

นิพนธ์ต้นฉบับ



ความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคระหว่าง ประชากรในประเทศไทยกับกลุ่มประเทศยุโรป

สิริวัฒน์ สุวัฒนปรีดา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคเปรียบเทียบระหว่างประชากรในประเทศไทยกับประเทศยุโรป

วัสดุและวิธีการ : การศึกษานี้ ประยุกต์วิธีการมาจากหนังสือ 2008 Manual Workbook of World Health Organization Medicine Price Project ขององค์การอนามัยโลก โดยคัดเลือกรายการยาจากบัญชียาที่อยู่ในรายการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2550 ร่วมกับยาในกลุ่มบัญชี ในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทยที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 100 อันดับแรกในปีเดียวกัน ทั้งนี้ มีรายการยาที่สำรวจทั้งสิ้น 50 รายการ และแต่ละรายการแบ่งออกเป็น ยาต้นแบบกับยาสามัญที่ราคาถูกที่สุด เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามส่งไปยังโรงพยาบาลทั่วประเทศ แบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐฯ 166 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 173 แห่ง ขณะที่ราคาของยาของกลุ่มประเทศยุโรป จะอ้างอิงจากราคายส่งของ Common European Drug Database (CEDD) และนำมาเปรียบเทียบกับรายได้ขั้นต่ำของแต่ละประเทศ เพื่อศึกษาความสามารถในการจ่ายค่าของประชากร

ผล : ในการจ่ายค่ายาที่มีมูลค่าสูงที่สุดนั้น พบว่า ประชากรในกลุ่มประเทศยุโรปต้องจ่ายเงินจากรายได้ขั้นต่ำ 27.2 วัน เปรียบเทียบกับ 213.55 วันในประชากรไทย โดยยาเกือบทั้งหมดที่เปรียบเทียบได้ พบว่า คนไทยมีความสามารถในการจ่ายค่ายาน้อยกว่าประชากรในกลุ่มประเทศยุโรป ยกเว้นเพียงยาซื้อสามัญราคาถูกที่สุด 3 รายการ คือ Atenolol 50 mg, Diclofenac 50 mg และ Omeprazole 20 mg

สรุป : ค่ามัธยฐานของความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคของประชากรกลุ่มประเทศยุโรปนั้น สูงกว่าคนไทยถึง 23.24 เท่า และ 7.45 เท่า ในการซื้อยาต้นแบบและยาซื้อสามัญที่มีราคาถูกที่สุดตามลำดับ ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นว่าในการเจรจาหรือควบคุมราคายาภายในประเทศนั้น นอกจากต้องอ้างอิงราคากับประเทศอื่นแล้ว ยังควรคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่ายาของประชากร เพื่อให้ประชากรในประเทศสามารถเข้าถึงยามากขึ้น

คำสำคัญ : ราคายา/ การเปรียบเทียบ/ไทย/ ความสามารถในการจ่าย

* เกสัชกร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



Comparative of Medicine Affordability Among People in Thailand and Europe : 2010

Siriwat Suwattanapreedai

Abstract

Objective : To compare medicine affordability among people in Thailand and Europe

Materials and Methods : This study applied methodology from 2008 Manual Workbook of World Health Organization(WHO) Medicine Price Project. List of surveyed medicines was selected from core medicines of WHO/Health Action International(HAI) 2007, plus medicines from Thailand's national list of essential medicines Group D with the top sale values in 2007. Data surveyed were procurement and selling price of 50 medicines, each with 1 innovator brand and 1 lowest price generic, from 166 public and 173 private hospitals randomly selected from all region in Thailand. Medicine prices in European(EU) countries were come from Common European Drug Database(CEDD). Thai procurement prices from surveyed data and CEDD wholesale prices in EU country were brought to calculated with the lowest wage of each country in order to compare medicine affordability.

Results : The data were from 36 public and 14 private hospitals. While the maximum price of comparable medicine costs 27.2 days' wage per course of treatment in selected EU countries, it costs 213.55 days' wage in Thailand. Except lowest priced generic of Atenolol 50 mg, Diclofenac 50 mg and Omeprazole 20 mg, others comparable 15 innovator brand and 20 lowest priced generic medicines showed that affordability of Thai people to access these medicines was worse than selected euro countries.

Conclusion : Median of medicine affordability in EU people were greater than Thai people about 23.24 and 7.45 times in innovator brand and lowest priced generic, respectively. This gap should be considered by Thai government. In price negotiation process, not only price data which should be considered to compare with other countries but it might include affordability data in order to improve medicine accessibility in the country.

Key words : Medicine price/ Comparison/ Thai/ Affordability

* Pharmacist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั่วโลกสูงขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยในปี 2004 พบว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าว สูงถึง 4.1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ¹ ซึ่งเงินจำนวนดังกล่าวนี้ คิดเป็นมูลค่าด้านยาประมาณ 60% โดยรายการยาใหม่ที่เพิ่งออกสู่ตลาดและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าดีกว่ายาตัวเดิม ที่ใช้รักษาโรคเดียวกันนั้น จะมีราคาสูงกว่ายาตัวเดิม ซึ่งแนวโน้มดังกล่าว ส่งผลต่อความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคของประชากร หรือประกันสุขภาพของแต่ละประเทศ² กลไกในการควบคุมราคาหรือเจรจาต่อรองราคาจึงเป็นสิ่งจำเป็น และมักพบว่า กลไกควบคุมที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศนั้น ส่งผลให้ราคาขายทั้งยาต้นแบบและยาซื้อสามัญของแต่ละประเทศมีมูลค่าไม่เท่ากัน³

ในช่วงปีพ.ศ.2538-2548 แม้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในแต่ละปีจะมีสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศคงที่คือประมาณ 3.5% อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นมูลค่าการใช้จ่าย พบว่ามูลค่าดังกล่าวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ สูงขึ้นจาก 1.4 แสนล้านบาทในปีพ.ศ. 2538 เป็น 2.5 แสนล้านบาทในปีพ.ศ. 2548 หรือสูงขึ้นเกือบ 80%⁴

ในปีพ.ศ.2549 องค์การอาหารและยาได้ร่วมมือกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลฯ สํารวจราคาของยาจำนวน 45 รายการ พบว่าความสามารถในการจ่ายค่ายาสามัญที่มีราคาถูกที่สุดในโรงพยาบาลรัฐของคนไทยนั้นมีค่าเท่ากับรายได้ขั้นต่ำ 0.1 วัน ถึง 5.5 วัน ต่อปริมาณยา 1 เดือนหรือต่อปริมาณยา 1 คอร์สการรักษา อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณาเฉพาะยาต้นแบบที่ยังไม่มียาซื้อสามัญ เช่น Indinavir ซึ่งเป็นยาต้านเชื้อไวรัสที่จำเป็นแล้ว พบว่า ประชากรผู้ได้รับรายได้เทียบเท่ารายได้ขั้นต่ำในประเทศไทยจะไม่สามารถจ่ายค่ายารักษาโรคดังกล่าว เนื่องจากยาต้นแบบ Indinavir ในโรงพยาบาลรัฐมีราคากลางของราคาขายคิดเป็นมูลค่าต่อหนึ่งเดือน เท่ากับรายได้ขั้นต่ำ 28.4

วัน ซึ่งเกินกว่าจำนวนวันทำงานตามปกติคือ 22 วัน อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับราคาขายซื้อสามัญของ Management Science of Health(MSH) องค์การอิสระซึ่งไม่แสวงหาผลกำไรในช่วงเวลาเดียวกันแล้ว พบว่าราคาขายต้นแบบ Indinavir ของไทยสูงกว่าราคาขายซื้อสามัญของ MSH 216%⁵ จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ราคาขายจำเป็นบางรายการในประเทศไทย มีปัญหาในการเข้าถึงเนื่องจากประชาชนมีความสามารถในการจ่ายค่ายาไม่เพียงพอ

ในปีพ.ศ.2552 องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมข้อมูลราคาขายเม็ด Ciprofloxacin 500 mg จาก 93 ประเทศทั่วโลก พบว่า ราคาขายรายการดังกล่าวมีความผันผวนในแต่ละประเทศทั้งในกรณีของยาต้นแบบและยาซื้อสามัญ เช่น ในกรณีของประเทศโคลัมเบีย พบว่าราคาขายของยาต้นแบบมีมูลค่าสูงกว่าราคาขายของยาซื้อสามัญถึง 60 เท่า และสูงกว่าราคาขายของยาซื้อสามัญในบางประเทศแถบเอเชียถึง 200 เท่า ซึ่งราคาขายรวมถึงค่าแรงขั้นต่ำที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ส่งผลให้ความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคของประชากรแตกต่างกัน⁶

ในปีพ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกได้ร่วมมือกับ Health Action International ในการปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยเพื่อการสำรวจราคาขายในประเทศต่างๆ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมถึงรายการยาที่ต้องการให้สำรวจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการสุ่มหน่วยงานที่ต้องเข้าไปสำรวจ ตลอดจนถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ และแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบราคาขายระหว่างประเทศ⁷ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ระเบียบวิธีวิจัยดังกล่าว เพื่อใช้ในการสำรวจราคาขาย ก่อนนำข้อมูลมาหาความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคเปรียบเทียบกับราคาขายส่งและค่าแรงขั้นต่ำในกลุ่มประเทศยุโรป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรค ของยาจำนวน 50 รายการ ซึ่งคัดเลือกมาจากบัญชียาที่อยู่ในรายการสำรวจราคาขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 14 รายการ ประกอบกับรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย กลุ่มบัญชี ง ที่อยู่ในบัญชีรายการยาที่มีมูลค่าการใช้สูงสุด 100 อันดับแรกในปีเดียวกันอีก 36 รายการ ทั้งนี้ เนื่องจากรายการยาที่สำรวจส่วนใหญ่เป็นยาบัญชี ง ซึ่งมีโอกาสต่ำที่จะพบในโรงพยาบาลขนาดเล็ก จึงได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาโรงพยาบาลเป้าหมายเพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงของราคายาคือ เป็นโรงพยาบาลรัฐที่มีขนาดตั้งแต่ 60 เตียงขึ้นไป ซึ่งทั้งประเทศมีจำนวน 166 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนขนาดตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป ซึ่งทั้งประเทศมีจำนวน 173 แห่ง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่แปลมาจากขององค์การอนามัยโลก โดยยา 1 รายการจะประกอบไปด้วยราคาทุนและราคาขาย ของยาต้นแบบกับยาชื่อสามัญที่มีราคาถูกที่สุด ที่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ทั้งนี้ ได้มีการส่งแบบเก็บข้อมูลดังกล่าว ทั้งในรูปแบบของกระดาษ และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมกับคู่มืออธิบายวิธีการบันทึกข้อมูล รวมถึงจดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยผ่านทางไปรษณีย์ให้แก่โรงพยาบาลเป้าหมาย

ช่วงระยะเวลาของการสำรวจที่ต่างกัน จะส่งผลต่อราคาของยาที่เปลี่ยนแปลงไป การศึกษาครั้งนี้ จึงได้กำหนดช่วงเวลาในการรวบรวมข้อมูลไว้ 1 เดือน คือระหว่างวันที่ 1 ถึง 31 มีนาคม 2553 และกำหนดให้ไม่ต้องบันทึกชื่อโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น โดยข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด จะถูกบันทึกลงโปรแกรมขององค์การอนามัยโลกที่อยู่ในรูปแบบ MS Excel ทั้งสิ้น 2 รอบ และตรวจสอบ

ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลด้วยระบบ Macro Double entry ซึ่งระบบจะกรองข้อมูลที่ไม่ตรงกันระหว่างการลงข้อมูลทั้ง 2 ครั้ง พร้อมทั้งข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากมีฐานข้อมูลอย่างผิดปกติ เพื่อให้ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง

ความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคแต่ละรายการจะถูกคำนวณขึ้นจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{ปริมาณยาต่อวัน(หน่วย)} \times \text{ระยะเวลาของการรักษา(วัน)} \\ \times \text{ราคามัธยฐานต่อหน่วย(บาท/หน่วย)}$$

รายได้ขั้นต่ำในหนึ่งวัน(บาท)

ค่าที่คำนวณได้จากสูตรจะแสดงให้เห็นว่าต้องใช้รายได้ขั้นต่ำกี่วัน เพื่อให้เพียงพอต่อการซื้อยาตามปริมาณที่กำหนด โดยในส่วนของระยะเวลาการรักษาจะกำหนดไว้ 2 แบบ คือ เท่ากับ 1 เดือนในกรณีของยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง และเท่ากับระยะเวลาตามคอร์สการรักษาในกรณีที่เป็นยารักษาโรคทั่วไป โดยยารายการอาจมีหลายข้อบ่งใช้ ขณะที่บางรายการอาจมีข้อบ่งใช้เดียวกัน ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้มีการกำหนดกรอบเงื่อนไขที่ใช้หาความสามารถในการจ่ายค่ายา ตามกลุ่มโรคเป้าหมาย 20 โรค ทั้งนี้ การรักษาที่ต้องคำนวณขนาดยาจากพื้นที่ผิวนั้น ได้สมมติให้ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 50 กิโลกรัม และสูง 160 เซนติเมตร

ราคายามัธยฐานต่อหน่วยในประเทศไทยจะได้อามาจากการสำรวจราคายา และจะถูกนำมาใช้เมื่อมีจำนวนข้อมูลตั้งแต่ 3 ข้อมูลขึ้นไป ขณะที่ราคามัธยฐานต่อหน่วยในกลุ่มประเทศยุโรปจะอ้างอิงจากราคาของ Common European Drug Database (CEDD)⁸ ซึ่งเป็นราคาที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศ อังกฤษ, ฟินแลนด์, สโลวีเนีย, สโลวาเกีย, ลิทัวเนีย, โปแลนด์, นอร์เวย์, ออสเตรีย, ไอร์แลนด์ และเชค โดย

ในฐานะข้อมูลจะประกอบด้วยราคาขายหน้าโรงงาน และราคาขายส่งของยาต้นแบบและยาชื่อสามัญในแต่ละประเทศ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวถูกจัดทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ราคาขายในกลุ่มประเทศยุโรปถูกลง และมีมาตรฐานเดียวกัน

ขณะทำการสำรวจ ได้พบความไม่สมบูรณ์ของฐานข้อมูล CEDD ในบางประเทศ การศึกษาครั้งนี้จึงได้เปรียบเทียบความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคระหว่างคนไทยกับกลุ่มประเทศยุโรป 4 ประเทศ

ได้แก่ ฟินแลนด์, นอร์เวย์, ออสเตรีย และไอร์แลนด์ โดยในการเปรียบเทียบนั้น จะนำรายได้ขั้นต่ำของแต่ละประเทศซึ่งอ้างอิงจากข้อกำหนดมาใช้ในการคำนวณ และราคาที่ใช้ จะเป็นราคาทุนของโรงพยาบาลในประเทศไทยเทียบกับราคาขายส่งของ CEDD ณ วันที่ 28 กรกฎาคม 2553 ซึ่งมีอัตราแลกเปลี่ยนตามธนาคารแห่งประเทศไทยอยู่ที่ 42.72 บาทต่อยูโร ซึ่งเหตุผลที่ไม่ได้ใช้ราคาขายในการคำนวณ เนื่องจาก CEDD ไม่มีข้อมูลราคาขายปลีกในขณะนั้น

ตารางที่ 1 ตารางแสดงรายได้ขั้นต่ำของแต่ละประเทศ ณ วันที่ 28 กรกฎาคม 2553

ประเทศ	รายได้ขั้นต่ำตามกฎหมาย	รายได้ขั้นต่ำต่อวัน ^a (บาท)
ออสเตรีย	1000 ยูโรต่อเดือน	1942
ฟินแลนด์	7.95 ยูโรต่อชั่วโมง	2717
ไอร์แลนด์	8.65 ยูโรต่อชั่วโมง	2956
นอร์เวย์	14.56 ยูโรต่อชั่วโมง	4976
ไทย	151 บาทต่อวัน	151

a : กำหนดให้ 1 เดือนเท่ากับ 22 วัน และ 1 วันมีชั่วโมงทำงาน 8 ชั่วโมง

ประเทศ	รายได้ขั้นต่ำตามกฎหมาย	รายได้ขั้นต่ำต่อวัน ^a (บาท)
ออสเตรีย	1000 ยูโรต่อเดือน	1942
ฟินแลนด์	7.95 ยูโรต่อชั่วโมง	2717
ไอร์แลนด์	8.65 ยูโรต่อชั่วโมง	2956
นอร์เวย์	14.56 ยูโรต่อชั่วโมง	4976
ไทย	151 บาทต่อวัน	151

ผล

จากโรงพยาบาลทั้งหมด 339 แห่งที่ส่งแบบเก็บข้อมูลไป ได้รับข้อมูลตอบกลับทั้งสิ้น 58 ฉบับ อย่างไรก็ตาม พบว่าข้อมูลที่ได้รับตอบกลับ 8 ฉบับมีความไม่สมบูรณ์ คือมีเฉพาะราคาทุนหรือราคาขายอย่างเดียวหนึ่ง ในการวิจัยจึงตัดข้อมูลที่ไม่มีสมบูรณ์ทิ้ง และใช้ข้อมูลจาก 50 โรงพยาบาล แบ่งเป็น โรงพยาบาลรัฐฯ 36 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 14 แห่ง ในการวิเคราะห์ผล

ในการสำรวจครั้งนี้ ไม่พบราคาของยาชื่อสามัญจำนวน 9 รายการจากแบบเก็บข้อมูลทั้ง 50 ฉบับ คือ Azithromycin syrup 200 mg/ml, Capecitabine tab 150 mg, Capecitabine tab 500 mg, Gabapentin tab 600 mg, Iopromide 0.769g/ml, Levofloxacin tab 100 mg, Levofloxacin tab 250 mg, Mycophenolate mofetil tab 250 mg และ Mycophenolate mofetil tab 500 mg

ในกรณีที่ไม่ได้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพใดๆ พบว่าในแต่ละเดือน ประชากรไทยจะต้องจ่ายเงินเทียบเท่ารายได้ขั้นต่ำ 0.09 วันในรพ.รัฐฯ และ 0.57 วันในรพ.เอกชน เพื่อเป็นค่ายารักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุดจาก 20 โรคที่กำหนด และจ่ายต้องจ่ายถึง 235.10 วันในรพ.รัฐฯ และ 326.49 วันในรพ.เอกชน ในทุกๆ เดือนเพื่อเป็นค่ายารักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่สุด ทั้งนี้ หากนับจำนวนวันทำงานในแต่ละเดือนเท่ากับ 22 วัน จะพบว่ามียา 7 รายการที่ยาสามัญที่มีราคาถูกที่สุดในรพ.รัฐฯ มีค่าใช้จ่ายต่อคอร์สการรักษาหรือต่อ 1 เดือน สูงกว่ารายได้ขั้นต่ำ 22 วัน ได้แก่ Imipenem+cilastatin inj., Meropenem inj. 1g, Piperacillin+tazobactam inj., filgrastim inj. 30 MU, Gemcitabine inj. 1g, Gemcitabine inj. 200 mg และ Paclitaxel inj.

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นประจำ พบว่า ในแต่ละเดือนผู้ป่วยต้องจ่ายค่ายาสามัญที่ราคาถูกที่สุด เท่ากับรายได้ขั้นต่ำ 0.1-3.06 วัน และ

0.6-7.15 วัน ในรพ.รัฐฯและเอกชนตามลำดับ ทั้งนี้ หากพิจารณาถึงกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคที่มีอุบัติการณ์เกิดเฉพาะครั้ง ในผู้ป่วยใน (Episode medicine for IPD) เมื่ออัตราการเกิดโรคลักษณะดังกล่าวจะต่ำ อย่างไรก็ตาม พบว่า เมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศไทยจะไม่สามารถในการจ่ายค่ายากลุ่มดังกล่าวมากพอ ดังจะเห็นได้จากค่ามัธยฐานของยาชื่อสามัญกลุ่มดังกล่าว ซึ่งมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 37.74 และ 33.38 วัน ในรพ.รัฐฯและเอกชนตามลำดับ

จากฐานข้อมูลราคาขายของ CEDD และข้อมูลที่ได้ในการสำรวจ พบว่า มียาต้นแบบ 15 รายการ และยาชื่อสามัญ 23 รายการ ที่สามารถนำมาเปรียบเทียบความสามารถในการจ่ายค่ายาระหว่างประชากรไทยและประชากรกลุ่มประเทศยุโรปได้ ซึ่งนอกจากยาชื่อสามัญ 3 รายการ ได้แก่ Atenolol 50 mg, Diclofenac 50 mg และ Omeprazole 20 mg แล้ว ความสามารถในการจ่ายค่ายาตัวอื่นของคนไทย ล้วนต่ำกว่าของประชากรในกลุ่มประเทศยุโรปทั้งหมด

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประชากรในประเทศออสเตรีย ฟินแลนด์ ไอร์แลนด์ และนอร์เวย์ มีความสามารถในการจ่ายค่ายาแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ขณะที่เมื่อเทียบกับประเทศไทยแล้ว ความแตกต่างในเรื่องดังกล่าวสามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น ในกรณีของความสามารถในการจ่ายค่ายาต้นแบบ Pioglitazone 15 mg ที่มีมูลค่าเท่ากับรายได้ขั้นต่ำ 0.67, 0.43, 0.55, 0.21 และ 7.09 วัน ในประเทศออสเตรีย, ฟินแลนด์, ไอร์แลนด์, นอร์เวย์ และประเทศไทยตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ความสามารถในการจ่ายค่ายาดังกล่าวของคนไทย ต่ำกว่าประชากรชาวออสเตรียถึง 10 เท่า และต่ำกว่าประชากรชาวนอร์เวย์ถึง 33 เท่า โดยในขณะที่ประชากรในกลุ่มประเทศยุโรปจ่ายค่ายารักษาเบาหวานดังกล่าวด้วยค่าแรงขั้นต่ำไม่ถึงหนึ่งวัน ประชากรไทยต้องจ่ายค่ายาด้วยค่าแรงขั้นต่ำเกินกว่า 1 สัปดาห์

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรค(วัน)

ชื่อยา ขนาดยา วิธีใช้ และระยะเวลาที่ใช้ในการคำนวณ		ราคาขาย รพ.รัฐฯ	ราคาขาย รพ.เอกชน	ราคาทุน รพ.รัฐฯ	ราคา ขายส่ง ออสเทรีย	ราคาขายส่ง ฟินแลนด์	ราคาขายส่ง ไอร์แลนด์	ราคาขายส่ง นอร์เวย์
Asthma (Chronic disease med.)								
Salbutamol inhaler 100 mcg/dose	IB	0.96	2.22	0.74	0.04	0.03	0.03	0.02
200 dose(1 bottom) use as needed	LG	0.47	1.44	0.38	0.04	0.03	0.03	0.02
Type 2 diabetes mellitus (Chronic disease med.)								
Glibenclamide 5 mg tab	IB		1.29				0.05	
1*1 for 30 days	LG	0.2	0.6	0.05	0.06		0.03	
Pioglitazone 15 mg tab	IB	8.74	10.53	7.09	0.67	0.43	0.55	0.21
1*1 for 30 days	LG							
Pioglitazone 30 mg tab	IB	16.49	25.03	13.82	0.98	0.7	0.8	0.29
1*1 for 30 days	LG	3.06	3.97	1.99				
Hypertension (Chronic disease med.)								
Captopril 25 mg tab	IB	4.57	7.25	3.51				
1*2 for 30 days	LG	0.89	5.46	0.62	0.11	0.04	0.15	0.06
Atenolol 50 mg tab	IB		2.95		0.09		0.07	
1*1 for 30 days	LG	0.2	0.99	0.04	0.07	0.03	0.06	0.01
Dyslipidaemia (Chronic disease med.)								
Simvastatin 20 mg tab	IB		13.61		0.31	0.14	0.38	0.07
1*1 for 30 days	LG	0.3	2.58	0.16	0.16	0.01	0.29	0.07
Depression (Chronic disease med.)								
Amitriptyline 25 mg tab	IB		5.36					
3*hs for 30 days	LG	0.6	2.91	0.22	0.08	0.06	0.01	0.02
Anxiolytic (Chronic disease med.)								
Diazepam 5 mg tab	IB				0.07		0.03	
1*hs for 30 days	LG	0.1	0.72	0.02	0.05	0.02	0.02	
Arthritis (Chronic disease med.)								
Diclofenac 50 mg tab	IB				0.13	0.09		0.05
1*2 for 30 days	LG	0.2	1.99	0.05	0.09	0.07	0.12	0.04

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรค(วัน)(ต่อ)

