

การจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยา: กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินของ สปสช. เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ศิริพา อุดมอักษร*

บุศราพร เกษสมบุญ†

สุรฉัตร ช่อสุรเชษฐ์*

รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์‡

อันทรา กาญจนพิบูลย์§

ไพฑิพย์ เหลืองเรืองรอง#

กุลวดี ศรีพานิชกุลชัย¶

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายยาผู้ป่วยนอกให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เฉพาะกรณีส่งต่อ อุบัติเหตุ ฉุกเฉินและผู้พิการ การวิจัยนี้ใช้แนวคิดสำคัญ 3 ประการในการออกแบบหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายยา ได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดคุณภาพทั้งด้านผลิตภัณฑ์ยา และด้านคุณภาพการรักษา การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและความยั่งยืนของระบบการเบิกจ่ายยา ทำการทดสอบรูปแบบตั้งต้นแบบต่างๆ โดยใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายยาปี 2555 ของโรงพยาบาล 9 แห่งจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาได้เสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายยาในรูปแบบอัตราส่วนลดลอยแบบขั้นบันไดตามราคาขายที่เพิ่มขึ้น โดยกำหนดอัตราแตกต่างกัน 3 รูปแบบ คือ สำหรับการเบิกจ่ายยาโดยทั่วไป การเบิกจ่ายยาสำหรับผลิตภัณฑ์ยามาตรฐาน GMP-PICs และผลิตภัณฑ์ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index) เพื่อให้เป็นกลไกสนับสนุนให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพมาตรฐานและคงมาตรฐานคุณภาพการรักษาพยาบาลในกรณีผลิตภัณฑ์ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ ในขณะเดียวกันได้จัดวางกลไกเพื่อความยั่งยืนของระบบโดยกำหนดให้ใช้ราคากลางของยาซึ่งประกาศโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นราคาฐานสำหรับคำนวณราคาเบิกจ่าย เนื่องจากกระบวนการประกาศราคากลางเป็นกลไกที่มีอยู่แล้ว และมีการปรับปรุงข้อมูลตามราคาขายที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นระยะอีกด้วย สำหรับกลไกการควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่ได้วางไว้ในข้อเสนอคือ การกำหนดราคาเบิกจ่ายที่ราคาเดียวสำหรับยาที่มีชื่อสามัญทางยาชื่อเดียวกัน กำหนดอัตราบวกเพิ่มที่น้อยลงสำหรับบาทต่างๆของค่ายา เป็นเงื่อนไขที่ส่งเสริมให้ผู้ให้บริการเลือกใช้ยาราคาถูกมากกว่าราคาแพง ร่วมกับกำหนดอัตราบวกเพิ่มในอัตราต่ำกว่าอัตราบวกเพิ่มสำหรับตั้งราคาขายที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลาง โดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางการเงินในทางลบต่อโรงพยาบาล

การศึกษานี้ได้พัฒนาข้อเสนอหลักเกณฑ์ และรูปแบบในการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาผู้ป่วยนอกในกรณีส่งต่อ อุบัติเหตุ ฉุกเฉินและผู้พิการ โดยข้อเสนอดังกล่าวได้สอดคล้องกับกลไกสำคัญๆให้เป็นรูปแบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาที่มีความยั่งยืน ส่งเสริมคุณภาพการรักษาพยาบาลด้วยค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล เป็นทางเลือกเชิงนโยบายหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในระบบประกันสุขภาพ

คำสำคัญ: ราคาเบิกจ่าย, การเบิกจ่ายยา, ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยนอกพิการ, อุบัติเหตุฉุกเฉิน

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

†คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

‡คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

§คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

#ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข

¶ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ



Abstract Setting reimbursement prices for pharmaceuticals: Cases of outpatient referral, disability, accident, and emergency for Bangkok-region National Health Security Office
Siripa Udomaksorn*, Nusaraporn Kessomboon†, Surachat Ngorsuraches*, Rungpetch Sakulbumrungsil‡, Inthira Kanchanaphibool§, Paithip Luangruangrong#, Kunwadee Sripanidkulchai¶
*Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla University, †Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, ‡Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University, §Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, #Drug and Medical Supply Information Center (DMSIC), Ministry of Public Health, ¶National Electronics and Computer Technology Center

The objective of this study was to develop drug reimbursement prices for National Health Security Office (NHSO) Region #13, Bangkok. Specifically, it was intended to be used for outpatient referrals, disability, accident, and emergency. Proposed models were tested with claim data of nine hospitals. This study adopted three criteria, including quality, cost containment, and sustainability, to conceptualize the framework for the reimbursement prices.

Results proposed 3 different models of regressive mark-up proportion for reimbursed price setting. These 3 models were tailored for 3 different groups of drug: pharmaceutical product in general, pharmaceutical product by GMP-PICs assured manufacturers and pharmaceutical product with Narrow therapeutic index; in order to promote uses of quality assured product and maintaining quality of health care service. The mechanism to ensure system sustainability was assigned by employing the reference prices enacted by Ministry of Public Health as the based price to calculate reimbursed price. This consistent and updated input of based price data will be promised. A number of cost containment mechanisms were also built in this model: setting single reimbursed price for one generic name of drug, assigning lower rate of markup proportion than what Comptroller General's Department established, regressive markup proportion for the later baht of drug price which aimed to encourage cheaper pharmaceutical products prescribing. Finally, financial impact to stakeholders was thoroughly investigated and ensured.

In conclusion, this study proposed a model of pharmaceutical reimbursed price setting for cases of out outpatient referrals, disability, accident and emergency. A number of crucial mechanisms has been deliberately incorporated in the model ensuring sustainability, promoting quality of care and optimal expenditure. This reimbursed price setting model is an applicable policy option for Thai health insurance system.

