

RENAL REPLACEMENT THERAPY

UNDER THE NATIONAL HEALTH SECURITY SYSTEM

การบริการบำบัดทดแทนไต
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



GLOSSARY

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE [ESRD]

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคือผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมผิดปกติเป็นเวลานาน และดำเนินไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ร่างกายไม่สามารถขับถ่ายของเสียหรือน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้ ผู้ป่วยทุกซ์ทรมาจกภาวะมีของเสียคั้งอยู่ในเลือดและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยไตเทียม การล้างไตผ่านทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

HEMODIALYSIS [HD]

เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยด้วยเครื่องไตเทียมหรือเครื่องฟอกเลือด โดยหลักการเครื่องไตเทียมนี้คือนำเลือดของผู้ป่วยเข้าไปผ่านการกรองในเครื่องไตเทียม ต้องใช้เวลาในการฟอกเลือดครั้งละ 4 - 5 ชั่วโมง และต้องทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ตามสภาพไตของผู้ป่วย

การล้างไตผ่านทางช่องท้อง

PERITONEAL DIALYSIS [PD]

คือ การใช้น้ำยาล้างไตใส่เข้าไปในช่องท้องและใช้ผนังเยื่อในช่องท้องเป็นตัวกรองของเสียออกจากเลือด ผนังเยื่อช่องท้องมีลักษณะเป็นเยื่อบาง ๆ บุอยู่ภายในช่องท้องและหุ้มแผ่นไขมันในช่องท้อง ขณะที่ทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ของเสียจะถูกกำจัดออกจากเลือดเข้าสู่ช่องท้องและถูกระบายออกไป

การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS [CAPD]

คือ การล้างไตโดยน้ำยาล้างไตจะอยู่ในช่องท้องตลอดเวลาเพื่อกรองของเสียออกจากเลือด โดยผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระในขณะที่ทำการล้างไตอยู่ ผู้ป่วยสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องโดยทำเองที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องทำการล้างไตทุกวันและต้องเปลี่ยนน้ำยาอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวัน

การล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ

AUTOMATED PERITONEAL DIALYSIS [APD]

คือ การล้างไตผ่านทางช่องท้องที่ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้าน และสามารถทำได้ขณะนอนหลับโดยใช้เครื่องตั้งกล่าวล้างไตเพียงวันละครั้ง เครื่องล้างไตทางช่องท้องอัตโนมัติช่วยให้มีน้ำคั่งอยู่ในช่องท้องมากที่สุดและลดเวลาในการปล่อยน้ำยาเข้าและออก ผู้ป่วยไม่ต้องปล่อยน้ำยาออกเอง โดยเครื่องจะเติมน้ำยาสูงสุดท้ายไว้ในช่องท้องเมื่อสิ้นสุดการทำงาน

การผ่าตัดปลูกถ่ายไต

KIDNEY TRANSPLANTATION [KT]

เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด เพราะไม่ต้องใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตผ่านทางช่องท้องอีกต่อไป แต่ผู้ป่วยต้องรับประทานยากดภูมิคุ้มกันตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการต่อต้านอวัยวะ สำหรับไตที่จะนำมาปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยอาจจะได้มาจากคนที่ถึงแก่กรรมใหม่ ๆ ด้วยอุบัติเหตุต่าง ๆ หรืออาจจะมาจากคนที่ยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งปกติต้องได้จาก พ่อ แม่ ลูก ญาติพี่น้องสายเลือดเดียวกัน หรือในบางกรณีจากสามเณร-ภรรยา โดยผู้บริจาคไตและผู้ป่วยที่รับไต จะต้องได้รับการตรวจอย่างละเอียดถี่ถ้วนว่ามีเลือดกลุ่มเดียวกันและมีเนื้อเยื่อในร่างกายที่เข้ากันได้

TABLE OF CONTENTS

06	บทนำ
26	นโยบาย PD FIRST
34	การบริหารจัดการระบบบริการทดแทนไต สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย
38	การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
42	ผลการดำเนินงาน

48	งบประมาณบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
50	บทบาทหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
56	การจัดส่งน้ำยาล้างไต
60	ความท้าทายในอนาคต ของการให้บริการบำบัดทดแทนไต
64	บทสรุป
66	เอกสารอ้างอิง

1

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง

นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์

เนื่องจากภาวะของโรคแล้ว

การบำบัดรักษาโรคในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ก็มีค่าใช้จ่ายสูงจนทำให้ผู้ป่วยบางคน

ต้องทุกข์ยากจากการล้มละลายทางการเงินอีกด้วย

1.1

สถานการณ์โรคไต และการรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease - ESRD) ในประเทศไทย

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ เกิดการติดเชื้อได้ง่าย มีอัตราการเกิดทุพพลภาพและเสียชีวิตสูง เมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ¹ และเป็นโรคที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาสูง ในปี 2560 มีการประมาณการว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 11.6 ล้านคน (17.5%) มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขั้น 3-5² จำนวน 5.7 ล้านคน (8.6%) และมีผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis – HD) 0.1 ล้านคน³ ในทุก ๆ ปี จะมีผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease – ESRD) 20,000 คน ที่ต้องการการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ การล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Peritoneal Dialysis – PD)⁴ โรคไตเรื้อรังนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์เนื่องจากภาวะของโรคแล้ว การบำบัดรักษาโรคในผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีค่าใช้จ่ายสูงจนทำให้ผู้ป่วยบางคนต้องทุกข์ยากจากการล้มละลายทางการเงินอีกด้วย

เดิมผู้ป่วยที่มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และสิทธิประกันสังคม จะได้รับการครอบคลุมค่ารักษาในการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy – RRT) แต่ผู้ป่วยโรคไตที่อยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ในประเทศ ไม่ได้รับการครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต จนกระทั่งวันที่ 28 ธันวาคม 2550 คณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้อนุมัติหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการบำบัดทดแทนไตตามมติคณะรัฐมนตรีเพื่อขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และเริ่มให้บริการบำบัดทดแทนไตในวันที่ 1 มกราคม 2551 โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญคือการผลักดันนโยบาย PD First หรือการให้ความสำคัญกับการบำบัดโดยการล้างช่องท้องเป็นทางเลือกแรก ในการให้บริการภายใต้งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของ สปสช.

1.2

ความเป็นมาของการบริการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเดินทางของความพยายามในการผลักดันให้การบริการบำบัดทดแทนไต เข้าไปอยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น มีมายาวนานก่อนหน้า การเริ่มให้บริการบำบัดทดแทนไตในปี 2551 การที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ สดุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับค่าใช้จ่ายมหาศาลที่ผู้ป่วยต้อง แบกรับ ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล ข้าราชการ รัฐบาล เล็งเห็นถึงความสำคัญของการขยายชุดสิทธิ ประโยชน์ นอกจากจะเห็นถึงภาระอันหนักหน่วงของผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่เป็นปัจจัย สำคัญของการเคลื่อนไหวในการผลักดันการขยายชุดสิทธิประโยชน์ คือความ เหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุน เนื่องจากก่อนปี 2551 ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่อยู่ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและสิทธิ ประกันสังคมได้รับการครอบคลุมค่ายาและค่ารักษาพยาบาลนี้ ในขณะที่ผู้ป่วย ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง) ไม่ได้รับการครอบคลุมดัง กล่าว

ก่อนที่จะมีการขยายชุดสิทธิประโยชน์ในปี 2551 มีความแตกต่างของ 3 กองทุน ในเรื่องการคุ้มครองผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทดแทน ไตทุกประเภทโดยไม่ต้องมีการร่วมจ่ายในสถานพยาบาลภาครัฐ ภายใต้ระบบ ประกันสังคมผู้ป่วยฯ ได้รับการทดแทนไตทุกประเภทโดยมีการร่วมจ่ายค่า ฟอกเลือดที่เกินกว่า 1,500 บาทต่อครั้ง หรือหากมีความจำเป็นต้องได้รับการ ฟอกเลือดมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่ผู้ป่วยฯ ในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติยังไม่ได้รับสิทธิบริการทดแทนไตแต่อย่างใด จากการศึกษาในปี 2543 พบว่า 76.7% ของผู้ป่วยฯ ในประเทศไทยไม่สามารถเข้าถึงบริการทดแทน ไตได้⁶ ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้ทำให้เกิดความกดดันจากภายนอกหลายด้าน เพื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พิจารณาปรับปรุงชุดสิทธิ ประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมบริการทดแทนไต เนื่องจากความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทดแทนไตระหว่าง 3 กองทุนดัง กล่าว⁶ (ดูตารางที่ 1)

ในปี 2543
76.7% ของ
ผู้ป่วยฯ ในประเทศไทย
ไม่สามารถเข้าถึง
บริการทดแทนไตได้

ตารางที่ 1 สิทธิในบริการบำบัดทดแทนไต ในสวัสดิการรักษายาบาล 3 ระบบ ปี 2550⁷

สวัสดิการรักษายาบาล	ล้างไตโดยการฟอกเลือดหรือล้างไตผ่านทางช่องท้อง	ผ่าตัดปลูกถ่ายไต
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	<ul style="list-style-type: none"> - ฟอกเลือดครั้งละ 2,000 บาท - ล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายค่าน้ำยาตามจริง - เบิกค่ายากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ตามจริง 	<ul style="list-style-type: none"> - ได้รับสิทธิในโรงพยาบาลรัฐ ค่าผ่าตัดและดูแลแบบผู้ป่วยในจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Group – DRG) - เบิกค่ายากดภูมิคุ้มกันตามจริง
ประกันสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - ฟอกเลือดครั้งละ 1,500 บาท สัปดาห์ละไม่เกิน 3,000 บาท แต่ต้องทำการฟอกเลือดไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง - ล้างไตผ่านทางช่องท้อง จ่ายค่าน้ำยาไม่เกิน 15,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน - ให้สิทธิในการเบิกค่ายาเพิ่มเลือดตามจริง แต่ไม่เกินไม่เกิน 750 บาทต่อสัปดาห์ (4,000 U) 	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าผ่าตัด 230,000 บาท ค่ายากดภูมิคุ้มกันในปีแรก 300,000 บาท - ให้ค่ายากดภูมิคุ้มกันปีที่ 2 240,000 บาทต่อปี - ให้ค่ายากดภูมิคุ้มกันในปีต่อ ๆ ไป 120,000 บาทต่อปี
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	ไม่ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม

ในขณะนั้น แม้ว่าจะเป็นที่ประจักษ์ชัดว่า ผู้ป่วยฯ ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้รับการคุ้มครองเท่าเทียมกับอีกสองกองทุน จนทำให้มีการเคลื่อนไหวผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แต่จากการศึกษาพบว่าการรวมเอาการบำบัดทดแทนไตให้มาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นั้น ไม่คุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์⁵ รัฐต้องแบกรับภาระทางการเงินอย่างมหาศาล เนื่องจากการบริการที่มีราคาแพงและมีผู้ป่วยภายใต้สิทธินี้เป็นจำนวนมาก

จากการประมาณค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฯ ในปี 2543 พบว่าผู้ป่วยจะต้องใช้เงินประมาณคนละ 436,800 บาทต่อปีในการล้างไต ในกรณีที่ใช้การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าล้างไตจะอยู่ที่ 1,500-2,500 บาท ต่อครั้ง โดยล้างไต 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (รวม 156,000-260,000 บาท ต่อปี) ค่ายาเพื่อกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ประมาณปีละ 120,000 บาท ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยใช้การล้างช่องท้องจะต้องเสียค่าน้ำยาล้างไตประมาณ 292,000-365,000 บาทต่อปี และถ้าใช้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงด้วย ก็ต้องเพิ่มอีกประมาณ 120,000 บาทต่อปี นอกจากนี้ยังมีค่าเดินทางไปโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และค่าใช้จ่ายในการเข้านอนที่โรงพยาบาลด้วย⁸

ในกรณีที่ผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 100,000-200,000 บาท หากใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ และยังต้องจ่ายค่ายาที่ควบคุมไม่ให้ร่างกายต่อต้านอวัยวะที่ปลูกถ่ายอีกเดือนละประมาณ 10,000 บาท ตลอดชีวิต โดยสรุปแล้วในปีแรกผู้ป่วยที่ผ่าตัดปลูกถ่ายไตจะต้องใช้จ่ายประมาณ 200,000-320,000 บาท และในปีต่อ ๆ ไปประมาณปีละ 80,000-120,000 บาท⁴ จะเห็นได้ว่าภาระค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตนั้น มากเกินกว่าที่ครัวเรือนไทยจะแบกรับได้ สะท้อนถึงความเป็นจริงว่าผู้ป่วยหลายคนได้พยายามเข้าถึงการรักษา โดยที่ต้องกู้หนี้ยืมสิน ขายทรัพย์สินของตนเองและครอบครัว ไปจนถึงเกิดสภาวะล้มละลาย

การรวมเอาการบำบัดทดแทนไตให้มาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นั้น ไม่คุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์ รัฐต้องแบกรับภาระทางการเงินอย่างมหาศาล

รัฐบาลจะต้องใช้งบประมาณมหาศาลกว่า 5,000 ล้านบาทในปีแรก

จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program - IHPP) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี 2548⁵ พบว่ารัฐบาลจะต้องใช้งบประมาณมหาศาลกว่า 5,000 ล้านบาทในปีแรกสำหรับขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยทุกคนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และภาระงบประมาณนี้อาจจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นหลายหมื่นล้านบาทหรือมากกว่าหนึ่งในสามของงบประมาณสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอีก 15 ปี ภายหลังจากการขยายบริการทดแทนไตเข้าไปในชุดสิทธิประโยชน์ ตามที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการให้บริการทดแทนไตภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ในปีแรก ปีที่ 4 และ ปีที่ 16 ของการขยายบริการ*⁵

กรณีต้นทุน	ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วย ต่อปี (บาท)**	ค่าใช้จ่ายของ โครงการในปีแรก (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายของ โครงการในปีที่ 4 (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายของ โครงการในปีที่ 16 (ล้านบาท)
ต้นทุนต่ำ	250,000	3,994	14,358	55,776
ต้นทุนกลาง	350,000	5,400	19,881	74,355
ต้นทุนสูง	425,000	6,455	24,024	90,100

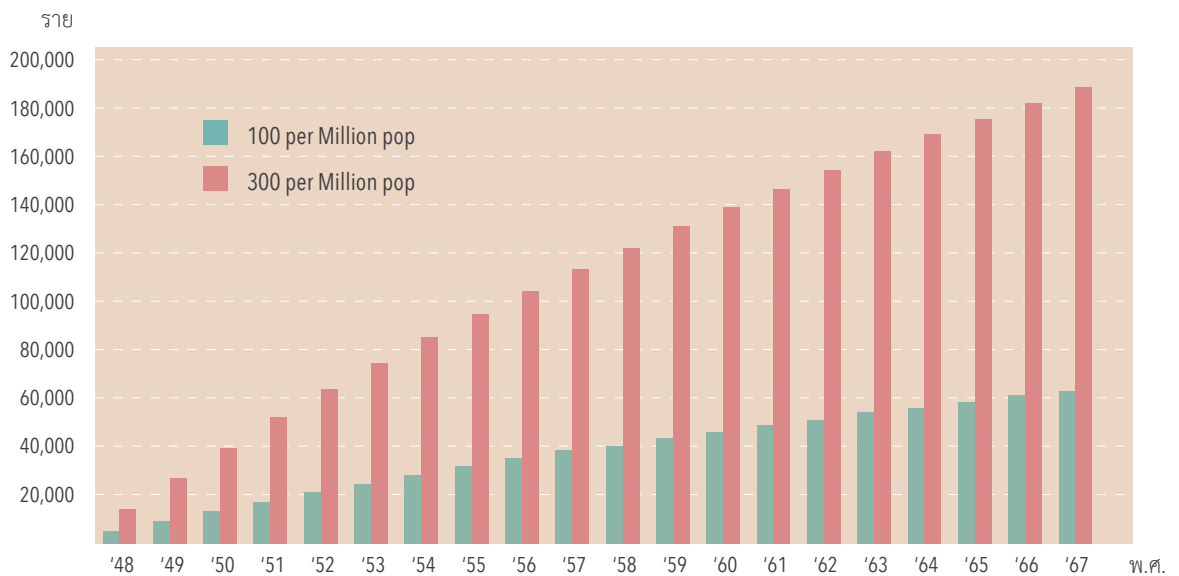
หมายเหตุ

* อัตราอุบัติการณ์ต่อปีเฉลี่ย 300 ต่อล้านประชากร และเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อปี

** ใช้เป็นตัวเลขประมาณที่คาดว่าจะต้องใช้สำหรับทั้งผู้ป่วย HD และ CAPD โดย ‘ต้นทุนต่ำ’ เป็นค่าใช้จ่าย

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ ได้คาดการณ์ไว้ว่า หากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีสิทธิทุกคน สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตได้ (Universal Access) และกำหนดอุบัติการณ์ของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเท่ากับ 300 ต่อล้านประชากร (per million population – PMP) จำนวนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าถึงบริการทดแทนไตจะเพิ่มจำนวนขึ้นจนมากกว่า 50,000 ราย ภายในปีที่ 4 ของการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไต (อัตราชุก 1,087 ต่อล้านประชากร) และจำนวนผู้ป่วยจะสะสมเพิ่มเป็นกว่า 100,000 ราย (อัตราชุก 2,112 ต่อล้านประชากร) ภายในปีที่ 9 และจะสูงถึง 188,435 ราย (อัตราชุก 3,650 ต่อล้านประชากร) ภายในปีที่ 20

ทั้งนี้ กำหนดให้อุบัติการณ์ของการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นร้อยละ 2 ต่อปี อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่อ้างถึงนี้ ควรจะถือว่าเป็นสถานการณ์ขั้นสูงที่อาจจะเป็นไปได้ หากมีการขยายบริการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคน และจำนวนผู้ป่วยขั้นต่ำที่เป็นไปได้โดยใช้อุบัติการณ์การเข้าถึงบริการทดแทนไตที่ 100 ต่อล้านประชากร จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้นจะลดลงเหลือ 62,812 ราย (อัตราชุก 1,217 ต่อล้านประชากร) ภายในปีที่ 20⁵ ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การคาดประมาณความชุกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าถึงบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามอุบัติการณ์ที่แตกต่างกันระหว่างปี 2548 ถึง 2567

คณะกรรมการว่าด้วย
เศรษฐศาสตร์มหภาคและสุขภาพ
ขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า
บริการทางสุขภาพที่มีต้นทุนอัตราประโยชน์
ต่ำกว่า 3 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปี
เป็นบริการที่คุ้มค่าและรัฐบาลควรให้การสนับสนุน

การตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพ
และการลงทุนในบริการทางสุขภาพ
ของประเทศไทย ไม่ได้คำนึงความคุ้มค่า
ทางเศรษฐศาสตร์เพียงอย่างเดียว
แต่วางอยู่บนฐานของจริยธรรม
และความเป็นธรรมด้านสุขภาพด้วย

เมื่ออิงเกณฑ์การลงทุนด้านสุขภาพที่นำเสนอโดยคณะกรรมการว่าด้วยเศรษฐศาสตร์มหภาคและสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก (the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization) ซึ่งระบุว่าบริการทางสุขภาพที่มีต้นทุนอัตราประโยชน์ต่ำกว่า 3 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปี เป็นบริการที่คุ้มค่าและรัฐบาลควรให้การสนับสนุน อย่างไรก็ตามในปี 2546 รายได้ประชาชาติต่อคนต่อปีของประเทศไทยเท่ากับ 2,240 ดอลลาร์สหรัฐฯ หรือ ประมาณ 87,360 บาทต่อคนต่อปี (1 ดอลลาร์ เท่ากับ 39 บาท) ในขณะที่การบำบัดทดแทนไตเพื่อชีวิตผู้ป่วยหนึ่งปีนั้น มีค่าใช้จ่ายมากถึง 400,000-500,000 บาทต่อคนต่อปี ยิ่งไปกว่านั้น จากการคาดประมาณข้างต้น หากมีอุบัติการณ์ของโรคเท่ากับ 300 ต่อประชากรล้านคน รัฐจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการขยายชุดสิทธิประโยชน์เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ดังนั้น การขยายชุดสิทธิประโยชน์จึงเป็นการลงทุนในบริการทางสุขภาพที่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์⁵ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพและการลงทุนในบริการทางสุขภาพของประเทศไทย ไม่ได้คำนึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพียงอย่างเดียว แต่วางอยู่บนฐานของจริยธรรมและความเป็นธรรมด้านสุขภาพด้วย ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายังสร้างภาระทางการเงินให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้กำหนดนโยบายก็ได้เล็งเห็นความสำคัญต่าง ๆ เหล่านี้ และใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายตลอดมา

1.3

เป้าหมายและวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย⁶

ประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลาง ซึ่งมีความท้าทายในเรื่องของงบประมาณและจำนวนของหน่วยบริการทดแทนไตในประเทศ เป้าหมายเชิงนโยบายที่สำคัญของประเทศไทยในการขยายบริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ ทำอย่างไรจึงจะสามารถทำให้ผู้ป่วยไตวาย สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างเท่าเทียมกัน (equitable access) โดยภาครัฐอุดหนุนบริการทดแทนไตที่มีประสิทธิภาพ (cost-effective) เข้าถึงได้สะดวก (better access and utilization) โดยผู้ป่วยทุกคนโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชนบท ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่มาก (lower access cost) ในการเข้าถึงบริการ อยู่ในศักยภาพทางการคลังของภาครัฐที่จะอุดหนุนได้ในระยะยาว และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว นักวิชาการจึงได้เสนอให้การจัดการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย (policy objectives) และรูปแบบการจัดการบริการดังนี้

- ▶ **01** เข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค (Equitable access) โดยให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง เนื่องจากเป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตัวเองที่บ้าน ผู้ป่วยทั้งในเมืองและชนบท สามารถเข้าถึงได้เท่าเทียมกัน
- ▶ **02** ป้องกันรายจ่ายครัวเรือนไม่ให้ล้มละลาย โดยการอุดหนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับบริการ PD และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation – KT) โดยไม่มีการจ่ายร่วม ทั้งนี้เพราะการจ่ายร่วมจะเป็นภาระทางการเงินของ ครัวเรือนมาก เนื่องจากเป็นบริการผู้ป่วยเรื้อรัง
- ▶ **03** เลือกลงทุนในการให้บริการที่คุ้มค่า (Cost-effective intervention) โดยบริการ KT เป็น ทางเลือกที่คุ้มค่าเนื่องจากผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่า และไม่ต้องทำการล้างช่องท้องแบบ ต่อเนื่อง (chronic dialysis) และการฟอกเลือดด้วยไตเทียม
- ▶ **04** ลงทุนในทางเลือกที่มีประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical efficiency) โดยบริการ PD เนื่องจากมีศักยภาพในการลดค่าใช้จ่ายสูงสุด ไม่ต้องการ การลงทุนต่อหัว และไม่ใช้บุคลากรมากเมื่อเทียบกับบริการ HD
- ▶ **05** มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพน้อยที่สุด โดยบริการ PD จะมีผลกระทบต่อ การลาออกของพยาบาลและแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยวิกฤต เช่น ICU เนื่องจากไม่ต้องการ บุคลากรทางการแพทย์มากนัก เมื่อเทียบกับ HD โดยแนวโน้มเอกชนจะเปิดบริการ HD และตั้งศูนย์แพทย์และพยาบาลออกจากระบบภาครัฐอย่างรุนแรง
- ▶ **06** มีประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) โดยการ ลงทุนในบริการที่มีความคุ้มค่ามากกว่า เช่น KT และ PD ซึ่งจะคุ้มค่า มากกว่าบริการ HD
- ▶ **07** ลดต้นทุน เพื่อเพิ่มอัตราความคุ้มค่า (cost-effectiveness ratio) โดยการลดต้นทุนการ ผลิตน้ำยา PD ภายในประเทศ ทดแทนการนำเข้า การจัดซื้อยารวม (national bulk purchasing – monopsonistic purchasing power) ยากกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง และยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันการสลายไต (graft rejection) การใช้ยาสามัญทดแทนยา ต้นแบบ เป็นต้น

1.4

โครงการนำร่อง 3 จังหวัด⁶

หลังจากกำหนดวัตถุประสงค์และรูปแบบการจัดการเบื้องต้นในการขยายบริการทดแทนไต ในปี 2548 สปสช. จึงได้ดำเนินโครงการนำร่องการล้างไตผ่านทางช่องท้องที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ผลของโครงการนำร่องที่จังหวัดขอนแก่นได้มีการฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้บริการกับผู้ป่วย PD สามารถดำเนินการไปได้ด้วยดี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 8-50 ปี เข้ารับการรักษา และให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าบริการเดือนละ 1,000 บาท ซึ่งประชาชนยินดีจ่ายค่าบริการจำนวนนี้ นอกจากนี้ การดำเนินการที่ขอนแก่นได้ทดลองการใช้รูปแบบเครือข่ายเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนในลักษณะเครือข่ายส่งต่อ โดยให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นแม่ข่ายที่จะรับปรึกษาปัญหาที่เกินความสามารถของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงทดลองระบบการประสานงานจัดส่งน้ำยาไปยังบ้านผู้ป่วยซึ่งก็เป็นไปได้ด้วยดี ผลการดำเนินงานพบว่า มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 9 ราย จำนวน 4 ราย ออกจากโครงการ (ติดเชื้อไม่รุนแรง 3 ราย และเสียชีวิต 1 ราย) และจำนวน 5 ราย ได้รับการต่อเนื่อง ในจำนวน 5 รายนี้ มีผู้ป่วย 3 ราย ไม่เคยติดเชื้อในช่องท้องเลย อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดในการให้บริการบ้าง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ในระดับอำเภอ โดยเฉพาะแพทย์เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมนี้เป็นภาระที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งภาระงานที่มีมากอยู่แล้วทำให้รองรับผู้ป่วยได้อย่างจำกัด อีกทั้งตามสภาพความเป็นจริงผู้ป่วยที่เข้าข่ายได้รับการจำนวนหนึ่งก็ไม่ได้รับการเพราะคิดว่าพออยู่ได้ อีกทั้งไม่ยอมมีภาระดูแลตนเอง ทำให้คาดว่าถ้าขยายบริการออกไป โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งมีศักยภาพรับผู้ป่วยไม่มากเพียง 4 รายต่อแห่ง เท่านั้น

นโยบายการเลือกใช้บริการล้างไต
ผ่านทางช่องท้องเป็นอันดับแรก
(PD First Policy) เป็น
นโยบายที่เหมาะสมที่สุด
ในการที่จะนำมาใช้เพื่อให้บริการ
บำบัดทดแทนไตภายใต้สิทธิ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

