



รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลการเข้าถึงบริการ และการจัดบริการทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กันยายน 2556

รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลการเข้าถึงบริการและการจัดบริการทดแทนไต

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

คณะผู้วิจัย

นพ.วิชัย เกษมทรัพย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร. สุปล ลิ้มวัฒนานนท์

รศ.ดร.จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นพ.พิสิษฐ์ เวชกามา

โรงพยาบาลนุชนารี

กนกพร ฟูผ้า

กันยายน 2556

คำนำ

การดำเนินการประเมินผลการเข้าถึงบริการและการจัดบริการทดแทนไตภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดการศึกษาจากทีมสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เนื่องจากภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเราได้ดำเนินนโยบาย “PD first policy” มาเป็นเวลากว่า 5 ปีแล้ว การประเมินมุ่งหวังเพื่อสะท้อนให้เป็นโอกาสในการพัฒนาของระบบบริการซึ่งมีความสำคัญต่อชีวิตพี่น้องคนไทยที่ป่วยเป็นโรคไตวายที่เราทุกคนภาวนาไม่อยากจะให้เป็น

อย่างไรก็ตามการได้มีโอกาสเดินทางไปพูดคุยและได้รู้จักบุคลากรรวมถึงผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับบริการทดแทนไตไม่ได้เพียงรับทราบปัญหาที่มีอยู่มากมายในระบบบริการทดแทนไต แต่ยังได้พบเห็นความงดงามของการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นที่พึ่งให้กับชาวบ้าน รวมถึงกำลังใจของผู้ป่วยที่พร้อมจะสื่อไปถึงผู้อื่นและยังได้เห็นบริการที่กระจายอยู่ทั่วประเทศแม้แต่ในถิ่นทุรกันดาร ทำให้ระลึกถึงคุณงามความดีของบุคลากรรุ่นอาจารย์ รุ่นพี่ รวมถึงเพื่อนร่วมวิชาชีพที่ได้เสียสละตนในการที่จะจะพัฒนาขยายขอบเขตบริการเพื่อช่วยชีวิตคนไทยภายใต้ระบบที่เป็นเอกลักษณ์ของประเทศไทย ปัญหาที่มีอยู่จึงเป็นเรื่องที่สามารถปรับปรุงพัฒนาได้ถ้าทุกฝ่ายมีเจตนาที่ดีเพราะระบบสุขภาพไทยได้ลงหลักปักฐานพัฒนามาแล้วกว่าร้อยปีเป็นระบบที่เคยทั้งก้าวหน้า ก้าวข้าม และ ก้าวกระโดดมาแล้ว

บริการทดแทนไตเป็นบริการขั้นสูงที่ตั้งใจจะช่วยชีวิตคน การให้บริการนี้ในประเทศไทยขาดบ้างเกินบ้างก็เป็นบริการที่ทั่วโลกต้องให้ความสนใจและจับตามอง ขอขอบคุณผู้ที่ความร่วมมือร่วมใจในการให้ข้อมูลและระดมความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทำให้งานชิ้นนี้สำเร็จลุล่วง หากมีข้อบกพร่องประการใดข้าพเจ้าขอรับไว้เพื่อจะปรับปรุงแก้ไขต่อไป

วิรัช เกษมทรัพย์

30 กันยายน 2556

กิตติกรรมประกาศ

ทีมจัดทำประเมินขุมนี้ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนร่วมให้ข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา
การศึกษานี้ประกอบด้วย นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ศ.นพ.ดุสิต ล้ำเลิศกุล นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ
นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ พลโท นพ.ถนอม สุพาพร รศ.นพ.ทวี ศิริวงศ์ นพ.อนุตตร จิตตินันท์
รศ.นพ.เกรียงศักดิ์ วรวิแสงทิพย์ พญ.ดวงตา อ่อนสุวรรณ นพ.สุรพงษ์ นเรนทร์พิทักษ์ รศ.พญ.สิริภา ช่างศิริกุลชัย
พญ.ปิยะธิดา จึงสมาน นพ.อดิสรณ์ ลำเพาพงศ์ นพ.เจริญ เกียรติวัชรชัย พญ.ธาริณี ศรีพัฒน์พิริยกุล
นพ.สัจจะ ตติยานุพันธ์วงศ์ พันโทหญิงอัจฉรา บุญกาญจน์ คุณสุนทรี เพิ่มพูลสวัสดิ์ คุณทัศนานิพัฒน์
คุณจุลย์พร รัตน์ทอง คุณกาญญา ศรีอุดม คุณรุ่งรักษ์ ภิรมย์ลาภ คุณเปรมฤดี ภูพานิช คุณพรศิริ กงน้อย
ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล คุณสพรัฐ ศรีภักย์วานิช ทีมงานสำนักงานวิจัยเพื่อหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
และท่านที่ช่วยเหลือทุกท่านที่ไม่ได้มีรายนาม

คณะผู้จัดทำ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ระบบการให้บริการทดแทนไตในประเทศไทยเป็นระบบที่เรียกว่าถั่วหน้าคือ ประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบจัดบริการทดแทนไตอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีความแตกต่างในรายละเอียดของสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบที่มีความไม่เหมือนกันอยู่ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเข้าสู่บริการล้างช่องท้องก่อน (PD first policy) หรือ การเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดที่สวัสดิการข้าราชการเบิกได้มากที่สุด 2,000 บาทต่อครั้ง ซึ่งทำให้เกิดคำถามที่สำคัญคือการให้บริการทดแทนไตภายใต้ PD first policy และการเข้าถึงบริการฟอกเลือดของประชาชนไทยเป็นอย่างไร ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ระดับประเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (CKD stage 5 หรือ $GFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) ที่มีสิทธิบัตรทองเพียงร้อยละ 36 เท่านั้นเข้าถึงบริการ คำถามก็คือ CKD stage 5 ทุกคนต้องได้รับการทดแทนไตเพื่อรักษาชีวิตไม่ให้เสียไปในเวลาอันสั้นหรือไม่ ซึ่งเมื่อสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย CKD stage 5 สามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกหลายปีหลังการวินิจฉัยโดยไม่ต้องรับการทดแทนไต ประเทศไทยจึงใช้เกณฑ์การต้องเข้าถึงบริการทดแทนไตไว้ที่ $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการจากฐานข้อมูลระดับจังหวัดที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีข้อมูลรายละเอียดมากกว่าฐานข้อมูลระดับประเทศ โดยใช้จุดตัดตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตคือ ผู้ป่วยที่มี $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ มาจับ กลับพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าข่ายการได้รับการทดแทนไตได้รับการทั้งหมด ทำให้พอจะตอบได้ว่าผู้ป่วยที่มีความจำเป็นทุกคนจะได้รับการทดแทนไต อย่างไรก็ตามตรงนี้มีคำถามจำเป็นต้องมีการประเมินติดตามอย่างสม่ำเสมอ และดำเนินการในทุกจังหวัดเพื่อเฝ้าดูว่ามีผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการมากน้อยเพียงใด เพราะขีดความสามารถและจำนวนบุคลากรที่จะรองรับผู้ป่วยในแต่ละจังหวัดมีไม่เท่ากัน

เหตุผลที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนิน นโยบาย “PD first policy” ด้วยเห็นว่าการนโยบายนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการ โดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยและได้รับการที่มีคุณภาพไม่แตกต่างจากการอุดหนุนบริการฟอกเลือด ซึ่งจากข้อค้นพบของการประเมินนี้สนับสนุนความคิดเห็นคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการ PD จ่ายเงินค่าเดินทางมาพบแพทย์น้อยกว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดปีละประมาณ 50,000 บาท นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการล้างช่องท้องนั้นมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด (EQ-5D score เท่ากับ 0.79 และ 0.8 จากคะแนนเต็ม 1 ตามลำดับ) และผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างจากผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (0.80 เทียบกับ 0.81 ตามลำดับ) นอกจากนี้เมื่อไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้องพบผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดีมาก เกือบทุกคนบอกว่าชีวิตดีขึ้นกว่าตอนที่ไม่ว่างไตมาก หลายคนบอกว่าจะไม่ยอมเปลี่ยนวิธีการรักษาเพราะล้างช่องท้องสะดวกมีอิสระมากกว่าการฟอกเลือด ซึ่งตรงนี้ก็ยังมีข้อมูลสนับสนุนอีกเรื่องคือค่าใช้จ่ายในการ

เดินทางไปเพื่อรับบริการทางการแพทย์พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้องภายใต้ระบบ PD first ของ สปสช.ที่มีการจัดส่งน้ำยาถึงบ้านนี้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยใช้วิธีฟอกเลือดปีละเกือบห้าหมื่นบาท เป็นการช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจให้กับผู้ป่วยโดยตรงซึ่งหลายคนพึงพอใจมาก อย่างไรก็ตามการได้สัมผัสผู้ป่วยหลายคนที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วไม่ยอมรับบริการล้างช่องท้องพบว่าทุกคนไม่มีความมั่นใจว่าการล้างช่องท้องเป็นวิธีการรักษาที่ดี เพราะ มีประสบการณ์ตรงหรือการบอกเล่าต่อๆกันมา ทำให้การเข้าสู่บริการ PD ในระบบสวัสดิการภาครัฐอื่นไม่กระเตื้องขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้มีข้อเสนอแนะดังนี้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มีการจัดประชุมร่วมของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามของประเทศไทยให้มีการปรับระบบการให้บริการทดแทนไตให้มีความเหลื่อมล้นน้อยลง ดังนี้
 - I. มีการปรับระบบการเบิกจ่ายค่าบริการฟอกเลือดให้เหมาะสมเหมือนกันในทุกระบบ โดยมีการประชุมและใช้หลักฐานทางวิชาการมาประกอบ เพื่อให้ประชาชนที่มีความจำเป็นต้องรับบริการฟอกเลือดได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกันลดภาระการจ่ายเองจากผู้ป่วยลง
 - II. การจัดระบบการให้สิทธิบริการล้างไตที่รวดเร็วแต่ต้องไม่เกินจำเป็น (เช่น เริ่มต้นล้างไตเร็วกว่าที่จำเป็น) ซึ่งต้องหารูปแบบที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ เช่น จะมีกรรมการระดับชาติหรือระดับจังหวัดช่วยพิจารณาให้เริ่มการล้างไตหรือไม่ เป็นต้น
 - III. สนับสนุนให้สิทธิประกันสุขภาพอื่นนอกจากประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดวางระบบเพื่อสนับสนุนการทำ CAPD เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยสิทธิ เช่น ต้องมีระบบการให้ข้อมูลที่ไม่โน้มเอียงไปในการให้บริการฟอกเลือดเพียงอย่างเดียว ต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับข้อมูลถึงบริการล้างช่องท้องด้วย
 - IV. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องผ่อนคลายกฎระเบียบในการ shift mode ให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกมากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้วิธี PD สามารถเปลี่ยนวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสม
 - V. ต้องมีการจัดระบบการติดตามประเมินเรื่องคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องออกเอง โดยดูว่าผู้ป่วยมีชีวิตได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอและยาวนานหรือไม่ ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการเมื่อจำเป็นทุกคนหรือไม่ และผู้ป่วยมีการะสูงเพียงใดที่ต้องจ่ายเงินเองในการไปรับบริการแต่ละครั้ง เป็นต้น
 - VI. นอกจากนี้สำหรับบริการฟอกเลือดที่มีผู้ป่วยได้รับการจำนวนมากขึ้นเนื่องจากไม่สามารถล้างช่องท้องต่อไปได้ ต้องมีการกำหนดมาตรฐานของศูนย์ฟอกเลือดที่เหมาะสมแล้วยังต้องมีระบบการติดตามมาตรฐานของศูนย์ฟอกเลือดที่เพียงพอซึ่ง

อาจจะต้องพัฒนาระบบนี้ร่วมไปกับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (hospital accreditation)

2. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโดยเพิ่มบุคลากรทั้งสายวิชาชีพตั้งแต่พยาบาลและแพทย์ที่จะสามารถมาช่วยดูแลผู้ป่วยให้เพิ่มจำนวนเหมาะสมกับงานที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ในบริการ CAPD การพัฒนาให้เกิดบุคลากรสายสนับสนุนเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางที่ต้องส่งเสริมเพราะมีความเป็นไปได้มากกว่าการผลิตแพทย์หรือพยาบาลเพิ่ม
3. การสนับสนุนการป้องกันการเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย เช่น เรื่องการส่งเสริมความเข้มแข็งของคลินิกไตวาย CKD clinic เป็นสิ่งต้องควรส่งเสริมอย่างเต็มที่เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้ผู้ป่วยต้องมียอยู่ในภาวะไตวายระยะสุดท้ายจนต้องล้างไต
4. มีการสนับสนุนการปลูกถ่ายอวัยวะอย่างจริงจัง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องจัดการให้การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่ไตวายระยะสุดท้ายเพราะในปัจจุบันจำนวนการปลูกถ่ายไตยังต่ำกว่า 1,000 รายต่อปี
5. จัดให้มีกระบวนการวิจัยที่สามารถตอบโจทย์คุณภาพบริการในแง่อัตราการรอดชีวิต ความคุ้มค่าของการให้บริการสำหรับนโยบาย “PD first policy” ซึ่งเป็นทั้งระบบที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในประเทศไทยและยังเป็นที่จับตามองของคนทั่วโลก เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการวางนโยบายตามหลักฐานวิชาการต่อไป (evidence based policy making)

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมา	1
กรอบแนวคิด	6
วัตถุประสงค์	6

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

อุบัติการณ์และความชุกของการเข้าถึงบริการทดแทนไตในประเทศไทย	7
อัตราการรอดชีวิตอัตราการติดเชื้อและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	9
ประสิทธิภาพการรักษาการให้บริการล้างช่องท้องและฟอกเลือดในต่างประเทศ	10

บทที่ 3 วิธีการศึกษา

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	11
วิเคราะห์ข้อมูล secondary data ของ สปสช. และ ฐานข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง	12

บทที่ 4 ผลการศึกษา

สรุปผลการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและสัมภาษณ์บุคลากร โรงพยาบาล	18
การเข้าถึงบริการทดแทนไต	28
ข้อมูลการสำรวจความเห็นของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ในขณะที่ได้รับบริการทดแทนไตวิธีการต่างๆ	44
การสำรวจหน่วยบริการทดแทนไต	48
ผลการระดมสมองเพื่อหาข้อเสนอเชิงนโยบาย	57

บทที่ 5 สรุปการเรียนรู้และข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	67
----------------------	----

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวก 1	71
ภาคผนวก 2	86
ภาคผนวก 3	119
ภาคผนวก 4	126

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	เป็นการประมาณการงบประมาณที่ต้องใช้ในการขยายบริการทดแทนไตภายใน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	5
ตารางที่ 2	จำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูล ESRD ตามปีก่อนโรงพยาบาลด้วย ESRD และ ผลการเชื่อมกับข้อมูล HD-PD	13
ตารางที่ 3	จำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูลบริการทดแทนไต (RRT) ตามปีที่ขึ้นทะเบียน และ ผลการเชื่อมกับข้อมูล ESRD	14
ตารางที่ 4	จำนวนผู้ป่วยจากผลการเชื่อมฐานข้อมูล ESRD และ HD-PD จำแนกตาม ประเภทของการวินิจฉัย ESRD ในการนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้ง – ข้อมูลเริ่มต้น	15
ตารางที่ 5	จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ – ข้อมูลในการวิเคราะห์	16
ตารางที่ 6	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์แยกตามสิทธิและวิธีการรักษาใน 9 โรงพยาบาล	18
ตารางที่ 7	ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยแยกตามรูปแบบการให้บริการของทั้ง 9 โรงพยาบาล	23
ตารางที่ 8	จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน่วยทดแทนไตของโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง	24
ตารางที่ 9	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับบริการทดแทนไต จำแนกตามปีก่อนโรงพยาบาลด้วย ESRD ครั้งแรก (สดมภ์ที่ 1 และ 2) และสัดส่วนผู้ป่วยตามปีที่ได้รับการขึ้นทะเบียน HD และ PD	29
ตารางที่ 10	สัดส่วนการขึ้นทะเบียน HD และ PD ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ในช่วงระยะเวลาต่างๆ นับจากครั้งแรกที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD -ตามปีก่อนโรงพยาบาลด้วย ESRD ครั้งแรก	30
ตารางที่ 11	สัดส่วนการขึ้นทะเบียน HD และ PD ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ในช่วงระยะเวลา ต่างๆ นับจากครั้งแรกที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD -ตามปีที่ขึ้นทะเบียนบริการทดแทนไต	31
ตารางที่ 12	สัดส่วนการได้รับบริการล้างช่องท้อง ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ในช่วงระยะเวลา ต่างๆ นับจากวันที่ขึ้นทะเบียนการล้างช่องท้อง -ตามปีที่ได้รับการวินิจฉัย ESRD ครั้งแรก	32
ตารางที่ 13	สัดส่วนการได้รับบริการล้างช่องท้อง ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ในช่วงระยะเวลา ต่างๆ นับจากวันที่ขึ้นทะเบียนการล้างช่องท้อง -ตามปีที่ขึ้นทะเบียนบริการทดแทนไต	32
ตารางที่ 14	สัดส่วนผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่เดียวกับที่ตั้งของ โรงพยาบาลผู้ให้บริการ ตามเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล	34
ตารางที่ 15	สัดส่วนผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่เดียวกับที่ตั้งของ โรงพยาบาลผู้ให้บริการ –ตามเขตภูมิลำเนาของผู้ป่วย	35
ตารางที่ 16	ระยะเวลาติดตามการเสียชีวิต จำแนกตามปีก่อนโรงพยาบาลด้วย ESRD และผลลัพธ์	38

ตารางที่ 17	สัดส่วนการเสียชีวิตของผู้ที่ได้รับ HD-PD และผู้ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ตามปีพื้นนอนโรงพยาบาล ด้วย ESRD <u>หมายเหตุ</u> ไม่รวมการเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือใน 30 วันหลังการนอนโรงพยาบาล	39
ตารางที่ 18	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไต (RRT) เมื่อวัดด้วยแบบสอบถาม EQ5D (กลุ่มประชากรไทย) แยกตามสิทธิ	44
ตารางที่ 19	อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไต (RRT) แยกตามสิทธิ	44
ตารางที่ 20	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไต (RRT) เมื่อวัดด้วยแบบสอบถาม EQ5D (กลุ่มประชากรไทย) แยกตามการรักษา	44
ตารางที่ 21	อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่รับบริการทดแทนไตวิธีต่างๆกัน	45
ตารางที่ 22	ค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์แต่ละครั้งของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดและบริการล้างช่องท้อง	45
ตารางที่ 23	ความเห็นของผู้ป่วยว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบริการทดแทนไตมีผลกระทบต่อครอบครัวหรือไม่แยกตามวิธีการรักษา	46
ตารางที่ 24	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวิธีต่างๆแยกตามสิทธิ	46
ตารางที่ 25	ความเห็นของผู้ป่วยว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบริการทดแทนไตมีผลกระทบต่อครอบครัวหรือไม่แยกตามสิทธิ	47
ตารางที่ 26	ความเห็นของผู้ป่วยว่าถ้าเลือกได้จะเลือกวิธีการรักษาปัจจุบันหรือไม่แยกตามสิทธิ	47
ตารางที่ 27	ความเห็นของผู้ป่วยว่าถ้าเลือกได้จะเลือกวิธีการรักษาปัจจุบันหรือไม่แยกตามวิธีการรักษา	47
ตารางที่ 28	แสดงจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย HD และ PD ในหน่วยบริการที่ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 189 แห่ง)	48
ตารางที่ 29	แสดงจำนวนวันที่เปิดให้บริการเฉลี่ยต่อสัปดาห์ จำนวนรอบต่อวัน และ จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันที่ให้บริการแยกตามสถานะของสถานพยาบาล (จำนวน 189 แห่ง)	49
ตารางที่ 30	แสดงค่ามัธยฐานและค่าเฉลี่ยของการเบิกค่าใช้จ่ายบริการฟอกเลือด (HD) แยกตามสิทธิต่างๆ	49
ตารางที่ 31	แสดงถึงโอกาสที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะรับผู้ป่วยที่มีสิทธิต่างๆเข้าสู่บริการฟอกเลือดเมื่อมีที่ว่าง	50
ตารางที่ 32	แสดงข้อดีและข้อด้อยของการสิทธิต่างๆในการได้รับการ HD จาก การประเมินของผู้ให้บริการ	51
ตารางที่ 33	แสดงจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อศูนย์แบ่งตามสิทธิประกันสุขภาพแบบต่างๆ	54

สารบัญแผนภาพ

ภาพที่ 1 Logic Model ของการให้บริการทดแทนไตภายในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6
ภาพที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนบริการทดแทนไตกับ สปสช. ตั้งแต่ ตุลาคม. พ.ศ. 2550 – เมษายน พ.ศ. 2556	8
ภาพที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนบริการล้างช่องท้องกับ สปสช. ตั้งแต่ ตุลาคม. พ.ศ. 2550 – เมษายน พ.ศ. 2556	8
ภาพที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตตั้งแต่ปี 2543 ถึง 2555	9
ภาพที่ 5 ความครอบคลุมของบริการทดแทนไตตามภูมิลำเนาผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี 2552	36
ภาพที่ 6 ความครอบคลุมของบริการทดแทนไตตามภูมิลำเนาผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี 2553	36
ภาพที่ 7 ความครอบคลุมของบริการทดแทนไตตามภูมิลำเนาผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี 2554	37
ภาพที่ 8 ความครอบคลุมของบริการทดแทนไตตามภูมิลำเนาผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี 2555	37
ภาพที่ 9 อัตรารอดชีพในผู้เข้าไม่ถึงบริการทดแทนไตและผู้ได้รับ HD หรือ PD	40
ภาพที่ 10 อัตรารอดชีพในผู้เข้าไม่ถึงบริการทดแทนไต เปรียบเทียบระหว่างปี ที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD	40
ภาพที่ 11 อัตรารอดชีพ เปรียบเทียบระหว่างผู้ได้รับ HD และ PD ที่มีและไม่มีเบาหวาน	41
ภาพที่ 12 อัตราการรอดชีพเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองและผู้ป่วยมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการในจังหวัด อุบลราชธานีระหว่างปีพ.ศ. 2543 ถึงปี พ.ศ. 2550 (ก่อนขยายบริการทดแทนไตในสิทธิบัตรทอง)	42
ภาพที่ 13 อัตราการรอดชีพเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองและผู้ป่วยมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการในจังหวัด อุบลราชธานีระหว่างปีพ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2554 (หลังขยายบริการทดแทนไตในสิทธิบัตรทอง)	42
ภาพที่ 14 อัตราการรอดชีพเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งหมดที่ได้รับบริการ CAPD และ ไม่ได้รับในจังหวัด อุบลราชธานีระหว่างปีพ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2554 (หลังขยายบริการทดแทนไตในสิทธิบัตรทอง)	43
ภาพที่ 15 อัตราการรอดชีพเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มี GFR < 6ml/min/1.73m ² ที่ได้รับบริการ CAPD และไม่ได้รับในจังหวัดอุบลราชธานีระหว่างปีพ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2554 (หลังขยายบริการทดแทนไตในสิทธิบัตรทอง)	43
ภาพที่ 16 แสดงการกระจายตัวของผู้ให้บริการที่คาดว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายภายใต้ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PD first policy) ร้อยละเท่าไรเข้าไม่ถึงบริการล้างไต (แกนนอนเป็นร้อยละ แกนตั้งเป็นจำนวนผู้ตอบ)	55
ภาพที่ 17 แสดงให้เห็นระยะเวลาการรอคอยเป็นวันที่ผู้ป่วยต้องรอก่อนได้รับบริการวางสายหน้า ท้องประมาณโดยผู้ให้บริการ (แกนนอนเป็นวัน แกนตั้งเป็นจำนวนผู้ตอบ)	55

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา

ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยได้รวมการบริการทดแทนไต (renal replacement therapy; RRT) เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ครบทั้ง 3 กองทุนคือ สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยระบบสุดท้ายที่ให้สิทธิ RRT คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้มีชีวิตยืนยาวต่อไปได้ บริการทดแทนไต 3 วิธี คือ [1]

1. การปลูกถ่ายไต (kidney transplantation; KT) เป็นบริการเริ่มแรกທີ່ประสบความสำเร็จในการทดแทนไตให้ผู้ป่วยเมื่อกว่า 60 ปีก่อน แม้ช่วงแรกยังไม่ได้ผลดีมากเพราะความรู้ในเรื่องภูมิคุ้มกันและยากดภูมิคุ้มกันยังไม่ได้รับการพัฒนา แต่ปัจจุบันเมื่อวิทยาการและยาต่างๆ ได้รับการพัฒนาแล้ว วิธีการปลูกถ่ายไตเป็นการรักษาที่มีหลักฐานยืนยันว่าได้ผลดีที่สุดในการทดแทนไตทั้ง 3 วิธี คือผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด โดยการปลูกไตนั้นสามารถขอไตจากผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ (living donor) หรือจากผู้ป่วยที่เสียชีวิตไปแล้ว (cadaveric donor) ให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตผู้ป่วยต้องทานยากดภูมิคุ้มกันไปตลอดที่ไตใหม่ยังทำงานอยู่ ระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนให้สิทธิในการปลูกถ่ายไตใหม่ได้
2. การล้างช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis; CAPD) เป็นวิธีการทดแทนไตที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1977 โดยการใส่น้ำยาล้างไตผ่านสายที่เชื่อมต่อระหว่างภายนอกเข้าไปในช่องท้องประมาณ 2 ลิตรเพื่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนของเสียและน้ำจากเยื่อช่องท้องออกมาสู่น้ำยาล้างไต โดยต้องให้น้ำยาล้างไตคงอยู่ในช่องท้องประมาณ 4 ชั่วโมงถึงเปลี่ยนถ่ายน้ำยาพร้อมของเสียออกมาและถ่ายน้ำยาใหม่เข้าไป ต้องดำเนินการวันละ 4 ครั้งกระบวนการทั้งหมดเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยที่ล้างช่องท้องทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยๆ ทุก 2 ถึง 3 วัน แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการฝึกสอนเรื่องการเปลี่ยนน้ำยาเป็นอย่างดีเพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ [2] ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้การล้างช่องท้องนี้เป็นบริการที่ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ปลูกถ่ายไตใหม่ใช้เป็นบริการหลัก
3. บริการฟอกเลือด (hemodialysis; HD) เป็นบริการซึ่งพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1960 ที่ศูนย์การแพทย์ในเมืองซีแอเทิล ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้เครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาเพื่อมาทำหน้าที่ฟอกของเสียออกจากเลือดแทนไต โดยต้องนำเลือดออกจากตัวผู้ป่วยผ่านเส้นเลือดที่ผ่าตัดเตรียมไว้ (vascular access) ไปผ่าน

เครื่องที่มีตัวกรองที่จะกรองของเสียออกจากเลือดและนำเลือดดีกลับไปสู่ตัวผู้ป่วย ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมงในแต่ละครั้ง และต้องดำเนินการ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมให้สิทธิฟอกเลือดได้ แต่ระบบหลักประกันสุขภาพผู้ป่วยต้องไม่สามารถทำการล้างช่องท้องได้จึงได้สิทธิฟอกเลือด

ข้อมูลจากรายงานของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศพบในปี พ.ศ.2548 ระบุว่าบริการทดแทนไตเป็นบริการที่มีราคาแพงประมาณ 250,000 – 425,000 บาทต่อปี [3] และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค หรือ บัตรทอง) ยังไม่ให้ความคุ้มครองทำให้ผู้ป่วยบัตรทองที่มีรายได้ไม่มากพอไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เพราะต้องจ่ายเงินเอง (ถูกตัดออกจากชุดสิทธิประโยชน์ตั้งแต่เริ่มตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยเหตุว่าเป็นบริการที่มีราคาแพงจะเป็นภาระทางงบประมาณแก่ประเทศมากกว่าร้อยละ 10) มีข้อมูลว่าผู้ป่วยหลายคนต้องขายที่ขายนา กู้หนี้ยืมสินมาเพื่อเข้ารับบริการทดแทนไต หรืออยู่ในภาวะล้มละลาย หนี้สินล้นพ้นตัว (catastrophic illness) [4] ทำให้เกิดคำถามแก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นระบบที่มีเป้าหมายเพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ (inequitable access) จริงหรือ เพราะระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคมได้ให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิในประกันสุขภาพดังกล่าวแล้ว

ผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพจึงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้ระบบหลักประกันสุขภาพนี้เป็นที่พึงแก่ประชาชนโดยแท้จริง โดยมีการขยายการเข้าถึงบริการที่มีราคาสูงเพิ่มมากขึ้นกว่าตอนที่เริ่มระบบนี้ในปี พ.ศ.2544 ตามบริบทของประเทศในแต่ละช่วง เช่น การเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ในปี พ.ศ.2546 ทั้งนี้พบว่ามีหลักฐานการศึกษายืนยันว่าการให้ยาจะมีผลดีต่อผู้ป่วยและมีความคุ้มค่า ซึ่งเมื่อค่ายาลดลงอย่างมากในช่วงนั้นทำให้รัฐบาลตัดสินใจขยายสิทธิประโยชน์ในเรื่องยาต้านไวรัสให้กับผู้ป่วย [5] หรือการประกาศเพิ่มการล้างไตในชุดสิทธิประโยชน์ ก็เป็นเครื่องแสดงถึงความมุ่งมั่นของผู้ก่อตั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในกรณีของบริการทดแทนไตนั้นแม้การศึกษาความคุ้มค่า (cost-effectiveness analysis) จะศึกษาออกมาแล้วว่าไม่คุ้มค่าแต่การยืนยันเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์นั้นอยู่บนพื้นฐานของการช่วยชีวิต (rule of rescue) [6] และความเป็นธรรมในการรับบริการให้เทียบเท่ากับกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐอีกสองกองทุน นอกจากนี้ยังเน้นเรื่องความสะดวกในการใช้บริการ (better access and utilization) โดยผู้ป่วยทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชนบทที่ไม่ต้องเสียค่าเดินทางมาก และคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลระยะยาวโดยในเอกสารประกอบการประชุมเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ที่เป็นเอกสารหลักที่ใช้เพื่อเสนอการขยายบริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ให้หลักการสำคัญของการขยายบริการดังนี้ [7]

1. เข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค (Equitable access) โดยให้บริการ PD เนื่องจากเป็นบริการที่ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองได้ที่บ้าน ผู้ป่วย ยากดิมิจน เมืองและชนบท สามารถเข้าถึงได้เท่าเทียมกัน
2. ป้องกันรายจ่ายครัวเรือน ที่ถึงกับล้มละลาย (Prevention of catastrophic impact to households) โดยการอุดหนุนทั้งหมด (full funding) สำหรับบริการ PD และ KT โดยไม่มีการจ่ายร่วม การจ่ายร่วมจะเป็นภาระทางการเงินของครัวเรือนมาก เนื่องจากเป็นบริการเรื้อรัง
3. เลือกลงทุนใน Cost effective intervention โดยบริการ KT เป็นทางเลือกที่ cost effective เนื่องจากผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่า และไม่ต้องทำ chronic dialysis
4. ลงทุนในทางเลือกที่มี Technical efficiency โดยบริการ PD เนื่องจาก มี potential cost reduction สูงสุด เมื่อเทียบกับบริการ HD ไม่ต้องการการลงทุนด้าน capital investment และไม่ใช้บุคลากรมาก เทียบกับบริการ HD
5. มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพน้อยที่สุด (Least negative impact on HR) โดยบริการ PD จะมีผลกระทบน้อยที่สุด ต่อการลาออกของพยาบาลและแพทย์ที่ให้บริการวิกฤต critical care เช่น ICU เนื่องจากไม่ต้องการบุคลากรทางการแพทย์มากนัก เมื่อเทียบกับ HD โดยแนวโน้มเอกชนจะเปิดบริการ HD และดึงดูดแพทย์และพยาบาลออกจากระบบภาครัฐอย่างรุนแรง
6. มีประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) โดยการลงทุนในบริการที่มี cost effectiveness มากกว่า เช่น KT และ PD ซึ่งจะ cost effective มากกว่าบริการ HD
7. ลดต้นทุน เพื่อเพิ่ม cost effectiveness ratio โดยการลดต้นทุนการผลิตน้ำยา PD ภายในประเทศ ทดแทนการนำเข้า การจัดซื้อยารวม (national bulk purchasing – monopsonistic purchasing power) ยาเพิ่มเลือด เช่น erythropoietin และยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกัน graft rejection การใช้ยาสามัญ ทดแทนยา original products เป็นต้น

มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ 9/2556 ในวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2556 ปรับเพิ่มเติมดังนี้ “ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป รัฐอุดหนุนบริการทดแทนไตด้วยวิธี CAPD ทั้งรายเก่าและรายใหม่ โดยไม่ต้องร่วมจ่าย และเปิดให้บริการพร้อมกันทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยระยะแรก ดำเนินการตามความพร้อมของแต่ละจังหวัด และให้เร่งพัฒนาระบบบริการให้ทุกจังหวัดสามารถให้บริการได้อย่างเต็มที่ตามความจำเป็นของผู้ป่วย ภายใน 1 ปี ” [8]

จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายบริการที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยต้องการบริการทดแทนไตภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องได้รับการล้างไตด้วย CAPD ก่อนหรือที่เรียกนโยบายนี้ว่า PD first policy อย่างไรก็ตามการที่จะพัฒนาระบบบริการ CAPD นั้นมีอุปสรรคหลายอย่าง เกรียง ตั้งสง่า และคณะ รายงานการศึกษาความคิดเห็นบุคลากรทางการแพทย์พบว่าบริการ PD นี้ไม่เป็นที่นิยมของผู้รับและผู้ให้บริการ โดยเฉพาะในช่วงก่อนหน้าขยายสิทธิ CAPD ให้ผู้ป่วยบัตรทองประมาณ 5 ปี และอุปสรรคสำคัญของการ

ขยายบริการ CAPD ในประเทศไทยก็คือ ค่าใช้จ่ายของ CAPD ที่สูงกว่าในสายตาของผู้รับบริการ การขาดแรงจูงใจในการให้บริการ CAPD ของผู้ให้บริการ การฝึกอบรมต่อเนื่องให้กับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับ CAPD น้อยกว่าทำให้ขาดความมั่นใจในการให้บริการ CAPD และทำให้นักวิชาการแนะนำการให้บริการ CAPD น้อยกว่าการให้บริการ HD รวมถึงการกลัวการติดเชื้อในผู้รับบริการ นอกจากนี้การขาดการสนับสนุนอย่างจริงจังจากภาครัฐทั้งในแง่การจัดระบบและการหาวัสดุอุปกรณ์ที่มีคุณภาพทำให้ความนิยมของ CAPD ก่อนนโยบาย PD first policy เสื่อมความนิยม [9] จากรายงานของถนอม สุภาพรและคณะอ้างรายงาน TRT ปี พ.ศ.2546 พบว่าสถานที่ให้บริการ CAPD ประมาณ 56 แห่งทั่วประเทศ และกว่าครึ่งอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑลและเป็นสถานบริการของรัฐเกือบทั้งหมด ในขณะที่ศูนย์ HD มีอยู่กว่า 300 แห่ง แต่ก็พบภาพเช่นเดียวกับศูนย์ CAPD คือศูนย์ HD ส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล แต่ที่น่าสนใจคือมีศูนย์ HD ที่เป็นของเอกชนประมาณครึ่งหนึ่ง มีการตั้งข้อสังเกตพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 ถึงปี พ.ศ. 2542 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ HD เพิ่มขึ้นมากถึง 126% ในขณะที่บริการ CAPD เพิ่มขึ้นเพียง 6.9% ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการเปิดข้อกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการเข้าถึงบริการ HD ในศูนย์เอกชนได้ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2541 ทำให้จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เข้าสู่บริการ CAPD สิทธิข้าราชการลดลงอย่างเห็นได้ชัดจากจำนวน 205 คนในปี พ.ศ.2540 ไปเป็น 124 คนในปี พ.ศ. 2541 และเหลือเพียง 80 คนในปี พ.ศ.2542 ทำให้เห็นได้ชัดว่าสิทธิการเบิกจ่ายมีส่วนสำคัญทำให้ผู้ป่วยเลือกบริการ HD เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ดีจากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ให้บริการรักษาทดแทนไตโดย ถนอม สุภาพร และคณะ พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2548 นั้นบริการ HD มีความสามารถในการขยายบริการเพิ่มเติมได้ไม่มากเท่าบริการ CAPD ทั้งนี้เพราะ CAPD มีสัดส่วนการใช้บุคลากรต่อคนไข้น้อยกว่า และบริการ CAPD ยังเหมาะกับผู้ป่วยที่มีภูมิไตในทางไกลในชนบท [10]

จากการศึกษาอุปสงค์บริการทดแทนไตได้ประมาณอุปสงค์การของไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ 300 ต่อล้านประชากรตามข้อมูลของสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะทำให้มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นปีละกว่าหนึ่งหมื่นราย และผู้ป่วยสะสมจะเพิ่มขึ้นมากกว่าแสนรายในเวลา 10 ปีหลังจากขยายสิทธิประโยชน์ [3] ซึ่งจะทำให้รัฐบาลมีภาระงบประมาณหลายหมื่นล้านบาทเพื่อให้บริการทดแทนไตต่อปี ซึ่งจากข้อมูลที่มาจากสมมุติฐานต่างๆกันของการศึกษาเช่นในตารางที่ 1 เป็นข้อมูล que ผู้ศึกษาเตรียมให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี [7]

ปัจจุบันการขยายบริการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการมาแล้ว 5 ปีแล้วมีการประเมินผลการดำเนินการในปีแรกและระยะต่อๆมาในหลายหัวข้อมีการดำเนินการแล้ว เช่น วิชัช เกษมทรัพย์ และคณะ ได้รายงานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงค่าใช้จ่ายในการให้บริการพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเทียบได้กับที่มีรายงานจากนานาชาติ (ประมาณ 0.7 จากคะแนนเต็ม 1) [11] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ติดตาม [12, 13] นอกจากนี้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ทำการวิเคราะห์ค่า

ผลลัพธ์ของการให้บริการอยู่เป็นระยะ ได้นำเสนอข้อมูลอัตรารอดชีวิต (survival rate) ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตทั้งล้างช่องท้องและฟอกเลือดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่ามีค่าใกล้เคียงหรือดีกว่าค่าที่ได้จากการรายงานในวารสารวิชาการระดับสากล

ตารางที่ 1 การประมาณการงบประมาณที่ต้องใช้ในการขยายบริการทดแทนไตภายในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [7]

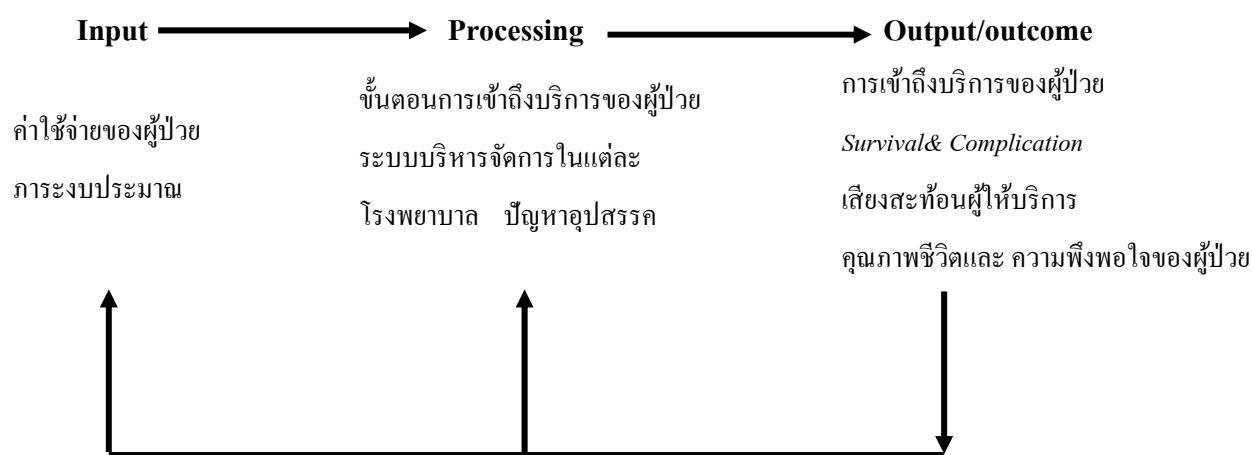
พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย ล้างช่องท้อง สะสมจาก รายใหม่ (ราย)	จำนวนผู้ป่วย ฟอกเลือด สะสมจาก รายใหม่ (ราย)	จำนวน ผู้ป่วย ปลูกถ่าย ไต (ราย)	ค่าใช้จ่ายใน การล้างไต ผู้ป่วยสะสม จากรายใหม่ (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย ในการล้าง ไตผู้ป่วย รายเก่า (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย การปลูก ถ่ายไต (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่าย รวมค่า บริหาร จัดการ (ล้านบาท)
2551	2,465	1,314	200	580	190	100	957
2552	6,286	5,822	590	1,449	891	246	2,715
2553	10,398	8,786	1,060	2,425	814	374	4,028
2554	23,489	10,639	1,605	5,001	736	509	6,730
2555	33,720	13,748	2,220	7,660	659	658	9,509
2556	42,643	17,376	2,900	9,907	581	818	11,873
2557	50,480	21,288	3,640	12,129	504	989	14,221

นอกจากนี้พบว่าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program; HITAP) กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินความคุ้มค่าของการให้บริการล้างช่องท้องเทียบกับการให้บริการฟอกเลือดซ้ำอีกครั้งหลังจากเคยประเมินเปรียบเทียบกันก่อนการขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้บริการอย่างถ้วนหน้าภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และดำเนินการติดตามประเมินพร้อมทั้งรายงานว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการทดแทนไตน้อยกว่าที่ประมาณกันไว้มาก อย่างไรก็ตามพบที่ค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการ PD first policy ความเป็นจริงน้อยกว่าที่ประมาณ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2554 มีค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปทั้งสิ้น 3,203 ล้านบาท และเพิ่มเป็น 3,900 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ.2555 [15] ซึ่งจากค่าใช้จ่ายที่ต่างกันเป็นผลมาจากจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะเข้าถึงบริการต่างกันคือ จากที่คาดการณ์ไว้มากกว่า 35,000 รายในปี พ.ศ.2554 พบว่ามีผู้ป่วยสะสมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียง

ประมาณ 19,000 รายเท่านั้น ในขณะที่เมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ที่คาดว่าจะมีผู้ป่วยประมาณกว่า 48,000 รายกลับมีผู้ป่วยสะสมสูงสุดเพียงประมาณ 23,000 รายเท่านั้น [14]

1.2 กรอบแนวคิดการประเมิน

กรอบแนวคิดการประเมินผลการดำเนินการให้บริการทดแทนไตภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นี้ใช้กรอบการประเมินโครงการ Logic Model [16] ที่จะเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับวัตถุประสงค์ของ โครงการ ความคาดหวังและเสี่ยงสะท้อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ คือ ตัวแทนผู้รับบริการหรือ ผู้ป่วย และตัวแทนผู้ให้บริการ (providers) ทั้งนี้เพื่อต้องการประเมินสถานการณ์การให้บริการทดแทนไตในปัจจุบัน และพัฒนาให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากยิ่งขึ้น



ภาพที่ 1 Logic Model ของการให้บริการทดแทนไตภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3 วัตถุประสงค์ของโครงการประเมิน

1. เปรียบเทียบแบบแผนการเข้าถึงบริการทดแทนไตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม
2. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตทั้งการล้างช่องท้องและการฟอกเลือด
3. เปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการทดแทนไตของสถานพยาบาลรัฐ ปัญหาอุปสรรคของการให้บริการ และการรับบริการทดแทนไต รวมถึงแนวทางแก้ไขจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการปรับปรุงระบบบริการทดแทนไตระหว่างหลักประกันสุขภาพภาครัฐในประเทศไทย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

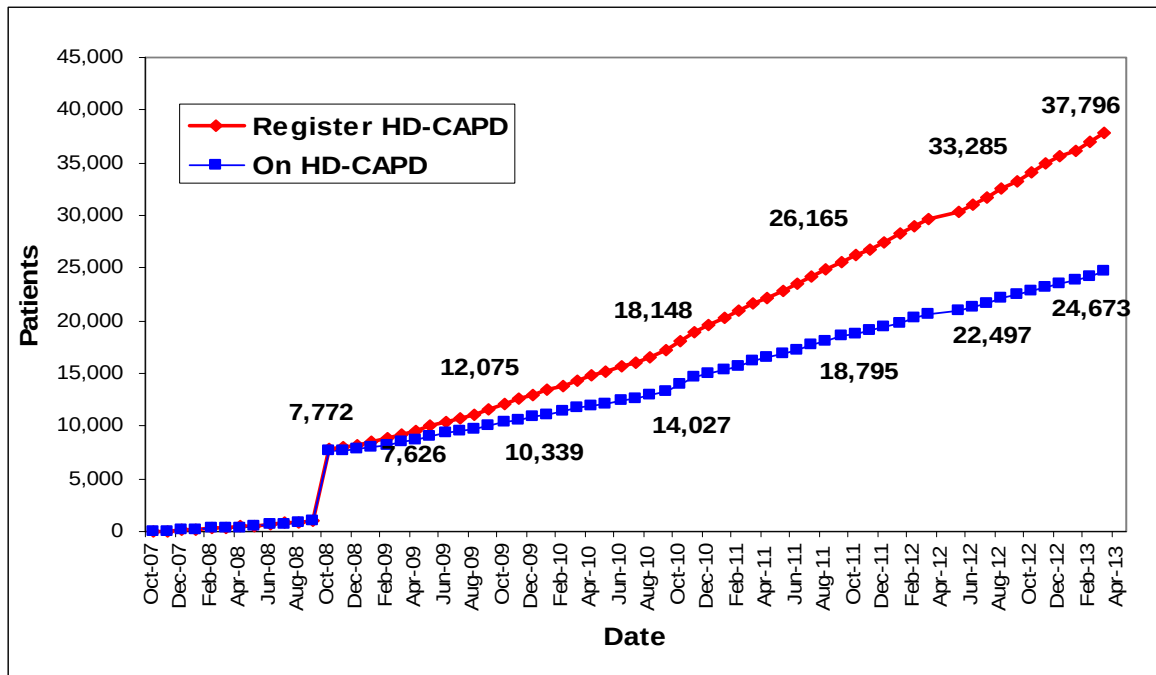
2.1 อุบัติการณ์และความชุกของของการเข้าถึงบริการทดแทนไตในประเทศไทย

เกรียง ตั้งสง่า และคณะ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีความชุกของคน que เข้าถึงบริการทดแทนไตคือ 303 ต่อล้านประชากร และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตไม่ว่าจะเป็นการทำ HD รวมกับบริการ CAPD อยู่ที่ 282 ต่อล้านประชากร (ประมาณ 17,000 ราย) และกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยล้างไตได้รับการ HD [9]

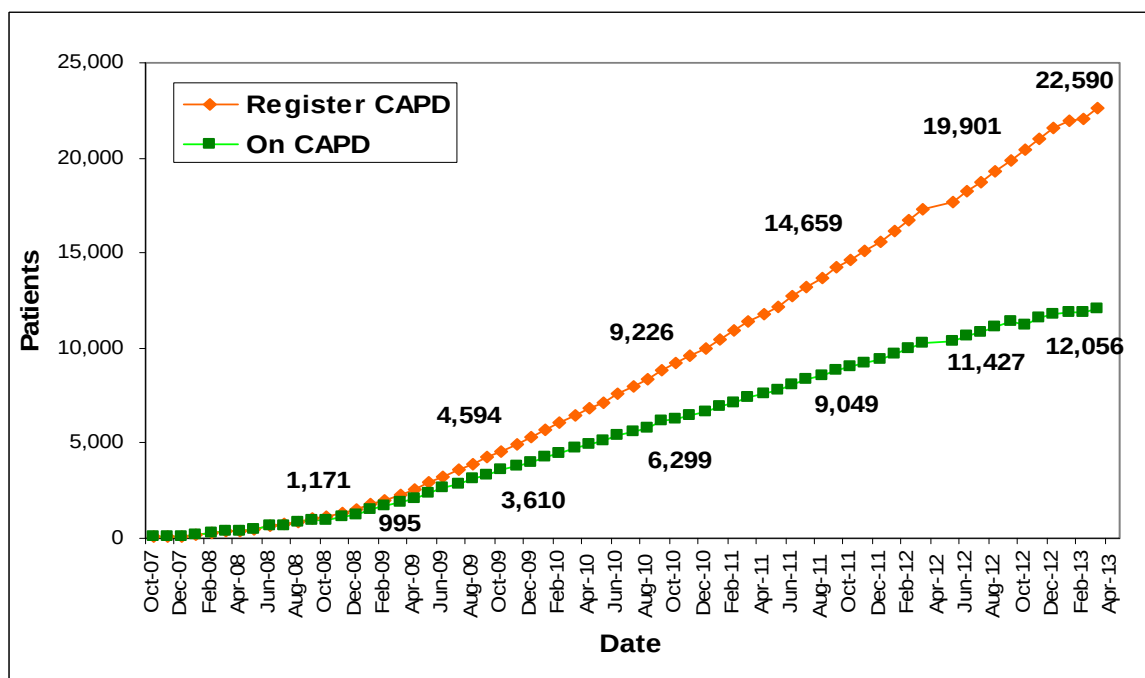
หลังจากเปิดเผยสิทธิประโยชน์ในการทดแทนไตภายใต้นโยบาย PD first policy รายงาน TRT 2010 ซึ่งเป็นข้อมูลการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ดำเนินการมายาวนานกว่า 20 ปี พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการทดแทนไตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ.2552 จากปีละ 68.34 ต่อล้านประชากรไปเป็นกว่าปีละ 181 ต่อล้านประชากร (หรือมีคนไข้ใหม่กว่าปีละ 11,500 ราย) ทำให้ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไตเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 419 ต่อล้านประชากรไปเป็นกว่า 639 ต่อล้านประชากร (หรือมากกว่า 40,000 ในปี พ.ศ. 2552) [13]

เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และคณะ ใช้ข้อมูลทะเบียน TRT ระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2552 พบว่าการเพิ่มขึ้นของความชุกของผู้ได้รับการทดแทนไตในอัตราร้อยละ 14.8 ต่อปีหลังมีการออกนโยบาย PD first policy และจำนวนผู้ใช้ CAPD เพิ่มขึ้นจาก 901 รายในปี พ.ศ.2550 ไปเป็น 3,785 รายในปี พ.ศ. 2552 [17]

ประทีป ชนกจิเจริญ และคณะ ได้รายงานผลการดำเนินการขยายบริการทดแทนไตภายใต้โครงการ PD first policy ว่าระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2554 มีผู้ป่วยเข้าถึงการบริการทั้งสิ้น 12,753 ราย แบ่งเป็นชาย 6,177 ราย หญิง 6,576 ราย [12] จนกระทั่งในเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพพบว่าผู้ป่วยบัตรทองได้ลงทะเบียนเพื่อรักษาทดแทนไตแล้วทั้งสิ้น 37,796 ราย แต่ยังมีชีวิตอยู่ 24,673 ราย เท่านั้น โดยในจำนวนนี้มีเพียง 12,056 รายที่ได้รับการ CAPD ดังภาพที่ 2 และ 3 [14] และถ้ามองว่ามีการรับผู้ป่วย HD รายเก่าที่ทำ HD มาก่อนปี พ.ศ.2550 เข้ามาประมาณ 6,000 รายในปี พ.ศ.2551 แล้ว จะมีผู้ป่วย HD รายใหม่เพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2556 อยู่ประมาณ 6,000 รายเช่นกัน



