

Original Article

วิจัยระดับฉบับ

# การสั่งจ่ายยาต้นแบบและความคิดเห็นของแพทย์ ต่อมาตรการลดการสั่งจ่ายยาต้นแบบ

สัมมนา มูลสาร\*

แสวง วัชรธนกิจ\*

นพพล บัวสี\*\*

ธนพร กองสุข\*

นิติกานต์ หมื่นสุข\*

มัณฑุตา สุทธิพรชัย\*

\*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

\*\*โรงพยาบาลศรีสะเกษ

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสั่งจ่าย รวมทั้งความคิดเห็นต่อการสั่งจ่ายและต่อมาตรการในการลดการสั่งจ่ายยาต้นแบบ แล้วเปรียบเทียบความคิดเห็นดังกล่าวของแพทย์อายุรกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในประเทศไทย ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2553 โดยการส่งแบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็นทั้งหมดจำนวน 470 ฉบับ ได้รับการตอบกลับ 95 ฉบับ (20.21%)

การศึกษาพบว่าร้อยละ 87.40 ของแพทย์มีการสั่งจ่ายยาต้นแบบ โดยมีเหตุผลสำคัญ 3 ลำดับแรก คือ ทำให้แน่ใจในผลการรักษามากขึ้น ความสามารถในการจ่ายค่ายาต้นแบบของผู้ป่วยและความจำเป็นในกรณีที่ยานั้นมีช่วงการรักษาแคบ สำหรับมาตรการในการลดการสั่งจ่ายยาต้นแบบ 3 ลำดับแรกที่แพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยคือการพัฒนาคุณภาพยาชื่อสามัญเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรมีระบบการจับกุมข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์หามาตรฐานยาต้นแบบและยาชื่อสามัญที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั่วประเทศ และเภสัชกรควรมีข้อมูลเปรียบเทียบยาสามัญกับยาต้นแบบที่สามารถเรียกดูได้ง่าย

ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อมาตรการในการลดการสั่งจ่ายยาต้นแบบพบว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เห็นด้วยมากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.02$ ) ในมาตรการเรื่องการออกแบบแนวทางปฏิบัติในการสั่งจ่ายยาต้นแบบกลุ่มที่มีการใช้มากให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มยาที่มีปริมาณการใช้มาก นอกจากนี้พบว่าแพทย์อายุรกรรมที่มีระยะเวลาในการทำงานไม่เกิน 10 ปีเห็นด้วยมากกว่าแพทย์อายุรกรรมที่มีระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ในมาตรการเกี่ยวกับการกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ยอมรับในการสั่งจ่ายยาต้นแบบ ( $p < 0.03$ ) และการกำหนดจำนวนปริมาณยาต่อใบสั่งยาในแต่ละโรงพยาบาล ( $p < 0.003$ ) รวมถึงระบบการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับมูลค่าการสั่งจ่ายยาต้นแบบของแพทย์แต่ละคนกลับไปให้แพทย์ทราบ ( $p < 0.04$ ) ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารยาและเวชภัณฑ์ของคณะกรรมการ โรงพยาบาลควรมีความเข้มแข็งในการคัดเลือกยาต้นแบบเข้าโรงพยาบาล พบว่าแพทย์อายุรกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเวลาอื่นเห็นด้วยมากกว่าแพทย์อายุรกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติงานนอกเวลาอื่น ( $p < 0.02$ )

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแพทย์อายุรกรรมส่วนใหญ่มีการสั่งจ่ายยาต้นแบบ และเชื่อว่ายาต้นแบบมีประสิทธิภาพที่ดีกว่ายาชื่อสามัญ โดยเห็นว่าหากต้องการลดการสั่งจ่ายยาต้นแบบควรมีการพัฒนาคุณภาพยาชื่อสามัญให้เทียบเท่ากับยาต้นแบบ และควรมีข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างยาทั้งสองที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย

**คำสำคัญ:** การสั่งจ่ายยา, ยาต้นแบบ, มาตรการลดการสั่งจ่ายยา

## บทนำ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่สิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการโดยการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มจาก 37,004 ล้านบาทใน พ.ศ. 2549 เป็น 46,681 ล้านบาทใน พ.ศ. 2551 ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 83 ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด<sup>(1)</sup> ส่งผลให้ประเทศไทยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทางด้านยาสูงมาก โดยส่วนหนึ่งของมูลค่ายาที่สูงนี้มาจากค่าใช้จ่ายของยาต้นแบบ (original brand name drug) ที่มีราคาแพงเมื่อเทียบกับยาสามัญ (generic drug) ดังนั้นหากสามารถเปลี่ยนการสั่งใช้ยาต้นแบบมาเป็นยาสามัญได้ก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศลงได้<sup>(2,3)</sup> ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ศรีพิณ ต้นติเวส และคณะ<sup>(3)</sup> ที่ได้ศึกษาถึงผลของการมียาสามัญ ที่จำหน่ายในประเทศต่อค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล โดยศึกษาเฉพาะกรณียาที่ขึ้นทะเบียนตำรับยาภายใต้หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่ พ.ศ. 2533 จำนวน 10 รายการ พบว่าการนำยาสามัญไปใช้แทนยาต้นแบบเป็นบางส่วนจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลลดลง 72.5 ล้านบาทใน พ.ศ. 2542 และ 145.1 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2543 และหากโรงพยาบาลใช้ยาสามัญ ทดแทนยาต้นแบบทั้งหมด คาดว่าค่าใช้จ่ายด้านยาที่ประหยัดได้ในช่วงระยะเวลาดังกล่าวจะมีมูลค่ารวม 251.9 ล้านบาท

มีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาต้นแบบแทนการสั่งใช้ยาโดยชื่อสามัญของแพทย์<sup>(4-7)</sup> เช่น ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ (narrow therapeutic range drug) ราคา ภาวะเจ็บป่วยของหน่วยงาน ความสามารถในการจ่ายค่ายาของผู้ป่วย คุณวุฒิและความเชื่อส่วนบุคคลของแพทย์ นอกจากนี้การจูงใจจากผู้แทนบริษัทยา ถือว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวความคิดและการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาของแพทย์ได้ โดยใช้วิธีการให้ข้อมูลเพื่อโน้มน้าวใจแพทย์ นอกจากนี้การเพิ่ม

