



ที่ สศ ๐๐๐๑/ ๑๔.๑๓)

สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐
อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น ๒ และ ๓ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๕

๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เรื่อง รักษาภาระกิจมาตรฐานเดียว
ข้อเสนอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย

กราบเรียน นายกรัฐมนตรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จำนวน ๑ ชุด

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค ได้ดำเนินการศึกษาและรับฟังความคิดเห็นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับดำเนินการรักษาโรคมะเร็งมาตรฐานเดียวในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย จากข้อมูล พบว่า ระบบบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งของไทยยังมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ มีสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะเรื่องยาที่แตกต่างกัน วิธีจ่ายเงินให้หน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ และวิธีบริหารจัดการที่แตกต่างกันออกไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละระบบได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน มีอัตราการเสียชีวิตที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับวิธีการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของคนไทย ให้มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในคราวประชุม ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้พิจารณาผลการศึกษาของคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค และมีมติเห็นชอบให้เสนอความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง รักษาภาระกิจมาตรฐานเดียว ข้อเสนอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป โดยมีสาระสำคัญของความเห็นและข้อเสนอแนะสรุปได้ ดังนี้

๑. ปรับสิทธิประโยชน์ และวิธีการรักษามะเร็งโรคให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะยารักษาแพงต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้ง ๓ ระบบ โดยเป็นแบบเดียวกันด้วยระบบที่ดีที่สุด

๒. ปรับวิธีจ่ายเงินให้หน่วยบริการ โดยเฉพาะวิธีจ่ายเงินสำหรับการรับยามะเร็งแบบผู้ป่วยนอก ให้เป็นลักษณะเฉพาะ อัตราเดียวกัน แยกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว เนื่องจากเป็นการรักษาที่มีราคาแพง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการรักษาได้ดีขึ้น สำหรับการจ่ายเงินแบบผู้ป่วยใน ขอให้จ่ายอัตราต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight, RW) ที่เท่ากัน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และไม่เลือกปฏิบัติ


๓. ขอให้รัฐ...

๓. ขอให้รัฐจัดงบประมาณให้ความสำคัญกับการรณรงค์ให้สุศึกษาประชาสัมพันธุ์ (Primary Prevention) และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (risk group finding) เช่น การตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ การใช้สารเคมีในอาหาร เป็นต้น

(รายละเอียดความเห็นและข้อเสนอแนะปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากผลการพิจารณาเป็นประการใด ขอได้โปรดแจ้งให้ทราบ ในโอกาสแรกด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง



(นายโอกาส เดพลกุล)

ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักกิจการสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

โทร. ๐ ๒๑๔๑ ๓๒๐๙, ๐ ๒๑๔๑ ๓๒๑๓

โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๙๗๑๔ , ๐ ๒๑๔๓ ๙๗๑๕

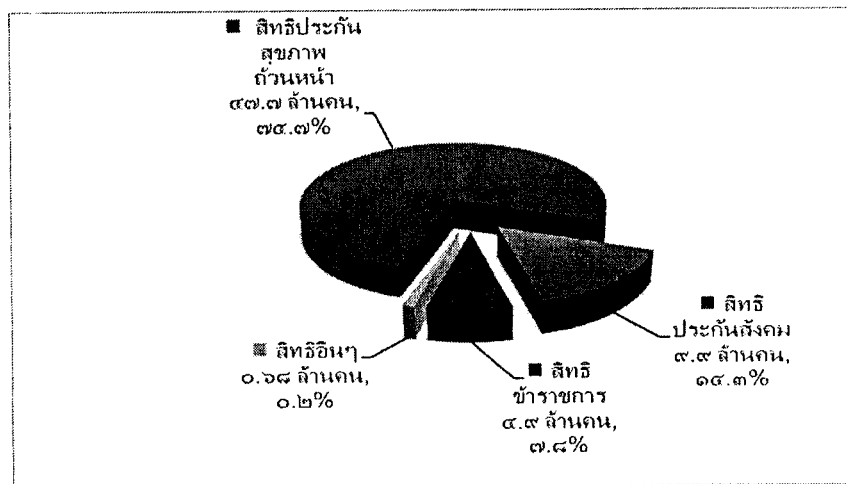
ความเห็นและข้อเสนอแนะ

เรื่อง “รักษามะเร็งมาตรฐานเดียวข้อเสนอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย”

๑. ความเป็นมา/หลักการและเหตุผล

ถึงแม้ในปัจจุบันประเทศไทยจะเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แต่ทว่ายังมีความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ถึง ๔ ระบบ ได้แก่ ๑) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), ๒) ระบบประกันสังคม ที่ประกอบด้วยกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน บริหารโดยสำนักงานประกันสังคม (สปส.), ๓) สวัสดิการของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และบุคลากรของรัฐ บริหารโดยกรมบัญชีกลาง และ ๔) ระบบอื่นๆ เช่น ทหารผ่านศึก ครูเอกชน บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ส.ส.) และสมาชิกวุฒิสภา (ส.ว.) เป็นต้น [๑, ๒] รายละเอียดดังแสดงในแผนภาพที่ ๑

แผนภาพที่ ๑ ระบบหลักประกันสุขภาพของไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๔



ที่มา: รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แต่ละระบบยังมีความแตกต่างกัน เพราะมีแนวคิด ความเป็นมา และกฎหมายรองรับที่ต่างกัน และยังมีอำนาจในการกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการให้บริการ วิธีและอัตราค่าจ่าย ของตนเอง [๓] ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบต่างๆ ซึ่งสามารถเปรียบเทียบข้อมูลโดยเฉพาะด้านการเงินการคลังระหว่าง ๓ กองทุนที่สำคัญ [๔] ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพ ๓ ระบบหลัก ปี พ.ศ. ๒๕๕๔

