

ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

จุฬารัตน์ ลิ้มวันทนนท์*

นพคุณ ธรรมธัชอารี†

อรอนงค์ วลีขจรเลิศ‡

พีชณี ธรรมวันทา‡

สุพล ลิ้มวันทนนท์*

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์†

บทคัดย่อ

เป็นเวลากว่า ๒ ทศวรรษแล้วที่ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งใช้ระบบการจ่ายเงินแบบปลายเปิดเติบโตอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังที่ข้าราชการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูงกว่าผู้ป่วยใน การวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ จาก ๒๖ ใน ๓๔ แห่งในระบบจ่ายตรงของผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๕๒ พบสัดส่วนของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเฉลี่ยร้อยละ ๔๑ ตามจำนวนครั้งการสั่งใช้ และร้อยละ ๖๗ ตามมูลค่ายา โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีสัดส่วนการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ สูงที่สุด (ร้อยละ ๔๕ ของใบสั่งยา) ในขณะที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดอื่นมีสัดส่วนต่ำกว่า (ร้อยละ ๓๕ และ ๔๒ ตามลำดับ) ทั้งนี้ สัดส่วนตามมูลค่าของยานอกบัญชียาหลักฯ มีค่าใกล้เคียงกัน (ร้อยละ ๖๖-๖๘) กลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๖ อันดับแรกซึ่งเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ ๔๑ ของค่าใช้จ่ายของยาทุกรายการ ได้แก่ ยาควบคุมไขมันในเลือด ยาต้านมะเร็ง ยาต้านข้ออักเสบ ยาต้านกระดูกพรุน ยากลุ่ม ACEI-ARB และยาลดการหลังกรด ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนของยานอกบัญชียาหลักฯ ตามมูลค่าตั้งแต่ ร้อยละ ๘๖.๔ สำหรับยาควบคุมไขมันในเลือด ร้อยละ ๘๗.๘ สำหรับยา ACEI-ARB ร้อยละ ๘๓.๖ สำหรับยาลดการหลังกรด และสูงถึงร้อยละ ๙๗.๒ สำหรับยาต้านข้ออักเสบ แม้ว่ากลุ่มยาเหล่านี้จะมียาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ผลิตได้ในประเทศให้เลือกใช้ได้หลายรายการ นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายร้อยละ ๙๒.๓, ๘๖.๐, ๖๕.๐ และ ๔๔.๐ ของกลุ่มยาลดการหลังกรด ยาควบคุมไขมันในเลือด ยา ACEI-ARB และยาต้านข้ออักเสบ ตามลำดับ เกิดจากยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว จากกรณีศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งสามารถควบคุมการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ ได้ดีกว่าโรงพยาบาลอีกหลายแห่ง พบว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหารและความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ซึ่งจะช่วยลดภาวะคุกคามจากกลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทยาทัศนคติทางลบของผู้สั่งใช้ยาต่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งการไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลาง ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการกำหนดนโยบายควบคุมการใช้ยาที่ชัดเจน ได้แก่ การใช้นโยบายราคาอ้างอิงสำหรับการเบิกจ่าย การสร้างระบบติดตามและควบคุมกำกับโดยอาศัยการประมวลผลข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้สั่งใช้รายบุคคล นอกจากนี้ ควรมีการสร้างแรงจูงใจแก่โรงพยาบาลที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการวิเคราะห์ข้อมูล และการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

คำสำคัญ: ค่าใช้จ่ายด้านยา ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

†สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

‡คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



Abstract Expenditure of Civil Servant Medical Benefit Scheme and the use of non-essential medicines
Chulaporn Limwattananon*, Noppakun Thammatacharee[†], Onanong Waleekhachonloet[‡],
Patchanee Thamwanna[‡], Supon Limwattananon*, Samrit Srithamrongsawat[†]

*Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, [†]Health Insurance System Research Office, [‡]Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Over two decades, the expenditure for Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) which employed the open-ended provider payment methods has a continual double-digit annual growth. In recent years, the outpatient expenditure outpaced the inpatient one. An analysis of prescriptions and expenditures of the outpatient drugs of 26 out of 34 large public hospitals under the direct billing system in 2009 revealed that on average 41% of total prescriptions and 67% of expenditure belonged to those not covered by the current National Lists of Essential Medicines. The highest proportion of the non-essential (NE) drug prescriptions occurred in university hospitals (45%), whereas the NE proportion in the Ministry of Public Health hospitals and other ministries was relatively lower (35% and 42%, respectively). However, the NE share of drug expenditure was similar across the three hospital types (66-68%). The top six therapeutic classes of drugs, sharing 41% of total drug expenditure, were antilipids, anticancers, antiosteoarthritis (nonsteroidal anti-inflammatory drugs -NSAID, COX-2 inhibitors and symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis -SYSADOA), antiosteoporosis, angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) and antidiabetic drugs (antidiabetic drugs -H2RA and proton pump inhibitors -PPI). The NE drugs accounted for 86.4% of the expenditure for antilipids, 87.8% for ACEI-ARB, 93.6% for antiulcers and 97.2% for antiosteoarthritis. With respect to market status, the single-source products accounted for 92.3, 86.0, 65.0, and 44.0% of the expenditure for antiulcers, antilipids, ACEI-ARB, and antiosteoarthritis, respectively. A case study of university hospital with relatively low use of NE drugs revealed that leadership of the hospital administrator and the Pharmacy and Therapeutic committee is a key to success of cost containment that can counteract threats from market strategies of drug industry and misunderstanding of prescribers toward the use of the NE drugs. It was recommended the central administration of CSMBS should give priority to cost-containment policies including reference pricing systems for drug reimbursement, monitoring and evaluation using prescriber-specific drug utilization data. In addition, appropriate financial incentive for well-performed hospitals, capacity building for hospital personnel in data analysis and platforms for knowledge sharing should be introduced.

