

การดำเนินการมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ในยา 5 กลุ่ม;กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง

สาวิตรี ชนิตกุล^{1*}, ธนรรักษ์ รัตนโชติพานิช²

Received: 31 January 2017

Accepted: 27 March 2017

บทคัดย่อ

บทนำ: การส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติยังเป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศไทยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในยา 5 กลุ่มได้แก่ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือดยาป้องกันกระดูกพรุนยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหารและยาต้านการอักเสบที่มีไซสเทียรอยด์ในผู้ป่วยนอกสิทธิการรักษาข้าราชการ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2557 **วิธีดำเนินการวิจัย:**เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลจังหวัด เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มาตรการที่ศึกษา คือขั้นตอนการคัดเลือกยาและการส่งจ่าย-เบิกจ่ายยา โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามถึงโครงสร้างและการสัมภาษณ์ **ผลการวิจัย:**โรงพยาบาลเข้าร่วม 7 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง คือ โรงพยาบาล A, B และ C และ โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง คือ D, E, F และ Gทุกโรงพยาบาลมีแนวโน้มการใช้ยาสูงขึ้นทุกปี ร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชี 5 กลุ่ม มีแนวโน้มลดลงในทุกโรงพยาบาล ในปี 2557 โรงพยาบาลที่มีร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชี ในยา 5 กลุ่มสูงสุด 3 ลำดับคือ โรงพยาบาล C (ร้อยละ 29.0),G (ร้อยละ 19.7) และ E (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ โดยโรงพยาบาล B มีร้อยละของยานอกบัญชี ในยา 5 กลุ่มเพียงร้อยละ 9.3และดำเนินการมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชีได้เข้มแข็งมากที่สุดใช้นโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มียาในบัญชีได้ไม่เกิน 2 รายการในทุกกลุ่มยาและมีนโยบายชะลอการนำเข้ายาต้นแบบในบัญชียาโรงพยาบาล และเพิ่มสัดส่วนการจ่ายชื่อสามัญใน 2 กลุ่มยา ส่วนโรงพยาบาล C มีนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มียาในบัญชีได้ไม่เกิน 2 รายการ เฉพาะกลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร **สรุปผลการวิจัย:**โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชีแต่มีความเข้มแข็งแตกต่างกัน และเน้นกลุ่มยาที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลที่ใช้มาตรการหลายอย่างร่วมกันสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชี โดยภาพรวมได้

คำสำคัญ มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2560; 13 (ฉบับพิเศษ): 558-572

¹ นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยวิจัยเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* **ติดต่อผู้พิมพ์:** สาวิตรี ชนิตกุลโรงพยาบาลยโสธร อ.เมือง จ.ยโสธร 35000 โทร. 083-3342828

e-mail: sawitree525@gmail.com

Implementation of Drug Cost Containment Measures for 5 Selected Non-essential drugs: Case Study of 7 General Hospitals

Sawitree Chanidkul^{1*}, Thananan Rattanachotphanit²

Abstract

Introduction: Prescribing of Non-Essential Drug(NED) is important problem in Thailand. This descriptive study aims to explore situation of an implementation of drug cost containment measures of five selected non-essential drugs (NEDs) used for hypertension, dyslipidemia, osteoporosis, peptic ulcer/variceal bleeding, and inflammatory and osteoarthritis in Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) out-patient during 1 October 2011 to 30 September 2014. **Methods:** Study samples were voluntary hospitals in the Northeastern. Drug cost containment measures in all processes were studied including drug selection, drug procurement, drug prescribing, and drug reimbursement. Data collection was used data collection form, semi-structure questionnaire, and in-depth interview to obtain drug cost containment measures. **Results:** There were seven hospitals voluntary to participate in this study including three tertiary care hospitals (A, B and C), four general hospitals (D, E, F, and G). Total drug expenditure of these seven hospitals increased every year while expenditure of the five selected NEDs in these hospitals decreased. In 2014, top three hospitals with highest of the five selected NEDs expenditures were hospital C (29.0%), hospital G (19.7%) and hospital E (14.8%). Hospital B had proportion of the five selected NEDs 9.3% which was the hospital with the highest intensity of cost containment measures implemented the rule to limit number of drugs in hospital drug formulary by including no more than two drug items for the same indications for five selected drugs, delaying inclusion of original drug in the formulary, and increasing proportion of prescribing generic products for two targeted drugs. Hospital C had a cost containment measures implemented the rule to limit number of drugs in hospital drug formulary by including no more than two drug items for the same indications for one selected drugs. **Discussion:** All hospitals implemented cost containment measures but in different degrees of intensity and different drug items. In hospital had several cost containment measures concomitantly were the effective.

Keywords: Drug Cost Containment Measures, Non-essential drugs

IJPS 2017; 13 (Supplement): 558-572

¹ Master Student in Clinical Pharmacy Program, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

² Assistant Professor, Clinical Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

* **Corresponding author:** Sawitree Chanidkul, Yasothon Hospital, Muang District, Yasothon Province 35000

Tel. 083-3342828 e-mail: Sawitree525@gmail.com

บทนำ

ปัญหาค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาเกินความจำเป็นในระบบบริการสุขภาพของไทย ส่วนหนึ่งพบว่ามีสาเหตุจาก การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างไม่สมเหตุผล การศึกษาก่อนหน้าพบว่ามีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติกลุ่มสเตตินของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการไม่สมเหตุผลในการสั่งใช้ยาสูงถึงร้อยละ 78.6 จากทั้งหมด 336 ราย (Luang-apirom et al., 2016) และในการศึกษาผลของการประกาศนโยบายควบคุมการใช้ยาลดไขมันในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง พบว่าหลังประกาศใช้นโยบาย มีการสั่งจ่ายยาที่ไม่สอดคล้องเพิ่มขึ้นในยา pravastatin, atorvastatin, ezetimibe ในร้อยละ 49.1, 72.8 และ 80.9 ตามลำดับและมีมูลค่ายาที่สูงขึ้นจากการสั่งใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสิทธิข้าราชการ (Somchan,2014) ดังจะพบว่าการเบิกจ่ายยาจากกรมบัญชีกลางนั้น มีการเบิกค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยาลำดับแรก และไม่มีการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมาก่อนตามหลักแนวทางเวชปฏิบัติของแต่ละกลุ่มโรค หรือการระบุเหตุผลการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงตามข้อมูลทางการแพทย์ ทำให้รายจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีอัตราเพิ่มสูงมากขึ้นซึ่งพบว่ามีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงเกินครึ่งหนึ่งของงบประมาณด้านสุขภาพโดยรวมทั้งหมด เฉพาะในกลุ่มข้าราชการในปีงบประมาณ 2556 มีมูลค่าค่าใช้จ่ายด้านยากว่า 60,000 ล้านบาท โดยส่วนมากเป็นยากกลุ่มลดไขมันในเลือด ความดันโลหิตสูง และยาอื่นๆ และจากการศึกษาใบสั่งยาในโรงพยาบาลทั่วประเทศของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พบว่ามูลค่ายาที่เบิกใช้เป็นค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มี

