

# การควบคุมราคา: บทเรียนจากอดีต ข้อค้นพบปัจจุบัน และข้อเสนอสำหรับอนาคต

สุพล ลิมวัฒนานนท์<sup>\*†</sup>  
จุฬารักษ์ ลิมวัฒนานนท์<sup>\*</sup>  
อรอนงค์ วลีขจรเลิศ<sup>‡</sup>  
พรพิศ ศิลขจร<sup>§</sup>  
ภูษิต ประคองสาย<sup>†</sup>  
วีระศักดิ์ พุทธาสรี<sup>†</sup>  
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร<sup>†</sup>

## บทคัดย่อ

การควบคุมราคาเป็นส่วนหนึ่งของการจำกัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ บทความนี้ทบทวนวิธีควบคุมราคาในประเทศที่พัฒนาแล้ว วิเคราะห์ประสบการณ์ที่ผ่านมาของประเทศไทยในการควบคุมราคาภาครัฐ และนำเสนอข้อค้นพบล่าสุดของแผนงานวิจัยราคา (พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๕) ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการควบคุมราคาสำหรับอนาคต ทั้งด้านราคาซื้อของระบบบริการสุขภาพและราคาเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพ นโยบายควบคุมราคาควรเริ่มจากเครื่องมือควบคุมราคาทางอ้อมที่มีอยู่แล้ว คือ การใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ และการเพิ่มขีดความสามารถในการกำหนดราคาซื้อสำหรับยาใหม่โดยพัฒนาวัตกรรมการจัดซื้อร่วมและต่อรองโดยร่วมมือกับกองทุนในระบบประกันสุขภาพ ควรพัฒนากลไกติดตามราคาขายที่โรงพยาบาลจัดซื้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน การกำหนดราคาเบิกจ่าย ควรปรับราคาสำหรับยาชื่อสามัญในบัญชียาหลักแห่งชาติให้มีอัตราที่จูงใจโรงพยาบาล นอกจากนี้ ควรมีหน่วยงานพัฒนาและบำรุงรักษาข้อมูลคุณลักษณะของยาเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลป้อนกลับสำหรับการต่อรองราคาซื้อและกำหนดราคาเบิกจ่าย ในระยะยาว ควรพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการติดตามราคา ตั้งแต่ขั้นตอนการเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ การซื้อจริงโดยสถานพยาบาล และการใช้ยาและเบิกจ่ายค่ายาในระดับรายบริการของสถานพยาบาล

*คำสำคัญ:* การควบคุมราคา, ประเทศ OECD, ภาครัฐ

## Abstract

**Drug price control: Lessons from the past, present findings and recommendations for the future**  
Supon Limwattananon<sup>\*†</sup>, Chulaporn Limwattananon<sup>\*</sup>, On-anong Waleekhachonloet<sup>‡</sup>, Pornpit Silkavute<sup>§</sup>, Phusit Prakongsai<sup>†</sup>, Weerasak Puthasri<sup>†</sup>, Viroj Tangcharoensatien<sup>†</sup>

<sup>\*</sup>Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, <sup>†</sup>International Health Policy Program, <sup>‡</sup>Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, <sup>§</sup>Health Systems Research Institute

Drug price control is one of the measures to contain health care costs. This paper briefly reviewed the price control methods that have been commonly employed in developed countries. Experience in

<sup>\*</sup>คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>†</sup>สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

<sup>‡</sup>คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

<sup>§</sup>สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

controlling drug prices by government agencies in Thailand was analyzed and recent findings from the Research Projects on Drug Prices (B.E. 2553-2555) that have been supported by the Health Systems Research Institute were summarized. Policy recommendations for the control of both purchased and reimbursed prices were additionally proposed. The National Lists of Essential Medicines should be strategically mobilized as an indirect measure of price control. To control the purchased prices of new drugs, innovative strategies of pool purchasing and price negotiation should be implemented under collaboration with health insurance funds. Routine monitoring of the hospital-purchased prices should be supported so as to obtain the regular and update information on drug pricing. The reimbursed price of a generic drug that is covered by the National Lists of Essential Medicines should be set at an adequately high rate that can incentivize the use. An agency for the development and maintenance of standardized drug databases should be established. The long-run development should include the price monitoring infrastructure in every step, from essential drug selection, drug purchasing, utilization and reimbursement.

