

## ผลการนำนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยามาปฏิบัติของโรงพยาบาลลำพูน The Results of the Implementation of the Drug Cost Control Policy of Lamphun Hospital

สุภารัตน์ พัฒนรังสรรค์

Suparat Pattanarungson

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

Pharmacy Department, Lamphun Hospital

<sup>1</sup>Corresponding author, E-mail: suparat\_001@hotmail.com

(Receives: October 20, 2025; Revised: November 6, 2025; Accepted: March 5, 2026)

### บทคัดย่อ

ค่าใช้จ่ายด้านยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลลำพูนจึงประกาศนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ซึ่งครอบคลุมมาตรการจำกัดราคาและการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนาเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการนำนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลลำพูน โดยเปรียบเทียบมูลค่าการใช้ยาในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งยาในบัญชีและยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ แหล่งข้อมูล คือ เวชระเบียนผู้ป่วย รายงานการบริหารเวชภัณฑ์ และรายงานการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและบำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า หลังการประกาศใช้นโยบายจำกัดด้านราคาในภาพรวมมูลค่าการใช้ยาเพิ่มขึ้น 8,736,429.12 บาท (+4.37%) ขณะที่นโยบายด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวม สามารถลดมูลค่ายาการใช้ยา 3,445,650.57 บาท (-6.57%) โดยมาตรการกำหนดให้มีการสั่งใช้/จัดซื้อยาสามัญ มูลค่าการสั่งใช้ยาลดลงมากที่สุดเป็นจำนวนเงิน 2,131,660.52 บาท (-19.10%) รองลงมาคือ มาตรการการประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการสั่งใช้ยา 2,196,402.96 บาท (-19.03%) มาตรการกำหนดให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพ 506,578.83 บาท (-5.02%) และ มาตรการใช้สั่งใช้ยาตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ 95,180.63 บาท (-2.70%) ตามลำดับ ขณะที่มาตรการกำหนดให้มีการสั่งใช้/จ่ายบางคลินิก และการสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ มีมูลค่าการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้น 1,404,840.16 บาท (+8.86%) และ 79,332.21 บาท (+2.65%) ตามลำดับ กล่าวได้ว่า การนำนโยบายด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้

**คำสำคัญ:** การนำนโยบายมาปฏิบัติ, การควบคุม, ค่าใช้จ่ายด้านยา, ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ, ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ

### Abstract

Drug costs are expected to continue to rise. To monitor and control drug costs to ensure cost-effectiveness. In fiscal year 2023, Lamphun Hospital has a policy to control drug expenses, covering price limits and rational drug use. This retrospective descriptive research aimed to evaluate the effectiveness of the drug cost control policy implemented at Lamphun Hospital, comparing the value of drug use in fiscal years 2023 and 2024. Data were collected for both Essential Drugs (ED) and Non-Essential Drugs (NED). Data sources include patient medical records, pharmaceutical administration reports, and Pharmacy and Therapeutics Committee operations reports. The research tools used were drug data recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage and mean.

The study results found that after the implementation of the price restriction policy, the overall value of drug use increased 8,736,429.12 baht (+4.37%) While the overall rational drug use policy can reduce the drug use cost by 3,445,650.57 baht. (-6.57%). By the measure requiring the use/purchase of generic drugs, the value of drug orders decreased the most, amounting to 2,131,660.52 baht (-19.10%). Next is measures to coordinate with doctors in prescribing medicines at 2,196,402.96 baht (-19.03%). Measures to regulate the use of antibiotics 506,578.83 baht (-5.02%) and measures for using drugs according to the conditions of the National List of Essential drug 95,180.63 baht (-2.70%) respectively. While the measure requires prescription/dispensary use in certain clinics and the prescription of drugs under conditions outside the national list of drugs, the value of drug prescriptions increased by 1,404,840.16 baht (+8.86%) and 79,332.21 baht (+2.65%) respectively. Conclusion; the Implementing policies on rational drug use can help reduce medication costs.

**Keywords:** Policy Implementation, Control, Drug Cost, Essential Drugs (ED), Non-Essential Drugs (NED)

### บทนำ

ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาของไทย เป็นปัญหาที่ท้าทายในการจัดการของภาครัฐมายาวนาน เนื่องด้วยสภาพปัญหาที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พิจารณาจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย ซึ่งมีกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐหลักๆ 3 กองทุน คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีประชาชนได้รับสิทธิรักษาจำนวนประมาณ 47 ล้านคน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ มีจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน และสิทธิประกันสังคมจำนวนประมาณ 14 ล้านคน ซึ่งประกันสังคมเป็นกองทุนเดียวที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินสมทบเอง ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับการจัดสรรเงินจากงบประมาณทั้งหมด เช่นเดียวกับสิทธิข้าราชการ แต่มีบางการรักษาที่เปิดให้ข้าราชการร่วมจ่ายเงินเองได้ เมื่อพิจารณาปีงบประมาณ 2568 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวม 346,632.1990 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 35,254.7831 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ

11.32 ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จากปี 2565 ถึงปี 2568 เฉลี่ยร้อยละ 4.53 ต่อปี ขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) จากปี 2565 ถึงปี 2568 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.0 - 2.5 ต่อปี<sup>(1)</sup>

