รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยเรื่อง
ระบบราคาอ้างอิงของยาในประเทศไทย
(Reference Pricing Systems of Pharmaceuticals in Thailand)

โดย

รศ. ดร. ภญ. เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข

ภญ. อังคนา แสงนภากาศ

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. ภญ. อรลักษณ์ พัฒนาประทีป

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภญ. นพคุณ ธรรมธัชอารี

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

และสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

18 เมษายน 2555

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงกว่าร้อยละสิบในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยมีโรงพยาบาลเป็นแหล่งกระจายหลักของระบบการบริการด้านสุขภาพด้านยา คิดเป็นมูลค่ากว่าร้อยละ 70 ของตลาดยาแผนปัจจุบันทั่วประเทศ บริบทของระบบประกันสุขภาพของไทยมี 3 กองทุนหลักที่มีระบบการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยยังไม่มีกลไกสำหรับติดตามการใช้ยา และราคายาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากระบบประกัน

ราคาอ้างอิง (Reference pricing system, RPS) เป็นกลไกหนึ่งที่หลายประเทศ ใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายค่าบริการด้านยา (drug reimbursement) ในระบบการประกันสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีประสิทธิภาพ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยด้วยยา ระบบราคาอ้างอิงนี้ยึดหลักเกณฑ์คือยาที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันนั้นสามารถทดแทนกันได้ (interchangeable) โดยปกติการทดแทนยาจะใช้ระบบการจัดกลุ่มยาของ WHO คือ ระบบ Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) เป็นหลัก ที่ใช้อยู่มี 3 ระดับ คือ ระดับ ATC-3 ถึง ATC-5 โดยระดับ ATC-5 เป็นการทดแทนโดยยาที่มีชื่อสามัญ (chemical substance) เดียวกันและมีขนาดและรูปแบบยาเหมือนกัน ระดับ ATC-4 เป็นการทดแทนโดยยาที่อยู่ใน chemical subgroup เดียวกัน และระดับ ATC-3 เป็นการทดแทนโดยยาที่มี pharmacological subgroup เดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นกับว่าแต่ละประเทศจะเลือกใช้การอ้างอิงที่ระดับใดเพื่อจ่ายเป็นค่า reimbursement โดยมีการคำนวณราคาเพื่อใช้เป็นเกณฑ์กลางสำหรับการจ่ายค่าบริการ โดยเฉพาะในกรณีที่ราคายาสามัญและยาต้นแบบที่ใช้ทดแทนกันได้ มีส่วนต่างของราคากว้างมากดังที่ปรากฏในประเทศไทย

การวิจัยเพื่อหาคำตอบว่า การนำราคาอ้างอิงมาประยุกต์ใช้ในระบบประกันสุขภาพไทยอย่างไร จึงจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการวิเคราะห์ผลได้ - ผลเสียในระยะสั้น และระยะยาว เมื่อคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ จึงเป็นหัวข้อการศึกษาที่มีความสำคัญ และมีความเร่งด่วน

วัตถุประสงค์

เพื่อหากลไกต่างๆ สำหรับการกำหนดราคาอ้างอิง (reference pricing) หรือราคาเบิกจ่ายของยาที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ในประเด็นต่อไปนี้

1. กรอบรายการยา และกลุ่มยาที่ควรใช้ระบบราคาอ้างอิงควรมีเกณฑ์การพิจารณาอย่างไร
2. วิธีการกำหนดราคาอ้างอิงของยาแต่ละรายการ ควรมีเกณฑ์การพิจารณาอย่างไร
3. กรณีใดบ้างที่ควรได้รับการยกเว้นจากการบังคับใช้ราคาอ้างอิง
4. ผลกระทบต่องบประมาณ เมื่อมีการใช้ราคาอ้างอิงกับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

กลวิธี และผลการดำเนินงาน

โครงการนี้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการควบคุมราคายาในรูปแบบต่าง ๆ ทั่วโลก, ราคาอ้างอิงของยาและผลกระทบของการใช้ในต่างประเทศ รวม 11 ประเทศ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับราคายาในประเทศไทย

โครงการนี้ดำเนินการศึกษาด้วยฐานข้อมูลการใช้ยาปีงบประมาณ 2552 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 8 จังหวัด และฐานข้อมูลการใช้ยาของข้าราชการที่เบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางจากโรงพยาบาลจำนวน 29 แห่ง โดยศึกษายาเม็ดจำนวน 5 กลุ่มที่มีมูลค่าสูงของข้าราชการ คือ ยาลดไขมันกลุ่ม statin, ยาทางเดินอาหารกลุ่ม Proton pump inhibitor (PPI), ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Angiotensin-convering enzyme inhibitors (ACEI), Angiotensin receptor blockers (ARB), และยากระดูกกลุ่ม Bisphosphonates (BIS) ข้อมูลประกอบด้วย รหัสยา ชื่อยาและขนาด ปริมาณจ่าย (ใบสั่งยาและเม็ด) และมูลค่าจ่าย นอกจากนั้นยังศึกษาข้อมูลต้นทุนยาจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข นำข้อมูลมาประมวลผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัดส่วนการใช้ยาสามัญและยาต้นแบบและมูลค่า, สถิติราคาต่อหน่วยของยาแต่ละรายการ และราคายาต่อ 1 Defined Daily Dose (DDD) (ประกอบด้วยราคาเฉลี่ย ราคาสูงสุด ต่ำสุด ค่ามัธยฐาน และ เปอร์เซนต์ไทล์ 25, 50, 75, 90) จากนั้นจึงนำข้อมูลมาประเมินผลที่ทำให้ประหยัดงบประมาณของภาครัฐเมื่อนำราคาอ้างอิงมาประยุกต์ใน 4 สถานการณ์ คือ 1) ไม่มีการทดแทนยา แต่เบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา + Dispensing fee (30 หรือ 50 บาทต่อหนึ่งรายการ), 2) มีการทดแทนยาระดับที่ 1 (เบิกจ่ายด้วยราคามัธยฐานของยาสามัญในขนาดเดียวกัน เช่น เบิกจ่ายยาต้นแบบ simvastatin ด้วยราคายาสามัญ), 3) มีการทดแทนยาระดับที่ 2 (เบิกจ่ายด้วยราคามัธยฐานต่อหนึ่ง DDD ของยาในกลุ่มเดียวกันที่มีคุณภาพในการรักษาเท่าเทียมกัน เช่น เบิกจ่ายยาต้นแบบ atorvastatin ด้วยราคายาสามัญ simvastatin), และ 4) เบิกจ่ายด้วยราคาเฉลี่ยต่อวันจากฐานข้อมูลการผลิตและนำเข้ายาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยที่ไม่กระทบกับสถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แต่สามารถช่วยประหยัดงบประมาณด้วยการเพิ่มสัดส่วนจำนวนผู้ใช้ยาสามัญ นอกจากศึกษาราคายาและผลกระทบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงราคายาเบิกจ่าย ผู้วิจัยได้จัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เช่น ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการ เพื่อรับทราบถึงผลกระทบด้านอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

ในส่วนการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สรุปผลกระทบสำคัญที่อาจเกิดขึ้น 3 ประการ คือ สถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาล เวชปฏิบัติของแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วย และสิทธิการรับยาของผู้ป่วย ซึ่งหากระบบการเบิกจ่ายด้วยราคาอ้างอิงจะเป็นจริงได้ ต้องไม่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อสถานพยาบาล ที่ยังคงต้องการ margin หรือ % mark-up (หรือส่วนต่างระหว่างราคาซื้อและราคาจ่ายยาในระบบ fee-for-service) จากยาต้นแบบเพื่อให้การจัดบริการผู้ป่วยในภาพรวมยังคงดำเนินต่อไปได้ ซึ่งหากทำให้ยาสามัญมี margin เทียบเท่ายาต้นแบบ ก็อาจทำให้มีการใช้ยาสามัญเพิ่มมากขึ้นและไม่เกิดผลกระทบต่อการบริหารการเงินมากนัก แต่สามารถประหยัดงบประมาณในภาพรวมได้

ผลการศึกษาพบว่าในเวลาประมาณ 10 เดือนปีงบประมาณ 2552 มีข้าราชการใช้ยาทั้ง 5 กลุ่มจำนวน 1.7 ล้านรายการ คิดเป็นมูลค่าประมาณ 2,500 ล้านบาท โดยเรียงลำดับตามจำนวนรายการและมูลค่าของยากลุ่มดังนี้ 1) statin ร้อยละ 39.96 และ 44.65, 2) PPI ร้อยละ 26.25 และ 20.43, 3) ARB ร้อยละ 16.75 และ 20.59, 4) ACEI ร้อยละ 13.68 และ 4.47, และ 5) BIS ร้อยละ 3.55 และ 9.65 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นยาสามัญและยาต้นแบบ มีสัดส่วนการใช้ยาสามัญร้อยละ 49.40 แต่คิดเป็นมูลค่าร้อยละ 5.10 หรืออาจสรุปว่า ราคายาต้นแบบมีราคาประมาณ 20 เท่าของยาสามัญ โดยมีสัดส่วนอยู่ระหว่าง 1.70 (ยา BIS) ถึง 44.32 (ยา PPI) เท่า ซึ่งความแตกต่างของราคานี้ส่งผลกระทบต่องบประมาณในการจัดหาและการเบิกจ่ายยาเป็นอย่างยิ่ง

เมื่อนำราคาเบิกจ่ายยามาประเมินผลกระทบต่องบประมาณในสถานการณ์ต่างๆ พบว่า สถานการณ์ที่ 1 จะช่วยให้ประหยัดงบประมาณได้ร้อยละ 17.26 และร้อยละ 15.91 เมื่อเบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา + บริหารจัดการ 30 และ 50 บาทตามลำดับ ในสถานการณ์ที่ 2 จะประหยัดงบประมาณได้ร้อยละ 20.26 เมื่อเบิกจ่ายด้วยราคาการแทนยาระดับ 1 และเมื่อมีการทดแทนยาในระดับ 2 จะประหยัดงบประมาณได้ร้อยละ 48.22 ส่วนในสถานการณ์ที่ 4 ถ้าต้องการประหยัดงบประมาณลงร้อยละ 33 ราคาเบิกจ่ายของยา ARB ต้องลดลงจาก 18.00 เหลือ 12.20 บาทต่อวัน , และสัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยาสามัญและยาต้นแบบต้องเพิ่มจาก 0.5:1 เป็น 2.2:1 เป็นต้น

โดยสรุป ราคายาสามัญต่ำกว่าราคายาต้นแบบมาก จึงไม่เกิดแรงจูงใจให้จ่ายยาสามัญในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่ยังคงเป็น fee-for-service การกำหนดราคาเบิกจ่ายยาที่เป็นราคาอ้างอิงของยาสามัญจะเป็นไปได้ถ้าไม่ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อการบริหารการเงินของสถานพยาบาล และไม่กระทบต่อการทำหน้าที่ของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยมากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ซื้อบริการใช้กลไกราคาเป็นเครื่องมือเพื่อให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ผลิตยาต้นแบบ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของแพทย์เพื่อลดการจ่ายยาต้นแบบ นอกจากนี้ในทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลในระยะยาว รัฐจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับราคายา, ต้องมีข้อมูลราคายาที่ทันสมัยและครอบคลุม เป็นราคาที่สร้างแรงจูงใจให้ใช้ยาสามัญหรือยาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้รัฐยังต้องมีกลไกอื่นๆ เพื่อให้ราคายาสมเหตุผล เช่น กลไกการต่อรองราคายาที่มาจากผู้ผลิตเพียงรายเดียวเพื่อให้มีการแข่งขันด้านราคามากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และอาจให้ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ..... **Error! Bookmark not defined.**
สารบัญตาราง ..... ฉ
บทที่ 1 บทนำ 1
วัตถุประสงค์ 4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม 5
ส่วนที่ 1 วิธีการควบคุมราคายา 5
ส่วนที่ 2 ราคายาอ้างอิงในแต่ละประเทศ 7
ประเทศเยอรมนี 9
ประเทศเนเธอแลนด์ 13
ประเทศสวีเดน 15
ประเทศนิวซีแลนด์ 17
ประเทศแคนาดา 18
ประเทศออสเตรเลีย 20
ประเทศกรีซ 22
ประเทศสเปน 22
ประเทศเบลเยี่ยม 25
ประเทศสโลวาเกีย 27
ประเทศไอร์แลนด์ 29
ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ 30
ประเทศสหรัฐอเมริกา 34
ส่วนที่ 3 ผลของระบบราคายาอ้างอิง 43
ส่วนที่ 4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับราคายาในประเทศไทย 47
ฐานข้อมูลราคายา 50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการ 52
บทที่ 4 ผลการศึกษาและวิจารณ์ผล 56
ความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 56
การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 59
การประมวลผลราคายา 62
สถานการณ์ต่าง ๆ ของการกำหนดราคาเบิกจ่าย 76
สรุป 84
ข้อจำกัด 86
ข้อเสนอแนะ 87
ภาคผนวก 898
ภาคผนวก ก โครงสร้างฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 90
ภาคผนวก ข โครงสร้างข้อมูลใบสั่งยายาที่จ่ายในสถานพยาบาลภาครัฐ (ผ่าน สปสช และ สกส) 91
ภาคผนวก ค DEFINED DAILY DOSE (DDD) ของยาทั้ง 5 กลุ่ม 92

ภาคผนวก ง ตัวยาที่สามารถทดแทนกันได้ตามกลุ่มยาในระดับ 2 (Pharmacological substitution) 93
ภาคผนวก จ สรุปการประชุมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ 94
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของราคายากลุ่มต่างๆ 106
ภาคผนวก ช ตัวอย่างบัญชีราคายาขายและราคาเบิกจ่ายยา ในปี ค.ศ. 2011 ของยาทุกตัวในกลุ่ม statin ในระบบประกันสุขภาพประเทศเยอรมนี 112

สารบัญตาราง

ตาราง 1.1 ระบบราคาอ้างอิง (reference pricing) ของยาในประเทศต่างๆ 4
ตารางที่ 2 รหัสและโครงสร้างของยาตามระบบ Anatomical Therapeutic Classification (ATC) 8
ตารางที่ 2.1 การเปลี่ยนแปลงระบบที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายยาในประเทศเยอรมนีตั้งแต่ปี คศ. 1989-2007 .. 10
ตารางที่ 2.2 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศเยอรมนี 12
ตารางที่ 2.3 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศเนเธอแลนด์ 14
ตารางที่ 2.4 ส่วนร่วมจ่ายค่ายาโดยประชาชนในประเทศสวีเดนปี คศ. 2007 16
ตารางที่ 2.5 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศสวีเดน 16
ตารางที่ 2.6 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศนิวซีแลนด์ 17
ตารางที่ 2.7 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศแคนาดา (บริติช โคลัมเบีย) 19
ตารางที่ 2.8 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศออสเตรเลีย 21
ตารางที่ 2.9 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศสเปน 24
ตารางที่ 2.10 การกำหนดกลุ่มยาเพื่อจัดทำราคายาอ้างอิงและเกณฑ์ร่วมจ่ายในประเทศเบลเยี่ยม 25
ตารางที่ 2.11 การเปลี่ยนแปลงของระบบราคายาอ้างอิงและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในประเทศเบลเยี่ยม 26
ตารางที่ 2.12 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศเบลเยี่ยม 27
ตารางที่ 2.13 ระบบราคายาอ้างอิงที่จะนำมาใช้ในประเทศไอร์แลนด์ 30
ตารางที่ 2.14 กำไรส่วนการกระจายยา (distribution margins) ร่วมกันระหว่างผู้ขายส่งและเภสัชกร สำหรับยาที่สั่งจ่ายยาโดยแพทย์ของบัญชีเบิกได้ 33
ตารางที่ 2.15 การกำหนดราคาเบิกจ่ายต้นทุนยา ibuprofen 800 mg tab ของรัฐเวอร์จิเนีย 35
ตารางที่ 2.16 เปรียบเทียบราคายาอ้างอิงที่ระบบประกันให้เบิกจ่าย และส่วนร่วมจ่ายในประเทศออสเตรเลีย และราคายาที่ร้านขายยาและราคาอ้างอิงในประเทศเยอรมนี ต้นปี คศ. 2011 36
ตารางที่ 2.17 สรุปประเด็นสำคัญในระบบราคายาอ้างอิงในประเทศต่างๆ 38
ตารางที่ 2.18 เกณฑ์การเบิกจ่ายยาตามต้นทุนที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้สำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ 48
ตารางที่ 4.1 การวิเคราะห์ผลกระทบทั้งข้อดีและข้อด้อยของการกำหนดราคายาเบิกจ่ายที่มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ 60
ตารางที่ 4.2 ปริมาณและมูลค่ายาห้ากลุ่มของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในโรงพยาบาล 29 แห่ง .. 62
ตารางที่ 4.3 ปริมาณและมูลค่ายาห้ากลุ่มของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในโรงพยาบาล 29 แห่ง ปีงบประมาณ 2552 จำแนกตามชนิดและแหล่งผลิต 63
ตารางที่ 4.4 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม ACEI จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC 65
ตารางที่ 4.5 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม ARB จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC 657
ตารางที่ 4.6 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม BIS จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC 68
ตารางที่ 4.7 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม PPI จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC 69

ตารางที่ 4.8 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม statin จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC 70
ตารางที่ 4.9 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม ACEI จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง..... 72
ตารางที่ 4.10 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม ARB จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง..... 723
ตารางที่ 4.11 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม BIS จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง 73
ตารางที่ 4.12 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม PPI จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง 74
ตารางที่ 4.13 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม statin จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง 75
ตารางที่ 4.14 การประเมินสถานการณ์การเบิกจ่ายยาเมื่อไม่มีการทดแทนยา แต่เบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา และต้นทุนการบริการจัดการยา 30 บาท/รายการ 79
ตารางที่ 4.15 การประเมินสถานการณ์การเบิกจ่ายยาเมื่อไม่มีการทดแทนยา แต่เบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา และต้นทุนการบริการจัดการยา 50 บาท/รายการ 80
ตารางที่ 4.16 สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายยาด้วยราคาเฉลี่ยต่อวัน (median price/DDD) ของยาสามัญแทนราคายาต้นแบบ (ทดแทนยาในระดับ ๑)..... 81
ตารางที่ 4.17 สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายยาด้วยราคาเฉลี่ยต่อวัน (median price/DDD) ของยาสามัญแทนราคายาต้นแบบในกลุ่มเดียวกัน (ทดแทนยาในระดับ ๒)..... 81
ตารางที่ 4.18 สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายด้วยราคาถัวเฉลี่ยต่อวันของยาสามัญและราคายาต้นแบบในกลุ่มเดียวกันที่จำหน่ายในประเทศ (ทดแทนยาในระดับ ๒) โดยยังคงรายได้ส่วนต่างระหว่างราคาซื้อและราคาขาย 82
ตารางที่ 4.19 ข้อดี- ข้อด้อยของแต่ละแนวทางเพื่อกำหนดราคาเบิกจ่ายยาสำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ 83
ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบสัดส่วนของราคามัธยฐาน (ราคาขาย) และกำไรหรือ margin ระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญของยาในบัญชีและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ..... 835

บทที่ 1

บทนำ

ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงกว่าร้อยละสิบในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในระยะเวลาหลังจากมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานมูลค่าตลาดยาประเทศไทยในราคาผู้ผลิต เพิ่มจาก 30,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2546 เป็น 99,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 คิดเป็นอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 16 ต่อปี[1]

โรงพยาบาลเป็นแหล่งกระจายหลักของระบบการบริการด้านสุขภาพด้านยาของประเทศ โดยคิดเป็นมูลค่ากว่าร้อยละ 70 ของตลาดยาแผนปัจจุบันทั่วประเทศ ใน พ.ศ. 2551 มีรายงานมูลค่ายาที่กระจายผ่านโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน ประมาณ 70,000 ล้านบาท[1] และมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 16 จากปีก่อน ในขณะเดียวกัน กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง รายงานการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการว่า มีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมาก จาก 30,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2548 เป็น 54,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการเพิ่มร้อยละ 19-30 ในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา[2] โดยเฉพาะในส่วนของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอกของข้าราชการมีมูลค่า 30,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นค่ายากว่าร้อยละ 83 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)[2] ศึกษาการใช้ยาสำหรับสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการของโรงพยาบาลจำนวน 26 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 6 แห่ง โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 13 แห่ง แห่งโรงพยาบาลสังกัดอื่น 7 แห่ง พบว่าในระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงกรกฎาคม 2552 มีการใช้ยาสำหรับข้าราชการในโรงพยาบาลเหล่านี้ประมาณ 13,185 ล้านบาท โดยมีสัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักประมาณร้อยละ 66-68 ของมูลค่ายาทั้งหมด ทั้งนี้กลุ่มยาที่มีสัดส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักสูงมาก คือ ยาโรคกระดูกพรุน (ร้อยละ 98) ยา NSAIDS-Glucosamine (ร้อยละ 97) ยาลดการหลั่งกรด (ร้อยละ 94) ยาลดความดันกลุ่ม ARB (ร้อยละ 89) และยาลดไขมันกลุ่มสแตติน (ร้อยละ 87)

ยาต้นแบบที่มีราคาแพงเป็นปัจจัยสำคัญของการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลรัฐ อรลักษณ์ พัฒนาประทีป[3] ศึกษาการใช้ยาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง 2550 พบว่ายาหนึ่งร้อยอันดับแรกที่มีมูลค่าการใช้สูงในโรงพยาบาลและมักเป็นยาต้นแบบ คิดเป็นร้อยละ 50 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด ในขณะที่มูลค่าของยาที่มีปริมาณการใช้มากที่สุดหนึ่งร้อยอันดับแรก (เมื่อนับจำนวนใบสั่งยา) คิดเป็นมูลค่าเพียงร้อยละ 15 ของมูลค่าการใช้ยาทั้งหมด และเมื่อศึกษาการใช้ยาลดไขมันกลุ่มสแตติน พบว่ายาสามัญมีปริมาณการใช้ร้อยละ 67 และ 64 ในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ แต่เมื่อคิดเป็นมูลค่า ยาสามัญมีมูลค่าเพียงร้อยละ 15 และร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550

---

[1] ธีระ ฉกาจนโรดม. ตลาดยาประเทศไทย. เอกสารการสอนรายวิชาการตลาดยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรกฎาคม พ.ศ. 2552.

[2] สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก). การใช้ยา ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่อง กรณีผู้ป่วยนอก ในระบบเบิกจ่ายตรง สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552. (มกราคม 2553).

[3] Oraluck Patanaprateep. Drug utilization assessment and budget impact analysis of a teaching hospitals in Bangkok. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; Doctoral Degree Dissertation, 2009.

ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาสามัญมีการลดราคาลงเป็นอย่างมากในเวลาสองปี แต่ราคายาต้นแบบมีราคาค่อนข้างคงที่ การใช้ยาใหม่ที่มีราคาแพงจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาและค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ

ราคายาในประเทศไทย แตกต่างกันมากระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญ เช่น ในกลุ่มยาสแตติน ซึ่งเป็นกลุ่มยาลดไขมัน ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง ยาสามัญ simvastatin 10 mg มีราคาเม็ดละ 1 บาท ส่วนราคายาต้นแบบของ simvastatin 10 mg ราคาเม็ดละ 35 บาท ในขณะที่ยาต้นแบบในกลุ่มเดียวกัน คือ ยา atorvastatin 10 mg มีราคาเม็ดละ 45 บาท ราคายาที่แตกต่างกันมากเช่นนี้ เป็นปัญหาต่อการจัดการงบประมาณ และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อระบบสุขภาพ ส่วนในประเทศแคนาดา[4] มีการศึกษาเปรียบเทียบยาสามัญและยาต้นแบบที่ใช้ทดแทนกันได้ (Multi-source drugs) พบว่าราคาเฉลี่ยของยาสามัญต่ำกว่าราคายาต้นแบบร้อยละ 35

ราคาอ้างอิง (Reference pricing system, RPS) เป็นกลไกหนึ่งที่หลายประเทศ (ตารางที่ 1.1) ใช้เป็นเกณฑ์ในการจ่ายค่าบริการด้านยา[5,6,7] (drug reimbursement) ในระบบการประกันสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีประสิทธิภาพ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยด้วยยา ระบบการอ้างอิงนี้ยึดหลักเกณฑ์คือ ยาที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันนั้นสามารถทดแทนกันได้ (interchangeable) โดยปกติการทดแทนยาจะใช้ระบบการจัดกลุ่มยาของ WHO คือ ระบบ Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) เป็นหลัก ที่ใช้อยู่มี 3 ระดับ คือ ระดับ ATC-3 ถึง ATC-5 โดยระดับ ATC-5 เป็นการทดแทนโดยยาที่มีชื่อสามัญ (chemical substance) เดียวกันและมีขนาดและรูปแบบยาเหมือนกัน ระดับ ATC-4 เป็นการทดแทนโดยยาที่อยู่ใน chemical subgroup เดียวกัน และระดับ ATC-3 เป็นการทดแทนโดยยาที่มี pharmacological subgroup เดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นกับว่าแต่ละประเทศจะเลือกใช้การอ้างอิงที่ระดับใดเพื่อจ่ายเป็นค่า reimbursement โดยมีการคำนวณราคาเพื่อใช้เป็นเกณฑ์กลางสำหรับการจ่ายค่าบริการ โดยเฉพาะในกรณีที่ราคายาสามัญและยาต้นแบบที่ใช้ทดแทนกันได้ มีส่วนต่างของราคากว้างมากดังที่ปรากฏในประเทศไทย ราคาอ้างอิงยังใช้เป็นเกณฑ์เพื่อกำกับดูแลค่าใช้จ่ายของยาใหม่ เช่น ในประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และเนเธอร์แลนด์ ซึ่งจะกล่าวถึงในส่วนต่อไป นอกจากนี้ พบว่าการกำหนด reference pricing ของยา มีผลทำให้ผู้ผลิตลดราคายาลง[6] โดยเฉพาะราคาของยาต้นแบบเพื่อให้เท่ากับราคาฐานที่ให้เบิกได้ (reimbursement basis) และยังทำให้ยาสามัญได้เข้ามามีส่วนแบ่งทางการตลาดมากขึ้น

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ในปัจจุบันยังไม่มีกลไกสำหรับติดตามการใช้ยา และราคายาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากระบบประกัน นอกจากนี้มีการใช้ยาใหม่เพิ่มมากขึ้นตลอดเวลา และราคายาใหม่ถูกกำหนดโดยผู้ขายเป็นหลัก รัฐหรือระบบประกันสุขภาพขาดกลไกเพื่อกำหนดราคายาใหม่ว่าควรเป็นเท่าใดเมื่อ

---

[4] Patented Medicine Prices Review Board. A Study of the Prices of the Top Selling Multiple Source Medicines in Canada. (Accessed February 3, 2009 at: http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/CMFiles/study-e22SHF-8292005-2710.pdf).

[5] Kanavos, P, Reinhardt U. Reference pricing for drugs: Is it compatible with US health care? Health Affairs 2003; **22**(3):16.

[6] Vrijens F, Van de Voorde C, Farfan-Portet MI, et al. The Reference price system and socioeconomic differences in the use of low cost drugs. (KEC Reports Vol 126C); Belgian Health Care Knowledge Center, 2010.

[7] Sweeney K. Australian Pharmaceutical Pricing in a Global Context: Trends and Issues. Pharmaceutical Industry Project Working Paper Series: Working Paper No. 16); Australia: Center for Strategic Economic Studies; (February 2004).

เทียบกับราคายาที่ใช้กันอยู่แล้ว ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ที่ทำให้ภาครัฐไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้

ในปัจจุบันยาหลายกลุ่มมีทั้งยาต้นแบบที่เป็นผู้ผลิตรายเดียว และยาชื่อสามัญที่สามารถผลิตได้เองในประเทศ เช่น ยาลดไขมันกลุ่ม statin และกลุ่มยาลดการหลั่งกรด Proton Pump Inhibitor ในหลายประเทศที่กล่าวมาแล้วข้างต้นได้นำ reference pricing มาใช้กับยาในกลุ่มเหล่านี้ โดยมีวิธีกำหนดราคาที่สามารถเบิกได้แตกต่างกันไป (ตารางที่ 1.1) รัฐบาลหรือผู้ซื้อบริการสามารถใช้ราคาอ้างอิง เพื่อสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลภาครัฐปรับพฤติกรรมจากการใช้ยาต้นแบบมาใช้ยาสามัญ ถ้าราคาอ้างอิงเป็นราคาที่ทำให้โรงพยาบาลสร้างกำไรจากจ่ายยาให้ผู้ป่วย แต่เป็นภาระต้นทุนถ้าโรงพยาบาลจ่ายยาต้นแบบ (ทำให้ราคายาอ้างอิงอยู่ระหว่างราคาสูงสุดของยาสามัญแต่ต่ำกว่าราคาต่ำสุดของยาต้นแบบ) ซึ่งต่างจากสถานการณ์ในปัจจุบันในประเทศไทยที่โรงพยาบาลสร้างรายได้หรือกำไรจากการจ่ายยาต้นแบบให้แก่ข้าราชการ และจ่ายยาสามัญกับระบบประกันสุขภาพที่มีงบประมาณจำกัดแบบเหมาจ่ายรายหัว เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือประกันสังคม

บริบทของระบบประกันสุขภาพของไทยมี 3 กองทุนหลักที่มีระบบการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นการนำระบบ reference pricing มาประยุกต์ใช้จึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีหลายภาคส่วนที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวิจัยเพื่อหาคำตอบว่า การนำ reference pricing มาประยุกต์ใช้ในระบบประกันสุขภาพไทยอย่างไร จึงจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นหัวข้อการศึกษาที่มีความสำคัญ และมีความเร่งด่วนสำหรับระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งใช้ระบบการจ่ายเงินแบบ fee for service ในขณะที่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่ายาของการใช้ยาต้นแบบที่มีผู้ผลิตรายเดียวของผู้ป่วยนอก

คำถามงานวิจัย

การนำระบบ Reference pricing มาประยุกต์ใช้ในระบบประกันสุขภาพไทยอย่างไร จึงจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคลอบคลุมเกณฑ์การพิจารณารายการยา การกำหนดราคา กรณีผู้ป่วยที่ควรยกเว้น และการวิเคราะห์ผลได้ - ผลเสียในระยะสั้น และระยะยาว เมื่อคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ

คำจำกัดความ

ราคายาอ้างอิง (Reference Price) ในการศึกษานี้ เป็นราคาที่ผู้ซื้อบริการ (Health purchaser) หรือผู้จ่ายค่าบริการ (Payers) ในระบบประกันสุขภาพ จ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ (Health care providers) ทั้งนี้ไม่รวมถึงส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) ของผู้ป่วย

ตาราง 1.1 ระบบราคาอ้างอิง (reference pricing) ของยาในประเทศต่างๆ[6]

ประเทศ	ระบบการจัดการ	เกณฑ์การกำหนดราคายาอ้างอิง	ราคาอ้างอิง	รวมยาที่มีสิทธิบัตร
เยอรมันนี	แบบรวมศูนย์ (เริ่มผ่านกองทุนประกัน ต่อมาผ่านกระทรวงสาธารณสุข)	Chemical and pharmacological equivalence	ไม่เกินหนึ่งในสามกลุ่มของราคาที่ต่ำที่สุดในกลุ่มยา	ไม่รวม
ออสเตรเลีย	แบบรวมศูนย์โดยกระทรวง สาธารณสุข	Chemical and pharmacological and therapeutic equivalence	ต่ำที่สุดในแต่ละกลุ่ม	ระยะแรก ไม่รวม ระยะที่สองรวม
บริติชโคลัมเบีย	ระบบกองทุนสิทธิประโยชน์ด้านยาในแต่ละจังหวัด	Chemical and pharmacological and therapeutic equivalence	ต่ำที่สุดในแต่ละกลุ่ม	รวม
อิตาลี	แบบรวมศูนย์ผ่านกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการยา	Chemical and pharmacological equivalence	ราคายาสามัญที่ต่ำที่สุด	ไม่รวม
สเปน	แบบรวมศูนย์ และตามภูมิภาค	Chemical and pharmacological equivalence	ค่าเฉลี่ยของราคายาที่ถูกที่สุดร้อยละ 20 ในตลาดที่สามารถทดแทนกันได้	ไม่รวม
เนเธอร์แลนด์	แบบรวมศูนย์โดยกระทรวงสาธารณสุข	Chemical and pharmacological and therapeutic equivalence	ค่าเฉลี่ยหลายระดับของยาในแต่ละกลุ่ม	รวม

วัตถุประสงค์

เพื่อหากลไกต่างๆ สำหรับการกำหนดราคาอ้างอิง (reference pricing) หรือราคาเบิกจ่ายของยาที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ในประเด็นต่อไปนี้

1. กรอบรายการยา และกลุ่มยาที่ควรใช้ระบบ reference pricing ควรมีเกณฑ์การพิจารณาอย่างไร
2. วิธีการกำหนด reference pricing ของยาแต่ละรายการ ควรมีเกณฑ์การพิจารณาอย่างไร
3. กรณีใดบ้างที่ควรได้รับการยกเว้นจากการบังคับใช้ reference pricing
4. ผลกระทบต่องบประมาณ เมื่อมีการใช้ราคาอ้างอิง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้เครื่องมือสำหรับการกำหนดนโยบาย และกลไกการกำหนดราคายาอ้างอิงในระบบประกันสุขภาพเพื่อให้การใช้งบประมาณด้านยาในภาครัฐมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ แบ่งออกเป็นสามส่วน คือ 1) การควบคุมราคายา, 2) ราคาอ้างอิงของยา, และ 3) ผลกระทบของการใช้ราคาอ้างอิงของยา

ส่วนที่ 1 วิธีการควบคุมราคายา[8]

ค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นมาจากสองปัจจัย คือ ปริมาณการใช้ยาและราคายา หากพิจารณาตามปริมาณการใช้ยา แพทย์ เภสัชกร และผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในส่วนนี้ โดยกลไกที่ควบคุมในส่วนของแพทย์ คือการกำหนดแนวทางการสั่งใช้ยาในแต่ละโรค, การติดตามการสั่งใช้ยาของแพทย์ให้เป็นไปอย่างสมเหตุสมผล เป็นต้น ในส่วนของเภสัชกร คือความสามารถในการแทนยาของเภสัชกรที่ทำได้ในบางประเทศที่มีกฎหมายรองรับ โดยหากเภสัชกรมีความสามารถในแทนยาต้นแบบด้วยยาชื่อสามัญ หรือยาที่ให้ผลการรักษาที่ใกล้เคียงกันแต่มีราคาถูกกว่า ก็เป็นปัจจัยในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาได้อีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยก็มีผลต่อปริมาณการใช้โดยหากผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา โดยผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนต่างจากราคาที่กำหนดเพื่อการเบิกจ่ายคืนก็จะส่งผลต่อปริมาณการใช้ยาได้เช่นกัน

เมื่อพิจารณาในส่วนของราคา การควบคุมราคายาส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง โดยการควบคุมราคายาสามารถทำได้หลายวิธี[8] ซึ่งแต่ละประเทศใช้วิธีควบคุมราคายาที่แตกต่างกัน อันประกอบด้วย การกำหนดราคา (Fixed price), การกำหนดราคาด้วยต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost effectiveness price), การควบคุมผลกำไร (Profit control), การเปรียบเทียบราคาระดับนานาชาติ (International price comparison), กำหนดข้อตกลงเพื่อกระจายความเสี่ยง (Risk sharing agreement), และราคาอ้างอิง (Reference pricing) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การกำหนดราคา[8,9] (Fixed price) เป็นวิธีการกำหนดราคายาอย่างสมเหตุสมผล โดยราคาที่กำหนดอาจแตกต่างกันในแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ประเทศนั้นๆ นำมาพิจารณา อาทิเช่น งบประมาณที่ตั้งไว้, พฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์, พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงนโยบายของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยาในประเทศนั้นๆ ซึ่งการนำปัจจัยอื่นๆ มาพิจารณาร่วมด้วยย่อมส่งผลดีกว่าการกำหนดราคาโดยอาศัยปัจจัยในด้านต้นทุนการผลิตเพียงอย่างเดียว แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของวิธีการควบคุมราคายาวิธีต่างๆ ของ Monique F. Mrazek[9] พบว่า การกำหนดราคาอาจทำด้วยวิธีที่ไม่โปร่งใส และเกิดความไม่ยุติธรรมขึ้นได้

การกำหนดราคาด้วยต้นทุน-ประสิทธิผลของยา[7,10,11] (Cost-effectiveness price) เป็นวิธีที่มักนำมาใช้ควบคู่กับมาตรการอื่นๆ โดยใช้การประเมินประสิทธิผลของยาเพื่อประกอบกับการกำหนดและควบคุม

---

[8] Abbott TA. Price regulation in the pharmaceutical industry: prescription or placebo. J Health Econ 1995;14:551-65.

[9] Mrazek MF. Comparative approaches to pharmaceutical price regulation in the European Union. Croatian Medical Journal. 2002;43(4):453-61.

[10] Hill S, Henry D, Pekarsky B, Mitchell A. Economic evaluation of pharmaceuticals: what are reasonable standards for clinical evidence- the Australian experience. Br J Clin Pharmacol. 1997;44:421-5.

ราคา ในประเทศอังกฤษ การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ถูกใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น ในการพิจารณายาใหม่ บริษัทผู้ผลิตต้องแสดงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เปรียบเทียบกับยาที่เป็นทางเลือกในขณะนั้น ผลการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์โดยการใช้แบบจำลองอาจไม่ถูกต้องนัก เนื่องจากเป็นการประเมินภายใต้สถานการณ์จำลองที่ถูกกำหนดขึ้น แต่ในความเป็นจริงยังมีปัจจัยภายนอกที่อาจทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาร่วมด้วย หากจะนำผลการประเมินทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ร่วมในการกำหนดราคายาเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา

การควบคุมผลกำไร[12,13] **(Profit control)** วิธีนี้เป็นการควบคุมราคาทางอ้อมของยาต้นแบบที่ขายให้กับระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งต้องแยกระหว่างต้นทุนในการวิจัยและพัฒนาออกจากต้นทุนอื่นๆ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสมดุลระหว่างระบบสุขภาพของประเทศนั้นๆ ให้ซื้อยาได้ในราคาที่สมเหตุสมผล ขณะที่อุตสาหกรรมยายังคงมีผลกำไรเพื่อการวิจัยและพัฒนายาใหม่ๆ ด้วย เช่น ในประเทศอังกฤษ ถ้าอุตสาหกรรมยาสามารถทำกำไรได้มากเกินที่รัฐบาลกำหนด จะต้องลดราคายาลง หรือยืดระยะเวลาการขึ้นราคายาออกไป แต่จากการศึกษาผลจากการกำหนดผลกำไรพบว่าวิธีนี้มีผลในการควบคุมราคายาเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

การเปรียบเทียบราคาระดับนานาชาติ[14,15] (International price comparison) เป็นการเปรียบเทียบยาชนิดเดียวกัน โดยจุดประสงค์ของวิธีนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ หนึ่งเพื่อเปรียบเทียบหาความแตกต่างของราคายาเฉลี่ย และสองเพื่อเปรียบเทียบราคายาเพื่อให้รัฐบาลหรือผู้เกี่ยวข้องใช้ สำหรับตั้งราคายาภายในประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นยาใหม่ที่เพิ่งออกสู่ท้องตลาด ในประเทศไอร์แลนด์ มีการเปรียบเทียบราคายากับ 5 ประเทศในการกำหนดราคาในประเทศ หรือในประเทศอิตาลีจะมีการเปรียบเทียบราคายาในประเทศอังกฤษ, ฝรั่งเศส, เยอรมันนี และสเปน เป็นต้น

ข้อตกลงเพื่อกระจายความเสี่ยง[16,17,18,19] **(Risk-sharing agreement)** เป็นวิธีที่ผู้ผลิตหรือผู้ขายจะได้รับเงินค่ายาคืนเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับยา แสดงผลการรักษาตามที่คาดหมายเท่านั้น เป็นวิธีที่นิยมใช้ แต่มีชื่อที่แตกต่างกัน เช่น value-based pricing, conditional coverage, pay for outcomes หรือ performance based

---

[11] Hoffmann C, Graf von der Schulenburg JM. The influence of economic evaluation studies on decision making. A European survey. The EUROMET group. Health Policy 2000;52:179-92.

[12] Maynard A, Bloor K. Regulating the pharmaceutical industry. BMJ. 1997;315:200-1.

[13] Borrell JR. Pharmaceutical price regulation. A study on the impact of the rate-of-return regulation in the UK. Pharmacoeconomics. 1999;15(3):291-303.

[14] Patricia MD, Jeong DK. International Price Comparisons for Pharmaceuticals. Pharmacoeconomics. 1998;14(1):115-28.

[15] Mrazek M, Mossialos E. Regulating pharmaceutical prices in the European Union. In Mossialos E, Mrazek M, Walley T (eds). Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. 2004, UK: Open University Press; pp. 114-129.

[16] Craig AH, John G, Rebecca SC, Abdulkadir K. A literature review of risk-sharing agreements. Korean Academy of Managed Care Pharmacy 2010;2(1):1-9.

[17] Chapman S, Reeve E, Rajaratnam G, Neary R. Setting up an outcomes guarantee for pharmaceuticals: new approach to risk sharing in primary care. BMJ 2003;326(7391):707-9.

[18] Joseph PC, John AV, Richard M. Pharmaceutical risk-sharing agreements. Pharmacoeconomics 2008;26(7):551-6.

[19] Zaric GS, Xie B. The impact of two pharmaceutical risk-sharing agreements on pricing, promotion, and net health benefits. Value Health 2009;12(5):838-45.

pricing วิธีดังกล่าวมีสองปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ต้นทุนและคุณภาพของยา วิธีนี้จะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงด้วยการลดปริมาณการใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่เกิดผลการรักษาจากยานั้นๆ แต่อาจมีผลเสียต่ออุตสาหกรรมยา เพราะอาจทำให้อุตสาหกรรมยาไม่ยินดีที่จะลงทุนในการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อผลิตยาใหม่ ถ้าบริษัทยาไม่แน่ใจในความสามารถเพื่อต่อรองราคา และการเบิกจ่ายเงินคืนในราคาที่สูงที่สุด นอกจากนี้วิธีนี้ยังขึ้นกับอีกหลายปัจจัย เช่น ผู้จ่ายเงิน, การรักษาทางเลือกอื่นๆ ที่ให้ผลการรักษาที่เหมือนกัน หรือต้นทุนในการรักษาอีกด้วย

ราคาอ้างอิง[20,21] (Reference pricing) เป็นวิธีการกำหนดราคาการเบิกจ่ายคืนสำหรับยาที่ถูกกำหนดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน โดยหลักการที่ว่ายาที่ให้ผลการรักษาเหมือนกันจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันและมีการพิจารณากำหนดราคาที่สมเหตุสมผลสำหรับยาทุกตัวในกลุ่มนั้นๆ วิธีนี้จะไม่ถือเป็นการกำหนดราคาโดยตรง ข้อดีของวิธีนี้คือผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายสามารถตั้งราคายาได้อย่างอิสระ ซึ่งทำให้เกิดการแข่งขันทางการตลาดระหว่างยาที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน จุดประสงค์ของวิธีนี้ คือการควบคุมการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาโดยกำหนดราคาที่มากที่สุดที่ผู้จ่ายเงินจะจ่ายคืนให้ และต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายในส่วนที่เกินไปจากราคาอ้างอิง นอกจากนี้ วิธีนี้อาจเพิ่มความตระหนักเรื่องราคายาให้กับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ซึ่งอาจทำให้ปรับเปลี่ยนให้มีการสั่งใช้ยาที่มีราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงที่กำหนดไว้ การกำหนดราคาอ้างอิงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและส่งผลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์โดยตรง โดยไม่ส่งผลให้ปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นหรือลดน้อยลง วิธีนี้ยังส่งผลต่อบริษัทยาที่ผลิตยาต้นแบบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ในสองทาง คือ บริษัทยาจะลดราคายาลงให้อยู่ต่ำกว่าราคายาอ้างอิงเพื่อให้สามารถเบิกคืนได้ทั้งหมด หรือในทางตรงกันข้าม บริษัทยาอาจยังคงราคายาให้อยู่เหนือราคายาอ้างอิงเพื่อให้เห็นถึงคุณภาพที่แตกต่างอย่างแท้จริง

การกำหนดราคายาอ้างอิงทำได้หลายวิธีแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับค่าเฉลี่ยของราคายาในแต่ละกลุ่ม บางประเทศมีการกำหนดราคายาอ้างอิงโดยใช้ราคายาในกลุ่มเดียวกันที่มีราคาถูกที่สุดสองตัวนำมาเฉลี่ยกัน หรือใช้ราคายาสามัญที่มีราคาถูกที่สุดในการกำหนดราคายาอ้างอิง ถึงแม้ว่าวิธีการกำหนดราคายาอ้างอิงมีความแตกต่างกัน แต่ผลที่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกันในแต่ละประเทศ โดยในการศึกษาของ Lopez-Casasnovas และ Puig-Jonoy[20] พบว่าราคาของยาที่อยู่ภายใต้การกำหนดราคายาอ้างอิงมีแนวโน้มลดลงทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลงตามไปด้วย

ส่วนที่ 2 ราคายาอ้างอิงในแต่ละประเทศ

หลายประเทศมีการกำหนดราคายาอ้างอิงโดยเฉพาะประเทศในยุโรป ประเทศแรกที่มีการใช้ระบบราคายาอ้างอิงคือประเทศเยอรมนี ในปี คศ. 1989 โดยแต่ละประเทศที่นำระบบราคายาอ้างอิงไปใช้มีสาเหตุมาจากค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อการบริหารเงินงบประมาณที่มีอยู่ นอกจากนี้ประเทศที่นำระบบราคายาอ้างอิงมาใช้มีปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ หนึ่ง ก่อนจัดตั้งระบบราคายาอ้างอิงประเทศนั้นๆ ยังไม่มีกลไกการควบคุมราคายา ทำให้บริษัทสามารถตั้งราคายาได้อย่างอิสระ เช่น เยอรมันนี, เดนมาร์ก และนิวซีแลนด์, สอง ประเทศนั้นสามารถผลิตยาสามัญในประเทศได้และพร้อมที่จะแข่งขันทางการตลาด, และสามคือ การจัดซื้อแบบรวมศูนย์หรือการจัดซื้อรวม มีปริมาณมากว่าครึ่งของตลาดยาทั้งหมด

---

[20] Lopez-Casasnovas G, Puig-Junoy J. Review of the literature on reference pricing. Health Policy 2000;54(2):87-123.

[21] Ioannides-Demos LL, Ibrahim JE, McNeil JJ. Reference-Based Pricing Schemes: Effect on Pharmaceutical Expenditure, Resource Utilisation and Health Outcomes. Pharmacoeconomics 2002; 20(9): 577-591.

