

การจำลองผลกระทบทางการเงินหากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยนอกในระบบประกันสุขภาพหลัก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

เพ็ญสมร อินทรภักดี¹, กุลจิรา อุดมอักษร²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลพัทลุง

²ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อจำลองผลกระทบทางการเงินต่อผู้จ่ายเงินในระบบและผู้ให้บริการหากมีการใช้เกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้น โดยเทียบกับระบบการเบิกจ่ายปัจจุบันกรณีผู้ป่วยนอกในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม **วิธีการ:** การศึกษาใช้ข้อมูลการสั่งจ่ายยาของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2557 หลังจากนั้นวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงินโดยการจำลองสถานการณ์หากมีการเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายค่ายา ตามรูปแบบทางเลือกที่มีการพัฒนาขึ้นและมีอยู่แล้ว ได้แก่ รูปแบบ RP-1 (เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง) รูปแบบ RP-2 (เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 13) และรูปแบบ RP-3 (เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) **ผลการวิจัย:** รูปแบบ RP-2 ทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้มากที่สุด โดยที่มูลค่าเบิกจ่ายไม่ต่ำกว่าต้นทุนค่ายาของโรงพยาบาล การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการเบิกจ่ายตามรายการทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าในกรณีผู้ป่วยนอกที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิกับโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยมีเงื่อนไขว่า อัตราการใช้บริการของผู้มีสิทธิต้องไม่สูงกว่าร้อยละ 66 และมีสัดส่วนอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่ายาไม่น้อยกว่าร้อยละ 68 **สรุป:** การใช้หลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นเมื่อเทียบกับหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายปัจจุบันในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการจะช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวหรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการกำหนดเพดานการตามจ่ายรายครั้งของการบริการ สัดส่วนผู้เข้ารับบริการ สัดส่วนค่ายาจากอัตราเหมาจ่ายที่ได้รับ ต้นทุนค่ายา และปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ราคาเบิกจ่ายค่ายา ผลกระทบทางการเงิน ระบบประกันสุขภาพ การเบิกจ่ายค่ายา

Financial Impact Simulation of Changing Pharmaceutical Reimbursement Method for Outpatient Care among Major Health Insurance Schemes: Case of a General Hospital

Pensamorn Intarapak¹, Khunjira Udomaksorn²

¹Pharmacy Department, Phatthalung Hospital

²Department of Pharmacy Administration, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: To simulate the financial impacts on the payers and providers if the developed pharmaceutical reimbursement schemes were implemented by comparing with those of the present reimbursement schemes for outpatients of Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), Universal Coverage Scheme (UC) and Social Security Scheme. **Methods:** The study employed secondary data of outpatient prescribing in a general hospital during October 1, 2013 to September 30, 2014. Subsequently, the simulation of financial impact was conducted using 3 alternatives for pharmaceutical reimbursement i.e., RP-1 (Comptroller General's Department's pricing scheme), RP-2 (pharmaceutical reimbursement pricing employing by the National Health Security Office of Bangkok area and RP-3 (pharmaceutical reimbursement pricing scheme developed by the Health Insurance System Research Office). **Results:** The RP-2 scheme saved drug cost for payers more than any other schemes while still able to cover the cost of medicine for health care provider. However, changing from capitation based payment for drug in for the UC scheme to item based fee would benefit in case of outpatients registered with the studied hospital with service utilization rate not higher than 66% and proportion for drug spending not less than 68% of capitation rate. **Conclusion:** All alternative pharmaceutical reimbursement methods in this study could save drug expenditure for CSMBS comparing to the current fee for charge based reimbursement scheme. Capitation based health insurance scheme or UC showed differential results depending on the payment ceiling level per utilization, proportion of beneficiary utilizing services, proportion of capitation rate available for medicine spending, and amount of drugs used by patients.

