

ศักยภาพการประหยัดค่าใช้จ่ายจากการกำหนด อัตราเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกสำหรับสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการปี ๒๕๕๓

จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์*

นพคุณ ธรรมธัชอารี†

ธนวรรษ รัตนโชติพานิช‡

พรพิศ ศิลบวรกุล§

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์*

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์†

บทคัดย่อ

ค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการยังคงสูงอย่างต่อเนื่องในปี ๒๕๕๒-๒๕๕๓ เนื่องจากการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่มาก แม้โรงพยาบาลหลายแห่งจะมีการดำเนินการมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย การศึกษาใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ ๒๘ แห่ง เพื่อประมาณการความประหยัดจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาภายใต้เงื่อนไข ๒ ประการ คือ ใช้ราคาของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มเดียวกัน และใช้ราคาอ้างอิงจากยาที่มีตัวยาสำคัญเดียวกันและรูปแบบเดียวกัน พบว่า หากกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่ค่อนข้างเข้มงวดในอัตราต่อใบสั่งที่อ้างอิงกับราคาต่ำสุดของยาในบัญชียาหลักฯ ที่อยู่กลุ่มเดียวกัน คือมีรหัส Anatomical, Therapeutic, and Chemical (ATC) ระดับ ๑-๓ ที่เหมือนกัน (เช่น ใช้ราคาขายสามัญของ simvastatin สำหรับยาควบคุมไขมันในเลือด) พบว่า จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในปี ๒๕๕๓ ของกลุ่มยาที่ใช้มากและมีค่าใช้จ่ายสูง ๓ กลุ่ม ได้แก่ ยาควบคุมไขมันในเลือด ยาต้านข้ออักเสบ (non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID), cyclo-oxygenase (COX-2) inhibitor, และ symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis (SYSADOA)) และขาดการหลั่งกรด (histamine-2 receptor antagonist (H-2RA) และ proton pump inhibitor (PPI)) ลงได้ ร้อยละ ๗๒.๘, ๘๕.๗ และ ๘๖.๕ ตามลำดับ แต่ถ้ากำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายตามจริงของแต่ละโรงพยาบาลแต่ไม่เกินเพดานซึ่งอ้างอิงกับค่ามัธยฐานของอัตราต่อใบสั่งตามรหัส ATC 1-5 ของยาเดียวกัน จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของยาควบคุมไขมันในเลือดและยาต้านข้ออักเสบได้ ร้อยละ ๑๓.๔ และร้อยละ ๑๓.๓ ตามลำดับ สำหรับยา ๒๐ กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง เงื่อนไขการเบิกจ่ายดังกล่าวช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ ๑๔.๐ ของค่าใช้จ่ายรวมสำหรับยาทั้ง ๒๐ กลุ่ม และถ้ากำหนดเงื่อนไขซึ่งมีความเข้มงวดที่ต่ำกว่า โดยใช้อัตราคงที่เท่ากันทุกโรงพยาบาลซึ่งอ้างอิงกับค่ามัธยฐานของอัตราต่อใบสั่งตามรหัส ATC 1-5 เช่นกัน จะประหยัดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ ๒.๕ ของค่าใช้จ่ายสำหรับยาทั้ง ๒๐ กลุ่ม ดังนั้นกรณีเลือกใช้มาตรการราคาอ้างอิงสำหรับควบคุมการใช้จ่ายที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเลือกค่ามัธยฐานของอัตราต่อใบสั่งตามยาที่มีรหัส ATC 1-5 เหมือนกัน และอยู่ในรูปแบบเดียวกัน เป็นราคาอ้างอิงอัตราคงที่เท่ากันทุกโรงพยาบาล จะเป็นทางเลือกที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้น้อยที่สุด

คำสำคัญ: การประหยัดค่าใช้จ่าย บัญชียาหลักแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ อัตราเบิกจ่าย
ราคาอ้างอิง

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

†สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

‡คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

§สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Abstract Potential saving from setting reimbursable rates of outpatient drugs for Civil Servant Medical Benefit Scheme in 2010**Chulaporn Limwattananon^{*}, Noppakun Thammatacharee[†], Thananan Rattanachotphanit[‡], Pornpit Silkavute[§], Supon Limwattananon^{*}, Samrit Srithamrongsawat[†]***^{*}Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, [†]Health Insurance System Research Office, [‡]Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, [§]Health Systems Research Institute*

The medical expenditure for outpatients under the Civil Servant Medical Benefit Scheme's direct billing system continued to be very high in 2009-2010 due to the use of drugs outside the National Lists of Essential Medicines. This study estimated potential cost-savings using the aggregate drug utilization data from 28 large public hospitals under two scenarios of reimbursement: 1) the lowest price of generic in each drug group, and 2) median price of each drug. If the reimbursement rate was set most restrictively based on the minimum price of the essential drug with an equivalent Anatomical, Therapeutic, and Chemical (ATC) code 1-3 (eg. the lowest price of simvastatin for antilipids), the expenditure for antilipids, antiosteoarthritis (non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID), cyclo-oxygenase (COX-2) inhibitor, and symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis (SYSADOA)), and antisecretory/antiulcers (histamine-2 receptor antagonist (H-2RA) and proton pump inhibitor (PPI)) in 2010 would be reduced by 72.8, 85.7, and 86.5%, respectively. If each individual hospital was allowed the drug reimbursement as is but no higher than a ceiling determined as the median of price per prescription for the drug with the equivalent ATC 1-5, the expenditure for antilipids and antiosteoarthritis would be reduced by 13.4 and 13.3%, respectively. For 20 drug groups with relatively high expenditure, the reimbursement ceiling could reduce the expenditure by 14.0%. The least restrictive reimbursement condition using a fixed rate referent to the median price of drugs with equivalent ATC 1-5 from all hospitals could reduce the expenditure for the 20 drug groups by 2.9%. Therefore, to contain expenditure using a fixed rate of reference price based on drugs with an equivalent ATC 1-5 would be the least restrictive policy option.

