

รายงานวิจัย

อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2546-2555)

Future Thai Drug System Under the National Health System in
the Next Decade (2003-2012)

โดย

คทา บัณฑิตานุกูล
สุนันทา ไชยศิริ
พัชรภรณ์ ปัญญาวิภา
ฉัตรวรรณ องค์กร



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

2547

สารบัญ

สารบัญ	
คณะทำงาน	1
กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)	2
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	3
บทที่ 1 บทนำ	9
ที่มาและความสำคัญ	9
วัตถุประสงค์	10
ขอบเขตการวิจัย	10
ผลที่ได้รับจากการวิจัย	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
มูลค่าบริโภคยาในระบบสุขภาพ	11
การปฏิรูประบบสุขภาพ	12
เภสัชกรกับการปฏิรูประบบสุขภาพ	13
การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ระบบยา	16
ระบบยา พ.ศ.2537	16
ระบบยา พ.ศ.2545	17
การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่มีผลกระทบต่อระบบยา	18
ภาวะคุกคามระบบยาโลกาภิวัตน์	18
การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20
ทิศทางใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพ	24
การเปลี่ยนแปลงอื่นๆในระบบเภสัชกรรม	25
พระราชบัญญัติยา	25
กฎหมายมาตรฐานการผลิตยาที่ดี	26
ร้านยามาตรฐาน	26
ความจำเป็นต้องมองอนาคต	27
การศึกษาอนาคตระบบยา	27

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย	29
ระเบียบวิธีวิจัย	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	29
วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	29
ขั้นตอนการดำเนินการ	29
 บทที่ 4 ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล	32
เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position papers)	32
เอกสารสรุปประเด็นสำคัญ ระบบยา-ระบบสุขภาพ (Issues paper)	33
ผลที่ได้จากการศึกษาอนาคต	34
ประเด็นสำคัญ (critical issues)	34
แนวโน้ม (Trends)	36
ความไม่แน่นอน (Uncertainties)	38
Scenario logic	39
ฉากทัศน์ (Scenario)	40
ฉากทัศน์ (Scenario) ที่ 1	41
ฉากทัศน์ (Scenario) ที่ 2	44
กลยุทธ์ (Strategies)	45
กลยุทธ์ภาพอนาคต	46
วิเคราะห์ภาพอนาคตกับประเด็นสำคัญ	48
อภิปรายผลการศึกษาอนาคต	49
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ	50
 บทที่ 5 ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	52
ข้อเสนอแนะในภาพรวม	52
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	59
แผนงานวิจัยระบบเภสัชกรรม	63
 เอกสารอ้างอิง	68

ภาพประกอบ 1

ภาพอนาคตฉากทัศน์ (Scenario) 1 สุขภาพไทยทะเลาะมิติ:ตอน โอสถวิเศษกลางไฟสงคราม

ภาพประกอบ 2

ภาพอนาคตฉากทัศน์ (Scenario) 2 ระบบยาโลกาภิวัตน์ ปี 2555

Appendix

เอกสารประกอบ 1

เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบบริการเภสัชกรรม

เอกสารประกอบ 2

เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบควบคุมกำกับยา

เอกสารประกอบ 3

เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบอุตสาหกรรมยา

เอกสารประกอบ 4

เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบพัฒนาสมุนไพร

เอกสารประกอบ 5

เอกสารสรุปประเด็นสำคัญ ระบบยา-ระบบสุขภาพ (Issues paper)

เอกสารประกอบ 6 : อภิปรายกระบวนการ foresight

บทสรุปการเรียนรู้ในการบริหารจัดการให้เกิดกระบวนการ foresight

คณะกรรมการศึกษานาถระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. ภก.คทา บัณฑิตานุกูล | ประธานมูลนิธิกลุ่มเภสัชกรชุมชน |
| 2. ภญ.ผศ.ดร.สุนันทา ไชยศิริ | คณะเภสัชศาสตร์ฯ ม.มหาสารคาม |
| 3. ภญ.พัชรภรณ์ ปัญญาจุติไกร | ที่ปรึกษาสมาคมเภสัชกรรมชุมชน(ประเทศไทย) |

คณะกรรมการศึกษาระบบบริการ

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1. ภญ.พัชรภรณ์ ปัญญาจุติไกร | ที่ปรึกษาสมาคมเภสัชกรชุมชน(ประเทศไทย) |
| 2. ภญ.อุษาวดี มาลีวงษ์ | คณะเภสัชศาสตร์ฯ ม.มหาสารคาม |

คณะกรรมการศึกษาระบบควบคุมกำกับ

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. ภญ.ดร.ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 2. ภก.วรารุณ เสริมสินสิริ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |
| 3. ภก.ประสาธ ลิมดุลย์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง |

คณะกรรมการศึกษาระบบอุตสาหกรรมยา

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. ภก.ชำนาญ ภัทรพานิช | คณะเภสัชศาสตร์ ม.จุฬาลงกรณ์ |
| 2. ดร. ศศิธร กิตติวรวิทย์กุล | คณะเภสัชศาสตร์ ม.จุฬาลงกรณ์ |
| 3. ดร.พรชัย โรจนสิทธิตักดิ์ | คณะเภสัชศาสตร์ ม.จุฬาลงกรณ์ |

คณะกรรมการศึกษาระบบสมุนไพร

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. รศ.พร้อมจิต ศรีลัมพ์ | คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล |
| 2. ดร.อัญชลี จุฑะพุทธิ | กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ |
| 3. ภก.วินิต อัครกิจวีร์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 4. ภก.วรารุณ เสริมสินสิริ (ผู้รวบรวม) | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ |

ผู้จัดทำ เอกสารสรุปประเด็นสำคัญ ระบบยา-ระบบสุขภาพ

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ภญ.ผศ.ดร.สุนันทา ไชยศิริ | คณะเภสัชศาสตร์ฯ ม.มหาสารคาม |
|-----------------------------|-----------------------------|

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

คณะทำงานขอขอบคุณ คณะที่ปรึกษาที่ให้คำชี้แนะถึงกระบวนการจัดทำการศึกษาอนาคตจากศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค (APEC Center for Technology Foresight) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัย ผู้ที่มีส่วนร่วมในการประชุมระดมสมองทุกครั้งที่ผ่านมา และผู้มีส่วนทำให้งานนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังรายนามท้ายนี้

1. ดร.ชาตรี ศรีไพพรรณ สวทช.
2. ดร.วิทยา จีระเดชากุล สวทช.
3. ดร.ฉัตรวิทย์ องค์กรสิงห์ สวทช.
4. คุณกสิณา ลิ้มสมานพันธ์ สวทช.
5. คุณมยุรี วัฒนกุลจรัส สวทช.
6. นพ.วิพุธ พูลเจริญ สวรส.
7. คุณชากุล สินไชย สวรส.
8. คุณสุภาวดี นุชจรินทร์ สวรส.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2546-2555)

จากการที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้จัดให้มีการศึกษาแผนงานวิจัยอนาคตของระบบยาในระบบสุขภาพแห่งชาติด้วยกระบวนการ “การมองอนาคต” (Foresight) เนื่องจากระบบยามีมิติในการมองได้หลายมิติ มิติที่กล่าวถึงกันมาก จะแบ่งเป็น การคัดเลือกยา การจัดหา ยา การผลิตยา การกระจายยา และการใช้ยา ถ้ากล่าวถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง (Stake holder) กับระบบยาก็คืออาจแบ่งได้เป็น ผู้นำเข้า ผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย ผู้ขาย ผู้ใช้ นอกจากนี้ยังมีมิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางคณะกรรมการจัดทำภาพอนาคตระบบยาได้จัดเวทีระดมสมองและสรุปแนวทางในการศึกษาอนาคตระบบยา เป็น 4 ระบบได้แก่ ระบบควบคุมกำกับ ระบบบริการเภสัชกรรม ระบบการพัฒนาสมุนไพร และระบบการพัฒนาศูนย์กลางยาโดยผ่านขบวนการรวบรวมจัดทำเอกสารวิเคราะห์สถานการณ์ (Position paper) ซึ่งเป็นเอกสารที่มีข้อมูลครบถ้วนมีตัวเลขและแสดงให้เห็นภาพชัดเจน (Fact and Figure) เอกสารนี้จะต้องประเมิน สถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้ม ซึ่งมีข้อมูลทั้งปัจจัยภายนอก (External environment) ได้แก่ กลุ่มปัจจัยตาม “STEEP” (Social, Technological, Economic, Environmental and Political factors) และปัจจัยภายในของเรื่องนั้นๆ ตลอดจนผลกระทบในเรื่องที่เห็นว่าสำคัญมาก และจะเป็นประโยชน์สำหรับการมองอนาคตโดยมีประเด็นสำคัญและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษาทั้ง 4 หัวข้อ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2546-2555)”

เมื่อได้เอกสารวิเคราะห์สถานการณ์ (Position Paper) ทั้ง 4 ระบบแล้วได้มีการจัดเวทีเชิญผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว มาระดมสมองเพื่อจัดทำ Issues paper ขึ้นตอนนี้เป็นการรวบรวมประเด็นสำคัญที่ได้มาจาก Position paper มีการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญรอบด้าน (Key issues) และปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเรื่องนั้นๆ โดยเน้นปัจจัยที่สามารถเป็นแรงผลักดันหลักที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่ออนาคต (Key drivers of change) สามารถสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญในระบบยาที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพซึ่งประเด็นเหล่านี้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบยาในอนาคตได้ ซึ่งสรุปเป็น Issue paper มีประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1. การบริโภคยาและการจ่ายยาไม่เหมาะสม: การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ให้เกิดประสิทธิภาพ ความปลอดภัยและประหยัดควรมีกระบวนการอย่างไร

ประเด็นที่ 2. ตำรับยา การจัดกลุ่มยา และคุณภาพยา: กลไกและเงื่อนไขในทางกฎหมายอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

ประเด็นที่ 3. การเข้าถึงบริการด้านยาที่คุณภาพ: รูปแบบความเชื่อมโยงของสถานบริการสุขภาพและรูปแบบการบริการด้านยาที่ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ทุกระดับควรมีรูปแบบอย่างไร

ประเด็นที่ 4. กลไกควบคุมกำกับด้านยาที่มีประสิทธิภาพ: ควรใช้กลไกอะไรบ้างที่จะทำให้เกิดการควบคุมกำกับระบบยาที่มีประสิทธิภาพ มากขึ้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประชาชนคนไทย

ประเด็นที่ 5. การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคด้านยา: ควรจะมีแนวทางอย่างไรบ้างในการสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรผู้บริโภคด้านยา ให้มีบทบาท ในการคุ้มครองประชาชนทางด้านสุขภาพและด้านยา

ประเด็นที่ 6. การพึ่งตนเองด้านยา: จะมียุทธศาสตร์อย่างไรบ้างในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา เพื่อการพึ่งตนเอง ลดการนำเข้ายา และเกิดความประหยัดในระบบสุขภาพ

ประเด็นที่ 7. การพัฒนาการผลิตสมุนไพร: จะมียุทธศาสตร์อย่างไรบ้างในการพัฒนาการผลิตสมุนไพร เพื่อใช้ทดแทนยานำเข้า และส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพร อย่างแพร่หลายมากขึ้น

ขั้นตอนต่อไปเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ การเขียนภาพอนาคต (Scenario writing) ก่อนเริ่มการประชุม ได้มีการชี้แจง ข้อมูล ตัวเลขและภาพสถานการณ์ต่างๆ จาก 4 Position papers ประเด็นสำคัญต่างๆที่สรุปมาจากIssue paper เพื่อเป็นการปูพื้นความรู้ ให้กับผู้ร่วมประชุม จากนั้นได้ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทำกิจกรรม เสนอแนวโน้ม (Trend) หรือปัจจัยสำคัญที่คาดเดาได้ด้วยหลักการว่าน่าจะเกิดขึ้นในระบบยาและระบบสุขภาพได้ และระบุความไม่แน่นอนในอนาคต (Uncertainty) สิ่งที่จะทำให้เกิดความพลิกผันครั้งใหญ่มีผลกระทบอย่างสูงต่อระบบยาและระบบสุขภาพ จากนั้นได้มีการแบ่งกลุ่มย่อยระดมสมองพิจารณาภาพอนาคตระบบยาโดยนำข้อสรุปจากแนวโน้ม (Trend) และความไม่แน่นอน (Uncertainty) มาเป็นปัจจัยร่วมในการพิจารณา

สรุปภาพอนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2546-2555) ในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่สำคัญดังนี้

ประชาชนจะมีการพึ่งตนเองทางด้านยามากขึ้น : การตัดสินใจที่จะดูแลสุขภาพด้วยการเลือกใช้อายุดูแลสุขภาพของตนเอง โดยไม่พึ่งพียงยาแผนปัจจุบันเท่านั้นแต่ยังใช้ยาสมุนไพรและอาหารเป็นยา นอกจากนี้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้

การประกันสุขภาพเป็นที่พึงของประชาชน : ระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมประชาชนในทุกกลุ่มทั่วถึงทุกคน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รูปแบบการให้บริการมีมาตรฐาน

การให้บริการและมีประสิทธิภาพทุกระดับ ทั้งในระดับการให้บริการสุขภาพระดับชุมชน (Primary Health Care) ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เกิดเครือข่ายการประสานการทำงานร่วมกันของวิชาชีพต่างๆ ในการดูแลสุขภาพทำให้เกิดคุณภาพในการบริการ ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

การพึ่งพากันในภูมิภาค : ประเทศกำลังพัฒนาในเอเชีย เช่นอินเดีย ไทย จีนรวมตัวและพึ่งพากันเพื่อความอยู่รอด รัฐบาลจะสนับสนุนงบประมาณทางด้านการวิจัย และการปรับปรุงระเบียบเพื่อสนับสนุนอุตสาหกรรมยา เพื่อแข่งขันกับยานำเข้าจากต่างประเทศที่มีราคาถูก

ภาพอนาคตของระบบยาที่กล่าวถึงเป็นภาพที่จินตนาการ **มาจากแนวโน้มจากปัจจัยภายนอกหรือ แนวโน้มจากปัจจัยภายใน** ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ แนวโน้มจากปัจจัยภายนอก เช่น ระบบยาจะมีการแข่งขันกันมากขึ้น ภาคธุรกิจจะมีอิทธิพลเหนือการเมือง ร่าง พ.ร.บ. ยาฉบับใหม่จะมีผลต่อทิศทางการกำหนดระบบยาในอนาคต ผลกระทบจากข้อตกลงการค้าส่งผลกระทบต่อการผลิต การกระจายและการใช้ยามากขึ้น จะมีข้อมูลเรื่องยา ใน Internet มากขึ้นซึ่งจะมีทั้งข้อมูลจริง และข้อมูลในการส่งเสริมการขาย เทคโนโลยีใหม่ๆ ทางด้าน Genome จะมีอิทธิพลต่อระบบยามากขึ้น นอกจากนี้จะมีการกระจายอำนาจสู่ชุมชนมากขึ้น ซึ่งชุมชนจะมีการดูแลปกครองตนเองในแต่ละท้องถิ่นโดยไม่ต้องพึ่งส่วนกลาง

แนวโน้มจากปัจจัยภายในระบบยาที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบยาในอนาคต ประชาชนจะมีการใช้ดูแลตนเอง (Self-care) และสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้นซึ่งก็ส่งผลให้มีการบริโภคยา สมุนไพรและสารจากธรรมชาติกันมากขึ้น โดยสามารถศึกษาจากข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะข้อมูลสมุนไพรจะมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น การที่ประชาชนมีการบริโภคมามากขึ้นส่งผลให้มีการแข่งขันเรื่องราคา ยา ซึ่งจะส่งผลทั้งในแง่บวกคือราคาเป็นธรรม และในแง่ลบทำให้ราคายาสูงขึ้น ทางด้านอุตสาหกรรมยาภายในประเทศจะไม่เข้มแข็งและจะมีจำนวนลดลง ส่วนอุตสาหกรรมยาสมุนไพรจะมีการพัฒนามากขึ้นและมีการส่งเสริมในเชิงพาณิชย์มากขึ้น ภาครัฐจะจัดสรรงบประมาณ เพื่อการพัฒนาระบบยามากขึ้น ภาคการศึกษาจะมีการปรับปรุงหลักสูตรให้เหมาะสมขึ้น

นอกจากแนวโน้มที่กล่าวมาแล้วยังมีการพิจารณาถึง**ความไม่แน่นอนทั้งปัจจัยภายในและภายนอกในระบบยา** สรุปความไม่แน่นอนที่มีระดับความไม่แน่นอนสูงและส่งผลกระทบต่อระบบยาสูงดังนี้ สงครามโลกและการก่อการร้าย ระบบหลักประกันสุขภาพล้มเหลว ประชาชนเกิน 80% หันมาพึ่งตนเองด้านการใช้ยามากขึ้น ประเทศกำลังพัฒนารวมตัวกันเพื่อต่อสู้กับบริษัทยาข้ามชาติ เกิดความผันผวนทางด้านเศรษฐกิจโลก

เมื่อได้ภาพอนาคตที่พึ่งปรารถนาแล้ว ได้มีการ**เสนอกลยุทธ์**เพื่อนำไปสู่ภาพอนาคตโดยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ ควรตั้งองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคไม่แสวงกำไรในระดับท้องถิ่น ภาครัฐควรมี

การบริหารงานแนวใหม่โดยปรับกฎระเบียบให้เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการจัดตั้งหน่วยงานบริหารร่วมระหว่างภาครัฐกับเอกชนเพื่อพัฒนา “โครงสร้างพื้นฐาน” สำหรับเตรียมการร่วมทุนระหว่างประเทศ สนับสนุนการศึกษาวิจัย เพื่อหามาตรฐานราคายาที่เหมาะสมเป็นธรรมสำหรับผู้บริโภค โดยสร้างระบบเปิดเผย “โครงสร้างราคายา” ของยาแต่ละตัว เพื่อให้ทราบข้อมูลต้นทุนของยา เพื่อตอบสนองสิทธิของผู้บริโภค และเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมให้เกิดคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (จังหวัด) เพื่อดูแล พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ขยายกองทุนหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน พัฒนาระบบการควบคุม กำกับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ เพิ่มบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในการสนับสนุนการใช้จ่ายสมุนไพรอย่างเหมาะสม สนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรอย่างเป็นระบบและครบวงจร ให้ภาคการศึกษา จัดระบบการเรียน การสอน โดยเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง และสนับสนุนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้เรื่องยาโดยชุมชนเพื่อชุมชน จัดตั้งศูนย์ข้อมูล ข่าวสารที่ “ถูกต้อง” “เป็นกลาง” ทันสมัย เพื่อสนับสนุนการใช้จ่ายอย่างเหมาะสมทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทย รัฐต้องเพิ่มมาตรการควบคุมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องทางสื่อต่างๆ อย่างเท่าทันสื่อ

ในการดำเนินการตามกรอบกลยุทธ์และยุทธวิธีดังกล่าว องค์การและหน่วยงานรัฐและเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการได้แก่ กองทุนพัฒนานวัตกรรม, สำนักงานส่งเสริมอุตสาหกรรมรายสาขา (เกษตร), สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย, กรมส่งเสริมการค้าส่งออก, สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน, สภาวิจัย, สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ และอื่นๆ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ยุทธศาสตร์การจัดตั้งองค์กรเครือข่าย

- จัดตั้ง **สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบยา** ให้เป็นองค์กรอิสระจากระบบราชการ หรือจัดตั้ง **กองทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)** โดยได้รับการสนับสนุนรายได้จากมูลค่าการขายยาที่ได้สิทธิผูกขาดหรือยานำเข้าเพื่อนำมาพัฒนาระบบยาเพื่อการพึ่งตนเอง
- หน่วยงานบริหารร่วมระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน พัฒนา “โครงสร้างพื้นฐาน” สำหรับการร่วมทุนระหว่างประเทศ
- เครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ที่ไม่แสวงหากำไรเชื่อมโยงในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น
- เสริมสร้าง กลุ่ม (ชุมชน) เพื่อสุขภาพ พัฒนาศักยภาพความเข้มแข็งเพื่อสุขภาพชุมชน
- ให้มีหน่วยงานที่ดูแลและผลักดันการพัฒนาสมุนไพรแบบครบวงจร แบบบูรณาการ

ยุทธศาสตร์ด้านการจัดการโครงสร้างพื้นฐานของระบบยา

- จัดทำ**แผนยุทธศาสตร์ระบบยาของชาติ** มีหน่วยงานรับผิดชอบผลักดันอย่างต่อเนื่อง
- จัดทำ**ฐานข้อมูลระบบยาของชาติ และค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ** ข้อมูลข่าวสารทั้งเชิงวิชาการ เศรษฐศาสตร์ การวิจัยและพัฒนา และระบบกำลังคน
- ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ ขยายกองทุนหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน
- มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารที่“ถูกต้อง” “เป็นกลาง”ทันสมัยเพื่อสนับสนุนการใช้อย่างเหมาะสม
- ใช้มาตรการทางการเงิน ภาษีในการอุดหนุนธุรกิจเกี่ยวกับยาโดยไม่ขัดต่อระเบียบการค้าโลก
- กำหนดมาตรการส่งเสริมการผลิตยาสามัญคุณภาพดีทดแทนการนำเข้ายาต้นแบบ
- สนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ภาคอุตสาหกรรมต้องการ

ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ

- นำแนวทางการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่มาบริหารงาน
- การควบรวมกิจการ หรือสร้างความร่วมมือระหว่างโรงงานอุตสาหกรรมผลิตยา
- การวิเคราะห์ทางเลือกนโยบายและทดลองใช้กลไกค่าใช้จ่ายด้านยา
- การจัดทำรายการยาจำเป็นพื้นฐานสำหรับประชาชน
- ใช้กลยุทธ์ทางการตลาด ในการกระจายข้อมูลคุณสมบัติของตำรับยาจากสมุนไพร
- เสริมศักยภาพความเข้มแข็งของผู้บริโภค ขยายเครือข่าย และพัฒนาระบบการตรวจสอบ

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความรู้ งานด้านวิจัยและพัฒนา

- **การปรับกระบวนทัศน์ ในเรื่อง การพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ**
- เพิ่มบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในการสนับสนุนการใช้อย่างเหมาะสม
- **ศึกษาวิจัย กลไกการพัฒนาระบบยาที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพโดยรวม**

ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนากำลังคน

- การพัฒนากำลังคนด้านเกษตรกรรม ให้มีคุณสมบัติและบทบาทในการบริการระดับปฐมภูมิ
- การผลิตเกษตรกรแผนไทย
- การผลิตกำลังคนเพื่อการผลิตและพัฒนาในทางอุตสาหกรรมให้เรียนรู้เทคนิคใหม่ๆ

ยุทธศาสตร์ด้านการศึกษา

- ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน ให้รู้เรื่องการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองและสอดคล้องกับวิถีชุมชน
 - ปลุกฝังความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาให้แก่ชุมชน
-

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

การมองอนาคต (foresight) คือกระบวนการคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคต และการจัดการกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นวิธีการคิดที่เป็นระบบ เน้นการมีส่วนร่วม สร้างเครือข่าย เพื่อพัฒนา นโยบาย แผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับอนาคตระยะกลางถึงระยะยาว โดยหัวใจของความสำเร็จขึ้นอยู่กับความรู้ลึกของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมในกระบวนการมองอนาคต

ในช่วงที่ผ่านมาการศึกษาอนาคตระบบยาทั้งในภาพรวมและส่วนย่อยต่างๆ ด้านอุตสาหกรรมยา สมุนไพร ตลอดจนถึงกำลังคน แต่ยังไม่สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาที่ชัดเจนและดูเหมือนยังวนเวียนอยู่กับปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไขมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะเรื่องของการกระจายบริการทางเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ ภาคประชาชนไม่ได้รับการดูแลการใช้ยาที่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้นทุกขณะโดยที่ประชาชนไม่ได้มีสุขภาพดีขึ้น

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและระบบยา ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยแวดล้อมสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่รุนแรงและรวดเร็วคือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการให้ครอบคลุมประชาชน ขณะที่ยังมีความไม่พร้อมด้านต่างๆและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการปรับกระบวนการบริหารจัดการและประหยัดค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ ส่งผลกระทบต่อระบบยาทั้งระบบ ก่อปรกับกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพให้เกิดการพัฒนาไปสู่สุขภาพที่ดีของประชาชน ส่งผลต่อการปรับแนวคิดในการดูแลสุขภาพ เพื่อสร้างความเสมอภาค (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) และความต่อเนื่อง (Continuity) ในบริการด้านสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม (participation) ของภาครัฐและเอกชน โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเอง (Self reliant) อย่างเหมาะสม

ภาวะวิกฤติของระบบบริการสุขภาพไทยคือมีค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพสูง แต่สร้างประโยชน์ไม่คุ้มค่า ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงถึงประมาณร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ แต่กลับพบมีปัญหามากมายตั้งแต่ การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง การไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพ

ชี้ให้เห็นถึงความไม่มีประสิทธิภาพ และไม่คุ้มค่าของระบบยาในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า ระบบยาและระบบบริการเภสัชกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่มีความเสมอภาค ไม่มีประสิทธิภาพ ประชาชนยังไม่มีทางเลือกในการรับบริการที่มีคุณภาพ ระบบบริการด้านยาไม่มีความต่อเนื่อง และยังไม่มีความครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน ดังนั้นการมองภาพอนาคตของระบบยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในระบบสุขภาพต่อไป

เพื่อให้การมองภาพอนาคตของระบบยารุ่นนี้ สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคต และจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ จึงต้องมีการทบทวนข้อมูลทั้งในด้านระบบสุขภาพ ระบบเภสัชกรรม และระบบยาของไทยให้รอบด้าน รวมถึงแนวโน้มและความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น มุ่งสู่ประเด็นสำคัญ และสร้างภาพอนาคตที่จะเป็นระบบยาที่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาพอนาคตระบบยา โดยการใช้กระบวนการคาดการณ์อนาคต (Foresight) รวมถึงการนำเสนอยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดการพัฒนาและดำเนินการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องของระบบยา ที่ได้จากกระบวนการคาดการณ์อนาคต

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษภาพอนาคตระบบยา ดำเนินการโดยการใช้กระบวนการทบทวนวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ประกอบกับการประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และนักวิชาการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบยาและระบบสุขภาพ เพื่อคาดการณ์อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ ใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2546 – 2555)

ผลที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ได้แนวทางในการจัดทำยุทธศาสตร์และกรอบทิศทางการวิจัยระบบยาและระบบสุขภาพ
2. ทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาระบบยาให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรม การพัฒนาระบบควบคุมกำกับ การพัฒนาอุตสาหกรรมยา การพัฒนาสมุนไพร และการพัฒนากำลังคนในทางเภสัชกรรม
3. สามารถนำไปใช้ในการป้องกันการเกิดภาพอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดภาพอนาคตที่พึงประสงค์ต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ระบบยามีความซับซ้อนและมีความสัมพันธ์กับระบบอื่น คือระบบสาธารณสุขของประเทศ ระบบเศรษฐกิจสังคม การศึกษา วัฒนธรรม เทคโนโลยี ตลอดจนพฤติกรรมของประชาชน ขณะเดียวกันยังได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ทั่วโลกด้วย เนื่องจากประเทศไทยยังไม่สามารถพึ่งตนเองด้านยาได้ อีกทั้งในปัจจุบันการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี และระบบข้อมูลข่าวสารมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจำเป็นต้องศึกษาทั้งระบบและทราบความสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบต่อกัน

การพัฒนาระบบยาจะส่งผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยที่ยาเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ ยาเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้การพัฒนาสาธารณสุขบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การพัฒนาเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี โดยอาศัยแนวทางของการพัฒนาแบบองค์รวมหรือบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาของประเทศอย่างครบถ้วน

การพัฒนาระบบยาจำเป็นต้องทราบถึง โครงสร้างระบบองค์กรและหน่วยงานที่รับผิดชอบ นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน โดยต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลในทุกๆด้าน มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน เพื่อพัฒนาระบบยา ให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีค่าน้อยลงมีประสิทธิภาพ นำไปสู่คุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า

มูลค่าบริโภคยาในระบบสุขภาพ

การบริโภคยาของคนไทยมีมูลค่ามากถึงประมาณปีละกว่า 90,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2543 โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงมากขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านยานี้คิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นับเป็นสัดส่วนที่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาจะอยู่ระหว่างร้อยละ 10 - 20 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่านั้น มูลค่าการบริโภคนยาของไทยกำลังเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 23 ต่อปี โดยเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพ (ร้อยละ 13 ต่อปี) และอัตราเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (ร้อยละ 8 ต่อปี) โดยที่สุขภาพอนามัยของประชาชนไม่ได้ดีขึ้นในสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน แสดงถึงปัญหาการสูญเสียทางเศรษฐกิจในระบบยา สะท้อนถึงการขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ รวมทั้งการดำเนินการเกี่ยวกับนโยบายยาของประเทศไทย (ระบบยา, 2545) ระบบยาที่ขาดประสิทธิภาพเป็นปัญหาต้นตอที่สำคัญที่สุดสำหรับการปฏิรูประบบสาธารณสุขในระยะยาวด้วย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2539)

การปฏิรูประบบสุขภาพ

จากภาวะวิกฤติในระบบบริการสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2542-2544 ชี้ให้เห็นว่าสังคมไทยต้องเสียที่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพถึงปีละ 200,000 ล้านบาท และธนาคารพัฒนาเอเชียคาดว่า ค่าใช้จ่ายนี้จะเพิ่มสูงขึ้นอีก 5 เท่า ในเวลา 2-3 ทศวรรษข้างหน้า โดยรายจ่ายที่ใช้ไปนี้สร้างประโยชน์ไม่คุ้มค่า ระบบสุขภาพที่มีอยู่ยังไม่สามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีพอ ปัญหาโรคและภัยอันตรายหลายประการยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนอิทธิพลของทุนนิยมที่เหนียวนาให้เกิดการบริโภคมากเกินไปจนเกินความจำเป็น วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2539) ตั้งสมมุติฐานของทุกข์เหล่านี้ว่า เกิดจากปรัชญาการพัฒนาระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีนิยมได้แพร่ระบาดเข้ามาสู่การพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ขณะที่ระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังขาดความรู้ ฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับนโยบายที่ชัดเจนต่อทิศทางการคลังสาธารณสุขของประเทศ และการพัฒนาอุตสาหกรรมยาที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความจำเป็นที่ต้องปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้คนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ที่มีความเสมอภาค (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) และความต่อเนื่อง (Continuity) ในการบริการด้านสุขภาพ ความครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั่วประเทศ โดยระบบสุขภาพต้องเป็นระบบเปิด โปร่งใส ให้ทุกฝ่ายสามารถเข้ามามีส่วนร่วม (Participation) ในการจัดระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (นพ. วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543)

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้ถูกจัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543 เพื่อผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของสังคมไทยจากการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพเสีย มาสู่การรุกเพื่อสร้างสุขภาพดี โดยการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของสังคมไทย เพื่อให้สามารถปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในระยะถัดไป นำไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย ความมีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความเท่าเทียมกัน มีโครงสร้างครบถ้วน และมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์ มีปัญหาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2543) การปฏิรูประบบสุขภาพในภาพรวมอาจส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการดูแลสุขภาพ และมีผลต่อระบบการใช้ยาของประชาชน ขณะเดียวกันจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบยาไปพร้อมกันด้วย

เภสัชกรกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

หลังจากมีการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ คทา บัณฑิตานุกูล และคณะ (2543) ได้ทำการศึกษา สังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกรสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิดของประชาคมเภสัชกรเครือข่ายหลักและสังเคราะห์เป็นวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการ และสังเคราะห์ให้เห็นบทบาทของเภสัชกรในมิติใหม่ คือบทบาทที่สามารถจะเป็นกำลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพแห่งชาติตามที่ต้องการ ตลอดจนถึงการเสนอตัวอย่างระบบงานที่น่าจะมีการปฏิรูป หรืองานที่อาจเป็นจุดเริ่มต้นของระบบงานเภสัชกรรมในมิติใหม่ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและจากเอกสารการประชุม ซึ่งมีการจัดประชุมระดมความคิด 5 ครั้งในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และรวม 4 ภาค ใช้วิธีการประชุมแบบมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสร้างอนาคตเป็นหลัก (Future Search Conference, FSC) ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ใช้เทคนิคการระดมความคิดในการวางแผนพัฒนา (Appreciation Influence Control, AIC) กลุ่มตัวอย่างเป็นเภสัชกร หรือเป็นตัวแทนบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่เภสัชกรที่มาจากหลากหลายวิชาชีพ โดยมีคุณสมบัติในการเป็นผู้นำทางความคิด (Opinion leader) มีส่วนได้รับผลกระทบ (Stakeholders) และเคยสัมผัสกับเภสัชกรหรือระบบเภสัชกรรมมาก่อน เช่น เจ้าของร้านขายยา องค์กรเอกชน แพทย์ พยาบาล สื่อมวลชน ผู้นำชุมชน รวมทั้งประชาชนผู้ไ้ยา ที่เป็นตัวแทนของประชาชน 4 ภาค คัดเลือกได้ผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นเภสัชกร 152 และบุคลากรอื่น 70 คน

ผลที่ได้ ระบบสุขภาพไทยมีลักษณะดังนี้

1. วิธีคิดและปรากฏการณ์ปัญหาสุขภาพ

1.1 ประชาชน

- ไม่พึ่งตนเอง หวังพึ่งหมอและกินแต่ยา
- รับผิดชอบต่อกระแสตะวันตก ซึ่งกระทบต่อสังคมไทยทั้งทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การกินอาหารจานด่วน การไม่ดูแลสุขภาพตนเอง
- ไม่รู้สิทธิของตนเอง เช่น ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นร่วมกับแพทย์

1.2 บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ เภสัชกร ฯ

- มุ่งการรักษาโรค ไม่รักษาคน ไม่เห็นคุณค่าของคน
- คิดแบบแยกส่วน ไม่มององค์รวมของผู้ป่วย ไม่ทำงานเป็นทีม
- ทำงานแบบตั้งรับ ไม่คำนึงถึงการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ

- ทำงานเชิงธุรกิจ เช่น แพทย์พาณิชย์ เภสัชกรแขวนป้าย
- รับแนวคิดแบบตะวันตก ลืมภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องสุขภาพและยา รวมทั้งสมุนไพร
- บางครั้งไม่คำนึงถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

1.3 ระบบการบริหารจัดการ

- ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะระบบราชการที่ไม่กระจายอำนาจ
- ไม่มีอิสระ ได้รับอิทธิพลทางการเมืองสูง
- ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้
- การขาดหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป รวมทั้งความไม่เป็นธรรมในระบบบริการ

2. วิสัยทัศน์ประชาคมเภสัชกรรมในระบบสุขภาพไทย

วิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ นโยบาย การบริการ บุคลากร และ ระบบบริหารจัดการ

2.1 นโยบาย

- ปรับกระบวนการทัศน์ของผู้ที่อยู่ในระบบ
- การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพ
- กระจายอำนาจจากส่วนกลาง
- พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพึ่งตนเอง
- ส่งเสริมสิทธิผู้บริโภค

2.2 การบริการ

- ประกันคุณภาพบริการ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน
- สร้างสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเอง และป้องกันโรค
- ใช้ข้อมูลข่าวสารให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการ
- ระบบเครือข่ายเพื่อความต่อเนื่องในการบริการทุกระดับ

2.3 บุคลากร

- มีสำนึกสาธารณะ
- ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- มองสุขภาพองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
- ให้บริการที่มีคุณภาพ ทำงานเป็นทีมในระบบบริการ

- พัฒนาให้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ
- มีคุณธรรม และ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
- มีการกระจายตัวที่เหมาะสมทั่วประเทศ

2.4 ระบบบริหารจัดการ

- ระบบประกันสุขภาพที่เสมอภาคและมีประสิทธิภาพ
- มีระบบยาที่มีประสิทธิภาพ มีพื้นฐานมาจากการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยา
- โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้
- ชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และการตัดสินใจ

3. ยุทธศาสตร์ทางเภสัชกรรมเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ

จากวิสัยทัศน์วิชาชีพเภสัชกรรมที่จะตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ระบบสุขภาพนั้นนำมากำหนดยุทธศาสตร์สำหรับวิชาชีพเภสัชกรรมได้ดังต่อไปนี้

3.1 เมืองคักรวิชาชีพ ที่เป็นสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ดังนี้

- กำหนดนโยบายการบริหาร
- ส่งเสริมการวิจัยในสหวิชาชีพเพื่อการบริการประชาชน
- เผยแพร่บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพเพื่อความเข้าใจแก่ประชาชน
- เป็นศูนย์กลางรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชน

3.2 ผลิตภัณฑ์ทางเภสัชกรรม ที่มีคุณสมบัติดังนี้

- เกิดระบบคุณค่า และรักษาวัฒนธรรมตะวันออก
- เป็นเภสัชกรที่มีความรู้ เกิดปัญญา
- มีจรรยาบรรณเป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพ
- มีทักษะการประกอบวิชาชีพ สามารถบูรณาการองค์ความรู้เพื่อการปฏิบัติงานจริง
- ทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้ให้บริการพื้นฐาน (Primary care provider) ในระบบบริการในชุมชน

3.3 สร้างระบบการประกันสุขภาพชุมชน เพื่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

- เป็นกองทุนชุมชน รวมเงินมาจากประชาชน (และจากรัฐ) เพื่อให้ความคุ้มครองเรื่องสุขภาพแก่สมาชิก
- ส่งเสริมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหลัก
- กองทุนซื้อบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการ เช่น ร้านขายยา แพทย์แผนไทย และอื่นๆ

- ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในนโยบาย การดำเนินงาน รวมทั้งร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ

3.4 ระบบยา

- เป็นระบบผสมผสานระหว่างแผนตะวันตกและตะวันออก
- เน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองในเรื่องยาโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น สมุนไพร
- มีการประกันคุณภาพยาที่เป็นสากล
- สร้างระบบการกระจายยาที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และตรวจสอบได้
- ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม และคุ้มค่า (cost-effective) ในทุกระดับ
- สร้างเครือข่ายข้อมูลข่าวสารที่เชื่อมโยงในระบบสุขภาพรวมทั้งเข้าถึงประชาชนทั่วไป
- ส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรชุมชนในฐานะของผู้ให้บริการพื้นฐาน (Primary care provider) ให้เป็นบริการเชิงรุก

จะเห็นได้ว่าวิสัยทัศน์บทบาทของเภสัชกร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญด้านกำลังคนในระบบเภสัชกรรม จำเป็นที่ต้องคำนึงถึงระบบสุขภาพของประชาชนโดยรวม รวมทั้งบริบทที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านนโยบาย ระบบบริหารจัดการ การผลิตและกระจายบุคลากร การพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรม การพัฒนาวิชาชีพ และองค์วิชาชีพ ตลอดจนถึง การพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นกระบวนการเกี่ยวเนื่องครอบคลุมตั้งแต่ การคัดเลือกยา การจัดหา/ผลิตยา การกระจายยา และการใช้ยา ให้สอดคล้องและเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศ ตลอดจนถึงผลกระทบด้านต่างๆ

การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ระบบยา

ที่ผ่านมา การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ และสังเคราะห์ข้อเสนอในการพัฒนาระบบยาอย่างครบวงจรได้มีการดำเนินการสองครั้ง ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2537 และครั้งที่สองเมื่อ พ.ศ.2545

ระบบยา พ.ศ.2537

ความพยายามในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ และสังเคราะห์ข้อเสนอในการพัฒนาระบบยาอย่างครบวงจรได้มีการดำเนินการเป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2537 โดยสถาบันวิจัย

สาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ด้วยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การศึกษาดังกล่าวได้ระดมนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกว่า 100 คน พบว่าโครงสร้างองค์กรและระบบกฎหมายที่เกี่ยวกับยา มีปัญหาที่ควรแก้ไขและพัฒนาอีกมาก กฎหมายและการปฏิบัติมีลักษณะที่เป็นการควบคุมเน้นการขออนุญาตขึ้นทะเบียน มีขั้นตอนการดำเนินการมากมาย แต่ไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินการและติดตามดูแลกำกับอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่โครงสร้างขององค์กรและระบบกฎหมายที่รองรับในส่วนของการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบยาคือการดำเนินการตามนโยบายแห่งชาติด้านยา กลับอ่อนแอไม่ต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนทางทรัพยากร การดำเนินงานไม่สามารถครอบคลุมทั้งระบบของประเทศ ทั้งในภาครัฐและเอกชน ปัจจัยที่รัฐต้องกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา เกิดจากอิทธิพลแนวคิดจากองค์การอนามัยโลก ไม่ได้เกิดจากการตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาอย่างแท้จริง จึงไม่มีการปฏิบัติให้บรรลุนโยบายอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง หน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลควบคุมกำกับตลอดจนถึงหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นสถานบริการให้บริการด้านยาในแต่ละระดับยังไม่สามารถดำเนินการให้เกิดการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพได้ มีการศึกษาระบบยาซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดแบ่งออกเป็น 4 ระบบใหญ่คือ

1. การคัดเลือกยา (Drug Selection)
2. การจัดหายา (Drug Procurement)
3. การกระจายยา (Drug Distribution)
4. การใช้ยา (Drug Utilization)

พบว่ามีปัญหาในทุกขั้นตอนของระบบยาของประเทศไทยและทุกระดับ แสดงถึงความไม่มีประสิทธิภาพของระบบยา ตั้งแต่การกำหนดรายการยาที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย การผลิตและจัดหายาซึ่งสามารถพึ่งตนเองได้ การกระจายยาที่มีคุณภาพทั่วถึงประชาชนทุกระดับ และการใช้ยาที่เหมาะสมเกิดความคุ้มค่าและไม่เกิดโทษต่อประชาชน

ระบบยา พ.ศ.2545

ต่อมาได้มีการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ และสังเคราะห์ข้อเสนอในการพัฒนาระบบยาครั้งที่ 2 เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ในปี พ.ศ.2544 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย จำนวน 27 คน และระดมผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆจำนวนมากเช่นเดียวกัน ทำการศึกษาในประเด็นเพิ่มเติมจากการศึกษาครั้งแรก รวมทั้งสิ้น 12 ประเด็นหลัก ได้แก่

- นโยบายแห่งชาติด้านยา

- กฎหมายเกี่ยวกับยา
- ระบบข้อมูลข่าวสารด้านยา
- การคัดเลือกยา
- การใช้ยา
- อุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน
- การจัดหาและกระจายยา
- การเงินการคลังเกี่ยวกับยา
- ยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร
- การพัฒนาและการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในระบบยา
- การค้าระหว่างประเทศกับระบบยา
- วิกฤตเศรษฐกิจกับระบบยา

รายงานของคณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทยดังกล่าวเสร็จสิ้นในเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2545 โดยได้มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ของระบบยา และสะท้อนปัญหาที่มีอยู่อย่างมากมาย พร้อมบทวิพากษ์ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นองค์ความรู้และความคิดเห็น เอกสารรายงานระบบยาของประเทศไทยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาระบบยาของไทยต่อไป แต่ในขณะนี้ยังขาดการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาทั้งระยะสั้นระยะยาวอย่างเป็นระบบ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่มีผลกระทบต่อระบบยา

ในช่วงระยะเวลา 2-3 ปีนี้มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่มีผลกระทบอย่างมากต่อระบบยา และวิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งในระบบสาธารณสุขของประเทศ ระบบเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม เทคโนโลยี ตลอดจนกระแสโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ระบบการค้าเสรีมีผลกระทบต่อประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างมาก ทำให้ต้องมีการเตรียมตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ในด้านการเปลี่ยนแปลงภายในที่ส่งผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเองที่สำคัญ คือ การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ และทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถสรุปคร่าวๆ ได้ดังนี้

• ภาวะคุกคามระบบยาโลกาภิวัตน์

ประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลกต้องการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ระบบทุนนิยมกระตุ้นให้เกิดความต้องการบริโภคมากขึ้น โดยความต้องการนั้นมีความจำเป็นระดับหนึ่ง แต่ส่วนหนึ่งจะถูกเหนี่ยวนำให้เกิดมากขึ้น และถูกครอบงำจากมหาอำนาจที่มีอิทธิพลในทุกระดับ

ตั้งแต่ระบบการศึกษา กระแสวัฒนธรรมตะวันตก พฤติกรรมการดำรงชีวิต การดูแลสุขภาพ การใช้จ่าย เครื่องมือและเทคนิคในการรักษาพยาบาล ล้วนแล้วแต่มีทิศทางที่ทำให้เกิดการพึ่งพา และต้องนำเข้าทั้งสิ้น

- **ตลาดยาของโลก** แนวโน้มของธุรกิจยาจะเพิ่มศักยภาพการแข่งขันกัน และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2545 ตลาดยาของโลกมีมูลค่าถึง 400.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (โต 8%) ISM Review 2002 (ฟาร์มาไทม์, 2546) รายงานว่า ตลาดในทวีปอเมริกาเหนือยังคงครองความเป็นอันดับ 1 ของโลก ด้วยอัตราการขยายตัวที่แข็งแกร่งมากที่สุด 12% คิดเป็นมูลค่ายอดขาย 203.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยคิดเป็น 51% ของยอดขายโดยรวมทั่วโลก ส่วนอันดับ 2 คือตลาดยาในกลุ่มสหภาพยุโรป (European Union - EU) หรือ อียู มีอัตราการขยายตัว 8% คิดเป็นมูลค่ายอดขาย 90.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยคิดเป็น 22% ของยอดขายโดยรวมทั่วโลก สำหรับอันดับ 3 ได้แก่ตลาดของประเทศอื่นๆในทวีปยุโรปที่ไม่ได้เป็นสมาชิกอียู รวมกันมีอัตราการขยายตัว 9% แต่มีมูลค่ายอดขายแค่ 11.3 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ ในส่วนของทวีปเอเชีย ตลาดในญี่ปุ่นประเทศเดียว แม้จะมีอัตราการขยายตัว แค่ 1% แต่คิดเป็นมูลค่าถึง 46.9 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยมีสัดส่วนคิดเป็น 12% ของยอดขายโดยรวมทั่วโลก ขณะที่ตลาดของประเทศอื่นๆในทวีปเอเชียรวมกับตลาดของทวีปแอฟริกา และออสเตรเลีย มีอัตราการขยายตัว 11% คิดเป็นมูลค่าทั้งสิ้น 31.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ แนวโน้มของการแข่งขันธุรกิจยานี้จะส่งผลกระทบต่อระบบยาภายในประเทศไทย และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

- **สิทธิบัตรยา** ประเทศมหาอำนาจใช้กลไกทางการค้าบีบบังคับให้ประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทยจำต้องยอมรับเงื่อนไขเรื่องสิทธิบัตรยา แม้ว่าจะมีความพยายามต่อรองหรือขอข้อยกเว้นสำหรับประเทศยากจน ในที่ประชุมองค์การการค้าโลก (World Trade Organization) ได้ร่วมกันพยายามหาทางออกในการแก้ปัญหานี้ในประเด็นเรื่องยาซึ่งเป็นหนึ่งในหลายประเด็นของการเจรจาการค้าซึ่งจัดขึ้นที่ Doha เมืองหลวงของ Qatar ในเดือนพฤศจิกายน 2001 เพื่อให้หลักประกันกับประเทศยากจนที่ไม่ได้ผลิตยาภายในประเทศให้สามารถออกจากการบังคับของกฎหมายสิทธิบัตร เพื่อที่จะนำเข้ายาในชื่อสามัญได้ในราคาถูกเมื่อต้องเผชิญกับกรณีฉุกเฉิน สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศเดียวจากสมาชิก 144 ประเทศที่ปฏิเสธข้อตกลงทำให้ข้อเสนอนี้ล้มไป โดยสหรัฐอเมริกาซึ่งมีอุตสาหกรรมยาที่เปี่ยมด้วยพลังอำนาจคอยสนับสนุนอยู่ อ้างว่าข้อความในข้อตกลงยังมีช่องว่างหลายแห่งที่เปิดโอกาสให้ผู้ผลิตยาในชื่อสามัญในประเทศกำลังพัฒนาไม่ต้องสนใจเรื่องสิทธิบัตรของยาใดๆ (Richard Waddington, 2546) แนวโน้มของยาที่มีสิทธิบัตรซึ่งมีราคาสูงมากจะทำให้ประเทศยากจนมีปัญหาในการที่จะดูแลสุขภาพประชาชนในประเทศของตนมากขึ้นเรื่อยๆ ปัญหานี้กำลังส่งผลกระทบต่อประเทศไทยและจะทวีความรุนแรงมากขึ้นถ้าไม่ได้มีการเตรียมการรองรับที่เหมาะสมต่อเรื่องนี้

ค่าใช้จ่ายด้านยาซึ่งมีมูลค่าสูงมากในระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย จะขยายตัวสูงมากขึ้น เพราะมีภาวะพึ่งพิงใช้ยานำเข้าและวัตถุดิบจากต่างประเทศ เรื่องนี้เป็นภาวะคุกคามที่รุนแรงต่อระบบสุขภาพ การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศ ต้องมองศักยภาพของอุตสาหกรรมยาของไทย ว่าทำได้แค่ไหน เป้าหมายหลักของอุตสาหกรรมยาในประเทศคงต้องมุ่งไปที่ยาที่หมดสิทธิบัตร แต่ขณะเดียวกันจะต้องผลิตยา new generic ออกมาให้ทันความต้องการในประเทศด้วย ซึ่งจะต้องแก้ไขระบบให้ภาคเอกชน และองค์การเภสัชกรรมมีการประสานงานกันมากขึ้นในการรองรับการผลิตยา new generic ให้ดีมีคุณภาพ (เชิฐพร เต็งอำนวย, 2546)

- **การปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

- **หลักการของการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า** เป็นนโยบายเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ คุณสมบัติที่พึงประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (System of Universal Coverage) มีดังนี้ (OECD, 1992 อ้างใน Anne Mills, 1996)
 - **Income protection** การลดความเสี่ยงของครัวเรือนกรณีไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย
 - **Macro-economic efficiency** เศรษฐศาสตร์ระดับมหภาคจะมีประสิทธิภาพจากการมีระบบการคลังรวมหมู่ (collective financing) สัดส่วนของงบประมาณในการดูแลสุขภาพที่มีสูงและจัดสรรแบบ global budget ทำให้มีอำนาจต่อรองในการซื้อบริการโดยบุคคลที่สาม (third party payer) ที่ทำหน้าที่จ่ายเงินแทนผู้ป่วย
 - **Micro-economic efficiency** เศรษฐศาสตร์ระดับจุลภาคจะมีประสิทธิภาพจากการพัฒนาระบบบริการหลายรูปแบบที่มีลักษณะ cost-effectiveness และการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายการให้บริการ ในหลายประเทศใช้ระบบการแข่งขัน กลไกการตลาด (internal market) และกลไกการจ่ายเงิน ที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ (performance related payment)
 - **Freedom of choice** ผู้บริโภคมีสิทธิเลือกบริการได้ตามความเหมาะสม แต่ไม่ได้หมายถึงอิสระเสรี โดยไม่ได้คำนึงถึง cost-effectiveness และความเหมาะสมของการจัดบริการ

รัฐบาลไทยได้เริ่มประกาศนโยบายนี้ เมื่อเดือนเมษายน 2544 และขยายเต็มทุกพื้นที่ในเดือนตุลาคม 2544 นโยบายนี้มีผลกระทบต่อการปรับบทบาทและทิศทางของผู้ประกอบวิชาชีพและอุตสาหกรรมยา เนื่องจากมีการใช้กลไกทางการเงิน (financing mechanism) ปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณ ของโรงพยาบาลภาครัฐเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ด้วยจำนวนเงิน 1,202 บาทต่อประชากร 1 คน ซึ่งรวมงบดำเนินการทั้งหมดของโรงพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิมีงบประมาณในการใช้จ่ายรวมถึงการรักษาพยาบาลที่น้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก โรงพยาบาลเองจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินการและ

ให้บริการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพภายใต้งบประมาณที่จำกัด ระบบการจัดหายาที่มีราคาเหมาะสม จึงเป็นแนวโน้มที่น่าจะส่งผลดีแก่ยาที่ผลิตภายในประเทศ การใช้ยาที่มีราคาสูงแต่ได้คุณค่าหรือประโยชน์ไม่ชัดเจนจะลดลง การใช้ยาจะมีการคำนึงถึงทุนและประสิทธิภาพมากขึ้น (cost-effectiveness) อย่างไรก็ดี ด้วยสภาพของการจัดหายาที่เน้นราคาถูก การจัดซื้อร่วม ขยายวงไปทั่วประเทศผลักดันให้อุตสาหกรรมใช้ราคาเป็นกลยุทธ์ในการแข่งขัน เนื่องจากจะมี ส่วนต่างระหว่างราคาและต้นทุนน้อย อาจส่งผลให้ในระยะยาวทำให้ไม่สามารถลงทุนกับการวิจัย และพัฒนาอุตสาหกรรมภายในประเทศ ดังนั้นการส่งเสริมอุตสาหกรรมจากภาครัฐจำเป็นต้องมีการทบทวนในเรื่องดังกล่าว และต้องคำนึงถึงคุณภาพเป็นสำคัญด้วย

- **การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ** เป็นนโยบายหนึ่งของการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเพื่อให้เกิดการเข้าถึงและใช้บริการอย่างเหมาะสม โดยต้องมีการปฏิรูประบบบริการ ปฐมภูมิให้เป็นหน่วยบริการที่มีลักษณะเป็น gate keeper มีการแยกระบบบริการออกมาให้ ชัดเจนจากสถานบริการขนาดใหญ่ ที่ผ่านมารับการรักษาโรคในสถานพยาบาลมีต้นทุนสูง แต่ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำกว่าการป้องกันปฐมภูมิ และ public health intervention ที่สำคัญ อื่นๆ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2539) การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) โดยการจัดให้มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล จากโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป ให้บริการที่สถานีอนามัยยังไม่สามารถทำได้ตามเกณฑ์ บุคลากรเหล่านี้มีภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่มีมากอยู่แล้วทำให้ไม่เต็มใจที่จะออกไปให้บริการนอกโรงพยาบาล การให้ ค่าตอบแทนเพื่อจูงใจให้ออกปฏิบัติงานที่กลายเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากแก่โรงพยาบาล ในหลายๆแห่งการดำเนินการนี้ต้องลดจำนวนครั้งหรือลดชั่วโมงลง

ในส่วนของเภสัชกรนั้นถูกกำหนดให้ไปหน่วยบริการปฐมภูมิสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมงเพื่อดูแล ด้านบริหารเวชภัณฑ์ซึ่งไม่สามารถทำอะไรได้มากนัก ยังไม่สามารถดูแลการจ่ายยาและให้ คำแนะนำการใช้ยาแก่ประชาชนได้ และโดยที่ผ่านมามีภาระงานนี้เพิ่ม ได้มีการดำเนินการ ตามนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการลดจำนวนคนภาครัฐ (Zero growth) การจำกัดการเพิ่มกำลังคน จึงทำให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงกรอบอัตรากำลังเภสัชกร ประกอบกับมีความขาดแคลนเภสัชกร ภาคเอกชน ส่งผลให้มีการยกเลิกการชดเชยทุนของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในปี พ.ศ.2547 นโยบาย ที่ต้องการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นภาระงานใหม่ที่เพิ่มขึ้นนี้จึงอาจไม่ประสบความสำเร็จ การหาทางออกในเรื่องนี้จึงต้องมองทั้งระบบและรวมถึงการวางแผนกำลังคนด้วย ในส่วนของ กำลังคนด้านเภสัชศาสตร์ต้องมองถึงการร่วมมือกับภาคเอกชนในการให้บริการได้แก่ ระบบบริการ เภสัชกรชุมชน ซึ่งสามารถเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับปฐมภูมิที่ "ใกล้บ้านและใกล้ใจ" ของประชาชนที่สามารถเข้ามาใช้บริการได้อย่างสะดวก ไม่มีขั้นตอนยุ่งยาก

เป็นบริการแบบ One stop service ที่ไม่เสียเวลารอนาน มีระบบคัดกรอง (Screen) มีบริการที่ต่อเนื่อง ในการส่งต่อผู้ป่วย (Refer) เพื่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ โดยจะต้องทำการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการบริการด้านยาที่ดี (Good pharmacy practice) ยึดผู้ไ้ยาเป็นศูนย์กลาง แทนที่จะถือผู้ให้บริการเป็นหลัก (คทา บัณฑิตานุกูล, 2542)

มาตรการที่จะพัฒนาและส่งเสริมบทบาทการบริการเภสัชกรรมให้เกิดการกระจายสู่ภูมิภาคทั่วประเทศอย่างเป็นรูปธรรม เป็นเรื่องที่ต้องมีการทบทวนการพัฒนากำลังคนและทิศทางของเภสัชกรกันใหม่ทั้งหมด รวมถึงต้องมีการกำหนดกลยุทธ์และมีการผลักดันนโยบายนี้อย่างต่อเนื่องด้วย

- **บทบาทผู้ซื้อบริการ** เป็นหลักการและแนวปฏิบัติที่กำลังมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำหน้าที่แทนผู้รับบริการและมีอำนาจต่อรองกับผู้ให้บริการ ที่ผ่านมารายจ่ายสุขภาพที่ครัวเรือนจ่ายนั้นเป็นการซื้อขายสินค้าและบริการระหว่างผู้ป่วยแต่ละคนกับผู้ให้บริการ มีลักษณะเป็น individual transaction ในตลาดบริการทางการแพทย์นั้น ผู้บริโภคไม่มีอำนาจต่อรองกับแพทย์ (รวมทั้งผู้ประกอบวิชาชีพอื่น เช่น เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล และอื่นๆด้วย--ผู้เขียน) ทั้งนี้เพราะแพทย์ในฐานะผู้รู้ทางเทคนิค มีความรู้มากกว่าผู้บริโภค (uni-lateral information) แพทย์จึงสามารถกำหนดอุปสงค์ ทั้งชนิดและปริมาณให้แก่ผู้บริโภคได้ (supplier dictated demand) ทำให้กลไกตลาดไม่สามารถทำงานได้อย่างสมบูรณ์ (imperfect market) ซึ่งก่อให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพในระบบอย่างมาก (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2539) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นแหล่งเงินในระบบสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดที่ทำหน้าที่จ่ายเงินแทนผู้ป่วยและมีกำลังต่อรองเพื่อให้ได้บริการที่มีมาตรฐาน โดยบทบาทของผู้ซื้อบริการต้องมีลักษณะเป็นแบบ “active purchasing” จึงจะสามารถส่งผลให้เกิดการเจรจาต่อรอง (Kutzin, 2000) สร้างเงื่อนไข สัญญา (contract) และใช้กลไกด้านการจ่ายเงิน (payment method) และการติดตามควบคุมกำกับให้เกิดระบบบริการที่ดีมีคุณภาพที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยต้องมีการใช้ข้อมูลประกอบในการพิจารณาที่เป็นแบบ “evidence-based purchasing” (Deloitte and Touche, 1996) จึงต้องมีการเตรียมการในเรื่องของการพัฒนาฐานข้อมูล และการศึกษาวิจัยประกอบด้วย

ประเทศไทยได้มีการจัดตั้ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานรัฐ และเอกชนต่างๆ ในปี 2546 สปสช. ได้รับงบประมาณ UC กว่า 5 หมื่นล้านบาท ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเล็กลงทันทีจากงบประมาณที่ลดลงมหาศาล ระบบนี้เป็นการแยกผู้ซื้อกับผู้ขายบริการออกจากกัน (purchaser-provider split) แต่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน 3 ปีแรกนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะซื้อ

บริการโดยโอนเงินส่วนนี้ให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ โดยหลังจากนั้นอาจใช้วิธีการกระจายบทบาทผู้ให้บริการลงไปที่คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่ (Area Health Board) ในระดับจังหวัด หรือระดับเขต ต่อไป ซึ่งจะสอดคล้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ในช่วงระยะเวลานี้จึงเป็นช่วงที่มีความสำคัญในการจัดเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆทั้งโครงสร้างการบริหารจัดการ และมาตรการ แนวทางปฏิบัติต่างๆ

- **เครื่องมือและเทคนิคการจัดการระบบสุขภาพ (manage care tools and techniques)** นอกจากการใช้กลไกต่างๆเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพ ตามทิศทางของหลักการประกันสุขภาพสำหรับประชาชนภายในประเทศ ในประเทศแถบยุโรป ยังมีการใช้เครื่องมือและเทคนิคการจัดการระบบสุขภาพ คือ

- **restriction of access** การจำกัดการเข้าถึงบริการ ได้แก่ประเทศ เยอรมัน อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ และสเปน เช่นกำหนดการรับบริการจากแพทย์เวชปฏิบัติ (General Practitioner, GP) และร้านยา ในแต่ละพื้นที่ หรือการจำกัดการรับบริการจากโรงพยาบาล (Hospital care) ในบางประเทศมีการจำกัดการรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

- **formularies** การกำหนดรายการยาให้ใช้ในเภสัชตำรับ ซึ่งอาจมีการกำหนดทั้งรายการยาที่จ่ายได้และรายการยาที่ห้ามเบิกคืน (positive list และ negative list) ประเทศที่ใช้เครื่องมือนี้ได้แก่ เยอรมัน อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ สเปน และฝรั่งเศส

- **generic substitution** การกำหนดให้เภสัชกรจ่ายยาชื่อสามัญทดแทน ซึ่งจะช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยา ในบางครั้งการกำหนดว่าจะต้องใช้ยาแทนที่มี bioequivalence อาจเป็นมาตรการที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยอาจกำหนดรายชื่อยาที่ยอมรับได้ (“approved name” substitution) ได้แก่ประเทศเยอรมัน อังกฤษ เนเธอร์แลนด์

- **treatment protocol, guidelines** กำหนดแนวทาง คู่มือการรักษาพยาบาล ได้แก่ประเทศอังกฤษ ซึ่งในบางครั้งมีการกำหนดอยู่ในสัญญา (contract) เพื่อให้ผู้บริการให้บริการอย่างมีมาตรฐาน

ในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กำลังดำเนินการร่วมกับ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เพื่อจัดทำบัญชีรายการยา บัญชีราคายา และระบบข้อมูลยาที่เบิกจ่าย สำหรับสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเพื่อนำไปใช้เป็นมาตรการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งคาดว่าจะทำให้เกิดการจ่ายยาที่เหมาะสม มีคุณภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2546) มาตรการนี้ได้รับความเห็นชอบตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2543 โดยกำหนดให้สามารถดำเนินการเต็มรูปแบบได้ในปี 2547-2548 ขณะเดียวกันยัง

พิจารณาถึงการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการให้บริการไปถึง การป้องกันโรค การส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพด้วย

กลไกด้านการจ่ายเงิน (payment method) มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริการมาก ตัวอย่างในประเทศอังกฤษ แรงกดดันต่อการลดกำไรจากระบบการจ่ายเงินตอบแทนค่ายาแบบ เฉลี่ยราคาขายส่ง (Average wholesale price) กลายเป็นภาวะคุกคามต่อร้านยาที่เข้าร่วมในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (Deloitte and Touche, 1996) ส่วนเทคนิคการจัดการระบบสุขภาพ (manage care techniques) ที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น คือกลไกการเพิ่มคุณค่าของการ ให้บริการ (Added value patient management services) และให้ค่าตอบแทนที่มุ่งไปสู่การใช้ยา แบบ cost-effectiveness ทำให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาได้อย่างปลอดภัย มีการ ให้บริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ที่มีการจ่ายค่าตอบแทนแบบ The resource-based relative value scale system (RBRVS) (Cipolle et al, 1998) ทำให้เภสัชกร ในสหรัฐอเมริกาได้แสดงบทบาทมากขึ้น และสิ่งนี้มีผลรวมต่อประสิทธิภาพการใช้ยาทั้งระบบ

กลไกด้านการจ่ายเงิน ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบใบสั่งยา เช่น ในประเทศญี่ปุ่น มีการใช้การสร้างจูงใจโดยเพิ่มค่าตอบแทนในการเขียนใบสั่งยา (prescribing fee) ให้แพทย์สูงขึ้น ถึง 8 เท่าในระยะเวลา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974-1998 และเตรียมการด้านต่างๆจนกระทั่งมีความพร้อม ในระบบบริการจนประสบความสำเร็จในการแยกบทบาทผู้สั่งใช้ยาและผู้จ่ายยาออกจากกัน ไม่เกิดการประหวัดงัดเช่นที่เกิดในประเทศ เกาหลี หรือไต้หวัน เป็นต้น (พัชรภรณ์ ปัญญาภูมิไกร, 2546; วงการยา, 2546)

ประเด็นต่างๆเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่จะมีผลกระทบซึ่งควรมีการศึกษาและเตรียมการให้ เหมาะสมกับประเทศไทย โดยเลือกนำสิ่งที่คิดว่าเป็นประโยชน์สอดคล้องกับบริบทและสภาพที่ เป็นอยู่จริงของประเทศไทย อีกทั้งแนวโน้มที่จะเกิดในอนาคตของระบบสุขภาพของคนไทยด้วย

● ทิศทางใหม่การสร้างเสริมสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2544 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ได้ถูกจัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้รับเงินบำรุงสนับสนุนจากร้อยละ 2 ของภาษีบุหรี่และภาษีเหล้าซึ่งเรียกว่า ภาษีบาป (sin tax) สสส.มีรูปธรรมการดำเนินงาน ในการสนับสนุนโครงการต่างๆมากมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณโดยให้ประชาชน และกลุ่มองค์กรต่างๆมีส่วน

ร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้วิชาชีพต่างๆมุ่งเน้นบทบาทไปที่การสร้างสุขภาพ (Health promotion) เร็วๆนี้ สสส. ได้เสนอให้คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆในประเทศไทย นำเสนอว่าเภสัชกรควรมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างไร

ในประเทศอังกฤษ (Moody, 1998) การสร้างกิจกรรมสร้างสุขภาพ มีลักษณะการร่วมมือจากหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพหลายฝ่าย และมีการดำเนินการเป็นภาพรวมพร้อมกันทั่วประเทศ บทบาทของเภสัชกรในงานสุขภาพได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการในปี 1986 พร้อมกับการเริ่มโครงการ 'Health Care in the High Street' เนื่องจากมีเภสัชกรที่กระจายอยู่ในร้านยาบนถนนต่างๆ ต่อมาภายใต้โครงการชื่อ 'Pharmacy Healthcare' ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหลายองค์กรคือ The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Family Planning Association, Health Education Authority, Health Education Board for Scotland, National Pharmaceutical Association (NPA) และบริษัท Boots the Chemists เภสัชกรที่กระจายอยู่ในร้านยาทั่วประเทศอังกฤษมีจำนวนกว่า 20,000 คน เป็นแหล่งที่ประชาชนเข้าถึงง่ายที่สุด โดยมีการกำหนดบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรให้ทำหน้าที่ในการเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ มีการรณรงค์เรื่องต่างๆทั่วประเทศพร้อมกันเป็นระยะ ให้บรรดาเป้าหมายการแก้ปัญหาสุขภาพของชาติที่มีการกำหนดตัวเลขเป้าหมายชัดเจนในแต่ละปี บทบาทคัดกรองด้านสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ บทบาทการส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ เภสัชกรจะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องในเรื่องดังกล่าวเป็นระยะและได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับเอกสารและสื่อต่างๆ เพื่อร่วมกันให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบ

บทบาทเหล่านี้เป็นตัวอย่างหนึ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านเภสัชกรรมต้องนำมาพิจารณา นำไปวางแผนทิศทางของวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนไปพร้อมกันในภาพรวมของทั้งประเทศตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ ให้เป็น 'การสร้างนำซ่อม'

การเปลี่ยนแปลงอื่นๆในระบบเภสัชกรรม

- **พระราชบัญญัติยา** ฉบับใหม่ซึ่งเป็นกฎหมายที่กำลังมีการร่างใหม่ จากที่ใช้ในปัจจุบันคือฉบับ พ.ศ.2510 มีอายุการใช้นานกว่า 30 ปี แม้จะมีการแก้ไขเพิ่มเติมก็ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ขณะนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนใหม่ ในหลายประเด็น ดังนี้

- การแบ่งประเภทยาที่สั่งใช้โดยผู้ประกอบวิชาชีพ และยาที่ประชาชนสามารถใช้ได้เอง เพื่อให้เกิดความสะดวกในการดูแลตนเองเบื้องต้น (Self medication) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก และมีข้อมูลการใช้ยาที่ชัดเจน
- การคัดเลือกตำรับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของประชาชน ลดจำนวนตำรับยาที่มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งตำรับยาที่ไม่เหมาะสม
- ข้อกำหนดเรื่อง Product liability ความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องเมื่อยาส่งสร้างความเสียหายกับผู้บริโภค ผู้บริโภคมีสิทธิฟ้องเรียกค่าเสียหายได้
- การสร้างระบบคุณภาพที่ทำให้ได้ยาที่ดีถึงมือผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็นยาที่ปรุงในคลินิก ร้านยา โรงพยาบาล หน่วยงานของรัฐ ฯลฯ

พรบ.ยา เป็นกฎหมายหลักสำหรับควบคุมกำกับระบบยา การเปลี่ยนแปลงกฎหมายนี้จะมีผลอย่างมากต่อระบบยา และในทางปฏิบัติทำให้สำนักงานอาหารและยา ดำเนินการเพื่อให้เกิดระบบการดูแลควบคุมกำกับยาให้ได้ดีขึ้นทันต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนไปเป็นอันมาก

● กฎหมายมาตรฐานการผลิตยาที่ดี (Good Manufacturing Practice, GMP)

กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันให้มีระบบประกันคุณภาพด้านยา โดยออกกฎกระทรวง ควบคุมโรงงานผลิตยา 174 แห่ง ให้ผลิตยาตามมาตรฐาน GMP ซึ่งเป็นมาตรฐานสากล มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2546 ถ้าโรงงานไม่สามารถผลิตยาที่มีคุณภาพในเวลา 1 ปีกับ 90 วันหลังจากนั้นก็จะถูกปิด การที่ต้องมีมาตรการที่เอาจริงเอาจังกำหนดเป็นกฎหมาย เพราะแม้ว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้เคยประกาศว่าภายในปี 2539 ทุกโรงงานต้องได้มาตรฐานตาม GMP ถึงในปี 2546 ก็ไม่เป็นไปตามนั้นคือได้ GMP ประมาณ 140 แห่งโดยบางโรงงานได้ GMP เฉพาะบางประเภทยาคือไม่ได้ทั้งหมดทุกประเภท ผลจากการที่ยาไม่ได้คุณภาพนอกจากจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลและสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจแล้ว ยังส่งผลต่อการส่งออก การไม่มีกฎหมายบังคับเรื่อง GMP ทำให้อุตสาหกรรมยาไทยถูกจัดในกลุ่มยาที่ไม่น่าเชื่อถือทางด้านคุณภาพ มาตรการนี้จะมีผลทั้งเป็นภาวะคุกคามต่อโรงงานยาเล็กๆที่ไม่มีทุนมากพอในการลงทุนให้ได้ตาม GMP ขณะเดียวกันเป็นการพัฒนาทำให้ได้ผลิตยาที่มีคุณภาพออกมาในท้องตลาดเป็นประโยชน์แก่ประชาชนไทย และยังเป็นโอกาสนำไปสู่ในการแข่งขันกับประเทศอื่นๆในเรื่องของการส่งออกยาด้วย

● ร้านยามาตรฐาน (Community pharmacy accreditation)

สภาเภสัชกรรมได้จัดทำมาตรฐานร้านยา และประกาศรับรองร้านยาคุณภาพ เพื่อให้ร้านยาที่เป็นกลไกหนึ่งของสถานบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของชุมชนโดยการจัดหาและให้บริการด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อการรักษา การป้องกัน และการ

สร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม บนพื้นฐานของการจัดการที่มีประสิทธิภาพควบคู่ไปกับจริยธรรม โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนและสังคมได้มีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเกิดความปลอดภัย การดำเนินการนี้มีการขับเคลื่อนต่อโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่อจัดตั้งเป็นหน่วยงานพัฒนาและประเมินคุณภาพร้านยา เช่นเดียวกับสำนักงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาสถานบริการในทุกระดับ และมีผลให้เกิดการขยายบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการบริการชุมชนให้ดีขึ้น

ความจำเป็นต้องมองอนาคต

นอกจากเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมา นับได้ว่าขณะนี้กำลังมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอื่นๆอีกอย่างมากมาย อาทิเช่น การปฏิรูประบบราชการ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในระดับส่วนกลางและภูมิภาค นโยบายการปรับเปลี่ยนเป็นองค์กรมหาชน การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ผู้ว่า CEO ตลอดจนจนถึงการเคลื่อนไหวต่างๆของภาคการเมืองและภาคประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาร่วมกันอย่างรอบด้าน

จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเป็นอันมากนี้ ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องศึกษาอนาคตระบบยาในระบบสุขภาพ โดยพิจารณาประเด็นแวดล้อมดังกล่าวอย่างรอบด้าน ทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน (External factors and Internal factors) เพื่อที่จะสามารถเตรียมรับมือกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น และหาทางป้องกันหรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการให้เกิดในอนาคต

การศึกษาอนาคตระบบยา

สุพรชัย กองพัฒนานุกูล และคณะ ในปี 2543 ได้ศึกษาวิจัยอนาคตระบบยาของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ฉากทัศน์อนาคตของการใช้ยาในอีก 10 ปีข้างหน้าซึ่งคาดว่าจะมีโอกาสดังเกิดขึ้นจริง (most likely scenario) ภาพอนาคตของการใช้ยาที่ปรารถนาให้เกิด (most desirable scenario) โดยระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งใช้เทคนิคการวิจัยคือ วิธี Focus Group Meeting ร่วมกับ Ethnographic Delphi และวิเคราะห์ภาพการเปลี่ยนแปลงของระบบยาในมุมมองต่างๆ ตลอดจนเสนอแผนงานหรือนโยบายที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบในปัจจุบัน ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จะให้เกิดและเกื้อหนุนให้สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยขั้นตอนการเสนอ Policy Recommendation เป็นการประชุมร่วมระหว่างกลุ่มนักวิจัยกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนแรก เพื่อ

นำมากำหนดภาพสถานการณ์การใช้จ่ายในอนาคตของคนไทยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก

ผลการวิจัยได้นักทัศนของระบบยาที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดขึ้น คือ การอยู่ในภาวะถดถอย (Decline stage) มากที่สุด และส่งผลกระทบต่อระบบอุตสาหกรรมยาและระบบการควบคุมโดยภาครัฐ ในส่วนของระบบการกระจายยาและระบบการใช้นั้น มีการพัฒนาอย่างช้าๆ แต่ต่อเนื่อง จึงพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบอื่น ๆ จัดอยู่ในระยะของการเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ส่วนนักทัศนที่ปรารถนาจะเกิดขึ้นนั้น การที่ระบบจะมีการดำเนินไปได้ดีนั้น ควรจะต้องมีโครงสร้างที่ดี กล่าวคือ ควรมีการปฏิรูประบบสาธารณสุข และระบบยาไปพร้อม ๆ กัน ทั้ง 3 ระดับ คือ System, Structure และ Process ผลการวิจัยในส่วนข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้มีการนำเสนอประเด็นและตัวแปรต่างๆ ที่จะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไว้เป็นจำนวนมาก ได้แก่ การลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ การเพิ่มการส่งออกเวชภัณฑ์ เพื่อสร้างทางอยู่รอดของอุตสาหกรรมในประเทศ พัฒนาระบบควบคุมยาจากรัฐ ส่งเสริมให้ประเทศมีการพึ่งตนเองมากขึ้น การสร้างระบบกระจายข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาอนาคตที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะคำนึงถึงปัจจัยภายในระบบเภสัชกรรมเป็นหลัก และยังไม่ได้เคยมีการศึกษาแบบการใช้เทคนิค Foresight คาดการณ์อนาคตของระบบยาที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยพิจารณาถึงปัจจัยแวดล้อมทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี และการเมือง (STEEP) ที่มีผลต่อระบบยาและแนวโน้มที่จะเกิดในอนาคต โดยคำนึงถึงความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้สามารถนำไปวางแผนอย่างมีระบบ และศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่จำเป็น และทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้และร่วมกันพัฒนาเพื่อสร้างอนาคตที่ต้องการของระบบยาที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเกี่ยวกับอนาคต (Future research) โดยการใช้กระบวนการคาดการณ์อนาคต (Foresight)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในระบบสุขภาพ ระบบยา ระบบบริการเภสัชกรรม ระบบควบคุมกำกับยา ระบบอุตสาหกรรมยา ระบบสมุนไพร

วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การรวบรวม สังเคราะห์ข้อมูล และการประชุมระดมสมอง โดยการใช้กระบวนการตามขั้นตอนของการคาดการณ์อนาคต (Foresight) และการใช้ Card Technique

ขั้นตอนการดำเนินการ

การเตรียมเป็นการศึกษาข้อมูลประกอบการประชุมระดมสมอง โดยเป็นการดำเนินการแบบต่อเนื่องเกิดกระบวนการพัฒนาเพื่อสกัดเอาองค์ความรู้ที่จำเป็นในการศึกษาอนาคต การศึกษาข้อมูลรายละเอียดต่างๆของระบบยา/ระบบเภสัชกรรม โดยทบทวนจากรายงานและผลการวิจัยต่างๆที่มีการรวบรวมไว้มากพอสมควรในระยะที่ผ่านมา เพื่อเป็นข้อมูลนำเสนอให้ที่ประชุมระดมสมอง ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ให้การพิจารณา ร่วมกับคณะผู้วิจัย ภายใต้การชี้แนะให้คำปรึกษาถึงกระบวนการจัดทำการศึกษาอนาคตจากศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค (APEC Center for Technology Foresight) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช)

การจัดประชุมระดมสมองดำเนินการหลายครั้งโดยมีผู้เข้าร่วมประชุมรวมที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนเป็นระยะดังนี้

1) การกำหนดระบบหลัก 4 ระบบใหญ่ที่จะศึกษา คือ ระบบบริการ ระบบควบคุมกำกับระบบการผลิตยา และระบบสมุนไพร ได้จากการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลระบบยาทั้งหมดนำมาพิจารณาร่วมกันถึงสถานการณ์ แนวโน้มและระบบที่ควรพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ต่อระบบยา/ระบบเภสัชกรรมของประเทศไทย

2) การจัดทำ Position paper ที่ประกอบด้วย fact and figure ข้อมูลในอดีต ปัจจุบัน เพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์ การวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งของระบบ พร้อมทั้งศึกษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ให้เห็นศักยภาพของระบบที่จะเป็นไปได้ในระยะ 10 ปีข้างหน้า เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการ foresight โดยกำหนดผู้เกี่ยวข้องในกลุ่มแต่ละระบบพร้อมทั้ง scope และแนวทางการศึกษาข้อมูล ตัวอย่างของการเขียน Position paper หลังจากนั้นนำเสนอที่ประชุมให้พิจารณาความครบถ้วนสมบูรณ์ของเอกสาร โดยใช้การประชุมย่อยในกลุ่มของนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องของแต่ละระบบ จำนวน 3-5 ครั้งในแต่ละระบบ คือระบบบริการ ระบบควบคุมกำกับ ระบบการผลิตยา และระบบสมุนไพร เพื่อปรับปรุงให้ได้ Position paper ที่สมบูรณ์

3) การประชุมระดมสมองพิจารณา position papers ทั้ง 4 ระบบรวมกัน โดยการนำเสนอของตัวแทนผู้ศึกษาและรวบรวมข้อมูลของแต่ละระบบ การพิจารณาและวิพากษ์โดย สวทช. และ สวรส. ตลอดจนนักวิชาการที่เกี่ยวข้องจำนวน 30 คน ร่วมกันพิจารณาในด้านความสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่มีตัวเลขประกอบของสถานการณ์ปัจจุบัน สามารถระบุประเด็นปัญหา บอกแนวโน้มของสถานการณ์ ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุง position papers ทั้ง 4 ระบบ และนำเสนอประเด็นที่มีความสำคัญโดยการจัดอันดับและใช้การเขียนการ์ด (card technique) เพื่อนำไปสู่การจัดทำ Issues paper

4) การประชุมระดมสมองพิจารณา Issues paper ซึ่งได้จากการนำผลสรุปประเด็นที่ได้รวบรวมเป็น Common feature แล้วจัดลำดับความสำคัญ (Prioritize) ศึกษา Implication ที่เกี่ยวข้องประเด็นนั้น และ Recommendation เพื่อให้เกิดประโยชน์ โดย Issues paper ประกอบด้วยองค์ประกอบของปัจจัยแวดล้อมภายนอกและปัจจัยแวดล้อมภายใน ร่วมกันพิจารณาทั้ง Social, Technology, Economic, Environment, Politic/Policy (STEEP) ศึกษา driving forces แรงผลักดันมาจากไหน วิเคราะห์ว่าอันไหนมีแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ประเด็นอะไรที่ Break through ประเด็นอะไรที่พลิกเปลี่ยนโฉม “ระบบเภสัชกรรม” โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นนักวิชาการและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง stake holders ที่ประกอบด้วย pharmacist และ non-pharmacist

5) การประชุมระดมสมองการเขียนภาพอนาคต (Scenario writing) หัวข้อเรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ

5.1) การเตรียมการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (foresight workshop) การเขียนภาพอนาคต (Scenario writing) หัวข้อเรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2546-2555) โดยการพิจารณา driving force และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็น stake holders ซึ่งได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม

5.2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (foresight workshop) การเขียนภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2546-2555) โดยมีขั้นตอนในการประชุมตลอด 2 วันดังนี้

5.2.1) อภิปรายประเด็นสำคัญของระบบยา

5.2.2) ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็นข้อเสนอแนวโน้ม (Trends) ที่อาจจะเกิดและส่งผลกระทบต่อระบบยาในอนาคต โดยใช้วิธีการ Card Technique และจัดอันดับแนวโน้มที่มีความสำคัญ

5.2.3) ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความไม่แน่นอน (uncertainties) ที่อาจจะเกิดและส่งผลกระทบต่อระบบยาในอนาคต โดยใช้วิธีการเขียนการ์ด (Card Technique) และพิจารณาอันดับความไม่แน่นอนประกอบกับผลกระทบต่อระบบยา

5.2.4) พิจารณาเลือก 2 Scenario logics จากสิ่งที่มีความไม่แน่นอนสูงและมีผลกระทบต่อระบบยาสูงด้วย

5.2.5) ประชุมระดมความคิดในกลุ่มย่อยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ให้ผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันร่างเค้าโครงภาพอนาคต จาก Scenario logic 2 เรื่อง โดยให้ผู้เข้าประชุมคิดว่า วันนั้นเป็นวันที่อยู่ใน 10 ปีข้างหน้า ให้ได้ ฉากทัศน์ 2 ภาพ

5.2.6) ผู้เข้าประชุมร่วมกันระดมความคิดพิจารณากลยุทธ์เพื่อนำไปสู่ภาพอนาคตระบบยาที่พึงปรารถนา

บทที่ 4

ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้เป็นสองระยะ คือผลที่ได้จากระยะเตรียมการซึ่งมีการศึกษาข้อมูลต่างๆและการประชุมระดมสมองในแต่ละด้านอย่างต่อเนื่องเพื่อจัดทำ Position paper และนำไปสู่การจัดทำ Issues paper และผลที่ได้จากการศึกษาอนาคต ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ ในอีก 10 ปีข้างหน้า

ในระยะเตรียมการได้มีการศึกษาข้อมูลต่างๆและประชุมระดมสมองเกี่ยวกับองค์ประกอบต่างๆของระบบยาในรูปแบบต่างๆ ทั้งรูปแบบระบบยาตามแนวคิดที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ การคัดเลือกยา (Drug Selection) การจัดหายา (Drug Procurement) การกระจายยา (Drug Distribution) และ การใช้ยา (Drug Utilization) พร้อมกันนี้ยังได้พิจารณารูปแบบระบบยาในลักษณะของผู้มีส่วนได้เสียในระบบ (stakeholder) คือ ผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จัดจำหน่าย ผู้ขาย ผู้สั่งใช้ ผู้จ่ายยา ผู้ใช้ หรือ ประชาชน ผู้บริโภค

ผลการพิจารณาได้เลือกศึกษาองค์ประกอบที่มีผลกระทบสูงต่อการพัฒนาระบบยาซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนระบบยาได้ 4 ระบบ คือ ระบบบริการเภสัชกรรม ระบบควบคุมกำกับ ระบบอุตสาหกรรมยา และระบบพัฒนาสมุนไพร โดยนำไปศึกษาสถานการณ์ของระบบดังกล่าว พร้อมทั้งบริบทที่เกี่ยวข้อง มิติด้านอื่นๆ และระบบต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นที่มีทั้งความสัมพันธ์และความเกี่ยวข้องกันทั้งทางตรงและทางอ้อม พร้อมทั้งพิจารณาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้สามารถมองประเด็นสำคัญได้อย่างรอบด้าน

4.1 เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position papers)

การทบทวนเอกสารและประชุมระดมสมอง เพื่อพิจารณาข้อมูลรายละเอียด ที่เป็น fact and figure สถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มของ ระบบใหญ่ 4 ระบบ คือ ระบบบริการเภสัชกรรม ระบบควบคุมกำกับ ระบบอุตสาหกรรมยา และระบบพัฒนาสมุนไพร จัดทำเป็นเอกสารสรุปสถานการณ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาประเด็นที่สำคัญที่ควรนำมาพิจารณาสำหรับภาพอนาคต แล้วจัดทำเอกสารสรุปประเด็นสำคัญ (Issue paper) เพื่อนำไปใช้สำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการศึกษาอนาคตระบบยา เอกสารสรุปสถานการณ์เหล่านี้ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาตลอดเวลาที่ศึกษาอนาคต โดยหลังจากการประชุม

เชิงปฏิบัติการเรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2546-2555) ได้มีการนำผลที่ได้มาประชุมพิจารณาถึงข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อให้เนื้อหาส่วนที่เกี่ยวข้องกับฉากทัศน์ที่ได้จากการทำ foresight รวมถึงพิจารณา key players ที่สำคัญของการขับเคลื่อนสู่อนาคตดังกล่าว เอกสารเหล่านี้คือ

4.1.1 เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบบริการเภสัชกรรม (เอกสารประกอบ 1)

4.1.2 เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบควบคุมกำกับยา (เอกสารประกอบ 2)

4.1.3 เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบอุตสาหกรรมยา (เอกสารประกอบ 3)

4.1.4 เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบพัฒนาสมุนไพร (เอกสารประกอบ 4)

4.2 เอกสารสรุปประเด็นสำคัญ ระบบยา-ระบบสุขภาพ (Issues paper)

การจัดทำ Issues paper โดยศึกษาปัจจัยทางด้านสังคม (social) เทคโนโลยี (technology) เศรษฐกิจ (economic) การศึกษา (education) สภาพแวดล้อม (environment) การเมือง/นโยบาย (politic/policy) (STEEP) แนวโน้มที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง และ ประเด็นคำถามสำคัญจากการรวบรวมมาจากเอกสารสรุปสถานการณ์แล้วนำมาประชุมระดมสมองและให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณา และจัดประชุมเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เอกสารมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ประเด็นคำถามสำคัญใน Issues paper ปัญหาในระบบยาที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม เพื่อนำเข้าที่ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2546-2555) ในวันศุกร์ที่ 15 และเสาร์ที่ 16 สิงหาคม 2546 ให้พิจารณาวาดภาพฉากทัศน์ในอนาคต (scenario) ซึ่งประเด็นสำคัญที่ได้จากเอกสารสรุปสถานการณ์มีประเด็นหลักๆสรุปได้ดังนี้ (เอกสารประกอบ 5)

ประเด็นที่ 1. การบริโภคยาและการจ่ายยาไม่เหมาะสม

คำถาม “ขบวนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ให้เกิดความปลอดภัย (Safety) เกิดประสิทธิภาพในการใช้ยา และประหยัดค่าใช้จ่าย (Cost-effectiveness) ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ควรมีลักษณะอย่างไร”

ประเด็นที่ 2. ตำรับยา การจัดกลุ่มยา และคุณภาพยา

คำถาม “พรบ.ยา กฎหมาย และเงื่อนไขอะไร ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของ สิ่งเหล่านี้ได้ และต้องสร้างกลไกอะไรรองรับเพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ”

ประเด็นที่ 3. การเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพ

คำถาม “ ระบบบริการด้านยาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ที่มีความเชื่อมโยงการให้บริการในระบบสุขภาพทั้งหมด ควรเป็นอย่างไร”

ประเด็นที่ 4. กลไกควบคุมกำกับด้านยาที่มีประสิทธิภาพ

คำถาม “กลไกอะไรบ้างที่จะช่วยทำให้เกิดการควบคุมกำกับระบบยาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิด ประโยชน์ต่อสังคมไทยและประชาชน”

ประเด็นที่ 5. การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคด้านยา

คำถาม “จะมีแนวทางใดบ้างในการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับองค์กรผู้บริโภค ให้สามารถคุ้มครอง ประชาชนผู้บริโภค ในด้านสาธารณสุข”

ประเด็นที่ 6. การพึ่งตนเอง ด้านยา

คำถาม “จะต้องมีมาตรการอะไรบ้างในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา เพื่อลดการนำเข้าจาก ต่างประเทศ และเกิดความประหยัดในระบบสุขภาพ ”

ประเด็นที่ 7. การพัฒนาการผลิตสมุนไพร

คำถาม “การพัฒนาด้านการผลิตสมุนไพรเพื่อใช้ทดแทนยานำเข้า จะต้องมีมาตรการสำคัญ อะไรบ้าง”

4.3 ผลที่ได้จากการศึกษาอนาคต

การเตรียมการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (foresight workshop) การเขียนภาพอนาคต (Scenario writing) หัวข้อเรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2546-2555) โดยการพิจารณา driving force และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็น stake holders ซึ่งได้รับการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม และการเตรียมการ

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2546-2555) ในวันศุกร์ที่ 15 และเสาร์ที่ 16 สิงหาคม 2546 มีผู้เข้าร่วม ประชุมทั้งสิ้น 44 คน ได้ผลดังนี้

4.3.1 ประเด็นสำคัญ

ได้มีการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จาก Issue paper ทั้ง 7 ประเด็นแล้วเห็นว่าสามารถ สกัดนำมาเสนอ สรุปประเด็นที่สำคัญในระบบยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพของชาติ เพื่อให้ที่ประชุมพิจารณาใน 5 ประเด็นคือ

1. ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคยาที่ไม่เหมาะสม
2. ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านยาซึ่งมีคุณภาพได้โดยสะดวก
3. กลไกควบคุมกำกับด้านยายังไม่มีประสิทธิภาพ
4. อุตสาหกรรมยาในประเทศไม่เข้มแข็ง และจะประสบผลกระทบจากการเปิดเสรีทางการค้า
5. การใช้สมุนไพรในการบำรุงรักษาสุขภาพน้อยเกินไป

ประเด็นสำคัญที่ได้จากการอภิปรายการมองอนาคตระบบยา

1) ระบบสุขภาพ

- พฤติกรรมการบริโภคยาไม่เหมาะสม
- การพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพการให้บริการ เช่น การจ่ายยาอย่างเหมาะสม มีการกำกับ และความโปร่งใสของสถานบริการทางด้านสาธารณสุข
- การเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพ และสะดวก
- ประสิทธิภาพและกลไกควบคุมกำกับด้านยา
- การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ: โดยเฉพาะระบบยาแผนไทย ควรจะ
 - ก) ดำเนินการแบบควบคู่กัน (Counterpart) และพัฒนาทั้งระบบ ทั้งใน **แง่ผลิตภัณฑ์** เช่น การปลูก การผลิต วิจัยและพัฒนา ยาสมุนไพร ยาไทยที่มีคุณภาพ และใน **แง่การใช้** เช่น การใช้ยาแผนไทยอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ
 - ข) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานและเข้าใจเกี่ยวกับระบบการพึ่งตนเอง รู้เท่าทันด้านการบริโภคมากขึ้น
 - ค) ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองบนพื้นฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่น ลดการพึ่งพาผู้ประกอบการวิชาชีพ หรือองค์ความรู้ภายนอก
 - ง) ดำเนินการพัฒนาในทิศทางที่สอดคล้องกับวิถีของยาแผนไทย ไม่ควรนำกรอบคิดยาแผนปัจจุบันมาเป็นกรอบที่ใช้ในการพัฒนายาแผนไทย ขาดการพัฒนา ระบบควบคุม กำกับ และมาตรฐานยาแผนไทย
 - จ) องค์ประกอบเพื่อการพึ่งตนเองของคนไทยมีอะไรบ้างและจะทำอย่างไร

2) อุตสาหกรรมยา

- อุตสาหกรรมยาในประเทศไม่เข้มแข็ง
- การเปิดเสรีทางการค้าส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมยาของประเทศไทย

- 3) ระบบขนส่งและกระจายยา เช่น ร้านค้ายาส่ง ร้านยาปลีก โรงพยาบาล
 - คุณภาพของสถานที่เก็บยาไม่ได้มาตรฐาน เช่น ไม่มีการควบคุมอุณหภูมิ
 - ขาดระบบการตรวจสอบคุณภาพยา เช่น การตรวจสอบวันหมดอายุของยา ทำให้เกิดความสูญเสียจากการที่ยาหมดอายุแล้วส่งเปลี่ยนบริษัท
- 4) บทบาทหน่วยงานภาครัฐ
 - การส่งเสริมให้สอดคล้องกับทิศทางของตลาดโลก เช่น ในการพัฒนาสมุนไพร อาจจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการพัฒนา และสร้างเครือข่าย เพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาสมุนไพรเพื่อการส่งออก เพื่อการยอมรับในระดับนานาชาติ
- 5) ความเท่าทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน และทิศทางของตลาดโลกในอนาคต
 - ประชาชนขาดความเท่าทัน และรู้จริงต่อข้อมูลข่าวสาร
 - ควรมีการสร้างระบบติดตาม และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอย่างสะดวกรวดเร็ว
- 6) นโยบายสาธารณะ
 - พัฒนาระบบการเชิงนโยบายตั้งแต่การรับนโยบายจนถึงการนำไปปฏิบัติ
 - ขาดหน่วยงานผู้รับผิดชอบโดยตรง
- 7) การพึ่งตนเองด้านยาของประเทศไทย
- 8) การพัฒนาเทคโนโลยีและการอยู่ร่วมกันในภูมิภาค

4.3.2 แนวโน้ม (Trends)

ข้อเสนอแนวโน้ม (Trends) ที่อาจจะเกิดและส่งผลต่อระบบยาในอนาคต โดยใช้วิธีการใช้บัตรคำ (Card Technique) .ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นโดยเขียนลงในกระดาษที่เตรียมไว้ให้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเสนอความคิดเห็นได้ทุกคนในเวลาเดียวกัน โดยให้เสนอทั้งปัจจัยที่เป็นแนวโน้มภายนอกและปัจจัยที่เป็นแนวโน้มภายใน หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมให้คะแนนจัดอันดับความสำคัญของแนวโน้ม ผลที่ได้ดังนี้

แนวโน้มภายนอกที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบยาในอนาคต

เศรษฐกิจ

- ใน 10 ปีข้างหน้า ระบบยาจะมีการแข่งขันมากขึ้น

การเมือง

- ภาครัฐก็มีอิทธิพลเหนือการเมือง จึงให้ความสำคัญทางการค้าและการนำเข้า มากขึ้น

กฎหมาย

- กฎหมายใหม่เช่น พรบ.ยาจะมีผลต่อทิศทางการกำหนดระบบยาในอนาคต

การค้าระหว่างประเทศ

- ระบบตลาดการค้าข้ามชาติจะมีอิทธิพลกำหนดการผลิต การกระจาย การใช้ยามากขึ้น

เทคโนโลยี

- ข้อมูล เรื่องยาในระบบสารสนเทศ IT มีมากขึ้น จริงและไม่จริงตัดสินใจยาก
- Technology ใหม่ๆ เช่น Technology ระดับ Genome จะมีอิทธิพลต่อระบบยามากขึ้น

สังคม

- มีการกระจายอำนาจสู่ชุมชนมากขึ้น ประชาชนมีความรู้มากขึ้น มีการดูแลปกครองกันเองในแต่ท้องถิ่นโดยไม่ต้องพึ่งส่วนกลาง

แนวโน้มภายในระบบยาที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบยาในอนาคต

การบริโภคยา

- การดูแลตนเอง (Self care) มากขึ้น
- การเข้าถึงยามากขึ้น
- ปริมาณการบริโภคนยาเพิ่มขึ้น
- ปริมาณการบริโภคนยาภายในประเทศมากขึ้น
- การบริโภคสมุนไพรและสารจากธรรมชาติมากขึ้น
- ข้อมูลสมุนไพรจะน่าเชื่อถือมากขึ้น

ระบบตลาด

- มีการแข่งขันสูงขึ้น
- ระบบการแข่งขันเพื่อให้ราคาขายเป็นธรรมมากขึ้น
- ราคาขายสูงขึ้น

อุตสาหกรรมยา

- ผู้ผลิตยาภายในประเทศมีจำนวนลดลง เนื่องจากการจัดซื้อรวม
- อุตสาหกรรมภายในประเทศไม่เข้มแข็ง
- สมุนไพรมีการพัฒนาเป็นอุตสาหกรรม และการค้า

ประชาชน

- มีการสร้างองค์ความรู้ให้กับประชาชนเพิ่มขึ้น
- ประชาชนมีองค์ความรู้มากขึ้น

อื่นๆ

- ปรับหลักสูตรการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระบบยา
- การจัดสรรงบประมาณของภาครัฐเพื่อการพัฒนาบบยามากขึ้น

ผลการจัดอันดับแนวโน้มภายนอกระบบยา

1. ระบบยาจะมีการแข่งขันมากขึ้น
2. ภาคธุรกิจมีอิทธิพลเหนือการเมือง จึงให้ความสำคัญทางการค้าและการนำเข้า มากขึ้น
3. กฎหมายใหม่ เช่น พรบ.ยาจะมีผลต่อทิศทางการกำหนดระบบยาในอนาคต
4. ระบบตลาดการค้าข้ามชาติจะมีอิทธิพลกำหนดการผลิต การกระจาย การใช้อย่างมากขึ้น
5. ข้อมูลเรื่องยาในระบบสารสนเทศ IT มีมากขึ้น จริงและไม่จริง ตัดสินใจบริโภคยากขึ้น
6. Technology ใหม่ ๆ (เช่น ในระดับ Genome) จะมีอิทธิพลต่อระบบยามากขึ้น
7. มีการกระจายอำนาจสู่ชุมชนมากขึ้น (ประชาชนมีความรู้มากขึ้น มีการดูแลปกครองตนเองในแต่ท้องถิ่น โดยไม่ต้องพึ่งส่วนกลาง)

ผลการจัดอันดับแนวโน้มภายในระบบยา

1. ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น
2. มีการบริโภคยา/สมุนไพรภายในประเทศมากขึ้น
3. ตลาดมีการแข่งขันสูง และส่งผลกระทบต่อราคายา
4. อุตสาหกรรมยาในประเทศไม่เข้มแข็ง ผู้ผลิตลดลง เนื่องจากการจัดซื้อรวม
5. สมุนไพรไทยมีการพัฒนาเป็นอุตสาหกรรมและการค้ามากขึ้น
6. ภาครัฐจะจัดสรรงบประมาณ เพื่อการพัฒนาระบบยามากขึ้น

4.3.3 ความไม่แน่นอน (uncertainties)

ผลการพิจารณาความไม่แน่นอน (uncertainties) ที่อาจจะเกิดและส่งผลกระทบต่อระบบยาในอนาคต โดยใช้วิธีการ Card Technique ให้ผู้เข้าร่วมประชุมเขียนแสดงความคิดเห็นเสนอความไม่แน่นอนภายนอกระบบยา และความไม่แน่นอนภายในระบบยา และจัดอันดับความไม่แน่นอนโดยพิจารณาถึงระดับความไม่แน่นอนและระดับผลกระทบต่อระบบยา แล้วกำหนดจุดดบนกราฟ เลือกความไม่แน่นอนที่มีระดับความไม่แน่นอนสูงขณะเดียวกันมีผลกระทบต่อระบบยาสูงด้วย ผลที่ได้มีดังนี้

ความไม่แน่นอนภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบยา

1. สงครามโลกและการก่อร้าย
2. ความเป็นไปได้ในการเข้าถึงข้อมูลด้านยาที่น่าเชื่อถือ
3. กระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์มีอิทธิพลสูงในการประเมินคุณค่าของยาพื้นบ้าน

4. ระบบหลักประกันสุขภาพล้มเหลว ไปไม่รอด
5. ความผันผวนด้านเศรษฐกิจโลกมีอิทธิพลต่อระบบยา
6. ประเทศกำลังพัฒนารวมตัวและพึ่งพากันเพื่อความอยู่รอด
7. วิกฤตสิ่งแวดล้อมในระดับโลกส่งผลต่อสุขภาพและการบริโภคยา

ความไม่แน่นอนภายในที่ส่งผลต่อระบบยา

1. ยกเลิกบัญชียาหลักแห่งชาติ
2. มีความเข้มแข็ง และเอจิงของระบบควบคุมกำกับ
3. มีโรคที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีการรักษามากขึ้น
4. มีเภสัชกรปฏิบัติงานที่ อบต.
5. การผูกขาดของระบบยาจากบริษัทข้ามชาติ
6. ยานำเข้าจากต่างประเทศจะมีราคาถูกลง
7. ร้านขายยาบรรจุเสร็จไม่มีอีกต่อไป
8. ยาและแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับมากขึ้น
9. ประชาชนเกิน 80% หันมาพึ่งตนเองด้านยามากขึ้น
10. รัฐสนับสนุนอุตสาหกรรมยาในประเทศ

ผลการจัดอันดับความไม่แน่นอนที่มีระดับความไม่แน่นอนสูงและส่งผลกระทบสูงต่อระบบยา

- สงครามโลกและการก่อร้าย
- ระบบหลักประกันสุขภาพล้มเหลว ไปไม่รอด
- ประชาชนเกิน 80% หันมาพึ่งตนเองด้านยามากขึ้น
- ประเทศกำลังพัฒนารวมตัวกันเพื่อต่อสู้กับระบบบริษัทยาข้ามชาติ
- ความผันผวนด้านเศรษฐกิจโลกมีอิทธิพลต่อระบบยา
- รัฐสนับสนุนอุตสาหกรรมยาในประเทศ

4.3.4 Scenario logic

พิจารณาเลือก Scenario logic เพื่อระดมความคิดในกลุ่มย่อยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ให้ช่วยกันร่างเค้าโครงภาพอนาคต จาก Scenario logic 2 เรื่อง โดยให้ผู้เข้าประชุมคิดว่า วันนั้นเป็นวันที่อยู่ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2555) และประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามเหตุการณ์ของ Scenario ตามที่กำหนดให้ ซึ่งได้ประเด็นจากความไม่แน่นอนสูงที่มีผลกระทบต่อระบบยาสูงที่ผ่านการจัดอันดับมาก่อนหน้านี้ Scenario logic 2 เรื่องมีดังนี้

Scenario logic 1:

ประชาชนพึ่งตนเองมากขึ้น
ระบบประกันสุขภาพเป็นที่พึ่งของประชาชน
สงครามโลกและการก่อการร้าย

Scenario logic 2:

ประเทศกำลังพัฒนารวมตัวและพึ่งพากันเพื่อความอยู่รอด
รัฐสนับสนุนอุตสาหกรรมยาในประเทศ
ยานำเข้าจากต่างประเทศจะมีราคาถูกลง

คำจำกัดความ

- **การพึ่งพาตนเองด้านยา** หมายถึง การตัดสินใจที่จะดูแลสุขภาพด้วยการเลือกใช้ยาด้วยตนเอง ไม่ใช่ยาแผนปัจจุบันเท่านั้น แต่รวมทั้งอาหาร (อาหารเป็นยา, สมุนไพร) โดยมีข้อมูลด้านยาที่น่าเชื่อถือ
- **ระบบประกันสุขภาพเป็นที่พึ่งของประชาชน** หมายถึง ระบบประกันคุณภาพมีความครอบคลุมประชาชนในทุกกลุ่มทั่วถึงทุกคน สามารถให้การดูแลสุขภาพผู้ที่เจ็บป่วยในระดับที่สูงขึ้นกว่าการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม บริการมีคุณภาพดีทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ
- **การพึ่งพากันในภูมิภาค** หมายถึง ประเทศกำลังพัฒนารวมตัว และพึ่งพากันเพื่อความอยู่รอด ความร่วมมือกันในเอเชีย ผลิตราย เพื่อแยก track จากบริษัทยาข้ามชาติ (รูปธรรม: อินเดีย จีน) โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐด้านการวิจัยและการปรับกฎระเบียบเพื่อสนับสนุนอุตสาหกรรมยา

4.3.5 ฉากทัศน์ (Scenario)

Scenario ที่ได้จากการระดมความคิดในกลุ่มย่อยช่วยกันร่างภาพอนาคต ได้ 2 ภาพและพร้อมกับการจัดทำ mind mapping (ภาพประกอบที่ 1,2)

ภาพอนาคตจาก Scenario logic

ฉากทัศน์ 1 สุขภาพไทยทะลุมิติ ตอน โอสถวิเศษกลางไฟสงคราม

โลกมีสงครามและการก่อการร้ายกระจายอยู่ทั่วโลก แต่ประชาชนชาวไทยกลับสามารถพึ่งตนเองด้านยาได้มากขึ้น และมีระบบหลักประกันสุขภาพที่เป็นที่พึงของประชาชนได้

เช้าวันที่ 16 สิงหาคม 2555 หลังจากที่ถูกประเทศต้องเผชิญหน้ากับสงครามและการก่อการร้าย อันเป็นภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นเหมือนกันทั่วโลก สภาวการณ์ของการขาดแคลนอาหารและยาทำให้คนเป็นโรค ขณะเดียวกันการให้ความช่วยเหลือด้านเงินและการส่งยานำเข้าจากต่างประเทศก็มีปัญหาด้านการขนส่ง ความต้องการตัวยาใหม่ๆ มีความยากขึ้นเป็นลำดับเนื่องจากทุกประเทศไม่อาจพัฒนาได้เนื่องมาจากภาวะของการก่อการด้วยสงครามและการก่อการร้าย

สัญญาณเตือนถึงสภาพเช่นนี้เกิดขึ้นเมื่อหลายปีที่ผ่านมา เมื่อมีการแพร่ของโรคภัยจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งในลักษณะที่ควบคุมได้ยาก และนักวิจัยยังไม่อาจหาตัวยาที่สามารถยับยั้งโรคได้อย่างจริงจัง ในด้านการรักษาสุขภาพ แม้รัฐบาลจะมีหลักประกันด้านสุขภาพ แต่งบประมาณที่รัฐสนับสนุนด้านสุขภาพของประชาชนก็ลดน้อยลง เพราะต้องทุ่มเทด้านการป้องกันก่อการร้ายมากขึ้น ทางด้านบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ไม่อาจให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ทำให้ประชาชนต้องหันมาพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น

การพึ่งตนเองในความหมายนี้ มิได้พึ่งตนเองอย่างแยกขาดจากรัฐ หรือชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเบ็ดเสร็จ แต่ระดับของการพึ่งตนเองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและความเข้มแข็งของชุมชน หากชุมชนใดมีความเข้มแข็งมาก ปริมาณการพึ่งพึ่งรัฐด้านการดูแลสุขภาพก็จะน้อยลง ในทางกลับกันชุมชนใดที่อ่อนแอก็ต้องการให้รัฐสนับสนุนและช่วยเหลือมากขึ้น นอกจากนั้นความสามารถของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองก็กระทำได้ในระดับของการป้องกันและรักษาได้ในกรณีที่เป็นโรคพื้นฐาน แต่หากเป็นโรคเจ็บป่วยด้วยโรคภัยแรง ยังต้องมีการพึ่งบริการจากสถานพยาบาลและระบบประกันสุขภาพจากรัฐอยู่บ้าง การพึ่งตนเองในด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนต้องอาศัยระบบใหญ่ๆ 3 ระบบ คือระบบการบริหารจัดการด้านการดูแลสุขภาพโดยชุมชน ระบบประกันสุขภาพ และระบบความรู้ของชุมชน

ระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพโดยชุมชน นั้นเน้นการทำให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับ โดยใช้ยาแผนปัจจุบันเท่าที่จำเป็น ทั้งนี้คนในชุมชนต้องมีความเชื่อเป็นพื้นฐานว่า สมุนไพร พืชพื้นบ้าน เป็นโอสถวิเศษที่สามารถรักษาหรือป้องกันโรคได้ โดยอาศัยข้อมูลและฐานความรู้จากชุมชน สิ่งที่จะสามารถช่วยให้คนในชุมชนเข้าถึงความรู้ได้จะต้องสร้างเสริมศักยภาพในด้านการใช้เทคโนโลยี เช่น internet เพื่ออาศัยข้อมูลความรู้ ที่ต้องการการรู้จริงในข้อมูลและอาศัยการร่วมมือกัน แลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูล ดังนั้นคนในชุมชนจึงควรจะต้องมีคุณธรรมภายใน และมีความรู้ในการดูแลตนเอง รู้จักรักษาร่างกายให้สมดุล รู้จักการป้องกันตนเอง และไม่เพียงแต่ตนเองเท่านั้น แต่ชุมชนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นน้ำ อาหาร เช่นการใช้สารเคมีในการปลูกพืชก่อให้เกิดโรคภัย หรือการจัดการของเสียอย่างไม่ถูกวิธีทำให้เกิดโรค ดังนั้นชุมชนจะต้องมีความรู้ในเรื่องสุขภาพแวดล้อมและการจัดการของเสียที่ถูกต้อง ดังนั้น ยา ในความหมายของการพึ่งตนเองนี้จึงหมายถึงสมุนไพรที่เป็นทั้งยารักษาโรค และเป็นอาหารด้วย เพราะจะได้เป็นการส่งเสริมให้คนในชุมชนปลูกและเกิดการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับสมุนไพรที่เป็นยานั้นๆ

การพึ่งตนเองของชุมชนในด้านสุขภาพจะต้องอาศัย **ระบบความรู้** เป็นสำคัญ โดยต้องดำเนินการทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน เครือข่ายและกลุ่มผู้สนใจ ในลักษณะที่หลากหลาย โดยเริ่มต้นในระดับของปัจเจกและครัวเรือนที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการปลูกสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ การเสริมทักษะในการปลูกและเรียนรู้เรื่องสมุนไพร จนสามารถเป็นฝ่ายผลิตทรัพยากร ปลูกพืชสมุนไพรในท้องถิ่น แต่ละครัวเรือนประสานความร่วมมือกันจนขยายเป็นชุมชน ก่อให้เกิดผลในระดับชุมชน จะต้องมีการสร้าง การรับ และสังเคราะห์องค์ความรู้ และในระดับเครือข่าย การสร้างและสะสมองค์ความรู้ได้ด้วยตัวของชุมชนเองจะทำให้สามารถวางมาตรการในการควบคุมกำกับด้วยตัวของชุมชน แต่การสร้างระบบความรู้จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยในด้านของ แหล่งทุนที่จะสนับสนุนการวิจัย ความรู้ในการบริหารจัดการ ซึ่งชุมชนและเครือข่ายจะต้องสร้างระบบการจัดการเพื่อให้สมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ ส่งเสริมและพัฒนาสมาชิกในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการพึ่งและดูแลตนเอง อันจะส่งผลโดยตรงต่อการปลูก การผลิตยา การคัดเลือกเข้ามาใช้ และการใช้ยาตามแนวทางของตนเอง (กลุ่มตนเอง) ระบบความรู้เช่นนี้จึงหมายถึงรวมถึง การสร้างและสะสมความรู้ การถ่ายทอดพัฒนาองค์ความรู้และสร้างบุคลากรของชุมชนเพื่อให้สามารถดำรงความเข้มแข็งและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ และจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายของการของสุขภาพ และกำหนดวิธีการนำไปสู่การมีสุขภาพดีของตนเอง สำหรับการสร้างระบบความรู้นี้ ชุมชนยังต้องการได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่นการจัดความรู้เรื่องระบบยาแผนโบราณเข้าไปกับหลักสูตรท้องถิ่น

หรือเป็นที่ปรึกษาสุขภาพให้กับชุมชน โดยสามารถให้บริการใกล้บ้าน และเป็นแหล่งให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบยืนยัน

การพึ่งตนเองในด้านการดูแลสุขภาพ ยังต้องอาศัย **ระบบประกันสุขภาพ** ในลักษณะที่เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยเป็นระบบที่รัฐร่วมมือกับชุมชน ทั้งการสนับสนุนในด้านการเงิน และบุคลากร

ในด้านการเงินนั้นรัฐสามารถสนับสนุนโดยผ่านนโยบาย งบประมาณ และนโยบายด้านยา เช่นการมีกฎหมายของประชาชนในการเข้าถึงยาได้เอง ให้อำนาจในการดูแลด้านสุขภาพให้กับชุมชน สำหรับส่วนที่ชุมชนสนับสนุนได้นั้นคือกองทุนสวัสดิการด้านสุขภาพของหมู่บ้านผ่านสหกรณ์และกองทุน ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ สมาชิกที่มีเงินเก็บออมกับกองทุน และกองทุนจัดสรรเงินเพื่อเป็นหลักประกันด้านสุขภาพ โดยสมาชิกสามารถเลือกรักษากับแพทย์แผนไทยได้ และนำเงินนั้นมาเบิกจ่ายจากกองทุน โดยกองทุนไม่จำกัดด้านสถานพยาบาลที่สมาชิกเลือกทั้งแพทย์พื้นบ้าน, คลินิก, รพ.รัฐ โดยการเบิกจ่ายจะครอบคลุมค่ารักษา ค่ายา ค่ารถในการเดินทาง

ในด้านบุคลากรสาธารณสุข แนวทางการพึ่งตนเองยังต้องการให้รัฐให้ความช่วยเหลือ โดยมีแหล่งบริการที่ประกอบด้วยแพทย์ คลินิก โรงพยาบาล เกษตรกรร้านยา โดยในการรักษาเบื้องต้น จะต้องมีการปรึกษาสุขภาพ เช่นเกษตรกรและพยาบาล แต่ในกรณีที่มีการรักษาภาวะที่ซับซ้อน จะต้องอาศัยกลไกของระบบประกันสุขภาพ และมีกองทุนสวัสดิการจากรัฐให้ความช่วยเหลือ โดยระบบประกันสุขภาพต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง และ/หรือ จัดหาหลักประกันด้วยชุมชนเอง

โดยสรุป แนวทางการพึ่งตนเองด้านยาของชุมชนขึ้นอยู่กับความร่วมมือระหว่างรัฐกับชุมชน โดยในชุมชนมีปัจเจกชนเป็นตัวหลัก และมีเงื่อนไขที่ก่อให้เกิด แรงจูงใจที่จะไม่ป่วย สิ่งที่จะทำให้เป็นไปได้คือ การคืนความรู้สู่ชุมชน ให้มีการป้องกันตนเอง ดูแลตนเอง ปลูกและใช้พืชสมุนไพร ในระดับชุมชน ให้อยู่ในรูปของกองทุน ซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดชุมชน มีกองทุนซึ่งส่งเสริมการเก็บออม มีสวัสดิการส่วนตนเอง และช่วยเหลือในกรณีที่ป่วยเล็กน้อย และในระดับเสริมเครือข่าย จะเป็นองค์ประกอบของการร่วมมือทั้งภาครัฐ และองค์กรกลาง โดยรัฐนั้นจะต้องให้ความช่วยเหลือในกรณีที่คนเจ็บป่วยหนัก และเงื่อนไขที่จะสนับสนุนระบบทั้ง 3 นั้นได้แก่การมีระบบข้อมูลข่าวสารที่ไหลบ่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ง่ายขึ้น แลกเปลี่ยนง่ายเนื่องจากแนวโน้มของธุรกิจข้ามชาติ และการสร้างเงื่อนไขด้านพฤติกรรมสุขภาพจากหลักประกันสุขภาพ โดยผู้ประกอบการวิชาชีพต้องยอมรับด้านการพึ่งพาตนเองของปัจเจกบุคคลและของชุมชนด้วย

ภาพดังกล่าวจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับประชาชนมีความพร้อม มีการแบ่งปันข้อมูล ข่าวสาร ด้านยาและสุขภาพ มี “ความเท่าทัน” ต่อข้อมูล ข่าวสาร

มีเทคโนโลยี การศึกษา ศาสนาดีขึ้น ความเข้มแข็งของกลุ่มชุมชน และมีการสนับสนุนการพึ่งพาตนเองจากรัฐ และผู้ประกอบการวิชาชีพ

ฉากทัศน์ 2 ระบบยาโลกาภิวัตน์ ปี 2555

ประเทศกำลังพัฒนารวมตัวและพึ่งพากันเพื่อความอยู่รอดด้านการผลิตยาระดับอุตสาหกรรม ประเทศที่รวมตัวกันประกอบด้วย ไทย อินเดีย จีน เป็นแกน โดยมีประเทศในอาเซียนมาร่วม จุดแข็งของไทยคือการมีวัตถุดิบเช่นสมุนไพร และการเป็นประตูสู่อินโดจีน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ประเทศอื่นอยากเข้ามาร่วมมือกับไทย มีการศึกษารูปแบบของการแบ่งโซนการปลูกพืชการวิจัยยาใหม่ร่วมกัน เป้าหมายการผลิตยาพื้นฐานเพื่อตอบสนองคนในภูมิภาคไม่เน้นการแข่งขันระดับนานาชาติ ร่วมกันปกป้องภูมิปัญญาของคนในภูมิภาคเพื่อไม่ให้ต่างชาตินำไปทำประโยชน์ โลกอนาคตยาแผนปัจจุบันยังเป็นยาหลักอยู่แต่มีสมุนไพรเข้ามาเสริมเพิ่มขึ้น โรงงานยาไทยมีจำนวนลดลง และที่เหลือจะผลิตยาเฉพาะโรค เช่นโรคในเขตร้อน มีทั้งโรงงานไทยและร่วมทุน อาจจะมีโรงงานร่วมทุนในการผลิตวัตถุดิบหรือนำวัตถุดิบต่างประเทศมาผลิตเป็นกึ่งสำเร็จรูป ประเทศไทยยังคงนำเข้ายามากขึ้นต่างประเทศจะยังคงโหมการส่งเข้ายาสิทธิบัตรยาใหม่ซึ่งมีราคาแพง โดยมีลักษณะผูกขาดขณะเดียวกันประเทศพันธมิตรจะมีการส่งออกมากขึ้นเพื่อให้สัดส่วนสมดุลกัน มีการใช้อำนาจการต่อรองรวมตัวกันซื้อขายยาใหม่จากต่างชาติ

รูปแบบการรวมตัวด้านการวิจัยและไม่แข่งขันกันเอง สมุนไพรในภูมิภาคอาจต้องแข่งขันกับยาแผนทางเลือกของฝั่งตะวันตก รัฐมีมาตรการส่งเสริมอุตสาหกรรมในประเทศ สนับสนุนการลงทุนแบบ BOI เพื่อเพิ่มศักยภาพในการผลิตทั้งแผนใหม่ และแผนทางเลือกโดยการใช้สมุนไพรสนับสนุนในการปลูก ผลิต การแปรรูป มาตรการลดการนำเข้ายา รัฐช่วยสนับสนุนในการหาตลาดและการลงทุน มีกฎหมาย regional standard law ซึ่งกฎหมายยาไทยต้องสอดคล้องมากขึ้น ภาคธุรกิจมีอิทธิพลต่อภาคการเมืองมากขึ้น มีผลให้แนวคิดของรัฐบาลสนับสนุนภาคธุรกิจมากขึ้น อิทธิพลต่ออุตสาหกรรมยาจากภาคการเมืองมากขึ้น

ระบบประกันสุขภาพหลากหลายมากขึ้น ประกอบด้วยองค์กรเอกชนไม่หวังผลกำไร องค์กรภาครัฐ และรัฐร่วมกับเอกชน โดยประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รัฐจะถูกครอบครอง โดยภาคธุรกิจ โดยพรรคการเมือง เป็นแนวคิดภาคเอกชนเชิงการตลาด กระแสโลก จะมีการรวมกลุ่มทางการค้ามากขึ้น จะมีการดูแลสุขภาพโดยกระแสตะวันออกมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ระบบการให้บริการ จะเป็นสองแผน คือ แผนปัจจุบัน สมุนไพร และทางเลือกอื่น ๆ ผู้ให้บริการ ผู้ประกอบการ จะให้การยอมรับแผนตะวันออก แผนเอเชีย มากขึ้นในการให้บริการ มียาใช้ที่เกิดจากการพัฒนาทางเทคโนโลยีและด้าน genome มีการพัฒนาตัวยาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพสูง

ประชากรมีช่องว่างทางเศรษฐกิจ มีรายได้มากขึ้น คนรวยจะเข้าถึงข้อมูลการรักษาผ่านทางระบบการให้บริการหรือระบบประกันเอกชน ขณะที่ประชาชนที่มีรายได้น้อย ต้องรักษาตัวเองและพึ่งพาระบบสุขภาพของรัฐ ระบบประกันทุกรูปแบบจะเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อม โดยประโยชน์ของระบบพันธมิตรผลประโยชน์ยังตกอยู่กับคนที่อยู่ในเมืองมากกว่าชนบท การกำกับดูแลจะสูงขึ้น เพราะเป็นความต้องการของภาคประชาชน รัฐจะเล็กลงแต่จะเน้นให้กลไกภาคเอกชนเข้ามาร่วมกำกับ self regulation เพิ่มขึ้น มีองค์กรอิสระมาร่วมตรวจสอบควบคุมตรวจสอบกลไกมากขึ้น องค์กรผู้บริโภคมีความเข้มแข็งขึ้น การคุ้มครองผู้บริโภคจะเข้มในบทลงโทษและการชดเชยผู้เสียหาย

ไทยเป็น HUB เป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพมากขึ้น รูปแบบบริการแบบผสมผสานทั้งสมัยใหม่และทางเลือก ทั้งในเชิงสร้างสุขภาพและรักษาโรคเฉพาะมากขึ้น ส่งผลให้มาตรฐานบริการในประเทศดีขึ้น โปร่งใสมากขึ้น และระบบใบสั่งยาจะเกิดขึ้นในบางพื้นที่ คลินิกเอกชนประชาชนจะเริ่มทวงถามค่ารักษาค่ายาหรือขอใบสั่งยา

4.3.6 กลยุทธ์ (Strategies)

ผลการพิจารณากลยุทธ์เพื่อนำไปสู่ภาพอนาคตระบบยาที่พึงปรารถนา โดยให้ที่ประชุมร่วมช่วยกันระดมความคิด สรุปการมองฉากทัศน์ภาพที่ 1 ว่านอกจากการมีโครงสร้างทางเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) แล้ว จะทำอย่างไรให้กลยุทธ์เป็นจริง กลไกการพัฒนาบุคลากร การเตรียมการศึกษา ต้องทำงานร่วมกับองค์กรอื่น ๆ แนวโน้มการศึกษานับสนุนส่วนการมองฉากทัศน์ภาพที่ 2 ต้องการโครงสร้างเชิงนโยบาย องค์กร กระบวนการ ต้องหาความรู้จากผู้ที่เกี่ยวข้อง และตั้งคำถามภาครัฐว่า ภาพที่ 2 จะเอาหรือไม่ ต้องสร้างแนวร่วมกับรัฐก่อน กลยุทธ์บางอันเขาไปทำได้ใน ระดับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) บางกลยุทธ์อาจจะต้องในระดับที่สูงขึ้น และจัดอันดับกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดคือการศึกษา ข้อมูล และการกำกับดูแล

ผลการอภิปรายกลยุทธ์เพื่อภาพอนาคตที่พึงปรารถนา

- ตั้งองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคไม่แสวงกำไรในระดับท้องถิ่น ปรับกฎระเบียบให้เอื้อต่อการเกิดและการทำงาน
- ใช้การบริหารงานภาครัฐแนวใหม่มาบริหารงาน
- มีหน่วยงานบริหารร่วมระหว่างภาครัฐกับเอกชน พัฒนา “โครงสร้างพื้นฐาน” สำหรับการร่วมทุนระหว่างประเทศ
- ศึกษาวิจัย เพื่อหามาตรฐานราคายาที่เหมาะสม เป็นธรรมสำหรับผู้บริโภค โดยสร้างระบบวิเคราะห์ แสดง เปิดเผย “โครงสร้างราคายา” ของยาในแต่ละตัว เพื่อให้ทราบข้อมูลต้นทุน

ของยา เพื่อตอบสนองสิทธิของผู้บริโภค และ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องสร้าง
องค์กรรับผิดชอบ ความต่อเนื่องการทำงาน

- ทำให้เกิดคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่(จังหวัด) เพื่อดูแล พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ
- ขยายกองทุนหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน
- พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายในระบบหลักประกันฯ และ
การให้เป็นธรรมกับผู้บริโภค รวมทั้งการได้มาตรฐานของสถานพยาบาลในเครือข่าย
- เพิ่มบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในการสนับสนุนการใช้จ่ายสมุนไพรอย่างเหมาะสม และ
พัฒนาอย่างเป็นระบบ
- ร่วมมือภาคการศึกษา จัดระบบการเรียน การสอน ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง
และมีที่ปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชน ตลอดไปจนถึง การร่วมผลิตบุคลากรสาธารณสุขที่มี
ความรู้เรื่องยาโดยชุมชนเพื่อชุมชน
- ใช้มาตรการทางการเงิน ภาษี เพื่อจูงใจให้ธุรกิจที่ไม่ขัดกับระเบียบการค้า
- มีศูนย์ข้อมูล ข่าวสารที่ “ถูกต้อง” “เป็นกลาง” ทันสมัย เพื่อสนับสนุนการใช้จ่ายอย่าง
เหมาะสม ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยทั้งในระดับของผู้ประกอบวิชาชีพจนถึงผู้บริโภค
รวมทั้ง รัฐต้องเพิ่มมาตรการควบคุมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องทางสื่อต่างๆ
อย่างเท่าทันสื่อ

กลยุทธ์ภาพอนาคต

องค์กร

- ◆ สร้างองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในภาพรวมโดยตรง และองค์กรที่คุ้มครองผู้บริโภค
- ◆ เสริมสร้างเอกภาพในเชิงความคิด มุ่งสู่ความสำเร็จกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง
- ◆ รัฐร่วมกับภาคเอกชนสร้างโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับระบบยาปี 2555
- ◆ ให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบจัดทำโครงสร้างราคายาที่มีมาตรฐาน
- ◆ มีหน่วยงานดูแลเรื่องการพัฒนาจากสมุนไพร การทดลองทางคลินิกจนครบวงจร
- ◆ มีหน่วยงานบริหารการร่วมทุนด้านยาระหว่างประเทศในภาคพื้น (จีน อินเดีย)
- ◆ จัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อประสานความร่วมมือ ทรัพยากรและพัฒนาระบบบริการในพื้นที่

- ◆ กลุ่ม (ชุมชน) สุขภาพ-ชุมชน (+ด้านยา)
- ◆ กองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นกลยุทธิ์ในการจัดระเบียบสังคมในการบริโภคยา

การควบคุม/กำกับ

- ◆ มีระบบการตรวจสอบการสั่งและการจ่ายยาในรายการที่สำคัญ ของสถานพยาบาลและร้านยา
- ◆ จัดตั้งหน่วยงานควบคุมกำกับการประกันสุขภาพของเอกชน
- ◆ ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ

การบริการ

- ◆ เร่งรัดการให้บริการด้านยาที่ได้มาตรฐาน
- ◆ เกษตรกรเน้นการให้ความรู้และปฏิบัติการจริงในการมีส่วนร่วมในการใช้สมุนไพรอย่างถูกต้อง

พัฒนาบุคลากร

- ◆ พัฒนาศักยภาพทุกระดับเข้าใจพันธกิจ (Mission) สู่แผนปฏิบัติให้ชัดเจน
- ◆ กองทุนชุมชนคัดเลือกคนมาเรียน โดยคณะเภสัชศาสตร์ให้โควตานักเรียนจากชุมชนในแต่ละภาค
- ◆ ปรับบทบาทบุคลากรสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาสุขภาพ (ไม่ใช่ฝากผีฝากไข้ไว้ในมือเขา)

การศึกษา

- ◆ ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานตั้งแต่ชั้นประถมให้มีเรื่องการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองและสอดคล้องกับวิถีชุมชน
- ◆ มีส่วนร่วมในการกำหนดหลักสูตร บรรจุเรื่องการดูแลสุขภาพความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระดับประถม
- ◆ ปลุกฝังความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ชุมชน –ประชาสัมพันธ์ สื่อต่างๆ มีที่ปรึกษาและมีผู้ให้บริการในชุมชน
- ◆ จัดกระบวนการพัฒนาคนที่มีกิจกรรมร่วมให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

งบประมาณ

- ◆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพจัดสรรงบประมาณส่งเสริม ป้องกันให้ชุมชนดำเนินการ โดยมีแนวทางให้และมีการประเมินผลตามเกณฑ์ (ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเบื้องต้น)
- ◆ ลดภาษีหรือให้การอุดหนุนธุรกิจเกี่ยวกับยาโดยไม่ขัดต่อระเบียบการค้า

ข้อมูลข่าวสาร

- ◆ มีหน่วยงานและกระจายข้อมูลข่าวสารของประเทศ
- ◆ มีการทบทวนและรวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ในชุมชน เช่น สมุนไพรท้องถิ่น การดูแลตนเอง
- ◆ สร้างเว็บไซต์องค์การสากลในเรื่องระบบยาที่มีมาตรฐานโปร่งใส knowledge ให้ประชาชนเข้าถึง
- ◆ สร้างเครือข่ายข้อมูลระบบยาของประเทศ
- ◆ จัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ กลั่นกรองเผยแพร่ข้อมูลด้านยา

การวิจัย

- ◆ ให้ทุนงานวิจัยยา เปิดเผยข้อมูลทั้งทางบวกและลบ
- ◆ สนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ภาคอุตสาหกรรมต้องการ

4.3.7 วิเคราะห์ภาพอนาคตกับประเด็นสำคัญ

การวิเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญของภาพอนาคตทั้ง 2 ภาพว่าจะเป็นโอกาสหรือภาวะคุกคามต่อที่มีผลต่อประเด็นสำคัญของปัญหาระบบยาที่ตั้งไว้ในตอนต้น โดยให้ที่ประชุมร่วมช่วยกันระดมความคิดเห็นนำเสนอในรูปตาราง ได้ผลดังนี้

ตารางการวิเคราะห์โอกาส และภาวะคุกคามจากภาพอนาคต

Features ของระบบยา	การใช้ยาอย่างเหมาะสม	การเข้าถึงยา	การควบคุมกำกับยา	อุตสาหกรรมยา	สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ
1. สุขภาพไทยทะลุมิติ : ตอนโอสถวิเศษ กลางไฟสงคราม - การรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร	+	+	+	+	+
- การพึ่งตนเองด้านยาของชุมชน (กองทุนสวัสดิการด้านยา)	+/-	+	+	-	+
- มีความหลากหลายในรูปแบบและองค์ความรู้ในการดูแลตนเองด้านยา (ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น)	+/-	+	-	+/-	+
- มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชนระยะยาว	+	+	+/-	+/-	+

- เพิ่มบทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น และชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนในระดับพื้นที่	+/-	+	+/-	N	+
2. ระบบยาโลกาภิวัตน์ ปี 2555					
- ประเทศกำลังพัฒนามุ่งลงทุนในระดับภูมิภาค มีผลให้จำนวนรายการยาที่ผลิตลดลง	N	+	+	+	+
- เพิ่มอำนาจการต่อรองราคายา	N	+	+	N	N
- ความโปร่งใสของข้อมูล/ราคายา และมาตรฐานบริการดูแลรักษาสุขภาพ	+	+	+	+	+
- ประชาชนมีการดูแลตนเองมากขึ้น	+	+	+/-	+/-	+
- ระบบประกันสุขภาพหลากหลายมากขึ้น (องค์กรเอกชนไม่หวังผลกำไร, องค์กรภาครัฐฯ)	+/-	+/-	+	+/-	+/-

หมายเหตุ : N = ไม่เกี่ยวข้อง

4.3.8 อภิปรายผลการศึกษานาถด

เนื่องจากการศึกษาเรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2546-2555) นี้เป็นการศึกษาในหัวข้อเรื่องที่กว้างมาก มีเนื้อหาและประเด็นต่างๆมากมาย และมีผู้เกี่ยวข้อง stake holders จำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถลงรายละเอียดลึกในแต่ละระบบและแต่ละประเด็นได้ ขณะเดียวกันเป็นการยากที่จะได้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากมาร่วมประชุมที่ใช้เวลานาน

กระบวนการศึกษานาถด foresight มีขั้นตอนหลายขั้น ซึ่งต้องเตรียมการทั้งในด้านข้อมูลและการประสานงาน ในแต่ละขั้นตอนจะต้องคำนึงถึงความสมบูรณ์ถูกต้องและสิ่งที่มีความสำคัญขององค์ประกอบของขั้นตอนนั้นๆเพื่อให้ได้ผลที่ดีต่อเนื่องถึงขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยได้แนบรายงานการจัดทำบทสรุปการเรียนรู้ในการบริหารจัดการให้เกิดกระบวนการ foresight (เอกสารประกอบ 6)

แม้จะมีข้อจำกัดดังที่กล่าวแล้ว ผลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการสามารถได้ภาพอนาคตพร้อมกลยุทธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ และสามารถตรวจสอบได้ว่าภาพอนาคตนั้นมีความสอดคล้องที่มีผลกระทบส่วนใหญ่ในเชิงบวกต่อประเด็นสำคัญของระบบยาที่ได้รับรวบรวม

นำเสนอไว้ และจากกระบวนการศึกษาอนาคตแบบ foresight ที่คำนึงถึงความไม่แน่นอนด้วย ทำให้ภาพอนาคตที่ได้นั้นไม่อยู่ในลักษณะเพื่อฝันเกินไป แต่อย่างไรก็ตามการที่จะทำให้ภาพอนาคตที่พึงประสงค์นั้นเกิดต่อไป จะต้องดำเนินการต่อโดยมีนโยบายและทิศทางเฉพาะในเรื่องนั้นๆ และดำเนินการตามกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุตามความต้องการ ขณะเดียวกันยังมีข้อมูลที่ต้องศึกษาเพิ่มโดยการวิจัยต่อไป จึงต้องวางกรอบการศึกษาวิจัยของแต่ละองค์ประกอบ สำหรับเป็นแผนวิจัยสำหรับอนาคตระบบยาต่อไป

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ (foresight workshop) การเขียนภาพอนาคต (Scenario writing) หัวข้อเรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ ในอีก 10 ปี ข้างหน้า (พ.ศ.2546-2555)

ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง-หน่วยงาน
1.	นาย วิบูลย์ เข็มเฉลิม	ผู้ทรงคุณวุฒิ
2.	ครูชบ ยอดแก้ว	เลขานุการ สมาคมฟื้นฟูบ้านชนบทสงขลา
3.	รศ.ธิดา นิงสานนท์	นายกสภาเภสัชกรรม
4.	ผอ.เชิดชัย มีคำ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
5.	นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์
6.	ภญ.สุบุญญา หุตังคบดี	รองเลขาธิการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
7.	รศ.ดร.จักรกฤษณ์ ควรวจน์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
8.	นพ.อมร รอดคล้าย	โรงพยาบาลหาดใหญ่
9.	ภก.ธีระ ฤกษาจโรดม	สมาคมผู้ผลิตเภสัชภัณฑ์ (PPA)
10.	ภญ. ดาริน จิ่งพัฒน์นาดี	ประธานชมรมเภสัชชนบท
11.	นพ. จักรกริช ไ้วศิริ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา จ.นครนายก
12.	คุณ รัชดา ธีระภาค	น.ส.พ.กรุงเทพธุรกิจ
13.	รศ.สินธุ์ชัย แก้วกิตติชัย	ประธานศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย
14.	คุณมณูญ จันทร์ประสิทธิ์	ผอ.อุตสาหกรรมเกษตร กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม
15.	คุณสุวัชนี อริยวงวศ์	สำนักจัดระบบและราคาปริมาณสินค้า กรมการค้าภายใน
16.	คุณ ชัยวัฒน์ วีระสมบัติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คริสเตียน

17. ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ ผอ.ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
18. ภญ.สุดา ดิลกพัฒน์มงคล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
19. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
20. คุณ รสนา โตสิตระกูล มูลนิธิสุขภาพไทย
21. ภก.ดร.วุฒิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์ คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหาสารคาม
22. คุณ ผกาวัลลี พุ่มสุทัศน์ นักกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
23. คุณ พรพิมล จันทวิโรจน์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยรังสิต
24. คุณ นิภาพร ศรีณรงค์สุข ผู้สังเกตการณ์
25. คุณ ราศี แก้วนพรัตน์ ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
26. คุณ กุลธิดา จันทร์เจริญ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
27. ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
28. ดร.ชาตรี ศรีไพพรรณ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
29. ดร.วิทยา จีระเดชากุล ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สวทช.
30. ดร.ฉัตรวรรณ องค์กรสิงห์ ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สวทช.
31. คุณกสิณา ลีสมานพันธ์ ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สวทช.
32. คุณมยุรี วัฒนกุลจรัส ศูนย์คาดการณ์เทคโนโลยีเอเปค สวทช.
33. นพ.วิพุธ พูลเจริญ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
34. คุณชากุล สิ้นไชย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
35. ภก.คทา บัณฑิตานุกูล ประธานมูลนิธิกลุ่มเภสัชกรชุมชน
36. ภก.ผศ.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
37. ภญ.พัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร บ.แสวงไทยอุตสาหกรรม
38. ภก.ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์ คณะเภสัชศาสตร์ ม.ศิลปากร
39. ผศ. ระพีพรรณ ฉลองสุข คณะเภสัชศาสตร์ ม.ศิลปากร
40. ภก.วรารุณ เสริมสินศิริ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ
41. ภญ.ผศ.ดร.สุนันทา โอศิริ คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหาสารคาม
42. อาจารย์ สุนทรี วัชรดำรงกุล คณะเภสัชศาสตร์ ม.จุฬาลงกรณ์
43. คุณสุภาวดี นุชจรินทร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
44. คุณปรีดารัตน์ ศรีทธานนท์กุล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทที่ 5

ข้อเสนอแนะ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การศึกษา “อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ.2546-2555)” ที่ใช้การมองอนาคต (foresight) นี้ ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ ได้แก่ การประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดระบบหลักๆ ในระบบยาเพื่อทำการศึกษา แล้วจัดทำเอกสารในแต่ละระบบหลัก ระบบสถานการณ์เพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็ง จัดทำประเด็นสำคัญเพื่อเป็นข้อมูลในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้ภาพอนาคต (scenarios) ที่นำไปสู่การวางกรอบกลยุทธ์ระบบยาในระบบสุขภาพแห่งชาติ สำหรับข้อเสนอแนะในส่วนนี้ จะไม่ได้เน้นเฉพาะภาพอนาคตและชุดของกลยุทธ์ที่ได้จากเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในเวลา 2 วันมาสรุปความ แต่จะเสนอแนะจากการประมวลทั้งกระบวนการในการมองอนาคต นับตั้งแต่การประชุมหารือ การนำเสนอเอกสารสรุปสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้ม เนื่องจากในแต่ละขั้นตอนในการทำงานมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ได้เสนอข้อคิดเห็นไว้อย่างน่าสนใจและทั้งกระบวนการนั้นได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในบทนี้ นอกจากนี้ยังได้เผยแพร่แผนงานวิจัยที่มีหัวข้อวิจัยด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการวิพากษ์ในวงการวิชาการทางเภสัชกรรม และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอีกครั้งหนึ่งเพื่อให้ได้ความสมบูรณ์ครบถ้วน

ในการสรุปผลภาพรวมของระบบยาในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า เป้าหมายของระบบยาในปี 2555 มุ่งเน้นที่ 5 ประเด็นหลัก ซึ่งในบทนี้จะสรุปความอย่างกระชับเพื่อให้เห็นที่มาว่าแต่ละเป้าหมายมีสถานการณ์และแนวโน้มที่สังคมไทยควรคำนึงถึง อันนำไปสู่กรอบกลยุทธ์ในการดำเนินการอย่างไร ทั้งนี้จะเสนอแนะเฉพาะประเด็นที่ 1,2,4 และ 5 ได้แก่ 1) การบริโภคยาและการจ่ายยาอย่างเหมาะสม 2) การเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพและทั่วถึง 4) มีการพัฒนาอุตสาหกรรมยาให้พึ่งตนเองเพื่อลดการนำเข้า และ 5) การพัฒนาการผลิตภัณฑ์สมุนไพรและเพิ่มปริมาณการใช้เพื่อทดแทนยาในระบบสุขภาพ เนื่องจาก ในประเด็นที่ 3) กลไกควบคุมกำกับด้านยาที่มีประสิทธิภาพ นั้น เป็นกลไกที่นำมาใช้เป็นเงื่อนไขปัจจัยในประเด็นอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในภาพรวม

ประเด็นที่ 1. สังคมไทยมีการบริโภคยาและจ่ายยาอย่างเหมาะสม

สถานการณ์ปัจจุบันของการบริโภคยาและการจ่ายยาของสังคมไทยในขณะนี้คือ ร้านยาเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพ เนื่องจากเข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็วและอยู่ในชุมชน แหล่งของการจ่ายยามีทั้งสถานีนอนาถมัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ซึ่งมีการให้บริการยาที่แตกต่างกัน และส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาของประชาชน เช่นเมื่อประชาชนสามารถ

ซื้อยาได้ตามความพอใจ ทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคยาที่ไม่เหมาะสม การบริโภคยาเกินจำเป็น ปัญหาการขาดระบบที่จะควบคุมระดับการบริการและคุณภาพของสถานบริการ เป็นต้น

ดังนั้น สิ่งที่ต้องการจากกระบวนการของการมองอนาคตก็คือจะมีระบบ กระบวนการ โครงสร้างหรือกลยุทธ์อย่างไรที่จะสามารถทำให้ประชาชนมีการใช้ยาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ในประเด็นนี้เป็นการมองจากสองด้าน คือด้านของประชาชนผู้บริโภคยา และผู้เกี่ยวข้องที่มีระบบการจ่ายยาที่เหมาะสมให้กับประชาชน

ในอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคยาและการจ่ายยาในด้านต่างๆ อันมีแรงผลักดันมาจากกระแสที่ประชาชนจะมีการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น และกว่า 80 % ของประชาชนจะหันมาพึ่งตนเองด้านยา การบริโภคยาอาจจะมีมากขึ้น และการแพทย์ทางเลือกจะมีบทบาทต่อการตัดสินใจของประชาชนในการบริโภคยา ทั้งนี้กลยุทธ์ที่จะต้องมีการเตรียมการเพื่อรับผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงการบริโภคยาและการจ่ายยาสามารถสรุปในด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1.1 กลยุทธ์ทางด้านกฎหมาย

กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ ได้ถูกนำมาใช้เพื่อเป็นกลไกการควบคุมเพื่อให้ประชาชนมีการบริโภคยาอย่างเหมาะสม และให้ระบบการจ่ายยาเป็นไปอย่างเหมาะสมสอดคล้องเช่นกัน ดังนี้

- พระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการคัดเลือกตำรับยา การแยกประเภทยาที่สั่งโดยแพทย์ และยาที่ประชาชนสามารถซื้อได้เอง นอกจากนั้น พระราชบัญญัติยาฉบับใหม่จะสร้างระบบคุณภาพที่ทำให้ยาดีถึงมือประชาชน และอาจแก้ไขปัญหารณียาไม่มีคุณภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 30 บาทรักษาทุกคน

- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะช่วยให้ร้านยาซึ่งสามารถเข้าเป็นส่วนหนึ่งของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในลักษณะของสถานพยาบาลปฐมภูมิ จะต้องผ่านการรับรองคุณภาพร้านยา ซึ่งจะทำให้การบริโภคยาเป็นไปอย่างเหมาะสม และประชาชนเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกและทั่วถึง

- พระราชบัญญัติวิชาชีพ และมาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพ เป็นมาตรการที่จะกำกับบุคลากรและพัฒนากำลังคนด้านระบบยาเพื่อให้ผลิตกำลังคนทั้งด้านปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องต่อการให้บริการด้านยาเพื่อให้มีการจ่ายยาที่เหมาะสมกับประชาชน

1.2 กลยุทธ์เชิงโครงสร้าง

หมายถึงกลยุทธ์ในลักษณะที่จะเป็นการเอื้อต่อการดำเนินการต่างๆ ซึ่งได้แก่

- การจัดรูปแบบของสถานพยาบาลที่ให้บริการกับประชาชนใน 3 ระดับ ร้านยา จัดเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่จะให้การจ่ายยาที่เหมาะสมกับประชาชน
- การจัดทำมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และร้านยาที่จะมีบทบาทในการจ่ายยา และการจัดทำมาตรการประกันเมื่อยาสร้างความเสียหายให้กับผู้บริโภค ให้ผู้บริโภคสามารถฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ (product liability)
- การจัดรูปแบบของร้านยาใน 2 ระดับ คือเป็นสถานบริการในระดับปฐมภูมิ (primary care unit) และร้านยาที่เป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาล (CUP)
- โครงสร้างขององค์กรรัฐ การจัดโครงสร้างองค์กรของรัฐ และการให้ความรู้กับภาคประชาชน โดยรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละเรื่องเช่นการแบ่งกลุ่มยาที่เหมาะสมที่จะทำให้ประชาชนได้บริโภคยาที่จำเป็นอย่างปลอดภัย

1.3 กลยุทธ์การบริหารจัดการ

- การพัฒนาบทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริการ ในการบริโภคและจ่ายยา ควรมีการสนับสนุนบทบาทของเภสัชกร ให้มีกิจกรรมด้านการบริหารเภสัชกรรมให้มากขึ้นทั้งในโรงพยาบาล และร้านยา
- ในโรงพยาบาล ควรจัดให้มีการจ่ายยาซึ่งดำเนินการในรูปของ out-sourcing โดยแยกห้องยาผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และกระจายบริการจ่ายยาสู่ชุมชนมากขึ้น
- ในด้านการสื่อสารกับประชาชนผู้บริโภคยานั้น ควรสร้างกระบวนการที่ทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคยา เริ่มตั้งแต่การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานและเข้าใจเกี่ยวกับการพึ่งตนเองด้านยา โดยอิงอยู่บนภูมิปัญญาท้องถิ่น และลดการพึ่งพาผู้ประกอบการวิชาชีพหรือองค์ความรู้จากภายนอก ซึ่งการจะให้ลดการพึ่งพาได้นั้น ภาครัฐจะต้องเอื้อในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ประชาชนรู้เท่าทันต่อการบริโภคยา โดยสร้างระบบการติดตามข่าวสาร การเผยแพร่ข่าวสารเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว ด้วยเทคโนโลยีทางระบบการสื่อสารด้วยอินเทอร์เน็ต ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลมากขึ้น จะมีผลกระทบต่อทัศนคติใจบริโภคยาของประชาชน เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับยามากขึ้น อาจจะทำให้บริโภคนายามากขึ้น
- มีระบบและกลไกการควบคุมกำกับสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้การจ่ายยาเกิดความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้ มีระบบ feed back ที่สะท้อนภาพความเหมาะสมในการจ่ายยา

สำหรับยุทธวิธีที่จะนำไปสู่การบริโภคยาและการจ่ายยาอย่างเหมาะสมนั้น ได้แก่ (1) การสร้างระบบข้อมูลข่าวสารด้านยาและการรักษา (Medicine Information Centre) (2) การ

จัดระบบการติดตามประเมินการใช้ยา (3) การส่งเสริมให้เกิดการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ที่สมเหตุสมผล (4) การประกันมาตรฐานการส่งมอบยาที่ดีของเภสัชกร (5) การส่งเสริมการใช้ยาโดยชุมชนและตัวผู้ใช้ยา (Self medication) และ (6) ส่งเสริมให้มีองค์การอิสระมากขึ้นเพื่อเป็น Professional Promoter

ในการดำเนินการตามกรอบกลยุทธ์และยุทธวิธีดังกล่าว องค์การและหน่วยงานรัฐและเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กรมการค้าภายใน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส), สำนักงานประกันสังคม, สภาวิชาชีพ และ สมาคมวิชาชีพ

2. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพและเป็นไปอย่างทั่วถึง

สถานการณ์ของการให้บริการด้านยาที่จะทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการเกิดจากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากระบบการบริหารจัดการขององค์กรภาครัฐ ทั้งในด้านการคัดเลือก การจัดหา และการกระจายยา ภาพอนาคตที่ต้องการสำหรับประเด็นนี้ก็คือ ควรมีระบบบริการด้านยาอย่างไรที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงได้โดยสะดวก มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ที่เป็นปัญหาทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพและไม่ทั่วถึงนั้นมาจากสาเหตุในการคัดเลือกยา การจัดหา และการกระจายยา ในการคัดเลือกยานั้นประเด็นที่ต้องพิจารณาคือเกณฑ์ของการจัดแบ่งกลุ่มยาที่เป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และการกำหนดไม่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ปัญหาการคัดเลือกยาได้แก่คุณภาพยาที่ขึ้นกับระดับของระบบประกันสุขภาพ ปัญหาในการตรวจสอบคุณภาพยา ซึ่งหน่วยสำหรับตรวจวิเคราะห์และเก็บตัวอย่างนั้นไม่เพียงพอ และการขาดฐานข้อมูลของปริมาณและคุณภาพยาตามร้านยาเป็นสิ่งสำคัญ ข้อสังเกตคือ จำนวนยาที่หมดคุณภาพในโรงพยาบาลรัฐมีเป็นจำนวนมาก

ด้านการกระจายยาที่มีผลต่อการบริการและการเข้าถึงยาของประชาชน ปัญหาคือมีแบ่งกลุ่มการจัดการยาที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถควบคุมการกระจายยาในช่องทางเก่าซึ่งได้แก่ร้านยา, คลินิกเอกชน, โรงพยาบาล และช่องทางใหม่ที่ไม่เป็นทางการซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นได้แก่ร้านชำหรือการขายตรง ด้านการจัดหา ซึ่งรวมทั้งการผลิตและการนำเข้ามาจำหน่าย ประเทศไทยพึ่งพิงต่างประเทศสูงในการนำเขายาจำหน่ายทั้งวัตถุดิบและยาสำเร็จรูป และเมื่อภาคธุรกิจมีอิทธิพลเหนือระบบการเมือง ซึ่งให้ความสำคัญกับการค้าและการนำเข้า ตลอดจนสนับสนุนการค้าตลาดยาระหว่างประเทศ ระบบการตลาดการค้าข้ามชาตินี้จึงมีอิทธิพลต่อการจัดหายาสู่ประชาชนโดยผ่านหน่วยงานองค์กรรัฐ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ยามีราคาสูงขึ้น นอกจากนั้นการ

ควบคุมคุณภาพก่อนถึงมือผู้บริโภคก็มีผลต่อคุณภาพของการบริการด้านยา เนื่องจากมีหน่วยงานจำกัดเฉพาะกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองเท่านั้น

ในเวทีของการมองอนาคต การเตรียมรับกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพและเป็นไปอย่างทั่วถึง โดยดำเนินการด้านสถานที่ คุณภาพของยาที่ผลิต และบุคลากรที่รับผิดชอบด้านยา โดยมีการเตรียมกลยุทธ์ในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 กลยุทธ์ทางด้านกฎหมาย

กลยุทธ์แรกคือการมีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการจัดการด้านต่างๆ ทั้งการคัดเลือกยา การแบ่งกลุ่มยา การจัดหาและการกระจายยา พระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ที่กำลังยกร่าง จึงมีบทบาทอย่างสำคัญในการกำหนดมาตรการการควบคุมและการตรวจสอบเพื่อให้สำนักงานอาหารและยาดูแลระบบการควบคุมกำกับ ทั้งในด้านวัตถุดิบยาสำหรับการผลิตและยานำเข้า ในการควบคุมคุณภาพของสถานที่การผลิตเพื่อให้ได้มาตรฐาน เช่นการควบคุมอุณหภูมิในสถานที่ผลิต การสร้างระบบคุณภาพที่ทำให้ยาดีถึงมือผู้บริโภค โดยมีระบบการตรวจสอบคุณภาพยา การระบುವัฒนอายุ หน่วยงานผู้ดูแลระบบควบคุมกำกับจะต้องมีความเข้มแข็งเอาจริงเอาจัง และภาคประชาชนควรจะต้องมีความเข้มแข็ง สามารถรู้เท่าทันและตรวจสอบภาครัฐได้ ดังนั้นแม้ว่าในอนาคต โดยสัดส่วนการบริโภคของยาที่นำเข้าจากต่างประเทศจะมากกว่ายาในประเทศ และจะมีการแข่งขันกันสูง ก็จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ผลิตในประเทศมีการแข่งขันกันสูงขึ้น แต่ด้วยกลไกการควบคุมโอกาสที่ราคาจะสูงขึ้นก็จะมีน้อยลง ซึ่งจะทำให้ราคายามีความเป็นธรรมต่อผู้บริโภคมากขึ้น นอกจากนั้นจะต้องมีกฎหมายกำหนดการประกันคุณภาพ มีระบบการผลิตที่ดี (Good Manufacturing Practice – GMP) โดยให้มีการเอาจริงเอาจัง และได้มาตรฐานการผลิตยาที่ดีให้เหมาะสมกับประเทศไทย

2.2 กลยุทธ์โครงสร้างราคายา

“โครงสร้างราคายา” การที่จะให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพและเป็นไปอย่างทั่วถึง จำเป็นต้องมีกลยุทธ์การปรับหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาที่ใช้ในประเทศไทย เพื่อให้ผู้ประกอบการวิชาชีพและประชาชนสามารถทราบชนิดของยาที่ใช้ โดยมีการศึกษาวิจัยและจัดทำระบบการวิเคราะห์ โครงสร้างราคายาซึ่งภาครัฐจะต้องมีการดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบยานี้อย่างจริงจัง

สำหรับยุทธวิธีในการเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพ ได้แก่ (1) การขยายการให้บริการยาในระดับปฐมภูมิ (2) การปฏิรูปเชิงสร้างสุขภาพ (3) การแยกระบบการรักษาและการ

จ่ายยาออกจากกัน (4) การพัฒนาคุณภาพร้านยา (5) ส่งเสริมบทบาทดูแลตนเองด้านสุขภาพ และ (6) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการด้านยา

ในการดำเนินการตามกรอบกลยุทธ์และยุทธวิธีดังกล่าว องค์การและหน่วยงานรัฐ และเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, กรมการค้าภายใน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส), สำนักงานประกันสังคม, สภาวิชาชีพและ สมาคมวิชาชีพ

3. การใช้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ

การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเอง ในเวทีของการมองอนาคตได้ให้ความสำคัญในการยกขึ้นเป็นภาพอนาคตภาพหนึ่งในจำนวนสองภาพ สำหรับสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นปัญหาของการพัฒนาสมุนไพรนั้น ประเด็นหลักคือ (1) การขาดองค์ความรู้และงานวิจัยพัฒนาอย่างเป็นระบบ ครบวงจร และต่อเนื่อง เนื่องจากนโยบายการวิจัยสมุนไพรของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน งบประมาณที่จัดสรรให้วิจัยถูกใช้ไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ปัญหานี้ส่งผลทำให้การวิจัยไม่สามารถพัฒนาไปสู่การผลิต อันเป็นปัญหาหลักประการที่ (2) การพัฒนาและการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีคุณภาพ อันเนื่องมาจากการขาดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการผลิต ขาดวิธีการวิเคราะห์คุณภาพที่เป็นมาตรฐานและการวิจัยทางคลินิก ไม่สามารถควบคุมคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรที่นำมาทำยาได้ และ (3) ระบบการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรทั้งด้านงานวิจัยและผลิตภัณฑ์ยังเป็นไปอย่างจำกัด

คำถามสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นของสมุนไพรและการพึ่งตนเองจึงเป็นการตั้งคำถามว่า จะต้องมีการดำเนินการสำคัญอะไรบ้างในการพัฒนาด้านการผลิตสมุนไพรเพื่อให้ทดแทนยานำเข้า

ในการระดมสมองของผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่า แนวโน้มของการบริโภคสมุนไพรและสารอาหารจากธรรมชาติจะมีมากขึ้น การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง และการพัฒนาให้เป็นอุตสาหกรรมที่สามารถส่งออกได้มีประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาคือ

(1) ระบบยาแผนไทยและการใช้สมุนไพร ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการผลิตผลิตภัณฑ์ การใช้ยาอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาทั้งระบบคือ การปลูก การผลิต การวิจัยและพัฒนา

(2) การจะพึ่งตนเองด้านสมุนไพรได้นั้นเป็นการพึ่งพาภูมิปัญญาท้องถิ่น จะทำให้ลดการพึ่งพาผู้ประกอบการวิชาชีพหรือองค์ความรู้ภายนอก ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการทัศน์ยาแผนไทย ซึ่งมีความแตกต่างจากองค์ความรู้ตะวันตก การคิดเชิงกระบวนการทัศน์นี้จะนำไปสู่การสร้างและ

พัฒนามาตรฐานการผลิต ระบบควบคุม กำกับ กลไกควบคุมในการตรวจสอบยาแผนไทย ซึ่งทั้งหมดนี้จะต้องให้ประชาชนได้รับความรู้พื้นฐาน เพื่อให้รู้เท่าทันในการบริโภค

(3) เมื่อระบบการควบคุมคุณภาพทวีความสำคัญมากขึ้น สิ่งที่ต้องคำนึงก็คือ กระบวนทัศน์แบบวิทยาศาสตร์อาจมีอิทธิพลสูงในการประเมินคุณค่ายาพื้นบ้าน จึงต้องการ ระบบและกลไกการควบคุมคุณภาพการผลิต ในงานวิจัยทางคลินิก การหาสารมาตรฐานที่ สอดคล้องกับสภาพการณ์ของประเทศไทย เพื่อให้ได้มาตรฐานในด้านสถานที่ผลิต คุณภาพยา ตลอดจนบุคลากรที่รับผิดชอบในกระบวนการผลิตและพัฒนายาแผนไทย

สำหรับยุทธวิธีในการพัฒนายาสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ ได้แก่ (1) การขยาย ตลาดการค้าและการบริการที่เกี่ยวข้อง (2) สนับสนุนให้ใช้สมุนไพรเป็นปรัชญาและวิถีชีวิต และ (3) ส่งเสริมการผลิตและการตลาดให้เป็นระบบสากล

ในการดำเนินการตามกรอบกลยุทธ์และยุทธวิธีดังกล่าว องค์กรและหน่วยงานรัฐ และเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, กองทุนพัฒนา นวัตกรรม, สำนักงานส่งเสริมอุตสาหกรรมรายสาขา (เกษตร), สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย, กรมส่งเสริมการค้าส่งออก, สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน, สภาวิจัย, กรมแพทย์แผนไทย

4. การพัฒนาอุตสาหกรรมยาให้พึ่งตนเองเพื่อลดการนำเข้า

ภาพอนาคตของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาเพื่อให้ประเทศไทยสามารถพึ่งตนเอง และลดการนำเข้าจากต่างประเทศ เป็นอีกฉากทัศน์หนึ่งที่ปรากฏในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการมองอนาคต สำหรับสถานการณ์ปัจจุบันของการผลิตยาอุตสาหกรรมในปัจจุบัน สามารถสรุปปัญหาตามประเภทของอุตสาหกรรมได้ดังนี้ (1) อุตสาหกรรมผลิตวัตถุดิบทางยา ปัญหา คือ อุตสาหกรรมประเภทนี้ต้องการเงินทุน, เทคโนโลยีและผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการสูง ปัจจัย ผลักดันที่สำคัญคือการที่ WTO ให้ประเทศไทยลดภาษีการนำเข้าวัตถุดิบทางยา ส่งผลให้ประเทศ เพื่อนบ้านอย่างจีน, อินเดีย ส่งวัตถุดิบเข้ามา มาก และมีต้นทุนถูกกว่าการซื้อจากแหล่งใน ประเทศ (2) อุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน ผู้มีบทบาทสำคัญคือบริษัทข้ามชาติ โดยใช้ การนำวัตถุดิบจากต่างประเทศมาผสมเป็นยาตำรับ ปัญหา คือ บริษัทาย้ายถิ่นฐานไปลงทุนใน ประเทศที่ค่าแรงถูกกว่า การแข่งขันของผู้ผลิตในประเทศอยู่ในสถานะที่ต้องแข่งขันกับบริษัท ข้ามชาติ แข่งขันระหว่างผู้ผลิตในประเทศ และแข่งกับหน่วยงานรัฐที่ผลิตยาเอง ขณะเดียวกัน ภาครัฐก็นำเข้ายาจากต่างประเทศมาก ต้นทุนบางอย่างการนำเข้าจากต่างชาติมีราคาถูกกว่าที่ ผลิตเอง (3) อุตสาหกรรมผลิตยาแผนโบราณ ปัญหา คือ การผลิตไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะต้อง แก้ไขด้วยการเพิ่มศักยภาพในการวิจัยและพัฒนา ให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานสากล และ (4)

อุตสาหกรรมการวิจัย โดยเฉพาะด้านการวิจัยยาสำเร็จรูป ซึ่งปัจจุบันยังไม่มียานวิจัยที่ตอบสนององค์ความรู้เพียงพอ

ในเวทีของการประชุมเชิงปฏิบัติการในการมองอนาคต ต่างมีความเห็นร่วมกันว่า ระบบอุตสาหกรรมยาภายในประเทศยังไม่เข้มแข็ง และการเปิดเสรีทางการค้าส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมยาของไทย นโยบายทางด้านภาษีไม่ส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรม แต่ระบบตลาดที่มีการแข่งขันกันจะทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการด้านยาด้วยราคาที่เป็นธรรม ทั้งนี้ระบบการเมืองมีอิทธิพลอย่างสูงต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยา ด้วยนโยบายการจัดซื้อยาารวมที่ทำให้ผู้ผลิตภายในประเทศลดจำนวนลง และภาคธุรกิจที่มีอิทธิพลเหนือการเมืองที่ให้ความสำคัญต่อการค้าและการนำเข้า

สำหรับยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาเพื่อการพึ่งพิงตนเองและเพื่อลดการนำเข้า ได้แก่ (1) ให้การสนับสนุนงานวิจัยด้านยา การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาและการตลาดยาอย่างทัดเทียมสากล (2) เร่งสร้างความร่วมมือกับประเทศในภูมิภาคให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วม และลดการพึ่งพิงประเทศตะวันตก

ในการดำเนินการตามกรอบกลยุทธ์และยุทธวิธีดังกล่าว องค์การและหน่วยงานรัฐและเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการได้แก่ กองทุนพัฒนานวัตกรรม, สำนักงานส่งเสริมอุตสาหกรรมรายสาขา (เกษตร), สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย, กรมส่งเสริมการค้าส่งออก, สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน, สภาวิจัย, สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนี้ได้จัดทำขึ้นในรูปของยุทธศาสตร์ด้านต่างๆ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์การจัดตั้งองค์กรเครือข่าย

ประเด็นหลักคือการสร้างองค์กรที่มีหน้าที่รับผิดชอบในภาพรวมโดยตรง และองค์กรที่คุ้มครองผู้บริโภค และองค์กรเครือข่าย รายละเอียดดังนี้

1.1 การจัดตั้ง สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบยา ตามข้อเสนอแนะของ

ศาสตราจารย์ นพ.ประเวศ วะสี (2545) ที่เป็นองค์กรอิสระจากระบบราชการ เพื่อทำงานอย่างต่อเนื่องและประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ หรือจัดตั้ง **กองทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)** โดยได้รับการสนับสนุนรายได้จากมูลค่าการขายยาที่ได้สิทธิผูกขาด หรือนำเข้ายา เพื่อนำมาพัฒนาระบบยาเพื่อการพึ่งตนเองในประเทศ

1.2 ในระดับชาติ มีหน่วยงานบริหารร่วมระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน พัฒนา “โครงสร้างพื้นฐาน” สำหรับการร่วมทุนระหว่างประเทศ เช่น มีหน่วยงานบริหารการร่วมทุน ด้านยาระหว่างประเทศในภาคพื้น (จีน, อินเดีย) เป็นต้น

1.3 **เครือข่ายองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค** ที่ไม่แสวงหากำไรในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น ที่มีความเชื่อมโยงและหนุนเสริมกันในลักษณะเครือข่ายเพื่อให้เอื้อต่อการทำงาน เช่น คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (จังหวัด) เพื่อดูแลพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ และเพื่อประสานความร่วมมือด้านทรัพยากรและพัฒนาการจัดระบบบริการในพื้นที่

1.4 เสริมสร้าง **กลุ่ม (ชุมชน) เพื่อสุขภาพ** พัฒนาศักยภาพเสริมความเข้มแข็ง กลุ่มองค์กรที่มีอยู่แล้วขยายเครือข่าย โดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นกระบวนการสร้างความรู้สู่ชุมชน ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ การประสานกับผู้เชี่ยวชาญภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

1.5 ผลักดันให้มี **หน่วยงานที่ดูแลและผลักดันการพัฒนาสมุนไพรแบบครบวงจร** ที่เป็นรูปธรรม ทำหน้าที่ประสานให้เกิดการร่วมมือแบบบูรณาการ และสร้างกลไกให้เกิดการนำสมุนไพรมาใช้ทดแทนยานำเข้าอย่างเป็นรูปธรรม ในทุกระดับ ตั้งแต่การผลิตการพัฒนาตำรับ การใช้ และติดตามประเมินประสิทธิผลทั้งทางคลินิก ทางเศรษฐศาสตร์ และอื่นๆ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการจัดการโครงสร้างพื้นฐานของระบบยา

ในการสร้างอนาคตระบบยาในปี 2555 รัฐจำเป็นต้องร่วมมือกับเอกชนสร้างโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับระบบยาในอีก 10 ปี ข้างหน้า โดยมีแนวทางการดำเนินการดังนี้

2.1 จัดทำ **แผนยุทธศาสตร์ระบบยาของชาติ** มีหน่วยงานรับผิดชอบผลักดัน **อย่างต่อเนื่อง** วิเคราะห์สภาพการณ์ แนวโน้ม นานโยบายแห่งชาติด้านยามาเป็นประกอบเป็นเป้าหมายส่วนหนึ่ง ปรับโครงสร้างการทำงาน ปรับบทบาทหน่วยงานองค์กรที่มีอยู่ให้หนุนเสริมกัน พัฒนาตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม ประเมินผลทั้งระบบ

2.2 จัดทำ **ฐานข้อมูลระบบยาของชาติ และค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ** **ข้อมูลข่าวสารทั้งเชิงวิชาการ เศรษฐศาสตร์ การวิจัยและพัฒนา และระบบกำลังคน** วิเคราะห์ การเงินการคลังด้านยา ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและติดตามประเมินผลนโยบายทางด้านยาได้ ประกอบด้วยข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยา (drug expenditure data) ข้อมูลการใช้ยา (drug utilization data) แสดงดัชนีชี้วัดการใช้ยาในทุกระดับ ข้อมูลราคา ยา (data on pharmaceutical price) ข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome data) ข้อมูลต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือโครงการเพื่อสุขภาพ (cost data on programs or treatments)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยา (information relating to the pharmaceutical industry) ผลกระทบสิทธิบัตรยา เป็นต้น

2.3 **ปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ** โดยการจัดตั้งหน่วยงานควบคุมกำกับกับการประกันสุขภาพของเอกชน **ขยายกองทุนหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน** และ พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายในระบบหลักประกันฯ และการให้เป็นธรรมกับผู้บริโภค รวมทั้งการได้มาตรฐานของสถานพยาบาลในเครือข่าย ด้านงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพจัดสรรงบประมาณส่งเสริม ป้องกัน ให้ชุมชนดำเนินการ โดยมีแนวทางให้ และมีการประเมินผลตามเกณฑ์ สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ตลอดจนถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชน พัฒนาโครงสร้างระบบบริการเภสัชกรรมเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพเพื่อดูแลประชาชนในท้องถิ่น

2.4 **ใช้มาตรการทางการเงิน ภาษี** เพื่อจูงใจให้ธุรกิจที่ไม่ขัดกับระเบียบการค้าลดภาษีหรือให้การอุดหนุนธุรกิจเกี่ยวกับยาโดยไม่ขัดต่อระเบียบการค้า

2.5 **มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาสำหรับประชาชน** ที่ “ถูกต้อง” “เป็นกลาง” ทันสมัย เพื่อสนับสนุนการใช้อย่างเหมาะสม ทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยทั้งในระดับของผู้ประกอบวิชาชีพจนถึงผู้บริโภค รวมทั้ง รัฐต้องเพิ่มมาตรการควบคุมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องทางสื่อต่างๆ อย่างเท่าทันสื่อ มีหน่วยกรองและกระจายข้อมูลข่าวสารของประเทศ สร้างเว็บไซต์องค์การสากลในเรื่องระบบยาที่มีมาตรฐานโปร่งใส knowledge ให้ประชาชนเข้าถึง สร้างเครือข่ายข้อมูลระบบยาของประเทศ และ จัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ กลั่นกรองเผยแพร่ข้อมูลด้านยา

2.6 **กำหนดมาตรการส่งเสริมการผลิตยาสามัญคุณภาพทดแทนการนำเข้ายาต้นแบบ** โดยสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ยา มีการวางแผนร่วมกัน

2.7 **สนับสนุนการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ภาคอุตสาหกรรมต้องการ**

3. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ

3.1 มีการนำ**แนวทางการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่**มาบริหารงาน ปรับปรุงระบบการขึ้นทะเบียนตำรับยา การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพยาทั้งในด้านการผลิต การประกันคุณภาพ และโครงสร้างราคา

3.2 **การควบรวมกิจการ หรือสร้างความร่วมมือระหว่างโรงงานอุตสาหกรรมผลิตยา** ด้วยกัน หรือกับบริษัทฯ หรือองค์การเภสัชกรรม และสถาบันต่างๆ ให้เกิดความมั่นคง ก้าวขึ้นสู่การแข่งขันระดับนานาชาติ จัดแบ่งภารกิจและใช้ทรัพยากรและทำให้เกิดประโยชน์ร่วมกันในการวิจัยและพัฒนา

3.3 วิเคราะห์ทางเลือกนโยบายและทดลองใช้กลไกค่าใช้จ่ายด้านยาที่เหมาะสมกับประเทศไทย ได้แก่ การควบคุมราคา (price control) ในระดับต่างๆ มาตรการเบิกจ่ายคืน (reimbursement measures) การกำหนดรายการยาให้เบิกหรือห้ามเบิก (positive list or negative list) การใช้ราคาอ้างอิง (reference price) การร่วมจ่าย (co-payment) การจ่ายยาสามัญทดแทน (generic substitution) ระบบใบสั่งยา (prescription control) ระบบควบคุมพฤติกรรม การสั่งจ่ายยาของแพทย์ เภสัชกร และผู้ประกอบการวิชาชีพอื่นๆ การตรวจสอบและ feedback การสั่งจ่ายยา และการติดตามผลการจ่ายยาให้มีประสิทธิผลอย่างประหยัด การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ (added value patient management service) เช่นบทบาทการให้การปรึกษาทางเภสัชกรรม

3.4 การจัดทำรายการยาจำเป็นพื้นฐานสำหรับประชาชน กำหนดคุณสมบัติของยาใน กลุ่มนี้ที่ประชาชนสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย มีข้อมูลชื่อสามัญ ข้อมูลการใช้ยา ข้อควรระวัง การปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้มีอาการดังกล่าว โดยเน้นให้เป็นยาไทย ยาแผนโบราณ และยาที่ผลิตในประเทศ สร้างให้เกิดความน่าเชื่อถือ และมีการกระจายถึงประชาชน

3.5 ใช้กลยุทธ์ทางการตลาด ในการกระจายข้อมูลคุณสมบัติของตำรับยาจากสมุนไพร ผ่านบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการ แล้วขยายผลสู่ผู้สั่งจ่ายยา และประชาชนผู้จ่ายต่อไป

3.6 เสริมศักยภาพความเข้มแข็งของผู้บริโภค ขยายเครือข่าย และพัฒนากระบวนการตรวจสอบ ให้ทำหน้าที่ควบคุมกำกับสำหรับภาคประชาชน ที่สามารถประสานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ เสริมความรู้และข้อมูลข่าวสารแก่องค์กรผู้บริโภค

4. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความรู้ งานด้านวิจัยและพัฒนา

งานด้านวิจัยและพัฒนานี้เพื่อเสริมสร้างเอกภาพในเชิงความคิด โดยมีแนวทางดังนี้

4.1 การปรับกระบวนการทัศน์ ในเรื่องการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ ไม่หวังพึ่งยา ลดความศรัทธาในยาหลง ไม่ให้ความสำคัญกับการใช้ยาเพื่อบำบัดรักษามากกว่าการใส่ใจด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ด้านการบริโภค การออกกำลังกาย สร้างความตระหนักในวิกฤติค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ ไม่เห็นว่ายาฝรั่งดีกว่ายาไทย ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเอง การใช้สมุนไพร อาหารที่มีคุณค่าทางยา

4.2 เพิ่มบทบาทของผู้ประกอบการวิชาชีพในการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรอย่างเหมาะสม ในทุกระดับตั้งแต่ แพทย์ เภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข โดยพัฒนาและนำความรู้จากการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนให้เกิดการนำสมุนไพรไทยใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

4.2 **ศึกษาวิจัยกลไกการพัฒนาระบบยาที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพโดยรวม** และวางแนวทางการศึกษาวิจัยตามแผนงานและหัวข้อวิจัยที่เสนอไว้ท้ายบทนี้ เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ตอบสนองต่อทิศทางการพัฒนาระบบยาในอนาคตที่พึงประสงค์ต่อไป

5. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนากำลังคน

5.1 **การพัฒนากำลังคนด้านเภสัชกรรม ให้มีคุณสมบัติและมีบทบาทในการบริการระดับปฐมภูมิ** ปรับกระบวนการวางแผนกำลังคน พัฒนารูปแบบการกระจายกำลังคนให้เป็นกำลังหลักของบริการด้านยาทั่วประเทศ การสร้างระบบพี่เลี้ยงและความร่วมมือในเครือข่ายในทุกภูมิภาค

5.2 **การผลิตเภสัชกรแผนไทย** ให้เรียนรู้และสามารถผลิตและพัฒนาตำรับยาสมุนไพรเพื่อการใช้ในระบบบริการสุขภาพ สามารถติดตามผลทางคลินิกและรวบรวมเป็น evidence-based Thai traditional medicine

5.3 **การผลิตกำลังคนเพื่อการผลิตและพัฒนาในทางอุตสาหกรรมให้มีองค์ความรู้และเรียนรู้เทคนิคใหม่ๆ** เช่น genome , biotechnology และ nanotechnology

6. ยุทธศาสตร์ด้านการศึกษา

6.1 **ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน** ร่วมมือภาคการศึกษา จัดระบบการเรียน การสอน ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง การส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ในการใช้ยาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ

6.2 **ปลูกฝังความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาให้แก่ชุมชน** โดยการประชาสัมพันธ์และใช้สื่อต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อประชาชน

แผนงานวิจัยระบบเภสัชกรรม

ประกอบด้วยการศึกษาเพื่อการวิเคราะห์ สังเคราะห์ โครงสร้าง กลไก ภารกิจของบริการด้านยา ที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายระบบสุขภาพ เพิ่มคุณภาพ ประสิทธิภาพ มีระบบตรวจสอบ ทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม มีการใช้ยาและสมุนไพรในท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านยาซึ่งมีคุณภาพได้โดยสะดวก มีกลไกควบคุมกำกับด้านยาที่มีประสิทธิภาพ ประเทศไทยสามารถพึ่งตนเองได้ในระบบยา ขณะเดียวกันสามารถสร้างความร่วมมือในภูมิภาค ในการลงทุน การวิจัยเพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมยาเพื่อการบริโภคในภูมิภาคเพื่อลดปัญหากระทบจากสิทธิบัตรยา และการค้าเสรี

หัวข้อวิจัย :

ระบบยาของประเทศ

- วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านยา ศึกษาแนวทางการลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่เหมาะสม
- โครงสร้าง กรอบรายการยาของประเทศไทย ตามหลักการพึ่งตนเอง
- การลดจำนวนรายการตำรับยาที่ไม่เหมาะสม ของประเทศไทย
- การปรับหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตำรับยาที่ใช้ในประเทศไทยให้มีเอกลักษณ์ ผู้ประกอบวิชาชีพและประชาชนสามารถทราบชนิดของยาที่ใช้
- หลักเกณฑ์การจัดแบ่งกลุ่มยาที่เหมาะสม ที่ทำให้เกิดการเข้าถึงยาที่จำเป็น โดยปลอดภัย
- ศึกษากลไกด้านราคาในรูปแบบต่างๆ เพื่อพัฒนาการใช้จ่ายของประเทศ
- ศึกษาวิจัยและจัดทำระบบการวิเคราะห์ “โครงสร้างราคา” ที่มีมาตรฐานราคา ยา ที่สมเหตุผล เปิดเผย และเป็นธรรมสำหรับผู้บริโภค
- พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้จ่ายในระบบหลักประกันต่างๆ และการให้เป็นธรรมกับผู้บริโภค รวมทั้งการได้มาตรฐานของสถานพยาบาล ในเครือข่าย
- ศึกษากลไกการจ่ายเงิน (payment method) ในระบบหลักประกันสุขภาพ วิธีต่างๆที่ทำให้เกิดการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ
- การให้ประชาชนร่วมจ่าย หรือหาบุคคลที่สามร่วมจ่าย (co-payment) รายการยาที่ ฟุ่มเฟือย มีความจำเป็นน้อยในการใช้
- แนวทางสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐร่วมกับเอกชนเพื่อจัดทำโครงสร้าง พื้นฐานรองรับระบบยาเพื่อการพึ่งตนเอง ในอนาคต
- บทบาทคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ ในการดูแลการใช้จ่ายและพัฒนาบริการด้านยา ในพื้นที่
- การพัฒนาและขยายกองทุนหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน

การใช้จ่ายของประชาชน

- การส่งเสริมการใช้จ่ายในการดูแลรักษาตนเอง (Self-Medication) อย่างมีประสิทธิภาพ
- การส่งเสริมการใช้สมุนไพร และอาหารเพื่อสุขภาพ แบบพึ่งตนเอง
- บทบาทเภสัชกรในการส่งเสริมการใช้จ่ายในการดูแลรักษาตนเอง
- การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านยาสำหรับประชาชน ที่ “ถูกต้อง” “เป็นกลาง” ทันสมัย เพื่อสนับสนุนการใช้จ่ายอย่างเหมาะสม

- ข้อกำหนดการให้ข้อมูลข่าวสารด้านยา ในสถานบริการทั้งในส่วนภาครัฐ และเอกชน
- การเฝ้าระวังการโฆษณาส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ยา อาหารเสริม
- การจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ กลั่นกรองเผยแพร่ข้อมูลด้านยา มาตรการควบคุมการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องทางสื่อต่างๆอย่างเท่าทัน
- ระบบการติดตาม ประเมิน การใช้ยาอย่างเหมาะสมในชุมชน
- การส่งเสริมให้เมืองคึกฤทธิ์ปรีชาดูแลการใช้ยาของชุมชน
- ศักยภาพประกอบเพื่อการพึ่งตนเองของคนไทย และแนวทางการพึ่งตนเองด้านยา
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดทิศทาง และการจัดการในระบบประกันสุขภาพ
- ความร่วมมือภาคการศึกษาในการจัดระบบการเรียน การสอน เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง

ระบบบริการเภสัชกรรม

- แนวทางการส่งเสริมให้เกิดการสั่งใช้ยาที่สมเหตุสมผล ในสถานบริการแต่ละระดับ
- การปรับโครงสร้างทางวิชาชีพ ให้เป็นกำลังหลักของบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ
- บทบาทร้านยาที่เหมาะสมในเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ
- การคัดกรองผู้ป่วยและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อส่งต่อ
- การพัฒนามาตรฐานการจ่ายยาสำหรับอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น (ยาในกลุ่ม Pharmacist Drug)
- รูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางเลือกผสมผสานในระบบบริการเภสัชกรรม
- การที่เอกชน เช่น ร้านยา หรือหน่วยงานเอกชน เข้ามาดำเนินงานบริการแทน (Out-Sourcing)
- กลไกการพัฒนาให้เกิดระบบการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ในภาคเอกชน
- การให้บริการจ่ายยาต่อเนื่อง (Refill prescription) แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในร้านยา
- การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ในสถานบริการแต่ละระดับ
- การประกัน มาตรฐานการส่งมอบยาที่ดีของเภสัชกร
- บทบาทเภสัชกรในทีมสุขภาพ ความร่วมมือกันในการดูแลสุขภาพประชาชน
- การเก็บประวัติการใช้ยา การให้คำแนะนำและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง
- การเชื่อมโยงข้อมูลประวัติการใช้ยาในสถานบริการแต่ละแห่ง
- ระบบการติดตามประเมินการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม และวิเคราะห์ผลย้อนกลับผู้สั่งใช้ยา

- กลไกผลักดันการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการเภสัชกรรมตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

ระบบควบคุมกำกับระบบยา/ระบบเภสัชกรรม

- การสร้างแรงจูงใจให้เกิดมาตรการควบคุมกำกับทางกฎหมายด้านยา (Law enforcement)
- กลไกการควบคุมคุณภาพของยาที่ผลิตและนำเข้า
- การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการตรวจสอบคุณภาพยา
- การสร้างเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคที่เข้มแข็ง ตั้งแต่ระดับประเทศถึงระดับชุมชน ทำงานอย่างต่อเนื่อง
- กลไกเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนกำกับ และการเพิ่ม self regulation
- การกระจายอำนาจด้านการคุ้มครองผู้บริโภค รูปแบบองค์กรอิสระในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

การวิจัยและพัฒนาของอุตสาหกรรมยาในประเทศ

- ศึกษาผลกระทบจากการเปิดเสรีการค้า แนวทางการลดผลกระทบ และเพิ่มโอกาสทางการค้า
- รูปแบบการรวมตัว ลักษณะความร่วมมือสำหรับอุตสาหกรรมยาในประเทศอาเซียน
- การจัดตั้งหน่วยงานบริหารการร่วมทุนด้านยาระหว่างภาครัฐกับเอกชน พัฒนา “โครงสร้างพื้นฐาน” สำหรับการร่วมทุนระหว่างประเทศ
- มาตรการลดปัญหากระทบจากสิทธิบัตรยา กฎหมายต่อต้านระบบผูกขาด (monopoly)
- แนวทางการสร้างความเข้มแข็งให้อุตสาหกรรมยาในประเทศ
- การพัฒนาสูตรตำรับ เทคโนโลยี การลงทุน ผลิตรายสำเร็จรูป จากวัตถุดิบที่มีในประเทศ
- มาตรการลดการนำเข้ายา แผนการใช้ยาและวัตถุดิบที่มีในประเทศและพัฒนาทางเลือกอื่นๆ
- มาตรการสนับสนุนอุตสาหกรรมยาจากภาครัฐ กฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- แนวทางร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชนและสถาบันการศึกษา เพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมยา

การพัฒนาด้านสมุนไพร

- การวางแผนและสนับสนุนการวิจัยที่ครบวงจร การวิจัยเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร และนำไปสู่การใช้ที่เหมาะสม
- การสร้างทัศนคติและค่านิยมการใช้สมุนไพรที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ
- การทบทวนและรวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ในชุมชน เช่น สมุนไพรท้องถิ่น การดูแลตนเอง
- แนวทางการบูรณาการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรการเรียนการสอน ในทุกระดับ
- การเพิ่มบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในการสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรอย่างเหมาะสม
- การส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ โดยระบบยาแผนไทย
- วิเคราะห์แนวทางการใช้สมุนไพรเพื่อแทนที่ยาแผนปัจจุบัน
- การพัฒนายาแผนไทย ตำรับยา การตรวจวิเคราะห์ และการใช้ในทิศทางที่สอดคล้องกับวิถีไทย
- การพัฒนาระบบควบคุม กำกับ และมาตรฐานยาแผนไทย
- การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาสมุนไพร
- การสร้างเครือข่าย และการร่วมมือเพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมยาสมุนไพรเพื่อการส่งออก

การพัฒนากำลังคนในระบบเภสัชกรรม

- ศึกษาความต้องการกำลังคนด้านเภสัชกรรมสำหรับชุมชน และคุณสมบัติของเภสัชกรชุมชน
 - การสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาระบบการกระจายเภสัชกรสู่ชุมชน และท้องถิ่น ทั่วประเทศ
 - การสร้างความร่วมมือระหว่างกองทุนหรือหน่วยงานในชุมชน กับคณะเภสัชศาสตร์ในการพัฒนากำลังคนด้านเภสัชกรรมเพื่อชุมชน
-

เอกสารอ้างอิง

คทา บัณฑิตานุกูล. ปฏิรูปบริการเภสัชกรรม เพื่อสุขภาพไทย (ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านเภสัชกรรม). นนทบุรี : โครงการปฏิรูปบริการสาธารณสุข. 2542.