Keywords: pharmaceutical reimbursement price, financial impact, health insurance system, pharmaceutical reimbursement

บทนำ

หลังการปฏิรูประบบสุขภาพ คนไทยกว่าร้อยละ 90 สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งครอบคลุมโดยหลักประกันสุขภาพหลักๆ 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) ซึ่งครอบคลุมคนไทยทั้งหมดที่ไม่ถูกครอบคลุมโดย 2 ระบบแรก แต่ละระบบมีกลไกการจ่ายค่าบริการแตกต่างกัน ระบบ UC และ SSS จ่ายค่าบริการรักษายาบาลผู้ป่วยนอกแบบเหมาจ่ายรายหัวซึ่งเหมารวมค่ายาไว้แล้ว ในขณะที่ระบบ CSMBS จ่ายค่าบริการและค่ายาตามรายบริการ (fee for service) รูปแบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกันส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมกันในระบบประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 ระบบในเรื่องสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ภาระค่าใช้จ่าย และคุณภาพในการรักษายาบาล พบว่า ผู้ป่วยในสิทธิ CSMBS มีสัดส่วนการใช้จ่ายใหม่และยาราคาแพงสูงกว่าระบบ UC และ SSS (1)

ข้อมูลจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย แสดงถึงผลของความแตกต่างของกลไกการจ่ายเงินระหว่างระบบ พบว่าในปี 2554 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ป่วยในสิทธิ CSMBS มีค่าสูงที่สุดถึง 14,056 บาทต่อคนต่อปี มีมูลค่าเป็น 5-6 เท่าของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในระบบ SSS (2,562 บาท/คน/ปี) และระบบ UC (2,091 บาท/คน/ปี) (2) ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2556 พบว่า การให้บริการผู้ป่วย UC ทำให้โรงพยาบาลขาดทุนโดยโรงพยาบาลทั่วไปทั้งประเทศขาดทุนรวมกันสูงถึง 4,161.09 ล้านบาท โรงพยาบาลศูนย์ 2,806.79 ล้านบาท และโรงพยาบาลชุมชน 299.25 ล้านบาท (3) จะเห็นว่า กลไกการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกทั้งที่เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว และจ่ายตามรายบริการตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บล่วงหน้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการรักษายาบาล ตลอดจนจนปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น และแสดงถึงความไม่มีประสิทธิภาพของระบบ

จากข้อมูลรายจ่ายด้านคาร์รักษายาบาลผู้ป่วยนอกในสิทธิ CSMBS ปี 2555 พบว่าค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดถึงร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (4) ดังนั้นการพิจารณาปรับเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาด้วยการกำหนดราคาเบิกจ่ายโดยผู้จ่ายเงินในระบบจึงน่าจะเป็น

ทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาผลกระทบดังกล่าว จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรูปแบบทางเลือกในการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย 2 รูปแบบ ได้แก่ หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิกัด/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร (RP-2) (5) และข้อเสนอหลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบ CSMBS ซึ่งพัฒนาโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) (6) การศึกษานี้จำลองผลกระทบทางการเงินที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ที่เกี่ยวข้องหากมีการนำรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาตามรายบริการมาใช้ในการเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปสำหรับทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในระบบประกันสุขภาพที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบการเหมาจ่ายรายหัวเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการจำลองสถานการณ์โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในเรื่องการส่งจ่ายยาของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในช่วงปีงบประมาณ 2557 เพื่อประเมินผลกระทบทางการเงินของการใช้ราคาเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นต่อค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบเทียบกับรูปแบบปัจจุบัน

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก (รหัสผู้ป่วย วันที่มารักษายาบาล สิทธิการรักษายาบาล รายการยา รหัสโรค (ICD-code) ปริมาณการใช้จ่ายต่อรายการยา และราคาทุนต่อหน่วย) ได้จากฐานข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 440 เตียงแห่งหนึ่ง โดยเป็นข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 56–30 ก.ย. 57 (ปีงบประมาณ 2557) สำหรับราคากลางจัดซื้อยาจัดตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องกำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2553 และประกาศเพิ่มเติม พ.ศ. 2557 ราคาอ้างอิงจัดซื้อยาใช้ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ (DMSIC) กระทรวงสาธารณสุขเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2557 (ปรับปรุงข้อมูลล่าสุดวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2558) ส่วนข้อมูลยา (ชื่อสามัญทางยา ชื่อการค้า บริษัทยา และราคาต้นทุนต่อหน่วย) ได้จากบัญชียาของโรงพยาบาลและฐานข้อมูลการจัดซื้อยาของโรงพยาบาล

การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาที่ศึกษา

รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาในปัจจุบันใช้หลักเกณฑ์ตามประกาศกระทรวงการคลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ายารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการ (RP-1) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. หลักเกณฑ์ตามประกาศกระทรวงการคลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ายารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการ

ราคาต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป (บาท)
0.01-0.20	0.50
0.21-0.50	1.00
0.51-1.0	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	1,161+110%ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่ง

ตารางที่ 2. หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายยากรณีส่งต่อผู้ป่วยนอก/พิการ/อุบัติเหตุและฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ราคากลาง/ราคาจัดซื้อ (บาท)	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป (บาท)	ราคาเบิกจ่ายสำหรับยาที่มีช่วงการรักษาแคบกรณีใช้ยาต้นแบบ (บาท)	ราคาเบิกจ่ายยาที่ซื้อจากผู้ผลิตมาตรฐาน GMP-PICs (บาท)
0.01-0.20	0.50		
0.21-0.50	1.00		
0.51-1.0	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		126+115% ของส่วนที่เกิน 100 บาท
เกิน 1,000	1,056+100%ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท		1,161+110% ของส่วนที่เกิน 1,000 บาท

พัฒนาขึ้นโดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 (RP-2) แสดงอยู่ในตารางที่ 2 สำหรับ RP-2 มีการกำหนดราคาเบิกจ่ายเพิ่มเติมอีก 2 กลุ่ม คือ สำหรับกลุ่มยาที่มีช่วงการรักษาแคบและกลุ่มผลิตภัณฑ์ยาที่ได้มาตรฐาน GMP-PICs ในกรณีของยาที่มีช่วงการรักษาแคบ การปรับเปลี่ยนยาที่ใช้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งแง่ของผลทางคลินิกและคุณภาพชีวิตจึงมีการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาไว้ที่ 2 ระดับ คือ สำหรับยาต้นแบบและยาชื่อสามัญ โดยกำหนดอัตราบวกเพิ่มในขนาดต่ำสำหรับยาต้นแบบเพื่อลดแรงจูงใจในการใช้ ส่วนยาที่ผลิตโดยโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน GMP/PICs กำหนดราคาเบิกจ่ายด้วยอัตราบวกเพิ่มที่สูงกว่ายาทั่วไป เพื่อส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ

หลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) แสดงอยู่ในตารางที่ 3

การวิเคราะห์ผลกระทบทางการเงิน

การศึกษาเปรียบเทียบมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาจากวิธีการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันกับมูลค่าเมื่อใช้รูปแบบที่นำมาศึกษา และวิเคราะห์ผลกระทบต้องงบประมาณในมุมมองผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบ หลังจากนั้นวิเคราะห์ความไว เมื่อเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรสำคัญที่อาจเป็นไปได้ เพื่อประเมินว่า จะส่งผลกระทบต่อขนาดของผลกระทบทางการเงินที่ได้ศึกษาหรือไม่ อย่างไร

ตารางที่ 3. หลักเกณฑ์การกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่พัฒนาขึ้น โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ราคาต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ราคาเบิกจ่ายยาทั่วไป (บาท)
0.01-0.20	0.50
0.21-0.50	1.00
0.51-1.0	1.50
1.01-10	1.50+130%ของส่วนที่เกิน 1 บาท
10.01-20	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 100บาท
>1,000บาท	+36.20

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลกระทบต่อหน่วยงานผู้ให้บริการ

ตารางที่ 4 แสดงมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาตามหลักเกณฑ์ต่าง ๆ โดยเทียบกับต้นทุนค่ายา พบว่าทุก ๆ รูปแบบของการเบิกจ่ายที่นำมาเปรียบเทียบทำให้โรงพยาบาลได้รับมูลค่าเบิกจ่ายค่ายาสูงกว่าต้นทุนค่ายาใน

ทุกสิทธิการรักษาพยาบาล การใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลางซึ่งเป็นรูปแบบปัจจุบัน (RP-1) จะทำให้โรงพยาบาลมีมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาสูงกว่าต้นทุนในสัดส่วนที่สูงที่สุดในทุก ๆ สิทธิการรักษาพยาบาล ในขณะที่การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13 (RP-2) ทำให้โรงพยาบาลได้รับมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาสูงกว่าต้นทุนในสัดส่วนที่น้อยที่สุด