อัตราสูงถึงร้อยละ 75(Thitima, 2014) ซึ่งพบว่าเป็นมากเป็นค่าใช้จ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในยา 9 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร (antiulcerant/variceal bleeding); 2) กลุ่มยาด้านอักเสบที่มีไซส์เตียรอยด์ (NSAIDs/anti-osteoarthritis); 3) กลุ่มยาลดไขมันในเลือด (antilipidemia); 4) กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง (Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors); 5) กลุ่มยาลดความดันโลหิต (Angiotensin-II receptor blockers : ARBs); 6) กลุ่มยาป้องกันการเกาะตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets); 7) ยาลดอาการข้อเข่าเสื่อม (glucosamine); 8) ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน (drug affecting bone metabolism); และ 9) กลุ่มยารักษา มะเร็ง (anticancers)

การส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีความสำคัญต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ.2554 ได้บรรจุให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 (Chayakul, 2015) ความพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น ในปีงบประมาณ 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการกำกับ ติดตาม และประเมินการใช้ยาในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2556 กรมบัญชีกลางได้ออกประกาศเรื่องการระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายยา ปีงบประมาณ 2557 กำหนดให้มีการใช้ยาสามัญแทนยาต้นแบบ และต่อมาได้มีการจัดทำคู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อสร้างเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับ

โรงพยาบาล และถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลโดยมีเป้าหมายที่จะเพิ่มการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผลมากยิ่งขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 5 ของมูลค่ายาทั้งหมดมาตรการต่างๆ เหล่านี้รัฐบาลได้กำหนดมาเพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่งใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจ่ายยาให้มีความสมเหตุผล ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามนโยบายได้มากน้อย แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลนั้นๆ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในยา 5 กลุ่มเป้าหมายเนื่องจากเป็นกลุ่มยาพื้นฐานที่มีในทุกโรงพยาบาลและมีมูลค่าการสั่งจ่ายยาสูงเป็นยา กลุ่มเป้าหมายที่กรมบัญชีกลางได้ทำการควบคุม กำกับกับการใช้ยามาอย่างต่อเนื่อง(Jindapol, 2014) ได้แก่กลุ่มยาลดความดันโลหิต (antihypertensive drug) กลุ่มยาลดไขมันในเลือด(antilipidemics) กลุ่มยาป้องกันกระดูกพรุน (osteoporosis) กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร (antiulcerant/variceal bleeding)และยาต้านการอักเสบที่มีไซสเตียรอยด์ (NSAIDs/anti-osteoarthritis)ในผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2557 ในช่วงปีงบประมาณ 2555 -2557 รวมถึงปัจจัยสนับสนุนการดำเนิน มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยานอกบัญชียาหลักยาหลักแห่งชาติ ในโรงพยาบาลจังหวัด เขตภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลระดับ จังหวัด เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างตามความสมัครใจ โดยมีโรงพยาบาลที่ยินดี เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 7 แห่ง จากทั้งหมด 19 แห่งข้อมูลทั่วไปที่ศึกษาได้แก่ มูลค่าการสั่งจ่ายยา มูลค่าการสั่งจ่ายยานอกบัญชี 5 กลุ่มเป้าหมาย จำนวนรายการยานอกบัญชี 5 กลุ่มเป้าหมาย และ จำนวนรายการยาต้นแบบของยานอกบัญชี 5 กลุ่มเป้าหมายในผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2557 (ปีงบประมาณ 2555 - 2557) จำนวนอายุรแพทย์ที่ปฏิบัติงาน

มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอก บัญชียาหลักๆ ที่ศึกษาตัดแปลงจากรายงานวิจัยของ Kaiser Family Foundation โดย Jack Hoadley (2005)และการศึกษาก่อนหน้าของสุภาพร น้อยเมล์ (2015) และภาสกร สวนเรือง (2013) ครอบคลุม ประเด็นดังนี้ 1. ขั้นตอนการคัดเลือกยาเข้า ได้แก่ 1.1 การพิจารณาคุณภาพยาและเลือกยาที่มีราคาต่ำ ก่อน 1.2 การจัดซื้อร่วมระดับเขต/ จังหวัด 1.3 การ มีนโยบายชะลอการนำเข้ายาต้นแบบในบัญชียา โรงพยาบาล แต่เพิ่มสัดส่วนการจ่ายสามัญ 1.4 มี นโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่ เกิน 2 รายการ 1.5 ตัดยานอกบัญชีราคาแพงออก จากบัญชียาโรงพยาบาล หรือกำหนดเป็นกรอบ รายการยาเฉพาะราย 1.6การจำกัดปริมาณการ สั่งซื้อยาต่อเดือนหรือต่อปีงบประมาณและ 2. ขั้นตอนการสั่งจ่ายยา-เบิกจ่ายยา ได้แก่ 2.1)มี นโยบายให้จ่ายชื่อสามัญแทนยาต้นแบบ 2.2) กำหนดเงื่อนไขว่าต้องจ่ายอื่นมาก่อนแล้วไม่ได้ผล หรือใช้ยาตัวแรกแล้วการรักษาไม่ได้ผล/ มีแนวทาง เวชปฏิบัติของโรค 2.3)มาตรการระบุเหตุผล ประกอบการสั่งจ่ายยานอกบัญชี อย่างเต็มรูปแบบ 2.4)ต้องผ่านการอนุมัติก่อนการสั่งจ่ายยาจาก ผู้บริหารโรงพยาบาล 2.5 การจำกัดขนาดการใช้ยา

