



การจำลองผลกระทบทางการเงินจากการเปลี่ยนหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายากรณีบริการ
ผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศไทย
ในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่ง
**The Financial Impact Simulation from Changing Pharmaceutical
Reimbursement Method for Outpatient Service among
Three Major Health Insurance Schemes:
A Case Study of a Psychiatric Hospital**

ชฎีนาฏ ไหมวัต
Chadeenat Maiwat

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 การจำลองผลกระทบทางการเงินจากการเปลี่ยนหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายากรณี
บริการผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศไทย
ในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่ง

ผู้เขียน นางสาวชฎินาฏ ไหมวัด

สาขาวิชา เกษศาสตร์สังคมและการบริหาร

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....

.....ประธานกรรมการ

(ดร.กุลจิรา อุดมอักษร)

(รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุศราพร เกษสมบุญ)

.....กรรมการ

(ดร.กุลจิรา อุดมอักษร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเกษตรศาสตร์สังคม
และการบริหาร

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ดร.กุลจิรา อุดมอักษร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ.....

(นางสาวชฎินาฏ ไหมวัด)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวชฎินาฏ ไหม่วัด)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ การจำลองผลกระทบทางการเงินจากการเปลี่ยนหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายากรณี
บริการผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศไทย ใน
โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่ง
ผู้เขียน นางสาวกัญญา ไหมวัด
สาขาวิชา เกษศาสตร์สังคมและการบริหาร
ปีการศึกษา 2559

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อจำลองผลกระทบทางการเงินในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (payer) หากมีการนำวิธีการทางเลือกการเบิกจ่ายค่ายาตามรายการ (fee for service) ที่มีการพัฒนาขึ้นหรือที่มีอยู่แล้วมาใช้ โดยผู้ซื้อบริการเป็นผู้กำหนดราคาเบิกจ่าย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจหากมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในอนาคต

วิธีการศึกษา การวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive study) และจำลองสถานการณ์ (Model Simulation) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ของปริมาณการใช้ยา และมูลค่าการใช้ยาซ้อนหลัง ของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชแห่งหนึ่งในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557 เพื่อประเมินผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการสุขภาพ (provider) และผู้ซื้อบริการสุขภาพ (payer) เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในรูปแบบต่างๆ

ผลการศึกษา พบว่าการเบิกจ่ายค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการในกลุ่มโรคเดียวกันของสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) มีมูลค่าสูงที่สุดในทุกกลุ่มโรคเมื่อเทียบกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และสิทธิประกันสังคม (SSS) และเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวโน้มของมูลค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการ (visit) ในภาพรวม (CSMBS: 4,359.36 บาท/visit, UC: 243.24 บาท/visit, SSS: 472.63 บาท/visit) แสดงถึงแบบแผนการสั่งใช้ยาที่มีความแตกต่างกันตามสิทธิการรักษาพยาบาลแม้ในการรักษาโรคเดียวกัน ผลการวิเคราะห์ประเมินผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ (provider) หากมีการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา พบว่า รูปแบบการเบิกจ่ายทั้ง 2 รูปแบบที่จำลองในการศึกษา คือหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (RP-2) และข้อเสนอหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาซึ่งพัฒนาโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนกำไร คือมีส่วนต่างระหว่างรายได้ค่ายากับต้นทุนลดน้อยลง แต่ไม่ต่ำกว่าทุนค่ายา โรงพยาบาลมีกำไรลดลงเมื่อเทียบกับการเบิกจ่ายปัจจุบัน (RP-1) ในภาพรวมของทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดยรูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้ลดลงจากรูปแบบ RP-1 มากที่สุด (ลดลง

จากปัจจุบัน 12.98 %) ในส่วนของผลกระทบต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) พบว่ารูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้เฉพาะในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมเท่านั้น แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลกระทบต่อทั้งข้าม คือหากมีการเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันที่มีการกำหนดเพดาน(ceiling)ค่ายาในการมารับบริการในแต่ละครั้ง(700 บาท/ครั้ง) และยาที่สั่งใช้ในผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงราคาถูก ซึ่งรูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษาจะมีส่วนเพิ่มสำหรับยาราคาถูกในสัดส่วนที่สูงกว่ายาราคาแพง จึงอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้กรณีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม หากมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบในการศึกษาทั้ง 2 รูปแบบ ถึงแม้จะทำให้ผู้ให้บริการ(provider) มีกำไรลดลงแต่ไม่ทำให้ขาดทุน

Title The Financial Impact Simulation from Changing Pharmaceutical
Reimbursement Method for Outpatient Service among Three Major Health
Insurance Schemes: A Case Study of a Psychiatric Hospital

Author Miss Chadeenat Maiwat

Major Program Social and Administrative Pharmacy

Academic Year 2016

ABSTRACT

Objective: This study was aimed to simulate financial impact to health care providers and payers if the existing pharmaceutical reimbursement schemes would be replaced by alternative options of fee for service based reimbursement models which pre-specified reimbursed prices by the buyers. The study would be a piece of information to support decision making in the future.

Method: Retrospective secondary data of prescriptions dispensed for outpatient during the fiscal years 2012 – 2014 at a psychiatric hospital was employed. Descriptive study and model simulation were done comparing financial impact among alternative options of pharmaceutical reimbursement scheme: RP-1: Current pharmaceutical reimbursement with RP-2: Reimbursement prices for pharmaceuticals from the National Health Security Office Region 13 and RP-3: The proposed pharmaceutical reimbursement model being developed for those under the Civil Servant Medical Benefit Scheme by the Health Insurance System Research Office.

Result: The study found that disease-specific drug spending per visit under fee for charge based Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) was highest for all groups of diseases comparing to capitation based scheme: Universal Coverage Scheme (UC) and Social Security Scheme (SSS). The average drug spending per visit was found the same direction. CSMBS was the highest. (CSMBS: 4,359.36 Baht/visit, UC: 243.24 Baht /visit, SSS: 472.63 Baht/visit). This implied that drug utilization pattern among health insurance schemes were different, even when controlled for disease. The simulated financial impacts on provider demonstrated decreasing of providers' income but never lower than medicine costs. RP-2 was found highest decreasing providers' income (12.98% from current). On the other side, regarding

the financial impacts on payers, it was found that RP-2, 3 model could save drug expenditure only for the CSMBS and SSS scheme. The UC scheme oppositely demonstrated higher spending when RP-2, 3 were simulated to replace the current reimbursement, which draws the payment ceiling at 700 Baht/visit. In addition, majority of prescriptions under the UC scheme are low price items. The alternative reimbursement scheme, RP-2,3 assigned higher rate of %mark-up for low price range, the simulated overall drug expenditure was then grown up. In summary, both alternative reimbursement models demonstrated saving for health care payers, while ensured sufficient income to cover medicine cost for providers.

คำนำ

ในการเบิกจ่ายค่ายาปัจจุบันวิธีการเบิกจ่ายค่ายาทั้งที่เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และแบบเบิกจ่ายรายรายการยาตามที่คุณให้บริการเรียกเก็บ (Fee for Service) ล้วนอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล ปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น รวมทั้งความไม่มีประสิทธิภาพของระบบ การพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาด้วยการกำหนดราคาเบิกจ่ายตามรายการ โดยผู้ซื้อบริการ น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาปัญหาดังกล่าว โดยรูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษาน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอก ซึ่งจะช่วยบรรเทาปัญหาจากวิธีการจ่ายเงินค่ายาในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในปัจจุบันได้

ดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงผลกระทบหากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาต่อผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (payer) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจหากมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในอนาคต ผู้วิจัยจึงได้จัดทำการวิจัยฉบับนี้ขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อจำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการนำวิธีการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบการเบิกจ่ายตามรายการยา โดยผู้ซื้อบริการกำหนดราคาเบิกจ่ายทั้ง 2 หลักเกณฑ์อันจะส่งผลให้เข้าใจผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ชฎินาฏ ใหม่วัด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ของผู้เกี่ยวข้องทุกราย ผู้วิจัยขอขอบคุณ
เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ การเงินและสิทธิบัตรของโรงพยาบาลที่อนุเคราะห์ในการดึงข้อมูลจาก
ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่คอยให้การช่วยเหลือและให้
ความร่วมมือในการในการจัดเก็บข้อมูลการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบพระคุณ ดร.กมลจิรา อุดมอักษร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
สำหรับคำแนะนำและข้อมูลที่เป็นประโยชน์ตลอดการศึกษาวิจัย

ชฎินาฏ ใหม่วัด

สารบัญ

บทคัดย่อ	0
Abstract.....	iii
คำนำ.....	v
กิตติกรรมประกาศ.....	vi
สารบัญ	vii
สารบัญตาราง	ix
สารบัญภาพ.....	x
บทที่ 1 บทนำ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
ปัญหาการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบในประเทศไทย	10
วิธีการจ่ายค่าตอบแทน	20
ข้อมูลของต่างประเทศเกี่ยวกับการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา	23
การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเบิกจ่ายค่ายา	29
อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาล ของทางราชการ	31
การจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิกัด/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่ กรุงเทพมหานครปี 2556.....	33
ข้อเสนอหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่กำลังพัฒนาสำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายา ข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.....	35
แนวทางการรักษาโรคจิตเภท(Schizophrenia)	39
การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis)	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	44
รูปแบบวิจัย.....	44
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	44

ตัวอย่าง/แหล่งข้อมูล.....	44
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย และอภิปรายผล.....	58
4.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	58
4.2 ข้อมูลเบื้องต้นของการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก.....	59
4.3 ข้อมูลการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาล.....	63
4.4 การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยาและผลกระทบทางการเงินตามรูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองใน การศึกษา	68
4.5 วิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบทางการเงิน.....	72
4.6 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis).....	85
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	87
ข้อจำกัดที่สำคัญของการวิจัย	93
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	94
บรรณานุกรม.....	95
ภาคผนวก.....	100
ประวัติผู้เขียน	105

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สรุปข้อมูลเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศไทย.....	2
ตารางที่ 2	หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13.....	6
ตารางที่ 3	ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.....	7
ตารางที่ 4	แสดงการเปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบในประเทศไทย.....	18
ตารางที่ 5	แสดงการเปรียบเทียบผลต่อพฤติกรรมทำให้บริการของผู้ให้บริการสาธารณสุขจากวิธีการ จ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข 5 วิธี	20
ตารางที่ 6	แสดงวิธีการจ่ายเงินแก่แพทย์และบริการรักษายาบาลระดับปฐมภูมิ และผลกระทบต่อบริการ รักษายาบาล	21
ตารางที่ 7	หลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลสิทธิสวัสดิการ รักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง	27
ตารางที่ 8	แสดงเพิ่มข้อมูลมาตรฐานที่นำมาใช้ในการวิจัยที่ได้จากฐานข้อมูล HOSxP	45

สารบัญญภาพ

ภาพที่ 4.1 จำนวนการมารับบริการผู้ป่วยนอกจำแนกตามระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศไทย คือ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) สิทธิประกันสังคม (SSS) และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	59
ภาพที่ 4.2 แสดงจำนวนผู้ป่วยและการมารับบริการ(visit) ของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2557	60
ภาพที่ 4.3 จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการเฉลี่ยต่อผู้ป่วยต่อปีจำแนกตามสิทธิการรักษายาบาลปีงบประมาณ 2557	60
ภาพที่ 4.4 จำนวนการมารับบริการ(visit)มากที่สุด 10 อันดับแรกของโรงพยาบาล จำแนกตามการวินิจฉัยโรคตาม ICD10 ปีงบประมาณ 2557.....	61
ภาพที่ 4.5 มูลค่ายาเฉลี่ยต่อครั้งที่มารับบริการ(visit) จำแนกตามสิทธิการรักษายาบาล	62
ภาพที่ 4.6 จำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ยต่อครั้งที่มารับบริการ(visit)จำแนกตามสิทธิการรักษายาบาล	62
ภาพที่ 4.7 ยาที่มีมูลค่าการสั่งใช้สูงสุดในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก ในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล	63
ภาพที่ 4.8 อายุของผู้มารับบริการจำแนกตามสิทธิการรักษายาบาล	64
ภาพที่ 4.9 สัดส่วนมูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ:ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED:NED)ในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล	64
ภาพที่ 4.10 สัดส่วนปริมาณยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ:ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED:NED)ในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล	65
ภาพที่ 4.11 สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ:ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED:NED)ในแต่ละสิทธิการรักษายาบาล.....	65
ภาพที่ 4.12 มูลค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการ จำแนกตามกลุ่มโรคที่มีจำนวนการมารับบริการ สูงสุด 5 อันดับแรก	66
ภาพที่ 4.13 ปริมาณยาที่มีการเบิกจ่ายในแต่ละช่วงราคาตามรูปแบบการเบิกจ่าย จำแนกตามสิทธิการรักษายาบาล	66

ภาพที่ 4.14 มูลค่ายาที่มีการเบิกจ่ายในแต่ละช่วงราคาตามรูปแบบการเบิกจ่าย จำแนกตามสิทธิการ รักษาพยาบาล	66
ภาพที่ 4.15 ค่าใช้จ่ายด้านยาที่จำลองตามรูปแบบการเบิกจ่ายในการศึกษา จำแนกตามสิทธิการ รักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2557	69
ภาพที่ 4.16 ร้อยละส่วนบวกเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านยาในปีงบประมาณ 2557 ที่จำลองตามรูปแบบการ เบิกจ่ายในการศึกษาจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล	73
ภาพที่ 4.17 ร้อยละส่วนบวกเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านยาในปีงบประมาณ 2557 ที่จำลองตามรูปแบบการ เบิกจ่ายในการศึกษาเมื่อพิจารณาตามการจัดกลุ่มยาเพื่อกำหนดราคาเบิกจ่ายของรูปแบบการเบิกจ่าย ของ สปสช.เขต 13	74
ภาพที่ 4.18 ศักยภาพการประหยัดงบประมาณต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) จากผลการจำลองข้อมูลตาม รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในการศึกษา	75
ภาพที่ 4.19 ศักยภาพการประหยัดเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจำแนกตามสถานะของยาใน บัญชียาหลักแห่งชาติในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล	77
ภาพที่ 4.20 ปริมาณยาที่มีการเบิกจ่ายยาจำแนกตามสถานะของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในแต่ละช่วง ราคาตามรูปแบบการเบิกจ่าย	78
ภาพที่ 4.21 ศักยภาพการประหยัดเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจำแนกตามกลุ่มยาหลักของ โรงพยาบาล ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล.....	79
ภาพที่ 4.22 ค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายรูปแบบปัจจุบันและที่จำลองในการศึกษาจำแนกตามโรค 5 อันดับแรก ที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาสูงสุดในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล	81
ภาพที่ 4.23 ศักยภาพการประหยัดเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจำแนกตามช่วงราคาภายในแต่ ละสิทธิการรักษาพยาบาล.....	83
ภาพที่ 4.24 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) หากมีการเปลี่ยนแปลงมูลค่า เพดาน(ceiling) ในการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษา	85

บทที่ 1

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยกำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันจึงเป็นจุดมุ่งหมายหลักของประเทศ เป้าหมายสำคัญอีกประการหนึ่งของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย คือ การสร้างระบบสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน เป็นระบบสุขภาพที่มีระบบการบริหารจัดการสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ต้องมีใช้การสงเคราะห์ แต่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐมีหน้าที่จัดให้มีการบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างครบถ้วนทั่วถึง เป็นธรรม ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบด้วยกัน ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งแต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน โดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รวมถึงพ่อแม่และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 3 คน โดยใช้เงินจากงบประมาณของรัฐ ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองเฉพาะตัวลูกจ้างหรือผู้ประกันตนเท่านั้น แต่การประกันประเภทนี้จะแตกต่างจากประกันในระบบอื่น คือนอกจากจะคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลและค่าบริการอื่นที่จำเป็นแล้ว ยังรวมถึงการได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ ซึ่งจ่ายชดเชยให้แก่ลูกจ้างที่ต้องขาดรายได้ในช่วงเวลาที่ต้องหยุดงานเพื่อรักษายาบาล ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นหลักประกันและให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการข้าราชการหรือประกันสังคม อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบที่จ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงตามที่มีการเรียกเก็บ (Fee for Service) ร่วมกับการเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group : DRG) ในกรณีของผู้ป่วยใน ซึ่งต่างจากระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนาระบบการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มาใช้ในกรณีของผู้ป่วยนอก และเบิกจ่ายตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ในกรณีของผู้ป่วยใน และมีการพัฒนาการจ่ายค่ารักษายาบาลเพิ่มเติมสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคมะเร็ง ด้วยระบบจ่าย On-top โดยมีงบประมาณ High cost หรือ งบนอกเหนือเหมาจ่ายรองรับการจ่ายวิธีนี้ โดยสรุปข้อมูลเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปข้อมูลเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพ	ประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ
กลุ่มผู้มีสิทธิ	ประชาชนคนไทยทุกคน (ที่ไม่มีสิทธิในสวัสดิการ ข้าราชการหรือ ประกันสังคม)	เฉพาะตัวลูกจ้างหรือ ผู้ประกันตน	ข้าราชการ รวมถึงพ่อแม่ และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติ ภาวะ ไม่เกิน 3 คน
จำนวนผู้มีสิทธิ*	47.97 ล้านคน	10.2 ล้านคน	4.97 ล้านคน
แหล่งเงินทุน	งบประมาณรัฐ	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และ ลูกจ้างฝ่ายร้อยละ 1.5 ของ เงินเดือน	งบประมาณรัฐ
หน่วยงานรับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
วิธีการเบิกจ่าย	ระบบการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)	ระบบการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)	ระบบที่จ่ายตามค่าใช้จ่าย จริงตามที่มีการเรียกเก็บ (Fee for Service)
ค่าบริการ รักษายาบาลผู้ป่วย นอก			
ค่าบริการ	109,718 ล้านบาท	27,500 ล้านบาท	60,000 ล้านบาท
รักษายาบาลรวม/ปี*			
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย/คน/ปี*	2,755.60 บาท	2,500 บาท	12,000 บาท

*ที่มา: รัฐเดิณหน้าคัมเข้มงบ 3 กองทุนค่ารักษาและ 2 แสนล้าน. 2 มกราคม 2556. กรุงเทพธุรกิจ

จากปัญหาในปัจจุบันที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ จากหลายสาเหตุสำคัญ ทั้งปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการให้บริการด้านสุขภาพ โครงสร้างของประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ความชุกของโรค (prevalence) เพิ่มมากขึ้น และอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ภาระด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น และประการสำคัญ คือ จากการที่หน่วยงานในการกำกับดูแลระบบสุขภาพหลักของประเทศ มีการบริหารจัดการงบประมาณด้านการบริการสุขภาพของระบบภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกัน มีทิศทางเป้าหมายของแผนการดำเนินงานที่แตกต่างกัน มีการกำหนดวิธีการจ่ายเงินและอัตราการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาต่อการกำกับดูแล และการบริหารจัดการให้ไปในทิศทางเดียวกัน โดยในส่วนของงบประมาณการเบิกจ่ายค่ายา อาจจะทำให้เกิดประเด็นปัญหาสำคัญ คือ

1. ปัญหาจากการเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกแบบรวมอยู่ในค่าเหมาจ่ายรายหัว ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับระบบประกันสังคม อาจก่อให้เกิดปัญหาหลักๆ คือ คุณภาพการรักษาพยาบาล และปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลกล่าวคือ การกระจายงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจริงทำให้สถานพยาบาลภาครัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายและประสบปัญหาขาดทุน นำมาซึ่งปัญหาการขาดสภาพคล่องของโรงพยาบาลของรัฐจำนวนมาก และเกิดปัญหาบุคลากรและคุณภาพของการรักษาตามมา²

ในส่วนของปัญหาการขาดทุนของโรงพยาบาลจากการวิจัยพบว่า โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของไทย ทั้งระบบการเงินการคลัง คุณภาพของการบริการ กำลังคน และระบบข้อมูลข่าวสาร ผลกระทบดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งประสบกับการขาดทุนหลังจากที่มีการดำเนินการของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลที่สามารถใช้อธิบายผลวิจัยนี้อาจเป็นไปได้หลายประเด็นคือ ในโรงพยาบาลที่มีผลดำเนินการขาดทุนอาจมีคนไข้มากกว่ากำหนด ทำให้ไม่ได้ระมัดระวังการใช้ทรัพยากรอย่างอื่นให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลอย่างจำกัดต่อคน จึงทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาขาดทุน ทั้งนี้ พบว่าลักษณะส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลที่มีผลต่อโอกาสที่โรงพยาบาลมีผลดำเนินการขาดทุนนั้นจะเป็นลักษณะการบริหารจัดการและลักษณะบริการของโรงพยาบาลอย่างไรก็ตามผู้บริหารจะต้องคำนึงถึงเรื่องคุณภาพของการบริการเป็นสำคัญ ซึ่งในทางทฤษฎีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งหวังที่จะเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนไทย จึงต้องอาศัยทรัพยากรจำนวนมาก และจะต้องมีการควบคุมดูแลที่ดี มิฉะนั้นอาจมีผลต่อการดำเนินการของโรงพยาบาลได้³

เมื่อโรงพยาบาลของรัฐประสบปัญหาขาดทุน อีกทั้งบุคลากรแพทย์ต้องเผชิญภาวะแรงกดดันในการให้บริการที่มีคุณภาพมากที่สุดภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ ส่งผลกระทบต่ออิสระในการตัดสินใจให้การตรวจรักษาของแพทย์ และเมื่อต้องให้บริการในงบประมาณที่จำกัด คุณภาพการบริการย่อมด้อยลง ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความไม่มั่นใจในคุณภาพการให้บริการ ในส่วนของคุณภาพการรักษาพยาบาลแม้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมจะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีพอสมควร เมื่อเทียบกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่ก็ยังมีความกังวลว่าแรงจูงใจในการควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบการจ่ายแบบปลายปีอาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการที่ประชาชนในระบบประกันสุขภาพดังกล่าวได้รับ ได้ ซึ่งจากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลัก (non-ED drugs) ยาต้นแบบ (original drugs) ยาที่มีราคาแพง และหัตถการบางอย่างที่สูงกว่ากลุ่มประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^{4,5} และในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มี

หลักฐานปรากฏทั้งในด้านการถูกเลือกปฏิบัติและประสิทธิผลของการจัดบริการที่ยังคงมีช่องว่างในการพัฒนาอีกมาก ดังนั้นความสนใจต่อการพัฒนารูปแบบการจ่ายเพื่อให้สร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมในการให้บริการที่มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องพัฒนา อย่างไรก็ตาม แม้มีความชัดเจนในการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพต่างกัน ซึ่งอาจเนื่องจากวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน แต่ก็มีประเด็นที่น่าสนใจ คือการเลือกปฏิบัติในการให้บริการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต่างกันหรือไม่ ซึ่งข้อมูลในขณะนี้ยังพิสูจน์ไม่ได้ชัดเจน จึงควรมีการศึกษาต่อไป⁶

โรงพยาบาลจิตเวชที่ทำการวิจัยเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางให้บริการรักษาพยาบาลเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อจากหน่วยบริการประจำ โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจะเป็นภาระของหน่วยบริการประจำที่ส่งผู้ป่วยไป ซึ่งต้องจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงที่เกิดขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่องบประมาณของหน่วยบริการประจำที่ส่งผู้ป่วยไป อาจทำให้มีผลต่อการตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังพบความไม่เท่าเทียมกันของการเบิกจ่ายดังกล่าวอีกด้วย เช่น การเบิกค่ายาตัวเดียวกันด้วยราคาที่แตกต่างกันของหน่วยบริการที่รับส่งต่อแต่ละแห่ง เป็นต้น อีกทั้งการกำหนดการเบิกจ่ายคืนเป็นอัตราเดียวต่อครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ทำให้หน่วยบริการประจำพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายของการรับบริการแต่ละครั้งให้อยู่ในวงเงินที่กำหนด พบว่ามีการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่สั้นลงเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้สูงกว่าอัตราหมาจ่ายต่อครั้ง เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องมารับยาที่หน่วยบริการบ่อยครั้งมากขึ้น จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือพิการที่มีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ ในส่วนของผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินและอุบัติเหตุ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้สามารถเบิกจ่ายได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งตามรายการ ซึ่งอาจเป็นภาระให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

2. ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการสูงขึ้นจากการเบิกจ่ายค่ายาตามรายการ(Fee for Service) ในอัตราที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ โดยค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการข้าราชการเพิ่มขึ้นจากปี 2549 จำนวน 37,005.45 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 61,844.27 ล้านบาทในปี 2554⁷ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาระบุว่าสาเหตุสำคัญเกิดจากการใช้กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ป่วยแบบปลายเปิดหรือจ่ายตามบริการ ซึ่งเป็นการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่เปิดกว้างและให้อิสระในการเข้ารับบริการ การใช้ระบบเบิกจ่ายตรงกรณีผู้ป่วยนอกรวมทั้งการขาดระบบและกลไกในการทบทวนการใช้ทรัพยากรที่เพียงพอส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านยาในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะการใช้ยานอกบัญชียาหลักทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัวยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁸ และจากข้อมูลค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการ

รักษาพยาบาลที่พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงหลังสาเหตุส่วนหนึ่งก็มาจากระบบการเบิกจ่ายตรง ส่วนรายจ่ายในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคมนั้นพบว่าอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายสามารถควบคุมได้ดีกว่า จากการประเมินผลกระทบของวิธีการจ่ายเงินต่อพฤติกรรมทำให้บริการในระบบประกันสุขภาพต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลักหรือยาตราสินค้าต้นแบบที่มีราคาแพง และหัตถการบางอย่างในสัดส่วนสูงกว่าผู้ป่วยภายใต้ระบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน^{4,9} โดยพบว่า ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยภายนอกเพิ่มขึ้นดังกล่าว ค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยภายนอกทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 83)¹⁰ ดังนั้นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ ซึ่งการควบคุมราคาก็เป็นแนวทางหนึ่งที่ควรพิจารณา โดยกำหนดอัตราค่ายาและบริการที่เบิกจ่าย(fee schedule) โดยเฉพาะอัตราค่ายาในการเบิกจ่าย(drug reference price)ยาแต่ละขนาน ซึ่งในปัจจุบันยังไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจนเฉพาะยาแต่ละขนาน ทำให้ราคาที่เรียกเก็บจากโรงพยาบาลต่างๆมีความแปรปรวนสูง และในระยะยาวหากประสงค์ให้ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนวิธีการจ่ายให้เป็นลักษณะปลายปิดมากขึ้น อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ในการควบคุมค่าใช้จ่ายนั้น ไม่ควรกระทำเพียงเพื่อการลดค่าใช้จ่ายโดยมิได้คำนึงถึงผลกระทบต่อประชาชนที่ได้รับ หากแต่ควรกระทำเพื่อให้รายจ่ายที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความสมดุลกับอรรถประโยชน์ที่จะได้รับเพิ่มขึ้นด้วย¹¹

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าวิธีการเบิกจ่ายค่ายาทั้งที่เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว(Capitation) และแบบเบิกจ่ายรายรายการยาตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ(Fee for Service) ล้วนอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล ปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น รวมทั้งความไม่มีประสิทธิภาพของระบบ การพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาดด้วยการกำหนดราคาเบิกจ่ายตามรายการ โดยผู้ซื้อบริการน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาปัญหาดังกล่าว และเมื่อทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหารูปแบบทางเลือกในการกำหนดราคาเบิกจ่ายที่มีการพัฒนาขึ้นในประเทศไทยพบว่ามี 2 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาเพื่อใช้อ้างอิงสำหรับการเบิกจ่ายค่ายากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุฉุกเฉินในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อลดปัญหาของการพยายามจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่สั้นลงเพื่อให้อยู่ในกรอบของงบเหมาจ่ายรายครั้งกรณีผู้ป่วยนอกพิการ และปัญหาการเบิกจ่ายยาด้วยราคาที่แตกต่างกันของแต่ละหน่วยบริการ โดยมีแนวคิดหลักในพัฒนาหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยา 3 ประการ ได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดคุณภาพทั้งด้านผลิตภัณฑ์ยาและด้านคุณภาพการรักษา การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา และความยั่งยืน

ของระบบการเบิกจ่ายยา โดยผลการวิจัยได้ข้อสรุปเป็นหลักการในการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13¹²

ราคากลาง/ราคาจัดซื้อ*	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป	ราคาเบิกจ่ายสำหรับยา NTI ในกรณีใช้ยาต้นแบบ*	ราคาเบิกจ่ายยาที่ซื้อจากผู้ผลิตมาตรฐาน 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% ของส่วนที่ เกิน 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

* ในกรณีของยาในกลุ่ม NTI ที่ใช้ยาต้นแบบ กำหนดให้ใช้ราคาจัดซื้อที่ต่ำที่สุด แทนราคากลาง

หลักเกณฑ์กำหนดราคาเบิกจ่ายที่พัฒนาขึ้น ได้กำหนดราคาเบิกจ่ายสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ(narrow therapeutic index : NTI) และผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตจากโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน GMP-PICS แยกออกจากรายยาทั่วไป เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วยจากการปรับตัวของสถานพยาบาลด้วยการเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ยา และเป็นกลไกส่งเสริมให้มีการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ ตามลำดับ

2. รูปแบบที่เป็นข้อเสนอของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยเพื่อเสนอกรมบัญชีกลางในการพิจารณาประกาศใช้ เป็นการพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขขึ้นใหม่จากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาปัจจุบันของกรมบัญชีกลาง¹³ โดยมีหลักการและแนวความคิดการปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อต้องการปรับโครงสร้างราคาเบิกจ่ายให้สะท้อนกับต้นทุนบริการ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลง เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมการเบิกค่า

รักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกให้เป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว โดยมีหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายค่ายา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย¹⁴

ราคาจัดซื้อ/ราคาทุน	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

ผู้วิจัยเห็นว่ารูปแบบการเบิกจ่ายข้างต้นดังกล่าวน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกซึ่งอาจจะช่วยบรรเทาปัญหาจากวิธีการจ่ายเงินค่ายาในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในปัจจุบันได้ จึงทำการศึกษาเพื่อจำลองผลกระทบทางการเงิน หากมีนำรูปแบบการเบิกจ่ายตามรายการยาโดยผู้ซื้อบริการกำหนดราคาเบิกจ่ายทั้ง 2 แบบดังกล่าวมาใช้แทนที่การเบิกจ่ายค่ายากรณีผู้ป่วยนอกของระบบประกันสุขภาพหลักๆ ของประเทศในปัจจุบัน โดยการศึกษานี้จะดำเนินการวิเคราะห์ในมุมมองของผู้จ่ายเงินในระบบและผู้ให้บริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจหากมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาในอนาคต

ทั้งนี้การประเมินผลกระทบของวิธีการเบิกจ่ายดังกล่าว จะเน้นกลุ่มยาทางจิตเวช (psychotic drugs) ที่จะนำมาคิดราคาเบิกจ่ายตามรูปแบบที่เสนอเนื่องจากปัญหาโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาที่สร้างภาระให้แก่ประเทศไม่น้อย ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการโรคทางจิตเวชของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้น้อย และได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จากการสำรวจข้อมูลเพื่อคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาในการเข้าถึงของประชาชน ประกอบกับข้อเสนอจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์ และสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต พบว่าในปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดประมาณ 12 ล้านคน โดยผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านจิตเวช

ศาสตร์ โดยเฉพาะบริการด้านยาเพียงร้อยละ 4 (หรือประมาณ 480,000 คน) เท่านั้น การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชจึงควรมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านยาได้เพิ่มมากขึ้นและได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การบูรณาการกลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา จากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาทั้ง 2 รูปแบบ ได้พยายามหารูปแบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่เหมาะสม โดยไม่ทำให้รายได้ของผู้ให้บริการลดลงมากเกินไป จนไม่สามารถให้บริการได้อีกต่อไป ซึ่งจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยในที่สุด ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ทำให้ผู้จ่ายเงินต้องมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นมากเกินไป ทั้งนี้ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายต้องมีความยั่งยืน ดังนั้น ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นจะได้รับการปรับปรุงให้มีความทันสมัย เท่าทันต่อความเปลี่ยนแปลงของตลาด และเชื่อมโยงกับกลไกหรือรายการแสดงราคาขายที่มีอยู่เดิมในระบบยาของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

จำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการนำวิธีการเบิกจ่ายค่ายาตามรายการไปใช้กับกรณีการบริการผู้ป่วยนอกในระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศไทย ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบ

ปัญหาการวิจัย

วิธีการเบิกจ่ายค่ายาทั้งที่เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว(Capitation) และแบบเบิกจ่ายรายรายการยาตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ(Fee for Service) ล้วนอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการรักษายาบาล ปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น รวมทั้งความไม่มีประสิทธิภาพของระบบ การพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาดูด้วยการกำหนดราคาเบิกจ่ายตามรายการโดยผู้ซื้อบริการ น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาปัญหาดังกล่าว

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ครอบคลุมการจำลองราคาเบิกจ่ายค่ายา และทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาในการบริการผู้ป่วยนอกสำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557 ของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลผลกระทบทางการเงินที่จะเกิดขึ้นกับทั้งผู้ให้บริการ(provider)และผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) จากการวิจัยจะถูกนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบในประเทศไทย

1. การประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ¹⁵

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(Civil Servant Medical Benefit Scheme; CSMBS) เป็นสวัสดิการรักษายาบาลระบบแรกที่รัฐบาลได้จัดให้มีขึ้น โดยใช้เงินงบประมาณจ่ายเป็นเงินสวัสดิการมีเจตนารมณ์สำคัญเพื่อแบ่งเบาภาระข้าราชการซึ่งเมื่อเจ็บป่วยทางราชการก็ให้การดูแลอย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพื่อมิให้มีความกังวลใจในการปฏิบัติงานให้กับทางราชการปัจจุบันพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ได้มีผลบังคับใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับใหม่นี้ยังคงเจตนารมณ์เดิมแต่ให้กรมบัญชีกลางมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการและควบคุมการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งปรับปรุงจากเดิมที่ให้สิทธิเฉพาะกรณีเจ็บป่วยเท่านั้น เพิ่มให้มีสิทธิสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยโดยเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่รัฐจัดสรรให้ นั้นเป็นเงินงบกลางใช้สำหรับทุกส่วนราชการ ซึ่งตั้งไว้ที่กรมบัญชีกลาง โดยกรมบัญชีกลางมีหน้าที่ในการตั้งงบประมาณและควบคุมดูแลการเบิกจ่ายงบประมาณดังกล่าวให้เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาฯ ดังนั้นแหล่งเงินของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจึงเป็นเงินภาษีของประชาชนทั้งหมด มีการใช้ระบบการเบิกจ่ายแบบเบิกจ่ายตามรายการให้บริการ (Fee for Services) ตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บแต่ไม่เกินอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด (ค่าบริการสาธารณสุขอุปกรณ์และอวัยวะเทียม) และทำการเบิกได้โดยผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้ให้โรงพยาบาลสามารถเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง ซึ่งระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะใช้ระบบการจ่ายค่ารักษายาบาลตามรายบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ กล่าวคือรัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษายาบาลทั้งหมดเมื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลอันเป็นการประกันสุขภาพให้กับผู้มีสิทธิ โดยรัฐเป็นผู้รับประกัน อย่างไรก็ตามผู้มีสิทธิอาจต้องจ่ายร่วมในบางรายการ(เช่นค่าห้องและค่าอาหารค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียมค่าตรวจวิเคราะห์โรค) ที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเกินกว่าอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด

เนื่องจากการบริหารจัดการระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้วิธีการจ่ายเงินตามรายบริการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งเป็นแนวทางบริหารการเงินการคลังที่จัดการได้ง่ายมีต้นทุนโดยตรงในการบริหารระบบน้อยมากเนื่องจากแฝงอยู่ในเงินเดือนข้าราชการสังกัดกรมบัญชีกลางที่ดูแลระบบสวัสดิการ โดยรวมส่วนการกำกับดูแลการใช้จ่ายเงินให้สอดคล้องกับคุณภาพการรักษายาบาลนั้น ไม่ได้ควบคุมโดยกรมบัญชีกลางผู้จ่ายเงินแต่อาศัยสถานพยาบาลทำ

หน้าที่ควบคุมคุณภาพการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการกำกับดูแลด้วยวิธีดังกล่าวทำให้การเข้าถึงบริการมีปัญหาน้อยมาก อย่างไรก็ตามทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงเนื่องจากระบบการจ่ายเงินซึ่งปราศจากการควบคุม โดยผู้จ่ายเงินยอมไม่สร้างแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่ายระบบนี้จึงประสบปัญหาค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่องทำให้รัฐบาลต้องมีมาตรการต่างๆ เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายภาครัฐ คณะรัฐมนตรีจึงได้ให้กระทรวงการคลังดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กรมบัญชีกลางจึงได้มีการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการอย่างมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาโดยมติดคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 ได้มีการดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการคือในระยะเริ่มแรกมุ่งเน้นให้ผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัวเข้ารับบริการได้สะดวกและทั่วถึงด้วยการนำระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลมาใช้ในระบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีการสมัครเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลและปริมาณการเข้ารับรักษามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ในทศวรรษหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งได้มีการประมาณการจำนวนข้าราชการและบุคคลในครอบครัวว่าจะมีผู้ใช้สิทธิในระบบเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งจะส่งผลให้ภาระงบประมาณต้องเพิ่มสูงขึ้นด้วยรัฐบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมทั้งในด้านงบประมาณและด้านการควบคุมการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับรายจ่ายด้านสังคมที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่ผ่านมาเป็นการจ่ายตามรายบริการที่โรงพยาบาลเรียกเก็บโดยไม่มีการจำกัดวงเงินงบประมาณที่ชัดเจนทำให้ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล) และผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ไม่ต้องคำนึงถึงภาระด้านการเงินภาระจึงตกแก่กรมบัญชีกลางผู้จ่ายเงิน ดังนั้นกรมบัญชีกลางจึงต้องพัฒนาระบบการควบคุมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในส่วนค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกนั้นยังคงเป็นการเบิกจ่ายตามรายบริการถึงแม้ได้มีการกำหนดวงเงินหรืออัตราในการเบิกค่าบริการค่าอุปกรณ์บำบัดรักษาโรคและอวัยวะเทียมก็ยังมีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีอันน่าจะสืบเนื่องจากปัจจัยต่างๆ (เช่นยาใหม่และเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีราคาแพงขึ้น ผู้ใช้สิทธิเป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การเปิดระบบเบิกจ่ายตรงทำให้การเข้าถึงการรักษามากขึ้น) รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขให้การรักษาเกิดความจำเป็นหรือสั่งจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือย

2. การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม¹⁶

ระบบประกันสังคม(Social Security Scheme; SSS) เป็นบริการสาธารณะระยะยาวอย่างหนึ่งที่รัฐบาลดำเนินการให้แก่บุคคลผู้มีรายได้ให้มียกยัดเงินในการช่วยเหลือตนเองและ

ครอบครัวด้วยการให้นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมและรัฐบาล ร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ด้วยเมื่อประสบภัยหรือความเดือดร้อน (เช่นเจ็บป่วยคลอดบุตรว่างงานชราภาพ) กองทุนนี้ก็จะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ลูกจ้างผู้ส่งเงินสมทบดังกล่าวโดยรัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการ ดังนั้นการประกันสังคมจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ยึดหลักการพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชนโดยมีความมุ่งหมายให้เป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคมไทยมีการคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยโดยครอบคลุมการรักษาพยาบาลเป็น 2 กรณี ได้แก่กรณีเจ็บป่วยทั่วไปและการประสบอันตรายที่ไม่เนื่องจากการทำงานซึ่งคุ้มครองด้วยกองทุนประกันสังคมและกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่เนื่องจากการทำงานซึ่งคุ้มครองด้วยกองทุนเงินทดแทน กองทุนประกันสังคมที่ใช้เป็นทุนใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทนนั้นกฎหมายบัญญัติให้รัฐบาลนายจ้างและผู้ประกันตนภาคบังคับต้องส่งเงินสมทบเข้ากองทุน

การจ่ายค่าทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ไม่เนื่องจากการทำงาน สำนักงานประกันสังคมได้เลือกใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว(capitation payment) ให้แก่สถานพยาบาลเพื่อเป็นค่าทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานประกอบด้วย ค่าตรวจวินิจฉัยโรคค่าบำบัดทางการแพทย์ค่ากินอยู่และรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วยและค่าบริการอื่นที่จำเป็นมาตั้งแต่เริ่มต้นระบบในพ.ศ.2533 ในช่วงแรกการพิจารณาระบบเหมาจ่ายมาใช้นั้นได้คำนึงถึงผลกระทบทางการเงินระหว่างระบบการจ่ายเงินตามรายบริการ(fee for services) และระบบเหมาจ่ายรายหัว(capitation) ซึ่งการตัดสินใจใช้ระบบเหมาจ่ายเป็นผลสืบเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเสถียรภาพของกองทุน ปัญหาอัตราค่าจ้างหน้าห้องประมาณและเงินสมทบอัตราค่าทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานที่เหมาจ่ายให้สถานพยาบาลในระบบประกันสังคมนั้นได้มีการปรับอัตราให้สูงขึ้นเป็นระยะๆตามดัชนีราคาผู้บริโภค

แม้ว่าระบบเหมาจ่ายมีจุดเด่นทำให้กองทุนประกันสังคมมีเสถียรภาพและมั่นคง แต่ก็มีจุดด้อยคือสถานพยาบาลมักพยายามประหยัดหรือควบคุมค่าใช้จ่ายในการบริการให้มีกำไรหรืออย่างน้อยไม่ขาดทุนจากจำนวนเงินที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคม เนื่องจากสถานพยาบาลมีรายรับที่ค่อนข้างแน่นอนตามจำนวนสมาชิกของสถานพยาบาล ดังนั้นหากผู้ประกันตนเข้ารับบริการมากก็จะมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น อันอาจส่งผลให้ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการได้ยากโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือการบริการค่าใช้จ่ายสูง ระบบประกันสังคมไทยจึงได้มีมาตรการเสริมเพื่อบรรเทาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว โดยกำหนดให้มีการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มอีกหลายรายการ เช่น ค่าบริการทางการแพทย์ในการรักษา

โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทาง ทั้งนี้การบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีระบบการควบคุมเพื่อให้ผู้ประกันตนมั่นใจรวมทั้งได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานในระบบประกันสังคมจึงได้กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนโดยให้มีการตรวจรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลก่อนเข้าสู่ระบบประกันสังคม

ในการดำเนินงานประกันสังคมที่ผ่านมามีปัญหาอุปสรรคประการหนึ่ง คือสถานพยาบาลคู่สัญญาบางแห่งหลีกเลี่ยงการส่งต่อผู้ประกันตนซึ่งเกินขีดความสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลซึ่งมีขีดความสามารถที่เหมาะสมหรือให้บริการเพียงการประทับประคองเพื่อให้ผู้ประกันตนเลือกเปลี่ยนสถานพยาบาลเองในช่วงต้นปีและส่งผลต่อสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนเลือกใหม่ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ประกันตน รวมทั้งการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า จากปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวสำนักงานประกันสังคมอยู่ระหว่างศึกษาเพื่อพัฒนาวิธีการจัดการระบบบริการรักษาพยาบาล รวมทั้งวิธีการจ่ายค่าบริการทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเพื่อสร้างความเท่าเทียมให้แก่ผู้ประกันตนที่ต้องร่วมจ่ายเงินสมทบขณะที่ผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ

3. การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁷

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(Universal Coverage; UC) ในระยะเริ่มต้นการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเจตจำนงให้เป็นระบบสุขภาพของคนไทยทั้งประเทศหรือ “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยยึดแนวทางตามความหมายของคณะทำงานข้อเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งได้ให้คำจำกัดความของ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ไว้ว่าหมายถึงสิทธิของชนชาวไทยทุกคนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกันโดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธินั้น จากการคำนวณค่าใช้จ่ายของระบบในช่วงแรกพบว่าเงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีอย่างเดียวน่าจะเพียงพอต่อการดำเนินการจึงได้มีการตัดสินใจใช้แหล่งเงินจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีคือใช้ภาษีเป็นหลักเพียงอย่างเดียวและยังกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตรา 30 บาทต่อครั้งให้แก่หน่วยบริการที่เข้ารับบริการ ไม่ได้จ่ายเข้ากองทุนตามมาตรา 39 (3) และต่อมาเมื่อพ.ศ. 2549 ได้ยกเลิกการร่วมจ่ายดังกล่าว

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เริ่มต้นตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อพ.ศ.2544 โดยได้รับเงินตามอัตราเหมาจ่าย 1,202 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งนักวิชาการทั้งที่

เป็นข้าราชการในและนอกกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งอาจารย์มหาวิทยาลัยอย่างน้อย 3 กลุ่มได้ดำเนินการวิเคราะห์และคำนวณอัตราเหมาจ่ายด้วยข้อมูลและวิธีการที่แตกต่างกันและได้ข้อเสนออัตราเหมาจ่ายรายหัวที่แตกต่างกัน¹⁸ และได้มีการอภิปรายด้วยผ่านบทความวิชาการกันอย่างกว้างขวาง 19, 20, 21 จนกระทั่งได้ข้อสรุปอัตราเหมาจ่ายรายหัว 1,202 บาทดังกล่าว กระบวนการกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีงบประมาณนั้น มีนักวิชาการวิเคราะห์และคำนวณแล้วนำเสนอให้คณะกรรมการการเงินการคลังภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อภิปรายกันในระยะแรก (พ.ศ. 2544-2548) นักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้คำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวดังกล่าวเป็นหลัก และได้มีการพัฒนาขีดความสามารถของนักวิชาการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยการทำงานกันอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งทำได้เองตั้งแต่ พ.ศ. 2549 นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการคำนวณด้วยวิธีการที่ซับซ้อนขึ้น โดยมีการเปลี่ยนฐานข้อมูลอัตราการใช้บริการจากเดิมที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติมาเป็นการใช้ฐานข้อมูลจากสถานพยาบาล ซึ่งมีการพัฒนาให้มีความครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้น เมื่อคณะกรรมการการเงินการคลังฯ พิจารณาอัตราเหมาจ่ายรายหัวแล้ว จึงนำเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความเห็นชอบเพื่อเสนอสำนักงบประมาณพิจารณาต่อไป ทำให้อัตราเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1,202 บาทในปีงบประมาณ 2544 จนกระทั่งเป็น 2,100 บาทในปีงบประมาณ 2551 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 74 ซึ่งมากกว่าการเพิ่มขึ้นในระบบประกันสังคม

ในส่วนของ การจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการ (provider payment) หลักการใหญ่ในการจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้หลักการที่ต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เพิ่มเร็วเกินไป (cost containment) โดยใช้การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวในกรณีบริการผู้ป่วยนอกและการบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและใช้การจ่ายแบบตามผลการดำเนินงาน (prospective payment) โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผู้ป่วยในอย่างไรก็ตามกลไกการจ่ายเงินได้มีการพัฒนาให้มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยมีการจ่ายแบบต่างๆเพิ่มเติมเข้ามาเช่นการจ่ายตามกำหนดการ (fee schedule) ในกรณีเฉพาะการจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (pay for performance) กรณีทำผลงานคุณภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด บริการสาธารณสุขที่อยู่ในประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับนั้นครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตทุกกรณีเว้นแต่ในระยะแรกของการเริ่มดำเนินการนั้นยังไม่ครอบคลุมถึงยาต้านไวรัสเอดส์ การบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายระยะ

สุดท้ายและการปลูกถ่ายอวัยวะเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงแต่ก็ได้มีการขยายสิทธิให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้นในระยะต่อมา

งบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นได้ใช้เงินจากภาษีทั่วไปเป็นหลัก โดยมีการจัดการเพื่อเฉลี่ยความเสี่ยงของคนไทยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆที่นอกเหนือจากประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานบริหารจัดการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่ในการซื้อบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในระบบ ส่วนผลสำเร็จในการดำเนินงานของระบบสุขภาพนั้นอาจวัดได้จาก การเปรียบเทียบกับผลงานในอดีตเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือเปรียบเทียบกับระบบอื่น

ผลกระทบของระบบหลักประกันสุขภาพต่อกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากกว่าร้อยละ 80 เป็นองค์กรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำให้กิจกรรมต่างๆระหว่างสปสช. และกระทรวงสาธารณสุขมีความสำคัญยิ่งในการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติช่วง 3 ปีแรกมีการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่กระทรวงสาธารณสุขนำไปบริหารจัดการเองทั้งหมดตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2545 ได้บัญญัติไว้โดยมีเจตจำนงให้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับตัวให้เข้ากับระบบใหม่เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดังกล่าวแล้วสปสช. ได้ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งสรุปได้ ดังนี้

1. การแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการเนื่องจากสปสช. เป็นหน่วยงานจัดสรรเงิน ส่วนกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานบังคับบัญชาหน่วยบริการ ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องปรับตัวและอาจเกิดความขัดแย้งในการทำงานเพราะต้องรับคำสั่งทางการบริหารจากกระทรวงสาธารณสุขและต้องตอบสนองผลการปฏิบัติงานตามที่สปสช. กำหนดเพื่อรับการจัดสรรงบประมาณ

2. ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอประมาณในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีปัญหาความไม่เพียงพอมาโดยตลอด โดยเฉพาะในช่วงแรกมีความเชื่อมั่นว่างบประมาณที่ได้รับนั้นไม่พอต่อค่าใช้จ่ายประกอบกับมีการจัดสรรงบประมาณใหม่ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ(ด้านอุปสงค์) ซึ่งเปลี่ยนจากเดิมที่จัดสรรตามขนาดของหน่วยบริการ(ด้านอุปทาน) รวมทั้งมีการหักเงินเดือนทำให้โรงพยาบาลมีปัญหางบประมาณ โดยเฉพาะที่มีภาระในการจ่ายเงินเดือนให้บุคลากรจำนวนมาก

ประเด็นปัญหาอุปสรรคที่สำคัญและทิศทางการปฏิรูปในอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือปัญหาความสอดคล้องกันของระบบประกันสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบหลักประกันโดยรวม เช่น กลไกการจ่ายเงินประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับ จากการศึกษาที่ไม่มีการแข่งขันในกลุ่มผู้ให้บริการ เนื่องจากต้องใช้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งการบริหารข้อตกลงนั้นไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีความขาดแคลนบุคลากรในการทำงานบริการสาธารณสุขอีกมาก และยังมีทิศทางไม่ชัดเจนในการปฏิรูปการกระจายกำลังคน โดยเฉพาะในภาครัฐ และการที่หุคสิทธิพื้นฐานตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่กำหนดโดยเฉพาะด้านระบบบริการ (เช่น ระบบบริหารปฐมภูมิการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ยังไม่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมากนัก ผลงานด้านกระบวนการให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจนและส่วนที่ชัดเจนก็พบว่ามีการให้บริการน้อยกว่าที่ควรเป็นส่วนด้านการรักษาพยาบาลก็ยังคงมีปัญหาในการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งมีราคาแพงเข้ามาใช้ ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันสปปช.ได้ใช้ระบบประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีมาช่วยในการคัดกรองแต่ก็ยังไม่อยู่ในขั้นเริ่มต้นต้องรอการประเมินว่ามีความสำเร็จหรือไม่อย่างไร

จะเห็นได้ว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบที่ดี ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากรัฐแม้ในระดับตติยภูมิที่มีค่าใช้จ่ายสูง ควรจะเป็นระบบที่ยั่งยืนและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อดูสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพในงบประมาณประเทศ พบว่ายังมีการใช้จ่ายกับส่วนนี้ยังจำกัดซึ่งจะทำให้มีผลกับคุณภาพการรักษาพยาบาลของประเทศที่อาจจะด้อยลง และจะไม่มีการพัฒนาเทคโนโลยีการรักษาใหม่ๆ ไม่มีการลงทุน ซึ่งจะกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้

การเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในระบบหลักประกันสุขภาพ¹⁰

แม้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมจะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีพอสมควร เมื่อเทียบกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีความกังวลว่าแรงจูงใจในการควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบการจ่ายแบบปลายปิด อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการที่ประชาชนในระบบประกันสุขภาพดังกล่าว ได้รับได้ ซึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหลักฐานปรากฏทั้งในด้านการถูกเลือกปฏิบัติและประสิทธิผลของการจัดบริการที่ยังคงมีช่องว่างในการพัฒนาอีกมาก ดังนั้นความสนใจต่อการพัฒนารูปแบบการจ่าย เพื่อให้สร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมในการให้บริการจึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องพัฒนาต่อ โดยแนวทางหนึ่งในการการพัฒนารูปแบบการจ่ายเงินให้เป็นไปตามผลลัพธ์และคุณภาพบริการ คือ การกำหนดอัตราค่าจ่ายสำหรับผู้ป่วยส่งต่อหรืออุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีการใช้บริการข้ามเขตในปัจจุบันกำหนด

เป็นลักษณะอัตราเดียว ซึ่งส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจของผู้ให้บริการหรือมีผลกระทบต่อ การส่งต่อ กล่าวคือโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายการตามจ่ายถูกกว่าการให้บริการเองแม้ว่าตนเองจะ ให้บริการได้ ในขณะที่โรงพยาบาลที่รับการส่งต่อก็ไม่อยากให้บริการเนื่องจากทราบอยู่แล้วว่า ขาดทุน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการกำหนด รูปแบบและอัตราการจ่ายที่เหมาะสมเพื่อให้บุคลากร สาธารณสุขมีแรงจูงใจพอสมควรและไม่มีผลกระทบเชิงลบต่อผู้รับบริการ

ในส่วนของระบบประกันสังคม ระบบประกันสังคมใช้การจ่ายแบบเหมาจ่ายราย หัวโดยไม่มีการปรับอัตราเหมาจ่ายตามความเสี่ยง และให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเลือกโรงพยาบาล คู่สัญญาหลักได้อย่างเสรี ส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะ โรงเรียนแพทย์มีผู้ประกันตนที่เป็นโรค เรื้อรังในสัดส่วนที่สูง และทำให้โรงพยาบาลกลุ่มนี้ร้องเรียนว่ามีปัญหาขาดทุนในการให้บริการ และไม่ประสงค์รับให้บริการ แม้สำนักงานประกันสังคมได้มีการจัดสรรเกลี่ยเงินเพิ่มเติมเพื่อชดเชย ภาระเสี่ยง รวมถึงการจัดสรรเกลี่ยเพิ่มเติมตามอัตราการใช้บริการ ก็พบว่ายังแก้ปัญหาดังกล่าวไม่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบอัตราเหมาจ่ายที่ปรับด้วยภาระเสี่ยง(risk adjusted capitation)

ในส่วนของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็น ประเด็นสำคัญสำหรับระบบนี้ ซึ่งในปัจจุบันระบบนี้ยังคงจ่ายค่าบริการตามรายการบริการย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยนอก อันเป็นปลายเปิดทำให้ยากในการควบคุมค่าใช้จ่าย รวมทั้งผลจากการนำ ระบบเบิกจ่ายตรงมาใช้ ทำให้มีผลให้ค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการ วิเคราะห์พบว่า ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่เบิกจ่ายนั้นเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 83 ดังนั้นในระยะที่ยังไม่มีการ ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ ต้องดำเนินการ โดยแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจคือการพัฒนาราคากลางที่ให้เบิกจ่าย (reference price) และในระยะยาวหากประสงค์ให้ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนวิธีการจ่ายให้เป็น ลักษณะปลายปิดมากขึ้น เช่น การจ่ายเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่มีการปรับตาม ความเสี่ยง (risk adjusted capitation) การจ่ายเงินตามราคากลางกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับบริการ ผู้ป่วยนอก

ปัจจุบันทั้งสามหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลสามระบบประกันสุขภาพ มีการบริหาร จัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพของระบบภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกัน มีทิศทางเป้าหมายที่มี แผนมุ่งเน้นการดำเนินการที่แตกต่างกัน และมีการกำหนดวิธีการจ่ายเงินและอัตราการจ่ายค่าบริการ ที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้มีสิทธิของแต่ละกองทุนได้

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบในประเทศไทย²²

ระบบประกันสุขภาพ	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แนวคิด	สวัสดิการ (fringe benefit) สำหรับผู้ทำงานภาครัฐ	ความมั่นคงด้านสังคม (social security)	สิทธิขั้นพื้นฐานประชาชน (entitlement)
หัวใจ / หลักการ	สวัสดิการให้กับลูกจ้างของรัฐ	-เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในกลุ่มสมาชิก -เป็นสวัสดิการทางสังคมให้สมาชิก	-หลักประกันด้านสุขภาพสำหรับทุกคน -หลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข
หน่วยงานรับผิดชอบ	กรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง	สำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงาน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ	สมทบจากรัฐนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละเท่ากัน ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน โดยมีเพดานเงินเดือนสูงสุดที่ใช้คำนวณที่ 15,000 บาท	งบประมาณรัฐ
สิทธิประโยชน์	-รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้อง พิเศษค่าคลอดบุตร -ครอบคลุมมากกว่าระบบประกันสังคมและ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เล็กน้อย การรักษา:ทุกอย่าง (เบิกจ่ายตามจริง) ไม่ ครอบคลุมอาการที่เกิดจากเจตนาทำร้าย ตัวเองและยาเสพติด	-รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ ในทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ค่าอาหารและห้องสามัญชดเชย กรณีคลอดบุตรตายพิการ -ไม่รวมการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การรักษา:ทุกอย่างยกเว้นทันตกรรมได้ครั้งละ 300 บาทปีละไม่เกิน 600 บาทไม่ครอบคลุม อาการที่เกิดจากเจตนาทำร้ายตัวเองและยาเสพ ติด	-รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ ในทันตกรรมค่ายา เวชภัณฑ์ค่าอาหารและห้องสามัญค่าคลอดบุตร ชดเชยตาม ม.41 -รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ ประชาชนทุกคน การรักษา:ทุกอย่างรวมถึงเจตนาทำร้ายตัวเองการทำ แท้งและยาเสพติด
รูปแบบการคลัง	การเบิกจ่ายคืน (public reimbursement)	สัญญาทางปกครอง (public contracted)	การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและสัญญาทางปกครอง (public service unit registration & contracted)

ระบบประกันสุขภาพ	ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระบบงบประมาณ (รูปแบบการจ่ายเงินให้ หน่วยบริการ)	โมเดลการจ่ายย้อนหลัง: ผู้ป่วยนอกตาม ปริมาณบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง โดยจ่ายตามที่รพ.เรียกเก็บงบประมาณ ปลายเปิด สำหรับบริการผู้ป่วยในตามรายป่วยในอัตรา ที่กำหนด (กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม: DRG)	โมเดลคู่สัญญา: เหม่าจ่ายรายหัวรวมสำหรับ บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและจ่ายเพิ่มเป็น รายกรณี	โมเดลคู่สัญญา: เหม่าจ่ายรายหัวสำหรับบริการสร้าง เสริมสุขภาพป้องกันโรค และผู้ป่วยนอกงบประมาณ ปลายเปิด - งบประมาณจำกัดวงเงินรวมถ่วงน้ำหนักตามกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม(DRG)และจ่ายตามปริมาณบริการ หรือรายป่วยเฉพาะกรณีสำหรับบริการผู้ป่วยใน และ มีกองทุนเฉพาะโรค
การเข้าถึงบริการ	สถานพยาบาลรัฐแห่งใดก็ได้ตามอิสระและ ไม่จำเป็นต้องลงทะเบียนใช้รพ.เอกชนได้ กรณีฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในแต่เบิกได้ไม่เกิน 3,000 บาท	เฉพาะ โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่ขึ้น ทะเบียนด้วยและสถานพยาบาลในเครือข่าย	เฉพาะ โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่ขึ้น ทะเบียนด้วยและสถานพยาบาลในเครือข่ายส่วน ใหญ่คือ ระบบบริการสาธารณสุข ในระดับอำเภอ
โรคจิตเวช	เบิกจ่ายตามจริง	รักษาได้ตามอาการไม่จำกัดเวลา	รักษาได้ตามอาการไม่จำกัดเวลา
ยา	ในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	ไม่ต่ำกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	ในบัญชียาหลักแห่งชาติก่อน
ครอบคลุมประชากร	ข้าราชการ รวมถึง บิดา มารดา คู่สมรส และ บุตรไม่เกิน 2 คนและมีอายุไม่เกิน 20 ปี	พนักงานภาคเอกชน โดยไม่รวมบุตร	ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสังคมและ สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ
จำนวนผู้มีสิทธิ*	4.97 ล้านคน ¹	10.2 ล้านคน ²	47.97 ล้านคน ³
ค่าใช้จ่าย/คน/ปีพ.ศ. 2556	12,000 บาท	2,500 บาท	2,755.60 บาท
ค่าใช้จ่ายรวมพ.ศ. 2556	60,000 ล้านบาท ข้าราชการ(100%)	27,500 ล้านบาท ประกันสังคม(33.3%)	109,718 ล้านบาท สปสช.(100%) (ไม่รวมเงินเดือน)

*ที่มา : ¹รายงานประจำปี พ.ศ.2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ²สำนักงานประกันสังคม รายงานประจำปี พ.ศ.2556, ³กรมบัญชีกลาง

จากความแตกต่างของรูปแบบการจ่ายโดยกองทุนสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการมีระบบการจ่ายตามปริมาณการใช้บริการหรือแบบปลายเปิด ขณะที่กองทุนประกันสังคม
และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ส่งผลให้อัตราการจ่ายมี
ความแตกต่างกันมาก โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2556 กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีงบ
เหมาจ่ายรายหัว 2,755.60 บาทต่อคนต่อปี กองทุนประกันสังคม มีงบเหมาจ่ายรายหัวอยู่ที่ 2,500
บาทต่อคนต่อปี ส่วนกองทุนสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีงบประมาณกว่า 60,000 ล้านบาท เฉลี่ย
ค่าใช้จ่ายต่อหัวประมาณ 12,000 บาท ถือว่าสูงมากเมื่อเทียบกับอีกสองกองทุน

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบผลต่อพฤติกรรมการให้บริการของผู้ให้บริการสาธารณสุข
จากวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข 5 วิธี²³

วิธีการจ่ายเงิน ค่าบริการสาธารณสุข	พฤติกรรมของผู้ให้บริการสาธารณสุข (Provider behavior)			
	การป้องกัน ปัญหาสุขภาพ	การให้บริการ รักษายาบาล	การตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วย	การควบคุม 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

วิธีการจ่ายค่าตอบแทน

1. การจ่ายตามรายบริการ (Fee for service reimbursement)

การจ่ายค่าตอบแทนวิธีนี้เป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามชิ้นงาน(Piece rate method)
ซึ่งผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนจากผู้จ่าย ซึ่งอาจเป็นผู้ให้บริการเอง หรือจากองค์กรด้านการ
ประกันสุขภาพที่เป็นบุคคลที่สาม ในอัตราตามประเภทและปริมาณของบริการที่ให้แก่ผู้ใช้บริการ
โดยการจ่ายในอัตราที่ผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนดเอง วิธีการนี้ผู้ให้บริการจะเป็นผู้ตัดสินใจอัตรา
ค่าตอบแทนที่ตนสมควรได้รับจากผู้ให้บริการ ซึ่งแปรไปตามแต่ประเภทของบริการ คุณภาพของ

งาน ปริมาณ เวลาที่ใช้ ประสิทธิภาพ และความพอใจของผู้ให้บริการแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ใช้บริการ อาจต้องจ่ายเงินในอัตราที่แตกต่างกันสำหรับบริการประเภทเดียวกันที่ไปรับบริการจากผู้ให้บริการ คนละคน หรือแม้แต่คนๆเดียวกัน แต่ต่างกาลเวลา

2. การเหมาจ่ายรายหัว(Per capita reimbursement หรือ capitation)

การเหมาจ่ายรายหัวแก่ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ เป็นวิธีการจ่าย ค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อคนต่อปี โดยไม่คำนึงว่า ประชาชนจะใช้บริการกับผู้ให้บริการนั้นกี่ครั้ง ด้วยโรคอะไรบ้าง หรือผู้ให้บริการนั้นจะต้อง ให้บริการอะไร ทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดขอบเขตสิทธิประโยชน์ของบริการทางสุขภาพที่ ผู้ใช้บริการมีสิทธิภายใต้การเหมาจ่ายที่ให้กับผู้ให้บริการไว้ล่วงหน้า ค่าตอบแทนของผู้ให้บริการ แต่ละรายจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามจำนวนของผู้ที่ไปลงทะเบียนด้วยในกรณีจ่ายผ่านสถานพยาบาล (โรงพยาบาลหรือกลุ่มของแพทย์ เช่น โพลีคลินิก) ที่เป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการรักษาพยาบาล ปฐมภูมิที่มีกลุ่มผู้ลงทะเบียนจำนวนมาก การเหมาจ่ายรายหัวนี้อาจรวมถึงค่ายาและเวชภัณฑ์ตาม สิทธิที่กำหนดไว้ด้วย

ตารางที่ 6 แสดงวิธีการจ่ายเงินแก่แพทย์และบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ และ ผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล²⁴

กลไกการ จ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของการบริการ	ข้อพึงระวังต่อบริบทของการบริการ
จ่ายตามบริการ (Fee for service reimbursement)	-การกำหนดอัตราค่าตอบแทนที่ แตกต่างกันไปจะมีอิทธิพลกับส่วนผสม ของประเภทของบริการ(Service mix) และแพทย์ผู้ที่จะเป็นผู้ให้บริการได้ -อาจใช้กระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต (Productivity) และคุณภาพได้ง่าย	-ผู้ให้บริการมีแนวโน้มจะให้บริการมาก เกินความจำเป็นเพื่อเพิ่มรายได้ ซึ่งอาจมีผล ลบต่อคุณภาพ -การกำหนดอัตราค่าตอบแทนกลางที่ เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ อาจมี กระบวนการที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัย ข้อมูลและการศึกษาวิจัย -ผู้ให้บริการอาจมีแนวโน้มที่จะไม่ส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่น -มักขาดระบบตรวจสอบการเบิกจ่าย หรือ ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมาก เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

กลไกการ จ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของการบริการ	ข้อพึงระวังต่อบริบทของการบริการ
เหมาจ่ายรายหัว (Per capita reimbursement)	<ul style="list-style-type: none"> -มีแรงจูงใจให้มีการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่า ลดความผิดพลาดในการทำงาน -บริหารจัดการง่าย ต้นทุนต่ำ ไม่จำเป็นต้องมีกระบวนการเบิกจ่าย(Claim process) -อาจกระตุ้นให้ปรับปรุงคุณภาพเพื่อแข่งขันกันให้มีผู้ลงทะเบียนจำนวนมาก -หากดำเนินการอย่างถูกต้อง น่าจะกระตุ้นผู้ให้บริการให้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อลดต้นทุน -จำกัดวงเงินงบประมาณได้ ไม่บานปลาย 	<ul style="list-style-type: none"> -ควรจะต้องมีการปรับอัตราตามความเสี่ยงในระดับหนึ่ง เช่นเพศ และกลุ่มอายุ -มีแรงจูงใจของการให้บริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็นเพื่อควบคุมต้นทุน มีผลเสียต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล จึงต้องการระบบตรวจสอบด้านคุณภาพของการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาล -ถ้าระบบไม่ส่งเสริมให้มีการลงทะเบียนต่อเนื่องในระยะยาว จะไม่ทำให้เกิดการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน -ต้องสร้างระบบให้มีการส่งข้อมูลให้แก่ผู้ซื้อบริการเพื่อติดตามแนวโน้มค่าใช้จ่ายได้

กล่าวได้ว่า รูปแบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ที่มีใช้ในประเทศไทยล้วนมีข้อดี ข้อด้อย และข้อจำกัดในการใช้งาน การนำมาใช้จึงต้องมีการติดตามประเมิน และสุ่มตรวจสอบอย่างเป็นระบบ เช่น

- การจ่ายตามรายการและราคาที่หน่วยบริการเรียกเก็บ (Fee for service) จะมีผลให้ค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย และงบประมาณที่สูงขึ้นอาจไม่สอดคล้องกับคุณภาพการรักษาพยาบาล

- การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มีต้นทุนต่ำในการบริหารจัดการจัดสรรงบประมาณจ่าย แต่ค่าใช้จ่ายในการรวบรวมข้อมูลบริการและการตรวจสอบประเมินการบริการจะสูง และอาจต้องมีมาตรการเพิ่มเติมเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรในเขต มีข้อจำกัดในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีส่งต่อ นอกจากนี้การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว อาจไม่สามารถคาดการณ์ปริมาณผู้ป่วยที่ให้บริการจริงได้ ทำให้หน่วยบริการขาดแรงจูงใจหรือขาดทรัพยากรที่จะพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพการบริการ ดังนั้น การจัดสรรงบประมาณควรให้เกิดความสมดุลระหว่างค่าใช้จ่ายจริงกับอัตราเหมาจ่าย และกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาคุณภาพบริการ

การจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่ายรายหัว(capitation)ที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม อาจควบคุมรายจ่ายได้ดีกว่าการจ่ายเงินตามรายบริการ (fee for services) ที่ใช้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีจุดอ่อน คือ ควบคุมค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ จากการศึกษาของ Limwattananon J., Limwattananon S., et al. (2009) พบว่ารูปแบบวิธีการจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน มีผลต่อปริมาณการใช้จ่ายของผู้รับบริการ โดยผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีส่วนการการใช้จ่ายทุกกลุ่มสูงกว่าผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน⁷

ข้อมูลของต่างประเทศเกี่ยวกับการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา¹²

การทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศจะแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ หลักการของระบบราคาอ้างอิง วิธีการพัฒนาระบบราคาอ้างอิง และผลที่เกิดขึ้นจากการใช้นโยบายราคาอ้างอิง

1. หลักการของระบบราคาอ้างอิง

ราคาอ้างอิงภายในประเทศ เป็นระบบการตั้งเพดานราคายาที่จะเบิกจ่าย(reimbursement level) ของการใช้จ่ายที่สมมูลย์ (equivalent) กันที่มีอยู่ในระบบยา โดยมีความหมายว่าหากยาตัวใดที่สมมูลย์กัน และมีราคาสูงกว่าราคาอ้างอิง ผู้จ่ายเงิน(payer) ก็จะจ่ายเงินคืนให้ไม่เกินราคาอ้างอิงที่กำหนด การนำราคาอ้างอิงมาใช้จึงส่งผลให้แพทย์และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้ยาที่มีราคาไม่เกินราคาอ้างอิง นอกจากนี้ราคาอ้างอิงยังส่งเสริมการแข่งขันด้านราคาส่งผลให้ผู้ผลิตหรือผู้ขายยาลดราคาขายลงไม่ให้เกินราคาอ้างอิงได้ด้วย ดังนั้นในที่สุดการนำราคาอ้างอิงมาใช้จึงจะทำให้เกิดการลดลงของค่าใช้จ่ายด้านยา

ระบบราคาอ้างอิง(reference price system) มีองค์ประกอบสำคัญที่จะต้องพิจารณา

²⁷ คือ

1) การจัดกลุ่มยา ซึ่งในระบบราคาอ้างอิง หมายถึง ยาที่สมมูลย์กันแต่ในความเป็นจริงแล้วไม่มียาใดที่สมมูลย์กัน แม้ว่าจะเป็นยาที่มีชื่อสามัญเดียวกัน เพราะยังคงมีประเด็นเรื่องของคุณภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นในหลักการสมมูลย์กันของยาที่ใช้ในระบบราคาอ้างอิง จึงมีการนำคำว่า interchangeable หรือการเปลี่ยนแทนกันได้มาใช้ และจะต้องมีการกำหนดระดับในการเปลี่ยนแทนกันได้ในการจัดทำระบบราคาอ้างอิง

2) ราคาของยาที่จะนำมาเป็นราคาที่ใช้ในการอ้างอิง ในการตั้งราคาอ้างอิงระบบยาจะต้องมียาที่เปลี่ยนแทนกันได้ในระบบ ดังนั้นหลักการที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกราคาใดหรือวิธีการคำนวณแบบใดมาใช้ในการกำหนดราคาอ้างอิงจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อระบบราคาอ้างอิง²⁵

การจัดกลุ่มยาเพื่อใช้ในการอ้างอิงมักจะเป็นประเด็นแรกที่จะต้องพิจารณาเมื่อจะมีการพัฒนาระบบราคาอ้างอิง โดยหลักการแล้วการจัดกลุ่มยาเพื่อนำราคามาพัฒนาเป็นราคาอ้างอิงนั้นควรจะต้องเป็นยาที่ใช้แทนกันได้ในการรักษาหรือมีความเป็นเนื้อเดียวกัน (homogeneous) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ออกแบบระบบหรือผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย พบว่าในหลายๆ ประเทศได้มีการนำ Anatomic, Therapeutic, Chemical classification of drugs (ระบบ ATC) ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกมาใช้ในการจัดกลุ่มยาเพื่อใช้ในการอ้างอิง ระบบ ATC จะมีการแบ่งกลุ่มยาออกเป็นหลายระดับจากยาที่มีองค์ประกอบทางเคมีเดียวกันจนถึงเพียงแค่ว่าให้ผลในการรักษาที่เหมือนกัน (therapeutic class) ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนว่าการจัดกลุ่มยาเพื่อใช้ในการอ้างอิงนั้นมีความสำคัญทั้งการพัฒนาราคาอ้างอิง การทำให้ระบบราคาอ้างอิงมีความทันสมัย หรือการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบ

ขั้นตอนในการเลือกวิธีการกำหนดหรือคำนวณหาราคาอ้างอิงของกลุ่มยาที่จัดไว้ อาจมีหลายวิธีการ ได้แก่ ราคาเฉลี่ย ราคาต่ำสุดของราคาภายในกลุ่ม เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีก็มีความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ รวมถึงส่งผลกระทบต่อการเบิกจ่ายและค่าใช้จ่ายด้านยาแตกต่างกันไป

2. วิธีการพัฒนาระบบราคาอ้างอิง

การจัดกลุ่มยาในระบบราคาอ้างอิงอาจเริ่มต้นตั้งแต่การตัดสินใจเลือกกลุ่มที่จะจัดทำราคาอ้างอิง โดยอาจเลือกทำระบบเฉพาะยาบางกลุ่ม เช่น ยากลุ่มที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สูงหรือทำเฉพาะกับกลุ่มที่มียาที่เป็นที่ยอมรับของคนส่วนใหญ่ที่ใช้ทดแทนกันได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะอาศัยหลักการที่คล้ายกันในการแบ่งกลุ่มยาที่สามารถใช้ทดแทนกันได้เป็น 3 วิธีใหญ่ๆ ดังนี้²⁶

1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> • วิธีแบ่งตามสารสำคัญ (active ingredient) • เป็นการแบ่งกลุ่มตามระบบ ATC ใน level 5 	<ul style="list-style-type: none"> • วิธีแบ่งตามกลุ่มทางเภสัชวิทยา (pharmacological class) • เป็นการแบ่งกลุ่มตามระบบ ATC ใน level 4 	<ul style="list-style-type: none"> • วิธีแบ่งตามกลุ่มการรักษา (therapeutic class) • เป็นการแบ่งกลุ่มตามระบบ ATC ใน level 3

การกำหนดราคาอ้างอิง ในแต่ละประเทศที่ใช้ระบบราคาอ้างอิง จะมีวิธีการกำหนดราคาอ้างอิงที่แตกต่างกันออกไป และบางประเทศก็อาจใช้หลายวิธีการร่วมกัน ดังนี้²⁶