ผลกระทบต่อหน่วยงานผู้จ่ายเงิน

ตารางที่ 5 แสดงมูลค่าการเบิกจ่ายยาตามหลักเกณฑ์ต่าง ๆ เทียบกับเกณฑ์การเบิกจ่ายในปัจจุบันในมุมมองของผู้จ่ายเงิน พบว่า รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13 (RP-2) มีมูลค่าที่ประหยัดได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับวิธีการเบิกจ่ายค่ายาที่ในปัจจุบันของสิทธิ CSMBS (ร้อยละ 9.23) และสิทธิ SSS (ร้อยละ 15.56) ในขณะที่สิทธิ UC ซึ่งปัจจุบันจ่ายค่ายารวมอยู่ในมูลค่าเหมาจ่ายรายหัว พบว่า รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายารายรายการที่ศึกษาไม่สามารถประหยัดค่าจ่ายได้ ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยแยกกลุ่มผู้ป่วย UC (UC total) เป็น 2 กลุ่มย่อย ซึ่งมีวิธีการจ่ายคืนเงินค่ายาแตกต่างกัน คือ ผู้ป่วย UC เฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) และผู้ป่วย UC เฉพาะที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer)

ตารางที่ 4. มูลค่าการเบิกจ่ายยาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายารูปแบบต่าง ๆ เทียบกับต้นทุนค่ายา

สิทธิการรักษายาบาล ¹	มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายา (ล้านบาท) ²						
	ราคาทุน	RP-1	ความแตกต่างจากราคาทุน (ร้อยละ)	RP-2	ความแตกต่างจากราคาทุน (ร้อยละ)	RP-3	ความแตกต่างจากราคาทุน(ร้อยละ)
CSMBS	32.61	46.16	13.55 (41.55)	41.97	9.36 (28.70)	44.60	11.99 (36.77)
SSS	3.74	5.43	1.69 (45.19)	5.10	1.36 (36.36)	5.29	1.55 (41.44)
UC total	41.86	62.15	20.29 (48.47)	58.12	16.26 (38.84)	61.05	19.19 (45.84)
UC register	21.50	32.29	10.79 (50.19)	30.69	9.19 (42.74)	31.71	10.21 (47.49)
UC refer	20.35	29.86	9.51 (46.73)	27.43	7.08 (34.79)	29.34	8.99 (44.18)

1: CSMBS (สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ), SSS (สิทธิประกันสังคม), UC total (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวม), UC register (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล), UC refer (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย)

2: RP-1 (รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง), RP-2 (รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13), RP-3 (รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย)

ตารางที่ 5. มูลค่าการเบิกจ่ายยาตามหลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายารูปแบบต่าง ๆ เทียบกับมูลค่ายาที่ได้รับการเบิกจ่ายในปัจจุบัน

สิทธิการ รักษาพยาบาล ¹	มูลค่าการเบิกจ่ายค่ายา (ล้านบาท) ²						
	RP-A	RP-1	ความแตกต่างจาก RP-A (ร้อยละ)	RP-2	ความแตกต่างจาก RP-A (ร้อยละ)	RP-3	ความแตกต่าง จาก RP-A (ร้อยละ)
CSMBS	46.24	46.16	-0.08 (-0.17)	41.97	-4.27 (-9.23)	44.60	-1.64 (-3.54)
SSS	6.04	5.43	-0.61 (-10.10)	5.10	-0.94 (-15.56)	5.29	-0.75 (-12.42)
UC total	44.63	62.15	17.52 (39.26)	58.12	13.49 (30.23)	61.05	16.42 (36.79)
UC register	35.73	32.29	-3.44 (-9.63)	30.69	-5.04 (-14.11)	31.71	-4.02 (-11.25)
UC refer	8.89	29.86	20.97 (235.88)	27.43	18.54 (208.55)	29.34	20.45 (230.03)

1: CSMBS (สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ), SSS (สิทธิประกันสังคม), UC total (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวม), UC register (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล), UC refer (สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย)

2: RP-A (รูปแบบการเบิกจ่ายรูปแบบปัจจุบัน), RP-1 (รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของกรมบัญชีกลาง), RP-2 (รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13), RP-3 (รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย)

