

สถานการณ์การนำไปใช้ของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ณ โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

จุไรวรรณ เหล็กกนก^{1*}, วิบูลย์ วัฒนนามกุล²

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² สาขาวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ติดต่อผู้พิมพ์: กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

โทรศัพท์ 084-8335185 E-mail: ju.lekkanok@hotmail.co.th

บทคัดย่อ

สถานการณ์การนำไปใช้ของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ณ โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

จุไรวรรณ เหล็กกนก^{1*}, วิบูลย์ วัฒนนามกุล²

ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2563; 16(4) : 24-39

รับบทความ: 8 มีนาคม 2563

แก้ไขบทความ: 7 พฤษภาคม 2563

ตอบรับ: 18 กันยายน 2563

โรงพยาบาลพิมายเป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง มีแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขาหลัก เป็นแหล่งเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะแพทย์ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดได้มีการกำหนดนโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์และวิเคราะห์ผลการนำไปใช้ของมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา **วิธีดำเนินการวิจัย:** เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ข้อมูลการสั่งจ่ายผู้ป่วย นอกในปีงบประมาณ 2557-2560 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554-2560 โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth and face-to-face interviews) แพทย์ 18 คน พยาบาลวิชาชีพแผนก ผู้ป่วยนอก 3 คน และเภสัชกรงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก 3 คน สทนากลุ่มคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจำนวน 5 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ตามหลักการของชิปโมเดลและใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) **ผลการวิจัย:** การประเมินการใช้มาตรการ ในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาด้านบริบทพบว่า มีความสอดคล้องกับบริบท นโยบายโรงพยาบาล และของกระทรวงสาธารณสุขในการ ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เกิดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสาเหตุ ปัจจัย ค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นของโรงพยาบาล ด้านปัจจัยนำเข้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและนโยบายส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลของ โรงพยาบาล ด้านกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงและทราบการติดตามผลการประเมินมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของ โรงพยาบาล และให้ความเห็นว่ามาตรการเดิมดีอยู่แล้ว ด้านผลผลิตกลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองต่อนโยบายของโรงพยาบาลโดยให้ความ ร่วมมือในนโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ครรหนานโยบายร่วมจ่ายมาใช้ ธรรงค์ให้ความรู้สร้างตระหนักรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน จากมาตรการกำหนดผู้เข้าถึงการสั่งจ่ายกลุ่มตัวอย่าง 4 รายการได้แก่ ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม ยาเม็ด Gabapentin และยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม พบการสั่งจ่ายแผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นไปตามเงื่อนไขการสั่งจ่ายยา ของโรงพยาบาลร้อยละ 98.12 **สรุปผลการวิจัย:** การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาควรมีมาตรการที่สามารถปฏิบัติได้จริง ได้รับความร่วมมือ จากผู้ปฏิบัติ สะท้อนข้อมูลกลับให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา, ชิปโมเดล, คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด



Situations of implementation of pharmaceutical cost containment policies in Phimai hospital, Nakhon Ratchasima province

Juraiwan Lekkanok^{1*}, Viboon Wattananamkul²

¹ Master student in Pharmacy Management, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

² Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

*Corresponding author: Juraiwan Lekkanok, Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand.

Tel. 084-8335185 E-mail: ju.lekkanok@hotmail.co.th

Abstract

Situations of implementation of pharmaceutical cost containment policies in Phimai hospital, Nakhon Ratchasima province

Juraiwan Lekkanok^{1*}, Viboon Wattananamkul²

IJPS, 2020; 16(4) : 24-39

Received: 8 March 2020

Revised: 7 May 2020

Accepted: 18 September 2020

Phimai Hospital is a 150-bed hospital with 6 medical specialists. This hospital also provides the medical education for medical students. Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) has imposed policies to control pharmaceutical expenditures. This research aimed to study the situation and analyze the results of implementation of pharmaceutical cost containment policies. **Method:** This was a mixed method research including both quantitative and qualitative research methods. Retrospective study was used as a quantitative research method. Outpatient prescribing information in the fiscal year from 2014 to 2017 was obtained from electronic medical record. Qualitative research methods included face-to-face and in-depth interviews. Documents and meeting reports conducted by the PTC, between the fiscal year 2011 and 2017, were comprehensively reviewed. 18 doctors, 3 nurses and 3 pharmacists were interviewed individually. Focus groups comprised 5 people being members of Pharmacy Therapeutic Committee Board. The CIPP model was applied for evaluating the implementation of pharmaceutical cost containment policies. Content analysis was used to analyze qualitative data. **Results:** Measures which were used for controlling pharmaceutical cost were consistent with the hospital context and the Ministry of Public Health policies to control medicine expenditures and rational use of medicines. The study samples knew about causes of increased pharmaceutical expenditures. For input domain, most of the study samples knew the measures used for controlling pharmaceutical expenditures and promoting rational use of medicines in the hospital. For process domain, the study samples could access the information of pharmaceutical expenditures and perceived that pharmaceutical cost containment policy were continually monitored. They gave comments that the measures were effective. For product domain, the study samples reported that they complied to the policy and provided education for public to raise their awareness on rational drug use. According to the cost containment policy which targeted to the four drugs including carvedilol 25 mg, celecoxib 200 mg, gabapentin and lercanidipine 20 mg, approximately 98.12% of the prescriptions were prescribed in compliance with the specific criteria established for the restricted use of these certain drugs. **Conclusions:** Measures imposed for controlling pharmaceutical costs were practical and widely accepted by the practitioners. Monitoring and evaluation should be continuously performed and such information should be disseminated to practitioners.

Keywords: control cost containment medicines, CIPP Model, Pharmacy and Therapeutics Committee.



บทนำ

ระบบสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน มีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสะดวกมากขึ้น จะเห็นได้จากข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2560) แสดงถึงจำนวนการเข้าใช้บริการสุขภาพของคนไทยภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้งในปีงบประมาณ 2556 เป็น 153.61 ล้านครั้งในปีงบประมาณ 2557 อัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 2.45 ครั้งต่อคนต่อปีในปีงบประมาณ 2556 เป็น 3.17 ครั้งต่อคนต่อปีในปีงบประมาณ 2557 อัตราการให้บริการของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข ตั้งแต่ตุลาคม 2557 ถึงมิถุนายน 2558 มีผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 63,706,466 คน เป็นจำนวน 211,535,367 ครั้ง ผู้ป่วยในจำนวน 4,106,246 คน ส่งผลให้การบริโภคยาของประเทศมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้น จากรายจ่ายด้านสุขภาพมูลค่า 312,404 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มเป็น 381,387.40 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2559 รายจ่ายค่ายามูลค่า 120,623 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มเป็น 162,917 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2559 และรายจ่ายค่ารักษาในปี พ.ศ. 2559 สูงถึง 218,470.40 ล้านบาท (Office of the National Economics and Social Development Council, 2017)

โรงพยาบาลพิมาย เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อระดับกลางหรือโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (Middle-level hospital: M2) ขนาด 150 เตียง มีแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม วิทยุแพทย์ และแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อ นอกจากนี้ ยังมีแพทย์สาขาย่อย ได้แก่ เวชศาสตร์ครอบครัว โสตศอนาสิก เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นแหล่งเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะแพทย์ ในปี พ.ศ. 2559 โดยมีแพทย์หมุนเวียนฝึกงานตลอดทั้งปี ประมาณการงบประมาณในการจัดซื้อ จัดหายาปีงบประมาณ 2561 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2558 คิดเป็นร้อยละ 30.89 (54,935,910.85 บาท) มูลค่าการบริโภคยาจากปีงบประมาณ 2559 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2558 ร้อยละ 4.96 (44,791,498.11 บาท) สัดส่วนยาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเท่ากับ 90.89 : 9.11 จำนวนผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2558 เท่ากับ 56,623 คน เพิ่มขึ้นเป็น 65,773 คนในปีงบประมาณ 2561 และจำนวนการมารับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 220,565 ครั้งในปีงบประมาณ 2558 เป็น 270,606 ครั้งในปีงบประมาณ 2561

