว่าทำอะไร PD หรือคิดว่าทำอะไร HD อันนี้มีจริง แต่ไม่ได้เอียงเพราะว่าได้เงินมากกว่าค่ะ เพราะฉะนั้น patient center care เป็นสิ่งที่ควรทำ dialysis ควรจะเลือกตามบริบทที่ผู้ป่วยยาก ลำบาก สุขภาพ comorbid อย่างยิ่งยวด แต่อยู่บนพื้นฐานที่ผู้ให้คำแนะนำต้องไม่ลำเอียงค่ะ”-AC-I2

- ความลำเอียงของแพทย์ที่สนับสนุน HD มากกว่า PD ที่เกิดจากผลประโยชน์ทับซ้อน

“เรื่องนี้คล้ายกับเรื่องการผ่าตัดคลอด ที่จุดชี้ขาดอยู่ตรงประตู; คนที่บอกว่าไปประตูไหน คือแพทย์ ถ้าแพทย์มี COI ก็ไป HD” -PM-I2

6.3) กระบวนการปรึกษาหารือเรื่องแนวทางการรักษา (counseling process)

กระบวนการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างเหมาะสมนั้น เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะการบำบัดทดแทนไต เป็นเพียงการยืดระยะเวลาเพื่อรอการปลูกถ่ายไตเท่านั้น ไม่ใช่การรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ฉะนั้นไม่มีใครบอกได้ว่าผู้ป่วยจะต้องอยู่กับการบำบัดทดแทนไตไปนานเท่าใด แม้สถิติการรอคอยปลูกถ่ายไตจะอยู่ที่ 2-5 ปีก็ตาม สิ่งที่พบจากการศึกษาคือ กระบวนการในการปรึกษาหารือเรื่องแนวทางการรักษา มีประเด็นที่เกี่ยวข้องหลายประการ

- ระยะของโรคที่ควรเริ่มต้น

“คิดว่า counselling stage 4 โดยทั่วไปคิดว่า จริง ๆ ก็โอเคนะคะ แต่ว่าหลังจาก stage 4 และไป stage 5 ระหว่างนั้นมันจะมีที่คนไข้ต้องมา follow up เพื่อประเมินอยู่เรื่อย ๆ มันควรส่ง counselling ซ้ำ ๆ” -DP-I2

- วิธีการและระยะเวลาในการให้ข้อมูล

“ด้วยเหตุผลเพราะว่าอัตรากำลังใจของเราก็ไม่ได้มีมากมายขนาดนั้น เพราะเวลาการ counselling คนไข้ 1 คนหรือ 1 ครอบครัว ปกติถ้า... counselling เองก็น้อย 1-2 ชั่วโมงเลย แต่มันใจมากกว่าแค่ 1 ชั่วโมงแรก เขาก็รับได้ไม่หมดแล้ว” -DP-I2

“ข้อเสนอ ทำคลิปสั้น ๆ เพื่ออธิบายความแตกต่างระหว่างทางเลือกต่าง ๆ ที่เข้าใจได้ง่าย สบซ. ควรลงทุนทำเรื่องนี้ โดยให้คนทำสื่อเก่ง ๆ ทำ เพื่อลด bias ของคนให้ข้อมูล” -PA-I2

- ข้อมูลที่ผู้ป่วยและญาติควรได้รับ

“คนไข้และญาติไม่ได้ full information อย่าง เรื่องค่าใช้จ่ายการเดินทาง ตอนแรกก็บอกว่า “สู้ๆ” แต่สุดท้ายก็อยู่ที่ว่า สายป่านยาวแค่ไหน ค่าเดินทางแค่ไหน 52 สัปดาห์ต่อปี” -PM-I2

“แนวคิดในการให้บริการควรเป็นการคิดว่าจะต้องทำอะไรให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้ ไม่ใช่ว่าผู้ป่วยเหมาะหรือไม่เหมาะสำหรับการได้รับการรักษา เช่น ถ้าผู้ป่วยอาศัยอยู่ในบ้านที่ลักษณะไม่เหมาะกับการทำ PD ก็ควรหาวิธีแนะนำ ปรับเปลี่ยนที่อยู่ ให้สามารถทำ PD ได้” -PA-I4

“จุดมุ่งหมายของนโยบายฯ พ.ศ. 2565 ก็คือช่วยลดค่าใช้จ่ายของประชาชน แต่ว่าประชาชนกลับมาเสียตั้งค์ตรงการเดินทางอันนี้อีก คือตอนนี้เราต้องยอมรับก่อนนะเราจะต้องไปปรับก่อนว่าเราไม่ได้เอา indirect cost เนี่ยซึ่งไม่รวมอยู่ในตรงนี้นะเราไม่เคยพูดกันเรื่องตรงนี้มามาพูดกันว่า เฮ้ยคนไข้เนี่ยทำ HD แต่ต้องเดินทางมาอาทิตย์ละ 2 รอบหรือ 3 รอบแล้วต้องเดินทางเสียค่าน้ำมัน ค่านี้อายุติต้องเสียเวลามาพามาเนี่ยไม่เคยพูด ไม่เคยพูดเรื่องนี้กันเลย ซึ่งจริง ๆ แล้วถ้าพูดเรื่องนี้กันแล้วเนี่ย indirect cost เนี่ยถ้าเอามาพูดกันกับทางหน่วยบริการและทางอายุรแพทย์โรคไตที่ดูแล พยาบาลโรคไตที่ดูแล แล้วก็ให้ให้อะไรจะให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเรื่อย ๆ มื้ออะไรขึ้นมาเนี่ยนะเกิด share decision making ที่เหมาะสมผมคิดว่าตรงนี้ก็ช่วยทำให้การตัดสินใจในการเลือก PD หรือ HD เหมาะสมที่สุด”-PY-I3

7) กลไกระบบและอิทธิพลตลาด (market)

7.1) อัตราการจ่ายชดเชย (reimbursement price)

การเปลี่ยนนโยบายฯ พ.ศ. 2565 มีการเพิ่มขึ้นของศูนย์ไตเทียมและอาจมีต้นทุนที่สูงขึ้น ทำให้กลไกตลาดในระบบประกันสุขภาพของการบำบัดทดแทนไตเปลี่ยนไป ซึ่งจะส่งผลหลายประการต่อระบบในภาพรวม

- ผลระยะสั้นคือการลดคุณภาพ

“ของสปสช. เหมือนว่า มาเบิกจ่าย 1,200 บาทก่อนแล้วก็เหมือนเบิกจ่ายตามเพดานมากขึ้น ซึ่งอันนี้มองว่าถ้าศูนย์ไหนที่เขามองว่ากำไรเขาก็ค่อยอยู่แล้ว มันจะกลายเป็นว่ามันจะไปถูกลด quality ของการฟอกให้คนไข้ไหม อันนี้ตัวเองก็ยังมองว่าเรื่องเงินก็ยังเป็นเรื่องสำคัญนะ ค่ะ คือไม่มองว่าเงินนี้ เอาตรงนี้เอาไปเป็น incentive หรืออะไรก็ตามแต่ แต่ว่าเงินตรงนี้มีมันสามารถเอาไปจัดการเป็นต้นทุนในแต่ละศูนย์ได้ซึ่ง ณ ขณะนี้ 1,500 บาทเนี่ย มันก็ถ้าเป็นศูนย์ที่คุณภาพดีจริง ๆ มันก็แทบจะ อย่างของโรงพยาบาลเองมันก็ 1,400 กว่าบาทแล้วค่ะ เรื่องเงินจะคิดว่าเรื่องเงินสำคัญก็คือไม่สามารถปฏิเสธได้ค่ะเรื่องนี้ ”-DP-I1

- ผลระยะยาวคือศูนย์ไตเทียมจะมีอำนาจต่อรองจนทำให้ สปสช. จำเป็นต้องปรับอัตราเหมาจ่ายของการฟอกเลือด จากอัตราที่คงที่ไว้ตั้งแต่เริ่มต้นนโยบายฯ พ.ศ. 2551 ซึ่งจะกระทบกับงบประมาณในภาพรวมของระบบหลักประกันสุขภาพ

“เมื่อคนไข้ HD เพิ่ม ค่าแรงเพิ่ม และ PD ลดลง สุดท้ายผู้บริหาร สปสช. ก็ต้านไม่ได้ที่จะต้องปรับเพิ่ม unit cost ให้กับ HD จากที่ตรึงมาไว้ได้ตั้งแต่เริ่มนโยบาย PD First”-PY-I1

“วันนึงถ้า supply dominate market มาก จะมี cost pressure ต่อ สปสช.”-PM-I2

7.2) ทรัพยากร (supply)

การเปลี่ยนแปลงนโยบายฯ ทำให้เกิดความกังวลต่อความยั่งยืนของระบบอุปทานที่เกี่ยวข้องกับ PD โดยเฉพาะน้ำยาล้างไต ที่การผลิตได้ในประเทศมีผลต่อราคาและต้นทุนในภาพรวมของ PD ในประเทศไทย โดยเฉพาะบริษัท Baxter ซึ่งได้ร่วมสนับสนุนนโยบาย PD First กับ สปสช. โดยมีการลงทุนสร้างโรงงานผลิตน้ำยา PD ขึ้นในประเทศไทย

“จะเกิดปัญหากับ supply ของ PD ที่บริษัทจะอยู่ไม่ได้” (เพราะ demand หายไป)-PM-I1

“Baxter's production plant in Thailand is under risk by the drop of PD patients”-

SP-I2

7.3) ทรัพยากรบุคคล (human resource)

ภายหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายฯ พ.ศ. 2565 เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอัตรากำลังโดยเกี่ยวกับบุคลากรหลักที่ดูแลผู้ป่วย

- การขาดแคลนอัตรากำลัง

“บุคลากรที่ให้บริการไม่ว่าจะเป็นอายุรแพทย์กับพยาบาลไตเทียมจะเห็นว่าไม่เพียงพอ นะครับไม่เพียงพอ ซึ่งมีข้อมูลทางตรงต. อยู่ นะครับข้อมูลทางสมาคมระบุว่า การขาดแคลนของ พยาบาลปกติต้อง 1 ต่อ 4 เนาะ ณ ตอนนี้นั้นไม่ได้ พยาบาล 1 คนต้องดูไปดูคนไข้ 4 คนแล้ว ตอนนี้นั้นไม่พออะบางที่พยาบาล 1 คนไปดูคนไข้ต้องต่อ 6-7 คนแล้วก็อายุรแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ เป็นโหลเป็นสิบ ๆ เลย คือมันไม่พอเพราะฉะนั้นก็เลยทำให้เกิดการดึงตัวรุนแรง แรงงานของ พยาบาลไตเทียมเกิดการแย่งกันพอสมควร”-PY-I3

“เพราะว่าทุกวันนี้ พออัตรากำลังมันเป็นแบบนี้ มันก็เลยค่อนข้าง tight กับหน้างานมาก ๆ เลย รวมถึงอัตราผลผลิตอย่างที่พูดเมื่อกี้ว่า อัตราการผลิตที่ออกมาเทียบกับจำนวนที่ตลาดต้องการ ที่โรงพยาบาลต้องการ มันไม่สมดุลกัน คือที่ผลิตมามันน้อย แต่สิ่งที่ต้องการมันเยอะ ทำให้คนทุก ศูนย์มันขาดหมดเลย เพราะฉะนั้นถ้าวันนึงน้องรู้สึกว่ที่นี่...แล้วยังเป็นโรงพยาบาลใหญ่ ๆ อย่าง ที่ศูนย์แพทย์เอง คน turn ออกไม่น้อยเลยนะ หรือโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เองก็ตาม เพราะว่าด้วย พอ...โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ขึ้นตอน กระบวนการ processing ต่าง ๆ มันจะเยอะขึ้น เพราะฉะนั้น งานมันก็เลยจะเยอะขึ้น มันจะต่างกับศูนย์เล็ก ๆ ศูนย์ต่างจังหวัดเล็ก ๆ ขึ้นตอนมันน้อย ก็เดิน แคไปหยิบยาในตู้เย็นมาก็ฉีดได้แล้ว ไม่ใช่ของบางโรงพยาบาล ยิ่งใหญ่ ๆ ต้องหลายขั้นตอนมาก เลย ต้องเปิด VN ต้องนู่นต้องนี่ต้องนั้นกว่าจะได้ยามา vial นึง เพราะฉะนั้นคนก็เลย turnover rate เยอะมาก เพราะคน turnover rate ปุ๊บ ความต่อเนื่องในการทำงานมันก็จะ loss ตรงนี้ไป พอมันไม่ต่อเนื่องเสร็จ คุณภาพมัน drop ลงแน่นอน” -DP-I2

- การเพิ่มขึ้นของพยาบาล HD และการลดลงของพยาบาล PD
 “พยาบาลจะได้เรียนรู้ทั้ง PD และ HD แต่ถ้าไปทำงานกับเอกชน จะได้รายรับที่มากกว่า และสำหรับ HD จะได้ค่าล่วงเวลาเพิ่มจากเงินเดือนปกติด้วย”-DP-I2
- ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับอัตรากำลังในภาครัฐและเอกชน และระบบสุขภาพในภาพรวม
 “เป็นเรื่องของ incentive ที่หมอได้ลั่วน ๆ นะ ก็ออกไปกันหมดเลย (ออกไปอยู่รพ. เอกชน) โรงพยาบาลรัฐบาลในอดีตก็จะเห็นว่ามันมี (เครื่องฟอกเลือด) ไม่กี่เครื่องคะ”-AC-I2
 “การไหลออกของพยาบาลออกจากระบบที่เกิดจากการเกิดขึ้นมากมายของ HD Center เป็นสิ่งที่มีการคาดการณ์ไว้แล้วในเอกสารที่ IHPP ทำการศึกษาในปี 2548 โดย อ.ถนอม เป็นประเด็นหนึ่งที่ใช้ประกอบการพัฒนานโยบาย PD First ดังนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นจากนโยบายปี 2565 ในเรื่องนี้จึงสามารถคาดการณ์ได้”-PA-I2
- ความวิตกกังวลและข้อเสนอแนะต่อปัญหา
 “สำหรับตัวเองคิดว่าบุคลากรเป็นเรื่องสำคัญ เรื่องสำคัญเลย ถ้าจะให้ระบบสาธารณสุข แก่แค่การ...หมายถึงว่าเพิ่มอัตราการผลิตที่เพิ่มขึ้นมา ตนเองคิดว่ายังไม่มั่นก็ไม่เพียงพอต่อความต้องการของตลาด ณ วินาทีอยู่แล้ว แต่คิดว่าทำยังไงดีกว่าว่า ให้คนที่เคยอยู่ตรงนั้น แล้วเค้าอยู่ได้นาน ๆ ” -DP-I2

8) หลักการแนวคิดและประเด็นทางจริยธรรม (ethics)

การตัดสินใจเปลี่ยนนโยบายของ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2565 อยู่บนฐานคิดเดิม คือ จะยอมไม่ได้ที่จะให้เกิดการล้มละลายด้วยปัญหาทางสุขภาพ (catastrophic health expenditure) กับคนไทย เป็นหลักการที่ทาง สปสช. ยึดมั่นมาโดยตลอด

(โดยส่วนตัวอาจารย์มองว่า ผลกระทบของนโยบายเป็นไปตามที่อาจารย์คาดหวังไหมคะ, นโยบายฯ ปี 2565) “ไม่เห็นต้องมองเลย ก็เห็น ๆ อยู่แล้วว่า 6,000 คน ต้องเสียตังค์ ต้องไปมองทำไม” -PY-I2

(นโยบายฯ ปี 2565) “ไม่เห็นมีอะไรผิดปกติ เป็นเรื่องปกติ เมื่อตอนเริ่มต้นกันใหม่ ๆ hemo dialysis มันไม่มี corrective dialysis ในต่างจังหวัด almost เป็นแบบ single choice ใช้ไหม แล้วเราก็ออยากให้คนไข้เนี่ย ช่วยตัวเองบ้างอะไรบ้าง มีคนที่ hemo dialysis แต่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ที่นี่ตอนที่เราดัดสินใจปรับ ไม่ใช่ปรับเปลี่ยนนะ แต่ใช้คำว่า ยกเลิกนโยบายบังคับ PD First เปลี่ยนเป็นนโยบาย encourage และ voluntary PD First นโยบาย PD First ก็ยังอยู่นะ แต่เป็นการ

implement เปลี่ยนจาก compulsory เป็น voluntary เนื่องจากมีคนประมาณ 6,000 คนที่ face catastrophic illness เพราะด้วยเหตุผลอะไรก็แล้วแต่”-PY-I2

การเปลี่ยนแปลงนโยบายใน พ.ศ. 2565 ได้ทำให้ประเด็นปัญหาและความเสี่ยงในทางจริยธรรมในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ขยายตัวอย่างรวดเร็วในประเทศไทย โดยเฉพาะระบบค่าตอบแทนแพทย์ อย่างไรก็ตาม ปัญหานี้ก็เป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ และมีกรณีตัวอย่างที่เกิดขึ้นแล้ว ดังนั้นจึงสะท้อนว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งนี้ อาจไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากประเด็นนี้

“การได้รับ kick back ในการส่งผู้ป่วยทำ HD เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมานาน และในประเทศไต้หวันก็มี ที่ทำให้ตอนนี้ ไต้หวันมีผู้ป่วยทำ HD เพิ่มขึ้นมาก”-PA-I2

“เคยมีการทดลองให้ incentive แก่แพทย์เพื่อโน้มน้าวให้ส่งผู้ป่วยไปทำ PD ในช่วงที่ยังไม่มีนโยบายฯ ปี 2565 แต่มีกระแสโต้กลับเนื่องจากแพทย์ได้เงินเดือนอยู่แล้ว จึงไม่สมควรได้รับเงินจูงใจเพิ่ม”-AC-I2

“ในบางประเทศ เงินเดือนแพทย์ PD และ HD นั้นเท่ากัน” -AC-I2

“ethical standard ของแพทย์ตกต่ำลง เหมือนกับวงการอื่น ๆ ในประเทศไทย แต่วินัยยังต่ำไม่สุด แต่เมื่อถึงจุดต่ำสุดก็จะดีขึ้นตามกลศาสตร์”-PM-I2

“พอเรายังพูดถึงयेေးเนี่ยคือมันเป็น coi อาจารย์ถูกมัยฮะโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หมอที่ไปเปิดหน่วยแล้วส่งคนไข้ไปที่หน่วยผมถามว่าพวกเราไม่เห็นกันหรือครับพวกเราในที่นี้หมายความว่าพวกเราทุกคนเลยครับทั้งโรงพยาบาลทั้งหมอต่คนไข้ก็ไม่ทราบนี้ครับ เบอร์ดคลินิกที่อยู่ข้าง ๆ โรงพยาบาลนี้เป็นของหมอคนนี้ถูกไหมครับเพราะฉะนั้นนี่คือเรื่องหนึ่งที่ไม่ว่าจะเป็นผู้อำนวยการไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุขนะครับผมคิดว่า ผมอยากจะเสนอให้ว่าถึงเวลาแล้วไหมครับที่พวกเราควรจะต้องปฏิวัติแล้ว ก็ทำให้มันกลับเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมาครับแล้วก็ใน 1,500 จะได้มีอะไรที่กลับไปสู่ quality of life ของคนไข้ อันนี้คืออันนี้ที่ผมอยากจะเสนอครับ”-SP-I3

ในด้านของระบบบริการ ก็มีการกระทำที่ขัดต่อจริยธรรมที่จำเป็นต้องมีระบบการตรวจสอบ

“ศูนย์ HD มีการยัดบัตรประชาชนผู้ป่วยเพื่อทำเรื่องเบิกจ่ายเองโดยไม่มีการรักษา”-PA-I1

9) หลักการแนวคิดและประเด็นด้านการดูแล (care)

9.1) แนวคิดด้านการดูแล (concept of care)

แรงผลักดันหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบาย คือแนวคิดด้านการดูแล (concept of care) โดยเฉพาะแนวคิดในเรื่องการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-center care) ที่เน้นในเรื่องสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยในการที่ควรมีสิทธิเลือกได้ด้วยตัวเอง (patient choice) ทำให้มีการเรียกชื่อนโยบายนี้ว่า การให้สิทธิเลือกโดยอิสระ หรือ “free choice” ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดและปัญหาของนโยบาย PD First policy ที่มีลักษณะเป็นมาตรการกึ่งบังคับ (semi-compulsary) จึงมีลักษณะของการจำกัดสิทธิ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความไม่พอใจและปัญหาความทุกข์และการต้องเผชิญกับภาระทางการเงิน ทำให้ PD First policy ถูกตีความว่าเป็นนโยบายที่ค้านกับหลักการพื้นฐานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในประเด็นที่ 8) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลสนับสนุน “เสียง” ของผู้ป่วยที่เรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย (ประเด็นที่ 1)

