



Policy Brief

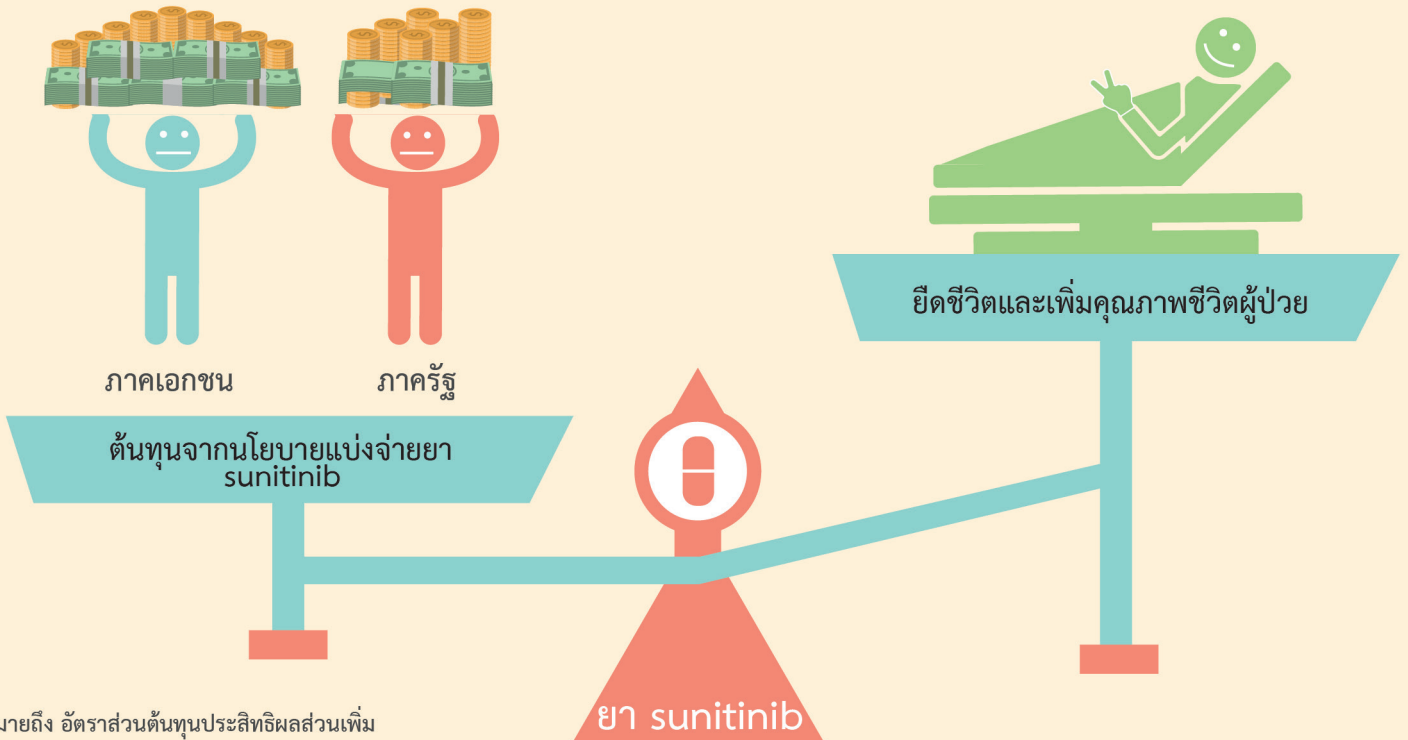
นโยบายแบ่งจ่ายของยา sunitinib กับความคุ้มค่าทางการแพทย์

ยา sunitinib เป็นยารักษาโรคมะเร็งไตชนิดรีนัลเซลล์ หรือเรียกว่า อาร์ซีซี (RCC - renal cell carcinoma) ระยะแพร่กระจายและมะเร็งเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหารหรือมะเร็งจีสต์ (GIST - Gastrointestinal Stromal Tumor) ที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วยยาก่อนหน้า เมื่อเปรียบเทียบกับยาที่ใช้อยู่แล้วในบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่า sunitinib ช่วยยืดอายุผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แต่ยานี้มีราคาสูงเกินเกณฑ์การคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจึงได้เจรจาต่อรองราคายากับบริษัทผู้จำหน่ายและได้เกิดข้อเสนอนโยบายแบ่งจ่ายระหว่างภาครัฐและเอกชนขึ้น แต่นโยบายแบ่งจ่ายสำหรับโรคทั้งสองที่เสนอโดยเอกชนยังไม่มี ความคุ้มค่า อย่างไรก็ตาม นโยบายแบ่งจ่ายยังคงมีผลต่อการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ดังนั้นในการพิจารณา นโยบายแบ่งจ่ายในอนาคตจึงควรสร้างแรงจูงใจให้ภาคเอกชนนำยาที่มีประสิทธิผลดีมาแบ่งจ่าย

