

ค่ายามหาโหด โจทย์ที่รอกการแก้ไข

ยา เป็น 1 ในปัจจัย 4 ที่จำเป็นอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วย ทว่า ตัวเลขการใช้จ่ายของคนไทยนับปีละเกือบ 2 แสนล้านบาท หรือเกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทั้งหมด

เมื่อเจาะลึกลงเบื้องหลังตัวเลขการใช้จ่ายที่พุ่งทะยานสูงขึ้นเรื่อยๆ กลับพบปัญหาที่สั่งสมมานานจนกล่าวได้ว่า “ระบอบยา” ของประเทศไทยอยู่ในสภาพอ่อนแอมาก โดยเฉพาะปัญหาการใช้จ่ายฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น และค่ายาแพงเกินจริง

ไทยนำโด่งค่ายามหาศาล

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการซื้อยาในภาพรวมของประเทศไทยพบว่า มีจำนวนสูงชันอย่างน่าตกใจ โดยในปี 2552 คนไทยบริโภคยาปีละ 186,331 ล้านบาท ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการค่าใช้จ่ายด้านยาที่ต่ำกว่าประเทศไทยมาก อาทิ สหรัฐอเมริกา ร้อยละ 12.3 ออสเตรเลีย ร้อยละ 12.8 อังกฤษ ร้อยละ 16.3 แคนาดา ร้อยละ 17.7 ฝรั่งเศส ร้อยละ 18.9 และญี่ปุ่น ร้อยละ 18.9

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัวเลขการใช้จ่ายของไทยพุ่งสูงมากคือ ระบบการควบคุมการส่งจ่ายยาที่อ่อนแอ โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2552 เฉพาะข้าราชการกลุ่มเดียวเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงเกือบ 70,000 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ 48,000 ล้านบาท หรือมีสัดส่วนสูงชันเกือบเท่าตัว ถ้าตัวเลขการใช้จ่ายยังคงไม่เปลี่ยนแปลง คาดว่าปีงบประมาณ 2553 ค่ายาจะสูงเกิน 10.5 แสนล้านบาท และแน่นอนว่าการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงเป็น “ค่ายา”

ปริศนาหลัง “ยาเม็ดละพัน”

จากการศึกษาวิจัยของ รศ.ดร. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ และ ภญ. วรสุดา ยุงทอง โดยการสำรวจราคายา จำนวน 43 ชนิด ที่ขึ้นทะเบียนในปี 2550 พบว่า ร้อยละ 51 ของยาที่สำรวจ มีราคาตั้งแต่เม็ดละ 11-50 บาท ขณะที่ ร้อยละ 15 มีราคาตั้งแต่เม็ดละ 51-33 บาท ร้อยละ 25 มีราคาตั้งแต่เม็ดละ 101-500 บาท และ ร้อยละ 3 มีราคาสูงกว่าเม็ดละ 1,000 บาท

จะเห็นว่าโดยภาพรวมถือว่ายาเม็ดละพันบาท ที่สำคัญเมื่อตรวจสอบราคาค่าต้นทุนที่บริษัทฯ แจ้งไว้กับกรมการค้าภายในกับราคาที่ขายให้โรงพยาบาลรัฐ พบว่ามีส่วนต่างถึง 60-800 เท่า!

เบื้องหลังหนูนาค่ายามหาโหด

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ราคาแพงคือ “สิทธิบัตร” หากไม่มีสิทธิบัตรหรือสิทธิบัตรหมดอายุ ทำให้ราคาถูกลงได้ถึง ร้อยละ 90 อาทิ กรณียาต้านไวรัสบางตัวที่มีสิทธิบัตรแพงกว่ายาไม่มีสิทธิบัตร 6.2 เท่า ยารักษาโรคเบาหวานที่มีสิทธิบัตรแพงกว่ายาไม่มีสิทธิบัตร 14.5 เท่า

อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ บริษัทขายยาให้โรงพยาบาลในราคาแพงกว่าที่แจ้งไว้กับกรมการค้าภายในหลายร้อยเท่าตัว โดยให้เหตุผลว่า เป็นมูลค่าที่รวมค่าบริหารจัดการภายใน ทว่า เมื่อเจาะลึกลงไปรายละเอียดได้พบประเด็นที่น่าพิจารณา คือ