“ที่ผ่านมาเนี่ยเวลาเราใช้นโยบาย PD First เนี่ยมันไม่ได้ถูกพิจารณาโดยคำนึงถึงถ้าสถานะพยาธิสภาพของโรค บั๊จจัยทางสังคมความเหมาะสมการเริ่ม PD First ก็คือคุณต้อง PD ก่อนเลยอะ โดยไม่ได้ทำให้คนไข้เนี่ยอธิบายหรือบอกว่าทำไมเรามีบั๊จจัยอะไรที่เขาควร PD First หรือเขาไม่สามารถทำ PD First ได้ใช้ไหมคะ”-PM-I4

“คนไข้ควรมีสิทธิเลือก มากกว่าบังคับ PD First ที่ผ่านมามีบางบ้านทำไม่ได้ ไม่มีห้อง ไม่มีลูกหลาน แต่กระบวนการอุทธรณ์ใช้เวลา ก็เลยไม่ได้ทำจนต้องกลับมาด้วยปัญหาที่ต้องทำ acute dialysis” -DP-I4

“ต้องยึด client center เป็นหลัก หน้าที่ของระบบคือต้องทำทุกวิธีที่มันตอบโจทย์และมันเลือกได้จริง” -PM-I3

การที่บุคลากรมีความโน้มเอียงไปในทางสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือก HD เกิดจากแนวคิดเรื่องการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่มีคุณภาพที่เป็นข้อกังวลของบุคลากร ก่อให้เกิดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วย HD ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดทั้งที่เกิดจากความเข้าใจในหลักการที่เกี่ยวข้องกับระบบ PD ที่มีคุณภาพ เช่น chronic care model และแนวคิดที่เกิดจากความไม่เข้าใจหรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ PD

“chronic care model ก็คือคุณต้องทำ multidisciplinary team ต้องมีพยาบาล มีนักรังสี สาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน ไปจัดบ้าน คุณไปเองไม่ได้หรอก บางทีมันต้องให้พยาบาลกับทีมสาธาณสุขลงไป บ่อย ๆ คุณไม่มีเวลาคุณตรวจคนไข้ที่โรงพยาบาล แต่คุณต้องสร้างทีมที่เป็นทีมเยี่ยมบ้านที่สามารถไป ประเมินจัดบ้านให้มันดีได้ไปรีเทรนนิ่งเขาที่บ้านอะไรอย่างเงี้ยให้มันไปดูสภาพความเป็นจริงว่ามัน sterile ได้ที่ไหนอะไรอย่างเงี้ย”-PA-I2

“ฉะนั้นเราก็คิดว่า ก็เหมือนหมอทุกคนคะ พยาบาลทุกคนที่ไม่ใช้อยู่ในวงการ จะคิดว่า hemo ดีกว่า PD เสมอ อันนี้แก้มได้ คนไข้ก็ยอมตามหมอนั้นแหละ แต่หมอทั่วไปไม่เคยเห็นหน่วย PD เลย มอง

ไปเห็นแต่หน่วย hemo อะ เวลาขับอะไรอย่างเงี้ย พยาบาลทั่วไป ที่ไม่ใช่อยู่ในวงการก็คิดว่า PD อะ ด้อยกว่า HD อยู่แล้วคะคนไข้ก็ต้องตามหมอลินะ เราเดาเอว้างั้น”-AC-I2

“อนาคตของ PD ถ้ามันยังเป็นแบบนี้ ผมว่า PD จะค่อย ๆ หายไปกับ generation ของ nephrologist ที่เขาทำ PD เป็นชีวิตจิตใจ เพราะแพทย์รุ่นใหม่ ๆ ที่ทำ PD มีน้อยมากเมื่อเทียบกับรุ่นใหม ๆ ที่อยากทำ hemo”-SP-I1

9.2) คุณภาพการดูแล (quality of care)

ปัญหาเรื่องคุณภาพการดูแล (quality of care) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายใน พ.ศ. 2565 โดยเฉพาะการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย HD และคุณภาพบริการในด้านอื่น ๆ ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่

- การเร่งให้มีการเปิดศูนย์ HD โดยยกเลิกข้อบังคับในการให้ ทรต. ตรวจสอบ ทำให้เกิดช่องว่างของระบบในการตรวจสอบและกำกับดูแลคุณภาพและมาตรฐานของศูนย์ HD

“การควบคุมคุณภาพ HD เป็นเรื่องทางเทคนิค หน่วยงานที่จะทำเรื่องนี้ได้ คือ ทรต. แต่ ทรต. ไม่มีอำนาจบังคับ จึงต้องให้ผูกโยงกับเรื่องการออกใบอนุญาต ที่เป็นสิ่งที่กองทุนประกันสุขภาพต้องกำหนด ซึ่งตอนนี้ สปสช. ไม่ได้บังคับเงื่อนไข ทำให้เป็นช่องว่าง ที่ต่อไปควรแก้ไข”-PA-I1

- การมีความต้องการ (demand) บุคลากรพยาบาลโรคไตที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วของศูนย์ HD ที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีการหมุนเวียนเปลี่ยนตัวของบุคลากร (turn over rate, TOR) รวดเร็ว ขาดความต่อเนื่อง และบุคลากรใหม่ขาดความชำนาญ และอาจมีการใช้บุคลากรผิดประเภท

“แนวทางการพัฒนาคุณภาพ คือ การพัฒนาที่บุคลากร โดยเฉพาะพยาบาล ที่ต้องลด TOR ให้มีการทำงานที่ต่อเนื่องมากขึ้น”-DP-I2

“แต่ผลกระทบที่ตามมาที่น่ากลัวที่สุด คือการเอาน้องผู้ช่วยไปทำหน้าที่แทนพยาบาล”-PR-I1

- การเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งนี้ ได้ทำให้บริการบำบัดทดแทนไต กลายเป็นระบบตลาดเสรี (free market) ของธุรกิจบริการสุขภาพที่มีการแข่งขันเพื่อการทำกำไรสูงสุด คุณภาพจึงถูกลดลง เช่น การลดระยะเวลาการฟอกไตในแต่ละครั้ง หรือการใช้ตัวกรองซ้ำเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วยในแบบที่ไม่ได้ใส่ใจกับความพึงพอใจหรือความปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงต้อง

มีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ส่งผลกับระบบตลาดเพื่อให้มีคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนในข้อเสนอต่าง ๆ เช่น ระบบ ranking แบบแรงจูงใจ (quality incentive program)

“การควบคุมคุณภาพ HD อาจใช้มาตรการจูงใจ เช่น การทำ ranking หรือ five star แบบใน USA ซึ่งทางสมาคมกำลังพัฒนาอยู่” -PA-I1

“QIP ดีคือย่อมาจาก quality incentive program นะครับเป็นโปรแกรมที่จ่ายค่าจ่ายค่าตอบแทนให้กับหน่วยบริการที่ดูผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแล้วได้คุณภาพนะครับ อันนี้เนี่ยเป็นนโยบายเราเห็นทิศทางแล้วละเมื่อปี 65 เราเห็นทิศทางแล้วว่าผู้ป่วย PD ลดลงมากเลยเริ่มคือเดิมเนี่ยมีผู้ป่วย PD เกือบ 50,000 รายปี ๕๕ ลงมาเนี่ยเหลืออยู่ ณ ตอนนี้อยู่แค่ 15,000 รายจากเกือบ 50,000 รายเนี่ยเหลือ 15,000 รายภายในช่วงเวลา 4 ปีที่ผ่านมาแล้วก็ HD ขึ้นไปเป็น 50,000 กว่านะครับเพราะฉะนั้นเราเห็นว่าตรงนี้อ่าไม่ทำอะไรสงสัย PD ต้องล้มละลาย PD ล้างไตแล้วก็ต้องหายไปแน่ ก็เลยคิดว่าล้างไตทางช่องท้องเนี่ยมันยังเป็นวิธีหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มไหน แล้วก็กระตุ้นให้หน่วยบริการให้มีความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ก็เลยใส่ QIP เข้าไป quality โปรแกรมโดยการกำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพการล้างไตทางช่องท้องเข้าไปนะครับ” -PY-I3

- การลดลงของผู้ป่วย PD อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพของ PD ในระยะต่อไป ทำให้ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับ PD ไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพสอดคล้องกับบริบทชีวิตและสถานะสุขภาพของตนเอง ดังนั้น **คุณภาพการบริการ (quality of care) ของระบบการดูแลภายใต้นโยบายการบำบัดทดแทนไตในภาพรวม จึงขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างจำนวนของผู้ป่วย PD และ HD ด้วย**

“เห็นด้วยดีสมั่นก็คือ ต้องโปรโมท PD ตอนนี้นั้นเหมือน ถ้ามันเอียงกระเท่เร้นะก็บอกว่าง่าย ๆ ก็ HD แต่มันควรจะราชมวิทยาลัยหรือสมาคมโรคไตหรืออะไรเนี่ยต้องเห็นเทรนด์ที่ว่ามันก็จะเกิดเป็นดอกเห็ดนะเต็มไปหมด คุณภาพอาจจะลดลงด้วย ถ้าเราบาลานซ์ได้เพราะ PD มัน establish แล้วในหลายที่ คนเคยทำมาแล้วตั้ง 10 กว่าปี ไม่ใช่เริ่มจาก 0 นะมีคนเคยทำเยอะ ถ้าเราสามารถทำ option นี้ให้ให้พออยู่ได้ อย่างนี้ดีกว่าไม่ได้โปรโมทเยอะหรอกแต่ว่ามันเป็น option นึงที่ดี เช่นโดยเฉพาะถ้าเป็น PD อยู่ที่บ้านกลางคืนนะทำแล้วถ้ามันถูกลงได้นะ คนนี้ก็สบายเลยไปไปนั่นไปนี่ได้โดยเฉพาะเด็กแล้วไปทำกลางคืนติดเครื่องก็จะดีแต่เขาต้องทำเองนะอะไรอย่างนี้นะครับ” -PA-I2

5.2.5. การสังเคราะห์คำอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงนโยบาย พ.ศ. 2565

สังเคราะห์เบื้องต้นใน 3 ประเด็นคำถาม คือการเปลี่ยนแปลงนโยบายบำบัดทดแทนไตของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2565:

- 1) เกิดจากเหตุปัจจัยอะไร ในบริบทอย่างไร?
- 2) ทำให้เกิดผลอะไรในช่วงที่ผ่านมา?
- 3) อาจส่งผลกระทบอะไรในอนาคต (หากไม่มีการจัดการที่เหมาะสม)?

ทั้งนี้กระบวนการเก็บข้อมูลจนถึงการวิเคราะห์และสังเคราะห์ ใช้แนวทางการศึกษาแบบมานุษยวิทยาโยบาย (anthropology of public policy) (84) ในการเก็บข้อมูลโดยให้ความสำคัญกับบริบททางประวัติศาสตร์ ประสบการณ์ และความรู้สึกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการ จึงให้ความสำคัญกับบทบาทของแต่ละบุคคลในบริบทของเหตุการณ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่เชื่อมโยงกับเนื้อหาของสิ่งที่ให้สัมภาษณ์ และให้ความสำคัญกับอารมณ์ความรู้สึก น้ำเสียง การใช้คำ อวัจนภาษา เพื่อประกอบในการตีความ โดยกรอบแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการตีความ มีแนวคิดจากงานวิชาการทางสังคมศาสตร์ที่ใช้เป็นหลัก ได้แก่

- 1) กรอบแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุที่พบได้บ่อยของการเกิดผลกระทบที่ไม่คาดคิดของการปฏิบัติการทางสังคม (unanticipated consequences of purposive social action) โดย Robert Merton (1934) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งนี้กล่าวได้ว่าเป็นปฏิบัติการทางสังคมที่มีเจตนาที่ดี แต่เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเกินกว่าที่คาดคิด (85)
- 2) กรอบแนวคิดเกี่ยวกับตรรกะสองชุด คือ การให้สิทธิคนไข้ในการเลือก (the logic of choice) กับเรื่องกระบวนการและคุณภาพการดูแล (the logic of care) โดย Annemarie Mol (2010) โดยที่การให้สิทธิคนไข้ในการเลือกจะมีน้ำหนักหรือมีอิทธิพลมากกว่าจนทำให้เรื่องการดูแลกลายเป็นเรื่องรอง รวมถึงการยกความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นให้กับคนไข้ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง (86)

สำหรับการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามข้อแรกคณะผู้วิจัยใช้กรอบการวิเคราะห์นโยบายที่เรียกว่า multiple-streams approach ที่มองการเปลี่ยนแปลงนโยบายว่าเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนไม่ได้เป็นเส้นตรงและเป็นการบรรจบกันของหลายเหตุปัจจัย (87)

1) การเปลี่ยนแปลงนโยบายใน พ.ศ. 2565 เกิดจากเหตุปัจจัยอะไร ในบริบทอย่างไร?

คณะผู้วิจัยพบว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2565 มีเหตุปัจจัยจากการบรรจบกันของ **กระแสปัญหา** คือ ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **กระแสนโยบาย** คือ การลดข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และ **กระแสการเมือง** คือ ฝ่ายการเมืองมีเป้าหมายชัดเจนที่จะปรับนโยบายเพื่อตอบสนองข้อเรียกร้องของผู้ป่วยโรคไต โดยการปรับให้

ผู้ป่วยโรคไตสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นจุดร่วมที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องการให้เกิดขึ้น แม้จะมีเหตุผลและแนวทางการพัฒนาที่ต่างกัน ในการนี้ประเด็นนโยบายที่ถูกตั้งเป็นประเด็นหลัก คือ การแก้ปัญหาการล้มละลายจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามจากข้อมูลหลักฐานและการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญในการประกอบการตัดสินใจยังมีอยู่อย่างจำกัด เมื่อเทียบกับเมื่อตอนเริ่มนโยบาย PD First ทำให้นโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 ขาดการคาดการณ์ผลกระทบและการเตรียมการรองรับที่เหมาะสม

2) การเปลี่ยนแปลงนโยบายใน พ.ศ. 2565 ทำให้เกิดผลอะไรในช่วงที่ผ่านมา?

การเปลี่ยนแปลงนโยบายบำบัดทดแทนไตยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการและต่อผู้รับบริการ โดยผลกระทบหลักที่มีต่อระบบบริการ คือ การเพิ่มขึ้นเกินคาดหมายของผู้ป่วยฟอกเลือดรายใหม่ ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น กระบวนการการให้คำปรึกษาที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลที่รอบด้านและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ความยุ่งยากของการเตรียมคนและสถานที่สำหรับล้างไตทางช่องท้อง และการที่ผู้ป่วยต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการบำบัดทดแทนไตให้ตนเอง ด้วยความเชื่อของผู้ป่วยที่มองว่าการล้างไตทางช่องท้องจะติดเชื้อง่ายและเป็นการรักษา “ขั้นสอง” การนำผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มาทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยการตัดสินใจของญาติและแพทย์ มุมมองของแพทย์ที่โน้มเอียงไปในทิศทางที่สนับสนุนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นวิธีบำบัดทดแทนไตที่แพทย์มีความมั่นใจ สามารถควบคุมได้ และทำงานง่ายกว่าเมื่อเทียบกับการล้างไตทางช่องท้อง และปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นต้น

ด้านผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายฯ ได้แก่ ปัญหาการรอคอยคิวในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ยาวนาน อันเนื่องมาจากการขาดแคลนหน่วยไตเทียม (HD Center) และบริการผ่าตัดทำเส้นเลือดสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปัญหาคุณภาพบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบว่าระยะเวลาในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่ครบ 4 ชม. ตามมาตรฐานการบำบัดทดแทนไต เครื่องมือและระบบน้ำในการบำบัดทดแทนไตไม่พร้อม การไม่ได้รับการประเมินหรือติดตามอาการทางคลินิกระหว่างการฟอกเลือดจากบุคลากรผู้ให้บริการ เนื่องจากตัวบุคลากรที่ให้บริการไม่ได้อยู่ให้บริการจริง ณ หน่วยไตเทียม หรือจำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอ พฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ดี และสุดท้ายภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย จากการที่เดินทางไปฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม

3) การเปลี่ยนแปลงนโยบายใน พ.ศ. 2565 อาจส่งผลกระทบอะไรในอนาคต (หากไม่มีการจัดการที่เหมาะสม)?

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายบทบาท คณะผู้วิจัยพบประเด็นที่ส่งผลกระทบของนโยบายฯ นี้ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตร่วมกัน คือ (1) บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่มีที่ว่างรองรับผู้ป่วยรายใหม่ที่จำเป็นต้องรับบริการ รวมถึงผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตมาเป็นการฟอกเลือด (2) การไหลของพยาบาลไปสู่ระบบบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่จะกระทบต่อบริการล้างไต

ทางช่องท้องและบริการอื่น ๆ (3) บริการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis; CAPD) และการล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติ (automated peritoneal dialysis; APD) ยังขาดแคลนสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็น เนื่องจากการลดลงของหน่วยบริการและผู้ให้บริการล้างไตทางช่องท้อง และ (4) งบประมาณกองทุนโรคไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องใช้เพิ่มขึ้น จากปริมาณผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เพิ่มขึ้น (การล้างไตทางช่องท้องลดลง บริการแบบประคับประคองลดลง การปลูกถ่ายไตเพิ่มไม่ทัน และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่เพิ่มมากขึ้น) และการที่ต้องปรับอัตราเหมาจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรทางการแพทย์

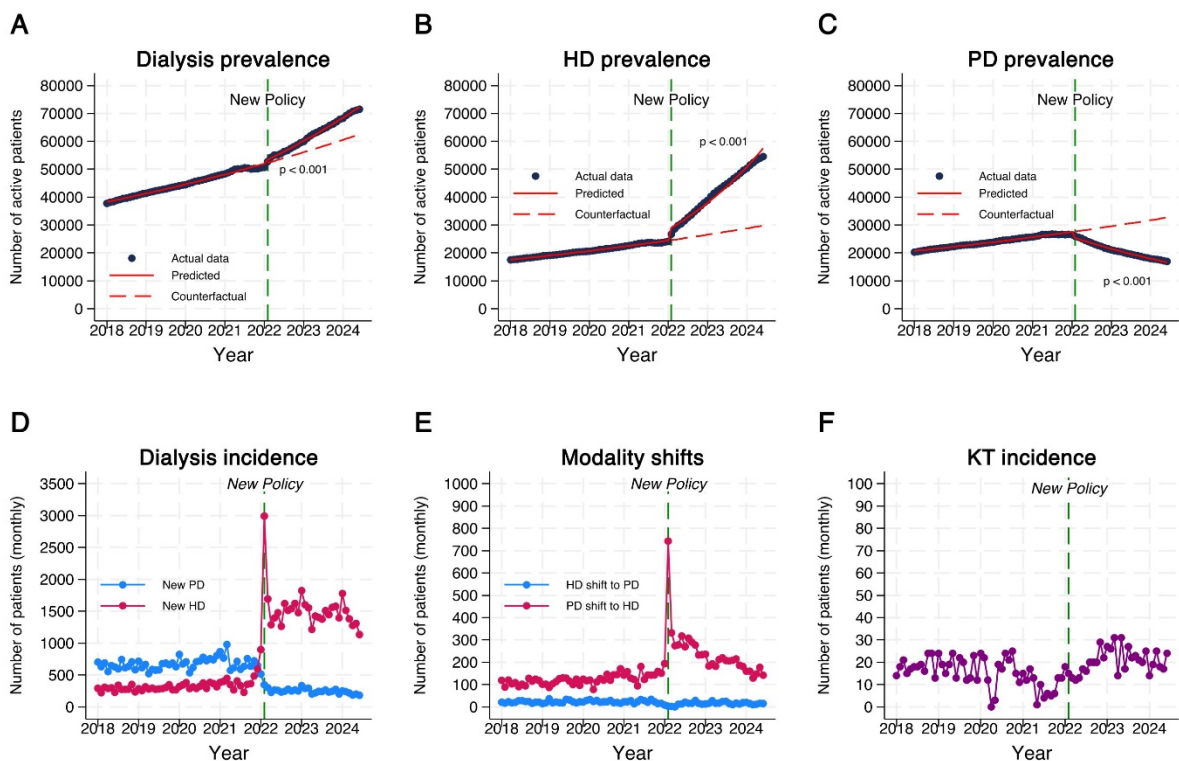
5.3.ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการบำบัดทดแทนไต (data analysis on kidney replacement therapy)

5.3.1. กลุ่มประชากรที่นำมาศึกษา (study population)

วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลหลักของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยกลุ่มประชากรหลักใช้ข้อมูลจากระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (chronic kidney disease_disease management information system: CKD_DMIS) และเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบบันทึกและประมวลผลข้อมูลทางการแพทย์ (e-Claim) เพื่อระบุอายุ เพศ และโรคร่วม โดยหลังจากตัดข้อมูลที่มีการบันทึกซ้ำและยืนยันการใช้บริการบำบัดทดแทนไตจริงแล้วจะมีประชากรที่เริ่มการบำบัดทดแทนไตในช่วงเวลาการศึกษาคือ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 90,085 ราย โดยผู้ป่วยจะถูกติดตามตั้งแต่วันที่เริ่มลงทะเบียนในระบบจนถึงวันที่เสียชีวิตหรือสิ้นสุดการติดตาม ณ วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567

