

มาตรการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลภาครัฐ: การทบทวนและวิเคราะห์ กลไกเชิงนโยบายระดับชาติ

จุฬารัตน์ ลิ้มวันวานนท์*

อัจฉราวรรณ โทภาคนาม*

พิมพ์ประภา กิจวโร*

เชิดชัย สุทรทาส*

พรพิศ ศิลขจร†

สุพล ลิ้มวันวานนท์*

หนึ่งฤทัย สุกใส*

อรอนงค์ วลัยจรเลิศ†

ธนวรรษ รัตนโชติพานิช†

ธนกร ชัยจิต‡

สัมฤทธิ์ ศรีรุ่งสวัสดิ์§

บทคัดย่อ

การใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงเป็นสาเหตุของการเติบโตอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ การศึกษานี้ทบทวนกลไกระดับชาติในการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในภาครัฐที่เคยมีการดำเนินการและที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน โดยเน้นการวิเคราะห์ในประเด็นการใช้จ่ายตามบัญชียาหลักแห่งชาติและระบบประกันสุขภาพ ภายใต้ข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ (1)การมีองค์กรที่กำหนดนโยบายด้านยาระดับชาติ (2)การใช้จ่ายตามบัญชียาหลักแห่งชาติ (3)การมีระบบติดตามและตรวจสอบการใช้จ่าย (4)การสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการจ่ายเงิน (5)การประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อประกันการมีงบประมาณอย่างยั่งยืนและมีค่าใช้จ่ายอย่างเท่าเทียม (6)การบังคับใช้เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขาย (7)การใช้แนวเวชปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และ (8)บทบาทของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็ง โดยสรุปบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นเครื่องมือพื้นฐานที่มีประโยชน์ทั้งการส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลและเพิ่มความยั่งยืนของระบบสุขภาพ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติมีผลงานที่ชัดเจนในการคัดเลือกยาที่เหมาะสมสำหรับสถานพยาบาล กลไกระดับชาติควรเกื้อหนุนนโยบายที่ลดแรงจูงใจในการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเฉพาะการใช้วิธีการจ่ายเงินที่เหมาะสมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลควรเร่งศึกษาการใช้ระบบจ่ายเงินแบบล่วงหน้าที่เหมาะสม โดยในระยะเปลี่ยนผ่าน ควรให้ความสำคัญกับการติดตามและตรวจสอบแบบแผนการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลแต่ละแห่งอย่างจริงจัง ทั้งนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ควรเป็นผู้นำในการประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม และเร่งดำเนินการในส่วนที่ขาด โดยเฉพาะการพัฒนาการศึกษาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล

คำสำคัญ: การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล บัญชียาหลักแห่งชาติ ระบบประกันสุขภาพ องค์การอนามัยโลก

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

†คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

‡สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

§สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

**Abstract Measures to promote rational use of medicines in public hospitals: a review and analysis of national policy interventions****Chulaporn Limwattananon*, Nungrutai Sooksai*, Acharawan Topark-Ngarm*, On-anong Waleekhachonloet†, Pimprapa Kitwiti*, Thananan Rattanachotphanit†, Cherdchai Soontornpas*, Thanaporn Chaijit‡, Pornpit Silkavut‡, Samrit Srithamrongsawat§, Supon Limwattananon*****Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, †Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University,**‡Health Systems Research Institute, §Health Insurance System Research Office*

Use of expensive non-essential drugs is a major driver of rapid growth of health care expenditure, especially for Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS). This study reviews past and ongoing national policy interventions aiming to promote rational use of drugs (RUD) in public sectors, with respect to National Lists of Essential Medicines (NLEM) and public insurance schemes. The study employs the World Health Organization framework on recommended interventions, including (1) national drug policy body, (2) NLEM, (3) monitoring and auditing system, (4) financial and payment incentives, (5) sufficient government expenditure to ensure availability of medicines, (6) ethical criteria for drug sales promotion, (7) clinical practice guidelines based on evidence-based medicines, and (8) the hospital pharmacy and therapeutic committee. In summary, the NLEM is a basic measure for promoting RUD and assuring sustainable insurance systems. The Sub-committee on essential drug list development under the national committee on drug system development has played a unique role in selection of drugs suitable for use in hospitals. The national agenda should advocate disincentive in the use of drugs outside the NLEM, using appropriate provider payment mechanism. The CSMBS board should encourage a rapid introduction of the prospective payment system. During a transition phase, hospitals should be closely monitored and audited for prescribing patterns. The newly appointed Drug and Medical Management and Reimbursement Committee should take a leading role in engaging co-operation from the hospitals and in harmonizing across the three public insurance schemes. Development of the education system in all levels to ensure rational drug use is urgently required as it has not been committed before.

Keywords: *Rational use of drug, National Lists of Essential Medicines, Health insurance, World Health Organization*