- 1 การใช้ค่าเฉลี่ยของราคา (average price of medicines)
- 2 การใช้ค่าเฉลี่ยของราคาชื่อสามัญ (average price of generic medicines)
- 3 การใช้ราคาต่ำสุด (lowest priced medicines)
- 4 การใช้ราคาต่ำสุดของยาชื่อสามัญ (lowest priced generic medicines)

-
- 5 การใช้ราคาเฉลี่ยของราคา 5 ตัวต่ำสุดของยาชื่อสามัญ (average of five lowest priced generic medicines)
 - 6 การใช้ราคาที่ยกคิดเป็นเปอร์เซ็นต์ของยาต้นแบบ (the percentage of originator medicine prices)
 - 7 การใช้วิธีการค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก (weighted average of all products in one group)
-

ในการเลือกวิธีในการกำหนดหรือคำนวณราคาอ้างอิงที่เหมาะสมก็ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของยาที่อยู่ในกลุ่มและเป้าหมายที่ต้องการ เช่น จำนวนยาชื่อสามัญที่มีในกลุ่มนั้นและมาตรการส่งเสริมการขายยาชื่อสามัญ กรณีที่มียาชื่อสามัญจำนวนมากในประเทศและมีการแข่งขันกันในด้านราคา การใช้ราคาเฉลี่ยของยาชื่อสามัญและมาตรการส่งเสริมการขายยาชื่อสามัญก็อาจช่วยกระตุ้นให้มีการแข่งขันราคาของยาชื่อสามัญจนในที่สุดส่งผลทำให้ราคาอ้างอิงต่ำลงได้ เป็นต้น ซึ่งระบบราคาอ้างอิงจะเป็นระบบที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3. ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้นโยบายราคาอ้างอิง

ผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา ในทางทฤษฎีแล้วระบบราคาอ้างอิงควรจะส่งผลให้ราคายาลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งราคายาต้นแบบ พบว่าหลังจากมีการนำระบบราคาอ้างอิงมาใช้ในประเทศยุโรปส่งผลให้ราคายาลดลงประมาณ 10-29%²⁷ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ระบบราคาอ้างอิงเหนี่ยวนำให้มีการเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีราคาต่ำลง 28 อย่างไรก็ตามพบว่าผลกระทบต่อราคาแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในบางประเทศระบบราคาอ้างอิงทำให้ราคายาลดลงตามที่คาด ในขณะที่บางประเทศพบว่ายาบางตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาที่มีราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงกลับมีการเพิ่มขึ้นของราคา ดังนั้นจึงพบการรายงานสรุปในภาพรวมว่าการนำระบบราคาอ้างอิงมาใช้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ในระยะสั้นเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งหมด ซึ่งในแต่ละประเทศอาจให้ผลที่แตกต่างกันออกไปได้ขึ้นกับหลายสาเหตุ เช่น สถานการณ์ตลาดของยาชื่อสามัญ เวลาที่ทำการศึกษาและนโยบายอื่นๆ

Joy Li-Yueh Lee และคณะ (2012) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (symtemic review) เพื่อศึกษาผลของการนำราคาอ้างอิงไปใช้ของการการจ่ายยาตามใบสั่งในด้านต่าง ๆ โดยวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและครบถ้วน พบว่าการใช้นโยบายราคาอ้างอิงใน 6 ประเทศ ได้แก่ รัฐบริติชโคลัมเบีย แคนาดา สหรัฐอเมริกา เยอรมนี นอร์เวย์ สเปน ราคาอ้างอิงมี 2 รูปแบบ คือ generic reference pricing และ therapeutic reference pricing พบว่าผลของนโยบายราคาอ้างอิงต่อราคาทำให้ราคายาลดลงเฉลี่ย 11.5 % (7-24%) ระบบราคาอ้างอิงส่วนใหญ่ทำให้ราคายาลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงมาตรฐาน อย่างไรก็ตามพบว่าผลกระทบต่อราคาแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในบางประเทศระบบราคาอ้างอิงทำให้ราคายาลดลงตามที่คาด แต่ในขณะที่บางประเทศ เช่น เนเธอร์แลนด์และสเปน พบว่ายาบางตัวที่มี

ราคาต่ำกว่าราคาขายอ้างอิงจะมีการเพิ่มขึ้นของราคา²⁹ ส่วนผลของระบบราคาอ้างอิงที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพนั้น ซึ่งอาจเกิดจากการที่ระบบราคาอ้างอิงส่งผลให้ผู้สั่งจ่ายและผู้ป่วยเปลี่ยนยาที่ใช้ ถึงแม้ว่ามีการศึกษาในประเด็นนี้ไม่มากนัก อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานว่าระบบราคาอ้างอิงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ^{28,30,31}

ในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับระบบราคาอ้างอิงของยาในประเทศไทย พบว่าจากการที่บริบทของระบบประกันสุขภาพของไทยมี 3 กองทุนหลักที่มีระบบการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยยังไม่มีกลไกสำหรับติดตามการจ่ายยา และราคายาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากระบบประกัน ราคาอ้างอิง(Reference pricing system, RPS) เป็นกลไกหนึ่งที่หลายประเทศใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายค่าบริการด้านยา(drug reimbursement) ในระบบการประกันสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีประสิทธิภาพ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยด้วยยา ในส่วนของการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สรุปผลกระทบสำคัญที่อาจเกิดขึ้น 3 ประการ คือ สถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาล เวชปฏิบัติของแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วย และสิทธิการรับยาของผู้ป่วย ซึ่งหากระบบการเบิกจ่ายด้วยราคาอ้างอิงจะเป็นจริงได้ ต้องไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสถานพยาบาล ที่ยังคงต้องการ margin หรือ % mark-up (หรือส่วนต่างระหว่างราคาซื้อและราคาจ่ายยาในระบบ fee-for-service) จากยาดั้งเดิมเพื่อให้การจัดบริการผู้ป่วยในภาพรวมยังคงดำเนินต่อไปได้ ซึ่งหากทำให้ยาสามัญมี margin เทียบเท่ายาดั้งเดิม ก็อาจทำให้มีการจ่ายยาสามัญเพิ่มมากขึ้นและไม่เกิดผลกระทบต่อการบริหารการเงินมากนัก แต่สามารถประหยัดงบประมาณในภาพรวมได้ โดยสรุป ราคาสามัญต่ำกว่าราคายาดั้งเดิมมาก จึงไม่เกิดแรงจูงใจให้จ่ายยาสามัญในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการที่ยังคงเป็น fee-for-service การกำหนดราคาเบิกจ่ายยาที่เป็นราคาอ้างอิงของยาสามัญจะเป็นไปได้ถ้าไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการบริหารการเงินของสถานพยาบาล และไม่กระทบต่อการทำหน้าที่ของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยมากนัก³²

กลไกในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา

กลไกหลักด้านยาที่ใช้ในปัจจุบัน และส่งผลต่อการกำหนดราคายาเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน พิจารณาได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. การกำหนดราคากลางยาสำหรับการจัดซื้อของหน่วยงานภาครัฐ

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากำหนดราคากลางยาในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งพัฒนากลไกและมาตรการในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และการกำหนดราคากลางยาดังกล่าวให้ทันสมัย โดยนิยามของ “ราคากลาง” ตามระเบียบนี้หมายถึงกรอบราคาที่เหมาะสมที่ให้ผู้ส่วนราชการ/

หน่วยงานของรัฐใช้ในการจัดซื้อจัดหายารวมถึงยาแผนไทยหรือยาจากสมุนไพร ซึ่งไม่ใช่ราคาจัดซื้อต่ำสุด โดยส่วนราชการ/หน่วยงานของรัฐ ต้องจัดซื้อยาแต่ละรายการไม่เกินราคากลางยาที่กำหนด ยกเว้นมีเหตุผลอันสมควรที่สามารถชี้แจงต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

2. อัตรากรมบัญชีกลาง

กระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลาง ได้มีการออกประกาศกำหนดเกณฑ์อัตราราคาขายที่เบิกจ่ายของสถานพยาบาลของทางราชการในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพและเหมาะสมในการเบิกจ่าย โดยอาศัยข้อมูลที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในการกำหนดอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547 เป็นฐาน ในการคำนวณเนื่องจากมีความครอบคลุม ประกอบกับมีการเชิญผู้แทนจากสถานพยาบาลในสังกัดต่างๆร่วมพิจารณา ทั้งนี้ ค่ายาที่ให้เบิกจ่ายจะมีการบวกเพิ่ม (mark up) แบบเป็นขั้น (step) เพื่อความเหมาะสมจากราคาต้นทุนต่อหน่วย โดยมีหลักเกณฑ์ในการกำหนดราคาขายดังรายละเอียดต่อไปนี้¹³

ตารางที่ 7 หลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง

ราคาต้นทุนต่อหน่วย(บาท)	ราคาที่ให้เบิก(บาท)
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 บาทควรปัดให้เป็นเท่าของ 0.25 บาท

ราคาขายสูงกว่า 10 บาทแต่ไม่เกิน 100 บาทควรปัดให้เป็นเท่าของ 0.50 บาท

ราคาขายสูงกว่า 100 บาทควรปัดเศษให้เป็นบาท โดยน้อยกว่า 0.50 บาทปัดลง 0.50 ขึ้น ไปปัดขึ้น

ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) และการเปลี่ยนเป็นผลิตภัณฑ์คนละชื่อทางการค้าอาจมีผลต่อการควบคุมโรคเรื้อรังของผู้ป่วยอย่างรุนแรงยาบางชนิดมีลักษณะช่วงขนาดยาที่ให้ผลในการรักษาและขนาดที่ทำให้เกิดพิษมีระดับที่ใกล้เคียงกันมาก หรือมีดัชนีการรักษาแคบ ซึ่งจะเป็นยาที่ต้องระมัดระวังความปลอดภัยในการใช้ โดยการใช้อย่างปลอดภัยยาคนละชื่อ

ทางการค้าแม้ในขนาดความแรงเดียวกัน เมื่อรับประทานยาแล้วระดับยาในเลือดก็อาจมีความแตกต่างกันได้ โดยความแตกต่างของระดับยาแม้เพียงเล็กน้อยสำหรับยาในกลุ่มนี้ ก็จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยได้มาก ดังนั้นการรักษาระดับยาในเลือดให้คงที่จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับการรักษาโรค จึงควรเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพและไม่ควรมีการเปลี่ยนผลิตภัณฑ์คนละชื่อทางการค้า

นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มผู้พิการจำนวนมากมีความผิดปกติของการทำงานของระบบประสาทจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) โดยเฉพาะอย่างยิ่งยากันชัก (antiepileptic drugs) สำหรับการควบคุมอาการชักที่เกิดจากความผิดปกติดังกล่าวซึ่งยาในกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ และเป็นยาหลักที่สำคัญในการควบคุมและรักษาอาการของโรค ดังนั้น จึงควรอนุญาตให้มีการเบิกจ่ายที่มีอัตราค่ายาครอบคลุมถึงผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบ (original product) เพื่อให้มีทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและใช้ผลิตภัณฑ์ยาสามัญ (generic product) แล้วไม่สามารถควบคุมอาการได้ดีเท่าที่ควร

3. มาตรฐานการผลิตยาในประเทศ

กระบวนการผลิตยาเพื่อให้มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพในการรักษา และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับภาพรวมการพัฒนามาตรฐานการผลิตยาในประเทศ³³

พ.ศ. 2521	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ประกาศใช้ มาตรฐานวิธีการที่ดีในการผลิตยา โดยใช้แนวทางขององค์การอนามัยโลกเป็นหลัก
พ.ศ. 2527	อย. จัดทำโครงการ การยกระดับมาตรฐานการผลิตยาสำเร็จรูปภายในประเทศ โดยรณรงค์ให้โรงงานผลิตยาพัฒนามาตรฐานการผลิตของตน
พ.ศ. 2530	อย. ประกาศใช้ Good Manufacturing Practice (GMP) โดยปรับปรุงจาก ASEAN GMP และจัดทำหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตเล่มแรก
พ.ศ. 2531	อย. มอบประกาศนียบัตร GMP แก่โรงงานผลิตยาที่สมัครใจพัฒนามาตรฐานของตนและผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน GM
พ.ศ. 2546	อย. ประกาศกฎกระทรวงเรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการผลิตยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวง เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2546 (Thai GMP)
พ.ศ.2551	ASEAN กำหนดให้การตรวจสอบ GMP ใช้เกณฑ์มาตรฐานที่เป็นหนึ่งเดียว ภายในปี พ.ศ. 2551 โดยอาศัยมาตรฐานสากล เช่น The Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co- operation Scheme (PIC/S-GMP) พ.ศ.2549

ปัจจุบันนี้ (พ.ศ.2556) มีโรงงานผลิตยาในประเทศไทยเพียง 1 แห่ง ที่ได้มาตรฐาน PIC/S และโรงงานส่วนใหญ่พบว่า งบประมาณ สภาพของโรงงานที่เก่ายากต่อการปรับปรุง และการขาดแคลนบุคลากร เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินการตาม PIC/S-GMP ซึ่งในการกำหนดราคาเบิกจ่ายยามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงประเด็นการยกระดับคุณภาพการผลิตเหล่านี้ด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเบิกจ่ายค่ายา

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ(2547) ทำการประเมินผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อค่าใช้จ่ายและลักษณะการใช้ของ 9 กลุ่มยาในการวิจัยพบว่า ค่าใช้จ่ายของกลุ่มยาส่วนใหญ่ในรอบหนึ่งปีภายหลัง นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมูลค่าเพิ่มขึ้น(6-17%) จากปีก่อนหน้าซึ่งต่ำกว่าในรอบปีก่อนหน้าทั้งด้านมูลค่า(16-47%) และจำนวนผู้ใช้ยา(4-30%) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการได้รับการสั่งใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย logistic regression พบว่าการเติบโตของโอกาสใช้ยาใหม่หรือยาราคาแพงภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีน้อยกว่าในรอบปีก่อนหน้านโยบายดังกล่าว

ผลการสำรวจข้อมูลเชิงบริบทจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ 2 ปีภายหลังการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลมีเงื่อนไขจำกัดการสั่งใช้ยาในระดับที่เข้มงวดกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและโรงพยาบาลศูนย์มีการกำหนดเงื่อนไขการสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับความเข้มงวดที่สูงกว่าโรงพยาบาลทั่วไป⁹

ปิยะเมธ คิลกธรสกุล และคณะ(2553) ได้ศึกษาผลของนโยบายการเบิกจ่ายตรงในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการต่อลักษณะการสั่งจ่ายยาของแพทย์ โดยการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลที่จัดเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งเปรียบเทียบก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่ายเงินเป็นระยะเวลา 1 ปี ในด้านค่าใช้จ่ายด้านยาโดยเฉลี่ย จำนวนเดือนที่แพทย์สั่งจ่ายต่อบีสั่งยา และอัตราการครอบครองยาเกินจำเป็นพบว่าหลังการเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่ายดังกล่าว ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นจาก 2 ล้านบาทเป็น 4 ล้านบาทในระยะเวลา 1 ปี อัตราเฉลี่ยจำนวนเดือนในการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นจาก 1.29 เดือนเป็น 1.48 เดือนต่อ 1 ใบสั่งยา สัดส่วนจำนวนใบสั่งยาที่มีการสั่งจ่ายยามากกว่า 3 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.82 เป็นร้อยละ 2.43 และเมื่อวิเคราะห์ถึงการครอบครองยาเกินจำเป็น พบว่ายา 3 ใน 5 ชนิดดังกล่าวอยู่ในการครอบครองของผู้ป่วยเกินจำเป็นเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วงระหว่าง 1.19-2.32 เท่า สรุปว่าการเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่ายสวัสดิการข้าราชการอาจส่งผลกระทบต่อลักษณะการสั่งจ่ายยาของแพทย์ทั้งในด้านปริมาณในการสั่งจ่ายและการมียาไว้ในครอบครองเกินจำเป็นของผู้ป่วย³⁴

การศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพการประหยัดค่าใช้จ่ายจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการปี 2553 โดย จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะทำการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ 28 แห่ง เพื่อประมาณการความประหยัดจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาภายใต้เงื่อนไข 2 ประการ คือ ใช้ราคาของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มเดียวกัน และใช้ราคาอ้างอิงจากยาที่มีตัวยาสำคัญเดียวกันและรูปแบบเดียวกัน พบว่า หากกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายที่ค่อนข้างเข้มงวดในอัตราต่อใบสั่งที่อ้างอิงกับราคาต่ำสุดของยาในบัญชียาหลักๆ ที่อยู่กลุ่มเดียวกัน คือมีรหัส Anatomical, Therapeutic and Chemical (ATC) ระดับ 1-3 ที่เหมือนกัน พบว่า จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในปี 2553 ของกลุ่มยาที่ใช้มากและมีค่าใช้จ่ายสูง 3 กลุ่มได้ แต่กรณีเลือกใช้มาตรการราคาอ้างอิงสำหรับควบคุมการจ่ายที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเลือกค่ามัธยฐานของอัตราต่อใบสั่งตามยาที่มีรหัส ATC 1-5 เหมือนกัน และอยู่ในรูปแบบเดียวกัน เป็นราคาอ้างอิงอัตราคงที่เท่ากันทุกโรงพยาบาล จะเป็นทางเลือกที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้น้อยที่สุด³⁵

ในส่วนของการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่พยากรณ์จากการใช้ราคาแพงของผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเทียบกับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดย สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ เพื่อประเมินผลกระทบจากการที่ยาเป็นส่วนสำคัญของการรักษายาบาลผู้ป่วยนอก และมีแบบแผนการใช้ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่แตกต่างจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอนุกรมเวลา 57 เดือน ระหว่างปี 2546–2550 และพยากรณ์การสั่งจ่ายยาในระดับรายใบสั่งของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปรวม 6 แห่ง โดยเลือกจาก 4 กลุ่มข้อบ่งใช้ที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือมีการใช้บ่อย พิจารณาองค์ประกอบของค่าใช้จ่าย 2 ด้าน คือ โอกาสจ่ายยาเป้าหมายซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวซึ่งมักมีราคาแพง และปริมาณยาที่ใช้ ผลการพยากรณ์ค่าใช้จ่ายด้วยสมการถดถอยแบบเป็นช่วง (segmented regression) ก่อนและหลังนโยบายจ่ายตรงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และการยกเลิกค่าบริการ 30 บาทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า สัดส่วนการจ่ายยาเป้าหมาย มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายรวมและการเติบโตของค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มยาทั้งสี่ วิธีจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลแบบปลายปิดซึ่งใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากนำมาใช้กับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ สำหรับมาตรการแทนยาเป้าหมายด้วยยาทางเลือกที่มีราคาถูกลงกว่า การประหยัดค่าใช้จ่ายขึ้นกับความสามารถในการแทนยา³⁶

Karolina Andersson et al. (2006) ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเบิกจ่ายค่ายาที่มีต่อใช้จ่ายด้านยา เพื่อวิเคราะห์ว่าการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในประเทศสวีเดนในช่วงปี 1986-2002 ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่าย

ปริมาณและค่าใช้จ่ายต่อปริมาณการใช้ยาโดยประเมินการเปลี่ยนแปลงนโยบาย เช่น การกำหนดส่วนร่วมจ่าย(co-payment)ที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการการใช้การกำหนดราคาอ้างอิงและการปรับโครงสร้างของการเบิกจ่ายค่ายา โดยทำการรวบรวมข้อมูลการจ่ายยาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา และทำการวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ linear segmented regression แสดงให้เห็นว่าการร่วมจ่าย(co-payments)ที่เพิ่มขึ้นไม่ได้มีผลกับการเปลี่ยนแปลงของค่าใช้จ่ายและปริมาณการใช้ยา รูปแบบการเบิกจ่ายแบบใหม่จะมีผลทำให้ระดับค่าใช้จ่ายและปริมาณการใช้ยาส่วนใหญ่และยาในกลุ่มเป้าหมายลดลง แต่จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของระดับค่าใช้จ่ายและปริมาณการใช้ยาในบางกลุ่ม มาตรการการกำหนดราคาอ้างอิงจะทำให้เกิดการลดลงของค่าใช้จ่ายต่อปริมาณการใช้ยารายวัน (DDD) ในยาทุกกลุ่มเป้าหมาย³⁷

ในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเบิกจ่ายต่อผลกระทบเกี่ยวกับยาจิตเวช Stephen B. Soumerai et al.(1994) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการจำกัดสิทธิประโยชน์การเบิกจ่ายในโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล ต่อการได้รับยาจิตเวชและการรับบริการในหน่วยสุขภาพจิตฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเภท โดยรวบรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทและการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลจิตเวชในมลรัฐนิวแฮมป์เชียร์ 1 แห่ง เป็นระยะเวลา 42 เดือน ซึ่งสถานพยาบาลเหล่านี้มีการจำกัดการสั่งใช้ยาและการเบิกจ่ายค่ายาไม่เกิน 3 เดือน เทียบกับโรงพยาบาลในรัฐนิวเจอร์ซีย์ซึ่งไม่มีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ interrupted time-series regression เพื่อประเมินผลกระทบของการจำกัดต่อการใช้ยาและรับบริการด้านสุขภาพจิต

การจำกัดการเบิกจ่ายจะมีผลในการลดการใช้ยาทางจิต นอกจากนี้ยังมีผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของการมารับบริการในศูนย์สุขภาพจิตชุมชนและการใช้บริการจิตเวชฉุกเฉินและการรักษาในโรงพยาบาล แต่ไม่มีผลต่อความถี่ในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและหลังจากที่ได้หยุดมาตรการดังกล่าว ค่าใช้จ่ายด้านยาและการให้บริการสุขภาพจิตจะกลับมามีระดับเดิมซึ่งจากการศึกษาจะพบว่า การจำกัดมูลค่าในการสั่งใช้ยาจะมีผลทำให้มีการรับบริการจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยที่มีอาการป่วยทางจิตเรื้อรัง ซึ่งนอกจากจะเพิ่มความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยแล้วยังเพิ่มค่าใช้จ่ายให้กับรัฐบาลอีกด้วย³⁸

อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ(หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0417/ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549)

เนื่องด้วยสถานพยาบาลของทางราชการได้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตามอัตราที่แต่ละสถานพยาบาลกำหนด ทำให้อัตราค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ในการเบิกจ่ายแต่ละรายการมีความ

แตกต่างกัน กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลางจึงได้พิจารณากำหนดอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการแจ้งอัตราค่ารักษาพยาบาลเพื่อประกอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และเพื่อให้การจ่ายเงินงบประมาณสำหรับการรักษายาพยาบาลเป็นไปด้วยความเหมาะสม สำหรับค่ายาให้เบิกจ่ายโดยบวกเพิ่ม(Mark up) เป็นขั้น(Step) เพื่อความเหมาะสมจากราคาต้นทุนต่อหน่วย เนื่องจากการคิดอัตราค่าบริการได้รวมต้นทุนและกำไรไว้แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องนำกำไรจากค่ายาไปอุดหนุนค่าบริการรายการอื่น

ปัจจุบัน โรงพยาบาลเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกในอัตราที่ขึ้นกับราคาซื้อ (acquisition cost) ตามประกาศกระทรวงการคลังเรื่องอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ (หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0417/ว 177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549) ตาม หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด ดังนี้

หลักเกณฑ์ในการกำหนดราคาขาย

ราคาต้นทุนต่อหน่วย(บาท)	ราคาที่ใช้เบิก(บาท)
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 บาทควรปัดให้เป็นเท่าของ 0.25 บาท

ราคาขายสูงกว่า 10 บาทแต่ไม่เกิน 100 บาทควรปัดให้เป็นเท่าของ 0.50 บาท

ราคาขายสูงกว่า 100 บาทควรปัดเศษให้เป็นบาทโดยน้อยกว่า 0.50 บาทปัดลง 0.50 ขึ้นไปปัดขึ้น

ตามระเบียบของทางราชการที่กำหนดให้โรงพยาบาลไม่สามารถซื้อยาที่ราคาสูงกว่าราคากลางของยาตามประกาศของบัญชียาหลักแห่งชาติได้ โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบราคากลางกับราคาต้นทุนประมาณการณีกำหนดจากสูตรการกำหนดราคาของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง พบว่าราคากลางมีค่าสูงกว่าราคาต้นทุนประมาณการณีกำหนดมากกว่า 20% (อยู่ในช่วง 0-80%) ดังนั้น การใช้ต้นทุนของยาแต่ละรายการในโรงพยาบาลในการคำนวณ

ราคาเบิกจ่าย จะเป็นการเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลมีกำไรในระดับที่น้อยกว่าการใช้ราคากลางตามประกาศเป็นราคาในการเบิกจ่าย

การจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและ ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครปี 2556¹²

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาให้กับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เขต 13 กรุงเทพมหานคร ที่สามารถใช้ในกรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอกระหว่างสถานพยาบาล ผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้ป่วยพิการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การศึกษานี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ

- 1) การกำหนดกรอบวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายยา
- 2) การคัดเลือก การพัฒนา และการทดสอบวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายยา
- 3) การรับฟังความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการกำหนดกรอบวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายยาจะเริ่มต้นด้วยการพัฒนากรอบแนวคิดในการจัดทำหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย จากนั้นได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาหาวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายาของประเทศต่างๆ รวมถึงรวบรวมนโยบายต่างๆที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยเพื่อสรรหาเกณฑ์ที่นำไปใช้ในการคัดเลือก การพัฒนาและการทดสอบ

วิธีการคิดราคาเบิกจ่ายยา ซึ่งในการคัดเลือกการพัฒนาและการทดสอบจะอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาปี พ.ศ. 2555 จากโรงพยาบาล 9 แห่งที่ส่งมาเบิกจ่ายกับสปสช. เขต 13 โดยการคำนวณหาผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลและสปสช. จากเกณฑ์ที่แตกต่างกัน และหลังจากที่ได้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาแล้ว ก็ได้นำเสนอในการสนทนากลุ่มกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการเงิน ผู้บริหารของสปสช. เขต 13 และตัวแทนของผู้ให้บริการ

การศึกษานี้เลือกใช้แนวคิดในการจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่อาศัยหลักการ 3 ประการได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดคุณภาพทั้งด้านผลิตภัณฑ์ยาและด้านคุณภาพการรักษา การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและความยั่งยืนของระบบการเบิกจ่ายยา อย่างไรก็ตามพบว่ามีข้อจำกัดของข้อมูลที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการกำหนดเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาการจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาทำให้การกำหนดเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาของการศึกษานี้จำกัดเฉพาะรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและมี ราคากลางที่ไม่ใช่ยาชนิดและยาแบ่งบรรจุเท่านั้น แต่ก็จะรวมยาในกลุ่มกันชนที่มีการใช้มากในกลุ่มผู้ป่วยพิการตามความต้องการของผู้มีส่วนร่วมที่ได้จากการประชุมรับฟังความเห็น

เมื่อนำแนวคิดในการจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่พัฒนาได้มาพิจารณา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและทำการทดสอบ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแล้วพบว่าราคาต่ำสุดที่ควรใช้เป็นเกณฑ์ในการเบิกจ่ายควรเป็นราคากลางตามประกาศในบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่วนราคาสูงสุดก็ไม่ควรเกินเกณฑ์การเบิกจ่ายตามที่กรมบัญชีกลางกำหนดจึงทำให้สามารถใช้เป็นแนวในการพัฒนาเกณฑ์ต่างๆขึ้น และทำการทดสอบผลกระทบจากเกณฑ์ต่างๆเหล่านั้น และพบว่าเกณฑ์ที่เหมาะสมที่สุดในการกำหนดการเบิกจ่ายยาควรมีรายละเอียดดังแสดงในตาราง

หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13

ราคากลาง/ราคาจัดซื้อ*	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป	ราคาเบิกจ่ายสำหรับยา NTI ในกรณีใช้ยาต้นแบบ*	ราคาเบิกจ่ายยาที่ซื้อจากผู้ผลิตมาตรฐาน 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

* ในกรณีของยาในกลุ่ม NTI ที่ใช้ยาต้นแบบ กำหนดให้ใช้ราคาจัดซื้อที่ต่ำที่สุด แทนราคากลาง

การเลือกใช้ราคากลางเป็นราคาตั้งต้นสำหรับคำนวณราคาเบิกจ่ายนั้นเนื่องจากราคากลางเป็นราคาอ้างอิงสูงสุดสำหรับจัดซื้อยาของสถานพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลอาจจัดซื้อได้ที่ราคาถูกกว่า แต่ไม่แพงกว่าราคากลาง นอกจากนี้ราคาเบิกจ่ายที่คิดตามรูปแบบที่น่าเสนอยังมีส่วนบวกเพิ่มเข้าไปตามหลักการอัตราขึ้นบันไดของกรมบัญชีกลางทำให้แน่ใจได้ว่าด้วยการกำหนดราคาสำหรับเบิกจ่ายจะไม่มีผลกระทบทางการเงินในทางลบกับโรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกันพบว่าหากใช้อัตราคิดราคาของกรมบัญชีกลางที่กำหนดให้คำนวณจาก “ต้นทุน” แต่การศึกษานี้ใช้ราคากลางแทนก็จะส่งผลให้ราคาเบิกจ่ายจะมีค่าสูงขึ้นอีกจากการกำไรที่มีอยู่แม้เพียงราคาเบิกจ่ายเท่ากับราคากลางตามประกาศฯ และไม่ควรกำหนดราคาเบิกจ่ายสูงกว่าอัตราคิดราคาของกรมบัญชีกลางที่

เป็นการคิดในระบบประกันสุขภาพแบบเบิกจ่ายตามจริง เพราะจะทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้จ่ายเงินในระบบสูงเกินไป ดังนั้นราคาเบิกจ่ายต่ำสุดควรจะเป็นราคากลางตามประกาศฯในบัญชียาหลักแห่งชาติและราคาเบิกจ่ายสูงสุดคือ % mark-up จากการกำหนดราคาขายแบบขั้นบันไดของกรมบัญชีกลาง ทั้งนี้ การวิจัยดังกล่าวยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลราคาต้นทุนซื้อยาของสถานพยาบาลทำให้ต้องประมาณการณ์ต้นทุนจากราคาขายโดยใช้สัดส่วนบวกเพิ่มของกรมบัญชีกลาง จึงไม่สามารถวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินของสถานพยาบาลหากมีการเบิกจ่ายค่ายาได้

ข้อเสนอหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่กำลังพัฒนาสำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย¹⁴

จากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาปัจจุบันของกรมบัญชีกลาง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการ (หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0417/ว.177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้พัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขขึ้นใหม่ โดยกำหนดราคาเบิกจ่ายในหมวดของยาและหมวดอื่น

สรุปผลการศึกษาการปรับอัตราค่าบริการ ในหมวดของยา วันที่ 15 ตุลาคม 2557 ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย พบว่าหลักการและแนวคิดการปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข มีดังนี้

1. ปรับโครงสร้างราคาเบิกจ่ายให้สะท้อนต้นทุนบริการ
2. มีการดำเนินการปรับปรุงรายการอย่างน้อยปีละครั้ง เนื่องจากต้นทุนบริการสาธารณสุขและเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีเปลี่ยนแปลง
3. รายการที่ต้องการเสนอเพิ่มจะต้องผ่านการพิจารณาจากราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. ทางกรมบัญชีกลางมีคณะกรรมการพิจารณาสิทธิประโยชน์เพื่อพิจารณาอนุมัติรายการที่เสนอมา
5. หมวดรายการให้จัดทำรายการแบบ Maximum list

การปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข ในหมวดยา มีทางเลือก ดังนี้

- กำหนด Mark up จากราคาทุน
 - A: Mark up แบบเดิม
 - B: เปลี่ยนแปลง Mark up แบบต่างๆ

- C: เปลี่ยนแปลง Mark up โดยคำนึงถึงมูลค่าการใช้ด้วย
- กำหนด Reimbursement Price
 - กำหนดราคาเบิกจ่ายราคาเดียวสำหรับยาที่ใช้รักษา “โรคเดียวกัน”
 - กำหนดได้หลายระดับ ATC
 - ไม่จำเป็นต้องจ่ายเพิ่มสำหรับยามาตรฐานในการรักษา “แต่ละโรค”
 - มีการร่วมจ่ายส่วนเกินโดยผู้ป่วย

แนวคิดในการกำหนด Margin ทำให้ได้ margin ที่เหมาะสม เพื่อลดแรงจูงใจการสั่งจ่ายยาโดยไม่จำเป็น โดย

- ใช้อัตราเบิกเป็น regressive rate และมีเพดานคงที่สำหรับยาราคาแพง
- กำหนดช่วง โดยคำนึงถึงการแจกแจงราคาทุนของยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้ margin ไม่แตกต่างกันมากระหว่างช่วงราคา

ผลจากการทำประชาพิจารณ์

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

จากหลักการและแนวคิดดังกล่าวจึงได้มีการปรับปรุงอัตราเบิกจ่ายดังนี้

1. ราคาทุนไม่เกิน 1 บาท
 - ใช้อัตราเหมาจ่ายเท่าเดิม
2. ราคาทุนมากกว่า 1 บาท แต่ไม่เกิน 1,000 บาท
 - ปรับจากอัตรา 15, 20, 25% เป็นอัตรา 3, 5-7.5-10-20, 30%
 - ขอยช่วงราคาเดิม 1.01-100 เป็น 1.01-10, -20, -30, -50, -100 บาท
3. ราคาทุนมากกว่า 1,000 บาท
 - ปรับจากอัตรา 10% เป็นเพดานคงที่ 36.20 บาท

ข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย⁹

ราคาจัดซื้อ/ราคาทุน*	ราคาเบิกจ่ายทั่วไป
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

จากการศึกษาความผันแปรของราคาเบิกจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีประกาศราคากลางสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในระบบจ่ายตรงของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่า โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(สป.สธ.) มีความผันแปรของราคาเบิกจ่ายมากกว่าโรงพยาบาลในสังกัดสป.สธ. และมีสัดส่วนรายการยาซึ่งตั้งราคาเบิกจ่ายสูงกว่าราคากลางที่บวกเพิ่มตามระเบียบมากกว่าในสังกัดสป.สธ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเมินการว่าหากมีการตั้งราคาเบิกจ่ายตามประกาศราคากลางของกระทรวงสาธารณสุขและตามระเบียบการบวกเพิ่มของกระทรวงการคลังจะช่วยประหยัดงบประมาณค่ายาได้ร้อยละ42.9 การบังคับใช้ราคากลางเพื่อการจัดซื้อยาและการกำหนดส่วนเพิ่มของราคาที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดและทำให้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีความยั่งยืน³⁹

เพื่อให้ระบบการเบิกจ่ายค่ายามีประสิทธิภาพในหลักการสำคัญ ได้แก่ ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายควรส่งเสริมให้เกิดคุณภาพที่เหมาะสมของทั้งผลิตภัณฑ์ยาและคุณภาพการรักษาพยาบาล ไม่มีผลกระทบต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบต้องบูรณาการกลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและไม่สร้างภาระด้านงบประมาณเกินความจำเป็น ไม่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนและที่สำคัญคือ ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายต้องมีความยั่งยืน สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีความเป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะการไม่ก่อให้เกิดภาวะค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้นจากระบบการเบิกจ่ายแบบ fee

for service ในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ(CSMBS) นอกจากนี้ ยังต้องพิจารณาอย่างรอบด้านถึงผลกระทบต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นจากการนำระบบนี้ไปใช้ ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยแล้ว ยังอาจกระทบต่อสถานพยาบาลผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงิน รวมถึงผู้ผลิตยาในประเทศด้วย

จากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายของสปสช. เขต 13 เนื่องด้วยนโยบายการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมคำสั่งใช้ยาของผู้ให้บริการ เพื่อลดต้นทุนค่ายา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง และเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มที่ไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์ยาหากไม่จำเป็น เช่น ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ เป็นต้น เพราะการเปลี่ยนแปลงระดับยาในเลือดแม้เพียงเล็กน้อย ก็สามารถลดประสิทธิภาพการรักษาได้ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อผู้ให้บริการพยายามจัดหาให้ราคาถูกกว่าราคาเบิกจ่ายที่กำหนดไว้ ผู้ผลิตยาในประเทศก็อาจมีความพยายามในการลดต้นทุนเพื่อให้ได้ยาราคาถูกตามที่ผู้ให้บริการต้องการ จนอาจเกิดผลเสียต่อคุณภาพผลิตภัณฑ์ยา ระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายที่พัฒนาขึ้นจึงได้แยกหลักเกณฑ์การคิดราคาเบิกจ่ายสำหรับกลุ่มยาที่มีช่วงการรักษาแคบ และผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตโดยผู้ผลิตที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน PIC/S-GMP ออกจากยาโดยทั่วไป เพื่อป้องกันผลอันไม่พึงประสงค์ดังกล่าว การพัฒนาหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาของสปสช. เขต 13 นับเป็นหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาชิ้นแรกในประเทศไทยที่มีการนำคุณลักษณะบางอย่าง เช่น ยาที่มีช่วงการรักษาแคบและระดับมาตรฐานคุณภาพของผลิตยามาพิจารณาในการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา ซึ่งนอกจากจะเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาและความปลอดภัยในกระบวนการรักษายาบาลแล้ว อาจส่งผลให้ผู้สั่งใช้ยาให้ความยอมรับต่อนโยบายนี้เพิ่มขึ้น ทำนองเดียวกัน การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้มาตรฐาน PIC/C-GMP โดยให้อัตราส่วนบวกเพิ่มที่สูงกว่า ส่งผลให้ผู้ให้บริการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพมาตรฐาน ซึ่งอาจมีราคาแพงกว่าโดยไม่ต้องกังวลต่อผลกระทบทางการเงิน กล่าวได้ว่าหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายยาที่พัฒนาขึ้นได้สร้างกลไกส่งเสริมการยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลด้วยยาเข้าไปเป็นเนื้อเดียวกับระบบ มิได้มุ่งหวังแต่ควบคุมค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาที่มีราคาถูกเพียงอย่างเดียว ซึ่งทำให้เชื่อได้ว่าระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นนี้จะได้รับการยอมรับจากทั้งผู้ป่วย ผู้สั่งใช้ยา ผู้จ่ายเงิน และผู้ผลิตยาในประเทศ

ในส่วนของรูปแบบที่เป็นข้อเสนอของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยเพื่อเสนอกรมบัญชีกลางในการพิจารณาประกาศใช้ เป็นการพัฒนาอัตราค่าบริการสาธารณสุขขึ้นใหม่จากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายยาปัจจุบันของกรมบัญชีกลาง มีหลักการและแนวคิดในการปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อต้องการปรับโครงสร้างราคาเบิกจ่ายให้สะท้อนกับ

ต้นทุนบริการ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลง เพื่อกำหนดมาตรการควบคุมการเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกให้เป็นไปอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว

แนวทางการรักษาโรคจิตเภท(Schizophrenia)⁴⁰

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติทางจิต ที่มีความซับซ้อน การรักษาจึงจำเป็นต้องใช้หลายวิธี ร่วมกันกับการใช้ยาต้านโรคจิต การวางแผนการรักษาควรพิจารณาถึงปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งเป็นการรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment) และการรักษาจิตสังคม (Psychosocial treatment)

1 การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment)

การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment)

ยาด้านโรคจิตมีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเฉียบพลัน (Acute) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการให้สงบโดยฤทธิ์ของยาจะทำให้มีอาการหรือพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วยดีขึ้น ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง และผู้อื่น ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาจต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์ การให้ยาในระยะยาว เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ป่วยที่ได้รับยาในระดับขนาดและระยะเวลาไม่เพียงพอ จะมีโอกาสสูงในการกลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี ยาด้านโรคจิตเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา และถูกนำมาใช้ในทุกขั้นตอนของการรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมอาการให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว ลดระดับความรุนแรงของอาการทางจิต เป็นการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่น ฤทธิ์ของยาด้านโรคจิตที่ทำให้สงบจะทำให้อาการหรือพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนฤทธิ์ในการรักษาโรคจิตนั้นอาจต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์ การให้ยาในระยะยาวเป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หลังจากที่อาการของโรคจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับยาด้านโรคจิตในขนาดหรือระยะเวลาที่ไม่เพียงพอมีโอกาสสูงที่จะกลับมาเป็นซ้ำอีก โดยยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท ประกอบด้วย ยาด้านโรคจิตชนิดรับประทาน ชนิดฉีดแบบออกฤทธิ์เนิ่น และยาอื่นที่ใช้ร่วม ได้แก่ ยานอนหลับ ยาป้องกันอาการข้างเคียง

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา และมีอาการรุนแรง โดยจะพิจารณาใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการใช้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้าเพียงอย่างเดียวได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา แต่การรักษาด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการ

ใช้ยา ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาในลักษณะ Continuation / maintenance เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2. การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention)

การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในการป้องกันการกำเริบซ้ำ และพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินอยู่ในสังคมได้ตามปกติ เมื่อให้การรักษาด้วยจิตสังคมร่วมการให้ยาเพื่อลดอาการทางจิต ก็จะทำให้การรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป้าหมายและวิธีการดำเนินการบำบัดด้วยจิตสังคมนั้น ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน และการบำบัดรักษาสามารถทำได้ทั้งการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว โดยพิจารณาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย และอาการของผู้ป่วยในระยะต่างๆ

จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy)

จิตบำบัดรายบุคคล เป็นหัวใจสำคัญของการบำบัด เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย เกิดความไว้วางใจในตัวผู้บำบัด และการที่ผู้บำบัดได้รับรู้ข้อมูลสภาพปัญหาของผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจ สามารถวางแผนการบำบัดได้อย่างเหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาของตนเอง และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) กลุ่มบำบัด (Group therapy) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) เป็นต้น

การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis)⁴¹

ในการจะจัดทำข้อมูลงบประมาณที่ถูกต้อง แม่นยำ ต้องอาศัยข้อมูลในด้านต่างๆ จากแหล่งต่างๆ อย่างรอบด้าน ข้อมูลเหล่านี้หลายกรณีเป็นข้อเท็จจริงที่สามารถวัด สังเกต หรือ ประเมินได้โดยตรงอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลบางประการอาจไม่สามารถใช้ตัววัดหรือค่าตัวเลขที่แท้จริงได้ เนื่องจากวัดได้ยาก ไม่สามารถวัดได้ หรือไม่คุ้มค่าที่จะวัด จึงจำเป็นต้องใช้ตัวแทน ใช้การประมาณค่า ตั้งเป็นข้อสมมติหรือกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเป็นพื้นฐานของการวิเคราะห์ ซึ่งการใช้ตัวเลขประมาณค่า ตัวแทน หรือข้อสมมติย่อมมีโอกาสไม่เป็นความจริง และส่งผลทำให้ผลของการวิเคราะห์ผิดพลาดได้ นอกจากโอกาสเกิดความผิดพลาดแล้ว ในการบริหารหลายครั้งจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบปัจจัยด้านการบริหารที่ส่งผลถึงรายรับและรายจ่ายของการบริการ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมได้ ผู้บริหารที่ต้องตัดสินใจโดยมีข้อมูล มักต้องการทราบผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่จะเกิดต่อรายรับและรายจ่ายของการบริการได้

การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity Analysis) เป็นการทดสอบความมั่นคงของข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์หับนพิสัยของการประมาณค่าความน่าจะเป็น การใช้ดุลพินิจเกี่ยวกับ

ตัวเลขต่างๆ ตลอดจนข้อสมมติพื้นฐานที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนั้น จะช่วยทำให้ผู้วิเคราะห์มีความมั่นใจในผลลัพธ์ที่ได้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยการแทนที่ข้อสมมติ หรือตัวเลขตัวใหม่ ซึ่งแตกต่างไปจากเดิมในระดับที่กำหนดหรือต้องการทดสอบ ลงไปแทนข้อสมมติหรือตัวเลขที่ใช้อยู่เดิมในการประมาณการงบประมาณ และทำการคำนวณใหม่อีกครั้ง แล้วพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ว่า แตกต่างไปจากเดิมมากน้อยเพียงใด หากผลการวิเคราะห์ไม่แตกต่างไปจากเดิมมากนัก หรือแตกต่างเพียงเล็กน้อยในระดับที่ไม่มีผลในทางปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่า วิธีการที่วิเคราะห์ต้นทุนหรือประมาณการงบประมาณนั้นมีความมั่นคง ไม่อ่อนไหว ได้ผลการวิเคราะห์ที่น่าเชื่อถือและถูกต้อง แต่หากผลลัพธ์ที่ได้แตกต่างจากเดิมมาก จะทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ที่ได้มาก่อนหน้า

ประเด็นสำคัญในการทำการวิเคราะห์ความไว คือ

1) ตัวแปรใด หรือข้อมูลตัวใดที่ควรนำมาประเมินความไว

โดยทั่วไปมักพิจารณาตัวแปรที่มีความสำคัญ และผู้วิเคราะห์ไม่มีความมั่นใจในความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา และต้องการประเมินว่า หากข้อมูลตัวเลขหรือข้อสมมติที่ใช้มีความคลาดเคลื่อน จะทำให้ตัวเลขผลลัพธ์คำนวณได้แตกต่างไปจากค่าเดิมมากน้อยเพียงใด เช่น สัดส่วนเวลาการทำงานของแพทย์ในคลินิกต่างๆ การใช้เกณฑ์การจัดสรรต้นทุนของฝ่ายเภสัชกรรมและฝ่ายบริหารงานทั่วไป วิธีคิดค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์และอาคารสถานที่ และการประมาณการจำนวนครั้งของการมาใช้บริการในปีต่อไป เป็นต้น

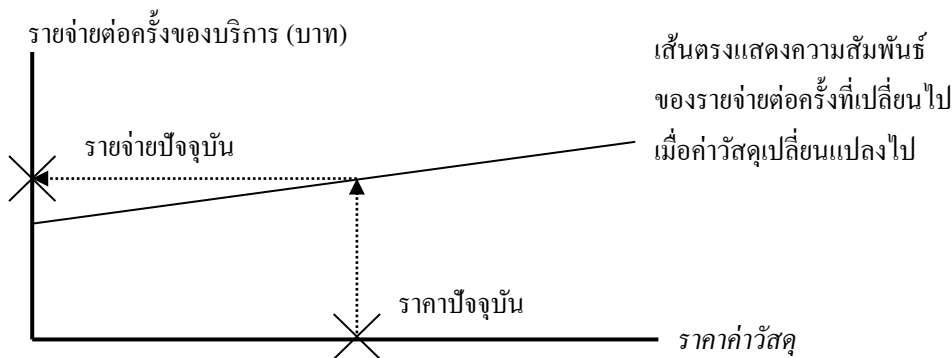
2) ตัวเลขใดหรือวิธีการทำงานแบบใดที่ควรนำมาใช้แทนค่าตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ไว้เดิมเพื่อวิเคราะห์ความไว

โดยทั่วไปในกรณีของตัวเลข มักจะใช้ค่าสูงสุดหรือค่าต่ำสุดที่มีความเป็นไปได้มาใช้เป็นตัวแทนเพื่อการคำนวณในการวิเคราะห์ความไว บางครั้งอาจนำร้อยละของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้หรือมีความเป็นไปได้มาใช้ และนำตัวเลขเป้าหมายหรือตัวเลขที่คาดหวังให้เป็นมาทดแทน หรืออาจนำตัวเลขของโรงพยาบาลอื่นๆ มาใช้ในการคำนวณก็ได้

การวิเคราะห์ความไวที่นิยมทำกัน มี 3 ประเภท ได้แก่

1. การวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียว (One-way Sensitivity Analysis)

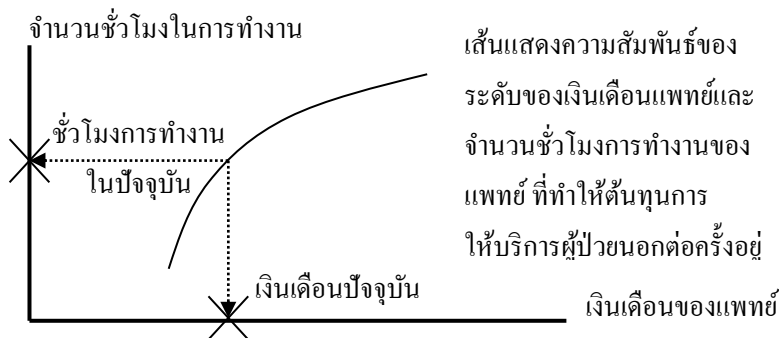
การวิเคราะห์ความไวแบบทางเดียวเป็นการวิเคราะห์ความไวที่มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหรือองค์ประกอบในการวิเคราะห์ทีละตัว เช่น การวิเคราะห์ดูผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงราคาตัววัสดุต่อรายจ่ายต่อครั้งของบริการผู้ป่วยนอก ดังแสดงในภาพ เป็นต้น



ความไวของรายจ่ายต่อครั้งของบริการผู้ป่วยนอกตามการเปลี่ยนแปลงของค่าวัสดุ

2. การวิเคราะห์ความไวแบบสองทาง (Two-way Sensitivity Analysis)

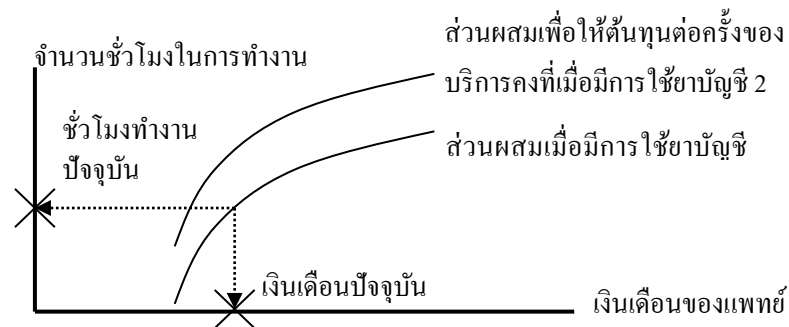
การวิเคราะห์ความไวแบบสองทางเป็นการวิเคราะห์ความไว ที่มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรหรือองค์ประกอบในการวิเคราะห์ 2 ปัจจัยไปพร้อมๆ กัน ซึ่งการส่วนผสมของปัจจัยทั้งสองในระดับหนึ่ง จะทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ ตัวเลขผลลัพธ์เท่าเดิม การวิเคราะห์วิธีนี้ มักมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสมดุลของการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยที่สามารถบริหารหรือควบคุมได้ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์เช่นเดิม เช่น การวิเคราะห์ดุลผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเงินเดือนของแพทย์ และจำนวนชั่วโมงของแพทย์ในการทำงาน ที่จะทำให้ต้นทุนต่อครั้งของบริการผู้ป่วยนอกเท่าเดิม ดังแสดงในภาพ เป็นต้น



การวิเคราะห์ความไวที่แสดงส่วนผสมของเงินเดือนแพทย์ และจำนวนชั่วโมงในการทำงานที่ทำให้ได้ต้นทุนต่อครั้งของบริการผู้ป่วยนอกเท่าเดิม

3. การวิเคราะห์ความไวแบบสามทาง (Three-way Sensitivity Analysis)

การวิเคราะห์ความไวแบบสามทางเป็นการวิเคราะห์ โดยการทำกรวิเคราะห์ความไวแบบสองทาง ซ้ำหลายๆ รอบ โดยเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรตัวที่ 3 ไปทีละค่า ตามที่ต้องการ แล้วสร้างภาพ แผนภูมิ แสดงเส้นสมดุลหลายๆ เส้น ตามแต่ค่าตัวแปรตัวที่ 3 นั้นเอง ดังแสดงในภาพ



การวิเคราะห์ความไวที่แสดงส่วนผสมของเงินเดือนแพทย์ และจำนวนชั่วโมงในการทำงาน ที่ทำให้ได้ต้นทุนต่อครั้งของบริการผู้ป่วยนอกเท่าเดิมเมื่อมีการใช้บัญชียา 1 และบัญชียา 2 ของโรงพยาบาล

ในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยา ที่เกิดจากการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายา อาจจะต้องมีการใช้วิธีการวิเคราะห์ความไว(Sensitivity Analysis) เข้ามาใช้ในการประเมินผล หากกรณีในตัวแปรที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยามีการเปลี่ยนแปลงไป จะส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้นอย่างไร โดยเปรียบเทียบร้อยละการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร และร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ทราบว่าตัวแปรใดมีความสำคัญต่อราคาเบิกจ่ายยา

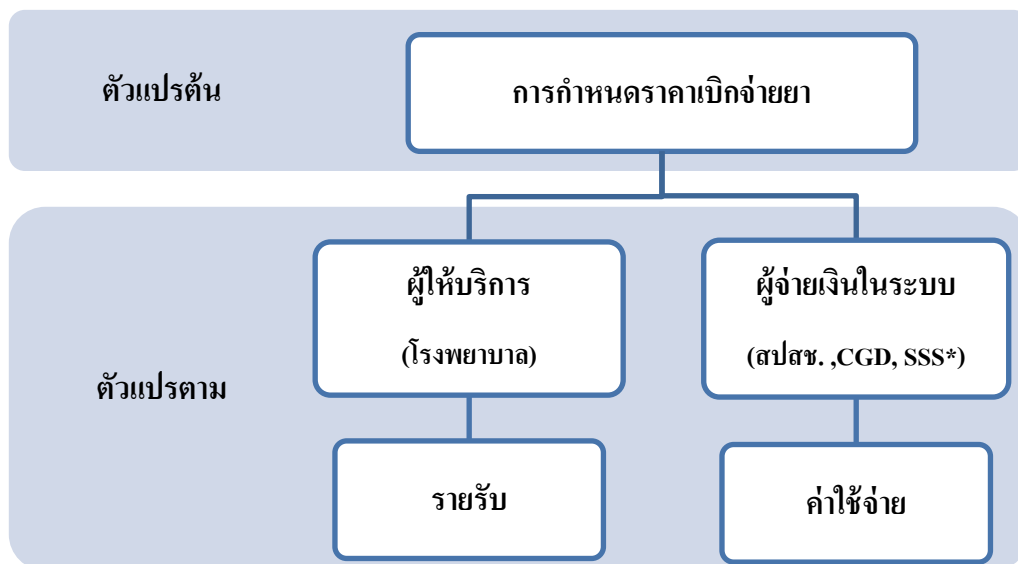
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive study) และจำลองสถานการณ์ (Model Simulation) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อประเมินผลกระทบทางการเงินของการใช้ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นต่อค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้จ่ายเงินในระบบ ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



*สปสช.: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, CGD: The comptroller general department (กรมบัญชีกลาง), SSS: สำนักงานประกันสังคม

ตัวอย่าง/แหล่งข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง โดยใช้ข้อมูลต่อเนื่อง 3 ปีงบประมาณระหว่างเดือนตุลาคม 2554 ถึงเดือนกันยายน 2557 ซึ่งประกอบด้วยฐานข้อมูลดังนี้

1. ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วยในระดับรายการยาสำหรับยาทุกรายการที่มีการสั่งใช้ในแต่ละครั้ง เมื่อผู้ป่วยมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งได้จากเพิ่มข้อมูลมาตรฐาน จากฐานข้อมูล HOSxP ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงแฟ้มข้อมูลมาตรฐานที่นำมาใช้ในการวิจัยที่ได้จากฐานข้อมูล HOSxP

ชื่อฟิลด์	ความหมาย
แฟ้มข้อมูล PERSON: ข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตรับผิดชอบและผู้ที่มาใช้บริการ	
- HN	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)
- SEX	เพศ
- BIRTH	วันเกิด
- MSTATUS	สถานะสมรส
- OCCUPATION	อาชีพ
- EDUCATION	ระดับการศึกษา
แฟ้มข้อมูล SERVICE: ข้อมูลประวัติการมารับบริการของผู้ที่มาใช้บริการและการให้บริการนอกสถานพยาบาล	
- HN	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)
- SEQ	ลำดับที่
- DATE_SERV	วันที่ให้บริการ
- INSTYPE	ประเภทสิทธิการรักษา
- MAIN	สถานบริการหลัก
- TYPEIN	ประเภทการมารับบริการ
แฟ้มข้อมูล DIAGNOSIS_OPD: ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ	
- SEQ	ลำดับที่
- DATE_SERV	วันที่ให้บริการ
- DIAGTYPE	ประเภทการวินิจฉัย
- DIAGCODE	รหัสการวินิจฉัย
แฟ้มข้อมูล DRUG_OPD: ข้อมูลการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ	
- SEQ	ลำดับที่
- DATE_SERV	วันที่ให้บริการ
- DIDSTD	รหัสยา 24 หลัก หรือรหัสยาของสถานพยาบาล
- DNAME	ชื่อยา
- AMOUNT	จำนวน
- UNIT	หน่วยนับของยา
- UNIT_PACKING	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ
- DRUGPRICE	ราคาขาย
- DRUGCOST	ราคาทุน

2. ฐานข้อมูลรายการยาและราคาขายต้นทุนของโรงพยาบาลจากโปรแกรม HOSXP ประกอบด้วยไฟล์

- รหัสเวชภัณฑ์
- ชื่อเวชภัณฑ์
- Generic name
- บัญชีราคากลาง ราคาทุน ราคาขาย(OPD)
- รหัสมาตรฐานTradeName(did)
- ผู้จำหน่าย(did)

3. ฐานข้อมูลราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกาศโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลรายการยา ขนาดบรรจุ ราคากลางที่ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม ราคากลางที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม อ้างอิงจากราคาอ้างอิงจัดซื้อยา 2553 ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข(DMSIC)

4. ฐานข้อมูลราคาอ้างอิงของยา พ.ศ.2555-2557 ของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

1. ข้อมูลการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วย

จากข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนำมาทำการแยกข้อมูลผู้ป่วยออกตามสิทธิในการเบิกจ่ายค่ายาของผู้ป่วยตามระบบประกันสุขภาพโดยใช้ข้อมูลจากฟิลด์ ประเภทสิทธิการรักษา (field: INSTYPE) จากเพิ่มข้อมูล SERVICE แยกข้อมูลออกเป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(UC) สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ(CSMBS) และสิทธิประกันสังคม(SSS) เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ต่อไป



2. ข้อมูลรูปแบบการเบิกจ่ายยา

1. วิธีเบิกจ่ายค่ายาในปัจจุบัน(RP-1)

ปัจจุบัน โรงพยาบาลเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกในอัตราที่ขึ้นกับราคาซื้อ (acquisition cost) หรือราคาทุนตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ (หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค.๐๔๑๗/ว.๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕) ดังนี้

หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด

ค่ายา หมายถึง ค่ายาที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรคไม่ว่าจะมีวิธีการให้ยาในลักษณะใด เช่น เป็นยาฉีด ยาทา ยาใส่แผล หรือยารับประทาน

ค่ายาที่เบิกได้ หมายถึง

1. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งการใช้ยาต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติในขณะนั้นๆ และต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) กำหนด

2. ขานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไขดังนี้

2.1 คณะกรรมการที่ผู้อำนวยการสถานพยาบาลของทางราชการแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัย และออกหนังสือรับรองให้ โดยให้ถือปฏิบัติตามหนังสือกระทรวงการคลัง ค่วนที่สุด ที่ กค 0526.5/ว 66 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2542 สำหรับสถานพยาบาลให้ถือปฏิบัติตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0526.5/ว 65 ทั้งนี้ ให้ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้

2.2 เป็นยาที่มีการขึ้นทะเบียนกับ อย. เพื่อจำหน่ายในประเทศไทย ทั้งนี้ ยาที่นำเข้าโดยกระทรวง ทบวง กรม ในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย และองค์การเภสัชกรรม ไม่สามารถเบิกได้

2.3 การชื้อยาต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย. กำหนด ทั้งนี้ จะมีการประกาศราคากลางของยาที่ให้เบิกในภายหลัง

อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นรูปแบบปัจจุบันที่ใช้ในโรงพยาบาล(ตารางที่ 7) ดังนี้

ตารางที่ 7 หลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง

ราคาต้นทุนต่อหน่วย(บาท)	วิธีการเบิกจ่ายที่ใช้ในปัจจุบัน(แบบเดิม)(บาท)
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 ควรพิเศษให้เป็นเท่าของ 0.25 บาท

ราคาขายต่ำกว่า 10 บาท แต่ไม่เกิน 100 บาท ควรพิเศษให้เป็นเท่าของ 0.50 บาท

ราคาขายสูงกว่า 10 บาท ควรพิเศษให้เป็นบาท โดยน้อยกว่า 0 บาท บัดลง 0.5 บาทขึ้นไป บัดขึ้น

ทุน	ตัวอย่าง ราคาที่ให้เบิก	ราคาที่ให้เบิก	เบิดเศษ
2	$1.50 + 1.25 \times (2 - 1)$	2.75	-
4	$1.50 + 1.25 \times (4 - 1)$	5.25	-
8	$1.50 + 1.25 \times (8 - 1)$	10.25	10
16	$13 + 1.20 \times (16 - 10)$		20.20 » 20
32	$13 + 1.20 \times (32 - 10)$		39.40 » 39.50
64	$13 + 1.20 \times (64 - 10)$		77.80 » 78
128	$126 + 1.15 \times (128 - 100)$		158.20 » 158
512	$126 + 1.15 \times (512 - 100)$		599.80 » 600
1,024	$1,161 + 1.10 \times (1,024 - 1,000)$		1,187.40 » 1,187
6,000	$1,161 + 1.10 \times (6,000 - 1,000)$		6,661
11,000	$1,161 + 1.10 \times (11,000 - 1,000)$		12,161

ผลกำไรของโรงพยาบาลจากค่ายา

สำหรับยาแต่ละรายการที่มีการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลสามารถคำนวณผลกำไร (Mark up) ตามวิธีการเบิกค่ายาในปัจจุบัน ดังนี้

1. ส่วนบวกเพิ่ม (Mark up) (บาท) = มูลค่าเบิก (บาท) - [ราคาซื้อ (บาทต่อหน่วย) x ปริมาณยาที่เบิก (หน่วย)]

2. ร้อยละของส่วนบวกเพิ่ม (% mark up) = $\frac{\text{มูลค่าเบิก (บาท)} - [\text{ราคาซื้อ (บาทต่อหน่วย)} \times \text{ปริมาณยาที่เบิก (หน่วย)}]}{[\text{ราคาซื้อ (บาทต่อหน่วย)} \times \text{ปริมาณยาที่เบิก (หน่วย)}]} \times 100$

2. สรรหาหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่ใช้ในการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน ในการสรรหาหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่มีหลักการที่ดีที่สามารถนำไปใช้เพื่อให้เกิดการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพได้ โดยยึดหลักการการคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้จ่ายเงินในระบบ และความยั่งยืนของระบบราคาเบิกจ่ายเป็นหลัก

2.1 อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2) (ตารางที่ 2)

2.2 อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามข้อเสนอหลักเกณฑ์จากการปรับอัตราค่าบริการของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
พื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13

ราคากลาง/ ราคาจัดซื้อ*	วิธีการเบิกจ่าย		
	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป	ราคาเบิกจ่ายสำหรับยา NTI ใน กรณีใช้ยาต้นแบบ	ราคาเบิกจ่ายยาที่ซื้อจากผู้ผลิต มาตรฐาน 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% ของส่วนที่ เกิน 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% ของส่วนที่ เกิน 100 บาท	111 + 105% ของส่วนที่เกิน 100 บาท	126 + 115% ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000 บาท	1,056 + 100% ของส่วนที่ เกิน 1,000 บาท	1,056 + 100% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท	1,161 + 110% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

* ในกรณีของยากลุ่ม NTI ที่ใช้ยาต้นแบบ กำหนดให้ใช้ราคาจัดซื้อที่ต่ำที่สุด แทนราคากลาง

ตารางที่ 3 หลักเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นจากการปรับอัตราค่าบริการของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ราคาทุน/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

ราคากลาง

รูปแบบที่จำลองในการศึกษา โดยใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต13(สปสช.เขต13) ซึ่งกำหนดให้คำนวณราคากลางจากราคากลาง โดยกรณียาที่ไม่มีราคากลางจะใช้ราคาอ้างอิงจัดซื้อยาปกติที่เป็นมาตรฐานของ popular brand แต่ถ้าหาก popular brand มีจำนวนเท่ากันจะเลือกตัวที่ราคาต่ำที่สุด แต่ในส่วนของข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(ข้อเสนอต่อกรมบัญชีกลาง)จะกำหนดให้คำนวณราคากลางจากราคาจัดซื้อหรือราคาทุน

ในการศึกษา หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายของสปสช.เขต13 จะใช้ราคากลางตามที่ประกาศโดยศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข(DMSIC)ในการคำนวณราคาเบิกจ่าย แต่พบว่า บัญชียาที่มีการเบิกจ่ายในโรงพยาบาลทั้งหมด 433 รายการ มีราคากลางตามที่ประกาศโดย DMSIC มีจำนวนเพียง 156 รายการ จึงมีการใช้ราคาอ้างอิง(มาตรฐาน)แทน 237 รายการ และในกรณีบางรายการที่ไม่มีราคาอ้างอิง(มาตรฐาน)ก็จะใช้ราคาทุนแทนจำนวน 40 รายการ ซึ่งทำให้เป็นข้อจำกัดในการใช้หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายของสปสช.เขต13 เนื่องจากราคากลางที่ได้ครอบคลุมรายการยาน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของรายการที่เบิกจ่ายในโรงพยาบาล และเมื่อวิเคราะห์จากบัญชียาโรงพยาบาลพบว่ารายการยาส่วนใหญ่จะมีมูลค่าของราคากลางที่ต่ำกว่าราคาจัดซื้อจริงของโรงพยาบาล

3. การจำลองวิธีการคิดราคาเบิกจ่ายค่ายา

3.1 การเตรียมแฟ้มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ค่าใช้จ่าย

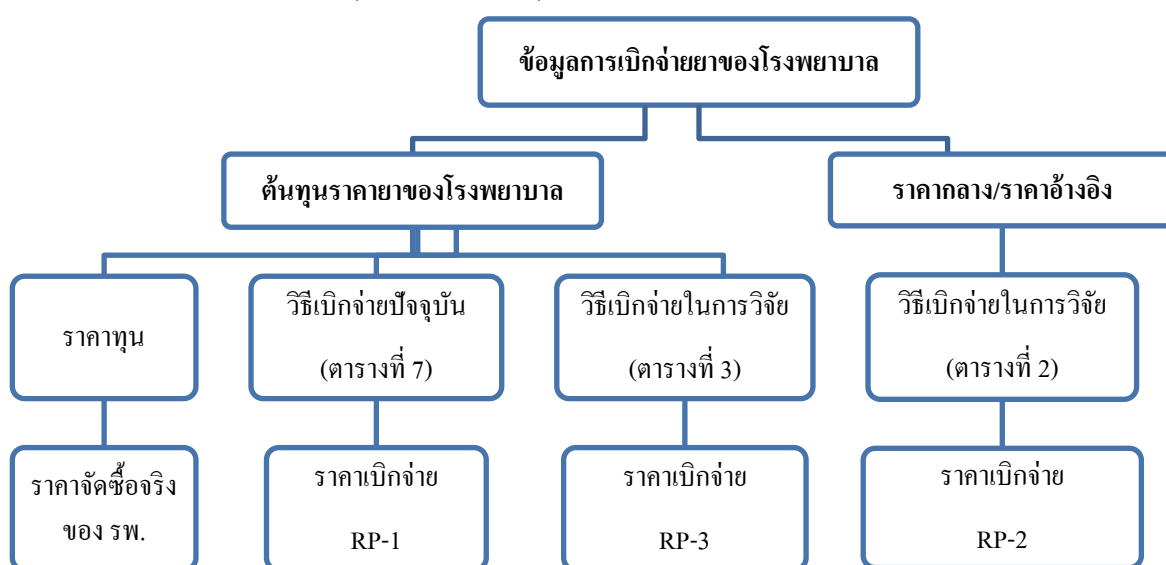
3.1.1 ทำการเชื่อมโยงข้อมูลการเบิกจ่ายยาเข้ากับแฟ้มข้อมูลรหัสยาของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงอยู่กับรหัสยามาตรฐาน และนำข้อมูลรายละเอียดอื่นๆ ของยา เช่น รูปแบบความแรง ปริมาณการใช้ เป็นต้น ที่มีอยู่ในแฟ้มรหัสยาของโรงพยาบาลที่เชื่อมโยงกับรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก เข้ามาในแฟ้มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ด้วย เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในขั้นตอนการทำความสะอาดข้อมูล ซึ่งเมื่อถึงขั้นตอนนี้จะได้แฟ้มข้อมูลการเบิกจ่ายยาที่ประกอบด้วยสคมภ์ข้อมูลรหัสยา ชื่อยา หน่วยที่ใช้ ราคาต่อหน่วย ปริมาณการใช้รวมรหัสมาตรฐาน 24 หลัก และสถานะในบัญชียาหลักแห่งชาติ

3.1.2 เพิ่มข้อมูลราคากลางเข้าสู่แฟ้มข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยการเชื่อมโยงเข้ากับแฟ้มราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ แต่เนื่องจากแฟ้มข้อมูลราคากลางนี้ไม่มีรหัสยามาตรฐาน 24 หลัก จึงทำการเชื่อมโยงโดย

ใช้ ชื่อยา รูปแบบ และความแรง เข้ากับแฟ้มรายการยาทั้งหมด เพื่อเพิ่มรหัสยามาตรฐานให้กับแฟ้มข้อมูลราคากลาง หลังจากนั้น นำแฟ้มข้อมูลราคากลางที่มีรหัสยามาตรฐานแล้วไม่เชื่อมกับแฟ้มการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาล เพื่อดึงข้อมูลราคากลางเดิมลงในแฟ้มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เป็นแฟ้มข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์สุดท้าย

3.2 ข้อมูลราคาเบิกจ่ายค่ายา

เป็นการนำข้อมูลต้นทุนรายยาของโรงพยาบาล และราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ/ราคาอ้างอิงจาก DMSIC มาคำนวณเป็นราคาเบิกจ่ายที่โรงพยาบาลใช้เบิกจ่ายค่ายา โดยแยกออกเป็น 3 รูปแบบ คือ ราคาทุน ราคาเบิกจ่ายที่โรงพยาบาลใช้อยู่ในปัจจุบัน(RP-1) และราคาเบิกจ่ายที่ใช้ในการวิจัย(RP-2 และ RP-3)



การทำความสะอาดข้อมูล (Data Cleaning)

จากข้อมูลจำนวนมากจำเป็นต้องมีขั้นตอนในการกรองข้อมูลเพื่อเลือกข้อมูลที่ตรงความต้องการโดยไม่นำข้อมูลที่ไม่ครบสมบูรณ์มาใช้ในการวิเคราะห์ทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ จากนั้นจะนำข้อมูลที่ผ่านการเลือกมาทำความสะอาดโดยการแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องสมบูรณ์ ในขั้นตอนนี้ช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นสำหรับนำไปวิเคราะห์ ซึ่งภายหลังจากทำการเชื่อมโยงแฟ้มข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยทำความสะอาดและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการสุ่มเปรียบเทียบข้อมูลรายการเดียวกันในแฟ้มข้อมูลแหล่งต่างๆ ที่นำมาเชื่อมโยงกันว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่

4. การจำลองผลกระทบทางการเงิน

4.1 การจำลองวิธีการเบิกจ่ายค่ายา ใช้วิธีการวิเคราะห์ ดังนี้

1) เปรียบเทียบมูลค่าการเบิกจ่ายโดยใช้ราคาตั้งเบิกของโรงพยาบาล(แบบปัจจุบัน) กับมูลค่าการเบิกจ่ายเมื่อใช้ราคาเบิกจ่ายที่ใช้ในการศึกษาที่ปริมาณการใช้เดียวกัน โดยเปรียบเทียบ ทั้งที่เป็นภาพรวมของโรงพยาบาลและเปรียบเทียบกลุ่มย่อย

2) วิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินภาพรวมของผู้ให้บริการ(provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) เทียบกับรูปแบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายแบบปัจจุบัน

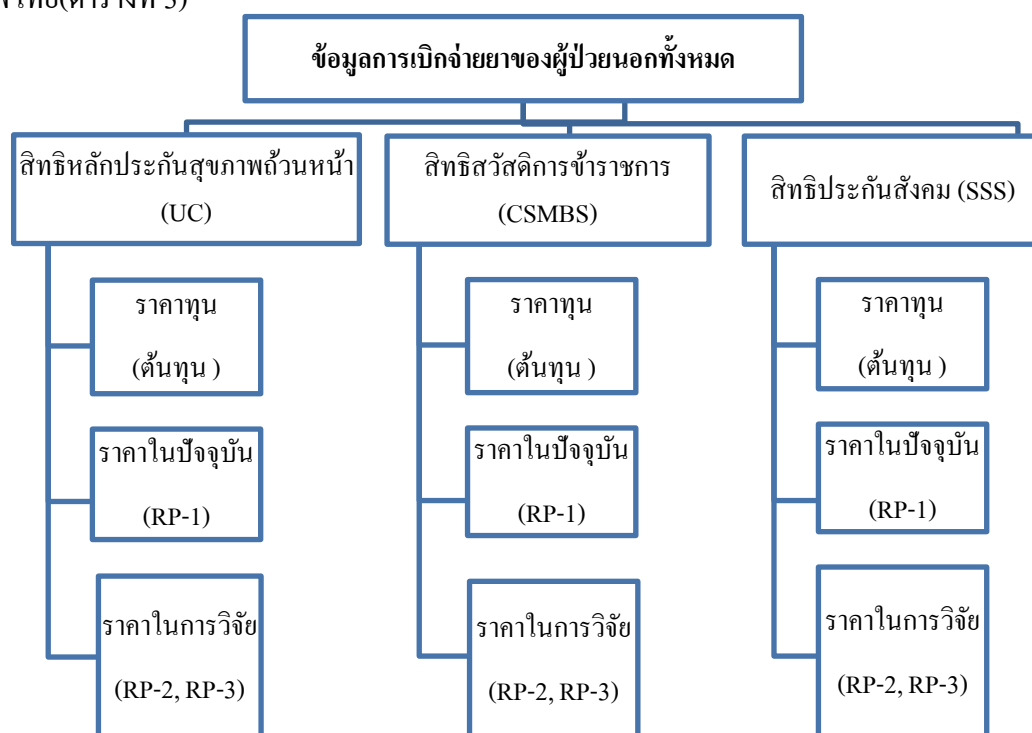
ใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2555 2556 และ 2557 จำลองเป็นสถานการณ์(scenario) ตามวิธีกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา 4 สถานการณ์เพื่อ เปรียบเทียบมูลค่าการเบิกจ่ายแบบปัจจุบันกับการเบิกจ่ายแบบใหม่

1. Scenario ราคาทุน (ต้นทุน) : ใช้ราคาทุน

2. Scenario รูปแบบปัจจุบัน (RP-1) : ใช้อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นรูปแบบปัจจุบันที่ใช้ใน โรงพยาบาล(ตารางที่ 7)

3. Scenario สปสช.เขต 13 (RP-2) : ใช้อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13(ตารางที่ 2)

4. Scenario ข้อเสนอต่อกรมบัญชีกลาง (RP-3) : ใช้อัตราเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นจากการปรับอัตราค่าบริการของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(ตารางที่ 3)



5. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และข้อมูลการใช้ยา และมูลค่าการส่งจ่ายยา ผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ข้อมูล	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์	แหล่งข้อมูล	
ลักษณะทางประชากร	HN	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เพิ่มมาตรฐาน PERSON
	SEX	เพศ	ข้อมูลทั่วไปของประชาชนใน
	BIRTH	วันเกิด	เขตรับผิดชอบและผู้ที่มาใช้
	MSTATUS	สถานะสมรส	บริการ
	OCCUPATION	อาชีพ	
	EDUCATION	ระดับการศึกษา	
จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ	HN	เลขที่ผู้ป่วยนอก (HN)	เพิ่มมาตรฐาน SERVICE
จำนวนครั้งที่มารับบริการเฉลี่ย	SEQ	ลำดับที่	ข้อมูลประวัติการมารับบริการ
ต่อคน	DATE_SERV	วันที่ให้บริการ	ของผู้ที่มารับบริการและการ
	INSTYPE	ประเภทสิทธิการรักษา	ให้บริการนอกสถานพยาบาล
	MAIN	สถานบริการหลัก	
	TYPEIN	ประเภทการมารับ	
	บริการ		

2. วิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ข้อมูล	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์	แหล่งข้อมูล	
a. ช่วงระยะเวลาในการ	SEQ	ลำดับที่	เพิ่มมาตรฐาน
	DATE_SERV	วันที่ให้บริการ	DRUG_OPD ข้อมูลการ
b. ค่าใช้จ่ายด้านยารวม	DIDSTD	รหัสยา 24 หลัก	จ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก
		หรือรหัสยา	และผู้มารับบริการ
c. ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย			
	ต่อคน เฉลี่ยต่อครั้งที่มา		ของสถานพยาบาล
รับบริการ	DNAME	ชื่อยา	
d. รายการยาที่มีมูลค่า	AMOUNT	จำนวน	
	ค่าใช้จ่ายสูงสุด 10	UNIT	หน่วยนับของยา

ข้อมูล	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์	แหล่งข้อมูล	
อันดับ	UNIT_PACKING	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	
	DRUGPRICE	ราคาขาย	
	DRUGCOST	ราคาทุน	
h. โรค(ICD 10) ที่มีมูลค่าใช้จ่ายด้านยาสูงสุด 10 อันดับ	SEQ	ลำดับที่	แฟ้มมาตรฐาน
	DATE_SERV	วันที่ให้บริการ	DIAGNOSIS_OPD
	DIAGTYPE	ประเภทการวินิจฉัย	ข้อมูลวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ
	DIAGCODE	รหัสการวินิจฉัย	บริการ

3. วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มย่อย (Small group analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มย่อยจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงิน โดยวิเคราะห์สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายยาด้วยราคาเบิกจ่ายที่ใช้ในการวิจัยที่มีการพัฒนาขึ้น(แบบใหม่) เทียบกับรูปแบบที่มีการใช้ในปัจจุบัน(แบบเดิม) ต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบ

วิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

วิเคราะห์ข้อมูลการเงินตามระบบการเบิกจ่ายปัจจุบันเปรียบเทียบกันข้อมูลจำลองหากมีการใช้วิธีการเบิกจ่ายแบบใหม่

สถานการณ์	UC	SSS	CSMBS
Scenario ต้นทุน	ราคาจัดซื้อยาต่อหน่วย x	ราคาจัดซื้อยาต่อหน่วย x	ราคาจัดซื้อยาต่อหน่วย x
	ปริมาณยาที่ใช้ในผู้ป่วย UC	ปริมาณยาที่ใช้ในผู้ป่วย SSS	ปริมาณยาที่ใช้ในผู้ป่วย CSMBS
Scenario RP-1	ราคาขายของโรงพยาบาล x	ราคาขายของโรงพยาบาล x	ราคาขายของโรงพยาบาล x
	ปริมาณยาที่ใช้ในผู้ป่วย UC	ปริมาณยาที่ใช้ในผู้ป่วย SSS	ปริมาณยาที่ใช้ในผู้ป่วย CSMBS
Scenario RP-2	ราคาเบิกจ่ายตามรูปแบบ RP-2 x	ราคาเบิกจ่ายตามรูปแบบ RP-2 x	ราคาเบิกจ่ายตามรูปแบบ RP-2 x
	ปริมาณการใช้ยาในผู้ป่วย UC	ปริมาณการใช้ยาในผู้ป่วย SSS	ปริมาณการใช้ยาในผู้ป่วย CSMBS

สถานการณ์	UC	SSS	CSMBS
Scenario RP-3	ราคาเบิกจ่ายตามรูปแบบ RP-3	ราคาเบิกจ่ายตามรูปแบบ RP-3	ราคาเบิกจ่ายตามรูปแบบ RP-3
	x ปริมาณการใช้จ่ายในผู้ป่วย UC	x ปริมาณการใช้จ่ายในผู้ป่วย SSS	x ปริมาณการใช้จ่ายในผู้ป่วย CSMBS

ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ(provider)

เปรียบเทียบรายรับของโรงพยาบาลเมื่อใช้วิธีการเบิกจ่ายตามรูปแบบใหม่ เทียบกับรูปแบบปัจจุบัน และเปรียบเทียบกับต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาล โดยแสดงเป็นเปอร์เซ็นต์ของรายรับที่เปลี่ยนแปลงไปจากรายรับเดิม ร้อยละของส่วนต่างระหว่างรายรับกับต้นทุนค่ายาที่เปลี่ยนแปลงไป(% mark up) ทั้งในภาพรวมของโรงพยาบาล และจำแนกตามผู้จ่ายเงินในระบบ ทั้งนี้รูปแบบการเบิกจ่ายที่ดี ไม่ทำให้รายรับของโรงพยาบาลลดลงจนต่ำกว่ามูลค่าต้นทุน

ผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer)

เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาซึ่งผู้จ่ายเงินในระบบ(สปสช. กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม) ต้องจ่ายคืนให้กับสถานพยาบาลเมื่อใช้วิธีการคิดราคาเบิกจ่ายแบบใหม่ เทียบกับวิธีการเบิกจ่ายแบบปัจจุบัน โดยแสดงเป็นเปอร์เซ็นต์ของมูลค่าการจ่ายคืนที่เปลี่ยนแปลงไปจากมูลค่าจ่ายคืนตามระบบปัจจุบัน(% save)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis) การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ความไวในการตรวจสอบความไม่แน่นอนของผลการศึกษามีความอ่อนไหวเพียงไรต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในการวิจัย

1. กำหนดตัวแปรที่จะนำมาวิเคราะห์
2. ระบุขอบเขตของข้อมูลที่เป็นไปได้สำหรับตัวแปรแต่ละตัว
3. วิเคราะห์ผล โดยแทนค่าที่เป็นไปได้ของตัวแปรที่สนใจในแต่ละกรณี

ประเด็นจริยธรรมในการวิจัย

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอรับการพิจารณาจริยธรรมแบบเร่งรัด เนื่องจากงานวิจัยนี้ไม่มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลหรือผู้ป่วย และไม่ใช่งานวิจัยที่มีการให้ยาเข้าสู่ร่างกายหรือใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ใดที่กระทำต่อร่างกายนอกเหนือหรือเพิ่มเติมไปจากที่ได้รับจากการรักษาปกติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายจากการวิจัย

การวิจัยเข้าเกณฑ์การวิจัยที่ใช้ข้อมูลที่มีการเก็บอยู่แล้ว คือ ข้อมูลการใช้ยาในฐานข้อมูล HOSxP ของโรงพยาบาล วิธีการรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อ สกุล ผู้ป่วยโดยตรง แต่จะใช้รหัสที่สร้างขึ้นใหม่แทนการระบุตัวตน และทำลายรหัสใดๆ ที่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้ก่อนนำมาใช้ทำการวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่สามารถอ้างอิงถึงหรือชี้นำไปถึงผู้ป่วยเป็นรายบุคคลได้

บทที่ 4

ผลการวิจัย และอภิปรายผล

การนำเสนอผลการวิจัยทั้งหมด จะแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ข้อมูลเบื้องต้นของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ข้อมูลการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาล จากนั้นจะเป็นการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยาและผลกระทบทางการเงินตามรูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษา โดยจะมีการวิเคราะห์ทั้งผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (payer) และส่วนสุดท้ายจะเป็นการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis)

4.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ทำการวิจัยเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 300 เตียง ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายรุนแรง กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Schizophrenia, Bipolar Disorder, Major Depressive Disorder, Substance induced Psychosis, Alcohol Dependence, Anxiety disorder และ Dementia เป็นต้น โรงพยาบาลมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นความปลอดภัย และให้การดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพ มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยไว้ในเวชระเบียน และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ระบบ HOSXP เพื่อส่งต่อข้อมูลการรักษาและเป็นช่องทางสื่อสารในการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วย ในปีงบประมาณ 2557 กลุ่มโรคหลักที่ส่งมารับการรักษา (refer in) 3 อันดับแรก คือ Schizophrenia, Bipolar affective disorder และ Anxiety disorder โดยกลุ่มผู้รับบริการของโรงพยาบาลประกอบด้วย สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) ประกันสังคม (SSS) กลุ่มแรงงานต่างด้าว กลุ่มข้าราชการ และกลุ่มอื่น ๆ

ปัจจุบัน โรงพยาบาลเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกในอัตราที่ขึ้นกับราคาซื้อหรือราคาทุนตามประกาศกระทรวงการคลัง ในส่วนของการเรียกเก็บค่ายาของโรงพยาบาล กรณีผู้รับบริการในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) และสิทธิประกันสังคม (SSS) โรงพยาบาลจะทำการเรียกเก็บตามจริง โดยวิธีการเบิกจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมตามลำดับ แต่ในส่วนของผู้รับบริการในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ทางโรงพยาบาลจะเรียกเก็บค่ายาจากโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ทำการส่งต่อผู้ป่วย โดยการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีส่งต่อจากหน่วยบริการสังกัดสำนักงาน

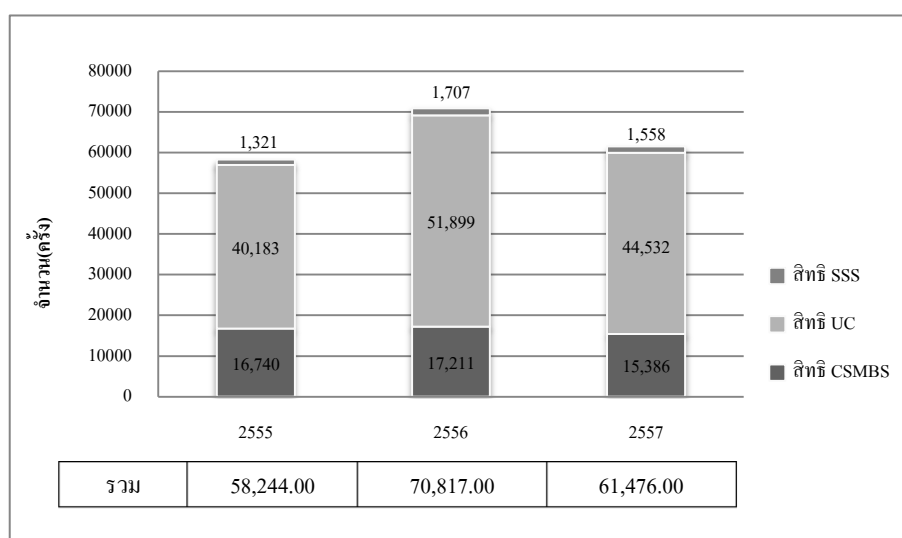
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการสังกัดกรมอื่นของกระทรวงสาธารณสุข กรณีผู้ป่วยนอก ให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามจริงแต่ไม่เกินเพดาน(ceiling) 700 บาท และให้จ่ายเพิ่มกรณีการตรวจพิเศษ

4.2 ข้อมูลเบื้องต้นของการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

4.2.1 ข้อมูลเบื้องต้นของการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

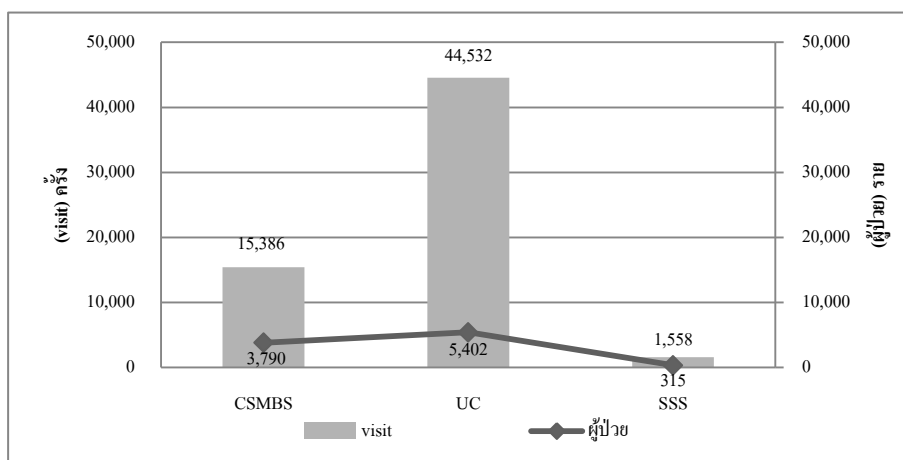
1) จำนวนการมารับบริการ(visit) จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ภาพที่ 4.1 จำนวนการมารับบริการผู้ป่วยนอกจำแนกตามระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของประเทศไทย



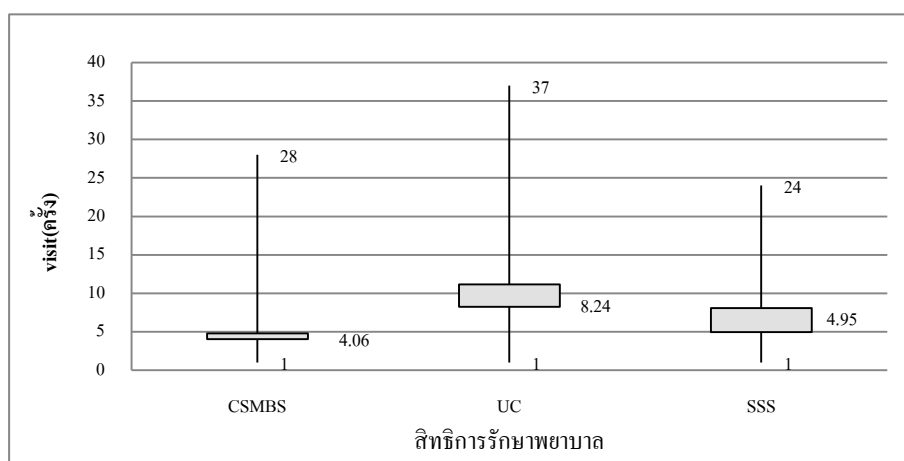
จำนวนการมารับบริการ(visit) ทั้งหมดเมื่อประเมินจากหมายเลขโรงพยาบาลของผู้ป่วย (HN) ที่ไม่ซ้ำกัน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2556 และลดลงในปี 2557 เนื่องจากนโยบายการให้บริการของโรงพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลเครือข่ายให้เข้มแข็งรองรับการบริการพื้นฐานได้ โรงพยาบาลที่ทำการวิจัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง จึงมุ่งเน้นการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเท่านั้น ทำให้แนวโน้มของผู้มารับบริการในปีงบประมาณ 2557 มีจำนวนลดลง ทั้งนี้จำนวนผู้มารับบริการมีความต่างกันตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนมากที่สุด รองลงมา คือ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ

ภาพที่ 4.2 แสดงจำนวนผู้ป่วยและการมารับบริการ (visit) ของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2557



เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งของการมารับบริการ (visit) พบว่าผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีการกำหนดเพดานในการเรียกเก็บค่ายาผู้ป่วยนอกต่อครั้งของการมารับบริการ ทำให้จำนวนการมารับบริการ (visit) สูง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการต่อปี ดังรูปที่ 4.3

ภาพที่ 4.3 จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการเฉลี่ยต่อผู้ป่วยต่อปีจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2557

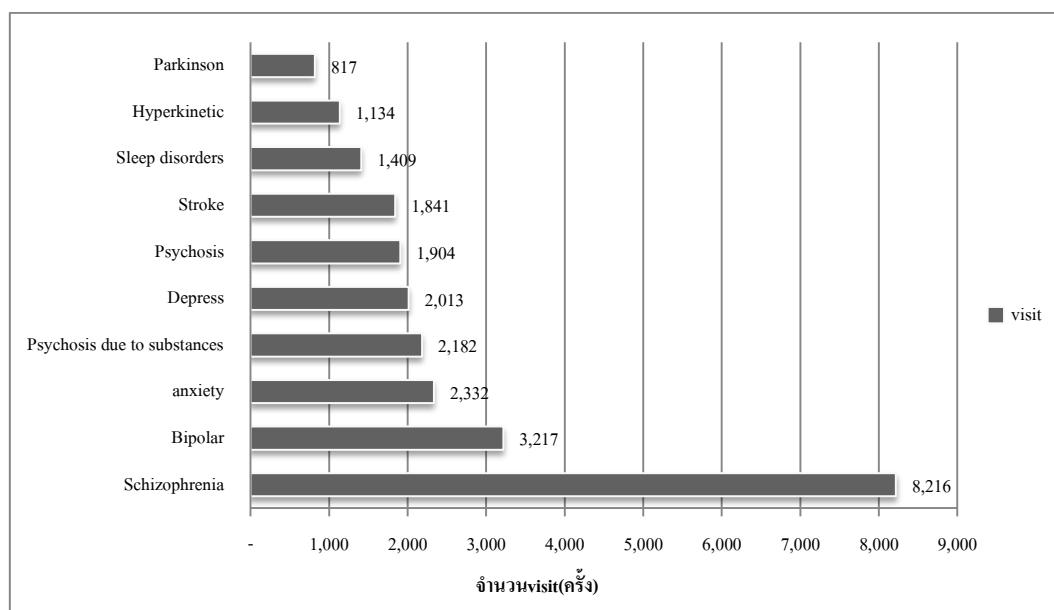


จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการของผู้ป่วย (visit) ต่อคนต่อปี ในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) และสิทธิประกันสังคม (SSS) มีค่าเท่ากับ 4.06 และ 4.95 ครั้งต่อปี ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศในการศึกษาก่อนหน้า⁴² แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการของผู้ป่วย (visit) ต่อคนต่อปี มีค่าเท่ากับ 8.24 ซึ่งมากกว่า

ทั้งสองสิทธิข้างต้นเกือบ 2 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของมูลค่าในการเบิกจ่ายในการมารับยาแต่ละครั้ง(เพดาน 700 บาทต่อครั้ง) เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สะดวกในการมารับบริการ ต้องมารับบริการถี่กว่าที่จำเป็น เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้จะพบว่าสูงกว่าในโรงพยาบาลเฉพาะทางในการศึกษาซึ่งมีจำนวน visit เฉลี่ยต่อคนต่อปีเป็น 2.50 ครั้งโดยจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางจะมีจำนวนการเข้ารับบริการต่อคนต่อปีต่ำกว่าโรงพยาบาลทั่วไป และจากข้อมูลจะมีผู้ป่วยบางรายในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ที่มีจำนวนครั้งของการมารับบริการที่สูงมากเนื่องจากความจำเป็นต้องใช้ยาบางรายการที่มีมูลค่าสูงมากและข้อจำกัดของเพดานมูลค่ายาในแต่ละครั้งของการมารับบริการทำให้จำเป็นต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น

2) จำนวนการมารับบริการ(visit) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคตาม ICD10 จำนวนรายการยาที่ได้รับ และมูลค่ายาต่อครั้งของการมารับบริการ จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

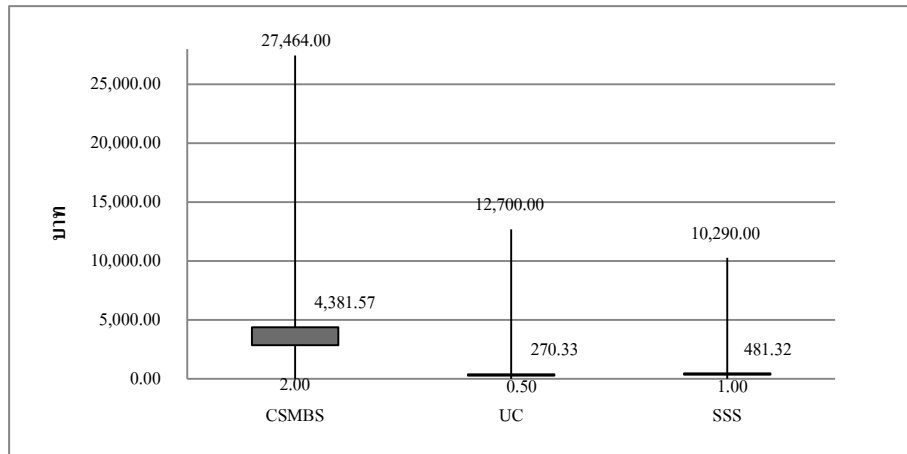
ภาพที่ 4.4 จำนวนการมารับบริการ(visit)มากที่สุด 10 อันดับแรกของโรงพยาบาล จำแนกตามการวินิจฉัยโรคตาม ICD10 ปีงบประมาณ 2557



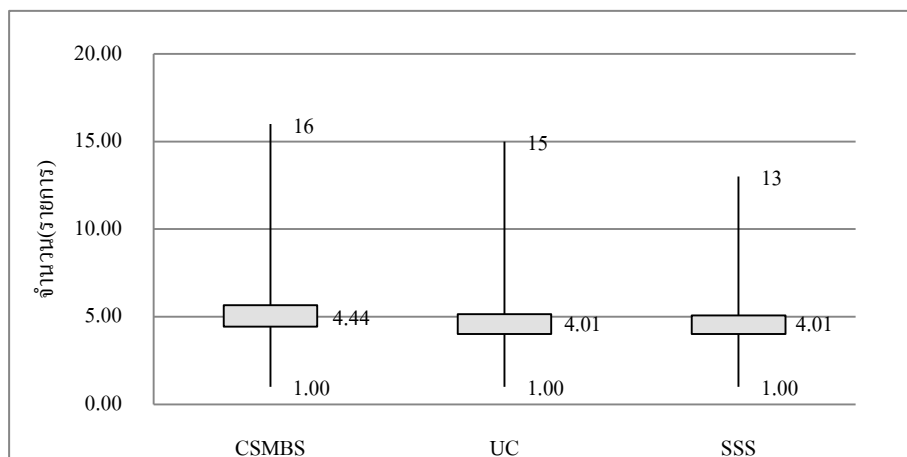
จากการที่โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช โรคที่มีจำนวนการมารับบริการสูงเป็นอันดับต้นๆ ก็จะเป็นโรค Schizophrenia, Bipolar disorder และ Anxiety disorder ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวช และโรคพยาบาลยังให้บริการเกี่ยวกับโรคทางระบบประสาทด้วยคือ Stroke และ Parkinson เป็นต้น โดยในส่วนของโรค Schizophrenia ซึ่งมีจำนวนการมารับบริการ

(visit) สูงสุดเท่ากับ 8,216 ครั้ง ก็พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือ 1,934 ราย ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สอดคล้องกับโรคอื่นๆ

ภาพที่ 4.5 มูลค่ายาเฉลี่ยต่อครั้งที่มารับบริการ(visit) จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 4.6 จำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ยต่อครั้งที่มารับบริการ(visit) จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล



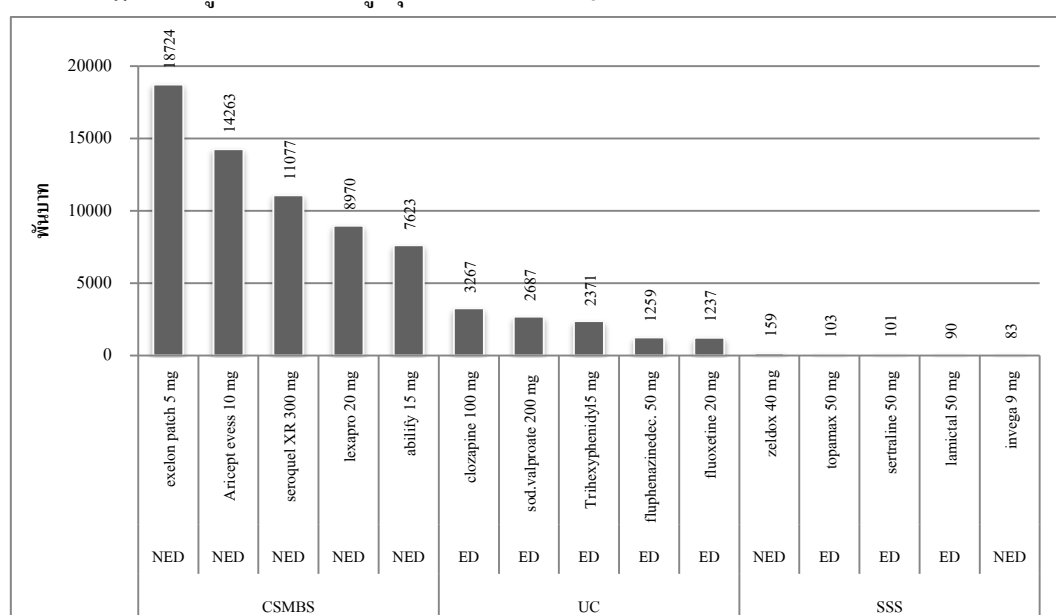
มูลค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการ(visit)จะเห็นได้ว่าในสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการมีมูลค่ายาค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับสิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีมูลค่ายาต่อ visit ต่ำสุด ต่ำกว่าช่วงมูลค่ายาเฉลี่ยต่อ visit ในการศึกษาก่อนหน้านี้⁴¹ ที่พบว่าโรงพยาบาลเฉพาะทางมีค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นมูลค่าเฉลี่ย 450 – 3,135 บาทต่อครั้ง ซึ่งถือว่ามีความแตกต่างกันมากในแต่ละโรงพยาบาล แต่มีความสอดคล้องกันเมื่อวิเคราะห์จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมีมูลค่ายาต่อคนต่อปีในสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการสูงกว่าสิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับข้อมูลข้างต้นที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มสิทธิสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค จำเป็นต้องใช้ยากกลุ่มใหม่ซึ่งมีราคาสูงแต่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่า และในส่วนของจำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อvisit พบว่ามีความใกล้เคียงกันในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล และใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้คือ 3.51 รายการยาต่อการมารับบริการ

4.3 ข้อมูลการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาล

1) ปริมาณการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล

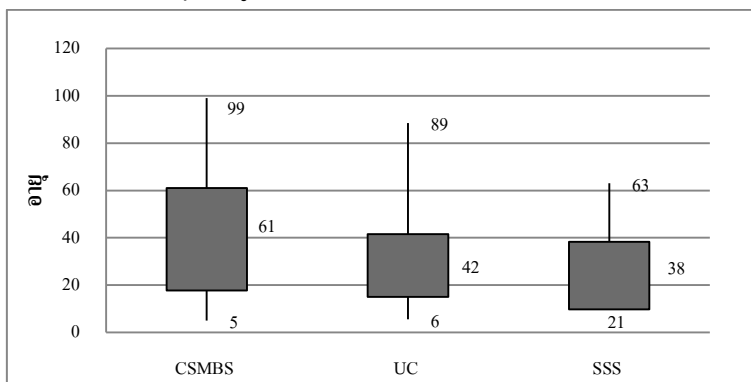
ภาพที่ 4.7 ยาที่มีมูลค่าการสั่งใช้สูงสุดในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล



ยาที่มีปริมาณการใช้สูงจะมีแนวโน้มเช่นเดียวกับโรคที่มีจำนวนการมารับบริการ (visit) ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล แต่ในส่วนของยาที่มีมูลค่าการใช้สูงจะพบว่าในสิทธิสวัสดิการรักษายาข้าราชการ (CSMBS) จะเป็นยาที่มีราคาแพงและเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) อาจเนื่องมาจาก 2 เหตุผล คือ 1) ข้อจำกัดของกลไกในการเบิกจ่ายค่ายาซึ่งจะเห็นได้ชัดในการเบิกจ่ายค่ายาของผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการรักษายาข้าราชการ (CSMBS) จะเป็นการจ่ายรายรายการ (fee for service) ไม่มีการจำกัดเพดานการเบิกจ่ายในแต่ละครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) จะมีการจำกัดเพดานในการมารับบริการแต่ละครั้งกับผู้ป่วย ทำให้เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มโรคเดียวกันจะมีรูปแบบการจ่ายยาที่แตกต่างกันซึ่งจะเห็นได้ชัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Dementia) ที่ยาที่มีข้อบ่งใช้ในโรคสมองเสื่อมจะเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและเป็นยาที่มีราคาแพง และ 2) ผู้รับบริการส่วนใหญ่ในสิทธิสวัสดิการรักษายาข้าราชการ เป็นผู้สูงอายุ ดังแสดงในภาพที่ 4.8 ที่มีโรคร่วมหลายโรค ทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกใช้

ยา จำเป็นต้องเลือกใช้ยา กลุ่มใหม่ที่มีผลข้างเคียงน้อยซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นยานอกบัญชียาหลัก
แห่งชาติและเป็นยาราคาแพง

ภาพที่ 4.8 อายุของผู้มารับบริการจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

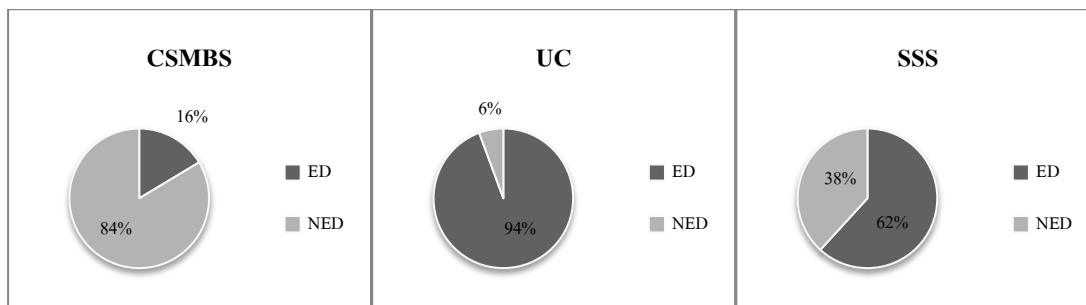


จำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามอายุ พบว่า จะมีค่าอายุเฉลี่ยสูงสุดในสิทธิ
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งผู้มารับบริการส่วนใหญ่รับราชการและเป็นข้าราชการบำนาญ
และค่าอายุเฉลี่ยของผู้มารับบริการจะน้อยที่สุดในสิทธิประกันสังคมซึ่งผู้มารับบริการส่วนใหญ่อยู่
ในวัยทำงาน

2) สถานะของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

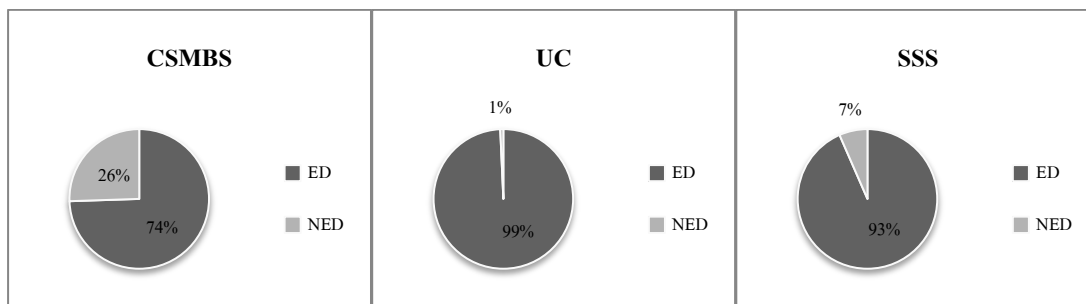
ภาพที่ 4.9 สัดส่วนมูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ:ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ(ED:NED)

ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

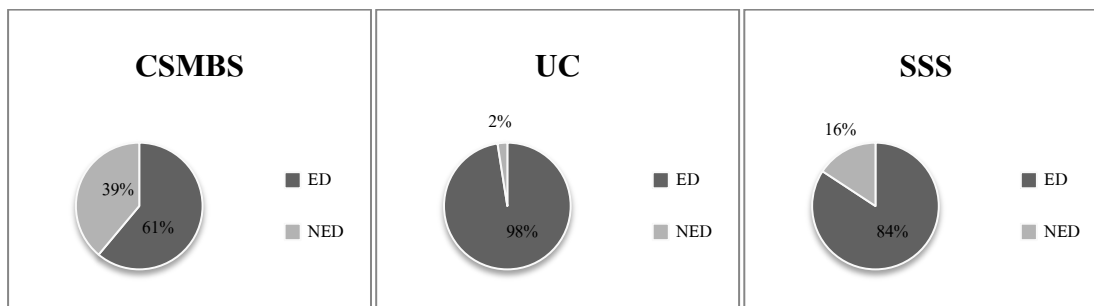


ภาพที่ 4.10 สัดส่วนปริมาณยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ:ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED:NED)

ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 4.11 สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ:ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED:NED)ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล



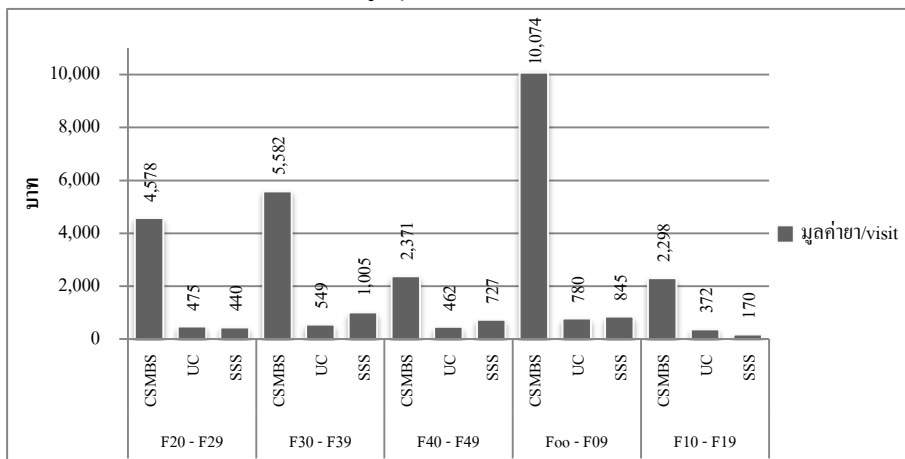
เมื่อวิเคราะห์สัดส่วนตามมูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลัก(ED) และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ(NED) ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลมีความแตกต่างกันคือในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ(CSMBS)จะมีอัตราส่วนการเบิกจ่ายยา ED:NED เท่ากับ 16:84 ซึ่งมีอัตราการใช้ยา NED มากกว่าเมื่อเทียบกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)และสิทธิประกันสังคม(SSS)ที่มีอัตราส่วนการเบิกจ่ายยาเท่ากับ 94:6 และ 62:38 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสัดส่วนมูลค่ายากระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือสัดส่วน ED:NED เป็น 70:30 มากกว่าในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ(CSMBS) โดยเมื่อวิเคราะห์สัดส่วนตามปริมาณการใช้ยาและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาในสิทธิ CSMBS พบว่าจะมีสัดส่วนของยา ED ที่สูงกว่าเมื่อวิเคราะห์ตามมูลค่ายา เนื่องจากยาที่มีการใช้ในสิทธิ CSMBS ส่วนใหญ่จะเป็นยา NED ที่มีมูลค่าสูง จึงมีสัดส่วนของ NED ที่สูงเมื่อพิจารณาตามมูลค่า

3) มูลค่าของยาต่อการมารับบริการ(visit)ในกลุ่มโรคหลักที่มีจำนวนการมารับบริการ(visit) สูงสุดของโรงพยาบาล 5 กลุ่มโรค ตาม ICD10

1. F20 - F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
2. F30 - F39 Mood [affective] disorders
3. F40 - F49 Neurotic stress-related and somatoform disorders
4. F00 - F09 Organic, including symptomatic, mental disorders
5. F10 - F19 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use

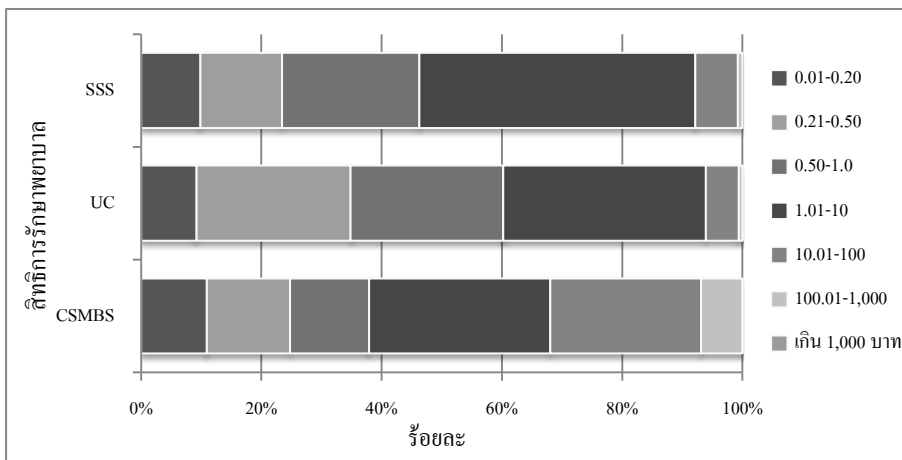
จากข้อมูลเปรียบเทียบมูลค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการ(visit)ในกลุ่มโรคเดียวกันพบว่า มูลค่าการเบิกจ่ายยาเฉลี่ยต่อการมารับบริการในแต่ละสิทธิการรักษามีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบในโรคเดียวกัน พบว่ามูลค่ายาต่อการมารับบริการของสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ(CSMBS)จะสูงกว่าในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)และสิทธิประกันสังคม(SSS)ในทุกกลุ่มโรคสอดคล้องกับแนวโน้มของมูลค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการ(visit)ในภาพรวม

ภาพที่ 4.12 มูลค่าขายเฉลี่ยต่อการมารับบริการ จำแนกตามกลุ่มโรคที่มีจำนวนการมารับบริการ สูงสุด 5 อันดับแรก