พบว่า การใช้ RP-2 ทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดได้ร้อยละ 14.11 ในกลุ่ม UC register ซึ่งสูงกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาอื่น ๆ ส่วนในผู้ป่วย UC refer พบว่า วิธีการที่นำเสนอไม่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้เมื่อเทียบกับระบบการเบิกจ่ายปัจจุบัน โดยรูปแบบ RP-2 ทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบต้องจ่ายเงินเพิ่มจากรูปแบบปัจจุบันในสัดส่วนที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 208.55)

การวิเคราะห์ความไว

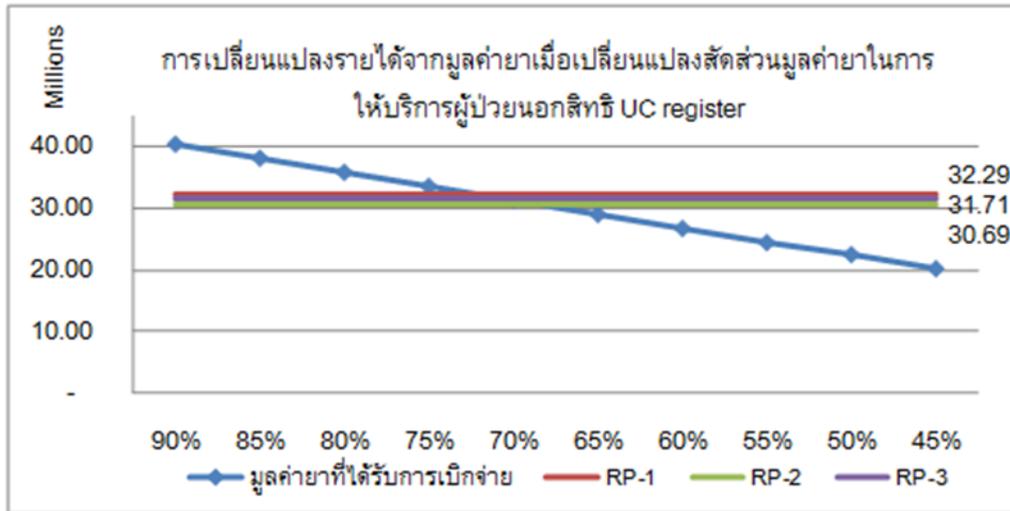
ในสิทธิประกันสุขภาพที่มีรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ป่วย UC เฉพาะที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) การเปลี่ยนมาใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบมีภาระค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วย UC เฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) กลับทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายมากขึ้น การศึกษานี้จึงวิเคราะห์ความไวโดยเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปร สัดส่วนมูลค่ายา สัดส่วนผู้เข้ารับบริการ และการกำหนดเพดานการตามจ่ายรายครั้งบริการ

เพื่อคาดการณ์ถึงผลกระทบที่จะไม่ส่งผลด้านลบต่องบประมาณของโรงพยาบาลและผู้จ่ายเงินในระบบ

สำหรับสิทธิ UC เฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) มีการประมาณมูลค่าการเบิกจ่ายค่ายาที่ร้อยละ 80 ของมูลค่าเหมาจ่ายรายหัวของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และโรงพยาบาลมีสัดส่วนผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลไม่เกินร้อยละ 57.20 ของจำนวนผู้ลงทะเบียนทั้งหมด

เมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนมูลค่ายาต่อมูลค่าเหมาจ่ายรายหัวของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่า หากโรงพยาบาลมีสัดส่วนมูลค่าเหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่ายามากกว่าร้อยละ 68.71 (รูปที่ 1) หรืออีกนัยหนึ่ง คือโรงพยาบาลสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในส่วนอื่น ๆ นอกเหนือจากค่ายามีมูลค่าไม่เกินร้อยละ 31.29 ของมูลค่าเหมาจ่ายรายหัว การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13 (RP-2) ทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบมีมูลค่าที่ประหยัดได้มากกว่าการเหมาจ่ายรายหัว

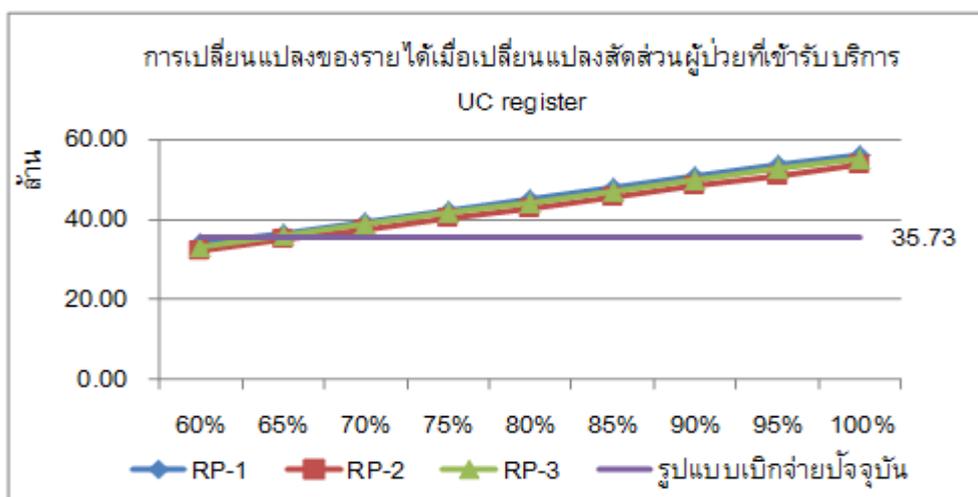
เมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการพบว่า หากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีสัดส่วนต่อผู้ที่ลงทะเบียนมากกว่าร้อยละ 63.29 ของผู้ลงทะเบียน (รูปที่ 2



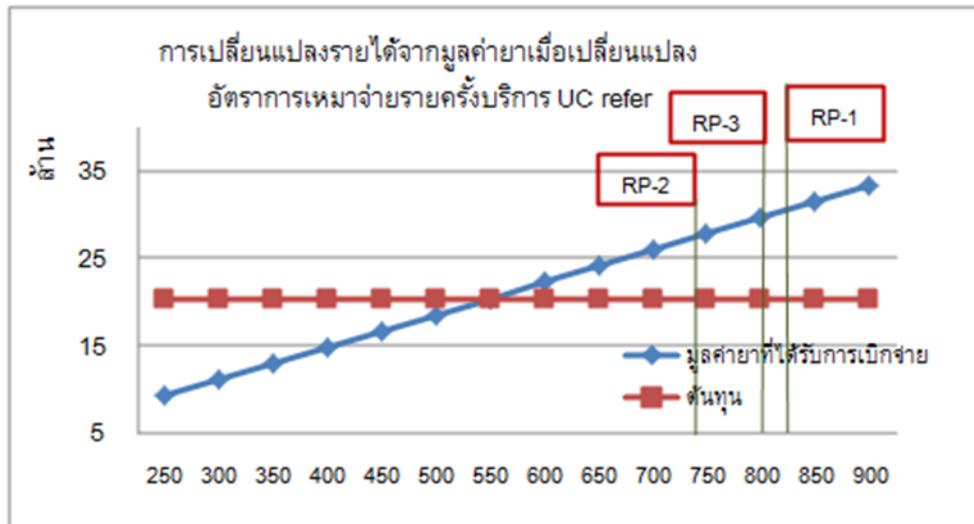
รูปที่ 1. มูลค่ายาที่ได้รับการเบิกจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนมูลค่ายาในการให้บริการผู้ป่วยนอกสิทธิ UC เฉพาะผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register)

) ทำให้ผลการวิจัยเปลี่ยนไป คือการจ่ายแบบรวมค่ายาไว้ในอัตราเหมาจ่ายรายหัวจะประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่ารูปแบบการเบิกจ่ายเงินคืนตามรายบริการ นั่นหมายความว่า หากกลุ่มผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลมีอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลยังไม่เกินร้อยละ 63.29 แล้วรูปแบบการจ่ายค่ายาคืนตามรายบริการจะทำให้ประหยัดได้มากกว่าการจ่ายแบบรวมค่ายาไว้ในอัตราเหมาจ่ายรายหัว ราว 1.31 บาทต่ออัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้ลงทะเบียนยังไม่สูงเกินร้อยละ 66.60 ของผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล

สำหรับสิทธิ UC เฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (UC refer) มีแบบแผนการใช้จ่ายไม่แตกต่างไปจากสิทธิ UC ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล (UC register) คือ มีสัดส่วนการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักร้อยละ 16.38 และ 15.39 ตามลำดับ สิทธินี้มีรูปแบบการจ่ายเงินคืนแบบกำหนดเพดานมูลค่าการเบิกจ่ายรายครั้งบริการ ปัจจุบันโรงพยาบาลมีต้นทุนค่ายาเฉลี่ยต่อครั้งการบริการเท่ากับ 438.84 บาท ซึ่งสูงกว่าเพดานมูลค่าที่เรียกเก็บได้ที่ 200 บาท/ครั้ง ทำให้โรงพยาบาลรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาสูงถึงร้อยละ 56.30 ของต้นทุนค่ายา



รูปที่ 2. มูลค่ายาที่ได้รับการเบิกจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงสัดส่วนการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนอกสิทธิ UC เฉพาะผู้ป่วยที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาล



รูปที่ 3. มูลค่ายาที่ได้รับการเบิกจ่ายเมื่อเปลี่ยนแปลงอัตราค่าธรรมเนียมจ่ายรายครั้งบริการ ผู้ป่วยสิทธิ UC เฉพาะผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย (UC refer)

เมื่อเปลี่ยนแปลงเพดานการตามจ่ายรายครั้งบริการ พบว่า การตามจ่ายค่ายาตามรายการในรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13 (RP-2) ทำให้ประหยัดกว่าการตามจ่ายค่ายาโดยวิธีกำหนดเพดานเรียกเก็บ เมื่อเพดานเรียกเก็บถูกกำหนดไว้สูงกว่า 739.30 บาทขึ้นไป

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่พัฒนาขึ้นโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (RP-3) ช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ดีกว่าการใช้หลักเกณฑ์ของกรมบัญชีกลางซึ่งใช้ในปัจจุบัน (RP-1) ทั้ง RP-1 และ RP-3 ใช้ราคาทุนในการคำนวณราคาเบิกจ่าย การใช้หลักเกณฑ์ราคาเบิกจ่ายค่ายาของ สปสช.เขต 13 (RP-2) ทำให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้สูงสุด ทั้งที่ใช้ราคากลางในการคำนวณราคา การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายที่พัฒนาขึ้นในสิทธิ CSMBS ช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ในขณะที่สิทธิประกันสุขภาพที่เบิกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการกำหนดเพดานการตามจ่ายรายครั้งบริการ สัดส่วนผู้เข้ารับบริการ และสัดส่วนค่ายาจากอัตราเหมาจ่ายที่ได้รับ ในสิทธิ UC การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาที่รวมอยู่ในอัตราเหมาจ่ายรายหัว เป็นการเบิกจ่ายตามรายการ ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าในกรณีผู้ป่วยนอกที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิกับโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยมีเงื่อนไขว่า อัตราการใช้

บริการของผู้มีสิทธิต้องไม่สูงกว่าร้อยละ 66 และมีสัดส่วนอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่ายาไม่น้อยกว่าร้อยละ 68 สำหรับกรณีผู้ป่วยรับส่งต่อจากสถานบริการในเครือข่ายซึ่งปัจจุบันกำหนดเพดานการตามจ่ายไว้ที่ 200 บาท/ครั้งบริการ เป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลได้รับการเบิกจ่ายคืนต่ำกว่าต้นทุนค่ายา การปรับเปลี่ยนวิธีการเบิกจ่ายหรือการพิจารณากำหนดเพดานการตามจ่ายใหม่จะช่วยลดภาระทางการเงินให้กับโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามนอกจากการพิจารณาผลกระทบทางการเงินต่อผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบแล้ว การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายค่ายาเป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งจะต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายปัจจัยได้แก่ แบบแผนการส่งจ่ายยาของแพทย์ผู้ให้การรักษาพยาบาล ความเท่าเทียมกันและการเข้าถึงยาของผู้รับบริการ การจัดการด้านการเงินของผู้ให้บริการ การกำหนดงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพ ศักยภาพและความพร้อมของอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศ เป็นต้น