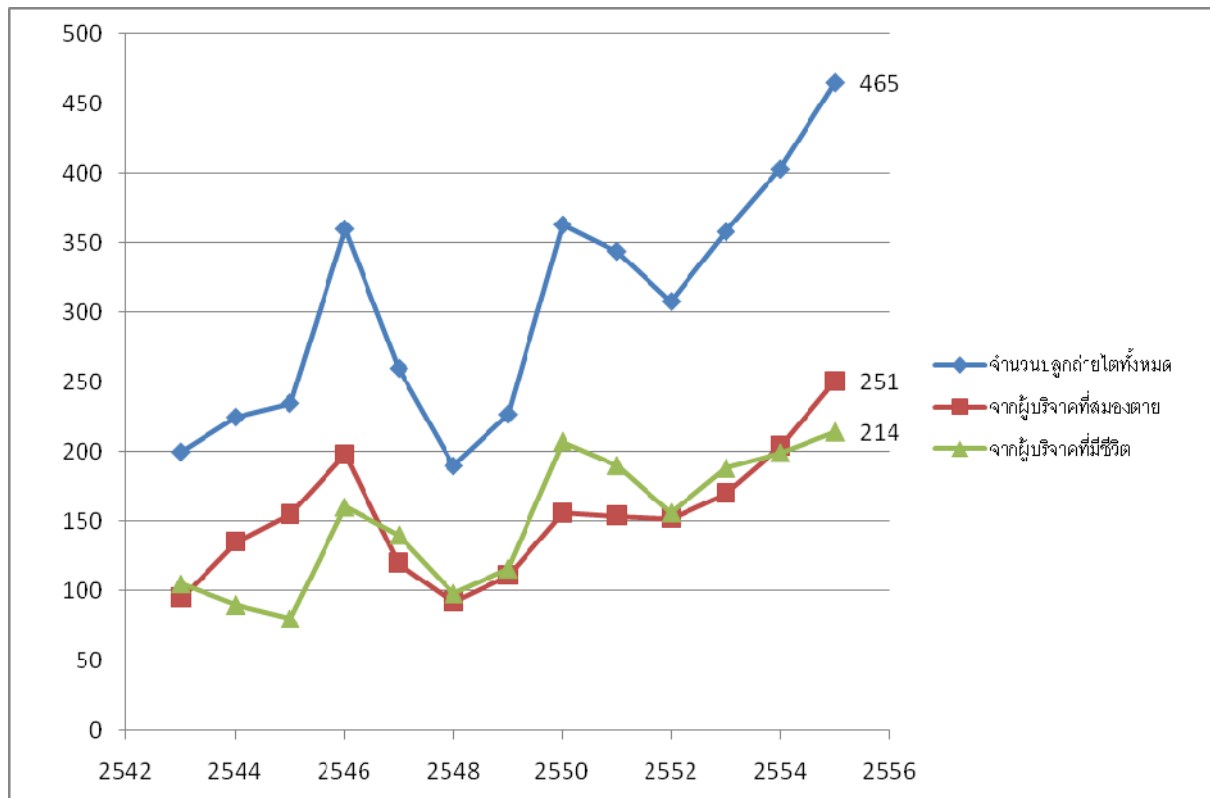
ภาพที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทดแทนไตกับ สปสช. ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2550 – เมษายน พ.ศ. 2556



ภาพที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการล้างช่องท้องกับ สปสช. ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2550 – เมษายน พ.ศ. 2556

จากข้อมูลของภาพที่ 4 การปลูกถ่ายไตใหม่ของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะพบว่า การปลูกถ่ายไตมีจำนวนไม่เกินไปละ 400 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2543 – 2550 โดยในปีที่มีโครงการพิเศษจะมีผู้ได้รับการปลูกถ่ายไตมากเป็นพิเศษประมาณ 300 กว่ารายในปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550 นอกนั้นจะมีการปลูกถ่ายไตใหม่เพียงปีละ 200 กว่ารายจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2551 ที่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวมสิทธิประโยชน์บริการทดแทนไต

เข้าไว้และการปลูกถ่ายไตถือเป็นการให้บริการทดแทนไตหลักที่ควรได้รับการส่งเสริมจึงมีการออกระเบียบการเบิกจ่ายเงินที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้มีประสบการณ์เรื่องการปลูกถ่ายไต การปลูกถ่ายไตจึงเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับเพิ่มจากปีละ 300 รายในปี พ.ศ.2552 เป็น 465 ราย [18] ในปีพ.ศ. 2555 ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตตั้งแต่ปี พ.ศ.2543-2555 [18]

2.2 อัตราการรอดชีวิตอัตราการติดเชื้อ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากรายงานการดำเนินงานของนโยบาย PD first policy ใน 3 ปีแรกพบว่าพบว่ามีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ปีที่ 1, 2, และ 3 อยู่ที่ 79%, 66% และ 57% ตามลำดับ และยังพบว่าอัตราการติดเชื้อในช่องท้องดีขึ้นจากติดเชื้อ 1 ครั้งทุก 25 ผู้ป่วย-เดือนไปเป็น 1 ครั้งต่อ 29 ผู้ป่วย-เดือน และการติดเชื้อที่แผล exit site อยู่ที่ 1 ต่อ 40.7 เดือน [12] อย่างไรก็ตามมีคำถามเสมอว่าอัตราการรอดชีวิตนี้ดีพอแล้วหรือยัง ขณะที่รายงานอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการ CAPD ภายใต้ นโยบาย PD first policy ของผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึงกันยายน พ.ศ. 2555 ที่ยังคงรับบริการ CAPD อยู่หลังเริ่มรับบริการไป 3 เดือนแล้วจำนวน 15,211 ราย พบอัตราการรอดชีวิตที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 ปี อยู่ที่ 82.1, 66.3, 53.1, 43.7 และ 38.6 ตามลำดับ [14]

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่ได้รับบริการ CAPD ในปีแรกของนโยบาย PD first policy ด้วยแบบสอบถาม EQ-5D ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานสากลที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์เป็นที่น่าสนใจดีกว่าเมื่อเทียบกับที่มีรายงานแบบ meta –analysis จากวารสารวิชาการระดับนานาชาติ ซึ่งทำให้เป็นที่น่าสนใจในการติดตามว่าเมื่อเวลาเปลี่ยนไปแล้วคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบริการล้างช่องท้องภายใต้้นโยบายนี้จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่

2.3 ประสิทธิภาพการรักษาการให้บริการล้างช่องท้องและฟอกเลือดในต่างประเทศ

ที่ฮ่องกงเป็นประเทศที่มีนโยบาย PD first policy มาก่อนประเทศไทยกว่า 10 ปี ซึ่งผลได้ของการให้ CAPD เป็นทางเลือกแรกในการรักษาพบว่าประสบความสำเร็จด้วยดี และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยก็สูงกว่าที่มีรายงานในประเทศตะวันตก ซึ่งมีการวิเคราะห์ว่านโยบายเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้ PD first policy ดำเนินไปได้ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยจะขาดแรงจูงใจในการให้บริการและมีข้อคิดเห็นว่าศูนย์ที่จะให้บริการ CAPD นั้นควรมีผู้ป่วยมากกว่า 20 รายเพื่อทำให้เกิดความพร้อมและความชำนาญในการให้บริการ [19]

จากการศึกษาหลายชิ้นพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตมีความเหมือนและแตกต่างกันดังนี้ [20 -23]

1. จากการศึกษาของประเทศที่พัฒนา ในผู้ป่วยในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวานพบว่าการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือดมีอัตราการรอดชีวิตเท่าเทียมกัน
2. สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานกลับพบว่าผลลัพธ์หลากหลายทั้งซึ่งมีหลายการศึกษาบ่งชี้ว่าการฟอกเลือดมีอัตราการรอดชีวิตดีกว่าแม้จะมีหลายการศึกษาไม่พบความแตกต่าง

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

การดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนคือ

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทดแทนไตใน 9 จังหวัด เพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้นเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1, 2, และ 3 และเตรียมการศึกษาในขั้นต่อไป
2. วิเคราะห์จากข้อมูล secondary data จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และฐานข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความสามารถในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1
3. สอบถามผู้ป่วยที่ได้รับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และ ฟอกเลือด (HD) 1,400 ราย เริ่มจากการพัฒนาแบบสอบถามหลังจากได้ข้อมูลเบื้องต้นในขั้นตอนที่ 1 แล้ว เพื่อที่จะได้เก็บข้อมูลตอบวัตถุประสงค์ที่ 2
4. สอบถามหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และ ฟอกเลือด (HD) 200 แห่ง โดยเริ่มจากการพัฒนาแบบสอบถามหลังจากได้ข้อมูลเบื้องต้นในขั้นตอนที่ 1 แล้ว เพื่อที่จะได้เก็บข้อมูลตอบวัตถุประสงค์ที่ 3
5. จัดประชุมระดมสมองเพื่อหาข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยการพัฒนาแบบสอบถามสั้นๆให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ตอบก่อนและหลังการประชุมเพื่อที่จะได้เป็นปัจจัยนำเข้าในการประชุมเพื่อระดมสมองเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 4 ต่อไป

3.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ทีมวิจัยได้เลือกพื้นที่ที่ลงไปเก็บข้อมูลแยกตามภาค 4 ภาคเหนือ ได้ กลาง และตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเก็บภาคละ 2 โรงพยาบาล มีเกณฑ์คือโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยที่ทำ CAPD มาก และโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยปานกลาง โดยในเขตกรุงเทพมหานครได้เลือกเพียง 1 โรงพยาบาลคือโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ในภาคกลางได้เลือกโรงพยาบาลสมุทรปราการและอ่างทอง ภาคเหนือได้เลือกโรงพยาบาลนครพิงค์และโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ภาคใต้เลือกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และ โรงพยาบาลปัตตานี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้เลือกโรงพยาบาลสกลนคร และ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

โดยในแต่ละแห่งจะไปสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องคือแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย โดยจำนวนแพทย์และพยาบาลที่ได้สัมภาษณ์ประมาณแห่งละ 4 ท่าน ส่วนจำนวนผู้ป่วยมีจำนวนดังแสดงในตารางที่ 2

3.2 วิเคราะห์ข้อมูล secondary data ของ สปสช. และ ฐานข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง

3.2.1 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์

เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการทดแทนไต (renal replacement therapy, RRT) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD) โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. หาสัดส่วนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับบริการทดแทนไตโดยการฟอกเลือด (hemodialysis, HD) และล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis, PD)
2. ประเมินการอัตราการรอดชีพ (survival rate) ในช่วงระยะเวลาต่างๆ ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับและไม่ได้รับบริการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้อง

3.2.2 ที่มาข้อมูล

- a. การนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปีงบประมาณ พ.ศ.2548-2555 โดยมีรหัส ICD-10 คือ N180 สำหรับการวินิจฉัยหลัก (principal diagnosis, PDX) หรือการวินิจฉัยรอง (secondary diagnosis, SDX)
- b. การได้รับบริการทดแทนไตโดยการฟอกเลือด (HD) และล้างไตทางช่องท้อง (PD) ของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนตั้งแต่ 18 สิงหาคมพ.ศ. 2551 – 1 ธันวาคมพ.ศ. 2555 (HD) และ 1 ตุลาคม พ.ศ.2550 – 30 กันยายน พ.ศ.2555 (PD)
- c. การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (all-cause mortality) ในฐานทะเบียนราษฎร์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2547 – 26 พฤษภาคม พ.ศ.2556
- d. ข้อมูลผู้ป่วยในและนอก ของผู้รับบริการในจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 – 2554
- e. ข้อมูลการตรวจร่างกายโรคเรื้อรังของจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 – 2554
- f. ข้อมูลการเสียชีวิตของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี
- g. ฐานข้อมูลการได้รับบริการบริการทดแทนไตของจังหวัดอุบลราชธานี

3.2.3 การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อ a – c.

3.2.3.1. เชื่อมฐานข้อมูลการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ESRD (ปีงบประมาณ พ.ศ.2548-2555) กับ ฐานข้อมูลบริการ HD (18 สิงหาคมพ.ศ. 2551 - 1 ธันวาคม พ.ศ.2555) และ PD (ปีงบประมาณพ.ศ. 2551-2555) โดยใช้รหัสประจำตัวบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการปิดบังด้วยการเข้ารหัส (encrypted PID)

ในระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2548-2555 (8 ปี) มีผู้ป่วยที่เข้านอนโรงพยาบาลครั้งแรกด้วย ESRD รวมทั้งสิ้นจำนวน 104,425 คน และตั้งแต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิประโยชน์บริการ

ทดแทนไตในปีงบประมาณ พ.ศ.2551 จนถึง พ.ศ.2555 (5 ปี) มีผู้ได้รับการ HD หรือ PD ในฐานข้อมูลบริการทดแทนไต รวมทั้งสิ้น 33,299 คน

ตารางที่ 2 และ 3 แสดงผู้ป่วยที่ปรากฏในฐานข้อมูล ESRD และ HD-PD เมื่อจำแนกตามปีงบประมาณของวันแรกที่เข้านอนโรงพยาบาลด้วย ESRD และตามปีงบประมาณของวันที่ขึ้นทะเบียนบริการทดแทนไต (HD-PD) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูล ESRD ตามปีที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD และผลการเชื่อมกับข้อมูล HD-PD

ปี ESRD	มีข้อมูลเฉพาะ ESRD	มีข้อมูลทั้ง ESRD และ HD-PD		รวม
		HD	PD	
2548	5,800	460	82	6,342
2549	6,701	572	129	7,402
2550	8,224	927	266	9,417
2551	10,038	1,540	988	12,566
2552	10,726	1,479	2,999	15,204
2553	11,889	1,651	4,080	17,620
2554	13,446	2,001	4,644	20,091
2555	10,975	1,328	3,336	15,639
ไม่ระบุ	132	12	0	144
รวม	77,931	9,970	16,524	104,425

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยในฐานข้อมูลบริการทดแทนไต (RRT) ตามปีที่ขึ้นทะเบียน และผลการเชื่อมกับข้อมูล ESRD

ปี RRT	มีข้อมูลเฉพาะ	มีข้อมูลทั้ง HD-PD และ ESRD		รวม
	HD หรือ PD	HD	PD	
2551	44	3	986	1,033
2552	1,895	5,301	2,896	10,092
2553	491	740	4,174	5,405
2554	1,282	2,510	4,590	8,382
2555	3,089	1,416	3,844	8,349
ไม่ระบุ	4	0	34	38
รวม	6,805	9,970	16,524	33,299

ผลการเชื่อมฐานข้อมูลระหว่าง ESRD และ HD-PD ได้ผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 111,230 คน

ตารางที่ 4 แสดงผู้ป่วยในข้อมูล 3 กลุ่มที่เป็นผลจากการเชื่อมข้อมูล โดยจำแนกตามประเภทการวินิจฉัย (หลักหรือรอง) ของ ESRD สำหรับการนอนโรงพยาบาลครั้งแรกและครั้งต่อไป (ถ้ามี) สำหรับผู้ป่วยที่ปรากฏเฉพาะในฐานข้อมูลบริการทดแทนไตเพียงอย่างเดียว เป็นผู้ป่วยที่ได้รับ HD 3,904 คน และได้รับ PD 2,901 คน

3.2.2.2 เชื่อมกับฐานข้อมูลการเสียชีวิตตามทะเบียนราษฎร์ ด้วย encrypted PID เพื่อทราบวันที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ กำหนดให้วันปิดข้อมูล (censor date) คือ วันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ.2556 ซึ่งเป็นวันสุดท้ายที่มีรายงานการเสียชีวิตในฐานข้อมูล

3.2.3.3 เตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ (analytic dataset) โดยพิจารณาคัดผู้ป่วยออกตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- ก. ได้รับ HD-PD แต่ไม่มีข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD (จำนวน 6,805 คน)
- ข. ไม่ได้รับ HD-PD แต่มีข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกก่อน 1 ตุลาคม พ.ศ.2550 (20,869 คน)
- ค. ได้รับ PD และมีข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกก่อน 1 ตุลาคม พ.ศ.2550 (477 คน)
- ง. ได้รับ HD และมีข้อมูลการนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกก่อน 18 สิงหาคม พ.ศ.2551 (3,208 คน)

- จ. ได้รับ HD มาก่อน (2,147 คน)
- ฉ. เสียชีวิตในโรงพยาบาล (13,492 คน)
- ซ. เสียชีวิตใน 30 วันหลังเข้านอนโรงพยาบาล (19,131 คน)

เหลือจำนวนตัวอย่างผู้ป่วย ESRD เพื่อใช้ในการประเมินการเข้าถึงบริการทดแทนไต รวมทั้งสิ้น 45,101 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ของจำนวนผู้ป่วยจากข้อมูลเริ่มต้นทั้งหมด (ตารางที่ 5) จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับ HD และ PD คิดเป็นร้อยละ 28 และ 64 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ปรากฏในฐานข้อมูลบริการทดแทนไต ตามลำดับ และผู้ป่วย ESRD ที่ไม่ปรากฏในฐานข้อมูลบริการทดแทนไตคิดเป็นร้อยละ 37 ของผู้ป่วยในฐานข้อมูลผู้ป่วยใน (ESRD)

เมื่อพิจารณาประเภทการวินิจฉัยหลัก (PDX) หรือการวินิจฉัยรอง (SDX) พบว่า ร้อยละ 37 เป็นผู้ป่วยที่ ESRD ได้จากการวินิจฉัยหลักเท่านั้น อีกร้อยละ 34 เป็นผู้ป่วยที่ ESRD ได้จากการวินิจฉัยรองเท่านั้น ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ในการนอนโรงพยาบาลมีรหัส ICD-10 สำหรับ ESRD จากทั้งการวินิจฉัยหลักและการวินิจฉัยรอง

เหลือจำนวนตัวอย่างผู้ป่วย ESRD เพื่อใช้ในการประเมินการเข้าถึงบริการทดแทนไต รวมทั้งสิ้น 45,101 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ของจำนวนผู้ป่วยจากข้อมูลเริ่มต้นทั้งหมด (ตารางที่ 5) จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับ HD และ PD คิดเป็นร้อยละ 28 และ 64 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ปรากฏในฐานข้อมูลบริการทดแทนไต ตามลำดับ และผู้ป่วย ESRD ที่ไม่ปรากฏในฐานข้อมูลบริการทดแทนไตคิดเป็นร้อยละ 37 ของผู้ป่วยในฐานข้อมูลผู้ป่วยใน (ESRD)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยจากผลการเชื่อมฐานข้อมูล ESRD และ HD-PD จำแนกตามประเภทของการวินิจฉัย ESRD ในการนอน โรงพยาบาลแต่ละครั้ง –ข้อมูลเริ่มต้น

	รวม	การวินิจฉัย ESRD ได้จาก			
		PDX เท่านั้น	ครั้งแรก PDX ต่อไปมี SDX ด้วย	SDX เท่านั้น	ครั้งแรก SDX ต่อไปมี PDX ด้วย
1. มีข้อมูลทั้ง ESRD และ HD-PD					
HD	9,970	2,142	3,333	2,458	2,037
PD	16,524	4,718	6,866	1,847	3,093
2. มีข้อมูลเฉพาะ ESRD	77,931	30,280	9,385	30,384	7,882
3. มีข้อมูลเฉพาะ HD หรือ PD					
HD	3,904				
PD	2,901				
รวม	111,230	37,140	19,584	34,689	13,012

ตารางที่ 5 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ – ข้อมูลในการวิเคราะห์

		(ร้อยละ) ส่วนแบ่งการวินิจฉัย ESRD ได้จาก			
		PDX เท่านั้น	ครั้งแรก PDX ต่อไปมี SDX ด้วย	SDX เท่านั้น	ครั้งแรก SDX ต่อไปมี PDX ด้วย
1. มีข้อมูลทั้ง ESRD และ HD-PD					
HD	3,897 (28.1%)	33.0%	29.7%	21.0%	16.3%
PD	12,418 (63.9%)	33.5%	38.3%	10.9%	17.3%
2. มีข้อมูลเฉพาะ ESRD	28,786 (36.9%)	38.9%	7.6%	46.4%	7.1%
รวม	45,101 (40.5%)	36.9%	18.0%	34.4%	10.7%

ก. เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในฐานข้อมูลผู้ได้รับและไม่ได้รับการทดแทนไตแต่ละชนิด (ตารางที่ 5)
เมื่อพิจารณาประเภทการวินิจฉัยหลัก (PDX) หรือการวินิจฉัยรอง (SDX) พบว่า ร้อยละ 37 เป็นผู้ป่วยที่ ESRD ได้จากการวินิจฉัยหลักเท่านั้น อีกร้อยละ 34 เป็นผู้ป่วยที่ ESRD ได้จากการวินิจฉัยรองเท่านั้น ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ในการนอนโรงพยาบาลมีรหัส ICD-10 สำหรับ ESRD จากทั้งการวินิจฉัยหลักและการวินิจฉัยรอง

3.2.3 การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อ d-e

ข้อมูลผู้ป่วยในและนอกของผู้รับบริการในจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 – 2554 ซึ่งได้รับการตรวจหาค่า serum creatinine อย่างน้อย 2 ครั้งมาผนวกกับฐาน ข้อมูลการตรวจร่างกายโรคเรื้อรังของจังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 – 2554 ที่ได้รับการตรวจค่า serum creatinine อย่างน้อย 2 ครั้ง พบ case diagnosis ว่าเป็น CKD อยู่ 64,137 ราย ได้รับการ follow up ในคลินิกอายุรกรรม 56,069 ราย (เป็นเบาหวาน 23,457 ราย) จากนั้นก็ไปตรวจสอบกับข้อมูลการเสียชีวิตของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีเพื่อแยกผู้ยังมีชีวิตอยู่แล้วพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตไป 11,709 ราย ไปตรวจสอบกับฐานข้อมูลการได้รับการบริการทดแทนไตของจังหวัดอุบลราชธานี แล้วนำไปตรวจสอบดูว่าเมื่อ $GFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ หรือ $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ แล้วผู้ป่วยได้รับการทดแทนไตหรือไม่

- 3.3 สอบถามผู้ป่วยที่ได้รับบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และ ฟอกเลือด (HD) โดยแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาหลังจากลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ให้บริการในข้อที่ 1 แล้ว (ภาคผนวก 1) ทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจากฐานข้อมูลผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้มาขึ้นทะเบียนรับบริการทดแทนไตจำนวน 19,427 ราย คัดเอาเฉพาะผู้ที่มีเบอร์โทรศัพท์เหลือ 14,937 รายทำการสุ่มแบบ systematic random sampling มาจำนวน 2,936 ราย และได้ขอข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบริการ HD จากหน่วยบริการ 4 แห่งที่ไปสัมภาษณ์จำนวนรวม 195 ราย โดยใช้วิธีโทรสัมภาษณ์ผู้ป่วยตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2556
- 3.4 นำรายชื่อและที่อยู่ของหน่วยฟอกเลือดทุกแห่งที่มีที่อยู่ในทะเบียนของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยจำนวน 545 ศูนย์ มาสุ่มตัวอย่างแบบ systematic random sampling ศูนย์บริการได้ 219 ตัวอย่าง รวมกับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งอีก 98 แห่ง จากนั้นก็ส่งทั้งแบบสอบถามหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และ ฟอกเลือด (HD) รวมเป็นส่งแบบสอบถามไป 317 ชุด ได้รับตอบกลับมา 297 ชุดเป็น HD 189 ชุด ส่วน PD 107 ชุด
- 3.5 ส่งแบบสอบถามเพื่อการพัฒนากระบวนการทดแทนไตให้กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 ท่านที่จะมาร่วมประชุมให้ตอบก่อนการประชุม และ นำความเห็นที่ได้มานำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อนำการระดมสมอง (ภาคผนวก 1)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคลากร

การดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทดแทนไตใน 9 จังหวัด ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคมพ.ศ. 2556

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการสัมภาษณ์แยกตามสิทธิและวิธีการรักษาใน 9 โรงพยาบาล

	สิทธิบัตรทอง			สิทธิข้าราชการ			สิทธิประกันสังคม			รวม
	CAPD	HD	KT	CAPD	HD	KT	CAPD	HD	KT	
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	6	-	-	-	3	-	1	2	-	12
โรงพยาบาลสมุทรปราการ	3	4	-	1	1	-	-	3	-	12
โรงพยาบาลอ่างทอง	3	2	1	2	2	-	-	-	-	10
โรงพยาบาลนครพิงค์	5	2	-	2	2	-	-	1	-	12
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	4	2	-	1	2	-	-	3	-	12
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	5	3	-	-	2	1	-	1	-	12
โรงพยาบาลสกลนคร	3	4	-	-	1	-	-	2	-	10
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	3	4	1	1	2	-	-	-	-	11
โรงพยาบาลปัตตานี	3	1	-	-	3	-	-	1	-	8
รวม	35	22	2	7	18	1	1	13	0	99

4.1 สรุปผลการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและสัมภาษณ์บุคลากร โรงพยาบาล

4.1.1 การรักษาหลังจากหมอวินิจฉัยว่าเป็นโรคไต

อาการเมื่อตรวจพบว่าเป็นโรคไต—ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไต มีอาการเบื้องต้นเหมือนกัน เช่น ตัวบวม คลื่นไส้ อาเจียน กินอาหารไม่ได้ อ่อนเพลีย แต่ในอาการที่รุนแรงจะถึงขั้นหมดสติ ไม่รู้ตัว เป็นตัน มีบางคนเท่านั้นที่ไม่รู้ตัวมาก่อน

- หากพบว่าผู้ป่วยยังไม่มีอาการรุนแรง—จะขึ้นอยู่กับอาการป่วยและการวินิจฉัยของหมอ ซึ่งผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการยังไม่รุนแรง ก็ได้รับการรักษาด้วยการกินยาไประยะหนึ่งก่อน แต่ในระหว่างนี้ผู้ป่วยจะมาพบหมอตามนัด เพื่อติดตามอาการ และ

ในบางรายหมอแนะนำให้ทำเส้นรอก (กรณีต้องการฟอกเลือด) หรือจ้องคว่ำตัดขวางสายหน้าท้อง (กรณีล้างช่องท้อง) และได้รับการรักษาเมื่อถึงคิว

- หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง—จะได้รับการรักษาทันทีด้วยการเจาะบริเวณลำคอ เพื่อฟอกเลือดทันที หลังจากนั้นจะพิจารณาตามสิทธิในการรักษา และเสนอทางเลือกให้ผู้ป่วย ซึ่งผลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการและประกันสังคม มักเลือกวิธีการฟอกเลือด เพราะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการฟอกได้ทั้งเต็มจำนวนและจ่ายเพิ่มบางส่วน ในกรณีสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม ส่วนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ 30 บาท มักเลือกวิธีล้างช่องท้องซึ่งเป็นทางเลือกแรกของสิทธิ นอกจากบางคนที่มีฐานะดีจะยอมจ่ายเงินเองเพื่อรับการฟอกเลือดเพราะเห็นว่าสะดวกกว่าจะได้ทำงานหนักยกของได้
- ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดนั้นหลายรายต้องไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นก่อนที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่กำลังได้รับการอยู่ เพราะคิวในการฟอกเลือดจะไม่ได้ทันที ผู้ป่วยหลายรายเข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลรัฐอื่นมาก่อน บางคนต้องรอคิวโรงพยาบาลรัฐที่ต้องการ ไม่ว่าจะเป็นในตัวจังหวัดเดียวกันหรือไกลบ้านอยู่หลายเดือน
- ส่วนการล้างช่องท้องจะมารับบริการที่โรงพยาบาลที่รักษาอยู่ตามสิทธิการรักษาเพราะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ส่วนใหญ่ไม่ต้องไปร้องขอจากสถานบริการอื่น บางรายเป็นมาก่อนที่ชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะให้บริการทดแทนได้ บอกว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
- ผู้ป่วยบางรายต้องทำเส้นเลือดเพื่อเตรียมฟอกเลือดจากโรงพยาบาลอื่น—ผู้ป่วยจะไปทำเส้นที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อนและมาฟอกเลือดที่นี่ต่อเนื่องตามสิทธิ
- มีการเยี่ยมติดตามระยะแรกของการรักษา—ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ล้างหน้าท้องพบว่า มีการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยหลังจากผ่าตัดล้างหน้าท้องในระยะแรก โดยเจ้าหน้าที่ หรือ บางครั้งเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้เยี่ยมประมาณ 1-2 ครั้ง หลังได้รับการรักษาเพื่อดูสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โดยเฉพาะความสะอาดของห้องที่ใช้ล้างไต ถ่ายรูปและสอบถามสุขภาพโดยรวมเป็นต้น

4.1.2 ความพยายามในการเข้าถึงบริการรักษาโรคไตและสุขภาพหลังการรักษา

- ความยุ่งยากจากสิทธิการรักษาพยาบาล—ผลการสัมภาษณ์พบว่า การรักษาด้วยสิทธิประกันสังคมนั้นมีความยุ่งยากในเรื่องของการขออนุมัติสิทธิการรักษาจากประกันสังคม ซึ่งต้องใช้เวลายาวนานน้อย 2-3 เดือนระหว่างนี้ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายและนำไปเบิกย้อนหลัง ซึ่งผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่าขั้นตอนนี้ทำให้เกิดความยุ่งยากในการรับบริการ และหากลำบากหากต้องสำรองจ่ายเป็น

เงินจำนวนมาก ทั้งนี้รวมทั้งสิทธิข้าราชการซึ่งก่อนหน้านี้ไม่สามารถเบิกตรงได้ (ซึ่งจากข้อมูลการของทางสำนักงานประกันสังคมพบว่าการปรับรูปแบบการอนุมัติให้รวดเร็วขึ้นแล้วในปี พ.ศ. 2556)

- สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้องไม่ต้องใช้ความพยายามในการเข้าถึงบริการ—ผลการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่าไม่ต้องใช้ความพยายามในการเข้าถึงบริการรักษาเมื่อทราบว่าป่วยเป็นโรคไต ทั้งนี้ขั้นตอนการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลก็ไม่ยุ่งยาก เป็นไปตามขั้นตอนที่โรงพยาบาลกำหนดเหมือนผู้ป่วยอื่นๆ นอกจากนี้ผลการสัมภาษณ์ยังพบว่า การรักษานั้นขึ้นอยู่กับอาการป่วยและการวินิจฉัยของหมอ หากไม่มีอาการรุนแรงก็จะได้รับการรักษาด้วยการกินยา หากอาการรุนแรงก็จะได้รับการรักษาทันที (ตามรายละเอียดข้างต้น)
- สุขภาพดีขึ้น—ผลการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นหลังการรักษาทิ้งฟอกเลือดและล้างหน้าท้อง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหนักก่อนได้รับการรักษานั้น สามารถทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติหลังได้รับการรักษา แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายได้แสดงความคิดเห็นว่าถึงแม้ว่าสุขภาพจะดีขึ้นหลังการรักษาแต่ก็มีอาการอ่อนเพลียบ้าง ทำงานหนักไม่ค่อยได้ ยกของหนักไม่ได้ เป็นต้น
- สุขภาพเหมือนเดิม—สำหรับผู้ป่วยบางรายที่เป็นไตวายเฉียบพลัน โดยไม่มีอาการอะไรมากนักก่อนได้รับการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสามารถทำงานและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ทำให้หลังการรักษาก็สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม หรือกรณีที่ผู้ป่วยอายุมากและมีโรคอื่นอยู่ด้วย ซึ่งการรักษาโรคไตทำให้เขามีสุขภาพเหมือนเดิมในแง่ที่ทำอะไรไม่ค่อยได้เหมือนเดิม
- บางช่วงดีขึ้น บางช่วงแย่ลง—ผลการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยบางรายแสดงความคิดเห็นว่าบางช่วงสุขภาพก็ดีขึ้น บางช่วงก็แย่ลง ไม่แน่นอน
- ผู้ป่วยทั้งหมดแสดงความคิดเห็นว่า ได้รับความรู้เรื่องโรคไตจากหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ที่มารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เรื่องอาหารการกิน การงด หรือลดอาหารที่มีผลต่อโรคไต เช่น งดกินอาหารรสจัด สดเค็ม การออกกำลังกาย เป็นต้น รวมทั้งหาความรู้เองจากอินเทอร์เน็ต
- โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่า บริการดี ดูแลเอาใจใส่ ให้การรักษาอย่างเต็มที่ เป็นกันเอง หากกรณีฉุกเฉินมาได้ทันที เป็นต้น แต่สำหรับ CAPD มีผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีอายุมากมีความกังวลเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นลูกสาวที่ต้องออกจากโรงเรียนเพื่อที่จะมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลาทำให้ไม่สามารถหางานทำได้ ต้องได้รับค่าใช้จ่ายจากพี่ๆ รู้สึกว่าทำให้ชีวิตลูกตกต่ำ (ร้องไห้) แต่ลูกสาวก็ยินดีทำไม่ได้ว่าอะไร
- ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดทั้งหมดคิดว่าบริการฟอกเลือดเป็นบริการที่ดี สะดวกและทำให้สามารถมีชีวิตได้ดี ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งไม่ยอมทำการล้างช่องท้องแต่ขอทำการฟอกเลือดแทน

พบว่าค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่าเดือนละสองหมื่นบาท แต่ก่อนที่จะมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาลปัตตานีต้องไปฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเอกชนในสงขลา ยะลา และโรงพยาบาลค่ายทหารของที่ปัตตานีอยู่ประมาณหนึ่งปีถึงเสียค่าใช้จ่ายกว่าเดือนละสี่หมื่นบาท ก่อนที่จะได้เข้ามาฟอกเลือดที่โรงพยาบาลปัตตานีแต่ผู้ป่วยเป็นผู้มีฐานะดีทำค้าขายวัสดุก่อสร้างจึงยังพอที่จะรับค่าใช้จ่ายได้ โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่างานที่ทำหลายครั้งต้องไปชนของไปส่งเองไม่สะดวกในการทำการล้างช่องท้อง และที่ฟอกเลือดมายังไม่มีปัญหาอะไร

- มีผู้ป่วยที่เคยทำ CAPD แล้วติดเชื้อมา 2 ครั้ง แต่ทางคณะกรรมการไต่จังหวัดไม่ยอมให้ shift mode แต่ผู้ป่วยอายุประมาณ 60 กว่าแล้วมีความกลัวในการติดเชื้อซ้ำทำให้ไม่ยอมทำ CAPD แล้ว จึงตัดสินใจเสียเงินเองไปทำ HD ซึ่งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทางบ้านมากพอสมควร จึงอยากเรียกร้องให้ทางราชการช่วยเหลือบ้าง
- เว้นแต่ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีผู้ป่วยกว่า 2 ใน 3 ที่รู้จักว่ามีผู้มีภาวะไตวายแต่เข้าไม่ถึงบริการ นอกนั้น มีผู้ป่วยเพียงหนึ่งในสิบที่รู้จักผู้ที่มีการไตวายและไม่ได้รับการรักษา ซึ่งมีเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น เคยรู้จักผู้ป่วยโรคไตและไม่ได้รับการรักษา ด้วยเหตุผลว่าลูกหลานของผู้ป่วยผู้นั้นไม่พามารักษาบอกว่าเป็นภาระ อีกหนึ่งรายยังไม่ถึงระยะที่ต้องได้รับการรักษา และอีกหนึ่งรายไม่ทราบเหตุผลในการไม่มารักษา

4.1.3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและการเข้าไม่ถึงบริการ

- สิทธิข้าราชการ—ผลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการในการรักษาโรคไตนั้น สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิ์ทั้งหมด แต่ผู้ป่วย 1 ราย แสดงความเห็นวก่อนที่จะสามารถเบิกตรงได้นั้นต้องสำรองจ่ายไปก่อน ซึ่งการสำรองจ่ายนั้นเป็นเงินจำนวนมาก ทำให้ครอบครัวได้รับผลกระทบมากระชั้นหนึ่งเหมือนกัน
- สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาท)—ผลการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยตามสิทธินี้ที่เลือกวิธีล้างหน้าท้องจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาใดๆ
- สิทธิประกันสังคม—ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมและเสียค่าใช้จ่ายในการทำเส้นได้ 20,000 บาท ภายใน 2 ปี หากมีค่าใช้จ่ายเกินกว่านี้ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ซึ่งผลการสัมภาษณ์พบว่า มีผู้ป่วยที่ผ่านการทำเส้นหลายครั้งและเสียค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง และในการฟอกเลือดแต่ละครั้งประกันสังคมจ่ายให้ 1,500 บาท ตามสิทธิและพบว่าผู้ป่วยหลายรายต้องจ่ายส่วนเกินเพิ่มครั้งละ 500 บาท

- ผู้ป่วยที่เลือกวิธีการฟอกเลือดจะต้องเดินทางมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาลอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง หรือเดือนละ 8-12 ครั้ง จะเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทาง รถแท็กซี่ หรือรถส่วนตัว (ทั้งมอเตอร์ไซด์หรือรถยนต์) และค่าอาหาร โดยเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการล้างไตของผู้ป่วยต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน (ฟอกเลือด)
- ผู้ป่วยที่ล้างหน้าท้องต้องเดินทางมาพบหมอเฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง จะเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทาง รถแท็กซี่ หรือรถส่วนตัว (ทั้งมอเตอร์ไซด์หรือรถยนต์) และค่าอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างหน้าท้องค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละต่ำกว่า 1 พันบาท เว้นแต่ผู้ป่วยบางท่านมีสิทธิบัตรทองแต่ไม่ยอมทำ CAPD จึงต้องจ้างเงินเองซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 30,000 – 40,000 บาทต่อเดือน ค่าใช้จ่ายนี้ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยบางรายที่มีรายได้น้อย หรือมีภาระครอบครัวในเรื่องอื่นๆ

4.1.4 ผลการเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์บุคลากรในโรงพยาบาล

ผลจากการเก็บข้อมูลพบว่าทุกโรงพยาบาลมีการให้บริการทั้งการฟอกเลือด (HD) และการล้างช่องท้อง (CAPD) โดยเกือบทุกโรงพยาบาลผู้ป่วย CAPD มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วย HD มาก และ พบการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตใหม่น้อยมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการขยายบริการทดแทนไตของหน่วยงานของรัฐ

นอกจากนี้พบว่ามีเพียง 5 จาก 9 โรงพยาบาลเท่านั้นที่มีอายุรแพทย์โรคไต และมี 2 โรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสั้น 4 เดือน ซึ่งในโรงพยาบาลที่ไม่มีอายุรแพทย์จะใช้ระบบเวรสลับกันไปดูแลผู้ป่วยไตวาย จำนวนพยาบาลโรคไตพบว่ามีจำนวนระหว่าง 5 ถึง 13 ท่าน (ข้อมูลเพิ่มเติมดูจากภาคผนวก 2)

4.1.4.1 ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ในแต่ละสิทธิการรักษาต้องได้รับการวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคไต และต้องทำการรักษา จากนั้นแพทย์โรคไตจะส่งพบพยาบาลไตเทียมเพื่อจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกที่จะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวีธีการใดได้บ้าง บางโรงพยาบาลมีการจัดระบบอย่างที่ดีคือมีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคและหน่วยบริการที่ดูแลเช่น ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-3 จะดูแลในโรงพยาบาลชุมชน หรือคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไตเป็นครั้งคราวตามแนวทางปฏิบัติ ส่วนผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4-5 จะดูแลในโรงพยาบาลจังหวัด ที่ CKD คลินิก พบอายุรแพทย์โรคไต และทีมดูแล (พยาบาล, เกษัตริกร, นักโภชนาการ) ในบางโรงพยาบาลไม่มีอายุรแพทย์โรคไตจะมีอายุรแพทย์ทั่วไปเป็นคนดู

ตารางที่ 7 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยแยกตามรูปแบบการให้บริการของทั้ง 9 โรงพยาบาล

	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด (ข้อมูล ณ มค.56)	จำนวน ผู้ป่วย HD	จำนวน ผู้ป่วย CAPD	จำนวน ผู้ป่วย KT	เครื่อง HD	จำนวน ผู้ป่วย ฟอก เลือด:วัน
โรงพยาบาลอ่างทอง	60	25	35	-	9	16
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	110	10	100	-	11	22
โรงพยาบาลสมุทรปราการ	150	30	120	-	18	36
โรงพยาบาลนครพิงค์	246	21	223	2	8	16
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	139	21	118	4	10	20
โรงพยาบาลสกลนคร	356	72	284	-	21	35-45
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	288	40	240	8	10	30
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	94	22	72	-	16	12
โรงพยาบาลปัตตานี	73	48	25	-	13	26

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง การฟอกเลือดและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ถ้าล้างไตทางช่องท้องต้องชำระค่าอุปกรณ์ชุดทำแผลเอง เพราะเป็นส่วนที่เบิกไม่ได้ (แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยบัตรทองโรงพยาบาลจะจัดให้รับฟรีเพราะรวมอยู่ในอัตราเหมาจ่าย) หรือกรณีที่ต้องการล้างเครื่องอัตโนมัติ ต้องชำระเงินล่วงหน้า และนำไปเสร็จไปเบิกคืนภายหลัง เพราะโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีไม่มีน้ำยาล้างไตที่ใช้กับใช้เครื่องอัตโนมัติ ในบัญชียาโรงพยาบาลผู้ป่วยจึงไม่สามารถใช้สิทธิเบิกตรงได้

ส่วนมากผู้ป่วยเลือกการฟอกเลือด เพราะไม่ชอบทำเอง และขั้นตอนที่ยุงยากของการล้างไตทางช่องท้อง สำหรับ การปลูกถ่ายไตทางโรงพยาบาลจะประเมินและส่งต่อที่ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิเบิกได้ตามที่ผู้ป่วยสะดวก

สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือด 6 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด สาเหตุหลักที่ต้องการล้างไตทางช่องท้องคือ มีปัญหาการเดินทางไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ เป็นผู้สูงอายุ และมีผู้ดูแล เป็นข้าราชการที่สามารถดูแลตัวเองได้และยังสามารถทำงานได้

ตารางที่ 8 จำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับหน่วยทดแทนไตของโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง

	อายุรแพทย์	แพทย์โรคไต	พยาบาลโรคไต
โรงพยาบาลอ่างทอง	3 (อบรมไต 4 เดือน 1 คน)	-	6
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	11	2	5
โรงพยาบาลสมุทรปราการ	13	2	8
โรงพยาบาลนครพิงค์	16	3	8
โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	7 (อบรมไต 4 เดือน 1 คน)	-	6
โรงพยาบาลสกลนคร	1	1	13
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	17	3 +1 (เด็ก)	10
โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	6	1 (ระหว่างลาศึกษาต่อ)	6
โรงพยาบาลปัตตานี	9	-	6

สิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยต้องรับภาระจัดการเรื่องเอกสารทั้งหมดต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 2-3 เดือน เพื่อให้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ระหว่างรออนุมัติถ้าต้องการฟอกเลือด หรือล้างช่องท้องผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายประมาณ 20,000 บาท ต่อเดือน แล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด สำหรับการล้างไตทางช่องท้องผู้ป่วยต้องชำระส่วนเกินด้วยเพราะประกันสังคมให้วงเงินค่ารักษามาไม่พอกับค่าใช้จ่าย ดังนั้นผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายด้วย (แต่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีให้สวัสดิการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้เอง) มีการปรับการเบิกจ่ายและสิทธิในการรักษาเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 (ภาคผนวก 4)

ส่วนมากจะเลือกวิธีฟอกเลือด สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือดเป็น 1 % หรือ 1 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด สาเหตุหลักคือ การฟอกเลือด สะดวก ไม่ต้องใช้เอกสารมาก มีสถานที่ฟอกที่ใกล้ที่ทำงานที่สามารถทำได้

สิทธิบัตรทอง ในเขตกรุงเทพฯ ต้องผ่านคลินิกอบอุ่น (ทุติยภูมิ) เพื่อคัดกรองและส่งตัวผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาเฉพาะทางในโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลหลัก ในต่างจังหวัดสามารถไปรับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดด้วยกระบวนการส่งตัว จะได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก ในบางรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการล้างช่องท้องไม่ได้ เช่น มีแผลผ่าตัดช่องท้องจึงจะสามารถรับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นลำดับแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งแรกประมาณ

6,000 บาท และจ่ายเพิ่มประมาณ 2,000 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากไม่สามารถล้างไตทางช่องท้องเองได้ และมีความสามารถในการจ่ายค่าฟอกเลือดเอง

สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการฟอกเลือดและยอมจ่ายเงินเอง 1-2 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด สาเหตุหลักคือ จากการเล่าต่อกันว่าคนที่ล้างไตทางช่องท้องติดเชื้อและตายเร็วกว่ายุ่งยาก บางรายไม่มีคนดูแล ไม่ชอบทำเอง เชื่อมั่นในการมารับบริการจากทางโรงพยาบาล และกลัวการล้างช่องท้อง

ในหลายโรงพยาบาลมีการเตรียมผู้ป่วยเมื่อแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไต ระยะที่ 4-5 ส่งมาทำ CAPD ส่วนผู้ป่วยนอก (รพช.) ขึ้นต้นให้พบแพทย์ถ้าเป็นระยะที่ 4-5 ส่งต่อตรวจคลินิกวันพุธ โดยพยาบาลจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวิธีการใดได้บ้าง

ผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยวิธีการล้างช่องท้อง มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

- ผู้ป่วยต้องเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ประเมินความพร้อมบ้าน ผู้ดูแล
- แนะนำการปฏิบัติตนก่อนวางสาย เตรียมเจาะเลือด ส่งปรึกษาศัลยกรรมเมื่อ eGFR <6 หรือเริ่มมี uremia การผ่าตัดแบบ OPD case
- หลังการวางสาย break-in 10-14 วัน แนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การจัดเตรียมอุปกรณ์ แผ่นที่บ้าน และนัดมาเรียนล้างช่องท้อง แบบ OPD case หากกรณีฉุกเฉินให้นอน โรงพยาบาล วางสายและเริ่ม CAPD หลังวางสาย 3-5 วัน
- อบรมผู้ป่วย 3-10 วัน จำนวน 10 ครั้งและให้หัดทำเองทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะพร้อม
- นัด FU + การได้รับยา EPO การนัดยาที่โรงพยาบาลหรืออนามัย หรือนัดเอง สอนนิตยา EPO

4.1.4.2 ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย

มีการติดตามในรายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โดยร่วมกับเวชกรรมสังคม ออกไปเยี่ยมทุกราย โดยมีกำหนดการเยี่ยม ในกรณีล้างไตทางช่องท้องใน 1 เดือนจะเยี่ยมผู้ป่วยได้ประมาณ 10 ราย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของฝ่ายเวชกรรมสังคมที่ได้รับการฝึกฝนแล้ว

ในส่วนของการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดเป็นประจำที่โรงพยาบาลอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง แล้วแต่กรณีไป ผู้ป่วยจะได้พบเจ้าหน้าที่เป็นประจำอยู่แล้ว

ในโครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีการดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น ญาติและผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

กิจกรรมและสื่อที่โรงพยาบาลทำเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย

- แต่ละโรงพยาบาลจะมีการประชุมอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ปีละ 1 ครั้ง
- มีกิจกรรมวันไตโลกเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป ในดูแลตัวเองให้ดีเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคไต หรือกิจกรรม Patient day ปีละ 1 ครั้ง
- มีการอบรมที่หน่วยโรคไตเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับบริการทดแทนไต เช่น ทุกวันพุธ สำหรับผู้ป่วยที่มี GFR < 15 หรือ มีชมรมเพื่อโรคไตจัดพบปะปีละ 2 ครั้ง
- จัดทำสื่อที่ให้ความรู้และการปฏิบัติ รวมทั้งการให้กำลังใจเป็น VCD , โปสเตอร์, หนังสือ สำหรับผู้ป่วยและประชนทั่วไป
- จัดตั้งชมรมประธานเครือข่าย เพื่อประสานดูแลผู้ป่วย CAPD ร่วมกับโรงพยาบาล โดยให้ความรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยถ่ายทอดต่อผู้ป่วยรายใหม่ จัดตั้งมีอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต และบ้านต้นแบบ 200 หลัง
- รมรณรงค์จิตอาสาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เน้นการส่งเสริมสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย รณรงค์การดูแลการใช้ชีวิตในชุมชน

โครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ แต่ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลตัวเองจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเองมากขึ้น บางรายไม่พร้อมก็จะเป็นปัญหา

4.1.4.3 อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต ที่สำคัญของสถานบริการ

- ผู้ป่วยแต่ละรายมีสิทธิไม่เหมือนกัน แต่ละสิทธิก็มีวิธีจัดการคนละแบบ เป็นภาระกับเจ้าหน้าที่และหน่วยบริการ ที่ต้องจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว
- ขั้นตอนการเบิกจ่ายโดยเฉพาะของสำนักงานประกันสังคมโดยเฉพาะขั้นตอนการอนุมัติสิทธิล่าช้า ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายเงิน ทำให้การเข้ารับการรักษาล่าช้าในบางราย ทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง บุคลากรน้อยไม่เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
- การเข้าถึงบริการการรักษาในผู้ป่วยประกันสังคม ไม่มีการปรับปรุงระบบ โดยเฉพาะการล้างไตทางช่องท้องเข้าถึงยากที่สุด ยุ่งยากที่สุด ไม่ตอบสนองกับความเป็นจริงในภาคปฏิบัติ ทำให้เป็นภาระกับผู้ป่วยและหน่วยบริการอย่างมาก
- ทักษะคติของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษา จากคำบอกเล่าต่อ ๆ กันมาทำให้บางรายไม่เชื่อมั่นในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง มีผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพหวังพึ่งโรงพยาบาลฝ่ายเดียว

- ผู้ป่วยมีจำนวนมากและพบในระยะสุดท้ายแล้ว ข้อมูลเรื่อง เบาหวาน ความดันและอื่น ที่เป็นสาเหตุนำมาสู่โรคโดยโรงพยาบาลเป็นฝ่ายตั้งรับ คลินิก CKD ไม่มีรูปแบบชัดเจน ไตยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยและเตรียมตัวรับมือได้
- ผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางช่องท้อง ขาดคนดูแล มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลบ่อย ทำให้ติดเชื่อ ในระยะยาวผู้ป่วยดูแลตัวเองไม่ได้ บางรายผู้ป่วยอายุมาก
- การให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ สปสช เน้นการโฆษณาชวนเชื่อ ไม่สอดคล้องกับภาคปฏิบัติ ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานยากขึ้น

4.1.4.4 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไตจากสถานบริการที่น่าสนใจ

- สิทธิประกันสังคมต้องมีการพัฒนาระบบการอนุมัติให้ดีขึ้น สะดวก รวดเร็วเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย
- ประสานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเพิ่ม อัตราค่าล้างพยาบาล และพิจารณาค่าตอบแทนที่เหมาะสม เช่น สำนักงานข้าราชการพลเรือน กพ. สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
- การทำเส้นเลือดเพื่อเตรียมการฟอกเลือด หรือการผ่าตัดแก้ไข ควรมีสุนัขเฉพาะเพื่อความสะดวก และสามารถบริการได้ทุกสิทธิ
- ควรมีการขยายเพิ่มศูนย์ทดแทนไตเพื่อให้บริการได้รวดเร็ว และทันที ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อรองรับผู้ป่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและขยายงานหน่วยไต พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
- เพิ่มมาตรฐานการดูแลศูนย์บริการของเอกชนเรื่องขั้นตอนการประเมิน การเข้าถึง ความสะอาด คุณภาพให้เหมือนโรงพยาบาล
- มีการบูรณาการระบบ การบริหารงานของกองทุนต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่น มีการบูรณาการระบบการลงข้อมูล TRT ของ ผู้ป่วยน่าจะมีระบบศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยลงครั้งเดียวใช้ได้ทุกระบบ
- ทำสื่อหรือกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อฟื้นฟูความรู้และลดการติดเชื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตัวเองการสร้างเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย เช่น อบต. อบจ. เทศบาล หรือโรงพยาบาลใกล้เคียง ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีศูนย์ดูแลรองรับในชุมชน ผู้ป่วยบางรายขาดคนดูแล ต้องทำโครงสร้างผู้ดูแลแนวทางการจัดหาอาชีพให้ผู้ป่วยเพื่อให้เลี้ยงชีพได้ บางรายเป็นผู้นำครอบครัวเมื่อป่วยทางครอบครัวก็ลำบากขาดรายได้
- ควรพัฒนาให้ระบบบัตรทองมีการร่วมจ่ายหรือทำระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนผู้ป่วยแต่ละสิทธิ มีความรับผิดชอบต่อสังคมต่างกัน ข้าราชการทำงานเสียสละให้ภาครัฐ เสียภาษีครบถ้วน ประกันสังคม มีการจ่ายเบี้ยประกัน เพื่อดูแลสุขภาพของตัวเอง สิทธิบัตรทอง ไม่มีการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ แต่ได้รับบริการที่ดีกว่าจากระบบการเมือง ดังนั้น การเข้าถึงบริการที่ต้องได้รับความเท่าเทียมคงเป็นไปได้ยาก เนื่องจากจะทำให้ระบบสุขภาพล่มสลาย ประชาชนจะหันมาใช้สิทธิบัตรทอง ทำให้ต้องเสียงบประมาณของประเทศเป็นจำนวนมากมหาศาล