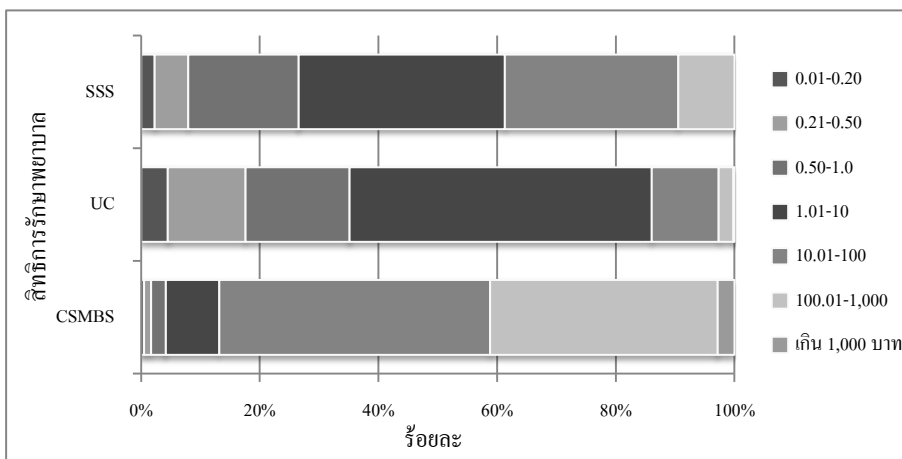


4) ปริมาณการใช้ยาในแต่ละช่วงราคาขายจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

ภาพที่ 4.13 ปริมาณยาที่มีการเบิกจ่ายในแต่ละช่วงราคาตามรูปแบบการเบิกจ่าย จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล



ภาพที่ 4.14 มูลค่ายาที่มีการเบิกจ่ายในแต่ละช่วงราคาตามรูปแบบการเบิกจ่าย จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล



เมื่อพิจารณาปริมาณการใช้ยาในแต่ละช่วงราคายาจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่ายาที่มีปริมาณการใช้สูงในทั้ง 3 สิทธิการรักษาพยาบาลจะมีมูลค่าต่อหน่วยอยู่ในช่วง 1.01-10.00 บาท แต่เมื่อพิจารณามูลค่าการใช้ยาในแต่ละช่วงราคายาจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่ายาที่มีมูลค่าสูงในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) และสิทธิประกันสังคม(SSS)จะอยู่ในช่วงราคา 1.01-10.00 บาท แต่ยาที่มีมูลค่าสูงในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ(CSMBS) ส่วนใหญ่จะเป็นยาที่มีราคาแพงคืออยู่ในช่วงราคา 10.01-100.00 บาท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของการบริการรักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกและวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มย่อยจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับรูปแบบค่าใช้จ่ายในการศึกษานี้มีข้อมูลในทำนองเดียวกันกับการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ค่ายาที่ผู้ป่วยภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการได้รับสูงกว่าค่ายาที่ผู้ป่วยภายใต้สิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่จากข้อมูลเหล่านี้ ก็เป็นการยากที่จะตอบได้ว่าค่าใช้จ่ายที่ไม่เท่ากันที่พบนั้นเกิดจากการใช้ยามากเกินความจำเป็น(overuse) ในส่วนของบริการผู้ป่วยที่สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการหรือเกิดจากการใช้น้อยกว่าที่จำเป็น(underuse) ในส่วนของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือเป็นปัญหาทั้ง 2 ด้าน ซึ่งเป็นประเด็นคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสมในการใช้ยา และหากมองจากมุมมองของความเท่าเทียม อาจมองได้ว่าเป็นความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงยา จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบในโรคเดียวกันและเทียบเคียงกับมาตรฐานการรักษาด้วย

สอดคล้องกับปัญหาการวิจัยที่ว่าวิธีการเบิกจ่ายค่ายาทั้งที่เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และแบบเบิกจ่ายรายรายการยาตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ(Fee for Service) ถ้วนอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล ปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น รวมทั้งความไม่มีประสิทธิภาพของระบบ ทั้งนี้การเบิกจ่ายค่ายาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคมมีลักษณะของการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) จากผลการศึกษา พบว่ายาที่มีการเบิกจ่ายในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงราคาที่ไม่สูงอาจทำให้อาจส่งผลผลกระทบต่อผู้ป่วยหากจำเป็นต้องใช้ยาที่มีราคาแพง โดยเฉพาะการใช้ยาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง แต่จากระบบการเบิกจ่ายค่ายาทำให้โรงพยาบาลไม่มีแรงจูงใจที่จะจ่ายยาราคาแพง ซึ่งอาจทำให้อาการทรุดหนักหรือไม่หายจากอาการป่วยหากโรคนั้นหากจำเป็นต้องใช้ยาที่มีราคาแพง เพราะทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับภาระค่ายาซึ่งสูงกว่าเงินที่ได้รับแบบเหมาจ่ายรายหัว แต่ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการเป็นระบบการเบิกจ่ายจริงตามค่าบริการ(fee for service) โรงพยาบาลจึงไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่าย เนื่องจาก

สามารถเบิกได้จากกรมบัญชีกลาง ดังนั้นการพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาด้วยการ กำหนดราคาเบิกจ่ายตามรายการ โดยผู้ซื้อบริการ น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาปัญหา ดังกล่าว โดยรูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการวิจัยน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการเบิกจ่ายค่า ยาผู้ป่วยนอก ซึ่งจะช่วยบรรเทาปัญหาจากวิธีการจ่ายเงินค่ายาในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ใน ปัจจุบันได้

อย่างไรก็ตามรูปแบบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายระหว่างสิทธิการรักษาที่ต่างกันนี้ เป็นสิ่งที่ควรมีการพิจารณาเชิงนโยบายถึงความเหมาะสมของการใช้จ่ายและความเท่าเทียมในการ บริการสุขภาพ ทั้งนี้ในโรงพยาบาลประเภทที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่แตกต่างกันย่อมมีภาระ ของการให้บริการที่แตกต่างกัน การจ่ายเงินในอัตราเหมาจ่ายต่อคนต่อปีที่เป็นอัตราเดียวกันและใช้ ครอบคลุมทุกโรคอาจส่งผลต่อการให้บริการได้

4.4 การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยาและผลกระทบทางการเงินตามรูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองใน การศึกษา

รูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน

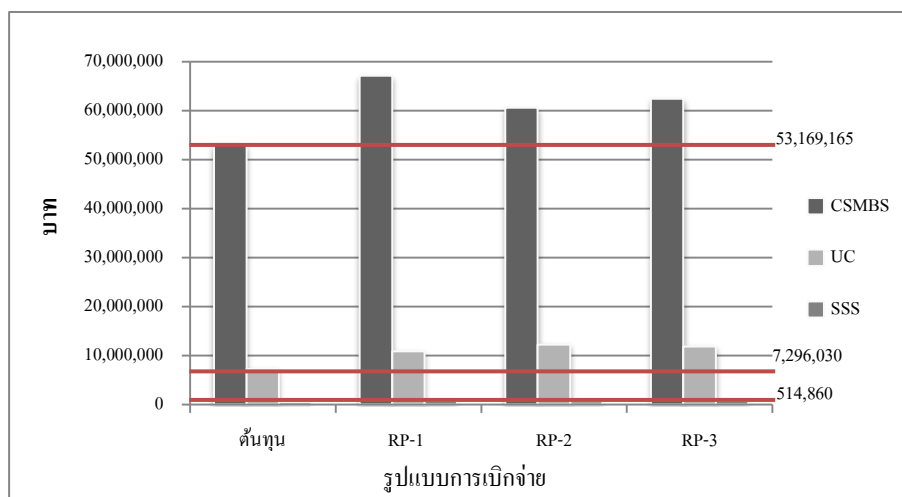
1. รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการ เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลาง ซึ่ง เป็นรูปแบบปัจจุบันที่ใช้ในโรงพยาบาล (RP-1)

รูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษา

1. รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/ อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงาน ประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2)
2. รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นจากการปรับอัตราค่าบริการของสำนัก งานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3)

4.4.1 ค่าใช้จ่ายด้านยาในปีงบประมาณ 2557 ที่จำลองในการศึกษาจำแนกตามสิทธิการ รักษาพยาบาล

ภาพที่ 4.15 ค่าใช้จ่ายด้านยาที่จำลองตามรูปแบบการเบิกจ่ายในการศึกษา จำแนกตามสิทธิการ
รักษาพยาบาล ปีงบประมาณ 2557



เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาในการเบิกจ่ายปัจจุบันกับรูปแบบที่ใช้ในการศึกษา พบว่าในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ(CSMBS) และสิทธิประกันสังคม(SSS) จะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน คือ ค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายปัจจุบันซึ่งใช้หลักเกณฑ์อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการของกรมบัญชีกลางที่คำนวณจากราคาทุน(RP-1) มีมูลค่ามากกว่าค่าใช้จ่ายด้านยาที่จำลองในการศึกษา ซึ่งใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต13ที่คำนวณจากราคากลาง(RP-2) และข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยที่คำนวณจากราคาทุน(RP-3) แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) มูลค่าของค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายปัจจุบันจะมีมูลค่าต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่จำลองในการศึกษาทั้ง 2 รูปแบบ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ายาที่ใช้ส่วนใหญ่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) จะอยู่ในช่วงมูลค่า 1.01-10 ซึ่งการเบิกจ่ายรูปแบบ RP-2 และ RP-3 จะมีส่วนบวกเพิ่มที่สูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายในปัจจุบัน

4.4.2 รายได้ค่ายาที่สูงกว่าต้นทุน(กำไร)จากรูปแบบการเบิกจ่ายแต่ละแบบ

การกำหนดราคาเบิกจ่าย → ราคาเบิกจ่าย = ราคาฐาน + ส่วนเบิกเพิ่ม

4.4.2.1 ราคาฐาน

การกำหนดราคาฐานโดยใช้ราคากลางจากระบบราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องกำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2553 ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ราคาในการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง มีกลไกในการปรับปรุงราคาให้ทันสมัยและได้รับการกลั่นกรองเพื่อให้เหมาะสมกับการจัดซื้อยาของผู้ให้บริการ จึงเชื่อได้ว่าเป็นระบบราคาที่มีความยั่งยืนและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ หากนำมาใช้เป็นราคาฐานสำหรับการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา ยิ่งไปกว่านั้นด้วยระเบียบราชการที่กำหนดให้โรงพยาบาลรัฐจะต้องจัดซื้อยาที่ราคาต่ำกว่าราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบราคากลางกับราคาทุนประมาณการ ที่คำนวณจากสูตรการกำหนดราคาขายของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง พบว่า โดยเฉลี่ยราคากลางมีค่าสูงกว่าราคาต้นทุนประมาณการมากกว่า 20% (อยู่ในช่วง 0-80%) ทำให้แน่ใจได้ว่าการใช้ราคากลางเป็นราคาฐานสำหรับคำนวณราคาเบิกจ่ายจะไม่เกิดผลกระทบทางการเงินในทางลบต่อโรงพยาบาล

ในส่วนของหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายกรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต13 จะใช้ราคากลางเป็นราคาฐาน ซึ่งจะมีข้อจำกัดในกรณีที่ยาที่มีการเบิกจ่ายเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งจะไม่มีกำหนดราคากลางจึงต้องใช้ราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติต่ำสุดมาตรฐานแทน ซึ่งบางรายการจะไม่ตรงกับราคาทุนหรือราคาจัดซื้อจริงของโรงพยาบาล ทำให้การใช้การเบิกจ่ายวิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถสะท้อนต้นทุนค่ายาที่แท้จริงของโรงพยาบาลได้ แต่ในส่วนของข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย จะใช้ราคาทุนเป็นราคาฐาน ซึ่งจะมีข้อดีกว่าในการศึกษานี้คือสามารถสะท้อนต้นทุนค่ายาที่แท้จริงของโรงพยาบาล แต่การใช้ราคาทุนเป็นราคาฐานจะทำให้มีความแตกต่างกันของข้อมูลราคาฐานยาที่ใช้ในการเบิกจ่ายมากกว่าการใช้ราคากลาง

4.4.2.2 ส่วนบวกเพิ่ม

การเบิกจ่ายปัจจุบันมีรูปแบบการคิดร้อยละส่วนบวกเพิ่ม(% mark-up)แบบขั้นบันไดซึ่งกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง กำหนดสำหรับผู้ให้บริการภาครัฐในการตั้งราคาขายยา เป็นรูปแบบที่น่าสนใจในการนำมากำหนดส่วนบวกเพิ่มจากราคาฐาน เพราะเป็นรูปแบบที่ผู้ให้บริการภาครัฐทั่วประเทศคุ้นเคย และยังเป็นมาตรการที่เปิดโอกาสให้มีการส่งเสริมคุณภาพการให้บริการได้ด้วย เช่น การใช้มาตรการนี้กำหนดส่วนบวกเพิ่มในอัตราที่แตกต่างกันเพื่อส่งเสริมให้

ผู้ให้บริการเลือกใช้จ่ายอย่างสมเหตุสมผล เช่น กำหนดอัตราส่วนบวกเพิ่มสำหรับยาชื่อสามัญให้มากกว่ายาต้นแบบ เป็นต้น

ในส่วนการควบคุมราคาขายยาของโรงพยาบาลด้วยการกำหนดร้อยละส่วนบวกเพิ่ม(% mark-up) ที่บวกเพิ่มจากราคาซื้อขายในรูปแบบ regressive mark-ups โดยจะบวกเพิ่มในอัตราต่ำสำหรับยาราคาแพง และกลไกการจ่ายเงินค่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวโดยรวมค่ายาเข้าไปด้วย ทำให้ผู้ให้บริการพยายามต่อราคาขายให้ได้ราคาถูกลง และเป็นการส่งเสริมให้ใช้ยาชื่อสามัญที่ผลิตในประเทศ ส่วนในระบบประกันสุขภาพที่จ่ายค่ายาแบบตามรายการ(fee for service) ในปัจจุบันเป็นไปในลักษณะการจ่ายตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ แม้ว่าจะมีการควบคุมการตั้งราคาขายของสถานพยาบาลภาครัฐด้วยการกำหนด regressive mark-ups แต่ยังไม่มีการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาตามรายการยาแบบที่กำหนดขึ้นโดยผู้จ่ายเงิน (reimbursement price) ดังเช่นผู้จ่ายเงินในระบบจ่ายตามรายการในประเทศอื่นๆดำเนินการ ซึ่งมีประสิทธิผลดี ในการควบคุมราคาและค่าใช้จ่ายด้านยา

เนื่องจากมีข้อมูลในการศึกษาก่อนหน้าพบว่า การกำหนดราคาขายยาของโรงพยาบาลรัฐบาลไม่เป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด โดยมีจำนวนรายการยาที่ราคาขายเกินกว่าสูตรที่กรมบัญชีกลางกำหนดทั้งในยาประเภทต้นแบบและยาชื่อสามัญ แสดงให้เห็นว่าระบบ Direct price control ของประเทศยังไม่มีประสิทธิภาพที่ดีพอ และที่สำคัญเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลางนอกจากจะไม่สร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลและแพทย์ประหยัดค่าใช้จ่ายแล้ว ยังกลับส่งเสริมให้มีการจ่ายยาที่มีราคาสูงให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย เพราะโรงพยาบาลสามารถทำกำไรจากการจ่ายยาที่มีราคาแพงมากกว่ายาที่มีราคาถูก เช่น ในกรณีที่แพทย์จ่ายยาสามัญเม็ดละ 1 บาทให้แก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลจะสามารถเบิกจ่ายค่ายาดังกล่าวจากกรมบัญชีกลางได้ในราคา 1.50 บาท ทำให้มีกำไร 50 สตางค์ แต่หากโรงพยาบาลจ่ายยาต้นแบบเม็ดละ 100 บาท จะสามารถเบิกจ่ายได้ 121 บาท ($13+90*1.2$) ทำให้มีกำไรสูงถึง 21 บาทต่อเม็ด การเลือกจ่ายยาต้นแบบที่มีราคาแพงจึงเป็นช่องทางหนึ่งในการหารายได้ของโรงพยาบาลของรัฐ⁴³ และจากการศึกษาพบว่าเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง นอกจากจะไม่สร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลและแพทย์ประหยัดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยาแล้ว ยังกลับเป็นการส่งเสริมให้มีการจ่ายยาที่มีราคาแพงให้แก่ผู้ป่วยอีกด้วย เพราะโรงพยาบาลสามารถทำกำไรจากการจ่ายยาที่มีราคาแพงมากกว่ายาที่มีราคาถูก เพื่อนำผลกำไรส่วนนี้ไปชดเชยค่าใช้จ่ายตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว⁴⁴

จากหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย RP-2 จะมีการใช้ราคากลางเป็นราคารฐานสำหรับคำนวณราคาเบิกจ่าย โดยราคากลางเป็นราคาอ้างอิงสูงสุดสำหรับจัดซื้อยาของโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลอาจจัดซื้อได้ที่ราคาถูกลงกว่า แต่ไม่แพงกว่าราคากลาง และราคาเบิกจ่ายที่คิดตามรูปแบบ

RP-2 มีส่วนบวกเพิ่มเข้าไปตามหลักการอัตราขึ้นบันไดของกรมบัญชีกลาง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า จากการจำลองผลกระทบทางการเงินของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2557 การใช้รูปแบบ RP-2 โดยใช้ราคากลางเป็นราคาฐานจะให้ผลกำไรร้อยละ 20.46 จากปกติที่ใช้รูปแบบการเบิกจ่าย ปัจจุบัน โรงพยาบาลมีกำไรจากค่ายาร้อยละ 28.96 แต่จากการที่ขยายรายการที่เบิกจ่ายในโรงพยาบาลเป็นยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งจะไม่มีข้อมูลราคากลาง จึงจะเลือกใช้ราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติต่ำสุดมาตรฐานแทน ซึ่งขยายรายการจะมีราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติที่ต่ำกว่าราคาทุนหรือราคาจัดซื้อจริงของโรงพยาบาล และเมื่อวิเคราะห์บัญชียาของโรงพยาบาลโดยภาพรวม พบว่า รายการยาส่วนใหญ่มีราคาทุนหรือราคาจัดซื้อสูงกว่าราคากลางหรือราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติ ทำให้การใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 อาจไม่สามารถสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของโรงพยาบาลได้

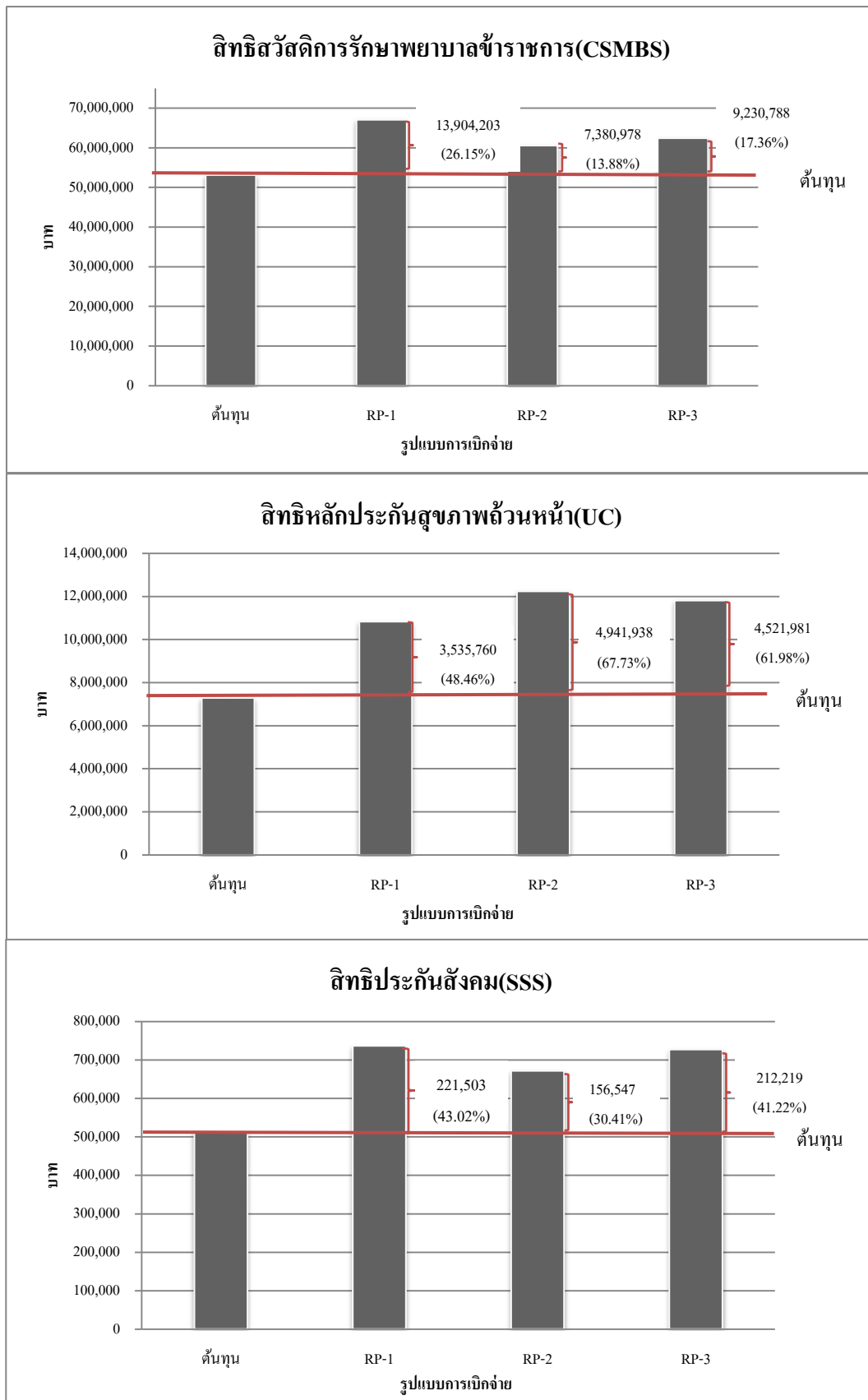
ในส่วนของหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายา RP-2 สำหรับการกำหนดรายการยาที่จะให้เบิกจ่าย พบว่า นโยบายเดิมซึ่งให้เบิกจ่ายเฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีความสอดคล้องกับหลักการที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงกลไกทางการเงินที่มีต่อการสั่งจ่ายยาของผู้ให้บริการ อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อผู้ป่วยที่ป่วยที่ป่วยที่มีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) โดยที่การเปลี่ยนแปลงผลิตภัณฑ์ยาจะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา แม้ว่าระดับยาในเลือดของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปแม้เพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ การส่งเสริมคุณภาพยาที่ผลิตในประเทศเป็นอีกประเด็นที่ไม่อาจจะละเลย การคิดส่วนบวกเพิ่มของเบิกจ่ายค่ายาสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบและยาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้ตามมาตรฐาน PIC/S-GMP แตกต่างจากรายการอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการการส่งเสริมคุณภาพของการให้บริการที่กำหนดไว้

4.5 วิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบทางการเงิน

วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลกระทบด้านงบประมาณที่เกิดขึ้นเมื่อเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการ(provider)และผู้จ่ายเงินในระบบ(payer)

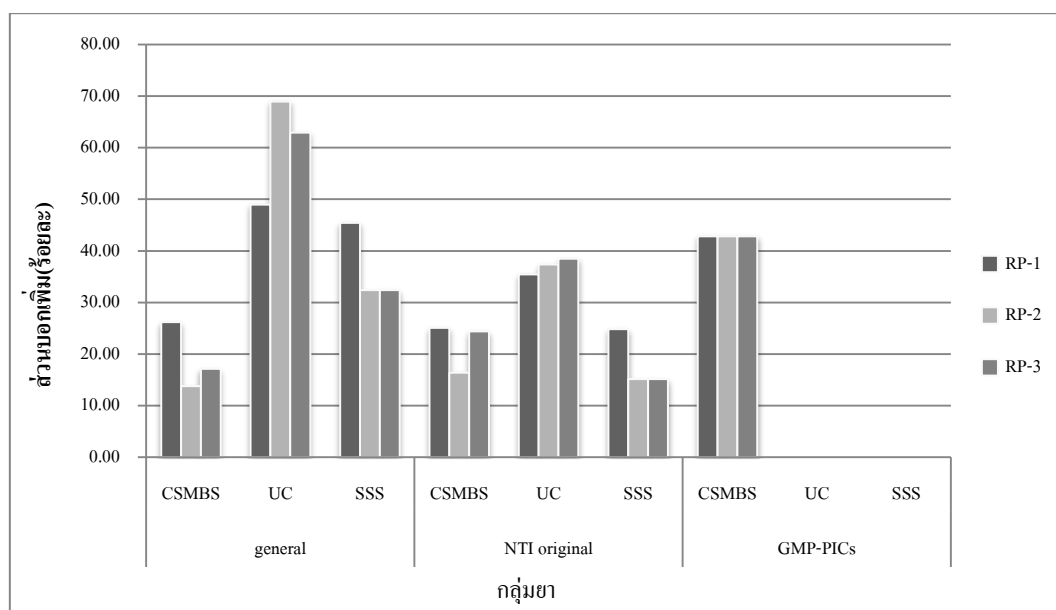
4.5.1 ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ(provider)

ภาพที่ 4.16 ร้อยละส่วนบวกเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านยาในปีงบประมาณ 2557 ที่จำลองตามรูปแบบการเบิกจ่ายในการศึกษาจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล



ค่าใช้จ่ายด้านยาเมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลจะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกันคือในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะมีมูลค่าการใช้ยา/คน/visit ที่สูงกว่าในสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามลำดับ แต่กลับมีร้อยละส่วนบวกเพิ่ม(% Mark up)ของราคาขายที่น้อยกว่าเนื่องมาจากยาที่ใช้ส่วนใหญ่ของแต่ละโรคในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะเป็นยาที่มีมูลค่าอยู่ในช่วงราคาที่สูง(ช่วง 10.01-100.00 บาท)ซึ่งแต่ละรูปแบบการเบิกจ่าย จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายที่มีส่วนบวกเพิ่ม(Mark up) ลดลงเมื่อเทียบกับยาที่มีช่วงราคาต่ำกว่า(ช่วง 00.01-10.00 บาท) สอดคล้องกับที่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จะมีร้อยละส่วนบวกเพิ่มของราคาขายที่สูงที่สุดเนื่องจากยาที่ใช้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงราคาที่ไม่สูง และเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างรูปแบบการเบิกจ่าย พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันจะมีรายได้ค่ายาที่สูงกว่าต้นทุนมากกว่ารูปแบบ RP-2 และ RP-3

ภาพที่ 4.17 ร้อยละส่วนบวกเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านยาในปีงบประมาณ 2557 ที่จำลองตามรูปแบบการเบิกจ่ายในการศึกษาเมื่อพิจารณาตามการจัดกลุ่มยาเพื่อกำหนดราคาเบิกจ่ายของรูปแบบการเบิกจ่าย RP-2



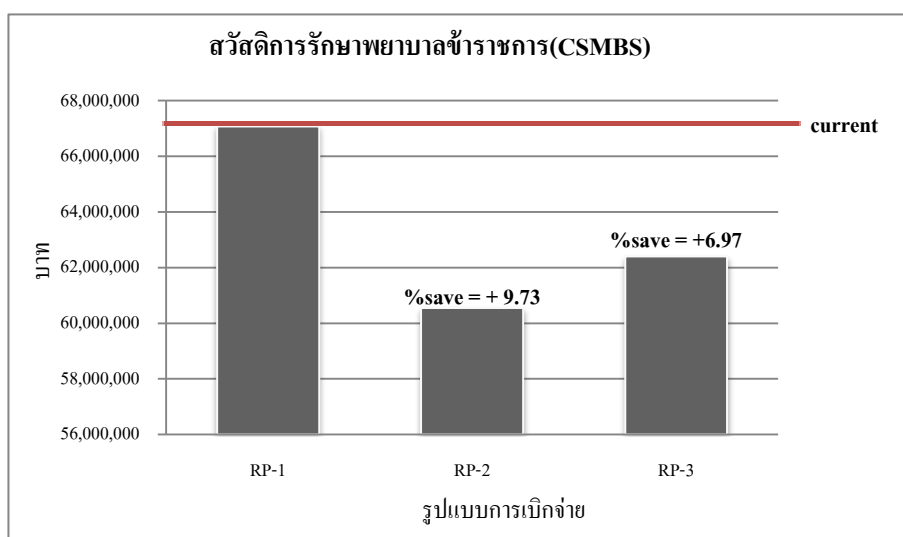
จากการที่รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 ได้กำหนดราคาเบิกจ่ายสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบ(narrow therapeutic index : NTI) และผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตจากโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน GMP-PICs แยกออกจากกลุ่มยาทั่วไป(general) เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วยจากการปรับตัวของสถานพยาบาลด้วยการเปลี่ยนผลิตภัณฑ์ยา และเป็นกลไกส่งเสริมให้มีการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ โดยแยกหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับกลุ่มยาที่มีช่วงการรักษาแคบที่เป็นยาต้นแบบ(NTIoriginal) กำหนดให้มีอัตราส่วนบวกเพิ่ม 5% เท่ากันทุกช่วงราคากลาง

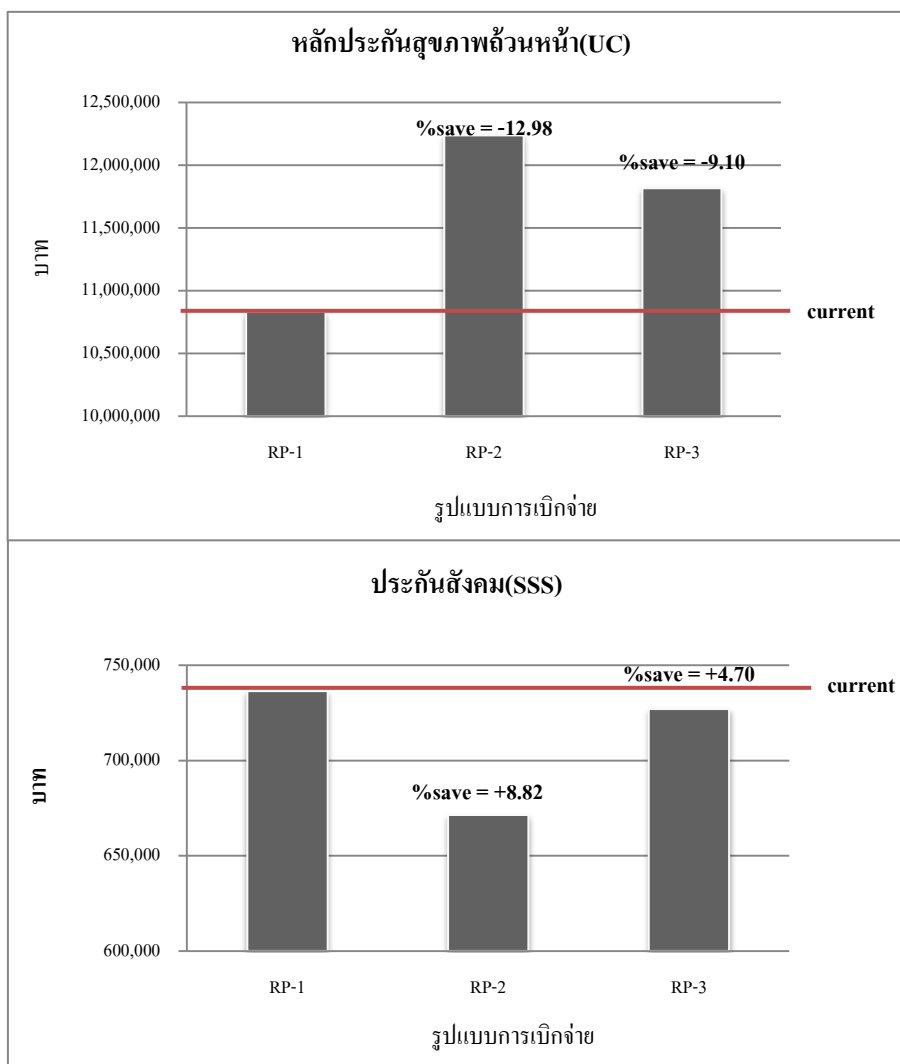
ระหว่าง 1 บาท ถึง 1000 บาท ส่วนยาที่มีราคาแพงกว่า 1,000 บาทให้เบิกจ่ายเท่ากับราคากลาง ส่วนยาที่ผลิตโดยโรงงานในประเทศที่ได้มาตรฐาน PIC/S-GMP ซึ่งมักจะมีราคาต่ำอยู่แล้ว จะกำหนดให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราส่วนบวกเพิ่มที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลาง

จากรายการยาของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามียาที่มีช่วงการรักษาแคบที่เป็นยาต้นแบบ(NTI original)จำนวน 9 รายการ และยาที่ผลิตจากโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน GMP-PICS จำนวน 3 รายการ ซึ่งจากผลการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยา พบว่าในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ(CSMBS) จะทำให้โรงพยาบาลมีกำไรจากยาในกลุ่มที่ผลิตจากโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน GMP-PICS มากกว่ากลุ่มที่มีช่วงการรักษาแคบที่เป็นยาต้นแบบ(NTI original) และยาในกลุ่มทั่วไป(general) แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)และสิทธิประกันสังคม(SSS)ยาในกลุ่มที่มีช่วงการรักษาแคบ(NTI original) จะยังทำให้โรงพยาบาลมีกำไรจากยาในกลุ่มนี้ น้อยกว่ายาในกลุ่มทั่วไป ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ผลการจำลองข้อมูลเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 โรงพยาบาลจะมีกำไรลดลงในกลุ่มที่มีช่วงการรักษาแคบ(NTI original) เมื่อเทียบกับยาในกลุ่มทั่วไป(general) แต่ไม่สามารถวิเคราะห์ผลได้ในยาในกลุ่มที่ผลิตจากโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน GMP-PICS เนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอคือไม่มีข้อมูลการใช้ยาในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)และสิทธิประกันสังคม(SSS)

4.5.2 ผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer)

ภาพที่ 4.18 ศักยภาพการประหยัดงบประมาณต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) จากผลการจำลองข้อมูลตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในการศึกษา





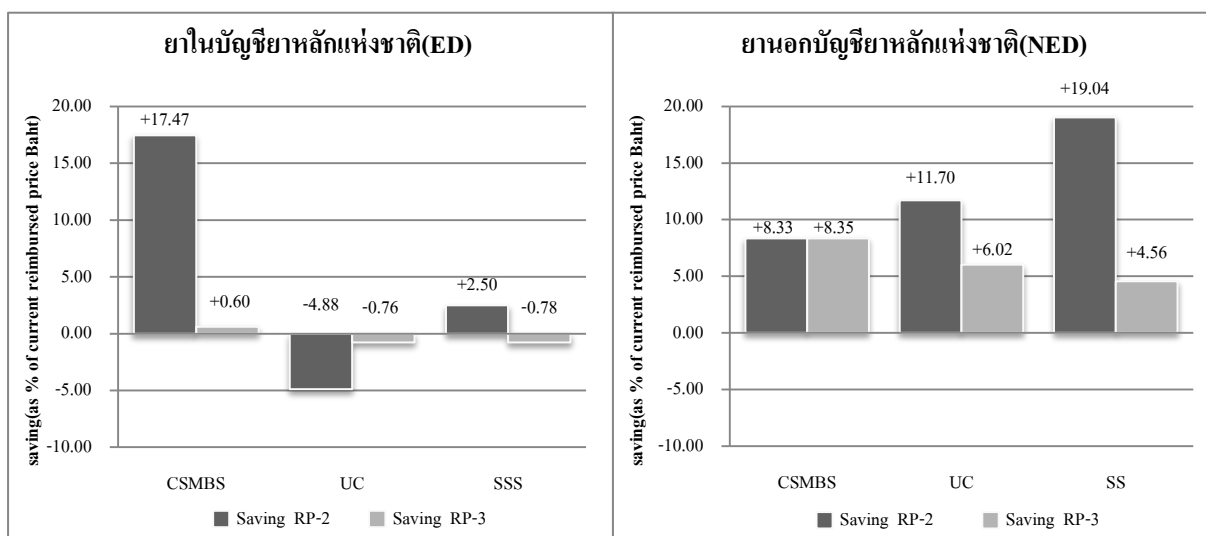
การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer)ในการวิจัยนี้จะพิจารณาจากศักยภาพการประหยัดเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน(saving as % of current reimbursed: %save) โดยค่าที่เป็น(+)หมายถึงศักยภาพการประหยัดของผู้จ่ายเงินในระบบที่เพิ่มขึ้น และค่าที่เป็น(-)หมายถึงศักยภาพการประหยัดของผู้จ่ายเงินในระบบที่ลดลงคือผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้น

วิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินในภาพรวมของผู้ให้บริการ(provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) เปรียบเทียบกับการเบิกจ่ายในรูปแบบปัจจุบัน พบว่าการใช้รูปแบบ RP-2 และ RP-3 ในภาพรวมของทุกสิทธิการรักษาพยาบาล จะทำให้ผู้ให้บริการ(provider) ขาดทุนกำไรคือสถานพยาบาลมีส่วนต่างระหว่างรายได้ค่ายากับต้นทุนน้อยลง แต่ไม่ต่ำกว่าทุน เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) และเมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาสูบ(CSMBS) และสิทธิประกันสังคม(SSS)มีแนวโน้มเป็นไปใน

แนวทางเดียวกับภาพรวม แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)จะพบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษาทั้ง 2 แบบจะทำให้สถานพยาบาลมีรายได้ค่ายาที่สูงกว่าต้นทุนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่ากรณีที่การเบิกจ่ายยาในสิทธิ UC ไม่ทำให้เกิดการประหยัดค่าใช้จ่ายต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากรูปแบบการเบิกจ่ายพบว่า ส่วนบวกเพิ่มในช่วงราคาต่ำ(0.00-10.00) ซึ่งมีการเบิกจ่ายมากในสิทธิ UC จะมีส่วนบวกเพิ่มที่มากกว่ารูปแบบเบิกจ่ายปัจจุบัน ประกอบกับการที่รูปแบบการการเบิกจ่ายปัจจุบันของโรงพยาบาลในสิทธิ UC มีการกำหนดเพดาน(ceiling)ในการเบิกจ่ายค่ายาในแต่ละครั้งของการมารับบริการ

4.5.2.1 วิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินจำแนกตามสถานะของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

