

ความผันแปรระหว่างโรงพยาบาลของราคาเบิกจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคากลาง

Hospital Variation in Reimbursed Prices of Drugs in

National Lists of Essential Medicines with Medium Prices

กนกวรรณ กำลังพัฒนา (Kanokwan Kumlungpattana)* สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ (Supon Limwattananon)**

จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ (Chulaporn Limwattananon)***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาความผันแปรของราคาเบิกจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีประกาศราคากลางสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในระบบจ่ายตรงของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) 16 แห่ง และนอกสังกัด สป.สธ. อีก 17 แห่ง เมื่อพิจารณาจากค่ามัธยฐานของสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation, CV) พบว่า ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้รักษาแผลในกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อนมีราคาเบิกจ่ายที่แตกต่างกันมากที่สุด โรงพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. มีความผันแปรของราคาเบิกจ่ายมากกว่าโรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีสัดส่วนรายการยาซึ่งตั้งราคาเบิกจ่ายสูงกว่าราคากลางที่บวกเพิ่มตามระเบียบมากกว่าในสังกัด สป.สธ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเมินการว่า หากมีการตั้งราคาเบิกจ่ายตามประกาศราคากลางของกระทรวงสาธารณสุขและตามระเบียบการบวกเพิ่มของกระทรวงการคลังจะช่วยประหยัดงบประมาณค่ายาได้ร้อยละ 42.9 การบังคับใช้ราคากลางเพื่อการจัดซื้อยาและการกำหนดส่วนเพิ่มของราคาที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดและทำให้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีความยั่งยืน

ABSTRACT

This study examines variation in reimbursed prices of drugs covered by the National Lists of Essential Medicines with medium prices in 16 hospitals affiliated with Ministry of Public Health (MOPH) and in non-MOPH 17 hospitals under the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) direct billing system. Based on the median value for coefficient of variation, the reimbursed prices of drugs for peptic ulcer and gastro-esophageal reflux diseases varied the most. The non-MOPH hospitals reported the reimbursed prices with significantly higher variation than the MOPH hospitals and had the proportion of the reimbursed price ratio above 1.0 more than the MOPH ones. If all hospitals set the reimbursed prices exactly equal to the listed medium prices plus the regulated mark up, 42.9% of the drug expenditure could be saved. Enforcement of medium price lists and appropriate mark up would improve efficiency of limited health care budget and sustainability of the CSMBS.

คำสำคัญ: บัญชียาหลักแห่งชาติ ราคาเบิกจ่าย สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

Key Words: National Lists of Essential Medicines, Reimbursed prices, Civil Servant Medical Benefit Scheme

* นักศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชสังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยมีมูลค่าสูงถึงปีละกว่าสองแสนล้านบาท โดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอัตราที่สูงกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยรวม (สุวิทย์, 2554) มูลค่าการบริโภคยาที่สูงเช่นนี้มีสาเหตุจากการใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น และระบบการควบคุมราคาที่ย่อนแอ (ชินอุทัย, 2553)

การคัดเลือกยาเพียงบางรายการเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และลดการใช้ยาเกินจำเป็น (Olson, 2003) ประเทศไทยมีบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2524 และใช้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพในเวลาหลายปีต่อมา (คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย, 2545) นอกจากนี้ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 (ระเบียบพัสดุฯ) ยังกำหนดให้ส่วนราชการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่น้อยกว่าร้อยละ 60-80 ของงบประมาณ (กิตติ, 2548)

นอกจากการส่งเสริมการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ การควบคุมราคาขายเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แม้ว่ายาจัดเป็นสินค้าควบคุม แต่ราคายายังไม่มีความเหมาะสมโดยตรง มีเพียงระเบียบพัสดุฯ ที่ควบคุมการจัดซื้อยาของหน่วยราชการไม่ให้เกินราคากลางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ราคากลางจึงเป็นเครื่องมือสำหรับควบคุมค่าใช้จ่ายของการจัดซื้อยาในภาครัฐ (อรอนงค์, 2555) อย่างไรก็ตาม ตลาดยาที่มีหลายประเภท ทั้งยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (single-source) ซึ่งทั้งหมดเป็นยาดั้งเดิมที่ใช้ชื่อการค้า (original brand) และยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย ซึ่งประกอบด้วยยาดั้งเดิมและยาชื่อสามัญ (generic equivalence) ทำให้ราคาที่โรงพยาบาลซื้อ (acquisition cost) มีความแตกต่างกัน การศึกษาในอดีต พบว่า ค่ามัธยฐานของราคาซื้อโดยสถานพยาบาล