- ให้ผู้วางนโยบายสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อรับทราบปัญหาและเห็นกระบวนการทำงานจริงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยที่โรงพยาบาลต่างๆ ต้องนำเสนอสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
- ปรับปรุงการให้ข้อมูลของ สปสช.ที่เน้นการโฆษณาเกินจริง ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับการบริการในภาคปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยสับสน เข้าใจไม่ตรงกันกับเจ้าหน้าที่

4.2 การเข้าถึงบริการทดแทนไต

4.2.1 การขึ้นทะเบียนบริการทดแทนไต

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2551 ซึ่งเป็นปีแรกของการเริ่มสิทธิประโยชน์บริการทดแทนไตในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรก ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนสำหรับบริการทดแทนไตใดๆ (ตารางที่ 9 สดมภ์ที่ 2 ส่วนที่ 3) มีผู้ป่วยส่วนน้อย (23 และ 653 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 และ 14 สำหรับ HD และ PD ตามลำดับ) ที่ได้ขึ้นทะเบียน HD และ PD จนถึงปี 2555 (ตารางที่ 9 สดมภ์ที่ 2 ส่วนที่ 1 และ 2) โดยส่วนใหญ่ของผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตได้รับการขึ้นทะเบียน HD (ร้อยละ 52) และ PD (ร้อยละ 85.7) ภายในระยะเวลา 2 ปีหลังการนอนโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2551 ด้วย ESRD

สัดส่วนผู้ยังเข้าไม่ถึงบริการทดแทนไตลดลงเหลือร้อยละ 66.6, 59.4, 57.8 และ 64.2 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2552- 2555 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2552-2553 ประมาณร้อยละ 30 ของผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตได้รับการขึ้นทะเบียน HD ในปีเดียวกัน (ตารางที่ 9 สดมภ์ที่ 4 และ 5 ตัวเลขขีดเส้นใต้) ในขณะที่ผู้ป่วยมีสัดส่วนการขึ้นทะเบียน HD ในปีเดียวกันเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72-81 ในอีก 2 ปีต่อมา คือ พ.ศ.2554-2555

ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียน PD ในปีเดียวกับการนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรก มีสัดส่วนสูงกว่าผู้ขึ้นทะเบียน HD ที่กล่าวมาแล้วในทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยลำดับในปีต่อๆ มา จากร้อยละ 63.2 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 74.5, 77.5, 78.4 และ 89.7 ในปี พ.ศ.2552-2555 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับบริการทดแทนไต (HD และ PD) จำแนกตามปีทันนอน
โรงพยาบาล ด้วย ESRD ครั้งแรก (สดมภ์ที่ 2) และสัดส่วนตามปีที่ได้ขึ้นทะเบียน HD และ PD (สดมภ์ที่ 4-8)

ปีทันนอน โรงพยาบาล ด้วย ESRD ครั้งแรก	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ ^{ก)})		ร้อยละผู้ขึ้นทะเบียนบริการภายใน โรงพยาบาล				
	ตามบริการ ทดแทนไต	นอน โรงพยาบาล ด้วย ESRD	ปีเดียวกัน	ปีที่สอง	ปีที่สาม	ปีที่สี่	ปีที่ห้า
1. ได้ HD							
2551	23 (0.5%)	4,646 (100%)		52.2%	4.3%	34.8%	8.7%
2552	544 (7.4%)	7,349 (100%)	29.8%	16.4%	47.4%	6.4%	
2553	925 (9.7%)	4,503 (100%)	29.7%	59.1%	7.6%		
2554	1,393 (11.4%)	12,237 (100%)	72.1%	22.8%			
2555	1,012 (8.9%)	11,340 (100%)	80.9%				
รวม HD	3,897 (8.6%)	45,075 (100%)					
2. ได้ PD							
2551	653 (14.1%)	4,646 (100%)	63.2	22.5%	6.6%	3.5%	4.1%
2552	1,986 (27.0%)	7,349 (100%)	74.0%	18.8%	3.2%	1.6%	
2553	2,935 (30.9%)	4,503 (100%)	77.5%	13.4%	3.7%		
2554	3,773 (30.8%)	12,237 (100%)	78.4%	15.6%			
2555	3,045 (26.9%)	11,340 (100%)	89.7%				
รวม PD	12,392 (27.5%)	45,075 (100%)					
3. ไม่ได้ HD-PD							
2551	3,970 (85.4%)	4,646 (100%)					
2552	4,819 (65.6%)	7,349 (100%)					
2553	5,643 (59.4%)	4,503 (100%)					
2554	7,071 (57.8%)	12,237 (100%)					
2555	7,283 (64.2%)	11,340 (100%)					
รวมไม่ได้ HD-PD	28,786 (63.9%)	45,075 (100%)					

^ก ร้อยละของจำนวนผู้ป่วย ESRD ในปีต่างๆ ซึ่งถูกคัดเลือกในการศึกษา

4.2.2 ระยะเวลาการรอคอยการขึ้นทะเบียนในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต

มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57-59) ของผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ได้รับการขึ้นทะเบียน HD ในระยะเวลานานกว่า 1 ปีหลังการนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกในช่วง 1-2 ปีแรกของสิทธิประโยชน์บริการทดแทนไต (ตารางที่ 9 สดมภ์สุดท้าย ส่วนที่ 1) ผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน HD ภายใน 30 วัน หลังการเข้านอนโรงพยาบาลด้วย ESRD มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13, 14.2, 22.1, 39.4 และ 55.6 ของผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตที่นอนโรงพยาบาลครั้งแรกด้วย ESRD ระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2555 ตามลำดับ (ตารางที่ 10 สดมภ์ที่ 2 ส่วนที่ 1)

การขึ้นทะเบียน PD ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตมีระยะเวลาการรอคอยเร็วกว่าการขึ้นทะเบียน HD โดยในปีแรก (พ.ศ.2551) มีผู้ได้รับการขึ้นทะเบียน PD นานกว่า 1 ปีหลังการนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกในสัดส่วนร้อยละ 20.5 (ตารางที่ 10 สดมภ์สุดท้าย ส่วนที่ 2) และในปีต่อๆ มาผู้ได้รับการขึ้นทะเบียน PD ภายใน 30 วันหลังการเข้านอนโรงพยาบาลด้วย ESRD มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.4, 54.9, 60.8, 62 และ 66.6 ของผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตที่นอนโรงพยาบาลครั้งแรกด้วย ESRD ระหว่างปี พ.ศ.2551 -2555 ตามลำดับ (ตารางที่ 10 สดมภ์ที่ 2 ส่วนที่ 2)

หากพิจารณาตามปีที่ได้รับการขึ้นทะเบียนบริการทดแทนไต การขึ้นทะเบียน HD ก็มีระยะเวลาการรอคอยนานกว่าการขึ้นทะเบียน PD เช่นกัน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน HD ปี พ.ศ.2554-2555 มีถึงร้อยละ 15.1 และ 18.9 ซึ่งใช้เวลามากกว่า 365 วันในการรอคอยที่จะได้ขึ้นทะเบียนหลังเข้านอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ครั้งแรก (ตารางที่ 11 สดมภ์สุดท้าย ส่วนที่ 1)

ตารางที่ 10 สัดส่วนการขึ้นทะเบียน HD และ PD ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ในช่วงระยะเวลาต่างๆ

นับจากครั้งแรกที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD - ตามปีที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ครั้งแรก

ปี ESRD	ระยะเวลาขึ้นทะเบียนภายหลังก่อนนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ครั้งแรก			
	ไม่เกิน 30 วัน ^๑	31-90 วัน	91-180 วัน	นานกว่า 365 วัน
1. HD 2551	13.00%	4.30%	26.10%	56.50%
2552	14.20%	12.70%	14.00%	59.20%
2553	22.10%	16.80%	41.80%	19.40%
2554	39.40%	27.00%	27.90%	5.80%
2555	55.60%	23.50%	20.80%	0.00%
รวม	35.80%	21.50%	27.40%	15.30%
2. PD 2551	39.40%	14.60%	25.60%	20.50%
2552	54.90%	17.00%	19.80%	8.40%
2553	60.80%	17.60%	14.90%	6.60%
2554	62.00%	18.50%	16.10%	3.40%
2555	66.60%	21.20%	12.20%	0.00%
รวม	60.50%	18.50%	16.00%	5.00%

^๑รวมผู้ป่วยที่ปรากฏวันขึ้นทะเบียน ก่อนวันแรกในข้อมูลนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ด้วย

ตารางที่ 11 สัดส่วนการขึ้นทะเบียน HD และ PD ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ในช่วงระยะเวลาต่างๆ นับจากครั้งแรกที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD - ตามปีที่ขึ้นทะเบียนบริการทดแทนไต

ปี RRT	ระยะเวลาขึ้นทะเบียนภายหลังนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ครั้งแรก			
	ไม่เกิน 30 วัน ^ก	31-90 วัน	91-365 วัน	นานกว่า 365 วัน
1. HD				
2552	59.00%	24.10%	15.90%	0.90%
2553	51.70%	21.00%	20.40%	6.90%
2554	33.10%	20.50%	27.60%	18.90%
2555	30.20%	22.70%	31.90%	15.10%
รวม	35.80%	21.50%	27.40%	15.3%
2. PD				
2551	66.80%	16.60%	16.70%	0.00%
2552	67.30%	15.90%	14.50%	2.20%
2553	64.00%	16.50%	15.70%	3.90%
2554	63.30%	18.70%	13.20%	4.80%
2555	50.20%	21.60%	19.70%	8.50%
รวม	60.50%	18.50%	16.00%	5.00%

^ก รวมผู้ป่วยที่ปรากฏวันขึ้นทะเบียน ก่อนวันแรกในข้อมูลนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD

4.2.3 ระยะเวลารอคอยบริการในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต

ในบรรดาผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน PD แล้วทั้งสิ้น 12,392 คน ปรากฏข้อมูลที่ระบุวันที่เริ่มได้รับบริการ PD ในผู้ป่วยจำนวน 9,712 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยมีระยะเวลารอคอยตั้งแต่วันที่ขึ้นทะเบียนจนถึงวันที่ได้รับบริการ PD โดยเฉลี่ย 37.5 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน -SD, 67.1 วัน) โดยครึ่งหนึ่งของผู้ได้รับ PD ใช้ระยะเวลารอคอยหลังจากการขึ้นทะเบียนเท่ากับ 20 วัน (มัธยฐาน)

ผู้ได้รับบริการ PD ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือนหลังจากขึ้นทะเบียนทดแทนไตมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 26.3 ของผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตซึ่งนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกในปี 2551 (ตารางที่ 12) และคิดเป็นร้อยละ 3.9 ของผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนทดแทนไตในปีแรกของสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 สัดส่วนการได้รับการล้างช่องท้อง ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ในช่วงระยะเวลาต่างๆ นับจากวันที่ขึ้นทะเบียนการล้างช่องท้อง - ตามปีที่ได้รับการวินิจฉัย ESRD ครั้งแรก

ปี ESRD	ระยะเวลาได้รับการล้างช่องท้องภายหลังขึ้นทะเบียน			
	ไม่เกิน 30 วัน ¹	31-90 วัน	91-365 วัน	นานกว่า 365 วัน
2551	26.30%	11.60%	53.90%	8.30%
2552	67.00%	22.30%	8.90%	1.70%
2553	75.40%	20.50%	3.30%	0.80%
2554	76.30%	21.60%	1.60%	0.40%
2555	72.20%	25.70%	1.90%	0.20%
รวม	71.20%	22.00%	5.80%	1.00%

ผู้ได้รับการ PD ภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังการขึ้นทะเบียนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63 ในปี พ.ศ. 2552 และเป็นกว่าร้อยละ 70 ใน 3 ปีงบประมาณหลัง (พ.ศ. 2553-2555) (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 13 สัดส่วนการได้รับการล้างช่องท้อง ในผู้เข้าถึงบริการทดแทนไต ในช่วงระยะเวลาต่างๆ นับจากวันที่ขึ้นทะเบียนการล้างช่องท้อง -ตามปีที่ขึ้นทะเบียนบริการทดแทนไต

ปี RRT	ระยะเวลาได้รับการล้างช่องท้องภายหลังขึ้นทะเบียน			
	ไม่เกิน 30 วัน ¹	31-90 วัน	91-365 วัน	นานกว่า 365 วัน
2551	3.90%	0.00%	81.00%	15.10%
2552	63.40%	25.70%	9.40%	1.50%
2553	77.00%	19.10%	3.10%	0.90%
2554	76.40%	22.10%	1.20%	0.30%
2555	73.10%	25.10%	1.70%	0.00%
รวม	71.20%	22.00%	5.80%	1.00%

4.2.4 เขตพื้นที่ผู้ให้บริการและภูมิลำเนาผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบที่ตั้งของโรงพยาบาลผู้ให้บริการกับภูมิลำเนาของผู้ได้รับการขึ้นทะเบียน HD และ PD ในฐานข้อมูลบริการทดแทนไต พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการบริการจากโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกับภูมิลำเนา

โรงพยาบาลที่มีการให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยที่มาจากนอกเขตสุขภาพในสัดส่วนสูงที่สุด ยกเว้น กรุงเทพมหานคร (เขต 13) คือ เขต 4 (ตารางที่ 14)

เมื่อพิจารณาตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย การใช้บริการโรงพยาบาลข้ามเขตสุขภาพมีสัดส่วนค่อนข้างสูงกว่าเมื่อพิจารณาตามเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับ HD (ตารางที่ 15) ในปี พ.ศ. 2555 ผู้ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ สปสช. เขต 2 ขึ้นทะเบียน HD กับโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตเดียวกันเพียงร้อยละ 25 โดยลดลงจากร้อยละ 50-54 ในปี พ.ศ. 2553-54

สำหรับ PD การขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกับภูมิลำเนาของผู้ป่วยมีสัดส่วนที่สูงกว่าการขึ้นทะเบียน HD รายละเอียดการใช้บริการโรงพยาบาลข้ามเขตสุขภาพ 13 เขตหรือในเขตสุขภาพเดียวกันของผู้ป่วยแสดงในตาราง ข. ภาคผนวก 3

ตารางที่ 14 สัดส่วนผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่เดียวกับที่ตั้งของโรงพยาบาล
ผู้ให้บริการตามเขตที่ตั้งของโรงพยาบาล

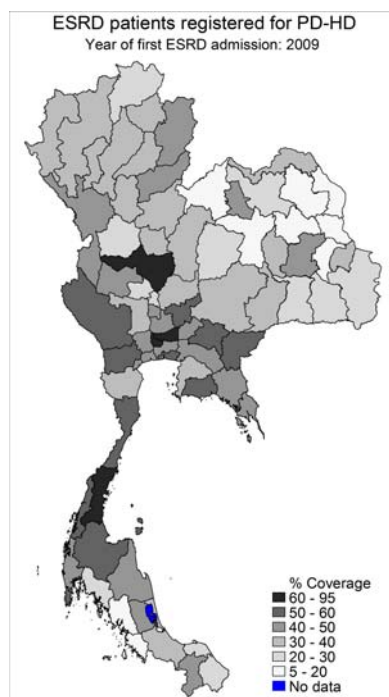
ที่ตั้ง รพ (เขต สปสช.)	รวมผู้ขึ้นทะเบียน (คน)	สัดส่วนผู้มีภูมิลำเนาเขตเดียวกับที่ตั้งโรงพยาบาล ตามปีขึ้นทะเบียน				
		2551	2552	2553	2554	2555
HD						
1	690		94.4%	95.9%	98.5%	98.2%
2	45		66.7%	100.0%	84.0%	85.7%
3	83		96.0%	90.9%	96.4%	89.5%
4	314		81.1%	88.3%	77.0%	80.6%
5	243		90.9%	93.3%	91.4%	91.0%
6	302		94.4%	85.4%	86.4%	84.7%
7	174				95.1%	98.0%
8	159		100.0%	83.3%	92.8%	86.4%
9	198		100.0%	95.7%	95.7%	95.7%
10	158		66.7%	88.2%	95.8%	100.0%
11	139		94.4%	94.7%	94.1%	97.1%
12	103		85.7%	100.0%	97.9%	97.0%
13	601		60.0%	75.3%	71.2%	70.2%
รวม	3,209		84.9%	87.8%	89.0%	88.7%
PD						
1	1,459	100.0%	97.3%	98.1%	96.8%	97.7%
2	622	82.9%	90.5%	92.1%	90.4%	86.0%
3	552	88.6%	86.7%	87.6%	88.6%	92.8%
4	797	75.0%	78.4%	80.4%	73.2%	77.8%
5	931	93.3%	86.6%	89.0%	87.3%	85.0%
6	957	84.4%	90.6%	82.7%	88.3%	83.6%
7	1,069	87.8%	94.0%	93.6%	94.3%	96.8%
8	1,385	95.7%	96.8%	97.2%	91.4%	87.2%
9	947	100.0%	89.6%	96.6%	94.3%	94.9%
10	1,202	100.0%	97.7%	98.9%	97.7%	97.6%
11	832	87.5%	86.4%	85.2%	89.3%	88.7%
12	408	69.2%	92.5%	85.3%	83.0%	92.0%
13	1,062	75.6%	68.8%	72.2%	71.5%	73.7%
รวม	12,223	89.2%	88.7%	90.2%	88.8%	89.6%

ตารางที่ 15 สัดส่วนผู้เข้าถึงบริการทดแทนไตที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่เดียวกับที่ตั้งของโรงพยาบาล
ผู้ให้บริการ –ตามเขตภูมิลำเนาของผู้ป่วย

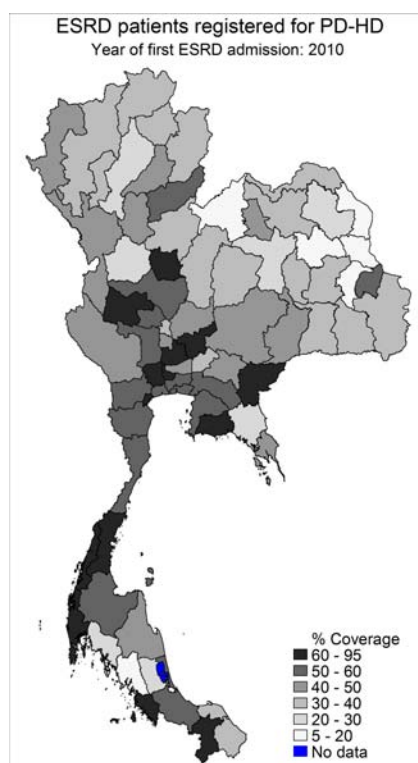
ภูมิลำเนาผู้ป่วย (เขต สปสช.)	ผู้ขึ้นทะเบียน รวม (คน)	สัดส่วนผู้ที่มีภูมิลำเนาเขตเดียวกับที่ตั้ง โรงพยาบาล ตามปีขึ้นทะเบียน				
		2551	2552	2553	2554	2555
HD						
1	787		81.0%	87.0%	89.1%	81.3%
2	84		80.0%	53.8%	50.0%	25.0%
3	115		88.9%	58.8%	58.7%	68.0%
4	397		82.7%	76.4%	63.9%	45.9%
5	287		80.0%	77.8%	81.4%	69.3%
6	461		68.0%	77.8%	48.3%	60.6%
7	251			0.0%	71.3%	59.0%
8	214		80.0%	55.6%	68.8%	64.8%
9	237		92.9%	93.6%	80.0%	68.2%
10	198		66.7%	88.2%	82.9%	62.7%
11	200		81.0%	64.3%	72.7%	52.4%
12	124		66.7%	100.0%	82.5%	74.4%
13	529		78.3%	90.1%	82.6%	72.9%
รวม	3,884		80.4%	80.3%	74.9%	66.2%
PD						
1	1,487	97.4%	94.7%	97.0%	95.9%	95.0%
2	664	90.6%	84.4%	84.8%	82.5%	81.8%
3	606	81.6%	81.8%	87.0%	78.2%	79.1%
4	745	64.3%	77.9%	82.6%	82.4%	87.0%
5	962	87.5%	83.3%	83.8%	83.4%	85.9%
6	961	93.1%	81.3%	87.6%	83.9%	86.7%
7	1,081	94.7%	89.3%	91.5%	92.9%	97.4%
8	1,385	84.6%	86.4%	91.4%	93.1%	94.9%
9	994	66.7%	86.6%	90.9%	90.5%	92.7%
10	1,233	96.3%	91.4%	95.6%	96.5%	96.0%
11	837	92.1%	89.3%	86.5%	84.5%	87.8%
12	429	81.8%	83.1%	78.6%	83.0%	85.1%
13	919	82.9%	83.5%	86.4%	83.1%	79.2%
รวม	12,303	88.1%	86.4%	89.5%	88.1%	90.2%

4.2.5 ความครอบคลุมบริการและภูมิสำเนาผู้ป่วย

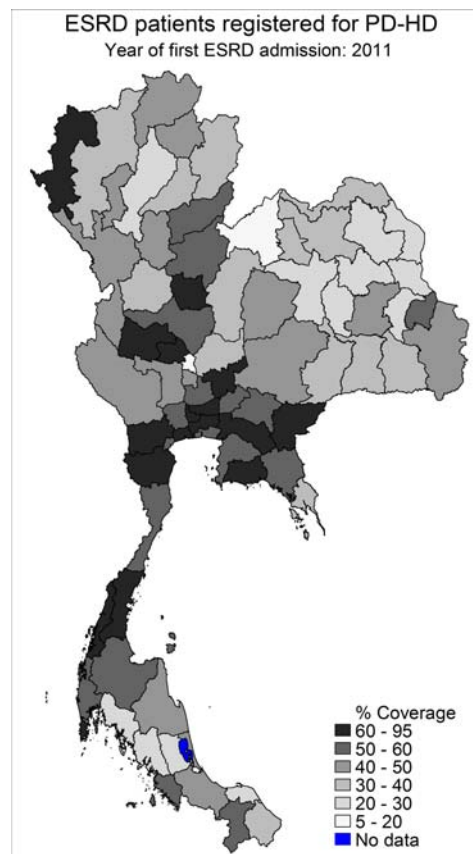
หากพิจารณาภูมิสำเนาของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรก ตามสัดส่วนที่ได้รับการขึ้นทะเบียน HD และ PD จะพบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ในระดับจังหวัดซึ่งแสดงในภาพที่ 5 – 8



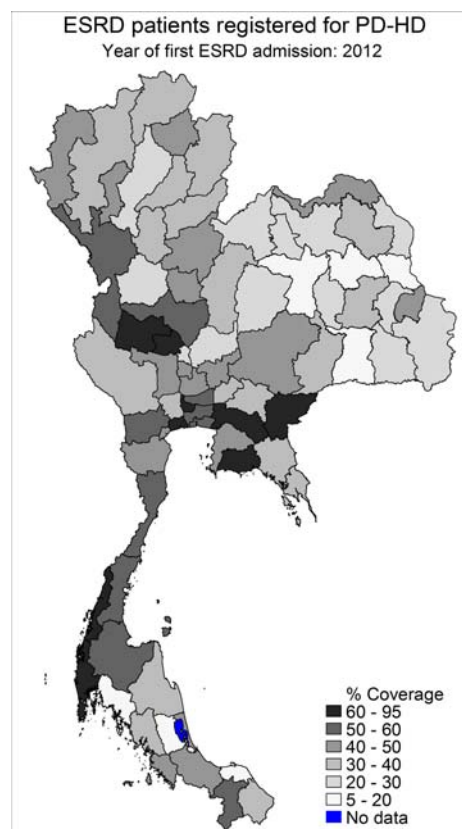
ภาพที่ 5 ความครอบคลุมของบริการทดแทนไตตามภูมิสำเนาผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี พ.ศ. 2552



ภาพที่ 6 ความครอบคลุมของบริการทดแทนไตตามภูมิสำเนาผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี พ.ศ. 2553



ภาพที่ 7 ครอบคลุมของบริการทดแทนไตตามภูมิภาคผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี พ.ศ. 2554



ภาพที่ 8 ครอบคลุมของบริการทดแทนไตตามภูมิภาคผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี พ.ศ. 2555

4.2.6 ระยะเวลาติดตามการเสียชีวิตและอัตราการเสียชีวิต

ในภาพรวม ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการติดตามการเสียชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สนใจศึกษา (โดยไม่รวมการเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือใน 30 วันหลังการนอนโรงพยาบาล) เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 18.4 เดือน (มัธยฐาน, median follow up) เมื่อนับตั้งแต่เข้านอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรก (ตารางที่ 16) ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ยังรอดชีวิตหลังจากนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2551 มีระยะเวลาคิดตามนานที่สุด (มัธยฐาน 60.9 เดือน) และผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังจากนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2555 มีระยะเวลาคิดตามสั้นที่สุด (มัธยฐาน 5.9 เดือน)

ตารางที่ 16 ระยะเวลาติดตามการเสียชีวิต จำแนกตามปีที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD และผลลัพธ์

ปี ESRD	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ระยะเวลาติดตาม (มัธยฐาน เดือน)		
		รอดชีวิต	เสียชีวิต	รวม
2551	4,650	60.9	6.7	19.2
2552	7,354	49.1	9	40.7
2553	9,505	37.2	8.7	32.9
2554	12,236	25.2	8.4	22.1
2555	11,340	15.3	5.9	13.2
รวม	45,085	27.3	7.5	18.4

หมายเหตุ ไม่รวมการเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือใน 30 วันหลังการนอนโรงพยาบาล

สัดส่วนการเสียชีวิต (จากทุกสาเหตุ) จนถึงวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ.2556 (วันปิดข้อมูลการเสียชีวิต) ในผู้ป่วย ESRD ที่เข้าถึงบริการทดแทนไตเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับบริการ HD-PD แสดงในตารางที่ 17

ผู้ป่วยที่รอดชีวิตใน 30 วันหลังจากนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปี 2551 แต่ยังเข้าไม่ถึงบริการ HD หรือ PD มีอัตราการเสียชีวิตในเวลาต่อมาร้อยละ 72 สัดส่วนการเสียชีวิตของผู้ป่วย ESRD ในปีต่อๆมาลดลง โดยลำดับ สำหรับผู้ที่ได้รับบริการ HD และ PD มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าผู้เข้าไม่ถึงบริการประมาณครึ่งหนึ่ง และลดลงโดยลำดับในผู้ที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ในปีหลังๆ เช่นกัน

ตารางที่ 17 สัดส่วนการเสียชีวิตของผู้ได้รับ HD-PD และผู้ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ตามปีที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD

	ผู้ป่วย (รวม)	สัดส่วนการเสียชีวิต ตามปี ESRD				
		2551	2552	2553	2554	2555
1. HD	3,897	34.8%	24.6%	24.8%	22.8%	19.2%
2. PD	12,418	36.7%	34.6%	31.3%	25.8%	22.8%
3. ไม่ได้ HD-PD	28,786	72.3%	66.8%	60.6%	52.4%	42.5%
รวม	45,101	67.1%	54.9%	48.0%	40.8%	35.2%

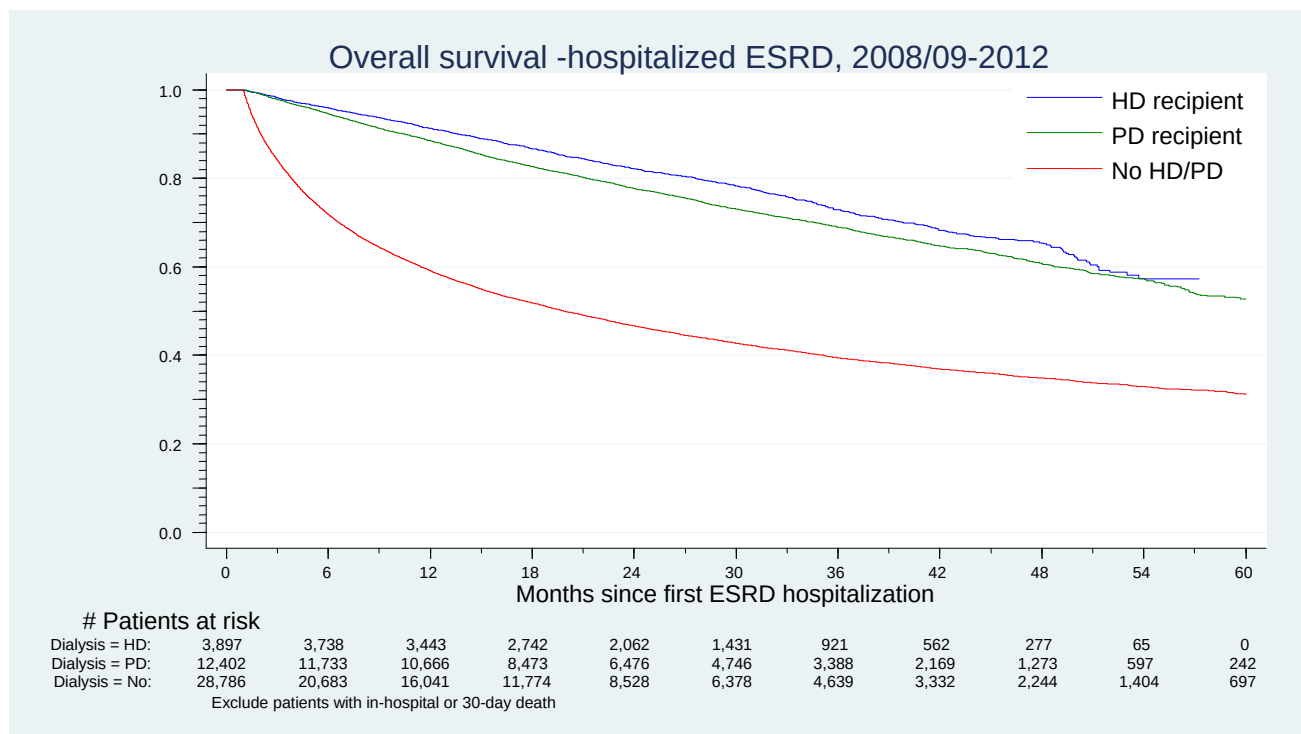
หมายเหตุ ไม่รวมการเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือใน 30 วันหลังการนอนโรงพยาบาล

4.2.7 อัตรารอดชีพ

เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีระยะเวลาติดตามการเสียชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้น การเปรียบเทียบผลลัพธ์การเสียชีวิตที่เหมาะสมจึงใช้การวิเคราะห์รอดชีพ (survival analysis)

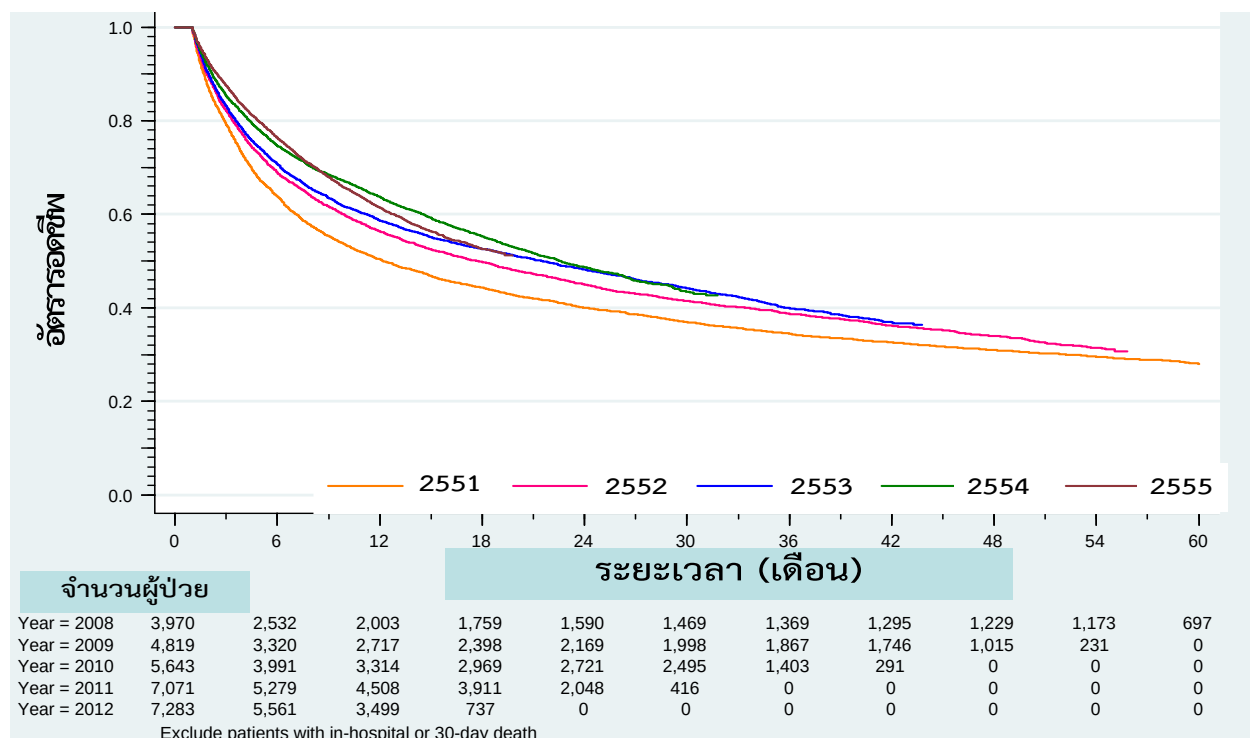
เมื่อรวมผู้ที่ไม่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังการนอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ทั้ง 5 ปี (พ.ศ. 2551-2555) เข้าด้วยกัน ร้อยละ 72 ของผู้เข้าไม่ถึงบริการทดแทนไตยังมีชีวิตอยู่จนถึงเดือนที่ 6 (ภาพที่ 9) อัตรารอดชีพ (survival rate) ในระยะเวลา 1, 2, 3, 4 และ 5 ปีลดลงเป็น 0.59, 0.47, 0.39, 0.35 และ 0.31 ตามลำดับ ในขณะที่อัตรารอดชีพของผู้ได้รับ HD ในปีที่ 1, 2, 3 และ 4 มีค่าสูงกว่า คือ 0.91, 0.82, 0.73 และ 0.65 ตามลำดับ และของผู้ได้รับ PD ในปีที่ 1, 2, 3, 4 และ 5 มีค่าเท่ากับ 0.88, 0.78, 0.69, 0.61 และ 0.53 ตามลำดับ

ในภาพรวม มัชฐานการรอดชีพ (median survival) ของผู้ป่วย ESRD ในปี พ.ศ. 2551-2555 ซึ่งเข้าไม่ถึงบริการทดแทนไตมีระยะเวลา 19.8 เดือน ในขณะที่ผู้ได้รับ HD หรือ PD ซึ่งยังรอดชีพในระยะเวลา 5 ปี มีจำนวนเหลืออยู่ในสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่ง



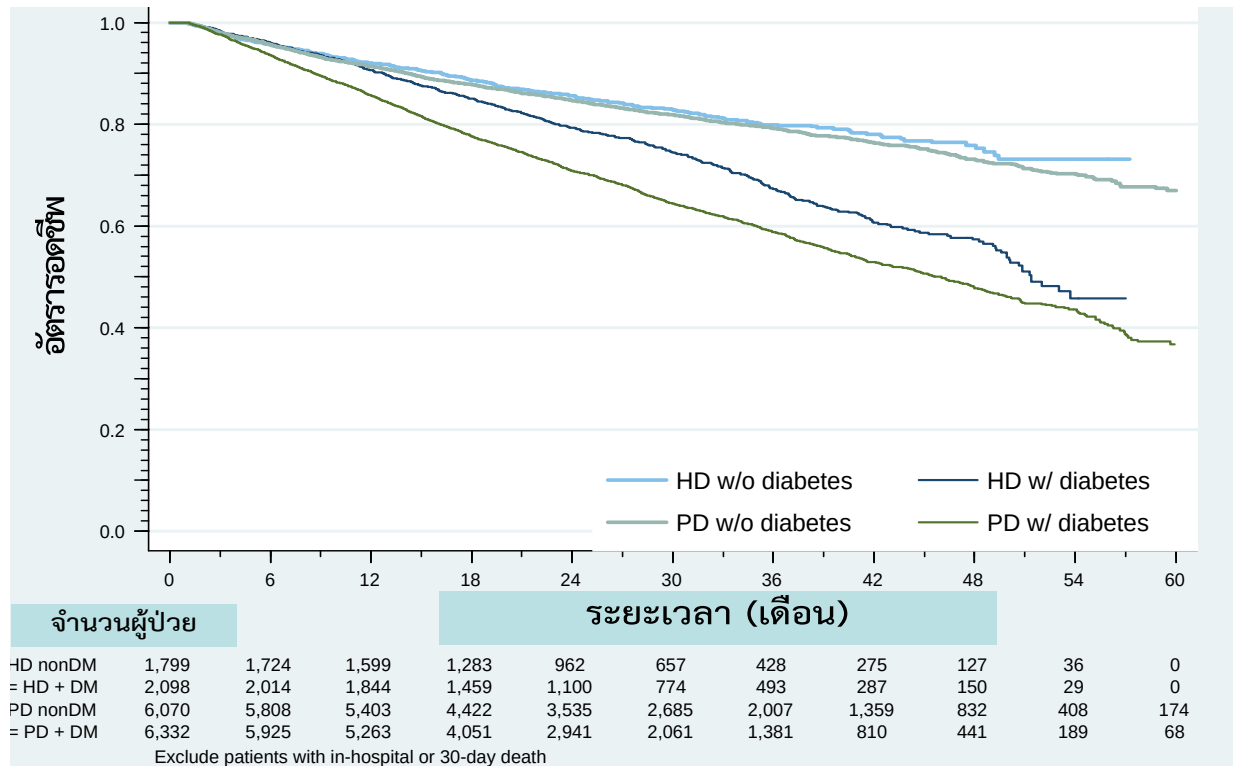
ภาพที่ 9 อัตรารอดชีพในผู้เข้าไม่ถึงบริการทดแทนไตและผู้ได้รับ HD หรือ PD

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พบว่า ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ใน 3 ปีหลัง (พ.ศ. 2553-2555) ซึ่งยังเข้าไม่ถึงบริการทดแทนไตมีอัตราอดชีพ (โดยเฉพาะในช่วง 2 ปีแรกหลังการนอนโรงพยาบาล) สูงกว่าในปีแรกๆ (พ.ศ. 2552 และ 2551) โดยลำดับ (ภาพที่ 10)



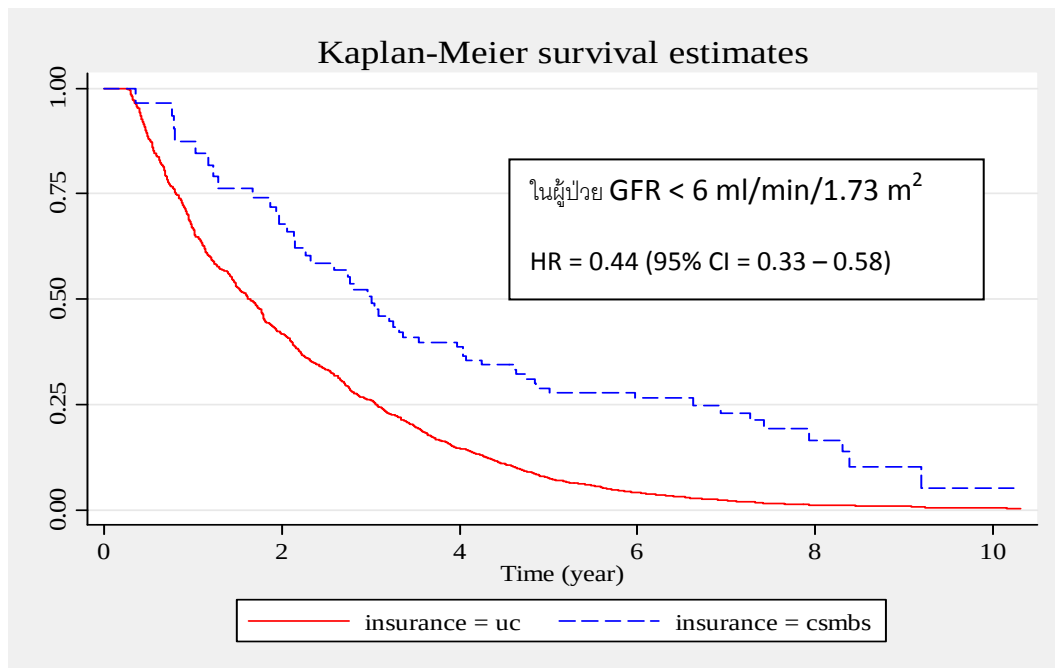
ภาพที่ 10 อัตราอดชีพในผู้เข้าไม่ถึงบริการทดแทนไต เปรียบเทียบระหว่างปีที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD

ในบรรดาผู้ที่เข้าถึงบริการทดแทนไต แม้จะดูเหมือนว่าอัตราการรอดชีพของ HD สูงกว่าของ PD แต่เมื่อคำนึงถึงภาวะเบาหวานที่เป็นโรคร่วม พบว่า ผู้ที่ได้รับ PD แต่ไม่มีเบาหวานมีการรอดชีพใกล้เคียงกับผู้ที่ได้รับ HD และสูงกว่าผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วมด้วยทั้งผู้ได้รับ PD หรือ HD (ภาพที่ 11)



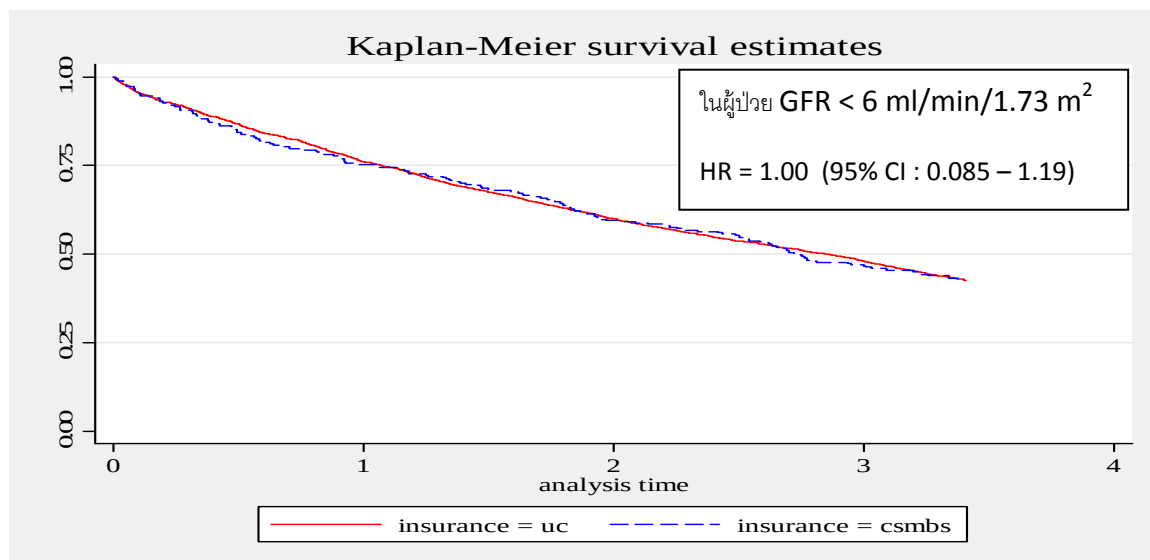
ภาพที่ 11 อัตราการรอดชีพ เปรียบเทียบระหว่างผู้ได้รับ HD และ PD ที่มีและไม่มีเบาหวาน 4.2.8

ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงอัตราการรอดชีพ และการเข้าถึงบริการบริการจากข้อมูล 1 จังหวัดจะเห็นว่า ข้อมูลของจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง ปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองที่เป็น CKD stage 5 ที่มี $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการที่มี $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ พบว่าอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยบัตรทองด้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาพที่ 12)



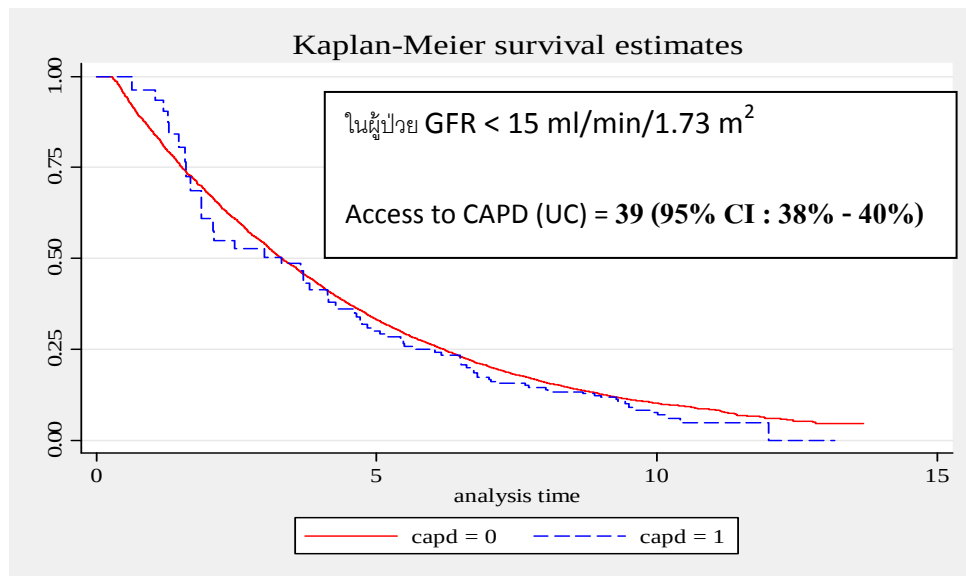
ภาพที่ 12 อัตราการรอดชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองและผู้ป่วยมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปีพ.ศ. 2543 ถึงปี พ.ศ. 2550 (ก่อนขยายบริการทดแทนไตในสิทธิบัตรทอง)

อย่างไรก็ตามเมื่อนำข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปี พ.ศ. 2554 มาวิเคราะห์พบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มี GFR < 6 ml/min/1.73 m² ของผู้ป่วยที่มีสิทธิข้าราชการและผู้ป่วยสิทธิบัตรทองไม่ได้แตกต่างกัน

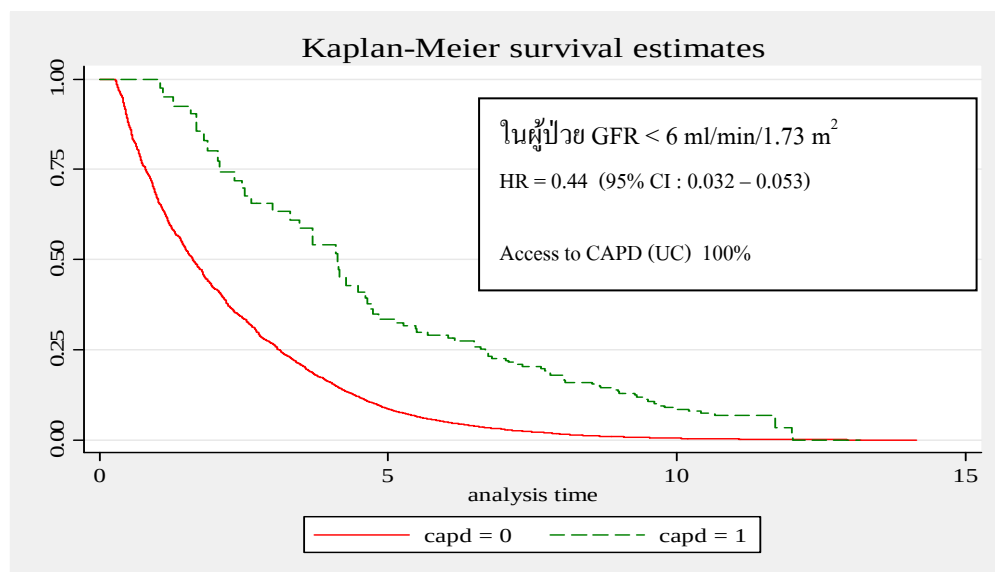


ภาพที่ 13 อัตราการรอดชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองและผู้ป่วยมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ในจังหวัดอุบลราชธานีระหว่างปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2554 (หลังขยายบริการทดแทนไตในสิทธิบัตรทอง)

อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยที่มี CKD stage 5 ที่ $GFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ทั้งหมดมีความเชื่อว่าผู้ที่ได้รับ CAPD และผู้ที่ไม่ได้รับ CAPD มีอัตราการรอดชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันและยังพบอีกว่าการเข้าถึงบริการล้างไตของผู้ป่วยผู้ป่วยมีอยู่เพียงร้อยละ 39 (95% CI : 38% - 40%) อย่างไรก็ตามถ้าเราใช้จุดตัดการได้รับบริการทดแทนไตที่ $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ จะพบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในจังหวัดอุบลราชธานีได้เข้าบริการทั้งหมดและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับ CAPD ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ CAPD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพที่ 14 อัตราการรอดชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งหมดที่ได้รับบริการ CAPD และ ไม่ได้รับในจังหวัดอุบลราชธานีระหว่างปีพ.ศ.2550 ถึงปี พ.ศ. 2554 (หลังขยายบริการทดแทนไตในสิทธิบัตรทอง)



ภาพที่ 15 อัตราการรอดชีวิตเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มี $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ ที่ได้รับบริการ CAPD และ ไม่ได้รับในจังหวัดอุบลราชธานีระหว่างปี พ.ศ.2550 ถึงปี พ.ศ. 2554 (หลังขยายบริการทดแทนไตในสิทธิบัตรทอง)

4.3 ข้อมูลการสำรวจความเห็นของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ในขณะที่ได้รับการทดแทนไตวิธีการต่างๆ

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 1,476 รายซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) 1,275 ราย ผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (CSMBS) 68 ราย และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS) 35 รายพบว่า ผู้ป่วยมีค่าคุณภาพชีวิตหลังได้รับการทดแทนไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดด้วยแบบสอบถาม EQ5D (กลุ่มประชากรไทย) แต่ผู้ป่วยประกันสังคมมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดที่ 0.88 รองลงมาคือข้าราชการ 0.82 และ ตามด้วย UC ที่ 0.80 (ตารางที่ 18) จากคะแนนคุณภาพชีวิตเต็มที่ 1 และแย่ที่สุดที่ 0 ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยประกันสังคม มีอายุเฉลี่ยต่ำที่สุดที่ 45.06 ปี รองลงมาคือผู้ป่วย UC ที่ 52.96 ปี และ ผู้ป่วยข้าราชการมีอายุเฉลี่ยมากที่สุดที่ 63 ปี (ตารางที่ 11) ทำให้เกิดสมมุติฐานว่าอายุเกี่ยวข้องกับคะแนนคุณภาพชีวิต และ เมื่อไปหาความสัมพันธ์กันพบว่าอายุมากคะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้ก็จะต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 18 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไต (RRT) เมื่อวัดด้วยแบบสอบถาม EQ5D (กลุ่มประชากรไทย) แยกตามสิทธิ

สิทธิ (จำนวน)	คุณภาพชีวิตEQ5D total score (SD)
UC (1275)	.804 (.30)
CSMBS (68)	.818 (.33)
SSS (35)	.879 (.25)

ตารางที่ 19 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไต (RRT) แยกตามสิทธิ

สิทธิ (จำนวน)	อายุเฉลี่ย (SD)
UC (1275)	52.96(13.74)
CSMBS (68)	63.0(13.83)
SSS (35)	45.06(12.04)

ตารางที่ 20 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไต (RRT) เมื่อวัดด้วยแบบสอบถาม EQ5D (กลุ่มประชากรไทย) แยกตามการรักษา

วิธีการรักษา (จำนวน)	คุณภาพชีวิต EQ5D total score (SD)
HD (335)	.808(.31)
CAPD (1125)	.791(.30)
KT (16)	.985(.05)

จากตารางที่ 20 แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไตใหม่ (KT) เป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีค่าคุณภาพชีวิตสูงสุดเกือบใกล้เคียงกับปกติ แต่การรักษาด้วยการฟอกเลือด (HD) และการล้างช่องท้อง (PD) มีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอยู่ที่ 0.80 และ 0.79 ตามลำดับ เมื่อวัดด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมาตรฐาน EQ5D ที่ใช้ข้อมูลของประเทศไทยมาเป็นฐานในการคำนวณ และเมื่อมาดูอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ใช้วิธีทดแทนไตวิธีต่างๆก็พบว่าสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ว่าอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีคือผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไตใหม่มีอายุเฉลี่ยเพียง 31 ปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วย HD และ PD ที่มีอายุเฉลี่ย 54 และ 53 ปีตามลำดับ (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่รับบริการทดแทนไตวิธีต่างๆกัน

สิทธิ์ (จำนวน)	อายุเฉลี่ย (SD)
HD (335)	54.8 (14.92)
PD (1125)	53.90 (13.48)
KT (16)	31.75 (13.62)