Key words: Civil Servant Medical Benefit Scheme, drug expenditure, National Lists of Essential Medicines

ภูมิหลังและเหตุผล

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบที่รัฐบาลจัดให้แก่ข้าราชการ พนักงานและลูกจ้างของรัฐ และครอบครัว เมื่อมีการใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาล ถือเป็นสิทธิประโยชน์ที่ให้แก่กลุ่มบุคคลดังกล่าวนอกเหนือจากเงินเดือนหรือค่าจ้างซึ่งตามปกติมีอัตราต่ำกว่าพนักงานหรือลูกจ้างในภาคเอกชน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมประชากรประมาณ ๖.๕ ล้านคน โดยเป็นผู้มีสิทธิภายใต้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการค่ารักษายาบาล พ.ศ. ๒๕๒๓ (และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ประมาณ ๕.๔ ล้านคน ซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานและลูกจ้างของรัฐ ๑.๘

ล้านคน และบุคคลในครอบครัว ๓.๖ ล้านคน

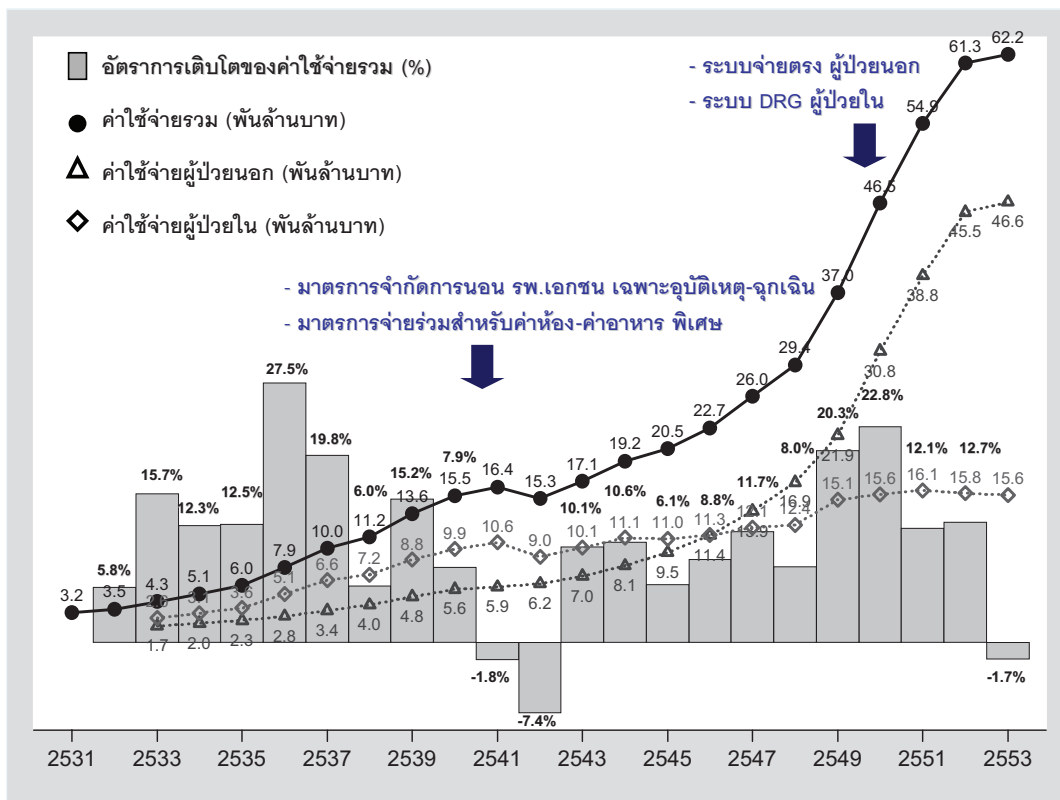
การชดเชยค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลดังกล่าวอาศัยงบประมาณแผ่นดินซึ่งแต่เดิมจัดสรรให้แต่ละส่วนราชการ แต่ต่อมา กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบการใช้จ่ายเงินและสิทธิประโยชน์ของระบบฯ โดยครอบคลุมบริการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาล ซึ่งรวมถึงห้องพิเศษในโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระบบนี้ใช้การจ่ายเงินค่ารักษายาบาลให้แก่สถานพยาบาลตามรายบริการแบบย้อนหลังตามที่ถูกเรียกเก็บ (Retrospective fee for service, FFS) ซึ่งถือว่าเป็นแบบปลายเปิด^(๑) ในอดีตบริการแบบ

ผู้ป่วยนอกผู้มีสิทธิต้องสำรองจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลก่อนแล้วเบิกคืนจากหน่วยงานต้นสังกัดในภายหลัง แต่หลังจากปี ๒๕๔๙ ผู้มีสิทธิสามารถเลือกขึ้นทะเบียนเพื่อให้โรงพยาบาลเรียกเก็บโดยตรงจากกรมบัญชีกลาง (“ระบบจ่ายตรง”) สำหรับบริการแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเป็นผู้เบิกจากกรมบัญชีกลางตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related group, DRG) ซึ่งเป็นระบบที่เริ่มใช้ในช่วงเวลาใกล้เคียงกับระบบจ่ายตรงของผู้ป่วยนอก เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้จะมีการตั้งงบประมาณล่วงหน้าสำหรับใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแต่ในระหว่างปีหากงบประมาณที่ตั้งไว้ไม่เพียงพอก็สามารถเบิกจ่ายจากงบกลางได้^(๒)

พบว่า ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ ๔ เท่า ทั้งที่ทั้งสองระบบอาศัยงบประมาณแผ่นดินเช่นเดียวกัน

ค่าใช้จ่ายที่สูงมากของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสันนิษฐานว่า ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการมีผู้ใช้บริการที่เกษียณอายุแล้วในสัดส่วนที่มากกว่า (ร้อยละ ๒๑ และร้อยละ ๑๐ ตามลำดับ) นอกจากสะท้อนถึงความจำเป็นด้านสุขภาพแล้ว ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายยังเป็นผลจากการเลือกใช้ทรัพยากรสุขภาพหรือวิธีการรักษายาบาลที่ต่างกันตามประเภทของสถานพยาบาล และพฤติกรรมของผู้ให้บริการซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจจากวิธีการจ่ายเงินที่ต่างกันระหว่างระบบปลายเปิดของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกับระบบปิดของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(๓)