ระบบ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	บัตรทอง
จำนวนผู้มีสิทธิ (ล้านคน)	๔.๙	๙.๙	๔๗.๗
ค่าใช้จ่าย/คน/ปี (บาท)	๑๒,๖๐๐	๒,๐๕๐	๒,๕๔๖
งบประมาณทั้งหมด/ปี (ล้านบาท)	๖๑,๘๔๔	๒๓,๔๑๘.๒๒	๑๐๒,๐๑๙
งบประมาณที่รัฐบาล อุดหนุน	๑๐๐%	๓๓%	๑๐๐%
แหล่งที่มาของ งบประมาณ	รัฐบาล	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐบาล	รัฐบาล
การเกิดสิทธิ	ทันทีที่เป็นข้าราชการ	ต้องจ่ายสมทบไม่น้อยกว่า ๓ เดือน ใน ๑๕ เดือน	ทันทีที่ลงทะเบียน
การสิ้นสุดของสิทธิ	พ้นจากการเป็น ข้าราชการ	ขาดส่งเงินสมทบ > ๓ เดือน	ได้สิทธิอื่น
หน่วยงานบริหาร	กรมบัญชีกลาง	สปส.	สปสช.

ปรับจาก กรุงเทพธุรกิจ (วันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒) [๔]

นอกจากนั้นเมื่อเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับระบบประกันสังคมใน ๓ ด้าน ณ วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๔ [๒] ดังนี้

๑) ขอบเขตและเงื่อนไขการคุ้มครอง ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการคุ้มครองทันทีเมื่อลงทะเบียน ขณะที่ระบบประกันสังคมต้องจ่ายเงินสมทบในระยะเวลาที่กำหนด กรณีเจ็บป่วยต้องส่งเงินสมทบติดต่อกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน ภายใน ๑๕ เดือน กรณีคลอดบุตรต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า ๗ เดือน หากขาดการจ่ายเงินสมทบเกิน ๓ เดือนสิทธินั้นเป็นอันสิ้นสุด ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สิทธิจะสิ้นสุดก็ต่อเมื่อผู้มีสิทธินั้นได้รับการคุ้มครองจากสิทธิอื่นของรัฐแล้ว

๒) สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน ทั้งสองระบบมีความแตกต่างกันทั้งสิ้น ๑๕ ประการ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมมากกว่า ๑๔ รายการ ยกเว้นรากฟันเทียม และมีอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี ๒๐๗ รายการ แต่ระบบประกันสังคมมีเพียง ๘๑ รายการ

๓) สิทธิประโยชน์ที่เหมือนกันแต่บริหารจัดการแตกต่างกัน มีจำนวน ๒๖ รายการ โดยมี ๑๑ รายการที่ทั้งสองระบบมีระบบบริหารจัดการเฉพาะ แต่แตกต่างกันในรายละเอียด และยาที่มีปัญหาในการเข้าถึงอีก ๑๕ รายการที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจัดการเฉพาะ แต่ระบบประกันสังคมไม่มี

จากการเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ข้างต้นชี้ให้เห็นว่า สิทธิประโยชน์โดยรวมและการบริหารจัดการ ในด้านการรักษาพยาบาลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นดีกว่าระบบประกันสังคม

ในช่วง ๑ ปี ที่ผ่านมา หลังจากที่ได้มีการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ก่อให้เกิดแรงผลักดันให้ระบบ ประกันสังคมปรับปรุงสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น อีกหลายรายการ ดังนี้

๑) การเพิ่มสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ มีผลบังคับใช้ ๗ กรณี ดังนี้ ๑) เพิ่มค่ารักษามะเร็ง ๗ ชนิด มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ๒) เพิ่มสิทธิประโยชน์ทันตกรรมผ่าฟันคุดครั้งละ ๓๐๐ บาท โดยให้รวมกับถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน รวมแล้วไม่เกิน ๒ ครั้ง หรือ ๖๐๐ บาทต่อปี และใส่ฟันเทียม ตามอัตราที่กำหนด มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ๓) ยกเลิกจำกัดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปี เป็นไม่จำกัดจำนวนครั้ง มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ๔) สิทธิประโยชน์ ไตขยายครอบครัวคนผู้ป่วยไตวายก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน ๕) การรักษาโรคเรื้อรังจากไม่เกิน ๑๘๐ วัน เป็นดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี มีผลบังคับใช้ในวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ๖) การจัดการเรื่องยาจำเป็นที่มีราคาแพง โดยลงนามเมื่อวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ร่วมกับ สปสช. และกรมบัญชีกลางในการจัดทำราคากลางยา และ ๗) ความครอบคลุมยาต้านไวรัสเอชไอวี มีผลบังคับใช้วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕

๒) การปรับวิธีจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยใน เมื่อวันที่ ๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ สปส. ได้ปรับวิธีการจ่ายเงิน ให้กับผู้ป่วยใน จากวิธีเหมาจ่ายรายหัวร่วมกับผู้ป่วยนอก มาเป็นแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostics Related Groups, DRGs) เพื่อแก้ปัญหาเรื่องคุณภาพบริการและการส่งต่อผู้ป่วย โดยจะมีการคำนวณตามระดับ ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีระดับตั้งแต่ ๒-๔๐ โดยเริ่มต้นระดับละ ๑๕,๐๐๐ บาท และสูงสุด ๖๐๐,๐๐๐ บาทต่อราย ทั้งนี้ วงเงินค่ารักษาจะจ่ายเพิ่มขึ้นตามน้ำหนักความรุนแรงของโรคตามลำดับ ประกาศ วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๕ แต่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพการบริการของ ผู้ประกันตน [๕]

