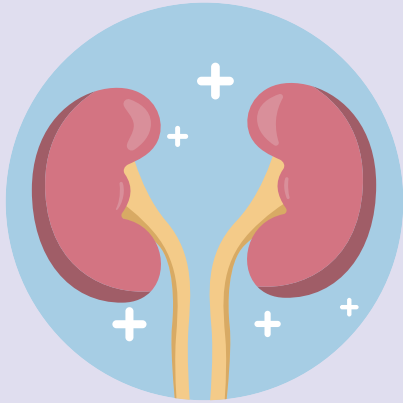




เสียง จาก การเปลี่ยนแปลง นโยบายบำบัดทดแทนไตปี 2565

Highlight



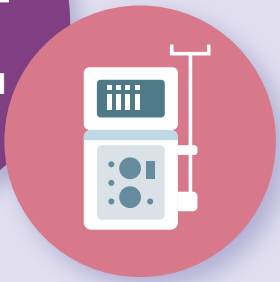
- ในปี 2551 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเริ่มนโยบายที่ให้สิทธิประโยชน์กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
- นโยบายนี้ใช้เวลาหลายปีในการเตรียมการและเริ่มดำเนินการจนสำเร็จ ทำให้ประเทศไทยได้รับการชื่นชมจากนานาชาติ ในฐานะแบบอย่างของประเทศกำลังพัฒนา ที่สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยไตวายได้เป็นจำนวนมาก โดยใช้งบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนไม่มาก
- ต่อมาปี 2565 มีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยให้สิทธิประโยชน์กับผู้ป่วยที่จะเลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องหรือฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นทางเลือกแรกก็ได้ ภายใต้การตัดสินใจร่วมกับแพทย์
- การเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งนี้เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และทำให้จำนวนผู้ป่วยที่เลือกรับการฟอกเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าที่คาดการณ์และมีการเสียชีวิตเร็วขึ้นมาก จึงทำให้ผู้เกี่ยวข้องมีมุมมองที่แตกต่างกัน

เส้นเวลาของการเปลี่ยนแปลง

นโยบายบำบัดทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ผู้ป่วยโรคไตราว 6,000 คน ต้องร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดในสิทธิบัตรทอง



โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
เป็นหนึ่งในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากในการดูแลรักษา ด้วยการบำบัดทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการล้มละลาย

วิธีบำบัดทดแทนไตที่มีในประเทศไทย

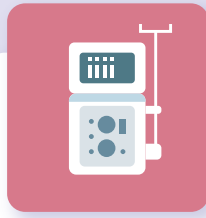
แบ่งออกเป็น 3 วิธี ซึ่งมีข้อดีข้อเสียต่างกันไปได้แก่



PD

การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis):

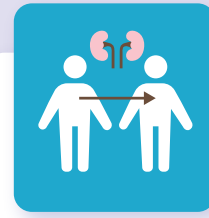
ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทำได้เองที่บ้าน โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตผ่านทางท่อที่ต่อเข้าไปในช่องท้อง ทำได้ทุกวัน วันละหลายครั้ง แต่เสี่ยงติดเชื้อและผู้ป่วยบางคนต้องมีผู้ดูแลต่อเนื่อง



HD

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis):

แพทย์และพยาบาลที่ศูนย์ไตเทียมเป็นผู้ให้การดูแล โดยมีการแทงเข็มเข้าเส้นเลือดดำที่แขน ให้เลือดไหลผ่านเครื่องฟอก ผู้ป่วยต้องเดินทางไปที่ศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง จึงมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และบางคนอาจต้องมีผู้ดูแลในการเดินทาง



KT

การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation):

การผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคเป็นวิธีรักษาที่ดีที่สุดเพราะผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับก่อนไตวายได้มากที่สุดโดยกินยากดภูมิคุ้มกันไปตลอด แต่ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากจำนวนการบริจาคได้น้อยจึงต้องรอคอยหลายปีกกว่าจะมีไตบริจาคที่เข้ากันได้

ลำดับเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ปี พ.ศ.
2545



มีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น

เพื่อดูแลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้การรักษาโรคต่างๆ แก่คนไทย แต่ยังไม่ครอบคลุมการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพราะมีค่าใช้จ่ายสูงมากและยังขาดวิธีการบริหารจัดการที่ดี

