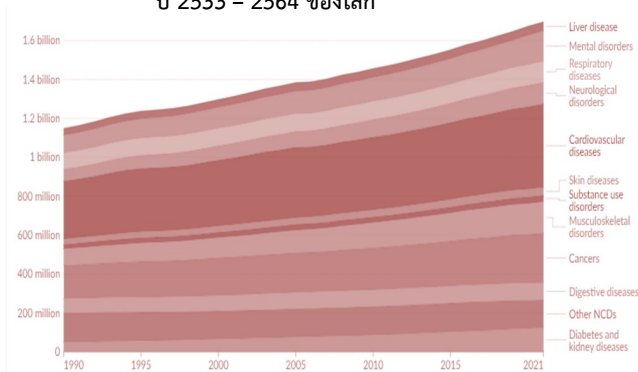


บทความ เรื่อง “โรคไตเรื้อรัง : บทเรียน การออกแบบนโยบายของระบบ หลักประกันสุขภาพภาครัฐ”

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของประเทศไทยจากแนวโน้มการมีผู้ป่วยมากขึ้น และมีการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและในอัตราเร่งเมื่อเทียบกับโรค NCDs ประเภทอื่น ซึ่งแม้ว่ารัฐบาลจะมีมาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยสามารถตัดสินใจเลือกรูปแบบได้ด้วยตนเอง แต่มาตรการดังกล่าวยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณา ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นบทเรียนสำคัญต่อการออกแบบนโยบายด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต

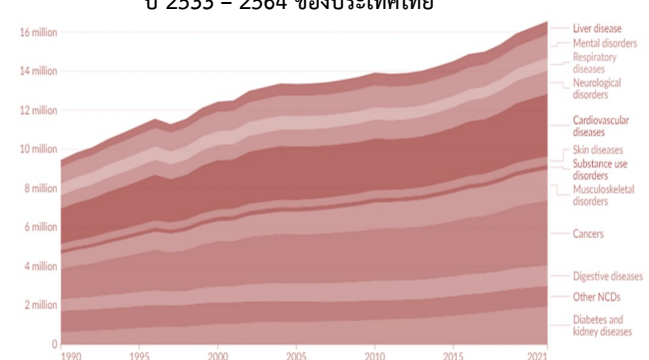
โรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีความท้าทายเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทยและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยสถานการณ์โรค NCDs จากดัชนีภาระโรค (disease burden) ตั้งแต่ปี 2533 – 2564 พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) ของประชากรโลกจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1.15 พันล้านปี เป็น 1.70 พันล้านปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ปีละกว่า 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั่วโลก เช่นเดียวกับประเทศไทย โดยการสูญเสียปีสุขภาวะของโรค NCDs เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 9.44 ล้านปี ในปี 2533 เป็น 16.55 ล้านปี ในปี 2564 ซึ่งระหว่างปี 2561 – 2565 มีจำนวนผู้เสียชีวิตประมาณ 1.6 – 1.7 แสนคนต่อปี คิดเป็นอัตรายา ต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 247 – 271 คน

แผนภาพ 22 ดัชนีภาระโรค (disease burden) จากโรคไม่ติดต่อ
ปี 2533 – 2564 ของโลก



ที่มา : Our World In Data

แผนภาพ 23 ดัชนีภาระโรค (disease burden) จากโรคไม่ติดต่อ
ปี 2533 – 2564 ของประเทศไทย