จากการสำรวจค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการไปรับบริการทดแทนไตในแต่ละครั้งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการล้างช่องท้อง (peritoneal dialysis; PD) มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ป่วยฟอกเลือด (hemodialysis; HD) อยู่เล็กน้อยคือ 591 บาทต่อ 548 บาท แต่ถ้าคำนวณออกเป็นค่าใช้จ่ายรายปีแล้วพบว่าผู้ป่วย HD มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์มากกว่าผู้ป่วย PD ประมาณ 50,000 บาท ถึง 68,000 บาท ขึ้นกับว่าผู้ป่วย HD รายนั้นต้องไปรับบริการสัปดาห์ละ 2 หรือ 3 ครั้ง (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 ค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์แต่ละครั้งของผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟอกเลือดและบริการล้างช่องท้อง

ค่าใช้จ่าย (บาท)	ค่าเดินทาง (บาท)	เรียกเก็บจากโรงพยาบาล (บาท)	ค่าที่พักและอาหาร (บาท)	รวมต่อครั้ง (บาท)	รวมต่อปี (บาท)	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)
วิธีการ (จำนวน)						
ฟอกเลือด (335)	226	223	99	548	56,992 - 85,488	22,164
ล้างช่องท้อง (1125)	327	140	124	591	7,092	15,555
ปลูกถ่ายไต (16)	674	3056	174	3904	23,424	15,087

หมายเหตุ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อุดหนุนค่าใช้จ่ายต่อรายให้ผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2557 เป็นค่าน้ำยา 125 บาทต่อถุง โดยเฉลี่ยใน 1 วัน 4.06 ถุง ค่าวางสายและอุปกรณ์ 4,500 บาทต่อปี ค่าบริการ 2,500 บาทต่อคน (กรณีผู้ป่วยนอก) ค่ายา EPO 250 บาท vial ค่าบริการ 200 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 23 ความเห็นของผู้ป่วยว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบริการทดแทนไตมีผลกระทบต่อครอบครัวหรือไม่แยกตามวิธีการรักษา

การประเมินวิธีการ (จำนวน)	กระทบต่อครอบครัว (ร้อยละ)	ไม่กระทบต่อครอบครัว (ร้อยละ)	รายได้ต่อเดือน (บาท)
ฟอกเลือด (335)	53.7	46.3	22,164
ล้างช่องท้อง (1125)	44.9	54.9	15,555
ปลูกถ่ายไต (16)	31.5	68.8	15,087

จากตารางที่ 23 พบว่าผู้ป่วยฟอกเลือดกว่าร้อยละ 53 ประเมินว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพื่อการล้างไตมีผลกระทบต่อครอบครัวของตนเอง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้องเพียงร้อยละ 45 ประเมินว่าครอบครัวตนเองได้รับผลกระทบ และผู้ป่วยปลูกถ่ายไตใหม่ประมาณว่าครอบครัวตนเองได้รับผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดในการรักษาทุกวิธี (ร้อยละ 31.5) ซึ่งถ้าดูจากรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนพบว่ากลุ่มฟอกเลือดเป็นกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือนสูงสุดกว่า 22,000 บาทต่อปีหรือกว่า 260,000 บาทต่อปี ซึ่งถ้ามองโดยภาพรวมจะพบว่าแม้ผู้ป่วยฟอกเลือดจะมีรายได้เฉลี่ยสูงสุดแต่ก็มีรายจ่ายสูงสุดในการรับบริการทดแทนไตเช่นเดียวกัน ซึ่งรายจ่ายที่สูงนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อครอบครัวมากกว่าวิธีการรักษาอื่น

และเมื่อมีการแยกวิธีการรักษาไปตามสิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วย (ตารางที่ 24) พบว่าผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงร้อยละ 16.7 เท่านั้นที่ใช้วิธีการฟอกเลือด ผิดกับผู้ป่วยข้าราชการและประกันสังคมที่ใช้วิธีการฟอกเลือดมากถึงร้อยละ 89.7 และ 94.3 ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยข้าราชการเป็นผู้ป่วยที่มีรายได้สูงที่สุดเฉลี่ยเดือนละกว่า 29,000 บาทตามมาด้วยผู้ป่วยประกันสังคมประมาณ 27,000 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 24 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการวิธีต่างๆแยกตามสิทธิ

สิทธิ (จำนวน)	ฟอกเลือด (ร้อยละ)	ล้างช่องท้อง (ร้อยละ)	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1275)	16.7	82.3	15,936
ข้าราชการ (68)	89.7	10.3	29,354
ประกันสังคม (35)	94.3	5.7	27,201

เมื่อถามว่าค่าใช้จ่ายสำหรับวิธีการรักษาทดแทนไตที่ได้รับมีผลกระทบต่อครอบครัวหรือไม่พบว่าผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยประกันสังคมให้ความเห็นว่าได้รับผลกระทบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือเพียงร้อยละ 47.5 และ 45.7 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่คิดว่าครอบครัวตนเองได้รับผลกระทบ (ตารางที่ 25) ตรงนี้สอดคล้องกับรายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยที่มี

สิทธิข้าราชการที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองเกือบเท่าตัว คือ 29,354 บาทต่อเดือนต่อ 15,936 บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตามมีข้อตั้งสังเกตว่าผู้ป่วยประกันสังคมแม้มีรายได้เฉลี่ยสูงถึงเดือนละ 27,201 บาทต่อเดือน ก็ยังประเมินว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีผลกระทบต่อครอบครัว

ตารางที่ 25 ความเห็นของผู้ป่วยว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากบริการทดแทนไตมีผลกระทบต่อครอบครัวหรือไม่ แยกตามสิทธิ

สิทธิ (จำนวน)	กระทบต่อ ครอบครัว (ร้อยละ)	ไม่กระทบต่อ ครอบครัว (ร้อยละ)	รายได้ต่อเดือน (บาท)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1275)	47.5	52.4	15,936
ข้าราชการ (68)	26.5	73.5	29,354
ประกันสังคม (35)	45.7	54.3	27,201

เมื่อถามว่าถ้าท่านเลือกได้ท่านจะเลือกวิธีการรักษาปัจจุบันหรือไม่ พบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสังคม มีสัดส่วนผู้ที่เลือกการรักษาด้วยวิธีเคมีน้อยที่สุดที่ร้อยละ 77 ในขณะที่ผู้มีสิทธิบัตรทองเลือกที่จะรับการรักษาวิธีเคมีร้อยละ 82 และ เกือบร้อยละ 90 ของผู้มีสิทธิเบิกได้จากราชการพอใจที่จะเลือกวิธีการรักษาเดิม (ตารางที่ 26) และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 100 ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตใหม่พอใจที่จะเลือกวิธีการรักษาเดิม ในขณะที่ผู้ป่วยใช้วิธีการฟอกเลือดและล้างช่องท้องพอใจที่จะเลือกวิธีการรักษาเดิมเพียงร้อยละ 86.6 และ 80.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 27)

ตารางที่ 26 ความเห็นของผู้ป่วยว่าถ้าเลือกได้จะเลือกวิธีการรักษาปัจจุบันหรือไม่ แยกตามสิทธิ

สิทธิ (จำนวน)	เลือกรักษา (ร้อยละ)	ไม่เลือกรักษา (ร้อยละ)
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1275)	82.3	17.7
ข้าราชการ (68)	89.7	8.8
ประกันสังคม (35)	77.1	22.9

ตารางที่ 27 ความเห็นของผู้ป่วยว่าถ้าเลือกได้จะเลือกวิธีการรักษาปัจจุบันหรือไม่ แยกตามวิธีการรักษา

วิธีการ (จำนวน)	เลือกรักษา (ร้อยละ)	ไม่เลือกรักษา (ร้อยละ)
ฟอกเลือด (335)	86.6	12.5
ล้างช่องท้อง (1125)	80.9	18.2
ปลูกถ่ายไตใหม่ (16)	100	0

4.4 การสำรวจหน่วยบริการทดแทนไต

4.4.1 การสำรวจการให้บริการฟอกเลือดในสถานบริการในประเทศไทย

4.4.1.1 ผลการสำรวจบุคลากรในหน่วยบริการฟอกเลือด

ได้ทำการส่งแบบสอบถามการให้บริการฟอกเลือด (ภาคผนวก 4) ไปให้สถานบริการทั่วประเทศที่มีชื่อในระบบว่าให้บริการฟอกเลือดจำนวน 545 แห่ง ได้รับการตอบรับมาทั้งสิ้น 189 แห่งคิดเป็นร้อยละ 34.67 ของจำนวนทั้งสิ้นที่ส่งแบบสอบถาม ในที่นี้สามารถแยกสถานพยาบาลเป็นรัฐได้ 107 แห่ง (56.6%) และเอกชน 82 แห่ง (43.4%) มีสถานพยาบาล 91 แห่ง (48%) ให้บริการ HD เพียงอย่างเดียว อีก 97 (52%) แห่งให้บริการทั้ง HD และ PD และในจำนวนนี้มี 14 แห่งให้บริการปลูกถ่ายไตใหม่ด้วย (7%) ผู้ตอบแบบสอบถามกว่าร้อยละ 90 เป็นพยาบาลที่ได้รับการอบรม HD นอกนั้นอีกร้อยละ 5.8 เป็นอายุรแพทย์โรคไตเป็นผู้ตอบ

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดเฉลี่ยในแต่ละสถานพยาบาลคือ 77.4 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วย HD ที่ได้รับการบริการ chronic HD เฉลี่ยแต่ละแห่ง 67.4 ราย นอกนั้นเป็นผู้ป่วย Acute dialysis ตารางที่ 32 แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยแยกตามสิทธิของผู้ป่วยในแต่ละสถานพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิข้าราชการเป็นผู้ป่วยที่มีสัดส่วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 42 รองลงมาคือผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง หรือ UC ที่มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 ตามด้วยผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 9.6 และผู้ป่วยประกันสังคมร้อยละ 9.2 (ตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 แสดงจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย HD และ PD ในหน่วยบริการที่ตอบแบบสอบถาม (จำนวน 189 แห่ง)

สิทธิของผู้ป่วย วิธีการรักษา	จำนวนผู้ป่วย สิทธิบัตรทอง (%)	จำนวนผู้ป่วย สิทธิข้าราชการ (%)	จำนวนผู้ป่วย สิทธิประกัน สังคม (%)	จำนวนผู้ป่วย จ่ายเอง (%)	รวม (%)
ค่าเฉลี่ยผู้ป่วย HD ในแต่ละสถานพยาบาล (189)	20.1 (29.7)	28.7 (42.5)	9.2 (13.6)	9.6 (14.2)	67.3 (100)

ในแต่ละสถานพยาบาลมีเครื่อง HD เฉลี่ยที่ 12 เครื่องเป็นเครื่องที่ใช้สำหรับ chronic dialysis เฉลี่ย 9.7 เครื่อง และเป็นเครื่องที่ใช้สำหรับ Acute dialysis เฉลี่ย 1.5 เครื่อง และเป็นเครื่องที่ใช้ใน ICU 0.8 เครื่อง สำหรับการเปิดให้บริการพบว่าการเปิดให้บริการเฉลี่ย 5.8 วันต่อสัปดาห์ (ระหว่าง 2 วันถึง 7 วันต่อสัปดาห์) และในแต่ละวันจะให้บริการผู้ป่วย 2.3 รอบ (ระหว่าง 1 รอบถึง 4 รอบ) และแต่ละสถานบริการให้บริการผู้ป่วยเฉลี่ยแล้ววันละ 23.3 ราย (ตารางที่ 29)

ถ้าแยกตามสถานะของสถานบริการ พบว่าสถานบริการภาครัฐให้บริการเฉลี่ย 5.5 วันต่อสัปดาห์ (ต่ำสุด 5 วัน สูงสุด 7 วัน) ในขณะที่ภาคเอกชนเปิดดำเนินการ 6.1 วันต่อสัปดาห์ (ต่ำสุด 2 วัน สูงสุด 7 วัน) สถานพยาบาลของรัฐฟอกเลือดเฉลี่ยวันละ 2.1 รอบ เทียบกับเอกชนที่ฟอกเลือดวันละ 2.7 รอบ (บางแห่งให้บริการวันละ 4 รอบ) และผู้ป่วยที่ให้บริการในแต่ละวันเฉลี่ยสถานพยาบาลภาครัฐให้บริการแก่ผู้ป่วยวัน

ละ 21 รายในขณะที่ภาคเอกชนให้บริการวันละ 26 ราย (ตารางที่ 33) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ independent T test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเปิดให้บริการต่อสัปดาห์ จำนวนรอบในการให้บริการต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยให้บริการได้ในแต่ละวัน ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (ตารางที่ 29)

ตารางที่ 29 แสดงจำนวนวันที่เปิดให้บริการเฉลี่ยต่อสัปดาห์ จำนวนรอบต่อวัน และจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน ที่ให้บริการแยกตามสถานะของสถานพยาบาล (จำนวน 189 แห่ง)

สถานะของสถานพยาบาล ความถี่ของการให้บริการ	ภาครัฐ (ต่ำสุด, สูงสุด)	ภาคเอกชน (ต่ำสุด, สูงสุด)	ภาพรวม (ต่ำสุด, สูงสุด)
เปิดให้บริการ HD เฉลี่ยกี่วันต่อสัปดาห์ (วัน)	5.5 (5, 7)	6.1 (2, 7)	5.8 (2, 7)
เปิดบริการเฉลี่ยกี่รอบต่อวัน (รอบ)	2.1 (1, 3)	2.7 (2, 4)	2.3 (1, 4)
จำนวนผู้มารับบริการในแต่ละวัน (ราย)	21.2 (4, 129)	26.2 (1, 80)	23.3 (1, 129)

ตารางที่ 30 แสดงค่ามัธยฐานและค่าเฉลี่ยของการเบิกค่าใช้จ่ายบริการฟอกเลือด (HD) แยกตามสิทธิต่างๆ

จำนวนหน่วยบริการ	บัตรทอง ใช้เบิกได้ก่อน (บาท)	บัตรทองจ่ายเอง ไม่ใช้ PD first (บาท)	ข้าราชการ (บาท)	ประกันสังคม (บาท)
ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายที่เบิกได้				
ตามสิทธิต่อ session (จำนวนศูนย์ที่ให้ข้อมูล)	1519 (149)	1733 (90)	2006 (167)	1549 (158)
ค่ามัธยฐานของค่าใช้จ่ายที่เบิก				
ได้ตามสิทธิต่อ session (จำนวนศูนย์ที่ให้ข้อมูล)	1500 (149)	1500 (90)	2000 (167)	1500 (158)
ค่าเฉลี่ยของส่วนเกินที่ผู้ป่วย				
ต้องจ่ายเพิ่มต่อ session (จำนวน ศูนย์ที่ให้ข้อมูล)	967 (21)	1800 (96)	434 (16)	520 (88)
ค่ามัธยฐานของส่วนเกินที่ผู้ป่วย				
ต้องจ่ายเพิ่มต่อ session (จำนวน ศูนย์ที่ให้ข้อมูล)	500 (21)	2000 (96)	225 (16)	500 (88)
ค่ามัธยฐานของส่วนเกินที่ผู้ป่วย				
ต้องจ่ายเพิ่มต่อ session (จำนวนศูนย์ทั้งหมด)	0 (189)	500 (189)	0 (189)	250 (189)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	15,936		29,354	27,201

จากตารางที่ 30 พบว่าเมื่อถามถึงค่าใช้จ่ายในการที่สถานบริการจะเบิกคืนหรือเรียกเก็บเพิ่มเติมกับผู้ป่วย แยกตามสิทธิการรักษาพยาบาลรูปแบบต่างๆกันคือ สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรทองหรือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในสิทธินี้ยังแยกได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่โครงการ PD first ก่อนมารับบริการ HD หรือไม่ พบว่าผู้ป่วยที่มีการค่าใช้จ่ายสูงสุดคือผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่ไม่ใช่โครงการ PD first ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เฉลี่ยถึง 1,800 บาทต่อการฟอกเลือดหนึ่งครั้ง รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองซึ่งทาง สปสช.อุดหนุนให้แต่ในกลุ่มนี้มีสองประเภทคืออุดหนุนให้หมดสำหรับคนที่ shift mode จาก PD ไปเป็น HD แต่สำหรับผู้ป่วยรายเก่าที่ป่วย ก่อนที่จะมีการครอบคลุมบริการทดแทนไตภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าต้องมีค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ย ประมาณ 967 บาทต่อครั้ง (มีค่ามัธยฐานที่ 500 บาทต่อครั้ง) ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ป่วยประกันสังคมที่ต้องมีการร่วมจ่าย ในหลายสถานพยาบาลประมาณครึ่งละ 520 บาทโดยเฉลี่ยทั้งนี้เพราะสำนักงานประกันสังคมค่าฟอกเลือดให้ครึ่งละ 1,500 บาท สุดท้ายผู้ป่วยที่ถูกเรียกเก็บจากสถานพยาบาลน้อยที่สุดคือกลุ่มข้าราชการซึ่งพบว่าเป็นกลุ่มที่ได้รับ โอกาสในการเข้าถึงบริการมากที่สุดด้วยคือ เมื่อถามว่าถ้ามีที่ว่างสำหรับฟอกเลือดในโรงพยาบาล โอกาสที่ผู้ป่วย สิทธิต่างๆจะได้รับบริการต่างกันอย่างไร พบว่าผู้ให้บริการระบุว่าถ้ามีที่ว่างสำหรับฟอกเลือดโอกาสที่กลุ่มข้าราชการ จะได้รับบริการมีมากกว่าร้อยละ 55 (ดังตารางที่ 31) ส่วนผู้ป่วยบัตรทองและผู้ป่วยประกันสังคมมีสิทธิพอๆกัน ประมาณหนึ่งในสี่ที่จะได้รับบริการ อย่างไรก็ตามเมื่อทำการวิเคราะห์จากการตอบข้อมูลพบว่าสถานพยาบาลที่ ให้บริการ HD ที่ให้ข้อมูลสำหรับบัตรทองที่เบิกได้และสิทธิข้าราชการพบว่ามีเพียง 21 และ 16 แห่งจาก 189 แห่ง เท่านั้นที่กรอกข้อมูลมาทำให้ผลของค่าเฉลี่ยจะเป็นผลที่มีความโน้มเอียงในเชิงสูงเกินกว่าความเป็นจริงได้เพราะเมื่อดู ค่ามัธยฐานของข้อมูลพบว่าสถานบริการส่วนใหญ่ใน 189 แห่ง ไม่ได้เก็บค่าบริการจากผู้ป่วยที่มีสิทธิสองสิทธินี้เลย

ตารางที่ 31 แสดงถึงโอกาสที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะรับผู้ป่วยที่มีสิทธิต่างๆเข้าสู่บริการฟอกเลือดเมื่อมีที่ว่าง

สิทธิของผู้ป่วย	ภาครัฐ (%)	ภาคเอกชน (%)	ภาพรวม (%)
ข้าราชการ	53.7	56.7	55.1
บัตรทอง	27.7	23.8	26
ประกันสังคม	19.7	25.6	22

นอกจากนี้เมื่อสอบถามถึงเหตุผลว่าสถานพยาบาลต่างๆมีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยเข้าสู่บริการแยกตามสิทธิต่างๆ อย่างไรก็พบว่า หลายสถานพยาบาลยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการ รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต) ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากประกันสังคมได้ และ ผู้ป่วยต้อง ยินดีจ่ายส่วนเกินเอง 500 บาท สำหรับสิทธิบัตรทองถ้าผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเองก็อาจจะได้รับโอกาสมากขึ้น แต่เกณฑ์ หนึ่งคือหลายสถานพยาบาลมีเกณฑ์ว่าผู้ป่วยต้องไม่มีอาการหนักมาก หรือ มีอายุไม่มากเกินไป ทุกสิทธิต้องผ่านการ คำนวณคะแนนที่มีเกณฑ์คิดไว้ด้วยและถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยใน โอกาสที่จะได้ฟอกเลือดก็มีมากขึ้น เป็นต้น

เมื่อถามความเห็นถึงข้อดีและข้อด้อยของผู้ป่วยที่สิทธิต่างๆพบว่าผู้ให้บริการมีความเห็นตามตารางที่ 32

ตารางที่ 32 แสดงข้อดีและข้อด้อยของการสิทธิต่างๆในการได้รับบริการ HD จากการประเมินของผู้ให้บริการ

สิทธิ	ข้อดี	ข้อด้อย
บัตรทอง	- ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามทำ PD สามารถทำ HD ได้โดยไม่ต้องจ่ายส่วนเกิน - ผู้ป่วยได้รับยาฉีดสม่ำเสมอ - เข้าถึงบริการได้ง่ายสะดวก คนไข้เข้าถึงบริการได้ทุกคนตามหลัก PD first policy - สามารถเลือกรับยา EPO ได้หลายชนิดไม่ขึ้นกับราคา - มีระบุไว้ค่อนข้างชัดเจนว่าไม่สามารถเบิกส่วนเกินสิทธิได้	- ผู้ป่วย UC ที่ทำ HD รออนุมัตินาน ถ้าจะทำ HD ไม่ทำ PD ก่อนต้องจ่ายเงินเองทั้งหมด รายได้เรียกเก็บได้ 1,500 บาท/ราย/ครั้ง - Refer ไปภาคเอกชนยากกว่าราชการ - วงเงิน vascular access น้อยบางครั้งต้องทำมากกว่า 1 ครั้งจึงต้องชำระเอง เบิกค่า EPO ไม่ได้เท่าจำนวนที่ใช้จริง ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากทำ CAPD ควรมีการร่วมจ่าย ผู้ป่วยจะได้ดูแลตนเองดีขึ้น - ผู้ป่วยไม่เห็นคุณค่าของการได้รับสิทธิ ไม่คุมอาหาร คาดหวังแต่จะฟอกเลือด - ผู้ป่วยต้องไปรับยาและเจาะเลือดที่ต้นสังกัด ไม่คุ้มทุนที่ให้บริการต่อการฟอกเลือด 1 ครั้ง - กรณี key ข้อมูล Online ผิด ต้องอุทธรณ์ ไม่สามารถ Key แก้ได้เหมือนราชการ (อุทธรณ์ต้องรอ 6 เดือน)
ข้าราชการ	- สามารถเลือกการบำบัดทดแทนไตได้ทุกประเภท - รายได้เรียกเก็บโรงพยาบาลได้ 2,000 บาท/ราย/ครั้ง หรือเบิก - ค่าใช้จ่ายได้มากกว่าสิทธิอื่น และไม่มี limit จำนวนครั้ง - สถานบริการยินดีรับเป็นผู้ป่วยประจำมากกว่าสิทธิอื่นๆ	- ผู้ป่วยไม่เห็นคุณค่าของการได้รับสิทธิ ไม่คุมอาหาร -- คาดหวังแต่จะฟอกเลือด - ต้องรับใบส่งตัวจากโรงพยาบาลรัฐบาลทุก 6 เดือน - โรงพยาบาลรัฐมีเครื่องฟอกไตไม่เพียงพอ
ประกันสังคม	- เบิกค่า vascular ได้ปีละ 20,000 บาท - เบิกค่ายา EPO ได้มากกว่าบัตรทองภายใต้ราคากลาง แต่จำกัดราคากลางยาแต่ละชนิดไว้ต่างกันมาก	- จำกัดจำนวนครั้งในการฟอกเลือด - ส่วนใหญ่ต้องชำระส่วนเกิน 500 – 700 บาท/ราย/ครั้ง - ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายทำให้ฟอกเหลือ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ก็ไม่สามารถเบิกได้ตามสิทธิ - ย้อนหลังไม่ 3-4 เดือน - บางรายแพทย์พิจารณาแล้วว่าควรให้เริ่มฟอกเลือด แต่ผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์การเบิกจ่ายของประกันสังคม ถ้าผู้ป่วยต้องการฟอกเลือดก็ต้องจ่ายเงินเองเบิกผ่านประกันสังคมไม่ได้

4.4.1.2 ปัญหาที่เกิดจากการให้บริการฟอกเลือด

ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์

- นโยบายการให้บริการไม่ผ่านการทำประชาพิจารณ์จากผู้เกี่ยวข้อง ความชัดเจนของสิทธิการรับข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือของผู้ป่วยทำให้ต้องการฟ้องร้องผู้ให้บริการ
- ผู้ป่วยประกันสังคมถูกกำหนดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์/อาทิตย์ EPO สปสช.จำกัดจำนวน บางเดือนขาดช่วงของการได้รับยา / ได้รับยา EPO ไม่เพียงพอ / ขั้นตอนการลงข้อมูลเบิก ชำบซ้อน
- ขอลดคิวโดยนักรการเมืองบีบบังคับ

ปัญหาเกี่ยวกับระบบบริการ

- ค่าตอบแทนไม่เหมาะสมทำให้เกิดสมองไหล บุคลากรไม่เพียงพอ
- บุคลากร แพทย์ พยาบาลน้อยไม่เพียงพอต่อการขยายเตียงเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วย/ จำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาลเฉพาะทางไตเทียม ไม่เหมาะสมตามมาตรฐานกับผู้ป่วย รัฐบาลวางแผนให้บริการหลายอย่างทรัพยากรเพิ่มขึ้นแต่ไม่เคยจัดสรรอัตรากำลัง เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีและจำกัดราคาค่าใช้จ่ายมากเกินไป หลายแห่งเครื่องมือและอุปกรณ์อายุการใช้งานนาน เสียบ่อย
- ในจังหวัดที่ให้บริการฟอกเลือดผู้ป่วยไม่มีแพทย์ผ่าตัดเตรียมเส้นเลือด ผู้ป่วยต้องเดินทางไป กทม ผู้ป่วยบางคนเดินทางไม่สะดวกแก้ปัญหาโดยใช้ DLC/Perm.cath ซึ่งปัญหาคือติดเชื้อบ่อย
- ปัญหาการได้รับค่าใช้จ่ายจาก สปสช.ไม่ครบจำนวนต้องใช้การอุทธรณ์ผู้ป่วยมากเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม
- การจัดระบบคิวในผู้ป่วยรายใหม่/การเบิกจ่ายส่วนเกิน
- เครื่องฟอกเลือดไม่เพียงพอ รัฐไม่สามารถให้บริการได้เต็มที่ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับบริการ 2-3 แห่ง
- ผู้ป่วย refer เป็น Acute case จาก รพช.เข้ามากรอนจนผู้ป่วยอาการหนักแล้วจึงส่งต่อ ทำให้ HD Pt ผู้ป่วยยากและโอกาสเสียชีวิตสูง
- ติดต่อ โรงพยาบาลเดิมเพื่อขอใบส่งต่อได้ยาก อาจทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง / ระบบอินเตอร์เน็ตขัดข้อง ไม่สามารถออกใบส่งตัวได้ / โรงพยาบาลไม่ออกใบ refer เพื่อเจาะ lab ให้
- สิทธิ 30 บาทหรือประกันสังคม ต้องไปรับยาและเจาะเลือดที่ต้นสังกัด (เดินทางหลายที่) ไม่สะดวกและไม่อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเลย

ปัญหาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

- ผู้ป่วยสิทธิ UC มักมีปัญหาเส้นเลือด การตีบของเส้นเลือดที่ทำเส้น มีภาวะเส้นเสียบ่อย กว่าสิทธิอื่น ไม่ค่อยดูแลตนเองทำให้เกิดปัญหา
- ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายแต่ก็ปฏิเสธการทำ PD
- ผู้ป่วยอยู่ไกล ไม่สามารถมาฟอกเลือดตามแผนการรักษา

- ผู้ป่วยเตรียม CAPD แต่ยังไม่ยอมวางสาย รอจนอาการหนักแล้วต้อง HD ก่อนปัญหา
- เรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยบางครั้งไม่มีเงินไม่มาฟอกเลือดสม่ำเสมอ
- ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำหนักและอาหารได้เต็มที่ บางรายมีภาวะเรื่องเดินทางไม่มีค่าใช้จ่าย ทำให้ฟอกเลือดไม่ได้ตามแผนการรักษา
- ภาวะแทรกซ้อน ขณะฟอกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ น้ำตาลในเลือด
- ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง/ผู้ป่วยกลับบ้านลำบากไม่มีรถโดยสาร

4.4.1.3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในประเทศไทยจากแบบสอบถามบริการฟอกเลือด

- อยากให้ทุกสิทธิมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ ควรให้ผู้ป่วยเข้าถึง HD โดยไม่ต้องล้างช่องท้อง เพราะผู้ป่วยหลายรายไม่ยอมทำ แล้วต้องจ่ายเงินเอง ทำให้ฟอกเลือดได้ไม่เต็มที่ บางรายต้องเสียชีวิตไป แต่ถ้าจะให้ล้างช่องท้องต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยมากกว่านี้ทั้งข้อดีข้อเสีย การตัดสินใจ เพราะผู้ป่วยที่ไม่อยากทำล้างช่องท้องเพราะกลัวติดเชื้อ
- อยากให้ สปสช. ช่วยคนไข้มากกว่านี้ เรื่องของคุณภาพการฟอกเลือด น่าจะรับคนไข้ที่ไม่ทำ CAPD เข้าโครงการอุดหนุน 1,000 บาทคนไข้จะได้มีทางเลือกมากกว่านี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติน่าจะให้คีย์ค่าเจาะเลือดใช้โปรแกรม HD 2.3.4 เหมือนคนไข้เบิกได้
- ควรเพิ่มค่าฟอกเลือดจาก 1,500 บาทเป็น 2,000 บาท
- บุคลากรทางการแพทย์มีน้อยทำให้ผลการรักษาไม่ดี ควรมีการผลิตทั้งแพทย์และพยาบาลเพิ่ม ควรเปิดโอกาสให้พยาบาลได้เรียนต่อ PD และ HD เพิ่มขึ้น
- กระจายศูนย์ไตเทียมใกล้บ้านใกล้ใจตาม โรงพยาบาลอำเภอที่มีศักยภาพ หรือ ร่วมมือกับองค์กรเอกชนที่มีคุณภาพในการร่วมการให้บริการฟอกเลือด
- ควรใช้เกณฑ์ในการรับ EPO เป็นเกณฑ์เดียวกัน
- รัฐบาลควรต้องเน้นเรื่องป้องกันดีกว่ามาแก้ไขที่ปลายเหตุ ควรมีสื่อ และเอกสารให้ความรู้สนับสนุนหน่วยบริการ โดยเฉพาะรัฐบาล
- ควรให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายด้วยเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าขึ้นบ้าง
- สิทธิผู้ป่วยเบิกค่าน้ำหนัก (ครู โรงเรียนเอกชน) สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษา 200,000 บาทต่อปี ควรแยกค่าบำบัดทดแทนไตต่างหากเพราะค่าใช้จ่ายไม่พอ
- ประกันสังคมผู้ป่วยเข้าถึงบริการยากมาก มีความยุ่งยากทั้งเอกสาร โปรแกรมเบิกจ่ายของ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ(สทส.) ซ้ำมาก และ สิทธิพึงได้น้อยกว่าบัตรทองซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าประกัน และ ไม่ต้องจ่ายส่วนเกินทั้ง HD, PD, และ KT ประกันสังคมควรปรับให้ใกล้เคียงกับบัตรทอง
- ควรมีบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่บรรจุข้อมูลผู้ป่วยเช่น smart card และมีผู้ดูแลเรื่องระบบข้อมูลอย่างเพียงพอทำให้แก้ปัญหาในการคีย์ข้อมูลอย่างฉับไว

- มีพยาบาลออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PD บ่อยขึ้น

4.4.2 การสำรวจผู้ให้บริการ CAPD

4.4.2.1 ผลการสำรวจผู้ให้บริการ CAPD

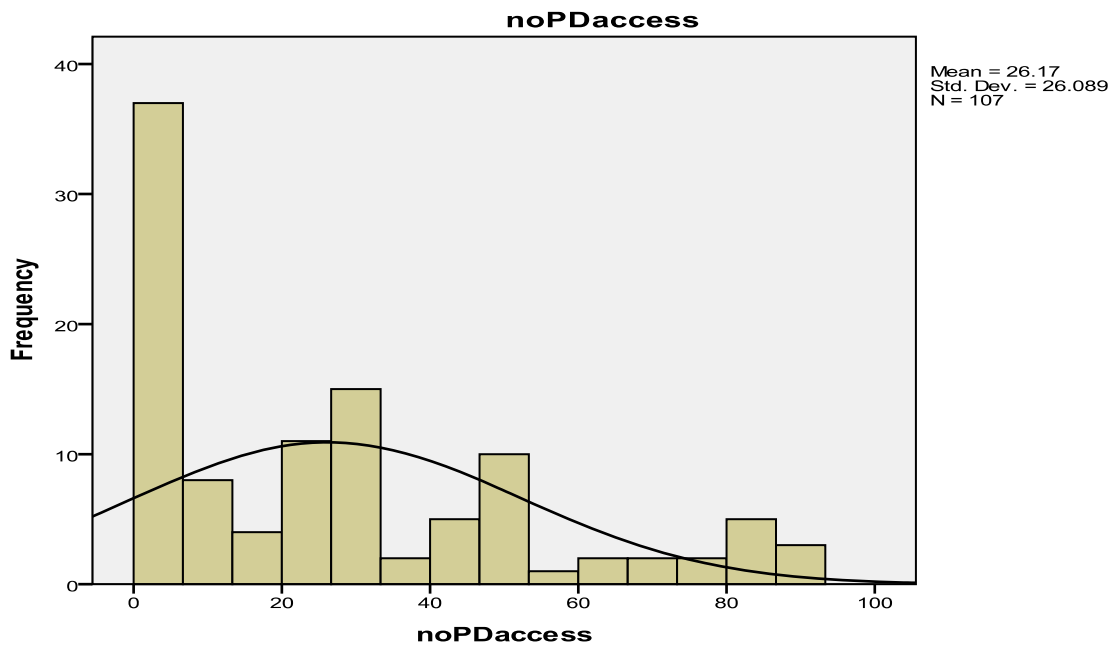
จากการสำรวจมีผู้ตอบแบบสอบถาม 107 แห่ง เป็นสถานบริการของรัฐ 105 แห่งมีเป็นสถานพยาบาลเอกชนเพียง 2 แห่ง สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีพยาบาล PD nurse ตั้งแต่ 1 ถึง 12 ท่าน โดยสองในสามของสถานพยาบาลมี PD nurse ไม่เกิน 2 ท่าน โดยส่วนใหญ่ มี PD nurse 2 ท่าน (ร้อยละ 44) สถานบริการ 98 แห่งจาก 107 แห่งให้บริการ HD ด้วย (ร้อยละ 90)

จำนวนผู้ป่วย CAPD ที่สถานพยาบาลดูแลมีตั้งแต่ 1 รายไปจนถึง 890 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยต่อศูนย์อยู่ที่ 96 รายต่อศูนย์ มีสถานพยาบาลเพียง 19 แห่งเท่านั้น (ร้อยละ 17) ที่มีผู้ป่วยน้อยกว่า 20 ราย พบว่ามีถึง 69 ศูนย์ที่ไม่มีคนไข้ประกันสังคมทำ CAPD เลย (ร้อยละ 63) และ 41 ศูนย์ที่ไม่มีคนไข้สิทธิข้าราชการทำ CAPD (ร้อยละ 38) ในขณะที่มีเพียง 4 แห่งเท่านั้นที่ไม่มีผู้ป่วยบัตรทองทำ CAPD และค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยสิทธิต่างๆแสดงดังตารางที่ 33

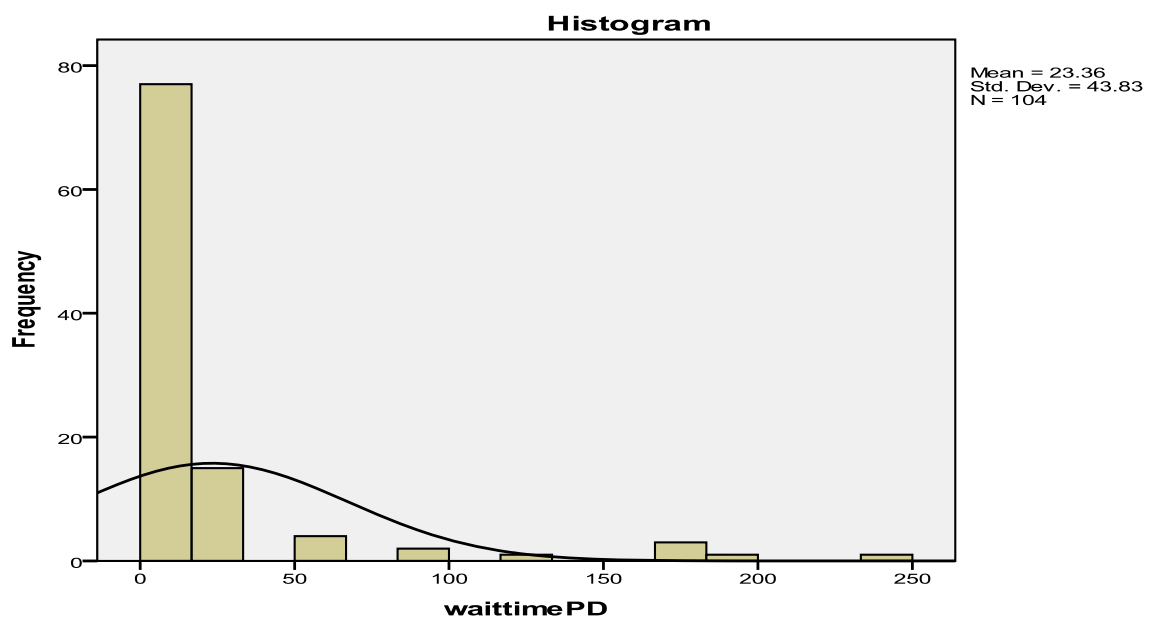
ตารางที่ 33 แสดงจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อศูนย์แบ่งตามสิทธิประกันสุขภาพแบบต่างๆ

	บัตรทอง (ต่ำสุด, สูงสุด)	ข้าราชการ (ต่ำสุด, สูงสุด)	ประกันสังคม (ต่ำสุด, สูงสุด)	รวม (ต่ำสุด, สูงสุด)
จำนวนรายผู้ป่วยต่อศูนย์	88 (0, 600)	5.23 (0, 90)	3.52 (0, 200)	96.6 (0, 890)

เมื่อถามว่าผู้ให้บริการคิดว่าผู้ป่วยไตวายภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PD first policy) ไม่ได้รับบริการประมาณร้อยละเท่าไร พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 26.17 หรือประมาณหนึ่งในสี่ โดยมีผู้ให้บริการถึง 40 ท่านให้ข้อมูลว่าไม่มีผู้เข้าไม่ถึงบริการเลย และมีผู้ให้บริการถึงหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 24.3) ที่เชื่อว่าผู้ป่วยตั้งแต่ร้อยละ 40 ขึ้นไปเข้าไม่ถึงบริการ ดังภาพที่ 16 ในขณะที่ผู้ให้บริการร้อยละ 75 ประมาณว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่มาขอรับบริการ CAPD จะได้รับการวางสายหน้าท้องภายใน 20 วัน ในสถานพยาบาลของตนเอง ดังภาพที่ 17 และเมื่อสอบถามว่า “ท่านคิดว่าผู้ป่วย CAPD ที่มารับบริการกับท่านมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยที่ทำ HD อย่างไร” กว่าหนึ่งในสามเชื่อว่าบริการ CAPD ดีกว่าบริการ HD มีเพียงร้อยละ 16.7 เท่านั้นที่เชื่อว่าบริการ HD ดีกว่า



ภาพที่ 16 แสดงการกระจายตัวของผู้ให้บริการที่คิดว่าผู้ป่วยไตวาระยะสุดท้ายภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PD first policy) ร้อยละเท่าไรเข้าไม่ถึงบริการล่างไต (แกนนอนเป็นร้อยละ แกนตั้งเป็นจำนวนผู้ตอบ)



ภาพที่ 17 แสดงให้เห็นระยะเวลาการรอคอยเป็นวันที่ผู้ป่วยต้องรอก่อนได้รับบริการวางสายหน้าห้องประมาณ โดยผู้ให้บริการ (แกนนอนเป็นวัน แกนตั้งเป็นจำนวนผู้ตอบ)

4.4.2.2 ปัญหาการให้บริการ PD

ปัญหาเรื่องสิทธิ

- ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรักษาเพราะไม่มีสิทธิทำ HD เช่น เลือกวิธีการรักษาเองได้/ผู้ป่วยและผู้ดูแลบางรายเลือกทำ RRT แต่ CAPD ไม่มีทางเลือกในการทำ HD เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่พร้อมรับการรักษา ไม่สามารถจำกัด หรือให้เลือกการ RRT ได้บางรายปฏิเสธการรักษา
- ผู้ป่วยเข้าโครงการด้วยความจำยอม เนื่องจากไม่มีเงินค่าฟอกเลือดและบางคนสภาพบ้านไม่พร้อม ไม่รักษาความสะอาด ลูกหลานไม่มีให้ดูแล และไม่มีข้อห้าม CAPD

ปัญหาของระบบบริการ

- ขาดแคลนบุคลากรเช่น พยาบาล PD อายุรแพทย์ แพทย์เฉพาะทาง และสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย (23 /107)
- ระบบการส่งน้ำยาไม่ได้ตามกำหนด ต้องติดตาม/ ระบบน้ำยาล้างไตไม่คงที่ มีการปรับเปลี่ยนแปลงเสมอ/ปัญหาด้านการจัดการน้ำยาและอุปกรณ์ ค่าซ้ำทำให้ผู้ป่วยต้องยืมกันเอง การจัดส่งน้ำยา CAPD ของผู้ป่วย สปสช ไม่คงที่ น้ำยาและเวชภัณฑ์ ที่ต้องเบิกผ่าน DMIS มีปัญหาตลอด เช่น รั่ว ซิมไม่ได้มาตรฐาน ค่าซ้ำ ของไม่เพียงพอมีปัญหาทั่วประเทศ (10/107)
- ภาระงานของเจ้าหน้าที่ /เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ประสบการณ์ ขาดความเชื่อมโยงเครือข่าย (5/107)
 - สสจ. ไม่ให้การสนับสนุน/รวมทั้งขวัญกำลังใจในการดำเนินงานล้างไต เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ (1/107)

ปัญหาเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย

- ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัว ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การถ่ายน้ำยาไม่ครบตามกำหนด การรักษาความสะอาด ไม่คุมอาหารและน้ำ / การสูญเสียโปรตีน วิตามิน เกือบแร่ ไปกับน้ำยาล้างทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารให้เพียงพอ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องสอนกันเอง (38/107)
- ไม่มีผู้ดูแล/คนดูแลไม่ต่อเนื่อง (20/107)
 - สภาพเศรษฐกิจ สภาพที่อยู่อาศัย การเงิน /การตัดสินใจค่าซ้ำ ปฏิเสธการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (9/107)

ข้อเสียของการให้บริการ PD

- เหมือนงานไม่จบ เมื่อหมดเวลาทำงานต้องเหนื่อยใจมาก ใช้คำพูดอธิบายมากและเมื่อวันหยุดบางครั้งผู้ป่วยโทรมามีปัญหา รู้สึกหนักใจไม่ได้พักผ่อน ส่วน HD ไม่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่องเท่า PD การควบคุมของเสีย น้ำ ดีกว่า PD นอกจากนี้ PD ต้องเน้นย้ำติดตามดูแลทั้งระบบ โรงพยาบาล/รพช.รพสต. กระทบต่อบุคลากรแบบสหวิชาชีพ
- PD เป็นงานผูกพัน การทำ CAPD ทำที่บ้านต้องรับการปรึกษาตลอด แต่การ HD มาทำที่โรงพยาบาลแนะนำแค่การปฏิบัติตนและการรับประทานยา

4.5 ผลการระดมสมองเพื่อหาข้อเสนอเชิงนโยบาย

ในการประชุมระดมสมองข้อเสนอเชิงนโยบายได้จัดทำแบบสอบถาม 4 ข้อที่พัฒนามาจากข้อค้นพบในระหว่างการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของผู้ให้ข้อมูล (ภาคผนวก 1 จ) โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมตอบและนำเสนอผลเพื่อช่วยในการระดมสมอง ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามก่อนร่วมประชุมมา 10 ท่าน คำตอบที่ได้เป็นดังนี้

4.5.1 ท่านคิดว่าอย่างไรถึงจะให้ผู้ป่วยบัตรทองได้รับบริการทดแทนไต (PD) เพิ่มขึ้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

4.5.1.1 เพิ่มจำนวนสถานบริการที่ให้บริการ PD ให้มากขึ้น (โรงพยาบาลชุมชนเข้าร่วมบริการเพิ่มมากขึ้น) (9/10)

- เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยจะได้เข้าถึงบริการได้ง่าย และสะดวก ไม่เสียเวลาในการเดินทาง
- ในกรณีที่ไม่มีอายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4 เดือน ก็จะทำให้รพช. แม่ข่าย เป็นที่ปรึกษา
- แม้เงินค่ารถผู้ป่วยยังไม่มีมาล้างไตที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชนจะได้เพิ่มศักยภาพในการดูแล สนใจใฝ่หาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น
- เพิ่มจำนวนสถานบริการ PD เพื่อเป็นการลดจำนวนผู้ป่วย CAPD ใน รพท./รพช. เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการเหมารถมาโรงพยาบาล แต่การมีบริการประเมินความพร้อมของ รพช.ที่จะเข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วย CAPD เนื่องจาก บุคลากรใน รพช.มักจะมีการหมุนเวียนเร็ว โดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้ง่ายขึ้นและไม่ต้องเดินทางไกล

4.5.1.2 สร้างทีมเพื่อนผู้ป่วยช่วยเพื่อนกันเอง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการ PD ก่อนมาเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยใหม่ในช่วงคัดสรรใจรับบริการ (7/10)

- เห็นด้วยเพราะ ผู้ป่วยรายใหม่ จะมีความมั่นใจในการเลือกวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตัวเองได้
- สร้างทีมเพื่อนผู้ป่วยช่วยเพื่อนกันเอง เป็นสิ่งที่บางที่ทำอยู่แล้วแต่ยังไม่เป็นรูปธรรมและไม่ต่อเนื่อง แต่ถ้าทำ ชุมชนจะมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะทำให้คล่องตัวและเข้าใจกันเร็วกว่าต่างชุมชน
- สร้างทีมเพื่อผู้ป่วยช่วยเพื่อนกันเองเพราะ คำพูดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรายอื่น เชื่อถือที่ดี
- สร้างทีมเพื่อนผู้ป่วยช่วยเพื่อนกันเอง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการ PD ก่อนมาเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยใหม่ในช่วงคัดสรรใจรับบริการผู้ป่วยจะสามารถเข้าใจถึงปัญหาต่างๆ เนื่องจากประสบปัญหาเช่นเดียวกัน และเห็นตัวอย่างจริง ทำให้มีความเชื่อมั่น

- ได้เรื่องราวจากประสบการณ์ตรงและเป็นผู้รับบริการด้วย สามารถกระตุ้นและช่วยเสริมพลังกันได้

4.5.1.3 ประชาสัมพันธ์ ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า PD เป็นบริการที่ปลอดภัยและเมื่อผู้ป่วยได้รับแล้วจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (7/10)

- เห็นด้วย เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจ ในการทำ PD
- การประชาสัมพันธ์ให้เกิดการเข้าใจจะช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าผู้ป่วยทำวิธีนี้แล้วจะตายไว คิดเชื่อง่าย การกระตุ้นให้เกิดการตระหนักในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นเรื่องจำเป็นและควรทำอย่างจริงจังจนเกิดจิตตตามอย่างต่อเนื่อง
- ประชาสัมพันธ์ ไม่ควรประชาสัมพันธ์ว่าดีจนเกินไป เพราะผู้ป่วย ครอบครัวยัง มองเห็นว่ามีทั้งประสบความสำเร็จ คุณภาพชีวิตดี และมีล้มเหลว ทำแล้วเสียชีวิตก็เยอะ โดยไม่ต้องประชาสัมพันธ์
- การทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจถึงความปลอดภัยในการล้างไตทางช่องท้องและการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่และทีมการรักษา รวมถึงภาคีภาคประชาชนที่เป็นฐานเสียงคอยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติจะมีผลในการเลือกการรักษาโดยการทำหน้าที่ของมากกว่ารัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าภาระงานให้แก่บุคลากร
- ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเข้าใจ PD เพราะ เนื่องจากสาเหตุที่ผู้ป่วยปฏิเสธการล้างช่องท้อง เพราะกลัวการติดเชื้อ การประชาสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดความเข้าใจน่าจะช่วยได้
- ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า PD เป็นบริการที่ปลอดภัยและเมื่อผู้ป่วยได้รับแล้วจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- การประชาสัมพันธ์ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี โดยเฉพาะสื่อ วิทยุโทรทัศน์ ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย

4.5.1.4 เพิ่มบุคลากรในการให้บริการ PD ในแต่ละโรงพยาบาล (7/10)

- ปัจจุบันผู้ป่วย ESRD เพิ่มมากขึ้น พยาบาล PD : ผู้ป่วย = 1 : 80 ซึ่งเกินมาตรฐานมาก และจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ มีผลในการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย
- เพราะว่าภาระงานของพยาบาล CAPD มากและต้องใช้เวลาในการทบทวนให้ประสบความสำเร็จ ถ้าพยาบาลที่ผู้ป่วยจะหมดแรงทันที
- เพิ่มบุคลากร PD เนื่องจากในปัจจุบัน ด้วยอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย CAPD ที่มาก และภาระงานในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่ต้องทำ ทำให้มีข้อจำกัดในด้านความรวดเร็วในการให้บริการ ซึ่งบางครั้งอาจต้องมีเวลารอ ถ้ามีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นน่าจะช่วยลดปัญหาในเรื่องการรอคอยได้ แต่ปัญหาที่พบอีกส่วนคือ ผู้ป่วยตัดสินใจล่าช้า ในการจะเริ่มเข้ารับการรักษาด้วย CAPD บางครั้งมีภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงตัดสินใจ จึงทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถรอทำ CAPD ได้

- สมควรอย่างยิ่งที่จะเพิ่มคุณภาพและจำนวนบุคลากรในหน่วย PD แต่ไม่จำเป็นต้องกระจายออกไป การกระจายออกไปควรทำในแง่เครือข่ายมากกว่า
- เพิ่มบุคลากรทำให้ผู้ป่วย PD ได้รับบริการตามสัดส่วนที่ได้คุณภาพ และส่งผลให้บุคลากรทำการแพทย์อยู่ในระบบการดูแลผู้ป่วย CAPD

4.5.1.5 เพิ่มค่าตอบแทนให้บุคลากร (พยาบาลและแพทย์) ในการดูแลผู้ป่วย PD (4/10)

มี 2 ความคิดเห็น

- 1. เห็นด้วย เพราะเป็นขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน จะได้ทุ่มเทเวลาให้ผู้ป่วยได้มากขึ้น ทำมากก็ควรได้มาก แต่ควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการจ่าย ไม่ใช่ให้ สสจ. / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พิจารณาเอง เพราะที่ผ่านมา บางแห่งยังไม่จ่าย ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
- 2. ไม่เห็นด้วย เพราะทำให้องค์กรแตกแยกเพราะได้รับเงินเดือนเหมือนกัน และค่าตอบแทนภาระงานที่ได้รับ สูงมาก งานสบายกว่าเมื่อเทียบกับบุคลากรอื่นในองค์กรเดียวกัน ควรนำเงินงบประมาณจำนวนนี้ ไปช่วยเหลือผู้ป่วยที่รอวางสายและต้องจ่ายค่าฟอกเลือดดีกว่า ช่วยลดภาระของผู้ป่วยและญาติ
- ภาระงานที่มาก ทำงานไม่มีวันหยุด ควรมีค่าตอบแทนตามจำนวนผู้ป่วย ไม่ใช่ P4P หรืออาจพิจารณาจากผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย CAPD เพื่อให้เกิดทีมที่ดี
- เพิ่มค่าตอบแทนให้บุคลากร เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากภาระงาน/การลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยต่างๆ ที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง บางครั้งต้องทำนอกเวลาทำงานปกติ หรือในวันหยุด

4.5.1.6 ข้อเสนออื่นในการพัฒนาระบบ CAPD

- PD other เพิ่มเงินค่าดูแลรักษาผู้ป่วยให้หน่วยบริการ
- อื่นๆ ควรสร้างชุมชนเข้มแข็ง เพราะการสร้างทีมในชุมชนของตนเองได้จะมีความยั่งยืนมากกว่าให้คนอื่นมาสร้างให้
- การคัดกรอง และการให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการเตรียมตัว
- น่าจะมีองค์กรภายนอก เช่น เทศบาล อบต. อบจ. มามีส่วนร่วม ในด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ

4.5.2 ท่านมีความเห็นอย่างไรในการที่จะปรับข้อกำหนดให้ผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสิทธิเข้าใช้บริการ HD ได้มากขึ้น

4.5.2.1 ไม่เห็นด้วย (3/10)