ภาครัฐสูงกว่าราคาอ้างอิงสากล 3.3 เท่าสำหรับยาดั้งเดิม (พิสัยควอไทล์ 1.6-7.8) และ 1.5 เท่าสำหรับยาชื่อสามัญ (พิสัยควอไทล์ 0.8-2.3) (Sooksriwong et al., 2009) นอกจากการซื้อยารายการเดียวกันในราคาที่แตกต่างกันแล้ว โรงพยาบาลอาจกำหนดการบวกเพิ่มจากต้นทุน (mark up) ในอัตราที่แตกต่างกัน

การที่ราคายามีความผันแปรระหว่างโรงพยาบาล ทำให้เกิดคำถามในการบริหารจัดการงบประมาณ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (เพชรรัตน์, 2555) จึงควรมีการติดตามราคาขายในระดับโรงพยาบาล แม้ยังมีข้อจำกัดด้านข้อมูลการจัดซื้อยาของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์ (อรอนงค์, 2555)

ระบบประกันสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น เยอรมันนี ฝรั่งเศส โปรตุเกส เดนมาร์ก สเปน เบลเยียม ออสเตรเลีย สวีเดน เนเธอร์แลนด์ และแคนาดา มีการใช้ระบบราคาอ้างอิง (Reference pricing system) สำหรับการเบิกจ่ายค่ายาแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ โดยกำหนดเพดานของราคาที่สถานพยาบาลสามารถเบิกได้สำหรับยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จึงลดความแตกต่างของราคาขายได้โดยเฉพาะสำหรับยาชื่อสามัญ นอกจากนี้ ยังทำให้ราคาของยาที่อยู่ภายใต้ระบบราคาอ้างอิงมีแนวโน้มลดลง จนสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพได้ (Lopez-Casanovas & Puig-Junoy, 2000)

ในประเทศไทย โรงพยาบาลเบิกค่ารักษาพยาบาลตามการจ่ายแบบรายบริการ (fee for service) สำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ พบว่าการเติบโตอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในช่วงเวลาที่ผ่านมามีสาเหตุจากรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกโดยเป็นค่าใช้จ่ายด้านยาสูงกว่าร้อยละ 83 (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553) กรมบัญชีกลางในฐานะผู้จ่ายค่ารักษายาพยาบาล ได้กำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาในแนวทางเดียวกันตามประกาศกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2549 โดยใช้การบวกเพิ่มจาก

ต้นทุนในอัตราผกผัน (กระทรวงการคลัง, 2549) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของราคาเบิกจ่ายระหว่างโรงพยาบาลในรายการเดียวกันก็ยังคงปรากฏอยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (Cha-oncin et al., 2012)

การศึกษานี้จึงประเมินความผันแปรของราคาเบิกจ่ายค่ายาระหว่างโรงพยาบาลโดยกำหนดขอบเขตเฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีประกาศราคากลางซึ่งคาดว่าจะมีราคาที่แตกต่างกันน้อยกว่ายาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งไม่ถูกควบคุมการจัดซื้อด้วยประกาศราคากลาง โดยศึกษาในผู้ป่วยนอกซึ่งใช้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในระบบจ่ายตรง ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีปริมาณการให้บริการมากในลำดับต้นๆ ของประเทศรวม 33 แห่ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความผันแปรของราคาเบิกจ่ายระหว่างโรงพยาบาลสำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีประกาศราคากลาง เมื่อพิจารณาตามสังกัดของโรงพยาบาลและลักษณะของตลาดยา
2. ศึกษาข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาของโรงพยาบาลที่มากกว่าราคาตามระเบียบ
3. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาตามราคาที่เบิกจ่ายจริง กับค่าใช้จ่ายด้านยาที่คิดจากราคาตามระเบียบ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ครอบคลุมรายการยาที่ปรากฏในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับ พ.ศ. 2551 และมีในประกาศราคากลางที่กำลังจะประกาศใช้ พ.ศ. 2555 (ฉบับร่าง) โดยคัดเลือกเฉพาะยาชนิดรับประทานในรูปแบบเม็ดหรือแคปซูล ที่มีการเบิกจ่ายค่ายาในระบบจ่ายตรงของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ในปีงบประมาณ 2555 ของโรงพยาบาลนรอร่องระดับตติยภูมิ 33 แห่ง ซึ่งมีผู้ป่วยนอกมากกว่า 100,000 ครั้งต่อปี