**Keywords:** Drug pricing control, OECD countries, government sector

## บทนำ

ในช่วงเวลาเกือบ ๒๐ ปีที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศเติบโตขึ้นร้อยละ ๗-๘ ต่อปี ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพและสูงกว่าการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product)<sup>(๑)</sup> การบริโภคยาของคนไทยใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีมูลค่า ๑๔๔,๕๗๐ ล้านบาท โดยผ่านช่องทางที่สำคัญ คือ โรงพยาบาลและร้านยาซึ่งมีส่วนแบ่งร้อยละ ๖๓ และ ๒๖ ตามลำดับ<sup>(๒)</sup> เมื่อพิจารณาตามประเภทของยา พบว่า ส่วนแบ่งทางการตลาดของยาที่นำเข้าจากต่างประเทศมีการเติบโตอย่างรวดเร็วในรอบ ๓๐ ปีที่ผ่านมา จนมีมูลค่ามากกว่าที่ผลิตภายในประเทศใน พ.ศ. ๒๕๕๔<sup>(๑)</sup>

อุตสาหกรรมยา ยกเว้น องค์กรเภสัชกรรมและโรงงานเภสัชกรรมทหาร เป็นการดำเนินธุรกิจของภาคเอกชน รัฐโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้ควบคุมทางกฎหมายสำหรับการผลิตและนำเข้า ในด้านราคา ปัจจุบันยังไม่มีความหมายโดยตรงที่ควบคุมการตั้งราคา ยาที่มีผู้ผลิตจำหน่ายรายเดียวภายใต้การปกป้องของสิทธิบัตรมักถูกตั้งราคาในระดับสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ ยาใหม่อาจมีราคาแพงกว่ายาที่ใช้อยู่เดิมถึง ๓ เท่าตั้งแต่เมื่อเริ่มออกสู่ท้องตลาด<sup>(๓)</sup> ในประเทศไทย ยาจัดเป็นสินค้าควบคุมภายใต้การดูแลของกระทรวงพาณิชย์ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและ

บริการ พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกอบธุรกิจต้องแจ้งราคาและแสดงข้อมูลต้นทุนเมื่อต้องการขึ้นราคา อย่างไรก็ตามมาตรการควบคุมแบบสั่งการเช่นนี้มักมีข้อจำกัดทางปฏิบัติในประเทศกำลังพัฒนา<sup>(๔)</sup>

บทความนี้นำเสนอลักษณะการควบคุมราคาของหน่วยงานในประเทศที่พัฒนาแล้ว และวิเคราะห์ประสบการณ์การควบคุมราคาในประเทศไทยที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการควบคุมราคาในอนาคต ข้อเสนอส่วนหนึ่งได้จากผลการดำเนินงานตามแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายราคา พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๕ ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

## การควบคุมราคาของต่างประเทศ

ประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในกลุ่ม Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) มักมีวิธีควบคุมราคา โดยเฉพะอย่างยิ่งสำหรับยาที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ การกำหนดราคาเบิกจ่าย (reimbursed price) มักเริ่มจากการแบ่งยาออกเป็นกลุ่มๆ ตามคุณสมบัติทางการรักษา โดยทั่วไป ยาใหม่ที่ยังอยู่ภายใต้สิทธิบัตร กองทุนประกันสุขภาพจะให้ความสำคัญต่อประเด็นประสิทธิภาพว่ามีเพิ่มขึ้นจากยาที่ใช้อยู่เดิมมากน้อยเพียงใด หรือลดอาการไม่พึงประสงค์ที่



สำคัญได้หรือไม่ นอกจากนี้ ยังคำนึงถึงตลาดยาว่ามีลักษณะของอุปสงค์ (demand) เป็นเช่นใด โดยอาจให้ราคาเป็นพิเศษกับยาจำเป็นที่มีตลาดแคบ เช่น ยากำพร้า (orphan drug) หรือยาที่ใช้ในประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น เด็กและทารก ราคาที่กำหนดอาจแตกต่างกันตามระยะเวลาการเข้าสู่ตลาด เช่น ยาชื่อสามัญตัวแรกอาจได้ราคาสูงกว่ายาที่เข้าสู่ตลาดภายหลังซึ่งมีผู้จำหน่ายหลายราย

การเปรียบเทียบระดับราคาของยาที่แพร่หลายในกลุ่ม OECD พบว่า เกาหลีใต้ ออสเตรเลีย กรีซ สเปน ฝรั่งเศส สวีเดนและนอร์เวย์ มียาใหม่ที่ติดสิทธิบัตรในราคาต่ำกว่าในประเทศอื่นในกลุ่ม นอกจากนี้ กรีซ สเปน ฟินแลนด์ สวีเดน และเดนมาร์ก ยังเป็นประเทศที่ยาชื่อสามัญ (generic drug) มีราคาค่อนข้างต่ำ<sup>(๕)</sup> ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ราคายามีความแตกต่างกันระหว่างประเทศ คือ มาตรการทางภาษี โดยบางประเทศไม่เก็บหรือเก็บภาษีในอัตราที่ต่ำมากสำหรับยาที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ นอกจากนี้ ยังเกิดจากการตั้งราคาในแต่ละชั้นของห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ที่ต่างกัน