- เพราะ PD first policy เหมาะสมกับบริบทของประชาชนไทยอยู่แล้ว แต่ปรับขั้นตอนการ shift mode ในรายที่ไม่สามารถทำ CAPD ให้รวดเร็วขึ้น
- ถ้าทำ HD ต้องใช้งบประมาณมาก ทั้ง ด้านพัฒนาบุคลากร เครื่องมือ สถานที่ ต่าง ๆ รวมถึงการควบคุมคุณภาพของสถานบริการเอกชนที่รองรับผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นด้วย
- อยากให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

4.5.2.2 เห็นด้วยอย่างมีเงื่อนไข (5/10)

- เห็นด้วยให้มีสิทธิเข้าสู่บริการ HD มากขึ้นแต่มีข้อแม้คือ ควรให้เข้ามารับทราบนโยบาย PD first policy ก่อน
- เห็นด้วยให้มีสิทธิเข้าสู่บริการ HD มากขึ้นแต่มีข้อแม้คือ กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่เปลี่ยนน้ำยาเองไม่ได้
- เห็นด้วยให้มีสิทธิเข้าสู่บริการ HD มากขึ้นแต่มีข้อแม้คือ ได้รับการประเมินทางการแพทย์ และสังคมว่าไม่เหมาะสม การทำล้างไตทางช่องในผู้ป่วยที่ไม่พร้อมทั้งทางแพทย์และสังคม โดยเฉพาะไม่มีผู้ดูแล จะเกิดผลเสียตามมาและเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่ดี
- Co-pay บางส่วน เห็นด้วยในการที่ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพมีสิทธิเข้าสู่บริการ HD แต่คัด Copay บางส่วน เพราะพบว่าปัจจุบันมีข้อมูลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่ต้องการทำ PD ต้องการทำ HD และหาข้อจำกัดต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถทำ PD ได้เช่น ทำให้ติดเชื้อ และ บางบริบทผู้ป่วยอายุมากไม่สามารถทำ PD ได้เองหรือทำได้แต่ค่อนข้างลำบาก ลูกหลานทำงานหาเงินนอกบ้านหมด บางรายได้ข้อมูลจากเพื่อนๆเรื่องการติดเชื้อเมื่อทำ PD ส่งผลให้มีความคิดที่ไม่ดีต่อการทำ PD และหาข้อมูลต่างๆมาสนับสนุนให้การทำ PD ไม่ได้ และ ส่งขอฟอกเลือดฟรี
- เห็นด้วยอย่างไม่มีเงื่อนไขเพราะเห็นด้วยกองทุนต่างๆอยากให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันแต่การให้บริการทดแทนไตผู้ป่วยได้รับสิทธิไม่เท่าเทียมกันอยากให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสิทธิในการเลือกถ้าผู้ป่วยเลือก HD ก็น่าจะให้ได้รับสิทธินั้น ไม่ต้องบังคับ PD first เหมือนสิทธิราชการหรือประกันสังคมเพราะมีผลต่อการปฏิบัติตัวและการดูแลตัวเอง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของแต่ละครอบครัว

4.5.2.3 เห็นด้วย โดยไม่แสดงเหตุผล (2/10)

4.5.3 ท่านคิดว่าจะปรับปรุงบริการทดแทนไตในประเทศไทยให้ดีขึ้นได้อย่างไร

(สำหรับผู้ป่วยทุกสิทธิ) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

4.5.3.1 รัฐบาลให้ความสำคัญกับบริการ CKD clinic มากขึ้นเพื่อป้องกันภาวะไตวายระยะสุดท้าย(10/10)

- เห็นด้วย เพราะเป็นการแก้ปัญหาที่ถูกจุด ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ และของรัฐ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ดี
- CKD Clinic ช่วยในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตของผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นระบบ ถ้าทุกสถานบริการทำอย่างจริงจังก็คิดว่าเป็นผลดีต่อจำนวนผู้ป่วยที่จะเพิ่มขึ้น ในกรณีที่เป็นไตระยะสุดท้ายผู้ป่วยทุกสิทธิควรมีโอกาสเลือกบริการการบำบัดทดแทนไตได้เท่าเทียมกันไม่ว่าจะเป็น HD หรือ CAPD มีสิทธิเลือกวิธีการไหนก็ได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ แต่รัฐหรือผู้รับผิดชอบสิทธิแต่ละสิทธิก็ควรจัดเตรียมความพร้อมของบุคลากร สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอแก่การเข้าถึงทุกสิทธิ

- ควรให้ความสำคัญกับ CKD clinic เพราะ สำคัญที่สุด เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และกลายเป็น ESRD ซึ่งจะลดภาระของรัฐในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีที่สุด

4.5.3.2 รัฐบาลให้ความสำคัญบริการปลูกถ่ายไตมากขึ้น โดยส่งเสริมให้มีการบริจาคอวัยวะอย่างจริงจัง (9/10)

- เห็นด้วย โดยจัดทำสื่อ VDO ให้ประชาชนรู้และเข้าใจ เช่น ฉายที่ OPD ขณะที่ผู้ป่วยและญาติ รอตรวจในโรงพยาบาล ขณะนั่งรอ หรือทางโทรทัศน์ อย่างน้อย ประชาชนก็รับรู้การบริจาคอวัยวะ ช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ ได้ เป็นการเตรียมประชาชนทั่วไปการที่จะมาเชิงรับ ในโรงพยาบาลขณะที่ญาติอยู่ในภาวะวิกฤต ที่ต้องสูญเสีย บุคคลอันเป็นที่รักไป ทำให้สถิติการบริจาคลดลง
- รัฐบาลควรให้ความสำคัญกับการปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อลดภาระของรัฐในการดูแลผู้ป่วย ESRD

4.5.3.3 ให้มีการจัดระบบการส่งน้ำยา PD ถึงบ้านในสิทธิข้าราชการและประกันสังคม (9/10)

- เห็นด้วย จะได้ไม่เป็นการละเลยของผู้ป่วยและญาติ
- เพื่อเป็นการสนับสนุนการรักษาด้วยวิธี CAPD ในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ เพื่อเป็นข้อมูลการตัดสินใจเลือกการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยสิทธิ UC ดีกว่า และในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ซึ่งเป็นสิทธิที่ร่วมจ่ายเงินเข้ากองทุน แต่มีข้อจำกัดในการเลือกการบำบัดทดแทนไตมากกว่าสิทธิอื่น คือ ถ้าเลือก CAPD มีข้อจำกัดคือ มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมลงทะเบียนกับประกันสังคมในการดูแลผู้ป่วย CAPD น้อย ไม่ครบทุกจังหวัด ด้วยระเบียบการเบิกจ่ายที่ยุ่งยาก ใช้ระบบการเบิกจ่ายด้วยเอกสาร ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลรวมทั้งยังมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินเป็นค่าวัสดุ (ชุดทำแผล/สำลี/พลาสติก) ที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง แต่ถ้าเลือก HD ก็มีค่าใช้จ่ายส่วนเกินค่าฟอกเลือด 500 บาท/ครั้ง (กรณีที่ไม่ได้ฟอกเลือดที่ โรงพยาบาลของรัฐ)

4.5.3.4 ควรมีการขยายบริการการทำเส้นเลือดเพื่อเตรียมทำ HD ให้เพียงพอ (7/10)

เห็นด้วย เพราะ ปัจจุบัน ระยะเวลาในการรอทำเส้นนานมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ DLC นานขึ้น ทำให้เกิดความเล็งง เกิดการติดเชื้อมากขึ้น

4.5.3.5 สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมพยาบาล PD เพิ่มมากขึ้น (7/10)

- เห็นด้วย เพราะจะได้มีพยาบาลดูแลเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
- สนับสนุนการอบรมพยาบาล PD เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยการเข้ารับการรักษาด้วยวิธี CAPD และเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

4.5.3.6 สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมพยาบาล HD เพิ่มมากขึ้น (7/10)

- เห็นด้วย เพราะจะได้มีพยาบาลดูแลเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
- สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมพยาบาล HD เพิ่มมากขึ้น พยาบาลแต่ละสาขาไม่เพียงพออยู่แล้ว

4.5.3.7 ให้การเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดให้เท่าเทียมกัน โดยยึดสวัสดิการข้าราชการเป็นหลัก (6/10)

- เห็นด้วย สิทธิค่าฟอกเลือดไม่เท่ากัน เบิกได้คิด 2,000 บาทต่อครั้ง บัตรทองคิด 1,500 บาทต่อครั้ง นโยบายการเข้าถึงบริการควรปรับปรุงระบบบริการให้มีความพร้อมทั้งระบบได้แก่ สถานที่ บุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ และการจัดการที่มีประสิทธิภาพรวมถึง ประชาชน
- ให้เบิกค่าฟอกเลือดเท่าข้าราชการ เพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติของหน่วยบริการ HD ในการรับผู้ป่วยแต่ละสิทธิ

4.5.3.8 ควรมีการผ่อนคลายระเบียบในการ shift mode สำหรับผู้ป่วยที่เคยทำ PD สิทธิบัตรทองแล้ว ให้ง่ายขึ้น (6/10)

- ไม่เห็นด้วย เพราะระเบียบเดิมก็ได้อยู่แล้ว แต่ควรปรับปรุงระยะเวลาในการดำเนินการให้กระชับมากขึ้น เช่น ไม่เกิน 10 วันหลังจากคณะกรรมการ ฯ ระดับจังหวัดพิจารณา เพราะที่ผ่านมา เมื่อ สสจ ส่งเรื่องไป สปสช แล้ว ขั้นตอนในการพิจารณานานมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าฟอกเพิ่มขึ้น

4.5.3.9 ให้สิทธิเข้าถึงบริการเหมือนกัน โดยให้สิทธิผู้ป่วยเลือกบริการชนิดต่าง ๆ เองได้ (5/10)

- ไม่เห็นด้วย แต่ควรให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสมกับผู้ป่วย ด้วยบุคลากรที่เป็นกลาง ไม่เอนเอียงไป HD หรือ CAPD

4.5.3.10 เพิ่มการเข้าถึงบริการ HD โดยให้ผู้ป่วยมีสิทธิบัตรทองเลือกได้แต่ต้องร่วมจ่ายเช่น ร่วมจ่ายครั้งหนึ่ง (5/10)

4.5.3.11 ข้อเสนออื่นๆ

- ควรพัฒนาการให้โอกาสกับผู้ป่วยที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงการรับบริการเช่น อยู่ห่างไกล ไม่ทราบหน่วยบริการอยู่ที่ไหน มีใครบ้าง ควรให้ส่วนกลาง หรือ สาธารณสุขมาช่วยให้คำแนะนำในการหาหน่วยบริการ
- เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิทธิเท่าเทียมกัน แต่ทั้งนี้ต้องไม่ละเลยการดูแลตนเอง ส่วนในเรื่องการเตรียมเส้นเลือดเป็นการลดค่าใช้จ่ายและเป็นการพัฒนางาน

4.5.3.12 คิดว่านโยบาย PD first เป็นนโยบายที่ดีที่รัฐบาลควรดำเนินการต่อ

คะแนนจาก 10 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปถึง 0 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง พบว่าค่าเฉลี่ยของผู้ตอบ 10 ท่านคือ 8.7 จาก 10 และมีผู้ให้คะแนนต่ำสุดคือ 5 และสูงสุดคือ 10

บทที่ 5

สรุปการเรียนรู้ และ ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลการศึกษาทั้งหมดที่ดำเนินการมา พบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยยังมีความแตกต่างกันในชุดสิทธิประโยชน์อย่างเห็นได้ชัดทั้งการสนับสนุนวิธีการรักษาที่ครอบคลุมที่แตกต่างกัน เช่นการมีนโยบาย “PD first policy” และการอุดหนุนค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน เช่น สวัสดิการข้าราชการจะให้สิทธิประโยชน์สูงสุดคือจะให้ผู้ป่วยบริการเบิกค่าฟอกเลือดได้ครั้งละ 2,000 บาท ไม่จำกัดจำนวนครั้งหรือไม่มีขั้นตอนในการฟอกเลือดต่อสัปดาห์

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยที่มีสวัสดิการข้าราชการเข้าถึงบริการได้ง่ายที่สุดจากระบบการเบิกจ่ายที่ทำให้ผู้ป่วยบริการพอใจ และมีข้อจำกัดในทางเลือกสำหรับผู้ป่วยน้อยสำหรับประกันสังคมซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่ดิ่งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 และพัฒนาจนครอบคลุมการให้บริการทดแทนไตในปี พ.ศ.2542 ซึ่งได้ช่วยให้ผู้มีสิทธิประกันสังคมจำนวนนับหมื่นคนเข้าถึงบริการได้นั้นยังมีข้อจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับระบบสวัสดิการข้าราชการคือ จำกัดการเบิกคืนแก่สถานบริการที่ 1,500 บาท และ ประชาชนต้องออกเงินจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมเอง สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรคหรือบัตรทอง) ซึ่งเป็นระบบใหม่ล่าสุดของประกันสุขภาพภาครัฐแต่เป็นระบบที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุดกว่าร้อยละ 70 ของประชากรที่เริ่มพัฒนาให้ประชาชนเข้าถึงบริการทดแทนไตในปี พ.ศ. 2551 นั้นเริ่มแรกมีข้อกังวลว่าจะก่อให้เกิดภาระทางงบประมาณแก่รัฐบาลเป็นเงินปีละหลายหมื่นล้านบาทจึงได้ถูกจัดวางระบบที่มุ่งหมายที่จะให้มีประสิทธิภาพสูง ควบคุมภาระงบประมาณได้ โดยกำหนดแนวทางที่จะให้ประชาชนเข้าถึงบริการล้างช่องท้อง (peritoneal dialysis; PD) ก่อน หรือ เรียกว่านโยบาย PD first policy ทำให้งบประมาณรายจ่ายในการให้บริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่สูงขึ้นอย่างที่มีการคาดการณ์ไว้แต่คำถามก็คือประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้าหรือไม่

คำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นหัวข้อสำคัญของการศึกษานี้ ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ระดับประเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่าผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (CKD stage 5 หรือ $GFR < 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$) ที่มีสิทธิบัตรทองเพียงร้อยละ 36 เท่านั้นเข้าถึงบริการ คำถามก็คือ CKD stage 5 ทุกคนต้องได้รับบริการทดแทนไตเพื่อรักษาชีวิตไม่ให้เสียไปในเวลาอันสั้นหรือไม่ ซึ่งจากการวิเคราะห์กลับพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย CKD stage 5 สามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกหลายปีหลังการวินิจฉัย

ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการจากฐานข้อมูลระดับจังหวัดที่ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีข้อมูลรายละเอียดมากกว่าฐานข้อมูลระดับประเทศ โดยใช้จุดตัดตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตคือ ผู้ป่วยที่

มี $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ มาจับ กลับพบว่าผู้ป่วยทั้งหมดที่มี $GFR < 6 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ เข้าถึงบริการทดแทนไตได้ ตรงนี้มีความจำเป็นต้องมีการประเมินติดตามอย่างสม่ำเสมอ และดำเนินการในทุกจังหวัดเพื่อเฝ้าดูว่ามีผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการมากน้อยเพียงใดอย่างเป็นระบบ

แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในสิทธิประโยชน์ของการล้างไตในประกันสุขภาพภาครัฐในประเทศไทยก็ตาม ข้อมูลของประเทศไทยที่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและข้อมูลที่ทำขึ้นภายในหน่วยงานต่างๆ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการทดแทนไตในประเทศไทยเพิ่มขึ้นประมาณ ไม่ต่ำกว่าสองหมื่นคนในช่วงตั้งแต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขยายสิทธิการให้บริการล้างไตโดยยึดนโยบาย “PD first policy” ถ้าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามหรือข้อจำกัด โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความเห็นว่ นโยบายนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเข้าถึงบริการโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยและได้รับบริการที่มีคุณภาพไม่แตกต่างจากการอุดหนุนบริการฟอกเลือด ซึ่งจากข้อค้นพบของการประเมินนี้ก็สนับสนุนความคิดนี้คือ ผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการล้างช่องท้องนั้นมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด (EQ-5D score เท่ากับ 0.79 และ 0.8 จากคะแนนเต็ม 1 ตามลำดับ) และผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างจากผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (0.80 เทียบกับ 0.81 ตามลำดับ) นอกจากนี้เมื่อไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับบริการล้างช่องท้องพบผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์ดีมาก เกือบทุกคนบอกว่าชีวิตดีขึ้นกว่าตอนที่ไม่วางไตมาก หลายคนบอกว่าจะไม่ยอมเปลี่ยนวิธีการรักษาเพราะล้างช่องท้องสะดวกมีอิสระมากกว่าการฟอกเลือด ซึ่งตรงนี้ก็ยังมีข้อมูลสนับสนุนอีกเรื่องคือค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปเพื่อรับบริการทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการล้างช่องท้องภายใต้ระบบ PD first ของ สปสช.ที่มีการจัดส่งน้ำยาถึงบ้านนี้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยใช้วิธีฟอกเลือดปีละเกือบห้าหมื่นบาท เป็นการช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจให้กับผู้ป่วยโดยตรงซึ่งหลายคนพึงพอใจมาก

อย่างไรก็ดีจากการได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยหลายคนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วไม่ยอมรับบริการล้างช่องท้องพบว่าทุกคนไม่มีความมั่นใจว่าการล้างช่องท้องเป็นวิธีการรักษาที่ดีดังข้อกังวลต่อไปนี้

เหตุผลที่ผู้ให้บริการสะท้อนว่าทำไมผู้ป่วยไ้ตายเร็วถึงระยะสุดท้ายถึงไม่ยอมทำ CAPD

ทัศนคติต่อการบริการ

- กลัวการทำ CAPD ไม่ต้องการรักษาด้วย CAPD กลัวติดเชื้อ
- คิดว่า HD ดีกว่า
- คิดว่าทำแล้วทำงานไม่ได้
- รักษาไม่หายขาด เบื่อที่ต้องมาโรงพยาบาลตลอด

การประเมินอาการตนเอง

- อาการทั่วไปดีแม้ $GFR < 6$ เลือกการรักษาแบบประคับประคอง
- คิดว่าตนเองยังมีสุขภาพพออยู่ได้ ณ ขณะนั้น
- ไม่ได้คิดถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นในวันข้างหน้า

ตัดสินใจไม่ได้เพราะเหตุต่างๆ

- รอตัดสินใจ รอปรึกษาคนในครอบครัว/ไม่พร้อม
- คิดว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว คิดว่าเป็นภาระลูกหลาน

ปัญหาเรื่องสิทธิ ระบบบริการ และ เศรษฐฐานะของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยไม่เข้าถึงบริการ(ไม่ทราบ/ไม่ส่งมาจาก รพช)
- ครอบครัวไม่พร้อม ปัญหาครอบครัว เศรษฐฐานะ
- ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ขาดคลินิก CKD

จากข้อกังวลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายรอจนมีอาการมาถึงค่อยเริ่มรักษาทำให้ผลการรักษาไม่ดี หรือ หลายคนยอมเสียเงินเพื่อที่จะได้เข้าถึงบริการฟอกเลือด ซึ่งจากการสัมภาษณ์และจัดประชุมระดมสมองผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่าน่าจะมีสาเหตุที่สามารถปรับปรุงพัฒนาได้หลายประการคือ

- ผู้ให้บริการให้คำแนะนำไม่เพียงพอเพราะ ผู้ให้บริการอาจจะไม่ชำนาญและไม่มีประสบการณ์ในการทำ PD
- ผู้ป่วยยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงผลดีที่เท่าเทียมกันกับการฟอกเลือดและความปลอดภัยที่มีมากขึ้น ในปัจจุบันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ใช้น้ำยาแบบ double bag และ การให้บริการในประเทศไทยได้ผ่าน learning curve มาแล้วระยะหนึ่งทำให้ผู้ให้บริการจำนวนมาเริ่มมีความชำนาญมากขึ้นและอัตราการติดเชื้อก็น้อยลง
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่สามารถเชื่อได้ว่าบริการล้างช่องท้องดีเท่าเทียมกับการฟอกเลือด ซึ่งข้อนี้มีผู้ทำการศึกษาอยู่เป็นระยะ ได้ข้อมูลหลากหลายแต่การศึกษารั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลของผู้ป่วยขนาดใหญ่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและฐานข้อมูลระดับจังหวัดขนาดใหญ่อีกหนึ่งแห่งหนึ่งเป็นหลักหมื่นราย ซึ่งผลที่ได้ทำให้มั่นใจได้ว่าการให้บริการล้างช่องท้องภายใต้ นโยบาย “PD first policy” เป็นโครงการที่ดีทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด (จากภาพที่ 11, 14 และ 15 ของรายงานฉบับนี้) และจากการโทรสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการ CAPD กว่าพันราย และ สัมภาษณ์ผู้ป่วย HD กว่าสามร้อยรายได้ข้อมูลตรงกันว่าผู้ป่วยมีทั้งคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการรับบริการเพราะเป็นบริการที่ดีมีคุณภาพ ซึ่งแม้ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลที่มีข้อจำกัดทางวิชาการ เช่น ไม่ได้ทำการออกแบบงานวิจัยแบบทดลอง (randomized controlled trial) เพราะมีข้อจำกัดจากการดำเนินการในชีวิตจริงแต่ความพยายามที่จะดำเนินการหา รูปแบบการศึกษาที่ทำให้นักวิชาการและผู้ให้บริการยอมรับว่าบริการทั้งการฟอกเลือดและ

ล้างช่องท้องนั้นแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ก็ยังคงเป็นความท้าทายของแวดวงบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยและทั่วโลกอยู่

- นอกจากนี้ภาระงานที่หนักของผู้ให้บริการทั้ง CAPD และ HD จึงเป็นสิ่งที่ยังต้องพัฒนาให้มีบุคลากรให้เพียงพอ ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากชมรมพยาบาลโรคไตว่าการให้มีผู้ช่วยที่ไม่ใช่พยาบาลมาช่วยงานเอกสารและงานอื่นที่มีอยู่ล้นพ้นตัวของพยาบาลโรคไตจะทำให้พยาบาลมีขวัญและกำลังใจในการทำงาน ไม่ burn out จากระบบการให้บริการผู้ป่วยซึ่งทำให้ผู้มีหน้าที่บริหารระบบบริการต้องขบคิดว่าจะขยายวงของผู้ให้บริการไปอย่างไร จะดึงญาติหรือตัวผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาช่วยเป็นทีมงานในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่เริ่มเป็นใหม่ก็เป็นอีกแนวทางที่มีผู้มีความสนใจเสนอ

และเป็นที่น่ายินดีที่ในปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาระบบแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan กระทรวงสาธารณสุข สาขาไต (ฉบับ 25 มีนาคม พ.ศ. 2556) เป็นการพัฒนาระบบการให้บริการสำหรับโรคไตทั้งการป้องกัน และ รักษาใน 4 หัวข้อคือ [23]

1. ค้นหาผู้มีความเสี่ยง โดยเริ่มจากกลุ่มที่มีโอกาสเป็นโรคไตวายเรื้อรัง คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยจะต้องมีการติดตามตรวจ urine และ เลือด ตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลระดับต่างๆ ทั้ง รพสต. รพช. รพท และ รพศ.
2. การจัดตั้ง CKD clinic เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตวายระยะต่างๆ โดยมีการจัดตั้ง Clinic นี้ในทุกสถานพยาบาลระดับใหญ่ ระดับ รพท และ รพศ ภายในปี พ.ศ.2556 และ มีในทุก รพช. ภายในปี พ.ศ.2557 โดยมีเป้าหมายจะติดตามค่า eGFR ไม่ให้ลดลงเกินกว่าที่กำหนดและผู้ป่วยที่ต้องเข้าทำ emergency RRT ลดลงต่ำกว่าร้อยละ 20 ของผู้เข้ารับบริการทั้งหมด
3. การจัดให้มีบริการทดแทนไต ให้เพียงพอทั้ง CAPD/PD ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ภายในปี พ.ศ.2556 และในทุกโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย ภายในปี พ.ศ.2557
4. การพัฒนาระบบการปลูกถ่ายไตและการพัฒนาระบบรับบริจาคอวัยวะโรงพยาบาลศูนย์อย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มีการจัดประชุมร่วมของระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามของประเทศไทยให้มีการปรับระบบการให้บริการทดแทนไตให้มีความเหลื่อมล้ำน้อยลง ดังนี้
 - I. มีการปรับระบบการเบิกจ่ายค่าบริการฟอกเลือดให้เหมาะสมเหมือนกันในทุกระบบ โดยมีการประชุมและใช้หลักฐานทางวิชาการมาประกอบ เพื่อให้ประชาชนที่มีความจำเป็นต้องรับบริการฟอกเลือดได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกันลดภาระการจ่ายเองจากผู้ป่วยลง เพราะบริการทดแทนไตเป็นบริการที่มีความจำเป็นเพื่อต่อชีวิตผู้ป่วยไม่ใช่บริการที่เกินจำเป็น (moral hazard) นอกเสียจากรัฐบาลไม่มีงบประมาณแล้วจึงต้องมีการจ่ายร่วม
 - II. การจัดระบบการให้สิทธิบริการล้างไตที่รวดเร็วแต่ต้องไม่เกินจำเป็น (เช่น เริ่มต้นล้างไตเร็วกว่าที่จำเป็น) ซึ่งต้องการรูปแบบที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ เช่น จะมีการกระจายระดับชาติหรือระดับจังหวัดช่วยพิจารณาให้เริ่มการล้างไตหรือไม่ เป็นต้น
 - III. สนับสนุนให้สิทธิประกันสุขภาพอื่นนอกจากประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดวางระบบเพื่อสนับสนุนการทำ CAPD เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยสิทธิ เช่น ต้องมีระบบการให้ข้อมูลที่ไม่โน้มเอียงไปในการให้บริการฟอกเลือดเพียงอย่างเดียว ต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับข้อมูลถึงบริการล้างช่องท้องด้วย นอกจากนี้ควรมีการจัดเตรียมความสะดวกในการรับบริการ CAPD โดยการจัดระบบขนส่งน้ำยาไปถึงบ้าน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการขนน้ำยาไปได้เป็นหลักหมื่นบาทต่อปี
 - IV. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องผ่อนคลาขกฎระเบียบในการ shift mode ให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกมากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้วิธี CAPD สามารถเปลี่ยนวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสม
 - V. ต้องมีการจัดระบบการติดตามประเมินเรื่องคุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องออกเอง โดยเชื่อว่าผู้ป่วยมีชีวิตได้อย่างมีคุณภาพเพียงพอและยาวนานหรือไม่ ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการเข้าถึงบริการเมื่อจำเป็นทุกคนหรือไม่ และ ผู้ป่วยมีภาระสูงเพียงใดที่ต้องจ่ายเงินเองในการไปรับบริการแต่ละครั้ง เป็นต้น
 - VI. นอกจากนี้สำหรับบริการฟอกเลือดที่มีผู้ป่วยได้รับบริการจำนวนมากขึ้นเนื่องจากไม่สามารถล้างช่องท้องต่อไปได้หรือมีข้อห้ามในการล้างช่องท้อง นอกต้องมีการกำหนดมาตรฐานของศูนย์ฟอกเลือดที่เหมาะสมแล้วยังต้องมีระบบการติดตามมาตรฐานของศูนย์ฟอกเลือดที่เพียงพอซึ่งอาจจะต้องพัฒนาระบบนี้ร่วมไปกับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (hospital accreditation)

2. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโดยเพิ่มบุคลากรทั้งสายวิชาชีพตั้งแต่พยาบาลและแพทย์ที่จะสามารถมาช่วยดูแลผู้ป่วยให้เพิ่มจำนวนเหมาะสมกับงานที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ในบริการ CAPD การพัฒนาให้เกิดบุคลากรสายสนับสนุนเพื่อช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางที่ต้องส่งเสริมเพราะมีความเป็นไปได้มากกว่าการผลิตแพทย์หรือพยาบาลเพิ่ม ซึ่งบุคลากรนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะจะช่วยลดภาระงานเอกสารให้กับพยาบาลและแพทย์ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่เคยดูแลผู้ป่วย(เสียชีวิต) จำนวนหนึ่งที่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ล้างช่องท้องและมีความตั้งใจที่จะช่วยเป็นจิตอาสาในการให้คำปรึกษาและช่วยดูแลผู้ป่วยซึ่งถ้ามีการจัดระบบที่ดีจะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น
3. การสนับสนุนการป้องกันการเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย เช่น เรื่องการส่งเสริมความเข้มแข็งของคลินิกไตวาย CKD clinic เป็นสิ่งต้องควรส่งเสริมอย่างเต็มที่เพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้ผู้ป่วยต้องมียอยู่ในภาวะไตวายระยะสุดท้ายจนต้องล้างไต นอกจากนี้การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคที่สำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ภาวะไตวาย เพื่อให้มีคุณภาพบริการที่ดี โดยเน้นเรื่องการเสริมสร้างให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (self-care) และ การสื่อสารรวมถึงการจัดตั้งเครือข่ายที่เอื้อต่อการลดการบริโภคอาหารหวาน มัน และ ที่สำคัญมากคือเรื่องเค็มหรือโซเดียม ต้องมีการรณรงค์กันอย่างจริงจังรวมถึงมีการวิจัยที่จะหาทางจะสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม ทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ
4. มีการสนับสนุนการปลูกถ่ายอวัยวะอย่างจริงจัง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องจัดการให้การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่ไตวายระยะสุดท้ายเพราะในปัจจุบันจำนวนการปลูกถ่ายไตยังต่ำกว่า 1,000 รายต่อปี ทั้งๆที่เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ป่วยซึ่งต้องจัดการต้องรอบด้าน ตั้งแต่การหาอวัยวะที่ต้องสนับสนุนให้มี Coordinators ในโรงพยาบาลที่จะหาอวัยวะให้มีความเข้มแข็งซึ่งจะทำให้สามารถจัดหาอวัยวะได้มากขึ้น
หลายเท่าตัว ไปจนถึงการวางแผนขยายขีดความสามารถของสถานบริการที่จะปลูกถ่ายอวัยวะ โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของประชาชนและคุณภาพบริการที่ขึ้นอยู่กับการมีการผ่าตัดที่เพียงพอในแต่ละศูนย์บริการ
5. จัดให้มีกระบวนการวิจัยที่สามารถตอบโจทย์คุณภาพบริการในแง่อัตราการรอดชีวิต ความคุ้มค่าของการให้บริการสำหรับนโยบาย “PD first policy” ซึ่งเป็นทั้งระบบที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในประเทศไทยและยังเป็นที่จับตามองของคนทั่วโลก เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการวางนโยบายตามหลักฐานวิชาการต่อไป (evidence based policy making)

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2552
2. ถนอม สุภาพร ทบทวนระบบการคลังสำหรับบริการรักษามะเร็งไตในต่างประเทศ ใน วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ศิริวัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, จิตปรางค์ วาศวิท, ภูษิต ประครองสาย. การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2548.
3. วิชัช เกษมทรัพย์, ภูษิต ประครองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ความต้องการงบประมาณสำหรับการเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้า. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2549; 12(2): 136-47.
4. _____. ภาคผนวก ก ตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพและการล้มละลายสิ้นเนื้อประดาตัว ใน วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ศิริวัฒนานนท์, ถนอม สุภาพร, จิตปรางค์ วาศวิท, ภูษิต ประครองสาย. การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2548.
5. Tantivess S, and Walt G. Using cost-Effectiveness analysis to inform policy: the case of antiretroviral therapy in Thailand. Cost Eff Resour Alloc. (2006) 30;4:21.
6. Tangcharoensathien V , Pitayarangsarit S, Patcharanarumol W,Prakongsai P, Sumalee H, Tosanguan J, and Mills A. Promoting universal financial protection: how the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity. Health Research Policy and Systems 2013, 11:25 <http://www.health-policy-systems.com/content/11/1/25> Retrieved 27 September 2013.
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ การขยายบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2551. เสนอต่อที่ประชุมกรรมการบริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 17 ตุลาคม 2550
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 9/2550 (26 กันยายน 2550) ใน มติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550
9. Tungsanga K, Kanjanabuch T, Mahatanan N, Praditpornsilp K, Avihingsanon Y, & Eiam-Ong S. The status of, and obstacles to, continuous ambulatory peritoneal dialysis in Thailand. Proceedings of the 3rd Asian chapter meeting of the ISPD November 22 -24 2007, Hiroshima, Japan, Peritoneal Dialysis International, Vol 28 (2008), supplement 3.
10. ถนอม สุภาพร, อุดม ไกรฤทธิชัย, พจน์ เอมพันธ์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, สุทธิชัย เลขยานนท์, อัมพร สกุลแสงประภา, อติสร วังศิริไพศาล, อนุตตร จิตตินันท์, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ทวีชัย ทิปประสาน, พรชัย กิ่งวัฒนากุล, สร้อยสวาง สร้างสมวงษ์, สุชาดา บุญแก้ว, และ ศิวดิษฐ์ แซ่มคำเจียก บทวิเคราะห์

สถานภาพผู้ให้บริการรักษาบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยและความสามารถในการรองรับบริการเพิ่มเติม ในวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ศิริวัฒนานนท์, อนุม สุภาพร, จิตปราณี วาศวิท, ภูมิธ ประคองสาย. การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2548.

11. วิชัช เกษมทรัพย์ ปิยะธิดา จึงสมาน พรทิพา ศักดิ์ทอง จงกล เลิศเชียรดำรงค์ และ กนกพร ปูฟ้า การศึกษาระบบการให้บริการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2553
12. Dhanakijcharoen P, Sirivongs D, Aruyapitipan S, Chuengsaman P, Lumpaopong A. The "PD First" policy in Thailand: three-years experiences (2008-2011). J Med Assoc Thai. 2011 Sep;94 Suppl 4:S153-61.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ How to improve quality of PD in UC scheme (power point presentation) 2556.
14. Tantivess S, Werayingyoung P, Chuengsaman P, and Teerawattananon Y Universal coverage of renal dialysis in Thailand: promise, progress, and prospects. BMJ 2013;346 f462 doi: 10.1136/bmj.f462 (Published 31 January 2013)
15. อติสรณ์ ลำพองศ์ นโยบายส่งเสริมการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาด้วย CAPD (power point presentation)
16. US Department of Health and Human Services. Physical activity evaluation handbook. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2002, P14-19.
17. Sakthong P, Kasemsup V. Health utility measured with EQ-5D in Thai patients undergoing peritoneal dialysis. Value Health. 2012 (1 Suppl):S79-84. doi: 10.1016/j.jval.2011.11.005
18. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย รายงานข้อมูลการปลูกถ่ายไต ประจำปี พ.ศ. 2555 กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ 2556
19. Kam-Tao Li P, and Cheuk-Chun S. Success of the peritoneal dialysis programme in Hong Kong. Nephrol Dial Transplant 2008 23: 1475-1478.
20. Heaf J, Lokkegaard H, Madsen M. Initial survival advantage of peritoneal dialysis relative to haemodialysis. Nephrology Dialysis Transplantation 2002;17(1):112-7.
21. Schaubel DE, Morrison H, Fenton SS. Comparing mortality rates on CAPD/CCPD and hemodialysis. The Canadian experience: fact or fiction? Peritoneal Dialysis International 1998; 18(5):478-84.
22. Liem YS, Wong JB, Hunink MG, de Charro FT, Winkelmayer WC. Comparison of hemodialysis and peritoneal dialysis survival in The Netherlands. Kidney International 2007 (abstract);71(2):153-8.
23. Vonesh EF, Snyder JJ, Foley RN, Collins AJ. Mortality studies comparing peritoneal dialysis and hemodialysis: what do they tell us? Kidney International Suppl 2006 Nov;(103):S3-11.
24. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาไต) แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต นนทบุรี: สำนักบริหารงานสาธารณสุข

ภาคผนวก 1
แบบสอบถาม

ชื่อสถานบริการ..... ลำดับที่.....
 จังหวัด วันที่.....2556
 ผู้ให้ข้อมูล.....
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบสอบถามการให้บริการฟอกเลือด

ขอให้บุคลากร(แพทย์หรือพยาบาล)ซึ่งมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดช่วยตอบข้อมูลและเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในประเทศไทย

- ท่านผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติหน้าที่เป็น
 - 1.อายุรแพทย์โรคไต
 - 2.อายุรแพทย์
 - 3.พยาบาลที่ได้รับการอบรมCAPD
 - 4.พยาบาลที่ได้รับการอบรม HD
 - 5.พยาบาลที่ยังไม่ได้รับการอบรมแต่ได้รับมอบหมายให้ทำงานที่หน่วยไตเทียม
- ท่านปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย HD ในหน้าที่รับผิดชอบมากี่ปีแล้ว.....ปี
- สถานะของสถานบริการที่ท่านปฏิบัติงาน
 1. ภาครัฐ
 2. เอกชน
- สถานบริการของท่านให้บริการ
 1. HD
 2. HD และ CAPD
 3. HD CAPD และ KT
- สถานบริการของท่านมีผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนไตจำนวนกี่ราย (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2556)

ฟอกเลือด (HD) ราย (Acuteราย และ Chronic.....ราย)

ล้างช่องท้อง (CAPD) ราย

ปลูกถ่ายไต (KT)ราย
- จำนวนพยาบาลไตเทียม (HD)
 - 1) ทำงานเต็มเวลาท่าน
 - 2) บางเวลาท่าน
- จำนวนอายุรแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในหน่วยบริการ
 - 1) อายุรแพทย์ทั่วไปท่าน
 - 2) อายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมโรคไต 4 เดือนท่าน
 - 3) อายุรแพทย์โรคไตท่าน
- จำนวนผู้ป่วยแยกตามสิทธิถึง 30 เมษายน 2556

	สิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (30 บาท)	สิทธิข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	จ่ายเงินเอง	รวม
HD					

9. หน่วยบริการของท่านมีเครื่องฟอกเลือด รวมเครื่อง
- 1) เครื่องสำหรับ Acute renal failureเครื่อง
- 2) เครื่องสำหรับ Chronicเครื่อง
- 3) เครื่องสำหรับ ICU/ฉุกเฉินเครื่อง
10. สถานบริการของท่านเปิดบริการฟอกเลือด สัปดาห์ละ.....วัน
11. สถานบริการของท่านเปิดบริการฟอกเลือดจำนวน.....รอบต่อวัน ให้บริการผู้ป่วยได้วันละ.....ราย
12. ผู้ป่วย ESRD รายใหม่ต้องทำ Chronic dialysis ท่านมีคิว(ที่)ทำ HD ให้บริการผู้ป่วยทันทีหรือไม่
- ☐ 1.ทันที
- ☐ 2.ไม่ได้ทันทีเนื่องจาก.....
13. ถ้าสถานบริการของท่านไม่มีคิว(ที่)และจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปทำHD ที่โรงพยาบาลอื่น ท่านมีอุปสรรคในการส่งต่อหรือไม่
- ☐ 1.ไม่มีปัญหาในการส่งต่อ
- ☐ 2.เคยส่งและมีปัญหาในเรื่อง.....
- ☐ 3.ไม่เคยส่งต่อ
14. สถานบริการของท่านรับผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ เข้าล้างไตหรือไม่ อย่างไร
- 14.1 ข้าราชการ ☐ 1. รับ ถ้ามีที่ว่าง ☐ 2.ไม่รับทุกกรณี
- ☐ 3.รับแบบมีเงื่อนไข ถ้า.....
- 14.2 ประกันสังคม ☐ 1. รับ ถ้ามีที่ว่าง ☐ 2.ไม่รับทุกกรณี
- ☐ 3.รับแบบมีเงื่อนไข ถ้า.....
- 14.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ☐ 1. รับ ถ้ามีที่ว่าง ☐ 2.ไม่รับทุกกรณี
- ☐ 3.รับแบบมีเงื่อนไข ถ้า.....
- 14.4 จ่ายเอง ☐ 1. รับ ถ้ามีที่ว่าง ☐ 2.ไม่รับทุกกรณี
- ☐ 3.รับแบบมีเงื่อนไข ถ้า.....

15. ปัจจุบันการให้บริการฟอกเลือดแต่ละสัปดาห์จะมีค่าบริการตามสิทธิและที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มเอง (ตอบตามที่ให้บริการสิทธิต่างๆ จริง)

	สิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (30 บาท) (ทำ PD ไม่ได้ ต้องเปลี่ยนเป็น HD ตามสิทธิ)	สิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า (30 บาท) (ไม่ขอทำ PD ยอมจ่ายเงินเอง)	สิทธิข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม
ค่าใช้จ่ายที่เบิกได้ตามสิทธิต่อ session				
ส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่ม ต่อ session				

16. ถ้าท่านเป็นผู้ให้บริการ HD แก่ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ กรุณาประเมิน ข้อดีและข้อด้อยต่างกันอย่างไรของผู้ป่วยแต่ละสิทธิ

บัตรทอง ข้อดี 1).....

2)

ข้อด้อย 1).....

2)

ข้าราชการ ข้อดี 1).....

2)

ข้อด้อย 1).....

2)

ประกันสังคม ข้อดี 1).....

2)

ข้อด้อย 1).....

2)

17. ปัญหาหลักและอุปสรรคที่พบบ่อยต่อการให้บริการฟอกเลือดโดยรวม

1).....

2)

3)

18. ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตโดยภาพรวม (ทั้ง HD PD และ KT)

1).....

2)

3)

19. ถ้ามีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย 3 คนที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมและข้าราชการ มาขอรับบริการ HD พร้อมกันแล้วสถานบริการของท่านมีที่ว่าง 1 ที่ ท่านคิดว่าโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีสิทธิต่างๆ มีเท่ากันหรือไม่ (โดยผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเท่ากัน เหมือนกันทุกอย่าง ยกเว้นสิทธิการรักษา)

☐ 1. เท่ากัน

☐ 2. ไม่เท่ากัน

ถ้าไม่เท่ากัน โอกาสของแต่ละสิทธิมีมากน้อยต่างกันเพียงใด

ข้าราชการ	%
ประกันสังคม	%
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	%
รวม	100 %

เพราะเหตุใด.....

ชื่อสถานบริการ..... ลำดับที่.....
 จังหวัดวันที่.....2556
 ผู้ให้ข้อมูล.....
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบสอบถามการให้บริการล้างไตทางช่องท้อง

ขอให้บุคลากร(แพทย์หรือพยาบาล)ซึ่งมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง(CAPD) ช่วยตอบข้อมูลและนำไป
 เสนอแนวทางในการพัฒนาระบบบริการทดแทนไตในประเทศไทย

- ท่านผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติหน้าที่เป็น
 - 1.อายุรแพทย์โรคไต
 - 2.อายุรแพทย์
 - 3.พยาบาลที่ได้รับการอบรมCAPD
 - 4.พยาบาลที่ได้รับการอบรม HD
 - 5.พยาบาลที่ยังไม่ได้รับการอบรมแต่ได้รับมอบหมายให้ทำงานที่หน่วยไตเทียม
- ท่านปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย CAPD ในหน้าที่รับผิดชอบมากี่ปีแล้ว.....ปี
- สถานะของสถานบริการที่ท่านปฏิบัติงาน
 1. ภาครัฐ
 2. เอกชน
- สถานบริการของท่านมีจำนวนพยาบาล CAPD กี่ท่าน.....ท่าน
- หน่วยบริการของท่านให้บริการฟอกเลือด (HD) ด้วยหรือไม่ ☐ 1. ให้ ☐ 2. ไม่ให้
- สถานบริการของท่านมีเครื่องฟอกเลือด (HD) กี่เครื่อง.....เครื่อง
- พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย CAPD ต้องดูแลผู้ป่วย HD ด้วยหรือไม่
 1. ใช่
 2. ไม่ใช่
- สถานบริการของท่านมีจำนวนอายุรแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในหน่วยบริการกี่ท่าน

อายุรแพทย์ทั่วไป _____ ท่าน

อายุรแพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมโรคไต 4 เดือน _____ ท่าน

อายุรแพทย์โรคไต _____ ท่าน
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้อง แยกตามสิทธิประกันสุขภาพ ณ 30 เมษายน 2556

	ข้าราชการ (ราย)	ประกันสังคม (ราย)	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ราย)	รวม (ราย)
CAPD				

10. ถ้ามีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่มาขอรับบริการ CAPD กับท่านวันนี้จะต้องรอนานประมาณเท่าไร ถึงจะได้รับบริการวางสายหน้าห้อง _____ เดือน _____ วัน
11. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะ uremia มา โอกาสผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว (temporary HD) ก่อนมาวางสายหน้าห้องคิดเป็นร้อยละเท่าไรของผู้ป่วยที่จะทำ CAPD ทั้งหมด _____ %
12. เดือนหนึ่ง ๆ หน่วยบริการของท่านมี โควต้าหรือข้อกำหนดของจำนวนผู้ป่วยล้างช่องท้องรายใหม่ในแต่ละเดือนหรือไม่
 O1. มี O2. ไม่มี
 ถ้ามีข้อกำหนด เดือนละไม่เกินกี่ราย _____ ราย
13. ท่านคาดว่าจะมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PD first policy) ไม่ได้รับการบริการหรือไม่
 ยอมรับบริการ CAPD คิดเป็นประมาณร้อยละเท่าไร _____ %
 และ เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการ 3 อันดับแรกคือ
- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
14. ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของท่านต้องจ่ายเพิ่มเติมในกรณีที่ทำ CAPD ต่อเดือนคิดเป็นเงินประมาณเท่าไร

	บัตรทอง (บาท)	ข้าราชการ(บาท)	ประกันสังคม(บาท)
ประมาณค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท)			

15. ก่อนที่จะรับผู้ป่วยมาทำ CAPD มีเงื่อนไขอะไรกำหนดเป็นคุณสมบัติของผู้ป่วยหรือกำหนดให้ผู้ป่วยทำ

16. ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการให้บริการผู้ป่วย CAPD คืออะไร

17. เมื่อเปรียบเทียบกับบริการ HD แล้วท่านคิดว่าการให้บริการ CAPD มีข้อดีและข้อด้อยอะไรบ้าง

18. ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรในการปรับปรุงบริการ CAPD ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากประสบการณ์ในการให้บริการของท่าน

19. ท่านคิดว่าผู้ป่วย CAPD ที่มารับบริการกับท่านมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยที่ทำ HD อย่างไร

☐ 1. CAPD ดีกว่ามากๆ ☐ 2. CAPD ดีกว่า ☐ 3. เท่าๆกัน ☐ 4. HD ดีกว่า ☐ 5. HD ดีกว่ามากๆ

20. หน่วยบริการของท่านมีระบบการเยี่ยมติดตามไปที่บ้านของผู้ป่วย CAPD หรือไม่ (โดยการโทรศัพท์ตาม(Call visit) หรือลงไปเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาลหรือใช้ระบบอื่นๆ)

☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

18.1 ถ้ามีระบบเยี่ยมบ้านท่านจัดระบบอย่างไร ใครเป็นผู้ออกเยี่ยมบ้าน หรือโทรตาม (โปรดบรรยาย)

18.2 ถ้ามีการเยี่ยมบ้านมีการติดตามถี่ห่างเพียงใด

ชื่อ.....นามสกุล..... ลำดับที่.....

จังหวัดวันที่.....2556

เบอร์โทรศัพท์.....

สิทธิในการรักษา

☐ 30 บาท ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ

แบบสอบถามสำหรับผู้ที่ได้รับการทดแทนไตในประเทศไทย

ขอให้ทุกท่านช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ท่านได้รับเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการทดแทนไตสำหรับท่านและผู้ป่วยคนอื่น ๆ ต่อไป

ส่วนที่ 1 ประวัติการตรวจรักษา

1. ปัจจุบันคุณ....ได้รับการทดแทนไตแบบใด

☐ 1. ฟอกเลือด (HD)

☐ 2. ล้างช่องท้อง (CAPD)

☐ 3. ปลุกถ่ายไต (KT)

2. คุณ.....ได้รับการวินิจฉัยจากหมอว่าเป็นโรคไตมากี่ปีแล้วปี ตั้งแต่พ.ศ.(ถ้าจำได้)

3. ปัจจุบันคุณ....ได้รับการจากสถานบริการอะไร.....

ตั้งอยู่ที่จังหวัดอะไร.....

4. คุณ....เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการล้างไต(ล้างทางช่องท้อง/ฟอกเลือด)เดือนละประมาณเท่าไรในตอนนี้

a. ค่าเดินทางไปโรงพยาบาลบาทต่อครั้ง (ไป-กลับ)

เดินทางด้วยวิธีใด.....

b. ค่าอาหารและที่พักในการไปพบแพทย์.....บาทต่อครั้ง (รวมของญาติด้วย)

เป็นค่าอะไรบ้าง.....

c. ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ บาทต่อครั้ง

เป็นค่าอะไรบ้าง.....

5. เดือนหนึ่งเดินทางไปรับการรักษาเกี่ยวกับล้างไตที่โรงพยาบาลกี่ครั้ง ครั้ง (HD...:สัปดาห์)

6. ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดในการรับบริการล้างไตมีผลกระทบต่อคุณ.....และครอบครัวหรือไม่

☐ 1. มีผลกระทบต่อครอบครัว

☐ 2. ไม่มีผลกระทบต่อครอบครัว

ถ้ามีผลกระทบมีอย่างไร.....

7. คุณ.....คิดว่าการล้างไตที่ได้รับในปัจจุบันเหมาะสมกับคุณ.....หรือไม่ อย่างไร

☐ 1.เหมาะสม เพราะ.....

☐ 2.ไม่เหมาะสม เพราะ

8. ถ้าคุณ.....มีสิทธิเลือกท่านจะเลือกวิธีการรักษาในปัจจุบันหรือไม่ เพราะเหตุใด ☐ 1.รักษา ☐ 2.ไม่รักษา

เพราะ.....

ข้อ 9 -16 สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

9. (สำหรับผู้ป่วยที่ต้องล้างช่องท้องก่อน ภายใต้ PD first policy) ตั้งแต่แพทย์บอกว่าเป็นไตวายระยะสุดท้ายและต้องล้างไต คุณ...ต้องรอนานเท่าใดถึงจะได้รับบริการล้างไตทางช่องท้อง

- ☐ 1. น้อยกว่า 1 เดือน ☐ 2. 1 – 3 เดือน ☐ 3. 4 - 6 เดือน ☐ 4. มากกว่า 6 เดือน

10. คุณ.....มีใครช่วยทำการเปลี่ยนน้ำยาล้างช่องท้องหรือไม่ ในแต่ละวัน ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี (ข้ามไปข้อ 12)

11. ใครเป็นคนช่วยคุณ

- ☐ 1. ลูก ☐ 2.สามีหรือภรรยา ☐ 3.บิดาหรือมารดา ☐ 4.ญาติ ☐ 5.อื่นๆ ระบุ.....

12. ขอให้คุณ.....ช่วยประเมินสภาพแวดล้อมของบ้านคุณว่าเหมาะกับการเปลี่ยนน้ำยา CAPD หรือไม่

- ☐ 1. เหมาะสม ☐ 2. ไม่เหมาะสม

ถ้าไม่เหมาะสมคุณ.....อยากได้รับความช่วยเหลืออะไร.....

13. น้ำยา CAPD ส่งถึงคุณตรงตามกำหนดเวลาหรือไม่ ☐ 1. ตรงเวลา ☐ 2. ไม่ตรงเวลา

ถ้าไม่ตรงเวลา คุณ.....เคยมีปัญหาล้างน้ำยาช่องท้องหรือไม่ ☐ 1.เคย ☐ 2.ไม่เคย

จำนวนที่เคย.....ครั้ง ถ้าเคยช่วยเล่าเหตุการณ์ให้ด้วย

.....

14. ขณะนี้คุณ...ล้างช่องท้องมากี่ปีแล้ว.....ปี เริ่ม พ.ศ.....

15. คุณ..เคยติดเชื้อในช่องท้องจากการล้างไต หรือไม่ ☐ 1.เคย ☐ 2.ไม่เคย

16. ถ้าเคยติดเชื้อ เคยกี่ครั้ง ครั้ง

แต่ละครั้งคิดในช่วงใดบ้าง (ระบุช่วงเวลาเช่น ติดเชื้อมาก่อนล้างช่องท้องมาได้ 6 เดือน อีก 3 เดือน ติดเชื้ออีก)

ครั้งที่	ถ้าเคยช่วยเล่าเหตุการณ์ของการติดเชื้อให้ด้วย	ช่วงที่รับติดเชื้อ (เดือน/พ.ศ.)
1		
2		
3		

17. คุณ.....พบปัญหาหรืออุปสรรคในการรับบริการล้างไต(ล้างทางช่องท้อง/ฟอกเลือด)หรือไม่

☐ 1.มี

☐ 2.ไม่มี

ถ้ามีปัญหหรืออุปสรรคคืออะไร.....