ที่สำคัญยังส่งผลให้รัฐบาลปัจจุบันประกาศนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเริ่มต้นที่ นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใต้สโลแกน “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” ซึ่งทั้ง ๓ กองทุน มีสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน วิธีจ่ายเงินให้หน่วยบริการก็แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ความแตกต่างด้านการแพทย์ฉุกเฉินของ ๓ ระบบ ก่อน ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕

ระบบ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	บัตรทอง
เงื่อนไข	ไม่จำกัด	จำกัด ๗๒ ชั่วโมง จากนั้น ส่งกลับ ร.พ. ต้นสังกัด	ไม่จำกัด
หน่วยบริการ	ร.พ.รัฐทั่วประเทศ เท่านั้น	ทั้งรัฐและเอกชนไม่จำกัด	ทั้งรัฐและเอกชน ในเครือข่าย
การสำรองจ่าย (ร.พ.ในเครือข่าย)	ไม่ต้อง	สำรองจ่ายก่อน	ไม่ต้อง
การสำรองจ่าย (ร.พ.นอกเครือข่าย)	สำรองจ่ายก่อน	สำรองจ่ายก่อน	ไม่ต้อง
ตัวอย่างอัตราจ่ายร.พ. นอกเครือข่าย	- ค่ายาและค่า รักษาพยาบาลครั้งหนึ่ง แต่ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท ทั้งผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน - ค่าห้อง ค่าอาหาร ไม่เกิน วันละ ๖๐๐ บาท	- ผู้ป่วยนอก ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท - ผู้ป่วยในปกติ ไม่เกิน วัน ละ ๒,๐๐๐ บาท - ผู้ป่วยใน ICU ไม่เกิน วัน ละ ๔,๕๐๐ บาท - ผ่าตัดใหญ่ ไม่เกินครั้งละ ๘,๐๐๐-๑๖,๐๐๐ บาท - ค่าห้อง ค่าอาหาร ไม่เกิน วันละ ๗๐๐ บาท หมายเหตุ อัตราสำหรับ จ่ายร.พ.เอกชน	- ผู้ป่วยนอก ไม่เกิน ๗๐๐ บาท - ผู้ป่วยใน ไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาท - ผ่าตัดใหญ่ < ๒ ซม. ไม่เกิน ๘,๐๐๐ บาท - ผ่าตัดใหญ่ > ๒ ซม., ICU ไม่เกิน ๑๔,๐๐๐ บาท

ด้วยนโยบายดังกล่าวทำให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการทุกแห่ง ทั้งรัฐบาลและเอกชน โดยไม่ต้องคำนึงถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ประชาชนภายใต้สิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันก็ล้วนได้รับประโยชน์ดีขึ้น เช่น สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ก็สามารถไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนได้จากเดิมที่ต้องใช้เฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ สำหรับผู้ประกันตนก็ไม่จำเป็นต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน และสามารถใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่วนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็สามารถใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนได้มากขึ้น ส่วนวิธีจ่ายเงินให้หน่วยบริการก็ปรับมาเป็นแบบเดียวกันทั้ง ๓ กองทุน

แต่อย่างไรก็ตามระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบยังมีความเหลื่อมล้ำอีกมาก ทั้งขอบเขต เงื่อนไข การให้บริการ สิทธิประโยชน์ วิธีการจ่ายเงิน และอัตราการจ่ายเงิน เป็นต้น ด้วยเหตุดังกล่าว สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้จัดทำความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง “รักษามะเร็งมาตรฐานเดียวข้อเสนอ

เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย” เสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย นำไปสู่การกำหนดนโยบาย และแนวปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนต่อไป

๒. วิธีการศึกษาและการดำเนินงาน

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค ได้ดำเนินการวิธีการศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ดังนี้

๒.๑ ศึกษาข้อมูลทุติยภูมิวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

๒.๒ การเชิญนักวิชาการมาให้ข้อมูลในการประชุมคณะทำงานเกี่ยวเนื่องด้านสาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๒๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕ และครั้งที่ ๕/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ณ ห้องประชุม สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยเชิญ นพ.พงศธร เพิ่มพอกดี นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มาร่วมประชุมในประเด็นรักษามะเร็งมาตรฐานเดียว ข้อเสนอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย

๒.๓ จัดสัมมนาระดมความคิดเห็น เรื่อง “รักษามะเร็งมาตรฐานเดียว ข้อเสนอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย” เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ณ สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

