

มาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผลในระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของโรงพยาบาล 34 แห่ง สำหรับยา 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ภาสกร สอนเรือง*

สุนนต์ สกลไชย†

ไพบุลย์ สุริยะวงษ์ไพศาล‡

อัจฉราวรรณ ไถภาคงาม†

จุฬารณีย์ ลิ้มวัฒนานนท์†

สัมฤทธิ์ ศรีรังสวัสดี*

บทคัดย่อ

ค่าใช้จ่ายด้านยาในระบบจ่ายตรงของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีแนวโน้มเพิ่มสูงมาก การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผล และการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีการดำเนินการในโรงพยาบาล 34 แห่งสำหรับยา 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ผลการศึกษา พบว่า มาตรการฯ ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการในลำดับแรก สำหรับกลุ่มยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาต้านการอักเสบกลุ่ม NSAIDs และ Coxibs ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ARBs กลูโคซามีน และยาโรคกระดูกพรุน คือ การขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา ส่วนมาตรการในลำดับแรกสำหรับกลุ่มยาด้านเกร็ดเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs และยาด้านมะเร็ง คือ ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ โดยแพทย์ระบุเหตุผลและความจำเป็นในการสั่ง

โรงพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาผลิตในประเทศ หรือยาชื่อสามัญเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2555 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2554 ใน 5 กลุ่มยา คือ ยาด้านเกล็ดเลือด ยาต้านการอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs และยาลดความดันกลุ่ม ARBs

โรงพยาบาลยังไม่นิยมนโยบายที่กำหนดให้ใช้ยาชื่อสามัญและยาทดแทนในรายการยาเป้าหมาย มาตรการที่กำหนดให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วนำไปเบิกคืนสังกัดเอง มาตรการที่กำหนดให้การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการก่อนใน 9 กลุ่มยาที่ศึกษา

โดยสรุป โรงพยาบาลยังไม่ดำเนินมาตรการที่เข้มงวดเพื่อส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผลสำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น มาตรการทดแทนยาชื่อสามัญ มาตรการยาทดแทนในรายการยาเป้าหมาย หรือมาตรการที่กำหนดให้มีการอนุมัติจากผู้อำนวยการก่อนสั่งใช้ยา ในกลุ่มยาที่กรมบัญชีกลางให้ความสำคัญในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในระบบสวัสดิการรักษายาบาล

คำสำคัญ: ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มาตรการควบคุมการสั่งใช้ยา ยาชื่อสามัญ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

*สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

† คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

‡ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Abstract Measures for promoting rational use of high cost drugs in hospitals under Civil Servant Medical Benefit Scheme****Passakorn Suanrueang***, **Acharawan Topark-ngarm†**, **Sumon Sakolchai†**, **Chulaporn Limwattananon†**, **Paibul Suriyawongpaisal‡**, **Samrit Srithamrongsawat***

*Health Insurance System Research Office (HISRO), †Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University,

‡Department of Community Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Drug expenditure in the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)'s Direct Billing System shows an increasing trend. The study aims to identify the measures in 34 hospitals for promoting the rational use of drugs in high-cost therapeutic classes and for controlling their expenditures. The study found that most hospitals placed a priority measure for proton pump inhibitors (PPIs), non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and Coxibs, antihyperlipidemics, angiotensin-2 receptor blockers (ARBs), glucosamine and anti-osteoporosis by requesting physicians to comply with rational indications. The priority measure for anti-platelet aggregates, angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) and anti-cancers was requirement of written statement for reasons in prescribing non-essential drugs. An increase in the number of hospitals encouraging the prescribing of generic drugs in 2012 as compared to 2011 was found for anti-platelet aggregates, NSAIDs, antihyperlipidemics, ACEIs and ARBs. However, the generic and therapeutic substitution policy was not imposed in most hospitals. For non-essential-drug prescriptions, most hospitals did not require prior authorization by hospital administrators nor did they require patient's out-of-pocket payment for later reimbursement. In conclusion, hospitals did not enforce a restrictive measure for promoting the rational use of drugs featured on the priority list of the Comptroller General Department's CSMBS.

Keywords: Civil Servant Medical Benefit Scheme, cost containment, generic drug, non-essential drug

ภูมิหลังและเหตุผล

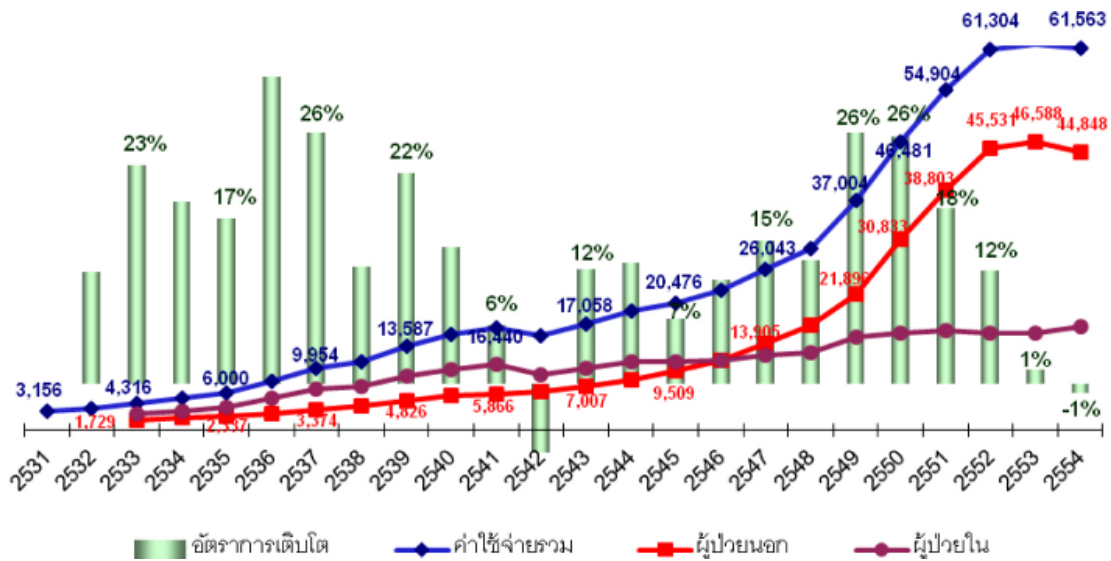
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้ข้าราชการและบุคคลผู้มีสิทธิในครอบครัวเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่ง กรมบัญชีกลางเป็นหน่วยงานดูแลค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ค่าบริการผู้ป่วยในชดเชยแก่สถานพยาบาลด้วยระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group; DRG) ค่าบริการผู้ป่วยนอกชดเชยตามรายบริการแบบย้อนหลัง (Retrospective fee-for-service)

ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแนวโน้มเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (รูปที่ 1) หลังจากกรมบัญชีกลางเริ่มใช้ระบบการเบิกจ่ายตรงสำหรับค่าบริการผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2547 ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ค่าเป็นหมวดค่าใช้จ่ายที่มีมูลค่าสูงถึงร้อยละ 83 ของค่าบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดในปีงบประมาณ 2554 ค่าใช้จ่ายรวมประมาณ 61,563 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายจากบริการผู้ป่วยนอกรวม 44,848 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายด้านยาจากบริการผู้ป่วยนอกอย่างน้อย 35,000 ล้านบาท⁽¹⁾

นับแต่ปีงบประมาณ 2553 กรมบัญชีกลางได้ขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลสังกัดต่างๆ จำนวน 34 แห่ง ที่ให้บริการผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมากกว่า 100,000 ครั้งต่อปี ให้ดำเนินมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผล เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับการบริการผู้ป่วยนอก กรมบัญชีกลางยังขอความร่วมมือให้โรงพยาบาล 34 แห่งดังกล่าว นำร่องจัดส่งข้อมูลการใช้จ่ายในผู้ป่วยนอกผ่านระบบเบิกจ่ายตรง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีค่าใช้จ่ายสูง และจัดทำรายงานป้อนกลับแก่โรงพยาบาลนำร่องกลุ่มนี้ ค่าใช้จ่ายด้านยาที่เบิกผ่านระบบจ่ายตรงในโรงพยาบาลนำร่อง 34 แห่งนี้มีมูลค่ารวมอย่างน้อย 24,000 ล้านบาท⁽²⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นของปีงบประมาณ 2553 พบยา 9 กลุ่มที่มีมูลค่าการใช้รวมประมาณครึ่งหนึ่งของมูลค่ายาของ



ที่มา: กรมบัญชีกลาง

รูปที่ 1 อัตราการเติบโตและค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2531- 2554

ผู้ป่วยนอกทั้งหมด ยาทั้ง 9 กลุ่มจึงถูกกำหนดให้เป็นกลุ่มยาเป้าหมายที่โรงพยาบาลควรเร่งรัดดำเนินการเพื่อส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผล ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ยาลดการหลั่งกรดกลุ่ม proton pump inhibitors (PPIs) ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs และ Coxibs) ยาลดไขมันในเลือด (statin) ยาลดความดันกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) ยาลดความดันกลุ่ม angiotensin receptor blocker (ARBs) กลูโคซามีน (glucosamine) ยาโรคกระดูกพรุน (bisphosphonate) และยาต้านมะเร็ง (anticancer)⁽³⁾

เมื่อพิจารณาการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาล 34 แห่ง ใน 4 กลุ่มยา ดังรูปที่ 2 (เฉพาะที่มีข้อมูลจากรายงานการสั่งใช้ยาในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) สัดส่วนจำนวนครั้งของการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนครั้งที่สั่งรวมในกลุ่มเดียวกันของผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง

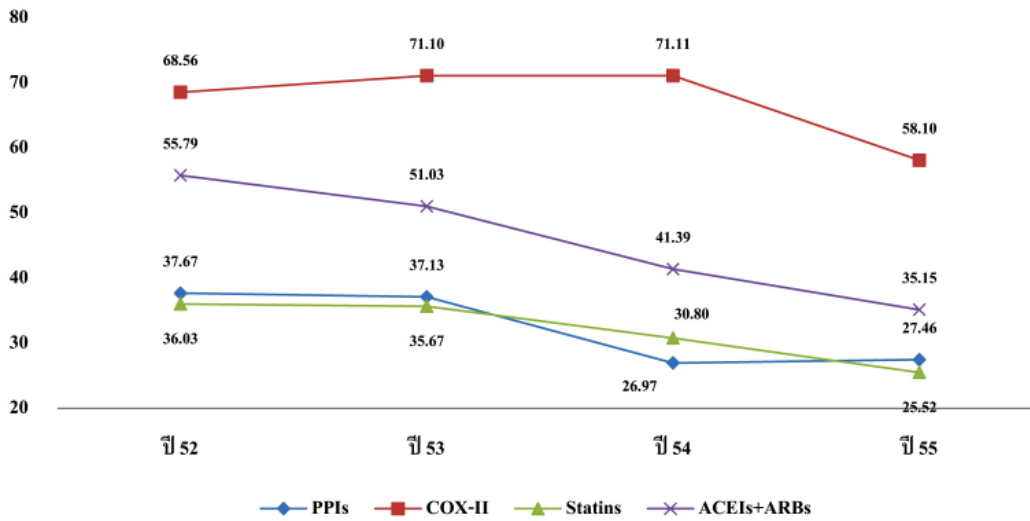
การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรการที่โรงพยาบาล

นำร่อง 34 แห่งได้ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผลในกลุ่มยาเป้าหมาย 9 กลุ่มยา ในช่วงปีงบประมาณ 2554 - 2555

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ใช้แบบสอบถามที่สร้างจากการทบทวนรายงานการถอดบทเรียนโรงพยาบาลที่ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอก⁽⁴⁻⁶⁾ โดยเก็บข้อมูลโรงพยาบาลนำร่องดังกล่าวข้างต้น ประกอบด้วย โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 10 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 16 แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ 8 แห่ง โรงพยาบาลเหล่านี้มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการบริหารจัดการระบบยาภายในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีจำนวนเตียง 600 เตียงขึ้นไป ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเภสัชกรผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล การตอบแบบสอบถามได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

มาตรการที่ศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (ก) การมี



รูปที่ 2 ค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนครั้งการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเปรียบเทียบกับจำนวนครั้งรวมของการสั่งใช้ยาในกลุ่มเดียวกันของโรงพยาบาลนำร่อง 34 แห่ง ใน 4 กลุ่มยา สำหรับผู้ป่วยนอกในระบบสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552-2555