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC) โรงพยาบาลพิมายได้กำหนดนโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ได้แก่ การจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัดเพื่อลดต้นทุนในการจัดซื้อ จัดหายา โดยกำหนดราคายาไม่เกินราคากลาง ราคาอ้างอิง มีการกำหนดกรอบรายการยาโรงพยาบาล โดยใช้สัดส่วนยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ โรงพยาบาลชุมชนสัดส่วนร้อยละ 90:10 ประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา กำหนดแพทย์ที่สามารถสั่งยาได้ กำหนดจำนวนยาต่อใบสั่งยา กำหนดรายการยากลับเป้าหมายในการควบคุมค่าใช้จ่าย และเพื่อให้ทราบถึงการนำไปใช้ของมาตรการกำหนดผู้เข้าถึงการสั่งใช้ยาในยากลุ่มตัวอย่าง 4 รายการได้แก่ ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีซีเค เงื่อนไขการสั่งใช้ยาคือ อายุรแพทย์เป็นผู้สั่งใช้ครั้งแรก รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อรักษาต่อเนื่อง ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เงื่อนไขการสั่งใช้ยาคือ สั่งใช้โดยอายุรแพทย์และแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อเท่านั้น ยาเม็ด Gabapentin ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีซีเค เงื่อนไขการสั่งใช้ยาคือ สั่งใช้โดยอายุรแพทย์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อ แพทย์โสตศอนาสิก ทันตแพทย์ และแพทย์ฝังเข็มเท่านั้น และยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีซีเค เงื่อนไขการสั่งใช้ยาคือ ใช้สำหรับเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยา Amlodipine ไม่ได้ และใช้ในกรณีผู้ป่วยโรค Chronic Kidney Disease case (CKD) ที่มีภาวะ Proteinuria ที่ไม่สามารถใช้ยากลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme inhibitor (ACEI) หรือยากลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers (ARB) ได้ ซึ่งมีแนวโน้มการสั่งใช้เพิ่มขึ้นตามสาขาแพทย์เฉพาะทางและการขยายศักยภาพของโรงพยาบาล งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ผลการนำไปใช้ของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยประยุกต์ใช้การประเมินแบบ CIPP Model เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ผลการนำไปใช้ของมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในโรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวความคิดงานวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล	การประเมินบริบท (Context)	การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input)	การประเมินกระบวนการ (Process)	การประเมินผลผลิต (Product)
แพทย์ในโรงพยาบาล พินาย	- ประเด็น/ความเสี่ยงสำคัญคือ ค่าใช้จ่ายด้านยาที่จะเพิ่มสูงขึ้น เกิดความไม่เหมาะสมในการสั่งจ่ายยา - การทราบถึงค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นของโรงพยาบาล - การทราบถึงสาเหตุ ปัจจัยของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้น	- การรับทราบมาตรการและการนำไปใช้ของมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา	- การทราบถึง/เข้าถึงมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล - การติดตามผลการใช้มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล - ความเห็นในการปรับแนวทาง มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล	- ความเห็นในการมีส่วนร่วมช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของโรงพยาบาล - การพัฒนามาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่เหมาะสมของโรงพยาบาล - จำนวนการมารับบริการผู้ป่วยนอก มูลค่าการซื้อยา มูลค่าการสั่งจ่ายยาของยากลุ่มตัวอย่าง 4 รายการ - การสั่งจ่ายยาของแพทย์ในรายการยากลุ่มตัวอย่าง 4 รายการ
คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก เภสัชกรงานบริการ เภสัชกรรรมผู้ป่วยนอก				- ความเห็นในการมีส่วนร่วมช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของโรงพยาบาล - การพัฒนามาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่เหมาะสมของโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research) ทั้งวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ข้อมูลการสั่งจ่ายยาผู้ป่วยนอกจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Hospital experience: HOSxP) ในช่วง 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2560 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554-2560 สัมภาษณ์เชิงลึก (face-to-face and in-depth interviews) แพทย์ 18 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 3 คน และเภสัชกรงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก 3 คน สนทนากลุ่มคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจำนวน 5 คน ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE612303 วันที่ 5 ธันวาคม 2561)

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ เลือกวิเคราะห์ข้อมูลจากมาตรการกำหนดผู้เข้าถึงการสั่งจ่ายยาในแต่ละกลุ่มยา ใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่

1. ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ค เงื่อนไขการสั่งจ่ายยา คือ อายุรแพทย์เป็นผู้สั่งใช้ครั้งแรก รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อรักษาต่อเนื่อง
2. ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เงื่อนไขการสั่งจ่ายยา คือ สั่งใช้โดยอายุรแพทย์และแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อเท่านั้น

3. ยาเม็ด Gabapentin ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ง เงื่อนไขการสั่งจ่ายคือ สั่งใช้โดยอายุรแพทย์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อ แพทย์โสตศอนาสิก ทันตแพทย์ และแพทย์ฝังเข็มเท่านั้น

4. ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ข เสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาลพิมายในปีงบประมาณ 2560 เงื่อนไขการสั่งจ่ายคือ ใช้สำหรับเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยา Amlodipine ไม่ได้ และใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ที่มีภาวะ Proteinuria ที่ไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme inhibitor (ACEI) หรือยาในกลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers (ARB) ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบเก็บข้อมูลการสั่งจ่ายยา ประกอบด้วย รหัสผู้ป่วย วันที่สั่งจ่าย รหัสแพทย์ผู้สั่งจ่าย โรคที่วินิจฉัย รายการยาที่สั่งใช้ จำนวนยา สิทธิการรักษาของผู้ป่วย มูลค่ายา

การเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลของการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการเก็บข้อมูลการสั่งจ่ายยาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จาก HOSxP โรงพยาบาลพิมาย ในช่วง 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2560 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลการสั่งจ่ายยา สืบค้นข้อมูลประวัติผู้ป่วยย้อนหลังใน HOSxP เมนู Patient EMR (Electronic medical record system) ด้วยหมายเลขของผู้ป่วย (Hospital number: HN) ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการสั่งจ่ายตามมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล โดยสืบค้นข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียน การตรวจรักษา อาการแรกเริ่ม อาการสำคัญ (Chief complaint: CC) ประวัติปัจจุบัน (Present illness: PI) ประวัติปัจจุบันในเรื่องอาการ (History present illness: HPI) ประวัติอดีตการรักษา (Past medical history: PMH) การตรวจร่างกาย (Physical examination: PE) โรคที่วินิจฉัย แพทย์ผู้สั่งจ่าย การบันทึกความคืบหน้าของอาการและโรค (Progress note)

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

กลุ่มตัวอย่าง

1. แพทย์ในโรงพยาบาลพิมาย ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง แพทย์สาขาย่อย และแพทย์ฝึกหัด รวม 18 คน
2. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จำนวน 5 คน

3. พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน
เภสัชกรงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ความรู้ ความเข้าใจนโยบายในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา เป็นชนิดมีโครงสร้าง (Structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 3 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์แพทย์ พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก และเภสัชกรงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่ง อายุการทำงาน ประสบการณ์การทำงานในกรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในโรงพยาบาลพิมาย ส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์ความรู้ ความเข้าใจนโยบายในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ครอบคลุมการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต และส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการประเมินการใช้มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา

การเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลจากรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554-2560 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลได้แก่ แพทย์ในโรงพยาบาลพิมาย จำนวน 18 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 3 คน และเภสัชกรงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน สนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด รวม 5 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการถอดเทป การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกมาประเมินและวิเคราะห์ความครอบคลุมของเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เป็นแพทย์จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 27.59 แพทย์ฝึกหัด (Intern) 10 คน คิดเป็นร้อยละ 34.48 เภสัชกรงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.34 พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.34 และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 5 คน คิดเป็นร้อยละ 17.25

ประสบการณ์ในการทำงานของแพทย์ 1-12 เดือน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 44.45, 1-5 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33, 6-10 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 และมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ประสบการณ์ในการทำงานของเภสัชกรงานบริการเภสัชกรรม ผู้ป่วยนอก 1-5 ปี, 6-10 ปี และมากกว่า 10 ปี พบจำนวนละ 1 คน ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 6-10 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ประสบการณ์การทำงานด้านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด พบว่า มีประสบการณ์การทำงานจำนวน 10 คน แบ่งเป็น 1-5 ปี จำนวน 4 คน และมากกว่า 5 ปี จำนวน 6 คน