ปี พ.ศ.
2551



หลังจากทำการวิจัยอยู่หลายปี สปสช. ได้นำนโยบาย PD First มาใช้

ด้วยการให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถล้างไตผ่านช่องท้องได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ถ้าหากต้องการฟอกเลือดตามความต้องการของตนเอง จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เอง

ปี พ.ศ.
2554



กลุ่มเพื่อนโรคไตได้ร้องเรียนไปยังสปสช. เนื่องจากเห็นว่า นโยบายปี พ.ศ. 2551 นั้น ไม่ให้สิทธิที่เท่าเทียมแก่ผู้ป่วยโรคไตในการบำบัดทดแทนไต

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และคนไข้ในระบบประกันสังคม

ปี พ.ศ.
2557



เกิดการปฏิวัติจากรัฐบาลทหาร และได้มีการตั้งโต๊ะอภิปราย

โดยนักวิชาการจากหลายสาขาถึงความเหมาะสมของนโยบาย PD First โดยอ้างผลการรักษาที่ไม่ดีของการล้างไตทางช่องท้องเปรียบเทียบกับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ปี พ.ศ.
2564



กลุ่มเพื่อนโรคไตได้เรียกร้องไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยกว่า 6 พันคนที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย HD เอง

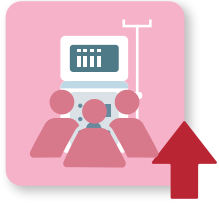
ทั้งที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี พ.ศ.
2565

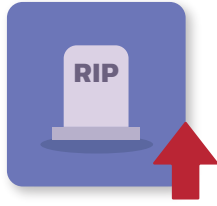


สปสช. ได้ปรับนโยบายบำบัดทดแทนไต ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตได้อย่างอิสระโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้ง PD, HD และ KT

ท่ามกลางกระแสการเลือกตั้งทั่วไปที่กำลังจะเกิดขึ้นเพราะใกล้หมดวาระของสภาผู้แทนราษฎรและรัฐบาล



ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหันมารับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าที่คาดไว้



จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการฟอกเลือดเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกหลังเริ่มรักษา

และเกิดผลกระทบอีกหลายประการ จึงทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายบำบัดทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมุมมองที่แตกต่างกันต่อการปรับเปลี่ยนนโยบายอย่างฉับพลันในครั้งนี้

ทีมวิจัยได้สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย ตัวแทนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ฯลฯ **สรุปออกมาเป็น 'เสียง'** จากหลายมุมมองของการเปลี่ยนแปลงนโยบายครั้งนี้ ดังนี้

ผลกระทบเชิงบวก +

- ผู้ป่วย**มีสิทธิเลือก**วิธีการบำบัดทดแทนไตตามที่ตนต้องการ



"คนไข้ก็รู้สึกว่าเขาไม่ได้ถูกบังคับเหมือนกับที่ผ่านมามันเขารู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจว่าพอเป็นคนไข้บัตรทองก็ถูกโยนให้ล้างที่บ้าน"

- บุคลากรทางการแพทย์ในส่วนของ HD ได้**คำตอบแทนเพิ่มขึ้น**และ**มีการจ้างงานเพิ่มขึ้น**เนื่องจากมีผู้ป่วยเปลี่ยนมาฟอกเลือด (HD) มากขึ้น มีศูนย์ไตเทียมภาคเอกชนเปิดใหม่เพิ่มขึ้นทั้งที่เปิดใน sw. รัฐ และที่ตั้งใหม่เป็นศูนย์ขนาดเล็กกระจายอยู่ตามที่ต่าง ๆ



"คำตอบแทนของพี่พยาบาล HD จะได้ค่า OT มากกว่า (พยาบาลคนอื่น ๆ)"

ผลกระทบเชิงลบ -

- ทำให้มีการใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**เพิ่มสูงขึ้น**มากจากจำนวนผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิรักษาเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวและเกือบทั้งหมดเลือกวิธีฟอกเลือด (HD)

- ผู้ป่วยและครอบครัวเสียเงินค่าเดินทาง**เพิ่มขึ้น** โดยเฉพาะผู้ที่เลือกฟอกเลือด (HD) ที่บ้านอยู่ไกลจากศูนย์ไตเทียมหรือโรงพยาบาล

- คุณภาพของศูนย์ไตเทียมหลายแห่งถูกมองว่า**ต่ำกว่า**เกณฑ์มาตรฐาน จากความสงสัยในเรื่องการตรวจสอบคุณภาพสถานบริการ



"คุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เพราะทุกคนอยากเปิดและเอาคนไข้เข้าไป ฟอกไม่ครบเวลา ความสะอาดของหน่วยบริการไม่ได้ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในหน่วยบริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน"