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional retrospective study) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลราคาเบิกจ่ายจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของการสั่งใช้ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) 16 แห่ง และนอกสังกัด สป.สธ. 17 แห่ง ตั้งแต่กรกฎาคม 2554 ถึง มีนาคม 2555 ซึ่งเป็นข้อมูลรวม (aggregated data) ไม่มีการระบุข้อมูลการรักษาพยาบาลรายบุคคล และมีการกำหนดรหัสโรงพยาบาลตามประเภทของโรงพยาบาล ข้อมูลราคาเบิกจ่ายนี้ได้มาจากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ซึ่งมีการจัดการให้มีความจำเพาะต่อรายการยาที่กำหนดเอกลักษณ์และการจัดกลุ่มข้อบ่งใช้ตามรหัส Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) ขององค์การอนามัยโลก โดยคัดเลือกเฉพาะกลุ่มยาที่ใช้ในโรคเรื้อรัง และที่ใช้ในโรคที่พบบ่อยรวม 15 กลุ่ม (ตามรหัส ATC ระดับ 2 และ 3) ได้รายการยาที่ใช้ในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 59 รายการ (ตารางที่ 1)

การคำนวณราคาเบิกจ่ายที่ควรจะเป็น (“ราคาตามระเบียบ”) อาศัยราคาต้นทุนต่อหน่วยตามประกาศราคากลาง พ.ศ. 2555 (ฉบับร่าง) ที่บวกภาษีมูลค่าเพิ่มร้อยละ 7 และบวกเพิ่มตามอัตราเบิกจ่ายในประกาศกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2549

เพื่อจำแนกลักษณะของยาตามจำนวนผู้ผลิตจำหน่าย การศึกษานี้กำหนด “สถานะทางการตลาด” โดยใช้การค้นหาจำนวนผู้จำหน่ายของยาแต่ละรายการจากฐานข้อมูลของบริษัท MIMS Thailand ใน <http://www.mims.com/Thailand> หากมีจำนวนผู้จำหน่ายไม่เกิน 3 รายถือว่าเป็น “ยาที่มีผู้จำหน่ายน้อยราย” นอกนั้นถือว่าเป็น “ยาที่มีผู้จำหน่ายมากราย” สำหรับยาที่ผลิตจำหน่ายโดยองค์การเภสัชกรรม (GPO) ใช้การค้นหาจากบัญชีราคาขายขององค์การเภสัชกรรม

ตารางที่ 1 รายการยาที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มยาตาม ATC Classification system		
ATC code	ชื่อยา	จำนวนผู้ จำหน่าย
Drugs for peptic ulcer and GERD*		
A02BA02000	Ranitidine 150 mg	10
A02BC01000	Omeprazole 20 mg**	20
A02BX00010	Bismuth subsalicylate 524 mg	2
Blood glucose lowering drugs		
A10BA02000	Metformin 500 mg**	14
A10BB01000	Glibenclamide 5 mg**	8
A10BB07000	Glipizide 5 mg	19
Cardiac therapy		
C01DA08000	Amiodarone 200 mg	3
C01DA14000	Isosorbide dinitrate 10 mg**	9
C07AA05000	Isosorbide mononitrate 20 mg	5
Beta blocking agents		
C07AB02000	Propranolol 40 mg**	18
C07AB03000	Metoprolol 100 mg	6
C07AG02000	Atenolol 50 mg	11
C08CA01000	Carvedilol 25 mg	3
Calcium channel blockers		
C08CA06000	Amlodipine 5 mg**	10
C08DA01000	Nimodipine 30 mg	1
C08DB01000	Verapamil 40 mg	4
C09AA01000	Diltiazem 30 mg	9
Agents acting on the renin-angiotensin system		
C09AA02000	Captopril 25 mg	2
C09CA01000	Enalapril 5 mg	11
A02BA02000	Losartan 50 mg**	5
Lipid modifying agents		
C10AA01000	Simvastatin 40 mg**	7
C10AA05000	Atorvastatin 40 mg	3
C10AB04000	Gemfibrozil 300 mg	24
C10AB05000	Fenofibrate 300 mg	4
Macrolide antibacterials		
J01FA060000	Roxithromycin 150 mg	37
J01FA090000	Clarithromycin 500 mg**	5
J01FA100000	Azithromycin 250 mg**	6
J01FF010000	Clindamycin 300 mg**	9

* GERD : Gastro-esophageal reflux disease

**ยาที่องค์การเภสัชกรรมผลิตจำหน่าย

ตารางที่ 1 รายการยาที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)