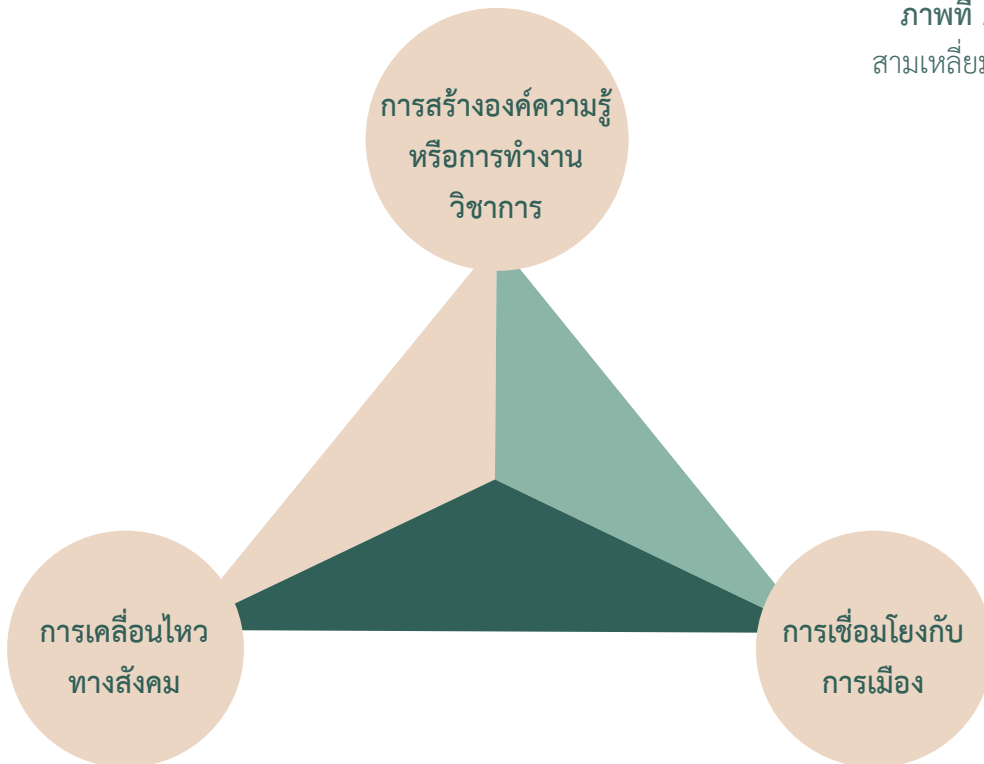
ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ 22 ราย แต่ไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ 3 ราย จึงมีการให้บริการผู้ป่วย 19 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาว่าครั้งหนึ่งตอนเริ่มรับเข้าโครงการมีสภาพร่างกายทรุดโทรมจากการไม่ได้รับการรักษา ทำให้เสียชีวิตไป 5 ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนไปรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยไตเทียม 3 ราย นอกจากนี้ โครงการนำร่องที่บ้านแพ้วยังแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการของทั้งผู้ป่วยและจากองค์กรปกครองท้องถิ่น โดยให้ประชาชนร่วมจ่าย 25% องค์กรปกครองท้องถิ่นร่วมจ่าย 25% ของค่ารักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยไตเทียม แต่หากเป็นการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ประชาชนไม่ต้องร่วมจ่าย อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าท้องถิ่นที่มีรายได้น้อยอาจมีอุปสรรคในการร่วมจ่าย

ผลจากการศึกษาต่าง ๆ การประเมินวิเคราะห์เป้าหมายเชิงนโยบาย การทำโครงการนำร่อง ไปจนถึงกระบวนการการปรึกษาหารือเพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดได้นำมาใช้เพื่อทำให้การขยายชุดสิทธิประโยชน์เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายเป็นไปได้ และได้ข้อสรุปว่า นโยบายการเลือกใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นอันดับแรก (PD First Policy) เป็นนโยบายที่เหมาะสมที่สุดในการที่จะนำมาใช้เพื่อให้บริการบำบัดทดแทนไตภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.5

ความสำเร็จในการผลักดัน เพื่อรวมการบำบัดทดแทนไต เข้าไปในชุดสิทธิประโยชน์

ความสำเร็จในการผลักดันเพื่อรวมการบำบัดทดแทนไตเข้าไปอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นั้น เป็นตัวอย่างหนึ่งของการประยุกต์ใช้แนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี มาเป็นยุทธศาสตร์หลักในการขับเคลื่อนนโยบาย โดยมีสามองค์ประกอบหลักคือ 1. การสร้างองค์ความรู้หรือการทำงานวิชาการ 2. การเคลื่อนไหวทางสังคม และ 3. การเชื่อมโยงกับการเมือง



ภาพที่ 2 ยุทธศาสตร์
สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา^๑

การสร้างองค์ความรู้ หรือการทำงานวิชาการ

ก่อนที่จะมีการผลักดันให้การบำบัดทดแทนไตรวมเข้าไปอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นั้น นักวิชาการได้ทำการศึกษาถึงความจำเป็นและความเป็นไปได้ของการให้บริการทดแทนไตอย่างถาวรในประเทศไทย แม้ว่าการให้บริการบำบัดทดแทนไตภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ แต่การให้บริการดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยทางมนุษยธรรมที่จะสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างมากทั้งในด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพ

การเชื่อมโยงกับการเมือง

หลังจากผ่านการศึกษา การวางแผน กระบวนการพิจารณาหรือ และกระบวนการพิจารณาจากคณะทำงานและคณะกรรมการต่าง ๆ จึงได้มีการนำนโยบายนี้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นโครงการที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากและมีภาระผูกพันในระยะยาว จนในที่สุดนโยบายนี้ได้รับความเห็นชอบจากรัฐบาลซึ่งมี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี และนายแพทย์มิ่งคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2550 และต่อมาในวันที่ 28 ธันวาคม 2550 คณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้อนุมัติหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการบำบัดทดแทนไตตามมติคณะรัฐมนตรีเพื่อขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และเริ่มให้บริการบำบัดทดแทนไตในวันที่ 1 มกราคม 2551

การเคลื่อนไหวทางสังคม

นอกจากนี้กลุ่มประชาสังคม เช่น สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มูลนิธิโรคไต กลุ่มคนรักไต กลุ่มผู้ให้บริการ นักวิจัย และกลุ่มผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวและเรียกร้องให้มีการพิจารณาเพื่อผลักดันให้รัฐบาลรับข้อเสนอในการรวมเอาการบำบัดทดแทนไตให้เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ กลุ่มต่าง ๆ ได้รวมตัวเพื่อร่วมประชุมหารือกันถึงประเด็นว่าด้วยผู้ป่วยในสิทธิบัตรทองที่ไม่ได้รับการครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต กลุ่มเหล่านี้ได้ขับเคลื่อนและสื่อสารความต้องการไปถึงฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในขณะเดียวกัน สปสช. ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบริหารสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้เปิดเวทีให้กับกลุ่มเหล่านี้ในการปรึกษาหารือและนำเสนอข้อเรียกร้องเชิงนโยบาย

ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จในการขับเคลื่อนให้เกิดการขยาย
ชุดสิทธิประโยชน์เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย คือ
การอาศัยจังหวะทางการเมือง โดยนโยบายนี้ได้รับการผลักดัน
ต้นนโยบายจาก นพ. มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการสนับสนุนอย่างมุ่งมั่นของ
นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และรอง
นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น จนได้รับความเห็นชอบจาก
พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี แม้ว่ารัฐบาลได้
ประกาศว่าจะไม่อนุมัติโครงการที่มีผลผูกพันงบประมาณ
ระยะยาวอีกต่อไปเนื่องจากรัฐบาลกำลังจะหมดวาระ แต่ขอ
เสนอในการขยายชุดสิทธิประโยชน์เพื่อรวมการบำบัด
ทดแทนไตกลับได้รับการอนุมัติ แม้ว่าจะอยู่ในช่วงปลายของ
รัฐบาลแล้วก็ตาม¹⁰

การทำงานเชื่อมโยงกันทั้งสามฝ่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้
การผลักดันนโยบายประสบความสำเร็จ กล่าวคือการทำงาน
ของฝ่ายวิชาการที่รวบรวมประสบการณ์ สร้างองค์ความรู้
และให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจแก่ฝ่ายประชาสังคมและ
ฝ่ายการเมือง การทำงานของฝ่ายประชาสังคมในการร่วมตัว
การสะท้อนประสบการณ์ตรงของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการ
ออกความคิดเห็น และสื่อสารให้ฝ่ายวิชาการและฝ่าย
การเมืองเห็นถึงความต้องการของกลุ่ม รวมทั้งการทำงานของ
ฝ่ายการเมือง ข้าราชการ บุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ที่ประสาน
งานและใช้จังหวะที่เหมาะสมทางการเมืองในการผลักดันจน
นโยบายได้รับการอนุมัติจากรัฐบาลในที่สุด

จากคำบอกเล่าของนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งเป็นประธานการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ในเดือนธันวาคม ปี 2551 โดยมี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี เป็นองค์ปาฐกของการประชุมในครั้งนั้น นพ. สุวิทย์ ได้เดิน ไปส่ง พลเอกสุรยุทธ์ เมื่อการประชุมเสร็จสิ้น ระหว่างที่เดินด้วยกันอยู่นั้น นพ.สุวิทย์ ได้เอ่ยถาม พลเอกสุรยุทธ์ ถึงความเห็นของท่านที่ตัดสินใจรวมเอาการบำบัดทดแทน ไตเข้ามาในชุดสิทธิประโยชน์ พลเอกสุรยุทธ์ ได้หยุดเดินและตอบกลับมาว่า

“เรื่องนี้คนมีสตางค์ได้รับการแล้วรอดชีวิตอยู่ต่อไปได้ ส่วนคนจนนั้นต้องตาย หรือล้มละลาย สถานการณ์อย่างนี้รัฐบาลยอมรับไม่ได้”

คำกล่าวของ พลเอกสุรยุทธ์ สะท้อนให้เห็นถึงความห่วงใยในสถานการณ์ของผู้ป่วยไต เรื้อรังระยะสุดท้าย และเห็นถึงความสำคัญของการผลักดันให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการ ค้ำครอง ให้ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่อยู่ในสิทธิอื่น ๆ

1.6

หมุดหมายสำคัญของการให้บริการบำบัดทดแทนไต

ในระยะเวลา 10 กว่าปีที่ผ่านมาของการให้บริการบำบัดทดแทนไต ได้มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด เพื่อที่จะพัฒนาการทำงานและการให้บริการให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีหมุดหมายสำคัญ ๆ ดังนี้

26 กันยายน 2550

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติในการผลักดันการขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1

รัฐอุดหนุนบริการทดแทนไตด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนไต (KT) แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งรายใหม่และรายเก่า ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย และให้มีการเร่งดำเนินการพัฒนาระบบบริหารจัดการอวัยวะเพื่อให้เพิ่มบริการได้อย่างเต็มที่ เริ่มตั้งแต่ 1 มกราคม 2551

2

รัฐอุดหนุนบริการการล้างผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งรายใหม่และรายเก่า ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย และเปิดให้บริการพร้อมกันในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 โดยในระยะแรกได้ดำเนินการตามความพร้อมของแต่ละจังหวัด และมีการเร่งดำเนินการพัฒนาระบบบริการให้ทุกจังหวัดสามารถให้บริการได้อย่างเต็มที่ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) ได้ได้ดำเนินการให้บริการฟอกเลือด (HD) ต่อเมื่อได้จัดทำหลักเกณฑ์ กลไกและกระบวนการในการคัดเลือกผู้ป่วยเสร็จแล้ว

3

สำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยไตเทียม (HD) รายเก่า ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและไม่สมัครใจทำ PD รัฐให้การอุดหนุนโดยให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย หนึ่งในสามของค่าบริการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 (ส่วน HD รายใหม่ หากไม่สมัครใจทำ PD และไม่เข้าหลักเกณฑ์ในข้อ 2 รัฐไม่อุดหนุน)

30 ตุลาคม 2550

คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไต แต่มีข้อกำหนดให้ผู้ป่วยได้รับการ PD เป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตที่ให้กับผู้ป่วยทุกราย หรือ PD First Policy ยกเว้นในรายที่มีข้อห้ามที่ไม่สามารถวางสายล้างไตผ่านทางช่องท้องได้เท่านั้น¹

28 ธันวาคม 2550

คณะกรรมการ สปสช. ได้อนุมัติหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเรื่องการบำบัดทดแทนไตตามมติ ครม.

1 มกราคม 2551

เริ่มการให้บริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นครั้งแรกอย่างเป็นทางการ โดยให้บริการตามมติคณะกรรมการ สปสช. ดังนี้

1

รัฐอุดหนุนบริการทดแทนไตด้วยการล้างผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งรายใหม่และรายเก่าภายใต้ระบบบัตรทอง โดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย และจะเปิดบริการพร้อมกันในทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยในระยะแรกให้ดำเนินการตามความพร้อมของแต่ละจังหวัด และให้มีการเร่งดำเนินการพัฒนาระบบบริการให้ทุกจังหวัดสามารถให้บริการได้อย่างเต็มที่ตามความจำเป็นของผู้ป่วย ภายใน 1 ปี กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับบริการ CAPD ได้ ก็ให้คณะทำงานพัฒนาระบบบริการทดแทนไต พัฒนาหลักเกณฑ์ ทั่วโลก และกระบวนการในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับบริการ CAPD ให้ไปรับบริการด้วยเครื่องฟอกเลือดด้วยไตเทียม เพื่อให้สามารถนำหลักเกณฑ์มาดำเนินการได้โดยเร็วที่สุดต่อไป

2

สำหรับผู้ป่วย HD รายเก่า ที่มีสิทธิบัตรทอง และไม่สมัครใจทำ CAPD รัฐให้การอุดหนุนโดยให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย 1 ใน 3

3

ให้มีการเน้นและเร่งดำเนินการในการควบคุมและป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะไตวายเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ทั้งนี้ให้มีการร่วมกันดำเนินการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สมาคมที่เกี่ยวข้องทุกแห่ง เป็นต้น

1 ตุลาคม 2553

ได้มีการขยายสิทธิในการรับยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ให้ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด

1 ตุลาคม 2555

ได้มีการยกเลิกการร่วมจ่าย สำหรับกรณีการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายเก่า ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 และไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

7 สิงหาคม 2560

คณะกรรมการ สปสช. มีการศึกษาทบทวนกระบวนการทำงานใน 10 ปีที่ผ่านมา ว่าประสบความสำเร็จหรือมีอุปสรรคในการทำงานอย่างไร และได้พิจารณาทบทวนวิธีการบริหารจัดการงบประมาณค่าบริการบำบัดทดแทนไตและภาระงบประมาณในระยะต่อไป โดยเน้นลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่ ชะลอผู้ป่วยรับบริการบำบัดทดแทนไต พร้อมประสานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ทบทวนกระบวนการปรับเงื่อนไข (shift mode) ในการบำบัดล้างไตผ่านทางช่องท้องและฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม¹¹ และมองไปข้างหน้าถึงเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ในอนาคต เช่น เครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis - APD)

22 มิถุนายน 2561

มีการจัดงานประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษการพัฒนาคุณภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง (Ten Years of Thailand PD First Policy “Dialysis for all, No one left behind”) พร้อมมอบรางวัล “ผู้ริเริ่มนโยบาย PD First Policy (การล้างไตช่องท้องเป็นทางเลือกแรก)” ที่อิมแพค เอ็กซ์ซิชั่นเซ็นเตอร์ เมืองทองธานี เพื่อประกาศความสำเร็จในการดำเนินนโยบาย PD First ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จัดโดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมาคมพยาบาลโรคไต เป็นต้น