- มีการจ่ายเงินจูงใจโดยหน่วยไตเทียมภาคเอกชนเป็นจำนวนมาก เพื่อให้แพทย์ส่งผู้ป่วยไปยังศูนย์ไตเทียมเอกชนเหล่านั้น ทำให้แพทย์มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการให้คำปรึกษาเลือกวิธีล้างไตแก่ผู้ป่วย



"มีหมอที่ไม่รับผลประโยชน์เลยก็เยอะ แต่หมอกที่เป็นเจ้าของธุรกิจที่รับเงินตรงนี้เลยก็เยอะ และหมอกที่ทำแบบไม่รู้ไม่เห็นอีกก็เยอะ คำว่าไม่รู้ไม่เห็น คือส่งไปรับ 250 บาท (ต่อครั้งที่ผู้ป่วยไปล้างไต) เจ้าของหน่วยต้องส่งเงินให้... อันนี้แหละครับค่า doctor fee พวกเราจะรู้กันดี เรียกค่า DF มันเลยเกิดปัญหา"

ข้อสังเกตที่พบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

1. การเกิดขึ้นของนโยบายล่างโตปี 2565 เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ แรงผลักดันทางการเมือง ปัญหาที่เกิดจากข้อจำกัดของนโยบายปี 2551 และความประสงค์ดีของผู้บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการลด 'ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจนำไปสู่การล้มละลายทางการเงินจากการล้างไต'
2. การเปลี่ยนแปลงของนโยบายฯ เกิดผลกระทบที่ไม่คาดคิด ซึ่งเกิดจากการตัดสินใจด้วยความเร่งรีบที่จะแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยเฉพาะเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่อาจทำให้ผู้ป่วยล้มละลาย ภายใต้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ การคาดการณ์ผลกระทบที่ไม่ครอบคลุมทุกมิติที่เกี่ยวข้องของระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน
3. การจัดการกับการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับเรื่อง 'ทางเลือกของผู้ป่วย' (patient's choice) จนทำให้เรื่องคุณภาพของการรักษาถูกลดทอนความสำคัญลง

หากมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายอีกในอนาคต

สิ่งจำเป็นที่ควรพิจารณาสำหรับผู้กำหนดนโยบาย

รวบรวมหลักฐาน



ที่เพียงพอและเป็นข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุม โดยเฉพาะข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่นๆ และจากนักวิชาการที่ศึกษาข้อมูลอย่างรอบด้าน

คาดการณ์ผลกระทบกับระบบที่ซับซ้อน



ทั้งผลดี ผลเสียและเหตุไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งกับระบบบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อนการตัดสินใจ

ระมัดระวังเมื่อต้องตัดสินใจด้วยความรู้สึกเร่งด่วน



เพราะอาจเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์และความรู้สึกมากกว่าการใช้หลักฐานเชิงวิชาการ

รักษาความสมดุล



ระหว่าง 'การเลือกของผู้ป่วย' (patient's choice) และ 'คุณภาพของการดูแลผู้ป่วย' (quality of care)



สแกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย

เอกสารฉบับนี้เป็นเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง "การถอดบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโยบายการบำบัดทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" โดยเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ภายใต้การดำเนินงานของมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ร่วมกับนักวิจัยจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ

ผู้เขียน



จิราธร สุตะวงค์



อนันันท์ ขวนไชยชุก



ดร. นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท



ท่านที่สนใจรับ Policy brief ฉบับ PDF สมัครงได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุชื่อ-อีเมล เพื่อจัดส่ง หรือดาวน์โหลด Policy brief ฉบับอื่น ๆ ได้ที่ <https://www.hitap.net/resources/downloads>

HITAP Foundation เป็นองค์กรวิจัยที่ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจดำเนินนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น รวมถึงทำการประเมินเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ต่าง ๆ ในองค์กรภาครัฐ

ติดต่อ: มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สำนักงานใหญ่ : 88/22 หมู่ที่ 4 อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. : 0 2590 4549, 0 2590 4374-5
โทรสาร : 0 2590 4369

อีเมล: comm@hitap.net
เว็บไซต์: www.hitap.net



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้
ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา
ไม่ใช่เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง



hitap.net



HITAPTHAILAND



@hitap_thailand



HITAP_Thailand



hitap.thai



@hitapthailand



Health Information and Technology Assessment Program
FOUNDATION