



การจำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายา
สำหรับผู้ป่วยนอกของ 3 ระบบประกันสุขภาพหลัก:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

**The Financial Impact Simulation of Changing in Pharmaceutical Reimbursement
Method for Outpatient Care among 3 Major Public Health Insurance
Schemes: a case of The Secondary Care Hospital**

เพ็ญสมร อินทรภักดิ์

Pensamorn Intarapak

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Pharmacy in Social and Administrative Pharmacy
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



การจำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายา
สำหรับผู้ป่วยนอกของ 3 ระบบประกันสุขภาพหลัก:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

**The Financial Impact Simulation of Changing in Pharmaceutical Reimbursement
Method for Outpatient Care among 3 Major Public Health Insurance
Schemes: a case of The Secondary Care Hospital**

เพ็ญสมร อินทรภักดี

Pensamorn Intarapak

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Pharmacy in Social and Administrative Pharmacy
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การจำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกของ 3 ระบบประกันสุขภาพหลัก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

ผู้เขียน นางสาวเพ็ญสมร อินทรภักดิ์

สาขาวิชา เกษศาสตร์สังคมและการบริหาร

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ดร.กุลจิรา อุดมอักษร)

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุศราพร เกษสมบุญ)

.....กรรมการ
(ดร.กุลจิรา อุดมอักษร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรศาสตร์สังคมและการบริหาร

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ดร. กุลจิรา อุดมอักษร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ

(นางสาวเพ็ญสมร อินทรภักดิ์)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางสาวเพ็ญสมร อินทรภักดิ์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การจำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกของ 3 ระบบประกันสุขภาพหลัก: กรณีศึกษา โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง
ผู้เขียน	นางสาวเพ็ญสมร อินทรภักดิ์
สาขาวิชา	เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจำลองผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบและผู้ให้บริการ หากมีการใช้เกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง เทียบกับระบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน กรณีผู้ป่วยนอกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้ใช้ข้อมูลการตั้งใช้ยาของผู้ป่วยนอกย้อนหลังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2557 วิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินโดยการจำลองสถานการณ์หากมีการเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายา ตามรูปแบบทางเลือกที่มีการพัฒนาขึ้น และที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ รูปแบบ RP-1 เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง รูปแบบ RP-2 เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13 และรูปแบบ RP-3 หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เปรียบเทียบกับการเบิกจ่ายรูปแบบปัจจุบัน

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ซึ่งใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13 จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้มากที่สุด ทั้งที่ใช้ราคากลางในการคำนวณราคาเบิกจ่ายค่ายา การใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) จะช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้ดีกว่าการใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง (RP-1) ในปัจจุบัน ซึ่งทั้งสองรูปแบบใช้ราคาทุนในการคำนวณราคาเบิกจ่ายค่ายา ในขณะที่กลุ่มยาที่มีปริมาณการใช้และมีมูลค่าสูง ให้ผลสอดคล้องกับช่วงราคายา รูปแบบ RP-3 สามารถลดมูลค่าใช้จ่ายได้มากกว่ารูปแบบอื่นในกรณียาราคาแพง ในขณะที่ให้ส่วนเพิ่มที่สูงกว่าสำหรับยาราคาถูกเมื่อเทียบกับรูปแบบ RP-2 เมื่อพิจารณาแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการ

เบิกจ่ายค่ายาเป็นแบบใดแบบหนึ่งส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบลดภาระค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาลงได้ โดยรูปแบบ RP-2 สามารถประหยัดได้มากที่สุด โดยที่มูลค่าเบิกจ่ายไม่ต่ำกว่าต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาล ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายรายหัว เป็นการเบิกจ่ายตามรายการแล้วทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า คือกรณีผู้ป่วยนอกที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิกับโรงพยาบาลที่ทำการรักษา โดยมีเงื่อนไขว่าอัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิต้องไม่สูงกว่า 66% และมีสัดส่วนอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่ายาไม่น้อยกว่า 68% สำหรับกรณีผู้ป่วยรับส่งต่อจากสถานบริการในเครือข่ายซึ่งปัจจุบันกำหนดเพดานการตามจ่ายไว้ที่ 200 บาท/ครั้งบริการ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้รับการเบิกจ่ายคืนต่ำกว่าต้นทุนค่ายา การปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่าย หรือการพิจารณากำหนดเพดานการตามจ่ายใหม่จะช่วยลดภาระทางการเงินให้กับโรงพยาบาล

สรุป: การใช้หลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นเมื่อเทียบกับหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายปัจจุบันในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ผลการรักษาที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการกำหนดเพดานการตามจ่ายรายครั้งบริการ สัดส่วนผู้เข้ารับบริการ สัดส่วนค่ายาจากอัตราเหมาจ่ายที่ได้รับ ต้นทุนค่ายา และปริมาณการใช้จ่ายของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ราคาเบิกจ่ายค่ายา ผลกระทบทางการเงิน ระบบประกันสุขภาพ การเบิกจ่ายค่ายา

Thesis Title	The Financial Impact Simulation of Changing in Pharmaceutical Reimbursement Method for Outpatient Care among 3 Major Public Health Insurance Schemes: a case of The Secondary Care Hospital
Author	Miss Pensamorn Intarapak
Major program	Social and Administrative Pharmacy
Academic Year	2016

ABSTRACT

Objective: This study was aimed to simulate the financial impacts on the health care purchaser and providers perspective comparing among options of pharmaceutical reimbursement pricing scheme. development were actually used by comparing with the present reimbursement in the case of the outpatient of Civil Servant Medical Benefit Scheme, Universal Coverage Scheme and Social Security Scheme.

Method: Retrospective secondary data of outpatient prescriptions since 1st October 2013 to 30th September 2014 was employed. The simulation of financial impact was done for 3 options of pharmaceutical reimbursement pricing scheme. Those are RP- 1: Comptroller General's Department's pricing scheme, RP-2: pharmaceutical reimbursement pricing employing by National Health Security Office of Bangkok area and RP-3: pharmaceutical reimbursement pricing scheme developed by the Health Insurance System Research Office (HISRO). The current pharmaceutical reimbursement scheme of 3 major social health insurance were simulated to be replaced by these reimbursement options.

Results: This study found that health care payers are demonstrated to gain most saving by RP-2 reimbursement pricing scheme comparing to other options, in spite of this model using the public maximum purchasing price for marking up to be reimbursement prices. RP-3 which was developed by HISRO demonstrated higher saving than CGD pricing scheme. These schemes differ from the RP-3 as they use the actual purchasing price for marking up to be reimbursement price. The drug groups by therapeutics accounted for high spending are closely corresponding to drug price. The

study found RP-3 tend to save more from expensive drugs, while assigned higher mark up to the cheaper drugs comparing to RP-2 model. When considering of each health insurance scheme separately, the study found all reimbursement models simulated in this study could decrease payers' expenditure, while still able to cover cost of medicine for health care provider. However, for the universal coverage health insurance scheme, changing from capitation based payment for the drug to fee for item based would be benefit only in case the service utilization rate was not higher than 66% and the proportion for drug spending was not less than 68% of capitation rate. Under UC scheme, considering only outpatient refer cases, the hospital has been paid lower than its cost of medicine. Per case basis with the ceiling 200 baht was not enough to cover the medicine cost, this payment mechanism needed to be reconsidered to decrease the hospital's financial burden.

Conclusion: All alternative options of pharmaceutical reimbursement pricing scheme simulated in this study could save drug expenditure for CSMBS comparing to the current fee for charge based reimbursement scheme. For capitation based health insurance scheme, UC, was found uncertain benefit depending on the payment ceiling level for refer case, service utilization rate, proportion of capitation rate available for medicine spending, and also medicine cost and amount using.

Keywords: pharmaceuticals reimbursement price, reimbursement pricing scheme, financial impact, payment mechanism, pharmaceuticals reimbursement, fee for service payment

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความอนุเคราะห์อย่างสูงจาก ดร. กุลจิรา อุดมอักษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำ แนวคิด วิธีการในการดำเนินการวิจัย ให้ข้อคิดเห็นตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต ที่ได้ให้คำแนะนำ และความรู้ด้านการวิจัยมาเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณอาจารย์ภาควิชาบริหารเภสัชกิจทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้ และแนวคิดที่มีประโยชน์ที่สามารถนำมาใช้ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณธีวรัตน์ ชูรุ่ง เลขานุการหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและคอยอำนวยความสะดวกในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายคอมพิวเตอร์ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้สละเวลาช่วยเหลือในให้ข้อมูลและการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ขอขอบคุณเภสัชกรผู้ร่วมงานทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำและเป็นທີ່ปรึกษาที่ดีมาตลอด

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดามารดา น้องชาย ญาติสนิทและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา คุณค่าและประโยชน์แห่งวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแด่ครอบครัวคณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนร่วมที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เพ็ญสมร อินทรภักดิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
ABSTRACT	(7)
กิตติกรรมประกาศ	(9)
สารบัญ	(10)
รายการตาราง	(12)
รายการภาพประกอบ	(14)
สัญลักษณ์คำย่อและตัวย่อ	(19)
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย	7
ปัญหาและความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพไทย	15
บทเรียนจากต่างประเทศเกี่ยวกับการควบคุมราคาและการกำหนดราคาเบิกจ่าย	21
การศึกษาผลกระทบจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายยาในประเทศไทย	27
กลไกในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา	29
หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่ใช้ในปัจจุบันและรูปแบบที่พัฒนาขึ้น	32
กลไกการจ่ายเงินของระบบประกันสุขภาพในกรณีผู้ป่วยนอก	42
การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
กรอบแนวคิดการวิจัย	53
แหล่งข้อมูล	53
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	53
วิธีการดำเนินการวิจัย	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ปริมาณการใช้ยาและมูลค่าการส่งจ่ายยาผู้ป่วยนอก	60
วิเคราะห์การจำลองราคาขายตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของการใช้ยาในผู้ป่วย	74
แต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล และวิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบ	
ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบเมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน:	84
การวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Small group analysis)	
การวิเคราะห์ความไว	110
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	117
ข้อจำกัดงานวิจัย	125
ข้อเสนอแนะ	126
เชิงนโยบาย	126
เชิงปฏิบัติการ	127
สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	127
บรรณานุกรม	128
ภาคผนวก	134
ประวัติผู้เขียน	158

รายการตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/ พิกัด/อุบัติเหตุและฉุกเฉินของ สปสช. เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	4
ตารางที่ 2 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย	5
ตารางที่ 3 โครงสร้างระบบประกันสุขภาพไทย	7
ตารางที่ 4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร พ.ศ. 2551	12
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่อพฤติกรรมกรให้บริการของผู้ให้บริการสาธารณสุข จากวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข 5 วิธี	14
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพหลัก	15
ตารางที่ 7 ความเหลื่อมล้ำของภาระค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันของระบบประกันสุขภาพ	19
ตารางที่ 8 สัดส่วนต้นทุนและรายได้ของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าและระบบอื่น ๆ	20
ตารางที่ 9 เกณฑ์การเบิกจ่ายยาตามต้นทุนที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้สำหรับ สถานพยาบาลของทางราชการ	31
ตารางที่ 10 เกณฑ์การเบิกจ่ายยาตามต้นทุนที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้สำหรับ สถานพยาบาลของทางราชการของกรมบัญชีกลาง ปี พ.ศ. 2549	34
ตารางที่ 11 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/ พิกัด/อุบัติเหตุและฉุกเฉินของ สปสช. เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	37
ตารางที่ 12 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน สุขภาพไทย	41
ตารางที่ 13 ผลลัพธ์ตามอัตราเบิกปัจจุบันและที่เสนอใหม่ตามข้อเสนอของสำนักงาน วิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย	42
ตารางที่ 14 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557	43

รายการตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 15 การจัดสรรค่าใช้จ่ายงบประมาณประเภทบริการ กองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557	44
ตารางที่ 16 อัตราค่าบริการในการเรียกเก็บ-ตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด	45
ตารางที่ 17 รายการข้อมูลพื้นฐานที่เก็บรวบรวมจากฐานข้อมูลการสั่งใช้ยา HOMC	54
ตารางที่ 18 รายการข้อมูลแบ่งตามประเภทของยาที่รวบรวมจากฐานข้อมูลการสั่งใช้ยา HOMC	54
ตารางที่ 19 การคำนวณข้อมูลทางการเงิน	57
ตารางที่ 20 การคำนวณผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลและผู้จ่ายเงินในระบบ	58
ตารางที่ 21 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจัดสรรสำหรับค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอก แต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล	76
ตารางที่ 22 ข้อมูลพื้นฐานและมูลค่าการใช้ยาของผู้ป่วยที่ส่งต่อมารับบริการที่โรงพยาบาล	76
ตารางที่ 23 มูลค่าการเบิกจ่ายยาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายารูปแบบต่าง ๆ	77
ตารางที่ 24 มูลค่าการเบิกจ่ายยาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายารูปแบบต่าง ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	78

รายการภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่ 1 ข้อมูลค่าใช้จ่ายตามปีงบประมาณของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	13
ภาพที่ 2 ข้อมูลค่าใช้จ่ายตามปีงบประมาณแยกตามหมวดของผู้ป่วยนอกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2555	13
ภาพที่ 3 แนวคิดในการพิจารณากำหนดราคาเบิกจ่ายยาของหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยา สปสช. เขต 13	36
ภาพที่ 4 แนวคิดในการพิจารณากำหนดราคาเบิกจ่ายยาข้อเสนอใหม่ของกรมบัญชีกลาง	41
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย	53
ภาพที่ 6 จำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยนอกจำแนกตามสิทธิการรักษายาบาลปี 2555-2557	61
ภาพที่ 7 จำนวนครั้งการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกทั้งหมดและจำนวนครั้งการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อรายในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล	61
ภาพที่ 8 มูลค่าต้นทุนยาของผู้ป่วยนอกต่อปีในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล	62
ภาพที่ 9 มูลค่าต้นทุนยาเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอกต่อปีจำแนกตามสิทธิการรักษายาบาล	63
ภาพที่ 10 มูลค่าต้นทุนยาของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้งการเข้ารับบริการจำแนกตามสิทธิการรักษายาบาล	64
ภาพที่ 11 มูลค่าการใช้ยาของผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 5 อันดับแรก	65
ภาพที่ 12 มูลค่าการใช้ยาเฉลี่ยต่อคนต่อปีในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 5 อันดับแรก ในปี 2557	66
ภาพที่ 13 สัดส่วนมูลค่ายา ED:NED ของผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2557	67
ภาพที่ 14 สัดส่วนของจำนวนรายการยาของโรงพยาบาลจำแนกตามช่วงราคาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา	68
ภาพที่ 15 ร้อยละความถี่ของปริมาณการใช้ยาในแต่ละช่วงราคาของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษายาบาล	68
ภาพที่ 16 มูลค่าการใช้ยาในแต่ละช่วงราคาจัดซื้อยาในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล	69
ภาพที่ 17 รายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 10 อันดับแรก และมูลค่าเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2557	70

รายการภาพประกอบ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 18 รายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 10 อันดับแรก และมูลค่าเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	71
ภาพที่ 19 รายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 10 อันดับแรก และมูลค่าเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วย ในสิทธิประกันสังคม	72
ภาพที่ 20 สัดส่วนมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล	73
ภาพที่ 21 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยนอกสิทธิ สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการปี 2557	79
ภาพที่ 22 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยนอกสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณี UC TOTAL ปี 2557	79
ภาพที่ 23 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยนอกสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณี UC register ปี 2557	81
ภาพที่ 24 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยนอกสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณี UC REFER ปี 2557	82
ภาพที่ 25 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในผู้ป่วยนอกสิทธิ ประกันสังคม ปี 2557	83
ภาพที่ 26 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	84
ภาพที่ 27 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	85
ภาพที่ 28 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด	85
ภาพที่ 29 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด	86

รายการภาพประกอบ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 30 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน	87
ภาพที่ 31 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน	87
ภาพที่ 32 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ	88
ภาพที่ 33 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ	89
ภาพที่ 34 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิประกันสังคม	89
ภาพที่ 35 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ สิทธิประกันสังคม	90
ภาพที่ 36 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคายา ของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	92
ภาพที่ 37 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคายา ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	93
ภาพที่ 38 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคายา ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน (UC REGISTER)	94
ภาพที่ 39 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคายา ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC REFER)	95
ภาพที่ 40 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคายา ของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม	96
ภาพที่ 41 มูลค่าการใช้ยากุ่มโรคเบาหวานเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของผู้ป่วย แต่ละสิทธิการรักษายาบาล	97

รายการภาพประกอบ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 42 มูลค่าการใช้ยากลุ่มโรคความดันโลหิตสูงเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล	98
ภาพที่ 43 มูลค่าการใช้ยากลุ่มโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล	99
ภาพที่ 44 มูลค่าการใช้ยากลุ่มโรคหืดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของผู้ป่วยแต่ละ สิทธิการรักษาพยาบาล	99
ภาพที่ 45 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของยากลุ่ม INSULINS	101
ภาพที่ 46 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของยากลุ่ม ORAL ANTIDIABETICS	102
ภาพที่ 47 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของ ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ARBs	103
ภาพที่ 48 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของ ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม CCBS	104
ภาพที่ 49 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของ ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ACEIs	105
ภาพที่ 50 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของ ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม STATINS	106
ภาพที่ 51 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของ ยาลดกรดในกระเพาะกลุ่ม PPIs	107
ภาพที่ 52 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของ ยาต้านเกร็ดเลือด (ANTIPLATELETS)	108
ภาพที่ 53 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคายารูปแบบต่าง ๆ ของ ยากันชัก (ANTIEPILEPSYS)	109

รายการภาพประกอบ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 54 มูลค่ายาที่ได้รับการเหมาจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนมูลค่ายาในการให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC REGISTER)	112
ภาพที่ 55 มูลค่ายาที่ได้รับการเหมาจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนมูลค่ายาในการให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม (SSS)	113
ภาพที่ 56 มูลค่ายาที่ได้รับการเหมาจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงอัตราการเหมาจ่ายรายครั้งบริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย (UC REFER)	114
ภาพที่ 57 มูลค่ายาที่ได้รับการเหมาจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล	115

สัญลักษณ์คำย่อและตัวย่อ

RP	Reimbursement Price
CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme
UC	Universal Coverage
SSS	Social Security Scheme
ACEI	Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor
ARB	Angiotensin II Receptor Blocker
PPI	Proton Pump Inhibitor
CCB	Calcium Channel Blocker
ED	Essential Drug
NED	Non Essential Drug
ESRD	End Stage Renal Disease
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HTN	Hypertension
DM	Diabetes Mellitus

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานในปี 2551 พบว่าสัดส่วนประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของประชากรทั้งหมดและคาดการณ์ว่าในปี 2568 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ และการเป็นสังคมผู้สูงอายุก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อจะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) และระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ บิดาและมารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน ส่วนระบบประกันสังคมเป็นความมั่นคงด้านสังคม โดยให้สวัสดิการคุ้มครองแก่ผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างของภาครัฐและเอกชน โดยมีนายจ้างและลูกจ้างออกเงินสมทบเข้ากองทุนในระบบ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ อาศัยแนวคิดสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศไทยที่ครอบคลุมจำนวนประชากรของประเทศมากที่สุดคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจากข้อมูลผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557 พบว่าคนไทยกว่า 48.39 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 74.44 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศกว่า 65 ล้านคน มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกนั้นเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ 10.88 และ 4.9 ล้านคนตามลำดับ

การมีระบบประกันสุขภาพทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการของสาธารณสุข และทำให้มีอัตราการใช้บริการในหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากแต่ละระบบมีการบริหารจัดการภายใต้กองทุนที่แตกต่างกัน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อยู่ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กองทุนประกันสังคม อยู่ภายใต้

การกำกับของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) สังกัดกระทรวงแรงงาน และกองทุนสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง การบริหารกองทุนที่ต่างกันส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย นอกจากนี้แต่ละระบบมีวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขแตกต่างกัน โดยเฉพาะการบริการผู้ป่วยนอก กล่าวคือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคมจ่ายค่าบริการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัว (per capitation) ซึ่งเป็นการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ใช้บริการด้วยการจ่ายเงินล่วงหน้า ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้ดี แต่วิธีนี้จะทำให้สถานพยาบาลพยายามที่จะลดต้นทุนในการให้บริการรักษาพยาบาลเนื่องจากการได้รับการจัดสรรค่ารักษาพยาบาลในอัตราเหมาจ่ายรายปี ตามที่กำหนดไว้ เพื่อให้สถานพยาบาลไม่ขาดทุนและเกิดสภาพคล่องทางการเงิน จากบทความไทย พบลี ก้าวอ้างอิงข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2556 พบว่าการให้บริการผู้ป่วย สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลขาดทุน โดยโรงพยาบาลทั่วไปขาดทุนสูงถึง 4,161.09 ล้านบาท โรงพยาบาลศูนย์ 2,806.79 ล้านบาท และโรงพยาบาลชุมชน 299.25 ล้านบาท ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งมีการจ่ายเงินตามรายบริการ (fee for service) เป็นหลัก ทำให้สถานพยาบาลสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าราชการและครอบครัวได้ ทุกครั้งโดยไม่จำกัดวงเงิน ทำให้สถานพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการสร้างรายได้จากการส่งจ่ายยา มีการจ่ายยามากเกินความจำเป็น และเกิดการจูงใจให้จ่ายยาราคาแพง จากข้อมูลสถาบันวิจัยเพื่อการ พัฒนาประเทศไทย พบว่าในงบประมาณปี 2554 ของทั้ง 3 กองทุน มีการใช้จ่ายเงินภายใต้กองทุน สุขภาพแก่ประชาชนเฉลี่ยต่อคนในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการสูงถึง 14,056 บาทต่อ คน ในขณะที่ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 2,562 บาทต่อ คน และ 2,091 บาทต่อคนตามลำดับ (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556) รูปแบบการจ่ายดังกล่าว ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมกันในระบบประกันสุขภาพหลัก ทั้ง 3 ระบบ ทั้งในเรื่องสิทธิประโยชน์ ต่าง ๆ ภาระค่าใช้จ่าย และคุณภาพในการรักษาพยาบาล พบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล ข้าราชการมีสัดส่วนการใช้จ่ายยาใหม่และยาราคาแพงสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ ระบบประกันสังคม (จุฬารัตน์ วัฒนานันท์ และคณะ, 2553) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยในสิทธิหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมมีปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพหรือยาบางรายการ ซึ่ง ปัญหาการเข้าถึงยาอาจเกิดจากการที่ไม่มียาในสถานบริการที่ผู้ป่วยมารับบริการ ยามีราคาแพงมาก หรือแม้แต่ปัญหาการใช้จ่ายยาไม่ถูกต้อง นอกจากความไม่เท่าเทียมกันที่เกิดจากความแตกต่างของการ บริหารงานแต่ละกองทุนสุขภาพ และรูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนที่แตกต่างกันใน 3 ระบบแล้ว ยัง

พบว่าในปัจจุบันการกำหนดราคาขายในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่งก็มีความแตกต่างกัน ส่งผลให้หน่วยบริการแต่ละแห่งมีการเบิกจ่ายตัวเดียวกันด้วยราคาที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจไม่กระทบต่อผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมเนื่องจากไม่จำเป็นต้องควบคุมราคาขาย เพราะมีรูปแบบวิธีจ่ายเงินที่ไม่ได้สร้างแรงจูงใจในการใช้ยาราคาแพง หรือการใช้ยาเกินความจำเป็น การควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีอยู่เป็นไปในลักษณะการจำกัดรายการยาที่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ และมีการต่อรองราคาสำหรับยาจำเป็นบางชนิด เช่น ยาบัญชี จ.2 ที่มีการแยกวิธีเบิกจ่ายภายใต้การรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของประเทศ เนื่องจากมีราคาแพงจนอาจทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ยาก แต่ในระบบที่จ่ายค่ายาขึ้นตามรายการ ราคาขายที่แตกต่างกันส่งผลต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการเบิกจ่ายค่ายาระหว่างหน่วยบริการและผู้จ่ายเงินในระบบ และจากข้อมูลรายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการพบว่าค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นในอัตราที่ค่อนข้างสูงและมีสัดส่วนสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยใน และมีค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมดในสัดส่วนร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (กรมบัญชีกลาง, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า การเบิกจ่ายค่ายาทั้งที่เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว และแบบเบิกจ่ายตามรายการบริการตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บล่วงหน้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล ปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น และความไม่มีประสิทธิภาพของระบบ การพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาด้วยการกำหนดราคาเบิกจ่ายตามรายการ โดยผู้จ่ายเงินในระบบน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาปัญหาดังกล่าว และเมื่อทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหารูปแบบทางเลือกในการกำหนดราคาเบิกจ่ายที่มีการพัฒนาขึ้นในประเทศไทยพบว่าการพัฒนาขึ้น 2 รูปแบบ คือ จากระบบงานการวิจัยการจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (ศิริพา อุดมอักษร และคณะ, 2556) คณะผู้วิจัยได้ค้นหา และคัดเลือกแบบจำลองของการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่เหมาะสม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ ความไม่เท่าเทียมกันของการเบิกจ่ายยา และส่งเสริมประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายให้กับผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ดังกล่าวพัฒนามนหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ ระบบราคาที่กำหนดควรส่งเสริมให้เกิดคุณภาพที่เหมาะสมของทั้งผลิตภัณฑ์ยาและในด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและไม่สร้างภาระด้านงบประมาณเกินความจำเป็น ระบบการกำหนดราคาต้องมีความยั่งยืน โดยมีหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่ายาดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุ และฉุกเฉินของ สปสช. เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ราคากลาง/ราคา จัดซื้อ	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป	ราคาเบิกจ่ายสำหรับยา NTI ในกรณีใช้ยา ต้นแบบ	ราคาเบิกจ่ายยาที่ซื้อ จากผู้ผลิตมาตรฐาน GMP-PICs
0.01-0.20	0.50		
0.21-0.50	1.00		
0.50-1.0	1.50		
1.01-10	1.50+115% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+105% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+125% ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.01-100	12+110% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	12+105% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	13+120% ของส่วนที่เกิน 10 บาท
100.01-1,000	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	126+115% ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,161+110% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

ที่มา: ศิริพา อุดมอักษร และคณะ (2556)

อีกรูปแบบหนึ่ง พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เป็นการพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขขึ้นใหม่จากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาปัจจุบันของกรมบัญชีกลาง โดยมีหลักการและแนวคิดการปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อต้องการปรับโครงสร้างราคาเบิกจ่ายให้สะท้อนกับต้นทุนบริการ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลง มีหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่ายาในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการของสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย**

ราคาต้นทุนต่อหน่วย	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป
0.01-0.20	0.50
0.21-0.50	1.00
0.50-1.0	1.50
1.01-10	1.50+130%ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.1-20	13.20+120%ของส่วนที่เกิน 10 บาท
20.01-30	25.20+110%ของส่วนที่เกิน 20 บาท
30.01-50	36.20+107.5%ของส่วนที่เกิน 30 บาท
50.01-100	57.70+105%ของส่วนที่เกิน 50 บาท
100.01-1,000	110.20+103%ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	+36.20

ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2557)

หลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่ายาทั้ง 2 รูปแบบดังกล่าวเป็นหลักเกณฑ์ใหม่และมีข้อจำกัดของข้อมูลหลายอย่าง เช่น การเข้าไม่ถึงราคาต้นทุนที่แท้จริง การใช้ราคาในการคำนวณราคาเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน และเป็นรูปแบบการจ่ายตามรายบริการที่ยังไม่เคยใช้ในผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบการเหมาจ่ายรายหัว จึงต้องมีการศึกษาจำลองผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบคอบก่อนการนำไปใช้ เพื่อเตรียมความพร้อมและปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมเมื่อนำไปใช้จริง การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อจำลองผลกระทบทางการเงินเบื้องต้นต่อผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบ หากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบกับการเบิกจ่ายตามระบบปัจจุบันในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อจำลองผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบและผู้ให้บริการ หากมีการใช้เกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง เทียบกับระบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน

กรณีผู้ป่วยนอกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ สิทธิประกันสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาใช้ประกอบในการพัฒนาและนำเสนอรูปแบบ การ กำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการเบิกจ่ายยาทั้งต่อ ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

2.1 ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ (1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) และ (3) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ บิดาและมารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน ส่วนระบบประกันสังคมเป็นความมั่นคงด้านสังคม โดยให้สวัสดิการคุ้มครองแก่ผู้ใช้แรงงานหรือลูกจ้างของภาครัฐและเอกชน โดยมีนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลออกเงินสมทบเข้ากองทุนในระบบ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ อาศัยแนวคิดสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

ตารางที่ 3 โครงสร้างระบบประกันสุขภาพไทย

	ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพแห่งชาติ	แรงงานต่างด้าว	พนักงานส่วนท้องถิ่น	ข้าราชการกรุงเทพมหานครฯ
ลักษณะ	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับ	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับ	สวัสดิการ	สวัสดิการ
หน่วยงานกำกับดูแล	กรมบัญชีกลาง	สำนักงานประกันสังคม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	กองบำเหน็จบำนาญสำนักงานการคลัง กทม.
กระทรวงต้นสังกัด	กระทรวงการคลัง	กระทรวงแรงงาน	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงแรงงาน	กระทรวงมหาดไทย	กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 3 โครงสร้างระบบประกันสุขภาพไทย (ต่อ)

	ข้าราชการ	ประกัน สังคม	ประกัน สุขภาพ แห่งชาติ	แรงงาน ต่างด้าว	พนักงาน ส่วน ท้องถิ่น	ข้าราชการ กรุงเทพฯ
แหล่งเงิน	งบประมาณ แผ่นดิน	ลูกจ้าง/ นายจ้าง/ รัฐ	งบประมาณ แผ่นดิน	ผู้ประกันตน	งบ ประมาณ แผ่นดิน	งบ ประมาณ แผ่นดิน
วิธีจ่าย ค่าบริการ	จ่ายตามจริง	เหมาจ่าย	เหมาจ่าย	เหมาจ่าย	จ่ายตามจริง	เหมาจ่าย

ที่มา : เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ (2556)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ใน พ.ศ. 2544 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลในขณะนั้นในชื่อ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” โดยผู้ใช้บริการจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล 30 บาทต่อครั้งของการรักษาไม่ว่าจะเป็นการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และได้มีการนำไปสู่การปฏิบัติทั่วประเทศผ่านพระราชบัญญัติว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่เกิดจาก 3 ภาคส่วนคือ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ประชาชน และผู้ขับเคลื่อนนโยบายระดับประเทศ นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของแนวคิดการให้สวัสดิการด้านดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนที่ยังไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใด ๆ ทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานได้ และต่อมาในปี 2549 รัฐบาลได้ยกเลิกการร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ 30 บาท โดยให้การรักษาพยาบาลตามสิทธิโดยที่ผู้ใช้บริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ประชาชนคนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 52 ที่บัญญัติให้ “ชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมาตรา 82 ได้บัญญัติให้ “รัฐต้องจัดการและส่งเสริมบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชนและสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า”

โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ รูปแบบใหม่มีฐานะเป็นนิติบุคคลภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แบ่งพื้นที่รับผิดชอบออกเป็นทั้งหมด 13 เขตทั่วประเทศ โดยที่แต่ละเขตพื้นที่จะประกอบด้วยหลาย จังหวัด ยกเว้นเขต 13 ที่มีกรุงเทพมหานคร เพียงจังหวัดเดียว ที่รับผิดชอบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช. เขต 13) ซึ่งจะทำหน้าที่ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนมั่นใจและผู้ใช้บริการมีความสุข นอกจากนี้ สปสช. ยังทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิและส่งเสริมให้ประชาชนกว่า 48 ล้านคนให้เข้าใจสิทธิที่ตนพึงได้รับในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามที่กฎหมายบัญญัติไว้รวมถึงบริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้งบประมาณจากภาษีอากรนำมาประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐบาลจัดให้มีขึ้น โดยใช้เงินงบประมาณ ให้สิทธิด้วยการให้เงินสวัสดิการ โดยพิจารณาถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่มีการเจ็บป่วย เมื่อข้าราชการและครอบครัวเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพยาบาล จึงมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลซึ่งสถานพยาบาลเรียกเก็บจากทางราชการได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ตอบแทนอย่างหนึ่งที่ทางราชการให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่ข้าราชการ ซึ่งเมื่อเจ็บป่วยทางราชการก็ให้การดูแลอย่างเต็มที่ โดยหน่วยบริการที่ข้าราชการใช้สิทธิเบิกจ่ายได้ต้องเป็นสถานพยาบาลของทางราชการเท่านั้น โดยมีกรมบัญชีกลางในฐานะหน่วยงานกำกับดูแลการเบิกจ่ายเงินค่างานการจ่ายเงินค่ารักษายาบาลตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ โดยมีการประกาศใช้ระเบียบการช่วยเหลือข้าราชการและลูกจ้างประจำเกี่ยวกับการรักษายาบาล ซึ่งมีการแก้ไขเรื่อยมาจนถึง พ.ศ. 2515

ต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518 ซึ่งกำหนดให้การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลให้ตราขึ้นเป็นพระราชกฤษฎีกา ปัจจุบันการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษายาบาลของข้าราชการเป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายที่บัญญัติไว้ในพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 7 พ.ศ. 2541 และการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2538 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่ 2 พ.ศ. 2541 และมีผลบังคับใช้ในปัจจุบัน

ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 กระทรวงการคลังมีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการ โดยได้มอบหมายให้กรมบัญชีกลาง ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการใช้จ่ายเงิน กำกับดูแลทางกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และบริหารเงินงบประมาณ ของแผ่นดินและหน่วยงานภาครัฐให้เป็นไปอย่างถูกต้อง มีวินัย คุ่มค่า โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ รวมถึงการกำกับดูแลนโยบายและมาตรฐานค่าตอบแทนสวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ของบุคลากรภาครัฐ

ระบบประกันสังคม

การประกันสังคม เป็นการสร้างความมั่นคงให้แก่ประชาชนที่เป็นลูกจ้างในสถานประกอบการ เป็นหลักประกันความมั่นคงขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนและครอบครัว การประกันสังคมเป็นวิธีการหนึ่งที่ยึดหลักการพึ่งตนเอง และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของประชาชน โดยมีความมุ่งหมายที่จะเป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชน ให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิต สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขแม้อยู่ในภาวะที่ขาดแคลนรายได้

ในประเทศไทยระบบประกันสังคม เริ่มต้นจากกองทุนเงินทดแทน มีความมุ่งหมายที่จะให้หลักประกันแก่ลูกจ้างกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน ซึ่งเกิดขึ้นในประเทศไทยครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2515 ภายใต้การบริหารของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 โดยในปีแรกจะให้ความคุ้มครองครอบคลุมเฉพาะสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร และขยายความคุ้มครองไปทั่วประเทศในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2531 และได้มีการผลักดันพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา ประเทศไทยจึงมีการประกันสังคมอย่างเต็มรูปแบบ

รัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนประกันสังคม โดยลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครอง ในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในเรื่อง การประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ และตาย ทั้งเกิดจากการทำงานหรือไม่ได้เกิดจากการทำงาน รวมไปถึงการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และการว่างงาน การดำเนินการของกองทุนประกันสังคมเป็นลักษณะของการบังคับนายจ้างและลูกจ้าง ซึ่งจะต้องออกเงินสมทบร่วมกันในอัตราเดียวกัน และรัฐบาลร่วมสมทบอุดหนุนบางส่วนตามอัตราที่กำหนด จึงเป็นการดำเนินการในลักษณะของไตรภาคี ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง (ผู้ประกันตน) รัฐบาล เพื่อร่วมกัน

ดูแลสิทธิประโยชน์ของแต่ละฝ่าย และร่วมกันรับผิดชอบในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดเสถียรภาพแก่กองทุนและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประเทศชาติ เมื่อผู้ประกันตนได้รับความเดือดร้อนจะได้รับ ความคุ้มครอง โดยมีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน ซึ่งสิทธิประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนจะ ได้รับขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน ส่วนอัตราการจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน และอัตราประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทนจะมีความสัมพันธ์กับ รายได้ของผู้ประกัน

ระบบการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข

ระบบการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี การจ่ายเงินให้หน่วยบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation payment) ซึ่งเป็นรูปแบบการจ่ายเงิน แบบปลายปิด เช่นเดียวกับระบบประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคมเริ่มต้นใช้วิธีการดังกล่าว พ.ศ. 2534 และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งครอบคลุมประชากร ประมาณ 11 ล้านคน และ 48 ล้านคนตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557) ประชาชนคนไทยโดยรวมแล้วประมาณกว่าร้อยละ 89 ของประชากรทั้งประเทศ อยู่ในระบบการ จ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลแบบปลายปิด ในขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีระบบ ค่าบริการรักษาพยาบาลแบบปลายเปิด คือ การจ่ายเงินให้หน่วยบริการแบบจ่ายตามรายบริการ (fee for service) สำหรับผู้ป่วยนอก และจ่ายค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) สำหรับผู้ป่วยใน

การจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่ายรายหัวสามารถควบคุมรายจ่ายได้ ดีกว่าระบบการจ่ายเงินตามรายบริการที่ใช้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกในสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ จากรายงานค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร พ.ศ. 2551 (National Health Account 2008) พบว่าระบบการจ่ายเงินตามรายการของระบบสวัสดิการรักษายาบาลของ ข้าราชการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึง 7,848 บาทต่อหัวประชากร และสูงกว่าค่าใช้จ่ายของระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมถึง 4.5 และ 3.0 เท่าตามลำดับ

(วลัยพร พัชรนฤมล และคณะ, 2555)

ตารางที่ 4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร พ.ศ. 2551

วิธีการจ่าย	เหมาจ่ายรายหัว		ตามรายการ	รวม 3
	หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สวัสดิการ ข้าราชการ	ระบบ
รายจ่ายสุขภาพ * (ล้านบาท)	81,901	23,767	54,937	160,605
จำนวนสมาชิก (ล้านคน)	47	9	7	63
ค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร	1,743	2,641	7,848	2,549
รายจ่ายสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการสูง กว่า (เท่า)	4.5 เท่า	3.0 เท่า	1.0 เท่า	3.1 เท่า

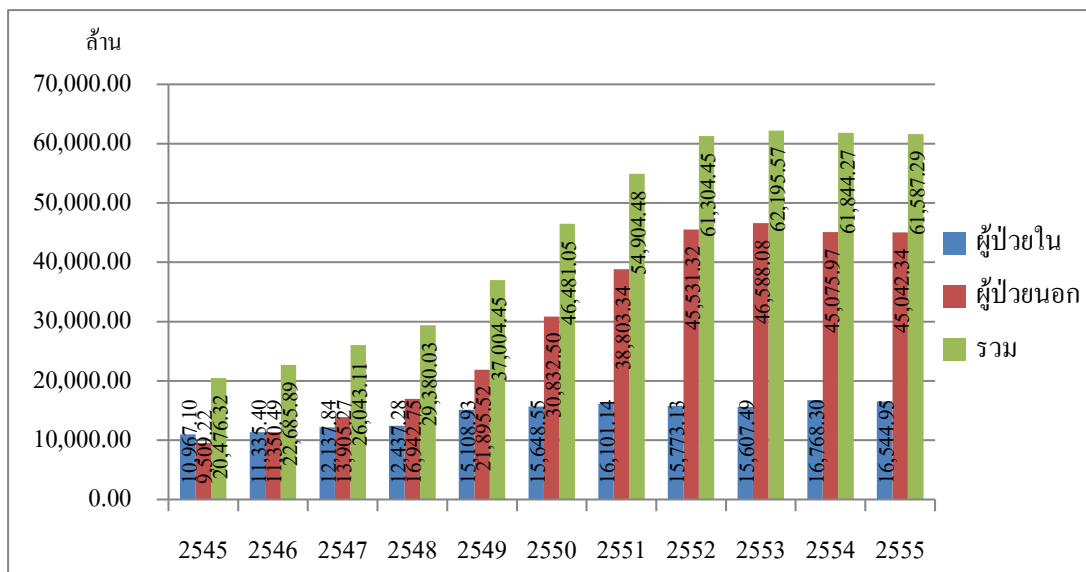
หมายเหตุ: * รายจ่ายสุขภาพ รวมค่ารักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการบริหารจัดการ ซึ่งของประกันสังคมได้รวมค่าคลอดและการทำฟันและการจ่ายเพิ่มเติมอื่นๆ ทุกอย่างแล้ว จึงมีมูลค่า 2,641 บาทต่อหัว ส่วนตัวเลขของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นยังมีบางส่วนที่เป็นการจ่ายย้อนหลัง

ที่มา: วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ (2555)

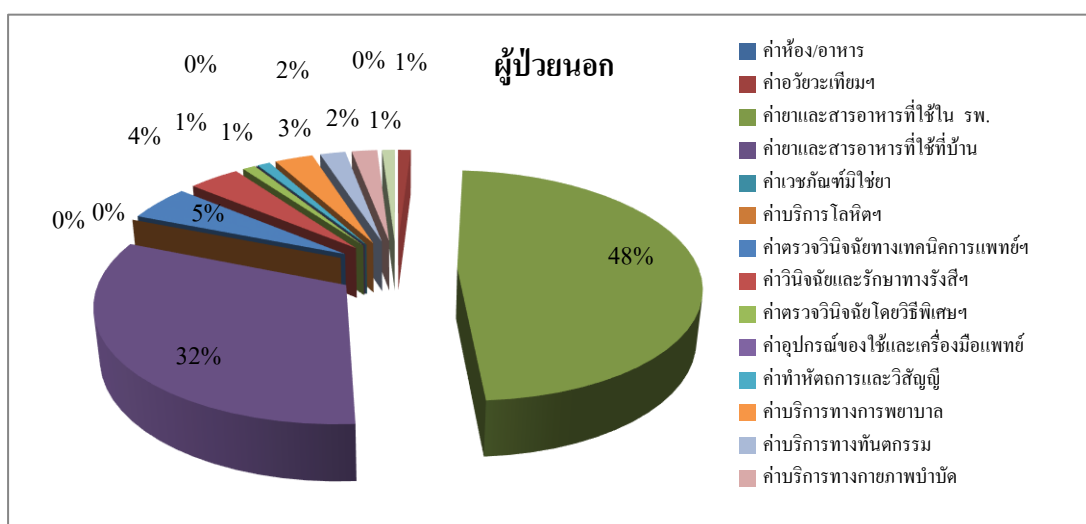
ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงถึง 14,056 บาทต่อคน ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมเท่ากับ 2,091 และ 2,565 บาทตามลำดับ (เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, 2556)

ในขณะเดียวกันแนวโน้มและทิศทางสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลแบบปลายเปิด จากข้อมูลกรมบัญชีกลางรวบรวมโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่ารายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเพิ่มในอัตราที่ค่อนข้างสูง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 พบว่าค่ารักษาพยาบาลสูงถึง 37,004.45 ล้านบาท ซึ่งเป็นปีที่เริ่มมีการนำระบบเบิกจ่ายตรงมาใช้บังคับเต็มรูปแบบ และเพิ่มขึ้นเป็น 61,587.24 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 คิดเป็นอัตราร้อยละ 67.16 จากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปรากฏตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 งบประมาณประเภท

ผู้ป่วยในอยู่ในอัตราคงที่ เนื่องจากมีการใช้ระบบ DRGs มากำกับการจ่ายเงินว่าค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นตามสมควรในอัตราที่สามารถยอมรับได้ แต่ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นในอัตราที่ค่อนข้างสูงและมีสัดส่วนสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยสัดส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 73 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ข้อมูลค่าใช้จ่ายตามปีงบประมาณของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ที่มา: กรมบัญชีกลาง (2555)



ภาพที่ 2 ข้อมูลค่าใช้จ่ายตามปีงบประมาณแยกตามหมวดของผู้ป่วยนอก
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2555 ที่มา: กรมบัญชีกลาง (2555)

จากข้อมูลค่าใช้จ่ายแยกตามหมวดผู้ป่วยนอกจะพบว่าค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยมีสัดส่วนร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

พบว่าเมื่อเปรียบเทียบการจ่ายเงินระบบเหมาจ่ายรายหัวกับระบบจ่ายเงินตามรายบริการจะเห็นว่าระบบการเหมาจ่ายรายหัวจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่อพฤติกรรมกาให้บริการของผู้ให้บริการสาธารณสุขจากวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข 5 วิธี

วิธีการจ่ายเงิน ค่าบริการสาธารณสุข	พฤติกรรมของผู้ให้บริการสาธารณสุข (Provider behavior)			
	การ ป้องกัน ปัญหา สุขภาพ	การให้บริการ รักษาพยาบาล	การ ตอบสนอง ความ ต้องการของ ผู้ป่วย	การ ควบคุม ค่าใช้จ่าย
ระบบงบประมาณตามรายการ (Line item budget)	+/-	--	+/-	+++
ระบบงบประมาณรวมทั้งก้อน (Global budget)	++	--	+/-	+++
ระบบเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation)	+++	--	++	+++
ระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related payment)	+/-	++	++	++
ระบบจ่ายเงินตามรายบริการ (fee for service)	+/-	+++	+++	---

หมายเหตุ : +++ มีผลดีอย่างมาก; ++ มีผลดีบ้าง; +/- ไม่มีผล หรือผลไม่ชัดเจน; -- มีผลเสียบ้าง; --- มีผลเสียอย่างมาก

ที่มา: วลัยพร พัชรนฤมล และคณะ (2555)

2.2 ปัญหาและความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพไทย

ความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยเกิดขึ้น เนื่องจากแต่ละระบบมีการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขที่ต่างกันคือระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ จ่ายเงินตามรายบริการเป็นหลัก ส่วนอีก 2 ระบบนั้นใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว จากข้อมูลเอกสารประกอบการเสวนาสาธารณะเรื่อง “คิดใหม่ระบบหลักประกันสุขภาพของไทย” สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่าความเหลื่อมล้ำที่สะท้อนในรูปแบบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการมีค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เท่ากับ 2,091 บาทต่อคน 2,562 บาทต่อคน และ 14,056 บาทต่อคน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรในแต่ละหลักประกันสุขภาพแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีค่าสูงมากในสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งรูปแบบการจ่ายเงินเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมกันในระบบประกันสุขภาพหลัก ทั้ง 3 ระบบ พบว่าในระบบประกันสุขภาพหลักมีความเหลื่อมล้ำหลักใน 3 เรื่องได้แก่ สิทธิประโยชน์ คุณภาพในการรักษาพยาบาล และภาระค่าใช้จ่ายเบี้ยประกัน

สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของแต่ละระบบไม่เท่ากัน และมีสิทธิในการรักษาโรค การจำกัดวงเงินของแต่ละระบบที่ต่างกัน เช่น ข้าราชการสามารถใช้บริการสถานพยาบาลรัฐได้ทุกแห่ง ส่วนกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประกันสังคมจะใช้บริการได้เฉพาะหน่วยที่เลือกไว้ล่วงหน้าเท่านั้น ส่งผลให้สถานพยาบาลอาจเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยแต่ละสิทธิ ซึ่งทำให้กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม ได้รับบริการไม่เท่าเทียมกับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพหลัก

สิทธิประโยชน์	สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ แห่งชาติ
1. การคุ้มครองบุคคล ในครอบครัว	บิดา มารดา ภรรยา และ บุตร 3 คน	เฉพาะผู้ประกันตน	เฉพาะ ผู้ประกันตน
2. ระยะเวลาสิ้นสุดการ คุ้มครอง	ตลอดชีพ	- ขาดส่งเงินสมทบเกิน 3 เดือน - 6 เดือนหลังจาก สิ้นสุดการเป็นลูกจ้าง	ตลอดชีพ หรือ เมื่อได้รับ สิทธิอื่นจาก ภาครัฐ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพหลัก (ต่อ)