ตารางที่ 1 มาตรการที่โรงพยาบาลใช้ในการกำกับการใช้ยาสมเหตุผล

นโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในภาพรวม	เงื่อนไขและการติดตามกำกับการสั่งใช้ยาเป็นรายการยา	นโยบายเข้มงวดสำหรับการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
(1 ก) = กำหนดเป็นรายการยาที่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย	(1 ข) = มีเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งยาเป้าหมาย	(1 ค) = ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งยานอกบัญชียาหลักฯ
(2 ก) = ชะลอการนำยาดั้งเดิม (original) เข้าในบัญชียาโรงพยาบาล (เช่น ให้บริษัทขายราคาตัวอย่างเพื่อทดลองใช้ ก่อนจะพิจารณาคัดเลือกเข้าบรรจุในบัญชียาโรงพยาบาล)	(2 ข) = จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline; CPG) และแนวทาง/เงื่อนไขการสั่งใช้ยา	(2 ค) = ให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลัก แล้วนำไปเบิกคืนสังกัดเอง
(3 ก) = มีมาตรการลดจำนวนรายการยาในกลุ่มเดียวกัน ที่เป็นยานอกบัญชียาหลักฯ	(3 ข) = มีคณะทำงานติดตามประเมินการใช้ยา 9 กลุ่ม ให้เป็นไปตามเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนด (Drug Utilization Evaluation; DUE)	(3 ค) = มีรายการยานอกบัญชียาหลักฯ ที่ต้องผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการก่อนสั่งใช้
(4 ก) = มีนโยบาย/มาตรการลดการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	(4 ข) = ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	(4 ค) = มีผู้บริหาร/แพทย์/เภสัชกรพิจารณาให้ใช้เป็นรายการดี
(5 ก) = กำหนดมาตรการในการสั่งซื้อยา ที่ผลิตในประเทศ (local made) และยาดั้งเดิม (innovator)	(5 ข) = จัดอบรมหรือให้ข้อมูลแก่แพทย์เรื่องการใช้ยาที่เหมาะสม	(5 ค) = มีนโยบายให้ใช้ยาชื่อสามัญและยาทดแทน (therapeutic substitute) ในรายการยาเป้าหมาย
(6 ก) = กำหนดเพดานการสั่งยาผู้ป่วยนัด (refill medication) เช่น 1, 2, 6 เดือน	(6 ข) = กำหนดเพดานการสั่งใช้ยาเป้าหมายของแพทย์แต่ละระดับ	(6 ค) = มีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาที่ผลิตในประเทศ หรือยาชื่อสามัญก่อน
	(7 ข) = กำหนดเพดานค่ายา/ปริมาณยาต่อใบสั่งยาในกลุ่มยาเป้าหมาย	
	(8 ข) = กำหนดให้แพทย์เฉพาะรายที่ได้รับมอบหมายสั่งจ่ายาราคาแพงได้	

นโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในภาพรวม (ข) การมีเงื่อนไขการสั่งยาและการติดตามกำกับการใช้เป็นรายการยา (ค) นโยบายที่เข้มงวดสำหรับการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ละกลุ่มประกอบด้วยมาตรการย่อย ดังตารางที่ 1 มาตรการย่อยที่โรงพยาบาลดำเนินการในแต่ละกลุ่มยานำมาวิเคราะห์โดยวิธีเชิงพรรณนา

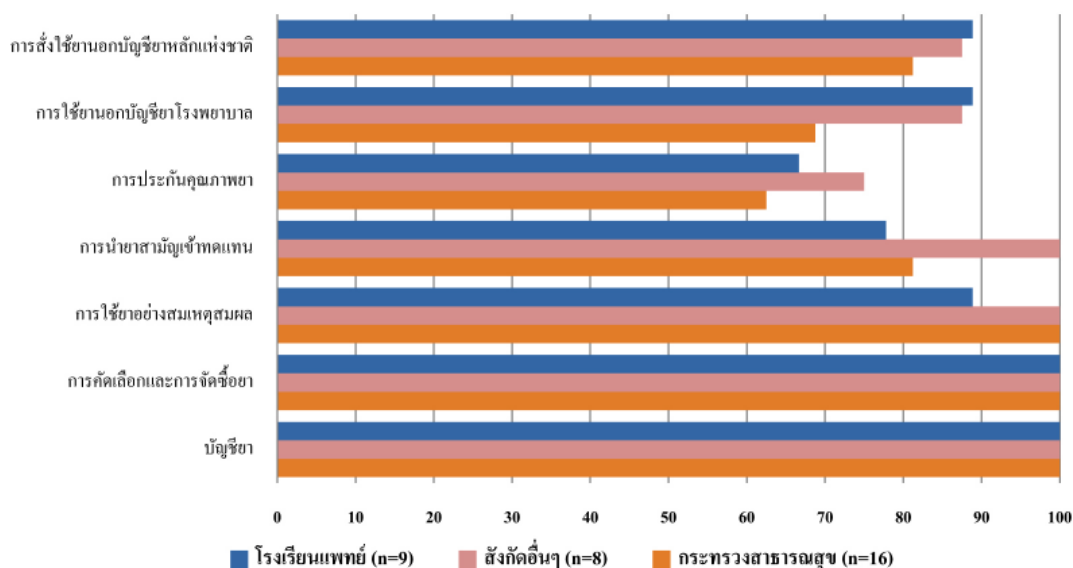
ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบโรงพยาบาลที่มีมาตรการเพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดลง กับสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต่อจำนวนครั้งรวมของการสั่งยาในกลุ่มเดียวกันระหว่างปีงบประมาณ 2554 และ 2555 ที่เพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดลง โดยมีโรงพยาบาลเป็นหน่วยการวิเคราะห์ (unit of analysis) ข้อมูลสัดส่วนจำนวนครั้งของการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อจำนวนครั้งรวมในกลุ่มเดียวกันได้รับความอนุเคราะห์จากสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ซึ่งมีข้อมูลของโรงพยาบาลตัวอย่าง 22 แห่ง ใน 4 กลุ่มยา คือ ยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาต้านการอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด และยาลดความดันกลุ่ม ACEIs+ARBs

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามยังโรงพยาบาล 34 แห่ง ได้ข้อมูลตอบกลับ 33 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97

โรงพยาบาล ทุกแห่ง ทุกสังกัด มีคณะกรรมการดูแลเรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ การคัดเลือก และการจัดซื้อยา ขณะที่โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีคณะกรรมการดูแลชัดเจนในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ได้แก่ การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การสั่งใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาล การประกันคุณภาพยา การนำยาสามัญเข้าทดแทน และการใช้ยาสมเหตุผล (รูปที่ 3)

เมื่อพิจารณาแต่ละกลุ่มยาและมาตรการย่อยๆ ที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เลือกดำเนินการในปีงบประมาณ 2554 (ตารางที่ 2) มาตรการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการเป็นลำดับแรก (มาตรการที่มีจำนวนโรงพยาบาลดำเนินการมากที่สุด) และลำดับที่สองคล้ายคลึงกันในทุกทั้ง 9 กลุ่ม คือ มาตรการ (4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา (เป็นลำดับแรกใน 6 กลุ่มยา คือ ยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาต้านการอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ARBs กลูโคซามีน และยาโรคกระดูกพรุน; เป็นลำดับสองใน 3 กลุ่มยา คือ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs และยาต้านมะเร็ง) มาตรการที่นิยมดำเนินการเป็นลำดับสองสำหรับยา 7 กลุ่ม คือ มาตรการ (1 ค) ที่ให้ระบุเหตุผลและความจำเป็นในการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (เป็นลำดับแรกใน 3 กลุ่มยา คือ ยาต้านเกล็ดเลือด, ยาลดความดันกลุ่ม



รูปที่ 3 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคณะกรรมการดูแลกำกับนโยบายการคัดเลือกยาและการสั่งใช้ยา (แกน x แสดง ร้อยละของโรงพยาบาล)



ACEIs และยาต้านมะเร็ง; เป็นลำดับสองใน 4 กลุ่มยา คือ ยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาลดความดันกลุ่ม ARBs กลูโคซามีน และยาโรคกระดูกพรุน) และใช้มาตรการ (1 ข) เป็นลำดับสองสำหรับยา 2 กลุ่ม มีเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งใช้ยา เป้าหมาย (เป็นลำดับสองในยากลุ่มยาต้านการอักเสบและยาลดไขมันในเลือด)

การสำรวจพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่นิยมดำเนินการ มาตรการขอความร่วมมือจากแพทย์ให้สั่งยาตามข้อบ่งชี้ และ มาตรการให้แพทย์ระบุเหตุผลความจำเป็นในการสั่งยานอก บัญชียาหลักแห่งชาติ มากที่สุด

โรงพยาบาลส่วนหนึ่งดำเนินการมาตรการ (6 ค) ที่ส่งเสริม ให้แพทย์ใช้ยาที่ผลิตในประเทศ หรือยาชื่อสามัญก่อน ใน กลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาต้าน การอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs และ ยาลดความดันกลุ่ม ARBs

สำหรับมาตรการ (2 ข) การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ของการสั่งใช้ยา มาตรการ (3 ข) ที่มีคณะทำงาน ติดตามประเมินการใช้ยา 9 กลุ่ม ให้เป็นไปตามเกณฑ์เงื่อนไข ที่กำหนด (DUE) และมาตรการ (5 ค) ที่มีนโยบายให้ใช้ยาชื่อ สามัญและยาทดแทน (therapeutic substitute) ในรายการ ยาเป้าหมาย ซึ่งเป็นมาตรการที่นิยมดำเนินการในหลายประเทศ

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เลือกดำเนินการมาตรการเหล่านี้

การเปรียบเทียบมาตรการฯ ที่โรงพยาบาลดำเนินการ ระหว่างปีงบประมาณ 2554 และ 2555 ในแต่ละกลุ่มยา พบ ว่าร้อยละของโรงพยาบาลที่ดำเนินการในมาตรการต่างๆ ไม่แตกต่างกันมาก แต่มี 4 มาตรการย่อยที่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างดำเนินการเพิ่มในปีงบประมาณ 2555 (ตารางที่ 3) ดังนี้

1. มาตรการ (1 ค) ให้ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการ สั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พบใน 3 กลุ่มยา คือ ยาลด การหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาต้านการอักเสบ และยาลดความ ดันกลุ่ม ARBs
2. มาตรการ (1 ก) กำหนดเป็นรายการยาที่ควบคุม ค่าใช้จ่าย พบใน 5 กลุ่มยา คือ ยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาต้านการอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด กลูโคซามีน และยา โรคกระดูกพรุน
3. มาตรการ (7 ก) ส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาที่ผลิตใน ประเทศ หรือยาชื่อสามัญก่อน พบใน 5 กลุ่มยา คือ ยาต้าน เกล็ดเลือด ยาต้านการอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด ยาลด ความดันกลุ่ม ACEIs และยาลดความดันกลุ่ม ARBs
4. มาตรการ (1 ข) กำหนดเงื่อนไขการสั่งยาเป้าหมาย พบใน 4 กลุ่มยา คือ ยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาลด

ตารางที่ 2 ลำดับการใช้มาตรการเพื่อส่งเสริมและกำกับให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำแนกตามกลุ่มยาในปีงบประมาณ 2554

กลุ่มยา	ลำดับมาตรการฯ ที่มีการดำเนินการจำแนกตามกลุ่มยา							
	1	2	3	4	5	6	7	8
ยาต้านเกล็ดเลือด	1 ค	4 ข	1 ข	6 ค	6 ก	6 ข	1 ก	
ยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs	4 ข	1 ค	6 ก	6 ค	1 ข	6 ข	1 ก	4 ก
ยาต้านการอักเสบ	4 ข	1 ข	6 ก	1 ค	6 ข	1 ก	6 ค	
ยาลดไขมันในเลือด	4 ข	1 ข	6 ก	1 ค	1 ก	6 ข	6 ค	4 ก
ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs	1 ค	4 ข	6 ค	6 ก				
ยาลดความดันกลุ่ม ARBs	4 ข	1 ค	7 ข	6 ข	6 ค	1 ข		
กลูโคซามีน	4 ข	1 ค	1 ก					
ยาโรคกระดูกพรุน	4 ข	1 ค	1 ข	1 ก	6 ข			
ยาต้านมะเร็ง	1 ค	4 ข	6 ข					

ตารางที่ 3 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้มาตรการเพื่อส่งเสริมและกำกับให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำแนกตามกลุ่มยาในปีงบประมาณ 2554 และ 2555

กลุ่มยา	มาตรการฯ ที่โรงพยาบาลดำเนินการ	ร้อยละ		
		ปี 54	ปี 55	
ยาค้านเกล็ดเลือด	(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	78.8	78.8	
	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	72.7	72.7	
	(1 ข) มีเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งใช้ยารายการที่มีการควบคุมกำกับ	69.7	69.7	
	(7 ก) มีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาผลิตในประเทศ หรือซื้อสามัญก่อน	63.6	66.7	
	(7 ข) กำหนดเพดานการสั่งยาผู้ป่วยนัด (refill medication) เช่น 1, 2, 6 เดือน	66.7	66.7	
	(6 ข) กำหนดเพดานการสั่งใช้ยาของแพทย์แต่ละระดับ ในรายการยากลับเป้าหมาย	60.6	60.6	
	(1 ก) กำหนดรายการยาที่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย	60.6	57.6	
ยาลดการหลังกรด	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ทุกให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	78.8	78.8	
	(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	78.8	81.8	
	(7 ข) กำหนดเพดานการสั่งยาผู้ป่วยนัด (refill medication) เช่น 1, 2, 6 เดือน	69.7	69.7	
	(7 ก) มีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาผลิตในประเทศ หรือ ซื้อสามัญก่อน	66.7	66.7	
	(1 ข) มีเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งใช้ยารายการที่มีการควบคุมกำกับ	66.7	69.7	
	(6 ข) กำหนดเพดานการสั่งใช้ยาของแพทย์แต่ละระดับในกลุ่มยาเป้าหมาย	66.7	66.7	
	(1 ก) การกำหนดรายการยาที่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย	63.6	72.7	
ยาค้านการอักเสบ	(4 ก) มีนโยบาย/มาตรการลดปริมาณ/มูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	60.6	69.7	
	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	84.9	84.9	
	(1 ข) มีเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งใช้ยารายการที่มีการควบคุมกำกับ	72.7	72.7	
	(7 ข) กำหนดเพดานการสั่งยาผู้ป่วยนัด (refill medication) เช่น 1, 2, 6 เดือน	72.7	72.7	
	(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	72.7	75.8	
	(6 ข) กำหนดเพดานการสั่งใช้ยาของแพทย์แต่ละระดับ ในรายการยาควบคุม	69.7	69.7	
	(1 ก) การกำหนดรายการยาที่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย	69.7	72.7	
ยาลดไขมันในเลือด	(7 ก) มีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาผลิตในประเทศ หรือซื้อสามัญก่อน	66.7	69.7	
	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	84.9	84.9	
	(1 ข) มีเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งใช้ยารายการที่มีการควบคุมกำกับ	75.8	78.8	
	(7 ข) กำหนดเพดานการสั่งยาผู้ป่วยนัด (refill medication) เช่น 1, 2, 6 เดือน	69.7	69.7	
	(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	69.7	69.7	
	(1 ก) การกำหนดรายการยาที่มีการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล	66.7	72.7	
	(6 ข) กำหนดเพดานการสั่งใช้ยาของแพทย์แต่ละระดับ ในรายการยาเป้าหมาย	66.7	66.7	
ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs	(7 ก) มีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาผลิตในประเทศ หรือ ซื้อสามัญก่อน	63.6	72.7	
	(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	72.7	72.7	
	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	66.7	66.7	
	(7 ก) มีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาผลิตในประเทศ หรือ ซื้อสามัญก่อน	60.6	63.6	
	(7 ข) กำหนดเพดานการสั่งยาผู้ป่วยนัด (refill medication) เช่น 1, 2, 6 เดือน	60.6	60.6	
	ยาลดความดันกลุ่ม ARBs	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ทุกให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	78.8	78.8
		(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	75.8	81.8



ตารางที่ 3 (ต่อ) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้มาตรการเพื่อส่งเสริมและกำกับให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจำแนกตามกลุ่มยาในปีงบประมาณ 2554 และ 2555

กลุ่มยา	มาตรการฯ ที่โรงพยาบาลดำเนินการ	ร้อยละ	
		ปี 54	ปี 55
กลูโคซามีน	(7 ข) กำหนดเพดานการสั่งยาผู้ป่วยนัด (refill medication) เช่น 1, 2, 6 เดือน	66.7	66.7
	(6 ข) กำหนดเพดานการสั่งใช้ยาของแพทย์แต่ละระดับในรายการยาเป้าหมาย	63.6	63.6
	(7 ก) มีนโยบายส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาผลิตในประเทศ หรือ ชื่อสามัญก่อน	60.6	69.7
	(1 ข) มีเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งใช้ยารายการที่มีการควบคุมกำกับ	60.6	63.6
	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	69.7	69.7
	(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	57.6	57.6
	(1 ก) การกำหนดรายการยาที่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย	54.6	60.6
ยาโรคกระดูกพรุน	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	84.9	84.9
	(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	66.7	66.7
	(1 ข) มีเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งใช้ยารายการที่มีการควบคุมกำกับ	63.6	72.7
	(1 ก) การกำหนดรายการยาที่มีการควบคุมค่าใช้จ่าย	60.6	66.7
ยาโรคมะเร็ง	(6 ข) กำหนดเพดานการสั่งใช้ยาของแพทย์แต่ละระดับในรายการยาเป้าหมาย	60.6	60.6
	(1 ค) ระบุเหตุผล/ความจำเป็นในการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ	60.6	60.6
	(4 ข) ขอความร่วมมือแพทย์ให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา	51.5	51.5
	(6 ข) กำหนดเพดานการสั่งใช้ยาของแพทย์แต่ละระดับในรายการยาเป้าหมาย	51.5	51.5

ไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ARBs และยาโรคกระดูกพรุน สำหรับมาตรการกำกับการใช้ยากลับโรคมะเร็ง พบว่าโรงพยาบาลยังคงใช้มาตรการที่ดำเนินการอยู่เดิมในปีงบประมาณ 2554

โรงพยาบาลยังไม่นิยมดำเนินการมาตรการ (6 ค) ให้ใช้ยาชื่อสามัญและยาทดแทนในรายการยาเป้าหมาย ซึ่งนิยมดำเนินการในหลายประเทศ มาตรการ (2 ค) ให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วนำไปเบิกต้นสังกัดเอง และมาตรการ (3 ค) ที่กำหนดให้การสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการก่อนใน 9 กลุ่มยาเป้าหมายที่ศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต่อจำนวนครั้งรวมของการสั่งยาในกลุ่มเดียวกัน สำหรับกลุ่มยาเป้าหมาย 4 กลุ่ม ในปีงบประมาณ 2554-2555 ของโรงพยาบาลส่วนหนึ่งจาก 33 แห่ง (เฉพาะที่มีข้อมูล, ตารางที่

4) สำหรับโรงพยาบาลนำร่องอื่นๆ และข้อมูลยาเป้าหมายกลุ่มอื่นๆ อีก 5 กลุ่ม ผู้วิจัยไม่มีข้อมูลดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จากการเปรียบเทียบสรุปได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีการเพิ่มมาตรการจากปีงบประมาณ 2554 และลดสัดส่วนจำนวนครั้ง การสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกับจำนวนครั้งรวมในกลุ่มเดียวกันในปีถัดมา (ยาลดการหลั่งกรดกลุ่ม PPIs 6 แห่ง ยาต้านการอักเสบและยาลดไขมันในเลือดอย่างละ 5 แห่ง และยาลดความดันกลุ่ม ACEIs+ARBs 7 แห่ง) โดยมาตรการที่โรงพยาบาลเหล่านี้ดำเนินการเพิ่ม ได้แก่ กำหนดกลุ่มยาเป้าหมายเป็นรายการยาที่มีการควบคุมการใช้จ่ายของโรงพยาบาล มีนโยบายที่กำหนดเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งยา การจัดทำแนวปฏิบัติ การมีคณะทำงานติดตามประเมินการสั่งยาเป้าหมายให้เป็นไปตามเกณฑ์
2. โรงพยาบาลมีการเพิ่มมาตรการจากปีงบประมาณ 2554 แต่ยังไม่สามารถควบคุมสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งยา

นอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อจำนวนครั้งรวมในกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ ยาต้านการอักเสบ และยาลดไขมันในเลือด อย่างละ 1 แห่ง รวมทั้ง ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs+ARBs 2 แห่ง

3. โรงพยาบาลไม่มีมาตรการเพิ่มจากปีงบประมาณ 2554 แต่สามารถควบคุมสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อจำนวนครั้งรวมในกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ กลุ่มยาลด การหลังกรดกลุ่ม PPIs และยาลดความดันกลุ่ม ACEIs+ARBs อย่างละ 10 แห่ง ยาลดไขมันในเลือด 11 แห่ง และยาต้านการอักเสบ 12 แห่ง

4. โรงพยาบาลไม่มีการเพิ่มมาตรการ และสัดส่วนจำนวนครั้งของการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อจำนวนครั้งรวมในกลุ่มเดียวกัน เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2555 ได้แก่ ยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs และยาต้านการอักเสบ อย่างละ 4 แห่ง ยาลดไขมันในเลือด และยาลดความดันกลุ่ม ACEIs+ARBs อย่างละ 3 แห่ง

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มยาลดการหลังกรด PPIs ยาต้านการอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs+ARBs มีเพียง⁽⁵⁻⁷⁾ โรงพยาบาล จาก 20-22 แห่ง ที่มีสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนครั้งรวมของการสั่งใช้ยาในกลุ่มเดียวกันลดลง และมีการเพิ่มมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผล ขณะที่โรงพยาบาลที่มีสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนครั้งการสั่งยาในกลุ่มเดียวกันเพิ่มขึ้น เป็นโรงพยาบาลที่ไม่เปลี่ยนแปลง หรือปรับเพิ่มมาตรการเพียงเล็กน้อย

โรงพยาบาลตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาให้ข้อมูลปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการมาตรการเพื่อส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผล สรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านการสื่อสารและความไม่ร่วมมือจากแพทย์ แพทย์จำนวนหนึ่งยังไม่ปฏิบัติตามระเบียบการสั่งยา ไม่ให้ความร่วมมือในการประเมิน DUE และไม่ตอบสนองต่อนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของกรมบัญชีกลาง

2. ปัญหาด้านทัศนคติของผู้ป่วยต่อยาชื่อสามัญ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่เชื่อมั่นในยาชื่อสามัญ และข้อมูลในเอกสารกำกับยา และสังเกตว่ารายละเอียดของยาที่ผลิตในประเทศ มีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับข้อมูลในเอกสารของยาต้นแบบ

3. ปัญหาด้านสารสนเทศ ข้อมูลของผู้ป่วยสำหรับแต่ละหน่วยย่อยในโรงพยาบาลยังแยกส่วน และระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสารสนเทศที่แยกส่วนให้เชื่อมโยง

4. ปัญหาด้านการจัดหายาที่ผลิตในประเทศ สำหรับยาบางกลุ่ม เช่น กลุ่มยา Bisphosphonate หรือ ARBs เพื่อทดแทนยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่เคยใช้มาก่อน

5. ปัญหาด้านความแตกต่างของนโยบายแต่ละกองทุน ให้โรงพยาบาลดำเนินการรับยาของผู้ป่วยในยาบางกลุ่ม เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านมะเร็ง

โรงพยาบาลตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการหรือกลไกกำกับและส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล สรุปได้ดังนี้

1. ด้านการสื่อสาร กรมบัญชีกลางควรสื่อสารให้ผู้ป่วย

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนครั้งการสั่งใช้รวมของยาในกลุ่มเดียวกัน และการดำเนินการมาตรการเพื่อส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2554-2555 ของโรงพยาบาลตัวอย่าง

กลุ่มยา	จำนวนรพ.	สัดส่วนการสั่งใช้ยา NED ลดลง		สัดส่วนการสั่งใช้ยา NED เพิ่มขึ้น	
		เพิ่มมาตรการ	มาตรการเท่าเดิม	เพิ่มมาตรการ	มาตรการเท่าเดิม
ยาลดการหลังกรด	n = 20	6	10	-	4
ยาต้านการอักเสบ	n = 22	5	12	1	4
ยาลดไขมันในเลือด	n = 20	5	11	1	3
ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs+ARBs	n = 22	7	10	2	3



เข้าใจว่าการรักษาควรเริ่มต้นด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยอาจกำหนดให้ผู้ป่วยที่ประสงค์ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องร่วมจ่าย กรณีปราศจากเหตุผลความจำเป็น กรมบัญชีกลางควรเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อยาชื่อสามัญ และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ให้บริการทุกระดับในเรื่องความแตกต่างในระบบการเบิกจ่ายค่าบริการของแต่ละกองทุน

2. ด้านการสั่งใช้ยา 2.1 ทบทวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ทันความก้าวหน้าของวิทยาการและให้ครอบคลุมโรคที่พบบ่อย 2.2 กำหนดนโยบายการสั่งยาให้ชัดเจนหรือจัดแนวปฏิบัติที่จัดทำโดยสถาบันที่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ อาทิ เช่น ราชวิทยาลัย