นอกจากนี้ ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของกรมบัญชีกลาง (รูปที่ ๑) แสดงให้เห็นว่า ในอดีต ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นของผู้ป่วยใน แต่ภายหลังการใช้ระบบ DRG ค่าใช้จ่ายสำหรับการ



รูปที่ ๑ ค่าใช้จ่ายรวม ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และอัตราการเติบโต ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ๒๕๓๑-๒๕๕๓ ที่มา ข้อมูลจากกรมบัญชีกลาง



รักษาพยาบาลผู้ป่วยในอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ ในขณะที่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกมีการเติบโตอย่างต่อเนื่องจนสูงกว่าผู้ป่วยในตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ และเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการใช้ระบบจ่ายตรงตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านยามีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๘๓ ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก^(๔)

การควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมหลังจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจของทวีปเอเชียในปี ๒๕๔๐ โดยเริ่มจากมาตรการด้านอุปสงค์สำหรับการเข้านอนโรงพยาบาล ได้แก่ การใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะกรณีอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน การให้ผู้ใช้สิทธิมีส่วนร่วมจ่ายหากต้องการนอนห้องพิเศษ มาตรการดังกล่าวทำให้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายที่ลดลงเป็นครั้งแรกในช่วงเวลา ๒ ปีถัดมา (รูปที่ ๑) อย่างไรก็ตาม ในเวลาต่อมาค่าใช้จ่ายทั้งโดยรวมและสำหรับผู้ป่วยในกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก แม้จะยังไม่มีการปฏิรูปทั้งระบบ แต่มาตรการด้านอุปทาน เช่น การเบิกจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในไม่ให้เติบโตได้

สำหรับมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลซึ่งกำหนดเงื่อนไขการสั่งยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติยังไม่เห็นประสิทธิผล นอกจากนี้ ยังสันนิษฐานว่าระบบจ่ายตรงที่เพิ่งมีการดำเนินการเมื่อไม่นานมานี้มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

แม้ว่าระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจะใช้วิธีการจ่ายเงินค่ารักษายาพยาบาลแบบรายบริการหรือ FFS แต่ไม่มีฐานข้อมูลบันทึกการเบิกจ่ายที่ระบุรายละเอียดของการใช้ยาหลักฐานการวิจัยที่ผ่านมา^(๕-๑๐) ระบุว่า แบบแผนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานพยาบาลมีความแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศและเป็นเหตุสำคัญให้ค่าใช้จ่ายด้านยาแตกต่างกันสำหรับกลุ่มยาซึ่งมีข้อบ่งใช้เดียวกันและมีการใช้บ่อยสำหรับผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีโอกาสได้ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติสูงกว่าผู้ที่อยู่ในระบบหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในส่วนภูมิภาคและบางแห่งไม่ใช่ผู้ให้บริการรายใหญ่ของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และยังไม่ได้คำนึงถึงความซับซ้อนของประเภทการเจ็บป่วย (casemix) ตลอดจนผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย (patient outcomes)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การใช้ยาที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โดยต้องการตอบคำถามในประเด็นต่อไปนี้ (๑) สัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติโดยรวมของระบบเป็นอย่างไรและมีความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลหรือไม่? (๒) สัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวในแต่ละกลุ่มยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกัน มีความแตกต่างกันหรือไม่? และ (๓) ปัจจัยใดที่มีความสำคัญต่อการดำเนินการของโรงพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ? คำตอบสำหรับคำถามการวิจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดมาตรการระยะสั้นในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา และการพัฒนามาตรการการจ่ายค่ารักษายาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกในอนาคต เพื่อให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและเกิดความยั่งยืนในระยะยาว

ระเบียบวิธีการศึกษา

ที่มาของข้อมูล

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ขอความร่วมมือผ่านกรมบัญชีกลาง จากโรงพยาบาลน่านร่อง ๓๔ แห่ง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๗ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๙ แห่ง และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและอื่นๆ ๘ แห่ง ให้ส่งข้อมูลในลักษณะยอดรวม (aggregate) สำหรับยาแต่ละรายการ (ชื่อ รูปแบบและความแรงของยา) ได้แก่ ปริมาณยาที่สั่งใช้ จำนวนครั้งการสั่งใช้ และมูลค่าที่โรงพยาบาลเรียกเก็บในระบบจ่ายตรง

ระหว่าง ตุลาคม ๒๕๕๑ - กรกฎาคม ๒๕๕๒ โรงพยาบาลเหล่านี้มีผู้ป่วยนอกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้บริการมากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ ครั้ง ในปี ๒๕๕๑

โรงพยาบาลจำนวน ๓๑ แห่ง สามารถให้ข้อมูลดังกล่าวได้ แต่เมื่อตรวจสอบมูลค่ายาตามข้อมูลที่ได้รับของแต่ละโรงพยาบาลกับข้อมูลยอดรวมการเบิกจ่ายผ่านสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) พบความแตกต่างสูงกว่า + ร้อยละ ๓๐ ในโรงพยาบาล ๔ แห่ง นอกจากนี้ โรงพยาบาลอีก ๑ แห่งไม่ใช้ระบบจ่ายตรงสำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้น จึงเหลือโรงพยาบาล ๒๖ แห่ง ที่สามารถใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

๑. เชิงปริมาณ

เนื่องจากจำนวนรายการยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลมีมากกว่าสองพันรายการ การตอบคำถามการวิจัยสองข้อแรกว่าโรงพยาบาลมีการใช้ยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากหรือน้อยเพียงใด และค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงนั้นเป็นผลจากการใช้ยาในกลุ่มข้อบ่งใช้ใดและเป็นยาประเภทใด การวิเคราะห์นี้จึงให้ความสำคัญกับกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูง และมียาในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งผลิตได้ในประเทศเป็นทางเลือก โดยเน้นที่ยาชนิดรับประทาน