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประเด็นการนำไปใช้ของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต

2.1 ผลการประเมินด้านบริบท (Context)

การประเมินการใช้มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในบริบทพบว่า มีความสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลและของกระทรวงสาธารณสุขในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

2.1.1 การทราบถึงค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นของโรงพยาบาล โดยภาพรวมทราบว่า โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่ทราบรายละเอียดของค่าใช้จ่าย แสดงความคิดเห็นไปในทางเดียวกันคือ สถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเนื่องด้วยมีการขยายศักยภาพของโรงพยาบาล รวมไปถึงมีการขยายบริการ เช่น เปิดให้บริการหอผู้ป่วยวิกฤต มีแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น หลากหลายสาขา การรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มากขึ้น มีผลต่อการรักษา ค่ายา โดยเฉพาะยากลุ่มปฏิชีวนะ ซึ่งโรงพยาบาลต้องจัดซื้อยาเองเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น รักษาโรคซับซ้อนมากขึ้น นอกจากนี้การได้ยาซ้ำซ้อน สั่งยาเกินความจำเป็น ไม่มีการทวนสอบรายการยาเดิมของผู้ป่วย ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในกระบวนการทวนสอบการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยที่เข้าพบในคลินิกโรคหืดในเด็กและโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีแนวทางควบคุม กำกับกับการสั่งยาที่เหมาะสมต่อโรคและอาการของโรค มีการตรวจโดยแพทย์เฉพาะ

ทาง มีส่วนช่วยในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ นอกจากนี้ระบบการนำยาเดิมมาคืน ถ้อยาเดิมมาด้วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ การลดจำนวนยาที่คนไข้มีเดิม ก็จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนไข้เรื้อรังอำเภอเราเยอะมาก บางคนก็มาแล้วมาอีก หมอ re-med แล้วก็ได้ยาเดิมไปเรื่อย ๆ ยาเหลือที่บ้านเยอะมาก ได้ยาซ้ำซ้อน กินยาไม่ทัน หรือมาก่อนนัดก็จะได้ยาทั้งหมดเหมือนรอบก่อน ซึ่งไม่มีอาการหรือหายแล้ว อันนั้นก็เป็นอย่างอีกเหตุผลนะที่ค่าใช้จ่ายยามากขึ้น” (แพทย์D01)

“มีการขยายบริการ แพทย์เฉพาะทางมากขึ้น hold case ซ้ำซ้อนไว้ที่โรงพยาบาลมากขึ้น รับ refer กลับมาจากมหาราชมากขึ้น และไม่ได้สนับสนุนยามาด้วย ซื้อยาเองมากขึ้น ทรัพยากรก็ต้องใช้เพิ่มมากขึ้น” (พยาบาล N02)

2.1.2 การทราบถึงสาเหตุ ปัจจัยของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้น พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้สนทนาให้ความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นจำเป็นต้องใช้ยาเพิ่มขึ้น การเข้าถึงง่ายขึ้น มีแพทย์มากขึ้น การเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล การร้องขอจากผู้รับบริการ รวมไปถึงการสั่งจ่ายยาที่ไม่จำเป็น ราคา ยา ราคากลางยาที่สูงขึ้น เป็นสาเหตุและปัจจัยของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“น่าจะเป็นที่ specialist ที่เยอะขึ้น ฉะนั้นการใช้ยาที่จำเพาะหรือมีมูลค่าสูง มันก็เลยมีเพิ่มสูงขึ้น อันนี้เป็นปัจจัยที่หนึ่ง ปัจจัยที่สองพอเรารับน้อง ๆ Intern มากก็อาจจะมีการสั่งยาบางตัวเพิ่มมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นยาที่มีมูลค่าไม่สูงมาก เพราะระบบโรงพยาบาลน่าจะลือคยาที่มีมูลค่าสูงไว้ให้เฉพาะทางสั่งได้อยู่แล้ว” (แพทย์เฉพาะทางD04)

“หนึ่ง เรื่องสิทธิ์ฟรี การเข้าถึงยา เจ็บป่วยนิด ๆ หน่อย ๆ ก็มารักษาเมื่อเทียบกับเมื่อก่อน แม้ระยะเวลารอคอยจะนานแต่ยอดผู้ป่วยเยอะขึ้น และจากทะเบียนยอดผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ผู้สูงอายุมากขึ้น จึงคิดว่าค่ายาที่ต้องเพิ่มมากขึ้น” (พยาบาลN01)

งานวิจัยนี้ เก็บข้อมูลจำนวนการมารับบริการผู้ป่วยนอก มูลค่าการซื้อยาและมูลค่าการสั่งจ่ายของยา กลุ่มตัวอย่าง 4 รายการ ระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2560 พบว่า มูลค่าเฉลี่ยต่อใบสั่งยาของยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม เท่ากับ 366.31-440.09 บาท จัดซื้อยาในราคาขายต่อเม็ดเท่ากับ 6.5 บาทในปี 2557 และในปี 2558 จัดซื้อในราคา 7 บาทต่อเม็ด ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม มูลค่าเฉลี่ยต่อใบสั่งยาเท่ากับ



730.93-843.79 บาท จัดซื้อยาในราคายาต่อแคปซูลเท่ากับ 22.05 บาท ยาเม็ด Gabapentin มูลค่าเฉลี่ยต่อใบสั่งยาเท่ากับ 222.01-273.23 บาท จัดซื้อยาในปี 2557 ขนาด 100 มิลลิกรัม ในราคายาต่อเม็ดเท่ากับ 2.5 บาท ขนาด 300 มิลลิกรัมเท่ากับ 4.28 บาท และในปี 2559 จัดซื้อยาขนาด 300 มิลลิกรัมในราคา 2.5 บาทต่อเม็ด ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม มูลค่าเฉลี่ยต่อใบสั่งยาเท่ากับ 162.10 บาท จัดซื้อยาในราคายาต่อเม็ดเท่ากับ 3 บาท

จำนวนใบสั่งยาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 รายใน 1 ปีงบประมาณ พบว่า ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัมมีจำนวนใบสั่งยาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 รายเท่ากับ 2.29-4.94 ใบสั่งยา ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม เท่ากับ 1.89-2.26 ใบสั่งยา ยาเม็ด Gabapentin เท่ากับ 2.03-2.70 ใบสั่งยา และยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม เท่ากับ 2.08 ใบสั่งยา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนการมารับบริการผู้ป่วยนอก มูลค่าการซื้อยา มูลค่าการสั่งใช้ยาของยากลุ่มตัวอย่างระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560

รายการ	ปีงบประมาณ			
	2557	2558	2559	2560
มูลค่าจัดซื้อยา (บาท)				
1. ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม	68,250	35,750	57,400	115,500
2. ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม	496,185.75	374,895.90	176,421.60	132,316.20
3. ยาเม็ด Gabapentin	560,057.78	296,950	448,329.10	268,362
4. ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม	-	-	-	31,707.20
มูลค่าการสั่งใช้ยา (บาท)				
1. ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม	42,249	60,913	71,937	171,801
2. ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม	565,337.91	408,897.50	273,157.50	147,647.50
3. ยาเม็ด Gabapentin	427,606	494,420.50	561,474	424,301.25
4. ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม	-	-	-	57,384
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา (ราย)				
1. ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม	42	58	46	95
2. ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม	296	258	170	107
3. ยาเม็ด Gabapentin	580	760	1,150	832
4. ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม	-	-	-	170
จำนวนครั้งของการรับยา (ครั้ง)				
1. ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม	96	159	172	469
2. ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม	670	544	372	202
3. ยาเม็ด Gabapentin	1,565	2,023	2,529	1,691
4. ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม	-	-	-	354
มูลค่าเฉลี่ยต่อใบสั่งยา (บาท)				
1. ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม	440.09	383.10	418.24	366.31
2. ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม	843.79	751.65	734.29	730.93
3. ยาเม็ด Gabapentin	273.23	244.4	222.01	250.92
4. ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม	-	-	-	162.10