ที่มา : Our World In Data

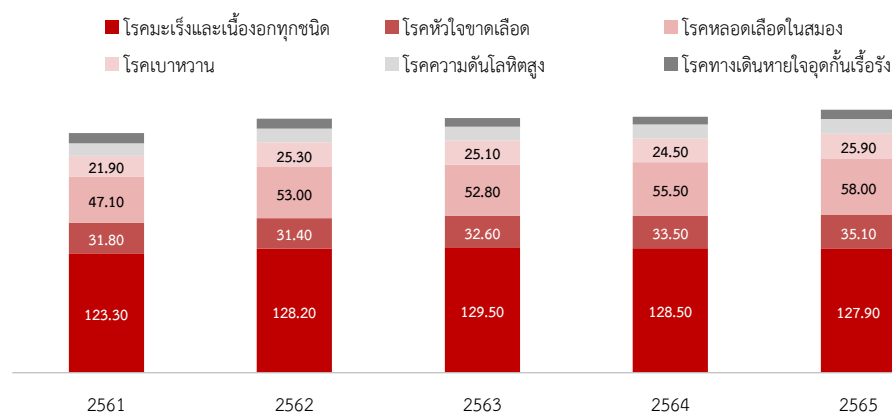
ทั้งนี้ หากพิจารณาแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ของไทยเป็นรายโรค พบว่า โรคมะเร็งถือเป็นโรคที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุดในปี 2564 โดยมีการสูญเสีย 3.01 ล้านปี หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรค NCDs ทั้งหมด รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสัดส่วนร้อยละ 19.3 และโรคไตเรื้อรังที่มีสัดส่วนร้อยละ 11.7 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการขยายตัวของการสูญเสียปีสุขภาวะ กลับพบว่าโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีการสูญเสียเพิ่มขึ้นมากที่สุด โดยระหว่างปี 2534 – 2564 โรคไตเรื้อรังมีการสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้นถึง 3.14 เท่า สูงกว่าโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดหัวใจที่เพิ่มขึ้น 2 เท่า และ 1.8 เท่าตามลำดับ นอกจากนี้ โรคไตเรื้อรังยังเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอีกด้วย โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คนไทยที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 1.13 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่มีจำนวน 0.98 ล้านราย ขณะที่ข้อมูลสถิติสุขภาพคนไทย ของสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พบว่า ในปี 2560 ผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังมีจำนวน 9,644 คน (คิดเป็นอัตรา 14.79 คนต่อประชากรแสนคน) เพิ่มขึ้นเป็น 11,850 คน ในปี 2564 (คิดเป็นอัตรา 18.17 คนต่อประชากรแสนคน) หรือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 22.8

ตาราง 13 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อสำคัญ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ราย)

โรค	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด	80,665	84,073	84,697	83,795	83,334
โรคหัวใจขาดเลือด	20,786	20,556	21,309	21,870	22,852
โรคหลอดเลือดในสมอง	30,837	34,728	34,545	36,214	37,802
โรคเบาหวาน	14,306	16,589	16,388	16,008	16,856
โรคความดันโลหิตสูง	8,590	9,313	9,303	9,444	10,056
โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง	6,728	6,903	5,966	5,215	6,077
รวมทุกโรค	161,912	172,162	172,208	172,546	176,977

ที่มา : ข้อมูลสถิติการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และข้อมูลตัวชี้วัดสังคม ของ สศช.

แผนภาพ 24 อัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรค NCDs



ที่มา : ข้อมูลสถิติการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค และข้อมูลตัวชี้วัดสังคม ของ สศช.

การที่คนไทยเป็นโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นและมีอัตราการตายที่สูงขึ้น รวมทั้งมีการขยายตัวในอัตราเร่งของการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุด สาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยเฉพาะอาหารรสเค็ม ซึ่งปัจจุบันคนไทยบริโภคเค็มเกินกว่าระดับที่องค์การอนามัยโลกกำหนดถึง 2 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่าคนไทยจำนวนมากบริโภคยาไม่ถูกต้องและเกินความจำเป็น โดยในปี 2565 มีคนไทยเพียงร้อยละ 14 ที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการใช้ยาโดยเฉพาะยาอันตราย อาทิ ยาแก้ปวดชนิดแรง และยาปฏิชีวนะนั้น เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งของการเกิดโรคไตเรื้อรัง ขณะเดียวกัน โรคไตยังสามารถเกิดได้จากการสูบบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่จะไปทำลายหลอดเลือดที่อยู่ตรงหน่วยกรองของไต (โกลเมอรูลัส) ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง รวมทั้งยังเกิดจากการเป็นโรค NCDs อื่น คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข

พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 3.93 ล้านคน พบเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ถึง 7.73 แสนคน (ร้อยละ 19.69)

