

# ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับ ขยายการเข้าถึงบริการ ทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเทศไทย

ภูษิต ประคองสาย\*, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร\*, วิชย์ เกษมทรัพย์\*\*, ยศ ตีระวัฒนานนท์\*,  
ถนอม สุภาพร\*\*\*, จิตปราณี วาศวิท\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้กรอบแนวคิดทั้งในด้านประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรและแนวคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมหลักการด้านจริยธรรมและสิทธิมนุษยชนในการพิจารณาทางเลือกด้านนโยบายภายใต้บริบทของประเทศไทย

รูปแบบของการศึกษาประกอบด้วยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของกระทรวงสาธารณสุข การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขยายบริการทดแทนไตและนักวิชาการด้านชีวจริยศาสตร์ การประชุมระดมความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและการวิเคราะห์ ทางเลือกเชิงนโยบายในการขยายบริการทดแทนไตโดยใช้กรอบแนวคิดด้านจริยศาสตร์กับการกระจายทรัพยากรสุขภาพซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก โดยนักวิจัยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศร่วมกับนักวิจัยจาก Harvard University ประเทศสหรัฐอเมริกา University of Bergen ประเทศนอร์เวย์ และองค์การอนามัยโลก ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2548

ผลการศึกษาพบว่าทางเลือกที่ 2 คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคนได้รับบริการทดแทนไตจนถึงอายุที่กำหนด (เช่น อายุขัยเฉลี่ยของคนไทย) โดยภายหลังจากนั้นผู้ป่วยต้องช่วยเหลือตนเอง และทางเลือกที่ 4 คือ ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการฯ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (เช่น 1-2 ปี) หลังจากนั้นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเท่านั้นจะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล เป็นทางเลือกเชิงนโยบายที่มีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูงและบรรลุเป้าหมายด้านจริยธรรม (เนื่องจากสามารถให้บริการฯ กับผู้ป่วยทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยบางคน) รวมทั้งส่งผลกระทบต่องบประมาณน้อยกว่าทางเลือกอื่นๆ ในขณะที่ทางเลือกที่ 1 คือ ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการฯ ตลอดชีวิต จะก่อให้เกิดภาระทางด้านคลังสุขภาพกับรัฐบาลเป็นอย่างมากและทางเลือกที่ 3 (ผู้ป่วยบางคนได้รับบริการฯ ตลอดชีวิตตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดอย่างกว้างๆ ในระดับประเทศและผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการในระดับจังหวัด) มีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างสูง

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่ารัฐบาลจะตัดสินใจเลือกทางเลือกใด สิ่งที่จะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการขยายบริการทดแทนไตคือ การลงทุนเพิ่มขึ้นในด้านการป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ การแสวงหาแหล่งงบประมาณที่เพียงพอและยั่งยืนสำหรับนโยบายดังกล่าว การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทดแทนไต การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการลงทะเบียนทดแทนไตในประเทศไทยให้ครอบคลุมและเป็นรายงานภาคบังคับ การสนับสนุนให้มีการใช้การล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่องมากกว่าการฟอกเลือด และการปรับปรุงประสิทธิภาพของการผ่าตัดเปลี่ยนไตเพื่อรองรับการขยายบริการทดแทนไตในอนาคต เป็นนโยบายด้านอื่นๆ ที่จำเป็นต้องพัฒนาและดำเนินการควบคู่ไปด้วย

**คำสำคัญ:** นโยบายสุขภาพ, ประสิทธิภาพ, ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ, บริการทดแทนไต, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประเทศไทย

\*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, \*\*สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

\*\*\*สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

## บทนำ

การตัดสินใจเพื่อการลงทุนและจัดสรรทรัพยากรสุขภาพมักมีความขัดแย้งกันระหว่างแนวคิดหลัก 2 ประการคือ แนวคิดด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (efficiency concern) และแนวคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (equity concern)<sup>1-3</sup> โดยกลุ่มที่สนับสนุนแนวคิดด้านประสิทธิภาพจะให้ความสำคัญในการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่สังคมควรลงทุนบนพื้นฐาน ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด หรือได้รับผลตอบแทนสุขภาพ (health gain) สูงสุด ดังนั้น บริการสุขภาพหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ใดที่ไม่มี ความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์ก็ไม่สมควรจะได้รับการลงทุนโดยใช้ทรัพยากรของสังคมส่วนรวม ในขณะที่เดียวกัน กลุ่มที่สนับสนุนแนวคิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จะให้ความสำคัญกับความเสมอภาคของประชาชนในการมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและเหมาะสมเมื่อมีความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยไม่มีความแตกต่างในด้านเพศ ระดับการศึกษา หรือสถานะทางสังคม<sup>4,5</sup> ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชน<sup>6</sup> และมาตรา 30, 52 และ 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540<sup>7</sup>

การบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งประกอบด้วย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการผ่าตัดเปลี่ยนไต เป็นการรักษาพยาบาลที่ยังไม่ได้ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงมาก และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจนกว่าจะเสียชีวิต ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณในช่วงระหว่างปี 2544 ซึ่งประเทศไทยเพิ่งฟื้นตัวจากภาวะวิกฤตการเงินและเศรษฐกิจเมื่อปี 2540 ทำให้รัฐบาลตัดสินใจ ยังไม่รวมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้าไปอยู่ในชุดสิทธิ

ประโยชน์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การตัดสินใจดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระหว่างผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ กล่าวคือ ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าถึงบริการทดแทนไตทุกประเภท โดยไม่ต้องมีการร่วมจ่ายในสถานพยาบาลภาครัฐ ผู้ป่วยในระบบประกันสังคมได้รับบริการทดแทนไตทุกประเภท โดยมีการร่วมจ่ายค่าฟอกเลือดที่เกินกว่า 1,500 บาทต่อครั้ง หรือหากมีความจำเป็น ต้องได้รับการฟอกเลือดมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ได้รับสิทธิบริการทดแทนไตแต่อย่างใด<sup>8</sup> และด้วยสภาพความไม่เป็นธรรมดังกล่าว ได้เกิดแรงกดดันจากจากสังคมภายนอก ให้รัฐบาลพิจารณาปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมบริการทดแทนไตทั้งสามประเภท

แม้ว่าการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์จะบ่งชี้ว่า การให้บริการทดแทนไตทั้งการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่องและการฟอกเลือดจะเป็นการลงทุนด้านสุขภาพที่ไม่คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์<sup>9</sup> เนื่องจากเป็นบริการสุขภาพที่มีต้นทุนอัตราประโยชน์สูงมากกว่า 3 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปีเพื่อยืดชีวิตหนึ่งปีของผู้ป่วย ซึ่ง the commission on macroeconomic and health ขององค์การอนามัยโลกมีความเห็นว่าเป็นบริการสุขภาพที่รัฐไม่ควรสนับสนุน<sup>10</sup> แต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตในประเทศไทยและนักวิชาการด้านจริยศาสตร์ (ethicist) ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพ ไม่ควรคำนึงแต่เพียงการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพียงด้านเดียวเท่านั้น แต่ควรต้องคำนึงถึงมุมมองด้านจริยธรรมและประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพร่วมด้วย<sup>8</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาถึงเป้าหมายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการป้องกันมิให้ครัวเรือนต้องสิ้นเนื้อประดาตัวหรือเป็นหนี้สินเนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่มีราคาแพงเกินกว่ากำลังความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน (cata-

strophic health expenditure) ซึ่งบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นบริการสุขภาพที่มีลักษณะดังกล่าว

ด้วยเหตุที่โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกกลุ่มอายุ อีกทั้งบริการทดแทนไตเป็นบริการที่มีราคาแพงมากและมีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการเข้าถึงบริการ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการทดแทนไตได้ในระยะยาว นอกจากนี้ หากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับบริการทดแทนไตที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ก็จะสามารถมีชีวิตรอดอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับหนึ่ง ดังนั้น ในมุมมองของกลุ่มที่สนับสนุนแนวคิดด้านความเป็นธรรมจึงมีความเห็นว่าเป็นการไม่สมควรอย่างยิ่งที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเสียชีวิตโดยไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐหากทรัพยากรด้านสุขภาพมีเพียงพอ<sup>11</sup>

จากประเด็นข้อถกเถียงระหว่างสองแนวคิดดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการขยายบริการทดแทนไตในบริบทของประเทศไทยโดยใช้กรอบแนวความคิดทั้งในด้านประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรและแนวคิดด้านความเป็นธรรม รวมทั้งหลักการด้านจริยธรรมและสิทธิมนุษยชนในการพิจารณาทางเลือกด้านนโยบายสำหรับการขยายบริการทดแทนไตที่เหมาะสมภายใต้บริบทของประเทศไทย