ค่า ICER *	งบประมาณ 5 ปี
ผู้ป่วยโรคมะเร็งไตชนิด อาร์ซีซี ระยะแพร่กระจาย	
1.5 ล้านบาท	129 ล้านบาท
ผู้ป่วยโรคมะเร็งจีสต์ (GIST)	
2.4 ล้านบาท	43 ล้านบาท

ผลการประเมินความคุ้มค่า นโยบายแบ่งจ่าย ยา sunitinib สำหรับผู้ป่วยมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซี ระยะแพร่กระจาย และผู้ป่วยมะเร็งจีสต์ ยังไม่คุ้มค่า

ผลประโยชน์จากการรักษา ด้วยยา sunitinib



* หมายถึง อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม ใช้พิจารณาความคุ้มค่า โดยมีเกณฑ์ไม่เกิน 160,000 บาท/ปีสุขภาวะ

นโยบายแบ่งจ่ายที่ดีควรเป็นอย่างไร?

นโยบายแบ่งจ่ายที่ดีควรเป็นการให้รางวัลกับภาคเอกชน (บริษัทผลิตและจำหน่ายยา) ในฐานะที่สามารถสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิผลดีกว่าเดิม ดังนั้น เพื่อเป็นการพิสูจน์ว่ายาของบริษัทผู้จำหน่ายมีประสิทธิผลทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนขึ้น นโยบายแบ่งจ่ายจึงควรให้ภาคเอกชนจ่ายก่อนในการรักษาระยะเริ่มต้น หากยานั้นเป็นยาที่ดีจริง ในระยะต่อมารัฐจะเป็นผู้จ่ายเองทั้งหมด เช่น ยา A ยืดชีวิตผู้ป่วยได้ 10 ปี และมีนโยบายแบ่งจ่าย 4 ต่อ 6 (เอกชนจ่าย 4 ปีแรก รัฐจ่าย 6 ปีหลัง) ในทางกลับกันหากยานั้นไม่จริง ไม่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ถึง 10 ปี รัฐจะไม่ต้องจ่ายต่อจากเอกชนในช่วงปีหลัง แนวทางร่วมจ่ายแบบนี้ยังเป็นการสร้างแรงจูงใจที่ดีต่อบริษัทผู้จำหน่ายที่จะนำยาที่มีประสิทธิผลดีมาแบ่งจ่าย เนื่องจากภาครัฐจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในช่วงการรักษาระยะหลังที่มีระยะเวลานานกว่าช่วงการรักษาระยะเริ่มต้นเนื่องจากผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้นานเพราะได้ยาที่มีประสิทธิผลดี ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงยาของผู้ป่วย

นโยบายแบ่งจ่ายคืออะไร	นโยบายแบ่งจ่ายเพื่ออะไร
 <p>ข้อตกลงระหว่างภาครัฐ (ผู้จ่ายเงิน) และภาคเอกชน (ผู้รับเงิน) ที่มีร่วมกันเพื่อแบ่งภาระค่าใช้จ่ายในการใช้ยาซึ่งบริษัทยาอาจจะเสนอจำนวนรอบการรักษาฟรี (Free cycle) หรือร่วมกับลดราคายาลงหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ลดภาระงบประมาณและแบ่งเบาระยะค่าใช้จ่ายของภาครัฐ สนับสนุนการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ผลักดันให้ผู้ผลิตสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิผล
นโยบายแบ่งจ่ายทำอย่างไร	
<p>1. ไม่มีนโยบายแบ่งจ่าย คนไข้ต้องออกค่ารักษาพยาบาลเองตลอดรอบการรักษา (cycle) เช่น มีทั้งหมด 7 รอบ ก็จ่ายเองทั้ง 7 รอบ</p>  <p>รอบ 1 รอบ 2 รอบ 3 รอบ 4 รอบ 5 รอบ 6 รอบ 7</p>	<p>2. มีนโยบายแบ่งจ่าย โดยลดราคาเป็นร้อยละ (%) เช่น 50%</p>  <p>รอบ 1 รอบ 2 รอบ 3 รอบ 4 รอบ 5 รอบ 6 รอบ 7</p>
<p>3. มีนโยบายแบ่งจ่าย โดยเสนอจำนวนรอบการรักษาฟรี (Free cycle) เช่น เสนอฟรี 4 รอบ</p>  <p>รอบ 1 รอบ 2 รอบ 3 รอบ 4 รอบ 5 รอบ 6 รอบ 7</p>	<p>4. มีนโยบายแบ่งจ่ายที่เสนอทั้งลดราคาเป็นร้อยละ (%) และจำนวนรอบการรักษาฟรี (Free cycle)</p>  <p>รอบ 1 รอบ 2 รอบ 3 รอบ 4 รอบ 5 รอบ 6 รอบ 7</p>

