การเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ : จากนโยบายสู่การปฏิบัติ

เสาวลักษณ์ ตุรงคราวี[*,†] **วรัญญา รัตนวิภาพงษ์**[*]
รุ่งนภา คำพาง[*] **พัทธรา ลีฬหวรงค์**[*]
ยศ ตีระวัฒนานนท์[*] **ศรีเพ็ญ ตันติเวสส**[*]

บทคัดย่อ **วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษากระบวนการนำนโยบายเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงในบัญชียา จ (๒) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๑ ไปสู่การปฏิบัติโดยโครงการประกันสุขภาพภาครัฐ ได้แก่ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและโครงการประกันสังคม และโรงพยาบาลต่างๆ นอกจากนี้ ยังศึกษาปัจจัยที่ช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น **ระเบียบวิธีศึกษา:** การวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายบัญชียา จ (๒) **ผลการศึกษา:** ๑) การดำเนินการโดยโครงการประกันสุขภาพภาครัฐ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติได้กำหนดแนวทางกำกับการใช้ยาในบัญชียา จ (๒) รวมถึงระเบียบหลักเกณฑ์อื่นๆ เพื่อให้โครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการและโรงพยาบาลนำไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการเดียวที่พัฒนาระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) ขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าโครงการประกันสุขภาพทั้งสามโครงการได้ดำเนินโครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาในบัญชียา จ (๒) บางรายการมาก่อนที่จะมีนโยบายบัญชียา จ (๒) เกิดขึ้น โดยมีการบริหารจัดการการสั่งใช้ยาเหล่านี้ที่แตกต่างจากระเบียบหลักเกณฑ์ที่กำหนดภายใต้บัญชียา จ (๒) ในบางประการ ๒) การดำเนินนโยบายบัญชียา จ (๒) ในระดับโรงพยาบาล ผู้บริหาร แพทย์ผู้สั่งใช้ยา และเภสัชกรส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมในการศึกษานี้เห็นด้วยกับนโยบายเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงในบัญชียา จ (๒) เนื่องจากมีส่วนช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลในส่วนของผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งช่วยให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้นจากการมีแนวทางกำกับการใช้ยาที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามกฎระเบียบต่างๆที่คณะอนุกรรมการฯ และโครงการประกันสุขภาพภาครัฐกำหนดขึ้นกลับทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ปฏิบัติ เนื่องจากทำให้เกิดความสับสน และมีความหลากหลายในการบริหารจัดการในแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากการปฏิบัติตามระเบียบหลักเกณฑ์ที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดในบางขั้นตอน และการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยภายใต้โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ล้วนเป็นอุปสรรคที่สำคัญของผู้ปฏิบัติในการดำเนินการให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาในบัญชียา จ (๒) **สรุปและข้อเสนอแนะ:** การนำนโยบายเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงในบัญชียา จ (๒) ไปสู่การปฏิบัติยังคงประสบปัญหาอุปสรรคอยู่มาก การประสานงานระหว่างคณะอนุกรรมการฯ กับโครงการประกันสุขภาพ และโรงพยาบาล รวมทั้งการกำกับติดตามประเมินผลนโยบายเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การดำเนินนโยบายนี้ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: *การเข้าถึงยาราคาแพง, บัญชียาหลักแห่งชาติ, โครงการประกันสุขภาพ, โรงพยาบาล*

**โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข*
†คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

Abstract **Increasing access to high-cost medicine under the 2008 National List of Essential Medicines (NLEM): from policy to practice**

Saowalak Turongkaravee *,†; Waranya Rattanavipapong*,Roongnapa Khampang*; Pattara Leelahavarong*; Yot Teerawattananon*; Sripen Tantivess *
**Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)*
†Faculty of Medicine Vajira Hospital, University of Bangkok Metropolis

Objectives: to study the process of implementation of the increasing access to high-cost medicine listed in the Category E2 of the 2008 NLEM policy to practice under public health insurance systems: the Universal Health Coverage scheme (UC), Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), and Social Security Scheme (SSS) and in hospitals as well as to explore factors that promote policy achievement and problems occurred during policy implementation. **Methods:** A qualitative approach was employed including review and analysis of relevant documents. In-depth interviews and focus group discussions with stakeholders, who involved in the Category E2, were conducted. **Results:** 1) The policy implementation under public health insurance schemes: The NLEM subcommittee created the Category E2 guidelines including other rules and regulations for the three public health insurance schemes to follow. However, the UC was the only scheme which developed its internal regulations related to the Category E2. Moreover, it was also found that the three public health insurance schemes had implemented some projects to increase access to some medicine listed in the Category E2 before the policy initiation. Also, these projects were, in some respects, managed differently from the rules and regulations of the Category E2 policy. 2) The implementation of the Category E2 policy in hospitals: Most administrators, clinicians and pharmacists who involved in this study agreed with the policy of increasing access to expensive medicines. The implementation of this policy would reduce hospital expenditure on medicines particularly medicines for patients who were covered under the UC and promote a rational use of the medicine under the clear guidelines. However, the rules and regulations regarding the Category E2 that developed by the NLEM subcommittee and the three public health insurance schemes could cause problems in practice because it may introduce confusion and various management systems in hospitals. There were also some problems of compliance with the rules and regulations of the UC and prescription for people under the CSMBS coverage. These problems were obstacles for patients'access to medicines listed in the Category E2. **Conclusions and suggestions:** Policy implementation of increasing access to the Category E2 to practice faced many barriers. Coordination among the NLEM subcommittee, public health insurance schemes, and hospitals as well as policy monitoring and evaluation were necessary and facilitated the success of policy implementation.