ชื่อยา ขนาดยา วิธีใช้ และระยะเวลาที่ใช้ในการคำนวณ		ราคาขาย รพ.รัฐฯ	ราคาขาย รพ.เอกชน	ราคาทุน รพ.รัฐฯ	ราคา ขายส่ง ออสเคเรีย	ราคาขายส่ง ฟินแลนด์	ราคาขายส่ง ไอร์แลนด์	ราคาขายส่ง นอร์เวย์
Neuropathic pain (Chronic disease med.)								
Amitriptyline 25 mg tab	IB							
1*1 for 30 days	LG	0.2	0.97	0.22	0.03	0.02	0.01	0.01
Gabapentin 300 mg tab	IB	6.57	9.83	5.31	0.22	0.21		0.03
1*1 for 30 days	LG	2.09	4.77	1.59	0.22	0.13	0.14	0.03
Pre. Atherothrombotic (Chronic disease med.)								
Clopidogrel 75 mg tab	IB	17.48	25.83	14.41	1.19	0.76		0.35
1*1 for 30 days	LG	0.79	7.15	0.61			0.49	
Summary of chronic disease meds.								
Range	IB	0.96-17.48	1.29-25.83	0.74-14.41	0.04-1.19	0.03-0.76	0.03-0.8	0.02-0.35
	LG	0.1-3.06	0.6-7.15	0.02-1.99	0.03-0.22	0.01-0.13	0.01-0.49	0.01-0.07
Median	IB	7.66	8.54	6.2	0.22	0.21	0.07	0.07
	LG	0.39	2.29	0.22	0.08	0.03	0.06	0.03
Gastric ulcer (Episode med. for outpatient)								
Omeprazole 20 mg tab	IB				0.38	0.31	0.46	0.11
1*1 for 30 days	LG	0.3	2.19	0.14	0.2	0.05	0.29	0.11
Adult respiratory tract infection (Episode med. for outpatient)								
Amoxicillin 500 mg tab	IB							
1*3 for 7 days	LG	0.32	0.96	0.19	0.12	0.1	0.08	0.06
Azithromycin 250 mg tab	IB	2.9	4.49	2.49		0.25	0.22	
1*2 for 3 days	LG	1.23	1.99	0.79		0.05	0.17	
Ciprofloxacin 500 mg tab	IB	6.3	12.52	5.21				
1*2 for 7 days	LG	0.27	1.67	0.17	0.29	0.02	0.21	0.09
Levofloxacin 500 mg tab	IB	4.13	6.12	3.31				
1*1 for 7 days	LG	1.61	2.89	1.02				
Pediatric respiratory tract infection (Episode med. for outpatient)								
Co-trimoxazole suspension 8+40 mg/ml	IB		0.7					
10 ml per day for 7 days	LG	0.09	0.57	0.06				
Azithromycin syrup 200 mg/ml	IB	1.66	2.52	1.38	0.12	0.05	0.09	
5 ml per day for 3 days	LG				0.09	0.03		0.04

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสามารถในการจ่ายค่าการรักษาโรค(วัน)(ต่อ)

ชื่อยา ขนาดยา วิธีใช้ และระยะเวลาที่ใช้ในการคำนวณ		ราคาขาย รพ.รัฐฯ	ราคาขาย รพ.เอกชน	ราคาทุน รพ.รัฐฯ	ราคา ขายส่ง ออสเตรเลีย	ราคาขายส่ง ฟินแลนด์	ราคาขายส่ง ไอร์แลนด์	ราคาขายส่ง นอร์เวย์
Summary of episode meds. for outpatient								
Range	IB	1.66-6.3	0.7-12.52	1.38-5.21	0.12-0.38	0.05-0.31	0.09-0.46	0.11-0.11
	LG	0.09-1.61	0.57-2.89	0.06-1.02	0.09-0.29	0.02-0.1	0.08-0.29	0.04-0.11
Median	IB	3.52	4.49	2.9	0.25	0.25	0.22	0.11
	LG	0.31	1.83	0.18	0.16	0.05	0.19	0.075
Bone pain due to malignant neoplasms (Episode med. for inpatient)								
Calcitonin injection 100 iu/amp	IB	53.56		44.44		1.64		0.83
800 iu per day for 2 days	LG				4.42			
Susceptible infections (Episode med. for inpatient)								
Ceftriaxone injection 1 g/vial	IB	50.44	74.64	38.05		3.26	2.97	
2 g per day for 7 days	LG	1.62	29.67	1.28				0.55
Ciprofloxacin injection 2 mg/ml	IB	49.56	76.91	42.66				
200 mg per day for 7 days	LG	3.31	33.38	2.73				0.49
Imipenem+Cilastatin inj. 500+500 mg/vial	IB	69.44	119.13	59.52				1.51
1 g + 1 g per day for 7 days	LG	37.74	78.18	32.21				
Meropenem injection 1 g/vial	IB	134.07	253.48	115.74				2.8
2 g per day for 7 days	LG	57.67	114.04	47.12				
Piperacillin + Tazobactam 4 g + 500 mg/vial	IB	64.9	114.74	55.55				
8 g + 1 g per day for 7 days	LG	48.95		41.67				1.65
Sulbactam + Cefoperazone 1.5 g/vial	IB	38.15	64.9	33.55				
1.5 g per day for 7 days	LG	11.36	27.81	9.17				
Deep vein thrombosis (Episode med. for inpatient)								
Enoxaparin Na 100 mg/ml	IB	16.56	30.91	13.35			0.98	
2 mg/kg per day for 5 days	LG	13.1		10.86		0.71		
Mobilisation of peripheral blood progenitor cells (Episode med. for inpatient)								
Filgrastim 30 MU/vial	IB	358.91	641.72	242.93	39.45	21.14	25.64	
10 mcg/kg for 7 days	LG	188.58	326.49	146.36	27.2	14.8		10.55

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรค(วัน) (ต่อ)