ระบบราคายาอ้างอิง คือการกำหนดราคาเบิกจ่ายคืนของยาที่ให้ผลการรักษาที่เหมือนกันซึ่งสามารถใช้ทดแทนกันได้และถูกจัดไว้ในกลุ่มเดียวกัน ในประเทศต่างๆ มีการจัดกลุ่มยาไว้แตกต่างกัน ซึ่งอ้างอิงจากความสามารถในการแทนยาภายในกลุ่มตามรหัส Anatomical Therapeutic Classification (ATC) ซึ่งถูกกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก[22] ระบบ ATC มีรหัสโครงสร้างตามตารางที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยตัวอักษรและตัวเลข แบ่งออกเป็น 5 ลำดับ จากกลุ่มอวัยวะตามสรีรวิทยา จนถึงชื่อสารเคมี

ตารางที่ 2 รหัสและโครงสร้างของยาตามระบบ Anatomical Therapeutic Classification (ATC)

ระดับที่	รายละเอียดขององค์ประกอบ	ตัวอักษรหรือตัวเลข	ชื่อกลุ่ม หรือสารแคมี
1	สรีรวิทยา (anatomical main group)	C	Cardiovascular system
2	กลุ่มการรักษา (therapeutic subgroup)	C10	Lipid modifying agents
3	เภสัชวิทยา (pharmacological subgroup)	C10A	Lipid modifying agents, plain
4	กลุ่มสารเคมี (chemical sub-group)	C10AA C10AB	HMG CoA reductase inhibitors Fibrates
5	สารเคมี (chemical substance)	C10AA01 C10AA02 C10AA03 C10AA04 C10AA05 C10AA07 C10AA08	Simvastatin Lovastatin Pravastatin Fluvastatin Atorvastatin Rosuvastatin pitavastatin

ในการจัดกลุ่มยาเพื่อกำหนดราคายาอ้างอิง เป็นไปตามความสามารถในการแทนยา ซึ่งกำหนดไว้ 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน (ATC ระดับที่ 5 หรือ ราคายาอ้างอิงระดับที่ 1) เช่น ยาต้นแบบจะถูกแทนที่ด้วยยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน เช่น Lipitor® กับ Xalator® ซึ่งมีชื่อสามัญทางยาเดียวกัน คือ Atorvastatin ที่ทดแทนด้วยรูปแบบและความแรงที่เท่าเทียมกัน

   ในการแทนยาดังกล่าว ชีวปริมาณออกฤทธิ์ (bioavailability) จะถูกนำมาพิจารณาว่ายาใดที่สามารถทดแทนกันได้ โดยชีวปริมาณออกฤทธิ์ เป็นการวัดประสิทธิภาพของยาทั้งในด้านระยะเวลาก่อนยาออกฤทธิ์ (onset), เวลาในการออกฤทธิ์ (duration), อัตราเร็วในการดูดซึมยา (rate of absorption), ตำแหน่งที่ยาออกฤทธิ์ (site of action) ซึ่งชีวปริมาณออกฤทธิ์นี้ใช้เพื่อเปรียบเทียบยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกันแต่อาจเป็นคนละสูตรตำรับที่ขนาดยาเดียวกัน โดยอาจใช้เปรียบเทียบสูตรตำรับที่มากกว่าหนึ่งสูตรขึ้นไป โดยถ้าสูตรตำรับที่นำมาเปรียบเทียบมี

[22] WHO. Anatomical Therapeutic Classification, ATC: Structure and principle. Online, available at: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/, (Accessed June 21, 2011)

อัตราการปลดปล่อยและดูดซึมยาที่ใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนด จะถือว่ายานั้นมีชีวสมมูลกัน (bioequivalence) สามารถทดแทนกันได้

2. ยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเดียวกัน (ATC ระดับที่ 4 หรือ ราคายาอ้างอิงระดับที่ 2) ยาที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้อาจมีชื่อสามัญทางยาที่แตกต่างกันแต่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกัน เช่น Atorvastatin สามารถทดแทนได้ด้วยยา Simvastatin ซึ่งเป็นยาลดไขมันในเลือดสูงในกลุ่มเดียวกันคือ สเตติน หรือกลุ่ม HMG CoA reductase inhibitors

3. ยาที่มีผลการรักษาเหมือนกัน (ATC ระดับที่ 3 หรือ ราคาอ้างอิงระดับที่ 3) โดยเป็นยาที่ให้ผลการรักษาเดียวกัน เช่น Atorvastatin สามารถทดแทนได้ด้วยยา Gemfibrozil ซึ่งให้ผลในการลดไขมันในเลือดเหมือนกัน แต่คนละกลุ่มย่อยโดย Atorvastatin จะเป็นยาลดระดับไขมันในเลือดสูงในกลุ่มสเตติน ในขณะที่ Gemfibrozil เป็นยาลดระดับไขมันในเลือดสูงในกลุ่มฟีโนไฟเบรท เป็นต้น แต่อยู่ในกลุ่ม Lipid modifying agents ตามตารางที่ 2

ในการทดแทนยาในระดับ ATC-3 และ ATC-4 การพิสูจน์ความเท่าเทียมในการรักษา (therapeutic equivalence) เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาความสามารถในการแทนยาซึ่งกันและกัน โดย therapeutic equivalence เป็นการเปรียบเทียบยาที่มีชื่อสามัญทางยาที่แตกต่างกันโดยดูจากผลการรักษา ความเป็นพิษ อาการข้างเคียงที่ใกล้เคียงกันจึงสามารถทดแทนกันได้

การนำระบบราคายาอ้างอิงมาใช้ ถูกรวบรวมไว้ทั้งในประเด็นต่างๆ เช่น ปีที่เริ่มใช้, ยาที่ครอบคลุมอยู่ในระบบราคายาอ้างอิง, ระดับราคายาอ้างอิงที่ใช้, ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยา, ราคา, ส่วนแบ่งทางการตลาดของแต่ละประเภท โดยนำเสนอตามเวลาที่แต่ละประเทศนำเอาระบบยาอ้างอิงมาใช้ ดังนี้ 1) เยอรมนี, 2) เนเธอแลนด์, 3) สวีเดน, 4) นิวซีแลนด์, 5) แคนาดา, 6) ออสเตรเลีย, 7) กรีซ, 8) สเปน, 9) เบลเยี่ยม, 10) สโลเวเกีย, และ 11) ไอร์แลนด์ นอกจากนี้ยังทบทวนวรรณกรรมเรื่องราคายาในประเทศที่มิได้ใช้ระบบราคาอ้างอิง แต่ใช้การเปรียบเทียบกับประเทศใกล้เคียงในทวีปยุโรป คือ สวิสเซอร์แลนด์ และศึกษาระบบการเบิกจ่ายยาในประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศเยอรมนี [21,23]

ประเทศเยอรมนีเป็นประเทศแรกที่มีการนำระบบราคายาอ้างอิงมาใช้ ในปี คศ. 1989 เนื่องจากไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ โดยในปี คศ. 1981 ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศเยอรมนีเพิ่มสูงขึ้นจาก 13.8 พันล้าน deutschmark (DM) เป็น 20.6 พันล้าน DM ในปี คศ. 1988 ซึ่งในระหว่างปีดังกล่าวประเทศเยอรมนีไม่มีกลไกการควบคุมราคายาที่ออกจากโรงงานก่อนเข้าสู่ตลาด ดังนั้นราคายาอ้างอิงจึงถูกกำหนดขึ้นโดยเริ่มที่ราคายาอ้างอิงระดับที่ 1 ผ่านการออกกฎหมาย Health Reform Act ซึ่งครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของระบบประกันภาคบังคับ (Statutory Health Insurance, SHI) ที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 90 ของประเทศ ต่อมาในปี คศ. 1992 และปี 1993 ราคายาอ้างอิงระดับที่ 2 และ 3 จึงถูกกำหนดขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นตามลำดับผ่านกระบวนการทางกฎหมาย รวมทั้งการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย และมาตรการอื่นๆ ที่ส่งผลต่อราคายา ดังตารางที่ 2.1

[23] Paris, V. and Docteur E. (2008), “Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Germany”, OECD Health Working Papers, No. 39, OECD Publishing, doi: 10.1787/228483137521.

ในการกำหนดราคาอ้างอิงของยาเพื่อการเบิกจ่ายในประเทศเยอรมนี เป็นการควบคุมราคายาทางอ้อม เพราะบริษัทยายังคงสามารถตั้งราคาขายยาได้ตามต้องการ เพียงแต่เป็นการควบคุมการเบิกจ่ายด้วยการกำหนดเพดานของราคายาที่สามารถใช้ทดแทนกันได้ในกลุ่มเดียวกัน ส่วนราคายาที่เกินเพดานที่กำหนด เป็นส่วนที่ประชาชนต้องจ่ายเพิ่มเติม นอกเหนือจาก co-insurance

ตารางที่ 2.1 การเปลี่ยนแปลงระบบที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายยาในประเทศเยอรมนีตั้งแต่ปี คศ. 1989-2007[23]

ปี คศ.	ระบบที่เปลี่ยนแปลงจากกฎหมายต่าง ๆ
1989	Health Reform Act - กำหนดราคาเบิกจ่ายยาด้วยราคาอ้างอิง - จัดตั้งระบบราคายาอ้างอิงโดยใช้ราคายาอ้างอิงระดับที่ 1 - เพิ่มส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยในกลุ่มยาที่ไม่อยู่ในราคาอ้างอิง (3 DM) - จัดทำรายการบัญชียาที่ไม่สามารถเบิกคืนได้ (negative list)
1992	- จัดตั้งราคายาอ้างอิงระดับที่ 2
1993	Health Care Structure Act - กำหนดวงเงินงบประมาณด้านยา ให้แพทย์และผู้ผลิตยามีส่วนร่วมรับผิดชอบ - ลดราคายาที่ไม่อยู่ในระบบราคาอ้างอิงร้อยละ 5 - จัดตั้งราคายาอ้างอิงระดับที่ 3 - กำหนดส่วนร่วมจ่ายเป็น 3 ระดับ (3, 5, 7 DM) เริ่มปี คศ. 1994
1995	- ตัดรายการยาที่มีสิทธิบัตรออกจากระบบราคายาอ้างอิง
1996-7	Health Insurance Contribution Rate Exoneration Act - เพิ่มส่วนร่วมจ่ายเป็น 4, 6, 8 DM - ยาเลิกการกำหนดวงเงินงบประมาณด้านยาในปี คศ 1998
1997-8	- เพิ่มส่วนร่วมจ่ายเป็น 9, 11, 14 DM - กำหนดปริมาณใบสั่งยาที่แพทย์จะจ่าย
1998	- กลับไปกำหนดงบประมาณด้านยา - ลดส่วนร่วมจ่ายเป็น 8, 9, 10 DM
2000	SHI Reform Act - จัดทำรายการยาที่สามารถเบิกคืนได้ (positive list) และแนวทางในการรักษา
2002	Pharmaceutical Expenditure Limitation Act - ร้านยาต้องคืนเงินให้กองทุนประกันร้อยละ 6
2003	Contribution Safeguard Act - ให้กองทุนประกัน (SHI) สามารถต่อรองกับบริษัทยาเพื่อขอคืนส่วนลด (rebates) - กำหนดให้ร้านขายส่งมี rebate ร้อยละ 3, ผู้ผลิตมี rebate ร้อยละ 6 ของยาที่ไม่อยู่ในระบบอ้างอิง, เพิ่มร้านขายยาเป็น rebate ร้อยละ 10 สำหรับยาราคาแพง
2004	Health Insurance Modernization Act

ปี คศ.	ระบบที่เปลี่ยนแปลงจากกฎหมายต่าง ๆ
	- เปลี่ยนลักษณะของส่วนร่วมจ่าย โดยกำหนดเป็น co-insurance ที่ร้อยละ 10 ขั้นต่ำไม่น้อยกว่า €5 แต่ไม่มากกว่า €10 และกำหนดเพดานของส่วนร่วมจ่ายไม่เกินร้อยละ 1-2 ของรายได้ - กำหนดให้ยา OTC ไม่สามารถเบิกคืนได้ - รวมยาที่มีสิทธิบัตรให้กลับมาอยู่ในระบบราคายาอ้างอิง - ตรึงราคายาอ้างอิงไว้ตั้งแต่ปี คศ 2003 - ผู้ผลิตต้องจ่าย rebates คืนให้กองทุนประกันร้อยละ 16 ในปี 2004 - กำหนด mark-up ของร้านยาเป็นค่าคงที่ €8.30 + ร้อยละ 3 ของราคาจากโรงงาน - ยกเลิกการคืนเงิน rebates จากร้านขายส่ง แต่ลด mark-up ลงเหลือครึ่งหนึ่งจากเดิม
2006	Pharmaceutical Care Efficiency Act - กำหนดให้ยาที่หมดสิทธิบัตรแล้วต้องมี rebates ร้อยละ 10 - ลดราคายาอ้างอิงระดับที่ 2 และ 3 ให้ไม่เกินราคาหนึ่งในสาม (lowest third) ของราคาต่ำสุดในแต่ละกลุ่ม - ตรึงราคายาจากโรงงานตั้งแต่ เมย. 2006 ถึง มีค 2008 - ยกเลิกส่วนร่วมจ่ายสำหรับยาที่มีราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงร้อยละ 30 - สร้างแรงจูงใจให้แพทย์ในการจ่ายยา
2007	Health Insurance Competition Enhancing Act - กำหนดราคายาเบิกจ่ายสำหรับยาที่ไม่อยู่ในระบบอ้างอิง จากการศึกษาด้าน Pharmaco-economics (เริ่มใช้กลางปี 2008) - การทำความตกลงแบบใหม่ๆ ระหว่างระหว่างกองทุนประกันกับผู้ผลิตยา - รวมเอาวัคซีนเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ - การจ่ายยาที่มีราคาแพงหรือยาที่มีความเสี่ยงสูง ต้องมี second opinion ของแพทย์ (คณะกรรมการ Federal Joint Committee จัดทำกลุ่มยดังกล่าว) - ร้านยาคืนเงิน rebates เข้ากองทุน €2.30 ต่อยาหนึ่งกล่อง

การจัดกลุ่มยาในประเทศเยอรมนีทำโดย Federal Joint Committee (ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากแพทย์ โรงพยาบาล และกองทุนประกันต่างๆ โดยมีตัวแทนผู้บริโภคมาเข้าร่วมประชุมด้วยทุกครั้ง) คณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะ ในเรื่องที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ รวมทั้งกำหนด Practice Guidelines สำหรับสิทธิประโยชน์ด้านยา คณะกรรมการดังกล่าวมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- กำหนดข้อบ่งชี้ของยา OTC ที่สามารถเบิกจ่ายได้
- กำหนดชนิดของยาที่มีประสิทธิภาพไม่ชัดเจน (insufficiently proven efficacy)
- คัดเลือกยาที่ควรอยู่ใน Negative List
- กำหนดกลุ่มยาเพื่อจัดทำราคาอ้างอิง

ในการจัดกลุ่มยาเพื่อกำหนดเพดานการเบิกจ่ายทั้งสามระดับ ยาที่ถูกนำมาจัดกลุ่มต้องเป็นยาที่มีการบริหาร (หรือรูปแบบ) ยาที่เหมือนกัน เริ่มแรกยาที่มีสิทธิบัตรจะถูกรวมให้อยู่ภายใต้ระบบราคายาอ้างอิงด้วย แต่ต่อมาในปี คศ. 1995 คณะกรรมการได้ตัดยาที่มีสิทธิบัตรออกจากระบบราคายาอ้างอิง และได้นำกลับมาอยู่ภายใต้ระบบราคายาอ้างอิงอีกครั้งในปี คศ. 2004 เนื่องจากยาเหล่านั้นมีผลการรักษาที่เหมือนกันสามารถจัดเข้ากลุ่มได้ โดยรายละเอียดระบบราคายาอ้างอิงของประเทศเยอรมนีได้รวบรวมไว้ดังตารางที่ 2.2

ในต้นปี คศ. 2011 มียาทั้งหมดจำนวน 30,221 รายการในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของระบบประกันภาคบังคับ (Statutory Health Insurance, SHI) ในประเทศเยอรมนี ในการกำหนดราคาอ้างอิง คณะกรรมการใช้ econometric model จากราคายาที่มีจำหน่าย และกำหนดว่าในแต่ละกลุ่ม (cluster) จะต้องมียาไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ที่ผู้ป่วยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มเติมนอกจาก co-insurance

ตารางที่ 2.2 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศเยอรมนี [24,25,26,27,28,29,30]

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
เงื่อนไขการจัดการ	1. การตั้งราคาอิสระ 2. ส่วนร่วมจ่าย (co-insurance) สำหรับยา 3. กำหนดงบประมาณด้านยาสำหรับคนทำงาน
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน คศ. 1989
ผู้รับผิดชอบ	ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข)
ยาที่ครอบคลุม	ยาทุกตัว
ระดับราคายาอ้างอิง	ระดับที่ 1, 2 และ 3 (โดยใช้ค่ามัธยฐานทางสถิติ)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	ทุก 3 เดือน
ผลต่อราคายาสามัญ	1. ลดจำนวนการใช้ยา 2. เพิ่มส่วนแบ่งการตลาดของยาสามัญ
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	1. เพิ่มส่วนแบ่งการตลาดยาสามัญร้อยละ 34-38.6 ระหว่างปี คศ. 1991-1995 2. ลดความแตกต่างของราคายาระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญ

[24] Gross PF. Therapeutic pricing for prescribed medicines in Australia : review of similar reforms internationally and likely impact of the Government's 1997/98 Budget proposals. Health Economics Monograph. 1997;70.

[25] Danzon P. Lir H. Reference pricing: Theory and evidence. Conference on the effects of reference pricing of medicines, Barcelona Spain. 1997:December 14-6.

[26] Drummond M, Jonsson B, Rutten F. The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines. Health Policy 1997;40(3):199-215.

[27] Garattini L, Giuliani G, Chiara G. Is reference pricing effective in cost containment? the German experience. Pharma Pricing Review 1997;2(7):131-5.

[28] Schoffski O. Consequences of implementing a drug budget for office-based physicians in Germany. Pharmacoeconomics 1996;10 Suppl 2:37-47.

[29] Ulrich V, Wille E. Healthcare reform and expenditure on drugs. The German situation. Pharmacoeconomics 1996;10 Suppl 2:81-8.

[30] Petkantchin V. Economic effects of Germany’s reference pricing policy for drugs. Research paper Institute Economique Molinari. 2006:1-20.

	3. มีการขึ้นราคายาสามัญในบางบริษัท
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	5 พันล้าน DM จากระบบราคายาอ้างอิง เงินที่ประหยัดได้ทั้งหมด 10.85 พันล้าน DM
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	5 พันล้าน DM

ส่วนร่วมจ่าย (co-payment)[23]

ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 10 ต่อครั้งที่รับบริการ โดยมีเกณฑ์ขั้นต่ำที่ €5 และขั้นสูงไม่เกิน €10 อย่างไรก็ดี มีกำหนดข้อยกเว้นไม่ต้องร่วมจ่าย ในกรณีที่เป็นเด็กอายุต่ำว่า 12 ปี หรือไม่เกิน 18 ปีถ้าเป็นโรคร้ายแรง นอกจากนี้ยังกำหนดเพดานของส่วนร่วมจ่ายไว้ที่ร้อยละ 1 ของรายได้ (สำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง) และร้อยละ 2 ของรายได้ (สำหรับผู้ป่วยทั่วไป) นอกจากเกณฑ์ผู้ป่วยที่ได้รับยกเว้นไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายแล้ว ยังมีข้อยกเว้นไม่ต้องร่วมจ่าย สำหรับยาที่มีราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงมากกว่าร้อยละ 30 หรือยาที่กองทุนประกันได้ทำข้อตกลงไว้กับบริษัทแล้ว ในปี 2008 ประมาณครึ่งหนึ่งของใบสั่งยาทั้งหมด ผู้ป่วยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ขณะที่ยาที่ต้องร่วมจ่าย มีส่วนร่วมจ่ายอยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ยาที่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายจะมีมูลค่าไม่เกิน €50

ประเทศเนเธอแลนด์[20,31,32,33]

ประเทศเนเธอแลนด์ได้นำระบบราคายาอ้างอิงมาใช้ สำหรับยาต้นแบบและยาสามัญสำหรับผู้ป่วยนอก โดยระบบราคายาอ้างอิงทำหน้าที่สองส่วนคือ เพื่อตรวจสอบยาใหม่ที่จะเข้าสู่ตลาด และเพื่อเป็นกลไกในการควบคุมราคายาทั้งยาใหม่และยาที่มีใช้อยู่แล้ว โดยรายละเอียดของระบบราคายาอ้างอิง ได้เสนอไว้ในตารางที่ 2.3

สำหรับหน้าที่เพื่อการตรวจสอบยาใหม่ที่จะเข้าสู่ตลาด ระบบราคายาอ้างอิงจะใช้ร่วมกับการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลการรักษาทางคลินิก ยาใหม่จะถูกประเมินความสามารถในการแทนยาโดยเปรียบเทียบกับยาเดิมที่มีใช้อยู่ ขั้นตอนแรกจะเปรียบเทียบกับยาที่มีอยู่แล้วว่าเป็นยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันหรือไม่ หากชื่อสามัญทางยาแตกต่างกันจะเข้าสู่กระบวนการประเมินผลทางการรักษา โดยวัดจากประสิทธิภาพของยา ความปลอดภัย คุณภาพชีวิต อันตรกริยาของยา ข้อควรระวัง และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยานั้น และถ้าประเมินแล้วยาเดิมที่มีอยู่สามารถใช้ทดแทนยาใหม่ หรือยาใหม่นั้นไม่ได้เป็นยานวัตกรรมใหม่ ยาใหม่นั้นจะถูกระบุอยู่ในบัญชีระบบราคายาอ้างอิงที่ 1a ซึ่งจะเข้าสู่การกำหนดราคายาอ้างอิงในแต่ละกลุ่มต่อไป ส่วนถ้ายาอื่นๆ ที่มีอยู่ไม่สามารถใช้ทดแทนได้ จะถือเป็นยานวัตกรรมใหม่ จะถูกบรรจุเข้าไปอยู่ในบัญชีระบบราคายาอ้างอิงที่ 1b ซึ่งผู้จำหน่ายสามารถตั้งราคาได้อย่างเสรี โดยยาที่อยู่ในบัญชียา 1b สามารถถูกเปลี่ยนไปอยู่ใน

[31] de Vos C. Financing of medicines in Netherlands, in Cost containment Pricing and Financing of Pharmaceuticals in the European Community: The Policy-Makers' View. LSE Health and Pharmetrica SA. 1994:167-72.

[32] Mossialos E. Pharmaceutical pricing, financing and cost containment in the european union member states and health care and its financing in the single european market. Biomedical and health research series 1998;18:167-72.

[33] Rigter H. Recent Public Policies in The Netherlands to Control Pharmaceutical Pricing and Reimbursement. Pharmacoeconomics. 1994;6(1):15-21.

บัญชียา 1a ได้ถ้าในอนาคตมียาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกันหรือมียาที่สามารถใช้ทดแทนยาใหม่นั้นผลิตออกมา การประเมินความสามารถในการทดแทนยา ประสิทธิภาพในการรักษา ประสิทธิผลของยาดังที่กล่าวมาอยู่ในความรับผิดชอบของสภาที่ปรึกษาของการประกันสุขภาพของประชาชน (The Advisory Council of Public Health Insurances, CVZ) เมื่อ CVZ ทำการประเมินยาใหม่ดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จะส่งผลการประเมินต่อให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจสุดท้ายในการประเมินยาดังกล่าว

การกำหนดราคายาอ้างอิงของยาในบัญชียา 1a จะขึ้นอยู่กับราคายาเฉลี่ยต่อหนึ่งหน่วยบริโภคยามาตรฐาน (defined daily dose: DDD) ภายในแต่ละกลุ่มยา ราคายาต่อหนึ่งหน่วยบริโภคยาจะถูกคำนวณโดยมีการถ่วงน้ำหนักด้วยปริมาณการใช้ยาของทั้งยาต้นแบบและยาสามัญ ต่อมาในปี คศ. 1993 บัญชียา 1b ถูกยกเลิก โดยถ้ามียาใหม่ผลิตออกสู่ตลาด ยานั้นจะสามารถเบิกจ่ายคืนได้เมื่อสามารถจัดเข้าสู่กลุ่มยาในระดับการแทนยาได้ จนกระทั่งสามารถระบุข้อบ่งใช้ในการรักษาโรคที่ยังไม่มียารักษา ต่อมาในปี คศ. 1997 ได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบาย โดยยาใหม่ที่ไม่สามารถจัดกลุ่มการแทนยาเพื่อเบิกจ่ายคืนได้ จะสามารถเบิกจ่ายคืนได้ถ้ายาใหม่นั้นสามารถระบุข้อบ่งใช้สำหรับโรคซึ่งยังไม่มียาใดๆ ที่มีอยู่รักษาได้ หรือถ้าระบุข้อบ่งใช้เดิมเช่นเดียวกับยาที่มีอยู่แล้ว จะสามารถเบิกจ่ายคืนได้เมื่อยาใหม่มีต้นทุนและประสิทธิผลในการรักษาที่คุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นๆ และประกอบกับเงินงบประมาณในด้านนี้มีเพียงพอ

ตารางที่ 2.3 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศเนเธอแลนด์

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
เงื่อนไขการจัดการ	-ราคายาที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับต่างประเทศ -จัดสรรเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาที่สามารถทดแทนยาราคาแพง
วันที่เริ่มใช้	-1 กรกฎาคม คศ. 1991
ผู้รับผิดชอบ	-ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข สวัสดิการและวัฒนธรรม)
ยาที่ครอบคลุม	-ยาทุกตัว
ระดับราคายาอ้างอิง	-ระดับที่ 3 (ใช้ราคาเฉลี่ยต่อหนึ่งหน่วยบริโภคที่ถ่วงน้ำหนักด้วยปริมาณการใช้)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	-ปรับปรุงบัญชียาทุกเดือน -ปรับปรุงระบบราคายาอ้างอิงปีละ 2 ครั้ง
ผลต่อราคายาสามัญ	-ระยะเริ่มต้น ราคายาที่มียาทดแทนมีราคาลดลง -ต่อมา ราคายานอกบัญชียา 1a มีราคาเพิ่มสูงขึ้น -ส่วนแบ่งการตลาดของราคายาสามัญที่มีราคาถูกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 ระหว่างปี คศ. 1993-1995
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	-ครอบคลุม 90% ของยาทั้งหมด
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	-ในปี คศ. 1996 ราคายาลดลงร้อยละ 20 ส่งผลให้ประหยัดเงินได้ 700 DG -ลดอัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายจากร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 3.5
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	-ในปี คศ. 1989 ถึงปี 1990 ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 11.2 และในปี คศ. 1990-1991 ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นเพียงร้อยละ 8.3

ประเทศสวีเดน [34,35,36,37]

ระบบบริการสุขภาพ

ระบบสุขภาพในสวีเดนเป็นการกระจายอำนาจ ให้แต่ละรัฐรับผิดชอบระบบบริการสุขภาพของตนเอง การเงินการคลังในระบบสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลของแต่ละรัฐ ซึ่งมาจากภาษีของประชาชนเป็นส่วนใหญ่ Medical Products Agency (MPA) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องของการขึ้นทะเบียนและอนุมัติการขายยาภายในประเทศ ยาสามัญที่ขึ้นทะเบียนแล้วจะเข้าไปอยู่ในรายการของผลิตภัณฑ์ทดแทนกันได้ภายใต้กฎหมาย Sweden's generic substitution ส่วน Pharmaceutical Benefits Board (LFN) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายเงินค่ายาภายใต้ Pharmaceutical Benefit Scheme ยาที่อยู่ในความครอบคลุมของการเบิกจ่ายคือ ยาที่อยู่ในสิทธิบัตร ยา generic ที่ถูกสั่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น และจะครอบคลุม OTC products ที่ใช้ในโรคเรื้อรังบางอย่าง ในระบบการเบิกจ่าย บริษัทยาจะต้องเสนอราคายาไปที่ Pharmaceutical Benefits Board (LFN) ซึ่งจะใช้หลักการทางเศรษฐศาสตร์เรื่องต้นทุน-ประสิทธิผล เพื่อพิจารณาความคุ้มค่าในการใช้และราคาที่นำมาใช้เบิกจ่าย ยาที่ประชาชนภายในประเทศได้รับสิทธิประโยชน์ คือ ยาที่ถูกสั่งจ่ายภายใต้รายการยาที่กำหนดให้มีการเบิกจ่ายได้ (Pharmaceutical Benefit Scheme) ส่วนที่นอกเหนือจากรายการยาดังกล่าวประชาชนจะต้องจ่ายเงินเอง ในกรณีของยาใหม่ Pharmaceutical Benefits Board จะทบทวนการเบิกจ่าย โดยใช้หลักการของต้นทุน-ประสิทธิผลเช่นเดียวกัน ซึ่งจะพิจารณาเป็น therapeutic groups กลุ่มยาที่มีปริมาณการใช้มากที่สุดจะถูกทบทวนเป็นอันดับแรก

ราคายาอ้างอิงระดับที่ 1 ถูกนำมาใช้ในประเทศสวีเดนในเดือนมกราคม คศ. 1993 ซึ่งผ่านการประเมินว่าสามารถใช้ทดแทนกันได้ สำหรับยาที่มีผู้ผลิตมากกว่าหนึ่งราย ทั้งนี้เพราะต้นทุนในการดูแลระบบสุขภาพของชาวสวีเดนส่วนใหญ่มาจากภาษีของประชาชน และค่ายาเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสวีเดนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงสิบปีที่ผ่านมาคิดเป็น 25.1 พันล้าน SEK ในปี คศ. 2000 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 8 ของ GDP ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากค่าใช้จ่ายด้านยา ในปี คศ. 1998 ค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด หรือคิดเป็น US$250 ต่อคน ระบบการเบิกจ่ายของสวีเดนครอบคลุมยาทุกตัว แต่ระบบราคายาอ้างอิงจะครอบคลุมเฉพาะยาที่หมดสิทธิบัตรแล้วเท่านั้น

ส่วนร่วมจ่าย

เริ่มต้นผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่ายาเองทั้งหมดจนกระทั่งค่าใช้จ่ายสะสมถึง 900 sek (ภายใน 1 ปี) จากนั้นก็จะจ่ายเป็นสัดส่วนของค่ายาที่ลดลงตามตารางที่ 2.4 และถ้าค่าใช้จ่ายมีปริมาณสะสมเกิน 4,300 sek ผู้ป่วยจะได้รับยาโดยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายอีก รายละเอียดเกี่ยวกับระบบราคายาอ้างอิงในประเทศสวีเดน แสดงดังตารางที่ 2.5

---

[34] Moïse, P. and Docteur E. (2007), "Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden", OECD Health Working Papers, No. 28, OECD Publishing. doi: 10.1787/135870415741

[35] Lundkvist J. Pricing and Reimbursement of drugs in Sweden. Eur J Health Econ. 2002;3(1):66-70.

[36] Jonsson B. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Sweden. Pharmacoeconomics 1994;6 Suppl 1:51-60.

[37] Zammit-Lucia J,. Dasgupta R. Reference Pricing; The European experience. Health Policy Review: St Mary's Hospital Medical School. 1995;10.

ตารางที่ 2.4 ส่วนร่วมจ่ายค่ายาโดยประชาชนในประเทศสวีเดนปี คศ. 2007

ค่าใช้จ่ายสะสมของยาภายในเวลา 12 เดือน	ร้อยละของการร่วมจ่าย	ค่าใช้จ่ายสะสมสูงสุดของผู้ป่วยภายในเวลา 12 เดือน
$\leq$ 900 SEK	100%	900 SEK
901 SEK – 1,700 SEK	50%	1,300 SEK
1,701 SEK – 3,300 SEK	25%	1,700 SEK
3,301 SEK – 4,300 SEK	10%	1,800 SEK
$\geq$ 4,300 SEK	0%	1,800 SEK

ตารางที่ 2.5 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศสวีเดน

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
เงื่อนไขการจัดการ	-การควบคุมราคาโดยตรง -การทำบัญชีรายการยาที่สามารถเบิกได้ -ผู้ป่วยจ่ายมีส่วนร่วมจ่ายไม่เกิน 1,800 SEK ต่อปี
วันที่เริ่มใช้	-1 มกราคม คศ. 1993
ผู้รับผิดชอบ	-ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข สวัสดิการและวัฒนธรรม)
ยาที่ครอบคลุม	-ยาที่หมดสิทธิบัตรและมียาที่ชื่อสามัญทางยาเดียวกัน (รูปแบบเดียวกัน, ส่วนประกอบสำคัญเหมือนกัน และคุณภาพเหมือนกัน) -เป็นยาที่อยู่ในตลาดยาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือนและมีการใช้ในผู้ป่วยนอกอย่างน้อยร้อยละ 20
ระดับราคายาอ้างอิง	-ระดับที่ 1 (กำหนดราคาอ้างอิงสูงกว่าราคายาสามัญที่ถูกที่สุดร้อยละ 10)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	-ปรับปรุงบัญชียาปีละ 4 ครั้ง -ปรับปรุงระบบราคายาอ้างอิงทุก 2 ปี
ผลต่อราคายาสามัญ	-ส่วนแบ่งตลาดของยาสามัญเพิ่มขึ้น -ยาสามัญลดราคาลง
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	-หกเดือนแรกของปี คศ. 1993 เปรียบเทียบกับปี 1992 ค่าใช้จ่ายลดลง 474 ล้าน คิดเป็นร้อยละ 27 และมีการเปลี่ยนแปลงส่วนแบ่งตลาด โดย ยาต้นแบบ ส่วนแบ่งตลาดลดลงจากร้อยละ 65 ในปี คศ. 1992 เป็นร้อยละ 51 ในปี คศ. 1993 ยาสามัญ ส่วนแบ่งตลาดเพิ่มจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 49 ในปี คศ. 1992 และปี คศ. 1993 ตามลำดับ -มูลค่าการปี 1996 เพิ่มร้อยละ 4.6 จาก 1993 และต้นทุนยาลดร้อยละ 16.9
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	-400 ล้าน SEK ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	-ในปี คศ. 1993-1996 ประหยัดได้ประมาณ 1 พันล้าน SEK (ต้นทุนในปี คศ. 1996)

ประเทศนิวซีแลนด์[38,39]

ประเทศนิวซีแลนด์นำระบบราคายาอ้างอิงมาใช้ในปี คศ. 1993 เพื่อลดส่วนแบ่งการตลาดของยาต้นแบบที่มากเกินไปในตลาดยา ระบบราคายาอ้างอิงนี้ควบคุมโดย The Pharmaceutical Management Agency หรือ PHARMAC ซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอกในประเทศนิวซีแลนด์ PHARMAC เป็นบริษัทที่ไม่หวังผลกำไร อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการจัดทำบัญชียาที่สามารถเบิกจ่ายได้ของประเทศ ต่อรองราคายากับบริษัทและกำหนดราคาในการเบิกจ่ายคืน โดย PHARMAC จะรับคำแนะนำจากคณะกรรมการ PTAC (Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee) เกี่ยวกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและผลการรักษาของยา ยาที่จัดอยู่ในบัญชียาราคายาอ้างอิงในประเทศนิวซีแลนด์จะไม่คำนึงว่ายานั้นจะยังคงมีหรือหมดสิทธิบัตรทางยาแล้ว ยาใหม่จะสามารถเบิกจ่ายคืนได้ถ้าสามารถจัดเข้ากลุ่มยาที่มีอยู่เดิมได้ หรือได้รับความเห็นชอบจาก PHARMAC ให้มีการเบิกจ่ายคืนสำหรับยาใหม่นั้นๆ ได้ ในส่วนของยาใหม่ที่เข้ามาสู่ตลาดเป็นยาสามัญ หากเป็นยาสามัญตัวแรกจะต้องกำหนดราคาที่ต่ำกว่ายาต้นแบบที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกันร้อยละ 30 และหากยาสามัญนั้นเป็นยาที่ออกสู่ตลาดเป็นตัวที่สองจะต้องกำหนดราคาต่ำกว่ายาสามัญตัวแรกอีกร้อยละ 20 โดยเป็นเช่นนี้ตามลำดับการออกสู่ตลาด

การกำหนดราคายาอ้างอิงในประเทศนิวซีแลนด์ จะกำหนดที่ราคาต่ำสุดของยาสามัญที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นราคายาอ้างอิงดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเมื่อมีผลิตภัณฑ์ยาใหม่ออกสู่ตลาด ในส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับระบบราคายาอ้างอิงด้านอื่นๆ ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศนิวซีแลนด์

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
เงื่อนไขการจัดการ	-ทำบัญชียาที่สามารถเบิกจ่ายคืนได้
วันที่เริ่มใช้	-คศ. 1993
ยาที่ครอบคลุม	-ยาที่มียาอย่างน้อยหนึ่งตัวในกลุ่มนั้นๆ ที่สามารถใช้ทดแทนกันได้
ระดับราคายาอ้างอิง	-ระดับที่ 2 (กำหนดราคายาอ้างอิงที่ราคาต่ำสุดของยาในแต่ละกลุ่ม)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	-ปรับปรุงบัญชียาทุกเดือน -ปรับปรุงระบบราคายาอ้างอิงเมื่อมีผลิตภัณฑ์ใหม่ออกสู่ตลาด
ผลต่อราคายาสามัญ	-ลดความแตกต่างระหว่างราคาของยาต้นแบบและยาสามัญ
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	-ยาสามัญมีส่วนแบ่งตลาดต่ำด้วยความแตกต่างของราคายา
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	-ราคายาสามัญลดอย่างต่อเนื่อง โดยลดราคาลงร้อยละ 30, 20 และ 10 ของราคายาสามัญที่อยู่แล้วในตลาด ตามลำดับ
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	-จากปี คศ. 1993-1994 เงินสนับสุนต่อหัวประชากรผู้สูงอายุ (>60 ปี) เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 11 แต่จากปี 1994-1995 เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ -0.6 เท่านั้น

[38] Woodfield A. Augmenting reference pricing of pharmaceuticals in New Zealand with strategic cross-product agreements. Pharmacoeconomics 2001; 19 (4): 365-377.

[39] Woodfield A, Fountain J, Borren P. Money and Medicines: an economic analysis of reference pricing and related public-sector cost-containment systems for pharmaceuticals with special reference to New Zealand. 1997.

ประเทศแคนาดา[4,40,41,]

ระบบสุขภาพของประเทศแคนาดาอยู่ภายใต้กฎหมาย Canadian Health Act โดยรัฐบาลจะให้การดูแลครอบคลุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมถึงค่ายา เฉพาะเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ไม่ครอบคลุมถึงการจ่ายยาตามใบสั่งยา (Prescription drug) โดยประชากรส่วนใหญ่ถึงสองในสามจะมีประกันสุขภาพเอกชนครอบคลุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้ แต่ก็มีรัฐสวัสดิการอีกส่วนหนึ่งที่บริหารจัดการโดยจังหวัดและรัฐ ที่จัดสรรให้สำหรับประชากรบางกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยรายได้ต่ำ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น โดยในแต่ละจังหวัดหรือแต่ละรัฐจะมีการจัดการที่แตกต่างกันไป[40]

การควบคุมการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ยาเป็นหน้าที่ของรัฐบาลกลาง (Federal government) ดำเนินการเฉพาะยาต้นแบบที่มีสิทธิบัตร (patented medicine) เพื่อควบคุมราคายาไม่ให้สูงเกินไป และใช้วิธีการเปรียบเทียบราคากับต่างประเทศ (International price comparison) โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของราคายาในอีก 7 ประเทศ คือ France, Germany, Italy, Sweden, Switzerland, United Kingdom และ the United States การกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ยาที่จะวางจำหน่ายในแคนาดาของผู้ผลิต จะต้องไม่เกินกว่าราคาสูงสุดของยาชนิดเดียวกันนี้ที่มีจำหน่ายใน 7 ประเทศดังกล่าว ส่วนการปรับราคาเพิ่มก็มีข้อกำหนดของ Consumer Price Index กำกับไว้ด้วย โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ The Patented Medicine Prices Review Board (PMPRB) ซึ่งตั้งขึ้นตั้งแต่ปี 1987 ตามกฎหมาย Patent Act[4]

ระบบราคายาอ้างอิงถูกนำมาใช้ในรัฐบริติชโคลัมเบียของประเทศแคนาดาในปี คศ. 1995 โดยหน่วยงานฟาร์มาแคร์ (PharmaCare) ซึ่งตั้งขึ้นตั้งแต่ปี คศ. 1974 เพื่อรับผิดชอบดำเนินงานระบบประกัน ซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายของยาตามใบสั่งยา (Prescription drugs) ในกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ และกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่ำตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 21.7 และประมาณสามในสี่ของของผู้สูงอายุ ($\geq$ 65 ปี)

PharmaCare นำระบบราคายาอ้างอิง (Reference pricing) มาใช้ในการจ่ายค่าบริการด้านยา (Reimbursement) ในระบบการประกันสุขภาพตั้งแต่ ปี 1995 เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 195 ล้านแคนาเดียนดอลลาร์ ($Can) ในปี คศ. 1990 เป็น $Can 407 ล้าน ในปี คศ. 1995 ราคาอ้างอิงของยามีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนให้มีการเลือกใช้ยาที่มีราคาต่ำกว่ายาชนิดอื่นในกลุ่มที่มีผลการรักษาแบบเดียวกัน (therapeutic equivalent) โดยกำหนดราคาอ้างอิงจากราคาต่ำสุดของยาในกลุ่มนั้น ถ้าต้องการใช้ยาที่ราคาสูงกว่าราคายาอ้างอิง ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินส่วนต่างเอง แต่ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาที่มีราคาลูงกว่า สามารถอนุญาตให้ใช้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยา หรือปัญหาอันตรกริยาระหว่างยา โดยแพทย์มีอำนาจในการสั่งใช้ยาหากมีเหตุผลจำเป็นสำหรับการใช้ยาราคาแพงของผู้ป่วย รายละเอียดระบบราคายาอ้างอิงในแคนาดา แสดงไว้ดังตารางที่ 2.7

ปัจจุบันระบบราคายาอ้างอิงของ PharmaCare มีชื่อว่า Reference Drug Plan (RDP) ซึ่งนำมาใช้กับยา 5 กลุ่มคือ H2-receptor antagonists (ใช้รักษา non-ulcer dyspepsia หรือ upper gastrointestinal tract complaints), Nitrates (ใช้รักษา angina), NSAIDs (ใช้รักษา osteoarthritis และ rheumatism), ACE inhibitors

---

[40] Paris, V. and E. Docteur. (2006), "Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada", OECD Health Working Papers, No. 24, OECD Publishing, doi: 10.1787/346071162287.

[41] Boulet AP, Tessier G. Reference-based pricing in British Columbia: Implication for cardiologists-an analysis. Canadian journal of Cardiology 1997;13(1):46-51.

และ Calcium Channel Blockers (ใช้รักษา hypertension) เป็นการจัดกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเดียวกัน แต่อาจมีชื่อสามัญทางยาที่แตกต่างกัน (ATC ระดับที่ 4 หรือ ราคายาอ้างอิงระดับที่ 2)

สำหรับการศึกษาผลของระบบราคายาอ้างอิงของ PharmaCare ในระยะแรกพบว่า มีการสั่งจ่ายยาในกลุ่มที่ราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงเพิ่มขึ้น ในขณะที่การสั่งจ่ายยาในกลุ่มที่ราคาสูงกว่าราคาอ้างอิงลดลง ซึ่งสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายด้านยาที่ลดลงจาก $Can 42 ล้านในปีก่อน (1995) เป็น $Can 23.7 ล้านในปีถัดมา (1996) หลังจากใช้ระบบนี้

ตารางที่ 2.7 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศแคนาดา (บริติช โคลัมเบีย)

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
เงื่อนไขการจัดการ	-การควบคุมราคายา ด้วยการใช้ยาสามัญทดแทน -บัญชียาที่ไม่สามารถเบิกจ่ายคืนได้ -จำกัดต้นทุนให้ต่ำที่สุด เช่นให้เบิกด้วยราคายาที่ต่ำที่สุดของยาที่ทดแทนกันได้
วันที่เริ่มใช้	-ตุลาคม คศ. 1995
ผู้รับผิดชอบ	-จังหวัดหรือรัฐ (ฟาร์มาแคร์)
ยาที่ครอบคลุม	-H2-antagonist, Angiotensin Converting Enzyme, Dihydropyridine, calcium channel blocker
ระดับราคายาอ้างอิง	-ระดับที่ 2 (ใช้ราคายาที่ถูกที่สุด)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	-ตามความเหมาะสม
ผลต่อราคายาสามัญ	-มีการแข่งขันด้านราคามากขึ้นก่อนยาเข้าสู่ตลาด
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	-เพิ่มส่วนแบ่งตลาดของยาที่อยู่ในระบบราคายาอ้างอิง -เพิ่มจำนวนใบสั่งยา -มีการสั่งใช้ยาสามัญคิดเป็น 45%ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	-30 ล้านดอลลาร์ ในปีแรก -44 ล้านดอลลาร์ ในปีที่สอง
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	-406 ล้านดอลลาร์ ในปี 1995-1996 -396 ล้านดอลลาร์ ในปี 1996-1997 -430 ล้านดอลลาร์ ในปี 1997-1998 -ระบบราคายาอ้างอิงประหยัดเงินให้จังหวัดคิดเป็น 44 ล้านดอลลาร์ต่อปี

ประเทศออสเตรเลีย [7,24,42]

ประเทศออสเตรเลียนำระบบราคายาอ้างอิงมาใช้ในเดือนกุมภาพันธ์ คศ. 1998 โดย Pharmaceutical Benefit Scheme (PBS) ต้องการควบคุมราคายาในชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนออสเตรเลีย นอกจากนี้ยังต้องการที่จะสนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในบัญชีระบบราคายาอ้างอิง โดย PBS จะตีพิมพ์เอกสารที่ระบุรายละเอียดผลการรักษาของยาที่อยู่ในบัญชีระบบราคายาอ้างอิงที่สมมูลกัน (equivalent) ซึ่งเอกสารนี้จะบอกรายละเอียดที่ผู้ผลิตสามารถตั้งราคาสำหรับการจ่ายร่วมของผู้ป่วย โดยบริษัทผู้ผลิตและจัดจำหน่ายยาจะส่งผลการวิเคราะห์เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ Pharmaceutical Benefit Advisory Committee หรือ PBAC เพื่อประเมินความเหมาะสมของราคาที่แพงขึ้นสำหรับยาใหม่เปรียบเทียบกับประโยชน์ทางคลินิกที่ได้รับมากกว่ายาเดิมที่มีอยู่

ยาที่มีอยู่ในระบบราคายาอ้างอิงจะถูกกำหนดราคาเพื่อการเบิกจ่ายคืน ที่ราคาต่ำสุดของยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน บัญชียาจะถูกแบ่งออกเป็นสองประเภทคือบัญชียา F1 คือบัญชียาต้นแบบที่เป็นยาเดี่ยวและไม่มียาตัวอื่นที่สามารถใช้ทดแทนได้ และบัญชียา F2 เป็นบัญชียาที่มียาอื่นอย่างน้อยหนึ่งตัวที่สามารถใช้ทดแทนได้ มีผลการรักษาทางคลินิกเหมือนกัน โดยการพิจารณาความสามารถในการทดแทนยาทำโดย PBAC นอกจากนี้คณะกรรมการนี้ยังมีหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่เหมาะสมและจำเป็นกับผู้ป่วยกลุ่มย่อย ซึ่งไม่มียาอื่นๆที่คล้ายกันสามารถใช้แทนกันได้

ส่วนการกำหนดราคายาเป็นหน้าที่ของ The Pharmaceutical Benefits Pricing Authority (หรือ PBPA) PBPA อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีภาระกิจหลักเพื่อให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐมนตรีในเรื่องราคายาใหม่ที่บรรจุใน PBS และทบทวนราคายาทุกรายการที่อยู่ใน PBS เป็นประจำทุกปี ทั้งนี้เพื่อให้การบริการด้านยามีต้นทุนที่เหมาะสม ในกลุ่มยา F1 กำหนดราคาอ้างอิงตามเกณฑ์ Therapeutic Relativity ซึ่งเป็นเกณฑ์สำหรับเปรียบเทียบประสิทธิภาพสัมพัทธ์ของยาในกลุ่มเดียวกัน และกำหนดราคาอ้างอิงจากยาที่มีราคาต่ำที่สุดในกลุ่ม นอกจากยากลุ่ม F1 แล้ว PBAC ยังกำหนดยาที่เป็น Therapeutic Groups จำนวน 7 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มเป็นยาที่สามารถใช้ทดแทนกันได้ ได้แก่

1. H2 Receptor Anatagonists (H2RA) ได้แก่ Cimetidine, ranitidine, nizatidine, famotidine
2. Calcium Channel Blockers (CCBs) ได้แก่ Amlodipine, felodipine, lercanidipine, nifedipine
3. Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Inhibitors ได้แก่ Captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril, perindopril, quinapril, ramipril, trandolapril
4. HMG Coenzyme A Reductase inhibitors (Statins) ได้แก่ fluvastatin, pravastatin, simvastatin
5. Angiotensin II Receptor Antagonists (ATRAs) ได้แก่ candesartan, eposartan, irbesartan, olmesartan, telmisartan, valsartan
6. Proton Pump Inhibitors (PPIs) ได้แก่ esomeprazole, omeprazole, lansoprazole, pantaprazole, rabeprazole

[42] Pharmaceutical Benefits Pricing Authority: Policies, procedures and methods. Online, available: http://www.pbs.gov.au/info/industry/listing/participants/pbpa,(Accessed February 4, 2011).