สำหรับการจัดการกับโรคไตเรื้อรังของไทยมีทั้งมาตรการป้องกันไม่ให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งใน ด้านพฤติกรรมของผู้บริโภค และการลดระดับความเค็มในอาหารของผู้ผลิตอาหาร โดยมาตรการด้านผู้บริโภค อาทิ การสร้างความตระหนักและลดการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และการพัฒนาเครื่อง Chem Meter ที่สามารถตรวจวัดระดับความเค็ม ขณะที่มาตรการที่มีต่อผู้ผลิต อาทิ การศึกษา พิจารณากลไกการจัดเก็บภาษี โซเดียมหรือภาษีความเค็ม สำหรับมาตรการด้านการรักษา ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 รัฐบาลมีนโยบายให้บริการ ล้างไตกับประชาชนด้วยวิธีใดก็ได้ตามความสมัครใจ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิ เลือกวิธีการล้างไตด้วยตนเอง ซึ่งบริการล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ระยะที่ 5) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การล้างไตผ่านทางช่องท้อง และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งมีข้อดีและข้อเสีย สรุปได้ดังนี้

ตาราง 14 การเปรียบเทียบบริการล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ระยะที่ 5)

วิธีการ	ข้อดี	ข้อจำกัด	ต้นทุน*
การล้างไตผ่านทางช่องท้อง	- ทำได้เองที่บ้าน - มีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่าหากถูกต้องตามขั้นตอน - ไม่เสี่ยงความดันตก	- ต้องพกน้ำยาติดตัว - อาจติดเชื้อหากทำผิด/ข้ามขั้นตอน/มีการปนเปื้อน	140,000 – 150,000 บาทต่อคนต่อปี
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	- บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ทำให้ - ฟอกเลือดใช้เวลา 2 – 3 ครั้งต่อสัปดาห์	- ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลบ่อย - ต้องการมีเจาะเข็มอย่างถาวร - ใช้เวลาครั้งละ 3 – 5 ชั่วโมง - มีภาวะความดันโลหิตต่ำ และมีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือด	160,000 – 170,000 บาทต่อคนต่อปี

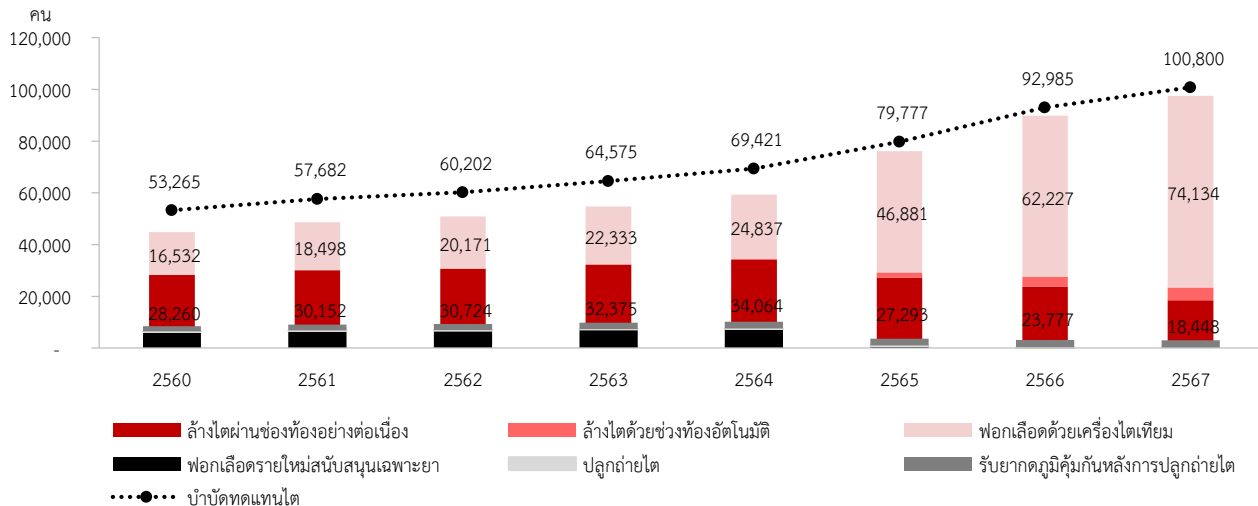
หมายเหตุ : ต้นทุนการจัดบริการทั้ง 2 ประเภท คำนวณจากงบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับต่อจำนวนเป้าหมาย ระหว่างปี 2564 – 2568 ทั้งนี้ ยังไม่รวมต้นทุนของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่เข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ต้องเดินทางไปฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ค่าใช้จ่ายประมาณเดือนละ 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักข่าวออนไลน์ Hfocus รวบรวมโดย สสช.