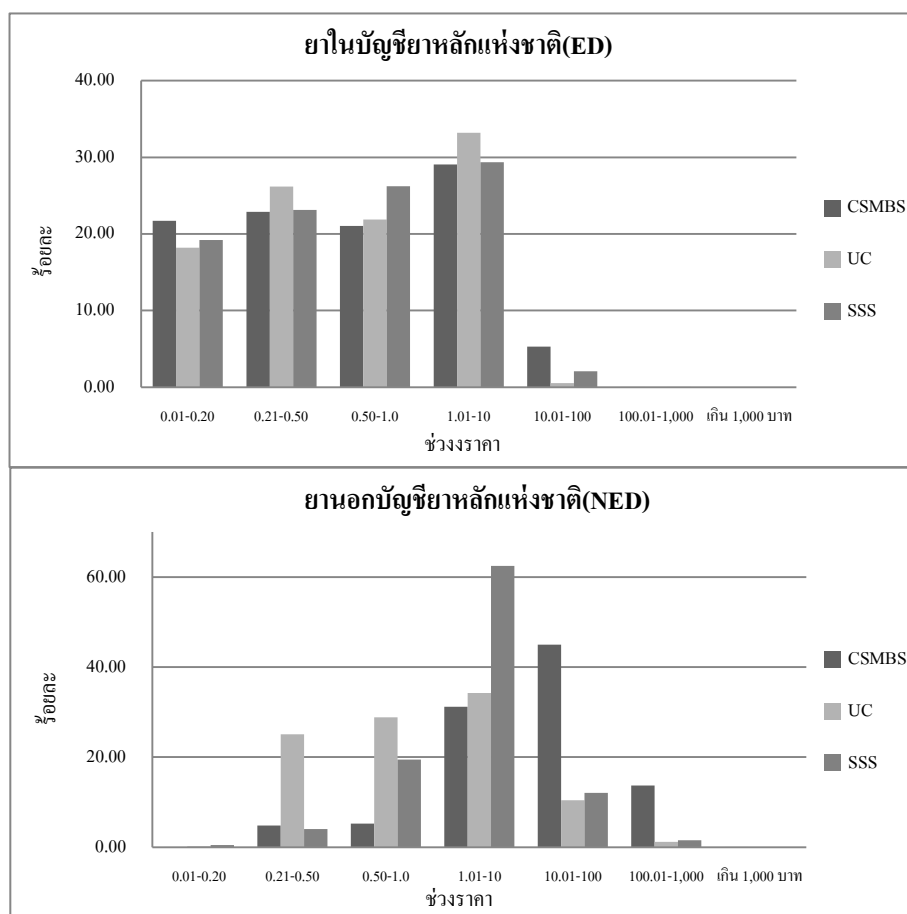
ภาพที่ 4.19 ศักยภาพการประหยัดเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจำแนกตามสถานะของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล



เมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ(ED)ในสิทธิ CSMBS เมื่อใช้รูปแบบ RP-2 และ RP-3 เทียบกับการเบิกจ่ายในปัจจุบัน(RP-1) เนื่องจากยาที่เบิกจ่ายในกลุ่มนี้เป็นยาที่อยู่ในช่วงมูลค่าสูง โดยประหยัดได้มากในรูปแบบ RP-2 ที่ใช้ราคากลางเป็นราคาฐานเนื่องจากการขายบางรายการที่มีปริมาณการเบิกจ่ายสูงมีราคาทุนที่สูงกว่าราคากลางหรือราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติ แต่ในสิทธิ UC พบว่าจะไม่สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับผู้จ่ายเงินในระบบ เทียบกับการเบิกจ่ายในปัจจุบัน เนื่องจากยาที่เบิกจ่ายในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นยาที่อยู่ในช่วงราคาต่ำ(0.01-1 บาท)

ในส่วนของศักยภาพการประหยัดของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ(NED) จะพบว่าทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของยาลงได้เหมือนกันทั้ง 3 สิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 เทียบกับการเบิกจ่ายในปัจจุบัน เนื่องยาในกลุ่มนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ NED ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงราคาสูง(ดังภาพที่ 4.19) ซึ่งตามรูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 จะให้ร้อยละส่วนบวกเพิ่มที่ลดลงเมื่อช่วงราคาเพิ่มสูงขึ้น เพื่อส่งเสริมให้มีการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลัก ส่งผลดีต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ต้องไม่ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ภาพที่ 4.20 ปริมาณยาที่มีการเบิกจ่ายยาจำแนกตามสถานะของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในแต่ละช่วงราคาตามรูปแบบการเบิกจ่าย

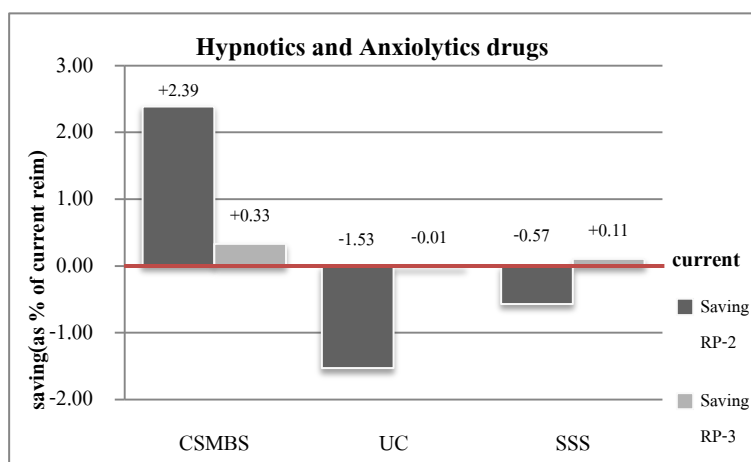


จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายจากเดิมลงและประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากสำหรับการเบิกจ่ายที่มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

(NED)ในสัดส่วนค่อนข้างสูง และงบประมาณเมื่อเปลี่ยนวิธีเบิกจ่ายค่ายาจะประหยัดได้น้อยในกรณีที่มีการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ(ED)ในสัดส่วนค่อนข้างสูง

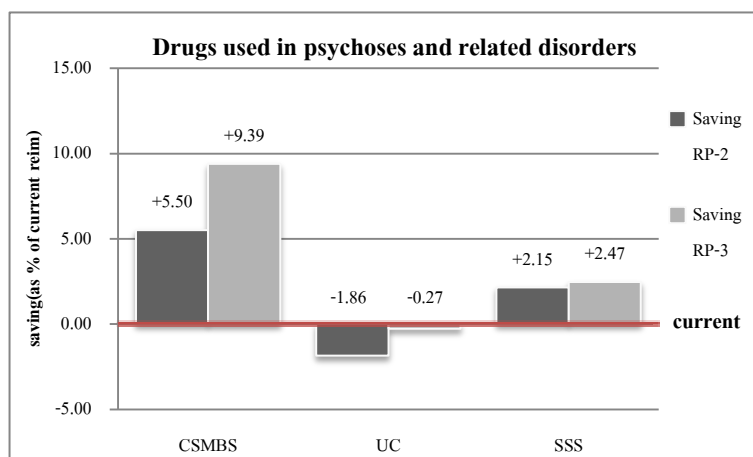
4.5.2.2 วิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินจำแนกตามกลุ่มยาที่มีปริมาณการเบิกจ่ายสูงของโรงพยาบาล

ภาพที่ 4.21 ศักยภาพการประหยัดเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจำแนกตามกลุ่มยาหลักของโรงพยาบาล ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

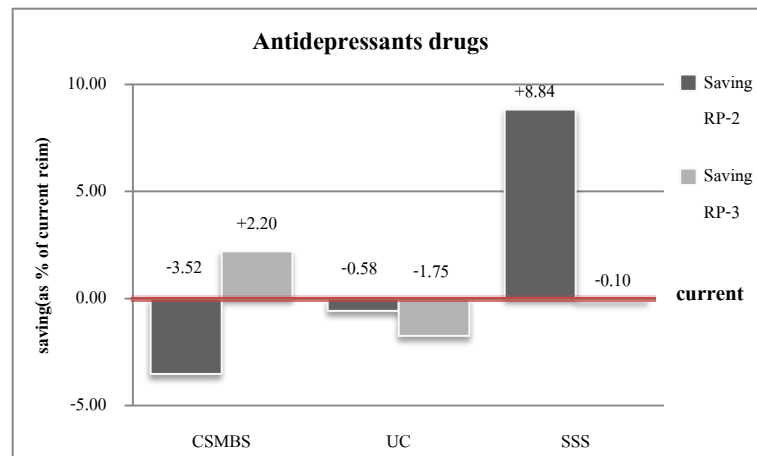


การประเมินผลกระทบต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) โดยวิเคราะห์จากศักยภาพการประหยัดเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจากการจำลองข้อมูลจำแนกตามหลักที่มีปริมาณการเบิกจ่ายสูงของโรงพยาบาล พบว่า

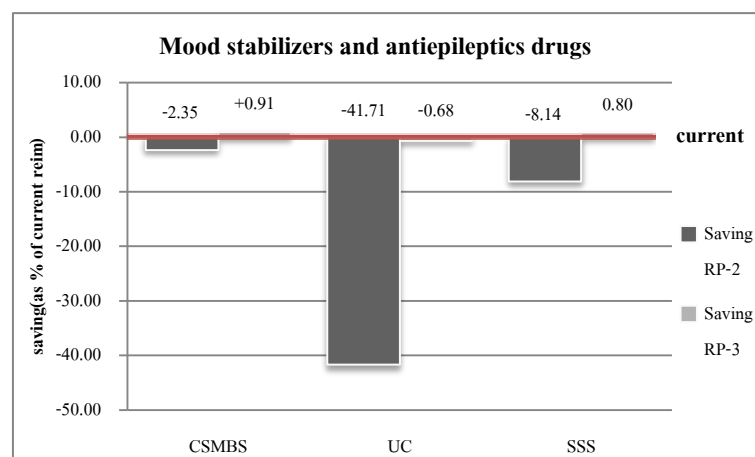
1. ยากลุ่ม Hypnotics and Anxiolytics drugs จะประกอบด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepines (BZD) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งยากลุ่มนี้จะมีราคาอยู่ในช่วง 0.01-1.00 บาท ทำให้เมื่อใช้อัตราการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษา มีผลกับศักยภาพการประหยัด(%save) ต่อผู้จ่ายเงินในระบบเหมือนกับแนวโน้มโดยภาพรวมและไม่แตกต่างกันมากทั้ง 3 สิทธิการรักษาพยาบาล



2. ยากลุ่ม Drugs used in psychoses and related disorders เมื่อทำการแจกแจงการกระจายของราคายาที่มีการเบิกจ่ายยาในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ พบว่าจะอยู่ในช่วง 10.01-100 เป็นส่วนมาก ทำให้เมื่อใช้การเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 มีศักยภาพการประหยัดเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน

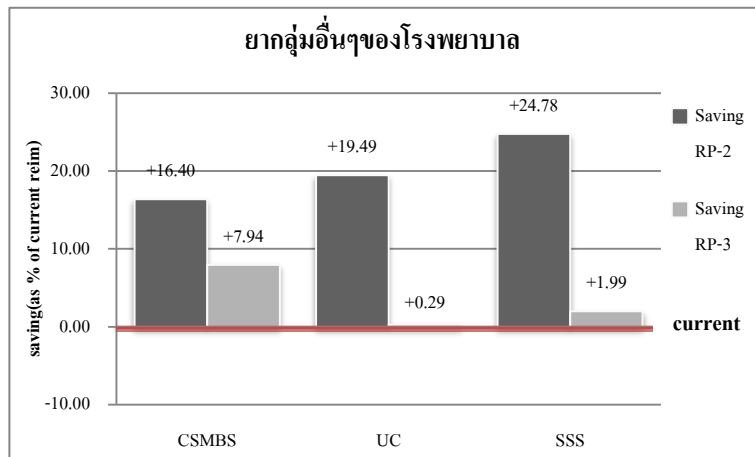


3. ยากลุ่ม Antidepressants drugs พบว่าในสิทธิประกันสังคม มีการเบิกจ่ายยาที่อยู่ในช่วง 1.01-10 และ 10.01-100 ที่สูง และมียาบางรายการที่มีราคาจัดซื้อสูงกว่าราคากลางหรือราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติ ทำให้เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 ซึ่งคิดจากราคากลางจะมีศักยภาพการประหยัดเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันและ RP-3



4. ยากลุ่ม Mood stabilizers and antiepileptics drugs พบว่าในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเบิกจ่ายเมื่อใช้รูปแบบ RP-2 ที่ใช้ราคากลางเป็นราคาฐาน ซึ่งยาที่มีการเบิกจ่ายสูงส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1.01-10 และ 10.01-100 และมีราคากลางโดยรวมที่สูงกว่าราคาทุน ส่งผลให้ส่งผลให้ศักยภาพการประหยัดลดลง (ข้อมูล %save เป็นลบสูง) คือส่งผลผู้จ่ายเงินในระบบ

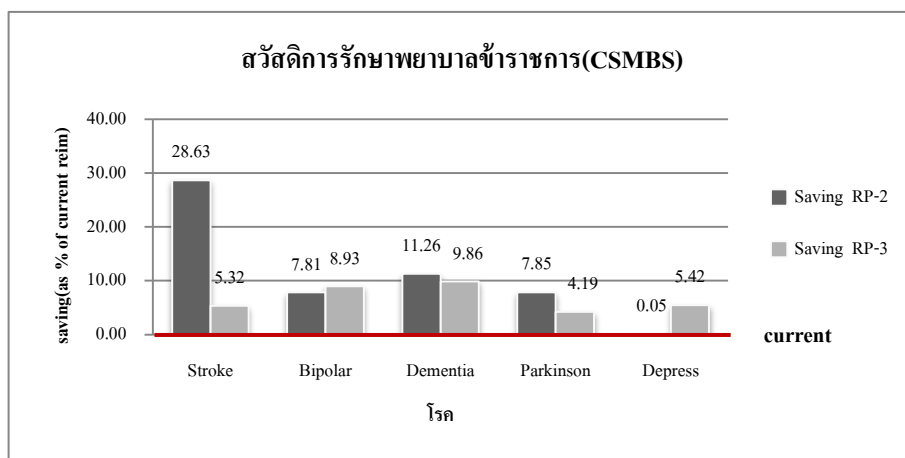
(payer)จ่ายเงินเพิ่มขึ้น เมื่อเปลี่ยนมาใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 ที่ใช้ราคากลางเป็นราคาฐาน เมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันและRP-3ที่ใช้ราคาทุนเป็นราคากลาง

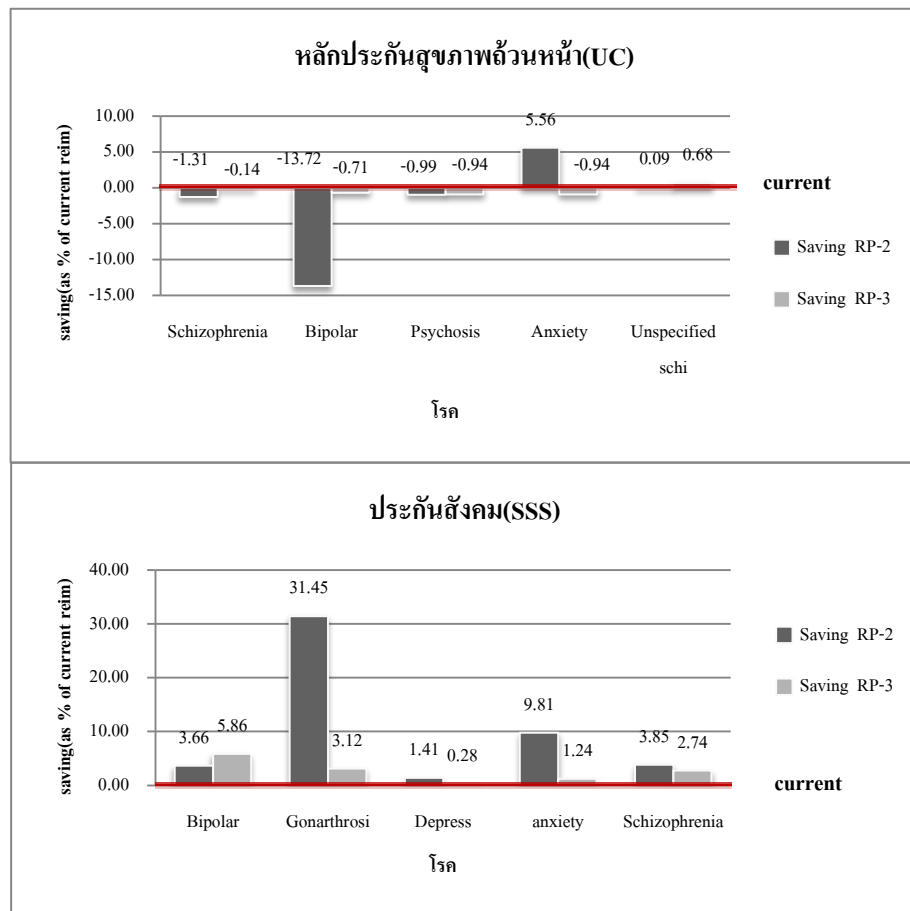


5. ยากลุ่มอื่นๆของโรงพยาบาล มีมูลค่าการเบิกจ่ายประมาณร้อยละ 50 หรือเทียบเท่ากับยาทั้ง 4 กลุ่มข้างต้นรวมกัน โดยรายการยาส่วนใหญ่มีราคาทุนหรือราคาจัดซื้อที่สูงกว่าราคากลางหรือราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติ ทำให้ผลการศึกษาเมื่อใช้รูปแบบ RP-2 ที่ใช้ราคากลางเป็นราคาฐานจะมีศักยภาพการประหยัดต่อผู้จ่ายเงินในระบบเพิ่มขึ้น(ข้อมูล %save เป็นบวกสูง) ผู้จ่ายเงินในระบบ(payer)จ่ายเงินลดลง

4.5.2.3 วิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินจำแนกตามกลุ่มโรคที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาสูงสุด 5 อันดับแรกในปีงบประมาณ 2557

ภาพที่ 4.22 ค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายรูปแบบปัจจุบันและที่จำลองในการศึกษาจำแนกตามโรค 5 อันดับแรกที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาสูงสุดในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล



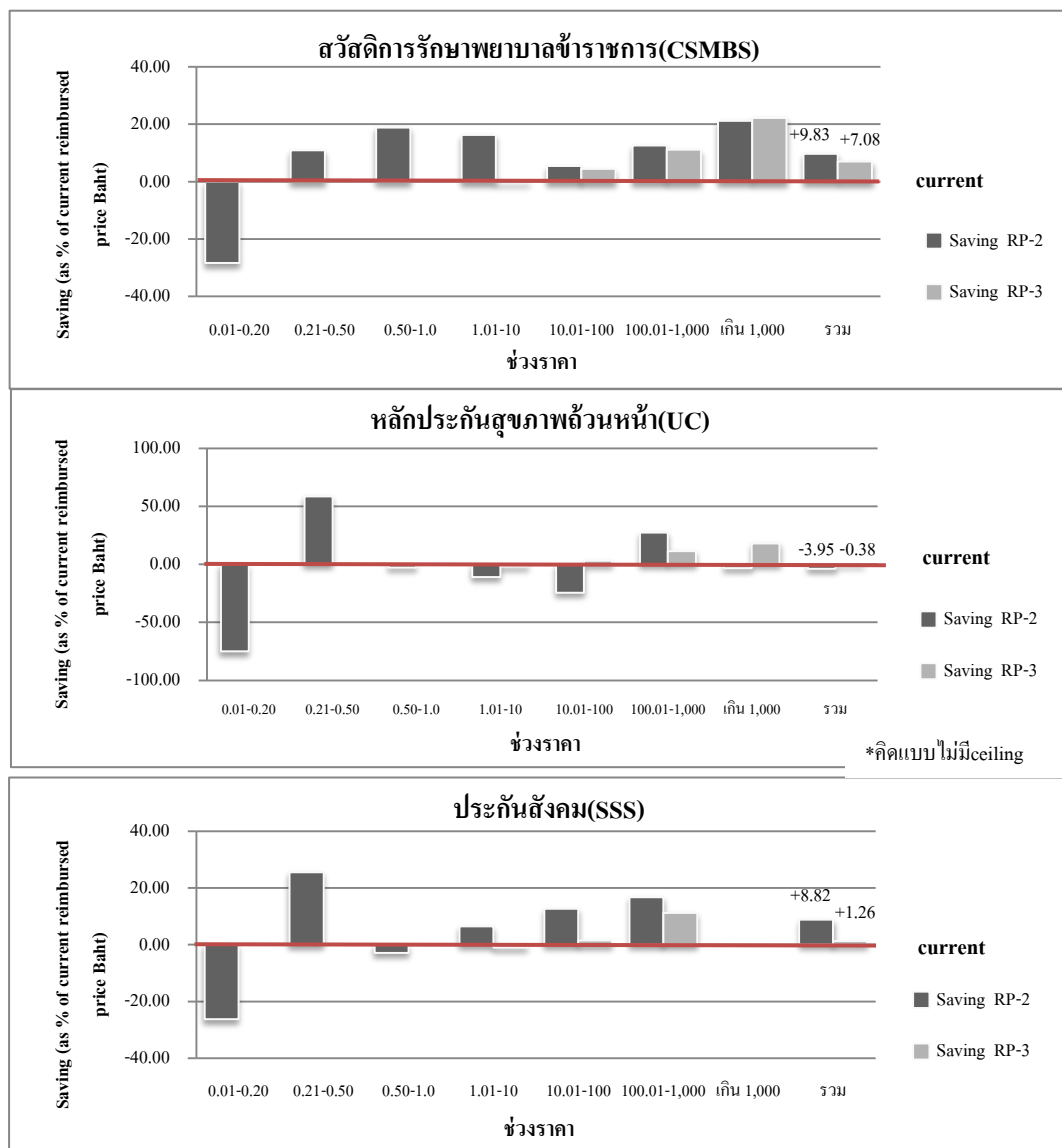


จะเห็นได้ว่าแนวโน้มศักยภาพการประหยัด(%save)ต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) ในทั้ง 3 สิทธิการรักษาพยาบาลจะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 จะมีศักยภาพการประหยัดเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน โดยเมื่อพิจารณาตามกลุ่มโรคพบว่าโรคที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมจะทำให้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 มีศักยภาพการประหยัดสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน เนื่องจากยาที่มีมูลค่าการใช้สูงในทั้ง 2 สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นยาที่อยู่ในช่วงมูลค่าสูง โดยโรคที่มีมูลค่าการเบิกจ่ายสูงสุด 5 อันดับในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะทำให้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 มีศักยภาพการประหยัดต่ำกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน เนื่องจากยาที่มีการใช้สูงในโรค 5 อันดับของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อยู่ในช่วงที่มีมูลค่าไม่สูง(ในช่วง 1.01-10.00 บาท) แต่มีข้อที่น่าสังเกต คือ ยาที่มีอัตราการใช้สูงในโรค Stroke not specified as haemorrhage or infarction(I64) ของสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และยาที่มีอัตราการใช้สูงในโรค Gonarthrosis unspecified(M179) ของสิทธิประกันสังคม บางรายการมีราคากลางหรือราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติ(มาตรฐาน)ที่ต่ำกว่าราคาทุนที่โรงพยาบาลจัดซื้อมากทำให้

ข้อมูลที่ต้องการในการวิจัยเมื่อใช้รูปแบบ RP-2 จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบมีการประหยัดงบประมาณเพิ่มขึ้น

4.5.2.4 วิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินตามช่วงราคา

ภาพที่ 4.23 ศักยภาพการประหยัดเมื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจำแนกตามช่วงราคาภายในแต่ ละสิทธิการรักษาพยาบาล



เมื่อพิจารณารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาจากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายทั้ง 3 รูปแบบในการศึกษา จะสังเกตได้ว่า ในช่วงราคา 0.01-1.00 บาท รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 จะให้ส่วนบวกเพิ่มที่เท่ากัน โดยรูปแบบ RP-3 เป็นการปรับส่วนบวกเพิ่มการเบิกจ่ายใหม่จากรูปแบบ

ปัจจุบัน คือ ราคาทุนไม่เกิน 1 บาท ใช้อัตราเหมาจ่ายเท่าเดิม ราคาทุนมากกว่า 1 บาท แต่ไม่เกิน 1,000 บาท ปรับจากอัตรา 15, 20, 25% เป็นอัตรา 3, 5-7.5-10-20, 30% มีการชอยช่วงราคาเดิม 1.01-100 เป็น 1.01-10, -20, -30, -50, -100 บาท และราคาทุนมากกว่า 1,000 บาทมีการปรับจากอัตรา 10% เป็นเพดานคงที่ 36.20 บาท แต่รูปแบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาของ RP-2 จะมีสัดส่วนที่แตกต่างออกไปในส่วนของกลุ่มยาต้นแบบที่มีช่วงการรักษาแคบ และยาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP-PIC/S โดยการใช้ยาในกลุ่มที่มีช่วงการรักษาแคบมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าการควบคุมค่าใช้จ่าย ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนยาอันเนื่องมาจากความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา หรือพยายามส่งเสริมให้มีการใช้ยาที่ผลิตในประเทศ จึงแยกหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับกลุ่มยาที่มีช่วงการรักษาแคบที่เป็นยาต้นแบบออกจากยาที่ผลิตในประเทศ สำหรับกลุ่มยาที่มีช่วงการรักษาแคบที่ผลิตในประเทศจะใช้รูปแบบการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับยาอื่นๆ แต่ในกรณียาต้นแบบในกลุ่มนี้ กำหนดให้มีอัตราส่วนบวกเพิ่ม 5% เท่ากันทุกช่วงราคากลาง ระหว่าง 1 บาท ถึง 1000 บาท ส่วนยาที่มีราคาแพงกว่า 1,000 บาทให้เบิกจ่ายเท่ากับราคากลาง ส่วนยาที่ผลิตโดยโรงงานในประเทศที่ได้มาตรฐาน PIC/S-GMP ซึ่งมักจะมีราคาต่ำอยู่แล้ว จะกำหนดให้เบิกจ่ายได้ตามอัตราส่วนบวกเพิ่มที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลาง เป็นกลไกส่งเสริมให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ

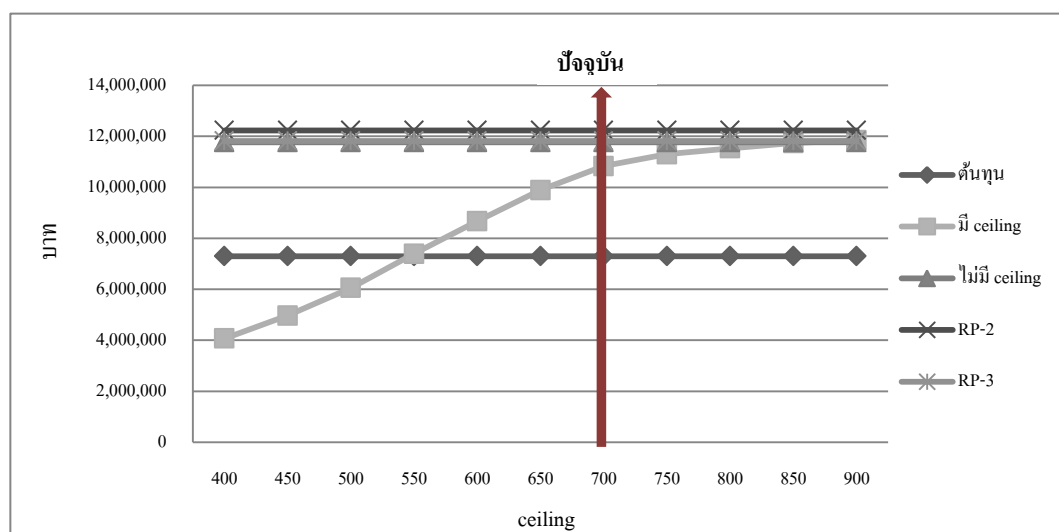
ค่าใช้จ่ายในการเบิกจ่ายปัจจุบันและที่จำลองในการศึกษาเมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าทั้ง 3 สิทธิการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มของค่าใช้จ่ายที่เหมือนกัน คือค่าใช้จ่ายที่จำลองในการศึกษาเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 มีรายได้ค่ายาที่สูงกว่าต้นทุนที่ลดลงเมื่อเทียบกับการเบิกจ่ายปัจจุบัน โดยรูปแบบการเบิกจ่ายของ RP-2 จะทำให้ผู้ให้บริการ (provider) มีผลกำไรน้อยที่สุด แต่จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบ (payer) มีศักยภาพการประหยัดมากที่สุด และรูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 จะมีแนวโน้มของร้อยละส่วนบวกเพิ่ม (% Mark up) ที่ลดลงเมื่อช่วงราคาสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้จ่ายเงินในระบบ (payer) มีการประหยัดมากขึ้นเมื่อมีการใช้ยาที่มีช่วงราคาสูง ทั้งนี้การใช้ยาในส่วนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และสิทธิประกันสังคม (SSS) บางรายการเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 จะมีร้อยละส่วนบวกเพิ่ม (% Mark up) ตีกลับเนื่องจากยาที่มีการเบิกจ่ายบางรายการมีราคากลางที่ต่ำกว่าราคาทุน ซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดของโรงพยาบาลที่ทำการวิจัยที่ไม่สามารถจัดซื้อยาได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับราคากลางหรือราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติต่ำสุดมาตรฐานในยาบางรายการ ซึ่งจากการวิเคราะห์บัญชียาโรงพยาบาลในภาพรวม พบว่ารายการยาบางรายการของโรงพยาบาลมีราคาทุนที่สูงกว่าราคากลางหรือราคาอ้างอิงจัดซื้อปกติต่ำสุดมาตรฐาน

4.6 การวิเคราะห์ความไว(Sensitivity analysis)

การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบปัจจัยด้านงบประมาณจะส่งผลถึงรายรับของผู้ให้บริการและรายจ่ายของผู้จ่ายเงินในระบบของการเบิกจ่ายค่ายาได้ ผู้บริหารโรงพยาบาลที่ต้องตัดสินใจโดยมีข้อมูลมักต้องการทราบผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่จะเกิดต่อรายรับและรายจ่ายของการบริการ การวิเคราะห์ความไวเป็นการทดสอบความมั่นคงของข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ต้นทุนพิสัยของการประมาณค่าความน่าจะเป็น โดยการแทนที่ตัวเลขตัวใหม่ ซึ่งแตกต่างไปจากเดิมในระดับที่กำหนดหรือต้องการทดสอบ ลงไปแทนตัวเลขที่ใช้อยู่เดิมในการประมาณการงบประมาณ และทำการคำนวณใหม่อีกครั้ง แล้วพิจารณาผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ว่า แตกต่างไปจากเดิมมากน้อยเพียงใด ซึ่งจากการวิจัยจะมีข้อจำกัดในหลายๆด้าน ทำให้สามารถวิเคราะห์ความไวได้เฉพาะในส่วนของเพดาน(ceiling)การเบิกจ่ายค่ายาในแต่ละครั้งของผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)ระหว่างค่าใช้จ่ายที่จำลองจากรูปแบบการเบิกจ่ายในการศึกษา และการเบิกจ่ายปัจจุบันเมื่อเปลี่ยนแปลงเพดาน(ceiling)ค่ายาในแต่ละครั้งของการมารับบริการ(visit) เนื่องจากเป็นตัวแปรหนึ่งซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงขนาดและทิศทางของผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาล การคาดประมาณถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระดับมูลค่าเพดานการเบิกจ่ายค่ายาในแต่ละครั้งของการมารับบริการ ที่ค่าต่างๆ จะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถวางแผนตั้งรับ และมีข้อมูลค่าเพดานต่ำสุดที่จะไม่ส่งผลกระทบทางลบต่อสถานทางการเงินของโรงพยาบาล เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

ภาพที่ 4.24 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) หากมีการเปลี่ยนแปลงมูลค่าเพดาน(ceiling) ในการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษา



การเปรียบเทียบข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน(RP-1:มีceiling)ที่มีเพดาน(ceiling)ค่ายาในแต่ละครั้งของการมารับ บริการ(visit)และมีการเปลี่ยนแปลงมูลค่าเพดานการเบิกจ่ายค่ายา กับรูปแบบปัจจุบันที่ใช้ หลักเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง(ไม่มีceiling) และการจำลองข้อมูลการเบิกจ่ายค่ายาจากผลการศึกษา 2 รูปแบบคือ รูปแบบของสปสช.เขต 13(RP-2) และรูปแบบที่เป็นข้อเสนอต่อกรมบัญชีกลาง(RP-3)

จากผลการวิเคราะห์ความไวโดยเปลี่ยนมูลค่าเพดานการเบิกจ่ายในสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากมูลค่าเพดานการเบิกจ่ายแต่ละครั้งในสิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าในอัตราที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 400-900 บาท จากปัจจุบันที่กำหนดเพดานราคาเบิกจ่ายแต่ละ ครั้งของการมารับบริการ(visit)ไว้ไม่เกิน 700 บาท พบว่าหากมีการเพิ่มเพดานไปถึง 900 บาท/visit มูลค่าที่เบิกจ่ายที่โรงพยาบาลได้รับก็ยังต่ำกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายของ RP-2 และRP-3 และหากมี การลดเพดานไปถึง 400บาท/visit มูลค่าของรายได้ค่ายาที่โรงพยาบาลได้รับจะต่ำกว่าต้นทุนเมื่อ เพดานการเบิกจ่ายต่ำกว่า 550 บาท แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อครั้ง ของการมารับบริการ พบว่าในกลุ่มที่มีมูลค่ายาเกินกว่า 700 บาทต่อครั้งจะได้รับยาครั้งละ 2-3 เดือน ในขณะที่กลุ่มที่มีมูลค่ายาน้อยกว่า 700 บาทต่อครั้ง จะได้รับยาครั้งละ 1-1.5 เดือน ซึ่งจะเห็นได้ว่า ถึงแม้ว่าการกำหนดเพดานในการเบิกจ่ายค่ายาในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ 700 บาทต่อ ครั้ง จะไม่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน แต่อาจทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่สะดวกในกรณีที่ต้องรับ ยาต่อเนื่องได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องมารับยาบ่อยครั้งมากขึ้น จึงเกิดผลกระทบกับผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการในระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือพิการที่มีความลำบากในการเดินทางมารับ บริการ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยก่อนหน้าได้พัฒนาหลักเกณฑ์และรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายากรณีผู้ป่วยนอก ให้เป็นรูปแบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่มีความยั่งยืน ส่งเสริมคุณภาพการรักษาพยาบาล ด้วยค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล เป็นทางเลือกเชิงนโยบายหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในระบบประกันสุขภาพ โดยการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาตามรายการเพื่อใช้อ้างอิงสำหรับการเบิกจ่ายกรณีบริการผู้ป่วยนอก เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และแก้ปัญหาความแตกต่างของอัตราการรักษาเรียกเก็บค่ายาชนิดเดียวกันระหว่างสถานพยาบาลกรณีส่งต่อ ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากมีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ในการกำหนดวิธีการเบิกจ่ายค่ายา จะส่งผลให้พฤติกรรม การสั่งจ่ายยาของผู้ให้บริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจทำให้มีผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยสถานพยาบาล ผู้จ่ายเงินในระบบ และผู้ผลิตยาในประเทศ จึงทำการวิจัยนี้ขึ้นเพื่อทดสอบและประเมินผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องจากระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลระหว่างการใช้ระบบจ่ายตามรายการ โดยราคาเบิกจ่ายที่กำหนดและการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งการวิจัยนี้จะดีกว่าการวิจัยก่อนหน้าคือสามารถเข้าถึงต้นทุนยาที่แท้จริงของโรงพยาบาลได้ ทำให้สามารถจำลองผลกระทบทางการเงินจากการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการนำวิธีการเบิกจ่ายค่ายาตามรูปแบบการเบิกจ่ายตามรายการยาโดยผู้ซื้อบริการกำหนดราคาเบิกจ่ายทั้ง 2 หลักเกณฑ์ คือหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิกัด/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2) และข้อเสนอหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่กำลังพัฒนาสำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) มาใช้แทนที่การเบิกจ่ายค่ายาแบบปัจจุบัน เพื่อดูผลกระทบทางการเงินในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่ายเงินในระบบ (payer) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจหากมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาในอนาคต โดยครอบคลุมการจำลองราคาเบิกจ่ายค่ายา และทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาในการบริการผู้ป่วยนอกสำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) สิทธิประกันสังคม (SSS) และสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2557 ของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

1) จากผลการศึกษารูปแบบการใช้จ่ายของโรงพยาบาลในภาพรวม พบว่ามีความแตกต่างระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาล โดยมูลค่าการเบิกจ่ายยาเฉลี่ยต่อการมารับบริการในกลุ่มโรคเดียวกันของสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการจะสูงที่สุดในทุกกลุ่มโรคและเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวโน้มของมูลค่ายาเฉลี่ยต่อการมารับบริการ(visit)ในภาพรวม แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันของค่าใช้จ่ายด้านยาต่อคนในโรคเดียวกัน

2) ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ(provider) เมื่อนำผลการจำลองราคาเบิกจ่ายยามาประเมินผลกระทบต่อประมาณของผู้ให้บริการ พบว่า รูปแบบการเบิกจ่ายทั้ง 2 รูปแบบที่จำลองในการศึกษาทำให้โรงพยาบาลมีกำไรลดลงเมื่อเทียบกับการเบิกจ่ายปัจจุบันในภาพรวมของทุกสิทธิการรักษาพยาบาล โดยรูปแบบการเบิกจ่ายRP-2 จะทำให้โรงพยาบาลมีกำไรลดลงจากรูปแบบปัจจุบันมากที่สุด จะส่งผลให้โรงพยาบาลขาดทุนกำไรคือ มีส่วนต่างระหว่างรายได้ค่ายากับต้นทุนลดน้อยลง แต่ไม่ต่ำกว่าทุน เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคม มีแนวโน้มเป็นไปในแนวทางเดียวกับภาพรวม แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะพบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษาทั้ง 2 แบบจะทำให้สถานพยาบาลมีรายได้ค่ายาที่สูงกว่าต้นทุนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อพิจารณาจากรูปแบบการเบิกจ่ายพบว่า ส่วนบวกเพิ่มในช่วงราคาขายต่ำ(0.00-10.00)ซึ่งมีการเบิกจ่ายมากในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีส่วนบวกเพิ่มที่มากกว่ารูปแบบเบิกจ่ายปัจจุบัน ประกอบกับการที่รูปแบบการการเบิกจ่ายปัจจุบันของโรงพยาบาลในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกำหนดเพดาน(ceiling)ในการเบิกจ่ายค่ายาในแต่ละครั้งของการมารับบริการ