Keywords: reimbursement price, drug reimbursement, universal coverage, out-patient referral, disability out-patient, accident and emergency

ภูมิหลังและเหตุผล

จากรายงานในปี 2551 สัดส่วนประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ* และการเป็นสังคมผู้สูงอายุจะส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญกับปัญหาภาระการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก การส่งต่อเมื่อมีความซับซ้อนมากขึ้นจากโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ

*รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย 2550. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เพิ่มขึ้นตามมา ดังนั้น การออกแบบหรือการเตรียมความพร้อมของการบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับประเทศไทย

เป็นที่ทราบกันดีว่าระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศไทยที่ครอบคลุมจำนวนประชากรของประเทศมากที่สุด คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดูแลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และเพื่อให้การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพ สปสช. จึงแบ่งพื้นที่ที่ความรับผิดชอบออกเป็น 13 เขตทั่วประเทศ แต่ละเขตพื้นที่ประกอบด้วย 5-8 จังหวัด ยกเว้นเขต 13 ที่ประกอบด้วยกรุงเทพมหานครเพียงจังหวัดเดียว รับผิดชอบ

โดยสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งในเขตนี้จะมีความแตกต่างหลายประการจากเขตอื่นๆ เช่น ความหลากหลายของลักษณะประชากรทั้งด้านสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ความหลากหลายของสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการประจำที่ให้บริการในเขตความรับผิดชอบซึ่งมีกระทรวงต้นสังกัดแตกต่างกัน เป็นต้น

การให้บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้พิการของหน่วยบริการประจำ เป็นบริการหนึ่งที่สามารถดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ ปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครกำหนดการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการในกรณีดังกล่าวให้แก่สถานพยาบาลตามจริงโดยมีเพดานไม่เกิน 1,400 บาทต่อครั้งที่ผู้ป่วยพิการมารับบริการ ส่งผลให้หน่วยบริการประจำพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายของการรับบริการแต่ละครั้งให้อยู่ในวงเงิน 1,400 บาท และจากข้อมูลการใช้บริการที่ผ่านมา พบว่า สถานพยาบาลบางแห่งมีการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเป็นจำนวนน้อยในระยะเวลาที่สั้นลงเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้สูงกว่าเพดานที่จ่ายชดเชยต่อครั้ง เป็นผลให้ผู้ป่วยพิการต้องมารับยาที่หน่วยบริการบ่อยครั้งมากขึ้น ทั้งที่ผู้พิการมีความยากลำบากในการเดินทาง และยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการอีกด้วย จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ

นอกจากนี้ ในกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกไปยังหน่วยบริการระดับที่สูงกว่า อันเนื่องมาจากเกินศักยภาพของหน่วยบริการประจำ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยพิการและอุบัติเหตุฉุกเฉิน หน่วยบริการประจำที่เป็นผู้ส่งต่อตามจ่ายค่าบริการตามรายการที่หน่วยบริการรับผู้ป่วยเรียกเก็บตามจริง โดยใช้เงินในจำนวนจำกัดที่ได้รับการจัดสรรแบบเหมาจ่ายต่อหัวผู้ป่วยกรณีบริการผู้ป่วยนอก ทำให้หน่วยบริการประจำอาจได้รับผลกระทบทางลบในทางการเงินในกรณีนี้ จึงอาจส่งผลต่อการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า หน่วยบริการผู้รับผู้ป่วยแต่ละแห่งเรียกเก็บค่าบริการหรือผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันในอัตราที่แตกต่างกันเนื่องจากไม่มีอัตราจ่ายกลางเพื่ออ้างอิงร่วมกัน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจึงได้มีแนวคิดที่จะพัฒนาหลักเกณฑ์การ

กำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาตามรายการเพื่อใช้อ้างอิงสำหรับการเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้พิการ และกรณีส่งต่อเพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และแก้ปัญหาความแตกต่างของอัตราเรียกเก็บค่ายาชนิดเดียวกันระหว่างสถานบริการกรณีส่งต่อ อย่างไรก็ตาม การกำหนดราคาเบิกจ่ายยาเป็นนโยบายที่มีความซับซ้อน ส่งผลกระทบโดยตรงกับหลายฝ่าย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบสุขภาพ รวมไปถึงอุตสาหกรรมยาในภาพรวม จึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังและรอบคอบ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเสนอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครนำไปใช้เพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการเบิกจ่ายต่อไป

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในแต่ละประเทศที่ใช้ระบบราคาอ้างอิงจะมีวิธีการกำหนดราคาอ้างอิงที่แตกต่างกันออกไป เช่น การใช้ค่าเฉลี่ยของราคา (average price of medicines) การใช้ค่าเฉลี่ยของราคาขายชื่อสามัญ (average price of generic medicines) การใช้ราคาขายต่ำสุด (lowest priced medicines) การใช้ราคาขายต่ำสุดของยาชื่อสามัญ (lowest priced generic medicines) การใช้ราคาเฉลี่ยของราคา 5 ตัวต่ำสุดของยาชื่อสามัญ (average of five lowest priced generic medicines) การใช้ราคาที่ยึดเป็นเปอร์เซ็นต์ของยาต้นแบบ (the percentage of originator medicine prices) การใช้ค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก (weighted average of all products in one group)⁽²⁾ การเลือกวิธีการในการกำหนดหรือคำนวณราคาอ้างอิงที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของยาที่อยู่ในกลุ่มและเป้าหมายที่ต้องการ เช่น จำนวนยาชื่อสามัญที่มีในกลุ่มนั้นและมาตรการการส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญ กรณีที่มียาชื่อสามัญจำนวนมากในประเทศ และมีการแข่งขันกันในด้านราคา การใช้ราคาเฉลี่ยของยาชื่อสามัญและมาตรการส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญก็อาจช่วยกระตุ้นให้มีการแข่งขันราคา



ของยาชื่อสามัญจนในที่สุดส่งผลให้ราคาอ้างอิงต่ำลงได้ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบราคาอ้างอิงจะเป็นระบบที่ไม่ได้หยุดนิ่ง แต่เป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ระเบียบวิธีศึกษา

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจาก 4 แหล่ง ในการพัฒนา และ ทดสอบวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เพิ่มข้อมูล OP และ OP refer ของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นข้อมูลการใช้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก จากสถานพยาบาลเพื่อเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี 2555 ส่วน OP refer เป็นเพิ่มข้อมูลการใช้บริการกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกในปีเดียวกัน ข้อมูลที่นำไปใช้ในการวิเคราะห์จากฐานข้อมูลนี้ประกอบด้วย รหัสโรงพยาบาล รหัสยา ชื่อยา หน่วยที่ใช้ ราคาต่อหน่วย และปริมาณการใช้รวม ในปี 2555 มีรายการยาที่เบิกจ่ายทั้งหมดในแฟ้ม OP และ OP refer เป็นจำนวน 25,881 และ 18,382 รายการตามลำดับ

2. เพิ่มข้อมูลรายการยาทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนยาในประเทศไทย จากสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา ในแฟ้มข้อมูลประกอบด้วยสมรรถข้อมูล เลขทะเบียนยา ชื่อยา รูปแบบยา ความแรง รหัส Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC) ชื่อยาตาม ATC รูปแบบยาตามทะเบียน ความแรงของยาตามทะเบียน ชื่อการค้า ชื่อบริษัท รหัสยามาตรฐาน 24 หลัก สถานะในบัญชียาหลักแห่งชาติ สถานะในตลาด โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 25,194 รายการ