Key words: *Cost-saving, National Lists of Essential Medicines, Civil Servant Medical Benefit Scheme, reimbursement rate, reference pricing*

ภูมิหลังและเหตุผล

เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิ และบุคคลในครอบครัวประมาณ ๕ ล้านคนของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีมูลค่าทั้งสิ้น ๖๒,๑๙๕.๖ ล้านบาท แม้ปี ๒๕๕๓ จะเป็นครั้งแรกที่มีอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้วยเลขตัวเดียว (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๕ จาก ๖๑,๓๐๔.๔ ล้านบาทในปี ๒๕๕๒) หลังจากที่เคยติดลบจากการใช้มาตรการเชิงอุปสงค์ในขณะที่ประเทศประสบวิกฤติเศรษฐกิจ แต่ค่ารักษายาบาลดังกล่าวถือว่าสูงมากเมื่อเทียบกับหัวประชากร โดยสูงกว่า ๔ เท่าตัวของค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากร ๔๗ ล้านคน ทั้งนี้สามในสี่เป็นค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกโดยมีค่ายาเป็นสัดส่วนสูงสุด คือ ร้อยละ ๘๓.๕^(๑)

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในปี ๒๕๕๒ พบว่า มูลค่าการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ ๒๖ แห่ง มีสัดส่วนสูงถึงสองในสาม แม้ว่าโรงพยาบาลเหล่านี้มีมาตรการควบคุมการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลัก^(๒) นอกจากนี้ ยังพบว่า ค่าใช้จ่ายร้อยละ ๗๒.๓, ๘๖.๐, ๖๕.๐ และ ๔๔.๐ ของกลุ่มยาลดการหลังกรด ยาควบคุมไขมันในเลือด ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI) และ angiotensin-2 receptor blocker (ARB) และยาต้านข้ออักเสบ (non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID), cyclo-oxygenase (COX-2) inhibitor, และ symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis (SYSADOA)) ซึ่งเป็นยาที่มีค่าใช้จ่าย



จ่ายสูงอันดับต้นๆ และมียาหลายตัวอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เกิดจากยาชนิดที่มีการผูกขาดในห้องตลาดเนื่องจากมีผู้จำหน่ายรายเดียว^(๓)

ในปี ๒๕๕๓ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ส่งผลการวิเคราะห์แบบแผนการใช้จ่ายของโรงพยาบาลแต่ละแห่งในปี ๒๕๕๒ บอกรับกลับไปให้ผู้บริหารโรงพยาบาล จากการติดตามในปี ๒๕๕๓ พบว่า แม้ว่าสัดส่วนยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามจำนวนใบสั่งยาของโรงพยาบาลหลายแห่งมีแนวโน้มลดลงจากปี ๒๕๕๒ แต่สัดส่วนตามมูลค่ายายังไม่ลดลงเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รูปที่ ๑)

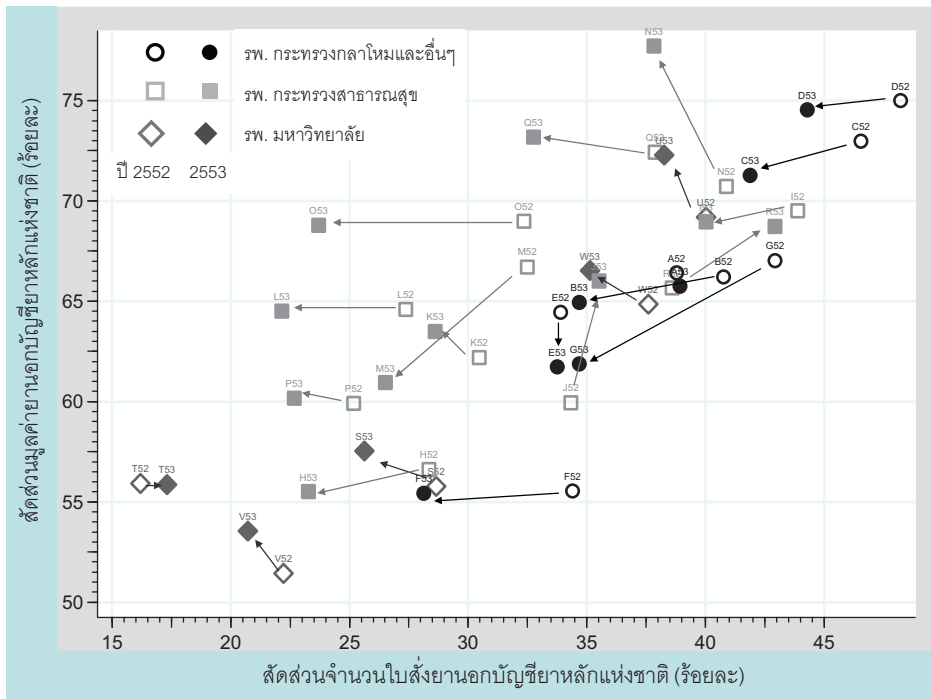
จากการสำรวจมาตรการของโรงพยาบาลในการควบคุมการใช้นานอกบัญชียาหลักฯ หรือยาที่มีราคาแพง พบว่า การแทนยาดังกล่าวด้วยยาที่มีชื่อสามัญเดียวกัน (generic substitution) หรือด้วยยาอื่นที่มีชื่อบ่งใช้เดียวกัน (therapeutic substitution) เป็นมาตรการที่มีการใช้ไม่แพร่หลาย^(๒) ดังนั้น ในกรณีที่ยังไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยจัดการที่แบบแผน

การสั่งจ่ายยาได้ กรมบัญชีกลางอาจเลือกมาตรการด้านราคาด้วยการกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายยาแทน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายด้านยาที่สามารถประหยัดได้ หากมีการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่าผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในลักษณะต่างๆ โดยใช้การจำลองตัวแบบที่อาศัยข้อมูลการใช้จ่ายจริงของโรงพยาบาล