ข้อจำกัดที่สำคัญของงานวิจัยนี้คือในการคำนวณราคาเบิกจ่ายค่ายาใน RP-2 ใช้ราคากลางในการคำนวณราคาตามเกณฑ์ หากไม่มีราคากลางก็จะใช้ราคาอ้างอิงและราคาทุนตามลำดับ พบว่า รายการยาทั้งหมดของโรงพยาบาลใช้ราคากลางในการคำนวณ 241 รายการ ใช้ราคาอ้างอิง 298 รายการ และใช้ราคาทุน 95 รายการ โดยไม่ได้ใช้ราคากลางในการคำนวณทั้งหมด นอกจากนี้ ข้อมูลการใช้ยาในงานวิจัยเป็นข้อมูลย้อนหลังในปี 2557 การ

นำไปใช้ต้องคำนึงถึงแบบแผนการใช้ยาที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์ ความจำเป็นต้องใช้ยาของผู้ป่วย รวมไปถึงแนวโน้มการเกิดโรค การควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้ป่วย CSMBS มีอัตราการใช้บริการและมูลค่าการใช้ยาที่สูง การเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจะช่วยให้ผู้จ่ายเงินในระบบประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ ส่วนการพิจารณาเปลี่ยนรูปแบบการเบิกจ่ายจากแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นจ่ายตามรายการโดยกำหนดราคาไว้ก่อน ในกรณีสัดส่วนมูลค่าของอัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับค่ายาไม่น้อยกว่า ร้อยละ 68 และอัตราการให้บริการของผู้ลงทะเบียนไม่เกินร้อยละ 66 จะทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ดีกว่า นอกจากนี้ควรมีการปรับปรุงราคากลางให้มีความทันสมัย เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตลาดยา และควรจัดทำราคากลางของยาทุกรายการที่มีในตลาดยา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

การศึกษาในอนาคตควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้กว้างขึ้นครอบคลุมโรงพยาบาลทั่วไปอื่น ๆ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีความแตกต่างของราคา ยา ชนิดของยา กลุ่มผู้ป่วยที่ให้บริการ รวมไปถึงความซับซ้อนของโรคที่ให้การรักษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการวิจัยแบบไปข้างหน้าเพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจริง เช่น ผลกระทบต่อปริมาณการใช้ยา ค่าใช้จ่ายด้านยาและราคา ยา และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งในส่วนของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. Limwattananon C, Thammatacharee N, Rattanachotphanit T, Silkavute P, Limwattananon S, Srithamrongswat S. Potential saving from setting reimbursable rates of outpatient drugs for Civil Servant Medical Benefit Scheme in 2010. *Journal of Health Systems Research* 2011;5: 160-9.
2. Nikomborirak D. Mechanism for taking care of health insurance systems to reduce disparities [online]. [cited Jan 16, 2016]. Available from: www.

Hfocus.org/database/2013/07/3943#sthash.lz9c8pzp.dpuf.

3. Thaipublica. Looking into the budget of NHSO: spending capitated money inappropriately [online]. [cited Feb 11, 2011]. Available from: thaipublica.org/2015/01/public-health-services-52/4.
4. Jindapol N, Kunupatham P, Theerasilp P, Kitikannakorn N. Crisis of health insurance under Thai Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS). *Srinagarind Medical Journal* 2014;29:199-206.
5. Udomaksorn S, Kessomboon N, Ngorsuraches S, Sakulbumrungsil R, Kanchanaphibool I, Luangrueangrong P, Sripanidkulchai K. Setting reimbursement prices for pharmaceuticals: Cases of outpatient referral, disability, accident, and emergency for Bangkok-region National Health Security Office. *Journal of Health Systems Research* 2014; 8: 307-19.
6. Health Insurance System Research Office. The proposed pharmaceutical reimbursement model being developed for those under the Civil Servant Medical Benefit Scheme. Health System Research Institute; 2014.
7. Limwattananon C, Limwattananon S, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. CDP Health report. Nonthaburi, International Health Policy Program, Ministry of Public Health; 2009.
8. Limwattananon S, Limwattananon C, Pannarunothai S. Cost and utilization of drugs prescribed for hospital-visited patients: impacts of universal health care coverage policy, Health Systems Research Institute; 2004.
9. Choonharas S. The situation of the Thai elderly 2008. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, Ministry of Social Development and Human Security; 2009.