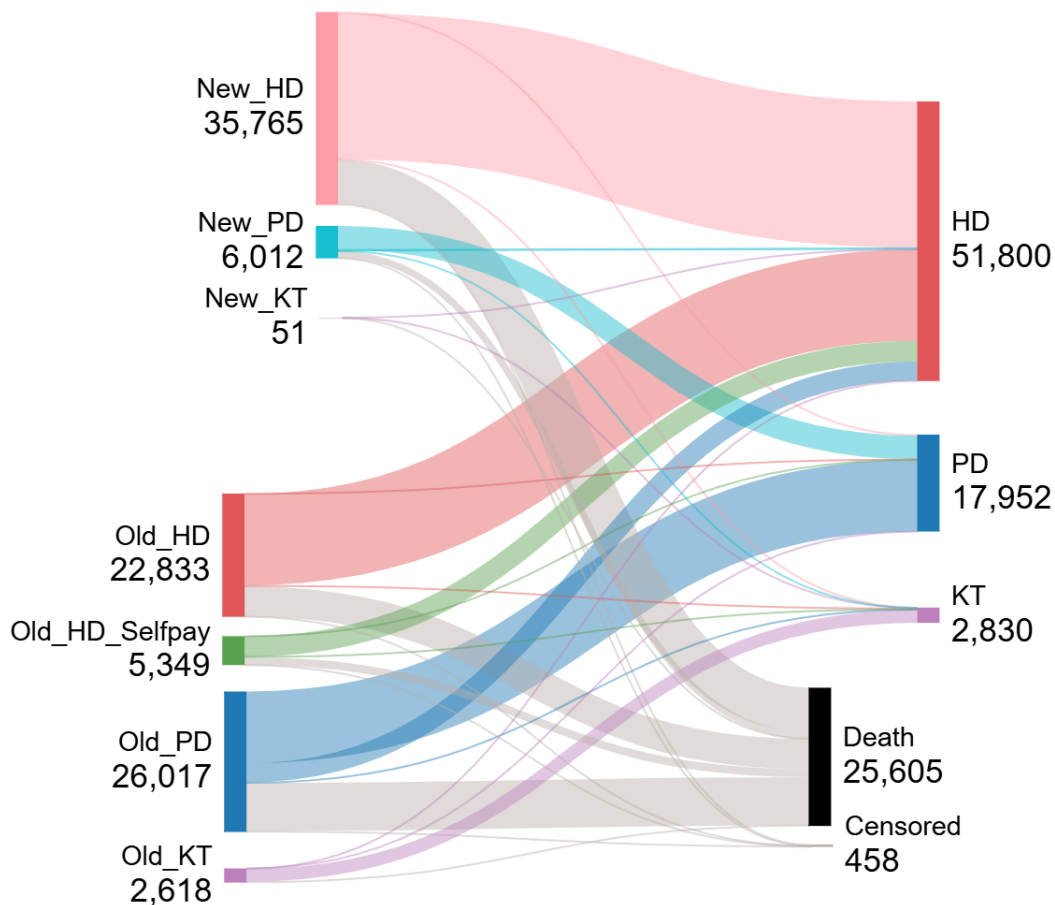
5.3.2. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่อสถานการณ์การใช้บริการบำบัดทดแทนไตรายเดือน

หลังการเปลี่ยนนโยบายเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเปลี่ยนนโยบายจากการวิเคราะห์ด้วยวิธีการ interrupted time series (รูปที่ 5A) กล่าวคือในช่วงเวลา 29 เดือนหลังปรับนโยบายดังกล่าว ตั้งแต่ 1 ก.พ. 65 จนถึง 1 มิ.ย. 67 ผู้ป่วยล้างไตสะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) จากเดิมประมาณ 5 หมื่นคน เป็น 7 หมื่นคน (รูปที่ 5A) ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็นผู้ป่วย HD ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว (หรือคิดเป็นร้อยละ 124) คือจากเดิมมีผู้ป่วย HD ในระบบประมาณ 25,000 คน เพิ่มเป็นประมาณ 55,000 คน ($p < 0.001$, รูปที่ 5B) ในทางกลับกัน ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD) มีจำนวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 34 ($p < 0.001$) โดยจากเดิมก่อนเปลี่ยนนโยบายมีผู้ป่วย PD ประมาณ 26,000 คน จนเหลือผู้ป่วย PD เพียงประมาณ 17,000 คน ณ วันที่ 1 มิ.ย. 67 (รูปที่ 5C)



รูปที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายเดือน (A) จำนวนผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต (HD+PD) (B) จำนวนผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) (C) จำนวนผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (PD) (D) จำนวนผู้ป่วยเริ่มการบำบัดทดแทนไต (HD+PD) รายใหม่ (E) จำนวนผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต (F) จำนวนผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่ายไต

จากจำนวนผู้ป่วย HD ที่เพิ่มขึ้นนี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เริ่มบำบัดทดแทนไตรายใหม่ (รูปที่ 5D) ในขณะที่ผู้ป่วยฟอกเลือดที่จ่ายเงินเองอยู่เดิม ช่วงก่อนเปลี่ยนนโยบายฯ (HD self pay) ซึ่งมีประมาณเพียง 5 พันกว่ารายหรือคิดเป็นเพียงส่วนน้อยของผู้ป่วย HD ที่เพิ่มขึ้นทั้งหมด (รูปที่ 5)



รูปที่ 6 ที่มาการเปลี่ยนสถานะของผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต ก่อนและหลังเปลี่ยนนโยบาย²¹

หลังการเปลี่ยนนโยบายฯ พบว่าผู้ป่วยรายใหม่ถึงร้อยละ 85.6 เลือกวิธีการ HD โดยจากเดิม ก่อนเปลี่ยนนโยบายผู้ป่วยรายใหม่จะเลือกวิธี HD ร้อยละ 31.5 ตารางที่ 15 เปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยรายใหม่ก่อนและหลังการเปลี่ยนนโยบายฯ โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยและดัชนีภาวะโรคร่วมของ Charlson (Charlson comorbidity index) สูงขึ้นในช่วงที่มีการใช้นโยบายใหม่ ในทั้งสองช่วง ผู้ป่วยที่เลือกฟอกเลือด (HD) มีอายุมากกว่าผู้ป่วยที่เลือกการล้างไตทางช่องท้อง (PD) ในช่วงนโยบาย PD First ผู้ป่วยที่เลือกฟอกเลือดมี

²¹ (เปรียบเทียบระหว่างวันที่ 31 ม.ค. 2565 และวันที่ 1 ม.ค. 2567) โดย New_HD New_PD และ New_KT คือผู้ป่วยรายใหม่ที่เริ่มการบำบัดทดแทนไตหลังวันที่ 1 ก.พ. 2565 ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องและการปลูกถ่ายไตตามลำดับ Old HD คือผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เข้าเกณฑ์และได้รับอนุมัติให้เบิกค่าฟอกเลือดได้ก่อนวันที่ 1 ก.พ. 2565 Old HD self pay คือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับอนุมัติแต่จ่ายค่าฟอกเลือดเองและลงทะเบียนเพื่อรับยากระตุ้นเม็ดเลือดฟรี Old PD และ Old KT คือผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องและผู้ป่วยหลังปลูกถ่ายไตก่อนวันที่ 1 ก.พ. 2565

แนวโน้มที่จะมีดัชนีภาวะร่วมที่สูงกว่า ขณะที่ในช่วงหลังนโยบาย ค.ศ. 2022 ผู้ป่วย PD มีดัชนีภาวะร่วมที่สูงกว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกลงทะเบียนโดยโรงพยาบาลรัฐ ยกเว้นผู้ป่วยฟอกเลือดที่จ่ายเงินเองก่อนหน้านี้ (HD self pay) 51.8% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกลงทะเบียนโดยโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 15 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยรายใหม่ก่อนและหลังการเปลี่ยนนโยบาย

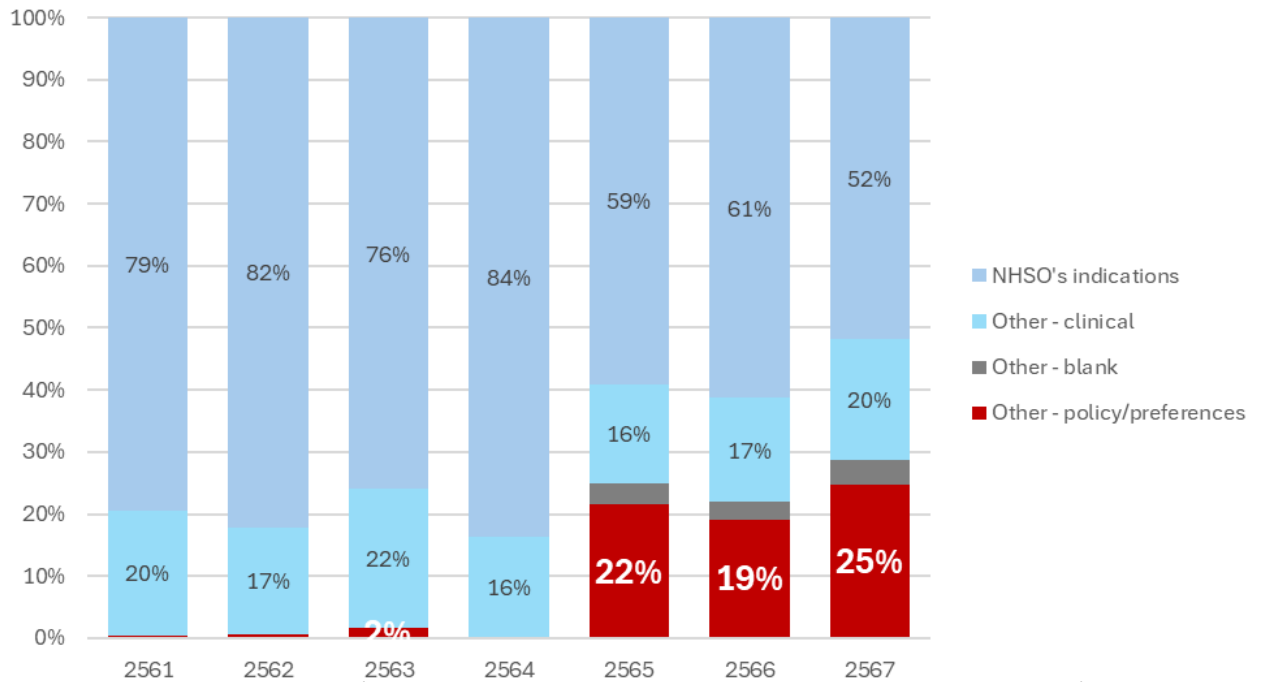
	Before 2022 policy (from January 2018 – January 2022)				After 2022 policy (from February 2022 – December 2023)		
	Overall N=48,020	PD N=32,894	HD (UCS) N=9,079	HD (Self-pay) N=6,047	Overall N=42,065	PD N=6,017	HD N=36,048
Patients' characteristics							
Age at start (years)	57.7 ± 13.8	56.7 ± 13.4	58.6 ± 14.6	61.5 ± 13.8	59.5 ± 13.7	58.0 ± 14.2	59.7 ± 13.6
Age group							
below 40	10.0%	10.3%	10.9%	7.5%	8.5%	9.3%	8.4%
40-59	40.6%	43.3%	37.4%	30.7%	36.6%	39.7%	36.1%
60-69	31.0%	31.5%	28.1%	33.1%	31.5%	32.0%	31.4%
> 70	18.4%	15.0%	23.6%	28.7%	23.4%	19.0%	24.1%
Sex							
Male	49.1%	49.6%	44.8%	52.6%	51.3%	47.4%	52.0%
Female	50.9%	50.4%	55.2%	47.4%	48.7%	52.6%	48.0%
Charlson's comorbidity index	5.9 ± 1.8	5.8 ± 1.7	6.1 ± 2.0	6.0 ± 1.7	6.1 ± 1.9	6.2 ± 2.0	6.1 ± 1.8
Moderate (3-4)	22.0%	22.9%	20.4%	19.3%	18.8%	18.4%	18.9%
Severe (5-7)	63.3%	64.0%	60.3%	64.2%	62.7%	61.0%	63.0%
Most severe (>=8)	14.7%	13.1%	19.3%	16.5%	18.5%	20.6%	18.1%
Type of registering hospital							
public	89.0%	99.2%	82.0%	48.2%	95.8%	99.9%	95.2%
private	11.0%	0.8%	18.0%	51.8%	4.2%	0.1%	4.8%

การวิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายใน ค.ศ. 2022 มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับความน่าจะเป็นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ผู้ป่วยจะเลือกวิธีการ HD แทน PD (adjusted odds ratio (OR) 16.2; 95% CI 15.7-16.8, p < 0.001) หลังจากปรับตามอายุ ดัชนีภาวะโรคร่วมและเขตสุขภาพ ปัจจัยเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับความน่าจะเป็นที่สูงขึ้นในการเลือกวิธีฟอกเลือด ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ดัชนีภาวะโรคร่วมต่ำกว่า 5 และการลงทะเบียนในกรุงเทพฯ เมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ๆ (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ multivariable logistic regression ถึงโอกาสในการเลือกวิธี HD ในผู้ป่วยรายใหม่

ตัวแปร	adjusted odds ratio (95% CI)	p-value
การเริ่มบำบัดทดแทนไตในช่วงนโยบายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565)	16.23 (15.65-16.82)	< 0.001
อายุ 60 ปีขึ้นไป	1.35 (1.30-1.41)	< 0.001
เพศหญิง	0.99 (0.96-1.02)	0.52
ดัชนีภาวะโรคร่วม (Charlson comorbidity index)		
- < 5	(ค่าอ้างอิง)	
- 5-7	0.86 (0.82-0.90)	< 0.001
- ≥8	0.93 (0.87-0.99)	0.021
เขตสุขภาพที่ลงทะเบียน		
- เขต 13 (กรุงเทพฯ)	(ค่าอ้างอิง)	
- เขต 1	0.17 (0.16-0.19)	< 0.001
- เขต 2	0.10 (0.09-0.11)	< 0.001
- เขต 3	0.18 (0.16-0.21)	< 0.001
- เขต 4	0.39 (0.36-0.43)	< 0.001
- เขต 5	0.21 (0.19-0.23)	< 0.001
- เขต 6	0.36 (0.33-0.39)	< 0.001
- เขต 7	0.22 (0.20-0.24)	< 0.001
- เขต 8	0.24 (0.22-0.26)	< 0.001
- เขต 9	0.17 (0.16-0.16)	< 0.001
- เขต 10	0.13 (0.12-0.14)	< 0.001
- เขต 11	0.12 (0.11-0.13)	< 0.001
- เขต 12	0.21 (0.19-0.23)	< 0.001

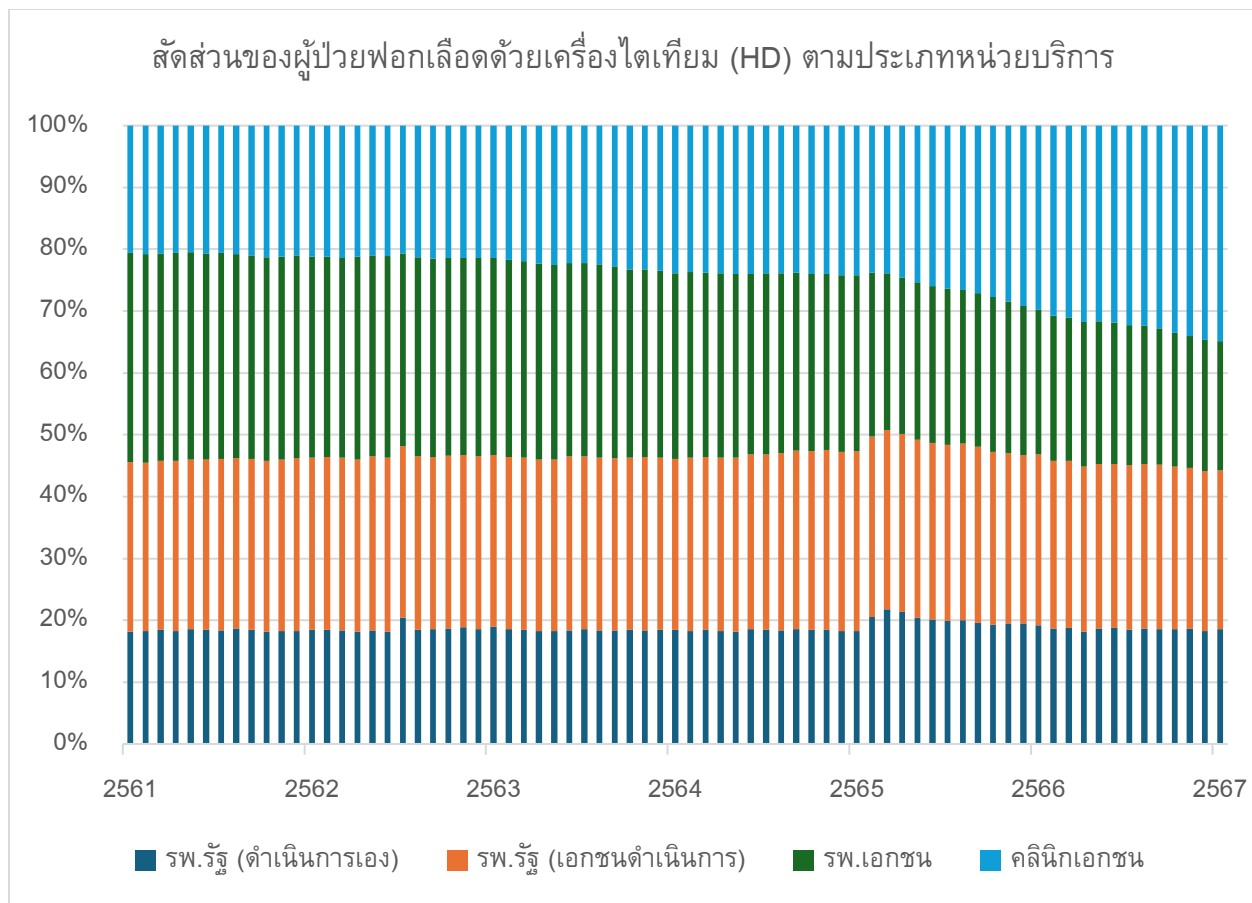
นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่เปลี่ยนวิธีการจาก PD เป็น HD มีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วงหลังเปลี่ยนนโยบายฯ จากปีละประมาณ 1,400-1,800 ราย เป็น 4,182 ราย และ 2,771 รายใน พ.ศ. 2565 และ 2566 ตามลำดับ โดยเมื่อวิเคราะห์การบันทึกเหตุผลของการเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต พบว่ามีการ บันทึกสาเหตุเป็น “อื่น ๆ” เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 40 และเมื่อจำแนกเหตุผลของการเปลี่ยน วิธีการบำบัดทดแทนไต พบว่ามีถึงร้อยละ 25 ที่บันทึกเหตุผลเกี่ยวกับนโยบายฯ ใหม่ หรือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยหรือแพทย์ โดยมิได้ระบุความจำเป็นทางการแพทย์ (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 สัดส่วนการระบุเหตุผลการเปลี่ยนวิธีการจากการล้างไตทางช่องท้องมาเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