3. เพิ่มราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกาศโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2553** ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลรายการยา ขนาดบรรจุ ราคากลางที่ไม่

รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม ราคากลางที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม จำนวน 546 รายการ

4. แฟ้มรหัสยาของบางโรงพยาบาลที่ให้ความอนุเคราะห์ ข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล รหัสยาโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงกับ รหัสมาตรฐานด้านยา 24 หลัก

วิธีการศึกษา

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ดังต่อไปนี้

1. การสรรหาวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายยา

ในการสรรหาวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายยาเริ่มต้นด้วยการ กำหนดหลักการที่ดีที่สามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพได้ โดยอาศัยวิธีการระดมสมองนักวิชาการในสาขาเศรษฐศาสตร์ทางยาและสาขาเภสัชกรรมคลินิกจากคณะเภสัชศาสตร์ผู้มีประสบการณ์ในการวิจัยราคาขายในประเทศ ไทยจำนวน 5 ท่านจาก 4 มหาวิทยาลัย ทั้งนี้ ยึดหลักการการ คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและความยั่งยืนของ ระบบราคาเบิกจ่ายเป็นหลัก

จากนั้นได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาหาวิธีการ คิดราคาเบิกจ่ายค่ายาของประเทศต่างๆ⁽¹⁻⁵⁾ รวมถึงรวบรวม นโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย และพัฒนาเป็นทางเลือกวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายยาจำนวนหนึ่ง ใช้เป็นรูปแบบตั้ง ต้นที่นำไปพัฒนา ทดสอบและคัดเลือกวิธีการคิดราคาเบิกจ่าย ค่ายาที่เหมาะสมต่อไป

2. การทดสอบวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายา

หลังจากที่ได้หลักการและรูปแบบทางเลือกตั้งต้นในการ กำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาแล้ว ได้นำวิธีการคิดราคาเบิกจ่าย ทางเลือกเหล่านี้ซึ่งประกอบด้วยวิธีการคิดราคาและนโยบาย ต่างๆมาตรวจสอบคุณลักษณะตามหลักการที่กำหนดไว้ เพื่อ ใช้เป็นต้นแบบของวิธีการในการพัฒนาและการทดสอบต่อไป

2.1 การเตรียมเพิ่มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

1) แยกเพิ่มข้อมูล OP และ OP-refer ออกเป็น รายโรงพยาบาลโดยใช้รหัสโรงพยาบาล ทั้งนี้ จากข้อมูลการ เบิกจ่ายทั้งหมดสามารถแยกเป็นข้อมูลรายโรงพยาบาลที่นำมา ใช้วิเคราะห์ได้เพียง 13 โรงพยาบาลจากทั้งหมด 41 โรงพยาบาล เท่านั้น เนื่องด้วยในการวิเคราะห์จำเป็นต้องใช้รหัสยา

**ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2553 เข้าถึงทาง <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/node/4172>

มาตรฐานในการบ่งชี้ผลิตภัณฑ์ยา แต่มีโรงพยาบาลจำนวนน้อยที่ได้เชื่อมโยงรหัสยาของโรงพยาบาลเข้ากับรหัสยามาตรฐานจากขั้นตอนนี้จะได้เพิ่มข้อมูลแยกเป็นรายโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยสดมภ์ข้อมูล รหัสโรงพยาบาล รหัสยา ชื่อยา หน่วยที่ใช้ ราคาต่อหน่วยและปริมาณการใช้รวม

2) ทำการเชื่อมโยงข้อมูลการเบิกจ่ายของแต่ละโรงพยาบาลเข้ากับเพิ่มข้อมูลรหัสยาของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงอยู่กับรหัสยามาตรฐาน เพื่อดึงเอารหัสยามาตรฐาน 24 หลักของรายการยาที่มีรหัสยาโรงพยาบาลตรงกันจากเพิ่มข้อมูลนี้ไปใส่ไว้ในเพิ่มข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ นอกจากนี้ยังนำข้อมูลรายละเอียดอื่นๆของยา เช่น รูปแบบ ความแรง ฯลฯ ที่มีอยู่ในเพิ่มรหัสยาของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงกับรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก เข้ามาในเพิ่มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ด้วย เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในขั้นตอนการทำความเข้าใจข้อมูล อีกหนึ่งทำให้สามารถเชื่อมโยงเพิ่มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เข้ากับเพิ่มข้อมูลรายการทะเบียนยาทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย เพื่อนำเข้าข้อมูลอื่นๆเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา เช่น รหัส ATC ชื่อบริษัทผู้ผลิตสถานะในบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นต้น

ถึงขั้นตอนนี้จะได้เพิ่มข้อมูลเบิกจ่าย OP และ OP-refer แยกตามโรงพยาบาลจำนวน 13 โรงพยาบาล รวมเป็น 26 เพิ่มข้อมูล ที่ประกอบด้วยสดมภ์ข้อมูล รหัสโรงพยาบาล รหัสยา ชื่อยา หน่วยที่ใช้ ราคาต่อหน่วย ปริมาณการใช้รวม เลขทะเบียนยา รหัส ATC ชื่อยาตาม ATC รูปแบบยาตามทะเบียน ความแรงของยาตามทะเบียน ชื่อการค้า ชื่อบริษัทรหัสมาตรฐาน 24 หลัก สถานะในบัญชียาหลักแห่งชาติและสถานะในตลาดของยาแต่ละรายการ

3) เพิ่มข้อมูลราคากลางเข้าสู่เพิ่มข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยการเชื่อมโยงเข้ากับเพิ่มราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ แต่เนื่องจากเพิ่มข้อมูลราคากลางนี้ไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก จึงต้องทำการเชื่อมโยงโดยใช้ ชื่อยา รูปแบบและความแรง เข้ากับเพิ่มรายการทะเบียนยาทั้งหมด ณ 31 มีนาคม 2554 เพื่อเพิ่มรหัสยามาตรฐานให้กับเพิ่มข้อมูลราคา

กลาง พบรายการยาที่ตรงกันทั้งหมด 10,626 รายการ และเมื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละรายการแล้ว คงเหลือรายการยาที่นำไปวิเคราะห์ได้ 8,058 รายการ หลังจากนั้น นำเพิ่มข้อมูลราคากลางที่มีรหัสยามาตรฐานแล้วไปเชื่อมกับเพิ่ม OP และ OP refer ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อดึงข้อมูลราคากลางเติมลงในเพิ่มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ เป็นเพิ่มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์สุดท้าย