กลุ่มยาเหล่านี้ ได้แก่ (๑) ยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) และ angiotensin-2 receptor blockers (ARB); (๒) ยาควบคุมไขมันในเลือด (antilipids); (๓) ยาด้านข้ออักเสบ (antioosteoarthritis) ประเภท nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID), cyclo-oxygenase (COX)-2 inhibitors และ symptomatic slow-acting drug for osteoarthritis (SYSADOA); และ (๔) ยาลดการหลั่งกรด (antiulcer/antisecretory drug) ประเภท histamine-2 receptor antagonist (H-2RA) และ proton-pump inhibitor (PPI) ซึ่งมีรายการยาทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ตารางที่ ๑)

๒. เชิงคุณภาพ

ในการตอบคำถามการวิจัยข้อที่สามเพื่อหาปัจจัย

สำคัญในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของโรงพยาบาล ใช้วิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์แบบเชิงลึกต่อผู้ให้ข้อมูลหลักในโรงพยาบาลนำร่อง ๓๔ แห่ง ร่วมกับการสอบถามเภสัชกรในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลด้วยจดหมายอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับลักษณะการดำเนินการของโรงพยาบาลในปี ๒๕๕๒

ประเด็นคำถามในการวิเคราะห์เชิงคุณภาพมีเนื้อหาครอบคลุมต่อไปนี้ (๑) วิธีการคัดเลือกรายการยาของโรงพยาบาล (๒) การดำเนินการของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และบทบาทที่เกี่ยวข้องของแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล และ (๓) ผลการดำเนินการ ปัญหาที่เกิดขึ้น และข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขข้อมูลที่ได้รับนำมาวิเคราะห์เนื้อหา จัดหมวดหมู่ และอธิบายเพื่อให้เห็นลักษณะการดำเนินการในภาพรวม และประสบการณ์รายโรงพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาของโรงพยาบาลที่ค่อนข้างประสบความสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่าย

ผลการศึกษา

การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ: ภาพรวมและความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาล

ในปี ๒๕๕๒ โรงพยาบาลทั้ง ๒๖ แห่ง มีการสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงประมาณ ๑๔.๑ ล้านใบสั่ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายรวม ๑๓,๑๘๕ ล้านบาท โดยมีสัดส่วนของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในภาพรวมเฉลี่ยร้อยละ ๔๑ ตามจำนวนครั้งการสั่งใช้ และร้อยละ ๖๗ ตามมูลค่ายา (ตารางที่ ๒)

เมื่อจำแนกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีสัดส่วนการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ สูงที่สุด (ร้อยละ ๔๕) ในขณะที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดอื่นมีสัดส่วนต่ำกว่า (ร้อยละ ๓๕ และ ๔๒ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของค่าใช้จ่ายยานอกบัญชียาหลักฯ ของโรงพยาบาล ๓ ประเภท มีค่าใกล้เคียงกัน (ร้อยละ ๖๖-๖๘)

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติระหว่างโรงพยาบาลแต่ละแห่ง (รูปที่ ๒) พบว่าโรง



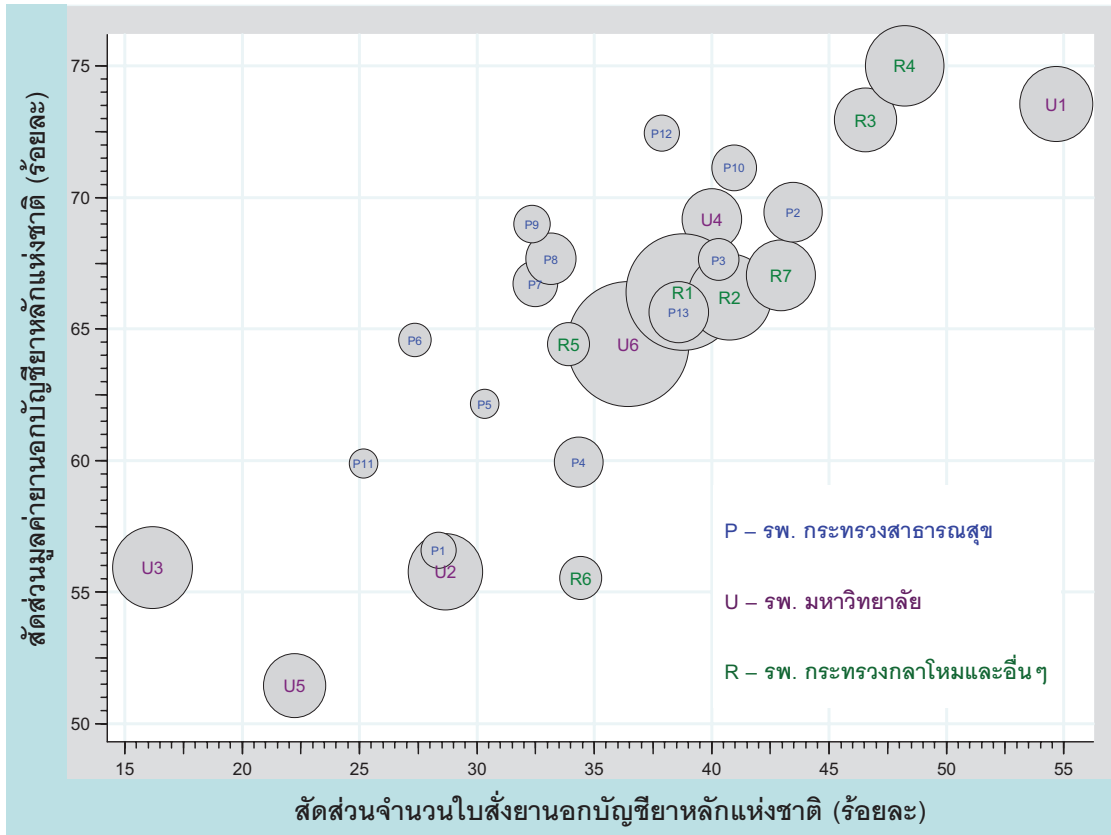
ตารางที่ ๑ รายการยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามกลุ่มข้อบ่งใช้สำคัญ

กลุ่มยา	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
๑. ยาลดความดันโลหิต ACEI และ ARB	ACEI: Captopril, Enalapril ARB: Losartan	ACEI: Cilazapril, Fosinopril, Imidapril, Lisinopril, Perindopril, Perindopril+Indapamide, Quinapril, Quinapril+hydrochlorothiazide (HCTZ), Ramipril ARB: Candesartan, Candesartan+HCTZ, Irbesartan, Irbesartan+HCTZ, Losartan+HCTZ, Olmesartan, Olmesartan+HCTZ, Telmisartan, Telmisartan+HCTZ, Valsartan, Valsartan+Amlodipine, Valsartan+HCTZ
๒. ยาควบคุมไขมัน ในเลือด	Fenofibrate Simvastatin Gemfibrozil	Bezafibrate Atorvastatin, Atorvastatin+Amlodipine, Fluvastatin, Pitavastatin, Pravastatin, Rosuvastatin Acipimox, Ezetimibe, Ezetimibe+Simvastatin
๓. ยาด้านข้ออักเสบ NSAID, COX-2 inhibitor และ SYSADOA	NSAID: Diclofenac, Ibuprofen, Indomethacin, Naproxen, Piroxicam	NSAID: Ketoprofen, Loxoprofen, Mefenamic, Meloxicam, Nabumetone, Nimesulide, Sulindac, Tenoxicam, Tiaprofenic COX-2 inhibitor: Celecoxib, Etoricoxib, Lumiracoxib, Parecoxib SYSADOA: Diacerein, Chondroitin, Glucosamine, Glucosamine+ Chondroitin Hyaluronate
๔. ยาลดการหลั่งกรด PPI และ H-2RA	H-2RA: Ranitidine PPI: Omeprazole	H-2RA: Cimetidine, Famotidine PPI: Esomeprazole, Lansoprazole, Pantoprazole, Rabeprazole

หมายเหตุ: ACEI -Angiotensin converting enzyme inhibitor; ARB -Angiotensin-2 receptor blocker; NSAID -Nonsteroidal anti-inflammatory drug; COX -Cyclo-oxygenase; SYSADOA -Symptomatic slow-acting drug for osteoarthritis; H-2RA -Histamine-2 receptor antagonist; PPI -Proton-pump inhibitor

ตารางที่ ๒ สัดส่วนยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามจำนวนครั้งการใช้และมูลค่ายา จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ๒๕๕๒

จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	รพ. มหาวิทยาลัย	รพ. สาธารณสุข	รพ. สังกัดอื่น	รวม
	๖	๑๓	๗	๒๖
๑. จำนวนครั้งการใช้ รวม (ใบสั่ง)	๕,๑๖๐,๖๑๒	๔,๑๖๘,๐๘๕	๔,๘๑๒,๕๕๗	๑๔,๑๔๑,๖๕๔
- ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ใบสั่ง)	๒,๓๒๗,๘๕๗	๑,๔๕๘,๖๐๑	๒,๐๑๗,๐๑๘	๕,๘๐๓,๕๑๖
- สัดส่วนยานอกบัญชียาหลักฯ (ร้อยละ)	๔๕.๑	๓๕.๐	๔๑.๕	๔๑.๐
๒. มูลค่ายา รวมทั้งหมด (ล้านบาท)	๕,๕๕๗	๒,๗๖๕	๔,๔๑๕	๑๓,๑๓๕
- ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ล้านบาท)	๓,๕๗๘	๑,๘๓๔	๓,๐๐๑	๘,๔๑๓
- สัดส่วนยานอกบัญชียาหลักฯ (ร้อยละ)	๖๖.๓	๖๖.๒	๖๗.๕	๖๖.๘



รูปที่ ๒ สัดส่วนยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามจำนวนใบสั่งและมูลค่ายา รายโรงพยาบาล ๒๕๕๒

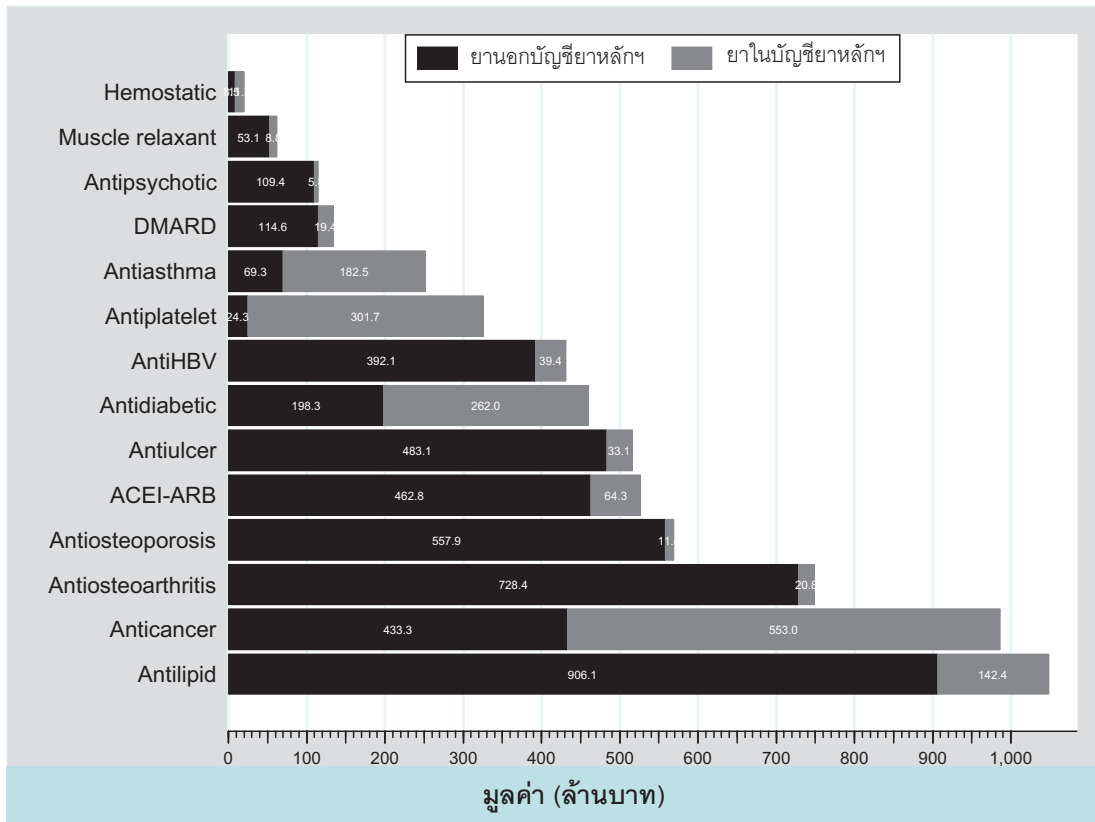
พยาบาลที่มีมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักๆ ค่อนข้างต่ำ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๓ แห่ง (ร้อยละ ๕๑- ๕๖) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๑ แห่ง (ร้อยละ ๕๗) และโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๑ แห่ง (ร้อยละ ๕๖)