สิทธิประโยชน์	สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ แห่งชาติ
3. สถานพยาบาลที่ สามารถใช้บริการได้	หน่วยบริการรัฐ ทุกแห่ง	หน่วยบริการที่เลือก (รัฐหรือเอกชน) รพ.เอกชน 90 แห่ง และหน่วยบริการ เครือข่ายภาคเอกชน 1,348 แห่ง	หน่วยบริการที่ ลงทะเบียน (รัฐหรือเอกชน) รพ.เอกชน 44 แห่ง คลินิกเอกชน 168 แห่ง และหน่วย บริการเครือข่าย ภาคเอกชน 242 แห่ง
4. ยาและเวชภัณฑ์ * กรณีที่แพทย์บ่งชี้จึง สามารถใช้ยานอก บัญชีฯ ได้	ยาในบัญชี ยาหลัก แห่งชาติ*	ยาไม่ต่ำกว่าในบัญชียา หลักแห่งชาติ*	ยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติ
5. สิทธิการคลอดบุตร	เบิกจ่าย ตามจริง	- เหม่าจ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง - เงินสงเคราะห์การหยุด งาน ครั้งละ 50% ของ ค่าจ้างเป็นเวลา 90 วัน	เบิกจากตาม DRG ไม่เกิน 2 ครั้ง
6. ประเภทของโรคที่ คุ้มครอง -โรคไต (ฟอกเลือด)	ไม่เกิน 2,000 บาท/ ครั้ง ไม่จำกัดจำนวน ครั้ง	ไม่เกิน 1,500 บาท/ครั้ง และไม่เกิน 4,500 บาท/ สัปดาห์	1,500/1,700 บาท/ ครั้งตามสภาพผู้ป่วย และไม่จำกัด จำนวนครั้ง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ของกองทุนประกันสุขภาพหลัก (ต่อ)

สิทธิประโยชน์	สวัสดิการ รักษาพยาบาล ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ แห่งชาติ
7. ประเภทของโรคที่ คุ้มครอง -การให้ยาด้านไวรัส เอดส์	ให้สิทธิกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์	ให้สิทธิกับผู้ประกันตน ที่ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์	ให้สิทธิกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์ รวมถึง การให้ยาด้านไวรัส ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีจากมารดาสู่ ทารก
8.การชดเชยความ เสียหายจากการ รักษาพยาบาล	ไม่มี	ไม่มี	มี (มาตรา 41)

ที่มา : เอกสารประกอบการเสวนาสาธารณะเรื่อง “คิดใหม่ระบบหลักประกันสุขภาพของไทย” จัด
โดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2556)

ด้านคุณภาพในการรักษาพยาบาล แม้ว่าระบบการเหมาจ่ายรายหัวจะควบคุม
ค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า แต่มีข้อด้อยเรื่องพฤติกรรมในการให้บริการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการ
สาธารณสุขซึ่งอาจจะทำให้ได้บริการที่ไม่มีคุณภาพ เพราะได้รับการจัดสรรค่ารักษาพยาบาลใน
อัตราเหมาจ่ายที่กำหนดไว้ ทำให้สถานพยาบาลไม่เกิดแรงจูงใจในการให้บริการสุขภาพแก่
ผู้รับบริการ เนื่องจากการให้บริการสาธารณสุขที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบได้รับ
นั้นมักมาจากการตัดสินใจของบุคลากรสาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่แทนผู้รับบริการ เช่น กลุ่มผู้ป่วย
ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลัก ยาดันแบบนำเข้าจาก
ต่างประเทศ หรือยาที่มีราคาแพง รวมถึงการได้รับหัตถการบางอย่าง (เช่น การผ่าตัดลด
ส่องกล้อง) สูงกว่าผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน
รวมถึงมีความแตกต่างของกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะโรคบางอย่าง
ต่างกัน (เช่น การตรวจ HbA1C ไขมันในเลือด จอประสาทตา)

สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ (2547) ทำการประเมินผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2545 ต่อค่าใช้จ่ายและลักษณะการใช้จ่ายยา 9 กลุ่มในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ผลการวิจัยพบว่าค่าใช้จ่ายของกลุ่มยาส่วนใหญ่ในรอบหนึ่งปีภายหลังก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีมูลค่าเพิ่มขึ้น (6-17%) จากปีก่อนหน้า ซึ่งการเติบโตของค่าใช้จ่ายกลุ่มยาดังกล่าวน่าจะเกิดจากการขยายตัวของค่าใช้จ่ายใหม่ซึ่งมีมูลค่าต่อวันแพงกว่ายาประเภทอื่นในกลุ่มข้อบ่งใช้เดียวกัน สำหรับการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของกลุ่มยา การใช้จ่ายใหม่หรือยาราคาแพง แนวโน้มมีการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายของกลุ่มยาและปริมาณการใช้จ่ายขึ้นกับสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยมีอัตราการเติบโตในกลุ่มสวัสดิการข้าราชการสูงกว่าในกลุ่มรายได้น้อยหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณ 2545 ไม่ช่วยให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามนโยบายดังกล่าวซึ่งเคยได้รับสิทธิรายได้น้อยมาก่อนมีโอกาสได้รับการสั่งยาที่มีประสิทธิผลแต่มีราคาแพงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ยังมีความต่อเนื่องของการใช้จ่ายใหม่หรือยาราคาแพงในในสัดส่วนค่อนข้างต่ำ ผลการสำรวจข้อมูลเชิงบริบทจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ 2 ปีภายหลังการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลมีเงื่อนไขจำกัดการสั่งยาในระดับที่เข้มงวดกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ และโรงพยาบาลศูนย์มีการกำหนดเงื่อนไขการสั่งยาแก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับความเข้มงวดที่สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป

Limwattananon C., et al. (2009) พบว่ารูปแบบวิธีการจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน มีผลต่อปริมาณการใช้จ่ายของผู้รับบริการ ทำการศึกษาโดยเปรียบเทียบการใช้จ่ายยา 6 กลุ่ม ที่เป็นยาใหม่และมีราคาแพง ได้แก่ angiotensin-2 receptor blockers, single-source statins and new antilipidemics, clopidogrel, single-source proton pump inhibitors, coxibs, inhaled corticosteroids โดยเก็บข้อมูลการใช้จ่ายผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 5 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003-2007 ของผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคม พบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีส่วนการการใช้จ่ายทุกกลุ่มสูงกว่าผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน และหลังจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ในปี ค.ศ. 2006 โดยการเบิกจ่ายในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการใช้ระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยกเลิกการร่วมจ่ายของผู้รับบริการ 30 บาทต่อครั้งที่มารับบริการ พบว่า ผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีการใช้จ่ายกลุ่ม coxibs และ inhaled corticosteroids เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็น 0.4-0.5% ต่อเดือน ในขณะที่การ

ใช้ยาในกลุ่ม single-source statins and new antilipidemics และการใช้ยากกลุ่ม single-source proton pump inhibitors กลับพบว่ามีแนวโน้มลดลง 0.3% เช่นเดียวกับในกลุ่มระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการใช้ยาในกลุ่ม single-source statins and new antilipidemics และ single-source proton pump inhibitors ลดลง

ภาระค่าใช้จ่ายเบียดเบียน โดยในระบบประกันสังคมผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบส่วนหนึ่งในกองทุนประกันสังคม ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจะได้รับค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากงบประมาณรัฐบาล ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความเหลื่อมล้ำของภาระค่าใช้จ่ายเบียดเบียนของระบบประกันสุขภาพ

	สัดส่วนค่าใช้จ่าย			
	งบประมาณจาก ภาครัฐ	สมทบจาก		
		ลูกจ้าง/ ผู้ประกันตน	นายจ้าง	รัฐ
สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ	100	0	0	0
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	100	0	0	0
ระบบประกันสังคม*				
- กองทุนประกันสังคม	0	33.33	33.33	33.33
- กองทุนเงินทดแทน	0	0	100	0
สวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานท้องถิ่น และข้าราชการกรุงเทพมหานคร	100	0	0	0
ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	0	100	0	0

หมายเหตุ : พิจารณาเพียงค่ารักษายาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

ที่มา : เอกสารประกอบการเสวนาสาธารณะเรื่อง “คิดใหม่ระบบหลักประกันสุขภาพของไทย” จัดโดย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2556)

ถึงแม้หลักการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขของกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวเหมือนกัน แต่จะเห็นได้ว่ก็ยังคงความแตกต่างกันหลายประการ เช่น แหล่งการคลัง หน่วยงานที่รับผิดชอบ การบริหารจัดการ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการภาครัฐและภาคเอกชน ภาระการจ่ายเบียดเบียน ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ ในปี 2556 พบว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเกิดภาวะขาดทุนวิกฤตเรื้อรังข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สัดส่วนต้นทุนและรายได้ของโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบอื่น ๆ

	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	ระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ (Non-UC)	รวมทั้งหมด
สัดส่วนต้นทุน	0.66	0.34	1
ต้นทุนปรับประสิทธิภาพ	71,804.29	35,223.21	107,027.50
รายได้ (ไม่รวมเงินเดือน)	64,537.16	44,334.87	108,872.03
รายได้ลบต้นทุนปรับประสิทธิภาพ	-7,267.13	9,111.66	1,844.53
โรงพยาบาลชุมชน	-299.25	737.49	438.24
โรงพยาบาลทั่วไป	-4,161.09	3,429.94	-731.15
โรงพยาบาลศูนย์	-2,806.79	4,644.24	2,137.45

หมายเหตุ: หน่วย: ล้านบาท

1. งบกองทุนด้าบลปีละ 2,000 ล้านบาท ค้างท่อ 4,104 ล้านบาท
2. งบจัดสรรให้หน่วยอื่นที่ไม่ใช่หน่วยบริการ 190-250 ล้านบาท/ปี (ไม่รวมองค์การเภสัชกรรม 700 ล้านบาท/ปี)

3. งบสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่ สสจ. 4,000 ล้านบาท

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อ้างอิงจากเว็บไซต์ Thaipublica (2558)

จะเห็นว่าโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะขาดทุน ส่วนการให้บริการสิทธิอื่น ๆ จะได้ผลกำไร เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการบริหารจัดการกองทุนและการจัดสรรเงินงบประมาณที่ค่อนข้างซับซ้อน ทำให้เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้หน่วยบริการขาดทุนวิกฤตเรื้อรังถึง 105 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปขาดทุนประมาณ 400 แห่ง และอาจเกิดจากการบริหารจัดการภายในของสถานพยาบาลร่วมด้วย

ความแตกต่างของแต่ละระบบประกันสุขภาพ และจากรายได้ของหน่วยบริการ อาจส่งผลให้หน่วยบริการประจำซึ่งเป็นผู้ให้บริการพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายของการรับบริการให้อยู่ในวงเงิน ซึ่งกระทบต่อผลการให้บริการ ค่าใช้จ่ายด้านยา และจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มารับบริการได้ ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อผู้มารับบริการในระบบ โดยเฉพาะระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม ในขณะที่อาจเพิ่มการพยายามจ่ายยาที่มีราคาแพงหรือเพิ่มการให้บริการในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงกว่าร้อยละ 10 ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และเป็นค่าใช้จ่ายหลักในระบบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การที่ระบบประกันสุขภาพมีระบบการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่ต่างกันก็จะส่งผลต่อการค่าใช้จ่ายด้านยาและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศ การควบคุมราคายาก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยา และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้ ซึ่งการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาจะต้องพิจารณาหลายด้านเพื่อศึกษาผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบคอบ เพื่อจะได้เกิดความคุ้มค่าและความยั่งยืนต่อไป

2.3 บทเรียนจากต่างประเทศเกี่ยวกับการควบคุมราคาและการกำหนดราคาเบิกจ่าย

การควบคุมราคาเป็นกลไกที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายค่าบริการด้านยา (drug reimbursement) ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีประสิทธิภาพ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งการควบคุมราคายามีหลายวิธี วิธีการที่นิยมใช้ควบคุมราคาในประเทศที่พัฒนาแล้วมีดังนี้

1. การเทียบราคากับแหล่งภายนอก (external price benchmarking)

เป็นการควบคุมราคาขายยาโดยการเปรียบเทียบกับราคาของต่างประเทศ (international price comparison) สำหรับยาที่เหมือนกันทั้งในด้านส่วนประกอบ ความแรง รูปแบบ ขนาดบรรจุ และผู้ผลิต เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อราคา จึงต้องเลือกเปรียบเทียบกับประเทศที่มีลักษณะสภาพเศรษฐกิจและสังคมคล้ายคลึงกัน ซึ่งวิธีที่นิยมใช้มากในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป (European Union, EU) คือการเปรียบเทียบราคากับประเทศเพื่อนบ้าน ยกเว้น สหราชอาณาจักร และเยอรมนี ใช้การเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม วิธีการใช้ external price benchmarking มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ประเทศสโลวาเกีย ใช้เพดานราคาขายที่ร้อยละ 10 เหนือค่าเฉลี่ย (average price) ของประเทศอ้างอิงที่มีราคาถูกที่สุด ส่วนประเทศญี่ปุ่นจะกำหนดราคาขายจากราคาเฉลี่ย (average price) ของฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และ เยอรมนี สำหรับยาซึ่งไม่มี

ทางเลือกที่มีข้อบ่งใช้เดียวกัน (therapeutic comparator) หรือยาที่มีประสิทธิผลดี ก็จะกำหนดราคาในช่วง 0.75-1.50 เท่าของราคาเฉลี่ยจากต่างประเทศ สำหรับประเทศแคนาดา (Quebec) และสหรัฐอเมริกา (Medicaid) กำหนดว่าราคายาที่บริษัทจำหน่ายให้มันจะต้องต่ำกว่าราคาที่ขายไว้ในประเทศอื่น ๆ บริษัทผู้ผลิตส่วนใหญ่จะตั้งราคาจำหน่ายยาที่ใกล้เคียงกัน (แตกต่างกันไม่เกิน 15%) ระหว่าง 5 ประเทศที่เป็นตลาดใหญ่ของยุโรป และมีแนวโน้มความแตกต่างของราคาระหว่างประเทศที่ลดลง

จุดอ่อนสำคัญของวิธีการเทียบราคากับแหล่งภายนอก คือ บริษัทผู้ผลิตอาจเลือกนำยาออกสู่ตลาดในประเทศขนาดใหญ่ ที่แม้จะมีการควบคุมราคาเบิกจ่ายแต่ไม่มีการควบคุมราคาจำหน่าย (list price) เช่น เยอรมนี สหราชอาณาจักร

2. การตั้งราคาตามต้นทุน (cost-plus pricing)

เป็นการกำหนดราคาโดยการคำนวณจากราคาต้นทุนของยาคด้วยกำไร เป็นวิธีการแรก ๆ ที่ถูกนำมาใช้ เพราะคำนวณได้ง่าย และใช้ข้อมูลเพียงเล็กน้อยในการพิจารณา ซึ่งมีหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่นิยมและง่ายที่สุด คือการคำนวณราคาต้นทุนของผลิตภัณฑ์แล้วรวมด้วยผลกำไร แต่อาจส่งผลเสียต่อค่าใช้จ่ายรวมที่เกิดขึ้น การตั้งราคาวิธีการนี้พบว่าราคาของผลิตภัณฑ์หรือบริการจะถูกรวมจากต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อม และต้นทุนคงที่ กลายเป็นราคาต่อหน่วยสำหรับผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้น ๆ หลังจากนั้นนำร้อยละของต้นทุนดังกล่าวไปรวมกับผลกำไรของผลิตภัณฑ์หรือบริการ สิ่งที่ทำให้ยากของ วิธีการนี้คือ การได้ข้อมูลต้นทุนการผลิตที่แท้จริง ตัวอย่างประเทศที่ใช้วิธีการนี้คือ สเปนใช้วิธีนี้โดยการกำหนด ex-manufacturer price เท่ากับ production cost บวกกำไร 10-12%

3. การควบคุมผลกำไร (profit control)

เป็นการควบคุมราคาทางอ้อม โดยรัฐจะพิจารณาจากผลตอบแทนของผู้ผลิตจำหน่าย (rate of return, ROR) ไม่ให้เกินกว่าระดับที่กำหนด โดยอาจยืดช่วงเวลารอขึ้นราคา หรือเรียกเก็บเงินส่วนเกินคืนหากผู้ผลิตได้ผลกำไรมากเกินไป ประเทศที่มีการใช้วิธีนี้ คือ สหราชอาณาจักร (ก่อน กันยายน พ.ศ. 2551) ข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ ความถูกต้องของข้อมูลโครงสร้างต้นทุนและราคาและมูลค่าการขาย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนา (research and development, R&D)

4. กรอบรายการยาสำหรับการควบคุมราคา

โดยทั่วไปการควบคุมราคาในต่างประเทศจะเน้นการควบคุมราคาที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ โดยพิจารณาเงื่อนไขการตั้งราคาเบิกจ่ายด้วยการแบ่งยาเป็นกลุ่ม ๆ จะมีกรอบ

รายการยาสำหรับการควบคุมราคาขายที่แบ่งกลุ่มโดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา เช่น ประสิทธิภาพของยาใหม่เมื่อเทียบกับยาเดิม หรือยาใหม่สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์และผลข้างเคียงจากยาเดิมได้หรือไม่ รวมทั้งอุปสงค์ของยาว่ามีลักษณะอย่างไร เช่น ยาจำเป็น ยาสำหรับทารก นอกจากนี้ยังพิจารณารายการยาใหม่ที่เพิ่งมียาชื่อสามัญ และยาชื่อสามัญที่มีการแข่งขันของผู้จำหน่ายหลายราย

5. การอ้างอิงราคาภายใน (internal reference pricing)

เป็นการควบคุมราคาสำหรับยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันตามคุณลักษณะ เช่น องค์ประกอบทางเคมี (chemical equivalence, ATC level 5) ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (pharmacologic equivalence, ATC level 4) หรือข้อบ่งใช้ (therapeutic equivalence, ATC level 2-3) มักใช้สำหรับการกำหนดราคาเบิกจ่าย (reimbursed price) โดยระบบประกันสุขภาพเลือกวิธีคำนวณราคาอ้างอิง (reference price, RP) ด้วยค่าทางสถิติที่เหมาะสม เช่น ค่าต่ำสุด มีข้อยกเว้น ฐานนิยม สำหรับค่ายาส่วนที่เกินกว่าราคาอ้างอิงอาจให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย (patient cost sharing) ประเทศที่ใช้วิธีนี้ เช่น ฝรั่งเศส แคนาดา เดนมาร์ก สเปน เบลเยียม สวีเดน ออสเตรเลีย เยอรมนี โปรตุเกส เนเธอร์แลนด์

หลักการของระบบราคาอ้างอิง

ราคาอ้างอิง (Reference Price) เป็นกลไกหนึ่งที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายค่าบริการด้านยา (drug reimbursement) ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีประสิทธิภาพ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาของผู้ป่วย

ราคาอ้างอิง (Reference Price) เป็นราคาที่ผู้ซื้อบริการ (health purchaser) หรือผู้จ่ายค่าบริการ (payers) ในระบบประกันสุขภาพ จ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ (health care providers) ทั้งนี้ ไม่รวมถึงส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) ของผู้ป่วย โดยทั่วไปมักจะมี 2 ความหมายคือราคาอ้างอิงกับราคาในต่างประเทศ (external reference price หรือ international reference price) และราคาอ้างอิงภายในประเทศ (internal reference price) สำหรับราคาอ้างอิงภายในประเทศ จะมีการตั้งเพดานราคา ยาที่จะเบิกจ่ายยาที่สมมูลกันที่มีอยู่ในระบบยา หลักในการสมมูลกันคือ ยาสามารถเปลี่ยนแทนกันได้ คือยาที่ถูกกำหนดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน โดยหลักการที่ว่ายาที่ให้ผลการรักษาเหมือนกันจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน หากยาที่สมมูลกันมีราคาสูงกว่าราคาอ้างอิง ผู้จ่ายค่าบริการก็จะจ่ายเงินคืนให้ไม่เกินราคาอ้างอิงที่กำหนดขึ้น ซึ่งหากแพทย์หรือผู้ป่วยต้องการใช้ยาตัวที่มีราคาสูงกว่าราคาอ้างอิง ก็จะต้องมีการร่วมจ่ายเกิดขึ้น ดังนั้นหากการนำราคาอ้างอิงมาใช้ก็จะส่งผลให้แพทย์และผู้ป่วยไม่เลือกใช้ยาที่เกินราคาอ้างอิง นอกจากนี้วิธีนี้ยังส่งผลกระทบต่อการแข่งขันของบริษัทยาในตลาด โดยบริษัทยาจะลดราคาขายลงให้อยู่ต่ำกว่าราคาอ้างอิงเพื่อให้สามารถเบิกคืนได้ทั้งหมด หรือในทางตรงกัน

ข้าม บริษัทฯ โดยเฉพาะบริษัทที่ผลิตยาต้นแบบอาจยังคงราคาขายให้อยู่เหนือราคาขายอ้างอิงเพื่อให้เห็นถึงคุณภาพที่แตกต่างอย่างแท้จริง

โดยจะยึดหลักเกณฑ์คือ ยาที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันนั้นสามารถทดแทนกันได้ (interchangeable) โดยใช้ระบบการจัดกลุ่มยาขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ ระบบ Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) มี 3 ระดับ คือ ระดับ ATC-3 ถึง ATC-5

1. ATC-3 กลุ่มตามกลุ่มการรักษา (therapeutic class) เป็นการทดแทนโดยยาที่มี pharmacological subgroup เดียวกัน มีผลการรักษาเหมือนกัน เช่น Atorvastatin กับ Gemfibrozil

2. ATC-4 กลุ่มตามกลุ่มทางเภสัชวิทยา (pharmacological class) เป็นการทดแทนโดยยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเดียวกัน เช่น Atorvastatin กับ Simvastatin

3. ATC-5 กลุ่มตามสารสำคัญ (active ingredient) เป็นการทดแทนโดยยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันและมีขนาดและรูปแบบยาเหมือนกัน เช่น Lipitor® กับ Xalator®

ประเทศที่นำระบบราคาขายอ้างอิงมาใช้โดยส่วนใหญ่มีปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ยังไม่มีกลไกการควบคุมราคา ทำให้บริษัทสามารถตั้งราคาได้อย่างอิสระ (2) สามารถผลิตยาสามัญในประเทศได้และพร้อมที่จะแข่งขันทางการตลาด (3) การจัดซื้อแบบรวมศูนย์หรือการจัดซื้อรวม มีปริมาณมากกว่าครึ่งของตลาดยาทั้งหมด ประเทศต่าง ๆ ในสหภาพยุโรปได้นำระบบราคาอ้างอิงมาใช้กันอย่างกว้างขวาง เช่น ประเทศเยอรมัน เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ ฯลฯ

การกำหนดราคาอ้างอิง ในแต่ละประเทศที่ใช้ระบบราคาอ้างอิง จะมีวิธีการกำหนดราคาอ้างอิงที่แตกต่างกันออกไป โดยเลือกวิธีในการกำหนดหรือคำนวณราคาอ้างอิงที่เหมาะสมขึ้นกับ สถานการณ์ของยาที่อยู่ในกลุ่มและเป้าหมายที่ต้องการ และในบางประเทศอาจใช้หลายวิธีการร่วมกัน ได้แก่

1. การใช้ค่าเฉลี่ยของราคาขาย (average price of medicines) ประเทศที่ใช้วิธีนี้ ได้แก่ โครเอเชีย ฮังการี

2. การใช้ค่าเฉลี่ยของราคาขายชื่อสามัญ (average price of generic medicines) ประเทศที่ใช้วิธีนี้ ได้แก่ ฝรั่งเศส

3. การใช้ราคาขายต่ำสุด (lowest priced medicines) ประเทศที่ใช้วิธีนี้ ได้แก่ เซอร์เบีย ตุรกี บุลกาเรีย โปแลนด์ ฟินแลนด์ ลัตเวีย สเปน ฮังการี และอิตาลี

4. การใช้ราคาขายต่ำสุดของยาชื่อสามัญ (lowest priced generic medicines) ประเทศที่ใช้วิธีนี้ ได้แก่ บุลกาเรีย เดนมาร์ก ฝรั่งเศส และลัตเวีย

5. การใช้ราคาขายเฉลี่ยของราคาขาย 5 ตัวต่ำสุดของยาชื่อสามัญ (average of five lowest priced generic medicines) ประเทศที่ใช้วิธีนี้ ได้แก่ โปรตุเกส

6. การใช้ราคาขายที่คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ของยาต้นแบบ (the percentage of originator medicine prices) ประเทศที่ใช้วิธีนี้ ได้แก่ เบลเยียม

7. การใช้วิธีการค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก (weighted average of all products in one group) ประเทศที่ใช้วิธีนี้ ได้แก่ เยอรมัน และเนเธอร์แลนด์

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้นโยบายราคาอ้างอิง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ราคาอ้างอิงเป็นเพดานราคาที่อนุญาตให้เบิกจ่ายได้สูงสุด สามารถแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ ผลกระทบต่อปริมาณการใช้ยาและค่าใช้จ่ายด้านยา ราคา ยา และผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลกระทบต่อปริมาณการใช้ยาและค่าใช้จ่ายด้านยา

Schneeweiss และคณะ (2002) ศึกษาผลของการกำหนดราคาอ้างอิงของยาในกลุ่ม ACEI ในรัฐ British Columbia โดยทำศึกษาเป็นระยะเวลา 3 ปี คือก่อนนำระบบราคาอ้างอิงมาใช้ 2 ปี และหลังจากการใช้ราคาอ้างอิง 1 ปี ศึกษาการใช้ยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม ACEI ในผู้ป่วยสูงอายุ (> 65 ปี) จากการศึกษาพบว่าหลังจากใช้นโยบายราคาอ้างอิง สัดส่วนของการใช้ยาในกลุ่ม ACEI ที่มีราคาสูงกว่าราคาอ้างอิง ลดลง เพราะผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่าย (cost-sharing) ถึงแม้ว่าปริมาณการใช้ยาลดความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง แต่พบว่านโยบายดังกล่าวสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ถึง 6.7 ล้านดอลลาร์แคนาดา ในช่วง 12 เดือนแรก แต่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยต้องหยุดยา เนื่องจากไม่สามารถจ่ายเงินส่วนต่างได้

Marshall และคณะ (2002) ศึกษาผลการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา 2 รูปแบบในรัฐ British Columbia คือ การกำหนดราคาอ้างอิงของยากลุ่ม histamine-2 receptor antagonists โดยใช้ราคาต่ำสุดของยาในกลุ่ม คือใช้ราคาของยาสามัญ cimetidine เป็นราคาอ้างอิง และการควบคุมการใช้ยากลุ่ม proton pump inhibitors โดยมีการกำหนดเงื่อนไขพิเศษ เพื่อที่จะสามารถจ่ายยาได้ (special authority) และไม่ต้องจ่ายเงินเพิ่ม พบว่าก่อนการใช้นโยบายควบคุมราคา 2 รูปแบบ ปริมาณการใช้ยาของยากลุ่ม histamine-2 receptor antagonists มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ยากลุ่ม proton pump inhibitors เพิ่มขึ้น หลังจากใช้ราคาอ้างอิง พบว่าปริมาณการใช้ยา Cimetidine เพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่า ในขณะที่ยาตัวอื่นที่ถูกจำกัดการใช้ด้วยราคาอ้างอิงในกลุ่มนี้มีปริมาณการใช้ลดลงมากกว่าครึ่ง และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ถึง 1.8-3.2 ล้านดอลลาร์แคนาดา ส่วนยาในกลุ่ม proton pump inhibitors ภายใต้อำนาจพิเศษที่กำหนด พบว่าปริมาณการจ่ายยาลดลงถึงหนึ่งในสี่

ส่วน และสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ถึง 5.5 ล้านดอลลาร์แคนาดา อย่างไรก็ตามปริมาณการใช้ยาในกลุ่ม histamine-2 receptor antagonists เพิ่มขึ้นถึง 16%

ราคาขาย

Joy Li-Yueh Lee และคณะ (2012) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systemic review) ผลการนำราคาอ้างอิงไปใช้ของการจ่ายยาตามใบสั่งในด้านต่าง ๆ โดยสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและครบถ้วน พบว่ามีการใช้นโยบายราคาอ้างอิงใน 6 ประเทศ ได้แก่ รัฐบริติชโคลัมเบีย แคนาดา สหรัฐอเมริกา เยอรมนี นอร์เวย์ สเปน ราคาอ้างอิงมี 2 รูปแบบ คือ generic reference pricing และ therapeutic reference pricing พบว่าผลของนโยบายราคาอ้างอิงต่อราคาขายทำให้ราคาขายลดลงเฉลี่ย 11.5 % (7-24%) เมื่อพิจารณาราคายาตามกลุ่มยาแต่ในละประเทศ ในประเทศเยอรมนี ปี 1989 ราคาของกลุ่ม anti-diabetics ลดลง 18.70% ยาในกลุ่ม anti-ulcerants ลดลง 12.20% และยาในกลุ่ม unspecified ราคาขายลดลง 7 % ในประเทศนอร์เวย์ ปี 2003 ยาในกลุ่ม antidepressants, antiulcerants, antihistamines, angiotensin-converting enzyme inhibitors, statins มีราคาขายลดลง 13% ยา Ranitidine ลดลง 19.20% และยา Captopril ลดลง 23.80% ประเทศสเปน ปี 2000 ราคาของยา Fluoxetine ลดลง 10% แต่ราคาของยา Omeprazole ไม่เปลี่ยนแปลง ในรัฐบริติชโคลัมเบียและแคนาดา ปี 1997 ราคาของยาในกลุ่ม calcium channel blockers ลดต่ำลง 0.80 ดอลลาร์แคนาดา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะการกำหนดราคาขายเป็นหน้าที่ของรัฐบาลในการควบคุมราคา ราคาอ้างอิงทำให้เกิดการแข่งขันด้านราคามากขึ้นก่อนยาเข้าสู่ตลาดซึ่งจะเห็นว่าระบบราคาอ้างอิงส่วนใหญ่ทำให้ราคาขายลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงมาตรฐาน อย่างไรก็ตามพบว่าผลกระทบต่อราคาขายแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในบางประเทศระบบราคาอ้างอิงทำให้ราคาขายลดลงตามที่คาด แต่ในขณะที่บางประเทศ เช่น เนเธอร์แลนด์และสเปน พบว่ายาบางตัวที่มีราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงจะมีการเพิ่มขึ้นของราคา

ส่วนผลของระบบราคาอ้างอิงที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้น มีการศึกษาน้อย และไม่มีการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพระยะยาว ผลลัพธ์ทางสุขภาพอาจเกิดจากระบบราคาอ้างอิงส่งผลให้ผู้สั่งใช้ยาและผู้ป่วยเปลี่ยนยาที่ใช้ อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานว่าระบบราคาอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ในภาพรวมพบว่าการนำระบบราคาอ้างอิงมาใช้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ในระยะสั้นเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งหมด ซึ่งในแต่ละประเทศอาจให้ผลที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับหลายสาเหตุ เช่น สถานการณ์ตลาดของยา นโยบายอื่น ๆ ของประเทศ และช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

วิธีการควบคุมราคาที่ถูกกล่าวมาข้างต้น ยังไม่มีการดำเนินการในประเทศไทย เนื่องจากไม่มีกฎหมายควบคุมราคาโดยตรงและไม่มีหน่วยงานในระบบสุขภาพที่ทำหน้าที่ดังกล่าว สำหรับกองทุนในระบบประกันสุขภาพภาคสาธารณะที่ใช้วิธีจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการแบบปลายปิด คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุนประกันสังคม ก็ไม่เห็นความจำเป็นต้องควบคุมราคา เนื่องจากรูปแบบวิธีจ่ายเงินดังกล่าวไม่ได้สร้างแรงจูงใจในการใช้ยาราคาแพง การควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีอยู่จึงทำในลักษณะการจำกัดรายการยาที่ครอบคลุมในสิทธิประโยชน์เท่านั้น ยกเว้น การต่อรองราคาสำหรับยาจำเป็นบางชนิด เช่น ยาบัญชี จ.2 ที่มีการแยกวิธีเบิกจ่ายภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของประเทศ เนื่องจากมีราคาแพงจนอาจทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ยาก ดังนั้น จึงมีเพียงระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ใช้วิธีจ่ายเงินค่ายาแบบปลายเปิดสำหรับผู้ป่วยนอกที่ควรพัฒนาวิธีควบคุมราคาที่เหมาะสม โดยอาจกำหนดอัตราเบิกจ่ายตามเงื่อนไขของกรอบรายการยาตามวิธีกรอบรายการยาสำหรับการควบคุมราคา

2.4 การศึกษาผลกระทบจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายยาในประเทศไทย

จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ (2553) ศึกษาศักยภาพการประหยัดค่าใช้จ่ายจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ 28 แห่งเพื่อประมาณการความประหยัดจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายา โดยกำหนดอัตราเบิกจ่ายภายใต้เงื่อนไขระดับราคา 2 ประการ คือ ใช้ราคายาในบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มเดียวกัน และใช้ราคาอ้างอิงจากยาที่มีตัวยาสำคัญเดียวกันและรูปแบบเดียวกัน แบ่งเป็น 3 กรณีย่อย ดังนี้ 1. กำหนดตามยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน (ยาที่มีรหัส ATC 1-3 เหมือนกัน) ซึ่งมีราคาต่ำที่สุด 2. กำหนดในลักษณะราคาอ้างอิง แบ่งเป็น 2.1 ตามราคาจริงที่แต่ละโรงพยาบาลเรียกเก็บแต่ไม่เกินเพดานที่กำหนดจากค่ามัธยฐานของยาตัวเดียวกันจากทุกโรงพยาบาล 2.2 ตามราคาคงที่ โดยมีอัตราเท่ากับค่ามัธยฐานของยาตัวเดียวกันจากทุกโรงพยาบาล ยาตัวเดียวกันหมายถึงยาที่มีชื่อสามัญของตัวยาสำคัญที่เหมือนกันตามรหัส ATC ในระดับที่ 1-5 และมีรูปแบบ (dosage form) เดียวกัน

โดยในการวิเคราะห์ใช้ครั้งของการสั่งใช้หรือจำนวนใบสั่งยาเป็นหน่วยของมาตรฐานแล้วคำนวณอัตราการเบิกจ่ายหรือราคาต่อหน่วยให้อยู่ในรูปของบาทต่อใบสั่ง ผลการศึกษาพบว่าหากกำหนดอัตราการเบิกจ่ายตามราคาของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นการเบิกจ่ายที่ค่อนข้างเข้มงวด พบว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2553 ของกลุ่มยาที่ใช้มากและมี

ค่าใช้จ่ายสูง 3 กลุ่ม ได้แก่ ยาควบคุมไขมันในเลือด ยาด้านข้ออักเสบ และยาลดการหลังกรดลงได้ ถึงร้อยละ 72.8 , 85.7 และ 86.5 ตามลำดับ แต่ถ้ากำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายตามจริงของแต่ละโรงพยาบาลแต่ไม่เกินเพดานซึ่งอ้างอิงกับค่ามัธยฐานของอัตราค่าบริการสั่งตามรหัส ATC1-5 ของยาเดียวกัน จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของยาควบคุมไขมันในเลือดและยาด้านข้ออักเสบได้ ร้อยละ 13.4 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ สำหรับยาทั้ง 20 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงคือมีมูลค่าการเบิกจ่ายไม่ต่ำกว่ากลุ่มละ 50 ล้านบาท เงื่อนไขการเบิกจ่ายดังกล่าวช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 14.0 ของค่าใช้จ่ายรวมสำหรับยาทั้ง 20 กลุ่ม และถ้ากำหนดความเข้มงวดที่ต่ำกว่า โดยอัตราคงที่เท่ากันทุกโรงพยาบาลซึ่งอ้างอิงกับค่ามัธยฐานของอัตราค่าบริการสั่งตามรหัส ATC1-5 เช่นกันจะประหยัดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 2.9 ของค่าใช้จ่ายสำหรับยาทั้ง 20 กลุ่ม ซึ่งจะเป็นทางเลือกที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้น้อยที่สุด

เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข และคณะ (2555) ได้ศึกษาระบบราคาอ้างอิงของยาในประเทศไทยเพื่อหากลไกต่างๆ สำหรับการกำหนดราคาอ้างอิง (reference pricing) หรือราคาเบิกจ่ายของยาที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย การศึกษาวิจัยย้อนหลังแบบภาคตัดขวาง (Retrospective and cross-sectional research) ของระบบการกำหนดราคาอ้างอิง และการทดลองรูปแบบการกำหนดราคา ใช้ฐานข้อมูลการใช้ยาของข้าราชการที่เบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางจากโรงพยาบาลจำนวน 29 แห่งศึกษายามืดจำนวน 5 กลุ่มที่มีมูลค่าสูงของข้าราชการ ได้แก่ ยาลดไขมันกลุ่ม Statin, ยาทางเดินอาหารกลุ่ม Proton pump inhibitor (PPI), ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI), ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Angiotensin receptor blockers (ARB), ยากระดูกกลุ่ม Bisphosphonates (BIS) โดยจำลองสถานการณ์การเบิกจ่าย 4 สถานการณ์ดังนี้ (1) ไม่มีการทดแทนยา แต่เบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา + Dispensing fee (30 หรือ 50 บาทต่อหนึ่งรายการ) (2) ทดแทนยาในระดับ 1 (หรือระดับ ATC-5) ด้วยยาสามัญชื่อเดียวกัน (เช่น ใช้ราคายาสามัญ simvastatin แทนยาดันแบบชื่อและขนาดเดียวกัน) ใช้ราคาขาย/วัน (median price/DDD) โดยยังคงเหลือยาที่ไม่ถูกทดแทนประมาณร้อยละ 20 (กลุ่มได้รับการยกเว้น หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาดันแบบ) (3) ทดแทนยาในระดับ 2 (หรือระดับ ATC-4) ด้วยยาสามัญในกลุ่มยาเดียวกัน (เช่น ใช้ราคายาสามัญ simvastatin แทนยา atorvastatin ตามขนาด DDD) ใช้ราคาขาย/วัน (median price/DDD) โดยยังคงเหลือยาที่ไม่ถูกทดแทนประมาณร้อยละ 20 (กลุ่มได้รับการยกเว้น หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาดันแบบ) (4) ทดแทนยาในระดับ 2 (หรือระดับ ATC-4) ด้วยยาสามัญในกลุ่มยาเดียวกัน ใช้ราคาถัวเฉลี่ยของยา NED และ ED (จากฐานข้อมูลของ อย. ซึ่งใช้ในการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ) โดยยังคง

รายได้ที่เกิดจากส่วนต่างระหว่างราคาขายและต้นทุนที่ซื้อของโรงพยาบาลไว้ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีการทดแทนยาด้วยยาสามัญที่แตกต่างกันในระดับ 2 ทำให้การประหยัดงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48 สูงกว่าการทดแทนในระดับที่ 1 และสูงกว่ากรณีไม่มีการทดแทนยา แต่เบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา + Dispensing fee โดยกลุ่มยาลดไขมันมีมูลค่าการประหยัดได้เกือบร้อยละ 70 จากการที่มีปริมาณและมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักที่เป็นยาต้นแบบและยาที่ผู้จำหน่ายรายเดียวจำนวนมาก กลุ่ม PPI ก็สามารประหยัดงบประมาณได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ 33 เนื่องจากสามารถทดแทนยาได้หลายรายการ ในสถานการณ์ที่ 4 ใช้ข้อมูลการผลิตและนำเข้ายาที่รายงานไปยังคณะกรรมการอาหารและยานำข้อมูลมาคำนวณหาราคาถัวเฉลี่ย ของยาแต่ละกลุ่ม (รวมทั้ง ยา ED และ NED ที่จำหน่ายในประเทศ หรือ RP เฉลี่ย) สัดส่วนจำนวนวันที่ใช้ยา ED และ NED, สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา ED และ NED จากนั้นจึงสร้างสูตรคณิตศาสตร์เพื่อประเมินว่าถ้าสถานพยาบาลต้องการจะประหยัดงบประมาณให้ได้ร้อยละ 33 จากเดิม จะต้องมีสัดส่วนผู้ป่วยเพื่อใช้ยาสามัญเพิ่มขึ้นจากเดิมเท่าใด และราคาเบิกจ่ายจะเป็นเท่าใด (RP 33) และถ้าต้องการประหยัดงบประมาณได้ร้อยละ 50 (RP 50) หรือถ้าเหลือผู้ป่วยที่ใช้ยาต้นแบบเพียงร้อยละ 10 ราคาเบิกจ่ายจะเป็นเท่าใด (RP minimum) โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถใช้สูตรคำนวณสัดส่วนผู้ป่วย และกำหนดราคาเบิกจ่ายที่สร้างขึ้น เพื่อไปดำเนินการประมาณการณ์การทดแทนยาสามัญ และดำเนินนโยบายที่มีความยืดหยุ่นได้ ตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น พบว่ากลุ่มยา ACEI มีสัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยา ED: NED สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ประมาณ 12:1 ในขณะที่กลุ่ม ARB มีสัดส่วนการใช้ยา ED:NED เพียง 0.5:1 ในกลุ่มนี้มีราคายาเฉลี่ย 18 บาทต่อ DDD ดังนั้น ถ้าต้องการจะประหยัดงบประมาณให้ได้ร้อยละ 33 ต้องเพิ่มสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา ED: NED เป็น 2.2:1 และเบิกจ่ายยาที่ราคา 12.2 บาทต่อ DDD และจะประหยัดได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 53 ถ้ามีสัดส่วนผู้ป่วยเป็น 1.0:1 และเบิกจ่ายยาที่ราคา 8.5 บาทต่อ DDD ทั้งนี้การศึกษานี้ยังศึกษาถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำหนดราคาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการ เช่น การทำหน้าที่ของแพทย์ผู้รักษา สิทธิและความเท่าเทียมของผู้ป่วย การจัดการด้านการเงินของผู้ให้บริการ การกำหนดงบประมาณของระบบประกันสุขภาพ และศักยภาพและความอยู่รอดของอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศที่เป็นอุตสาหกรรมที่จะทำให้ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ในเรื่องสุขภาพและการเข้าถึงยาของประชาชนคนไทย

2.5 กลไกในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา

กลไกหลักด้านยาที่ใช้ในปัจจุบัน และส่งผลต่อการกำหนดราคายาเพื่อใช้ในสถาน
บริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน พิจารณาได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ในข้อ
8 ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่ ในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และ
กำหนดราคากลางในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ พัฒนากลไกและมาตรการในการพัฒนาบัญชี
ยาหลักแห่งชาติ และการกำหนดราคากลางดังกล่าวให้ทันสมัย รวมทั้งส่งเสริมการใช้ยาให้
สมเหตุสมผล

การกำหนดราคากลางยาสำหรับการจัดซื้อยาของหน่วยงานภาครัฐ

นิยามของ “ราคากลาง” ตามระเบียบนี้ หมายถึงกรอบราคาที่เหมาะสมที่ให้ส่วน
ราชการ/หน่วยงานของรัฐใช้ในการจัดซื้อจัดหายา รวมถึงยาแผนไทยหรือยาจากสมุนไพร ซึ่งไม่ใช่
ราคาจัดซื้อต่ำสุด โดยส่วนราชการ/หน่วยงานของรัฐ ต้องจัดซื้อยาแต่ละรายการไม่เกินราคากลางยา
ที่กำหนดยกเว้นมีเหตุผลอันสมควรที่สามารถชี้แจงต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

2. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553

พระราชกฤษฎีกาดังกล่าวเป็นกฎหมายลูกของพระราชบัญญัติการกำหนด
หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณ พ.ศ. 2518 มาตรา 3 ซึ่งให้อำนาจแก่
กรมบัญชีกลาง เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเบิกจ่าย วิธีการเบิกจ่าย และอัตราการเบิกจ่ายยา
ให้แก่สถานพยาบาล ดังนั้นในพระราชกฤษฎีกา มาตรา 8(4) กำหนดว่าการจ่ายเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ให้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลโดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ประเภท และ
อัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด ในปัจจุบันนี้ มีประกาศกระทรวงการคลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เรื่อง
อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายใน
สถานพยาบาลของทางราชการ (หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0417/ว.177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน
2549) หมวด 3 ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดราคายาเพื่อขอ
เบิกจ่ายตามราคาต้นทุนดังแสดงในตารางที่ 9 ดังนี้

**ตารางที่ 9 เกณฑ์การเบิกจ่ายยาตามต้นทุนที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้สำหรับสถานพยาบาลของ
ทางราชการ**

ราคาค่าต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ราคาที่ใช้เบิก
0.01-0.20	0.50
0.21-0.50	1.00
0.50-1.0	1.50
1.01-10	1.50+125%ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.01-100	13+120%ของส่วนที่เกิน 10 บาท
100.01-1,000	126+115%ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	1,161+110%ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

หมายเหตุ ทั้งนี้ราคาต่ำกว่า 10 บาท ควรปิดให้เป็นเท่าของ 0.25 บาท ราคาขายสูงกว่า 10 บาท แต่ไม่เกิน 100 บาท ควรปิดให้เป็นเท่าของ 0.50 บาท ราคาขายสูงกว่า 100 บาท ควรปิดเศษให้เป็นบาท โดยน้อยกว่า 0.50 ควรปิดลง และ 0.50 บาทขึ้นไปปิดขึ้น

กระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลาง ได้มีการออกประกาศกำหนดเกณฑ์อัตรา
ราคาขายที่เบิกจ่ายของสถานพยาบาลของทางราชการในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพและเหมาะสมในการเบิกจ่าย ซึ่งเป็นอัตราที่ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง
ค่าวัสดุ ค่าครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง ค่าบริหารจัดการ และต้นทุนการพัฒนา โดยอาศัยข้อมูลที่กระทรวง
สาธารณสุขใช้ในการกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข พ.ศ.2547 เป็นฐานในการคำนวณเนื่องจากมีความครอบคลุม ประกอบกับการเชิญ
ผู้แทนจากสถานพยาบาลในสังกัดต่างๆร่วมพิจารณา ทั้งนี้ ค่ายาที่ใช้เบิกจ่ายจะมีการบวกเพิ่ม
(mark-up) แบบเป็นขั้น (step) เพื่อความเหมาะสมจากราคาค่าต้นทุนต่อหน่วย โดยมีหลักเกณฑ์ในการ
กำหนดราคา

3. มาตรฐานการผลิตยาในประเทศ

อุตสาหกรรมการผลิตยาในประเทศไทย จะต้องมีการควบคุมตามกฎหมายอย่าง
เคร่งครัด เพื่อจะได้ผลิตยาที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีประสิทธิภาพในการรักษา และเพื่อความปลอดภัย
ของผู้ใช้ยา ทั้งยังเพิ่มความมั่นใจในเรื่องคุณภาพของยาระหว่างยาดำรับดั้งเดิมที่มีราคาแพงกับยา
สามัญที่มีราคาถูกแต่มีคุณภาพทัดเทียม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการสร้างหลักประกัน
การเข้าถึงยาที่มีคุณภาพของผู้ป่วย โดยการใช้หลักประกันคุณภาพของยาที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลก คือ

หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต หรือ Good Manufacturing Practice (GMP) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ประกาศใช้มาตรฐานวิธีการที่ดีในการผลิตยาครั้งแรกโดยใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลกเป็นหลักในปี พ.ศ. 2521 และต่อมาในปี พ.ศ. 2527 องค์การอาหารและยาได้จัดทำโครงการ การยกระดับมาตรฐานการผลิตยาสำเร็จรูปภายในประเทศ โดยรณรงค์ให้โรงงานผลิตยาพัฒนามาตรฐานการผลิตของตน พร้อมมอบประกาศนียบัตรให้แก่โรงงานที่ผ่าน GMP และได้ปรับปรุงแก้ไขโรงงานผลิตยาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนา GMP ขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวง เรื่องการกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2546 (Thai GMP) และในปี 2551 ASEAN กำหนดให้การตรวจสอบ GMP ใช้เกณฑ์มาตรฐานเดียวกัน ภายในปี พ.ศ.2551 โดยอาศัยมาตรฐานสากล เช่น The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co- operation Scheme (PIC/S-GMP) และในปี 2554 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้ GMP-PIC/S เป็นกฎหมายและมีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2555 การเป็นสมาชิก PIC/S ซึ่งเป็นมาตรฐานที่มีการตรวจสอบที่มีความน่าเชื่อถือและมีความสากลยอมรับทั่วโลก ทำให้หน่วยงานตรวจ GMP และผลิตภัณฑ์ยาของไทยเป็นที่ยอมรับของสากลซึ่งอาจนำมาใช้ในการกำหนดนโยบายราคายาได้ ในปัจจุบันการดำเนินการตาม GMP-PIC/S ของโรงงานยาอาจมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ สภาพของโรงงาน และการขาดแคลนบุคลากร เป็นต้น ทำให้ปัจจุบันมีเพียงบางโรงงานผลิตยาเท่านั้นที่ผ่านมาตรฐาน GMP-PIC/S

2.6 หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่ใช้ในปัจจุบันและรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.6.1 อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการของกรมบัญชีกลาง ประกาศ ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549

ด้วยปัจจุบันสถานพยาบาลของทางราชการได้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่แต่ละสถานพยาบาลกำหนด ทำให้อัตราค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ในการเบิกจ่ายแต่ละรายการหรือแต่ละหัตถการมีความแตกต่างกัน กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางจึงได้พิจารณากำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการแจ้งอัตราค่ารักษาพยาบาลเพื่อประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และเพื่อให้การจ่ายเงินงบประมาณสำหรับการรักษายาพยาบาลเป็นไปด้วยความเหมาะสม ทั้งนี้ อัตราค่าบริการที่กำหนดขึ้นตามประกาศ

นี้เป็นอัตราที่ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง ค่าบริหารจัดการ และ ต้นทุนการพัฒนา ซึ่งจะทำให้เกิดความเป็นธรรมกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

หลักการและแนวคิด

ในการจัดทำอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลของทางราชการ กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางได้จัดทำโดยอาศัยข้อมูลที่ กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547 เป็นฐานในการคำนวณ ซึ่งอัตราดังกล่าวใช้แนวคิดหลักการคิด ต้นทุนกิจกรรมบริการ (Activity Based Costing) เนื่องจากมีความครอบคลุม และได้เชิญผู้แทนจาก สถานพยาบาลในสังกัดต่างๆ ซึ่งได้แก่ สถานพยาบาลในสังกัด โรงเรียนแพทย์ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมพิจารณาด้วย โดยอัตราค่าบริการดังกล่าว ประกอบด้วย

1. ต้นทุนแรงงาน (Labor Cost: LC) คิดเฉพาะค่าตอบแทนที่เป็นเงินนอกงบประมาณ โดยคิดในอัตราร้อยละ 50 จากต้นทุนแรงงานของกระทรวงสาธารณสุข
2. ต้นทุนวัสดุ (Material Cost: MC) คิดจากวัสดุที่สถานพยาบาลต้องใช้ในการให้บริการในกิจกรรมนั้นๆ
3. ต้นทุนครุภัณฑ์ สิ่งก่อสร้าง (Capital Cost: CC) คิดจากค่าเสื่อมราคาของ เครื่องมือแพทย์และอาคารที่ใช้ในการให้บริการในกิจกรรมนั้นๆ โดยเครื่องมือแพทย์คิดค่าเสื่อมราคาตามอายุการใช้งานของเครื่องมือแต่ละประเภท ส่วนอาคารสิ่งก่อสร้างคิดค่าเสื่อมราคาจากอายุการใช้งาน 25 ปี
4. ต้นทุนค่าบริหารจัดการ (Overhead Cost) คิดจากร้อยละ 20 ของต้นทุนรวม LC, MC และ CC ซึ่งเป็นต้นทุนทางตรง ค่าบริหารจัดการเป็นต้นทุนทางอ้อมที่เกิดจากการใช้ทรัพยากร ร่วมกันของทุกแผนกในโรงพยาบาล เช่น ค่าสาธารณูปโภค ซึ่งปกติในการคำนวณจะต้องมีการ กระจายต้นทุน (ปันส่วน) จากหน่วยสนับสนุนทุกหน่วยเข้าสู่หน่วยผลิตแต่ละหน่วยเป็นสัดส่วน ตามชั่วโมงการทำงาน กิจกรรม และในกรณีที่ไม่สามารถกระจายต้นทุนได้ตามที่ใช้อย่างจริง สามารถคิด จากต้นทุนทางตรงได้
5. ต้นทุนการพัฒนา (Future Development Cost) เป็นกำไรเพื่อใช้ในการพัฒนา ขณะนี้คิดในอัตราร้อยละ 20-25 ของต้นทุนรวม LC, MC, CC และ Overhead Cost (ขึ้นอยู่กับนโยบาย ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้)

สำหรับค่ายาให้เบิกจ่ายโดยบวกเพิ่ม (Mark-up) เป็นขั้น (Step) เพื่อความเหมาะสมจากราคาต้นทุนต่อหน่วย เนื่องจากในการคิดอัตราค่าบริการได้รวมต้นทุนและกำไรไว้แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องนำกำไรจากค่ายาไปอุดหนุนค่าบริการรายการอื่น

ตารางที่ 10 เกณฑ์การเบิกจ่ายยาตามต้นทุนที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้สำหรับสถานพยาบาลของทางราชการของกรมบัญชีกลาง ปี พ.ศ. 2549

ราคาต้นทุนต่อหน่วย	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป
0.01-0.20	0.50
0.21-0.50	1.00
0.50-1.0	1.50
1.01-10	1.50+125%ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.01-100	13+120%ของส่วนที่เกิน 10 บาท
100.01-1,000	126+115%ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	1,161+110%ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

ราคาขายต่ำกว่า 10 บาท ควรปัดให้เป็นเท่าของ 0.25 บาท

ราคาขายสูงกว่า 10 บาท แต่ไม่เกิน 100 บาท ควรปัดให้เป็นเท่าของ 0.50 บาท

ราคาขายสูงกว่า 100 บาท ควรปัดเศษให้เป็นบาท โดย น้อยกว่า 0.50 บาทปัดลง 0.50 ขึ้นไปปัดขึ้น ทั้งนี้ จะมีการประกาศราคากลางของยาที่ให้เบิกในภายหลัง

2.6.2 หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยา จากรายงานการวิจัย การจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร งานวิจัยทุนสนับสนุนจาก สปสช.เขต 13

จากรายงานในปี พ.ศ. 2551 สักส่วนประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของประชากรทั้งหมดและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ และการเป็นสังคมผู้สูงอายุจะส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามมา ดังนั้นการออกแบบหรือการเตรียมความพร้อมของการบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญของประเทศไทย

เป็นที่ทราบกันดีว่าระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศไทยที่ครอบคลุมจำนวนประชากรของประเทศมากที่สุดคือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดูแลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้การบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพมีประสิทธิภาพ

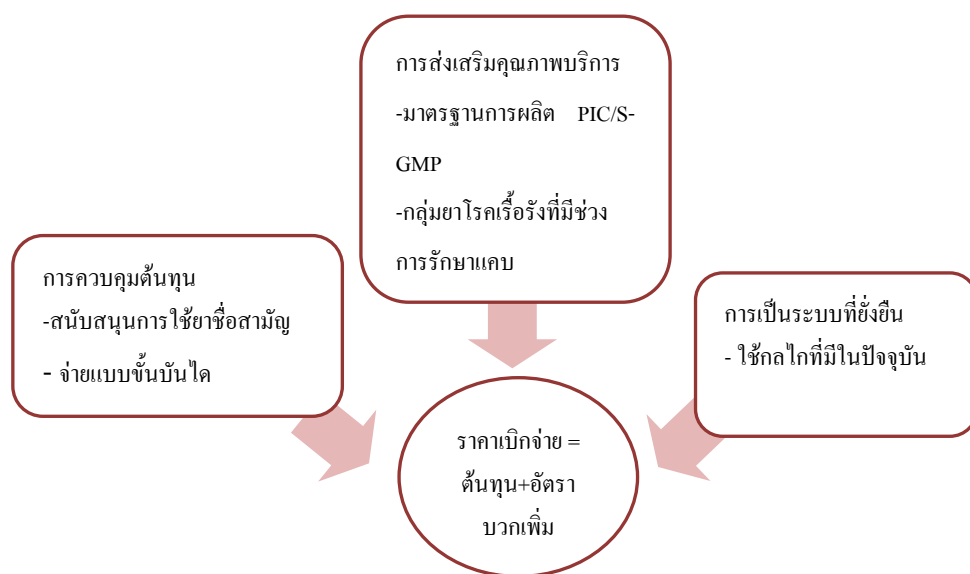
สปสช. ได้แบ่งพื้นที่รับผิดชอบออกเป็นทั้งหมด 13 เขตทั่วประเทศ โดยที่แต่ละเขตพื้นที่จะประกอบด้วยหลายจังหวัด ในการดำเนินงานของ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร มีการบริการที่ได้รับความสะดวกคือ การให้บริการผู้ป่วยนอกเขตบริการประจำ โดยทาง สปสช.เขต 13ได้กำหนดการเบิกจ่ายคืนในอัตราเหมาจ่าย 1,400 บาทต่อครั้งของผู้ป่วยที่มารับบริการ ทำให้หน่วยบริการประจำพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายของการรับบริการแต่ละครั้งให้อยู่ในวงเงิน 1,400 บาท ซึ่งกระทบต่อผลการให้บริการ และผลที่สำคัญอย่างหนึ่งเกิดขึ้นกับค่าใช้จ่ายด้านยา ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายหลักในกรณีของการบริการผู้ป่วยนอก โดยพบว่ามีการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยระยะเวลาที่สั้นลงเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายของการบริการแต่ละครั้งไม่ให้สูงกว่าอัตราเหมาจ่ายต่อครั้ง เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องมารับบริการบ่อยครั้งมากขึ้น จึงเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องมีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยนอกเหล่านี้ไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อ พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อได้ก็ต่อเมื่อได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ อันเนื่องจากเกินศักยภาพของหน่วยบริการประจำ ยกเว้นกรณีผู้ป่วยพิการ อุบัติเหตุฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจะเป็นภาระของหน่วยบริการประจำที่ส่งผู้ป่วยไป ซึ่งต้องจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่องบประมาณของหน่วยบริการประจำที่ส่งผู้ป่วยไป ที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วยได้ และยังพบว่าความไม่เท่าเทียมกันของการเบิกจ่ายยาดังกล่าวอีกด้วย เช่น การเบิกจ่ายยาตัวเดียวกันด้วยราคาที่แตกต่างกันของหน่วยบริการที่รับส่งต่อแต่ละแห่ง

สปสช.เขต 13 จึงได้มีแนวคิดการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาเพื่อใช้อ้างอิงสำหรับการเบิกจ่ายและใช้เป็นกลไกแทนการจ่ายตามอัตรา 1,400 บาทต่อครั้ง ซึ่งคาดว่าจะทำให้ลดปัญหาของการพยายามจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่สั้นลง และปัญหาการเบิกจ่ายยาด้วยราคาที่แตกต่างกันของแต่ละหน่วยบริการ อย่างไรก็ตามการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาเป็นนโยบายที่มีความซับซ้อนและจะต้องทำด้วยความระมัดระวังเพราะเป็นนโยบายที่เป็นผลกระทบกับทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วยบริการและสปสช.ในฐานะผู้จ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมยาอีกด้วย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยา เพื่อให้สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ใช้ในกรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอกระหว่างสถานพยาบาล ผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้ป่วยพิการ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้มีมาตรฐานราคายาในการเบิกจ่าย เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยนำร่อง จึงได้มีการกำหนดขอบเขตการทำหลักเกณฑ์

ราคาเบิกจ่ายยา เฉพาะรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักและมีราคากลางตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ รวมทั้งยาในกลุ่มกันชักที่มีการใช้มากในกลุ่มผู้ป่วยพิการ

งานวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดในการจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายอาศัยหลักการ 3 ประการ ได้แก่ ระบบราคาที่กำหนดควรส่งเสริมให้เกิดคุณภาพที่เหมาะสมของทั้งผลิตภัณฑ์ยาและในด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ระบบราคานี้ต้องบูรณาการกลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและไม่สร้างภาระด้านงบประมาณเกินความจำเป็น และที่สำคัญคือระบบการกำหนดราคาต้องมีความยั่งยืน โดยงานวิจัยนี้ได้ใช้กลไกในการกำหนดราคาขายคือ ราคากลางสำหรับการจัดซื้อ และ %mark up ใช้หลักเกณฑ์ (sliding scale) โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ป่วย narrow therapeutic index โดยเน้นกลุ่มรักษา epilepsy และ psychotics และเพื่อส่งเสริมคุณภาพยาที่ผลิตในประเทศซึ่งไปสู่คุณภาพการรักษาด้วยยา จึงได้มีการคิดราคาขายสำหรับยา NTI และยาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน GMP/PICs เป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการส่งเสริมคุณภาพของการใช้ยา อย่างไรก็ตามการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาเป็นนโยบายที่มีความซับซ้อนและจะต้องทำด้วยความระมัดระวังเพราะเป็นนโยบายที่เป็นผลกระทบกับทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการ หน่วยบริการ และ สปสช. ในฐานะผู้จ่ายเงินเพื่อซื้อบริการ นอกจากนี้ยังอาจส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมยาอีกด้วย



ภาพที่ 3 แนวคิดในการพิจารณากำหนดราคาเบิกจ่ายยาของหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยา

สปสช. เขต 13

จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้สรุปเป็นหลักการในการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุ และฉุกเฉินของ สปสช. เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ราคากลาง/ราคา จัดซื้อ	ราคาเบิกจ่ายยา ทั่วไป	ราคาเบิกจ่ายสำหรับยา NTI ในกรณีใช้ยาต้นแบบ	ราคาเบิกจ่ายยาที่ซื้อ จากผู้ผลิตมาตรฐาน GMP-PICs
0.01-0.20	0.50		
0.21-0.50	1.00		
0.50-1.0	1.50		
1.01-10	1.50+115% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+105% ของส่วนที่เกิน 1 บาท	1.50+125% ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.01-100	12+110% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	12+105% ของส่วนที่เกิน 10 บาท	13+120% ของส่วนที่เกิน 10 บาท
100.01-1,000	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	111+105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	126+115% ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,056+100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,161+110% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

* ในกรณีของยากลุ่ม NTI ที่ใช้ยาต้นแบบ กำหนดให้ใช้ราคาจัดซื้อที่ต่ำที่สุด แทนราคากลาง

การกำหนดกรอบวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า วิธีการคิดราคาขายที่ประเทศอื่น ๆ ใช้ส่วนใหญ่แล้วไม่สอดคล้องกับหลักการที่กำหนดไว้ เช่นการใช้ค่าเฉลี่ยของราคาขาย ซึ่งจะประสบปัญหาเรื่องความยั่งยืนของการคิดราคาขาย เพราะการหาราคายามาเฉลี่ยนั้นทำได้ยาก เนื่องจากราคาขายในประเทศไทยมีหลายชนิดและไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการรวบรวมราคาขาย อาจส่งผลต่อความทันสมัยของราคาขายที่จะนำมาใช้ในการคำนวณราคาเบิกจ่ายยาในอนาคต อย่างไรก็ตาม วิธีการคิดราคาขายที่น่าสนใจ คือ ระบบราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องกำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.

2553 ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ราคาในการจัดซื้อ ซึ่งจะมีหน่วยงานรับผิดชอบโดยทำหน้าที่ในการทำให้ราคามีความทันสมัย และมักจะเป็นราคาที่ได้รับการคุ้มครองเพื่อให้เหมาะสมกับการจัดซื้อของโรงพยาบาล จึงเชื่อได้ว่าเป็นระบบราคาที่มีความยั่งยืนและสามารถช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายได้หากนำมาใช้คิดเป็นราคาเบิกจ่ายยา

นอกจากนี้พบว่านโยบายการกำหนดราคาขายของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง โดยใช้การคิดเป็น % mark-up แบบขั้นบันไดก็เป็นมาตรฐานที่น่าสนใจและนำมาพัฒนาเป็นราคาเบิกจ่ายค่ายาได้เพราะมาตรการนี้เป็นมาตรการที่โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศมีความคุ้นเคย และยังเป็นมาตรการที่เปิดโอกาสให้มีการส่งเสริมคุณภาพการให้บริการได้ด้วย เช่น การใช้มาตรการนี้สามารถกำหนดอัตราการทำกำไรของยาที่แตกต่างกันได้ในแต่ละรายการ

ผลการคัดเลือก การพัฒนาและการทดสอบวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายยา

จากการสำรวจข้อมูลพบข้อจำกัดของข้อมูลหลายอย่าง เช่น การไม่มีราคาต้นทุนของแต่ละโรงพยาบาลที่สามารถนำมาใช้ในการกำหนดราคาเบิกจ่ายได้ การที่โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลหน่วยขายแตกต่างกัน การลงรายการของยาชนิดและยาแบ่งบรรจุมีความสับสน และยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคากลางเฉพาะยาบางรายการเท่านั้น ดังนั้นจึงทำให้การศึกษานี้จึงจำกัดขอบเขตของการศึกษาไว้เพียงราคาเบิกจ่ายเฉพาะยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีราคากลางตามประกาศฯ และไม่รวมรูปแบบยาชนิดและยาแบ่งบรรจุ

นอกจากนี้พบว่าตามระเบียบของทางราชการที่กำหนดให้โรงพยาบาลไม่สามารถซื้อยาที่ราคาสูงกว่าราคากลางของยาตามประกาศของบัญชียาหลักแห่งชาติได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบราคากลางกับราคาต้นทุนประมาณการที่คำนวณจากสูงการกำหนดราคาของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง พบว่าราคากลางมีค่าสูงกว่าราคาต้นทุนประมาณการมากกว่า 20% (อยู่ในช่วง 0-80%) ดังนั้นจากการที่การศึกษานี้ไม่สามารถหาราคาต้นทุนยาของแต่ละโรงพยาบาลได้และใช้ราคากลางตามประกาศฯ เป็นต้นทุนเสมือน ก็ถือว่าการเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลมีกำไรได้ระดับหนึ่งอยู่แล้ว ในขณะที่เดียวกันพบว่าหากใช้อัตราการคิดราคาของกรมบัญชีกลางที่กำหนดให้คำนวณจาก “ต้นทุน” แต่การศึกษานี้ใช้ราคากลางแทนก็จะส่งผลให้ราคาเบิกจ่ายจะมีค่าสูงขึ้นอีกจากกำไรที่มีอยู่แม้เพียงราคาเบิกจ่ายเท่ากับราคากลางตามประกาศฯ ทั้งนี้ก็ไม่ควรกำหนดราคาเบิกจ่ายสูงกว่าอัตราคิดราคาของกรมบัญชีกลางที่เป็นการคิดในระบบประกันสุขภาพแบบจ่ายตามจริง เพราะจะทำให้ค่าใช้จ่ายของ สปสช. สูงเกินไป ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าราคาเบิกจ่ายต่ำสุดควรเป็นราคากลางตามประกาศฯ ในบัญชียาหลักแห่งชาติและราคาเบิกจ่ายสูงสุดคือ % mark-up จากการกำหนดราคาขายแบบขั้นบันไดของกรมบัญชีกลาง จึงทำให้การพัฒนาวิธีการ

คิดราคาเบิกจ่ายค่ายาในการศึกษานี้สามารถผสมผสานราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และการกำหนดค่ายาตามประกาศของกรมบัญชีกลาง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบแบบจำลองมีจำนวนน้อย
2. ไม่มีราคาต้นทุนซื้อยาของสถานพยาบาลทำให้ต้องประมาณการต้นทุนจากราคายาโดยใช้สัดส่วนบวกเพิ่มของกรมบัญชีกลาง จึงไม่สามารถวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินของสถานพยาบาล หากมีการใช้ราคาเบิกจ่ายค่ายาได้
3. รหัสมาตรฐานยาที่มีการนำมาใช้ได้แก่ รหัสมาตรฐานยา 24 หลัก ประกอบกับบัญชีข้อมูลยา และรหัสยามาตรฐานของไทย รหัส (TMT-Thai Medicines Terminology) ที่ยังอยู่ระหว่างการพัฒนา รวมทั้งเลขทะเบียนยามีข้อจำกัด ทำให้การ Mapping ข้อมูลทำได้ไม่สมบูรณ์

2.6.3 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

จากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาปัจจุบันของกรมบัญชีกลาง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ายารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการ (หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0417/ว.177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549) สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้พัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขขึ้นใหม่ โดยกำหนดราคาเบิกจ่ายในหมวดของยาและหมวดอื่น ๆ

จากสรุปผลการศึกษาศึกษาการปรับอัตราค่าบริการ ในหมวดของยา วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ของสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย พบว่าหลักการและแนวคิดการปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข มีดังนี้

1. ปรับโครงสร้างราคาเบิกจ่ายให้สะท้อนต้นทุนบริการ
2. มีการดำเนินการปรับปรุงรายการอย่างน้อยปีละครั้ง เนื่องจากต้นทุนบริการสาธารณสุข และเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีเปลี่ยนแปลง
3. รายการที่ต้องการเสนอเพิ่มจะต้องผ่านการพิจารณาจากราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. ทางกรมบัญชีกลางมีคณะกรรมการพิจารณาสีทธิประโยชน์ เพื่อพิจารณาอนุมัติรายการที่เสนอมา
5. หมวดรายการให้จัดทำรายการแบบ Maximum list

การปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข มีทางเลือก ดังนี้

1. กำหนด Mark up จากราคาทุน

- A: Mark up แบบเดิม
- B: เปลี่ยนแปลง Mark up แบบต่างๆ
- C: เปลี่ยนแปลง Mark up โดยคำนึงถึงมูลค่าการใช้ด้วย

2. กำหนด Reimbursement Price

- กำหนดราคาเบิกจ่ายราคาเดียวสำหรับยาที่ใช้รักษา “โรคเดียวกัน”
 - กำหนดได้หลายระดับ ATC
- ไม่จำเป็นต้องจ่ายเพิ่มสำหรับยามาตรฐานในการรักษา “แต่ละโรค”
- มีการร่วมจ่ายส่วนเกินโดยผู้ป่วย

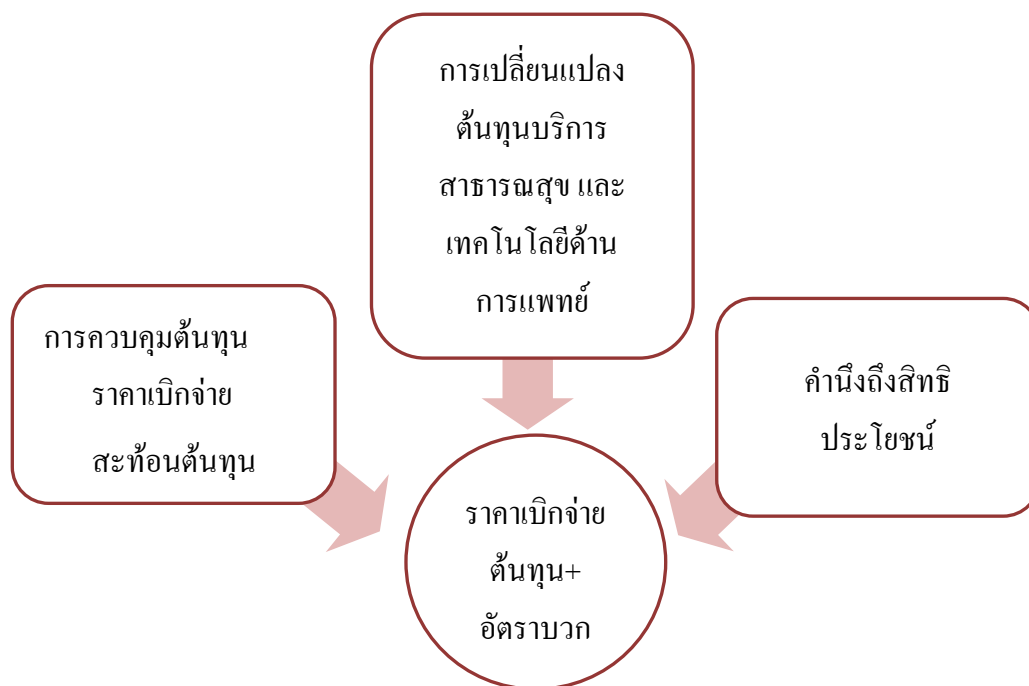
แนวคิดในการกำหนด Margin

ทำให้ได้ margin ที่เหมาะสม เพื่อลดแรงจูงใจการสั่งใช้ยาโดยไม่จำเป็น โดย

- ใช้อัตราเบิกเป็น regressive rate และมีเพดานคงที่สำหรับยาราคาแพง
- กำหนดช่วงโดยคำนึงถึงการแจกแจงราคาทุนของยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้ margin ไม่แตกต่างกันมากระหว่างช่วงราคา

ผลในการทำประชาพิจารณ์

1. ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเห็นว่าการปรับลดอัตรา margin ไม่ได้ทำให้เกิดการรอนสิทธิ
2. ผู้มีสิทธิและสถานพยาบาล ต้องการให้กรมบัญชีกลาง ประกาศใช้อัตราเบิกจ่ายค่ายาใหม่ พร้อมกับอัตราค่าบริการสาธารณสุขหมวดอื่นๆพร้อมกัน
3. สถานพยาบาลส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วยกับสูตรการลดอัตรา margin ของสถานพยาบาล เนื่องจากต่ำไป แต่ถ้า ลด Margin เหลือประมาณ 20% น่าจะเป็นไปได้
4. สถานพยาบาลเห็นด้วยที่จะมีการกำหนดเพดาน margin สำหรับยาที่มีราคาแพง
5. สถานพยาบาลบางแห่งยังสนับสนุน การกำหนดราคาเบิกจ่าย (เมื่อพร้อม)



ภาพที่ 4 แนวคิดในการพิจารณากำหนดราคาเบิกจ่ายยาข้อเสนอใหม่ของกรมบัญชีกลาง

ตารางที่ 12 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ราคาจัดซื้อ	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป
0.01-0.20	0.50
0.21-0.50	1.00
0.50-1.0	1.50
1.01-10	1.50+130%ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.1-20	13.20+120%ของส่วนที่เกิน 10 บาท
20.01-30	25.20+110%ของส่วนที่เกิน 20 บาท
30.01-50	36.20+107.5%ของส่วนที่เกิน 30 บาท
50.01-100	57.70+105%ของส่วนที่เกิน 50 บาท
100.01-1,000	110.20+103%ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	+36.20

ข้อมูลการนำอัตราเบิกจ่ายค่ายาที่เสนอมาใหม่ในงานวิจัยของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยเมื่อนำมาทดลองใช้พบว่าสามารถลดอัตราค่าใช้จ่ายได้ถึง 968.5 ล้านบาท

ตารางที่ 13 ผลลัพธ์ตามอัตราเบิกปัจจุบันและที่เสนอใหม่ตามข้อเสนอของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

	ต้นทุน	เบิกได้	เบิกได้ - ต้นทุน	เปลี่ยนแปลง	
	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	(ร้อยละ)	(ล้านบาท)
ข้อมูลจริง (167 รพ.)		24,721.70			
ประมาณการ - อัตราเบิกปัจจุบัน	19,796.70	24,638.00	4,841.30	24.5%	
ประมาณการ - อัตราเบิกเสนอใหม่	19,796.70	24,638.00	3,872.80	19.6%	-968.5

2.7 กลไกการจ่ายเงินของระบบประกันสุขภาพในกรณีผู้ป่วยนอก

2.7.1 การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557

มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและส่งเสริมให้บุคคลเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสมจึงครอบคลุมถึงการจ่ายให้แก่สถานบริการ หน่วยงานองค์กร หรือบุคคล ที่สนับสนุนหรือส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขด้วย โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วย

1. การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว
2. การบริหารงบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการบริหารงบผู้ป่วยวัณโรค
3. การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
4. การบริหารงบบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง (บริการควบคุมป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)

โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 ประกอบด้วย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
2545 จำนวน 6 รายการ

**ตารางที่ 14 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ
2557**

รายการ	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว	
1.1 ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการทางการแพทย์ต่างๆ	103,049.633*
1.2 เงินเดือนของหน่วยบริการภาครัฐ	38,381.291
2. บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	2,946.997
3. บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	5,178.804
4. บริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง	801.240
5. ค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการ (หน่วยบริการที่ จำเป็นต้องให้บริการประชาชนในพื้นที่ก้นดงและพื้นที่เสี่ยงภัย)	900.000
6. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัด กระทรวงสาธารณสุข)	3,000.000
รวมทั้งสิ้น	154,257.965*
รวมกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ไม่รวมเงินเดือนหน่วย บริการภาครัฐ)	115,876.674

* รวมทั้งขอใช้งบคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 กันยายน 2555 จำนวน 700
ล้านบาท มาใช้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับปีงบประมาณ 2557

ในส่วนของการบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว พบว่ามีอัตราเหมา
จ่ายรายหัวปีงบประมาณ 2557 จำนวน 2,895.09 บาทต่อผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ (ผู้มีสิทธิ) สำหรับผู้มีสิทธิจำนวน 48.852 ล้านคน โดยจัดสรรค่าใช้จ่ายงบประมาณ
ประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป 1,056.96 บาท/ผู้มีสิทธิ การบริหารจัดการเงินบริการทางการแพทย์
เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2557 แบ่งเป็นประเภทบริการ 9 บริการ โดยจัดสรรเป็นค่าใช้จ่าย

หรือเงินต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การจัดสรรค่าใช้จ่ายงบประมาณประเภทบริการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557

ประเภทบริการ	จำนวนบาท/ผู้มีสิทธิ
1. บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป	1,056.96
2. บริการผู้ป่วยในทั่วไป	1,027.94
3. บริการกรณีเฉพาะ	271.33
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	383.61
5. บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์	14.95
6. บริการการแพทย์แผนไทย	8.19
7. ค่าเสื่อม	128.69
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการ	3.32
9. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ	0.10
รวม (บาทต่อผู้มีสิทธิ)	2,895.09

หมายเหตุ ประเภทบริการที่ 4 ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกคน

กรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการภายในจังหวัด

ให้หน่วยบริการใช้หลักเกณฑ์และอัตราตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดกำหนด เงื่อนไขและอัตราการจ่ายชดเชยกรณีส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการภายในจังหวัดกำหนดให้หน่วยบริการใช้หลักเกณฑ์และอัตราตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดกำหนด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดออกคำสั่งหนังสือที่ พท.0032.005/ว91 ลงวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2556 เรื่อง การกำหนดเขตพื้นที่รอยต่อการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การกำหนดเขตพื้นที่รียต่อ

1.1 หน่วยบริการกับหน่วยบริการ

1.1.1 หน่วยบริการใดที่มีหมู่บ้านที่ตั้งตามภูมิศาสตร์ มีเขตพื้นที่ติดกับหมู่บ้านของหน่วยบริการอื่นถือเป็นพื้นที่รียต่อ ประชาชนมีสิทธิใช้บริการ ได้ทั้ง 2 หน่วยบริการ

1.1.2 เขตพื้นที่ (หมู่บ้าน) ที่เครือข่ายหน่วยบริการ 2 แห่ง ตกลงกันให้เป็นเขตพื้นที่รียต่อแล้วแจ้งมายัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ ถือเป็นเขตพื้นที่รียต่อ

1.2 หน่วยบริการส่งต่อกับหน่วยบริการที่รับส่งต่อให้เป็นไปตามข้อตกลงร่วมในการให้บริการภายในเครือข่ายหน่วยบริการ และระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการ โดยไม่ต้องมีหนังสือส่งตัว ไม่มีการเรียกเก็บจากประชาชน และไม่จำกัดจำนวนครั้ง

1.3 ทั้ง 1.1 และ 1.2 ให้เป็นไปตามเงื่อนไขการเรียกเก็บ-ตามจ่ายระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการในอัตราตามข้อ 2

2. การเรียกเก็บ-ตามจ่าย

2.1 ให้หน่วยบริการ เรียกเก็บ-ตามจ่าย จากเครือข่ายหน่วยบริการคู่กรณี โดยตรง ทั้งนี้การส่งข้อมูลเรียกเก็บและเอกสารใบนำส่งให้เป็นไปตามระบบเอกสารปกติ

2.2 อัตราการเรียกเก็บ-ตามจ่าย (กรณีผู้ป่วยนอก)

ตารางที่ 16 อัตราค่าบริการในการเรียกเก็บ-ตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด

หน่วยบริการ	อัตราค่าบริการในการเรียกเก็บ-ตามจ่าย
รพ.สต.	50 บาทต่อครั้ง
รพช.	150 บาทต่อครั้ง
รพท.	200 บาทต่อครั้ง

2.7.2 การจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสังคม ปี 2557

ผู้ประกันตนจะได้รับความคุ้มครองใน 10 กรณี จากกองทุนประกันสังคม ในส่วนของการบริการทางการแพทย์รวมถึงค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดการรักษาโรคตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานแบ่งเป็น 10 กรณี

1. เจ็บป่วยปกติ
2. เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ
3. ค่าบริการทางการแพทย์ กรณีทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟันและขูดหินปูน)

4. กรณีบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร การผ่าตัดปลูกถ่ายไต การผ่าตัดเปลี่ยนไตและการให้ยาอิริโทรพัวิติน (Erythropoietin)

5. กรณีปลูกถ่ายไขกระดูก (วงเงิน 750,000 บาท)

6. กรณีเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา (วงเงิน 25,000 บาท)

7. ค่าอวัยวะเทียมและ อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (เช่น เท้าเทียม แขนเทียม ไม้ค้ำยัน เป็นต้น เบิกได้ตามรายการประกาศที่สำนักสังคมกำหนด)

8. กรณีโรคเอดส์ (ผู้ประกันตนสามารถรับยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งพื้นฐาน สูตรทางเลือกและสูตรคือยา รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย)

9. กรณีที่มีสิทธิแต่ยังไม่ได้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (เบิกได้เช่นเดียวกันกับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน หากจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิน 72 ชั่วโมง ให้รับแจ้งสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่จังหวัด/สาขา เพื่อสามารถเบิกค่ารักษาได้ถึงวันที่ออกจากโรงพยาบาล)

10. กรณีไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ (14 โรคยกเว้น)

ผู้ประกันตน หมายถึง ผู้ซึ่งขึ้นทะเบียนประกันสังคมและหรือจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ซึ่งแบ่งออกเป็น ผู้ประกันตนภาคบังคับตามมาตรา 33 และผู้ประกันตนภาคสมัครใจตามมาตรา 39 และมาตรา 40 ดังนี้

ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หมายถึง ผู้ซึ่งเป็นลูกจ้างที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนประกันสังคมและหรือจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 หากผู้ประกันตนอายุครบ 60 ปี และยังเป็นลูกจ้างของนายจ้างที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคมให้ถือว่าเป็นผู้ประกันตนต่อไป

ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 หมายถึง ผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน และต่อมาผู้ประกันตนสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง และมีความประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อ โดยแสดงความจำนงภายใน 6 เดือนนับแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน

ผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 หมายถึง ผู้ที่มีใช้ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และมาตรา 39 และประสงค์จะสมัครเข้าเป็นผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

นายจ้าง หมายความว่า ผู้ซึ่งตกลงรับลูกจ้างเข้าทำงานโดยจ่ายค่าจ้างให้ และหมายความรวมถึงผู้ซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำงานแทนนายจ้าง ในกรณีที่นายจ้างเป็นนิติบุคคลให้หมายความรวมถึงผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคล และผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลให้ทำการแทนด้วย

ลูกจ้าง หมายความว่า ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้างโดยรับค่าจ้าง แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

สัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ประจำปี 2558 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2557

ค่าจ้างและการจ่ายเงิน

1. สำนักงานตกลงจ่ายค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลเป็นค่าตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนแทนผู้ประกันตน โดยวิธีการเหมาจ่ายในอัตราหนึ่งพันสี่ร้อยหกสิบบาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนภายในระยะเวลาหนึ่งปี ตามจำนวนผู้ประกันตนที่สำนักงานได้แจ้งแก่สถานพยาบาล

นอกจากค่าจ้างตามวรรคหนึ่งแล้ว สำนักงานจะจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มให้แก่สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) หรือที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) และเพิ่มให้แก่สถานพยาบาลที่ต้องรับภาระกรณีโรคที่มีภาระเสี่ยง ในกรณีที่สถานพยาบาลได้จัดส่งสถิติและข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ให้แก่สำนักงานครบถ้วนภายในกำหนดเวลา และหรือมีอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนตามรายละเอียดหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ และหากปรากฏแก่สำนักงานว่าสถิติและข้อมูลที่สถานพยาบาลได้จัดส่งให้แก่สำนักงานดังกล่าวเป็นเท็จ สำนักงานจะดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพิจารณาดำเนินการ และมีสิทธิบอกเลิกสัญญาและดำเนินการได้ทันทีโดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า และจะไม่พิจารณารับสถานพยาบาลเข้าเป็นสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมสำหรับการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ในปีถัดไปที่สถานพยาบาลมีหน้าที่จะต้องให้บริการทางการแพทย์เป็นระยะเวลา 1 ปี

ในกรณีที่กำหนดระยะเวลาการให้บริการทางการแพทย์ไม่ครบปีตามวรรคหนึ่ง สำนักงานจะจ่ายค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลโดยลดค่าจ้างลงตามส่วน

2. ค่าจ้างซึ่งสำนักงานจ่ายให้แก่สถานพยาบาลตามข้อ 1 นั้น เป็นการจ่ายเพื่อรับค่าบริการทางการแพทย์ ดังนี้

- (1) ค่าตรวจวินิจฉัยโรค
- (2) ค่าบำบัดทางการแพทย์
- (3) ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล
- (4) ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์
- (5) ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย
- (6) ค่าบริการอื่นที่จำเป็น

3. เพื่อให้การจ่ายค่าจ้างตามข้อ 1 วรรคหนึ่งถูกต้องและใกล้เคียงกับผู้ประกันตน สำนักงานจะจ่ายค่าจ้างในเบื้องต้นแก่สถานพยาบาล โดยแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน ๆ ละไม่น้อยกว่าจำนวนเงินที่คำนวณได้จากการร้อยละ 75% ของจำนวนผู้ประกันตนดังกล่าวในวันทำการสุดท้ายของเดือนก่อนเดือนที่จะทำการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ โดยสำนักงานจะจ่ายให้ภายในวันที่ 15 ของทุกเดือน

ภายหลังจากที่สำนักงานได้จ่ายเงินค่าจ้างให้แก่สถานพยาบาลในแต่ละเดือนตามวรรคหนึ่งแล้ว สำนักงานและสถานพยาบาลจะทำการคิดคำนวณค่าจ้างซึ่งทางสถานพยาบาลพึงจะได้รับจริงตามจำนวนผู้ประกันตนของเดือนที่มีการจ่ายค่าจ้าง โดยใช้จำนวนผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยซึ่งคำนวณได้จากจำนวนผู้ประกันตนในวันต้นเดือนรวมกับจำนวนผู้ประกันตนในวันสิ้นเดือนหารด้วยสองเป็นเกณฑ์คำนวณ โดยสำนักงานจะต้องจ่ายเงินค่าจ้างที่เพิ่มขึ้นให้กับสถานพยาบาลให้ครบถ้วน และหากสำนักงานได้จ่ายเงินค่าจ้างให้กับสถานพยาบาลไปเกินกว่าจำนวนเงินค่าจ้างซึ่งสถานพยาบาลจะได้รับอย่างแท้จริงภายหลังจากการคิดคำนวณดังกล่าวแล้วสถานพยาบาลจะต้องคืนเงินส่วนเกินให้แก่สำนักงาน

ในการจ่ายเงินเพิ่ม และการคืนเงินส่วนเกินดังกล่าว คู่สัญญาจะต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในสามเดือนนับแต่เดือนที่มีการจ่ายค่าจ้าง

สถานพยาบาลจะต้องไม่โอนสิทธิประโยชน์หรือสิทธิเรียกร้องใด ๆ ตามสัญญานี้ให้แก่ผู้อื่น

2.7.3 การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการ

โครงสร้างของระบบสวัสดิการรักษพยาบาลของข้าราชการเป็นระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามรายการที่เบิกจริง (fee for service) ซึ่งเป็นการเบิกย้อนหลังให้แก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิภายใต้กฎเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่าบริการพยาบาล โดยให้การคุ้มครองแก่ผู้มีสิทธิอย่างครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผู้มีสิทธิสามารถเลือกใช้บริการในสถานพยาบาล

รัฐได้ทุกแห่ง โดยในรูปแบบเดิมนั้นผู้ป่วยนอกจะต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนหลังจากนั้นให้ใบเสร็จมาขอเบิกเงินคืนจากสำนักงานคลังภายหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมามีการปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลให้ถือปฏิบัติตามหนังสือ กระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด ที่ กค 0417/ว.84 ลงวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2549 มีการเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายมาเป็นระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และจ่ายค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ในผู้ป่วยในและใช้อย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ปีงบประมาณ 2550

ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวสมัครลงทะเบียนเข้าโครงการเบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลไหนก็สามารถใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงกับสถานพยาบาลนั้น ๆ ได้ตลอดไป (คือสมัครเพียงครั้งเดียว) ทั้งนี้ เพื่อให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัวได้รับคุณภาพในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างเป็นธรรม สามารถควบคุมและตรวจสอบค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้มีสิทธิและครอบครัวได้รับความสะดวก และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยยังได้สิทธิเหมือนเดิมทั้งยังช่วยลดภาระการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาของสำนักงานคลังอีกด้วย ซึ่งในปัจจุบันระบบการเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยนอกได้ดำเนินการคู่ขนานกับระบบเบิกจ่ายเดิม (การเบิกค่ารักษาผู้ป่วยนอกโดยใช้ใบเสร็จรับเงินและการขอหนังสือรับรองการมีสิทธิจากต้นสังกัดเพื่อเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน) โครงการเบิกจ่ายตรงเป็นโครงการแบบสมัครใจไม่บังคับ ถ้าไม่ประสงค์จะเข้าโครงการเบิกจ่ายตรงก็สามารถนำใบเสร็จรับเงินจากสถานพยาบาลไปทำเบิกกับส่วนราชการต้นสังกัดได้ตามปกติ สิทธิที่ได้รับจากการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

1. กรณีผู้ป่วยนอก ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ข้าราชการบำนาญและบุคคลในครอบครัวสามารถเบิกค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอกได้จากสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น

- หากใช้สิทธิเบิกได้ผู้ป่วยจะต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนแล้วนำ ใบสำคัญให้ส่วนราชการที่ตนเองสังกัดอยู่เป็นผู้เบิกโดยวางฎีกาไปยังกรมบัญชีกลางหรือสำนักงานคลังจังหวัด เมื่อได้เงินแล้วจึงจ่ายคืนให้ราชการ หรือข้าราชการบำนาญผู้นั้นต่อไป

- หากใช้สิทธิเบิกจ่ายตรง ผู้มีสิทธิหรือบุคคลในครอบครัวไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน

ปัจจุบันสถานพยาบาลของทางราชการได้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่แต่ละสถานพยาบาลกำหนด ทำให้อัตราค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ในการเบิกจ่ายแต่ละรายการหรือแต่ละหัตถการมีความแตกต่างกัน ในการนี้ กระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลางจึงได้พิจารณากำหนด

อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการแจ้งอัตราค่ารักษาพยาบาลเพื่อประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และเพื่อให้การจ่ายเงินงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความเหมาะสม

2.8 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดจากการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา อาจจะต้องมีการใช้วิธีการวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis) เข้ามาช่วยในการประเมินผล หากกรณีที่ตัวแปรที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยามีการเปลี่ยนแปลงไป จะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้น (ราคาเบิกจ่ายยา) มากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบร้อยละการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร และร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ทราบว่าตัวแปรใดมีความสำคัญต่อราคาเบิกจ่ายยา และจะทราบสัดส่วนของร้อยละของตัวแปรที่ทำให้ผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบเกิดผลประโยชน์สูงสุดด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่างๆ

ขั้นตอนที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ความไว

1. พิจารณาว่าตัวแปรที่เราสนใจและมีผลต่อการตัดสินใจ
2. เลือกขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงค่าของพารามิเตอร์เหล่านั้น
3. เลือกวิธีการวัด
4. คำนวณหาผลลัพธ์ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงของแต่ละตัวแปร
5. แปรความจากการวิเคราะห์ความไว โดยวิธีเขียนกราฟระหว่างตัวแปรที่เลือกกับค่าที่วัดได้

การวิเคราะห์ความไวที่นิยมทำกัน มี 3 ประเภท ได้แก่ การวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (One-way Sensitivity Analysis) การวิเคราะห์ความไวแบบสองทาง (Two-way Sensitivity Analysis) และการวิเคราะห์ความไวแบบสามทาง (Three-way Sensitivity Analysis)

1. การวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว

การวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียวเป็นการวิเคราะห์ที่มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรที่สนใจทีละตัว

2. การวิเคราะห์ความไวแบบสองทาง

การวิเคราะห์ความไวแบบสองทางเป็นการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ โดยการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรในการวิเคราะห์ครั้งละ 2 ตัวแปรพร้อม ๆ กัน ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้สามารถทราบผลกระทบของทั้ง 2 ตัวแปร ที่ยังคงมีผลต่อผลลัพธ์ที่เราต้องการได้

ตัวอย่าง เช่น การวิเคราะห์ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเงินเดือน และจำนวนชั่วโมงในการทำงานของแพทย์ ที่ยังคงทำให้ต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยนอกเท่าเดิม

3. การวิเคราะห์ความไวแบบสามทาง

การวิเคราะห์ความไวแบบสามทางเป็นการวิเคราะห์โดยวิเคราะห์ความไวแบบสองทาง ซ้ำกันหลาย ๆ ครั้ง โดยเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรตัวที่ 3 ไปทีละค่า ตามที่ต้องการแล้ว สร้างกราฟแสดงเส้นสมมูลหลาย ๆ เส้น ตามแต่ค่าตัวแปรตัวที่ 3

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive study) และจำลองสถานการณ์ (Model Simulation) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary analysis) เพื่อประเมินผลกระทบทางการเงินของการใช้ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นต่อค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้จ่ายเงินในระบบ ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ

การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

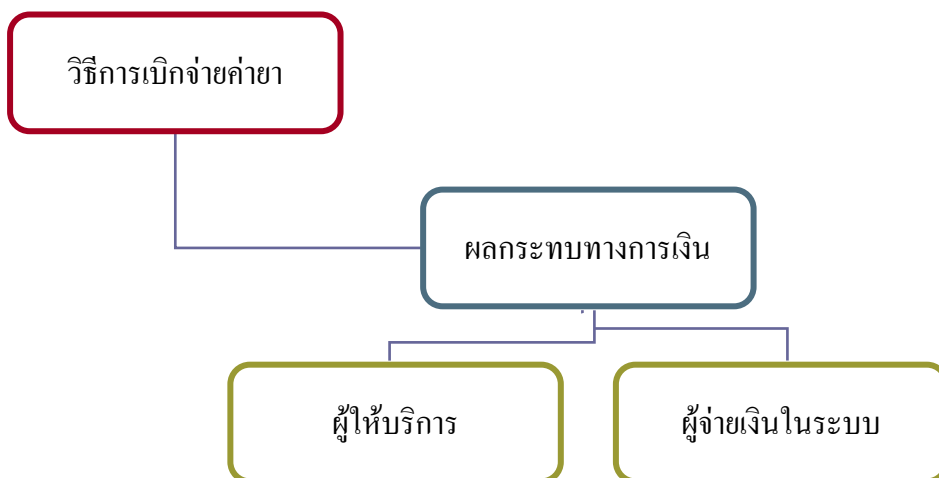
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ปริมาณการใช้ยา และมูลค่าการสั่งจ่ายยา ผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม

ตอนที่ 2 ผลกระทบทางการเงิน โดยวิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายยาด้วยราคาเบิกจ่ายที่พัฒนาขึ้นเมื่อเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน ต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบ

ตอนที่ 3 ผลกระทบทางการเงิน วิเคราะห์กลุ่มย่อย (Small group analysis) วิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายยาด้วยราคาเบิกจ่ายที่พัฒนาขึ้นเมื่อเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน ต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบในกลุ่มย่อยซึ่งได้จากการวิเคราะห์ในตอน
ที่ 1

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

2. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

3. แหล่งข้อมูล

3.1 ข้อมูลการใช้ยา ใช้ข้อมูลการตั้งจ่ายของผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งที่เข้ารับบริการตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2554 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2557 (ปีงบประมาณ 2555-2557) จากฐานข้อมูลผู้รับบริการ HOMIC (Hospital Operation Management & Controls: โปรแกรมสำเร็จรูปที่รวบรวมข้อมูลด้านการให้บริการผู้ป่วยในด้านการวินิจฉัยผู้ป่วย การรักษาพยาบาล และข้อมูลด้านยา รวมทั้งข้อมูลการเงินของโรงพยาบาล)

3.2 ข้อมูลราคากลางยา ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2553 และประกาศเพิ่มเติม พ.ศ. 2557 ข้อมูลจากระบบยาแห่งชาติและสารสนเทศ สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3.3 ข้อมูลราคาอ้างอิงจัดซื้อยา จากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ (DMSIC) กระทรวงสาธารณสุข ใช้ราคาอ้างอิงของยา เดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2557 (ปรับปรุงข้อมูลล่าสุดวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2558)

4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบ retrospective จากฐานข้อมูลผู้รับบริการระบบ HOMIC ของโรงพยาบาล โดยมีรายการข้อมูลพื้นฐานจากโปรแกรมระบบบริการผู้ป่วยนอก HOMIC ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 รายการข้อมูลพื้นฐานที่เก็บรวบรวมจากฐานข้อมูลการสั่งจ่าย HOMC

ลำดับ	Field (variable)	Storage type	Qualifier
1	Visit number (VN)	String	
2	รหัสผู้ป่วย hospital number (HN)	String	
3	สิทธิการรักษาหลัก	String	UC, CSMBS, SSS
4	วันที่จ่ายยา (dispensed date)	date	
5	รหัสยา (drugcode)	String	- รหัสยาของโรงพยาบาล
6	ชื่อยา (drugname)	String	- ชื่อยาสามัญ - ชื่อการค้ากรณีจ่ายต้นแบบ
7	ความแรงยา (drugstrength)	String	
8	ปริมาณการจ่ายต่อรายการยา (unitquantity)	Numeric	
9	ราคาทุนต่อหน่วย (unitcost)	Numeric	
10	ราคาขายต่อหน่วย (unitprice)	Numeric	

4.2 สร้าง field ข้อมูลประเภทของยาเพิ่ม เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ต่อไปดังแสดงใน

ตารางที่ 18

ตารางที่ 18 รายการข้อมูลแบ่งตามประเภทของยาที่รวบรวมจากฐานข้อมูลการสั่งจ่าย HOMC

ลำดับ	ประเภทยา	Field ที่นำมาใช้จากฐานข้อมูล	Qualifier
1	กลุ่มยาแยกตามประเภทบัญชียาหลักแห่งชาติ (drugtype I)	drugcode, drugname, drugstrength	ED และ NED
2	กลุ่มยาแยกตามประเภทการเบิกจ่าย (drugtype II)	drugcode, drugname, drugstrength	- ยาทั่วไป - ยา Narrow therapeutic index (NTI) และยากุ่ม Antiepileptic ในกรณีจ่ายต้นแบบ

ตารางที่ 18 รายการข้อมูลแบ่งตามประเภทของยาที่รวบรวมจากฐานข้อมูลการสั่งจ่าย HOMIC (ต่อ)

ลำดับ	ประเภทยา	Field ที่นำมาใช้จากฐานข้อมูล	Qualifier
2	กลุ่มยาแยกตามประเภทการเบิกจ่าย (drugtype II)		- ยาที่ซื้อจากผู้ผลิตมาตรฐาน GMP-PICs

4.3 ทำความสะอาดข้อมูล (Data cleansing) การทำความสะอาดข้อมูลเป็นกระบวนการตรวจสอบและการแก้ไข (หรือลบ) รายการข้อมูลที่ไม่ถูกต้องออกไปจากชุดข้อมูลตารางหรือฐานข้อมูล ข้อมูลที่อยู่ในฐานข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการในการจัดการข้อมูล อาจมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลอาจมีความผิดปกติ ได้แก่ เขตข้อมูลบางตัวอาจมีความไม่ทันสมัย มีความไม่สัมพันธ์กับข้อมูลอื่นๆ หรือซ้ำซ้อน ข้อมูลอาจมีการสูญหาย (Missing) ข้อมูลมีความผิดปกติ (Outlier) ข้อมูลอาจไม่อยู่ในรูปแบบที่สามารถนำมาวิเคราะห์ในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล หรือค่าข้อมูลอาจมีความไม่สม่ำเสมอ หรือไม่สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ที่ตั้งเอาไว้ หรืออาจเป็นค่าที่ไม่สมเหตุผลตามความเป็นจริง จึงต้องมีการแทนที่ การปรับปรุง หรือการลบข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเหล่านี้ออกไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและความถูกต้อง สามารถหลีกเลี่ยงการสรุปผลที่ผิดพลาดได้ ดังนั้นก่อนที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วิเคราะห์ ได้มีการทำความสะอาดข้อมูลด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น

- 1) การสุ่มเปรียบเทียบความตรงของข้อมูลยาเดียวกันที่ได้มาจากแต่ละแหล่งข้อมูลที่นำมาเชื่อมโยงกันในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 2) การเชื่อมโยงโดยอาศัยตัวเชื่อมมากกว่า 1 เพื่อลดจำนวนข้อมูลแล้วตรวจสอบความตรงอีกครั้ง

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 การคิดราคาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา (Reimbursement price: RP) แต่ละรูปแบบ

5.1.1 RP-1 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการของกรมบัญชีกลาง

5.1.2 RP-2 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากทุนวิจัย สปสช.

เขต 13

5.1.3 RP-3 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้นของสำนักงานวิจัย เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

5.2 การจำลองสถานการณ์เบื้องต้น Model Simulation เพื่อกำหนดราคาขาย

5.2.1 RP-1 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการของ กรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นรูปแบบปัจจุบันที่ใช้ในโรงพยาบาล โดยใช้ราคาทุนคำนวณราคาตามเกณฑ์

5.2.2 RP-2 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากทุนวิจัย สปสช. เขต 13 โดยใช้ราคากลางคำนวณราคาตามเกณฑ์

5.2.3 RP-3 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้นของสำนักงานวิจัย เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย โดยใช้ราคาทุนคำนวณราคาตามเกณฑ์

5.2.4 RP-A (Current) รูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน โดยสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการใช้รูปแบบการจ่ายตามรายบริการ (fee for service) ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมใช้อัตราการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

5.3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลกระทบด้านงบประมาณที่เกิดขึ้นเมื่อเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่า ยาโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้จ่ายค่าบริการ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ปริมาณการใช้จ่าย และมูลค่าการส่งจ่ายยาผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2555-2557

1.1 ข้อมูลการใช้จ่ายพื้นฐานของโรงพยาบาล

- จำนวนผู้รับบริการ และมูลค่าการส่งจ่ายยารวมและอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย และมูลค่าการส่งจ่ายยาในภาพรวมและแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล
- มูลค่าต้นทุนยาของผู้ป่วยนอกต่อปีในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล
- จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ และอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการในภาพรวม และแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล
- มูลค่าต้นทุนยาของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้งการเข้ารับบริการในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

- ค่าใช้จ่ายยาแยกตาม ICD-10 ที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 5 อันดับแรก ในภาพรวมและแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล
- ค่าใช้จ่ายยา ED และ NED ในภาพรวมและแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล
- ค่าใช้จ่ายแยกตามกลุ่มยาที่มีผลกระทบสูงต่อค่าใช้จ่ายและมีปริมาณการใช้สูง (5 อันดับแรก) ในภาพรวม และแยกตามสิทธิการรักษาพยาบาล
- มูลค่ายาและปริมาณการใช้ยาในช่วงราคาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของโรงพยาบาลและในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การจำลองราคาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา (Reimbursement price: RP) ของการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล และวิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่อบประมาณต่อผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่ายเงินในระบบหรือผู้จ่ายเงินในระบบ (Payer)

1. รูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนในรูปแบบปัจจุบันของแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวของผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมจะประมาณค่ามูลค่าการใช้ยาร้อยละ 80 จากค่าใช้จ่ายที่ได้จัดสรรของการให้บริการผู้ป่วยนอก และในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการคิดอัตราการเบิกจ่ายตามรายบริการ

2. วิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน

ตารางที่ 19 การคำนวณข้อมูลทางการเงิน

ตัวแปร	UC	SSS	CSMBS
ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล	$\sum (\text{ราคาจัดซื้อยา} \times \text{ปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละสิทธิการรักษา})$		
มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาของโรงพยาบาล (RP-1)	$\sum (\text{ราคาเบิกจ่าย (RP-1)} \times \text{ปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละสิทธิการรักษา})$		
มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาของโรงพยาบาล (RP-2)	$\sum (\text{ราคาเบิกจ่าย (RP-2)} \times \text{ปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละสิทธิการรักษา})$		
มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาของโรงพยาบาล (RP-3)	$\sum (\text{ราคาเบิกจ่าย (RP-3)} \times \text{ปริมาณยาที่ใช้ในแต่ละสิทธิการรักษา})$		

3. การวิเคราะห์จำลองผลกระทบทางการเงินจากการใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาแบบใหม่

ศึกษาผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลและผู้จ่ายเงินแต่ละกลุ่มผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา เมื่อใช้การเบิกจ่ายแบบเดิม และการเบิกจ่ายแบบใหม่

ตารางที่ 20 การคำนวณผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลและผู้จ่ายเงินในระบบ

ผลกระทบทางการเงิน(มุมมองผู้ให้บริการ)	ผลกระทบทางการเงิน (มุมมองผู้จ่ายเงิน)
1. เปรียบเทียบมูลค่ารายรับค่ายาที่ได้จากหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา RP-1, RP-2, RP-3 เทียบกับมูลค่าจัดซื้อยา	1. เปรียบเทียบมูลค่าใช้จ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา RP-1, RP-2, RP-3 เทียบกับค่าใช้จ่ายค่ายาที่ได้จากรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน (RP-A)
2. เปรียบเทียบมูลค่ารายรับค่ายาที่ได้จากหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา RP-2, RP-3 เทียบกับรายรับค่ายาที่ได้จากรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน (RP-A)	

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ Small group analysis

วิเคราะห์กลุ่มย่อย (Small group analysis) วิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบทางการเงินเมื่อเบิกจ่ายด้วยราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นเมื่อเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน ต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบในกลุ่มย่อย ซึ่งเลือกกลุ่มย่อยที่ทำการวิเคราะห์จากข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในตอนต้นที่ 1

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยา ที่เกิดจากการใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา อาจจะต้องมีการใช้วิธีการวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis) เข้ามาช่วยในการประเมินผล หากกรณีในตัวแปรที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยามีการเปลี่ยนแปลงไป จะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบร้อยละการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร และร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ทราบว่าตัวแปรใดมีความสำคัญต่อราคาเบิกจ่ายค่ายาทั้งจากข้อจำกัดของตัวแปรที่ใช้ในการคิดราคา และตัวแปรอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการเบิกจ่าย จะทำให้ทราบสัดส่วนของร้อยละของตัวแปรที่ทำให้ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบ เกิดผลประโยชน์สูงสุดด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่างๆ

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว ซึ่งจะประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรทีละตัว เพื่อดูผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้นตัวแปรที่วิเคราะห์ใน Sensitivity analysis

ประเด็นจริยธรรมในการวิจัย

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมแบบเร่งรัดเนื่องจากงานวิจัยนี้ ไม่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือผู้ป่วย และไม่ใช่งานวิจัยที่มีการให้ยาเข้าสู่ร่างกายหรือใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใดที่กระทำต่อร่างกายนอกเหนือหรือเพิ่มเติมไปจากที่ได้รับจากการรักษาปกติ ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายจากการวิจัย

บทที่ 4

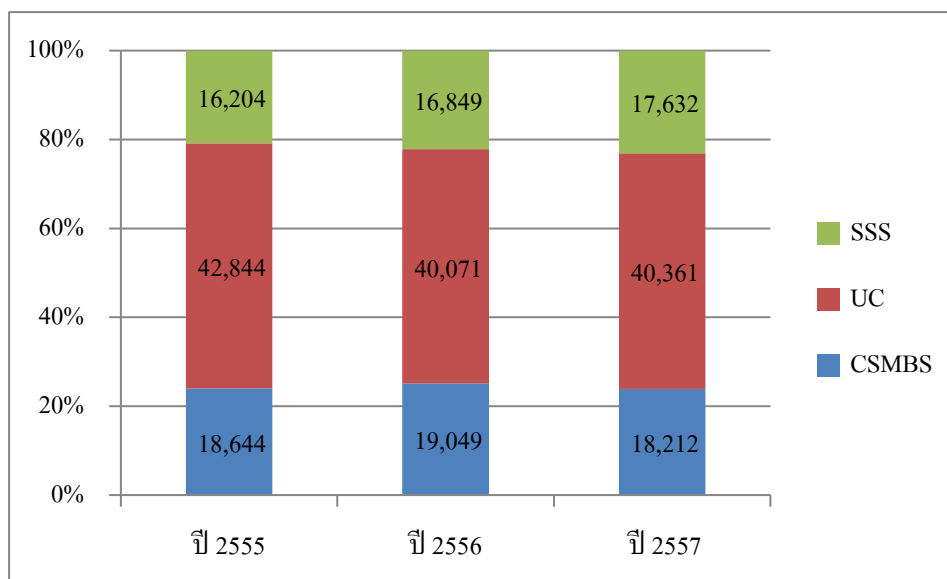
ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินจากการจำลองการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอก ในระบบประกันสุขภาพหลักของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ได้แก่ ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม โดยได้วิเคราะห์ข้อมูล 4 ส่วนคือ 4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ปริมาณการใช้จ่ายและมูลค่าการส่งจ่ายยาผู้ป่วยนอก 4.2 วิเคราะห์การจำลองราคาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา (Reimbursement price: RP) ของการใช้จ่ายในผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษายาบาล และวิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณต่อผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (Payer) 4.3 ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (Payer) เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน: การวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Small group analysis) 4.4 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ปริมาณการใช้จ่าย และมูลค่าการส่งจ่ายยาผู้ป่วยนอก

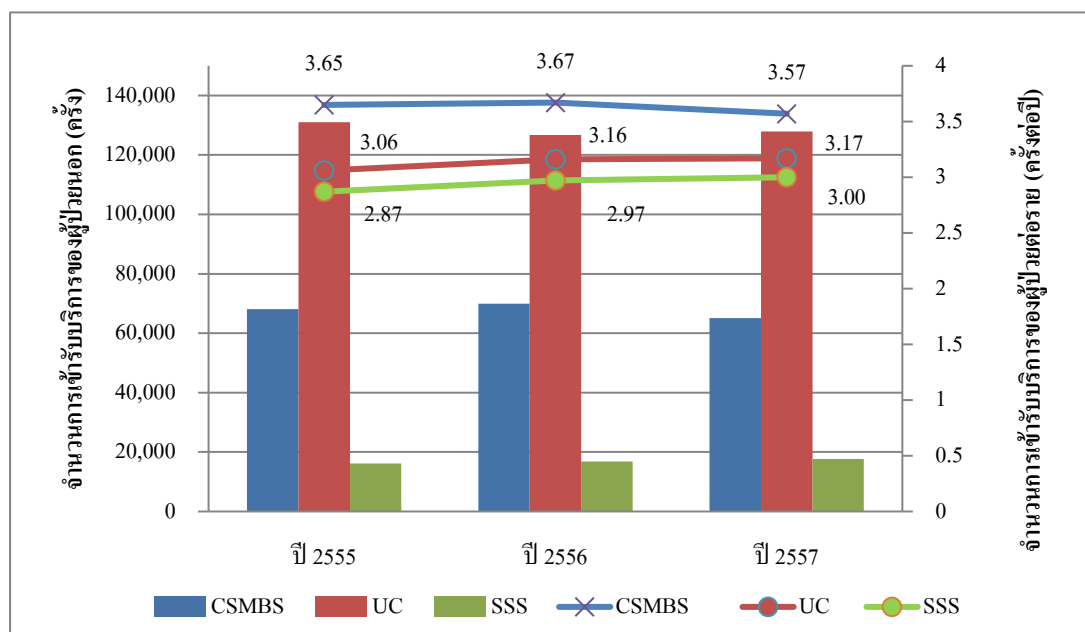
4.1.1 จำนวนผู้ป่วย จำนวนครั้งการเข้ารับบริการ และมูลค่าการใช้จ่ายในการใช้บริการผู้ป่วยนอก

ข้อมูลการวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 440 เตียง ให้บริการรักษายาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยให้บริการผู้ป่วยครอบคลุมสิทธิการรักษายาบาลหลัก ได้แก่ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม จากข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิการรักษายาบาลที่มาใช้บริการรักษายาบาลกรณีผู้ป่วยนอก ใน 3 ปีงบประมาณ



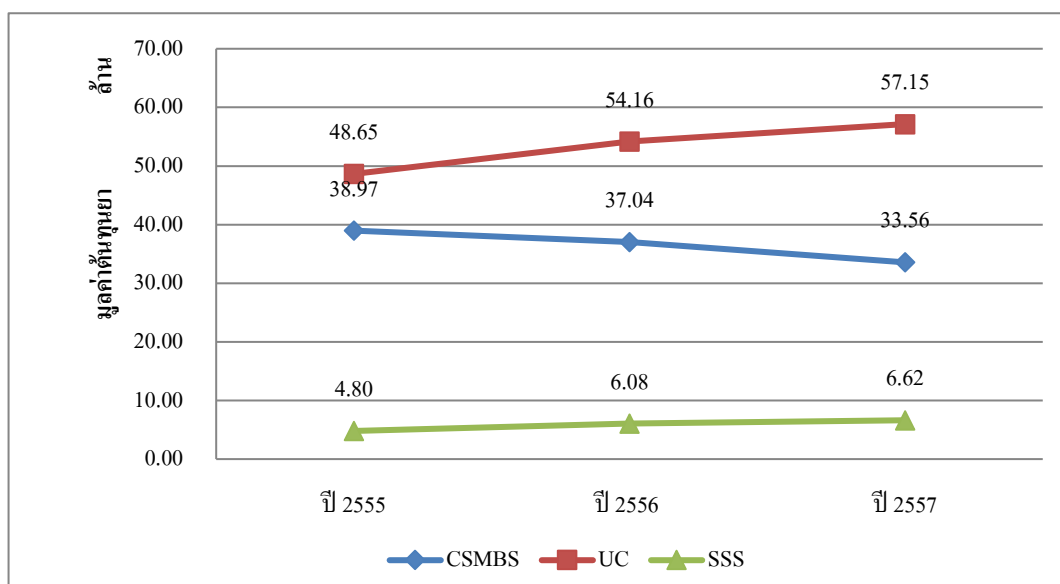
ภาพที่ 6 จำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยนอกจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลปี 2555-2557

พบว่าสิทธิการรักษาพยาบาลที่มีจำนวนผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกสูงสุดคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการสอดคล้องกับจำนวนประชากรที่มีสิทธิในแต่ละระบบประกันสุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)



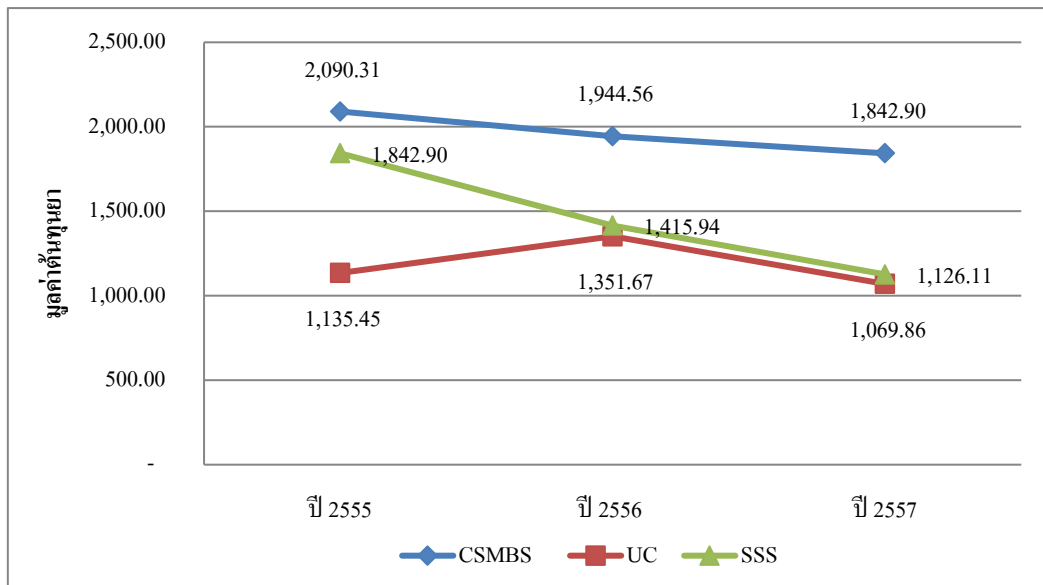
ภาพที่ 7 จำนวนครั้งการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกทั้งหมดและจำนวนครั้งการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อรายในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาจำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกต่อรายต่อปี พบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกลับมีจำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกต่อรายต่อปีสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม ในปี 2557 มีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมเท่ากับ 3.57, 3.17 และ 3 ครั้งต่อปีตามลำดับ ซึ่งยังคงใกล้เคียงกับข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจำนวน 16 แห่ง ในปี 2551 พบว่า โรงพยาบาลทั่ว ๆ ไป มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากกว่า 2.5 - 3.5 ครั้งต่อปี (มูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบยา, 2551)



ภาพที่ 8 มูลค่าต้นทุนยาของผู้ป่วยนอกต่อปีในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

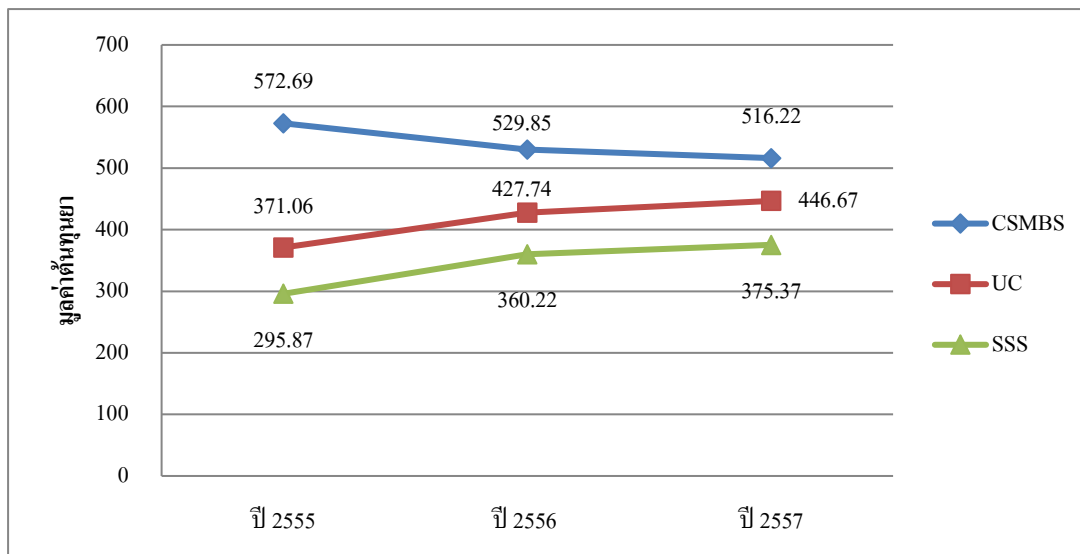
สำหรับมูลค่าการใช้ยาผู้ป่วยนอก พบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงสุดเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการสูงสุด รองลงมาคือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคมตามลำดับ จากมูลค่าต้นทุนยาของผู้ป่วยพบว่าในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2555 ถึง ปี 2557 ในขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกลับมีมูลค่าต้นทุนยาลดลงในปี 2556 และปี 2557 อาจเป็นผลมาจากการควบคุมการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามนโยบายของกรมบัญชีกลางในปี 2555 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยนำร่องในโรงพยาบาล 34 แห่ง ในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่าทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555)



ภาพที่ 9 มูลค่าต้นทุนยาเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยนอกต่อปีจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

แต่เมื่อพิจารณามูลค่ายาต่อรายผู้ป่วย สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกลับมีมูลค่ายาเฉลี่ยต่อคนสูงสุด เนื่องจากมีรูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืน โดยคิดอัตราการเบิกจ่ายตามรายการที่ใช้จริง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดแนวโน้มการใช้บริการด้านสุขภาพเกินความจำเป็น มีปริมาณการใช้จ่ายและมีการใช้ยาราคาแพงมากขึ้น

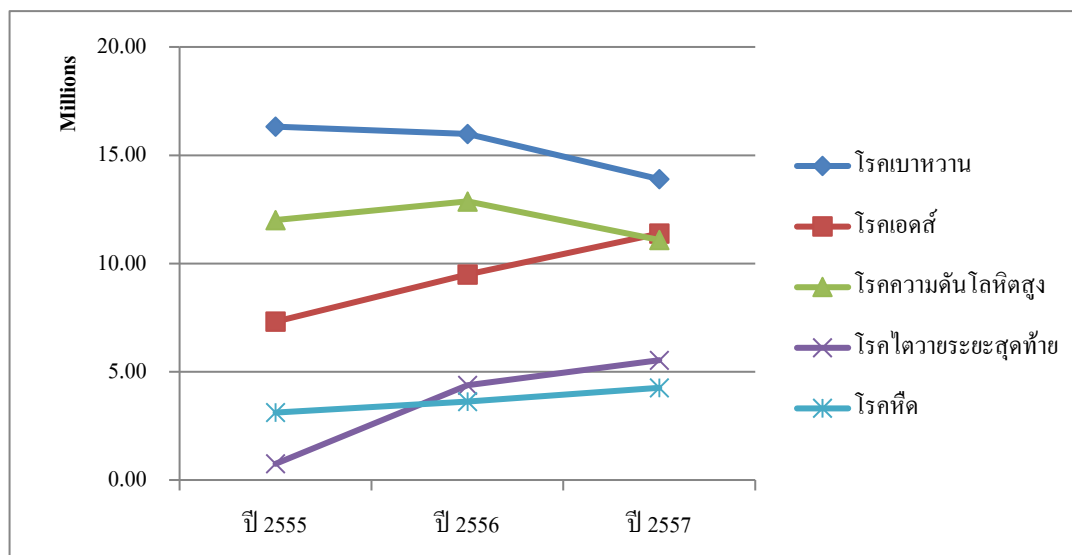
โดยจากข้อมูลและมูลค่าการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพบว่า ใน ปี 2557 สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมมีมูลค่ายาต่อคนต่อปีเท่ากับ 1,842.90, 1,069.86 และ 1,126.11 บาทตามลำดับ ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไป ในปี 2551 ที่มีค่ายาต่อคนต่อปีเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1,604-5,966 บาท (มูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบยา, 2551)



ภาพที่ 10 มูลค่าต้นทุนยาของผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้งการเข้ารับบริการจำแนกตาม
สิทธิการรักษาพยาบาล

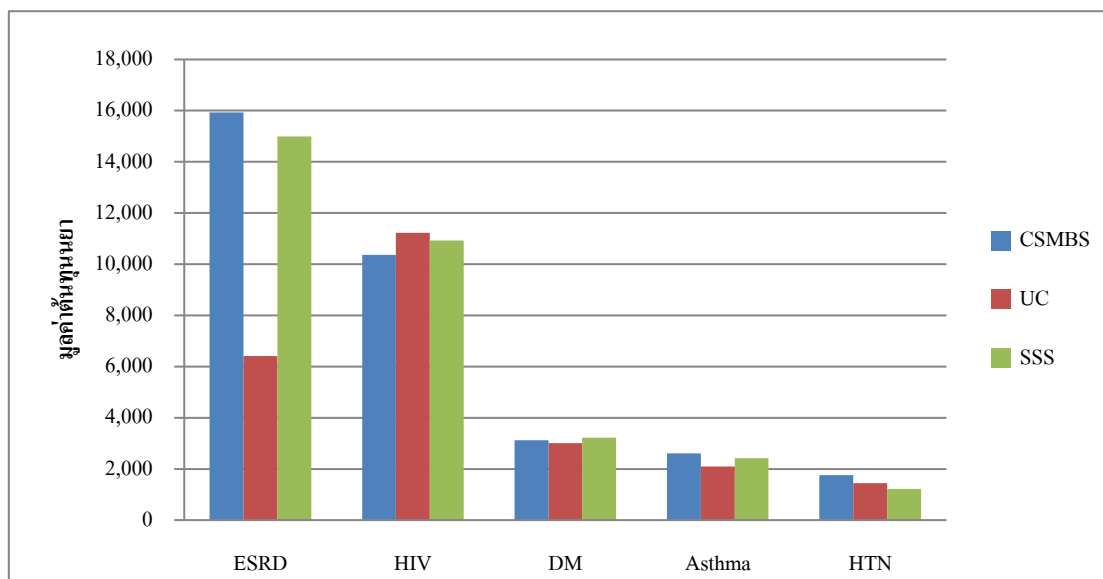
ในปี 2557 สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 516.22, 446.67 และ 375.37 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไป ในปี 2551 ที่มีค่าเฉลี่ยถึง 553-1,702 บาทต่อครั้ง (มูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบยา, 2551)

4.1.2 มูลค่าการใช้จ่ายในกลุ่มโรคตามรหัส ICD-10



ภาพที่ 11 มูลค่าการใช้จ่ายของผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 5 อันดับแรก

จากการวิเคราะห์มูลค่าการใช้จ่ายผู้ป่วยนอกของทั้ง 3 สิทธิการรักษาพยาบาลแยกโรคตามรหัส ICD-10 พบว่าโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 5 อันดับแรกใน 2557 ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคหืด ตามลำดับ เว้นแต่ในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ในอันดับที่ 4 เป็นโรคลูคีเมียซึ่งมีมูลค่ายาที่แพงทำให้กลายเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาที่มีมูลค่าสูง แต่ในลำดับที่ 6 ก็พบว่าเป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่ามูลค่าการใช้จ่ายในโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่มูลค่าการใช้จ่ายในกลุ่มโรคเอดส์ โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคหืด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น



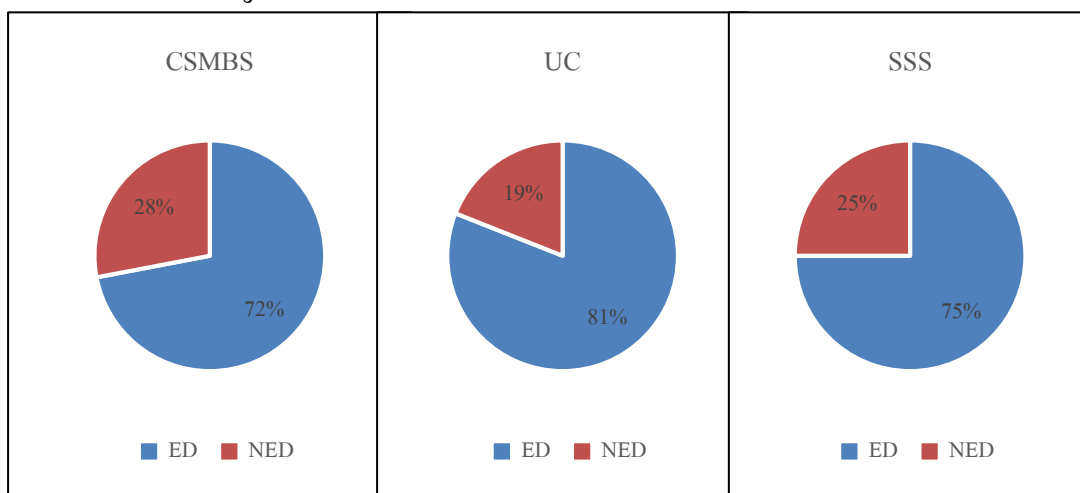
ภาพที่ 12 มูลค่าการใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด 5 อันดับแรก ในปี 2557

เมื่อพิจารณามูลค่าการใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในแต่ละโรคพบว่า โรคไตวายระยะสุดท้าย (ESRD) มีมูลค่าการใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนสูงกว่า โรคเอดส์ (HIV) โรคเบาหวาน (DM) โรคหืด (Asthma) โรคความดันโลหิตสูง (HT) ตามลำดับ ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีมูลค่ายาเฉลี่ยต่อคนสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมเล็กน้อย และผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีมูลค่าการใช้จ่ายต่อรายต่อปี เท่ากับ 6,404.63 ซึ่งน้อยกว่าอีก 2 สิทธิการรักษายาบาลเกือบเท่าตัว อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มที่ได้รับการล้างไตหรือฟอกไตมากกว่าสิทธิการรักษายาบาลอื่นซึ่งมูลค่าดังกล่าวไม่ได้อยู่ในค่ายาเป็นหลัก สำหรับโรคเบาหวานค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ยมีค่าใกล้เคียงกันทั้ง 3 สิทธิ เท่ากับ 3,115.82 บาทต่อราย และความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,474.17 บาทต่อราย

4.1.3 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

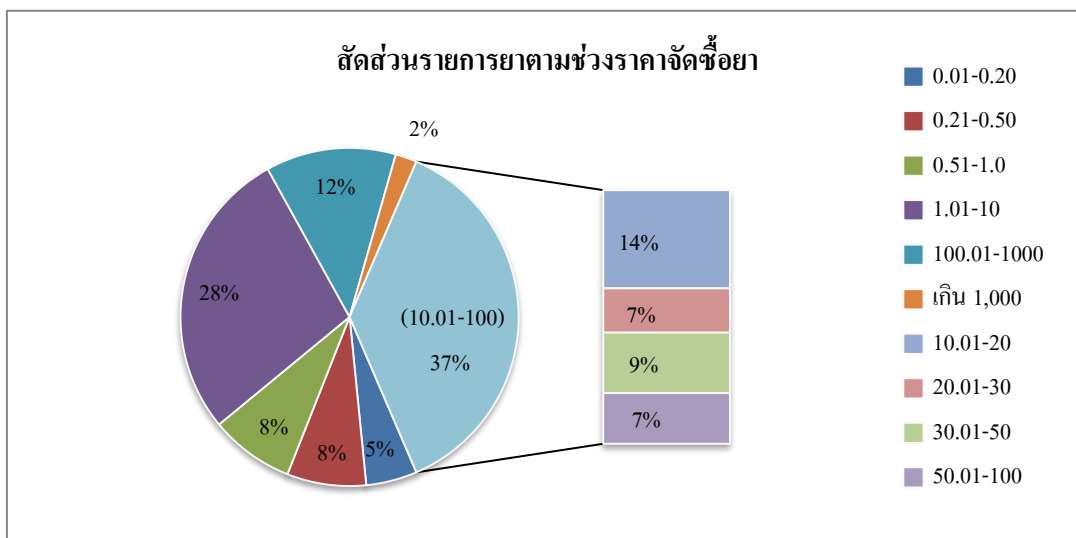
กระทรวงการคลัง กรมบัญชีกลางได้ตรวจสอบข้อมูลการส่งจ่ายยาย้อนหลัง 10 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ของสถานพยาบาลของทางราชการ จำนวน 34 แห่ง พบว่าร้อยละ 40 ของใบสั่งยามีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ คิดเป็นมูลค่า 10,040.48 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 66 ของมูลค่ายาทั้งหมด ปี พ.ศ. 2554 จึงได้มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยมีการควบคุมการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมไปถึงส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อลดการใช้จ่ายเงินความจำเป็น โรงพยาบาลที่

ทำการศึกษาจึงได้กำหนดเป้าหมายมูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED:NED) เป็นสัดส่วน 80:20 ในปีงบประมาณ 2557 พบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการมูลค่าใช้ยานอกบัญชียาหลักเป็น 28% ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยในสิทธิการรักษายาบาลอื่นๆ ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม 25% และผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพียง 19% ดังแสดงในภาพที่ 13



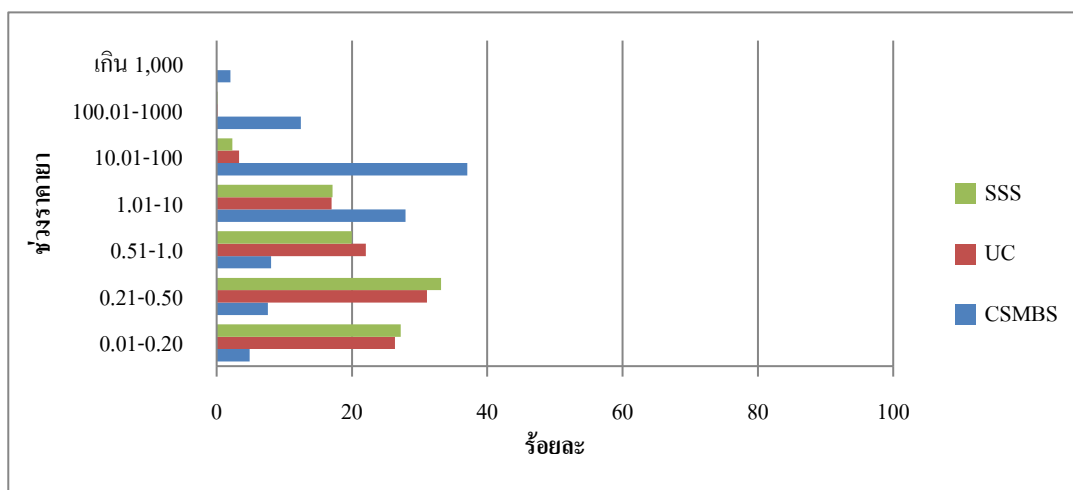
ภาพที่ 13 สัดส่วนมูลค่ายา ED: NED ของผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2557

4.1.4 มูลค่ายาในช่วงราคาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา



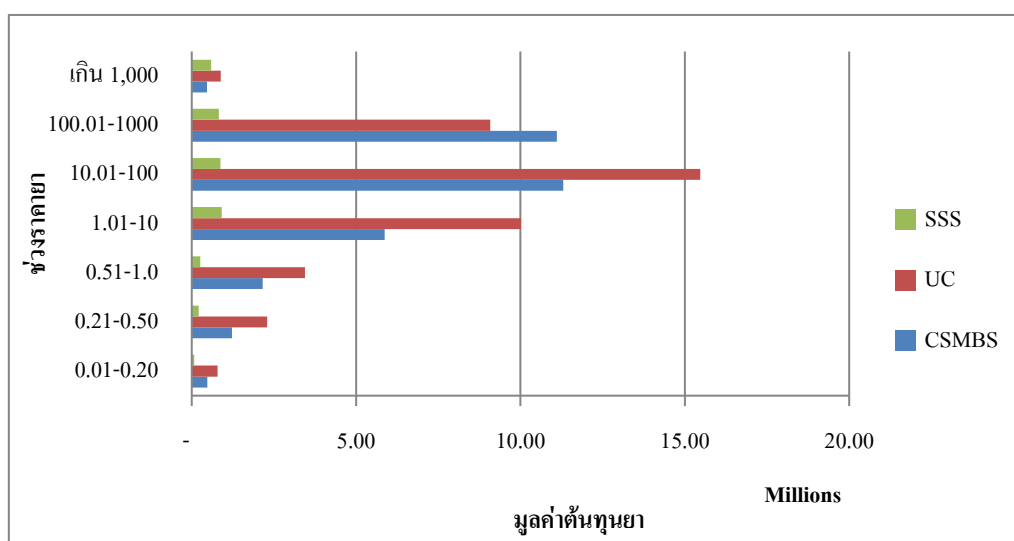
ภาพที่ 14 สัดส่วนของจำนวนรายการยาของโรงพยาบาลจําแนกตามช่วงราคาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา

เมื่อจําแนกช่วงราคาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาทั้ง 3 รูปแบบ แบ่งเป็นช่วงราคา 10 ช่วง โดยรายการยาของโรงพยาบาลมีทั้งหมด 634 รายการ พบว่ารายการยาของโรงพยาบาลมีราคาจัดซื้อยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10.01-100 บาท เป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 37 รองลงมาคือช่วงราคา 1.01-10 บาทในสัดส่วนร้อยละ 28



ภาพที่ 15 ร้อยละความถี่ของปริมาณการใช้ยาในแต่ละช่วงราคาของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

เมื่อแยกตามปริมาณการใช้ยาในแต่ละช่วงราคา ยา พบว่าปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงราคา 0.21-0.50 บาท รองลงมาคือ ช่วง 0.01-0.20 บาท และ 0.51-1.0 บาท ตามลำดับ โดยจะมีปริมาณการใช้ยาในแต่ละช่วงราคาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่ในช่วงราคาตั้งแต่ 1.01 ถึง เกิน 1,000 บาท พบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม มีปริมาณการใช้ยาน้อยกว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



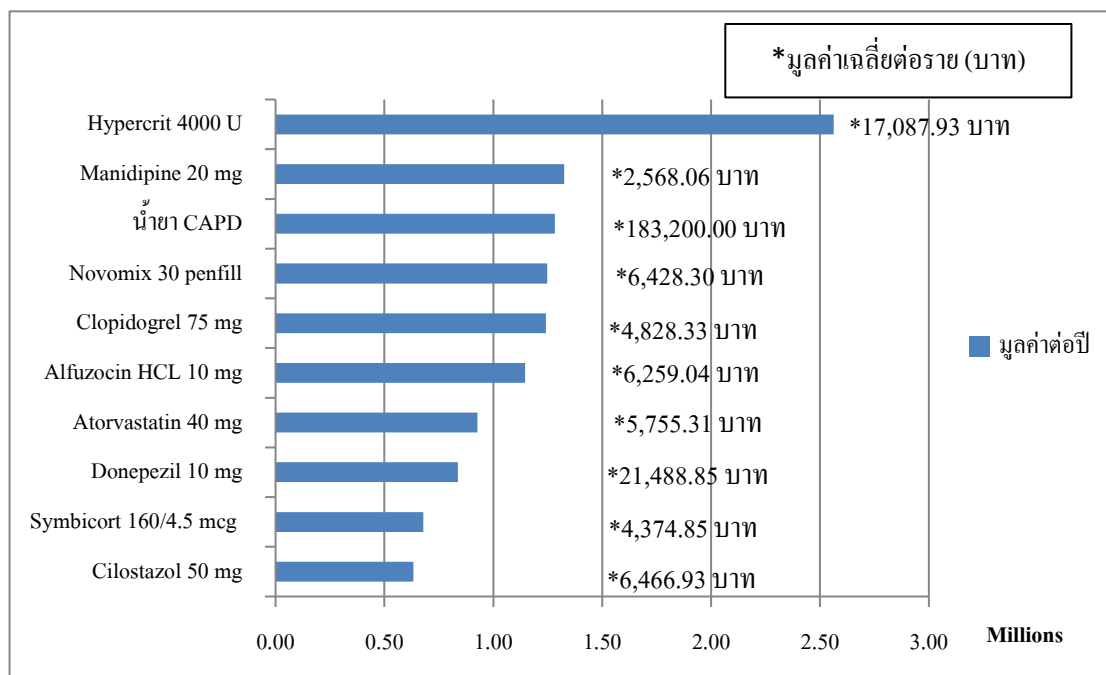
ภาพที่ 16 มูลค่าการใช้ยาในแต่ละช่วงราคาจัดซื้อยาในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล

เมื่อแยกตามมูลค่าการใช้ยาในแต่ละช่วงราคา ยา พบว่ามูลค่าการใช้ยาของผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิการรักษายาบาล ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงราคา 1.01 -10.00 บาท 10.01-100 บาท และ 100.01-1,000 บาท โดยผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีมูลค่าการใช้ยาในแต่ละช่วงราคาสูงกว่าสิทธิอื่น ๆ เนื่องจากมีสัดส่วนผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกสูงสุด แต่ในช่วงราคา 100.01-1,000 บาท พบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีมูลค่าการใช้ยาสูงกว่าสิทธิอื่น ๆ ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วนการใช้ยาใหม่และยาที่มีราคาแพงสูงกว่าสิทธิอื่น ๆ (Limwattananon C., et al, 2009)

4.1.5 มูลค่าการใช้ยารายการยา

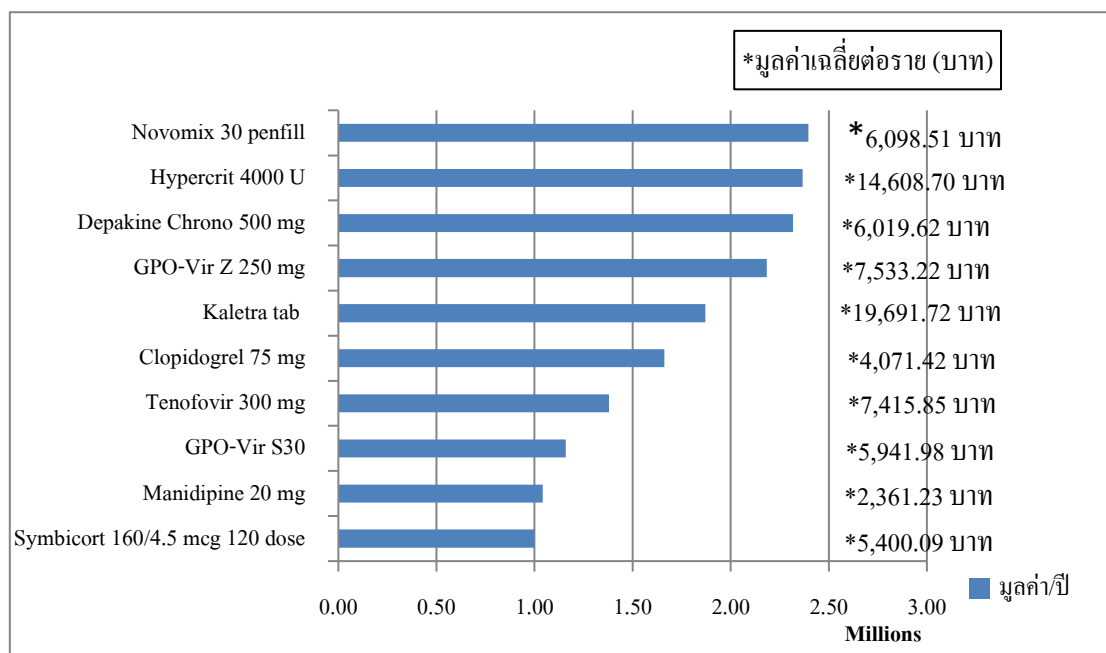
การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ได้คัดรายการยา จ 2 เช่น ยา Erythropoietin และ ยาด้านไวรัส ออกไปไม่นำมารวมในการวิเคราะห์ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ยา Clopidogrel ยาวัด โรค ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากมีรูปแบบการจ่ายชดเชยเป็นแบบการชดเชยคืนเป็นยาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เมื่อพิจารณายาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 10 อันดับแรก พบว่า 6 รายการจาก 10 รายการยาที่มีการใช้ในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในขณะที่พบยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพียง 1 รายการ ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม



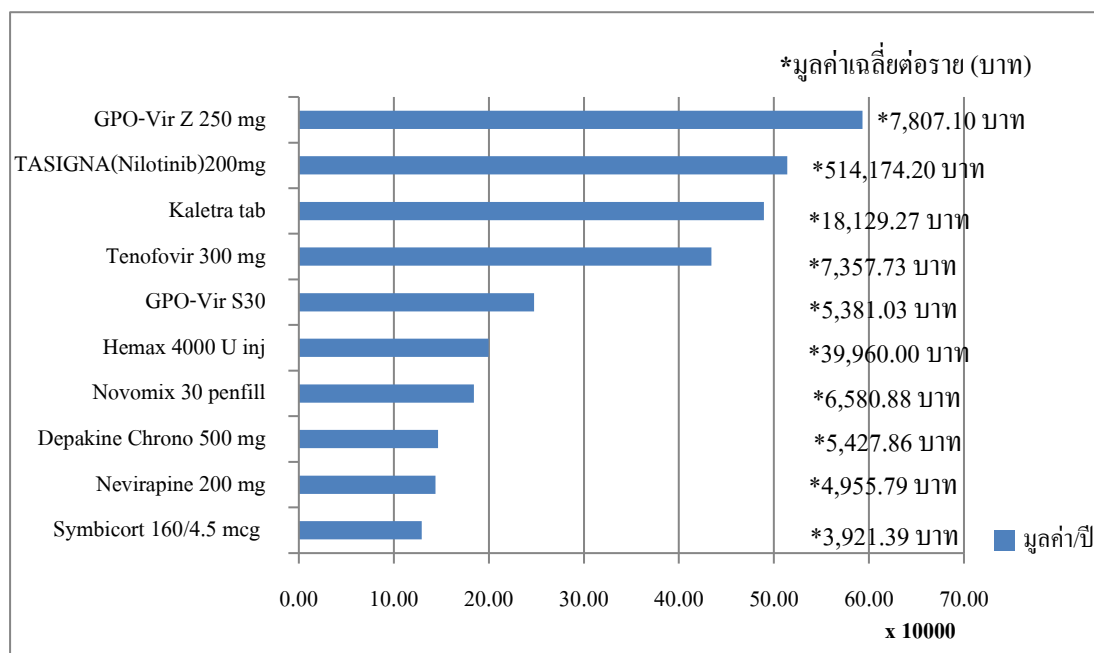
ภาพที่ 17 รายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 10 อันดับแรก และมูลค่าเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วย
ในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปี 2557

ในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการพบว่ายาที่มีมูลค่าสูงใน 10 อันดับแรกส่วนใหญ่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่าสิทธิอื่น ๆ เมื่อพิจารณามูลค่ายาเฉลี่ยต่อคนต่อปีพบว่ายาที่มีมูลค่าสูงมักจะเป็นยาที่มีราคาแพง และมีปริมาณการใช้สูง และเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าและปริมาณการใช้สูง เช่น ยา Manidipine ยา Donepezil และยา Cilostazol



ภาพที่ 18 รายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 10 อันดับแรก และมูลค่าเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วย
ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุดในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ยาเบาหวาน ยาโรคไต ยาแก้ชัก และยาด้านไวรัสเอดส์ และเมื่อพิจารณามูลค่ายาเฉลี่ยต่อรายพบว่ายาที่มีมูลค่าสูงมักจะเป็นยาที่มีราคาแพงและมีปริมาณการใช้สูง ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



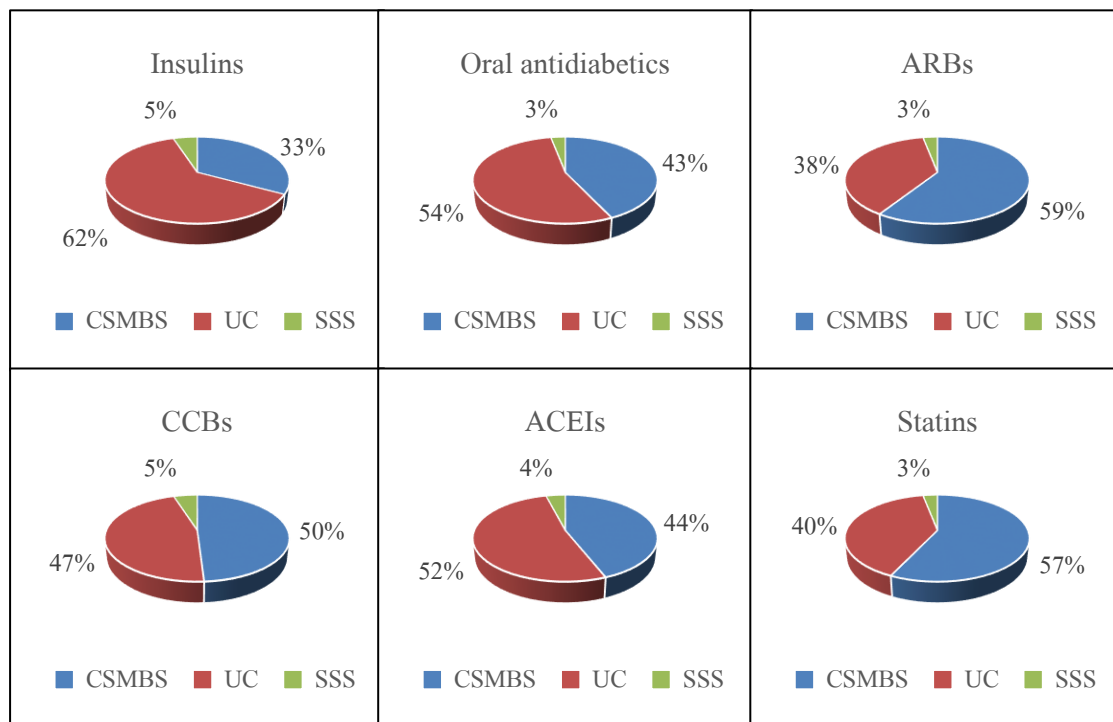
ภาพที่ 19 รายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 10 อันดับแรก และมูลค่าเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วย
ในสิทธิประกันสังคม

ยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุดในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม คือ ยาด้านไวรัสเอดส์ อยู่ใน 5 อันดับแรก และมีการใช้ยาเฉพาะรายที่มีมูลค่าสูงจึงมีมูลค่าการใช้ยาสูงเป็นอันดับสอง ซึ่งยา 10 อันดับแรก ได้แก่ ยาเบาหวาน ยาโรคไต ยาโรคหอบหืดและยากันชัก ซึ่งให้ผลคล้ายกับมูลค่ายาในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

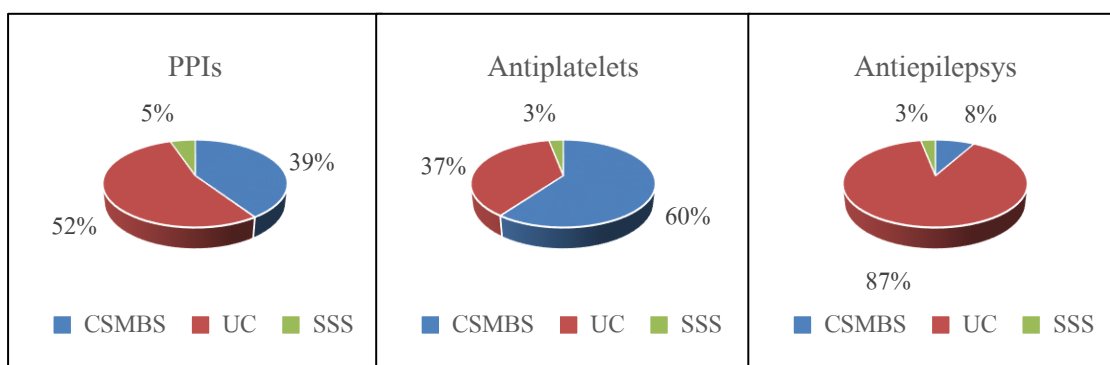
จากข้อมูลมูลค่าการใช้ยาเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วย พบว่ามูลค่าการใช้ยาบางรายการต่อรายในผู้ป่วยแต่ละสิทธิไม่ได้มีความแตกต่างกันมาก แต่บางรายการเช่น Alfuzocin (Xatral®) มีมูลค่าการใช้สูงในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งอาจเกิดจากอุบัติการณ์การเกิดโรคและความจำเป็นที่ต้องใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน เช่นเดียวกับยากันชัก ยาด้านไวรัสเอดส์ จะมีมูลค่าการใช้ยาในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมสูงกว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่วนยาที่มีมูลค่าการใช้สูงเช่น Novomix® ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีมูลค่าการใช้ยาเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วย 6,428.30 บาท สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 6,098.51 บาท และสิทธิประกันสังคม 6,580.80 บาท ซึ่งก็ไม่ได้มีความแตกต่างกันมากในมูลค่าเฉลี่ยต่อรายผู้ป่วยในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล

จากข้อมูลมูลค่าการใช้ยาสูงสุด 10 อันดับ ในแต่ละสิทธิการรักษายาบาลและข้อมูลการวิเคราะห์กลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ร่วมกับกลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง 10 อันดับแรกจาก

รายงานการใช้ยา ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่องกรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552 ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้แก่ ยาลดไขมันในเลือด ยาต้านมะเร็ง ยา NSAIDs-Glucosamine ยาโรคกระดูกพรุน ยารักษาภาวะโลหิตจาง ยาลดการหลังกรด ยารักษาไวรัสตับอักเสบ ยาลดความดันกลุ่ม ARBs ยารักษาเบาหวาน และยาต้านเกล็ดเลือด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555) จึงได้ศึกษามูลค่าการใช้ยาในการศึกษานี้ 9 กลุ่ม ได้แก่ ยากลุ่ม Insulins, ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทาน (Oral antidiabetics) ยากลุ่ม ARBs ยากลุ่ม CCBs ยากลุ่ม ACEIs ยากลุ่ม Statins ยากลุ่ม PPIs กลุ่มยากันชัก (Antiepilepsys) และกลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด (Antiplatelets)



ภาพที่ 20 สัดส่วนมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 20 สัดส่วนมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล (ต่อ)

จากสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาของยาทั้ง 9 กลุ่ม ส่วนใหญ่พบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาในกลุ่มต่าง ๆ สูงสุด เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกสูงสุด ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาลดความดันกลุ่ม ARBs ยาลดความดันกลุ่ม CCBs ยาลดไขมันกลุ่ม Statins และยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด (Antiplatelets) สูงกว่าสิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิอื่น ๆ เนื่องจากยาในกลุ่มดังกล่าวมีสัดส่วนของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติค่อนข้างสูงซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสั่งจ่ายยาในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ของสถานพยาบาลของทางราชการ จำนวน 34 แห่ง พบว่าร้อยละ 40 ของใบสั่งยามีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ คิดเป็นมูลค่า 10,040.48 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 66 ของมูลค่ายาารวมทั้งหมด

4.2 วิเคราะห์การจ่ายราคาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา (Reimbursement price: RP) ของการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล และวิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณต่อผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (Payer)

4.2.1 รูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนในรูปแบบปัจจุบันของแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งมีรูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนแบบจ่ายตามรายบริการ โดยคิดอัตราการเบิกจ่ายตามรายการที่ใช้จริง สำหรับค่ายาให้เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง ปี 2549

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) มีรูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนแบบเหมาจ่ายรายหัว มีการจัดสรรค่าใช้จ่ายงบประมาณประเภทบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 ประเภทบริการผู้ป่วยนอกทั่วไปมีอัตราเหมาจ่าย 1,056.96 บาทต่อผู้มี

สิทธิ จากข้อมูลประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มาขึ้นทะเบียนใช้สิทธิของโรงพยาบาล ปี 2557 มีจำนวนทั้งสิ้น 42,260 ราย แต่พบว่ามีจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนใช้สิทธิของโรงพยาบาลเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก เพียง 24,173 ราย นอกจากนี้โรงพยาบาลยังให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลภายในเครือข่ายหน่วยบริการ และระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการ โดยมีอัตราการเรียกเก็บ-ตามจ่ายในอัตรา 200 บาทต่อครั้ง โดยไม่มีการเรียกเก็บจากผู้ใช้บริการ และไม่จำกัดจำนวนครั้งเข้ารับบริการ โดยในปี 2557 มีค่าใช้จ่ายเรียกเก็บทั้งสิ้น 11,118,650 บาท จึงแบ่งการวิเคราะห์ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็น 2 กลุ่ม เนื่องจากการเบิกจ่ายเงินคืนแบบเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) และผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer)

สิทธิประกันสังคม มีรูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนแบบเหมาจ่ายรายหัว จากข้อมูลสรุปผลการให้บริการผู้ป่วยประกันสังคม กรณีผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำปี 2557 คิดเป็นเงินปรับสัดส่วนได้ 7,546,985.82 บาท

ข้อมูลจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่ารายจ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น และมีค่าายเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมดในสัดส่วนร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (กรมบัญชีกลาง, 2555) ดังนั้นในอัตราเหมาจ่ายรายหัวของผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมจะประมาณค่าของมูลค่าการใช้จ่าย 80% จากค่าใช้จ่ายที่ได้จัดสรรของการให้บริการผู้ป่วยนอก และในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ คิดอัตราการเบิกจ่ายตามรายบริการ ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจัดสรรสำหรับค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอกแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

ปี 2557	CSMBS	UC (Capitation)		SSS
รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา	Fee For Service	Register Capitation	Refer (เหมาจ่ายต่อครั้งบริการ)	Capitation
ค่าใช้จ่ายด้านยาที่ได้รับ	46,240,028.68	35,733,703.68	8,894,920.00	6,037,588.66
การเบิกจ่าย (RP-A)				
ราคาทุน (บาท)	32,611,252.40	21,504,082.80	20,353,631.36	3,742,407.51
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ (ราย)	18,210	24,173	16,061	5,855

ตารางที่ 22 ข้อมูลพื้นฐานและมูลค่าการใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ส่งต่อมาให้บริการที่โรงพยาบาล

UC	จำนวน	จำนวน visit	มูลค่ายา	มูลค่ายา/visit
ผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer)	16,061	46,381	20,353,631.36	438.84

4.2.2 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อจำลองราคาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา (Reimbursement price: RP)

วิธีการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบทางเลือกที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง (RP-1) และที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช. เขต 13 (RP-2) และหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) โดยจะศึกษาผลกระทบทางการเงินโดยการจำลองสถานการณ์หากมีการเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่

1.1 RP-1 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการของกรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นรูปแบบปัจจุบันที่ใช้ในโรงพยาบาล โดยใช้ราคาทุนคำนวณราคาตามเกณฑ์

1.2 RP-2 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากทุนวิจัย สปสช. เขต 13 โดยใช้ราคากลางคำนวณราคาตามเกณฑ์

1.3 RP-3 ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ใหม่ที่พัฒนาขึ้นของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย โดยใช้ราคาทุนคำนวณราคาตามเกณฑ์

1.4 RP-A (Current) รูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันโดยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้รูปแบบการจ่ายตามรายการ (fee for service) ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมใช้อัตราการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

ตารางที่ 23 มูลค่าการเบิกจ่ายยาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ

สิทธิ ประกัน สุขภาพ	มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายา (บาท)				
	ราคาทุน	RP-A	RP-1	RP-2	RP-3
CSMBS	32,611,252.40	46,240,028.68	46,162,071.29	41,974,168.78	44,603,464.47
UC total	41,857,714.16	44,628,623.68	62,151,809.18	58,122,273.80	61,050,126.55
SSS	3,742,407.51	6,037,588.66	5,434,667.75	5,100,733.75	5,288,642.00

ผลการวิเคราะห์มูลค่าการเบิกจ่ายยาในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันมีการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง เมื่อมีการจำลองราคาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้น พบว่าในปี 2557 โรงพยาบาลจะมีรายได้ลดลงจากเดิมทุกรูปแบบ โดยเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายที่สูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 โดยที่แต่ละรูปแบบยังคงทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาเมื่อเทียบกับต้นทุน

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) ซึ่งมีรูปแบบการเบิกจ่ายเงินค้ำแบบเหมาจ่ายรายหัว การเบิกจ่ายค่ายาในรูปแบบปัจจุบันคิดมูลค่ายา 80% ของค่าใช้จ่ายที่ได้จัดสรรของการให้บริการผู้ป่วยนอก พบว่าโรงพยาบาลจะมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิมทุกรูปแบบ โดยเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะมีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงสุด ส่วนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2

สิทธิประกันสังคมซึ่งมีรูปแบบการเบิกจ่ายเงินค้ำแบบเหมาจ่ายรายหัว การเบิกจ่ายค่ายาในรูปแบบปัจจุบันคิดมูลค่ายา 80% ของค่าใช้จ่ายที่ได้รับการจัดสรรของการให้บริการผู้ป่วยนอกเช่นเดียวกับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าเมื่อเปลี่ยนการเบิกจ่ายค่ายา

ตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในรูปแบบต่าง ๆ จะทำให้มีมูลค่าการเบิกจ่ายลดลง โดยการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะมีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ โดยที่แต่ละรูปแบบยังคงทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาเมื่อเทียบกับต้นทุน

ตารางที่ 24 มูลค่าการเบิกจ่ายยาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาในรูปแบบต่าง ๆ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

UC	มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายา (บาท)				
	ราคาทุน	RP-A	RP-1	RP-2	RP-3
UC _{register} ¹	21,504,082.80	35,733,703.68	32,294,071.18	30,690,501.82	31,710,596.46
UC _{refer} ²	20,353,631.36	8,894,920.00	29,857,738.00	27,431,771.98	29,339,530.09

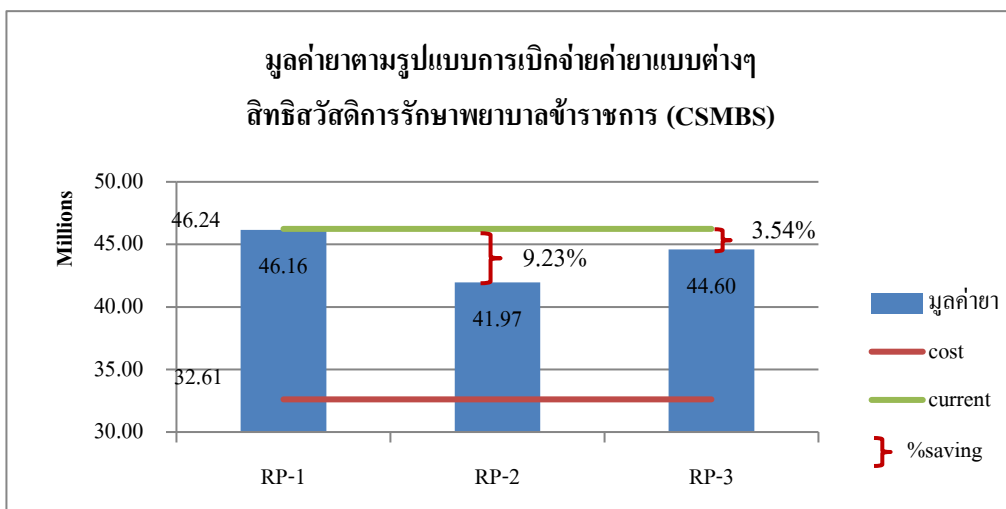
มูลค่าการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) และผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) พบว่าเมื่อเปลี่ยนการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในรูปแบบต่าง ๆ กลุ่ม UC register จะมีมูลค่าการเบิกจ่ายลดลง โดยที่โรงพยาบาลยังมีรายได้จากมูลค่ายาเมื่อเทียบกับต้นทุน ในขณะที่กลุ่ม UC refer จะทำให้มูลค่าการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาในปัจจุบัน โดยการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะมีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับทั้งสองกลุ่ม

4.2.3 ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (Payer) เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาด้วยหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้น จะส่งผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) และรายจ่ายของผู้จ่ายเงินในระบบ (Payer) ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม

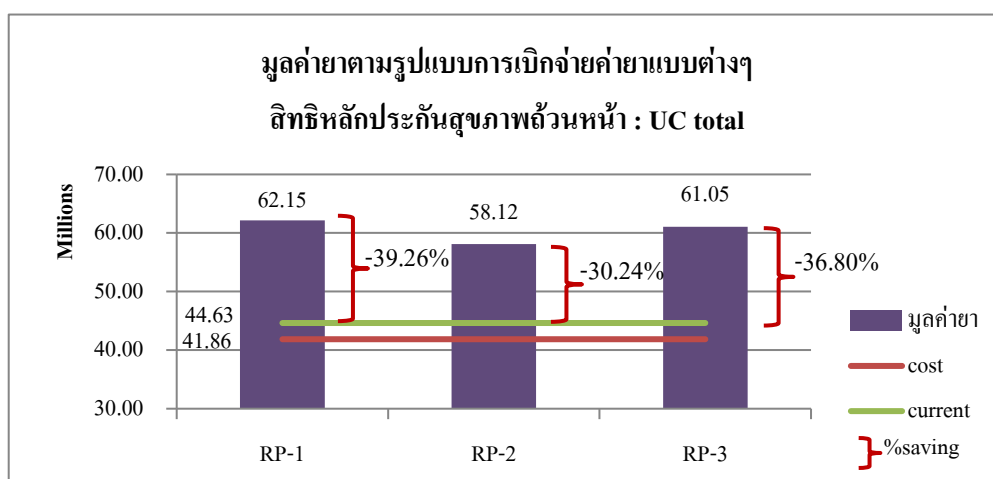
¹ เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล

² เฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย



ภาพที่ 21 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่างๆ ในผู้ป่วยนอก
สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการปี 2557

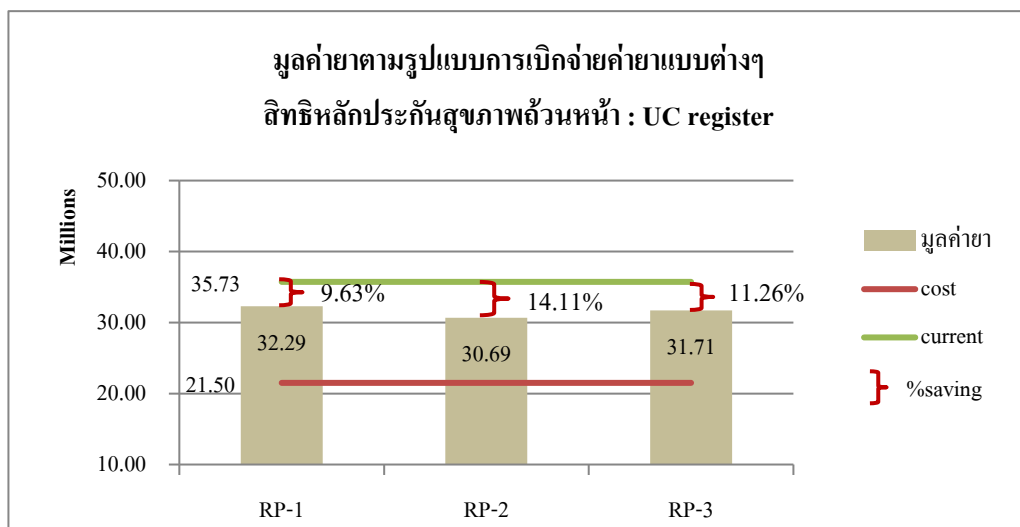
สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนแบบจ่ายตามรายบริการในราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ทำการศึกษาพบว่า จะช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบนั้นคือกรมบัญชีกลางจ่ายเงินน้อยลงคิดเป็น 9.23% ของมูลค่าปัจจุบันเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และ 3.54% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 โดยที่โรงพยาบาลยังคงมีรายได้จากมูลค่ายา 28.71% และ 36.77% ของต้นทุนเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ตามลำดับ แม้ว่าจะลดลงจากเดิมที่โรงพยาบาลมีรายได้ 41.79 % จากต้นทุนค่ายา



ภาพที่ 22 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่างๆ ในผู้ป่วยนอก
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณี UC total ปี 2557

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) มีรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งโรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาเพียง 6.62% เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ศึกษา พบว่าการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายแบบ Capitation ไปเป็น รูปแบบการเบิกจ่ายแบบ Fee For Service จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาเมื่อเทียบกับต้นทุนเพิ่มขึ้นเป็น 48.48% (RP-1), 45.85% (RP-3) และ 38.86% (RP-2) ซึ่งส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบจะต้องจ่ายเงินมากขึ้น โดยต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้น 39.26% (RP-1), 36.80% (RP-3) และ 30.24% (RP-2) ของมูลค่าปัจจุบัน

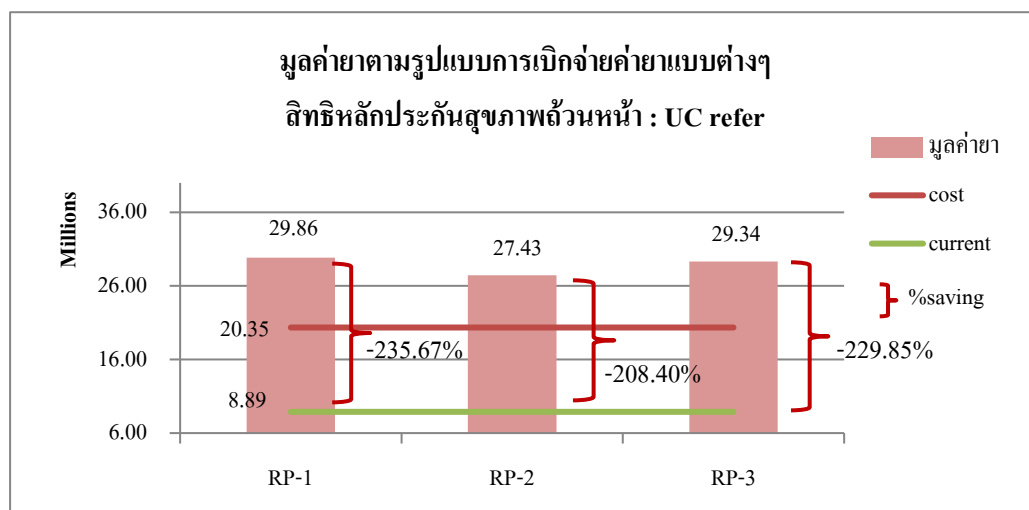
ในปี 2557 พบว่าโรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาในปัจจุบันของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเท่ากับ 13.63 ล้านบาท สิทธิประกันสังคม 2.30 ล้านบาท เมื่อแยกผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) พบว่ามีรายได้จากมูลค่ายา 14.23 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ลงทะเบียน 42,260 ราย และมีผู้มาใช้บริการเพียง 24,173 ราย ทำให้ข้อมูลที่วิเคราะห์ได้เห็นว่าโรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่เมื่อพิจารณาภาพรวมในการให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลพบว่าการให้บริการรับผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่ายภายในจังหวัดในปี 2557 สูงถึง 16,061 ราย และมีจำนวนครั้งการเข้ารับบริการถึง 46,381 ครั้ง และเมื่อคิดมูลค่ายาเฉลี่ยต่อครั้งที่มาบริการเท่ากับ 438.84 บาท ซึ่งมากกว่าอัตราค่าบริการในการเรียกเก็บ-ตามจ่ายของการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีอัตราเรียกเก็บเพียง 200 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้น้อยกว่าที่ให้บริการไป ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาในผู้ป่วยกลุ่มที่รับส่งต่อ (UC refer) สูงถึง 11.46 ล้านบาท แต่เมื่อรวมระหว่าง 2 กลุ่มผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมดพบว่าโรงพยาบาลยังคงมีรายได้จากมูลค่ายา 2.77 ล้านบาท



ภาพที่ 23 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่างๆ ในผู้ป่วยนอก

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณี UC register ปี 2557

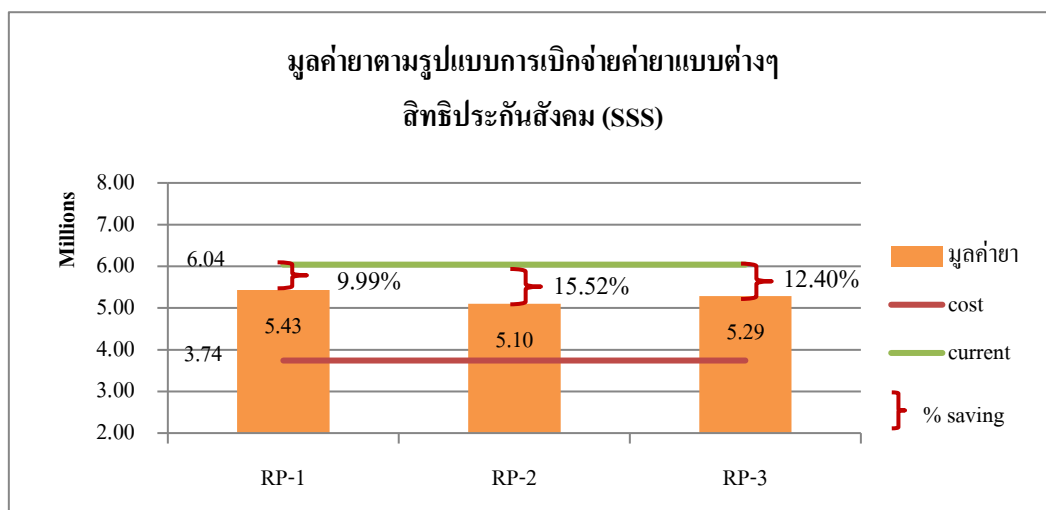
สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) ที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัว จากเดิมมีรายได้จากมูลค่ายา 66.17% เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายโดยใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ทำการศึกษาลักษณะการเบิกจ่ายแบบ Capitation เป็นรูปแบบการเบิกจ่ายแบบ Fee For Service จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากต้นทุนยาลดลงเป็น 50.18% (RP-1), 47.46% (RP-3) และ 42.72% (RP-2) ในขณะที่ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาลงจากเดิม 9.63% (RP-1), 11.26% (RP-3) และ 14.11% (RP-2) ของมูลค่าปัจจุบัน



ภาพที่ 24 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่างๆ ในผู้ป่วยนอกสิทธิ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณี UC refer ปี 2557

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายครั้งบริการ พบว่าไม่เพียงพอครอบคลุมต้นทุนยา และยังทำให้โรงพยาบาลรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นสูงถึง 56.30% เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายโดยใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ทำการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) โรงพยาบาลมีรายได้จากต้นทุนยาเพิ่มขึ้นเป็น 46.69% (RP-1), 44.15% (RP-3) และ 34.78% (RP-2) ซึ่งส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบจะต้องจ่ายเงินมากขึ้นสูงถึง 235.67%, 229.85% และ 208.40% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ เนื่องจากการเบิกจ่ายรูปแบบปัจจุบันของผู้ป่วยกลุ่มนี้สำนักงานสาธารณสุขได้กำหนดเพดานอัตราค่าบริการในการเรียกเก็บ-ตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกภายในจังหวัดเพียง 200 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ



ภาพที่ 25 มูลค่ายาที่เบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่างๆ ในผู้ป่วยนอก
สิทธิประกันสังคม ปี 2557

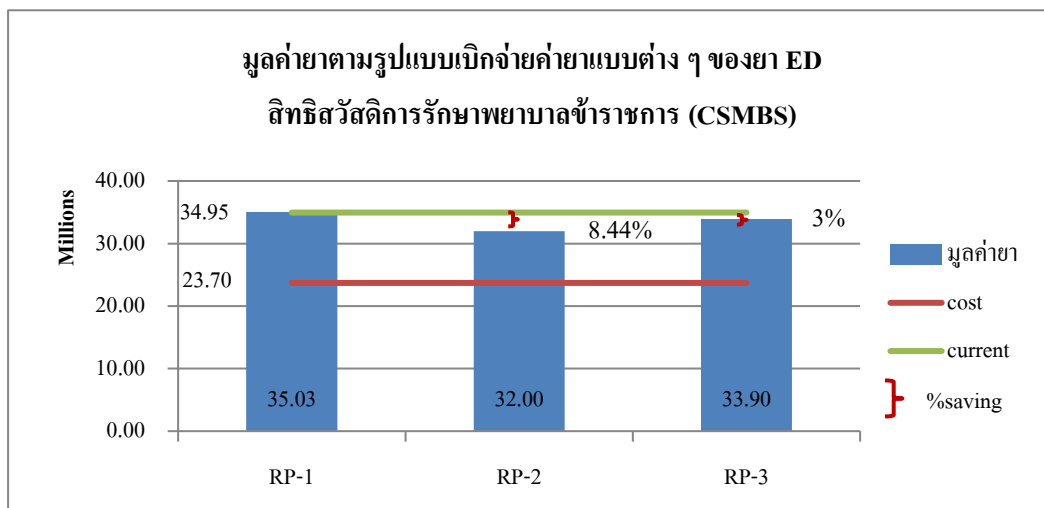
สิทธิประกันสังคมซึ่งมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว พบว่าเมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายโดยใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามที่ทำการศึกษาก็จะทำให้มูลค่าการเบิกจ่ายลดลง จากเดิมโรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายา 61.33% ทำให้รายได้จากต้นทุนมูลค่ายาลดลงเป็น 45.22% (RP-1), 41.32% (RP-3) และ 36.30% (RP-2) ซึ่งทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาลง 9.99% (RP-1), 15.52% (RP-3) และ 12.40% (RP-2) จากมูลค่าปัจจุบัน

สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS) ที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นรูปแบบการเบิกจ่ายที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี พบว่าเมื่อเปลี่ยนเป็นการเบิกจ่ายตามรายการบริการตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ศึกษากลับทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาลดลง ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาได้ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่ารูปแบบเหมาจ่ายรายหัว

ผลการวิเคราะห์ในสองกลุ่มนี้ให้ผลแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) โดยเปลี่ยนแปลงตัวแปรต่าง ๆ ที่อาจจะส่งผลให้มูลค่ายาเปลี่ยนแปลงไป เพื่อศึกษาผลกระทบที่มีต่อผลการศึกษาไว้ในข้อ 4.6

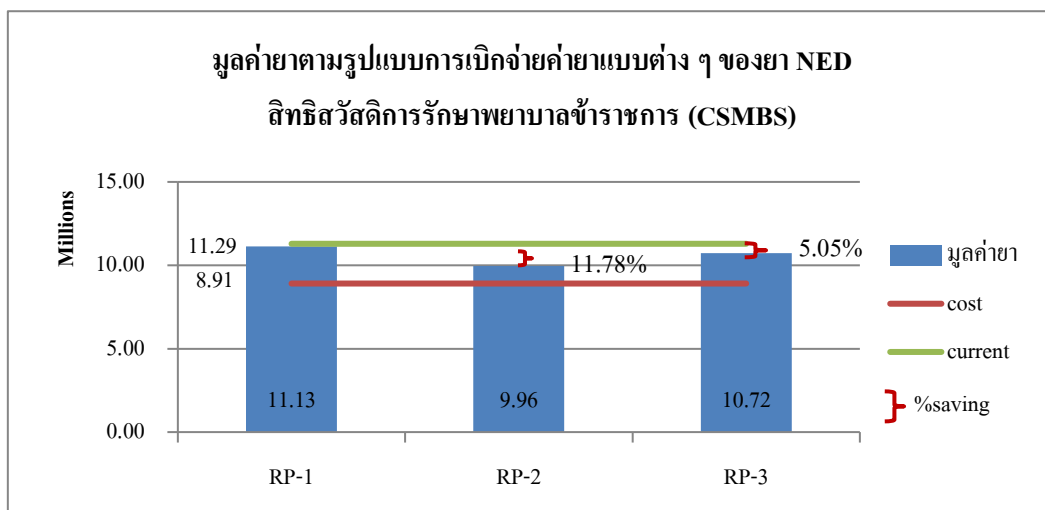
4.3 ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (Payer) เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน: การวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Small group analysis)

4.3.1 วิเคราะห์แยกกลุ่มยาแบ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ



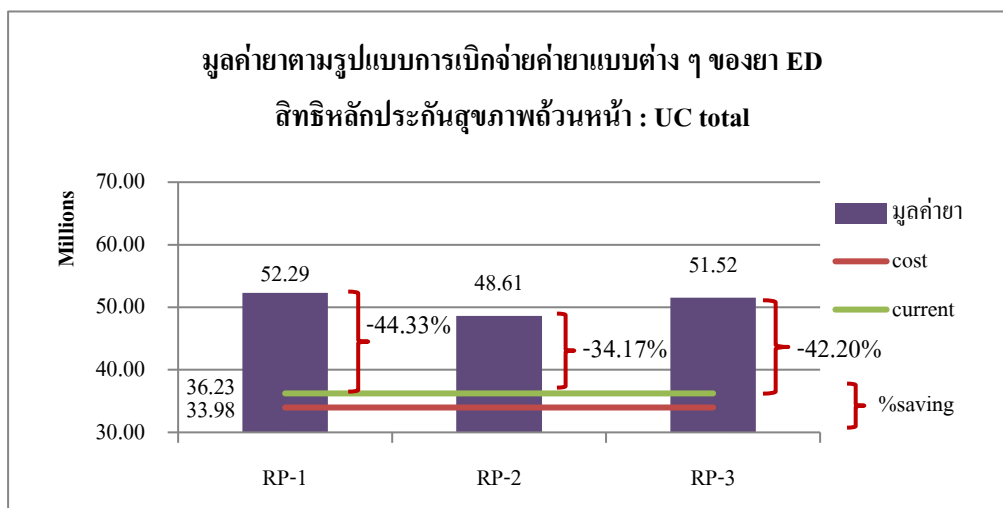
ภาพที่ 26 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายาแยกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการพบว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ



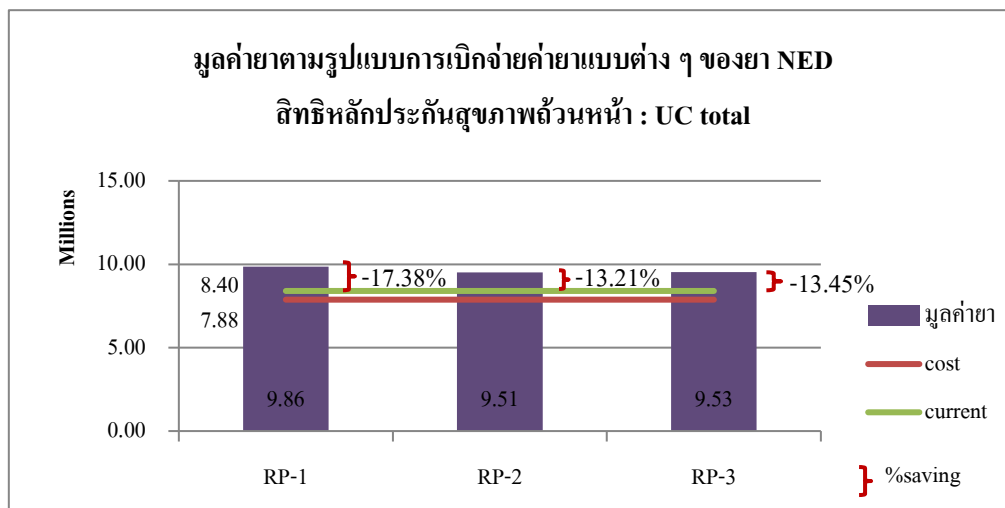
ภาพที่ 27 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ
 สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)

ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายากลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) ในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)



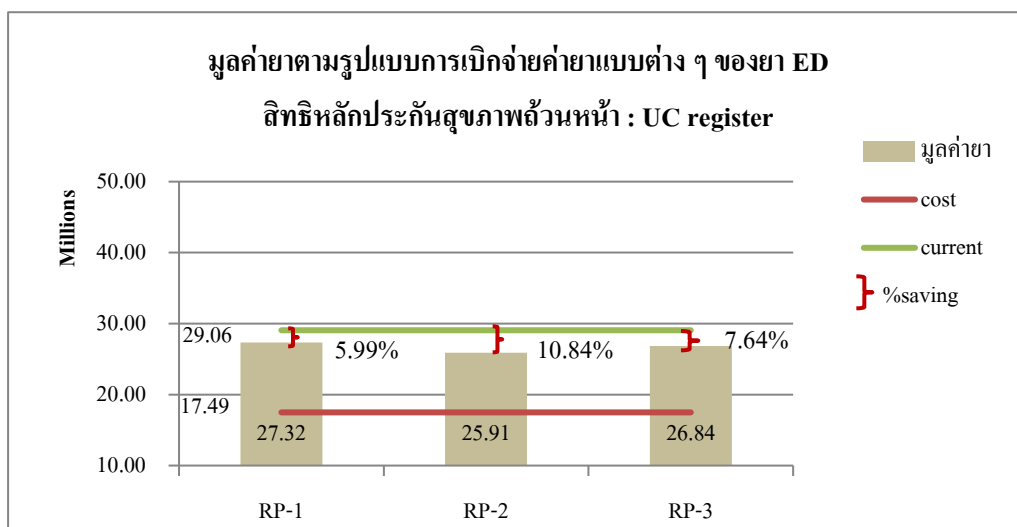
ภาพที่ 28 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ
 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด

ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายาแยกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาขายสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ



ภาพที่ 29 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งหมด

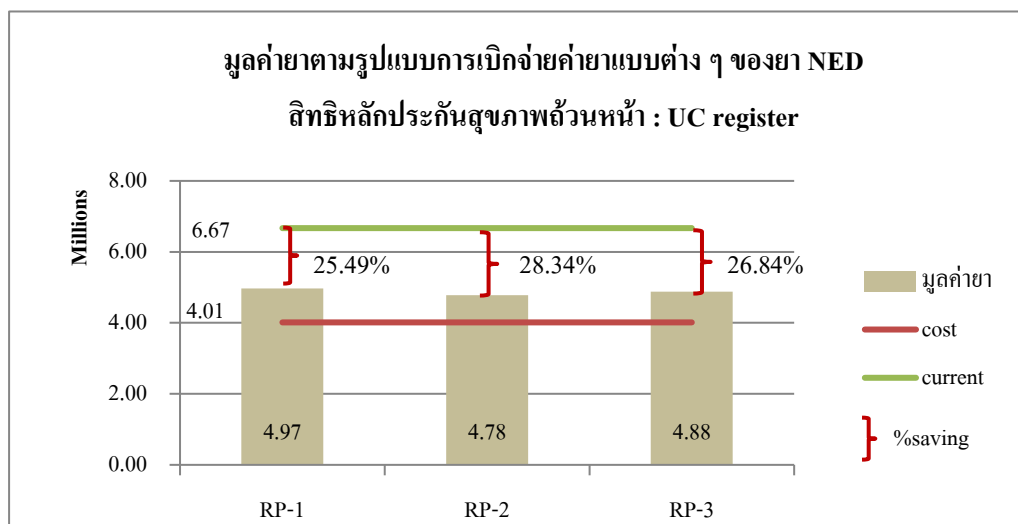
ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายากลับกลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาขายสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ให้ผลสอดคล้องกับกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)



ภาพที่ 30 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน

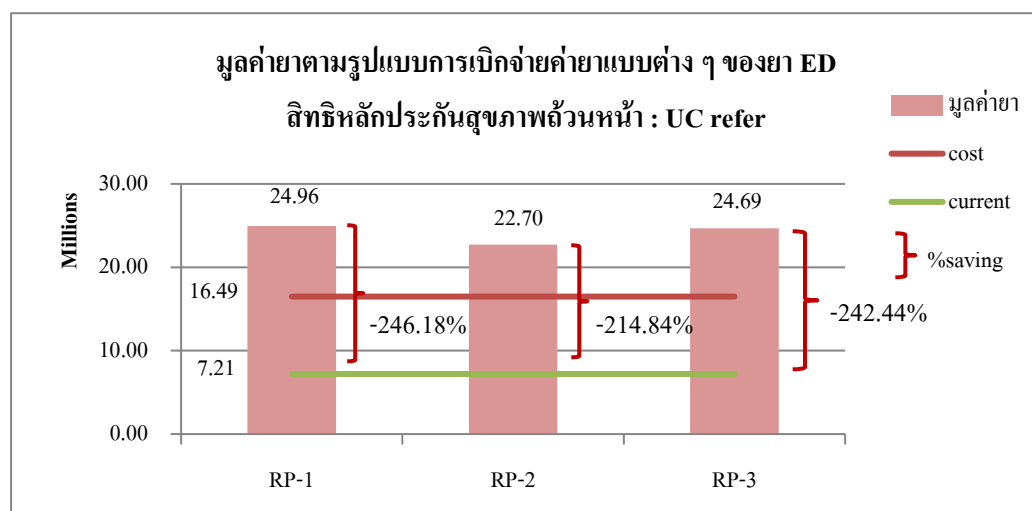
ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายาแยกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) พบว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาขายสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ



ภาพที่ 31 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน

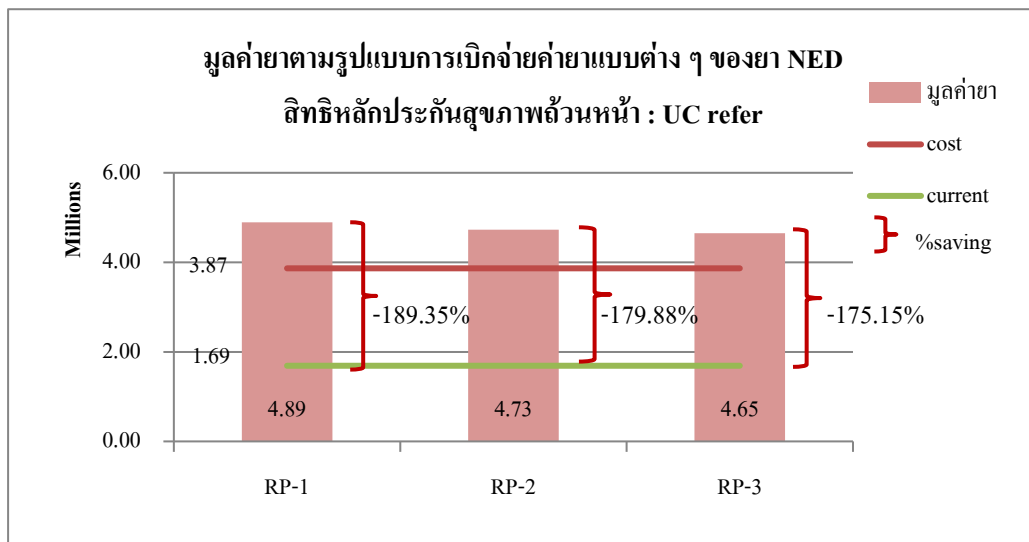
ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายาแยกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) พบว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาขายสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับสอดคล้องกับกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)



ภาพที่ 32 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ

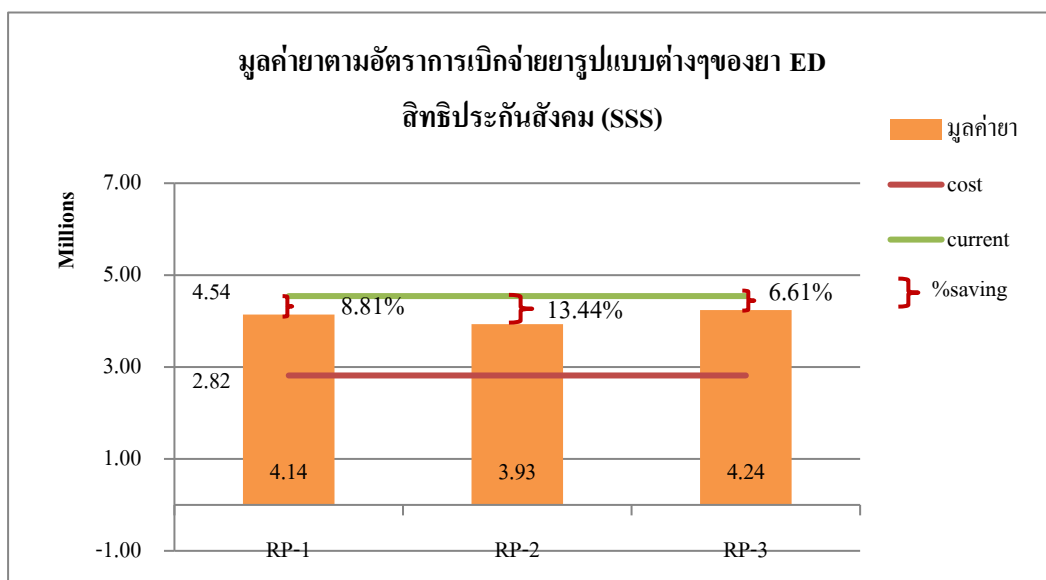
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ

ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายาแยกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) พบว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาขายสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ



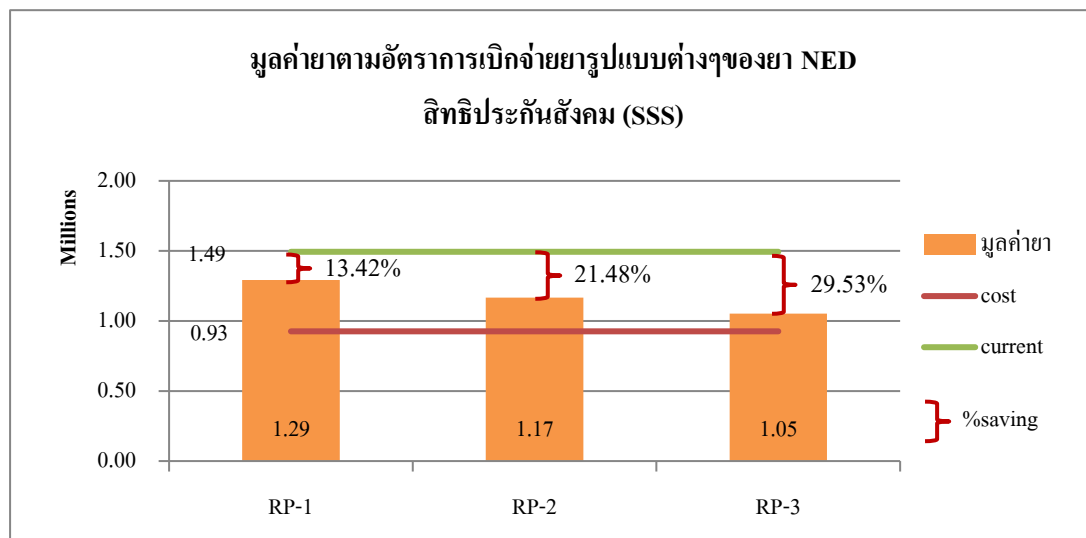
ภาพที่ 33 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ
 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ

ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายาแยกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) พบว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) จะให้ผลแตกต่างกับมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในสิทธิอื่น ๆ พบว่ามูลค่าการเบิกจ่ายราคาสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ตามลำดับ



ภาพที่ 34 มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ
 สิทธิประกันสังคม

ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายาแยกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS) พบว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ



ภาพที่ 35 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ
สิทธิประกันสังคม

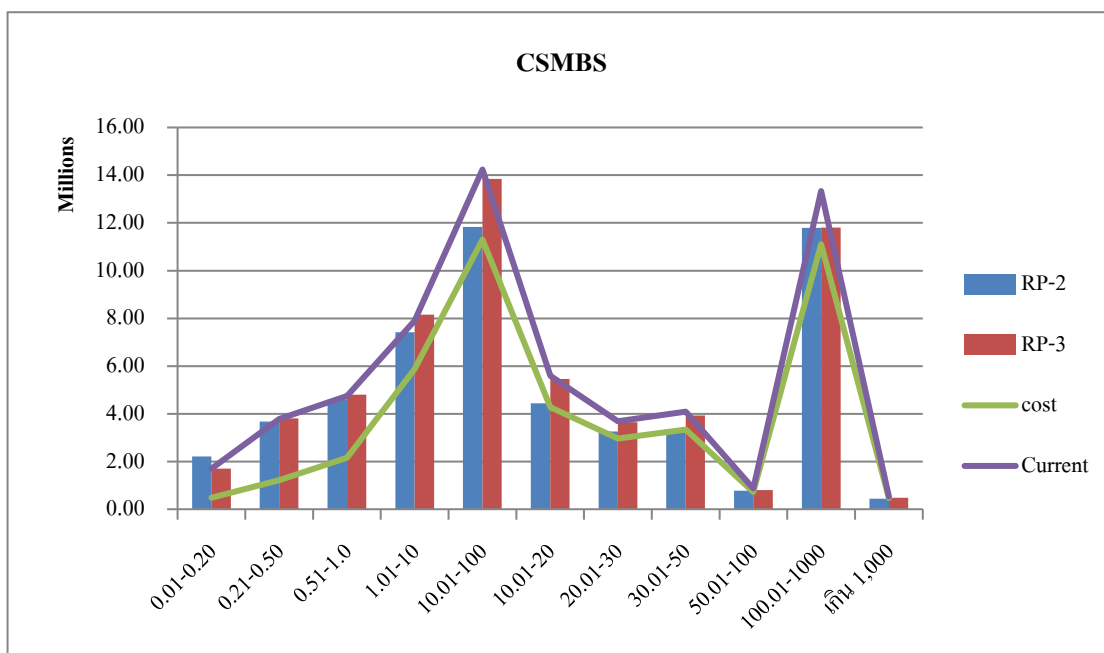
ผลการจำลองการเบิกจ่ายค่ายาแยกกลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS) พบว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายราคาสูงสุดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาผลกระทบทางด้านงบประมาณจากการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเดิมเป็นการเบิกจ่ายตามรายบริการตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่ศึกษา พบว่าทั้งมูลค่ายาในกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จะยังคงทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายา และทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัคค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้สอดคล้องกันทั้งในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียนกับ โรงพยาบาล (UC register) และสิทธิประกันสังคม (SSS) ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวม (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายราคาทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายามากขึ้น ส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินมากขึ้น โดยกลุ่มยา

นอกบัญชีหลักแห่งชาติจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่ากลุ่มยาในบัญชีหลักแห่งชาติ

4.3.2 การวิเคราะห์แยกตามช่วงราคายาในรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ

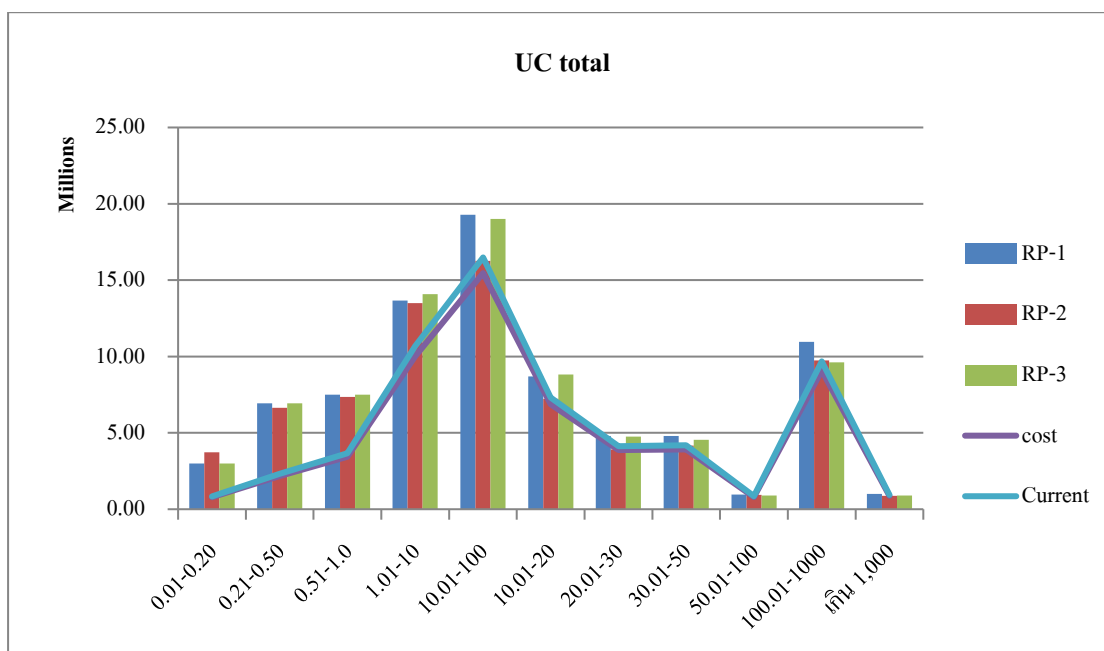
เมื่อแยกตามช่วงราคาของรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา มูลค่ายาในช่วงราคา 0.01-1.0 บาท จะมีราคาเบิกจ่ายที่เท่ากันทั้ง 3 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา แต่พบว่ามูลค่ายาของรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ในช่วงราคาดังกล่าวจะมีมูลค่าสูงกว่าหรือต่ำกว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายารูปแบบอื่น ขึ้นกับช่วงราคาดังกล่าวมีช่วงของราคากลางมากน้อยเพียงใด ในขณะที่ช่วงราคาอื่นพบว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ แต่ในช่วงราคา 1.01-10 บาท การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายมากกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ % Mark-up ที่ใช้ในการคำนวณราคาเบิกจ่าย และเมื่อเปรียบเทียบมูลค่ายาในช่วงราคา 10.01-100 บาท ของรูปแบบการเบิกจ่ายราคา RP-3 ที่มีการแบ่งช่วงราคาย่อย พบว่าเมื่อมูลค่ายารวมในช่วงราคาดังกล่าวให้ผลเหมือนกับในช่วงราคาอื่น คือการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในสิทธิประกันสังคมพบว่า การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจขึ้นกับปริมาณการใช้ยาที่มีราคาอยู่ที่อยู่ในช่วงราคาที่ให้ % mark up แตกต่างกัน ในช่วงยาราคาแพงตาม % Mark-up ช่วงราคามากกว่า 100.01-1,000 บาท และช่วงราคาเกิน 1,000 บาท การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 แต่ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 กลับทำให้มีมูลค่าเบิกจ่ายน้อยกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) ช่วงราคามากกว่า 100.01-1,000 บาท และช่วงราคาเกิน 1,000 บาท สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) ในช่วงราคาเกิน 1,000 บาท สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) ในช่วงราคา 100.01-1,000 บาท ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแตกต่างกันเล็กน้อยเท่านั้นอาจเป็นผลจากการใช้ราคาในการคำนวณราคาเบิกจ่ายที่ต่างกันระหว่างราคากลางและราคาทุน



ภาพที่ 36 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคาของผู้ป่วย
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

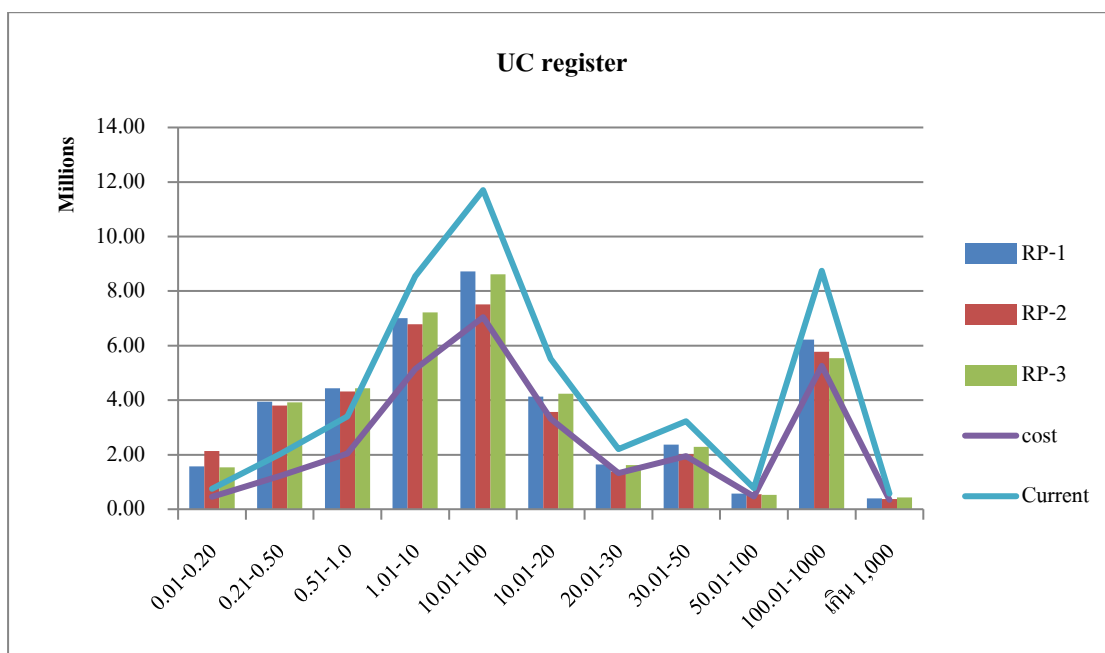
เมื่อพิจารณารายได้ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามที่กำหนด ตั้งแต่ช่วงราคา 0.01-10.0 บาท พบว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2, RP-3 จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อย โดยการ ใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้มากกว่า ยกเว้นช่วงราคา 0.01-0.20 บาท โรงพยาบาลจะมีรายได้เพิ่มมากขึ้นเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ซึ่งอาจเกิดจากผลการใช้ราคากลางในค่านวมราคาเบิกจ่ายยาในช่วงดังกล่าว ส่วนในช่วงราคา 10.01- > 1,000 บาท พบว่าจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่าขาดลงจากเดิมซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายให้ผู้จ่ายเงินในระบบ โดยการ ใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้มากกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3



ภาพที่ 37 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคาขายของผู้ป่วย
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total)

เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายารูปแบบต่าง ๆ พบว่าในช่วงราคา 0.01-10.0 บาท โรงพยาบาลจะมีรายได้จากมูลค่ายาเพิ่มสูงขึ้นเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายราคาขายทั้ง 3 รูปแบบ โดยการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้น้อยกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายารูปแบบอื่น ๆ ยกเว้นในช่วงราคา 0.01-0.20 บาท การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะมีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงสุด และในช่วงราคาขายที่สูงขึ้นจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาลดลง แต่ยังคงมีรายได้จากมูลค่ายา และทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัคค่าใช้จ่ายด้านยาได้มากขึ้น โดยการ ใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัคค่าใช้จ่ายด้านยาได้มากที่สุด

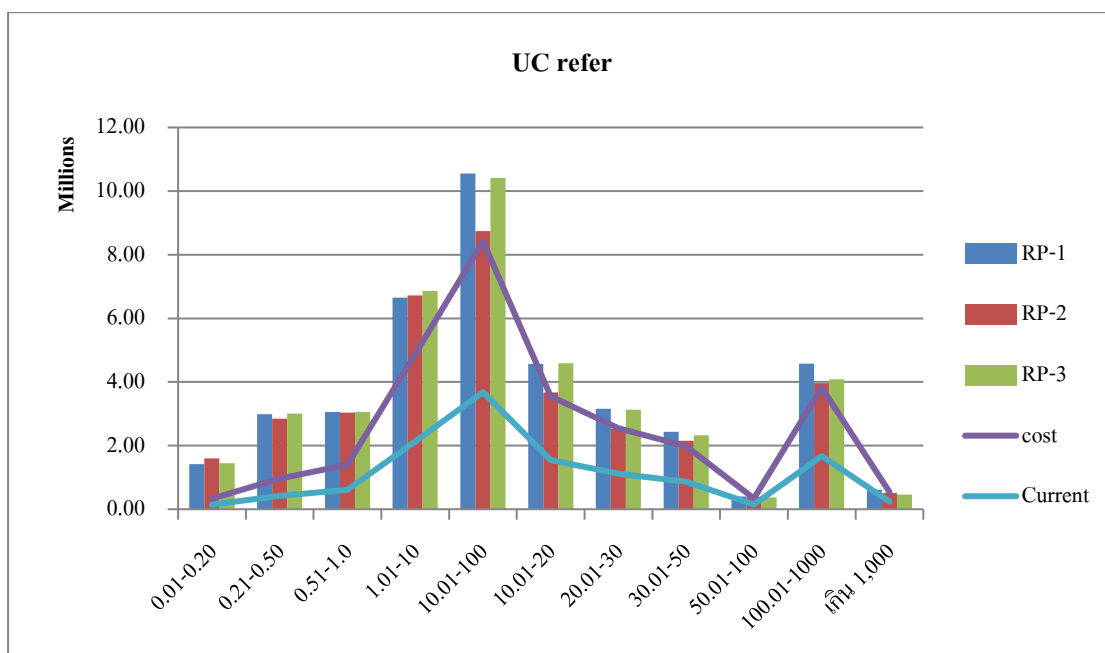


ภาพที่ 38 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคาขายของผู้ป่วย

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register)

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register)

เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายารูปแบบต่าง ๆ พบว่าในช่วงราคา 0.01-1.00 บาท พบว่าใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาทั้ง 3 รูปแบบจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้น และตั้งแต่ช่วงราคา 1.01- เกิน 1,000 บาท พบว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาทั้ง 3 รูปแบบจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ลดลง แต่ยังคงมีรายได้จากมูลค่ายา และทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัคค่าใช้จ่ายด้านยาได้มากขึ้น

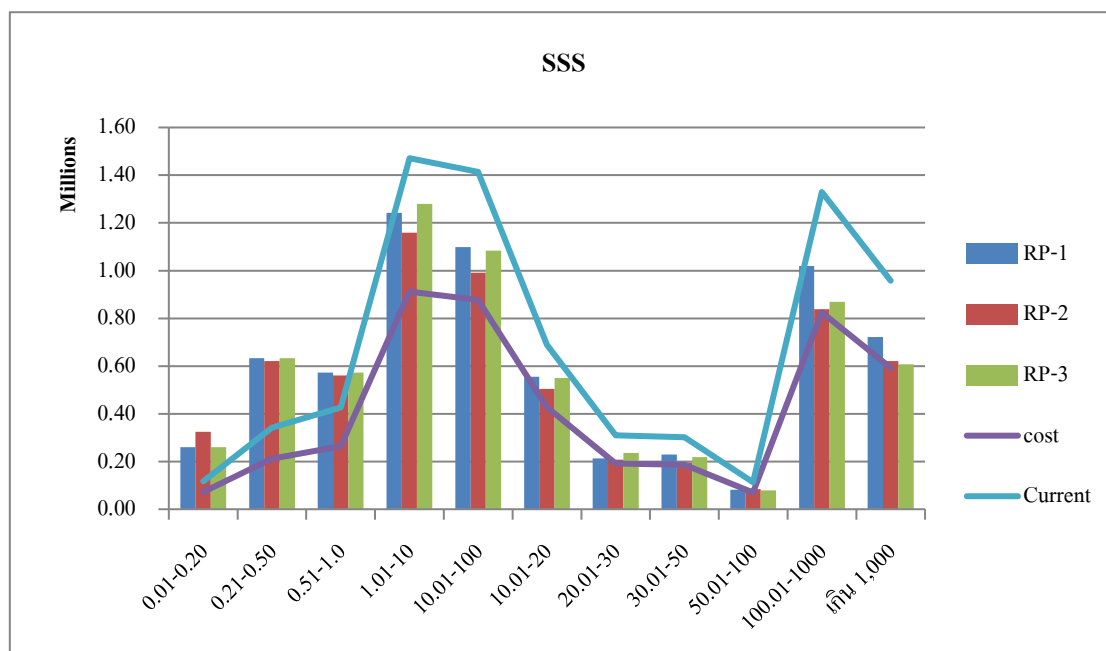


ภาพที่ 39 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคาขายของผู้ป่วย

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer)

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer)

เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายารูปแบบต่าง ๆ พบว่าในทุกช่วงราคาจะให้มูลค่าเบิกจ่ายที่สูงกว่ารูปแบบปัจจุบัน ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้น ผู้จ่ายเงินในระบบจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยามากขึ้น และในช่วงราคา 0.01-100 บาท จะยังคงทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาสูง และในช่วงราคาที่สูงขึ้น โรงพยาบาลก็จะมีรายได้ลดลง



ภาพที่ 40 มูลค่าเบิกจ่ายยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ในแต่ละช่วงราคาของ ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม

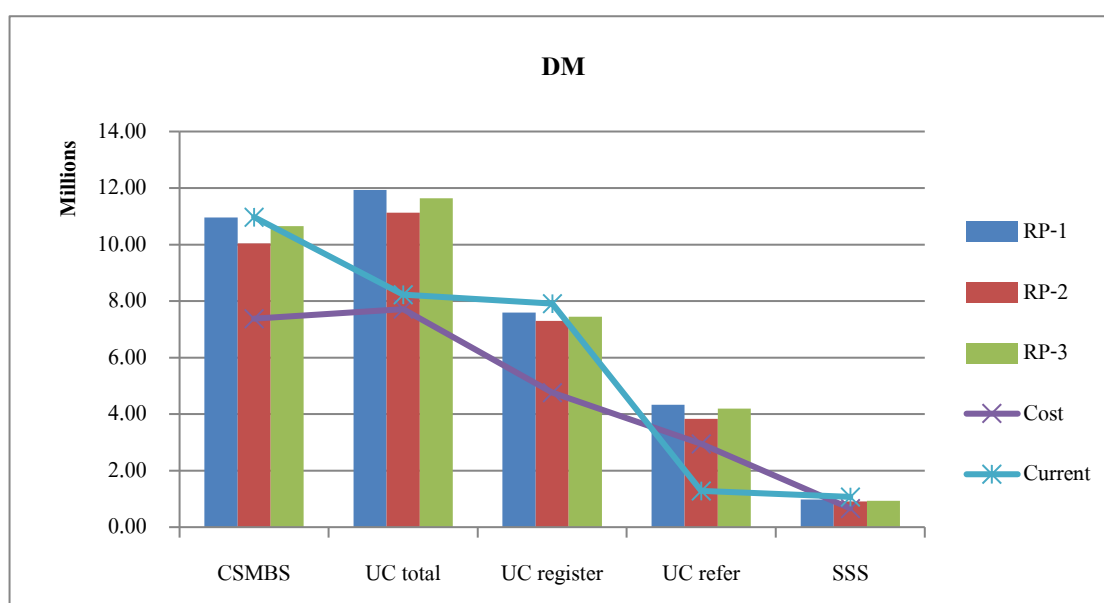
สิทธิประกันสังคม

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามที่กำหนด พบว่าช่วงราคาที่ตั้งแต่ 1.01 ถึง > 1,000 บาท มูลค่ายาในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ลดลงจากเดิม เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายให้ผู้จ่ายเงินในระบบ แต่ก็ยังคงทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายา

จากการเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่กำหนดพบว่ายาที่มีราคาสูง การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายสูงสุด รองลงมาคือ รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ตามลำดับ แต่พบว่าเมื่อยาอยู่ในช่วงราคาที่ลดลงมา รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายที่สูงกว่า รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะเห็นว่าในช่วงราคาที่สูงขึ้น การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากราคาแพงลดลง จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ โดยที่โรงพยาบาลก็ยังมีรายได้จากมูลค่ายาเมื่อเทียบกับต้นทุนยา ในขณะที่เดียวกัน โรงพยาบาลจะมีรายได้เพิ่มขึ้นเมื่อใช้ยาที่มีราคาถูก และทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบจ่ายเงินมากขึ้น

4.3.3 วิเคราะห์แยกตามประเภทกลุ่มยาที่มีปริมาณการใช้และมูลค่าสูง

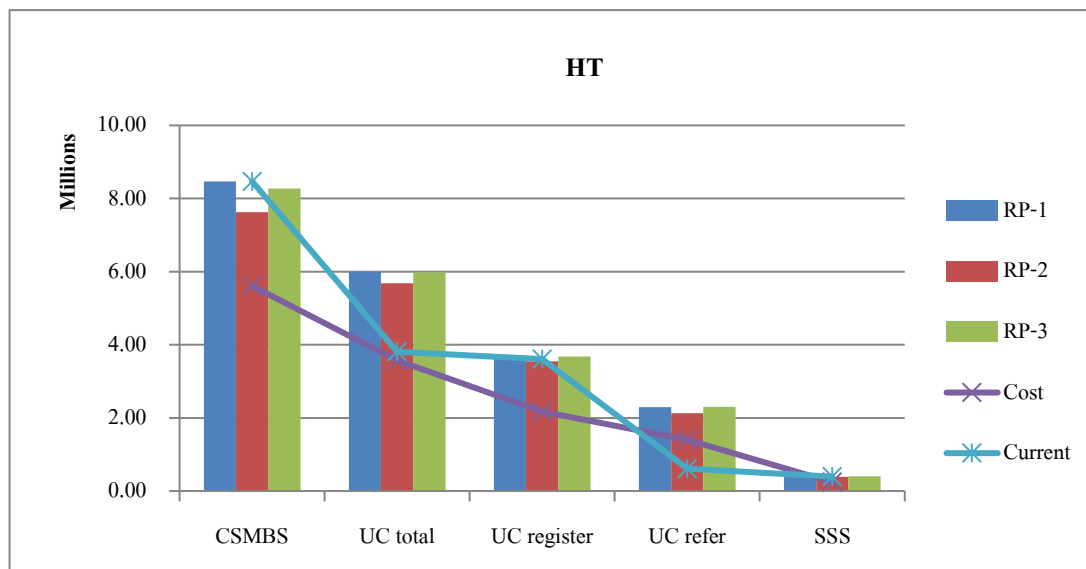
วิเคราะห์แยกกลุ่มโรค โดยเลือกกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงของผู้ป่วยในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง หืด แต่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่นำมาวิเคราะห์เนื่องจากในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมมีการสนับสนุนการใช้ยาและมีการชดเชยยาให้แก่ผู้ป่วย โดยกลุ่มโรคเบาหวานจะใช้ ICD10 รหัส E10.* - E14.*, ความดันโลหิตสูง รหัส I10.* - I15.* ไตเรื้อรัง รหัส N18 หืด รหัส J45-J46



ภาพที่ 41 มูลค่าการใช้ยากกลุ่มโรคเบาหวานเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

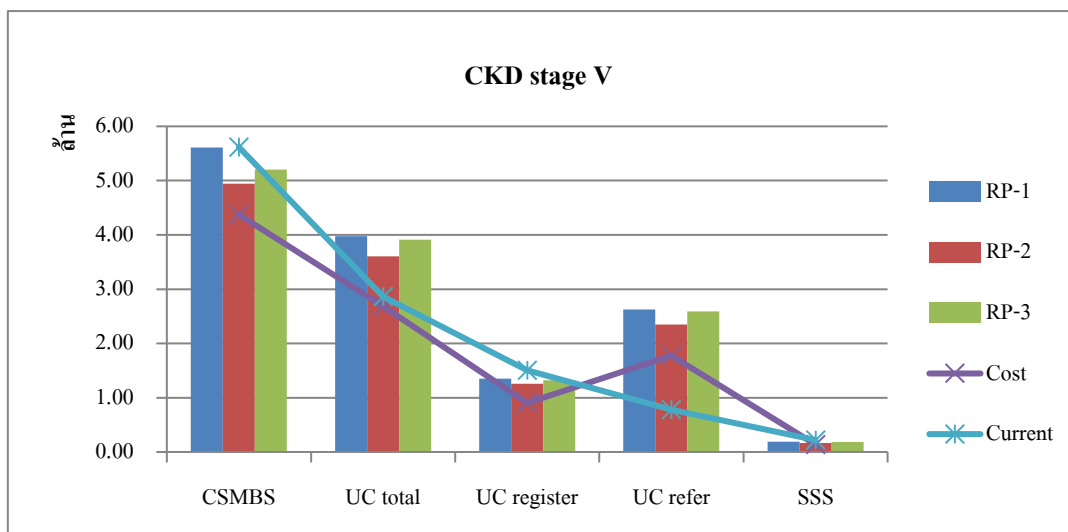
เมื่อวิเคราะห์ผลการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา แยกตามกลุ่มโรคที่มีมูลค่าการใช้ยาสูง ในโรคเบาหวาน (DM) พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายที่ทำให้มีมูลค่ายาสูงสุดได้แก่ รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลและผู้จ่ายเงินในระบบให้ผลสอดคล้องกับมูลค่าการใช้ยา รวมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล คือกลุ่มสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) และสิทธิประกันสังคม (SSS) ผู้จ่ายเงินในระบบจ่ายเงินน้อยลง และทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ลดลง ส่วนกลุ่มสิทธิหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า (UC total) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) ผู้จ่ายเงินในระบบจ่ายเงินเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มมากขึ้น



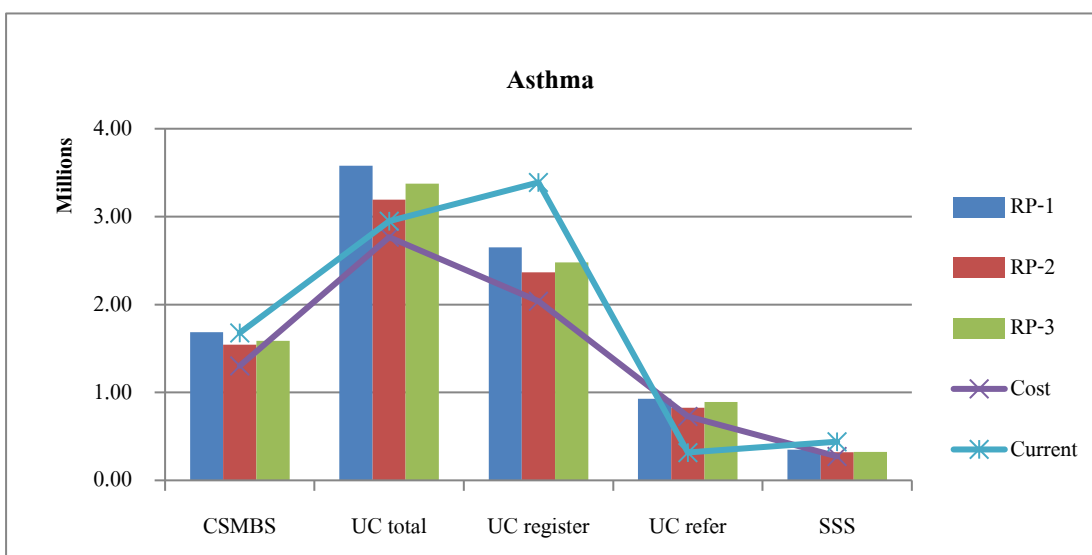
ภาพที่ 42 มูลค่าการใช้ยาในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์ผลการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา แยกตามกลุ่มโรคที่มีมูลค่าการใช้ยาสูง ในโรคความดันโลหิตสูง (HT) พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ทำให้มีมูลค่ายาสูงสุดได้แก่ รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลและผู้จ่ายเงินในระบบให้ผลสอดคล้องกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดทุกสิทธิการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 43 มูลค่าการใช้ยาในกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์ผลการใช้รูปแบบเบิกจ่ายค่ายา แยกตามกลุ่มโรคที่มีมูลค่าการใช้ยาสูงในโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD stage V) พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ทำให้มีมูลค่าค่ายาสูงสุดได้แก่ รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลและผู้จ่ายเงินในระบบให้ผลสอดคล้องกับมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดทุกสิทธิการรักษาพยาบาล



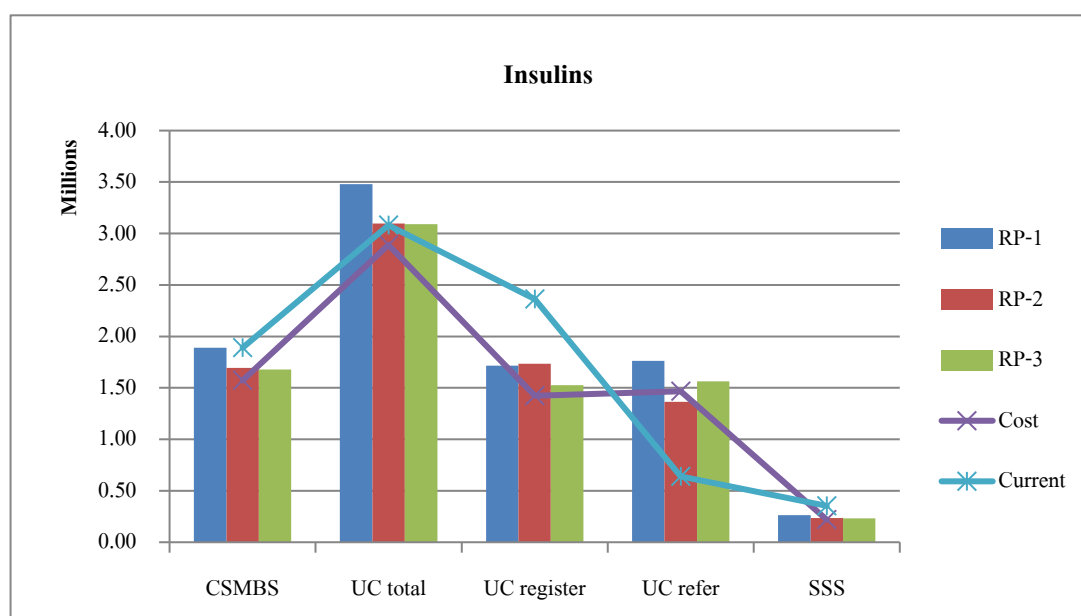
ภาพที่ 44 มูลค่าการใช้ยาในกลุ่มโรคหืดเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

เมื่อวิเคราะห์ผลการใช้รูปแบบเบิกจ่ายค่ายา แยกตามกลุ่มโรคที่มีมูลค่าการใช้ยาสูง ในโรคหืด (Asthma) พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายที่ทำให้มีมูลค่ายาสูงสุดได้แก่ รูปแบบการเบิกจ่ายค่า ยา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ส่วน ผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลและผู้จ่ายเงินในระบบให้ผลสอดคล้องกับมูลค่าการใช้ยารวม ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบรายได้ที่เปลี่ยนแปลงไปกับรายได้ปัจจุบันของโรงพยาบาลในกลุ่ม โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงของโรงพยาบาล จะพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มี รูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัว พบว่าการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายทำให้ โรงพยาบาลมีรายได้สูงขึ้นในทุกกลุ่มโรค ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายมากขึ้น เมื่อแยกวิเคราะห์กลุ่ม UC register และกลุ่ม UC refer ที่มีการเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกัน พบว่ากลุ่ม UC register ทำให้ผู้ จ่ายเงินในระบบจ่ายน้อยลง ในขณะที่โรงพยาบาลยังมีรายได้จากมูลค่ายาทุกกลุ่มโรค ส่วนกลุ่ม UC refer พบว่าทุกกลุ่มโรคให้ผลการวิเคราะห์เหมือนกัน คือการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ พัฒนาขึ้นจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาเพิ่มขึ้น และผู้จ่ายเงินในระบบต้องเพิ่มภาระด้าน ค่าใช้จ่ายด้านยามากขึ้น ส่วนสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมให้ผล สอดคล้องกันคือการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้รายได้ลดลงจากเดิม ซึ่งทำให้ผู้จ่ายเงินใน ระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้ในทุกกลุ่มโรค แต่ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงในสิทธิ ประกันสังคมทำให้มูลค่าการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อย ซึ่งสิทธิประกันสังคมที่มีรูปแบบการ เบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัวเช่นกัน แต่พบว่าการเปลี่ยนมาเป็นแบบการเบิกจ่ายตามราย บริการกลับทำให้มูลค่าการเบิกจ่ายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลของการจำลองราคาเบิกจ่ายยาของ มูลค่าการใช้ยาทั้งหมดของผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม โดยทุกกลุ่มโรคพบว่ารูปแบบการเบิกจ่าย ค่ายา RP-2 จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยามากที่สุด รองลงมาคือรูปแบบการ เบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 ตามลำดับ

4.3.4 วิเคราะห์แยกตามประเภทกลุ่มยาที่มีปริมาณการใช้และมูลค่าสูง

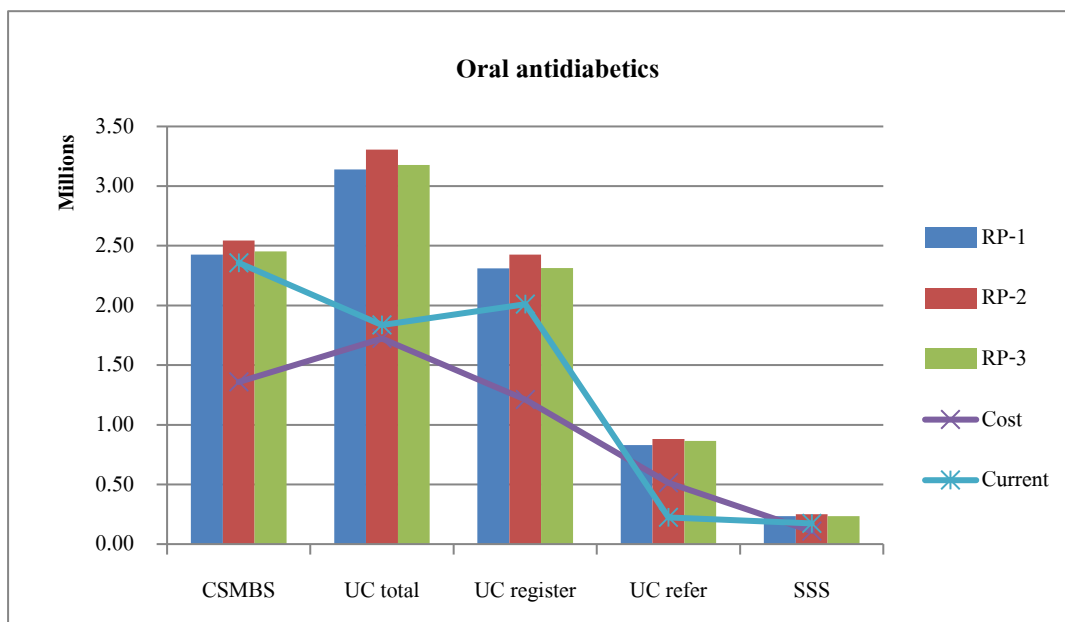
จากข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคมพบว่ายาที่มีมูลค่าสูงร่วมกับกลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง 10 อันดับแรกจากรายงานการใช้ยา ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนาร่อง กรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552 ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย จึงได้ศึกษามูลค่าการใช้ยาในการศึกษานี้ 9 กลุ่ม ได้แก่ ยากลุ่ม Insulins ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทาน ยากลุ่ม ARBs ยากลุ่ม CCBs ยากลุ่ม ACEIs ยากลุ่ม Statins ยากลุ่ม PPIs กลุ่มยากันชัก กลุ่มยาด้านการแข็งตัวของเลือด ส่วนยาที่ไม่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ยาที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม



ภาพที่ 45 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายรายรูปแบบต่าง ๆ ของยากลุ่ม Insulins

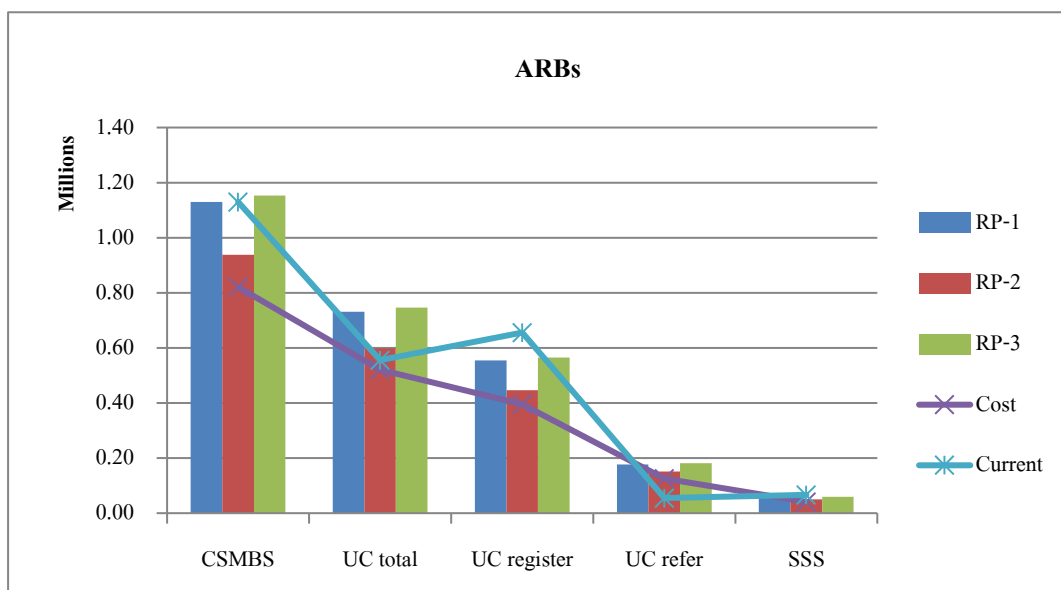
การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายรายรูปแบบใหม่เมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มยาพบว่าในยากลุ่ม Insulins เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 ตามลำดับ ทั้งในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม ส่วนในกลุ่ม UC refer และ UC register ให้ผลที่แตกต่างกัน และการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้จากมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบันในสิทธิสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) และสิทธิประกันสังคม (SSS) ในขณะที่กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายกลับทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้น



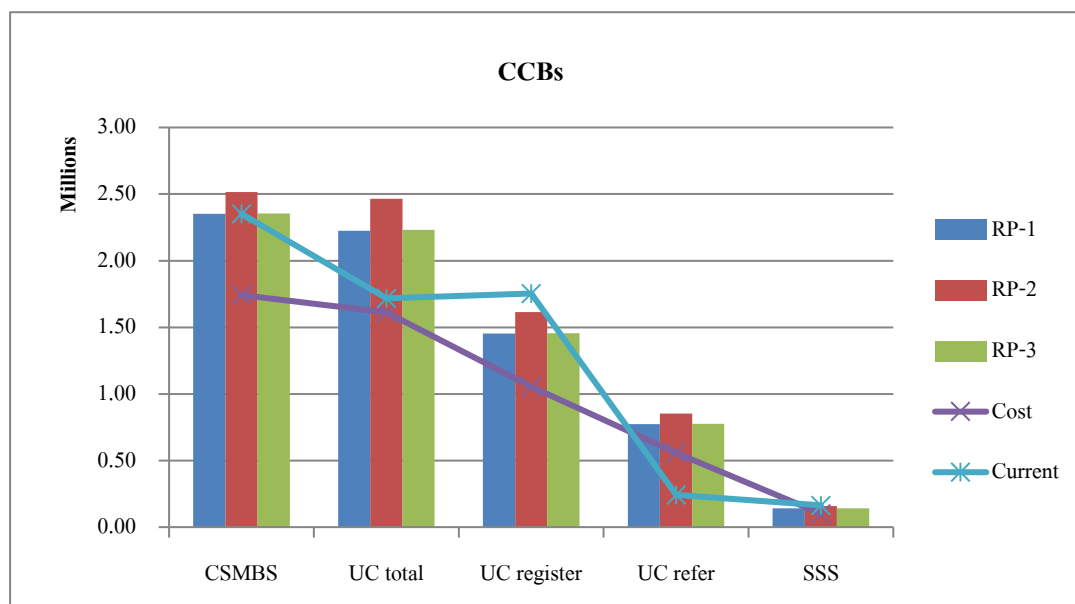
ภาพที่ 46 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายรายรูปแบบต่าง ๆ ของยาในกลุ่ม Oral antidiabetics

ในยากลุ่มรักษาโรคเบาหวาน (Oral antidiabetics) เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล และยังพบว่าการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบกลับต้องจ่ายเงินมากขึ้นในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล และทำให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้นจากรูปแบบปัจจุบัน โดยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากการเปลี่ยนอัตราการเบิกจ่ายค่ายาน้อยที่สุด



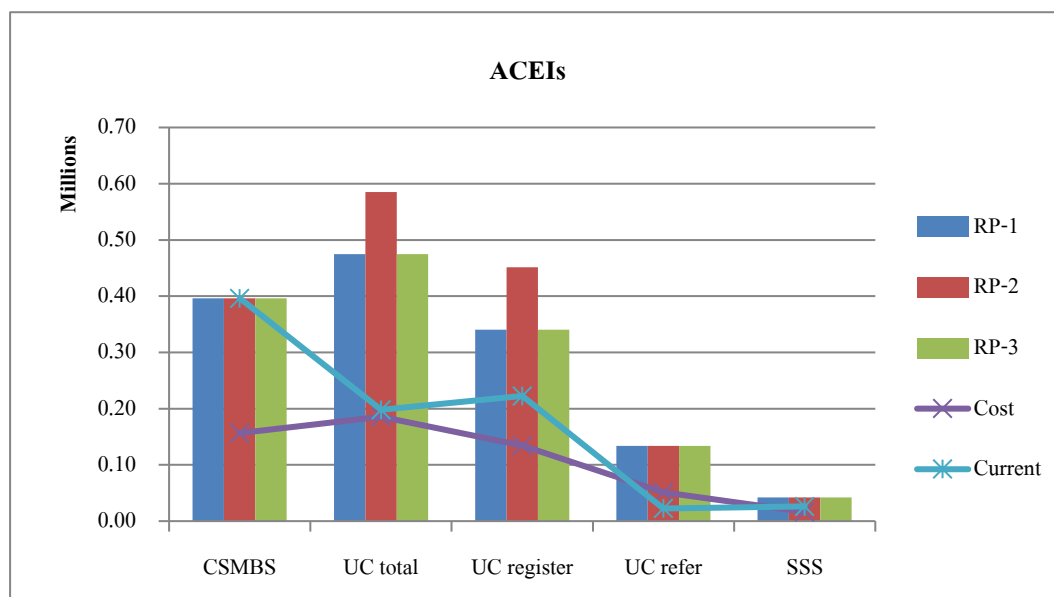
**ภาพที่ 47 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายรายรูปแบบต่าง ๆ ของ
ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ARBs**

ในยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ARBs พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 และการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ตามลำดับ ในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล และการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้จากมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบันในสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) และสิทธิประกันสังคม (SSS) ในขณะที่กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายกลับทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้น



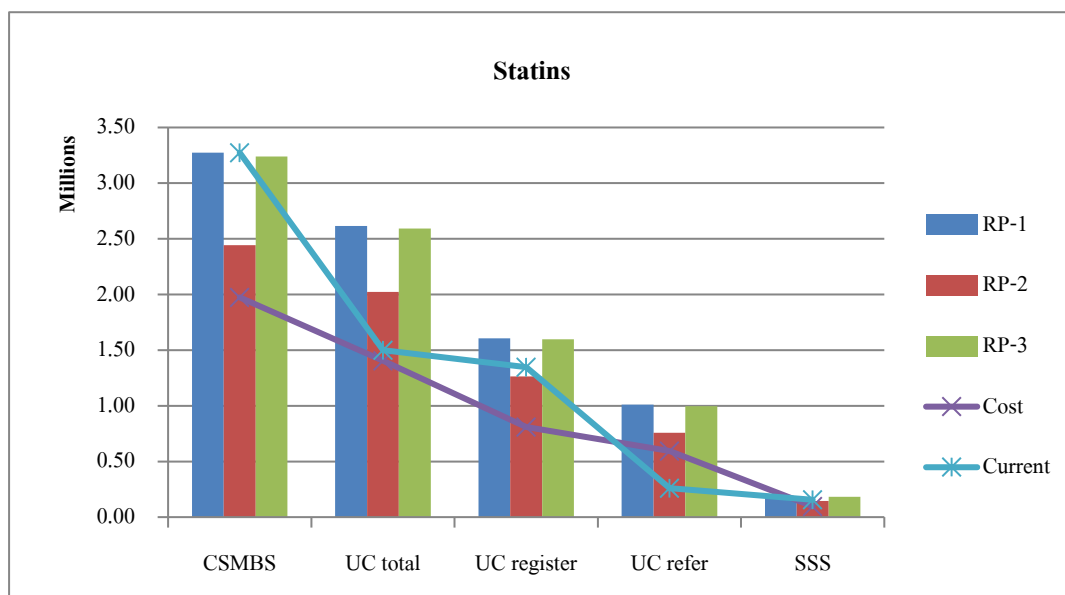
ภาพที่ 48 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายรายรูปแบบต่าง ๆ ของ
ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม CCBs

