

บทที่ 2

ธุรกิจยานำเข้าในประเทศไทย

การศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อธุรกิจยานำเข้าในประเทศไทย ก่อนอื่นจะกล่าวถึงประวัติความเป็นมาของธุรกิจยานำเข้าในประเทศไทย ลักษณะของธุรกิจ โครงสร้างองค์กร และการบริหาร การใช้ส่วนผสมการตลาดของบริษัทฯ การบริโภคนยาในประเทศไทย และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริโภคยา เพื่อให้เห็นภาพรวมของการศึกษา

2.1 ประวัติความเป็นมา

ธุรกิจยานำเข้าในประเทศไทยมีจุดเริ่มต้นตั้งแต่สมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในสมัยนั้นมีบริษัทนำเข้ายาแผนปัจจุบันอยู่ 2-3 ราย ซึ่งต่อมาคือ บริษัทเบอร์ลิ่งเกอร์ จำกัด บริษัทดีทแฮล์ม จำกัด และบริษัทฮิสเอเชียติก จำกัด ต่อมาเมื่อมีผู้ประกอบการธุรกิจยานำเข้าแผนปัจจุบันมากขึ้นได้รวมตัวกันก่อตั้งเป็นสมาคม เรียกว่าสมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์ (Pharmaceutical Producer Association :PPA) ในปี พ.ศ.2513 ปัจจุบันมีสมาชิกอยู่ 48 บริษัท (2541)⁷ สมาชิกของสมาคมมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการใช้ยาแผนปัจจุบันในการรักษาโรค นับตั้งแต่มีการเริ่มใช้ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราช

2.2 ลักษณะของธุรกิจ

บริษัทที่นำเข้ายาต้นแบบเป็นบริษัทข้ามชาติที่มีขนาดใหญ่ ทำการค้าทั่วโลก (Multinational or Global Industry) บริษัทเหล่านี้จะผลิตสินค้าที่มีการวิจัยและพัฒนาเอง จึงมีจำนวนผู้ผลิตอยู่น้อยราย (Oligopoly)⁸ บริษัทเหล่านี้จะมีการผลิตยาในประเทศที่เป็นที่ตั้งของสำนักงานใหญ่ หรือมีการกระจายการผลิตไปยังโรงงานของตนเองในภูมิภาคอื่นๆ ของโลก บริษัทยาต้นแบบในประเทศไทยที่นำเข้าหรือผลิตยาต้นแบบเองในประเทศไทย เป็นบริษัทลูกหรือบริษัทสาขาของบริษัทข้ามชาติเหล่านี้ ซึ่งบริษัทแม่ตั้งอยู่ในสหรัฐอเมริกา ประเทศในแถบยุโรปและญี่ปุ่น ดังแสดงในตารางที่ 2.1

⁷Pharmaceutical Producer Association. PPA Membership List 1998 . Bangkok: 1998:1.

⁸Michael R. Czinkota. International Marketing. 1st edition.Georgetown University:Harcourt Brace College Publisher,1995:494.

ตารางที่ 2.1 บริษัทฯที่เป็นสมาชิกของสมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์และที่ตั้งของสำนักงานใหญ่

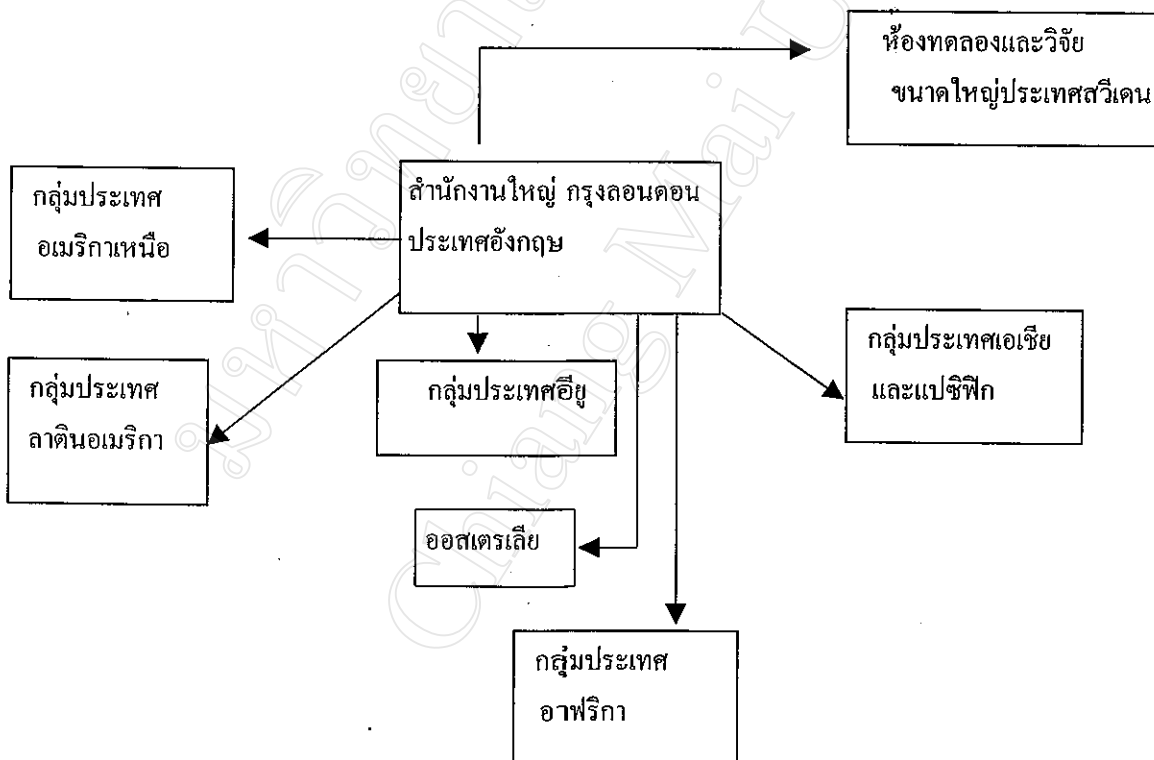
ประเทศ	บริษัท
สหรัฐอเมริกา	1. แอบบอท แลบบอราทอรี จำกัด 2. เมิร์ค 3. บริสทอลไมเยอร์-สควิบบ์ 4. ฟาร์มาเซียฮ็อพจัน 5. อีไล ลิลลี่ เอเชียอิงค์(ประเทศไทย) 6. ไฟเซอร์ ฯลฯ
เยอรมัน	1. เบอริงเกอร์ อินเกลไฮม์ (ไทย) 2. เซริง จำกัด 3. ไบเออร์ ฯลฯ
อังกฤษ	1. บูทส์ ประเทศไทย ฯลฯ
สวีเดน	1. แอสตรา-เซนเนกา จำกัด ฯลฯ
ฝรั่งเศส	1. เฮกซ์-เมอเรียน รุสเซลจำกัด. 2. โรห์นปูแรงค์-โรเรอร์ จำกัด ฯลฯ
สวิสเซอร์แลนด์	1. บ.โรช ไทยแลนด์ จำกัด 2. บริษัทโนวาเรตีล จำกัด ฯลฯ
ญี่ปุ่น	1. เอไซ (ประเทศไทย) 2. ไดอิชิ ฯลฯ