บทนำ

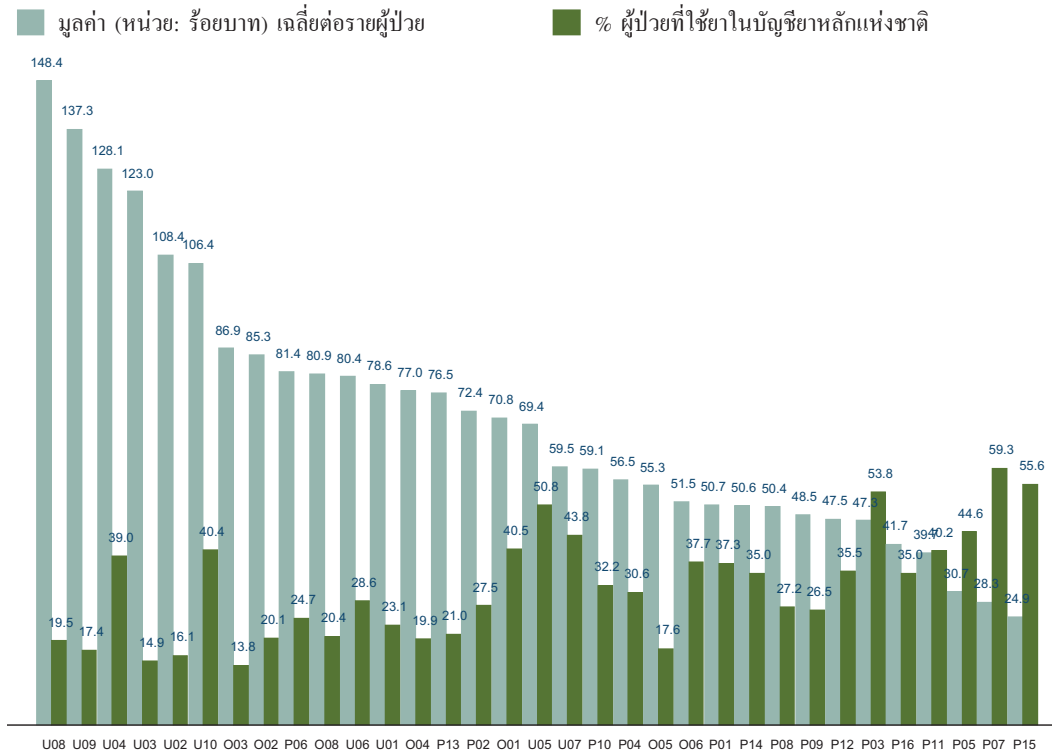
ภาพรวม ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศเติบโตเร็วกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product, GDP) และมีส่วนแบ่งจากค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 (พ.ศ. 2538-2542) เป็นร้อยละ 40 ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา โดยมีโรงพยาบาลเป็นช่องทางการกระจายหลัก (กว่าร้อยละ 70 ของตลาดยาแผนปัจจุบัน) คิดเป็นมูลค่าประมาณ 7 หมื่นล้านบาทในปี 2551⁽¹⁾

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งอาศัยบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นเครื่องมือเชิงนโยบาย มีเป้าหมายเพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงยาของผู้ป่วยและความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพ⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ในสภาพความเป็นจริง ยังมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติคิดเป็นมูลค่าไม่น้อย โดยเฉพาะในระบบสวัสดิการรักษายา

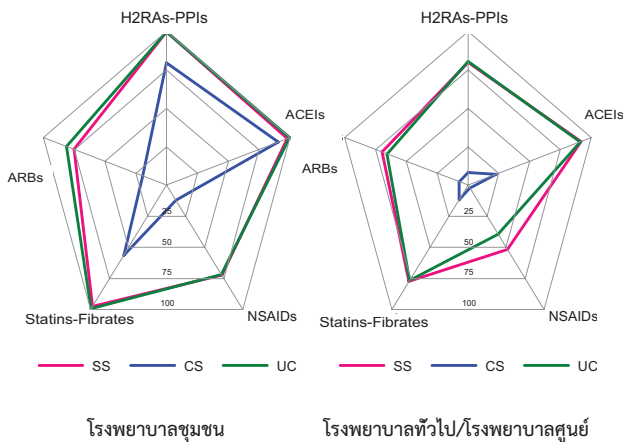
ข้าราชการ ซึ่งร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเกิดจากการใช้ยา และพบว่า โรงพยาบาลรัฐที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมักจะมีการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนค่อนข้างต่ำ (รูปที่ 1)⁽³⁾

ข้อมูลจากโครงการ Citizen Health Profile (CHP) ใน 8 จังหวัดนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยืนยันข้อค้นพบจากการศึกษาในอดีต⁽⁴⁻⁶⁾ การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CS) มีสัดส่วนต่ำกว่าของกองทุนประกันสังคม (SS) และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งให้บริการรักษายาพยาบาลในระดับตติยภูมิ (รูปที่ 2)

การวิจัยนี้หาค้นพบกลไกส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



รูปที่ 1 ค่าใช้จ่ายด้านยาและสัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติของโรงพยาบาลรัฐ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2555



รูปที่ 2 สัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ใน 5 กลุ่มยาสำคัญ จำแนกตามระบบประกันสุขภาพ 2553

หมายเหตุ H2RAs-PPIs -Histamine 2 receptor antagonists and proton pump inhibitors; ACEIs - Angiotensin converting enzyme inhibitors; ARBs -Angiotensin 2 receptor blockers; NSAIDs -Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

ในภาครัฐที่เคยมีการดำเนินการและที่กำลังดำเนินการในปัจจุบันของประเทศไทย

ระเบียบวิธีการศึกษา

ข้อมูลในบทความนี้สังเคราะห์มาจากการศึกษาเอกสารและการจัดประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การสืบค้นเอกสาร ได้รวบรวมข้อมูลการประชุมของคณะกรรมการชุดต่างๆที่เกี่ยวกับระบบยา การพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ การพัฒนาระบบการเบิกจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยวิเคราะห์ภายใต้กรอบมาตรการซึ่งเป็นข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกในรายงาน World Medicines Situation^(7,8) (รูปที่ 3) โดยเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และระบบประกันสุขภาพหลักเป็นสำคัญ

การประชุมระดมสมองได้ดำเนินการ 5 รอบ ครั้งที่ 1 เน้นที่เจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ทำงาน



Interventions to improve rational use of medicines

Since 1988, a number of intervention studies have been undertaken to identify effective methods to improve rational use of medicines. These findings represent a major improvement in the world drug situation. A recent WHO publication proposed 12 core policies to promote more rational use of medicines.³ These include:

- a mandated multi-disciplinary national body to coordinate medicine use policies
- clinical guidelines
- essential medicines list based on treatment choice
- drug and therapeutics committees in districts and hospitals
- problem-based learning in pharmacotherapy in undergraduate curricula
- continuing in-service medical education as a licensure requirement
- supervision, audit and feedback
- independent information on medicines
- public education about medicines
- avoidance of perverse financial incentives
- appropriate and enforced regulation
- sufficient government expenditure to ensure availability of medicines and staff

รูปที่ 3 ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในรายงาน World Medicines Situation⁽⁸⁾

ในคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งกรรมการในชุดทำงานที่เกี่ยวข้อง ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากกองทุนยา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง เกษตรกรและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประเภทต่างๆ ครั้งที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญระบบสารสนเทศด้านยา เกษตรกรโรงพยาบาลและเกษตรกรที่ปฏิบัติงานในส่วนกลาง สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 4 และ 5 จัดประชุมเพื่อตรวจทานข้อมูล ร่วมวิจารณ์ แสดงความคิดเห็น ระดมสมองเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะ (ภายหลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบร่างรายงานแล้ว)

ผลการศึกษา

1. องค์การกำหนดนโยบายระดับชาติ (national policy body)

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับนโยบายซึ่งดำเนินการภายใต้กลไกของรัฐในรูปแบบของคณะกรรมการระดับ

ประเทศ ได้แก่ (1) คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2) คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กระทรวงการคลัง และ (3) คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่าย ค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2551 ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นเลขานุการ ได้กำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นหนึ่งในสี่ยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนาระบบยาระหว่างปี 2555-2559 กลไกสำคัญที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นทางการและเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง คือ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่พิจารณาคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติตามคำแนะนำของคณะทำงานประสานผลการพิจารณาในบัญชียาหลักฯ ที่ทำงานหลักผ่านคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญฯ รวม 17 สาขา และผ่านคณะทำงานสนับสนุนเฉพาะด้าน คือ คณะทำงานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะทำงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยา

บัญชี จ.(2)๑ และคณะทำงานต่อรองราคายาในบัญชียาหลักๆ สำหรับคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งมีหน้าที่วิเคราะห์-สังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาของประเทศให้เป็นไปอย่างสมเหตุผลและดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยังไม่เห็นผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและมีความต่อเนื่องอย่างชัดเจน⁽⁹⁾ ในปี 2555 คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัด ที่อิงตามข้อเสนอแนะของ WHO สำหรับการส่งเสริมการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลไว้อย่างครบถ้วน

คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งมีรองปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานและอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการ เป็นกลไกสำคัญของกรมบัญชีกลางในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยนอกภายใต้ระบบการจ่ายแบบรายบริการ (fee for service) ดังนั้น การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจึงอาศัยมาตรการควบคุมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยพิจารณาข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรักษายาพยาบาลและการจ่ายเงินระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาล ซึ่งทำงานผ่านคณะทำงาน 2 ชุด ได้แก่ คณะทำงานพัฒนาราคายาอ้างอิงและเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายเงิน และคณะทำงานพัฒนารูปแบบวิธีการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ปัจจุบัน มาตรการดังกล่าวรู้จักกันในนามของ “ยุทธศาสตร์บันได 8 ขั้น”⁽¹⁰⁾

ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาพยาบาลของกรมบัญชีกลางมีเป้าหมายที่การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ภายใต้ความร่วมมือทางวิชาการจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่องขนาดใหญ่ 34 แห่ง ที่วิเคราะห์โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) แสดงให้เห็นความผันแปรของสัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในยาแต่ละกลุ่ม^(3,11,12) ผลการดำเนินงานที่สำคัญ คือ การส่งข้อมูลแบบแผนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติป้อนกลับให้ผู้บริหารโรงพยาบาล ข้อ

เสนอยกเลิกการเบิกจ่ายค่ายาเกลือโคซามีน (มกราคม 2554) และเงื่อนไขจำกัดการใช้และราคาเบิกจ่ายของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาเป้าหมาย 9 กลุ่ม

กลไกล่าสุดที่เกิดขึ้น (20 พฤษภาคม 2555) ภายใต้มติคณะรัฐมนตรี คือ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการ มีกลไกการดำเนินงานที่ประกอบด้วยคณะกรรมการ 6 ฝ่าย ได้แก่ (1) คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ (2) คณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ (3) คณะกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ (4) คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ (5) คณะกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และ (6) คณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาพยาบาลและการเบิกจ่าย

จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทใกล้เคียงกับคณะกรรมการ 2 ชุดแรกที่มีการดำเนินงานมาก่อน โดยเฉพาะในประเด็นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากตัวบุคคลซึ่งมีบทบาทสำคัญในกลไกทั้งสามดังกล่าว คณะกรรมการชุดล่าสุดซึ่งมีรัฐมนตรีเป็นผู้นำน่าจะ เป็นกลไกระดับประเทศในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่สำคัญที่สุด แม้ว่าการตัดสินใจของคณะกรรมการชุดดังกล่าวอาจมีจุดอ่อนในประเด็นที่อ่อนไหวทางการเมือง ดังจะเห็นได้จากการปรับเปลี่ยนประกาศกระทรวงการคลังตามมติคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เช่น กรณีการเบิกจ่ายค่ายาเกลือโคซามีน

2. บัญชียาหลักแห่งชาติ (National Lists of Essential Medicines)

ประเทศไทยมีบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2524 จัดทำขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะของยาจำเป็น



(essential drug) ซึ่งอ้างอิงจากต้นแบบขององค์การอนามัยโลก โดยครอบคลุมยาชื่อสามัญ (generic) ประมาณ 300 กว่ารายการ ต่อมาได้มีการปรับปรุงรายการในบัญชียาหลักอีกเล็กน้อยใน พ.ศ. 2530, 2535 และ 2539 โดยฉบับ พ.ศ. 2539 ได้เริ่มมีการจัดกลุ่มเป็น 3 บัญชีย่อย (ก. ข. และ ค.) ตามศักยภาพของผู้ให้บริการ⁽¹³⁾ การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกิดขึ้นในปี 2542 เมื่อมีการขยายจำนวนรายการยาเป็นกว่า 600 ชื่อสามัญในลักษณะของ maximum effective list โดยเพิ่มบัญชีย่อยอีก 3 กลุ่ม (ง. จ.1 และ จ.2) สำหรับยาราคาแพงซึ่งมีเงื่อนไขในการใช้ที่จำเพาะ ในปี 2547 เริ่มใช้ระบบคะแนนในการคัดเลือกยาโดยอิงกับข้อมูลที่เป็นหลักฐานประสิทธิผล-ความปลอดภัย (Information-Safety-Administration restriction-Frequency-Efficacy, ISaFE) และข้อมูลราคา (Essential Medicine Cost Index, EMCI)⁽¹⁴⁾ ต่อมา ได้มีการนำข้อมูลด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (cost-effectiveness) และผลกระทบต่อต้นทุนประมาณ มาใช้ในการปรับปรุงรายการยาร่วมด้วย (พ.ศ. 2551 และ 2555 ฉบับปัจจุบัน)⁽¹⁵⁾