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นความร่วมมือระหว่างนักวิจัยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศร่วมกับนักวิจัยจาก Harvard University ประเทศสหรัฐอเมริกา University of Bergen ประเทศนอร์เวย์ และองค์การอนามัยโลก ทำการศึกษาในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2548 โดยมุ่งตอบคำถามในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่สำคัญ 5 ประการคือ

หนึ่ง ใครควรได้รับการครอบคลุมสำหรับบริการทดแทนไต สอง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรได้

รับบริการแบบใด สาม ผู้ป่วยฯ สมควรหยุดได้รับบริการหรือไม่ สี่ใครเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล และ ห้าสังคมหรือใครควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยคนใดควรได้รับบริการทดแทนไต โดยใช้วิธีการศึกษาหลายรูปแบบได้แก่

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของโครงการนำร่องการขยายบริการทดแทนไตของกระทรวงสาธารณสุข

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการขยายบริการทดแทนไตภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 6 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล), ผู้ป่วยไตวายที่กำลังรับบริการทดแทนไต, องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง, นักบวชในพุทธศาสนา คริสต์ศาสนา และผู้เชี่ยวชาญอิสลามศึกษา, สภาผู้สูงอายุ และหน่วยงานผู้ซื้อบริการสุขภาพ (สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง)

3. การสัมภาษณ์มุมมองด้านจริยศาสตร์ของนักวิชาการด้านชีวจริยศาสตร์ (bioethicists) จำนวน 3 ท่าน

4. การประชุมระดมความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการขยายบริการทดแทนไต

5. การวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายในการขยายบริการทดแทนไตโดยใช้กรอบแนวคิดด้านจริยศาสตร์กับการกระจายทรัพยากรสุขภาพซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก

### ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการขยายบริการทดแทนไต พบว่า บริบทที่สำคัญของประเทศไทยต่อการตัดสินใจขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไตสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

หนึ่ง ด้านความสามารถของรัฐในการลงทุนเพิ่มทางด้านสุขภาพ จากการวิเคราะห์บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยยังสามารถเพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพได้ เนื่องจากรายจ่ายด้านสุขภาพเมื่อ

เปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศยังมีค่าไม่สูงมากนักคือ เพียงร้อยละ 3.3-3.7 ตั้งแต่ช่วงภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ<sup>12</sup> โดยที่องค์การอนามัยโลกกำหนดว่า ประเทศควรลงทุนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพื่อการสุขภาพของประชาชน<sup>10</sup>

สอง บริบทสำคัญที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการขยายบริการทดแทนไตในประเทศไทยคือ ภาระงานของผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐที่เพิ่มขึ้นอย่างมากภายหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสภาพปัญหาการกระจายของทรัพยากรบุคคลและเครื่องฟอกเลือดที่ไม่เหมาะสม โดยทรัพยากรดังกล่าวมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและหัวเมืองใหญ่ที่ประชาชนมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างดี ในขณะที่จังหวัดที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมไม่ดีประสบปัญหาความขาดแคลนทั้งบุคลากรและเครื่องฟอกเลือดเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ผู้ให้บริการทดแทนไตส่วนใหญ่มีทัศนคติไม่ดีนักต่อประสิทธิผลของการล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งๆ ที่การศึกษาด้านต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ต่างบ่งชี้ว่า CAPD มีความคุ้มค่าทางด้านเศรษฐศาสตร์มากกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)<sup>8,9</sup>

สาม เมื่อทำการทบทวนประสบการณ์การให้บริการทดแทนไตในต่างประเทศพบว่า ประเทศส่วนใหญ่ที่ให้บริการทดแทนไต มีแหล่งการคลังหลักจากภาครัฐ (public finance) โดยมีบางประเทศอาศัยเงินสมทบในระบบประกันสังคม หรือมูลนิธิสำหรับการเปิดให้บริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้า<sup>13,14</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า การขาดระบบข้อมูลในการเฝ้าระวังติดตามที่ดี และการขาดมาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดผลกระทบด้านการคลังสุขภาพและภาระงบประมาณในระยะยาว ทั้งนี้ ประเทศที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณได้เลือกใช้การล้างช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (PD) และการผ่าตัดเปลี่ยนไต (KT) มากกว่าการฟอกเลือด (HD)<sup>15,16</sup>