สูงสุด 2.6)การจำกัดปริมาณการจ่ายยาต่อครั้ง 2.7) การประเมินการใช้จ่ายขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะจ่ายยาอยู่ หรือประเมินก่อนที่ผู้ป่วยจะใช้ 2.8) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและแพทย์ในเรื่องประโยชน์ของยาสามัญ 2.9) การจัดอบรมเรื่องแนวทางการจ่ายอย่างสมเหตุผล ประมวลผลการดำเนินมาตรการฯ ของแต่ละโรงพยาบาล โดยสังเคราะห์การดำเนินมาตรการฯ อย่างเข้มแข็งในแต่ละด้าน และความสอดคล้องกับ ร้อยละการสั่งจ่ายยานอกบัญชี 5 กลุ่มที่ศึกษา จำนวนรายการยานอกบัญชี และยาต้นแบบ ที่กำหนดให้มีในบัญชียาของโรงพยาบาล สำหรับ ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินมาตรการควบคุม ค่าใช้จ่ายยานอกบัญชียาหลักฯ ที่ศึกษา ได้แก่ 1. ความสำคัญของนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 2.วัฒนธรรมขององค์กรในการสั่งจ่ายยา สถานะทางเศรษฐกิจของโรงพยาบาล 3.ผู้นำองค์กรที่มุ่งมั่นในการควบคุม ค่าใช้จ่ายด้านยา 4.คณะทำงานเกี่ยวกับการควบคุม ค่าใช้จ่ายด้านยา 5.การวางแผนในการดำเนินงาน การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา 6.ระบบการดำเนินงาน และเครื่องมือสนับสนุน 7.การประมวลผลข้อมูลและการป้อนกลับข้อมูล 8.ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การคุกคาม จากบริษัทยา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการ ควบคุมค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2557 โดยใช้แบบบันทึก สำหรับข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล และใช้ แบบสอบถามถึงโครงสร้างและการสัมภาษณ์ ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน สำหรับเก็บข้อมูลมาตรการ ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชียาหลักฯ และ ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินมาตรการฯ โดยผู้ให้ ข้อมูลคือ เกสัชกรที่ปฏิบัติงานในคณะกรรมการ

เภสัชกรรมและการบำบัด และมีประสบการณ์ในการ ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ของโรงพยาบาลที่ศึกษา อย่างน้อย 3 ปี อย่างน้อย 1 ท่าน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive study) แสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมา เขียนเชิงพรรณนาตามประเด็นกรอบสัมภาษณ์ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากสำนักงาน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการวิจัย

โรงพยาบาลที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่งคือ โรงพยาบาล A และ B และ Cซึ่งมีจำนวนแพทย์ทั้งหมดในสัดส่วนที่สูงกว่า โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง คือ D, E, F และ G จำนวนอายุรแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์มีประมาณ 7 – 10 คน ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง คือ E และ G มีจำนวนอายุรแพทย์ 7 คนและโรงพยาบาล D และ F มีอายุรแพทย์ 2 คน ดังตารางที่ 1 โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง มีแนวโน้มการใช้จ่ายสูงขึ้นทุก ปี ในปี 2557 โรงพยาบาลที่มีมูลค่าการใช้จ่ายสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ โรงพยาบาล A (264 ล้านบาท), C (241 ล้านบาท) และ D (162 ล้านบาท) ตามลำดับ โรงพยาบาลที่มีร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชี ใน ยา 5 กลุ่มที่ศึกษาสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ โรงพยาบาล C (ร้อยละ 29.0), G (ร้อยละ 19.7) และ E (ร้อยละ 14.8) ตามลำดับ โรงพยาบาล A ซึ่งมี มูลค่าการใช้จ่ายสูงสุด มีร้อยละของมูลค่ายานอก บัญชีฯ ในยา 5 กลุ่มที่ศึกษาคิดเป็น 14.4 ในขณะที่ โรงพยาบาล B ซึ่งมีขนาดเล็กเทียบเคียงโรงพยาบาล A และ C มีมูลค่าการใช้จ่ายทั้งหมดเพียง 131 ล้านบาท และมีร้อยละของยานอกบัญชีฯ ในยา 5 กลุ่มที่ศึกษา

เพียงร้อยละ 9.3 ในโรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง พบว่าโรงพยาบาล D มีมูลค่าการสั่งใช้ยาสูงสุด แต่มีร้อยละของยานอกบัญชี ในยา 5 กลุ่มที่ศึกษาน้อยที่สุด (ร้อยละ 4.9) เมื่อพิจารณาร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชี ในปี 2557 แยกตามกลุ่มยาพบว่าโรงพยาบาล C มีสัดส่วนที่สูงกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ ชัดเจน ในกลุ่มยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 8.2) ยาลดไขมันในเลือด (ร้อยละ 10.8) และยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ (ร้อยละ 4.8) ในขณะที่โรงพยาบาล B มีสัดส่วนที่น้อยกว่าโรงพยาบาล A และ C ซึ่งมีขนาดโรงพยาบาลใกล้เคียงกันในโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าโรงพยาบาล G มีสัดส่วนของยานอกบัญชี สูงในกลุ่มยาป้องกันกระดูกพรุน (ร้อยละ 6.1) และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์ (ร้อยละ 6.0) ในขณะที่โรงพยาบาล E มีสัดส่วนของยานอกบัญชี สูง ในกลุ่มยาป้องกันกระดูกพรุน (ร้อยละ 6.2) และกลุ่มยาลดไขมันในเลือด (ร้อยละ 5.9)