จะเห็นได้ว่าปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยตามสิทธิประโยชน์แต่ละกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีความแตกต่าง เหลื่อมล้ำ ขณะที่โรงพยาบาลได้รับเงินต่ำกว่าต้นทุนจริง ส่งผลขาดสภาพคล่องทางการเงิน ที่สะท้อนปัญหายืดเยื้อมายาวนานของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังกรณีจากรายงานสถานการณ์ทางการเงิน หน่วยงานบริการสังกัดสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 พบว่า มีโรงพยาบาลสภาพคล่องทางการเงินติดลบ รวมมูลค่า 4,219.4 ล้านบาท ในเดือนมีนาคม 2568 โรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงหลังหักหนี้ติดลบ มีจำนวน 218 แห่ง จาก 902 แห่ง มีโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงหลังหักหนี้แล้วน้อยกว่า 5 ล้านบาท จำนวน 91 แห่ง และข้อมูลในเดือนเมษายน



2568 มีโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับเงินค่ารักษาผู้ป่วยในจำนวน 82 แห่ง จากการเรียกเก็บ 119 ล้านบาท<sup>(2)</sup> อย่างไรก็ตามปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยา ยังพบว่าเกิดจากการใช้ยาเกินความจำเป็น ซึ่งเกิดจากหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาที่กำหนดให้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์และผู้ใช้สิทธิ ค่ารักษาพยาบาลไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนส่งผลให้การเบิกจ่ายยาในระบบเบิกจ่ายตรงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเบิกจ่ายยาเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 60 ของค่ารักษาพยาบาล อีกทั้งพบว่าแพทย์มีสิ่งจ่ายยาต้นแบบที่มีราคาแพงแทนการสั่งจ่ายยาสามัญที่มีราคาถูกกว่าให้แก่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ จึงทำให้ค่าใช้จ่ายค่ายาต้นแบบมีสัดส่วนสูงเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 68 ของค่าใช้จ่ายค่ายาทั้งหมด แม้ว่าจะมีมาตรการสำคัญในการควบคุมค่ายาที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา โรคผิวหนังเรื้อรัง และกลุ่มโรครุมตึก เป็นต้น<sup>(3)</sup>

นอกจากนี้จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมอย่างสูง โดยจะมีประชากรวัยทำงานเป็นฐานในการพัฒนาเศรษฐกิจน้อยลง ในขณะที่มีประชากรสูงวัยซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลการวิเคราะห์โครงสร้างอายุของผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการรักษายาบาลของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2566 จำนวนทั้งสิ้น 4.74 ล้านคนพบว่า จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนสูงถึง 1.88 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 40 ของจำนวนผู้มีสิทธิทั้งสิ้น<sup>(4)</sup> รวมถึงสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงขึ้นและกระทบต่อภาระงบประมาณในระยะยาว<sup>(5)</sup> เมื่อพิจารณาตามรายการค่ารักษาพยาบาลพบว่า ค่ายา ถือเป็นต้นทุนหลักของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดโดยมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 60 ปัญหานี้หากไม่มีการกำกับควบคุมดูแลที่เหมาะสมเพียงพอย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ยาทุกภาคส่วน<sup>(6)</sup>

เมื่อพิจารณาด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับควบคุมราคายาในประเทศไทย พบว่ามีประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยา ฉบับแรกในปี พ.ศ. 2524 มีสาระสำคัญในการส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ต่อมาฉบับที่สอง ในปีพ.ศ.2536 โดยคงสาระสำคัญตามนโยบายฉบับเดิม แต่แก้ไขเพิ่มเติมให้ครอบคลุมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาตามบัญชีหลักแห่งชาติและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา การกำหนดให้มียุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554-2559 โดยมีสาระสำคัญเพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้มาตรฐาน โดยการประกันคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผลของยา การสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตลอดจนนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565 ที่มีความชัดเจนมากขึ้นในด้านการควบคุมราคายาในประเทศไทย โดยกำหนดให้มียุทธศาสตร์ ด้านพัฒนาระบบควบคุมยาให้มีประสิทธิภาพระดับสากล การพัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นต้น<sup>(7)</sup>

จากนโยบายข้างต้น ทำให้โรงพยาบาลต้องดำเนินมาตรการเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น ตลอดจนการดำเนินมาตรการต่างๆ ในการควบคุมค่ารักษาพยาบาล เช่น การตรวจสอบความถูกต้องของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การกำหนดหลักเกณฑ์การห้ามเบิกจ่ายราคาแพงที่ขึ้นทะเบียนยาใหม่กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 และการพัฒนาระบบตรวจสอบพฤติกรรมการใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (Fraud Detection) ส่งผลให้สามารถป้องกันไม่ให้ผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเกินความจำเป็น และลดการเข้าถึงยาที่ขึ้นทะเบียนใหม่ที่มีราคาแพงแต่ก็ยังไม่สามารถลดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้<sup>(6)</sup> นอกจากนี้มีการใช้มาตรการหลายอย่างร่วมกันเช่น มาตรการต้องขออนุมัติการสั่งใช้ยาจากผู้บริหารโรงพยาบาล การมีเอกสารประกอบการสั่งใช้ยา มีเงื่อนไขการสั่งใช้ยาตามสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย /clinical practice guideline การให้ความรู้ผู้สั่งใช้ยา การ

จำกัดการใช้จ่ายในผู้ป่วยบางสิทธิ นโยบายการแทนยาต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น<sup>(8,9)</sup>