กลุ่มยาตาม ATC Classification system		
ATC code	ชื่อยา	จำนวนผู้ จำหน่าย
Quinolone antibacterials		
J01MA010000	Ofloxacin 200 mg	13
J01MA020000	Ciprofloxacin 250 mg	49
J01MA060000	Norfloxacin 400 mg**	61
J01MA120000	Levofloxacin 500 mg**	3
Direct acting antivirals		
J05AB010000	Aciclovir 200 mg	46
J05AE020000	Indinavir 400 mg**	2
J05AF040000	Stavudine 30 mg**	1
J05AF070000	Tenofovir 300 mg	2
J05AH020000	Oseltamivir 75 mg**	2
Antineoplastic agents		
L01AA010000	Cyclophosphamide 50 mg	1
L01BA010000	Methotrexate 2.5 mg	6
L01BB020000	Mercaptopurine 50 mg	1
Non-steroidal anti-inflammatory drugs		
M01AB050000	Diclofenac 25 mg	42
M01AC010000	Piroxicam 10 mg**	36
M01AE010000	Ibuprofen 200 mg**	13
M01AE020000	Naproxen 250 mg**	14
Antiepileptics		
N03AA020000	Phenobarbital 60 mg**	4
N03AB020000	Phenytoin 100 mg	4
N03AF010000	Carbamazepine 200 mg	9
N03AX120000	Gabapentin 300 mg	8
Antipsychotics		
N05AA010000	Chlorpromazine 100 mg**	5
N05AB030000	Perphenazine 8 mg	4
N05AD010000	Haloperidol 2 mg**	8
N05AH020000	Clozapine 100 mg	4
N05AN010101	Lithium carbonate 300 mg	4
N05AX080000	Risperidone 2 mg**	2
Drugs for obstructive airway diseases		
R03CC020000	Salbutamol 2 mg**	34
R03CC030000	Terbutaline 2.5 mg	17
R03CC080000	Procaterol 50 mcg	2
R03DA040000	Theophylline SR 200 mg	5
R03DA050000	Aminophylline 100 mg	5

การวิเคราะห์ข้อมูล

ความผันแปรของราคาเบิกจ่ายระหว่างโรงพยาบาลสำหรับยาแต่ละรายการ วัดอยู่ในรูปของค่าทางสถิติ คือ สัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (coefficient of variation, CV) ซึ่งแสดงถึงขนาดของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) เมื่อเทียบกับมัชฌิมเลขคณิต (arithmetic mean) และใช้การทดสอบทางสถิติด้วย Paired t-test เพื่อหาความสำคัญทางสถิติของความแตกต่างระหว่าง รพ. ในสังกัด สป.สธ. กับ รพ. นอกสังกัด สป.สธ. ส่วนการเปรียบเทียบ CV ระหว่างยาที่มีผู้จำหน่ายน้อยรายกับยาที่มีผู้จำหน่ายมากมาย และการเปรียบเทียบระหว่างยาขององค์การเภสัชกรรมกับยาอื่นๆ ใช้การทดสอบทางสถิติด้วย Independent t-test

ราคาเบิกจ่ายที่โรงพยาบาลกำหนดเมื่อเทียบกับราคาตามระเบียบวัดอยู่ในรูปของอัตราส่วน ในที่นี้เรียกว่า reimbursed price ratio (RPR) หากยารายการใดมี $RPR > 1.0$ แสดงว่ายารายการนั้นมีการเบิกจ่ายที่มากกว่าราคาตามระเบียบ

การหาขนาดของความสัมพันธ์ของสัดส่วนรายการยาที่มีค่า $RPR > 1.0$ กับประเภทของ รพ. พิจารณาจากค่าอัตราส่วนความน่าจะเป็นที่ $RPR > 1.0$ ระหว่าง รพ. นอกสังกัด สป.สธ. กับ รพ. ในสังกัด สป.สธ. หรือ Relative risk (RR) ซึ่งทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-square ร่วมกับการแสดงช่วงแห่งความเชื่อมั่น (Confidence interval) ที่ 95% (95% CI)

การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาตามราคาที่เบิกจ่ายจริง กับค่าใช้จ่ายด้านยาที่คิดจากราคาตามระเบียบ แสดงส่วนต่างในรูปร้อยละ

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ความผันแปรของราคาเบิกจ่ายจำแนกตามกลุ่มยา

เมื่อพิจารณาจากคำมัธฐานของสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (CV) พบว่ายาในบัญชีหลัก

แห่งชาติที่ใช้รักษาแผลในกระเพาะอาหารและกรดไหลย้อนมีราคาเบิกจ่ายที่แตกต่างกันมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตกลุ่มที่ออกฤทธิ์ในระบบ renin-angiotensin และ ยาต้านการอักเสบที่มีไซสไดรอยด์ ตามลำดับ ส่วนยาด้านมะเร็งมีราคาเบิกจ่ายที่แตกต่างกันน้อยที่สุด (ตารางที่ 2)