ปัจจุบัน ระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคมซึ่งใช้กลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิด ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยาที่อิงกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลที่ตามมาทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีราคาแพง เช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาบัญชีย่อย จ.1 (oseltamivir) และ จ.2 (letrozole, docetaxel, IVIG, liposomal amphotericin B, leuprorelin, verteporfin และ botulinum toxin) ยาภายใต้ระบบจัดการรายโรค (epoetin, imatinib, factor VIII และ factor IX) โดยอาศัยอำนาจการต่อรองกับอุตสาหกรรมยาผ่านกองทุนยา และคณะทำงานต่อรองราคาฯ ในคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ⁽¹⁶⁾

3. การติดตามและตรวจสอบ (monitoring and audit)

การตรวจสอบการใช้ยาเป็นกลไกส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับสถานพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษา

พยาบาลข้าราชการ ปัจจุบัน กรมบัญชีกลางดำเนินการโดยใช้มาตรการทั้งทางตรงและทางอ้อม มาตรการทางตรงซึ่งดำเนินการผ่านสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายา (สพตร.) คือ การสุ่มตรวจสอบ (audit) ข้อมูลจากใบสั่งยาและเวชระเบียนในผู้ป่วยที่มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลสูงผิดปกติเพื่อดูความสมเหตุผลตามมาตรฐานการรักษา หรือการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ร่วมกับการใช้มาตรการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาลในกรณีที่พบข้อบกพร่อง สำหรับการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ใช้มาตรการ prior-authorization (PA) ที่อาศัยระบบทะเบียนผู้ป่วยร่วมกับแนวทางการสั่งใช้ยา โดยดำเนินการสำหรับยา 6 รายการสำหรับโรคมะเร็ง (Oncology, OCPA) คือ imatinib, rituximab, trastuzumab, bevacizumab, erlotinib, gefitinib (กันยายน 2549) ต่อมา ในเดือน เมษายน 2555 ได้ขยายครอบคลุมไปยังยา rituximab, etanercept, infliximab สำหรับกลุ่มโรครูมาติก (Rheumatic Disease, RDPA) และยา etanercept, infliximab สำหรับโรคผิวหนังสะเก็ดเงิน (Dermatology Disease, DDPA)⁽¹⁷⁾

สำหรับมาตรการทางอ้อม สวปก. ได้ใช้ผลการวิเคราะห์การใช้ยาในระบบจ่ายตรงของโรงพยาบาลนำร่อง 34 แห่ง เป็นข้อมูลสะท้อนกลับให้แก่โรงพยาบาลร่วมกับการตรวจเยี่ยมเฉพาะแห่ง ซึ่งพบว่า มาตรการที่โรงพยาบาลดำเนินการเองส่วนใหญ่ยังไม่เห็นผลชัดเจน มีความต้องการให้มีกลไกสนับสนุนอื่นๆจากส่วนกลาง เช่น การใช้นโยบายให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจสอบคุณภาพยาชื่อสามัญเพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้สั่งใช้ยา ปัจจุบันการใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) เพื่อติดตามและประเมินผลการใช้ยาดังกล่าว ได้ขยายไปสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งหมดรวม 168 แห่ง

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช. โดยสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการ (สชช.) ได้พัฒนาเครื่องมือและวิธีการตรวจสอบ พัฒนาหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการตรวจสอบ เพื่อให้ สปสช.เขตดำเนินการสุ่มตรวจสอบการ

ให้บริการรักษาพยาบาลปีละ 1 ครั้ง โดยแบ่งการตรวจสอบเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (1)รหัสโรคและหัตถการตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (2)การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะ อุปกรณ์หรืออวัยวะเทียม (3)คุณภาพบริการ โดยเน้นการเข้าถึงการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การอุดฟันของหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และยาจำเป็นในบัญชี จ.2 และ (4)การบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉินและผู้ป่วยใน สำหรับการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่ายที่มีเลขอาธิการ สปสช. เป็นประธาน ได้ให้ความสำคัญแก่การตรวจสอบการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาต้านจุลชีพตามโครงการ Anti-biotic Smart Use (ASU) คือ กรณีทางหายใจส่วนบน อักเสบแบบเฉียบพลัน และท้องร่วง รวมทั้งการตรวจสอบการให้การรักษาโรคมะเร็ง⁽¹⁸⁾

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญกับการกำกับการใช้ยาของโรงพยาบาลทั้งในภาพรวมและในกลุ่มยาเป้าหมายของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โดยมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการประจำเขตสาธารณสุขมี หน้าที่ดูแลกำกับโดยสัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาเป้าหมายให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสมรรถนะของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบางแห่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ทดสอบความเป็นไปได้ของการกำหนดให้แพทย์ระบุเหตุผลในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ที่รู้จักตามเงื่อนไข A-F) ซึ่งพบว่าสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ และได้พิจารณาขยายผลไปยังโรงพยาบาลต่างๆ

4. แรงจูงใจจากการจ่ายเงิน (payment incentive)

เป็นที่ทราบกันดีว่า แรงจูงใจให้โรงพยาบาลใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบปลายปิดของกองทุนประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยวิธีการจ่ายเงินดังกล่าว ความเสี่ยงทางการเงินจะตกอยู่กับโรงพยาบาล หากมีการใช้ยาราคาแพงอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งส่วนใหญ่ คือ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ภายใต้การจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบปลายเปิดของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ การสร้างแรงจูงใจทางการเงินเพื่อลดการสั่งใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลต้องอาศัยกลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่กล่าวมาแล้ว เนื่องจากโรงพยาบาลจะได้รับเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลตามปริมาณการใช้ (quantity, Q) และ/หรือราคาต่อหน่วย (unit price, p) ของยา หากกำหนดอัตราเบิกจ่ายที่ผูกกับราคาซื้อ (cost plus) กลไกควบคุมที่พอมืออยู่บ้างในปัจจุบัน ได้แก่ การกำหนดราคาเบิกคืน (reimbursed price) แบบเป็นขั้นบันไดตามราคาทุน คือ 0.50, 1.00 และ 1.50 บาท (สำหรับราคาทุนไม่เกิน 0.20, 0.50 และ 1.00 บาท ตามลำดับ) และบวกเพิ่ม (margin) ให้ส่วนที่เกินในอัตราซึ่งแปรผกผันกับราคาทุน ระหว่าง 25% (ของส่วนที่เกิน 1 บาท) ถึง 10% (ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท)⁽¹⁸⁾ ผลการจำลองทางคณิตศาสตร์พบว่า การประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอกของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจะมีศักยภาพมากที่สุดเมื่อกำหนดอัตราเบิกจ่ายแก่โรงพยาบาลตามราคาของยาซื้อสามัญที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มข้อบ่งใช้เดียวกัน^(19,20) ดังนั้น การกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาที่ไม่ผูกกับราคาทุนสำหรับยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น การตั้งราคาเบิกจ่ายโดยอ้างอิงกับราคาของยาซื้อสามัญในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งพบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายจากเดิมได้กว่าร้อยละ 70 และการจ่ายในราคาทุนที่ไม่บวกอัตราเพิ่มแต่จ่ายเป็นค่าบริการต่อใบสั่ง ซึ่งพบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายจากเดิมได้กว่าร้อยละ 10 น่าจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการสั่งใช้ยาที่สมเหตุผล ในขณะที่ควรเบิกจ่ายค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติในอัตราที่ให้ผลกำไรแก่โรงพยาบาลสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการควบคุมด้วยเพดานราคาเบิกจ่าย แต่ด้วยการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาที่ผูกกับราคาทุน ภายใต้วิธีจ่ายเงินแบบปลายเปิดซึ่งผู้ให้บริการไม่ต้องแบกรับความเสี่ยงและอิทธิพลจากการส่งเสริมการขายยาซื้อการค้ำของผู้ผลิตจำหน่าย โรงพยาบาลและแพทย์ผู้สั่งใช้ย่อมมีแรงจูงใจในการใช้ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สูงกว่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งแม้จะมีราคาถูกกว่า



ข้อเสนอระยะยาว (บันไดขั้นสุดท้าย)⁽¹⁰⁾ ของคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ คือ การเปลี่ยนไปใช้ระบบการจ่ายล่วงหน้า (prospective payment) ที่ปรับตามความเสี่ยงของลักษณะโรค ในระยะเปลี่ยนผ่าน ควรเสริมแรงใจเชิงบวก (positive reinforcement) แก่ผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อลดการสั่งใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล เช่น การให้เงินพิเศษแก่โรงพยาบาลที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรกระบบทางหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันต่ำกว่าเพดานที่กำหนด

5. ประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อประกันการมีงบประมาณอย่างยั่งยืนและมียาให้ใช้อย่างเท่าเทียม

การใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายในภาครัฐ ช่วยทำให้เกิดความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability) ซึ่งจำเป็นต่อความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

ในโอกาสอันใกล้ กรมบัญชีกลางโดยคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการได้กำหนดแผนการดำเนินงานครอบคลุมโรงพยาบาลเพิ่มเป็น 168 แห่ง ในระยะเวลา 2 ปีตามกรอบบันได 8 ขั้น⁽¹⁰⁾ ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมทั้งด้านปริมาณและด้านราคาเบิกจ่าย เช่น การให้ระบุเหตุผลทั่วไปประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การบังคับใช้ยาชื่อสามัญแทนยาต้นแบบ การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มเป้าหมายตามเงื่อนไขที่กำหนด การกำหนดราคาอ้างอิงสำหรับเบิกจ่าย และการใช้วิธีจ่ายเงินแบบล่วงหน้าที่ได้ดำเนินการในหลายประเทศ⁽²¹⁻²⁵⁾

สำหรับยาราคาแพงที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีกลไกป้องกันปัญหาการเข้าไม่ถึง (หรือการไม่สั่งใช้) ยาในบัญชีย่อย จ.2 และ จ.1 ผ่านกระบวนการต่อรองกับผู้ผลิตจำหน่ายให้มีราคาซื้อที่ต่ำกว่าท้องตลาด โดยระหว่าง มี.ค.2554 - ส.ค.2555 ได้ดำเนินการงานต่อรองราคายารวม 80 รายการ ทำให้ประหยัดค่ายาได้ประมาณ 2,400 ล้านบาท⁽²⁶⁾ และมีระบบเบิกชดเชยให้โรงพยาบาลเป็นยา ทั้งนี้ ในเดือนพฤศจิกายน 2555 กรมบัญชีกลางกำลัง

ทบทวนระบบเบิกชดเชยยาบางรายการเป็นยา หากมีการจัดซื้อร่วมกันเพื่อให้ราคายาลดลงระหว่างสามระบบประกันสุขภาพ และดำเนินการจัดซื้อร่วมผ่านองค์การเภสัชกรรม ในหลายประเทศก็ได้ดำเนินการด้วยวิธีการนี้เช่นกัน⁽²⁷⁻²⁹⁾ ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเจ้าภาพพัฒนาระบบการเบิกชดเชยยา ที่ผ่านการต่อรองราคา และจัดซื้อร่วมสำหรับสามระบบประกันสุขภาพ สำหรับโครงการโรคมะเร็ง เอ็ดส์และการทดแทนไต เพื่อให้การใช้งบประมาณของประเทศเป็นไปอย่างคุ้มค่าและลดความเหลื่อมล้ำได้

สำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ติดสิทธิบัตรซึ่งมีราคาแพง ในปี 2549 - 2551 รัฐบาลสมัยนั้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing, CL) สำหรับยา 7 รายการ ได้แก่ efavirenz, lopinavir/ritonavir, clopidogrel, letrozole, docetaxel, erlotinib และ imatinib ซึ่งพบว่าช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้คิดเป็นมูลค่า 132 ล้านบาทหรือร้อยละ^(30,31)

สำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูงและเป็นเป้าหมายการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์ในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ และการเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ได้ต่อรองราคาจำนวน 90 รายการ และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย 151 รายการ⁽¹⁸⁾

ในภาคเอกชน อุตสาหกรรมยาต้นแบบที่ใช้ชื่อการค้า (originator brand drug industry) ได้จัดทำ Patient Assistance Program (PAP) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาสิทธิบัตรซึ่งมีราคาแพงมากและยังไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ imatinib 800 mg, gefitinib, nilotinib, sunitinib, bortezomib, omalizumab, deferasirox, lenalidomide เกณฑ์การได้ใช้ยาดังกล่าวมักมีเงื่อนไขที่ผูกกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยซึ่งอาจแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพ

6. เกณฑ์จริยธรรมการส่งเสริมการขาย (ethical criteria for sales promotion)

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยามากว่า 20 ปีแล้ว (พ.ศ. 2531) ในขณะที่ประเทศไทยได้พัฒนาเกณฑ์ดังกล่าวในปี 2537 โดยไม่ได้มีการประกาศใช้ ต่อมาในปี 2551 คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาได้จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการชุดดังกล่าวได้หมดวาระตามการสิ้นสุดของคณะรัฐมนตรีเสียก่อนที่จะมีการบังคับใช้ ในปี 2552 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ได้มีมติให้อุตสาหกรรมยายุติการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม โดยให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำเกณฑ์จริยธรรมการส่งเสริมการขายยาของประเทศ (ฉบับ 30 มีนาคม 2554) โดยมีสาระสำคัญ คือ การควบคุมพฤติกรรมทั้งผู้สั่งใช้ยา ผู้แทนยาและบริษัทยาในการให้ผลประโยชน์ตอบแทน และการกำหนดให้มีข้อมูลการส่งเสริมการขายที่รายงานต่อสาธารณสุขทุกปี ซึ่งคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ให้ความเห็นชอบกับร่างดังกล่าว โดยให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 2 ประเด็น คือ (1) การมีกฎหมายรองรับในการบังคับใช้ และ (2) การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการเพิ่มความรู้แก่บุคลากรโดยไม่ต้องอาศัยการสนับสนุนของบริษัทยา⁽³²⁾

ล่าสุด กระทรวงสาธารณสุขกำลังจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีประเด็นการส่งเสริมการขายยาเป็นส่วนหนึ่งในแผนนี้ ในขณะที่มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พร้อมจะนำเกณฑ์จริยธรรมดังกล่าวไปปฏิบัติ ได้แก่ รพ.บางบ่อ สมุทรปราการ, รพ.บ้านธิ จ.ลำพูน, รพ.ชุมพวง จ.นครราชสีมา, รพ.สงขลา จ.สงขลา และรพ.จุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร

7. แนวเวชปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (clinical practice guideline)

ในระดับประเทศ แนวเวชปฏิบัติที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยหรือสมาคมแพทย์ต่างๆยังมีเนื้อหาที่แตกต่างกัน

ในระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นแนวเวชปฏิบัติของโรคเรื้อรังซึ่งเกิดขึ้นตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขหรือ สปสช. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดัดแปลงจากแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยหรือสมาคมต่างๆ โดยอาจเพิ่มเติมในส่วนของการส่งต่อหรือเครือข่ายบริการ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ โดยภาพรวมแล้ว แนวเวชปฏิบัติในประเทศไทยมักไม่มีการเปิดตัวด้วยการอบรมและการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง หรือมักไม่มีการบังคับใช้ และมักไม่มีการปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

ปัจจุบัน คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติภายใต้คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ และการเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีกรมการแพทย์เป็นเลขานุการ ได้จัดตั้งคณะทำงานย่อย 5 ชุด ที่มาจากตัวแทนราชวิทยาลัยต่างๆ โดยกำลังจัดทำข้อบ่งชี้สำหรับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาลดไขมัน, ยา ACEI และ ARB, ยา NSAIDs และ Coxib และยากลุ่ม Bisphosphonate⁽¹⁸⁾ คำถามหลักสำหรับการกำหนดข้อบ่งชี้ของยาทั้ง 5 กลุ่ม คือ การระบุหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีประสิทธิผล ความปลอดภัยและความคุ้มค่าแตกต่างจากยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างจากประชากรทั่วไป

8. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and therapeutic committee, PTC)

แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) มาเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้ว แต่ความเข้มแข็งในการดำเนินงานยังมีความแตกต่างกัน กลไกสนับสนุนการดำเนินงานของ PTC ที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ โครงการ Smart PTC Network ในส่วนภูมิภาคที่สนับสนุนโดย กพย.และ สปสช.⁽³³⁾ กิจกรรมที่ระบุตามโครงการ ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลบน internet (<http://www.ptcnetwork.in.th>) เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการบริหารจัดการยาและวิธีทำงานของ PTC ข้อมูลคุณภาพยาและ drug monograph การวิเคราะห์



ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาเพื่อการประเมินการใช้ (drug use evaluation, DUE) รวมทั้งการประชุมเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ในระดับนโยบาย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดกิจกรรมในหมวดระบบการจัดการด้านยา เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยให้ PTC ของโรงพยาบาลเป็นผู้วางแผนในการคัดเลือก จัดหา เก็บสำรองยา และส่งเสริมให้เกิดการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลโดยทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กำหนดมาตรฐานยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง จัดทำแนวทางการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูงอย่างเป็นระบบ มีแนวทางการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เหมาะสม พิจารณายาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย มีกระบวนการจัดการยาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วนรวมทั้งสถานการณ์ภัยพิบัติ

นอกจากนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ และการเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้ PTC ของโรงพยาบาลทุกระดับต้องมีนโยบายด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการติดตามกำกับการใช้ในโรงพยาบาล และปฏิบัติตามแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ประจำปี

วิจารณ์

จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีรัฐมนตรีเป็นผู้นำ มีบทบาทใกล้เคียงกับคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี และ คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาโรงพยาบาลข้าราชการ กระทรวงการคลัง หากคณะกรรมการทั้งสามชุด ดำเนินการอย่างเข้มแข็ง และบูรณาการร่วมกัน จะเป็นกลไกระดับประเทศที่มีประสิทธิภาพมาก และเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และควรให้ความสำคัญอย่างเร่งด่วนกับส่วนที่ขาดคือ เร่งรัดพัฒนาการศึกษาทั้งในระดับอุดมศึกษา บัณฑิตศึกษา และการศึกษาต่อเนื่อง ที่เป็นรากฐานให้บุคลากรทางการแพทย์รุ่นใหม่ มีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยที่อาศัยหลักฐาน

เชิงประจักษ์ทางการแพทย์ และบัญชียาหลักแห่งชาติ

ในประเทศญี่ปุ่น⁽²²⁾ แม้จะใช้ระบบการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการแบบ fee for service แต่รัฐสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ค่อนข้างดี ด้วยการจ่ายค่ายาและค่าบริการทางการแพทย์โดยผู้ให้ประกันสุขภาพที่หลากหลายแต่ใช้อัตราเดียวกัน (all-payer, single fee schedule) ภายใต้การเติบโตที่คุมด้วยเพดานรวม (global ceiling) ซึ่งกำหนดล่วงหน้าโดยรัฐบาล ปัจจุบันในประเทศไทย สำหรับค่ายาของผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการรักษายาโรงพยาบาลข้าราชการนั้น การกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่าที่ผูกกับราคาราคาทุน ภายใต้วิธีจ่ายเงินแบบปลายเปิดโรงพยาบาลและแพทย์ผู้สั่งใช้ยามีแรงจูงใจในการใช้ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ สูงกว่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งแม้จะมีราคาถูกกว่า คณะกรรมการทั้งสามชุดดังกล่าวข้างต้น ควรทำงานแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดอัตราการเบิกจ่ายที่เหมาะสม โดยหาทางลดราคาต้นทุนยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวและมีราคาแพง ด้วยการต่อรองราคาร่วมระดับประเทศของ 3 กองทุนประกันสุขภาพ และกำหนดการสั่งใช้ยาต้องเป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

ภายใต้ความเชื่อว่า แพทย์มักตัดสินใจสั่งใช้ยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยอาศัยประสบการณ์และข้อมูลที่ได้รับจากการฝึกอบรมหรือประชุมวิชาการเป็นครั้งคราว มากกว่าปฏิบัติตามแนวเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline, CPG) จึงมีข้อเสนอว่า การจัดทำแนวเวชปฏิบัติควรให้แพทย์มีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นเพื่อลดการโต้แย้งในภายหลัง นอกจากนี้ ควรมีการเปิดตัวที่เป็นทางการโดยเน้นการอบรมเผยแพร่อย่างกว้างขวาง หรือบังคับใช้ผ่านระบบการตรวจสอบและป้อนกลับ (audit-feedback) ทั้งนี้ ควรพัฒนาเนื้อหาให้มีความกระชับและเหมาะสมกับแบบแผนการรักษาพยาบาลในแต่ละระดับ โดยคำนึงถึงความชุกของโรคและทักษะของบุคลากร และควรมีการปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ ขั้นตอนการพัฒนาต้องดำเนินการโดยปราศจากอคติ

แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) มาเป็นระยะเวลาอันนานแล้ว แต่ความเข้มแข็งในการดำเนินงานยังมีความแตกต่างกัน กลไกที่จะทำให้โรง

พยาบาลทุกแห่งมี PTC ที่เข้มแข็งยังเป็นเรื่องที่ทำหายสำหรับประเทศไทย ดังนั้นส่วนชาดที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญคือพัฒนาการเรียนการสอนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นหลักฐานการแพทย์เชิงประจักษ์ และทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือดำเนินงานอย่างเข้มแข็งตามเกณฑ์จริยธรรมการส่งเสริมการขาย

สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นเครื่องมือพื้นฐานเป็นประโยชน์ทั้งการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและเพิ่มความยั่งยืนของระบบสุขภาพ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติมีผลงานที่ชัดเจนในการคัดเลือกยาที่เหมาะสมสำหรับสถานพยาบาล กลไกระดับชาติควรเกื้อหนุนนโยบายที่ลดแรงจูงใจในการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเฉพาะการใช้วิธีการจ่ายเงินที่เหมาะสมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการควรเร่งศึกษาการใช้ระบบจ่ายเงินแบบล่วงหน้าที่เหมาะสม โดยในระยะเปลี่ยนผ่าน ควรให้ความสำคัญกับการติดตามและตรวจสอบแบบแผนการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาลแต่ละแห่งอย่างจริงจัง ทั้งนี้ปัญหาการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่สูงมาก เป็นปัญหาที่สะท้อนการจัดการเรียนการสอนในส่วนนี้ที่ไม่ได้ผล และการศึกษาต่อเนื่องที่มักได้รับการสนับสนุนจากบริษัทฯ รวมทั้งการขาดแหล่งข้อมูลที่ปราศจากอคติที่เปรียบเทียบข้อมูลยาในแง่ประสิทธิผลและความปลอดภัย การดำเนินการในส่วนนี้ที่ผ่านมายังไม่มีการพัฒนาที่เห็นเป็นรูปธรรม หากในส่วนนี้ไม่ได้รับการแก้ไข กลไกที่เตรียมขึ้นในเวลานี้ จะไม่เห็นผลที่ยั่งยืน

คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัดตามข้อเสนอแนะของ WHO ไว้อย่างครบถ้วน คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ และการเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ ควรเป็นผู้นำในการประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม และเร่งดำเนินการในส่วนที่ขาดโดยเฉพาะการพัฒนาการศึกษาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เอกสารอ้างอิง