มูลค่าการใช้รวมและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ: ความแตกต่างระหว่างกลุ่มยา

การวิเคราะห์มูลค่ายาและสัดส่วนยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามกลุ่มข้อบ่งใช้ของยา ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ รูปที่ ๓ แสดงกลุ่มยาเรียงลำดับตามมูลค่าการใช้ในภาพรวมของโรงพยาบาลทุกประเภท โดยจำแนกให้เห็นระหว่างยานอกและในบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่า ในปี ๒๕๕๒ กลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๖ อันดับแรก ได้แก่ ยาควบคุมไขมันในเลือด ยาด้านมะเร็ง ยาด้านข้ออักเสบ ยาด้านกระดูกพรุน ยา ACEI-ARB และยาลดการหลังกรด ตามลำดับ

มูลค่ารวมของยาทั้ง ๖ กลุ่มดังกล่าวคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ ๔๑ ของค่าใช้จ่ายด้านยาทุกรายการ

เมื่อพิจารณาลักษณะของยาแต่ละรายการตามคุณสมบัติในบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่า มูลค่าของยานอกบัญชียาหลักๆ ในกลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงทั้ง ๖ กลุ่มดังกล่าว มีสัดส่วนที่สูงมาก หากไม่รวมยาด้านมะเร็งซึ่งมีแบบแผนการรักษาที่ค่อนข้างซับซ้อน และยาด้านกระดูกพรุนที่บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบันยังไม่มียาชนิดรับประทาน จะพบสัดส่วนของยานอกบัญชียาหลักๆ ตามมูลค่า ตั้งแต่ ร้อยละ ๘๖.๔ สำหรับยาควบคุมไขมันในเลือด ร้อยละ ๘๗.๘ สำหรับยา ACEI-ARB ร้อยละ ๙๓.๖ สำหรับยาลดการหลังกรด และสูงถึงร้อยละ ๙๗.๒ สำหรับยาด้านข้ออักเสบ แม้ว่ากลุ่มยาเหล่านี้จะมียาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ผลิตได้ในประเทศให้เลือกใช้ได้หลายรายการ



รูปที่ ๓ มูลค่าการใช้ยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามกลุ่มข้อบ่งใช้ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๒๕๕๒

การใช้ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวและหลายราย

คำถามที่ตามมา คือ เหตุใดกลุ่มยาซึ่งมีสัดส่วนของยานอกบัญชียาหลักฯ ที่มากเหล่านี้จึงมีค่าใช้จ่ายสูง การจำแนกมูลค่าและจำนวนใบสั่งยาตามคุณสมบัติทางการตลาดของยาแต่ละรายการที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน (ตารางที่ ๓) แสดงให้เห็นคำตอบของปัญหาดังกล่าว

จากตารางที่ ๓ ค่าใช้จ่ายร้อยละ ๕๒.๓, ๘๖.๐, ๖๕.๐ และ ๔๔.๐ ของกลุ่มยาลดการหลังกรด ยาควบคุมไขมันในเลือด ยา ACEI-ARB และยาต้านข้ออักเสบ ตามลำดับ เกิดจากการใช้ยาที่มีการผูกขาดในท้องตลาดเนื่องจากมีผู้จำหน่ายรายเดียว โดยเฉพาะยาลดการหลังกรดและยาควบคุมไขมันในเลือดซึ่งค่าใช้จ่ายของยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติเกือบทั้งหมดเกิดจากรายการยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว หากพิจารณาตามจำนวนครั้งของการสั่งใช้ยาในแต่ละกลุ่ม พบว่า สัดส่วนใบสั่งยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวอยู่ระหว่างร้อยละ ๔๑ ถึงร้อยละ ๔๕

ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันและต่ำกว่าสัดส่วนตามค่าใช้จ่าย แสดงว่า ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเกิดจากราคาต่อใบสั่งยาที่แพง โดยมีต้นเหตุจากการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว ในขณะที่การใช้ยาในบัญชียาหลักฯ ไม่ใช่ปัญหาเพราะเกือบทั้งหมดเป็นยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย

ปัจจัยสำคัญของการควบคุมค่าใช้จ่ายและการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของโรงพยาบาล

จากการสำรวจมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้มีการดำเนินมาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ใช้มาตรการหลายอย่างร่วมกัน เช่น การจัดซื้อรวมสำหรับยาที่มีมูลค่าการใช้สูง การควบคุมจำนวนรายการยาที่มีใช้ การขอความร่วมมือจากแพทย์ การกำหนดเงื่อนไขการสั่งใช้และจ่ายยา โดยเฉพาะยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวหรือยาต้นแบบที่มีราคาแพง มาตรการที่โรง

ตารางที่ ๓ สัดส่วนตามมูลค่าและจำนวนใบสั่งยาของกลุ่มยาค่าใช้จ่ายสูง ๒๕๕๒

กลุ่มยา	ยานับัญชียาหลักแห่งชาติ		ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ		รวม
	ผู้จำหน่ายหลายราย	ผู้จำหน่ายรายเดียว	ผู้จำหน่ายหลายราย	ผู้จำหน่ายรายเดียว	
๑. ยา ACEI-ARB					
- ร้อยละของมูลค่ายา	๑๒.๓	๐.๐	๒๒.๓	๖๕.๐	๑๐๐
- ร้อยละของใบสั่งยา	๔๑.๑	๐.๐	๑๓.๔	๔๕.๕	๑๐๐
๒. ยาควบคุมไขมันในเลือด					
- ร้อยละของมูลค่ายา	๑๓.๕	๐.๐	๐.๐	๘๖.๐	๑๐๐
- ร้อยละของใบสั่งยา	๕๗.๘	๐.๐	๐.๑	๔๒.๑	๑๐๐
๓. ยาด้านข้ออักเสบ					
- ร้อยละของมูลค่ายา	๑.๕	๐.๐	๕๔.๐	๔๔.๐	๑๐๐
- ร้อยละของใบสั่งยา	๒๐.๐	๑.๗	๓๘.๑	๔๐.๑	๑๐๐
๔. ยาลดการหึ่งกรด					
- ร้อยละของมูลค่ายา	๕.๖	๑.๐	๒.๑	๕๑.๓	๑๐๐
- ร้อยละของใบสั่งยา	๕๘.๗	๒.๗	๐.๒	๓๘.๔	๑๐๐

พยาบาลเลือกใช้มากที่สุด คือ การจำกัดมูลค่า/ปริมาณที่สั่งใช้ในแต่ละครั้ง โดยอาจใช้ร่วมกับเกณฑ์ตามภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย หรือคุณสมบัติของผู้สั่งใช้เป็นการเฉพาะ อย่งไรก็ตาม ความเข้มงวดในการปฏิบัติมักขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารและความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล

แม้ว่าโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาระายงานว่ามีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณข้างต้นซึ่งพบการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่สูงสะท้อนถึงความไม่มีประสิทธิผลของมาตรการที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้น ในส่วนนี้จึงเสนอกรณีศึกษาปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งซึ่งมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า โรงพยาบาลแห่งนี้มีผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานานมาแล้วและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลมีความเข้มแข็งในการคัดเลือกยา

เข้าโรงพยาบาล โดยพิจารณาทั้งด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าจากหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ มีการกำกับติดตามการใช้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์ข้อบ่งใช้โดยเฝ้าระวังอัตราการใช้ยาที่ผิดปกติมีนโยบายชะลอการใช้ยาใหม่ และส่งเสริมการใช้ยาตามชื่อสามัญโดยมีการตรวจสอบคุณภาพเพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้สั่งใช้ รวมทั้งมีการรายงานสถานการณ์การใช้ยาเป็นประจำทั้งในภาพรวมและยาที่เป็นเป้าหมาย

สำหรับมาตรการต่อการเบิกจ่ายค่ายาที่มีความเสี่ยงต่อการใช้อย่างไม่สมเหตุผลหรือไม่คุ้มค่า เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาราคาแพง ในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ทางโรงพยาบาลจะรับรองให้เบิกได้กรณีที่ไปตามเกณฑ์ที่ตกลงไว้เท่านั้น มีการแจ้งแพทย์เป็นรายบุคคลหากสั่งใช้ยาไม่ตรงตามเกณฑ์ และมีการติดตามซ้ำเพื่อประเมินว่าการสั่งใช้ยาที่ไม่ตรงตามเกณฑ์ลดลงหรือไม่

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จของการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่อการควบคุมค่าใช้จ่าย ได้แก่ ความสนใจของผู้บริหาร และนโยบายที่ชัดเจน ความจริงจังของผู้บริหารมีผลต่อการ



ทำงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่ยอมขัดแย้งกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา เพราะเกรงว่าจะกระทบต่อการให้บริการซึ่งเป็นภารกิจหลักของโรงพยาบาล นอกจากนี้ รายได้ของโรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในส่วนกลาง ขึ้นกับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นหลัก การสร้างแรงจูงใจทางการเงินต่อโรงพยาบาลที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการควบคุมการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ ที่มีราคาแพงและให้ผลกำไรสูง

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่าย ได้แก่ กลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทยา เช่น การเข้าถึงผู้สั่งใช้ยา การปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ใหม่ ในขณะที่ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลด้านยา การตรวจรักษา และผู้ป่วยเพื่อการตัดสินใจอาจไม่ทันต่อความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลอาจทำหน้าที่จำกัดเพียงการคัดเลือกยาเข้า-ออก หากผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วม การคัดเลือกยาอาจไม่ให้ความสำคัญกับหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลและหลักความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ นอกจากนี้ผลประโยชน์จากบริษัทยาอาจทำให้กรรมการบางคนมีอคติโน้มเอียงเข้าข้างยาใหม่ที่ยังไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

อุปสรรคในด้านผู้สั่งใช้ยา ได้แก่ ทักษะคิดของแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นในทางลบต่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การเข้าใจว่าการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นเรื่องของการจับผิด เชื่อว่าการสั่งใช้ยาเป็นอำนาจการตัดสินใจส่วนบุคคล ในขณะที่เรื่องการเงินการคลังเป็นเรื่องของผู้บริหาร แพทย์อาจไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับราคายาที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในภาพรวม และไม่ทราบนโยบายเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลอาจขาดผู้ที่มีความสามารถในการใช้ข้อมูล การขาดความร่วมมือในการระบุเหตุผลการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อติดตามกำกับได้ นอกจากนี้การไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลางทำให้เกิดความไม่ชัดเจนต่อการปฏิบัติภายในโรงพยาบาล