ยาที่มีราคาเบิกจ่ายแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลมากที่สุด คือ Omeprazole 20 mg (CV, 214.0%) ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากยานี้มีจำนวนผู้จำหน่ายมากมาย ซึ่งมีทั้งยาต้นแบบ ยานำเข้า ตลอดจนยาที่ผลิตในประเทศหลายบริษัท และหากโรงพยาบาลแต่ละแห่งคิดสัดส่วนบวกเพิ่มต้นทุนแตกต่างกัน ก็ยังทำให้ราคาเบิกจ่ายมีความผันแปรมาก ถึงแม้ว่ายา Omeprazole 20 mg จะเป็นรายการยาที่องค์การเภสัชกรรมมีจำหน่ายก็ตาม แสดงให้เห็นว่า การที่ระเบียบพัสดุฯ พ.ศ.2535 กำหนดให้รพ.ภาครัฐจัดซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม หรือการที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้เบิกคืนค่ายาตามระเบียบกระทรวงการคลัง พ.ศ.2549 นั้น ในทางปฏิบัติแล้วโรงพยาบาลยังไม่สามารถปฏิบัติตามได้ และทำให้เห็นว่าองค์การเภสัชกรรมไม่สามารถตรึงราคายาดังกล่าวได้ในตลาดที่มีการแข่งขันสูง เพราะการพิจารณาจัดซื้อยาของโรงพยาบาลมีหลายปัจจัยที่นอกเหนือจากระเบียบพัสดุฯ เข้ามาเกี่ยวข้อง

ยาที่โรงพยาบาลเบิกจ่ายด้วยราคาที่แตกต่างกันน้อยที่สุด คือ Aminophylline 100 mg (CV, 1.0%) เนื่องจากเป็นยาที่มีการแข่งขันในตลาดค่อนข้างน้อย (มีผู้จำหน่าย 5 ราย) โดยไม่มีผู้จำหน่ายยาต้นแบบในตลาดเลย ประกอบกับเป็นยาที่มีจำหน่ายมานาน มีราคาถูก แต่ปัจจุบันมีปริมาณการใช้ค่อนข้างน้อย ทำให้การแข่งขันด้านราคามีน้อย ราคายาในตลาดที่มีลักษณะเช่นนี้มักมีความเสถียร โรงพยาบาลจึงสามารถจัดซื้อได้ในราคาที่ใกล้เคียงกัน และเบิกจ่ายด้วยราคาที่ไม่แตกต่างกันมาก

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์ความแปรปรวนของราคาเบิกจ่ายจำแนกตามกลุ่มยา

กลุ่มยา	สัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (CV) ร้อยละ		
	มัธยฐาน	ต่ำสุด (ชื่อยา)	สูงสุด (ชื่อยา)
1. Drugs for peptic ulcer and GERD	159.9	3.9 (Bismuth subsalicylate 524mg)	214.0 (Omeprazole 20 mg)
2. Blood glucose lowering drugs	59.2	26.8 (Metformin 500 mg)	75.6 (Glipizide 5 mg)
3. Cardiac therapy	61.3	42.3 (Amiodarone 200 mg)	127.6 (Isosorbide dinitrate 10 mg)
4. Beta blocking agents	48.4	20.2 (Propranolol 40 mg)	97.9 (Atenolol 50 mg)
5. Calcium channel blockers	42.1	4.8 (Nimodipine 30 mg)	113.4 (Amlodipine 5 mg)
6. Agents acting on renin-angiotensin system	106.8	80.0 (Captopril 25 mg)	115.8 (Enalapril 5 mg)
7. Lipid modifying agents	57.9	6.9 (Atorvastatin 40 mg)	147.6 (Simvastatin 40 mg)
8. Macrolide antibacterials	57.3	38.4 (Clindamycin 300 mg)	101.0 (Roxithromycin 150 mg)
9. Quinolone antibacterials	45.8	34.8 (Norfloxacin 400 mg)	112.0 (Ofloxacin 200 mg)
10. Direct acting antivirals	58.9	10.0 (Indinavir 400 mg)	140.3 (Aciclovir 200 mg)
11. Antineoplastic agents	20.9	15.3 (Mercaptopurine 50 mg)	22.5 (Methotrexate 2.5 mg)
12. Non-steroidal anti-inflammatory drugs	99.5	19.9 (Ibuprofen 200 mg)	138.5 (Piroxicam 10 mg)
13. Antiepileptics	42.0	14.0 (Phenobarbital 60 mg)	63.3 (Gabapentin 300 mg)
14. Antipsychotics	23.0	2.7 (Perphenazine 8 mg)	176.9 (Clozapine 100 mg)
15. Drugs for obstructive airway disease	36.2	1.0 (Aminophylline 100 mg)	117.6 (Salbutamol 2 mg)

ความผันแปรของราคาเบิกจ่ายจำแนกตาม สังกัดของโรงพยาบาล

ราคาเบิกจ่ายของรพ. นอกสังกัด สป.สธ. มีความผันแปรมากกว่า รพ.ในสังกัด สป.สธ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) เนื่องจาก รพ.นอกสังกัด สป.สธ. มีหลายประเภททั้ง รพ.มหาวิทยาลัย, รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม, รพ.สังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งอาจมีแนวทางปฏิบัติในการจัดซื้อหรือกำหนดราคา

เบิกจ่ายที่ไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพราะโครงสร้างการบังคับบัญชาที่แตกต่างกันอาจทำให้มีนโยบายหรือการควบคุมกำกับที่แตกต่างกัน ในขณะที่ รพ.ในสังกัด สป.สธ. มีการควบคุมกำกับจากกระทรวงสาธารณสุขด้วยนโยบายและการตรวจสอบที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) ไม่แตกต่างกันมาก

ความผันแปรของราคาเบิกจ่ายจำแนกตาม ลักษณะของตลาดยา

เมื่อจำแนกตามจำนวนผู้จำหน่าย พบว่ายาที่มีผู้จำหน่ายมาราย มีราคาเบิกจ่ายที่ผันแปรมากกว่ายาที่มีผู้จำหน่ายน้อยรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) การที่รพ.จัดซื้อยาในราคาที่แตกต่างกันมาก อาจเป็นสาเหตุของความผันแปรดังกล่าว เนื่องจากยาที่มีผู้จำหน่ายจำนวนมาก มักมีการแข่งขันด้านราคาในตลาดยาชื่อสามัญ ในขณะที่ขาดแบบมักตั้งราคาโดยอาศัยความเชื่อว่ามีคุณภาพ และประสิทธิผลสูงกว่ายาชื่อสามัญ ทำให้ผู้ซื้อมี Brand loyalty ค่อยๆดันแบบ ในตลาดที่มีความหลากหลายเช่นนี้ หาก รพ. มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกที่แตกต่างกัน หรือมีปัจจัยเสริมกำลังซื้อที่ไม่เท่ากัน ย่อมทำให้ราคายาของแต่ละ รพ.จัดซื้อได้มีความผันแปร ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ รพ.กำหนดราคาเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน

ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความแปรปรวนของราคาเบิกจ่ายระหว่างยาที่ GPO ผลิตจำหน่าย มากกว่ายาที่ GPO ไม่ได้ผลิตจำหน่ายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) หากพิจารณาปัจจัยด้านการจัดซื้อ อาจกล่าวได้ว่าการที่ระเบียบพัสดุฯ กำหนดให้รพ.ภาครัฐจัดซื้อยาที่ GPO ผลิตจำหน่าย และการที่ GPO มีนโยบายราคาเดียว (one price one list) มิได้ทำให้การ

จัดซื้อยาของ รพ.มีความเป็นเอกภาพเท่าที่ควร ในอีกมุมมองหนึ่ง หากรพ.มีการปฏิบัติตามระเบียบพัสดุฯ ด้วยการจัดซื้อยาจาก GPO อย่างเคร่งครัด แต่มีแนวทางในการกำหนดราคาเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน โดยมีได้กำหนดตามประกาศกระทรวงการคลัง พ.ศ.2549 เหมือนกันทุก รพ. ก็ย่อมทำให้ราคาเบิกจ่ายระหว่างรพ.ของยาที่ GPO ผลิตจำหน่ายผันแปรได้มากเช่นกัน

การเบิกจ่ายค่ายาที่มากกว่าราคาตามระเบียบ

เมื่อเปรียบเทียบราคากลาง พ.ศ.2551 กับ พ.ศ. 2555 (ฉบับร่าง) พบว่ามีการปรับลดราคากลางที่ทำให้ราคาเบิกจ่ายตามระเบียบลดลงในรายการยาที่ใช้ศึกษาจำนวน 10 รายการ เมื่อนำมาพิจารณาว่า RPR ที่มากกว่า 1.0 ซึ่งแสดงถึงราคาเบิกจ่ายที่เกินราคาตามระเบียบ พบว่ายา Azithromycin 250 mg เป็นยาที่มีสัดส่วนของการเบิกเกินราคาตามระเบียบมากที่สุด คือ ร้อยละ 95.8 รองลงมาคือ Glibenclamide 5 mg ร้อยละ 92.9 และ Losartan 50 mg ร้อยละ 91.7 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่อาจเกิดปัญหาในการปฏิบัติตามระเบียบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายควรประเมินขนาดของปัญหาดังกล่าว ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพยาที่จัดซื้อ หากโรงพยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติตามระเบียบอย่างเคร่งครัด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์ความแปรปรวนของราคาเบิกจ่าย