ภายหลังจากทำการเชื่อมโยงเพิ่มข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3 วิธีร่วมกัน ได้แก่ (1)การสุ่มเปรียบเทียบข้อมูลรายการเดียวกันในเพิ่มข้อมูลแหล่งต่างๆที่นำมาเชื่อมโยงกันว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ (2)ตรวจสอบความตรงอีกครั้งด้วยการเชื่อมโยงเพิ่มข้อมูลโดยอาศัยตัวแปรเชื่อมมากกว่า 1 ตัวแปร เพื่อกรองให้มีจำนวนรายการยาที่จะนำมาตรวจสอบความตรงคราวละน้อยๆ (3)ตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลราคากลางด้วยการคำนวณความแตกต่างของราคาที่ตั้งเบิกจ่ายในเพิ่มข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครกับราคากลางพิจารณาผลต่างเทียบเคียงกับความเป็นไปได้จากสถานะของยาในตลาด

อย่างไรก็ตาม หลังจากการทำความเข้าใจข้อมูลพบว่าเพิ่มข้อมูล OP ของทุกโรงพยาบาลไม่สามารถนำมาใช้ในการศึกษาได้ เพราะบางโรงพยาบาลใช้รหัสยาเดียวกันในการบ่งชี้รายการยาต่างชนิดกัน ทำให้ไม่สามารถแยกแยะจำนวนยาที่เบิกของแต่ละโรงพยาบาลได้ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงสามารถใช้เพิ่ม OP refer ได้เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

2.2 การพัฒนาและการทดสอบวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายา ใช้วิธีการวิเคราะห์ดังนี้

1) เปรียบเทียบมูลค่าการเบิกจ่ายโดยใช้ราคาตั้งเบิกของโรงพยาบาล (แบบเดิม) กับมูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้ราคาเบิกจ่ายที่กำหนดโดยรูปแบบทางเลือกต่างๆที่ปริมาณการใช้เดียวกัน โดยเปรียบเทียบทั้งที่เป็นภาพรวมของโรงพยาบาลและยาแต่ละรายการ

2) ตรวจสอบผลกระทบทางการเงินต่อโรง



พยาบาลหากใช้วิธีการกำหนดราคาเบิกจ่ายในรูปแบบทางเลือกต่างๆเทียบกับแบบเดิม

3) ตรวจสอบผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในภาพรวมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเทียบกับรูปแบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายแบบเดิม

4) วิเคราะห์หารายการที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อหาวิธีการจัดการกับยาบางรายการที่อาจมีผลกระทบกับผู้ป่วยได้ง่ายเมื่อมีการกำหนดราคาเบิกจ่าย

3. การรับฟังความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง

ซึ่งเริ่มต้นด้วยคณะนักวิจัยนำเสนอแนวคิดหลักในการกำหนดราคา สำหรับเบิกจ่ายค่ายา วิธีการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และการทดสอบกับข้อมูลการใช้บริการจริงในกรณีส่งต่อ จากนั้นได้ขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้บริหารที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเงินการคลัง (Chief Financial Officers, CFO) และคณะอนุกรรมการหลัก

ประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อแนวคิดหลักในการกำหนดหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่ายา ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งคือ 2) กลุ่มผู้ให้บริการซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อแนวคิด รวมถึงแบบจำลองหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้น ในแง่ของความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการหากมีการนำไปใช้จริง

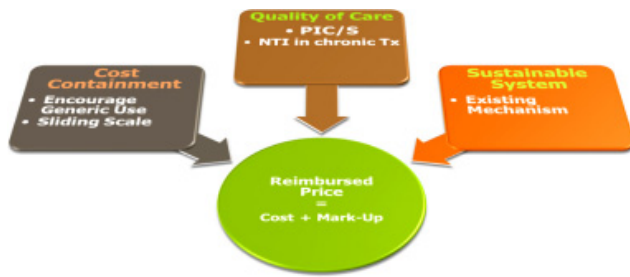
ผลการศึกษา

ผลจากการระดมสมองและการทบทวนวรรณกรรม พบว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ในการกำหนดวิธีการเบิกจ่ายค่ายา จะส่งผลให้พฤติกรรมการสั่งจ่ายของผู้ให้บริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสถานพยาบาลผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินรวมถึงผู้ผลิตยาในประเทศด้วย นอกจากนี้ความยั่งยืนของระบบก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้การกำหนดราคาเบิกจ่ายยาเป็นไปอย่างต่อเนื่องและทันต่อความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ การศึกษานี้จึงได้กำหนดหลักการสำคัญ 3 ประการ เป็นกรอบแนวคิดในการค้นหาหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่เหมาะสม ดังแสดงในรูปที่ 1

สำหรับวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมนั้น พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดราคาเบิกจ่าย 2 ประเด็นคือ ราคามาตรฐานสำหรับคิดราคาเบิกจ่าย (ราคาเบิกจ่าย = ราคามาตรฐาน + ส่วนบวกเพิ่ม) และรายการยาที่ให้เบิกจ่ายสำหรับราคามาตรฐานที่ใช้ในการคิดราคาเบิกจ่ายในประเทศอื่นๆ เช่น ใช้ค่าเฉลี่ยราคาซื้อขายของผู้ให้บริการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการที่กำหนดไว้ในเรื่องความยั่งยืนในประเทศไทย เพราะยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงที่ทำหน้าที่รวบรวมราคาซื้อขายของผู้ให้บริการเพื่อคำนวณหาค่าเฉลี่ย ประกอบกับราคายาที่ผู้ให้บริการซื้อจากผู้ผลิตมีความหลากหลายและเป็นข้อมูลที่ผู้ให้บริการไม่ต้องการเปิดเผย ลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความทันสมัยของราคาเบิกจ่ายค่ายาที่

ตารางที่ 1 จำนวนรายการใช้ยาผู้ป่วยนอก และกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนรายการของ OP/OP refer
1	595/661
2	29/12
3	753/632
4	195/574
5	275/-
6	570/195
7	1339/505
8	914/200
9	321/532
10	1173/362
11	345/686
12	825/745
13	123/6



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดราคาเบิกจ่ายค่ายา

กำหนดได้ แม้ว่าวิธีนี้อาจจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครไม่ให้สูงเกินไปได้แต่ไม่ได้ส่งเสริมเรื่องคุณภาพของการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่อย่างใด

