

มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอก สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลลำปาง

บุญญาพร ยิ่งเสรี

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นหลังจากมีระบบจ่ายตรงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปางเป็นหนึ่งในโรงพยาบาล 34 แห่งที่กรมบัญชีกลางได้มอบหมายให้พัฒนา มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินการตามมาตรการควบคุม ค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอก จากการกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา โดยการลดต้นทุนยาต่อหน่วย แทนยา ต้นแบบด้วยยาสามัญ การปรับระบบเภสัชตำรับ การส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม โดยจัดทำ Clinical practice guideline ที่แพทย์มีส่วนร่วม การวิเคราะห์สถานการณ์และรายงานมูลค่าการใช้ยาอย่างต่อเนื่องโดยเภสัชกร โดยศึกษาแบบ pre-post intervention study วิเคราะห์เปรียบเทียบมูลค่าการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกในระบบเบิก จ่ายตรงก่อนมีมาตรการ (ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึง เดือนกรกฎาคม 2552) และหลังมีมาตรการ (ระหว่าง เดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนกรกฎาคม 2553) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ในประเด็นภาพ รวมมูลค่ายา สัดส่วนมูลค่ากลุ่มยาเป้าหมาย 7 กลุ่มของกรมบัญชีกลางต่อมูลค่ายาทั้งหมด สัดส่วนมูลค่า ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (Non Essential Drug, NED) ในกลุ่มยาเป้าหมาย ต่อมูลค่ารวมของยาในกลุ่ม เดียวกัน

ผลการศึกษา พบว่า ในปี 2553 ภาพรวมมูลค่าการสั่งใช้ยาลดลง 30.62 ล้านบาท (24.9%) มูลค่า NED ลดลง 19.85 ล้านบาท (25.0%) มูลค่า NED กลุ่มยาเป้าหมาย ลดลง 17.48 ล้านบาท (45.5%) สัดส่วนมูลค่า กลุ่มยาเป้าหมายต่อยาทั้งหมดลดลงร้อยละ 5.6 สัดส่วนมูลค่า NED กลุ่มยาเป้าหมาย ต่อมูลค่ารวมของยาใน กลุ่มเดียวกันลดลง 6 กลุ่ม ยกเว้นกลุ่มยารักษาโรคกระดูกพรุนที่ไม่เปลี่ยนแปลง พบว่า ยาต้านมะเร็ง ยาลด การหลังกรด ยากลุ่ม ARBs ยาลดไขมันในเลือด ยารักษาไวรัสตับอักเสบและ ยาต้านการอักเสบ ลดลงร้อยละ 34.2, 26.0, 22.9, 11.0, 5.7 และ 0.5 ตามลำดับ ดังนั้น การกำหนดนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายยาที่ชัดเจน การ ทำงานเป็นทีมระหว่างแพทย์และเภสัชกร เพื่อให้สั่งใช้ยาที่เหมาะสม การวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์การ สั่งใช้ยา รายงานมูลค่าการสั่งใช้ยาอย่างต่อเนื่องโดยเภสัชกร ทำให้ภาพรวมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอกในระบบ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มูลค่า NED และสัดส่วนมูลค่า NED ในปี 2553 ลดลง

คำสำคัญ: มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา, ระบบเภสัชตำรับ, การสั่งใช้ยาที่เหมาะสม

บทนำ

ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งรายจ่ายหลัก ๆ ส่วน

ใหญ่เป็นรายจ่ายค่ารักษายาบาลในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน-

หน้า คิดเป็นร้อยละ 46 ของรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวมในปี 2551⁽¹⁾ สำหรับค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ในปีงบประมาณ 2549 ถึง 2551 เพิ่มขึ้นจาก 37,004 ล้านบาท เป็น 46,481 และ 54,904 ล้านบาท คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 25.6 และร้อยละ 18.1 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาล ปรากฏว่าค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นตามสมควรในอัตราที่สามารถยอมรับได้ ภายหลังจากเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายจากระบบการวางฎีกามาเป็นระบบเบิกจ่ายค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group: DRG) แต่ค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอก หลังจากระบบจ่ายตรงผู้ป่วยนอกเต็มระบบซึ่งมีการจ่ายเงินตามรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (fee-for-service) เพิ่มในอัตราที่ค่อนข้างสูงและมีสัดส่วนสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยสัดส่วนค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อค่ารักษายาพยาบาลทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 70.0 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 โดยพบว่า ค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุด คือประมาณร้อยละ 83.0 ของค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด⁽¹⁾

จากข้อมูลของโรงพยาบาลใหญ่ 34 แห่ง ที่มีผู้มีสิทธิรับบริการเกินกว่า 1 แสนครั้งในปี 2551 พบว่ามีส่วนแบ่งการให้บริการผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 35.0 ของจำนวนที่เบิกทั้งหมด แต่ค่ารักษายาพยาบาลที่เบิกคิดเป็นร้อยละ 60.0 ของการเบิกจ่ายทั้งหมด คิดเป็นมูลค่าถึง 22,000 ล้านบาท ดังนั้นกรมบัญชีกลางจึงเชิญผู้บริหารและผู้แทนจากโรงพยาบาล 34 แห่ง เข้าร่วมการประชุมเพื่อรับทราบแนวทางควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษายาพยาบาล โดยเฉพาะการจัดทำระบบกำกับค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม ในเดือนกรกฎาคม 2552 โรงพยาบาลลำปางเป็นหนึ่งในโรงพยาบาล 34 แห่งที่กรมบัญชีกลางได้มอบหมายให้พัฒนามาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา โดยเฉพาะยากลุ่มเป้าหมายที่มีมูลค่ายาสูง และโรงพยาบาลต้องจัดส่งข้อมูลการใช้ยาระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึง เดือนกรกฎาคม 2552 และระหว่าง

เดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนกรกฎาคม 2553 ให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก) วิเคราะห์

ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ข้อมูลสรุปแบบแผนการใช้ยาปี 2552 ในเบื้องต้นพบว่ากลุ่มยาเป้าหมาย ของกรมบัญชีกลาง 7 กลุ่ม มีมูลค่าการใช้ยาประมาณหนึ่งในสามของมูลค่ายาทั้งหมดได้แก่ ยาลดการหลั่งกรด ยา angiotensin II receptor blockers (ARBs) ยาลดไขมันในเลือด ยารักษาไวรัสตับอักเสบ ยารักษาโรคกระดูกพรุน ยาต้านมะเร็ง ยาต้านการอักเสบซึ่งในการศึกษานี้หมายถึงกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และยารักษาข้ออักเสบ-ข้อเสื่อม (glucosamine) ค่าใช้จ่ายยาส่วนใหญ่ของกลุ่มยาเป้าหมายเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (Non Essential Drug, NED) ที่เป็นยาต้นแบบมีราคาแพง ยาหลายรายการเป็นยาที่มีมูลค่าการใช้ยาสูง 10 อันดับแรกในผู้ป่วยนอก เช่น valsartan, atorvastatin, etoricoxibs เป็นต้น ซึ่งระบบเภสัชตำรับของโรงพยาบาลลำปาง กำหนดให้ NED กลุ่มยาเป้าหมายเหล่านี้เป็นยาที่สั่งใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และผู้ป่วยที่ชำระเงินค่ายาเต็มจำนวน ไม่ให้สั่งใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มสิทธิอื่น ๆ ที่เหมาะสมจ่ายรายหัว หรือจ่ายเงินค่ายาแบบปลายปิด กลุ่มยาเป้าหมายจึงเป็นกลุ่มยาที่สามารถประหยัดค่ายาได้ หากส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยสนับสนุนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (Essential Drug, ED) ทดแทน NED หรือใช้ยาสามัญทดแทนยาต้นแบบ เพื่อลดค่าใช้จ่ายยาที่ไม่จำเป็นลง ไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อประสิทธิผลและคุณภาพการรักษาผู้ป่วย ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ NED กลุ่มเป้าหมายในการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC) ในปี 2553 PTC จึงมีนโยบายจัดทำมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอกให้เป็นไปอย่างเหมาะสม เข้มงวดมากขึ้นใน NED กลุ่มยาเป้าหมาย 7 กลุ่มของกรมบัญชีกลาง โดยการควบคุมกำกับและการส่งเสริมให้มีการใช้ยา

อย่างเหมาะสม จัดทำ Clinical practice guideline ที่แพทย์มีส่วนร่วม ปรับระบบเภสัชตำรับ แทน NED เป้าหมายบางรายการที่เป็นต้นแบบด้วยยาสามัญ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินการตามมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอก ต่อมูลค่ายาที่เบิกจ่ายตรงในระบบเบิกตรงสิทธิสวัสดิการข้าราชการโดยเฉพาะกลุ่มยาเป้าหมาย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ pre-post intervention study โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบมูลค่าการใช้ยาในรอบ 10 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2552 ก่อนมีมาตรการควบคุม และปี 2553 หลังมีมาตรการควบคุม ได้แก่ มูลค่ารวมของยาทั้งหมด สัดส่วนมูลค่าการสั่งใช้ยากลับเป้าหมาย ต่อมูลค่ารวมของยาทั้งหมด และสัดส่วนมูลค่าการสั่งใช้ NED กลุ่มยาเป้าหมาย ต่อมูลค่ายาในกลุ่มเดียวกัน

วิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการโรงพยาบาลข้าราชการ จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ก่อนมีมาตรการระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึง เดือนกรกฎาคม 2552 และหลังมีมาตรการ ระหว่างเดือนตุลาคม 2552 ถึง เดือนกรกฎาคม 2553 โดยข้อมูลยาที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลรวม (aggregate data) การสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกทุกรายการที่โรงพยาบาลเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง ได้แก่ รหัสยา ชื่อสามัญทางยา สถานะตามบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED/ NED) กลุ่มยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวนครั้งที่สั่งใช้ (จำนวนขนานยา) ปริมาณยาที่สั่งใช้ มูลค่ายาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ

มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอกที่ PTC กำหนดให้ดำเนินการในปีงบประมาณ 2553 เพื่อลดค่าใช้จ่ายยา โดยเฉพาะกลุ่มยาเป้าหมายมีรายละเอียดดังนี้

1. สนับสนุนการใช้ยาสามัญแทนยาต้นแบบ (Generic substitution)

PTC ดำเนินการลดต้นทุนยาต่อหน่วยโดยกำหนดนโยบายให้จัดซื้อยาสามัญ ที่มีคุณภาพโดยวิธีตกลงราคา

เพื่อใช้แทน NED เป้าหมายบางรายการที่เป็นยาต้นแบบ ได้แก่ ยา atorvastatin รวมทั้งให้จัดซื้อยาที่ประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร (compulsory licensing, CL) ทุกรายการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ยา clopidogrel และ docetaxel เป็นต้น การจัดทำคุณลักษณะเฉพาะของยาเพื่อการจัดซื้อยา วิธีสอบราคา ประกวดราคา ให้กำหนดคุณสมบัติทางเทคนิคที่เป็นกลางตามมาตรฐานที่กำหนดในเภสัชตำรับ เพื่อสนับสนุนการแข่งขันราคาและให้ได้ยาที่มีคุณภาพ

2. การปรับระบบเภสัชตำรับ (Formulary management)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 PTC ได้จัดระบบเภสัชตำรับตามมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ ในแผนแม่บทการพัฒนาสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด⁽²⁾ ในปี 2553 PTC จึงปรับระบบเภสัชตำรับให้เข้มงวดมากขึ้นในกลุ่มยาเป้าหมาย เพื่อควบคุมการสั่งใช้ยาให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น ได้แก่

2.1 จำกัดการเพิ่มยา NED ใหม่ ที่เป็นยาต้นแบบเข้าบัญชียาปี 2553

ไม่รับ NED ต้นแบบ ที่เป็นยากลับเป้าหมายหรือมีข้อบ่งใช้ยาไม่แตกต่างจากยาเดิมในบัญชียา โดยเฉพาะกลุ่มยาเป้าหมาย และไม่มีคุณสมบัติที่ดีกว่ายาเดิมในประเด็นประสิทธิผล ความปลอดภัย หรือราคา ยาเข้าบัญชียา ในปี 2553 PTC รับยาใหม่ pantoprazole เข้าบัญชียาตามแพทย์เสนอ และตัดยา esomeprazole ที่เป็นยากลับยาลดการหลังกรด มีข้อบ่งใช้ยาเหมือนกัน และมีค่าใช้จ่ายยาสูงกว่าออกจากบัญชียา ทำให้กลุ่มยาลดการหลังกรด มี NED เพียง 1 รายการในบัญชียา กลุ่มยาเป้าหมายอื่น ๆ อีก 6 กลุ่ม ไม่มีการรับยาใหม่เข้าบัญชียา

2.2 จำกัดสิทธิการสั่งใช้ NED ของแพทย์ ดังนี้ ห้ามแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน สั่งใช้ NED กลุ่มเป้าหมาย ให้สั่งใช้ยาได้เฉพาะแพทย์ประจำของโรงพยาบาลเท่านั้น

จำกัดสิทธิการสั่งใช้ NED กลุ่มเป้าหมายและ NED ที่มีค่าใช้จ่ายยาสูงบางรายการ ให้สั่งใช้ได้เฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น ยา glucosamine สั่งใช้เฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น

2.3 จำกัดจำนวนยาสูงสุดที่จ่ายผู้ป่วยนอกต่อครั้ง

การสั่งใช้ยากลุ่ม COX2-II inhibitors ที่เป็น กลุ่มยาที่ใช้รักษาตามอาการ จำกัดปริมาณให้สั่งใช้ได้ครั้งละไม่เกิน 30 เม็ด สำหรับยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง แพทย์สั่งจ่ายยาตามความเหมาะสมของการนัดผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค แต่ไม่ควรเกิน 4 - 6 เดือน

3. การส่งเสริมการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม (Rational Drug Use)

3.1 จัดทำ Clinical Practice Guideline (CPG) ของ NED กลุ่มยาเป้าหมาย

ขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ร่วมจัดทำ CPG ยากลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม ของกรมบัญชีกลาง ได้แก่ ยากลุ่ม ARBs ยากลุ่ม COX-II inhibitors ยา กลุ่ม proton pump Inhibitors, ยาลดไขมันในเลือด (กลุ่ม statins) ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน ยารักษาไวรัสตับอักเสบ และยารักษาโรคมะเร็งที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่เป็น NED ได้แก่ ยา oxaliplatin, irinotecan รวมทั้งยา gemcitabine ที่เป็น ED แต่พบว่าจำเป็นต้องใช้ยารักษาผู้ป่วยนอกแนวทางที่กำหนดในบัญชียาแห่งชาติ CPG ทั้งหมดที่จัดทำขึ้น กำหนดให้แพทย์พิจารณาสั่งใช้ ED ที่เป็น ยาทางเลือกก่อนการใช้ NED เป้าหมาย เลขานุการ PTC สื่อสาร ขอความร่วมมือจากแพทย์ในการสั่งใช้ NED กลุ่มเป้าหมายตาม CPG ที่แพทย์ได้ร่วมจัดทำขึ้น โดยเริ่มสั่งใช้ยาในผู้ป่วยรายใหม่ และทบทวนการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยรายเดิมตาม CPG

3.2 การรวบรวม วิเคราะห์และรายงาน สถานการณ์การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเลขานุการ PTC รวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลการสั่งใช้ยาเชิงปริมาณ (Medication Utilization Analysis, MUA) จัดทำรายงานสรุปปริมาณและมูลค่า

การสั่งใช้ยา เพื่อติดตามการใช้ยา NED เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง รายงานมูลค่าการใช้ยาเป้าหมาย (Drug cost awareness) ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลและการประชุมหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิค บริการเป็นประจำทุกเดือน และสรุปรายชื่อแพทย์ที่สั่งใช้ยากลุ่มเป้าหมายในปริมาณสูงมาก (Prescriber profiling) รายงานให้แพทย์หัวหน้ากลุ่มงาน และรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ พิจารณาการขอความร่วมมือการใช้ยาตาม CPG ต่อไป

นอกจากนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรมเตรียมดำเนินการ ทบทวนความเหมาะสมการสั่งใช้ยา (Drug Utilization Review, DUR) NED เป้าหมาย ที่ผลการติดตามข้อมูล การใช้ยาเชิงปริมาณพบว่าปริมาณการใช้ยาไม่ลดลง เพื่อประเมินว่าแพทย์สั่งใช้ยาเหมาะสมตามเกณฑ์การสั่งใช้ยาที่กำหนดใน CPG หรือไม่ และในเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ได้ดำเนินการ ทบทวนความเหมาะสมการสั่งใช้ ยา rosuvastatin ตาม CPG

4. การปรับเปลี่ยนแนวทางการลงนามรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อประกอบการเบิกจ่าย NED ตามหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค 0422.2/ว 143 ลงวันที่ 19 เมษายน 2553

PTC เปลี่ยนแปลงการลงนามรับรองการใช้ NED เพื่อประกอบการเบิกจ่าย NED ผู้ป่วยกลุ่มสิทธิ สวัสดิ์สวัสดิการรักษายาบาลราชการ จากแนวทางเดิมมอบหมายให้คณะกรรมการแพทย์ 1 ท่าน ลงนามไว้ล่วงหน้าในหนังสือรับรอง เปลี่ยนเป็นแต่งตั้งแพทย์ทุกท่าน เป็นคณะกรรมการแพทย์ของโรงพยาบาล มอบหมายให้แพทย์ที่สั่งใช้ NED รักษาผู้ป่วย ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถสั่งใช้ ED และลงนามในหนังสือรับรองในฐานะคณะกรรมการแพทย์ทุกครั้งสั่งใช้ NED

การประเมินผลของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกกลุ่ม สิทธิระบบจ่ายตรงสวัสดิ์สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จาก Aggregate data ในช่วง 10 เดือนแรกของ ปีงบประมาณ 2552 และปี 2553 โดยให้ความสำคัญ

กับยาในกลุ่มเป้าหมายของกรมบัญชีกลาง 7 กลุ่มได้แก่ ยาลดการหลังกรด ยาในกลุ่ม ARBs ยาลดไขมันในเลือด ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ยารักษาโรคกระดูกพรุน ยาต้านการอักเสบ และยาด้านมะเร็ง เพื่อให้ทราบว่ามีการสั่งใช้ยาในกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ NED ในกลุ่มยาเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ภายหลังจากกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา การวิเคราะห์ที่ใช้ตัวชี้วัดที่เข้าใจง่ายสามารถนำมาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายยาได้ดังนี้

1. มูลค่ารวมและจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาทั้งหมดที่เบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง

2. มูลค่าและจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาในกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อมูลค่า และจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาทั้งหมด

3. มูลค่าและจำนวนครั้งการสั่งใช้ NED กลุ่มยาเป้าหมาย เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อมูลค่าและจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาในกลุ่มเดียวกัน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็นจำนวนครั้ง ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่ายาในกลุ่มเป้าหมายต่อมูลค่ายาารวมทั้งหมด และสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาในกลุ่มเป้าหมายต่อจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาทั้งหมด โดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอกกลุ่มสิทธิระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการในปี 2552 ก่อนมีมาตรการ และปี 2553 ภายหลังจากดำเนินการตามมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา สรุปดังนี้

1. มูลค่ารวมและจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาทั้งหมดที่เบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลาง

ในช่วง 10 เดือนแรกของปี 2553 มูลค่ายาารวมทั้งหมดลดลงร้อยละ 24.9 คิดเป็นเงิน 30.62 ล้านบาท

กลุ่มยาเป้าหมาย 7 กลุ่มมีมูลค่าการใช้ยาลดลงร้อยละ 37.1 คิดเป็นเงิน 15.62 ล้านบาท กลุ่มยาเป้าหมายที่มีสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาลดลงมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี กลุ่มยา ARBs และยาลดกรด ลดลงร้อยละ 63.2, 53.8 และ 53.3 คิดเป็นเงิน 2.49, 4.73 และ 0.93 ล้านบาทตามลำดับ ยาด้านมะเร็งเป็นกลุ่มยาเดียวที่มีมูลค่าการใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 49.7 (ตารางที่ 1) มูลค่าการใช้ NED ทั้งหมดลดลงร้อยละ 25.0 คิดเป็นเงิน 19.85 ล้านบาท มูลค่าการใช้ NED กลุ่มยาเป้าหมายลดลงร้อยละ 45.4 คิดเป็นเงิน 17.48 ล้านบาท กลุ่มยาเป้าหมายมีมูลค่าการใช้ NED ลดลงทุกกลุ่ม กลุ่มยาที่มีมูลค่า NED ลดลงมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ กลุ่มยา ARBs ยาด้านการอักเสบ และยาโรคกระดูกพรุน ลดลง 5.54, 3.96 และ 2.29 ล้านบาทตามลำดับ (ตารางที่ 2) มูลค่าการใช้ ED ทั้งหมดลดลงร้อยละ 24.7 คิดเป็นเงิน 10.77 ล้านบาท มูลค่าการใช้ ED กลุ่มยาเป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 51.6 คิดเป็นเงิน 1.87 ล้านบาท กลุ่มยาเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้ ED เพิ่มขึ้น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม ยา ARBs ยาด้านมะเร็ง และยาลดไขมัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 381.5, 129.7 และ 51.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

จำนวนครั้งการสั่งใช้ยา (หรือขนานยา) ในปี 2553 ลดลงร้อยละ 16.8 ยาเป้าหมาย 7 กลุ่มมีจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาลดลงร้อยละ 15.4 จำนวนครั้งการสั่งใช้ยาเป้าหมายลดลงทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มยา ARBs มีจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 กลุ่มยาที่มีสัดส่วนจำนวนครั้งการใช้ยาลดลงมากที่สุด 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่ม ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ยาด้านมะเร็ง และยาด้านการอักเสบ ลดลงร้อยละ 57.1, 44.5 และ 23.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ปี 2553 สัดส่วนมูลค่าการใช้ NED ต่อมูลค่ายาทั้งหมดมีค่าร้อยละ 64.5 เปลี่ยนแปลงลดลงเพียงร้อยละ - 0.1 สัดส่วนมูลค่าการใช้ NED เป้าหมาย เมื่อเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมดในกลุ่มยาเดียวกันในปี 2552 และปี 2553 มีค่าร้อยละ 91.4 และ 79.3 ตามลำดับ ลดลงร้อยละ 12.1 แต่กลุ่มยาอื่น ๆ มูลค่า NED กลับมี

มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอก สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลลำปาง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบมูลค่ายาทั้งหมด ปี 2552 และปี 2553

ยา	ปี 2552	ปี 2553	มูลค่าเปลี่ยนแปลง	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
ทั้งหมด	122,931,419	92,308,078	-30,623,341	-24.9
กลุ่มอื่น ๆ	80,842,003	65,834,198	-15,007,805	-12.2
เป้าหมาย 7 กลุ่ม	42,089,416	26,473,880	-15,615,536	-37.1
1 ARBs	8,790,881	4,063,658	-4,727,223	-53.8
2 ด้านการอักเสบ	10,926,159	6,947,043	-3,979,116	-36.4
3 รักษาไวรัสตับอักเสบ	3,943,371	1,450,271	-2,493,100	-63.2
4 โรคกระดูกพรุน	7,940,467	5,647,695	-2,292,772	-28.9
5 ลดไขมัน	7,445,134	5,599,414	-1,845,720	-24.8
6 ลดการหลังกรด	1,738,716	811,967	-926,749	-53.3
7 ด้านมะเร็ง	1,304,668	1,953,832	649,144	49.7

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบมูลค่ายา NED ปี 2552 และปี 2553

ยา	ปี 2552	ปี 2553	มูลค่าเปลี่ยนแปลง	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
ทั้งหมด	79,389,449	59,538,589	- 19,850,860	- 25.0
กลุ่มอื่น ๆ	40,920,839	38,553,398	- 2,367,441	- 5.8
เป้าหมาย 7 กลุ่ม	38,468,610	20,985,191	- 17,483,419	- 45.5
1 ARBs	8,576,812	3,032,986	- 5,543,826	- 64.6
2 ด้านการอักเสบ	10,792,806	6,829,881	- 3,962,925	- 36.7
3 โรคกระดูกพรุน	7,940,467	5,647,695	- 2,292,772	- 28.9
4 รักษาไวรัสตับอักเสบ	3,423,781	1,176,697	- 2,247,084	- 65.6
5 ลดไขมัน	5,961,087	3,867,150	- 2,093,937	- 35.1
6 ลดการหลังกรด	1,305,776	398,911	- 906,865	- 69.5
7 ด้านมะเร็ง	467,881	31,871	- 436,010	- 93.2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบมูลค่ายา ED ปี 2552 และปี 2553

ยา	ปี 2552	ปี 2553	มูลค่าเปลี่ยนแปลง	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
ทั้งหมด	43,541,970	32,769,489	- 10,772,481	- 24.7
กลุ่มอื่น ๆ	39,921,164	27,280,800	- 12,640,364	- 31.7
เป้าหมาย 7 กลุ่ม	3,620,806	5,488,689	1,867,883	51.6
1 ด้านมะเร็ง	836,807	1,921,961	1,085,154	129.7
2 ARBs	214,069	1,030,672	816,603	381.5
3 ลดไขมัน	1,484,047	1,732,264	248,217	16.7
4 โรคกระดูกพรุน	-	-	-	-
5 ด้านการอักเสบ	133,353	117,162	- 16,191	- 12.1
6 ลดการหลังกรด	432,940	413,056	- 19,884	- 4.6
7 รักษาไวรัสตับอักเสบ	519,590	273,574	- 246,016	- 47.4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนครั้งการสั่งใช้ยา จำแนกตามกลุ่มยา

ยา	ปี 2552	ปี 2553	มูลค่าเปลี่ยนแปลง	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
ทั้งหมด	231,791	192,911	-38,880	-16.8
กลุ่มอื่น ๆ	190,654	158,117	-32,537	-17.1
เป้าหมาย 7 กลุ่ม	41,137	34,794	-6,343	-15.4
1 ต้านการอักเสบ	16,143	12,327	- 3,816	-23.6
2 ลดการหลังกรด	9,248	8,145	- 1,103	-11.9
3 ลดไขมัน	10,051	9,434	- 617	-6.1
4 รักษาไวรัสตับอักเสบ	557	239	- 318	-57.1
5 ต้านมะเร็ง	602	334	- 268	-44.5
6 โรคกระดูกพรุน	1,180	920	- 260	-22.0
7 ARBs	3,356	3,395	39	1.2

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่าการใช้ยา NED

ยา	ปี 2552	ปี 2553	มูลค่าเปลี่ยนแปลง	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
ทั้งหมด	122,931,419	92,308,078	-30,623,341	-24.9
ED	43,541,970	32,769,489	-10,772,481	-24.7
NED	79,389,449	59,538,589	-19,850,860	-25.0
สัดส่วนยา NED (5%)	64.6	64.5		-0.1
เป้าหมาย 7 กลุ่ม	42,089,416	26,473,880	-15,615,536	-37.1
ED	3,620,806	5,488,689	1,867,883	51.6
NED	38,468,610	20,985,191	-17,483,419	-45.4
สัดส่วนยา NED (5%)	91.4	79.3		-12.1
กลุ่มอื่น ๆ	80,842,003	65,834,198.00	-15,007,805	-12.2
ED	39,921,164	27,280,800	-12,640,364	-29.0
NED	40,920,839	38,553,398	-2,367,441	-3.0
สัดส่วนยา NED (5%)	50.6	58.6		7.9

สัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.9 (ตารางที่ 5) สัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ NED ทั้งหมดลดลงร้อยละ 5.2 และสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ NED ของกลุ่มยาเป้าหมายลดลงร้อยละ 11 ลดลงมากกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ ที่ลดลงเพียงร้อยละ 4 (ตารางที่ 6)

2. มูลค่ายาและจำนวนครั้งการสั่งใช้กลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม เมื่อคิดเป็นสัดส่วนต่อมูลค่ายาและจำนวนครั้งการสั่งใช้ทั้งหมด

ในปี 2552 และปี 2553 สัดส่วนมูลค่ายาเป้าหมาย

7 กลุ่มต่อมูลค่ายาทั้งหมดมีค่าร้อยละ 34.2 และ 28.7 ตามลำดับ เมื่อคิดค่าผลต่างเชิงสัมบูรณ์ (absolute difference) พบว่าลดลงร้อยละ 5.6 (ตารางที่ 7) แต่สัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาในกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มต่อการสั่งใช้ยาทั้งหมดกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.3 (ตารางที่ 8) กลุ่มยา ARBs และยาลดการหลังกรด มีสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาลดลงร้อยละ 2.8 และ 0.5 ตามลำดับ แต่จำนวนครั้งการสั่งใช้ยามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.3 และ 0.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับภาพรวมการสั่งใช้

มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอก สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โรงพยาบาลลำปาง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบ สัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยา NED

ยา	ปี 2552	ปี 2553	มูลค่าเปลี่ยนแปลง	ร้อยละการเปลี่ยนแปลง
ทั้งหมด	231,791	192,911	-38,880	-16.8
ED	168,344	150,185	-18,159	-10.8
NED	63,447	42,726	-20,721	-32.7
สัดส่วนยา NED (%)	27.4	22.2		-5.2
เป้าหมาย 7 กลุ่ม	41,137	34,794	-6,343	-15.4
ED	25,193	25,150	-43	
NED	15,944	9,644	-6300	
สัดส่วนยา NED (%)	39.0	28.0		-11.0
กลุ่มอื่น ๆ	190,654	158,117	-32,537	-17.1
ED	143,151	125,035	-18,116	
NED	47,503	33,082	-14,421	
สัดส่วนยา NED (%)	25.0	21.0		-4.0

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่ายาในกลุ่มยาเป้าหมาย ต่อมูลค่ายาทั้งหมด

ยา	ร้อยละ		
	ปี 2552	ปี 2553	เปลี่ยนแปลง
กลุ่มอื่น ๆ *	65.8	71.3	5.6
เป้าหมาย 7 กลุ่ม *	34.2	28.7	-5.6
1 ARBs	7.2	4.4	-2.8
2 รักษาไวรัสตับอักเสบ	3.2	1.6	-1.6
3 ต้านการอักเสบ	8.9	7.5	-1.4
4 ลดการหลังกรด	1.4	0.9	-0.5
5 โรคกระดูกพรุน	6.5	6.1	-0.3
6 ลดไขมัน	6.1	6.1	0.01
7 ต้านมะเร็ง	1.1	2.1	1.1

* $p < 0.001$

ยากลุ่มเป้าหมาย กลุ่มยาเป้าหมายส่วนใหญ่ มีสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาลดลง ยกเว้น ยาลดไขมันมูลค่าการใช้ยามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยร้อยละ 0.01 และสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6 ยาต้านมะเร็งเป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่ายามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 1.1 แต่จำนวนครั้งการสั่งใช้ยามีสัดส่วนลดลงร้อยละ 0.1

3. มูลค่าและจำนวนครั้งการสั่งใช้ NED กลุ่มเป้าหมาย เมื่อคิดเป็นสัดส่วนเทียบกับมูลค่าและจำนวนครั้งการสั่งใช้รวมของยาในกลุ่มเดียวกัน

สัดส่วนมูลค่าการใช้ NED เป้าหมาย 7 กลุ่มของกรมบัญชีกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับมูลค่ายาทั้งหมดในกลุ่มยาเดียวกัน พบว่าในปี 2553 สัดส่วนมูลค่า NED ลดลงใน 6 กลุ่ม ได้แก่ ยาต้านมะเร็ง ยาลดการหลังกรด

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาในกลุ่มเป้าหมาย ต่อจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาทั้งหมด

ยา	ร้อยละ		
	ปี 2552	ปี 2553	เปลี่ยนแปลง
ยากลุ่มอื่น ๆ *	82.2	82.0	-0.3
ยาเป้าหมาย 7 กลุ่ม *	17.8	18.0	0.3
1 ยาด้านการอักเสบ	7.0	6.4	-0.6
2 ยารักษาไวรัสตับอักเสบ	0.2	0.1	-0.1
3 ยาด้านมะเร็ง	0.3	0.2	-0.1
4 ยาโรคกระดูกพรุน	0.5	0.5	-0.03
5 ยาลดการหลังกรด	4.0	4.2	0.2
6 ยา ARBs	1.4	1.8	0.3
7 ยาลดไขมัน	4.3	4.9	0.6

* $p < 0.001$

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่ายา NED ต่อมูลค่ารวมของยาในกลุ่มเดียวกัน

ยา	ร้อยละ		
	ปี 2552	ปี 2553	เปลี่ยนแปลง
ยาทั้งหมด	64.6	64.5	0.1
ยากลุ่มอื่น ๆ	50.6	58.6	7.9
ยาเป้าหมาย 7 กลุ่ม	91.4	79.3	-12.1
1 ยาด้านมะเร็ง	35.9	1.6	-34.2
2 ยาลดการหลังกรด	75.1	49.1	-26.0
3 ยา ARBs	97.6	74.6	-22.9
4 ยาลดไขมัน	80.1	69.1	-11.0
5 ยารักษาไวรัสตับอักเสบ	86.8	81.1	-5.7
6 ยาด้านการอักเสบ	98.8	98.3	-0.5
7 ยาโรคกระดูกพรุน	100.0	100.0	0.0

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ NED ต่อการสั่งใช้ยาในกลุ่มเดียวกัน

ยา	ร้อยละ		
	ปี 2552	ปี 2553	เปลี่ยนแปลง
ทั้งหมด	27.4	22.22	-5.2
กลุ่มอื่น ๆ	24.9	17.2	-7.8
เป้าหมาย 7 กลุ่ม	38.8	27.7	-11.0
1 ARBs	79.3	36.8	-42.5
2 ด้านการอักเสบ	58.5	50.2	-8.3
3 ลดการหลังกรด	10.0	2.8	-7.2
4 ลดไขมัน	16.1	10.7	-5.3
5 ด้านมะเร็ง	3.3	1.5	-1.8
6 รักษาไวรัสตับอักเสบ	17.1	16.7	-0.3
7 โรคกระดูกพรุน	100.0	100.0	0.0

ยากลุ่ม ARBs ยาลดไขมันในเลือด ยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ยาต้านการอักเสบ โดยมีสัดส่วนลดลงร้อยละ 34.2, 26.0, 22.9, 11.0, 5.7 และ 0.5 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มยารักษาโรคกระดูกพรุน ไม่มีการสั่งใช้ ED มูลค่า NED จึงมีสัดส่วนร้อยละ 100 ไม่เปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 9) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ NED ต่อจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาในกลุ่มยาเดียวกัน พบว่ายากลุ่ม ARBs และยาต้านการอักเสบมีสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาลดลงมากที่สุดร้อยละ 42.5 และ 8.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 10)

วิจารณ์

การที่ผู้บริหารโรงพยาบาลลำปาง และคณะกรรมการ PTC ได้ให้ความสำคัญกับมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา กำหนดเป้าหมายการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่ชัดเจน ได้ลดวงเงินที่อนุมัติให้จัดซื้อยาในปีงบประมาณ 2553 เหลือ 300 ล้านบาท จากผลการดำเนินการพบว่าการจัดซื้อยาในปี 2553 มีมูลค่าต่ำกว่าวงเงินที่ได้รับอนุมัติเหลือเพียง 295 ล้านบาท ลดลง 26 ล้านบาทเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2552 นับเป็นปีแรกในรอบสิบปีที่ผ่านมา ที่การจัดซื้อยาของโรงพยาบาลลำปางมีมูลค่าลดลง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาการควบคุมค่าใช้จ่ายยาในโรงพยาบาลแพทย์ของ Pillans PI และคณะ⁽³⁾ ที่มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาคู่คล้ายคลึงกัน โดยจำกัดงบประมาณด้านยา ควบคุมการสั่งใช้ยาให้เหมาะสม เน้นกลุ่มยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง และตัดรายการยาที่ไม่จำเป็นออกจากบัญชียา ทำให้ค่าใช้จ่ายยาของโรงพยาบาลที่เคยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีลดลง จากผลการศึกษาแสดงว่าการจัดทำมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาให้เข้มงวดมากขึ้น ในกลุ่มยาเป้าหมาย มีประสิทธิผลระดับหนึ่งในการควบคุมค่าใช้จ่ายยา สอดคล้องกับการศึกษานโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายยาของประเทศในยุโรป⁽⁴⁾ มาตรการส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม (rational drug use) โดยการปรับระบบเภสัชตำรับให้เข้มงวดมากขึ้นในกลุ่มยาเป้าหมาย

(restricted formulary) สอดคล้องกับแนวทางการจัดระบบเภสัชตำรับที่ดี เพื่อการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายด้านยา ของ American Society of Hospital Pharmacists⁽⁵⁾

เมื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การใช้ยาภายหลังการกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา ซึ่งการปรับระบบเภสัชตำรับจำกัดสิทธิการสั่งใช้ NED กลุ่มยาเป้าหมายเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งการจัดทำ CPG เป็นมาตรการร่วมของ NED กลุ่มยาเป้าหมายทุกกลุ่ม หากดูการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการใช้ NED พบว่าแพทย์ให้ความร่วมมือสั่งใช้ NED ลดลงและสั่งใช้ ED ที่เป็นยาทางเลือกมากขึ้น เห็นได้จากมูลค่าการใช้ NED รวมทั้งหมดลดลง 19.85 ล้านบาท (25.0%) และ NED กลุ่มยาเป้าหมาย 7 กลุ่มมีมูลค่าลดลงมากถึง 17.48 ล้านบาท (45.6%) มูลค่าการใช้ ED กลุ่มยาเป้าหมายกลับเพิ่มขึ้น 1.87 ล้านบาท (51.6%) นอกจากนี้พบว่าสัดส่วนมูลค่าการใช้ NED กลุ่มยาเป้าหมายลดลงร้อยละ 12.1 ในขณะที่กลุ่มยาอื่น ๆ ที่ไม่มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยา สัดส่วนมูลค่า NED กลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.9 อย่างไรก็ตาม พบว่าสัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ NED กลุ่มเป้าหมายลดลงร้อยละ 11.0 ใกล้เคียงกับสัดส่วนมูลค่า NED กลุ่มเป้าหมายที่ลดลงร้อยละ 12.1 มูลค่าการใช้ NED ที่ลดลง จึงอาจมีสาเหตุจากจำนวนผู้ป่วยที่ลดลง ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ เป็น aggregate data จากฐานข้อมูลของห้องจ่ายยา ไม่มีข้อมูลจำนวนผู้ป่วย ไม่ได้ศึกษาแบบแผนการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย จึง ทำให้ไม่สามารถคำนวณมูลค่ายาต่อผู้ป่วย 1 รายในช่วงเวลาที่ศึกษา ซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายยาได้ชัดเจนมากกว่าการเปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่าการใช้ NED

กลุ่มยาด้านมะเร็งมีสัดส่วนมูลค่าการใช้ NED ลดลงมากที่สุด ลดลงร้อยละ 34.2 ทั้งที่จำนวนครั้งการสั่งใช้ยาลดลงเพียงร้อยละ 1.8 และมีมูลค่าการใช้ ED เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 129.7 ยากลุ่มนี้นอกจากการจัดทำ CPG แล้ว ยังมีมาตรการย่อย ที่แพทย์ต้องขออนุมัติจัด