วิธีที่นิยมใช้ควบคุมราคายาในประเทศที่พัฒนาแล้ว<sup>(๕)</sup> สามารถแบ่งได้ดังนี้

๑. การเทียบราคากับแหล่งภายนอก (external price benchmarking)

เป็นการเปรียบเทียบกับราคาในประเทศอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงทางเศรษฐกิจหรือในประเทศเพื่อนบ้านสำหรับยาที่มีตัวยาสำคัญ รูปแบบ ความแรง ขนาดบรรจุ และผู้ผลิตที่เหมือนกัน วิธีนี้นิยมใช้ในประเทศที่เป็นสมาชิกสหภาพยุโรป โดยพิจารณาจากราคาเฉลี่ยของกลุ่ม เช่น สโลวัก ใช้ราคาที่ร้อยละ ๑๐ เหนือค่าเฉลี่ยของ ๓ ประเทศที่มีราคาถูกที่สุด ในขณะที่ญี่ปุ่นใช้ราคาเฉลี่ยของฝรั่งเศส เยอรมนี สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา จุดอ่อนของการใช้วิธีเทียบราคาจากต่างประเทศ คือ ผู้ผลิตอาจเลือกนำยาออกสู่ตลาดในประเทศที่มักจะควบคุมราคาเบิกจ่ายแต่ไม่มีการควบคุมราคาจำหน่าย เช่น สหราชอาณาจักร เยอรมนี โดยพบว่า ผู้ผลิตมักตั้งราคาจำหน่ายที่ใกล้เคียงกันระหว่าง

ประเทศที่เป็นตลาดใหญ่ของยุโรป ทำให้ความแตกต่างของราคาระหว่างประเทศมีแนวโน้มที่ลดลง

๒. การอ้างอิงราคาภายใน (internal reference pricing)

เป็นการอ้างอิงราคาสำหรับยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันตามคุณสมบัติทางเคมี ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา หรือข้อบ่งใช้ มักใช้สำหรับกำหนดราคาเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพ โดยคำนวณราคาอ้างอิง (reference price) ด้วยวิธีทางสถิติที่เหมาะสม เช่น ค่าต่ำสุด ฐานนิยม มัชยฐาน สำหรับส่วนที่เกินจากราคาอ้างอิงอาจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย ประเทศที่ใช้วิธีนี้ได้แก่ ฝรั่งเศส เดนมาร์ก เบลเยียม สเปน สวีเดน ออสเตรเลีย แคนาดา เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ โปรตุเกส สำหรับยาใหม่ราคาอ้างอิงมักขึ้นกับคุณสมบัติของยาเมื่อเทียบกับยาที่มีใช้อยู่เดิมในกลุ่มเดียวกัน หากไม่มีประโยชน์เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มเล็กน้อยอาจกำหนดราคาไม่ให้สูงกว่ายาอื่นในกลุ่ม รายละเอียดของเกณฑ์การตั้งราคาอ้างอิง แสดงในตารางที่ ๑

๓. การตั้งราคาตามต้นทุน (cost-plus pricing)

การกำหนดราคาตามต้นทุนเป็นวิธีที่ง่ายต่อการคำนวณ ที่นิยมใช้ คือ การคำนวณต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนคงที่ของผลิตภัณฑ์แล้วรวมด้วยมูลค่าของกำไรที่ต้องการ เช่น สเปนกำหนดให้กำไรเท่ากับร้อยละ ๑๐-๑๒ ของต้นทุน<sup>(๕)</sup> วิธีตั้งราคาตามต้นทุนบวกกำไรเช่นนี้บางครั้งถูกวิจารณ์ว่าทำให้เกิดผลเสียต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยรวมเนื่องจากความยากในการได้ข้อมูลต้นทุนการผลิตที่แท้จริง

๔. การควบคุมผลกำไร (profit control)

จัดเป็นวิธีควบคุมราคาทางอ้อม โดยรัฐพิจารณาผลตอบแทนของผู้ผลิตไม่ให้เกินระดับที่กำหนด หากพิจารณาเห็นว่าผู้ผลิตได้ผลกำไรมากเกินไปก็อาจยึดระยะเวลาการขอขึ้นราคาหรือเรียกคืนส่วนที่เป็นผลกำไรเกิน ประเทศที่ใช้วิธีนี้คือ สหราชอาณาจักร (ก่อน กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๑) ข้อจำกัดของการควบคุมราคาจากผลกำไร คือ การมีข้อมูลโครงสร้างต้นทุนและมูลค่าการจำหน่ายที่ถูกต้อง โดยเฉพาะต้นทุนการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์