18. คุณ.....มีความพอใจในการรับบริการ(ล้างทางช่องท้อง/ฟอกเลือด)มากน้อยเพียงใด

ถ้าให้ช่วยให้คะแนนจาก 0 ถึง 10 (ถ้า 0 คือไม่พอใจเลย 10 คือพอใจมาก ๆ 5 คือพอใจบ้างไม่พอใจบ้าง)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ทำไมจึงมีความพอใจเช่นนี้.....

19. คุณ.....เคยได้รับบริการล้างไตจากสถานบริการอื่นหรือไม่ ☐ 1. เคย (ให้ถามข้อ a) ☐ 2. ไม่เคย

a. ถ้าเคยได้รับบริการอะไร (ฟอกเลือดหรือ ล้างช่องท้อง) ที่ไหน ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียในการรักษาและเมื่อไร

ครั้งที่	ฟอกเลือด (HD)	ล้างช่องท้อง (CAPD)	ชื่อสถานบริการ	ค่าใช้จ่ายส่วนเกิน ที่ต้องจ่ายเพิ่ม (บาท)	ช่วงที่รับบริการ (เดือน/พ.ศ.)
1					
2					
3					

20. เคยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้ข้อมูลเรื่องการให้บริการล้างไตด้วยวิธีต่างๆ(ล้างทางช่องท้อง/ฟอกเลือด)ให้ฟังหรือไม่ให้คุณ.....ได้รู้หรือไม่

☐ 1. เคย

☐ 2. ไม่เคย

ถ้าเคย ใครเป็นคนให้ข้อมูลแก่คุณ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1.แพทย์

☐ 2.พยาบาล

☐ 3.อื่นๆ ระบุ.....

21. คุณ....ได้รับบริการฟอกเลือดแล้วเคยเกิดปัญหาจนฟอกเลือดไม่ได้หรือไม่

☐ 1. เคย

☐ 2. ไม่เคย

ถ้าเคยๆ มีปัญหาอะไร.....

ส่วนที่ 2: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ตอบคำถามตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ มากที่สุด

การเคลื่อนไหว

EQ5D_MO

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน 1. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินบ้าง 2. ☐
- ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง 3. ☐

☐

การดูแลตนเอง

EQ5D_SC

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง 1. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือการแต่งตัวบ้าง 2. ☐
- ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้ 3. ☐

☐

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน,

การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือการทำกิจกรรมยามว่าง)

EQ5D_UA

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 1. ☐
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง 2. ☐
- ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้ 3. ☐

☐

ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย

EQ5D_PD

- ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย 1. ☐
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง 2. ☐
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายมากที่สุด 3. ☐

☐

ความวิตกกังวล/ ความซึมเศร้า

EQ5D_AD

- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 1. ☐
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง 2. ☐
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด 3. ☐

☐

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบริการ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- 3.1 ผู้ให้ข้อมูล ☐ 1. ผู้ป่วย ☐ 2. ญาติผู้ป่วย
- 3.2 อายุ ปี (ข้อมูลของผู้ป่วยข้อ 3.2 -3.9)
- 3.3 เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2. หญิง
- 3.4 ระดับการศึกษา
- ☐ 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2.ไม่เกินประถม 4
- ☐ 3.ไม่เกินประถม 6 ☐ 4.มัธยมต้น
- ☐ 5.มัธยมปลาย/ปวช./ปวส. ☐ 6.ปริญญาตรี
- ☐ 7.สูงกว่าปริญญาตรี
- 3.5 อาชีพ
- ☐ 1. ข้าราชการ ☐ 2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
- ☐ 3. พนักงานบริษัทเอกชน ☐ 4. ค้าขาย
- ☐ 5. เกษตรกรรม ☐ 6. รับจ้างทั่วไป
- ☐ 7. ว่างาน / แม่บ้าน ☐ 8. อื่นๆ ระบุ.....
- 3.6 ปัจจุบันคุณ....อาศัยอยู่กับใครบ้าง รวม.....คน (รวมตัวผู้ป่วยด้วย)
- ☐ 1.บิดาหรือมารดา.....คน ☐ 2.สามีหรือภรรยา
- ☐ 3.บุตร.....คน ☐ 4.ญาติ.....คน
- ☐ 5.อื่นๆ
- 3.7 รายได้ทั้งครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (รวมรายได้จากลูกหรือญาติส่งให้ / รายได้ของญาติที่อยู่ด้วย ประมาณเอา)
- 3.7 รายได้หลักของครอบครัวมาจาก ☐ 1.ตัวผู้ป่วย ☐ 2. ลูก ☐ 3.สามี /ภรรยา
- ☐ 4.ลูกและสามี/ภรรยา ☐ 5.ญาติ ☐ 6.อื่น ๆ ระบุ.....
- 3.8 สิทธิในการรักษาพยาบาล
- ☐ 1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ☐ 2. ข้าราชการ
- ☐ 3. ประกันสังคม ☐ 4.อื่นๆระบุ.....
- 3.9 คุณ.....อาศัยอยู่ที่
- บ้านเลขที่ หมู่.....ซอย.....ถนน.....
- หมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

แบบสอบถามการพัฒนาบริการทดแทนไตสำหรับประชาชนไทย

ขอให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามนี้ เพื่อให้ข้อคิดเห็นสำหรับการพัฒนาระบบบริการทดแทนไต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งมีข้อกำหนดว่าต้องเลือกบริการล้างช่องท้องก่อน (Peritoneal dialysis; PD) และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนหนึ่งเข้าไม่ถึงบริการทดแทนไต

1. ท่านคิดว่าจะทำอย่างไรถึงจะทำให้ผู้ป่วยบัตรทองได้รับบริการทดแทนไต (PD) เพิ่มขึ้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1.เพิ่มบุคลากรในการให้บริการ PD ในแต่ละโรงพยาบาล
- ☐ 2.เพิ่มค่าตอบแทนให้บุคลากร (พยาบาลและแพทย์) ในการดูแลผู้ป่วย PD
- ☐ 3.เพิ่มจำนวนสถานบริการที่ให้บริการ PD ให้มากขึ้น (รพ.ชุมชนเข้ามาร่วมให้บริการเพิ่มขึ้น)
- ☐ 4.สร้างทีมเพื่อนผู้ป่วยช่วยเพื่อนกันเอง โดยผู้ป่วยที่ได้รับบริการ PD ก่อนมาเป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยใหม่ในช่วงตัดสินใจรับบริการ
- ☐ 5.ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า PD เป็นบริการที่ปลอดภัยและเมื่อผู้ป่วยได้รับแล้วจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ☐ 6.อื่นๆ คือ

.....
.....

ท่านเลือกให้ความเห็นแต่ละข้อเพราะอะไร

.....
.....

2. ท่านมีความเห็นอย่างไรในการที่จะปรับข้อกำหนดให้ผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิเข้าสู่บริการ HD ได้มากขึ้น

- ☐ 1. เห็นด้วย
- ☐ 2. ไม่เห็นด้วย
- ☐ 3.เห็นด้วยโดยมีข้อแม้ คือ
- ☐ 4. ไม่มีความเห็น

ท่านเลือกให้ความเห็นแต่ละข้อเพราะอะไร

.....
.....

3. ท่านคิดว่าจะปรับปรุงบริการทดแทนไตในประเทศไทยให้ดีขึ้นได้อย่างไร (สำหรับผู้ป่วยทุกสิทธิ) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. ให้สิทธิเข้าถึงบริการเหมือนกัน โดยให้สิทธิผู้ป่วยเลือกบริการชนิดต่าง ๆ เองได้
 - ☐ 2. ให้สิทธิเข้าถึงบริการเหมือนกัน แต่ทุกคนต้องเข้าถึง PD ก่อน
 - ☐ 3. เพิ่มการเข้าถึงบริการ HD โดยให้ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองเลือกได้แต่ต้องร่วมจ่ายเช่น ร่วมจ่ายครั้งหนึ่ง
 - ☐ 4. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมพยาบาล PD เพิ่มมากขึ้น
 - ☐ 5. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมพยาบาล HD เพิ่มมากขึ้น
 - ☐ 6. ให้มีการเบิกจ่ายค่าฟอกเลือดให้เท่าเทียมกัน โดยยึดสวัสดิการข้าราชการเป็นหลัก
 - ☐ 7. ให้มีการจัดระบบการส่งน้ำยา PD ถึงบ้านในสิทธิข้าราชการและประกันสังคมด้วย
 - ☐ 8. ควรมีการขยายบริการการทำเส้นเลือดเพื่อเตรียมทำ HD ให้เพียงพอ
 - ☐ 9. ควรมีการผ่อนคลายระเบียบในการ shift mode สำหรับผู้ป่วยที่เคยทำ PD สิทธิบัตรทองแล้ว ให้ง่ายขึ้น
 - ☐ 10. พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบริการ PD สิทธิบัตรทอง
 - ☐ 11. รัฐบาลให้ความสำคัญกับบริการปลูกถ่ายไตมากขึ้น โดยส่งเสริมการบริจาคอวัยวะอย่างจริงจัง
 - ☐ 12. รัฐบาลให้ความสำคัญกับบริการ CKD Clinic มากขึ้นเพื่อป้องกันภาวะไตวายระยะสุดท้าย
- ท่านเลือกให้ความเห็นแต่ละข้อเพราะอะไร.....

4. ท่านผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติหน้าที่เป็น

- ☐ 1. อายุรแพทย์โรคไต ☐ 2. อายุรแพทย์ ☐ 3. พยาบาลที่ได้รับการอบรม CAPD
- ☐ 4. พยาบาลที่ได้รับการอบรม HD ☐ 5. พยาบาลที่ยังไม่ได้รับการอบรมแต่ได้รับมอบหมายให้ทำงานที่หน่วยไตเทียม
- ☐ 6. อื่นๆ

5. ท่านปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในหน้าที่รับผิดชอบมากี่ปีแล้ว.....ปี

6. ท่านคิดว่านโยบายการให้บริการล้างไตทางช่องท้อง(PD)ของสิทธิบัตรทองเป็นนโยบายที่ดี ควรที่รัฐบาลลงไว้ต่อไป

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

กลาง ๆ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ภาคผนวก 2

ผลการสัมภาษณ์โรงพยาบาลที่ให้บริการ CAPD 9 แห่ง

1. โรงพยาบาลพระนครราชธานี กทม.

การให้บริการทดแทนไตของโรงพยาบาลพระนครราชธานี เริ่มให้บริการฟอกเลือดเมื่อ ปี 2537 และการบริการล้างช่องท้องเริ่มเมื่อ 1 มกราคม 2548 มีผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง 100 ราย การฟอกเลือดประจำผู้ป่วยเรื้อรัง 10 ราย ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลฉุกเฉินรับใหม่เดือนละ 20 ราย ไม่มีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องการ . เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านไตเทียมจะแยกเป็นหน่วยที่ดูแลการฟอกเลือดจำนวน 4 คน มีเครื่องฟอกเลือดจำนวน 11 เครื่อง ทำได้วันละ 22 คน และพยาบาลผู้ดูแลการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 1 คน

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ในแต่ละสิทธิการรักษาต้องได้รับการวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคไต และต้องทำการรักษา จากนั้นแพทย์โรคไตจะส่งพบพยาบาลไตเทียมเพื่อจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวิธีการใดได้บ้าง

สิทธิบัตรทอง ต้องผ่านคลินิกอบอุ่น (ทุติยภูมิ) เพื่อคัดกรองและส่งตัวผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาเฉพาะทางในโรงพยาบาลพระนครราชธานีที่เป็นโรงพยาบาลหลัก จะได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก ในบางรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการล้างช่องท้องไม่ได้ เช่น มีแผลผ่าตัดช่องท้อง...จึงจะสามารถมารับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นลำดับแรกต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งแรกประมาณ 6,000 บาท และจ่ายเพิ่มประมาณ 2,000 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากไม่สามารถล้างไตทางช่องท้องเองได้ และมีความสามารถในการจ่าย ค่าฟอกเลือดเอง

สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการฟอกเลือดและยอมจ่ายเงินเอง..1-2..ราย ของสัดส่วนทั้งหมด สาเหตุหลักคือ จากการเล่าต่อกันว่าคนที่ล้างไตทางช่องท้องติดเชื้อและตายเร็วกว่า ยุ่งยาก บางรายไม่มีคนดูแล ไม่ชอบทำเอง เชื่อกันในการมารับบริการจากทางโรงพยาบาล และกลัวการล้างช่องท้อง

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง การฟอกเลือดและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ถ้าล้างไตทางช่องท้องต้องชำระค่าอุปกรณ์ชุดทำแผลเอง เพราะเป็นส่วนที่เบิกไม่ได้ (แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยบัตรทองรพ จะจัดให้ฟรีเพราะรวมอยู่ในอัตราเหมาจ่าย) หรือกรณีที่ต้องการล้างเครื่องอัตโนมัติ ต้องชำระเงินล่วงหน้า และนำไปเบิกคืนภายหลัง เพราะโรงพยาบาลพระนครราชธานีไม่มีน้ำยาล้างไตที่ใช้กับใช้เครื่องอัตโนมัติ ในบัญชียาโรงพยาบาลผู้ป่วยจึงไม่สามารถใช้สิทธิเบิกตรงได้ ส่วนมากผู้ป่วยจึงเลือกการฟอกเลือด เพราะไม่ชอบทำเอง และขั้นตอนที่ยุ่งยากของการล้างไตทางช่องท้อง

สำหรับการปลูกถ่ายไตทางโรงพยาบาลจะประเมินและส่งต่อที่ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิเบิกได้ตามที่ผู้ป่วยสะดวก

สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือด 6 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด สาเหตุหลักที่ต้องการล้างไตทางช่องท้องคือ มีปัญหาการเดินทางไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ เป็นผู้สูงอายุ และมีผู้ดูแลเป็นข้าราชการที่สามารถดูแลตัวเองได้และยังสามารถทำงานได้

สิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยต้องรับการจัดการเรื่องเอกสารทั้งหมดต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 2-3 เดือน เพื่อได้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่ระหว่างรออนุมัติถ้าต้องการฟอกเลือด หรือล้างช่องท้อง ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน แล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด สำหรับการล้างไตทางช่องท้องผู้ป่วยต้องชำระส่วนเกินด้วยเพราะประกันสังคมให้วงเงินค่ารักษามาไม่พอกับค่าใช้จ่าย ดังนั้นผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายด้วย (แต่โรงพยาบาลนครธนราชธานี ให้สวัสดิการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้เอง)

ส่วนมากจะเลือกวิธีฟอกเลือด สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือดเป็น 1 % หรือ 1 รายของสัดส่วนทั้งหมด สาเหตุหลักคือ การฟอกเลือด สะดวก ไม่ต้องใช้ออกสารมาก มีสถานที่ฟอกที่ใกล้ที่ทำงานที่สามารถทำได้

	สิทธิบัตรทอง			สิทธิข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม	
วิธีการรักษา	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด ตามสิทธิ	ฟอกเลือด จ่ายเงินเอง	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด
จำนวนผู้ป่วย(คน)	94	0	0	6	7	5	1
จำนวนเงินที่ต้องจ่าย เพิ่มจากสิทธิ(บาท)	ค่าอุปกรณ์เสริม เช่นดาซังเสา น้ำกลั่น	ส่วนเกิน 500 บาทต่อครั้ง	2000บาทต่อ ครั้ง	ชุดทำแผล 600 บาทต่อเดือน	-	-	500 บาทต่อครั้ง

ผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยวิธีการล้างช่องท้อง มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

Day (1-3 วัน)	Day (5-7 วัน)	Day (7-14 วัน)	Day (1-3 วัน)	Day (2 สัปดาห์ – 1 เดือน)	Day (1-2 เดือน)	Day (3-6 เดือน)	Day (365 วัน)
admit 1. วางสาย Tenckhoff's Catheter (พ. วิทยาส) 2. สอนการดูแลแผล Exit site สาย Tenckhoff's catheter และอาการข้างเคียงหลังผ่าตัด 3. สอนระยะ Break in และการปฏิบัติตัวขณะ Break in	1. Break in period at home 2. ครบ 7 วัน นัดตัดไหมและประเมินแผล ที่ CAPD clinic	Admit for Training 1.หน้าที่ของไต 2. การทดแทนไต 3.การจัดสิ่งแวดล้อมและการเตรียมอุปกรณ์ 4.เทคนิคความสะอาดและเทคนิคการล้างมือ 5.การล้างไตทางหน้าท้อง (CAPD) 6.การทำแผล Exit site 7. ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข 8.ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไข 9.อาหารสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการทดแทนด้วยวิธี CAPD 10. การบริหารยา 11. การนัดตรวจ	ส่ง CAPD ให้หน่วย PCU เพื่อดำเนินการเย็บบ้าน	เยี่ยมบ้านในผู้ป่วยใหม่ (New case)	นัด Follow up 1.ประเมินสภาพของผู้ป่วย 2. วัดสัญญาณชีพ 3. ประเมินผล Lab - CBC -BS, BUN, Cr -Electrolyte, Ca, PO₄ - Albumin 4.ประเมินแผล Exit site และทบทวนการทำแผล 5. Recheck เทคนิคการล้างไต 6. ประเมินการบันทึกน้ำเข้า-น้ำออกจากสมุดบันทึกการล้างไตทางช่องท้อง 7. ตรวจการใช้ยา และการรับประทานยา 8.แนะนำการมาตามนัดในครั้งต่อไป	เยี่ยมบ้านในผู้ป่วยรายเก่า (Old case)	1.ตรวจสุขภาพประจำปี - KT/V- PET test - Lab ประจำปี 1. Virus profile 2. LFT 3. Lipid profile - CXR- EKG - QOL 4. Nutritional status -BW-Albumin -Anthropometry 5. Infection Rate 6. Mortality 7. Morbidity

ระยะเวลา ในการรอกัษณัถ้าผู้ป่วยเลือกและพร้อมทำการรักษาทงโรงพยาบาลจะดำเนินการให้ทันที หรือในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องทำก็จะแทรกคิวให้ตามความรุนแรงของโรค ระยะเวลาสำหรับการล้างไตทางช่องท้องไม่ต้องรอเนื่องจากมีการทำงานเป็นทีมทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกและรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจได้และเลือกวิธีการรักษาแล้วประสานหมอเพื่อวางสายและอบรมการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยและญาติเพื่อกลับไปทำเองได้ กระบวนการประมาณ 2 อาทิตย์ ถ้าเป็นการฟอกเลือดขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยซึ่งถ้านานทางโรงพยาบาลจะติดต่อโรงพยาบาลใกล้เคียงและดำเนินการเรื่องเอกสารให้

สำหรับโครงการล้างไตทางช่องท้อง สิทธิ สปสช ทางโรงพยาบาล ได้ขยายบริการ ในผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองจอก (เวชการุณรศีน์ และโรงพยาบาล นวมินทร์ (เอกชน) เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยใกล้เคียงด้วย)

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย มีการติดตามในรายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โดยร่วมกับเวชกรรมสังคม ออกไปเยี่ยมทุกราย โดยมีกำหนดการเยี่ยม ในกรณีล้างไตทางช่องท้องใน 1 เดือนจะเยี่ยมผู้ป่วยได้ประมาณ 10 ราย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ ของฝ่ายเวชกรรมสังคม ที่ได้รับการฝึกฝนแล้ว

ในส่วนของการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดเป็นประจำที่ โรงพยาบาลอาทิตย์ละ 2-3 ครั้งแล้วแต่กรณี ไปผู้ป่วยจะได้เจอเจ้าหน้าที่เป็นประจำอยู่แล้ว

ในโครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีการดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น ญาติและผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

กิจกรรมและสื่อที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีทำเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย

1. มีการประชุมอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาล และจากคลินิกอบอุ่นปีละ 1 ครั้ง
2. มีกิจกรรมวันไตโลกเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป ในดูแลตัวเองให้ดีเพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรคไต
3. จัดทำสื่อที่ให้ความรู้และการปฏิบัติ รวมทั้งการให้กำลังใจ เป็น VCD , โบชัวร์, หนังสือ สำหรับผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป

อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต ได้แก่

1. ขั้นตอนการเบิกจ่ายของทุกระบบ ยังไม่มีความเสถียร ควรมีจัดการเชิงนโยบาย ในเรื่องระบบการเบิกจ่าย
2. ผู้ป่วยแต่ละรายมีสิทธิ ไม่เหมือนกัน แต่ละสิทธิก็มีวิธีการจัดการคนละแบบ เป็นภาระกับเจ้าหน้าที่และหน่วยบริการ ที่ต้องจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว
3. จำนวนบุคลากรพยาบาลไตเทียม มีน้อย ไม่เพียงพอในการให้บริการ ต่อจำนวนผู้ป่วย สัดส่วนพยาบาล ล้างไตทางช่องท้อง 1 ต่อ 100 พยาบาลฟอกเลือด 1ต่อ 3-5 ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ ICU
4. สิทธิการรักษาในผู้ป่วยประกันสังคม ไม่มีการปรับปรุงระบบ โดยเฉพาะการล้างไตทางช่องท้อง เข้าถึงยากที่สุด ยุ่งยากที่สุด ไม่ตอบสนองกับความเป็นจริงในภาคปฏิบัติ ทำให้เป็นการละกับผู้ป่วยและหน่วยบริการอย่างมาก

โดยเฉพาะ ขั้นตอนการอนุมัติสิทธิล่าช้า ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายเงิน ทำให้การเข้ารับการรักษาล่าช้าในบางราย ทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง

5. ทักษะคติของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษา จากคำบอกเล่าต่อ ๆ กันมาทำให้บางรายไม่เชื่อมั่นในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง
6. การให้ข้อมูลของ เจ้าหน้าที่ สปสช. เน้นการโฆษณาชวนเชื่อ ไม่สอดคล้องกับ ภาควิปฏิบัติ ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานยากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไต

1. ประสานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเพิ่ม อัตราค่าล้างพยาบาล และพิจารณาค่าตอบแทนที่เหมาะสม เช่น สำนักงานข้าราชการพลเรือน กพ. สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
2. การทำเส้นเลือดเพื่อเตรียมการฟอกเลือด หรือการผ่าตัดแก้ไข ควรมีความรู้เฉพาะเพื่อความสะดวก และสามารถบริการได้ทุกสิทธิ
3. สิทธิประกันสังคมต้องมีการพัฒนาระบบการอนุมัติให้ดีขึ้น สะดวก รวดเร็วเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย
4. มีการบูรณาการระบบ การบริหารงานของกองทุนต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติ
5. ปรับปรุงการให้ข้อมูลของ สปสช.ที่เน้นการโฆษณาเกินจริง ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สอดคล้องกับการบริการใน ภาควิปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยสับสน เข้าใจไม่ตรงกันกับเจ้าหน้าที่
6. ผู้ป่วยแต่ละสิทธิ มีความรับผิดชอบต่อสังคมต่างกัน ข้าราชการทำงานเสียสละให้ภาครัฐ เสียภาษีครบถ้วน ประกันสังคม มีการจ่ายเบี้ยประกัน เพื่อดูแลสุขภาพของตัวเอง สิทธิบัตรทอง ไม่มีการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพแต่ ได้รับบริการที่ดีกว่าจากระบบการเมือง ดังนั้น การเข้าถึงบริการที่ต้องได้รับความเท่าเทียมคงเป็นไปได้ยากเนื่องจาก จะทำให้ระบบสุขภาพล่มสลาย ประชาชนจะหันมาใช้สิทธิบัตรทอง ทำให้ต้องเสียงบประมาณของประเทศเป็น จำนวนมหาศาล ควรพัฒนาให้ระบบบัตรทองมีการร่วมจ่ายหรือทำระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชน

2. โรงพยาบาลสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ

การให้บริการทดแทนไตของโรงพยาบาลสมุทรปราการ เริ่มให้บริการฟอกเลือดเมื่อ 1 มกราคม 2545 และการบริการล้างช่องท้องเริ่มเมื่อ 1 สิงหาคม 2551 มีผู้ป่วย 150 ราย มีผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง 30 ราย การฟอกเลือด 120 ราย ไม่มีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลรามธิบดี หรือโรงพยาบาลอื่นๆ

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ในแต่ละสิทธิการรักษาต้องผ่านโดยทุกสิทธิต้องผ่านการตรวจโรคทั่วไป แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไต ระยะที่เป็น และต้องทำการรักษา พยาบาลจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดี และข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวิธีการใดได้บ้าง

สิทธิบัตรทอง ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก ในบางรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการล้างช่องท้องไม่ได้ เช่น มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง, ความพร้อมของครอบครัว,ความเป็นอยู่ ผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือด เพราะสภาพครอบครัวจะถูกนักสังคมสงเคราะห์เยี่ยม ชักประวัติ เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและบอกสิทธิ จึงจะสามารถมารับการรักษาด้วยการฟอกเลือด

สำหรับผู้ป่วยเลือกรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นลำดับแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งแรกประมาณ 6,000 บาท และจ่ายเพิ่มประมาณ 2,000 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง ถือว่าผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินในบางรายที่ครอบครัวฐานะดี สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากเชื่อมั่นในวิธีนี้มากกว่าการล้างไตทางช่องท้อง หรือบางรายทำการล้างไตทางช่องท้องครั้งแรกแต่ยอมให้ติดเชื้อมีเพื่อจะได้สิทธิเปลี่ยนการรักษากลายเป็นการฟอกเลือด

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง ฟอกเลือดและการปลูกถ่ายไต โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใช้สิทธิเบิกจากต้นสังกัด แต่การเลือกวิธีล้างช่องท้องจะไม่สะดวกเนื่องจากการส่งน้ำยา ส่วนมากผู้ป่วยจะเลือกการฟอกเลือด ในการปลูกถ่ายไตทางโรงพยาบาลจะประเมินและส่งต่อที่ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช

สิทธิประกันสังคม ต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 1-2 เดือน เพื่อได้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ระหว่างรออนุมัติถ้ามีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายประมาณ 10,000 บาท แล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด ในกรณีที่ป่วยก่อนการได้สิทธิประกันสังคมโดยสิทธิจะออกให้ 1,000 บาท ผู้ป่วยร่วมจ่าย 500 บาทต่อครั้ง ถ้าป่วยหลังได้สิทธิจะออกให้ 1,500 บาท รวมค่ายาฉีด

	สิทธิบัตรทอง			สิทธิข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม	
วิธีการรักษา	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือดตามสิทธิ	ฟอกเลือดจ่ายเงินเอง	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด
จำนวนผู้ป่วย(คน)	36	10	0	2	10	0	0

ระยะเวลา ในการรอรักษาถ้าผู้ป่วยเลือกและพร้อมทำการรักษาทางโรงพยาบาลจะดำเนินการให้ทันที หรือในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องทำก็จะแทรกคิวให้ตามความรุนแรงของโรค ระยะเวลาสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง ไม่ต้องรอเนื่องจากมีการทำงานเป็นทีมทั้งแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกและรวดเร็ว เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจได้และเลือกวิธีการรักษาแล้วประสานหมอเพื่อวางสายและอบรมการล้างไตทางช่องท้องให้ผู้ป่วยและญาติ เพื่อกลับไปทำเองได้ กระบวนการประมาณ 2 วัน ถ้าเป็นการฟอกเลือดขึ้นกับจำนวนผู้ป่วย ซึ่งถ้านานทางโรงพยาบาลจะติดต่อโรงพยาบาลใกล้เคียงและดำเนินการเรื่องเอกสารให้ โรงพยาบาลที่มีการฟอกเลือด เช่น โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลเอกชนในเขตสมุทรปราการ ค่าใช้จ่ายประมาณ 1,500-2,000 บาท

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย มีการติดตามในรายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โดยร่วมกับเวชกรรมสังคม ออกไปเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งต่อปี โดยทีมเยี่ยมบ้านประกอบด้วยพยาบาล นักโภชนาการ เวชกรรมสังคม PCU ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อประเมินผู้ป่วย สภาพบ้าน ตรวจโรคพื้นฐาน ในส่วนของการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดเป็นประจำที่โรงพยาบาลอาทิตย์ละ 2-3 วันแล้วแต่กรณีไป ผู้ป่วยจะได้เจอเจ้าหน้าที่เป็นประจำอยู่แล้ว

ในโครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มีการดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น ญาติและผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

กิจกรรมและสื่อที่โรงพยาบาลอ่างทองทำเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย

4. กิจกรรม Patient day ปีละ 1 ครั้ง
5. มีการ retraining ให้เจ้าหน้าที่ปีละครั้ง รวมถึงการ train พยาบาลที่มาใหม่ใน ward เพื่อมีความรู้และความเข้าใจที่ตรงกันทำงานได้จริง

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ สสจ./ อสม./สถานีนามัย/อบต./เทศบาล

อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต ได้แก่

1. บุคลากรขาดแคลน ไม่เพียงพอกับผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น
2. ขาดความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันในการทำงาน

3. เรื่องการสำรองจ่ายระหว่างรอรับสิทธิการรักษาทำให้เป็นภาระของผู้ป่วย บางรายไม่มารับการรักษาทำให้อาการป่วยรุนแรงขึ้น
4. ทักษะคติของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษา จากคำบอกเล่าต่อ ๆ กันมาทำให้บางรายไม่เชื่อมั่นในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง
5. ผู้ป่วยขาดคนดูแล ด้วยสังคมและความเป็นอยู่ในเมืองต่างคนต่างอยู่ ชนบทมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไต

1. ระบบที่มีอยู่การออกนโยบายต่างๆ ควรให้ผู้บริหาร หัวหน้าพยาบาล และบุคลากรด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องรับรู้บทบาทและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น เพื่อจะได้ทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สิทธิประกันสังคมต้องมีการพัฒนาระบบการอนุมัติให้ดีขึ้น สะดวก รวดเร็วเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย
3. มีการบูรณาการระบบ การบริหารงานต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติ
4. ปรับระบบการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ให้รวดเร็วและเข้าถึงง่าย รวมถึงให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยตามความเป็นจริง
5. ให้ผู้วางนโยบายสัมผัสเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อรับทราบปัญหาและเห็นกระบวนการทำงานจริงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงให้สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยที่โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องนำเสนอสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น
6. ค่าตอบแทนพยาบาลไตเทียม ควรมีการปรับเนื่องจากภาระงานที่มาก ต้องดูแลและทำทุกอย่างได้หมด

3. โรงพยาบาลอ่างทอง จ.อ่างทอง

การให้บริการทดแทนไตของโรงพยาบาลอ่างทอง เริ่มให้บริการฟอกเลือดเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2545 และการบริการล้างช่องท้องเริ่มเมื่อ 1 มกราคม 2552 มีผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง 36 ราย การฟอกเลือด 20 ราย ไม่มีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลรามธิบดี หรือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์

เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านไตเทียมจะแยกเป็นหน่วยที่ดูแลการฟอกเลือด พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน มีเครื่องฟอกเลือดจำนวน 8 เครื่อง ทำได้วันละ 16 คน และการล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ในแต่ละสัปดาห์การรักษาต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคไต และต้องทำการรักษา พยาบาลจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวีธีการใดได้บ้าง

สิทธิบัตรทอง ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก ในบางรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการล้างช่องท้องไม่ได้ เช่น มีรอยโรคหน้าท้อง สภาพบ้านไม่เหมาะสม ประเมินสภาพบ้านส่งพิจารณาสิทธิที่สปซ เมื่อได้รับอนุมัติสิทธิ จึงจะสามารถมารับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกรับการรักษด้วยการฟอกเลือดเป็นลำดับแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,500 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง ถือว่าผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินในบางรายที่ครอบครัวฐานะดี สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากเชื่อมั่นในวิธีนี้มากกว่าการล้างไตทางช่องท้อง สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการฟอกเลือดและยอมจ่ายเงินเองเป็น 0-1 % หรือ 0-1 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด และมาจากสาเหตุคือ ไปฟอกเลือดจากที่โรงพยาบาลอื่นมาแล้ว

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง การฟอกเลือดและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่การเลือกวิธีล้างช่องท้องจะไม่สะดวกเนื่องจากการส่งน้ำยา เพราะโรงพยาบาลอ่างทองไม่มีน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องสำรองเงินจ่ายก่อนทุกเดือนเพื่อโอนเงินให้บริษัท ทำให้ ส่วนมากผู้ป่วยจะเลือกการฟอกเลือด เพราะไม่สะดวกเรื่องค่าใช้จ่าย ในการปลูกถ่ายไตทางโรงพยาบาลจะประเมินและส่งต่อที่โรงพยาบาลรามธิบดี และรพ.ธรรมศาสตร์

สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือดเป็น 30 % หรือ 3 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด และมาจากสาเหตุคือ บ้านไกลไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง

สิทธิประกันสังคม ต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 1-2 เดือน เพื่อได้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ระหว่างรออนุมัติถ้ามีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายแล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากจะเลือกวิธีฟอกเลือด สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือดเป็น 0 % หรือ 0 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด สาเหตุหลักคือ โรงพยาบาล ไม่ได้รับดูแลเรื่องประกันสังคม เพียงช่วยอำนวยความสะดวกในการออกใบรับรองแพทย์และแนะนำการทำเส้นเลือดให้

	สิทธิบัตรทอง			สิทธิข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม	
วิธีการรักษา	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือดตามสิทธิ	ฟอกเลือดจ่ายเงินเอง	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด
จำนวนผู้ป่วย(คน)	36	10	0	2	10	0	0

ผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยวิธีการล้างช่องท้อง มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้ป่วยต้องเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ประเมินความพร้อมบ้าน ผู้ดูแล
2. แนะนำการปฏิบัติตนก่อนวางสาย เตรียมเจาะเลือด ส่งปรึกษาศัลยกรรมเมื่อ eGFR <6 หรือเริ่มมี uremia การผ่าตัดแบบ OPD case
3. หลังการวางสาย break-in 10-14 วัน แนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การจัดเตรียมอุปกรณ์ แผ่นที่บ้าน และนัดมาเรียนล้างช่องท้อง แบบ OPD case หากกรณีฉุกเฉิน ให้นอนรพ. วางสายและเริ่ม CAPD หลังวางสาย 3-5 วัน...
4. อบรมผู้ป่วย 3-10 วัน จำนวน 10 ครั้งและให้หัดทำเองทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะพร้อม
5. นัด FU + การได้รับยา EPO การฉีดยาที่รพ.หรืออนามัย หรือฉีดเอง สอนฉีดยา EPO

ผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการฟอกเลือด มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. แนะนำ RRT เลือกฟอกเลือด แนะนำการทำเส้นเลือด ส่งผู้ป่วยทำเส้นเลือดตามรพ.สระบุรี รพ.ธรรมศาสตร์ รพ.ใกล้เคียง
2. แนะนำการจองสถานที่ฟอกเลือด
3. หากเส้นเลือดใช้งานได้ มีสถานที่ฟอกเลือด ส่งใบส่งตัวในระบบสำหรับการฟอกเลือดเพื่อประกอบการเบิกจ่ายจาก กรมบัญชีกลางให้

ระยะเวลาในการรอรักษาถ้าผู้ป่วยเลือก CAPD และพร้อมทำการรักษาทางโรงพยาบาลจะดำเนินการให้ทันที ระยะเวลาสำหรับการล้างไตทางช่องท้องประมาณ 2 อาทิตย์ ถ้าเป็นการฟอกเลือดขึ้นกับจำนวนผู้ป่วย ซึ่งถ้านานทางโรงพยาบาลจะติดต่อโรงพยาบาลใกล้เคียงและดำเนินการเรื่องเอกสารให้ เช่น โรงพยาบาลอ่างทองเวชการ 2 โรงพยาบาล ราชธานี (จ.อยุธยา) โรงพยาบาลศุภมิตรเสนา

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย มีการติดตามในรายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โดยร่วมกับเวชกรรมสังคม ออกไปเยี่ยมทุก 3 เดือน และทางหน่วยไตเทียมได้มีการโทรศัพท์เพื่อถามอาการทุก 1 เดือน ทำให้เกือบทุกราย เป้าหมายต้องการทำให้ได้ 100 % เต็ม ในส่วนของการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดเป็นประจำที่ โรงพยาบาลอาทิตย์ละ

2-3 วันแล้วแต่กรณีไป ผู้ป่วยจะได้เจอเจ้าหน้าที่เป็นประจำอยู่แล้ว

กิจกรรมและสื่อที่โรงพยาบาลอ่างทองทำเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย

-มี face book ของ CAPD

- มีการทำกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย

-มีการจัดทำคู่มือผู้ป่วย เพื่อร่วมดูแลกับทีมงานในการเยี่ยมบ้าน

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ คณะกรรมการไทรระดับจังหวัด สสจ สสอ ในเขตที่มีผู้ป่วย

ในโครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต ได้แก่

1. ผู้บริหารควรรู้โครงการต่างๆ และนโยบาย เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาและเข้าใจการดำเนินการต่างๆ
2. จำนวนบุคลากรที่มีน้อย ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ต้องทำหน้าที่ทุกอย่างรวมถึงเอกสารต่างๆ
3. ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพหวังพึ่งโรงพยาบาลฝ่ายเดียว
4. ระบบพี่สอนน้อง ให้เจ้าหน้าที่สอนหน้าที่ต่อๆ กันเพื่อจะได้ทำงานได้ทุกคน
5. ระบบการนิเทศติดตามงาน ยังไม่ดีพอ
6. สิทธิการรักษาในผู้ป่วยประกันสังคม การได้รับสิทธิยังล่าช้า ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายเงิน ทำให้การเข้ารับรักษาล่าช้าในบางราย ทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไต

1. มีการบูรณาการระบบ การบริหารงานต่างๆ ให้เอื้อต่อการปฏิบัติ การลงข้อมูล TRT ของ ผู้ป่วย น่าจะมีระบบศูนย์ข้อมูลผู้ป่วยลงครั้งเดียวใช้ได้ทุกระบบ
2. ระบบสารสนเทศที่ทันสมัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อลดขั้นตอนการทำงานให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้รวดเร็ว และผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีและเข้าถึงได้ง่าย
3. ทำสื่อหรือกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเพิ่มความรู้และลดการคิดเชื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตัวเอง
4. การสร้างเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย เช่น อบต. อบจ. เทศบาล หรือโรงพยาบาลใกล้เคียง

4. โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ในแต่ละสิทธิการรักษาต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคไต และต้องทำการรักษา พยาบาลจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวิธีการใดได้บ้าง

โรงพยาบาลหลักที่ดูแลการรักษาการทดแทนไตในพื้นที่ จ.เชียงใหม่มี 2 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลมหาราช และโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยรับดูแลผู้ป่วยในจังหวัดใกล้เคียง คือ จ.ลำพูน และ แม่ฮ่องสอนบางอำเภอ ในส่วนโรงพยาบาลใกล้เคียงจะมีโรงพยาบาลต้นป้าตองมีการรักษาล้างไตทางช่องท้อง และการฟอกเลือด และโรงพยาบาลจอมทอง และกำลังขยายบริการเพิ่มในอีก 3 โรงพยาบาลได้แก่ โรงพยาบาลฝาง โรงพยาบาลแม่อายและโรงพยาบาลชัยปราการ

สิทธิบัตรทอง ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก ในบางรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการล้างช่องท้องไม่ได้ เช่น มีรอยโรคหน้าท้อง สภาพบ้านไม่เหมาะสม ประเมินสภาพบ้านส่งพิจารณาสิทธิที่สปซ เมื่อได้รับอนุมัติสิทธิ.จึงจะสามารถมารับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกรับการรักษด้วยการฟอกเลือดเป็นลำดับแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มประมาณ 1,500 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง ถือว่าผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินในบางรายที่ครอบครัวฐานะดี สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากเชื่อมั่นในวิธีนี้มากกว่าการล้างไตทางช่องท้อง

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง การฟอกเลือดและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยถ้าเลือกวิธีล้างช่องท้องจะไม่สะดวกเนื่องจากผู้ป่วยต้องมารับน้ำยาเองทุกเดือนและต้องเสียค่าชุดทำแผลเอง มีบางส่วนเลือกล้างไตทางช่องท้อง บางส่วนเลือกการฟอกเลือด ตามแต่ผู้ป่วยจะสะดวก

ผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องเนื่องจากสะดวกและได้อยู่บ้าน ไม่อยากมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ แต่สำหรับผู้ป่วยที่เลือกการฟอกเลือดไม่สะดวกในการดูแลตนเอง สภาพบ้านไม่พร้อม สะดวกและเชื่อใจการรักษาแบบนี้มากกว่า

สิทธิประกันสังคม ต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 1-2 เดือน เพื่อได้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ระหว่างรออนุมัติถ้ามีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายประมาณ 1,500 บาทต่อครั้ง แล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด แต่การล้างไตทางช่องท้องผู้ป่วยต้องจ่ายค่าน้ำยาส่วนเกินประมาณ 20,000 บาทต่อเดือน โดยทางสิทธิประกันสังคมให้ค่าน้ำยาประมาณ เดือนละ 120 ถัง

ระยะเวลาในการรอรักษาถ้าผู้ป่วยเลือก CAPD และพร้อมทำการรักษาต้องรอคิวจากทางโรงพยาบาลประมาณ 3 เดือน เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก ระยะเวลาสำหรับการล้างไตทางช่องท้องประมาณ 2 อาทิตย์ ถ้าเป็นการฟอกเลือดขึ้นกับจำนวนผู้ป่วย ซึ่งถ้านานและจำเป็นต้องฟอกเลือดทันทีผู้ป่วยบางรายยอมจ่ายเงินเอง 2,000 บาทต่อครั้ง เช่น โรงพยาบาลแมคคอร์มิค

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย มีการติดตามในรายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง โดยร่วมกับเวชกรรมสังคม บางรายอยู่ไกลต้องประสานพื้นที่ใกล้เคียงร่วมเยี่ยมให้ การเยี่ยมทุก 1 เดือนและพิจารณาจากตัวผู้ป่วย ในส่วนของการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดเป็นประจำที่โรงพยาบาลอาทิตย์ละ 2-3 วันแล้วแต่กรณีไป ผู้ป่วยจะได้เจอเจ้าหน้าที่เป็นประจำอยู่แล้ว

กิจกรรมและสื่อที่โรงพยาบาลนครพิงค์ทำเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย

-ชมรมเพื่อนโรคไต จัดกิจกรรมและสื่อให้ความรู้ประมาณ ปีละ 2 ครั้ง

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ เนื่องจากเป็นเขตที่มีพื้นที่มากและทางโรงพยาบาลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยนวนมากการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างลำบาก

ในโครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ แต่ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลตัวเองจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเองมากขึ้น บางรายไม่พร้อมก็จะ
เป็นปัญหา

อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต ได้แก่

1. ข้อมูลเรื่อง เบาหวาน ความดันและอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุนำมาสู่โรคไตยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้องเพื่อให้เจ้าหน้าที่ประเมินสถานการณ์ผู้ป่วยและเตรียมตัวรับมือได้
2. การดูแลตัวเองของผู้ป่วยบางรายไม่สนใจดูแลตัวเอง พบปัญหาการดูแล ขาดคนดูแล ไม่พร้อม ความเบื่อ ลำคาญของผู้ป่วยทำให้เป็นโรคหนักขึ้น
3. ภาระงานจากหน่วยงานเพิ่มขึ้นจากปริมาณผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นแต่เจ้าหน้าที่เท่าเดิม

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไต

1. ผู้บริหารควรช่วยขับเคลื่อนในการทำงานให้ผู้ปฏิบัติเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน สอดคล้อง เพื่อการทำงาน
ของนโยบายให้ดียิ่งขึ้น
2. เปิดคลินิกในพื้นที่เพื่อรองรับผู้ป่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและขยายงานหน่วยไต พร้อมทั้งพัฒนา
ศักยภาพเจ้าหน้าที่

5. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์

การให้บริการทดแทนไตของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เริ่มให้บริการฟอกเลือดเมื่อ 3 ธันวาคม 2544 และการบริการล้างช่องท้องเริ่มเมื่อ 1 มีนาคม 2555 มีผู้ป่วย 94 ราย มีผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง 22 ราย การฟอกเลือด 72 ราย ไม่มีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ในแต่ละสิทธิการรักษาต้องผ่านโดยทุกสิทธิแบ่งเป็นผู้ป่วยในพื้นที่ อ.เมือง ต้องผ่านการตรวจโรคทั่วไป แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไต ระยะที่ 4-5 ส่งมาทำ CAPD ส่วนผู้ป่วยนอก(รพช.) ขึ้นต้นให้พบแพทย์ถ้าเป็นระยะที่ 4-5 ส่งต่อตรวจคลินิกวันพุธ โดยพยาบาลจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวิธีการใดได้บ้าง

โดยมีโรงพยาบาลในอำเภอใกล้เคียงที่มีการฟอกเลือดได้แก่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลค่ายมกุฎมา เมือง ส่วนการล้างไตทางช่องท้องจะมีโรงพยาบาลวิเชียรบุรี และ โรงพยาบาลหล่มสัก ที่เป็นโรงพยาบาลลูกข่าย

สิทธิบัตรทอง ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก ในบางรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการล้างช่องท้องไม่ได้ เช่น มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง, ความพร้อมของครอบครัว ผู้ป่วยที่ต้องฟอกเลือดเพราะสภาพครอบครัวจะถูกนักสังคมสงเคราะห์เยี่ยม ชักประวัติ เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและบอกสิทธิ จึงจะสามารถรับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ถ้าเลือกการฟอกเลือดจะส่งไปทำเส้นที่ รพ.พระพุทธชินราช

สำหรับผู้ป่วยเลือกรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นลำดับแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายครั้งแรกประมาณ 6,000 บาท และจ่ายเพิ่มประมาณ 2,000 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง ถือว่าผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินในบางรายที่ครอบครัวฐานะดี สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากเชื่อมั่นในวิธีนี้มากกว่าการล้างไตทางช่องท้อง หรือบางรายทำการล้างไตทางช่องท้องครั้งแรกแต่ยอมให้ติดเชื้อเพื่อจะได้สิทธิเปลี่ยนการรักษากลับมาฟอกเลือด

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง ฟอกเลือดและการปลูกถ่ายไต โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใช้สิทธิเบิกจากต้นสังกัด แต่การเลือกวิธีล้างช่องท้องจะไม่สะดวกเนื่องจากการส่งน้ำยา การทำเส้นในผู้ป่วยที่เลือกการฟอกเลือดจะส่งไปทำเส้นที่ รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร ส่วนมากผู้ป่วยจะเลือกการฟอกเลือด

สิทธิประกันสังคม ต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 1-2 เดือน เพื่อได้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ระหว่างรออนุมัติถ้ามีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายประมาณ 10,000 บาท แล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด ในกรณีที่ป่วยการได้สิทธิประกันสังคมโดยสิทธิจะออกให้ 1,500 บาท

ระยะเวลา ในการรอรักษาถ้าผู้ป่วยเลือกและพร้อมทำการรักษาทางโรงพยาบาลจะดำเนินการให้ทันที หรือในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องทำก็จะแทรกคิวให้ตามความรุนแรงของโรค ระยะเวลาสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง รอบประมาณ 2 อาทิตย์ ส่วนการฟอกเลือดจะทำได้ประมาณ 8 คนต่อเดือน

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย มีการติดตามในรายที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องที่อยู่ในพื้นที่โรงพยาบาล เพชรบูรณ์จะเยี่ยมเอง มีเจ้าหน้าที่อย่างน้อยประมาณ 2 คน ดูจากผู้ป่วยเป็นหลัก ถ้าจำเป็นจะมีเจ้าหน้าที่ด้านอื่น ๆ เข้าร่วมเยี่ยมด้วย ถ้านอกพื้นที่จะประสาน รพช.เยี่ยมแทนประเมินเบื้องต้นให้ ในส่วนของการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับ การฟอกเลือดเป็นประจำที่โรงพยาบาลอาทิตย์ละ 2-3 วันแล้วแต่กรณีไป ผู้ป่วยจะได้เจอเจ้าหน้าที่เป็นประจำอยู่แล้ว

ในโครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยให้ยืดยาวผู้ป่วย แต่ขึ้นกับผู้ป่วยว่าดูแลตัวเองได้มากแค่ไหน

กิจกรรมและสื่อที่โรงพยาบาลอ่างทองทำเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย

1. กิจกรรม รายกลุ่มเวลามา F/U

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ รพช.เป็นหลัก

อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต ได้แก่

1. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
2. คลินิก CKD ไม่มีรูปแบบชัดเจน โดยโรงพยาบาลเป็นฝ่ายตั้งรับ ผู้ป่วยมีจำนวนมากและพบในระยะ สุดท้ายแล้ว

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไต

1. ถ้าสิทธิบัตรทอง ในกรณีใช้วิธีการรักษาการล้างไตทางช่องท้องไม่ได้ผลเปลี่ยนมาทำการฟอกเลือด จะไม่มีห้องเพียงพอ ควรมีนโยบายมีสถานที่รองรับเพียงพอ
2. ควรมีแพทย์เฉพาะทาง และการสกัดกั้นผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ระยะที่ 5 ทำให้ผู้ป่วยอาการหนักไปแล้ว
3. รพช.ยังไม่มีเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างจริงจัง เจ้าหน้าที่เปลี่ยนคน มาประชุมคนหนึ่งไปทำงานอีกคน
4. ระบบการรักษาระหว่าง รพช.กับ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ การสื่อสารระหว่างแพทย์กับแพทย์ยังไม่ชัดเจนและขั้นตอนที่แน่นอนในการปฏิบัติงาน
5. ควรมีหน่วยงานมาดูแลพระสงฆ์ เนื่องจากมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น
6. ระบบคัดกรอง รพ.สต.เบื้องต้นได้แต่ระบบข้อมูลยังไม่เชื่อมกัน การใช้ข้อมูลยังไม่ดีพอ

6. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์

การให้บริการทดแทนไตของโรงพยาบาลอ่างทอง เริ่มให้บริการฟอกเลือดเมื่อสิงหาคม 2544 และให้บริการล้างช่องท้องเริ่มเมื่อ 23 มิถุนายน 2552 มีผู้ป่วยที่ได้รับการบริการทดแทนไต 139 ราย แบ่งเป็นการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง 118 ราย การฟอกเลือด 21 ราย การผ่าตัดปลูกถ่ายไต 4 ราย

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ในแต่ละสัปดาห์การรักษาต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ว่าเป็นโรคไต และต้องทำการรักษา พยาบาลจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวิธีการใดได้บ้าง โดยจะแนะนำวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งในด้านการรักษา สภาพเศรษฐกิจของครัวเรือน รวมถึงระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยเอง

โดยมีโรงพยาบาลในอำเภอใกล้เคียง คือ โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ โรงพยาบาลยางตลาด วางสายและให้บริการล้างไตทางช่องท้องและฟอกเลือดเอง ส่วนโรงพยาบาลกมลาไสย โรงพยาบาลเขาวง โรงพยาบาลสมเด็จ และคลินิกเอกชนเป็นการให้บริการของเอกชนบริการ

สิทธิบัตรทอง ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก ในบางรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการล้างช่องท้องไม่ได้ เช่น มีรอยโรคหน้าท้อง สภาพบ้านไม่เหมาะสม ประเมินสภาพบ้านส่งพิจารณาสิทธิที่ สปสข เมื่อได้รับอนุมัติสิทธิ จึงจะสามารถรับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นลำดับแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,500 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง ถือว่าผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินในบางรายที่ครอบครัวฐานะดี สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากเชื่อมั่นในวิธีนี้มากกว่าการล้างไตทางช่องท้อง

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง การฟอกเลือดและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บางรายเลือกการรักษาวิธีล้างช่องท้องเนื่องจากมาโรงพยาบาลไม่สะดวก อยู่ใกล้โรงพยาบาล

สิทธิประกันสังคม ต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 1-2 เดือน เพื่อให้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ระหว่างรออนุมัติถ้ามีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายแล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด แต่จะแบ่งการเบิกจ่ายได้ 2 กรณี คือ ป่วยเป็นโรคไตก่อนทำประกันสังคมจะเบิกได้รายละ 1,000 บาท แต่ถ้าป่วยหลังทำประกันสังคมจะเบิกได้ 1,500 บาท

ในการเปลี่ยนสิทธิจากประกันสังคมเป็นบัตรทองได้สิทธิทันที แต่ถ้าเป็นสิทธิบัตรทองเป็นประกันสังคมต้องรอสิทธิ 90 วัน โดยต้องจ่ายเงินเอง

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยรายใหม่จะไม่มีการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากกำลังเจ้าหน้าที่มีน้อย จะให้ รพช.ช่วยเยี่ยมทุก 3-6 เดือนต่อ 1 ครั้ง ในส่วนของการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดเป็นประจำที่โรงพยาบาลอาทิตย์ละ 2-3 วันแล้วแต่กรณีไป ผู้ป่วยจะได้เจอเจ้าหน้าที่เป็นประจำอยู่แล้ว

กิจกรรมและสื่อที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทำเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย

- การจัดวันโรคไต มีการเสวนาแลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้ป่วยในการรักษาวิธีต่าง ๆ ทั้ง 3 วิธี
- วันสงกรานต์ สอนสุขศึกษาการดูแลตัวเองเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยโรคไตเล่าประสบการณ์การดูแลตัวเอง

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม และ อบจ.ช่วยในการบริจาคเครื่องและสนับสนุนค่าเดินทางของผู้ป่วย

ในโครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต ได้แก่

1. จำนวนบุคลากรที่มีน้อย ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย
2. ด้านนโยบายขยายบริการครอบคลุมในทุกพื้นที่
3. ทาง สปสช.ควรเปิดให้ Node ที่มีคุณภาพมีสิทธิลงข้อมูลและเบิกเงินได้โดยตรง
4. โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มี ไอซียู มีความพร้อมควรเปิดบริการได้
5. การควบคุมมาตรฐานของศูนย์บริการเอกชน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไต

1. ควรมีการขยายเพิ่มศูนย์ทดแทนไตเพื่อให้บริการได้รวดเร็ว และทันที ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเดินทางไกล
2. เพิ่มมาตรฐานการดูแลศูนย์บริการของเอกชนเรื่องขั้นตอนการประเมิน การเข้าถึง ความสะอาด คุณภาพ ให้เหมือนโรงพยาบาล

7.โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร

การให้บริการทดแทนไตของโรงพยาบาลอ่างทอง เริ่มให้บริการฟอกเลือดเมื่อมกราคม 2545 และการบริการล้างช่องท้องเริ่มเมื่อ 1 ธันวาคม 2551 มีผู้ป่วยที่ได้รับการบริการทดแทนไต 356 ราย แบ่งเป็นการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง 303 ราย การฟอกเลือด 78 ราย (ไม่รวมไตวายเฉียบพลันประมาณ 50 รายซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบัตรทอง) กรณีรอกวางสาย หลังวางสาย และกรณี การผ่าตัดปลูกถ่ายไต - ราย (ส่งต่อ รพ.ศรีนครินทร์ ขอนแก่นไม่ได้ทำเอง)

เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านไตเทียมจะแยกเป็นหน่วยที่ดูแลการฟอกเลือด พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน มีเครื่องฟอกเลือดจำนวน 21 เครื่อง โดยอยู่ที่ศูนย์ไตเทียม 20 เครื่อง ทำได้วันละ 40 คน (2 รอบ) อยู่ห้องไอซียู 1 เครื่อง และศูนย์เอกซเรย์ 12 เครื่องทำได้วันละ 36 คน (3 รอบ) และการล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ในแต่ละสิทธิการรักษาต้องผ่านคลินิกวันพุธตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคไต และต้องทำการรักษา หมอจะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวิธีการใดได้บ้าง โดยจะแนะนำวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งในด้านการรักษา สภาพเศรษฐกิจของครัวเรือน

โดยมีโรงพยาบาลในอำเภอใกล้เคียงที่มีการฟอกเลือดได้แก่ โรงพยาบาลบ้านม่วง โรงพยาบาลสว่างแดนดิน และกำลังจะเปิดคือโรงพยาบาลวานรนิวาส ส่วนการล้างไตทางช่องท้องจะมีโรงพยาบาลวานรนิวาส และโรงพยาบาลสว่างแดนดินให้บริการ

สิทธิบัตรทอง ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก โดยมีค่าใช้จ่ายแรกเข้ารับการรักษารายละ 2,000 บาทเป็นค่าถุงจิ้งจอก อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้และเบิกไม่ได้ ในบางรายที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการล้างช่องท้องไม่ได้ เช่น มีรอยโรคหน้าท้อง สภาพบ้านไม่เหมาะสม ประเมินสภาพบ้านส่งพิจารณาสิทธิที่ สปสข เมื่อได้รับอนุมัติสิทธิ จึงจะสามารถรับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาดูแลการฟอกเลือดเป็นลำดับแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มประมาณ 1,500 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง ถือว่าผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินในบางรายที่ครอบครัวฐานะดี สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากเชื่อมั่นในวิธีนี้มากกว่าการล้างไตทางช่องท้อง สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการฟอกเลือดและยอมจ่ายเงินเองเป็น 0-1 % หรือ 2-3 ราย (ไม่รวมกรณี ESRD และ HD รอกวางสาย TK มีประมาณ 15 ราย ข้อมูล มค.56) ของสัดส่วนทั้งหมด และมาจากสาเหตุคือ เชื่อมั่นในการดูแลของโรงพยาบาลมากกว่า บางรายยอมจ่ายเงินเองจนเงินหมดก็กลับมารักษาดูแลการล้างไตทางช่องท้อง

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง การฟอกเลือดและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บางรายเลือกการรักษาวิธีล้างช่องท้องเนื่องจากมีข้อห้ามฟอกเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลไม่สะดวก อยู่ไกลโรงพยาบาล

สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือดประมาณ 2- 3 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด และมาจากสาเหตุคือ บ้านไกลไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง

สิทธิประกันสังคม ต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 1-2 เดือน เพื่อได้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ระหว่างรออนุมัติถ้ามีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายแล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด แต่จะแบ่งการเบิกจ่ายได้ 2 กรณี คือ ป่วยเป็นโรคไตก่อนทำประกันสังคมจะเบิกได้รายละ 1,000 บาท แต่ถ้าป่วยหลังทำประกันสังคมจะเบิกได้ 1,500 บาท ไม่มีผู้ป่วยเลือกการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือด ในการเลือกการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องต้องจ่ายค่าอุปกรณ์เพิ่มเติมเดือนละ 4,000 บาท นอกจากสิทธิที่ได้เดือนละ 20,000 บาท

ข้อมูล มค.56	สิทธิบัตรทอง			สิทธิข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม	
วิธีการรักษา	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด ตามสิทธิ	ฟอกเลือด จ่ายเงินเอง	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด
จำนวนผู้ป่วย(คน)	295	37	กรณี ESRD รอวางสาย 15	8	31	0	10
จำนวนเงินที่ต้อง จ่ายเพิ่มจากสิทธิ (บาท)	2,000 แรก เข้า	0	1,500	0	0	4,000 ต่อ เดือน	0
รายการค่าใช้จ่าย	เป็นค่า อุปกรณ์เช่น ถุงจิ้งจิก ผ้า เช็ดมือ		ส่วนค่าทำ เส้นฟอก เลือด			ค่าอุปกรณ์	

ผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยวิธีการล้างช่องท้อง มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ (รบกวนเดิมรายละเอียดให้ด้วยนะ คะ ของเดิมเป็นของที่อื่นค่ะ)

1. ผู้ป่วยต้องเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ประเมินความพร้อมบ้าน ผู้ดูแล
2. แนะนำการปฏิบัติตนก่อนวางสาย เตรียมเจาะเลือด ส่งปรึกษาศัลยกรรมเมื่อ eGFR <6 หรือเริ่มมี uremia การผ่าตัดแบบ OPD case

3. หลังการวางสาย break-in 14 วัน แนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การจัดเตรียมอุปกรณ์ แผนที่บ้าน หากกรณีฉุกเฉิน. ให้อนรพ. วางสายและเริ่ม CAPD หลังวางสาย 3-5 วัน...
4. อบรมผู้ป่วย 3-10 วัน จำนวน 10 ครั้งและให้หัดทำเองทุกวันจนกว่าผู้ป่วยจะพร้อม
5. นัด FU + การได้รับยา EPO การนัดยาที่รพ.หรืออนามัย หรือนัดเอง สอนนิตยา

ผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการฟอกเลือด มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. แนะนำ RRT เลือกฟอกเลือด แนะนำการทำเส้นเลือด ส่งผู้ป่วยทำเส้นเลือดตามรพ.สระบุรี รพ. ธรรมศาสตร์ รพ.ใกล้เคียง
2. แนะนำการจองสถานที่ฟอกเลือด
3. หากเส้นเลือดใช้งานได้ มีสถานที่ฟอกเลือด ส่งใบส่งตัวในระบบสำหรับการฟอกเลือดเพื่อประกอบการเบิกจ่ายจาก กรมบัญชีกลางให้

ระยะเวลา ทั้งวิธีการล้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือด ถ้าผู้ป่วยและญาติตัดสินใจวิธีใดก็ตามทางโรงพยาบาลก็พร้อมทำการรักษาให้ทันที โดยไม่ต้องรอคิว

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลจะประสานเครือข่ายทั้ง รพช. รพ.สต. ช่วยเยี่ยมทุกเดือน โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลในการเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีปัญหาแทรกซ้อนอาจเยี่ยมมากกว่าหนึ่งครั้งต่อเดือน ในส่วนของการฟอกเลือดผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดเป็นประจำที่โรงพยาบาลอาทิตย์ละ 2-3 วันแล้วแต่กรณีไป ผู้ป่วยจะได้เจอเจ้าหน้าที่เป็นประจำอยู่แล้ว

กิจกรรมและสื่อที่ทำความรู้ผู้ป่วย

- เปิดวิดีโอ ให้ความรู้เรื่องโรคไต การดูแลตนเอง รวมถึงแผ่นพับข้อมูลต่าง ๆ
- มีอาสาสมัครผู้ป่วยโรคไต
- กิจกรรมสมาธิบำบัดขณะฟอกไต
- ผู้ป่วยและครอบครัว
- จัดตั้งชมรมประสานเครือข่าย เพื่อประสานดูแลผู้ป่วย CAPD ร่วมกับโรงพยาบาล โดยให้ความรู้จากประสบการณ์ของผู้ป่วยถ่ายทอดต่อผู้ป่วยรายใหม่
- บ้านต้นแบบ 200 หลัง

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน อบต.ห้วยยางที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน รพ.สต.

ในโครงการทดแทนไตด้วยวิธีต่าง ๆ ช่วยต่ออายุผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้น ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดี โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ส่วนใหญ่ประชาชนขาดความรู้มาพบแพทย์เมื่อมีอาการถึงขั้นต้องบำบัดทดแทนไตทันที ทำให้ไม่มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ส่งผลระยะยาวในการดำรงชีวิต

อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการช้า ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่มีอาการหนักแล้ว ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง
2. ผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางช่องท้อง ขาดคนดูแล มีการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลบ่อย ทำให้ติดเชื่อ ในระยะยาวผู้ป่วยดูแลตัวเองไม่ได้ บางรายผู้ป่วยอายุมาก
3. จำนวนเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยไม่สอดคล้องกัน ผู้ป่วยมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่เจ้าหน้าที่ทำงานเท่าเดิม
4. ปัญหาด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม สภาพครัวเรือน ระบบสาธารณูปโภค น้ำไม่สะอาด ไม่เอื้ออำนวยต่อการเลือกรับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไต

อยากให้การรับการรักษาของทุกสิทธิ์เท่าเทียมกัน

1. ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ควรมีเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อสอดคล้องกับกำลังเจ้าหน้าที่
2. การเปิดสถานรองรับทั้ง CAPD และ HD ควรรองรับผู้ รพช.และมีนโยบายรองรับเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ดี และเสียค่าใช้จ่ายลดลงในการเดินทาง
3. ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีศูนย์ดูแลรองรับในชุมชน ผู้ป่วยบางรายขาดคนดูแล ต้องทำโครงสร้างผู้ดูแล
4. แนวทางการจัดหาอาชีพให้ผู้ป่วย เพื่อให้เลี้ยงชีพได้ บางรายเป็นผู้นำครอบครัวเมื่อป่วยทางครอบครัวก็ลำบากขาดรายได้
5. มีการจัดระบบสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานเพื่อรองรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
6. ค่าตอบแทนของพยาบาลไตเทียม ควรปรับและให้สิทธิ์เท่ากับพยาบาลสาขาอื่น และปรับภาระงานให้เหมาะสม

8.โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี

บริบท

การให้บริการทดแทนไตของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เริ่มเปิดให้บริการครั้งแรกด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อ 1 มกราคม 2538 จำนวน 2 เครื่อง ปัจจุบันมีเครื่องไตเทียม 13 เครื่อง โดย 3 เครื่องสำรองไว้ให้บริการผู้ป่วยหนักในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ และหรือเมื่อมีเครื่องไตเทียมขัดข้อง และเปิดให้บริการล้างไตผ่านทางช่องท้องตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2543 ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ยังให้บริการโดยได้รับการบริการทดแทนไต 364 ราย แบ่งเป็นการรักษาด้วยการล้างช่องท้อง 239 ราย การฟอกเลือด 117 ราย โดยให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมวันละ 3 รอบ มีการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 8 ราย (ณ เดือนมกราคม 2556)

บุคลากร

อายุรแพทย์โรคไต	3	คน
กุมารแพทย์โรคไต	3	คน
พยาบาลไตเทียม	10	คน
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	4	คน
พนักงานทั่วไป	1	คน

การให้บริการจะใช้เจ้าหน้าที่หมุนวนตามหน่วยต่างๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

สถานที่ให้บริการด้านไตเทียมอื่นๆ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

1.การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีเปิดให้บริการในโรงพยาบาลเอกชนในอำเภอเมือง 2 แห่ง ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีเครื่องประมาณ 20 เครื่อง รับผู้ป่วยรักษาต่อจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ยังให้บริการจำนวน 120 ราย (ณ เดือนมกราคม 2556)

2.การล้างไตทางช่องท้องเปิดให้บริการใน โรงพยาบาลยูพราซเวียงสระ อ.เวียงสระ และ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โดยรับผู้ป่วยรักษาต่อจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ยังให้บริการจำนวน 10 ราย (ณ เดือนมกราคม 2556)

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

1.ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-3 จะดูแลในโรงพยาบาลชุมชน หรือคลินิกเฉพาะโรคของโรงพยาบาล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไตเป็นครั้งคราวตามแนวทางปฏิบัติ

2.ผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 4-5 จะดูแลในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ CKD คลินิก พบอายุรแพทย์โรคไต และทีมดูแล (พยาบาล, เภสัชกร, นักโภชนาการ) ตามความจำเป็นและเหมาะสม ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล จะได้รับการให้คำปรึกษา

และทราบข้อมูลของโรค การรักษา การดำเนินของโรค สิทธิการรักษา เน้นให้ผู้ป่วย ญาติเป็นผู้เลือกการรักษา เพื่อสามารถกลับไปดูแลตนเองได้เหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจของครัวเรือน

3. ในผู้ป่วยที่ไม่รู้มาก่อนว่าเป็นโรคไต ไม่มีประวัติการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการวินิจฉัย Acute on top ให้ทำการฟอกเลือดชั่วคราวไปก่อน โดยติดตามผู้ป่วยทุก 2 อาทิตย์เพื่อให้การวินิจฉัยและวางแผนการรักษา ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ภายใน 2 เดือน ตามสิทธิการรักษา

การให้บริการเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

1. สิทธิบัตรทอง

1.1) ได้รับความรู้ด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก โดยมีค่าใช้จ่ายเป็นค่าอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก ถูเก็บสายล้างไต ชุดทำแผล

1.2) กรณีมีข้อจำกัดทางการแพทย์ เช่น มีรอยโรคหน้าท้อง ปัญหาด้านสายตา หรือมีปัญหาสภาพแวดล้อม ผู้ดูแล ทางหน่วยไตเทียมจะเสนอคณะกรรมการไตระดับจังหวัดเพื่ออนุมัติสิทธิการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมฟรี

1.3) กรณีไม่มีข้อจำกัดทางการแพทย์ แต่ผู้ป่วย ญาติ ปฏิเสธการรับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ยินดีขอใช้สิทธิเฉพาะการรับยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง โดยขอรับผิชอบค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเอง ทางหน่วยไตเทียมจะเสนอคณะกรรมการไตระดับจังหวัดเพื่ออนุมัติสิทธิรับยากระตุ้นเม็ดเลือดแดงฟรี โดยผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด 2,000 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง เท่ากับผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินในบางรายที่ครอบครัวฐานะดี สำหรับบางรายผู้ป่วยและญาติยินดียื่นเงินเนื่องจากเชื่อมั่นในวิธีนี้มากกว่าการล้างไตผ่านทางช่องท้อง สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการฟอกเลือดและยอมจ่ายเงินเองเป็น 0-1 % หรือ 2-3 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด และมาจากสาเหตุคือ เชื่อมั่นในการดูแลของโรงพยาบาลมากกว่า การดูแลตนเองยังทำได้ไม่คืนัก

1.4 การปลูกถ่ายไต ถ้าผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์ สามารถให้บริการได้ ฟรี ทั้งผู้ให้ไต และผู้รับไต รวมทั้งการรับยากดภูมิ

2. สิทธิข้าราชการ สามารถรับการบำบัดทดแทนไตได้ทุกวิธีทั้ง 3 วิธี คือการล้างไตผ่านทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยการล้างไตผ่านทางช่องท้องจะต้องเสียค่าอุปกรณ์เอง เช่นเดียวกับ สิทธิบัตรทอง บางรายเลือกการรักษาวิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องเนื่องจากมีข้อห้ามในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม บางรายไม่สะดวกในการเดินทาง อยู่ไกลโรงพยาบาล ผู้ดูแล

สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือดเป็น .5- 1 % หรือ 2- 3 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด และมาจากสาเหตุคือ บ้านไกลไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง

3. สิทธิประกันสังคม ต้องรออนุมัติสิทธิจากประกันสังคม ระยะรอประมาณ 1-3 เดือน ระหว่างรออนุมัติถ้ามีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายแล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด โดยมีเสียค่าฟอกเลือดครั้งละ 2,000 บาท ส่วนการล้างไตผ่านทางช่องท้องสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท โดยการล้างไตผ่านทางช่องท้องจะต้องเสียค่าอุปกรณ์เองเช่นเดียวกับ สิทธิบัตรทอง ส่วนมากผู้ป่วยจะเลือกวิธีฟอกเลือดสัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือดเป็น 10:90 % หรือ 3-5 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด

	สิทธิบัตรทอง			สิทธิข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม	
วิธีการรักษา	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือดตามสิทธิ	ฟอกเลือดจ่ายเงินเอง	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด
จำนวนผู้ป่วย (คน)	244	9	0	6	25	2	6
ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มจากสิทธิ(บาท)	300 บาท/เดือน	ฟรี	ค่าฟอกเลือด 2,000 บาท	300 บาท/เดือน	ฟรี	300 บาท/เดือน	500 บาท/ครั้ง

ขั้นตอนการให้บริการ

การล้างไตผ่านช่องท้อง

- 1.ผู้ป่วยต้องได้รับการให้คำปรึกษา เรื่องโรค การดำเนินของโรค วิธีการรักษา การดูแลตนเอง สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย จนกว่าผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลจะต้องเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม
- 2.เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจ ประเมินความพร้อมบ้าน ผู้ดูแล (ผ่านศูนย์เยี่ยมบ้าน)
- 3.แนะนำการปฏิบัติตนก่อนวางสาย เตรียมเจาะเลือด ส่งปรึกษาศัลยกรรมเมื่อ eGFR <6 หรือเริ่มมี uremia การจัดเตรียมอุปกรณ์

4.การเตรียมตัววันวางสาย แจ้งเรื่องค่าใช้จ่ายกรณีที่ต้องจ่ายเงิน หรือนำเอกสารรับรองสิทธิจะต้องนอนพักในโรงพยาบาล ประมาณ 7 วันและเริ่ม CAPD หลังวางสาย 1-2 วันถ้าไม่มีข้อจำกัด

5.อบรมผู้ป่วย 3-7 วัน จำนวน 10 ครั้งและให้หัดทำเองทุกวันจนกว่าผู้ป่วยและญาติจะพร้อม

6.วางแผนจำหน่าย โดยประสานศูนย์เยี่ยมบ้าน รพ.สต.และรพช.ใกล้บ้าน ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยรับขานัดพร้อมใบกำกับค่าใช้จ่าย ไปนัดที่รพ.สต.และรพช.ใกล้บ้าน ส่วนน้ำยาจัดส่งที่บ้าน

7.นัด FU ครั้งต่อไป

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1.ผู้ป่วยต้องได้รับการให้คำปรึกษา เรื่องโรค การดำเนินของโรค วิธีการรักษา การดูแลตนเอง สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย จนกว่าผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลจะต้องเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม

2.เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งปรึกษาศัลยกรรมเรื่องการทำ

Vascular Access ถาวร

3.แนะนำการจองสถานที่ฟอกเลือด

4.แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การเตรียมตัวมานอน โรงพยาบาล การใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราวถ้าจำเป็นต้องฟอกเลือดด่วน

5.ขออนุมัติการรักษาตามสิทธิ เช่น ปกส., จ่ายตรง, สปสช.

6.เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทางด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งปรึกษาศัลยกรรมเรื่องการทำ

Vascular Access ถาวร

7.ทำการฟอกเลือดเมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ หรือมีอาการตามเกณฑ์ หากเส้นเลือดที่เตรียมไว้ใช้งานไม่ได้ ใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราวถ้าจำเป็นต้องฟอกเลือดด่วน หรือในกรณีที่ยังไม่สามารถทำเส้นถาวรได้ จะใส่สายสวนหลอดเลือดกึ่งถาวรให้

8. ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ประสานสถานที่ฟอกเลือด พร้อมเอกสารการดูแลต่อเนื่อง เอกสารประกอบการเบิกจ่าย ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้

9.นัด FU ครั้งต่อไป 1 – 2 เดือนมาดูอาการ

ระยะเวลารอคอย ทั้งวิธีการสร้างไตทางช่องท้องและการฟอกเลือด ถ้าผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเลือกวิธีใดก็ตามทางโรงพยาบาลก็พร้อมทำการรักษาให้ทันที โดยไม่ต้องรอคิว

ขั้นตอนการติดตามผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง

1. ประสานศูนย์เยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเยี่ยมทุก 6 เดือนถ้าไม่มีอาการผิดปกติ แต่ถ้ามีอาการผิดปกติ คิดเชื้อจะเยี่ยมซ้ำเป็นครั้งคราว เดิมจะส่งต่อจากโรงพยาบาล ไป รพ.สต. ปัจจุบัน ส่งต่อจากโรงพยาบาลไป ศูนย์เยี่ยมบ้าน และจะส่งต่อไป รพ.สต.

2. นัดมาดูอาการ ในผู้ป่วยที่อาการทั่วไปดี นัดดูอาการที่โรงพยาบาลชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง และมาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 2 เดือนครั้ง

3. นัดมาดูอาการ ในผู้ป่วยที่อาการผิดปกติ 7–30 วัน นัดดูอาการที่โรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลเวียงสระ และโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ซึ่งเป็นลูกข่าย CAPD) และมาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1. ผู้ป่วยต้องมารับการฟอกเลือดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้รับการดูแลอาทิตย์ละ 2-3 วัน

2. ผู้ป่วยที่ต้องมารับการฟอกเลือดที่สถานบริการอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี นัดมาดูอาการ รับยาที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 1- 2 เดือน/ ครั้ง และออกหนังสือรับรองการส่งตัวรับการรักษาเพื่อประกอบการเบิกจ่ายทุก 6 เดือน

กิจกรรมและสื่อที่ทำเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย

สื่อ

1. คู่มือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. คู่มือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้อง
3. คู่มือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. คู่มือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต
5. แผ่นพับการดูแลข้อต่อหลอดเลือด
6. แผ่นพับอาหารโรคไต
7. แผ่นพับวิธีการล้างไต
8. แผ่นพับการเก็บยา
9. วิดีโอ วิธีการล้างไต
10. แผ่นพับการให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต การใช้ยาอาหาร
11. ตัวอย่างยาจริง เคลือบพลาสติก ให้ผู้ป่วยดู

กิจกรรม

1. จัดกิจกรรมให้ความรู้ดูแลตัวเอง อาหาร ยา ปีละ 1 ครั้ง
2. กิจกรรมของจิตอาสา

อุปสรรคสำคัญของโครงการทดแทนไต

ระดับนโยบาย

1. การประชาสัมพันธ์ของ รัฐบาลกลุ่มเครือ เช่น การโฆษณาบัตรทองรักษาฟรีทุกโรค ทำให้คนไม่สนใจดูแลตัวเอง
2. นโยบายไม่ชัดเจน ทั้งในเรื่องงาน การจัดสรรบุคลากร

ระดับหน่วยงาน

รพท, รพศ.

- อาคารสถานที่ไม่พร้อม เป็นโครงสร้างเก่าๆ และคับแคบ
- ระบบการส่งต่อ ระบบสารสนเทศเป็นปัญหา
- บุคลากรน้อย ภาระงานมากขึ้น งบประมาณไม่ชัดเจน ขาดความก้าวหน้า ขาดกำลังใจ

รพช, รพสต.

- บุคลากรยังขาดความรู้ ความชำนาญ
- บุคลากรน้อย ภาระงานมากขึ้น

ผู้ป่วยและญาติ

1. ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจเรื่องโรค การดูแลตนเอง
2. รักษาไม่ครบตามแผนการรักษา (ขาดความตระหนัก, ผู้ป่วยและญาติหือแพ้เบื่อหน่าย, เปลี่ยนที่อยู่บ่อย, ขาดคนดูแล)
3. การเดินทางมารับบริการ ต้องเดินทางไกล สถานที่ให้บริการ โดยเฉพาะการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะกระจุกตัวอยู่แต่ในตัวเมือง
4. เสียเวลาในการเดินทางไม่สามารถประกอบอาชีพได้

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงการทดแทนไต

1. ปรับปรุงนโยบายให้ชัดเจน (คน งาน ของ)
2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในระดับต่าง ๆ ระดับทีมนำ ระดับพยาบาลชุมชน ระดับพยาบาลปฐมภูมิ
3. เพิ่มศักยภาพรพ.ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย รมรณรงค์การดูแลการใช้ชีวิตในชุมชน
4. ควรมีการรณรงค์การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างจริงจัง (เบาหวาน ความดันสูง)
5. รณรงค์จิตอาสาในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เน้นการส่งเสริมสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อให้กำลังใจผู้ป่วย

9.โรงพยาบาลปัตตานี จ.ปัตตานี

ที่รพ.ปัตตานีมีเครื่องล้างไต 15 เครื่อง มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 48 ราย เป็นสิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐ 23 ราย ประกันสังคม 7 ราย ผู้ป่วย shift mode ของสสสช. 11 รายและมีผู้ป่วย 5 รายที่มีสิทธิบัตรทองแต่ไม่ยอมทำ CAPD จึงต้องจ่ายเงินเอง

มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานฟอกเลือด 8 ราย ทำงาน CAPD 2 ราย มีผู้ป่วย CAPD ทั้งสิ้น 25 ราย

สำหรับหน่วยล้างไต ไม่มีแพทย์ประจำหน่วยล้างไต แต่มีอายุรแพทย์ผ่านการอบรม 4 เดือน 1 ท่านซึ่งดูแลผู้ป่วยไม่หมดต้องให้อายุรแพทย์ 9 ท่านสลับจัดเวรกันมาดูแลผู้ป่วยในหน่วยล้างไต

การให้บริการจะมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็น CKD เมื่อมี GFR < 60 โดยที่แพทย์ส่งมา counseling ที่หน่วยล้างไตทุกวันพุธและพยาบาลหน่วยล้างไตเป็นผู้ให้ข้อมูลข้อดีข้อเสียของวิธีการรักษาทั้งล้างช่องท้อง และ ฟอกเลือด

ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วย

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์จะถูกส่งมาที่หน่วยล้างไตในวันพุธ พยาบาลและแพทย์จะอธิบายขั้นตอนของแต่ละวิธีให้ผู้ป่วยทำการเลือกว่าจะรักษาแบบใด แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร สิทธิไหนสามารถรับการรักษาวีธีการใดได้บ้าง โดยจะแนะนำวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งในด้านการรักษาตัวปรับเรื่องอาหารการปฏิบัติตัว

สิทธิบัตรทอง ได้รับการรักษาด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องก่อนเป็นลำดับแรก ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นลำดับแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มประมาณ 1,500 บาทต่อการรักษา 1 ครั้ง ถือว่าผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินในบางรายที่ครอบครัวฐานะดี สำหรับบางรายยอมจ่ายเนื่องจากเชื่อมั่นในวิธีนี้มากกว่าการล้างไตทางช่องท้อง สักส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการฟอกเลือดและยอมจ่ายเงินเองมี 5 ราย และมีผู้ที่ไม่สนใจที่จะทำการล้างช่องท้องมากประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด

สิทธิข้าราชการ ทำได้ทั้ง 3 วิธี คือล้างช่องท้อง การฟอกเลือดและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บางรายเลือกการรักษาวีธีล้างช่องท้องเนื่องจากมีข้อห้ามฟอกเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลไม่สะดวก อยู่ไกลโรงพยาบาล

สัดส่วนผู้ป่วยที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือดประมาณ 2- 3 ราย ของสัดส่วนทั้งหมด และมาจากสาเหตุคือ บ้านไกลไม่สะดวกเรื่องการเดินทาง

สิทธิประกันสังคม ต้องทำเอกสารยื่นเรื่องเข้าประกันสังคมขอการพิจารณาจากคณะกรรมการประมาณ 1-2 เดือน เพื่อได้สิทธิในการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ระหว่างรออนุมัติถ้ามีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายแล้วนำมาเบิกหลังจากได้สิทธิแล้ว โดยสามารถรับการรักษาได้ทั้ง 2 วิธี ส่วนมากผู้ป่วยเลือกวิธีฟอกเลือด แต่จะแบ่งการเบิกจ่ายได้ 2 กรณี คือ ป่วยเป็นโรคไตก่อนทำประกันสังคมจะเบิกได้รายละ 1,000 บาท แต่ถ้าป่วยหลังทำประกันสังคมจะเบิกได้ 1,500 บาท ไม่มีผู้ป่วยเลือกการล้างไตทางช่องท้องแทนการฟอกเลือด

ปัญหาคือ

1. มีผู้ป่วยบัตรทองจำนวนหนึ่งรอจนถึงระยะสุดท้ายแล้วจึงตัดสินใจทำการล้างช่องท้อง แต่หลายรายไม่กลับมาอีกเลย
2. ทาง สปสช. มีเกณฑ์ไม่ชัดเจนเท่าที่ประกันสังคม ว่าเมื่อไหร่ถึงจะเริ่มทดแทนไต หรือ จะเริ่มฟอกเลือดได้ไหม
3. นอกจากนี้เรื่องการ set ระดับ Hct ที่จะเริ่มให้เลือดของสิทธิต่างๆก็ไม่เหมือนกัน

ข้อเสนอ

ควรมีการ harmonize ระบบการให้ยา Erythropoietin

ตารางที่ ก สรุปการเริ่มให้บริการทดแทนไตของทั้ง 9 โรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	ฟอกเลือด	ล้างไตทางช่องท้อง
1	โรงพยาบาลอ่างทอง จ.อ่างทอง	18 กุมภาพันธ์ 2545	1 มกราคม 2552
2	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กทม.	1 มกราคม 2537	1 สิงหาคม 2548
3	โรงพยาบาลสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	10 มกราคม 2545	1 สิงหาคม 2551
4	โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่	ธันวาคม 2543	2548
5	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์	สิงหาคม 2544	23 มิถุนายน 2552
6	โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร	22 มกราคม 2545	1 ธันวาคม 2551
7	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี	26 มกราคม 2538	2 สิงหาคม 2543
8	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์	3 ธันวาคม 2544	1 มีนาคม 2555
9	โรงพยาบาลปัตตานี จ.ปัตตานี	เมษายน 2545	มีนาคม 2552

ตารางที่ ข ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพิ่มจากสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่ (บาท)

ลำดับ ที่	สถานบริการ	สิทธิบัตรทอง			สิทธิข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม	
		ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด ตามสิทธิ	ฟอกเลือด จ่ายเงินเอง	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด	ล้างช่องท้อง	ฟอกเลือด
1	โรงพยาบาลอ่างทอง จ.อ่างทอง	ค่ากิโด+ กระป๋อง แอลกอฮอล์ 489 บาทและ อุปกรณ์ที่บ้าน เสาน้ำเกลือ อ่างล้างมือ แนะนำและ ครอบครัวเป็น ผู้จัดการ (ทำ ข้อตกลง ร่วมกับผู้ป่วย หากติดเชื้อ ภายใน 6 เดือน แรก ผู้ป่วยจ่าย ค่า TS 2800)	ฟรี	ค่าฟอก เลือด 1,500 บาท	ค่าอุปกรณ์ ทำแผล 300 บาท ค่ากิโด+ กระป๋อง แอลกอฮอล์ 489 บาท และอุปกรณ์ ที่บ้านเสาน้ำ เกลือ อ่างล้างมือ แนะนำและ ครอบครัว เป็นผู้จัดการ	ฟรี	ชำระเงินเบิก ประกันสังคม เอง	ชำระเงินเบิก ประกันสังคม เอง
2	โรงพยาบาลนพรัตน์ ราชธานี กทม.	ค่าอุปกรณ์เสริม เช่นดาซัง550 บาท เสาน้ำ เกลือ1200 บาทผู้ป่วยหา ซื้อเอง	ส่วนเกิน 500 บาทต่อครั้ง (ใช้ใบสังคม สงเคราะห์ ช่วยเหลือ)	ค่าฟอก เลือด 2,000บาท ต่อครั้ง	ชุดทำแผล 600บาทต่อ เดือน	-	-	500 บาทต่อ ครั้ง(ใช้ใบ สังคม สงเคราะห์ ช่วยเหลือ)

3	โรงพยาบาล สมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	ชุด dressing 200บาท/เดือน	เบิกตามสิทธิ ค่าบริการ 30 บาท/ครั้ง	ค่าฟอก 1,500 บาท/ครั้ง	ชุด dressing 200 บาท/ เดือน	ค่าฟอก เลือด 2,000 บาทต่อครั้ง (เบิกจ่าย ตรงผู้ป่วย ไม่ต้องจ่าย)	เบิกตามสิทธิ	ค่าฟอก 1,500 บาท/ ครั้ง
4	โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่	ฟรี	ฟรี	1,500	ชุดทำแผล 300 บาท/ เดือน	2,000/ครั้ง	ส่วนเกินค่า น้ำยา2,013 บาท/เดือน	500บาท/ครั้ง
5	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์	แรกเข้า 6,350 บาท		ค่าฟอก เลือด 1,500 บาท				
6	โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร	แรกเข้า 2,000 บาทเป็นค่า อุปกรณ์	-	ค่าฟอก เลือด 1,500 บาท	-	-	แรกเข้า 4,000 บาทเป็นค่า อุปกรณ์	-
7	โรงพยาบาลสุราษฎร์ ธานี จ.สุราษฎร์ธานี	300 บาท/เดือน	ฟรี	ค่าฟอก เลือด2,000 บาท	ชุดทำแผล 300 บาท/ เดือน	ฟรี	300 บาท/ เดือน	500 บาท/ครั้ง
8	โรงพยาบาล เพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์	500บาท ค่าตาชั่ง	ฟรี	ค่าฟอก เลือด2,000 บาท	อุปกรณ์ทำ แผล1200 บาท/เดือน	ฟรี	-	ฟรี
9	โรงพยาบาลปัตตานี จ.ปัตตานี	2,000-6000 บาทเป็นค่า อุปกรณ์(ขึ้นกับ คุณภาพของอุ กรณ์เช่น ใต้อะ)	ฟรี	1,500 บาท	ยังไม่มี คนไข้	ฟรี	ยังไม่มีคนไข้	ฟรี

ตารางที่ ค โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้เคียงกับทั้ง 9 สถานบริการที่ให้บริการทดแทนไต

ลำดับ	โรงพยาบาล	ฟอกเลือด	ล้างไตทางช่องท้อง
1	โรงพยาบาลอ่างทอง จ.อ่างทอง	โรงพยาบาลอ่างทองเวชกรรม 2 โรงพยาบาลราชธานี (จ.อยุธยาเป็นเอกชน)โรงพยาบาลศุภมิตรเสนา (จ.อยุธยาเป็นเอกชน)	ไม่มี
2	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กทม.	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	โรงพยาบาลหนองจอก (เวชการุณรักษ์ และ โรงพยาบาลนวมินทร์ (เอกชน)
3	โรงพยาบาลสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ	โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลเอกชนในอำเภอ	-
4	โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่	โรงพยาบาลมหาราชนเชียงใหม่	โรงพยาบาลสันป่าตอง และ โรงพยาบาลจอมทอง
5	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์	โรงพยาบาลกุฉินารายณ์/โรงพยาบาลยางตลาด โรงพยาบาลกมลาไสย/โรงพยาบาลเขาวง / โรงพยาบาลสมเด็จ คลินิกเอกชนในเมือง	
6	โรงพยาบาลสกลนคร จ.สกลนคร	โรงพยาบาลบ้านม่วง / โรงพยาบาลสว่างแดนดินกำลังจะเปิดโรงพยาบาลวานรนิวาส	โรงพยาบาลวานรนิวาสและ โรงพยาบาลสว่างแดนดิน
7	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี	โรงพยาบาลเอกชนในเมือง 2 แห่ง	โรงพยาบาลยุพราชเวียงสระ และ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
8	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จ.เพชรบูรณ์	โรงพยาบาลเพชรรัตน์ /โรงพยาบาลค่ายโพธิ์สามต้น ผาเมือง	โรงพยาบาลวิเชียรบุรีโรงพยาบาล หล่มสัก
9	โรงพยาบาลปัตตานี จ.ปัตตานี	โรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริการ(out source)	โรงพยาบาลยุพราชอำเภอสายบุรี

ภาคผนวก 3

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการ

ตาราง ก. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการทดแทนไต จำแนกตามไตรมาส (quarters, Q1-4) ที่นอนโรงพยาบาลด้วย ESRD ครั้งแรกและที่ได้รับการขึ้นทะเบียน HD และ PD

ปีและไตรมาส ESRD		ปีและไตรมาสที่ขึ้นทะเบียน HD																				รวม
		2551				2552				2553				2554				2555				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
2551	Q1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Q2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Q3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Q4	.	.	.	.	4	2	2	4	1	.	.	.	7	1	.	.	1	1	.	.	23
2552	Q1	.	.	.	.	8	24	8	2	10	4	2	4	40	3	3	4	3	.	2	1	118
	Q2	.	.	.	.	5	21	16	9	5	2	2	2	44	6	5	5	3	2	2	.	129
	Q3	.	.	.	.	4	7	12	22	12	2	2	3	56	5	3	4	1	1	3	3	140
	Q4	.	.	.	.	.	3	7	14	24	2	3	10	58	10	5	7	4	4	4	2	157
2553	Q1	.	.	.	.	6	.	1	6	48	22	9	4	67	16	15	7	2	5	4	3	215
	Q2	.	.	.	.	2	1	2	3	7	31	20	8	86	18	7	11	7	5	4	2	214
	Q3	.	.	.	.	.	1	.	3	11	14	28	17	81	20	10	10	4	3	1	4	207
	Q4	.	.	.	.	1	.	6	1	2	2	14	38	132	33	22	12	3	10	7	6	289
2554	Q1	.	.	.	.	.	2	.	1	.	1	3	14	100	91	37	17	7	10	8	9	300
	Q2	.	.	.	.	1	1	1	1	4	2	2	7	39	108	98	49	19	13	12	12	369
	Q3	.	.	.	.	.	.	1	2	.	3	5	3	35	17	118	104	21	25	8	10	352

ปีและไตรมาส ESRD		ปีและไตรมาสที่ขึ้นทะเบียน HD																				รวม
		2551				2552				2553				2554				2555				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
2555	Q4	.	.	.	.	.	3	1	3	2	1	3	4	16	14	33	<u>128</u>	78	57	14	15	372
	Q1	.	.	.	.	1	1	.	2	2	1	1	3	21	14	11	37	<u>87</u>	119	35	22	357
	Q2	.	.	.	.	.	.	1	1	5	1	3	.	15	8	11	18	25	<u>159</u>	106	52	405
	Q3	.	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	9	3	2	3	5	22	<u>63</u>	56	165
	Q4	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	4	2	3	6	3	13	12	<u>40</u>	85
รวม		.	.	.	.	34	66	58	74	134	89	97	117	810	369	383	422	273	449	285	237	3,897

ปีและไตรมาส ESRD		ปีและไตรมาสที่ขึ้นทะเบียน PD																				รวม
		2551				2552				2553				2554				2555				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
2551	Q1	<u>24</u>	26	21	11	4	3	2	6	2	4	.	2	.	1	.	3	.	1	1	1	112
	Q2	1	<u>58</u>	24	16	3	5	7	8	.	5	2	2	1	1	2	.	.	2	1	1	139
	Q3	.	10	<u>73</u>	37	11	9	6	6	2	2	2	4	3	.	2	2	2	3	3	4	181
	Q4	.	6	15	<u>91</u>	35	25	12	5	4	3	6	3	.	2	3	3	3	1	2	2	221
2552	Q1	1	6	3	11	<u>166</u>	80	34	23	14	8	4	5	2	1	1	2	3	3	4	2	373
	Q2	2	1	2	6	11	<u>234</u>	93	43	21	14	14	8	4	3	3	5	4	.	.	.	468
	Q3	1	1	1	4	6	20	<u>289</u>	113	38	31	11	7	4	8	3	5	4	2	1	3	552
	Q4	.	2	.	7	9	14	30	<u>304</u>	118	38	26	16	9	8	3	3	.	3	2	1	593
2553	Q1	.	.	1	1	2	9	14	44	<u>340</u>	126	32	24	13	14	11	6	4	5	5	2	653
	Q2	.	3	2	3	3	6	7	9	29	<u>421</u>	162	58	18	18	9	11	5	9	3	4	780
	Q3	2	.	1	1	2	3	7	13	8	33	<u>376</u>	150	30	22	8	11	6	10	6	7	696
	Q4	.	.	1	2	3	7	6	8	7	16	26	<u>466</u>	147	41	16	18	15	11	7	9	806
2554	Q1	.	.	.	.	4	4	4	5	10	14	13	37	<u>462</u>	190	48	28	11	14	12	11	867
	Q2	1	1	.	3	2	5	8	4	6	15	11	15	28	<u>566</u>	181	62	31	15	20	14	988
	Q3	2	.	1	.	2	4	1	3	2	6	4	11	11	43	<u>497</u>	215	46	39	22	18	927

ปีและไตรมาส ESRD		ปีและไตรมาสที่ขึ้นทะเบียน PD																				รวม
		2551				2552				2553				2554				2555				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
2555	Q4	.	2	.	.	.	2	1	1	2	4	12	6	13	17	34	<u>562</u>	197	63	41	34	991
	Q1	.	.	1	.	1	2	6	5	1	5	8	12	15	20	11	66	<u>591</u>	287	75	52	1,158
	Q2	.	1	.	.	1	2	5	.	9	3	5	10	11	13	21	21	45	<u>715</u>	232	78	1,172
	Q3	.	.	.	.	.	1	1	2	.	1	1	5	3	3	9	11	3	29	<u>282</u>	127	478
	Q4	.	.	.	.	.	.	1	1	1	4	.	3	2	.	4	6	2	7	25	<u>181</u>	237
รวม		34	117	146	193	265	435	534	603	614	753	715	844	776	971	866	1,040	972	1,219	744	551	12,392

ตาราง ข. การใช้บริการทดแทนไตจากโรงพยาบาล เปรียบเทียบเขตสุขภาพของโรงพยาบาลกับภูมิลำเนาของผู้ป่วย

เขต รพ.	ภูมิลำเนาของผู้ป่วยตามเขตสุขภาพ													รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1. HD														
1	<u>677</u>	2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	4	690
2	0	<u>38</u>	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44
3	0	2	<u>78</u>	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	83
4	5	5	7	<u>255</u>	4	8	3	0	5	2	2	2	16	314
5	0	1	1	4	<u>222</u>	3	1	0	2	0	0	0	9	243
6	1	1	1	5	2	<u>260</u>	1	8	3	2	3	0	14	301
7	1	0	0	1	0	0	<u>166</u>	3	1	2	0	0	0	174
8	0	0	0	1	0	1	5	<u>143</u>	0	0	0	0	1	151
9	0	0	1	2	1	0	0	0	<u>190</u>	1	0	0	3	198
10	0	1	0	1	0	1	0	1	0	<u>151</u>	0	0	3	158
11	0	2	0	0	4	0	0	0	0	0	<u>132</u>	1	0	139
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	<u>100</u>	1	103
13	13	7	6	37	25	33	13	6	16	9	5	3	<u>427</u>	600

รวม	697	59	98	310	259	308	190	162	218	167	145	106	479	3,198
2. PD														
1	<u>1,425</u>	8	3	1	3	4	1	4	2	0	1	3	4	1,459
2	10	<u>554</u>	29	3	3	9	1	1	3	1	0	1	7	622
3	2	13	<u>492</u>	11	13	7	1	1	1	1	3	1	6	552
4	9	29	19	<u>614</u>	14	21	4	11	15	3	12	4	42	797
5	2	5	13	19	<u>811</u>	12	3	4	7	2	14	5	33	930
6	8	13	10	11	18	<u>822</u>	7	16	15	15	4	4	12	955
7	0	1	2	1	3	4	<u>1,012</u>	28	8	3	1	0	3	1,066
8	2	2	0	2	2	4	9	<u>1,275</u>	3	7	4	2	4	1,316
9	0	2	4	5	7	11	8	5	<u>894</u>	3	3	0	5	947
10	2	1	0	0	1	2	3	2	4	<u>1,178</u>	1	3	4	1,201
11	2	1	4	9	19	5	3	6	1	2	<u>728</u>	35	15	830
12	0	0	1	2	5	3	0	1	1	0	30	<u>354</u>	7	404
13	19	14	20	54	41	44	22	12	18	15	25	10	<u>763</u>	1,057
รวม	1,481	643	597	732	940	948	1,074	1,366	972	1,230	826	422	905	12,136

ภาคผนวก 4

สิทธิประโยชน์ในบริการล้างไต แบ่งตามประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ ในประเทศไทยปีงบประมาณ 2556

สวัสดิการรักษายาบาล	ข้าราชการ	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ บัตรทอง
สิทธิการฟอกเลือด	ครอบคลุมมาตั้งแต่มีสวัสดิการ	- ฟอกเลือดครั้งละ 1,500 บาท - สัปดาห์ละไม่เกิน 4,500 บาท - แต่ต้องทำการฟอกเลือดไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา ซึ่งคณะกรรมการพิจารณา - ทั้งนี้หากผู้ประกันตนฟอกเลือดไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ อาทิเช่น กรณีเส้นเลือดมีปัญหา ความดันโลหิตต่ำเป็นต้น สปส. มอบอำนาจให้ สกส.เป็นผู้พิจารณาจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล โดยไม่ต้องนำเข้าหารือ - ค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน - ผู้ประกันตนสามารถยื่นสิทธิโดยให้ผู้มีอำนาจแต่ละพื้นที่อนุมัติสิทธิได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด <u>ระบบการขนส่งน้ำยา</u> - ปัจจุบัน สปส. มีสถานพยาบาลล้างช่องท้องจำนวน 57 แห่ง ซึ่งบางแห่งจะติดต่อกับบริษัทน้ำยาโดยตรง เพื่อให้ส่งน้ำยาให้แก่ผู้ประกันตนที่บ้าน เช่น รพ.บ้านแพ้ว เชียงใหม่คลินิกโรคไต เป็นต้น	ภายใต้ PD first policy ต้องเป็น case เคยทำการล้างไตทางช่องท้องมาก่อน จนมีปัญหาจึงเปลี่ยนวิธี หรือมีข้อห้ามทำ PD จะได้รับ support 1,500 ถึง 1,700 ตามความรุนแรงของโรค ศูนย์เอกชนหลายแห่งไม่รับไม่ให้จ่ายร่วม

		กรณีการให้ยา Erythropoietin สปส. จ่ายค่ายา Erythropoietin สูงสุดถึง 1,125 บาท / สัปดาห์ โดยพิจารณา ตามระดับค่า Hct ดังนี้ 1. Hct $\leq$ 36% จ่ายเท่าที่จ่ายจริงไม่ เกินราคากลางที่กำหนด และไม่เกิน 1,125 บาท / สัปดาห์ 2. Hct $\geq$ 36% จ่ายเท่าที่จ่ายจริงไม่ เกินราคากลางที่กำหนด และไม่เกิน 750 บาท / สัปดาห์ 3. Hct $>$ 39% ไม่มีสิทธิเบิกค่ายา 4. มีค่าคิดยาให้อัตราเพิ่มละ 50 บาท / ครั้ง	
--	--	---	--

สิทธิการล้างช่องท้อง	เบิกน้ำยาได้ตามจริง แต่ไม่มี ระบบส่งน้ำยาไปที่บ้าน - เบิกค่ายาเพิ่มเลือด (erythropoietin) ตามจริง	ตรวจและค่าน้ำยาล้างช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ ไม่เกิน 20,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน เว้นแต่ ภายในเดือนแรกและเดือน สุดท้ายที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่า ตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่อง ท้องไม่เกินวันละ 750 บาท ตามวันที่เหลือในเดือนนั้นๆ ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบ ของผู้ประกันตน - ค่าบริการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้า ออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่ เกิน 20,000 บาทต่อรายต่อ 2 ปี	PD first policy สนับสนุน ค่าน้ำยาโดยมีระบบการ จัดส่งน้ำยาไปถึงที่บ้าน ผู้ป่วยส่วนยาเพิ่มเลือดเบิก ได้ มีระบบพัฒนานุเคราะห์

ด่วนที่สุด

ที่ รง ๐๖๐๙/ ๕๔๓๑



สำนักงานประกันสังคม

ถนนติวานนท์ นบ ๑๑๐๐๐

๒๕ เมษายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขอส่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ พร้อมแนวปฏิบัติการพิจารณาวินิจฉัยการบำบัดทดแทนไต

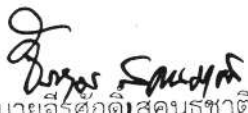
เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖
 ๒. แนวปฏิบัติการพิจารณาวินิจฉัยการบำบัดทดแทนไต

สำนักงานประกันสังคมขอส่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖ ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๕๖ พร้อมหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตแนบท้ายประกาศตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และแนวปฏิบัติการพิจารณาวินิจฉัยการบำบัดทดแทนไต ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ


(นายจිරักดิ์ สุคนธชาติ)

เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

โทร. ๐ ๒๙๕๖ ๒๕๑๘

โทรสาร ๐ ๒๕๒๕ ๒๔๙๖



ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย
หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
กรณีบำบัดทดแทนไตและกรณีการให้ยา Erythropoietin เพื่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๕(๒) และมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓
คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม
พ.ศ. ๒๕๓๓ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่
เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๕๔

ข้อ ๒ ให้ใช้ความดังต่อไปนี้เป็น (๔) ของข้อ ๘ หมวด ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการ
การแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณี
ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๖

“(๔) การบำบัดทดแทนไตกรณีไตวายเรื้อรัง ยกเว้น กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
(Hemodialysis) ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis) และด้วยวิธีการปลูกถ่ายไต
(Kidney Transplantation) ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราแนบท้ายประกาศฉบับนี้”

ข้อ ๓ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๖

(ศาสตราจารย์เหลือพร ปุณณกันต์)
ประธานกรรมการการแพทย์

หลักเกณฑ์ เจ็อนไข และอัตราค่าบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต

๑. บทนิยาม

“การบำบัดทดแทนไต” หมายความว่า กรรมวิธีบำบัดทดแทนการทำงานของไตเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเกือปกติได้ การบำบัดทดแทนไตมี ๓ วิธี คือ

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis = HD)

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร (Chronic Peritoneal Dialysis = CPD)

มี ๓ แบบ คือ

(ก) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis = CAPD)

(ข) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบไซคลิง (Chronic Cycling Peritoneal Dialysis = CCPD)

(ค) การล้างช่องท้องแบบเป็นระยะ (Chronic Intermittent Peritoneal Dialysis = CIPD)

(๓) การปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation)