ตารางที่ 1 จำนวนการมารับบริการผู้ป่วยนอก มูลค่าการซื้อยา มูลค่าการส่งใช้ยาของยากลุ่มตัวอย่างระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 (ต่อ)

รายการ	ปีงบประมาณ			
	2557	2558	2559	2560
มูลค่ายาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย (บาท)				
1. ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม	1,005.93	1,050.22	1,563.85	1,808.43
2. ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม	1,909.93	1,584.87	1,606.81	1,379.88
3. ยาเม็ด Gabapentin	737.25	650.55	488.24	509.98
4. ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม	-	-	-	337.55
จำนวนใบสั่งยาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย (ใบ)				
1. ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม	2.29	2.74	3.74	4.94
2. ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม	2.26	2.11	2.19	1.89
3. ยาเม็ด Gabapentin	2.70	2.66	2.19	2.03
4. ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม	-	-	-	2.08

ตารางที่ 2 การทราบถึงมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของกลุ่มตัวอย่าง

มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา	การทราบถึงมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา (N=29) (แพทย์ = 18 คน เภสัชกร = 3 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก = 3 คน กรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด = 5 คน)	
	1. กำหนดกรอบรายการยาในโรงพยาบาล สัดส่วนยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ โรงพยาบาลชุมชน สัดส่วนร้อยละ 90:10	การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งมีราคาต่ำกว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา แต่หากไม่มีการจำกัดการส่งใช้ ก็ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในมุมมองมาตรการนี้ไม่มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเนื่องจากแพทย์สามารถส่งจ่ายยาให้กับผู้รับบริการทุกสิทธิ์ภายใต้ดุลพินิจของแพทย์ให้เป็นไปตามเงื่อนไขการส่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และการเพิ่มรายการนอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามการขยายศักยภาพของโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น
2. นโยบายการจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด	สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ เนื่องจากการต่อรองราคาขายระดับจังหวัด มีอำนาจในการต่อรอง มีผลทำให้สามารถจัดซื้อยาได้ถูกลง	
3. กำหนดผู้เข้าถึงการส่งใช้ยาในแต่ละกลุ่มยา	มีผลช่วยในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เพราะจำกัดการเข้าถึงรายการยา ช่วยลดการส่งยาโดยไม่จำเป็น กรณีแพทย์เฉพาะทางไม่อยู่อาจต้องเพิ่มเกณฑ์/เงื่อนไขการส่งยา เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาอย่างต่อเนื่องและสามารถส่งยาเดิมได้ โดยไม่ต้องนัดมาพบแพทย์เฉพาะทางอีกครั้ง	
4. จำกัดปริมาณยา จำนวนวันต่อใบสั่ง ความถี่ในการส่งใช้ยา	มีผลช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยา ช่วยไม่ให้ส่งยาเกินความจำเป็น ป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากยา แต่ควรยืดหยุ่นกรณีผู้รับบริการเดินทางลำบาก และควรคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในทางกลับกัน หากไม่ได้ควบคุม จำกัดการมารับยาของผู้ป่วยต่อเนื่อง ก็ยังทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาไม่สามารถควบคุมได้	
5. กำหนดให้มียาในกลุ่มเดียวกัน 1-2 รายการ	ช่วยจำกัดรายการยาในโรงพยาบาล ทบทวนรายการที่ควรตัดออกจากบัญชีโรงพยาบาล ช่วยลดความฟุ่มเฟือยในการส่งยา แต่หากมองในมุมราคา ยาแม้จะมีเพียง 1-2 รายการ ถ้ายามีราคาแพงก็ไม่สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ ต้องพิจารณาราคาต่อหน่วย ราคารวมต่อวัน จำนวนที่สั่งร่วมด้วย	

ตารางที่ 2 การทราบถึงมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

มาตรการในการควบคุม ค่าใช้จ่ายด้านยา	การทราบถึงมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา (N=29) (แพทย์ = 18 คน เกษัชกร = 3 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก = 3 คน กรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด = 5 คน)
6. ประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Drug Use Evaluation)	ช่วยให้สั่งยาได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น จะทำให้แพทย์สั่งยาตามแนวทาง แต่ยังคงต้องมีการควบคุม กำกับมาตรการนี้อย่างจริงจัง
7. ติดตามประเมินผู้สั่งใช้ยา (Prescriber profiling)	มีการแจ้งทราบในการประชุมองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม รวมไปถึงใน คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะตามโครงการ Rational Drug Use (RDU) เพื่อให้ทราบว่ามีการสั่งใช้ยาเกินความจำเป็นหรือไม่ เพื่อนำมาปรับในการสั่งใช้ยาในครั้งต่อไป ช่วยให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยาทราบถึงข้อมูลการสั่งใช้ยา
8. การสั่งยาด้วยยาชื่อสามัญ (Generic equivalence)	ไม่มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเพราะโรงพยาบาลมียาบริษัทเดียวใน 1 รายการยา (ยกเว้นกรณียาขาดครว) แต่ในการทำงานอาจจะเขียนชื่อทางการค้าของยาบ้างเนื่องจากสั้นและประหยัดเวลา ดังนั้น การเลือกใช้อาจไม่ขึ้นอยู่กับชื่อทางการค้าของยา
9. กำหนดรายการยาที่เบิกได้ (Positive list) เบิกไม่ได้ (Negative list)	มีผลโดยตรงต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เสนอแนะให้มีการเก็บเงินในรายการยา/วัสดุ การแพทย์ที่เบิกไม่ได้ เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่ได้ออกมาตรการจำกัดหรือห้ามจ่าย ยังมีกรณีอนุโลมให้ผู้รับบริการ เช่น มาก่อนนัด ยาหมด ยาหาย วัสดุการแพทย์ไม่เพียงพอ
10. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลใน 2 กลุ่มโรค	มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เนื่องจากลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งมีราคาแพง

2.2 ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

2.2.1 การทราบถึงนโยบาย มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลและตอบสนองต่อนโยบายสรุปผล ดังตารางที่ 2

2.2.2 การทราบถึงนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลและการตอบสนองต่อนโยบาย โดยภาพรวมพบว่า ทราบมาตรการนี้จากการสื่อสารและแจ้งทราบในการประชุมองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม แต่ไม่ทราบเป้าหมายของตัวชี้วัดในแต่ละข้อ ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า หากทำตามนโยบายในแต่ละข้อ จะช่วยให้สั่งใช้ยาได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.3 ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process)

2.3.1 การทราบถึง/เข้าถึงมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล โดยภาพรวมพบว่าสามารถเข้าถึงและทราบมาตรการจากการประชุมในองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาลและกลุ่มงานเภสัชกรรม การประชุมทีมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล หนังสือเวียนจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีการสร้างระบบการเตือน (pop-up, pop-alert, pop-lock) เพื่อแสดงข้อมูลในการสั่งใช้ยาใน HOSxP นอกจากนี้

แพทย์รับทราบจากการทวนสอบคำสั่งแพทย์โดยเภสัชกร และ การปฐมนิเทศแพทย์ใหม่ของโรงพยาบาล

2.3.2 การติดตามผลการใช้มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ทราบการติดตามผลจากการนำเข้าในวาระการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จากการประชุมประจำหน่วยงานแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมาตรการของการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา

2.3.3 ความเห็นในการปรับแนวทาง มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล โดยภาพรวมมีความเห็นว่า มาตรการเดิมดีอยู่แล้ว ควรเน้นการนำผลการวิเคราะห์แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ จริงจังในบางมาตรการให้มากขึ้นคือ การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Drug use evaluation: DUE) โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนการใช้ยาต้านจุลชีพ (De-escalation antibiotics) เพิ่มเกณฑ์ในการสั่งยากรณีแพทย์เฉพาะทางไม่อยู่เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และสามารถสั่งยาเดิมได้ ยืดหยุ่นการสั่งจำนวนยาบางกรณีที่ผู้รับบริการเดินทางลำบาก บ้านไกล ควรมีนโยบายร่วมจ่ายในยาบางรายการ เน้นการใช้ยาสมุนไพรให้มากขึ้น การรณรงค์ให้ความรู้ สร้างความตระหนักที่ถูกต้องให้ประชาชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ควรจะต้องมีการให้ความรู้ เปลี่ยนความรู้สึกรู้ของตัวคนไข้เอง เช่น คำมีการตั้งความหวัง หรือมีความเชื่อผิด ๆ ที่คิดว่า ชีวิตนี้จะต้องกินยาบำรุง กินยานอนหลับ บางครั้งคือ หมอเอง ด้วยระยะเวลาพูดคุยมันน้อย หรือการให้ความรู้เรื่องไข้หวัดแล้วเค้ากิน Antibiotics บางทีหมอไม่สามารถเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกของตัวคนไข้ได้ ถ้าหากมีการรณรงค์หรือการทำให้กิจกรรม การส่งเสริมในหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ ในการลดความเข้าใจผิดตรงนี้ แล้วเพิ่มความเข้าใจที่ถูกต้องคิดว่าน่าจะพอแก้ไขได้” (แพทย์D05)

“มาตรการเดิมก็โอเค และควรมีเวทีการประชุมประจำเดือน แจ้งทราบสถานการณ์ สถานะการเงินของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านยา เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบ” (คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด Focus group)

2.3.4 ความเห็นในการนำนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดไปใช้จากการปฐมนิเทศ แพทย์พบว่า จากการปฐมนิเทศแพทย์ในเรื่องระบบยา สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และสามารถทำงานได้ง่ายขึ้นจากการทราบนโยบายด้านยาของโรงพยาบาล แต่ควรมีการสะท้อนข้อมูลกลับให้องค์กรแพทย์ทราบเป็นระยะ ๆ หลังการปฐมนิเทศ เพื่อนำไปปรับปรุงการทำงาน เพราะในการทำงานจริง อาจจะมีบางประเด็น หากมีการสะท้อนข้อมูลกลับอย่างต่อเนื่อง จะสามารถตระหนักได้มากขึ้น นอกจากนี้ควรเน้นการใช้ยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) อันตรกิริยาของยา (Drug interaction) การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Drug use evaluation: DUE) และหญิงตั้งครรภ์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ควรเพิ่มการนำเข้าสู่ข้อมูลมูลค่าการใช้ยาเป็นระยะ ๆ เพื่อให้แพทย์ได้ทราบสถานการณ์ และผู้ปฏิบัติจะได้ตระหนักมากขึ้น” (แพทย์เฉพาะทางD03)

“อยากให้เพิ่ม Drug interaction ที่เจอบ่อย เช่น คนไข้ Warfarin กลุ่มของคนไข้โรคไต ยา NSAIDs และยาที่ใช้ในคนท้อง โดยส่วนใหญ่คนท้องก็จะมาด้วยปวดท้อง เวียนหัว นอนไม่หลับ แล้วก็ common cold จะได้ไม่ต้องมาเปิดหาข้อมูล” (แพทย์D02)

2.4 ผลการประเมินด้านผลิตภัณฑ์ (Product)

ความเห็นในการมีส่วนช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ทำตามนโยบายของโรงพยาบาล สั่งยาพอดีกับวันนัด ไม่สั่งยาเกินความจำเป็น ทบทวนรายการยาเดิมที่เหลือ สั่งยาตามแนวทาง สั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนโยบาย Rational Drug Use (RDU) ลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ โดยสั่งยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน สำหรับแพทย์ที่เลี้ยงจะช่วยควบคุม กำกับแพทย์ฝึกหัด สำหรับเภสัชกรมีส่วนช่วยในการคัดกรองความเหมาะสมในใบสั่งยา ทวนสอบคำสั่งแพทย์หากพบความไม่เหมาะสมในการสั่งใช้ยา รวมไปถึงกระบวนการจัดซื้อจัดหา ยา คัดเลือกยาทั้งจากราคาและคุณภาพยาเข้าโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทำตาม RDU ไม่ให้ Antibiotics ในกลุ่มโรคที่ต้องควบคุม เวลาการตรวจรักษา re-med ไม่จ่ายยาเกิน 3 เดือน 4 เดือน จะเจอขอยาเพิ่มเวลาซักประวัติ เราก็จะบอกว่าไม่จำเป็นต้องใช้ จะเอายานู่นยานี่เพิ่ม เราก็จะไม่เพิ่มให้ จะให้ข้อมูลเค้าว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยาตัวนี้หรือในกลุ่มยาจิตเวช เวลา re-med ต้องเพิ่มตอน check ยา ว่ามียาเดิมเหลือมัย จะได้ไม่มียาไปกองที่บ้าน การ check ยาไม่ให้ expired ที่ stock ก็จะช่วยได้ให้มีกรมวนเวียน ไม่ต้องรอให้ expired ยากลุ่ม HIV น้องก็เน้นย้ำอยู่นะ ให้มาตามนัด ให้สูดศึกษา ทีม Asthma เด็ก จะช่วยดูยาเดิม ยาเหลือ จะช่วยควบคุมได้ดี ยาที่เหลือให้นำมาด้วยเบาหวานก็ไม่ค่อยมาขอยาเพิ่มแล้วในช่วง 2 ถึง 3 ปีนี้.” (พยาบาลN03)

“บทบาทเภสัชกรที่มีส่วนในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา คือ ช่วยคัดกรองใบสั่งยา ความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาลหรือไม่ ในส่วนนี้ถ้าไม่เหมาะสม เราก็จะ consult กลับไปที่แพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนคำสั่งแพทย์ก็จะช่วยควบคุม กำกับได้ ในส่วนของทีมยาช่วยดูว่า หากมีมาตรการออกไปแล้วพบว่า หน่วยงานไม่สามารถปฏิบัติได้จริง ก็จะนำมาปรับเพื่อสามารถให้นโยบายสามารถปฏิบัติได้จริง” (เภสัชกรP03)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จาก HOSXP ในช่วง 1 ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2560 พบว่า เป็นไปตามเงื่อนไขการสั่งใช้ยาร้อยละ 98.12 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การสั่งใช้ยาของแพทย์ในรายการยากลุ่มตัวอย่าง 4 รายการ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560

รายการยา	จำนวนผู้ป่วย ที่ได้รับยา (ราย)	การสั่งใช้ยา	จำนวน (ราย) (ร้อยละ)	เป็นไปตาม เงื่อนไข
ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัม	896	1. สั่งยาโดยอายุรแพทย์	651 (72.66)	/
		2. สั่งยาโดยแพทย์ (ที่ไม่ใช่อายุรแพทย์)	240 (26.79)	
		2.1 รับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลอื่น	77 (8.59)	/
		2.2 เปลี่ยนยาจากยาเม็ด Bisoprolol (ตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล)	1 (0.11)	/
		2.3 สั่งยาเดิมที่อายุรแพทย์สั่งเริ่มต้น	159 (17.75)	/
		2.4 ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนสั่งยา	3 (0.33)	/
		3. สั่งยาโดยพยาบาล	5 (0.56)	
		3.1 สั่งยาเดิมที่อายุรแพทย์สั่งเริ่มต้น	5 (0.56)	/
		ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัม	1,788	1. สั่งยาโดยแพทย์เฉพาะทาง
1.1 แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูก และข้อ	1,334 (74.61)			/
1.2 อายุรแพทย์	230 (12.86)			/
2. สั่งยาโดยแพทย์ (ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางตาม นโยบายคณะกรรมการเภสัชกรรมและการ บำบัด)	219 (12.25)			
2.1 สั่งยาเดิมและมีนัดคลินิกกระดูกและข้อ	115 (6.43)			/
2.2 สั่งยาเดิมและมีนัดตรวจซ้ำ	1 (0.06)			/
2.3 สั่งยาเดิมที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์และ ศัลยกรรมกระดูกและข้อสั่งเริ่มต้น	5 (0.28)			/
2.4 แพทย์สั่งยาเริ่มต้นตามการวินิจฉัยโรค	98 (5.48)			x
3. สั่งยาโดยพยาบาล	5 (0.28)			
3.1 ปรึกษาแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรม กระดูกและข้อก่อนสั่งยา	1 (0.06)			/
3.2 สั่งยาเดิมที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์และ ศัลยกรรมกระดูกและข้อสั่งเริ่มต้น	3 (0.16)			/
3.3 พยาบาลสั่งยาเริ่มต้น	1 (0.06)			x
ยาเม็ด Gabapentin	7,828			1. สั่งยาโดยแพทย์เฉพาะทาง
		1.1 แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูก และข้อ	5,553 (70.94)	/
		1.2 อายุรแพทย์	966 (12.34)	/
		1.3 แพทย์โสตศอนาสิก	66 (0.84)	/
		1.4 ทันตแพทย์	9 (0.11)	/
		1.5 แพทย์ฝังเข็ม	13 (0.17)	/