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด ขนาด 411 เตียง ที่ให้บริการครอบคลุม พื้นที่ 8 อำเภอ มีประชากรทั้งหมด จำนวน 404,693 คน รวมถึงจังหวัดลำพูน เป็นเขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมภาคเหนือตอนบนที่ใหญ่ที่สุด จึงมีประชากรแรงงานเข้ามาใช้แรงงาน และใช้บริการโรงพยาบาลลำพูนจำนวนมากเช่นกัน จากสถิติจำนวนผู้ที่มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 มีจำนวน 451,848 ราย, 504,353 ราย และ 561,555 ราย ตามลำดับ<sup>(10)</sup> มูลค่าการใช้จ่ายในโรงพยาบาลลำพูน ในปีงบประมาณ 2565, 2566 และ 2567 มีค่าเท่ากับ 168,841,769.83 ล้านบาท, 195,567,939.49 ล้านบาท และ 200,017,708.40 ล้านบาท<sup>(11)</sup> ซึ่งมีแนวโน้มมูลค่าการใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบปัญหาในการสั่งจ่ายยานอกบัญชีหลักแห่งชาติเกินจำเป็น ซึ่งปัญหานี้ทางโรงพยาบาลลำพูน จึงได้กำหนดให้มีนโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายยาขึ้นในปีงบประมาณ 2566 โดยประกอบด้วยนโยบายที่จำกัดด้านราคาและนโยบายการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล เพื่อติดตามและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีความคุ้มค่า และสั่งจ่ายอย่างสมเหตุสมผล เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีความคุ้มค่าของงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญการติดตามประเมินผลการนำนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยามาปฏิบัติ ว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้มากน้อยเพียงใด เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริม สนับสนุนให้มีการกำหนดมาตรการควบคุม

ค่าใช้จ่ายด้านยาให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการนำนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายยามาปฏิบัติของโรงพยาบาลลำพูน โดยเปรียบเทียบมูลค่าการใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2566 กับ ปีงบประมาณ 2567

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study)

### ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ มูลค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) และยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ (NED) ที่มีการสั่งจ่ายให้กับผู้มารับบริการในโรงพยาบาลลำพูน ตามนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566) กับปีงบประมาณ 2567 (ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567) แหล่งข้อมูล คือ เวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน รายงานการบริหารเวชภัณฑ์ และรายงานการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและบำบัดของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลยา ED และ NED ตามนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ที่ครอบคลุมนโยบายที่จำกัดด้านราคา และนโยบายด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล ดังตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาดังตาราง 1 ดังนี้

### ตาราง 1 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

นโยบาย	ตัวแปร
1) นโยบายที่จำกัดด้านราคา	
มาตรการที่ 1 ควบคุมการใช้จ่ายเงินในการจัดซื้อตามแผนจัดซื้อที่ได้รับอนุมัติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณด้านยาที่ได้รับการจัดสรร ตามแผนการจัดซื้อที่ได้รับอนุมัติ</li> <li>- รวมมูลค่ายาราคาทุนจากการซื้อ (งบประมาณด้านยาที่ใช้จริง)</li> <li>- มูลค่ายาตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)</li> <li>- มูลค่ายาตามเงื่อนไขนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)</li> <li>- สัดส่วนการใช้จ่าย ED &gt; 70% ต่อการใช้จ่าย NED</li> </ul>

นโยบาย	ตัวแปร
มาตรการที่ 2 การควบคุมการใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ	- ระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง หากไม่ปฏิบัติตาม แพทย์ผู้สั่งใช้เป็นผู้รับผิดชอบค่ายานั้น
<b>2) นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</b>	
มาตรการที่ 1 การใช้สั่งใช้ยาตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED)	- เงื่อนไขการสั่งใช้ยา
มาตรการที่ 2 การใช้สั่งใช้ยาตามเงื่อนไขนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED)	- จำนวนรายการยา
	- มูลค่ายาที่มีการสั่งใช้
มาตรการที่ 3 การประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการสั่งใช้ยา	
มาตรการที่ 4 กำหนดให้มีการสั่งใช้/จ่ายบางคลินิก	
มาตรการที่ 5 กำหนดให้มีการสั่งใช้/จัดซื้อยา Generic	
มาตรการที่ 6 กำหนดให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antibiotics) ตามแนวปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล	

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence) ของแบบบันทึกข้อมูลและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์ ผู้มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญในด้านการบริหารเวชภัณฑ์ 1 ท่าน และเภสัชกรผู้มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญในด้านการบริหารเวชภัณฑ์และปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ข้อมูล เพื่อขอบันทึกข้อมูลย้อนหลัง การนำนโยบายมาปฏิบัติ ในปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 และปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

2. ประสานงานกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อขอข้อมูลรายงานการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด รายงานการบริหารเวชภัณฑ์ ในปีงบประมาณ 2566 และปีงบประมาณ 2567 รวมถึงข้อมูลกิจกรรม โครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลลำพูน

3. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ สรุปผลการนำนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยามาปฏิบัติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการประเมินผลการนำนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยามาปฏิบัติ ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน เอกสารจริยธรรม เลขที่ Ethic LPN 019/2568 อนุมัติวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2568

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปและสถิติบริการที่สำคัญ

โรงพยาบาลลำพูน เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 411 ปัจจุบันได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์ (Premium Hospital; P) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง มีการจัดบริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาแพทย์บริการหลัก สาขาแพทย์บริการรอง และสาขา แพทย์บริการสาขาต่อยอด ครอบคลุมสาขาตามความจำเป็น ด้านงานบริการผู้ป่วยนอก พบว่ามีผู้ป่วยที่มาใช้บริการในช่วงปี

2566 จำนวน 561,555 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 616,665 ราย ในปี 2567 หรือคิดเป็นร้อยละ 9.81 หากพิจารณาเฉลี่ยต่อวัน ในปี 2566 เท่ากับ 1,970 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 2,164 ราย ในปี 2567 และจำนวนใบสั่งยา พบว่า ในปี 2566 มีจำนวน 335,432 ใบ เพิ่มขึ้นเป็น 358,365 ใบ ในปีงบประมาณ 2567 หรือคิดเป็นร้อยละ 6.84

งานบริการผู้ป่วยใน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใน จำหน่าย ในปี 2566 เท่ากับ 32,885 และเพิ่มขึ้นเป็น

33,630 ในปี 2567 หรือคิดเป็นร้อยละ 2.27 นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนวันครองเตียง, อัตราการครองเตียง, เฉลี่ยผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (วัน/คน) เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.50, 2.49 และ 2.46 ตามลำดับ ขณะที่จำนวนเตียงยังคงเท่ากับ คือ จำนวน 411 เตียง และในด้านจำนวนใบสั่งยา พบว่า ในปี 2566 มีจำนวน 327,544 ใบ ลดลงเป็น 310,193 ในปีงบประมาณ 2567 หรือคิดเป็นร้อยละ 5.30 ดังตาราง 2

**ตาราง 2 จำนวนการให้บริการที่สำคัญของโรงพยาบาลลำพูน ระหว่างปีงบประมาณ 2566 กับปีงบประมาณ 2567**

หัวข้อ	หน่วย	2566	2567	เปรียบเทียบ 2566 กับ 2567 (%)
<b>1) ข้อมูลผู้ป่วยนอก</b>				
1.1 จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมด	ราย	561,555	616,665	เพิ่มขึ้น 9.81
- เฉลี่ยต่อวัน	ราย/วัน	1,970	2,164	เพิ่มขึ้น 9.85
1.2 จำนวนใบสั่งยา	ใบ	335,432	358,365	เพิ่มขึ้น 6.84
<b>2) ข้อมูลผู้ป่วยใน</b>				
- ผู้ป่วยในจำหน่าย	ราย	32,885	33,630	เพิ่มขึ้น 2.27
- จำนวนวันครองเตียง	วัน/เตียง	133,641	136,981	เพิ่มขึ้น 2.50
- จำนวนเตียง	เตียง	411	411	เท่าเดิม
- อัตราการครองเตียง	%	89.09	91.31	เพิ่มขึ้น 2.49
- เฉลี่ยผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล	วัน/คน	366	375	เพิ่มขึ้น 2.46
- จำนวนใบสั่งยา	ใบ	327,544	310,193	ลดลง 5.30

## 2. ผลการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา

### 2.1 นโยบายที่จำกัดด้านราคา

การดำเนินงานตามนโยบายที่จำกัดด้านราคา โรงพยาบาลลำพูน มีมาตรการที่ดำเนินการ 2 มาตรการ พบว่า

มาตรการที่ 1 การควบคุมการใช้วงเงินในการจัดซื้อยาตามแผนจัดซื้อที่ได้รับอนุมัติ โรงพยาบาล พบว่า งบประมาณด้านยาที่ได้รับ การจัดสรรตามแผนการจัดซื้อยาที่ได้รับอนุมัติในปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2566 เป็นร้อยละ 2.50 สอดคล้องกับมูลค่ายาราคาทุนจากการซื้อรวม (งบประมาณด้านยาที่ใช้จริง) เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 4.37 มูลค่ายา ED เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.22 และมูลค่ายา NED เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.33 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเป้าหมายของโรงพยาบาลที่กำหนดสัดส่วนการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ > 70% ต่อการใช้จ่าย

ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED : NED) พบว่าสัดส่วนการใช้จ่ายยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ โดยในปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 68.59 : 31.41 และปีงบประมาณ 2567 เท่ากับ 69.81 : 30.19 ผลการประเมินดังตารางที่ 4.1 และ 4.2

มาตรการที่ 2 การควบคุมการใช้จ่ายนอกบัญชีหลักแห่งชาติ พบว่า โรงพยาบาลลำพูน กำหนดการสั่งจ่ายนอกบัญชีหลักแห่งชาติให้ปฏิบัติตามแนวทางของกรมบัญชีกลาง ตามหนังสือกรมบัญชีกลางเลขที่ ว 111 ลงวันที่ 24 กันยายน 2555 เรื่องการระบุเหตุผล การใช้จ่ายนอกบัญชีหลักแห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่าย กรณีตรวจสอบพบว่า ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนด และกรมบัญชีกลางเรียกเงินคืนทั้งหมด แพทย์ผู้สั่งใช้เป็นผู้รับผิดชอบค่ายานั้น และจากการนำนโยบายมาปฏิบัติพบว่า ทั้งปีงบประมาณ 2566 และ 2567 ไม่มีการเรียกเก็บเงินคืน ผลการประเมินดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการดำเนินงานตามนโยบายที่จำกัดด้านราคา ระหว่างปีงบประมาณ 2566 กับ 2567

รายการ (ลบ.)	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 กับ 2567 (%)
<b>1) การควบคุมการใช้จ่ายเงินในการจัดซื้อตามแผนจัดซื้อที่ได้รับอนุมัติ</b>			
- งบประมาณด้านยาที่ได้รับ จัดสรรตามแผน	199,999,998.04	205,000,000.32	5,000,002.28 (+2.50%)
- มูลค่ายาราคาทุนจากการซื้อ รวม (งบประมาณด้านยาที่ใช้ จริง)	200,017,708.40	208,754,137.52	8,736,429.12 (+4.37%)
- งบประมาณที่ใช้ที่เพิ่มขึ้น	17,710.36 (+0.01%)	3,754,137.20 (+1.83%)	-
- มูลค่ายา ED	137,193,716.10	145,724,793.76	8,531,077.66 (+6.22%)
- มูลค่ายา NED	62,823,992.30	63,029,343.76	205,351.46 (+0.33%)
- สัดส่วน ED : NED	68.59 : 31.41	69.81 : 30.19	-
<b>2) การควบคุมการใช้จ่ายนอกบัญชีหลักแห่งชาติ</b>			
- ระบุเหตุผลการใช้ยานอกบัญชีหลัก แห่งชาติเพื่อใช้ประกอบการ เบิกจ่าย ตามระเบียบกรมบัญชีกลาง หากไม่ปฏิบัติตาม แพทย์ผู้สั่งใช้ เป็นผู้รับผิดชอบค่ายานั้น	ไม่มีการเรียกเก็บเงิน คืน	ไม่มีการเรียกเก็บเงินคืน	-

## 2.2 นโยบายด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล

พบว่า การนำนโยบายด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลมาปฏิบัติในภาพรวม สามารถลดมูลค่ายาที่มีการสั่งใช้ยา จากปีงบประมาณ 2566 จำนวน 52,378,462.90 ล้านบาท เป็น 48,932,812.33 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2567 หรือลดลง ร้อยละ 6.57 เมื่อพิจารณาแต่ละมาตรการ พบว่า มาตรการที่สามารถลดมูลค่าการสั่งใช้ยาได้มากที่สุด ได้แก่ มาตรการที่ 5 การกำหนดให้มีการสั่งใช้/จัดซื้อยาสามัญ รองลงมาคือ มาตรการที่ 3 การประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการสั่งใช้ยา มาตรการที่

6 การกำหนดให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพตามแนวปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล และมาตรการที่ 1 การใช้สั่งใช้ยาตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ มีมูลค่าการสั่งใช้ยาลดลง ร้อยละ 19.10, 19.03, 12.70, 5.02 และ 2.70 ตามลำดับ ขณะที่มาตรการที่ 4 การกำหนดให้มีการสั่งใช้/จ่ายบางคลินิก และ มาตรการที่ 2 การสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ มีมูลค่าการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.86 และ 2.65 ตามลำดับ ผลการประเมินดังตาราง 4

ตาราง 4 สรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล

นโยบายด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล	มูลค่าการสั่งใช้ยา (บาท)		เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 กับ 2567 (%)
	ปี 2566	ปี 2567	
มาตรการที่ 1 การใช้สั่งใช้ยาตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ	749,303.88	654,123.25	-95,180.63(-2.70)
มาตรการที่ 2 การสั่งใช้ยาตามเงื่อนไขยานอกบัญชีหลัก แห่งชาติ	2,994,996.32	3,074,328.53	+79,332.21(+2.65)
มาตรการที่ 3 การประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการสั่งใช้ยา	11,537,211.87	9,340,808.91	-2,196,402.96(-19.03)
มาตรการที่ 4 การกำหนดให้มีการสั่งใช้/จ่ายบางคลินิก	15,848,371.31	17,253,211.47	1,404,840.16(+8.86)
มาตรการที่ 5 การกำหนดให้มีการสั่งใช้/จัดซื้อยาสามัญ	11,160,929.20	9,029,268.68	-2,131,660.52(-19.10)

นโยบายด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล	มูลค่าการสั่งจ่ายยา (บาท)		เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2566 กับ 2567 (%)
	ปี 2566	ปี 2567	
มาตรการที่ 6 กำหนดให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antibiotics) ตามแนวปฏิบัติการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล	10,087,650.32	9,581,071.49	-506,578.83(-5.02)
<b>มูลค่ารวม</b>	<b>52,378,462.90</b>	<b>48,932,812.33</b>	<b>-3,445,650.57 (-6.57)</b>

### สรุปผลการวิจัย

หลังการประกาศใช้นโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา พบว่า การดำเนินนโยบายที่จำกัดด้านราคาในภาพรวมมูลค่าการใช้จ่ายยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.37 แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินนโยบายด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในภาพรวม สามารถลดมูลค่าการใช้จ่ายยา ลดลงร้อยละ 6.57 กล่าวได้ว่า การนำนโยบายด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะมาตรการกำหนดให้มีการสั่งใช้/จัดซื้อยาสามัญ มาตรการการประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการสั่งจ่ายยา มาตรการกำหนดให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้

### อภิปรายผล

จากการติดตามประเมินผลการนำนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลลำพูนมาปฏิบัติมีข้อค้นพบดังนี้

1. นโยบายที่ จำกัดด้านราคา พบว่าในปีงบประมาณ 2567 งบประมาณด้านยาที่ได้รับการจัดสรรตามแผนการจัดซื้อยาที่ได้รับอนุมัติ เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.50 มูลค่ายาราคาทุนจากการซื้อรวม (งบประมาณด้านยาที่ใช้จริง) เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.37 มูลค่ายา ED เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.22 และมูลค่ายา NED ร้อยละ 0.33 และสัดส่วนการใช้จ่าย ED : NED เท่ากับ 69.81 : 30.19 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ คือ สัดส่วนการใช้จ่าย ED > 70% ต่อการใช้จ่าย NED จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะได้รับการจัดสรรตามแผนการจัดซื้อยาที่ได้รับอนุมัติเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่มูลค่ายาราคาทุนจากการซื้อรวม (งบประมาณด้านยาที่ใช้จริง) ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน เนื่องด้วยบริบทด้านการให้บริการของโรงพยาบาลที่ พบว่า จำนวนผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับความต้องการ

บริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการรักษาโรคที่ซับซ้อนขึ้น ที่ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงและซับซ้อน ต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาที่เบิกไม่ได้ ซึ่งรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่อยู่ในบัญชีของ 3 กองทุนสุขภาพหลัก (บัตรทอง, ประกันสังคม,สวัสดิการข้าราชการ) ทำให้โรงพยาบาลต้องแบกรับต้นทุนที่สูงขึ้น การใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น โดยการตรวจซ้ำโดยไม่จำเป็น หรือการเข้ารับการรักษาโดยไม่มีอาการฉุกเฉิน ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยา โดยรวมเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งด้วยบริบททางสังคมของจังหวัดลำพูนมีสถานการณ์ผู้สูงอายุอยู่ในระดับสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นมากทุกปี ดังข้อมูลในปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 108,205 คน และเพิ่มเป็นจำนวน 112,048 คน ในปี 2567 หรือคิดเป็นร้อยละ 28.47 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัดลำพูน<sup>(12)</sup> ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีปัญหาสุขภาพทั้งโรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเอื้ออำนวยต่อกลุ่มผู้สูงอายุ ที่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ง่ายและเข้าถึงยามากขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ สอดคล้องกับรายงานการประมาณการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า ของ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย<sup>(4)</sup> พบว่ากลุ่มประชากรสูงวัยเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุด และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงขึ้นและกระทบต่อภาระงบประมาณด้านสุขภาพและด้านยาในระยะยาว

ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายด้านยาในภาพรวมของโรงพยาบาลลำพูนจะสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นไปตามบริบททางด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ที่ต้นทุนยาและเทคโนโลยีที่สูงขึ้น การพัฒนายาใหม่ๆ และนวัตกรรม

ทางการแพทย์ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ซึ่งบริษัทผู้ผลิตยาจะตั้งราคาสูงเพื่อชดเชยต้นทุนดังกล่าว รวมถึงต้นทุนที่ซ่อนเร้นของโรงพยาบาล นอกจากค่าตัวยาแล้ว ยังมีต้นทุนแฝงอื่นๆ เช่น ค่าดำเนินการเก็บรักษา การขนส่ง เป็นต้น ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลลำพูน ได้กำหนดเป้าหมายการใช้ยา ED > 70% ต่อการใช้ยา NED ซึ่งในภาพรวมการใช้ยา ED : NED เท่ากับ 69.81 : 30.19 ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ แต่ในปีงบประมาณ 2567 ก็มีทิศทางที่ดีขึ้นจากปี 2566 ที่มีสัดส่วนยา ED เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทยที่กำหนดนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา และมีมาตรการในการควบคุมการใช้นอกบัญชีหลักแห่งชาติ อาทิเช่น การดำเนินนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี<sup>(9)</sup> พบว่าหลังการใช้นโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ พบว่า ภาพรวมมูลค่าการใช้ยาลดลงร้อยละ 11.62 โดยมาตรการชะลอการสั่งซื้อยานอกบัญชีหลักแห่งชาติและให้ใช้นอกบัญชีหลักแห่งชาติหรือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทดแทนสามารถลดมูลค่าการใช้ยาได้มากถึง ร้อยละ 40.71 และจากการศึกษานโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชีหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง<sup>(10)</sup> ศึกษาในยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ 5 กลุ่ม พบว่ากลุ่มยาลดไขมันในเลือด มูลค่าการสั่งใช้ลดลงจากร้อยละ 14.2 เป็น 6.13 กลุ่มยาต้านอักเสบที่มีไซโคลอ็อกซีเจนเอส (NSAIDs/Anti-osteoarthritis/Cox2s) เฉพาะยา Cox2s-NED ลดลงจากร้อยละ 4.10 เป็น 1.87 กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร (Anti-ulcerant/Variceal bleeding/PPIs) มูลค่าการสั่งใช้ลดลงจากร้อยละ 1.29 เป็น 0.92 กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง (Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors/ACEIs) มูลค่าการสั่งใช้ลดลงจากร้อยละ 0.74 เป็น 0.45 และกลุ่มยาลดความดันโลหิต (Angiotensin-II-receptor blockers: ARBs) มูลค่าการสั่งใช้ลดลงจากร้อยละ 6.13 เป็น 5.16 นอกจากนี้