ตารางที่ ๑ การอ้างอิงราคาภายในสำหรับยาใหม่ในประเทศต่างๆ

ประเทศ (องค์การที่ดูแล)	ประเภทยา	เกณฑ์ตั้งราคา
แคนาดา (Patented Medicine Prices Review Board)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีหรือมีประโยชน์เพิ่มเล็กน้อยเมื่อเทียบกับยาเดิม (Category ๑ และ ๓)</li> <li>- มีประโยชน์เพิ่มชัดเจน (Category ๒)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Category ๑ และ ๓: ราคาที่ไม่ทำให้ต้นทุนการรักษาสูงกว่ายาเดิมที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกัน</li> <li>- Category ๒: ราคาสูงกว่ายาในกลุ่มเดียวกันในประเทศหรืออิงกับมาตรฐานของราคาในสหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส เยอรมนี สวิตเซอร์แลนด์ สวีเดน และอิตาลี</li> <li>- หากพบราคาเกินกำหนด ต้องชี้แจง/ลดราคา/จ่ายภาษีเพิ่ม</li> </ul>
ฝรั่งเศส (French Transparency Commission)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีประโยชน์เพิ่มเมื่อเทียบกับยาเดิม (Category ๕)</li> <li>- มีประโยชน์เพิ่มเล็กน้อย (Category ๔)</li> <li>- มีประโยชน์เพิ่มปานกลาง (Category ๓)</li> <li>- มีประโยชน์/ลดอาการข้างเคียงที่สำคัญ (Category ๒)</li> <li>- มีประโยชน์เพิ่มชัดเจน (Category ๑)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Category ๕: เบิกไม่ได้ และราคาต้องต่ำกว่ายาเดิมในท้องตลาด</li> <li>- Category ๑-๔: ราคาถูกต่อรองโดย Economic Committee for Health Products และราคาเบิกจ่ายกำหนดโดย National Union of Sickness Insurance Funds</li> <li>- เกณฑ์อื่นๆ: ราคายาในประเทศและของประเทศอื่น (สหราชอาณาจักร, เยอรมนี, อิตาลี และ สเปน), ปริมาณการใช้, ข้อบ่งใช้และประชากรเป้าหมาย และควบคุมราคาเมื่อต่อทะเบียนยา, ลดราคาเมื่อมียาในกลุ่มหมดสิทธิบัตรหรือเมื่อมียาชื่อสามัญ</li> </ul>
ญี่ปุ่น (Ministry of Health and Labor)	<ol style="list-style-type: none"> <li>ยาใหม่ทั่วไป พิจารณาจาก: <ul style="list-style-type: none"> <li>ก. กลไกออกฤทธิ์ใหม่</li> <li>ข. ประสิทธิภาพ/ปลอดภัยมากขึ้น</li> <li>ค. ผลการรักษาดีขึ้นชัดเจนตามข้อบ่งใช้</li> </ul> </li> <li>ยาใหม่สำหรับทารก เด็กแรกเกิด และทารกน้ำหนักตัวน้อย</li> <li>ยาใหม่ตามสภาพตลาด <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยากำแพง (Marketability I)</li> <li>- ยาตลาดแคบ (Marketability II)</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ยาใหม่ทั่วไป: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผ่านเกณฑ์ ๓ ข้อ (innovativeness premium): ราคาเพิ่ม ๓๐-๑๒๐%</li> <li>- ผ่านเกณฑ์ ๒ ข้อ (usefulness premium): ราคาเพิ่ม ๓๕-๖๐%</li> <li>- ผ่านเกณฑ์ ๑ ข้อ: ราคาเพิ่ม ๕-๓๐%</li> </ul> </li> <li>ยาใหม่สำหรับทารก เด็กแรกเกิด และทารกน้ำหนักตัวน้อย: ราคาเพิ่ม ๕-๒๐%</li> <li>ยาใหม่ตามสภาพตลาด <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยากำแพง: ราคาเพิ่ม ๑๐-๒๐%</li> <li>- ยาตลาดแคบ: ราคาเพิ่ม ๕%</li> </ul> </li> <li>ข้อกำหนดอื่นๆ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาชื่อสามัญตัวแรกมีราคาไม่เกิน ๐.๗ เท่าของยาดั้งเดิมและตัวต่อไปมีราคาต่ำกว่าตัวที่ถูกที่สุด</li> <li>- เมื่อมียาชื่อการค้าหลายชนิดจำหน่ายอยู่แล้ว ยาชื่อสามัญมีราคา ๐.๕ ของยาที่ราคาต่ำสุด</li> </ul> </li> </ol>

ที่มา: OECD (๒๐๐๘)



### ประสบการณ์การควบคุมราคาขายในประเทศ

ในอดีตที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๑) ประเทศไทยเคยประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) สำหรับยาที่มีความจำเป็นแก้ปัญหาภาวะความเจ็บป่วยในลำดับต้นของประเทศ รวม ๗ รายการ ได้แก่ Efavirenz, Lopinavir/Ritonavir, Clopidogrel, Imatinib, Erlotinib, Letrozole และ Docetaxel พบว่า มาตรการดังกล่าวทำให้ยาเป้าหมายมีราคาถูกลงและช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับโรคที่เป็นข้อบ่งใช้<sup>(๖)</sup> อย่างไรก็ตาม ผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น คือ การถ่ายทอดเทคโนโลยีจากประเทศที่พัฒนาแล้วอาจลดลง และการถูกตำหนิจากประเทศที่ให้ความสำคัญกับการถือครองสิทธิบัตร นอกจากนี้ ยาบางตัว (ยกเว้น Clopidogrel และ Docetaxel) ยังไม่สามารถหาวัตถุดิบในการผลิตได้ และไม่สามารถจัดหายาได้ตามราคาที่เหมาะสม

ในระดับสถานพยาบาล โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งมีการจัดซื้อยาโดยตรงจากผู้ผลิตจำหน่ายด้วยราคาที่แตกต่างกันขึ้นกับความสามารถในการต่อรองและนโยบายของโรงพยาบาล โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีปริมาณการซื้อสูง เช่น โรงเรียนแพทย์ มักมีอำนาจต่อรองสูงโดยอาจใช้ราคาเป็นเงื่อนไขในการนำยาเข้าหรือออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อมูลราคาซื้อของโรงพยาบาลมักไม่เป็นที่เปิดเผยต่อสาธารณะ โดยเฉพาะกรณีที่มีข้อตกลงเรื่องส่วนลด-ส่วนแถม

การควบคุมราคาขายจากส่วนกลางสำหรับระบบบริการสุขภาพของรัฐมีเป้าหมายเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในระดับประเทศที่พอเห็นอยู่บ้าง คือ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ กระทรวงสาธารณสุขได้อาศัยอำนาจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ กำหนดราคากลางเพื่อการจัดซื้อสำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติจำนวนทั้งสิ้น ๕๔๖ รายการ นอกจากนี้ คุนยข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ (หรือที่รู้จักกันในชื่อ DMSIC) ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงค่าการแจกแจงทางสถิติของราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติสำหรับยาทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยอาศัยข้อมูลที่ส่งมาตามความสมัคร

ใจของโรงพยาบาลในสังกัด จุดอ่อนที่สำคัญของข้อมูลราคากลางและราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติดังกล่าว คือ ความเป็นปัจจุบัน และความไม่เป็นตัวแทนของสถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ความพยายามของรัฐในการควบคุมราคาขายยังพบได้จากการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ และ ๒๕๕๕ สำนักบริหารการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขได้ต่อรองราคากับผู้ผลิตหรือนำเข้ายาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวจำนวน ๑๒ และ ๔๕ รายการ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่า การดำเนินการของส่วนกลางในลักษณะนี้เป็นการขอความร่วมมือจากผู้ผลิตจำหน่ายมากกว่าการต่อรอง เพราะกระทรวงสาธารณสุขไม่มีข้อมูลอุปสงค์เพื่อยืนยันข้อตกลงล่วงหน้า นอกจากนี้ ราคาที่บริษัทยาเสนอขายให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันมาก บางแห่งได้ราคาที่ถูกกว่าราคาตามข้อตกลงดังกล่าวสำหรับส่วนภูมิภาค มีการจัดซื้อร่วมสำหรับยาที่มีมูลค่าการใช้รวมสูงระดับเขตของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความหลากหลายของรายการยาที่ดำเนินการ การจัดซื้อร่วมไม่เป็นที่ยอมรับสำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เสียประโยชน์จากราคาที่จัดซื้อร่วมซึ่งอาจแพงกว่าราคาที่โรงพยาบาลต่อรองเอง นอกจากนี้ ยาที่นิยมจัดซื้อร่วมระดับเขตมักเป็นยาซื้อสามัญที่มีผู้จำหน่ายหลายราย เพราะเชื่อว่าไม่มีความแตกต่างด้านคุณภาพยา ไม่ใช่ยาราคาสูงที่เป็นเป้าหมายของการควบคุมค่าใช้จ่าย

ระบบประกันสุขภาพภาคสาธารณะหลักได้กำหนดการเบิกจ่ายค่ายาที่อิงกับบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงถือว่าเป็นกลไกควบคุมราคาขายทางอ้อมที่สำคัญในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ระบบเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของ ๓ กองทุนมีความเข้มงวดที่แตกต่างกัน วิธีจ่ายเงินแบบปลายปิดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคมเป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลใช้ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (จำนวน ๗๘๓ รายการ) นอกจากนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน ของ สปสช. มีข้อมูลที่กำหนดอุปสงค์ทำให้มีอำนาจต่อรองราคาขายที่มีราคาแพง เช่น ยาต้าน

ไวรัสเอชไอวี ยาจิตเวช ยาบัญชีย่อย จ. ๒ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในทางตรงกันข้าม ระบบผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งยังใช้วิธีจ่ายเงินแบบปลายเปิดทำให้สถานพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีการใช้ยาต้นแบบที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวซึ่งมีราคาสูงและไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นจำนวนมาก<sup>(๗)</sup> การควบคุมค่าใช้จ่ายทำได้เพียงกำหนดเพดานอัตราเบิกจ่ายค่ายาที่ผูกกับราคาซื้อในอัตราแบบผูกผัน เช่น ร้อยละ ๒๐, ๑๕ และ ๑๐ สำหรับส่วนที่เกิน ๑๐, ๑๐๐, และ ๑,๐๐๐ บาท ตามลำดับ<sup>(๘)</sup>

### ข้อค้นพบภายใต้แผนงานวิจัยฯ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนงานวิจัยราคาพยาบาลในระดับประเทศ โดยเลือกศึกษาผู้ป่วยนอกที่เป็นเป้าหมายในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประเด็นที่ศึกษา มี ๔ ด้าน ได้แก่ (๑) การตั้งราคาขายในชั้นตอนต่างๆ; (๒) ราคาตามความสามารถในการจัดซื้อของโรงพยาบาล; (๓) การตั้งราคาอ้างอิง; และ (๔) การร่วมจ่ายของผู้ป่วย

ในประเด็นแรก ข้อมูลการนำเข้ายาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทำให้เห็นว่า การกำหนดราคาขายใหม่ซึ่งมีผู้จำหน่ายรายเดียวภายใต้ข้อตกลงราคาแบบร่วมเสี่ยงตามปริมาณใช้จะลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการเปรียบเทียบราคากับต่างประเทศ การใช้วิธีเทียบราคากับต่างประเทศจะลดค่าใช้จ่ายได้น้อยกว่าการให้ราคาพิเศษสำหรับยาชื่อสามัญที่เข้าตลาดตัวแรก และสำหรับยาชื่อสามัญที่มีผู้จำหน่ายแล้วหลายรายควรกำหนดราคาตามระยะเวลาที่ยาครบอายุสิทธิบัตร<sup>(๙)</sup>

ในประเด็นที่ ๒ ข้อมูลการซื้อยาของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ทำให้เห็นความแตกต่างของราคาซื้อยาของโรงพยาบาลเมื่อปรับด้วยปริมาณแล้ว การมีข้อมูลราคาซื้อมีส่วนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อโดยช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ซื้อยาในราคาที่สูงเกินไปได้ประมาณหนึ่งในสี่ของมูลค่าการซื้อเดิม<sup>(๑๐)</sup>

ในประเด็นที่ ๓ ข้อมูลการใช้จ่ายจากโรงพยาบาลขนาด

ใหญ่ในระบบจ่ายตรงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทำให้เห็นว่า การกำหนดราคาเบิกจ่ายโดยอิงกับราคามัธยฐานของยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันจะประหยัดค่าใช้จ่ายได้สูงสุด (เกือบครึ่งหนึ่ง) และมากกว่าการกำหนดราคาอ้างอิงสำหรับยาที่มีชื่อสามัญเดียวกัน (หนึ่งในห้า)<sup>(๑๑)</sup>

ประเด็นสุดท้าย ได้ข้อสรุปว่า ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง เต็มใจที่จะร่วมจ่ายไม่เกิน ๔ บาทต่อวันสำหรับการเปลี่ยนจากยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ simvastatin เป็น rosuvastatin ซึ่งอยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และไม่เต็มใจที่จะมีส่วนร่วมจ่ายหากต้องเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่น<sup>(๑๒)</sup>