ความถี่ในการพบแพทย์ของตัวแทนบริษัทยายังมีผลเพิ่มการสั่งใช้ยาของแพทย์ได้<sup>(7,8)</sup> สำหรับปัจจัยที่ตัวของผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาในการรักษา ได้แก่ สิทธิ ค่ารักษาพยาบาล ระดับการศึกษา ความคาดหวังต่อผลการรักษาและสภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาของแพทย์รวมถึงการกระตุ้นให้แพทย์มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสั่งใช้ ทั้งนี้จากการศึกษาของ Alghasham ในประเทศซาอุดีอาระเบีย<sup>(9)</sup> พบว่า แพทย์มีความรู้สึกถูกกดดันจากผู้ป่วยในการสั่งใช้ยาในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน ทั้งการสั่งใช้ยาต้นแบบและยาสามัญ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงการกดดันโดยการสอบถามถึงราคาของยาที่สั่งใช้และประสิทธิภาพของยา

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการสั่งใช้และปัจจัยที่มีผลต่อการสั่งใช้ยาต้นแบบ รวมถึงการศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับกลวิธีในการเปลี่ยนพฤติกรรมคำสั่งใช้ยาสามัญแทนยาต้นแบบน้อย<sup>(2,3,8,10)</sup> ดังนั้นจึงศึกษาในประเด็นเหล่านี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสั่งใช้ รวมทั้งความคิดเห็นต่อการสั่งใช้ยาต้นแบบและต่อมาตรการในการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบ ตลอดจนเปรียบเทียบความคิดเห็นดังกล่าวของแพทย์อายุรกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในประเทศไทย เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมในการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบต่อไปในอนาคต

## วิธีการศึกษา

**รูปแบบการศึกษา** การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นแพทย์อายุรกรรมในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 95 แห่ง แบ่งออกเป็น โรงพยาบาลศูนย์ 26 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 69 แห่ง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับ

ความคิดเห็นของแพทย์อายุรกรรมที่มีต่อมาตรการหรือกลวิธีในการลดการสั่งใช้ต้นแบบทั้งในระดับผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาล และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ระดับความคิดเห็นของแพทย์ต่อเหตุผลในการสั่งจ่ายยาต้นแบบ โดยวัดระดับความคิดเห็นแบบ Likert scale 5 ระดับ จากน้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด สร้างแบบสอบถามจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วให้แพทย์อายุรกรรม 1 ท่านและเภสัชกรที่มีวุฒิการศึกษาปริญญาเอก 1 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหา ทั้งนี้ ยาต้นแบบหมายถึงยาที่ผลิตโดยผู้ผลิตเจ้าตำรับ ผู้คิดค้นตำรับและมีสิทธิบัตรการผลิตและการจำหน่ายเป็นเจ้าแรก และยาสามัญ หมายถึงยาที่ผลิตโดยใช้ชื่อสามัญทางยาเดียวกันกับยาต้นแบบ

**วิธีการเก็บข้อมูล** ส่งแบบสอบถามไปยังหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลทางไปรษณีย์โรงพยาบาลละ 5 ฉบับ เพื่อให้ส่งต่อให้แพทย์อายุรกรรมในกลุ่มงานช่วยตอบแบบสอบถามให้ และให้ส่งตอบกลับคืนภายในวันที่กำหนด โดยแบบสอบถามได้ติดแสตมป์ไว้ให้แล้ว รวมส่งแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 470 ฉบับ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2553

**การวิเคราะห์ข้อมูล** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อมาตรการในการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบ และระดับความคิดเห็นต่อการสั่งใช้ยาต้นแบบโดยใช้สถิติ independent sample t-test

### ผลการศึกษา

จากแบบสอบถามทั้งหมด 470 ฉบับ มีผู้ตอบกลับ 95 ฉบับ (20.21%) กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นแพทย์อายุรกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป 21 แห่ง จำนวน 50 คน (52.60%) มีการสั่งใช้ยาต้นแบบ 83 คน (87.40%) อายุเฉลี่ย 40.22 ปี เป็นเพศชายจำนวน 62 คน (66.70%) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในกลุ่มงานอายุรกรรมเฉลี่ย 11.56 ปี มีวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรอายุรศาสตร์จำนวน 75 คน (78.90%) ปฏิบัติงานนอก

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=95 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน/ร้อยละ
<b>ประเภทโรงพยาบาล</b>	
ทั่วไป	50 (52.60)
ศูนย์	45 (47.40)
<b>การสั่งใช้ยาต้นแบบ</b>	
สั่ง	83 (87.40)
ไม่สั่ง	12 (12.60)
อายุเฉลี่ย (SD) (ปี)	40.22 (9.26)
<b>เพศ</b>	
ชาย	62 (66.70)
หญิง	31 (33.00)
ไม่ระบุ	2 (2.10)
ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำงานในกลุ่มงานอายุรกรรม, SD (ปี)	11.56 (8.67)
<b>ประเภทวุฒิบัตร</b>	
วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรอายุรศาสตร์	75 (78.90)
อนุมัติบัตรอายุรศาสตร์และอื่น ๆ	2 (2.10)
เวชปฏิบัติทั่วไป	8 (8.40)
อื่น ๆ	7 (7.40)
ไม่ระบุ	3 (3.20)
<b>การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ</b>	
ไม่ได้ปฏิบัติงานนอกเวลาที่ยื่น	33 (35.50)
ปฏิบัติงานนอกเวลาที่ยื่น	60 (63.20)
คลินิกเวชกรรมของตนเอง	27 (28.40)
คลินิกเวชกรรมของบุคคลอื่น	2 (2.10)
โรงพยาบาลเอกชน	17 (17.90)
คลินิกเวชกรรมของตนเองและ	11 (11.60)
โรงพยาบาลเอกชน	
คลินิกเวชกรรมของบุคคลอื่นและ	1 (1.10)
โรงพยาบาลเอกชน	
โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐ	1 (1.10)
คลินิกเวชกรรมของตนเองและคลินิกเวชกรรม	1 (1.10)
ของบุคคลอื่นและโรงพยาบาลเอกชน	
ไม่ระบุ	2 (2.10)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อมาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบ (n = 95 คน)

มาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบ	ค่าเฉลี่ย (SD)
การพัฒนาคุณภาพยาชื่อสามัญเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพจะทำให้การสั่งใช้ยาต้นแบบน้อยลง	4.32 (0.82)
กระทรวงสาธารณสุขควรมีระบบการจับเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์มาตรฐานยาต้นแบบและยาชื่อสามัญที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั่วประเทศ	4.21 (0.75)
เภสัชกรควรมีข้อมูลเปรียบเทียบยาสามัญกับยาต้นแบบที่สามารถเรียกดูได้ง่าย	4.18 (0.86)
การมีข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของยาชื่อสามัญเทียบกับยาต้นแบบจะทำให้มีการสั่งใช้ยาต้นแบบลดลง	4.14 (0.89)
โรงพยาบาลควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ยอมรับในการสั่งใช้ยาต้นแบบ	4.12 (0.88)
โรงพยาบาลควรมีข้อมูลเปรียบเทียบให้เห็นถึงราคาที่แตกต่างกันระหว่างยาชื่อสามัญและยาต้นแบบ	4.06 (0.95)
คณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลควรมีความเข้มแข็งในการคัดเลือกยาต้นแบบเข้าโรงพยาบาล	4.03 (0.87)
คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดควรพิจารณาข้อมูลยาทั้งด้าน clinical และ economic outcomes ทุกครั้งในการเลือกยาต้นแบบเข้ามาใช้ใน โรงพยาบาล	3.88 (0.94)
โรงพยาบาลควรมีระบบสารสนเทศในการเตือนกรณีที่แพทย์สั่งใช้ยาต้นแบบไม่ตรงกับข้อบ่งชี้ที่โรงพยาบาลกำหนด	3.88 (0.92)
โรงพยาบาลควรมีระบบสารสนเทศแจ้งรายการยาสามัญที่สามารถเลือกใช้แทนขณะที่กำลังสั่งใช้ยาต้นแบบ (pop-up)	3.84 (0.84)
กระทรวงสาธารณสุขควรมีการออกแบบแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาต้นแบบ กลุ่มที่มีการใช้มาก เช่น PPIs, Selective COX2 inhibitor ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ	3.80 (0.99)
กระทรวงการคลังควรมีนโยบายในการทดแทนรายได้ที่หายไปจากการสั่งใช้ยาชื่อสามัญแทนยาต้นแบบให้โรงพยาบาล (n=94)	3.49 (1.17)
กระทรวงสาธารณสุขควรมีระบบสารสนเทศในการตรวจสอบการสั่งใช้ยาต้นแบบของผู้ป่วยใช้สิทธิข้าราชการ แต่ละคนว่ามีจำนวน/ปริมาณมากกว่าที่ควรหรือไม่ เพื่อลดปัญหาในการเบิกยาเกินจำนวนที่จะใช้จริง	3.46 (1.14)
กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดให้โรงพยาบาลที่ใช้ยาต้นแบบศึกษาและรายงานผลทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ของยานั้นด้วย (n=94)	3.39 (1.11)
โรงพยาบาลควรมีระบบการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับมูลค่าการสั่งใช้ยาต้นแบบของแพทย์แต่ละคนกลับไปให้แพทย์ทราบ	3.39 (1.12)
การสั่งใช้ยาต้นแบบควรออกแบบฟอร์มประกอบเพื่อยืนยันว่ามีข้อบ่งชี้ตามกำหนดก่อน	3.31 (1.20)
กระทรวงสาธารณสุขควรมีการกำหนดเกณฑ์ในการจัดซื้อยาต้นแบบเข้าโรงพยาบาลให้ชัดเจน เช่น กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลต้องมีชื่อการค้าเพียงชื่อเดียวโดยจะเป็นยาสามัญหรือยาต้นแบบก็ได้	3.16 (1.24)
ผู้อำนวยการควรมีการเตือนแพทย์ที่ไม่สั่งใช้ยาต้นแบบตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดไว้	3.15 (1.76)
โรงพยาบาลควรมีระบบการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับมูลค่าการสั่งใช้ยาต้นแบบของแพทย์แต่ละคนกลับไปให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทราบ (n=94)	3.02 (1.22)
โรงพยาบาลควรมีนโยบายกำหนดจำนวนปริมาณยาต่อใบสั่งยา	2.87 (1.29)
โรงพยาบาลไม่ควรมีทั้งยาต้นแบบและยาชื่อสามัญเดียวกันในขณะเดียวกัน	2.84 (1.39)
ผู้ป่วยทุกประเภทควรชำระค่ายาต้นแบบเองหากยานั้นมียาชื่อสามัญที่จัดเป็นยาแทนกันได้ (Therapeutic substitute) จำหน่ายในประเทศแล้ว (n=94)	2.81 (1.30)
ผู้ป่วยทุกประเภทควรชำระค่ายาต้นแบบเองหากยานั้นมียาชื่อสามัญเดียวกันจำหน่ายในประเทศไทยแล้ว (n=94)	2.80 (1.33)
การอนุญาตให้เภสัชกรเปลี่ยนยาต้นแบบเป็นยาชื่อสามัญเดียวกันได้ทันทีหากการสั่งใช้ยานั้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของโรงพยาบาล	2.79 (1.30)
โรงพยาบาลควรมียาต้นแบบเฉพาะในกรณีที่ยานั้นเป็นยาช่วยชีวิต (life saving drug) เท่านั้น	2.75 (1.34)
การสั่งใช้ยาต้นแบบควรขออนุมัติจากหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดของท่านก่อน	2.56 (1.21)
โรงพยาบาลไม่ควรมียาต้นแบบหากยานั้นมียาชื่อสามัญจำหน่ายในประเทศแล้ว	2.29 (1.22)
การสั่งใช้ยาต้นแบบต้องขออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลก่อน	2.07 (1.06)

เวลาที่อื่น จำนวน 60 คน (64.50%) (ตารางที่ 1)

มาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบที่แพทย์อายุรกรรมเห็นด้วย 3 ลำดับแรกจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน เรียงตามลำดับของค่าเฉลี่ย ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพยาชื่อสามัญเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพ จะทำให้การสั่งใช้ยาต้นแบบน้อยลง (4.32) กระทรวงสาธารณสุขควรมีระบบการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์มาตรฐานยาต้นแบบและยาชื่อสามัญที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั่วประเทศ (4.21) และเภสัชกรควรมีข้อมูลเปรียบเทียบยาสามัญกับยาต้นแบบที่สามารถเรียกดูได้ง่าย (4.18) ส่วนมาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบที่แพทย์อายุรกรรมเห็นด้วยน้อยสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อ การสั่งใช้ยาต้นแบบต้องขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน (2.07) โรงพยาบาลไม่ควรมียาต้นแบบหากยานั้นมียา

ชื่อสามัญจำหน่ายในประเทศแล้ว (2.29) และการสั่งใช้ยาต้นแบบควรขออนุมัติจากหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดของท่านก่อน (2.56) (ตารางที่ 2)

ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อมาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบ ระหว่างแพทย์อายุรกรรมที่มีและไม่มีวุฒิปริญญาตรี/อนุปริญญาตรีพบว่ามีความคิดเห็นต่อเหตุผลในการสั่งใช้ยาไม่แตกต่างกันในทุกข้อ ( $p > .05$ ) แต่พบว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เห็นด้วยมากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.02$ ) ในเรื่องที่ กระทรวงสาธารณสุขมีการออกแบบแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาต้นแบบกลุ่มที่มีการใช้มาก เช่น PPIs, Selective COX<sub>2</sub> inhibitor ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และแพทย์อายุรกรรมที่มีระยะเวลาในการทำงานไม่เกิน 10 ปีเห็นด้วยมากกว่าแพทย์อายุรกรรม

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อมาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบระหว่างแพทย์ที่มีคุณลักษณะต่างกัน

มาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบ	ค่าเฉลี่ย (SD.)	p-value
กระทรวงสาธารณสุขควรมีการออกแบบแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาต้นแบบ กลุ่มที่มีการใช้มาก เช่น PPIs, Selective COX <sub>2</sub> inhibitor ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ		
รพ.ศูนย์ (n=45)	4.04 (0.82)	0.02
รพ.ทั่วไป (n=50)	3.58 (1.09)	
โรงพยาบาลควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ยอมรับในการสั่งใช้ยาต้นแบบ		
ระยะเวลาในการทำงาน 10 ปีขึ้นไป (n=47)	4.34 (0.70)	0.03
เวลาในการทำงานไม่เกิน 10 ปี (n=42)	3.93 (1.02)	
โรงพยาบาลควรมีระบบการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับมูลค่าการสั่งใช้ยาต้นแบบของแพทย์แต่ละคนกลับไปให้แพทย์ทราบ		
ระยะเวลาในการทำงาน 10 ปีขึ้นไป (n=47)	3.64 (1.07)	0.04
เวลาในการทำงานไม่เกิน 10 ปี (n=42)	3.14 (1.18)	
โรงพยาบาลควรมีนโยบายกำหนดจำนวนปริมาณยาต่อใบสั่งยา		
ระยะเวลาในการทำงาน 10 ปีขึ้นไป (n=47)	3.28 (1.31)	0.003
เวลาในการทำงานไม่เกิน 10 ปี (n=42)	2.45 (1.17)	
คณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลควรมีความเข้มแข็งในการคัดเลือกยาต้นแบบเข้าโรงพยาบาล		
ปฏิบัติงานนอกเวลาอื่น (n=60)	4.18 (0.77)	0.02
ไม่ได้ปฏิบัติงานนอกเวลาอื่น (n=33)	3.76 (1.00)	

ที่มีระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 10 ขึ้นไป ใน 3 มาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบ คือ โรงพยาบาลควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ยอมรับในการสั่งใช้ยาต้นแบบ (p 0.03) โรงพยาบาลควรมีนโยบายกำหนดจำนวนปริมาณยาต่อใบสั่งยา (p 0.003) และโรงพยาบาลควรมีระบบการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับมูลค่าการสั่งใช้ยาต้นแบบของแพทย์แต่ละคนกลับไปให้แพทย์ (p 0.04) นอกจากนี้ยังพบว่า แพทย์อายุรกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเวลาที่ไม่เห็นด้วยมากกว่าแพทย์อายุรกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติงานนอกเวลาที่ไม่เห็นด้วยในมาตรการด้านคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลควรมีความเข้มแข็งในการคัด

เลือกยาต้นแบบเข้าโรงพยาบาล (p 0.02) (ตารางที่ 3) เหตุผลในการสั่งใช้ยาต้นแบบที่แพทย์อายุรกรรมเห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การสั่งใช้ยาต้นแบบทำให้แน่ใจในผลการรักษามากขึ้น (3.94) หากผู้ป่วยมีความสามารถในการจ่ายค่ายาต้นแบบ ท่านจะสั่งใช้ยาต้นแบบให้ผู้ป่วย (3.65) ยาที่มีช่วงการรักษาแคบและไม่ควรใช้ยาชื่อสามัญแทนยาต้นแบบ (3.62) ส่วนเหตุผลในการสั่งใช้ยาที่แพทย์อายุรกรรมไม่เห็นด้วยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านสั่งใช้ยาต้นแบบเนื่องจากเกรงใจผู้แทนยา (1.78) แพทย์มีความผูกพันกับบริษัทยาเนื่องจากทุนการวิจัย (2.06) และท่านสั่งใช้ยาต้นแบบเพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้น (2.45)

ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นต่อเหตุผลในการสั่งใช้ยาต้นแบบ (n=83 คน)

