รายงานผลการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดย

คณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตุลาคม 2567

รายงานผลการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2567 โดยมีหน้าที่ 1) พิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ ด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคมและจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สถานพยาบาล และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ 2) ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในพัฒนานโยบายล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมตามสถานการณ์และข้อเท็จจริงจากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 3) ให้ข้อเสนอแนะต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใหม่ที่เกิดขึ้นในอนาคต 4) ดำเนินการอื่น ๆ รวมทั้งการจัดตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และ 5) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังจากเริ่มปฏิบัติงาน

คณะทำงานฯ และทีมเลขานุการซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลโรคไต ผู้ป่วยโรคไต ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและระบบสุขภาพและนักวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยและสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ดำเนินการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาครัฐ ภาคเอกชนและผู้ป่วย ทบทวนบทเรียนในระดับนานาชาติ และพัฒนาแบบจำลองเพื่อคาดการณ์ผลกระทบในอนาคต ทำให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านบวกและด้านลบ ด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคมและจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สถานพยาบาล และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ จากการเปลี่ยนนโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1. <u>ผลกระทบด้านบวก</u>

1.1.1. นับตั้งแต่ปรับเปลี่ยนนโยบายจากการล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรกเป็นการล้างไตโดยวิธีการใดก็ได้ตามความสมัครใจของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา ทำให้**ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยการฟอกเลือด (HD) มากขึ้น** ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นจากแนวโน้มเดิมก่อนเปลี่ยนนโยบายอย่างมาก กล่าวคือในช่วงเวลา 29 เดือนหลังปรับนโยบายดังกล่าว ตั้งแต่ 1 ก.พ. 2565 จนถึง 1 มิ.ย. 2567 ผู้ป่วยล้างไตสะสมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นจากเดิม 50,478 คน เป็น 68,238 คน ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเป็นผู้ป่วย HD ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว (หรือคิดเป็นร้อยละ 124) คือจากเดิมมีผู้ป่วย HD ในระบบประมาณ 24,405 คน เพิ่มเป็น 54,554 คน ในทางกลับกัน ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD) มีจำนวนลดลงร้อยละ 34 จากเดิมประมาณ 26,073 คนก่อนเปลี่ยนนโยบายจนเหลือผู้ป่วย PD จำนวน 16,956 คน ณ วันที่ 1 มิ.ย. 2567

1.1.2. **เกิดหน่วยบริการ HD ที่ดำเนินการโดยภาคเอกชนมากขึ้น** ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยรับบริการจากหน่วยบริการในภาคเอกชน จำนวนหน่วยบริการ HD หลังปรับนโยบายนับตั้งแต่ 31 ม.ค. 2565 ถึง 1 ม.ค. 2567 มีหน่วยบริการ HD เปิดใหม่จำนวน 213 หน่วยหรือเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 30 ภายในระยะเวลา 2 ปี และมีแนวโน้มของการเปิดหน่วยบริการ HD ใหม่เพิ่มขึ้นอีกในเขตเมืองหรือจังหวัดใหญ่ ๆ มากกว่าในเขตชนบทหรือจังหวัดที่มีประชากรน้อย มีส่วนกระจายไปยังจังหวัดขนาดเล็กและอำเภอห่างไกลบางส่วน

1.1 <u>ผลกระทบด้านลบ</u>

1.2.1. **จำนวนและอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากการล้างไตสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนปรับนโยบาย** โดยเฉพาะการเสียชีวิตในระยะเวลา 90 วัน หลังเริ่มล้างไตด้วยวิธี HD ผลการวิเคราะห์ทางสถิติหลังการปรับผลจากตัวแปรกวนประมาณได้ว่าผลจากการปรับนโยบายทำให้**ผู้ป่วย HD เสียชีวิตมากกว่าที่ควรจะเป็นสะสม (accumulative excess mortality) อย่างน้อย 5,500 คน ในเวลา 2 ปีนับตั้งแต่การดำเนินการตามนโยบายใหม่** และมีแนวโน้มการเสียชีวิตส่วนเกินในผู้ป่วยล้างไตด้วยวิธี HD สูงต่อเนื่องต่อไปในระยะเวลา 5 ปีข้างหน้า ขณะที่จำนวนและอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากวิธีล้างไต PD ไม่แตกต่างกันเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการปรับนโยบาย

1.2.2. **ภาระงบประมาณของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งงบค่าบริการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น**จากต่ำกว่า 10,000 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 16,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตที่เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณผู้ป่วยในโดยรวมก็เพิ่มขึ้นจาก 2,900 ล้านบาทต่อปีก่อนปรับนโยบาย เป็น 3,900 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2566