ผลการจำลองค่าใช้จ่ายด้านยาเมื่อจำแนกตามกลุ่มยาพบว่า กลุ่มยา Hypnotics and Anxiolytics drugs ส่วนใหญ่ซึ่งราคาขายอยู่ในช่วง 0.01-1.00 และ 1.01-10 บาท ทำให้โรงพยาบาลมีกำไรในยาในกลุ่มนี้ค่อนข้างสูงและเพิ่มขึ้นเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษา โดยมีแนวโน้มเหมือนกันทั้ง 3 สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนกลุ่มยา Drugs used in psychoses and related disorders ที่มีมูลค่าอยู่ในช่วง 10.01-100 เป็นส่วนมาก ทำให้โรงพยาบาลมีกำไรลดลงในรูปแบบการเบิกจ่ายRP-3 เมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันและรูปแบบการเบิกจ่ายRP-2 ทั้งนี้ยังพบว่ารายการยาส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลมีราคาทุนที่สูงกว่าราคากลางหรือราคาจัดซื้อปกติ ผลการวิจัยเมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่ายRP-2 ซึ่งใช้ราคากลางเป็นราคาฐาน จึงทำให้โรงพยาบาลมีกำไรลดลง

ผลการจำลองค่าใช้จ่ายด้านยาเมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคในทุกกลุ่มโรคจะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกันคือในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จะมีมูลค่าการใช้จ่าย/คน/visit สูงกว่าสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามลำดับ เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่าย

RP-2 และ RP-3 จะทำให้โรงพยาบาลมีกำไรลดลงเมื่อเทียบกับการเบิกจ่ายปัจจุบัน เนื่องมาจากยาที่ใช้ของแต่ละโรคในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ จะเป็นยาที่มีมูลค่าอยู่ในช่วงราคาที่สูง ซึ่งแต่ละรูปแบบการเบิกจ่าย จะให้มูลค่าการเบิกจ่ายที่มีส่วนบวกเพิ่มลดลงเมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน และเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างรูปแบบการเบิกจ่าย พบว่ารูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันจะมีรายได้ค่ายาที่สูงกว่าต้นทุนมากกว่ารูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 ในเกือบทุกกลุ่มโรค

ในขณะที่เดียวกันพบว่าการใช้หลักเกณฑ์การคิดราคาของกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นรูปแบบปัจจุบันและรูปแบบ RP-3 ที่กำหนดให้คำนวณจาก “ต้นทุน” ซึ่งจะสามารถสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของโรงพยาบาลได้ดีกว่า จากผลการศึกษาพบว่า การเบิกจ่ายรูปแบบปัจจุบันจะให้ผลกำไรค่ายาร้อยละ 28.96 และจากการจำลองผลกระทบทางการเงินของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2557 โดยใช้รูปแบบ RP-2 และ RP-3 จะให้ผลกำไรค่ายาร้อยละ 20.46 และ 22.90 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มโดยรวมจะเห็นว่าการใช้ราคากลางเป็นฐานในการคิดร้อยละส่วนบวกเพิ่ม(% mark up) จะให้ผลกำไรน้อยกว่าการใช้ราคาทุน โดยหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 จะทำให้โรงพยาบาล(provider) ได้กำไรจากการเบิกจ่ายค่าน้อยกว่ารูปแบบปัจจุบัน แต่ก็ไม่ได้ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน และจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้จ่ายเงิน(payer)ในระบบ อย่างไรก็ตามรูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองกับการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2557 ในการศึกษาทั้งสองรูปแบบก็ยังทำให้โรงพยาบาลมีกำไรมากกว่า 15- 20 % ตามที่กำหนดในโรงพยาบาลของรัฐ

ในส่วนของผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเบิกจ่ายต่อสถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาล จะต้องไม่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อสถานพยาบาล ที่ยังคงต้องการ margin หรือ % mark-up(หรือส่วนต่างระหว่างราคาซื้อและราคาขาย)จากค่ายา เพื่อให้การจัดบริการผู้ป่วยในภาพรวมยังคงดำเนินต่อไปได้ ซึ่งหากทำให้ยาสามัญมี margin เทียบเท่ายาต้นแบบ ก็อาจทำให้มีการใช้ยาสามัญเพิ่มมากขึ้นและไม่เกิดผลกระทบต่อการบริหารการเงินมากนัก แต่สามารถประหยัดงบประมาณในภาพรวมได้ แต่อย่างไรก็ตามการใช้รูปแบบการเบิกจ่ายแบบใหม่อาจจะทำให้มีผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลและการบริหารการเงิน เพราะในปัจจุบันสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลมีการจุนเจือทางการเงินจากระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ไปให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นการจ่ายค่ายาดัวยรูปแบบการเบิกจ่ายแบบใหม่อาจมีผลทำให้รายได้และส่วนต่างกำไรจากยาลดลง จึงต้องคำนึงถึงการจัดการด้านการเงิน ที่จะไม่ทำให้สถานพยาบาลเดือดร้อน เพราะไม่เช่นนั้นจะมีโรงพยาบาลที่ประสบภาวะขาดทุนเพิ่มจำนวนมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน

3) ผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) เมื่อนำผลการจำลองราคา เบิกจ่ายยามาประเมินผลกระทบต่องบประมาณของผู้จ่ายเงินในระบบในสถานการณ์ต่างๆ จาก การศึกษาพบว่า รูปแบบการเบิกจ่ายRP-2 จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบ(payer)ประหยัดงบประมาณ โดยรวมแล้ววงได้ร้อยละ 6.59 เมื่อเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน โดยเมื่อวิเคราะห์จำแนกตามสิทธิการ รักษาพยาบาลพบว่าสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม สามารถประหยัด งบประมาณลงได้ร้อยละ 9.73 และ 8.82 ตามลำดับ แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะทำ ให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.98 เมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน ซึ่งมี แนวโน้มเช่นเดียวกับรูปแบบการเบิกจ่ายRP-3 คือจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดงบประมาณ โดยรวมแล้ววงได้ร้อยละ 4.70 เมื่อเทียบกับรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน และมีแนวโน้มเหมือนกัน ในแต่ละสิทธิการรักษายาบาลคือ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม สามารถประหยัดงบประมาณลงได้ร้อยละ 6.97 และ 1.26 ตามลำดับ แต่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า จะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.10 เมื่อเทียบกับรูปแบบการ เบิกจ่ายปัจจุบัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการเบิกจ่ายปัจจุบันของผู้ป่วยในสิทธิหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการกำหนดเพดาน(ceiling)ค่ายาในการมารับบริการในแต่ละครั้ง และยาที่มี การเบิกจ่ายสูงในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่จะไม่อยู่ในช่วงราคาสูง(ช่วง 10.01- 100.00 บาท) ซึ่งรูปแบบการเบิกจ่ายทั้ง 2 แบบที่จำลองในการวิจัยจะมีการปรับลดส่วนบวกเพิ่มใน ส่วนของยาที่มีราคาสูงกว่า 10 บาทขึ้นไป รูปแบบการเบิกจ่ายทั้ง 2 แบบที่จำลองในการศึกษาจึงทำ ให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดงบประมาณได้ในกรณีที่มีการจ่ายยาที่มีช่วงราคาสูง

ถึงแม้รูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษาจะทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัด งบประมาณลงได้ แต่ก็ยังทำให้ผู้ให้บริการ(provider)มีรายได้ค่ายาที่มากกว่าต้นทุนร้อยละ 20.46 และร้อยละ 22.90 ในรูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 ตามลำดับ โดยการกำหนดราคาเบิกจ่าย ยาแบบใหม่จะมีความเป็นไปได้ในการนำมาปรับใช้ถ้าไม่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อการบริหาร การเงินของสถานพยาบาล ซึ่งรูปแบบการเบิกจ่ายทั้ง 2 รูปแบบที่จำลองในการศึกษา จะทำให้ผู้ จ่ายเงินในระบบสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายจากเดิม โดยลดลงลงได้มากในกรณีที่มีการใช้ยานอก บัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนค่อนข้างสูง(ในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและ ประกันสังคม) แต่งบประมาณเมื่อเปลี่ยนวิธีเบิกจ่ายค่ายาจะประหยัดได้น้อยในกรณีที่มีการใช้ยาใน บัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนค่อนข้างสูง(ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

จากผลการจำลองข้อมูล เมื่อนำมาวิเคราะห์ภาระงบประมาณของกรมบัญชีกลาง (CGD)ที่สามารถประหยัดได้ และส่งเสริมให้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการที่มีงบประมาณในการเบิกจ่ายค่ายาสูงที่สุด พบว่า ค่าใช้จ่ายในระบบจ่าย

ตรงของโรงพยาบาลจะลดลงร้อยละ 9.73 และ 6.97 เมื่อใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 ตามลำดับ ความสามารถในการลดค่าใช้จ่ายในระบบจ่ายตรงจะมากขึ้นในกรณีที่มีการจ่ายนอกบัญชีที่มีราคาสูง ในทางตรงข้ามจะประหยัดได้น้อยในกรณีที่มีการใช้จ่ายในบัญชีหลักแห่งชาติในสัดส่วนค่อนข้างสูง

4) ในส่วนของผลการวิเคราะห์ความไว(sensitivity analysis) จากผลการวิเคราะห์ความไวโดยเปลี่ยนมูลค่าเพดานการเบิกจ่ายในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าหากมีการเพิ่มเพดานไปถึง 900 บาท/visit มูลค่าการเบิกจ่ายยาที่โรงพยาบาลได้รับก็ยังต่ำกว่ารูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 และหากมีการลดเพดานไปถึง 400 บาท/visit มูลค่าของรายได้ค่ายาที่โรงพยาบาลได้รับจะต่ำกว่าต้นทุนเมื่อเพดานการเบิกจ่ายต่ำกว่า 550 บาท แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อ visit พบว่าในกลุ่มที่มีมูลค่ายาเกินกว่า 700 บาทต่อครั้งจะได้รับยาครั้งละ 2-3 เดือน ในขณะที่กลุ่มที่มีมูลค่ายาน้อยกว่า 700 บาทต่อครั้ง จะได้รับยาครั้งละ 1-1.5 เดือน ซึ่งจะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าการกำหนดเพดานในการเบิกจ่ายค่ายาในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ 700 บาทต่อครั้ง จะไม่ทำให้โรงพยาบาลขาดทุน แต่อาจทำให้ผู้รับบริการเกิดความไม่สะดวกในกรณีที่ต้องรับยาต่อเนื่องได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องมารับยาบ่อยครั้งมากขึ้น จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือพิการที่มีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ

5) ความสามารถในการจ่ายค่ายา

ค่าใช้จ่ายด้านยา/คน/เดือน จากการวิจัย จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิการรักษาพยาบาล	การเบิกจ่ายปัจจุบัน (บาท)	ค่าใช้จ่ายที่จำลองในการศึกษา	
		RP-2 (บาท)	RP-3(บาท)
CSMBS	1,474.92	1,331.48	1,372.15
UC	167.02	188.70	182.23
SSS	194.96	177.76	192.50

ปัจจุบันการเก็บรวบรวมเงิน (Revenue collection) เข้าสู่การคลังด้านสุขภาพของประเทศไทยมาจากระบบภาษี ร่วมกับการจัดเก็บเงินสมทบประกันสังคมเป็นหลัก โดยระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทำหน้าที่รับเงินจากประชาชนมาทำหน้าที่เป็นหน่วยจ่ายแทน (Financing agencies) เพื่อซื้อบริการสุขภาพ (Purchasing) รูปแบบแหล่งการคลังสุขภาพในช่วงปีที่ผ่านมามีค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ (Total current expenditure on health :THE) เพิ่มขึ้นโดยลำดับ หลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเองโดยตรงลดลง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2554) สัดส่วนรายจ่ายจากระบบสวัสดิการ

รักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมเงินเดือน) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสาเหตุที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 โดยค่ายาผู้ป่วยนอกเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นประมาณร้อยละ 83 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด ซึ่งประมาณ 65% ของค่ายาเป็นรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้กรมบัญชีกลางได้เริ่มมีมาตรการในการควบคุมจำกัดการเบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2552 ทำให้มูลค่าการเบิกจ่ายเริ่มมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553

โดยภาพรวมประเทศไทยมีความเป็นธรรมทางการคลังเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการขยายสิทธิประโยชน์ให้ใกล้เคียงกับหลักประกันสุขภาพภาครัฐอื่น ทำให้การปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ล้มละลายหรือการป้องกันคนจนใหม่จากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลดีขึ้น ข้อมูลการสำรวจเศรษฐกิจครัวเรือนพบว่า ครัวเรือนที่มีรายจ่ายสุขภาพเกินกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ครัวเรือนมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2556)

ในส่วนของความยั่งยืนทางการคลัง การวัดความยั่งยืนทางการคลังจะเน้นที่จะวัดระดับการคลังของการใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยเปรียบเทียบร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ(GDP) เพื่อแสดงว่าประเทศจะสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพได้หรือไม่ จากข้อมูลของสำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ(ค่ายา ค่ารักษา) ต่อค่าใช้จ่ายของครัวเรือนทั้งหมด(GDP) ปี 2557 เป็น 6.2 คิดเป็นมูลค่าทั้งหมด 409,313 ล้านบาท หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ(ค่ายา ค่ารักษา) ประมาณ 523.75 บาท/คน/เดือน จากผลการวิจัยการใช้รูปแบบการเบิกจ่าย RP-2 และ RP-3 จะทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้ในกรณีผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) แต่ก็ยังถือว่ายังมีมูลค่าสูงอยู่มากเมื่อเทียบกับข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ(ค่ายา ค่ารักษา) เฉลี่ยของประเทศ

ข้อจำกัดที่สำคัญของการวิจัย

1. ข้อมูลการเบิกจ่ายยาที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีรูปแบบการจ่ายยาที่มีแนวทางเฉพาะตัว ทำให้ผลการจำลองข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาที่ได้ไม่สามารถนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลทั่วไปได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาลที่มีความหลากหลายมากกว่านี้ทั้งขนาดและประเภทของโรงพยาบาล และควรมุ่งเน้นศึกษาในการทดสอบและประเมินผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้องจากระบบการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้น โดยการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาระหว่างใช้ระบบจ่ายตามรายการ โดยราคาเบิกจ่ายที่กำหนด (fee for service) และการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ในกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลที่มีความหลากหลายและมีมาตรการในการควบคุมราคาจัดซื้อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการตัดสินใจระดับนโยบายในการนำข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายานี้ไปใช้จริงในระบบต่อไป

2. การจำลองผลกระทบในการวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ใช้ปริมาณการสั่งใช้จากฐานข้อมูลในปัจจุบันกับการจำลองผลค่าใช้จ่ายในอนาคตที่สนใจในการวิจัย เป็นการสมมติแบบแผนการสั่งใช้ยาโดยการสั่งใช้ยาเหมือนเดิมเมื่อมีรูปแบบการเบิกจ่ายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผลการวิจัยผลกระทบทางการเงินที่วิเคราะห์ได้ เนื่องจากรูปแบบการเบิกจ่ายตามวิธีการที่จำลองในการศึกษานี้คาดว่าจะลดแรงจูงใจของโรงพยาบาลในการหารายได้จากการสั่งยาต้นแบบและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพงลง ซึ่งจะทำให้มีการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมากขึ้น และลดการสั่งใช้ยาไม่สมเหตุผลลงได้

3. ในการรักษาโรคทางจิตเวชจำเป็นต้องใช้การบำบัดหลายวิธีร่วมกันกับการใช้ยา อาจมีการรักษาจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ร่วมด้วย ซึ่งเมื่อให้การรักษาด้วยจิตสังคมร่วมการให้ยาก็จะทำให้การรักษาครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การศึกษามีจุดเน้นเฉพาะการใช้ยาในการรักษาเท่านั้น ไม่ได้คำนึงถึงการรักษาด้วยการบำบัดทางจิตอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการศึกษาพบความไม่เท่าเทียมกันของการใช้จ่ายในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มโรคเดียวกัน รูปแบบการเบิกจ่ายที่ดีจึงควรส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล

2. ควรมีการปรับวิธีการเบิกจ่ายค่ายาในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อลดแรงจูงใจในการสั่งจ่ายยาต้นแบบและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่มีราคาแพง เพื่อเพิ่มรายได้แก่โรงพยาบาลจากส่วนต่างค่ายาที่โรงพยาบาลมีส่วนบวกเพิ่ม (mark up) ค่ายาจากวิธีการเบิกจ่ายในปัจจุบัน

3. การกำหนดราคาเบิกจ่ายยาของกระทรวงการคลังให้กับสถานพยาบาลภาครัฐปัจจุบันมีการกำหนดการเบิกจ่ายตามราคาต้นทุน จึงเป็นแรงจูงใจอีกทางหนึ่งที่ทำให้กลไกราคาที่มีอยู่ในปัจจุบันเอื้อต่อการใช้ยาที่มีราคาแพง ประกอบกับยังไม่มีมาตรการควบคุมราคาเบิกจ่ายที่ชัดเจนในระบบการให้บริการในประเทศไทย ดังนั้นในการศึกษาเรื่องรูปแบบราคาเบิกจ่ายสำหรับยาในประเทศไทยจึงต้องการรูปแบบที่สามารถสร้างระบบหรือกลไกเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวในอนาคต รวมทั้งมีกลไกเพื่อติดตามราคาและการใช้จ่ายอย่างเป็นระบบ

4. การกำหนดเพดานการเบิกจ่ายค่ายาในแต่ละครั้งของการมารับบริการในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ทำให้โรงพยาบาลพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของการรับบริการแต่ละครั้งให้อยู่ในวงเงินที่กำหนด พบว่ามีการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่สั้นลงเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้สูงกว่าเพดานที่กำหนด เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องมารับยาบ่อยครั้งมากขึ้น จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบ

5. ข้อเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลที่ควรจะมีข้อมูลต้นทุนด้านต่างในการให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งในการศึกษานี้วิเคราะห์เฉพาะต้นทุนค่าผลิตภัณฑ์ยาเท่านั้น ยังไม่รวมต้นทุนค่าบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลที่จะทำให้รู้สถานะทางการเงินของโรงพยาบาลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดในการเบิกจ่าย

6. รูปแบบการจัดการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิควรเป็นรูปแบบเฉพาะ เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา มักจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับต้น จึงมีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรงหรือเป็นกรณีที่ยุ่ยากซับซ้อน แต่ในส่วนของการเบิกจ่ายค่ายาก็จะมีรายการยาให้เลือกใช้ได้ไม่แตกต่างกับโรงพยาบาลระดับรองลงมา ทั้งที่ในบางครั้งจำเป็นต้องใช้กลุ่มใหม่ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้วไม่มีประสิทธิผล แต่กลับไม่สามารถเลือกใช้ได้เนื่องจากมีข้อจำกัดของสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วย

บรรณานุกรม

1. เดือนเด่น นิคมบริรักษ์. โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2556.
2. ภาติเครือข่ายเพื่อระบบสุขภาพที่ดีกว่าของคนไทย. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่ยั่งยืนของประเทศไทย 2011 Thailand Healthcare Summit. 26 ธันวาคม 2554.
3. สุรฉัตร จ้อสุรเชษฐ์, อรรถพล ศรีเลิศล้ำวานิช. การศึกษาลักษณะของโรงพยาบาลในประเทศไทยที่มีผลดำเนินการขาดทุนหรือกำไร หลังจากปีแรกของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
4. Limwattananon C, Limwattananon S, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. Nonthaburi: International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2009.
5. จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การไม่ได้รับยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
6. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, รัตนา พันธุ์พานิช, เพ็ญประภา ศิวโรจน์, เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์. โครงการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
7. พวงชมพู ประเสริฐ. ค่าระบบประกันสุขภาพ ไม่ควรร่วมจ่าย(จริงหรือ)? กรุงเทพฯธุรกิจ. 23 กรกฎาคม 2557.
8. ชยดล ล้อมทอง. รายงานที่ดิอาร์ไอ ฉบับที่ 99 เดือนมกราคม 2557 เรื่องแนวทางการจำกัดค่าใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2557.
9. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ค่าใช้จ่ายและการใช้ยาของผู้ป่วยที่รับการรักษาจากโรงพยาบาล : ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
10. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. บทที่ 4 ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. ใน: สุจริต สุนทรธรรม (บก.) ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555. หน้า 41-64.

11. Garrison Jr, Louis P .Assessment of the effectiveness of supply-side cost-containment measures. Health care financing review 1991.Suppl (1992):13-20.
12. รุ่งเพชร สกุกบารุงศิลป์ และคณะ. รายงานการวิจัยการจัดทำหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พื้นที่กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต13; 2556.
13. กระทรวงการคลัง. หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค.0417/ว.177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549 เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ; 2549.
14. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.ข้อเสนอหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยาที่กำลังพัฒนาสำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.
15. กุลเสกข์ ลิมปิยากร, รชตะ อุ๋นสุข. บทที่ 5 การประกันสุขภาพในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ.ใน: สุจริต สุนทรธรรม(บก.) ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555. หน้า 65-75.
16. สมพร ทองชื่นจิตต์, รังสิมา ปรีชาชาติ.บทที่ 6 การประกันสุขภาพในระบบประกันสังคม. ใน: สุจริต สุนทรธรรม(บก.) ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555. หน้า 76-91.
17. จเด็จ ธรรมธัชอารี, วลัยพร พัทธนฤมล. บทที่ 7 การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ใน: สุจริต สุนทรธรรม(บก.). ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555. หน้า 93-110.
18. Carrin G, James C. Key performance indicators for the implementation of social health insurance. Appl Health Econ Health Policy 2005;4(1):15-22.
19. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544;10: 381-9.
20. สุกสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย, ดิเรก ปัทมศิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธรรมรงค์สวัสดิ์. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: จุดอ่อนของที่มา 1,202 บาทต่อคนต่อปี. วารสารวิชาการสาธารณสุข2545; 11:123-8.
21. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ภูษิต ประคองสาย, วลัยพร พัทธนฤมล, กัญจนาดิษยาธิคม. ตอบข้อสังเกตจุดอ่อนของที่มา 1,202 บาทต่อคนต่อปีของนพ.สุกสิทธิ์ พรรณนารุโนทัยและคณะ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545;5:759-66.

22. เตือนเด่น นิคมบริรักษ์. กลไกการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
23. วลัยพร พัทธนกุล, ทวีศรี กรีทอง, ภูมิต ประคองสาย, กัญจนา ตีษยาธิคม, จิตปราณี วาศวิท, รังสิมา ปรีชาชาติ, การเหมาจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขตามรายหัว. ใน : สุรจิต สุนทรธรรม, บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555. หน้า 160-73.
24. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ระบบกลไกและวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขเพื่อความเป็นธรรมประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2554.
25. Dukes MNG, Haaijer-Ruskamp FM, de Joncheere CP, Rietveld AH. Drugs and Money: Price, Affordability and Cost Containment. Amsterdam: IOS Press;2003.
26. Pieter D, Vulto A, Simoens S. Reference pricing systems in Europe: Characteristics and consequences. *Generics and Biosimilars Initiative Journal* 2012;1:127-31.
27. Galizzi MM, Ghislandi S, Hokkane, J, Kangasharju A, Linnosmaa I, Miraldo, M, Valtonen, H. Reference pricing in Finnish pharmaceutical markets: Pre-policy evaluation. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health; 2009.
28. Aaserud M, Austvoll-Dahlgren A, Kusters, JP, Oxman, AD, Ramsey, C, Sturm, H. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.:CD005979. DOI:10.1002/14651858.CD005979.
29. 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):429-37.
30. Carone G, Schwierz C, Xavier A. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. *Economic Paper* 461. Brussels: European Commission; 2012.
31. Galizzi MM, Ghislandi S, Miraldo M. Effects of reference pricing in pharmaceutical markets: a review. *Pharmacoeconomics* 2011;29(1):17-33.
32. เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข. รายงานการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายราคาขาย: ระบบราคาอ้างอิงของยาในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.

33. ปิยะรส วัชรนุกูล. ศักยภาพของโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบันในประเทศไทยในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของ PIC/S. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
34. ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล, ณชร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์. ผลของนโยบายการเบิกจ่ายตรงในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการต่อลักษณะการสั่งจ่ายยาของแพทย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2553;4(1):53-62.
35. จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, นพคุณ ธรรมรัชชอารี, ธนรรจน์ รัตนโชติพานิช, พรพิศ ศิลขวุธท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ศักยภาพการประหยัดค่าใช้จ่ายจากการกำหนดอัตราเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการปี 2553. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2553;5(2): 160-9.
36. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา. ค่าใช้จ่ายที่พยากรณ์จากการใช้ยาราคาแพงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ:เปรียบเทียบกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2554;5(2):170-80.
37. Andersson K, Max-Gustav P, Sonesson C, Lonroth K, Carlsten A. Do policy changes in the pharmaceutical reimbursement schedule affect drug expenditures?: Interrupted time series analysis of cost, volume and cost per volume trends in Sweden 1986-2002, Health Policy, Elsevier 2006;79(2-3): 231-43.
38. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Ross-Degnan D, Caswteris CS, Bollini P. Effects of a limit on Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. N Engl J Med 1994; 31:650-5.
39. กนกวรรณ กำลังพัฒนา, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์. ความผันแปรระหว่างโรงพยาบาลของราคาเบิกจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคากลาง. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 14. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
40. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ. บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2548.
41. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. “เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล”, ในเอกสารการสอนชุดวิชาเศรษฐศาสตร์สำหรับผู้บริหาร โรงพยาบาล หน่วยที่ 8.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ; 2554.

42. มุลินธิเพื่อการวิจัยและพัฒนาระบบยา. ค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล. [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2557] เข้าถึงได้จาก:
http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/hospital_drug_expenditures-phared.pdf
43. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์. ยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา. กทม: ใกล้เคียง:ราคา ยาพีไทย... ไหงแพงกว่าต่างชาติ 2558;6(26):19-21.
44. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) [อินเทอร์เน็ต]. เรื่องราคาขายในประเทศ ไทย: ได้เวลาที่รัฐจะต้องเข้ามากำกับ ดูแลอย่างจริงจังหรือยัง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ);2553 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก
<http://www.ftawatch.org/all/news/19658>.

ภาคผนวก

โครงสร้างข้อมูลใบสั่งยาที่จ่ายในสถานพยาบาลภาครัฐ

สปสช.		สกส.	
ชื่อย่อ	ชื่อเต็ม	ชื่อย่อ	ชื่อเต็ม
HCODE	รหัสหน่วยบริการ	provider ID	รหัสหน่วยบริการ
SEQ	Visit Number	dispense ID	เลขที่การจ่ายยา
HN	Hospital Number	dispensed date	วันที่รับบริการ
DATEOPD	วันที่มารับบริการ	product category	ประเภทยาและเวชภัณฑ์
DRUG_STD	รหัสยา 24 หลัก	hospital drug ID	รหัสยาที่ รพ กำหนด
QUANTITY	จำนวนหน่วยของยาที่จ่าย	drug ID	รหัสยาระบบสวัสดิการฯ
UNIT	หน่วยนับของยา	dfs code	รหัส dose, form, strength
UNIT_PACK	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	pack size	ขนาดบรรจุ
PRICE	ราคาขาย	quantity	ปริมาณยาที่จ่าย
DRUG_CODE	รหัสยา	unit price	ราคาขายต่อหน่วย
DRUG_NAME	ชื่อยา tradename	charge amount	ยอดรวมค่ายาที่จำหน่าย

1. จำนวนการมารับบริการ (visit) ในแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาลจำแนกตามการวินิจฉัยโรคตาม ICD10 ปีงบประมาณ 2557

สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS)

อันดับ	การวินิจฉัยโรคตาม ICD10	visit	%
1	F510 Nonorganic insomnia	951	6.18
2	I64 Stroke not specified as hemorrhage or infarction	891	5.79
3	F411 Generalized anxiety disorder	734	4.77
4	F322 Sever depressive episode without psychotic symptoms	652	4.24
5	F312 Bipolar affective disorder current episode manic with psychotic symptoms	593	3.85
6	I10 Essential (primary) hypertension	561	3.65
7	F412 Mixed anxiety and depressive disorder	395	2.57
8	F030 Unspecified dementia, Without additional symptoms	393	2.55
9	G20 Parkinson's disease	362	2.35
10	F2000 Paranoid schizophrenia, Continuous	321	2.09

สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

อันดับ	การวินิจฉัยโรคตาม ICD10	visit	%
1	F2000 Paranoid schizophrenia, Continuous	5,521	12.40
2	F312 Bipolar affective disorder current episode manic with psychotic symptoms	1,684	3.78
3	F29 Unspecified nonorganic psychosis	963	2.16
4	F1950 Multiple drug use and use of other psychoactive substances, Psychotic disorder, Schizophrenia-like	803	1.80
5	F411 Generalized anxiety disorder	626	1.41
6	F322 Sever depressive episode without psychotic symptoms	544	1.22
7	F2090 Schizophrenia, unspecified, Continuous	542	1.22
8	F900 Disturbance of activity and attention	409	0.92
9	G409 Epilepsy unspecified	390	0.88
10	F3230 Severe depressive episode with psychotic symptoms, With mood-congruent psychotic symptoms	368	0.83

สิทธิประกันสังคม (SSS)

อันดับ	การวินิจฉัยโรคตาม ICD10	visit	%
1	F2000 Schizophrenia	92	5.91
2	F322 Sever depressive episode without psychotic symptoms	66	4.24
3	F411 Generalized anxiety disorder	65	4.17
4	M179 Gonarthrosis unspecified	55	3.53
5	F3230 Severe depressive episode with psychotic symptoms, With mood-congruent psychotic symptoms	39	2.50
6	F410 Panic disorder [episodic paroxysmal anxiety]	35	2.25
7	J069 Acute upper respiratory infection unspecified	31	1.99
8	F312 Bipolar affective disorder current episode manic with psychotic symptoms	31	1.99
9	F419 Anxiety disorder unspecified	29	1.86
10	F29 Unspecified nonorganic psychosis	27	1.73

2. จำนวนรายการยาต่อใบสั่งยาในจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS)

อันดับ	รายการยาที่มีปริมาณการจ่ายมากที่สุด			รายการยาที่มีมูลค่าการจ่ายมากที่สุด		
	ชื่อยา	บัญชียา	ร้อยละ	ชื่อยา	บัญชียา	ร้อยละ
1	clorazepate 5 mg	ED	5.14	exelon patch 5 mg	NED	7.80
2	Trihexyphenidyl 2 mg	ED	4.47	ariceptevess 10 mg	NED	5.94
3	b complex	ED	3.22	seroquel XR 300 mg	NED	4.61
4	propranolol 10 mg	ED	2.76	lexapro 20 mg	NED	3.73
5	Calcit SG	ED	2.14	abilify 15 mg	NED	3.17
6	simvastatin 20 mg	ED	2.00	abilify 10 mg	NED	3.06
7	sertraline 50 mg	ED	1.97	ebixa 20 mg	NED	3.01
8	fluoxetine 20 mg	ED	1.89	reminyl pr 16 mg	NED	2.93
9	aspirin 81 mg	ED	1.70	reminyl pr 8 mg	NED	2.43
10	ferrous fumarate	ED	1.64	aricept evess 5 mg	NED	2.19

สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

อันดับ	รายการยาที่มีปริมาณการจ่ายมากที่สุด			รายการยาที่มีมูลค่าการจ่ายมากที่สุด		
	ชื่อยา	บัญชียา	ร้อยละ	ชื่อยา	บัญชียา	ร้อยละ
1	Trihexyphenidyl 5 mg	ED	11.69	clozapine 100 mg	ED	8.27
2	Trihexyphenidyl 2 mg	ED	9.68	sod.valproate 200 mg	ED	6.80
3	clozapine 100 mg	ED	4.59	Trihexyphenidyl 5 mg	ED	6.00
4	sod.valproate 200 mg	ED	4.42	fluphenazine dec. 50 mg	ED	3.19
5	fluoxetine 20 mg	ED	4.06	fluoxetine 20 mg	ED	3.13
6	perphenazine 16 mg	ED	4.05	perphenazine 16 mg	ED	3.13
7	Chlorpromazine 100 mg	ED	3.75	risperidone GPO 2mg	ED	3.06
8	risperidone GPO 2 mg	ED	3.26	Trihexyphenidyl 2 mg	ED	2.50
9	clorazepate 5 mg	ED	3.08	clorazepate 5 mg	ED	2.38
10	lithium	ED	2.26	lithium	ED	2.34

สิทธิประกันสังคม (SSS)

อันดับ	รายการยาที่มีปริมาณการจ่ายมากที่สุด			รายการยาที่มีมูลค่าการจ่ายมากที่สุด		
	ชื่อยา	บัญชียา	ร้อยละ	ชื่อยา	บัญชียา	ร้อยละ
1	clorazepate 5 mg	ED	7.93	zeldox 40 mg	NED	6.73
2	fluoxetine 20 mg	ED	7.35	topamax 50 mg	ED	4.33
3	Trihexyphenidyl 2 mg	ED	6.10	sertraline 50 mg	ED	4.26
4	propranolol 10 mg	ED	3.45	lamictal 50 mg	ED	3.79
5	Trihexyphenidyl 5 mg	ED	3.18	invega 9 mg	NED	3.49
6	sod.valproate 200 mg	ED	2.56	clorazepate 5 mg	ED	3.14
7	sertraline 50 mg	ED	2.49	Neuris (Risperidone) 2 mg	ED	2.98
8	Neuris (Risperidone) 2 mg	ED	2.26	fluoxetine 20 mg	ED	2.91
9	lithium	ED	1.74	Calcit SG	NED	2.75
10	clonazepam 0.5 mg	ED	1.72	cymbalta 30 mg	NED	2.50

3. ค่าใช้จ่ายด้านยาปีงบประมาณ 2557

สิทธิการรักษาพยาบาล	ต้นทุน (บาท)	การเบิกจ่ายปัจจุบัน	รูปแบบการเบิกจ่ายที่จำลองในการศึกษา	
		RP-1 (บาท)	RP-2 (บาท)	RP-3 (บาท)
CSMBS	53,169,165.39	67,073,189.25	60,550,144.25	62,399,954.25
UC	7,296,029.54	10,831,789.75	12,237,968.50	11,818,011.00
SSS	514,860.01	736,363.50	671,408.00	727,079.50
รวม	60,980,054.94	78,641,342.50	73,459,520.75	74,945,044.75

4. ค่าใช้จ่ายด้านยา/คน/visit ปีงบประมาณ 2557

สิทธิการรักษาพยาบาล	ต้นทุน (บาท)	การเบิกจ่ายปัจจุบัน	ค่าใช้จ่ายที่จำลองในการศึกษา	
		RP-1 (บาท)	RP-2 (บาท)	RP-3 (บาท)
CSMBS	3,455.68	4,359.36	3,935.41	4,055.63
UC	163.84	243.24	274.81	265.38
SSS	330.46	472.63	430.94	466.67

5. สักยภาพการประหยัดงบประมาณต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer) จากผลการจำลองข้อมูลตามรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในการศึกษา

สิทธิการ รักษาพยาบาล	การเบิกจ่าย ปัจจุบัน	ค่าใช้จ่ายที่จำลองในการศึกษา			ศักยภาพการประหยัด (%ของมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบัน)	
	RP-1 (บาท)	RP-2 (บาท)	RP-3 (บาท)	RP-2 (%save)	RP-3 (%save)	
CSMBS	67,073,189.25	60,550,144.25	62,399,954.25	9.73	6.97	
UC	10,831,789.75	12,237,968.50	11,818,011.00	-12.98	-9.10	
SSS	736,363.50	671,408.00	727,079.50	8.82	1.26	
รวม	78,641,342.50	73,459,520.75	74,945,044.75	6.59	4.70	

6. ผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการ(provider)

สิทธิการ รักษาพยาบาล	ต้นทุนของรพ. (บาท)	มูลค่าผลกำไรที่ รพ. ได้ (เบิกได้ - ต้นทุน)		ความแตกต่างของรายได้ที่ได้รับกับต้นทุนค่ายา			
		RP-1 (บาท)	% Diff.	RP-2 (บาท)	% Diff.	RP-3 (บาท)	% Diff
CSMBS	53,169,165.39	13,904,023.86	26.15	7,380,978.86	13.88	9,230,788.86	17.36
UC	7,296,029.54	3,535,760.21	48.46	4,941,938.96	67.73	4,521,981.46	61.98
SSS	514,860.01	221,503.49	43.02	156,547.99	30.41	212,219.49	41.22
รวม	60,980,054.94	78,641,342.50	28.96	73,459,520.75	20.46	74,945,044.75	22.90

7. ผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบ(payer)

สิทธิการ รักษาพยาบาล	การเบิกจ่าย ปัจจุบัน	ค่าใช้จ่ายที่จำลองในการศึกษา			ศักยภาพการประหยัด (%ของมูลค่าเบิกจ่ายปัจจุบัน)	
	RP-1 (บาท)	RP-2 (บาท)	RP-3 (บาท)	RP-2 (%save)	RP-3 (%save)	
CSMBS	67,073,189.25	60,550,144.25	62,399,954.25	9.73	6.97	
UC	10,831,789.75	12,237,968.50	11,818,011.00	-12.98	-9.10	
SSS	736,363.50	671,408.00	727,079.50	8.82	1.26	
รวม	78,641,342.50	73,459,520.75	74,945,044.75	6.59	4.70	