จากการศึกษา นโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โรงพยาบาลนครปฐม<sup>(13)</sup> เน้นที่ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ กลุ่มยาต้านจุลชีพที่อยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลก่อนและหลังใช้นโยบาย 1 ปี เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการตามนโยบายปีงบประมาณ 2563 และหลังดำเนินการนโยบายในปีงบประมาณ 2564 พบว่า ในปีงบประมาณ 2564 มูลค่าจัดซื้อยาดำเนินการต่ำกว่าแผนปฏิบัติการจัดซื้อยาที่ขออนุมัติ 39,023,292.93 ล้านบาท (ต่ำกว่าแผนปฏิบัติการจัดซื้อยาที่ขออนุมัติ ร้อยละ 8.29) เมื่อเปรียบเทียบมูลค่าการใช้ยาปีงบประมาณ 2563 กับ 2564 มูลค่าการใช้ยาลดลงร้อยละ 1.20 มูลค่าการใช้ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติลดลง ร้อยละ 10.73

2) นโยบายด้านการใช้อย่างสมเหตุผล พบว่า ผลการประเมินการนำนโยบายด้านการใช้อย่างสมเหตุผลมาปฏิบัติในภาพรวม สามารถลดมูลค่ายาที่มีการสั่งใช้ยา ร้อยละ 6.57 โดยพบว่ามาตรการที่สามารถลดมูลค่าการสั่งใช้ยาได้มากที่สุด ได้แก่ มาตรการที่ 5 การกำหนดให้มีการสั่งใช้/จัดซื้อยาสามัญ (Generic) มีการดำเนินการสั่งใช้ยาใน 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Insulin ยาในกลุ่มยาจิตเวช และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Selective/Specific COX II inhibitor) ในภาพรวมมูลค่าการสั่งใช้ยาลดลงร้อยละ 19.10 รองลงมาคือ มาตรการที่ 3 การประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการสั่งใช้ยา พบว่า มีการดำเนินการสั่งใช้ยาใน 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ยาลดกรดกลุ่ม Proton pump inhibitors (PPIs) กลุ่มยาพ่นสูด (Inhaler) ยา Anticoagulant กลุ่ม NOACs ในภาพรวมมูลค่าการสั่งใช้ยาลดลงร้อยละ 19.03 มาตรการที่ 1 การใช้สั่งใช้ยาตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการดำเนินการสั่งใช้ยา Vitamin D จำนวน 2 รายการ คือ Vitamin D2 (Ergocalciferol cap) และ (Calcitriol 0.25 mcg cap) ในภาพรวมมูลค่าการสั่งใช้ยาลดลงร้อยละ 12.70 และมาตรการที่ 6 การกำหนดให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antibiotics) ตามเงื่อนไขการคือ ยาต้านจุลชีพ (AMR) ตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ในภาพรวมมูลค่าการสั่งใช้ยาลดลง ร้อยละ 5.02 เนื่องด้วยการดำเนินนโยบายด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำพูน มุ่งส่งเสริมให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล ที่ช่วยลดมูลค่าการใช้ยาได้ ลดการใช้ยาโดยไม่

จำเป็น จ่ายยาในขนาดที่เหมาะสม โดยมีมาตรการที่บูรณาการทั้งการส่งเสริมให้ใช้ยา Generic การประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการสั่งจ่ายยา สั่งจ่ายตามเงื่อนไขบัญชียาหลักแห่งชาติ และรายการยาที่มีการใช้สูง รวมทั้งยาในกลุ่ม Antibiotics ดังนั้นจึงส่งผลให้มูลค่าการสั่งจ่ายยาตามมาตรการข้างต้น ลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการประเมินผลนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี<sup>(9)</sup> ได้ดำเนินมาตรการส่งเสริมการใช้ยาสามัญ โดยมีการคัดเลือกยาที่มีชื่อสามัญในราคาที่ถูกกว่าราคาเดิม สามารถลดมูลค่าการใช้จ่ายลง ร้อยละ 5.12 สอดคล้องกับการดำเนินมาตรการควบคุมการสั่งจ่ายยานอกบัญชีหลักแห่งชาติของในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง<sup>(8)</sup> พบว่ามูลค่าการสั่งจ่ายยาในกลุ่มยาลดไขมันในเลือด (Antilipidemia) ลดลงจากร้อยละ 14.2 เป็น 6.13 กลุ่มยาด้านอักเสบที่มีไซสตีอีรอยด์ (NSAIDs/Anti-osteoarthritis/Cox2s) เฉพาะยา Cox2s-NED ลดลงจากร้อยละ 4.10 เป็น 1.87 กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร (Anti-ulcerant/Variceal bleeding/PPIs) ลดลงจากร้อยละ 1.29 เป็น 0.92 กลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง (Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors/ACEIs) ลดลง จากร้อยละ 0.74 เป็น 0.45 และกลุ่มยาลดความดันโลหิต (Angiotensin-II-receptor blockers: ARBs) ลดลงจาก ร้อยละ 6.13 เป็น 5.16