คทา บัณฑิตานุกูล และคณะ . การสังเคราะห์วิสัยทัศน์ของประชาคมเภสัชกรสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี. 2543

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

พัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร. ระบบใบสั่งยา: บทเรียนจาก ประเทศเกาหลี ญี่ปุ่น และไต้หวัน.

เอกสารรายงานการบรรยายพิเศษโดยผู้เชี่ยวชาญจากประเทศเกาหลี ญี่ปุ่น และไต้หวัน. ห้องประชุม

โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร. วันที่ 26 กันยายน 2546

ฟาร์มาไทน์. ตลาดยาของโลกโต 8% ในปี 2545. เจาะข่าวตลาดยา. ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 / เมษายน 2546. หน้า 37.

วงการยา. ระบบใบสั่งยา: บทเรียนจาก ประเทศเกาหลี ญี่ปุ่น และไต้หวัน.. กองบรรณาธิการ เกาะติดสถานการณ. ตุลาคม 2546. หน้า 20-28.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ทุกข์ สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2539.

เชิญพร เตังอำนวย, นายกสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน. อภิปราย “ปัญหาคุณภาพยา :

ข้อบกพร่องทางวิชาการหรือ...?” การประชุมวิชาการประจำปี 2546 “วิทยาการสาน

เภสัชกรรมนำวิชาชีพ” และการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2545. จัดโดยเภสัชกรรมสมาคม

แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ วันที่ 28-29 มีนาคม 2546. ฟาร์มาไทน์ ปีที่ 1 ฉบับที่

5 / พฤษภาคม 2546. หน้า 29-32.

นพ. วิภูษ พูลเจริญ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. **สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข. 2543

ประเวศ วะสี. **ระบบยากับศีลธรรมของระบบสุขภาพ**. ใน คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. ระบบยาของประเทศไทย. 2545

ระบบยาของประเทศไทย. 2537. คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ด้วยการสนับสนุนของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.

ระบบยาของประเทศไทย. 2545. คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. โดยการสนับสนุนของ องค์การอนามัยโลก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชน: การพัฒนา**

องค์ความรู้จากทฤษฎีและการวิจัย นนทบุรี. 2542

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. **การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**. โรงพิมพ์ อุดมการพิมพ์.
กรุงเทพมหานคร. 2543

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ** ในปี 2544. กรุงเทพมหานคร.
2545

สุพรชัย กองพัฒนากุล. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์. นกอด ทองนพเนื้อ. และ รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์.

การวิจัยอนาคตระบบยาของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี, 2543

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ และคณะ. รายงานความก้าวหน้า โครงการจัดทำบัญชีรายการยา บัญชีราคายา และ
ระบบข้อมูลยาที่เบิกจ่าย สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. เสนอ สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข./กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. สิงหาคม 2546

Anne Mills. **Achieving Universal Coverage in Health Systems : Strategies and Pre-requisites**. Paper presented to the first biennial health systems research and development "Toward the healthy health system". 1-2 February 1996. Health
Systems Research Institute, Thailand. 1996.

Cipolle RJ, Strand LM, and Morley PC. A reimbursement system for pharmaceutical care.
Pharmaceutical care practice. McGraw-Hill, 1998. pp. 267-296.

Kutzin J. **Towards Universal Health Care Coverage, A Goal-oriented Framework for Policy Analysis**. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. July 2000. The
International Bank for Reconstitution and Development / The World Bank.
Washington DC. 2000.

Moody, M.M. **Health promotion and health education**. In Winfield, A.J. and Richards,
R.M.E. (eds.) *Pharmaceutical Practice*. 2nd ed. London. Churchill Livingstone. 1998.

OECD. **The reform of health care**. Health Policy Studies no 2, OECD, Paris. 1992

Deloitte and Touche Consulting Group. **Managing medicines : Managing care**. Managed
care : An opportunity or threat to British pharmacy. Discussion paper. March 1996.

Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. London. 1996.

Richard Waddington. Reuters Health, Geneva. **สหรัฐฯ เจ้าเก่าถ่วงข้อตกลงแก้ปัญหาให้
ประเทศยากจน**. ฟาร์มาไทม์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 6 / มิถุนายน 2546. หน้า 38-40 2546

เอกสารประกอบ 1

เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบบริการเภสัชกรรม

คณะทำงานศึกษาระบบบริการ
ภญ.ดร.พัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิกโร
ภญ.อุษาวดี มาลีวงศ์

การบริการยาในอีก 10 ปีข้างหน้า

ภ.ญ.ดร.พัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิกไกร

ภ.ญ.อุษาวดี มาลีวงศ์

บทนำ

ระบบบริการด้านสุขภาพของไทย มีการปรับเปลี่ยนจากอดีตที่ผู้คนพึ่งพาตนเองโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการดูแลสุขภาพอนามัย กลายเป็นการพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขสมัยใหม่เป็นสิ่งสำคัญ ปัญหาด้านสุขภาพส่วนหนึ่งได้ถูกแก้ไข คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น เด็กเกิดใหม่มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น โรคติดต่อหลายชนิดถูกกำจัดและควบคุมได้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบในระบบบริการด้านสุขภาพในปัจจุบันอันได้แก่ ความไม่เท่าเทียมในระบบบริการ การไม่เข้าถึงการบริการ การไม่มีประสิทธิภาพของระบบบริการ การมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลโดยขาดการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นตัวผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อขจัดปัญหาความไม่เป็นธรรม ไม่มีประสิทธิภาพ และความไม่เสมอภาคในระบบสาธารณสุข⁽¹⁾ จากแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2542-2544 ที่ให้เห็นภาวะวิกฤติด้านสาธารณสุข ว่าระบบการบริการสาธารณสุขสร้างประโยชน์ไม่คุ้มค่า สังคมไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการสาธารณสุขถึงปีละ 200,000 ล้านบาท และธนาคารพัฒนาเอเชียคาดว่า ค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะเพิ่มสูงขึ้นอีก 5 เท่า ภายในเวลา 2-3 ทศวรรษข้างหน้า ค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้ ประเมินร้อยละ 35 เป็นค่าใช้จ่ายทางด้านยา ในขณะที่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีค่าใช้จ่ายทางด้านยาเพียงร้อยละ 10-20 ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ และในตัวยาระบบบริการด้านยาเองก็พบปัญหามากมาย ทั้งพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของประชาชน การไม่เข้าถึงการบริการด้านยา การใช้ยาเกินความจำเป็น และการขาดคุณภาพของสถานบริการด้านยาที่มีอยู่ในปัจจุบัน ฯลฯ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความไม่มีประสิทธิภาพ และความไม่คุ้มค่าของการบริการด้านยาในประเทศไทย ดังนั้นการมองภาพอนาคตของระบบบริการด้านยาก็น่าจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในระบบสุขภาพของไทยต่อไป

การบริการด้านยากับบริบทสังคมไทย

ในสมัยก่อนการจ่ายยาจะผสมผสานอยู่ในกระบวนการรักษา เริ่มจากเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ประชาชนจะไปที่โรงหมอพบแพทย์ให้วินิจฉัย และเขียนใบสั่งยาให้เภสัชกรปรุงยา ตามหลักฐานในหนังสือตำราพระโอสถของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช พบว่ามีตำรับยาถึง 81 ตำรับ ทั้งยาไทยและยาฝรั่ง ของนายแพทย์ชาวฝรั่งเศส “เดอ เมส์” ที่เป็นแพทย์หลวงขณะนั้น ด้านการรักษาทางการแพทย์แผนไทย ก็เป็นการตรวจแล้วจึงเจียดยาหรือจัดยาให้ จนกระทั่งถึงสมัยรัตนโกสินทร์ ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 3) ได้มีการติดต่อค้าขายกับต่างประเทศมากขึ้น และเมื่อนายโรเบิร์ต ฮันเตอร์ ชาวสกอต เข้ามาเมืองไทยในปี พ.ศ. 2367 และเปิดห้างสรรพสินค้าแรกของไทยขึ้น มีการนำเข้ายาควินินมาจำหน่าย และมีการโฆษณาขายยาแผนปัจจุบันเป็นครั้งแรก จนถึงสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (รัชกาลที่ 5) การแพทย์แผนตะวันตกเริ่มเป็นหลักในการรักษาพยาบาล มีการเปิดโรงพยาบาลเพื่อการรักษา ต่อมาเมื่อธุรกิจการค้าจากต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะธุรกิจการขายยา มีร้านขายยาเพิ่มขึ้นมาก ตอนแรกจะเป็นการให้บริการที่มีทั้งแพทย์รักษาโรค และขายยาไปด้วย เป็นรูปแบบของคลินิก จนเมื่อปี พ.ศ. 2485 เกิดสงครามมหาเอเชียบูรพา ร้านขายยาเล็ก ๆ ได้เกิดขึ้นมาก และเป็นธุรกิจที่สร้างความร่ำรวย และเมื่อสงครามสิ้นสุดลงธุรกิจยาต่างประเทศได้หลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทย มีการตั้งตัวแทนจำหน่ายของบริษัทยาข้ามชาติ เกิดระบบการจัดจำหน่าย มีตัวแทนที่เป็นร้านยาขายปลีกให้ประชาชน จนต้องมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.ยา 2510 เพื่อควบคุมการขายยา และการผลิตยา (สามารถ อังศุสิงห์, 2537)

พระราชบัญญัติยาได้จัดแบ่งประเภทร้านยาเป็น 4 ประเภท คือ 1. ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่ตามกฎหมายจะต้องมีเภสัชกรเป็นผู้ปฏิบัติการ 2. ร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่มีไซยาโนไตรและยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) ที่มีพยาบาลหรือผู้ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ปฏิบัติการ 3. ร้านขายยาสำหรับสัตว์ (ขย.3) รับผิดชอบโดยเภสัชกรเช่นกัน และ 4. ร้านขายยาแผนโบราณ ที่มีเภสัชกรแผนโบราณเป็นผู้ปฏิบัติการ ในทางปฏิบัติ ร้าน ขย.1 มีทั้งประเภทที่มีเภสัชกรปฏิบัติการประจำตลอดเวลา (กลุ่มเภสัชกรชุมชน ที่ส่วนใหญ่ เภสัชกรผู้ปฏิบัติการจะเป็นเจ้าของร้านเอง) และประเภทที่มีเภสัชกรปฏิบัติการบางเวลา ส่วนร้าน ขย.2 ผู้ที่ทำหน้าที่จ่ายยาให้แก่ประชาชน ก็คือเจ้าของร้านที่พอจะมีความรู้ด้านยา หรือเด็กผู้ช่วย และยาที่มีครอบครองพร้อมจ่ายที่ร้าน ก็มีมากเกินกว่าที่กฎหมายอนุญาต ดังนั้น ร้านยาจึงมีรูปแบบและคุณภาพการบริการที่หลากหลาย

จากการทบทวนเอกสาร เกี่ยวกับรายงานวิจัย เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทย และการบริการที่ร้านยา หลายรายงานระบุว่า ร้านยาเป็นด่านแรกของประชาชนเมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนร้อยละ 47.5 – 74.5 นิยมเลือกที่จะซื้อยากินเอง โดยเฉพาะประชาชนในชุมชน

ชนบท (พัชรารมณ ปัญญาภูมิไกร, 2543; สถิตพงศ์ ธนวิริยกุล และคณะ, 2539; เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ และ วิมล อนันตสกุลวัฒน์, 2531) และล่าสุดข้อมูลการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย (2545) ได้ระบุว่าจากการสำรวจจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ปี 2524 - 2543 พบว่าพฤติกรรมการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยเปลี่ยนไป โดยตั้งแต่ปี 2524 เป็นต้นมา ประชาชนมีแนวโน้มที่จะใช้บริการจากสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 68.1 เป็น ร้อยละ 88.0 ในปี 2539 แต่หลังจากเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทย ทำให้แนวโน้มของการที่ประชาชนซื้อยากินเอง กลับมาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 16.8, 15.4, และ 18.6 ในปี 2541, 2542, และ 2543 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการกระจายยาผ่านช่องทางร้านยา เป็นระบบที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก และเป็นอิสระจากการรักษาโดยแพทย์ (ระบบยาของประเทศไทย, 2545)

นอกจากนี้ จากการศึกษาสภาพการใช้จ่ายในร้านยา (สถิตพงศ์ ธนวิริยกุล และคณะ, 2539) พบว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 52.8 ซื้อยาโดยระบุอาการ รองลงมาเป็นการเรียกหา ยา โดยระบุชื่อหรือนำตัวอย่างหรือบอกลักษณะยา มีการซื้อยาตามใบสั่งยาจากแพทย์เพียงร้อยละ 1.8 นั่นคือ ประชาชนจะดูแลตนเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยจะซื้อยาเพื่อบรรเทาอาการเบื้องต้น และร้านยาเป็นเสมือน “ที่พึ่งด้านสุขภาพ” ที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ประหยัด และอยู่ในชุมชน

เมื่อมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง โรงพยาบาลจะเป็นที่ให้บริการ ซึ่งระบบบริการจะเป็นการแยกบทบาทความรับผิดชอบ และการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ โดยแพทย์ทำหน้าที่วินิจฉัยรักษาโรค เกสัชกรหรือห้องยาจะจ่ายยาและให้คำแนะนำ พยาบาลดูแลพยาบาลและฟื้นฟู เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลยังเป็นปัญหา เนื่องจากมีการกระจุกตัวให้บริการเฉพาะในชุมชนเมือง ทำให้เกิดปัญหาด้านการบริการที่ไม่ทั่วถึง ต้องใช้เวลานาน จึงก่อเกิดธุรกิจบริการสุขภาพที่เฉพาะทาง เพื่อให้ตรงเป้าหมาย และลดเวลาในการไปรับบริการในแต่ละครั้ง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพบางหมวดหมู่ เช่น กลุ่มยาลดความอ้วน กลุ่มเสริมความงามหรือปัญหาด้านผิวพรรณ โรคเฉพาะทางบางอย่าง ฯลฯ กลายเป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมการตลาด และเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความแตกต่างทางธุรกิจ

สภาพปัจจุบัน

1.ระบบบริการด้านสุขภาพและระบบบริการด้านยา

ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน แบ่งเป็น 4 ระดับ ⁽²⁾ คือ

1.Primary Health Care (PHC) เป็นการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชน โดยประชาชน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชน เน้นงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน

2.ระดับปฐมภูมิ Primary Care (1st Care) เป็นการบริการระดับต้นที่ถือเป็นด่านหน้าของการให้บริการสุขภาพทั่วไป การบริการในระดับนี้เกิดขึ้นสถานีนามัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชาชนมีส่วนร่วมบ้างในการดูแลสุขภาพของตน นอกจากหน่วยงานของรัฐ ยังมีหน่วยงานเอกชนอื่น เช่น ร้านยาในชุมชนที่มีส่วนในการร่วมให้บริการในระดับนี้

3.ระดับทุติยภูมิ Secondary Care (2nd Care) เป็นการบริการด้านสุขภาพ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจากระดับปฐมภูมิ มีแพทย์รองรับการบริการ การบริการในระดับนี้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน มีการให้บริการทั้งในส่วนการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งต่อผู้ป่วย การบริการด้านยาจะเน้นไปในเรื่องการใช้ยาเพื่อการรักษา

4.ระดับตติยภูมิ Tertiary Care (3rd Care) เป็นการบริการด้านสุขภาพ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจากระดับทุติยภูมิ มีแพทย์รองรับการบริการ เป็นบริการเฉพาะทางที่ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงการบริการในระดับนี้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีการให้บริการที่เน้นในส่วนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย บริการด้านยาจะเน้นไปในเรื่องการใช้ยาเพื่อการรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง และมีกรอบการใช้ยาที่กว้างขวางกว่าในระดับอื่นๆ

นอกจากนี้ ยังมีระบบที่เป็นทางเลือกอื่นๆ รวมทั้งการพึ่งตนเองของประชาชน

2.กิจกรรมการบริการด้านยา

2.1 ในโรงพยาบาล

จากการสำรวจกิจกรรมการบริการด้านยาในส่วนของโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน⁽³⁾ พบว่า นอกเหนือจากการจ่ายยา เภสัชกรในโรงพยาบาลยังมีการทำบริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ให้แก่ผู้ป่วย ในหลายๆกิจกรรมดังต่อไปนี้ เช่น การรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาการบริการตอบคำถามเกี่ยวกับยา (Drug Information service) การทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยในการจัดยาแบบหนึ่งวัน (One day Dose) ให้แก่ผู้ป่วยในการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา (Drug Counseling) การทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยนอก การติดตามปัญหาการใช้ยา ส่วนงานบริการด้านยาที่ยังทำน้อยนั้นได้แก่ การบริการออกเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้านและการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อออกเยี่ยมบ้าน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังพร้อมแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าการดำเนินกิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรมในโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าโรงพยาบาลของเอกชน

2.2 ในร้านยา

ร้านยามีการดำเนินกิจกรรมการบริการด้านยา และการทำบริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ให้แก่ผู้ป่วย⁽⁴⁾ ดังนี้ การบริการจ่ายยาสำหรับโรคทั่วไป การให้คำแนะนำในการใช้ยาและการปฏิบัติตัว การให้บริการปรึกษาปัญหาเรื่องยาและสุขภาพ ส่วนงานบริการด้านยาที่ยังทำน้อยนั้นได้แก่ การบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย การใช้คอมพิวเตอร์ในการเก็บประวัติการใช้ยา การติดตามดูแลผู้ป่วยตามบ้าน การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ การจ่ายยาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการส่งต่อผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามในส่วนกิจกรรมการบริการด้านยาในสถานบริการต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน นั้นมีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นลำดับ

2.3 ในสถานบริการอื่นๆ

ตามกฎหมายใน พ.ร.บ.ยา (2510) แพทย์สามารถจำหน่ายยา และสามารถปรุงยาเพื่อการรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลได้เช่นกัน

2.4 การขายตรง

แม้ว่าตามกฎหมายของไทย ยังไม่อนุญาตให้การขายตรงผลิตภัณฑ์ยาและอื่นๆ ที่ครอบคลุมใน พ.ร.บ. ยา แต่เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต จึงเกิดการขาย online ขึ้น

นอกจากนี้ มีบุคคลและบริษัทบางกลุ่ม ได้ใช้ช่องว่างทางกฎหมาย หรือหลีกเลียงกฎหมาย ทำการขายและแนะนำสินค้าเพื่อสุขภาพ ด้วยการขายตรงด้วย

2.5 นอกระบบ

การบอกต่อ การโฆษณาชวนเชื่อ และปัญหาของการเข้าไม่ถึงการบริการในระบบ ทำให้เกิดการลักลอบจำหน่ายยานอกระบบมากขึ้น เช่น การลักลอบนำเข้ายา การโฆษณาชวนเชื่อ การผลิตหรือจำหน่ายยาที่ไม่ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฯลฯ

ระบบบริการด้านยา เป็นองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพไทย จะเห็นได้ว่าการบริการด้านยาเกิดขึ้นในระบบสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนับตั้งแต่ระดับการบริการขั้นปฐมภูมิขึ้นไป โดยมีโรงพยาบาล สถานือนามัย คลินิก และร้านขายยาเป็นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ แต่จากสภาพปัจจุบัน จะพบปัญหาในระบบบริการด้านยา ดังนี้

1. การบริการในภาครัฐและภาคเอกชนแยกกัน ไม่มีระบบเครือข่ายการให้บริการร่วมกันอีกทั้งการบริการสุขภาพในภาคเอกชนนั้นส่วนใหญ่เป็นการบริการที่ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายเองโดยไม่สามารถเบิกจ่ายคืนจากรัฐ

2.เกิดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ เช่น การที่โรงพยาบาลต้องให้บริการในส่วน Primary Care แทนที่จะเป็นบทบาทของ สถานีอนามัย หรือร้านยา หรือการมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ใช้บริการผู้เชี่ยวชาญโดยไม่จำเป็น

3.ประชาชนเลือกใช้บริการตามความพอใจและการเข้าถึง ขาดระบบที่จะควบคุมระดับการบริการ - คุณภาพของสถานบริการ

4.ไม่เกิดการเชื่อมโยงในระบบการให้บริการ และไม่เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Refer system)

5.การเข้าหาระบบการให้บริการยังไม่ทั่วถึง (Access) ทำให้ประชาชนในชนบทต้องพึ่งพาสถานบริการนอกระบบ ก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาชุดยาของ ยาแก้ปวดเมื่อย ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพในระยะยาว

6.พฤติกรรมการใช้ยาเกินความจำเป็น (Overused) ของประชาชนในเขตเมืองที่เข้าถึงการบริการได้ง่ายแต่มีค่านิยมในการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็นแม้ในการเจ็บป่วยเล็กน้อย ขาดพฤติกรรมการดูแลตนเองเบื้องต้น

7.ความเหลื่อมล้ำของการให้บริการสุขภาพ เช่นประชาชนในเขตเมืองได้รับการด้านสุขภาพ – ยา - เทคโนโลยีที่ทันสมัยกว่าประชาชนในเขตชนบท ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาความแตกต่างของคุณภาพ สถานบริการและการกระจายตัวของสถานบริการที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัยที่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการด้านยา

ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน มีความเปลี่ยนแปลงจากเดิมในทางที่ดีขึ้น สืบเนื่องจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งในส่วนของปัญหาในระบบสุขภาพเอง และจากอิทธิพลของความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายนอก ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อค่าบริการด้านยาไปด้วย โดยปัจจัยที่น่าจะมีผลกระทบต่ออนาคตของการบริการด้านยา ได้แก่

1.มาตรการทางกฎหมาย กฎระเบียบและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ^(5,6)

1.1 พระราชบัญญัติยาใหม่

ปัจจุบันได้มีการนำเสนอพระราชบัญญัติยาใหม่ เพื่อแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องและความล้าสมัยของพระราชบัญญัติยาเดิม ในเนื้อหาบางประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริการด้านยา ได้แก่ การแบ่งประเภทยาใหม่ พระราชบัญญัติยาใหม่ที่จะเกิดขึ้น จะแบ่งยาออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 1.Prescription Drug เป็นรายการยาสำหรับแพทย์เป็นผู้คัดเลือกให้กับประชาชน
- 2.Pharmacist Drug เป็นรายการยาสำหรับเภสัชกร เป็นผู้คัดเลือกให้กับประชาชน

3. OTC Drug เป็นยาสามัญประจำบ้านที่ประชาชนสามารถเลือกหาใช้ได้เอง

จะทำให้บทบาทของการให้บริการด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละส่วน มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น พระราชบัญญัติยาใหม่ มีแนวคิดในการเสนอระบบแยกผู้สั่งจ่ายยา และผู้จ่ายยา (Prescribing-Dispensing System) ออกจากกัน เพื่อให้เกิดการตรวจสอบทบทวน การสั่งใช้ยาของแพทย์ และเน้นคุณภาพการบริการตามความเชี่ยวชาญของแต่ละฝ่าย และการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพและด้านยาได้สะดวกขึ้น

อย่างไรก็ตามแนวคิดในการแยกผู้สั่งจ่ายยา และผู้จ่ายยาออกจากกัน นั้นยังเป็นข้อถกเถียง กันอยู่ในที่ประชุมไตรภาคี ซึ่งประกอบด้วย อ.ย. แพทยสภา และสภาเภสัชกรรม ว่าจะสามารถ ดำเนินการได้หรือไม่ ซึ่งในบทสรุปจากที่ประชุมไตรภาคี สรุปว่าให้ประชาชนผู้ใช้บริการเป็น ผู้ตัดสินใจเองว่าต้องการจะเลือกรับยาจากแพทย์ หรือต้องการจะรับใบสั่งยา สถานการณ์เช่นนี้อาจ ถือเป็นการชะลอตัวของการจะเปลี่ยนแปลง การแยกผู้สั่งจ่ายยา และผู้จ่ายยาออกจากกัน แต่หากมีทำความเข้าใจกับประชาชนถึงผลดีที่ประชาชนจะได้รับจากระบบดังกล่าว ก็น่าจะเป็น จุดเริ่มต้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

ความพยายามของ อ.ย. ที่เป็นรูปธรรมในการเสนอระบบแยกผู้สั่งจ่ายยา และผู้จ่ายยา ออกจากกัน คือการทำ Pilot Study ในการจัดกลุ่มพื้นที่ (Zoning) ที่มีความพร้อม คือมีร้านยาที่ ผ่านการรับรองคุณภาพ ทดลองใช้ระบบแพทย์เป็นผู้สั่งยา และเภสัชกรในร้านยามาตรฐานเป็น ผู้จ่ายยาตามใบสั่ง เพื่อดูความเป็นไปได้ของระบบ โดยใช้กลไกของ พรบ.วัตถุออกฤทธิ์ และ พรบ.ยาเสพติดฯ

1.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁾

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมีเป้าหมายให้คนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้าน สุขภาพ ที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติ และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่าย ในการบริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น การบริการขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับคือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกัน ความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.3 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพดีถ้วนหน้าจะเน้นบทบาทของการบริการ ปฐมภูมิ (Primary Care) การเพิ่มบทบาทและพัฒนาศักยภาพของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ เป็นบริการด่านแรกที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ และเน้นบทบาทการ ให้บริการแบบเครือข่ายของ สถานบริการในระดับต่างๆ ในส่วนพระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติก็เปรียบเสมือนเครื่องมือที่จะนำไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งมีการระบุถึงรูปแบบการให้บริการ ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการด้านสุขภาพ และเงื่อนไขการที่จะเข้า

เป็นหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการดังกล่าว ซึ่งจะทำให้เกิดการยกระดับมาตรฐานของการให้บริการของสถานบริการต่างๆ ที่ต้องการเป็นหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการ เช่น ร้านยาที่ต้องการเข้าเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ จะต้องผ่านการรับรองคุณภาพร้านยาก่อน (Accreditation)

1.4 มาตรฐานและการปฏิบัติวิชาชีพ

เช่น พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม และมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม จะเป็นตัวควบคุมมาตรฐานและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงการยกระดับมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุขในแต่ละส่วน เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการรับรองมาตรฐานร้านยา เป็นต้น

“มาตรฐานร้านยา” ของสภาเภสัชกรรม

สภาเภสัชกรรมเห็นความสำคัญของร้านยา ที่มีบทบาทในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ประชาชนได้ดูแลตนเองยามเจ็บป่วยเบื้องต้น ด้านการใช้ยาอย่างเหมาะสม และเพื่อให้ร้านยาพัฒนาบทบาทให้เกิดความยอมรับในการเป็นหน่วยหนึ่งแห่งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้พัฒนาและจัดการยกระดับคุณภาพ ร้านยาให้สามารถเป็นที่พึ่งแก่ประชาชนและสังคมโดยรวมได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยดำเนินการให้มีการรับรองคุณภาพร้านยาขึ้น และพัฒนา “มาตรฐานร้านยา” เพื่อใช้เป็นคู่มือ แนวทางในการบริการของเภสัชกรชุมชนที่ร้านยา และเป็นเกณฑ์ในการประเมิน ปัจจุบันได้ดำเนินการจัดทำมาตรฐานร้านยา รายละเอียดของคู่มือ แนวทางการประเมินตนเอง แนวทางการเยี่ยมสำรวจ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และได้มีการเยี่ยมสำรวจหลายรอบ ปัจจุบันมีร้านยาที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสภาเภสัชกรรม (ทั้งใน กรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด) รวม 78 ร้าน

เป้าหมายของการรับรองคุณภาพ

เป้าหมายการรับรองคุณภาพ ได้แก่

1. การกระตุ้นให้ร้านยาเกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. การสร้างความเชื่อมั่นต่อสังคม ร้านยานับเป็นหน่วยหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ จะต้องสร้างความมั่นใจให้กับสังคมที่มีต่อระบบบริการของร้านยา ด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอก ซึ่งมีความรู้ และเข้าใจระบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ระบบการส่งต่อและเชื่อมโยง กระบวนการคุณภาพ เข้าไปประเมินตามกรอบที่กำหนด
3. การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพ เน้นความเชื่อมโยงและเหมาะสมกับสังคมไทย

แนวทางการประเมินคุณภาพและรับรองระบบ

การประเมินและการรับรองคุณภาพร้านยาเป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้ร้านยามีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการอย่างมีระบบ โดยมุ่งผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง บนสิทธิที่ผู้รับบริการพึงจะได้รับจากการปฏิบัติวิชาชีพ การมีส่วนร่วมกับชุมชนหรือสังคม มีระบบที่เอื้อต่อการตรวจสอบจากภายนอก แนวทางการประเมินจะพิจารณาทั้งในส่วนที่เป็นกระบวนการบริหารจัดการเชิงคุณภาพ และการประเมินการปฏิบัติ (Performance Appraisal) ที่เน้นความถูกต้องตามมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติด้านเภสัชกรรมบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งมอบยาเป็นสำคัญ การรับรองคุณภาพจะดำเนินการโดยองค์กร หรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญอิสระภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันความน่าเชื่อถือของผลการรับรอง

การประเมินคุณภาพร้านยา ส่วนหนึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกิจกรรมหรือการบริหารจัดการ กับมาตรฐานเกณฑ์ หรือตัวบ่งชี้ (Indicators) ที่ถูกกำหนดขึ้นทั้งนี้เพื่อให้การปฏิบัติงานนั้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ บนพื้นฐานแห่งมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน อย่างไรก็ตามการประเมินในลักษณะดังกล่าวเป็นกระบวนการที่เป็นไปในลักษณะเกี่ยวข้องกับการวัดในเชิงปริมาณ เน้นความเป็นปรนัย ความเที่ยงตรง และการใช้เครื่องมือ แต่เนื่องจากร้านยานั้นจะมีความแตกต่างกันในประเด็นของตัวบ่งชี้ ตัวแปรที่สำคัญสำหรับการประเมินบางตัวนั้นไม่สามารถวัดได้เชิงปริมาณ เช่น การบริหารความเสี่ยง ความมุ่งมั่น ความมีส่วนร่วม และกระบวนการหรือทักษะการปฏิบัติซึ่งนับว่าเป็นประเด็นที่สำคัญ ดังนั้นนอกเหนือจากการใช้ตัวบ่งชี้ หรือค่ามาตรฐานแล้วการตรวจสอบความสอดคล้อง ระหว่าง “ผลที่ได้กับวัตถุประสงค์” โดยเฉพาะวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจึงเป็นแนวทางที่ใช้ประกอบรวมกันกับการประเมินในลักษณะของการวัด กล่าวโดยสรุป แนวทางการประเมินคุณภาพร้านยา เป็นการประเมินในลักษณะที่สอดคล้องกับวิธีการเชิงธรรมชาติ (Naturalistic approach) ตามแนวคิดเชิงอัตถนิยม (Subjectivism) ซึ่งอยู่บนหลักการของวิธีดำเนินงานที่ยืดหยุ่น รวบรวมข้อมูลรอบด้านตามสภาพธรรมชาติ เน้นการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง พยายามวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยหลักการเชื่อมโยงเหตุผล การสังเกตและการวิเคราะห์เบื้องต้นจะนำไปสู่ความเข้าใจ การสังเกตและการวิเคราะห์ขั้นลึกต่อไป และใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ เป็นเกณฑ์สำคัญในการสรุปผล

เกณฑ์ขั้นต่ำของร้านยาที่ต้องการสมัครเพื่อการรับรองคุณภาพ

มาตรฐานที่ 1. สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ 1. สถานที่ที่มีความมั่นคง แข็งแรง มีพื้นที่เพียงพอแก่การประกอบกิจกรรม มีอาณาบริเวณแยกจากสถานที่แวดล้อมเป็นสัดส่วน 2. สถานที่สะอาด มีแสงสว่างเหมาะสม อากาศถ่ายเท รวมถึงมีระบบหรืออุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย 3. มีบริเวณที่จัดวางเรียงยาที่ต้องปฏิบัติตามโดยเภสัชกรเท่านั้น และเป็นที่รับรู้ของผู้รับบริการอย่างชัดเจน 4. มีส่วนให้คำแนะนำและคำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน และมีป้ายแสดงเห็นเด่นชัด 5. มีป้ายแสดงว่าเป็น “ร้านยา” 6. มีป้ายแสดงชื่อ รูปถ่าย เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการของเภสัชกรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ ไว้ในที่เปิดเผย 7. มีป้ายสัญลักษณ์ที่เป็นไปตามข้อกำหนดของใบอนุญาตและประเภทของยา 8. มีป้าย “รับใบสั่งยา” แสดงให้เห็นชัดเจนในบริเวณที่ปฏิบัติงานโดยเภสัชกร (professional service area) 9. ยาที่มีไว้เพื่อบริการ ควรอยู่ในภาชนะเดิมที่มีฉลากครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด ไม่ควรมีการเปลี่ยนถ่ายภาชนะ มาตรฐานที่ 2. การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นเภสัชกรที่สามารถประกอบวิชาชีพตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ	มาตรฐานที่ 3. การบริการเภสัชกรรมที่ดี 1. มีระบบควบคุมยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาควบคุมพิเศษอื่นๆ ที่รัดกุมและสามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา 2. มีการสอบถามและได้รับความเห็นชอบของผู้สั่งจ่ายยาทุกครั้ง เมื่อมีการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขหรือการปรับเปลี่ยนใบสั่งยา 3. มีเภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยาให้แก่ผู้มารับบริการโดยตรง 4. ห้ามส่งมอบยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้กับเด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี ในทุกกรณี มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม 1. ไม่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต หรืออยู่ในระหว่างการพักใช้ใบอนุญาตที่เกี่ยวข้อง 2. มีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบ (laws and regulations) รวมถึงการจัดทำรายงานเอกสารในส่วนที่เกี่ยวข้อง 3. มียาที่ตรงกับประเภทที่ได้รับอนุญาต และถูกต้องตามกฎหมาย 4. เก็บใบสั่งยา และเอกสารที่เกี่ยวข้องไว้เป็นหลักฐาน ณ สถานที่จ่ายยาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และทำบัญชีการจ่ายยาตามใบสั่งยา 5. ให้ความเคารพและเก็บรักษาความลับ ข้อมูลของผู้ป่วย (patient confidentiality) โดยจัดระบบป้องกันข้อมูลและรายงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 6. ไม่จำหน่ายยาที่อยู่ในความรับผิดชอบของเภสัชกร ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ 7. ไม่ประพฤติหรือปฏิบัติการใดๆ ที่ส่งผลกระทบต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและวิชาชีพอื่นๆ มาตรฐานที่ 5 การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม ไม่มีผลิตภัณฑ์ที่บั่นทอนต่อสุขภาพอยู่ในส่วนที่รับอนุญาต เช่น บุหรี่ สุรา เครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ เป็นต้น
---	---

2.ความเคลื่อนไหวขององค์กรประชาชน และองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค

ความเคลื่อนไหวขององค์กรประชาชน และองค์กรพัฒนาเอกชน ในประเด็นทางด้านสุขภาพ เริ่มมีความเด่นชัดมากยิ่งขึ้น นับตั้งแต่ประเด็นการทุจริตยา จนถึงประเด็นปัญหาในระบบสุขภาพของประเทศไทย การนำเสนอข้อมูลด้านความไม่เสมอภาคของการให้บริการด้านสุขภาพ ขาดประสิทธิภาพของการบริการ ปัญหาการเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพ ปัญหาสิทธิผู้ป่วย และการขาดหลักประกันสุขภาพของประชาชน และนำเสนอความต้องการของประชาชนในระบบสุขภาพขององค์กรประชาชนร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน อาทิ ชมรมผู้บริโภค มูลนิธิหมอชาวบ้าน กลุ่มศึกษาปัญหายา ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมเภสัชชนบท เป็นต้น นั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเสมอภาค (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) และความต่อเนื่อง (Continuity) ในการบริการด้านสุขภาพ

4. .ธุรกิจด้านยา

ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มของการจัดการร้านยาในระบบเครือข่ายได้เริ่มขยายตัวขึ้น โดยมีทั้งร้านยาระบบลูกโซ่ (Chain drug store) และร้านยาระบบแฟรนไชส์ (Franchise) และด้วยการจัดการที่เป็นระบบ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และอาศัยกลยุทธ์ทางการตลาด ทำให้ร้านยาเครือข่ายนี้มีแนวโน้มเติบโตขึ้น ในปัจจุบันจึงเกิดแนวคิดในการรวมตัวเป็นเครือข่ายของกลุ่มร้านยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองในส่วนของการจัดหายา และเพิ่มศักยภาพการแข่งขันกับร้านยาในระบบลูกโซ่ และแฟรนไชส์ ซึ่งแนวโน้มนี้จะยิ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง หากร้านยาสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพจะง่ายต่อการจัดการมากกว่าที่แต่ละร้านจะเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบแยกกัน และเป็นการเพิ่มพื้นที่การให้บริการแก่สมาชิกของระบบประกันสุขภาพ และเพิ่มโอกาสให้ร้านยาเดี่ยวสามารถแข่งขันทางการตลาดกับร้านยาในระบบลูกโซ่ และแฟรนไชส์ ได้อย่างเท่าเทียม

แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า

1.ประชาชนจะดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และการดูแลรักษาตนเอง (Self-Medication) มากขึ้น ซึ่งถือเป็นกระแสความเปลี่ยนแปลงที่พบเห็นทั่วโลก เช่น การเปลี่ยนกลุ่มยาจากยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา เป็นยาสามัญประจำบ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็นมากขึ้น และมีการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องพิจารณาก็คือ ช่องทางที่จะทำให้ประชาชน ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