นอกจากการศึกษาวิจัยทั้ง ๔ ประเด็นข้างต้นแล้ว แผนงานวิจัยฯ ได้สนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลรหัสยามาตรฐาน ๒๔ หลักของกระทรวงสาธารณสุขเข้ากับรหัส Anatomical, Therapeutic and Chemical (ATC) และ defined daily dose (DDD) ขององค์การอนามัยโลก และจำแนกคุณลักษณะของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติและการจำหน่ายในตลาด<sup>(๑๓)</sup> ข้อมูลดังกล่าวทำให้การพัฒนาศักยภาพด้านการวิเคราะห์ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านยาของโรงพยาบาลภายใต้แผนงานวิจัยฯ สามารถรองรับระบบการติดตามค่าใช้จ่ายและการใช้ยาในอนาคต<sup>(๑๔)</sup>

### ข้อเสนอเพื่อควบคุมราคาขายในอนาคต

การควบคุมราคาขายควรเริ่มจากการพัฒนากลไกควบคุมราคาขายของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นเครื่องมือควบคุมราคาขายทางอ้อม ในระยะยาวควรผลักดันให้ผู้ผลิตต้องเปิดเผยโครงสร้างต้นทุนร่วมกับราคาขายเพื่อใช้เป็นเงื่อนไขในการพิจารณาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ

เนื่องจากศักยภาพในการลดค่าใช้จ่ายด้านยาขึ้นกับคุณลักษณะของยาในตลาด การกำหนดราคาซื้อสำหรับยาใหม่ที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวหรือน้อยรายในระดับประเทศควรใช้วิธีจัดซื้อร่วมและต่อรองราคา การเพิ่มขีดความสามารถในการต่อรองอัตราร่วมมีระหว่างกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมี





ข้อมูลด้านอุปทาน (supply) และกองทุนของระบบประกันสุขภาพซึ่งมีข้อมูลด้านอุปสงค์ โดยพัฒนาวัตกรรมการจัดซื้อ ร่วมและต่อรอง เช่น การใช้ระบบร่วมเสี่ยงตามปริมาณใช้และการประเมินความคุ้มค่าของยา ควรพัฒนากลไกติดตามราคา ยาที่โรงพยาบาลจัดซื้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน และเป็นตัวแทนของทั้งประเทศ

สำหรับการกำหนดราคาเบิกจ่าย ควรลดแรงจูงใจ สำหรับการใช้จ่ายต้นแบบที่มียาชื่อสามัญทดแทน และยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวซึ่งอยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ควรพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นบัญชียาเพื่อการเบิกจ่าย (reimbursed lists) ของระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุน สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ควรปรับราคาเบิกจ่ายสำหรับยาชื่อสามัญในบัญชียาหลักแห่งชาติในอัตราที่จูงใจโรงพยาบาลมากกว่ายานอกบัญชียาหลักๆ โดยมีทางเลือกการตั้งราคาเบิกจ่ายสำหรับยานอกบัญชียาหลักๆ ดังนี้

ก. ยาที่ไม่มีประสิทธิผลทางการรักษาชัดเจน ให้อ้างอิงราคาเบิกจ่ายกับยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันหากมีผู้จำหน่ายหลายราย หรืออ้างอิงกับยาชื่อสามัญในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหรือข้อบ่งใช้เดียวกัน

ข. ยาที่มีประสิทธิผลทางการรักษาชัดเจนแต่มีราคาแพง ให้ใช้อัตราการเบิกจ่ายซึ่งไม่ผูกกับราคาซื้อ แต่จ่ายเป็นค่าบริการร่วมกับการต่อรองราคาซื้อกับผู้ผลิตโดยวิธีร่วมเสี่ยงตามปริมาณใช้ หรือตามคุณค่าของยา

หากกำหนดราคาเบิกจ่ายโดยอ้างอิงกับยาชื่อสามัญในบัญชียาหลักแห่งชาติ อาจทำให้ผลตอบแทนแก่โรงพยาบาลลดลง เพราะราคาเบิกจ่ายอาจมีมูลค่าต่ำกว่าต้นทุนสำหรับการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลอาจต้องการผลกำไรดังกล่าวให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว การกำหนดราคาเบิกจ่ายควรกำหนดในลักษณะที่ให้ผลตอบแทนที่เป็นส่วนต่างจากต้นทุน โดยกำหนดให้ส่วนต่างที่โรงพยาบาลจะได้กำไรนี้ให้สูงสุดสำหรับยาชื่อสามัญในบัญชียาหลักแห่งชาติ รองลงมาสำหรับยาในบัญชียาหลักๆ ที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว และยานอกบัญชียาหลักๆ ที่มีประสิทธิผลชัดเจน ตามลำดับ