1.2.3. **ขีดความสามารถในการให้บริการ PD ลดลงอย่างรวดเร็ว** จากการโยกย้ายของผู้ให้บริการ PD ไปยัง HD และการลดลงของผู้ป่วย PD ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและผู้ป่วยรายใหม่จนถึงจุดที่อาจทำให้หน่วยบริการ PD ต้องปิดตัวลงหากไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้ระบบบริการ PD ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า จนในที่สุดการบริการ PD จะหายไปจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ส่งผลทำให้ประเทศสูญเสียขีดความสามารถและทางเลือกในการรักษาบำบัดทดแทนไต ยิ่งไปกว่านั้นอาจเกิด**ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากโรงงานผลิตน้ำยาล้างไตในประเทศไทยจำนวน 2 แห่ง ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันทำให้เกิดการจ้างงานและเป็นฐานการผลิตเพื่อส่งออกที่สำคัญอาจต้องปิดตัวลง**

1.2.4. **การปรับเปลี่ยนนโยบายสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจทางการเงินที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของอายุรแพทย์โรคไต**ในการเริ่มการล้างไต การแนะนำเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตและการเลือกหน่วยบริการให้แก่ผู้ป่วย จากการที่หน่วยบริการภาคเอกชนจำนวนมากจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อายุรแพทย์โรคไตที่ส่งผู้ป่วยไปรับบริการ HD (100-250 บาทต่อครั้งที่ฟอกเลือด) ทั้งที่การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่อายุรแพทย์โรคไตควรเกิดขึ้นเฉพาะเมื่ออายุรแพทย์โรคไตปฏิบัติงานให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจริงตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย HD โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ไม่ใช่จากการส่งผู้ป่วยและอาจอาจขัดต่อข้อบังคับแพทยสภา ฯ ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2565 สามารถประมาณการได้ว่าค่าใช้จ่ายในงบประมาณส่วนนี้อาจคิดเป็นจำนวนเงิน 2-3 พันล้านบาทต่อปี เป็นยอดรวมทั้งค่าตอบแทนส่งผู้ป่วยและค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วยจริง ขณะที่การส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการ PD ไม่มีแรงจูงใจทางการเงินใด ๆ

กล่าวโดยสรุปคณะทำงาน ฯ มีความเห็นว่านโยบายการล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรับเปลี่ยนในปี พ.ศ. 2565 **เป็นนโยบายที่ใช้ทรัพยากรมากกว่าแต่ได้ประโยชน์ทางสุขภาพโดยรวมต่ำกว่านโยบายเดิม** ซึ่งกำหนดให้การล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก ข้อดีของนโยบายใหม่ประการเดียวคือ การให้โอกาสผู้ป่วยเลือกวิธีการล้างไตได้ทั้ง HD และ PD ตามที่ผู้ป่วยต้องการและตัดสินใจสอดคล้องกับหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) และสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงวิธีการบำบัดทดแทนไตเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิการรักษาของกองทุนการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ในประเทศ อย่างไรก็ตามในระบบบริการปัจจุบันอาจตั้งข้อสงสัยได้ว่าข้อดีของนโยบายที่ปรับเปลี่ยนประการเดียวที่กล่าวข้างต้นเกิดขึ้นได้จริงหรือไม่ เนื่องจากหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยต้องเกิดขึ้นจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน อย่างรอบด้านและปราศจากอคติแรงจูงใจ ซึ่งในระบบบริการปัจจุบันไม่มีระบบรองรับเพื่อสนับสนุนและกำกับดูแลให้หลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้จริงอย่างไม่มีข้อสงสัย ทำให้ผลการดำเนินการหลังการปรับเปลี่ยนนโยบายการล้างไต ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2565 ไม่สามารถบรรลุถึงความมีประสิทธิภาพร่วมกับหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยได้จริงและมีความยั่งยืน **คณะทำงาน ฯ จึงเห็นพ้องต้องกันในการเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาปรับปรุงนโยบายและมาตรการการล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย** เพื่อให้การบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีความยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนานโยบายและมาตรการล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน

2.1. <u>เหตุผลและความจำเป็นในการปรับปรุงนโยบาย ฯ</u>

2.1.1. **คณะทำงานฯ มีความเห็นร่วมกันเป็นเอกฉันท์ว่าผลกระทบด้านลบดังกล่าวข้าวต้น (1.2.1-1.2.4) จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565** ทั้งจำนวนผู้ป่วย HD ที่เพิ่มขึ้น จำนวนและอัตราผู้ป่วย HD ที่เสียชีวิตในระยะเวลา 90 วัน หลังเริ่ม HD ที่สูงขึ้น ภาระงบประมาณสำหรับการบริการบำบัดทดแทนไตที่เพิ่มขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ความเสี่ยงที่ระบบบริการ PD จะหายไปจากระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยหากไม่มีการแก้ไข และการเปลี่ยนนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจทางการเงินที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของอายุรแพทย์โรคไต ซึ่งไม่มีแนวโน้มจะคลี่คลายไปในทางดีขึ้นในระยะเวลา 5 ปีข้างหน้า เป็นเหตุผลและความจำเป็นสำคัญในการปรับปรุงนโยบาย

2.1.2. **คณะทำงานฯ เห็นว่าไม่มีหลักฐานที่ทำให้เชื่อว่านโยบายการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบันมีความยั่งยืนในอนาคต** ประมาณการณ์ว่าหากไม่มีการปรับเปลี่ยนนโยบาย งบค่าบริการบำบัดทดแทนไตจะต้องเพิ่มจากร้อยละ 9 ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน เป็นร้อยละ 20 และ 30 ใน 5 ปีและ 10 ปีข้างหน้าตามลำดับ

2.1.3. คณะทำงานฯ ประมาณการณ์ว่าจะมี**ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่จะเข้าสู่ระบบการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในอีก 10 ปี ข้างหน้าจำนวน 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

2.2. <u>ข้อเสนอเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</u>

จากเหตุผลข้างต้น (ข้อ 2.1.) คณะทำงาน ฯ พิจารณาเห็นว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควร**กำหนดเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**โดยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

2.2.1. เพิ่มสัดส่วนบริการล้างไตทางช่องท้องให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยล้างไตรายใหม่ ในระยะเวลา 3 ปี

2.2.2. ควบคุมงบค่าบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรังให้ไม่เกินร้อยละ 12 ของงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะเวลา 5 ปี หรือไม่เกินร้อยละ 15 ในระยะเวลา 10 ปี

2.2.3. ลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่เข้าสู่การล้างไตให้ต่ำกว่า 1.6 แสนราย (ค่าประมาณขั้นต่ำที่คณะทำงานคาดการณ์ไว้) ในระยะเวลา 10 ปี

2.2.4. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่เลือกวิธีล้างไตทั้งหมดได้รับข้อมูลทางเลือกในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต และผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับปลูกถ่ายไตและต้องการการปลูกถ่ายไตทั้งหมดได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อรอการปลูกถ่ายไต เนื่องจากเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิผลสูงสุด

2.3. <u>ข้อเสนอเชิงมาตรการของการบริการรักษาบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</u>

คณะทำงานฯ ได้ทบทวนบทเรียนในต่างประเทศถึงมาตรการที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงและคงอยู่ของมาตรการล้างไตที่บ้าน เช่น การล้างไตทางช่องท้อง และการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ได้ข้อสรุปดังนี้

- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของ**การล้างไตที่บ้าน**สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ แบ่งได้เป็น (1) **มาตรการด้านการให้ความรู้และการสื่อสาร** ได้แก่ การให้ความรู้อย่างมีมาตรฐานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 4 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งไม่มีแรงจูงใจและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน และมีองค์ประกอบของการเยี่ยมบ้าน (2) **มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ** เช่น การจัดอบรมและจัดให้อายุรแพทย์โรคไตวางสาย PD ได้ด้วยตนเอง การใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ (การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการ) และ (3) **มาตรการด้านการเงินและแรงจูงใจ** เช่น กำหนดอัตราและเงื่อนไขการเหมาจ่ายให้บริการ PD ให้มีกำไรมากกว่า HD หรือ การจ่ายเงินแบบมัดรวม (bundle payment) โดยไม่ขึ้นกับกิจกรรมหรือจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ
- มาตรการด้านนโยบายที่มีประสิทธิผลช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการคงอยู่ของ**การรักษาแบบประคับประคอง**ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต มีการศึกษาน้อยและมักถูกมองข้ามทั้งที่มีส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้ระบบสุขภาพมีความยั่งยืนในระยะยาว มาตรการเท่าที่พบว่ามีประสิทธิผล ได้แก่ การจัดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะกับการรักษาแบบประคับประคองในระบบการให้บริการและแจ้งเตือนไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การใช้แบบประเมิน “surprise question” และ Clinical Frailty Score รวมถึงระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ ส่งต่อและเชื่อมโยงผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไตสู่กระบวนการรักษาแบบประคับประคองที่ชัดเจน
- คณะทำงานฯ ได้พิจารณามาตรการที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับบริบทของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ได้แก่ การห้ามมิให้มีการจ่าย-รับค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในกรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง และการกำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต เพื่อรับประกันได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการเริ่มการล้างไตเร็วเกินไป
- คณะทำงานฯ ได้จัดลำดับความสำคัญของมาตรการทั้งหมด และได้นำมาตรการต่าง ๆ ไปทดสอบในแบบจำลองระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อประมาณการณ์ผลกระทบของแต่ละมาตรการหากมีการบังคับใช้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ข้อสรุปว่า มาตรการที่สร้างผลกระทบสูงและสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายเชิงนโยบายของบริการรักษาบำบัดทดแทนไต (ข้อ 2.2) ได้แก่ การกำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต (pre-authorization) และการห้ามมิให้มีการจ่าย-รับค่าตอบแทนแก่แพทย์ในกรณีที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง สำหรับมาตรการให้งบบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบปิด หรือ global budget ถึงแม้จะมีผลกระทบสูงสุดต่อการลดจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่เลือกวิธีล้างไตและการเพิ่มสัดส่วนบริการล้างไตทางช่องท้อง แต่มาตรการนี้มีความไม่แน่นอนสูงกว่ามาตรการอื่น ๆ เพราะขึ้นกับการปรับตัวของผู้มีส่วนได้เสียโดยเฉพาะผู้ให้บริการในภาคเอกชนที่อาจทำให้เกิดผลลบจากมาตรการนี้ เช่น ลดหรือเพิ่มความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตในกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