สี่ จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วไป

ต่อการขยายการเข้าถึงบริการทดแทนไต ซึ่งดำเนินการโดยสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ<sup>17</sup> พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการทดแทนไต ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยประชาชนประมาณร้อยละ 50 เห็นด้วยที่จะขยายสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนทุกคน โดยใช้เงินของรัฐบาลทั้งหมด ทั้งนี้ หากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่บริการทดแทนไต ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่า แพทย์เป็นบุคคลที่มีความเหมาะสมที่สุดในการตัดสินใจคัดเลือกผู้ป่วย โดยหลักเกณฑ์ที่ประชาชนให้ความสำคัญเรียงตามลำดับคือ 1) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วน 2) ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน และ 3) ผู้ป่วยที่เป็นหลักในการหาเลี้ยงชีพของครอบครัว 4) ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย 5) ผู้ที่เคยนำเพ็ญประโยชน์ให้กับผู้อื่น เช่น ผู้ที่เคยบริจาคไตให้ผู้อื่น และให้ผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคม เช่น ผู้พิการก่อน นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่ยังเห็นด้วยที่ให้ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคมใช้หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อให้ระบบการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่บริการทดแทนไตเป็นระบบเดียวทั้งประเทศ

ห้า จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ และผู้มารับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ 5 แห่ง ในหัวข้อเรื่อง "การตัดสินใจให้บริการสุขภาพภายใต้งบประมาณจำกัดในประเทศไทย" พบว่าเมื่อนำเกณฑ์ที่มีการอ้างถึงทั่วไป 5 หลักเกณฑ์มาเปรียบเทียบกัน ผู้ตอบคำถามส่วนใหญ่ เลือกให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดจากความผิดพลาดของโรงพยาบาลเป็นอันดับแรก เช่น ผู้ที่ติดเชื้อร้ายแรงจากการรับเลือดในโรงพยาบาล เป็นต้น จากนั้นผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเกณฑ์ต่างๆ 3 หลักเกณฑ์ในระดับใกล้เคียงกันคือ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ให้ความสำคัญกับผู้ที่จะได้ผล

ตอบแทนสุขภาพสูงสุดจากการรักษา ให้ความสำคัญกับผู้ที่มีการรุนแรง เช่นมีความเจ็บปวดมากก่อนสำหรับหลักเกณฑ์ที่ใช้ระยะเวลาการรอคอย (waiting list หรืออีกนัยหนึ่งคือ first come first serve) เป็นเกณฑ์ตัดสินในการได้รับบริการฯ ถูกให้ความสำคัญน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับหลักเกณฑ์อื่น แต่เมื่อสอบถามโดยไม่เปรียบเทียบกับหลักเกณฑ์อื่นแล้วผู้ตอบส่วนมากยังให้ความสำคัญกับเกณฑ์ที่ใช้ระยะเวลาการรอคอยมาช่วยตัดสิน นอกจากนี้พบว่าในการจัดสรรอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ ทั่วโลกใช้ระยะเวลาในการรอคอยมาช่วยในการตัดสินใจร่วมเสมอในการสำรวจครั้งนี้ผู้ตอบส่วนใหญ่ ยังมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีภาวะทางครอบครัวหรือต้องดูแลบุตร และผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ พบว่าผู้ตอบคำถามส่วนใหญ่ เห็นด้วยที่จะให้คณะบุคคลที่ประกอบด้วยแพทย์และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ช่วยกันตัดสินใจในการให้บริการที่มีความจำกัดหรือมีราคาแพงแก่ผู้-

ป่วยมากกว่าการให้แพทย์เพียงท่านเดียวตัดสินใจ<sup>18</sup>

ภายหลังจากการทบทวนบริบทที่สำคัญในประเทศไทย นักวิจัยนำเสนอกรอบความคิด เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทางสังคม 2 ด้านคือ ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเงินในสถานการณ์ที่มีความจำกัดทางด้านงบประมาณ (fiscal constraint) ภายใตกรอบความคิดหลัก 2 ประการคือ *ความต่อเนื่อง (continuation)* และ *ความครอบคลุม (coverage)* ของการได้รับบริการทดแทนไต เพื่อกำหนดทางเลือกเชิงนโยบาย ดังแสดงในตารางที่ 1

จากบริบทดังกล่าว รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 6 กลุ่มและการจัดประชุมระดมความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย คณะผู้วิจัยได้สรุปทางเลือกเชิงนโยบายออกเป็น 4 ทางเลือก ตามกรอบแนวคิดข้างต้น ดังต่อไปนี้

**ทางเลือกที่ 1** ขยายการให้บริการทดแทนไต ครอบคลุมผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคน ไปจนกว่าผู้ป่วย

ตารางที่ 1 กรอบความคิดในการวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการขยายบริการทดแทนไต

ความต่อเนื่องในการได้รับบริการทดแทนไต	ความครอบคลุมของการได้รับบริการทดแทนไต	
	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกคน	ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังบางคน
ได้รับบริการ ๑ อย่างต่อเนื่อง	ทางเลือกที่ 1 : ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการทดแทนไตอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต	ทางเลือกที่ 3 : ผู้ป่วยบางคนได้รับบริการฯ ตลอดชีวิตตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดอย่างกว้างๆ ในระดับประเทศและผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการในระดับจังหวัด
ได้รับบริการ ๑ อย่างไม่ต่อเนื่อง	ทางเลือกที่ 2 : ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการทดแทนไตจนถึงอายุที่กำหนด เช่น อายุขัยเฉลี่ยของคนไทย ต่อจากนั้นรัฐบาลหยุดให้ความช่วยเหลือหรือผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายในอัตราที่ค่อนข้างสูง	มีความเป็นไปได้ทางการเงินค่อนข้างต่ำ
	ทางเลือกที่ 4 : ผู้ป่วยทุกคนได้รับบริการ ๑ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น 1-2 ปี หลังจากนั้นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเท่านั้นจะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล	



ซึ่งบางครั้งหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยที่ส่วนกลาง กำหนดขึ้นมาอาจจะต้องปรับให้เกิดความเหมาะสมกับบางพื้นที่

● **เหตุผลคัดค้านทางเลือกที่ 3** คือ หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกันบ้างระหว่างจังหวัดซึ่งจะก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพหากผู้ป่วยมีความจำเป็นด้านสุขภาพที่เท่ากัน (horizontal inequity) นอกจากนี้การคัดเลือกในบางพื้นที่อาจก่อให้เกิดการใช้ระบบอุปถัมภ์ (nepotism) หรือการลัดคิว (queue jumping) การตีความและใช้เกณฑ์ที่หย่อนกว่า รวมทั้งอาจทำให้เกิดการย้ายถิ่นฐานของผู้ป่วยข้ามจังหวัด หากจังหวัดใกล้เคียงมีหลักเกณฑ์ที่ผ่อนปรนมากกว่าในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการทดแทนไต ทั้งนี้การให้บริการทดแทนไตจนเสียชีวิตนั้น (continuation principle) ผู้ป่วยบางคนที่กำลังได้รับการทดแทนไตอาจจะมีอายุมากกว่า ผู้ป่วยที่ถูกปฏิเสธให้เริ่มเข้ารับบริการทดแทนไต ตัวอย่างเช่น นาย ก. ได้รับบริการทดแทนไต ตั้งแต่อายุ 59 ปี และได้รับการอย่างต่อเนื่องโดยที่ไม่ได้รับการปลูกถ่ายไต จนกระทั่งอายุ 82 ปี ก็ยังใช้บริการฟอกเลือดอยู่ ขณะที่เพื่อนบ้านอีกคนคือผู้ป่วย นาย ข. เริ่มเป็นไตวายเมื่ออายุ 69 ปี คณะกรรมการตัดสินใจว่าไม่ควรได้รับการทดแทนไตเนื่องจากมีอายุมากกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนด ดังนั้นสำหรับทางเลือกนี้ สังคมจะอธิบายผลลัพธ์ของการเลือกปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกรุ่นนี้ ในกรณีตัวอย่าง 2 รายนี้ได้อย่างไร

**ทางเลือกที่ 4** ให้อำนาจในการเข้าถึงบริการทดแทนไตกับผู้ป่วยทุกคนในช่วงปีแรก ๆ ของบริการทดแทนไต และหยุดให้เมื่อครบกำหนด (discontinuation) โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะได้รับจำนวนปีของบริการทดแทนไตมากกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ทั้งนี้จำนวนปีที่สัญญาว่าจะให้บริการทดแทนไตนั้นขึ้นกับศักยภาพทางการเงินของรัฐบาล

● **เหตุผลสนับสนุนทางเลือกที่ 4** คือ เป็นการให้โอกาสกับผู้ป่วยทุกคนได้รับสิทธิในเวลาที่กำหนดระยะหนึ่ง โดยให้จำนวนปีของบริการทดแทนไต