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย จากเดิมที่กำหนดให้การล้างไตผ่านช่องท้องเป็นทางเลือกแรก (PD First) เป็นสามารถบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดก็ได้ตามความสมัครใจของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หันมาใช้บริการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 88.75 ภายในระยะเวลา 1 ปี จาก 24,837 คน ในปี 2564 เป็น 46,881 คน ในปี 2565 และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงถึง 74,134 ราย ทั้งนี้ หากพิจารณาสัดส่วนของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องต่อผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะพบว่า ก่อนมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย สัดส่วนเฉลี่ยระหว่างปี 2561 - 2564 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 52.8 ต่อ 46.8 และในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 ต่อ 59.8



แผนภาพ 25 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 - 2567



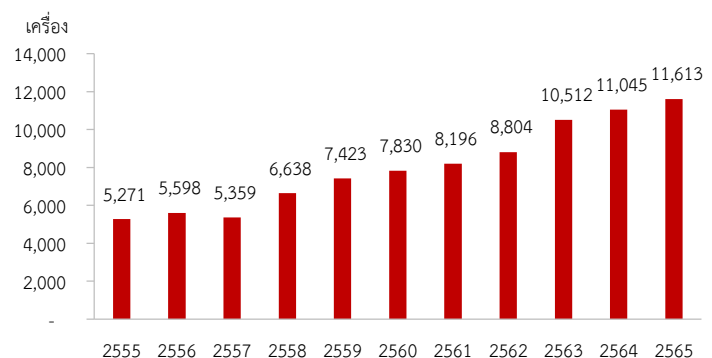
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ นอกจากพฤติกรรมของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปแล้ว มาตรการดังกล่าวยังมีข้อค้นพบที่สามารถนำมาใช้เป็นบทเรียน ในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพต่อไป ดังนี้

1. **บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยบริการด้านการล้างไตยังมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น** การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการล้างไตด้วยการฟอกเลือด ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการบำบัดทดแทนไตจำเป็นต้องมีการผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อทำการฟอกเลือด ซึ่งในการฟอกเลือดแต่ละครั้งต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ ขณะที่การล้างไตทางช่องท้องแม้จะมีการผ่าตัดสำหรับใส่สายท่อล้างไตแบบถาวรเข้าไปในช่องท้อง แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถล้างไตได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันอายุรแพทย์โรคไตกลับมีจำนวนไม่เพียงพอ ข้อมูลจากเวทีสนทนาหัวข้อ “สิ่งท้าทายและข้อเสนอระบบทดแทนไตของไทยในปัจจุบันและอนาคต” ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่าย พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอายุรแพทย์โรคไตมีจำนวนประมาณ 1,000 คน และมักกระจุกตัวอยู่ในส่วนกลาง ทำให้บางพื้นที่มีความขาดแคลน รวมถึงจำนวนพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคไตยังมีไม่เพียงพอสำหรับการรองรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของหน่วยบริการไตเทียมจำนวนมากยังส่งผลกระทบต่อความคุ้มค่าของการให้บริการอีกด้วย

2. **ความไม่พร้อมของเครื่องมือในการจัดการบริการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย** จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า จำนวนเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้นจาก 11,045 เครื่อง ในปี 2564 เป็น 11,613 เครื่อง ในปี 2565 หรือเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5.14 ซึ่งถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยที่เข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ใช้สิทธิบัตรทองต่อจำนวนเครื่องไตเทียมทั้งหมด เพิ่มขึ้นจาก 2.25 คนต่อเครื่อง ในปี 2564 เป็น 4.04 คนต่อเครื่อง ในปี 2565 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า ภายหลังการปรับเปลี่ยนนโยบาย ซึ่งอาจส่งผลต่อมาตรฐานการให้บริการการรักษาที่ลดลง