7. HMG Coenzyme A Reductase inhibitors High potency group (Statins-HP) ได้แก่ atorvastatin, rosuvastatin

สำหรับยาเจ็ดกลุ่มดังกล่าว กำหนดราคาอ้างอิงด้วยค่า Weighted Average Monthly Treatment Cost (WAMTA) ด้วยเหตุที่ยาทุกตัวในแต่ละกลุ่มให้ผลการรักษาที่เท่าเทียมกัน และเป็นยาสำหรับโรคเรื้อรัง จึงกำหนดราคาอ้างอิงเป็นค่าเฉลี่ยต่อเดือนในการรักษาที่เท่าเทียมกันสำหรับยาทุกตัวในกลุ่ม

นอกจากการกำหนดราคาอ้างอิงของยาในกลุ่มที่ใช้รักษาทดแทนกันได้แล้ว ในเรื่องการกำหนดราคายายังมีมาตรการของกระบวนการทางกฎหมายอื่นๆ อีก เช่น มีระเบียบให้บริษัทเปิดเผยราคายา (Price Disclosure) ของยากลุ่ม F2 แก่ PBPA เพื่อปรับปรุงการคำนวนราคาเบิกจ่ายอย่างต่อเนื่อง และยังมีระเบียบให้บริษัทยาลดราคายาสามัญใหม่ที่จะบรรจุเข้า PBS และมีข้อมูลชีวสมมูลเท่ายาต้นแบบ ให้มีราคาขายให้ร้านยาต่ำกว่ายาที่มีอยู่เดิมร้อยละ 12.5 ตารางที่ 2.8 แสดงข้อสรุปราคาอ้างอิงของประเทศออสเตรเลีย

ส่วนร่วมจ่าย

ในปี คศ. 2010 ประชาชนชาวออสเตรเลียที่ได้รับสิทธิประโยชน์จาก PBS ต้องมีส่วนร่วมจ่ายทุกครั้งที่รับยา โดยมีเกณฑ์ร่วมจ่ายสองระดับ คือ ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงวัยหรือผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังบางชนิด จะเรียกว่า Concession patient มีส่วนร่วมจ่าย $A5.40 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในกลุ่มดังกล่าว หรือผู้ป่วยปกติ ต้องเสียค่าใช้จ่าย $A33.30 ต่อของการใช้ยาหนึ่งครั้ง ซึ่งอัตราร่วมจ่ายดังกล่าว มีการปรับปรุงทุกปี

ตารางที่ 2.8 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศออสเตรเลีย

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
เงื่อนไขการจัดการ	-การควบคุมราคายาและงบประมาณ -การใช้ยาสามัญทดแทน -ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย
วันที่เริ่มใช้	-1 กุมภาพันธ์ คศ. 1998
ผู้รับผิดชอบ	-กระทรวงสาธารณสุข
ยาที่ครอบคลุม	-H2-antagonist, ยาลดไขมันกลุ่มสเตติน, calcium channel blocker, ACE inhibitors, beta blockers และ proton pump inhibitors
ระดับราคายาอ้างอิง	-ระดับที่ 2 (ใช้ราคายาที่ถูกที่สุดในแต่ละกลุ่ม)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	-บัญชียา : 4 ครั้ง/ปี -ระบบราคายาอ้างอิง : 1 ปี/ครั้ง
ผลต่อราคายาสามัญ	-ไม่ปรากฏ
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	-ตลาดยาสามัญคิดเป็นร้อยละ 12-19
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	-จาก 561 ล้านดอลลาร์ลดลงเหลือ 460 ล้านดอลลาร์ -หากยาทุกตัวอยู่ในระบบราคายาอ้างอิง คาดว่าลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ร้อยละ 18
ผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	-อัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ต่อปี

ประเทศกรีซ[43]

กรีซเป็นอีกประเทศในกลุ่มทวีปยุโรปที่มีปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา จึงนำระบบราคายาอ้างอิง (จากราคายาที่ต่ำที่สุดในกลุ่มประเทศ EU) มาใช้ใน คศ. 1998 พร้อมกับการจัดทำบัญชีรายการยาที่เบิกจ่ายได้ (Positive list) แต่ระบบดังกล่าวก็ไม่บรรลุผลในการควบคุมงบประมาณด้านยา และยังมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเข้าไม่ถึงยาของประชาขน แต่ค่าใช้จ่ายด้านยายังคงเพิ่มสูงหลังจากนำระบบดังกล่าวมาใช้ในระหว่างปี คศ. 1998 ถึง ปี คศ. 2003 ดังนั้นในปี คศ. 2006 รัฐบาลจึงปฏิรูประบบราคายาเพื่อการเบิกจ่ายใหม่ด้วยการยกเลิกระบบบัญชียาเพื่อการเบิกจ่าย แต่นำเอาระบบการคืนเงินงบประมาณ (Rebate) มาใช้ร่วมกับการกำหนดราคายาอ้างอิงขึ้นใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ในการปฏิรูประบบราคาและการเบิกจ่ายยาดังนี้ คือ

1) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยามากขึ้น
2) มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล
3) ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น และ
4) องค์กรประกันสุขภาพมีความยั่งยืนทางด้านการเงินและงบประมาณ

ในการกำหนดราคาอ้างอิงจะทำเป็นระบบ โดยมีคณะกรรมการ Transparency Committee (EDAF) ซึ่งอยู่ภายใต้ National Drug Organization คณะกรรมการ EDAF จะกำหนดกลุ่มยา (Therapeutic cluster) และผลิตภัณฑ์ยา และคำนวนราคาอ้างอิงจากผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบทุกชนิดที่อยู่ในแต่ละกลุ่ม ราคาอ้างอิงเป็นราคาเฉลี่ยของราคายาที่ต่ำที่สุดสามประเทศในทวีปยุโรป โดยนำราคายาจาก 1) ประเทศสมาชิกดั้งเดิมของ EU, 2) ประเทศสวิสเซอร์แลนด์, และ 3) ประเทศสมาชิกใหม่ของ EU

อย่างไรก็ดี บริษัทยายังคงสามารถกำหนดราคายาได้อย่างเสรี โดยระบบประกันจะชดเชยค่ายาเต็มจำนวนให้กับร้านยาไปก่อน จากนั้นบริษัทยาจะต้องคืนเงินส่วนเกินจากราคาอ้างอิง (rebate) ของยาในกลุ่ม Therapeutic cluster ให้กับกองทุนประกัน

ประเทศสเปน[44,45]

การปฏิรูปนโยบายด้านยาของสเปน

ตลาดยาสามัญของสเปนมีขนาดเล็กมากในช่วงสองทศวรรษก่อนมีการปฏิรูปกฎหมายในปี คศ. 1996 และ 1997 (สเปนมีกฎหมายสิทธิบัตรในปี คศ. 1992) เมื่อมีการออกพระพระราชบัญญัติ 13/1996 General Budget Act และ 66/1997 Regulation Act เพื่อเปิดโอกาสแก่ยาสามัญเข้ามาสู่ตลาดมากขึ้น ตามการปรับปรุงพระราชบัญญัติยาปี 1990 ซึ่งก่อนหน้านี้การใช้ยาสามัญมีน้อยมาก ยาสามัญตัวแรกที่จดลิขสิทธิเพื่อขายในเดือนกรกฎาคม 1997 และการเข้ามาของยาสามัญเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยมาตั้งแต่นั้น

ประเทศสเปนเริ่มใช้ราคาอ้างอิงในปี คศ. 2000 กับกลุ่มยาที่มียาสามัญที่หมดสิทธิบัตรแล้วอยู่ในกลุ่มเดียวกันที่สามารถใช้ทดแทนกันได้ การกำหนดราคาทำโดยกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง (มีการปรับปรุง

---

[43] Yfantopoulous J. Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. Eur J Health Econ. 2008;9:87-97.

[44] Puig-Junoy J. The impact of generic reference pricing interventions in the statin market. Health Policy. 2007;84:14-29.

[45] Fernando A, Juan O, Mariola P, Carmelo J. Economic aspects of new Spanish laws on pharma-ceutical preparations. The European Journal of Health Economics 2007;8:297-300.

ทุก 2 ปี) โดยกำหนดเป็นราคาเฉลี่ยในแต่ละปีของยาที่มีราคาถูกที่สุดที่มีส่วนแบ่งการตลาดมูลค่าอย่างน้อยร้อยละ 20 ถ้าความแตกต่างกันระหว่างราคาที่คำนวณได้กับราคายาที่สูงที่สุดในกลุ่มนั้นน้อยกว่าร้อยละ 15 จะใช้ราคาอ้างอิงที่ต่ำกว่าราคาที่สูงที่สุดร้อยละ 10 ถ้าความแตกต่างของราคาที่คำนวนได้และราคายาที่สูงที่สุดมากกว่าร้อยละ 50 จะคำนวนราคาอ้างอิงซ้ำโดยใช้ราคาลดจากราคาที่สูงที่สุดร้อยละ 50 ในกรณีที่ไม่มียาราคาแพง จะใช้ราคาอ้างอิงที่ต่ำกว่ายาสามัญที่ราคาต่ำที่สุด ราคาอ้างอิงเป็นนโยบายที่เป็นมาตรการเพื่อส่งเสริมตลาดยาสามัญ ต่อมาในปี คศ. 2004 ได้เปลี่ยนการคิดราคาอ้างอิงเป็นราคาเฉลี่ยต่อวันของยาที่มีราคาถูกที่สุดสามชนิด โดยใช้เกณฑ์ defined daily dose

ในภาคปฏิบัติ มีระบบการจัดซื้อเพื่อส่งเสริมระบบราคาอ้างอิง รัฐบาลกลางมีระบบการสร้างแรงจูงใจให้ใช้ยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย (ทั้งยาต้นแบบและยาสามัญ) และมีราคาขายที่แตกต่างกัน ด้วยการกำหนดราคาอ้างอิงเป็นราคาที่สูงกว่าของยาสองตัวที่มีราคาต่ำที่สุด และมีแรงจูงใจให้แพทย์จ่ายยาด้วยชื่อสามัญ ราคาอ้างอิงยังมีผลต่อการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่ประกอบไปด้วยตัวแปรที่ขึ้นกับราคาของยาที่เลือก และถ้าราคายาไม่เกินราคาอ้างอิง ผู้ป่วยก็อาจจะเลี่ยงการมีส่วนจ่ายร่วมได้

ถึงแม้รัฐบาลกลางจะมีนโยบายในเรื่องเกี่ยวกับราคายา แต่ละแคว้นที่มีการปกครองแบบอิสระก็สามารถจัดการให้บริการสุขภาพของแคว้นตนเองได้ ในเดือนกันยายน คศ. 2001 รัฐบาลของแคว้น Andalusia ได้นำกลไกการจัดหายาใหม่ที่มีพื้นฐานจากการใช้ราคาอ้างอิง เพื่อแข่งขันกับระบบราคาอ้างอิงที่รัฐบาลกลางใช้ ระบบราคาอ้างอิงจะถูกกำหนดจากตัวยาสำคัญและกำหนดจากการมีมากกว่า 2 ผลิตภัณฑ์ในตลาดที่ขายให้ผู้บริโภคในราคาที่แตกต่างกัน ภายใต้ระบบนี้ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดที่มีตัวยาสำคัญเหมือนกันจะถูกพิจารณาว่าไม่แตกต่างกันและใช้ราคาอ้างอิงเดียวกัน จำนวนผลิตภัณฑ์ยาที่มีราคาอ้างอิงใน Andalusia มีมากกว่าระบบราคาอ้างอิงของชาวสเปน อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญของระบบราคาอ้างอิงของแคว้น คือต้องเป็นใบสั่งยาที่ใช้ชื่อยาสามัญและไม่ใช้ชื่อการค้าของผลิตภัณฑ์ ใน Andalusia จะกำหนดราคาอ้างอิงที่ราคาที่สูงกว่าราคายา 2 ตัวที่ต่ำที่สุด และจะปรับปรุงราคาอ้างอิงทุก 6 เดือนหรือปรับปรุงราคาอ้างอิงโดยอัตโนมัติถ้าราคาของยาที่เป็นตัวอ้างอิงมีการปรับเปลี่ยนราคา รัฐบาลของแคว้นตกลงกับเภสัชกรให้จ่ายยาที่ราคาต่ำที่สุดในกลุ่มยาที่มีตัวยาสำคัญเดียวกัน ในช่วงปลายปี คศ. 2002 แคว้นอื่นๆ ได้ติดตามการปฏิบัติของแคว้น Andalusia และมีโครงการที่จะทำเช่นเดียวกัน

นโยบายเพื่อส่งเสริมให้ใช้ยาสามัญมากขึ้น เป็นการส่งเสริมและการโฆษณาให้แพทย์สนับสนุนและจ่ายยาสามัญ เมื่อสั่งยาด้วยชื่อยาสำคัญเท่านั้น ตั้งแต่มีการปฏิรูปเภสัชกรได้มีโอกาสแสดงบทบาทในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยทำงานร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสามัญ

ผลการปฏิรูปนโยบายด้านยาของสเปน

การใช้ระบบราคาอ้างอิงสร้างความไม่พอใจแก่ผู้ผลิตยาใหม่ เพราะเหมือนถูกบังคับให้ลดราคามากขึ้น อย่างไรก็ตามส่วนแบ่งการตลาดของผู้ผลิตยาสามัญก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นตั้งแต่มีการใช้ระบบนี้ ตรงกันข้ามค่าใช้จ่ายด้านยาในแต่ละปี ยังคงเพิ่มสูงขึ้นเกือบร้อยละ 10 ในปี ค.ศ. 2000 จำนวนยาสามัญที่จำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 3 ของมูลค่าบริการสุขภาพทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.4 ในปี คศ. 2003 และร้อยละ 7.5 ในปี คศ. 2005 หรือเท่ากับร้อยละ 27 ของจำนวนที่ขายได้ทั่วทั้ง EU ซึ่งต่ำกว่ารายงานของประเทศเนเธอแลนด์ โปแลนด์ สโลวาเกีย สโลวาเนีย และประเทศอังกฤษ ที่มีอัตรามากกว่าร้อยละ 40

ตลาดยาสามัญมีแรงจูงใจในการแข่งขันน้อยมาก ทั้งนี้เพราะผู้ผลิตภายในประเทศ กับผู้ผลิตต่างชาติมีจำนวนไม่มาก ดังนั้นการสั่งยาสามัญขึ้นอยู่กับการให้ข้อมูลแก่แพทย์และผู้ป่วย ช่วงเริ่มต้นประเด็นนี้ยังไม่ได้รับ

ความสนใจ ในปี คศ. 2001 มีการสั่งใช้ยาสามัญร้อยละ 12-15 ของใบสั่งยาทั้งหมดใน Madrid และ Catalonia ส่วนใน Galicia มีน้อยกว่าร้อยละ 3

นอกจากนี้ประเด็นสำคัญของนโยบายราคาอ้างอิงคือ จะออกแบบอย่างไรเพื่อกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันด้านราคาจากผู้ซื้อบริการ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการทดแทนด้วยยาสามัญและแรงกระตุ้นของผู้ขายยาที่จะตั้งราคาต่ำกว่าที่ราคาอ้างอิง แต่ขณะเดียวกันต้องเพิ่มรายได้ให้กับเภสัชกรเมื่อขายยาที่ต่ำกว่าราคาอ้างอิง ที่รายได้ควรจะขึ้นกับความแตกต่างของราคายาที่ซื้อและราคาที่ขาย ไม่ว่าจะเป็นยาต้นแบบหรือยาสามัญ ซึ่งแรงจูงใจสำหรับการแข่งขันส่วนลดที่ให้เภสัชกรยังคงมีอยู่ แม้เภสัชกรจะไม่ได้รับส่วนต่างทั้งหมด นอกจากนี้ยังต้องการผู้ที่คอยติดตามระดับอ้างอิงของสเปนเพื่อให้ใกล้เคียงกับราคาต่ำสุดในตลาดในเวลานั้น

การปฏิรูปปี คศ. 2007[46]

ด้วยเหตุที่การปฏิรูปที่ผ่านยังไม่บรรลุเป้าประสงค์ของการใช้ยาสามัญ และการลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงอย่างมีนัยสำคัญ จึงมีระบบราคาอ้างอิงแบบใหม่ที่นำมาใช้ในเดือนมีนาคม 2007 มีการจัดกลุ่มโดยพิจารณาจากรูปแบบและตัวยาสำคัญและรวมยาสามัญที่เทียบเคียงกันได้อย่างน้อย 1 ตัว กำหนดราคาอ้างอิงในแต่ละกลุ่มโดยคำนวนค่าเฉลี่ยจากราคายาที่ถูกที่สุด 3 ตัวที่โดยไม่คำนึงถึงส่วนแบ่งการตลาด เป็นการปรับปรุงจากเดิมที่คิดจากส่วนแบ่งทางการตลาดของยาหรือค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด ส่วนการส่งเสริมให้มีการแข่งขันของยาสามัญ กฎหมายใหม่จะลดราคายาหลังจากที่ขึ้นทะเบียนว่าเป็นยาสามัญที่เทียบเคียงได้มาแล้ว 10 ปีในประเทศอื่นของยุโรป

ในระบบใหม่นี้ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มการรักษาเป็น 135 กลุ่ม แต่ไม่มีการปฏิรูปที่เกี่ยวกับการส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันกับยาใหม่อย่างชัดเจน เพราะยาที่ถูกจัดกลุ่มเป็นยาใหม่จะได้รับการยกเว้นจากระบบราคาอ้างอิง ราคาอ้างอิงสามารถปรับปรุงใหม่ได้ทุกปี

กฎหมายใหม่ไม่มีผลกระทบกับช่องทางการจ่ายยา และให้เภสัชกรเริ่มนำแนวคิดเรื่องการบริการ “pharmaceutical care” มาใช้ในการทำงาน กฎหมายยอมให้เภสัชกรสามารถทดแทนยาได้ในบางกรณี และไม่อนุญาตให้ขายยาโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ถ้าราคาขายของยาเท่ากับหรือต่ำว่าราคาอ้างอิง เภสัชกรไม่ต้องเปลี่ยนยา นอกจากนี้ยังมีระเบียบให้เภสัชกรทำหน้าที่เปลี่ยนยาแทนยาที่แพทย์สั่งได้ ถ้าราคาขายของยานั้นสูงกว่าราคาอ้างอิง เภสัชกรสามารถเลือกยาที่มีราคาถูกที่สุดให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 40 ของราคายาในภาครัฐ โดยมีข้อยกเว้นสำหรับผู้สูงอายุ ในเวลาเดียวกันกฎหมายอนุญาตให้สั่งยาทาง electronic ในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเพื่อลดการเดินทางไปที่โรงพยาบาลได้

ตารางที่ 2.9 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศสเปน

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
วันที่เริ่มใช้	-ธันวาคม 2000
การบริหารจัดการ	-ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
ยาที่ครอบคลุม	-ยาที่หมดสิทธิบัตร และมีผล bio-equivalent ในกลุ่มยาที่ทดแทนกันได้
ระดับราคายาอ้างอิง	-ระดับที่ 1 (ใช้ราคายาเฉลี่ยของยาที่ถูกที่สุด 3 ตัวในกลุ่ม)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	-ทุก 2 ปี

[46] Costa-Font J, McDaid D. Pharmaceutical policy reform in Spain. Eurohealth 2006;12(4):14-17.

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
ผลต่อราคายาสามัญ	-ไม่ปรากฏ
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	- 172 กลุ่ม (858 ผลิตภัณฑ์) คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของมูลค่ายาภาครัฐ
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	-ไม่ทราบ
ผลต่อมูลค่ายาทั้งหมด	-ไม่ทราบ

ประเทศเบลเยี่ยม[6]

ในระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึง 2000 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเบลเยี่ยมมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึงร้อยละ 5.1 ต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นค่าใช้จ่ายด้านยา มาตรการหนึ่งที่รัฐใช้ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาคือ ราคายาอ้างอิง ซึ่งกระทรวงสวัสดิการและสังคม มีคณะกรรมการเบิกจ่ายเงินค่ายา (Drug Reimbursement Committee) ของประเทศเบลเยี่ยมเป็นผู้รับผิดชอบ ราคายาอ้างอิงระดับที่ 1 เริ่มนำมาใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2001 เฉพาะกลุ่มยาที่หมดสิทธิบัตรแล้ว เกณฑ์ในการตั้งราคายาอ้างอิงจะเทียบราคาที่ลดลงเป็นเปอร์เซนต์ของราคายาต้นแบบในกลุ่มยาเดียวกัน ถ้าราคายาที่สั่งจ่ายสูงกว่าราคายาอ้างอิง ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) เป็นส่วนต่างระหว่างราคายาอ้างอิงกับยาที่ถูกสั่งจ่าย

ระบบราคายาอ้างอิงที่นำมาใช้ในปี ค.ศ. 2001 จะกำหนดประเภทของยาตามตารางที่ 2.10 ตามความรุนแรงของโรคที่เป็น และเพื่อการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย ตารางที่ 2.11 แสดงการเปลี่ยนแปลงของระบบราคายาอ้างอิงและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในประเทศเบลเยี่ยม โดยมี Co-ordinated Law (the Law) เป็นกฎหมายหลักที่เกี่ยวกับราคายา นอกจากนี้ยังมี Royal Decree (RD) เป็นกฎหมายเพิ่มเติม

ตารางที่ 2.10 การกำหนดกลุ่มยาเพื่อจัดทำราคายาอ้างอิงและเกณฑ์ร่วมจ่ายในประเทศเบลเยี่ยม[6]

ประเภทการเบิกจ่ายยา	สำหรับผู้ได้สิทธิพิเศษ	สำหรับผู้ไม่ได้สิทธิพิเศษ
ประเภท A (ยาสำหรับ Life threatening conditions) เช่น เบาหวาน	ไม่มีส่วนร่วมจ่าย	ไม่มีส่วนร่วมจ่าย
ประเภท B (ยาสำหรับรักษาโรค) เช่น ยาปฏิชีวินะ	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 15 แต่ไม่เกิน €7.20	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน €10.80
ประเภท B (ที่มี large package size)	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 15 แต่ไม่เกิน €8.90	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน €13.50
ประเภท C (ยาสำหรับบรรเทาอาการ) เช่น ยาแก้แพ้	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน €8.90	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 50 แต่ไม่เกิน €13.50
ประเภท C_S (วัคซีน)	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 60 และไม่มีเพดาน	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 60 และไม่มีเพดาน
ประเภท C_X (ยาคุมกำเนิด)	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 80 และไม่มีเพดาน	มีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 80 และไม่มีเพดาน

ในกฎหมาย จะกำหนดราคายาอ้างอิงเป็นส่วนลดของราคายาต้นแบบ เริ่มที่ร้อยละ 16 และมีการเปลี่ยนแปลงส่วนลดเพิ่มตามระยะเวลาที่ยาจำหน่ายในท้องตลาด นอกจากนี้ยังมีการกำหนดต้นทุนการจ่ายยยา (Distribution and delivery margin) โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงเศรษฐกิจ ตามรายได้จากการกระจายและการส่งออกยาในประเทศเบลเยี่ยม

ตารางที่ 2.11 การเปลี่ยนแปลงของระบบราคายาอ้างอิงและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในประเทศเบลเยี่ยม

วัน เดือน ปี	**การเปลี่ยนแปลง**	**กฎหมายที่เกี่ยวข้อง**
1 มิถุนายน 2001	เริ่มราคาอ้างอิง ด้วยการลดราคาเบิกจ่ายยาต้นแบบ (ex-factory price) ลงร้อยละ 16	Art 50, Law วันที่ 2 มกราคม 2001
1 กรกฎาคม 2002	ลดราคายาอ้างอิงของยาต้นแบบเป็นร้อยละ 20	Art 1, RD วันที่ 28 พฤษภาคม 2002
1 มกราคม 2003	ลดราคายาอ้างอิงของยาต้นแบบเป็นร้อยละ 26	Art 1, RD วันที่ 27 พฤศจิกายน 2002
1 กรกฎาคม 2005	-ขยายของระบบราคายาอ้างอิงให้ครอบคลุมทุกรูปแบบและขนาดยา -ลดราคายาอ้างอิงของยาต้นแบบเป็นร้อยละ 30 -ขยายราคาอ้างอิงให้ครอบคลุมยาที่มีข้อบ่งใช้และกลไกการออกฤทธิ์คล้ายกัน	Art 61, Law วันที่ 27 เมษายน 2005
17 มกราคม 2006	-คณะกรรมการกำหนดการเบิกจ่ายยาประเมินรายการยาที่มีข้อบ่งใช้และกลไกในการออกฤทธิ์ที่เหมือนๆ กัน สำหรับยาที่หมดสิทธิบัตร	Art 1, RD วันที่ 22 ตุลาคม 2005
1 มกราคม 2006	-เปลี่ยนแปลงราคาเบิกจ่ายยาต้นแบบเมื่อนำยาสามัญบางตัวออกจากรายการ	Art 89, Law วันที่ 27 ธันวาคม 2005
1 พฤษภาคม 2009	-ยาที่อยู่ในระบบราคาอ้างอิงมากกว่า 2 ปี เพิ่มส่วนลดของยาต้นแบบอีกร้อยละ 2.5 -เพิ่มความถี่การปรับปรุงระบบ 4 ครั้ง/ปี (1 มกราคม, 1 เมษายน, 1 กรกฎาคม และ 1 ตุลาคม)	Art 100, 156, 157, Law วันที่ 22 ธันวาคม 2008 Art 2, RD วันที่ 14 เมษายน 2009
1 เมษายน 2010	-ยาที่มีสิทธิบัตรหรือหมดสิทธิบัตรแล้วจะรวมอยู่ในระบบราคายาอ้างอิงทั้งหมด -ยาที่อยู่ในระบบราคายาอ้างอิงมากกว่า 2 ปี เพิ่มส่วนลดของยาต้นแบบอีกร้อยละ 4 -ยาที่อยู่ในระบบราคายาอ้างอิงมากกว่า 4 ปี เพิ่มส่วนลดของยาต้นแบบอีกร้อยละ 3.5 -มีข้อยกเว้นสำหรับยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพดีกว่ายาเดิมมาก	Art 34, Law วันที่ 23 ธันวาคม 2009

หมายเหตุ: Law = the Co-ordinated Law, RD = Royal Decree

รายละเอียดระบบราคายาอ้างอิงของประเทศเบลเยี่ยมได้รวบรวมไว้ดังตารางที่ 2.12

ตารางที่ 2.12 ระบบราคายาอ้างอิงในประเทศเบลเยี่ยม

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
เงื่อนไขการจัดการ	-การควบคุมราคายาโดยตรง -การทำบัญชีรายการยาที่สามารถเบิกได้ -ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายในระดับของยาที่แบ่งตามความรุนแรงของโรค (category A, B, C, Cs หรือ Cx)
วันที่เริ่มใช้	-1 มิถุนายน 2001
ผู้รับผิดชอบ	-ส่วนกลาง (กระทรวงสวัสดิการและสังคม)
ยาที่ครอบคลุม	-ยาทุกตัว จัดกลุ่มตามองค์ประกอบ, รูปแบบ และขนาดยาที่เหมือนกัน
ระดับราคายาอ้างอิง	-ระดับที่ 1 (เทียบเป็นเปอร์เซ็นต์ของยาต้นแบบในกลุ่มยาเดียวกัน)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	-ปรับปรุงระบบและบัญชียาอ้างอิงปีละ 4 ครั้ง
ผลต่อราคายาสามัญ	-เพิ่มส่วนแบ่งการตลาดของยาสามัญจากร้อยละ 11 ในปี 2001 เป็นร้อยละ 40 ในปี 2007
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	-มูลค่ายาสามัญเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.05 ในปี 2001 เป็นร้อยละ 6.11 ในปี 2003
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	-คาดว่าจะประหยัดเงินในระบบประกันสุขภาพ 117 ล้านยูโรในปี คศ. 2003
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	-ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง 46 ล้านยูโรระหว่างปี คศ. 2001 และ 2002 และ 57 ล้านยูโรระหว่างปี คศ. 2002 และ 2003

ประเทศสโลวาเกีย[47]

การปฏิรูประบบสุขภาพ คศ. 2004

เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ที่ครอบคลุมทุกปัญหาของการดูแลสุขภาพ รวมทั้งยาและเครื่องมือแพทย์ เป็นการดูแลทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ตามกฎหมายการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย Act No. 140/1998 Coll. ในเรื่องยาและเครื่องมือแพทย์, Act No. 576/2004 Coll. ในเรื่องการดูแลสุขภาพและการบริการที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ, Act No. 577/2004 Coll. เกี่ยวกับขอบเขตของการบริการสุขภาพ, Act No. 578/2004 Coll. เกี่ยวกับผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับยา, ผู้เชี่ยวชาญขององค์กรในการบริการด้านสุขภาพ, Act No. 579/2004 Coll. การบริการฉุกเฉิน, Act No. 580/2004 Coll. เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ, Act No. 581/2004 Coll. เกี่ยวกับบริษัทประกันสุขภาพและผู้ดูแล

ในสโลวาเกีย การดูแลสุขภาพพื้นฐานเป็นรูปแบบของการประกันสังคม ในปี คศ. 1994 ระบบประกันสุขภาพสร้างจากหลักของการอยู่รวมกัน, ให้มีทางเลือกและไม่แสวงหากำไร ในปี คศ. 2005 มีกองทุนประกันสุขภาพอยู่ 5 กองทุน (ซึ่งลดลงอย่างมากจากจำนวน 12 แห่งในปี คศ. 1995) กองทุนที่ใหญ่ที่สุดครอบคลุมร้อยละ 67 และร้อยละ 12.9 ของตลาด บริษัทประกัน 2 แห่งนี้เป็นของรัฐ มีพระราชบัญญัติรองรับและรัฐรับประกัน

[47] Mazag J. Pharmaceutical pricing and reimbursement information, Slovakia Pharma profile final version, June 2007.

ว่าไม่ล้มละลาย อีก 3 บริษัทเป็นภาคเอกชน ซึ่งไม่ได้รับการรับประกันทรัพย์สิน มีส่วนแบ่งการตลาดร้อยละ 8.5, 7.2 และ 6.2 ตามลำดับ ส่วนบริษัทอื่นๆ เข้าสู่ตลาดในปี คศ. 2007

สาระสำคัญของผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งทำสัญญากับประกันสังคม คือแพทย์ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้รับค่าตอบแทนตามรายหัว และมีหน้าที่เป็นผู้ควบคุมการไปสู่การบริการเฉพาะทาง ซึ่งแพทย์เฉพาะทางได้รับค่าตอบแทนตามบริการที่ใช้จริง (fee-for-service) ยิ่งกว่านั้นโพลีคลินิคและโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ได้รับการดูแลแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลได้ค่าตอบแทนจากจำนวนวันนอน

ระบบราคายาอ้างอิง

ในปี คศ. 1995 มีการนำระบบราคาอ้างอิงมาใช้ เป็นการกำหนดระดับราคาเบิกจ่ายสูงสุด ยาทุกตัวที่อยู่ในบัญชีจะถูกแบ่งเป็นกลุ่มตามการรักษา ซึ่งขึ้นกับการจัดกลุ่มการรักษาร่างกายด้วยสารเคมีระดับ ACT-5 (ตัวยาสำคัญเหมือนกัน) และตามการจัดกลุ่มการรักษาร่างกายด้วยเคมี ATC-4 (รักษาอาการเดียวกัน)

การคำนวณราคาอ้างอิงในแต่ละกลุ่ม โดยปกติจะให้ราคาต่อขนาดยาหนึ่งวันของยา (DDD) ที่ถูกที่สุดใน ATC แต่บางครั้งสามารถกำหนดระดับของการเบิกจ่ายที่แตกต่างจากราคาอ้างอิงได้ เพื่อจำกัดการจ่ายเพิ่มสำหรับยาในกลุ่มเดียวกันที่มีราคาแตกต่างกัน

ในปี คศ. 2004 มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายราคายาในระบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ ภายใต้กฎหมาย Act 577/2004 เป็นการเปลี่ยนแปลงอำนาจในการกำหนดราคายาจากกระทรวงการคลังมาเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

กระบวนการกำหนดราคาเบิกจ่ายเริ่มต้นจากกำหนดราคาขายปลีกในร้านยาที่สูงที่สุด ต่อจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขจะประเมินราคาใหม่ตามคำแนะนำของคณะกรรมการแบ่งประเภท (Categorisation Committee) เพื่อตัดสินใจในเรื่องระดับของการเบิกจ่ายและการสั่งใช้ยา หรือการจำกัดข้อบ่งใช้ ซึ่งจำเป็นต้องรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับยา (เช่น ชื่อยา, ผู้ผลิตและผู้ถือหุ้นที่มีอำนาจ, รูปแบบ ขนาดบรรจุและความแรงของยา) และข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยาและขนาดของยาที่รับประทานต่อวัน และจำนวนวันที่รับประทานในขนาดบรรจุของยา

กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดบัญชียา การเปลี่ยนแปลงยาในบัญชียาและการนำยาออกจากบัญชียาจะทำโดยการแบ่งประเภทของยา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะจัดตั้งคณะกรรมการจัดกลุ่มยาทำหน้าที่เสนอความเห็น คณะกรรมการจัดกลุ่มยาประกอบด้วยสมาชิกจำนวน 11 คน ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรีสาธารณสุข โดยเป็นตัวแทนจากรัฐมนตรี 3 คน ตัวแทนจากบริษัทประกันสุขภาพ 5 คน และตัวแทนจากสภาแพทย์ของสโลวัค 3 คน เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกและเกณฑ์การประเมินนั้นกำหนดไว้ใน Act 577/2004 และการตัดสินใจของคณะกรรมการการเบิกจ่ายจะแสดงไว้ที่เวบไซด์ของกระทรวงสาธารณสุข

ในอดีตมีการพิจารณากระบวนการจัดกลุ่มปีละครั้ง ตั้งแต่ปี คศ. 2004 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มความถี่ของการพิจารณากระบวนการจัดกลุ่มเป็น 4 ครั้งต่อปี การพิจารณาทุก 3 เดือนนี้มุ่งประเด็นเกี่ยวกับกลุ่ม ATC (Anatomic Therapeutic Chemical) เช่น ในกรณีที่ราคาการเบิกจ่ายสูงและกรณีเป็นยาใหม่

ระบบราคาอ้างอิงใน ATC-5 และ ATC-4 ใช้เพื่อให้เกิดการแข่งขันของยาต้นแบบและยาสามัญในขั้นตอนการประเมินซ้ำทุก 3 เดือน หลังจากการตั้งราคาขายปลีกที่สูงสุด (Pharmacy retail price, PRP) คณะกรรมการจัดกลุ่มยาจะตั้งระดับการเบิกจ่ายค่ายา ซึ่งขึ้นกับระบบราคาอ้างอิงภายใน (interal reference pricing) ของการคำนวณราคาอ้างอิงในแต่ละกลุ่ม โดยปกติจะเป็นราคาต่อขนาดยาหนึ่งวันของยาที่ถูกที่สุด

สำหรับยาที่อยู่ในกลุ่มที่มีราคาแพงกว่า จะให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายในส่วนต่างระหว่างราคาขายปลีกและระดับการเบิกจ่ายที่ถูกที่สุดใน ATC ที่มีตัวยาสำคัญเหมือนกัน แพทย์และเภสัชกรต้องให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าอาจต้องมีการจ่ายร่วมและควรจะเสนอยามีตัวยาสำคัญเดียวและถูกกว่าให้ถ้าผู้ป่วยยินยอม ระเบียบนี้กำหนดไว้ใน Act 577/2004

ระเบียบนี้ทำให้เกิดการแข่งขันกันในกลุ่มยาที่มีตัวยาสำคัญเหมือนกัน และระดับการเบิกจ่ายตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 2000 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ประหยัดต้นทุนและยังคงเบิกจ่ายยาในกลุ่ม ATC-5 ได้เต็มจำนวน

ประเทศไอร์แลนด์[48]

ไอร์แลนด์เป็นประเทศล่าสุดในทวีปยุโรปที่จะนำเอาระบบราคายาอ้างอิงไปใช้ในปี คศ. 2011 เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่มีสัดส่วนค่อนข้างสูงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งเพิ่มมากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในปี คศ. 2008 ค่าใช้จ่ายด้านยามีมูลค่าประมาณ 1.9 พันล้านยูโร สำหรับใบสั่งยาจำนวน 65 ล้านใบ และคาดว่าจำนวนใบสั่งยาจะเพิ่มเป็น 105 ล้านใบ และคิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ 2.4 พันล้านยูโรในปี คศ. 2021[47] ดังนั้นเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยา รัฐจึงหาแนวทางการแก้ปัญหาโดยการส่งเสริมการใช้ยาสามัญ และกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันทางด้านราคาเกิดขึ้น เพราะในปัจจุบันกฎหมายไม่อนุญาตให้เภสัชกรจ่ายยาสามัญเพื่อทดแทนยาต้นแบบได้ แต่ในระบบกฎหมายใหม่ เภสัชกรจะสามารถทดแทนยาที่มีผลการรักษาเท่าเทียมกัน และกำหนดราคาอ้างอิงสำหรับเบิกจ่าย เป็นการทดแทนยาระดับที่ 1

ผู้รับผิดชอบหลักในระบบนี้คือ กระทรวงสาธารณสุขและเด็ก (Minister for Health and Children) รูปแบบของระบบที่กำหนดไว้คือ รัฐจะกำหนดราคาสูงสุดที่เป็นราคาอ้างอิงไว้ภายในกลุ่มยาที่ใช้ทดแทนกันได้ ซึ่งถ้าราคายาที่สั่งจ่ายสูงกว่าราคาอ้างอิง ผู้ป่วยจะต้องจ่ายส่วนต่างระหว่างราคาอ้างอิงกับราคาที่สั่งจ่าย ผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงการจ่ายเงินในส่วนนี้ได้ โดยเปลี่ยนไปใช้ยาทดแทนตัวอื่นภายในกลุ่มที่มีราคาถูกกว่าแต่มีประสิทธิภาพทางคลินิกที่เท่าเทียมกัน ราคายาอ้างอิงระดับที่ 1 ถูกกำหนดให้นำมาใช้ในประเทศไอร์แลนด์ มีกระบวนการสำคัญของระบบมีดังนี้ คือ

Health Service Executive เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่จัดทำและบริหารจัดการระบบบัญชียาของประเทศ จะคัดเลือกยาที่สามารถใช้ทดแทนกันได้ภายในกลุ่มยาอ้างอิง และมีเกณฑ์ที่จำเพาะเจาะจงในการกำหนดราคาอ้างอิงในแต่ละกลุ่ม

- Health Service Executive จะทบทวนราคายาอ้างอิงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และอย่างมากที่สุดทุก 3 เดือน ในการทบทวนราคายาอ้างอิง จะคำนึงถึงจำนวนของผู้แข่งขัน, ขนาดของตลาด, ความต่อเนื่องของการผลิต, ราคาตลาดและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- เมื่อ Health Service Executive ต้องการทบทวนราคาใหม่ จะต้องขอราคายาและข้อมูลทางการตลาดจากผู้ผลิตที่มีอยู่ และทำการกำหนดราคายาอ้างอิงใหม่โดยใช้ราคาที่ต่ำที่สุด รวมทั้งคำนึงถึงความต่อเนื่องในการใช้ยาแต่ละตัวภายในกลุ่มด้วย

[48] Proposed Model for Reference Pricing and Generic Substitution. (May 2010). (Accessed March 5, 2011 at http://www.dohc.ie/publications/pdf/reference_pricing_generic_substitution.pdf?direct=1).

- เมื่อผู้ป่วยได้ยาที่มีราคาที่สูงกว่าราคายาอ้างอิง ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนไปใช้ยาภายในกลุ่มยาอ้างอิงที่ถูกกว่าได้ หรือยินยอมจะจ่ายส่วนต่างระหว่างราคายาอ้างอิงกับราคายาที่สั่งจ่ายจริงก็ได้ซึ่งจะเข้าสู่ระบบการมีส่วนร่วมจ่าย

  ทั้งนี้มีเกณฑ์ยกเว้นของยาที่ไม่สามารถใช้ทดแทนกันได้ ได้แก่

  -ยาที่มีช่วงแคบในการรักษา

  -ยาที่เป็น controlled release และมีช่วงแคบในการรักษา

  -ยาที่มีส่วนประกอบสำคัญค่อนข้างมาก

  -ยาที่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษช่วยในการบริหารยา เช่น ยาพ่น

รัฐบาลคาดว่าการนำระบบยาอ้างอิงมาใช้จะช่วยเพิ่มการแข่งขันทางด้านราคาระหว่างผู้ผลิตยาและอาจช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้อย่างเท่าเทียมกันภายใต้ยาที่สามารถใช้ทดแทนกันได้

ตารางที่ 2.13 ระบบราคายาอ้างอิงที่จะนำมาใช้ในประเทศไอร์แลนด์

	คุณลักษณะ/ข้อมูล
เงื่อนไขการจัดการ	1.การควบคุมราคาโดยตรง 2.การส่งเสริมการใช้ยาสามัญทดแทน 3.ส่วนร่วมจ่ายสำหรับยา
วันที่เริ่มใช้	ปี 2011
ผู้รับผิดชอบ	กระทรวงสาธารณสุขและเด็ก (Miniter for Health and Children)
ยาที่ครอบคลุม	ยาทุกตัวที่มียาสามัญทดแทนได้
ระดับราคายาอ้างอิง	ระดับที่ 1 (กำหนดราคายาอ้างอิงที่ราคาต่ำสุดของยาในแต่ละกลุ่ม)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	ปรับปรุงบัญชียาอย่างน้อยที่สุด 1 ครั้งต่อปี และอย่างมากที่สุดทุก 3 เดือน
ผลต่อราคายาสามัญ	คาดว่าราคายาสามัญจะลดลง 20%
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	ไม่ทราบ
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	คาดว่าจะประหยัดได้ 22.3 ล้านยูโรภายใต้ Drugs payment scheme
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	ไม่ทราบ

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์[49]

ยาที่จะเข้าสู่ตลาดของประเทศสวิตเซอร์แลนด์นั้น ต้องผ่านการรับรองจาก Swissmedic ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เกิดจากการจัดตั้งของ Federal Act on Therapeutic Product ในปี คศ. 2002 ซึ่งมีอำนาจกำหนดระเบียบการผลิต การส่งออก การนำเข้า และการกระจายยา Swissmedic เป็นสถาบันซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ Federal Council แต่สามารถจัดตั้งคณะกรรมการและบริหารจัดการด้วยตนเองได้

[49] Paris, V. and E. Docteur (2007), "Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Switzerland", OECD Health Working Papers, No. 27, OECD Publishing. doi: 10.1787/136157357151.

ในปี คศ. 1996 รัฐบาลออกกฎหมาย Swiss Law on Health Insurance สำหรับประชาชนทุกคนในประเทศต้องซื้อหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสิทธิประโยชน์และการให้บริการด้านยา เป็นการกำหนดบัญชียาที่เบิกจ่ายได้ในระบบบริการสุขภาพและราคาเบิกจ่าย ซึ่งเป็นการตกลงราคากับผู้ผลิต ต่อมาในปี คศ. 2005 มีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายระเบียบการจ่ายยาโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการรักษาผู้ป่วยเฉพาะรายให้ง่ายขึ้น Swissmedic แบ่งยาออกเป็น 5 ประเภท ตามการสั่งและการจ่ายยา ดังนี้

A : สั่งจ่ายโดยใช้ใบสั่งยาเท่านั้นและไม่มีการเติมยา

B : สั่งจ่ายโดยใช้ใบสั่งยาเท่านั้น

C : จ่ายยาพร้อมกับการให้คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

D : จ่ายยาโดยผู้เชี่ยวชาญการให้คำแนะนำการใช้ยา

E : จำหน่ายได้ทั่วไป

นโยบายด้านราคายา

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ไม่ได้กำหนดราคาผ่านคณะกรรมการ ราคายาที่มีจำหน่ายทั่วไปที่ผู้ป่วยสามารถซื้อเองได้ (OTC) และยาจากใบสั่งยาซึ่งไม่สามารถเบิกจ่ายได้นั้น บริษัทยาจะตั้งราคาได้อย่างอิสระ ในขณะที่ราคาสูงสุดของยาที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่เบิกจ่ายได้จากประกันสุขภาพพื้นฐาน จะถูกนำไปเจรจาต่อรองกับบริษัทยา

The Federal Office of Public Health (OFSP) กำหนดทั้งบัญชียาและราคาของยาที่สามารถเบิกจ่ายได้ ซึ่ง OFSP จะตั้งราคาที่สูงที่สุดสำหรับยาทั้งยาต้นแบบที่ยังมีสิทธิบัตรและหมดสิทธิบัตรแล้วทุกรายการเช่นเดียวกับยาสามัญ ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพพื้นฐาน OFSP กำหนดราคาของบริษัทยาให้เหมาะกับกำไรและค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการของเภสัชกร

นอกจากการกำหนดราคาโดย OFSP แล้วยังมี The Price Council ซึ่งก่อตั้งจากกฎหมายเกี่ยวกับราคาที่เกิดขึ้นในวันที่ 20 ธันวาคม 1985 มีหน้าที่คอยติดตามราคายา ซึ่งมีอำนาจอิสระในการปกป้องผู้บริโภคต้องมีค่าใช้จ่ายด้านมากเกินเพราะราคายาที่สูงเกินไปจากการที่มีบริษัทผู้ผลิตเพียงบริษัทเดียว หรือจากการกำหนดราคาที่ไม่เหมาะสม

การร่วมจ่ายค่ายา

ในการประกันสุขภาพพื้นฐานจะเบิกจ่ายยาที่อยู่ในบัญชียาสำหรับผู้ป่วยนอก และจ่ายโดยเภสัชกรชุมชน เภสัชกรโรงพยาบาล หรือแพทย์ โดยปกติแล้วผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 10 ของค่ายาหลังจากจ่ายเงินส่วนแรก (deductible) ไปแล้ว ในปี คศ. 2006 อัตราการร่วมจ่าย (co-insurance) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของราคายาต้นแบบที่สามารถเปลี่ยนเป็นยาสามัญที่มีราคาแพงน้อยกว่าได้ พร้อมกับการมีกำหนดเพดานส่วนร่วมจ่าย (annual cap) ที่เฉพาะสำหรับค่ายาอีก 933 CHF

การกำหนดรายยาในและนอกบัญชียา

Federal Council (OAMaL) และ Department of Interior (OPAS) เป็นผู้พิจาณารายการยาเข้าบัญชียาเบิกได้ โดยปกติจะพิจารณาตามคำร้องขอของบริษัทผู้ผลิตยา แต่อย่างไรก็ตาม OFSP มีสิทธิ์ที่จะรวมหรือคงรายการยาที่มีความเห็นไม่ตรงกันของผู้ผลิตยาไว้ในบัญชียาที่เบิกได้ เมื่อยานั้นมีความจำเป็น ในกรณีนี้ OFSP จะตั้งราคาเบิกจ่ายเพียงฝ่ายเดียว ในปี 2005 มีรายการเบิกได้ 2,558 รายการซึ่งคิดเป็นร้อยละ 57 และประมาณร้อยละ 87 ของยาที่สั่งโดยแพทย์เท่านั้น คือ ประเภท A และ B

เกณฑ์ในการกำหนดราคาสูงสุดของยาในบัญชี

การเจรจาจาตกลงเรื่องราคายาสูงสุด เป็นผลมาจากการประเมินความคุ้มค่าของยาเมื่อเทียบกับค่าของเงิน ในกฎหมายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ อธิบายเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินและการตั้งกรอบการทำงานสำหรับการกำหนดราคา โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญในการพิจารณาคือ ราคาของยาใหม่ในต่างประเทศ, ความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพของยาใหม่ (เปรียบเทียบกับยาอื่น) และต้นทุนการวิจัยและพัฒนา

การเปรียบเทียบราคาในต่างประเทศ มีกฎทั่วไป คือราคาต้องไม่มากเกินค่าเฉลี่ยของราคา ณ โรงงาน (ex-factory) ในประเทศที่เลือกมาพิจารณา ซึ่งต้องมีโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่สามารถเทียบเคียงกันได้ และเป็นประเทศที่ราคากำหนดราคา ex-factory อย่างถูกต้องเที่ยงตรงจากผู้มีอำนาจหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาราคาของประเทศเยอรมันนี เดนมาร์ก สหรัฐอาณาจักร เนเธอร์แลนด์ เป็นอันดับแรก ส่วนประเทศฝรั่งเศส ออสเตรีย และอิตาลี จะเก็บไว้เป็นประเทศที่พิจารณาประกอบ และอาจจะเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ได้อีก บริษัทยาต้องจัดหา “EU targeted Price” ให้กับ Swissmedic เกณฑ์นี้มีความยืดหยุ่น เช่น ถ้าราคาในประเทศหนึ่งที่เปรียบเทียบ มีค่าสูงหรือต่ำเป็นพิเศษ อาจไม่นำเอามาคิดเฉลี่ยกับประเทศอื่นๆ ทำนองเดียวกันถ้ายังไม่มียาในประเทศที่ต้องการเปรียบเทียบ ก็อาจพิจารณาเปรียบเทียบกับประเทศอื่น แต่การที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีแนวโน้มที่จะเป็นหนึ่งใน 6 ประเทศแรกๆ ในโลกที่มียาใหม่ออกสู่ตลาด จึงทำให้มีประเทศที่ให้เปรียบเทียบราคาน้อยมาก

สำหรับประสิทธิภาพของยาจะพิจารณาเปรียบเทียบกับยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ยาใหม่ที่ไม่มีประสิทธิภาพมากไปกว่ายาที่มีอยู่ จะต้องมีราคาต่ำกว่าจึงจะบรรจุในบัญชีได้ OPAS ซึ่งเป็นคณะกรรมการยาได้แบ่งยาใหม่ออกเป็น 5 ประเภทตามระดับของนวัตกรรม ดังนี้

A. Therapeutic breakthrough เป็นยามีความก้าวหน้าในการรักษาแบบใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อน
B. Therapeutic progress เป็นยาที่สามารถรักษาโรคได้ดีกว่าเดิม
C. Savings compared to other drug มีความประหยัดเมื่อเปรียบเทียบกับยาอื่น
D. No therapeutic progress and no saving ไม่ได้ทำให้รักษาได้ดีขึ้นและไม่ประหยัด
E. Inappropriate for social health insurance ไม่เหมาะสมสำหรับประกันสุขภาพ

ต้นทุนค่าวิจัยและพัฒนา จะกำหนดให้แก่ยาใหม่ที่อยู่ในกลุ่ม A และ B เท่านั้น อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติราคาพิเศษนี้จะให้แก่ยาใหม่ซึ่งเป็นยาตัวแรกและตัวที่สองในกลุ่มการรักษา ซึ่งปกติ Innovation premium จะเท่ากับร้อยละ 10-20 ของราคายาเปรียบเทียบที่ใช้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน แต่ premium ที่ให้กับยาที่ไม่เคยมีมาก่อนจะไม่ได้ถูกจำกัดไว้ตามนี้ นอกจากนี้อาจยอมให้ราคา premium ที่สูงกว่า ในยาที่มีจำกัดในตลาด เช่น ยากำพร้า (orphan drug)

ยาที่ในบัญชียาเบิกได้จะมีการประเมินเป็นระยะเพื่อแสดงถึงความคุ้มค่า โดยจะประเมินครั้งแรกหลังจากเข้าบัญชียาได้ 24 เดือน เพื่อตรวจสอบว่าราคาที่เข้ามาตอนเริ่มต้นมีความเหมาะสม ถ้าการประเมินพบว่าราคาสูงเกินความคุ้มค่า OFSP จะลดราคายาลง นอกจากนี้ถ้ามีความแตกต่างระหว่างราคายาที่ตั้งไว้ (former price) และยาใหม่มากกว่าร้อยละ 3 และรายได้จากความแตกต่างระหว่างยาดังกล่าวนี้มากกว่า 20,000 CHF บริษัทยาอาจจะต้องนำรายได้ส่วนเกินคืนไปสู่ระบบประกันสุขภาพ ทำการประเมินครั้งที่สองเมื่อยาหมดสิทธิบัตร หรืออยู่ในบัญชียาที่เบิกได้มาอย่างน้อย 15 ปี และประเมินครั้งที่สามอีก 2 ปีหลังจากหมดสิทธิบัตร นอกจากนี้ยาใหม่ที่รับรองโดย Swissmedic จะต้องถูกประเมินหลังจากอยู่ในบัญชียาเบิกได้ 7 ปี เป็นการประเมินประสิทธิภาพ ความเหมาะสมของข้อบ่งใช้ และความคุ้มค่า โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่เปรียบเทียบกัน

ได้ ใน 2-3 ปีที่ผ่านมา มีข้อแนะนำจาก the Price Council เพื่อปรับเปลี่ยนราคา เนื่องจากมีข้อสังเกตุว่าราคาในช่วงที่นำยาเข้าบัญชีนั้นมีความคงที่ ในขณะที่สภาวะของตลาดมีความเปลี่ยนแปลง เพราะมียาสามัญหรือยาที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเข้ามาในตลาด การปรับเปลี่ยนราคาเป็นระยะนั้นเพื่อให้แน่ใจว่าผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในบัญชีที่เบิกได้นั้นยังมีความคุ้มค่า

การประเมินซ้ำของยาต้นแบบที่หมดสิทธิบัตรหรืออยู่ในบัญชียาเบิกได้ 15 ปีนั้นจะเป็นราคายาอ้างอิง (reference price) เพื่อใช้เป็นราคาเปรียบเทียบกับยาสามัญตัวอื่นๆ ยาสามัญที่เข้าสู่ตลาดและเข้าสู่บัญชีเบิกได้ต้องมีราคาต่ำกว่าราคาอ้างอิงอย่างน้อยร้อยละ 30 ถ้าราคาอ้างอิงของยาต้นแบบต่ำกว่าที่ประเมินภายใน 2 ปีต่อมา ราคายาสามัญนั้นต้องต่ำกว่าราคาอ้างอิงอย่างน้อยร้อยละ 15

การจ่ายค่าขนส่งและต้นทุนของการกระจายยา

ราคาในส่วนของการขนส่งและกระจายยา ที่สามารถเบิกจ่ายโดยประกันสุขภาพพื้นฐาน รัฐบาลโดย Department of Interior (OPAS) เป็นผู้กำหนดระเบียบทั่วไปสำหรับค่าตอบแทนในการขนส่งและต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการกระจายยาและส่งให้ OFSP เพื่อใช้กำหนดกำไร OFSP กำหนดยาในบัญชีออกเป็น 2 แบบตามสถานะการสั่งใช้ยา สำหรับยาที่สั่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น กำไรจากการขายปลีกจะเป็นจำนวนคงที่ ซึ่งมีความหลากหลายตามราคา ex-factory และอยู่ในช่วง 4-240 CHF และมีกำไรที่เหมาะสมประมาณร้อยละ 8-15 ของราคา ex-factory ดังตาราง 2.14 ส่วนยาที่สามารถเบิกจ่ายได้ประเภทอื่นๆ (ประเภท C และ D) กำไรของการการกระจายยาเป็นร้อยละ โดยกำหนดเป็นร้อยละ 8 ของราคา ex-factory

ตารางที่ 2.14 กำไรส่วนการกระจายยา (distribution margins) ร่วมกันระหว่างผู้ขายส่งและเภสัชกร สำหรับยาที่สั่งจ่ายยาโดยแพทย์ของบัญชีเบิกได้

Range of ex-factory price	Proportional margin (% of ex-factory price)	Fixed margin (in CHF)
CHF 0.05-4.99	12-15%	4
CHF 5.00-10.99	12-15%	8
CHF 11.00-14.99	12-15%	12
CHF 15.00-879.99	12-15%	16
CHF 880.00-1800.00	8-10%	60
CHF_1800 and over		240

ผลกระทบของการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาของสวิตเซอร์แลนด์

จากการศึกษาพบว่าการกำหนดราคาเบิกจ่ายได้ลดความต่างระหว่างราคายาในสวิตเซอร์แลนด์และราคายาในประเทศอื่นๆ ในยุโรป และทำให้ราคาลดต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกามากขึ้น แม้ว่าราคายาของสวิตเซอร์แลนด์ยังคงอยู่ในกลุ่มที่ราคายาสูงที่สุดในโลกก็ตาม ทั้งนี้ความแตกต่างกันของราคายาของสวิตเซอร์แลนด์และประเทศอื่นๆ ที่ลดน้อยลง อาจเกิดจากการปฏิรูปที่เกิดขึ้นในปี 1996

ในปี 2005, The Price Council ได้ประเมินผลกระทบของการปฏิรูปในปี 1996 โดยเทียบอัตราส่วนของราคา ex-factory ยาต้นแบบของสวิตกับเยอรมันนีที่อยู่ในและนอกบัญชีที่ออกสู่ตลาดในช่วงเวลาแตกต่าง

กัน พบว่าช่วงห่างระหว่างราคาของสวิตและเยอรมันนีของยาในบัญชีเมื่อยังไม่ได้ปฏิรูป (ยาที่ออกสู่ตลาดระหว่างปี 1991—1995) สูงกว่ายาที่ออกตลาดก่อนปี 1990 และหลังช่วงปี 1996 (ร้อยละ 47 เทียบกับร้อยละ 26 และร้อยละ 9 ตามลำดับ) ในทำนองเดียวกันช่วงห่างของยาที่ไม่อยู่ในบัญชีสูงกว่าช่วงห่างของยาในบัญชี (ร้อยละ 42 เทียบกับร้อยละ 21) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการกำหนดราคาเบิกจ่ายของสวิตได้อย่างชัดเจน

อย่างไรก็ดีการศึกษาในปี 2005 แสดงให้เห็นว่าราคายาในประเทศที่ใช้เปรียบเทียบโดยตรงนั้นต่ำกว่าราคาในสวิตร้อยละ 8-15 ข้อมูลของ IMS ปี 2007 พบราคาเฉลี่ยของ ex-factory ของผู้ป่วยนอกที่สั่งจ่ายโดยแพทย์ (ในและนอกบัญชีเบิกได้) ลดลงระหว่างปี 2005-2006 (จาก 40.39 เป็น 38.92 CHF) เช่นเดียวกับยาที่ผ่านโรงพยาบาล (จาก 22.17 เป็น 21.75 CHF) แนวโน้มนี้อาจเกิดจากการมียาสามัญมีส่วนแบ่งทางการตลาดเพิ่มขึ้น และมีการลดลงของช่วงห่างระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญระหว่างเดือนมกราคมปี 2005 ถึงธันวาคม 2006 (จากร้อยละ 51 เป็นร้อยละ 28)

ประเทศสหรัฐอเมริกา[50]

ราคาเบิกจ่ายค่ายาในประเทศสหรัฐอเมริกาจะแตกต่างจากในประเทศในทวีปยุโรป โครงการ Medicaid ซึ่งอยู่ในกำกับดูแลของแต่ละรัฐ มีหน้าที่ดูแลสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ยากจน ซึ่งครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านยา งบประมาณของสิทธิประโยชน์ด้านยาภายใต้ Medicaid ของประเทศสหรัฐอเมริกา เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเกือบสามเท่าภายในเวลาสิบปี โดยเพิ่มจาก $48.2 พันล้านในปี คศ. 1992 เป็น $141.8 พันล้าน ในปี 2001 ด้วยเหตุนี้แต่ละรัฐจึงต้องหามาตรการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งมีหลายมาตรการ เช่น กำหนดเพดานเบิกจ่ายค่ายา โดยใช้หลักการที่เรียกว่า Maximum Allowable Cost (MAC) ของยาที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ หรือนโยบายให้ร้านยาจ่ายยาสามัญแทนยาชื่อการค้า

รัฐบาลกลางโดย Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS) จะรับผิดชอบในการกำหนดเพดานต้นทุนราคายา (maximum prices) สำหรับการเบิกจ่ายเงินคืนแก่ร้านขายยาในการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ของผู้ใช้สิทธิ Medicaid โดยรู้จักกันในชื่อ federal upper limits (FUL) เป็นราคาเบิกจ่ายเงินคืนค่ายาสูงสุดสำหรับยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย (multiple-source generic drugs) ซึ่งจะเท่ากับ 150% ของราคาต่ำสุดของผลิตภัณฑ์ยาในกลุ่มนั้น ยาที่อยู่ในข้อกำหนดของ FUL จะต้องเป็นยาที่มีผลการรักษาเท่าเทียมกัน (therapeutically equivalent) และมีผู้ผลิตอย่างน้อย 3 ราย อย่างไรก็ตามไม่ใช่ยาทุกชนิดที่จะใช้หลักการนี้ โดยถ้าเป็น “non-FUL drugs” แต่ละรัฐจะมีข้อกำหนดเอง โดยใช้ “pricing methodologies” ที่อาจประกอบด้วย

Average Wholesale Price (AWP) คือราคาเฉลี่ยที่กำหนดจากบริษัทผู้ผลิตและหักส่วนลดที่รัฐเป็นผู้กำหนด

pharmacy’s usual และ customary charge คือราคาจริงที่ร้านขายยาเรียกเก็บจากลูกค้า

Maximum Allowable Cost (MAC) โดย MAC สามารถครอบคลุมยาในจำนวนที่มากกว่า FUL และกำหนดอัตราการเบิกจ่ายเงินคืนที่ต่ำกว่า FUL ได้ และ 45 รัฐที่ใช้วิธีการนี้ จากข้อมูลของกระทรวง

---

[50] Department of Medical Assistance Services. Maximum Allowable Cost Program: Reimbursement Methodology for Generic Drugs. Virginia; January 1, 2005.

สาธารณสุขหรือ U.S. Department of Health and Human Services สามารถประหยัดงบประมาณในส่วนของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพนี้ได้

สำหรับรัฐเวอร์จิเนีย ผู้ใช้สิทธิ Medicaid จะได้รับการจ่ายยาตามชื่อสามัญถ้าแพทย์ไม่ระบุเหตุผลจำเป็นที่ต้องใช้ยาต้นแบบ แต่ที่ผ่านมา อัตราเบิกจ่ายต้นทุนยาที่รัฐเวอร์จิเนียจ่ายให้ร้านยามักสูงกว่า FUL ดังนั้นในปี ค.ศ. 2005 รัฐเวอร์จิเนีย จึงนำหลักการใหม่ของการเบิกจ่ายเงินคืนสำหรับยาสามัญให้แก่ร้านขายยาที่ให้บริการผู้ป่วยสิทธิ Medicaid นอกจาก MAC ซึ่งเป็นเพดานการเบิกจ่ายต้นทุนยา ยังมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายอีกสองส่วน ส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยครั้งละ $1.0 ต่อหนึ่งใบสั่งยา และร้านขายยาจะได้รับต้นทุนการจ่ายยา Dispensing Fee อีก $4.0

The Revised Maximum Allowable Cost Program

มีการปรับปรุงอัตราการเบิกจ่ายต้นทุนค่ายาใหม่และเริ่มใช้เมื่อเดือนธันวาคม 2004 โดยกำหนดราคาสูงสุดของยาสามัญซึ่งจะต้องไม่น้อยกว่า 110% ของราคายาที่ต่ำที่สุดที่ร้านยาซื้อจากพ่อค้าส่ง (the lowest-published wholesale acquisition cost, WAC) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาที่มีจำหน่ายในรัฐเวอร์จิเนีย โดยการคิด MAC prices จะขึ้นอยู่กับราคาของผลิตภัณฑ์ยาแต่ละชนิดในท้องตลาด ตามหลักการดังนี้

1. ผลิตภัณฑ์ยานั้นจะต้องมีบริษัทผู้ผลิตอย่างน้อย 3 ราย ที่จะจัดหายาให้ร้านขายยาในปริมาณที่เพียงพอ และผลิตภัณฑ์ยาในกลุ่มเดียวกันจะต้องมีคุณสมบัติ “therapeutically and pharmaceutically equivalent” โดยอ้างอิงจาก “Orange Book” ของ FDA ซึ่งเป็นหนังสือที่แสดงว่ายาสามัญมีผลการรักษาเท่าเทียมกับยาต้นแบบ
2. ถ้าผลิตภัณฑ์ยานั้นอยู่ในโปรแกรมของ FUL จะใช้หลักการของ MAC prices ก็ต่อเมื่อ MAC rate ต่ำกว่า FUL ถ้า MAC rate สูงกว่า ให้เลือกใช้ FUL ที่ราคาต่ำกว่า
3. ข้อมูลทั้งหมดอยู่ใน DMAS website at www.dmas.virginia.gov ซึ่งตรวจสอบทุกเดือน
4. DMAS หรือ Department of Medical Assistance Services จะรายงานข้อมูลปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนด “MAC reimbursement rates” ได้แก่
    - ข้อมูลคุณลักษณะของ reference product
    - generic code number (GCN) ของ reference product
    - ความแตกต่างระหว่าง MAC rate และ the reference product price

ตัวอย่างการคำนวณอัตราราคา MAC ของยา ibuprofen 800 mg Tab

- เลือก lowest WAC คูณด้วย 1.10 และ
- เลือก second lowest WAC คูณด้วย 1.06

เปรียบเทียบกันแล้วเลือกค่าที่สูงกว่า คือ $0.05523 เป็น MAC prices ตามตารางที่ 2.15

ตารางที่ 2.15 การกำหนดราคาเบิกจ่ายต้นทุนยา ibuprofen 800 mg tab ของรัฐเวอร์จิเนีย

ยา ibuprofen 800 mg Tab	อัตรา WAC	อัตรา MAC
บริษัทที่ราคา WAC ต่ำสุด	$0.04312 x 110%	$0.04743
บริษัทที่ราคา WAC ต่ำสุดลำดับที่สอง	$0.05210 x 106%	$0.05523*

เปรียบเทียบราคายาอ้างอิง

ตารางที่ 2.16 แสดงราคาเปรียบเทียบเมื่อต้นปี คศ. 2011 ของยา PPI และกลุ่ม statins ระหว่างสิทธิประโยชน์ด้านยาในประเทศออสเตรเลีย และในประเทศเยอรมนี ส่วนตารางที่ 2.17 สรุปประเด็นต่างๆ ของระบบราคายาอ้างอิงในประเทศต่างๆ ที่ได้ทบทวนมาข้างต้น จากข้อมูลในตาราง 2.16 พบว่าถึงแม้ระบบการเบิกจ่ายค่ายาในทั้งสองประเทศจะมีความคล้ายคลึงกันในการประเมินคุณภาพสัมพัทธ์ของยาในกลุ่ม แต่ราคาอ้างอิงที่กำหนดของยาแต่ละกลุ่มยังมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ดังเช่นในกลุ่ม PPI ใน PBS ของออสเตรเลีย กำหนดราคาอ้างอิงต่ำสุด (A$18.27) เป็นยา Pantoprazole 20 mg และราคาอ้างอิงสูงสุด (A$48.95) เป็นยา Esomeprazole 40 mg ส่วนในประเทศเยอรมนี ราคาอ้างอิงต่ำสุด (€14.57) เป็นยา Omeprazole 10 mg และราคาอ้างอิงสูงสุด (€23.16) เป็นยา Pantoprazole 40 mg ส่วนกลุ่มยาลดไขมัน statins ในออสเตรเลียกำหนดให้ราคาอ้างอิงของ rosuvastatin สูงกว่า simvastatin ในขนาดต่างๆ กัน ในขณะที่ประเทศเยอรมนีกำหนดให้ยาทั้งสองชนิด มีราคาอ้างอิงที่ใกล้เคียงกันมาก

ตารางที่ 2.16 เปรียบเทียบราคายาอ้างอิงที่ระบบประกันให้เบิกจ่าย และส่วนร่วมจ่ายในประเทศออสเตรเลีย และราคายาที่ร้านขายยาและราคาอ้างอิงในประเทศเยอรมนี ต้นปี คศ. 2011

ยา	ขนาดบรรจุ, เม็ด	Australia, A$		Germany, €	
		ราคาอ้างอิง (ก)	ส่วนร่วมจ่าย	ราคาขายในร้านยา	ราคาอ้างอิง (ข)
ยา proton pump inibitors					
Esomeprazole 20 mg	30	32.11	33.18	41.65	16.92
Esomeprazole 40 mg	30	48.95	34.20	50.75	20.85
Lansoprazole 15 mg*	28	18.69	19.76	13.80-20.24	15.66
Lansoprazole 30 mg*	28	28.39	29.46	16.80-24.97	19.97
Omeprazole 10 mg*	30	21.77	22.84	13.03-21.34	14.57
Omeprazole 20 mg*	30	28.19	29.26	11.46-17.56	17.65
Pantoprazole 20 mg*	30	18.27	19.34	11.66-17.56	17.64
Pantoprazole 40 mg*	30	30.71	31.78	15.01-23.05	23.16
Rabeprazole 10 mg	28	36.53	34.20	24.80	15.66
Rabeprazole 20 mg	30/28	36.53	34.20	31.55	19.41
Statin					
Atorvastatin 10 mg	30/100**	42.70	34.20	108.50	16.68
Atorvastatin 20 mg	30/100**	58.00	34.20	157.98	23.90
Fluvastatin 20 mg*	28/30	25.46	26.53	11.42	11.48
Fluvastatin 40 mg*	28/30	29.77	30.84	13.30	13.36
Fluvastatin 80 mg*	28/30	45.42	34.20	16.20	16.27
Rosuvastatin 5 mg	30	45.75	34.20	33.31	11.98
Rosuvastatin 10 mg	30	62.50	34.20	38.00	14.23

ยา	ขนาดบรรจุ, เม็ด	Australia, A$		Germany, €	
		ราคาอ้างอิง (ก)	ส่วนร่วมจ่าย	ราคาขายในร้านยา	ราคาอ้างอิง (ข)
Rosuvastatin 20 mg	30	86.21	34.20	51.56	17.43
Simvastatin 10 mg*	30	24.11	25.18	10.56	11.48
Simvastatin 20 mg*	30	32.87	32.94	13.34	13.36
Simvastatin 40 mg*	30	42.77	34.20	16.22	16.27
Simvastatin 80 mg*	30	56.77	34.20	21.34	21.43

หมายเหตุ อัตราแลกเปลี่ยนต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2554 = 31.2981 บาท ต่อ 1 A$ และ 42.4670 บาทต่อ 1 €

* หมายถึงยาที่มีผู้จำหน่ายหลายราย, ** หมายถึง ขนาดบรรจุ 30 เม็ดในประเทศออสเตรเลีย และขนาดบรรจุ 100 ในประเทศเยอรมนี

(ก) ระบบประกันในออสเตรเลียจะจ่ายค่ายาที่เป็นส่วนต่างระหว่าง ราคาอ้างอิงและส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย (A$ 5.40 – 33.30)

(ข) ระบบประกันในประเทศเยอรมนีจะจ่ายค่ายาตามราคาอ้างอิง ส่วนผู้ป่วยจะต้องจ่ายส่วนต่างระหว่างราคาอ้างอิงและราคาจำหน่าย นอกเหนือจากส่วนร่วมจ่ายตามปกติ (€5 - 10)

ตารางที่ 2.17 สรุปประเด็นสำคัญในระบบราคายาอ้างอิงในประเทศต่างๆ

ประเทศ	เยอรมนี	เนเธอแลนด์	สวีเดน	นิวซีแลนด์	แคนาดา (บริติช โคลัมเบีย)
เงื่อนไขการจัดการ	-การตั้งราคาอิสระ -ส่วนร่วมจ่ายสำหรับยา -กำหนดงบประมาณด้านยาสำหรับคนทำงาน	- ราคายาที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับต่างประเทศ - จัดสรรเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจในการใช้ยาที่สามารถทดแทนยาราคาแพง	-การควบคุมราคาโดยตรง -การทำบัญชีรายการยาที่สามารถเบิกได้ -ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ายาสะสมถึง 900 sek ภายใน 1 ปี จากนั้นจึงร่วมจ่ายตามสัดส่วนที่กำหนด จนกว่าจะถึง 1,800 sek	- ทำบัญชียาที่สามารถเบิกจ่ายคืนได้	- การควบคุมราคายา - บัญชียาที่ไม่สามารถเบิกจ่ายคืนได้เฉพาะกลุ่มประชากร - การใช้ยาสามัญทดแทน - จำกัดต้นทุนให้ต่ำที่สุด เช่นให้เบิก
วันที่เริ่มใช้	1 กันยายน 1989	- 1 กรกฎาคม 1991	1 มกราคม 1993	- 1993	- ตุลาคม 1995
ผู้รับผิดชอบ	ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) Federal Joint Committee	- ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข)	ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) Pharmaceutical Benefits Board	ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) Pharmaceutical Management Agency	- จังหวัด (ฟาร์มาแคร์)
ยาที่ครอบคลุม	3 ระดับของระบบยาอ้างอิง -ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบสำคัญเหมือนกัน -ผลิตภัณฑ์ที่มีความเท่าเทียมกันทางด้านเภสัชวิทยาหรือผลการรักษา -ผลิตภัณฑ์ที่มีผลการรักษาที่เท่าเทียมกัน	- ยาทุกตัว	- ยาที่หมดสิทธิบัตรและมียาที่ชื่อสามัญทางยาที่มีรูปแบบขนาดและคุณภาพเหมือนกัน) - ยาที่อยู่ในตลาดยาอย่างน้อย 6 เดือนและมีการใช้ในผู้ป่วยนอกอย่างน้อยร้อยละ 20 - จำกัดเฉพาะยาที่เป็น generic substitution	- ยาที่มียาอย่างน้อยหนึ่งตัวในกลุ่มนั้นๆที่สามารถใช้ทดแทนกันได้	- H2-antagonist, Angiotensin Converting Enzyme, Dihydruopyridine calcium channel blocker, NSAIDs
ระดับราคายาอ้างอิง	-ระดับที่ 1, 2 และ 3 (โดยใช้ค่ามัธยฐานทางสถิติแบ่งตามความแรงและขนาดบรรจุ)	- ระดับที่ 3 (ใช้ราคา DDD เฉลี่ยที่ถ่วงด้วยปริมาณการใช้)	-ระดับที่ 1 (กำหนดราคาอ้างอิงมากกว่าราคายาสามัญที่ถูกที่สุดร้อยละ 10)	- ระดับที่ 2 (กำหนดราคายาอ้างอิงที่ราคาต่ำสุดของยาในแต่ละกลุ่ม)	- ระดับที่ 2 (ใช้ราคายาที่ถูกที่สุด)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	-ทุก 3 เดือนสำหรับปรับปรุงรายการยาและทุก 1 ปีสำหรับการ	- ปรับปรุงบัญชียาทุกเดือน - ปรับปรุงระบบราคายาอ้างอิงปี	-ปรับปรุงบัญชียาปีละ 4 ครั้ง -ปรับปรุงระบบราคายาอ้างอิงทุก	- ปรับปรุงบัญชียาทุกเดือน - ปรับปรุงระบบราคายาอ้างอิง	- ตามความเหมาะสม

ประเทศ	เยอรมนี	เนเธอแลนด์	สวีเดน	นิวซีแลนด์	แคนาดา (บริติช โคลัมเบีย)
	ปรับปรุงระบบ	ละ 2 ครั้ง	2 ปี	เมื่อผลิตภัณฑ์ใหม่ออกสู่ตลาด	
ผลต่อราคายาสามัญ	-ลดจำนวนการใช้ยาจากปี 1991-1995 4.1% -เพิ่มส่วนแบ่งการตลาดของยาสามัญ	- ระยะเริ่มต้น ราคายาที่มียาทดแทนมีราคาลดลง - ต่อมา ราคายานอกบัญชียา 1a มีราคาเพิ่มสูงขึ้น - ส่วนแบ่งการตลาดของราคายาสามัญที่มีราคาถูกเพิ่มขึ้นเป็น 40% ในปี 1993-1995	-ส่วนแบ่งตลาดของยาสามัญเพิ่มขึ้น -ยาสามัญลดราคาลง	- ลดความแตกต่างระหว่างราคาของยาต้นแบบและยาสามัญอย่างต่อเนื่อง - ยาสามัญตัวแรกที่เข้ามาในตลาดมีราคาต่ำกว่ายาต้นแบบร้อยละ 30, ยาตัวที่สองต่ำกว่ายาตัวแรกร้อยละ 20 และ 10 ของยาสามัญที่อยู่ในตลาดตามลำดับ	- มีการแข่งขันด้านราคามากขึ้นก่อนยาเข้าสู่ตลาด
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	-เพิ่มส่วนแบ่งการตลาดของยาสามัญ 34-38.6% ในปี 1991-1995 -ยาที่มีสิทธิบัตรถูกสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นจากปี 1991 11.7%เป็น 20% ในปี 1995 -ลดความแตกต่างของราคายาต้นแบบและยาสามัญ -มีการขึ้นราคายาสามัญในบางบริษัท	- ครอบคลุม 90% ของยาทั้งหมด	* ยาต้นแบบ ส่วนแบ่งตลาดเป็น 65% ในปี 1992 และ 51% ในปี 1993 * ยาสามัญ ส่วนแบ่งตลาดเป็น 35% และ 49% ในปี 1992 และปี 1993 ตามลำดับ -ยอดการขายยาในปี 1996 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 1993 มีปริมาณการขายเพิ่มขึ้น 4.6% และต้นทุนของยาลดลง 16.9%	- ยาสามัญมีส่วนแบ่งตลาดต่ำด้วยความแตกต่างของราคายา	- เพิ่มส่วนแบ่งตลาดของยาที่อยู่ในระบบราคายาอ้างอิง - เพิ่มจำนวนใบสั่งยา - มีการสั่งใช้ยาสามัญคิดเป็น 45%ของจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	- 2.5 พันล้าน DM ต่อปี -เงินที่คาดว่าประหยัดได้ทั้งหมดตั้งแต่ปี 1993-1995 10.85 พันล้าน DM	- ในปี 1996 ราคายาลดลง 20% ทำให้ประหยัดเงินได้ 700 DG - ลดอัตราการเพิ่มสูงขึ้นของค่าใช้จ่ายจาก 8% เป็น 3.5%	400 ล้าน SEK ต่อปี คิดเป็น 5% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด	-	- 30 ล้านดอลลาร์ ในปีแรก - 44 ล้านดอลลาร์ ในปีที่สอง
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่าย	-เงินที่ประหยัดได้ทั้งหมดจากปี 1992 – 1994 คือ 5 พันล้าน DM	- ในปี 1989 ถึงปี 1990 ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น 11.2% และ	หกเดือนแรกของปี 1993 เมื่อเทียบกับปี 1992 ค่าใช้จ่ายลดลง	- จากปี 1993-1994 เงินสนับสุนต่อหัวประชากรผู้สูงอายุ(>60	- 406 ล้านดอลลาร์ ในปี 1995-1996

ประเทศ	เยอรมนี	เนเธอแลนด์	สวีเดน	นิวซีแลนด์	แคนาดา (บริติช โคลัมเบีย)
ด้านยา	-ผลต่อค่าใช้จ่ายในระบบประกันที่ลดลงในปี 1993 เมื่อเทียบกับปี 1992 19.5%	ในปี 1990-1991 ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นเพียง 8.3%	474 ล้าน (ร้อยละ 27) -ในปี 1993-1996 ประหยัดได้ประมาณ 1 พันล้าน SEK (คิดต้นทุนในปี 1996)	ปี) เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 11 แต่จากปี 1994-1995 เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ -0.6 เท่านั้น	- 396 ล้านดอลลาร์ ในปี 1996-1997 - 430 ล้านดอลลาร์ ในปี 1997-1998 - ระบบราคายาอ้างอิงประหยัดเงินให้จังหวัดคิดเป็น 44 ล้านดอลลาร์ต่อปี
มาตรการอื่นๆ	ส่วนร่วมจ่าย การต่อรองราคากับผู้ผลิต ส่วนลด (Rebates) การทำ Pharmacoeconomics	ส่วนร่วมจ่าย -	ส่วนร่วมจ่าย การทำ Pharmacoeconomics	การต่อรองราคากับผู้ผลิต	- International price comparison for patented medicines

ตารางที่ 2.17 สรุปประเด็นสำคัญในระบบราคายาอ้างอิงในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ออสเตรเลีย	ไอร์แลนด์	กรีซ	เบลเยี่ยม	สเปน
เงื่อนไขการจัดหายา	- การควบคุมราคายา - การใช้ยาสามัญทดแทน	-การควบคุมราคาโดยตรง -การส่งเสริมการใช้ยาสามัญทดแทน -ส่วนร่วมจ่ายสำหรับยา	-การตั้งราคาอิสระ -กำหนดงบประมาณด้านยาด้วยระบบ rebate	-ควบคุมราคายาโดยตรง -ทำบัญชีรายการยาเบิกได้ -ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายในระดับของยาที่แบ่งตามความรุนแรงของโรค (category A, B, C, Cs หรือ Cx)	ควบคุมราคาย การใช้ยาสามัญทดแทน
วันที่เริ่มใช้	- 1 กุมภาพันธ์ 1998	ปี 2010	1998	1 มิถุนายน 2001	ธันวาคม 2000
ผู้รับผิดชอบ	- กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงสาธารณสุขและเด็ก	ส่วนกลาง (National Drug Organization)	ส่วนกลาง (กระทรวงสวัสดิการและสังคม)	ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
ยาที่ครอบคลุม	- H2-antagonist, statins, calcium channel blocker, ACE inhibitors, ARB, beta blocker, และ PPI	-ยาทุกตัว	3 ระดับของระบบยาอ้างอิง กำหนดกลุ่มยาครอบคลุมทุกกลุ่ม	ยาทุกตัว โดยจัดกลุ่มตามส่วนประกอบ, รูปแบบ และวิธีการบริหารยาที่เหมือนกัน	ยาหมดสิทธิบัตร และมีผล bio-equivalence ที่สามารถทดแทนได้
ระดับราคายาอ้างอิง	- ระดับที่ 2 (ใช้ราคายาที่ถูกที่สุดในแต่ละกลุ่ม)	-ระดับที่ 1 (กำหนดราคายาอ้างอิงที่ราคาต่ำสุดของยาในแต่ละกลุ่ม)	-ราคาเฉลี่ยที่ต่ำที่สุดสามประเทศในทวีปยุโรป รวมทั้งประเทศสวิสเซอร์แลนด์	-ระดับที่ 1 (เทียบเป็นเปอร์เซ็นต์ส่วนลดจากยาต้นแบบในกลุ่มยาเดียวกัน ที่มากขึ้นตามระยะเวลาที่อยู่ในตลาด)	ระดับที่ 1 (ราคาเฉลี่ยของยาที่ถูกที่สุดในกลุ่ม 3 ตัว)
ความถี่ในการปรับปรุงให้ทันสมัย	- บัญชียา : 4 ครั้ง/ปี - ระบบราคายาอ้างอิง : 1 ปี/ครั้ง	-ปรับปรุงบัญชียาอย่างน้อยที่สุด 1 ครั้งต่อปี และอย่างมากที่สุดทุก 3 เดือน	-	-ปรับปรุงระบบและบัญชียาอ้างอิงปีละ 4 ครั้ง	ทุก 2 ปี
ผลต่อราคายาสามัญ	- ไม่ปรากฏ	-คาดว่าราคายาสามัญจะลดลง 20%	-	-เพิ่มส่วนแบ่งการตลาดของยาสามัญจาก 11% ในปี 2001เป็น 40% ในปี 2007	ไม่ปรากฏ

ประเทศ	ออสเตรเลีย	ไอร์แลนด์	กรีซ	เบลเยี่ยม	สเปน
ผลต่อส่วนแบ่งการตลาด	- ตลาดยาสามัญคิดเป็น 12-19%	-ไม่ทราบ	-	-ยอดการขายยาสามัญเพิ่มขึ้นจาก 2.05% ในปี 2001 เป็น 6.11% ในปี 2003	ยา กลุ่ม (858 ผลิตภัณฑ์) หรือร้อยละ 14.6 ของมูลค่ายาภาครัฐ
เงินที่คาดว่าจะประหยัดได้	- จาก 561 ล้านดอลลาร์ลดลงเหลือ 460 ล้านดอลลาร์ - หากยาทุกตัวอยู่ในระบบราคายาอ้างอิง คาดว่าลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ 18%	คาดว่าจะประหยัดได้ 22.3 ล้านยูโรภายใต้ Drugs payment scheme	-	-คาดว่าจะประหยัดเงินลงทุนในระบบประกันสุขภาพ 117 ล้านยูโรในปี 2003	ไม่ทราบ
เงินที่ประหยัดได้จริงและผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา	- อัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้น 8% ต่อปี	-ไม่ทราบ	-	-ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง 46 ล้านยูโรระหว่างปี 2001 และ 2002 และ 57 ล้านยูโรระหว่างปี 2002 และ 2003	ไม่ทราบ
มาตรการอื่นๆ	ส่วนร่วมจ่าย $5.40-33.30 ต่อรายการ การต่อรองราคากับผู้ผลิต Price disclosure การทำ Pharmacoeconomics	ส่วนร่วมจ่าย		ส่วนร่วมจ่าย ร้อยละ 15-80 ตามประเภทของยา	ส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 40

ส่วนที่ 3 ผลของระบบราคายาอ้างอิง

ผลกระทบต่อปริมาณการใช้ยาและค่าใช้จ่ายด้านยา[51-61]

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปริมาณการใช้ยาที่ราคาน้อยกว่าราคายาอ้างอิงเพิ่มสูงขึ้นและในทางตรงกันข้ามยาที่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายมีปริมาณการใช้ลดน้อยลง การศึกษาของ Goldman and Aheng[51] เกี่ยวกับผลกระทบของระบบราคายาอ้างอิงของยา 3 กลุ่ม คือกลุ่มไนเตรต, ACEI และ Calcium Channel blocker ในช่วงกลางปี คศ. 1990 พบว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนไปใช้ยาที่สามารถเบิกจ่ายคืนได้ทั้งหมดร้อยละ 9-34 นอกจากนี้จากการศึกษาเพิ่มเติมของ Aaserud และคณะ[52] รายงานการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาที่อยู่ในระบบราคายาอ้างอิงร้อยละ 60-196 และทำให้การใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมจ่ายลดลงร้อยละ 19-42 โดยสรุประบบราคายาอ้างอิงส่งผลกระทบต่อปริมาณการใช้ยาของผู้ป่วยน้อยมาก เพราะเป็นการเปลี่ยนไปใช้ยาที่อยู่ในระบบราคายาอ้างอิง เช่น ในบริติชโคลัมเบีย มีการศึกษาผลของราคาอ้างอิงต่อการเปลี่ยนยาให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่แพทย์สั่งใช้ยาหลายกลุ่ม ดังต่อไปนี้

กลุ่มยาสำหรับทางเดินอาหาร[53,54] Marshall และคณะ[53] ศึกษาผลการกำหนดราคาอ้างอิงของยากลุ่ม histamine-2 receptor antagonists และการควบคุมการใช้ยากลุ่ม proton pump inhibitors ของรัฐ British Columbia โดยการกำหนดราคาอ้างอิงของยาในกลุ่ม H_2RAs ใช้ราคาของยาสามัญ cimetidine ซึ่งต่ำสุดในกลุ่มเป็นมาตรฐานอ้างอิง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาชนิดอื่นในกลุ่มด้วยเหตุผลทางการแพทย์ อาทิเช่น ได้รับยาที่อาจเกิดอันตรกริยาระหว่างยากับ cimetidine (warfarin, phenytoin, theophylline) หรือเหตุผลอื่นที่แพทย์รับรองก็ให้สามารถใช้ยาชนิดนั้นได้ แต่ถ้าไม่มีเหตุผลจำเป็น ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนต่างค่ายา

สำหรับการควบคุมการใช้ยากลุ่ม proton pump inhibitors ได้กำหนดเงื่อนไขพิเศษ ที่ต้องขออนุญาตสั่งจ่ายยา (special authority) เพื่อทำให้สามารถเบิกจ่ายค่าบริการด้านยาจากรัฐได้ทั้งหมด คือ การสั่งจ่ายยาในข้อบ่งใช้เพื่อรักษาโรค esophagitis ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย H_2RAs, ใช้รักษาเพื่อกำจัดเชื้อ *Helicobacter pylori,* การรักษาผู้ป่วยโรค Barrett's esophagus, Zollinger–Ellison syndrome และ connective tissue diseases แต่มีข้อยกเว้นถ้าเป็นการสั่งจ่ายยาจากแพทย์เฉพาะทางทางเดินอาหารสามารถทำได้ ไม่ต้องอยู่ในเงื่อนไขนี้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงปี คศ. 1993-1999 ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ก่อนและหลังการนำนโยบาย 2 แบบนี้ไปใช้ควบคู่กัน ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ($\geq$ 65 ปี) ที่ PharmaCare รับผิดชอบ ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงเวลาก่อนที่จะใช้นโยบายทั้ง 2 นี้ ปริมาณการเบิกจ่ายยากลุ่ม H_2RAs มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ข้อมูลปริมาณการเบิกจ่ายยากลุ่ม PPIs เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ต่อมาในช่วงหลังจากการนำนโยบายทั้ง 2 นี้มาใช้ ปริมาณการเบิกจ่ายยา

---

[51] Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. JAMA 2007;298(1):61-9.

[52] Aaserud M, Dahlgren AT, Kosters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H. Pharmaceutical policies: effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies. Cochrane Database Syst Rev 2006(2):CD005979.

[53] Marshall JK, Grootendorst PV, O'Brien BJ, Dolovich LR, Holbrook AM, Levy AR. Impact of reference-based pricing for histamine-2 receptor antagonists and restricted access for proton pump inhibitors in British Columbia. CMAJ 2002;166(13):1655-62.

[54] Narine L SM, Smith T. An Assessment of the Impact of Reference-Based Pricing Plicies on the H2 Antagonist Market in British Columbia, Canada. Journal of Research in Pharmaceutical Economics. 2001;11(1):63-78.

cimetidine เพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่า ส่วนการเบิกจ่ายยา H_2RAs ชนิดอื่นลดลงมากกว่าครึ่ง และเมื่อพิจารณาการจ่ายยากลุ่ม PPIs ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด พบว่าปริมาณการจ่ายยาลดลงทันทีถึงหนึ่งในสี่ คิดเป็นจำนวนเงินที่สามารถประหยัดได้ $Can 1.8 ล้าน - $Can 3.2 ล้าน จากผลการกำหนดราคาอ้างอิงของยากลุ่ม H_2RAs และประหยัดได้ $Can 5.4 ล้าน จากผลของการกำหนดเงื่อนไขในการสั่งจ่ายยากลุ่ม PPIs อย่างไรก็ตามพบว่า การกำหนดราคาอ้างอิงของยากลุ่ม H_2RAs ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องรับภาระจ่ายเงินส่วนต่างเพิ่มขึ้น

Grootendorst และคณะ[55] ศึกษาผลของการกำหนดราคาอ้างอิงของกลุ่มยา Nitrates (ที่ใช้ในกรณี long-term prophylaxis ในการรักษาภาวะ angina) ต่อลักษณะการสั่งจ่ายยาและค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มนี้ทั้งหมด ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (≥ 65 ปี) ที่ PharmaCare รับผิดชอบ ในช่วงปี คศ. 1994-1997 โดยวิเคราะห์ข้อมูลราคาเฉลี่ยของยากลุ่ม Nitrates การสั่งจ่ายยาของแพทย์ และค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มนี้ทั้งหมด รวมถึง B-blockers และ CCBs ทั้งในช่วงก่อนและหลังการนำวิธีการนี้ไปใช้ โดยการกำหนดราคาอ้างอิงของกลุ่มยา Nitrates เริ่มใช้เมื่อปลายปี 1995 ทำให้มีการกำหนดราคาเบิกจ่ายของ isosorbide mononitrate, sustained-released isosorbide dinitrate (ISDN) และ nitroglycerin tablets ไว้ที่เท่ากับราคาของ regular-released ISDN ชนิดที่มีราคาต่ำสุด ส่วน transdermal nitroglycerin patch กำหนดราคาอ้างอิงไว้เท่ากับ nitroglycerin ointment แต่มีข้อยกเว้นสำหรับ patch 0.2 และ 0.4 mg และในปีถัดมา (1997) เมื่อบริษัทผู้ผลิตปรับลดราคายา transdermal nitroglycerin patch จึงได้รับการยกเว้นทั้งหมด อย่างไรก็ตามสำหรับยาในกลุ่ม Nitrates ที่มีข้อบ่งใช้ใน acute treatment ได้แก่ nitroglycerin tablets 0.3 และ 0.6 mg, ISDN tablets 5 mg และ nitroglycerin spray อยู่นอกข้อกำหนดของราคาอ้างอิง ส่วนยากลุ่มอื่น คือ B-blockers และ CCBs ไม่อยู่ในระบบของราคาอ้างอิงในช่วงนั้น แต่ในช่วงต่อมา (1997) ยาบางชนิดในกลุ่ม CCBs คือ nifedipine, nicardipine และ amlodipine ถูกกำหนดราคาอ้างอิง โดยมีราคาของยา felodipine เป็นมาตรฐาน ส่วน regular-released diltiazem และ verapamil ไม่รวมอยู่ในข้อกำหนดนี้

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากนำระบบนี้มาใช้ในช่วงสามปีครึ่ง PharmaCare มีค่าใช้จ่ายในส่วนของการเบิกจ่ายยากลุ่ม Nitrates ในกลุ่มผู้สูงอายุลดลง $Can 14.9 ล้าน โดยเป็นผลจากการที่ค่าใช้จ่ายในส่วนของการเบิกจ่ายยา sustained-released nitroglycerin tablets และ nitroglycerin patch ที่มีราคาลดลง และอีกร้อยละ 8 ($Can 1.2 ล้าน) ที่ประหยัดได้ เป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายราคายาในส่วนต่าง และเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายของกลุ่มยาอื่นที่ใช้รักษาภาวะเดียวกันนี้ ก็ไม่พบว่าเพิ่มขึ้น รวมถึงในส่วนของการใช้ sublingual nitroglycerin ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้

กลุ่ม NSAIDs Grootendorst และคณะ[56], เป็นรายงานที่สรุปผลกระทบของการกำหนดราคาอ้างอิงของยากลุ่ม NSAIDs ที่ตีพิมพ์โดย Health Research and Educational Trust ของประเทศแคนาดาในปี 2005 โดยกำหนดราคาอ้างอิง 2 วิธี คือ 1 คือ การจัดกลุ่มยาที่มีชื่อสามัญเดียวกัน (รูปแบบและความแรงเท่ากัน) และกำหนดราคายาที่ต่ำสุดเป็นมาตรฐานอ้างอิง ถูกนำมาใช้ก่อนในปี คศ. 1994 ส่วนวิธีที่ 2 คือการจัดกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกัน แต่อาจมีชื่อสามัญทางยาแตกต่างกัน นั่นคือ กลุ่มยา NSAIDs ทั้งหมด ซึ่งวิธีนี้ถูกนำมาใช้ในปีถัดมา (คศ. 1995) โดยมีการจัดกลุ่มยาเป็น 3 กลุ่ม คือ

---

[55] Grootendorst PV, Dolovich LR, O'Brien BJ, Holbrook AM, Levy AR. Impact of Reference-Based Pricing of Nitrates on the use and costs of anti-anginal drugs. Canadian Medical Association Journal. 2001;165(8):1011-9.

[56] Grootendorst PV Marshall JK, Holbrook AM, Dolovich LR, O'Brien BJ, Levy AR. The Impact of Reference Pricing of Nonsteroidal anti-inflammatory agents on the use and costs of analgesic drugs. Health Serv Res. 2005;40(5 pt 1):1297-317.