ระเบียบวิธีการศึกษา

ที่มาของข้อมูล

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้รับข้อมูลที่เป็นยอดรวมของจำนวนใบสั่งและมูลค่าการใช้จ่ายแต่ละรายการในปี ๒๕๕๓ ที่โรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ ๓๔ แห่ง เรียกเก็บจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสำหรับผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรง เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ในช่วงเวลาเดียวกัน พบมูลค่าการใช้จ่ายของโรงพยาบาล ๕ แห่งแตกต่างกันเกินร้อยละ ๒๐ และโรงพยาบาล ๑ แห่ง ไม่ใช้



รูปที่ ๑ แนวโน้มของสัดส่วนการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามจำนวนใบสั่งและมูลค่ายา ปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ ในโรงพยาบาล ๒๓ แห่ง

ระบบจ่ายตรงสำหรับการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ข้อมูลของโรงพยาบาลรวม ๒๘ แห่ง โดย ๒๓ แห่งเป็นโรงพยาบาลที่ข้อมูลสามารถเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๒ ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเลือกรายการยาเพื่อวิเคราะห์ที่ใช้หลักการเดียวกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ^(๓) คือ ให้ความสำคัญกับกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูง และมียาในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งผลิตได้ในประเทศเป็นทางเลือก โดยเน้นยาชนิดรับประทานซึ่งสามารถแจกจ่ายปริมาณการใช้ได้ง่าย

การสร้างตัวแบบเพื่อประมาณศักยภาพของการประหยัดค่าใช้จ่ายในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดอัตราเบี่ยงตามเงื่อนไขของระดับราคา ยา ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ ๑)

กรณีที่ ๑ กำหนดตามยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งมีราคาต่ำที่สุด

ยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงยาที่มีรหัส Anatomical, Therapeutic, and Chemical (ATC) ขององค์การอนามัยโลก^(๔) ในระดับที่ ๑-๓ เหมือนกัน เช่น Simvastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin และ Ezetimibe มี ATC 1-3 คือ C-10-A จึงใช้ราคาของ Simvastatin ซึ่งเป็นยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

กรณีที่ ๒ กำหนดในลักษณะของราคาอ้างอิง (reference pricing) ได้แก่

(๒.๑) ตามราคาจริงที่แต่ละโรงพยาบาลเรียกเก็บ แต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดจากค่ามัธยฐานของยาตัวเดียวกันจาก

ตารางที่ ๑ เงื่อนไขระดับราคาที่ใช้ในการกำหนดอัตราเบี่ยงจ่ายค่ายา

	ลักษณะยาที่ใช้อ้างอิง	
	ของยาตัวเดียวกัน (ATC level 1-3)	ของตัวยาเดียวกัน (ATC level 1-5)
ก. ตามราคาของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่เป็นค่าต่ำสุด	กรณีที่ ๑	--
ข. ตามอัตราที่ รพ. เรียกเก็บ แต่ไม่เกินเพดานที่เป็นค่ามัธยฐาน*	--	กรณีที่ ๒.๑
ค. อัตราคงที่ (เท่ากันทุก รพ.) โดยใช้ค่ามัธยฐาน*	--	กรณีที่ ๒.๒

*ใช้ค่าเฉลี่ย สำหรับกรณีวิเคราะห์ความไว

ทุกโรงพยาบาล

(๒.๒) ตามราคาคงที่ โดยมีอัตราเท่ากับค่ามัธยฐานของยาตัวเดียวกันจากทุกโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ยาตัวเดียวกัน หมายถึงยาซึ่งมีชื่อสามัญ (generic name) ของตัวยาลำคัญที่เหมือนกันตามรหัส ATC ในระดับที่ ๑-๕ และมีรูปแบบ (dosage form) เดียวกัน เช่น Simvastatin มี ATC 1-5 คือ C-10-A-A-01, Atorvastatin คือ C-10-A-A-05, และ Ezetimibe คือ C-10-A-X-09 ดังนั้น ในกรณีนี้ ยาทั้งสามรายการจึงใช้ราคาอ้างอิงที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังทำการวิเคราะห์ความไวในกรณีเมื่อเปลี่ยนไปใช้ค่าเฉลี่ยของราคาจากทุกโรงพยาบาลแทนค่ามัธยฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ไม่ใช่ข้อมูลระดับใบสั่งของยาแต่ละรายการ แต่มีลักษณะเป็นยอดรวมจึงไม่สามารถแจกจ่ายปริมาณยาในรูปของหน่วยมาตรฐาน เช่น จำนวนวันตามขนาดใช้ (daily dose) ซึ่งสามารถนำมาบวกลบคูณหารข้ามความแรงของยาชนิดเดียวกันได้ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ จึงใช้ครั้งของการสั่งใช้หรือจำนวนใบสั่งยาเป็นหน่วยของมาตรฐานแล้วคำนวณอัตราเบี่ยงจ่ายหรือราคาต่อหน่วยให้อยู่ในรูปของบาทต่อใบสั่ง

ผลการศึกษา

สัดส่วนของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและมูลค่าต่อใบสั่ง