ประเภท	จำนวนรายการยา	%CV Mean (SD)	p-value
สังกัดของโรงพยาบาล			
รพ.นอกสังกัด สป.สธ.	59	53.9 (46.8)	0.004
รพ.ในสังกัด สป.สธ.	59	32.2 (30.8)	
จำนวนผู้จำหน่าย			
ยาที่มีผู้จำหน่ายมาราย	44	71.2 (51.6)	0.002
ยาที่มีผู้จำหน่ายน้อยราย	15	36.1 (29.3)	
การจำหน่ายของ GPO			
ยาที่ GPO ผลิตจำหน่าย	24	68.3 (53.0)	0.444
ยาที่ GPO ไม่ได้ผลิตจำหน่าย	35	58.2 (64.7)	

หากราคากลางฉบับใหม่ (พ.ศ. 2555) มีผลบังคับใช้ การเบิกจ่ายค่ายาที่ใช้ในการศึกษาของรพ.นอกสังกัด สป.สธ. มีแนวโน้มที่จะเบิกเกินราคาตามระเบียบมากกว่า รพ.ในสังกัด สป.สธ. 1.6 เท่า เมื่อพิจารณาจากค่า relative risk (95% CI, 1.4-1.8) (ตารางที่ 4) ดังนั้น รพ.ที่อยู่นอกสังกัด สป.สธ. อาจจะต้องปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติในการจัดซื้อยา หรือการกำหนดราคาเบิกจ่ายมากกว่า รพ.ที่อยู่ในสังกัด สป.สธ. เมื่อประกาศฉบับใหม่ซึ่งมีการปรับลดราคากลางของยาหลายรายการประกาศใช้

การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยา

เมื่อกำหนดค่าทัศนคติโดยใช้ราคาตามระเบียบเป็นราคาสำหรับเบิกจ่ายสำหรับยาทุกรายการที่ศึกษาจะทำให้ค่าใช้จ่ายของยาในกลุ่ม Antipsychotics ลดลงมากที่สุด แต่กลุ่ม Cardiac therapy และ Antineoplastic agents จะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เนื่องจาก รพ.เบิกจ่ายค่ายา Amiodarone 200 mg, Isosorbide dinitrate 10 mg และ Metrothexate 2.5 mg ต่ำกว่ามูลค่าที่คิดจากราคาตามระเบียบ อย่างไรก็ตามหากมีการเบิกจ่ายค่ายาทั้ง 15 กลุ่มด้วยราคาตามระเบียบจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาในภาพรวมลดลงถึงร้อยละ 42.9 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของการเบิกจ่ายที่เกินกว่าราคาตามระเบียบกับประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวนรายการยา (%)		Relative risk	p-value	95% CI	
	เบิกเกิน	เบิกไม่เกิน			Lower	Upper
นอกสังกัด สป.สธ.	415 (55.3)	335 (44.7)	1.6	0.000	1.4	1.7
ในสังกัด สป.สธ.	164 (30.1)	380 (69.9)	1			

ตารางที่ 5 ค่าใช้จ่ายด้านยาหากใช้ราคาตามระเบียบเป็นราคาสำหรับเบิกจ่าย

กลุ่มยา	ค่าใช้จ่ายด้านยา (บาท)		ส่วนต่างหากใช้ราคาตามระเบียบเป็นราคาสำหรับเบิกจ่าย	
	คิดจากราคาเบิกจ่าย	คิดจากราคาตามระเบียบ	มูลค่า (บาท)	ร้อยละ
1. Drugs for peptic ulcer and GERD	31,990,802.00	27,796,060.25	4,194,741.75	13.1
2. Blood glucose lowering drugs	63,090,447.00	45,667,039.50	17,423,407.50	27.6
3. Cardiac therapy	13,766,578.00	13,874,530.50	-107,952.50	-0.8
4. Beta blocking agents	43,126,079.00	26,067,148.50	17,058,930.50	39.6
5. Calcium channel blockers	64,042,620.00	18,388,243.50	45,654,376.50	71.3
6. Agents acting on renin-angiotensin	40,288,026.00	20,117,096.50	20,170,929.50	50.1
7. Lipid modifying agents	110,186,829.00	72,978,462.25	37,208,366.75	33.8
8. Macrolide antibacterials	21,856,450.00	9,134,089.00	12,722,361.00	58.2
9. Quinolone antibacterials	10,316,648.00	3,516,899.75	6,799,748.25	65.9
10. Direct acting antivirals	22,487,462.00	12,013,689.25	10,473,772.75	46.6
11. Antineoplastic agents	3,108,299.00	3,690,590.50	-582,291.50	-18.7
12. Non-steroidal anti-inflammatory drugs	3,550,381.00	2,742,276.50	808,104.50	22.8
13. Antiepileptics	55,938,881.00	21,622,740.50	34,316,140.50	61.3
14. Antipsychotics	6,062,577.00	1,207,884.75	4,854,692.25	80.1
15. Drugs for obstructive airway disease	2,706,998.00	2,656,384.00	50,614.00	1.9
รวม	492,519,077.00	281,473,135.25	211,045,941.75	42.9

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ายังมีความแตกต่างของราคาเบิกจ่ายค่ายาระหว่างโรงพยาบาลแม้ว่าจะเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ถูกควบคุมการจัดซื้อด้วยประกาศราคากลางตามระเบียบพัสดุฯ โดยเฉพาะในกลุ่มรพ. ที่ไม่ได้สังกัด สป.สธ. ซึ่งมีความผันแปรของราคาเบิกจ่ายค่อนข้างมาก รพ.เหล่านี้ส่วนใหญ่เป็น รพ.มหาวิทยาลัย และ รพ.สังกัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งมีสายการบังคับบัญชาที่ไม่ขึ้นกับ สป.สธ. จึงอาจมีแนวทางปฏิบัติในการจัดซื้อหรือกำหนดราคาเบิกจ่ายแตกต่างกันไปตามแต่ละสังกัด

การที่ยาซึ่งมีผู้จำหน่ายมียาที่มีความผันแปรของราคาเบิกจ่ายค่อนข้างมากเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ เนื่องจากการแข่งขันด้านราคา ในขณะที่ยาองค์การเภสัชกรรมผลิตจำหน่ายไม่สามารถช่วยลดความแตกต่างของราคาเบิกจ่ายได้

ประกาศฉบับใหม่ที่มีการปรับลดราคากลางลงหลายรายการ อาจทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาในการปฏิบัติตามระเบียบ ซึ่งจะพบปัญหานี้ในกลุ่ม รพ. นอกสังกัด สป.สธ. ในสัดส่วนที่มากกว่ารพ.ในสังกัด สป.สธ.

หากมีการตั้งราคาเบิกจ่ายอย่างเคร่งครัดตามระเบียบโดยจัดซื้อยาในราคาที่เท่ากับราคากลางของกระทรวงสาธารณสุขและบวกเพิ่มในอัตราตามประกาศของกระทรวงการคลังจะช่วยลดความแตกต่างของราคาเบิกจ่ายได้ และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาในภาพรวมลดลง

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนากระบวนการจัดซื้อยาและการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาให้มีความเหมาะสมจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอกสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งมีผลต่อความมั่นคงและยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การใช้มาตรการเพื่อบรรลุผลดังกล่าว มีข้อควรคำนึงทั้งด้านการจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ การปฏิบัติ

ตามวิชาชีพของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา สิทธิของผู้ป่วย และความอยู่รอดของอุตสาหกรรมยาในประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการคลัง. 2549. หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค. 0417/ว.177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ.
- กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. 2548. ราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2548 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น.
- คณะกรรมการ โครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. 2545. ระบบยาของประเทศไทย: การคัดเลือกยาบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. 2553. สุขภาพคนไทย 2553. นครปฐม: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิง จำกัด (มหาชน).
- เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข. 2555. รายงานการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายราคา: ระบบราคาอ้างอิงของยาในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2554. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2551 - 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
(สวปก.). 2553. การใช้ยา ผลกระทบต่อ
ค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของ
โรงพยาบาลนาร่อง กรณีผู้ป่วยนอก ในระบบ
จ่ายตรง สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: สวปก.

อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, พรพิศ ศิลขุฑุฑ, ขวัญสุดา ชาติ
โสม, ธนกร รุ่งรัตนโชติพาณิชย์, ธนกร ชัยจิต
และจุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์. 2555. การ
ทบทวนระบบควบคุมราคายาในประเทศไทย.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 6(2): 156-166.

Cha-oncin Sooksriwong , Wansuda Ngam-Aroon
and Sanchai Janto. 2012. Drug pricing
measures for the reimbursement. Journal of
Health Systems Research. 6(2): 176 - 184

Lopez-Casanovas G and Puig-Junoy J. 2000.
Review of the literature on reference pricing.
Health Policy. 54(2): 87-123.

Olson BM. 2003. Approaches to Pharmacy Benefit
Management and the Impact of Consumer
Cost Sharing. Clinical Therapeutics. 25(1):
250-272.

Sooksriwong C, Yoongthong W, Suwattanapreeda S,
and Chanjaruporn F. 2009. Medicine prices in
Thailand: A result of no medicine pricing
policy, Southern Med Review. 2(2): 10-14.