ตารางที่ 3 การสั่งใช้ยาของแพทย์ในรายการยากลุ่มตัวอย่าง 4 รายการ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 (ต่อ)

รายการยา	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา (ราย)	การสั่งใช้ยา	จำนวน (ราย) (ร้อยละ)	เป็นไปตามเงื่อนไข
ยาเม็ด Gabapentin	7,828	2. สั่งยาโดยแพทย์ (ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางตามนโยบายคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด)	1,182 (15.10)	
		2.1 สั่งยาเดิมที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อสั่งเริ่มต้น	762 (9.73)	/
		2.2 สั่งยาเดิมที่อายุรแพทย์สั่งเริ่มต้น	201 (2.57)	/
		2.3 สั่งยาเดิมที่แพทย์โสตศอนาสิกสั่งเริ่มต้น	6 (0.08)	/
		2.4 รับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลอื่น	62 (0.79)	/
		2.5 ปฏิเสธแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อก่อนสั่งยา	2 (0.03)	/
		2.6 ปฏิเสธอายุรแพทย์ก่อนสั่งยา	1 (0.01)	/
		2.7 แพทย์สั่งยาเริ่มต้นตามการวินิจฉัยโรค	106 (1.35)	x
		2.8 แพทย์สั่งยาเดิมที่มีนัดตรวจซ้ำ (ที่ไม่ใช่คลินิก)	42 (0.54)	/
		3. สั่งยาโดยพยาบาล	39 (0.50)	
3.1 สั่งยาเดิมที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อสั่งเริ่มต้น	27 (0.34)	/		
3.2 สั่งยาเดิมที่อายุรแพทย์สั่งเริ่มต้น	10 (0.13)	/		
3.3 สั่งยาเดิมที่แพทย์ฝังเข็มสั่งเริ่มต้น	2 (0.03)	/		
ยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัม	354	1. สั่งยาโดยอายุรแพทย์	282 (79.66)	/
		2. สั่งยาโดยแพทย์ (ที่ไม่ใช่อายุรแพทย์)	70 (19.77)	
		2.1 รับยาต่อเนื่องจากโรงพยาบาลอื่น	1 (0.28)	/
		2.2 เปลี่ยนยาจากยาเม็ด Amlodipine	8 (2.26)	/
		2.3 สั่งยาเดิมที่อายุรแพทย์สั่งเริ่มต้น	57 (16.11)	/
		2.4 ปฏิเสธอายุรแพทย์ก่อนสั่งยา	4 (1.13)	/
		3. สั่งยาโดยพยาบาล	2 (0.56)	
		3.1 สั่งยาเดิมที่อายุรแพทย์สั่งเริ่มต้น	2 (0.56)	/

หมายเหตุ / เป็นไปตามเงื่อนไข, x ไม่เป็นไปตามเงื่อนไข

อภิปรายผลและสรุป

การประเมินบริบท (Context evaluation)

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์การนำไปใช้ของมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาพบว่ามีความสอดคล้องกับบริบทและสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลพิมาย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ M2 มีแพทย์เฉพาะ

ทาง 6 สาขาหลัก และจากประเด็นความเสี่ยงสำคัญคือ ค่าใช้จ่ายด้านยา จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้น จำเป็นต้องใช้ยาเพิ่มมากขึ้น การตรวจรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน รวมไปถึงการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและโรงพยาบาลเครือข่ายอีก 5 โรงพยาบาล นอกจากนี้การร้องขอจาก

ผู้รับบริการ การส่งจ่ายยาที่ไม่จำเป็น การเลือกใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ล้วนมีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยาและสถานะการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวม (Total drug expenditures) คือ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ใช้จ่ายยา (Number of drug recipients) และมูลค่าการใช้จ่ายต่อราย (Limwatananon *et al.*, 2004) สำหรับจุดอ่อนของการประเมินด้านบริบทคือ การรับทราบข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาของคนในองค์กรพบว่า มีผู้ให้สัมภาษณ์และผู้สนทนาที่ยังไม่ทราบถึงค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับจุฬารัตน ลิมวัฒนานนท์ และคณะ (Limwatananon *et al.*, 2011) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและพบปัญหาและอุปสรรคคือ แพทย์ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับราคายา และนโยบายของโรงพยาบาลได้อย่างทั่วถึง

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation)

1. กำหนดกรอบรายการยาในโรงพยาบาล

สัดส่วนยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ โรงพยาบาลชุมชน สัดส่วนร้อยละ 90:10 ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่และผู้สนทนาทราบมาตรการนี้แต่ไม่ทราบสัดส่วน มาตรการนี้มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในมูมราคายาในบัญชียาหลักแห่งชาติถูกกว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่หากมองในมุมการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติภายใต้ดุลพินิจของแพทย์ตามเงื่อนไขการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติของกรมบัญชีกลาง ซึ่งยังสามารถสั่งยาได้ในผู้ป่วยทุกสิทธิ์ ก็ยังไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้จริง ขณะเดียวกัน การขยายศักยภาพของโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องมีรายการนอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามศักยภาพของโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วย

2. นโยบายการจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่และผู้สนทนาทราบมาตรการนี้ สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ เนื่องจากการต่อรองราคายาระดับจังหวัด มีอำนาจในการต่อรอง มีผลทำให้สามารถจัดซื้อยาได้ถูกลง ซึ่งสอดคล้องกับเสาวคนธ์ รัตนะจิตราธิลป์และวิทยากุล สมบูรณ์ (Ratanawijitrasin and Kulsomboon, 2001) ที่อธิบายถึงองค์ประกอบของระบบในการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านยา หนึ่งในเครื่องมือการจัดการที่ใช้ในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา คือ การจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด

3. กำหนดผู้เข้าถึงการสั่งใช้ยาในแต่ละกลุ่มยา

ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้สนทนาทราบมาตรการนี้ แม้การมีหนังสือเวียนจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดแจ้งทราบการเข้าถึงรายการยาของแพทย์เฉพาะทาง แต่ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ทราบมาตรการนี้จากการแจ้งเตือนใน HOSxP มีผลช่วยในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้มาก เพราะจำกัดการเข้าถึงรายการยา ช่วยลดการสั่งยาโดยไม่จำเป็น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดควรกำหนดแนวทางการสั่งใช้ยาในกรณีแพทย์เฉพาะทางไม่อยู่ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับยาอย่างต่อเนื่องและสามารถสั่งยาเดิมได้ โดยไม่จำเป็นต้องนัดมาพบแพทย์เฉพาะทางอีกครั้ง

4. จำกัดปริมาณยา จำนวนวันต่อใบสั่ง ความถี่ในการสั่งใช้ยา

ผู้ให้สัมภาษณ์และผู้สนทนาทราบมาตรการนี้จากการแจ้งเตือนใน HOSxP มีผลช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยา ไม่สั่งยาเกินความจำเป็น เช่นเดียวกับ Hoadley (2005) ซึ่งกล่าวถึงกลยุทธ์เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการสั่งใช้ยา 3 กลยุทธ์คือ ความคุ้มค่าในการสั่งยา โดยการจำกัดจำนวนการสั่งใช้ยาต่อเดือน การจำกัดรายการยาที่เบิกได้ รายการยาที่ต้องชำระตัวเอง เช่น ยาควบคุมน้ำหนัก วิตามิน ยาคุมกำเนิด ในทางกลับกัน แม้จะมีการจำกัดปริมาณ จำนวน ความถี่ต่อครั้ง แต่หากไม่ได้ควบคุมการจำกัดความถี่การมารับยาของผู้ป่วยต่อเดือน ก็ยังทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาไม่สามารถควบคุมได้ จึงควรมีการทวนสอบประวัติการได้รับยาทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้ได้ยาซ้ำซ้อน และควรยกเว้นกรณีผู้รับบริการเดินทางลำบากและมีความจำเป็นต้องใช้ยา และคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการร่วมด้วย