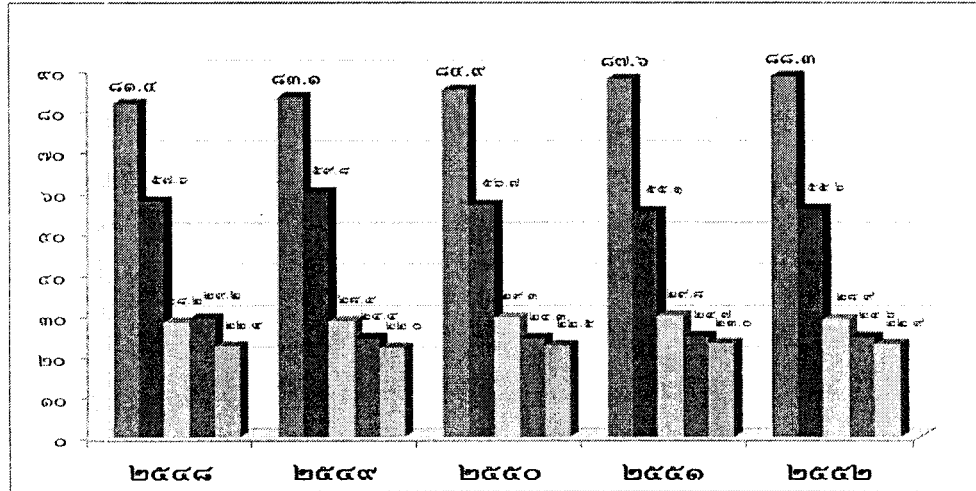
๒. สาระสำคัญของเรื่องและข้อวิเคราะห์

๓.๑ สาระสำคัญของเรื่อง

๓.๑.๑ มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๑

จากการทบทวนวรรณกรรม โดยเฉพาะสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. ๒๕๔๘- ๒๕๕๒ พบว่า สาเหตุการเสียชีวิต อันดับ ๑ ของคนไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ คือ โรคมะเร็ง มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด ทั้งสิ้น ๕๖,๐๕๘ คน คิดเป็นอัตราการตาย ๘๘.๓๔ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน รองลงมา คือ อุบัติเหตุและการเป็นพิษ ๓๕,๓๐๔ คน คิดเป็น ๕๕.๖๓ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน โรคหัวใจ ๑๘,๓๗๕ คน คิดเป็น ๒๘.๙๖ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดในสมอง ๑๕,๖๔๘ คน คิดเป็น ๒๔.๖๖ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน ตามลำดับ [๖] ดังแสดงในแผนภาพที่ ๒

แผนภาพที่ ๒ สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย ๕ อันดับแรก ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๒



หมายเหตุ : ๑ มะเร็งเม็ดเลือดขาวทุกชนิด ๒ อุบัติเหตุและการเป็นพิษ ๓ โรคหัวใจ ๔ ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดในสมอง ๕ ปอดอักเสบและโรคอื่นๆ ของปอด

ที่มา สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

๓.๑.๒ ยาที่ใช้ในการรักษามะเร็ง

เมื่อพิจารณาถึงยาที่ใช้ในการรักษา พบว่ามีความเหลื่อมล้ำกันค่อนข้างมาก ยกตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ คณะอนุกรรมการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในระบบหลักประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มี ภาณุ.สาส์.ใจดี เป็นประธาน ได้พิจารณายาที่มีปัญหาในการเข้าถึงใน ๒ กลุ่มโรค ได้แก่ Non-Hodgkin's lymphoma (NHL) และ rheumatoid arthritis (RA) ทั้งสมาคมแพทยรุมมาติสซึม และกลุ่มผู้ป่วยได้ทำหนังสือถึงคณะอนุกรรมการเข้าถึงยาฯ รวมทั้งข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณา ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้พิจารณาว่าดังกล่าว ซึ่งเป็นยาชีววัตถุที่ใช้ในกลุ่มนี้ แต่มีราคาแพงมาก ได้แก่ ๑) MabThera (R tuximab) : เป็นกลุ่ม antiCD ๒๐ ใช้ในการรักษามะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Non-Hodgkin's lymphoma, NHL), ๒) RA Enbrel (Etanercept) : เป็นกลุ่ม anti TNF ที่ใช้รักษา RA และ ๓) Remicade (Infliximab) เป็นกลุ่ม anti TNF ที่ใช้รักษาข้ออักเสบ (Rheumatoid arthritis, RA) นอกจากนั้นยังมีราคาแพงอย่างน้อยอีก ๖ ชนิด ที่ใช้รักษามะเร็งประเภทต่างๆ แต่มีเฉพาะสิทธิสวัสดิการของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ จำนวน ๕ ล้านคน ที่สามารถเข้าถึงได้เพราะเป็นยานอกบัญชียาหลักและมีราคาสูง ดังแสดงในตารางที่ ๓

๓.๑.๓ การบริหารจัดการงบประมาณการรักษามะเร็ง

การเปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์กับการบริหารจัดการงบประมาณของผู้ป่วยมะเร็ง ของทั้ง ๓ ระบบ พบว่า สวัสดิการของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจและบุคลากรของรัฐนั้นมีสิทธิประโยชน์ที่ดีกว่าระบบอื่นๆ ทั้งวิธีการจ่ายเงินแบบไม่จำกัด (Fee for service) สิทธิประโยชน์ ยาราคาแพง ขณะที่ระบบประกันสังคม ปรับอัตราค่าจ่ายสำหรับผู้ป่วยในสูงกว่ากองทุนอื่นๆ แต่ยังขาดระบบการจัดการการเข้าถึงยาหรือบริการ

ที่มีราคาแพง ดังนั้นถึงจะมีอัตราการจ่ายเงินที่สูงกว่าก็มิได้หมายความว่าจะมีคุณภาพการรักษาที่ดีกว่าระบบอื่น โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ ๔