หนึ่ง ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเน้นหนักไปที่ “การตลาดหรือการส่งเสริมการขาย” หรือการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ กระตุ้นผู้บริโภคโดยตรง มีการสำรวจพบว่า ค่าใช้จ่ายในการโฆษณาของไทยมีมูลค่าสูงมาก เฉพาะการโฆษณาในสื่อหลัก เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โทรทัศน์ วิทยุ บิลบอร์ด ฯลฯ ในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2549-2551) สูงกว่าปีละ 2,500 ล้านบาท

สอง การสนับสนุนการทำกิจกรรมของแพทย์บางกลุ่ม เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในฐานะที่แพทย์เป็นผู้สั่งจ่ายยา โดยเฉพาะการสนับสนุนแพทย์ให้ใช้ยาของบริษัทนั้นๆ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เช่น เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งล้วนแต่เป็น “ผู้มีอำนาจในการจ่ายยาและจัดซื้อยา” ทั้งสิ้น

กลวิธีที่บริษัทยาใช้เพื่อให้เข้าถึงผู้มีอำนาจในการสั่งจ่ายยา อาทิ การเชิญไปต่างประเทศ การให้ทุนทั้งระดับบุคคลและสถาบัน การติดต่อโดยใช้สาวสวย หรือ “พรีดตี้” การให้ค่าตอบแทนแพทย์ตามยอดสั่งยา และให้คำร่ำหว่ารณที่สั่งจ่ายยารักษาโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นต้น

สภาพเช่นนี้ส่งผลต่อการจ่ายยาและการจัดหายา อาทิ ทำให้ยามีราคาแพงเกินจริง ส่งเสริมให้เกิดการจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือย การสั่งซื้อยาบางกลุ่มที่ไม่จำเป็น และการให้ยาที่ไม่เหมาะสมจนอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

นี่คือปมปัญหาอันท้าทายของมนุษยชาติในวันนี้ トラบเท่าที่ “ยา” ยังเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต และผู้คนในทุกสังคมต่างอยู่ภายใต้สถานะแห่งความยากคิมีเงินไม่แตกต่างกัน

คำตอบอยู่ไหน?

หนึ่งในช่องโหว่ที่เอื้อให้มีการหาประโยชน์จากผู้ป่วยในประเทศไทยปัจจุบัน ก็คือ บทบัญญัติมาตรา 24-25 ของ พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ตามอำนาจของกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ที่กำหนดและควบคุมราคาขายเหมือนกับสินค้าอุปโภคบริโภคทั่วไป ที่ห้ามมิให้ขายเกินราคาเท่านั้น นอกจากนี้ วิธีที่หน่วยงานรัฐใช้คือ การจัดซื้อและต่อรองราคายาก็สามารถทำได้เฉพาะยาซื้อสามัญคือ ยาที่ไม่มิลิทธิบัตรและมีการแข่งขันในตลาด ราคาไม่แพง แต่ไม่สามารถทำได้กับยาต้นแบบที่มีสิทธิบัตรคุ้มครองผูกขาดการขาย ไม่มีการแข่งขัน ดังนั้น ยาในกลุ่มนี้จึงยังคงมีราคาแพงลิบลิ่ว

จากการศึกษาวิจัยเรื่องราคาขายและระบบควบคุมราคาขายในต่างประเทศ โดย รศ.ดร. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ ภญ. วรสุดา ยุงทอง และ ฟ้าใส จันท์จรรุภรณ์ นำเสนอทางเลือกเพื่อคลี่คลายปมปัญหานี้ไว้ เช่น

- ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สเปน และสวีเดน ใช้วิธีตกลงร่วมกันระหว่างรัฐกับผู้ผลิตโดยพิจารณาจากการคาดการณ์ปริมาณการขาย
- ไอร์แลนด์ใช้วิธีเปรียบเทียบราคาขายกับ 5 ประเทศ
- เยอรมัน เดนมาร์ก สเปน เนเธอร์แลนด์ ใช้มาตรการตั้งราคาขายอ้างอิงสำหรับยากลุ่มเดียวกัน ถ้าเกินราคาอ้างอิงให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย
- เยอรมันยังมีระบบควบคุมแพทย์ไม่ให้จ่ายยามากเกินไป ถ้าใช้งบประมาณเกินกำหนด สมาคมแพทย์จะถูกลงโทษต้องจ่ายเงินให้กองทุนผู้ป่วย

ที่มา : รายงานสุขภาพคนไทย 2553

สืบค้นได้จาก www.hiso.or.th