เหตุผลในการสั่งใช้ยาต้นแบบ	ค่าเฉลี่ย (SD.)
การสั่งใช้ยาต้นแบบทำให้แน่ใจในผลการรักษามากขึ้น	3.94 (0.97)
หากผู้ป่วยมีความสามารถในการจ่ายค่ายาต้นแบบ ท่านจะสั่งใช้ยาต้นแบบให้ผู้ป่วย	3.65 (0.98)
ยาที่มีช่วงการรักษาแคบไม่ควรใช้ยาชื่อสามัญแทนยาต้นแบบ (n=82)	3.62 (1.09)
ยาสามัญมีประสิทธิภาพดีไปกว่ายาต้นแบบ (n=82)	3.43 (0.88)
การไม่รู้ข้อมูลด้านราคายาเปรียบเทียบระหว่างยาชื่อสามัญกับยาต้นแบบทำให้ขาดความตระหนักในการเลือกสั่งใช้ยาสามัญแทนยาต้นแบบ	3.24 (1.10)
หากโรงพยาบาลมีการแจ้งรายการยาที่สามารถใช้แทนกันได้ให้ทราบ จะทำให้การเลือกสั่งใช้ยาต้นแบบน้อยลง	3.24 (0.95)
ราคายาต้นแบบที่แพงกว่าค้ำค่าในการรักษากว่าการสั่งใช้ยาชื่อสามัญ	3.19 (0.90)
การได้รับข้อมูลด้านยาจากเภสัชกรของโรงพยาบาลทำให้ท่านเลือกสั่งใช้ยาชื่อสามัญมากขึ้น	3.16 (0.97)
การสั่งใช้ยาชื่อสามัญแทนยาต้นแบบอาจทำให้การรักษาล้มเหลว	3.08 (1.10)
การสั่งใช้ยาชื่อสามัญทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น	2.93 (0.96)
ยาชื่อสามัญมีความปลอดภัยในการใช้ไม่แตกต่างจากยาต้นแบบ	2.90 (0.96)
ท่านสั่งใช้ยาต้นแบบเพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังใช้	2.82 (1.15)
การสั่งใช้ยาต้นแบบทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประทับใจ ในแพทย์ผู้สั่งมากขึ้น	2.62 (1.12)
ความเคยชินจากการใช้ยาต้นแบบในโรงเรียนแพทย์ ทำให้ท่านเลือกสั่งใช้ยาต้นแบบ (n=82)	2.55 (1.08)
การสั่งใช้ยาต้นแบบทำให้ผู้ป่วยอยากกลับไปปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งอีก (n=82)	2.50 (1.13)
ท่านจะสั่งยาต้นแบบให้กับผู้ป่วยหากผู้ป่วยร้องขอ (n=82)	2.48 (1.06)
ท่านมักจะสั่งใช้ยาต้นแบบเพราะไม่มีข้อกำหนดในการสั่งใช้ยาต้นแบบที่ชัดเจน	2.47 (1.11)
ท่านสั่งใช้ยาต้นแบบเพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้น (n=82)	2.45 (1.11)
แพทย์มีความผูกพันกับบริษัทยาเนื่องจากทุนการวิจัย	2.06 (1.08)
ท่านสั่งใช้ยาต้นแบบเนื่องจากเกรงใจผู้แทนยา	1.78 (0.90)

(ตารางที่ 4)

ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อเหตุผลในการสั่งใช้ยาระหว่างแพทย์อายุรกรรมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลทั่วไป ระหว่างแพทย์อายุรกรรมที่มีประสบการณ์ในการทำงานในกลุ่มงานอายุรกรรมไม่เกิน 10 ปีกับ 10 ปีขึ้นไป ระหว่างแพทย์อายุรกรรมที่ปฏิบัติงานนอกเวลาที่อื่นกับไม่ได้ปฏิบัติงานนอกเวลาที่อื่น และระหว่างแพทย์อายุรกรรมที่มีและไม่มีวุฒิปริญญาตรีพบว่ามีความคิดเห็นต่อเหตุผลในการสั่งใช้ยาไม่แตกต่างกันในทุกข้อ

### วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าเหตุผลในการสั่งใช้ยาต้นแบบที่แพทย์อายุรกรรมเห็นด้วยมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ การสั่งใช้ยาต้นแบบทำให้แน่ใจในผลการรักษามากขึ้น ความสามารถในการจ่ายค่ายาต้นแบบของผู้ป่วย การสั่งใช้ยาต้นแบบในกรณีที่ยานั้นมีช่วงการรักษาแคบ เชื่อว่ายาดั้งเดิมมีประสิทธิภาพมากกว่ายาชื่อสามัญ และการไม่รู้ข้อมูลด้านราคาเปรียบเทียบระหว่างยาชื่อสามัญกับยาต้นแบบ ทั้งนี้ในส่วนของผลการศึกษาที่พบว่า การสั่งใช้ยาต้นแบบทำให้แน่ใจในผลการรักษามากขึ้นและความเชื่อว่ายาดั้งเดิมมีประสิทธิภาพมากกว่ายาชื่อสามัญการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาของ Hartzema และ Christensen<sup>(11)</sup> ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด ในการเลือกใช้ยาของแพทย์ คือการรับรู้ประสิทธิผล และความเสี่ยงของการใช้ยานั้น และการศึกษาของ Pereira และคณะ<sup>(4)</sup> ที่ได้สำรวจแนวความคิดของผู้ป่วยและแพทย์ในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดาเกี่ยวกับการใช้ยาชื่อสามัญ warfarin แทนยาต้นแบบ พบว่ามีแพทย์เพียงแค่ร้อยละ 40.0 ที่เห็นว่ายาชื่อสามัญที่ผ่านการทดสอบชีวสมมูล (bioequivalent) แล้วสามารถใช้แทนยาต้นแบบได้

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการจ่ายค่ายาต้นแบบของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาต้นแบบสอดคล้องกับการศึกษาของ Reichert

และคณะ<sup>(12)</sup> ที่พบว่าร้อยละ 88 ของแพทย์เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาในการตัดสินใจสั่งจ่ายยาและการศึกษาของ Khan และคณะ<sup>(13)</sup> ที่พบว่าร้อยละ 93.5 ของแพทย์เห็นด้วยกับที่ว่าการสั่งจ่ายยาที่มีความจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเองให้น้อยที่สุดร้อยละ 73.2 ในส่วนของผลการศึกษาที่พบว่าแพทย์สั่งใช้ยาต้นแบบในกรณีที่ยานั้นมีช่วงการรักษาแคบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pereira และคณะ<sup>(4)</sup> ที่พบว่าแพทย์ร้อยละ 43.6 เห็นว่าไม่ควรใช้ยาชื่อสามัญแทนยาต้นแบบที่มีช่วงการรักษาแคบ