สำหรับผู้ป่วยที่อายุน้อยมากกว่าผู้ป่วยอายุมาก ซึ่งจากผลการทบทวนเอกสารวิชาการสนับสนุนว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีโอกาสในการอยู่รอดสูงกว่าผู้ป่วยที่สูงอายุ<sup>19</sup> ทางเลือกนี้ สอดคล้องหลักการความเสมอภาค (คือ ให้บริการฯ สำหรับผู้ป่วยทุกๆ คน) และหลักการประสิทธิภาพ (คือ ผู้ป่วยอายุน้อยได้ผลตอบแทนสุขภาพมากกว่า) นอกจากนี้ ทางเลือกที่สี่น่าจะได้รับการสนับสนุนจากทางการเมืองมากที่สุด

● **เหตุผลคัดค้านทางเลือกที่ 4** คือ ผู้ป่วยทุกคน จำเป็นต้องหยุดได้รับบริการเมื่อผ่านพ้นเกณฑ์อายุหรือช่วงระยะเวลาที่รัฐให้การสนับสนุน ซึ่งจะมีความขัดแย้งทางด้านจริยธรรมเช่นเดียวกับทางเลือกที่สอง อย่างไรก็ตาม การปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการหยุดให้การรักษา (discontinuation) พบว่า หากแพทย์ได้ให้ข้อมูลล่วงหน้าและผู้ป่วยสามารถเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงเหตุผลความจำเป็นว่าจะได้รับบริการทดแทนไตเป็นระยะเวลาหนึ่งก่อนหยุดการให้บริการทดแทนไต ผู้ป่วยไทยน่าจะยอมรับสภาพความจำเป็นและเหตุผลดังกล่าวนี้ได้ และญาติพี่น้องผู้เกี่ยวข้องจะได้เตรียมการทางการเงินไว้ล่วงหน้า นอกจากนี้ การ dis-continuation นั้น รัฐบาลอาจจะให้การอุดหนุนบ้างบางส่วน แต่จะเป็นส่วนน้อย

จากการประชุมระดมความคิดเห็นของคณะผู้วิจัยและนักวิชาการด้านจริยศาสตร์ต่างมีความคิดเห็นร่วมกันว่า **ทางเลือกที่ 2** และ**ทางเลือกที่ 4** มีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูง และส่งผลกระทบต่อด้านลบทางด้านจริยธรรม และผลกระทบต่อด้านงบประมาณน้อยกว่าทางเลือกอื่นๆ ในขณะที่ทางเลือกที่หนึ่งจะก่อให้เกิดภาระทางด้านการคลังสุขภาพกับรัฐบาลเป็นอย่างมาก และทางเลือกที่สามมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความแตกต่างระหว่างพื้นที่ค่อนข้างสูง ทั้งนี้ ทางเลือกที่ 2 และ 4 บรรลุเป้าหมายด้านจริยธรรมเนื่องจากให้บริการทดแทนไตกับผู้ป่วยทุกๆ คน โดยไม่เลือกปฏิบัติแก่ผู้ป่วยบางคน นอกจากนี้ มาตรการ discontinuation ยังบรรลุความเป็นไปได้ทางการเงินและประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และหากไม่มีความจำกัดด้านงบประมาณเลย (ซึ่งเป็นไปไม่ได้ในชีวิตจริง)





ex-  
ภาค  
กาล  
  
ไบบ์  
  
ที่  
น  
ไบบ์  
จะ  
1-  
สู่  
ง  
-  
)  
จ  
1  
  
ใ  
1  
1

คุณภาพในระยะยาวและมีความยั่งยืน

รัฐบาลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องจัดหางบประมาณที่เพียงพอสำหรับนโยบายดังกล่าว และจะต้องพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการให้บริการทดแทนไต ซึ่งหมายรวมถึงบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดซื้อยาฉีดกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด (erythropoietin) อีกด้วย นอกจากนี้ รัฐบาลจะต้องมีนโยบายการให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้มีบริการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (PD) เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง เนื่องจาก PD มีต้นทุนอรรถประโยชน์ดีกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และผู้ป่วยในชนบทสามารถเข้าถึงบริการ PD ได้ดีกว่า อีกทั้งค่าเดินทางในการใช้บริการ PD ต่ำกว่า HD มากด้วย