แผนภาพ 26 จำนวนเครื่องไตเทียม ปี 2555 - 2565

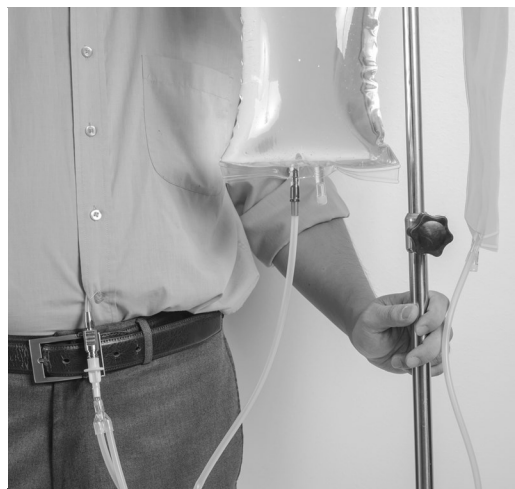


ที่มา : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย



3. **การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่ได้เหมาะกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกราย** จากการศึกษาของคณะทำงานพัฒนานโยบายการล้างไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2567) พบว่า แม้ว่าการปรับเปลี่ยนนโยบายจะส่งผลให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าถึงการรักษาด้วยการฟอกเลือดมากขึ้น แต่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการเสียชีวิตมากกว่าที่ควรจะเป็น โดยภายในระยะเวลาเพียง 2 ปี มีจำนวนกว่า 5,500 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งข้อมูลจากคู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561 ของคณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยแต่ละประเภทมีข้อแนะนำในการรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยด้านอื่นประกอบการรักษาด้วย

4. **การล้างไตทางช่องท้องมีต้นทุนต่ำกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม** โดยข้อมูลของประเทศไทยในปี 2552 พบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างไตทางช่องท้องมีต้นทุนที่ต่ำกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประมาณ 13,900 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี เช่นเดียวกับการศึกษาของยศ ตีระวัฒนานนท์ (2549)⁶⁷ พบว่า การล้างไตทางช่องท้องเป็นต้นทุนของรัฐต่ำกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประมาณ 80,000 – 200,000 บาทต่อคนต่อปี โดยหากอายุของผู้ป่วยที่เริ่มเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น จะทำให้ความแตกต่างของต้นทุนทั้ง 2 วิธีลดลง และงานศึกษาของวิช เกษมทรัพย์ และคณะ (2549)⁶⁸ พบว่า การล้างไตทางช่องท้องมีต้นทุนต่ำกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประมาณ 22,782 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้ การคำนวณจากงบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับต่อจำนวนเป้าหมาย ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2568 พบว่า ต้นทุนการจัดบริการด้วยการล้างไตทางช่องท้องมีมูลค่าประมาณ 140,000 – 150,000 บาทต่อคนต่อปี ขณะที่ต้นทุนการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมมีมูลค่าประมาณ 160,000 – 170,000 บาทต่อคนต่อปี



5. **งบประมาณภาครัฐสำหรับการรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง** จากจำนวนผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากขึ้น ซึ่งมีต้นทุนที่สูงกว่า ทำให้ภาครัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ใช้จ่ายสำหรับการบำบัดทดแทนไตของทุกสิทธิรวมกัน⁶⁹ มีจำนวน 14,181 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 19,012 ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นสูงที่สุดจาก 8,962 ล้านบาท เป็น 12,384 ล้านบาท ในช่วงเวลาเดียวกัน อีกทั้ง กองทุนฯ ยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน จากเดิมที่ก่อนการปรับนโยบายอยู่ที่ประมาณ 2,900 ล้านบาทต่อปี เพิ่มขึ้นเป็น 3,900 ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการบริหารจัดการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2567 พบว่า การใช้จ่ายจริงในการบำบัดทดแทนไตสูงกว่างบประมาณที่ได้ตั้งไว้อย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

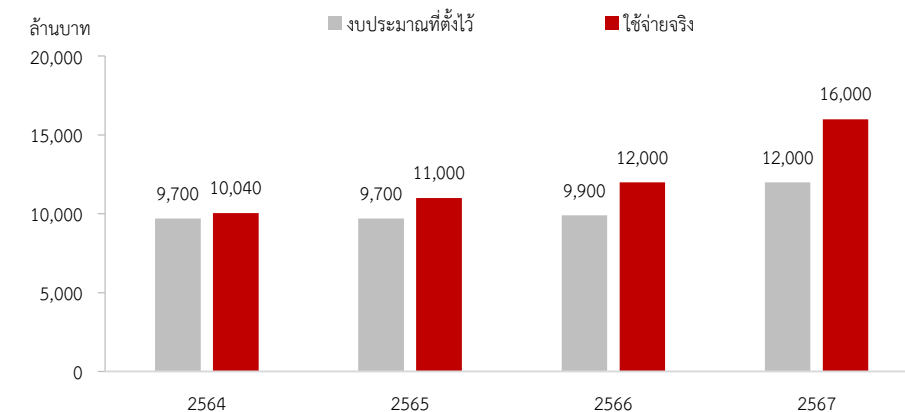
⁶⁷ ยศ ตีระวัฒนานนท์ (2549). ต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย.