“สัปดาห์” หมายความว่า ระยะเวลาที่คำนวณตามปฏิทินโดยเริ่มวันจันทร์เป็น

วันต้นแห่งสัปดาห์

“ปี” หมายความว่า ปีหนึ่งมี ๑๒ เดือน โดยให้นับตั้งแต่เดือนที่ผู้ประกันตนปลูกถ่ายไต

เป็นเดือนแรก

๒. ผู้มีสิทธิยื่นขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และกรณีการปลูกถ่ายไต ต้องเป็นผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยมีข้อบ่งชี้ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

(๑) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

(๒) มีระดับอัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate : eGFR) ระหว่าง ๖ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. ถึง ๑๕ มล./นาที่/๑.๗๓ ตร.ม. ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคอง อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(ก) ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวาย หรือความดันโลหิตสูง

ควบคุมไม่ได้

(ข) ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

(ค) ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูรีเมีย

(ง) เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูรีเมีย

(จ) คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการ

ทั้งนี้ สูตรการคำนวณระดับอัตราการกรองของเสียของไตโดยประมาณ (eGFR)

ใช้วิธีการตรวจและรายงานผลอัตราการกรองของเสียของไต (eGFR) ตามที่สมาคมโรคไตกำหนด ดังนี้

๑) วิธีคำนวณค่า eGFR โดยแทนค่าตัวแปรในสมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ใหญ่และ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (<๑๘ ปี) ตามตาราง

สมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

เพศ	ระดับ serum creatinine (mg/dl)	สมการ
หญิง	≤ 0.7	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-0.724} (0.724)^{Age}$
	> 0.7	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-1.204} (0.724)^{Age}$
ชาย	≤ 0.9	$GFR = 144 \times (Scr/0.9)^{-0.724} (0.724)^{Age}$
	> 0.9	$GFR = 144 \times (Scr/0.9)^{-1.204} (0.724)^{Age}$

สมการ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (อายุ<๑๘ ปี)

สูตรใหม่ $GFR (ml/min/1.73 m^2) = (0.413 \times \text{Height in cm}) / \text{Creatinine in mg/dl}$
--

๒) ใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับครีเอตินินโดยใช้ค่าทศนิยม ๒ ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

๓. ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต จะต้องยื่นคำขอต่อสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ที่ผู้ประกันตนประสงค์จะใช้สิทธิ และแนบหลักฐานเอกสารประกอบคำขอ คือ หนังสือรับรองการเจ็บป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณี ที่โรงพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต โดยมีผลการตรวจพิสูจน์ Serum BUN, Serum Creatinine หรือ อัตราการกรองของเสียของไต หรือ Creatinine Clearance และขนาดของไต ยกเว้นกรณีผู้ประกันตนที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตมาแล้วจากสิทธิอื่น เช่น สิทธิข้าราชการ หรือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง โดยให้อำนาจการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา สามารถอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตนได้ โดยพิจารณาหลักฐานหนังสือรับรองการได้รับบำบัดทดแทนไตจากสิทธิอื่นตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๔. ให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาให้ความเห็นชอบการบำบัดทดแทนไต ดังนี้

(๔.๑) ให้อำนาจการสำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือประกันสังคมจังหวัด หรือหัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา เป็นผู้พิจารณาวินิจฉัยอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตให้แก่ผู้ประกันตนหากมีผลการตรวจตามหลักเกณฑ์ครบทั้ง ๓ ข้อ ดังนี้

๑) มีประวัติเป็นโรคไต หรือภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไต เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic glomerular nephritis) โรคนิ่ว (Stones) และ

๒) ต้องมีผลเลือดค่า BUN มากกว่า ๘๐ mg/dl และค่า Cr มากกว่า ๘ mg/dl ย้อนหลังติดต่อกันอย่างน้อย ๓ เดือน จนถึงวันที่ยื่นเรื่อง และ

๓) มีขนาดของไต น้อยกว่า ๙ cm ทั้ง ๒ ข้าง

(๔.๒) กรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ตามข้อ (๔.๑) ให้ส่งหาหรือคณะกรรมการ การแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

การกำหนดวันเริ่มมีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมหรือกรณีการล้างช่องท้องด้วยน้ำอย่างถาวร ให้อยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย แต่ต้องไม่ก่อนวันที่ยื่นคำขอรับการบำบัดทดแทนไตเกินกว่าสามสิบวัน เว้นแต่ค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือค่าวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง พร้อมอุปกรณ์ วันเริ่มมีสิทธิต้องไม่ก่อนวันที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร ครั้งแรกแล้วแต่กรณีดังกล่าวเกินกว่าหนึ่งร้อยแปดสิบวัน

สำหรับการขอรับบริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตกรณีปลูกถ่ายไต ผู้ประกันตนสามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกันกับการขอรับสิทธิกรณีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างช่องท้องด้วย น้ำยาอย่างถาวรได้ และเมื่อแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ประกันตนมีความจำเป็นเหมาะสมที่จะเริ่มรับการบำบัด ทดแทนไตโดยวิธีการปลูกถ่ายไตแล้ว ผู้ประกันตนจะต้องยื่นความจำนงเพื่อขอเริ่มใช้สิทธิต่อสำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา ที่ประสงค์ จะใช้สิทธิ เพื่อให้ตรวจสอบสิทธิและมีหนังสือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไต ที่ผู้ประกันตนประสงค์จะเข้ารับการปลูกถ่ายไต หรือเข้ารับการดูแลรักษากรณีหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยมี เอกสารประกอบการยื่นคำขอเพื่อเริ่มใช้สิทธิ ดังนี้

(๑) หนังสือรับรองการเจ็บป่วยประกอบการขอเริ่มใช้สิทธิบำบัดทดแทนไตกรณี ปลูกถ่ายไต โดยอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไต

(๒) หนังสือรับรองการขอเข้ารับการปลูกถ่ายไต หรือการดูแลหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไตและ รับยากดภูมิคุ้มกัน จากสถานพยาบาลในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมที่ประสงค์จะใช้สิทธิ (ในกรณีไม่ มีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลในความตกลงกรณีปลูกถ่ายไตที่ประสงค์ใช้สิทธิ)

๕. ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตเท่าที่จ่ายจริงหรือเหมาจ่ายแล้วแต่กรณีโดย เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดดังต่อไปนี้

(๑) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(ก) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิจะต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง ๆ ละไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง เว้น แต่การเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในสัปดาห์แรก หรือผู้ประกันตนเสียชีวิต หรือเข้าข่ายหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๕

การฟอกเลือดไม่ครบ ๔ ชั่วโมง/ครั้ง

- ๑) กรณีเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดมีปัญหาใช้งานไม่ได้
- ๒) กรณีความดันโลหิตต่ำ
- ๓) กรณีชัก หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง หรือหมดสติ
- ๔) กรณีมีภาวะไข้สูง และหนาวสั่น
- ๕) กรณีมีอาการเจ็บป่วยของร่างกายอย่างรุนแรง เช่น ปวดท้อง หรือหน้าอก

การฟอกเลือดไม่ครบ ๒ ครั้ง/สัปดาห์

- ๑) กรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
- ๒) กรณีต้องเข้ารับการรักษาดัวเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยในหัตถ์ KU

โดยให้สำนักงานประกันสังคม หรือสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ

เป็นผู้พิจารณาจ่ายค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่สถานพยาบาลได้

สำหรับกรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ เงื่อนไขดังกล่าวให้ส่งหารือคณะกรรมการ
การแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

(ข) กรณีผู้ประกันตนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายยื่นขอใช้สิทธิการบำบัด
ทดแทนไต สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้แก่
สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อครั้ง และไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาทต่อสัปดาห์
สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ
ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่
สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่น
ขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(ค) กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิกรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำนักงาน
ประกันสังคมจะจ่ายเงินค่าเตรียมเส้นเลือดสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือ
สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตนในอัตราไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อรายต่อ ๒ ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกิน
อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(๒) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร

ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้ได้รับสิทธิบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการล้างช่องท้องด้วย
น้ำยาอย่างถาวรจะต้องได้รับการตรวจรักษาจากอายุรแพทย์โรคไต หรืออายุรแพทย์ผู้รักษาในกรณีที่
สถานพยาบาลนั้นไม่มีอายุรแพทย์โรคไตในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ไม่น้อยกว่าเดือนละ ๑ ครั้ง

(ก) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยา
อย่างถาวรให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าวเป็นค่าตรวจรักษา และค่าน้ำยาล้างช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินเดือนละ
๒๐,๐๐๐ บาท เว้นแต่ภายในเดือนแรกและเดือนสุดท้ายที่ได้รับอนุมัติจะจ่ายค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างช่องท้อง
พร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินวันละ ๗๕๐ บาท ตามจำนวนวันที่เหลือในเดือนนั้น สำหรับค่าบริการทางการแพทย์
ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

ทั้งนี้ หากผู้ประกันตนได้สำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ล่วงหน้าก่อนวันที่ได้รับทราบสิทธิ ให้สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนตั้งแต่วันที่ได้รับสิทธิจนถึงวันที่สถานพยาบาลได้รับหนังสือแจ้งสิทธิจากสำนักงานประกันสังคม โดยสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิยื่นขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

(ข) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการวางท่อรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้องพร้อมอุปกรณ์ให้แก่ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ประกันตน ไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อรายต่อ ๒ ปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

(๓) การปลูกถ่ายไต

(ก) ผู้ประกันตนที่ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESPD) และอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยา (Peritoneal Dialysis) หรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) โดยใช้สิทธิประกันสังคมให้มีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตกรณีการปลูกถ่ายไตโดยมีต้องอนุมัติสิทธิใหม่ สำหรับผู้ประกันตนที่ยังไม่ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมจะต้องให้คณะกรรมการการแพทย์หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้มีอำนาจพิจารณาเห็นชอบก่อนการปลูกถ่ายไต

(ข) ผู้ประกันตนจะต้องปลูกถ่ายไตในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม และสถานพยาบาลดังกล่าวจะดำเนินการให้บริการตามแนวทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

๑) คุณสมบัติของผู้รับไต (recipient)

- ๑.๑) อายุไม่ควรเกิน ๖๕ ปี
- ๑.๒) ไม่มี Active infection
- ๑.๓) ไม่เป็นโรคผู้ที่ติดเชื้อ HIV
- ๑.๔) ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง (Chronic liver disease) ตามหลักเกณฑ์ข้อบังคับของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- ๑.๕) ไม่เป็นโรคเมร็ง หรือเป็นโรคเมร็งที่ได้รับการรักษาให้หายขาดมานานกว่า ๓ ปีขึ้นไป
- ๑.๖) ไม่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด เช่น Ischemic heart disease, Congestive heart failure, Chronic obstructive pulmonary disease เป็นต้น
- ๑.๗) ไม่มี Persistent coagulation abnormality
- ๑.๘) ไม่มี Psychiatric disorder
- ๑.๙) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

๒) คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่มีชีวิต (Living related donor)

- ๒.๑) มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า ๒๐ ปี และไม่ควรมีอายุเกิน ๖๐ ปี
- ๒.๒) ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิต Systolic ไม่มากกว่า ๑๔๐ มิลลิเมตรปรอท และค่า Diastolic ไม่มากกว่า ๙๐ มิลลิเมตรปรอท)
- ๒.๓) ไม่เป็นโรคเบาหวาน
- ๒.๔) ไม่มีประวัติเป็นโรคไตเรื้อรัง
- ๒.๕) มีค่าโปรตีนในปัสสาวะไม่เกิน ๓๐๐ มิลลิกรัมต่อ ๒๔ ชั่วโมง
- ๒.๖) มีค่า Creatinine clearance มากกว่า ๘๐ ml/min ๑.๗๓ ตารางเมตร

- ๒.๗) ไม่มีภาวะโรคอ้วน (ค่า BMI ไม่มากกว่า ๓๕)
- ๒.๘) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางอายุรกรรม เช่น COPD, Ischemic heart disease, Malignancy, Active infectious disease, Drug addiction เป็นต้น
- ๒.๙) Negative test for anti HIV, HBsAg, Anti HCV
- ๒.๑๐) ต้องมี Informed consent
- ๒.๑๑) ผ่านการประเมินทางจิตเวช (Psychiatric evaluation) ก่อน
- ๒.๑๒) ต้องเป็นญาติโดยสายเลือดหรือคู่สมรสตามกฎหมายข้อบังคับแพทยสภา
- ๒.๑๓) ต้องไม่เป็นการซื้อขายไต

๓) คุณสมบัติของผู้บริจาคไตที่เสียชีวิต (Deceased donor) ให้เป็นตามกฎหมายข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม และตามประกาศแพทยสภา เรื่อง เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย และตามหลักเกณฑ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย และสำนักงาน ประกันสังคมจะจ่ายค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor) ให้กับศูนย์บริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ในอัตรา ๔๐,๐๐๐ บาท ต่อไต ๑ ข้าง

(ค) สถานพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตจะต้องเป็นสถานพยาบาลหลักในการ ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามระบบเหมาจ่ายเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี นับแต่วันที่ทำการผ่าตัด ปลูกถ่ายไต และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกสถานพยาบาลหลักตามระบบเหมาจ่ายในการรักษาพยาบาล ตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด ตั้งแต่ปีที่ ๓ ภายหลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นอย่างน้อยและต้อง ได้รับการดูแลรักษาโดยอายุรแพทย์โรคไตตามเงื่อนไขที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

(ง) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนตามที่กำหนดไว้ใน ๕ (๓) (จ) จะต้องรับบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไต ได้แก่ การตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิด และอื่นๆ ตามดุลพินิจของแพทย์กับสถานพยาบาล ที่ทำข้อตกลงกรณีปลูกถ่ายไตกับสำนักงานประกันสังคม

(จ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ก่อนการปลูกถ่ายไตและระหว่าง ปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไต โดยเหมาจ่ายต่อราย ต่อการปลูกถ่ายไต ๑ ครั้งตามแผนการรักษาชุดบริการ (Protocol) ดังนี้

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๑) สำหรับผู้บริจาค (Donor)		
๑.๑) ผู้บริจาคที่มีชีวิต (living donor)		
๑.๑.๑) ค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิต (Living donor) ก่อน การเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. จ่ายไม่เกิน ๒ ครั้งต่อผู้รับบริจาค ๑ ราย	๔๐,๐๐๐
๑.๑.๒) ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้บริจาค ที่มีชีวิต (Living donor) ระหว่างเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๒,๘๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๑.๒) ผู้บริจาคสมองตาย (deceased donor)		
ค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตาย (Deceased donor)	๑. ค่าดูแล donor ๒. ค่าผ่าตัด ๓. ค่าน้ำยาถอนอวัยวะ ๔. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๕. ค่าดำเนินการเกี่ยวกับศพ	๕๐,๐๐๐
๒) สำหรับเตรียมผู้รับบริจาค (recipient)		
๒.๑) ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิต		
ค่าเตรียมผู้รับบริจาคก่อนเข้ารับ การผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑,๓๐๐
๒.๒) ผู้รับบริจาคจากผู้บริจาคสมองตาย		
๒.๒.๑) ค่าเตรียมผู้รับบริจาค ก่อนเข้ารับการผ่าตัด	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าตรวจเนื้อเยื่อ HLA ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง	๓๑,๓๐๐
๒.๒.๒) ค่าส่งตรวจ panel reactive antibody	๑. ค่าตรวจ panel reactive antibody ทุก ๓ เดือน/ครั้ง จ่ายครั้งละ	๑,๘๐๐
๓) ค่าใช้จ่ายผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด		
๓.๑) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัด กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol-I ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใ้ยากกดภูมิคุ้มกัน cyclosporine + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๔๓,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
<u>Protocol-II</u> ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม low risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใ้ยากดภูมิคุ้มกัน tacrolimus + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๘. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๑๔๘,๐๐๐
<u>Protocol-III</u> ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใ้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab + cyclosporine + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา basiliximab x ๒ doses ๘. ค่ายา cyclosporine และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา cyclosporine level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๒๘๗,๐๐๐
<u>Protocol-IV</u> ๑) สำหรับการเปลี่ยนไตในผู้ป่วย กลุ่ม high risk ตามแนวทางของสมาคม ปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ๒) ใ้ยากดภูมิคุ้มกัน basiliximab + tacrolimus + mycophenolate ๓) ไม่รวม complication ต่างๆ	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าตรวจเอกซเรย์ ๓. ค่าผ่าตัด ๔. ค่าห้องและค่าอาหาร ๕. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๖. ค่ายาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ๗. ค่ายา basiliximab x ๒ doses ๘. ค่ายา tacrolimus และ mycophenolate ระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล ๙. ค่าตรวจวัดระดับยา tacrolimus level ในระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล	๒๙๒,๐๐๐

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
๓.๒) สำหรับผู้รับบริจาคเมื่อเข้ารับการผ่าตัดกรณีมีภาวะแทรกซ้อน		
Protocol ACRA-A (acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาคือเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่ายา methylprednisolone ๓. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๔. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๕. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-B)	๒๓,๐๐๐
Protocol ACB-B (refractory acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาคือเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่ายา methylprednisolone ๓. ค่ายา anti-thymocyte globulin ๔. ค่ายา ganciclovir ๕. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๖. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๗. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-B)	๔๙๓,๐๐๐
Protocol AMRA (antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาคือเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่ายา methylprednisolone ๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin	๓๔๐,๐๐๐
	๖. ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux ๗. ค่าสาย double lumen catheter ๘. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-C)	
Protocol AMR-B (refractory antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol อื่นๆ ในกรณีที่มีภาวะ refractory antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาคือเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่ายา methylprednisolone ๕. ค่ายา intravenous immunoglobulin ๖. ค่ายา rituximab ๗. ค่า plasmapheresis และตัวกรอง plasmaflux ๘. ค่าสาย double lumen catheter ๙. ไม่รวมค่าทำ acute hemodialysis (กรณีที่ทำ acute hemodialysis ให้เพิ่มเติมด้วย protocol DGF-C)	๔๒๖,๐๐๐

V

แผนการรักษาชุดบริการ (Protocol)	รายการที่รวมอยู่ในชุดบริการ	จำนวนเงิน
Protocol DGF-A (delay graft function) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-IV ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าทำ ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ ๒. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๔. ค่าสาย double lumen catheter ๕. ค่าทำ acute hemodialysis	๕๖,๐๐๐
Protocol DGF-B (delay graft function with acute cellular rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-IV และ protocol- ACR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ร่วมกับ acute cellular rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๓. ค่าสาย double lumen catheter ๔. ค่าทำ acute hemodialysis ๕. ไม่รวมค่า ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อ(เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol ACR-A และ ACR-B แล้ว)	๔๐,๐๐๐
Protocol DGF-C (delay graft function with antibody mediated rejection) ๑) ใช้ร่วมกับ protocol I-IV และ protocol AMR-A หรือ B ในกรณีที่มีภาวะ delay graft function ร่วมกับ antibody mediated rejection ๒) เกณฑ์การรักษาเป็นไปตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย	๑. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๒. ค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ๓. ค่าทำ acute hemodialysis ๔. ไม่รวมค่า ultrasound guide renal biopsy ค่าเข็ม ค่าตรวจชิ้นเนื้อและค่าสาย double lumen catheter (เนื่องจากได้คิดรวมอยู่ใน protocol AMR-A และ AMR-B แล้ว)	๓๕,๐๐๐

(ฉ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์หลังการปลูกถ่ายไตให้แก่สถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการปลูกถ่ายไตตามประเภทของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

๑) กรณีผู้ป่วยนอก ครอบคลุมการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาตกภูมิคุ้มกัน ยาตกภูมิคุ้มกัน เหมากายในอัตรา ดังนี้

- ปีที่ ๑	เดือนที่ ๑-๖	เดือนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
	เดือนที่ ๗-๑๒	เดือนละ ๒๕,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๒		เดือนละ ๒๐,๐๐๐ บาท
- ปีที่ ๓	เป็นต้นไป	เดือนละ ๑๕,๐๐๐ บาท

๒) กรณีผู้ป่วยใน จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมกรณีมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

✓

- ๒.๑) ภาวะ Transplant renal artery stenosis (ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์)
- ๒.๑.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๓๒,๗๔๑ บาท
- ๒.๑.๒) ค่าอุปกรณ์จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้
- ๒.๑.๒.๑) กรณีการขยายหลอดเลือดไตโดยใช้บอลูนอย่างเดียว ให้จ่ายค่าอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินครั้งละ ๓๐,๐๐๐ บาท
- ๒.๑.๒.๒) กรณีต้องใส่ Stent ร่วมกับการขยายหลอดเลือดไต โดยใช้บอลูน ให้จ่ายค่า Stent เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินอันละ ๓๕,๐๐๐ บาท และให้มีสิทธิได้รับไม่เกินสองอัน
- ๒.๒) ภาวะ CMV infection (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV)
- ๒.๒.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๑๔,๗๗๐ บาท
- ๒.๒.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหมาจ่าย ๔๑,๒๖๐ บาท
- ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย โดยให้มีสิทธิจ่ายได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง
- ๒.๓) ภาวะ CMV disease (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ CMV และมีอาการแสดงทางคลินิก)
- ๒.๓.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๒๖,๒๖๙ บาท
- ๒.๓.๒) ค่ายาและค่าตรวจหา CMV viral load เหมาจ่าย ๑๙๐,๘๘๐ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- ๒.๔) ภาวะการติดเชื้อรา Aspergillosis (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Aspergillosis และมีอาการแสดงทางคลินิก)
- ๒.๔.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๕๐,๑๕๔ บาท
- ๒.๔.๒) ค่ายาและการตรวจ Serum galactomannan เหมาจ่าย ๓๔๕,๒๒๐ บาท
- ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- ๒.๕) ภาวะการติดเชื้อราอื่น ๆ (กรณีที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ fungus และจำเป็นต้องใช้ยา Liposomal amphotericinB)
- ๒.๕.๑) ค่ารักษาพยาบาลเหมาจ่าย ๖๖,๐๖๐ บาท
- ๒.๕.๒) ค่ายาด้านเชื้อราเพิ่มเติมเหมาจ่าย ๑๕,๐๐๐ บาท
- ๒.๖) ภาวะ Allograft dysfunction (ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติระหว่างติดตามการรักษา) ให้จ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเหมาจ่าย ๑๐,๐๔๕ บาท ตามแนวทางของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
- ๒.๗) กรณีมีภาวะ Acute rejection ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ตามตารางค่าใช้จ่ายกรณีเข้ารับการรักษาผ่าตัดปลูกถ่ายไต และมีภาวะแทรกซ้อน ตามข้อ ๓.๒ แผนการรักษาชุดบริการ Protocol ACR-A, ACR-B, AMR-A และ AMR-B
- (ข) สิทธิประโยชน์ทดแทนสำหรับค่าใช้จ่ายหลังการปลูกถ่ายไตสิ้นสุดลงนับตั้งแต่วันที่ ๑ ของเดือนถัดไป ในกรณีดังต่อไปนี้
- ๑) กลับเข้ารับการรักษาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร
- ๒) สิ้นสุดการได้รับความคุ้มครองการบริการทางการแพทย์
- ๓) เสียชีวิต

✓

(ข) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติสิทธิกรณีปลูกถ่ายไตแต่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ยังคงใช้สิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจนกว่าจะได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

(ณ) ผู้ประกันตนที่ได้รับการอนุมัติและได้ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้ว ต่อมาไตที่เปลี่ยนไม่สามารถทำงานได้ให้สามารถยื่นขอรับบริการทางการแพทย์เพื่อขอรับสิทธิการบำบัดทดแทนไตใหม่ได้ ทั้งนี้ สำหรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ๑ ครั้ง กำหนดให้จ่ายค่าเตรียมผู้บริจาคที่มีชีวิตได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง หากเป็นกรณีผู้บริจาคสมองตายให้เบิกค่าเตรียมและผ่าตัดผู้บริจาคที่สมองตายได้ไม่เกิน ๑ ครั้ง

๖. กรณีผู้ประกันตนที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตแล้วโดยมิได้ใช้สิทธิประกันสังคม ถือเป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีหลังปลูกถ่ายไต และจะต้องขอรับการตรวจรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจระดับยาเคมีคุ้มกัน และรับยาเคมีคุ้มกันในสถานพยาบาลที่ทำข้อตกลงกับสำนักงานประกันสังคม ในการปลูกถ่ายไตเท่านั้น ทั้งนี้ ผู้ประกันตนจะต้องยื่นคำขอตามที่กำหนดไว้ใน ๒ และ ๓ เพื่อให้ผู้มีอำนาจพิจารณาการได้รับสิทธิดังกล่าว

๗. กรณีการให้ยา Erythropoietin

(๑) ผู้ประกันตนที่ประสงค์จะขอรับสิทธิประโยชน์กรณีการให้ยา Erythropoietin สามารถยื่นขอรับสิทธิพร้อมกับการขอรับสิทธิประโยชน์กรณีบำบัดทดแทนไตได้ แต่จะได้รับสิทธิต่อเมื่อได้รับอนุมัติสิทธิการบำบัดทดแทนไตก่อน

(๒) ผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไตจากสำนักงานประกันสังคมที่มีภาวะโลหิตจาง ระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๓๔% อันมีสาเหตุจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสิทธิได้รับยา Erythropoietin จากสถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร และให้สถานพยาบาลดังกล่าวขอเบิกจ่ายตามที่กำหนดไว้ใน ๗ (๓) และ ๗ (๔)

(๓) สำนักงานประกันสังคมจ่ายเงินค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับอนุมัติสิทธิบำบัดทดแทนไต ตามระดับความเข้มข้นของโลหิตในแต่ละเดือนดังต่อไปนี้

(ก) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๓๖% สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดและไม่เกินสี่บาทละหนึ่งพันหนึ่งร้อยยี่สิบห้าบาท รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ข) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๖% ให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาฉีดยา Erythropoietin เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของโลหิตตามความจำเป็น โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่ายา Erythropoietin ให้กับสถานพยาบาลที่จ่ายยา Erythropoietin ในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และไม่เกินสี่บาทละเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน รวมทั้งจ่ายค่าฉีดยาเข็มละห้าสิบบาทต่อครั้ง

(ค) กรณีค่าระดับความเข้มข้นของโลหิต (Hct) มากกว่า ๓๔% สถานพยาบาลไม่มีสิทธิเบิกจ่ายค่ายา Erythropoietin จากสำนักงานประกันสังคม

(๕) สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวรจะต้องจัดยา Erythropoietin ในราคาตามประกาศนี้ หากผู้ประกันตนประสงค์ใช้ยาที่มีราคาสูงกว่าที่กำหนด สถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บค่ายาเฉพาะส่วนเกิน แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามราคากลางที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

๘. กรณีที่สำนักงานประกันสังคม เห็นว่าผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร กรณีปลูกถ่ายไต และกรณียา Erythropoietin สมควรได้รับค่าบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากที่กำหนด ให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ดังกล่าวให้แก่ผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาลตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมาย

แนวปฏิบัติกรณีสถานพยาบาลยื่นคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์
กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การให้ยาอีริโทรโพอิติน (Erythropoietin)
ผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้โปรแกรมที่
สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) กำหนด

สถานพยาบาลที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

1. ตรวจสอบข้อมูลรายชื่อผู้มีสิทธิในโปรแกรมการเบิกจ่ายของสกส. หากผู้ประกันตนเป็นผู้มีสิทธิแล้ว แต่ยังไม่มียาชื่ออยู่ในฐานทะเบียนตามโปรแกรมของสกส. หรือเป็นการได้รับการอนุมัติสิทธิย้อนหลัง ให้สถานพยาบาล ตั้งเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพร้อมยา Erythropoietin ตามแบบคำขอรับค่าบริการทางการแพทย์ (สปส.2-18/1ก) และยื่นเอกสารประกอบคำขอ ณ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่อนุมัติเรื่องตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติสิทธิ จนถึงวันที่ ผู้ประกันตนมียาชื่ออยู่ในฐานทะเบียนผู้มีสิทธิของสกส.

1.1 กรณีที่ผู้ประกันตนมียาชื่ออยู่ในฐานทะเบียนผู้มีสิทธิ แต่ยังไม่มียาเริ่มอนุมัติสิทธิ เนื่องจาก ขออนุมัติสิทธิล่วงหน้า หากผู้ประกันตนเข้าข่ายตามเงื่อนไขที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณากรณีบำบัด ทดแทนไตกำหนด ได้รับการฟอกเลือดครั้งแรก และผลการตรวจเลือดค่า BUN/Cr ถึงเกณฑ์ที่กำหนด และ/หรือ มีอาการ/ข้อบ่งชี้ความจำเป็นทางการแพทย์ที่กำหนด ให้อายุรแพทย์โรคไตประจำสถานพยาบาลฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และเป็นสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีความประสงค์จะเข้ารับ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อเนื่องเป็นผู้รอกข้อมูลรับรองตามใบรับรองแพทย์ เพื่อแจ้งให้สำนักงานประกันสังคม กรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขาที่ผู้ประกันตน ยื่นเรื่องไว้ อนุมัติวันที่มีสิทธิให้แก่ผู้ประกันตน นับตั้งแต่วันที่ผู้ประกันตนเริ่มฟอกเลือดครั้งแรก หรือวันที่แพทย์รับรอง ว่าผู้ประกันตนมีอาการหรือข้อบ่งชี้ความจำเป็นทางการแพทย์ที่กำหนด

1.2 กรณีที่ผู้ประกันตนมียาชื่ออยู่ในฐานทะเบียนผู้มีสิทธิกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร จำเป็นต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไตเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชั่วคราว หรือถาวร อายุรแพทย์โรคไต ประจำสถานพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด และเป็นสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตน มีความประสงค์จะเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นผู้รอกข้อมูลรับรองตามใบรับรองแพทย์ เพื่อสำนักงาน ประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา บันทึก วันที่อนุมัติเปลี่ยนวิธีบำบัดทดแทนไตจากล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร เป็นวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นับตั้งแต่วันที่แพทย์รับรองตามแบบฟอร์ม

1.3 ผู้ประกันตนมีความจำเป็นต้องเข้ารับการฟอกเลือดที่สถานพยาบาลอื่นที่มีใช้สถานพยาบาลที่ฟอกเลือดประจำ ขอให้สถานพยาบาลแห่งอื่นที่ผู้ประกันตน จะเข้ารับการฟอกเลือดประสานแจ้งสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับการฟอกเลือดประจำทำการส่งตัวผู้ป่วยผ่านโปรแกรมสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ โดยสถานพยาบาลอื่นที่ให้บริการ ต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น จึงจะสามารถขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ฟอกเลือดได้ตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนด อนึ่ง หากสถานพยาบาลอื่นที่ผู้ประกันตนได้รับการส่งตัว มีใช้เป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด สามารถบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพได้ แต่การพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต้องอยู่ในเงื่อนไขความจำเป็นทางการแพทย์ และต้องเสนอคณะกรรมการการแพทย์เป็นผู้พิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน สำนักงานประกันสังคมจึงจะสามารถจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ได้

2. การให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ขอให้สถานพยาบาลดำเนินการ ดังนี้

1) ตรวจสอบว่าผู้ประกันตนมีสิทธิตามรายชื่อและมีวันเริ่มอนุมัติสิทธิอยู่ในฐานทะเบียนตามโปรแกรมของสสส. กรณียังไม่มีวันอนุมัติสิทธิเนื่องจากอยู่ในเงื่อนไขตามข้อ 1.1 , 1.2 , 1.3 สถานพยาบาลต้องดำเนินการแจ้งข้อมูลตามที่ระบุก่อน และสำนักงานประกันสังคมจะอนุมัติวันที่มีสิทธิ

2) บันทึกข้อมูลการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และยา Erythropoietin ในโปรแกรมของสสส. โดยสถานพยาบาลที่ให้บริการต้องบันทึกข้อมูลการฟอกเลือด และการใช้ยาตามที่ใช้จริง โดยมีรายละเอียดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ดังนี้

- กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1) สถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดเท่านั้น

2) ค่าบริการทางการแพทย์ด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้อัตราไม่เกิน 1,500 บาท/ครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท/สัปดาห์

3) ผู้ประกันตนจะต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ยกเว้นการฟอกเลือดฯ สัปดาห์แรกหรือผู้ประกันตนเสียชีวิต)

4) ระยะเวลาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง (ยกเว้นการฟอกเลือดฯ สัปดาห์แรกหรือผู้ประกันตนเสียชีวิต)

5) กรณีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข (จำนวนครั้ง ระยะเวลา และสถานพยาบาลที่มีได้เป็นสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด) สามารถบันทึกข้อมูล

เพื่อขอเบิกตามโปรแกรมของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพได้ แต่การพิจารณาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต้องอยู่เงื่อนไขความจำเป็นทางการแพทย์เท่านั้น ดังนี้

การฟอกเลือดไม่ครบ 4 ชั่วโมง/ครั้ง

- ๑) กรณีเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดมีปัญหาใช้งานไม่ได้
- ๒) กรณีความดันโลหิตต่ำ
- ๓) กรณีช็อก หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลง หรือหมดสติ
- ๔) กรณีมีภาวะไข้สูง และหนาวสั่น
- ๕) กรณีมีอาการเจ็บป่วยของร่างกายอย่างรุนแรง เช่น ปวดท้อง หรือหน้าอก

การฟอกเลือดไม่ครบ 2 ครั้ง/สัปดาห์

- ๑) กรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนไต
- ๒) กรณีต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยในหัตถ์ CU

สำหรับกรณีนอกเหนือหลักเกณฑ์ เงื่อนไขดังกล่าวข้างต้นต้องให้คณะกรรมการการแพทย์ หรือผู้ที่คณะกรรมการการแพทย์มอบหมายเป็นผู้พิจารณาวินิจฉัย

- Erythropoietin

1) ค่า Hematocrit ที่ใช้เป็นเกณฑ์ คือ ค่า Hct ต่ำสุดของสัปดาห์ ที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากสถานพยาบาลในแต่ละครั้งที่ได้บันทึกไว้ กรณีในครั้งที่เบิกไม่ได้มีการตรวจค่า Hct จะใช้ค่า Hct ในครั้งก่อนได้ แต่ไม่เกิน 28 วันแทน และหากสถานพยาบาลไม่ได้มีค่า Hct ประกอบการเบิก สถานพยาบาล จะไม่มีสิทธิเบิกค่ายา Erythropoietin ในครั้งนั้น

2) รายการยาที่เบิกต้องเป็นรายการที่อยู่ในประกาศราคากลางยาที่สำนักงานประกันสังคม กำหนดเท่านั้น และราคาขายที่สถานพยาบาลเบิก หรือเรียกเก็บส่วนเกินผู้ประกันตนต้องไม่สูงกว่า ราคากลางที่ สำนักงานประกันสังคมกำหนด

3) การคำนวณจำนวนครั้งเพื่อจ่ายค่าฉีดยา ให้นับตามจำนวนครั้งการใช้ยาในแต่ละ สัปดาห์ที่ตั้งเบิก โดยจ่ายค่าฉีดยาเข็มละ 50 บาทต่อครั้ง ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง และไม่เกินสัปดาห์ละ 3 เข็ม โดยสถานพยาบาลต้องมีการบันทึกชนิด ขนาด และราคาของยา Erythropoietin และจำนวนครั้งที่ฉีดตามโปรแกรม ที่สำนักงานกลางสารสนเทศกำหนด รายการยาที่ไม่มีอยู่ในรายการตามประกาศสถานพยาบาลสามารถบันทึกเพิ่มเติมได้ แต่ทั้งนี้จะไม่ได้รับการสนับสนุนค่ายา ยกเว้นหากผู้ประกันตนมีผลค่าเลือด Hct ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงาน ประกันสังคมกำหนดจะสามารถเบิกเฉพาะค่าฉีดยาได้ โดยค่าฉีดยาสามารถบันทึกข้อมูลตามจริง แต่สำนักงานประกันสังคม จะจ่ายไม่เกิน 3 เข็มต่อสัปดาห์

3. สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) จะตัดข้อมูลและประมวลผลเป็นรายงาน Statement ภายใน 2 วัน หลังจากวันตัดข้อมูล เพื่อให้สถานพยาบาลตรวจสอบและยืนยัน พร้อมทั้งส่งคำขอเบิก เพื่อเป็นการยืนยันการเบิกและสทส. รวบรวมส่งให้สำนักงานประกันสังคม เพื่อให้สำนักงานประกันสังคมโอนเงินให้ สถานพยาบาลตามขั้นตอนโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร

4. ข้อมูลที่ยังไม่ครบหลักเกณฑ์ในการคำนวณจ่ายครั้งแรกสส. จะเก็บข้อมูลไว้คำนวณใหม่ภายใน 60 วัน หลังวันให้บริการ หลังจากนั้นจะส่งข้อมูลให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาส่งหรือคณะกรรมการการแพทย์ เพื่อพิจารณากรณีไม่ตรงตามหลักเกณฑ์ต่อไป

5. กรณีในช่วงสัปดาห์เดียวกัน ผู้ประกันตนเข้ารับการพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และให้ยา Erythropoietin ในสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดมากกว่า 1 แห่ง (มีการส่งตัวตามระบบ) สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีการพอกเลือด และให้ยา Erythropoietin ตามลำดับการบันทึกข้อมูล เพื่อขอรับค่าใช้จ่าย และตามลำดับการออกรายงานการจ่ายเงิน (Statement) ที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพแจ้ง โดยไม่มีการคำนวณ เพื่อแบ่งสัดส่วนการจ่ายชดเชยให้สถานพยาบาล ทั้งนี้ ค่าบริการทางการแพทย์ที่สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายให้ผู้ประกันตน 1 ราย ที่อยู่ในช่วงสัปดาห์เดียวกัน ต้องไม่เกิน อัตราต่อครั้ง และต่อสัปดาห์ ที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด (1,500 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 4,500 บาทต่อสัปดาห์)

6. รายละเอียดตารางกำหนดรอบระยะเวลาการส่งข้อมูล และรอบบัญชีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม 2556 ดังนี้

ตารางการรับส่งข้อมูลการบำบัดทดแทนไต

รอบการทำงาน	สปส.-สส. ข้อมูลผู้มี สิทธิโรคไต	วันส่ง (รับ) ฐานข้อมูล ทะเบียน B=Beneficiare database	วันออกรายงาน S=statement date	วันส่งใบ คำขอ (C= claim date)	ขออนุมัติ หลักการ จ่าย (สำนักสิทธิ ประโยชน์)	สร้างคำสั่ง จ่าย (สำนักสิทธิ ประโยชน์)	รอบการ ตัดจ่าย (สำนัก บริหาร การเงินฯ)
รอบที่1	2 ม.ค.56	3 ม.ค.56	3 ม.ค.56	9 ม.ค.56			
รอบที่2	16 ม.ค.56	18 ม.ค.56	17 ม.ค.56	23 ม.ค.56	24ม.ค.56	30ม.ค.56	8 ก.พ.56
รอบที่1	1ก.พ.56	4ก.พ.56	4ก.พ.56	8ก.พ.56			
รอบที่2	18 ก.พ.56	18 ก.พ.56	19 ก.พ.56	26 ก.พ.56	27 ก.พ.56	5มี.ค.56	13มี.ค.56
รอบที่1	1 มี.ค.56	4 มี.ค.56	4 มี.ค.56	8 มี.ค.56			
รอบที่2	18 มี.ค.56	18 มี.ค.56	19 มี.ค.56	25 มี.ค.56	26 มี.ค.56	1 เม.ย.56	9เม.ย.56
รอบที่1	1 เม.ย.56	3 เม.ย.56	2 เม.ย.56	9 เม.ย.56			
รอบที่2	17 เม.ย.56	18 เม.ย.56	18 เม.ย.56	24 เม.ย.56	25 เม.ย.56	2พ.ค.56	15พ.ค.56
รอบที่1	1 พ.ค.56	3พ.ค.56	2 พ.ค.56	9 พ.ค.56			
รอบที่2	16 พ.ค.56	20 พ.ค.56	17 พ.ค.56	23 พ.ค.56	27 พ.ค.56	31พ.ค.56	11 มิ.ย.56
รอบที่1	3มิ.ย.56	3มิ.ย.56	4มิ.ย.56	10มิ.ย.56			
รอบที่2	17มิ.ย.56	18มิ.ย.56	18มิ.ย.56	24มิ.ย.56	25มิ.ย.56	1ก.ค.56	10 ก.ค.56
รอบที่1	1กค.56	3กค.56	2กค.56	8กค.56			
รอบที่2	16ก.ค.56	18กค.56	17กค.56	25กค.56	26กค.56	2ส.ค.56	14 ส.ค.56
รอบที่1	1ส.ค.56	5ส.ค.56	2ส.ค.56	8ส.ค.56			
รอบที่2	16ส.ค.56	19ส.ค.56	19ส.ค.56	23ส.ค.56	26ส.ค.56	2ก.ย.56	11 ก.ย.56

รอบการทำงาน	สปส.-สภส. ข้อมูลผู้มี สิทธิโรคไต	วันส่ง (รับ) ฐานข้อมูล ทะเบียน B=Beneficiare database	วันออกรายงาน S=statement date	วันส่งใบ คำขอ (C= claim date)	ขออนุมัติ หลักการ จ่าย (สำนักสิทธิ ประโยชน์)	สร้างคำสั่ง จ่าย (สำนักสิทธิ ประโยชน์)	รอบการ ตัดจ่าย (สำนัก บริหาร การเงินฯ)
รอบที่1	2 ก.ย.56	3 ก.ย.56	3 ก.ย.56	9 ก.ย.56			
รอบที่2	16ก.ย.56	18ก.ย.56	17ก.ย.56	23ก.ย.56	24ก.ย.56	1ต.ค.56	10 ต.ค.56
รอบที่1	1ตค.56	3ตค.56	2ตค.56	8ตค.56			
รอบที่2	16ต.ค.56	18ต.ค.56	17ต.ค.56	24ต.ค.56	25ต.ค.56	1 พ.ย.56	12 พ.ย.56
รอบที่1	1พ.ย.56	4พ.ย.56	4พ.ย.56	8พ.ย.56			
รอบที่2	18พ.ย.56	18พ.ย.56	19พ.ย.56	25พ.ย.56	26พ.ย.56	3ธ.ค.56	16 ธ.ค.56
รอบที่1	2ธ.ค.56	3ธ.ค.56	3ธ.ค.56	11ธ.ค.56			
รอบที่2	16ธ.ค.56	18ธ.ค.56	17ธ.ค.56	23ธ.ค.56	24ธ.ค.56	3ม.ค.57	14 ม.ค.57

7. สถานพยาบาลต้องเก็บรวบรวมต้นฉบับคำขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้งไว้
เพื่อใช้ในการตรวจสอบ

8. สถานพยาบาลที่ประสงค์จะเบิกค่าใช้จ่ายผ่านโปรแกรมตามระบบสภส. จะต้องบันทึกข้อมูล
การให้บริการภายใน 60 วัน หลังจากการให้บริการ หากสถานพยาบาลบันทึกข้อมูลหลังจาก 60 วัน ข้อมูลจะ
ถูกนำมาพิจารณา และจะประมวลผล 6 เดือนครั้ง เพื่อส่งจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

มติที่ประชุม
ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๒๕๕



กรมบัญชีกลาง
ถนนพระราม ๖ กทม. ๑๐๔๐๐

๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการ และสถานพยาบาลของเอกชน

อ้างถึง หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๒.๒/ว ๒๗๗ ลงวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ด้วยรัฐบาลมีนโยบายบูรณาการระบบบริการการรักษาพยาบาล ๓ หน่วยงาน คือ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างมีมาตรฐาน และเกิดความเท่าเทียมกัน โดยให้รับเกณฑ์การวินิจฉัยให้เป็นมาตรฐานเดียวกันโดยอ้างอิงสมาคมวิชาชีพ และปรับปรุงระเบียบวิธีปฏิบัติกรณีผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสิทธิการรักษาพยาบาลให้สามารถได้รับการรักษาพยาบาลแบบเดิมอย่างต่อเนื่อง

กรมบัญชีกลางพิจารณาแล้ว ขอเรียนว่า กระทรวงการคลังได้กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว ปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑๙ ข้อ ๒๒ ข้อ ๒๓ และข้อ ๒๗ ของหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ กรมบัญชีกลางเห็นสมควรกำหนดแนวทางปฏิบัติการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลให้สอดคล้องนโยบายรัฐบาลและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยให้ผู้มีสิทธิ ส่วนราชการ สถานพยาบาลของทางราชการ และสถานพยาบาลของเอกชนถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

๒. การเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในข้อ ๑ ให้หน่วยไตเทียมเป็นผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิในระบบเบิกจ่ายตรงเท่านั้น เว้นแต่ ผู้ป่วยซึ่งยังไม่ได้เข้าสู่ระบบเบิกจ่ายตรงให้สามารถเบิกค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ส่วนราชการได้ ตามหนังสือที่อ้างถึง

๓. หน่วยไตเทียมผู้เบิกค่ารักษาพยาบาลแทนผู้มีสิทธิ ให้จัดส่งข้อมูลในระบบเบิกจ่ายตรงการรักษาทดแทนโรคไตเรื้อรังประเภทฟอกเลือด (HD) โดยจัดทำข้อมูลเป็นรายบุคคลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ หากไม่สมบูรณ์ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) จะส่งข้อมูลกลับคืนให้สถานพยาบาลดำเนินการจัดทำข้อมูลใหม่ โดยแจ้งรหัส C

๔. หลักเกณฑ์หรือแนวปฏิบัติอื่นใดที่อ้างอิง ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๔๘ ให้หมายถึงประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ลงวันที่ สิงหาคม ๒๕๕๖

ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัตินับตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และโปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

กรมบัญชีกลาง

สำนักมาตรฐานค่าตอบแทนและสวัสดิการ

กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

โทร. ๐ ๒๑๒๗ ๗๓๕๘

โทรสาร ๐ ๒๑๒๗ ๗๑๕๗



ประกาศกระทรวงการคลัง

เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทดแทนไต
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

อาศัยอำนาจตามมาตรา ๘ (๑) (๔) และวรรคสอง แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ กระทรวงการคลังจึงกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับการรักษาทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ลงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๔๘

ข้อ ๔ คำนิยาม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรัง หมายถึง การฟอกเลือดที่ทำในผู้ป่วยโรคไตซึ่งมีกำหนดเวลาและจำนวนครั้งการฟอกเลือดต่อสัปดาห์ที่สม่ำเสมอ

หน่วยไตเทียม หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการรักษาทดแทนไตจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ข้อ ๕ ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษามีความจำเป็นต้องล้างไต (Dialysis) ตามแนวทางของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยที่แนบท้ายประกาศนี้ หากเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามรายการที่แนบท้ายประกาศนี้ในอัตราดังต่อไปนี้

(๑) ค่าฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ครั้งละ ๒,๐๐๐ บาท

(๒) ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าขนส่ง ให้เป็นไปตามอัตราที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ

ข้อ ๖ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรังที่หน่วยไตเทียมซึ่งเป็นสถานพยาบาลของทางราชการ ให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามข้อ ๕ (๑) และ (๒) กรณีที่เข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกรณีเรื้อรังที่หน่วยไตเทียมซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน เนื่องจากสถานพยาบาลของทางราชการไม่มีเครื่องไตเทียม หรือมีแต่ไม่เพียงพอในการให้บริการให้มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามข้อ ๕ (๑)

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๖

(นายมนัส แจ่มเวหา)

อธิบดีกรมบัญชีกลาง ปฏิบัติราชการแทน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

แนวทางการวินิจฉัยข้อบ่งชี้ของการเริ่มต้นการทำไตเทียมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ควรเป็นดังนี้

๑. เมื่อผู้ป่วยมีระดับอัตราการกรองของไตโดยประมาณ (Estimated Glomerular Filtration Rate, eGFR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร และไม่พบเหตุที่ทำให้ไตเสื่อมการทำงานชั่วคราว โดยอาจมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังก็ได้ หรือ

๒. เมื่อผู้ป่วยมีระดับ eGFR มากกว่า ๖ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตเรื้อรังซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบประคับประคอง อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

๒.๑ ภาวะน้ำและเกลือเกินในร่างกาย จนเกิดภาวะหัวใจวายหรือความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้

๒.๒ ระดับโพตัสเซียมในเลือดสูง เลือดเป็นกรด หรือฟอสเฟตในเลือดสูง

๒.๓ ความรู้สึกตัวลดลง หรืออาการชักกระตุกจากภาวะยูริเมีย

๒.๔ เยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากภาวะยูริเมีย

๒.๕ คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง หรือมีภาวะทุพโภชนาการ

คำแนะนำในการรายงานผลค่า eGFR

๑. ใช้วิธีคำนวณค่า eGFR โดยแทนค่าตัวแปรในสมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ใหญ่ และ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (<๑๘ ปี)

๒. ใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินในเลือดโดยวิธี Enzymatic และให้ใช้ค่าระดับครีเอตินินโดยใช้ค่าทศนิยม ๒ ตำแหน่ง เพื่อความแม่นยำในการคำนวณมากขึ้น

สมการ The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่

เพศ	ระดับ serum creatinine (mg/dL.)	สมการ
หญิง	< ๐.๗	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-0.726} (0.772)^{Age}$
	> ๐.๗	$GFR = 144 \times (Scr/0.7)^{-1.200} (0.772)^{Age}$
ชาย	≤ ๐.๙	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-0.413} (0.916)^{Age}$
	> ๐.๙	$GFR = 141 \times (Scr/0.9)^{-1.200} (0.916)^{Age}$

สมการ Schwartz Equation สำหรับเด็ก (<๑๘ ปี)

$GFR (mL/min/1.73 m^2) = (0.413 \times \text{Height in cm}) / \text{Creatinine In mg/dL}$

ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการฟอกเลือด

๑. รายการค่ารักษาพยาบาลในการฟอกเลือดรวมเบิกในอัตราเหมาจ่าย

- ตัวกรองทั้งแบบธรรมดาและแบบประสิทธิภาพสูง
- ค่าสายส่งเลือด
- ค่า Reprocessing ตัวกรองและสายส่งเลือด
- ยาและอุปกรณ์การใช้ระหว่างการทำ Hemodialysis เช่น Glucose, Hypertonic NaCl solution
- อุปกรณ์สิ้นเปลืองใน Set Hemodialysis ได้แก่ ผ้าก๊อซ สำลี เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา
- Antiseptic เช่น Betadine
- Fistula Needle
- Xylocaine, Heparin , Low molecular weight heparin
- Surgical glove , Surgical mask
- Set IV fluid
- Elastic adhesive bandage
- ๐.๙ % NaCl
- Hemodialysis solution A + B
- ค่า Water treatment for Hemodialysis
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจสุขภาพระบบ Water treatment
- ค่าแพทย์ ค่าพยาบาล และค่าแรงบุคลากรอื่น
- ค่าสถานที่ระหว่างการฟอกเลือด
- ค่าใช้บริการและค่าซ่อมบำรุงเครื่องไตเทียม
- ค่าบริหารจัดการหน่วยไตเทียม

๒. รายการเบิกตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

- ค่าเลือดและอุปกรณ์การให้เลือด
- ค่าสายและการสวนสาย double lumen catheter
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย *
- ค่าตรวจ X-ray *

* เฉพาะรายการที่ใช้เป็นประจำกับผู้ป่วยฟอกเลือด เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยไม่ต้องไปใช้บริการผู้ป่วยนอก

๓. รายการเบิกตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

- Erythropoietin
- Parenteral Nutrition
- Human Albumin
- IV iron

ค่ารักษาตามรายการนี้ ให้สถานพยาบาลแจ้งราคาที่ใช้เรียกเก็บแก่หน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย เมื่อเริ่มระบบ และให้แจ้งทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงราคาในรายการ

๔. รายการค่ารักษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการฟอกเลือด อาทิเช่น ค่ารักษาผู้ป่วยนอกจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ ค่าผ่าตัดเส้นเลือดหรือเส้นเลือดเทียม ให้เบิกจ่ายจากระบบการเบิกจ่ายผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่ต้องรักษาต่อเนื่องตามแต่กรณี

หมายเหตุ

๑. รายการเบิกตามข้อ ๒ จะต้องมีการบันทึกการใช้ตามจริง เพื่อประกอบการเบิกจ่ายทุกครั้ง
๒. การใช้ยาตามข้อ ๓ จะต้องมีการกำหนดอัตราการจัดเก็บล่วงหน้า โดยแจ้งกับหน่วยงานที่กรมบัญชีกลางมอบหมาย
๓. ค่าเวชภัณฑ์และค่าบริการที่ไม่ได้ระบุไว้ ให้ถือว่าเป็นรายการที่เบิกตามอัตราเหมาจ่ายตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม