

การตอบสนองของโรงพยาบาลต่อนโยบาย ห้ามเบิกจ่ายากลูโคซามีนในระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ

นิลวรรณ อยู่ภักดี*

สิริมาส ปานแสง*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการตอบสนองของโรงพยาบาลต่อนโยบายห้ามเบิกจ่ายากลูโคซามีน ใช่วิธีวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ โดยส่งแบบสำรวจมูลค่าและปริมาณการสั่งจ่ายก่อนและหลังนโยบายฯ 6 เดือน ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ จำนวน 107 แห่ง และประชุมกลุ่มหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อเภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับนโยบายฯ ในโรงพยาบาล 11 แห่ง และรวบรวมเอกสารข้อร้องเรียนของผู้ป่วยจากกรมบัญชีกลาง นำข้อมูลจากโรงพยาบาล 58 แห่ง (ร้อยละ 54) มาวิเคราะห์ พบมูลค่าสั่งจ่ายรวม 185 ล้านบาทในช่วงก่อนเริ่มนโยบายฯ 6 เดือน และภายหลังเริ่มนโยบายฯ ไปได้ 6 เดือน พบมูลค่าการสั่งจ่ายรวม 27 ล้านบาท ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 158 ล้านบาท (ร้อยละ 85 ของมูลค่าก่อนเริ่มนโยบายฯ) และสามารถลดค่าใช้จ่ายของยาต้นแบบได้มากกว่ายาสามัญ ในด้านข้อมูลจากการประชุมกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่ตัดกลูโคซามีนออกจากบัญชียา ได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลที่ยังคงกลูโคซามีนอยู่ในบัญชียาเนื่องจากไม่เข้าใจถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ของกลูโคซามีนที่ระบุว่าไม่คุ้มค่าทางการแพทย์ สำหรับในด้านข้อร้องเรียนนั้น ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเห็นว่านโยบายนี้เป็นการผลกระทบทำให้ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นการลดสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล และไม่เข้าใจว่าทำไมกลูโคซามีนที่มีข้อบ่งใช้ในโรคข้อเสื่อมแต่กลับเบิกไม่ได้ การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินนโยบายฯ

คำสำคัญ: กลูโคซามีน, นโยบายห้ามเบิกจ่ายยา, สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

Abstract Responsiveness to glucosamine negative list policy of civil servant medical benefit scheme
Nilawan Upakdee*, Sirimas Pansang*

*Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

The objective of this study was to assess the hospital response to policy implementation of the Glucosamine (GS) negative list. This study comprised both quantitative and qualitative approaches. A survey form of quantity and expenditure of GS 6 months before and after policy implementation was sent out to provincial hospitals, general hospitals and teaching hospitals (107 hospitals). A qualitative approach included focus group discussion with head pharmacists of 11 teaching hospitals, in-depth interview with pharmacists who deal with this policy, and an evaluation of patient's written complaints sent to Comptroller General's Department (CGP). Completed data from 58 hospitals (54%) were analyzed. The total drug expenditure 6 months before policy implementation was 185 million Baht, and total drug expendi-

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ture 6 months after policy implementation was 27 million Baht. Total drug expenditure saving was 158 million Baht, or 85% of total drug expenditure before policy implementation. It appeared that this policy reduced the expenditure of original drug than generic/local drug. Results from focus group discussion and in-depth interviews showed that hospitals which succeeded in excluding GS from their list because of the decision of the pharmacy and therapeutic committee and hospital boards or authorized physicians. On the other hand, hospitals that still retained GS in their list because they did not understand the evidence which indicated that this drug was not cost-effective. An evaluation of patients' complaints revealed their perceptions as follows: GS are not reimbursable even this drug was indicated for joint disorders, the policy seems to force patients to responsible for their drug expenditure and policy seems to be cut off the subsidy for CSMBs beneficiaries. The results of this study showed the impact of this policy on both health care providers and patients, and unveiled the problems and burden associated with the policy.

Keywords: *Glucosamine, Negative list policy, Civil Servant Medical Benefit Scheme*

ภูมิหลังและเหตุผล

ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2546-2552 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากมูลค่าประมาณ 22,689 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 เป็น 61,304 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2552 เป็นการเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า⁽¹⁾ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระบบนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาจากการใช้ยาใหม่ซึ่งส่วนมากเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง และอาจมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายเงินจากการที่ผู้ป่วยต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อนเป็นระบบการจ่ายตรงระหว่างโรงพยาบาลกับกรมบัญชีกลาง⁽²⁾ และคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายจะเพิ่มเป็น 100,000 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2558 หากไม่มีมาตรการควบคุมกำกับดูแลค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้เป็นไปอย่างเหมาะสม โดยมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ที่ให้มีมาตรการการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในระบบสวัสดิการรักษายาข้าราชการ^(3,4) ประกอบกับข้อมูลการใช้ยาจากโรงพยาบาลนำร่อง 34 แห่ง แสดงให้เห็นว่ามีการใช้ยานอกบัญชียาหลักอย่างมากมาย และยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด ได้แก่ ยาลดความดันกลุ่ม angiotensin-2 receptor

blocker (ARB), ยาลดความดันกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI), ยาต้านเกล็ดเลือด (anti-platelet) และยาลดไขมันในเลือด (anti-lipidemia)^(4,5) ดังนั้น กรมบัญชีกลางจึงประกาศใช้นโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในระบบสวัสดิการรักษายาข้าราชการ ซึ่งลำดับแรกคือนโยบายห้ามเบิกจ่ายยากลุ่มบรรเทาอาการข้อเสื่อมที่ออกฤทธิ์ช้า (symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis: SYSADOA) ได้แก่ กลูโคซามีน คอนดรอยตินซัลเฟต และ ไดอะเซอเรน ไฮยาลูโรเนนและอนุพันธ์ และยาฉีดเข้าข้อบรรเทาอาการข้อเสื่อม นโยบายนี้เริ่มใช้เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554⁽⁶⁾ และภายหลังจากประกาศใช้นโยบายนี้ ก็มีการเคลื่อนไหวคัดค้านจากผู้เสียหายประโยชน์ในภาคส่วนต่างๆ และมีการนำเสนอข่าวในแง่มนุษยธรรม ความเดือดร้อนของผู้ป่วย และการลิดรอนสิทธิในการรักษา⁽⁷⁾ แม้จะมีรายงานเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า กลูโคซามีนไม่มีความคุ้มค่าทางการแพทย์⁽⁸⁻¹¹⁾ กระแสคัดค้านที่ออกมาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายดังกล่าว โดยเปลี่ยนแปลงเป็นให้เบิกค่ากลูโคซามีนได้อย่างมีเงื่อนไขตามที่กำหนดในแนวเวชปฏิบัติ⁽¹²⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของนโยบายห้ามเบิกจ่ายยาต้านการอักเสบ (NSAID/anti-osteoarthritis), กลูโคซามีน (glucosamine), ยาที่มีผลต่อกระดูก (drug affecting bone metabolism), ยาต้านมะเร็ง (anti-cancers), ยาลดความดันกลุ่ม angiotensin-2 receptor



ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้การสำรวจด้วยแบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการรวบรวมข้อร้องเรียนต่างๆ จากผู้ป่วย ซึ่งได้รับการพิจารณารับรองแบบยกเว้นจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ครั้งที่ 3/2555 กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2555 เลขสำคัญโครงการ HE 55-Ex1-0042 และเลขที่รับรองโครงการ 55 02 04 0002

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้

1. การสำรวจการใช้ยาเกลือโคซามีนด้วยแบบสำรวจแบบมีโครงสร้าง (structured questionnaire survey) โดยส่งแบบสำรวจไปยังโรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 70 แห่ง และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 12 แห่ง รวมทั้งสิ้น 107 แห่ง โดยสอบถามปริมาณการใช้และมูลค่าการใช้ในช่วงก่อนและหลังนโยบายฯ คือ ช่วง 6 เดือนก่อนเริ่มนโยบายฯ (1 กรกฎาคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2553) และช่วง 6 เดือนหลังเริ่มนโยบายฯ (1 มกราคม 2554 ถึง 30 มิถุนายน 2554)

2. การจัดประชุมกลุ่ม (focus group discussion) หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์จำนวน 6 แห่ง ร่วมกับสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์ (in-depth interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) จำนวน 5 แห่ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ โรงพยาบาลที่ยังคงเกลือโคซามีนไว้ในบัญชียาโรงพยาบาล และโรงพยาบาลที่ตัดเกลือโคซามีนออกจากบัญชียาโรงพยาบาลภายหลังจากเริ่มนโยบายฯ

3. รวบรวมเอกสารข้อร้องเรียนของผู้ป่วยที่มีต่อนโยบายฯ ดังกล่าวจากกรมบัญชีกลาง

ผลการศึกษา

มีโรงพยาบาลที่ตอบแบบสำรวจกลับจำนวน 71 แห่ง (ร้อยละ 66) โดยโรงพยาบาลศูนย์ตอบกลับแบบสำรวจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 67 และร้อยละ 61 ตาม

ลำดับ ทั้งนี้มีโรงพยาบาล 10 แห่ง ระบุว่าไม่เคยบรรจุยาเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีโรงพยาบาลเพียง 61 แห่งที่เคยบรรจุเกลือโคซามีนในบัญชียาของโรงพยาบาล โดยมีโรงพยาบาล 9 แห่ง ที่ตัดเกลือโคซามีนออกจากบัญชียาของโรงพยาบาลทันที หลังจากเริ่มนโยบายฯ มีโรงพยาบาล 1 แห่งที่ตัดเกลือโคซามีนออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล หลังเริ่มนโยบายได้ 3 เดือน และมีโรงพยาบาลจำนวน 51 แห่งที่ยังคงเกลือโคซามีนไว้ในบัญชียาของโรงพยาบาล แต่ทว่ามีโรงพยาบาล 3 แห่ง จาก 61 แห่ง ที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ จึงเหลือข้อมูลจากโรงพยาบาล 58 แห่งเท่านั้นที่นำมาวิเคราะห์

1. มูลค่าของเกลือโคซามีนก่อนและหลังนโยบายห้ามเบิกจ่ายเกลือโคซามีน

ก่อนนโยบายฯ มีการสั่งใช้เกลือโคซามีน คิดเป็นมูลค่า 185 ล้านบาท ภายหลังนโยบายฯ มีการสั่งใช้เกลือโคซามีน คิดเป็นมูลค่า 27 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของมูลค่าการสั่งใช้เกลือโคซามีนก่อนนโยบายฯ สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 158 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 85.4 ของมูลค่าการสั่งใช้เกลือโคซามีนก่อนนโยบายฯ เมื่อแยกวิเคราะห์รายโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลที่ยังคงเกลือโคซามีนไว้ในบัญชียาโรงพยาบาลมีมูลค่าการใช้เกลือโคซามีนลดลง 50 แห่ง และมีโรงพยาบาลเพียง 1 แห่ง ที่มีการใช้เพิ่มขึ้นหลังจากมีนโยบายฯ รูปแบบความแรงที่สั่งใช้ลดลงมากที่สุด คือ เกลือโคซามีนผสมคอนดรอยติน รองลงมา คือ เกลือโคซามีนขนาด 1,884 มิลลิกรัม และ 250 มิลลิกรัม ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเกลือโคซามีนที่เป็นยาต้นแบบกับที่เป็นยาสามัญ พบว่าภายหลังจากเริ่มนโยบายฯ สามารถลดค่าใช้จ่ายของยาต้นแบบและยาสามัญลงได้ถึงร้อยละ 88.5 และร้อยละ 72.4 ของมูลค่าการใช้เกลือโคซามีนก่อนนโยบายฯ ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์มูลค่าการสั่งใช้เกลือโคซามีนตามประเภทของโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีมูลค่าการสั่งใช้เกลือโคซามีนลดลงมากที่สุด คือ ร้อยละ 93.5 ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ลดลงร้อยละ 82.3 และร้อยละ 84.1ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 มูลค่าการสั่งใช้กลูโคซามีนก่อนและหลังเริ่มนโยบายห้ามเบิกจ่ายกลูโคซามีน

ลำดับ	ชื่อสามัญ	มูลค่ารวมก่อน เริ่มนโยบาย (บาท)	มูลค่ารวมหลัง นโยบาย (บาท)	มูลค่าที่ลดลง (บาท)	ร้อยละ ที่ลดลง
1	กลูโคซามีนซัลเฟต 250 มก.	8,908,440	1,462,652	7,445,788	83.58
2	กลูโคซามีนซัลเฟต 500 มก.	17,032,642	3,004,815	14,027,827	82.36
3	กลูโคซามีนซัลเฟต 1500 มก.	20,877,836	7,501,452	13,376,384	64.07
4	กลูโคซามีนซัลเฟต 1884 มก.	132,826,434	14,688,896	118,137,538	88.94
5	กลูโคซามีนซัลเฟตผสมคอนครอยติน	4,024,515	289,015	3,735,500	92.82
6	กลูโคซามีนซัลเฟตที่ไม่ระบุความแรง	1,850,298	71,218	1,779,080	96.15
	รวม	185,520,165	27,018,048	158,502,117	85.44