ร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชี 5 กลุ่มที่ศึกษามีแนวโน้มลดลงทุกโรงพยาบาล แต่โรงพยาบาล A และ C ลดลงไม่มากนักเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ จำนวนรายการยานอกบัญชีใน 5 กลุ่มยาที่ศึกษา รวมถึงจำนวนรายการยาที่เป็นยาต้นแบบ ส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงในช่วง 3 ปี ในปีงบประมาณ 2557 พบว่ามีจำนวนรายการยาดังแต่ 9 – 24 รายการ โดยพบมากที่สุดที่โรงพยาบาล C มีทั้งสิ้น 24 รายการ โดยมียาต้นแบบ 21 รายการ รองลงมาคือโรงพยาบาล A มี 17 รายการยา โดยมียาต้นแบบ 16 รายการยา และโรงพยาบาล E มี 11 รายการยา โดยมียาต้นแบบ 9 รายการ ตามลำดับ และพบน้อยที่สุดคือโรงพยาบาล F มี 9 รายการยา โดยมียาต้นแบบ 6 รายการ เมื่อพิจารณารายกลุ่มยาพบว่าโรงพยาบาล C มีจำนวนรายการยาที่มากกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ ใน 3 กลุ่มยา คือกลุ่มยาลดความดันโลหิต กลุ่มยาลดไขมันในเลือด และ กลุ่มยาต้านการอักเสบที่มีไซสเดียรอยด์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่ศึกษา

ลักษณะทั่วไป	โรงพยาบาล A	โรงพยาบาล B	โรงพยาบาล C	โรงพยาบาล D	โรงพยาบาล E	โรงพยาบาล F	โรงพยาบาล G
จำนวนเตียง (เตียง)	549	505	500	370	345	330	301
จำนวนแพทย์ทั้งหมด (คน)	95	60	62	38	43	22	32
จำนวนแพทย์อายุรกรรมทั่วไป (คน)	9	7	10	2	7	2	7
มูลค่ายาทั้งหมด (ล้านบาท)							
ปี 2555	219.1	115.6	218.5	127.5	132.1	93.8	114.6
ปี 2556	240.8	121.9	221.3	124.1	134.2	104.9	119.6
ปี 2557	264.0	131.1	241.4	162.3	143.5	131.9	140.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล
	A	B	C	D	E	F	G
ร้อยละมูลค่ายา นอกบัญชีทั้ง 5 กลุ่มที่ศึกษา (ร้อยละ)							
ปี 2555	8.3	13.3	32.2	10.0	25.0	28.10	35.1
ปี 2556	15.8	10.5	30.6	8.8	19.5	21.8	25.6
ปี 2557	14.4	9.3	29.0	4.9	14.8	13.6	19.7
ร้อยละมูลค่ายา นอกบัญชี 5 กลุ่ม ปี 2557							
จำแนกตาม							
กลุ่มยา							
- กลุ่มยาลด	1.9	1.3	8.2	0.6	2.8	3.2	2.7
ความดันโลหิต							
- กลุ่มยาลด	3.9	3.1	10.8	0.4	5.9	6.6	2.5
ไขมันในเลือด							
- กลุ่มยาป้องกัน	3.0	1.0	3.6	0.7	6.2	1.4	6.1
กระดูกพรุน							
- กลุ่มยาลด	2.1	1.3	1.6	0.6	0.0	0.0	2.4
การเป็นแผล และเลือดออก							
ในกระเพาะ							
อาหาร							
- กลุ่มยาด้าน	3.5	2.6	4.8	2.6	2.1	2.5	6.0
การอักเสบที่							
มิโซสเทียรอยด์							
จำนวนรายการ							
ยานอกบัญชีทั้ง							
5 กลุ่ม (จำนวน							
รายการยา							
ต้นแบบ)							
ปี 2555	16 (15)	9 (7)	22 (19)	10 (7)	12 (11)	9 (8)	12 (11)
ปี 2556	16 (15)	9 (7)	24 (21)	10 (7)	13 (11)	9 (8)	12 (11)
ปี 2557	17 (16)	10 (8)	24 (21)	10 (7)	11 (9)	9 (6)	10 (8)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	โรงพยาบาล A	โรงพยาบาล B	โรงพยาบาล C	โรงพยาบาล D	โรงพยาบาล E	โรงพยาบาล F	โรงพยาบาล G
1.1 กลุ่มยาลด ความดันโลหิต (จำนวน รายการยา ต้นแบบ)							
ปี 2555	4 (4)	2 (1)	5 (5)	1 (1)	4 (4)	2 (2)	1 (1)
ปี 2556	4 (4)	2 (1)	5 (5)	1 (1)	4 (4)	2 (2)	1 (1)
ปี 2557	5 (5)	2 (1)	5 (5)	1 (1)	4 (4)	2 (2)	1 (1)
1.2 กลุ่มยาลด ไขมันในเลือด (จำนวน รายการยา ต้นแบบ)							
ปี 2555	2 (2)	2 (2)	5 (5)	1 (0)	1 (1)	3 (3)	3 (3)
ปี 2556	2 (2)	2 (2)	5 (5)	1 (0)	2 (1)	3 (3)	3 (3)
ปี 2557	2 (2)	2 (2)	5 (5)	1 (0)	1 (1)	3 (1)	2 (1)
1.3 กลุ่มยา ป้องกันกระดูก พรุน (จำนวน รายการยา ต้นแบบ)							
ปี 2555	5 (4)	2 (1)	4 (2)	2 (1)	5 (4)	1 (0)	4 (3)
ปี 2556	5 (4)	2 (1)	5 (3)	2 (1)	5 (4)	1 (0)	4 (3)
ปี 2557	5 (4)	2 (1)	5 (3)	2 (1)	5 (3)	1 (0)	3 (2)
1.4 กลุ่มยาลด การเป็นแผล และเลือดออก ในกระเพาะ อาหาร (จำนวน รายการยา ต้นแบบ)							
ปี 2555	3 (3)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	1 (1)	0 (0)	1 (1)
ปี 2556	3 (3)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	1 (1)	0 (0)	1 (1)
ปี 2557	3 (3)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
1.5 กลุ่มยา ต้านการอักเสบ ที่มีไซส เตียรอยด์ (จำนวน รายการยา ต้นแบบ)							
ปี 2555	2 (2)	1 (1)	6 (5)	4 (3)	1 (1)	3 (3)	3 (3)
ปี 2556	2 (2)	1 (1)	7 (6)	4 (3)	1 (1)	3 (3)	3 (3)
ปี 2557	2 (2)	2 (2)	7 (6)	4 (3)	1 (1)	3 (3)	3 (3)

โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายยานอกบัญชี ใน 5 กลุ่มยา แต่มีความเข้มแข็งแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 โดยภาพรวม โรงพยาบาล B มีความเข้มแข็งในการดำเนินการควบคุมค่ากับการใช้ยานอกบัญชีมากที่สุดโดยมีมาตรการที่ดำเนินการในเกือบทุกกลุ่มยาได้แก่ มีนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยาในทุกกลุ่มยา ในขณะที่โรงพยาบาลอื่นๆ ทำได้เฉพาะบางกลุ่มยา มีนโยบายชะลอการนำเข้ายาต้นแบบในบัญชียาโรงพยาบาล และเพิ่มสัดส่วนการใช้ยาชื่อสามัญใน 2 กลุ่มยา คือ ยาลดความดันโลหิต และยาป้องกันกระดูกพรุน รวมถึงกำหนดเงื่อนไขว่าต้องใช้อื่นมาก่อนแล้วไม่ได้ผล หรือใช้ยาตัวแรกแล้ว การรักษาไม่ได้ผล/ แนวทางเวชปฏิบัติของโรค และดำเนินการมาตรการระบุเหตุผลการสั่งใช้ยานอกบัญชี (ระบุ A-F) อย่างเต็มรูปแบบซึ่งสอดคล้องกับร้อยละมูลค่ายานอกบัญชี ซึ่งมีสัดส่วนที่ต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใกล้เคียงกัน คือ โรงพยาบาล A และ C ในทุกกลุ่มยา ในปี 2557 โรงพยาบาล C ซึ่งมีร้อยละมูลค่ายานอกบัญชี 5 กลุ่มสูงที่สุด พบว่าเน้นควบคุมยา 1 กลุ่ม คือ กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร โดยใช้นโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยา ซึ่งทำให้อัตราของมูลค่ายานอกบัญชีในยาในกลุ่มดังกล่าวเท่ากับ 1.6 สำหรับโรงพยาบาล A เน้นควบคุมกลุ่มยาลดไขมันในเลือด และกลุ่มยาด้านการอักเสบที่มีไซสตีรอยด์ โดยใช้นโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยา ซึ่งร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชีในยาในกลุ่มดังกล่าวเท่ากับ 3.9 และ 3.5 ตามลำดับ

โรงพยาบาล D มีสัดส่วนมูลค่ายานอกบัญชี ต่ำกว่า โรงพยาบาล E, F และ G ซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกัน และพบว่ามาตรการที่เน้น คือ ชะลอการนำเข้ายาต้นแบบในบัญชียาโรงพยาบาล และเพิ่มสัดส่วนการใช้ยาชื่อสามัญ ในกลุ่มยาลดไขมันในเลือด และกลุ่มยาป้องกันกระดูกพรุน และมีนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยาในยาทุกกลุ่ม ยกเว้น กลุ่มยาด้านการอักเสบที่มีไซสตีรอยด์ ซึ่งโดยภาพรวมพบว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์เพียง 2 ท่าน และมีสัดส่วนมูลค่ายานอกบัญชี ที่น้อยที่สุดในทุกปี เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2557 โรงพยาบาล F เน้นมาตรการชะลอการนำเข้ายาต้นแบบในบัญชียาโรงพยาบาล และเพิ่มสัดส่วนการใช้ยาชื่อสามัญ ในกลุ่มยาป้องกันกระดูกพรุน และนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยา ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มยาลดความดันโลหิต กลุ่มยาป้องกันกระดูกพรุน และมาตรการระบุเหตุผลการสั่งใช้ยานอกบัญชี (ระบุ A-F) อย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งพบว่าร้อยละมูลค่ายานอกบัญชีกลุ่มดังกล่าว เท่ากับ 3.2 และ 1.4 ตามลำดับ โดยกำหนดกรอบรายการยาเฉพาะรายสำหรับกลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร ในขณะที่โรงพยาบาล G เน้นควบคุมยาใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มยาลดไขมันในเลือด กลุ่มยาลดความดันโลหิต และกลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร มีนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยา ในขณะที่ไม่เข้มงวดในกลุ่มยาป้องกันกระดูกพรุน และกลุ่มยาด้านการอักเสบที่มีไซสตีรอยด์

ตารางที่ 2 มาตรการที่โรงพยาบาลดำเนินการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในขั้นตอนการคัดเลือกยา

มาตรการ	โรงพยาบาลที่ดำเนินการเข้มงวด
1.1 พิจารณาคุณภาพยาและเลือกยาที่มีราคาต่ำก่อน	ทุกแห่งมีนโยบายและดำเนินการตามมาตรการ
1.2 มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต/จังหวัด	D, F, E เฉพาะกลุ่มยาป้องกันกระตุกพรุนแรง
1.3 มีนโยบายชะลอการนำเข้ายาดัชนีแบบในบัญชียาโรงพยาบาล แต่เพิ่มสัดส่วนการใช้สามัญ	B: กำหนดรายการยาให้มีไม่เกิน 2 รายการ และกำหนดให้มียาชื่อสามัญอย่างน้อย 1 รายการสำหรับกลุ่มยาลดความดันโลหิตและกลุ่มยาป้องกันกระตุกพรุนแรง D: กำหนดรายการยาให้มีไม่เกิน 2 รายการ และกำหนดให้มียาชื่อสามัญอย่างน้อย 1 รายการ สำหรับกลุ่มยากลุ่มยาลดไขมันในเลือด และกลุ่มยาป้องกันกระตุกพรุนแรง F: จัดให้มีเฉพาะยาชื่อสามัญกลุ่มยาป้องกันกระตุกพรุนแรงเพียง 1 รายการ G: กำหนดรายการยาให้มีไม่เกิน 2 รายการ และกำหนดให้มียาชื่อสามัญอย่างน้อย 1 รายการสำหรับกลุ่มยาลดไขมันในเลือด
1.4 มีนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยา	โรงพยาบาลจัดให้มีรายการยานอกบัญชีไม่เกิน 2 รายการ ดังนี้ B: ในทุกกลุ่มยา D: 4 กลุ่มยา ยกเว้น กลุ่มยาด้านการอักเสบที่มีไซ สเตียรอยด์ E: 3 กลุ่มยา คือกลุ่มยาลดไขมันในเลือด กลุ่มยาด้านการอักเสบที่มีไซ สเตียรอยด์กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร F: 3 กลุ่มยา คือกลุ่มยาลดความดันโลหิตกลุ่มยาป้องกันกระตุกพรุนแรงและกลุ่มยาลดการเป็นแผลในกระเพาะอาหาร G: 3 กลุ่มยา คือกลุ่มยาลดความดันโลหิตกลุ่มยาลดไขมันในเลือดและกลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร A: 2 กลุ่มยา คือกลุ่มยาลดไขมันในเลือด และกลุ่มยาด้านการอักเสบที่มีไซ สเตียรอยด์ C: 1 กลุ่มยา คือกลุ่มยาลดการเป็นแผลในกระเพาะอาหาร
1.5 ตัดยานอกบัญชีราคาแพงออกจากบัญชียาโรงพยาบาลหรือกำหนดเป็นกรอบรายการยาเฉพาะราย	E: ตัดรายการยากลุ่มยาลดการเป็นแผลในกระเพาะอาหาร F: กำหนดเป็นกรอบรายการยาเฉพาะรายสำหรับยากลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร
1.6 การจำกัดปริมาณการสั่งซื้อยาต่อเดือนหรือต่อปีงบประมาณ	เฉพาะโรงพยาบาล D, F, G

ตารางที่ 3 มาตรการที่โรงพยาบาลดำเนินการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในขั้นตอนเบิกจ่ายยาและการสั่งใช้

มาตรการ	โรงพยาบาลที่ดำเนินการเข้มงวด
1.1 มีนโยบายให้ใช้ยาชื่อสามัญ	ไม่มีนโยบายเข้มแข็งในการแทนยาต้นแบบด้วยยาชื่อสามัญ
แทนยาต้นแบบ	
1.2 กำหนดเงื่อนไขว่าต้องใช้ยาอื่นมาก่อนแล้วไม่ได้ผล หรือใช้ยาตัวแรกแล้ว การรักษาไม่ได้ผล/ แนวทางเวชปฏิบัติของโรค	B: ทุกกลุ่มยา
1.3 มาตรการระบุเหตุผลการสั่งใช้ยานอกบัญชี (ระบุ A-F) อย่างเต็มรูปแบบ	B และ F: ทุกกลุ่มยาโดยกำหนดให้ระบุเหตุผล และทวนสอบข้อมูลการสั่งใช้
1.4 ต้องสั่งใช้ยาโดยแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น	ทุกโรงพยาบาล ทุกกลุ่มยา (เป็นข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข)
1.5 ต้องผ่านการอนุมัติก่อนการสั่งใช้ยาจากผู้บริหารโรงพยาบาล	ทุกโรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากดำเนินตามนโยบายการระบุเหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชี (ระบุ A-F) แล้ว
1.6 จำกัดขนาดการใช้ยาสูงสุด	ทุกโรงพยาบาล ทุกกลุ่มยา
1.7 จำกัดปริมาณการจ่ายยาต่อครั้ง	ทุกโรงพยาบาล ทุกกลุ่มยา
1.8 ประเมินการใช้ยาขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะใช้ยาอยู่หรือประเมินก่อนที่ผู้ป่วยจะใช้ยา	โรงพยาบาลทุกแห่งทำตามนโยบาย A-F ซึ่งเข้มแข็งแตกต่างกัน มีโรงพยาบาล G ที่ทำ DUE กลุ่มยาลดไขมันในเลือดแต่ประเมินแบบย้อนหลัง
1.9 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและแพทย์ในเรื่องประโยชน์ของยาสามัญ	ไม่มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการเข้มแข็ง
1.10 การจัดอบรมเรื่องแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ไม่มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการเข้มแข็ง

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยานอกบัญชี ที่เข้มแข็งของโรงพยาบาล B พบว่าโรงพยาบาลเคยถูกเรียกเก็บเงินคืนจากกรมบัญชีกลางทำให้ต้องปรับตัวโดยให้ความสำคัญกับนโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา

มากขึ้น โดยจัดให้มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็งทำหน้าที่คัดเลือกยาเฉพาะรายการยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการพัฒนาระบบการแจ้งเตือนการสั่งใช้ยาแพทย์ในระบบคอมพิวเตอร์ มีการนำเสนอผลการสั่งใช้ยาในที่

ประชุมองค์กรแพทย์เพื่อเสนอแนวทางปรับปรุงทุก 6 เดือน รวมถึงแพทย์ยอมรับการใช้จ่ายซื้อสามัญ แทนยาต้นแบบ สำหรับโรงพยาบาล F ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเคยมีประสบการณ์เรียกเก็บเงินคืนจาก กรมบัญชีกลางฯ ในโรงพยาบาลที่เคยทำงานก่อน หน้า จึงให้ความสำคัญกับนโยบายควบคุมค่าใช้จ่าย ยานอกบัญชีอย่างเข้มแข็งเช่นกัน และขอความร่วมมือกับแพทย์ในการประหยัดค่าใช้จ่ายของ โรงพยาบาลรวมถึงโรงพยาบาลประสบปัญหา การเงินในปี 2555 ทำให้เคร่งครัดในการดำเนิน มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาล D พบว่าโรงพยาบาลประสบปัญหาการเงินในปี 2555 เช่นกัน และมีอายุแพทย์เพียง 2 ท่านซึ่งนิยมใช้ยา ในบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่า

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละของมูลค่ายา นอกบัญชี 5 กลุ่มที่ศึกษามีแนวโน้มลดลงทุก โรงพยาบาล แต่มีโรงพยาบาล 2 แห่งที่ลดลงไม่มาก นักโรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินมาตรการเพื่อควบคุม ค่าใช้จ่ายยานอกบัญชีใน 5 กลุ่มยา แต่เน้นกลุ่มยาที่ เข้มแข็งแตกต่างกัน รวมถึงความเข้มแข็งของการ ดำเนินมาตรการฯ ที่แตกต่างกัน โดยภาพรวม โรงพยาบาล B มีความเข้มแข็งในการดำเนิน มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยามากที่สุด โดย ดำเนินนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีในบัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยาในทุกกลุ่มยาและมี นโยบายชะลอการนำเข้ายาต้นแบบในบัญชียา โรงพยาบาล และเพิ่มสัดส่วนการใช้จ่ายซื้อสามัญใน 2 กลุ่มยา ในขณะที่โรงพยาบาลอื่นๆ ทำได้เฉพาะบาง กลุ่มยา รวมถึงกำหนดเงื่อนไขว่าต้องใช้อื่นมาก่อนแล้วไม่ได้ผล หรือใช้ยาตัวแรกแล้ว การรักษา ไม่ได้ผล/ แนวทางเวชปฏิบัติของโรค และมาตรการ

ระบุเหตุผลการสั่งใช้ยานอกบัญชี (ระบุ A-F) อย่าง เต็มรูปแบบ ในขณะที่โรงพยาบาล C มีการดำเนิน มาตรการนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีใน บัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยา เฉพาะในกลุ่มยาลด การเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร น้อยเมย์ (2015) ซึ่งศึกษามาตรการควบคุม ค่าใช้จ่ายด้านยาในปี 2554 พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้มาตรการหลายอย่างร่วมกัน แต่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เข้มงวด อย่างไรก็ตาม มาตรการที่ เข้มงวดในการศึกษาของสุภาพร น้อยเมย์ ประกอบด้วยมาตรการต้องขออนุมัติการสั่งใช้ยาจาก ผู้บริหารโรงพยาบาล และความเข้มงวดปานกลาง ได้แก่ การมีเอกสารประกอบการสั่งใช้ยา มีเงื่อนไข การสั่งใช้ยาตามสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย/clinical practice guideline ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ไม่พบว่ามี การดำเนินการที่เข้มแข็งใน 2 มาตรการนี้ในทุกแห่ง ยกเว้น โรงพยาบาล B ซึ่งกำหนดเงื่อนไขว่าต้องใช้ ยาอื่นมาก่อนแล้วไม่ได้ผล หรือใช้ยาตัวแรกแล้ว การรักษาไม่ได้ผล/ แนวทางเวชปฏิบัติของโรค แม้ว่าการศึกษาของสุภาพร น้อยเมย์ จัดประเภท การชะลอการนำเข้ายาต้นแบบเข้าในบัญชียา โรงพยาบาล ไว้ในระดับไม่เข้มงวด ในการศึกษา นี้พบว่ามาตรการนี้มีการใช้ในโรงพยาบาลหลายแห่ง รวมถึงการศึกษานี้เพิ่มเติมในประเด็นการดำเนิน มาตรการนโยบายยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันให้มีใน บัญชียาได้ไม่เกิน 2 รายการยา ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งดำเนินการ แต่ดำเนินการ ในบางกลุ่มยา โรงพยาบาลที่ดำเนินการในหลาย กลุ่มยา พบว่าสอดคล้องกับความสามารถในการ ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชี

ในการศึกษาของภาสกร สวนเรืองและ คณะ (2013) ซึ่งศึกษาในช่วงปี 2554-2555 พบว่า

มาตรการที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการในช่วงนั้น คือ การขอความร่วมมือแพทย์เฝ้าระวังเรื่องข้อบ่งชี้ในการใช้ยา รองลงมาคือ มาตรการการระบุเหตุผล สำหรับความจำเป็นการสั่งยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รองลงมาคือ มาตรการเกณฑ์เงื่อนไขการสั่งใช้ยาเป้าหมายและมีบางโรงพยาบาลที่ส่งเสริมให้แพทย์ใช้ยาชื่อสามัญก่อน และมีบางโรงพยาบาลที่ทำตามแนวทางเวชปฏิบัติของการสั่งใช้ยาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ดำเนินการมาตรการที่ให้ใช้ชื่อยาสามัญและยาทดแทน (therapeutic substitute) ในรายการยาเป้าหมาย 9 กลุ่ม ซึ่งในการศึกษานี้ โรงพยาบาลมีการดำเนินการมาตรการระบุเหตุผลการสั่งใช้ยานอกบัญชี (ระบุ A-F) แต่มีการดำเนินการเติมรูปแบบเพียง 2 แห่ง โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งมีการส่งเสริมให้ใช้ยาชื่อสามัญแทนยาต้นแบบ แต่ดำเนินการไม่เข้มข้น

ในการศึกษาของณัฐนิช สัมจันท์และคณะ (2014) ทำการศึกษาผลของการประกาศนโยบายควบคุมการใช้ยาลดไขมันที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่ามีการสั่งใช้ยาที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายมีเพิ่มขึ้นในทุกสิทธิการรักษา แสดงถึงนโยบายที่ทำในรูปแบบการขอความร่วมมือการสั่งจ่ายยานอกบัญชียาฯ เพียงอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ เนื่องจากเป็นมาตรการที่ไม่เข้มข้น ในการศึกษาพบว่าควรใช้มาตรการหลายอย่างร่วมกันและมีความเข้มข้นจึงจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายยานอกบัญชี ได้

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นครั้งนี้คือเป็นการเลือกศึกษาเฉพาะในยา 5 กลุ่มหลักของโรงพยาบาล ทำให้ไม่ครอบคลุมยาทั้งหมด ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีบางโรงพยาบาลมีสัดส่วนการควบคุมค่าใช้จ่ายยานอกบัญชี ในยา 5 กลุ่มในระดับดีกว่าโรงพยาบาลอื่น แต่เมื่อพิจารณาจากมูลค่ายา

ทั้งหมดของโรงพยาบาลพบว่ามีมูลค่าการใช้ยาทั้งหมดในปริมาณที่สูง แสดงถึงมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยานอกบัญชีฯ ทำให้ไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มยา