ระบบข้อมูลเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์และพัฒนานโยบายการขยายบริการทดแทนไต รัฐบาลในฐานะผู้ซื้อรายใหญ่ภายในประเทศ ย่อมอยู่ในฐานะที่จะบริหารจัดการให้บริการทดแทนไตมีประสิทธิภาพด้านเทคนิคได้สูง (technical efficiency) โดยการมีกลไกกลางในการต่อรองและจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ และครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการทดแทนไต (central negotiation หรือ bulk purchasing) โดยการ outsource การบริหารจัดการเหล่านี้ ไปยังหน่วยงานที่มีศักยภาพ และมีประวัติในการทำงาน (track record) ที่ดี ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือมูลนิธิ ซึ่งหน่วยงานบริหารจัดการเหล่านี้ ต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีความรับผิดชอบต่อสังคม (accountability) สูง นอกจากนี้สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ควรรับผิดชอบในการขยายให้มีการรายงานข้อมูลการลงทะเบียนทดแทนไต (TRT Registry) ที่ครบถ้วนทั้ง 2 ด้าน (คือข้อมูลด้านสถานพยาบาล และด้านผู้ป่วย) จากสถานพยาบาลภาครัฐทุกสังกัด และภาคเอกชน ทั้งนี้ รายงาน TRT จะต้องเป็นรายงานภาคบังคับ - mandatory report (ปัจจุบันเป็นการส่งรายงานตามความสมัครใจ - voluntary reporting) และสถาน

พยาบาลใดที่ไม่รายงานข้อมูล TRT ก็ไม่ควรจะได้รับ การอนุญาตให้จัดบริการทดแทนไตให้กับผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบได้

นอกจากนี้ ในด้านคุณภาพของระบบบริการทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องทำหน้าที่ให้การรับรองคุณภาพของหน่วยบริการทดแทนไต (certification) และหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองเท่านั้น จึงจะได้รับ อนุญาตให้จัดบริการได้ ทั้งนี้ สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และแพทยสภา รวมทั้งหน่วยงานราชการอื่นๆ ต้องร่วมมือรับผิดชอบ ในการผลิตและฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทดแทนไตให้เพียงพอ รวมทั้งให้ความมั่นใจในการขยายบริการทดแทนไต อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การผ่าตัดเปลี่ยนไตเป็นบริการทดแทนไตที่มีความคุ้มค่าทางด้าน เศรษฐศาสตร์มากกว่าและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ศูนย์รับบริจาคอวัยวะะสภากาชาดไทย ต้องปรับปรุง ประสิทธิภาพในการทำงานและเตรียมความพร้อมเพื่อ ให้มีการบริจาคอวัยวะะเพิ่มมากขึ้น ทั้งจากผู้บริจาคที่เป็นผู้ป่วยสมองตาย (brain-death หรือ cadaveric donor) และผู้บริจาคที่เป็น living related donor เพื่อรองรับการขยายบริการทดแทนไตที่จะเพิ่มขึ้น

### อภิปรายผลการศึกษา

การให้บริการทดแทนไตเป็นบริการสุขภาพที่มีราคาแพงมาก จนทำให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ได้รวมบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเข้าไปอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ทั้งนี้จากการศึกษาเรื่องต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์พบว่าบริการทดแทนไตจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการที่จะรักษาชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตดีพอสมควรในช่วงระยะหนึ่ง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติต่อคนต่อปี ของประเทศไทย นักวิชาการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข



กรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยเสนอ เป็นกรอบที่น่าสนใจ และมีประโยชน์ในการวิเคราะห์นโยบายโค่นโยบายหนึ่ง โดยมีข้อพิจารณาสองด้านคือ ความเสมอภาค และความเป็นไปได้ทางงบประมาณ ซึ่งอาจสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงในอนาคต

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การตัดสินใจขยายบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและความต้องการงบประมาณที่สูงมาก ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาภาวะงบประมาณด้านสุขภาพกับประเทศไทยในระยะยาว การตัดสินใจจึงต้องพิจารณาด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง (evidence-based policymaking)

ผู้วิจัยเสนอให้สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นำเสนอทางเลือกเชิงนโยบายทั้ง 4 ทางเลือกเหล่านี้ เพื่อขอความเห็นและฉันทามติ (consensus) จากสังคมไทย ผ่านกระบวนการประชาพิจารณ์อย่างเป็นระบบโดยมีข้อมูลความต้องการงบประมาณอย่างชัดเจนในแต่ละทางเลือก การประชาพิจารณ์จะต้องใช้ดุลยพินิจอย่างถ่วงถ่วง และไม่มีลักษณะการเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มผลประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายผู้ป่วย ฝ่ายผู้ให้บริการ หรือนักการเมือง เนื่องจากผลกระทบระยะยาวจะตกอยู่กับทุก ๆ ฝ่าย

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำหรับการสนับสนุนทุนเมธีวิจัยอาวุโส ด้านการวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ และท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณคณะกรรมการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ศูนย์บริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย และคณะกรรมการกำกับโครงการวิจัยฯ ทุกท่านที่ให้

ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายขยายบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in the finance and delivery of health care: concepts and definitions. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. F. Rutten. Oxford: Oxford University Press; 1993.
2. Wagstaff A. QALYs and the equity-efficiency trade-off. *J Health Economics* 1991; 10: 21-41.
3. ยศ ตีระพัฒนานนท์. ทางเลือกสำหรับพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์กรณีการรักษาที่มีราคาแพง. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2548.
4. National Health and Medical Research Council (1999). *Ethical considerations relating to health care resource allocation decisions*. Canberra, Commonwealth of Australia.
5. Wikler D, Murray CJL. *Health Equity: Fairness and Goodness*. Geneva, World Health Organization; 2003.
6. The United Nations (UN). *The Fiftieth Anniversary of the Universal Declaration of Human Rights* (<http://www.un.org/rights/50/declaration.htm>). Access date 26 July 2005.
7. สภาร่างรัฐธรรมนูญ, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์คอกกฤษฎา; 2540.
8. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิชัช เกษมทรัพย์, ยศ ตีระพัฒนานนท์, ธนอม สุภาพร, จิตปราณี วาศวิท, ภูษิต ประครองสาย. การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2548.
9. ยศ ตีระพัฒนานนท์. ต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาทดแทนไตในประเทศไทย. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย* 2548 (กำลังตีพิมพ์).
10. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization; 2001.
11. Wikler D, Brock D, Norheim OF, Torres TT. RRT in Thailand's "30 Baht" health insurance scheme: Ethical Dimensions of the Choice of Options. PPT file presented at the International Health Policy Program on June 2, 2005. Nonthaburi, Thailand.

## Policy Recommendations on Universal Access to Renal Replacement Therapy Under Universal Coverage in Thailand

Phusit Prakongsai\*, Viroj Tangcharoensathien\*, Vijj Kasemsup\*\*, Yot Teerawattananon\*, Thanom Supaporn\*\*\*, Chitpranee Vasavid\*

\*International Health Policy Program - Thailand, \*\*Community Medicine Center, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, \*\*\*Nephrology Society of Thailand

### Abstract

This study aimed to investigate policy options for the extension of access to renal replacement therapy (RRT) under universal coverage in Thailand. Policy options proposed mainly rely on two objectives: efficiency in utilizing government health resources and equity in health, which human right and ethical principles were also integrated.

Several research methods including literature reviews, secondary data analysis, in-depth interviews with stakeholders, and the analysis of policy options based on the WHO manual on ethical dimensions of health resource allocation were employed. Researchers from IHPP-Thailand, Harvard University, University of Bergen, and the WHO jointly explored this issue during May and June 2005.

Results revealed that neither hemodialysis nor peritoneal dialysis was cost-effectiveness due to its expensive cost per life year saved. However, to protect households against financial catastrophe justifies public funding for RRT and to be financially feasible, rationing is unavoidable. The study advocates prevention of ESRD and providing RRT to every patient, up to an age cut-off, or to every patient with a fix number of RRT years by providing more years to the younger patients. These two options are financially feasible and achieve ethical principles of providing equal chance to all patients.

Regardless of which policy options that the government takes, a substantial improvement of several issues including primary and secondary prevention of end-stage renal disease, adequate and sustainable health care financing, an efficient RRT service system, an establishment of central purchasing and bargaining system on PD solution and erythropoietin injection, a mandatory report of Thailand registry of renal replacement therapy (TRT registry), incentives for peritoneal dialysis, and an effective kidney transplantation system is needed.

**Key words:** health policy, efficiency, equity in health, renal replacement therapy, universal coverage, health insurance, Thailand

Budget  
ation.  
05.  
). An-  
alence.  
Center;

hcare:  
Policy

เกษม-  
ายของ  
คท้าย  
หน้า.

มุเก็บ.  
แพง:  
ศไทย