หมายเหตุ: ร้อยละที่ลดลงคิดเทียบจากมูลค่ารวมก่อนเริ่มนโยบาย

ตารางที่ 2 มูลค่าก่อนและหลังเริ่มนโยบายห้ามเบิกจ่ายกลูโคซามีนจำแนกเป็นยาต้นแบบและยาชื่อสามัญ

ประเภทของ กลูโคซามีน	มูลค่ารวมก่อน เริ่มนโยบาย (บาท)	มูลค่ารวมหลัง นโยบาย (บาท)	มูลค่าที่ลดลง (บาท)	ร้อยละ ที่ลดลง
ยาต้นแบบ	149,985,113	17,203,705	132,781,408	88.53
ยาสามัญ	35,535,052	9,814,343	25,720,709	72.38
รวม	185,520,165	27,018,048	158,502,117	85.44

2. ปริมาณการสั่งใช้กลูโคซามีนก่อนและหลังนโยบายห้ามเบิกจ่ายกลูโคซามีน

การสั่งใช้กลูโคซามีนมีแนวโน้มลดลงทั้งมูลค่าและปริมาณเมื่อจำแนกเป็นยาต้นแบบและยาสามัญพบว่า กลูโคซามีนที่เป็นยาต้นแบบมีปริมาณการสั่งใช้ลดลงร้อยละ 80-98 ขณะที่กลูโคซามีนที่เป็นยาสามัญมีปริมาณการสั่งใช้ลดลงอยู่ที่ร้อยละ 56-92 (ตารางที่ 4)

3. ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง

จากการจัดประชุมกลุ่ม หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมหรือเภสัชกรผู้เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง จำนวน 6 คน ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก จากหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมหรือเภสัชกรผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง จำนวน 5 คน ตามประเด็นแนวทางปฏิบัติหลังเริ่มนโยบายฯ ได้แก่ กฎเกณฑ์

ที่เกี่ยวข้องกับเวชปฏิบัติและ/หรือการสั่งใช้ยาในโรงพยาบาล นโยบายของโรงพยาบาลด้านการจำกัดค่าใช้จ่ายยา ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานที่มีต่อนโยบายฯ รวมถึงแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล สามารถจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาลที่ตอบสนองต่อนโยบายฯ ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรงพยาบาลที่ตัดกลูโคซามีนออกจากบัญชียาหลังเริ่มนโยบายฯ และโรงพยาบาลที่ยังมีกลูโคซามีนไว้ในบัญชียาหลังเริ่มนโยบายฯ โดยในกลุ่มโรงพยาบาลที่ยังคงมีกลูโคซามีนในบัญชียา พบว่ามีมาตรการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เปลี่ยนจากยาต้นแบบเป็นยาสามัญ กำหนดให้แพทย์เฉพาะทางเป็นผู้สั่งใช้เท่านั้น เป็นต้น (ตารางที่ 5)

4. ข้อร้องเรียนจากประชาชนหรือผู้ป่วย

ภายหลังเริ่มนโยบายห้ามเบิกจ่ายกลูโคซามีนตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2554 เป็นเวลา 6 เดือน มีข้อร้องเรียนจากประชาชนหรือผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ



ตารางที่ 3 มูลค่าการสั่งใช้กลูโคซามีนก่อนและหลังเริ่มนโยบายห้ามเบิกจ่ายกลูโคซามีนตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	มูลค่ารวมก่อนเริ่มนโยบาย (บาท)	มูลค่ารวมหลังนโยบาย (บาท)	มูลค่าที่ลดลง (บาท)	ร้อยละที่ลดลง
โรงพยาบาลศูนย์	30,799,179	2,005,816	28,793,363	93.49
โรงพยาบาลทั่วไป	23,448,340	4,143,560	19,304,780	82.33
โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	131,272,646	20,868,672	110,403,974	84.10
รวม	185,520,165	27,018,048	158,502,117	85.44

ตารางที่ 4 ปริมาณการสั่งใช้กลูโคซามีนก่อนและหลังเริ่มนโยบายห้ามเบิกจ่ายกลูโคซามีนจำแนกเป็นยาดัชนีแบบและยาสามัญ

ขนาดของกลูโคซามีน	ปริมาณรวมก่อนนโยบาย	ปริมาณรวมหลังนโยบาย	ปริมาณที่ลดลง	ร้อยละที่ลดลง
ยาสามัญ				
กลูโคซามีนซัลเฟต 250 มก. (เม็ด)	701,536	57,033	644,503	91.87
กลูโคซามีนซัลเฟต 500 มก. (เม็ด)	1,536,224	512,538	1,023,686	66.64
กลูโคซามีนซัลเฟต 1500 มก. (ซอง)	1,643,798	722,164	921,634	56.07
กลูโคซามีนซัลเฟตผสมคอนดรอยติน (ซอง)	140,924	10,257	130,667	92.72
กลูโคซามีนซัลเฟต ไม่ระบุทั้งความแรงและรูปแบบ	29,500	11,500	18,000	61.02
ยาดัชนีแบบ				
กลูโคซามีนซัลเฟต 250 มก. (เม็ด)	942,491	180,478	762,013	80.85
กลูโคซามีนซัลเฟต 500 มก. (เม็ด)	801,158	90,655	710,503	88.64
กลูโคซามีนซัลเฟต 1884 มก. (ซอง)	3,977,816	428,292	3,549,524	89.23
กลูโคซามีนซัลเฟต ไม่ระบุทั้งความแรงและรูปแบบ	36,217	839	35,379	97.69

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สรุปลงเป็นประเด็นได้ ดังนี้

- นโยบายนี้เป็นการผลกระทบทำให้ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่าย (จำนวน 33 การร้องเรียน)

“ประชาชนไม่เห็นด้วยกับการนี้ดังกล่าว เนื่องจากเป็นการผลกระทบค่าใช้จ่ายให้กับประชาชน”

“ประชาชนไม่เห็นด้วยกับการยกเลิกเบิกจ่ายค่ายาดังกล่าว เพราะตัวยามีราคาค่อนข้างสูง ประกอบกับหากมีการยกเลิกเบิกจ่ายตัวยากลุ่มดังกล่าว ควรที่จะหาตัวยาที่มีผลการรักษาที่ได้ประสิทธิภาพมาทดแทนกลุ่มตัวยาเดิม เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของประชาชน”

- นโยบายนี้เป็นการลิดรอนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

(จำนวน 24 การร้องเรียน)

“ผมเห็นว่าเป็นการลิดรอนสิทธิของข้าราชการ เพราะโดยความจริงแล้วข้าราชการก็เสียสละที่จะทำงานด้วยเงินเดือนที่น้อยกว่าภาคเอกชนอยู่แล้ว นี่คือการยอมแลกกับสิทธิการรักษาพยาบาลที่พึงได้ แต่กลับมีการตัดสิทธิ ทั้งที่ตอนเริ่มทำงานได้ตกลงกันไว้ในเงื่อนไขที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทุกอย่าง”

“เนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการใช้ตัวยาดังกล่าวเป็นจำนวนมาก เพื่อรักษาอาการข้อเสื่อม... ประกอบกับข้าราชการเบิกตรงกับกรมบัญชีกลางที่ป่วยเป็นโรคดังกล่าวส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุ จะไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้ในแต่ละเดือนไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ”

ตารางที่ 5 แนวทางปฏิบัติและปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ

กลุ่มโรงพยาบาลที่ยังคงกลูโคซามีนไว้ในบัญชียา	กลุ่มโรงพยาบาลที่ตัดกลูโคซามีนออกจากบัญชียา
<ul style="list-style-type: none"> • มีแพทย์ที่คัดค้านหรือไม่สนับสนุนนโยบายฯ นี้ (3 แห่ง) • ผู้อำนวยการเป็นผู้ตัดสินใจไม่เอากลูโคซามีนออกจากบัญชียาแต่ให้แพทย์เฉพาะทางสั่งจ่ายแก่ผู้ป่วย (1 แห่ง) • ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้อธิบายกับผู้ป่วย (2 แห่ง) • มีการเปลี่ยนจากยาต้นแบบเป็นยาสามัญ (1 แห่ง) • ในระดับผู้ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจข้อมูลจากกรมบัญชีกลางที่มีออกมา (1 แห่ง) 	<ul style="list-style-type: none"> • คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีกลุ่มแพทย์ผู้ใช้กลูโคซามีนอยู่ด้วย และสนับสนุนนโยบายฯ นี้ (3 แห่ง) • ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ผู้เป็นที่นับถือ สนับสนุนนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายฯ (3 แห่ง) • โรงพยาบาลเกิดความลำบากใจในการใช้ยากับผู้ป่วยที่สิทธิการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน ทำให้โรงพยาบาลตัดสินใจตัดกลูโคซามีนออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล (2 แห่ง) • การรับทราบว่าโรงพยาบาลอื่นตัดกลูโคซามีนออกจากบัญชียาโรงพยาบาล (1 แห่ง) • แพทย์และเภสัชกรมีการชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายฯ (3 แห่ง)

• ยามีความจำเป็นต้องใช้ทั้งจากการที่มีข้อบ่งชี้ในโรคข้อเสื่อม แต่กลับไม่ได้รับยา เป็นยาที่เคยใช้อยู่และต้องใช้ต่อเนื่อง และเป็นยาที่ใช้ได้ผลดี ไม่มีอาการข้างเคียง (จำนวน 23 การร้องเรียน)

“ประชาชนไม่เห็นด้วยที่ไม่สามารถให้เบิกค่ารักษาโรคได้ เพราะส่งผลต่อผู้ใช้ยารักษาโรคกลุ่มกลูโคซามีนที่ได้ผลดีต่อร่างกาย จึงประสงค์จะให้มีการผ่อนผันให้สามารถเบิกค่ายารักษาโรคต่อไป”

“อยากให้รัฐบาลช่วยให้ยาตัวนี้เหมือนเดิม เพราะยาที่หมอสั่งมาใหม่เป็นยาคล้ายกลุ้มเนื้อที่ต้องกินหลังอาหารทันที อายุมากแล้ว กินข้าวก็ไม่ได้มาก พอกินยาแล้วมันเสปกระเพาะไม่รู้ว่าเป็นเพราะยาตัวนี้หรือเปล่า”

• การมียาอื่นที่ใช้ทดแทน คุณภาพอาจไม่ดีพอ หรือควรปรับราคาขายลง (จำนวน 4 การร้องเรียน)

“กรณีไม่สามารถเบิกจ่ายกลูโคซามีน ซึ่งรักษาอาการโรคข้อกระดูกเสื่อม โดยแจ้งว่ายาดังกล่าวไม่มีผลในการรักษา โดยไม่ได้จัดสรรยาตัวอื่นทดแทนกรณีดังกล่าวทำให้ข้าราชการที่ป่วยเป็นโรคดังกล่าวไม่มียารักษาอย่างต่อเนื่อง”

“ควรยกเลิกคำสั่งดังกล่าวเพื่อเป็นการช่วยเหลือประชาชนที่มีการใช้ยาดังกล่าวอยู่เป็นประจำ อีกทั้งผู้ร้องเกรง

ว่ายาตัวใหม่ที่มีการนำมาทดแทนนั้นอาจจะมีคุณภาพเท่ากับยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำ”

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินถึงการตอบสนองของโรงพยาบาลที่มีต่อนโยบายที่เกิดขึ้น และนโยบายดังกล่าวได้มีการปรับเปลี่ยนไปอีกในภายหลัง ดังนั้น จึงทำการศึกษาได้เฉพาะช่วงก่อนและหลังนโยบาย 6 เดือนเท่านั้น

ผลการสำรวจพบว่า ภายหลังจากเริ่มนโยบายห้ามเบิกจ่ายกลูโคซามีนได้ 6 เดือน สามารถประหยัดได้ร้อยละ 85.4 ของมูลค่าการสั่งใช้ก่อนเริ่มนโยบายฯ สามารถลดมูลค่าการสั่งใช้ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปลงได้มากที่สุด และสามารถลดค่าใช้จ่ายของยาต้นแบบและยาสามัญลงได้ถึงร้อยละ 88.5 และร้อยละ 72.4 ตามลำดับ ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นประกอบ เช่น ราคากลูโคซามีนต้นแบบปรับราคาลดลง (2 แห่ง) มีการนำยาสามัญที่มีราคาถูกกว่าเข้ามาเพิ่มในบัญชียาของโรงพยาบาล (4 แห่ง)

กลุ่มโรงพยาบาลที่ตอบสนองต่อนโยบายฯ โดยตัดกลูโคซามีนออกจากบัญชียาหลังเริ่มนโยบายฯ ส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด



ของโรงพยาบาล (3 แห่ง) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (3 แห่ง) ขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลที่ยังคงกลูโคซามีแนวโน้มในบัญชียาภายหลังจากเริ่มนโยบายฯ นั้น พบว่ามีแพทย์ที่คัดค้านนโยบายฯ นี้ (3 แห่ง) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตัดสินใจไม่ตัดกลูโคซามีออกจากบัญชียา (1 แห่ง) รวมถึงมีการเปลี่ยนจากยาต้นแบบเป็นยาสามัญ (1 แห่ง)

สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษา สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ดังนี้

1. นโยบายเกี่ยวกับการจำกัดการเบิกจ่ายค่ายา กลูโคซามี

กรณีกลูโคซามีเป็นกรณีตัวอย่างของนโยบายที่ต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาด้วยการจำกัดการเบิกจ่ายจากการที่พบว่ายาดังกล่าวมีหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความไม่คุ้มค่าด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งนโยบายนี้มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายลดลงจากปริมาณการใช้ที่ลดลงและราคายาที่ลดลง รวมถึงเป็นผลมาจากการนำยาสามัญเข้ามาทดแทน ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่ตอบสนองต่อนโยบายฯ ดังกล่าวในระดับเข้มงวดจะใช้มาตรการตัดกลูโคซามีออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล ส่วนโรงพยาบาลที่ไม่เข้มงวดต่อการตอบสนองต่อนโยบายฯ ก็ยังคงกลูโคซามีไว้ในบัญชียาของโรงพยาบาล แต่เพิ่มยาสามัญซึ่งมีราคาถูกกว่ายาต้นแบบเข้ามาในบัญชียาของโรงพยาบาล

2. การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติและผลกระทบจากนโยบาย

นโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่กำหนดจากส่วนกลางนั้น จะประสบความสำเร็จได้ ยังต้องอาศัยปัจจัยอื่นประกอบ เช่น การสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานต่างๆ และผู้มีสิทธิต่อนโยบายนี้ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลที่ตอบแบบสำรวจและผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน คุณสมภาพ สุริยพงศ์ และคุณปานทิพย์ ตะบุตร ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ช่วยเก็บข้อมูลจากการบันทึกเสียง และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนภายใต้แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการใช้จ่ายที่เหมาะสมสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มนัส แจ่มเวหา. การควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการ: ในสถานการณ์พิเศษ (ปีงบประมาณ 2553). วารสารกรมบัญชีกลาง กรกฎาคม-สิงหาคม 2553;51(4):10-9.
2. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, พรพิศ ศิลขุฑ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ค่าใช้จ่ายที่พยากรณ์จากการใช้ยารักษาแพงของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ: เปรียบเทียบกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5(2):170-80.
3. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550. 454 หน้า.
4. จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, นพคุณ ธรรมธัชอารี, อรอนงค์ วลีจรงเลิศ, พัชณี ธรรมวันนา, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5:149-59.
5. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. การใช้จ่าย ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่อง กรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2554. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2555.
6. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง การกำหนดรายการยาที่ห้ามเบิกจ่ายจากระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ. หนังสือที่ กค 0422.2/ว.127 (ลงวันที่ 24 ธันวาคม 2553).
7. สายสิริ คำวันฉนะ. ผลการช่วงชิงพื้นที่ข่าวในการผลักดันนโยบายเกี่ยวกับ “กลูโคซามี” และภาพสะท้อนกระบวนการผลักดันนโยบายปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;2:138-48.
8. คณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ ภายใต้คณะอนุกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. เอกสารสรุปประเด็นข้อเท็จจริงและข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับกลูโคซามี คอนดรอยติน ไดอะเซอเรน และไฮยาลูโรแนนชนิดฉีดเข้าข้อ. กุมภาพันธ์ 2554.

9. สำนักงานพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด,
2548.
10. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรค
ข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the treatment of osteoarthritis of knee):
2549.
11. นพคุณ ชรรณัชชอารี. ข้อโต้แย้งเกี่ยวกับประสิทธิผลของกลูโคซามีน.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5(2):131-7.
12. ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง การเบิกจ่ายกลูโคซามีนซัลเฟต.
หนังสือที่ กค 0422.2/ว.62 (ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2554).