

CENTRAL BARGAINING AND PROCUREMENT

FOR ACCESSIBILITY OF ESSENTIAL MEDICAL SUPPLIES
AND EFFICIENT USE OF RESOURCE

กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ
เพื่อการเข้าถึงเวชภัณฑ์จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล



GLOSSARY

เวชภัณฑ์

MEDICAL SUPPLIES

มีความหมายครอบคลุมผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาและที่มีใช้ยา¹ อันได้แก่ ยา วัสดุ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทต่างๆ ที่ใช้ในการป้องกัน บำบัด รักษาสุขภาพ และชีวิตของประชาชนจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของกระทรวงสาธารณสุขปี 2564² ได้มีการนิยาม เวชภัณฑ์ แบ่งตามคุณลักษณะดังนี้ (1) เวชภัณฑ์ที่เป็นยา หมายถึง ยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และ (2) เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ วัสดุเอกซเรย์ วัสดุอื่นๆ ที่ใช้ในทางการแพทย์ และหมายความรวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นต้น

เวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาในการเข้าถึง

INACCESSIBLE ESSENTIAL MEDICAL SUPPLIES³

หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาและที่มีใช้ยา ที่มีความจำเป็นต่อการป้องกัน บำบัด รักษา และได้รับบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ซึ่งมีลักษณะจำเพาะที่ต้องการกลไกกลางเพื่อบริหารจัดการและจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้แก่ (1) เป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายของสังคมและผู้ป่วย (2) เป็นยาประเภทยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ (Antidote) และเซรัมต้านพิษ (Serum) ที่ต้องมีการประกันการซื้อขั้นต่ำ⁴ (3) เป็นยาที่ต้องการความรู้ความเชี่ยวชาญและระบบเฉพาะในการจัดการ เป็นยาที่ต้องมีการจัดหา จัดเก็บและกระจายยาผ่านห่วงโซ่ความเย็นที่ได้มาตรฐานเพื่อคงคุณภาพ ประสิทธิภาพ และลดการสูญเสียยาที่มีอยู่อย่างจำกัด⁵ และ (4) เป็นเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ประเภทอุปกรณ์ทางการแพทย์และอวัยวะเทียมต่างๆ ที่มีราคาแพงแต่จำเป็นต่อการกระบวนการรักษา ผู้ป่วยที่มีกำลังทรัพย์ปานกลาง-ยากจน ไม่สามารถเข้าถึงได้

กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ

CENTRAL BARGAINING AND PROCUREMENT

เป็นหนึ่งในยุทธวิธีการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อได้มาซึ่งเวชภัณฑ์จำเป็นที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับความต้องการ และทันการณ์ เพื่อกระจายให้แก่หน่วยบริการต่างๆ ทั่วประเทศ⁶ นับตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายคณะทำงานทุกภาคส่วน พัฒนา ‘กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ’ เพื่อจัดการเวชภัณฑ์จำเป็นบางประเภทที่มีลักษณะจำเพาะที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึง กลไกดังกล่าวครอบคลุม 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ คัดเลือก การจัดหา (การต่อรองและจัดซื้อ) และการสำรองและการกระจาย

TABLE OF CONTENTS

6	บทนำ
8	ทำไมจึงต้องมีกลไกบริหารจัดการเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ
16	รูปแบบการจัดหาเวชภัณฑ์
20	การเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนากลไกการต่อรองและจัดซื้อรวมระดับประเทศ
22	บทบาทของ สปสช. ภายใต้กลไกการต่อรองราคาและการจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ
24	ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนากลไกการต่อรองราคา และจัดซื้อรวมระดับประเทศที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล
25	พัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
30	พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ
34	กระบวนการภายใต้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ
36	การคัดเลือก

37	กระบวนการจัดหาเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ
43	การสำรองและกระจายยา
54	ผลการดำเนินงานการจัดกลไกการต่อรองราคา และจัดซื้อรวมระดับประเทศ
55	เพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพง และยากำพร้า
56	ความคุ้มค่าและการประหยัดงบประมาณ
59	การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่นำไปสู่ การขยายบริการการรักษาโรคเฉพาะแก่ประชาชน
60	การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่ก่อให้เกิด แนวทางการรักษารูปแบบใหม่แก่ประชาชน
61	การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดความมั่นคงด้านยา แก่ประชาชน
62	การอำนวยความสะดวกด้านการเข้าถึงเวชภัณฑ์ของผู้ป่วย
63	การลดขั้นตอนเพื่อเพิ่มความคุ้มค่า และประสิทธิภาพระบบ เวชภัณฑ์
64	จุดแข็ง ความท้าทาย สิ่งที่ต้องพัฒนา
67	จุดแข็งของการจัดกลไกการต่อรองราคา และจัดซื้อรวมระดับประเทศ
68	ความท้าทายและสิ่งที่ต้องพัฒนา
70	สรุป
72	เอกสารอ้างอิง

1

บทนำ

เวชภัณฑ์ มีความหมายครอบคลุมผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาและที่มิใช่ยา¹ อันได้แก่ ยา วัสดุ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ประเภทต่างๆ ที่ใช้ในการป้องกัน บำบัด รักษาสุขภาพและชีวิตของประชาชนจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ เวชภัณฑ์ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ⁷ หากปราศจากเวชภัณฑ์ที่จำเป็นบางประเภทแล้ว การจัดบริการทางสุขภาพให้แก่ประชาชนเพื่อบรรลุเป้าหมายทางสาธารณสุขต่างๆ ย่อมไม่อาจเกิดขึ้นได้

ฉะนั้น การจัดหาเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามความต้องการของประชาชนทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเวชภัณฑ์จำเป็นเฉพาะกลุ่มโรค ที่มีลักษณะจำเพาะที่ต้องการกลไกกลางในการจัดหา เช่น วัคซีน ยาต้านไวรัส HIV ยาต้านมะเร็ง ยาต้านพิษ เป็นต้น พร้อมการจัดการให้ผู้ป่วยเข้าถึงเวชภัณฑ์เหล่านั้นได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จึงเป็นภารกิจที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย และยังเป็นความท้าทายในการบริหารจัดการที่ต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ การระดมสรรพกำลังและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน⁸ อีกด้วย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในฐานะตัวแทนประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพและกลุ่มผู้ป่วยมีภารกิจหลักในการผลักดันให้เกิดบริการทางสาธารณสุขที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน^๙ จึงได้พัฒนา ‘กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ’ เริ่มต้นในปี 2550 เป็นต้นมา^{๑๐} เพื่อเป็นกลไกกลางในการจัดการเวชภัณฑ์จำเป็นบางประเภทที่มีลักษณะจำเพาะที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ของประชาชน โดยกลไกดังกล่าวครอบคลุมกระบวนการหลัก 3 ด้าน ได้แก่ การคัดเลือก การจัดหา (การต่อรองและจัดซื้อ) และการสำรองและการกระจาย

กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ มีหลักการในการทำงานบนฐานของการมีส่วนร่วมตามหลักธรรมาภิบาลของกระบวนการทำงานด้านเวชภัณฑ์^{๑๑, ๑๒} โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง สปสช. และภาคีเครือข่ายคณะทำงานฝ่ายต่างๆ ตั้งแต่การดำเนินการวางแผน รายงานและประเมินผล ตลอดจนการวิเคราะห์สภาพปัญหาของเวชภัณฑ์แต่ละประเภทที่มีลักษณะจำเพาะและบริบทในเชิงนโยบายที่มีความแตกต่างกัน เช่น ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ภาระงบประมาณ กรอบกฎหมายและระเบียบการปฏิบัติผลจากการทำงานร่วมกันนี้ได้นำไปสู่รูปแบบการจัดการเวชภัณฑ์โครงการพิเศษภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงเวชภัณฑ์ของประชาชนได้อย่างยั่งยืน มีความประหยัด คุ้มค่า และมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้^{๑๓} ในทุกขั้นตอน

^๙ ประเทศไทยนำโดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานทางจริยธรรมและแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาลของระบบบริหาร เวชภัณฑ์ของหน่วยบริการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน ได้แก่ นิติธรรม (Rule of Law) คุณธรรม (Ethics) ความโปร่งใส (Transparency) ความสำนึกรับผิดชอบ (Accountability) ความคุ้มค่า (Value for Money) และการมีส่วนร่วม (Participation)

2

ทำไมจึงต้องมีกลไกบริหารจัดการ เวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ

นับตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา สปสช. มุ่งพัฒนาให้ ‘ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ’⁹ และมีพันธกิจในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน¹¹ ทั้งนี้ เพื่อจัดหาบริการและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมตามความจำเป็น และเพื่อปกป้องประชาชนจากภาวะล้มละลายจากโรคร้ายแรงและเรื้อรัง หรือ โรคที่การรักษามีค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าที่ประชาชนทั่วไปจะแบกรับได้ อันเป็นความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยและครัวเรือนมีความเสี่ยงในการล้มละลาย (Catastrophic Health Expenditure) และ/หรือ กลายเป็นครัวเรือนยากจน (Health Impoverishment) หลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล¹²

แม้จะได้มีการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หรือเป็นที่รู้จักกันในชื่อ สิทธิบัตรทอง) ขึ้นเพื่อดำเนินการให้ประชาชนส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพ ทว่าในระยะเริ่มต้นของการดำเนินนโยบาย พบว่า ผู้ป่วยโรคเฉพาะบางกลุ่มและกลุ่มผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันฯ ยังคงประสบปัญหาในการเข้าถึงเวชภัณฑ์บางประเภท ที่สามารถเรียกรวมได้ว่า ‘เวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาในการเข้าถึง’³ กล่าวคือ เป็นเวชภัณฑ์ที่เป็นยาและมิใช่ยา ที่มีความจำเป็นต่อการป้องกัน บำบัดรักษา เวชภัณฑ์ดังกล่าวมีลักษณะจำเพาะที่ต้องการกลไกกลางเพื่อบริหารจัดการและจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้

กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ จึงได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ได้รับบริการที่จำเป็นตามสิทธิของตน อันเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับที่ 2540 มาตรา 52 ที่บัญญัติว่า ‘ชาวไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ’^๔

^๓ ในปี 2549 ได้มีการปรับปรุงความครอบคลุมของเนื้อความใหม่ว่า ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐ และผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษา หรือการบริการด้านอื่นๆ ทางด้านสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยที่รัฐมีหน้าที่จัดบริการทางด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง รวมทั้งเสริมสร้างประชาชนให้มีความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรคตามหลักการในรัฐธรรมนูญ ฉบับปี 2559 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐ” บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” และหมวดที่ 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรครัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

ตารางที่ 1 สรุปลักษณะจำเพาะของเวชภัณฑ์ที่มีปัญหาในการเข้าถึง แบ่งตามประเภทเวชภัณฑ์

เวชภัณฑ์

ลักษณะจำเพาะ

ยาราคาแพง

เช่น ยาที่ผ่านการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา^๙ และยาบัญชี จ(2) เป็นต้น

- 1 ยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะโรค เป็นยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องการกลไกกลางเป็นพิเศษในการกำกับการเข้าถึงยาและประกันคุณภาพยา ภายใต้ความรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพของประเทศ 3 กองทุน¹³ เช่น ยาด้านไวรัส HIV
- 2 ยาที่มีราคาแพงมาก ที่จะส่งผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายของสังคมและผู้ป่วย ได้แก่
 - 2.1 ยาดันแบบ ที่มีเอกสิทธิ์ทางสิทธิบัตรทำให้ไม่มีการแข่งขันทางการตลาด เป็นยาที่มีผู้ขายรายเดียว (monopoly) หรือ น้อยราย (oligopoly) ต้องใช้กลไกจากภาครัฐในการต่อรอง จัดการด้านราคาและจัดให้มียาในระบบสุขภาพ เช่น การใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาเพื่อให้สามารถผลิตยาซื้อสามัญใช้ในประเทศและ/หรือ นำเข้ายาที่มีราคาถูกกว่าเพื่อบริการแก่ประชาชนได้³
 - 2.2 ยาที่บรรจุในบัญชีย่อย จ(2) ที่มีระดับความเข้มงวดในการควบคุมสูงสุด เนื่องจากเป็นรายการยาที่มีแนวโน้มการสั่งใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม

รายการยาทั้งสองประเภทต้องมีระบบอนุมัติกำกับการสั่งใช้ บันทึกข้อมูลการใช้และการรายงานผลอย่างต่อเนื่อง¹⁴

^๙ สิทธิบัตรยา (Patent) เป็นหนังสือสำคัญที่ออกให้แก่ผู้ทรงสิทธิ์เพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์หรือการออกแบบผลิตภัณฑ์ ที่เป็นไปตามมาตรา 31 แห่งข้อตกลงเรื่องสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (Intellectual Property) ที่เกี่ยวกับการค้า The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) ในกรณีเวชภัณฑ์เมื่อบริษัทยาพัฒนาวิจัยเวชภัณฑ์ตัวใหม่จะนำมาขึ้นขอรับสิทธิบัตรเพื่อผูกขาดการผลิตและจำหน่ายแต่เพียงผู้เดียว (Monopoly)^๙ โดยสามารถตั้งเพดานราคาสูงตามที่พอใจ เป็นเวลา 20 ปี ทั้งนี้ ผู้ผลิตยาสามารถยื่นขอรับสิทธิบัตรยาในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรที่กรมทรัพย์สินทางปัญญาซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยงานพิจารณา โดยเมื่อบริษัทได้รับสิทธิบัตรจะได้รับความคุ้มครองนับตั้งแต่วันยื่นคำขอจนถึงสิ้นอายุสิทธิบัตรดังนั้นผู้ผลิตยาซื้อสามัญอื่นจะไม่สามารถดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับยา หรือ สิ่งประดิษฐ์นั้นๆ ได้

เวชภัณฑ์

ลักษณะจำเพาะ

ยากำพรั้าและ กลุ่มยาต้านพิษ (Antidote)

- 1 ยาที่มีความจำเป็นในการใช้บำบัดรักษาเฉพาะโรคโดยที่ไม่มียาอื่นใช้ทดแทนได้ในเวลาที่ต้องใช้ยา¹⁵
- 2 ยาที่มีความเร่งรีบในการเข้าถึงเพื่อใช้บำบัดรักษา ช่วยชีวิตและป้องกันความพิการของผู้ป่วย มักมีภาวะขาดแคลนยา เนื่องจากมีจำนวนจำกัดในการสำรองยา ยาที่ไม่ครอบคลุมประเภทสารพิษที่ก่อโรคในประเทศ หน่วยบริการไม่มีสำรอง/ไม่รู้แหล่งสำรองยา¹⁶
- 3 ยาที่ต้องมีการประกันการซื้อขั้นต่ำ เนื่องจากมีจำนวนการใช้ที่ไม่แน่นอนตามการเกิดโรคที่น้อย ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ส่งผลให้บริษัทยาไม่ผลิต/บริการยาดังกล่าว เพราะมีความเสี่ยงด้านการลงทุน⁴

ยาที่จำเป็น ต้องมีผู้เชี่ยวชาญ และระบบเฉพาะ ในการจัดการ

ยาที่ต้องมีการจัดหา จัดเก็บและกระจายยาผ่านห่วงโซ่ความเย็นที่ได้มาตรฐานเพื่อคงประสิทธิภาพและลดการสูญเสียยาที่มีอยู่อย่างจำกัด ได้แก่ วัคซีนประเภทต่างๆ¹² และเป็นยาที่ต้องมีระบบการจัดการคลังยาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาหมดอายุ และการประมาณการใช้ยาตลาดเคลื่อน เช่น น้ำยาล้างไต CAPD⁷ เป็นต้น

เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

ประเภทอุปกรณ์ทางการแพทย์
และอวัยวะเทียมต่างๆ

ผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นต่อกระบวนการรักษา ได้แก่

- 1 อวัยวะเทียมที่มีราคาแพง⁵ ได้แก่ ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดโคโรนารี (stent) เลนส์แก้วตาเทียม สำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นต้น
- 2 อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ได้แก่ ถังยางอนามัย สาย Tenckhoff สายล้างไตทางช่องท้อง สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสำหรับบริการ Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) เป็นต้น¹⁷



ลักษณะจำเพาะของเวชภัณฑ์ข้างต้นทำให้เกิดการเข้าถึงเวชภัณฑ์อย่างจำกัด ผู้ที่สามารถเข้าถึงเวชภัณฑ์และได้รับการทางสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มยาราคาแพงและอวัยวะเทียม มักจำกัดเฉพาะประชากรที่อาศัยในเขตเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่มีกำลังทรัพย์สูง¹⁸ และกลุ่มผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ¹⁹ ขณะที่ผู้ป่วยภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพฯ และสิทธิประเภทอื่นมักประสบปัญหาในการเข้าถึงทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ⁷ อันเนื่องมาจากปัจจัย 2 ประการ สรุปได้ดังนี้



1

ข้อจำกัดด้านศักยภาพในการให้บริการเวชภัณฑ์กลุ่มโรคเฉพาะของหน่วยบริการ เนื่องจากการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ดังกล่าวต้องการผู้ที่มีประสบการณ์ ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อการจัดการที่เหมาะสมตามลักษณะของเวชภัณฑ์แต่ละประเภท³ อีกทั้ง การสำรองเวชภัณฑ์ในกลุ่มที่มีราคาแพง ให้กับผู้ป่วยจำนวนน้อย และมีอุบัติการณ์เกิดโรคไม่แน่นอนในระดับหน่วยบริการจะกลายเป็นภาระงบประมาณอย่างมหาศาล โดยเฉพาะความสูญเสียในการจัดหาภายใต้งบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวที่จำกัดเพดานค่าใช้จ่ายตามรายการสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันฯ¹⁷

2

ขาดการอภิบาลเวชภัณฑ์ในระดับนโยบาย เนื่องจากขาดการวางแผนออกแบบกลไกกลางและนโยบายสำหรับจัดการเวชภัณฑ์ที่มีปัญหาในการเข้าถึงอย่างจริงจังและเป็นระบบ²⁰ ตลอดจนกระบวนการจัดหาไม่มีประสิทธิภาพ กระบวนการสำรองและกระจายเวชภัณฑ์ไม่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงของประชาชนทั้งในด้านการกายภาพและด้านเศรษฐศาสตร์¹³

ข้อจำกัดดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางยาของประเทศ อันเป็นผลจากภาวะขาดแคลนของเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพสำหรับโรคเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ²¹ ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยต้องรอคอยเพื่อได้รับเวชภัณฑ์เฉพาะโรคของตนเป็นระยะเวลายาวนาน หรือ ไม่สามารถได้รับเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอและทันการณ์ ส่งผลให้ประสบกับความพิการ หรือ เสียชีวิตจากภาวะโรคในระหว่างการรอคอย อันเป็นสภาพปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่ไม่อาจยอมรับได้²²

ด้วยเหตุนี้ สปสช. จึงได้พัฒนากลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศขึ้น เพื่อเป็นกลไกกลางในการจัดการเวชภัณฑ์จำเป็นเฉพาะกลุ่มที่มีลักษณะจำเพาะที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงของประชาชนและต้องการการบริหารจัดการโดยส่วนกลาง โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ที่ครอบคลุมการเสริมสร้างการเข้าถึงเวชภัณฑ์และบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนและการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณ และระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1

เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงเวชภัณฑ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรง โรคหายาก โรคเรื้อรัง และปกป้องกลุ่มผู้ป่วยจากความเสี่ยงในการล้มละลายการจ่ายค่ารักษาพยาบาล¹⁸

2

เพื่อจัดระบบอภิบาลที่ครอบคลุมงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อจัดหาเวชภัณฑ์ที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มโรค ซึ่งเป็นเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดี มีประสิทธิภาพ ราคาประหยัดเพียงพอต่อการใช้ในผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนเป็นการส่งเสริมการพัฒนางานบริการอย่างต่อเนื่อง⁷ ที่นำไปสู่การใช้เวชภัณฑ์จำเป็นอย่างสมเหตุผลของผู้ป่วยและการได้รับบริการทางสุขภาพที่จำเป็นได้ในเวลาที่ต้องการ

3

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพความคุ้มค่าต้องงบประมาณทำให้เกิดความยั่งยืนของระบบบริการ ความเชื่อมั่นต่อบริการแก่ผู้ป่วย ลดภาระงาน สร้างแรงจูงใจแก่หน่วยบริการ³ สามารถจัดการปัญหาตามลักษณะเฉพาะของเวชภัณฑ์ และส่งเสริมธรรมาภิบาลในการบริหารงานในทุกขั้นตอน

ในการบริหารจัดการกลไกการต่อราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ สปสช. ได้นำแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกในด้านการเสริมสร้างการเข้าถึงเวชภัณฑ์จำเป็นของประชาชนและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นหลักการขับเคลื่อนกระบวนการทำงานของกลไกดังกล่าวใน 4 มิติ ดังนี้

1

การจัดให้มีเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำรองอย่างเพียงพอต่อความจำเป็นในการใช้
(Ensure Availability of Quality Product)

- จัดให้มีเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกันในระบบอย่างเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย

2

การพัฒนาระบบการเข้าถึงเวชภัณฑ์ของประชาชนในทุกสิทธิ
(Improve Equitable Access)

- จัดหาผ่านหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อกระจายเวชภัณฑ์ที่รวดเร็ว และจัดช่องทางอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงของประชาชนทุกพื้นที่ ทุกโรค และทุกสิทธิอย่างเสมอภาค

3

การส่งเสริมการใช้เวชภัณฑ์อย่างสมเหตุผล [ถูกคน ถูกโรค ถูกเวลา ถูกปริมาณ]
(Encourage Appropriate Use)

- มีระบบสารสนเทศเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพื่อกำกับการใช้

4

การควบคุมราคาเวชภัณฑ์จำเป็นให้มีความเหมาะสม
(Keep Costs Affordable)

- เพื่อความคุ้มค่าในการจัดซื้อ และเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบบริการและเพื่อควบคุมงบประมาณ

3

รูปแบบการจัดหาเวชภัณฑ์

กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ เป็นการบริหารจัดการคู่ขนานกับการจัดหาเวชภัณฑ์ทั่วไป (Routine Service) และเวชภัณฑ์และบริการทางการแพทย์อื่นๆ ในรายการสิทธิประโยชน์ ซึ่งอยู่ภายใต้งบประมาณจ่ายรายหัวของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่หน่วยบริการเป็นผู้ดำเนินการจัดหาเอง⁷ กลไกดังกล่าวนี้ เป็นกระบวนการจัดการเวชภัณฑ์จำเป็นอย่างเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาในการเข้าถึง โดยเวชภัณฑ์เหล่านั้นต้องบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว เวชภัณฑ์ประเภทนี้จะมีการจัดการงบประมาณในลักษณะของกองทุนโรค/กองทุนเวชภัณฑ์ และจัดให้มีการสนับสนุนค่าบริการเวชภัณฑ์ประเภทดังกล่าวแก่หน่วยบริการ ร่วมกับการจัดระบบบันทึกข้อมูลเวชภัณฑ์ เพื่อการติดตามประเมินผลด้วย เวชภัณฑ์ที่บริหารจัดการรวมระดับประเทศมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5 ของมูลค่าการบริโภคยาทั้งประเทศต่อปี¹³ รายละเอียด ดังภาพต่อไปนี้

ส่วนกลางเป็นผู้จัดหาเวชภัณฑ์

ส่วนกลางเป็นผู้จัดหาเวชภัณฑ์ (มูลค่าราว 5% ของมูลค่าการบริโภควาทั้งประเทศต่อปี)³ คือ กลุ่มเวชภัณฑ์จำเป็นภายใต้โครงการพิเศษ ที่ได้รับการสนับสนุน/ชดเชยเป็นเวชภัณฑ์ ในปี 2562 มีจำนวน 10 โครงการ จำนวน 143 รายการเวชภัณฑ์ มีมูลค่ารวม 14,289.50 ล้านบาท ได้แก่

- โครงการยาต้านไวรัสเอดส์ ARV
- โครงการยาที่ใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing: CL)
- โครงการยากำพร้าและยาด้านพิษ
- โครงการวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program for Immunization: EPI) และวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
- โครงการยาบัญชี จ(2)
- โครงการการล้างไตผ่านช่องท้องด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) และ ยา Erythropoietin (EPO)
- โครงการ สายล้างไตทางช่องท้อง Tenckhoff (TK) สำหรับผู้ป่วย CAPD
- โครงการยารักษาโรค
- โครงการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม
- โครงการถุงยางป้องกันเอดส์

หน่วยบริการเป็นผู้จัดหา

หน่วยบริการเป็นผู้จัดหา (95% ของมูลค่าการบริโภควาทั้งประเทศต่อปี)³ หน่วยบริการจัดหาเอง ตามรายการบัญชียาของหน่วยบริการ มีรูปแบบการจัดหาจัดซื้อที่หลากหลาย เช่น การจัดซื้อแบบรายย่อย การจัดซื้อรวมในระดับเขต ระดับภูมิภาค เป็นต้น ประกอบด้วย

- เวชภัณฑ์ทั่วไป
- เวชภัณฑ์และบริการทางการแพทย์อื่นๆ ในรายการสิทธิประโยชน์ ซึ่งอยู่ภายใต้งบประมาณจ่ายรายหัวของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ
- กลุ่มเวชภัณฑ์จำเป็นที่ได้รับการสนับสนุนเป็นเงินตามเพดานราคาเบิกจ่าย ดำเนินการจัดหาและต่อรองโดยส่วนกลาง ที่หน่วยบริการเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อเอง

เวชภัณฑ์ที่จัดหาภายใต้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่



กลุ่มเวชภัณฑ์ที่ส่วนกลางสนับสนุนเป็นเวชภัณฑ์ เป็นผู้จัดหา ครบวงจร หน่วยบริการจะได้รับการสนับสนุน/ชดเชยเป็น เวชภัณฑ์ โดยมีการจัดระบบอภิบาลครอบคลุมตั้งแต่ การคัดเลือก การจัดหาและการกระจาย รายการเวชภัณฑ์ในกลุ่มนี้ ต้องการการรวมความเสี่ยงสู่ศูนย์กลาง (risk pooling)²³ เพื่อ บริหารความเสี่ยงและเพื่อป้องกันการเข้าถึงเวชภัณฑ์จำเป็น ที่มีลักษณะจำเพาะที่ต้องการกลไกกลางในการจัดการใน ระดับประเทศ ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านเวชภัณฑ์ เพื่อป้องกันโรคและลดอัตราการสูญเสียชีวิต ความพิการ ความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยจากโรค เฉพาะและกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงจนอาจทำให้ครัวเรือนล้ม ละลายและเพื่อควบคุมภาระงบประมาณของประเทศ²⁴

2

กลุ่มเวชภัณฑ์ที่ได้รับการสนับสนุนเป็นเงิน²⁵ ตามกรอบเพดานการเบิกจ่ายที่กำหนด เป็นกลุ่มเวชภัณฑ์ที่ผ่านกระบวนการจัดหาและต่อรองราคาโดยส่วนกลาง โดยมอบหมายให้หน่วยบริการเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อเอง เวชภัณฑ์ในกลุ่มนี้ มีลักษณะ ดังนี้

- 2.1** มีผู้จำหน่ายซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ เช่น ยา Clopidogrel ที่สามารถผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมเพื่อใช้ในประเทศได้เอง ในปี 2563³
- 2.2** มีการแข่งขันด้านราคาในระบบตลาดมากขึ้น หรือมีผู้จำหน่ายมากกว่า 3 รายขึ้นไป
- 2.3** สามารถดำเนินการต่อรองราคาระดับประเทศ โดยผู้จำหน่ายยินยอมจำหน่ายในราคาเดียวกันสำหรับทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพ และประกันการจำหน่ายให้หน่วยบริการทุกพื้นที่ เช่น ยา Clodipirogre, ยา Risperidone, ยา Sertraline, และ ยา Erythropoietin เป็นต้น

4

การเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนากลไก การต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ

การจัดตั้งกลไกการต่อรองและจัดซื้อรวมระดับประเทศเพื่อนำไปสู่การจัดหาเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ ถือได้ว่าเป็นผลผลิตจากกระบวนการ ‘เรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา’ ของ สปสช. และเครือข่ายการทำงาน ที่ได้ร่วมจัดการเวชภัณฑ์ที่มีปัญหาในการเข้าถึง ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อยมา การที่ สปสช. เลือกใช้กลไกการต่อรองราคาและการจัดซื้อรวมระดับประเทศในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาในการเข้าถึงนั้น ไม่ได้มีความมุ่งหมายในมิติด้านการเพิ่มอำนาจการต่อรองในการจัดซื้อ หรือการจัดการด้านราคาให้มีความเหมาะสมแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังมี ความมุ่งหมายในด้านมาตรฐานการจัดบริการ ที่ให้ประชาชนทุกสิทธิสามารถเข้าถึงเวชภัณฑ์เดียวกันได้ทั่วประเทศ¹⁴ เช่น การได้รับยาคุณลักษณะเดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับยาต่อเนื่องตลอดชีวิต แม้มีการย้ายสิทธิการรักษา และการปกป้องประชาชนจากโรคที่ทำให้เกิดการล้มละลาย เช่น โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และยังมี ความมุ่งหมายให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ให้บริการที่สนับสนุนการเข้าถึงเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม⁸

การจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ ในประเทศไทยมีมานานแล้ว เช่น การจัดซื้อวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มโรค (EPI) ที่กรมควบคุมโรคเป็นผู้จัดหา ทั้งนี้ การริเริ่มพัฒนากลไกการต่อรองและจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศสำหรับเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ ที่ดำเนินการโดย สปสช. นั้น เริ่มต้นขึ้นในปี 2549 ที่ สปสช. ได้รับการถ่ายโอนหน้าที่จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นผู้ดำเนินการจัดหาด้านไวรัส HIV ภายใต้กองทุนเอดส์ ที่รัฐบาลไทยได้จัดตั้งขึ้น เป็นเงินจำนวน 2,796.20 ล้านบาท ซึ่งปัญหาที่พบคือ ยาต้านไวรัสมีราคาสูงมาก งบประมาณด้านยาบานปลาย ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยาได้ ส่งผลต่อการควบคุมการระบาดของโรคและการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย^๖ ทั้งนี้ เพื่อจัดการปัญหาดังกล่าว สปสช. จึงได้ร่วมกับภาคประชาสังคม ได้แก่ สมาคมผู้ป่วยโรคเอดส์ องค์การระหว่างประเทศด้านเอดส์ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS) และองค์กรเอกชนต่างๆ ได้ร่วมกันศึกษา วางแผน จัดมาตรการต่อรองและจัดซื้อเพื่อความคุ้มค่าสูงสุด ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย และออกแบบการกระจายยาต้านไวรัส HIV อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงยาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสและเสียชีวิตน้อยลง และการควบคุมโรคในประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

การบริหารจัดการเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศสำหรับโรคเอดส์ ทำให้เพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยเอดส์อย่างรอบด้าน โดยมีการดำเนินงานด้านต่างๆ ประกอบด้วย

- 1 การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศและฐานข้อมูลผู้ป่วย (National AIDS Program: NAP) ทำให้เกิดการวางแผน การรักษาและการสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างบูรณาการ^๗
- 2 การส่งเสริมการผลิตยาสูตรยาจีพีโอเวียร์โดยองค์การเภสัชกรรม เพื่อใช้เองในประเทศ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ทั่วไป และการวางแผนการซื้อ กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยาและจัดหายาผ่านองค์การเภสัชกรรมที่กระจายยาผ่านระบบ Vender-Managed Inventory (VMI) ถึงหน่วยบริการโดยตรง เพื่อควบคุมคุณภาพยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและลดความเสี่ยงในผู้ป่วยที่จะมีภาวะเชื้อดื้อยา ลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ป่วยลงได้^๗
- 3 การดำเนินการ ‘ใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร’ ในยาผู้ป่วยเอดส์ 2 ชนิด ที่เป็นยาต้นแบบมีเอกสิทธิ์คุ้มครองจากสิทธิบัตร เพื่อสามารถนำเข้าและผลิตยาชื่อสามัญที่มีราคาถูกลง บริการแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ยา Efavirenz เพื่อใช้ทดแทนยาสูตรเริ่มต้นที่มีผลข้างเคียง และ ยา Lopinavir/Ritonavir เพื่อใช้ในกรณีผู้ป่วยดื้อยา จากการเสนอโดย สปสช. และการผลักดันโดยคณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านเวชภัณฑ์โดยรัฐ เพื่อให้สามารถบริการยาแก่ผู้ป่วยในราคาที่ถูกลงอย่างมาก โดยมีผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านไวรัสเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นถึงราว 10,000 คน ในปีแรกของการดำเนินงาน จากเดิมเพียง 69 คนเท่านั้น^๘
- 4 ยกระดับการใช้สูตรยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมกันทั้ง 3 กองทุน (Harmonisation) ได้แก่ กองทุนเอดส์ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาล จะได้ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการเปลี่ยนยาเนื่องจากยาบางรายการของบางกองทุนอาจไม่ครอบคลุม^{๒๑}

5

บทบาทของ สปสช. ภายใต้กลไกการต่อรองราคา และการจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ

สปสช. ในฐานะตัวแทนประชาชน มีบทบาทหลักในการแก้ไข
ปัญหาการเข้าถึงเวชภัณฑ์อย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงเครือข่าย
คณะทำงานฝ่ายต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความ
โปร่งใสในการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ ดังนี้

1

เป็นผู้ประสานงานที่เสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาค
ส่วน³ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย องค์กรภาคประชาสังคม หน่วย
บริการต่างๆ สมาคมแพทย์ ราชวิทยาลัย บริษัทฯ เป็นต้น
เพื่อสร้างเวทีระดมสมอง ที่ดำเนินการในรูปแบบของคณะ
กรรมการในทุกระดับ ร่วมให้ข้อคิดเห็นและออกแบบการ
บริหารเวชภัณฑ์ที่มีปัญหาในการเข้าถึงแต่ละประเภท โดย
สปสช. มีหน้าที่ รวบรวม ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆ เสนอ
ต่อคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ และรายงานผลการ
ทำงานในแต่ละขั้นตอนแก่คณะทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำ
ไปสู่แผนนโยบาย/การหาทางออกร่วมกัน

2

บริหารจัดการกองทุนโรคและเวชภัณฑ์ตามโครงการพิเศษ สปสช. มีบทบาทหลักในการสนับสนุนด้านทรัพยากรและข้อมูลเพื่อการผลักดันให้เกิดการจัดบริการเวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับเครือข่ายการทำงานต่างๆ เช่น หน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี ศูนย์พิษวิทยาโรงพยาบาลรามาธิบดีและโรงพยาบาลศิริราช องค์การเภสัชกรรม กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น เพื่อร่วมวางแผน จัดระบบควบคุมคุณภาพเวชภัณฑ์ จัดระบบคลังเวชภัณฑ์ที่เน้นความโปร่งใส ตรวจสอบและรายงานผลได้ในทุกขั้นตอน ดังนี้

2.1 การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลที่เชื่อมโยงครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วย หน่วยบริการ และคลังเวชภัณฑ์²⁹ เป็นฐานข้อมูลในการบริหารเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการกำกับ ติดตามและประเมินการใช้เวชภัณฑ์ทั้งผู้ให้และรับบริการให้เป็นไปตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สามารถตรวจสอบผลการดำเนินการทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

2.2 การวางแผน กำกับ การ และประสานงานหน่วยงานที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน ในปี 2550 – 2560 สปสช. มีบทบาทหลักในการดำเนินการจัดหาเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ ผ่านองค์การเภสัชกรรม โดยในปี 2561 เป็นต้นมา ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการจัดหา โดยมอบหมายให้เครือข่ายหน่วยบริการราชวิถีร่วมกับองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ทำหน้าที่จัดหา ต่อบริการ จัดซื้อ สำรองและกระจายยา แทน สปสช. โดย สปสช. มีหน้าที่ในการกำกับ ตรวจสอบ และจ่ายเงินตามกำหนดเป็นงวดแก่เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถี และกำกับ ติดตามการทำงาน ให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานต่างๆ²⁶

6

ปัจจัยที่เอื้อต่อการพัฒนากลไก การต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ ที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

ข้อค้นพบประการสำคัญที่นำไปสู่การวางกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ สำหรับเวชภัณฑ์ที่มีปัญหาในการเข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในรูปแบบของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ และระบบสารสนเทศสำหรับบริหารคลังเวชภัณฑ์²¹ ตามรายละเอียด ดังนี้

6.1

พัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ในการดำเนินกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อจัดจ้างระดับประเทศมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความเห็นชอบและการประสานร่วมมือเพื่อการทำงานร่วมกันจากหลายภาคส่วน โดยมีการจัดโครงสร้างคณะกรรมการ/ อนุกรรมการและคณะทำงานฝ่ายต่างๆ แบ่งตามความเชี่ยวชาญ ซึ่งถือเป็นศูนย์กลางของกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อจัดจ้างระดับประเทศ หากเปรียบกับร่างกายของสิ่งมีชีวิต ก็ถือเป็นสมองและหัวใจของระบบ ที่เป็นการระดมสรรพกำลังและการมีส่วนร่วมจากจัดตั้งเป็นภาคีเครือข่ายคณะทำงานทุกภาคส่วน³ ประกอบด้วย

1

กลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มผู้ป่วย และผู้แทนจากภาคประชาสังคม

2

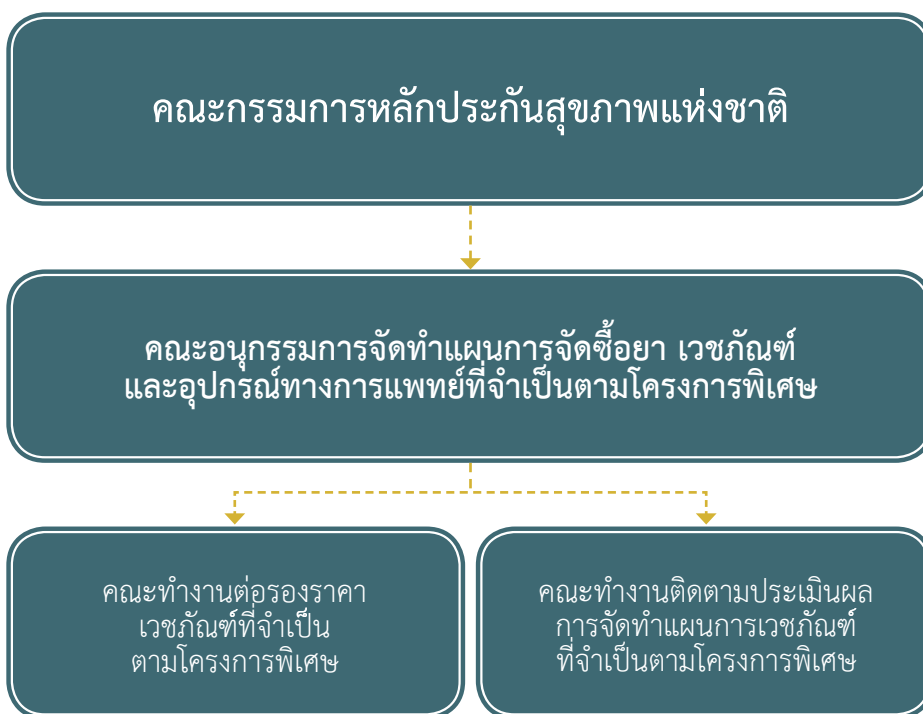
กลุ่มผู้ให้บริการ ในที่นี้รวมหน่วยงานภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เช่น เครือข่ายหน่วยบริการราวิถี กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สปสช. 13 เขต เป็นต้น

3

กลุ่มนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยต่างๆ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สมาคมแพทย์หัวใจ สภาอากาศไทย ศูนย์พิษวิทยา ราวิธียาลัยต่างๆ เป็นต้น

4

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เช่น องค์กรเภสัชกรรม
สถานเสาวภา โรงงานเภสัชกรรมทหารสังกัดกระทรวง
กลาโหม กลุ่มอุตสาหกรรมยาและบริษัทยา เป็นต้น



ภาพที่ 2 โครงสร้างการทำงานกลไกการต่อรอง
และจัดซื้อรวมระดับประเทศ (ปี 2561 – ปัจจุบัน)

ผู้แทนจากหน่วยงานดังกล่าวต่างมีบทบาทหลักร่วมกันในการดำเนินการจัดการเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษอันได้แก่ การออกแบบ การตัดสินใจ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากมุมมองที่มีความหลากหลายครอบคลุมด้านเศรษฐศาสตร์ เวชศาสตร์ สังคมศาสตร์ และอื่นๆ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ผลการศึกษาวิจัยในด้านประสิทธิภาพการรักษา และผลกระทบต่อบุคคล เป็นต้น เพื่อพิจารณาถึงความคุ้มค่า ความจำเป็น การตอบสนองความต้องการของประชาชนและเพื่อการวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

โครงสร้างคณะกรรมการและคณะทำงานภายใต้กลไกการต่อรองและจัดซื้อรวมระดับประเทศ ประกอบด้วย³

► 6.1.1

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการคณะกรรมการ คณะกรรมการชุดนี้มีบทบาทหลักที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ ได้แก่ การกำหนดรายการสิทธิประโยชน์ การอนุมัติการดำเนินงานของ สปสช. การจัดทำงบประมาณประจำปี และการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่รับผิดชอบดูแลกลไกการต่อรองราคา และจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ

▶ 6.1.2

คณะกรรมการ แบ่งออกเป็น 2 คณะตามช่วงเวลา
ดังนี้

▶ 6.1.2.1

คณะกรรมการคัดเลือกเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมี
ปัญหาในการเข้าถึงของประชาชนในระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า (ปี 2552 - 2560) แต่งตั้งเมื่อวันที่
24 มีนาคม พ.ศ. 2552 มีองค์ประกอบเป็นผู้แทนจาก
หลายภาคส่วน จำนวน 21 คน ได้แก่ นักวิชาการ ผู้แทน
จากกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาระบบ
ยาแห่งชาติ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค ผู้แทนภาคประชา
สังคมและผู้ป่วย เป็นต้น ในช่วงแรกนี้ สปสช. ได้ดำเนินการ
จัดการดูแลระบบบริหารจัดการเวชภัณฑ์จำเป็น
ระดับประเทศทั้งกระบวนการ ตั้งแต่การคัดเลือก การ
จัดหาและการกระจายเวชภัณฑ์ภายใต้การกำกับดูแล
ของคณะกรรมการชุดนี้ ทั้งนี้ ได้มีการจัดตั้งคณะทำงาน
ฝ่ายต่างๆ จำนวน 8 ชุด เพื่อร่วมขับเคลื่อนนโยบาย
การเพิ่มการเข้าถึงยาของประชาชนสู่การปฏิบัติ ได้แก่

- 1 คณะทำงานพัฒนาระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ที่
มีไข้ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 2 คณะทำงานพัฒนาการตรวจสอบระบบ VMI การ
เบิกจ่ายยา ARV, TB, ยาบัญชี จ(2) และยาบังคับ
ใช้สิทธิ
- 3 คณะทำงานประสานงานและพัฒนาระบบงาน
ร่วมระหว่าง สปสช.และองค์การเภสัชกรรม
- 4 คณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการ
บริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ ในโครงการร่วม
ระหว่าง สปสช. และองค์การเภสัชกรรม
- 5 คณะทำงานบริหารโครงการความร่วมมือเพื่อเพิ่ม
การเข้าถึงยาขับเคลื่อนหลักของผู้ป่วยธาลัสซีเมียใน
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 6 คณะทำงานพัฒนาระบบการจัดหาและกระจาย
วัคซีนผ่านระบบ VMI
- 7 คณะทำงานพัฒนานโยบายแก้ไขปัญหายากำพร้า
- 8 คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้าน
เภสัชกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

▶ 6.1.2.2

คณะอนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ (ปี 2561 – ปัจจุบัน) แต่งตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ตามมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องการปรับปรุงกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ สำหรับการจัดหาเวชภัณฑ์จำเป็นภายใต้โครงการพิเศษ ให้มีความสอดคล้องกับขอบข่ายงานที่กำหนดตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะอนุกรรมการชุดนี้ มีองค์ประกอบเป็นผู้แทนที่มาจากภายนอก สปสช. มากขึ้น โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานอนุกรรมการ และมีผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งจากในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนภาคประชาสังคม เครือข่ายโรงพยาบาลรัฐ และผู้แทนจากโรงพยาบาลเอกชน ผู้บริหารแผนงานที่เกี่ยวข้องของ สปสช. และมีฝ่ายเลขานุการร่วมจาก สปสช. ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงานบริหารยาและเวชภัณฑ์ (สбы.) สปสช. ผู้แทนเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี องค์การเภสัชกรรม และกองบริหารการสาธารณสุข รวมทั้งสิ้น 36 คน โดยมีหน้าที่จัดทำข้อเสนอรายการและแผนความต้องการจัดซื้อ ควบคุมและกำกับการต่อรองราคาฯ กำกับติดตามให้มีการจัดซื้อจัดหาและควบคุมคุณภาพตามแผนความต้องการและสอดคล้องกับคุณสมบัติที่กำหนด รวมทั้งสนับสนุนระบบบริหารจัดการให้มีความต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการชุดนี้ จำนวน 2 คณะ ได้แก่

- 1 คณะทำงานต่อรองราคาเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ
- 2 คณะทำงานติดตามประเมินผลการจัดทำแผนการเวชภัณฑ์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ

6.2

การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อจัดกลไกการต่อรองราคา และจัดซื้ออรรระดับประเทศ

ระบบสารสนเทศเพื่อจัดกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้ออรรระดับประเทศ เป็นระบบธุรกรรมการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่เชื่อมโยงระหว่าง สปสช. หน่วยบริการ ผู้ป่วย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการสำรองและกระจายเวชภัณฑ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลการสั่งใช้เวชภัณฑ์ภายใต้กลไกการต่อรองฯ สำหรับบริหารจัดการสนับสนุนค่าบริการ ระบบดังกล่าวมีขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการสำรองและกระจายเวชภัณฑ์ โดยระบบสารสนเทศนี้จะสามารถประมวลผลและรายงานผลการใช้เวชภัณฑ์ พร้อมเอกสารหลักฐานการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับเวชภัณฑ์รายการนั้นๆ ได้เป็นรายบุคคล²⁷ ซึ่งข้อมูลที่บันทึกในระบบนี้สามารถนำมาใช้ในการจัดการคลังสำรองและการกระจายเวชภัณฑ์ โดยผู้ปฏิบัติงานสามารถจัดทำสรุปสถานการณ์การใช้รายการเวชภัณฑ์ประเภทต่างๆ เพื่อการตรวจสอบและรายงานผลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการวางแผนในการจัดซื้อได้อีกด้วย²⁸ ระบบดังกล่าวประกอบด้วย 2 ระบบฐานข้อมูล ได้แก่

▶ 6.2.1

ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ เป็นระบบบันทึกข้อมูลที่ออกแบบตามประเภทของเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษที่มีความแตกต่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์และขั้นตอนการใช้งานตามลักษณะจำเพาะของเวชภัณฑ์แต่ละประเภท ข้อมูลที่หน่วยบริการต้องบันทึกจะประกอบด้วยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคของผู้ป่วยในแต่ละราย พร้อมจำนวนและประเภทของเวชภัณฑ์ที่สั่งใช้ในแต่ละรอบการสั่ง ตลอดจนเอกสาร/รายละเอียดการขออนุมัติสั่งใช้เวชภัณฑ์ต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้ ระบบสารสนเทศนี้แบ่งออกเป็น 3 ระบบหลัก ได้แก่

▶ 6.2.1.3

ระบบ Vender-Managed Inventory (VMI) เป็นระบบสารสนเทศที่พัฒนาโดยองค์การเภสัชกรรมร่วมกับ สปสช. เพื่อการจัดการคลังเวชภัณฑ์จำเป็นภายใต้โครงการพิเศษที่มีการชดเชยเป็นยา สำหรับการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ที่องค์การเภสัชกรรมและบริษัทกระจายสินค้าเป็นผู้จัดเก็บ³ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กรณีได้แก่

1

กรณีเบิกชดเชยเวชภัณฑ์ตามปริมาณการใช้และความต้องการของหน่วยบริการ ที่หน่วยบริการได้รับอนุมัติเบิกจ่ายเวชภัณฑ์จากสปสช. ผ่านระบบ DMIS สำหรับกลุ่มเวชภัณฑ์เฉพาะโรค เอ็ดส์ วัณโรคและโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และ/หรือ จากระบบบัญชียา จ(2) เฉพาะรายการที่กำหนด ยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดโคโรนารี (Stent) เป็นต้น⁷

2

กรณีสั่งใช้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) วัคซีนใช้ขวดใหญ่ตามฤดูกาลและถุงยางอนามัยสำหรับผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น³⁰

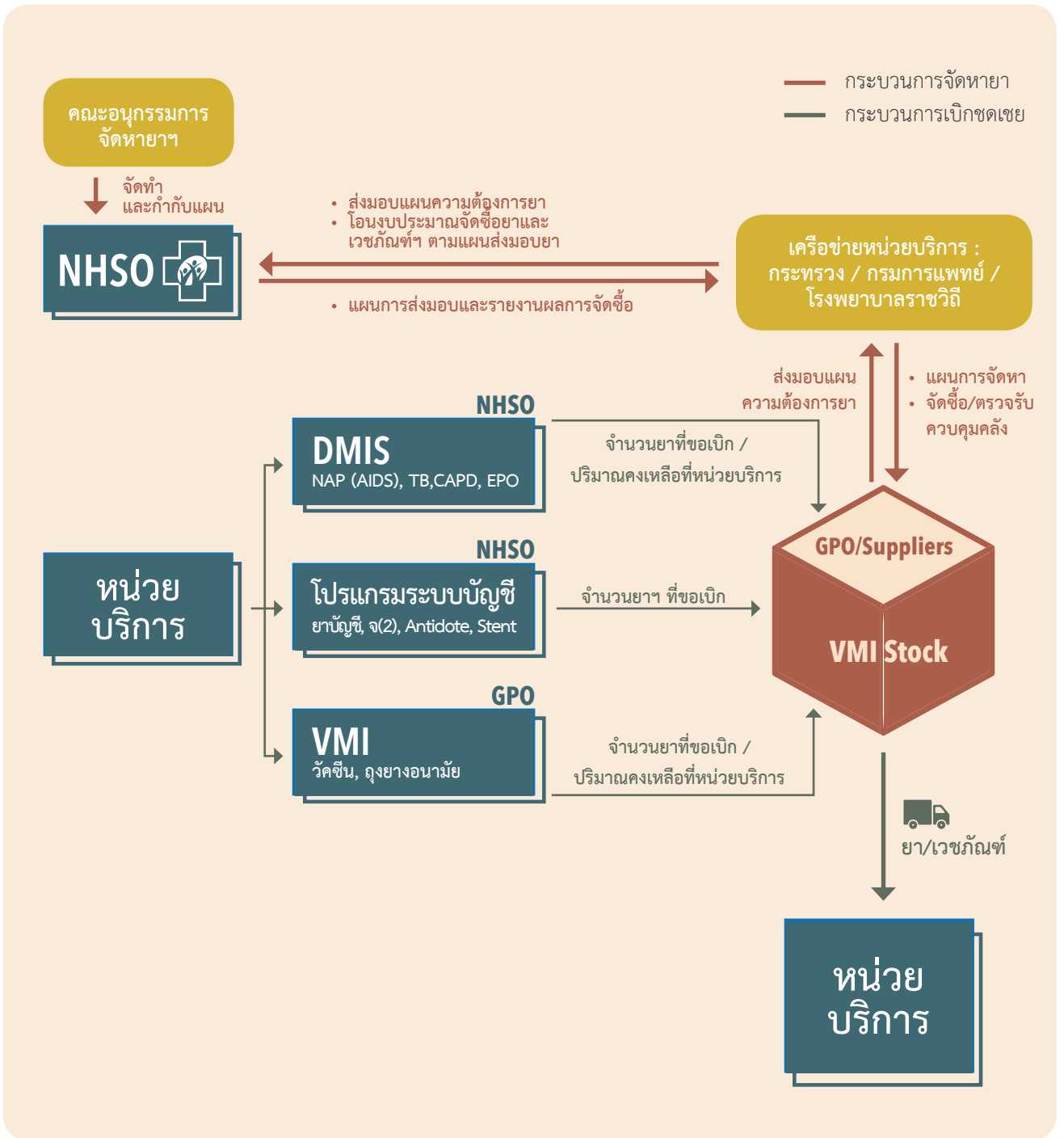
ระบบ VMI จะกำหนดเพดานขั้นสูง-ต่ำของปริมาณเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมในการสำรองที่หน่วยบริการแต่ละแห่ง เพื่อไม่ให้เกิดการสำรองเวชภัณฑ์ค้างสต็อกมากเกินไป หรือ สำรองไม่เพียงพอกับปริมาณความต้องการ ทั้งนี้ ในการอนุมัติเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ หน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบตามข้อกำหนดเพื่อขออนุมัติสั่งใช้เวชภัณฑ์ให้แก่ผู้ป่วยจาก สปสช. เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงจะสามารถบริการเวชภัณฑ์แก่กลุ่มผู้ป่วย/ กลุ่มเป้าหมายได้ เมื่อได้รับอนุมัติสั่งใช้เวชภัณฑ์ ระบบฯ จะมีการบันทึกข้อมูลเพื่อเตรียมการส่งยอดการเบิกจ่ายไปยังคลังยาขององค์การเภสัชกรรม (เดือนละ 2 ครั้ง) ในรูปแบบของใบสั่งซื้อ เพื่อจัดเตรียมการกระจายเวชภัณฑ์ตามปริมาณที่ได้รับอนุมัติ ส่งถึงคลังเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการโดยตรง¹⁷ และระบบสรุปยอดจัดซื้อต่อเดือนแยกตามรายหน่วยบริการต่อไป รายละเอียด ดังภาพที่ 3

▶ 6.2.1.1

ระบบ Disease Management Information System (DMIS)¹⁷ เป็นระบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังประเภทต่างๆ ที่เข้ารับเวชภัณฑ์และบริการอย่างต่อเนื่อง ระบบนี้มีการจัดระบบย่อยแบ่งตามประเภทของโรค เช่น ระบบ National AIDS Program (NAP)²⁹ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ ระบบ DMIS-Tuberculosis (TB)³⁰ สำหรับผู้ป่วยวัณโรค และระบบ DMIS-Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)³¹ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โดย สปสช. เป็นผู้พัฒนาและดูแลระบบฐานข้อมูลดังกล่าว

▶ 6.2.1.2

ระบบบัญชีแยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ เป็นระบบบันทึกข้อมูลเพื่อขออนุมัติสั่งใช้เวชภัณฑ์เฉพาะ ซึ่งในการสั่งใช้แต่ละครั้งหน่วยบริการดำเนินการขออนุมัติสั่งใช้โดยผู้เชี่ยวชาญที่กำหนด เพื่อให้ สปสช. เป็นผู้อนุมัติได้แก่ ระบบการเบิกจ่ายยาบัญชี จ(2) เฉพาะรายการที่กำหนด ระบบเบิกจ่ายยากำพร้าและยาต้านพิษ และระบบเบิกจ่ายขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดโคโรนารี (Stent) โดย สปสช. เป็นผู้พัฒนาและดูแลระบบฐานข้อมูลนี้²⁶



ภาพที่ 3 ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ

▶ 6.2.2

ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ หรือ ระบบ e-claim (<https://eclaim.nhso.go.th/webComponent/>) สำหรับกลุ่มเวชภัณฑ์ที่มีการชดเชยเป็นเงิน ระบบดังกล่าวนี้ เป็นฐานข้อมูลกลางเพื่อบันทึกข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ของหน่วยบริการ สำหรับหน่วยบริการเพื่อขออนุมัติสนับสนุน/ชดเชยเป็นเงินค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการเวชภัณฑ์จาก สปสช. ตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด¹⁷

7

กระบวนการภายใต้กลไกการต่อรองราคา
และจัดซื้อรวมระดับประเทศ

กระบวนการภายใต้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ กระบวนการคัดเลือก กระบวนการจัดหา การสำรองและกระจายเวชภัณฑ์ รายละเอียดดังภาพต่อไปนี้

การคัดเลือก [ดำเนินการร่วมกันโดย คณะอนุกรรมการฯ คณะทำงานคัดเลือกฯ และ สปสช.]

1. การเปิดรับข้อเสนอแนะด้านเวชภัณฑ์ที่มีปัญหาในการเข้าถึงและจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ส่วนกลางจากผู้เชี่ยวชาญ จากภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ป่วย
2. การจัดลำดับความสำคัญ เลือกประเภทเวชภัณฑ์เพื่อดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบเชิงนโยบาย เพื่อการพิจารณากลับกรองตามลำดับชั้น
3. กำหนดและเสนอรายการยาต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเข้าสู่กระบวนการกลไกการต่อรองและจัดซื้อรวมระดับประเทศ



การจัดหา [ดำเนินการร่วมกันโดย เครือข่ายฯ ราชวิถี องค์การเภสัชกรรม คณะอนุกรรมการฯ คณะทำงานกำกับ ติดตามการจัดหาฯ และ สปสช.]

1. การต่อรองราคารวม ประกอบด้วย การวางแผนความต้องการจัดซื้อเพื่อขออนุมัติงบประมาณ การจัดทำคุณลักษณะเฉพาะเวชภัณฑ์ การจัดหา การต่อรองราคารวม การกำหนดราคา ที่จะจัดซื้อและการประกันคุณภาพเวชภัณฑ์
2. การจัดซื้อรวม ประกอบด้วย การจัดซื้อจัดหาตามระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง การจัดสรรงบประมาณ ให้ เครือข่ายฯ ราชวิถีตามงวด เพื่อชำระแก่องค์การเภสัชกรรมตามงวดสัญญา



การสำรองและกระจาย [ดำเนินการร่วมกันโดย เครือข่ายฯ ราชวิถี องค์การเภสัชกรรม คณะอนุกรรมการฯ คณะทำงานกำกับ ติดตามการจัดหาฯ และ สปสช.]

1. การจัดส่งเวชภัณฑ์เข้าคลัง โดยมีการตรวจรับ พร้อมกำกับควบคุมคุณภาพตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. การเติมยาสำรองผ่านระบบ VMI (ระยะเวลาสูงสุด 3 เดือน) กำกับติดตามการกระจายเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามเกณฑ์การจ่ายชดเชย ติดตามข้อมูลการใช้และจัดทำรายงานการใช้จ่ายงบประมาณและการรับ-จ่ายเวชภัณฑ์ ประกอบด้วย ผลการจัดหาและบริหารคลัง มูลค่าประหยัด การเข้าถึงเวชภัณฑ์ (จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเวชภัณฑ์) และข้อมูลการกระจายเวชภัณฑ์

ภาพที่ 4 กระบวนการภายใต้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ

7.1

การคัดเลือก

การคัดเลือกเวชภัณฑ์ เป็นกระบวนการเริ่มต้นของกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ สำหรับเวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาในการเข้าถึง เพื่อเข้าสู่การบริหารจัดการในลักษณะโครงการพิเศษภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระบวนการนี้เริ่มต้นจากการรับข้อเสนอและข้อคิดเห็นจากทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การคัดเลือกเวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาในการเข้าถึง (เป็นเวชภัณฑ์ที่ต้องได้รับบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ)³² โดยจะมีการศึกษาถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องผูกพันระยะยาว และต้องผ่านการพิจารณาถ่วงดุลโดยคณะทำงานอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ³ ดังนี้

- 1 การเปิดรับข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น สภาพปัญหา ด้านการเข้าถึงเวชภัณฑ์จำเป็นจากผู้ป่วย ภาคประชาชน และกลุ่มผู้ให้บริการต่างๆ เช่น ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์เฉพาะทาง สมาคมแพทย์ฯ ราชวิทยาลัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เพื่อนำไปสู่การคัดเลือกเวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาในการเข้าถึง (เป็นเวชภัณฑ์ที่ต้องได้รับบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ) โดยจะมีการรวบรวมประเด็นข้อเสนอแนะด้านเวชภัณฑ์ที่มีปัญหาในการเข้าถึงเข้าสู่กระบวนการจัดลำดับความสำคัญ/จำเป็นเร่งด่วน เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาศึกษาอย่างรอบด้าน¹²
- 2 การศึกษาความปลอดภัย ประสิทธิภาพ คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และผลกระทบเชิงนโยบาย โดยทีมนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ที่ร่วมกำหนดแผนการและแนวทางการจัดซื้อ และการออกแบบระบบฐานข้อมูลเพื่อการสำรองและกระจายเวชภัณฑ์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน³³
- 3 คณะทำงานจะดำเนินงานและตัดสินใจบนฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ หลักฐานทางวิชาการ โดยจะใช้ข้อมูลด้านประสิทธิผล คุณภาพ ความปลอดภัย และราคาร่วมกันในการตัดสินใจเสมอ อย่างไรก็ตาม การคัดเลือกจะไม่พิจารณาจากราคาที่ถูกเป็นหลัก แต่จะพิจารณาจากประสิทธิผล ความปลอดภัยและความจำเป็นในการปกป้องประชาชน/ผู้ป่วยจากโรคที่ทำให้ล้มละลายเป็นสำคัญ³⁴
- 4 การนำผลการศึกษาที่ได้รับเข้าพิจารณาในคณะกรรมการสิทธิประโยชน์ของ สปสช.
- 5 การนำเข้าพิจารณาในคณะอนุกรรมการการเงินการคลัง ดูการค่าใช้จ่าย ผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- 6 การนำเข้าพิจารณาในคณะอนุกรรมการประสานยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ร่วมพิจารณากลับกรอง
- 7 การนำเข้าพิจารณาในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 8 การนำเสนอคณะกรรมการหลักประกันฯ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ดำเนินการพิจารณาอนุมัติการจัดหาภายใต้โครงการพิเศษ

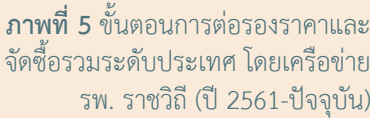
7.2

กระบวนการจัดหาเวชภัณฑ์ภายใต้ โครงการพิเศษ

เมื่อได้รับอนุมัติให้จัดหาเวชภัณฑ์แล้ว เวชภัณฑ์ใหม่รายการดังกล่าวจะเข้าสู่กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ ตามกระบวนการจัดหาเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษที่จะกล่าวในลำดับถัดไป

ในกรณีของเวชภัณฑ์จำเป็นที่จัดหาภายใต้โครงการพิเศษเดิมที่มีการจัดหาต่อเนื่อง คณะทำงานจะมีการรายงานผลการจัดหาจัดซื้อเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษตามรายโครงการต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำทุกปี เพื่อขออนุมัติจัดหาจัดซื้อภายใต้โครงการพิเศษ โดยหากพบว่าเวชภัณฑ์รายการใด มีคุณสมบัติครบ 3 ประการ³ ได้แก่ (1) มีผู้จำหน่ายซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะสามารถบริการเวชภัณฑ์เองได้ (2) มีการแข่งขันด้านราคาในระบบตลาดมากขึ้น หรือมีผู้จำหน่ายมากกว่า 3 รายขึ้นไป และ (3) สามารถดำเนินการต่อรองราคาระดับประเทศ โดยผู้จำหน่ายยินยอมจำหน่ายในราคาเดียวกันสำหรับทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพ และประกันการจำหน่ายให้หน่วยบริการทุกพื้นที่ได้แล้วนั้น เวชภัณฑ์รายการดังกล่าวจะถูกลำเอียงออกจากโครงการพิเศษและจัดอยู่ในกลุ่มเวชภัณฑ์ที่มีการชดเชยเป็นเงินที่จะมีการกำหนดเพดานการเบิกจ่าย โดย สปสช. จะประกาศแนวทางการบริหารจัดการพร้อมรายการเวชภัณฑ์ที่ปรับปรุงล่าสุดเป็นประจำตามปีงบประมาณแก่หน่วยบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

กระบวนการวางแผนจัดหาเวชภัณฑ์ (ในหนึ่งรอบวงจรจะใช้เวลาประมาณ 18 เดือน)³ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย ประกอบด้วย (1) การวางแผนความต้องการจัดซื้อ (2) การจัดทำคุณลักษณะเฉพาะเวชภัณฑ์ (3) การต่อรองราคาและจัดซื้อรวม และ (4) การสำรองและกระจายยา รายละเอียดดังที่จะกล่าวรายละเอียดต่อไป



▶ 7.2.1

การวางแผนความต้องการจัดซื้อ (เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนเมษายน)

คณะทำงานจัดทำแผนจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์จำเป็นต้องทำตามโครงการพิเศษ มี สำนักงานบริหารยาและเวชภัณฑ์ (สбы.) เป็นฝ่ายเลขานุการร่วมกับ เครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี องค์การเภสัชกรรม และกองบริหารการสาธารณสุข เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนความต้องการสำหรับเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ ตามขั้นตอนดังนี้

1 คณะทำงานฯ เตรียมจัดทำแผนความต้องการเวชภัณฑ์ประจำปีงบประมาณ เพื่อส่งต่อให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการราชวิถีในฐานะแกนกลางการจัดหายา โดยจะคำนวณปริมาณเวชภัณฑ์ที่ต้องจัดซื้อให้แก่ผู้ป่วยตามจำนวนสิทธิการรักษาภายใต้โครงการพิเศษแต่ละโครงการ พร้อมร่างแผนการจัดหาเวชภัณฑ์จำเป็นฯ ซึ่งการประมาณการจะคำนวณปริมาณไว้สำหรับใช้ในระยะเวลา 13 เดือน (เหลือมปีงบประมาณ 1 เดือน ไว้เผื่อเวลาในการจัดซื้อจัดหารอบปีงบประมาณถัดไป) ทั้งนี้ เวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต้องใช้ทันที หรือต้องใช้อย่างต่อเนื่อง เช่น วัคซีน และยาด้านไวรัสเอดส์ จะมีการทำแผนจัดซื้อเพื่อสำหรับการใช้ 15 - 18 เดือน¹⁹ เพื่อป้องกันปัญหาขาดแคลนชั่วคราวในช่วงรอยต่อการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ในปีงบประมาณถัดไป¹³

2 ในการประมาณด้านงบประมาณจะใช้ราคากลางที่คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติกำหนดหรือราคาเวชภัณฑ์ที่ผ่านการต่อรองราคา³⁵ (ยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว) หรือราคายา ที่เคยจัดซื้อเมื่อปีก่อนหน้า คูณกับปริมาณที่ได้จากการประมาณการการใช้จริง³ ดังนี้

การประมาณการ	สูตรการประมาณการ
ยาใหม่ที่เข้าชุดสิทธิประโยชน์	อุบัติการณ์การเกิดโรคหรือความชุกของโรค x ราคายา
ยาเดิม	ข้อมูลการเบิกยาผ่านระบบ VMI x ราคายา

3 เมื่อจัดทำแผนการจัดซื้อประจำปีเสร็จสิ้น คณะทำงานฯ จะส่งแผนการจัดซื้อไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อรวบรวมเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณ

4 เมื่อได้รับการอนุมัติงบประมาณจากคณะรัฐมนตรีแล้ว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงจะจัดสรรงบประมาณที่ได้ให้กับ คณะทำงานฯ เพื่อทำการปรับแผนการจัดซื้อให้สอดคล้องกับงบประมาณที่ได้รับ⁷

5 เมื่อปรับแผนแล้วเสร็จ คณะทำงานฯ จะเผยแพร่/ประกาศแผนดังกล่าวในเว็บไซต์ที่กำหนด พร้อมจัดส่งแผนการจัดซื้อให้แก่เครือข่ายหน่วยบริการราชวิถีเพื่อจัดทำคุณลักษณะเฉพาะของเวชภัณฑ์ (Medical Product Specification) ในขั้นตอนต่อไป ภายในเดือนเมษายน

▶ 7.2.2

การจัดทำคุณลักษณะเฉพาะเวชภัณฑ์ (เดือนมีนาคม – เดือนเมษายน)

เครือข่ายโรงพยาบาลราชวิถีมีบทบาทหลักในการประสานงานการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์ฯ เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจัดซื้อเวชภัณฑ์และจัดทำคุณลักษณะเฉพาะของเวชภัณฑ์ (Medicine Specification) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานการจัดซื้อเวชภัณฑ์จำเป็น ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 วันที่ 18 สิงหาคม 2560 ที่เห็นชอบให้จัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อรับผิดชอบการจัดหาเวชภัณฑ์จำเป็นตามโครงการพิเศษ ร่วมกับการเภสัชกรรม³¹ ทั้งนี้ การจัดทำคุณลักษณะเฉพาะมี 2 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1 จัดตั้งคณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์ฯ³ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ อาทิ ด้านภูมิคุ้มกัน ด้านโลหิตวิทยา กุมารแพทย์ และอื่นๆ และผู้แทนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้แทนเภสัชกร โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ผู้แทนองค์การเภสัชกรรม ผู้แทนหน่วยบริการต่างๆ เป็นต้น เพื่อร่วมกันกำหนดคุณลักษณะเฉพาะที่เหมาะสม และได้ผลิตภัณฑ์ยาที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยจะอ้างอิงจากแนวทางการกำกับการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และแนวทางการรักษาโรคของทั้งไทยและต่างประเทศ หรือ finished product specification และการตรวจสอบตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในตำรายา (pharmacopoeia) และมาตรฐานที่กำหนดไว้ในเภสัชตำรับ เช่น United States Pharmacopeia, British Pharmacopoeia และ European Pharmacopoeia เป็นต้น

2 เมื่อคณะทำงานพิจารณาจัดทำคุณสมบัติเวชภัณฑ์เสร็จสิ้น เครือข่ายหน่วยบริการราชวิถีจะดำเนินการตามการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง³ ดังนี้

1 แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรจากเครือข่ายหน่วยบริการราชวิถี ร่วมดำเนินการตรวจสอบและประกันคุณภาพยา โดยมีการตั้งเงื่อนไขการจัดซื้อเพื่อให้มีการรับรองคุณภาพยาที่จัดซื้อ และการติดตามประเมินคุณภาพยาหลังการจัดซื้อ โดยมีข้อกำหนดมาตรฐานเวชภัณฑ์ ให้ต้องผ่านการตรวจรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกรุ่นผลิต

2 มอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้จัดหาและจัดซื้อ โดยส่งมอบแผนความต้องการจัดซื้อคุณลักษณะเฉพาะของเวชภัณฑ์ พร้อมขอรับทราบตามประเภทของเวชภัณฑ์ ให้แก่องค์การเภสัชกรรมเพื่อดำเนินการค้นหา คัดเลือก และติดต่อบริษัท/ผู้จัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์เข้ามาประกวดราคาต่อไป

7.2.3

การจัดหา ต่อรองราคาและ จัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ (เดือนสิงหาคม – เดือนตุลาคม)

คณะทำงานจัดซื้อเวชภัณฑ์โดยเฉพาะเจาะจง ภายใต้
องค์การเภสัชกรรม จะดำเนินการจัดหาตาม
คุณลักษณะที่กำหนด โดยจะมีการเปิดเผยข้อมูลการจัด
ซื้อทางอิเล็กทรอนิกส์ กำหนดให้เปิดเผยข้อมูลการจัด
ซื้อในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลาง
(Electronic Government Procurement – e-GP)
ตั้งแต่การประกาศเชิญชวนบริษัทยื่นเสนอของ
ประกวดราคา การพิจารณาข้อเสนอ การประกาศผลผู้
ชนะ การประกาศราคาที่ได้รับคัดเลือก การทำสัญญา
และการบริหารสัญญา ในเว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง
ทั้งนี้ องค์การเภสัชกรรมจะดำเนินการ ดังนี้

1 ติดต่อประสานให้บริษัทฯ ยื่นเสนอข้อมูลทาง
เทคนิคไปยังองค์การเภสัชกรรม ซึ่งข้อมูลดัง
กล่าวประกอบด้วย กำลังการผลิต การกระจาย
และใบเสนอราคาให้แก่องค์การเภสัชกรรม ที่จะ
ใช้ในการพิจารณาและการเจรจาต่อราคารวม
ซึ่งจะพิจารณาคุณสมบัติของผู้เสนอราคา
พิจารณาผลิตภัณฑ์ว่ามีคุณลักษณะเฉพาะถูกต้อง
ตามที่ประกาศหรือไม่ และกำหนดเกณฑ์ สัดส่วน
ในการประเมิน ประกอบด้วย หลักเกณฑ์ราคา
และการประเมินประสิทธิภาพต่อราคา³⁶

2

เจรจาต่อราคาเวชภัณฑ์กับบริษัทผู้ผลิตหรือผู้จัด
จำหน่าย โดยใช้เพดานราคาอ้างอิง ตามราคากลาง
ที่ประกาศนโยบายคณะกรรมการพัฒนาระบบยา
แห่งชาติ โดยมีเงื่อนไขว่า หากการยารายนั้นมียา
ซื้อล่าสุดถูกกว่าราคาตามประกาศคณะกรรมการ
พัฒนาระบบยาแห่งชาติไม่เกินร้อยละ 15 ให้ใช้ราคา
กลางตามประกาศฯ หรือ หากราคาที่เคยซื้อครั้งหลัง
สุดภายในระยะเวลา 2 ปี งบประมาณต่ำกว่าราคา
ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ
เกินร้อยละ 15 ให้ใช้ราคาที่เคยซื้อครั้งหลังสุด⁷

3

รายงานความก้าวหน้าในการจัดหาและมูลค่าที่
ประหยัดได้จากการจัดซื้อจัดหาในการประชุม คณะ
อนุกรรมการจัดทำแผนการจัดซื้อยาฯ ทุกเดือน และ
นำราคาดังกล่าวมาเสนอต่อคณะทำงานต่อรองราคา
ยาฯ จากนั้น คณะทำงานต่อรองราคาฯ พิจารณา
ความเหมาะสมของราคา หากเห็นชอบ มอบ
ให้องค์การเภสัชกรรม เสนอราคาแก่เครือข่ายฯ
ราชวิถีเพื่อดำเนินการจัดซื้อต่อไป

4

เมื่อสามารถคัดเลือกบริษัทจัดจำหน่ายที่มีคุณสมบัติ
เหมาะสม องค์การเภสัชกรรมจะนำเสนอผลการคัด
เลือกและราคาต่อรองให้กับคณะอนุกรรมการจัดทำ
แผนการจัดซื้อฯ และหน่วยงานบริหารของแต่ละ
กองทุนภายใต้ สปสช. เพื่อพิจารณาขออนุมัติซื้อ
เวชภัณฑ์ตามราคาที่ได้ตกลงกับบริษัทฯ เพื่อทำ
สัญญาซื้อขายระหว่างองค์การเภสัชกรรม เครือข่าย
หน่วยบริการราชวิถีและบริษัทฯ ที่ได้รับการคัดเลือก
ทั้งนี้ ในกระบวนการจัดซื้อ เครือข่ายหน่วย
บริการราชวิถีตรวจสอบและตรวจสอบยาตาม
คุณสมบัติหรือที่ระบุไว้ในสัญญาซื้อขาย อนึ่ง การทำ
สัญญาซื้อขายจะมีทั้งรายการเวชภัณฑ์ที่ทำสัญญากับ
ผู้ค้าเพียงรายเดียวและมากกว่าหนึ่งราย โดยใน
กรณีทำสัญญากับผู้ค้ามากกว่าหนึ่งราย จะทำสัญญา
ในลักษณะ 60:40 ซึ่งเป็นการทำสัญญาจัดซื้อกับผู้
ค้าที่ชนะการประกวดราคา ในสัดส่วนร้อยละ 60
ของวงเงินการจัดซื้อและทำสัญญากับผู้ค้ารายอื่นๆ
รวมแล้วไม่เกินร้อยละ 40 ของวงเงินการจัดซื้อ³⁷

กล่องข้อความที่ 2

การประกันคุณภาพเวชภัณฑ์ภายใต้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ²¹

การประกันคุณภาพเวชภัณฑ์เป็นเรื่องที่สำคัญและท้าทายต่อการบริหารจัดการภายใต้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศอย่างมาก เนื่องจากเวชภัณฑ์ที่จัดหาได้จะส่งจ่ายให้แก่ประชาชนหรือผู้ป่วยทั่วประเทศ ดังเช่น การประกันคุณภาพเวชภัณฑ์ก่อนการจัดซื้อโดยเฉพาะรายการเวชภัณฑ์ที่จัดหาโดยการบังคับใช้สิทธิบัตรของประเทศไทย ถึงแม้วิธีดังกล่าวจะส่งผลต่อราคาเวชภัณฑ์ที่ลดลงมาก แต่จะทําอย่างไรให้แพทย์เกิดความเชื่อมั่นในการสั่งใช้เวชภัณฑ์จากกลไกการต่อรองและจัดซื้อรวมระดับประเทศ

ด้วยเหตุนี้ สปสช. จึงได้ร่วมกับองค์การเภสัชกรรมออกแบบประกันคุณภาพเพิ่มเติม โดยจัดให้มีการยืนยันผลวิเคราะห์คุณภาพเวชภัณฑ์อีกครั้งโดย Third Party Lab ตัวอย่างเช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่วนเวชภัณฑ์กลุ่มใดที่ไม่สามารถหาหน่วยงานตรวจวิเคราะห์ในประเทศ เช่น ยามะเร็งบางชนิด องค์การเภสัชกรรมจะจัดส่งเวชภัณฑ์ไปตรวจ ณ ห้องตรวจวิเคราะห์ในต่างประเทศ สำหรับวัคซีนที่นำเข้าเพื่อใช้ในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ก็จัดให้มีการทำ Lot Released โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกครั้ง เวชภัณฑ์เหล่านี้ที่ผ่านการตรวจวิเคราะห์ยืนยันคุณภาพแล้วเท่านั้น จึงจะมีการเสนอราคาเพื่อจัดซื้อในระบบหลักประกันสุขภาพได้

การประกันคุณภาพในระดับประเทศนี้ สามารถสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพยาที่จัดหาและประหยัดงบประมาณในการส่งตรวจวิเคราะห์เวชภัณฑ์ของหน่วยบริการด้วย ส่วนกรณีการติดตามปัญหาคุณภาพยาหลังการจัดหานั้น มีระบบการเฝ้าระวังและรายงานปัญหาคุณภาพยาเพื่อแก้ไขปัญหาให้ทันสถานการณ์ โดยในบางกรณีจะได้มีการประสานงานแจ้งองค์การอนามัยโลกเพื่อติดตามปัญหาในระดับโลกด้วย⁷

7.3

การสำรองและกระจายยา

หลักการจัดเก็บและสำรองยา คือ การรักษาคุณภาพและประสิทธิภาพของเวชภัณฑ์ โดยมีการตรวจสอบความคงตัวของเวชภัณฑ์³⁸ การหมุนเวียนจัดการเวชภัณฑ์ที่หมดอายุเพื่อกำจัดและนำยาใหม่เข้าสู่ระบบ³⁰ และ/หรือ การจัดการสำรองปริมาณให้เพียงพอต่อการสั่งใช้ ตลอดจนการควบคุมกระบวนการสั่งใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ ขั้นตอนการจัดเก็บจะมีขึ้นหลังการทำสัญญาซื้อขายระหว่างองค์การเภสัชกรรมกับบริษัทผู้ผลิตยาแล้วเสร็จ บริษัทผู้ผลิตหรือนำเข้าจะจัดส่งเวชภัณฑ์ไปยังคลังสินค้าองค์การเภสัชกรรม/คลังสินค้าของบริษัทฯ ก่อนจะนำส่งถึงหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายและแหล่งสำรองยาต่างๆ

องค์การเภสัชกรรมจะรับสินค้าเข้าระบบ VMI โดยกำหนดให้มีการสำรองสูงสุดในคลังเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการแต่ละแห่งได้ไม่เกิน 3 เดือน อนึ่ง การสำรองเวชภัณฑ์ภายใต้ระบบ VMI จะจัดแบ่งตามประเภทของเวชภัณฑ์ที่มีความเหมาะสมเพื่อเตรียมกระจายสู่หน่วยบริการโดยตรง เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทของเวชภัณฑ์³ ดังนี้

▶ 7.3.1

ยาบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีย่อย จ(2) เฉพาะรายการ¹³ ยาบัญชี จ(2) ที่ได้รับคัดเลือกเข้าสู่กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวม ภายใต้ สปสช. ครอบคลุมรายการยาที่ผ่านมาตรการที่รัฐใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing) เช่น ยา Efavirenz ยา Clopidogrel ยา Lopinavir/Ritonavir ยา Letrozole ยา Erlotinib และ ยา Imatinib เป็นต้น²¹ เป็นยาที่มีความจำเป็นต่อโรคเฉพาะ ไม่มียาอื่นใช้ทดแทนได้ มีราคาสูงมาก ต้องจัดให้มีในระบบบริการสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย

อนึ่ง การสั่งใช้ยาประเภทนี้มีผลกระทบต่อภาระงบประมาณของหน่วยบริการและต่องบประมาณของประเทศ รวมถึงมีความจำเป็นต้องควบคุมการใช้ให้มีความเหมาะสม จึงต้องมีการบริหารจัดการระดับประเทศ พร้อมจัดให้มีระบบตรวจสอบและอนุมัติการเบิกจ่ายยาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก่อนการรักษา (Pre-authorization กรณีไม่ฉุกเฉิน) และ หลังการรักษา (Post-authorization ในกรณีฉุกเฉิน)⁷ ตลอดจนการติดตามการกระจายยาไปยังหน่วยบริการที่กำหนด ทั้งนี้ ก็เพื่อให้การสั่งใช้ยาโดยผู้ให้บริการและการใช้ยาโดยผู้รับบริการเป็นไปตามหลักการของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Use of Drugs)

โดยทั่วไปการสำรองยาบัญชี จ(2) จะแบ่งตามรูปแบบข้อตกลงในการจัดซื้อ โดยจะมีการเก็บสำรองไว้ที่องค์การเภสัชกรรม (มี 6 รายการยา ซึ่งรวม ยา Doctaxel ขนาด 20mg / 80 mg vial ที่ผ่านมาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาด้วย) หรือ คลังสินค้าของบริษัทยา/บริษัทกระจายสินค้า (มี 21 รายการยา)

การกระจายยาบัญชี จ(2) ภายใต้โครงการพิเศษ จะดำเนินการผ่านระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ด้วยระบบ VMI โดยหน่วยบริการดำเนินการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบบัญชียา จ(2) เมื่อเสร็จสิ้น ระบบจะดำเนินการตรวจสอบคำสั่งใช้ตามเกณฑ์อนุมัติใช้ยา ซึ่งหากเป็นไปตามเกณฑ์ ระบบ VMI จะส่งต่อข้อมูลรายการและปริมาณยาให้ฝ่ายคลังเวชภัณฑ์ องค์การเภสัชกรรม หรือ บริษัทยาเพื่อเตรียมจัดส่งต่อไป³

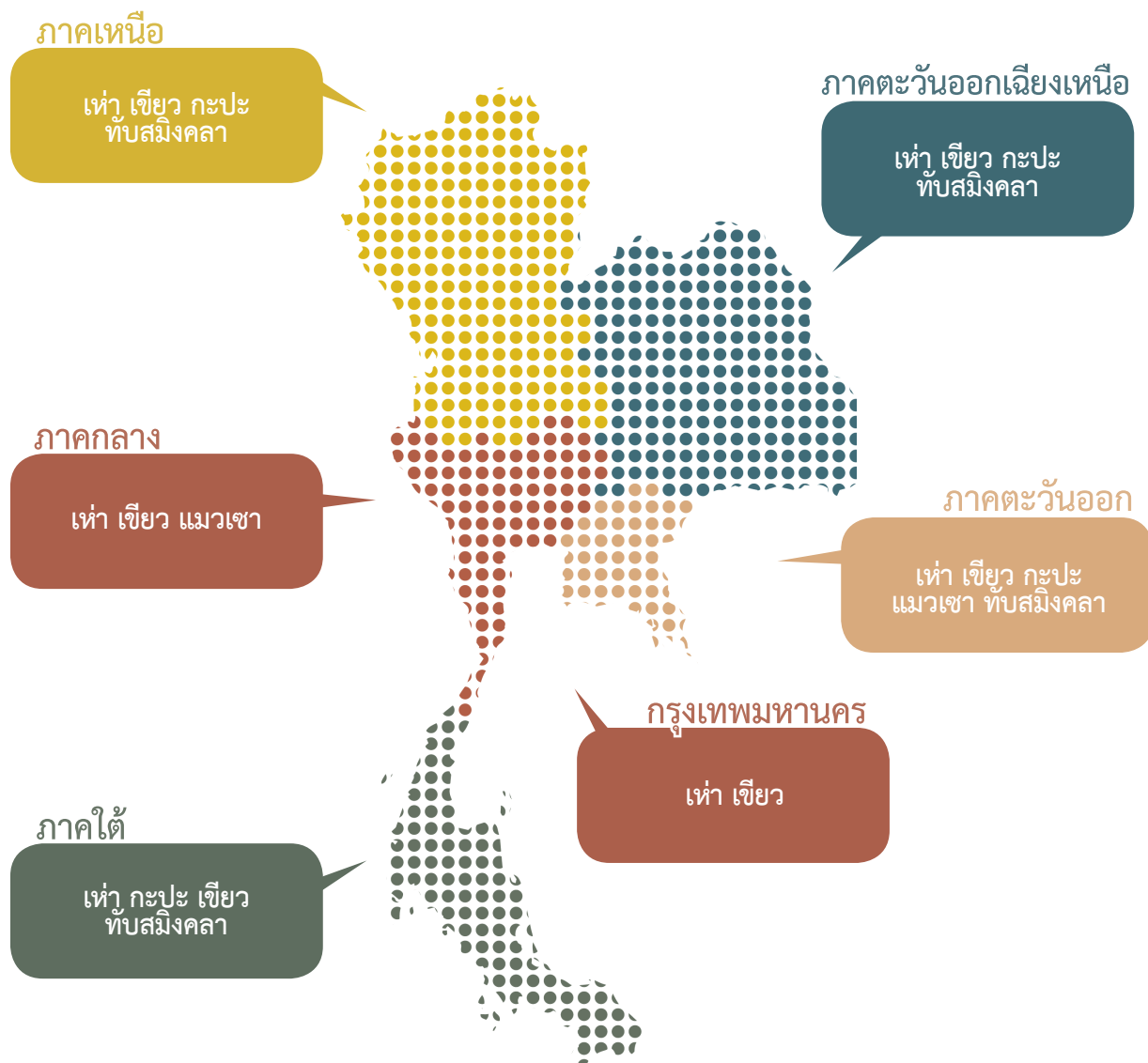
▶ 7.3.2

ยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษและเซรุ่มพิษ¹⁶ ถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมที่มีความโดดเด่นทั้งในด้านการจัดให้มียาสำรองอย่างเพียงพอจากการสำรวจยาต้านพิษที่มีภาวะขาดแคลน ที่นำไปสู่การผลักดันนโยบายการสำรองยาต้านพิษอย่างเป็นระบบ โดยมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศภูมิศาสตร์ ออกแบบจัดทำข้อมูลสำรองยาต้านพิษของหน่วยบริการแต่ละระดับและมีระบบเครือข่ายจัดส่งยาในพื้นที่อย่างรวดเร็ว ตลอดจนการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน²⁰ ในการจัดการด้านข้อมูลข่าวสารและการส่งใช้ยาผ่านการให้คำปรึกษาจากศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี และศูนย์พิษวิทยาศิริราช คลินิกพิษจากสัตว์ สถานเสาวภา สภากาชาดไทย และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ คุณูปการของระบบดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบอุปทานยากำพร้าที่ชัดเจน โดยการจัดทำระบบบัญชียากำพร้าและยาต้านพิษ ซึ่งใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านภูมิศาสตร์ช่วยในการสืบค้นยาต้านพิษแบบ real time เมื่อเกิดภาวะพิษที่จำเป็นต้องใช้ยาให้ผู้ป่วยทุกสิทธิสามารถเข้าถึงยาได้อย่างรวดเร็ว ควบคู่กับการกระจายยาตามความรุนแรงและความชุกของโรค เช่น ยาต้านพิษที่จัดให้มีสำรองในโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่งทั่วประเทศ หรือ เซรุ่มแก้พิษงู กระจายตามระดับตติยวิทยาของงูพิษแต่ละภูมิภาค

ตารางที่ 2 สรุปแหล่งสำรองยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ³

รายการยา	แหล่งสำรองยา	การใช้ยา	การเบิกจ่ายชดเชย
1. Dimercaprol 2. Esmolol 3. Methylene Blue 4. Sodium Nitrite 5. Sodium Thiosulfate 6. Diphtheria Antitoxin	รพ. ศูนย์ รพ. ทั่วไป รพ. มหาวิทยาลัย รพ. ชุมชน ที่เป็นพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดเรื่องการเดินทาง	กรณี รพ. ที่เป็นแหล่งสำรองยาให้เบิกจากยาในโครงการที่สำรองไว้ หรือ เบิกเพิ่มเติมจากแหล่งสำรองอื่น กรณี รพ. ที่ไม่ได้เป็นแหล่งสำรองยา เช่น รพ. ชุมชน ให้เบิกจากแหล่งสำรองยา กรณี รพ. เอกชน (สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ให้เบิกจากแหล่งสำรองยา กรณี รพ. เอกชน ให้ติดต่อศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี หากไม่ใช่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เบิกยาจากโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้า โดยที่ รพ. ชุมชน เบิกค่าขนส่งตามระบบ OP refer สำหรับ รพ. เอกชน ให้ใช้ระบบการเบิกยาฉุกเฉินของแต่ละกองทุน
Antivenom (Polyvalent/ Monovalent)	รพ. ศูนย์ รพ. ทั่วไป รพ. มหาวิทยาลัย รพ. ชุมชน เฉพาะ Monovalent antivenom ตามชนิดของงู	ให้เบิกจากยาในโครงการที่สำรองไว้ หรือ เบิกเพิ่มเติมจากแหล่งสำรองอื่น หมายเหตุ: กรณี รพ. ชุมชน ให้เบิกยาในโครงการที่สำรองไว้ และส่งต่อผู้ป่วยไป รพ. ศูนย์ รพ. ทั่วไป หรือ รพ. มหาวิทยาลัยในพื้นที่	เบิกยาจากโปรแกรมเบิกชดเชยยากำพร้าโดยที่ รพ. ชุมชน เบิกค่าขนส่งตามระบบบริการผู้ป่วยรับส่งต่อในและนอกจังหวัด และบริการผู้ป่วยนอก กรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำหรับ รพ. เอกชน ใช้ระบบการเบิกยาฉุกเฉินของแต่ละกองทุน

การสำรองเซรุ่มแก้พิษงูตามชนิดงูในแต่ละภูมิภาค



การจัดการสำรองยาอย่างเป็นระบบ นอกจากจะสามารถช่วยชีวิตผู้ได้รับพิษอย่างทันการณแล้ว ยังสามารถลดงบประมาณในการจัดเซรุ่มแก้พิษของหน่วยบริการและสร้างความมั่นคงด้านยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษระดับประเทศได้อีกด้วย

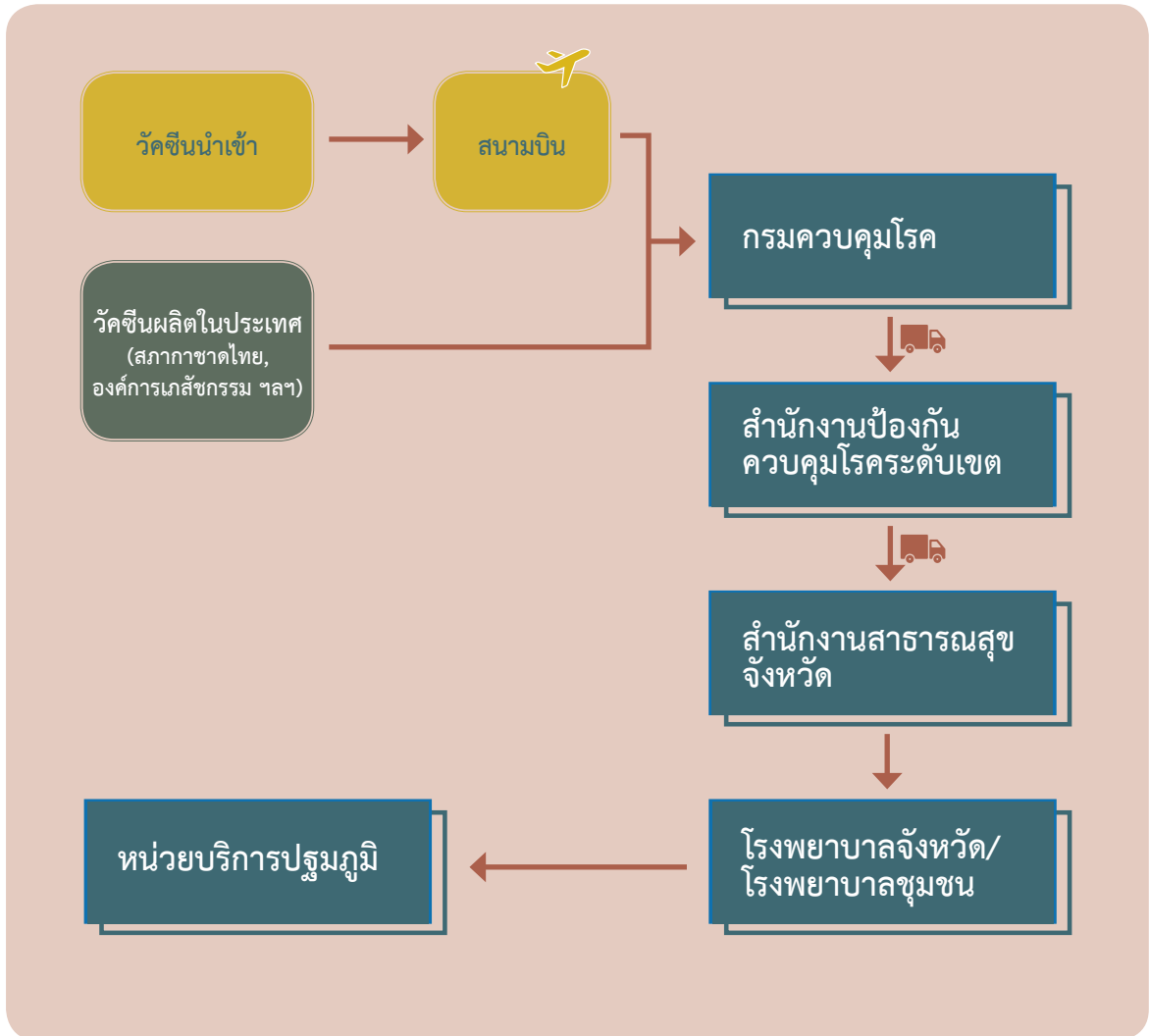
ภาพที่ 6 การสำรองเซรุ่มแก้พิษงูตามชนิดงูในแต่ละภูมิภาค
ที่มา: คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์. “การจัดการแก้ไขปัญหาจำเป็นขาดแคลนกลุ่มกำพร้า-ยาต้านพิษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.” (2560)

▶ 7.3.3

วัคซีน เพื่อจัดการปัญหาด้านคุณภาพวัคซีนและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมการระบาดของโรคและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเป้าหมาย ในปี 2553¹² คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติมอบหมายให้ สปสช. ดำเนินการจัดหาและบริหารจัดการวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ภายใต้โครงการพิเศษจากเดิมกรมควบคุมโรคเป็นผู้ดำเนินการจัดหาและกระจายวัคซีนเองทั้งกระบวนการ

เดิมในช่วงปี พ.ศ. 2520 – 2551 กองโรคติดต่อทั่วไป (Disease Control Department) กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการจัดหาจัดซื้อวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) และดำเนินการกระจายวัคซีนตามลำดับ โดยส่งผ่านสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต (Regional Disease Control) ทั้ง 12 เขต ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Health Office) เพื่อกระจายไปยังหน่วยบริการแม่ข่าย (Provincial/ Community Hospital) ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) ในแต่ละพื้นที่ บริการวัคซีนแก่กลุ่มประชากรเป้าหมายในลำดับสุดท้าย กระบวนการกระจายวัคซีนในลักษณะดังกล่าวพบว่า มีความซับซ้อนหลายช่วงชั้น และไม่มีระบบจัดการคลังและการกระจายวัคซีนภายใต้ระบบห่วงโซ่ความเย็นที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีวัคซีนที่เสื่อมคุณภาพ หรือ หมดอายุเป็นจำนวนมาก โดยการกระจายวัคซีนในแต่ละรอบการเบิกจ่ายใช้ระยะเวลานานและมีค่าใช้จ่ายสูงในการจัดเก็บเพื่อเตรียมส่งต่อจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง ส่งผลให้จำนวนวัคซีนที่หน่วยบริการได้รับมักไม่ครบถ้วนตามจำนวนประชากรเป้าหมายในพื้นที่ และมักเป็นวัคซีนที่ใกล้หมดอายุ ยากต่อการบริหารจัดการอีกด้วย

รูปแบบการกระจายวัคซีนก่อน ปี 2553

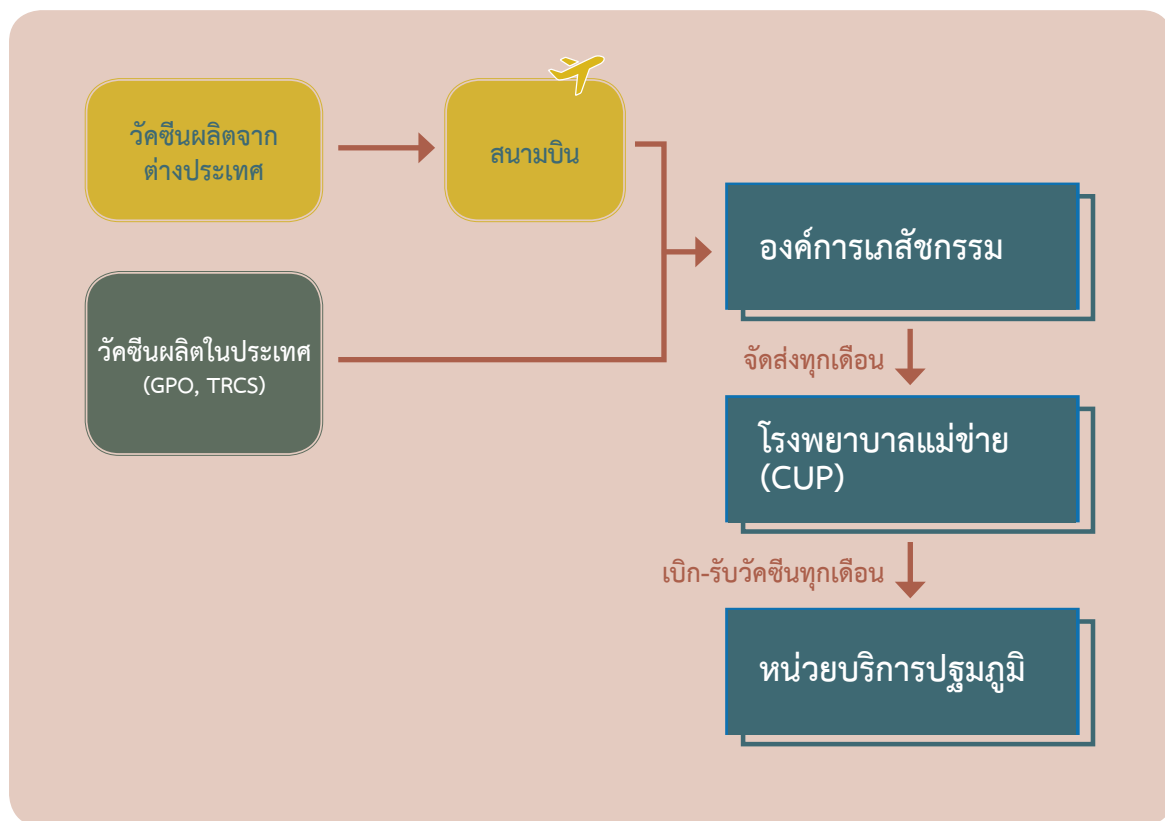


ภาพที่ 7 รูปแบบการกระจายวัคซีนก่อน ปี 2553
 ที่มา กลุ่มบริหารจัดการวัคซีน กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน. (2562).
 “ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2562.” กระทรวงสาธารณสุข

ในปี 2553 สปสช. ได้ร่วมกับกรมควบคุมโรคและองค์การเภสัชกรรมจัดระบบการบริหารจัดการวัคซีนผ่านระบบ VMI โดย กรมควบคุมโรค ร่วมกับ สปสช. และองค์การเภสัชกรรม พร้อมทั้งได้มีการจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการจัดการและกระจายวัคซีนผ่านระบบ VMI เพื่อร่วมพัฒนาระบบการกระจายและบริหารจัดการคลังวัคซีนในระบบ VMI ในหน่วยบริการ ระบบการบริหารระบบห่วงโซ่ความเย็น รวมถึงการติดตามและประเมินผลการให้บริการวัคซีน ตลอดจนสร้างเครือข่ายในการติดตามประเมินผลการให้วัคซีนในระบบ VMI ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพระบบห่วงโซ่ความเย็นในการขนส่งและเก็บรักษาวัคซีนเพื่อคงประสิทธิภาพและลดอัตราการสูญเสีย ลดภาระค่าใช้จ่ายจากการสั่งซื้อต่อ/คลังสำรองยาที่ไม่จำเป็นเพื่อเพิ่มความรวดเร็วแม่นยำของจำนวนที่ใช้ในการกระจายวัคซีน ซึ่งรายการวัคซีนที่บริหารจัดการในส่วนกลางโดยองค์การเภสัชกรรม ได้แก่ วัคซีนตามแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)³⁹ วัคซีนไข้หวัดใหญ่³¹ และวัคซีนพิษสุนัขบ้า⁴⁰ ตามลำดับ

ในการบริหารจัดการกระจายวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ผ่านระบบ VMI⁴¹ ตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นมานั้น วัคซีนทั้งที่ผลิตในประเทศและต่างประเทศจะถูกนำไปเก็บรักษาในคลังสินค้าขององค์การเภสัชกรรม (เข้าสู่ระบบห่วงโซ่ความเย็น ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาคุณภาพวัคซีนจากผู้ผลิตถึงมือผู้รับบริการด้วยการจัดเก็บที่อุณหภูมิระหว่าง 2 – 8 องศาเซลเซียส)²⁵ และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม⁴² เพื่อให้วัคซีนคงคุณภาพและประสิทธิภาพตลอดระยะเวลาการเก็บรักษา และการขนส่งจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง โดยที่มีการกระจายวัคซีนไปยังหน่วยบริการในแต่ละรอบการส่งมอบในแต่ละเดือน หน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลปริมาณวัคซีนคงคลัง (on-hand inventory) หลังจากนั้นระบบ VMI จะคำนวณปริมาณที่ต้องจัดส่งเพื่อให้คลังสินค้าจัดเตรียมผลิตภัณฑ์และส่งต่อไปให้กับบริษัทกระจายสินค้าเพื่อนำส่งให้กับหน่วยบริการต่อไป³⁰ โดยกำหนดระยะเวลาการขนส่ง (lead time) 5 วัน³¹

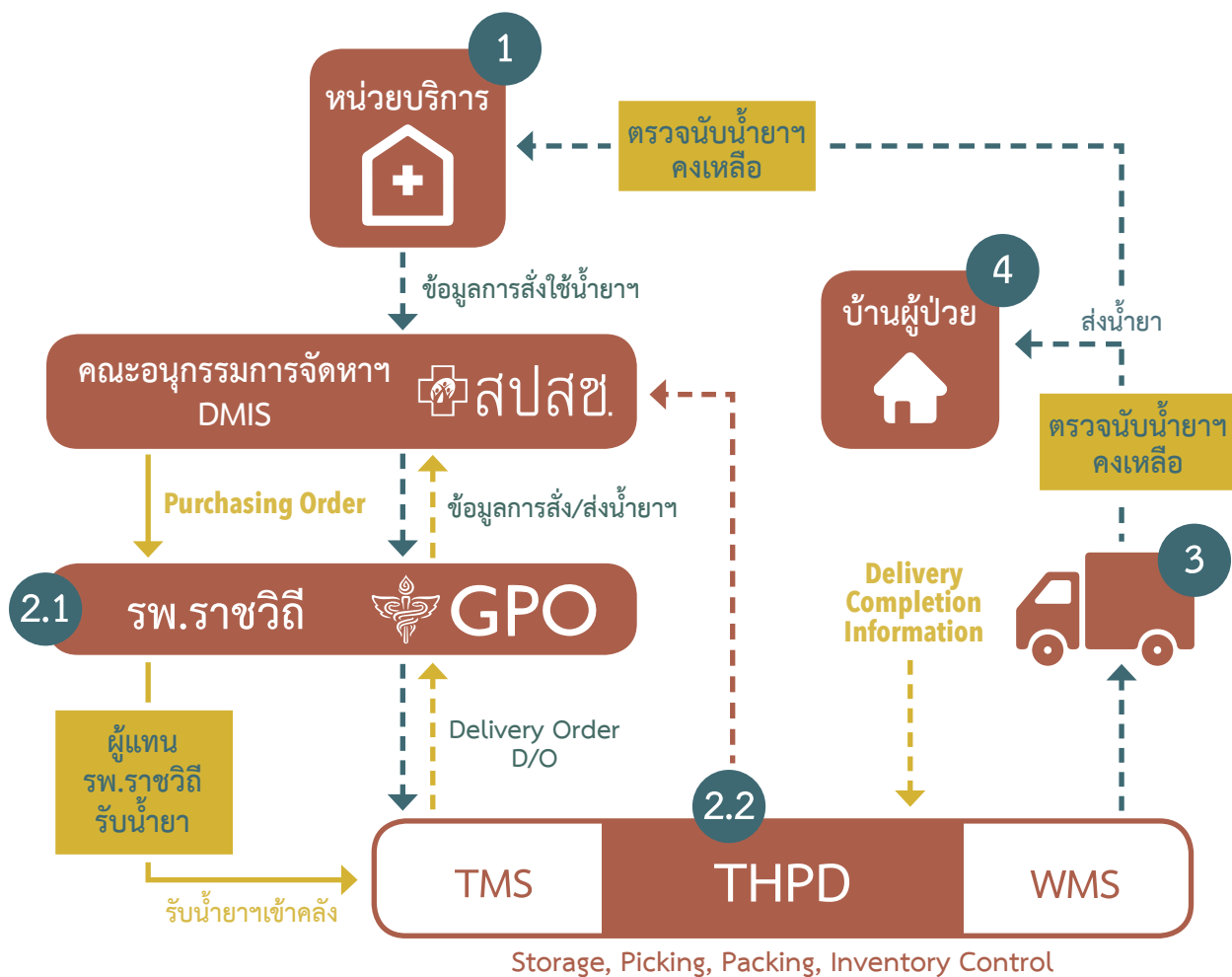
การกระจายวัคซีนด้วยระบบ VMI



ภาพที่ 8 รูปแบบการกระจายวัคซีนผ่านระบบ VMI ปี 2553 – ปัจจุบัน
ที่มา: ภญ.เนตรนภิส สุชนวนิช. ระบบจัดหายาจำเป็นของประเทศ: อดีต ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค
และระบบที่ต้องเตรียมพร้อมยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา (กพย.)
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 10 / ฉบับที่ 41 / เมษายน 2562

▶ 7.3.4

การจัดบริการส่งน้ำยาล้างไตทางช่องท้องถึงบ้านผู้ป่วย³⁵ สปสช. ได้ผลักดันให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้ารับบริการ PD เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยมีความสะดวก มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประหยัดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครัวเรือน และเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้โดยปราศจากอุปสรรคการเข้าถึงทางกายภาพ (จากระยะทางและภาระด้านการขนส่ง)⁷ และเพื่อให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง สปสช. ได้ร่วมกับองค์การเภสัชกรรมและบริษัท ไพรชณียไทย จำกัด ดำเนินการสำรองยาในคลังสินค้า และกระจายน้ำยาล้างไต CAPD ผ่านโปรแกรมระบบ DMIS_CAPD โดยหน่วยบริการสามารถสั่งให้ผู้ป่วยไม่เกิน 150 ถังต่อเดือน (สั่งครั้งละไม่เกิน 2 เดือน) โดยจะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลทุกวัน เพื่อให้ได้ตัวเลขผู้ป่วยที่ต้องการน้ำยาล้างไตที่ถูกต้องแม่นยำที่สุด เนื่องจากการสูญเสียชีวิตเกิดขึ้นได้รายวัน การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทำให้น้ำยาล้างไตและเวลาในการขนส่งไม่สูญเปล่า จากนั้นบริษัท ไพรชณียไทย จะดำเนินการขนส่งน้ำยาไปที่บ้านผู้ป่วยพร้อมกับสำรวจโดยการนับปริมาณน้ำยาคงเหลือที่บ้านผู้ป่วย เพื่อให้มีการสำรองน้ำยาล้างไตที่เหมาะสมพร้อมจัดส่งข้อมูลผ่านทาง Smartphone เพื่อให้พยาบาลสามารถปรับหรือคำนวณยอดการส่งน้ำยาล้างไตในครั้งถัดไปได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย¹⁷



ภาพที่ 9 ขั้นตอนการบริหาร
การคลังและจัดการระบบ
ขนส่งน้ำยาล้างไต

8

ผลการดำเนินงานการจัดกลไก การต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ

จากการดำเนินการของ สปสช. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ สำหรับกลุ่มเวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาในการเข้าถึง ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายกว่า 1 ทศวรรษ ซึ่งพบว่า มีการเพิ่มขึ้น จาก 2 โครงการ จำนวนเวชภัณฑ์ 32 รายการ ในปี 2550 เป็น 10 โครงการ จำนวนเวชภัณฑ์ 143 รายการ ในปี 2562 ที่อยู่ภายใต้โครงการพิเศษที่มีการชดเชยเป็นยาแก้หน่วยบริการ การเพิ่มของรายการเวชภัณฑ์ชี้ให้เห็นถึงการขยายขอบเขตความครอบคลุมบริการและโรคที่มีความจำเพาะตามพลวัตของเทคโนโลยีการรักษาและเศรษฐกิจสังคมของประเทศ แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของสิทธิประโยชน์และการจัดการที่ทรงประสิทธิภาพตามหลักการของ สปสช. ใน 3 มิติ คือ การครอบคลุมประชากร ความครอบคลุมโรคและความครอบคลุมบริการรักษา¹³ เพื่อปกป้องชีวิต (life) สุขภาพและสุขภาวะ (health & wellbeings) และเศรษฐกิจฐานะ (subsistence) ของผู้ป่วย ครั่นเรื่อนและสังคมจากโรคที่ทำให้ล้มละลาย โรคเรื้อรัง โรคร้ายแรงและโรคหายากได้ กลไกดังกล่าวสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารเวชภัณฑ์ เพิ่มความมั่นคงทางยา ลดขั้นตอนและต้นทุนที่ไม่จำเป็น ลดภาระงบประมาณ เสริมสร้างการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น⁴³ โดยสามารถสรุปผลงานที่มีความโดดเด่น ได้ดังนี้

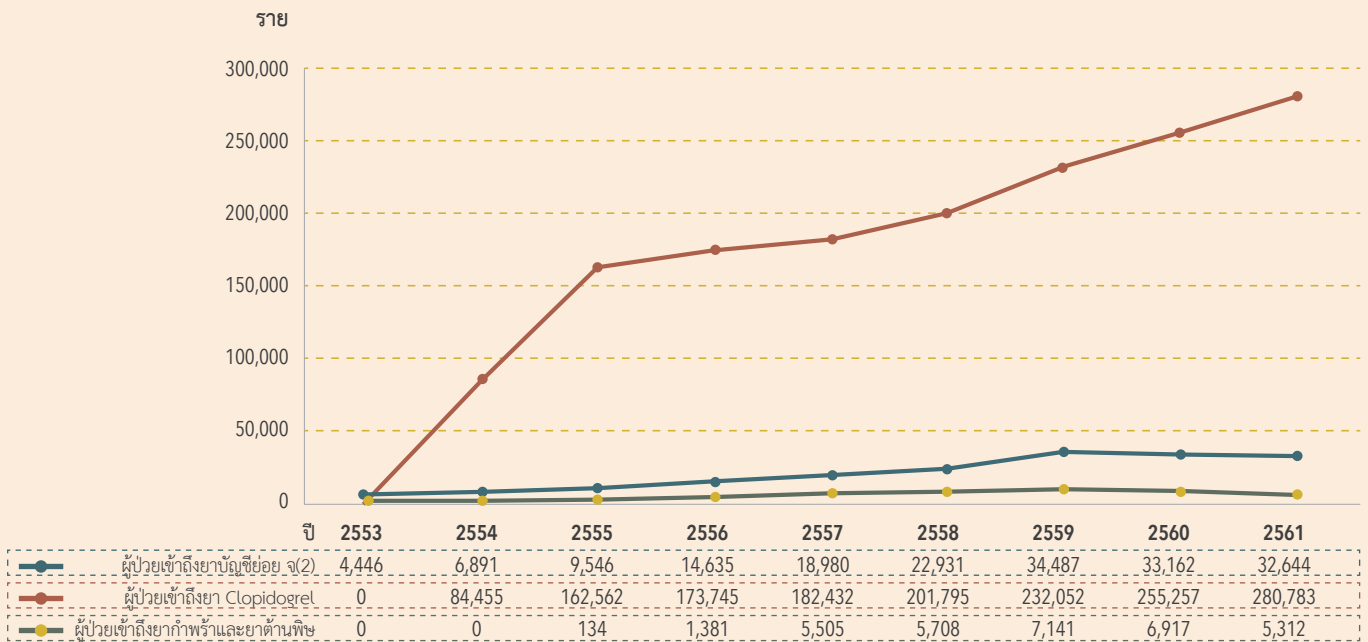
8.1

เพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพง และยากำพร้า

ในระยะเวลา 9 ปี (2553 - 2561) พบว่า มีอัตราการเข้าถึงยาราคาแพง และยากำพร้า ภายใต้โครงการพิเศษของ สปสช. เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ดังรายละเอียด²⁶ ต่อไปนี้

- ผู้ป่วยเข้าถึงยาบัญชีย่อย จ(2) จาก 4,446 ราย ในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 32,644 ราย ในปี 2561
- ผู้ป่วยเข้าถึงยา Clopidogrel จาก 84,455 ราย ในปี 2554 เพิ่มขึ้นเป็น 280,783 ราย ในปี 2561
- ผู้ป่วยเข้าถึงยากำพร้าและยาด่านพิช จาก 134 ราย ในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 5,312 ราย ในปี 2561

ภาพที่ 10 อัตราการเข้าถึงยาภายใต้
โครงการพิเศษของ สปสช.
ปี 2553-2561



ที่มา: Sakulbumrungsil. Thai Drug Systems 2020: The Impact of Drug Financing System under Thailand Universal Health Coverage (5U5HC) on the Performances of Drug System, Journal of Health Science, Health Technical Office, Ministry of Public Health Vol. 29 Special Issue, January - February 2020: 59-70.

8.2

ความคุ้มค่า

และการประหยัดงบประมาณ

กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ เป็นกลไกกลางที่สามารถปรับราคา/สร้างสมดุลเพดานราคา ต่อปริมาณจัดซื้อ โดยเป็นหนึ่งในยุทธวิธี ‘เพิ่มอำนาจการต่อ รอง’²¹ จากการรวมปริมาณจัดซื้อต่อครั้ง สามารถจัดการ ราคาให้มีความเหมาะสมและในบางรายการเวชภัณฑ์ สามารถจัดซื้อได้ในราคาที่ถูกลงกว่าร้อยละ 90 ของราคา กลางในตลาด (ราคาयाอ้างอิงประจำปีที่เคยแพร่จากศูนย์ ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข) ส่งผลให้ มีมูลค่าประหยัดลงได้อย่างมาก เมื่อเทียบกับการจัดซื้อ เวชภัณฑ์ในรายการเดียวกัน ในปริมาณที่เท่ากัน

$$\text{มูลค่าประหยัด} = [\text{ราคาयाอ้างอิง} \text{ หักลบกับ} \\ \text{ราคาयाที่ได้รับจากการต่อรอง}] \text{ คูณด้วยหน่วยนับ}^7$$

ดังตารางตัวอย่างรายการเวชภัณฑ์ต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ตัวอย่างราคาภายใต้โครงการพิเศษ เปรียบเทียบกับราคากลาง (ปี 2562)

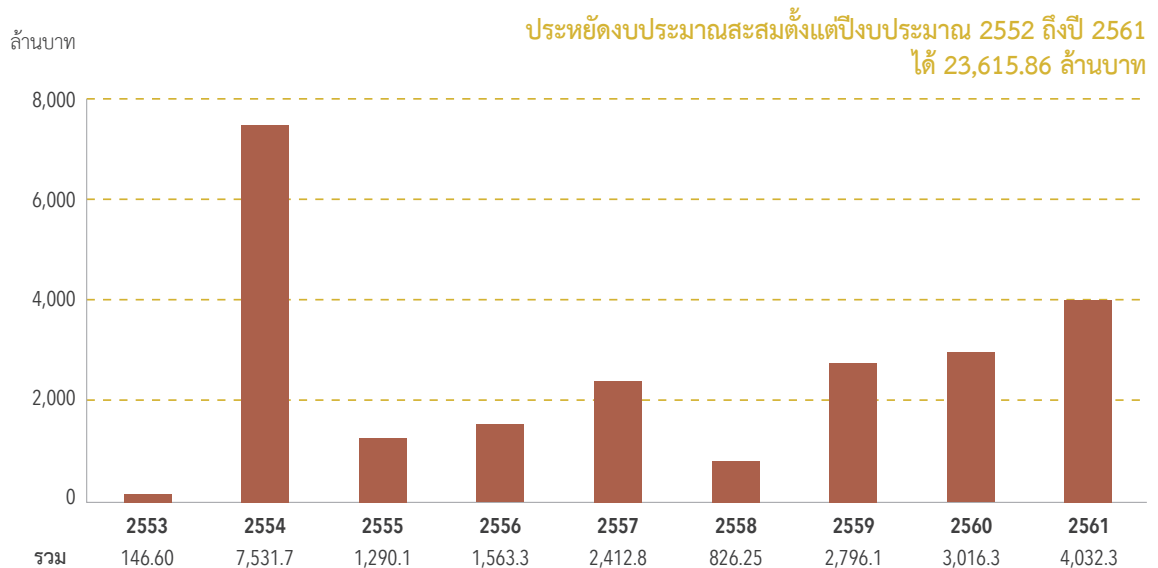
รายการยา	หน่วยนับ	ราคากลางเผยแพร่ จากศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ด้านเวชภัณฑ์กระทรวง สาธารณสุข (บาท)	ราคาจากการต่อ รองราคารวมภายใต้ โครงการพิเศษของ สปสช. (บาท)	มูลค่าประหยัด ต่อรายการ ต่อ 1 หน่วยนับ
Rituximab 100 mg	ขวด	15,630.56	2,401.08	13,229.48 (ประหยัดได้ร้อยละ 85 ของราคากลาง)
Imatinib 100 mg	เม็ด	914.85	69.122	845.728 (ประหยัดได้ร้อยละ 92 ของราคากลาง)
Letrozole 2.5 mg 3x10's (BX)	เม็ด	153.37	20.797	132.573 (ประหยัดได้ร้อยละ 86 ของราคากลาง)
Dasatinib 70 mg 60's (BX)	เม็ด	2,588.53	1,539.91	1,048.62 (ประหยัดได้ร้อยละ 40 ของราคากลาง)
Trastuzumab 440 mg (VI)	ขวด	45,000.00	15,006.75	29,993.25 (ประหยัดได้ร้อยละ 7 ของราคากลาง)
Trastuzumab 150 mg (VI)	ขวด	15,329.00	5,347.83	9,982 (ประหยัดได้ร้อยละ 65 ของราคากลาง)

ที่มา: ภาณุเนตรนภิส สุชนวนิช. ระบบจัดหายาจำเป็นของประเทศ: อดีต ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค
และระบบที่ต้องเตรียมพร้อมยาวิพากษ์ จัดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา (กพย.)
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 10 / ฉบับที่ 41 / เมษายน 2562

หนึ่งในผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์จากกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ ดังเช่น มูลค่าประหยัด ยาบัญญัติ จ(2) ยา Clopidogrel และยาด้านไวรัส HIV ที่มี 'มูลค่าประหยัดงบประมาณสะสม' ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 - 2561 ได้ถึง 23,615.86 ล้านบาท

ผลจากการประหยัดงบประมาณที่จัดซื้อโดยเฉพาะกลุ่มเวชภัณฑ์ที่มีราคาแพง ดังเช่น ยาบัญญัติ จ(2) ในบางรายการได้นำไปสู่การต่อยอดการเพิ่มสิทธิประโยชน์และการจัดบริการสุขภาพเพิ่มเติมอื่นๆ ให้แก่ประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น โครงการยากำพร้ากลุ่มยาด้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู โครงการวัคซีน วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มโรค EPI และโครงการพิเศษอื่นๆ เป็นต้น¹⁶

ภาพที่ 11 มูลค่าประหยัดสะสมจากการจัดซื้อยา Clopidogrel และยาด้านไวรัส HIV (ปี 2553 – 2561)
ที่มา: คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์.
การพัฒนาเพื่อการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ยาจำเป็นในระบบหลักประกันสุขภาพ ปี 2561



8.3

การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ ที่นำไปสู่การขยายบริการ การรักษาโรคเฉพาะแก่ประชาชน

การดำเนินการจัดหาภายใต้กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ ได้แก่ การวางแผนและกำหนดคุณลักษณะของเวชภัณฑ์และจัดหาแหล่งจำหน่ายตามข้อกำหนด ส่งผลให้ได้มาซึ่งเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดี มีราคาย่อมเยาเพราะเป็นการรวมปริมาณจัดซื้อที่ช่วยเพิ่มอำนาจการต่อรอง⁵

การจัดให้มีเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพบริการในระบบได้นำไปสู่การพัฒนาการให้บริการการรักษาแก่ผู้ป่วย ดังเช่น ในกรณี การจัดหาจัดซื้อขดลวดขยายหลอดเลือดโคโรนารีเคลือบยาต้านการตีบซ้ำ (Drug Eluting Stent-DES) ตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบัน โดย สปสช. ได้ร่วมกับสมาคมมัณฑนากรหัวใจ กำหนดคุณลักษณะเวชภัณฑ์ร่วมกัน โดยองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการจัดหาทำให้สามารถจัดซื้อขดลวด DES ที่มีข้อบ่งชี้ด้านประสิทธิภาพในการรักษาสูงในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน⁴⁴ ได้ในราคา 30,000 บาท จากราคาเดิมที่ตั้งไว้ 85,000 บาท ในปัจจุบัน สปสช. ยังสามารถจัดซื้อขดลวด DES ได้ในราคาเพียงชิ้นละ 12,000 บาท ซึ่งถูกกว่าเพดานราคาของกรมบัญชีกลางที่อนุญาตให้เบิกได้ถึง 35,000 บาทต่อชิ้น ได้อีกด้วย⁴⁵

กลไกบริหารจัดการดังกล่าว ไม่เพียงช่วยประหยัดงบประมาณได้เท่านั้น แต่ยังนำไปสู่การผลักดันนโยบายการรักษาหัวใจแก่ผู้ป่วยทั่วประเทศ ด้วยการจัดตั้ง ‘ศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellent Center)’ บริการการรักษาด้านหัวใจในระดับภูมิภาค เพื่อสามารถให้บริการรักษาโรคหัวใจให้แก่ประชาชนได้ทั่วประเทศ เพื่อลดความแออัดของหน่วยบริการขนาดใหญ่ ลดระยะเวลารอคอย ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้อีกด้วย

อีกหนึ่งตัวอย่างการบริหารจัดการที่มีความโดดเด่นอีกประการหนึ่ง คือ การจัดหาเลนส์แก้วตาโดย สปสช. ได้รวมกำหนดคุณลักษณะของเวชภัณฑ์กับกลุ่มจักษุแพทย์ โดย สปสช. สามารถจัดซื้อเลนส์ชนิดแข็งได้ในราคาเพียง 800 บาท (จากราคาท้องตลาด 6,000 บาท) และเลนส์ชนิดพับได้ในราคาเพียง 2,800 บาท (จากราคาท้องตลาด 20,000 – 30,000 บาท) ผลจากการจัดหาเลนส์แก้วตาได้นำไปสู่การสนับสนุนการพัฒนาบริการการรักษาการผ่าตัดต้อกระจกทั่วประเทศ และการพัฒนาหน่วยผ่าตัดต้อกระจกเคลื่อนที่ขึ้นโดยเริ่มต้นจากเครือข่ายจักษุแพทย์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลศุภมิตร จังหวัดสุพรรณบุรี ออกให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วประเทศ ซึ่งถูกกว่าราคาที่ผ่าตัดกับโรงพยาบาลเอกชนราว 20 - 50 เท่า ทำให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างกว้างขวางอีกด้วย

8.4

การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดแนวทางการรักษารูปแบบใหม่แก่ประชาชน

กระบวนการคัดเลือกเวชภัณฑ์ภายใต้กลไกการต่อรองราคา และจัดซื้อรวมระดับประเทศนี้ ได้นำไปสู่การจัดให้มี เทคโนโลยีการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาและราคาถูก เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่าง เท่าเทียม²³ ในกรณีการจัดหา ยาฉีด Bevacizumab ภายใต้ กลุ่มยาบัญชี จ(2) สำหรับการรักษาโรคจุดภาพชัดของจอตา เสื่อมจากเหตุสูงวัยชนิดที่มีหลอดเลือดงอกผิดปกติ และโรค จุดภาพชัดบวมน้ำจากโรคเบาหวาน⁴⁶

สปสช. ได้ร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย ด้านสุขภาพ และชมรมจอตา ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ฯ ได้ ผลักดันการบรรจุ ยาฉีด Bevacizumab (เดิมเป็นยารักษา โรคมะเร็ง) เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ในปี 2555 ภายใต้บัญชี ย่อย จ(2) เพื่อใช้รักษาโรคจุดภาพชัดของจอตาเสื่อมจากเหตุ สูงวัยชนิดที่มีหลอดเลือดงอกผิดปกติ และโรคจุดภาพชัดบวม น้ำจากโรคเบาหวาน เป็นประเทศแรกในโลก โดยในปี 2556 องค์การอนามัยโลก บรรจุยา Bevacizumab อยู่ในรายการ ยา Model Lists of Essential Medicines สำหรับโรค จอตาดังกล่าว

การจัดหายาฉีด Bevacizumab มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้ แทนยาฉีด Ranibizumab สำหรับการรักษาโรคจอตาเสื่อม แบบเดิม ที่มีราคาสูงมาก ราว 45,000 บาท ต่อเข็ม ที่ส่งผล ให้ผู้ป่วยจอตาเสื่อมโดยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษา ได้และต้องประสบกับความพิการ

การบริหารจัดการยาฉีด Bevacizumab โดย สปสช. สามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ในราคาเพียง 500-1,000 บาท ต่อเข็ม ซึ่งถูกกว่ายาฉีด Ranibizumab ที่ ใช้เป็นยารักษาแต่เดิมและค่าทะเบียนยาฉีด Ranibizumab ลงได้ถึงราว 1,400 ล้านบาท อีกทั้ง ยังสามารถขยายผลสู่การ ใช้ยาฉีด Bevacizumab เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดดำที่จอตา อุดตัน โดยได้รับบรรจุเข้าสู่สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ในปี 2562 อีกด้วย⁴⁶

8.5

การบริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดความมั่นคงด้านยาแก่ประชาชน

การบริหารจัดการเวชภัณฑ์จำเป็นผ่านกลไกการต่อรองราคา และจัดซื้อเวชภัณฑ์รวมระดับประเทศ ช่วยให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทราบปริมาณการใช้ยาที่แน่ชัด จากกระบวนการที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการเก็บรวบรวมและประมวลผลข้อมูล ซึ่งไม่เพียงช่วยกำหนดงบประมาณและการบริหารจัดการยาในแต่ละรอบจัดซื้อได้แล้ว ยังช่วยให้บริษัทยาสามารถวางแผนการผลิตและการนำเข้าที่ชัดเจนได้ โดยเฉพาะกลุ่มยาหายากและมีภาวะขาดแคลน ดังเช่น ในกรณีการจัดการยากำพร้ากลุ่มยาด้านพิษและเซรุ่มต้านพิษ โดยได้นำไปสู่การผลักดันนโยบายพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยากำพร้ากลุ่มยาด้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูใช้เองในประเทศ¹⁵ พร้อมทั้งการจัดตั้งเครือข่ายสำรองยาด้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ตามอุบัติการณ์ของพิษแบ่งตามรายภูมิภาค โดยใช้ระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศในการจัดการ เครือข่ายดังกล่าวนี้มีศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลศิริราช เป็น

แกนกลาง ทำหน้าที่ในการสำรองยา กระจายและบริการยา อีกทั้งยังให้การให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการในการรักษาผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง¹⁷ การจัดตั้งระบบบริหารเวชภัณฑ์ครบวงจรของยากำพร้า กลุ่มยาด้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงู ทำให้สามารถช่วยชีวิตประชาชนผู้ได้รับพิษได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ความสำเร็จในการเพิ่มการเข้าถึงยาประเภทยานี้สามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ถึงร้อยละ 98 ของผู้ได้รับยา²¹

การบริหารจัดการยาประเภทยานี้ของประเทศไทยได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (best practice) ที่สามารถยกระดับสู่การเสริมสร้างเครือข่ายความมั่นคงด้านยากำพร้าและยาด้านพิษในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ซึ่งนับเป็นความภาคภูมิใจอย่างยิ่งของประเทศ¹⁶

8.6

การอำนวยความสะดวก ด้านการเข้าถึงเวชภัณฑ์ของผู้ป่วย

หนึ่งในคุณูปการหลักของกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อ
รวมระดับประเทศ คือ การลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ
ทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านเศรษฐศาสตร์และด้าน
กายภาพลงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการการรักษาอย่างต่อเนื่องและเข้าถึง
เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ได้อย่างทั่วถึง โดยปราศจาก
ความกังวลด้านภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการ
เดินทางไปเข้ารับบริการ ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีผู้ป่วยโรคไต
วายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ สปสช. ร่วมกับสมาคมเพื่อนโรคไต
ผลักดันนโยบาย PD first ให้มีบริการแก่ผู้ป่วยทั่วประเทศ
พร้อมจัดให้มีการจัดบริการจัดส่งน้ำยาล้างไตผ่านช่องท้องถึง
บ้านของผู้ป่วย โดยองค์การเภสัชกรรมร่วมกับบริษัท
ไप्रศณีย์ไทย จำกัด ที่มีเครือข่ายคลังเวชภัณฑ์และจุดเชื่อม
ต่อการจัดส่งสินค้าทั่วประเทศ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา
ได้มากขึ้น มีคุณภาพที่ดีขึ้น และมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มสูง
ขึ้น³⁵

8.7

การลดขั้นตอนเพื่อเพิ่มความคุ้มค่า และประสิทธิภาพระบบเวชภัณฑ์

การจัดการคลังเวชภัณฑ์ที่เป็นระบบ ร่วมกับการนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ ไม่เพียงสามารถแก้ไขปัญห ปริมาณการสำรองเวชภัณฑ์ที่ไม่สัมพันธ์กับปริมาณการใช้ลงได้²⁷ ยังเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการกระจายได้อีกด้วย ดังเช่น ในกรณีการบริหารจัดการยาต้านไวรัส HIV ที่ สปสช. ได้พัฒนาฐานข้อมูล NAP และดำเนินงานร่วมกับองค์การเภสัชกรรม ในการจัดการสำรองและกระจายเวชภัณฑ์ ผ่านระบบ VMI เพื่อจัดส่งยาต้านไวรัสจากคลังเวชภัณฑ์ขององค์การเภสัชกรรมไปยังหน่วยบริการโดยตรง

การจัดการระบบคลังเวชภัณฑ์ดังกล่าว ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสำรองและกระจายยาต้านไวรัส HIV โดยสามารถลดข้อต่อสำรองยาส่วนภูมิภาคและพื้นที่ต่างๆ ลงได้ และเพิ่มความรวดเร็ว ความถูกต้องของปริมาณเวชภัณฑ์ที่สำรองต่อปริมาณการใช้ในการกระจายยาดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้สามารถประหยัดงบประมาณ ในปี 2552 ได้ราว 1,000 ล้านบาท จากงบประมาณในปี 2551 จำนวน 4,382.40 ล้านบาท⁸ ซึ่งงบประมาณที่ประหยัดได้จากการบริหารจัดการยาต้านไวรัส HIV นั้น ได้นำไปใช้ในการพัฒนาโครงการบริหารจัดการเวชภัณฑ์อื่นๆ เพิ่มเติม ได้แก่ โครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100% ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ และการเพิ่มการเข้าถึงของประชาชนในกลุ่มเวชภัณฑ์จำเป็นอื่นๆ ในรายการสิทธิประโยชน์ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพ เช่น โครงการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (CAPD) และโครงการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ให้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้อีกด้วย

9

จุดแข็ง ความท้าทาย สิ่งที่ต้องพัฒนา

เมื่อวิเคราะห์ระบบการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ระดับประเทศ โดย สปสช. จากผลการศึกษาของ ชุตินา อรรถศิลป์ และคณะ ในปี 2563³ พบว่า การจัดกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศไม่เพียงเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน แต่ยังเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการจากการลดภาระงานการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ที่มีลักษณะจำเพาะ โดยที่ไม่ขึ้นกับสถานะการเงินของสถานพยาบาลในการตัดสินใจว่าจะนำรายการนี้เข้าในบัญชีเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการหรือไม่ ในกรณีที่โรงพยาบาลมีขีดความสามารถและเงื่อนไขเข้าเกณฑ์ที่จะส่งใช้เวชภัณฑ์ได้ โดยปราศจากความกังวลด้านการจัดการเวชภัณฑ์ด้วยเงินของหน่วยบริการภายใต้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว อีกทั้งยังช่วยลดขั้นตอนการจัดหาของโรงพยาบาลที่จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบการบริหารพัสดุภาครัฐที่กำหนดอีกด้วย

ผลการดำเนินงาน ด้านการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ พบว่า กลไกดังกล่าวนี้ได้รับบรรลุเป้าประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยเข้าถึงยาจำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคด้านเศรษฐกิจฐานะและด้านสังคม มีความเท่าเทียมเสมอภาคในการเข้าถึงเวชภัณฑ์จำเป็น (2) เกิดความสมดุลระหว่างรายคาที่เหมาะสมกับความสามารถในการจ่ายของประเทศไทย³⁹ และ (3) สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมในด้านการบริหาร (governance) ระบบเวชภัณฑ์ อย่างบูรณาการในด้านการมียา (availability)¹⁵ การคงความสมดุลระหว่างราคาเวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่าย และการแข่งขันทางการค้าของผู้ผลิต/จัดจำหน่ายยา ในกรณีที่กลไกทั่วไปไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ³

อย่างไรก็ตาม โจทย์สำคัญที่เป็นคำถามเชิงวิพากษ์ต่อการจัดกระบวนการดำเนินงานภายใต้กลไกจัดซื้อจัดหารวมระดับประเทศ อาทิ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการสร้างความเชื่อมั่นต่อคุณภาพของเวชภัณฑ์ทั้งในระดับบุคลากรและหน่วยบริการ ซึ่งโจทย์ดังกล่าวเป็นประเด็นที่ สปสข. ให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นในการจัดกระบวนการ ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

1

มิติด้านการมีส่วนร่วมและความเชื่อมั่นต่อบริการ สปสข. ได้วางบทบาทของตนเองเป็นเวทีกลางที่ทุกภาคส่วนสามารถแสดงข้อคิดเห็น แสดงทรรศนะและการมีส่วนร่วมวางแผนงานเพื่อเสริมสร้าง ‘ความเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะร่วมกัน’²⁹ ร่วมสร้างองค์ความรู้จากการศึกษาผลกระทบอย่างรอบด้านทั้งในเชิงประสิทธิผล ความปลอดภัยและเศรษฐศาสตร์⁷ การส่งเสริมประสบการณ์การจัดการความท้าทายด้านอุปทานเวชภัณฑ์แต่ละประเภทร่วมกับคณะทำงานที่มีการแบ่งหน้าที่การทำงานตามความเชี่ยวชาญ และจัดการให้มีการประกันคุณภาพเวชภัณฑ์ตั้งแต่การผลิต ผ่านการจัดทำคุณสมบัติเฉพาะของเวชภัณฑ์ กระบวนการทั้งหมดนี้ได้นำไปสู่การเสริมสร้างความมั่นใจ ความเชื่อมั่นของผู้ให้และผู้รับบริการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ³