ชื่อ NED ที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากผู้อำนวยการ

ยาในกลุ่ม Angiotensin II receptor blockers (ARBs) เป็นกลุ่มยาเป้าหมายที่มีมูลค่าการใช้ NED ลดลงมากที่สุด ลดลง 5.54 ล้านบาท (64.6%) จำนวนครั้งการสั่งใช้ยา NED มีสัดส่วนลดลงมากที่สุดเช่นกัน ลดลงร้อยละ 42.5 และมูลค่าการใช้ ED เพิ่มขึ้นมากที่สุด เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 381.5 เนื่องจากแพทย์สั่งใช้ยา losartan ที่เป็น ED ตาม CPG เพิ่มมากขึ้น ทำให้ภาพรวมมูลค่าการใช้ยาทั้งกลุ่ม ลดลง 4.72 ล้านบาท ลดลงมากที่สุดเมื่อเทียบกับยาเป้าหมายกลุ่มอื่น ๆ

กลุ่มยาลดการหลังกรด มีการจำกัดการเพิ่มรายการ NED เข้าในบัญชียา PTC รับประทาน pantoprazole ที่มีต้นทุนต่ำกว่ายา esomeprazole เข้าบัญชียาแทน มาตรการจำกัดสิทธิการสั่งใช้ยาเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการจัดทำ CPG ทำให้มีสัดส่วนมูลค่าการใช้ NED ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 49.1 ซึ่งมีค่าต่ำที่สุดและลดลงมากที่สุด (ลดลง 26.0%) เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเป้าหมายอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นที่น่ายินดีว่ากลุ่มยาลดการหลังกรด และกลุ่มยา ARBs ที่มีสัดส่วนมูลค่าการใช้ NED ลดลงมาก เป็นกลุ่มยาที่สั่งใช้ยาและจัดทำ CPG โดยอายุรแพทย์ ซึ่งมีประสบการณ์การจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการใช้ยา เพื่อการติดตามประเมินการใช้ยา (Drug use evaluation) กลุ่มยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลมานานมากกว่า 10 ปี อายุรแพทย์ส่วนใหญ่มีความเข้าใจหลักการสั่งใช้ยาที่เหมาะสม จึงร่วมมือสั่งใช้ NED กลุ่มเป้าหมายตาม CPG ประสบการณ์การทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นบริบทสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายยา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pacey S. และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า การควบคุมค่าใช้จ่ายยาที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล ต้องดำเนินการร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

สำหรับกลุ่มยาลดไขมันในเลือด มีสัดส่วนมูลค่าการใช้ NED ลดลงร้อยละ 11.0 และมีสัดส่วนจำนวน

ครั้งการสั่งใช้ยาลดลงร้อยละ 5.3 พบว่ามูลค่าการใช้ยา atorvastatin ลดลงถึงร้อยละ 11.7 ในขณะที่จำนวนครั้งการสั่งใช้ยาลดลงร้อยละ 4.0 ยา rosuvastatin ซึ่งยังคงจัดซื้อยาต้นแบบ มีมูลค่าการใช้ยาและจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาลดลงน้อยกว่ายา atorvastatin ลดลงเพียงร้อยละ 3.2 และ 1.8 ตามลำดับ ซึ่งการทบทวนการใช้ยาเปรียบเทียบกับ CPG พบว่ามีความเหมาะสมตาม CPG เพียงร้อยละ 8.3 มาตรการที่คิดว่ามีผลลดมูลค่า NED ของยาในกลุ่มนี้มากที่สุด น่าจะเป็นการเปลี่ยนการจัดซื้อยา atorvastatin ซึ่งมีมูลค่าการใช้ยาสูงที่สุดในกลุ่มนี้ จากยาต้นแบบ (Lipitor®) เป็นยาสามัญที่มีต้นทุนต่ำกว่า ซึ่งมาตรการแทนยาต้นแบบด้วยยาสามัญ (generic substitution) นี้ มีรายงานการศึกษาจำนวนมากพบว่าช่วยลดค่าใช้จ่ายยาได้^(7,8) รายงานการศึกษาของ Simoens และคณะ พบว่า generic substitution สามารถลดค่าใช้จ่ายยาได้ ถึงร้อยละ 21.0 ถึงร้อยละ 48.0⁽⁹⁾

กลุ่มยาด้านการอักเสบ (รวมทั้งยา glucosamine) มีมูลค่าการใช้ยาสูงที่สุด 10.93 และ 6.95 ล้านบาท ในปี 2552 และปี 2553 ตามลำดับ แม้ว่าสัดส่วนมูลค่าการใช้ NED ต่อมูลค่ารวมของยาในกลุ่มเดียวกัน ลดลงเพียงร้อยละ 0.5 ในปี 2553 แต่มูลค่าการใช้ยา NED ลดลงมากเป็นอันดับสอง ลดลง 3.98 ล้านบาท (36.4%) และเป็นกลุ่มยาที่มีจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาลดลงมากที่สุด การสั่งใช้ยาลดลง 3,816 ครั้ง (23.6%) และพบว่า สัดส่วนจำนวนครั้งการสั่งใช้ยา NED ลดลงร้อยละ 8.3 จากการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาในกลุ่มยาด้านการอักเสบ พบว่าเป็นกลุ่มยาที่สั่งใช้มากโดยแพทย์เพียงบางท่าน การเสนอข้อมูลแบบแผนการใช้ยาของแพทย์รายบุคคล ติดตามรายงานมูลค่าการใช้ยาอย่างต่อเนื่องให้แพทย์ที่สั่งใช้ยาและผู้บริหารทราบ ทำให้แพทย์สั่งใช้ยาลดลง การควบคุมค่าใช้จ่ายยาโดยการติดตามรายงานมูลค่าการใช้ยา (cost awareness) นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hem Chandra และคณะ^(10,11) ที่พบว่า การสื่อสารข้อมูลราคาและค่าใช้จ่ายยาในภาพรวม (cost aware-

ness) ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายยาได้

กลุ่มยารักษาโรคกระดูกพรุน เป็นกลุ่มยาที่สัดส่วนมูลค่าและจำนวนครั้งการสั่งใช้ NED ไม่เปลี่ยนแปลงร้อยละ 100 เนื่องจากแพทย์สั่งใช้ NED เท่านั้น อย่างไรก็ตาม พบว่าจากการจัดทำ CPG และจำกัดสิทธิการสั่งใช้ยาเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในปี 2553 มูลค่าการใช้ยาลดลงร้อยละ 28.9 คิดเป็นมูลค่า 2.29 ล้านบาท และจำนวนครั้งการสั่งใช้ยาลดลงถึงร้อยละ 22.0