5. กำหนดให้มียาในกลุ่มเดียวกัน 1-2 รายการ

ส่วนใหญ่แพทย์และพยาบาลไม่ทราบมาตรการนี้ จากมาตรการนี้ช่วยจำกัดรายการยาในโรงพยาบาล ทบทวนรายการที่ควรตัดออกจากบัญชีโรงพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการคัดเลือกยาเข้า-ออกโรงพยาบาล เช่นเดียวกับงานวิจัยของวิไลภรณ์ ศิริสอน และคณะ (Sirisorn *et al.*, 2014) ซึ่งพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะรู้จักบทบาทของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการคัดเลือกยาและจัดการด้านยา และต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในเรื่องความเท่าเทียมด้านการรักษาของยาสามัญเทียบกับยาต้นแบบ และมีบางส่วนให้ความเห็นว่ามาตรการนี้ไม่มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เพราะการ

เลือกใช้ยาเพียง 1 ถึง 2 รายการ หากมีราคาแพงก็ไม่สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ ต้องดูราคาต่อหน่วย ราคารวมต่อวัน จำนวนที่สั่งรวมด้วย

6. การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา (Drug use evaluation: DUE)

แพทย์ส่วนใหญ่ เกษัชกรและพยาบาลทุกท่านทราบมาตรการนี้ สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยา ช่วยให้สั่งยาได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นตามเกณฑ์การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา แต่ต้องมีการควบคุม กำกับมาตรการนี้อย่างเข้มงวด โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนการใช้ยาต้านจุลชีพ (De-escalation antibiotics) แพทย์ต้องให้ความร่วมมือในการประเมินความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาตามแบบฟอร์มประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาให้สามารถทำได้จริง การศึกษาของภาสกร สวนเรือง และคณะ (Suanrueang et al., 2013) แสดงให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคในการกำกับการใช้ยาสมเหตุผลคือ แพทย์ยังไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามระเบียบการสั่งยา การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา

7. ติดตามประเมินผู้สั่งใช้ยา (Prescriber profiling)

แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ทราบมาตรการนี้ ช่วยสะท้อนข้อมูลการสั่งใช้ยาของแพทย์รายบุคคลและสร้างความตระหนักมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะ ตามนโยบายการใช้ยาสมเหตุผล

8. การสั่งยาด้วยยาชื่อสามัญ (Generic equivalence)

แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ทราบมาตรการนี้ ไม่มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเพราะโรงพยาบาลมียาจากบริษัทเดียว ยกเว้นกรณีขาดชั่วคราวต้องจัดหายาจากบริษัทสำรอง แต่ในการปฏิบัติงาน แพทย์อาจจะเขียนชื่อทางการค้าของยาเนื่องจากสั้นและประหยัดเวลา ดังนั้น การเลือกใช้อาจไม่ขึ้นอยู่กับชื่อทางการค้าของยา อย่างไรก็ตาม พบการศึกษาถึงการใช้นโยบายการสั่งใช้ยาด้วยชื่อสามัญทางยาในการศึกษาของ Nayeemul Islam (2013) พบว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาตามใบสั่งยาของแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการควบคุมต้นทุนค่ายาในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐมิซิกาน และการศึกษาของ Tele and Groot (2009) พบว่ามีความแตกต่างของราคาขายระหว่างยาชื่อทางการค้าและยาชื่อสามัญขึ้นต่ำร้อยละ 20 ในสหภาพยุโรป เช่น ในประเทศฝรั่งเศส ราคาขายชื่อสามัญมีราคาต่ำกว่ายาต้นฉบับถึงร้อยละ 40 ในประเทศอิตาลี ราคาขายชื่อสามัญมีราคาต่ำกว่ายาต้นฉบับถึงร้อยละ 10-

20 แต่การพัฒนาภาคอุตสาหกรรมของโรงงานผลิตยาก็เป็นต้นทุนให้ราคาขายสูงขึ้น

9. กำหนดรายการยาที่เบิกได้ (Positive list) เบิกไม่ได้ (Negative list)

แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ทราบ เนื่องจากมีการแสดงข้อมูลใน HOSxP มาตรการนี้มีผลโดยตรงต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาหากมีการเก็บเงินในรายการที่เบิกไม่ได้ แต่เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่ได้ออกมาตรการจำกัดหรือห้ามจ่ายในกรณีมาก่อนนัด ยาหมดก่อนนัด ยาหาย วัสดุการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการใช้ ยังเป็นการอนุโลมให้ผู้รับบริการ ก็ยังมีผลน้อยที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา

10. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 2 กลุ่มโรค

ได้แก่ โรคทางเดินหายใจและท้องเสียเฉียบพลัน แพทย์ส่วนใหญ่ เกษัชกรและพยาบาลทุกท่านทราบมาตรการนี้ มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เนื่องจากลดการใช้ยาปฏิชีวนะ

การประเมินกระบวนการ (Process evaluation)

แพทย์ พยาบาล และเกษัชกรสามารถเข้าถึงและทราบมาตรการจากการประชุมองค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม การประชุมทีมต่าง ๆ ในโรงพยาบาล หนังสือเวียนจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีการสร้างระบบการเตือน (Pop-up, pop-alert, pop-lock) เพื่อแสดงข้อมูลในการสั่งใช้ยาใน HOSxP ควรเน้นการนำผลการวิเคราะห์แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบอย่างต่อเนื่อง สะท้อนข้อมูลที่ไม่เหมาะสมในการสั่งใช้ยาทันที เพื่อให้แพทย์ตระหนักในการสั่งใช้ยามากยิ่งขึ้น เช่นเกี่ยวกับการประชุมพิเศษแพทย์ในเรื่องระบบยาสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และสามารถทำงานได้ง่ายขึ้นจากการทราบนโยบายด้านยาของโรงพยาบาล แต่ควรมีการสะท้อนข้อมูลกลับให้องค์กรแพทย์ทราบเป็นระยะ ๆ เพื่อนำไปปรับปรุงการทำงาน เพราะในการทำงานจริง อาจจะมีบางประเด็น หากมีการสะท้อนข้อมูลกลับอย่างต่อเนื่อง จะสามารถตระหนักได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arshad et al. (2016) ที่พบการวินิจฉัยที่ไม่เหมาะสมในใบสั่งยาสูงถึงร้อยละ 67.5 ขนาดยาไม่เหมาะสม ร้อยละ 57.5 มีคูยาที่เกิดอันตรกิริยาของยา ร้อยละ 47.5 การสั่งยาที่มีข้อห้ามใช้ ร้อยละ 57 ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการอบรม สอนแพทย์ถึงแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การประเมินความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา

การประเมินผลผลิต (Product evaluation)

จากข้อมูลการสั่งใช้ยาแผนกผู้ป่วยนอก สืบค้นข้อมูลใน HOSxP จากแฟ้มเวชระเบียนการตรวจรักษาด้วยหมายเลขของผู้ป่วย (Hospital number: HN) ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล พบว่า ยาเม็ด Carvedilol 25 มิลลิกรัมซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ค โดยมีเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดคือ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมาและอายุรแพทย์ เป็นผู้สั่งใช้ครั้งแรก พบว่า มีการสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด แม้จะพบการสั่งยาโดยพยาบาลจำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 0.56) แต่เป็นการสั่งยาเดิมที่อายุรแพทย์สั่งเริ่มต้น ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เนื่องด้วยผู้ป่วยไม่สามารถเข้าพบอายุรแพทย์ได้ทุกราย พยาบาลวิชาชีพสามารถสั่งยาเดิมได้ในกรณีเป็นการรับยาต่อเนื่องหรือญาติมารับยาแทน