ชื่อยา ขนาดยา วิธีใช้ และระยะเวลาที่ใช้ในการคำนวณ		ราคาขาย รพ.รัฐฯ	ราคาขาย รพ.เอกชน	ราคาทุน รพ.รัฐฯ	ราคา ขายส่ง ออสเตเรีย	ราคาขายส่ง ฟินแลนด์	ราคาขายส่ง ไอร์แลนด์	ราคาขายส่ง นอร์เวย์
Prophylaxis of acute renal graft rejection (Episode med. for inpatient)								
Mycophenolate mofetil 250 mg tab	IB	5.01	7.61	4.09		0.22	0.25	0.1
1g per day for 3 days	LG							
Colorectal cancer (Episode med. for inpatient)								
Capecitabine 500 mg tab	IB	118.21	166.39	96.35	7.76	4.95	5.55	2.39
2.5g/m2 for 14 days then 7 days rest perioda	LG							
Advanced non-small cell lung cancer (Episode med. for inpatient)								
Gemcitabine injection 1 g/vial	IB	379.24		342.93				
1g/m2 for 3 days in each 28 days cycleb	LG	235.1		213.55				6.24
Paclitaxel injection 6 mg/ml	IB	165.22		132.37				
135mg/m2 every 3 weeksc	LG	55.59		49.73				6.18
Post-op nausea and vomiting (Episode med. for inpatient)								
Ondansetron injection 2 mg/ml	IB							0.06
4 mg iv stat	LG	0.1	1.22	0.07				0.01
Summary of episode meds. for inpatient								
Range	IB	5.01-379.24	7.61-641.72	4.09-342.93	7.76-39.45	0.22-21.14	0.25-25.64	0.06-2.8
	LG	0.1-235.1	1.22-326.49	0.07-213.55	4.42-27.2	0.71-14.8	NA	0.01-10.55
Median	IB	64.9	95.83	55.55	23.61	3.26	2.97	1.17
	LG	37.74	33.38	32.21	15.81	7.76	NA	1.65
All medicines								
Range	IB	0.96-379.24	0.70-641.72	0.74-342.93	0.04-39.45	0.03-21.14	0.03-25.64	0.02-2.8
	LG	0.09-235.10	0.57-326.49	0.02-213.55	0.03-27.2	0.01-14.8	0.01-0.49	0.01-10.55
Median	IB	17.48	12.52	14.41	0.31	0.31	0.38	0.16
	LG	0.89	2.58	0.62	0.1	0.045	0.12	0.06

วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่าอัตราในการได้รับแบบเก็บข้อมูลกลับจาก รพ.อยู่ในเกณฑ์ต่ำ และอาจส่งผลต่อความไวของข้อมูล โดยได้รับแบบเก็บข้อมูลกลับมาเพียง 25% และ 9% ในรพ.รัฐฯ และ รพ.เอกชน ตามลำดับ ทั้งนี้ จากความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ พบว่า รพ.ขนาดใหญ่บาง รพ. ไม่นิยที่จะให้ข้อมูลในส่วนของการาทุน และบันทึกเฉพาะข้อมูลราคาขายกลับมา ขณะที่ รพ.เอกชน จะส่งกลับข้อมูลส่วนของราคาทุนมาให้ โดยเลือกที่จะเว้นช่องว่างในส่วนของการาขาย ลักษณะดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเนื่องจากความกังวลที่มีต่อนโยบายเรื่องการควบคุมกำไรค่ายา ซึ่งอาจถูกกำหนดโดยรัฐบาลเนื่องจากยาต้นแบบ จะมีราคาสูงกว่ายาชื่อสามัญ ยาชื่อสามัญ⁹ รายการที่ไม่พบในการสำรวจครั้งนี้ จึงควรถูกกำหนดให้ได้รับการจัดหาอย่างเร่งด่วน โดยในส่วนของการาชื่อสามัญ Gabapentin 600 mg, Levofloxacin 100 mg และ Levofloxacin 250 mg นั้น พบว่ามียาชื่อสามัญในขนาดยาอื่นรองรับอยู่ ขณะที่ยา Azithromycin syrup และ Iopromide นั้น พบว่ามียาชื่อสามัญดังกล่าวอยู่ในฐานข้อมูลของ CEDD แต่กลับไม่พบจากการสำรวจในประเทศไทย

ในการคำนวณหาค่าความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรค จะคำนึงถึงเฉพาะค่ายาเท่านั้น ยังไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่นค่าตรวจวินิจฉัย, ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ เข้าไป นอกจากนี้ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีหลายโรคหรือต้องใช้ยาร่วมกันหลายตัว ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และส่งผลต่อความสามารถในการจ่ายค่ายาที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคของประชากรไทยยังเป็นปัญหา โดยมีรายการยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายได้ขั้นต่ำ 2.2 วัน หรือ 10% ของเงินเดือนเป็นจำนวนมาก และเมื่อเทียบกับประชากรในกลุ่มประเทศยุโรปก็พบความ

แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยในขณะที่ประชากรในกลุ่มประเทศยุโรปมีค่ามัธยฐานในการจ่ายค่ายาต้นแบบที่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ไม่เกินรายได้ขั้นต่ำ 1 วัน ประชากรไทยมีค่ามัธยฐานดังกล่าวสูงถึง 14.41 วัน หรือสูงกว่าถึง 15 เท่า และเมื่อพิจารณาที่กลุ่มยาชื่อสามัญ ก็ยังคงพบแนวโน้มแบบเดียวกัน