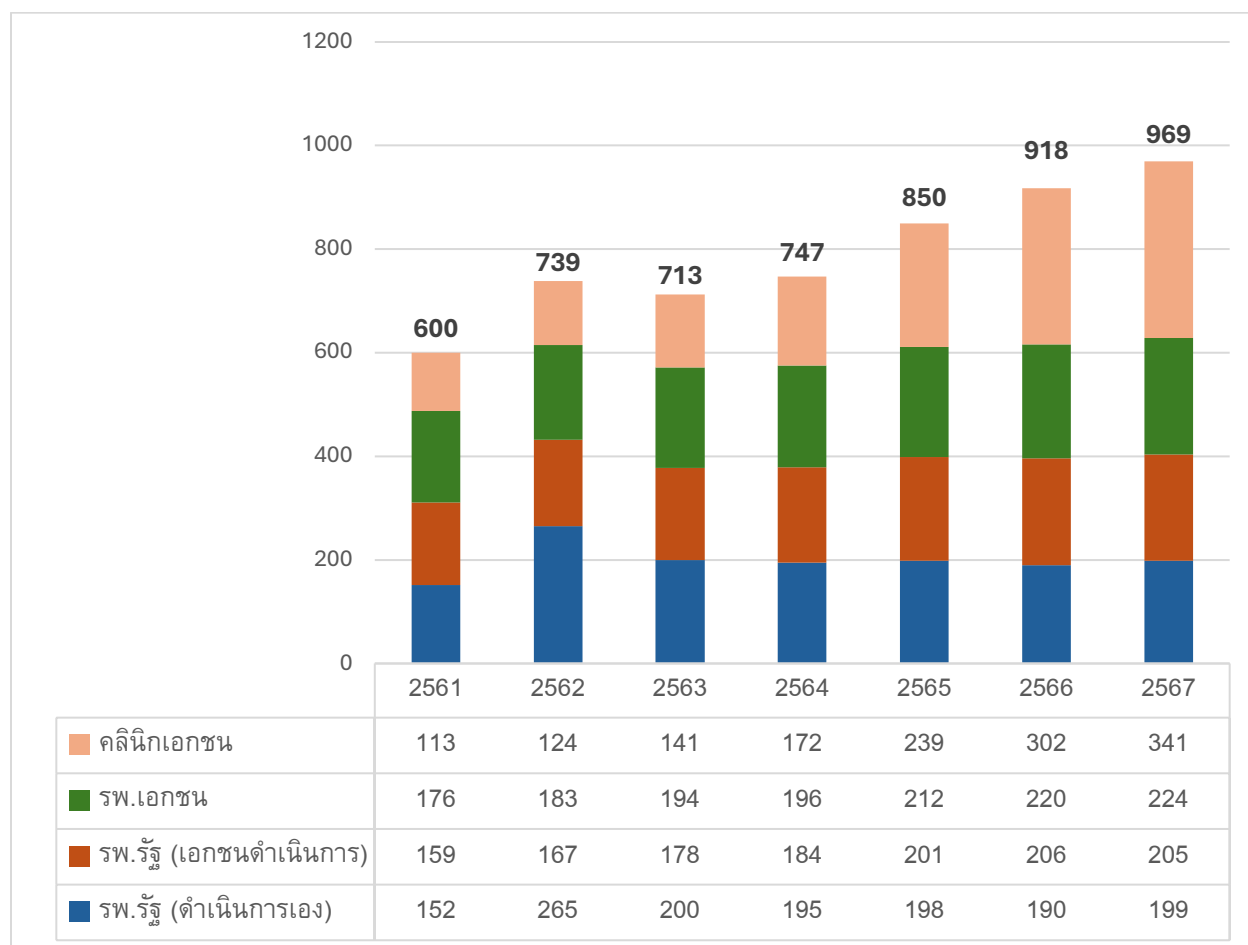
5.3.3. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่อจำนวนและการกระจายตัวของหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ณ เดือนมกราคม พ.ศ 2567 ผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ได้รับการฟอกเลือด (HD) ในคลินิกเอกชน (ร้อยละ 34.9) รองลงมาคือโรงพยาบาลรัฐที่มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินการแบบเช่าช่วง (ร้อยละ 25.7) และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 20.9) (รูปที่ 8) มีเพียงร้อยละ 18.6 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในศูนย์ฟอกเลือดที่โรงพยาบาลรัฐเป็นผู้ดำเนินการเองโดยตรง เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนนโยบาย ค.ศ. 2022 ในเดือนมกราคม ค.ศ. 2024 จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดในคลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.6 เป็นร้อยละ 34.9

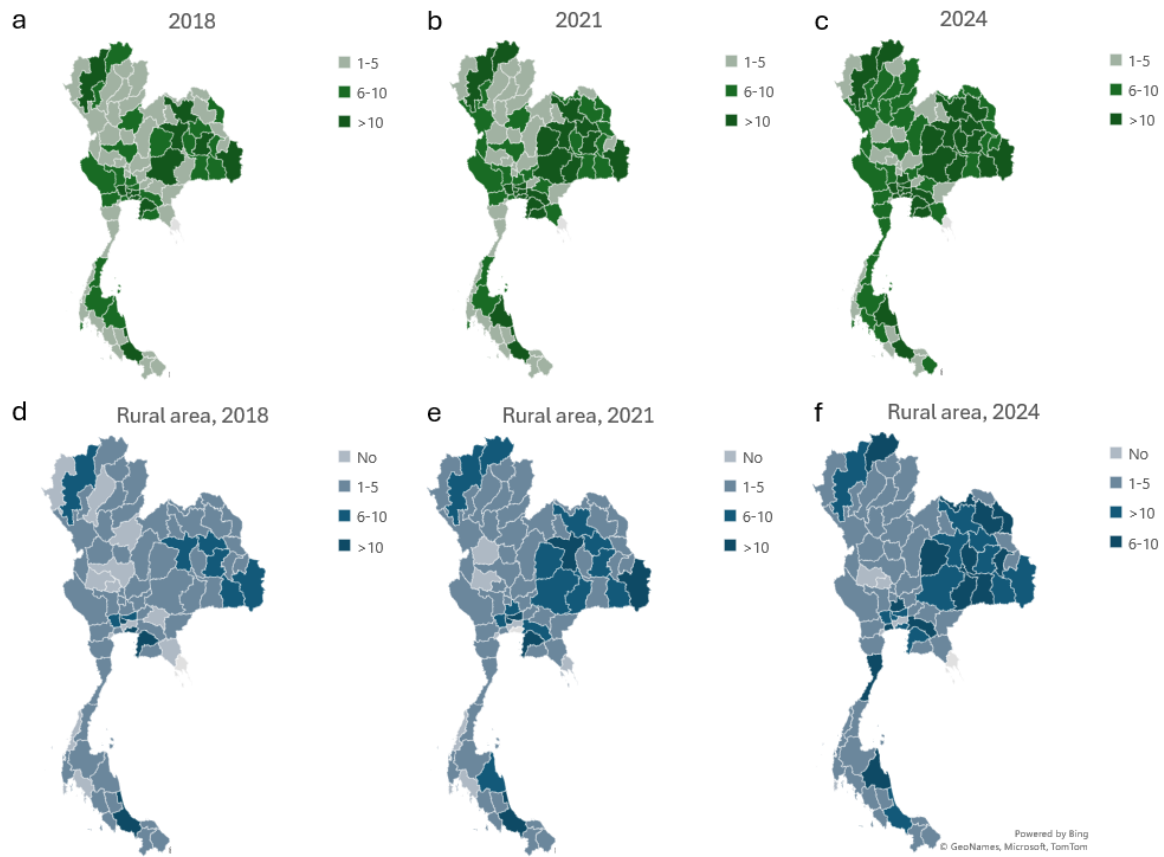


รูปที่ 8 สัดส่วนของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ตามประเภทหน่วยบริการ

จำนวนหน่วยฟอกเลือดทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 747 หน่วยใน พ.ศ. 2561 เป็น 969 หน่วยใน พ.ศ. 2567 โดยการเติบโตส่วนใหญ่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของคลินิกฟอกเลือดเอกชนนอกโรงพยาบาล (รูปที่ 9) การกระจายทางภูมิศาสตร์ของศูนย์ฟอกเลือดในแต่ละจังหวัดและในพื้นที่ชนบทแสดงอยู่ใน รูปที่ 10a-c และรูปที่ 10d-f ตามลำดับ มีการเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดของศูนย์ฟอกเลือดในพื้นที่ที่เคยขาดแคลนบริการ โดยใน ค.ศ. 2024 มีเพียง 5 จาก 77 จังหวัดที่มีศูนย์ฟอกเลือดเพียงแห่งเดียวซึ่งตั้งอยู่ในเขตเมือง



รูปที่ 9 จำนวนหน่วยบริการไตเทียมที่ลงทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามประเภทหน่วยบริการ (ข้อมูลตามรหัสสถานพยาบาล อาจไม่ครอบคลุมสถานพยาบาลที่มีหลายหน่วยบริการย่อย)



รูปที่ 10 การกระจายตัวของหน่วยบริการฟอกเลือด (HD) ตามจังหวัดต่าง ๆ (a-c) จำนวนและการกระจายของหน่วยบริการฯ รวมทั้งจังหวัด และ (d-f) จำนวนและการกระจายของหน่วยบริการฯ เฉพาะนอกเขตเมือง

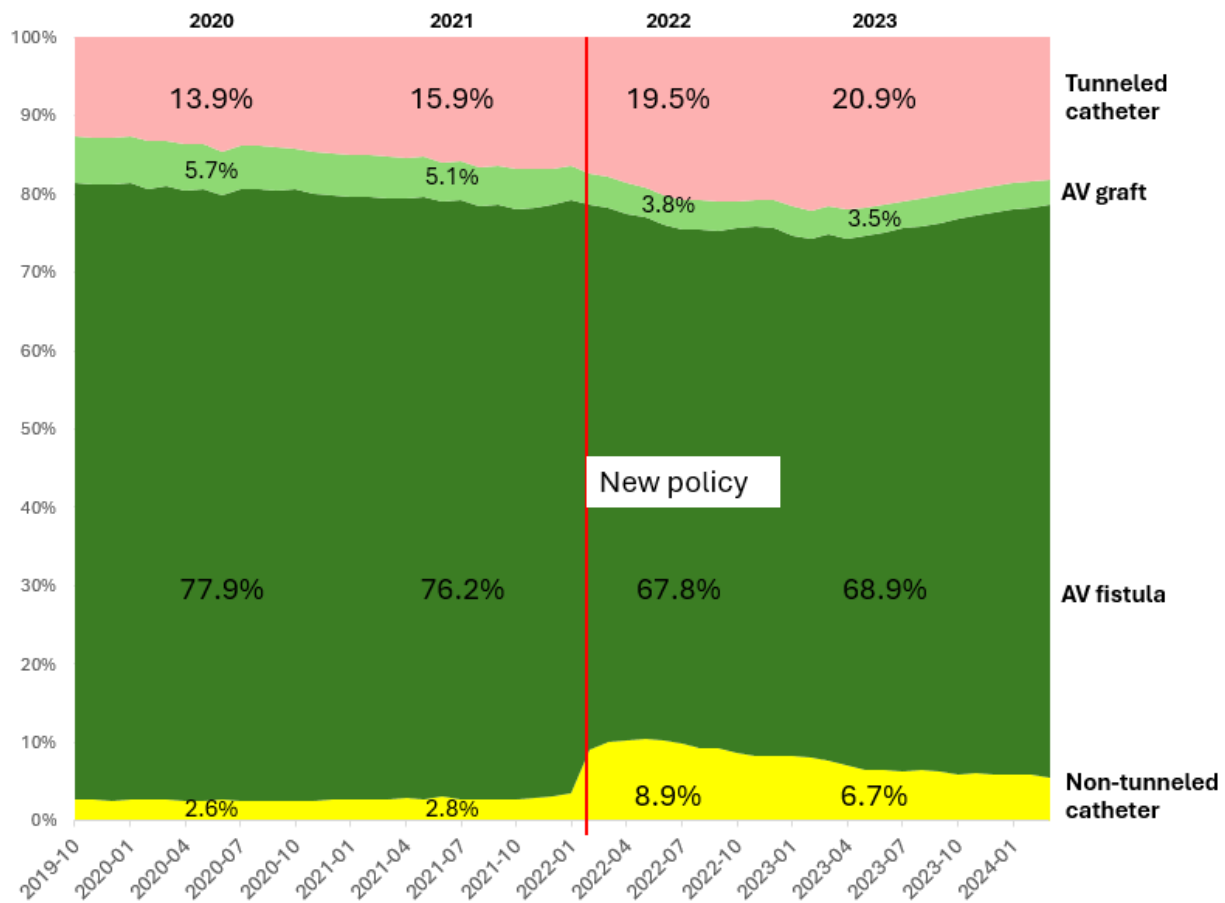
5.3.4. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่ออัตราการเสียชีวิต

ผู้วิจัยได้ประเมินการเตรียมหลอดเลือดสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) ในฐานะตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลที่สำคัญ เนื่องจากการใช้เส้นเลือดชนิด arteriovenous fistular (AVF) หรือ arteriovenous graft (AVG) เป็นมาตรฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิต และบ่งชี้ถึงการเตรียมผู้ป่วยที่ดีก่อนการเริ่มต้นฟอกเลือด ในทางกลับกันการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดไม่ฝังใต้ผิวหนัง (non-tunneled CVC) อาจบ่งชี้ถึงการที่ต้องเริ่มการบำบัดทดแทนไตอย่างเร่งรีบ (urgent start) หรือการเตรียมผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถใช้เส้นเลือด AVF/AVG ที่เป็นมาตรฐานได้ สำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง การที่เป็นจำเป็นต้องมีการฟอกเลือดชั่วคราวอาจบ่งชี้ถึงการเตรียมตัวที่ไม่เพียงพอหรือการต้องเริ่มบำบัดทดแทนไตอย่างเร่งรีบเช่นเดียวกัน

หลังจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องเริ่มการบำบัดทดแทนไตอย่างเร่งรีบ (urgent start) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 45.4 เป็นร้อยละ 60.5 ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วย PD รายใหม่มีสัดส่วนของ urgent start ลดลงจากร้อยละ 46.5 เป็นร้อยละ 34.2 ($p < 0.001$) ในขณะที่ผู้ป่วย HD มีสัดส่วนของ urgent start คือมีผู้ป่วย HD รายใหม่ที่เริ่มการรักษาด้วยการใช้สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดไม่ฝังใต้ผิวหนัง (non-tunneled CVC) ในการฟอกเลือดครั้งแรกสูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 43.2 เป็นร้อยละ 65.0 ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ ยังพบว่าการเพิ่มขึ้นอย่างมากในสัดส่วนของผู้ป่วย HD ที่ใช้สาย CVC โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาย CVC ชนิดไม่ฝังใต้ผิวหนัง (รูปที่ 11) ระยะเวลารอคอยจากการเริ่มฟอกเลือดจนถึงการใช้การเข้าถึงหลอดเลือดด้วยวิธี AVF/AVG ตลอดจนระยะเวลารอคอยจนถึงการใช้หลอดเลือดถาวรครั้งแรก (AVF/AVG หรือ CVC ชนิดฝังใต้ผิวหนัง) ยาวนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ที่สำคัญคือร้อยละ 13.7 ของผู้ป่วยยังคงใช้ CVC ชนิดไม่ฝังใต้ผิวหนังเป็นระยะเวลานานกว่า 180 วัน (ตารางที่ 17)

ในแง่ของความถี่ในการฟอกเลือด พบว่าการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในสัดส่วนของผู้ป่วยที่เริ่มการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 3 ครั้งหลังจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย (จากร้อยละ 21.2 เพิ่มเป็นร้อยละ 29.8 $p < 0.001$) นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มต้นด้วยการฟอกเลือดน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลามัธยฐานในการเพิ่มความถี่ในการฟอกเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญถึง 5.5 เดือน (ช่วงระหว่างควอไทล์ (IQR) 2.9-9.8) เป็น 13.3 เดือน (IQR 5.5-26.3) ($p < 0.001$) (ตารางที่ 17)



รูปที่ 11 สัดส่วนของผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) ที่ใช้หลอดเลือดชนิดต่าง ๆ

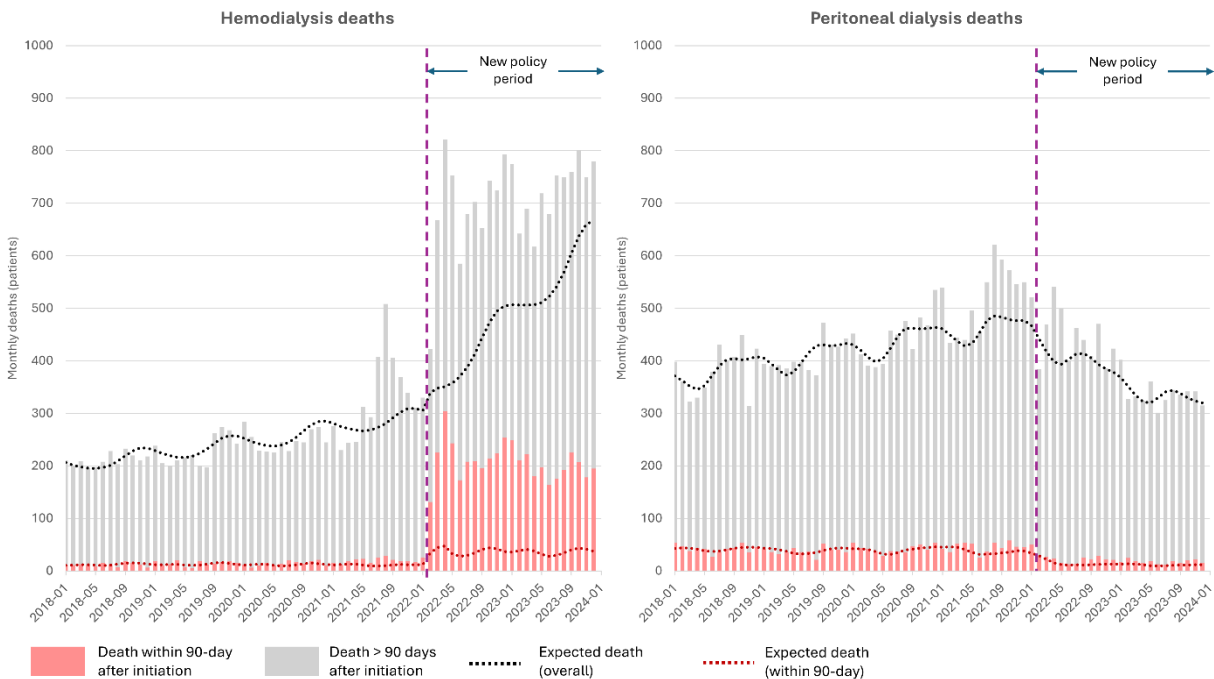
ตารางที่ 17 ลักษณะและรูปแบบการรักษาผู้ป่วยฟอกเลือดก่อนและหลังเปลี่ยนนโยบาย

	Incident HD Before 2022 policy (from 2018-2022) N=15,143	Incident HD After 2022 policy 2022-2024 N=35,999	p value
First vascular access			< 0.001
Arteriovenous fistula	28.0%	19.2%	
Arteriovenous graft	2.4%	1.6%	
Tunneled catheter	26.4%	14.2%	
Non-tunneled catheter (considered as unplanned HD)	43.2%	65.0%	
Time to permanent vascular access			< 0.001
<= 14 days	71.6%	51.1%	
15-30 days	8.3%	10.7%	
30-90 days	12.1%	16.8%	
90-180 days	3.8%	7.8%	
> 180 days	4.2%	13.6%	
Time to arteriovenous access			< 0.001
<= 14 days	44.1%	32.1%	
15-30 days	8.8%	7.7%	
30-90 days	17.5%	16.3%	
90-180 days	10.0%	13.1%	
> 180 days	19.6%	30.8%	
Initial HD frequency			< 0.001
< 2 session / week	8.5%	2.4%	
2 session / week	70.3%	67.8%	
3 session / week	21.2%	29.8%	
Time to incremental to 3 session /week*			< 0.001
Median time (IQR)	13.3 (5.5-26.3)	5.5 (2.9-9.8)	
Category			
< 6 months	14.6%	21.1%	< 0.001
6-12 months	10.6%	11.4%	
12-24 months	13.3%	6.4%	
> 24 months	61.1%	61.1%	

*Among patients who initially started hemodialysis less than 3 sessions/week

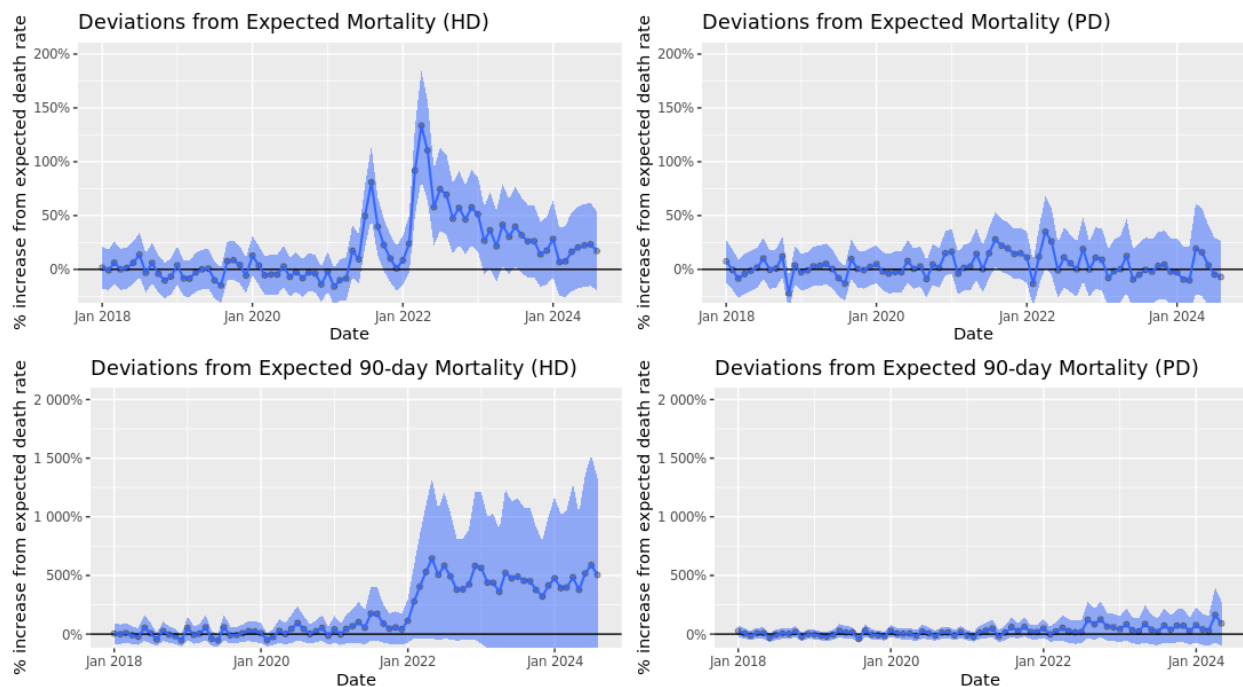
5.3.5. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตรายเดือนแสดงใน (รูปที่ 12) จากการวิเคราะห์อัตราการตายส่วนเกินแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) ต่อเดือนเพิ่มขึ้นอย่างมากหลังจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยมีจุดสูงสุดที่ร้อยละ 130 เหนือกว่าการคาดการณ์อัตราการตายที่คาดไว้ใน พ.ศ. 2565 และยังคงสูงกว่าการคาดการณ์การเสียชีวิตร้อยละ 50 ใน พ.ศ. 2566 (รูปที่ 13) ในทางตรงกันข้าม การเสียชีวิตในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD) ยังคงอยู่ในระดับคงที่และสอดคล้องกับการคาดการณ์การเสียชีวิต สิ่งที่น่ากังวลคือจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 90 วันหลังจากเริ่มฟอกเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด และแสดงถึงการเบี่ยงเบนจากการคาดการณ์การเสียชีวิตภายใน 90 วันถึงร้อยละ 500 และแนวโน้มนี้ยังคงอยู่ตลอด พ.ศ. 2566 เมื่อคำนวณจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนเกินสะสม พบว่ามีผู้ป่วย HD ที่เสียชีวิตเกินกว่าที่คาดการณ์ถึง 5,500 รายหลังการเปลี่ยนนโยบาย (รูปที่ 14)

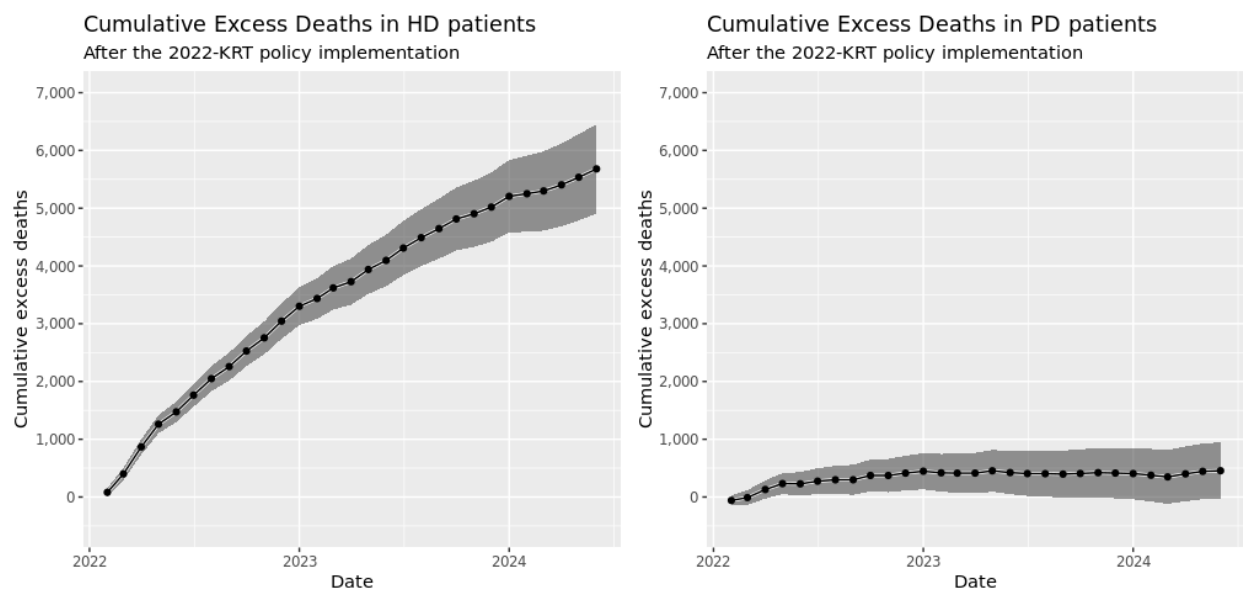


รูปที่ 12 จำนวนผู้เสียชีวิตรายเดือนจากทุกสาเหตุ และการเสียชีวิตภายใน 90 วันแรกหลังเริ่มบำบัดทดแทนไต²²

²² จำนวนผู้เสียชีวิตรายเดือนจากทุกสาเหตุ (กราฟแท่ง) และการเสียชีวิตภายใน 90 วันแรกหลังเริ่มบำบัดทดแทนไต (แท่งสีแดง) จำนวนผู้เสียชีวิตจากการคาดการณ์ (เส้นประสีดำ) จำนวนผู้เสียชีวิตใน 90 วันแรกจากการคาดการณ์ (เส้นประสีแดง)



รูปที่ 13 การวิเคราะห์การตายส่วนเกิน (excess mortality) แสดงร้อยละของการตายส่วนเกินเมื่อเทียบกับการตายที่คาดการณ์ในการตายโดยรวมและการตายที่ 90 วันแรกของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD)



รูปที่ 14 จำนวนการตายส่วนเกินสะสมตั้งแต่เปลี่ยนนโยบายของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD)

การวิเคราะห์การถดถอย Cox แบบพหุตัวแปรแสดงให้เห็นว่าการเริ่มต้นการบำบัดทดแทนไต (KRT) หลังจากนโยบายใหม่มีความสัมพันธ์โดยอิสระกับทั้งอัตราการเสียชีวิตโดยรวมและอัตราการเสียชีวิตภายใน 90 วัน (adjusted HR 1.42, 95% CI 1.38–1.47, $p < 0.001$ สำหรับอัตราการเสียชีวิตโดยรวม; และ adjusted HR 1.83, 95% CI 1.72–1.95, $p < 0.001$ สำหรับอัตราการเสียชีวิตภายใน 90 วัน) หลังจากปรับตามอายุ เพศ ดัชนีภาวะโรคร่วม ภูมิภาค วิธีการฟอกไตครั้งแรก และการเริ่มฟอกไตโดยไม่วางแผน การเริ่มบำบัดทดแทนไตโดยเร่งรีบ (urgent start) การมีอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยลงทะเบียนที่ต่างจังหวัด ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทั้งอัตราการเสียชีวิตโดยรวมและอัตราการเสียชีวิตภายใน 90 วัน (ตารางที่ 18) การล้างไตทางช่องท้อง (PD) ในฐานะวิธีแรกมีความสัมพันธ์โดยอิสระกับอัตราการเสียชีวิตโดยรวมที่สูงขึ้น แต่ไม่ใช้การเสียชีวิตภายใน 90 วัน

ตารางที่ 18 การวิเคราะห์ multivariable Cox regression

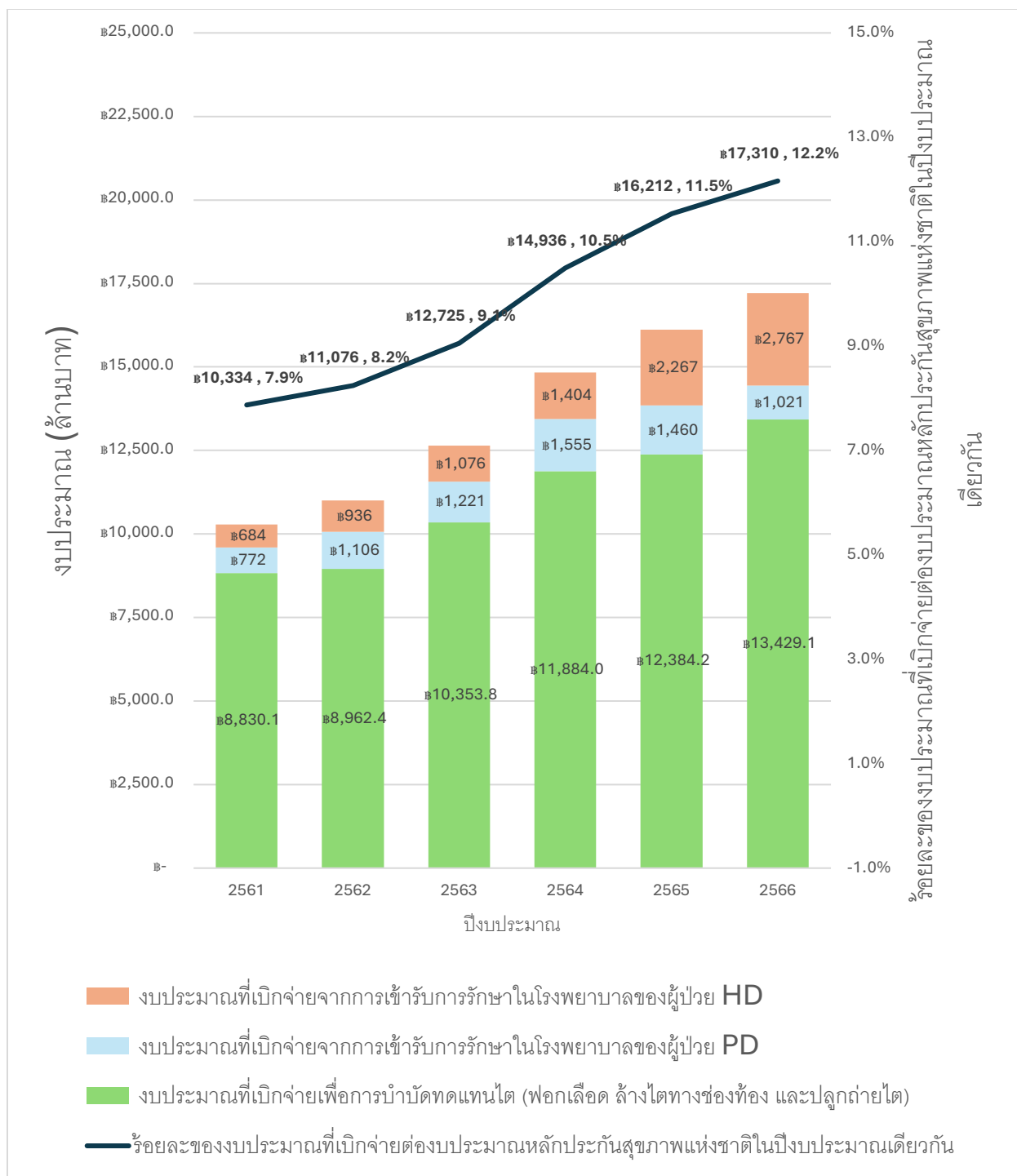
ตัวแปร	การเสียชีวิตภายใน 90 วันแรก	การเสียชีวิตรวมทุกสาเหตุ
	adjusted HR (95%CI)	adjusted HR (95%CI)
การเริ่มบำบัดทดแทนไตในช่วงนโยบายใหม่ (หลัง 1 ก.พ. 2565)	1.95 (1.83-2.08)	1.4 (1.38-1.47)
การเลือกวิธีฟอกเลือด (HD) เป็นวิธีแรก	0.99 (0.93-1.05)	0.69 (0.67-0.71)
การเริ่มบำบัดทดแทนไตโดยเร่งรีบ (urgent start)*	2.02 (1.93-2.13)	1.31 (1.28-1.34)
เพศหญิง	0.98 (0.93-1.02)	1.00 (0.98-1.02)
อายุ (เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี)	1.03 (1.03-1.04)	1.02 (1.02-1.03)
ดัชนีภาวะโรคร่วม (Charlson comorbidity index)		
- < 5	ค่าอ้างอิง	ค่าอ้างอิง
- 5-7	1.41 (1.20-1.65)	1.43 (1.34-1.54)
- ≥8	1.73 (1.46-2.04)	1.96 (1.82-2.10)
เขตสุขภาพที่ลงทะเบียน		
- เขต 13 (กรุงเทพฯ)	ค่าอ้างอิง	ค่าอ้างอิง
- เขต 1	1.19 (1.07-1.33)	0.92 (0.88-0.97)
- เขต 2	0.96 (0.82-1.11)	1.02 (0.96-1.09)
- เขต 3	1.30 (1.11-1.53)	1.04 (0.97-1.11)
- เขต 4	1.14 (1.01-1.28)	1.11 (1.05-1.17)
- เขต 5	1.43 (1.29-1.60)	1.14 (1.08-1.19)

ตัวแปร	การเสียชีวิตภายใน 90 วันแรก	การเสียชีวิตรวมทุกสาเหตุ
	adjusted HR (95%CI)	adjusted HR (95%CI)
- เขต 6	1.13 (1.01-1.27)	1.04 (0.99-1.09)
- เขต 7	1.40 (1.26-1.57)	1.14 (1.08-1.20)
- เขต 8	1.24 (1.11-1.38)	1.07 (1.02-1.13)
- เขต 9	1.46 (1.31-1.62)	1.21 (1.15-1.27)
- เขต 10	1.27 (1.14-1.42)	1.03 (0.98-1.08)
- เขต 11	1.18 (1.04-1.35)	1.06 (1.00-1.13)
- เขต 12	1.53 (1.34-1.75)	1.20 (1.13-1.28)

*การเริ่มบำบัดทดแทนไตโดยเร่งรีบ (urgent start) นิยามโดยผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) ที่ใช้สายสวนหลอดเลือดดำชนิดชั่วคราว หรือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD) ที่ต้องได้รับการ HD ชั่วคราวก่อนเริ่ม PD

5.3.6. ผลกระทบของนโยบายฯ ต่อภาระงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พบว่าภายหลังการเปลี่ยนนโยบายภาระงบประมาณของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งงบค่าบริการรักษาทดแทนไตเพิ่มขึ้นจากต่ำกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 13,429 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นกว่า 16,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตที่เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณผู้ป่วยในโดยรวมก็เพิ่มขึ้นจาก 2,900 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 3,900 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



รูปที่ 15 การเบิกจ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทดแทนไตรายปี

5.3.7. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการบำบัดทดแทนไต

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการบำบัดทดแทนไต พบว่าการเปลี่ยนนโยบายฯ ใน พ.ศ. 2565 ส่งผลกระทบท่อทั้งผู้ป่วย ระบบบริการสุขภาพ และภาระงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสามารถแบ่งเป็นผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบดังนี้

ผลกระทบเชิงบวก

- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยฟอกเลือด (HD) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น
- จำนวนหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นและมีการกระจายตัวเข้าสู่ภูมิภาคและในพื้นที่ชนบท

ผลกระทบเชิงลบ

- จำนวนและอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากการล้างไตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนปรับนโยบาย โดยเฉพาะการเสียชีวิตในระยะเวลา 90 วัน หลังเริ่มล้างไตด้วยวิธี HD ผลการวิเคราะห์ทางสถิติหลังการปรับผลจากตัวแปรทวนประมาณได้ว่าผลจากการปรับนโยบายทำให้ผู้ป่วย HD เสียชีวิตมากกว่าที่ควรจะเป็นสะสม (accumulative excess mortality) อย่างน้อย 5,500 คน ในเวลา 2 ปีนับตั้งแต่การดำเนินการตามนโยบายใหม่ และมีแนวโน้มการเสียชีวิตส่วนเกินในผู้ป่วยล้างไตด้วยวิธี HD สูงดำเนินต่อเนื่องต่อไปในระยะเวลา 5 ปีข้างหน้า ขณะที่จำนวนและอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากวิธีล้างไต PD ไม่แตกต่างกันเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการปรับนโยบาย
- ผู้ป่วย HD ส่วนใหญ่รับบริการจากหน่วยบริการของเอกชน ซึ่งส่งผลให้อำนาจการต่อรองของรัฐฯ ลดลง และอาจมีอุปสรรคในการควบคุมคุณภาพการให้บริการ
- ภาระงบประมาณของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งงบค่าบริการรักษาทดแทนไตเพิ่มขึ้นจากต่ำกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 16,000 ล้านบาทใน พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตที่เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณผู้ป่วยในโดยรวมก็เพิ่มขึ้นจาก 2,900 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 3,900 ล้านบาทใน พ.ศ. 2566
- ชีตความสามารถในการให้บริการ PD ลดลงอย่างรวดเร็ว จากการโยกย้ายของผู้ให้บริการ PD ไปยัง HD และการลดลงของผู้ป่วย PD ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่จนถึงจุดที่อาจทำให้หน่วยบริการ PD ต้องปิดตัวลงหากไม่ได้รับการแก้ไขทำให้ระบบบริการ PD ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า จนในที่สุดการบริการ PD จะหายไปจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยส่งผลทำให้ประเทศสูญเสียขีดความสามารถและทางเลือกในการรักษาบำบัดทดแทนไต ยิ่งไปกว่านั้นอาจเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศเนื่องจากโรงงานผลิตน้ำยาล้างไตในประเทศไทยจำนวน 2 แห่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันทำให้เกิดการจ้างงานและเป็นฐานการผลิตเพื่อส่งออกที่สำคัญอาจต้องปิดตัวลง

5.4.ผลการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการเรียนรู้นโยบายบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (Learning Committee on Dialysis Policy in Thailand)

จากการประชุมหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งจัดขึ้นทั้งสิ้น 2 ครั้ง ตามที่ได้ระบุไว้ในหัวข้อที่ 4.1 ในการประชุมครั้งที่ 1 เป็นการประชุมหารือร่วมกันถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับระบบบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยหลังจากการประกาศใช้นโยบายฯ ใน พ.ศ. 2565 ข้อมูลเบื้องต้นแสดงให้เห็นถึงการลดลงของการล้างไตทางช่องท้อง (PD) ในขณะที่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) มีให้บริการเพิ่มมากขึ้น บางแหล่งข้อมูลกล่าวถึงภาระงานที่ล้นมือของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งในการประชุมครั้งนี้คณะกรรมการฯ ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้คุณค่าของตัวแปรในหลาย ๆ ด้าน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการศึกษาที่เหมาะสม ไม่ว่าผลลัพธ์นั้นจะมาจากการตัดสินใจเปลี่ยนนโยบายครั้งใหม่หรือเพียงปรับแผนนโยบายจากการตัดสินใจในอดีต นอกจากนี้ยังมีการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสนอทางเลือกของนโยบายต่าง ๆ แก่ประเทศไทย และยังมีการอภิปรายถึงสถานการณ์จำลองและข้อคิดที่ได้ โดยสามารถนำมาเป็นบทเรียนแก่ประเทศอื่น ๆ โดยมีเป้าหมายคือ พัฒนาการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตของประชากรในแต่ละประเทศ

การประชุมครั้งที่ 2 เป็นการประชุมหารือและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับทางเลือกนโยบายบำบัดทดแทนไตที่เสนอ ในระบบ pre-authorization โดยมีความกังวลเกี่ยวกับการใช้คำว่า “pre-authorization” เกรงจะทำให้เกิดประเด็นอ่อนไหวกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่ม อีกทั้งเสนอให้กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนสำหรับการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (comprehensive conservative care; CCC) และควรปรึกษาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง และเสนอให้คณะกรรมการโรคไตที่จะถูกแต่งตั้งขึ้นภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรรวบรวมผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนและสามารถเป็นกลไกที่เพิ่มศักยภาพได้

หมายเหตุ สามารถอ่านสาระของการประชุมได้ในหัวข้อที่ 4.1

บทที่ 6 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.1. อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตของ สปสช. พบว่าจำนวนผู้ป่วยในระบบเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยพบว่าจำนวนที่เพิ่มขึ้นเป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่เพิ่มขึ้นนี้มาจากผู้ป่วยที่เริ่มบำบัดทดแทนไตรายใหม่ ซึ่งมีสัดส่วนการเลือกการฟอกเลือดถึงร้อยละ 85 ทางผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานถึงสาเหตุการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่ดังนี้