- ‘‘unrestricted’’ NSAIDs ได้แก่ enteric-coated acetylsalicylic acid (ASA) (650 mg), ibuprofen, และnaproxen ซึ่งราคาเฉลี่ยต่อวันไม่เกิน $Can 0.23 สามารถเบิกจ่ายเงินคืนได้ทั้งหมดและกำหนดให้เป็น first line therapy

- ‘‘first line restricted’’ NSAIDs ได้แก่ diclofenac, diclofenac/misoprostol [Arthrotec], diflunisal, fenoprofen, flurbiprofen, indomethacin, ketoprofen, naproxen SR และ enteric coated tablets กำหนดราคาอ้างอิงไว้ไม่เกิน $Can 0.45 ต่อวัน แต่มีข้อยกเว้นที่สามารถอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยากลุ่มนี้ได้ ในกรณีที่แพทย์รับรองว่าไม่สามารถใช้ยาในกลุ่ม ‘‘unrestricted’’ NSAIDs ได้ หรือเป็นโรค rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, collagen vascular disease, หรือ gout

- ‘‘second line restricted’’ NSAID ได้แก่ nabumetone, piroxicam, tenoxicam, tiaprofenic acid, tolmetin,sulindac, ketorolac, และ diclofenac potassium ซึ่งถูกกำหนดภายหลัง 2 กลุ่มแรก (คศ. 1996) โดยมีข้อกำหนดพิเศษ (‘Special Authority’) คืออนุญาตให้ใช้เมื่อใช้ยาในกลุ่ม ‘‘first line restricted’’ NSAID ไม่ได้ผล

สำหรับยาในกลุ่ม cyclooxygenase-2 selective inhibitors (COX-2s) ถูกกำหนดให้ต้องมีข้อกำหนดพิเศษ (‘‘Special Authority’’) ในตั้งแต่ปี คศ. 2000 ที่เริ่มมีการวางจำหน่าย แต่ไม่ได้มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้

ผลการศึกษาพบว่าการใช้ระบบการกำหนดราคาอ้างอิงวิธีที่ 2 มีผลกระทบมากกว่า โดย PharmaCare สามารถลดค่าใช้จ่ายของยากลุ่มนี้ในผู้สูงอายุได้ เป็นจำนวนเงิน $Can 4 ล้าน ต่อปี ในช่วง 5 ปีแรกที่มีการนำวิธีการนี้มาใช้ โดยเป็นผลมาจากการใช้ NSAIDs ที่ราคาต่ำกว่า (โดยเฉพาะ naproxen) เพิ่มขึ้น ในขณะที่การใช้ diclofenac ที่ราคาสูงกว่าลดลง และร้อยละ 20 ของส่วนที่ประหยัดได้ เป็นผลจากการจ่ายส่วนต่างของผู้สูงอายุที่ต้องการใช้ยาที่ราคาสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด และอีกส่วนหนึ่ง (เล็กน้อย) เป็นเพราะราคายาในกลุ่ม ‘‘second line restricted’’ NSAID ลดลง ส่วนผลของการใช้ระบบการกำหนดราคาอ้างอิงวิธีที่ 1 (generic substitution) ในช่วงปีแรก สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ $Can 1 ล้าน หรือประมาณ 1 ใน 4 ของ วิธีที่ 2

กลุ่ม ACEI[57,58,59,60] Schneeweiss และคณะ[57-58] ศึกษาผลของการกำหนดราคาอ้างอิงของยาในกลุ่ม Angiotensin-Converting–Enzyme Inhibitors ในรัฐ British Columbia ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร New England Journal of Medicine ปี 2002[57] และ Medical Care ปี 2004[58] พบว่า PharmaCare นำระบบราคาอ้างอิงมาใช้กับยาในกลุ่มนี้ตั้งแต่ปี คศ. 1997 โดยครอบคลุมกลุ่มประชากรสูงอายุ (≥ 65 ปี) สามารถใช้ยา 3 ชนิดในกลุ่มนี้ คือ captopril, quinapril, และ ramipril โดยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย (cost-sharing) เนื่องจากราคาต่ำกว่าราคา

---

[57] Schneeweiss S, Walker AM, Glynn RJ, Maclure M, Dormuth C, Soumerai SB. Outcomes of reference pricing for angiotensin-converting-enzyme inhibitors. N Engl J Med 2002;346(11):822-9.

[58] Schneeweiss S, Dormuth C, Grootendorst P, Soumerai SB, Maclure M. Net health plan savings from reference pricing for angiotensin-converting enzyme inhibitors in elderly British Columbia residents. Med Care 2004;42(7):653-60.

[59] Schneeweiss S, Soumerai SB, Maclure M, Dormuth C, Walker AM, Glynn RJ. Clinical and economic consequences of reference pricing for dihydropyridine calcium channel blockers. Clin Pharmacol Ther 2003;74(4):388-400.

[60] Schneeweiss S, Soumerai SB, Glynn RJ, Maclure M, Dormuth C, Walker AM. Impact of reference-based pricing for angiotensin-converting enzyme inhibitors on drug utilization. CMAJ 2002;166(6):737-45.

อ้างอิงที่กำหนดคือ $Can 27 ต่อ 30 วัน ในขณะที่ต้องจ่ายส่วนต่างถ้าแพทย์สั่งจ่ายยา benazepril, cilazapril, enalapril, fosinopril, และ lisinopril เนื่องจากราคาสูงกว่าราคาอ้างอิงที่กำหนด ซึ่งคาดว่าการนำระบบนี้มาใช้จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของยาในกลุ่มนี้ลดลง แต่ก็ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยที่อาจจะต้องเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีประสิทธิผลต่ำกว่ายาเดิม หรือหยุดใช้ยาเนื่องจากไม่สามารถจ่ายค่าส่วนต่างได้ โดยในการศึกษาแรกพบว่า การนำระบบราคาอ้างอิงมาใช้กับยากลุ่ม ACE Inhibitors ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการพบแพทย์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะยาว และอัตราการตาย ผู้ป่วยร้อยละ 18 ที่เคยใช้ยาราคาสูงในกลุ่มที่ต้องจ่ายส่วนต่างเปลี่ยนมาใช้ยาในกลุ่มที่ราคาต่ำกว่า และมีอัตราการพบแพทย์เพิ่มขึ้นบ้าง (rate ratio, 1.11; 95 percent confidence interval, 1.07 -1.15) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ได้เปลี่ยนยา และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินก็เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (rate ratio, 1.19; 95 percent confidence interval, 0.99 -1.42) แต่เพียงในช่วง 2 เดือนหลังจากเปลี่ยนยาเท่านั้น [57]

ในอีกหนึ่งการศึกษาของ Schneeweiss และคณะ[-58] พบว่าการนำระบบราคาอ้างอิงมาใช้กับยากลุ่ม ACE Inhibitors ส่งผลให้ ในช่วงปีแรกสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งหมด (Net Healthcare savings) รวมทั้งค่ายาในกลุ่มผู้ป่วยเดิมที่ใช้ยาในกลุ่มนี้อยู่เป็นจำนวนเงิน $Can 6.0 ล้าน และในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่อีก $Can 0.2 ล้าน โดยห้าในหกของการประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นผลจากมีการปรับเปลี่ยนยา และส่วนที่เหลือมาจากการร่วมจ่ายส่วนต่างค่ายาของผู้ป่วย จำนวนเงินที่ประหยัดได้ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 6 ของค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มหลอดเลือดหัวใจของผู้สูงอายุ

เห็นได้ว่า จากหลายการศึกษาที่นำเสนอมาพบว่า การนำระบบราคาอ้างอิงมาใช้ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง[51-60,61] แต่ประเด็นผลกระทบต่อผลลัพท์ทางสุขภาพของผู้ป่วยนั้น ยังไม่มีการศึกษาระยะยาวที่ชัดเจน แต่ก็มีการศึกษาที่โต้แย้งว่าการนำระบบนี้มาใช้ประสบความสำเร็จทั้งในด้านการลดค่าใช้จ่ายด้านยา และค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจริงหรือ [62]

ผลกระทบต่อราคายา[63,64,65,66,]

การศึกษาส่วนมากรายงานว่าการนำระบบราคายาอ้างอิงมาใช้ มีผลทำให้ราคายาที่อยู่ในระบบราคายาอ้างอิงลดลง โดยราคายาที่ลดลงนี้เมื่อเปรียบเทียบกับราคายาอ้างอิงอยู่ในช่วงร้อยละ 11-26[63] ในประเทศเยอรมนีพบว่าราคายายาลดลงหลังจากผู้ป่วยเปลี่ยนยาไปใช้ที่มีราคาน้อยกว่าราคายาอ้างอิง[64] นอกจากนี้ผู้ผลิตยาส่วนใหญ่จะตั้งราคายาในระดับที่น้อยกว่าราคายาอ้างอิง ในปี คศ. 2005 มียาเพียง 1,975 รายการที่มีราคายา

---

[61] McManus P, Birkett D, Dudley J, Stevens A. Impact of the minimum pricing policy and introduction of brand (generic) substituton in the pharmaceutical benefits scheme in Australia. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2001;10(4):295-300.

[62] Graham JR. A critical analysis of BC Pharmacare's Reference Drug Program. BCMJ 2003;45(8):395-399.

[63] Pavcnik N. Do pharmaceutical prices respond to potential patient out-of-pocdet expenses? Journal of Economics 2002;33(3):469-87.

[64] Vogelbruch B. Fixed prices for medicines. A new cost-containment measure for the health care system and its influence on competitive behavior in the pharmaceutical market. Hamburg: Duisburger economic papers 2000.

[65] Woodfield A. Augmenting reference pricing of pharmaceuticals in New Zealand with strategic cross-product agreements. Pharmacoeconomics 2001;19(4):365-77.

[66] Nilsson JLG, Melander A. Use of generic drugs and effects of the reference price system in Sweden. Drug Information Journal 2000;34:365-77.

สูงกว่าราคายาอ้างอิงจากรายการยาทั้งหมด 27,908 รายการ หรือคิดเป็นร้อยละ 4 ของยาทั้งหมด[23] โดยในประเทศเยอรมนี บริษัทผู้ผลิตยังมีการพิมพ์ “ไม่มีส่วนร่วมจ่าย” ไว้บนสินค้า เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสื่อให้แพทย์และเภสัชกรทราบ ซึ่งถือเป็นการทำการตลาดอีกอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ในประเทศสวีเดน[66] ส่วนแบ่งตลาดของยาที่อยู่ในบัญชียาระบบราคายาอ้างอิงลดลงจากร้อยละ 13 ในปี คศ. 1993 เป็นร้อยละ 7.5 ในปี คศ. 1996 ซึ่งเป็นผลมากจากการลดราคาของยาต้นแบบและยาสามัญที่สมมูลกัน

ส่วนที่ 4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับราคายาในประเทศไทย

สำหรับกฎหมาย หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องกับราคายาในการจัดหายาของสถานพยาบาลภาครัฐในประเทศไทย มีดังต่อไปนี้

1. พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. ๒๕๔๒ ของกระทรวงพาณิชย์
2. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓
3. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕
4. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑
5. มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐

มีรายละเอียดของกฎหมาย หรือระเบียบดังนี้

1. พระราชบัญญัติว่าด้วยสินค้าและบริการ พ.ศ. ๒๕๔๒

เป็นกฎหมายภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงพาณิชย์ (ซึ่งรวมถึงการควบคุมราคายา) ในมาตรา ๒๖ กำหนดให้คณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการมีอำนาจกำหนด ให้ผู้ประกอบธุรกิจแจ้งราคา มาตรฐาน คุณภาพ ขนาด ปริมาณ น้ำหนัก ชื่อและปริมาณวัตถุอันเป็นส่วนประกอบของสินค้า และอาจห้ามจำหน่ายสินค้าแตกต่างจากรายการที่แจ้งไว้หรือจำหน่ายในราคาที่สูงกว่าราคาที่แจ้งไว้ เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเลขาธิการ ตามที่กำหนดใน **ระเบียบที่คณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ**

ดังนั้นกระทรวงพาณิชย์โดยคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ จึงร่างระเบียบ ว่าด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการในการพิจารณาการตั้งราคาและการเปลี่ยนแปลงรายการหรือราคาที่แจ้งไว้ พ.ศ. ๒๕๔๕ ดังนี้

ข้อ ๓ ให้ผู้ประกอบธุรกิจที่ประสงค์จะขอตั้งราคาหรือจำหน่ายสินค้าแตกต่างจากรายการหรือราคาที่คณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการได้กำหนดให้แจ้งไว้ในประกาศแต่ละฉบับ ยื่นหลักฐานและเอกสารพร้อมคำขอ ดังต่อไปนี้ คือ โครงสร้างต้นทุนของสินค้า, สำเนาใบกำกับสินค้า (Invoice), สำเนาใบขนสินค้า, ใบเสร็จรับเงินในการซื้อสินค้า วัตถุดิบ หรือภาชนะบรรจุ, หลักฐานแสดงค่าใช้จ่ายในการนำเข้า และอื่นๆ

อย่างไรก็ดี พระราชบัญญัติและระเบียบของกระทรวงพาณิชย์ ดังกล่าว ไม่สามารถมีผลในการกำหนดหรือควบคุมราคายาในประเทศไทยแต่อย่างใด เนื่องจากยาที่มีปัญหาเรื่องราคา มักเป็นยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ และมีการกำหนดราคาจากต่างประเทศ ขึ้นบริษัทแม่ในต่างประเทศนำมาขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย) และแจ้งราคายาไว้กับกรมการค้าภายใน กระทรวงพานิชย์

2. พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓

พระราชกฤษฎีกาดังกล่าวเป็นกฎหมายลูกของ พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๑๘ มาตรา ๓ ซึ่งให้อำนาจแก่กรมบัญชีกลาง เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเบิกจ่าย วิธีการเบิกจ่าย และอัตราการเบิกจ่ายยาให้แก่สถานพยาบาล ดังนั้นในพระราชกฤษฎีกา มาตรา ๘(๔) กำหนดว่า

การจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ให้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลโดยให้เป็นไปตาม **หลักเกณฑ์ ประเภท และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนด**

ในปัจจุบันนี้ มีประกาศกระทรวงการคลังตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการเบิกจ่ายในสถานพยาบาลของทางราชการ (หนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค ๐๔๑๗/ว.๑๗๗ ลงวันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๔๙) หมวด ๓ ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดราคายาเพื่อขอเบิกจ่ายตามราคาต้นทุนดังแสดงในตารางที่ 2.18 ดังนี้

3 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕

เป็นระเบียบสำหรับการจัดซื้อจัดหายาและเวชภัณฑ์สำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ มีข้อกำหนดดังนี้

ตารางที่ 2.18 เกณฑ์การเบิกจ่ายยาตามต้นทุนที่กระทรวงการคลังกำหนดไว้สำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ

ราคาต้นทุนต่อหน่วย (บาท)	ราคาที่ให้เบิก
๐.๐๑ – ๐.๒๐	๐.๕๐
๐.๒๑ – ๐.๕๐	๑.๐๐
๐.๕๑ – ๑.๐๐	๑.๕๐
๑.๐๑ – ๑๐	๑.๕๐ + ๑๒๕% ของส่วนที่เกิน ๑ บาท
๑๐.๐๑ – ๑๐๐	๑๓ + ๑๒๐% ของส่วนที่เกิน ๑๐ บาท
๑๐๐.๐๑ – ๑,๐๐๐	๑๒๖ + ๑๑๕% ของส่วนที่เกิน ๑๐๐ บาท
เกิน ๑๐๐๐	๑๑๖๑ + ๑๑๐% ของส่วนที่เกิน ๑๐๐๐ บาท

หมายเหตุ ทั้งนี้ ราคาที่ต่ำกว่า ๑๐ บาท ควรปัดให้เป็นเท่าของ ๐.๒๕ บาท

ราคาขายสูงกว่า ๑๐ บาท แต่ไม่เกิน ๑๐๐ บาท ควรปัดให้เป็นเท่าของ ๐.๕๐ บาท

ราคาขายสูงว่า ๑๐๐ บาท ควรปัดเศษให้เป็นบาท โดยน้อยกว่า ๐.๕๐ ควรปัดลง และ ๐.๕๐ บาทขึ้นไป ปัดขึ้น

ข้อ ๖๑ การซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่องค์การเภสัชกรรมได้ผลิตออกจำหน่ายแล้ว ให้จัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรม นอกจากส่วนราชการในสังกัดกระทรวงกลาโหม ให้จัดซื้อจากโรงงานเภสัชกรรมทหาร ส่วนกรมตำรวจจะจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมหรือโรงงานเภสัชกรรมทหารกได้ โดยให้ดำเนินการด้วยวิธีกรณีพิเศษ ทั้งนี้ราคายาที่องค์การเภสัชกรรม หรือโรงงานเภสัชกรรมทหารจำหน่าย ต้องไม่สูงกว่าราคากลางของยาชื่อสามัญเดียวกันที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกินร้อยละ ๓

ข้อ ๖๒ การซื้อยาตามชื่อสามัญของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ซึ่งองค์การเภสัชกรรมมิได้เป็นผู้ผลิต แต่มีจำหน่าย ส่วนราชการจะจัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรมหรือผู้ขายหรือผู้ผลิตรายใดก็ได้ ภายใต้กฎเกณฑ์ดังนี้

(๒) เมื่อซื้อโดยวิธีตกลงราคาหรือวิธีพิเศษ ให้ซื้อในราคาไม่สูงกว่าราคากลางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๖๔ ให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่แจ้งเวียนบัญชียาหลักแห่งชาติตามที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยากำหนด พร้อมทั้งราคากลางของยาดังกล่าว และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาให้ส่วนราชการต่างๆ ทราบ กับให้องค์การเภสัชกรรมแจ้งรายการยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาที่องค์การผลิตได้ หรือมีจำหน่ายให้ส่วนราชการต่างๆ ทราบด้วย

4 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑

ในข้อ ๘ ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ มีอำหนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๔) จัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ และกำหนดราคากลางในการจัดซื้อของหน่วยงานของรัฐ พัฒนากลไกและมาตรการในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และการกำหนดราคากลางดังกล่าวให้ทันสมัย รวมทั้งส่งเสริมการใช้ยาให้สมเหตุสมผล

5 มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐

เป็นหนังสือสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ที่ นร ๐๕๐๖/๔๒๑๖ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๐ กล่าวว่า

คณะรัฐมนตรีมีมติ เห็นชอบในหลักการให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการตามมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อจัดหายาให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยขอดำเนินการจัดซื้อยาร่วมในระดับเขตให้ครอบคลุมครบทั้ง ๑๙ เขตทั่วประเทศ และขอใช้สัญญาจะซื้อจะขายแบบปรับราคาได้ในกรณีทำสัญญากับผู้แทนแต่ผู้เดียวที่ต้องสั่งยาจากต่างประเทศตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๔๖ โดยจะเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ เป็นต้นไป ทั้งนี้การดำเนินการใดที่จำเป็นต้องได้รับการยกเว้นหรือผ่อนผันการไม่ปฏิบัติตามระเบียบนำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้กระทรวงสาธารณสุขนำเรื่องเสนอคณะกรรมการว่าด้วยการพัสดุก่อนดำเนินการต่อไปด้วย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการดังนี้

(๑) การจัดซื้อร่วมระดับเขต โดยใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณ

(๒) การต่อรองราคายา สำหรับยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว โดยใช้สัญญาจะซื้อจะขายราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณ

จากการประมวลกฎหมาย ระเบียบทางราชการต่างๆ จะเห็นได้ว่า กฎระเบียบส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการควบคุมราคาจัดซื้อเท่านั้น ภาครัฐยังขาดกลไกที่สำคัญเพื่อการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา โดยเฉพาะยาที่นำเข้าจากต่างประเทศนั้น กระทรวงพาณิชย์ไม่มีข้อมูลใดๆ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การกำหนดราคา นอกจากเอกสารที่นำเข้ายาจากต่างประเทศ ซึ่งสามารถกำหนดได้อย่างเสรี ดังนั้นการกำหนดราคาต้นทางของยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ จึงขึ้นกับผู้ผลิตหรือจำหน่ายเป็นหลัก ส่วนกระบวนการคัดเลือกยาเพื่อใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติก็ยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนว่า ราคาที่ต่อรองเพื่อบรรจุยาเข้าบัญชียาจะยังคงเดิมเมื่อยาเข้าบัญชียาไปแล้ว รวมทั้งไม่มีมาตรการในการลงโทษ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงราคาดังกล่าว ประกอบกับการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา

ของกระทรวงการคลังให้กับสถานพยาบาลภาครัฐที่ กำหนดการเบิกจ่ายตามราคาต้นทุน ดังนั้นจึงเป็นแรงจูงใจอีกทางหนึ่งที่ทำให้กลไกราคาที่มีอยู่ในปัจจุบัน เอื้อต่อการใช้ยาที่มีราคาแพง ประกอบกับยังไม่มีมาตรการควบคุมราคาเบิกจ่ายที่ชัดเจนในระบบการให้บริการในประเทศไทย ดังนั้นราคาของยาที่มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียวในประเทศ จึงอาจมีความแตกต่างกัน ระหว่างสถานพยาบาลที่ซื้อยามาด้วยราคาที่แตกต่างกันได้

ด้วยเหตุนี้ ในการศึกษาเรื่องราคาเบิกจ่ายสำหรับยาในครั้งนี้ จึงต้องสามารถสร้างระบบหรือกลไกเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวในอนาคต รวมทั้งมีกลไกเพื่อติดตามราคาและการใช้ยาอย่างเป็นระบบ

ฐานข้อมูลราคายา

ทำการศึกษาแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวกับราคายา 3 แหล่ง ดังนี้

1. ฐานข้อมูลราคายาของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข
2. ฐานข้อมูลการผลิตและการจำหน่ายยาในประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3. ฐานข้อมูลใบสั่งยาจากโรงพยาบาล

แต่ละฐานข้อมูลมีปริมาณข้อมูลและคุณลักษณะที่แตกต่างกันดังนี้

1. ฐานข้อมูลราคายาของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข (www.dmsic.moph.go.th)

เป็นข้อมูลการจัดซื้อยาที่โรงพยาบาลต่างๆ ส่งมาด้วยความสมัครใจ มายังศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ (Drug and Medical Supplies Information Center, หรือ DMSIC) และศูนย์ฯ นำมาจัดทำราคากลางและราคาอ้างอิงของยาแต่ละรายการ จำแนกตามบริษัทและขนาดบรรจุ ราคากลางเป็นเกณฑ์ราคาที่สถานพยาบาลจัดซื้อจัดหาตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ สำหรับรายการยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่วนราคาอ้างอิงเป็นราคากลางสำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมักเป็นยาที่มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว ทางศูนย์ข้อมูลฯ ได้ดำเนินการกำหนดราคาเช่นเดียวกับราคากลาง ประกอบกับในปัจจุบันมีคณะกรรมการต่อรองราคาของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะทำให้ราคาจัดหายามีเอกภาพมากขึ้น ต่างจากในอดีตที่แต่ละโรงพยาบาลจะต้องต่อรองราคากันเอง จึงทำให้อำนาจในการต่อรองราคามีจำกัด เพราะปริมาณความต้องการของโรงพยาบาลแต่ละมีไม่เท่ากัน และทำให้ผู้จำหน่ายมีความได้เปรียบในการกำหนดราคา และทำให้การจัดซื้อยาสามารถทำได้ในระดับเขต ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณในภาครัฐได้ (ตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐)

เภสัชกรใน DMSIC มีประสบการณ์ในการจัดทำราคากลางยามาเป็นเวลานาน ดังนั้นจึงมีฐานความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับราคาจัดซื้อภาครัฐอยู่มาก ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการกำหนดราคาเบิกจ่ายได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ดี ด้วยเหตุที่การส่งข้อมูลการจัดหายาเป็นไปด้วยความสมัครใจ ดังนั้นจึงมีข้อควรคำนึงหลายประการดังนี้

ก. อคติของข้อมูล อาจเป็นต้นทุนยาที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งนี้เพราะผู้ที่ส่งมีความมั่นใจในราคาที่ซื้อว่ามีความยุติธรรมและโปร่งใส โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับยาสามัญที่มีการแข่งขันกันในตลาด การแข่งขันระหว่างผู้จำหน่ายต่างๆ และการกำหนดราคากลางอาจเป็นแรงกดดันเสริมกันให้ราคาจัดหายาลดต่ำลงไปเรื่อยๆ

ข. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ข้อมูลที่ส่งมาตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ เช่น เป็นข้อมูลที่รวมส่วนลด และของแถมด้วยหรือไม่ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลอาจรายงานด้วยพื้นฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้การคำนวนราคากลางอาจไม่น่าเชื่อถือ

ค. จำนวนข้อมูลที่ใช้ในการคำนวน สำหรับยาบางตัวที่มีผู้ใช้น้อยราย การกำหนดราคาอาจทำได้ไม่ดีนักจากข้อมูลจำนวนน้อยมาก

2. ฐานข้อมูลการผลิตและการจำหน่ายยาในประเทศ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เป็นฐานข้อมูลที่ผู้ผลิตหรือนำเข้ายาแต่ละแห่ง ส่งข้อมูลปริมาณและมูลค่าการผลิตหรือนำเข้ายาประจำปี มาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วยปริมาณยา และราคายาที่เป็นราคาหน้าโรงงาน ของรายการยาที่ขึ้นทะเบียนและจำหน่ายในประเทศไทย (ดูโครงสร้างข้อมูลในภาคผนวก ก)

นอกจากนี้ สำนักงาน อย ยังได้จัดทำโครงสร้างข้อมูลการขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศ ที่มีรหัสยามาตรฐานจำนวน ๒๔ หลัก พร้อมข้อมูลอื่นๆ เช่น ประเภทของยา (ยาในบัญชียาหลัก หรือยานอกบัญชียาหลัก) จำแนกชนิดและแหล่งผลิตยาเป็น 4 ดังนี้

S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug)

O = ยาต้นแบบ (Original drug) ที่มียาสามัญทดแทนได้

I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics)

L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ซึ่งในการศึกษาเรื่องราคายาในครั้งนี้ จะใช้ตัวแปรของชนิดและแหล่งผลิต S-O-I-L นี้เป็นเกณฑ์เพื่อประเมินการใช้ยาของสวัสดิการรักษาพยาบาลว่ามีปริมาณและมูลค่าเป็นยาต้นแบบ (S, O) หรือยาสามัญ (I, L)

3. ฐานข้อมูลใบสั่งยาจากโรงพยาบาล

เป็นฐานข้อมูลการใช้ยาโดยรวม (aggregate data) ของยาแต่ละรายการ ประกอบด้วย ชื่อยา รหัสยา จำนวนใบสั่งยา จำนวนเม็ดยาที่จ่าย ราคาขายต่อหน่วย (บาท) ของผู้ป่วยข้าราชการและครอบครัว ที่ไปใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐจำนวน ๒๙ แห่ง ซึ่งส่งมาที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส) และข้อมูลจากสถานพยาบาลซึ่งส่งไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ประกอบด้วยปริมาณยาที่จ่ายผ่านใบสั่งยาของยาแต่ละรายการ ราคาที่ผู้ป่วยจ่าย และราคาซื้อยา (ดูโครงสร้างข้อมูลในภาคผนวก ข)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการ

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลังแบบภาคตัดขวาง (Retrospective and cross-sectional research) ของระบบการกำหนดราคายาอ้างอิง การทดลองรูปแบบการกำหนดราคา พร้อมวิเคราะห์เพื่อนำเสนอในเชิงนโยบายราคายา

ระยะเวลาดำเนินการ

กำหนดเวลา 15 เดือน ตั้งแต่ กันยายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554

วิธีดำเนินการศึกษา

ดำเนินการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

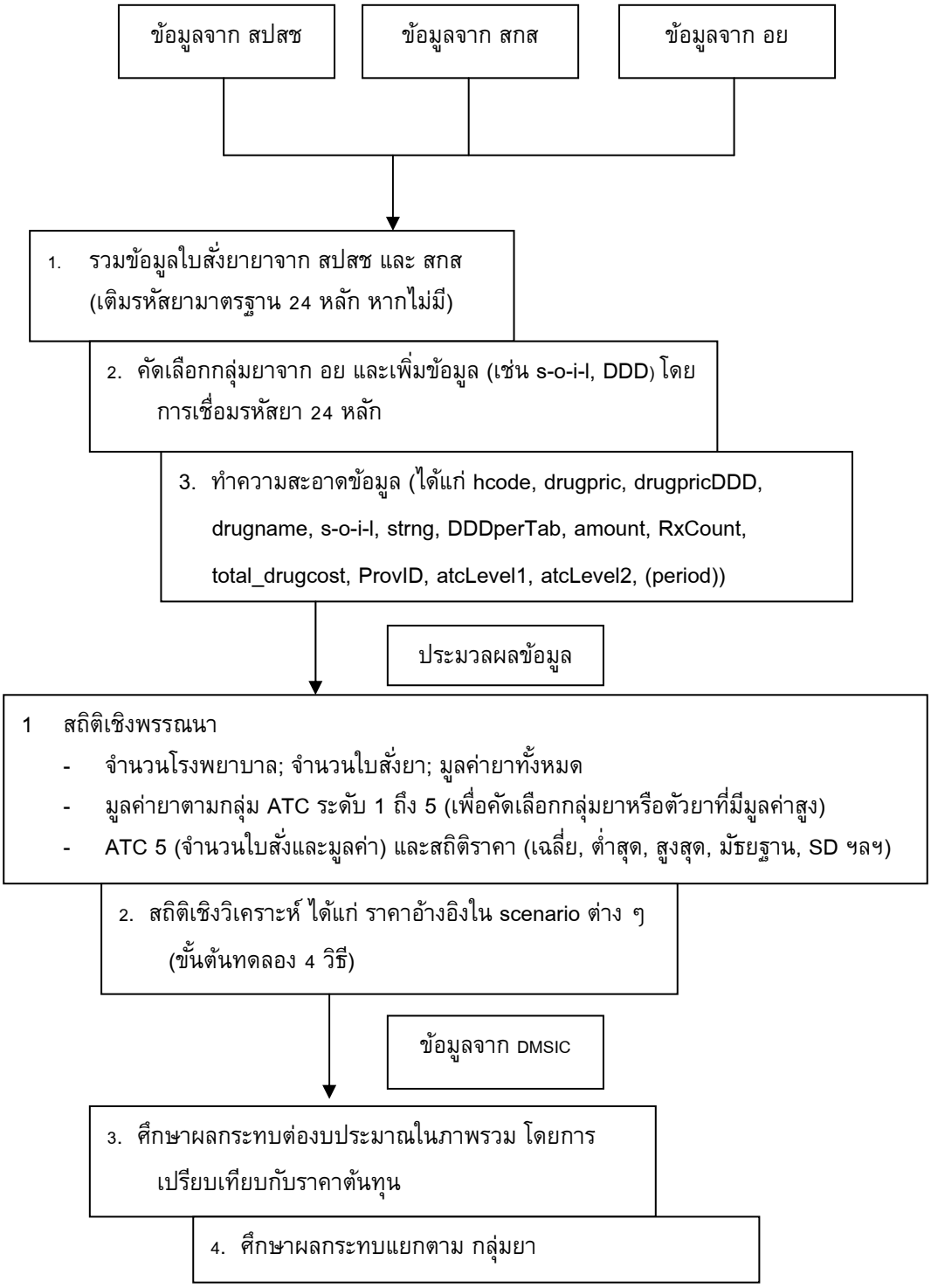
1. ทบทวนกฎหมาย และระเบียบต่างๆ ในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับราคายา และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องราคายาอ้างอิงของต่างประเทศที่ทำมาก่อนแล้ว และผลกระทบของราคาอ้างอิงที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาระบบมาแล้วเพื่อสังเคราะห์กระบวนการ และประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาในการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย
2. ประชุมกลุ่มนักวิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำข้อสรุปองค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้ในข้อ 1
3. ดำเนินงานทดลองกำหนดราคาอ้างอิงหรือราคาเบิกจ่ายค่ายา

กระบวนการต่างๆ ที่ดำเนินการเพื่อกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา มีขั้นตอนต่อไปนี้ (ตามรูปที่ 1)

3.1 ศึกษาฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนในประเทศในภาพรวม (ฐานข้อมูลการผลิตและจำหน่ายยาในประเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) เพื่อกำหนดโครงสร้างข้อมูลที่เหมาะสมให้กับระบบการทำ reference price ของไทย

3.2 ศึกษาข้อมูลราคายาจากฐานข้อมูลเกี่ยวยาในสถานพยาบาล เช่น ฐานข้อมูลราคายาที่โรงพยาบาลจัดซื้อยาจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ (Drug and Medical Supplies Information Center, DMSIC), กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลราคายาจากฐานข้อมูลใบสั่งยาจากโรงพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และสำนักงานกลางสารสนเทศระบบสุขภาพ (สกส)

3.3 เลือกกลุ่มยาที่จะทำ reference price โดยเลือกกลุ่มยาตาม ATC ระดับ 1 (กลุ่มตามสรีรวิทยา) ถึงระดับ 5 (สารเคมี) ที่มีผลกระทบสูงต่อการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งในการศึกษานี้มี 5 กลุ่มยาจากงานวิจัยเรื่องการใช้ยาของสวัสดิการข้าราชการของ สวปก[2] คือ ยาลดไขมันกลุ่ม statin, Proton pump inhibitor (PPI), Angiotensin-convering enzyme inhibitors (ACEI), Angiotensin receptor blockers (ARB), และ Bisphosphonates (BIS), โดยในขั้นแรกเป็นการดำเนินการในยาลดไขมันกลุ่ม statin



รูปที่ 1 กระบวนการศึกษาฐานข้อมูลและกำหนดราคาอ้างอิงของยา

3.4 กำหนดระดับ Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) ที่จะใช้ เช่น

- ATC-5 เป็นการกำหนดราคาตามชื่อสามัญทางยาของยาแต่ละตัวแยกจากกัน เช่น simvastatin และ atorvastatin ในแต่ละความแรง หรือ

- ATC-4 เป็นการกำหนดราคาตามชื่อสามัญและขนาดของยาในกลุ่มเดียวกันที่สามารถใช้ทดแทนกันตามหน่วยมาตรฐานการใช้ยาต่อหนึ่งวันขององค์การอนามัยโลก หรือ Defince Daily Dose (DDD)[22] เช่น DDD ในกลุ่มยาสแตติน คือ simvastatin 30 mg และ atorvastatin 20 mg เป็นต้น (ดูรายละเอียดเรื่อง DDD ของยาแต่ละตัวที่ภาคผนวก ค)

3.5 ประมวลผลการใช้ยาแต่ละกลุ่ม

ใช้สถิติพรรณา เช่น จำนวนใบสั่งยา มูลค่ายาที่จ่าย ปริมาณจ่ายของยาแต่ละรายการ สัดส่วนการใช้ยาต้นแบบ (S, O) และยาสามัญ (I, L) จากนั้นจึงประมวลผลราคายาต่อหน่วย และราคาต่อ DDD ของยาแต่ละรายการด้วยสถิติพรรณา (ราคาเฉลี่ย ราคาสูงสุด ต่ำสุด ค่ามัธยฐาน และ เปอร์เซนต์ไทล์ 25, 50, 75, 90)

3.6 ทดลองประมวลผลการกำหนดราคาอ้างอิง (หรือราคาเบิกจ่าย) ของยาจากฐานข้อมูลต่างๆ และสร้างสถานการณ์การเบิกจ่ายแบบต่าง ๆ ดังนี้

ก. ไม่ทดแทนยา แต่ลดราคาเบิกจ่ายลงเป็นราคาต้นทุน + ต้นทุนการบริหารจัดการยา

ข. ทดแทนยาในระดับ 1 (หรือระดับ ATC-5) ด้วยยาสามัญชื่อเดียวกัน (เช่น ใช้ราคายาสามัญ simvastatin แทนยาต้นแบบชื่อและขนาดเดียวกัน) ใช้ราคาขาย/วัน (median price/DDD) โดยยังคงเหลือยาที่ไม่ถูกทดแทนประมาณร้อยละ 20 (กลุ่มได้รับการยกเว้น หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ)

ค. ทดแทนยาในระดับ 2 (หรือระดับ ATC-4) ด้วยยาสามัญในกลุ่มยาเดียวกัน (เช่น ใช้ราคายาสามัญ simvastatin แทนยา atorvastatin ตามขนาด DDD) ใช้ราคาขาย/วัน (median price/DDD) โดยยังคงเหลือยาที่ไม่ถูกทดแทนประมาณร้อยละ 20 (กลุ่มได้รับการยกเว้น หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ)

ง. ทดแทนยาในระดับ 2 ด้วยยาสามัญในกลุ่มยาเดียวกัน ใช้ราคาถัวเฉลี่ยของยา NED และ ED (จากฐานข้อมูลของ อย ซึ่งใช้ในการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ) โดยยังคงรายได้ที่เกิดจากส่วนต่างระหว่างราคาขายและต้นทุนที่ซื้อของโรงพยาบาลไว้ (ดูรายละเอียดเรื่องการแทนยาระดับ 2 ที่ภาคผนวก ง)

3.7 นำราคายาอ้างอิงจาก 3.5 ซึ่งเป็นระดับของราคาฐานที่ให้เบิกได้ (reimbursement basis) มาประมวลผลกระทบด้านงบประมาณด้านยาที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ราคาอ้างอิงดังกล่าวในการเบิกจ่ายของสวัสดิการข้าราชการในโรงพยาบาลต้นแบบจำนวน ๓๔ แห่ง เป็นงบประมาณที่ประหยัดได้ เมื่อเทียบกับราคาขายของโรงพยาบาล (hospital retail price)

4. จัดประชุมระดมความคิดเห็นคณะกรรมการที่ปรึกษา และการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพัฒนากระบวนการนโยบายราคายาอ้างอิง ในลักษณะ focus-group discussion ของผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและทางคลินิก เพื่อรวบรวมความคิดเห็น สำหรับจัดทำและพัฒนาร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายราคายา ในด้าน

ความสอดคล้องเชิงนโยบายและความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ วิธีการประเมินและติดตามรูปแบบการสั่งจ่ายยา รวมถึงผลกระทบที่มีต่อระบบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนที่มารับบริการ โดยมีประเด็นเชิงนโยบายดังนี้

(1) เกณฑ์ราคายาอ้างอิงที่ยอมรับได้
(2) ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย เมื่อใช้ราคาอ้างอิง
(3) เกณฑ์สำหรับยาที่ต้องมีข้อยกเว้นในการใช้ reference price
(4) มาตรการต่างๆ เพื่อจูงใจให้ผู้ให้บริการประหยัดงบประมาณ และไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

5. ดำเนินงานทดลองประมวลผลข้อมูลและกระบวนการนโยบายระยะที่สองในกลุ่ม PPI และยากลุ่ม Bisphosphonates ที่จะกำหนดราคาอ้างอิงต่อไปในอนาคต (ดำเนินการตามข้อ ๓ และ ๔ สำหรับยากลุ่มอื่น)

6. นำข้อเสนอแนะและความเห็นจากคณะกรรมการที่ปรึกษาจากข้อ ๔ และ ๕ มาทดลองจัดทำผลกระทบด้านงบประมาณ (budget impact analysis) อีกครั้งกับฐานข้อมูลในโรงพยาบาล และทำการประเมินผลกระทบในอนาคตเมื่อนำราคาอ้างอิงมาประยุกต์ใช้จริง โดยใช้ข้อมูลราคาซื้อยาจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา กระทรวงสาธารณสุข

7. สรุปผลการประชุม จัดทำรายงาน และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องดำเนินการประยุกต์ใช้ราคายาอ้างอิงในภาครัฐ

บทที่ 4

ผลการศึกษาและวิจารณ์ผล

ในส่วนนี้ นำเสนอผลการศึกษาทั้งหมด ประกอบด้วย ฐานข้อมูลราคายา, ผลการประชุมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ, และการประมวลข้อมูลจากใบสั่งยา

ความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จากการเข้าร่วมประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งการจัดประชุมกลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในหลายโอกาส ดังต่อไปนี้

- วันที่ 9 สิงหาคม 2553 ที่สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (ผู้อำนวยการ),
- วันที่ 22 และ 25 พฤศจิกายน 2553 ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี (แพทย์และเภสัชกร)
- วันที่ 25 มกราคม 2554 ที่ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพไทย (นักวิชาการ, ผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ)
- วันที่ 28 มีนาคม 2554 ที่ สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (นักวิชาการ, ผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ)
- วันที่ 29 เมษายน 2554 ที่ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (นักวิชาการ)
- วันที่ 27 พฤษภาคม 2554 ที่ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพไทย (ผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ)
- วันที่ 2 มิถุนายน 2554 ที่ สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ซื้อบริการ)

สามารถแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการ, ผู้บริหารและผู้ให้บริการ, และผู้ซื้อบริการ, มีข้อสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการ
   - กรอบนโยบาย ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะนำราคากลางยาไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ใด เช่น กรมบัญชีกลางใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา
   - การทบทวนวรรณกรรม แต่ละประเทศใช้เกณฑ์อะไร ด้วยเหตุผลใด เช่น ทำไมประเทศบางประเทศจึงใช้ราคาสูงสุดของยาสามัญ
   - ผู้ให้บริการไม่ควรใช้ยาเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างกำไรให้กับสถานบริการ ดังนั้นราคายาอ้างอิงจะช่วยแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าว
   - กลไกราคา จะเป็นเครื่องมือเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการใช้ยาระหว่างกองทุนประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

- ในการจัดกลุ่มยาเพื่อศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการกำหนดราคาอ้างอิงนั้น สามารถดำเนินการควบคู่ไปกับคณะทำงานของบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยคณะทำงานของบัญชียาหลักพยายามจัดวาระการประชุมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์มาสนับสนุนกรมบัญชีกลาง โดยที่คณะนักวิจัยเรื่องราคายาต้องไปทำการศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติว่า จะกำหนดราคาอ้างอิงได้อย่างไร

2. ผู้ซื้อบริการ

กรมบัญชีกลางในฐานะผู้ดูแลงบประมาณของสวัสดิการข้าราชการ ได้ชี้แจงถึงแนวคิดเชิงนโยบายของกรมฯ ว่า มีเป้าหมายเพื่อควบคุมงบประมาณแผ่นดิน เพื่อให้สามารถจัดทำงบประมาณแบบสมดุลย์ได้ในอนาคตอันใกล้ ทั้งนี้มีกรอบแนวนโยบายเกี่ยวกับการเบิกจ่ายยา ต้องอยู่บนหลักการของการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

นอกจากนี้ อาจกำหนดนโยบายจำกัดการเข้าถึงบริการ ด้วยการกำหนดการลงทะเบียนเพื่อการเบิกจ่ายตรงเพียง 1 หน่วยบริการเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อแก้ไขปัญหาข้าราชการลงทะเบียนเบิกจ่ายตรงมากกว่าหนึ่งแห่ง ทำให้เกิดการใช้ยาและบริการมากเกินจำเป็น

จัดทำบัญชียาที่ห้ามเบิกจ่ายยา เนื่องจากไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน เช่น ยา glucosamine

กำหนดอัตราการเบิกจ่ายยา (หรือราคาอ้างอิง) ที่ชัดเจน ด้วยการกำหนดเป็นกลุ่มยาที่สามารถใช้ทดแทนกันได้ บนหลักฐานทางวิชาการ โดยเฉพาะในกลุ่มยาที่มีการเบิกจ่ายมาก คือ ยาลดไขมันกลุ่ม statin, Bisphosphonates, Proton pump inhibitors, ACEI, ARB, และ Coxib

นอกจากนี้ ในทางนำนโยบายไปปฏิบัติ ก็คาดหวังให้ราคาอ้างอิงเป็นเครื่องมือหรือกลไกเพื่อลดการใช้ยาราคาแพงอย่างไม่สมเหตุผล และทำให้ราคายามีเอกภาพในการเบิกจ่าย ทั้งนี้ยังต้องมีกลไกสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาที่ไม่อยู่ในระบบราคายาอ้างอิง

Standard guidelines แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอให้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานเพื่อการรักษา ควบคู่ไปกับการกำหนดราคาอ้างอิง

3. ผู้บริหารและผู้ให้บริการ

มีความเห็นพ้องกันว่า การนำราคาอ้างอิงหรืออัตราการเบิกจ่ายยามาใช้ จะทำให้แพทย์เปลี่ยนพฤติกรรมการสั่งจ่ายยา

ผู้บริหารโรงพยาบาลยังแสดงทัศนะว่า ถ้ายาสามัญมีส่วนต่างของกำไรมาก (เช่น กำหนดราคาเบิกจ่ายยาสามัญให้สูงเพื่อสร้างแรงจูงใจด้านการเงิน ทดแทนส่วนต่างกำไรจากยาต้นแบบ) ก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์ และไม่ทำให้กระทบการบริหารงบประมาณมากนัก แต่ในกรณีที่มีการใช้ยาสามัญในอัตราที่สูงอยู่แล้ว การกำหนดราคาเบิกจ่ายที่เพิ่มขึ้น ก็อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารงบประมาณของกรมบัญชีกลางได้

ดังนั้นกรมบัญชีกลาง ควรมีแรงจูงใจด้านการเงิน สำหรับโรงพยาบาลที่สามารถลดงบประมาณด้านยา ด้วยการจัดสรรเงินชดเชยให้กับการกระทำที่มีผลดีต่อประเทศชาติ มิเช่นนั้นการประหยัดจะเป็นเหมือนถูกลงโทษด้านการจัดการงบประมาณ

ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นควรให้มีมาตรการเสริมเพื่อการควบคุมการใช้ยา หรือส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม เช่น การทำ Drug Use Evaluation ในกลุ่ม cox2, lipid, bisphosphonate เป็นต้น และมีกระบวนการ feedback มูลค่าการใช้ยากลับไปยังหน่วยต่างๆ

การใช้ราคาอ้างอิงจะทำให้โรงพยาบาลมีผลกระทบทางการบริหารการเงิน เพราะได้รับการจุนเจือทางการเงินจาก CSMBS ไปให้ระบบ UC ดังนั้นการจ่ายค่ายาด้วยราคาอ้างอิง มีผลทำให้รายได้และส่วนต่างกำไรจากยาลดลง จึงต้องคำนึงถึงการจัดการด้านการเงิน ที่จะไม่ทำให้สถานพยาบาลเดือดร้อน เพราะไม่เช่นนั้นจะมีโรงพยาบาลที่ประสบภาวะขาดทุนเพิ่มจำนวนมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน

ส่วนกระบวนการกำหนดราคา ผู้ให้บริการ มีความเห็นในประเด็นดังต่อไปนี้

- คำจำกัดความราคากลางต้องชัดเจน
- การจัดกลุ่มยาต้องมีความชัดเจน เช่น ยา ED/NED, single/ multisource โดยเฉพาะเกณฑ์การทดแทนกันในกลุ่มยาต่างๆ
- หน่วยวัดหรือกำหนดราคา เช่น ตามชื่อสามัญและขนาดยา-รวมวิธีใช้ หรือใช้ DDD
- ข้อมูลในการกำนดราคาอ้างอิง มาจากไหน สะท้อนราคาซื้อจริงหรือไม่
- เกณฑ์ผู้ป่วยที่ได้รับการยกเว้นจากราคากลางต้องชัดเจน
- ในระยะยาว การปรับปรุงราคากลาง เป็นเช่นใด
- จะกำหนดราคากลางของยาใหม่อย่างไร
- ยาที่มีคุณภาพต่างกัน จะกำหนดราคาอย่างไร

4. ผลกระทบ มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านแสดงความกังวลถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
   - ต่อผู้ป่วย
     - ราคากลางยาเป็นการริดรอนสิทธิของผู้ป่วยหรือไม่
     - ความสัมพันธ์ของราคากลางกับ ส่วนร่วมจ่าย (co-payment) เป็นอย่างไร เมื่อใดจะมีส่วนร่วมจ่าย แต่ก็มีผู้ให้บริการอีกหลายท่านที่ไม่เห็นด้วยกับการมีส่วนร่วมจ่าย เพราะจะเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้บริโภค
     - สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ยาสามัญได้ มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ ก็ไม่ควรต้องรับภาระค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด
   - ต่อตลาดยานอกสถานพยาบาล
     - ราคากลางยาในสถานพยาบาลภาครัฐส่งผลต่อราคายานอกสถานพยาบาล (เช่น ร้านยา) หรือไม่
   - ต่อผู้นำเข้ายา
     - การใช้ราคากลางยา อาจทำให้บริษัทยาไม่นำยาใหม่เข้ามาจดทะเบียนในประเทศไทย เป็นการสูญเสียโอกาสของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ทำระบบราคาอ้างอิงเป็นขั้นตอน เช่น เริ่มจากกลุ่ม NSAIDS/ glucosamine ก่อน แล้วจึงทำกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

2. กรมบัญชีกลางสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้ยาสามัญ หรือให้การเยียวยา (หรือให้รางวัล) เมื่อโรงพยาบาลสามารถประหยัดงบประมาณ เพราะปัจจุบัน กรมฯ ให้แรงจูงใจหรือรางวัลกับโรงพยาบาลเพื่อจ่ายยาราคาแพง (ด้วยการกำหนด % mark-up)
3. กรมฯ กำหนดยาที่ไม่สามารถเบิกได้ (negative list) ให้ชัดเจน (ดังที่กำหนดไม่ให้เบิกยาวิตามิน) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดเอกภาพในโรงพยาบาลต่างๆ ในการจ่ายยาบัญชีเดียวกัน และป้องกันการชอปปิ้งของผู้ป่วยไปตามโรงพยาบาลต่าง เพื่อให้ได้ยาที่ต้องการ
4. อาจกำหนดราคาอ้างอิงจากราคาจัดซื้อ และบวกด้วยค่าบริการจ่ายยา (Dispensing fee) และกำไร

รายละเอียดของการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดูจากภาคผนวก จ

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จากกระบวนการทบทวนวรรณกรรม ประชุมรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการใช้ยาและการกำหนดราคาเบิกจ่ายยา พอสรุปประเด็นผลกระทบทั้งที่เป็นผลกระทบเชิงบวกและผลกระทบเชิงลบที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มต่างๆ ๖ กลุ่ม (ตารางที่ 4.1) ดังต่อไปนี้

1. อุตสาหกรรมยา ซึ่งประกอบด้วย อุตสาหกรรมยาต้นแบบ และอุตสาหกรรมยาสามัญ
2. ผู้ซื้อบริการ ทั้ง ๓ ราย คือ กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม
3. ผู้ให้บริการ ซึ่งประกอบด้วยสองกลุ่มหลัก คือ แพทย์ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยผ่านการสั่งจ่ายยา และเภสัชกรซึ่งต้องบริหารจัดการระบบยาในสถานพยาบาล
4. ผู้บริหารองค์กร คือ ผู้อำนวยการและกลุ่มผู้บริหารซึ่งต้องดูแลงบประมาณต่างๆ ที่เกี่ยวกับงานบริการเภสัชกรรม
5. ผู้ป่วย หรือกลุ่มผู้ใช้บริการและบริโภคยา
6. คณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตารางที่ 4.1 การวิเคราะห์ผลกระทบทั้งข้อดีและข้อด้อยของการกำหนดราคายาเบิกจ่ายที่มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อดี	ข้อด้อย
อุตสาหกรรมยา		
อุตสาหกรรมยาต้นแบบ	๑ มีโอกาสได้รับการคัดเลือกเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติมากขึ้น ถ้ามีการต่อรองราคา และราคายาลดลงจนมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์	๑ แรงกดดันให้ปรับราคายา ๒ อาจกระทบการนำเข้ายาใหม่ ถ้าบริษัทผู้นำเข้ารู้สึกว่า ราคายาไม่ก่อให้เกิดความคุ้มค่าในการลงทุน
อุตสาหกรรมยาสามัญ	๑ มีโอกาสขยายตลาดยาสามัญ ถ้าราคายาสามัญมีแรงจูงใจต่องบประมาณของโรงพยาบาล ๒ สามารถพัฒนาคุณภาพยาให้ดีขึ้น ๓ เป็นที่พึ่งให้กับระบบสุขภาพได้มากขึ้น	๑ ปัญหาคุณภาพยา ๒ ความมั่นใจในการใช้ยาสามัญของแพทย์
ผู้ซื้อบริการ		
กรมบัญชีกลาง	๑ มีเครื่องมือในการควบคุมงบประมาณ ๒ ประหยัดงบประมาณการเบิกจ่าย ๓ มีอำนาจต่อรองราคามากขึ้นกับอุตสาหกรรมยาต้นแบบ	๑ อาจนำไปสู่การฟ้องร้องเพื่อปกป้องสิทธิการได้รับยาต้นแบบของข้าราชการ (เช่นเดียวกับกรณียา กลูโคซามีน) ๒ มีภาระในการบริหารจัดการระบบยามากขึ้น
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม	๑ การปรับราคายาอาจทำให้ชุดสิทธิประโยชน์ของยาขยายตัวมากขึ้น ๒ สร้างโอกาสให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงยามากขึ้น	-
ผู้ให้บริการ		
แพทย์	๑ สร้างแรงจูงใจให้แพทย์จ่ายยาสามัญมากขึ้น ด้วยแนวนโยบายที่ชัดเจน	๒ อาจกระทบต่อเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะกับการปรับเปลี่ยนยาให้กับผู้ป่วย ๓ ไม่มั่นใจในคุณภาพยาสามัญ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ข้อดี	ข้อด้อย
เภสัชกร	๑ เพิ่มอำนาจในการต่อรองราคายากับผู้ผลิต ๒ ถ้าได้รับ dispensing fee จะช่วยให้การบริหารงบประมาณด้านยามีความเป็นธรรมมากขึ้น เพราะโรงพยาบาลไม่ต้องพึ่งรายได้จากยาแพง	๑ เป็นภาระในการสื่อสารเพื่อจัดการเปลี่ยนยาให้กับผู้ป่วย ๒ อาจเกิดความขัดแย้งหรือเผชิญหน้ากับผู้ป่วยมากขึ้น
ผู้บริหารองค์กร	๑ ประหยัดงบประมาณ ๒ ลดความเหลื่อมล้ำในการได้รับยาของผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ด้วยการปรับปรุงระบบบัญชียาในสถานพยาบาล	๑ อาจกระทบต่อรายได้ของสถานพยาบาล
ผู้บริโภคหรือผู้ป่วย	๑ สร้างความชอบธรรมให้กับผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกยา	๑ อาจรู้สึกว่าถูกริดรอนสิทธิ ๒ อาจต้องมีส่วนร่วมจ่ายในอนาคต
คณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ	๑ แรงกดดันเรื่องราคายาอาจทำให้ยามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และมีโอกาสมากขึ้นเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๒ คณะกรรมการต่อรองราคายาในบัญชียาหลักแห่งชาติทำงานง่ายขึ้น	-

การประมวลผลราคายา

ก. ปริมาณและมูลค่าการใช้ยา

ข้อมูลใบสั่งยาจาก ๒๙ โรงพยาบาลของยาทั้งห้ากลุ่ม ประกอบด้วยรายการยาที่จ่ายประมาณ ๑.๗ ล้านครั้ง จำนวนจ่ายกว่า ๑๑๓ ล้านเม็ด รวมมูลค่าเกือบ ๒,๕๐๐ ล้านบาท เกือบครึ่งหนึ่งของมูลค่ายาทั้งหมด เป็นยาลดไขมันกลุ่มสแตติน รองลงมาเป็นยาลดความดันกลุ่ม ARB และสำหรับทางเดินอาการกลุ่ม PPI ประมาณอย่างละหนึ่งในสี่ของมูลค่ารวม ส่วนยากระดูกพรุน และยาลดความดันกลุ่ม ACEI มีมูลค่าน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ปริมาณและมูลค่ายาห้ากลุ่มของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในโรงพยาบาล 29 แห่ง

กลุ่มยา	รายการ (ครั้ง)		หน่วย (เม็ด)		มูลค่า (บาท)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ACEI	232,065	13.68	20,855,665	18.32	111,676,845.15	4.47
ARB	281,154	16.57	21,231,604	18.65	514,582,076.79	20.59
BIS	60,175	3.55	914,976	0.80	246,131,382.76	9.85
PPI	445,434	26.25	23,442,571	20.60	510,516,399.45	20.43
Statin	678,148	39.96	47,381,432	41.63	1,115,756,299.15	44.65
รวม	1,696,976	100.00	113,826,248	100.00	2,498,663,003.30	100.00

ACEI = Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB = Angiotensin-receptor antagonist, BIS = Bisphosphonates, PPI = Proton pump inhibitors

ตารางที่ 4.3 แสดงปริมาณการใช้และมูลค่าของยาแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกัน กลุ่ม ACEI มีสัดส่วนการใช้ยาและมูลค่ายาสามัญสูงที่สุด คือ ร้อยละ ๗๑ ของปริมาณและ ๑๙ ของมูลค่าตามลำดับ ส่วนกลุ่ม PPI และ Statin มีปริมาณการใช้ยาสามัญร้อยละ ๖๑ และ ๕๓ ตามลำดับ แต่เมื่อคิดเป็นมูลค่า ประมาณร้อยละ ๕ เท่านั้น กลุ่ม ARB มีการใช้ยาสามัญน้อยเพียงร้อยละ ๑๕ ส่วน กลุ่ม BIS ยังไม่มียาสามัญที่ผลิตในประเทศเลย แต่เริ่มมีการใช้ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ โดยสรุป ปริมาณการใช้ยา (จำนวนใบสั่งยาและปริมาณเม็ดยาที่จ่าย ของยาต้นแบบ (S, O) และยาสามัญ (I, L) ใกล้เคียงกัน คือ ยาสามัญร้อยละ 49.40 และ 51.30 ของใบสั่งยาและปริมาณตามลำดับ แต่คิดเป็นมูลค่าเพียงร้อยละ 5.10 ของค่าใช้จ่าย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ราคายาสามัญมีราคาต่ำกว่ายาต้นแบบหลายเท่า

ส่วนรายละเอียดของปริมาณการใช้ (หน่วยเป็นรายการใบสั่งยา และ Defined Dailay Dose (DDD) และมูลค่าซื้อและมูลค่าจ่ายของยาแต่ละรายการในแต่ละกลุ่ม และราคาต่อหน่วย ที่ได้จากฐานข้อมูลของสถานพยาบาลอยู่ในภาคผนวก ฉ1 – ฉ5

ตารางที่ 4.3 ปริมาณและมูลค่ายาห้ากลุ่มของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการในโรงพยาบาล 29 แห่ง ปีงบประมาณ 2552 จำแนกตามชนิดและแหล่งผลิต

กลุ่มยา	ประเภท	รายการ	ร้อยละ	หน่วย (เม็ด)	ร้อยละ	มูลค่า	ร้อยละ
ACEI	L	165,636	71.4	15,275,451	73.2	21,533,214.45	19.3
	O	56,295	24.3	4,670,855	22.4	74,089,342.45	66.3
	S	10,134	4.4	909,360	4.4	16,054,288.25	14.4
	รวม	232,065	100	20,855,665	100.0	111,676,845.15	100.0
ARB	L	41,854	14.9	3,319,324	15.6	17,780,549.84	3.5
	O	101,675	36.2	7,714,549	36.3	219,889,998.00	42.7
	S	137,625	49.0	10,197,732	48.0	276,911,528.95	53.8
	รวม	281,154	100.0	21,231,604	100.0	514,582,076.79	100.0
BIS	I	647	1.1	7,760	0.8	1,715,191.00	0.7
	S	59,528	98.9	907,216	99.2	244,416,191.76	99.3
	รวม	60,175	100.0	914,976	100.0	246,131,382.76	100.
PPI	L	269,366	60.5	14,172,455	60.5	26,279,077.32	5.1
	O	266	0.1	18,925	0.1	1,244,199.00	0.2
	S	175,802	39.5	9,251,191	39.5	482,993,123.13	94.6
	รวม	445,434	100.0	23,442,571	100.0	510,516,399.45	100.0
Statin	L	359,663	53.0	25,613,666	54.1	56,971,042.59	5.1
	I	1,265	0.2	108,600	0.2	2,967,561.50	0.3
	O	178,974	26.4	12,369,228	26.1	603,941,771.13	54.1
	S	138,246	20.4	9,289,938	19.6	451,875,923.94	40.5
	รวม	678,148	100	47,381,432	100.0	1,115,756,299.15	100.0
รวมทุกกลุ่ม	L	836,519	49.29	58,380,895	51.2	122,563,884	4.91
	I	1,912	0.11	116,360	0.10	4,682,753	0.19
	O	337,210	19.87	24,773,556	21.76	899,165,311	35.99
	S	521,335	30.72	30,555,437	26.84	1,472,251,056	58.92
	รวม	1,696,976	100.0	113,826,248	100.0	2,498,663,003	100.0

หมายเหตุ ACEI = Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB = Angiotensin-receptor antagonist, BIS = Bisphosphonates, PPI = Proton pump inhibitors

S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics), L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ข. ราคายา

สถิติเชิงพรรณนาของราคายาต่อหน่วย ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย, SD, min, max และเปอร์เซนต์ไทล์ที่ ๒๕ (p25), ๕๐ (p50), ๗๕ (p75) และ ๙๐ (p90) และต้นทุนต่อหน่วย (จากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์,

DMSIC) ของยาแต่ละรายการ จำแนกตามชนิดและแหล่งผลิตของแต่ละกลุ่มยา คือ กลุ่ม ACEI, ARB, BIS, PPI และ Statin แสดงในตารางที่ 4.4 ถึงตารางที่ 4.8 ตามลำดับ

นอกจากสถิติเชิงพรรณนาของราคายาต่อหน่วยตามรายการและประเภทของยา ตารางที่ 4.9 ถึง 4.13 แสดงสถิติของราคาจ่ายยาต่อ DDD ของยาแต่ละชนิดในกลุ่ม ACEI, ARB, BIS, PPI, และ Statin ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม ACEI จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC

ชื่อยา	ขนาดยา	ประเภท	หน่วย (เม็ด)	จำนวนใบสั่ง	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	ต้นทุน (บาท)
CAPTOPRIL	12.5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	499	105	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	0.00	2.5
CAPTOPRIL	25 MG/1 CAP. OR TAB.	L	52,626	3,629	2.26	5.10	1.50	1.50	2.25	2.26	4.25	0.87	1.56
CAPTOPRIL	25 MG/1 CAP. OR TAB.	O	4,713	190	10.67	12.00	10.00	10.00	10.00	11.50	11.50	0.75	4.90
CILAZAPRIL	2.5 MG/1 CAP. OR TAB.	S	880	11	14.64	15.50	14.50	14.50	14.50	14.50	15.50	0.34	11.2
ENALAPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	L	20,913	342	1.77	2.00	1.50	1.50	2.00	2.00	2.00	0.25	0.95
ENALAPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	6,135,896	73,142	1.39	6.00	0.10	1.00	1.50	1.50	1.50	0.39	0.42
ENALAPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	35,055	383	14.63	20.00	10.00	14.50	14.50	14.50	14.50	2.02	5.03
ENALAPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	11,532,824	157,892	0.89	30.00	0.01	0.50	1.00	1.00	1.00	0.57	0.17
ENALAPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	50,018	831	8.15	20.00	6.25	6.50	7.00	10.00	10.00	1.94	7.06
FOSINOPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S	932	22	16.00	16.00	16.00	16.00	16.00	16.00	16.00	0.00	12.33
IMIDAPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S	613,778	7,737	21.72	22.60	14.50	21.50	21.50	22.50	22.50	1.52	18.00
IMIDAPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	S	222,191	1,815	9.04	15.50	8.50	8.50	9.00	9.00	9.00	1.03	7.83
LISINOPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	L	2,744	17	4.25	4.25	4.25	4.25	4.25	4.25	4.25	0.00	2.675
LISINOPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	O	14,697	161	16.00	16.50	15.50	16.50	16.50	16.50	16.50	0.71	13.33
LISINOPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	4,857	61	6.26	6.26	6.26	6.26	6.26	6.26	6.26	0.00	4.99
LISINOPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	4,936	67	24.50	24.50	24.50	24.50	24.50	24.50	24.50	0.00	19.80
LISINOPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	1,930	24	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	2.50	0.00	1.78
LISINOPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	14,641	129	9.95	10.00	9.75	10.00	10.00	10.00	10.00	0.10	7.78
PERINDOPRIL	2 MG/1 CAP. OR TAB.	O	9,247	152	10.47	10.50	10.00	10.49	10.50	10.50	10.50	0.12	8.13

ชื่อยา	ขนาดยา	ประเภท	หน่วย (เม็ด)	จำนวนใบสั่ง	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	ต้นทุน (บาท)
PERINDOPRIL	4 MG/1 CAP. OR TAB.	O	991,106	12,441	17.60	19.00	15.50	17.00	17.50	18.50	18.50	0.89	14.62
PERINDOPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	1,282	15	17.72	17.72	17.72	17.72	17.72	17.72	17.72	0.00	14.62
PERINDOPRIL	8 MG/1 CAP. OR TAB.	O	28,704	562	32.40	33.50	29.50	29.50	33.50	33.50	33.50	1.78	23.57
QUINAPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	O	531,721	5,227	10.41	14.00	9.00	10.00	10.00	10.50	11.50	1.06	8.82
QUINAPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	29,684	231	5.25	5.25	5.25	5.25	5.25	5.25	5.25	0.00	8.19
QUINAPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	73,339	837	20.95	23.00	17.50	19.00	22.50	22.50	23.00	1.92	18.12
QUINAPRIL	40 MG/1 CAP. OR TAB.	O	243,940	4,419	17.88	19.50	15.50	17.50	17.50	17.50	19.50	0.91	13.91
QUINAPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	72,071	779	8.77	10.50	8.50	8.50	8.50	8.50	10.50	0.68	8.73
RAMIPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	O	125,357	1,891	31.22	44.00	30.00	30.00	30.00	30.00	32.00	3.48	24.25
RAMIPRIL	2.5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	16,740	205	5.43	6.26	4.75	4.75	5.25	6.26	6.26	0.71	6.28
RAMIPRIL	2.5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	558,979	5,810	11.26	12.50	10.00	10.00	11.50	12.43	12.50	1.00	9.10
RAMIPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	11,651	143	8.85	9.00	7.50	8.76	9.00	9.00	9.00	0.28	5.35
RAMIPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	866,352	9,762	16.56	22.09	14.00	15.00	16.00	17.50	18.50	1.90	13.80

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.5 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม ARB จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC

ชื่อยา	ขนาดยา	ประเภท	หน่วย (เม็ด)	จำนวนใบสั่ง	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	ต้นทุน (บาท)
CANDESARTAN	16 MG/1 CAP. OR TAB.	S	1,039,829	15,462	31.49	33.50	28.00	31.98	32.00	32.00	33.50	1.86	27.01
CANDESARTAN	8 MG/1 CAP. OR TAB.	S	593,748	6,427	20.03	22.50	18.00	19.00	19.00	20.50	22.50	1.25	17.31
IRBESARTAN	150 MG/1 CAP. OR TAB.	S	902,503	13,024	24.99	29.00	19.00	24.00	24.00	27.00	27.00	2.05	19.26
IRBESARTAN	300 MG/1 CAP. OR TAB.	S	1,362,957	21,044	33.10	40.50	29.00	30.00	34.50	34.50	34.92	2.52	28.01
LOSARTAN	100 MG/1 CAP. OR TAB.	L	200,777	3,769	5.42	8.00	2.00	5.19	5.19	5.50	6.50	0.47	4.49
LOSARTAN	100 MG/1 CAP. OR TAB.	O	443,395	6,029	27.60	35.50	24.00	24.00	26.50	33.00	33.00	3.73	21.22
LOSARTAN	50 MG/1 CAP. OR TAB.	L	3,461,803	40,864	4.88	10.00	1.00	2.98	3.62	6.00	9.25	2.42	2.00
LOSARTAN	50 MG/1 CAP. OR TAB.	O	415,961	4,668	22.93	27.50	20.50	21.50	21.50	24.50	27.50	2.33	19.26
OLMESARTAN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	337,272	4,255	24.49	32.50	21.43	21.50	21.50	24.00	32.50	4.67	25.23
OLMESARTAN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	569,797	10,586	33.19	34.50	30.00	32.35	33.50	34.50	34.50	1.40	24.25
TELMISARTAN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	1,107,724	12,595	19.16	46.00	14.00	17.91	20.00	20.50	22.50	2.81	16.05
TELMISARTAN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	S	626,584	8,753	32.44	43.50	24.00	26.50	30.00	34.71	43.50	7.00	21.40
VALSARTAN	160 MG/1 CAP. OR TAB.	L	52,680	1,043	11.40	11.50	9.25	11.50	11.50	11.50	11.50	0.37	8.41
VALSARTAN	160 MG/1 CAP. OR TAB.	O	3,290,487	48,118	29.73	40.00	22.56	28.00	28.50	30.50	35.39	3.33	30.57
VALSARTAN	320 MG/1 CAP. OR TAB.	O	111,309	382	45.32	56.00	42.50	45.00	45.00	45.00	45.00	2.47	34.78
VALSARTAN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	L	68,221	1,014	5.37	10.00	0.50	6.00	6.00	6.00	6.00	1.94	5.35
VALSARTAN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	O	731,201	9,308	23.85	43.10	20.00	21.00	23.00	26.00	27.00	2.39	22.58

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.6 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม BIS จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC

ชื่อยา	ขนาดยา	ประเภท	หน่วย (เม็ด)	จำนวนใบสั่ง	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	ต้นทุน (บาท)
ALENDRONATE	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S	10,211	148	54.19	59.00	52.50	52.50	52.50	56.00	59.00	2.68	48.15
ALENDRONATE	70 MG/1 CAP. OR TAB.	I	13,344	1,117	220.40	235.00	200.00	220.00	220.00	220.00	220.00	3.91	214
ALENDRONATE	70 MG/1 CAP. OR TAB.	O	33,962	2,781	373.87	410.00	356.00	356.00	373.00	399.00	399.00	18.82	337.05
IBANDRONIC	150 MG/1 CAP. OR TAB.	S	17,148	1,709	420.54	460.00	377.00	377.00	419.25	452.75	459.50	32.08	403.93
RISEDRONATE	35 MG/1 CAP. OR TAB.	S	187,125	18,213	385.52	480.00	334.00	380.00	398.00	399.00	399.00	17.91	337.05
RISEDRONATE	5 MG/1 CAP. OR TAB.	S	143,264	2,241	58.49	59.00	53.50	58.50	58.50	59.00	59.00	0.74	43.74

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.7 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม PPI จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC

ชื่อยา	ขนาดยา	ประเภท	หน่วย (เม็ด)	จำนวนใบสั่ง	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	ต้นทุน (บาท)
ESOMEPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	2,084,437	41,449	52.57	56.00	45.28	50.00	52.33	55.00	55.66	2.62	45.25
ESOMEPRAZOLE	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	90,938	2,044	72.47	77.50	70.39	70.39	70.39	74.00	77.01	2.61	60.76
LANSOPRAZOLE	15 MG/1 CAP. OR TAB.	S	199,800	4,329	33.15	35.00	32.00	32.00	33.00	33.00	35.00	1.12	25.60
LANSOPRAZOLE	30 MG/1 CAP. OR TAB.	S	1,637,790	34,938	54.17	58.00	51.00	52.79	54.69	55.00	55.00	1.27	42.15
OMEPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	15,563,053	378,949	1.76	50.00	0.20	1.50	1.50	2.00	2.75	0.67	0.80
OMEPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	4,611	72	66.50	66.50	66.50	66.50	66.50	66.50	66.50	0.00	56.56
PANTOPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	93,116	2,044	42.47	54.00	25.48	44.00	44.50	44.50	44.50	6.08	43.72
PANTOPRAZOLE	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	377,651	7,548	59.49	72.50	51.00	53.50	63.50	63.50	71.50	6.47	51.02
RABEPRAZOLE	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S	300,015	8,460	46.69	54.50	44.50	46.00	46.00	46.00	47.68	2.64	35.92
RABEPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	1,157,224	21,930	51.32	54.63	45.50	49.50	52.50	54.00	54.50	3.33	38.91

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.8 สถิติราคาขายยาต่อหน่วย (บาท) กลุ่ม statin จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง และราคาต้นทุนจาก DMSIC

ชื่อยา	ขนาดยา	ประเภท	หน่วย (เม็ด)	จำนวนใบสั่ง	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	ต้นทุน
ATORVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	I	57,479	678	25.50	25.50	25.50	25.50	25.50	25.50	25.50	0.00	20.33
ATORVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	L	103,717	1,787	19.00	19.00	19.00	19.00	19.00	19.00	19.00	0.00	13.50
ATORVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	O	2,357,160	30,627	41.59	62.00	39.50	40.00	40.02	41.15	47.24	2.85	32.1
ATORVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	I	69,172	1,213	29.63	30.00	29.00	29.53	29.53	30.00	30.00	0.33	23.54
ATORVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	39,224	740	23.78	24.00	19.00	24.00	24.00	24.00	24.00	0.71	19.00
ATORVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	3,404,899	57,042	53.71	66.00	39.50	52.33	52.50	54.39	61.00	4.49	42.8
ATORVASTATIN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	O	1,209,124	21,297	61.04	72.00	57.04	59.71	61.00	61.50	61.50	2.50	50.29
ATORVASTATIN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	S	86,917	1,761	63.48	78.00	51.00	61.00	61.00	61.00	78.00	7.00	58.85
FLUVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	13,940	139	23.00	23.00	23.00	23.00	23.00	23.00	23.00	0.00	19.17
FLUVASTATIN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	S	475,481	7,705	35.22	37.50	28.50	33.00	35.00	37.50	37.50	2.37	29.81
PITAVASTATIN	1 MG/1 CAP. OR TAB.	S	645	17	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	54.00	0.00	35.00
PITAVASTATIN	2 MG/1 CAP. OR TAB.	S	40,660	529	37.65	54.00	32.00	32.00	32.00	36.00	54.00	8.79	35.00
PRAVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	43,248	704	27.00	27.00	27.00	27.00	27.00	27.00	27.00	0.00	21.83
PRAVASTATIN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	747,831	11,756	43.86	44.66	41.00	44.50	44.50	44.50	44.50	1.35	36.38
ROSUVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S	3,375,710	53,849	47.45	60.00	44.00	47.00	48.10	48.50	48.93	1.88	38.98
ROSUVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	1,157,707	17,469	55.40	77.00	44.00	45.00	58.50	65.00	68.26	10.63	58.85
ROSUVASTATIN	5 MG/1 CAP. OR TAB.	S	10,175	186	45.50	45.50	45.50	45.50	45.50	45.50	45.50	0.00	39.93
SIMVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	L	10,707,188	148,191	1.54	10.00	0.25	1.50	1.50	1.50	2.00	0.42	0.55
SIMVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	19,002,043	324,999	1.88	9.00	0.29	1.50	1.50	2.00	3.00	0.70	0.80
SIMVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	144,872	1,766	39.70	40.00	39.50	39.50	39.50	40.00	40.00	0.24	32.1

ชื่อยา	ขนาดยา	ประเภท	หน่วย (เม็ด)	จำนวนใบสั่ง	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	ต้นทุน
SIMVASTATIN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	L	3,614,008	70,215	2.27	6.00	0.50	2.00	2.18	2.50	2.50	0.64	1.30
SIMVASTATIN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	O	450,574	7,516	40.13	43.50	39.49	39.50	39.50	39.50	43.00	1.24	35.34
SIMVASTATIN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	L	50,203	1,079	4.26	4.26	4.26	4.26	4.26	4.26	4.26	0.00	3.20
SIMVASTATIN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	O	25,922	669	41.32	43.00	34.00	41.00	41.00	41.00	43.00	1.21	34.95

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.9 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม ACEI จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง

ชื่อยา	ประเภท	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	หน่วย (เม็ด)
CAPTOPRIL	L	4.75	28.00	3.00	3.00	4.50	4.52	8.50	2.84	53,125
CAPTOPRIL	O	21.35	24.00	20.00	20.00	20.00	23.00	23.00	1.50	4,713
CILAZAPRIL	S	14.64	15.50	14.50	14.50	14.50	14.50	15.50	0.34	880
ENALAPRIL	L	1.41	60.00	0.02	0.75	1.00	2.00	2.00	1.07	17,689,633
ENALAPRIL	O	12.60	40.00	5.00	7.25	13.00	20.00	20.00	5.37	85,073
FOSINOPRIL	S	24.00	24.00	24.00	24.00	24.00	24.00	24.00	0.00	932
IMIDAPRIL	S	20.75	31.00	14.50	18.00	21.50	22.50	22.50	2.33	835,969
LISINOPRIL	L	3.83	5.00	3.13	3.13	3.13	4.25	5.00	0.76	9,531
LISINOPRIL	O	17.97	20.00	12.25	12.25	20.00	20.00	20.00	3.32	19,577
PERIDOPRIL	O	17.59	21.01	14.18	17.00	17.50	18.50	18.54	0.97	1,030,339
QUINAPRIL	L	3.94	3.94	3.94	3.94	3.94	3.94	3.94	0.00	29,684
QUINAPRIL	O	14.10	31.50	5.81	7.31	15.00	15.75	21.00	5.45	921,071
RAMIPRIL	L	5.02	6.26	3.75	4.50	4.75	5.25	6.26	0.74	28,391
RAMIPRIL	O	9.31	12.50	7.00	7.50	8.75	11.00	12.00	1.75	1,550,688

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.10 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม ARB จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง

ชื่อยา	ประเภท	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	หน่วย (เม็ด)
CANDESARTAN	S	17.30	22.50	14.00	16.00	16.75	19.00	20.50	2.32	1,633,577
IRBESARTAN	S	19.91	29.00	14.50	17.25	17.46	24.00	27.00	4.44	2,265,460
LOSARTAN	L	4.76	10.00	1.00	2.98	3.62	6.00	9.25	2.41	3,659,335
LOSARTAN	O	18.22	27.50	12.00	13.25	17.75	21.50	24.50	5.02	859,356
OLMESARTAN	S	19.53	32.50	15.00	16.75	17.25	21.50	24.00	4.79	907,069
TELMISARTAN	S	18.10	46.00	12.00	15.00	17.91	20.50	21.88	3.39	1,734,308
VALSARTAN	L	5.51	10.00	0.50	5.75	5.75	6.00	6.00	1.47	120,901
VALSARTAN	O	16.36	43.10	10.63	14.00	14.25	17.69	23.00	3.95	4,132,997

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.11 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม BIS จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง

ชื่อยา	ประเภท	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	หน่วย (เม็ด)
ALENDRONATE	I	31.49	33.57	28.57	31.43	31.43	31.43	31.43	0.56	13,344
ALENDRONATE	S,O	53.59	59.00	50.86	50.86	52.50	57.00	57.00	2.71	44,173
IBANDRONIC	S,O	14.02	15.33	12.57	12.57	13.98	15.09	15.32	1.07	17,148
RISEDRONATE	S,O	56.55	68.57	47.71	55.43	57.00	58.50	59.00	2.61	330,389

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.12 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม PPI จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง

ชื่อยา	ประเภท	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	หน่วย (เม็ด)
ESOMEPRAZOLE	S	77.83	84.00	52.79	75.00	78.50	82.50	83.49	6.24	2,175,375
LANSOPRAZOLE	O	55.49	70.00	51.00	53.86	54.98	55.00	64.00	4.03	1,837,590
OMEPRAZOLE	L	1.76	50.00	0.20	1.50	1.50	2.00	2.75	0.67	15,600,000
OMEPRAZOLE	O	66.50	66.50	66.50	66.50	66.50	66.50	66.50	0.00	4,611
PANTOPRAZOLE	O	64.52	108.00	50.95	53.50	63.50	71.50	89.00	12.87	470,767
RABEPRAZOLE	O	59.98	109.00	45.50	49.50	54.00	54.50	92.00	17.43	1,457,239

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

ตารางที่ 4.13 สถิติราคาขายยาต่อ ๑ DDD (บาท) กลุ่ม statin จากใบสั่งยาโรงพยาบาลจำนวน ๒๙ แห่ง

ชื่อยา	ประเภท	mean	max	min	P25	P50	P75	P90	SD	หน่วย (เม็ด)
ATORVASTATIN	I	39.33	51.00	29.00	29.53	30.00	51.00	51.00	10.64	126,651
ATORVASTATIN	L	34.10	38.00	19.00	24.00	38.00	38.00	38.00	6.35	142,941
ATORVASTATIN	O	59.65	124.00	28.52	51.98	52.50	80.00	82.30	19.30	6,971,183
ATORVASTATIN	S	15.87	19.50	12.75	15.25	15.25	15.25	19.50	1.75	86,247
FLUVASTATIN	S	26.42	28.13	21.38	24.75	26.25	28.13	28.13	1.78	475,481
PITAVASTATIN	S	38.75	108.00	32.00	32.00	32.00	36.00	54.00	12.33	41,305
PRAVASTATIN	S	33.31	40.50	30.75	33.38	33.38	33.38	33.38	1.99	791,079
ROSUVASTATIN	S	42.52	91.00	22.00	34.25	47.00	48.50	48.93	9.44	4,543,592
SIMVASTATIN	L	3.27	30.00	0.38	2.25	3.00	4.50	4.50	1.47	33,373,442
SIMVASTATIN	O	36.35	60.00	12.75	29.63	29.63	32.25	59.25	13.14	621,368

หมายเหตุ S = ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว (Single-source drug), O = ยาต้นแบบ (Original drug), I = ยาสามัญที่นำเข้าจากต่างประเทศ (Imported generics),L = ยาสามัญที่ผลิตในประเทศ (Locally-produced generics)

สถานการณ์ต่าง ๆ ของการกำหนดราคาเบิกจ่าย

จากการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายครั้ง คณะวิจัยจึงจัดทำสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางเลือกในการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาดังต่อไปนี้

1. ไม่ทดแทนยา แต่ลดราคาเบิกจ่ายลงเป็นราคาต้นทุน + ต้นทุนการบริหารจัดการยา (30/ 50 บาท/รายการ)
2. ทดแทนยาในระดับ 1 ด้วยยาสามัญชื่อเดียวกัน ใช้ราคาขาย/วัน (median price/DDD) โดยยังคงเหลือยาที่ไม่ถูกทดแทนประมาณร้อยละ 20 (กลุ่มได้รับการยกเว้น หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ)
3. ทดแทนยาในระดับ 2 ด้วยยาสามัญในกลุ่มยาเดียวกัน ใช้ราคาขาย/วัน (median price/DDD) โดยยังคงเหลือยาที่ไม่ถูกทดแทนประมาณร้อยละ 20 (กลุ่มได้รับการยกเว้น หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ)
4. ทดแทนยาในระดับ 2 ด้วยยาสามัญในกลุ่มยาเดียวกัน ใช้ราคาถัวเฉลี่ยของยา NED และ ED โดยยังคงรายได้ของโรงพยาบาลไว้

ในแต่ละสถานการณ์จะมีผลกระทบต่องบประมาณที่สามารถประหยัดได้แตกต่างกันดังนี้

1. ไม่ทดแทนยา แต่ลดราคาเบิกจ่ายลงเป็นราคาต้นทุน + ต้นทุนการบริหารจัดการยา (30/ 50 บาท/ใบสั่ง)

แนวทางนี้มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูง เพราะมีความพร้อมในข้อมูลต้นทุนยาจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องดังกล่าวมานานแล้ว คือ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ ที่เก็บข้อมูลราคาซื้อยาทั้งยาในบัญชียาหลักและนอกบัญชียาหลักมาอย่างต่อเนื่อง (ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น) นอกจากนี้แนวทางนี้ยังมีผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยรวมค่อนข้างน้อย แต่การประหยัดงบประมาณอาจไม่มากนัก

ส่วนต้นทุนการบริหารจัดการด้านยา (Dispensing fee) เป็นแนวทางในการชดเชยต้นทุนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการจัดหา ดูแลคลังเวชภัณฑ์ และงานบริการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยของกลุ่มงานเภสัชกรรม รวมทั้งสามารถชดเชยส่วนต่างของรายได้ (ระหว่างราคาต้นทุนและราคาเบิกจ่ายยา) ที่ลดน้อยลงไปจากการจ่ายยานอกบัญชียาหลัก ซึ่งมักเป็นยาราคาแพงที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว จึงมีส่วนต่างของรายได้สูงกว่ายาสามัญมากตามระบบการเบิกจ่ายที่กรมบัญชีกลางกำหนดอยู่ในปัจจุบัน

ต้นทุน Dispensing fee จำนวน ๓๐ บาทต่อรายการนั้น มาจากการมีส่วนร่วมจ่ายจำนวน ๓๐ บาท ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนค่า DF ๕๐ บาทต่อรายการนั้น เป็นข้อมูลการเก็บค่าบริการจ่ายยาที่เรียกเก็บต่อหนึ่งใบสั่งยาของสถานพยาบาลภาครัฐในปัจจุบัน แต่ในกรณีนี้แทนที่จะเป็นการจ่ายต่อครั้ง เป็นการจ่ายต่อรายการยา เพื่อชดเชยรายได้ที่หายไปจากส่วนต่างของราคาซื้อและราคาจ่ายยา

ในกรณีสถานการณ์ที่ ๑ นี้ เมื่อนำไปประมวลผลกระทบด้านงบประมาณ พบว่า สามารถประหยัดงบประมาณได้ร้อยละ ๑๗ เมื่อเบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา และมีค่าบริหารจัดการ (Dispensing fee) ๓๐ บาท/

รายการ (ตารางที่ 4.14) และจะประหยัดได้ลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ ๑๖ เมื่อเบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา และมีค่าบริหารจัดการ (Dispensing fee) ๕๐ บาท/รายการ (ตารางที่ 4.15) โดยสรุป สัดส่วนผลต่างของราคาซื้อและราคาขาย ลดลงจากร้อยละ 25 ของต้นทุนซื้อยาเหลือเพียงร้อยละ 2.52 และ 4.22 เมื่อลดราคาต้นทุนยาและเพิ่มค่าใช้จ่ายที่เป็น DF ครั้งละ 30 และ 50 บาทตามลำดับ

2. ทดแทนยาในระดับ 1 ด้วยยาสามัญชื่อเดียวกัน ใช้ราคาขาย/วัน (median price/DDD) โดยยังคงเหลือยาที่ไม่ถูกทดแทนประมาณร้อยละ ๒๐ (กลุ่มได้รับการยกเว้น หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ)

เป็นสถานการณ์ที่มีการทดแทนการเบิกจ่ายราคายาต้นแบบ ด้วยราคายาสามัญที่มีขนาดยาเท่ากัน (แทนยาระดับ ๑) ในการทดแทนยาจะใช้ราคามัธยฐานต่อหนึ่งวัน (median price/DDD) ดังนั้นถ้า ๑ DDD (ยาขนาด ๕๐ มก) มีราคาเฉลี่ย ๑ บาท ยาที่มีขนาด ๑๐๐ มก จะได้รับการชดเชยด้วยราคา ๒ บาท ในสถานการณ์นี้จะยังคงให้มีการจ่ายยาต้นแบบได้ร้อยละ ๒๐ ของรายการยาทั้งหมด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทางเลือกใช้ยา เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ เพราะยาสามัญใช้ไม่ได้ผล หรือมีการแพ้ยาสามัญ เป็นต้น

การประมวลผลกระทบด้านการงบประมาณ พบว่าสามารถประหยัดงบประมาณได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๑ (ตารางที่ 4.16) โดยมีสัดส่วนการประหยัดที่แตกต่างกันตามจำนวนยาสามัญที่สามารถใช้ทดแทนกันได้ เช่น กลุ่ม ARB สามารถประหยัดได้ร้อยละ ๓๑ เพราะมียาสามัญที่ทดแทนได้หลายรายการ ส่วนยากลุ่ม Statin ก็มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักด้วยมูลค่าสูง และเริ่มมียาสามัญมาทดแทนยา atorvastatin สามารถประหยัดงบประมาณได้ร้อยละ ๒๘ ส่วนกลุ่ม PPI ยังมียาสามัญเพียงรายการเดียว การทดแทนจึงมีน้อย ส่วนกลุ่ม BIS เพิ่งเริ่มมียาทดแทน แต่เป็นยานำเข้า และมีราคาต่อหน่วยค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ตามปกติ ที่ยาสามัญรายแรก อาจกำหนดราคาไม่ต่างจากยาต้นแบบนัก ดังนั้นการประหยัดในช่วงแรกจึงมีมูลค่าไม่สูงนัก

3. ทดแทนยาในระดับ 2 ด้วยยาสามัญในกลุ่มยาเดียวกัน ใช้ราคาขาย/วัน (median price/DDD) โดยยังคงเหลือยาที่ไม่ถูกทดแทนประมาณร้อยละ ๒๐ (กลุ่มได้รับการยกเว้น หรือมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ)

ส่วนตารางที่ 4.17 เมื่อมีการทดแทนยาด้วยยาสามัญที่แตกต่างกันในระดับ 2 ทำให้การประหยัดงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔๘ โดยกลุ่มยาลดไขมันมีมูลค่าการประหยัดได้เกือบร้อยละ ๗๐ จากการที่มีปริมาณและมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักที่เป็นยาต้นแบบและยาที่ผู้จำหน่ายรายเดียวจำนวนมาก กลุ่ม PPI ก็สามารถประหยัดงบประมาณได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถึงร้อยละ ๓๓ เนื่องจากสามารถทดแทนยาได้หลายรายการ ตามภาคผนวก ง

4. ทดแทนยาในระดับ 2 ด้วยยาสามัญในกลุ่มยาเดียวกัน ใช้ราคาถัวเฉลี่ยของยา NED และ ED โดยยังคงรายได้ของโรงพยาบาลไว้

สำหรับสถานการณ์ที่ 4 นี้ ใช้ข้อมูลการผลิตและนำเข้ายาที่รายงานไปยังคณะกรรมการอาหารและยา นำข้อมูลมาคำนวนหาราคาถัวเฉลี่ย ของยาแต่ละกลุ่ม (รวมทั้งยา ED และ NED ที่จำหน่ายในประเทศ หรือ RP เฉลี่ย), สัดส่วนจำนวนวันที่ใช้ยา ED และ NED, สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา ED และ NED ที่อยู่ในฐานข้อมูล ตามตารางที่ 4.18 จากนั้นจึงสร้างสูตรคณิตศาสตร์เพื่อประเมินว่า ถ้าสถานพยาบาลต้องการจะประหยัดงบประมาณให้ได้ร้อยละ 33 จากเดิม จะต้องมีสัดส่วนผู้ป่วยเพื่อใช้ยาสามัญเพิ่มขึ้นจากเดิมเท่าใด และราคาเบิกจ่ายจะเป็นเท่าใด (RP 33) และถ้าต้องการประหยัดงบประมาณได้ร้อยละ 50 (RP 50) หรือถ้าเหลือผู้ป่วยที่ใช้ยาต้นแบบเพียงร้อยละ 10 ราคาเบิกจ่ายจะเป็นเท่าใด (RP minimum) โรงพยาบาลแต่ละแห่ง

สามารถใช้สูตรคำนวนสัดส่วนผู้ป่วย และกำหนดราคาเบิกจ่ายที่สร้างขึ้น เพื่อไปดำเนินการประมาณการณ์การทดแทนยาสามัญ และดำเนินนโยบายที่มีความยืดหยุ่นได้ ตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล

จากตาราง พบว่ากลุ่มยา ACEI มีสัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยา ED: NED สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ประมาณ 12:1 ในขณะที่กลุ่ม ARB มีสัดส่วนการใช้ยา ED:NED เพียง 0.5:1 ในกลุ่มนี้มีราคายาเฉลี่ย 18 บาทต่อ DDD ดังนั้น ถ้าต้องการจะประหยัดงบประมาณให้ได้ร้อยละ 33 ต้องเพิ่มสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยา ED: NED เป็น 2.2 : 1 และเบิกจ่ายยาที่ราคา 12.2 บาทต่อ DDD และจะประหยัดได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 53 ถ้ามีสัดส่วนผู้ป่วยเป็น 1.0 : 1 และเบิกจ่ายยาที่ราคา 8.5 บาทต่อ DDD

ตารางที่ 4.14 การประเมินสถานการณ์การเบิกจ่ายยาเมื่อไม่มีการทดแทนยา แต่เบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา และต้นทุนการบริการจัดการยา 30 บาท/รายการ

กลุ่มยา	ค่าใช้จ่ายยาเดิม (บาท)	ค่าใช้จ่ายใหม่ (บาท)			งบประมาณที่ประหยัดได้ (บาท)	ร้อยละ
		รวม (บาท)	ต้นทุนยา (บาท)	ต้นทุนบริหารยา (30 บาท/รายการ)		
ACEI	111,676,845.15	85,412,400.25	78,450,450	6,961,950	26,264,444.89	23.52
ARB	514,582,076.79	439,305,570.76	430,870,951	8,434,620	75,276,506.03	14.63
BIS	246,131,382.76	216,915,268.26	215,110,018	1,805,250	29,216,114.50	11.87
PPI	510,516,399.45	417,403,163.56	404,419,982	13,363,020	93,113,235.89	18.24
Statin	1,115,756,299.15	908,262,936.12	887,918,522	20,344,410	207,493,363.03	18.60
รวม	2,498,663,003.31	2,067,299,338.96	2,016,769,923	50,909,250	431,363,664.35	17.26

ACEI = Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB = Angiotensin-receptor antagonist, BIS = Bisphosphonates, PPI = Proton pump inhibitors

ตารางที่ 4.15 การประเมินสถานการณ์การเบิกจ่ายยาเมื่อไม่มีการทดแทนยา แต่เบิกจ่ายด้วยต้นทุนยา และต้นทุนการบริการจัดการยา 50 บาท/รายการ

กลุ่มยา	ค่าใช้จ่ายยาเดิม (บาท)	ค่าใช้จ่ายใหม่ (บาท)			งบประมาณที่ประหยัดได้ (บาท)	ร้อยละ
		รวม (บาท)	ต้นทุนยา (บาท)	ต้นทุนบริหารยา (50 บาท/รายการ)		
ACEI	111,676,845.15	90,053,700.33	78,450,450	11,603,250	21,623,144.82	19.36
ARB	514,582,076.79	444,928,651.01	430,870,951	14,057,700	69,653,425.78	13.54
BIS	246,131,382.76	218,118,768.26	215,110,018	3,008,750	28,012,614.50	11.38
PPI	510,516,399.45	426,311,843.59	404,419,982	22,271,700	84,204,555.86	16.49
Statin	1,115,756,299.15	921,825,868.08	887,918,522	33,907,350	193,930,431.08	17.38
รวม	2,498,663,003.31	2,101,238,831.27	2,016,769,923	84,848,750	397,424,172.04	15.91

ACEI = Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB = Angiotensin-receptor antagonist, BIS = Bisphosphonates, PPI = Proton pump inhibitors

ตารางที่ 4.16 สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายยาด้วยราคาเฉลี่ยต่อวัน (median price/DDD) ของยาสามัญแทนราคายาต้นแบบ (ทดแทนยาในระดับ ๑)

กลุ่มยา	ค่าใช้จ่ายยาเดิม (บาท)	ค่าใช้จ่ายใหม่ (บาท)	งบประมาณที่ประหยัดได้ (บาท)	ร้อยละ
ACEI	111,676,845.15	89,522,788.64	22,154,056.51	19.84
ARB	514,582,076.79	354,994,790.38	159,587,286.42	31.01
BIS	246,131,382.76	230,313,009.50	15,818,373.26	6.43
PPI	510,516,399.45	509,826,769.00	689,630.45	0.14
Statin	1,115,756,299.15	800,199,715.56	315,556,583.59	28.28
รวม	2,498,663,003.31	1,984,857,073.08	513,805,930.23	**20.56**

ACEI = Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB = Angiotensin-receptor antagonist, BIS = Bisphosphonates, PPI = Proton pump inhibitors

ตารางที่ 4.17 สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายยาด้วยราคาเฉลี่ยต่อวัน (median price/DDD) ของยาสามัญแทนราคายาต้นแบบในกลุ่มเดียวกัน (ทดแทนยาในระดับ ๒)

กลุ่มยา	ค่าใช้จ่ายยาเดิม (บาท)	ค่าใช้จ่ายใหม่ (บาท)	งบประมาณที่ประหยัดได้ (บาท)	ร้อยละ
ACEI	111,676,845.15	89,522,788.64	22,154,056.51	19.84
ARB	514,582,076.79	310,408,225.97	204,173,850.82	39.68
BIS	246,131,382.76	210,261,224.50	35,870,158.26	14.57
PPI	510,516,399.45	341,992,707.53	168,523,691.92	33.01
Statin	1,115,756,299.15	341,505,068.78	774,251,230.37	69.39
รวม	2,498,663,003.31	1,293,690,015.42	1,204,972,987.88	**48.22**

ACEI = Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB = Angiotensin-receptor antagonist, BIS = Bisphosphonates, PPI = Proton pump inhibitors

ตารางที่ 4.18 สถานการณ์ผลกระทบต่องบประมาณเมื่อเบิกจ่ายด้วยราคาถัวเฉลี่ยต่อวันของยาสามัญและราคายาต้นแบบในกลุ่มเดียวกันที่จำหน่ายในประเทศ (ทดแทนยาในระดับ ๒) โดยยังคงรายได้ส่วนต่างระหว่างราคาซื้อและราคาขาย

กลุ่มยา	มูลค่ายา (บาท)	ราคาเบิกจ่าย Reimbursed Price (RP)		มูลค่าประหยัด (บาท)	สัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ ED ต่อ NED
PPI	624,887,500	RP เฉลี่ย	10.2	5,417,123	3.9:1
		RP 33	6.9	205,834,010	6.5:1
		RP 50	5.1	315,152,310	9.6:1
		RP minimum (10:1)	4.9	327,298,790	10 : 1
ACEI	71,636,633	RP เฉลี่ย	1.38	- 57,918	12.1:1
		RP 33	0.92	23,840,266	21.2:1
		RP 50	0.7	35,269,832	32.3:1
		RP minimum (20:1)	2.5	22,281,690	20.2:1
ARB	313,169,042	RP least change	18	3,464,300	0.5:1
		RP 33	12.2	103,258,050	2.2:1
		RP 50	9	158,316,671	7.2:1
		RP minimum (10:1)	8.5	166,919,578	10 : 1
Statin	1,322,074,772	RP เฉลี่ย	13.5	20,949,454	2.1:1
		RP 33	9.1	445,019,930	3.9:1
		RP 50	6.9	657,055,166	5.9:1
		RP minimum (10:1)	4.8	859,452,438	10 : 1
รวมทั้งหมด	**2,521,534,746**			**มูลค่าประหยัด (บาท)**	ร้อยละที่ประหยัด
รวมทุกกกลุ่ม		RP เฉลี่ย		29,772,959	2.01
		RP 33		777,952,256	33.38
		RP 50		1,165,793,979	49.99
		RP minimum		1,375,952,496	59.79

หมายเหตุ: RP เฉลี่ย คือ ราคาถัวเฉลี่ยของยาในบัญชีและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่รายงานของ อย. RP 33 คือ ราคาเบิกจ่ายที่ประหยัดงบประมาณได้หนึ่งในสาม, RP 50 คือ ราคาเบิกจ่ายที่ประหยัดงบประมาณได้ครึ่งหนึ่ง, RP minimum คือ ราคาเบิกจ่ายที่ต่ำที่สุดเมื่อมีผู้ใช้ยานอกบัญชียาหลักประมาณร้อยละ 10

ในแต่ละสถานการณ์มีข้อดี และข้อด้อย ทั้งในประเด็นความยุ่งยากในการบริหารจัดการระบบการเบิกจ่าย รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ทั้งในประเด็น ผลกระทบต่อการใช้ยาของผู้ป่วย การเลือกใช้ยาของแพทย์ ผลกระทบต่อการบริหารงบประมาณของสถานพยาบาล ดังตารางที่ 4.19 ทั้งนี้ในแต่ละสถานการณ์จะมีผลกระทบต่องบประมาณที่สามารถประหยัดได้แตกต่างกันดังนี้

ตารางที่ 4.19 ข้อดี- ข้อด้อยของแต่ละแนวทางเพื่อกำหนดราคาเบิกจ่ายยาสำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ

สถานการณ์ที่	ข้อดี	ข้อด้อย
1.	ไม่แทนยา เบิกด้วย ต้นทุนยา + ต้นทุนการบริหารยา	
	1. สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงในการเบิกจ่ายยา 2. ไม่กระทบการใช้ยาของข้าราชการ 3. บริหารจัดการง่าย 4. สร้างแรงจูงใจในการจ่ายยา ED หรือยาสามัญ มากกว่ายาต้นแบบ 5. เป็นกลไกเพื่อลดราคายาต้นแบบ 6. มีฐานความรู้อยู่พอสมควรทั้งต้นทุนยาและการบริหารจัดการ	1. ความเชื่อมั่นในต้นทุนว่าใกล้เคียงต้นทุนที่แท้จริง 2. ผู้ให้บริการที่ใช้ NED อาจมีผลกระทบต่อรายได้ส่วนต่างระหว่างราคาซื้อและราคาขาย 3. ต้นทุนการบริหารจัดการแตกต่างกันในโรงพยาบาลที่มีขนาดและความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน
2.	แทนยาระดับ 1 ด้วยราคา median price/DDD	
	1. บริหารจัดการง่าย 2. สนับสนุนนโยบายการพึ่งพาตนเองเรื่องการผลิตยา 3. ประหยัดงบประมาณได้มากในกรณีที่มียาสามัญจำนวนมากให้ทดแทน 4. สร้างแรงจูงใจในการจ่ายยา ED หรือยาสามัญ มากกว่ายาต้นแบบ	1. เพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ 2. อาจกระทบต่อการใช้ยายาของผู้ป่วย 3. อาจมีการเปลี่ยนไปใช้ยาที่ไม่มียาสามัญทดแทน 4. มีผลกระทบต่อรายได้ของสถานพยาบาล 5. กรณียาใหม่ จะต้องกำหนดราคาไว้ก่อนเบิกจ่าย
3.	แทนยาระดับ 2 ด้วยราคา median price/DDD ยาสามัญ	
	1. ประหยัดงบประมาณได้มากขึ้น 2. สนับสนุนนโยบายการพึ่งพาตนเองเรื่องการผลิตยา 3. สร้างแรงจูงใจในการจ่ายยา ED หรือยาสามัญ มากกว่ายาต้นแบบ	1. เพิ่มภาระงานให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ 2. อาจกระทบต่อการใช้ยายาของผู้ป่วย 3. ความยุ่งยากในการคำนวนราคาต่อหน่วยเพื่อการทดแทน 4. ผลกระทบต่อรายได้ของสถานพยาบาล
4.	แทนยาระดับ 2 ด้วยราคาถัวเฉลี่ยของยา NED และ ED	
	1. สร้างแรงจูงใจในการจ่ายยา ED หรือยาสามัญ 2. ประหยัดงบประมาณได้มากในกรณีที่มียาสามัญจำนวนมากให้ทดแทน 3. ยังคงรายได้ของสถานพยาบาลไว้	1. เพิ่มภาระงาน ในการทดแทนยาแก่ผู้ป่วย 2. ลักษณะการเบิกจ่ายมีความยุ่งยากมากกว่า เพราะเป็นการเบิกจ่ายรายวันมิใช่ตามขนาดยา

สรุป

การใช้ยาและราคายา

จากผลการประมวลผลจากใบสั่งยาสำหรับข้าราชการจากโรงพยาบาลรัฐจำนวน 29 แห่งของยาทั้ง 5 กลุ่ม คือ ACEI, ARB, BIS, PPI และ Statins แสดงถึงผลกระทบจากราคายาที่แตกต่างเป็นอันมากระหว่างยาสามัญและยาต้นแบบ (ซึ่งมักเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ) จากตารางที่ 4.3 สัดส่วนปริมาณยาที่ใช้ (ตามจำนวนใบสั่งยาและปริมาณเม็ดยา) ไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างยาสามัญ (ทั้งที่ผลิตเองในประเทศและน้ำเข้า) และยาต้นแบบ แต่มูลค่าของยาต้นแบบคิดเป็นร้อยละ 95 ของมูลค่ารวมทั้งหมด โดยสรุปในภาพรวม ราคายาต้นแบบสูงกว่ายาสามัญประมาณ 20 เท่า โดยมีสัดส่วนระหว่าง 1.70 (ยา BIS) ถึง 44.32 (ยา PPI) เท่า ซึ่งความแตกต่างของราคานี้ส่งผลกระทบต่องบประมาณในการจัดหายาเป็นอย่างยิ่ง ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบราคาของยาต้นแบบและยาสามัญในแต่ละกลุ่ม และแสดงกำไร (% mark-up หรือ margin) ที่เป็นความแตกต่างระหว่างราคาขายและต้นทุนจัดซื้อยา

อย่างไรก็ตาม การใช้ยาสามัญ หรือยาในบัญชียาหลักก็ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มยา โดยสัดส่วนร้อยละของการใช้ยาสามัญตามลำดับดังนี้ คือ 71.4, 60.5, 53.2, 14.9 และ 1.1 ในกลุ่มยา ACEI, PPI, Statin, ARB, และ BIS ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงความแตกต่างของพฤติกรรมการจ่ายยาในตลาดยาแต่ละกลุ่ม กลุ่มยา ACEI (มีการใช้ยาสามัญถึง 7 ใน 10 ของใบสั่งยา) เป็นกลุ่มที่อยู่ในตลาดยามานานและมีจำนวนชนิดยาที่หลากหลาย รวมทั้งมีรายการยาสามัญที่สามารถทดแทนยาต้นแบบได้เป็นจำนวนมากที่สุด คือ 9 จาก 23 รายการ ในขณะที่ยากลุ่ม ARB เป็นยาลดความดันกลุ่มใหม่กว่า ACEI และมีจำนวนยาสามัญน้อยราย (4 จาก 13 รายการ) จึงทำให้มีปริมาณการใช้ยาสามัญเพียง 1 ใน 7 ของใบสั่งยา กลุ่มยานี้จึงมีศักยภาพสำหรับการทดแทนยาอยู่อีกมาก ส่วนกลุ่ม PPI และ Statin ถึงแม้จะมีจำนวนรายการยาสามัญเพียงรายการเดียว แต่มีปริมาณการใช้มากกว่าร้อยละ 50 ทั้งนี้กลุ่มยา Statin เริ่มมียาสามัญที่นำเข้าของยา atorvastatin เป็นยาสามัญรายการที่สองในกลุ่มยาลดไขมัน จึงยังมีปริมาณการใช้ไม่มากนัก แต่มีปริมาณการใช้ยา atorvastatin ต้นแบบเป็นจำนวนมากและมีผลกระทบต่องบประมาณสูงมาก ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ต้องติดตามต่อไปว่าจะสามารถทดแทนยาสามัญในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาต้นแบบเหมือนยา simvastatin ได้หรือไม่ หรือแพยท์อาจเปลี่ยนไปใช้ยาตัวใหม่ที่ยังไม่มียาสามัญทดแทน เช่น rosuvastatin

นอกจากผลกระทบต่องบประมาณการจัดซื้อจัดหา ราคายายังมีผลต่อการบริหารการเงินของสถานพยาบาล ดังที่ผู้บริหารให้ทัศนะถึงผลกำไรหรือ margin (ส่วนต่างระหว่างต้นทุนราคาซื้อและราคาขายของยา) ที่ได้จากยาต้นแบบ (7.40 บาท/เม็ด เมื่อจ่ายยาต้นแบบ simvastatin 20 mg) มีมูลค่ามากกว่ายาสามัญ (0.70 บาท/เม็ด) และกำไรจากราคายานี้ มีความสำคัญต่อความคล่องตัวในการจัดการด้านการเงินโดยรวมของสถานพยาบาล ดังนั้นการกำหนดราคายาให้มีเอกภาพและสะท้อนความเป็นจริงและความยั่งยืนของระบบประกันสุขาภาพ จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายประการ ทั้งการทำหน้าที่ของแพทย์ผู้รักษา สิทธิและความเท่าเทียมของผู้ป่วย การจัดการด้านการเงินของผู้ให้บริการ การกำหนดงบประมาณของระบบประกันสุขภาพ ทั้งยังต้องคำนึงถึงศักยภาพและความอยู่รอดของอุตสาหกรรมการผลิตยาภายในประเทศ ที่เป็นอุตสาหกรรมที่จะทำให้ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ในเรื่องสุขภาพและการเข้าถึงยาของประชาชนคนไทย

ตารางที่ 4.20 เปรียบเทียบสัดส่วนของราคามัธยฐาน (ราคาขาย) และกำไรหรือ margin ระหว่างยาต้นแบบและยาสามัญของยาในบัญชีและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ชื่อยาและขนาด	ED/NED	สัดส่วนราคายาต้นแบบ : ยาสามัญ	ราคายาต้นแบบ (margin)	ราคายาสามัญ (margin)
ACEI				
captopril 25 mg	ED	4.44	10.00 (5.10)	2.25 (0.69)
enalapril 5 mg	ED	7.00	7.00 (-0.06)	1.00 (0.83)
enalapril 20 mg	ED	9.67	14.50 (9.47)	1.50 (1.08)
lisinopril 5 mg	NED	4.00	10.00 (2.23)	2.50 (0.72)
lisinopril 10 mg	NED	3.88	16.50 (3.17)	4.25 (1.58)
lisinopril 20 mg	NED	3.92	24.50 (4.70)	6.26 (1.27)
quinapril 20 mg	NED	4.29	22.50 (4.38)	5.25 (-2.94)
ramipril 2.5 mg	NED	2.19	11.50 (2.41)	5.25 (-1.03)
ramipril 5 mg	NED	1.78	16.00 (2.20)	9.00 (3.65)
ARB				
losartan 50 mg	ED	5.93	21.50 (2.24)	3.62 (1.62)
losartan 100 mg	ED	5.10	26.50 (5.28)	5.19 (0.70)
valsartan 80 mg	NED	3.83	23.00 (0.42)	6.00 (0.65)
valsartan 160 mg	NED	2.48	28.50 (-2.07)	11.50 (3.09)
BIS				
alendronate 70 mg	NED	1.70	373.00 (35.95)	220.00 (6.00)
PPI				
omeprazole 20 mg	ED	44.32	66.50 (9.94)	1.50 (0.70)
Statin				
atorvastatin 10 mg	NED	2.11	40.02 (7.92)	19.00 (-1.33)
Atorvastatin 20 mg	NED	2.19	52.50 (9.70)	24.00 (5.00)
simvastatin 20 mg	ED	26.30	39.50 (7.40)	1.50 (0.70)
simvastatin 40 mg	ED	18.15	39.50 (4.16)	2.18 (0.88)
simvastatin 80 mg	NED	9.63	41.00 (6.05)	4.26 (1.06)

หมายเหตุ ACEI = Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ARB = Angiotensin-receptor antagonist, BIS = Bisphosphonates, PPI = Proton pump inhibitors, ED = ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ, NED = ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ, margin = ส่วนต่างของราคามัธยฐานและต้นทุนยาจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารเวชภัณฑ์

เป็นที่น่าสังเกตว่า การแข่งขันด้านราคายาระหว่างยาต้นแบบในกลุ่มเดียวกันที่สามารถใช้ทดแทนกันได้ก็ยังมีน้อย ดังปรากฏในกลุ่ม ACEI (ดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ตารางที่ 4.4) ที่ถึงแม้จะมีผลิตภัณฑ์ที่หลากหลาย แต่

ราคาก็ยังมีความแตกต่างกันไม่มากโดยเฉพาะในกลุ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มักมีราคาใกล้เคียงกัน และมีราคาโดยเฉลี่ยสูงกว่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อจำกัด

เนื่องจากเป็นการทดสอบความเป็นไปได้ในการนำข้อมูลที่มีอยู่มาดำเนินการทดลองประมวลผล เพื่อประเมินภาพรวมการใช้ยาและศึกษาลักษณะต่าง ๆของราคายา การศึกษาเรื่องราคายานี้จึงมีข้อจำกัดหลายประการ ดังต่อไปนี้

1. แหล่งข้อมูลที่ต่างกัน

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่งมาผนวกเข้าด้วยกัน คือ ฐานข้อมูลรายใบสั่งยาจาก 8 จังหวัดของ สปสช. (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ) และฐานข้อมูลการจ่ายยาสำหรับข้าราชการจากโรงพยาบาล 29 แห่ง จากกรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นข้อมูลภาพรวม (Aggregate data) ของยาแต่ละรายการ (ประกอบด้วย รหัสยา ชื่อยาและขนาด ประเภท (ED/NED) จำนวนใบสั่งยาทั้งหมด ปริมาณเม็ดยาที่จ่ายทั้งหมด และมูลค่ายาโดยรวม) เช่น ประมวลผลยากลุ่ม ACEI จากใบสั่งยาจำนวน 188,859 รายการจากฐานข้อมูลของ สปสช และ Aggregate data จำนวน 249 รายการจากข้อมูลกรมบัญชกลาง ซึ่งเป็นผลรวมของใบสั่งยาจำนวน 80,047 ใบสั่งจากโรงพยาบาลต่าง ๆ

ดังนั้นในการประมวลผลทางสถิติของราคายา จึงทำได้เพียงนำเสนอภาพรวมของการใช้ยาว่ามีสัดส่วนการใช้ยาในบัญชีหรือยานอกบัญชียาหลักและสัดส่วนของยาสามัญหรือยาต้นแบบเท่าใด และประมาณค่าราคาโดยเฉลี่ยของยาแต่ละรายการ ส่วนกรณีที่มีข้อมูลการใช้ยาจากเพียงหนึ่งสถานพยาบาล ซึ่งมียานอกบัญชียาหลักจำนวนหลายรายการที่มีข้อมูลการใช้ในโรงพยาบาลเพียงหนึ่งแห่ง จึงไม่สามารถหาค่าความปรวนแปรของราคาได้ ดังปรากฏในตารางที่ 4.4 – ตารางที่ 4.8

2. ปัญหาต่าง ๆ ของข้อมูลยา

ด้วยเหตุที่แหล่งข้อมูลดิบมีความแตกต่างกัน ดังนั้นคุณภาพของข้อมูลจึงมีความหลายหลาย ทำให้ต้องใช้ความพยายามและเวลาในการจัดการข้อมูลค่อนข้างมาก ทั้งนี้เพื่อทำให้ข้อมูลมีคุณภาพดีพอสำหรับการประมวลผล ให้มีความถูกต้องพอสมควร แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบปัญหาจากหลายประการจากข้อมูลเหล่านี้

2.1 ส่งข้อมูลผิดประเภท โดยเฉพาะข้อมูลราคายา (PRICE) ของ สปสช. ที่ส่งมา มีทั้งที่เป็น ราคาขายยาต่อหน่วย และราคารวมทั้งหมดของยาที่จ่ายไป

2.2 ข้อมูลไม่ครบถ้วน ในส่วนนี้เป็นข้อมูลต้นทุนซื้อต่อหน่วยของยาแต่ละรายการ จากฐานข้อมูลของ สปสช. ซึ่งมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนรายการยาทั้งหมด สาเหตุที่โรงพยาบาลไม่ส่งข้อมูลต้นทุนยา อาจมีเหตุผลหลายประการ เช่น เป็นนโยบายของผู้บริหารที่ไม่เปิดเผยต้นทุนยา หรือปัญหาการเข้าถึงข้อมูลซึ่งอยู่กันคนละส่วนงาน เพราะต้นทุนยามักอยู่ที่ฐานข้อมูลการจัดหายาของฝ่ายเภสัชกรรม ส่วนข้อมูลการจ่ายยาอยู่ที่ส่วนงานบริการผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นในการประมวลผลกระทบต่องบประมาณจึงต้องใช้ข้อมูลจัดหายาจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์เป็นหลัก

2.3 ข้อมูลไม่ทันสมัย ด้วยเหตุที่การใช้ยามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการปรับข้อมูลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลาจึงเป็นปัญหาสำคัญ เช่น เมื่อแพทย์หรือเภสัชกรเปลี่ยนยาของผู้ป่วยจากยา

ต้นแบบเป็นยาสามัญ แต่ไม่ได้ปรับปรุงฐานข้อมูลต้นทุนจัดหายาให้สอดคล้องกัน จึงมักปรากฏราคายาต้นแบบในรหัสยาสามัญที่สามารถใช้ทดแทนกันได้

ข้อเสนอแนะ

ด้วยเหตุที่การกำหนดราคาเบิกจ่ายยา จะส่งผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก ดังกล่าวข้างต้น ทั้งในส่วนที่เป็นผลดี และส่วนที่เป็นข้อด้อย ดังนั้นในแนวทางปฏิบัติ จึงต้องมีแนวนโยบายที่ชัดเจนและดำเนินการด้วยความรอบคอบ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. นโยบายของการกำหนดราคาเบิกจ่าย

เป้าหมายสำคัญของการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาของสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ เป็นไปเพื่อการควบคุมงบประมาณ ดังนั้นกลไกนี้จึงต้องสามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อให้มีการใช้ยาที่สมเหตุผล เพราะงบประมาณจะมาจาก ราคายาคูณด้วยปริมาณยาที่ใช้ กล่าวคือ ควรใช้กลไกการเบิกจ่ายเป็นเครื่องมือให้มีการแข่งขันด้านราคา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแข่งขันด้านราคาระหว่างยาในบัญชียาหลักและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งมักเป็นยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว และในประเด็นที่เกี่ยวข้อง คือ การควบคุมให้มีการใช้ยาสมเหตุผล ทั้งนี้เพราะยังมีการใช้ยานอกบัญชียาหลักในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ซึ่งสามารถทดแทนได้ด้วยยาในบัญชียาหลัก โดยสรุป กลไกราคาควรมีเป้าหมายเพื่อลดงบประมาณโดยรวมผ่านการปรับพฤติกรรมการใช้ยา ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนการใช้ยาไม่ควรกระทบต่อสถานภาพทางการเงินของสถานพยาบาล และเวชปฏิบัติของแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วย

2. แนวทางปฏิบัติ

หากแนวนโยบายการกำหนดราคาเบิกจ่ายมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาโดยไม่กระทบต่อการสภานภาพทางการเงิน คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

2.1 มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับราคา ทั้งนี้เพราะตลาดยามีพลวัตรสูง ในแต่ละปีจะมียาต้นแบบที่เป็นนวตกรรมใหม่ และยาสามัญใหม่ๆ ออกมาสู่ตลาดเป็นจำนวนมาก และพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ก็เปลี่ยนแปลงไปตามพลวัตรของตลาดยา ดังนั้นการมีโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการติดตามตลาดยาโดยรวม รวมทั้งเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาและการเปลี่ยนแปลงของราคาจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังเช่น ประเทศออสเตรเลียมีหน่วยงาน Pharmaceutical Benefits Division ในกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่บริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาของระบบประกันสุขภาพ[67] ซึ่งรวมถึงการบริหารจัดการเกี่ยวกับราคาเบิกจ่ายยาทั้งหมด

2.2 ข้อมูลราคายาที่ทันสมัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการเบิกจ่ายในระบบ fee-for-service ทั้งนี้ต้องเป็นข้อมูลรายละเอียดของยาแต่ละตัว ดังที่ปรากฏใน Pharmaceutical

[67] Department of Health and Aging. Pharmaceutical Benefits Scheme. Online, available http://www.pbs.gov.au/pbs/pdf-viewer?pdf=%2Fpublication%2Fschedule%2F2011%2F03%2F2011-03-01-general-schedule.pdf, (accessed Feb 21, 2011).

Benefits Scheme หรือจากตัวอย่างบัญชีราคายาของระบบประกัน Festbetrage[68] ในประเทศเยอรมนี (ดูภาคผนวก ช) ซึ่งกำหนดราคายาตามชนิดและความแรง ขนาดบรรจุ ของผู้ผลิตแต่ละราย ที่มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องปีละ 4 ครั้ง เพื่อสะท้อนราคายาที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ผู้ซื้อบริการเห็นโครงสร้างของราคายาในกลุ่มเดียวกัน และสามารถดำเนินนโยบายเกี่ยวกับราคายาได้อย่างรอบคอบและรวดเร็ว

2.3 เป็นราคาที่สร้างแรงจูงใจให้จ่ายยาสามัญหรือยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (หรือลดแรงจูงใจในการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ)

เป็นกลไกราคาเพื่อแก้ไขปัญหาของระบบการเบิกจ่ายในปัจจุบันที่เบิกจ่ายจากต้นทุนยาด้วยระบบ % mark-up (เมื่อจ่ายยาราคาแพงก็จะมีรายได้หรือกำไรมากขึ้น) จึงสร้างแรงจูงใจให้แพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลที่จะใช้ยาที่มีราคาแพง เพราะมีส่วนต่างทางการเงินระหว่างต้นทุนและราคาขายหรือราคาเบิกจ่ายยา มากกว่ายาที่มีราคาถูก ด้วยเหตุนี้จึงต้องทำให้การจ่ายยาราคาไม่แพงหรือยาสามัญได้รับผลตอบแทนทางการเงินที่ดีกว่า กล่าวคือ แยกต้นทุนจัดหายามาบริหารจัดการต่างหาก และกำหนดค่าตอบแทนการบริการจ่ายยาที่ไม่ขึ้นกับต้นทุน เป็นระบบเบิกจ่ายที่แยกราคายาออกเป็น 2 ส่วน คือ Drug cost + Dispensing fee ซึ่งเป็นระบบที่ใช้กันในระบบการเบิกจ่ายยาของหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริการ เยอรมนี และออสเตรเลีย

2.4 สร้างกลไกการแข่งขันด้านราคาด้วยการต่อรองราคาต้นทุนยา (Price negotiation)

เมื่อแยกต้นทุนยาออกมาเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งแล้ว ควรมีกลไกอีกประการที่ผู้ซื้อบริการสามารถดำเนินการได้ คือ การต่อรองราคากับผู้ผลิตโดยเฉพาะยาที่มีผู้ผลิตเพียงรายเดียว (single source) ซึ่งเป็นต้นเหตุของภาระทางการคลัง ดังที่ระบบ PBS ในประเทศออสเตรเลียใช้เป็นเครื่องมือการต่อรองราคาโดยตรงกับผู้ผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5 บทบาทของผู้บริโภค ควรมีกลไกเพื่อทำให้ผู้บริโภคได้มีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการใช้ยาบนพื้นฐานของราคา เพราะปัจจุบันข้าราชการมักคิดว่าการได้รับยาทุกชนิดคือ สิทธิอันพึงได้ แต่ข้อมูลการใช้ยาบ่งชี้ว่า สิทธิในการได้รับยานั้นแตกต่างระหว่างข้าราชการ เพราะข้าราชการส่วนใหญ่ได้รับยาสามัญหรือยาในบัญชียาหลัก แต่คนส่วนน้อยได้รับยาที่ส่งผลกระทบต่องบประมาณจำนวนมาก การทำให้สิทธิอันพึงได้มีความเหมาะสมและเป็นธรรมกับระบบ จึงเป็นเป้าหมายที่พึงกระทำได้ ด้วยการทำให้ผู้ป่วยอาจต้องมีส่วนร่วมจ่าย (co-payment) ในยาบางประเภทที่มีตัวเลือกและผลการรักษาเทียบเคียงกันได้ เช่น simvastatin / atorvastatin

[68] German Institute of Medicine. List of Reference Prices for Medicinal Products. Online, available http://www.dimdi.de/static/de/amg/fbag/index.htm, (accessed Feb 21, 2011)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก โครงสร้างฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

Data field
ndrug
rctype
rcno
rgnotxt
tradename
company idno
company
24 item_STD_CODE
24 item_T_Code
24 item_dgdsfnm
24 item_drugname
24 item_STRENGTH
24 item_findCOMP
atccode
atcname
tabean_dgdsfnm
tabean_dsf group
tabean_strngname
ED status
ED_dsf
ED grcode
Marketing status
DDD
DDD unit

ภาคผนวก ข โครงสร้างข้อมูลใบสั่งยายาที่จ่ายในสถานพยาบาลภาครัฐ (ผ่าน สปสช และ สกส)

ชื่อย่อ	ชื่อเต็ม	ประเภท	ความกว้าง
สปสช			
HCODE	รหัสหน่วยบริการ	Text	5
SEQ	Visit Number	Text	20
HN	Hospital Number	Text	9
DATEOPD	วันที่มารับบริการ	Date	8
DRUG_STD	รหัสยา 24 หลัก	Text	24
QUANTITY	จำนวนหน่วยของยาที่จ่าย	Number	6
UNIT	หน่วยนับของยา	Text	20
UNIT_PACK	ขนาดบรรจุต่อหน่วยนับ	Text	20
PRICE	ราคายา	Number	12
DRUG_CODE	รหัสยา	Text	20
DRUG_NAME	ชื่อยา tradename	Text	100

ข้อมูลจาก สกส

ชื่อย่อ	ชื่อเต็ม	ประเภท	ความกว้าง
provider ID	รหัสหน่วยบริการ	text	5
dispense ID	เลขที่การจ่ายยา	text	9
dispensed date	วันที่รับบริการ	datetime	19
product category	ประเภทยาและเวชภัณฑ์	text	1
hospital drug ID	รหัสยาที่ รพ กำหนด	text	5+
drug ID	รหัสยาระบบสวัสดิการฯ	text	6+
dfs code	รหัส dose, form, strength	text	
pack size	ขนาดบรรจุ	text	
quantity	ปริมาณยาที่จ่าย	number	1+
unit price	ราคาขายต่อหน่วย	number	4+
charge amount	ยอดรวมค่ายาที่จำหน่าย	number	4+

ภาคผนวก ค DEFINED DAILY DOSE (DDD) ของยาทั้ง 5 กลุ่ม

Drug name	DDD (mg)
Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI)	
Captopril	50
Cilazapril	2.5
Enalapril	10
Fosinopril	15
Imidapril	10
Lisinopril	10
Peridopril	4
Quinapril	15
Ramipril	2.5
Angiotensin II Receptor Blocker (ARB)	
Candesartan	8
Irbesartan	150
Losartan	50
Olmesartan	20
Telmesartan	40
Valsartan	80
Bisphosphanate (BIS)	
Alendronate	10
Ibandronate	5
Risedronate	5
Proton Pump Inhibitor (PPI)	
Esomeprazole	30
Lansoprazole	30
Omeprazole	20
Pantoprazole	40
Rabeprazole	20
HMG coA reductase (Statin)	
Atorvastatin calcium	20
Fluvastatin	60
Pitavastatin	2
Pravastatin	30
Rosuvastatin	10
Simvastatin	30

ภาคผนวก ง ตัวยาที่สามารถทดแทนกันได้ตามกลุ่มยาในระดับ 2 (Pharmacological substitution)

ID	Drug Written	Dose	Drug substitutes	Dose
1.	Irbesartan	75 mg	Losartan	25 mg
		150 mg		50 mg
		300 mg		100 mg
2.	Ibandronate	150 mg	Alendronate	70 mg
3.	Risedronate	5 mg	Alendronate	70 mg
		35 mg		70 mg
4.	Esomeprazole	20 mg	Omeprazole	20 mg
		40 mg		40 mg
5.	Pantoprazole	20 mg	Omeprazole	20 mg
		40 mg		40 mg
6.	Atorvastatin	10 mg	Simvastatin	10 mg
		20 mg		20 mg
7.	Fluvastatin	20 mg	Simvastatin	10 mg
		40 mg		20 mg
		80 mg		40 mg
8.	Pravastatin	10 mg	Simvastatin	5 mg
		20 mg		10 mg
		40 mg		20 mg
9.	Rosuvastatin	5 mg	Simvastatin	20 mg
		10 mg		40 mg
		20 or 40 mg		80 mg

ภาคผนวก จ สรุปการประชุมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ

วันที่ 22 และ 25 พย. 53 เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๑.๓๐ น

สำนักงานคณบดี คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

นพ. ณรงค์ฤทธิ์ มัสยาอานนท์, ภญ. พัชรินทร์ สุวรรณกูฏ, และ ภญ. กฤติยา ชื่นงูเหลือม

1. บัญชียา ใน รร แพทย์ มียา single source จำนวนมาก การทดแทนกันทำได้ยาก
2. การใช้ยา สัดส่วนการใช้ยาต่างกันระหว่าง รพช / รพท /รพศ หรือ รร แพทย์ ซึ่งขึ้นกับจำนวนยาในบัญชี นอกจากนี้ยังขึ้นกับปริมาณการใช้ยาใน OP/IP เพราะปัญหาอยู่ที่ยา OP มากกว่า IP

   ใน รามา กำลังดำเนินการควบคุมการใช้ยาผ่าน DUE ในกลุ่ม cox2, lipid, bisphosphonate, platelet เป็นต้น และมีกระบวนการ feedback มูลค่าการใช้ยากลับไปยังภาควิชาต่างๆ แต่ยังไม่ได้ feedback ไปยังแพทย์รายบุคคลที่ใช้ยามาก
3. รายได้จากยา รพ ได้รับการจุนเจือทางการเงินจาก CS ไปให้ระบบ UC ดังนั้นการจ่ายค่ายาด้วย RP ทำให้รายได้และส่วนต่างกำไรจากยาของ รพ ลดลง จึงต้องคำนึงถึงการจัดการด้านการเงิน ที่จะไม่ทำให้ รพ เดือดร้อน เพราะไม่เช่นนั้นจะมี รพ ที่ประสบภาวะขาดทุนเพิ่มจำนวนมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน

   ในส่วน รพ รามาธิบดี อาจเดือดร้อนไม่มาก เพราะมีแหล่งรายได้จากบริการอื่นๆ เช่น บริการไฮเทคต่างๆ ที่ไม่ใช่ยา
4. ต้องคอยระวังราคายาที่ไม่สะท้อนความจริง เช่น การแถมนอกบิล ทั้งนี้เพื่อยังคงส่วนต่างของกำไรไว้

ข้อเสนอแนะ

5. ทำ RP เป็นขั้นตอน เช่น เริ่มจากกลุ่ม NSAIDS/ glucosamine ก่อน แล้วจึงทำกลุ่มอื่นๆ ต่อไป
6. กรมบัญชีกลางสร้างแรงจูงใจเพื่อใช้ยาสามัญ หรือให้การเยียวยา (หรือให้รางวัล) เมื่อ รพ สามารถประหยัดงบประมาณ เพราะปัจจุบัน กรมฯ ให้แรงจูงใจหรือรางวัลกับ รพ เพื่อจ่ายยาราคาแพง (ด้วยการกำหนด % mark-up)
7. กรมฯ กำหนดยาที่ไม่สามารถเบิกได้ (negative list) ให้ชัดเจน (ดังที่กำหนดไม่ให้เบิกยาวิตามิน) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดเอกภาพใน รพ ต่างๆ ในการจ่ายยาบัญชีเดียวกัน และป้องกันการ ชอปปิ้งของผู้ป่วยไปตาม รพ ต่าง เพื่อให้ได้ยาที่ต้องการ
8. ในบางโรค ควรจัดทำ standard guidelines

รายงานการประชุม
การแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับราคายาอ้างอิง
วันอังคารที่ 25 มกราคม 2554 เวลา 13.30 น.
ณ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

ผู้เข้าร่วมประชุม

1.	รศ.ดร. เพชรรัตน์	พงษ์เจริญสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2.	นพ. พงษ์พิสุทธิ์	จงอุดมสุข	สวรส.
3.	รศ.ดร. จุฬาภรณ์	สิมวัฒนานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4.	นพ.สุชาติ	สรณสถาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
5.	ดร. อรลักษณ์	พัฒนาประทีป	โรงพยาบาลรามาธิบดี
6.	นพ.ณรงฤทธิ์	มัศยาอานนท์	โรงพยาบาลรามาธิบดี
7.	ภก. สมรัก	ธีรดากุลพิศาล	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น
8.	ภก. วิพิณ	กาญจนการุณ	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
9.	ภก. อภิชาต	เพ่งเรืองโรจนชัย	โรงพยาบาลราชบุรี
10.	ภก. อำนวย	พฤกษ์ภาคภูมิ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
11.	ภญ. นพคุณ	ธรรมธัชวารี	สวปก.
12.	ภก. ไตรเทพ	ฟองทอง	สปสช.
13.	ภก. กิตติ	พิทักษ์นิตินันท์	สำนักบริหารสาธารณสุข
14.	ภญ. ดวงตา	ผลากรกุล	สำนักบริหารสาธารณสุข
15.	ภญ. วรนัดดา	ศรีสุพรรณ	สำนักบริหารสาธารณสุข
16.	นางสาวธนภร	ทองศรี	สวรส.
17.	คุณสุวิภา	สุขวณิชนันท์	กรมบัญชีกลาง
18.	ภญ. อังคนา	แสงนภากาศ	

เริ่มประชุม 13.40 น.

ประเด็นในการแสดงความคิดเห็น มีดังนี้

- ราคาอ้างอิงจะให้กับยากลุ่มใด
- การกำหนดราคาอ้างอิงควรทำอย่างไร
- ผลกระทบทางการเงินกับโรงพยาบาล เป็นอย่างไร
- ข้อยกเว้นการใช้ราคาอ้างอิง (exemption)
- เมื่อมีการใช้ราคาอ้างอิง จะมีการติดตาม อัพเดทให้ทันสมัยอยู่เสมออย่างไร

ได้มีการนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับราคายาอ้างอิง และนำเสนอข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ซึ่งเป็นข้อมูลการใช้ยา 8 จังหวัด ได้ทดลองกำหนดราคาอ้างอิงที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ของราคาขาย โดยแบ่งออกเป็นสองสถานการณ์ คือ ให้เบิกจ่ายคืนค่ายาที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และให้เบิกจ่ายคืนค่ายาที่ไม่เกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 โดยหากมีราคาเบิกจ่ายคืนค่ายาที่ต่ำกว่าให้เบิกจ่ายคืนที่ราคานั้นๆ จากนั้นคำนวณหาผลกระทบทางด้านการเงินของทั้งสองสถานการณ์เปรียบเทียบกัน

ในที่ประชุมได้เสนอความคิดเห็น ดังนี้

- ในอนาคตหากมียาใหม่เข้ามา และมีการสั่งใช้ยาต้นตำรับ (original) ที่มียาสามัญมากขึ้น จะทำให้ราคาอ้างอิงสูงขึ้น จะทำอย่างไร เนื่องจากมีการถ่วงน้ำหนักด้วยปริมาณการใช้ และเมื่อยาใหม่ที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวเข้ามาแล้วยังไม่มีการกำหนดราคาจะใช้เกณฑ์ใด
- การกำหนดราคาอ้างอิงควรทำร่วมกับหลักเกณฑ์การกำหนดการเบิกจ่าย ทีมนโยบาย ซึ่งแต่กลุ่มยาอาจมีหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งข้อมูลที่นำเสนอตั้งอยู่บนพื้นฐานนโยบายดังนั้นควรมีการลองตั้งเงื่อนไขในการเบิกจ่ายในหลายๆ รูปแบบร่วมด้วย
- การตั้งราคาอ้างอิงโดยใช้ราคาขายอาจมีผลกระทบหากโรงพยาบาลฮั้วกับบริษัทยา ดังนั้นการตั้งราคาอ้างอิงควรใช้ราคาต้นทุนบวกกับ margin
- กรมบัญชีกลางต้องการให้ผู้ป่วยมีทางเลือกหากผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีแล้วต้องการที่จะใช้ยานอกบัญชีต้องจ่ายส่วนต่างของราคาที่เกิดขึ้น ซึ่งความจำเป็นในการใช้ยานอกบัญชียาที่มีราคาแพงอาจให้ผลที่ดีกว่า เช่น ยาที่มีผลข้างเคียงที่ลดลง ซึ่งการประเมินผลทางคลินิกดังกล่าวควรจะมีการประเมินอย่างไร โดยกรมบัญชีกลางควรเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทาง (National guideline) ในการใช้ยาที่มีราคาแพง แต่ในที่ประชุมได้มีการเสนอว่าหากแยกเป็นยาในบัญชีสามารถเบิกได้หมด และยานอกบัญชีต้องมีส่วนร่วมจ่ายหรือไม่สามารถใช้เบิกจ่ายตรงได้อาจเกิดปัญหาคือ จะไม่มีข้อมูลการใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องชำระเงินก่อนแล้วนำใบเสร็จไปเบิกต้นสังกัดส่งมา เป็นการเปิดช่องให้มีการตรวจสอบได้ยาก เช่น อาจมีการแอบอ้างยาที่ไม่สามารถเบิกได้นำมารวมในการเบิกด้วย และยาในบัญชียาหลักบางตัวก็มีราคาแพง เช่น simvastatin (Zocor®) เป็นต้น ได้เสนอให้แต่ละโรงพยาบาลต้องออกใบรับรองว่ารายละเอียดยาที่ผู้ป่วยนั้นๆ ได้รับว่าสามารถเบิกได้จริง หากมีการตรวจสอบแล้วพบว่ายาดังกล่าวไม่สามารถเบิกได้กรมบัญชีกลางจะเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาลที่ออกใบรับรองนั้นๆ หรือปรับด้วยแล้วแต่กรณี
- การทำ DUE ทำให้พฤติกรรมการสั่งใช้ยาเปลี่ยนไป อาจเกิดได้ 2 วิธี คือ แพทย์ขี้เกียจเขียนเหตุผล และ การประกาศยาที่เป็น negative list หรือผู้ป่วยต้องชำระเงินก่อนแล้วนำไปเบิก ก่อนมีการเบิกจ่ายตรง ทำให้แพทย์คิดก่อนสั่งใช้ยา และผู้ป่วยจะขอลดยาหรือเปลี่ยนยาหากผู้ป่วยนำเงินมาไม่พอ
- มาตรการในการแทนยา ต้องมีการกำกับ ดูแล พิจารณาว่ายาของบริษัทใดสามารถนำมาใช้แทนกันได้ และต้องมีการพิสูจน์ประสิทธิภาพ และต้องมีการตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจมีการร่วมทุนให้มีการตรวจสอบคุณภาพยา (ซึ่งโดยปกติไม่มีการปฏิบัติ จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น เช่น ยาไม่ละลาย เป็นต้น) และต้องพิจารณาว่ารายการยาใดที่สามารถใช้ยาสามัญทดแทนได้
- ควรมีการแยกกำไรออกมาจากค่ายาให้ชัดเจน ไม่ควรนำไปแฝงรวมในค่ายา โดยไม่ให้ทำกำไรของโรงพยาบาลจากยาเช่น อาจมีการคิดค่าหมอแยกออกมาให้เห็นชัดเจน หรือมี prescription fee ซึ่งอาจทำให้สามารถจัดการกับราคายาที่ไม่เหมาะสมและแตกต่างกันได้
- ควรให้รายได้หลักของโรงพยาบาลเป็นในส่วนของงานบริการ ไม่ใช่การสั่งใช้ต้นตำรับมากจะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้มาก
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีผลต่อการกำหนดนโยบายว่าจะส่งเสริมการใช้ยาสามัญหรือไม่ และเมื่อมีมาตรการการกำหนดราคาอ้างอิงอาจมีการคิดวิธีเลี่ยงมาตรการดังกล่าว และในอนาคต

วิวัฒนาการการรักษาโรคอาจเปลี่ยนแปลงไปต้องเปิดช่องสำหรับการเปลี่ยนแปลงแต่ต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าในการเปิดช่องตรงนั้น

- ผลกระทบของราคาอ้างอิงต่อโรงพยาบาลที่มองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อาจต้องมานั่งทำข้อมูลกังวลในการตรวจสอบของกรมบัญชีกลาง ดังนั้นการออกแบบระบบต้องมีการจัดการที่เหมาะสมในวิธีปฏิบัติ ในการกำกับดูแล ควบคุมการสั่งใช้ยา
- ควรมีการสร้างหลักเกณฑ์ในการสั่งใช้ยาราคาแพงที่ชัดเจน เช่น การสั่งใช้ยาลดไขมันในกลุ่มสเตติน คือ atorvastatin จะต้องเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยา simvastatin ไม่ได้ผลอย่างน้อย 3 เดือนและมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือหลักฐานอื่นๆ ยืนยัน แต่อาจไม่จำเป็นต้องตรวจสอบทุกๆ รายหรือทุกๆ โรงพยาบาล หากการสั่งใช้ยา atorvastatin นั้นมีเปอร์เซ็นต์น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์การใช้ simvastatin ไม่ได้ผล ควรเข้าไปตรวจสอบหลักฐานในโรงพยาบาลที่มีการใช้ atorvastatin มากกว่าเปอร์เซ็นต์การใช้ simvastatin ไม่ได้ผลตามระบาดวิทยา
- ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการกำหนดราคาอ้างอิงมี 5 ส่วน ดังนี้ คือกรมบัญชีกลาง ผู้ป่วย แพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และบริษัทยา
- นอกจากดูราคายาแล้ว ควรดูการจ่ายยาที่สมเหตุสมผลร่วมด้วย เพื่อเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายอีกทางหนึ่ง ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลการใช้ยาไม่สมเหตุสมผล
- เนื่องจากผู้บริหารต้องการได้ราคายาอ้างอิงภายในวันที่ 1 เมษายน 2554 ต้องการให้งบสมดุลภายใน 5 ปี ที่ประชุมจึงเสนอให้มีการประกาศราคายาอ้างอิงอ้างอิงยาบางตัว จากนั้นหลังประกาศราคาอ้างอิงให้ดูผลที่ตามมา และควรคำนึงถึงการจัดการ มาตรการรองรับหลังการประกาศราคาอ้างอิง เน้นการบริหารจัดการที่เป็นระบบ และเชื่อมโยงไปยังจุดอื่นๆ ต่อไป

ปิดประชุมเวลา 16.15 น.

รายงานการประชุม
การแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับการตั้งราคายาอ้างอิง
วันจันทร์ที่ 28 มีนาคม 2554 เวลา 13.00 น.
ณ สถาบันวิจัยระบบสาธารสุข (สวรส.)

ผู้เข้าร่วมประชุม

1.	ภญ. พรพิศ	ศิลขวุธท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2.	รศ.ดร. เพชรรัตน์	พงษ์เจริญสุข	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3.	รศ.ดร. จุฬาภรณ์	ลิมวัฒนานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4.	รศ.ดร. สุพล	ลิมวัฒนานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5.	ภญ. นพคุณ	ธรรมธัชวารี	สำนักงานวิจัยและพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
6.	ดร. อรลักษณ์	พัฒนาประทีป	โรงพยาบาลรามาธิบดี
7.	ภก. วิพิณ	กาญจนการุณ	โรงพยาบาลบุรีรัมย์
8.	ภก. อภิชาต	เพ่งเรืองโรจนชัย	โรงพยาบาลราชบุรี
9.	ภก. อำนวย	พฤกษ์ภาคภูมิ	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
10.	ภก. กิตติ	พิทักษ์นิตินันท์	สำนักบริหารสาธารณสุข
11.	ภญ. ดวงตา	ผลากรกุล	สำนักบริหารสาธารณสุข
12.	นางสาวธนภร	ทองศรี	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
13.	นางสาวอังคณา	แสงนภากาศ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เริ่มประชุม 13.15 น.

ภก. นพคุณ นำเสนอการนำนโยบายราคายาอ้างอิงไปใช้ให้เกิดมาตรฐานในการกำหนดราคายา มีกลไกควบคุมราคาให้เกิดความเท่าเทียมกัน สุดท้ายระบบต้องสามารถติดตามและประเมินผลได้ โดยให้มีการสร้างระบบ และมีการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันทุกโรงพยาบาล โดยมี 3 องค์กรที่เกี่ยวข้องกับราคายาคือ FDA ซึ่งมีหน้าที่ขึ้นทะเบียนยาและกำหนดราคายา, DMSIC มีหน้าที่ในการต่อรองราคา และกำหนดราคา (ซื้อ) กลาง และ CGD ทำหน้าที่ในการกำหนดการคิดราคาเบิกจ่ายและจ่ายค่ายาตามที่โรงพยาบาลเบิก รวมทั้งนำเสนอปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแต่ละองค์กร อาทิเช่น การตั้งราคายาในปัจจุบันขึ้นอยู่กับบริษัทยา รายการยาในบัญชียาหลักยังไม่ครอบคลุม โรงพยาบาลแต่ละโรงไม่สามารถซื้อยาตามราคากลางได้ และความน่าเชื่อถือของรายงานที่ได้รับรายงานจากโรงพยาบาล เป็นต้น

ดร.เพชรรัตน์ นำเสนอแนวคิดในการกำหนดราคายาอ้างอิง โดยใช้ราคาต้นทุนยาบวกด้วยค่าธรรมเนียมในการจ่ายยา (Dispensing Fee: DF) และยกตัวอย่างการตั้งราคายาอ้างอิงที่มีการตั้งราคาในลักษณะเดียวกันในต่างประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลียซึ่งได้เคยนำเสนอไปแล้ว ประเทศเยอรมัน โดยในประเทศนี้มีการ mark up ราคาโดยอิงกับต้นทุนยา โดยหากยามีราคาแพงก็จะสามารถ mark up ราคายาได้ในเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำกว่ายาที่มีราคาถูก พร้อมทั้งนำเสนอหัวข้อหารือในที่ประชุม ดังนี้

1. ราคาต้นทุนยาใดที่จะสามารถนำมาใช้สามารถเข้าถึงได้ และมีวิธีใดที่จะสามารถสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงได้
2. หากมีการกำหนด DF จะกำหนดที่เท่าใด
3. ผลกระทบต่อโรงพยาบาลหากใช้วิธีดังกล่าว
4. องค์กรที่เกี่ยวข้อง และควรมีหน้าที่ในการติดตาม อัพเดท ประเมินทั้งในส่วนของ price index และ Quantity index

ข้อเสนอในที่ประชุม

1. การกำหนด DF ควรแยกออกจากค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษาด้านยา หรือค่าบริการด้านอื่นๆ
2. ค่า DF ไม่ควรมีราคาเดียว ควรกำหนดเป็นขั้นบันได (แต่อาจไม่แก้ปัญหาการซื้อยาที่แตกต่างในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีการใช้เกณฑ์การจัดซื้อในการควบคุมอีกขั้นหนึ่ง)
3. เสนอให้มีการตั้งราคาอ้างอิงจาก ต้นทุนยา + management cost + DF
4. เมื่อมีการกำหนด DF แล้ว ต้องพิจารณาว่าหากมีการหลบเลี่ยง ก็อาจไม่แก้ปัญหาได้
5. การกำหนดราคายาอ้างอิง ควรมีความชัดเจน และสามารถใช้ร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน เนื่องจากในอนาคตมีแนวโน้มที่โรงพยาบาลเอกชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการเบิกจ่ายจากการรักษาในสิทธิข้าราชการได้
6. ปัญหาในการใช้ต้นทุนยาในการกำหนดราคาอ้างอิง อาจไม่สามารถหาต้นทุนที่แท้จริงได้
7. ควรให้กรมบัญชีกลางไปต่อรองราคายากับบริษัทยาต้นแบบ (Original) โดยกรมบัญชีกลางต้องนำจุดแข็งไปต่อรอง ซึ่งกรมบัญชีกลางต้องมีความชัดเจนว่ายาใดสามารถเบิกได้หรือไม่ได้ เช่น glucosamine เป็นต้น และมีเป้าหมายในการต่อรองที่ชัดเจนคำนึงถึงผลประโยชน์และเป็นที่ยอมรับทั้งสองฝ่าย
8. อำนาจการเบิกจ่ายไม่ได้ขึ้นอยู่กับกรมบัญชีกลางเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับองค์กรแพทย์ด้วย ซึ่งเป็นความขัดแย้งทางการเมืองที่เกิดขึ้น
9. นำเสนอการตั้งราคาอ้างอิง โดยกำหนดงบประมาณที่ต้องการจะประหยัดแล้วนำมาคำนวณให้เป็นราคายาต่อวันที่สามารถเบิกได้ ตัวอย่างได้แสดงดังตาราง

รายการยา	ปริมาณการใช้ (%)	ราคา/วัน	ค่าใช้จ่าย
atorvastatin	30	21	630
simvastatin	65	1	65
Other	5	10	50
รวม			745
ต้องการประหยัด 10% จากค่าใช้จ่ายเดิม คิดเป็นเงิน ({745*(1-0.1)}/100)			670.5
ราคายาที่ให้เบิกต่อวัน (งบประมาณที่ให้/ปริมาณการใช้ = 670.5/100)			6.705

จากตัวอย่าง จะกำหนดราคาเบิกจ่ายยาลดไขมันกลุ่มสเตตินที่ 6.7 บาท หากมีการใช้ Atorvastatin โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากราคาเบิกจ่าย ซึ่งคาดว่าโรงพยาบาลจะมีการเปลี่ยนการสั่งจ่ายยามาเป็น simvastatin เพิ่มมากขึ้น หรือมีการต่อรองกับบริษัทผู้จำหน่าย Atorvastatin ให้ลดราคาลงเป็นต้น ส่วนโรงพยาบาลที่มีการใช้ยา simvastatin มากก็จะได้กำไรจาก

ราคายาเบิกจ่ายเม็ดละ 5.7 บาท เป็นการส่งเสริมการใช้ยา generic มากขึ้น ซึ่งอาจมีการนำเสนอข้อมูลให้เห็นในบางกลุ่มยา เช่น statin และ Proton Pump Inhibitor เป็นต้น

10. หากใช้วิธีดังกล่าวในข้อ 9 ได้มีการตั้งข้อสงสัยว่า ราคายา simvastatin จะสูงขึ้นหรือไม่หรือการตั้งราคาของโรงพยาบาลจะสูงหรือไม่ หากได้ราคาเบิกจ่ายที่มากกว่าราคาขาย ซึ่งในที่ประชุมสรุปว่ากลไกตลาดจะเป็นตัวควบคุมด้วยตัวของมันเอง

11. นำเสนอวิธีคิดให้โรงพยาบาลเข้าใจว่าการสั่งยา generic เป็นการสร้างกำไรให้โรงพยาบาล “สั่งใช้ยา brand ใดๆ ก็ได้กำไรเท่ากัน” โดยอย่ามุ่งเน้นเฉพาะที่ยาต้นแบบเท่านั้น ควรมองภาพรวม

12. การสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ยาราคาถูก หากนำมาเป็นเป้าหมายแรกนั้นอาจทำได้ยาก ดังเช่นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับยา Clopidogrel เป็นต้น แต่อาจใช้เกณฑ์ของบริษัทที่สามารถยอมรับได้ เช่น มาตรฐานคุณภาพต่างๆ ที่บริษัทยานั้นๆ ได้รับมาพิจารณา แต่อาจไม่ได้ราคาที่ถูกที่สุดแต่เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพ

13. ปัจจุบัน แพทย์ผู้สั่งใช้ยาไม่ได้รับผลกระทบในการสั่งจ่ายยาแพง ทำให้อาจมีการสั่งยาไม่สมเหตุสมผล จึงเสนอให้ผู้สั่งใช้ยาได้รับผลกระทบจากการสั่งยาที่มีราคาแพง เช่น มีการนำประวัติการสั่งใช้ยาไปเชื่อมโยงกับการได้รับเงินเพิ่มพิเศษ (พตส.) รวมทั้งเภสัชกรที่มีหน้าที่ในการจัดซื้อยาด้วย ซึ่งอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้แพทย์สั่งใช้ยาได้สมเหตุสมผลมากขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้

14. การคิดคำนวณ และกำหนดราคาเบิกจ่าย ควรเป็นหน้าที่ของทั้งสามกองทุน เนื่องจากปัญหาของกรมบัญชีกลาง ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคมแตกต่างกัน โดยปัญหาของกรมบัญชีกลางคือการใช้ยามากเกินความจำเป็น ส่วนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมเป็นการเข้าไม่ถึงยา

15. การส่งข้อมูลการใช้ยาหรือข้อมูลอื่นๆ ควรให้โรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลนั้นได้รับประโยชน์และนำข้อมูลไปใช้กับผู้ป่วยได้จริง เสนอหากมีการเพิ่มเติมในส่วนของการส่งข้อมูลควรเพิ่มที่สปสช. แล้วให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาใช้ข้อมูล เลือกส่วนที่ต้องการไปใช้

ปิดประชุม 15.20 น.

ประเด็นหารือกับ อ.พิสนธิ์ ในวันที่ 29 เมษายน 2554

แนวคิดของ RP

1. เป็นราคาเฉลี่ยของยาแต่ละตัว ในทุกรูปแบบและขนาดของยาที่มีจำหน่ายในประเทศ ทั้งยาต้นแบบและยาสามัญ จึงทำให้ margin ของยาสามัญสูงกว่าซึ่งจะเป็นแรงจูงใจในการจ่ายยาสามัญ (ทั้งนี้ที่มาของข้อมูลที่นำมาใช้ในโมเดล ซึ่งข้อมูลจำนวนยาเป็นข้อมูลที่บริษัทแจ้งต่อ อย. ในการนำเข้ามาหรือผลิต และราคายาเป็นราคาเฉลี่ยซึ่งเป็นข้อมูลบัญชียาหลักที่ได้มาจาก DMSIC)
2. จากโมเดลการคิด RP การเปลี่ยนอัตราส่วนการใช้ยานอกบัญชีซึ่งเป็นยาต้นแบบ (O) ให้ลดลงจะทำให้การใช้ยา O ในโรงพยาบาลเป็นไปตาม Guideline มากขึ้นเพื่อให้ได้อัตราส่วนการใช้ยาในบัญชีต่อยานอกบัญชีเป็นไปตามอัตราส่วนที่ได้คำนวณไว้
3. การกำหนดสัดส่วนการใช้ยาในบัญชีและยานอกบัญชี ควรหาหลักฐานอ้างอิงโดยอาจอ้างอิงจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) หรือประกันสังคม (SSS) เพื่อนำมาใช้ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกๆ สิทธิ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงโดยอาจค่อยๆ ปรับกันไป (ข้อมูลจาก อ จุฬาภรณ์ และสุพล)

Implementation

4. Drug List การประกาศใช้ RP กับกลุ่มยาใดๆ ในอนาคตยาทุกกลุ่มในประเทศจะต้องมีการประกาศใช้ RP แต่อาจต้องมีการจัดทำข้อมูลยาของกลุ่มยาที่ไม่มีในยาหลักแห่งชาติ โดยอาจมีการส่งคนไปฝึกอบรมกับทีมบัญชียาหลักฯ เกี่ยวกับการได้มาของข้อมูลยาที่ยังไม่มีข้อมูล เพื่อจะนำมาใช้ในโมเดลในการตั้ง RP เพื่อเป็นการดำเนินนโยบาย RP อย่างต่อเนื่อง และมีการอัพเดต RP ที่สม่ำเสมอ
5. Self-Monitoring การติดตามตรวจสอบระบบด้วยตนเองเป็นหน้าที่ของผู้บริการในแต่ละ รพ สิ่งที่ต้องเตรียมการหลังจากมีการประกาศใช้ระบบ RP คือการแก้ไขระบบคอมพิวเตอร์ในแต่ละ รพ. ส่วนกรมบัญชีกลางต้องมีระบบตรวจสอบโดย สกส. เพื่อดูว่าแต่ละ รพ. ส่งเบิกคืนค่ายาในอัตรา RP หรือไม่ และมี post-audit โดยการสุ่มตรวจอีกครั้ง
6. Negative List ยาที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้หรือไม่ส่งเสริมการใช้ยา เช่น Danzen หรือ Reparil อาจมีการกำหนดราคาการเบิกจ่ายคืนที่ราคาต่ำเช่น 1 บาท/เม็ด เพื่อลดการใช้ยา เนื่องจากหากมีการสั่งใช้ รพ.จะขาดทุนในการเบิกจ่ายคืนค่ายาดังกล่าว
7. หากยาที่ได้รับการพิจารณาให้เข้าบัญชียาหลักแห่งขาติมีราคาที่แพงกว่า RP ที่กำหนดให้เบิก จะสามารถอธิบายได้อย่างไร เช่น หาก atorvastatin ได้รับการพิจารณาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมีราคายาสามัญนำเข้าที่เม็ดละ 23.5 บาท แต่ RP ที่ให้เบิกมีราคาต่ำกว่า ซึ่งได้นำเสนอสองประเด็นดังนี้
    a. เดิมที่ atorvastatin อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นบัญชี ง ต้องผ่านการใช้ยาลดไขมันตัวอื่นๆ ที่อยู่ในบัญชีอื่นๆ มาก่อน ทำให้การใช้ atorvastatin มีการใช้ในสัดส่วนที่น้อย หากการใช้ยาเป็นไปตาม guideline ซึ่งได้รองรับในส่วนนี้แล้ว (กำหนด RP ราคาเดียวของทั้งกลุ่มยาเช่นเดิม)
    b. มีการตั้งรหัสใหม่แยกออกจากยาที่ให้เบิกในกลุ่ม RP เดียวกัน และมีการตั้ง RP ใหม่ที่เหมาะสม
8. ในการประชุมเกี่ยวกับเรื่อง RP ที่จะมีขึ้นในคราวต่อไป ควรมีการจัดเตรียม ดังนี้

a. จัดทำโมเดลยาให้ครบทั้ง 8 กลุ่มเพื่อให้เห็นภาพรวม ซึ่งต้องมีการตกลงเบื้องต้นว่าจะให้กลุ่มยาที่จะมี RP เดียวกัน ประกอบด้วยยาอะไรบ้าง เช่น กลุ่มยาลดไขมันจะมีการรวมยากลุ่ม fibrate หรือจะให้มีเฉพาะยาลดไขมันกลุ่มสเตตินเพียงอย่างเดียว ยา ezetimibe จะรวมอยู่ด้วยหรือไม่ เป็นต้น
b. จัดทำข้อดี ข้อเสีย ของการนำโมเดล RP ดังกล่าวมาใช้ และการคาดการณ์สิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ไม่ได้เป็นการตัดสิทธิการใช้ยาของข้าราชการ โรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการเองเพื่อให้เกิดกำไรกับโรงพยาบาล ทำให้มีการใช้ยาเป็นไปตาม guideline ที่กำหนด บริษัทยา O จะลดราคาลงให้ใกล้เคียงกับ RP เป็นต้น รวมทั้งข้อดี ข้อเสียของแต่ละประเด็นในกรณีที่หากยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาสูงกว่า RP ที่ได้กำหนดไว้
c. นำเสนอ และทำความเข้าใจโมเดล RP กับที่ประชุมและรวมแสดงความคิดเห็นชี้ให้เห็นถึงข้อดี ข้อเสีย

การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการกำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายา
ในวันที่ 2 มิถุนายน 2554 เวลา 9.30-12.00 น.
ห้องประชุมสายใจ 2 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ (สวรส.)

ผู้เข้าร่วมประชุม

ลำดับ	ชื่อ-สกุล		หน่วยงาน
1	นพ.เทียม	อังสาชน	สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
2	คุณพินทุสร	เหมพสุทธิ์	สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
3	ภญ.พรพิศ	ศิลขวุธท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4	นางสาวธนภร	ทองศรี	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
5	นพ.สุชาติ	สรณสถาพร	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
6	ภญ.กัลยา	ลลิตพาณิชย์	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
7	ผศ.นพ.พิสนธิ์	จงตระกูล	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8	นางณัฐินี	บัณฑะวงศ์	กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
9	ผศ.นพ.สนั่น	วิสุทธิศักดิ์ชัย	โรงพยาบาลศิริราช
10	พญ.ทัสนีย์	จันทร์น้อย	โรงพยาบาลศิริราช
11	นายทวีศักดิ์	พุทธวรรณไชย	โรงพยาบาลศิริราช
12	ภก.ธวัช	โอวาทพารพร	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
13	คุณไพรัช	สุขสโมสร	โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา
14	นพ.นพดล	เสรีรัตน์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กาฬสินธุ์
15	นายพุฒิพงศ์	ดิษยเดช	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
16	นางบุญสิงห์	มีมะโน	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
17	นพ.วุฒฑา	สว่างสุภากุล	โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี
18	ภญ.จิตติมา	เอกตระกูลชัย	โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี
19	นพ.ธานี	ลิ้มทอง	โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่
20	นางสมพิศ	สุนทรวิภาต	โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ สุพรรณบุรี
21	นางธีรนุช	คงสวัสดิ์	โรงพยาบาลสระบุรี
22	นพ.มาณพพ์	เงินวิวัฒน์กูล	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
23	ภญ.เสาวลักษณ์	ตุรงคราวี	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
24	ภญ.ดร.อร ลักษณ์	พัฒนาประทีป	โรงพยาบาลรามาธิบดี
25	รศ.ดร.เพชรรัตน์	พงษ์เจริญสุข	คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

26	ภญ.อังคณา	แสงนภากาศ	คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
27	นางสาวสุวิภา	สุขวณิชนันท์	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
28	นางสาววิริยา	พูนคำ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
29	นางอภิสมา	ชาญสืบกุล	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
30	นางสาวสุณีย์	มงคลเลิศพาณิช	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
31	นางสาวเฉลิมรัตน์	เรืองวราคม	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
32	นางสาวมนพร	เบญจพร	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
33	ภก.อุดมโชค	สมหวัง	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
34	นพ.สัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
35	นางสาวพัชนี	ธรรมวันนา	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
36	นายภาสกร	สวนเรือง	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
37	นางสาวเขมจรีย์	โรจนพรทิพย์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
38	นางณัฏฐ์นิธิมา	แจ้งประจักษ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ความเห็นโดยทั่วไป

- เสนอให้ใช้ชื่อ reimbursed price เพื่อให้เข้าใจตรงกัน
- โมเดลที่นำเสนอเป็น price model ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับ drug utilization
- กรมบัญชีกลางควรยกเลิกรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเดิม คือต้นทุนบวกกำไรประมาณ 20% ทำให้โรงพยาบาลได้กำไรมากจากการจ่ายยาราคาแพง เป็นการส่งเสริมการใช้ยาราคาแพง
- ในการแทนยาระดับที่ 2 มีการยอมให้ใช้ยาต้นแบบได้ 20% ซึ่งอาจจะมากเกินไป ควรมีการปรับลดลง (ซึ่งตัวเลขนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้) หากนำมาปฏิบัติจริงอาจสู้แรงต่อต้านจากแพทย์ไม่ได้ และต้องมีการติดตาม ตรวจสอบ จะสามารถทำได้หรือไม่ เช่น เมื่อใช้ยา simvastatin ไม่ได้ผล จึงเปลี่ยนมาใช้ atorvastatin เป็นต้น
- การกำหนดราคาเบิกจ่ายคืนค่ายา มีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 4 ฝ่าย คือ
    - กรมบัญชีกลาง: ซึ่งเป็นเจ้าของสิทธิ์ โดยมีเป้าหมายคือควบคุมค่าใช้จ่าย ไม่ให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยยังคงได้รับสิทธิการรักษาไม่ด้อยไปกว่าเดิม
    - สถานพยาบาล: ในปัจจุบันกำไรที่โรงพยาบาลได้รับ มาจากการจ่ายยาแพง ทำให้ไม่อยากใช้ยาสามัญ เนื่องจากได้กำไรน้อย
    - แพทย์ : ไม่ได้รับผลกระทบในการจ่ายยาต้นแบบหรือยาสามัญ
    - ผู้ป่วย : ไม่ได้รับผลกระทบในการจ่ายยาต้นแบบหรือยาสามัญ เช่นเดียวกับแพทย์ (ในกรณีไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบ) ซึ่งผู้ป่วยต้องการทราบแค่ว่ายาอะไรดีกว่า
- การกำหนดราคาเบิกจ่ายคืน จะช่วยทำให้เกิดมาตรฐานในการใช้ยา เพื่อให้ รพ. ยังคงได้กำไร ทั้งนี้ราชวิทยาลัยในสาขาต่างๆ ต้องเข้ามาดูเกี่ยวกับมาตรฐานการรักษาด้วย

- อยากให้การกำหนดราคาเบิกจ่ายคืนค่ายา มีผลทำให้กลไกของผู้รับยา พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไป สร้างแรงจูงใจในการสั่งใช้ยาสามัญของแพทย์ และสร้างแรงจูงใจในการรับยาสามัญของผู้ป่วยด้วย
- เห็นด้วยกับการเบิกจ่ายด้วยราคาถัวเฉลี่ยราคาเดียวที่สร้างแรงจูงใจในการจ่ายยาสามัญ เพราะ margin สูง
- ควรมีการพิจารณา สถานการณ์ปัจจุบันร่วมด้วย หากกำหนดให้มีการเบิกจ่ายยาสามัญในราคาที่สูงมาก โดยมีการใช้ยาสามัญมากอยู่แล้ว จะทำให้กรมบัญชีกลางต้องจ่ายเงินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่าย
- การกำหนดราคาเบิกจ่ายคืนค่ายาที่เป็นยาสามัญที่สูงเกินราคาจริงๆ มากๆ เป็นไปได้หรือไม่

ข้อเสนอแนะ

- เสนอให้มีการใช้โมเดลหลายๆ โมเดลเข้าด้วยกัน ซึ่งทุกๆ โมเดลจะมีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกัน

  1. โมเดลใหม่ โดยให้มีการกำหนดราคาเบิกจ่ายยาราคาแพง โดยให้เบิก ดังนี้

     ยาราคาแพง (ยาต้นแบบ) = ต้นทุน + เปอร์เซ็นต์กำไรที่มีค่าน้อย

     ยาราคาถูก (ยาชื่อสามัญ) = ต้นทุน + เปอร์เซ็นต์กำไรที่มีค่ามาก

     ซึ่งจะมีผลต่อยาที่มีผลทำให้ค่าใช้จ่ายสูงโดยตรง และไม่ให้กำไรของโรงพยาบาลมาจากการจ่ายยาราคาแพง

  2. โมเดลอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การกำหนดให้มีค่าตรวจ และค่าจ่ายยา เพื่อแก้ปัญหาต้นทุนการบริหารจัดการที่แฝงอยู่ในค่ายา ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งมีข้ออภิปรายกันว่าค่าตรวจแพทย์ ไม่ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย การสั่งใช้ยาของแพทย์

- สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้นแบบพราะใช้ยาสามัญไม่ได้ผล ควรเบิกจ่ายได้ต่างจากราคาเบิกจ่ายปกติ และมีระบบเพื่อติดตามและตรวจสอบข้อมูล
- ในด้านการบริหารจัดการ และการปฏิบัติ หากมีการกำหนดราคาเบิกจ่ายคืนค่ายา ต้องมีการพัฒนา Database อย่างมาก โดยโรงพยาบาลต้องส่งว่ายาที่จ่ายไปเป็นของบริษัทใด จำนวนเม็ด และต้องมีการทำราคาเป็นตารางที่สามารถดูได้ชัดเจน เพื่อไม่ให้เกิดการคาดเดากันไป เป็นต้น
- เสนอให้มีการแยกประเภทของโรงพยาบาลในการกำหนดราคาเบิกจ่าย เนื่องจากต้นทุนในการบริหารจัดการที่แตกต่างกันในแต่ละประเภทของโรงพยาบาล
- ทำ Focus group โรงพยาบาลที่มีการทดแทนยาต้นแบบด้วยยาสามัญ เพื่อประเมินข้อดี ข้อเสีย ผลกระทบที่เกิดขึ้น
- Co-pay ราคาที่โรงพยาบาลส่งมาเบิก กับราคาเบิกจ่ายคืนค่ายาที่กรมบัญชีกลางจะกำหนดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกัน โดยส่วนต่างของราคาทั้งสอง ใครจะเป็นผู้แบกรับภาระ ซึ่งถ้าผู้ป่วยเป็นผู้แบกรับภาระในส่วนนี้จะมีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย แต่กรมบัญชีกลางอาจได้รับแรงกดดันมาก
- อภิปรายอย่างกว้างขวางในส่วนของการมีส่วนร่วมจ่ายของคนไข้ ควรมีหากการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่อยากใช้ยาต้นแบบ แต่หากหมอเป็นผู้กำหนดการใช้ยาของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดปัญหาได้ ซึ่งต้องมีการศึกษากันต่อไป

ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของราคายากลุ่มต่างๆ

ตาราง ฉ1 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของราคายากลุ่ม ACEI

ชื่อยา	ขนาด	ประเภท	DDD	รายการ	หน่วย (เม็ด)	มูลค่าจ่าย (บาท)	มูลค่าซื้อ (บาท)	ราคาขาย/หน่วย	ราคาซื้อ/หน่วย	จำนวน DDD	ราคาขาย/DDD	ราคาซื้อ/DDD
CAPTOPRIL	25 MG/1 CAP. OR TAB.	O	50	355	7,206	80,407.00	29,190.82	11.32	7.57	3,603	22.32	8.10
CAPTOPRIL	12.5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	50	272	3,946	23,563.50	-	6.17		986	23.89	-
CAPTOPRIL	25 MG/1 CAP. OR TAB.	L	50	1,231	34,592	101,255.25	44,781.48	3.11	2.25	17,296	5.85	2.59
CILAZAPRIL	2.5 MG/1 CAP. OR TAB.	S	2.5	156	16,568	220,459.50	8,519.60	13.63	11.21	16,568	13.31	0.51
ENALAPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	10	416	43,401	286,679.50	137,388.11	6.63	5.04	21,701	13.21	6.33
ENALAPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	10	68,312	6,391,747	11,815,655.73	2,531,642.52	1.60	0.77	12,783,494	0.92	0.20
ENALAPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	10	94,932	8,749,952	8,993,147.97	1,787,105.93	0.92	0.33	4,374,976	2.06	0.41
ENALAPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	10	396	43,765	649,273.50	356,889.01	15.88	12.67	87,530	7.42	4.08
IMIDAPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	S	10	2,241	279,014	2,500,000.25	1,554,731.00	10.54	8.87	139,507	17.92	11.14
IMIDAPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S	10	7,737	613,778	13,333,828.50	10,634,393.00	20.28	16.04	613,778	21.72	17.33
LISINOPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	O	10	314	28,687	442,327.00	-	15.50		28,687	15.42	-
LISINOPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	L	10	17	2,744	11,664.00	8,809.00	4.25	3.21	2,744	4.25	3.21
LISINOPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	10	79	5,795	138,543.49	97,732.80	22.50	19.80	11,590	11.95	8.43
LISINOPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	10	24	1,930	4,825.00	3,435.40	2.50	1.78	965	5.00	3.56
LISINOPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	10	635	56,988	540,264.00	111,506.21	9.63	7.66	28,494	18.96	3.91
LISINOPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	10	61	4,857	30,381.00	24,236.43	6.26	4.99	9,714	3.13	2.50
PERINDOPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	4	73	6,247	109,893.00	22,717.04	17.74	17.72	7,809	14.07	2.91
PERINDOPRIL	2 MG/1 CAP. OR TAB.	O	4	912	69,941	734,068.00	75,230.50	10.40	8.15	34,971	20.99	2.15
PERINDOPRIL	4 MG/1 CAP. OR TAB.	O	4	17,226	1,403,472	24,688,177.31	12,895,059.24	17.97	14.18	1,403,472	17.59	9.19
PERINDOPRIL	8 MG/1 CAP. OR TAB.	O	4	609	33,245	1,077,710.50	754,078.11	31.83	25.43	66,490	16.21	11.34
QUINAPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	O	15	6,625	653,148	6,667,034.50		10.85	8.56	435,432	15.31	

ชื่อยา	ขนาด	ประเภท	DDD	รายการ	หน่วย (เม็ด)	มูลค่าจ่าย (บาท)	มูลค่าซื้อ (บาท)	ราคาขาย/หน่วย	ราคาซื้อ/หน่วย	จำนวน DDD	ราคาขาย/DDD	ราคาซื้อ/DDD
							4,250,365.41					9.76
QUINAPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	15	779	72,071	631,999.99	498,029.28	9.50	7.59	24,024	26.31	20.73
QUINAPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	15	822	72,684	1,524,605.97	1,228,578.81	20.50	17.34	96,912	15.73	12.68
QUINAPRIL	40 MG/1 CAP. OR TAB.	O	15	5,809	331,398	6,013,625.99	3,550,430.49	18.90	14.23	883,728	6.80	4.02
QUINAPRIL	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	15	141	18,459	96,925.99	73,656.01	5.25	3.99	24,612	3.94	2.99
RAMIPRIL	2.5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	2.5	410	39,523	241,968.00	33,003.10	5.60	4.79	39,523	6.12	0.84
RAMIPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	2.5	11,462	1,022,336	17,380,433.94	9,688,969.19	17.44	12.41	2,044,671	8.50	4.74
RAMIPRIL	5 MG/1 CAP. OR TAB.	L	2.5	236	27,701	213,828.00	36,125.00	7.92	6.35	55,402	3.86	0.65
RAMIPRIL	10 MG/1 CAP. OR TAB.	O	2.5	2,785	190,744	5,998,857.25	3,103,812.56	32.92	26.68	762,976	7.86	4.07
RAMIPRIL	2.5 MG/1 CAP. OR TAB.	O	2.5	6,998	629,727	7,125,441.51	4,292,531.53	11.46	9.12	629,727	11.32	6.82
				232,065	20,855,665	111,676,845.15	57,832,947.58			24,651,381		

ตาราง ฉ2 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของราคายากลุ่ม ARB

ชื่อยา	ขนาด	ประเภท	DDD	รายการ	หน่วย (เม็ด)	มูลค่าจ่าย (บาท)	มูลค่าซื้อ (บาท)	ราคาขาย/หน่วย	ราคาซื้อ/หน่วย	จำนวน DDD	ราคาขาย/DDD	ราคาซื้อ/DDD
CANDESARTAN	8 MG/1 CAP. OR TAB.	S	8	19,719	1,761,954	36,952,486	9,179,866	21.00	14.43	1,761,954	20.97	5.21
CANDESARTAN	16 MG/1 CAP. OR TAB.	S	8	18,610	1,244,024	40,881,403	27,002,270	33.26	25.78	2,488,048	16.43	10.85
IRBESARTAN	150 MG/1 CAP. OR TAB.	S	150	25,445	1,975,732	48,445,514	17,908,613	24.20	19.21	1,975,732	24.52	9.06
IRBESARTAN	300 MG/1 CAP. OR TAB.	S	150	24,207	1,546,749	55,234,215	33,556,304	36.19	27.22	3,093,498	17.85	10.85
LOSARTAN	50 MG/1 CAP. OR TAB.	L	50	34,760	2,994,811	15,619,098	10,259,777	4.81	3.50	2,994,811	5.22	3.43
LOSARTAN	50 MG/1 CAP. OR TAB.	O	50	11,826	1,115,102	28,009,534	7,572,252	24.92	19.41	1,115,102	25.12	6.79
LOSARTAN	100 MG/1 CAP. OR TAB.	L	50	6,527	283,025	1,911,508	772,486	6.38	4.18	566,050	3.38	1.36
LOSARTAN	100 MG/1 CAP. OR TAB.	O	50	10,035	693,218	19,059,710	9,756,415	27.64	22.10	1,386,436	13.75	7.04
OLMESARTAN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	20	7,912	660,102	15,276,363	6,608,693	23.30	18.98	660,102	23.14	10.01
OLMESARTAN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	20	12,363	683,004	22,943,903	15,265,265	33.98	26.96	1,366,007	16.80	11.18
TELMISARTAN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	S	40	10,540	775,320	24,976,992	16,429,988	30.81	24.73	1,550,640	16.11	10.60
TELMISARTAN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	40	18,829	1,550,848	32,200,654	16,649,785	22.73	17.38	1,550,848	20.76	10.74
VALSARTAN	160 MG/1 CAP. OR TAB.	O	80	58,753	4,186,338	132,008,336	70,708,965	31.99	25.09	8,372,675	15.77	8.45
VALSARTAN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	L	80	561	41,180	247,080	-	6.00		41,180	6.00	-
VALSARTAN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	O	80	20,805	1,704,009	40,064,657	13,686,229	23.00	18.64	1,704,009	23.51	8.03
VALSARTAN	160 MG/1 CAP. OR TAB.	L	80	6	308	2,864	2,625	9.29	8.30	616	4.65	4.26
VALSARTAN	320 MG/1 CAP. OR TAB.	O	80	256	15,882	747,763	499,800	48.10	40.37	63,528	11.77	7.87
				281,154	21,231,604	514,582,077	255,859,335			30,691,235		

ตาราง ฉ3 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของราคายากลุ่ม BIS

ชื่อยา	ขนาด	ประเภท	DDD	รายการ	หน่วย (เม็ด)	มูลค่าจ่าย (บาท)	มูลค่าซื้อ (บาท)	ราคาขาย/ หน่วย	ราคาซื้อ/ หน่วย	จำนวน DDD	ราคาขาย/ DDD	ราคาซื้อ/ DDD
ALENDRONATE	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S,O	10	1,091	79,529	4,190,387.50	451,271.76	55.54	46.19	79,529	52.69	5.67
ALENDRONATE	70 MG/1 CAP. OR TAB.	S,O	10	5,874	82,958	30,137,314.00	10,675,433.88	378.73	320.82	580,706	51.90	18.38
ALENDRONATE	70 MG/1 CAP. OR TAB.	I	10	647	7,760	1,715,191.00	1,407,650.40	228.50	179.96	54,320	31.58	25.91
IBANDRONIC	150 MG/1 CAP. OR TAB.	S,O	5	23,654	194,725	87,556,983.50	143,662,349.19	441.59	1,401.90	5,841,750	14.99	24.59
RISEDRONATE	35 MG/1 CAP. OR TAB.	S,O	5	24,798	269,163	106,065,453.75	58,522,931.25	405.77	377.38	1,884,141	56.29	31.06
RISEDRONATE	5 MG/1 CAP. OR TAB.	S,O	5	4,111	280,841	16,466,053.01	5,588,561.35	58.15	49.44	280,841	58.63	19.90
				60,175	914,976	246,131,382.76	220,308,197.82			8,721,287		

ตาราง ฉ4 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของราคายากลุ่ม PPI

ชื่อยา	ขนาด	ประเภท	DDD	รายการ	หน่วย (เม็ด)	มูลค่าจ่าย (บาท)	มูลค่าซื้อ (บาท)	ราคาขาย/ หน่วย	ราคาซื้อ/ หน่วย	จำนวน DDD	ราคาขาย/ DDD	ราคาซื้อ/ DDD
ESOMEPRAZOLE	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	30	4,046	240,476	17,087,820	4,866,203	73.40	62.67	320,635	53.29	15.18
ESOMEPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	30	51,991	2,747,366	142,690,921	84,947,722	52.24	43.27	1,831,577	77.91	46.38
LANSOPRAZOLE	15 MG/1 CAP. OR TAB.	S	30	8,862	417,404	13,735,157	5,521,826	33.32	27.69	208,702	65.81	26.46
LANSOPRAZOLE	30 MG/1 CAP. OR TAB.	S	30	45,416	2,319,319	125,077,816	61,048,622	53.86	44.50	2,319,319	53.93	26.32
OMEPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	20	266	18,925	1,244,199	260,798	66.00	56.56	18,925	65.74	13.78
OMEPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	20	269,366	14,172,455	26,279,077	9,134,882	1.83	1.03	14,172,455	1.85	0.64
PANTOPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	40	3,425	214,366	9,948,614	3,143,441	43.41	36.86	107,183	92.82	29.33
PANTOPRAZOLE	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	40	11,906	630,040	36,856,574	18,297,441	78.94	71.14	630,040	58.50	29.04
RABEPRAZOLE	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	20	40,229	2,272,847	118,558,633	47,768,305	49.81	40.79	2,272,847	52.16	21.02
RABEPRAZOLE	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S	20	9,927	409,373	19,037,589	11,668,758	47.02	39.90	204,687	93.01	57.01
				445,434	23,442,571	510,516,399	246,657,997			22,086,370		

ตาราง ฉ5 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของราคายากลุ่ม Statin

ชื่อยา	ขนาด	ประเภท	DDD	รายการ	หน่วย (เม็ด)	มูลค่าจ่าย (บาท)	มูลค่าซื้อ (บาท)	ราคาขาย/ หน่วย	ราคาซื้อ/ หน่วย	จำนวน DDD	ราคาขาย/ DDD	ราคาซื้อ/ DDD
ATORVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	I	20	587	51,121	1,501,847	846,850	29.51	23.77	51,121	29.38	16.57
ATORVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	I	20	678	57,479	1,465,715	1,168,548	25.50	20.33	28,740	51.00	40.66
ATORVASTATIN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	O	20	22,134	1,388,717	85,345,571	50,476,509	59.67	49.03	2,777,434	30.73	18.17
ATORVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	20	76,598	4,909,915	268,664,785	131,049,041	56.17	43.36	4,909,915	54.72	26.69
ATORVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	20	315	17,810	423,718	385,084	22.16	20.42	17,810	23.79	21.62
ATORVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	L	20	1,784	103,297	1,962,645	1,549,455	19.00	15.00	51,649	38.00	30.00
ATORVASTATIN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	S	20	1,413	70,306	5,222,294	3,062,825	83.32	57.24	281,224	18.57	10.89
ATORVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	O	20	68,877	5,345,484	220,873,649	76,384,201	47.39	31.14	2,672,742	82.64	28.58
FLUVASTATIN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	S	60	10,682	714,167	24,592,927	13,600,646	33.50	27.72	952,223	25.83	14.28
FLUVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	60	139	13,940	320,620	-	23.00		4,647	69.00	0.00
PITAVASTATIN	2 MG/1 CAP. OR TAB.	S	2	389	31,655	1,045,800	847,654	33.67	27.23	31,655	33.04	26.78
PRAVASTATIN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	S	30	13,541	887,953	38,894,549	26,844,393	43.70	36.53	1,183,937	32.85	22.67
PRAVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	30	2,475	173,004	4,646,323	944,018	26.80	21.83	115,336	40.29	8.18
ROSUVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	S	10	82,609	5,567,327	269,833,253	118,962,354	49.47	38.47	5,567,327	48.47	21.37
ROSUVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	S	10	26,998	1,831,586	107,320,160	49,856,720	62.18	50.51	3,663,172	29.30	13.61
SIMVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	L	30	129,527	9,465,495	19,060,568	8,994,233	2.06	1.33	6,310,330	3.02	1.43
SIMVASTATIN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	L	30	1,079	50,203	213,710	160,650	4.26	3.20	133,875	1.60	1.20
SIMVASTATIN	10 MG/1 CAP. OR TAB.	L	30	151,953	11,853,297	20,720,137	3,728,617	1.74	0.85	3,951,099	5.24	0.94
SIMVASTATIN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	L	30	75,005	4,123,564	14,590,264	4,259,578	4.02	1.70	5,498,086	2.65	0.77
SIMVASTATIN	20 MG/1 CAP. OR TAB.	O	30	2,493	205,135	8,160,642	4,650,391	39.83	32.10	136,757	59.67	34.00
SIMVASTATIN	80 MG/1 CAP. OR TAB.	O	30	678	26,827	1,113,485	857,203	42.50	34.36	71,539	15.56	11.98
SIMVASTATIN	40 MG/1 CAP. OR TAB.	O	30	8,194	493,150	19,783,640	14,463,619	40.90	32.50	657,533	30.09	22.00
				678,148	47,381,432	1,115,756,299	513,092,591			39,068,148		

ภาคผนวก ช ตัวอย่างบัญชีราคายาขายและราคาเบิกจ่ายยา ในปี ค.ศ. 2011 ของยาทุกตัวในกลุ่ม statin ในระบบประกันสุขภาพประเทศเยอรมนี

	รหัส	ชื่อยาและขนาด	ขนาดบรรจุ (เม็ด)	ราคาขาย (ยูโร)	ราคาเบิกจ่าย (ยูโร)
1.	6439116	LIPITOR 10MG FILMTABLETTEN	100	108.15	16.68
2.	6439091	LIPITOR 10MG FILMTABLETTEN	50	56.91	12.9
3.	6935571	LIPITOR 20MG FILMTABLETTEN	100	157.98	23.9
4.	5900694	CRESTOR 10MG	30	44.68	14.23
5.	6442265	CRESTOR 10MG	100	125.3	27.2
6.	5484451	CRESTOR 10MG	100	125.26	27.2
7.	5900702	CRESTOR 10MG	100	125.24	27.2
8.	6143692	CRESTOR 10MG	30	44.71	14.23
9.	5486556	CRESTOR 10MG	100	125.3	27.2
10.	0185399	CRESTOR 10MG	100	140.13	27.2
11.	6808766	CRESTOR 10MG	30	44.68	14.23
12.	0185324	CRESTOR 10MG	30	48.9	14.23
13.	6428957	CRESTOR 10MG	30	38	14.23
14.	5486533	CRESTOR 10MG	30	44.71	14.23
15.	6143686	CRESTOR 10MG	100	125.26	27.2
16.	6429081	CRESTOR 10MG	100	114.29	27.2
17.	6442259	CRESTOR 10MG	30	44.71	14.23
18.	6808772	CRESTOR 10MG	100	125.27	27.2
19.	6808795	CRESTOR 20MG	100	154.77	39.45
20.	0185560	CRESTOR 20MG	100	175.11	39.45
21.	6429129	CRESTOR 20MG	100	151.83	39.45
22.	6429112	CRESTOR 20MG	30	51.65	17.43
23.	5484468	CRESTOR 20MG	100	154.75	39.45
24.	6442271	CRESTOR 20MG	30	55.28	17.43
25.	6442288	CRESTOR 20MG	100	154.8	39.45
26.	5486504	CRESTOR 20MG	100	154.8	39.45
27.	5486510	CRESTOR 20MG	30	55.28	17.43
28.	0185442	CRESTOR 20MG	30	60.51	17.43
29.	6808789	CRESTOR 20MG	30	55.25	17.43
30.	5907621	CRESTOR 20MG FILMTABLETTEN	100	154.8	39.45
31.	6832061	CRESTOR 5MG	100	88.35	18.59
32.	0316223	CRESTOR 5MG	30	41.21	11.98
33.	6574601	CRESTOR 5MG	100	100.04	18.59
34.	6149654	CRESTOR 5MG	100	100.11	18.59
35.	6562578	CRESTOR 5MG	30	38.21	11.98
36.	6574593	CRESTOR 5MG	30	38.26	11.98
37.	6562584	CRESTOR 5MG	100	99.97	18.59
38.	0321721	CRESTOR 5MG	100	112.75	18.59
39.	6832055	CRESTOR 5MG	30	33.31	11.98
40.	0232176	SIMVA BASICS 10MG	30	10.9	11.48
41.	0232199	SIMVA BASICS 10MG	100	14.53	16.68
42.	0232182	SIMVA BASICS 10MG	50	11.9	12.9
43.	0232207	SIMVA BASICS 20MG	30	12.21	13.36
44.	0232236	SIMVA BASICS 20MG	100	19.53	23.9
45.	0232213	SIMVA BASICS 20MG	50	14.21	16.23
46.	0232242	SIMVA BASICS 40MG	30	14.23	16.27
47.	0232259	SIMVA BASICS 40MG	50	17.77	21.36
48.	0232265	SIMVA BASICS 40MG	100	27.24	35.01
49.	0232147	SIMVA BASICS 5MG	50	11.25	11.97
50.	0232153	SIMVA BASICS 5MG	100	13.13	14.66
51.	4111854	SIMVA HENNIG 10MG FILMTABL	30	10.56	11.48
52.	4111860	SIMVA HENNIG 10MG FILMTABL	50	11.16	12.9

	รหัส	ชื่อยาและขนาด	ขนาดบรรจุ (เม็ด)	ราคาขาย (ยูโร)	ราคาเบิกจ่าย (ยูโร)
53.	4111877	SIMVA HENNIG 10MG FILMTABL	100	13.76	16.68
54.	4111908	SIMVA HENNIG 20MG FILMTABL	30	13.34	13.36
55.	4111943	SIMVA HENNIG 20MG FILMTABL	100	19.54	23.9
56.	4111914	SIMVA HENNIG 20MG FILMTABL	50	15.22	16.23
57.	4111989	SIMVA HENNIG 40MG FILMTABL	100	32.14	35.01
58.	4111972	SIMVA HENNIG 40MG FILMTABL	50	21.27	21.36
59.	4111966	SIMVA HENNIG 40MG FILMTABL	30	16.22	16.27
60.	4128719	SIMVA TAD 10MG	100	16.64	16.68
61.	4128702	SIMVA TAD 10MG	50	12.88	12.9
62.	4538593	SIMVA TAD 10MG FTA	98	16.48	16.53
63.	4128725	SIMVA TAD 20MG	30	13.34	13.36
64.	4086748	SIMVA TAD 20MG FTA	49	16.03	16.08
65.	3991190	SIMVA TAD 20MG FTA	98	23.47	23.57
66.	7695169	SIMVA TAD 30MG	100	28.68	28.82
67.	7694997	SIMVA TAD 30MG	50	18.43	18.5
68.	4128754	SIMVA TAD 40MG	30	16.22	16.27
69.	4602003	SIMVA TAD 40MG FTA	49	21.02	21.1
70.	3991161	SIMVA TAD 40MG FTA	98	34.25	34.45
71.	7695206	SIMVA TAD 60MG	50	25.93	26.06
72.	7695778	SIMVA TAD 60MG	100	44.89	45.17
73.	4169960	SIMVA TAD 80MG FTA	98	53.42	53.78
74.	4879845	SIMVA TAD 80MG FTA	100	54.43	54.8
75.	4879822	SIMVA TAD 80MG FTA	30	21.34	21.43
76.	4879839	SIMVA TAD 80MG FTA	50	30.33	30.5
77.	3241098	SIMVABETA 10MG FILMTABL	30	9.94	11.48
78.	3241106	SIMVABETA 10MG FILMTABL	50	10.73	12.9
79.	3241112	SIMVABETA 10MG FILMTABL	100	12.55	16.68
80.	3241135	SIMVABETA 20MG FILMTABL	50	14.28	16.23
81.	3241141	SIMVABETA 20MG FILMTABL	100	15.55	23.9
82.	3241129	SIMVABETA 20MG FILMTABL	30	13.15	13.36
83.	3241164	SIMVABETA 30MG FILMTABL	50	18.43	18.5
84.	3241158	SIMVABETA 30MG FILMTABL	30	14.61	14.65
85.	3241170	SIMVABETA 30MG FILMTABL	100	28.68	28.82
86.	3241201	SIMVABETA 40MG FILMTABL	100	33.14	35.01
87.	3241187	SIMVABETA 40MG FILMTABL	30	16.22	16.27
88.	3241193	SIMVABETA 40MG FILMTABL	50	21.27	21.36
89.	3241069	SIMVABETA 5MG FILMTABL	30	10.94	10.95
90.	3241075	SIMVABETA 5MG FILMTABL	50	11.96	11.97
91.	3241081	SIMVABETA 5MG FILMTABL	100	14.63	14.66
92.	0788643	SIMVABETA 80MG FILMTABL	100	50.63	54.8
93.	0788637	SIMVABETA 80MG FILMTABL	50	30.15	30.5
94.	0788620	SIMVABETA 80MG FILMTABL	30	21.34	21.43
95.	6466030	SIMVADOC 20MG	100	19.54	23.9
96.	6465958	SIMVADOC 20MG	30	12.22	13.36
97.	2020840	SIMVADOC 20MG	50	16.16	16.23
98.	6466024	SIMVADOC 20MG	50	14.22	16.23
99.	2020857	SIMVADOC 20MG	100	23.78	23.9
100.	6465734	SIMVADOC 40MG	30	14.24	16.27
101.	2021199	SIMVADOC 40MG	100	34.8	35.01
102.	2020900	SIMVADOC 40MG	30	16.21	16.27
103.	2021029	SIMVADOC 40MG	50	21.24	21.36
104.	6465757	SIMVADOC 40MG	100	27.25	35.01
105.	6465740	SIMVADOC 40MG	50	17.78	21.36
106.	4078246	SIMVADURA 10MG	100	16.08	16.68

	รหัส	ชื่อยาและขนาด	ขนาดบรรจุ (เม็ด)	ราคาขาย (ยูโร)	ราคาเบิกจ่าย (ยูโร)
107.	4078275	SIMVADURA 20MG	100	21.88	23.9
108.	4078269	SIMVADURA 20MG	50	15.78	16.23
109.	4078281	SIMVADURA 40MG	30	16.22	16.27
110.	4078298	SIMVADURA 40MG	50	20.99	21.36
111.	4438779	SIMVADURA 80 MG FTA	100	50.46	54.8
112.	4438756	SIMVADURA 80 MG FTA	50	30.11	30.5
113.	4438650	SIMVADURA 80 MG FTA	30	21.34	21.43
114.	4114427	SIMVAGAMMA 10MG	100	16.64	16.68
115.	4114404	SIMVAGAMMA 10MG	30	11.46	11.48
116.	4114410	SIMVAGAMMA 10MG	50	12.88	12.9
117.	4114462	SIMVAGAMMA 20MG	100	23.79	23.9
118.	4114433	SIMVAGAMMA 20MG	30	13.34	13.36
119.	4114456	SIMVAGAMMA 20MG	50	16.18	16.23
120.	4114479	SIMVAGAMMA 40MG	30	16.22	16.27
121.	4114491	SIMVAGAMMA 40MG	100	34.82	35.01
122.	4114485	SIMVAGAMMA 40MG	50	21.27	21.36
123.	4114396	SIMVAGAMMA 5MG	100	14.63	14.66
124.	4114367	SIMVAGAMMA 5MG	30	10.94	10.95
125.	4114373	SIMVAGAMMA 5MG	50	11.96	11.97
126.	1971131	SIMVAGAMMA 80MG	100	54.39	54.8
127.	1971094	SIMVAGAMMA 80MG	50	30.33	30.5
128.	1971088	SIMVAGAMMA 80MG	30	21.34	21.43
129.	3750428	ZOCOR 10MG FILMTABLETTEN	100	39.12	16.68
130.	7238644	ZOCOR 20MG	100	33.56	23.9
131.	7238638	ZOCOR 20MG	50	20.9	16.23
132.	3751480	ZOCOR 20MG FILMTABLETTEN	100	54.16	23.9
133.	4302726	ZOCOR 20MG FILMTABLETTEN	50	31.46	16.23
134.	3750405	ZOCOR 20MG FILMTABLETTEN	30	22.56	13.36
135.	4325549	ZOCOR 5MG FILMTABLETTEN	100	29.24	14.66
136.	4302749	ZOCOR 5MG FILMTABLETTEN	50	19.27	11.97
137.	1096829	ZOCOR FORTE 40MG	50	28.49	21.36
138.	1096835	ZOCOR FORTE 40MG	100	49.66	35.01
139.	0990445	ZOCOR FORTE 40MG FILMTABL	30	28.96	16.27
140.	0990468	ZOCOR FORTE 40MG FILMTABL	100	76.29	35.01
141.	0990451	ZOCOR FORTE 40MG FILMTABL	50	42.33	21.36
142.	1498114	ZOCOR FORTE XL 80MG FILMTA	100	109.74	54.8
143.	1498083	ZOCOR FORTE XL 80MG FILMTA	50	58.74	30.5