7 สิงหาคม 2563

สปสช. ได้เริ่มโครงการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) โดยมีโครงการศึกษาวิจัย ซึ่งมีผู้ป่วยเข้าร่วม 100 ราย และต่อมาในเดือนตุลาคม 2563 ได้เริ่มโครงการในการให้บริการ APD กับผู้ป่วยอีก 100 ราย ผลจากโครงการศึกษาวิจัยและการให้บริการ APD พบว่า เดิมผู้ป่วยที่ใช้การบำบัดด้วย CAPD จะต้องใช้น้ำยา 4 ถุงต่อวัน อีกทั้งผู้ป่วยมักนอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากจะต้องลุกขึ้นมาเปลี่ยนน้ำยาตอนกลางคืน แต่ด้วย APD ผู้ป่วยใช้น้ำยาเพียงแค่ 2 ถุงต่อวัน และสามารถนอนหลับยาวได้ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น

การดำเนินงานการให้บริการบำบัดทดแทนไตของ สปสช. ที่ผ่านมานี้ ได้มีการพัฒนาปรับปรุงการบริหารจัดการและการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวคิดเชิงนโยบายที่เป็นส่วนสำคัญของความสำเร็จ คือ นโยบาย PD First ซึ่งตอบโจทย์ในการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2

นโยบาย PD First

การบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายมากและจะต้องมีการอภิบาลผู้ป่วยในระยะยาว อีกทั้งยังมีความแตกต่างในการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในด้านการรักษาและการเข้าถึงบริการ นโยบายที่ตอบโจทยความท้าทายเหล่านี้คือนโยบาย PD First หรือนโยบายที่เน้นให้ผู้ป่วยบำบัดด้วยการใช้การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) เป็นทางเลือกแรก วัตถุประสงค์หลักของนโยบาย PD First คือ การเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยต้องล้มละลายทางการเงินและลดผลกระทบต่องบประมาณของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม ในช่วงเริ่มแรกของนโยบายก็มีแรงต้านจากกลุ่มแพทย์โรคไตบางส่วน ที่มองว่าการบำบัดโดยใช้การล้างไตผ่านทางช่องท้องนั้นมีประสิทธิผลและความปลอดภัยต่ำกว่าการฟอกเลือดด้วยไตเทียม (HD)¹² ทั้งนี้ ในบริบทของประเทศไทย ยังมีประชาชนอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถใช้บริการ HD ได้เนื่องจากอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากหน่วยไตเทียม การเดินทางไปยังหน่วยไตเทียม ทำให้ผู้ป่วยและญาติเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แม้ว่าต้นทุนของการบำบัดโดยใช้ PD และ HD จะไม่ได้ต่างกันมาก แต่ผู้ป่วย HD มีค่าใช้จ่ายทางอ้อมสูง เช่น ค่าเดินทาง และใช้บุคลากรทางการแพทย์ดูแลมากกว่า¹⁰

การบำบัดทดแทนไตโดยใช้ PD เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมในประเทศออสเตรเลีย แคนาดา นิวซีแลนด์ เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร และกลุ่มประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย ประเทศเหล่านี้เป็นประเทศที่รัฐจัดสวัสดิการรักษายาบาลให้แก่ประชาชน โดยประเทศเหล่านี้มีอัตราการใช้ PD สูงกว่า HD 20-30% และถือว่าเป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า¹³ นอกจากนี้ จากการถอดบทเรียนรูปแบบการให้บริการบำบัดทดแทนไตในประเทศใกล้เคียง เช่น ฮองกง พบว่า มีผู้ป่วยกว่า 90% ที่สามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตได้ โดยในจำนวนนี้ 79% เป็นผู้ป่วยที่ใช้การรักษาแบบ PD โดยพบว่ามี การดำเนินการผ่านมูลนิธิโรคไตของฮองกง ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชนและการบริจาค มูลนิธิโรคไตของฮองกงเริ่มเปิดให้บริการ HD ในปี ค.ศ. 1981 และเริ่มเปิดให้บริการ Home Automated Peritoneal Dialysis (APD) ในปี ค.ศ. 1997 ระบบบริการทดแทนไตของฮองกงสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้การล้างไตทางช่องท้องเองที่บ้าน (self-care dialysis) คือ PD มากกว่า HD เนื่องจากเห็นว่า มีการวิเคราะห์หาค่าคุ้มค่าแล้วพบว่า PD ให้ความคุ้มค่าที่ดีกว่า ทำให้ผู้ป่วยประมาณ 79% ที่ได้รับการช่วยเหลือจาก The National Health Service (NHS) ของฮองกง ใช้บริการ PD และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะได้รับการเสนอให้ใช้ PD เป็นการบำบัดเป็นลำดับแรก⁶

การผลักดันนโยบาย PD First ใช่ว่าจะเป็นไปอย่างราบรื่น เนื่องจากก่อนหน้านี้ในประเทศไทย มีหน่วยฟอกเลือดด้วยไตเทียมเป็นจำนวนมาก เพราะสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคมครอบคลุมการบำบัดด้วยวิธีดังกล่าว นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้การบำบัดด้วยการฟอกเลือดด้วยไตเทียม ยังได้รับค่าบริการทุกครั้งที่ได้รับบริการ เป็นแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์เลือกใช้การบำบัดดังกล่าว มากกว่าการใช้การล้างไตผ่านทางช่องท้อง นโยบาย PD First จึงเผชิญกับเสียงคัดค้านของกลุ่มที่สนับสนุนการฟอกเลือดด้วยไตเทียม การผลักดันนโยบาย PD First จึงพบกับอุปสรรคหลายด้าน และต้องทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนประสบผลสำเร็จ

2.1

5 ยุทธศาสตร์ในการดำเนินนโยบาย PD First

ปัจจัยของความสำเร็จในการนำนโยบาย PD First ไปปฏิบัติคือการร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3 ฝ่ายหลัก คือ กลุ่มผู้จัดทำนโยบาย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มประชาสังคม ผู้นำของกลุ่มผู้จัดทำนโยบายคือ สปสช. โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขับเคลื่อนนโยบายของกลุ่มต่าง ๆ นี้วางอยู่บนยุทธศาสตร์ 5 ข้อ เพื่อบรรลุจุดประสงค์ในการผลักดันให้กลุ่มวิชาชีพเลือกใช้การล้างไตผ่านทางช่องท้องในการบำบัดทดแทนไตเป็นวิธีแรก ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่

1

การนำของแพทย์ที่สนับสนุนการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

ในกลุ่มผู้สนับสนุน PD มีกลุ่มแพทย์โรคไตที่มีประสบการณ์เป็นหัวหอกสำคัญ ซึ่งเป็นผู้ออกมาให้ความเห็นและข้อเท็จจริง ชี้ให้เห็นถึงจุดแข็งในการล้างไตผ่านทางช่องท้องท่ามกลางเสียงคัดค้านของบุคลากรทางการแพทย์ที่สนับสนุน HD เป็นหลัก กลุ่มแพทย์ที่สนับสนุน PD ยังได้รับแรงสนับสนุนจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในการผลักดันขับเคลื่อนนโยบาย การนำของแพทย์ที่มีประสบการณ์เหล่านี้ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับการล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถโน้มน้าวกลุ่มอื่น ๆ ให้เห็นคุณค่าและข้อได้เปรียบของการล้างไตผ่านทางช่องท้องอีกด้วย

การพัฒนา

ระบบบริการทดแทนไต ที่ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและสะดวกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยการเพิ่มจำนวนหน่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องทั่วประเทศ แต่เดิมนั้นประเทศไทยมีจำนวนหน่วยไตเทียมมากกว่าหน่วยล้างไตผ่านทางช่องท้อง แต่เพื่อให้นโยบาย PD First ประสบความสำเร็จ จึงต้องมีการเพิ่มจำนวนหน่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและมีความเท่าเทียมมากยิ่งขึ้น การขยายหน่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องยังคำนึงถึงการสร้างเสริมความสามารถให้หน่วยบริการมีความพร้อม สามารถวางแผนเพื่อสร้างและจัดบริการการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ขาดแคลนการเข้าถึงบริการที่เป็นมาตรฐาน นอกจากนี้ สปสช. ยังได้ตระหนักถึงผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล หรือผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทางเพื่อมารับบริการ จึงริเริ่มให้ส่งน้ำยาล้างไตถึงบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถล้างไตได้ด้วยตนเอง เป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการ

ในช่วงแรกของนโยบาย PD First มีการตั้งศูนย์ฝึกอบรมการล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่องสามแห่งในสามภูมิภาค คือ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภาคเหนือ ที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และกรุงเทพมหานคร ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วพร้อมมิตร นอกจากนี้หน่วยบริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอีก 20 แห่งทั่วประเทศ สมาคมโรคไต สมาคมพยาบาลโรคไต และสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย ได้เพิ่มหลักสูตรการอบรมที่มุ่งเน้น PD สำหรับนักศึกษาในระดับมหาบัณฑิต และในหลักสูตรของผู้ที่ได้รับทุนเฉพาะทางโรคไตหรือหลักสูตรอบรมพยาบาลโรคไต สปสช. ยังได้สนับสนุนให้วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดหลักสูตรการอบรม 16 สัปดาห์ ให้กับพยาบาลโรคไตในการใช้ PD โดยมีผู้จบหลักสูตรประมาณ 70-80 คนต่อปี¹³

สิ่งที่ต้องทำควบคู่กับการขยายหน่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องและการให้ความรู้กับบุคลากร คือ การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในหน่วยฟอกเลือดด้วยไตเทียมให้คำแนะนำทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา และจูงใจให้บุคลากรเหล่านี้เปลี่ยนวิธีการบำบัดมาเป็น PD¹³

การควบคุมค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายมาจากการจัดซื้อน้ำยาล้างไต ซึ่ง สปสข. มีบทบาทหลักในการต่อรองราคาเพื่อกำหนดระบบการจัดซื้อส่วนกลาง เป็นการควบคุมราคาและหลีกเลี่ยงการแข่งขันราคาหลังจากนโยบายถูกนำไปปฏิบัติ การจัดซื้อยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงและสายล้างช่องท้อง (catheter) ก็ใช้กลยุทธ์ที่คล้ายกันนี้เพื่อเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายของงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้เจรจากับบริษัทผู้ผลิตน้ำยาล้างไตในต่างประเทศเพื่อขอซื้อน้ำยาล้างไตผ่านการจัดซื้อรวม (bulk purchase) ซึ่งเป็นหมุดหมายสำคัญที่ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายของงบบริการฯ ลดลง ในเวลาต่อมาได้มีการเจรจากับผู้ผลิตน้ำยาล้างไตในต่างประเทศเพื่อให้มาเปิดโรงงานในประเทศไทย เป็นการลดต้นทุนค่าขนส่งและลดระยะเวลาในการขนส่งน้ำยาล้างไตอีกด้วย การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นยุทธศาสตร์ที่ค้ำึงถึงความยั่งยืนในระยะยาวของงบบริการฯ เนื่องจากเป็นบริการทางสุขภาพที่ใช้งบประมาณสูง จึงจำเป็นต้องใช้งบประมาณอย่างประหยัดและคุ้มค่ามากที่สุด¹⁴ ในด้านราคาการฟอกเลือดด้วยไตเทียมก็มีมาตรการควบคุมราคาเช่นกัน จะเห็นได้ว่าราคาของการทำ HD ภายใต้อิทธิบัตรของนั้นมีราคา 1,500 บาทต่อครั้ง มาตั้งแต่ปี 2551 และยังคงราคาเดิมมาจนถึงปัจจุบัน

องค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งของการควบคุมค่าใช้จ่ายของงบบริการฯ คือ คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับเขต ซึ่งมีหน้าที่พิจารณาว่าผู้ป่วยจะเข้าสู่ระบบบริการอย่างไร เช่น พิจารณาว่าผู้ป่วยควรใช้บริการฟอกเลือดด้วยไตเทียมหรือการล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นอันดับแรก โดยมีเกณฑ์การพิจารณาอิงจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นต้น คณะกรรมการฯ ทำหน้าที่ในการกลั่นกรองพิจารณาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ามาสู่ระบบเพื่อให้สมดุลกับงบประมาณ

การมีส่วนร่วมของประชาชน

ภาคประชาสังคมถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนและผลักดันนโยบาย PD First เช่นกัน เช่น ชมรมเพื่อนโรคไต (หรือสมาคมเพื่อนโรคไต ในปัจจุบัน) ซึ่งก่อตั้งโดยนายสุบิน นกสกุล ผู้ล่งลับ ชมรมเพื่อนโรคไตได้รวบรวมสมาชิกซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตทั่วประเทศ เพื่อทำงานขับเคลื่อนประเด็นและเรียกร้องให้การบำบัดทดแทนไตได้รวมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังคงสนับสนุนกลุ่มผู้จัดทำนโยบายในการนำเอานโยบาย PD First ไปปฏิบัติใช้ นายสุบินถือเป็นตัวอย่างของประชาชนที่สำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคไตและต้องต่อสู้กับโรค จนต้องใช้ทรัพย์สินที่เก็บออมมาใช้จ่ายกับการรักษาจนแทบหมดตัว จากประสบการณ์ที่เป็นผู้ป่วยที่ต้องแบกรับค่ารักษาด้วยตนเอง จึงทำให้นายสุบินรวมกลุ่มและก่อตั้งชมรมเพื่อนโรคไต เพื่อผลักดันนโยบาย สร้างเครือข่าย และสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วยโรคไตด้วยกัน

แม้ว่าในระยะแรกชมรมเพื่อนโรคไตจะเป็นชมรมขนาดเล็กและไม่ได้เป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวาง แต่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มผู้ป่วย HIV และผู้ป่วยมะเร็ง ชมรมเพื่อนโรคไตในระดับภูมิภาคได้ร่วมกับหน่วยบริการล้างไตผ่านช่องท้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม¹³ ส่งเสริมดูแลในด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยรายใหม่ ส่งเสริมให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งชีวิตประจำวันและการรับบริการรักษาพยาบาล และเก็บข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เพื่อการผลักดันสิทธิประโยชน์ให้เกิดแก่ผู้ป่วยโรคไต ซึ่งขึ้นอยู่กับกลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยของหน่วยบริการนั้นๆ¹⁵

การมีงานวิชาการที่เข้มแข็งรองรับ

ก่อนที่จะมีการขับเคลื่อนนโยบายได้มีการศึกษาวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญถึงทางเลือกนโยบายของการให้บริการบำบัดทดแทนไตแบบถ่วงน้ำหนักการศึกษาโดยเปรียบเทียบกับนานาชาติประเทศถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของนโยบาย การคำนวณความเป็นไปได้ของการดำเนินนโยบาย การคำนวณค่าใช้จ่ายที่รัฐจะต้องใช้ การคำนวณอุบัติการณ์ของโรค เป็นต้น มีการวิเคราะห์เป็นระยะ ๆ ถึงสถานการณ์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศ เพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์และสามารถเตรียมพร้อมเพื่อวางแผนในการดำเนินนโยบาย การมีงานวิชาการที่เข้มแข็งรองรับการผลักดันนโยบาย PD First ยังทำให้ผู้จัดทำนโยบายหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถใช้งานวิจัยหรือข้อมูลมานำเสนอเพื่อหักล้างข้อโต้แย้งจากฝ่ายต่าง ๆ และชี้แจงถึงข้อเท็จจริงที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ความเข้มแข็งทางวิชาการนี้ยังรวมไปถึงการศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้เพื่อพัฒนาการให้บริการ เช่น เครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (APD) ซึ่งก่อนที่จะนำมาใช้ในวงกว้างจะต้องมีการคำนวณค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่า รวมถึงการทำวิจัยนำร่องกับผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงข้อดีข้อเสียทั้งในด้านการบริหารจัดการของระบบบริการฯ และประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วย

“

10 ปี นโยบายล้างไตผ่านช่องท้องในระบบหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้บรรลุวิสัยทัศน์การ
เข้าถึงการรักษาอย่างมีคุณภาพ ลดภาระผู้ป่วย
ไม่มีปัญหาค่ารักษา เป็นการเข้าถึงบริการโดย
ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง...

”

นพ. ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา: คำกล่าวในงานประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษการพัฒนาคุณภาพบริการล้างไตผ่านช่องท้อง
(10 Years of Thailand PD First Policy “Dialysis for All, No one Left Behind”)
วันที่ 22 มิถุนายน 2561 ณ เมืองทองธานี

3

การบริหารจัดการ

งบบริการทดแทนไต

สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย

การบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดำเนินการภายใต้นโยบาย PD First เป็นหลัก มีแนวทางการปฏิบัติงานโดยผู้ป่วยจะได้รับการครอบคลุมในการให้บริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท ได้แก่ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD) ประกอบด้วยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplant Immunosuppression - KTI) โดยการบำบัดจะเริ่มต้นด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามทุกราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม¹⁶ ถ้าหากผู้ป่วยมีภาวะที่ไม่สามารถทำ CAPD ได้ ทั้งด้วยเหตุผลทางการแพทย์และเหตุผลทางสังคม ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนไปทำ HD ได้ โดยจะต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เข้าถึงบริการทดแทนไตระดับเขต หากคณะกรรมการฯ อนุมัติให้เปลี่ยนได้ งบประมาณฯ จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายอย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยเลือกใช้ HD เป็นการบำบัดทดแทนไตวิธีแรกและไม่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการฯ งบประมาณฯ จะไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายดังกล่าว (HD Self Pay)¹³

3.1

แนวทางการพัฒนา ระบบบริการทดแทนไต

การบำบัดทดแทนไต เป็นการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง อันส่งผลกระทบต่อถึงภาระการใช้จ่ายงบประมาณของประเทศ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ ให้บริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างเป็นธรรม รวมทั้งสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณของประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัดให้คุ้มค่า สปสข. จึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- 1 ให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยทุกราย โดยเริ่มต้นการให้บริการทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม
- 2 ให้บริการโดยผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่าย สำหรับการทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยใหม่ที่ไม่สามารถล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) ส่วนบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ในผู้ป่วยรายเก่า ให้ร่วมจ่ายในอัตราคงที่
- 3 พัฒนาระบบบริการทดแทนไตให้เพียงพอ มีคุณภาพมาตรฐานและมีระบบที่เป็นธรรมในการเข้าถึง รวมถึงมีการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4 สนับสนุนให้มีการพัฒนาและควบคุมคุณภาพควบคู่ไปกับการวิจัยและการพัฒนาระบบข้อมูล
- 5 สนับสนุนให้ดำเนินการบริการทดแทนไตควบคู่ไปกับการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 6 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสังคม¹⁷

3.2

วัตถุประสงค์

- 1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับบริการบำบัดทดแทนไตที่มีคุณภาพ และมาตรฐานตามความจำเป็นด้านสุขภาพ
- 2 ป้องกันการเกิดภาวะล้มละลายของผู้ป่วยและครอบครัว จากค่าใช้จ่ายในการรับบริการบำบัดทดแทนไต
- 3 ส่งเสริมสนับสนุนให้มีกลไกการบริหารจัดการที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จัดระบบบริการและดูแลผู้ป่วยโรคไตให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผล¹⁵

4

การบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วย โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง
แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

- 1 บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (PD)
- 2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)
- 3 การจ่ายยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ให้ทั้งผู้ป่วย PD HD และ ผู้ป่วย HD รายใหม่ที่ได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง (HD Self Pay)
- 4 บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการปลูกถ่ายไต (KT) โดยแต่ละประเภท มีรายละเอียดในการบริหารค่าใช้จ่าย ดังนี้

4.1

บริการล้างไต ผ่านทางช่องท้อง (PD)

บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายการบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การผ่าตัดวางสายล้างช่องท้อง การนัดและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ การให้ยาพื้นฐาน ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ยารักษาโรคอื่นที่จำเป็น และการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยใน ใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด โดยให้มีกลไกคณะกรรมการหรือคณะทำงานในการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพและประเมินผล การให้บริการ CAPD ในพื้นที่

4.2

บริการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม (HD)

สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย รายเก่าที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2551 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังวันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่ประสงค์จะเปลี่ยนมารับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และไม่ผ่านการพิจารณาเห็นชอบคณะกรรมการเพื่อให้ใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2551 ที่ไม่สามารถใช้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง และผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการ ว่าสามารถใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะได้รับการครอบคลุมค่าใช้จ่ายฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ค่าการเตรียมเส้นเลือด การให้ยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หรือที่มีประกาศเพิ่มเติม รวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะฟอกเลือด โดยเฉพาะกรณีให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (สำหรับกรณีบริการแบบผู้ป่วยในใช้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยในทั่วไป) ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด¹⁵

4.3

บริการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ รับยากระตุ้นการสร้าง เม็ดเลือดแดง (HD Self Pay)

สำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป ซึ่งไม่ประสงค์จะรับบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ให้ดำเนินการตามที่ สปสช. กำหนดหรือที่มีประกาศเพิ่มเติม¹⁵

4.4

บริการบำบัดทดแทนไต ด้วยการปลูกถ่ายไต (KT)

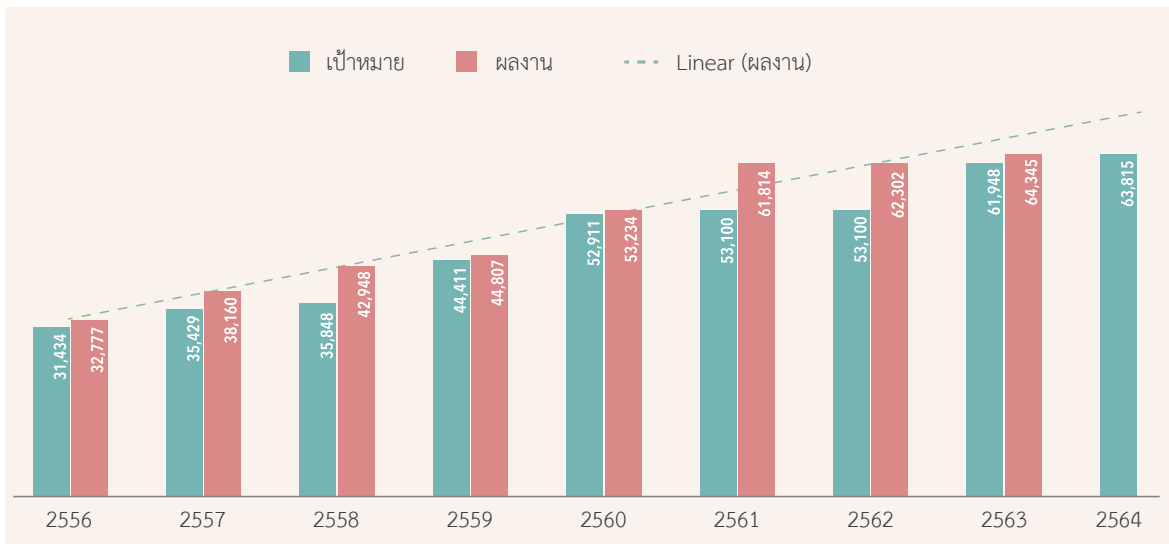
สปสช. ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการสำหรับผู้บริจาคไตและผู้รับบริจาค โดยเป็นค่าเตรียมการผู้บริจาค ค่าเตรียมการผู้รับบริจาค ค่าผ่าตัดผู้บริจาคและผู้รับบริจาค ค่าบริการกรณีมีภาวะแทรกซ้อนโดยตรงจากการปลูกถ่ายไต เช่น ภาวะสลัดไต (graft rejection) รวมถึงค่ายากดภูมิคุ้มกันหลังการผ่าตัด และการติดตามผลภายหลังการผ่าตัด ปลูกถ่ายไต ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย กำหนดหรือที่มีประกาศเพิ่มเติม¹⁵

ขั้นตอนการเข้ารับบริการของผู้มีสิทธิบัตรทอง

- 1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แสดงบัตรประจำตัวประชาชนแจ้งความจำนงเพื่อขอใช้สิทธิรับบริการทดแทนไต ที่โรงพยาบาลที่ระบุในระบบบัตรทอง
- 2 รายชื่อของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่รวมบริการทดแทนไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อเสนอข้อบ่งชี้ในการบริการต่อคณะกรรมการระดับเขต
- 3 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการระดับเขต จะได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยในระบบ
- 4 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จะได้รับการแจ้งกลับจากโรงพยาบาล ที่ระบุในระบบบัตรทอง เพื่อเตรียมตัวเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลที่ร่วมโครงการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

5

ผลการดำเนินงาน



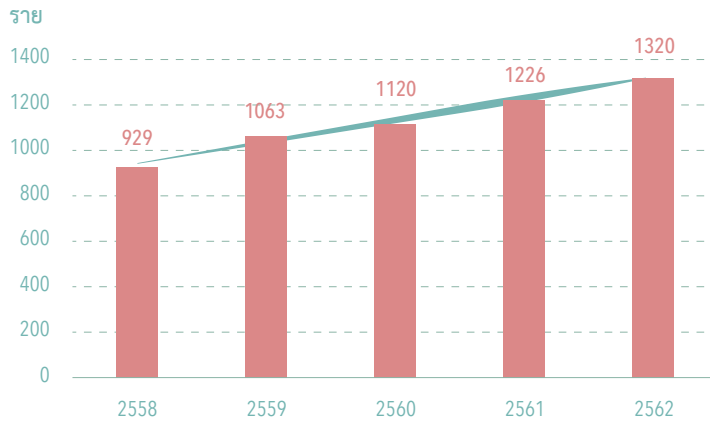
หน่วย : ราย
ข้อมูล ณ 31 กรกฎาคม 2563

ภาพที่ 3 จำนวนผู้รับ

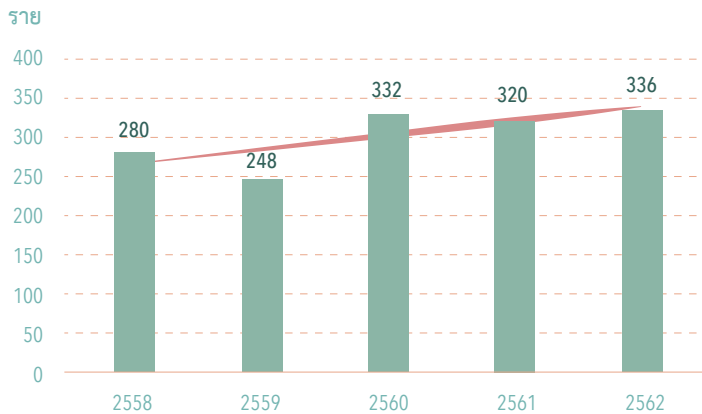
บริการ: เป้าหมายและผลงาน
ปีงบประมาณ 2556-2564

ดังที่แสดงให้เห็นในภาพที่ 3 ในปี 2563 มีผู้เข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 64,345 คน ซึ่งมากกว่าปี 2556 ถึงเท่าตัว (32,777 คน) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2551 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นทุกปี จะเห็นได้ว่า สปสช. สามารถบรรลุเป้าหมายเกินกว่าที่กำหนดไว้ในแทบทุกปี

CAPD To HD



HD Self Pay to HD



ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีจาก CAPD และผู้ป่วย HD Self Pay รับสิทธิ HD

การสนับสนุนการกระจายตัวของหน่วยล้างไตผ่านทางช่องท้อง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย PD First ในการลดความเหลื่อมล้ำและอำนวยความสะดวกให้ประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม อย่างไรก็ตาม แม้ว่า สปสช. จะดำเนินนโยบายโดยใช้ PD เป็นตัวนำ แต่แนวโน้มผู้ป่วยที่ใช้ HD กลับเพิ่มขึ้น ตามที่แสดงให้เห็นในภาพที่ 4 จะเห็นได้ว่าอัตราส่วนของผู้เข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยไตเทียมมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่บำบัดโดยการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ที่ได้รับการบำบัดเป็นระยะเวลานาน ต้องเปลี่ยนไปใช้ HD เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง และผู้ป่วย HD ที่จ่ายค่าบำบัดเอง (HD Self Pay) ได้รับการชดเชยในการทำ HD ภายใต้อัตราค่าบริการที่เพิ่มขึ้น

อัตราการรอดชีพของผู้ป่วย ESRD
ในประเทศไทย
จากการดำเนินนโยบาย PD First
เพิ่มมากขึ้นในช่วงปี 2556-2559
เมื่อเทียบกับช่วงปี 2551-2555

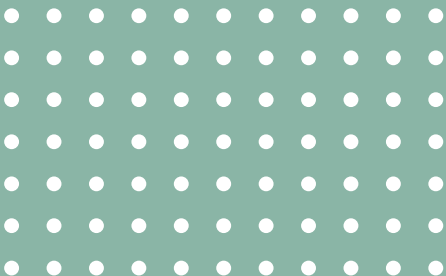
จากการวิจัยที่เก็บข้อมูลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่รับการบำบัดทดแทนไตภายใต้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างเดือนมกราคม 2551 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2559 พบว่าในประเทศไทย อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปีที่ 1, 3 และ 5 ใน คือ 83%, 64% และ 54% ตามลำดับ ประมาณ 50% ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายภายใต้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติจะเข้ารับการบำบัดทดแทนไตแบบ PD ที่อายุ 55 ปีขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เริ่มทำ PD อยู่ที่ 56.2 ปี จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วยมีมากถึง 60% แม้ว่าอัตราการรอดชีพในปีแรกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในไทยจะต่ำกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก เช่น ฮองกง ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ เกาหลีใต้ สิงคโปร์ และไต้หวัน ซึ่งมีอัตราการรอดชีพอยู่ที่ 91%, 94%, 94%, 94%, 89% และ 95% ตามลำดับ ปัจจัยที่ทำให้อัตราการรอดชีพในปีแรกของผู้ป่วยในไทยต่ำกว่าประเทศเหล่านี้คือ ผู้ป่วย PD ในประเทศไทยมีภาวะเบาหวานร่วมในอัตราที่มากกว่าประเทศเหล่านี้ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่ทำ PD ทั้งนี้ พบว่าอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย ESRD ในประเทศไทยจากการดำเนินนโยบาย PD First เพิ่มมากขึ้นในช่วงปี 2556-2559 เมื่อเทียบกับช่วงปี 2551-2555¹⁸

นักวิจัยให้ความเห็นว่าอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยระหว่างปี 2551-2559 จากการดำเนินการภายใต้นโยบาย PD First เป็นที่น่าพอใจ และแสดงให้เห็นว่ายุทธศาสตร์ที่นำมาใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้นมีความเหมาะสมและมีการเตรียมการเป็นอย่างดี ยุทธศาสตร์นโยบาย PD First จะมีประโยชน์ต่อประเทศกำลังพัฒนาที่มีข้อจำกัดในด้านโครงสร้างพื้นฐานงบประมาณ และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในกรณีของประเทศไทยพบว่า อายุคาดเฉลี่ยของผู้ป่วย ESRD จำนวน 45,000 ราย ที่อยู่ภายใต้สิทธิบัตรทอง เพิ่มสูงขึ้นในช่วงการดำเนินนโยบายตั้งแต่ปี 2551-2559¹⁷

ตัวอย่าง ความสำเร็จ

1

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประสบความสำเร็จในการยืดชีวิตผู้ป่วยหลังจากโรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการนำร่องล้างไตผ่านช่องท้องของ สปสช. ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 โดยพบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องที่โรงพยาบาลดูแลอยู่ในปีที่ 1, 3, 5 และ 10 ปี เท่ากับ 91.81%, 80.41%, 77.78% และ 76.90% ตามลำดับ จากสถิติของโรงพยาบาลพบว่า ก่อนที่การบำบัดทดแทนไตจะรวมอยู่ในสิทธิบัตรทอง ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในปีที่ 5 จะมีอัตราการรอดชีวิตเพียง 50% แต่หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการล้างช่องท้องผ่านสิทธิบัตรทอง อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 77.78%¹⁹



2

ในการประชุมสมาคมล้างไตผ่านทางช่องท้องนานาชาติ (International Society of Peritoneal Dialysis - ISPD) เมื่อปี 2561 ที่เมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดา มีการนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาแบบแผนการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study - PDOPPS) และข้อมูลผลการรักษาของประเทศออสเตรเลีย-นิวซีแลนด์ แคนาดา ญี่ปุ่น อังกฤษ สหรัฐฯ และไทย พบว่าอัตราการติดเชื้อทางช่องท้องของประเทศไทยอยู่ในระดับกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว นอกจากนี้ การใช้งบประมาณต่อการดูแลผู้ป่วยต่อรายของไทย ยังมีอัตราต่ำสุดเมื่อเทียบกับ 5 ประเทศข้างต้น²⁰

3

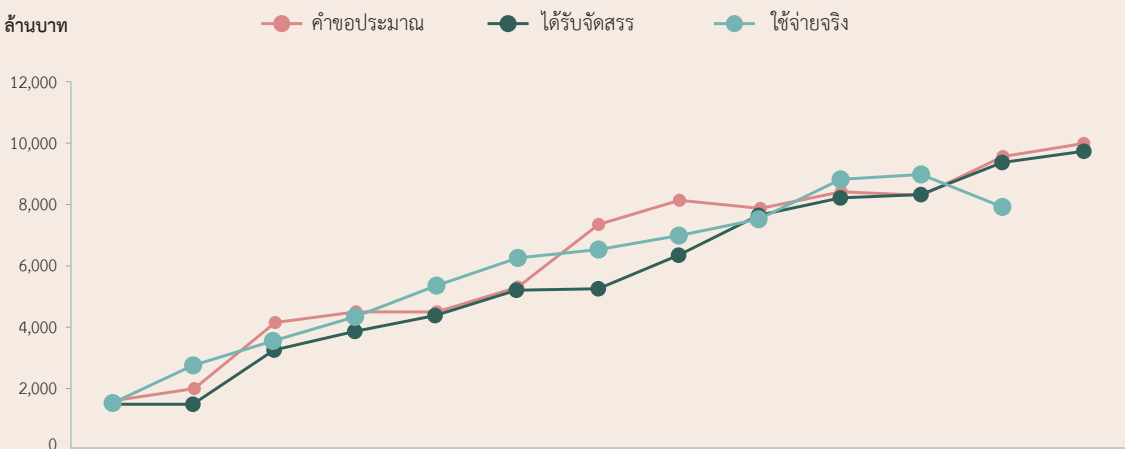
เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2561 ได้มีการจัดงานประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษการพัฒนาคุณภาพบริการล้างไตผ่านทางช่องท้อง (10 Years of Thailand PD First Policy “Dialysis for all, No One Left Behind”) ณ อิมแพ็คเอกซ์โปเซ็นเตอร์เมืองทองธานี ได้มีการนำเสนอข้อมูลว่า ตั้งแต่การดำเนินนโยบาย PD First มาตั้งแต่ปี 2551-2561 นั้น มีผู้ป่วยเข้ารับการล้างไตผ่านทางช่องท้องทั้งหมด 24,244 ราย และสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ถึง 80,000 ราย การดำเนินงานของ สปสช. ตามนโยบายดังกล่าวสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งอัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างไรต่อเนื่อง ณ ปี 2561 มีน้อยกว่า 9.2% ต่อปี²¹

6

งบประมาณบริการ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ถึงแม้ว่าในอดีตจะมีการคาดการณ์ว่างบประมาณของ
บริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ อาจจะมากถึงหนึ่งในสามของงบประมาณทั้งหมด
แต่ในความเป็นจริงแล้วกลับใช้งบประมาณน้อยกว่านั้น
มาก ทั้งนี้พบว่าในปี 2563 งบประมาณของบริการบำบัด
ทดแทนไตนั้นคิดเป็น 4.93% และในปี 2564 คิดเป็น 5%
ของงบประมาณทั้งหมดของกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ

ล้านบาท



	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564
ค่าขอประมาณ	1,530	1,928	4,098	4,437	4,417	5,234	7,315	8,098	7,842	8,332	8,281	9,532	9,978
ได้รับจัดสรร	1,530	1,455	3,227	3,858	4,358	5,179	5,247	6,318	7,592	8,165	8,281	9,375	9,720
ใช้จ่ายจริง	1,488	2,704	3,512	4,316	5,306	6,233	6,470	6,991	7,462	8,830	8,962	7,879	

ภาพที่ 5 สถานการณ์

งบประมาณบริการไตวายเรื้อรัง
ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552-2564

งบประมาณของการให้บริการบำบัดทดแทนไตเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5) ทั้งนี้เนื่องจาก สปสช. มีการปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมการให้บริการมาโดยตลอด รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้สิทธิบัตรทองมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี แม้ว่าค่าใช้จ่ายจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ สปสช. ได้พยายามควบคุมค่าใช้จ่ายตามกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่ได้กล่าวถึงไปแล้วข้างต้น เพื่อให้บริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังสามารถดำเนินการไปได้ อย่างยั่งยืน

7

บทบาทหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

7.1

คณะกรรมการ/คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ เพื่อให้การบริหารระบบบริการทดแทนไตในระบบหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีการ จัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการ สนับสนุนพัฒนาระบบในภาพรวม ดังนี้

1 คณะกรรมการ 3 คณะ ได้แก่

1

คณะทำงานสนับสนุนการพัฒนาาระบบบริการด้านโรคไตและการบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับนโยบายงบประมาณ และระบบบริการ รวมทั้งกำลังคนของระบบบริการ กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการและการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต

2

คณะกรรมการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เข้าถึงการบริการทดแทนไตระดับเขต มีหน้าที่เกี่ยวกับการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยไตวายในระดับเขต การพัฒนา การควบคุมกำกับกับการดำเนินงานด้านคุณภาพบริการของหน่วยบริการ เสนอแนะแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยไตวายเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม พิจารณาคัดเลือก จัดลำดับและกำหนดให้ผู้ป่วยไตวายในทุกจังหวัดในพื้นที่เขตรับผิดชอบ เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธี CAPD หรือ HD หรือ KT ตามลำดับการขอเข้ารับบริการ ชี้แจงชี้แจงทางการแพทย์และแนวทางที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด พิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการทดแทนไตของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นจาก CAPD เป็น HD อย่างถาวร

3

คณะกรรมการพิจารณากรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) มีหน้าที่เกี่ยวกับการพิจารณากรณีผู้ป่วยอุทธรณ์ผลการพิจารณาของคณะกรรมการฯ ระดับเขต และกรุงเทพมหานคร ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ด้วยตนเองหรือไม่มีผู้ดูแล จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นวิธี HD อย่างถาวร

2 คณะกรรมการ 3 คณะ ได้แก่

1

คณะทำงานพัฒนาระบบบริการอวัยวะและการปลูกถ่ายไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการอวัยวะ และการปลูกถ่ายไต ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการทดแทนไต ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนเชิงระบบเพื่อให้มีการบริจาคไตเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับความต้องการในการปลูกถ่ายไตของผู้ป่วย สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจ และบริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้น

2

คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลโรคไตแห่งประเทศไทย ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการทดแทนไตของระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบข้อมูลการทดแทนไตในภาพรวมของประเทศ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา การเชื่อมโยงฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3

คณะทำงานพัฒนาระบบบริการและคุณภาพมาตรฐานการดูแลรักษากรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการพัฒนากำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานการดูแลรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

นอกจากคณะกรรมการและคณะทำงานตามที่ได้กล่าวถึงข้างต้นแล้ว สปสช. ยังมีผู้เกี่ยวข้องในส่วนอีกอื่น ๆ เช่น

3 สำนักสนับสนุนระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งทำหน้าที่ประสานงาน จัดการ ประชุม สนับสนุนการดำเนินงานของคณะทำงานชุดต่าง ๆ และยังประสานงานกับ องค์กรวิชาชีพ ชมรมผู้ป่วยโรคไต และผู้เกี่ยวข้องในการร่วมมือกันเพื่อพัฒนาระบบ บริการทดแทนไต รวมถึงการสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันการ ชะลอไตเสื่อม (Chronic Kidney Disease (CKD) Prevention) เชื่อมต่อระบบบริการ ปฐมภูมิกับการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จัดทำแผนและสนับสนุน การพัฒนาระบบในภาพรวมให้สอดคล้องกับนโยบายทั้งในเรื่องงบประมาณ ระบบ บริการ การพัฒนากำลังคน หลักเกณฑ์และแนวทางการให้บริการ และการพัฒนา คุณภาพมาตรฐานของระบบบริการทดแทนไต ประสานและสนับสนุนสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ (สปสช. เขต) เพื่อให้ดำเนินการพัฒนาระบบใน พื้นที่ให้สอดคล้องกับแนวทางที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดำเนินการจ่ายชดเชยค่าบริการบำบัดทดแทนไตทุกประเภท แก่หน่วยบริการและ สถานบริการ และประสานให้มีการติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลโดย สปสช. เขต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพ

4

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติระดับเขตพื้นที่ ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานและสนับสนุนการจัดประชุมและการดำเนินงานของคณะกรรมการ/คณะทำงานชุดต่าง ๆ ระดับเขต ประสานงานองค์กรวิชาชีพ หน่วยงาน ตัวแทนผู้ป่วยระดับเขต คณะกรรมการต่าง ๆ ในระดับพื้นที่และดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตามระบบ ทำแผนพัฒนาระบบ และสนับสนุนการดำเนินงานบริการบำบัดทดแทนไตในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศ ประสานจัดหา ชี้นทะเบียน และสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสถานบริการที่ให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และสนับสนุนให้เกิดการบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) การบริจาคอวัยวะ และการให้ยากดภูมิคุ้มกันหลังการปลูกถ่ายไต เพื่อให้มีบริการที่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ ชี้แจงทำความเข้าใจหน่วยบริการ สถานบริการ ตามแนวทางที่กำหนด ประสานการลงทะเบียนผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย กำกับ ติดตาม สุ่มตรวจสอบการให้บริการของหน่วยบริการ สถานบริการ ทั้งในด้านคุณภาพมาตรฐานการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการ โดยร่วมมือกับคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับเขต หรือคณะกรรมการในระดับเขตที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ระดับเขต คณะกรรมการด้านแผนการให้บริการ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

5

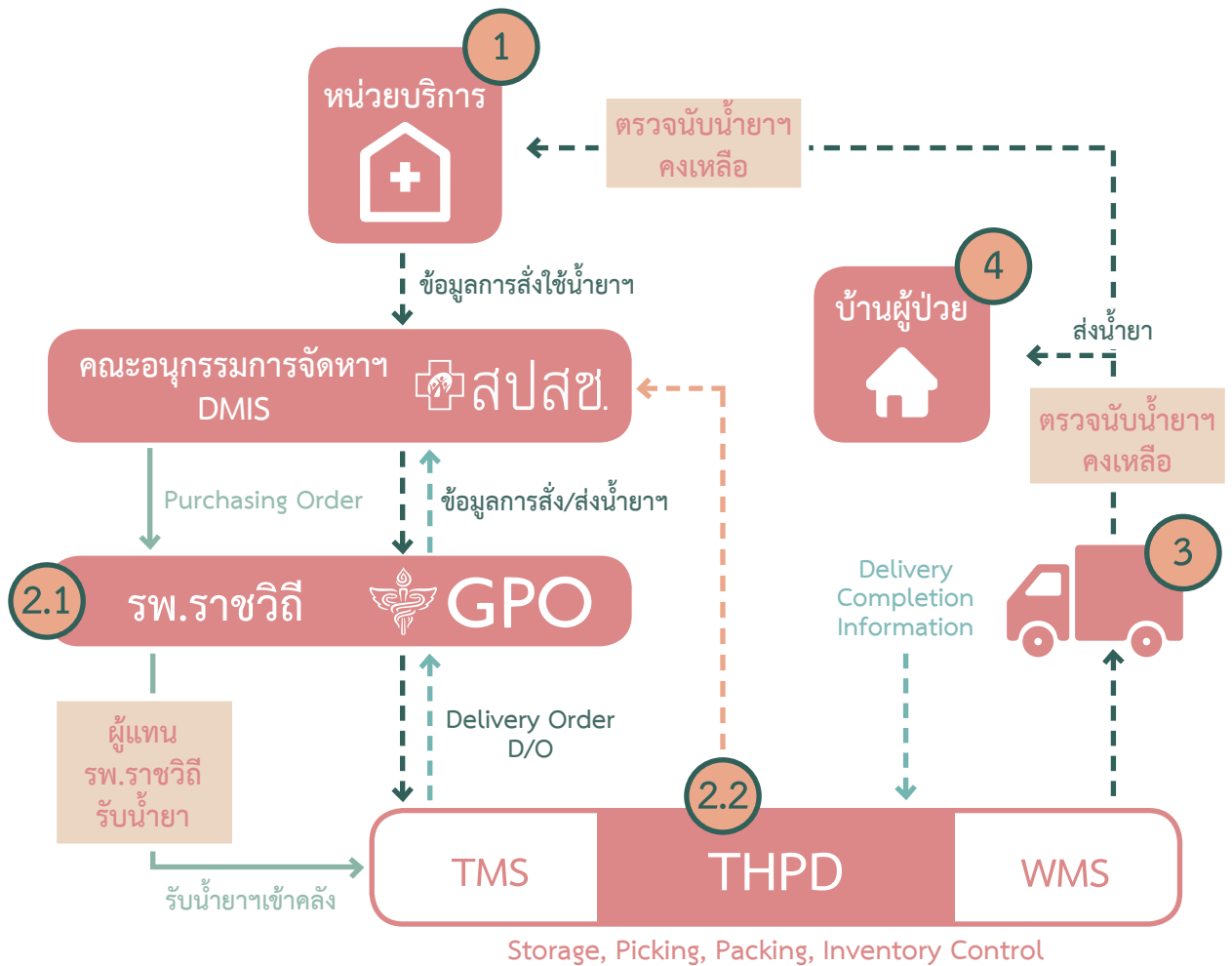
หน่วยบริการ สถานบริการ และเครือข่าย ซึ่งให้บริการแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาคุณภาพ การให้บริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง เก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพการให้บริการ รายงานผลการให้บริการ ทั้งเพื่อการชดเชยค่าบริการ และเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ร่วมดำเนินการการบริหารวัสดุที่ใช้ในโครงการให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการขอความร่วมมือจัดระบบของเครือข่ายเป็นคลังสำรองน้ำยา (Buffer) ในระดับพื้นที่ ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพื่อประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ²²

8

การจัดส่งน้ำยาล้างไต

หัวใจของการผลักดันให้เกิดการขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย คือ ความเท่าเทียมในการเข้าถึงการบำบัดรักษา ปัจจัยหนึ่งที่เอื้อให้เกิดความเท่าเทียมแก่ผู้ป่วยคือ ความสามารถในการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจำนวนมากในประเทศไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีทรัพยากรจำกัดในการเข้าถึงการบำบัดรักษา เพื่อตอบโจทย์ข้อนี้ สปสช. จึงให้บริการส่งน้ำยาล้างไตถึงบ้านผู้ป่วย เป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเนื่องจากไม่ต้องเดินทางไปยังหน่วยบริการด้วยตนเอง และมีจุดประสงค์หลักเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน หรือมีฐานะอย่างไร

สปสช. ได้มีการพัฒนาระบบออนไลน์ Disease Management Information System (DMIS) เพื่ออำนวยความสะดวกในการสั่งซื้อและบริหารจัดการการจัดส่งน้ำยาล้างไต โดยสั่งซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรม (อภ.) และมีความร่วมมือกับ บริษัท ไพรซิเนียไทย ดิสทริบิวชั่น จำกัด (THPD) ในการส่งน้ำยาล้างไตให้แก่ผู้ป่วยทั่วประเทศ โดยในทุกขั้นตอนของการส่งน้ำยาล้างไตผ่านระบบ DMIS จะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลทุกวัน เพื่อให้ได้ตัวเลขผู้ป่วยที่ต้องการน้ำยาล้างไต ที่ถูกต้องแม่นยำที่สุด เนื่องจากการสูญเสียชีวิตเกิดขึ้นได้รายวัน การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย ทำให้น้ำยาล้างไตและเวลาในการขนส่งไม่สูญเปล่า และช่วยให้ สปสช. สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการบริหาร
การคลังและจัดการระบบ
ขนส่งน้ำยาล้างไต

สปสช. ได้พัฒนาขั้นตอนการบริหารการคลังและการจัดส่ง
น้ำยาล้างไต ดังที่แสดงในภาพที่ 7 สปสช. จัดตั้งคณะ
อนุกรรมการจัดหา ยา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์
ซึ่งจะพิจารณาถึงความจำเป็นในการใช้ยา พิจารณาแผนการ
จัดการยาต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับการใช้ในแต่ละปี และใน
แต่ละประเภทที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้แผนของการจัดซื้อยาแล้ว
จึงส่งข้อมูลไปให้ทางโรงพยาบาลราชวิถีซึ่งเป็นหน่วยบริการ
ในระบบจัดหาของ สปสช. เพื่อจัดหา จัดซื้อยา โดยซื้อผ่าน
องค์การเภสัชกรรม (อก.) ซึ่งเป็นผู้สั่งซื้อยาไปที่บริษัทผู้ผลิต
น้ำยาล้างไต เมื่อบริษัทได้รับใบสั่งซื้อแล้ว จึงนำน้ำยามาส่งที่
คลังสินค้าส่วนกลางของ บริษัท ไพรชณีย์ไทยฯ โดยมีผู้แทน
โรงพยาบาลราชวิถี เป็นผู้ตรวจรับน้ำยาล้างไตก่อนรับเข้าคลัง
สินค้า นอกจากนี้ ทาง อก. ยังเป็นผู้ทำสัญญา กับบริษัท
ไพรชณีย์ไทยฯ ในการจัดส่งน้ำยาล้างไตไปให้ผู้ป่วยทุกคนที่
บ้าน

ในด้านของหน่วยบริการ ต้องมีการตรวจสอบผู้ป่วยซึ่งรับ
บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องว่า ยังมีชีวิตอยู่จำนวนเท่าไร
โดยทำการติดตามการรักษา มีการเยี่ยมบ้าน หรือติดตามผล
ของห้องปฏิบัติการ เช่น มีการเจาะเลือดผู้ป่วย เพื่อดูความ
ก้าวหน้าหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น จากนั้นหน่วยบริการจึงสั่ง
น้ำยาล้างไต ให้ผู้ป่วยที่ยังสามารถรับการบำบัดได้ผ่าน
โปรแกรม DMIS ซึ่งข้อมูลที่หน่วยบริการทั้ง 200 กว่าแห่งทั่ว
ประเทศ ได้กรอกเข้ามาใน DMIS จะมีการประมวลผลเวลา
เที่ยงคืนของทุกวัน โดยข้อมูลที่ประมวลผลแล้ว จะออกเป็น
คำสั่งใช้ยาและถูกส่งไปยัง อก. เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ของข้อมูล ในเบื้องต้นจะตรวจสอบว่าผู้ป่วยที่มีคำสั่งซื้อยา
นั้นยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ ตรวจสอบที่อยู่ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง
ตรงตามระบบฐานข้อมูล จากนั้น อก. จึงรวบรวมคำสั่งซื้อยา
ทั้งหมดที่ได้รับ ส่งไปให้กับ บริษัท ไพรชณีย์ไทยฯ เพื่อเตรียม
สินค้าและนำส่งน้ำยาล้างไตไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน

เมื่อคำสั่งซื้อจาก อก. ถูกส่งไปที่ระบบคลังของ บริษัท
ไพรชณีย์ไทยฯ แล้ว น้ำยาล้างไตจะถูกส่งไปยังหน่วยเครือ
ข่ายหรือศูนย์ที่อยู่ตามภูมิภาคของ บริษัท ไพรชณีย์ไทยฯ
จากนั้นศูนย์ภูมิภาคของ บริษัท ไพรชณีย์ไทยฯ จึงทำการ
ขนส่งน้ำยาล้างไตให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ในขั้นตอนของการส่งน้ำยา
ให้ผู้ป่วยจะต้องมีการตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าน้ำยาที่ถูกส่ง
ไปจะไม่สูญเปล่า โดยเจ้าหน้าที่ของ บริษัท ไพรชณีย์ไทยฯ
จะต้องติดต่อผู้ป่วยและแจ้งวันเวลาในการส่งน้ำยาก่อน เพื่อ
เป็นการตรวจสอบทางหนึ่งว่า ผู้ป่วยนั้นยังมีชีวิตอยู่และ
สะดวกรับน้ำยาในวันและเวลาที่จัดส่ง เมื่อเจ้าหน้าที่ไปถึง
บ้านของผู้ป่วยแล้ว จะต้องเข้าไปในบ้านของผู้ป่วยเพื่อตรวจ
นับน้ำยาคงเหลือก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับน้ำยาใหม่ มีน้ำยาคง
เหลือเท่าไร จากนั้นจึงนำน้ำยาล้างไตลงจากรถ และจัดวาง
น้ำยาให้ผู้ป่วย โดยวางน้ำยาใหม่ไว้ข้างในและวางน้ำยาเก่าไว้
ของนอก เพื่อให้ผู้ป่วยหยิบใช้ของเก่าก่อน ป้องกันไม่ให้น้ำยา
ที่ได้รับไปแล้วหมดอายุก่อนที่ผู้ป่วยจะได้ใช้ เมื่อทำการวาง
น้ำยาเสร็จเรียบร้อย เจ้าหน้าที่ที่จะต้องถ่ายรูปแล้วก็ส่งข้อมูล
มาในระบบของไพรชณีย์ไทย เพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยได้
รับน้ำยาแล้ว ซึ่งข้อมูลการส่ง (delivery order) นี้จะถูกส่ง
ไปยัง อก. ด้วยเพื่อยืนยันการส่งว่าถูกต้องตามคำสั่งซื้อ การ
ส่งข้อมูลการส่งนั้นก็เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบว่าในแต่ละ
เดือน หรือในการจัดส่งแต่ละรอบ ผู้ป่วยได้รับน้ำยาครบถ้วน
หรือไม่



ระบบการจัดส่งน้ำยาล้างไตของ สปสช. ถือว่าเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ในช่วงสถานการณ์ไม่ปกติ เช่น เหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่จากพายุโพดุลเมื่อปี 2562 สปสช. จึงต้องมีการวางแผนเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับน้ำยาล้างไตตรงเวลา และไม่เกิดความเสียหายต่อน้ำยาล้างไต โดยมีการวางแผนร่วมกันกับบริษัท ไพรซิเนียไทยฯ อภ. และหน่วยงานอื่น ๆ ในการจัดส่งน้ำยาล้างไตอย่างปลอดภัยและไม่ล่าช้าจนเกินไป เช่น บริษัท ไพรซิเนียไทยฯ มีหน้าที่หาพื้นที่ที่ปลอดภัยในการสร้างคลังสินค้าชั่วคราวโดยเฉพาะเพื่อไม่ให้น้ำยาล้างไตถูกน้ำท่วมเสียหาย โดยมีการประสานงานกับส่วนท้องถิ่นว่า บ้านของผู้ป่วยอยู่ใกล้กับสถานที่ใดที่ปลอดภัย และนำน้ำยาไปไว้ในคลังชั่วคราวที่ปลอดภัยและอยู่ใกล้กับผู้ป่วยมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยที่เข้าถึงยาก ต้องมีการวางแผนเพื่อเก็บสำรองน้ำยาล้างไตมากเป็นพิเศษ มีการพิจารณาถึงความต้องการน้ำยาล้างไตเป็นราย ๆ ไป เพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด จากนั้นมีการประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ส่วนท้องถิ่น กองทัพเรือ มูลนิธิต่าง ๆ ในการนำส่งน้ำยาไปให้ถึงบ้านของผู้ป่วยโดยใช้เรือท้องแบนเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ไม่ปกติก็ตาม