การมีข้อมูลที่เป็นมาตรฐานและถูกต้อง เป็นเรื่องจำเป็น สำหรับการกำหนดนโยบายแบบอิงหลักฐาน ดังนั้น จึงควรมีหน่วยงานพัฒนาและบำรุงรักษาข้อมูลคุณลักษณะของยา เช่น รหัสและธาตุข้อมูล นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้มีการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาศักยภาพการวิเคราะห์ปัจจัยของค่าใช้จ่ายด้านยาของสถานพยาบาล เพื่อป้องกันข้อมูลอุปสงค์สำหรับใช้ในการต่อรองราคาซื้อและกำหนดราคาเบิกจ่าย

ควรมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการติดตามราคา ยาในระยะยาว เพื่อการบำรุงรักษาฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ตั้งแต่ขั้นตอนการเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ การซื้อจริงโดยสถานพยาบาล และการใช้จ่ายและเบิกจ่ายค่ายาในระดับรายบริการของสถานพยาบาล มีการติดตามเปรียบเทียบราคาอย่างต่อเนื่อง สำหรับดัชนีราคาในภาพรวมทั้งราคาซื้อและราคาเบิกจ่ายของสถานพยาบาล และสำหรับราคายา เฉพาะที่เป็นเป้าหมาย

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนา นโยบายราคายา คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ริเริ่มและผลักดันให้มีแผนงานฯ

## เอกสารอ้างอิง

๑. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [on line]. 2548 [cite 2011 Feb 14] Available from: URL: <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2005-2007/report2005-6-4.pdf>
๒. นุศราพร เกษสมบุรณ์, รุ่งเพชร สกฤตบำรุงศิลป์. การพัฒนาบัญชีรายจ่ายด้านยาแห่งชาติ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๕.
๓. Lu ZJ and Comanor WS. Strategic pricing of new pharmaceuticals. The Review of Economics and Statistics 1998;80(1):108-118.
๔. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Vasavid C, Prakongsai P, Pongutta S. Regulation of health service delivery in private sector: challenges and opportunities. Technical partner paper 8. The Rockefeller Foundation-sponsored initiative on the role of the private sector in health systems in developing countries. International Health Policy Program (IHPP); 2009.

๕. OECD Health Policy Studies. Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. France: OECD Publication; 2008.
๖. อินทิรา ยมาภัย, อดุลย์ โมฮารา, วันดี กริชอนันต์, คัทฉางค์ ไชยศิริ, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทยระหว่างปี ๒๕๔๕-๒๕๕๑. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; ๒๕๕๒.
๗. จุฬารัตน์ ลิมวัฒนานนท์, นพคุณ ธรรมธัชชารี, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, พัทธนี ธรรมวันนา, สุพล ลิมวัฒนานนท์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๔; ๕: ๑๔๕-๕๕.
๘. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการ. หนังสือที่ กค. ๐๔๑๗/ว.๑๗๗. (ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕).
๙. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์. กลยุทธ์การกำหนดและควบคุมราคา: ก่อนขาย (หลังจากขึ้นทะเบียนยา) เมื่อคัดเลือกรักษาแห่งชาติ และโดยผู้จ่ายค่ายารายใหญ่. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๕.
๑๐. รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์, นุศราพร เกษสมบูรณ์, ศิริพา อุดมอักษร, ไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง. PAC-DSS: ระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามราคาและวิเคราะห์ขีดความสามารถในการจัดซื้อผลิตภัณฑ์ยาของภาครัฐตามแนวทางของ PAC. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๕.
๑๑. เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, อังคณา แสงนภากาศ, อรลักษณ์ พัฒนาประทีป. ระบบราคาอ้างอิงของยาในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๕.
๑๒. สุรฉัตร งามสุรเชษฐ์. ความชอบและความเต็มใจจ่ายค่ายาของผู้ใช้สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ: กรณีศึกษาในกลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitors (Statins). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๕.
๑๓. อัญชลี จิตรกนที. การจัดเตรียมข้อมูลและพัฒนารหัสยามาตรฐานสำหรับประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๕.
๑๔. อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา, สมชาย สุริยะไกร, พิมพ์ประภา กิจวิธิ, รัชตะ อุลมาน, จุฬารัตน์ ลิมวัฒนานนท์, ธนรรจน์ รัตนโชติพานิช และคณะ. การวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยาจากฐานข้อมูล OP ๑๘ เพิ่มมาตรฐาน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๕.