ในส่วนของผลการศึกษาที่พบว่าแพทย์สั่งใช้ยาต้นแบบเนื่องจากการไม่รู้ข้อมูลด้านราคาเปรียบเทียบระหว่างยาชื่อสามัญกับยาต้นแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Reichert และคณะ<sup>(12)</sup> ที่พบว่าร้อยละ 80 ของแพทย์มักจะไม่ตระหนักถึงราคาต้นทุนยาที่แท้จริงและการศึกษาของ Allan และคณะ<sup>(14)</sup> ที่พบว่าแพทย์ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องมูลค่าเภสัชภัณฑ์และราคาทำให้แพทย์มีแนวโน้มที่จะประมาณค่าราคาต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้ Steinman และคณะ<sup>(7)</sup> ก็พบว่าการรับรู้ของแพทย์เกี่ยวกับต้นทุนการรักษาและภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อกระบวนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาของแพทย์

ทั้งนี้ในส่วนของผลการศึกษาที่พบว่าแพทย์ไม่เห็นด้วยกับเหตุผลที่ว่าสั่งใช้ยาต้นแบบเนื่องจากเกรงใจผู้แทนยาและแพทย์มีความผูกพันกับบริษัทยาเนื่องจากทุนการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wood และคณะ<sup>(15)</sup> พบว่าบริษัทยาไม่มีผลต่อการตัดสินใจจ่ายยาด้านจุลชีพแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Naik และคณะ<sup>(16)</sup> กลับพบว่า การเพิ่มความถี่ในการพบแพทย์ของตัวแทนบริษัทยาไม่ส่งผลเพิ่มการสั่งจ่ายยา NSAIDs ของแพทย์ได้ และการศึกษาของ Steinman และคณะ<sup>(7)</sup> ที่พบว่า การที่ผู้แทนยาไปพบแพทย์บ่อย ๆ ส่งผลให้แพทย์มีแนวโน้มที่จะเพิ่มการแนะนำการใช้หรือสั่งใช้ยาที่ผู้แทนยาให้คำแนะนำ

การที่แพทย์ไม่เห็นด้วยกับเหตุผลที่ว่ามีการสั่งใช้ยาต้นแบบเพื่อให้โรงพยาบาลมีรายได้มากขึ้น นั้นอาจจะเป็นเพราะแพทย์คำนึงถึงเหตุผลในการสั่งยาต้นแบบด้านอื่นมากกว่าเหตุผลนี้ก็ว่าได้

ส่วนที่พบว่าแพทย์ไม่เห็นด้วยกับเหตุผลที่ว่า การสั่งใช้ยาต้นแบบทำให้ผู้ป่วยอยากกลับไปรักษากับแพทย์ผู้สั่งอีก จะขัดแย้งกับการศึกษาของ Sekimoto<sup>(17)</sup> ที่พบว่า จักษุแพทย์สั่งจ่ายเพื่อตอบสนองความต้องการเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย และการศึกษาของ Eisenberg<sup>(18)</sup> ที่พบว่าแพทย์เชื่อว่าการไม่จ่ายยาอะไรให้กับผู้ป่วยอาจสร้างความไม่พอใจและทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อถือในตัวแพทย์

ผลการศึกษาที่พบว่าแพทย์ไม่เห็นด้วยกับเหตุผลที่ว่าแพทย์จะสั่งยาต้นแบบให้กับผู้ป่วยหากผู้ป่วยร้องขอจะขัดแย้งกับการศึกษาของ Sekimoto<sup>(17)</sup> ที่พบว่าความคาดหวังให้ผู้ป่วยยอมรับและพึงพอใจในการให้บริการส่งผลให้แพทย์สั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยร้องขอแม้ว่าตนเองจะไม่เห็นด้วย และการศึกษาของ Eisenberg<sup>(18)</sup> ที่พบว่าแพทย์ก็มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติในการให้การดูแลรักษาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาระดับรายได้ของตัวเอง

มาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบที่แพทย์อายุรกรรมเห็นด้วย 5 ลำดับแรก มีดังนี้ การพัฒนาคุณภาพยาชื่อสามัญเพื่อให้ความมั่นใจในคุณภาพ จะทำให้การสั่งใช้ยาต้นแบบน้อยลง กระทรวงสาธารณสุขควรมีระบบการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์มาตรฐานยาต้นแบบและยาชื่อสามัญที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั่วประเทศ เกษัชกรควรมีข้อมูลเปรียบเทียบยาสามัญกับยาต้นแบบที่สามารถเรียกดูได้ง่าย การมีข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพของยาชื่อสามัญเทียบกับยาต้นแบบจะทำให้มีการสั่งใช้ยาต้นแบบลดลง และโรงพยาบาลควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ยอมรับในการสั่งใช้ยาต้นแบบ ส่วนมาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบที่แพทย์อายุรกรรม

ไม่เห็นด้วย 5 ลำดับแรก คือ การสั่งใช้ยาต้นแบบต้องขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน โรงพยาบาลไม่ควรมียาต้นแบบหากยานั้นมียาชื่อสามัญจำหน่ายในประเทศแล้ว การสั่งใช้ยาต้นแบบควรขออนุมัติจากหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดของท่านก่อน โรงพยาบาลควรมียาต้นแบบเฉพาะในกรณีที่ยานั้นเป็นยาช่วยชีวิต (life saving drug) เท่านั้น และการอนุญาตให้เภสัชกรเปลี่ยนยาต้นแบบเป็นยาชื่อสามัญเดียวกันได้ทันทีหากการสั่งใช้ยานั้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของโรงพยาบาล จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อสรุปของ Eisenberg<sup>(18)</sup> เกี่ยวกับแนวทางโดยทั่วไปที่สามารถเปลี่ยนวิธปฏิบัติของแพทย์ได้มีอยู่ 6 แนวทาง ได้แก่ การให้ความรู้ การสะท้อนผลที่เกิดขึ้น การมีส่วนร่วม การเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารจัดการ การกระตุ้นและการลงโทษ ถึงแม้ว่าแต่ละวิธีการจะมีผลสำเร็จเมื่อใช้เพียงวิธีเดียวทั้งนี้ จิราพรณ เรืองรอง และคณะ<sup>(19)</sup> ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า มาตรการที่นำมาใช้ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสมผลสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ 1) มาตรการเชิงการศึกษา ได้แก่ สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น การจัดพิมพ์ bulletins การสัมมนา และการให้ข้อมูลแบบสนทนาโดยตรง 2) มาตรการเชิงบังคับ ได้แก่ การควบคุมการสั่งใช้ยา ผ่านวิธีต่าง ๆ ดังนี้ การกำหนดบัญชีรายการยาที่สามารถสั่งใช้ได้ การกำหนดจำนวนรายการยาต่อใบสั่งยา การรับรองโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญที่ได้รับมอบหมายให้จ่ายยาตามใบสั่งได้ การใช้แบบฟอร์มสั่งใช้ยาจำเพาะหรือการกำหนดระยะเวลาการใช้ยาสูงสุด และ 3) มาตรการทางเศรษฐศาสตร์ โดยการใช้ราคาเป็นตัวกำหนดความต้องการ การจ่ายร่วมของผู้ป่วย กำหนดเขตแดนการจ่ายเงิน โดยมาตรการเหล่านี้ควรมีการกำกับผลและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และมีบทลงโทษกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการก็จะได้รับความร่วมมือมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของบุญญาพร ยิ่งเสรี<sup>(10)</sup> ก็พบว่าการใช้มาตรการต่างๆที่กำหนดโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เช่น การสนับสนุนการใช้ยาสามัญแทนยาต้นแบบ การปรับ



เภสัชตำรับ การจำกัดสิทธิการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักก็สามารถลดมูลค่าการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักซึ่งส่วนมากเป็นยาต้นแบบได้

ในส่วนของผลการศึกษาที่พบว่าแพทย์อายุรกรรมที่มีระยะเวลาในการทำงานไม่เกิน 10 ปี เห็นด้วยมากกว่าแพทย์อายุรกรรมที่มีระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 10 ปี เกี่ยวกับการมีนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ยอมรับในการสั่งใช้ยาต้นแบบ การมีนโยบายกำหนดจำนวนปริมาณยาต้นแบบต่อใบสั่งยา และโรงพยาบาลควรมีระบบการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับมูลค่าการสั่งใช้ยาต้นแบบของแพทย์แต่ละคนกลับไปให้แพทย์ทราบ การศึกษาที่ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ที่มีอายุการทำงานต่างกันมีความคิดเห็นต่อมาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบแตกต่างกันที่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาของ Eisenberg<sup>(18)</sup> ที่พบว่าแพทย์ที่อายุน้อยมีอิทธิพลต่อการสอนเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่านวัตกรรมใหม่ ๆ มักนำมาใช้โดยแพทย์ที่มีความสามารถและอายุน้อย และการศึกษาของ Hoey และคณะ<sup>(20)</sup> ที่พบว่าร้อยละ 24 ถึงร้อยละ 38 ของการสั่งทดสอบจะมีผลต่อราคาของการสั่งทดสอบเพื่อวินิจฉัยซึ่งจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแพทย์ การสั่งทดสอบนี้จะถูกผลักดันจากการพิจารณาทางคลินิกซึ่งพบว่าประสบการณ์ของแพทย์จะสัมพันธ์เชิงกลับกันกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาหรือค่าใช้จ่ายในการสั่งวินิจฉัยที่เกิดขึ้น โดยนักศึกษาแพทย์จะมีค่ารักษาสูงสุด แพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะมีค่าใช้จ่ายต่ำสุด สาเหตุที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีการสั่งทดสอบที่น้อยกว่าน่าจะได้รับผลจากการที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีประสบการณ์ทางคลินิกที่มากกว่าทำให้รู้สึกว่าคำสั่งการทดสอบไม่ค่อยจะได้ประโยชน์มากนัก ทั้งนี้การที่แพทย์ที่มีระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 10 ปี ขึ้นไปให้การยอมรับกับมาตรการและ/หรือวิธีการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบน้อยกว่าแพทย์ที่มีระยะเวลาในการทำงานไม่เกิน 10 ปี อาจเนื่องมาจากแพทย์ที่มี

ประสบการณ์ในการทำงานมากมีความมั่นใจในประสบการณ์ด้านการรักษาของตนเองที่มีจึงไม่เห็นด้วยกับการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่อาจมีความขัดแย้งกับรูปแบบปฏิบัติที่ตนปฏิบัติอยู่

ส่วนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เห็นด้วยมากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขควรมีการออกแบบแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาต้นแบบกลุ่มที่มีการใช้มาก เช่น PPIs, Selective COX<sub>2</sub> inhibitor ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากโรงพยาบาลศูนย์มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแพทย์เหล่านี้ต้องให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรูปแบบการรักษาที่หลากหลายและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ดังนั้นจึงเห็นด้วยกับการที่จะมีแนวทางหรือนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความเหมาะสมและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

การวิจัยนี้จะมีข้อจำกัดที่มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามน้อย ผลการศึกษานี้อาจจะไม่ใช้ตัวแทนของแพทย์อายุรกรรมสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายที่จะตระหนักว่าปัจจุบันนี้แพทย์ร้อยละ 87 สั่งใช้ยาต้นแบบ ซึ่งมักเป็นยาที่มีราคาแพง และควรกำหนดมาตรการที่เหมาะสมเพื่อเป็นการส่งเสริมให้สั่งใช้ยาชื่อสามัญมากขึ้น ทั้งนี้มาตรการในการลดการสั่งใช้ยาต้นแบบ 3 ลำดับแรกที่แพทย์เห็นด้วยมากที่สุดและผู้บริหารอาจนำไปปรับใช้ได้ เช่น การพัฒนาคุณภาพยาชื่อสามัญเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรมีระบบการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการวิเคราะห์มาตรฐานยาต้นแบบและยาชื่อสามัญที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั่วประเทศ และเภสัชกรควรมีข้อมูลเปรียบเทียบยาสามัญกับยาต้นแบบที่สามารถเรียกดูได้ง่าย ซึ่งการกำหนดให้มีมาตรการเหล่านี้จะเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศต่อไปในอนาคต

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). รายงานการใช้ยา ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนาร่อง กรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
2. อรวรรณ เกตุเจริญ, อัญมณี ปิ่นน้อย, พวงเพ็ญ ฤทธิวีรกุล. แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านยาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2550;17:877-88.
3. ศรีเพ็ญ ตันติเวส, สุกัญญา เจียรพงษ์, อัญชลี จิตรกันทิ, สุวิมล ฉกาจนโรดม. การมีอาสาสมัครจำหน่ายในประเทศกับค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล: กรณีศึกษาที่ขึ้นทะเบียนภายใต้หลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2545;11(2):167-76.
4. Pereira JA, Holbrook AM, Dolovich L, Goldsmith C, Thabane L, Douketis JD, et al. Are brand-name and generic warfarin interchangeable? A survey of Ontario patients and physicians. Can J Clin Pharmacol 2005; 12(3):e229-39.
5. Banahan BF, Kolassa EM. A physician survey on generic and substitute of critical dose medications. Arch Intern Med 1997;157(18):2080-88.
6. Vasquez EM, Min DI. Transplant pharmacists' opinions of generic product selection of critical dose drugs. Am J Health-Syst Pharm 1999;56(7):615-21.
7. Steinman MA, Harper GM, Chren MM, Landefeld CS, Bero LA. Characteristics and impact of drug detailing for gabapentin. PLoS Med 2007;4(4):e134.
8. สัมมนา มูลสาร, นิตยา ชายเพชร, สุชาติณี มณีสร้อย, กิตติ ยาวดี พลละโย. ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมส่งเสริมการขายของผู้แทนยาจากบริษัทที่จำหน่ายยาต้นแบบกับการจดจำชื่อยาของผู้ป่วย ขนาดยาและการสั่งจ่ายยาของแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;16(6):839-46.
9. Alghasham AA. Generic drug prescribing in central Saudi Arabia: perceptions and attitudes of physicians. Ann Saudi Med 2009;29(1):24-9.
10. บุญญาพร ยิ่งเสรี. มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาผู้ป่วยนอกสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการโรงพยาบาลลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2555;21(5):972-85.
11. Hartzema AG, Christensen DB. Nonmedical factors associated with the prescribing volume among family practitioners in an HMO. Med Care 1983;21(10):990-1000.
12. Reichert S, Simon T, Halm EA. Physicians' attitudes about prescribing and knowledge of the costs of common medications. Arch Intern Med 2000;160:2799-803.
13. Khan S, Sylvester R, Scott D, Pitts B. Physicians' opinions about responsibility for patient out-of-pocket costs and formulary prescribing in two midwestern states. Journal of Managed Care Pharmacy 2008; 14(8):780-89.
14. Allan GM, Wiebe LN. Physician awareness of drug: a systematic review. PLoS Med 2007;4(9):283.
15. Wood F, Simpson S, Butler CC. Socially responsible antibiotic choices in primary care: a qualitative study of GPs' decisions to prescribe broad-spectrum and fluoroquinolone antibiotics. Fam Pract 2007;24(5):427-34.
16. Naik AD, Woofter AL, Skinner JM, Abraham NS. Pharmaceutical company influence on nonsteroidal anti-inflammatory drug prescribing behaviors. Am J Manag Care 2009;15(4):e9-e15.
17. Sekimoto M, Imanaka Y, Kitano N, Ishizaki T, Takahashi O. Why are physicians not persuaded by scientific evidence? a grounded theory interview study. BMC Health Services Research 2006;6:92.
18. Eisenberg JM. Doctors' decisions and the cost of medical care: the reasons for doctors' practice patterns and ways to change them. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1986:21-68.
19. จิราพรพรณ เรืองรอง, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกตุแก้ว, ศรีเพ็ญ ตันติเวส. การศึกษามาตรการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผลในโรงพยาบาลในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
20. Hoey J, Eisenberg JM, Spitzer WO, Thomas D. Physician sensitivity to the price of diagnostic tests: a U.S.-Canadian analysis. Med Care 1982; 20(3):302-7.

**Abstract Prescribing of Original Brand Name Drugs and Opinion of Physicians on Strategies to Reduce its Prescription**

**Summana Moolasarn\*, Sawaeng Watcharathanakit\*, Noppon Buasi\*\*, Munchuda Sutthipornchai\*, Nitikan Muensook\*, Tanaporn Kongsuk\***

\*Faculty of Pharmaceutical Sciences, Ubon Ratchathani University, \*\* Sisaket Hospital

*Journal of Health Science* 2013; 22:307-317.

This survey research was aimed at determining rate of prescribing of original brand name drugs, reasons for prescribing original brand name drugs, opinion of physicians on strategies to reduce such prescription and compare the opinion between physicians who had different characteristics. Subjects were physicians working in medical department of general and regional hospitals of the Ministry of Public Health in Thailand. Five rating-scale self-developed questionnaires were sent to heads of medical department of every hospital and asked them to distribute to other physicians in the department. Of 470 sets of questionnaire sent, 95 (20.21%) were returned. Data were collected during July-August 2010.

It was found that the top 3 reasons for prescribing the original brand name drugs were more confidence in treatment outcomes, patients' ability to pay for the cost of the drugs, and narrow therapeutic index of the drugs. The first 3 strategies to reduce prescribing of the drugs that most of the physicians agreed with were the development of good quality generic drugs, the Ministry of Public Health should have database of quality control of both the original brand name drugs and generic drugs that could be used by physicians countrywide, and pharmacists should have accessible database regarding comparability between original brand name drugs and generic drugs.

The results also indicated that physicians working for the regional hospitals were more likely than physicians working for general hospitals to agree with the strategy to reduce prescribing of original brand name drugs regarding the availability of a nationwide guideline on prescribing original brand name drugs; especially on the drugs that had high prescription volume (p 0.02). In addition, physicians who had more than 10-year experiences were more likely than those with less than 10-year experiences to agree with these strategies; availability of a standard criteria that accepted by physicians regarding brand name drug prescribing conditions (p 0.03); limited numbers of medications per prescription (p 0.003); a system to inform physicians regarding cost of brand name drugs that they had prescribed (p 0.04). Physicians who had also worked part-time in another hospital or private clinic were more likely than physicians who did not work part-time in another hospital or private clinic to agree with the strategy that the Pharmaceutical and Therapeutic Committee should have a strict criteria in including a brand name drug in the hospital formulary (p 0.02).

In conclusion, the results of this study showed that most of physicians in medical department believed that original brand name drugs had better efficacy than generic drugs. They also believed that effective strategies to reduce brand name prescribing would be the development of generic drugs quality to be as good as brand name drugs and the accessible and reliable data on comparison of the two.

**Key words:** prescribing, original brand name drugs, strategies to reduce prescribing