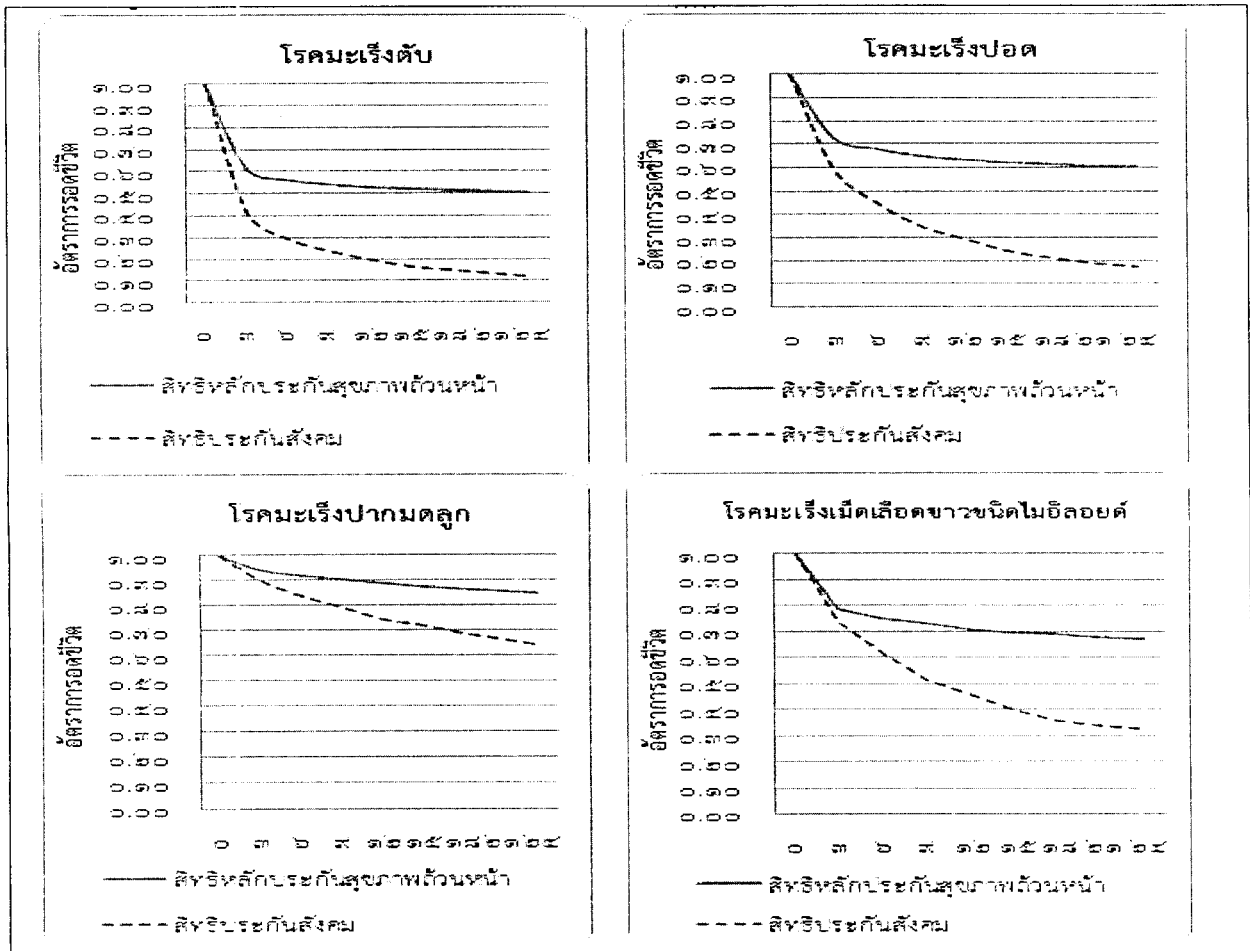
๓.๑.๔ คุณภาพการรักษาพยาบาล

จากการเปรียบเทียบคุณภาพการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยมะเร็งสีติ สปสข. กับ สปส. ใน ๓ ดัชนีชี้วัด ได้แก่ ๑) อัตราการเสียชีวิตภายใน ๓๐ วัน ๒) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วัน และ ๓) อัตราการเสียชีวิตขณะจำหน่าย โดยใช้ข้อมูล ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และ พ.ศ. ๒๕๕๓ (สปส.เปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินสำหรับโรคมะเร็ง ๗ โรค เหมือนสปสข. เมื่อ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ และปรับวิธีจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยในวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๕) พบว่าโรคมะเร็งตับ มีอัตราการเสียชีวิตภายใน ๓๐ วัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๕ โดยผู้ป่วยระบบประกันสังคมมีอัตราการเสียชีวิตภายใน ๓๐ วัน มากกว่าผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (SS, UC ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ร้อยละ ๓๖.๗ และ ๒๙.๒ ปี, พ.ศ. ๒๕๕๓ ร้อยละ ๓๘.๐ และ ๓๐.๒) ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วัน และอัตราการเสียชีวิตขณะจำหน่ายของผู้ป่วยทั้งสองระบบมีอัตราไม่แตกต่างกัน โรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าอัตราตัวชี้วัดคุณภาพบริการทั้งสามตัวชี้วัดของผู้ป่วยทั้งสองระบบมีอัตราไม่แตกต่างกัน

ส่วนอัตราการรอดเฉลี่ยของผู้ป่วยมะเร็งต่างๆ ระหว่าง ๒ ระบบ พบว่า โรคมะเร็งตับ พบว่าผู้ป่วยของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย ๑๒.๔ เดือน อัตรารอดชีวิตในระยะเวลา ๑ ปี และ ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๙ และ ๕๐.๕ ตามลำดับ และผู้ป่วยระบบประกันสังคม มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย ๕.๓ เดือน อัตรารอดชีวิตในระยะเวลา ๑ ปี และ ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๖ และ ๑๒.๔ ตามลำดับ โรคมะเร็งปอด พบว่าผู้ป่วยของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย ๑๔.๖ เดือน อัตรารอดชีวิตในระยะเวลา ๑ ปี และ ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖๓.๓ และ ๖๐.๒ ตามลำดับ และผู้ป่วยระบบประกันสังคม มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย ๗.๓ เดือน อัตรารอดชีวิตในระยะเวลา ๑ ปี และ ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๕ และ ๑๗.๒ ตามลำดับ

โรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าผู้ป่วยของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย ๒๐.๑ เดือน อัตรารอดชีวิตในระยะเวลา ๑ ปี และ ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๑ และ ๘๕.๐ ตามลำดับ และผู้ป่วยระบบประกันสังคม มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย ๑๔.๘ เดือน อัตรารอดชีวิตในระยะเวลา ๑ ปี และ ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๐ และ ๖๔.๕ ตามลำดับ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดไมอีลอยด์ พบว่าผู้ป่วยของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย ๑๖.๗ เดือน อัตรารอดชีวิตในระยะเวลา ๑ ปี และ ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๙ และ ๖๖.๙ ตามลำดับ และผู้ป่วยระบบประกันสังคม มีระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ย ๑๐.๕ เดือน อัตรารอดชีวิตในระยะเวลา ๑ ปี และ ๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๒ และ ๓๒.๖ ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าในภาพรวมนั้นผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการดูแลที่ดีกว่าระบบประกันสังคม [๗] ดังแผนภาพที่ ๓

แผนภาพที่ ๓ ระยะเวลารอดชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ, ปอด, ปากมดลูก และ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดไมอีลอยด์ (AML)



๓.๑.๕ การรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย

ปัญหาการรักษาพยาบาลโรคมะเร็งของผู้ป่วยในระบบประกันสังคม เนื่องจากระบบประกันสังคม ให้บริการเฉพาะการรักษาพยาบาล แต่ไม่ดูแลงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้ สปสข. ต้องเข้ามาทำหน้าที่แทน ทำให้เกิดรอยต่อในการดูแลผู้ประกันตน จึงได้เกิดกรณีปัญหาที่โรงพยาบาลในระบบประกันสังคม (เอกชน) ไม่ส่งผู้ป่วยต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นๆ หลังจากที่ผู้ประกันตนกว่า ๔๗ คน ได้รับการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกและพบว่ามีความผิดปกติ ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลต้นสังกัดสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคมได้ตามอัตราที่กำหนด (หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ ฉบับวันที่ ๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๕)

๓.๒ ข้อวิเคราะห์

๓.๒.๑ มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๑

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย ด้วยเหตุนี้นโยบายหรือมาตรการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งจึงเป็นมาตรการสำคัญที่รัฐบาลควรดำเนินการโดยเร่งด่วน

๓.๒.๒ ยาที่ใช้ในการรักษามะเร็ง

เมื่อพิจารณาถึงยาที่ใช้ในการรักษา พบว่ามีความเหลื่อมล้ำกันค่อนข้างมาก โดยเฉพาะยา MabThera (Ritux mab) ซึ่งเป็นยาชนิดใหม่ ประเภท Genetically Engineered Monoclonal Antibody (anti CD-๒๐ Antibody) ตัวแรกที่ใช้กับคน เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๐ มีราคาแพง แต่สามารถเพิ่มอายุของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สามารถรักษาได้ทั้ง ๒ โรค ในกรณีมะเร็ง ใช้คนละ ๖-๘ เข็ม กรณีข้ออักเสบใช้คนละ ๔-๖ เข็ม หากผู้ป่วยได้รับยาชนิดนี้จะมีผลตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี แต่ปัจจุบันมีเฉพาะผู้ป่วยในสวัสดิการของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และบุคลากรของรัฐเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงยาดังนี้ได้ เนื่องจากยังมีราคาแพงและไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ป่วยในสิทธิประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่สามารถเข้าถึงยาดังนี้ได้ เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นความเหลื่อมล้ำของระบบหลักประกันสุขภาพไทย

๓.๒.๓ การบริหารจัดการงบประมาณการรักษามะเร็ง

การเปรียบเทียบชุดสิทธิประโยชน์กับการบริหารจัดการงบประมาณของผู้ป่วยมะเร็งของทั้ง ๓ ระบบ ยังมีความเหลื่อมล้ำอยู่ จำเป็นต้องปรับปรุงให้ทันสมัยและครอบคลุมมะเร็งต่างๆ มากขึ้น "โดยเฉพาะมะเร็งตับและท่อน้ำดี ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังไม่จัดอยู่ในการบริหารจัดการเฉพาะโรคมะเร็งของ สปสช. และ สปส. ขณะนี้ช่วงขณะนี้แม้จะมีแค่มะเร็ง ๗ ชนิดเท่านั้น คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกมะเร็งรังไข่ มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย" โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ ๔

๓.๒.๔ คุณภาพการรักษาพยาบาล

จากการเปรียบเทียบคุณภาพการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยมะเร็งสิทธิ สปสช. กับ สปส. ใน ๓ ดัชนีชี้วัด ได้แก่ ๑) อัตราการเสียชีวิตภายใน ๓๐ วัน ๒) อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วัน และ ๓) อัตราการเสียชีวิตขณะจำหน่าย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังข้อมูลข้างต้นของมะเร็งตับ และโรคมะเร็งปากมดลูก จะเห็นได้ว่าในภาพรวมนั้นผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการดูแลที่ดีกว่าระบบประกันสังคม

๓.๒.๕ การรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย

ปัญหาการรักษาพยาบาลโรคมะเร็งของผู้ป่วยในระบบประกันสังคม เนื่องจากระบบประกันสังคม ให้บริการเฉพาะการรักษาพยาบาล ขณะทำงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค สปสช. ต้องดำเนินการให้แทน จึงได้เกิดกรณีปัญหาที่โรงพยาบาลในระบบประกันสังคม (เอกชน) ไม่ส่งผู้ป่วยต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นๆ

