

การศึกษาแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านยา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ศิริกัญญา กอบวธธนกุล ภบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
ปีงบประมาณ 2548-2550

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง: ฐานข้อมูลจากหน่วยจ่ายยาทุกหน่วยของกลุ่มงานเภสัชกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
ปีงบประมาณ 2548-2550

วิธีดำเนินการวิจัย: รวบรวมข้อมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์จากฐานข้อมูลสารสนเทศของทุกหน่วยจ่ายยาในกลุ่มงานเภสัชกรรม
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยแยกเป็นข้อมูลของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของปีงบประมาณ 2548-
2550 ค่าใช้จ่ายที่นำมาวิเคราะห์ ได้ปรับให้เป็นค่าของเงินในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้ค่าดัชนีราคาผู้บริโภค หมวดค่ายาและเวชภัณฑ์

ตัววัดที่สำคัญ: ค่าใช้จ่ายรวมของยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มารับบริการ ในปีงบประมาณ 2548-2550 โดยศึกษา
มูลค่าต่อใบสั่งยา ต่อรายการยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และ ต่อครั้งของการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน

ผลการวิจัย: ค่าใช้จ่ายรวมของยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีมูลค่าเท่ากับ 766.3,
935.9 และ 1,197.2 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2548, 2549 และ 2550 ตามลำดับ แต่ละปีมีจำนวนใบสั่งยา จำนวนรายการ
และมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ในปี 2549 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 23.0 และ
20.7 เทียบกับปี 2548 และในปี 2550 เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.2 และ 9.5 เมื่อเทียบกับปี 2549 ตามลำดับ

สรุป: ค่าใช้จ่ายรวมของยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2548-2550 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

* กลุ่มงานเภสัชกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Abstract

Trends of Drug and Medical Supply Expenditures in BMA Medical College and Vajira Hospital

Siriganya Kobwanthanakun BSc (Pharmacy)

Department of Pharmacy, BMA Medical College and Vajira Hospital

Objective: To study the trends of drug and medical supply expenditures in BMA Medical College and Vajira Hospital during the fiscal year 2005–2007.

Study design: Descriptive study.

Samples: Data were collected from dispensary units in department of pharmacy, BMA Medical College and Vajira Hospital in the fiscal year 2005–2007.

Methods: Data of medical prescriptions, medicinal items based on out-patient and in-patient settings in the fiscal year 2005–2007 from the computer-database of BMA Medical College and Vajira Hospital were extracted and analyzed using consumer price index of year 2007 for drugs and medical supplies.

Main outcome measures: The overall expenditures of drugs and medical supplies, the expenditures per prescription, per item and per admission during fiscal year 2005 and 2007 classified by out-patient and in-patient were studied.

Results: The overall adjusted payment for drugs and medical supplies in BMA Medical College and Vajira Hospital during fiscal year 2005 and 2007 were 766.3, 935.9 and 1,197.2 million Baht respectively. The prescriptions, items of drugs and medical supplies and their costs were increased each year. The expenditures of out-patient costs and in-patient costs increased 23.0% and 20.7% in the year 2006 as compared to 2005 and 39.2%, 9.5% in the year 2007 as compared to 2006.

Conclusion: Medical costs tended to increase during the fiscal year 2005 and 2007.

Key words: drug expenditures, medical supply, computer-database, benefit scheme

บทนำ

ปัจจุบันกระแสโลกาภิวัตน์ มีอิทธิพลอย่างมากต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยเฉพาะระบบสาธารณสุข เนื่องจากมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์แบบตะวันตกมาใช้ในการบำบัดรักษา และป้องกันโรคกันอย่างแพร่หลาย ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงจากการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศไทย พบว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจากมูลค่า 25,315 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2523 เป็นมูลค่า 434,974 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 17.2 เท่า โดยรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล และพบว่ารายจ่ายด้านยาใน พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 42.8 ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด¹ ประกอบกับในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงระบบการเงินการคลังที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยทางรัฐบาลได้จัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพภาคบังคับ สำหรับคนไทย (นอกเหนือจากระบบประกันในภาคเอกชน) ซึ่งแบ่งได้ 4 ประเภท ตามสิทธิประโยชน์เฉพาะด้าน และเฉพาะคน ได้แก่

1. ระบบประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สำหรับพนักงานภาคเอกชน
2. ระบบสวัสดิการสำหรับข้าราชการ
3. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำหรับผู้ที่มิได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันข้างต้น
4. ระบบหลักประกัน ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

จะเห็นได้ว่าการมีระบบหลักประกันสุขภาพที่หลากหลายส่งผลต่อการควบคุมระบบเบิกจ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงด้านยาด้วย ทั้งนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สรุปประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ ที่ผ่านมามีการจัดเป็น 7 กลุ่มได้ดังนี้²

1. การมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ ให้แก่ผู้ให้บริการโดยตรง (out-of-pocket payment)
2. การเบิกจ่ายตามบริการ (fee-for-service) มีได้หลายกรณี เช่น การเบิกจ่ายตรงจากสถานพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยของสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ และประกันสุขภาพภาคเอกชน หรือในหลายกรณีจะมีการกำหนดเพดานวงเงินสูงสุดที่จะให้ความคุ้มครองไว้ด้วย เช่น กรณีของความคุ้มครองตามพระราช-

บัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ และประกันสุขภาพภาคเอกชน เป็นต้น

3. การเบิกจ่ายตามบริการโดยมีรายการอัตราค่าตอบแทน (fee schedule) เป็นการกำหนดอัตราค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนสำหรับบริการแต่ละประเภท มีการนำมาใช้มากในระบบประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน บางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น การจ่ายเงินอุดหนุนกรณีฉุกเฉิน

4. การเหมาจ่ายรายหัว (capitation payment) เป็นรูปแบบที่ระบบประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพนำมาใช้ วิธีการนี้เป็นวิธีการที่นับว่าประสบความสำเร็จอยู่ไม่น้อยในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของระบบ สิ่งที่ต้องคำนึงคือเรื่องคุณภาพของการรักษาพยาบาล

5. การจ่ายตามรายป่วย (per-case payment) โดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related groups, DRGs) เริ่มมีการนำมาใช้สำหรับผู้ป่วยในของระบบสวัสดิการข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพ

6. การจัดสรรเป็นงบประมาณรายหัว (allocated budget by capitation) เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้ให้บริการที่นำมาใช้ในประเทศไทย แต่จะเป็นการนำมาใช้ในภาครัฐเท่านั้น

7. การจัดสรรเป็นงบประมาณรวมตามรายการที่มีการขอเบิกจ่าย (line item budget) เป็นวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนให้แก่ผู้ให้บริการภาครัฐ ในส่วนของเงินเดือนของบุคลากร (salary) งบดำเนินการและงบลงทุน ในส่วนที่เป็นงบประมาณจากรัฐ

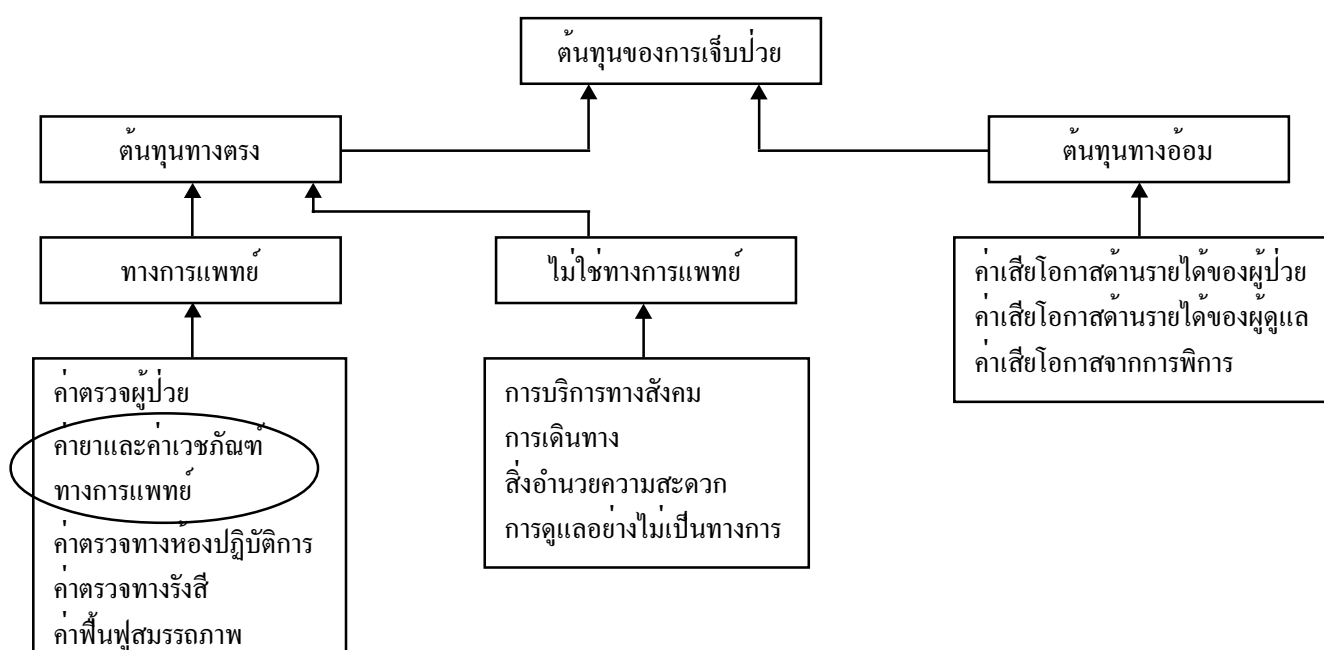
ในส่วนของวิทยาลัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร จึงต้องเกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งยังมีข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่องการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2530 ของกรุงเทพมหานครอีกระบบหนึ่ง ซึ่งได้แบ่งผู้มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษออกเป็น 9 ประเภท คือ ประเภท ก-ฉ โดยมีภาระเบญจบุคคลแต่ละประเภท เช่น ประเภท ช ได้แก่ พระภิกษุ สามเณร และแม่ชี ซึ่งแต่ละสิทธิมีรายละเอียดการช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล แตกต่างกันไปตามที่กำหนดในบัญชีแนบท้ายข้อบัญญัติ ตัวอย่างการช่วยเหลือประเภท ช ได้รับให้จัดอยู่ในที่อันสมควรโดยไม่ต้องเสียค่าห้อง ค่าอาหาร และค่ารักษาพยาบาล นอกจากยาพิเศษ (ยาที่จัดซื้อด้วยเงินทุนหมุนเวียน)

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและมีขนาดใหญ่ที่สุดของกรุงเทพมหานคร เป็นสถาบันผลิตแพทย์ลำดับที่ 10 ของแพทยสภา เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งแรกที่มีการรับรองมาตรฐานคุณภาพ

โรงพยาบาลจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผ่านการรับรองคุณภาพการศึกษาจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา ซึ่งสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนทั่วไป ทำให้มีผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้วิทยาลัยมีค่าใช้จ่ายทางด้านยาและเวชภัณฑ์สูงมาก และเนื่องจากวิทยาลัยมีโครงการจัดตั้งเป็นคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล สังกัดมหาวิทยาลัยในกำกับของกรุงเทพมหานครโดยเป็นมหาวิทยาลัย นอกระบบ จึงควรต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจัดระบบควบคุมค่าใช้จ่ายและการจัดหารายได้เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายทางด้านยาและเวชภัณฑ์ของวิทยาลัย ในปีงบประมาณ 2548-2550 ทั้งในภาพรวมและแยกตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งศึกษามูลค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อไปยังยา ต่อจำนวนรายการของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามสิทธิการรักษา และมูลค่าต่อจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนการดำเนินงาน และการจัดสรรทรัพยากรในการให้บริการรักษาพยาบาลของวิทยาลัยในอนาคตต่อไป

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดต้นทุนของการเจ็บป่วย^{3,4}

ต้นทุนการเจ็บป่วย (cost of illness) หมายถึง ภาระทางเศรษฐกิจของโรคหรือการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นแก่สังคม นำมาใช้เพื่อทำให้ทราบต้นทุนประเภทต่าง ๆ เช่น ต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อมของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเพื่อเป็นข้อมูลในการจัดลำดับความสำคัญของการเจ็บป่วยประเภทต่าง ๆ ในการสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะพบว่า ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์

ทางการแพทย์จัดอยู่ใน ต้นทุนทางตรงด้านการแพทย์ (direct medical cost) หรือต้นทุนในการรักษาพยาบาล (cost of treatment) หมายถึง ต้นทุนทั้งหมดในการรักษาผู้ป่วย อาจเป็นต้นทุนที่ครอบคลุมตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนหาย หรือเป็นต้นทุนของช่วงเวลาหนึ่ง

ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ประกอบด้วย จำนวนใบสั่งยา จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ จำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน และค่าใช้จ่ายจริงจากรายการในใบสั่งยาและเวชภัณฑ์ที่มีการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยหรือจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ไม่มีการเรียกเก็บเงินเนื่องจากผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือทางวิทยาลัยให้การสงเคราะห์ ย้อนหลังเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548-2550

นิยามตัวแปร

ประเภทผู้ป่วยชำระด้วยเงินสด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีได้ยื่นสิทธิใด ๆ ในการรับการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจมีบางรายนำใบเสร็จที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเบิกจากต้นสังกัดหรือจากบริษัทที่ทำประกันชีวิตไว้

ประเภทผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของทางราชการโดยเป็นข้าราชการ ผู้รับเบี้ยหวัด/บำนาญ ลูกจ้างประจำของหน่วยราชการ และบุคคลในครอบครัว ซึ่งปัจจุบันกระทรวงการคลังได้กำหนดหลักเกณฑ์เพื่ออำนวยความสะดวกและลดภาระเมื่อจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของทางราชการ โดยกรณีผู้ป่วยนอกไม่ต้องตรวจจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และกรณีผู้ป่วยในไม่ต้องขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล

ประเภทผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 สำหรับผู้ที่มีได้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันอื่น

ประเภทผู้ป่วยสิทธิ พ.ร.บ.ผู้ประสบภัย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

ประเภทผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สำหรับพนักงานภาคเอกชน

ประเภทผู้ป่วยสิทธิข้อบัญญัติ กทม. หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิทธิตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง การช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2530

ประเภทผู้ป่วยที่โรงพยาบาลให้การสงเคราะห์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิใด ๆ ในการรักษาพยาบาลและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

Consumer Price Index (CPI) เป็นดัชนีราคาผู้บริโภค หมายถึง ตัวเลขทางสถิติที่ใช้วัดการเปลี่ยนแปลงของราคาสินค้าและบริการที่ครอบคลุมหรือผู้บริโภคซื้อหาตามบริโภคเป็นประจำ ในปัจจุบันเปรียบเทียบกับราคาในปีที่กำหนดไว้เป็นปีฐาน การวิจัยครั้งนี้ได้ปรับค่าใช้จ่ายที่นำมาวิเคราะห์ให้เป็นค่าของเงิน ปี พ.ศ. 2550 โดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภคทั่วไปของประเทศไทย ปีฐาน 2545 หมวดค่ายาและเวชภัณฑ์ ซึ่งกำหนดดัชนี ของปี 2548 เป็น 101.9 ปี 2549 เป็น 103.2 และปี 2550 เป็น 104.2 เมื่อคำนวณอัตราการเปลี่ยนแปลง ปี 2548 = $104.2 / 101.9 = 1.0226$ ปี 2549 = $104.2 / 103.2 = 1.0097$ ตัวอย่าง ถ้าต้องการปรับมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยนอก ปี 2548 มูลค่าก่อนปรับ CPI = 461,381,705 บาท คำนวณได้โดยเอามูลค่าปี 2548 คูณด้วยอัตราการเปลี่ยนแปลงของปี 2548 = $461,381,705 \times 1.0226 = 471,808,932$ บาท

วิธีดำเนินการวิจัย

รวบรวมข้อมูลจำนวนใบสั่งยา จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ มูลค่ายาและเวชภัณฑ์ ต่อใบสั่งยา ต่อรายการยาของผู้ป่วยนอกและของผู้ป่วยใน และมูลค่าต่อจำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยในโดยจำแนกตามสิทธิของผู้ป่วยที่มารับการรักษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลสารสนเทศของทุกหน่วยจ่ายยาในกลุ่มงานเภสัชกรรม (หน่วยจ่ายยาในกลุ่มงานเภสัชกรรม ของวิทยาลัย ประกอบด้วย 7 หน่วยจ่ายยา คือ หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 1 หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 2 หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 3 หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 4 หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอก 5 หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน และหน่วยจ่ายยาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของภาควิชาสูติเวชกรรม) แต่ละเดือนของแต่ละปีงบประมาณ 2548-2550

นำข้อมูลที่ได้มาจัดแยกเป็นมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ ต่อใบสั่งยา ต่อรายการยา ของผู้ป่วยนอกและของผู้ป่วยใน และมูลค่าต่อจำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลสารสนเทศของทุกหน่วยจ่ายยา นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการสรุปลักษณะของค่าใช้จ่ายทางด้านค่ายาและเวชภัณฑ์ โดยแสดงผลในรูปจำนวน ความถี่ และค่าเฉลี่ย

ค่าใช้จ่ายที่นำมาวิเคราะห์ได้ปรับให้เป็นค่าของเงินในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้ค่าดัชนีราคาผู้บริโภคหมวด ค่ายาและเวชภัณฑ์ (CPI: Consumer Price Index, Drugs and Medical care Commodities)⁵

ผลการวิจัย

1. ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยทั้งหมด

ค่ายาและเวชภัณฑ์ของวิทยาลัย ในปีงบประมาณ 2548-2550 เมื่อปรับให้เป็นค่าของเงินในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้ค่าดัชนีราคาผู้บริโภค หมวดค่ายาและเวชภัณฑ์ พบว่า มีมูลค่าเท่ากับ 766.3, 935.9 และ 1,197.2 ล้านบาท ตามลำดับ ซึ่งค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี 2549 มีมูลค่าเพิ่มขึ้นจากปี 2548 ร้อยละ 23.0 และร้อยละ 20.7 ตามลำดับ ปี 2550 เพิ่มขึ้นจากปี 2549 ร้อยละ 39.2 และ ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ และพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยนอกมีมูลค่าสูงกว่าของผู้ป่วยในประมาณสองเท่า โดยเป็นค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกร้อยละ 61.6-67.5 และผู้ป่วยในร้อยละ 32.5-38.4 ของค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด (ตารางที่ 1)

2. ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2.1 ค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยนอก จำแนกตามสิทธิการรักษา

เมื่อวิเคราะห์ค่ายาและเวชภัณฑ์จำแนกตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยนอก พบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เป็นของผู้ป่วยที่ชำระด้วยเงินสดโดยมีมูลค่าที่ลดลงจาก 336.6 ล้านบาท ในปี 2548 เป็น 223.1 ล้านบาท ในปี 2550 (จากร้อยละ 71.3 เป็นร้อยละ 27.6 ของค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด) สำหรับผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัด และประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีมูลค่าที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัดมีมูลค่าเพิ่มขึ้นจาก 71.4 ล้านบาท ในปี 2548 เป็น 472.4 ล้านบาท ในปี 2550 (จากร้อยละ 15.1 เป็นร้อยละ 58.5 ของค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด) และผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีมูลค่าเพิ่มขึ้นจาก 25.6 ล้านบาท ในปี 2548 เป็น 70.4 ล้านบาท ในปี 2550 (จากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 8.7 ของค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด) สำหรับผู้ป่วยสิทธิอื่น ๆ ที่เหลือมีการเปลี่ยนแปลงน้อย (ตารางที่ 1)

2.2 ค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิการรักษา

พบว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของผู้ป่วยใน เกิดจากผู้ป่วยที่ใช้สิทธิต้นสังกัด (ร้อยละ 54.3 - 58.8 ของค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมด) รองลงมาคือ ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยที่ชำระด้วยเงินสด (ร้อยละ 26.7-30.1 และร้อยละ 6.7-7.8 ของค่ายาและเวชภัณฑ์ทั้งหมดตามลำดับ) ซึ่งพบว่าสัดส่วนการเข้ารับบริการผู้ป่วยในในแต่ละปี ของแต่ละสิทธินั้นไม่แตกต่าง

กันมากนัก โดยมูลค่าค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.3 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 58.8 ในปี 2550 สำหรับผู้ป่วยสิทธิอื่น ๆ มีมูลค่าที่เปลี่ยนแปลงไม่มากนัก (ตารางที่ 1)

เมื่อศึกษาเฉพาะค่ายาและเวชภัณฑ์ที่วิทยาลัยต้องให้การสงเคราะห์ทั้งตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานครและทั่ว ๆ ไป รวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในปี 2548-2550 เท่ากับ 4.8, 4.5 และ 5.1 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.6-0.7 เท่านั้น ส่วนใหญ่มูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิต้นสังกัด สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และชำระด้วยเงินสดตามลำดับ

3. ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ต่อใบสั่งยา และต่อจำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

3.1 ค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยนอก ต่อใบสั่งยา และต่อจำนวนรายการยา

เมื่อวิเคราะห์จำนวนใบสั่งยา จำนวนรายการ และมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยนอก พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนและมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยาเพิ่มขึ้นจาก 1,079.8 บาทในปี 2548 เป็น 1,732.2 บาทในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.9 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และ ร้อยละ 34.8 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ) และมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อรายการ เพิ่มขึ้นจาก 344.3 บาทในปี 2548 เป็น 531.4 บาทในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.5 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และ ร้อยละ 33.7 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

3.2 ค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยใน ต่อจำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ต่อใบสั่งยา และต่อจำนวนรายการ

เมื่อวิเคราะห์จำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน จำนวนใบสั่งยา จำนวนรายการ และมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยใน พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนและมูลค่าของยาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นจำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง

มูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อจำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 10,334.7 บาท ในปี 2548 เป็น 14,530.7 บาทในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.9 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และ ร้อยละ 11.7 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549) มูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยาเพิ่มขึ้นจาก 888.4 บาทในปี 2548 เป็น 1,034.4 บาทต่อใบสั่งยา ในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.3 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และร้อยละ 1.9 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549) และมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อรายการ เพิ่มขึ้นจาก 317.5 บาทในปี 2548 เป็น 378.0 บาทในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.4 ในปี 2549 เทียบกับปี

ตารางที่ 1 ค่ายาและเวชภัณฑ์จำแนกตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ประเภทสิทธิการรักษา	ปี 2548 มูลค่า (ล้านบาท)			ปี 2549 มูลค่า (ล้านบาท)			ปี 2550 มูลค่า (ล้านบาท)	
	ก่อนปรับ CPI*	หลังปรับ CPI*	ร้อยละ	ก่อนปรับ CPI*	หลังปรับ CPI*	ร้อยละ	ไม่ต้องปรับ CPI*	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอก								
ชำระด้วยเงินสด	329.1	336.6	71.3	278.7	281.5	48.5	223.1	27.6
ต้นสังกัด	69.8	71.4	15.1	216.0	218.1	37.6	472.4	58.5
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	25.0	25.6	5.4	39.8	40.2	6.9	70.4	8.7
ประกันสังคม	34.8	35.6	7.6	38.3	38.7	6.7	39.3	4.8
ข้อบัญญัติ กทม.	0.9	0.9	0.2	0.8	0.8	0.1	1.4	0.2
ร.พ. สงเคราะห์	1.7	1.7	0.4	1.0	1.1	0.2	1.2	0.2
ผู้ป่วยนอกทั้งหมด	461.3	471.8	100.0	574.6	580.4	100.0	807.8	100.0
ผู้ป่วยใน								
ชำระด้วยเงินสด	19.4	19.9	6.7	27.0	27.2	7.7	30.5	7.8
ต้นสังกัด	165.0	168.8	57.3	191.1	193.0	54.3	229.0	58.8
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	80.3	82.1	27.9	106.0	107.0	30.1	103.8	26.7
ประกันสังคม	19.5	19.9	6.8	23.8	24.0	6.8	22.5	5.8
พรบ. ผู้ประสบภัย	1.6	1.6	0.5	1.6	1.6	0.4	1.1	0.3
ข้อบัญญัติ กทม.	0.5	0.5	0.2	0.5	0.5	0.1	0.8	0.2
ร.พ.สงเคราะห์	1.6	1.7	0.6	2.1	2.2	0.6	1.7	0.4
ผู้ป่วยในทั้งหมด	287.9	294.5	100.0	352.1	355.5	100.0	389.4	100.0
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	749.2	766.3	-	926.7	935.9	-	1197.2	-

* CPI = Consumer Price Index, Drugs and Medical care Commodities (ดัชนีราคาผู้บริโภคหมวด ค่ายาและเวชภัณฑ์)

2548 และร้อยละ 8.8 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549) (ตารางที่ 2)

4. ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ต่อใบสั่งยา ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามสิทธิการรักษา

4.1 ค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยนอกต่อใบสั่งยา จำแนกตามสิทธิการรักษา

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบจำนวนใบสั่งยาตามสิทธิของผู้ป่วยนอก พบว่าจำนวนใบสั่งยาในแต่ละปี ของแต่ละสิทธิ มีการเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางเดียวกันกับค่าใช้จ่ายรวมของค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัด และประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีจำนวนใบสั่งยาและมูลค่าที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยสิทธิต้นสังกัด ที่ไม่ต้องทดรองจ่ายเงิน พบว่า มีจำนวนใบสั่งยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 97.2 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และร้อยละ 90.8 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ ค่ายาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 205.4 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และร้อยละ 116.5 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ และมีมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยาเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยเพิ่มจาก 2,537.5 บาท ในปี 2548 เป็น 4,461.6 บาท ในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 54.9 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และร้อยละ 13.5 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549)

เช่นเดียวกับผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งไม่ต้องทดรองจ่ายเงินค่ายาและเวชภัณฑ์ที่มีจำนวนใบสั่งยาเพิ่มขึ้นร้อยละ

ตารางที่ 2 ค่ายาและเวชภัณฑ์ ต่อใบสั่งยา และต่อจำนวนรายการยาของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และต่อจำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน (หลังปรับ CPI)

	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
ผู้ป่วยนอก			
จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	436,957	451,695	466,351
จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ (รายการ)	1,370,374	1,459,770	1,520,076
ค่ายาและเวชภัณฑ์ (บาท)	471,808,932	580,374,627	807,800,459
ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยา (บาท)	1,079.8	1,284.9	1,732.2
ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อรายการ (บาท)	344.3	397.6	531.4
ผู้ป่วยใน			
จำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน (ครั้ง)	28,494	27,333	26,800
จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	331,484	350,205	376,481
จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ (รายการ)	927,444	1,023,123	1,030,105
ค่ายาและเวชภัณฑ์ (บาท)	294,478,272	355,515,738	389,424,226
ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน (บาท)	10,334.7	13,006.8	14,530.7
ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยา (บาท)	888.4	1015.2	1,034.4
ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อรายการ (บาท)	317.5	347.5	378

14.5 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และร้อยละ 1.1 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ ค่ายาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.4 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และร้อยละ 74.9 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ และมีมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยาเพิ่มขึ้นจาก 319.8 บาท ในปี 2548 เป็น 760.7 บาท ในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.4 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และร้อยละ 73.1 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549)

ส่วนสิทธิอื่น ๆ ที่เหลือ จำนวนใบสั่งยาและค่าใช้จ่ายมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย (ตาราง 3)

4.2 ค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยใน ต่อใบสั่งยาจำแนกตามสิทธิการรักษา

จำนวนใบสั่งยา ค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยใน แต่ละสิทธิการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก ซึ่งแตกต่างจากของผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วยในสิทธิต้นสังกัด พบว่ามีจำนวนใบสั่งยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.9 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และ ร้อยละ 16.3 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ โดยมีค่ายาและค่าเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน คือร้อยละ 14.4 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548

และ ร้อยละ 18.7 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ และมีมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยาเพิ่มขึ้นจาก 1,386.6 บาท ในปี 2548 เป็น 1,603.2 บาทในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.3 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และ ร้อยละ 2.1 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549)

ผู้ป่วยในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนใบสั่งยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.5 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และร้อยละ 2.8 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ โดยมีค่ายาและค่าเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.3 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และลดลงร้อยละ 3.0 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549 ตามลำดับ ผู้ป่วยในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้มีมูลค่าค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยาเปลี่ยนแปลงจาก 633.4 บาท ในปี 2548 เป็น 734.1 บาท ในปี 2549 และเป็น 692.9 บาท ในปี 2550 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.9 ในปี 2549 เทียบกับปี 2548 และลดลงร้อยละ 5.6 ในปี 2550 เทียบกับปี 2549)

ส่วนผู้ป่วยในสิทธิประกันสังคมซึ่งไม่ต้องทอดรองจ่ายเงินเช่นเดียวกันนั้น พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไม่มากเท่ากับสิทธิต้นสังกัด และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่ายาและเวชภัณฑ์และจำนวนใบสั่งยาจำแนกตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (หลังปรับ CPI)

ประเภทสิทธิการรักษา ของผู้ป่วยนอก	มูลค่า (บาท)	ปี 2548		มูลค่า (บาท)	ปี 2549		มูลค่า (บาท)	ปี 2550	
		จำนวน ใบสั่งยา (ใบ)	มูลค่าต่อ ใบสั่งยา (บาท)		จำนวน ใบสั่งยา (ใบ)	มูลค่าต่อ ใบสั่งยา (บาท)		จำนวน ใบสั่งยา (ใบ)	มูลค่าต่อ ใบสั่งยา (บาท)
ผู้ป่วยนอก									
ชำระด้วยเงินสด	336,587,712	271,623	1,239.2	281,463,139	240,540	1,170.1	223,145,066	207,017	1,077.9
ต้นสังกัด	71,412,126	28,143	2,537.5	218,117,601	55,495	3,930.4	472,352,629	105,870	4,461.6
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	25,565,026	79,932	319.8	40,246,619	91,564	439.5	70,409,456	92,554	760.7
ประกันสังคม	35,626,027	52,224	682.2	38,675,164	60,073	643.8	39,258,214	56,545	694.3
ข้อบัญญัติ กทม.	907,591	2,750	330	856,245	2,388	358.6	1,423,085	2,567	554.4
ร.พ.สงเคราะห์	1,710,450	2,285	748.6	1,015,859	1,635	621.3	1,212,009	1,798	674.1
ผู้ป่วยนอกทั้งหมด	471,808,932	436,957	1,079.8	580,374,627	451,695	1,284.9	807,800,459	466,351	1,732.2
ผู้ป่วยใน									
ชำระด้วยเงินสด	19,898,905	52,910	376.1	27,229,054	47,930	568.1	30,536,042	48,847	625.1
ต้นสังกัด	168,762,314	121,707	1,386.6	192,998,549	122,862	1,570.9	229,021,662	142,849	1603.2
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	82,086,176	129,587	633.4	106,991,042	145,745	734.1	103,798,938	149,795	692.9
ประกันสังคม	19,952,651	19,165	1,041.1	24,026,471	25,932	926.5	22,498,825	27,471	819.0
พรบ. ผู้ประสบภัย	1,616,861	3,497	462.4	1,602,861	2,953	542.8	1,117,801	2,691	415.4
ข้อบัญญัติ กทม.	488,195	748	652.7	510,455	925	551.8	746,743	1,147	651.0
ร.พ.สงเคราะห์	1,673,169	3,870	432.3	2,157,305	3,858	559.2	1,704,215	3,681	463.0
ผู้ป่วยในทั้งหมด	294,478,272	331,484	888.4	355,515,738	350,205	1,015.2	389,424,226	376,481	1,034.4

เมื่อเปรียบเทียบค่ายาและเวชภัณฑ์ ต่อใบสั่งยาของทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแยกตามสิทธิในปีงบประมาณ 2548-2550 พบว่าผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิต้นสังกัดและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งไม่ต้องมีการทอดรองจ่ายเงินนั้นมีมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ต่อใบสั่งยาเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนผู้ป่วยนอกสิทธิอื่น ๆ และผู้ป่วยในทุกสิทธิมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก และผู้ป่วยบางสิทธิมีค่าใช้จ่ายต่อใบสั่งยาลดลง (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาในสถานพยาบาลนั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษาโดยคำนึงถึงการจำกัดค่าใช้จ่าย และให้เกิดการรักษาที่เหมาะสม

ซึ่งในประเทศไทย มีรายงานการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลต่าง ๆ^{6,7} รายงานการบริหารจัดการด้านยาของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ 3 แบบ คือภาคเอกชน ภาครัฐ และที่สังกัดมูลนิธิหรือที่ไม่แสวงหากำไร⁸ โดยศึกษาขณะที่ยังไม่มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพระบบใหม่ พบว่ายังมีความแตกต่างของการจ่ายยาในบัญชียาหลักและยาสามัญระหว่างโรงพยาบาลดังกล่าว ทั้งนี้บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับ พ.ศ. 2542 มีรายการยา 634 รายการ และกำหนดให้ยาในบัญชี อยู่ภายใต้ระบบการกำกับ ประเมิน และตรวจสอบการใช้ยาในโรงพยาบาล จึงได้มีการศึกษาแนวโน้มการใช้ดังกล่าว⁹ มีการทบทวน สังเคราะห์องค์ความรู้ และข้อค้นพบต่าง ๆ เกี่ยวกับการประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพในประเทศไทย ในรอบ 10 ปี¹⁰ รวมทั้งการศึกษาลักษณะของกลุ่มากราคาแพงเช่น COX-2 inhibitor¹¹ การศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย¹² ซึ่งการศึกษาทั้งหมดดังกล่าวนี้ พบว่ามีแนวโน้มการสั่งใช้ยาที่มี

ราคาแพง ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้น และบางครั้งมีการส่งจ่ายที่ไม่เหมาะสม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการคำนวณค่าใช้จ่ายเฉพาะทางด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยทำการศึกษามูลค่ายาและเวชภัณฑ์ ที่มีการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยหรือจากหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ไม่มีการเรียกเก็บเงินเนื่องจากผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือทางวิทยาลัยให้การสงเคราะห์ ย้อนหลังเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี 2548-2550 แต่เนื่องจากระดับราคาของยาและเวชภัณฑ์ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเปรียบเทียบมูลค่าค่าใช้จ่ายที่ปีต่างกันจึงไม่อาจจะสะท้อนความแตกต่างของปริมาณทรัพยากรที่ใช้ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับมูลค่าของค่าใช้จ่ายจากปีต่าง ๆ เป็นมูลค่าที่ปีฐาน ซึ่งหักค่าเงินเพื่อออกแล้ว การปรับค่าต้นทุนที่เวลาต่างกันนี้เรียกว่า ความสามารถในการอ้างอิงต้นทุนข้ามเวลา (transferability of costs across time) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ปรับค่าใช้จ่ายในปีต่าง ๆ ให้ เป็นค่าของเงินในปี พ.ศ. 2550 โดยใช้ค่าดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index: CPI) ของประเทศไทย ปีฐาน 2545⁵ หมาวค่ายาและเวชภัณฑ์ เพื่อนำค่าของเงินในปีต่าง ๆ ที่ปรับแล้วสามารถนำมาเปรียบเทียบมูลค่ากันได้โดยไม่มีปัจจัยทางด้านเงินเพื่อเข้ามารบกวน และจากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่วิทยาลัยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกซึ่งมีมูลค่าสูงกว่าของผู้ป่วยในประมาณสองเท่า

เมื่อศึกษารายละเอียดค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิต้นสังกัด และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งไม่ต้องทอดรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าผู้ป่วยนอกสิทธิอื่น ๆ และผู้ป่วยในทุกสิทธิ การที่ผู้ป่วยนอกสิทธิต้นสังกัดมีค่ายาและเวชภัณฑ์สูงขึ้นมากนั้น คาดว่าเกิดเนื่องจากการที่กรุงเทพมหานครมีการอนุมัติให้ใช้ต้นสังกัดผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2541 และต่อมากรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ก็มีการอนุมัติให้ใช้ต้นสังกัดผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์เช่นเดียวกันโดยเริ่มอนุมัติใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 จึงทำให้ผู้ป่วยชำระเงินสดลดลง และใช้สิทธิต้นสังกัดเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อรวมสัดส่วนของผู้ป่วยชำระเงินสดและใช้สิทธิต้นสังกัดเปรียบเทียบกับผู้ป่วยนอกทุกสิทธิในแต่ละปี พบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกันเป็น ร้อยละ 86.4, 86.1 และ 86.1 ในปี 2548-2550 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยนอกสิทธิต้นสังกัดมีค่าใช้จ่ายทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 205.4 ในปี 2549 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 116.6 ในปี 2550 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 57.4 ในปี 2549

และเพิ่มขึ้นร้อยละ 74.9 ในปี 2550 ส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยใน พบว่าค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยที่ใช้สิทธิต้นสังกัด ร้อยละ 54.3-58.8 รองลงมาคือ ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ ผู้ป่วยที่ชำระด้วยเงินสดตามลำดับ ส่วนค่าใช้จ่ายที่วิทยาลัยสงเคราะห์รวมผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในปี 2548-2550 คิดเป็นร้อยละ 0.6-0.7 ของค่ายาและเวชภัณฑ์เท่านั้น

การที่มูลค่าของค่ายาและเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นนั้นอาจเนื่องมาจากหลาย ๆ ปัจจัย นอกจากมีการเปลี่ยนระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลในสิทธิข้าราชการแล้ว อาจเกิดจากอัตราเงินเฟ้อ อัตราการแลกเปลี่ยนของเงินตราต่างประเทศทำให้ต้นทุนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์สูงขึ้น มีการส่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสม หรือเกินความจำเป็น ทั้งนี้ไม่ว่าเกิดจากเหตุผลใดก็ตาม ควรมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไปเพื่อหาสาเหตุที่ทำให้ค่าใช้จ่ายของยาและเวชภัณฑ์ในวิทยาลัยสูงขึ้นมากจนอาจทำให้รัฐเสียผลประโยชน์เนื่องจากต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงมากกว่าที่ควร และในอนาคตอาจมีผลต่อเนื่องถึงผู้ป่วยนอกที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลบางส่วนที่นอกเหนือจากสิทธิที่ได้รับ ถ้ามีการประกาศใช้ระบบจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs = diagnosis related groups) ของผู้ป่วยนอก จะทำให้วิทยาลัยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องจากไม่สามารถเบิกได้ทั้งหมดเมื่อคิดตาม DRGs ทั้งนี้มีข้อสังเกตจากการเปรียบเทียบมูลค่ายาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยนอกต่อใบสั่งยา ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิต้นสังกัดมีค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิชำระเงินสดมาก (ร้อยละ 104.8 ในปี 2548 ร้อยละ 235.9 ในปี 2549 และร้อยละ 313.9 ในปี 2550) ดังนั้นบุคลากรทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลควรตระหนักถึงผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นถ้ามีการสั่งการรักษาที่ฟุ่มเฟือยและไม่สมควร

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมรายจ่ายโดยรวม การพัฒนาตัวชี้วัดด้านคุณภาพ (quality indicator) สำหรับดูแลระบบค่าใช้จ่ายด้านยา ที่รวมคุณภาพการส่งจ่ายยา จะต้องมีการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในด้านยาโดยจะต้องมีการกำหนดวิธีการในเรื่องต่าง ๆ เช่น การจัดซื้อยา การประเมินการใช้จ่าย และต้นทุนประสิทธิผลในการให้บริการผู้ป่วยเป็นต้น การศึกษาระบบยาที่มีอยู่แบบเดิม¹³ อาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีระบบติดตามระบบยาที่เป็นพลวัตรกว่านี้

การที่มีการประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2524 และฉบับใหม่ทีประกาศใช้ในปี 2551 ได้มีการคัดเลือกกรายการยาที่จำเป็นจริง ๆ ซึ่งคาดว่าจะลดความฟุ่มเฟือยลงได้ปีละกว่า 20,000 ล้านบาท ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้คาดการณ์ไว้ นั้นต้องมีการส่งเสริมการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงการ

ติดตามผลกระทบจากการดำเนินนโยบายดังกล่าว

วิทยาลัย ในฐานะเป็นหน่วยบริการตติยภูมิ และเป็นโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ มีความจำเป็นต้องทำการวางแผนระบบการจ่ายเงินค่ายา การเงินการคลัง การประเมินการใช้จ่ายในสถานพยาบาล เพื่อให้เข้าใจสภาพการใช้จ่าย เช่นกลุ่มยาราคาแพงหรือกลุ่มที่มีการใช้มูลค่าสูงมาก การจัดระบบเตือนภัยเรื่องปัญหาการใช้จ่าย ระบบการควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาล (hospital accreditation) ที่เข้มงวด ดังนั้นการจัดเตรียมระบบฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ เพื่อใช้ในการประเมินค่าใช้จ่าย การพัฒนาระบบเตือนสำหรับการใช้จ่ายที่เหมาะสม ระบบเตือนภัยปัญหาการแพ้ยาและยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน เหล่านี้จะช่วยทำให้ระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเข้าสู่ระบบที่เหมาะสม ทำให้ลดมูลค่าการบริโภคยาที่ไม่จำเป็น และลดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นออกไปได้ รวมถึงการนำไปสู่การใช้จ่ายที่เหมาะสมและทำให้ผลการรักษาได้ประสิทธิภาพสูงสุด ข้อมูลเหล่านี้ล้วนต้องการการวิจัยในระดับต่างกัน เช่น การติดตามค่าใช้จ่ายด้านยาอย่างต่อเนื่อง การประเมินการใช้จ่ายในโรงพยาบาลตามกำหนดบัญชียาหลัก การประเมินเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหา เช่นยาปฏิชีวนะ กลุ่มยาราคาแพงที่ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย การใช้จ่ายสามัญทดแทนยาชื่อการค้า¹⁴ การศึกษาการบริหารฐานข้อมูลด้านยามาใช้ประโยชน์ในการติดตามและประเมินการใช้จ่าย¹⁵

สรุป

ค่าใช้จ่ายรวมของยาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิบัตรสังคมสงเคราะห์และสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งไม่ต้อง掏ครองเงินจ่าย มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าผู้ป่วยนอกสิทธิอื่น ๆ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิทั้งสองสิทธิดังกล่าวมาใช้บริการเพิ่มขึ้นก็ตามเพราะเมื่อศึกษาค่าใช้จ่ายต่อใบสั่งยาพบว่าค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สำหรับผู้ป่วยนอกสิทธิอื่น ๆ และผู้ป่วยในทุกสิทธิมีค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงานวิจัย และขอขอบคุณ ผศ.ภญ.ดร. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ภญ. เสาวลักษณ์ ด้วงควารี คุณเกศินี พรศิริโชคสมบัติ คุณจิรภรณ์ ปรารถน์วิทยา และเจ้าหน้าที่ในหน่วยจ่ายยาทุกหน่วยของกลุ่มงานเภสัชกรรมที่ได้สนับสนุนข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พินิจ พ้าอานวยผล, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, รุจิรา ทวีรัตน์, นิธิศ วัฒนมะโน. รายงานด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพไทย. รายงานการสาธารณสุขไทย 2548-2550; 7: 302.
2. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพเพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544. หน้า 75-83.
3. Kobelt G. Health economics: an introduction to economic evaluation. 2nd ed. London: Office of Health Economics; 2002. p. 114 -6.
4. van den Berg B, Brouwer W, van Exel J, Koopmanschap M, van den Bos GA, Rutten F. Economic valuation of informal care: lessons from the application of the opportunity costs and proxy good methods. Soc Sci Med 2006; 62: 835-45.
5. กระทรวงพาณิชย์. Report for Consumer Price Index of Thailand Base Year 2002 หมวดค่ายาและเวชภัณฑ์ 2551. Available at: http://www.indexpr.moc.go.th/price_present/TableIndexG_region_y.asp?table_name=&province_code=5&type_code=g&check_f=i&year_base=2545&nyear. Retrieved March 23, 2008.
6. จันทรา คัจฉาวรี, สมชาติ โตรักษา. การใช้จ่ายด้านการติดเชื้อในโรงพยาบาลมะเร็ง ปีงบประมาณ 2535-2537. วารสารวิชาการ 2539; 5: 542-6.
7. เสน่ห์ สุจินพรหม, อนงค์เนตร สิทธิปัญญาบุญ, รัชนี้ นรโคตร, รังสฤษดิ์ ไชยพรรค. โครงการประเมินการใช้จ่าย Imipinem ในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2543; 15: 91-9.

8. Pitaknetinan K, Tangcharoensathien V, Supachutikul A, Bennett S, Mills A. Profit, payment and pharmaceutical practices: perspectives from hospitals in Bangkok. *Health Policy* 1999; 46: 179-94.
9. วรรณิดา ศรีสุพรรณ, จุฬารณย์ ลิ้มวัฒนานนท์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, ไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. แนวโน้มการใช้จ่ายตามนโยบายบัญชียาหลักแห่งชาติของโรงพยาบาลในปัจจุบัน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2547; 13: 37-45.
10. รุ่งทิพา หมื่นปา, ชุติมา อรรถสิทธิ์, บัญญัติ สิทธิอัญญิก, อาริวรรณ เขียวชาญวัฒนา, เจริญ ตีรศักดิ์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, และคณะ. พรหมแดนแห่งความรู้: หนึ่งทศวรรษของการประเมินการใช้จ่ายในโรงพยาบาล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2547; 13: 277-90.
11. Phosri J, Kulsomboon V, Kiatying-Angsulee N. Impact of Cox-2 inhibitors in Thai orthopaedic outpatients. *J Pharmacy Practice Research* 2005; 35: 115-8.
12. อรพรรณ เกตุเจริญ, อัญมณี ปิ่นน้อย, พวงเพ็ญ ฤทธิวีรกุล. แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านยาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล* 2550; 17 (Suppl) S77-S88.
13. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ดันติเวส. ระบบยาของประเทศไทย จัดทำโดยคณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545. หน้า 7-15.
14. ศรีเพ็ญ ดันติเวส. การใช้จ่ายสามัญทดแทนยาต้นแบบในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2545; 11: 32-43.
15. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารณย์ ลิ้มวัฒนานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อวิเคราะห์การใช้จ่ายของโรงพยาบาล: เครื่องมือประเมินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2546; 12: 169-84.