Keywords: *access to high-cost medicines, National List of Essential Medicines, health insurance schemes, hospitals*

ภูมิหลังและเหตุผล

แนวความคิดเรื่องการจัดทำบัญชียาที่มีราคาแพงขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลักแห่งชาติ เริ่มจากปัญหาความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงยาของผู้ป่วยที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยที่มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการได้ใช้ยาราคาแพงและมีแนวโน้มที่จะเกิดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลมากกว่าผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโครงการประกันสังคม[๑] คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจึงจัดทำบัญชียา จ ข้อย่อย ๒[‡] เป็นครั้งแรกในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาราคาแพงจำนวนหนึ่งได้ตามความจำเป็นและมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า บัญชียา จ (๒) เป็นบัญชีย่อยที่มีระดับความเข้มงวดในการควบคุมการสั่งใช้สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบัญชีย่อยอื่นๆของบัญชียาหลักแห่งชาติเนื่องจากเป็นยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ในบางข้อบ่งใช้

[‡]*ต่อไปจะเรียกว่า บัญชียา จ (๒)*

หรือเป็นยาที่มีแนวโน้มการสั่งใช้อย่างไม่เหมาะสม ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะโรคหรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และเป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคมและผู้ป่วย[๒] ในเดือนมกราคม ๒๕๕๑ คณะอนุกรรมการฯได้กำหนดเงื่อนไขและแนวทางกำกับการใช้ยาในบัญชีนี้ขึ้น และมอบให้โครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการนำไปพิจารณาเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลต่อไป

การเพิ่มการเข้าถึงยาในบัญชียา จ (๒) ซึ่งมีราคาแพงนั้นอาจทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในขณะเดียวกันก็จะเกิดประโยชน์ด้านสุขภาพมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม นโยบายบัญชียา จ (๒) เป็นนโยบายใหม่ แม้จะมีการวิจัยเพื่อประเมินการเข้าถึงยาของผู้ป่วยและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาในโรงพยาบาลบางแห่ง[๓] แต่ก็ยังมีช่องว่างของความรู้เกี่ยวกับกระบวนการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลกระทบเหล่านั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการนำนโยบายบัญชียา จ (๒) ไปสู่การปฏิบัติโดยโครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการและโรงพยาบาลต่างๆ ปัจจัยที่ช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนานโยบายนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระเบียบหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายบัญชียา จ (๒) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยแบ่งนโยบายและการดำเนินงานที่นำมาศึกษาออกเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) การดำเนินการโดยโครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการ และ ๒) การดำเนินการของโรงพยาบาลในระดับโครงการประกันสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนและวิเคราะห์เอกสารที่จัดทำขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๐ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๓ และสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินนโยบายบัญชียา จ (๒) ได้แก่ เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน ๒ คน สำนักงานประกันสังคม (สปส.) จำนวน ๒ คน กรมบัญชีกลางจำนวน ๓ คน สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) จำนวน ๒ คน และองค์การเภสัชกรรมจำนวน ๒ คน ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๕๓ ถึงเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ นอกจากนี้ในระดับโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทบทวนและวิเคราะห์เอกสารที่จัดทำขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๕๐ ถึงเดือนกันยายน ๒๕๕๓ และสัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยคลังยาและเวชภัณฑ์จำนวน ๔ คน (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๒ คน และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ๒ คน) ในเดือนมีนาคม ๒๕๕๓ และการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มผู้บริหารของโรงพยาบาลและแพทย์ผู้สั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) จำนวน ๕ คน (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๒ คน โรงพยาบาลศูนย์ ๒ คน และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ๑ คน) และ ๒) กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในการดำเนินนโยบายบัญชียา จ (๒) จำนวน ๑๐ คน (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ๕ คน โรงพยาบาลศูนย์ ๔ คน และโรงพยาบาลเฉพาะทาง ๑ คน) ในช่วงเดือนมีนาคม ๒๕๕๔ ถึงเดือนเมษายน ๒๕๕๔

ผลการศึกษา

สาระสำคัญของนโยบายบัญชียา จ (๒)

คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติได้พัฒนาบัญชียา จ (๒) โดยกำหนดนิยาม/วัตถุประสงค์ รวมถึงพิจารณาคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียา จ (๒) จำนวน ๑๐ รายการ (ตารางที่ ๑) ในระหว่างการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ และประกาศใช้บัญชียาหลักฯ ฉบับดังกล่าวในเดือนมีนาคม ๒๕๕๑ นอกจากนี้เพื่อให้การสั่งใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผล คณะอนุกรรมการฯได้กำหนดแนวทางกำกับการใช้ยาบัญชียา จ (๒) รวม ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การขอรับ/ให้บริการยาในบัญชียา จ (๒) โดยกำหนดให้โรงพยาบาลที่จะสั่งใช้ยาต้องเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมทั้งกำหนด

ตารางที่ ๑ รายการยาในบัญชียา จ (๒) ของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑

รายการยา	ข้อบ่งใช้
Botulinum A Toxin injection ขนาด ๑๐๐ และ ๕๐๐ ยูนิต	๑. โรค focal dystonia เฉพาะตำแหน่ง cervical dystonia หรือ spasmodic torticollis ๒. โรค hemifacial spasm ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
Docetaxel injection	๑. โรคมะเร็งเต้านมระยะลุกลามโดยใช้เป็นยาสูตรที่สองหลังจากใช้ยา anthracycline ไม่ได้หรือไม่ได้ผล ๒. โรคมะเร็งปอดชนิด non-small cell ระยะลุกลามโดยใช้เป็นยาสูตรที่สองหลังจากใช้ยา platinum มาแล้ว ๓. โรคมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแพร่กระจายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมน
Epoetin alpha injection ขนาด ๑๐๐๐, ๒๐๐๐, ๓๐๐๐, ๔๐๐๐, ๕๐๐๐ IU และ Epoetin beta injection ขนาด ๒๐๐๐, ๓๐๐๐, ๕๐๐๐ IU	ภาวะเลือดจางจากโรคไตเรื้อรังที่ไม่พบสาเหตุอื่นที่รักษาได้
Imatinib tablets ขนาด ๑๐๐ และ ๔๐๐ mg.	๑. โรค chronic myelogenous leukemia (CML) ๒. โรค gastrointestinal stromal tumor (GIST) ระยะลุกลามหรือมีการกระจายของโรค
Intravenous immunoglobulin (IVIG) injection	๑. โรค acute phase of Kawasaki disease ๒. โรค primary immunodeficiency diseases ๓. โรค idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) ชนิดรุนแรงและโรค autoimmune hemolytic anemia (AIHA) ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาตามขั้นตอนของมาตรฐานการรักษา ๔. โรค Guillain - Barré syndrome ที่มีอาการรุนแรง โรค myasthenia gravis ๕. โรค pemphigus vulgaris ๖. โรค hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)
Letrozole tablets ขนาด ๒.๕ mg	โรคมะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจายและมีผล hormone receptor เป็นบวก
Leuprorelin injection ขนาด ๓.๗๕ mg	ภาวะ central precocious puberty
Liposomal amphotericin B injection ขนาด ๕๐ mg	สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อรารุนแรงที่ไม่สามารถทนอาการไม่พึงประสงค์จาก amphotericin B ชนิดธรรมดาและไม่มียาอื่นใช้ทดแทนได้
Verteporfin injection	โรคจุดภาพชัดจอประสาทตาเสื่อมเหตุสูงวัย ชนิดเปียกแบบ predominantly classic subfoveal choroidal neovascularization (CNV)

คุณสมบัติของแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยยาแต่ละรายการเป็นรายข้อบ่งใช้ ทั้งนี้ โรงพยาบาลและแพทย์ต้องลงทะเบียนกับโครงการประกันสุขภาพ ๒) การสั่งใช้ยาต้องเป็นไปตามแนวทางและแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาแต่ละรายการเป็นรายข้อบ่งใช้ ๓) ระบบอนุมัติการใช้ยา (authorization) ประกอบด้วย ระบบที่ต้องขออนุมัติก่อนการรักษา (Pre authorization) กรณียาที่มีข้อบ่งใช้ในโรค/อาการที่ไม่เฉียบพลัน และระบบที่ต้องขออนุมัติภายหลังการรักษา (Post authorization) กรณี

ยาที่มีข้อบ่งใช้ในโรค/อาการที่เฉียบพลัน โดยกำหนดให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมายเป็นผู้อนุมัติการสั่งใช้ยา และ ๔) ระบบตรวจสอบภายในและภายนอก (internal/external audit) มอบให้โครงการประกันสุขภาพทั้งสามโครงการร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์และนำหลักเกณฑ์ดังกล่าวไปพิจารณาใช้เป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลต่อไป[๔]

การดำเนินการของโครงการประกันสุขภาพภาครัฐ

หลังจากกำหนดแนวทางกำกับการใช้ยาของยาในบัญชียา จ (๒) ขึ้นในเดือนมกราคม ๒๕๕๑ คณะอนุกรรมการฯ ได้มอบให้โครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการนำแนวทางดังกล่าวไปพิจารณาเพื่อวางระเบียบหลักเกณฑ์ที่จะใช้เป็นแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการเดียวที่กำหนดระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) ไว้อย่างชัดเจน โดยครอบคลุมการดำเนินการทุกขั้นตอนตามที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนด และนำมาปฏิบัติในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่

๑) การขอรับ/ให้บริการยาในบัญชียา จ (๒) : กำหนดให้โรงพยาบาลที่จะสั่งใช้ยาต้องเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเทียบเท่าหรือโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานอยู่ รวมทั้งแพทย์ผู้ให้การรักษาต้องมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขที่กำหนดในยาแต่ละรายการเป็นรายข้อบ่งใช้ ทั้งนี้โรงพยาบาลและแพทย์ต้องลงทะเบียนกับ สปสช.

๒) การสั่งใช้ยา : แพทย์สั่งใช้ยาตามแนวทางกำกับการใช้ยาและบันทึกข้อมูลการสั่งใช้ยาตามแบบฟอร์มกำกับการใช้ยา

๓) ระบบอนุมัติการใช้ยา (authorization) : การสั่งใช้ยาต้องได้รับอนุมัติการใช้ยาแบบ pre authorization และ/หรือ post authorization จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือบุคคล/คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการกำหนด

๔) การชดเชยยา/เงินคืนโรงพยาบาล (reimbursement) : สปสช.ชดเชยเป็นยาคืนแก่โรงพยาบาลเพิ่มเติมจากเงินชดเชยแบบเหมาจ่ายรายหัว ผ่านระบบ VMI[§] ขององค์การเภสัชกรรม

๕) ระบบตรวจสอบภายในและภายนอก (internal/external audit) : โรงพยาบาลต้องบันทึกข้อมูลประกอบการใช้ยาในแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาและเก็บแบบฟอร์มที่ผ่านการอนุมัติแล้วไว้เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการตรวจสอบของ สปสช.

ในขณะที่ทำการศึกษานี้โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและโครงการประกันสังคมไม่มีข้อกำหนดใดๆที่เกี่ยวข้องกับบัญชียา จ (๒) เป็นการเฉพาะ นอกเหนือจากระเบียบหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยทั่วไป กล่าวคือ โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการใช้หลักเกณฑ์เดียวกับยารายการอื่นๆ ซึ่งเบิกจ่ายค่ายาได้กรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาตามข้อบ่งใช้ที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติและข้อบ่งใช้ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรณีที่แพทย์สั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติจะต้องมีหนังสือรับรองการใช้ยาจากคณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งและระบุเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้[๕-๖] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิในโครงการดังกล่าวมีโอกาสเข้าถึงยาในบัญชียา จ (๒) ได้อยู่ก่อนแล้ว ส่วนโครงการประกันสังคมนั้น แม้ว่าคณะกรรมการการแพทย์จะมีมติเห็นชอบในหลักการของบัญชียา จ (๒) ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๑[๗] และเห็นควรสนับสนุนค่ายาในบัญชียานี้เพิ่มเติมจากค่าเหมาจ่ายรายหัว แต่การดำเนินการดังกล่าวจะทำให้ค่าใช้จ่ายของโครงการเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จึงเสนอให้คณะกรรมการไตรภาคีพิจารณาให้ความเห็นต่อไป ดังนั้นการใช้ยาในบัญชียา จ (๒) กับผู้ป่วยในโครงการประกันสังคมจึงไม่แตกต่างจากการใช้ยาอื่นๆ กล่าวคือ โครงการประกันสังคมจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวให้กับโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญารวมค่ายา

[§]VMI (Vendor Managed Inventory) คือ ระบบบริหารจัดการคลังยาของผู้ซื้อโดยผู้ขาย ด้วยการจัดการให้มีการสำรองยาในปริมาณที่เหมาะสม โดยผู้ขายจะนำยาไปเติมเต็มให้เมื่อถึงจุดที่ต้องสั่งซื้อเข้ามาเพิ่มเติม (reorder point)

แล้วจำนวน ๑,๔๐๔ บาท/คน/ปี (อย่างไรก็ตาม สปส.ได้เพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียา จ (๒) ในกาลต่อมา**) ความแตกต่างของการดำเนินการของแต่ละโครงการประกันสุขภาพที่กล่าวมานี้ส่งผลให้เกิดความลักลั่นในการสั่งใช้ยา และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาได้อย่างเท่าเทียมกัน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพต่างๆสามารถเข้าถึงยาบางรายการในบัญชียา จ (๒) ได้แก่ imatinib tablets, docetaxel injection, letrozole tablets และ epoetin injection เนื่องจากการบริหารจัดการภายใต้โครงการเฉพาะ (ตารางที่ ๒) ซึ่งเป็นนโยบายเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงที่แต่ละโครงการประกันสุขภาพเริ่มดำเนินการก่อนที่จะมีนโยบายบัญชียา จ (๒) แม้ว่าคณะอนุกรรมการฯจะเพิ่มบัญชีย่อยดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาจำเป็นด้วยความเท่าเทียม ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่เหมือนกัน แต่โครงการประกันสุขภาพแต่ละโครงการก็ยังคงให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามระเบียบหลักเกณฑ์ของโครงการเฉพาะที่มีอยู่แต่เดิม โดยไม่ได้ปรับเปลี่ยนให้เป็นไปตามระเบียบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดภายใต้นโยบายบัญชียา จ (๒) เจ้าหน้าที่ สปสช. ท่านหนึ่งให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ (เมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๕๓) ว่า เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการเดิมได้รับผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการ นอกจากนี้ยังอาจกล่าวได้ว่านโยบายบัญชียา จ (๒) มิได้เพิ่มการเข้าถึงยาเหล่านี้

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) ของผู้ปฏิบัติงานในโครงการประกันสุขภาพ

การจัดให้มีบัญชียา จ (๒) เป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลัก

ตารางที่ ๒ รายการยาในบัญชียา จ (๒) ที่มีการบริหารจัดการภายใต้โครงการเฉพาะของแต่ละโครงการประกันสุขภาพ

รายการยาในบัญชียา จ (๒)	การดำเนินงานของโครงการประกันสุขภาพ		
	โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	โครงการประกันสังคม	โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
Imatinib tablets	โครงการ GIPAP บริษัท Novartis เริ่มปี ๒๕๔๕	บริษัท Novartis ลดค่ายา ๕๐% เริ่มปี ๒๕๕๒	โครงการเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง เริ่มปี ๒๕๔๘
Docetaxel injection	โครงการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลสำหรับโรคมะเร็งเต้านมและโรคมะเร็งปอด เริ่มปี ๒๕๕๑	จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัด ค่ารักษาพยาบาล รังสีรักษา ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/ราย/ ปี เริ่มปี ๒๕๔๖	-
Letrozole tablets	โครงการรักษาโรคมะเร็งตามโปรโตคอลสำหรับโรคมะเร็งเต้านม เริ่มปี ๒๕๕๑	จ่ายชดเชยค่ายาเคมีบำบัด ค่ารักษาพยาบาล รังสีรักษา ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท/ราย/ ปี เริ่มปี ๒๕๔๖	-
Epoetin injection	กองทุนโรคไตวายสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เริ่มปี ๒๕๕๑	ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เริ่มปี ๒๕๔๘	-

*** สำนักงานประกันสังคม (สปส.)ได้ดำเนินการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียา จ (๒) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๕ โดยกำหนดระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) เช่นเดียวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ขั้นตอนการขอรับ/ให้บริการยาในบัญชียา จ (๒) จนถึงการตรวจสอบการใช้ยา ยกเว้น การกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาลคือ เป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการวินิจฉัยและรักษาโรคตามข้อบ่งใช้ของบัญชียา จ (๒) และแพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ สปส.แต่งตั้ง โดยดำเนินการในยา 7 รายการ ได้แก่ Botulinum A Toxin inj., Docetaxel inj., IVIG inj., Letrozole tab., Imatinib tab., Liposomal amphotericin B inj., Verteporfin inj.*[๘]

แห่งชาติ นับเป็นนโยบายใหม่ซึ่งเพิ่งเริ่มนำไปสู่การปฏิบัติเป็นระยะเวลาไม่นาน จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและการทบทวนเอกสารในการศึกษานี้ชี้ให้เห็นปัญหาอุปสรรคหลายประการที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานของโครงการประกันสุขภาพทั้งสามโครงการดังนี้

๑. โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากเป็นโครงการเดียวที่มีการดำเนินการเพื่อสนองตอบต่อนโยบายบัญชียา จ (๒) อย่างชัดเจน จึงพบกับปัญหาอุปสรรคมากกว่าโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ กล่าวคือ มาตรการที่คณะอนุกรรมการฯกำหนดขึ้นเพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุผล ได้แก่ การจำกัดข้อบ่งใช้และการควบคุมการสั่งใช้ยา เมื่อนำไปปฏิบัติกลับกลายเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงยา จากการกำหนดข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาบางรายการที่ไม่ทันต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ การกำหนดคุณสมบัติของโรงพยาบาลและแพทย์ผู้สั่งใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับระบบการให้การดูแลรักษา อย่างไรก็ตามปัญหาบางประการได้รับการแก้ไขไปแล้วโดยคณะอนุกรรมการฯ เช่น การเพิ่มประเภทของโรงพยาบาลที่สามารถสั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลที่ไม่จัดอยู่ในระดับตติยภูมิ แต่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีศักยภาพด้านอื่นๆในการให้การรักษาด้วยยารายการนั้นๆ

นอกจากนี้ ในปัจจุบัน สปสช.ไม่สามารถติดตาม/ประเมินการสั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) ของโรงพยาบาลตามที่คณะอนุกรรมการฯกำหนด อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ สปสช. ท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า ควรส่งเสริมการตรวจสอบภายใน (internal audit) ของโรงพยาบาลตนเอง เนื่องจากเป็นมาตรการที่จะช่วยลดปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลลงไปได้มาก ดังนั้นการใช้ยาราคาแพงเหล่านี้อย่างสมเหตุผลหรือไม่นั้นจึงขึ้นอยู่กับผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นสำคัญ ปัญหาอีกประการหนึ่ง ได้แก่ ข้อร้องเรียนจากเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) ว่าการที่ สปสช.ชดเชยเป็นยาคืนแก่โรงพยาบาลนั้น ทำให้โรงพยาบาลต้องเพิ่มเจ้าหน้าที่ในการบริหารจัดการคลังยา จึงเสนอให้ สปสช. ชดเชยเป็นเงินคืนแทน[๙] ในประเด็นดังกล่าวเจ้าหน้าที่ สปสช.ได้ให้เหตุผลว่า จากประสบการณ์การดำเนินโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาโครงการต่างๆ สปสช.จะจ่ายเงินชดเชยค่ายาแก่โรงพยาบาลโดยกำหนดเพดานการจ่ายเงินคืน แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการจ่ายชดเชยด้วยวิธีดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการรักษา เนื่องจาก โรงพยาบาลมีต้นทุนค่ายาสูงกว่าที่ สปสช. ชดเชยคืน ทำให้เกิดการตัดสินใจไม่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วย

๒. โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ แม้ว่าในขณะที่ทำการศึกษานี้จะไม่มีระเบียบหลักเกณฑ์การสั่งใช้ยาและการบริหารจัดการเกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) เป็นการเฉพาะ แต่กรมบัญชีกลางมีประสบการณ์ในการกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ imatinib tablets ซึ่งเป็นยาในบัญชียา จ (๒) รายการหนึ่ง รวมทั้งยาราคาแพงอื่นๆ ใน 'โครงการเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง' โครงการดังกล่าวมีระเบียบหลักเกณฑ์การสั่งใช้ยาที่คล้ายคลึงกับแนวทางการใช้ยาในบัญชียา จ (๒) และคาดว่า หากกรมบัญชีกลางจะเพิ่มการเข้าถึงยาในบัญชียา จ (๒) ให้กับผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการโดยดำเนินการตามแนวทางที่คณะอนุกรรมการฯกำหนดก็จะประสบปัญหาไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ กรมบัญชีกลางมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการด้านข้อมูล งบประมาณและบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์ทำให้การจัดทำระบบกำกับและควบคุมการใช้ยาและการเบิกจ่ายค่ายาที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมเป็นไปได้ยาก

๓. โครงการประกันสังคม ในขณะที่ทำการศึกษานี้ โครงการประกันสังคมยังไม่มีระเบียบหลักเกณฑ์สำหรับการใช้ยาในบัญชียา จ (๒) ที่จะนำไปใช้กับโรงพยาบาลคู่สัญญา การที่จะให้ผู้ประกันตนเข้าถึงยาในบัญชีดังกล่าวจึงเป็นไปได้ยาก เนื่องจากโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่ายาในบัญชียา จ (๒) ซึ่งมีราคาแพง หากโครงการประกันสังคมไม่เปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารจัดการงบประมาณยาหรือการประเมินติดตามการให้บริการแก่ผู้ประกันตนจากที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ก็เป็นไปได้ยากที่ผู้ประกันตนจะเข้าถึงยาในบัญชียา จ (๒) นอกจากนี้จากการที่โรงพยาบาลคู่สัญญาส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ ๕๐) เป็นโรงพยาบาลเอกชน การจัดประเภทหรือระดับการให้บริการของโรงพยาบาลคู่สัญญาว่าเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่

สามารถสั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดหรือไม่นั้น ก็ทำได้ยากเช่นกัน(อย่างไรก็ตาม สปส.ได้เพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียา จ (๒) ในกาลต่อมา[††])

การดำเนินการในระดับโรงพยาบาล และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการเกี่ยวกับบัญชียา จ (๒)

ในส่วนของการนำนโยบายบัญชียา จ (๒) ไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลนั้น บุคลากรที่ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์และเภสัชกร ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับวัตถุประสงค์ของบัญชียา จ (๒) เนื่องจากนโยบายนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่มีราคาแพงได้อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านค่ายาของโรงพยาบาลในส่วนของผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และช่วยให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น อันเนื่องมาจากการมีแนวทางกำกับการใช้ยาที่ชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากยาในบัญชียา ง ที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนดให้มีระบบกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug use evaluation, DUE) แต่ไม่ได้กำหนดแนวทางการกำกับการใช้ยาไว้ นอกจากนี้ นโยบายดังกล่าวช่วยให้นำยาในบัญชียา จ (๒) เข้าโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น เนื่องจากการมีสถานะเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ อีกทั้งโรงพยาบาลได้รับการชดเชยยาคืนจาก สปสช. นับเป็นการลดภาระและความเสี่ยงในการจัดซื้อจัดหายาเนื่องจากเป็นยาที่มีราคาแพงและมีปริมาณการใช้น้อย

ในขณะเดียวกัน การศึกษานี้พบว่ากฎระเบียบต่างๆที่คณะอนุกรรมการฯและโครงการประกันสุขภาพกำหนดขึ้นกลับกลายเป็นอุปสรรคต่อผู้ปฏิบัติในบางขั้นตอน และส่งผลให้นโยบายดังกล่าวไม่บรรลุวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่โครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการกำหนดระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) ไว้แตกต่างกันนั้นทำให้แพทย์และเภสัชกรเกิดความสับสน รวมทั้งทำให้การบริหารจัดการของโรงพยาบาลต่างๆเป็นไปอย่างหลากหลาย แม้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้พัฒนาระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) ไว้อย่างชัดเจนก็ยังพบปัญหาในการปฏิบัติ ตั้งแต่ขั้นตอนการขอรับ/ให้บริการยาในบัญชียา จ (๒) จนถึงการตรวจสอบการใช้ยา และปัญหาที่สำคัญคือคณะอนุกรรมการฯ และ สปสช. มิได้ตรวจสอบและประเมินการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ปัญหาส่วนหนึ่งได้รับการแก้ไขแล้วโดยโรงพยาบาลเองเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลโดยมีการปรับเปลี่ยนระเบียบหลักเกณฑ์ที่คณะอนุกรรมการฯกำหนดซึ่งขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารหรือคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy Therapeutic Committee, PTC) ของแต่ละโรงพยาบาล (ตารางที่ ๓)

นอกจากนี้การที่กรมบัญชีกลางไม่ได้กำหนดระเบียบหลักเกณฑ์การสั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) ขึ้นเป็นการเฉพาะทำให้โรงพยาบาลบางแห่งหลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาในบัญชีดังกล่าวกับผู้ป่วยในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ แต่สั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันแทน เนื่องจากการสั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) ต้องดำเนินการตามระเบียบหลักเกณฑ์ที่ยุ่งยากกว่า จึงทำให้เกิดความสูญเสียงบประมาณของภาครัฐประการหนึ่ง เนื่องจากยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเหล่านี้มีราคาสูงกว่า ตัวอย่างเช่น การเลี่ยงการใช้ leuprorelin ๓.๗๕ mg ไปใช้ leuprorelin ๑๑.๒๕ mg หรือ goserelin injection ในขณะเดียวกัน ระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการใช้ยาในบัญชียา จ (๒)มีความแตกต่างจากวิธีควบคุมกำกับการใช้ยาอื่นๆที่มีอยู่ก่อนแล้วในโรงพยาบาล ปัญหาที่กล่าวมาเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคที่สำคัญของผู้ปฏิบัติในการดำเนินการให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาในบัญชียา จ (๒) และเป็นไปตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการฯกำหนด

วิจารณ์

การเข้าถึงเทคโนโลยีในประเทศหนึ่งๆ ถูกกำหนดด้วย

[††]สำนักงานประกันสังคม (สปส.)ได้ดำเนินการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียา จ (๒) ตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๕[๔]

ตารางที่ ๓ ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติตามระเบียบหลักเกณฑ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและวิธีแก้ไขที่ดำเนินการไปโดยโรงพยาบาล

ขั้นตอน	ปัญหาที่พบ	วิธีแก้ไขที่ดำเนินการไปโดยโรงพยาบาล
การขอรับ/ให้บริการยา	๑. รพ.ไม่จัดอยู่ในระดับตติยภูมิ ๒. รพ.ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เช่น แพทย์เฉพาะทางอนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน	๑. ส่งตัวผู้ป่วยไปยัง รพ. อื่นที่มีแพทย์เฉพาะทาง ๒. ให้แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่มีศักยภาพในการรักษาให้การรักษาแทน
แบบฟอร์มกำกับการใช้ยา	๑. แพทย์ต้องลงข้อมูลในแบบฟอร์มที่มีรายละเอียดมากเกินไป เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้บันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยอยู่แล้ว ๒. แพทย์ต้องลงแบบฟอร์มทุกครั้งในผู้ป่วยที่รับยาต่อเนื่อง ๓. แบบฟอร์มมีความหลากหลายในแต่ละข้อบ่งใช้	จัดทำแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาบัญชียา จ (๒) ขึ้นใช้ภายในรพ.เอง
ข้อบ่งใช้/เงื่อนไขการสั่งใช้ยา	๑. ข้อบ่งใช้ไม่ครอบคลุมตามที่ได้รับการอนุมัติขึ้นทะเบียนกับ อย.* ๒. ข้อบ่งใช้ไม่ทันต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และคณะอนุกรรมการฯพิจารณาทบทวนข้อมูลล่าช้าไม่เป็นปัจจุบัน ๓. มียาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าและราคาถูกกว่า ๔. แพทย์ไม่ทราบการดำเนินการเพื่อขอเพิ่มข้อบ่งใช้ไปยังคณะอนุกรรมการฯ	แพทย์ให้การรักษาผู้ป่วยโดยคำนึงความจำเป็นในการรักษาเป็นสำคัญ โดยไม่จำกัดเฉพาะข้อบ่งใช้ที่กำหนดในบัญชียา จ (๒)
ระบบอนุมัติการสั่งใช้ยา	ใช้เวลานานผู้ป่วยได้รับยาช้าหรือไม่ได้รับยาในวันที่มาพบแพทย์	แพทย์ที่ผ่านการอนุมัติจาก สปสช. มีสิทธิอนุมัติการสั่งใช้ยาแทนผู้อำนวยการ รพ.
ระบบการตรวจสอบ (external audit)	ขาดระบบตรวจสอบติดตามเพื่อประเมินการใช้ยาของรพ.จาก สปสช.	
การชดเชยยาคืนแก่ รพ.	๑. ได้รับชดเชยยาคืนที่มีชื่อการค้าแตกต่างจากยาที่มีในรพ. หรือ มีหลายชื่อการค้าทำให้เพิ่มภาระในการบริหารจัดการคลังยาของ รพ. ๒. ไม่ได้รับข้อมูลการชดเชยยาคืนจาก สปสช.ว่ายาที่ได้รับการชดเชยเป็นของผู้ป่วยรายใดและเหตุผลในกรณีที่ไม่ได้รับการชดเชยยาคืน ๓. การชดเชยยาคืนตามปริมาณการใช้ในหน่วยยูนิตหรือมิลลิกรัมทำให้ รพ.ไม่สะดวกในการบริหารจัดการ ๔. รพ.ไม่ได้รับยาคืนหรือได้รับยาช้ากว่าที่กำหนดไว้ ๕. ไม่มั่นใจในคุณภาพของยาที่ได้รับการชดเชยคืน ๖. รพ.ไม่ได้กำไรจากค่ายา	เพิ่มเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ/บันทึกข้อมูล และเจ้าหน้าที่ในการบริหารจัดการคลังยา

**สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา*

ปัจจัยหลัก ๓ ประการ ได้แก่ ๑) การมีอยู่ของเทคโนโลยี (availability) ทั้งในระดับประเทศ ในชุดสิทธิประโยชน์ และในระดับสถานบริการสุขภาพ ๒) ความสามารถในการจ่าย (affordability) ซึ่งเกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านงบประมาณที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยี อันเป็นผลมาจากปัจจัยด้านราคาและจำนวนผู้ที่จำเป็นต้องการใช้เทคโนโลยีนั้นว่ามีมากน้อยเพียงใด และ ๓) ศักยภาพด้านการบริหารจัดการ (management) ได้แก่ การมีทรัพยากรด้านการบริหารให้เกิดการเข้าถึงเทคโนโลยีชนิดนั้นๆ รวมไปถึงความสามารถในการให้บริการที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ มีคุณภาพ และสมเหตุผล ตลอดจนการบังคับใช้กฎระเบียบต่างๆ ที่ช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้[๑๐-๑๓]

ในการวิเคราะห์ผลต่อการเข้าถึงยาราคาแพงอันเนื่องมาจากนโยบายบัญชียา จ (๒) ผู้วิจัยนำปัจจัยทั้งสามประการที่กล่าวข้างต้นมาพิจารณา โดยแบ่งนโยบายและการดำเนินงานที่นำมาวิเคราะห์ออกเป็น ๒ ระดับ ได้แก่ ระดับโครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการและระดับโรงพยาบาล

1) ระดับโครงการประกันสุขภาพภาครัฐ

โดยหลักการการเพิ่มบัญชียา จ (๒) เป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นการขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านยาที่โครงการประกันสุขภาพแต่ละโครงการสามารถนำไปใช้อ้างอิง อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ การมีนโยบายบัญชียา จ (๒) ไม่มีผลต่อการเข้าถึงยาในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาทั้งในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้อยู่ก่อนแล้ว ในขณะที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้กับยาในบัญชียา จ (๒) และกำหนดระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องสำหรับโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยในโครงการดังกล่าวได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น มีเพียงผู้ป่วยในโครงการประกันสังคมเท่านั้นที่ไม่ได้รับประโยชน์จากนโยบายบัญชียา จ (๒) เนื่องจากไม่มีระบบบริหารจัดการ เช่น การจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมหรือการติดตามประเมินการเข้าถึงยาเป็นการเฉพาะ อย่างไรก็ตาม โครงการประกันสังคมได้ดำเนินการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียา จ (๒) แล้ว ตามมติคณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๕[๘] โดยกำหนดระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) และชดเชยเป็นยาคืนแก่โรงพยาบาล เช่นเดียวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเห็นได้ว่าผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพที่แตกต่างกันยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ที่ไม่เท่าเทียมกัน ถึงแม้ว่าบัญชียา จ (๒) เป็นรายการยาที่บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่เป็นสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายก็ตาม

สำหรับปัจจัยด้านความสามารถในการจ่ายในระดับโครงการประกันสุขภาพที่มีผลต่อการเข้าถึงยาในบัญชียา จ (๒) นั้นยังขาดความชัดเจน ยกเว้นกรณีของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบที่จำเป็นต้องใช้ยาในบัญชียา จ (๒) ในส่วนของโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งบัญชียา จ (๒) ไม่ได้ทำให้แพทย์สั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นนั้น ความสามารถในการจ่ายหรือผลกระทบด้านงบประมาณจากการมีบัญชียา จ (๒) จึงไม่ใช่ปัจจัยที่กำหนดการเข้าถึงยาตามนโยบายนี้ ส่วนโครงการประกันสังคมในขณะที่ทำการศึกษานี้ยังมิได้มีการดำเนินการใดๆเพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนได้รับยาเหล่านี้ แม้ว่าการจัดสรรงบประมาณด้านยาสำหรับรายการยาในบัญชียา จ (๒) จะต้องใช้งบประมาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นเงินจำนวนน้อยมากหากเทียบกับเงินหมุนเวียนในกองทุนประกันสังคม จึงอนุมานได้ว่าความไม่ต้องการจ่ายงบประมาณจำนวนดังกล่าวเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ประกันตนเข้าไม่ถึงยา อย่างไรก็ตาม โครงการประกันสังคมได้ดำเนินการเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียา จ (๒) แล้วตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น

ในด้านการบริหารจัดการ ในขณะที่ทำการศึกษานี้ โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและโครงการประกันสังคมไม่ได้กำหนดระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบัญชียา จ (๒) เพื่อให้โรงพยาบาลนำไปปฏิบัติเป็นการเฉพาะ ถึงแม้ว่าโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการจะกำหนดให้ยาใน

บัญชียา จ (๒) ใช้เงื่อนไขการสั่งใช้ยาเช่นเดียวกับรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติอื่นๆ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบัญชียา จ (๒) การมีหรือไม่มีระเบียบปฏิบัติไม่ได้ช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาเพิ่มขึ้น เนื่องจากการออกระเบียบปฏิบัติเหล่านี้เกิดขึ้นภายหลังการตัดสินใจของผู้บริหารโครงการว่า จะเพิ่มงบประมาณให้กับการใช้ยาในบัญชียา จ (๒) หรือไม่ ยกเว้นผลกระทบที่มิได้คาดหวังบางประการในกรณีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกำหนดระเบียบปฏิบัติขึ้นตามหลักการและแนวทางของคณะอนุกรรมการฯ แต่เมื่อโรงพยาบาลนำไปปฏิบัติกลับกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย เช่น การกำหนดข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยาที่ไม่ทันต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และการที่ สปสช.ไม่มีระบบกำกับติดตามและประเมินผลการสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) ของโรงพยาบาลว่าเป็นไปตามแนวทางกำกับการใช้ยาหรือไม่ ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดการเข้าถึงยาอย่างไม่สมเหตุผล หรือเข้าไม่ถึงยาในกรณีที่มีความจำเป็น เป็นต้น นอกจากนี้การดำเนินนโยบายบัญชียา จ (๒) ของโครงการประกันสุขภาพทั้งสามโครงการขาดกลไกในการอภิบาลระบบในภาพรวมทำให้แต่ละโครงการกำหนดสิทธิประโยชน์และระเบียบหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำและเกิดปัญหาในการบริหารจัดการในระดับโรงพยาบาล

2) ระดับโรงพยาบาล

การเพิ่มบัญชียา จ (๒) เป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลักแห่งชาติทำให้จำนวนรายการยาที่จัดเป็น 'ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ' เพิ่มขึ้น ซึ่งในที่สุดได้เพิ่ม 'การมีอยู่' ของยาในระดับโรงพยาบาล โดยช่วยให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดพิจารณานำยาในบัญชียา จ (๒) เข้าบัญชียาโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ระเบียบหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังช่วยลดภาระการจัดซื้อจัดหายาจากการที่ สปสช.ชดเชยเป็นยาคืนให้โรงพยาบาล ตลอดจนการมีแนวทางกำกับการใช้อย่างชัดเจนอาจทำให้การสั่งใช้ยาเป็นไปอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น

ในประเด็นความสามารถในการจ่าย ปัจจัยนี้ไม่ได้เป็นตัวกำหนดการเข้าถึงยาของผู้ป่วยในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ เนื่องจากโรงพยาบาลสามารถจ่ายยาในบัญชียา จ (๒) ให้กับผู้ป่วยได้อยู่ก่อนแล้ว ในทางตรงกันข้ามความสามารถในการจ่ายเป็นปัจจัยที่สำคัญในระดับโรงพยาบาลสำหรับผู้ที่มีสิทธิในโครงการประกันสังคมและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น การที่โครงการประกันสังคมไม่มีนโยบายที่จะจัดสรรเงินเพิ่มเติมให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาเพื่อสั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) แก่ผู้ประกันตน ในขณะที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มงบประมาณด้านยาและจัดให้มีระบบชดเชยยาคืนได้ส่งผลให้การเข้าถึงยาของผู้ป่วยภายใต้สองโครงการนี้แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

ในด้านการบริหารจัดการนั้น การศึกษานี้พบว่า การที่โครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการกำหนดระเบียบหลักเกณฑ์เกี่ยวกับบัญชียา จ (๒) เพื่อให้โรงพยาบาลนำไปปฏิบัติที่แตกต่างกันเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดต่อผู้ปฏิบัติและส่งผลทำให้เกิดความหลากหลายในการบริหารจัดการของแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนี้แม้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะกำหนดระเบียบหลักเกณฑ์การสั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) ไว้อย่างชัดเจน แต่ในทางปฏิบัติกลับพบปัญหาในหลายขั้นตอน ส่วนโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการไม่ได้กำหนดระเบียบหลักเกณฑ์เป็นการเฉพาะทำให้พบปัญหาการหลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาในบัญชียา จ (๒) โดยสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีข้อบ่งชี้เดียวกันแทนขณะเดียวกันยาในบัญชียา จ (๒) บางรายการมีความซ้ำซ้อนกับโครงการเฉพาะของโครงการประกันสุขภาพบางรายการรวมทั้งมีความแตกต่างกับระเบียบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดภายใต้นโยบายบัญชียา จ (๒) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการเกี่ยวกับการสั่งใช้บัญชียา จ (๒) ยังเป็นปัญหาสำหรับผู้ปฏิบัติในระดับโรงพยาบาลและเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนานโยบายบัญชียา จ (๒) จึงจำเป็นต้องมีระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาลตามที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนดไว้

แม้ว่าการศึกษานี้จะเน้นที่การดำเนินการของหน่วยงานที่เป็นผู้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แต่การที่นโยบายบัญชียา จ (๒) จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงและควบคุมให้การใช้ยาเหล่านี้เป็นไปอย่างสมเหตุผลได้มากน้อยเพียงใดนั้น ส่วนหนึ่งยังขึ้นอยู่กับคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ ดังนั้น การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายอย่างใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งที่คณะอนุกรรมการฯควรจัดให้มีขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลและหลักฐานที่จะช่วยสนับสนุนการพัฒนาบัญชียา จ (๒) ตลอดจนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขต่างๆให้เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการฯได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าวและมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชียา จ (๒) และยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีเงื่อนไขการสั่งใช้[๑๔] ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๓ ซึ่งจะเป็นกลไกหนึ่งที่จะช่วยประสานหน่วยงานทุกระดับไม่ว่าจะเป็นโครงการประกันสุขภาพ โรงพยาบาล องค์กรผู้ประกอบวิชาชีพ เครือข่ายผู้ป่วย องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค และหน่วยงานวิจัย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายในที่สุด

ข้อยุติ

แม้ว่าจะได้มีการนำรายการยาที่มีราคาแพงเข้าสู่บัญชียา จ (๒) ในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งจัดว่าเป็นสิทธิประโยชน์ในทางกฎหมายของผู้ป่วยในโครงการประกันสุขภาพทั้งสามโครงการ แต่ด้วยข้อจำกัดในด้านบริหารจัดการของแต่ละโครงการประกันสุขภาพ รวมถึงการกำหนดแนวปฏิบัติและเงื่อนไขในการสั่งใช้ยาที่ยากต่อการปฏิบัติล้วนเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วยทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนานโยบายบัญชียา จ (๒) ในอนาคต จำเป็นต้องมีระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒)

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต : คณะอนุกรรมการฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของนโยบายบัญชียา จ (๒) ทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค ในระดับมหภาค เช่น การประเมินการเข้าถึงยาและผลกระทบด้านสุขภาพและงบประมาณในระดับประเทศ และผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับ สปสช. ส่วนในระดับจุลภาค ได้แก่ การประเมินการเข้าถึงยาแต่ละรายการในระดับโรงพยาบาลและผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ควรมีการศึกษาระบบบริหารจัดการ การกำกับการใช้ยา ความสมเหตุผลของการสั่งใช้ยา และความเป็นธรรมในการเข้าถึงยาของประชาชนกลุ่มต่างๆด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ บุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม องค์การเภสัชกรรม สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลรามาธิบดี ศิริราชพยาบาล วชิรพยาบาล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบุรีรัมย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

๑. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติและคณะกรรมการแพทย์ ๓ กองทุน. สรุปผลการประชุมปรึกษาหารือระหว่างคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติและคณะกรรมการแพทย์ ๓ กองทุน ครั้งที่ ๒/๒๕๔๘. ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๘.

๒. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ.รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ ๔/๒๕๕๐; ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๐.

๓. Cheamanukunkit P. Utilization of category E(2) drugs at a teaching hospital in Bangkok (Master of science in pharmacy). Pharmacy administration, Pharmacy. Bangkok : Mahidol University; 2011.

๔. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๑; ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๑.

๕. หนังสือกรมบัญชีกลาง. ที่ กค ๐๔๑๗/ว๑๗๗ เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของทางราชการ. ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๕.

๖. หนังสือกรมบัญชีกลาง. ที่ กค ๐๔๒๒.๒ /ว๑๐๐ เรื่อง การเบิกค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ(๒) ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ. ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๓.

๗. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑; ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๑.

๘. หนังสือสำนักงานประกันสังคม. ที่ รง ๐๖๐๕ /๑๖๘๕ เรื่อง ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ และแนวปฏิบัติการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี จ (๒). ลงวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๕.

๙. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ครั้งที่ ๒/๒๕๕๓;๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓.

๑๐. Liaw ST, Pearce CM, Chondros P, McGrath BP, Piggford L, Jones K. Doctors' perceptions and attitudes to prescribing within the Authority Prescribing System. MJA 2003;178:103-6.

๑๑. Wibulpolprasert S, Tangcharoensathien V, Kanchanachitra C. Are cost effective interventions enough to achieve the Millennium Development Goals?. BMJ 2005;331:1093-4.

๑๒. Frost LJ, Reich MR. Creating access to health technologies in poor countries. Health Affairs 2009;28:962-73.

๑๓. Jacobs B Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Damme WV. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. Health Policy Plan 2011;1-13 doi: 10.1093/heapol/czr038.

๑๔. คำสั่งคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. ที่ ๗/๒๕๕๓ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ (๒) และยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีเงื่อนไขการสั่งใช้. ลงวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๓.