⁶⁸ วิช เกษมทรัพย์ และคณะ (2549). ความต้องการงบประมาณสำหรับการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย.

⁶⁹ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

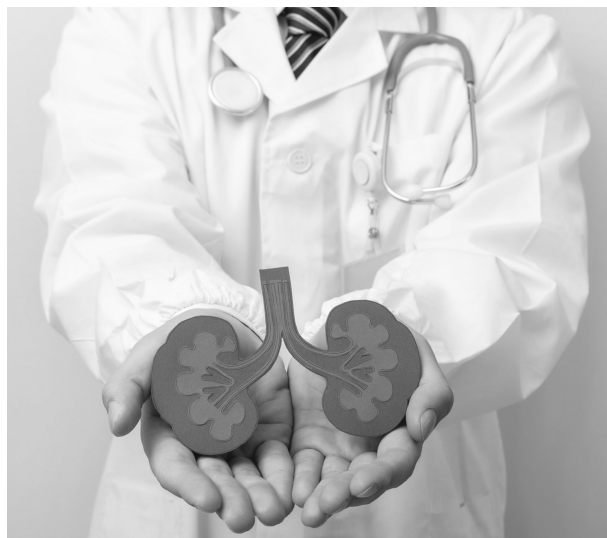
ตั้งงบประมาณไว้ที่ 12,000 ล้านบาท แต่คาดการณ์ว่าจะใช้จ่ายทั้งปีประมาณกว่า 16,000 ล้านบาท โดยเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงร้อยละ 33.33 สะท้อนถึงความเสี่ยงด้านการคลังของภาครัฐในการจัดบริการดังกล่าวภายใต้กรอบวงเงินที่ได้คาดการณ์ไว้

แผนภาพ 27 การบริหารจัดการงบประมาณการบำบัดไตของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2567



ที่มา : กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากข้อค้นพบดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการปรับนโยบายการบำบัดทดแทนไต แม้จะทำให้ประชาชนมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกรูปแบบบริการได้ แต่ประชาชนบางส่วนอาจเลือกรับบริการที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง และเกิดผลกระทบ ขณะที่ระบบการจัดบริการยังมีความไม่พร้อมทั้งในด้านบุคลากรและทรัพยากรที่จะจัดบริการให้ได้มาตรฐาน ตลอดจนส่งผลกระทบต่อภาระทางการเงินของประชาชน อย่างไรก็ตาม เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการกำหนดแนวทางการบำบัดทดแทนไต โดยจะมีการนำนโยบายการล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรกกลับมาใช้เพื่อมุ่งเพิ่มสัดส่วนบริการล้างไตทางช่องท้องอย่างน้อยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ต้องฟอกไตรายใหม่ และให้ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องสามารถรับบริการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จะช่วยเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถทำการฟอกเลือดที่บ้านขณะนอนหลับได้



บทเรียนจากการดำเนินการดังกล่าว สะท้อนถึงการออกแบบนโยบายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ซึ่งในระยะถัดไปจะต้องคำนึงถึงความคุ้มค่า ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของนโยบาย โดยหลักประกันสุขภาพภาครัฐควรมุ่งสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน ภายใต้การใช้จ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นการจัดการโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ โดยอาจประยุกต์ใช้แนวคิดของวิธีการงบประมาณแบบฐานศูนย์ (Zero-Based Budgeting) ที่จะเป็นกระบวนการพิจารณาจัดสรรงบประมาณโดยไม่ขึ้นอยู่กับงบประมาณที่เคยจัดสรรมาในอดีต แต่จะพิจารณาจากความจำเป็นและสถานการณ์ที่ต้องดำเนินการในปีงบประมาณนั้น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐที่ต้องขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

มีการพิจารณาความคุ้มค่า ประสิทธิภาพ และความเหมาะสม ตลอดจนมีการจัดลำดับความสำคัญในการดำเนินการ เพื่อช่วยให้การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐมีประสิทธิภาพภายใต้ข้อจำกัดในด้านงบประมาณของประเทศ ควบคู่กับการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาทิ การบริโภคอาหาร การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การตรวจวัดและควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตให้เหมาะสม และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