๔. ความเห็นและข้อเสนอแนะของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เห็นควรให้รัฐบาลดำเนินการรักษาโรคมะเร็งมาตรฐานเดียว ในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย เนื่องจากข้อมูลข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าระบบบริหารจัดการการดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งของไทยยังมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่ มีสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะเรื่องยาที่แตกต่างกัน วิธีจ่ายเงิน ให้หน่วยบริการ และอัตราการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ และวิธีบริหารจัดการที่แตกต่างกันออกไป ส่งผลให้ ผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละระบบได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน มีอัตราการเสียชีวิตที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็น ที่จะต้องปรับวิธีการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของคนไทย ให้มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็ง ดังนี้

๔.๑ ปรับสิทธิประโยชน์ และวิธีการรักษามะเร็งทุกโรคให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะยาราคาแพง ต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้ง ๓ ระบบ โดยเป็นแบบเดียวกันด้วยระบบที่ดีที่สุด

๔.๒ ปรับวิธีจ่ายเงินให้หน่วยบริการ โดยเฉพาะวิธีจ่ายเงินสำหรับการรับยามะเร็งแบบผู้ป่วยนอกให้เป็น ลักษณะเฉพาะ อัตราเดียวกัน แยกจากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว เนื่องจากการรักษาที่มีราคาแพง เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการรักษาได้ดีขึ้น สำหรับการจ่ายเงินแบบผู้ป่วยใน ขอให้จ่ายอัตราต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight, RW) ที่เท่ากัน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม และไม่เลือกปฏิบัติ

๔.๓ ขอให้รัฐจัดงบประมาณให้ความสำคัญกับการรณรงค์ให้สูขศึกษาประชาชนสัมพันธ์ (Primary Prevention) และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (risk group finding) เช่น การตรวจอุจจาระเพื่อหาไขพยาธิไปไม้ดับ การใช้สารเคมี ในอาหาร เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๓. ๒๕๕๔: กรุงเทพฯ.
๒. พงศธร พอกเพิ่มดี, ชนิษฐา ภูสีมุงคุณ, และ ส. นิทานนท์, รายงานการจัดทำข้อเสนอทางเลือกและรูปแบบบริหารจัดการสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของระบบประกันสังคมในอนาคต พ.ศ. ๒๕๕๔. ๒๕๕๔: กรุงเทพฯ.
๓. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, และคนอื่นๆ , การสาธารณสุขไทย. ๒๕๕๑, นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
๔. พงศธร พอกเพิ่มดี, รัฐมนตรี ส.ส. ๕๐,๐๐๐ ชาวบ้าน ๒,๐๐๐ ความไม่เป็นธรรมในระบบประกันสุขภาพของไทย, กรุงเทพธุรกิจ. ๒๕๕๒, กรุงเทพธุรกิจ: กรุงเทพฯ. หน้า ๑๑.
๕. พงศธร พอกเพิ่มดี, สุภาภรณ์ นิทานนท์, and ชนิษฐา ภูสีมุงคุณ, รายงานความก้าวหน้าการปรับสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ประกันตน. ๒๕๕๕, สำนักงานปฏิรูป: นนทบุรี.
๖. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. ๒๕๔๘- ๒๕๕๒. [ค้นเมื่อวันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕]; จาก : <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/๒.๓.๔-๕๒.pdf>.
๗. พงศธร พอกเพิ่มดี, ธีรรัช กันตามาระ, และ ค. สัมพุทธานนท์, การเปรียบเทียบคุณภาพคุณภาพการให้บริการระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม. ๒๕๕๕, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.): กรุงเทพฯ.

ภาคผนวก

ตารางที่ ๓ ความแตกต่างในการเข้าถึงยามะเร็งระหว่างผู้ป่วย ๓ กองทุน

ชื่อยา	ชื่อการค้า	สำหรับรักษา	ขนาดและวิธีใช้	ราคา	ต่อหน่วย	ค่ายา/ course	ข้าราชการ	บัตรทอง	ประกันสังคม
๑ Rituximab ๕๐๐ mg inj	Mablihera	มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	๓๗๕ mg/m ^๒ สัปดาห์ละครั้ง	๖๙,๑๕๗.๐๐	เข็ม	๘๒๙,๘๘๔.๐๐	ได้	ไม่ได้**	ไม่ได้**
๒ Trastuzumab ๔๔๐ mg Inj.	Herceptin	มะเร็งเต้านม	Initial dose: ๘ mg/kg Maintenance: ๖ mg/kg	๙๘,๓๔๐.๐๐	เข็ม	๑,๑๘๐,๐๘๐.๐๐	ได้	ไม่ได้**	
๓ Bevacizumab ๑๐๐ mg Inj.	Avastin	มะเร็งลำไส้	๕ mg/kg ทุก ๒ สัปดาห์ หรือ ๗.๕ mg/kg ทุก ๓ สัปดาห์	๒๑,๖๐๒.๕๐	เข็ม	๑,๐๓๖,๙๒๐.๐๐	ได้	ไม่ได้**	
๔ Imatinib ๔๐๐ mg	Glivec	มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง	๔๐๐ mg / day	๔,๐๙๔.๐๐	เม็ด	๑,๔๙๔,๓๑๐.๐๐	ได้	โครงการพิเศษ ๑๐๐ mg*	
		มะเร็งกระเพาะอาหารและลำไส้ (GIST)	๔๐๐ mg / day	๔,๐๙๔.๐๐	เม็ด				
๕ Erlotinib ๑๕๐ mg	Tarceva	มะเร็งปอด	๑๕๐ mg / day	๓,๐๘๖.๐๐	เม็ด	๑,๑๒๖,๓๙๐.๐๐	ได้	ไม่ได้**	
๖ Gefitinib ๒๕๐ mg	Iressa	มะเร็งปอด	๒๕๐ mg / day	๒,๔๖๓.๐๐	เม็ด	๘๙๘,๙๙๕.๐๐	ได้	โครงการพิเศษ	