สรุป

การจัดทำมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาให้เข้มงวดมากขึ้นในกลุ่มยาเป้าหมาย ได้แก่ การใช้ยาสามัญแทนยาต้นแบบ การปรับระบบเภสัชตำรับควบคุมการใช้ NED กลุ่มยาเป้าหมาย สั่งใช้ได้เฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การจัดทำ CPG โดยแพทย์มีส่วนร่วม การวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์การสั่งใช้ยา และรายงานมูลค่าการสั่งใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม ซึ่งมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาแต่ละแบบ จะมีประสิทธิภาพแตกต่างกัน ขึ้นกับแบบแผนการสั่งใช้ยาและปัญหาการสั่งใช้ยาแต่ละกลุ่ม รวมทั้งบริบทของหน่วยงานที่จะเอื้อต่อความสำเร็จหรือเป็นอุปสรรคของการดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด จากผลการศึกษาค้นพบว่าในปี 2553 ค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอกกลุ่มสิทธิระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการโรงพยาบาลลำปางลดลง เห็นได้จากมูลค่า NED และสัดส่วนมูลค่า NED ของกลุ่มยาเป้าหมายที่ลดลง การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ไม่ได้นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมาวิเคราะห์ จึงไม่สามารถหาค่าเฉลี่ยมูลค่ายาต่อผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ลดลงได้ชัดเจนมากกว่า

ในระหว่างที่กรมบัญชีกลางยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนเพื่อการควบคุมกำกับการเบิกจ่ายรักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพ และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายยาได้ในระยะยาว เช่นการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายไม่ได้ (negative list) การกำหนดอัตราาราคายาที่เบิกจ่าย

ได้ โรงพยาบาลควรมีการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายยาร่วมกันแบบทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมให้มีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม ให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งความชัดเจนและความถี่ในการสื่อสาร เพื่อสร้างความสมดุลระหว่างค่าใช้จ่ายยาและคุณภาพการรักษา ช่วยลดการใช้งบประมาณด้านยาที่เกินความจำเป็น การผลักดันให้โรงพยาบาลดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายยา ซึ่งมีผลให้รายได้ของโรงพยาบาลลดลง กรมบัญชีกลางอาจต้องมีวิธีสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้โรงพยาบาล เพื่อชดเชยรายได้ที่โรงพยาบาลสูญเสียไป นอกจากนี้ยังควรมี การดำเนินการให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเรื่องการใช้ยาที่เหมาะสมแก่แพทย์และผู้ป่วย เพื่อลดแรงต้านการปฏิเสธการใช้ ED หรือ ยาสามัญ เพราะความเชื่อว่า NED ที่เป็นยาต้นแบบจะมีประสิทธิภาพดีกว่า ED หรือยาสามัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ที่ได้มีนโยบายและกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ ที่ช่วยการถ่ายโอนและรวบรวมข้อมูลการใช้ยาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่มีส่วนร่วมทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอก กลุ่มสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และขอบคุณสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ที่ได้ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลการจ่ายยา ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รายงานการใช้จ่าย ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนาร่อง กรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.

2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2542.
3. Pillans PI, Conry I, Gie BE. Drug cost containment at a large teaching hospital. *Pharmacoeconomics* 1992; 1(5):377-82.
4. Groot PW. Cost containment measures for pharmaceuticals expenditure in the EU countries: A comparative analysis. *The Open Health Services and Policy Journal* 2009;2:71-83.
5. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP guidelines on formulary system management. *Am J Hosp Pharm* 1992;49:648-52.
6. Pacey S, Warner J, Li Wan Po A. A multidisciplinary approach to hospital-based drug cost containment. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 1998;23: 203-11.
7. Andersson K, Bergstrom G, Petzold M, Carlsten A. Impact of generic substitution reform on patient and society expenditure for pharmaceuticals. *Health Policy* 2007;81:376-84.
8. Abramson RG, Harrington CA, Missmar R, Li SP, Mendelson DN. Generic drug cost containment in Medicaid: lessons from five state MAC Programs. *Health care financing review/Spring* 2004;25(3):25-34.
9. Simoens S, Coster S. Sustaining generic medicines markets in Europe. *J Genic Med* 2006;3:257-68.
10. Chandra H, Naik AK. Cost awareness and containment: OPD pharmaceutical services of a specialty hospital. *JK Science* 2005;7(1):1-3.
11. Ryan M, Yule B, Bond C, Taylor R. Scottish general practitioner attitudes and knowledge in respect to prescribing costs. *BMJ* 1990;300:1316-8.

Abstract Outpatient Drug Cost Containment in Civil Servant Medical Benefit Scheme : Lessons from Lampang Hospital

Boonyaporn Yingseree

Department of Pharmacy, Lampang hospital

Journal of Health Science 2012; 21:972-85.

Outpatient expenditures in civil servant medical benefit scheme increased rapidly after changing outpatient reimbursement system by direct payment from the Controller General's department (CGD). Lampang hospital, one among 34 hospitals were assigned to develop and implement outpatient drug cost containment measures. The objective of this pre-post intervention study was to evaluate effectiveness of the drug cost containment measures comprised of generic substitution, restricted formulary management to ensure rational use of target drugs, clinical practice guideline developed by physician to promote therapeutic substitution of essential drugs, medication utilization analysis and drug cost awareness carried out by pharmacists. Drug expenditure data was collected between October to July in fiscal year 2009 and 2010 in order to compare total outpatient drug expenditures, non essential drug cost, proportion of 7 target drug groups, proportion of non essential drug cost of target drug groups. It was shown that after containment measures in place, total out-patient drug expenditure decreased by 30.62 million baht (24.9%), non essential drug (NED) cost by 19.85 million baht (25.0%), NED cost of target drug groups by 17.48 million baht (45.45). While the proportions of 7 target drug groups were reduced by 5.56 percent, proportions of NED cost of 6 target drug groups besides drugs for bone metabolism: chemotherapy, proton pump inhibitors, angiotensin II receptor blocker, statins, drugs for chronic hepatitis, NSAIDs and glucosamine by 34.2, 26.0, 22.9, 11.0, 5.7 and 0.5 percent respectively. In conclusion, this study showed that decisive drug cost containment policy, multidisciplinary approach to promote rational use of drug, medication utilization analysis, periodically monitoring prescribing pattern and drug cost awareness could reduce outpatient drug expenditure and non essential drug cost in fiscal year 2010.

Key words: drug cost containment, formulary management, rational use of drug