ในการศึกษานี้ยังคงพบว่ามีโรงพยาบาลที่มีร้อยละมูลค่ายานอกบัญชีที่สูงกว่าโรงพยาบาลอื่นในขนาดใกล้เคียงกัน มีจำนวนรายการยาและมีจำนวนรายการยาต้นแบบมากกว่าโรงพยาบาลอื่น ซึ่งควรพิจารณาดำเนินการแก้ไข โดยใช้มาตรการที่เข้มข้นมากขึ้นเช่น นโยบายยาที่มีข้อบ่งชี้เดียวกันให้มียาในบัญชีได้ไม่เกิน 2 รายการยา การเลือกยาสามัญเข้าในบัญชียาโรงพยาบาลแทนยาต้นแบบที่มีราคาแพงในทุกกลุ่มยา การขอความร่วมมือจากแพทย์ให้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติของโรคที่เกี่ยวข้องกับยากลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นข้อกำหนดในการสั่งใช้ยา และมาตรการระบุเหตุผลการสั่งใช้ยานอกบัญชี (ระบุ A - F) อย่างเต็มรูปแบบเป็นต้น และการเพิ่มความเข้มข้นในนโยบายด้านยาของโรงพยาบาลที่มีเป้าหมายที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชีฯ ให้มีแนวโน้มที่ลดลง

โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเกิดจากปัจจัยสนับสนุนหลายอย่างได้แก่ การมีนโยบายที่เด่นชัดของโรงพยาบาลที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้ลดลง โดยมีผู้บริหารคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เป็นผู้กำหนดเป้าหมายการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติของโรคที่เกี่ยวข้องกับยากลุ่มเป้าหมาย การสร้างวัฒนธรรมขององค์กรให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล การวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์การสั่งใช้ยาและรายงานผลอย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับการ

สื่อสารกับผู้มีส่วนร่วมและมีเครื่องมือที่พร้อมสนับสนุน เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีส่วนให้การดำเนินมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาประสบความสำเร็จมากขึ้น

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลควรดำเนินต่อเนื่อง ใช้หลายมาตรการร่วมกันและมีการทำงานร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ และในปัจจุบันตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ถูกบรรจุอยู่ในเกณฑ์การประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาและการมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็งของแต่ละโรงพยาบาลจะเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานอีกด้วย

สรุปผลการวิจัย

โรงพยาบาลทุกแห่งควรดำเนินนโยบายด้านยาที่เข้มแข็งในการลดค่าใช้จ่ายด้านยาโดยผู้บริหาร และคณะทำงานเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาอย่างเข้มแข็งตั้งแต่ในขั้นตอนการคัดเลือกยา เช่น มาตรการพิจารณาที่มีราคาต่ำกว่าเข้ามาในบัญชียาและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับยาดั้งเดิมที่มีราคาแพง การจัดซื้อยาร่วมเขต/จังหวัด การชะลอการนำเข้ายาดั้งเดิมในบัญชียา แต่เพิ่มสัดส่วนการใช้ยาสามัญมากขึ้น นโยบายยาที่มีข้อบ่งชี้เดียวกัน ให้มียาในบัญชีได้ไม่เกิน 2 รายการยา และมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในขั้นตอนเบิกจ่ายและสั่งใช้ยา ที่สำคัญคือการมีแนวทางเวชปฏิบัติของโรค ที่แพทย์ให้ร่วมมือในการจัดทำเพื่อควบคุมกำกับการใช้ยาแต่ละกลุ่ม และมาตรการการระบุเหตุผลประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชีอย่างเต็มรูปแบบ อีกทั้งการที่ผู้สั่งใช้ยาเห็นความสำคัญของนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา

ประโยชน์ของยาสามัญ และการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล จะเป็นมาตรการเสริมในการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาแต่ละแบบ จะมีประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน ขึ้นกับปัญหาการสั่งใช้ยาในแต่ละกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามพบว่าโรงพยาบาลที่มีมาตรการและมีปัจจัยสนับสนุนด้านนโยบายการลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่เข้มแข็งพบว่าสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดการใช้ยาที่ให้ประโยชน์สูงสุด และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และเภสัชกรของโรงพยาบาลที่ศึกษา ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ให้การสนับสนุนทุนเพื่อการทำวิจัย

References

- Chayakul C, Chongtrakun P, Wananukul W, et al editors. Rational drug use hospital manual. 2015. [cited 9 Nov2016];Available from http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/sites/default/files/jor_2_proof_8-final.pdf
- JindapolIN, Kunupatham P, TheerasilpP, Kitikannakom N.Crisis ofHealth Insurance under ThaiCivil ServantMedical Benefit Scheme (CSMBS). 2014. [cited 19 Jun2014];Available from http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_preview=T&art_id=1861.

- Hoadley Jack. Cost Containment strategies for prescription drugs: assessing the evidence in the literature.[cited 20 June 2014]; Available from: <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/cost-containment-strategies-for-prescription-drugs-assessing-the-evidence-in-the-literature-report.pdf>
- Luang-apirom J, Jungjaroennorasuk N, , Soontornpas R, Panomu-patham Y, Soontornpas C. Monitoring and evaluating of the implementation of non-essential drug prescribing criteria measure in case of lipid-regulating drugs. *IJPS* [online] 2016 Feb [cited 6 Nov2016]; 11(supplement) [5 screens]. Available from <http://www.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/48612>
- Nattanit Somchan, Donlaporn Nanthawudtipant, Kwanchanok Areewong, Nisa Wangruengsatit, Nantawan Kitikannakorn, Survey of Antilipidemic Agent Prescription in Non-national Drug List 2008: Case study at a Medical School Hospital. *Srinagarind Med J* 2014; 29(4):350 -356
- Noimay S. Evaluation of hospitals drug cost containment measures. Master of Pharmacy Thesis in Clinical Pharmacy, Graduate. Khon Kaen University.2015.
- Soontornpas C, Limwattananon C, Tiamkoa S, Soontornpas R. Implementation of internal audit system on non-essential drug prescribing at Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J* 2014; 29 (suppl):150-3.
- Suanrueang P, Topark-ngarm A, Sakolchai S, Limwattananon C, Suriyawongpaisal P, Srithamrongsawat S. Measures for promoting rational use of high cost drugs in hospitals under Civil Servant Medical Benefit Scheme. *Journal of Health Systems Research* [online] 2013 Apr-Jun [cited 17 JUN2014]; 7(2) [12 screens]. Available from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3901>.
- Thitima A, Precipitate into rational drug use in Thailand Implied drug-resistant is difficult to control in the future. *Thai Post* [online] 2014 May 23 [cited 11 Nov2016]; Available from <https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/5367>