ใน ๑๐ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๕๓ โรงพยาบาล

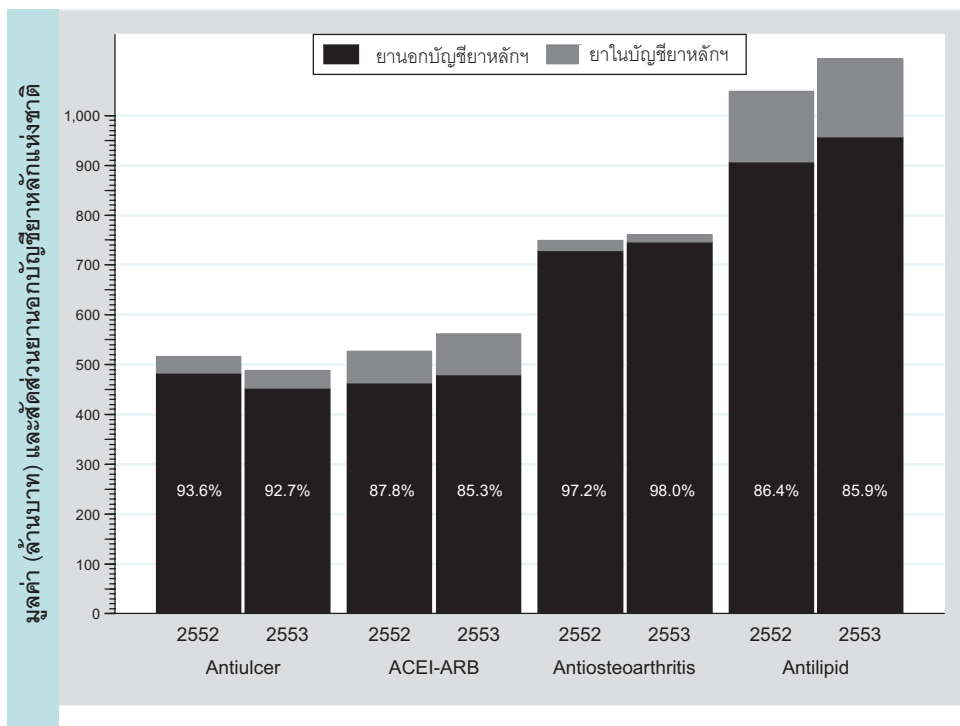


๒๘ แห่ง มีค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอกในระบบการจ่ายตรงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการคิดเป็นมูลค่า ๑๔,๕๔๓ ล้านบาท จากการสั่งใช้รวม ๑๔,๕๑๖ ล้านครั้ง กลุ่มยาที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงและมียาในบัญชียาหลักแห่งชาติหลายรายการให้เลือกลูกข่ายยังคงเป็นยากลุ่มเดียวกับในปี ๒๕๕๒ ได้แก่ ยาลดการหลั่งกรด ยา ACEI-ARB ยาต้านข้ออักเสบ และยาควบคุมไขมันในเลือด โดยมียานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่สูงมากเช่นกัน รูปที่ ๒ แสดงค่าใช้จ่ายของกลุ่มยาและสัดส่วนตามมูลค่าของยานอกบัญชียาหลักฯ จากโรงพยาบาล ๒๓ แห่งที่มีข้อมูลทั้งปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓

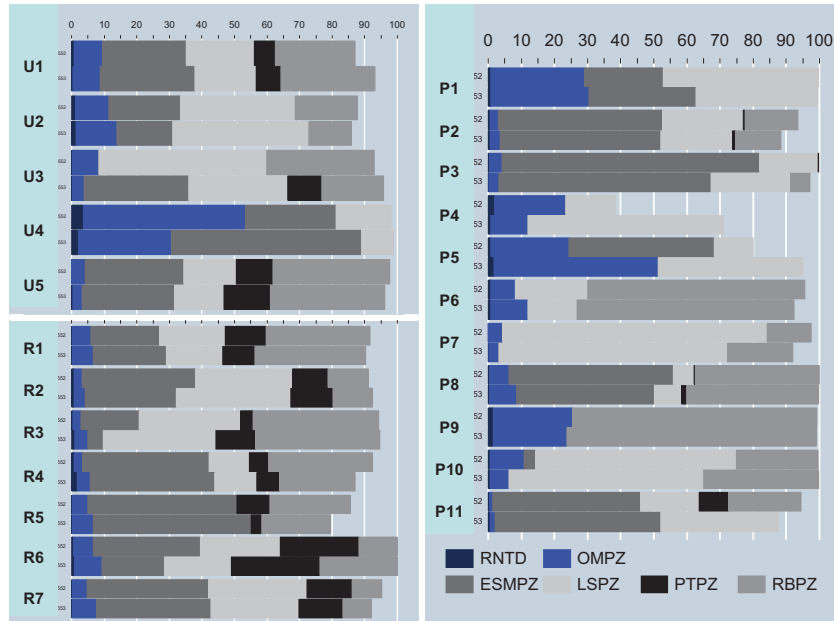
รูปที่ ๓-๕ แสดงสัดส่วนตามมูลค่าในปี ๒๕๕๒ (แห่งบน) และ ๒๕๕๓ (แห่งล่าง) สำหรับยาลดการหลั่งกรด ยาต้านข้ออักเสบ และยาควบคุมไขมันในเลือด ตามลำดับของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ใน ๒๓ แห่ง ที่มีข้อมูลของทั้งสองปี โดยแจกแจงสำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติแต่ละรายการที่มีความสำคัญและเป็นเป้าหมายในการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเปรียบเทียบกับรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

แบบแผนค่าใช้จ่ายของการใช้ยาแต่ละกลุ่มระหว่างปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันมาก โดยยาลดการหลั่งกรดประเภท PPI ที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ Esomeprazole, Lansoprazole, Pantoprazole และ Rabeprazole ซึ่งมีส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง (รูปที่ ๓) มีราคาแพงมาก เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ค่ามัธยฐานของอัตราเบิกจ่ายต่อใบสั่งจากข้อมูลของโรงพยาบาล ๒๘ แห่ง พบว่า มูลค่าต่อใบสั่งในปี ๒๕๕๓ ของยานอกบัญชียาหลักฯ เหล่านี้เท่ากับ ๒,๕๙๒-๒,๘๔๖ บาท ในขณะที่มูลค่าต่อใบสั่งของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ Ranitidine และ Omeprazole ในปีเดียวกัน อยู่ที่เพียง ๖๕ และ ๙๓ บาท ตามลำดับ

สำหรับยาต้านข้ออักเสบ (รูปที่ ๔) มูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ ที่เป็น COX-2 inhibitors (Celecoxib และ Etoricoxib) และ SYSADOA (Glucosamine, Glucosamine+Chondroitin และ Diacerein) มีสัดส่วนที่สูงมาก โดยในปี ๒๕๕๓ มัธยฐานของมูลค่าต่อใบสั่งของ

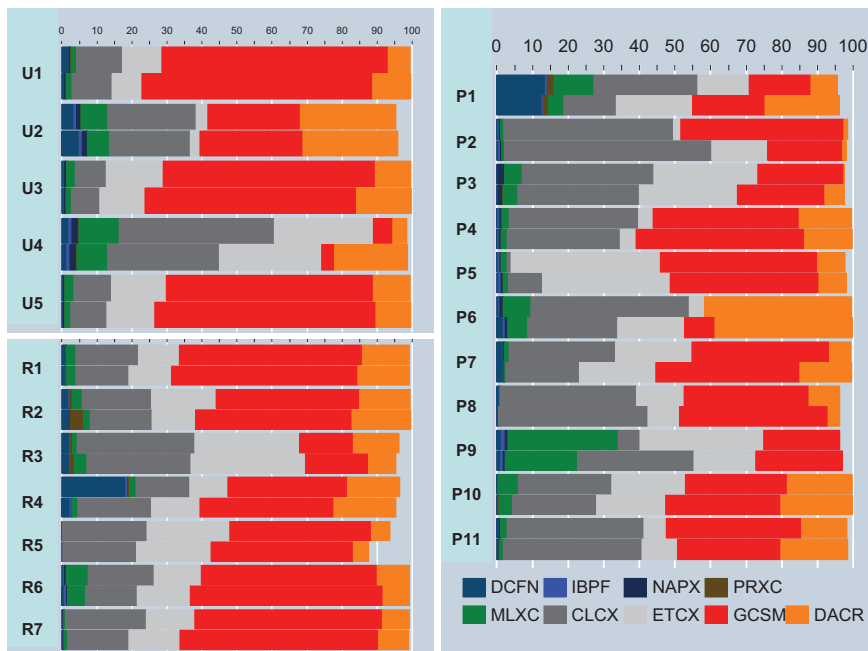


รูปที่ ๒ กลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงและสัดส่วนยานอกบัญชียาหลักฯ ปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ ในโรงพยาบาล ๒๓ แห่ง



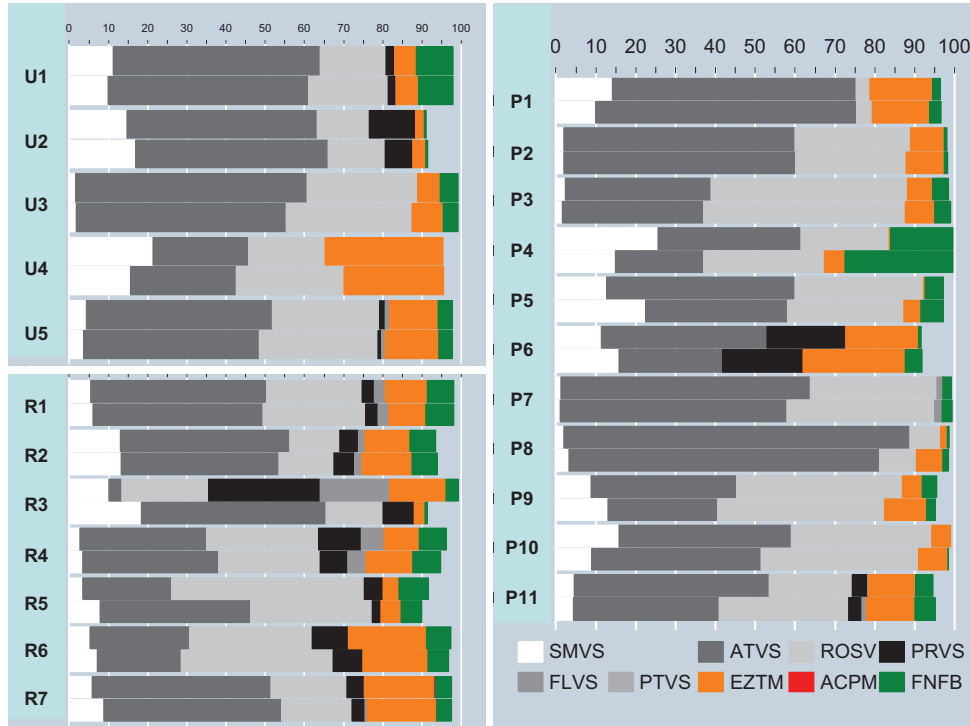
หมายเหตุ ยาในบัญชียาหลักฯ ได้แก่ RNTD= Ranitidine และ OMPZ= Omeprazole; ยานอกบัญชียาหลักฯ PPI ได้แก่ ESMPZ= Esomeprazole, LSPZ= Lansoprazole, PTPZ= Pantoprazole และ RBPZ= Rabeprazole
 U1-U5 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๕ แห่ง; R1-R7 โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๗ แห่ง; P1-P11 โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ๑๑ แห่ง

รูปที่ ๓ ร้อยละของมูลค่ายาลดกรดหลังกรดแต่ละรายการ ปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓



หมายเหตุ ยาในบัญชียาหลักฯ ได้แก่ DCFN= Diclofenac, IBPF= Ibuprofen, NAPX= Naproxen และ PRXC= Piroxicam; ยานอกบัญชียาหลักฯ NSAID และ COX-2 inhibitor ได้แก่ MLXC= Meloxicam, CLCX= Celecoxib และ ETCX= Etoricoxib; ยานอกบัญชียาหลักฯ SYSADOA ได้แก่ GCSM= Glucosamine, Glucosamine+Chondroitin และ DACR= Diacerein
 U1-U5 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๕ แห่ง; R1-R7 โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๗ แห่ง; P1-P11 โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ๑๑ แห่ง

รูปที่ ๔ ร้อยละของมูลค่ายาด้านข้ออักเสบแต่ละรายการ ปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓



หมายเหตุ ยาในบัญชียาหลักฯ Statins คือ SMVS=Simvastatin; ยานอกบัญชียาหลักฯ Statins ได้แก่ ATVS=Atorvastatin, ROSV=Rosuvastatin, PRVS=Pravastatin, FLVS=Fluvastatin, และ PTVS=Pitavastatin; และยานอกบัญชียาหลักฯ อื่นๆ ได้แก่ EZTM=Ezetimibe, ACPM=Acipimox, และยาในบัญชียาหลักฯ อื่นๆ คือ FNFB= Fenofibrate
 U1-U5 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๕ แห่ง; R1-R7 โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๗ แห่ง; P1-P11 โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ๑๑ แห่ง

รูปที่ ๕ ร้อยละของมูลค่ายาควบคุมไขมันในเลือดแต่ละรายการ ปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓

Celecoxib และ Etoricoxib เท่ากับ ๑,๐๒๗ และ ๑,๑๓๓ บาท และของ SYSADOA อยู่ที่ ๑,๔๕๑-๓,๓๒๙ บาท สำหรับมูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลักฯ ได้แก่ Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen และ Piroxicam มีสัดส่วนที่ต่ำมาก ในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง โดยมีมัธยฐานของมูลค่าต่อใบสั่งในปีเดียวกันอยู่ที่ ๒๘-๑๓๙ บาท เท่านั้น

สำหรับยาควบคุมไขมันในเลือด (รูปที่ ๕) พบว่า ในปี ๒๕๕๓ โรงพยาบาลเกือบทั้งหมดมีมูลค่าการใช้ Atorvastatin เป็นสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือ Rosuvastatin และ Ezetimibe ซึ่งทั้งหมดเป็นยานอกบัญชียาหลักฯ ที่มีราคาแพง ในขณะที่มูลค่าของ Simvastatin ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักฯ มีสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ แบบแผนดังกล่าวคล้ายคลึงกับปี ๒๕๕๒ โดยมีมัธยฐานของมูลค่ายาต่อใบสั่งของ Simvastatin คิดเป็น

ประมาณร้อยละ ๕ ของ Atorvastatin และ Rosuvastatin **ศักยภาพในการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาด้วยการกำหนดอัตราเบิกจ่าย**

๑. อัตราการเบิกจ่ายตามราคาของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

หากกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่ค่อนข้างเข้มงวด คือ การให้เบิกจ่ายในอัตราต่อใบสั่งที่อ้างอิงกับราคาต่ำสุดของยาในบัญชียาหลักฯ ที่อยู่กลุ่มเดียวกัน คือมีรหัส ATC 1-3 ที่เหมือนกัน (เช่น ใช้ราคายาสามัญของ simvastatin สำหรับยากลุ่มควบคุมไขมันในเลือดทุกตัว) พบว่า จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในปี ๒๕๕๓ ของกลุ่มยาเป้าหมายสำคัญ ๓ กลุ่ม ได้แก่ ยาควบคุมไขมันในเลือด ยาต้านข้ออักเสบ และยาลดการหลั่งกรดลงได้ถึง ร้อยละ ๗๒.๘, ๘๕.๗ และ ๘๖.๕ ตามลำดับ

๒. อัตราเบิกจ่ายตามราคาอ้างอิง

การศึกษานี้เลือกยา ๒๐ กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงไม่ต่ำกว่ากลุ่มละ ๕๐ ล้านบาท ยาทั้ง ๒๐ กลุ่มคิดเป็นร้อยละ ๖๖.๒ ของมีมูลค่าที่เบิกจ่ายทั้งหมด พบว่า ความผันแปรของปริมาณยา เช่น จำนวนเม็ดต่อบิลี่งที่รายงานโดยโรงพยาบาล ๒๘ แห่ง มีค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation, CV) เท่ากับ ร้อยละ ๕๕.๓ โดยเฉลี่ย โดยมีรายการยาที่มีค่า CV สูงกว่า ร้อยละ ๑๐๐ ในสัดส่วนเพียงร้อยละ ๑๑.๑ ของจำนวนรวมทั้งสิ้น ๓๒๓ รายการ ดังนั้น การใช้มูลค่ายาต่อใบสั่งเป็นราคาอ้างอิงจึงไม่น่าจะทำให้ผลการคาดประมาณศักยภาพในการประหยัดค่าใช้จ่ายผันแปรมากนัก

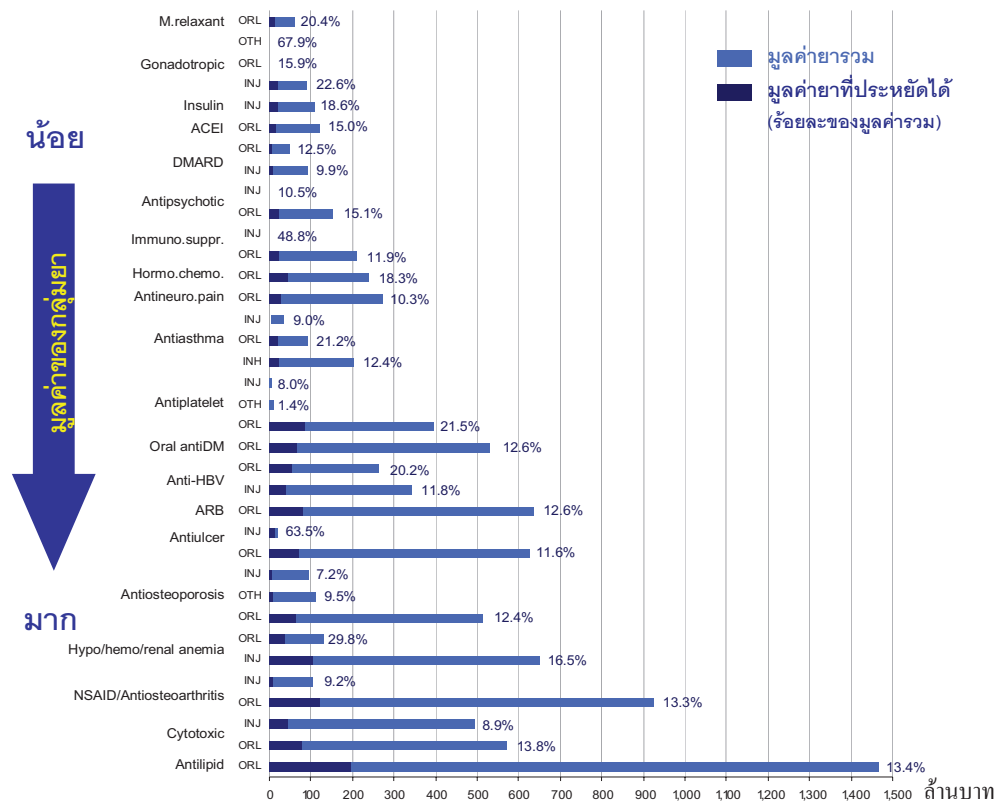
๒ก. ราคาไม่เกินเพดานอัตราเบิกจ่าย

หากกรมบัญชีกลางกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาตามทีโรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้ในปัจจุบัน แต่ไม่เกินเพดานที่อ้างอิงจากค่ามัธยฐานของราคาจากโรงพยาบาลทุกแห่ง พบว่า จะ

สามารถลดค่าใช้จ่ายของยา ๒๐ กลุ่มลงได้คิดเป็นมูลค่า ๑,๓๔๗,๘๓๒,๖๘๕ บาท หรือร้อยละ ๑๔.๐ ของค่าใช้จ่ายรวมสำหรับยาทั้ง ๒๐ กลุ่ม

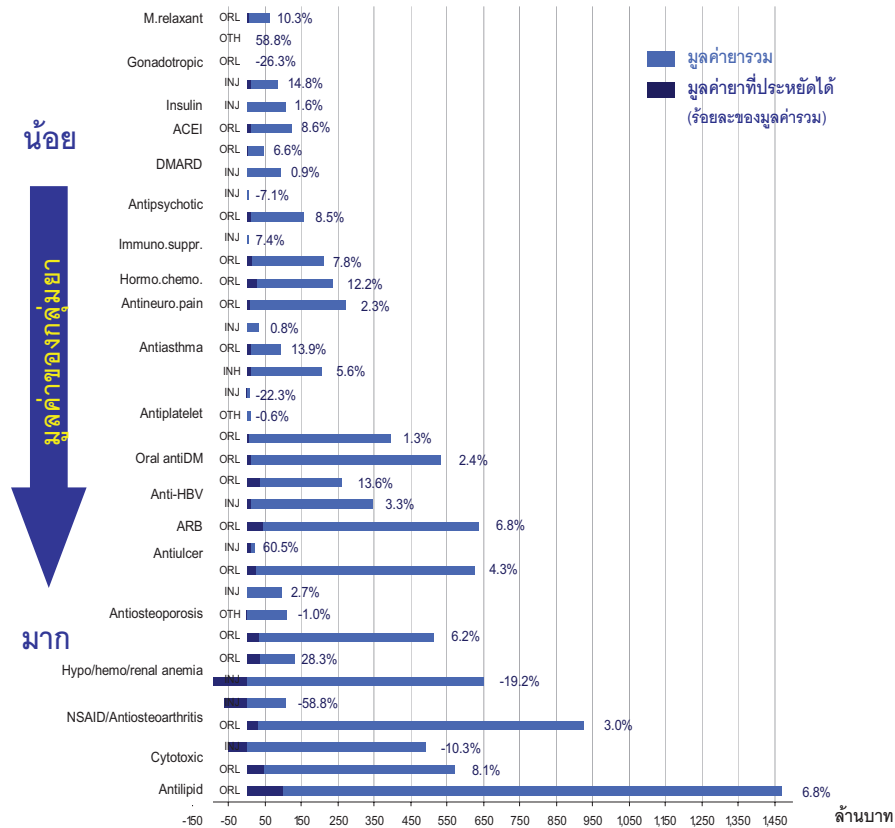
เมื่อจำแนกตามกลุ่มยา (รูปที่ ๖ก) พบว่า ยาควบคุมไขมันในเลือดสามารถลดได้มากที่สุด คือ ๑๙๖,๒๓๗,๕๒๓ บาท (ร้อยละ ๑๓.๔) รองลงมา คือ ยาต้านข้ออักเสบชนิดรับประทานเท่ากับ ๑๒๓,๔๘๗,๑๕๔ บาท (ร้อยละ ๑๓.๓) จะเห็นว่า การกำหนดเพดานอัตราเบิกจ่ายที่อิงกับยาตัวเดียวกันนี้มีศักยภาพในการประหยัดค่าใช้จ่ายของกลุ่มยาควบคุมไขมันในเลือดและยาต้านข้ออักเสบได้ต่ำกว่ากรณีที่อิงกับราคาภายในบัญชียาหลักๆ ถึง ๕-๖ เท่าตัว

สำหรับ ยาลดการหลังกรด ยาโรคกระดูกพรุน ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ARB และยาเบาหวานชนิดรับประทาน มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สามารถลดลงได้ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ ๑๑.๖, ๑๒.๔, ๑๒.๖ และ ๑๒.๖ ตามลำดับ (รูปที่ ๖ก)



หมายเหตุ ORL = Oral form, INJ = Injection form, OTH = other form

รูปที่ ๖ก การลดค่าใช้จ่ายของยา ๒๐ กลุ่ม หากให้เบิกจ่ายตามจริงไม่เกินเพดานค่ามัธยฐานต่อบิลี่ง ๒๘ โรงพยาบาล ปี ๒๕๕๓



หมายเหตุ ORL = Oral form, INJ = Injection form, OTH = other form

รูปที่ ๖๗ การลดค่าใช้จ่ายของยา ๒๐ กลุ่ม หากให้เบิกจ่ายเท่ากับค่ามัธยฐานต่อไปสั่ง ๒๘ โรงพยาบาล ปี ๒๕๕๓

จากผลการวิเคราะห์ความไวโดยเปลี่ยนไปใช้ค่าเฉลี่ย แทนค่ามัธยฐาน พบว่า จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของยาทั้ง ๒๐ กลุ่มดังกล่าวลงได้ใกล้เคียงกับการใช้ค่ามัธยฐาน คือ ๑,๓๓๐,๖๙๓,๔๑๕ บาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๓.๘

๒๗. อัตราเบิกจ่ายคงที่

หากกำหนดอัตราการเบิกจ่ายสำหรับทุกโรงพยาบาลให้คงที่เท่ากับค่ามัธยฐานของราคาจากโรงพยาบาล ๒๘ แห่ง พบว่า สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของยาทั้ง ๒๐ กลุ่มได้เพียง ๒๗๗,๓๗๕,๙๔๗ บาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๙ ของมูลค่ายา ๒๐ กลุ่ม (รูปที่ ๖๗)

เป็นที่น่าสังเกตว่า มียาหลายกลุ่มที่การกำหนดอัตราเบิกจ่ายแบบคงที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสุทธิกลับเพิ่มสูงขึ้นจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากโรงพยาบาลหลายแห่งซึ่งเคยเบิกจ่ายตามราคาจริง (ที่ต่ำกว่าราคาอ้างอิง หรือค่ามัธยฐาน) สามารถเบิก

ในราคาที่สูงขึ้น จนอาจมีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายที่ลดลงจากโรงพยาบาลซึ่งเคยเบิกจ่ายในราคาที่สูงกว่าราคาอ้างอิง ทั้งนี้ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มยาฉีด เช่น ยาต้านมะเร็ง (cytotoxics) ชนิดฉีด (เพิ่มขึ้น ๕๐,๕๕๗,๘๔๑ บาท หรือร้อยละ ๑๐.๓) ยา hyaluronate ฉีดต้านการอักเสบ (เพิ่มขึ้น ๖๒,๓๓๙,๕๕๐ บาท หรือร้อยละ ๕๘.๘) ยาใช้ใน hypoplastic, hemolytic และ renal anemia (เพิ่มขึ้น ๑๒๔,๖๗๒,๓๕๔ บาท หรือร้อยละ ๑๙.๒) เป็นต้น

นอกจากนี้ หากใช้ราคาแบบคงที่ซึ่งอ้างอิงจากค่าเฉลี่ย พบว่า ค่าใช้จ่ายรวมของยา ๒๐ กลุ่มที่สามารถประหยัดได้จะลดลงเหลือเพียง ๓๕,๕๓๕,๕๙๓ บาท หรือร้อยละ ๐.๔ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยมากจนอาจไม่คุ้มค่ากับการใช้มาตรการดังกล่าว

วิจารณ์และข้อยติ

หากรัฐบาลตัดสินใจใช้มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับยา ๒๐ กลุ่มที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายไม่ต่ำกว่ากลุ่มละ ๕๐ ล้านบาท ด้วยการกำหนดอัตราเบิกจ่ายโดยอาศัยราคาอ้างอิงสำหรับยาที่มีรหัส ATC 1-5 และมีรูปแบบเดียวกัน ประมาณการได้ว่า หากกำหนดเพดานให้ไม่เกินค่ามัธยฐานของราคาต่อใบสั่งจากทุกโรงพยาบาล จะมีศักยภาพในการลดค่าใช้จ่ายจากในปัจจุบันลงได้ร้อยละ ๑๔ แต่ถ้าให้โรงพยาบาลทุกแห่งเบิกได้ในอัตราที่เท่ากับราคามัธยฐาน จะลดค่าใช้จ่ายได้เพียงร้อยละ ๒.๙

ในปี ๒๕๕๔-๒๕๕๕ อุตสาหกรรมยาจะมีสิทธิบัตรยาจำนวนมากหมดอายุลง หลายรายการเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มที่ศึกษา เช่น Clopidogrel; Atorvastatin, Rosuvastatin; Losartan, Valsartan, Irbesartan; Pioglitazone, Rosiglitazone; Budesonide+Formoterol, Salmeterol+Fluticasone, Montelukast; Zoledronic; Anastrozole, Letrozole; Olanzapine, และ Quetiapine เป็นต้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ราคาเฉลี่ยของยาในท้องตลาดที่เคยมีผลิตภัณฑ์ต้นแบบที่ทรงสิทธิบัตรจะลดลงอย่างมาก ภายในเวลา ๑ ปีหลังการหมดอายุสิทธิบัตร เนื่องจากการแข่งขันของผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาชื่อสามัญ^(๕) ดังนั้น คาดว่าราคาอ้างอิงของยาหลายตัวที่มีผู้จำหน่ายหลายรายน่าจะลดต่ำกว่าราคาที่ใช้วิเคราะห์ในการศึกษานี้ ทำให้ศักยภาพของการประหยัดค่าใช้จ่ายจากการใช้ราคาอ้างอิงเพิ่มขึ้น รัฐโดยกรมบัญชีกลางควรให้ความสำคัญกับการใช้มาตรการราคาอ้างอิงสำหรับควบคุมการใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงของโรงพยาบาล โดยมีทางเลือกของระดับราคาอ้างอิงระหว่างเงื่อนไขที่เข้มงวดที่สุด คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีรหัส ATC code 1-3 เหมือนกัน กับ

เงื่อนไขที่เข้มงวดน้อยที่สุด คือ ยาที่มีรหัส ATC code 1-5 เหมือนกัน และอยู่ในรูปแบบเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้พิมพ์ขอขอบคุณ กรมบัญชีกลางในการประสานงานกับโรงพยาบาลและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการให้ความร่วมมือสนับสนุนข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอขอบคุณโรงพยาบาลนำร่องที่ให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) สรุปการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ และผลการวิเคราะห์ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการดำเนินการต่อไป เอกสารรายงาน กรุงเทพมหานคร สกส. ๒๕๕๓.
- สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) การใช้ยาผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่อง กรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรง สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ รายงาน นนทบุรี สวปก. ๒๕๕๓.
- จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, นพคุณ ธรรมธัชอารี, พัทณี ธรรมวรรณ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๔.
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2010 (13th edition). Oslo, 2009.
- Berndt E, Joseph N. Pricing and reimbursement in U.S. Pharmaceutical Market. HKS Faculty Research Working Paper Series RWP10-039. Harvard University 2010.