หมายเหตุ: ราคาอ้างอิงจากศูนย์มะเร็งอุดรธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

*โครงการพิเศษได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ โดยมีเงื่อนไข ๑) ผู้ป่วยมีสัญชาติไทยและมีภูมิลำเนาในประเทศไทย, ๒) ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง, ๓) โครงการประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุม, ๔) ไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้, ๕) ไม่ได้สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เองและไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากที่ใดทั้งสิ้น

** ไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์หรือโรงพยาบาล

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายเงินสำหรับโรคมะเร็งระหว่าง ๓ กองทุนสุขภาพ

	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
การให้เคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา			
กรณีผู้ป่วยนอก	<ul style="list-style-type: none">• ใช้งบเหมาจ่ายรายหัว ไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์• ยกเว้น มะเร็ง ๗ ชนิด ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกมะเร็งรังไข่ มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย ตามแนวทางการรักษาเฉพาะ (protocol) ที่มีอัตราจ่ายไม่เกินอัตราที่กำหนดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกต่อปี โดยอัตราการจ่ายสำหรับมะเร็ง ๗ โรคร สปส.สูงกว่า สปสช.	<ul style="list-style-type: none">• สำหรับมะเร็งทั่วไป ที่ยังไม่มีกำหนด protocol กรณีผู้ป่วยนอกให้จ่ายชดเชยตามจริงไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท/ครั้ง• จ่ายชดเชยตามจำนวนที่เรียกเก็บและราคากลางตาม protocol แต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดไว้ตาม protocol ๗ โรคร ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกมะเร็งรังไข่ มะเร็งโพรงจมูก มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ส่วนปลาย	จ่ายตามการให้บริการ (Fee for service)
กรณีผู้ป่วยใน	<ul style="list-style-type: none">• ได้รับการจ่ายชดเชยทั้งค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งหมดตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)• RW ละ ๑๕,๐๐๐ บาท, RW >= ๒ เบิกจาก E -claim จากสำนักงานประกันสังคม RW < ๒ เบิกจาก รพ. ต้นสังกัด	<ul style="list-style-type: none">• ได้รับการจ่ายชดเชยทั้งค่ายาเคมีบำบัดหรือฮอร์โมนหรือรังสีรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งหมดตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)• การจ่ายตาม RW ไม่ได้ประกันล่วงหน้า ข้ามเขต RW ละ ๕๐๐๐ บ. หากเป็นในเขต จ่ายตามที่คำนวณได้ประมาณ ๘๐๐๐ หากมีการผ่าตัดหรือการรักษาที่ใช้อุปกรณ์สามารถเบิกเพิ่มเติมได้	<ul style="list-style-type: none">• ได้รับการชดเชยตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG)• RW ละ ๑๒,๐๐๐ บาท

	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ยา	<ul style="list-style-type: none"> • ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น • ยานอกบัญชีสามารถใช้ได้โดย ต้องได้รับการพิจารณาผ่านกรรมการแพทย์ และได้รับการอนุมัติยินยอมจากรพ ต้นสังกัดก่อนเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> • ในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น • การให้ยานอกบัญชีหลัก เบิกตาม DRH ซึ่งเรามองเรื่องการรักษาผู้ป่วยเป็นหลัก แต่การให้ยาต้องได้รับการพิจารณาผ่านกรรมการแพทย์ ๓ ท่าน 	<ul style="list-style-type: none"> • ทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ • สำหรับยานอกบัญชีหลัก เบิกได้หากคณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรอง • ยามะเร็ง ๖ ชนิด Imatinib, Rituximab, Trastuzumab, Bivacizumab, Erlotinib, Gefitinib ตามตารางที่ ๓
<p>การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก</p>			
การจ่ายเงิน	<ul style="list-style-type: none"> • สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก (ตามกำหนดและต้องได้รับอนุมัติก่อน) เหม่าจ่าย ๗๕๐,๐๐๐ บาทต่อราย+ค่าตรวจเนื้อเยื่อ ๗,๐๐๐ บาท <p>หมายเหตุ: ไม่คุ้มครอง กรณีผู้ประกันตนป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเต้านม มะเร็งไขกระดูก ไขกระดูกฝ่อชนิดรุนแรง ไขกระดูกผิดปกติ ตามเงื่อนไข มาก่อนเข้าเป็นผู้ประกันตน</p>	<ul style="list-style-type: none"> • มีการบริหารจัดการเฉพาะ สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองด้วยการจ่ายตามโปรโตคอล ซึ่งรวมถึงวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต • จ่ายค่าชดเชยค่ารักษายาบาลผู้ป่วยแบบเหม่าจ่ายรายละ ๘๐๐,๐๐๐ บาท/ราย/ปี ครอบคลุม ค่า HLA Matching การปลูกถ่ายไขกระดูก ยาภูมิคุ้มกัน เคมีบำบัด รังสีรักษา ยารักษาโรคติดเชื้อ/อาการแทรกซ้อน • รวมถึงค่าติดตามดูแลผู้ป่วยระยะเวลา ๑ ปีตั้งแต่มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (โดยทั้งนี้หน่วยบริการไม่สามารถเรียกเก็บเงินเพิ่มเติมจากผู้ป่วยอีก) 	จ่ายค่าชดเชยค่ารักษายาบาลตามอัตราที่กำหนด