แม้ว่ามียาเพียงไม่กี่รายการที่ราคาต้นทุนในเมืองไทยสูงกว่าราคาขายส่งในกลุ่มประเทศยุโรป แต่เมื่อคำนวณออกมาเป็นค่าความสามารถในการจ่ายค่ายา กลับพบว่าประชากรไทย มีค่าความสามารถในการจ่ายค่ายาต่ำกว่าเกือบทุกรายการ เช่นในกรณีของยาต้นแบบ Pioglitazone 15 mg ซึ่งเป็นยาที่มีชื่อการค้าเดียวกัน ถูกกำหนดราคาโดยบริษัทเดียวกัน ซึ่งพบว่ามีมูลค่าต่อหนึ่งเดือนอยู่ที่ 1294, 1179, 1615, 1025 และ 1070 บาทในประเทศออสเตรีย, ฟินแลนด์, ไอร์แลนด์, นอร์เวย์, และประเทศไทยตามลำดับ จะเห็นได้ว่า นอกจากประเทศนอร์เวย์แล้ว ราคาขายดังกล่าวในประเทศไทยต่ำกว่าอีก 3 ประเทศแต่เมื่อนำมาคำนวณเป็นความสามารถในการจ่ายค่ายา กลับพบว่าประชากรไทยมีความสามารถในการจ่ายค่ายาดังกล่าวต่ำที่สุด โดยต่ำกว่าประเทศออสเตรียถึง 10 เท่า แม้ว่าราคาต่อหน่วยในประเทศไทยจะอยู่ที่ 0.8 เท่าของราคาต่อหน่วยในประเทศออสเตรียก็ตาม

จากข้อมูลดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า ในขั้นตอนการต่อรองราคายานั้น นอกจากต้องนำราคาในต่างประเทศมาใช้อ้างอิงเพื่อเป็นฐานราคาในการต่อรองแล้ว ยังควรนำไปคำนวณเทียบเป็นค่าความสามารถในการจ่ายค่ายา เพื่อให้บริษัทยอมลดราคาตามบริบทของประชากรภายในประเทศ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเข้าถึงยาที่เท่าเทียมกันมากขึ้น

สรุป

ในกลุ่มยาที่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ นอกจากยาชื่อสามัญของ Atenolol 50 mg, Diclofenac 50 mg และ Omeprazole 20 mg แล้ว ความสามารถในการจ่ายค่ายารายการอื่นของคนไทย ล้วนต่ำกว่าของประชากรในกลุ่มประเทศยุโรปทั้งหมด แม้ว่าในจำนวนนั้นจะมียาหลายรายการที่ประเทศไทยมีมูลค่าต่อหน่วยถูกกว่าก็ตาม

เพื่อให้ประเทศไทยมีความสามารถในการจ่ายค่ายารักษาโรคสูงขึ้น ประเทศไทยจำเป็นต้องมีนโยบายด้านสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งในส่วนของ การปรับค่าแรงขั้นต่ำ การควบคุมราคาขายของยา องค์ความรู้ในการใช้และผลิตยา ตลอดจนถึงการเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้ราคาทุนที่ต่ำที่สุด ซึ่งในขั้นตอนของการเจรจาต่อรองนั้น การเปรียบเทียบราคาอ้างอิงกับต่างประเทศ รวมถึงการเปรียบเทียบค่าความสามารถในการจ่ายค่ายา ถือเป็นฐานข้อมูลสำคัญของกระบวนการต่อรอง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของยาซึ่งถือเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ให้ได้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด

1. เพื่อเพิ่มฐานข้อมูลราคาขายภายในประเทศ และทำให้ความถูกต้องรวมถึงความสมบูรณ์ของข้อมูลสูงขึ้น ในการสำรวจครั้งนี้ ควรมีการมอบหมายให้หน่วยงานกลางของแต่ละจังหวัดเป็นผู้รวบรวมราคาจากใบสั่งซื้อของแต่ละรพ. แทนการส่งแบบเก็บข้อมูล
2. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพภายในประเทศที่ส่งผลกระทบต่อราคา
3. ควรมีการสำรวจโครงสร้างราคาขาย ตั้งแต่กระบวนการนำเข้าภายในแต่ละขั้นตอน ค่าขนส่ง อันจะช่วยให้ทราบถึงที่มาของราคา และช่วยในการกำหนดนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข ผู้เป็นทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้คำแนะนำ และเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาที่คอยสอนด้วยความมุ่งมั่นอยู่เสมอ ขอขอบคุณ รศ.ดร.ชะอรสิน สุขศรีวงษ์ ผู้กระตุ้นให้เกิดความสนใจในเรื่องของราคา ยา ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผอ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา และผอ.สินเงิน สุขสมปอง รวมถึง ภก.จันทร์เพ็ญ ตั้งตระกูล ผู้เปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. Zachopoulos G. Current trends in Health Care Costs. Available from: http://www.cwru.edu/med/epidbio/mphp439/Health_Care_Costs.htm. [Accessed 20 January 2010].
2. World Health Organization. The world medicines situation, Geneva 2004. Available from : http://www.cdf.sld.cu/World_Medicines_Situation.pdf. [Accessed 20 January 2010].
3. UK Government policy and plans. Increasing access to essential medicines in the developing world, 2004. Available from: <http://www.dfid.gov.uk/Pubs/files/accessmedicines.pdf>. [Accessed 20 January 2010].
4. Thai Health Promotion Foundation. Thai Health 2009. Available from: <http://en.thaihealth.or.th/resource-center/reports/health-report/2009>. [Accessed 20 January 2010].
5. Sooksriwong C., et al. Medicine pricing, Availability and affordability in Thailand, 2006. Available from: http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200610TH/sdocs/survey_report.pdf. [Accessed 20 January 2010].
6. Health Action International. A one day snapshot of the price of a medicine. Available from: <http://www.haiweb.org/medicineprices>. [Accessed 20 January 2010].
7. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components 2nd edition. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14868e/s14868e.pdf>. [Accessed 20 January 2010].
8. Common European Drug Database. Introduction of CEDD. Available from: <http://cedd.oep.hu/>. [Accessed 20 January 2010].