ที่มาของนโยบายแบ่งจ่ายของยา sunitinib

ยา sunitinib มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซี และโรคมะเร็งจีสต์ในระยะแพร่กระจาย โดยโรคทั้ง 2 เป็นโรคที่พบได้น้อย แต่เนื่องจากยังไม่มีการคัดกรองประกอบกับอาการแสดงของโรคไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยหลายรายมักไม่แสดงอาการจนภาวะของโรคดำเนินไปถึงระยะหลัง แนวทางการรักษาในปัจจุบันได้แนะนำให้ใช้ยา sunitinib เป็นการรักษาทางเลือกแรกในผู้ป่วยโรคมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซีระยะแพร่กระจาย และใช้เป็นยาสำหรับการรักษาทางเลือกที่สองในผู้ป่วยโรคมะเร็งจีสต์ ระยะแพร่กระจายที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วยยา imatinib

การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า ทางเลือกที่มีประสิทธิผลดีที่สุดในการรักษาทั้ง 2 ข้อบ่งใช้คือการใช้ยา sunitinib ซึ่งสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ทั้งช่วงระยะเวลาที่ปลอดโรคและระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ทั้งแบบที่ยังเป็นโรคอยู่และปลอดโรคแล้ว อย่างไรก็ตามยา sunitinib ยังคงไม่มีความคุ้มค่าตามเกณฑ์ความเต็มใจจ่ายที่กำหนด คือ อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มไม่เกิน 120,000 บาทต่อปีสุขภาพ (ปัจจุบันปรับเป็น 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ) โดยเมื่อคิดค่าใช้จ่ายตลอดชีวิตของผู้ป่วยพบว่ายา sunitinib มีต้นทุนการรักษาตลอดชีวิตของผู้ป่วยอยู่ที่ 2.4 ล้านบาทต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซี และ 2.5 ล้านบาทต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคมะเร็งจีสต์ การเจรจาต่อรองราคายากับบริษัทผู้จำหน่ายจึงนำมาสู่ข้อเสนอนโยบายแบ่งจ่ายสำหรับยา sunitinib ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของนโยบายอีกครั้งหนึ่ง

นโยบายแบ่งจ่ายแบบไหนเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

ตารางที่ 1 การแบ่งจ่ายยา sunitinib สำหรับโรคมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซี

ร้อยละของการลดราคา	อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (บาทต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น) กรณี Free cycle										
	1	2	4	6	8	10	12	14	16	18	
0%	1.98 ล้าน	1.79 ล้าน	1.46 ล้าน	1.19 ล้าน	9.7 แสน	7.9 แสน	6.5 แสน	5.4 แสน	4.5 แสน	3.8 แสน	
-10%	1.79 ล้าน	1.62 ล้าน	1.33 ล้าน	1.08 ล้าน	8.8 แสน	7.2 แสน	6 แสน	5 แสน	4.1 แสน	3.5 แสน	
-20%	1.61 ล้าน	1.46 ล้าน	1.19 ล้าน	9.8 แสน	8 แสน	6.6 แสน	5.4 แสน	4.5 แสน	3.8 แสน	3.3 แสน	
-30%	1.42 ล้าน	1.29 ล้าน	1.06 ล้าน	8.7 แสน	7.1 แสน	5.9 แสน	4.9 แสน	4.1 แสน	3.5 แสน	3 แสน	
-50%	1.05 ล้าน	0.96 แสน	7.9 ล้าน	6.6 แสน	5.5 แสน	4.6 แสน	3.9 แสน	3.3 แสน	2.8 แสน	2.5 แสน	
-75%	5.9 แสน	5.4 แสน	4.6 แสน	3.9 แสน	3.3 แสน	2.9 แสน	2.5 แสน	2.3 แสน	2 แสน	1.9 แสน	
-85%	4 แสน	3.7 แสน	3.2 แสน	2.8 แสน	2.5 แสน	2.2 แสน	2 แสน	1.8 แสน	1.7 แสน	1.6 แสน	

ตารางที่ 2 การแบ่งจ่ายยา sunitinib สำหรับข้อบ่งใช้โรคมะเร็งจีสต์

ร้อยละของการลดราคา	อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (บาทต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น) กรณี Free cycle											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0%	2.89 ล้าน	2.7 ล้าน	2.52 ล้าน	2.36 ล้าน	2.2 ล้าน	2.05 ล้าน	1.92 ล้าน	1.79 ล้าน	1.67 ล้าน	1.56 ล้าน	1.46 ล้าน	1.36 ล้าน
-10%	2.6 ล้าน	2.43 ล้าน	2.27 ล้าน	2.12 ล้าน	1.98 ล้าน	1.85 ล้าน	1.73 ล้าน	1.61 ล้าน	1.5 ล้าน	1.41 ล้าน	1.32 ล้าน	1.23 ล้าน
-20%	2.32 ล้าน	2.16 ล้าน	2.02 ล้าน	1.89 ล้าน	1.76 ล้าน	1.65 ล้าน	1.54 ล้าน	1.44 ล้าน	1.34 ล้าน	1.25 ล้าน	1.17 ล้าน	1.1 ล้าน
-30%	2.03 ล้าน	1.9 ล้าน	1.77 ล้าน	1.66 ล้าน	1.55 ล้าน	1.44 ล้าน	1.35 ล้าน	1.26 ล้าน	1.18 ล้าน	1.1 ล้าน	1.03 ล้าน	9.6 แสน
-50%	1.46 ล้าน	1.36 ล้าน	1.27 ล้าน	1.19 ล้าน	1.11 ล้าน	1.04 ล้าน	9.7 แสน	9.1 แสน	8.5 แสน	7.9 แสน	7.4 แสน	6.9 แสน
-75%	7.4 แสน	6.9 แสน	6.65 แสน	6.1 แสน	5.7 แสน	5.3 แสน	5 แสน	4.7 แสน	4.4 แสน	4.1 แสน	3.8 แสน	3.6 แสน
-85%	4.5 แสน	4.3 แสน	4 แสน	3.7 แสน	3.5 แสน	3.3 แสน	3.1 แสน	2.9 แสน	2.7 แสน	2.5 แสน	2.4 แสน	2.3 แสน
-90%	3.1 แสน	2.9 แสน	2.7 แสน	2.6 แสน	2.4 แสน	2.3 แสน	2.1 แสน	2 แสน	1.9 แสน	1.8 แสน	1.7 แสน	1.6 แสน

การศึกษานี้ได้ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของนโยบายแบ่งจ่ายสำหรับยา sunitinib โดยพิจารณาจากมุมมองทางสังคมซึ่งรวมต้นทุน ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเดินทางมารับการรักษา ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค และต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เป็นต้น โดยพิจารณาความคุ้มค่าตามบริบทของประเทศไทยในปัจจุบันที่เกณฑ์ความเต็มใจจ่าย 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ ทั้งนี้จากการเปรียบเทียบราคาขาย sunitinib และการแบ่งจ่ายจากภาคเอกชน พบว่าสำหรับข้อบ่งใช้ในโรคมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซี ภาคเอกชนจะต้องเสนอการแบ่งจ่ายจำนวนรอบการรักษาฟรีให้ผู้ป่วย 18 รอบการรักษา พร้อมกับลดราคาขายลงร้อยละ 85 จึงจะทำให้คุ้มค่า (ตารางที่ 1) สำหรับข้อบ่งใช้ในโรคมะเร็งจีสต์ ภาคเอกชนจะต้องเสนอการแบ่งจ่ายจำนวนรอบการรักษาฟรีให้ผู้ป่วย 12 รอบการรักษา พร้อมกับลดราคาขายลงร้อยละ 90 จึงจะคุ้มค่า (ตารางที่ 2)

- = เกณฑ์ความเต็มใจจ่ายที่อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม 160,000 บาท/ปีสุขภาพ กรณีข้อเสนออยู่ในช่วงเขียวก็จะมีโอกาสมากกว่าที่จะได้รับการพิจารณาบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา
- = ICER ต่ำกว่า 5 แสนบาท/ปีสุขภาพ
- = ICER 0.5-1 ล้านบาท/ปีสุขภาพ
- = ICER เกิน 1 ล้านบาท/ปีสุขภาพ

นโยบายแบ่งจ่ายสำหรับยา sunitinib ยังไม่คุ้มค่า

การตัดสินใจบรรจุยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ควรคำนึงถึงมุมมองผู้ให้บริการ มุมมองทางสังคม มุมมองด้านจริยธรรม รวมถึงนโยบายแบ่งจ่ายที่ดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ข้อเสนอของบริษัทยา ในการใช้ยา sunitinib รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซี ระยะแพร่กระจายและผู้ป่วยโรคมะเร็งจีสต์ที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วยยา imatinib ยังไม่มีความคุ้มค่าทางการแพทย์ โดยมีค่า ICER เท่ากับ 1.5 ล้านบาทต่อปีสุขภาพ สำหรับข้อบ่งใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซี ระยะแพร่กระจาย และ 2.4 ล้านบาทต่อปีสุขภาพ สำหรับข้อบ่งใช้ในโรคมะเร็งจีสต์ที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วย imatinib และภาระงบประมาณใน 5 ปีแรก โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 129 ล้านบาทต่อปีและ 43 ล้านบาทต่อปี ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่จริยธรรม ควรให้ความสำคัญกับการรักษาที่เป็นทางเลือกแรกที่ยังไม่มียาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของภาครัฐก่อน ดังนั้น จึงควรพิจารณาให้ความสำคัญกับการรักษาโรคมะเร็งไตชนิดอาร์ซีซีด้วยยา sunitinib ก่อน เพราะเป็นยาสำหรับการรักษาทางเลือกแรกที่ยังไม่มียาใดสำหรับข้อบ่งใช้นี้บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



แม้ว่าผลการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของนโยบายแบ่งจ่ายสำหรับยา sunitinib ที่ได้รับการเสนอจากกระบวนการต่อรองคารายระหว่างคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติและบริษัทผู้จำหน่ายจะพบว่าไม่มีความคุ้มค่า และจะยังไม่มียาแบ่งจ่ายของยาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม นโยบายแบ่งจ่ายยังคงมีความน่าสนใจในทางปฏิบัติเนื่องจากมีผลต่อการเข้าถึงยาของผู้ป่วย ดังนั้น ในการพิจารณาตัดสินใจหานโยบายแบ่งจ่ายอื่นที่เหมาะสมในอนาคต จึงควรพิจารณาในข้อเสนอที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่สร้างแรงจูงใจในการนำยาที่มีประสิทธิผลดีมาแบ่งจ่าย

ผู้เขียน



ภญ.ฉันทิมา สุวรรณถาวรกุล

ผู้ช่วยวิจัย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม

1. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. World Health Organization technical report series. 1994;843:1-129.
2. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. Osteoporos Int. 2006 Dec;17(12):1726-33.
3. Moynihan R, Cassels A. Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients: Nation Books; 2005.
4. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. World Health Organization technical report series. 1994;843:1-129.
5. Limpaphayom KK, Taechakraichana N, Jaisamram U, Bunyavejchevin S, Chai-kittisilpa S, Poshyachinda M, et al. Prevalence of osteopenia and osteoporosis in Thai women. Menopause. 2001 Jan-Feb;8(1):65-9.

ติดตามรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ได้ที่ <http://www.hitap.net/research/24190>

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การประเมินความคุ้มค่าของนโยบายแบ่งจ่ายระหว่างภาครัฐและเอกชนสำหรับยา sunitinib โดย
ภญ.ปฤษฐพร กิ่งแก้ว ภญ.ฉันทิมา สุวรรณถาวรกุล
นายกิตติพงษ์ อธิบูรณ์ญ



สมัครรับ Policy Brief (รูปแบบเล่ม) ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ
ได้ที่ comm@hitap.net โดยระบุ ชื่อ-ที่อยู่เพื่อจัดส่ง



ติดตาม Policy Brief เล่มอื่น ๆ ได้ที่ www.hitap.net

HITAP

เป็นองค์การวิจัยกึ่งอิสระภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเมธีวิจัยอาวุโส สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีพันธกิจหลัก คือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ส่วนในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา HITAP เน้นการพัฒนาศักยภาพให้ประเทศเหล่านั้นสามารถทำประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง

ติดต่อ:

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

อาคาร 6 ชั้น 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์: 02-591-8161, 02-590-4375 และ 02-590-4549

โทรสาร: 02-590-4374 และ 02-590-4369

อีเมล: hitap@hitap.net

เว็บไซต์: www.hitap.net



งานนี้ได้รับอนุญาตภายใต้
ครีเอทีฟคอมมอนส์ แสดงที่มา
ไม่ใช้เพื่อการค้า ไม่ดัดแปลง



HITAPTHAILAND



HITAP_THAI



HITAP THAI



HITAP.NET