3. ด้านระบบตอบแทน ควรมีระบบตอบแทนโรงพยาบาลที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี เพราะการควบคุมรายจ่ายให้กับประเทศเท่ากับลดรายได้จากยาของโรงพยาบาล โดยเฉพาะยาต้นแบบที่มีกำไรสูงกว่า

วิจารณ์

มาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผลที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการในลำดับแรก สำหรับกลุ่มยาลดการหลังกรดกลุ่ม PPIs ยาต้านการอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ARBs กลูโคซามีน และยาโรคกระดูกพรุน คือ การขอความร่วมมือแพทย์เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา ส่วนมาตรการในลำดับแรกในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs และยาต้านมะเร็ง คือ ให้ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับทุกสิทธิ โดยแพทย์ระบุเหตุผลความจำเป็นในการสั่งใช้

การเปรียบเทียบมาตรการที่ดำเนินการระหว่างปีงบประมาณ 2554 และ 2555 พบว่าโรงพยาบาลยังคงมาตรการส่วนใหญ่ที่เคยใช้อยู่เดิมในปีงบประมาณ 2554 โรงพยาบาลมีนโยบายให้แพทย์ใช้ยาที่ผลิตในประเทศ หรือยาชื่อสามัญก่อนเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2555 ใน 5 กลุ่มยา คือ ยาต้านเกล็ดเลือด ยาต้านการอักเสบ ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs และยาลดความดันกลุ่ม ARBs

มาตรการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการเพื่อส่งเสริม

และกำกับการใช้ยาสมเหตุผลในลำดับแรก คือ การขอความร่วมมือแพทย์ ให้เฝ้าระวังในเรื่องข้อบ่งชี้การใช้ยา และมาตรการให้แพทย์ระบุเหตุผลความจำเป็นในการสั่งใช้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ดำเนินมาตรการดังต่อไปนี้ คือ มาตรการจัดทำแนวปฏิบัติ มาตรการมีคณะทำงานติดตามประเมินการใช้ยา 9 กลุ่มให้เป็นไปตามเกณฑ์เงื่อนไขที่กำหนด (DUE) มาตรการมีนโยบายให้ใช้ยาชื่อสามัญและยาทดแทนในรายการยาเป้าหมาย มาตรการให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วนำไปเบิกต้นสังกัดเอง และมาตรการที่กำหนดให้การสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต้องผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการก่อนสั่งใช้

ประเทศในแถบยุโรปนิยมดำเนินมาตรการการสั่งใช้ยาสามัญทดแทนเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา⁽⁵⁻²⁰⁾ แนวทางการสั่งยาชื่อสามัญทดแทน ในเบื้องต้นต้องมีการยอมรับจากแพทย์ กำหนดเป็นข้อตกลงที่จัดทำโดยแพทย์ เกี่ยวกับการทดแทนยา ขึ้นต่อมาก็คือ พิจารณาว่าเป็นการจ่ายยาครั้งแรกหรือไม่ ถ้าหากเป็นการจ่ายยาครั้งแรก สามารถใช้ยาทดแทนได้เลย แต่หากไม่ใช่การจ่ายยาครั้งแรก ยาชื่อสามัญที่จะทดแทนยาต้นแบบต้องผ่านการทดสอบชีวสมมูล หากยาชื่อสามัญที่นำมาทดแทนมีความเสี่ยง จะต้องพิจารณาปัจจัยเสี่ยงของตัวผู้ป่วยร่วมด้วยหากมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลทำให้การทดแทนยามีปัญหา เช่น บรรจุภัณฑ์หรืออุปกรณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง จะต้องอธิบายการทดแทนยาให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน

ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ยอมรับการใช้ยาชื่อสามัญทดแทนยาต้นแบบ อาจเนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับยาสามัญ จากการศึกษาของ Håkonsen H และคณะ⁽¹¹⁾ ใช้วิธีสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในประเด็นของความร่วมมือ ทัศนคติเกี่ยวกับยาชื่อสามัญ และประสบการณ์การใช้ยาชื่อสามัญทดแทนยาต้นแบบ โดยศึกษาในผู้ป่วยพหุชาวปากีสถานในประเทศนอร์เวย์ที่ใช้ยาลดความดัน ยาโรคเบาหวาน และยาลดไขมันในเลือด จำนวน 83 คน ผลการศึกษพบว่า 23 คนไม่ยอมรับการใช้ยาทดแทน เพราะเข้าใจว่ายาสามัญเป็นยาปลอม 12 คน คิดว่ายาต้นแบบเป็นยาที่ดีที่สุด 10 คน เคยใช้ยาต้นแบบมาก่อน 9 คน ให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ

ใจเพราะคิดว่าแพทย์น่าจะรู้ดีที่สุด 9 คน และไม่มั่นใจเกี่ยวกับการใช้ยาชื่อสามัญทดแทน 8 คน

ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ ไม่สามารถอธิบายประสิทธิภาพของแต่ละมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่โรงพยาบาลดำเนินการได้ เนื่องจากโรงพยาบาลมักดำเนินการมาตรการหลายอย่างร่วมกัน หรือปรับมาตรการในลักษณะที่ยืดหยุ่นต่อมาตรการที่เข้มงวด หรือปรับเปลี่ยนมาตรการที่ไม่เข้มงวดหลายมาตรการ มาตรการที่ไม่เข้มงวดหลายมาตรการอาจสร้างภาระแก่แพทย์ผู้สั่งยาเช่นกัน นอกจากนี้โรงพยาบาลที่เลือกใช้มาตรการที่เข้มงวดมักมีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงมากอย่างต่อเนื่องมาก่อนช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ในทางกลับกันโรงพยาบาลที่ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นอย่างดีมักได้รับความร่วมมือจากแพทย์ผู้สั่งยา จึงไม่มีความจำเป็นต้องดำเนินการควบคุมกำกับกับการสั่งยา หรือไม่มีความจำเป็นต้องเลือกใช้มาตรการที่เข้มงวด นอกจากนี้งานวิจัยที่มีวัตถุประสงค์การศึกษา หรือระเบียบวิธีวิจัยใกล้เคียงกัน มีน้อยมาก จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการศึกษากับงานวิจัยอื่นในประเทศไทย