การสั่งยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัมซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดคือ ต้องสั่งใช้โดยอายุรแพทย์และแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อ เท่านั้น พบการสั่งใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขคือ แพทย์สั่งยาเริ่มต้นตามการวินิจฉัยโรคจำนวน 98 ครั้ง (ร้อยละ 5.48) นอกจากนี้ยังพบการสั่งยาโดยพยาบาลจำนวน 5 ครั้ง (ร้อยละ 0.28) โดยพบว่ามี การปรึกษาแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อก่อนสั่งยา จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.06) สั่งยาเดิมที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อสั่งเริ่มต้นจำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 0.16) และพยาบาลสั่งยาเริ่มต้น จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 0.06) จากการสั่งใช้ยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัมที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขการสั่งใช้ยาของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด แม้จะพบจำนวน 99 ครั้งในจำนวนการสั่งใช้ยาทั้งหมด 1,788 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.54 รวมเป็นมูลค่า 65,340 บาท แต่เนื่องยาแคปซูล Celecoxib 200 มิลลิกรัมเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง ดังนั้น จึงยังคงต้องจำกัดการเข้าถึงยาโดยแพทย์เฉพาะทาง ทบทวนการสั่งใช้ยาของแพทย์ให้เป็นไปตามนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

การสั่งยาเม็ด Gabapentin ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ข มีเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดคือ ต้องสั่งใช้โดยอายุรแพทย์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อ แพทย์

โสตศอนาสิก ทันตแพทย์ และแพทย์ฝังเข็มเท่านั้น พบการสั่งยาที่ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขคือ แพทย์สั่งยาเริ่มต้นตามการวินิจฉัยโรคจำนวน 106 ครั้ง ในอาการและการวินิจฉัยโรค ได้แก่ neuralgia, trigeminal neuralgia ที่แพ้ยา Carbamazepine, low back pain with sciatica, mononeuropathy, polyneuropathy, postzoster neuralgia, lumbar and other intervertebral disc disorders with radiculopathy, carpal tunnel syndrome, spondylosis, spinal stenosis, hemifacial spasm, other primary gonarthrosis แม้จะพบจำนวน 106 ครั้งในจำนวนการสั่งใช้ยาทั้งหมด 7,828 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.35 รวมเป็นมูลค่า 15,561 บาท แต่เนื่องจากยาเม็ด Gabapentin ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ข จะต้องสั่งใช้โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเท่านั้น ดังนั้น จึงยังคงต้องจำกัดการเข้าถึงยาโดยแพทย์เฉพาะทางเช่นมาตรการเดิม ทบทวนการสั่งใช้ยาของแพทย์ให้เป็นไปตามนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดแนวทางการสั่งใช้ยากรณีแพทย์เฉพาะทางไม่อยู่เฉพาะสาขาแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยสามารถสั่งยาเดิมที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อสั่งเริ่มต้นได้ 1 ครั้งไม่เกิน 3 เดือน และนัดพบแพทย์ออร์โธปิดิกส์และศัลยกรรมกระดูกและข้อในครั้งถัดไป

การสั่งยาเม็ด Lercanidipine 20 มิลลิกรัมซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ข เสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาลพิมายในงบประมาณประมาณ 2560 โดยมีเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามนโยบายของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดคือ ใช้สำหรับเป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ทนต่อผลข้างเคียงของยา Amlodipine ไม่ได้ และใช้ในกรณีผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) ที่มีภาวะ Proteinuria ที่ไม่สามารถใช้ยากกลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme inhibitor (ACEI) หรือยากกลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers (ARB) ได้ พบว่า มีการสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด นอกจากนี้ยังพบการสั่งยาโดยพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 0.56) โดยเป็นการสั่งยาเดิมที่อายุรแพทย์สั่งเริ่มต้น

การศึกษาสถานการณ์การนำไปใช้ของมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในโรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา โดยรวมจะเห็นได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทราบมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา การติดตามและประเมินผลในมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยามีความสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายจังหวัด สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการ



รายงานตัวชี้วัดรายเดือน รายไตรมาส และสิ้นปีงบประมาณ ข้อมูลการสั่งใช้ยาแผนกผู้ป่วยนอกพบร้อยละ 98.12 ที่เป็นไปตามเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล ดังนั้น เพื่อให้มีแนวทาง นโยบาย มาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา จึงยังคงต้องมีการจำกัดการเข้าถึงยาในแต่ละกลุ่มยาโดยแพทย์เฉพาะทาง โดยการลือคการเข้าถึงยาใน HOSxP อนุญาตเฉพาะแพทย์เฉพาะทางตามนโยบายคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเท่านั้น สร้างระบบความปลอดภัยของฐานข้อมูลโดยอนุญาตเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและแก้ไขข้อมูลใน HOSxP ได้ จำกัดปริมาณยา จำนวนวันต่อใบสั่ง ความถี่ในการสั่งใช้ยา ออกแบบการแสดงผลข้อมูลประมวลผลการรับยาย้อนหลังใน HOSxP ร่วมกับผู้เขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อแสดงข้อมูล ความถี่ในการสั่งใช้ยาและจำกัดปริมาณการได้รับยาโดยเฉพาะกลุ่มยาบรรเทาอาการ รวมไปถึงนำนโยบายร่วมจ่ายมาใช้ใน รายการยา วัสดุการแพทย์ที่ไม่สามารถเบิกได้ โดยถือเป็น ข้อตกลงของโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ เภสัชกร โรงพยาบาลและคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทุกท่านที่ อนุญาตและให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลงานวิจัยครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

Arshad S, Mahmood S, Rasool S, et al. Rational drug use in Pakistan: a systematic review. *J Pharm Pract Med* 2016; 2(4): 116-122.

Hoadley J. Cost containment strategies for prescription drugs: assessing the evidence in the literature [Online]. 2005 Feb 28 [cited 2016 Jun 7]. Available from: <http://kff.org/medicaid/report/cost-containment-strategies-for-prescription-drugs-assessing>.

Limwattananon C, Thammatacharee N, Waleekhachonloet O, et al. Expenditure of Civil Servant Medical Benefit Scheme and the use of non-essential medicines. *Journal of Health Systems Research* 2011; 5(2): 149-159.

Limwattananon S, Limwattananon C, Pannarunothai S.

Cost and utilization of drugs prescribed for hospital-visited patients: impacts of universal health care coverage policy [Online]. 2004 [cited 2016 Jun 7]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1851?src=?2fdspace>.

Nayeemul Islam K. A study on generic prescription substitution policy as a cost containment approach for Michigan's Medicaid system [Online]. 2013 Oct [cited 2016 Jun 7]. Available from: <http://pdfs.semanticscholar.org>.

Office of the National Economics and Social Development Council. Total health expenditure per capita gross domestic product [Online]. 2017 [cited 2017 Jun 7]. Available from: <http://social.nesdb.go.th>.

Office of the Permanent Secretary. Strategic Plan of the Ministry of Health Year 2017-2021 [Online]. 2017 [cited 2017 Jun 7]. Available from: <http://203.157.229.33>downloadpage>file>.

Ratanawijitrasin S, Kulsomboon V. Health insurance system in Thailand. Design Limited; 2001.

Sirisorn W, Ploylearmsang C, Waleekhachonloet O. Role of pharmacy and therapeutic committee and generic drug policy in perspective of medical personnel in a tertiary hospital Thailand. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University* 2014: 793-802.

Suanrueang P, Sakolchai S, Suriyawongpaisarn P, et al. Measures for promoting rational use of high cost drugs in hospitals under Civil Servant Medical Benefit Scheme. *Journal of Health Systems Research* 2013; 7(2): 223-234.

Tele P, Groot W. Cost containment measures for pharmaceuticals expenditure in the EU countries: a comparative analysis [Online]. 2009 Jul 23 [cited 2016 Jun 7]. Available from: <http://pdfs.semanticscholar.org>.