1. นุศราพร เกษสมบุญ, รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์. การพัฒนาบัญชียาจ่ายด้านยาแห่งชาติ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2555.
2. พิสนธิ์ จงตระกูล. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล: คำจำกัดความและกรอบความคิด ในคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ (Thai National Formulary 2008); 2551
3. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) การใช้ยา ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ของโรงพยาบาลนำร่อง กรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรง สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2554 รายงาน. นนทบุรี: สวปก.; 2555.
4. วรนัดดา ศรีสุพรรณ, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, ไพทีย์ เหลืองเรืองรอง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. แนวโน้มการใช้ยาตามนโยบายบัญชียาหลักแห่งชาติของโรงพยาบาลในปัจจุบัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547;13:37-46.
5. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ค่าใช้จ่ายและการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล: ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2547.
6. Limwattananon C, Limwattananon S, Sakulpanit T, Greetong T, Mills A, Tang-charoensathien V. Different provider payment methods: variation in clinical practice, lessons from Thailand. Research Report to World Bank's Country Development Partnership (CDP) in Health Project, International Health Policy Program (IHPP), Nonthaburi, 2008.
7. Holloway K, Tanna S, Laing R. The world medicines situation 2004: Rational use of medicines. Geneva: World Health Organization (WHO); 2004.
8. Holloway K, Van Dijk L. The world medicines situation 2011: Rational use of medicines. Geneva: World Health Organization (WHO); 2011.
9. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
10. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. มาตรการควบคุมการเบิกจ่ายยาพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ในการประชุมโรงพยาบาล 168 แห่ง กรมบัญชีกลาง วันที่ 24-25 สิงหาคม 2555 ณ



- โรงแรมรามการ์เด้นส์. กรุงเทพฯ; 2555.
11. จุฬารัตน์ ลิมวัฒนานนท์, นพคุณ ธรรมรัชชอารี, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, พัชณี ธรรมวันนา, สุพล ลิมวัฒนานนท์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5:149-59.
 12. สุพล ลิมวัฒนานนท์. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในระบบจ่ายตรง กรกฎาคม 2554 - มีนาคม 2555 ในการประชุมโรงพยาบาล 168 แห่ง กรมบัญชีกลาง วันที่ 24-25 สิงหาคม 2555 ณ โรงแรมรามการ์เด้นส์. กรุงเทพฯ; 2555.
 13. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2539. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2539.
 14. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
 15. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
 16. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2554 เล่ม 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2553.
 17. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามโครงการเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง. หนังสือที่ กค. 0417/ว.69. (ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2549).
 18. รายงานการประชุมของคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ครั้งที่ 5/2555 วันที่ 10 ตุลาคม 2555.
 19. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ. หนังสือที่ กค. 0417/ว.177. (ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549).
 20. สุพล ลิมวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิมวัฒนานนท์, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, พรพิศ ศิลขจรูห์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ค่าใช้จ่ายที่พยากรณ์จากการใช้ยาราคาแพงของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ: เปรียบเทียบกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5:170-80.
 21. จุฬารัตน์ ลิมวัฒนานนท์, นพคุณ ธรรมรัชชอารี, ธนนรงค์ รัตนโชติพานิช, พรพิศ ศิลขจรูห์, สุพล ลิมวัฒนานนท์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. สักยภาพการประหยัดค่าใช้จ่ายจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกสำหรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการปี 2553. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5:160-9.
 22. Ikegami N, Anderson GF. In Japan, all-payer rate setting under tight government control has proved to be an effective approach to containing costs. Health Affairs 2012;31:1049-56.
 23. Gomez-Dantes O, Wirtz VJ, Reich MR, Terrazas P, Ortiz M. A new entity for the negotiation of public procurement prices for patented medicines in Mexico. Bull World Health Organ 2012;90:788-92.
 24. Cameron A, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, Laing RO. Switching from originator brand medicines to generic equivalents in selected developing countries: how much could be saved? Value in Health 2012;15:664-73.
 25. Vrijens F, van de Voorde C, Farfan-Portet MI, le Polain M, Lohest O. The reference price system and socioeconomic differences in the use of low cost drugs. Health Services Research. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010.
 26. ธนวัฒน์ เพ็ชรล่อเหลียน. 1 ปี อนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักประหยัดเงินชาติกว่า 2,400 ล้าน. โพสต์ทูเดย์ 2555, 20 กันยายน. หน้า 6.
 27. Hoadley J. Cost containment strategies for prescription drugs: assessing the evidence in the literature. The Kaiser Family Foundation, March 2005.
 28. Huff-Rousselle M. The logical underpinnings and benefits of pooled pharmaceutical procurement: a pragmatic role for our public institutions? Soc Sci Med 2012;75:1572-80.
 29. Kaplan WA, Ritz LS, Vitello M, Wirtz VJ. Policies to promote use of generic medicines in low and middle income countries: a review of published literature, 2000-2010. Health Policy 2012;106:211-24.
 30. อินทรา ยมาภัย, อุดุลย์ โมฮารา, วันดี กริชอนันต์, ตักนางค์ ไชยศิริ, ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินผลกระทบจากการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2551. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2552.
 31. Chokevivat V, ed. Facts and evidences on the 10 burning issues related to the government use of patents on three patented essential drugs in Thailand. February 2007.
 32. สำลี ใจดี, ธงชัย สุขเสวต, นิชดา เกียรติยิ่งอังสุติ, จิตรา กายพันธ์เลิศ, อรกัญญา พันธุ์โลกกรวด. เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา. แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา. กรุงเทพฯ: บริษัท ดาต้า เปเปอร์ แอนด์ พรินท์ จำกัด; 2552.
 33. โยชม วงศ์ภูวรักษ์, อุษณีย์ วนรรณมณี. การขับเคลื่อนในระดับสถานพยาบาลเพื่อการใช้ยาที่เหมาะสม: กรณีศึกษาเครือข่ายคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2554. แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุทยานพิมพ์; 2554.