มาตรการเพื่อส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผลจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและภายนอก ปัจจัยภายใน ได้แก่ นโยบายและการบริหารจัดการของโรงพยาบาล ความเข้มแข็งของการบังคับใช้มาตรการ รวมทั้งการสื่อสารภายในองค์กร การใช้ระบบสารสนเทศช่วยงาน นโยบายในการสั่งยา การคัดเลือกยา เป็นต้น ปัจจัยภายนอก ได้แก่ นโยบายจากกรมบัญชีกลางที่จะต้องมีความชัดเจน สอดคล้องและเอื้อต่อการทำงานของผู้ปฏิบัติ มีแนวเวชปฏิบัติในการสั่งยาที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยต่างๆ เพื่อสร้างความยอมรับของแพทย์ และการเข้มงวดมาตรการส่งเสริมการควบคุมคุณภาพยาที่ผลิตในประเทศ เพื่อสร้างความมั่นใจแก่แพทย์และผู้ป่วย

โดยสรุป โรงพยาบาลยังไม่ดำเนินการมาตรการที่เข้มงวดเพื่อส่งเสริมและกำกับการใช้ยาสมเหตุผล สำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น มาตรการให้ใช้ยาชื่อสามัญและยาทดแทนในรายการยาเป้าหมาย หรือมาตรการที่กำหนดให้ผู้จ่ายการอนุมัติก่อนสั่งใช้ ในกลุ่มยาที่กรมบัญชีกลางให้

ความสำคัญในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในระบบสวัสดิการรักษายาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้ดำเนินการและสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุน ความอนุเคราะห์ของผู้บริหารโรงพยาบาลและเภสัชกร ทั้ง 34 แห่ง ซึ่งให้ความร่วมมือและการตอบรับ ส่งข้อมูลกลับมายังผู้วิจัยเป็นอย่างดี และให้ข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้วิจัยทางโทรศัพท์ เพื่อความถูกต้องและชัดเจนของข้อมูลมากยิ่งขึ้นด้วย ขอขอบคุณ ญ. ดร. เบญจพร ศิลารักษ์และญ.สุมาพร ไทยเจริญ ผู้ทรงคุณวุฒิ/นักวิชาการด้านงานเภสัชกรรม ในการให้คำแนะนำและช่วยปรับปรุงแบบสอบถาม คุณพัชนี ธรรมวันนา ผู้จัดการงานวิจัยสวปก. ที่ปรึกษาในการทำวิจัย คุณพัฒนาวิไล อินใหม่ ให้คำแนะนำในการจัดทำตารางบันทึกข้อมูล (Data Form) และพจนานุกรมโครงสร้างข้อมูล (Data Structure Dictionary) คุณประไพโร อุตมา ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณณัฐนิชมา แจ้งประจักษ์ ช่วยในการประสานข้อมูลโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ข้อเสนอมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 เอกสารเสนอกรมบัญชีกลาง
2. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ข้อเสนอมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 เอกสารเสนอกรมบัญชีกลาง
3. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ข้อเสนอมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 เอกสารเสนอกรมบัญชีกลาง
4. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. การศึกษาถอดบทเรียนโรงพยาบาล มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครั้งที่ 1/2553. นนทบุรี. กรมบัญชีกลาง; 2553.
5. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานการศึกษาลดบทเรียน ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการดำเนินการมาตรการกำกับ



- การใช้ยาสมเหตุสมผลและคุ้มค่าจากโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานดี 3 แห่ง. นนทบุรี. กรมบัญชีกลาง; 2555.
6. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่อง 34 แห่ง. นนทบุรี. กรมบัญชีกลาง; 2554.
 7. Steven Simoens and Sandra De Coster. Sustaining Generic Medicines Markets in Europe *Journal of Generic Medicines: The Business Journal for the Generic Medicines Sector* July 2006;3:257-268, doi:10.1057/palgrave.jgm. 4940128
 8. Heikkila R, Mantyselka P, Hartikainen-Herranen K, Ahonen R. Customers' and physicians' opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2007;82(3):366-74. PubMed PMID: 17141355. Epub 2006/12/05. eng.
 9. Barrett, Linda L., Physicians' Attitudes and Practices Regarding Generic Drugs, AARP, March 2005. Available at www.aarp.org.
 10. Heikkila R, Mantyselka P, Ahonen R. Price, familiarity, and availability determine the choice of drug - a population-based survey five years after generic substitution was introduced in Finland. *BMC clinical pharmacology*. 2011;11:20. PubMed PMID: 22171800. Pubmed Central PMCID: PMC3262749. Epub 2011/12/17. eng.
 11. Håkonsen H, Toverud E-L. Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway. *Eur J Clin Pharmacol* 2011 2011/02/01;67(2):193-201. English.
 12. Himmel W, Simmenroth-Nayda A, Niebling W, Ledig T, Jansen RD, Kochen MM, et al. What do primary care patients think about generic drugs? *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*. 2005;43(10):472-9. PubMed PMID: 16240704. Epub 2005/10/26.eng.
 13. Shrank WH, Hoang T, Ettner SL, Glassman PA, Nair K, DeLapp D, et al. The implications of choice: prescribing generic or preferred pharmaceuticals improves medication adherence for chronic conditions. *Archives of internal medicine*. 2006;166(3):332-7. PubMed PMID: 16476874. Epub 2006/02/16. eng.
 14. Kjoenniksen I, Lindbaek M, Granas AG. Patients' attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. *Pharmacy world & science : PWS*. 2006;28(5):284-9. PubMed PMID: 17111247. Epub 2006/11/18. eng.
 15. Steven Simoens and Sandra De Coster. Sustaining Generic Medicines Markets in Europe *Journal of Generic Medicines: The Business Journal for the Generic Medicines Sector* July 2006;3:257-268,doi:10.1057/palgrave.jgm. 4940128
 16. Heikkila R, Mantyselka P, Hartikainen-Herranen K, Ahonen R. Customers' and physicians' opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2007;82(3):366-74. PubMed PMID: 17141355. Epub 2006/12/05. eng.
 17. Barrett, Linda L. Physicians' Attitudes and Practices Regarding Generic Drugs, AARP, March 2005. Available at www.aarp.org.
 18. Heikkila R, Mantyselka P, Ahonen R. Price, familiarity, and availability determine the choice of drug - a population-based survey five years after generic substitution was introduced in Finland. *BMC clinical pharmacology*. 2011;11:20. PubMed PMID: 22171800. Pubmed Central PMCID: PMC3262749. Epub 2011/12/17. eng.
 19. Håkonsen H, Toverud E-L. Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway. *Eur J Clin Pharmacol* 2011 2011/02/01;67(2):193-201. English.