อย่างไรก็ตาม จากผลการประเมินการนำนโยบายมาปฏิบัติพบว่า มาตรการที่ 4 การกำหนดให้มีการสั่งใช้/จ่ายบางคลินิก มีการดำเนินการสั่งจ่ายยารักษาเบาหวาน (ยกเว้น Insulin) ในภาพรวมมูลค่าการสั่งจ่ายยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.86 และมาตรการที่ 2 การสั่งจ่ายยาตามเงื่อนไขยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ มีการดำเนินการสั่งใช้กลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (Antihypertensive drugs) ในภาพรวมมูลค่าการสั่งจ่ายยาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.65 เนื่องด้วยมาตรการทั้ง 2 เป็นการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มโรคนี้ สอดคล้องกับบริบทของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการทั้งผู้ป่วยในและ

ผู้ป่วยนอกที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี รวมถึงเป็นโรคที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ที่เป็นไปตามบริบททางด้านสังคมของจังหวัดลำพูนที่มีกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมากเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย<sup>(4)</sup> พบว่าภาวะการเจ็บป่วยในกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายสูงสุด โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต และโรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ และการรายงานข้อมูลปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)<sup>(5)</sup> พบว่าสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสูงขึ้นและกระทบต่อภาระงบประมาณในระยะยาว ปัญหานี้หากไม่มีการกำกับควบคุมดูแลที่เหมาะสมเพียงพอ ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ยาทุกภาคส่วน<sup>(6)</sup> ดังนั้นการส่งเสริมให้มีมาตรการข้างต้น ยังคงมีความสำคัญและควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เนื่องด้วยการสั่งจ่ายยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายด้านยาต่อเนื่อง การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยใช้มาตรการการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสม และช่วยให้การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวมของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ

### ข้อจำกัดด้านการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งประเมินผลของนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เก็บข้อมูลเฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) ยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ (NED) เท่านั้น ไม่ได้รวมถึงเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย
2. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อติดตามผลการนำนโยบายมาปฏิบัติ ในปีงบประมาณ 2566 เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2567 ซึ่งในแต่ละปีค่าใช้จ่ายด้านยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึง

จำเป็นต้องมีการศึกษาติดตามประเมินผลไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. โรงพยาบาลควรมีนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับมีการติดตามประเมินผลการนำนโยบายมาปฏิบัติทุกปีงบประมาณ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรการใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทด้านสังคม การให้บริการของโรงพยาบาล และภาวะเศรษฐกิจ อันก่อให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มเติม โดยที่การให้บริการและคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาลยังได้มาตรฐานที่กำหนดไว้

2. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล ควรมีการศึกษาติดตามทบทวนมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาบริบททางด้านสังคม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและมาตรการที่สามารถนำมาปฏิบัติได้สอดคล้องกับบริบททางด้านสังคม และเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง อันส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อการลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลการนำนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่ครอบคลุมทั้งด้านยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา และเป็นการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Prospective Study)

2. ควรมีการประเมินผลกระทบทางด้านคลินิกที่มีผลต่อผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นโรคที่มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และมีมูลค่าการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้นทุกปี

### เอกสารอ้างอิง

1. พวงชมพู ประเสริฐ. ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อชน GDP ถึงเวลาปฏิรูปหลักประกันสุขภาพ(รัฐ). อินเทอร์เน็ต; 2568; [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2568]; จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1182646>

2. อนุกุล ไทยถนงค์. โรงพยาบาลขาดสภาพคล่องทางการเงินไตรมาส 1/2568. อินเทอร์เน็ต; 2568; [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2568]; จาก: <https://www.hfocus.org/content/2025/05/34212>
3. สิทธิชัย งามเกียรติขจร. การพัฒนากลไกการกำกับดูแลการเบิกจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.; 2566.
4. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ประเมินการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2566.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). เปิดผลลัพธ์ 2 ทศวรรษงานสร้างเสริมสุขภาพไทยยังต้องใช้เงินหมื่นล้านเพื่อรักษา NCDs. อินเทอร์เน็ต; 2568; [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2568]; จาก: <https://www.thecoverage.info/news/content/7850>
6. สิทธิชัย งามเกียรติขจร. เวทีเสวนา“หลายข้อจำกัดสิทธิประโยชน์ 3 กองทุนสุขภาพ”เสนอโมเดลกลางทุกกองทุน. อินเทอร์เน็ต; 2566; [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2568]; จาก: <https://www.thairath.co.th/news/politic/2859290>
7. กองนโยบายแห่งชาติด้านยา. นโยบายแห่งชาติด้านยา 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2555-2559. อินเทอร์เน็ต; 2568; [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2568]; จาก: <https://ndp.fda.moph.go.th/ndi/policy-ndi-detail-4>
8. สุทินันท์ เอิกเกริก. ผลกระทบของนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานอกบัญชีหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลประจำจังหวัดหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.

9. ขอบเสาะ หะสาเมาะ. ผลกระทบของนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก; 2561.
10. โรงพยาบาลลำพูน. รายงานประจำปี พ.ศ. 2567. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน; 2567.
11. กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. รายงานผลดำเนินการบริหารเวชภัณฑ์ ปีงบประมาณ 2567. ลำพูน: กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำพูน; 2567.
12. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. อินเทอร์เน็ต; 2568; [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2568]; จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1/926>
13. วีรชัย โฆษิตชัยยงค์, ดารารัตน์ รัตนรักษ์, อรอนงค์ เหล่าตระกูล, ปฐมรัตน์ ทองเรือง และจิตริน เชื้อสูง. การประเมินนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โรงพยาบาลนครปฐม. Thai Bull Pharm Sci. 2566; 18(2): 21-37.