ภาพที่ 7 การขนส่งน้ำยาล้างไต
ช่วงน้ำท่วมใหญ่ในจังหวัดยโสธร
กันยายน 2562²³

ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ก็ส่งผลกระทบต่อการจัดส่งน้ำยาล้างไตเช่นกัน โดยมีความคล้ายคลึงกับช่วงน้ำท่วมใหญ่คือ มีการวางแผนอย่างรัดกุมในการเก็บสำรองน้ำยาล้างไตสำหรับผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ แต่ละราย มีการประสานงานกับพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้การขนส่งน้ำยากระทบกับผู้ป่วยน้อยที่สุด การขนส่งก็ต้องเป็นไปอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อและติดเชื้อทั้งฝั่งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ไพรซิเนีย โดยเจ้าหน้าที่ผู้จัดส่งจะต้องได้รับการตรวจเชื้อ เมื่อมั่นใจว่าปลอดภัยแล้วจึงสามารถออกส่งน้ำยาให้กับผู้ป่วยได้

9

ความท้าทายในอนาคต ของการให้บริการบำบัดทดแทนไต

ความท้าทายสำคัญของการให้บริการบำบัดทดแทนไต คือ จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ซึ่งส่งผลกระทบต่องบประมาณที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยแนวโน้มพฤติกรรมทางสุขภาพของคนไทยซึ่งนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น และแนวโน้มผู้ป่วยโรคไตมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ สปสช. ต้องแบกรับงบประมาณในการบำบัดรักษาผู้ป่วยมากขึ้นตามไปด้วย โดย สปสช. ได้มีแนวทางในการตอบสนองต่อความท้าทายเหล่านี้ เช่น

9.1

การสนับสนุนการทำงานของ คลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic)

เนื่องจากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคไตที่จะเข้ามาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีสูงขึ้นทุก ๆ ปี จึงต้องมีมาตรการในการชะลอผู้ป่วยโรคไต ไม่ให้เข้าสู่ภาวะไตเสื่อมเร็วเกินไป โดยทางหนึ่งคือ การสนับสนุนการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) สปสช. มีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมในเชิงวิชาการ การประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนกระบวนการดำเนินงานของโครงการ

หนึ่งในแม่แบบคลินิกชะลอไตเสื่อมที่ประสบความสำเร็จคือ “คลองขลุงโมเดล” หรือการทำงานของคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลคลองขลุง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร โดยคลองขลุงโมเดลนั้นเน้นการให้บริหารกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เน้นการคัดกรองและติดตามการทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการทำงานแบบบูรณาการกับแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มูลนิธิโรคไต เกสัชกร เป็นต้น โดยมีการจัดตารางการพบแพทย์อย่างเป็นระบบ มีการให้ความรู้เรื่องยา อาหาร และการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยโรคไต และมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ จากการศึกษาการทำงานของคลองขลุงโมเดลเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่า การดำเนินงานของคลินิกชะลอไตเสื่อมอาจสามารถชะลอภาวะไตเสื่อมได้อย่างมาก (วัดจากอัตราเลือดไหลผ่านตัวกรองในไต - eGFR)²⁴ และอาจช่วยยืดเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องทำการล้างไตไปได้ 6-7 ปี กรณีคลองขลุงโมเดลเป็นหนึ่งในคลินิกชะลอไตเสื่อมที่เป็นแม่แบบของความสำเร็จ ซึ่ง สปสช. จะต้องสนับสนุนการทำงานของคลินิกชะลอไตเสื่อมในพื้นที่ต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นต่อไป

9.2

การรณรงค์ส่งเสริม ให้ประชาชนบริจาคอวัยวะ และรับการปลูกถ่ายอวัยวะ

แม้ว่าการล้างไตผ่านทางช่องท้องและการฟอกเลือดด้วยไตเทียมจะช่วยบรรเทาอาการโรคไตของผู้ป่วยได้ แต่การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุดคือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (KT) ในปัจจุบันยังพบว่า อัตราของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตยังมีจำนวนน้อย ซึ่งมาจากปัจจัยหลายประการ หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ ประเทศไทยมีการบริจาคอวัยวะน้อย จึงทำให้ผู้ป่วยต้องรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นเวลานาน ในปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทยให้เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ สปสช. รับผิดชอบในการจัดทำแผนขั้นตอนเพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยรับบริการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเพิ่มมากขึ้น จัดทำแผนค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล และเพียงพอต่อการให้บริการ แม้ว่าการผ่าตัดปลูกถ่ายไตต้องใช้ค่าใช้จ่ายมากที่สุดโดยเฉพาะช่วงของการผ่าตัด แต่ในระยะยาวค่าใช้จ่ายจะลดลง และผู้ป่วยจะได้รับความสะดวกสบายมากกว่าผู้ที่ต้องทำการล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยไตเทียม เพราะผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลาในการบำบัดและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังนั้น เป้าหมายในอนาคตข้อหนึ่งของบริการบำบัดทดแทนไตคือ พยายามเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตให้ได้มากที่สุด ยิ่งไปกว่านั้นหากมีจำนวนผู้ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมากขึ้น งบประมาณโดยรวมของงบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังก็จะลดลง และมีความยั่งยืนมากขึ้นด้วยเช่นกัน

9.3

การใช้เทคโนโลยีใหม่ ในการบำบัดทดแทนไต เช่น การใช้เครื่องล้างไตผ่าน ทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (APD)

สปสช. ได้มองหาเทคโนโลยีใหม่มาใช้โดยมีจุดประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งการใช้เทคโนโลยีใหม่ยังสามารถช่วยลดต้นทุนในระยะยาว ในปี 2563 สปสช. ได้เริ่มโครงการเพื่อให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายเป็นค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้องพร้อมอุปกรณ์และค่ายาที่เกี่ยวข้องกับ APD ทั้งนี้ สปสช. ประสานให้หน่วยบริการต้องเตรียมระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพโดยการเตรียมระบบบริหารจัดการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น 1) บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อายุรแพทย์โรคไต พยาบาล ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางต้นแบบ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตฯ (PD nurse) และทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกำหนดอาหาร เภสัชกร ศัลยแพทย์วางสาย อาสาสมัครสาธารณสุข ฯลฯ 2) การให้บริการ เช่น การอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถล้างไตแบบ APD ที่บ้านด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังมีระบบ Call Center การให้ความรู้ด้านคลินิกและเทคนิค การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การจัดหาช่างเทคนิคเพื่อให้บริการ เป็นต้น 3) ระบบการจัดส่งน้ำยาล้างไตและเครื่องล้างไตผ่านทางช่องท้องอัตโนมัติไปที่บ้านผู้ป่วย 4) ระบบการติดตามผลการรักษาและการประเมินผล¹⁵

ผลจากโครงการนำร่องพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ผู้ที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นเวลานานจะต้องใช้น้ำยาล้างไตมากขึ้น โดยเครื่อง APD จะสามารถเพิ่มปริมาณน้ำยาได้มากขึ้นเพื่อล้างเอาน้ำและเกลือส่วนเกินออกมาได้สะดวกมากขึ้น²⁵ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ใช้ APD จะได้รับความสะดวกสบายมากกว่าเดิม เนื่องจากไม่ต้องเปลี่ยนถุงน้ำยาบ่อย และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้สะดวก มากกว่าการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบธรรมดา

10

บทสรุป

กว่า 10 ปีที่ผ่านมา ของการให้บริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าจะพบกับความท้าทายในหลายด้าน แต่ด้วยรากฐานแนวคิดเชิงนโยบายที่เข้มแข็ง ประกอบกับการร่วมมือของหลายฝ่าย ทั้งผู้จัดทำนโยบาย บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ ข้าราชการ ภาคประชาสังคม ที่ร่วมมือกันพัฒนานโยบายและวางแผนการทำงานของระบบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ทำให้การให้บริการบำบัดทดแทนไตประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยในระบบ อย่างไรก็ตาม การให้บริการบำบัดทดแทนไตยังคงต้องมีการพัฒนาต่อไปในอนาคต การมองหาเทคโนโลยีในการบำบัดรูปแบบใหม่ กลยุทธ์ควบคุมค่าใช้จ่าย การพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การสนับสนุนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม เป็นต้น ก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องมีการศึกษาค้นคว้า ถอดบทเรียน เพื่อให้การทำงานมีความยั่งยืนและมีประสิทธิผลมากขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ภัทรจาริน หงษา. สิทธิประโยชน์และการร้องเรียนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย กรณีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2561;4(3):473-82.
2. การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง แบ่งจากอัตราเลือดไหลผ่านตัวกรองในไต (estimated Glomerular Filtration Rate – eGFR) โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะด้วยกัน ดังนี้
ระยะที่ 1 คือ ผู้ที่มีค่า eGFR มากกว่า 90 (ปกติหรือสูง)
ระยะที่ 2 คือ ผู้ที่มีค่า eGFR 60-89 (ลดลงเล็กน้อย)
ระยะที่ 3 คือ ผู้ที่มีค่า eGFR 30-59 (ลดลงปานกลางถึงมาก)
ระยะที่ 4 คือ ผู้ที่มีค่า eGFR 15-29 (ลดลงมาก)
ระยะที่ 5 คือ ผู้ที่มีค่า eGFR ต่ำกว่า 15 (ไตวายระยะสุดท้าย)
3. Krittayaphong R, Rangsin R, Thinkhamrop B, Hurst C, Rattanamongkolgul S, Sripailboonkij N, et al. Prevalence of chronic kidney disease associated with cardiac and vascular complications in hypertensive patients: a multicenter, nation-wide study in Thailand. BMC Nephrology. 2017;18(1): 1-10.
4. Chuasuwan A, Lampaopong A. Thailand renal replacement therapy year 2015. The Nephrology Society of Thailand; 2015.
5. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชช์ เกษมทรัพย์ และ สุวรรณ มูเก็ม. ผู้มีรายได้น้อยกับการเข้าถึงบริการทดแทนไต: วิเคราะห์ และข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2543;6(1):72-80.
6. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. International Health Policy Program; Nephrology Society of Thailand. 2548. Report No.: 0858-9437.
7. เอกสาร “ข้อเสนอการขยายบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” เอื้อเฟื้อโดย นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

8. สมชาย จิตเป็นธม. กองทุนคุ้มครองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. 2540; 3:292-7.
9. Wasi P. Triangle that moves the mountain and health systems reform movement in Thailand: Health Systems Research Institute (HSRI); 2000.
10. วิชัย โชควิวัฒน์. แต่ นายแพทย์ มงคล ณ สงขลา 2563 เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=Mjk1Nw==>.
11. Hfocus. สปสช. ประสานสมาคมโรคไต ราชวิทยาลัย ทบพวนปรับเงื่อนไขล้างไตช่องท้อง-ฟอกไต. 24 กันยายน 2560. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2017/09/14608>.
12. Tantivess S, Werayingyong P, Chuengsamarn P, Teerawattananon Y. Universal coverage of renal dialysis in Thailand: promise, progress, and prospects. *BMJ*. 2013; 346.
13. Blake P. Proliferation of hemodialysis units and declining peritoneal dialysis use: an international trend. *American Journal of Kidney Diseases*. 2009;54(2):194-6.
14. Chuengsamarn P, Kasemsup V, editors. PD first policy: Thailand's response to the challenge of meeting the needs of patients with end-stage renal disease. *Seminars in nephrology*. 2017: Elsevier.
15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เครือข่ายโรคไต. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?ContentID=OTg=>.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. สิงหาคม 2563. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kkpho.go.th/i/index.php/component/attachments/download/8611>.
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารกองทุนโรคไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปีงบประมาณ 2554. เข้าถึงได้จาก: <http://medinfo2.psu.ac.th/social/doc/2014-04-08-18-03-44.pdf>.

18. Changsirikulchai S, Sriprach S, Thokanit NS, Janma J, Chuengsaman P, Sirivongs D. Survival analysis and associated factors in Thai patients on peritoneal dialysis under the PD-first policy. *Peritoneal Dialysis International*. 2018;38(3):172-8.
19. Hfocus. 10 ปีล้างไตช่องท้อง รพ.อยุธยา ประสบความสำเร็จ ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย. 19 มีนาคม 2560. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2017/03/13627>.
20. Hfocus. นานาชาติชื่นชมศักยภาพไทยดูแลผู้ป่วยไตวายได้มีประสิทธิภาพ. 31 พฤษภาคม 2561. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2018/05/15880>.
21. ประชาไท. 6 องค์กรประกาศความสำเร็จ '10 ปี นโยบายล้างไตผ่านช่องท้อง' ช่วยผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา. 22 มิถุนายน 2561. เข้าถึงได้จาก: <https://prachatai.com/journal/2018/06/77529>.
22. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ เล่มที่ 3 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. ตุลาคม 2558. เข้าถึงได้จาก: www.nhso.go.th.
23. Hfocus. 5 อำเภอ จ.ยโสธร เส้นทางส่งน้ำยาล้างไตตัดขาด สปสช. อภ.ดูแลไม่ให้เกิดผู้ป่วย 231 ราย. 6 กันยายน 2562. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17682>.
24. Jiamjariyapon T, Ingsathit A, Pongpirul K, Vipattawat K, Kanchanakorn S, Saetie A, et al. Effectiveness of integrated care on delaying progression of stage 3-4 chronic kidney disease in rural communities of Thailand (ESCORT study): a cluster randomized controlled trial. *BMC nephrology*. 2017;18(1):1-10.
25. Hfocus. สปสช. นำร่องโครงการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ 'ม้วนเดียวจบ'. 25 มกราคม 2564. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2021/01/20935>.

การบริการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โครงการจัดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมทั้งจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่งานระบบหลักประกันสุขภาพฯ

ผู้แต่ง ดร. ภัทราภรณ์ จิ่งเลิศศิริ

ปีที่พิมพ์ 2564

พิมพ์ครั้งที่ 1 e-book

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

Website: www.nhso.go.th

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
นายชัยวัฒน์ ดลยวัฒนา

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัทธนนฤมล

ผู้แต่ง

ดร. ภัทราภรณ์ จึงเลิศศิริ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
นางประทีป นัยนา
นางสาวปานฉัตร ทิพย์สุข