ทางเลือกของการกำหนดราคาฐานที่นำมาพิจารณาในการศึกษาครั้งนี้คือ ระบบราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2553 ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ราคาในการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง มีกลไกในการปรับปรุงราคาให้ทันสมัย และได้รับการกลั่นกรองเพื่อให้เหมาะสมกับการจัดซื้อยาของผู้ให้บริการ จึงเชื่อได้ว่าเป็นระบบราคาที่มีความยั่งยืนและสามารถช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายได้ หากนำมาใช้เป็นราคาฐานสำหรับการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา ยิ่งไปกว่านั้นด้วยระเบียบราชการที่กำหนดให้โรงพยาบาลรัฐจะต้องจัดซื้อยาที่ราคาต่ำกว่าราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบราคากลางกับราคาต้นทุนประมาณการ ที่คำนวณจากสูตรการกำหนดราคาขายของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง พบว่า โดยเฉลี่ยราคากลางมีค่าสูงกว่าราคาต้นทุนประมาณการมากกว่า 20% (อยู่ในช่วง 0-80%) ทำให้แน่ใจได้ว่าการใช้ราคากลางเป็นราคาฐานสำหรับคำนวณราคาเบิกจ่ายจะไม่เกิดผลกระทบทางการเงินในทางลบต่อโรงพยาบาล

ในการกำหนดส่วนบวกเพิ่ม พบว่ารูปแบบการคิดเป็น % mark-up แบบขั้นบันไดซึ่งกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

กำหนดสำหรับผู้ให้บริการภาครัฐในการตั้งราคาขายยา เป็นรูปแบบที่น่าสนใจในการนำมากำหนดส่วนบวกเพิ่ม จากราคาฐาน เพราะเป็นรูปแบบที่ผู้ให้บริการภาครัฐทั่วประเทศคุ้นเคย และยังเป็นมาตรการที่เปิดโอกาสให้มีการส่งเสริมคุณภาพการให้บริการได้ด้วย เช่น การใช้มาตรการนี้กำหนดส่วนบวกเพิ่มในอัตราที่แตกต่างกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ให้บริการเลือกจ่ายอย่างสมเหตุสมผล เช่น กำหนดอัตราส่วนบวกเพิ่มสำหรับยาชื่อสามัญให้มากกว่ายาต้นแบบ เป็นต้น

สำหรับการกำหนดรายการยาที่จะให้เบิกจ่าย พบว่านโยบายเดิมซึ่งให้เบิกจ่ายเฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีความสอดคล้องกับหลักการที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงกลไกทางการเงินที่มีต่อการสั่งใช้ยาของผู้ให้บริการอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) โดยที่การเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์ยาจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา เนื่องจากระดับยาในเลือดของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปแม้เพียงน้อย นอกจากนี้ การส่งเสริมคุณภาพยาที่ผลิตในประเทศเป็นอีกประเด็นที่ไม่อาจละเลย การศึกษานี้จึงเสนอให้มีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบและยาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้ตามมาตรฐาน PIC/S-GMP แตกต่างจากยารายการอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการการส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการที่กำหนดไว้

ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลนำเข้าหลายประการ เช่น ไม่สามารถคำนวณราคาเบิกจ่ายได้ในยาบางรายการซึ่งไม่มีการกำหนดราคากลาง ประกอบกับไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลราคาซื้อยาของโรงพยาบาลได้ การบันทึกข้อมูลหน่วยขายแตกต่างกัน การบันทึกรายการของยาฉีดและยาแบ่งบรรจุมีความสับสน การศึกษานี้จึงจำกัดขอบเขตของการศึกษาไว้เพียงราคาเบิกจ่ายเฉพาะยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีราคากลางตามประกาศฯ และไม่รวมรูปแบบยาฉีดและยาแบ่งบรรจุ

ในขั้นตอนของการออกแบบและเตรียมรูปแบบทางเลือกในการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายานั้น สรุปได้ว่าราคาเบิกจ่ายที่เหมาะสมไม่ควรต่ำกว่าราคากลางและไม่สูงกว่าราคาขายที่กำหนดโดยอัตราส่วนบวกเพิ่มแบบขั้นบันไดตามระเบียบของ



กรมบัญชีกลางฯ การพัฒนาวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายาในการศึกษานี้จึงออกแบบทางเลือกโดยใช้ราคากลาง แล้วปรับเปลี่ยนอัตราส่วนบวกเพิ่มแบบขั้นบันไดเป็นทางเลือกระหว่าง 2 ทางเลือก ต่ำสุดและสูงสุดดังกล่าว ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลมูลค่าการเบิกจ่ายของยาเปรียบเทียบกับผลกระทบทางการเงินทั้งรายรายการและภาพรวมรายโรงพยาบาล สู้ตัดคัดเลือกวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายาทางเลือกได้ 4 วิธี ที่สอดคล้องกับหลักการที่กำหนดไว้ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาราคาเบิกจ่ายค่ายาต่อหน่วยที่คำนวณได้จากแต่ละวิธี ดังแสดงตัวอย่างในตารางที่ 3 ซึ่งสังเกตได้ว่า ยาที่มีราคากลางสูงกว่า 1 บาทต่อหน่วย ราคาเบิกจ่ายจากวิธีที่ 1 ให้ค่าต่ำสุด และราคาเบิกจ่ายจากวิธีที่ 2 ให้ค่าสูงสุด ในขณะที่ราคาเบิกจ่ายต่อหน่วยจากวิธีที่ 3 และ 4 มีผลที่น่าสนใจคือ หากยามีราคากลางอยู่ในช่วง 1 ถึง 10 บาท ราคาเบิกจ่ายต่อหน่วยจากวิธีที่ 3 จะต่ำกว่าที่คำนวณได้จากวิธีที่ 4 แต่หากยามีราคากลางสูงกว่า 10 บาท วิธีที่ 3 จะให้ค่าราคาเบิกจ่ายต่อหน่วยสูงกว่าวิธีที่ 4

เมื่อคำนวณมูลค่ายาเฉพาะยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคากลาง และไม่ใช่นิยามิตหรือยาแบ่งบรรจุ จะได้มูลค่ายาตามวิธีต่างๆดังแสดงในตารางที่ 4 ทั้งนี้ จากข้อมูลโรงพยาบาลทั้งหมด 13 แห่ง พบว่ามี 4 โรงพยาบาลที่มีรายการยาจำนวนน้อย และมีข้อมูลราคาลับสนอนอาจมีสาเหตุ

มาจากปัญหาในการบันทึกข้อมูล จึงทำให้มีผลการศึกษาเพียง 9 โรงพยาบาล พบว่ามูลค่ายาที่สำนักหลักงานประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครต้องจ่ายชดเชยจะมีมูลค่าต่ำสุดเมื่อคำนวณราคาเบิกจ่ายด้วยวิธีที่ 3 มีมูลค่าสูงขึ้นเมื่อใช้วิธีที่ 4 และจะมีมูลค่าเบิกจ่ายสูงที่สุดเมื่อใช้วิธีที่ 2

อย่างไรก็ตาม มูลค่าการเบิกจ่ายตามวิธีที่ 2 ที่คำนวณในการศึกษานี้เป็นการคำนวณจากราคากลาง ซึ่งไม่ใช่ราคา "ต้นทุน" ตามประกาศของกรมบัญชีกลางซึ่งจะให้ค่าราคาเบิกจ่ายที่สูงเกินไป ดังนั้นวิธีการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่เหมาะสมควรเป็นวิธีที่ 3 หรือ 4 แต่เมื่อพิจารณาส่วนต่างของมูลค่าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครต้องจ่ายชดเชย เมื่อใช้วิธีที่ 3 และ 4 กับมูลค่าที่โรงพยาบาลเบิกจ่ายปัจจุบัน พบว่า การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาด้วยวิธีที่ 4 น่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด

ผลการศึกษารูปแบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับกลุ่มยาที่มีช่วงการรักษาแคบ และยาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้มาตรฐาน PIC/S-GMP แสดงในตารางที่ 5 โดยการใช้จ่ายในกลุ่มที่มีช่วงการรักษาแคบมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าการควบคุมค่าใช้จ่าย ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนยาอันเนื่องมาจากความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาหรือพยายามส่งเสริมให้มีการใช้ยาที่ผลิตในประเทศ จึงแยกหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับกลุ่มยาที่มี

ตารางที่ 2 วิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายา

วิธีที่ 1 (ราคากลาง) บาท	วิธีที่ 2 (กรมบัญชีกลาง) บาท	วิธีที่ 3 บาท	วิธีที่ 4 บาท
0.01-0.20	0.50	0.50	0.50
0.21-0.50	1.00	1.00	1.00
0.50-1.0	1.50	1.50	1.50
1.01-10	1.50+125% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	ราคากลาง+20%	1.50+115% ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.01-100	13+120% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	ราคากลาง+15%	12+110% ของส่วนที่เกิน 10 บาท
100.01-1,000	126+115% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	ราคากลาง+10%	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000	1,161+110% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	ราคากลาง+5%	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

ช่วงการรักษาแคบที่เป็นยาต้นแบบ ออกจากที่ผลิตในประเทศ โดยใช้รูปแบบการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายาวิธีที่ 4 ที่ได้เสนอไว้ข้างต้น สำหรับกลุ่มยาที่มีช่วงการรักษาแคบที่ผลิตในประเทศ เช่นเดียวกับยาอื่นๆ แต่ในกรณียาต้นแบบในกลุ่มนี้ กำหนดให้มีอัตราส่วนบวกเพิ่ม 5% เท่ากันทุกช่วงราคากลาง ระหว่าง 1 บาท ถึง 1,000 บาท ส่วนยาที่มีราคาแพงกว่า 1,000 บาทให้เบิกจ่ายเท่ากับราคากลาง ทั้งนี้ อัตราส่วนบวกเพิ่ม 5% นี้ มาจากอัตราส่วนบวกเพิ่มที่ต่ำที่สุดของทางเลือกการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาวิธีที่ 4 นั่นเอง ส่วนยาที่ผลิตโดยโรงงานในประเทศที่ได้มาตรฐาน PIC/S-GMP ซึ่งมักจะมีราคาต่ำอยู่แล้วจะกำหนดให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราส่วนบวกเพิ่มที่กำหนด โดยกรมบัญชีกลาง (วิธีที่ 2) เป็นกลไกส่งเสริมให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปถึงการพัฒนาคุณภาพการผลิตของอุตสาหกรรมยาในประเทศ

อย่างไรก็ตาม พบว่ายาในกลุ่มนี้บางรายการไม่มีราคากลาง ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์จากราคาต้นทุนของโรงพยาบาลจำนวน

หนึ่งที่ทำให้ความร่วมมือ พบว่าราคาที่ดีที่สุดที่จะนำมาใช้แทนราคากลางในการคำนวณราคาเบิกจ่ายสำหรับยาต้นแบบ คือราคายาที่ผู้ประกอบการเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ (ตามประกาศใน <http://www.nlem.in.th/medicine-price/quotations?index=P>) ส่วนยาที่ผลิตในประเทศจะใช้วิธีการประมาณการต้นทุนจากราคาเบิกจ่ายสูงสุดของโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูล โดยใช้สูตรการคำนวณของกรมบัญชีกลาง

จากการประชุมกลุ่มผู้ให้บริการเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อหลักเกณฑ์กำหนดราคาสำหรับเบิกจ่ายค่ายาเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2556 มีผู้เข้าเข้าร่วมประชุมเป็นตัวแทนจาก 13 โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครซึ่งครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลทุติยภูมิ โรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลเอกชน และคลินิก ผู้ให้บริการมีข้อกังวล 2 ข้อ ได้แก่ 1. ข้อกังวลเรื่องไม่สามารถจัดซื้อยาได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับราคากลาง ซึ่งผู้วิจัยจะได้เก็บข้อมูลเพื่อทดสอบต่อไป 2. ข้อกังวลเรื่องภาระการจัดการข้อมูล ซึ่งการจัดการข้อมูลทั้งหมดของ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างความแตกต่างของราคาขายต่อหน่วยจากแต่ละวิธี

วิธีที่ 1 บาท	วิธีที่ 2 บาท (% ที่แตกต่างจากวิธีที่ 1)	วิธีที่ 3 บาท (% ที่แตกต่างจากวิธีที่ 1)	วิธีที่ 4 บาท (% ที่แตกต่างจากวิธีที่ 1)
0.01	0.5 (4900)	0.5 (4900)	0.5 (4900)
0.02	0.5 (2400)	0.5 (2400)	0.5 (2400)
0.05	0.5 (900)	0.5 (900)	0.5 (900)
0.2	0.5 (150)	0.5 (150)	0.5 (150)
0.3	1 (233.33)	1 (233.33)	1 (233.33)
0.5	1 (100)	1 (100)	1 (100)
0.65	1.5 (130.77)	1.5 (130.77)	1.5 (130.77)
1	1.5 (50)	1.5 (50)	1.5 (50)
3	4 (33.33)	3.6 (20)	3.8 (26.67)
5	6.5 (30)	6 (20)	6.1 (22)
10	12.75 (27.50)	12 (20)	11.85 (18.5)
50	61 (22)	57.5 (15)	56 (12)
100	121 (21)	115 (15)	110.85 (10.85)
500	586 (17.20)	550 (10)	531 (6.2)
1000	1161 (16.10)	1100 (10)	1055.85 (5.58)



ตารางที่ 4 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายด้วยราคาขายต่อหน่วยจากแต่ละวิธี

	มูลค่าที่โรงพยาบาลตั้งเบิก (บาท)	วิธีที่ 1 (บาท)	วิธีที่ 2 (บาท)	วิธีที่ 3 (บาท)	วิธีที่ 4 (บาท)
รพ. 1	5,784,332.30	3,463,847.01	5,127,262.93	4,763,973.79	4,884,558.32
รพ. 2	4,390,721.50	2,752,120.13	3,998,016.89	3,727,748.39	3,794,685.29
รพ. 3	3,257,263.25	4,866,134.26	6,422,479.10	6,061,579.37	6,197,719.94
รพ. 4	3,043,667.89	3,043,667.89	4,369,731.24	4,065,981.46	4,145,074.29
รพ. 5	1,818,061.00	1,828,205.95	2,501,008.59	2,318,003.56	2,354,809.89
รพ. 6	567,834.00	309,377.81	459,865.78	426,577.42	439,129.20
รพ. 7	482,396.15	891,124.31	1,162,047.06	1,079,652.28	1,088,341.75
รพ. 8	278,181.00	246,878.40	374,497.77	353,752.72	356,531.78
รพ. 9	94,700.50	24,431.76	67,863.17	67,635.81	67,636.05
รวมทุก รพ.	24,491,139.20	16,758,442.10	24,038,348.97	22,485,339.11	22,980,174.93

ตารางที่ 5 วิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบและยาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้มาตรฐาน PIC/S-GMP

ราคากลาง (บาท)	Narrow therapeutic index (locals) วิธีที่ 4 (บาท)	Narrow therapeutic index (originals) (บาท)	PICS วิธีที่ 2 (บาท)
0.01-0.20	0.50	0.50	0.50
0.21-0.50	1.00	1.00	1.00
0.50-1.0	1.50	1.50	1.50
1.01-10	1.50+115% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+105% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+125% ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.01-100	12+110% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	12+105% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	13+120% ของส่วนที่เกิน 10 บาท
100.01-1,000	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	111+105% ของส่วน ของส่วนที่เกิน 100 บาท	126+115% ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,161+110% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

ระบบที่พัฒนาขึ้นจะอยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้สถานพยาบาลยังได้เสนอแนะให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจัดการรวมศูนย์จัดซื้อยาเพื่อลดต้นทุนค่ายา และให้ดำเนินการศึกษาทดสอบวิธีการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ข้อมูลจำนวนมากขึ้น

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา เพื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้ในกรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอกระหว่างสถานพยาบาลเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยพิการ อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน เพื่อให้มีมาตรฐานราคาขายในการเบิกจ่าย การวิจัย

นี้มีการกำหนดขอบเขตการจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยา เฉพาะรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักๆและที่มีราคากลางตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ รวมทั้งยากันชักที่มีการใช้มากในกลุ่มผู้ป่วยพิการ

แนวคิดในการจัดทำหลักเกณฑ์นี้อาศัยหลักการสำคัญ 3 ประการ ซึ่งเป็นการประยุกต์จากแนวคิดการจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายของประเทศต่างๆที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ 1.ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายควรส่งเสริมให้เกิดคุณภาพที่เหมาะสมของทั้งผลิตภัณฑ์ยาและคุณภาพการรักษายา 2.ระบบฯต้องบูรณาการกลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและไม่สร้างภาระด้านงบประมาณเกินความจำเป็น และที่สำคัญคือ 3.ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายต้องมีความยั่งยืน โดยเน้นการใช้ระบบข้อมูลที่มีอยู่แล้วเพื่อให้ระบบสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีความเป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาอย่างรอบด้านถึงผลกระทบต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นจากการนำระบบนี้ไปใช้ ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยแล้ว ยังอาจกระทบต่อสถานพยาบาลผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงิน รวมถึงผู้ผลิตยาในประเทศไทยได้ด้วย

กลไกของระบบจะต้องส่งเสริมให้เกิดคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องด้วยนโยบายการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ให้บริการเพื่อลดต้นทุนการจ่ายยา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษายา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง และเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มที่ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์ยาหากไม่จำเป็น เช่น ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ เป็นต้น เพราะการเปลี่ยนแปลงระดับยาในเลือดแม้เพียงน้อย ก็สามารถลดประสิทธิผลการรักษาได้ ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อผู้ให้บริการพยายามจัดหายาให้ราคาถูกกว่าราคาเบิกจ่ายที่กำหนดไว้ ผู้ผลิตยาในประเทศไทยก็อาจมีความพยายามในการลดต้นทุนเพื่อให้ได้ยาราคาถูกตามที่ผู้ให้บริการต้องการ จนอาจเกิดผลเสียต่อคุณภาพผลิตภัณฑ์ยา ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายที่พัฒนาขึ้นจึงได้แยกหลักเกณฑ์การคิดราคาเบิกจ่ายสำหรับกลุ่มยาที่มีช่วงการรักษาแคบ และผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตโดยผู้ผลิตที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน PIC/S-GMP

ออกจากยาโดยทั่วไป เพื่อป้องกันผลอันไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

การบูรณาการกลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา การศึกษานี้ได้พยายามหารูปแบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่เหมาะสมโดยไม่ทำให้รายได้ของผู้ให้บริการลดลงมากเกินไปจนไม่สามารถให้บริการได้อีกต่อไป ซึ่งจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยในที่สุด ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ทำให้ผู้จ่ายเงินต้องมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นมากเกินไป

ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายต้องมีความยั่งยืน ดังนั้นระบบกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นจะต้องได้รับการปรับปรุงให้มีความทันสมัย เท่าทันต่อความเปลี่ยนแปลงของตลาดและเชื่อมโยงกับกลไกหรือรายการแสดงราคายาที่มีอยู่เดิมในระบบยาของประเทศไทย

การศึกษานี้ ได้มีการวิเคราะห์ตรวจสอบความมั่นใจในการนำราคากลางมาใช้เป็นราคาฐานในการคำนวณราคาเบิกจ่ายค่ายา ซึ่งผลการศึกษายืนยันว่า หากโรงพยาบาลใช้ราคากลางเป็นมาตรฐานในการจัดซื้อยาโรงพยาบาลจะไม่ได้รับผลกระทบทางการเงินในทางลบจากระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นนี้อย่างแน่นอน อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์นี้ได้จากการประมาณการราคาต้นทุนด้วยวิธีที่ดีที่สุดที่คณะผู้วิจัยสามารถทำได้เท่านั้น เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลต้นทุนยาที่แท้จริงของโรงพยาบาลได้

จากการวิเคราะห์ทั้งความแตกต่างของราคาขายต่อหน่วยและมูลค่าจากแต่ละวิธีการคำนวณราคาเบิกจ่ายทำให้ได้ข้อมูลรอบด้าน เช่น หากราคากลางของยาอยู่ในช่วง 1 ถึง 10 บาท ราคาเบิกจ่ายต่อหน่วยจากวิธีที่ 3 ต่ำกว่าราคาเบิกจ่ายต่อหน่วยจากวิธีที่ 4 แต่เมื่อราคากลางเพิ่มขึ้นสูงกว่า 10 บาท ราคาเบิกจ่ายต่อหน่วยจากวิธีที่ 3 จะกลับสูงกว่าราคาเบิกจ่ายต่อหน่วยจากวิธีที่ 4 ซึ่งรายละเอียดเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย และเป็นการป้องกันกลยุทธ์ด้านราคาของบริษัทผู้ผลิต รวมถึงกลยุทธ์ในการปรับตัวในการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลเมื่อมีการนำนโยบายการกำหนดราคาเบิกจ่ายไปใช้จริง ซึ่งอาจส่งผลด้านลบต่อความยั่งยืนของระบบเบิกจ่ายค่ายาได้

การศึกษานี้ นับเป็นการพัฒนาหลักเกณฑ์การกำหนด



ราคาเบิกจ่ายค่ายาขึ้นแรกในประเทศไทยที่มีการนำคุณลักษณะบางอย่าง เช่น ยาที่มีช่วงการรักษาแคบและระดับมาตรฐานคุณภาพของผลิตภัณฑ์ยามาพิจารณาในการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา ซึ่งนอกจากจะเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาและความปลอดภัยในกระบวนการรักษาพยาบาลแล้ว ผู้สั่งใช้ยาจะให้ความยอมรับต่อนโยบายนี้เพิ่มขึ้น ทำนองเดียวกัน การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้มาตรฐาน PIC/S-GMP โดยให้อัตราส่วนบวกเพิ่มที่สูงกว่าส่งผลให้ผู้ให้บริการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพมาตรฐานซึ่งอาจมีราคาแพงกว่าโดยไม่ต้องกังวลต่อผลกระทบทางการเงิน กล่าวได้ว่าหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นได้สร้างกลไกส่งเสริมการยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลด้วยยาเข้าไปเป็นเนื้อเดียวกับระบบ มิได้มุ่งหวังแต่ควบคุมค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาที่มีราคาถูกเพียงอย่างเดียว ซึ่งทำให้เชื่อได้ว่าระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นนี้จะได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ป่วย ผู้สั่งใช้ยา ผู้จ่ายเงิน และผู้ผลิตยาในประเทศ

ข้อยุติ

จากแนวคิดและผลการศึกษาทั้งหมดสามารถสรุปข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำหรับกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกระหว่างสถานพยาบาล เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยพิการ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังตารางที่ 6

ข้อจำกัดที่สำคัญของการวิจัยนี้มีหลายประเด็น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่ใช้ในการทดสอบมีจำนวนน้อย และการที่ไม่สามารถเข้าถึงราคาต้นทุนซื้อขายที่แท้จริงของสถานพยาบาล ทำให้ต้องประมาณการต้นทุนจากราคาขายโดยใช้สัดส่วนบวกเพิ่มของกรมบัญชีกลาง จึงไม่สามารถวิเคราะห์ผลกระทบต่อผลกระทบทางการเงินที่มีต่อสถานพยาบาลหากมีการใช้ราคาเบิกจ่ายค่ายาได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ข้อจำกัดของรหัสมาตรฐานยาที่มีการนำมาใช้ ได้แก่ รหัสมาตรฐานด้านยา 24 หลัก ประกอบกับบัญชีข้อมูลยา และรหัสยามาตรฐานของไทยหรือรหัส (TMT-Thai Medicines Terminology) ที่ยังอยู่ระหว่างการพัฒนา รวมทั้งเลขทะเบียนยา ทำให้การเชื่อม

ตารางที่ 6 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกระหว่างสถานพยาบาล เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยพิการ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ราคากลาง (บาท)	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป (บาท)	ราคาเบิกจ่ายสำหรับยา NTI ในกรณีใช้ยาต้นแบบ (บาท)	ราคาเบิกจ่ายยาที่ซื้อจากผู้ผลิตมาตรฐาน GMP-PICS (บาท)
0.01-0.20		0.50	
0.21-0.50		1.00	
0.50-1.0		1.50	
1.01-10	1.50+115% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+105% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+125% ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.01-100	12+110% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	12+105% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	13+120% ของส่วนที่เกิน 10 บาท
100.01-1,000	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	126+115% ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,161+110% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

โยงข้อมูล (mapping) ระหว่างฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องทำได้ไม่สมบูรณ์

การศึกษาในขั้นตอนนี้ต่อไป ควรมุ่งเน้นศึกษาประเด็นสำคัญ 2 ประการคือ 1.การทดสอบและประเมินผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องจากระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้น และ 2.การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลระหว่างการใช้ระบบจ่ายตามรายการโดยราคาเบิกจ่ายที่กำหนด และการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก กรณีผู้พิการ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการตัดสินใจระดับนโยบายในการนำข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายานี้ไปใช้จริงในระบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ให้ความอนุเคราะห์ทุนสนับสนุนการวิจัย ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยตลอดจนการอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Dukes MNG, Haaijer-Ruskamp FM, de Joncheere CP, Rietveld AH. Drugs and Money, Price, Affordability, and Cost Containment. Amsterdam (Netherlands): IOS Press; 2003
2. Pieter D, Vulto A, Simoons S. Reference pricing systems in Europe: Characteristics and consequences. Generics and Biosimilars Initiative Journal 2012;1:127-31.
3. Carone G, Schwierz C, Xavier A. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Brussels(Belgium): Economic Paper 461 European Commission; 2012
4. Aaserud M, Austvoll-Dahlgren A, Kusters JP, Oxman AD, Ramsey C, Sturm H. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;2.
5. Galizzi MM, Ghislandi S, Hokkanen J, Kangasharju A, Linnosmaa I, Miraldo M, Valtonen H. Reference pricing in Finnish pharmaceutical markets: Pre-policy evaluation. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2009;25.
6. Galizzi MM, Ghislandi S, Miraldo M. Effects of reference pricing in pharmaceutical markets: a review. Pharmacoeconomics 2011; 29:17-33.