จากข้อค้นพบข้างต้น คณะทำงาน ฯ เห็นควรเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณา**ข้อเสนอมาตรการสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**เพื่อการบรรลุเป้าหมายเชิงนโยบาย (ข้อ 2.2.) ดังต่อไปนี้

2.3.1. กำหนดให้งบบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบปิด หรือ global budget ตามเป้าหมายนโยบายที่กำหนดไว้ข้างต้น เช่น กำหนดวงเงินแบบปิดสำหรับบริการบำบัดทดแทนไตไม่เกินร้อยละ 10 ของงบจัดบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณ 2568 เป็นต้น

2.3.2. ห้ามมิให้หน่วยบริการ HD ภาคเอกชนจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ ในกรณีที่แพทย์ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย HD ขณะล้างไตด้วยตนเอง ผ่านการประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3.3. จัดให้มีการขึ้นทะเบียนและให้ความรู้ทางเลือกการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะที่ 4 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยปราศจากอคติแรงจูงใจ ทดแทนการให้ความรู้ทางเลือกการบำบัดทดแทนไตโดยแพทย์หรือพยาบาลโรคไตเพียงคนเดียว

2.3.4. กำหนดให้มีระบบตรวจสอบความเหมาะสมของผู้ป่วยก่อนรับการบำบัดทดแทนไต (pre-authorization) และกำหนดให้ระบบดังกล่าวส่งต่อผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เหมาะสมไปยังหน่วยฟอกไต

2.3.5. จัดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะกับการรักษาแบบประคับประคองในระบบการให้บริการ และแจ้งเตือนโดยอัตโนมัติไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพหากผู้ป่วยไม่เหมาะสมสำหรับการบำบัดทดแทนไต

2.3.6. พัฒนาระบบข้อมูลในข้อ 2.3.3, 2.3.4, และ 2.3.5 เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลการบำบัดทดแทนไตปัจจุบันของ สปสช. และฐานข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เพื่อใช้ข้อมูลเหล่านี้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการและสนับสนุนระบบการกำกับติดตาม

2.3.7. คณะทำงานฯ ตระหนักดีว่า การดำเนินการตามข้อเสนอเชิงมาตรการในข้อที่ 2.3 ยังมีรายละเอียดที่ต้องพัฒนา และต้องมีระบบการกำกับติดตาม แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าอย่างต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ สปสช. **พิจารณาจัดตั้งคณะอนุกรรมการนโยบายไต ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ** โดยให้มีตัวแทนของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แพทย์และพยาบาลโรคไต ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของ สปสช. เป็นทีมเลขานุการ ให้คณะอนุกรรมการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- พัฒนารายละเอียดในการดำเนินงานแต่ละมาตรการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตัดสินใจ
- พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยไตเรื้อรังและผู้ป่วยที่รับบริการบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเชื่อมต่อข้อมูลกับผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ
- ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประสานความร่วมมือกับคณะอนุกรรมการอื่น ๆ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการ/คณะทำงานอื่น ๆ นอก สปสช. รวมถึงคณะกรรมการ service plan ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การกำหนดมาตรการและวางแผนในการพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการในการชะลอไตเสื่อมและให้บริการบำบัดทดแทนไต
- สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในประเทศไทย
- สนับสนุนให้นักวิชาการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและบริการบำบัดทดแทนไตที่ไม่มีความเชื่อมโยงกับข้อมูลส่วนบุคคล
- จัดให้มีการประเมินระบบอภิบาลนโยบายโรคไตเรื้อรังและบริการบำบัดทดแทนไตทุก ๆ 5 ปี
- ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน การใช้งบบริการรักษาบำบัดทดแทนไต และธรรมาภิบาลของระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