ในยาลดความดันโลหิตกลุ่ม CCBs พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ในทุกสิทธิการรักษาพยาบาลและการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้จากมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบันในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) และสิทธิประกันสังคม (SSS) ในขณะที่กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายกลับทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้น ในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการพบว่าการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินเพิ่มเล็กน้อย โดยเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินเพิ่มมากที่สุด



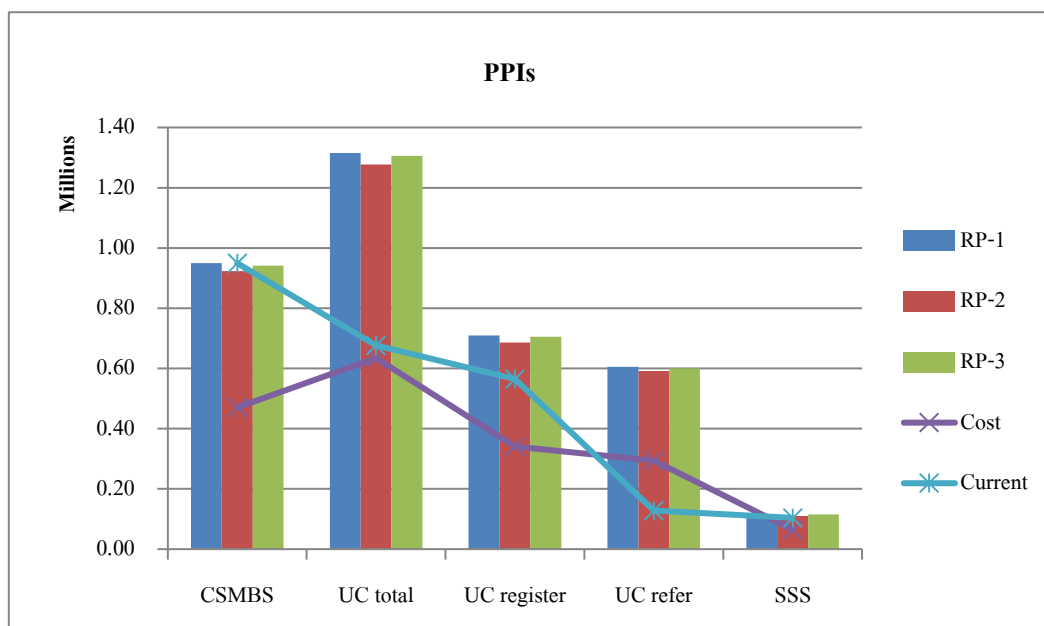
ภาพที่ 49 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายรายรูปแบบต่าง ๆ ของ
ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ACEIs

ในยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ACEIs พบว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 และการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้ผลการเบิกจ่ายเท่ากัน ในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล แต่เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบอื่นในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) อาจเป็นเพราะการใช้ราคากลางในการคิดราคาเบิกจ่าย และการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายพบว่าทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านยามากขึ้น และโรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายามากยกเว้นสิทธิในสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายในยากลุ่มนี้ทำให้โรงพยาบาลมีรายได้และผู้เงินในระบบรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเท่าเดิม



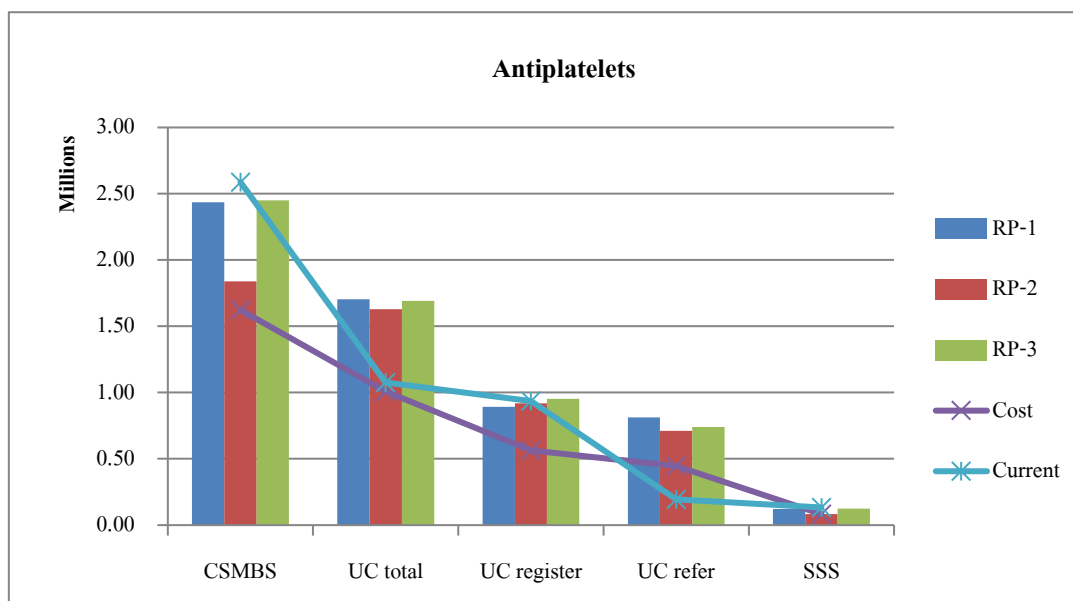
ภาพที่ 50 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายรายรูปแบบต่าง ๆ ของ
ยาลดไขมันในเลือดกลุ่ม Statins

ในยาลดไขมันกลุ่ม Statins พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 ส่วนการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายใกล้เคียงกับรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 ในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล และการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้จากมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบันในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) และสิทธิประกันสังคม (SSS) เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ในขณะที่สิทธิอื่น ๆ การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาอีก 2 รูปแบบ กลับทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบจ่ายเงินมากขึ้นทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ยกเว้นสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่มีมูลค่าเท่าเดิม



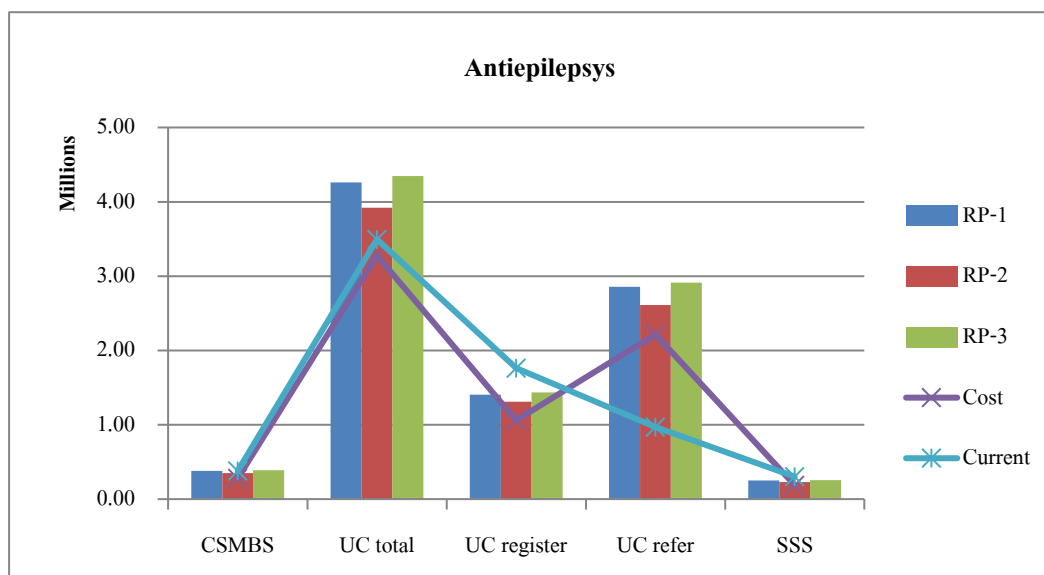
ภาพที่ 51 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคาในรูปแบบต่างๆ ของ
 ยาลดกรดในกระเพาะกลุ่ม PPIs

ในยาลดกรดในกระเพาะกลุ่ม PPIs พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 ตามลำดับ ในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล และการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้จากมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบันในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) ในขณะที่กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) และสิทธิประกันสังคม (SSS) การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายกลับทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้น



ภาพที่ 52 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายรายรูปแบบต่าง ๆ ของ
ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets)

ในยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets) พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ส่วนใหญ่ให้ผลแตกต่างกันในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล และการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้จากมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบันในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) ยกเว้น RP-3 และสิทธิประกันสังคม (SSS) ในขณะที่กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายกลับทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้น



ภาพที่ 53 มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้การเบิกจ่ายราคารูปแบบต่าง ๆ ของยากันชัก (Antiepilepsys)

ในกลุ่มยากันชัก (Antiepilepsys) พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 และการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ตามลำดับ ในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล และการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้จากมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบันในสิทธิสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) และสิทธิประกันสังคม (SSS) ในขณะที่กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยรับส่งต่อ (UC refer) การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายกลับทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้น

ในแต่ละกลุ่มยาที่วิเคราะห์มีราคาอยู่ในช่วงราคาที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มยา Insulins อยู่ในช่วง 100-1,000 บาท กลุ่มยา ARBs อยู่ในช่วง 0.21-30 บาท ยาลดไขมันกลุ่ม Statins อยู่ในช่วง 0.51-50 บาท ยาลดกรดกลุ่ม PPIs อยู่ในช่วง 0.51-50 บาท และกลุ่มยา Antiplatelets อยู่ในช่วง 0.21-50 บาท ยากันชัก (Antiepilepsys) อยู่ในช่วง 0.21-50 บาท ยาลดความดันกลุ่ม ACEIs อยู่ในช่วง 0.01-20 บาท ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทาน อยู่ในช่วง 0.01-30 บาท และกลุ่มยา CCBs อยู่ในช่วง 0.5-100.00 บาท และแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลมีการใช้ยาที่มีราคาและปริมาณการใช้ที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้มีรายได้จากการเบิกจ่ายยาและค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้ของผู้จ่ายเงินในระบบแตกต่างกัน ส่วนมากยาที่มีราคาถูกและมีปริมาณการใช้สูง จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้อง

จ่ายเงินมากกว่ายาที่มีราคาแพง การใช้ยาราคาแพงขึ้นเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 ก็จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบจ่ายเงินน้อยลง

4.4 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบจะขึ้นอยู่กับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันและมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาที่เกิดขึ้น ซึ่งมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาขึ้นกับ ราคาเบิกจ่ายค่ายาและปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งราคาเบิกจ่ายค่ายาจะมีความแตกต่างกันอยู่แล้ว ขึ้นกับรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ใช้ การศึกษานี้เป็นการนำข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยย้อนหลังที่มีอยู่แล้วมาจำลองผลกระทบทางการเงิน การเปลี่ยนแปลงราคายาและปริมาณการใช้ยาไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงราคายาหรือปริมาณการใช้ยาอย่างไร ขึ้นกับแนวโน้มการเข้ารับบริการของผู้ป่วย ราคายาในตลาดยา ซึ่งย่อมมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา จึงมาพิจารณารูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันของแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล ในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการซึ่งมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบจ่ายตามรายบริการซึ่งเป็นการจ่ายตามรายการยาที่มีการใช้จริง ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวการประมาณมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาในปัจจุบันใช้สัดส่วนค่ายาเป็นสัดส่วนร้อยละ 80 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด

จากผลการศึกษาพบว่าสำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นรูปแบบการเบิกจ่ายที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี พบว่าเมื่อเปลี่ยนเป็นการเบิกจ่ายตามรายบริการตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ศึกษากลับทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาลดลง ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาได้ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่ารูปแบบเหมาจ่ายรายหัว จึงทดสอบยืนยันผลการวิจัยดังกล่าว หากมีการเปลี่ยนแปลงตัวแปรที่มีผลต่อการประมาณการค่าใช้จ่ายยาของรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล โดยทำการศึกษาเปลี่ยนแปลงตัวแปรดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพที่มีการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) การประมาณการสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาในการวิจัยกำหนดไว้ที่ 80% ของมูลค่าเหมาจ่ายต่อหัว จึงทดสอบว่าผลการวิจัยจะยังคงเดิม คือการจ่ายรูปแบบใหม่ที่เป็น fee for

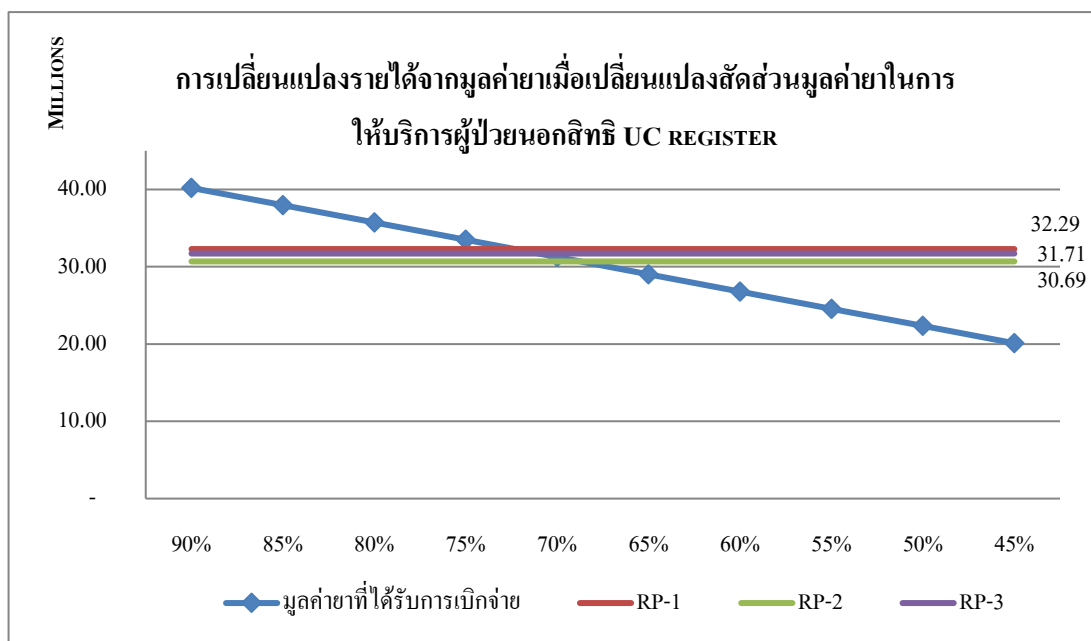
service จะประหยัดกว่าการจ่ายแบบ capitation เมื่อค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นสัดส่วนที่น้อยลง เพื่อหาจุดวิกฤติที่ผลการวิจัยจะเปลี่ยนแปลงไป

2. การเปลี่ยนแปลงเพดานการตามจ่ายรายครั้งบริการ กรณีสถานบริการรับผู้ป่วยนอกส่งต่อปัจจุบัน จ่ายแบบเหมาจ่ายรายครั้งที่เข้ารับบริการที่ 200 บาท ในขณะที่ต้นทุนของโรงพยาบาลต่อครั้งบริการ พบว่าสูงถึง 438.84 บาท ซึ่งทำให้โรงพยาบาลขาดทุนจากการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปัจจุบัน จึงทดสอบความไวเพื่อหาระดับเพดานเบิกจ่ายที่เหมาะสมไม่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน

3. การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ สำหรับของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพที่มีการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับอัตราการมาใช้บริการของผู้ที่ขึ้นทะเบียนใช้สิทธิ โดยหากผู้มีสิทธิมาใช้บริการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะสูง ผลการวิจัยอาจเปลี่ยนแปลงไปจากที่ค้นพบ

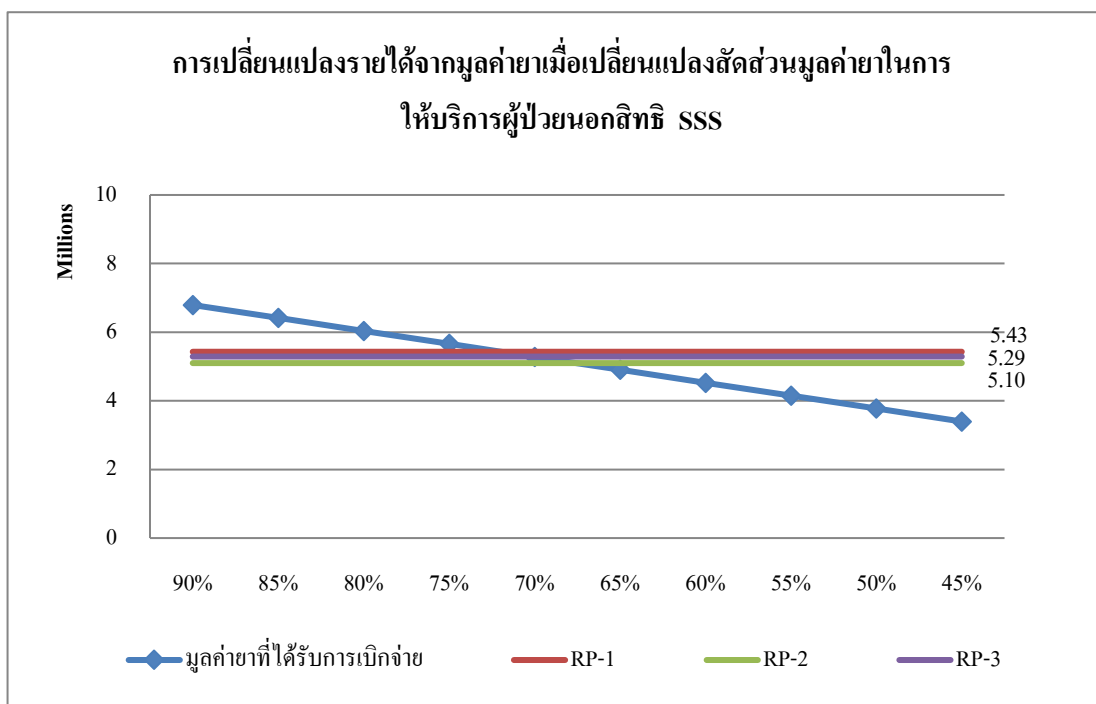
4.4.1 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยา

การวิเคราะห์รูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันใช้สัดส่วนค่ายาเป็นสัดส่วนร้อยละ 80 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ที่มีรูปแบบการจ่ายเงินคั่นแบบเหมาจ่ายรายหัว เมื่อทำการเปลี่ยนสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาพบว่าผลการวิเคราะห์เปลี่ยนแปลงไปดังนี้



ภาพที่ 54 มูลค่ายาที่ได้รับการเหมาจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนมูลค่ายาในการให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register)

เมื่อเปลี่ยนสัดส่วนมูลค่ายาต่อมูลค่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกพบว่า หากโรงพยาบาลมีสัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 68.71% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 สัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 71 % เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 สัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 72.71% เมื่อใช้รูปแบบการการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายคืบตามรายบริการจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ดีกว่ารูปแบบเหมาจ่ายรายหัว

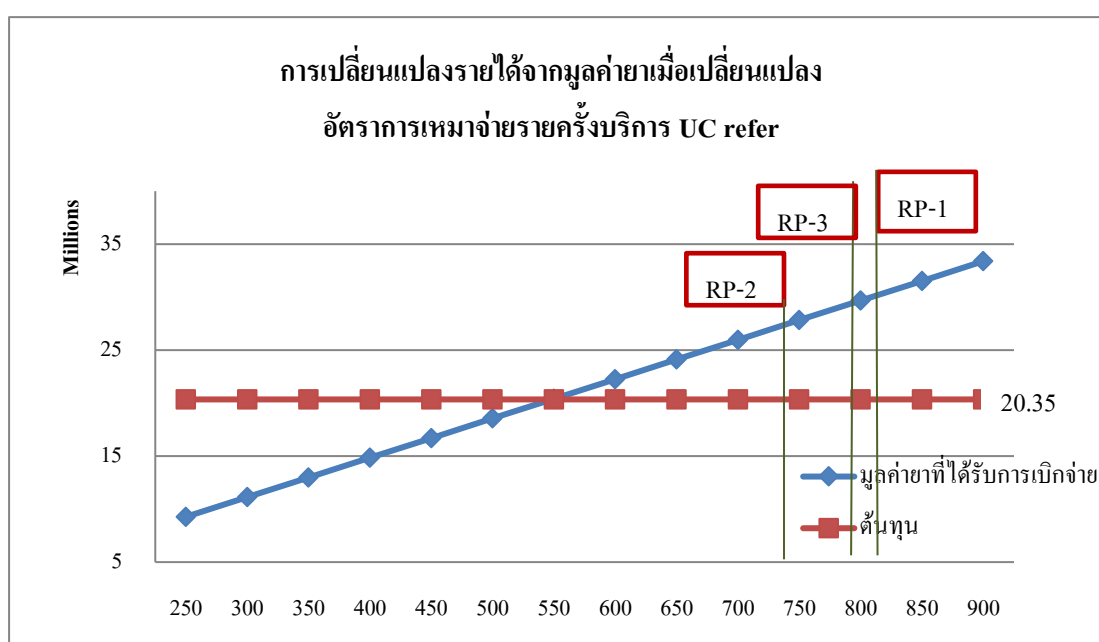


**ภาพที่ 55 มูลค่ายาที่ได้รับการเบิกจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนมูลค่ายาใน
การให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิประกันสังคม (SSS)**

เมื่อเปลี่ยนสัดส่วนมูลค่ายาต่อมูลค่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกพบว่า รูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้มากกว่ารูปแบบ Fee For Service โดยรูปแบบ Fee For Service จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ดีกว่าเมื่อมีสัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 68% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 สัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 70 % เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และสัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 72% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1

4.4.2 การเปลี่ยนแปลงเพดานการตามจ่ายรายครั้งบริการ กรณีสถานบริการรับผู้ป่วยนอกส่งต่อ

ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายที่มีรูปแบบการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายครั้งที่เข้ารับบริการซึ่งตกลงราคา 200 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ แต่เมื่อคู่ต้นทุนต่อครั้งบริการพบว่าสูงถึง 438.84 บาท ซึ่งการจ่ายเงินคืนรูปแบบปัจจุบันอาจทำให้ส่งผลต่อสถานการณ์เงินของโรงพยาบาลได้ จึงทำการเปลี่ยนแปลงราคาเหมาจ่ายรายครั้งบริการเพื่อลดผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบและผู้ให้บริการ

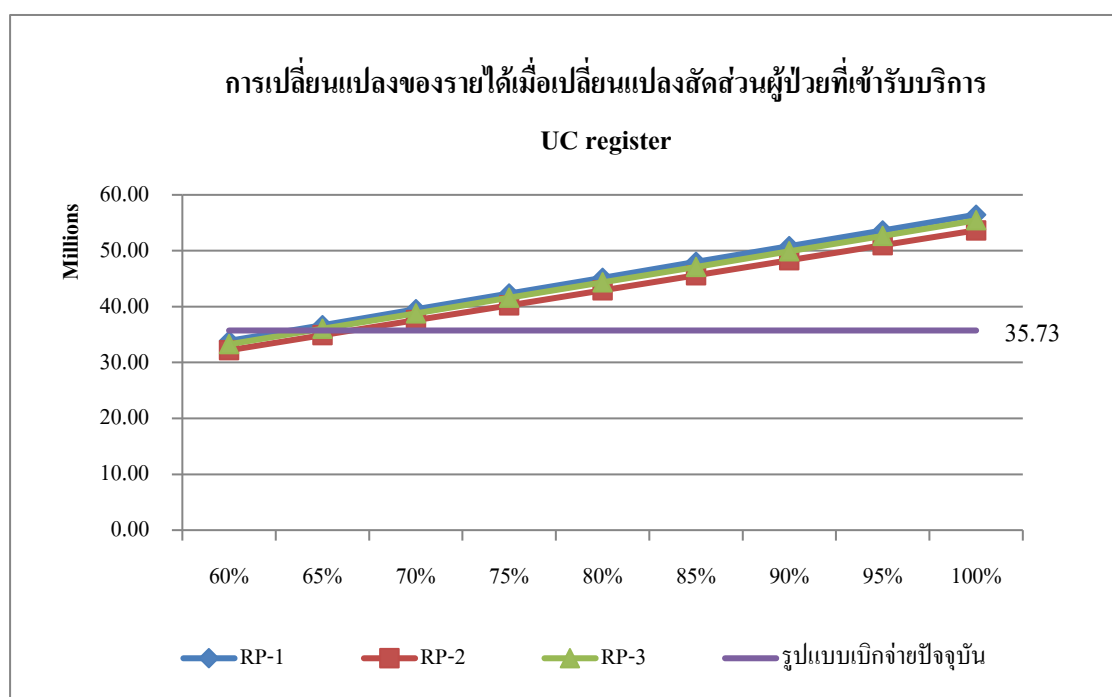


ภาพที่ 56 มูลค่ายาที่ได้รับการเหมาจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงอัตราการเหมาจ่ายรายครั้งบริการ ผู้ป่วย สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย (UC refer)

ต้นทุนมูลค่ายาเฉลี่ยต่อครั้งบริการเท่ากับ 438.84 บาท ซึ่งมีราคาสูงกว่ามูลค่าที่ได้จากการเรียกเก็บตามเพดานที่กำหนดในปัจจุบัน (200 บาท/ครั้ง) ถึง 119.42% เมื่อวิเคราะห์เปลี่ยนแปลงค่าเพดานการเรียกเก็บรายครั้งบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อ พบว่า เมื่อใดเพดานเรียกเก็บถูกกำหนดไว้สูงกว่า 739.30 บาท การตามจ่ายค่ายาตามรายการในรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ของสปสช.เขต 13 จะประหยัดกว่าการตามจ่ายค่ายาโดยวิธีกำหนดเพดานเรียกเก็บ และเมื่อเพดานเรียกเก็บถูกกำหนดไว้สูงกว่า 790.72 บาท การตามจ่ายค่ายาตามรายการในรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยจะประหยัดกว่าการตามจ่ายค่ายาโดยวิธีกำหนดเพดานเรียกเก็บ แต่หากกำหนดเพดานสูงกว่า 804.68 บาท การเบิกจ่ายค่ายาตามรายการจะประหยัดกว่าทุกรูปแบบ

4.4.3 การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

จากผลการวิจัยพบว่า การเบิกจ่ายค่ายาตามรายบริการจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบ ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้มากกว่าการจ่ายแบบเหมาจ่าย ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีกลุ่มผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) ซึ่งปัจจุบันมีสัดส่วนผู้เข้ารับบริการ 57.20 % จึงศึกษาการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่จะทำให้การเปลี่ยนรูปแบบการ เบิกจ่ายไปเป็นการจ่ายแบบ capitation ประหยัดกว่า



ภาพที่ 57 มูลค่ายาที่ได้รับการเหมาจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทำให้มีต้นทุนและมูลค่ายา เมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายแบบตามรายบริการตามที่กำหนดเปลี่ยนแปลงไปพบว่า หากผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการมีสัดส่วนต่อผู้ที่ลงทะเบียนมากกว่า 63.29% ,64.43% และ 66.60% เมื่อใช้รูปแบบการ เบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ จะ ทำให้ผลการวิจัยเปลี่ยนไป คือการจ่ายแบบรวมค่ายาไว้ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวจะประหยัด ค่าใช้จ่ายได้มากกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนตามรายบริการ ในทางกลับกันหากอัตราการใช้ บริการรักษาพยาบาลของผู้ลงทะเบียนน้อยกว่า 63.29% แล้วการจ่ายคืนค่ายาคืนตามรายบริการ รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งจะประหยัดกว่าการเบิกจ่าย โดยการรวมค่ายาในอัตราเหมาจ่ายรายหัว โดย

รูปแบบการจ่ายค่ายาขึ้นตามรายบริการจะประหยัดกว่าการจ่ายแบบรวมค่ายาไว้ในอัตราเหมาจ่าย
รายหัวตราบได้ที่อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ลงทะเบียนยังไม่สูงเกิน 66.60%

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการจำลองผลกระทบทางการเงินเมื่อมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกโดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ปริมาณการใช้จ่าย และมูลค่าการส่งจ่ายยาผู้ป่วยนอก

สิทธิการรักษาพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกและมีมูลค่าการใช้จ่ายสูงสุด คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ โดยผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีจำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกต่อรายต่อปีและมูลค่าต้นทุนยาต่อรายต่อปีสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม เนื่องจากมีรูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนโดยคิดอัตราการเบิกจ่ายตามรายการที่ใช้จริง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดแนวโน้มการใช้บริการด้านสุขภาพเกินความจำเป็น มีปริมาณการใช้จ่ายและมีการใช้ยาราคาแพงมากขึ้น เมื่อพิจารณามูลค่าการใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในแต่ละโรคพบว่าโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีมูลค่าการใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนสูงกว่า โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคหืด โรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ โดยผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีมูลค่ายาเฉลี่ยต่อคนสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมเล็กน้อย ไม่แตกต่างกันมากนัก สำหรับมูลค่าการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีสัดส่วนมูลค่าการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 28% ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น ๆ

มูลค่ายาในช่วงราคาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา พบว่ารายการยาของโรงพยาบาลมีราคาจัดซื้อยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10.01-100 บาท เป็นสัดส่วนสูงถึง 37% รองลงมาคือช่วงราคา 1.01-10 บาทในสัดส่วน 28% เมื่อแยกตามปริมาณการใช้จ่ายในแต่ละช่วงราคา พบว่าปริมาณการใช้จ่ายของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงราคา 0.21-0.50 บาท รองลงมาคือ ช่วง 0.01-0.20 บาท และ 0.51-1.0 บาท ตามลำดับ โดยจะมีปริมาณการใช้จ่ายในแต่ละช่วงราคาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่ในช่วงราคาตั้งแต่ 1.01 ถึง

เกิน 1,000 บาท พบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม มีปริมาณการใช้จ่ายน้อยกว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และเมื่อพิจารณาตามมูลค่าการใช้จ่ายในแต่ละช่วงราคา พบว่ามูลค่าการใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้ง 3 สิทธิการรักษายาพยาบาล ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1.01 - 10.00 บาท 10.01-100 บาท และ 10.01-1,000 บาท โดยผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีมูลค่าการใช้จ่ายช่วงราคา 100.01-1,000 บาทสูงกว่าสิทธิการรักษายาพยาบาลอื่น ๆ

จากข้อมูลมูลค่าการใช้จ่ายรายรายการต่อคน พบว่ามูลค่าการใช้จ่ายบางรายการต่อรายในผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษายาพยาบาลไม่ได้มีความแตกต่างกันมาก แต่บางรายการมีมูลค่าการใช้จ่ายน้อยอาจเกิดจากการเกิดโรคและความจำเป็นต้องใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ต่างกัน ส่วนมูลค่าการใช้จ่ายต่อคนในรายการยาที่มีมูลค่าสูงและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ก็ไม่ได้มีความแตกต่างกันมากในแต่ละสิทธิการรักษายาพยาบาล และเมื่อวิเคราะห์สัดส่วนมูลค่าการใช้จ่ายในกลุ่มต่าง ๆ ทั้ง 9 กลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีสัดส่วนมูลค่าการใช้จ่ายสูงสุด ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีสัดส่วนมูลค่าการใช้จ่ายลดความดัน โลหิตกลุ่ม ARBs ยาลดความดันกลุ่ม CCBs ยาลดไขมันกลุ่ม Statins และยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด (Antiplatelets) สูงกว่าสิทธิการรักษายาพยาบาลสิทธิอื่น ๆ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ปริมาณการใช้จ่าย และมูลค่าการส่งจ่ายยาผู้ป่วย นอกทำให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายหรือมูลค่าในการใช้จ่ายในแต่ละสิทธิการรักษายาพยาบาลไม่ได้มีความแตกต่างกันมาก ทั้งในสัดส่วนการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มูลค่าการใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนทั้งในภาพรวม รายรายการยา ในแต่ละกลุ่มยาและในแต่ละโรค ถึงแม้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจะมีสัดส่วนมูลค่าการใช้จ่ายราคาแพงที่สูงกว่า หรือยาทำให้เห็นว่าในบริบทของโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษายาพยาบาลสามารถเข้าถึงการใช้จ่ายไม่ต่างกัน

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์การจำลองราคาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา (Reimbursement price: RP) ของการใช้จ่ายในผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษายาพยาบาล และวิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณต่อผู้ให้บริการ (Provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (Payer)

ผลการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา จากการศึกษาพบว่าการใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) จะช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้ดีกว่า การใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นรูปแบบปัจจุบัน (RP-1) ซึ่งทั้งสองรูปแบบใช้ราคาทุนในการคำนวณราคา

เบิกจ่าย ในขณะที่การใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13 (RP-2) จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้สูงสุด ทั้งที่ใช้ราคากลางในการคำนวณราคา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในสถิติสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบจ่ายตามรายบริการ เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายโดยใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ทำการศึกษาคพบว่า จะช่วยทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบนั้นคือกรมบัญชีกลางจ่ายเงินน้อยลงคิดเป็น 9.23% ของมูลค่าปัจจุบันเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และ 3.54% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 โดยที่โรงพยาบาลยังมีรายได้จากมูลค่ายา 28.71% ของต้นทุนและ 36.77% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ตามลำดับ ซึ่งลดลงจากเดิมที่โรงพยาบาลมีรายได้ 41.79 % จากต้นทุนค่ายา

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวม (UC total) มีรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาพยาบาลได้ ซึ่งโรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาเพียง 6.62% เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจากรูปแบบปัจจุบันคือการเบิกจ่ายแบบ Capitation เป็นรูปแบบการเบิกจ่ายแบบ Fee For Service ตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ศึกษา พบว่าจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นเป็น 48.48% ของต้นทุนยาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 45.85% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และ 38.86% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ซึ่งส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบจะต้องจ่ายเงินมากขึ้น โดยต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้น 39.26% (RP-1), 36.80% (RP-3) และ 30.24% (RP-2) ของมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบัน

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) ที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัว จากเดิมมีรายได้จากมูลค่ายา 66.17% เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจากรูปแบบปัจจุบันที่มีการเบิกจ่ายแบบ Capitation เป็นรูปแบบการเบิกจ่ายแบบ Fee For Service ตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ทำการศึกษา จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากต้นทุนยาลดลงเป็น 50.18% (RP-1), 47.46% (RP-3) และ 42.72% (RP-2) ในขณะที่ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาลงจากเดิม 9.63% (RP-1), 11.26% (RP-3) และ 14.11% (RP-2) ของมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบัน

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายเงินคืนแบบเหมาจ่ายรายครั้งบริการ พบว่าไม่เพียงพอครอบคลุมต้นทุนยา และยังทำให้โรงพยาบาลรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นสูงถึง

56.30% เมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายโดยใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ทำการศึกษา พบว่าโรงพยาบาลมีรายได้จากต้นทุนยาเพิ่มขึ้น 46.69% (RP-1), 44.15% (RP-3) และ 34.78% (RP-2) ซึ่งส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบจะต้องจ่ายเงินมากขึ้นสูงถึง 235.67% (RP-1), 229.85% (RP-3) และ 208.40% (RP-2) ของมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบัน เนื่องจากการเบิกจ่ายรูปแบบปัจจุบันของผู้ป่วยกลุ่มนี้สำนักงานสาธารณสุขได้กำหนดเพดานอัตราค่าบริการในการเรียกเก็บ-ตามจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกภายในจังหวัดเพียง 200 บาทต่อครั้งที่เข้ารับบริการ ซึ่งมีอัตราเหมาจ่ายน้อยกว่าค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้นจริงทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาใน ส่วนนี้

สิทธิประกันสังคมซึ่งมีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ซึ่งปัจจุบันในกลุ่มนี้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายา 61.33% พบว่าเมื่อจำลองสถานการณ์เปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายโดยใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ทำการศึกษาจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากต้นทุนมูลค่ายาลดลงเป็น 45.22% (RP-1), 41.32% (RP-3) และ 36.30% (RP-2) ซึ่งทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาลง 9.99% (RP-1), 15.52% (RP-2) และ 12.40% (RP-3) จากมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบัน

สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) สิทธิประกันสังคม (SSS) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ศึกษาจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้ โดยที่โรงพยาบาลยังมีรายได้จากมูลค่ายา ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) พบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบที่ศึกษาจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายามากขึ้น ส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินมากขึ้น

สำหรับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS) ที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นรูปแบบการเบิกจ่ายที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี พบว่าเมื่อเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายตามรายบริการในรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่กำหนดกลับทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาลดลง ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่ารูปแบบเหมาจ่ายรายหัว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) เพื่อ

ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรที่ศึกษา เพื่อดูผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้น

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์การจำลองราคาตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา (Reimbursement price : RP) ของการใช้ยาในกลุ่มย่อย (Small group analysis)

ทั้งในกลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) พบว่าส่วนใหญ่การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 จะทำให้มีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ให้ผลเหมือนกันในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) จะพบว่ามูลค่าการเบิกจ่ายกลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ RP-2 จะให้มูลค่าสูงกว่า RP-3 เล็กน้อยซึ่งอาจเป็นผลจากยามีราคาที่แตกต่างกันระหว่างราคาทุนและราคากลาง โดยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) สิทธิประกันสังคม (SSS) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) เมื่อเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา จะยังคงทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาและยังทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้ทั้งในกลุ่มยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่วนผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC total และกลุ่ม UC refer การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายามากขึ้น ส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินมากขึ้น และพบว่ากลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่ากลุ่มยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล

ช่วงราคายา พบว่าในช่วงราคาต่ำ ๆ 0.01-1.00 บาท มูลค่าการเบิกจ่ายทั้ง 3 รูปแบบเท่ากัน มูลค่าการเบิกจ่ายที่แตกต่างกันจะขึ้นกับการใช้ราคาในการคำนวณที่แตกต่างกัน คือการใช้ราคากลางหรือราคาทุนในการคำนวณราคาเบิกจ่าย ส่วนช่วงราคาอื่นมูลค่าการเบิกจ่ายให้ผลสอดคล้องกับภาพรวมคือ มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 ให้มูลค่าการเบิกจ่ายมากกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ส่วนในช่วงราคา 1.01-10 บาท มูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายมากกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ ส่วนในช่วงยาราคาแพงตาม % Mark-up ช่วงราคามากกว่า 100.01-1,000 บาท และช่วงราคาเกิน 1,000 บาท การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายน้อยกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 แต่ผลการวิจัยพบว่าเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 กลับทำให้มีมูลค่าเบิกจ่ายน้อยกว่า

รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) ในช่วงราคา มากกว่า 100.01-1,000 บาท และช่วงราคาเกิน 1,000 บาท สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) และสิทธิ UC register ในช่วงราคาเกิน 1,000 บาท สิทธิประกันสังคมและสิทธิ UC refer ในช่วงราคา 100.01-1,000 บาท ซึ่งข้อมูลดังกล่าวแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น จะเห็นว่ายาที่มี ราคาแพงจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้จากมูลค่ายาลดลง และทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถ ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านมูลค่ายาได้ ในขณะที่โรงพยาบาลจะมีรายได้เพิ่มขึ้นเมื่อใช้ยาที่มีราคาถูก และทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายมากขึ้น

กลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทั้ง 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคหืด ในทุกสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่ามูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อ ใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 มีมูลค่าการเบิกจ่ายมากกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และ รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ของโรงพยาบาลที่เปลี่ยนไป พบว่าให้ผลสอดคล้องกับภาพรวมในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล นั่นคือ สิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) สิทธิประกันสังคม (SSS) และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า UC register ให้ผลเหมือนกันคือ การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบ ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยามากขึ้นและทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ลดลง ในขณะที่สิทธิหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า UC total และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC refer การเปลี่ยนรูปแบบการ เบิกจ่ายกลับทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินมากขึ้น

กลุ่มยาที่มีปริมาณการใช้และมีมูลค่าสูง มูลค่าการเบิกจ่ายในแต่ละกลุ่มยาพบว่า ให้ผลสอดคล้องกับช่วงราคา ยา นั่นคือกลุ่มยาที่มีราคาแพงพบว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 ให้มูลค่าการเบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มยาที่มียาราคาถูกลง พบว่าการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 ให้มูลค่าการ เบิกจ่ายสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ และ เมื่อพิจารณาผลกระทบทางการเงินแยกแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ก็ให้ผลสอดคล้องกับ ภาพรวม

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

จากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรายบริการจะทำให้ผู้จ่ายเงินใน ระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้มากกว่าการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ในสิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าเฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับ โรงพยาบาล (UC register) และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS)

เมื่อมีการทำ Sensitivity analysis เปลี่ยนแปลงสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยา ในการวิเคราะห์รูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมซึ่งมีรูปแบบการจ่ายเงินคืนแบบเหมาจ่ายรายหัวจะใช้สัดส่วนค่ายาเป็นสัดส่วนร้อยละ 80 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด เมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาพบว่าในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) พบว่าหากโรงพยาบาลมีสัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 68.71% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 สัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 71% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 สัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 72.71% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายคืนตามรายบริการจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ดีกว่ารูปแบบเหมาจ่ายรายหัว ในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS) รูปแบบการเบิกจ่ายคืนตามรายบริการจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ดีกว่ารูปแบบเหมาจ่ายรายหัว เมื่อมีสัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 68% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 สัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 70% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และสัดส่วนมูลค่ายามากกว่า 72% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1

นอกจากนี้ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) ปัจจุบันมีสัดส่วนผู้เข้ารับบริการเพียง 57.20% ของจำนวนผู้ที่ลงทะเบียนทั้งหมด เมื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ พบว่าหากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีสัดส่วนต่อผู้ที่ลงทะเบียนมากกว่า 63.29%, 64.43% และ 66.60% เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-1 รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-3 และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา RP-2 ตามลำดับ จะทำให้ผลการวิจัยเปลี่ยนไป คือการจ่ายแบบรวมค่ายาไว้ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวจะประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนตามรายบริการ ในทางกลับกันหากอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ลงทะเบียนน้อยกว่า 63.29% แล้วการจ่ายคืนค่ายาคืนตามรายบริการรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งจะประหยัดกว่าการเบิกจ่ายโดยการรวมค่ายาไว้ในอัตราเหมาจ่ายรายหัว โดยรูปแบบการจ่ายค่ายาคืนตามรายบริการจะประหยัดกว่าการจ่ายแบบรวมค่ายาไว้ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวตราบดีที่อัตราการมาใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ลงทะเบียนยังไม่สูงเกิน 66.60%

ในกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย (UC refer) พบว่าต้นทุนมูลค่ายาเฉลี่ยต่อครั้งบริการเท่ากับ 438.84 บาท ซึ่งมีราคาสูงกว่ามูลค่าที่ได้จากการเรียกเก็บตามเกณฑ์ที่กำหนดในปัจจุบัน (200 บาท/ครั้ง) ถึง 119.42% เมื่อวิเคราะห์เปลี่ยนแปลงเกณฑ์การตามจ่ายรายครั้งบริการผู้ป่วยนอกส่งต่อ พบว่าเมื่อใดเกณฑ์

เรียกเก็บถูกกำหนดไว้สูงกว่า 739.30 บาท การตามจ่ายค่ายาตามรายการในรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของสปสช.เขต 13 (RP-2) จะประหยัดกว่าการตามจ่ายค่ายาโดยวิธีกำหนดเพดานเรียกเก็บ และเมื่อเพดานเรียกเก็บถูกกำหนดไว้สูงกว่า 790.72 บาท การตามจ่ายค่ายาตามรายการในรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) จะประหยัดกว่าการตามจ่ายค่ายาโดยวิธีกำหนดเพดานเรียกเก็บ แต่หากกำหนดเพดานสูงกว่า 804.68 การเบิกจ่ายค่ายาตามรายการจะประหยัดกว่าทุกรูปแบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจะส่งผลกระทบต่อปริมาณการใช้ยา ค่าใช้จ่ายด้านยาและราคายา และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในการศึกษาที่สามารถคาดการณ์ได้ถึงค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้นเท่านั้นว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาแบบใดจะทำให้ผู้ให้บริการยังคงมีรายได้จากมูลค่ายาและทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ดีจะต้องมีการบวกเพิ่มต้นทุนอื่น ๆ ไว้ในราคาขายที่เหมาะสม การให้ส่วนบวกเพิ่มที่ค่อนข้างสูงในยาราคาแพง จะทำให้โรงพยาบาลอาจจะเลือกจ่ายยาต้นแบบที่มีราคาแพงเพื่อหารายได้ให้กับโรงพยาบาล อาจเป็นการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ การปรับเกณฑ์การกำหนดราคาขายจะต้องไม่ให้มีแรงจูงใจในการจ่ายยาราคาแพง และไม่ถูกลดคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช. เขต 13 (RP-2) ได้ใช้หลักในการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา โดยระบบราคาที่กำหนดจะต้องส่งเสริมให้เกิดคุณภาพที่เหมาะสมของผลิตภัณฑ์ยาและด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและไม่สร้างภาระด้านงบประมาณเกินความจำเป็น และระบบการกำหนดราคาขายต้องมีความยั่งยืนซึ่งใช้ราคากลางในการคำนวณราคาเบิกจ่าย ในขณะที่หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) ที่พัฒนาขึ้นจากอัตราการเบิกจ่ายค่ายาปัจจุบันของกรมบัญชีกลาง ใช้แนวคิดหลักการคิดต้นทุนกิจกรรมบริการ และได้บวกเพิ่มเป็นขั้นเพื่อความเหมาะสมจากราคาต้นทุนต่อหน่วย และปรับลดอัตรา margin ไม่ได้ทำให้เกิดการรอนสิทธิภายใต้การเปลี่ยนแปลงต้นทุนบริการสาธารณสุขและเทคโนโลยีทางการแพทย์

นอกจากการพิจารณาค่าใช้ด้านยาที่เกิดขึ้นและผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบแล้ว การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาเป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งจะต้องคำนึงถึงหลายปัจจัยได้แก่ การทำหน้าที่ของแพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาล ความเท่าเทียมกันและการเข้าถึงยาของผู้รับบริการ การจัดการด้านการเงินของผู้ให้บริการ การกำหนดงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพ ศักยภาพและความอยู่รอดของอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศ

ระเบียบวิธีที่ใช้ในการศึกษา สามารถนำไปใช้เป็นวิธีการหนึ่งในการจำลองผลกระทบทางการเงินเบื้องต้นที่จะมีผลต่อผู้เกี่ยวข้อง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย หรือกลไกการจ่ายเงินในระบบ ทำให้ทั้งผู้กำหนดนโยบาย และผู้ที่ได้รับผลกระทบใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนนโยบาย หรือปรับตัวเตรียมความพร้อมต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ราคายา

การจำลองราคาเบิกจ่ายค่ายา พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายใช้ราคาในการคำนวณราคาเบิกจ่ายแตกต่างกัน โดยรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ายาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการของกรมบัญชีกลางในปัจจุบันและรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยใช้ราคาทุนคำนวณราคาตามเกณฑ์ ในขณะที่รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช. เขต 13 ใช้ราคากลางในการคำนวณราคาตามเกณฑ์ซึ่งรายการยาทั้งหมดไม่ได้มีราคากลางทุกตัว หากไม่มีราคากลางก็จะใช้ราคาอ้างอิงและราคาทุนตามลำดับ ซึ่งอาจส่งผลให้การจำลองราคาเบิกจ่ายเมื่อใช้ราคากลางไม่ใช่เป็นผลจากการใช้ราคากลางจริง ๆ เป็นแค่การใช้ราคากลางแค่บางส่วน โดยพบว่ารายการยาทั้งหมดของโรงพยาบาลใช้ราคากลางในการคำนวณ 241 รายการ ใช้ราคาอ้างอิง 298 รายการ และใช้ราคาทุน 95 รายการในการคำนวณราคาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช. เขต 13