สำหรับธุรกิจนำเข้าในประเทศไทยประกอบด้วยบริษัทยาต้นแบบที่เป็นบริษัทลูกหรือบริษัทสาขาในขอบเขตของการศึกษานี้จะกล่าวถึงบริษัทที่เป็นสมาชิกของสมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์ในส่วน of ลักษณะโครงสร้างเครือข่ายบริษัท ลักษณะฟังก์ชันการ การควบคุม และบริษัทที่เป็นผู้นำในด้าน ยอดขายในช่วงปี พ.ศ. 2535-2540

2.2.1 โครงสร้างเครือข่ายบริษัท

บริษัทที่เป็นสมาชิกของสมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์ จำนวน 48 บริษัท⁹ ส่วนใหญ่จะเป็นบริษัทสาขา หรือบริษัทลูกที่มีสำนักงานใหญ่อยู่ในประเทศต่าง ๆ ดังตัวอย่างแผนภูมิของบริษัทแอสตรา – เซเนก้า

แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างเครือข่ายของบริษัทแอสตรา – เซเนก้า¹⁰



⁹Pharmaceutical Producer Association. PPA Membership List 1998 . Bangkok: 1998:10.

¹⁰ <http://www.Astrazeneca.Com>. 1999.

แผนภูมิที่ 1 จะแสดงโครงสร้างเครือข่ายของบริษัทของบริษัทแอสตราเซนเนก้า ซึ่งมีสำนักงานใหญ่อยู่ในประเทศอังกฤษ ห้องทดลองและวิจัยขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในประเทศสวีเดน และมีการกระจายสาขาออกไปยังภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก

ส่วนโครงสร้างเครือข่ายของบริษัทอื่นๆ จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ จะมีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ในประเทศที่เป็นที่ตั้งของบริษัทแม่ ห้องทดลองและวิจัยอาจอยู่ในประเทศเดียวกับบริษัทแม่หรือแยกออกไปในภูมิภาคสำคัญๆ ของโลก และการกระจายบริษัทลูกหรือบริษัทสาขาก็กระจายครอบคลุมในทุกๆ ภูมิภาคของโลก¹¹

2.2.2 ลักษณะผังองค์กรและการควบคุม

ผังองค์กรของบริษัทยาส่วนใหญ่จะมีลักษณะการจัดผังองค์กรคล้ายกันดังตัวอย่างการจัดผังองค์กรของบริษัทชีบา-ไกกิและบริษัทโรห์นปูแรงค์-โรเรอร์ ในตารางที่ 2.2 ตารางที่ 2.2 ผังองค์กรและการควบคุมของบริษัทชีบา-ไกกิและบริษัทโรห์นปูแรงค์-โรเรอร์

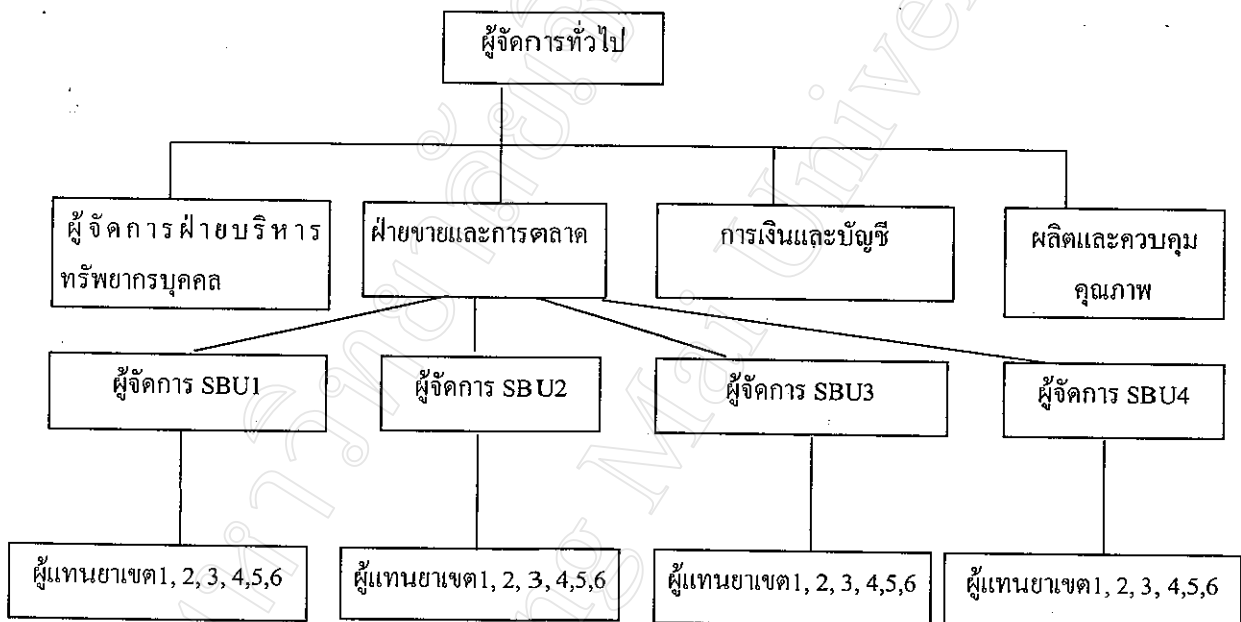
บริษัท	ลักษณะการจัดแบ่งองค์กร	การวางแผนและควบคุม	การวิจัยและพัฒนา	การบังคับบัญชา
ชีบา-ไกกิ จำกัด	แบ่งตามผลิตภัณฑ์ รับผิดชอบทั่วโลก	แบ่งเป็นภูมิภาค/ประเทศ และตามผลิตภัณฑ์ ทั้งแผนการปฏิบัติงานและงบประมาณ	ที่ประเทศแม่เป็นหลักและประเทศในภูมิภาคที่สำคัญ	สหรัฐอเมริกา รายงานตรงต่อสำนักงานใหญ่ที่ สวิสเซอร์แลนด์ ประเทศอื่นๆ รายงานตรงต่อสำนักงานใหญ่ภูมิภาค
โรห์นปูแรงค์-โรเรอร์	แบ่งตามผลิตภัณฑ์ รับผิดชอบทั่วโลก แต่ประเทศใหญ่หลักๆ จะมีผังองค์กรที่พิเศษ	วางแผนจากส่วนกลาง แผนกลยุทธ์ที่แผนกตามผลิตภัณฑ์ แผนปฏิบัติการและงบประมาณที่ประเทศนั้น ๆ	แบ่งการวิจัยตามแผนก สินค้าที่ศูนย์วิจัยใหญ่ ๆ 2-3 แห่ง และแยกเฉพาะตามความเชี่ยวชาญ	รายงานตรงต่อสำนักงานใหญ่

ที่มา : ดัดแปลงจาก Michael R. Czinkota, International Marketing, Georgetown University, Harcourt Brace College Publisher, 1995 หน้า 654-656

¹¹ Pharmaceutical Producer Association. PPA Membership List 1998. Bangkok: 1998:12.

บริษัทแม่จะเป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์ ภารกิจ กลยุทธ์ธุรกิจหลักใหญ่ ๆ ผ่านผู้จัดการภูมิภาค (Regional Manager) ผู้จัดการทั่วไป (General Manager) ที่ถูกส่งจากสำนักงานใหญ่มาบริหารงานในแต่ละภูมิภาคหรือประเทศ ถ้าไรสุทธิจากการขายในแต่ละประเทศจะถูกส่งกลับสำนักงานใหญ่ในสกุลเงินของบริษัทแม่ ส่วนการจัดผังองค์กรในประเทศไทยส่วนใหญ่จะมีการแบ่งการบริหารตามหน้าที่ และตามผลิตภัณฑ์¹² ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 การจัดผังองค์กรภายในของบริษัทฯในประเทศไทย กรณีบริษัทอีไอ ลิลลี่ ประเทศไทย



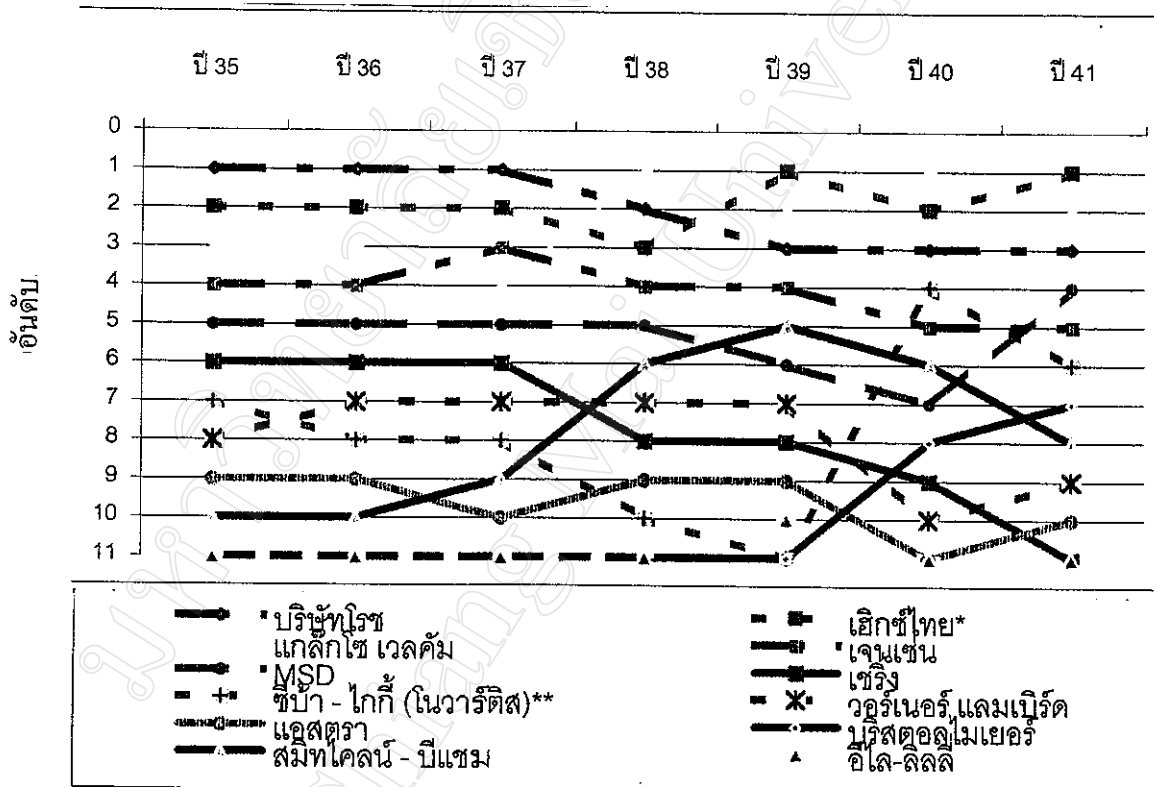
ที่มา : ข้อมูล โครงสร้างบริษัทฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล บริษัทอีไอ ลิลลี่ เอเชียอิงค์ (ประเทศไทย)

¹² วิมลพรรณ จันทวีรกร. ผู้จัดการส่วนผลิตภัณฑ์บริษัทอีไอ ลิลลี่เอเชียอิงค์ (ประเทศไทย). สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2542.

2.3 ผู้นำในตลาดยาต้นแบบในประเทศไทย

ผู้นำในตลาดจะมีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวทางการตลาดหรือการจัดการ เช่นการเปลี่ยนแปลงฟังก์ชันในประเทศ การตั้งอัตราค่าจ้างหรือค่าตอบแทนพนักงาน การเคลื่อนไหวทางด้านราคา เป็นต้น ภาพที่ 2.1 เป็นการจัดอันดับผู้นำในตลาดยาต้นแบบโดยอาศัยเกณฑ์ของยอดขายและส่วนแบ่งตลาด¹³

ภาพที่ 2.1 แสดงอันดับผู้นำยอดขาย 10 อันดับแรกในช่วงพ.ศ. 2536 – 2541



จากภาพที่ 2.1 จะเห็นว่า บริษัทที่เป็นผู้นำในด้านยอดขายอันดับต้น ๆ ได้แก่ บริษัทโรช ไทยแลนด์ จำกัด บริษัท แก๊ตทิโซ เวลคัม บริษัท เอ็กซ์ เมอเรียนรุสเซล บริษัท เจนเซน ฟาร์มาซูติกา และบริษัท เมิร์ก ชาร์ป แอนด์โคม จำกัด

¹³ รายงานผลประกอบการรายเดือน สมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์, พฤศจิกายน 2542.

2.4 ส่วนผสมการตลาดของบริษัทยาต้นแบบในประเทศไทย

ลักษณะของการประกอบกิจกรรมทางการตลาดของบริษัทยาข้ามชาติจะทำกิจกรรมทางการตลาดที่เรียกว่าตลาดทั่วโลก (Global Market) เนื่องจากปัจจัย 3 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการตลาด

พฤติกรรมของผู้บริโภคทั่วโลกมีอุปสงค์ต่อยาคล้ายๆกัน เนื่องจากยาเป็นสินค้าจำเป็น อุปสงค์เป็นอุปสงค์ต่อเนื่องจากแพทย์ (Derived demand) หมายถึงผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริโภคขั้นสุดท้ายขาดความรู้ความเข้าใจที่แท้จริงต่อคุณภาพและราคาของสินค้าจึงมอบความไว้วางใจหรือความรับผิดชอบให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกให้ยาแทน (Surrogate Shoppers)¹⁴ อนึ่งรูปแบบการรักษาโดยใช้ยาของแพทย์แผนปัจจุบันในประเทศไทยได้รับอิทธิพลมาจากแหล่งฝึกสอนหรือโรงเรียนแพทย์ ที่มีมาตรฐานตาม

แบบสากลอยู่แล้ว ลักษณะของอุปสงค์จึงคล้ายกัน การคมนาคมขนส่ง การสื่อสารที่ทันสมัย และรวดเร็วก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการตลาดทั่วโลกขึ้น

2. ปัจจัยด้านต้นทุน

การวิจัยและพัฒนายาตัวหนึ่งในปัจจุบันมีต้นทุนสูงถึง 250-500ล้านเหรียญสหรัฐ และใช้เวลา นานถึง12 ปี¹⁵ การกระจายความเสี่ยงจากปัจจัยดังกล่าวคือการทำให้สินค้าขายได้ทั่วโลกเพื่อให้เกิดความประหยัดจากขนาด (Economy of Scale) การลดต้นทุนที่นิยมทำกันคือการควบกิจการ (Merger) ตัวอย่างเช่นการรวมกันของบริษัทบริสทอลไมเยอร์กับบริษัทสควิบ์ บริษัทสมิทไคลน์กับบริษัทบีแชน บริษัทแกล็กโซกับบริษัทเวลคัม บริษัทแอสตรากับบริษัทเซนก้า เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการแข่งขัน

สิ่งแวดล้อมทางการตลาดทั่วโลกคล้ายคลึงกัน การทำการตลาดแบบเครือข่ายทั่วโลก จะได้เปรียบด้านการแข่งขันสูงกว่าทั้งในเรื่องการประหยัดจากขนาดและงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านต่าง ๆ

¹⁴Stanley C. Hollander & Kathleen M. Rassuli . *Journal of Marketing* ,63 (April 1999) : 102-118.

¹⁵Vital Statistic : "Disputed Cost of Creating Drug" .*The Wall Street Journal*, November 9 ,1993 :B1

สำหรับผู้ประกอบการธุรกิจยานำเข้าในประเทศไทยได้ดำเนินกิจกรรมทางการตลาดดังมีส่วนผสมการตลาดดังนี้

(1) ผลิตภัณฑ์

(1.1) ผลิตภัณฑ์หลัก (Core Product) คือยาซึ่งเป็นยาที่ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ เป็นยาอันตรายที่ได้รับการอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้าโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

(1.2) รูปลักษณ์ผลิตภัณฑ์ (Generic Product or Tangible Product) หมายถึงยาที่มีคุณภาพในการรักษา มีการผลิตหรือนำเข้าในรูปของยาสำเร็จรูปหรือนำเข้าสารเคมีนำมาผลิตในประเทศไทย ซึ่งสามารถแบ่งตามฤทธิ์ในการรักษาได้ 22 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 2,3

ตารางที่ 2,3 กลุ่มยานำเข้าแบ่งตามฤทธิ์ในการรักษา

1	ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics)
2	ยาออกฤทธิ์ต่อเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ (Neuron- Muscular System)
3	ยาสัตว์ (Veterinary Drug)
4	ยากลุ่มหัวใจและหลอดเลือด (Cardio Vascular System)
5	ยาระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)
6	ยาโรคผิวหนัง (Dermatological)
7	สารอาหารและเกลือแร่ (Nutrition & Electrolytes)
8	วิตามิน (Vitamins)
9	ยาระบบทางเดินอาหาร (Alimentary System)
10	เคมีรักษามะเร็ง (Chemotherapeutics)
11	ยาที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเมตบอลิซึม (Metabolism)
12	ยาตา (Eye)
13	ยากุมกำเนิด (Contraceptives)
14	วัคซีนและระบบภูมิคุ้มกัน (Vaccines & Immunologicals)
15	ฮอร์โมน (Hormones)

16	ยาระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์ (Genitourinary System)
17	ยาภายนอกสำหรับแผลและอุปกรณ์ (Dressing & Appliances)
18	ยาชาเฉพาะที่ (Local - Anaesthetics)
19	สารวินิจฉัยและตรวจสอบ (Diagnostics)
20	ยาสลบและยาชาทั่วไป (General Anaesthetic)
21	ยาถอนพิษ (Antidotes & Defoxifying)
22	ยากลุ่มอื่นๆ (Miscellaneous)

(1.3) ผลิตภัณฑ์ควบ (Augmented Product)

ผู้ประกอบการกิจการนำเข้าจะให้ความสำคัญต่อบริการเพิ่มเติมหลังการขายเป็นอย่างยิ่ง ทั้งในเรื่องการขนส่งสินค้า การประกันสินค้าเสียหาย การให้สินเชื่อ หรือทอมนการชำระเงิน

(1.4) ผลิตภัณฑ์ที่คาดหวัง (Expected Product)

ผู้ซื้อในตลาดยาต้นแบบจะคาดหวังในเรื่องคุณภาพยาว่ายาต้นแบบต้องมีคุณภาพและบริการหลังการขายที่ดี

(1.5) ศักยภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ (Potential Product)

ผลิตภัณฑ์ของยาต้นแบบหลายชนิดมีศักยภาพในการพัฒนาทั้งในเรื่องคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยที่มวิจัยและพัฒนาจะพิจารณาที่ตัวโครงสร้างทางเคมีของยาและเมื่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเคมีก็จะมีคุณภาพและประสิทธิภาพที่เปลี่ยนไป

ส่วนในเรื่องของตราสินค้า บริษัทส่วนใหญ่จะใช้ตราสินค้าเหมือนกันทั่วโลก (Global Brand) ยกเว้นกรณีที่มีชื่อการค้าหรือใกล้เคียงกับตราสินค้าอื่น จนอาจทำให้เกิดความสับสนในกลุ่มแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ผลิตภัณฑ์ยาต้นแบบดังกล่าว จะมีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง โรงงานผลิตได้รับมาตรฐานกระบวนการผลิตที่ดี ผ่านการทดลองตามขั้นตอนและมีการทดลองใช้ในผู้ป่วยก่อนวางตลาด (Good Manufacturing Practice, Good Laboratory Practice และ Good clinical practice) การแข่งขันด้านผลิตภัณฑ์จะแข่งขันด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ - ความคุ้มค่า (cost - effective) และ ด้านความหลากหลายทางผลิตภัณฑ์ บริษัทจึงต้องรักษาฐานะทางการตลาดด้วยการผลิตยาใหม่ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาแตกต่างจากนี้มีอยู่ โดยลงทุนทางด้านวิจัย และพัฒนา ซึ่งใช้งบประมาณที่สูงมาก ค่าใช้จ่ายด้าน

วิจัยและพัฒนาจากผลกำไรที่ได้รับจากยาใหม่ และยาที่หมดสิทธิบัตร ตราบเท่าที่ยาหมดสิทธิบัตรยังไม่ได้ถูกแทรกแซงทางด้านราคาด้วยยาในชื่อสามัญ (Generic) จากบริษัทอื่น ๆ

นอกจากการนำเข้าจากต่างประเทศแล้วบางบริษัทจะมีโรงงานผลิตยา ต้นแบบในประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.4 โรงงานผลิตยาต้นแบบในประเทศไทยและที่ตั้ง

ลำดับที่	บริษัท	ที่ตั้ง
1	บริษัท ไบเออร์ แลบบอราทอรี จำกัด	อ. พระประแดง จ.สมุทรปราการ
2	บริษัทบูทส์ จำกัด	อ. บางพลี จ.สมุทรปราการ
3	โรงงานอินเตอร์ไทย ฟาร์มาซูติคอล จำกัด	กรุงเทพมหานคร
4	บริษัทเกลกโซ่ เวลคัม วิทยาศาสตร์	อ. เมรี สมุทรปราการ
5	บริษัทเมดิแคป จำกัด	บางปู สมุทรปราการ
6	บริษัท โนวาร์ตีส จำกัด	กรุงเทพฯ
7	บริษัท โอติก (ไทยแลนด์) จำกัด	บางจาก กทม.
8	บริษัทเซริง เคมีคอล จำกัด	นนทบุรี
9	บริษัทสยามริกัน ฟาร์มาซูติคอล	บางนา สมุทรปราการ
10	บริษัททาเคดา (ไทยแลนด์)	กทม.
11	บริษัท เมจิ ฟาร์มาซูติคอล	นิคมลาดกระบัง กทม.
12	บริษัทไทย - โอซูก้า ฟาร์มาซูติคอล จำกัด	สมุทรสาคร
13	บริษัทวาร์เนนอร์ - แลมเบอร์ท (ไทยแลนด์) จำกัด	สมุทรปราการ

ที่มา : หนังสือแสดงรายชื่อสมาชิกของสมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์ (PPA) ประเทศไทย พ.ศ. 2540 หน้า 10-12

(2) ราคา

การตั้งราคาของธุรกิจยาต้นแบบ จะตั้งราคาสูงเนื่องจากยาต้นแบบแต่ละตัวต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาสูงถึง 250-500 ล้านดอลลาร์สหรัฐ¹⁶ (รวมต้นทุนด้านการวิจัยที่ล้มเหลวและต้นทุนเสียโอกาสแล้ว)

¹⁶ "Drug Industry Still Has Room to Merge" *The Wall Street Journal*. June, 1991 :A2.

การตั้งราคาจะพิจารณาจากราคาดัชนีทุน อัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงินของประเทศผู้ผลิต ค่าภาษี ค่าจัดการคลังสินค้า ค่าใช้จ่ายด้านการตลาด และการดำเนินงานแล้วบวกกำไรที่ต้องการ

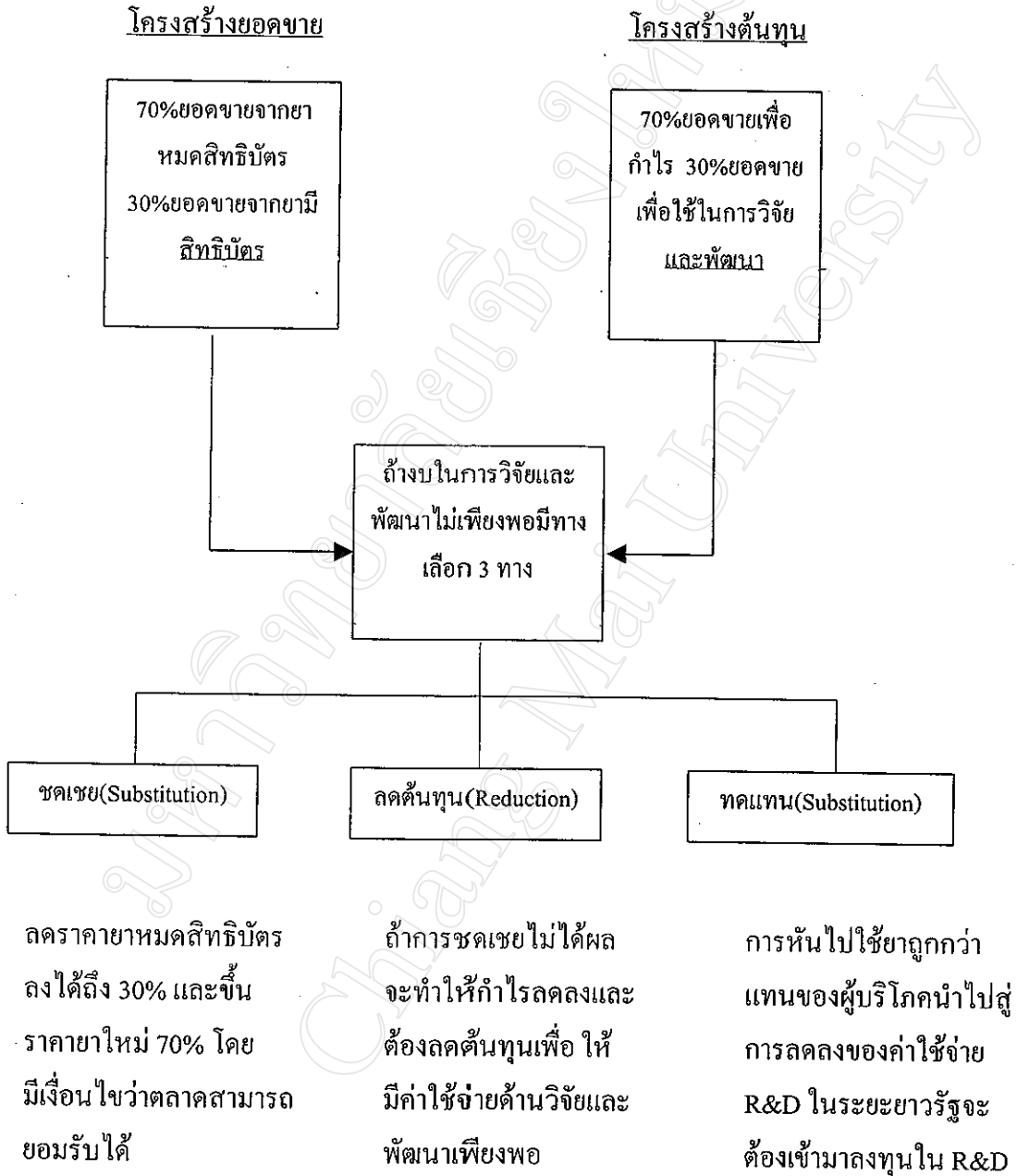
ราคาขาย = ต้นทุน FOB + ค่าขนส่ง + ภาษีเข้า + ภาษีการค้า + ค่าธรรมเนียมธนาคาร + ค่าใช้จ่ายการตลาดและดำเนินงาน + กำไรที่ต้องการ

หลังจากประเทศไทยปรับระบบอัตราแลกเปลี่ยนจากระบบตะกร้าเงินเป็นระบบลอยตัว แบบมีการจัดการทำให้ดัชนีค่าขายสูงขึ้นกว่า 60% ราคาขายต้นแบบที่นำเข้าหรือแม้แต่ผลิตในประเทศจึงปรับตัวสูงขึ้น นอกจากนี้ การตั้งราคาขายต้นแบบยังต้องพิจารณาถึงตัวสินค้าในเรื่องคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้ อาการข้างเคียง ความน่าเชื่อถือของผู้ผลิต ว่าเป็นยาจำเป็นหรือไม่ และพิจารณาการตั้งราคาของกลุ่ม

อย่างไรก็ตาม ราคาจะถูกควบคุมโดยกลไกตลาดและมีการแทรกแซงโดยภาครัฐ เช่น การตั้งราคากลาง การกำหนดวิธีการจัดซื้อเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการตั้งราคา

ความสัมพันธ์ระหว่างราคาและค่าใช้จ่ายด้านวิจัยและพัฒนา¹⁷

แผนภูมิที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างราคาและค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนา

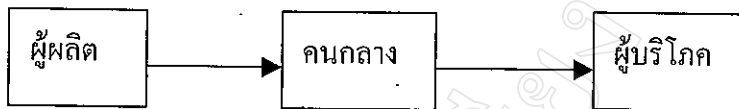


¹⁷ ตาลี ใจดี และคณะ. เศรษฐศาสตร์ทางยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535

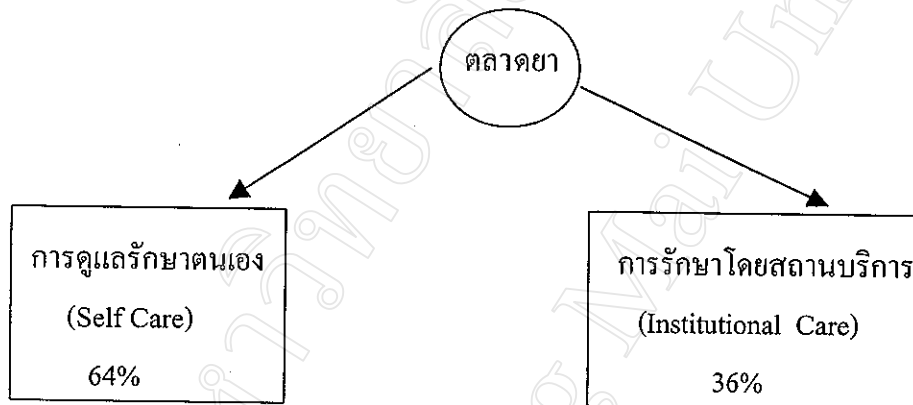
(3) การกระจายสินค้า (Distribution)

การกระจายสินค้าประกอบด้วย

(3.1) ช่องทางการจัดจำหน่าย (Channel of distribution) ประกอบด้วย ผู้ผลิต
คนกลาง ผู้บริโภค

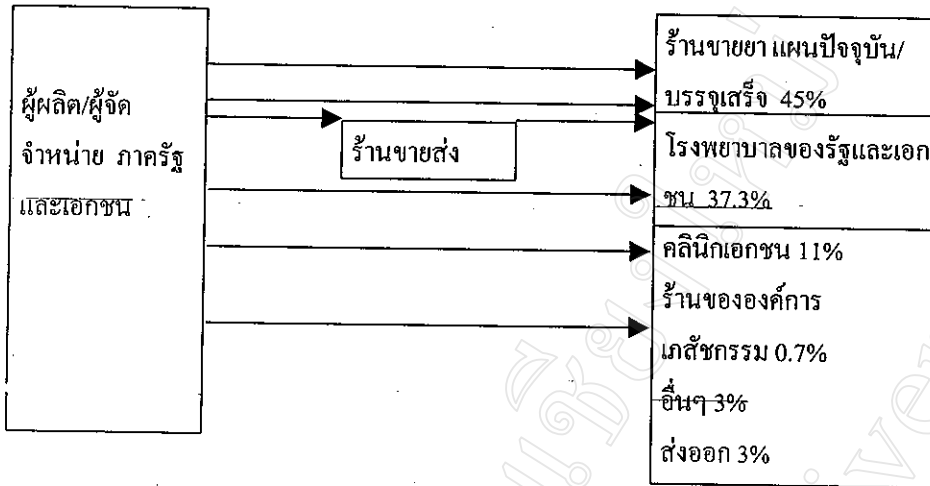


สำหรับตลาดยาในประเทศไทย ยาสẽไปถึงผู้บริโภคในขั้นตอนสุดท้าย โดยผ่านการ
ดูแลรักษาตนเอง และการรักษาโดยสถานบริการ¹⁸



¹⁸วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. ทุคข์ สมุทัย ในการให้บริการด้านสุขภาพของคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข, 2539 :17.

และมีการกระจายผ่านช่องทางต่างๆ ดังนี้¹⁹



(3.2) การกระจายตัวสินค้า ประกอบด้วย (1) การขนส่ง (Transportation) (2) การเก็บรักษาสินค้า (Storage) และการคลังสินค้า (Warehousing) (3) การบริหารสินค้าคงเหลือ (Inventory management) การกระจายยาต้นแบบในประเทศไทย รวมทั้งการจัดการคลังสินค้า การเก็บรักษาสินค้า การบริหารสินค้าคงเหลือ และการส่งสินค้าไปยังลูกค้าสถาบัน จะดำเนินการผ่านผู้จัดจำหน่ายจำนวน 10 ราย ได้แก่²⁰

1. บริษัท เบอร์ลี่ ยุคเกอร์ จำกัด
2. บริษัท บี เอส เอช เทคคิง จำกัด
3. บริษัท ดีทีแอสเอ็ม จำกัด
4. บริษัท เกรท อีสเทอร์นดรัก จำกัด
5. บริษัท อินซ์เคป เฮลท์แคร์ จำกัด
6. บริษัท อินเทอร์เนชั่น ฟาร์มาซูติคอล จำกัด
7. บริษัท โอติค (ประเทศไทย) จำกัด
8. บริษัท แปซิฟิก เฮลท์แคร์ จำกัด
9. บริษัท ยูเอส ซัมมิท (โอเวอร์ซี)
10. บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด

¹⁹ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. ทูคัซ สมุทัยในการให้บริการด้านสุขภาพของคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539:18.

²⁰ Pharmaceutical Producer Association. PPA Membership List 1998. Bangkok: 1998:7.

บริษัทเหล่านี้ทำหน้าที่ในการจัดการคลังสินค้า การเก็บรักษาสินค้า การบริหารสินค้าคงเหลือ และการขนส่งสินค้าไปยังลูกค้าสถาบัน

(4) การส่งเสริมการตลาด

บริษัทจะถือว่าลูกค้าที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักคือ แพทย์ผู้สั่งใช้ยา และองค์การ ซึ่งเป็นผู้สั่งซื้อยา การทำกิจกรรมส่งเสริมการตลาดหลัก ๆ จึงกระทำผ่าน 2 กลุ่มลูกค้าคือกลุ่มแพทย์และโรงพยาบาล/ร้านยา ดังแสดงในตาราง ที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 กิจกรรมส่งเสริมการตลาดในกลุ่มลูกค้าหลัก²¹

ลูกค้า	กิจกรรม
แพทย์	<p>การให้ข้อมูลข่าวสารด้านคุณภาพและประสิทธิภาพของยาโดยใช้เครื่องมือเหล่านี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การโฆษณาผ่าน <ul style="list-style-type: none"> -วารสารการแพทย์ -บทความวิชาการในนิตยสารทางการแพทย์ 2. การขายโดยใช้พนักงานขาย <ul style="list-style-type: none"> -การแนะนำยาโดยผู้แทนยา 3. การจัดส่งเสริมการขาย <ul style="list-style-type: none"> -การจัดประชุมวิชาการ -การประชุมระดับชาติ/นานาชาติ -การจัดประชุมพบปะเพื่อพูดเรื่องยา (Symposium) -การแจกตัวอย่างยาเพื่อทดลองใช้กับผู้ป่วยในแพทย์ที่ยังไม่มีประสบการณ์ใช้ยาของบริษัท 4. การให้ข่าวและการประชาสัมพันธ์ผ่าน <ul style="list-style-type: none"> - สื่อมวลชน เช่น ข่าวการเปิดตัวยาใหม่ -วารสารการแพทย์

²¹ ชูเพ็ญ วิบุลตันทิ. “การวิเคราะห์ SWOT และการตัดสินใจทางการตลาดขององค์กรอุตสาหกรรมยา”, เกสซ์ เศรษฐศาสตร์กับภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจของชาติ, ชมรมเกสซ์กรจังหวัดเชียงใหม่, 2540: 189.

ตารางที่ 2.5 กิจกรรมส่งเสริมการตลาดในกลุ่มลูกค้าหลัก (ต่อ)

ลูกค้า	กิจกรรม
ลูกค้าสถาบัน (โรงพยาบาล/ร้านยา)	<ul style="list-style-type: none"> -การให้ส่วนลด -การให้ส่วนแถม -การให้ราคาพิเศษ -เทอมการชำระเงิน -การสนับสนุนกิจกรรมโรงพยาบาล -การสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร -การสนับสนุนอุปกรณ์/วัสดุการแพทย์

สำหรับประสิทธิภาพของแต่ละกิจกรรมส่งเสริมการตลาด จากการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์พบว่า²² แพทย์ได้ให้ความสำคัญของการประชุมวิชาการ (Symposium) การค้นคว้าข้อมูลเองจากนิตยสารและบทความทางวิชาการ ในวารสารทางการแพทย์ รองลงมาได้แก่การแนะนำยาโดยผู้แทนยา การแจกตัวอย่างยาสำหรับทดลองใช้ในผู้ป่วย อย่างไรก็ตามก่อนที่บริษัทจะทำการส่งเสริมการตลาดที่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นแพทย์ในแต่ละโรงพยาบาลผลิตภัณฑ์ของบริษัทต้องอยู่ในรายการบัญชียาของโรงพยาบาลซึ่งผ่านการคัดเลือกของคณะกรรมการยาก่อน

อุปสรรคของการทำการส่งเสริมการตลาด

1. การควบคุมราคาโดยรัฐบาล

รัฐบาลได้ทำการควบคุมราคาโดยการออก ระเบียบจัดซื้อพัสดุตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2535 ให้โรงพยาบาลของรัฐต้องปฏิบัติตาม

²² สมศักดิ์ แสงพรหม, ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาต่อต้านเชื้อไวรัส เอชไอวีของแพทย์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, การค้นคว้าแบบอิสระ กันยายน 2542:90.

2. การควบคุมการใช้ยาโดยบังคับใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติ²³ ฉบับล่าสุดปรับปรุงและประกาศใช้ในเดือนตุลาคม 2542 เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการบริโภคยาที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่งบประมาณค่าใช้จ่ายมีจำกัด ยาในบัญชียาหลักมีจำนวนรายการสอดคล้องกับจำนวนที่องค์การอนามัยโลกกำหนดและเป็นยาที่สำคัญและจำเป็นในการรักษา

โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมีเกณฑ์ที่จะต้องใช้ยาในบัญชียาหลัก จำนวนร้อยละ 80 ของงบประมาณค่าใช้จ่าย ส่วนโรงพยาบาลอื่น ๆ ควรใช้ยาในบัญชียาหลักอย่างน้อยร้อยละ 60 ของงบประมาณ การใช้ยาโดยใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นเกณฑ์ช่วยให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งช่วยให้การจัดการเรื่องง่ายขึ้น เช่นการจัดซื้อจัดหา การผลิต และนำเข้า รวมทั้งการพัฒนา ระบบยาอื่น ๆ อย่างไรก็ตามในเชิงธุรกิจหรือในมุมมองของผู้ประกอบการธุรกิจยา การที่ยาของบริษัทใดสามารถเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นโอกาสที่ดีในการประกอบธุรกิจ แต่ถ้าผลิตภัณฑ์ของบริษัทไม่ได้อยู่ในรายการยาของบัญชียาหลักแห่งชาติ ก็เป็นอุปสรรคที่สำคัญในการผลักดันให้เกิดยอดขายที่ดี ฉะนั้นลูกค้ากลุ่มที่สำคัญในกลุ่มลูกค้าองค์การคือผู้ที่มีหน้าที่คัดเลือกยาเข้าในบัญชีของโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการยาซึ่งประกอบด้วย

1. แพทย์ที่เป็นตัวแทนของแผนกและอาจมีผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่วมด้วย แพทย์ที่เป็นตัวแทนของแผนกมักจะเป็นหัวหน้าแผนก ซึ่งถ้าแพทย์ท่านใดต้องการใช้ยาชนิดใดจะมีการเสนอผ่านมาทางตัวแทนของแผนก เพื่อเข้าประชุมในคณะกรรมการยาต่อไป หรืออาจให้แพทย์ผู้ใส่ยาเข้าร่วมประชุมด้วย

2. เกสัชกร จะทำหน้าที่ให้ข้อมูลเรื่องยา ร่วมพิจารณาคัดเลือกยาเข้าในบัญชียาชื่อยา ของโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นเลขธิการของการประชุม ดังนั้น เกสัชกร จะทราบถึงบทบาท อำนาจหน้าที่ของแพทย์ผู้เข้าร่วมประชุม และเมื่อยาเข้าอยู่ในบัญชียา ของโรงพยาบาลแล้วเกสัชกรก็จะทำหน้าที่ในการเป็นผู้ซื้อคือทำการซื้อขาย จัดระยะเวลาในการซื้อ กำหนดเงื่อนไขในการซื้อ เช่น ระยะเวลาชำระเงิน และส่วนลดการค้า เป็นต้น แต่ในบางโรงพยาบาลผู้ซื้ออาจจะไม่ใช่เกสัชกรแต่เป็นฝ่ายจัดซื้อที่ไม่ใช่คณะกรรมการยา แต่ทำการจัดซื้อตามที่คณะกรรมการยากำหนด กรณีโรงพยาบาลที่ไม่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการยา การสั่งซื้ออาจถูกกำหนดโดยแพทย์ผู้ใส่ แพทย์ที่เป็นหัวหน้าแผนก หรือ เกสัชกรเพียงคนเดียว หรือร่วมกับแพทย์บางท่านก็ได้

²³ สมศักดิ์ แสงพรหม, ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้ยาต่อต้านเชื้อไวรัส เอชไอวีของแพทย์ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, การค้นคว้าแบบอิสระ กันยายน 2542:90.

2.5 การบริโภทยา

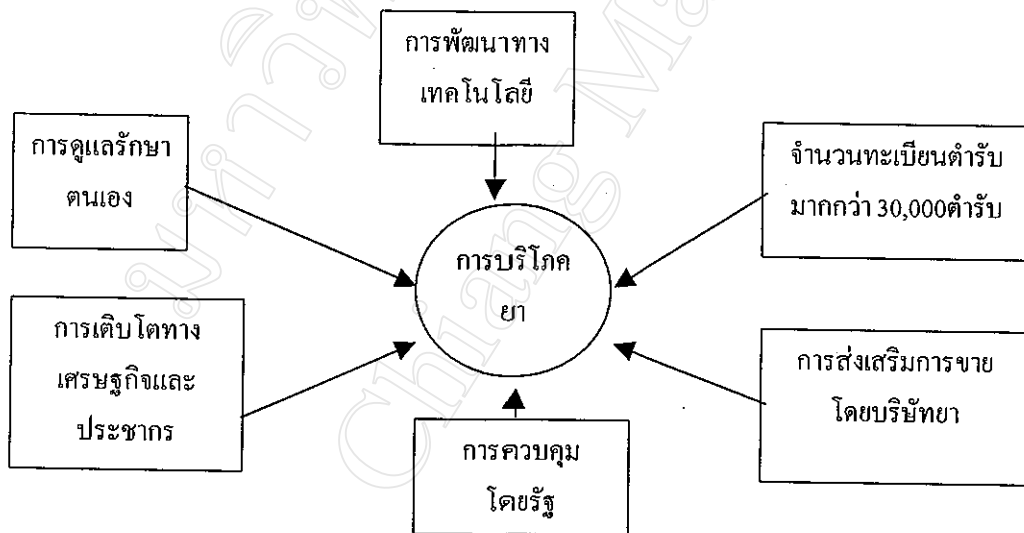
2.5.1 มูลค่าการบริโภทยา

การวิเคราะห์มูลค่าการบริโภทยาจะต้องนำอัตราค่าไรของการขายยาจากราคาขายส่ง เป็นราคาขายปลีก ณ จุดกระจายยามาคำนวณ ตัวเลขจึงไม่แน่นอนทั้งนี้เพราะอัตราค่าไรของแหล่งจำหน่ายยาแต่ละแห่ง (คลินิกเอกชน ร้านขายยาโรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน) ยังไม่มีตัวเลขยืนยันชัดเจน ถ้าใช้ประมาณการอัตราค่าไรที่ 30-50% ของกลุ่มเภสัชชุมชน²⁴ ประมาณมูลค่าการบริโภทยาสูงถึง 40,718 - 47,214 ล้านบาท ในปี 2540²⁵ แนวโน้มการบริโภทยาได้แสดงไว้ในตารางที่ 1.2 หน้า 2

2.5.2 ปัจจัยนี้ส่งผลกระทบต่อการบริโภทยา²⁶

การบริโภทยาในประเทศไทยมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระทบทั้งในเรื่องการพัฒนาทางเทคโนโลยี การที่ประชาชนต้องดูแลรักษาตนเองเนื่องจากการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ไม่ทั่วถึง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ จำนวนประชากรที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นตามอัตราการเพิ่มของประชากร การควบคุมการบริโภทยาโดยภาครัฐและปัจจัยอื่น ๆ

แผนภูมิที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริโภทยา



²⁴ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ. ทுகซ์ สมุทัยในการให้บริการด้านสุขภาพของคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539:18.

²⁵ บริษัท ไอเอ็มเอสเฮลท์. รายงานยอดขายแยกตามประเภทของการรักษา. กรุงเทพฯ: มปท, 2541:242.

²⁶ สำลี ใจดี. เศรษฐศาสตร์ทางยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535: 35.