2

มิติด้านความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และความคุ้มค่าในการบริหาร
 สปสข. ได้จัดสร้างระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงผู้ให้และผู้รับบริการ
 วางแนวทางการกระจายโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการ
 จัดการคลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลในการกำกับ
 ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และตัดสินใจร่วมกันบน
 พื้นฐานของการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์²¹ ร่วมกับคณะ
 กรรมการ/คณะอนุกรรมการและคณะทำงานในทุกขั้นตอน อีกทั้ง
 ทั้งยังมีการจัดกรอบเวลาและเกณฑ์ที่ชัดเจนในการประเมินผล
 การบริหารงบประมาณและวงจรเวชภัณฑ์ ตลอดจนจัดช่อง
 ทางการสื่อสารสองทางสู่ประชาชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
 ซึ่งสามารถนำแผนงานไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 สูงสุด

3

มิติการสนับสนุนระบบอุปทานเวชภัณฑ์ สปสข. ได้สร้างกรอบ
 แนวคิด เป้าประสงค์ วิสัยทัศน์ แผนงาน กรอบเวลาที่จะไปสู่การ
 ระดมกลุ่มทรัพยากรบุคคล/ภาคีคณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อ
 วางแผนการบริหารจัดการการเงิน/การคลัง การจัดขั้นตอนการ
 บันทึกข้อมูล ระเบียบและแนวปฏิบัติตลอดจนการมีพันธมิตรที่
 ตั้งมั่นในการทำงานเพื่อสาธารณประโยชน์ตามหลักธรรมาภิบาล³

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า การจัดการโลจิสติกส์และจัด
 ซื้อมารดับประเทศ มีจุดแข็ง ความท้าทาย และสิ่งที่ต้อง
 พัฒนา ดังต่อไปนี้

9.1

จุดแข็งของการจัดกลไกการต่อรอง ราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศ

- 1 การดำเนินงานอยู่บนฐานของหลักธรรมาภิบาล¹¹
- 2 การดำเนินงานมีขั้นตอนและมาตรฐานที่ชัดเจน เน้นการมีส่วนร่วม มีการจัดการความรู้ การวางแผนการศึกษา มีการวิจัยค้นคว้าหาความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับทางด้านคลินิก เกษษศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ และการเงินการคลัง และผลกระทบในเชิงนโยบายอย่างรอบด้าน
- 3 มีระบบการสื่อสารที่เน้นการตัดสินใจร่วมกัน ฟังความคิดเห็นของทุกภาคส่วน⁶
- 4 มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อติดตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่ทันสมัย บริหารจัดการเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้และความโปร่งใส การบริหารงบประมาณมีความคุ้มค่าและยั่งยืน
- 5 มีภาคีเครือข่ายการทำงานและบุคลากรที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญและเข้าใจในระบบอุปทานเวชภัณฑ์ที่มีปัญหาด้านการเข้าถึงแต่ละประเภท
- 6 สามารถเป็นต้นแบบ/แนวปฏิบัติที่ดีในการวางโครงสร้างการเพิ่มประสิทธิภาพจัดหาในระดับประเทศที่เสริมสร้างการมีส่วนร่วม ความโปร่งใส ตรวจสอบได้และมีธรรมาภิบาล

9.2

ความท้าทายและสิ่งที่ต้องพัฒนา

- 1 การเผยแพร่ผลงานเชิงรุก แม้ว่า สปสช. ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลสัมฤทธิ์ด้านมูลค่าประหยัของเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษ ที่จัดทำผ่านกลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศไว้เป็นประจำทุกปี แล้วก็ตาม ทว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อรายงานผลการจัดซื้อแก่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจัดส่งแก่หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่ร้องขอเป็นรายกรณีเท่านั้น

ดังนั้น เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ผลงานของ สปสช. ตลอดจนเพื่อส่งเสริมภาพลักษณ์ขององค์กรในการดำเนินนโยบาย สปสช. อาจพิจารณารวบรวมและเผยแพร่ข้อมูล ด้านมูลค่าประหยัต่อการจัดซื้อเวชภัณฑ์แต่ละรายการต่อรอบจัดซื้อ งบประมาณที่ประหยัได้จากการจัดซื้อ พร้อมรายงานการนำงบประมาณที่ประหยัได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการทางสุขภาพและสิทธิประโยชน์ในโรคอื่นๆ ภายใต้หลักประกันสุขภาพ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้อีกด้วย

- 2 ความท้าทายในการจัดยาเคมีบำบัด ยาเคมีบำบัดเป็นยาราคาสูงที่จัดอยู่ใน 3 อันดับแรก ของรายการเวชภัณฑ์ที่มีมูลค่าสูงสุดที่เบิกจ่ายจากคลังเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการแต่ละแห่ง ยาประเภทนี้มีลักษณะจำเพาะที่ต้องการกลไกกลางในการจัดการ และการริเริ่มการบริหารจัดการยาในกลุ่มนี้ ถือเป็นหนึ่งอีกในความท้าทายของ สปสช. ในการจัดการด้านงบประมาณ พัฒนาระบบบริหารจัดการยาเคมีบำบัดได้อย่างครบวงจร

จากการทบทวนวรรณกรรม ในปัจจุบัน พบว่า ยังไม่มีการกำหนดแนวทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการบริการยาดังกล่าว เช่น การจัดหาไม่เพียงพอต่อการใช้จริง ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า มียาใกล้หมดอายุเป็นจำนวนมากในบางรายการที่ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนครบกระบวนการรักษารวมถึงการชดเชยจากกองทุนสุขภาพในยาในกลุ่มนี้มีปัญหาขาดทุน ทำให้การบริการยาประเภทนี้ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการ⁴⁷ โดยตรง

3

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงาน การปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงาน ในปี 2561 – ปัจจุบัน (จากเดิมเป็น สปสช. ร่วมกับองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อ) เป็น กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายฯ ราชวิถี เป็นผู้ดำเนินการนั้น

แม้ว่าการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานนี้ จะมีจุดเด่นด้านการเพิ่มความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในองค์ประกอบของคณะกรรมการและคณะทำงานทุกฝ่ายมากขึ้น ทว่า ก็มีข้อควรพิจารณา ในด้านการเรียงลำดับความสำคัญจากการปรับลดบทบาทของคณะกรรมการคัดเลือกยาฯ ลงเป็นเพียงคณะทำงาน ภายใต้คณะกรรมการจัดทำแผนฯ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างลักษณะนี้ อาจส่งผลให้คณะทำงานมุ่งเน้นด้านการวางแผนจัดซื้อเป็นหลัก แทนการพิจารณาเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อความต้องการของประชาชน อีกทั้งการขยายองค์ประกอบของคณะกรรมการที่มาจากหน่วยงานต่างๆ เพิ่มขึ้นอาจก่อให้เกิดความล่าช้าของการตัดสินใจที่ทันต่อสถานการณ์ และมีช่องว่างของการสื่อสาร เนื่องจากกระบวนการทำงานแต่ละขั้นตอนมีผู้เกี่ยวข้องมากขึ้น ทว่าความเป็นเจ้าของงานที่แท้จริงได้หายไป ซึ่งอาจต้องพิจารณาในระยะยาวด้านประสิทธิภาพของโครงสร้างนี้ต่อการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษต่อไป³

4

งบประมาณการจัดหาเวชภัณฑ์ภายใต้โครงการพิเศษที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากการขยายตัวของอัตราผู้ได้รับเวชภัณฑ์ และอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องได้รับยาต่อเนื่องตลอดชีวิต อาจส่งผลต่องบประมาณในระยะยาว¹³

ดังนั้นคณะทำงานอาจต้องมุ่งเน้นการศึกษาเทคโนโลยีการรักษาที่มีความคุ้มค่าอย่างรัดกุม การพัฒนากลวิธีที่จะสนับสนุนการบริหารและการวางแผนการเงินการคลังที่ยั่งยืนได้ ตลอดจนการสนับสนุนโครงการคู่ขนานเพื่อการส่งเสริมและการป้องกัน เพื่อลดอัตราการเกิดโรคกลุ่ม NCDs และโรคระบาดร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น การพัฒนาบริการคัดกรองโรคไตเสื่อมในระยะเริ่มต้น การพัฒนาสื่อ/ช่องทางให้ความรู้แก่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

10

สรุป

จากการดำเนินการตลอดระยะเวลาที่ผ่าน สปสข. ได้ริเริ่มพัฒนากลไกการต่อรองราคา และจัดซื้อรวมระดับประเทศ เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสังคมได้อย่างแท้จริงบนพื้นฐานของการบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล กลไกดังกล่าวไม่เพียงเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืนเท่านั้น ยังเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการออกแบบและผลักดันนโยบายการจัดบริการเวชภัณฑ์ร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การยกระดับปรับเปลี่ยนแนวทางการให้บริการของหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพ มีความรวดเร็ว มีความครอบคลุมโรคต่างๆ มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นได้ต่อระบบบริการ การรักษาและคุณภาพของเวชภัณฑ์และบริการที่ได้รับ

กลไกการต่อรอง และจัดซื้อรวมระดับประเทศ เป็นกลไกที่สร้างผลสัมฤทธิ์ในทุกองค์ประกอบ ตั้งแต่การคัดเลือก การจัดหา การสำรองและการกระจายเวชภัณฑ์ที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน สามารถเพิ่มความคุ้มค่าในการใช้จ่ายงบประมาณจากอำนาจการต่อรองที่เพิ่มสูงขึ้นตามปริมาณการซื้อรวมที่มีจำนวนมาก ตลอดจนสามารถช่วยควบคุมงบประมาณ และบริหารเวชภัณฑ์จำเป็นอย่างจำกัดให้มีความยั่งยืนการจัดการคลังเวชภัณฑ์อย่างเป็นระบบ ซึ่งนำไปสู่การขยายบริการที่ครอบคลุมประเภทของโรค เทคโนโลยีการรักษา และประชาชนทั่วประเทศตามเจตนารมณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2560). โครงการพัฒนาระบบ First Expire date First Out: FEFO. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjMnqz48sHxAhVnxDgGHZeLAvUQFjAAegQIBBAD&url=http%3A%2F%2Fmed.swu.ac.th%2Fmsmc%2Fpharmacy%2Fimages%2FKM_Pharmacy_Department__2560.doc&usq=AOvVaw3P-CxIU-AkddGvru-RjjLaN
2. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต (ศปท.) กระทรวงสาธารณสุข. เรื่อง เกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564. [http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/%E0%B8%99%E0%B8%A3%200508%20\(%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%88_\)4653%20\(23-6-64\).pdf](http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/%E0%B8%99%E0%B8%A3%200508%20(%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%88_)4653%20(23-6-64).pdf)
3. ชูติมา อรรถสิทธิ์ และคณะ. (2563). “การศึกษาทบทวนระบบและพัฒนาข้อเสนอการบริหารเวชภัณฑ์จำเป็น ที่มีปัญหาการเข้าถึงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (A study on the supply management for inaccessible essential medicines under the Universal Health Coverage: system improvement)” สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
4. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ : ดำเนินบัตรทอง (8) ยากำพร้า. <https://www.hfocus.org/content/2015/08/10625>
5. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ : ดำเนินบัตรทอง (7) วัดขึ้น เลนส์ตา และขดลวด (Stent). <https://www.hfocus.org/content/2015/08/10583>
6. เสาวลักษณ์ ตระกูล และคณะ. “การเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพงในบัญชีหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551: จากนโยบายสู่การปฏิบัติ.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 ก.ค. - ก.ย. 2555.
7. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (2562). “ระบบจัดหายาจำเป็นของประเทศ: อดีต ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และระบบที่ต้องเตรียมพร้อม.” ยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 10 / ฉบับที่ 41 / เมษายน 2562.
8. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ : ดำเนินบัตรทอง (5) สิทธิประโยชน์ยาต้านไวรัสเอชไอวี. <https://www.hfocus.org/content/2015/07/10526>
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552). กำเนิด “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” มิติใหม่แห่งการบริการด้านสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย. http://203.157.203.2/archivesImages/2557/138errand/55116_29_o.PDF

10. ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต (ศปท.) กระทรวงสาธารณสุข. เรื่อง เกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายยาและเวชภัณฑ์ที่มีขายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564. [http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/%E0%B8%99%E0%B8%A3%200508%20\(%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%88_\)4653%20\(23-6-64\).pdf](http://www.stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/files/%E0%B8%99%E0%B8%A3%200508%20(%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%88_)4653%20(23-6-64).pdf)
11. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. “เกณฑ์จริยธรรมการส่งเสริมการขายยา การส่งเสริมจริยธรรมการสั่งใช้ยาและธรรมาภิบาลในระบบยา.” ยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา ปีที่ 8 ฉบับที่ 33 (มกราคม – กุมภาพันธ์ 2560).
12. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ : ดำเนินบัตรทอง (6) วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และโครงการล้างไตทางช่องท้อง. <https://www.hfocus.org/content/2015/07/10529>
13. ชูติมา คำดีและคณะ. (2561). “โครงการวิจัยเรื่องการวิเคราะห์การเข้าถึงยาจำเป็นในประเทศไทย โครงการย่อยที่ 2: การวิเคราะห์การเข้าถึงยาบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชียา จ(2).” โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
14. จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์. (2556). “สถานการณ์ด้านการเข้าถึงยา.”
15. คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์. (2560). “การจัดการแก้ไขปัญหายาจำเป็นขาดแคลนกลุ่มกำพร้า-ยาต้านพิษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.”
16. ธัญจิรา จิรนนทกาญจน์ (2563). “จัดตั้งโครงการเพิ่มการเข้าถึงยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษ ดัดลึกระบบการเข้าถึงความรู้และทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย.” โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (ปีที่ 8 ฉบับที่ 67).
17. คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์. (2561). “การพัฒนาเพื่อการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ยาจำเป็นในระบบหลักประกันสุขภาพ.”
18. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ : ดำเนินบัตรทอง (3). <https://www.hfocus.org/content/2015/07/10498>
19. ชูติมา คำดี และพรธิดา หัตถโนนุ่น. (2563) “โครงการศึกษาทบทวนและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนของประเทศไทย.”
20. วรณภา ไกรโรจนานนท์. (2555). “การบริหารจัดการยากำพร้ากลุ่มยาต้านพิษในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2555.”

21. ยุพดี ศิริสินสุข และธิดิมา เฟิงสุภาพ. (2561). “รายงานสถานการณ์ระบบยา พ.ศ. 2555-2559.”
22. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์: ดำเนินการบัตรทอง (18) รพ.แอ๊ด ผู้ป่วยล้น รอคิวนาน.<https://www.hfocus.org/content/2015/09/10827>
23. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2562). การบริหารจัดการด้านยาจำเป็นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารประกอบวาระที่ 3.3 เสนอคณะกรรมการ 7x7 วันที่ 14 พฤษภาคม 2562.
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (ตุลาคม 2559). “คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560 การบริหารบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวและบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.”
25. คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์. (2561). “ข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารระบบยา ปี 2561.”
26. ชรินทร์ ขวัญเกตุ. (2564). “การบริหารจัดการด้านยา และ วัคซีน ปีงบประมาณ 2564.”
27. จารวี รัตนยศ. (2562). “แนวทางการบริหารจัดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2562 (วัคซีนพื้นฐานและวัคซีนใช้วัดใหญ่ตามฤดูกาล).” สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
28. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563). “หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พ.ศ. 2563.”
29. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2553). “คู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554.” กระทรวงสาธารณสุข.
30. สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน. (2551). โปรแกรมบริหารจัดการ DMIS-TB. <https://slideplayer.in.th/slide/2184294/>
31. สำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). “การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการน่ายาล้างไต.”
32. พิสนธิ์ จงตระกูล. (2556). “การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ.”
33. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. ดำเนินการบัตรทอง (15) นานาชาติยอกย่องความสำเร็จหลักประกันสุขภาพไทย.<https://www.hfocus.org/content/2015/08/10766>
34. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. ดำเนินการบัตรทอง (16) สวัสดิการสังคม ไม่ใช่ประชานิยม.<https://www.hfocus.org/content/2015/09/10770>

35. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ. (2555). “การควบคุมราคา ยา: บทเรียนจากอดีต ข้อค้นพบปัจจุบันและข้อเสนอสำหรับอนาคต.” วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2555.
36. สิรินาฏ นิภาพร และอาณัติ วรรณศรี. (2553). “แนวทางการบริหารจัดการมาตรการใหม่ที่ยังอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รอบที่ 2/2553 และรอบที่1/2554.”
37. อุดม อรุณรุ่งศรี. (8 พฤศจิกายน 2561). “การบริหารกองทุน UC งบประมาณ 2562 หมดอายุ เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นตามโครงการพิเศษ.
38. มรุตส ทิพยมงคลกุล ปราบดา ประภาศิริ ตรุณี ดิษฐ์สูงเนิน และจรัส เมืองชนะ. (2559). “ปัญหาและอุปสรรคของการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย.” วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 46 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.).
39. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563). “แนวทางการบริหารจัดการวัคซีนนักเรียนปี 2563.”
40. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2562). “แนวทางปฏิบัติในการเบิกจ่ายวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Vaccine) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562.”
41. กลุ่มบริหารจัดการวัคซีน กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน. (2559). “การบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น.” กระทรวงสาธารณสุข.
42. กลุ่มบริหารจัดการวัคซีน กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน. (2562). “ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2562.” กระทรวงสาธารณสุข.
43. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2562). “ปี 61 คนไทยเข้าถึงยาจำเป็นกว่า 38,000 ราย ประหยัดค่ายา 8.56 พันล้านบาท สูงสุดรอบ 8 ปี”. จดหมายข่าว Hfocus
44. ทรงยศ พิลาสันต์ และคณะ. (2559). “ทางเลือกในการจัดซื้อ stent ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.” โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 4 (ฉบับที่ 31).
45. อินทรีา ยมาภัย และคณะ. (2559). “รายงานวิจัย การกำหนดแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการจัดซื้อจัดหาสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนและขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดโคโรนารี สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.” โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
46. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. วิจัยยืนยัน “Bevacizumab” ยาด้านมะเร็ง รักษาจอตาหาย “ปลอดภัย –ในราคาถูก”. <https://www.hsri.or.th/researcher/media/news/detail/8559>
47. รัชนก สิทธิโชติวงศ์. (2560). “การพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการยาเคมีบำบัดมูลค่าสูง” [กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์]. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 2

กลไกการต่อรองราคาและจัดซื้อรวมระดับประเทศเพื่อการเข้าถึงเวชภัณฑ์จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

โครงการจัดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมทั้งจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่งานระบบหลักประกันสุขภาพฯ

ผู้แต่ง นายดิษยนันท์ เพชรผ่องใส

ปีที่พิมพ์ 2564

พิมพ์ครั้งที่ 1 e-book

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

Website: www.nhso.go.th

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
เภสัชกรหญิงสมฤทัย สุพรรณกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัชรนฤมล

ผู้แต่ง

นายดิษยนันท์ เพชรผ่องใส

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรานางประทีป นัยนา
นางสาวปณณัฏฐ์ ทิพย์สุข