วิจารณ์และข้อยุติ

ในช่วงระยะเวลา ๑๐ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๕๒ (ตุลาคม ๒๕๕๑ - กรกฎาคม ๒๕๕๒) สถานพยาบาลของรัฐ ๒๖ แห่ง มีค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการคิดเป็นมูลค่ากว่าหนึ่งหมื่นสามพันล้านบาท โดยประมาณสองในสามเกิดจากการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ ยังมีความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาล โดยพบว่า โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๑ แห่งสามารถควบคุมการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ ได้ดีกว่าโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดอื่นอีกหลายแห่ง

กลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายโดยรวมค่อนข้างสูงและมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ ในสัดส่วนที่สูงมาก ได้แก่ ยาควบคุมไขมันในเลือด ยาต้านข้ออักเสบ (NSAID, COX-2 inhibitors และ SYSADOA) ยา ACEI-ARB และยาลดการหลั่งกรด (H-2RA และ PPI) ค่าใช้จ่ายของกลุ่มยาเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากการสั่งใช้ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวซึ่งเป็นยาที่มีราคาแพง ดังนั้น ในสถานการณ์ปัจจุบันที่ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการยังอาศัยวิธีการจ่ายเงินค่ารักษายาพยาบาลแบบปลายเปิดสำหรับผู้ป่วยนอก มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญที่กลุ่มยาเหล่านี้

เมื่อพิจารณามาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาซึ่งมีอยู่แล้วในโรงพยาบาลนำร่องเหล่านี้ ร่วมกับแบบแผนการใช้จ่ายข้างต้น แสดงว่ายังขาดประสิทธิผล ทั้งนี้สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากขาดความเข้มงวดในการดำเนินการ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยบังคับใช้มาตรการที่มีอยู่เดิม ร่วมกับมาตรการอื่นๆ ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถดำเนินการเอง ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์เป็นรายบุคคลและส่งข้อมูลให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอควบคู่กับการมีแนวทางจัดการที่เป็นรูปธรรม การกำหนดให้การประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยามีผลต่อการได้รับเงินพิเศษของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล การบริหารจัดการโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ การบังคับแทนยาด้วยยาชื่อสามัญ การให้ผู้ป่วยยาชุดการให้

ข้อมูลตรงแก่แพทย์ในโรงพยาบาล และการส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรและคณะกรรมการเภสัชบำบัดในการดูแลปัญหาของโรงพยาบาลให้เหมาะสม สำหรับการกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในระดับประเทศ สิ่งที่ต้องส่งเสริมให้มีเพิ่มเติม คือ การกำหนดเกณฑ์หรือนโยบายควบคุมการใช้ยาที่ชัดเจนที่สำคัญ ได้แก่ การใช้นโยบายราคาอ้างอิงสำหรับการเบิกจ่าย การสร้างระบบติดตามและควบคุมกำกับโดยอาศัยการประมวลผลข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงต่อผู้สั่งใช้รายบุคคล ระบบดังกล่าวต้องอาศัยข้อมูลที่ต้องและเป็นปัจจุบัน โดยมีโครงสร้างมาตรฐานที่มีความละเอียดในระดับของการสั่งใช้ยาแต่ละครั้ง ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่โรงพยาบาลบันทึกเพื่อการบริหารจัดการประจำวันควรได้รับการพัฒนาให้สามารถใช้รหัสมาตรฐานเดียวกันได้โดยเฉพะอย่างยิ่ง รหัสยาและวิธีใช้^(๑๑-๑๓) นอกจากนี้ ควรมีการสร้างแรงจูงใจแก่โรงพยาบาลที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลกลุ่มเดียวกัน การพัฒนาศักยภาพ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณให้บุคลากร การมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้พิมพ์ขอขอบคุณ กรมบัญชีกลางในการประสานงานกับโรงพยาบาลและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการให้ความร่วมมือสนับสนุนข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอขอบคุณโรงพยาบาลนำร่องที่ให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ระบบประกันสุขภาพของไทย. ใน: สุจริต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). การบริหารการคลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ๒๕๕๔.
๒. กุลเสกข์ ลิ้มปียากร. ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ. ใน: สุจริต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). การบริหารการคลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย; ๒๕๕๔.
๓. Limwattananon C, Limwattananon S, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. Country Development Partnership in Health (CDP-H): Health Financing Project. TOR 2 Report. Nonthaburi: International Health Policy Program (IHPP) and World Bank; 2009.
๕. จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การไม่ได้รับยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์; ๒๕๔๕.
๖. จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา. การวิเคราะห์และพยากรณ์ค่าใช้จ่ายด้านผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๒.
๗. ชูสิทธิ์ เหล่าวัชรสุวรรณ. ค่าใช้จ่ายและการใช้ยาในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รายงานการศึกษาอิสระ หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๔๗.
๘. รัตนา พันธุ์พานิช, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, เพ็ญประภา คิวโรจน์, และคณะ. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖;๑๒:๕๒๒-๕.
๙. วรณิดา ศรีสุวรรณ, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, ไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. แนวโน้มการใช้ยาตามนโยบายบัญชียาหลักแห่งชาติของ โรงพยาบาลในปัจจุบัน. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๗;๑๓:๓๗-๔๖.
๑๐. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ค่าใช้จ่ายและการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล: ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์; ๒๕๔๗.
๑๑. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อวิเคราะห์การใช้ยาของโรงพยาบาล: เครื่องมือประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖;๑๒:๑๖๕-๘๔.
๑๒. Mongan JJ, Ferris TG, Lee Thomas H. Options for slowing the growth of health care costs. N Engl J Med 2008;358:1509-14.
๑๓. Cunningham PJ. Medicaid cost containment and access to prescription drugs. Health Affairs 2005;24:780-9.