ข้อมูลยาที่ทำการวิเคราะห์

การจำลองราคาของหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช. เขต 13 (RP-2) ได้แบ่งการคำนวณราคาเบิกจ่ายค่ายาเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ยาทั่วไป ยา NTI ในกรณีใช้ยาต้นแบบ และยาที่ซื้อจากผู้ผลิตมาตรฐาน GMP-PICs ซึ่งจากข้อมูลยาที่ทำการวิเคราะห์พบว่าส่วนใหญ่จะใช้ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป มียา NTI ในกรณีใช้ยาต้นแบบ 2 รายการ และยาที่ซื้อจากผู้ผลิตมาตรฐาน GMP-PICs เพียง 4 รายการเท่านั้น

ยาบางรายการถูกตัดออกจากการวิเคราะห์ราคาภายในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม เนื่องจากเป็นรายการยาที่ได้รับการสนับสนุนเป็นยาเกิน เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิและเข้าถึงยามากยิ่งขึ้น ซึ่งยากกลุ่มนี้มีมูลค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผลการวิเคราะห์

ข้อมูลอาจไม่ครอบคลุมรายการยาในกลุ่มเหล่านี้ และมูลค่ายาที่วิเคราะห์เป็นมูลค่าที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น ไม่ได้วิเคราะห์ครอบคลุมไปยังค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อโรงพยาบาลต้องส่งต่อผู้ป่วยนอกไปรับบริการจากสถานบริการอื่นข้ามจังหวัดซึ่งจะมีการจ่ายเงินชดเชยจากคู่สัญญาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracted unit for primary care: CUP) ของจังหวัด ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นภาระที่โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบในส่วนของค่าใช้จ่ายด้านยาเช่นกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งข้อมูล และเป็นงบบริจาครายหัวประเภทบริการกรณีเฉพาะ จากข้อมูลในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2557 พบว่ามูลค่าที่ถูกเรียกเก็บในกรณีส่งต่อข้ามจังหวัดในการบริการผู้ป่วยนอกมีประมาณ 4% จึงไม่นำข้อมูลส่วนนี้มาวิเคราะห์

รูปแบบการใช้จ่าย

งานวิจัยนี้เป็นการจำลองผลกระทบทางการเงินเมื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา ซึ่งเป็นข้อมูลการใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกย้อนหลังในปี 2557 การนำไปใช้ต้องคำนึงถึงรูปแบบการใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ ความจำเป็นต้องใช้จ่ายของผู้ป่วย รวมไปถึงแนวโน้มการเกิดโรค การควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายยาจากรูปแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นรูปแบบการเบิกจ่ายคืนตามรายการบริการตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่ศึกษาในบางสิทธิการรักษาพยาบาลที่ให้ผลการศึกษาว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาในแก่ผู้จ่ายเงินในระบบได้นั้น หากจะนำไปใช้จะต้องพิจารณาค่าใช้จ่ายที่อาจจะเพิ่มขึ้นในส่วนของการบริหารจัดการต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเตรียมความพร้อมในการส่งข้อมูลยาของสถานพยาบาลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งในการปรับเปลี่ยนการเบิกจ่ายจะต้องพิจารณาค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในส่วนนี้ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย

- การพิจารณาเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการซึ่งมีรูปแบบเบิกจ่ายตามรายการบริการตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ พบว่าโรงพยาบาลมีอัตราการใช้จ่าย และมูลค่าการใช้จ่ายที่สูงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้

- การพิจารณาเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจากการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นจ่ายตามรายการ ในกรณีสัดส่วนมูลค่าของอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่ายาไม่น้อยกว่า 68% และอัตราการใช้บริการของผู้ลงทะเบียนไม่เกิน 66% การเปลี่ยนวิธีเบิกจ่ายค่ายาโดยรวมไปกับอัตราเหมาจ่ายเป็นแบบจ่ายตามรายการจะทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ดีกว่า

- ควรมีการปรับปรุงราคากลางให้มีความทันสมัย เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตลาดยา และควรจัดทำราคากลางของยาทุกรายการที่มีในตลาดยา

เชิงปฏิบัติการ

- โรงพยาบาลควรมีมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยากรณีที่ได้รับบริการผู้ป่วยนอกที่รับส่งต่อมาจากสถานพยาบาลในเครือข่าย หรืออาจเจรจาเพิ่มอัตราการเหมาจ่ายรายครั้งบริการเพื่อให้โรงพยาบาลไม่รับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาในส่วนนี้มากเกินไป

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- ขยายกลุ่มตัวอย่างให้กว้างขึ้นครอบคลุมโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีความแตกต่างของราคา ยา ชนิดของยา กลุ่มผู้ป่วยที่ให้บริการ รวมไปถึงความซับซ้อนของโรคที่ให้การรักษาที่แตกต่างกัน

- ศึกษาการวิจัยแบบไปข้างหน้าเพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง เช่น ผลกระทบต่อปริมาณการใช้ยา ค่าใช้จ่ายด้านยาและราคา ยา และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งในส่วนของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบ

บรรณานุกรม

- กรมบัญชีกลาง. การตรวจสอบการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการของส่วนราชการ. กรุงเทพมหานคร: ธันวาคม 2554.
- กรมบัญชีกลาง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ กระทรวงการคลัง [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://audit.obec.go.th/hospi/sopa%20177%20%202549.pdf>
- จตุพร ตังคชัช. การพิจารณาความเสี่ยงในการลงทุนในโครงการ (Risk Analysis Capital Budgeting [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2558]. เข้าถึงได้จาก:
<http://ms.src.ku.ac.th/eLearning/Download/DataSheet/2012/Feb/131211/01131211%20LN%2008%20Capital%20Budgeting%203.pdf>
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การวิเคราะห์งบประมาณในการบริหาร [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2558]. เข้าถึงได้จาก:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0h79As9wrvMJ:www.stou.ac.th/Thai/Grad_Stdy/schools/shs/DOC/no5/no53.doc+&cd=1&hl=th&ct=clnk&gl=th
- จุฑามาศ โมพี. การวิเคราะห์ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยประกันสังคมในปีงบประมาณ 2541 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
- จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, นพคุณ ธรรมธัชอารี, ธนนรงค์ รัตนโชติพานิช, พรพิศ ศิลขวูรท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ศักยภาพการประหยัดค่าใช้จ่ายจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกสำหรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการปี 2553, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2553; 5(2): 160-9.
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์อารี, ชารทิพย์ ศรีสุวรรณเกษ, พรชัย พิลหาเวสส. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2556

- [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://tdri.or.th/wp-content/uploads/2014/08/final-report-thailand-health-insurance.pdf>
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์. กลไกอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ. เอกสารประกอบการเสวนาสาธารณะ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hfocus.org/database/2013/07/3943#sthash.Iz9c8pzp.dpuf>
- ไทยพับลิก้า. เจาะงบ สปสช. ใช้เงินเหมาจ่ายรายหัวประชาชนผิดประเภท แจกทำวิจัยและไม่ใช้หน่วยบริการตามกม.มีชื่อ “นพ.สมศักดิ์”รมช. สาธารณสุข-คตร.ตั้งปลัดสาธารณสุขเร่งรัด สปสช. หากคนผิกลงโทษ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaipublica.org/2015/01/public-health-services-52/>
- ปิยะรส วัชรระนุกุล. ศักยภาพของโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบันในประเทศไทยในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของ PIC/S [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
- พระราชกฤษฎีกา. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก http://110.164.68.234/finance/finance_files/w.379/w.379_2.pdf
- เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, อังคณา แสงนภาภาศ, อรรถกฤษณ์ พัฒนาประทีป, นพคุณ ธรรมรัชชอารี. ระบบราคาอ้างอิงของยาในประเทศไทย (Reference Pricing Systems of Pharmaceuticals in Thailand). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2555.
- มูลนิธิเพื่อการวิจัยและพัฒนาาระบบยา. ค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2559]. เข้าถึงได้จาก http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/hospital_drug_expenditures-phared.pdf
- วัลย์พร พัทธนฤมล, ทวีศรี กรีทอง, ภูษิต ประคองสาย, กัญญา ดิษยาธิคม, จิตปราณี วาศวิท, รังสิมา ปรีชาชาติ, และคณะ. การเหมาจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขตามรายหัว. ใน :

- สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555. หน้า 160-173.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, สมชาย สุริยไกร, นุศราพร เกษสมบุรณ์, และคณะ. การวิจัยเพื่อพัฒนานโยบาย รากายา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
- ศิริพา อุดมอักษร, นุศราพร เกษสมบุรณ์, สุรฉัตร จ้อสุรเชษฐ์, รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์, อินทิรา กาญจนพิบูลย์, ไพทีย์ เหลืองเรือง, และคณะ. การจัดทำหลักเกณฑ์ราคา เบิกจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิกัด/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พื้นที่ กรุงเทพมหานคร. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13; 2557
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ความเหลื่อมล้ำ 3 ระบบประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://tdri.or.th/tdri-insight/tdri-factsheet-29/>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สำนักงานส่งเสริมกิจการเพื่อสังคมแห่งชาติ. สำนักพัฒนาระบบ ตรวจสอบการรักษาพยาบาล. แนวโน้มและทิศทางสวัสดิการรักษายาพยาบาล ข้าราชการ [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BNX0RAEFTtIJ:www.cgd.go.th/cs/Satellite%3Fblobcol%3Durldata%26blobkey%3Did%26blobtable%3DMungoBlobs%26blobwhere%3D1438163229606%26ssbinary%3Dtrue+%&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=th>
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2552.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายได้ประชาชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nesdb.go.th/main.php?filename=ni_page
- สำนักงานประกันสังคม. รายงานประจำปี 2556 (Annual Report 2013). กระทรวงแรงงาน 2556:22-38.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีรายชื่อสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยพ.ศ. 2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2559]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.sem100library.in.th/medias/11689.pdf>

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=14>

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. สรุปผลการศึกษาศึกษาการปรับอัตราค่าบริการ; 2557.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1 การบริหารงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2556.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “กำเนิด” ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิติใหม่แห่งการบริการ ด้านสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2557]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.localfund.in.th/files/born2be.pdf>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2557 (1ต.ค.56-31 มี.ค.57) [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_result.aspx

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. สุรจิต สุนทรธรรมสุรจิต, สุนทรธรรม, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, จเด็จ ธรรมชัชอารี, สิรินาฏ นิภาพร และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: 2555.

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์. สัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2553 ประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน; 2558.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2552-2553 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://hpc4.go.th/director/data//p4p/Final_Report_Thai-NHA_2009-2010_final_June2012.pdf
- สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ. คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2556.
- สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือประชาชนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
- สุชาติ จงประเสริฐ. ยาสามัญ : นัยสำคัญต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย. วารสารแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://newsser.fda.moph.go.th/drug_gpiip/publish/downloads/03%20Mar%2010.pdf.
- สุพล ลิมวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิมวัฒนานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. ค่าใช้จ่ายและการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล : ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547
- Dukes MNG. Drugs and money: Prices, affordability and cost containment: IOS Press; 2003.
- Dylst P, Vulto A, Simoens S. Reference pricing systems in Europe: characteristics and consequences. *Generics Biosimilars Initiative J.* 2012;1:127-31.
- Lee JL, Fischer MA, Shrank WH, Polinski JM, Choudhry NK. A systematic review of reference pricing: implications for US prescription drug spending. *The American journal of managed care.* 2012;18(11):e429-37.
- Limwattananon C, Limwattananon S, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Analysis of Practice Variation Due to Payment Methods across Health Insurance Schemes. CDP Health report. Nonthaburi, International Health Policy Program, Ministry of Public Health. 2009.

- Marshall JK, Grootendorst PV, O'Brien BJ, Dolovich LR, Holbrook AM, Levy AR. Impact of reference-based pricing for histamine-2 receptor antagonists and restricted access for proton pump inhibitors in British Columbia. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*. 2002;166(13):1655-62.
- OECD Health Policy Studies, Pharmaceutical Pricing Policies in Global Market, France: OECD Publication; 2008.
- Reed SD, Shea AM, Schulman KA. Economic implications of potential changes to regulatory and reimbursement policies for medical devices. *Journal of general internal medicine*. 2008;23(1):50-6.
- Schneeweiss S, Soumerai SB, Glynn RJ, Maclure M, Dormuth C, Walker AM. Impact of reference-based pricing for angiotensin-converting enzyme inhibitors on drug utilization. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*. 2002;166(6):737-45.

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 รายการ โรคที่มีมูลค่าการใช้ยาสูงสุด 10 อันดับแรกของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ ปี 2557

อันดับ	ICD-10	โรค	มูลค่า	จำนวนผู้ป่วย	มูลค่า/คน/ปี
1	E119	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	5,990,680.86	1,918	3,123.40
2	I10	Essential (primary) hypertension	5,871,073.05	3,346	1,754.65
3	N185	End-stage renal disease 5	2,820,194.64	177	15,933.30
4	E112	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	1,607,559.26	140	11,482.57
5	J459	Asthma, unspecified	1,278,213.58	490	2,608.60
6	N184	Chronic kidney disease stage 4	808,921.13	194	4,169.70
7	N40	Hyperplasia of prostate	747,240.15	270	2,767.56
8	F009	Dementia in Alzheimer's disease, unspecified	745,353.29	20	37,267.66
9	J449	Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified	665,808.89	196	3,396.98
10	F322	Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic	661,848.33	169	3,916.26

ตารางที่ 2 รายการโรคที่มีมูลค่าการใช้ยาสูงสุด 10 อันดับแรกของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าปี 2557

อันดับ	ICD-10	โรค	มูลค่า	จำนวนผู้ป่วย	มูลค่า/คน/ปี
1	B208	HIV disease resulting in other infectious and parasitic diseases	8,733,398.29	778	11,225.45
2	E119	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	7,242,737.16	2,410	3,005.29
3	I10	Essential (primary) hypertension	4,819,457.39	3,327	1,448.59
4	J459	Asthma, unspecified	2,710,785.91	1,296	2,091.66
5	N185	End-stage renal disease 5	2,504,212.05	391	6,404.63
6	E112	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	1,541,987.95	240	6,424.95
7	F322	Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic	1,437,184.57	508	2,829.10
8	F2000	Paranoid schizophrenia	1,209,040.78	743	1,627.24
9	J449	COPD, unspecified	1,202,947.74	368	3,268.88
10	G409	Epilepsy, unspecified	1,155,249.55	230	5,022.82

ตารางที่ 3 รายการโรคที่มีมูลค่าการใช้ยาสูงสุด 10 อันดับแรกของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ปี 2557

อันดับ	ICD-10	โรค	มูลค่า	จำนวนผู้ป่วย	มูลค่า/คน/ปี
1	B208	HIV disease resulting in other infectious and parasitic diseases	2,162,521.11	198	10,921.82
2	E119	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	663,066.41	206	3,218.77
3	I10	Essential (primary) hypertension	395,043.29	324	1,219.27
4	C959	Leukaemia, unspecified	380,414.10	1	380,414.10
5	J459	Asthma, unspecified	270,336.33	112	2,413.72
6	N185	End-stage renal disease 5	209,826.28	14	14,987.59
7	F322	Recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic	92,734.79	28	3,311.96
8	A150	Tuberculosis of lung, confirmed by sputum microscopy with or without culture	85,051.10	18	4,725.06
9	L309	Dermatitis, unspecified	69,912.44	288	242.75
10	C509	Breast, unspecified	66,142.52	13	5,087.89

ตารางที่ 4 มูลค่าการใช้ยาและจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาสูงสุด 20 รายการในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ

อันดับ	รายการยา	มูลค่า	จำนวนผู้ป่วย	มูลค่า/คน/ปี
1	Hypercrit 4000 U	2,563,190.00	150	17,087.93
2	Manidipine 20 mg	1,325,116.80	516	2,568.06
3	น้ำยา CAPD(normal Calcium) 1.5% 2L	1,282,400.00	7	183,200.00
4	Novomix 30 penfill	1,247,106.40	194	6,428.38
5	Clopidogrel 75 mg	1,240,880.00	257	4,828.33
6	Alfuzocin HCL 10 mg	1,145,405.04	183	6,259.04
7	Atorvastatin 40 mg	926,605.68	161	5,755.31
8	Donepezil 10 mg	838,065.15	39	21,488.85
9	Symbicort 160/4.5 mcg 120 dose	678,101.80	155	4,374.85
10	Cilostazol 50 mg	633,759.36	98	6,466.93
11	Kidmin sol 500 ml inj	604,999.40	31	19,516.11
12	Losartan 100 mg	563,892.24	1,052	536.02
13	Novonorm 1 mg	513,394.70	127	4,042.48
14	Hemax 4000 U inj	490,800.00	70	7,011.43
15	Ezetimibe 10 mg	486,571.80	54	9,010.59
16	Mirtazapine 15 mg	440,940.92	36	12,248.36
17	Kalimate powder 5 g	390,390.00	121	3,226.36
18	Pregabalin 75 mg	387,339.90	97	3,993.19
19	Carvedilol 12.5 mg	371,580.60	109	3,409.00
20	Seretide MDI (Salme/Fluti 25/250)	360,718.40	123	2,932.67

ตารางที่ 5 มูลค่าการใช้จ่ายและจำนวนผู้ป่วยที่ใช้จ่ายสูงสุด 20 รายการ ในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อันดับ	รายการยา	มูลค่า	จำนวนผู้ป่วย	มูลค่า/คน/ปี
1	Novomix 30 penfill	2,396,714.40	393	6,098.51
2	Hypercrit 4000 U	2,366,610.00	162	14,608.70
3	Depakine Chrono 500 mg	2,317,552.26	385	6,019.62
4	GPO-Vir Z 250 mg	2,184,633.27	290	7,533.22
5	Kaletra tab (LPV200+RTV50)	1,870,713.04	95	19,691.72
6	Clopidogrel 75 mg	1,661,140.00	408	4,071.42
7	Tenofovir 300 mg	1,379,349.00	186	7,415.85
8	GPO-Vir S30 (D4T, 3TC, NVP)	1,158,685.70	195	5,941.98
9	Manidipine 20 mg	1,041,300.92	441	2,361.23
10	Symbicort 160/4.5 mcg 120 dose	999,016.20	185	5,400.09
11	Carvedilol 12.5 mg	913,740.27	258	3,541.63
12	Seretide MDI (Salme/Fluti 25/250)	874,832.00	251	3,485.39
13	Sertraline 50 mg	766,228.80	652	1,175.20
14	Alfuzocin HCL 10 mg	720,041.52	123	5,854.00
15	Gabapentin 400 mg	687,172.20	774	887.82
16	Novonorm 1 mg	679,123.90	129	5,264.53
17	Kalimate powder 5 g	663,278.00	226	2,934.86
18	Mirtazapine 15 mg	633,370.60	48	13,195.22
19	Hydralazine 25 mg	631,709.80	554	1,140.27
20	Cilostazol 50 mg	619,407.36	95	6,520.08

ตารางที่ 6 มูลค่าการใช้ยาและจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาสูงสุด 20 รายการ ในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม

อันดับ	รายการยา	มูลค่า	จำนวนผู้ป่วย	มูลค่า/คน/ปี
1	GPO-Vir Z 250 mg	593,339.40	76	7,807.10
2	TASIGNA(Nilotinib)200mg	514,174.20	1	514,174.20
3	Kaletra tab (LPV200+RTV50)	489,490.16	27	18,129.27
4	Tenofovir 300 mg	434,106.00	59	7,357.73
5	GPO-Vir S30 (D4T, 3TC, NVP)	247,527.55	46	5,381.03
6	Hemax 4000 U inj	199,800.00	5	39,960.00
7	Novomix 30 penfill	184,264.70	28	6,580.88
8	Depakine Chrono 500 mg	146,552.16	27	5,427.86
9	Nevirapine 200 mg	143,718.00	29	4,955.79
10	Symbicort 160/4.5 mcg 120 dose	129,405.80	33	3,921.39
11	Lamivudine 150 mg	105,472.20	10	10,547.22
12	Clopidogrel 75 mg	95,360.00	26	3,667.69
13	Efavirenz 600 mg	90,333.07	36	2,509.25
14	Zilavir (AZT 300mg+ 3TC 150 mg)	83,547.50	21	3,978.45
15	Lastavir (3TC 150mg+D4T 30 mg)	76,681.00	25	3,067.24
16	(ERIG)ANTIRABIES INJ1000 IU/5ML	72,260.00	37	1,952.97
17	Manidipine 20 mg	66,043.00	26	2,540.12
18	Seretide MDI (Salme/Fluti 25/250)	63,515.20	2	31,757.60
19	Gabapentin 400 mg	60,902.40	78	780.80
20	Augmentin 1 g	57,915.76	487	118.92

ตารางที่ 7 กลุ่มรายการยาทำมาวิเคราะห์การใช้อัตราการใช้เบิกจ่ายราคาขาย

กลุ่มยา	รายการยา
Insulins	LANTUS INSULIN INJ-100 U/ml 3ml LEVEMIR FLEXPEN 300U/3ML MIXTARD 70/30 INJ,(Humulin) NOVOMIX 30(Asp.+Protamine), NPH (INSULATARD HM) 100U/ML RI (ACTRAPID 100U/ML), 10ML
Oral antidiabetic	(850 mg)METFORMIN TAB 50mg JANUVIR TAB ACARBOSE 100mg(GLUCOBAY) GLIPIZIDE 5 MG TAB glyBENCLAmide TAB 5MG (Daonil) metFORMIN TAB 500 mg, NOVONORM 1 MG TAB PIOGLITAZONE 30 MG(UTMOS 30)
ARBs	(50mg) Losartan APROVEL 300MG EXFORGE (V160/A5) Losartan 100 MG VALSATAN(Diovan) 160MG
CCBs	ADALAT(NIFEdipine) CAP 5MG amLODIPine TAB 10 MG MANIDIPINE 20 MG niCARdipine INJ (Cardipine) 2 MG/2ML NIFEdipine(ADALAT) SR 20MG Syr.Amlodipine 1mg/ml 50ml VERAPAMIL TAB 40MG-ISOPTIN

ตารางที่ 7 กลุ่มรายการยาทำมาวิเคราะห์การใช้ อัตราการเบิกจ่ายราคาขาย (ต่อ)

กลุ่มยา	รายการยา
ACEIs	(5 MG) ENALAPRIL TAB ENALAPRIL TAB 20 MG Syr ENALAPRIL 1MG/ML 60ML
Statins	(20 mg)SimvaSTATIN 40mg LIPITOR(Xalator) CRESTOR 10MG LIPITOR TAB 10 MG SimvaSTATIN TAB 10 mg
PPIs	Inj.OMEPRAZOLE 40MG (Losec) OmePRAZOLE 20 MG CAP PREVACID 30 MG
Antiplatelets	(300mg) ASPENT(ASA GR.V) 81MG ASPIRIN TAB chewable ASPILETS 81MG TAB CILOSTAZOL 50 mg CLOPIDOGREL 75 MG PLETAAL 100 MG

ตารางที่ 7 กลุ่มรายการยาทำมาวิเคราะห์การใช้อัตราการใช้เบิกจ่ายราคา (ต่อ)

กลุ่มยา	รายการยา
Antiepilepsys	carBAMazepine200(Tegretol) DEPAKINE CHRONO 500MG DORMICUM 15 mg TAB Inj. DIAZEPAM 10MG-2ML Inj. PHENYTOIN 250 MG/5 ML Inj.DORMICUM 5 MG/ML laMICtal (lamoTRIgine 50MG) PHENobarbital TAB 30MG PHENYTOIN SOD CAP 100MG Syr PHENobarbital 10MG/ML-60ml Syr.DEPAKINE 200MG/MI-60ML Syr.Diazepam 1mg/ml 50ml Syr.PHENYTOIN 10 MG/ML-50ML TOPIRAMATE 50 MG

ตารางที่ 8 จำนวนรายการยาและปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลในแต่ละช่วงราคาตามเกณฑ์อัตราค่าบริการจ่ายราคา

สิทธิการ รักษา	CSMBS			UC			SSS		
	ราคา	Item	ความถี่	%	Item	ความถี่	%	Item	ความถี่
0.01-0.20	31	3,415,546	26.34	28	5,977,605	26.37	30	533,990	27.23
0.21-0.50	51	3,810,955	29.39	49	7,043,909	31.07	44	649,998	33.15
0.51-1.0	47	3,204,468	24.71	49	5,000,722	22.06	44	391,651	19.97
1.01-10	159	1,962,372	15.13	156	3,854,144	17.00	129	336,198	17.15
10.01-100	192	525,924	4.06	210	757,854	3.34	127	45,579	2.32
10.01-20	79	312,787	2.41	81	496,419	2.19	54	31,968	1.63
20.01-30	35	118,026	0.91	34	152,370	0.67	22	7,861	0.40
30.01-50	41	85,780	0.66	51	97,252	0.43	29	4,633	0.24
50.01-100	37	9331	0.07	44	11,813	0.05	22	1,117	0.06
100.01-1000	69	48,780	0.38	70	36,485	0.16	43	2,890	0.15
เกิน 1,000	8	260	0.002	10	493	0.002	7	424	0.02
รวม	557	12,968,306	100	572	22,671,212	100	424	1,960,730	100

ตารางที่ 9 ผลกำไรมูลค่ายาปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายรูปแบบต่าง ๆ

สิทธิ	ต้นทุน	ราคา เบิกจ่าย	มูลค่ายา	ผลกำไร	ร้อยละ
CSMBS	32,611,252.40	RP-A	46,240,028.68	13,628,776.28	41.79
		RP-1	46,162,071.29	13,550,818.89	41.55
		RP-2	41,974,168.78	9,362,916.38	28.71
		RP-3	44,603,464.47	11,992,212.07	36.77
UC total	41,857,714.16	RP-A	44,628,623.68	2,770,909.52	6.62
		RP-1	62,151,809.18	20,294,095.02	48.48
		RP-2	58,122,273.80	16,264,559.64	38.86
		RP-3	61,050,126.55	19,192,412.39	45.85
UC register	21,504,082.80	RP-A	35,733,703.68	14,229,620.88	66.17
		RP-1	32,294,071.18	10,789,988.38	50.18
		RP-2	30,690,501.82	9,186,419.02	42.72
		RP-3	31,710,596.46	10,206,513.66	47.46
UC refer	20,353,631.36	RP-A	8,894,920.00	-11,458,711.36	-56.30
		RP-1	29,857,738.00	9,504,106.64	46.69
		RP-2	27,431,771.98	7,078,140.62	34.78
		RP-3	29,339,530.09	8,985,898.73	44.15
SSS	3,742,407.51	RP-A	6,037,588.66	2,295,181.15	61.33
		RP-1	5,434,667.75	1,692,260.24	45.22
		RP-2	5,100,733.75	1,358,326.24	36.30
		RP-3	5,288,642.00	1,546,234.49	41.32

ตารางที่ 10 ผลกำไรมูลค่ายาที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อใช้อัตรการเบิกจ่ายรูปแบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิ	รูปแบบปัจจุบัน (RP-A)	ราคาเบิกจ่าย	มูลค่ายา	ผลกำไร	ร้อยละ
CSMBS	46,240,028.68	RP-1	46,162,071.29	-77,957.39	-0.17
		RP-2	41,974,168.78	-4,265,859.90	-9.23
		RP-3	44,603,464.47	-1,636,564.21	-3.54
UC total	44,628,623.68	RP-1	62,151,809.18	17,523,185.50	39.26
		RP-2	58,122,273.80	13,493,650.12	30.24
		RP-3	61,050,126.55	16,421,502.87	36.80
UC register	35,733,703.68	RP-1	32,294,071.18	-3,439,632.50	-9.63
		RP-2	30,690,501.82	-5,043,201.86	-14.11
		RP-3	31,710,596.46	-4,023,107.22	-11.26
UC refer	8,894,920.00	RP-1	29,857,738.00	20,962,818.00	235.67
		RP-2	27,431,771.98	18,536,851.98	208.40
		RP-3	29,339,530.09	20,444,610.09	229.85
SSS	6,037,588.66	RP-1	5,434,667.75	-602,920.91	-9.99
		RP-2	5,100,733.75	-936,854.91	-15.52
		RP-3	5,288,642.00	-748,946.66	-12.40

ตารางที่ 11 มูลค่ายาของการใช้อัตรการเบิกจ่ายยาแยกตามช่วงราคายาสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

ราคา	Item ยา	ต้นทุน	ราคาเบิกจ่าย รพ. ปัจจุบัน	RP -1 กรมบัญชีกลาง ปัจจุบัน (ราคาทุน)	RP-2 สปสช.13 (ราคากลาง)	RP-3 กรมบัญชี กลางใหม่ (ราคาทุน)
0.01-0.20	31	474,981.18	1,703,307.22	1,707,773.00	2,216,799.50	1,707,773.00
0.21-0.50	51	1,222,370.69	3,784,876.50	3,810,955.00	3,674,683.50	3,810,955.00
0.51-1.0	47	2,160,319.31	4,743,529.00	4,806,702.00	4,596,520.50	4,806,702.00

ตารางที่ 11 มูลค่ายาของการใช้อัตราการเบิกจ่ายยาแยกตามช่วงราคายาสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการ (ต่อ)

ราคา	Item ยา	ต้นทุน	ราคาเบิกจ่าย รพ. ปัจจุบัน	RP -1 กรมบัญชีกลาง ปัจจุบัน (ราคาทุน)	RP-2 สปสช.13 (ราคากลาง)	RP-3 กรมบัญชี กลางใหม่ (ราคาทุน)
1.01-10	159	5,872,715.56	7,901,769.34	7,907,374.69	7,424,671.13	8,153,008.00
10.01-100	192	11,301,706.84	14,238,378.13	14,085,922.60	11,825,690.65	13,848,063.47
10.01-20	79	4,274,845.19	5,591,764.70	5,437,273.75	4,444,111.75	5,464,058.50
20.01-30	35	2,969,191.18	3,688,381.70	3,688,363.50	3,264,311.50	3,652,172.50
30.01-50	41	3,339,171.37	4,088,631.13	4,087,817.75	3,341,361.00	3,929,184.75
50.01-100	37	718,499.10	869,600.60	872,467.60	775,906.40	802,647.72
100.01- 1000	69	11,111,766.55	13,336,717.50	13,313,359.50	11,795,372.50	11,800,177.00
เกิน 1,000	8	467,392.27	531,451.00	530,007.00	440,431.00	476,786.00
รวม	557	32,611,252.40	46,240,028.68	46,162,093.79	41,974,168.78	44,603,464.47

ตารางที่ 12 มูลค่ายาของการใช้อัตราการเบิกจ่ายยาแยกตามช่วงราคายาสิทธิหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (UC total)

ราคา	Item ยา	ต้นทุน	ราคาเบิกจ่าย รพ. ปัจจุบัน	RP -1 กรมบัญชีกลาง ปัจจุบัน (ราคาทุน)	RP-2 สปสช.13 (ราคากลาง)	RP-3 กรมบัญชี กลางใหม่ (ราคาทุน)
0.01-0.20	28	787,264.06	839,379.60	2,988,935.50	3,732,005.04	2,988,935.50
0.21-0.50	49	2,179,770.45	2,324,067.55	6,929,056.95	6,647,566.45	6,929,056.95
0.51-1.0	49	3,443,922.96	3,671,904.81	7,501,083.00	7,361,781.00	7,501,083.00
1.01-10	156	10,017,577.70	10,680,724.31	13,661,587.00	13,498,632.38	14,084,926.80
10.01-100	210	15,464,872.80	16,488,621.09	19,275,654.93	16,255,373.43	19,022,233.30
10.01-20	81	6,866,526.26	7,321,078.63	8,698,222.00	7,238,240.50	8,814,627.00
20.01-30	34	3,873,495.89	4,129,914.73	4,799,744.00	3,915,286.00	4,751,390.50
30.01-50	51	3,925,995.73	4,185,889.97	4,806,199.45	4,163,280.65	4,555,487.25
50.01-100	44	798,854.92	851,737.76	971,489.48	938,566.28	900,728.55

ตารางที่ 12 มูลค่ายาของการใช้อัตราการเบิกจ่ายยาแยกตามช่วงราคายาสิทธิหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (UC total) (ต่อ)

ราคา	Item ยา	ต้นทุน	ราคาเบิกจ่าย รพ. ปัจจุบัน	RP -1 กรมบัญชีกลาง ปัจจุบัน (ราคาทุน)	RP-2 สปสช.13 (ราคากลาง)	RP-3 กรมบัญชี กลางใหม่ (ราคาทุน)
100.01- 1000	70	9,080,993.14	9,682,139.45	10,958,027.55	9,741,392.50	9,622,754.00
เกิน 1,000	10	883,313.05	941,786.87	1,001,828.00	885,523.00	901,134.00
รวม	572	41,857,714.16	44,751,078.74	62,316,172.93	58,122,273.80	61,050,123.55

ตารางที่ 13 มูลค่ายาของการใช้อัตราการเบิกจ่ายยาแยกตามช่วงราคายาสิทธิหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (UC register)

ราคา	Item ยา	ต้นทุน	ราคาเบิกจ่าย รพ. ปัจจุบัน	RP -1 กรมบัญชีกลาง ปัจจุบัน (ราคาทุน)	RP-2 สปสช.13 (ราคากลาง)	RP-3 กรมบัญชี กลางใหม่ (ราคาทุน)
0.01-0.20	28	452,274.71	751,552.65	1,575,821.50	2,130,488.24	1,539,726.75
0.21-0.50	49	1,215,429.89	2,019,700.72	3,937,493.95	3,802,890.45	3,922,695.45
0.51-1.0	49	2,045,941.13	3,399,775.51	4,441,949.00	4,319,695.00	4,441,059.00
1.01-10	155	5,142,243.49	8,544,954.32	7,010,051.00	6,782,089.88	7,221,436.55
10.01-100	210	7,042,590.53	11,702,793.63	8,717,088.93	7,507,921.18	8,612,172.30
10.01-20	80	3,313,151.65	5,505,521.00	4,130,463.00	3,562,563.50	4,176,016.00
20.01-30	36	1,323,883.93	2,199,920.66	1,640,846.00	1,381,347.50	1,622,865.00
30.01-50	51	1,943,075.70	3,228,842.26	2,375,778.45	2,012,962.65	2,284,842.25
50.01-100	43	462,479.25	768,509.71	570,001.48	551,047.53	528,449.05
100.01- 1000	70	5,260,631.92	8,741,682.40	6,219,031.80	5,775,001.07	5,538,969.41
เกิน 1,000	10	344,971.13	573,244.45	392,635.00	372,416.00	434,537.00
รวม	571	21,504,082.80	35,733,703.68	32,294,071.18	30,690,501.82	31,710,596.46

ตารางที่ 14 มูลค่ายาของการใช้อัตราการเบิกจ่ายยาแยกตามช่วงราคายาสิทธิหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า (UC refer)

ราคา	Item ยา	ต้นทุน	ราคาเบิกจ่าย รพ. ปัจจุบัน	RP -1 กรมบัญชีกลาง ปัจจุบัน (ราคาทุน)	RP-2 สปสช.13 (ราคากลาง)	RP-3 กรมบัญชี กลางใหม่ (ราคาทุน)
0.01-0.20	27	334,989.35	146,396.65	1,413,114.00	1,601,516.80	1,449,208.75
0.21-0.50	49	964,340.56	421,434.98	2,991,563.00	2,844,676.00	3,006,361.50
0.51-1.0	49	1,397,981.83	610,944.37	3,059,134.00	3,042,086.00	3,060,024.00
1.01-10	155	4,875,334.21	2,130,612.81	6,651,536.00	6,716,542.50	6,863,490.25
10.01-100	203	8,422,282.27	3,680,695.88	10,558,566.00	8,747,452.25	10,410,061.00
10.01-20	80	3,549,259.57	1,551,093.24	4,562,406.00	3,673,170.50	4,583,761.50
20.01-30	35	2,549,611.96	1,114,228.42	3,158,898.00	2,533,938.50	3,128,525.50
30.01-50	47	1,982,920.03	866,573.38	2,430,421.00	2,150,318.00	2,320,145.00
50.01-100	39	336,375.67	147,002.50	401,488.00	387,518.75	372,279.50
100.01- 1000	69	3,820,361.22	1,669,569.76	4,574,632.00	3,966,391.43	4,083,784.59
เกิน 1,000	10	538,341.92	235,265.55	609,193.00	513,107.00	466,600.00
รวม	562	20,353,631.36	8,894,920.00	29,857,738.00	27,431,771.98	29,339,530.09

ตารางที่ 15 มูลค่ายาของการใช้อัตราการเบิกจ่ายยาแยกตามช่วงราคายาสิทธิประกันสังคม

ราคา	ITE M ยา	ต้นทุน	ราคาเบิกจ่าย รพ. ปัจจุบัน	RP -1 กรมบัญชีกลาง ปัจจุบัน (ราคาทุน)	RP-2 สปสช.13 (ราคากลาง)	RP-3กรม บัญชี กลางใหม่ (ราคาทุน)
0.01-0.20	30	72,100.85	116,319.58	260,752.00	324,220.50	260,752.00
0.21-0.50	44	212,173.69	342,297.70	632,795.00	620,669.50	632,795.00
0.51-1.0	44	264,250.26	426,312.31	572,294.50	560,893.25	572,294.50
1.01-10	129	911,959.35	1,471,254.91	1,241,966.25	1,159,417.75	1,279,876.75
10.01-100	127	876,799.26	1,414,531.49	1,098,356.00	991,741.83	1,084,399.19
10.1-20	54	427,701.63	690,006.77	554,761.25	504,162.50	550,028.00
20.01-30	22	192,191.92	310,061.31	232,491.25	207,542.50	236,414.00
30.01-50	29	186,757.58	301,294.14	229,867.50	196,179.50	218,975.50
50.01-100	22	70,148.13	113,169.28	81,236.00	83,857.33	78,981.69
100.01- 1000	43	824,424.72	1,330,036.17	1,019,439.00	838,803.50	869,290.00
เกิน 1,000	7	593,523.31	957,525.23	721,481.00	621,083.50	608,230.00
รวม	424	3,742,407.51	116,319.58	5,434,667.75	5,100,733.75	5,288,642.00

ตารางที่ 16 มูลค่าขายรายโรคของผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่
 ละครูปแบบ

	ต้นทุน	ราคาเบิกจ่าย รพ.	RP-1	RP-2	RP-3
โรคเบาหวาน					
CSMBS	7,378,403.05	10,973,140.77	10,952,904.75	10,040,739.00	10,652,543.60
UC total	7,714,853.64	8,225,563.80	11,933,334.03	11,133,339.23	11,642,884.91
UC register	4,763,922.89	7,916,292.48	7,597,998.03	7,299,681.95	7,445,290.19
UC refer	2,950,930.75	1,289,612.28	4,335,336.00	3,833,657.28	4,197,594.72
SSS	664,136.23	1,071,444.35	977,560.98	912,232.78	936,108.4
โรคความดันโลหิตสูง					
CSMBS	5,608,027.38	8,470,790.63	8,463,048.73	7,630,896.03	8,273,716.65
UC total	3,574,383.95	3,811,022.08	5,994,705.43	5,680,495.08	5,980,605.94
UC register	2,170,778.14	3,607,219.31	3,698,682.43	3,548,351.83	3,680,095.44
UC refer	1,403,605.81	613,402.16	2,296,023.00	2,132,143.25	2,300,510.50
SSS	244,106.2	393,814.09	406,104.48	385,846.03	405,220.15
โรคไตเรื้อรัง					
CSMBS	4,373,435.45	5,616,945.50	5,610,413.75	4,941,187.50	5,203,110.50
UC total	2,682,756.81	2,860,350.74	3,974,760.78	3,602,486.23	3,910,833.56
UC register	904,487.94	1,503,003.14	1,351,419.78	1,255,443.40	1,319,510.25
UC refer	1,778,268.87	777,136.97	2,623,341.00	2,347,042.83	2,591,323.31
SSS	136,184.14	219,704.51	188,876.75	164,332.00	182,545.5
โรคหัวใจ					
CSMBS	1,302,899.94	1,676,810.25	1,684,893.50	1,543,688.25	1,586,985.00
UC total	2,766,226.98	2,949,389.14	3,577,830.53	3,191,382.88	3,373,622.65
UC register	2,039,654.25	3,389,328.49	2,649,310.53	2,366,247.13	2,480,297.65
UC refer	726,572.73	317,525.96	928,520.00	825,135.75	893,325.00
SSS	272,335.68	439,356.43	349,263.75	319,647.25	324,234.50

ตารางที่ 17 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	CSMBS
Insulins	1,572,990.22	1,890,339.60	RP-1	1,890,339.60
			RP-2	1,693,173.40
			RP-3	1,678,407.72
Oral antidiabetic	1,357,282.04	2,357,266.00	RP-1	2,425,567.25
			RP-2	2,543,607.50
			RP-3	2,453,775.75
ARB	821,065.88	1,129,918.65	RP-1	1,129,760.50
			RP-2	938,571.75
			RP-3	1,152,694.00
CCB	1,742,069.64	2,351,879.75	RP-1	2,351,879.75
			RP-2	2,515,970.25
			RP-3	2,354,171.25
ACEI	156,655.40	396,382.00	RP-1	396,382.00
			RP-2	396,379.00
			RP-3	396,383.50
Statin	1,973,807.58	3,273,314.00	RP-1	3,273,314.00
			RP-2	2,443,932.50
			RP-3	3,240,443.50
PPI	469,879.40	949,444.00	RP-1	949,444.00
			RP-2	923,540.00
			RP-3	941,615.50

ตารางที่ 17 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ต่อ)

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	CSMBS
Antiplatelet	1,623,327.46	2,587,507.00	RP-1	2,435,161.00
			RP-2	1,839,633.50
			RP-3	2,450,158.00
Anti-epilepsy	282,887.10	379,729.50	RP-1	379,745.00
			RP-2	352,102.25
			RP-3	386,940.50

ตารางที่ 18 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total)

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	มูลค่ายา
Insulins	2,888,867.17	3,080,105.25	RP-1	3,478,753.23
			RP-2	3,098,438.03
			RP-3	3,089,542.55
Oral antidiabetic	1,722,541.13	1,836,570.42	RP-1	3,139,722.25
			RP-2	3,305,740.50
			RP-3	3,177,036.75
ARB	520,729.36	555,200.76	RP-1	731,690.25
			RP-2	598,410.50
			RP-3	746,627.75
CCB	1,611,194.52	1,717,852.85	RP-1	2,224,981.50
			RP-2	2,466,007.00
			RP-3	2,231,882.75

ตารางที่ 18 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC total) (ต่อ)

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	มูลค่ายา
ACEI	185,588.11	197,873.73	RP-1	474,537.50
			RP-2	585,399.50
			RP-3	474,537.50
Statin	1,405,326.95	1,498,357.20	RP-1	2,615,699.00
			RP-2	2,024,067.50
			RP-3	2,593,142.50
PPI	634,557.94	676,564.59	RP-1	1,315,063.00
			RP-2	1,277,161.00
			RP-3	1,305,822.50
Antiplatelet	1,008,563.70	1,075,328.90	RP-1	1,704,023.00
			RP-2	1,630,191.00
			RP-3	1,691,983.00
Antiepilepsy	3,277,827.51	3,494,814.11	RP-1	4,259,128.00
			RP-2	3,920,647.00
			RP-3	4,346,565.75

ตารางที่ 19 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register)

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	มูลค่ายา
Insulins	1,422,441.71	2,363,695.82	RP-1	1,714,772.23
			RP-2	1,733,667.10
			RP-3	1,524,976.96
Oral antidiabetic	1,209,928.12	2,010,558.34	RP-1	2,311,016.25
			RP-2	2,425,786.50

ตารางที่ 19 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยลงทะเบียน (UC register) (ต่อ)

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	มูลค่ายา
			RP-3	2,312,605.25
ARB	394,835.98	656,105.73	RP-1	555,047.25
			RP-2	446,608.50
			RP-3	564,791.50
CCB	1,055,417.39	1,753,805.20	RP-1	1,452,606.50
			RP-2	1,614,272.75
			RP-3	1,456,045.25
ACEI	134,079.68	222,802.51	RP-1	340,592.00
			RP-2	451,454.00
			RP-3	340,592.00
Statin	810,084.28	1,346,130.96	RP-1	1,605,526.00
			RP-2	1,264,965.50
			RP-3	1,597,618.00
PPI	340,253.94	565,405.82	RP-1	709,597.00
			RP-2	686,044.00
			RP-3	705,293.00
Antiplatelet	562,938.58	935,444.71	RP-1	892,007.00
			RP-2	918,383.00
			RP-3	952,663.00
Antiepilepsy	1,061,190.52	1,763,398.51	RP-1	1,403,960.00
			RP-2	1,309,660.00
			RP-3	1,433,776.00

ตารางที่ 20 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มรับส่งต่อ (UC refer)

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	มูลค่ายา
Insulins	1,466,425.46	640,855.53	RP-1	1,763,981.00
			RP-2	1,364,770.93
			RP-3	1,564,565.59
Oral antidiabetic	512,613.01	224,021.53	RP-1	828,706.00
			RP-2	879,954.00
			RP-3	864,431.50
ARB	125,893.38	55,017.78	RP-1	176,643.00
			RP-2	151,802.00
			RP-3	181,836.25
CCB	555,777.13	242,885.07	RP-1	772,375.00
			RP-2	851,734.25
			RP-3	775,837.50
ACEI	51,508.43	22,510.15	RP-1	133,945.50
			RP-2	133,945.50
			RP-3	133,945.50
Statin	595,242.67	260,132.25	RP-1	1,010,173.00
			RP-2	759,102.00
			RP-3	995,524.50
PPI	294,304.00	128,616.39	RP-1	605,466.00
			RP-2	591,117.00
			RP-3	600,529.50
Antiplatelet	445,625.12	194,746.56	RP-1	812,016.00
			RP-2	711,808.00
			RP-3	739,320.00

ตารางที่ 20 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลุ่มรับส่งต่อ (UC refer) (ต่อ)

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	มูลค่ายา
Antiepilepsy	2,216,636.99	968,712.09	RP-1	2,855,168.00
			RP-2	2,610,987.00
			RP-3	2,912,789.75

ตารางที่ 21 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย
สิทธิประกันสังคม

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	มูลค่ายา
Insulins	218,790.78	352,972.98	RP-1	262,726.93
			RP-2	235,279.33
			RP-3	233,345.69
Oral antidiabetic	107,516.49	173,455.28	RP-1	234,090.50
			RP-2	251,125.00
			RP-3	234,865.50
ARB	41,064.90	66,249.59	RP-1	57,944.50
			RP-2	49,913.25
			RP-3	59,516.00
CCB	101,562.41	163,849.62	RP-1	140,869.00
			RP-2	158,895.50
			RP-3	141,056.50
ACEI	16,406.18	26,467.93	RP-1	42,169.00
			RP-2	42,169.00
			RP-3	42,169.00

ตารางที่ 21 มูลค่ายาแยกตามประเภทกลุ่มยาเมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายราคาแต่ละรูปแบบของผู้ป่วย สิทธิประกันสังคม (ต่อ)

กลุ่มยา	ต้นทุน	รูปแบบปัจจุบัน	RP	มูลค่ายา
Statin	96,643.49	155,913.98	RP-1	184,743.00
			RP-2	145,794.50
			RP-3	183,648.50
PPI	64,404.95	103,903.86	RP-1	116,532.00
			RP-2	109,755.00
			RP-3	114,960.00
Antiplatelet	82,664.42	133,361.68	RP-1	122,865.00
			RP-2	83,089.00
			RP-3	124,849.00
Antiepilepsy	187,593.01	302,641.93	RP-1	249,092.00
			RP-2	230,823.50
			RP-3	253,942.50

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวเพ็ญสมร อินทรภักดิ์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5610721012

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

เภสัชศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2552

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง