

นิพนธ์ต้นฉบับ : การบริหารทางเภสัชกรรม

ผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อค่าใช้จ่ายด้านยาในผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใต้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

The Impact of Direct Reimbursement System on the Drug Expenditures in Cardiovascular Outpatients with Civil Servants' Medical Benefit Scheme

ทวีศักดิ์ มโนมยิทธิกาญจน์, ส.ม.(การบริหารสาธารณสุข)*; เอี่ยมเดือน ประวาฬ, Ph.D**; ภัทรพร ตั้งสุจริต, วท.ม.*

ทวีศักดิ์ มโนมยิทธิกาญจน์, เอี่ยมเดือน ประวาฬ, ภัทรพร ตั้งสุจริต. ผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใต้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2552: 19(3):219-27.

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เป็นการศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 4 ปีงบประมาณ (2548 ถึง 2551) จากฐานข้อมูลงานเภสัชกรรมบริการของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นเวลา 2 ปี ก่อนและหลังวันประกาศใช้ระบบเบิกจ่ายตรง (1 ตุลาคม 2549) การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายด้านยาของแต่ละปีงบประมาณ ใช้สถิติ Mann-Whitney rank sum test และวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจจะได้รับผลกระทบ ได้แก่ จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อใบสั่งยา ระยะเวลาเฉลี่ยในการติดตามผล (เดือน/ครั้ง) และอัตราส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผลการศึกษา พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ของปีงบประมาณ 2548, 2549, 2550, และ 2551 เท่ากับ 5,996, 7,627, 10,474, และ 10,921 บาทตามลำดับ โดยปีงบประมาณ 2549 และ 2550 แตกต่างจากปีก่อนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ปีงบประมาณ 2551 ไม่แตกต่างจากปีงบประมาณ 2550 ($p < 0.099$) ในระหว่างปีงบประมาณ 2548 ถึง 2551 จำนวนรายการยาเฉลี่ย/ใบสั่งยามีค่าระหว่าง 3.56-4.07 และระยะเวลาในการติดตามผลมีค่าระหว่าง 4.30-4.87 เดือน/ครั้ง ซึ่งจัดว่าเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ในขณะที่อัตราส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ/ยาในบัญชี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 0.45 เป็น 0.87 แสดงว่า ระบบเบิกจ่ายตรงน่าจะมีผลต่อการสั่งใช้ยานอกบัญชีในสัดส่วนที่สูงขึ้น

คำสำคัญ: ระบบเบิกจ่ายตรง, ค่าใช้จ่ายด้านยา, สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

* ฝ่ายเภสัชกรรม ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Manomayitthikan T, Prawan A, Tangsujarit P. The Impact of Direct Reimbursement System on the Drug Expenditures in Cardiovascular Outpatients with Civil Servants' Medical Benefit Scheme. Thai Journal of Hospital Pharmacy 2009; 19(3):219-27.

The objective of this study was to determine the effect of Direct Reimbursement System (DRS) on drug expenditures of cardiovascular outpatients under the civil servants' medical benefit scheme. A four fiscal years (October 1, 2004 to September 30, 2008) retrospective study was conducted by using administrative database obtained from the Pharmacy Department, Queen Sirikit Heart Center, Khon-Kaen University. Data of drug expenditure were collected for two years prior and after the introduction of DRS on October 1, 2006. Difference of the Annual Mean Cost (AMC) of drug expenditure per case was determined by Mann-Whitney rank sum test. There were three potential factors which might be affected by DRS, namely, drug items per prescription (IPP), the follow up period (FUP), and cost ratio of non-essential drug to essential drug (NED/ED ratio). Results showed that the AMC during budget year 2005 and 2008 were 5,996, 7,627, 10,474, and 10,921 Baht respectively. There were significant differences of AMC between the fiscal year 2005 to 2006, and 2006 to 2007 ($p < 0.001$); however, there was no significant difference between the fiscal years of 2007 and 2008 ($p < 0.099$). During the four-year period, the IPP was 3.56 to 4.07 items while the FUP was 4.30 to 4.87 month per visit. It was obvious that there was no significant fluctuation of both parameters. On the other hand, NED/ED ratio was substantially increased from 0.45 to 0.87, indicating that DRS may affect the surge of non-essential drug prescription usage.

Keywords : Direct reimbursement system, drug expenditure, civil servants' medical benefit scheme

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดนับเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและรักษาโรคสูงอยู่ในอันดับต้นๆ เนื่องด้วยต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนาากลุ่มใหม่ๆ ที่มีประสิทธิผลในการรักษาและควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น การใช้ยาตามมาตรฐานการรักษาในระดับสากล โดยอ้างอิงหลักฐานงานวิจัยต่างๆ¹⁻¹³ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาระค่าใช้จ่ายด้านยาที่

ค่อนข้างสูงนี้ มีผลต่อผู้ป่วยกลุ่มข้าราชการและข้าราชการบำนาญผู้ใช้สิทธิ์ที่จะต้องทอดรองเงินจ่ายล่วงหน้า ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยา ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาได้⁴

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังได้ประกาศใช้หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นมา (1 ตุลาคม

2549)¹⁵ เพื่อลดภาระในการทตรงจ่ายค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการชั้นผู้น้อยและครอบครัว โดยผู้มีสิทธิ์ทุกรายสามารถขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลที่รักษา เพื่อให้โรงพยาบาลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยตรงจากกรมบัญชีกลาง

จากรายงานสถิติการใช้จ่ายในอดีตจนถึงปัจจุบัน มีแนวโน้มการเบิกจ่ายงบประมาณสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2533 มีรายจ่ายสวัสดิการ-รักษายาบาลข้าราชการทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 4,316 ล้านบาทและภายใน 8 ปี (ปีงบประมาณ 2541) ยอดค่าใช้จ่ายได้เพิ่มเป็น 16,440 ล้านบาท โดยเฉลี่ยยอดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นปีละ 1,515.50 ล้านบาท หลังจากนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปีงบประมาณ 2548 มีค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 29,380 ล้านบาท เฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 1,848.57 ล้านบาทและในปีต่อมา ปีงบประมาณ 2549 มีค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 37,004 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้น 7,624 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2550 หลังจากประกาศใช้ระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิม 9,478 ล้านบาท เป็น 46,482 ล้านบาท และในปีงบประมาณ 2551 มีการเบิกจ่ายรวมทั้งสิ้น 54,900 ล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นถึง 8,418 ล้านบาท¹⁶

จากข้อมูลงานวิจัยของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร¹⁷ ซึ่งศึกษาค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกของกลุ่มตัวอย่างข้าราชการในกรุงเทพมหานคร จำนวน 5,295 ราย ในปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่า โรคอันดับ 1 ใน 3 คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต และมีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล 1,382 บาท ประกอบด้วยค่ายาร้อยละ 87 ค่าตรวจทางรังสีร้อยละ 4, ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการร้อยละ 2, และค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีกร้อยละ 7

จากข้อมูลภาพรวมของประเทศดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นแนวโน้มการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลของกลุ่มผู้ใช้สิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เพิ่มขึ้นมาก ซึ่งรายจ่ายส่วนใหญ่สำหรับผู้ป่วยนอกจะเป็นค่ายาถึงเกือบร้อยละ 90 นับว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นค่าใช้จ่ายหลักที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาต่อไปว่า ในระดับจุลภาค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงนั้น จะมีค่าใช้จ่ายด้านยามากน้อยเพียงใด และระบบเบิกจ่ายตรงมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้สิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

นิยามศัพท์

ระบบเบิกจ่ายตรง หมายถึง ระบบการเรียกเก็บค่ารักษายาบาลของสถานพยาบาลจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง โดยตรง เพื่อลดภาระการทตรงจ่ายเงินล่วงหน้าของผู้ใช้สิทธิ์

ปีงบประมาณ หมายถึงระยะเวลา 1 ปี นับจาก 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน ของปีถัดไป

สิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หมายถึง ผู้ที่มีสิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการข้าราชการบำนาญ และบิดา มารดา รวมทั้ง บุตรของผู้มีสิทธิ์นั้น

วิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบติดตามเก็บข้อมูลย้อนหลัง

(retrospectives)

ขอบเขตการศึกษา ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยนอก โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ใช้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และมารับบริการ ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยเก็บข้อมูลปีงบประมาณ 2548 ถึง 2551 เป็นระยะเวลา 2 ปี ก่อนและหลังวันประกาศใช้ระบบเบิกจ่ายตรง (1 ตุลาคม 2549)

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ระบุข้อมูลที่เป็นต่อการนำมาใช้วิเคราะห์ได้แก่ เลขที่ใบสั่งยา รหัสประจำตัวผู้ป่วย (HN) วันที่สั่งจ่ายยาสิทธิการรักษาพยาบาล ชื่อยา ราคาต้นทุน ยาต่อหน่วย จำนวนยาที่สั่งจ่าย

2. ประสานงานระบบสารสนเทศ เพื่อกรองข้อมูลดิบจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล

3. นำข้อมูลมาจัดการให้อยู่ในรูปฐานข้อมูลตามที่ต้องการด้วยโปรแกรมไมโครซอฟแอคเซส

4. วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ดังนี้

4.1 $\text{มูลค่าการใช้ยา} = \text{จำนวนยาที่ใช้} \times \text{ราคาต้นทุนยาต่อหน่วย}$

4.2 $\text{ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี} = \frac{\text{มูลค่าการใช้ยาทั้งปี}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งปี}}$ ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี นี้ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่กว้างมาก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมในการใช้เป็นตัวแทนในการนำเสนอข้อมูลภาพรวมทั้งหมด คณะผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลดิบมาจัดกลุ่มเป็นช่วงค่าใช้จ่ายด้านยา แล้วสร้างกราฟเพื่อพิจารณาการกระจายตัว ทำให้สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามค่าใช้จ่ายด้านยา ออกเป็นกลุ่ม 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1. ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ต่ำกว่า 1,000 บาท

กลุ่มที่ 2. ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ตั้งแต่ 1,000-5,000 บาท

กลุ่มที่ 3. ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ตั้งแต่ 5,001-10,000 บาท

กลุ่มที่ 4. ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ตั้งแต่ 10,001-50,000 บาท

กลุ่มที่ 5. ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี มากกว่า 50,000 บาท

4.3 $\text{จำนวนรายการยา/ใบสั่งยา} = \frac{\text{จำนวนรายการยาที่สั่งจ่ายทั้งปี}}{\text{จำนวนใบสั่งยาทั้งปี}}$

4.4 $\text{จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์/ปี} = \frac{\text{จำนวนใบสั่งยาทั้งปี}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งปี}}$

4.5 $\text{ระยะเวลาในการติดตามผล (เดือน/ครั้ง)} = \frac{12}{\text{จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ใน 1 ปี}}$

4.6 $\text{อัตราส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาของยา NED/ED} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายด้านยาของยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งปี}}{\text{ค่าใช้จ่ายด้านยาของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งปี}}$ (ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551)

สำหรับสถิติเชิงเปรียบเทียบ มีดังนี้

4.7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/คน/ปี ในแต่ละปีงบประมาณด้วยโปรแกรม Sigma stat โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov normality test พบว่า ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยในแต่ละปี มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้การทดสอบเปรียบเทียบด้วย Mann-Whitney rank sum test

ผลการวิจัย

1. **มูลค่ายาและจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ** ในระหว่างปีงบประมาณ 2548, 2549, 2550, และ 2551 ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ขยายการให้บริการผู้ป่วยนอก ตามอัตรากำลังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่กลับมาปฏิบัติงานหลังจากสำเร็จการศึกษา ทำให้

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ 1,734, 2,444, 2,958, และ 5,067 ราย โดยมีอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 59.17, 60.43, 62.53 และ 61.72 ปี และมีมูลค่าการใช้ยาในแต่ละปีทั้งหมด จำนวน 10.39, 18.64, 30.98, และ 55.34 ล้านบาท ตามลำดับ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จาก 5,996 เป็น 10,921 บาท ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านยาสูงสุด/ราย/ปี เท่ากับ 92,165, ตาราง 1 มูลค่ายาและจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการ

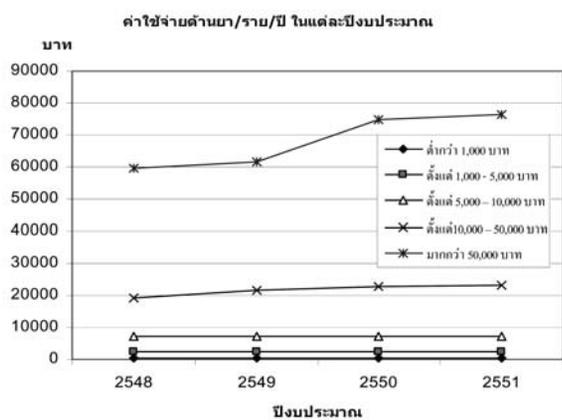
90,797, 797,42, และ 1,202,067 บาท ตามลำดับ สำหรับจำนวนรายการยาต่อใบสั่งยาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 3.56 เป็น 4.07 จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ อยู่ระหว่าง 2.46-2.79 ครั้งต่อปี หรือระยะเวลาติดตามอยู่ระหว่าง 4.30-4.87 เดือนต่อครั้ง อัตราส่วน การใช้ยานอกบัญชีต่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 0.45 เป็น 0.84 (ตาราง 1)

ปี งบประมาณ	ค่าใช้จ่าย ด้านยา เฉลี่ย(บาท) /ราย/ปี ±SD	จำนวน รายการยา /ใบสั่งยา	จำนวน พบแพทย์ ต่อปี (เดือน/ครั้ง)	อัตราส่วน ยา NED/ED	มาตรฐาน ค่าใช้จ่าย ด้านยา (บาท) /ราย/ปี	ค่าใช้จ่ายด้าน ยาควอไทล์ ที่ 1 และ 3 (บาท) /ราย/ปี	Mann- Whitney Rank Sum Test
2548	5,996±8,916	3.56	2.79 (4.30)	0.45	2,212	766, 7,507	-
2549	7,627±10,935	3.92	2.65 (4.52)	0.52	2,809	782, 9,783	p<0.001, เทียบกับ 2548
2550	10,474±22,321	3.99	2.46 (4.87)	0.70	3,866	876, 13,231	p<0.001, เทียบกับ 2549
2551	10,921±23,703	4.07	2.66(4.51)	0.84	3,968	1,010, 13,911	p=0.099, เทียบกับ 2550

เมื่อใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ (Mann-Whitney rank sum test) เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ในแต่ละปีงบประมาณ พบว่า มาตรฐาน (median) ค่าใช้จ่ายด้านยา/ราย/ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2548 ถึง 2551 มีมูลค่าสูงขึ้นทุกๆ ปี โดยค่ามัธยฐานค่าใช้จ่ายด้านยา/ราย/ปี ในปีงบประมาณ 2549 มีค่าเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2548 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ร้อยละ 26.99) และปีงบประมาณ 2550 มีค่าเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2549 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ร้อยละ 37.63) อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2551 มีค่าเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2550 เพียงร้อยละ 2.64 และมีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

(p<0.099)
 2. กลุ่มผู้ป่วย เมื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยตามช่วงค่าใช้จ่ายด้านยา 5 กลุ่มย่อย ตามรูป 1 และตาราง 2 เพื่อพิจารณาการกระจายตัว พบว่า ในปีงบประมาณ 2548, 2549, 2550, และ 2551 ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 มีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ของแต่ละปีงบประมาณ เท่ากับ 497, 491, 489, และ 502 บาท ตามลำดับ (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 230, 221, 224, และ 229) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2,398, 2,481, 2,499, และ 2,467 บาท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1,112, 1,148, 1,142, และ 1,126) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 3 มีค่าเท่ากับ 7,170, 7,287, 7,106, และ 7,285 บาท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1,508,

1,428, 1,341, และ 1,417) ผู้ป่วยกลุ่มที่ 4 เท่ากับ 19,734, 21,450, 22,626, และ 23,167 บาท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8,314, 9,379, 10,665, และ 10,424) และผู้ป่วยกลุ่มที่ 5 เท่ากับ 59,566, 61,722, 74,906, และ 76,390 บาท (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12,514, 9,952, 89,916, และ 96,879) ตามลำดับ (รูป 1) แสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยา ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป (กลุ่มที่ 4 และ 5) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ต่ำกว่า 10,000 บาท มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก (กลุ่มที่ 1, 2, และ 3)



รูป 1 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ในกลุ่มต่างๆ

ในปีงบประมาณ 2548 กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ต่ำกว่า 10,000 บาท (ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1, 2, และ 3) มีจำนวนผู้ป่วยรวมคิดเป็นร้อยละ 80.97 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ยร้อยละ 34.34 ของค่ายาทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี มากกว่า 10,000 บาท (ผู้ป่วยกลุ่มที่ 4 และ 5) มีจำนวนผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 19.03 แต่มีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ยร้อยละ 65.66 และผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้ มีจำนวนเพิ่ม

มากขึ้น เป็นร้อยละ 24.56, 30.79, และ 31.60 ในปีงบประมาณ 2549, 2550, และ 2551 และมีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.23, 82.23, และ 82.70 ตามลำดับซึ่งนับว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (ตาราง 2)

วิจารณ์ผล

จากข้อมูลภาพรวมที่แสดงค่าใช้จ่ายด้านยาและจำนวนผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ที่รับการรักษา ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างปีงบประมาณ 2549-2551 ค่าใช้จ่ายด้านยามีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคิดเป็นร้อยละ 79.29, 66.21, และ 78.62 และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 40.00, 21.04 และ 71.30 ตามลำดับการที่มีอัตราเติบโตของจำนวนผู้ป่วยและมูลค่าการใช้จ่ายอย่างรวดเร็วนี้ เนื่องมาจากการขยายการให้บริการตามอัตรากำลังแพทย์ที่เพิ่มขึ้น หลังจากสำเร็จการศึกษาแล้วกลับมาปฏิบัติงาน

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปี ในช่วงปีงบประมาณ 2548-2549 และปีงบประมาณ 2549-2550 มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในช่วงปีงบประมาณ 2549-2550 มีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ร้อยละ 37.33) อย่างไรก็ตามในช่วงปีงบประมาณ 2550-2551 เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.27 โดยพบความแตกต่างอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

ผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อปัจจัยที่อาจทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น เช่น จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อใบสั่งยา ในปีงบประมาณ 2549 และ 2550 มีค่าเท่ากับ 3.92 และ 3.99 ตามลำดับ ซึ่งแทบจะไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยา จึงไม่น่าจะเกิดจากปัจจัยจำนวนรายการยาต่อใบสั่งยา สำหรับจำนวน

ตาราง 2 เปรียบเทียบสัดส่วนมูลค่ายาทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มกับร้อยละจำนวนผู้ป่วย

กลุ่มผู้ป่วย ที่มีค่าใช้จ่าย ด้านยาเฉลี่ย/ ราย/ปี	ปีงบประมาณ 2548		ปีงบประมาณ 2549		ปีงบประมาณ 2550		ปีงบประมาณ 2551	
	มูลค่ายา (ร้อยละ)	ผู้ป่วย (ร้อยละ)	มูลค่ายา (ร้อยละ)	ผู้ป่วย (ร้อยละ)	มูลค่ายา (ร้อยละ)	ผู้ป่วย (ร้อยละ)	มูลค่ายา (ร้อยละ)	ผู้ป่วย (ร้อยละ)
1. ต่ำกว่า 1,000 บาท	264,188 (2.54)	531 (30.62)	351,259 (1.88)	714 (29.21)	390,492 (1.26)	798 (26.98)	630,135 (1.14)	1,255 (24.77)
2. ตั้งแต่ 1,001- 5,000 บาท	1,484,712 (14.28)	619 (35.70)	1,953,119 (10.48)	787 (32.20)	2,039,658 (6.58)	816 (27.59)	3,669,365 (6.63)	1,487 (29.35)
3. ตั้งแต่ 5,001- 10,000 บาท	1,821,354 (17.52)	254 (14.65)	2,499,526 (13.41)	343 (14.03)	3,077,042 (9.93)	433 (14.64)	5,274,507 (9.53)	724 (14.29)
4. ตั้งแต่ 10,001- 50,000 บาท	6,171,842 (59.36)	319 (18.40)	12,355,344 (66.28)	576 (23.57)	18,509,676 (59.74)	818 (27.65)	33,314,701 (60.20)	1,438 (28.38)
5. มากกว่า 50,000 บาท	655,228 (6.30)	11 (0.63)	1,481,338 (7.95)	24 (0.98)	6,966,278 (22.48)	93 (3.14)	12,451,647 (22.50)	163 (3.22)
รวม	10,397,324 (100.00)	1,734 (100.00)	18,640,586 (100.00)	2,444 (100.00)	30,983,146 (100.00)	2,958 (100.00)	55,340,355 (100.00)	5,067 (100.00)

ครั้งที่มาพบแพทย์ต่อปี หรือระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาต่อครั้งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 4.52 เป็น 4.87 เดือนต่อครั้ง แต่อัตราส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาของยานอกบัญชียาหลักต่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีค่าเพิ่มขึ้นมากอย่างต่อเนื่องและชัดเจนจาก 0.45 เป็น 0.52, 0.70, และ 0.87 ในปีงบประมาณ 2548 ถึง 2551 ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า (อัตราส่วน 0.87 อธิบายได้ว่า ทุกการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 100 บาท จะมีการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 87 บาท) ดังนั้น ปัจจัยการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงน่าจะมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลในตาราง 2 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราการใช้จ่ายยาเฉลี่ยต่อรายต่อปีมากกว่า 10,000 บาท (กลุ่มที่ 4, 5) มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น จากร้อยละ 19.03 เป็น ร้อยละ 31.60

จากแนวคิดที่นำระบบเบิกจ่ายตรงมาใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ใช้สิทธิที่ไม่ต้องสำรองเงินออกไปก่อน แล้วจึงค่อยนำไปเบิกภายหลัง ทำให้

ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาราคาสูงได้อย่างสะดวกยิ่งขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดระหว่างปีงบประมาณ 2549-2550 แล้ว มีแนวโน้มชะลอลงตัว ในปีงบประมาณ 2551 อาจอธิบายด้วยปรากฏการณ์กำแพงราคา (price wall phenomenon) ซึ่งใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงระหว่างอุปสงค์และอุปทาน ซึ่งโดยปกติปริมาณการบริโภคสินค้าและบริการของผู้บริโภคจะถูกจำกัดด้วยราคาสินค้า ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของอุปสงค์จะค่อยๆ เพิ่มขึ้นแปรผันตามกำลังซื้อของผู้บริโภค เมื่อใดก็ตาม ที่ตัดกำแพงราคาออก ผู้บริโภคจะมีกำลังซื้อแบบไม่จำกัด จะทำให้อุปสงค์เพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว จนกระทั่งอุปสงค์มีความอึดตัวหรือเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ซึ่งระบบเบิกจ่ายตรงนั้นส่งผลเปรียบเสมือนการตัดกำแพงราคาค่าใช้จ่ายด้านยาออกไป

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงของอัตราส่วนมูลค่ายา/อัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปีงบประมาณ มีแนวโน้มเข้าสู่กฎ 80/20 ของ Pareto Principle¹⁸

กล่าวคือ มูลค่ายาร้อยละ 80 เกิดจากการใช้จ่ายของผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 20 โดยข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ บ่งชี้ว่าในปีงบประมาณ 2548, 2549, 2550 และ 2551 มีอัตราส่วนดังกล่าว ดังนี้ คือ 65.66/19.03, 74.23/24.56, 82.23/30.79, และ 82.70/31.60 ตามลำดับ

นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านยาสูงสุด/ราย/ปี ในปีงบประมาณ 2548 และ 2549 (ช่วงก่อนการประกาศใช้ระบบเบิกจ่ายตรง) มีค่าเท่ากับ 92,165 และ 90,797 บาท เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2550 และ 2551 (ช่วงหลังการประกาศใช้ระบบเบิกจ่ายตรง) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก คือ 797,427 และ 1,202,067 บาท ข้อมูลนี้เป็นการบ่งชี้ชัดแจ้งว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาราคาสูงได้ง่ายขึ้น เมื่อติดตามข้อมูลโดยละเอียดพบว่า เป็นค่าใช้จ่ายของยาที่จำเป็นสำหรับใช้รักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โดยค่ายาต่อวันเฉลี่ยประมาณ 2,500-5,000 บาท

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาพรวมของค่าใช้จ่ายด้านยา ซึ่งยังไม่ได้ศึกษาวิเคราะห์ถึงประสิทธิผลของการใช้จ่ายแต่อย่างใด ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยา หลังจากประกาศใช้ระบบเบิกจ่ายตรงอาจจะส่งผลได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ ในเชิงบวก ระบบเบิกจ่ายตรงจะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาราคาสูงได้ง่ายขึ้น

ทำให้ได้รับโอกาสในการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในกรณีนี้ ได้มีหลักฐานยืนยันว่า การที่ผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม สามารถลดความรุนแรง ลดอัตราการตาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้¹⁴ แต่ในเชิงลบ ระบบเบิกจ่ายตรงอาจจะทำให้เกิดการใช้จ่ายเกินความจำเป็น ซึ่งมีข้อมูลว่าอาจเสนอแนวทางแก้ไขได้โดยใช้นโยบายงบประมาณปลายปิด หรือ ใช้นโยบายการจ่ายร่วมบางส่วน (benefit-base co-pay)¹⁹ ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และควรจะได้มีการศึกษาต่อไปในอนาคตถึงผลกระทบของระบบเบิกจ่ายตรงต่อความคุ้มค่าของการรักษา

สรุปผล

หลังจากที่มีการประกาศใช้ระบบเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ สรุปได้ว่าปัจจัยด้านจำนวนรายการยาเฉลี่ย/ใบสั่งยา และระยะเวลาในการติดตามผล/ครั้ง ได้รับผลกระทบจากระบบเบิกจ่ายตรงน้อยมาก ในขณะที่การสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับอัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาเฉลี่ย/ราย/ปีมากกว่า 10,000 บาท และ 50,000 บาทขึ้นไป มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากการเข้าถึงยาราคาแพงของข้าราชการทุกระดับชั้นที่เป็นไปได้ง่ายขึ้น ผู้ใช้สิทธิ์ และโรงพยาบาลผู้ให้บริการได้รับความสะดวกมากยิ่งขึ้นในการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. Pitt B, Poole-Wilson PA, Segal R, et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: Randomised trial-the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. *Lancet* 2000; 355: 1582-7.
2. Cohn JN, Tognoni G, Valsartan Heart Failure Trial Investigators. A randomized trial of the angiotensin receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001; 345: 1667-75.
3. Jones P, Kafonek S, Laurona I, et al. Comparative dose efficacy of atorvastatin versus sim-

- vastatin, pravastatin, lovastatin, and fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (the CURVES study). *Am J Cardiol* 1998; 81: 582-7.
4. HPS Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individual: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22.
 5. Packer M, Coats AJ, Fowler MB, et al. Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001; 344: 1651-8.
 6. Giatras I, Lau J, Levey AS. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibitors on the progression of nondiabetic renal disease: a meta-analysis of randomized trials. Angiotensin-converting enzyme inhibition and Progressive Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1997; 127: 337-45.
 7. Fallen E, Cairns J, Dafoe W, et al. Management of the postmyocardial infarction patient: a consensus report-revision of the 1991 CCS Guildlines. *Can J Cardiol* 1995; 11: 477-86.
 8. Ryan TJ, Antman EM, Brooks NH, et al. 1999 update: ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: executive summary and recommendations: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guildlines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). *Circulation* 1999; 100: 1016-30.
 9. Lui P, Arnold JM, Belenkie I, et al. The 2001 Canadian Cardiovascular Society consensus guideline update for the management and prevention of heart failure. *Can J Cardiol* 2001; 17(Suppl E): 5E-24.
 10. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, et al. Evaluation and management of chronic heart failure in the adult: ACC/AHA practice guildlines. *J Am Coll Cardiol* 2001; 28: 2101-13.
 11. McAlister FA, Levine M, Zarnke KB, et al. The 2000 Canadian recommendations for the management of hypertension: Part one-Therapy. *Can J Cardiol* 2001; 17: 543-59.
 12. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Cholesterol in adults. Executive summary of the third report of the national cholesterol education program (NCEP). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
 13. Fodor JG, Frohlich JJ, Genest JJ, et al. Recommendations for the management and treatment of dyslipidemia. Report of the Working Group on Hypercholesterolemia and other Dyslipidemias. *CMAJ* 2000; 162: 1441-7.
 14. Paula AR, Jerry HG. Prescribing for Seniors. Available at: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/282/2/113>. Accessed March 2, 2009.
 15. กระทรวงการคลัง. หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ. สืบค้นจาก: www.cgd.go.th/knowl-data_detail.asp?id=2527&cat=21 วันที่เข้าไปสืบค้น 2 มีนาคม 2552.
 16. มติชนรายวัน 22 มกราคม 2552 หน้า 10. ล้อมคอกคำรักษาพยาบาล “ชรก.” สวรส. หนุน “ระบบบงขปลายปีติสืบค้นจาก : www.kroobannok.com/view.php?article_id=4955 วันที่เข้าไปสืบค้น 2 มีนาคม 2552.
 17. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ สืบค้นจาก : http://110.164.197.218-library-research-22_36.htm วันที่เข้าไปสืบค้น 2 มีนาคม 2552
 18. F.John Reh. Pareto's principle-The 80-20 Rule. Available at : <http://management.about.com/cs/generalmanagement/a/Pareto081202.htm> Accessed March 2,2009.
 19. A. MF, Dean GS, Michael EC, et al. A Benefit-Base Co-pay for Prescription Drugs: Patient Contribution Base on Total Benefits, Not Drug Acquisition Cost. Available at: www.sph.umich.edu/vbidcenter/pdfs/ajmc9_01%20benefit_based%20copay.pdf. Accessed March 2, 2009.