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตลดลง จากเดิมซึ่งต้องทำการล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่โดยเฉพาะในชนบท อาจมีความกลัวทั้งในด้านการทำหัตถการ และการกลัวเป็นภาระให้กับครอบครัวในการดูแล เมื่อสามารถเลือกที่จะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ อาจทำให้ตัดสินใจง่ายขึ้นเนื่องจากการฟอกเลือดอาจต้องการบทบาทของผู้ดูแลน้อยกว่า มีการศึกษาในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2557–2559 โดยจักรพงษ์ เฮงตระกูลเวนิช และคณะ (88) ทำการศึกษาย้อนหลังที่โรงพยาบาลชุมชน ใน 5 อำเภอของจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการบำบัดทดแทนไตมีอัตราการปฏิเสธการรักษาถึงร้อยละ 70 ซึ่งส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่ต้องการเป็นภาระให้แก่ครอบครัวในการดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจมีการเริ่มฟอกเลือดในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายประการ เพิ่มขึ้นเนื่องจากภาระหรือความลังเลในการตัดสินใจเริ่มการฟอกเลือดของญาติอาจลดลงเมื่อเทียบกับการต้องเริ่มล้างไตทางช่องท้อง
- อาจมีการเริ่มการบำบัดทดแทนไตโดยยังไม่มีข้อบ่งชี้ เนื่องจากไม่มีระบบการอนุมัติก่อนการจ่าย ร่วมกับที่ผู้ป่วยและญาติมักมีความลังเลในการตัดสินใจฟอกเลือดน้อยกว่าการเริ่มล้างไตทางช่องท้อง และอาจมีปัญหาลดประโยชน์ทับซ้อนของแพทย์บางกลุ่มซึ่งได้รับค่าตอบแทนในการส่งผู้ป่วยไปฟอกเลือดที่หน่วยบริการเอกชน
- แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร่วมกับลักษณะการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง และการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้แนวโน้มความชุกและการดำเนินโรคของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้สุดท้ายผู้ป่วยดำเนินโรคมารจนถึงโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น

นอกจากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีปัญหาด้านการเข้าถึงการปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นการรักษาสำคัญที่จะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระโรคของผู้ป่วย รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยและภาระงบประมาณการบำบัดทดแทนไตโดยรวมได้ แต่อัตราการปลูกถ่ายไตในปัจจุบันมีแนวโน้มเติบโตช้า ซึ่งอาจเป็นผลจากทั้งการ

กระจายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาลที่สามารถทำการปลูกถ่ายไตได้ จำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่จำกัด และอุปสรรคในการเข้ารับการประเมินเพื่อเตรียมตัวปลูกถ่ายไตของผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลหรือขาดทุนทรัพย์ในการเดินทาง

สำหรับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตภายใน 90 วันแรก ของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้น อาจอธิบายได้จาก

- การเริ่มการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยหนักที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยที่สูงอายุและมีโรคร่วมหลายประการ ตัวกล่าวในสาเหตุของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นข้างต้น ซึ่งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้สูง ซึ่งจากข้อมูลพบว่าลักษณะของผู้ป่วยที่มีอายุเพิ่มขึ้นและโรคร่วมหลายระบบ แต่ระบบยังขาดการบันทึกข้อมูลในส่วนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการคัดกรองว่าผู้ป่วยเหมาะสมกับการบำบัดทดแทนไตมากกว่าการรักษาแบบประคับประคองหรือไม่
- อาจมีการเบิกจ่ายผิดประเภทจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งมักมีภาวะวิกฤติและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การที่ระบบขาดการคัดกรองทำให้อาจมีการลงทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อรับค่าตอบแทนการบำบัดทดแทนไตเป็นรายครั้ง แทนที่จะเบิกจากระบบ DRG ตามปกติ
- จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดอาจทำให้มีการดูแลไม่ทั่วถึงหรือมีคุณภาพการดูแลที่ลดลง เนื่องจากจำนวนอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมมีอัตราการผลิตที่ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบอัตราการเริ่มบำบัดทดแทนไตโดยมิได้เตรียมการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการใช้สายสวนหลอดเลือดดำชั่วคราวในผู้ป่วยฟอกเลือดซึ่งมีอัตราการติดเชื้อสูง และคุณภาพการดั่งของเสียในเลือดต่ำ ซึ่งเกิดจากที่จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างมากจนทำให้ระยะเวลาการผ่าตัดหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือดนั้นนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากผลของนโยบายใหม่แล้ว ยังพบว่า การเริ่มฟอกเลือดด้วยสายสวนหลอดเลือดดำชนิดชั่วคราวหรือการต้องฟอกเลือดชั่วคราวก่อนเริ่มการล้างไตทางช่องท้องถาวร ซึ่งถือเป็นความล้มเหลวในกระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนการบำบัดทดแทนไตนั้น มีความสัมพันธ์อย่างเป็นอิสระกับอัตราการเสียชีวิต จึงถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็ว โดยอาจต้องเริ่มตั้งแต่ระบบส่งต่อมาพบอายุรแพทย์โรคไต การมีระบบให้คำปรึกษาและแนะนำรวมทั้งการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา ไปจนถึงระบบส่งต่อเพื่อการเตรียมหลอดเลือดสำหรับการฟอกเลือด และการวางสายล้างไตทางช่องท้องอย่างทันที่

จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามลักษณะของสถานพยาบาลหลักที่ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยอื่น ๆ แล้ว อัตราการเสียชีวิตโดยรวมและอัตราการเสียชีวิตใน 90 วันแรกของ

ผู้ป่วยสูงขึ้นหลังการเปลี่ยนนโยบาย ในทุกประเภทของสถานพยาบาล ยกเว้นอัตราการเสียชีวิตใน 90 วันแรก หน่วยบริการเอกชนนอกโรงพยาบาล ซึ่งอาจอธิบายได้จากผู้ป่วยมีอาการหนักในช่วง 90 วันแรกอาจได้รับการฟอกเลือดในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งอาจเป็นตัวกวนหลักทำให้ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลนี้ทำให้ยังกล่าวได้ว่านโยบายใหม่ส่งผลให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในสถานพยาบาลทุกประเภท โดยอธิบายจากเหตุผลที่กล่าวไปก่อนหน้านี้ นอกจากนี้ยังพบว่าผลของนโยบายใหม่ต่อการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตนั้นมีผลต่อหน่วยบริการภายในโรงพยาบาลรัฐมากกว่าในสถานบริการภาคเอกชน ซึ่งอาจอธิบายจากการฟอกเลือดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือภาวะวิกฤติ รวมทั้งสถานการณ์การขาดกำลังคนภายในโรงพยาบาลของรัฐที่อาจรุนแรงกว่าภาคเอกชน อย่างไรก็ตามนอกจากประเด็นการเตรียมหลอดเลือด หรือการเริ่มฟอกไตโดยมิได้เตรียมตัวแล้วจากฐานข้อมูลที่ศึกษาไม่สามารถระบุถึงคุณภาพและลักษณะของการรักษาอื่น ๆ ได้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงและส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตหรือไม่

จากการศึกษาปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงนโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2565 เปรียบเทียบกับการเริ่มต้นนโยบายใน พ.ศ. 2551 นั้น พบว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงนโยบายใน พ.ศ. 2565 เกิดจากหลายเหตุปัจจัยที่มาบรรจบกัน ซึ่งการวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิดพหุกระแส (multiple-streams approach) ที่ประกอบด้วยกระแสปัญหา กระแสนโยบาย และกระแสการเมือง (ดังการสังเคราะห์คำอธิบายปรากฏการณ์ในหัวข้อที่ 5.2.5) ซึ่งตามกรอบแนวคิดพหุกระแส เรียกว่าเป็น “หน้าต่างนโยบาย” (policy window) ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม ผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ดังที่การศึกษาเชิงปริมาณในโครงการวิจัยนี้ได้ทำการวิเคราะห์โดยละเอียดนั้นจำเป็นต้องมีการอภิปรายผลเพิ่มเติมโดยกระบวนการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (interpretive phenomenology) ตามแนวทางของมานุษยวิทยาโยบาย (anthropology of public policy) โดยใช้กรอบแนวคิดทางสังคมสองแนวคิด ได้แก่

- (1). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุที่พบได้บ่อยของการเกิดผลกระทบที่ไม่คาดคิดของการปฏิบัติการทางสังคม (unanticipated consequences of purposive social action) โดย Robert Merton (1934) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งนี้กล่าวได้ว่าเป็นปฏิบัติการทางสังคมที่มีเจตนาที่ดี แต่เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเกินกว่าที่คาดคิด
- (2). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับตรรกะสองชุด คือ การให้สิทธิคนไข้ในการเลือก (the logic of choice) กับเรื่องกระบวนการและคุณภาพการดูแล (the logic of care) โดย Annemarie Mol (2010) โดยที่การให้สิทธิคนไข้ในการเลือกจะมีน้ำหนักหรือมีอิทธิพลมากกว่าจนทำให้เรื่องการดูแลกลายเป็นเรื่องรอง รวมถึงการยกความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นให้กับคนไข้ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง

โดยสามารถอภิปรายผลเพิ่มเติมได้ดังนี้

1. ผลไม่พึงประสงค์ที่ไม่คาดคิด เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เร่งรัด แต่ขาดการมีส่วนร่วมที่เพียงพอของภาควิชาการและวิชาชีพ

ผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น กล่าวได้ว่าเป็นผลที่ไม่ได้คาดคิด (unanticipated consequences) ที่สะท้อนได้จากมุมมองของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดที่สุดคนหนึ่งกับนโยบายเรื่องนี้ ว่าเป็น “อุบัติเหตุ” ซึ่ง Merton (1934) ชี้ว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้เสมอโดยมีปัจจัยหลายประการ โดยปัจจัยที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ของการเปลี่ยนแปลงนโยบายบำบัดทดแทนไตใน พ.ศ. 2565 ได้แก่

(1) การเปลี่ยนแปลงที่เร่งรัด จากการมีสถานะบีบคั้นเร่งรัด (immediacy) ที่ทำให้ “ประโยชน์” (interests) บางอย่างมีอำนาจจูงใจให้รีบตัดสินใจ (“imperious immediacy of interest”) ซึ่งในที่นี้ การที่มีผู้ป่วย HD จำนวนราว 6 พันคน ที่ต้องเดือดร้อนจากค่าใช้จ่ายในการรักษาในลักษณะที่เป็น catastrophic health expenditure ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดต่อหลักการพื้นฐานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงนโยบายเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเหล่านี้ จึงเป็นเรื่องเร่งด่วน ที่ทำให้ต้องรีบเร่งให้เกิดการตัดสินใจทางนโยบาย

(2) เป็นผลจากการขาดการมีส่วนร่วมที่เพียงพอของภาควิชาการและวิชาชีพเฉพาะ ซึ่งทำให้ขาดความเข้าใจบางส่วนที่ส่งผลกระทบที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงของระบบที่ซับซ้อน (gap of knowledge of the complex system) ซึ่งระบบบริการการบำบัดทดแทนไต เป็นระบบสุขภาพที่อาศัยวิชาการและวิชาชีพเฉพาะด้าน โดยในกระบวนการปรับปรุงนโยบายกลับปราศจากการมีส่วนร่วมของ “คณะกรรมการไตใหญ่” อันประกอบไปด้วยผู้แทนสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงอายุรแพทย์โรคไต ซึ่งเดิมถูกแต่งตั้งให้ทำหน้าที่พัฒนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวข้องกับนโยบาย งบประมาณ ระบบบริการ และกำลังคนของระบบบริการบำบัดทดแทนไต ภายใต้การดำเนินงานของ สปสช. การตัดสินใจปรับเปลี่ยนนโยบายในครั้งนี้จึงขาดการพิจารณาผลกระทบที่จะตามมาอย่างรอบด้านก่อนบังคับใช้

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียหรือผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ผ่านกระบวนการพัฒนานโยบาย ไม่ว่าจะเป็นการระบุปัญหา การกำหนดวาระ การปรับปรุง การนำไปใช้ และการประเมินนโยบาย ล้วนเป็นสิ่งสำคัญเพื่อทำความเข้าใจความต้องการที่หลากหลายในแต่ละกลุ่มประชากร และเพื่อเพิ่มความเสมอภาคในการกำหนดนโยบาย

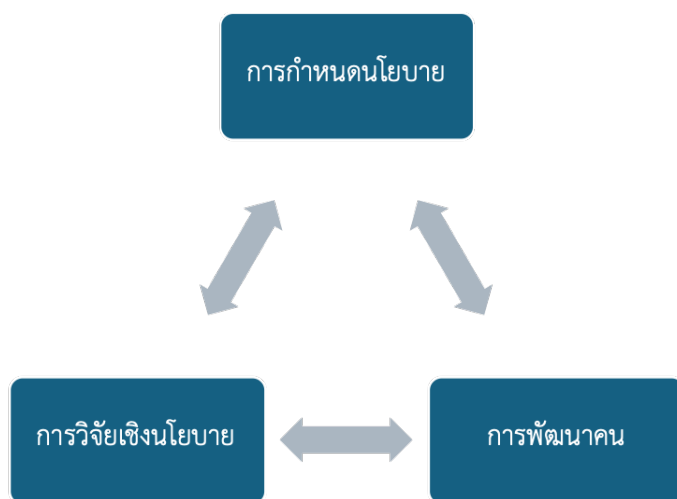
มีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงประเด็นความท้าทายที่เกิดขึ้นกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการนโยบายด้านสุขภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ระบุว่าความร่วมมือด้านนโยบายสุขภาพจำเป็นต้องเพิ่มความรับผิดชอบและการกำกับดูแลระบบสุขภาพ เพื่อให้กิจกรรมทางนโยบายและงบประมาณของรัฐเป็นไปอย่างสมเหตุผล ดังนั้นจำเป็นต้องมีการปรึกษาหารือร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วนเพื่อให้ทราบถึงความต้องการของประชาชน โดยต้องไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลัง (89)

การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่าง ๆ ในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศนั้นมีความสำคัญ โดยจะนำไปสู่การเข้าใจภาพของระบบที่ซับซ้อนได้อย่างรอบด้าน นโยบายที่เป็นที่ยอมรับและดำเนินการพัฒนาได้อย่างแท้จริง ฉะนั้นการมีส่วนร่วมดังกล่าวจึงเป็นพื้นฐานขององค์ความรู้ ยิ่งจะทำให้เกิดการกำหนดนโยบายเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น (90) การขาดการมีส่วนร่วมของนักวิชาการ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ล้วนจะนำมาซึ่งจุดอ่อนของหลักฐานทางวิชาการในการกำหนดนโยบาย อีกทั้งยังทำให้การปรับปรุงนโยบายที่เดิมคาดว่าจะ

การปรับเงื่อนไขเพียงเล็กน้อยสำหรับผู้ป่วยเพียงไม่กี่รายกลับกลายเป็นการสร้างผลกระทบงบประมาณบานปลายเกินกว่าที่กำหนด

งานศึกษาและข้อเสนอของ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะตั้งแต่ พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ชี้ให้เห็นกรอบแนวคิดที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นแนวทางที่ใช้เป็นหลักการในการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ต้น คือ การกำหนดนโยบายบนพื้นฐานขององค์ความรู้ (knowledge-based or evidence-based policy) จะก่อให้เกิดสามเหลี่ยมแห่งการพัฒนาที่สมบูรณ์ (รูปที่ 16) โดยจะเกิดการส่งเสริมการพัฒนาในหลายส่วน ได้แก่

- (1). การส่งเสริมให้นักวิชาการทำงานวิจัยเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ (decision-linked research) มากขึ้น
- (2). การส่งเสริมวัฒนธรรมในการใช้ข้อมูลที่เป็นวิชาการ และมีหลักฐานในการตัดสินใจนโยบายสำคัญ ๆ (evidence-based decision) โดยเฉพาะในหมู่ผู้บริหาร เนื่องจากภาวะรีบด่วนในการตัดสินใจในปัญหาเฉพาะหน้าบ่อย ๆ
- (3). การส่งเสริมให้การวิจัยเชิงนโยบายที่นำไปสู่การตัดสินใจ เกิดขึ้นในวงกว้างทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
- (4). การส่งเสริมกระบวนการร่วมกัน (participatory process) ของผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้านและยั่งยืน โดยวิธีการ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีกระบวนการประชาพิจารณ์ (public hearing) หรือการทำวิจัยเชิงการมีส่วนร่วม เป็นต้น



รูปที่ 16 สามเหลี่ยมแห่งการพัฒนา: ปฏิสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนของการวิจัยเชิงนโยบายกับกิจกรรมอื่น ๆ

ทั้งนี้ในการวิเคราะห์บริบทและอิทธิพลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับนโยบายบำบัดทดแทนไต เห็นได้ชัดว่าตั้งแต่แรกเริ่มของการเริ่มต้นนโยบายการบำบัดทดแทนไตใน พ.ศ. 2551 จนถึง พ.ศ. 2565 กลุ่มผู้ป่วย โดยสมาคมเพื่อนโรคไต เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการออกมาขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงในแต่ละครั้งจากสาเหตุความเดือนร้อนที่เกิดขึ้นกับพวกเขา มีการจัดเวทีสาธารณะเพื่อให้ตัวแทนผู้ป่วยได้มาแลกเปลี่ยนปัญหาและวิธีการจัดการอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการยื่นหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและเข้าพบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงปัญหาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้สอดคล้องตามแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ (new social movement) ซึ่งผู้เรียกร้องมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวด้วยตนเอง ไม่ใช่การเรียกร้องผ่านกลไกของรัฐหรือกลไกทางการเมือง เพื่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อคนจำนวนมาก (91, 92) จึงเป็นส่วนที่เป็นแรงผลักดันในส่วนของกลไกการกำหนดนโยบาย สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือเมื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาโดยกลไกนโยบาย ก็มีความจำเป็นที่จะต้องให้เกิดการมีส่วนร่วมที่มากเพียงพอขององค์ประกอบในด้านการวิจัยเชิงนโยบาย โดยการมีส่วนร่วมของภาควิชาการและวิชาชีพ

2. ผลไม่พึงประสงค์เป็นสิ่งที่สะท้อนผลกระทบที่เกิดจากการให้ความสำคัญกับการเข้าถึงสิทธิในการเลือกวิธีการรักษา (patient's choice) มากกว่าการให้น้ำหนักกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแล (patient care) โดยเฉพาะกลไกการควบคุมคุณภาพศูนย์ไตเทียมและกลไกการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยมีปรากฏการณ์ที่สำคัญอย่างน้อย 2 ประการคือ

(1) การผ่อนปรนกลไกควบคุมคุณภาพศูนย์ไตเทียมโดยการตรวจประเมินโดย ตรต. เนื่องจากการมีผู้ป่วย HD เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ทำให้ต้องเร่งรัดการเปิดให้บริการศูนย์ไตเทียมใหม่ ซึ่ง สปสช. ได้มีนโยบายผ่อนปรนโดยกำหนดให้ศูนย์ไตเทียมที่สามารถขึ้นทะเบียนเพื่อเบิกจ่ายค่าบริการจาก สปสช. ได้รับการรับรองเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมาย ซึ่งเป็นข้อกำหนดตามกฎหมาย แต่ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินจาก “คณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.)” ซึ่งเป็นระบบสมัครใจไม่ได้มีกฎหมายใดบังคับ ซึ่งการผ่อนปรนนี้ ทำให้เกิดผลกระทบที่ร้ายแรงคือศูนย์ไตเทียม ขาดการตรวจประเมินและติดตามมาตรฐานจากองค์การทางการแพทย์เฉพาะทาง ที่มีฐานทางวิชาการและระบบงานที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ความเป็นจริงของการทำงานเกี่ยวกับโรคไตในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศ

(2) การให้สิทธิผู้ป่วยในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตแบบใด โดยขาดการศึกษาวิเคราะห์และพัฒนาระบบการให้คำแนะนำที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้โดยมีข้อมูลอย่างครบถ้วนเพียงพอ ทำให้การเลือกนั้นมีความโน้มเอียงไปในทางที่เลือกวิธี HD จำนวนมาก ทั้งด้วยปัจจัยจากฝั่งผู้ป่วยเองและจากฝั่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้คำปรึกษา โดยมุมมองของการมุ่งเน้นที่สิทธิในการเลือกในด้านหนึ่งคือการยกความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นให้กับคนไข้ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง

อายุแพทย์โรคไต ถือเป็นผู้พิจารณาการรักษาแก่ผู้ป่วยให้เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค และนำเสนอวิธีการบำบัดทดแทนไตเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย นโยบายบำบัดทดแทนไต พ.ศ.

2565 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีล้างไตวิธีใดก็ได้โดยไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษา แม้จะอาศัยหลักคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) แต่จากผลการศึกษาพบว่ากระบวนการให้คำปรึกษาโดยแพทย์หรือพยาบาลโรคไตในการแนะนำเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยยังมีอยู่อย่างจำกัด และไม่รอบด้านเพียงพอต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย อีกทั้งจำนวนหน่วยบริการบำบัดทดแทนไตส่วนใหญ่เป็นศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ปัจจุบันศูนย์ไตเทียมพบมากในภาคเอกชน) ซึ่งมากกว่าหน่วยล้างไตทางช่องท้องที่จำกัดอยู่แค่ในโรงพยาบาลของรัฐถึง 5 เท่า (93) เกิดเป็นข้อสังเกตที่ว่ากระบวนการให้คำแนะนำอาจมีอคติหรือผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interests; COI) ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องหรือไม่ เฉกเช่นกรณีศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกลายเป็นตลาดเสรีที่รัฐไม่อาจควบคุมได้ เปรียบเสมือนธุรกิจสุขภาพที่แสวงผลกำไรบนความเจ็บป่วยของคนไข้ไตวายที่ไม่มีทางเลือกมากนัก (94)

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพลิกสถานการณ์กลับมาสู่ความสมดุลในการให้โอกาสผู้ป่วยในการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง (choice) โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพของการดูแลให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ และการพัฒนาระบบการควบคุมกำกับมาตรฐานของหน่วยบริการ โดยเฉพาะศูนย์ไตเทียมที่กระจายอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ ที่ต้องมีการตรวจรับรองและติดตามคุณภาพมาตรฐานโดย ตรง.

การศึกษานี้ทำให้เห็นได้ว่านโยบายการล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับเปลี่ยนใน พ.ศ. 2565 เป็นนโยบายที่ใช้ทรัพยากรมากกว่าแต่ได้ประโยชน์ทางสุขภาพโดยรวมต่ำกว่านโยบายเดิม ซึ่งกำหนดให้การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก ข้อดีของนโยบายใหม่ประการเดียวคือ การให้โอกาสผู้ป่วยเลือกวิธีการล้างไตได้ทั้ง HD และ PD ตามที่ผู้ป่วยต้องการและตัดสินใจสอดคล้องกับหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) และสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิการรักษาของกองทุนการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ในประเทศ อย่างไรก็ตามในระบบบริการปัจจุบันอาจตั้งข้อสงสัยได้ว่า ข้อดีของนโยบายใหม่ประการเดียวที่กล่าวข้างต้นเกิดขึ้นได้จริงหรือไม่ เนื่องจากหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยต้องเกิดขึ้นจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน อย่างรอบด้าน และปราศจากอคติแรงจูงใจ ซึ่งในระบบบริการปัจจุบันไม่มีระบบรองรับเพื่อสนับสนุนและกำกับดูแลให้หลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้จริงอย่างไม่มีข้อสงสัย ทำให้ผลการดำเนินการหลังการปรับเปลี่ยนนโยบายการล้างไต ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2565 ไม่สามารถบรรลุถึงควมมีประสิทธิภาพพร้อมกับหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยได้จริงและมีความยั่งยืน

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าพัฒนาโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2567 โดยคณะทำงานดังกล่าวมีหน้าที่ 1) พิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ ด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม และจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สถานพยาบาล และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ 2) ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาโยบายล้างไตสำหรับ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมตามสถานการณ์และข้อเท็จจริงจากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 3) ให้ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใหม่ที่เกิดขึ้นในอนาคต 4) ดำเนินการอื่น ๆ รวมทั้งการจัดตั้งคณะทำงานย่อย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 5) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากเริ่มปฏิบัติงาน

คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากงานวิจัยนี้ที่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ไปนำเสนอต่อคณะทำงานฯ ร่วมกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ได้จัดทำเพิ่มเติมโดยทีมเลขานุการของคณะทำงาน ได้แก่ การทบทวนบทเรียนในระดับนานาชาติ และการพัฒนาแบบจำลองเพื่อคาดการณ์ผลกระทบในอนาคต ทำให้ได้ข้อสรุปเพิ่มเติมว่า

- ภาระงบประมาณของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งงบค่าบริการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจากต่ำกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 16,000 ล้านบาทใน พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตที่เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณผู้ป่วยในโดยรวมก็เพิ่มขึ้นจาก 2,900 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 3,900 ล้านบาทใน พ.ศ. 2566
- การปรับเปลี่ยนนโยบายสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจทางการเงินที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของอายุรแพทย์โรคไต ในการเริ่มการล้างไต การแนะนำเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตและการเลือกหน่วยบริการให้แก่ผู้ป่วย จาก การที่หน่วยบริการภาคเอกชนจำนวนมากจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อายุรแพทย์โรคไตที่ส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD (100-250 บาทต่อครั้งที่ฟอกเลือด) ทั้งที่การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อายุรแพทย์โรคไตควรเกิดขึ้นเฉพาะเมื่ออายุรแพทย์โรคไตให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจริงตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย HD โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ไม่ใช่จากการส่งผู้ป่วยและอาจขัดต่อข้อบังคับแพทยสภาฯ ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2565 สามารถประมาณการได้ว่าค่าใช้จ่ายในงบประมาณส่วนนี้อาจคิดเป็นจำนวนเงิน 2-3 พันล้านบาทต่อปี เป็นยอดรวมทั้งค่าตอบแทนส่งผู้ป่วยและค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วยจริง ขณะที่การส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการ PD ไม่มีแรงจูงใจทางการเงินใด ๆ
- คณะทำงานฯ ประมาณการว่าจะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่เข้าสู่ระบบการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอีก 10 ปีข้างหน้าจำนวน 300,000 ราย (ค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ระหว่าง 160,000 ถึง 432,000 ราย) และหากสัดส่วนการล้างไต HD ต่อ PD ยังคงเป็นอยู่เช่นในปัจจุบันคือ ร้อยละ 80 ต่อร้อยละ 20 ตามลำดับ จะทำให้ระบบการบำบัดทดแทนไตทั้งสองวิธีเกิดความล้มเหลว กล่าวคือระบบบริการ HD มีจำนวนบริการสูงเกินกว่าที่ระบบโดยรวมสามารถรองรับได้โดยไม่ทำให้คุณภาพลดลง และระบบ PD ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหรืออาจหายไปจากระบบบริการ เพราะมีจำนวนน้อยเกินไปที่จะจัดบริการได้อย่างคุ้มค่า

- คณะทำงานฯ เห็นว่าไม่มีหลักฐานที่ทำให้เชื่อว่านโยบายการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันมีความยั่งยืนในอนาคต ประเมินการว่าหากไม่มีการปรับเปลี่ยนนโยบาย งบค่าบริการบำบัดทดแทนไตจะต้องเพิ่มจากร้อยละ 9 ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน เป็นร้อยละ 20 และ 30 ใน 5 ปีและ 10 ปีข้างหน้าตามลำดับ
- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของการล้างไตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ แบ่งได้เป็น (1) มาตรการด้านการให้ความรู้และการสื่อสาร ได้แก่ การให้ความรู้อย่างมีมาตรฐานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 4 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งไม่มีแรงจูงใจและไม่ผลประโยชน์ทับซ้อน และมีองค์ประกอบของการเยี่ยมบ้าน (2) มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ เช่น การจัดอบรมและจัดให้อาจารย์แพทย์โรคไตวางสาย PD ได้ด้วยตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ (การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการ) และ (3) มาตรการด้านการเงินและแรงจูงใจ เช่น กำหนดอัตราและเงื่อนไขการเหมาจ่ายให้บริการ PD ให้มีกำไรมากกว่า HD หรือการจ่ายเงินแบบมัดรวม (bundle payment) โดยไม่ขึ้นกับกิจกรรมหรือจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ
- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต มีการศึกษาน้อยและมักถูกมองข้ามทั้งที่มีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนในระยะยาว มาตรการเท่าที่พบว่ามีประสิทธิผล ได้แก่ การจัดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาแบบประคับประคองในระบบการให้บริการและแจ้งเตือนไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การใช้แบบประเมิน “surprise question” และ Clinical Frailty Score รวมถึงระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ ส่งต่อและเชื่อมโยงผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไตสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองที่ชัดเจน
- คณะทำงานฯ ได้พิจารณามาตรการที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับบริบทของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้แก่ การห้ามมิให้มีการจ่าย-รับค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในกรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง และการกำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต เพื่อรับประกันได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการเริ่มการล้างไตเร็วเกินไป
- คณะทำงานฯ ได้จัดลำดับความสำคัญของมาตรการทั้งหมด และได้นำมาตราต่าง ๆ ไปทดสอบในแบบจำลองระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อประมาณการผลกระทบของแต่ละมาตรการหากมีการบังคับใช้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ข้อสรุปดังนี้ มาตรการที่สร้างผลกระทบสูงและสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ได้ตั้งไว้ก่อนหน้านี้ ได้แก่ การกำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต (pre-authorization) และการห้าม

มิให้มีการจ่าย-รับค่าตอบแทนแก่แพทย์ในกรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง สำหรับมาตรการให้งบบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบปิด หรือ global budget ถึงแม้จะมีผลกระทบสูงสุดต่อการลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ que เลือกวิธีล้างไตและการเพิ่มสัดส่วนบริการล้างไตทางช่องท้อง แต่มาตรการนี้มีความไม่แน่นอนสูงกว่ามาตรการอื่น ๆ เพราะขึ้นกับการปรับตัวของผู้มีส่วนได้เสีย โดยเฉพาะผู้ให้บริการในภาคเอกชนที่อาจทำให้เกิดผลลบจากมาตรการนี้ เช่น ลดหรือเพิ่มความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตในกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

จากเหตุผลข้างต้น คณะทำงานฯ พิจารณาเห็นว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามด้วยการเลือกใช้มาตรการที่เหมาะสมเพื่อทำให้บรรลุเป้าหมายของบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะแสดงให้เห็นในส่วนสุดท้ายของรายงานวิจัยฉบับนี้ (6.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย)

6.2. ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ อาสาสมัครบางท่านปฏิเสธการให้ข้อมูล จึงเป็นข้อจำกัดและความท้าทายของคณะผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลทางอ้อมอย่างรอบด้าน อีกทั้งระยะเวลาในการศึกษาที่มีอยู่อย่างจำกัด และเทคนิคในการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอ้างอิงด้วยบุคคล (snowball sampling) ทำให้ได้จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์เพียงจำนวนจำกัด

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น มีข้อจำกัดเนื่องจากระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของ สปสช. ซึ่งเป็นระบบบันทึกข้อมูลที่มีจุดประสงค์เพื่อการเบิกจ่าย จึงยังขาดข้อมูลที่สำคัญ โดยเฉพาะข้อบ่งชี้ในการบำบัดทดแทนไต ข้อมูลอายุ เพศ และโรคร่วม มาจากการเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบ e-Claim และมีข้อมูลขาดหายประมาณร้อยละ 10 ในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจไม่เคยได้รับการรักษาภายในระบบบัตรทองมาก่อน รวมทั้งข้อมูลโรคร่วมที่ได้นั้นมาจากการบันทึกจากการลงรหัสโรคตาม ICD-10 เพื่อการเบิกจ่ายเป็นหลักเช่นกัน ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการระบุความรุนแรงของโรคซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต จึงส่งผลให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความเหมาะสมของการเริ่มการบำบัดทดแทนไตกรณีที่อาจเริ่มการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยที่การทำงานของไตยังลดลงไม่มาก หรือในผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการรักษาแบบประคับประคองมากกว่า

ระบบลงทะเบียนของ สปสช. ยังขาดการตรวจสอบและยืนยันการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแล้วจริงหรือไม่ จึงมีความเสี่ยงที่จะมีการลงทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ซึ่งมักมีอาการหนักกว่า แต่ยังมีโอกาสจะมีการฟื้นคืนการทำงานของไตและไม่จำเป็นต้องทำการบำบัดทดแทนไตระยะยาวได้ การลงทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอาจทำให้เกิดอคติของข้อมูล (misclassification bias) ว่ามีอัตราการเสียชีวิตหลังการเปลี่ยนนโยบายสูงขึ้นได้ นอกจากนี้ยังขาดการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษา อาทิ ผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย และค่าความเพียงพอของการฟอกไต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อกำกับและติดตามคุณภาพการรักษาในอนาคต

การระบุสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยแบ่งตามรหัสสถานพยาบาล ซึ่งไม่สามารถแยกแยะลักษณะการดำเนินการว่าเป็นหน่วยบริการของโรงพยาบาลหรือเป็นหน่วยบริการภายนอกที่มาเช่าช่วงได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวกับฐานข้อมูลของสมาคมโรคไต แต่ยังมีข้อจำกัดบางส่วนเนื่องจากบางโรงพยาบาลจะมีหลายหน่วยบริการซึ่งอยู่ภายใต้รหัสเดียวกัน และบางหน่วยบริการยังมิได้ลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลของสมาคมโรคไต จึงเป็นอีกข้อเสนอในการบูรณาการระบบข้อมูลร่วมกัน

6.3. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

ในการวิเคราะห์ผลกระทบของนโยบายฯ ต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เป็นการวิเคราะห์อัตราการตายส่วนเกินจากจำนวนผู้เสียชีวิตจากทุกสาเหตุในผู้ป่วยฟอกเลือด ฉะนั้นการศึกษาในอนาคตอาจเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงเหตุปัจจัยที่นำไปสู่ผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย มิใช่เพียงเพราะการเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต

การออกแบบระบบบันทึกข้อมูลที่รวมข้อมูลที่สำคัญทางคลินิกเพื่อกำกับและติดตามคุณภาพการรักษา รวมทั้งอาจมีการติดตามหน่วยบริการที่มีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาเรื่องคุณภาพการบริการ จะเป็นข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศในการวิจัยเรื่องคุณภาพการรักษาผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตต่อไป โดยเฉพาะหลังจากนี้ หาก สปสช. มีการปรับปรุงนโยบาย ควรมีการติดตามผลของนโยบายใหม่ว่ามีผลอย่างไรต่อระบบโดยรวม

6.4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.4.1. ข้อเสนอเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 1) เพิ่มสัดส่วนบริการล้างไตทางช่องท้องให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยล้างไตรายใหม่ ในระยะเวลา 3 ปี
- 2) ควบคุมงบค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะเวลา 5 ปี หรือไม่เกินร้อยละ 15 ในระยะเวลา 10 ปี
- 3) ลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่เข้าสู่การล้างไตให้ต่ำกว่า 1.6 แสนราย (ค่าประมาณขั้นต่ำที่คณะทำงานคาดการณ์ไว้) ในระยะเวลา 10 ปี

- 4) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่เลือกวิธีล้างไตทั้งหมดได้รับข้อมูลทางเลือกในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับปลูกถ่ายไตและต้องการการปลูกถ่ายไตทั้งหมดได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อรอการปลูกถ่ายไต เนื่องจากเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิผลสูงสุด

6.4.2. ข้อเสนอเชิงมาตรการของการบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของการล้างไตที่บ้านสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ แบ่งได้เป็น
 - (1) มาตรการด้านการให้ความรู้และการสื่อสาร ได้แก่ การให้ความรู้อย่างมีมาตรฐานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 4 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งไม่มีแรงจูงใจและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน และมีองค์ประกอบของการเยี่ยมบ้าน
 - (2) มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ เช่น การจัดอบรมและจัดให้อายุรแพทย์โรคไตทางสาย PD ได้ด้วยตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ (การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการ)
 - (3) มาตรการด้านการเงินและแรงจูงใจ เช่น กำหนดอัตราและเงื่อนไขการเหมาจ่ายให้บริการ PD ให้มีกำไรมากกว่า HD หรือการจ่ายเงินแบบมัดรวม (bundle payment) โดยไม่ขึ้นกับกิจกรรมหรือจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ
- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต มีการศึกษาน้อยและมักถูกมองข้ามทั้งที่มีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนในระยะยาว มาตรการเท่าที่พบว่ามีประสิทธิผล ได้แก่ การจัดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาแบบประคับประคองในระบบการให้บริการและแจ้งเตือนไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การใช้แบบประเมิน “surprise question” และ Clinical Frailty Score รวมถึงระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ ส่งต่อและเชื่อมโยงผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไตสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองที่ชัดเจน

- คณะทำงานฯ ได้พิจารณามาตรการที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับบริบทของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้แก่ การห้ามมิให้มีการจ่าย-รับค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในกรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง และการกำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต เพื่อรับประกันได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการเริ่มการล้างไตเร็วเกินไป
- คณะทำงานฯ ได้จัดลำดับความสำคัญของมาตรการทั้งหมด และได้้นำมาตรการต่าง ๆ ไปทดสอบในแบบจำลองระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อประมาณการผลกระทบของแต่ละมาตรการหากมีการบังคับใช้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ข้อสรุปว่า มาตรการที่สร้างผลกระทบสูงและสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไต (ข้อ 2) ได้แก่ การกำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต (pre-authorization) และการห้ามมิให้มีการจ่าย-รับค่าตอบแทนแก่แพทย์ในกรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง สำหรับมาตรการให้งบบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบปิด หรือ global budget ถึงแม้จะมีผลกระทบสูงสุดต่อการลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่เลือกวิธีล้างไตและการเพิ่มสัดส่วนบริการล้างไตทางช่องท้อง แต่มาตรการนี้มีความไม่แน่นอนสูงกว่ามาตรการอื่น ๆ เพราะขึ้นกับการปรับตัวของผู้มีส่วนได้เสีย โดยเฉพาะผู้ให้บริการในภาคเอกชนที่อาจทำให้เกิดผลลบจากมาตรการนี้ เช่น ลดหรือเพิ่มความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตในกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

จากข้อค้นพบข้างต้น คณะทำงานฯ เห็นควรเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาข้อเสนอมาตรการสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อการบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดให้งบบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบปิด หรือ global budget ตามเป้าหมายนโยบายที่กำหนดไว้ข้างต้น เช่น กำหนดวงเงินแบบปิดสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตไม่เกินร้อยละ 10 ของงบจัดบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นต้น
- 2) ห้ามมิให้หน่วยบริการ HD ภาคเอกชนจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง ผ่านการประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 3) จัดให้มีการขึ้นทะเบียนและให้ความรู้ทางเลือกการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะที่ 4 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยปราศจากอคติแรงจูงใจ ทดแทนการให้ความรู้ทางเลือกการบำบัดทดแทนไตโดยแพทย์หรือพยาบาลโรคไตเพียงคนเดียว
- 4) กำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต (pre-authorization) และกำหนดให้ระบบดังกล่าวส่งต่อผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เหมาะสมไปยังหน่วยฟอกไต
- 5) จัดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการรักษาแบบประคับประคองในระบบการให้บริการ และแจ้งเตือนโดยอัตโนมัติไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพหากผู้ป่วยไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต
- 6) พัฒนาระบบข้อมูลในข้อ (3) – (5) เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการบำบัดทดแทนไตปัจจุบันของ สปสช. และฐานข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เพื่อใช้ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการและสนับสนุนระบบการกำกับติดตาม
- 7) คณะทำงานฯ ตระหนักดีว่า การดำเนินการตามข้อเสนอเชิงมาตรการในข้อที่ 3 ยังมีรายละเอียดที่ต้องพัฒนา และต้องมีระบบการกำกับติดตาม แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. **พิจารณาจัดตั้งคณะอนุกรรมการนโยบายไต ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** โดยให้มีตัวแทนของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แพทย์ และพยาบาลโรคไต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เป็นทีมเลขานุการ ให้คณะอนุกรรมการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้
 - (1) พัฒนารายละเอียดในการดำเนินงานแต่ละมาตรการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตัดสินใจ
 - (2) พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและผู้ป่วยที่รับบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเชื่อมต่อข้อมูลกับผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ
 - (3) ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสานความร่วมมือกับคณะอนุกรรมการอื่น ๆ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการ/คณะทำงานอื่น ๆ นอก สปสช. รวมถึงคณะกรรมการ service plan ที่

เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การกำหนดมาตรการและวางแผนในการพัฒนา
ขีดความสามารถของระบบบริการในการชะลอไตเสื่อมและให้บริการบำบัดทดแทนไต

- (4) สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในประเทศไทย
- (5) สนับสนุนให้นักวิชาการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและบริการบำบัดทดแทนไตที่ไม่มี
ความเชื่อมโยงกับข้อมูลส่วนบุคคล
- (6) จัดให้มีการประเมินระบบอภิบาลนโยบายโรคไตเรื้อรังและบริการบำบัดทดแทนไตทุก ๆ
5 ปี
- (7) ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน การใช้บริการรักษาบำบัดทดแทนไต และธรรมาภิ
บาลของระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (8) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ

เอกสารอ้างอิง

1. Levey AS, Eckardt KU, Dorman NM, Christiansen SL, Cheung M, Jadoul M, et al. Nomenclature for Kidney Function and Disease: Executive Summary and Glossary from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Consensus Conference. *Kidney Dis (Basel)*. 2020;6(5):309-17.
2. Wong CKH, Chen J, Fung SKS, Mok M, Cheng YL, Kong I, et al. Lifetime cost-effectiveness analysis of first-line dialysis modalities for patients with end-stage renal disease under peritoneal dialysis first policy. *BMC Nephrol*. 2020;21(1):42.
3. Global Burden of Disease (GBD) 2019 [Internet]. 2019 [cited 19 June 2023]. Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/2019>.
4. Dodd R, Palagyi A, Guild L, Jha V, Jan S. The impact of out-of-pocket costs on treatment commencement and adherence in chronic kidney disease: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2018;33(9):1047-54.
5. Kanjanabuch T, Puapatanakul P, Halue G, Lorvinitnun P, Tangjitrong K, Pongpirul K, et al. Implementation of PDOPPS in a middle-income country: Early lessons from Thailand. *Perit Dial Int*. 2022;42(1):83-91.
6. Dhanakijcharoen P, Sirivongs D, Aruyapitipan S, Chuengsaman P, A L. The "PD First" policy in Thailand: three-years experiences (2008-2011). *J Med Assoc Thai*. 2011;94:S153-61.
7. Kanjanabuch T, Takkavatakarn K. Global Dialysis Perspective: Thailand. *Kidney360*. 2020;1(7):671-5.
8. Liu FX, Gao X, Inglese G, Chuengsaman P, Pecoits-Filho R, Yu A. A Global Overview of the Impact of Peritoneal Dialysis First or Favored Policies: An Opinion. *Perit Dial Int*. 2015;35(4):406-20.
9. Afatin, Khoe LC, Kristin E, Masytoh LS, Herlinawaty E, Werayingyong P, et al. Economic evaluation of policy options for dialysis in end-stage renal disease patients under the universal health coverage in Indonesia. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177436.
10. Bayani DBS, Almirol BJQ, Uy GDC, Taneo MJS, Danguilan RS, Arakama MI, et al. Filtering for the best policy: An economic evaluation of policy options for kidney replacement coverage in the Philippines. *Nephrology (Carlton)*. 2021;26(2):170-7.
11. National Health Security Office. ตั้งแต่ 1 ก.พ.นี้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสิทธิบัตรทองตัดสินใจร่วมกับแพทย์เพื่อเลือกวิธีฟอกไตที่เหมาะสมได้. 2022 [cited 2023 July 10]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/3471>.
12. Chuengsaman P, Kasemsup V. PD First Policy: Thailand's Response to the Challenge of Meeting the Needs of Patients With End-Stage Renal Disease. *Semin Nephrol*. 2017;37(3):287-95.
13. Sumriddetchkajorn K, Shimazaki K, Ono T, Kusaba T, Sato K, Kobayashi N. Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bull World Health Organ*. 2019;97(6):415-22.

14. Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Designing a reproductive health services package in the universal health insurance scheme in Thailand: match and mismatch of need, demand and supply. *Health Policy Plan.* 2004;19 Suppl 1:i31-i9.
15. Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bull World Health Organ.* 2010;88(2):84-5.
16. Tantivess S, Werayingyong P, Chuengsamarn P, Teerawattananon Y. Universal coverage of renal dialysis in Thailand: promise, progress, and prospects. *BMJ.* 2013;346:f462.
17. Prakongsai P, Palmer N, Uay-Trakul P, Tangcharoensathien V, Mills A. The Implications of Benefit Package Design: The Impact on Poor Thai Households of Excluding Renal Replacement Therapy. *Journal of International Development*, Forthcoming. 2009.
18. Teerawattananon Y, Mugford M, Tangcharoensathien V. Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: evidence for coverage decisions in Thailand. *Value Health.* 2007;10(1):61-72.
19. Thailand Renal Replacement Therapy Year 2014: The Nephrology Society of Thailand; 2014.
20. Six organizations announce success in "10 years of peritoneal dialysis policy", helping patients access treatment: The Coverage; 2018 [updated 22 June 2018, cited 2 February 2024]. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/259>.
21. Mushi L, Marschall P, Flessa S. The cost of dialysis in low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:506.
22. Lee T, Flythe JE, Allon M. Dialysis Care around the World: A Global Perspectives Series. *Kidney360.* 2021;2(4):604-7.
23. Yot T, Saudamini Vishwanath D, Levina Chandra K, Diana Beatriz SB, Wanrudee I. To include or not include: renal dialysis policy in the era of universal health coverage. *BMJ.* 2020;368:m82.
24. Li PK, Chan GC, Chen J, Chen HC, Cheng YL, Fan SL, et al. Tackling Dialysis Burden around the World: A Global Challenge. *Kidney Dis (Basel).* 2021;7(3):167-75.
25. Vasquez-Jimenez E, Madero M. Global Dialysis Perspective: Mexico. *Kidney360.* 2020;1(6):534-7.
26. Sangthawan P, Klyprayong P, Geater SL, Tanvejsilp P, Anutrakulchai S, Boongird S, et al. The hidden financial catastrophe of chronic kidney disease under universal coverage and Thai "Peritoneal Dialysis First Policy". *Front Public Health.* 2022;10:965808.
27. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. UK: Open University Press; 2005.
28. Reich M. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. Working Paper 10. Boston: Harvard School of Public Health; 1994.
29. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning.* 1994;9(4):353-70.
30. Anderson JE, Brady DW, Bullock CS, Stewart JJ. Public policy and politics in America. 2nd ed. Monterey, CA: Brooks/Cole; 1984.

31. International Society of Nephrology. ISN Framework for Developing Dialysis Programs in low-resource settings. Brussels, Belgium: International Society of Nephrology; 2021.
32. Crichton J. Changing fortunes: analysis of fluctuating policy space for family planning in Kenya. *Health Policy Plan.* 2008;23(5):339-50.
33. Erasmus E, Gilson L. How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy Plan.* 2008;23(5):361-8.
34. Gilson L, Orgill M, Shroff ZC. A health policy analysis reader: the politics of policy change in low- and middle-income countries. editors, editor. Geneva: World Health Organization; 2018.
35. Shearer JC, Abelson J, Kouyate B, Lavis JN, Walt G. Why do policies change? Institutions, interests, ideas and networks in three cases of policy reform. *Health Policy Plan.* 2016;31(9):1200-11.
36. Sutcliffe S, Court J. Evidence-Based Policymaking: What is it? How does it work? What relevance for developing countries? : Overseas Development Institute; 2005.
37. MGR online. ชมรมเพื่อนโรคไตร้องบัตรทองให้สิทธิฟอกเลือดไม่เท่าเทียม 2011 [Accessed January 2023]. Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/9540000061292>.
38. Health service budget management for patients with chronic kidney disease: National Health Security Office 2011 [cited 25 June 2023]. Available from: <http://medinfo2.psu.ac.th/social/doc/2014-04-08-18-03-44.pdf>.
39. Thai publica. ภาวะข้อมูลสปสข.ไตสปสข. – เป็ดสถิติผู้เสียชีวิตล้างไตทางช่องท้องสูง 40% แต่สปสข.ยังยืนยันเป็นวิธีที่ดีที่สุด Thai publica; 2012 [Accessed January 2023]. Available from: <https://thaipublica.org/2012/03/statistics-patient-died-ambulatory-peritoneal-dialysis/>.
40. Dhanakijcharoen P, Sirivongs D, Aruyapitipan S, Chuengsaman P, Lumpaopong A. The "PD First" policy in Thailand: three-years experiences (2008-2011). *J Med Assoc Thai.* 2011;94 Suppl 4:S153-61.
41. Kanjanabuch T, Chanchaoenthana W, Katavetin P, Sritippayawan S, Praditpornsilpa K, Ariyapitipan S, et al. The incidence of peritoneal dialysis-related infection in Thailand: a nationwide survey. *J Med Assoc Thai.* 2011;94 Suppl 4:S7-12.
42. National Health Security Office (NHSO). New HD cost reimbursement will ease heavy burden on kidney patients: NHSO website; 2022 [Accessed 20 January 2024]. Available from: <https://eng.nhso.go.th/view/1/DescriptionNews/New-HD-cost-reimbursement-policy-will-ease-heavy-burden-on-kidney-patients/416/EN-US>.
43. (NHSO) NHSO. Types of treatment and time of patients' death. 2023.
44. National Health Commission Office. เวทีสนทนานโยบายสาธารณะ (Policy Dialogue) ครั้งที่ 3 2023 [cited 25 August 2023]. Available from: <https://fb.watch/m0UL7gogUO/?mibextid=Nif5oz>
45. National Health Security Office (NHSO). Renal registry. 2023.
46. Fisher MP, Hamer MK. Qualitative Methods in Health Policy and Systems Research: A Framework for Study Planning. *Qual Health Res.* 2020;30(12):1899-912.

47. Ozturk-Calikoglu H, Cekic O. Policy analysis frameworks: A phenomenological study of education policy researchers' practices. *KEDI Journal of Educational Policy*. 2021;18(1):43-63.
48. ชาย โพธิ์ลีตา. ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ : คู่มือนักศึกษาและนักวิจัยสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
49. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* (2011). 2022;12(1):7-11.
50. กรมควบคุมโรค รมว.รศ. “วันไตโลก” 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชน มุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค; [updated 14 March, cited 20 September 2024]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=41551&deptcode=brc&news_views=14702.
51. พงศธร คชเสนี. การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน: โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 2563 [cited 20 September 2024]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน.pdf>.
52. วิโรจน์ ณ ระนอง. ไทยอยู่ตรงไหน...ในรายงานการจัดอันดับดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนประเทศไทย; 2565 [updated 6 January 2022, cited 20 September 2024]. Available from: <https://tdri.or.th/2022/01/ghs-index2021/>.
53. Global Health Security Index 2021 [cited 20 September 2024]. Available from: <https://ghsindex.org/>.
54. อำนาจ ชัยประเสริฐ. Chronic Kidney Disease. Pocker dialysis. In: บัญชา สติระพจน์, พามิลา วรรณชนะวิภาส, อำนาจ ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา, ศุภสินธุ์ อปม, editors. Pocket nephrology: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2565.
55. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024;105(4s):S117-s314.
56. NHSO clarifies disbursement criteria to support new policies for Kidney failure patients, gold patent 'Choose the right type of dialysis for everyone: National Health Security Office [internet]; 2022 [cited 8 May 2023]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/3477>.
57. Health service budget management for patients with chronic kidney disease: National Health Security Office; 2011 [cited 25 June 2023]. Available from: <http://medinfo2.psu.ac.th/social/doc/2014-04-08-18-03-44.pdf>.
58. National Health Security Fund Administration Manual, Fiscal Year 2012, Service Budget Management chronic kidney disease patients: National Health Security Office; 2012 [cited 25 June 2023]. Available from: https://e-library.nhso.go.th/view/1/detail_ebook/83/TH-TH.
59. Budget for chronic kidney disease patients, the fiscal year 2023 (changes): National Health Security Office [internet]; 2022 [cited 8 June 2023]. Available from: https://rayong.nhso.go.th/files/userfiles/file/651025_fund66/2605%20งบประมาณผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง%20ปี%202566.pdf.

60. Guideline 30: Administration of Peritoneal Dialysis Units: The Nephrology Society of Thailand; [cited 2 July 2023]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/97/4.2_แนวปฏิบัติที่_30_การบริหารหน่วยCAPD.pdf.
61. Royal Gazette: Standards for Hemodialysis Services in Hospitals, 128 (2011, December 16).
62. Criteria and guidelines for the certification of the standard of treatment by hemodialysis: The Royal College of Physicians of Thailand; 2015 [updated 26 April 2023, cited 2 July 2023]. Available from: <http://www.rcpt.org/index.php/2017-02-06-02-36-17/461-2015-01-23-07-04-53.html>.
63. National Health Security Office. Procedures for registration of referral service for specific hemodialysis (HD) 2021 [cited 13 August 2023]. Available from: <https://www.nhso.go.th/downloads/165>.
64. Procedure for registering a service unit that receives referrals specifically for hemodialysis (HD) services, 2021: National Health Security Office 2021 [cited 12 July 2024]. Available from: <https://www.nhso.go.th/downloads/165>.
65. Meeting to clarify criteria, methods, and conditions for claiming expenses in the case of services for patients with chronic renal failure under the National Health Security System, the fiscal year 2022, what has changed? : National Health Security Office [internet]; 2022 [cited 8 May 2023]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/191/สไลด์ชี้แจงไต_2_กพ65.pdf.
66. Sirivongs D. PD First Policy “Service Provider: Success Factors in the health insurance system”: Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, National Health Security Office [internet]; 2012 [cited 8 May 2023]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3476/Universal-Coverage-Tawee.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
67. Specialized Nursing Training Program Dialysis Therapy Nursing Practice (peritoneal dialysis): Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2020 [cited 14 August 2023]. Available from: http://medinfo2.psu.ac.th/prupload/files/UPLOAD_20200714_092845_7HWXJ2TOKC.pdf.
68. Chuasuwan A., Lumpaopong A., editors. Thailand Renal Replacement Therapy: Year 2020. 2020.
69. Program of Nursing Specialty in Renal Replacement Therapy Nurse Practitioner: Nursing Department Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital and Faculty of Nursing Mahidol University; 2022 [cited 23 August 2023]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1K3LTN0IQjdLjFuMA-V6yIlwrGZJ_Hlg3/view.
70. Fellowship Training in Nephrology Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2020 [cited 14 August 2023]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/event/curriculum-nephro-rama.pdf>.
71. Information of doctors who have received a letter of approval-certification from the Medical Council of Thailand (separate by field of study): The Medical Council of Thailand; 2022 [cited 14 August 2023]. Available from: <https://www.tmc.or.th/pdf/tmc-stat-29-12-22-05.pdf>.

72. Chronic Kidney Disease Care and Renal Replacement Therapy Course For General practitioners and Pediatricians: The Nephrology Society of Thailand; 2021 [cited 14 August 2023]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/05/หลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น-4-เดือน.pdf>.
73. Announcement: Hemodialysis Nursing Training Class 50: The Kidney Foundation of Thailand; 2023 [cited 14 August 2023]. Available from: [https://www.kidneythai.org/images/news72/ประกาศการฝึกอบรมพยาบาลไตเทียมรุ่นที่%2050%20\(1\).pdf](https://www.kidneythai.org/images/news72/ประกาศการฝึกอบรมพยาบาลไตเทียมรุ่นที่%2050%20(1).pdf).
74. Dissecting the problem of "the Renal replacement therapy system," the number of patients jumps – few medical personnel .NHCO hope extracted into public policy: The Coverage; 2023 [updated 3 August 2023, cited 14 August 2023]. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/5229>.
75. Announcement: The 26th Hemodialysis Specialist Nursing Examination Year 2021 and 27th Year Year 2022: The Nephrology Society of Thailand; 2022 [cited 14 August 2023]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/11/1.ประกาศคุณสมบัติสมัครสอบผู้เชี่ยวชาญ-ปี651.pdf>.
76. Fellowship Training in Transplant Nephrology: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; [cited 14 August 2023]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/event/หลักสูตรฝึกอบรมการปลูกถ่ายไต%20แพทย์ประจำบ้านต่อยอด%20และเกณฑ์มาตรฐาน.pdf>.
77. Intensive Course in Organ Transplantation Thai Transplant Society; 2023 [cited 14 August 2023]. Available from: <https://www.transplantthai.org/?page=annaul-meeting&type=2>.
78. Workshop Multi organ retrieval: Thai Transplant Society; 2017 [cited 14 August 2023]. Available from: https://www.transplantthai.org/?page=meeting-detail&con_id=30.
79. Department of Nursing, Organ Donation and Transplantation, Class 2: Boromarajonani Nursing College Nopparat Vajira; 2019 [cited 14 August 2023]. Available from: https://region5.moph.go.th/region5/file_upload/F_1559190262.pdf.
80. Short training courses in pharmacy care Diploma of Pharmacy (Nephrology) 16 weeks: Center for Continuing Pharmacy Education; 2023 [cited 14 August 2023]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=4537.
81. Assigned to executives and workers. Take responsibility for the mission working group for the development of a chronic kidney disease care system and monitoring and evaluation. National Health Security Office; 8 May 2023.
82. 6 organizations announce the success of "10 years peritoneal dialysis policy" helping patients access to treatment.: Prachatai [internet]; [cited 3 May 2023]. Available from: <https://prachatai.com/journal/2018/06/77529>.
83. Public Policy Forum (Policy Dialogue) No. 3. National Health Commission Office; 2023.
84. Shore C. Anthropology and public policy. In: Fardon R HO, Marchand THJ, Nuttall M, Shore C, Strang V, et al, editor. The Sage handbook of social anthropology20122012. p. 89-104.

85. Merton RK. The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*. 1936;1(6):894-904.
86. Mol A. The Logic of Care: Health and The Problem of Patient Choice 2008.
87. Béland D, Howlett M. The Role and Impact of the Multiple-Streams Approach in Comparative Policy Analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 2016;18(3):221–7.
88. จักรพงษ์ เสงตระกุลเวนิช, กนกวรรณ พรหมชาติ, สุชัยญา พรหมนิม, นภาพร บุญยีน, จิตาพร อินทพงษ์, ภัทรารณ มีศิริ, et al. การศึกษาแบบย้อนหลังเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายระหว่างผู้ป่วยที่ตัดสินใจปฏิเสธกับผู้ป่วยที่ยอมรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไต. *วารสารกรมการแพทย์*. 2563;45(4):111-21.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ (interview guide)

โครงการการถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม

สำหรับ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ภาคเอกชน และนักวิชาการ

คำถามอุ่นเครื่อง (Warm up question)

ท่านมีประสบการณ์หรือความเกี่ยวข้องอย่างไรกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยไตวาย

คำถามเฉพาะ (Focus question)

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการมีบริการบำบัดทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย
2. ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นของนโยบายบำบัดทดแทนไต ในปีพ.ศ. 2551 และการเปลี่ยนแปลงในปี พ.ศ. 2565 หรือไม่อย่างไร โปรดอธิบายประสบการณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึก
3. ใครคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ ในการเปลี่ยนแปลงในแต่ละครั้ง เพราะอะไร โปรดยกตัวอย่างเหตุการณ์
4. ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งที่แตกต่างกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงนโยบายการบำบัดทดแทนไตในปีพ.ศ. 2551 หรือถ้าไม่ได้ผ่านช่องทางที่เป็นทางเลือกแรก (PD First Policy) กับการเปลี่ยนแปลงในปี พ.ศ. 2565
5. ท่านคิดว่าเหตุปัจจัยอะไรบ้างที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายในปี พ.ศ. 2565 โปรดอธิบายรายละเอียด และยกตัวอย่างเหตุการณ์หรือกรณีตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง
6. จากประสบการณ์หรือการรับรู้ของท่าน อะไรเป็นผลกระทบที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งนี้ ทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ไม่ดี และผลกระทบนั้นเกิดจากอะไร โปรดยกเหตุการณ์หรือกรณีตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง
7. อะไรคือผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะสั้นกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ
8. อะไรคือผลกระทบระยะยาว ทั้งในด้านที่ดีและไม่ดี ที่มีต่อระบบสุขภาพ
9. ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้น และการป้องกันการเกิดผลกระทบในระยะยาวต่อไปอย่างไร

คำถามปิดท้าย (Ending question)

ท่านคิดว่าคณะวิจัยควรได้สัมภาษณ์บุคคลใดเพิ่มเติมเพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์

ประเภทเอกสาร

VERSION

วันที่

หน้า

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ภาคเอกชน และนักวิชาการ

2.0

16.02.2567

1 / 1

อนุมัติ

22 ก.พ. 2567

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สทม.)

COA No. IHRP2024025

IHRP No. 002-2567



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

อาคาร 8 ชั้น 7 ห้อง 702 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลโยธิน 11000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย: การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้วิจัยหลัก: ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรอง:

1. สรุปย่อโครงการวิจัย: Version 2.0 Date 16.02.2567
2. โครงร่างการวิจัย: Version 2.0 Date 16.02.2567
3. เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย: Version 2.0 Date 16.02.2567
4. ใบยินยอมจากความเข้าใจต้องแท้: Version 2.0 Date 16.02.2567
5. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ (กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย): Version 2.0 Date 16.02.2567
6. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ (กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน): Version 2.0 Date 16.02.2567
7. แบบแสดงรายการ/ประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย: Version 2.0 Date 16.02.2567
8. ประวัติผู้วิจัยทุกคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว อนึ่ง ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยสภาวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงนาม).....
 (นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

(ลงนาม).....
 (นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 22 มกราคม พ.ศ.2567

รับรองตั้งแต่วันที่: 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567

ภาคผนวก ค ภาพประกอบการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องระบบการให้บริการบำบัดทดแทนไต

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง ระบบการให้บริการบำบัดทดแทนไต พลวัตรระบบและฉากทัศน์อนาคต

วันที่ 9 กรกฎาคม 2567 ณ ห้องประชุมกรุงเทพ 3 โรงแรม เซ็นทาราแกรนด์ เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพฯ





ภาคผนวก ง การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลงานวิจัยเรื่อง การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ของ สปสช.

๙.๓๙ / ๒๕๕๖๒



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
65 / 3 ซอย 1 ถนนพิชัยฯ ตำบลปากเปรี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี 18000
โทรศัพท์ 0 - 3621- 3205 โทรสาร 0 - 3621-3263, website:saraburi.nhso.go.th

ที่ สปสช.๙.๓๙/ ๒๕๕๖๒

๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง รับรองการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

เรียน หัวหน้าโครงการวิจัย “การถอดบทเรียนเพื่อนำสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ”

ตามที่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้จัดทำข้อเสนอทางวิชาการต่อคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เรื่องข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผลการศึกษาวิจัยเรื่อง “การถอดบทเรียนเพื่อนำสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนานโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ” ที่ได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอรับรองว่าได้นำผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย และเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบบริการโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนและระบบสาธารณสุขต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเจด็จ สรรธัชอารี)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