2.ระบบบริการด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เพื่อให้สอดคล้องกับปรัชญาการเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยจะเน้นให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นเพื่อให้ไม่เจ็บป่วย และมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็น 3 ระดับ คือ Primary Health Care, Primary Care และ Hospital Care⁽⁸⁾ ซึ่งแต่ละระดับจะมีการบริการด้านสุขภาพที่สูงขึ้น และมีการส่งต่อผู้ป่วย และเน้นหนักพัฒนาศักยภาพของการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เพื่อให้เป็นสถานบริการด่านหน้าที่ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และเป็นเสมือนที่คัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพในระดับสูงขึ้น

3.แต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขจะมีบทบาทมากขึ้นในการเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลเวชปฏิบัติ และเภสัชกรทำหน้าที่เป็นทีมสุขภาพ

4.การเกิดเครือข่ายการประสานงานเพื่อร่วมกันดูแลสุขภาพ ของทั้งในกลุ่มประชาชนเอง รวมถึง ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เกิดภาพเครือข่ายของสถานบริการทั้งในส่วนของรัฐและเอกชน

5.ความต้องการการได้รับบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงง่ายของประชาชน จากประสบการณ์การได้รับบริการที่ขาดมาตรฐาน ขาดประสิทธิภาพ

6.ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมีมากขึ้น ประชาชนจะแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพและต้องการได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของตนเองมากขึ้น

7.มีการยกระดับมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) หรือการรับรองมาตรฐานร้านยา

ระบบบริการด้านยาที่น่าจะสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ

ระบบบริการด้านยาที่สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ ในที่นี้ จะกล่าวถึงในส่วนโครงสร้างการบริการด้านยาในแต่ละระดับการบริการด้านสุขภาพ และกิจกรรมการบริการด้านยาที่น่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

1.การบริการด้านยาในแต่ละระดับการบริการด้านสุขภาพ

1.1 การบริการด้านยาในระดับการดูแลสุขภาพตนเองและการรักษาตนเองของประชาชน

แนวโน้มในอีก 10 ปีข้างหน้า ประชาชนจะมีการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และการดูแลรักษาตนเอง (Self-Medication) มากขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็นมากขึ้น และมีการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน จะไม่จำกัดอยู่เฉพาะการได้รับยาหรือการบริการเท่านั้น แต่จะ

มีความต้องการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น สถานบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนเช่น ร้านยา จะมีบทบาทสำคัญในส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นแหล่งกระจายข่าวสารทางสาธารณสุขที่ถูกต้อง เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยและการให้คำปรึกษาด้านยาให้แก่ชุมชน นอกเหนือจากการเป็นแหล่งกระจายยาจำเป็นพื้นฐานในชุมชน

การให้บริการการแพทย์ทางเลือก ก็จะเป็นอีกทางเลือกของประชาชนในการที่จะใช้ดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

1.2 ระดับการบริการขั้นปฐมภูมิ (Primary Care)

รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการบริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นการบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิด และถือเป็น สถานบริการด่านแรกก่อนที่ประชาชนจะเข้าสู่การบริการด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนยิ่งขึ้นต่อไป หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit) จะให้บริการระดับปฐมภูมิ โดยมีทีมบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ทำหน้าที่ให้บริการ ในการให้บริการในระดับปฐมภูมินี้ สถานบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งในส่วนของรัฐและเอกชนที่มีความพร้อม สามารถเข้าร่วมเป็นสถานบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน และการเป็นสถานบริการปฐมภูมิรอง (Sub-contractor) ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ^(9,10) เช่น ร้านยา ได้ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน หรือร้านยาบางส่วน (ร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคาม) เข้าร่วมในการให้บริการในระดับปฐมภูมิแล้ว ในอนาคต การเกิดเครือข่ายร่วมกันระหว่างคลินิกเอกชน คลินิกพยาบาล ร้านยาในชุมชนเพื่อให้บริการระดับปฐมภูมิทั้งในส่วนการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ น่าจะเป็นภาพที่เกิดขึ้นได้

ร้านยาในชุมชน จะมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านยาในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เนื่องจากประชาชนเข้าถึงได้ง่าย มีเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการ ร้านยาจึงมีความพร้อมที่จะเป็นหน่วยสนับสนุน ให้การให้บริการขั้นปฐมภูมิ โดยเป็นสถานบริการปฐมภูมิรอง (Sub-contractor) ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยการทำความตกลงร่วมกับหน่วยคู่สัญญาหลักของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการปฐมภูมิ และเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น ร้านยาอาจเข้าเป็นเครือข่ายใน 2 ระดับ คือ ร้านยาเข้าเป็นเครือข่ายสถานบริการในระดับบริการขั้นปฐมภูมิ (Primary Care Unit) โดยมีบทบาทดังนี้

- 1.จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์จากสถานพยาบาลที่อยู่ในเครือข่าย พร้อมให้คำแนะนำด้านยาที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ประชาชน

2. ให้บริการจ่ายยาต่อเนื่อง (Refill) แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมให้บริการเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เช่น การเก็บประวัติการใช้ยา การให้คำแนะนำและติดตามการใช้ยา

3. คัดกรองผู้ป่วยและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเรื้อรังเพื่อส่งต่อ

4. รณรงค์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

5. จ่ายยารักษาอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันเบื้องต้น (ยาในกลุ่ม Pharmacist Drug)

อีกรูปแบบคือร้านยาเข้าเป็นเครือข่ายโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) โดยมีบทบาทในการให้บริการดังนี้

1. เป็นห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล โดยมีบทบาทเป็นคลังยา และจ่ายยาให้กับผู้ป่วยนอก

2. ให้บริการจ่ายยาต่อเนื่อง (Refill) แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมให้บริการเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เช่น การเก็บประวัติการใช้ยา การให้คำแนะนำและติดตามการใช้ยา

3. ติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

4. คัดกรองผู้ป่วยและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อทำระบบส่งต่อสู่โรงพยาบาลในกรณีที่ต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์

5. รณรงค์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยอาจร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้

3. การบริการด้านยาระดับ Hospital Care

การบริการสุขภาพระดับ Hospital Care คือการบริการด้านสุขภาพ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจากระดับปฐมภูมิ เป็นบริการเฉพาะทางที่ต้องใช้เทคโนโลยี และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง สถานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลในระดับต่างๆ การบริการในระดับนี้จะเน้นหนักการรักษาผู้ป่วยใน (Acute Care) หรือผู้ป่วยที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด และรองรับการรักษาพยาบาลที่ถูกส่งต่อจากระดับปฐมภูมินั่นเอง

ระบบบริการด้านยาที่น่าจะยังอยู่ในสถานบริการระดับนี้ควรอยู่ในส่วนการบริการยาสำหรับผู้ป่วยในและผู้ป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ในส่วนการบริการยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจเป็นภาพของการที่เอกชน เช่น ร้านยา หรือหน่วยงานเอกชน เข้ามาดำเนินการแทน (Out-Sourcing)^(5,11) ซึ่งจะสอดคล้องกับความคิดพื้นฐานที่จะส่งเสริมให้ภาคประชาชนและภาคเอกชนมีบทบาทในการดำเนินการจัดบริการด้านยาโดยเชื่อมโยงกับระบบบริการของรัฐเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล ที่ต้องบริหารอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการลดต้นทุนต่างๆ ที่ไม่จำเป็นเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถอยู่รอดได้ในวงเงิน

เหมาะจ่ายต่อหัวประชากรที่ได้รับ ดังนั้นหากมองในเชิงต้นทุนของการจ่ายยาแล้ว โรงพยาบาลไม่มีความจำเป็นที่จะต้องแบกรับต้นทุนของการให้บริการห้องยาคนไข้ นอก บริการส่วนนี้สามารถแปรรูปให้ร้านยา หรือเอกชน ดำเนินการแทนได้โดยผลประโยชน์ที่ไม่ขัดกัน อย่างไรก็ตาม ภาพของระบบการแยกห้องยาผู้ป่วยนอกออกจากโรงพยาบาล (Out-sourcing) โดยการให้ร้านยา หรือเอกชน ดำเนินการแทน ในอีก 10 ปีข้างหน้า อาจพบเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน หรือในโรงพยาบาลที่สมัครใจ ส่วนในโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่มีบุคลากรมากอาจมีปัญหาในทางปฏิบัติ

นอกเหนือจากการเป็นหน่วยบริการห้องยาผู้ป่วยนอกให้แก่โรงพยาบาลของร้านยาแล้ว ร้านยาซึ่งมีเภสัชกรปฏิบัติการยังมีบทบาทในการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ทั้งในส่วนการจ่ายยาตามใบสั่งใหม่ และการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่อง (Refill Prescription) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องในร้านยาจะถูกกว่าการไปรับยาที่โรงพยาบาล และประชาชนมีความสะดวกในการไปรับยามากกว่า รวมถึงการทำบริการเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เพื่อดูแลและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นการเน้นคุณภาพการบริการตามความเชี่ยวชาญของแต่ละฝ่ายให้การปฏิบัติงานของแพทย์และเภสัชกรถูกจัดให้เป็นสัดส่วน และแม้ในปัจจุบันจะยังไม่มีการทางกฎหมายบังคับให้เกิดระบบนี้ขึ้น แต่ก็ได้มีการรณรงค์ในหลายๆ แห่ง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้ระบบนี้ในประเทศไทย ยกตัวอย่างเช่น ร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคาม⁽¹²⁾ ได้ดำเนินโครงการรณรงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยใช้ระบบใบสั่งยา ให้บริการแก่นักศึกษาในมหาวิทยาลัยมหาสารคามและประชาชนในบริเวณรอบมหาวิทยาลัย โดยแพทย์จะทำการตรวจรักษา แล้วเขียนใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยนำใบสั่งยามารับยากับเภสัชกรในร้านยามหาวิทยาลัย ประชาชนที่รับบริการมี 4 กลุ่ม ดังนี้

1.กลุ่มนิสิตและประชาชน ที่มีสิทธิตามโครงการ” 30 บาทรักษาทุกโรค” เภสัชกรให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและให้คำแนะนำในการจ่ายยา ทำบันทึกประวัติการใช้ยา ผู้ป่วยจะจ่ายเงิน 30 บาท ในการใช้บริการแต่ละครั้ง ในกรณีมีบัตรทองในกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก ผู้มีรายได้น้อย พระภิกษุ และผู้มีสิทธิอื่นๆ ไม่ต้องชำระเงิน ร้านยาจะทำการเบิกจ่ายจากสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (โรงพยาบาลมหาสารคาม) และจ่ายตามรายการในบัญชียาที่ตกลงไว้

2.ลูกจ้างที่มีสวัสดิการประกันสังคม สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ การบริหารจัดการ ร้านยาจะเบิกจ่ายยาจากโรงพยาบาลมหาสารคาม (สถานพยาบาลประกันสังคมคู่สัญญาหลัก) และจ่ายตามรายการในบัญชียาที่ตกลงไว้

3.ผู้มีสิทธิข้าราชการและครอบครัว สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ โดยร้านยาจะเบิกจ่ายยาจากคลังยาจังหวัดในหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

และจ่ายยาตามรายการในบัญชียาที่ตกลงไว้ ในส่วนค่าตอบแทน ร้านยาสามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ได้เพิ่มเติม

4. พนักงานของรัฐผู้มีสิทธิประกันสุขภาพกับเอกชน สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ร้านยาจะคิดค่าใช้จ่ายด้านยาให้ตามราคาขายเฉลี่ยที่ตกลงกันไว้ และร้านยาสามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ได้เพิ่มเติม

จะเห็นได้ว่า ในการบริหารจัดการเรื่องค่าตอบแทนการบริการนั้น ยังเป็นคำถามที่ยังต้องช่วยกันหาแนวทางต่อไป นอกจากนี้ ระบบการเชื่อมต่อระหว่างเภสัชกรร้านยากับแพทย์ผู้สั่งใช้ยายังต้องมีการพัฒนาขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันร้านยาที่เปิดตลอด 24 ชั่วโมงเริ่มมีมากขึ้น ในขณะที่แพทย์ผู้เขียนใบสั่งยาอาจไม่สามารถถูกตามตัวตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อสอบถามกรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับยา

2. กิจกรรมการบริการด้านยาในอีก 10 ปีข้างหน้า

การบริการด้านยาในอนาคตจะมีการปรับเปลี่ยนที่ค่อนข้างชัดเจนในเรื่องคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการที่สูงขึ้น มุ่งเน้นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากขึ้นโดยมีปรัชญาของการรักษาคน ไม่ใช่เฉพาะการรักษาโรค โดยแนวคิดนี้จะได้รับการผลักดันจากทั้งความต้องการของประชาชนเอง และแรงผลักดันจากความต้องการยกระดับมาตรฐานการให้บริการในแต่ละวิชาชีพ

1. การบริการเพื่อการพึ่งพาตนเอง

บทบาทของภาคประชาชน ในการช่วยกันดูแลรักษาสุขภาพของตนเองจะเพิ่มมากขึ้น การตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพบริการโดยภาคประชาชน จะเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้การบริการด้านยา มุ่งสู่ทิศทางการมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น

2. การบริการด้านยาในโรงพยาบาลและร้านยาเพื่อให้เกิดภาพกิจกรรมการให้บริการ ดังนี้

2.1 การบริการด้านยาและบริบาลเภสัชกรรมในโรงพยาบาล⁽¹³⁾

บทบาทเภสัชการบริการด้านยาในโรงพยาบาลเห็นได้อย่างชัดเจนว่า จะก้าวไปสู่บทบาทที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การทำบริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ซึ่งมีเป้าหมายอยู่ที่ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและสังคมในเรื่องการใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากแนวโน้มของการต้องการเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วย ผลักดันให้ต้องลดบทบาทการบริหารจัดการด้านยาลง แนวโน้มของการบริการด้านยาในโรงพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นให้การรักษาและการทำบริบาลเภสัชกรรมให้แก่ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (Acute Care) ซึ่งเป็นรูปแบบการบริการของโรงพยาบาลในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา หรือ อังกฤษ และจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายๆ แห่งในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาการทำบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยใน อาทิเช่น การติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน การให้บริการยาฉีดผสมเข้าหลอดเลือดดำ และการติดตามแก้ปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว รวมถึงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อยืนยันได้ว่า บทบาทในส่วนนี้ของโรงพยาบาลจะมีความชัดเจนมากขึ้นในอนาคต และเป็นที่ยอมรับทั้งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

2.2 การบริการด้านยาและการบริหารเภสัชกรรมในร้านยา ⁽¹⁴⁾

ร้านยาในอนาคตจะมีบทบาททั้งในส่วนการสนับสนุนการดูแลตนเองของประชาชน และการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ดังนี้

2.2.1. ร้านยามีบทบาทเป็นสถานบริการด้านหน้า ให้บริการในส่วนการสนับสนุนให้ประชาชนมีการรักษาตนเอง (Self-care or Self Medication) และการบริการในส่วนปฐมภูมิ (Primary Care) การบริการในร้านยาจะมุ่งเน้น self care ของประชาชนมากขึ้น มุ่งเน้นการดูแลความเจ็บป่วยพื้นฐานในกลุ่มโรคที่เภสัชกรสามารถดูแลได้จริงโดยจ่ายยาในกลุ่ม Pharmacist Class รวมถึงการมีบทบาทสำคัญในส่งผ่านข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นแหล่งกระจายข่าวสารทางสาธารณสุขที่ถูกต้อง เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพอนามัยและการให้คำปรึกษาด้านยาให้แก่ชุมชน นอกเหนือจากการเป็นแหล่งกระจายยาจำเป็นพื้นฐานในชุมชน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วย

2.2.2. การทำเภสัชกรรมของร้านยา น่าจะมีกิจกรรม ดังนี้

2.2.2.1 การให้คำปรึกษาและการควบคุมส่งมอบยาในกลุ่มที่ไม่ใช้ยาตามใบสั่งยา (Non-prescription Drug Consultation and Monitoring) รวมถึงยาในกลุ่ม Pharmacist Class และกลุ่ม OTC ได้แก่ การแนะนำข้อควรระวังในการใช้ยาเพื่อการดูแลตนเอง การช่วยคัดเลือกยาที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยาเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน

2.2.2.2 การให้คำปรึกษาและการควบคุมส่งมอบยาในกลุ่มยาตามใบสั่งยา (Prescription Drug Consultation and Monitoring) ได้แก่ การบอกข้อบ่งใช้ของยา บอกเวลาและวิธีการใช้ยา บอกผลข้างเคียงและข้อควรระวังในการใช้ยา บอกอันตรายระหว่างยาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ร่วมกัน เขียนข้อควรระวังเป็นพิเศษในฉลากยา และตรวจสอบความเข้าใจวิธีการใช้ยาของผู้มารับบริการ

2.2.2.3 การบริหารจัดการยาในกลุ่มยาตามใบสั่งยา (Prescription Drug Administration and Management) ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องและอันตรายระหว่างยาของใบสั่งยา การบริการยาต่อเนื่องตามใบสั่งยาของแพทย์ (Refill Prescription) การให้บริการยาตามใบสั่งยากรณีฉุกเฉิน การอธิบายถึงผลของการไม่ใช้ยาตามใบสั่งและข้อปฏิบัติเมื่อลืมกินยา การอธิบาย

วิธีการสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยา การบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย และการประสานกับแพทย์ผู้ตรวจรักษาในเรื่องการใช้ยา เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย

2.2.2.4 การจัดการด้านยาและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug-related Management and Information)

ได้แก่ การใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกประวัติความเจ็บป่วยและการใช้ยาทั้งในส่วนยาตามใบสั่งยา และยาที่ใช้เพื่อการดูแลตนเอง การให้ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ การแนะนำวิธีการใช้ยาที่มีรูปแบบพิเศษ การบันทึกประวัติการแพ้ยา การแนะนำผู้ป่วยในกรณีที่มีใบสั่งยาหลายใบที่ต้องใช้ในเวลาเดียวกัน และการทำระบบส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

2.2.2.5 กิจกรรมการให้บริการในส่วนส่งเสริมสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ กิจกรรมการค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การจัดคลินิกอดบุหรี่ การแก้ไขความเชื่อหรือพฤติกรรมสุขภาพที่ผิด การแก้ปัญหาการใช้ยาในชุมชน การเสนอทางเลือกในการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชน เช่น สมุนไพร และการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

2.2.2.6 กิจกรรมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: บริษัทดีไซร์ จำกัด; 2544.
2. สำเริง แหะงกระโทก และ รุจิรา มังคลศิริ, บรรณาธิการ. คู่มือการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา; 2545.
3. สุนันทา โอศิริ และจันทรีทิพย์ กาญจนศิลป์. การบริหารเภสัชกรรมในโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2543. รายงานการวิจัยเสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2543.
4. จันทรีทิพย์ กาญจนศิลป์ และคณะ. การรับรู้และความคิดเห็นของเภสัชกรในสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ. รายงานการวิจัยเสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2544.
5. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. ระบบยาของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
6. สุพรชัย กองพัฒนากุล และคณะ. การวิจัยอนาคตระบบยาของประเทศไทย. รายงานการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
7. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
8. สำเริง แหะงกระโทก และรุจิรา มังคลศิริ, บรรณาธิการ. ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์; 2545.

9. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, บรรณาธิการ. ทิศทางของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2546.
10. คทา บัณฑิตานุกูล. บทบาทร้านยาเภสัชกรชุมชนในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน). ใน <http://www.reanonline.com/pharcpa/readfirst001.asp>
11. สถิตพงศ์ ธนะวิริยะกุล. นโยบาย 30 บาทรักษาทุกคน: โอกาสการเชื่อมโยงร้านยาสู่เครือข่ายประกันสุขภาพ. วารสารยาน่ารู้ 2 (2545) , 55-60.
12. การสัมมนาการดำเนินโครงการนำร่องของร้านยาสาขา 2 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
13. สำลี ใจดี และคณะ, บรรณาธิการ. ทศวรรษที่เภสัชกรไทย ทศวรรษแห่งการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการใช้ยาที่เหมาะสม. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ดี; 2538.
14. Burin T. Sriwong. Foresight for Pharmacist Service.
15. กลุ่มนิติการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คำอธิบายกฎหมายอาหารและยา. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2537
16. มาตรฐานร้านยา: 2545
17. แนวทางการประเมินและรับรองคุณภาพร้านยา: ตุลาคม 2545
18. ข้อเสนอ – ร้านยาคุณภาพ: การให้บริการในระดับปฐมภูมิใกล้บ้าน ในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: พฤษภาคม 2544
19. พระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 (รวมที่แก้ไขเพิ่มเติม); 2537
20. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. ร้านยา กับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสู่ความยั่งยืนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 26-28 สิงหาคม 2545
21. คทา บัณฑิตานุกูล. รูปแบบการเชื่อมโยงร้านยาเข้าสู่เครือข่ายปฐมภูมิ เอกสารประกอบการบรรยายโครงการประชุมสัมมนาประชาคมเภสัชกร เขต 11: 1 สิงหาคม 2545
22. คทา บัณฑิตานุกูล, และคณะ. การศึกษาระบบเครือข่ายร้านยาเภสัชกรชุมชนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ: 2545
23. คทา บัณฑิตานุกูล, และคณะ. รายงานผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในกรุงเทพมหานคร (ความคิดเห็นต่อร้านยา): 2545
24. คทา บัณฑิตานุกูล. ปฏิรูปบริการเภสัชกรรมเพื่อสุขภาพไทย: 2545
25. คทา บัณฑิตานุกูล, สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค. ร้านยาชุมชนเพื่อชุมชนโดยเภสัชกรชุมชน เอกสารประกอบการประชุมเวทีวิชาการ ครั้งที่ 1 “ร้านยาในยุคปฏิรูประบบสาธารณสุข”: 20 กุมภาพันธ์ 2540
26. ประคิน สุจฉายา, พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร, วราวุธ เสริมสินศิริ, และคณะ. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ: รูปแบบที่เริ่มต้น เอกสารประกอบการบรรยายงานประชุมวิชาการ หนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข “ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สู่สังคมแห่งสันติภาพ”: 5-7 สิงหาคม 2545
27. พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร. บทบาทเภสัชกร กับประกันสุขภาพถ้วนหน้า – มาตรฐานการยอมรับ? เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมประจำปีสัปดาห์ สโมสรโรตารีเจริญนคร: 11 ตุลาคม 2545

28. พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร และ คทา บัณฑิตานุกูล. ผลสรุปจากการระดมสมอง “เพื่อหาทิศทาง และ ยุทธศาสตร์ เพื่อการพัฒนาศักยภาพเภสัชกรชุมชน” – การประชุมระดมสมอง 17 มีนาคม 2545 วารสารสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย), ปีที่ 3 ฉบับที่ 10: กรกฎาคม 2545
29. พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร และคณะ. รายงานการวิจัย เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล กับการบริการ ปฐมภูมิ: ข้อมูลในกรุงเทพมหานคร. สมาเภสัชกรรมและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2543
30. วิทยา กุลสมบุญณ์. Primary Care Unit และบทบาทของเภสัชกร และร้านยากับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เอกสารประกอบคำบรรยาย โครงการประชุมสัมมนาประชาคมเภสัชกร เขต 11: 1 สิงหาคม 2545
31. สถิตพงศ์ ธนวิริยกุล, เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ยุพดี ศิริสินสุข, และวรรณภา ศรีวิริยานุภาพ. การพัฒนาค่าบ่งชี้การใช้ยาในร้านยา. วารสารไทยเภสัชสาร. 2539; 20 (4): 247-259
32. สามารถ อังคสิงห์ (พ.ท.). เภสัชกรรมชุมชน ยุครัตนโกสินทร์ ใน 80 ปี การศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2457-2537 ใน ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537: 49-64
33. สุพรรณษา ใหม่เอี่ยม และคณะ. มาตรฐานร้านยา: ฝันให้ไกลไปให้ถึง รายงานวิชาเภสัชสาธารณสุข ภาคการเรียนที่ 1 ปี 2545 (เสนอต่อ อ.ภ.ญ.รวงทิพย์ ธัญพิสิฐ) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2545
34. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. เครือข่ายร้านยา-โรงพยาบาล ในระบบบริการสาธารณสุขแบบครบวงจร Health Systems Research Journal, vol 6: 1/1998; 25-32
35. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ และวิมล อนันตสกุลวัฒน์. รายงานวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนกับการบริการเภสัชกรรมชุมชน; 2531.
36. ลำลี ใจดี และคณะทำงานโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมการประชุมเภสัชศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (หัวข้อ จริยธรรมแห่งวิชาชีพเภสัชกรรมและการนำไปสู่การปฏิบัติ). จริยธรรมแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม และการนำไปสู่การปฏิบัติ (Pharmaceutical Ethics and Implementation) ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย (ศ.ศ.ภ.ท.): มิถุนายน 2545
37. ลำลี ใจดี และคณะทำงานโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมการประชุมเภสัชศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2545 (หัวข้อ จริยธรรมแห่งวิชาชีพเภสัชกรรมและการนำไปสู่การปฏิบัติ). จริยธรรมของเภสัชกร: มุมมองจากสังคม เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเภสัชศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2545 ศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย (ศ.ศ.ภ.ท.): 21-23 มิถุนายน 2545
38. World Health Organization (WHO). Good Pharmacy Practice (GPP) in Community and Hospital Settings: 1996
39. Lilian M. Azzopardi. Validation Instruments for Community Pharmacy: Pharmaceutical Care for the Third Millennium Pharmaceutical Products Press, The Haworth Press, Inc. USA: 2000
40. Mickey C. Smith, Albert I. Wertheimer. Social and Behavioral Aspects of Pharmaceutical Care Pharmaceutical Products Press, The Haworth Press, Inc. USA: 2000

41. Sauwakon Ratanawijitrasin, et al. *Thailand's Country Study* – Towards Good Pharmacy Practice in Thailand and Vietnam: A multi-Intervention Approach to Rationalize Drug Use Through Private Pharmacies Health System Research Institute (HSRI) funded by The European Commission 1997-2000: June 2000

เอกสารประกอบ 2

เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบควบคุมกำกับยา

คณะทำงานศึกษาระบบควบคุมกำกับยา

ภญ.ดร.ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร

ภก.วรารุณ เสริมสินสิริ

ภก.ประสาท ลีมดูลย์

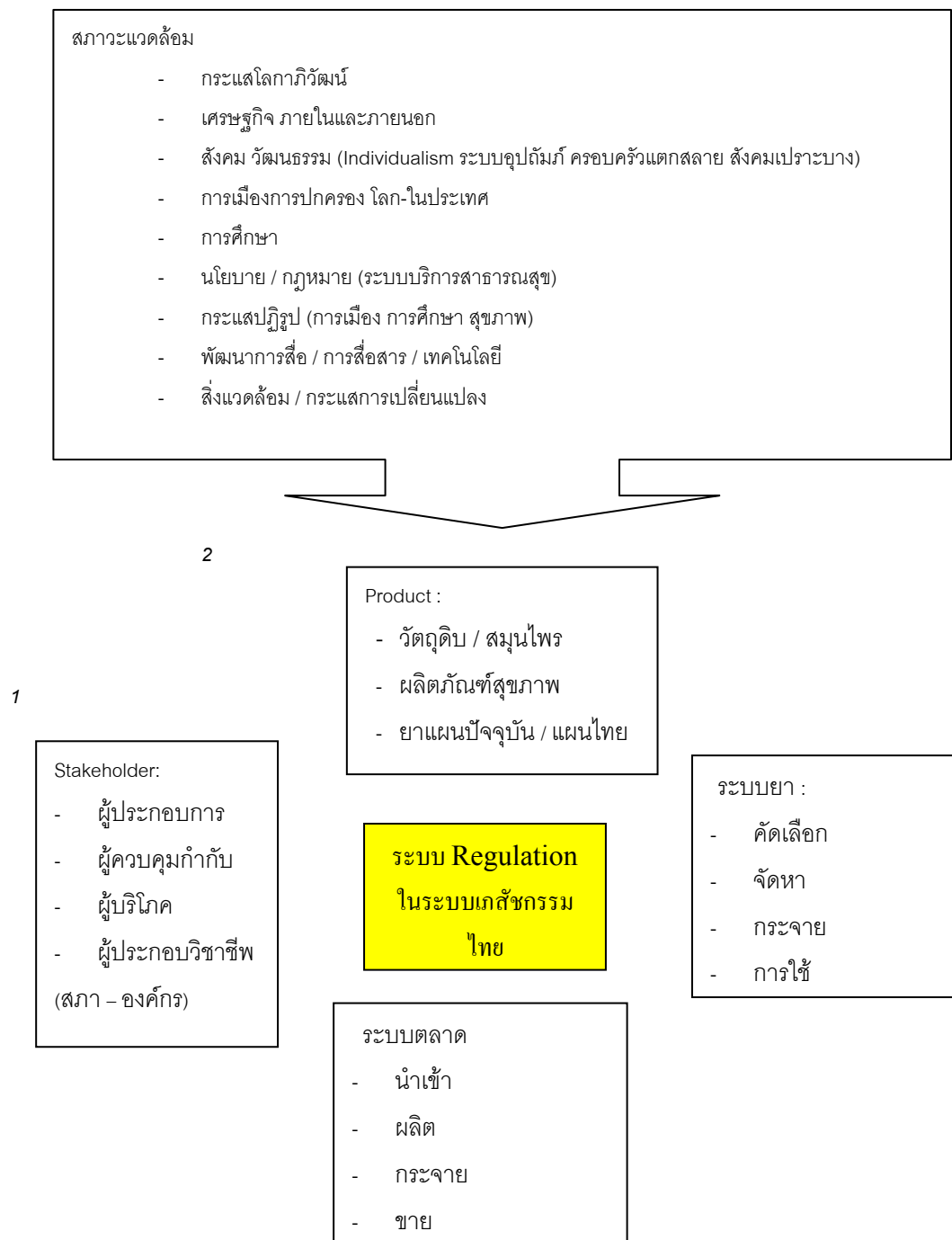
Position papers: อนาคตการควบคุม กำกับระบบยาในอนาคต

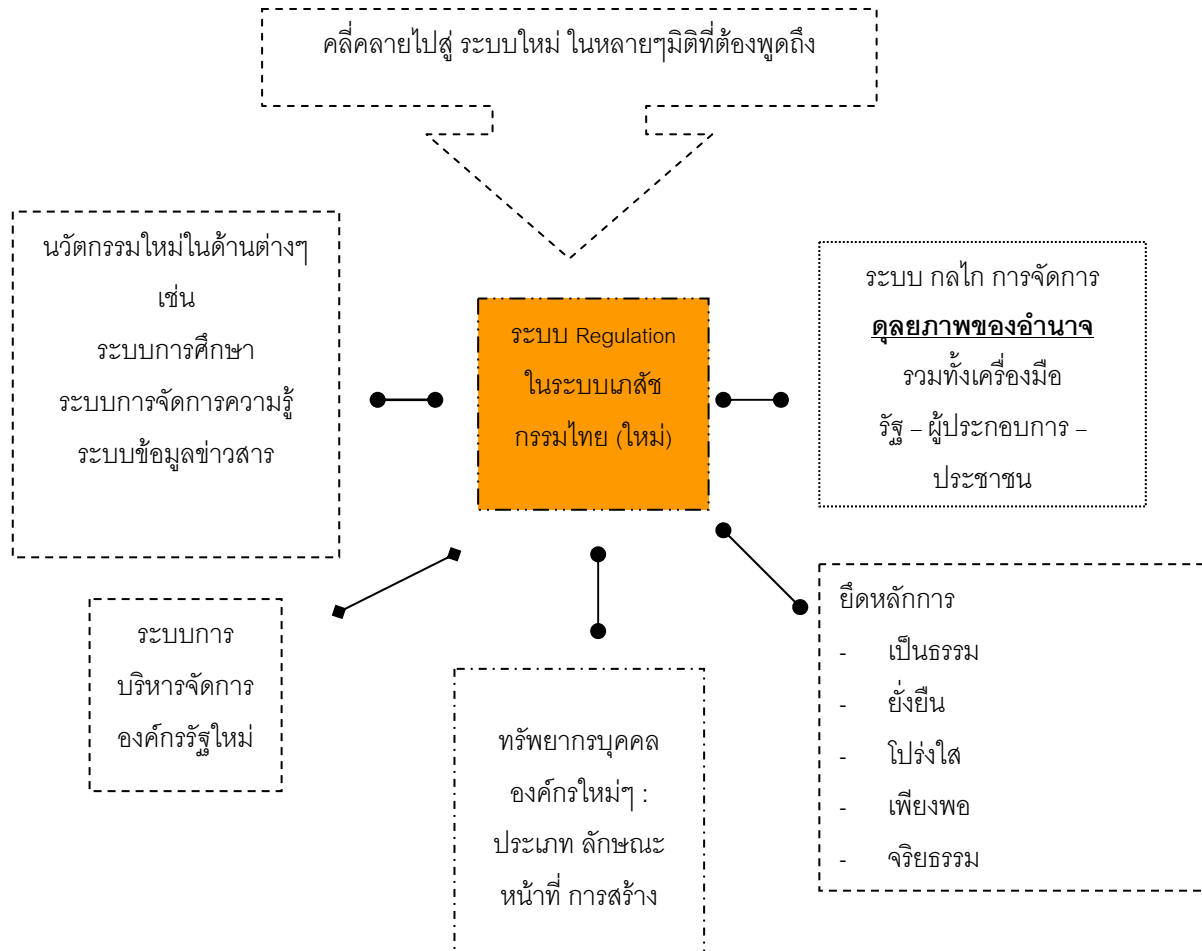
บทความประเมินสถานการณ์ของบางเรื่อง/บางประเด็นที่ต้องการให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

ขอบเขตและภาพความเชื่อมโยงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวกับ

ระบบ Regulation ในระบบเภสัชกรรมไทย

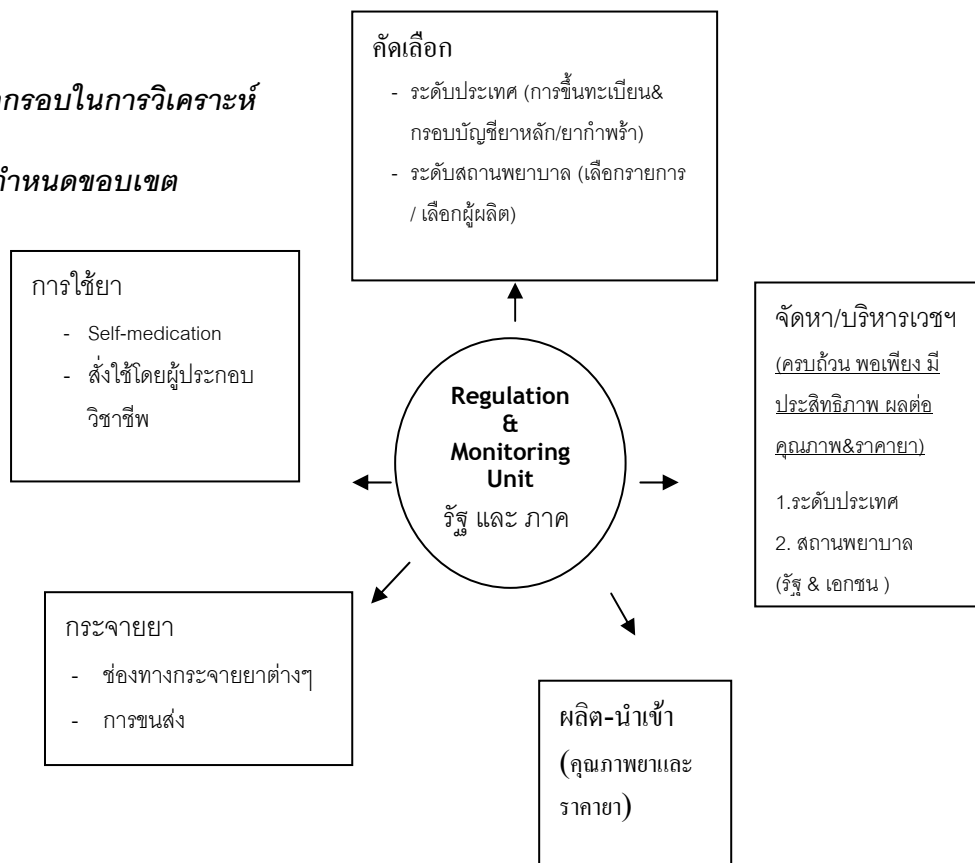
เพื่อการทำ Foresight ระบบเภสัชกรรมไทย



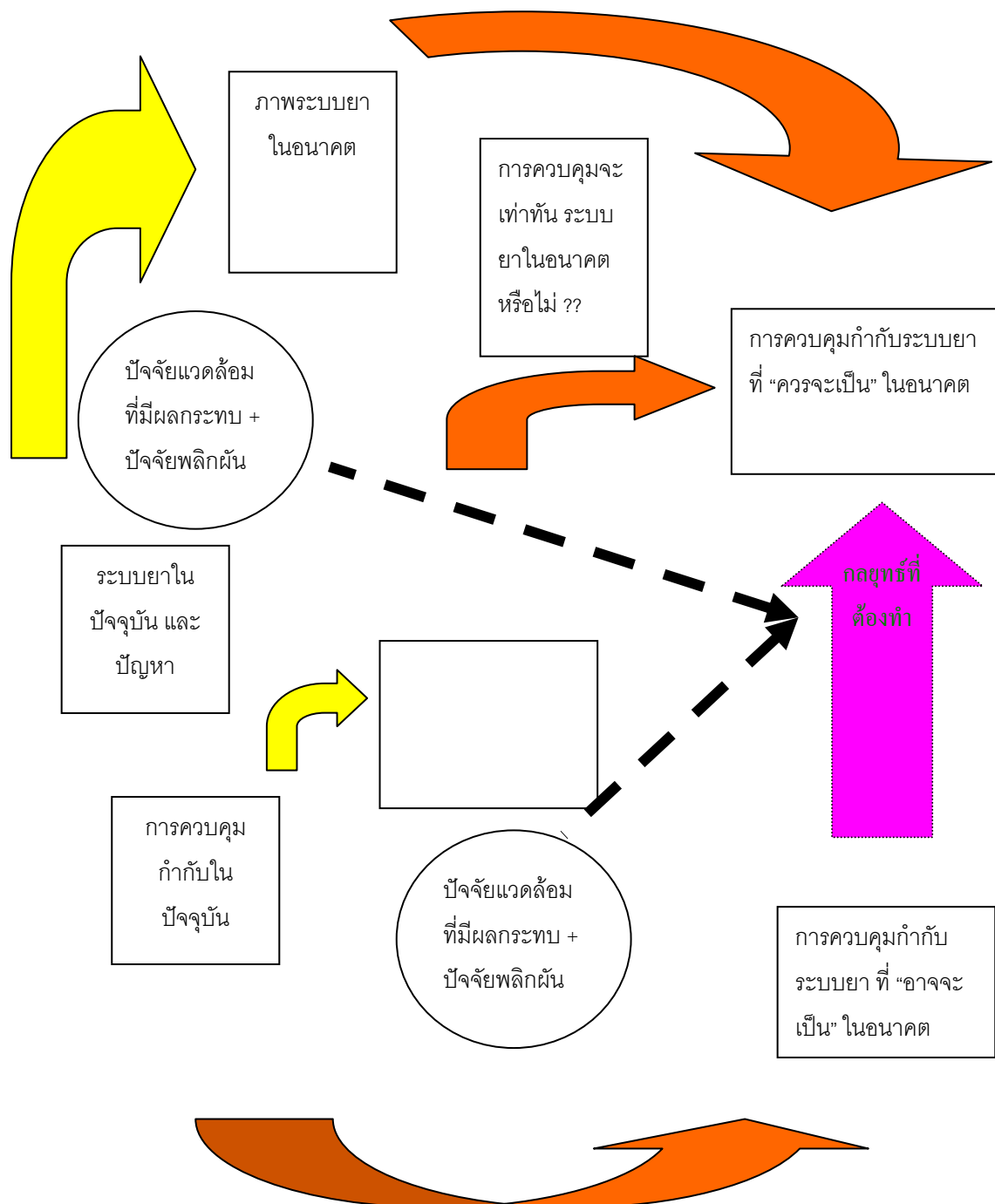


เลือกกรอบในการวิเคราะห์

และกำหนดขอบเขต



กรอบแนวคิด อนาคตการควบคุม กำกับระบบยาในอนาคต



อนาคตของการควบคุม กำกับ การคัดเลือกยา

Drug selection's regulation foresight

การคัดเลือกยาให้เข้ามาใช้ในประเทศด้วยกลไก “การขึ้นทะเบียนตำรับยา” นั้นเป้าหมาย คือ การต้องการให้มียาน้อยชนิดเท่าที่จำเป็น มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีความคุ้มค่าสำหรับการสาธารณสุขของประเทศ ในอนาคตจะมีปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญเข้ามากำหนด คือ การที่ AFTA มีแนวโน้มที่จะกำหนดให้เกิดการ Harmonize ของระบบการควบคุมยาระหว่างประเทศ ลดการกีดกันทางการค้าทั้งภายใน และ ไม้ใช่ภายใน เปิดทางให้เกิดการแข่งขันอย่างเสรี ไร้พรมแดน ประเทศในกลุ่ม ASEAN โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านมาตรฐานและคุณภาพอาเซียน (ACCSQ) กำลังอยู่ระหว่างการเจรจาเพื่อจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการขึ้นทะเบียนตำรับยาโดยมีจุดมุ่งหมายในการจัดทำข้อกำหนด เกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนตำรับยา ให้ผู้ผลิตยาสามารถใช้เอกสารชุดเดียวกันยื่นคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยา ได้ทุกประเทศ และ ภายใต้ความร่วมมือทางการค้าในอนาคตภายใต้ข้อตกลงของ ACCSQ : Pharmaceutical Product working Group (PPWG) มีแนวโน้มว่าจะมีการยอมรับทะเบียนตำรับยา จากต่างประเทศ โดยอัตโนมัติ หรือ เช่น กรณีของ ICH ที่กำลังดำเนินการอยู่ระหว่างประเทศในกลุ่มพัฒนาแล้ว ประกอบกับ แรงสนับสนุนของธุรกิจขนาดใหญ่ ดังนั้นการคัดเลือกยาที่เคยเป็น สิทธิของแต่ละประเทศในการที่จะคัดเลือกยาเข้ามาใช้ใน ประเทศบนหลักการด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า ด้วยกลไกการขึ้นทะเบียน ตำรับ จะถูกรีดรอน เปลี่ยนไปอยู่ในมือของระเบียบสากล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของระบบทุนและ ผลประโยชน์ ในขณะที่กลไกของรัฐในการจัดระบบการคัดเลือกยา ก็ไม่มีการพัฒนาให้เข้มแข็งเท่าที่ควร กล่าวคือ มีความล่าช้ามาก หน่วยงานยังไม่ปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ การขาดการตัดสินใจ บนฐานข้อมูลที่เปิดเผย ในอนาคตจึงมี ยาจำนวนมากเข้ามาเปิดตลาดค้าขายในประเทศไทย โดยอาศัย “กลไกการตลาด” “การแข่งขันทางธุรกิจ” เข้ามาเป็นกลไกหลักในการคัดเลือกยา ทำให้ ยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่า อาจจะไม่สามารถแข่งขันอยู่ในตลาดยาของประเทศไทย ได้ หากบริษัทที่ทำหน้าที่ทำการตลาดและส่งเสริมการขายไม่มีแข่งแกร่งพอ

ฉะนั้น การควบคุม กำกับ การคัดเลือกยาที่ปัจจุบันใช้กันอยู่ คือ การใช้พรบ.ยา (การขึ้น / ทบทวนทะเบียนตำรับโดยการทำงานเป็นคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ) ซึ่งก็มีปัญหา จุดบกพร่องมากมาย นั้น ในอนาคตจะ ไม่ใช่เป็นกลไกหลัก ที่ทำให้เกิดการคัดเลือกยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย คุ้มค่า เข้าประเทศ อีกต่อไป เป็นการเปลี่ยนอำนาจในการคัดเลือกจากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา มาเป็นการให้อำนาจ องค์กร่วมในระดับนานาชาติแทน หรือต้องยอมรับผลการคัดเลือกยาของประเทศอื่น

ในอนาคตการควบคุม กำกับกับการคัดเลือกยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่า จะต้องอาศัยการคัดเลือกโดยธรรมชาติ กล่าวคือ ยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่า จะสามารถได้รับการคัดเลือก(โดยธรรมชาติของการแข่งขัน) ก็ต่อเมื่อ พฤติกรรมของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ไม่ว่าจะ เป็นภาครัฐหรือเอกชน และ พฤติกรรมของผู้ขายยาในร้านยา จะตัดสินใจเลือกจ่ายยาบนพื้นฐานของความสมเหตุสมผล มากกว่าผลประโยชน์และระบบอุปถัมภ์ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้นั้น ขึ้นอยู่กับ “ระบบย่อย Sub-system” หลายระบบ ไม่ว่าจะเป็น

1) ระบบกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อมุ่งหวังลดการจูงใจให้ผู้สั่งใช้ สั่งใช้บนพื้นฐานของผลประโยชน์

2) ระบบการบริหารจัดการ “องค์ความรู้” ตั้งแต่ การค้นหา สะสม ประเมิน และ สื่อสาร ข้อมูลด้านยาและแนวทางการรักษาที่เป็นกลางไปยังผู้สั่งใช้ยา ด้วยการติดต่อสื่อสาร การส่งต่อ หรือสืบค้นข้อมูลที่ไวและเข้าถึงง่าย

3) การสร้างระบบ “การทบทวน” ทะเบียนตำรับภายในประเทศ เช่นในอังกฤษ สหรัฐอเมริกา จีน อินเดีย ญี่ปุ่น มีนโยบายทบทวนทะเบียนตำรับยาผ่านทางกฎหมายโดยกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง สหรัฐอเมริกามีคณะกรรมการทบทวนทะเบียนตำรับยา 30 ชุด ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 200 คน (ระบบยา 2, 2545: 56)

4) การที่จะให้อุตสาหกรรมในประเทศ สามารถแข่งขันได้นั้น จะต้องมีความช่วยเหลือจากหน่วยงานวิจัยที่ช่วยการพัฒนามาตรฐาน และการมีแหล่งทุน และนักวิชาการสนับสนุน รวมทั้งการรวมกลุ่มของธุรกิจขนาดเล็ก-กลาง จะทำให้ปรับตัวได้ทัน

ในส่วนของการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าองค์การอนามัยโลก ได้เข้ามามีบทบาทในการผลักดันให้ประเทศที่กำลังพัฒนามีนโยบายแห่งชาติด้านยาและบัญชียาหลักแห่งชาติก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าบัญชียาหลักแห่งชาติในปัจจุบัน เป็นแนวคิด Maximal list ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ WHO แต่อย่างไรก็ตามการมีบัญชียาหลักดังกล่าวก็ก็เป็นประโยชน์อย่างมาก โดยเฉพาะในภาครัฐ เนื่องจากการส่งเสริมให้ใช้บัญชียาหลัก แต่สำหรับภาคเอกชนนั้นยังไม่มีส่งเสริมดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม

ส่วนการคัดเลือกยาในระดับของสถานพยาบาลนั้น แม้ว่าจะมี กลไกการเข้ามามีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขหลายส่วน ในรูปของ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในการคัดเลือกยาที่เหมาะสมเข้าในสถานพยาบาลก็ตาม แต่หากได้รับแรงบีบคั้นในเรื่องของ การควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เพื่อการอยู่รอดขององค์กร ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วนั้น อาจจะทำให้การคัดเลือกยาเข้าสถานพยาบาลเอนเอียงไปอยู่บนพื้นฐานของ

ความประหยัดยุติมากกว่าความสมเหตุสมผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีแรงผลักดันจาก ความไม่มี
องค์ความรู้ที่เพียงพอในการพิจารณาคัดเลือกยาในหลักการ pharmaco-economic

ดังนั้นโดยภาพรวมจะเห็นว่า อำนาจของรัฐในการกำกับดูแลให้การคัดเลือกใน
ระดับประเทศและในระดับของสถานพยาบาลในอนาคตจะถูกกดดันลง คำถามตามมาก็คือ และ
ใคร? ที่จะเข้ามามีบทบาทในการควบคุมกำกับแทนรัฐ โดยไม่ปล่อยให้ “กลไกการตลาดด้านยา”
เป็นกลไกในการคัดเลือกตามธรรมชาติแต่ฝ่ายเดียว (หากปล่อยเช่นนั้น ประชาชนจะได้รับผลเสีย
จากการที่มียาที่ไม่คุ้มค่า ประสิทธิภาพต่ำ ความปลอดภัยต่ำ แต่ดำเนินการโดยบริษัทที่ทำ
การตลาดและการขายเก่ง อยู่ในตลาดยาของประเทศ) เมื่อภาครัฐเอง ได้รับแรงกดดันให้มีบทบาท
ด้านนี้น้อยลง ดังนั้นจึงควรที่จะส่งเสริมให้มีองค์กรอิสระ หน่วยงานอิสระ ไม่หวังกำไร หรือแม้
กระทั่งบริษัทเอกชน เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมให้ “กลไกทางการตลาดยาทำงานสมบูรณ์”
ไม่มีการสร้างอุปสงค์เทียมของยาในสังคมสาธารณสุข นอกจากนั้นก็ควรส่งเสริมบทบาทของภาค
ประชาชนให้เข้ามามีบทบาทในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นองค์กรที่มีบทบาทตรวจสอบ
กระบวนการคัดเลือกยาในระดับสถานพยาบาล หรือ มีบทบาทในการกำกับดูแลการสั่งใช้ยาของ
แพทย์อย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น คำถามที่ตามมา คือ ในอนาคต เมื่ออำนาจการคัดเลือกยาใน
ระดับประเทศ นั้นจะมาจากกติการะหว่างประเทศ การควบคุม-กำกับภายในประเทศจะลด
บทบาทลง บทบาทของรัฐในการ สร้างกลไกให้เกิด “การคัดเลือก จากระบบตลาด” (ยาดี มีคนใช้
มาก อยู่รอดในตลาด—“ได้รับการคัดเลือก”) ควรเป็นอย่างไร เช่น การทำให้ตลาดยามีข้อมูล
ข่าวสารรอบด้าน / มีผู้สั่งใช้ยามีจรรยาบรรณ องค์ความรู้พอเพียง / มีการควบคุมการส่งเสริม
การขาย

อนาคตของการควบคุม กำกับ การจัดหา

[Drug procurement's regulation foresight](#)

การผลิต นำเข้า

เป้าหมายที่สำคัญของการผลิตและนำเข้ายา คือ การผลิตยาที่ได้คุณภาพ
มาตรฐาน ปลอดภัยและลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ

มีปัจจัยภายนอกมากมายที่ส่งผลต่อการผลิตและนำเข้ายา กล่าวคือ

- ประเทศทั่วโลกใช้มาตรการสกัดกั้นที่ไม่ใช่ภาษี หรือ การกีดกันทางการค้าโดยใช้
Non - tariff barrier เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของประเทศตนเอง ทำให้ ปัญหาคุณภาพยา
ในประเด็นที่ปลักย่อยจะถูกนำมาเป็นเงื่อนไขในการกีดกัน แต่ในขณะที่ ประเทศไทย

การขาดนโยบายรองรับการแผ่ขยายของธุรกิจต่างประเทศ ทำให้ประเทศไทยตกอยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพาต่างประเทศสูงขึ้นและส่งออกยาก

- นโยบายการเปิดเสรี บริการสาธารณสุขทำให้เกิดการขยายบริการด้านสุขภาพให้กับชาวต่างชาติก็จะเป็นปัจจัยทำให้มีความต้องการใช้ยาหลากหลายมากขึ้น การผลิตและนำเข้าจะมีความหลากหลายทั้งชนิดและบริษัทผู้ผลิต สอดคล้องกับความหลากหลายของผู้สั่งใช้ยา
- นโยบายนิคมไทย หรือหนึ่งผลิตภัณฑ์หนึ่งตำบล หากดำเนินการต่อไปเรื่อย ๆ น่าจะกระตุ้นการใช้ยาแผนไทย และการใช้สมุนไพรไทยเพิ่มมากขึ้น อาจจะมีส่วนชะลอการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน
- เมื่อเศรษฐกิจไม่ดีร้านยาส่วนหนึ่งจะแข่งขันกันโดย “ตัดราคาขาย” ทำให้ต้องขายยาที่ล้าลอบนำเข้าซึ่งมีราคาถูก การล้าลอบนำเข้ายาจะมีมากขึ้น
- การใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น และความต้องการยาที่อาจไม่มีจำหน่ายในเมืองไทยอาจมีมากขึ้น อาจจะทำให้เกิดการนำเข้ายาโดยการสั่งซื้อทางระบบอินเทอร์เน็ตจะมากขึ้น
- มีการ merge ของบริษัทยาขนาดใหญ่รวมกัน เพื่อเพิ่มอำนาจในการแข่งขัน
- ประเทศเพื่อนบ้านซึ่งการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศที่รวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นอินโดนีเซีย เวียดนาม จะส่งออกยาจำนวนมาก
- ความซบเซาของอุตสาหกรรมยาในประเทศ ทำให้ปริมาณการนำเข้าวัตถุดิบที่ใช้ทางยา ทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายลดลง
- ความซับซ้อนของเทคโนโลยีการผลิตที่มีมากขึ้น “ความห่าง” ระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ ประกอบกับการที่ไม่สามารถจะบอกถึงความแตกต่างที่ละเอียดอ่อนระหว่างคุณภาพยา และกระบวนการผลิตได้อย่างชัดเจน ถี่ถ้วน และเป็นที่เข้าใจของผู้ที่มีอำนาจในการเลือกซื้อ และผู้คัดเลือกยา ทำให้คุณภาพของยาและกระบวนการผลิตจะถูกจัดออกเป็น 2 กลุ่มอย่างชัดเจน คือ กลุ่มที่ 1 ยาที่มีคุณภาพระดับนำเข้าจากประเทศผู้ผลิตที่ได้มีชื่อเสียง กับ กลุ่มที่ 2 ยาที่ผลิตในประเทศ/นำเข้าจากประเทศโลกที่สามที่เน้นผลิตยาเพื่อส่งออก เพื่อให้เกินความง่ายในการเลือก ไม่ว่าจะเป็นยากลุ่มที่ 1 หรือ 2 ก็พัฒนาคุณภาพของตนเพียงเพื่อเข้าหลักเกณฑ์สากล [Pharmacopia&GMP] เท่านั้น การแข่งขันเพื่อพัฒนาคุณภาพยาจึงไม่มาก แต่ปัจจัยพลักดันที่สำคัญคือ การเกินขึ้นของ ระบบ “ตัวกลางร่วม” ในการจัดหา และบริหารเวชภัณฑ์นั้น ตัวกลางร่วมดังกล่าวจะเข้ามาสวมบทบาท ควบคุมกระบวนการผลิตและคุณภาพยา ด้วย “อำนาจการซื้อ” ที่มาก ซึ่งจะกดดันให้แต่ละบริษัทพัฒนากระบวนการผลิต คุณภาพยาขึ้น มากไปกว่าการแข่งขันเฉพาะเรื่องราคาคงที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับ ความตระหนักในด้าน

คุณภาพยาของผู้ว่าจ้าง และ ความสามารถของตัวกลางร่วมในการพัฒนาเกณฑ์คัดเลือกด้านคุณภาพ

- ระบบควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล เพราะความจำกัดของงบประมาณ ทำให้ financing agent เกิดการเรียกร้องมากขึ้น และมีแรงต่องสูงในประเด็นคุณภาพของยาที่ผลิตและนำเข้า
- นโยบายรัฐ ที่ให้ความสำคัญกับการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดการให้ความสำคัญต่อ คุณภาพของยามากขึ้น
- กฎหมายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นใหม่ (พรบ. ยา) เพื่อรองรับสิทธิผู้จ่ายและผู้เสียหาย (กฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางแพ่งเมื่อเกิดความเสียหาย) รวมทั้ง การตรวจสอบจากผู้บริโภค
- การทำหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในบทบาท Purchaser & Regulator เพื่อตรวจสอบการทำงานของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลโดยตรงและมีอิทธิพลมากทำให้โรงพยาบาลต้องคำนึงถึงเรื่องคุณภาพราคา/และผลการรักษาของยามากขึ้น(แทนที่จะเป็นเฉพาะเรื่องราคา)
- การควบคุมราคาที่ดำเนินการโดยกระทรวงพาณิชย์ไม่ได้ผล ทำให้ราคายานำเข้ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และวิธีการกำหนด

ดังนั้น ระบบการผลิตและนำเข้าในอนาคต นั้น การผลิตยาภายในประเทศอาจจะเพิ่มในอัตราที่ต่ำ นำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศมากขึ้นทั้งจากประเทศส่งออกยารายเดิมและประเทศเพื่อนบ้านที่เน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมยาเพื่อการส่งออก / การผลิตและนำเข้าสมุนไพรจะมากขึ้น **ในขณะที่การผลิตและนำเข้าวัตถุดิบทางยาน้อยลง** / มีการลักลอบการนำเข้ายาสำเร็จรูป ซึ่งผิดกฎหมาย เพิ่มมากขึ้น จากผู้ประกอบการร้านขายยาและจากผู้บริโภคเองด้วยการซื้อขายผ่านเครือข่าย internet / คุณภาพของยาจะถูกระดับให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสากลเท่านั้น การพัฒนาคุณภาพยาในแง่มูมที่นอกเหนือจากมาตรฐานสากลน้อย / ราคายาสูงขึ้น

ระบบการควบคุม กำกับ การผลิตและนำเข้าในปัจจุบัน คือ การใช้พรบ.ยา และ ระเบียบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานั้น ไม่สามารถที่จะเท่าทันกับปัญหาที่จะเกิดในอนาคตได้ เนื่องมาจากในตัวระบบควบคุมกำกับในปัจจุบันมีปัญหามากมาย 1)เนื้อหาและการบริหารกฎหมายยังมี conflict กับสังคมทั่วไป และกับผู้บังคับกฎหมายเอง /2) องค์ประกอบของระบบควบคุมกำกับยังให้น้ำหนักในส่วนของรัฐมากกว่าส่วนอื่น / 3)ทิศทางหรือยุทธศาสตร์ที่

หลากหลายและนโยบายระยะยาวของการทำกฎหมายให้บรรลุผล /4) ขาดหลักประกันให้เจ้าหน้าที่สามารถดำเนินการตามกฎหมายได้อย่างเต็มที่ /5) ปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ของเจ้าหน้าที่ /6) การขาดระบบตรวจสอบ ณ ด่านนำเข้าที่เข้มแข็ง /7) ระบบการขึ้นทะเบียนตำรับในแบบปัจจุบันที่ใช้การ refer ทะเบียนได้ ทั้งที่เป็นการผลิตคนละแหล่ง ซึ่งแม้จะอยู่ภายใต้บริษัทแม่เดียวกัน ก็ควรต้อง validate ทั้งกระบวนการ /8) การตรวจสอบสถานประกอบการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้ตามหลัก GMP นั้น ไม่ใช่การรับรองคุณภาพของผลิตภัณฑ์ซึ่งผลิตออกมาตลอดเวลา เทียบกับโอกาสที่เจ้าหน้าที่สามารถไปตรวจสอบได้เพียงปีละ 1-2 ครั้ง /9) ไม่มีแหล่งตรวจวิเคราะห์ที่สามารถแจ้งผลได้ทัน่วงทีและยังขาดการสร้างแนวทางร่วมในการ Sanction และติดตามเรื่องคุณภาพยาที่ได้ผล /10) ข้อจำกัดด้านห้องทดลองเพื่อพิสูจน์คุณภาพ (จำนวนน้อย คุณภาพไม่มาตรฐาน)

นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยแวดล้อมหลายประการที่มีผลต่อการควบคุม กำกับการผลิตและนำเข้ายา กล่าวคือ นโยบายการลดกำลังคนภาครัฐและปัญหาการเปลี่ยนงานบ่อยของเจ้าหน้าที่รัฐในงานด้าน / บทบาทของ NGOs ในส่วนนี้ไม่มาก และขาดความเข้มแข็งในการนำเสนอ / ผู้บริโภคไม่เข้มแข็งพอที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมการผลิต กอปรกับกระบวนการสร้างความเข้มแข็งของผู้บริโภคด้านยาที่ยากกว่าเรื่องทั่วไป

ดังนั้นเพื่อให้เกิดการควบคุม กำกับที่พึงประสงค์ในอนาคต ควรมีกกลยุทธ์ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุม กำกับ โดยให้มี “องค์กรกึ่งรัฐ” เข้ามาร่วมในการทำงานในด้าน การประกันคุณภาพ&ราคา, การพัฒนามาตรฐานการผลิต, การบังคับใช้กฎหมาย, การศึกษาวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหา เพื่อความอิสระและคล่องตัว
- 2) การส่งเสริมให้ผู้ค้า มีความตระหนัก มีทักษะ ความรู้ เพียงพอในการคัดเลือกยาที่มีคุณภาพเข้ามาใช้ในสถานพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อ การพัฒนาด้านคุณภาพยาของการผลิตและนำเข้า
- 3) การส่งเสริมให้เกิดระบบ Self regulatory body หรือ ระบบการซื้อขาย ผ่าน”ตัวกลางซื้อ&บริหารเวชภัณฑ์ร่วม” [Prime vender] ที่มีอำนาจต่อเรื่องคุณภาพและราคาบนพื้นฐานของความตระหนักร่วมเรื่องของคุณภาพทั้งจากผู้ค้าและตัวกลางซื้อร่วม
- 4) Financing agent เช่นประกันสังคม และกลุ่มผู้ซื้อ เช่น โรงพยาบาลน่าจะเป็นกลุ่มที่มีพลังมากกว่าสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการควบคุมผู้ผลิต และผู้นำเข้า ให้อำนาจต่อคุณภาพยา จึงน่าจะสามารถสนับสนุนให้เกิดองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพยาได้อย่างเป็นระบบ และทันการณ์

- 5) การเปลี่ยนแปลงกฎหมายและกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้วยการสร้างองค์ความรู้ทางกฎหมาย ตั้งแต่กระบวนการสร้างกฎหมาย
- 6) การเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจที่เหมาะสมของระบบควบคุม ด้วยการเพิ่มศักยภาพของผู้บริโภคและสนับสนุนการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภค
- 7) การสร้างความเข้มแข็งในการคัดกรองยา ณ จุดนำเข้า และตลอดกระบวนการ supply ยา
- 8) การปรับปรุงระบบขึ้นทะเบียนตำรับยาโดยจำกัดจำนวนยา เช่นเดียวกับมาเลเซีย หรือวิธีของอินโดนีเซียที่ผู้นำเข้ายาต้องมีฐานการผลิตในประเทศด้วย
- 9) การสร้างกลไกเพื่อต่อรองเรื่องราคา ยา เช่น ออสเตรเลียมี Pharmaceutical Benefit Scheme ที่ทำให้เกิดการแข่งขันด้านคุณภาพและราคา หรือสหรัฐอเมริกา มี Red Book, Orange Book เป็น Reference เรื่องราคาและคุณภาพยาที่จะใช้ทดแทนยา original ได้
- 10) สหรัฐอเมริกามีฐานข้อมูลเรื่องราคาของตนเอง และมีการเปรียบเทียบราคายา กับต่างประเทศเป็นระยะ ๆ โดยมหาวิทยาลัยหรือหน่วยงานรัฐ เช่น GAO (General Accounting Office)

กรณีการจัดหายากรณีพิเศษ (ยากำพร้า)

ปัจจุบัน การจัดหายาจำเป็นให้มี Available พอเพียง มีใช้อย่างทั่วถึงภายในประเทศ นั้นเป็นบทบาทของบริษัทยาในประเทศ บริษัทยานำเข้าจากต่างประเทศ โดยใช้ “กลไกการตลาด” และหน่วยงานรัฐหรือรัฐวิสาหกิจที่ผลิตยาขาย เช่น องค์การเภสัชกรรม ซึ่งนอกจากจะมีกลไกตลาดมากำกับแล้วยังมีกฎหมาย (พรบ.องค์การเภสัชกรรม) ระบุบทบาทหน้าที่ในส่วนนี้ไว้อย่างชัดเจน เป็นตัวควบคุม กำกับอีกชั้น ดังนั้นองค์กรเหล่านี้จึงไม่จำเป็นต้องมีองค์กรควบคุม กำกับให้ทำหน้าที่นี้ แต่ในอนาคตสภาพปัญหาหนึ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้น คือ กรณีปัญหายากำพร้า เนื่องจากไม่มีองค์กรใดควบคุมกำกับให้จัดหายาที่มีความจำเป็น แต่เป็นยาที่ไม่ได้กำไรแน่นอนให้มี Available ในประเทศ กอปรกับปัจจุบันมีความพยายามขึ้นต้นในการรวมพลังผู้ป่วยและแพทย์ที่ประสบปัญหายากำพร้า ฉะนั้นในอนาคตอาจจะมีการจัดตั้งองค์กรขึ้นมาเพื่อกำกับดูแลให้ผู้ผลิตยาทั้งหลาย ร่วมรับผิดชอบกับยากำพร้ามากขึ้น ฉะนั้นในส่วนนี้บทบาทของภาครัฐจะมีมากขึ้นในการควบคุม กำกับให้มีการจัดหายาจำเป็น แต่ไม่กำไรเข้ามาจำหน่าย โดยใช้มาตรการดังนี้¹

1. ภาครัฐควรส่งเสริมการจัดตั้งและการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคที่พบได้น้อย
2. ภาครัฐจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่องในการแก้ไขปัญหายากำพร้า

3. จัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะ
4. การพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ

4.1 ในกรณีที่ ยากำพำร้าในกรณีที่ ผู้ถือครองสิทธิบัตรรายการยากำพำร้าเหล่านั้นไม่มีการเปิดบริษัทลูกในประเทศไทยหรือมีตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทยนั้น รัฐควรที่จะเข้ามาดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างเต็มที่ ด้วยการนำเข้ายากำพำร้าเหล่านี้มา สำรองและจำหน่าย กระจาย ไปยังสถานพยาบาลที่ต้องการใช้ โดยองค์กรที่ต้องมีบทบาทในการนำเข้ายากำพำร้าเหล่านี้มาจำหน่ายในประเทศก็คือ “องค์การเภสัชกรรม” ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความพร้อม มีศักยภาพและเหมาะสมที่สุด

4.2 กรณีที่ผู้ถือครองสิทธิบัตรรายการยากำพำร้าเหล่านั้น มีบริษัทลูกในประเทศไทยหรือมีตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทยนั้น องค์กรที่ต้องมีบทบาทในการนำเข้ายากำพำร้าเหล่านี้มาจำหน่ายก็คือ “บริษัทผู้นำเข้ายาซึ่งเป็นบริษัทลูกหรือตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทยของผู้ถือครองสิทธิบัตรยากำพำร้า” เพื่อเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคมร่วมกัน โดยรัฐควรที่จะประกาศใช้กฎหมายที่มุ่งเน้นในการให้ “สิ่งจูงใจ” กับบริษัทผู้นำเข้ายา บนพื้นฐานของการแก้ไขปัญหาโดยสมัครใจ ในขณะที่ยังไม่มี กฎหมาย (ซึ่งต้องผ่านขั้นตอนการศึกษาความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และรับฟังความคิดเห็นก่อน) ควรดำเนินการประกาศเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขก่อน โดยเสนอให้มีกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาดังนี้

4.2.1) การเจรจาขอความร่วมมือ ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับ บริษัทผู้นำเข้ายาซึ่งเป็นบริษัทลูกหรือตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทยของผู้ถือครองสิทธิบัตรยากำพำร้า

4.2.2) ต่อรอง ตกลง เงื่อนไขที่ทางบริษัทผู้นำเข้ายาเสนอ
เงื่อนไข

- ยาเหล่านี้ควรมีการแสดงความต้องการใช้ที่ชัดเจนจากผู้สั่งใช้ (แพทย์) ซึ่งควรมีความจำเป็นมาก ไม่มียาอื่นสามารถทดแทนได้ และหากไม่ได้รับยาจะเป็นอันตรายถึงชีวิต
- ภาครัฐต้องสามารถ ประมาณอัตราการใช้จ่ายยาเหล่านี้ได้แน่นอนในระดับหนึ่ง รวมทั้งวางแผนการสั่งซื้อจากทางบริษัทที่แน่นอนว่า ใน 1 ปี ทางภาครัฐต้องการสั่งซื้อยาจำนวนกี่ครั้ง ครั้งละเท่าใด ทางบริษัทสามารถที่จะบริการให้ได้ปีละ 1-2 ครั้งเท่านั้น
- รายการยากำพำร้าของบริษัทเดียวกันให้สั่งซื้อในครั้งเดียวกัน จำนวนครั้งต่อปีที่สั่งเท่ากัน ไม่ว่าจะมีการขายทางบริษัทก็สามารถจัดซื้อให้ได้

- ต้องให้ระยะเวลาทางบริษัทดำเนินการขึ้นทะเบียนตำรับก่อนที่จะสามารถสั่งหรือนำเข้ายาได้เป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี แต่หากได้รับการยกเว้นการขึ้นทะเบียนหรือขึ้นทะเบียนตำรับแบบเร็วได้ เงื่อนไขดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลง
- ผู้ซื้อจะต้องซื้อในจำนวน ตามจำนวนการสั่งซื้อขั้นต่ำ (Minimum Order) ที่ทางบริษัทได้รับการกำหนดจากบริษัทแม่ในต่างประเทศ
- เมื่อบริษัทซื้อยาจากต่างประเทศมาแล้ว จะจำหน่ายให้สถานพยาบาลภาครัฐแห่งใดแห่งหนึ่งทั้งหมด โดยไม่มีการกระจายหรือจำหน่ายให้กับลูกค้ารายย่อย ซึ่งหากผู้ไ้รายย่อยต้องการก็อาจจะซื้อผ่านสถานพยาบาลที่รับซื้อยาดังกล่าว หรืออาจจะกระจายไปยังศูนย์กลางที่จะเก็บรักษายานี้เพียงไม่กี่แห่งในประเทศเท่านั้น เช่นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ในส่วนภูมิภาค เป็นต้น
- เมื่อเกิดการสำรองยาแล้วยาหมดอายุ ทางบริษัทจะไม่รับคืนหรือเปลี่ยน
- สถานพยาบาลภาครัฐที่ทำการจัดซื้อ ต้องยอมรับ “ราคา” ที่ทางบริษัทเสนอ
- ควรจัดระบบกระจายข้อมูลสถานที่รับผิดชอบในการสำรองยาให้กับแพทย์อื่นๆ เพื่อให้ทราบว่า หากมีความต้องการใช้ยานี้จะสามารถหาซื้อได้จากโรงพยาบาลหรือองค์กรใด

เมื่อพิจารณาเงื่อนไขทั้ง 9 ประการข้างต้นนั้น พบว่า ในบางเงื่อนไขทำให้ภาครัฐจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยที่ทางบริษัทก็เพียงแต่ซื้อและขายไป ดังนั้น การเจรจา ต่อรอง และการตกลงเรื่องเงื่อนไขการจัดซื้อ จัดหา การสำรองและการกระจายยา จึงเป็นกระบวนการที่จำเป็นเพื่อแบ่งเบาภาระที่ภาครัฐต้องแบกไว้ และควรจัดให้เป็นระบบที่ชัดเจน โดยการตกลงเงื่อนไขอาจจำเป็นต้องพิจารณาเป็น ยารายตัวไป เนื่องจากยาแต่ละตัว บริษัทแต่ละบริษัท จะวางเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ในการตกลงเงื่อนไขดังกล่าวควรกระทำ 3 ฝ่าย ระหว่างบริษัทผู้นำเข้ายาซึ่งเป็นบริษัทลูกหรือตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทยของผู้ถือครองสิทธิบัตรยากำพร้า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และผู้แทนจากสถานพยาบาลที่ต้องการซื้อยาดังกล่าวที่สามารถตัดสินใจเรื่องเงื่อนไขต่างๆที่บริษัทเสนอได้ และหากในอนาคตมีกลุ่มของผู้ป่วยชัดเจน อาจจะมีตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยเข้าร่วมเจรจาเพิ่มอีกฝ่ายหนึ่ง

บทบาทของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ต่อกการเจรจาในสถานการณ์ที่บริษัทเรียกร้องเงื่อนไขมากมายนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต้องพยายามประสานประโยชน์ของทั้งสองฝ่ายให้อยู่ในระดับที่สมดุล เพราะหากปฏิเสธข้อเรียกร้อง เงื่อนไขทั้งหมดที่ทางบริษัทเสนอก็อาจจะไม่ได้รับความร่วมมือในการนำเข้ายากำพร้ามาจำหน่ายในประเทศ แต่ถ้าหากรับเงื่อนไขทั้งหมด หน่วยงานของรัฐ สถานพยาบาลต่างๆก็จะแบกรับภาระค่าใช้จ่าย

การบริหารจัดการจำนวนมาก รูปแบบการแก้ไขปัญหาลงหลังจากการเจรจา ตกลงเงื่อนไขกับทางบริษัทผู้นำเข้ายา อาจจะออกมาในหลากหลายรูปแบบดังตารางที่ 4 ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของยาแต่ละรายการและการให้ความสำคัญกับเงื่อนไขใดเงื่อนไขหนึ่งของทางบริษัทฯ

4.2.3) แก้ไขกฎระเบียบต่างๆ เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกและลดค่าใช้จ่ายในการนำเข้ายากำพร้าเหล่านี้

4.2.4) จัดระบบเพื่อสะท้อนความต้องการใช้ยาจากแพทย์ ไปยังบริษัท ผู้นำเข้ายาให้ชัดเจน

4.2.5) การลดภาระการสำรองยากำพร้า

ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ และเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการแก้ไขปัญหา คือ การลดภาระการสำรองยา เนื่องจากภาระการสำรองยากำพร้า นั้นเป็น อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ไม่ว่าจะเป็นองค์กรของรัฐและเอกชนไม่ต้องการแบกรับภาระดังกล่าว เพราะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะในกรณีที่ยาหมดอายุ ดังนั้นจึงมีการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหारेื่องการสำรองยาโดยภาครัฐ ส่วนกลางจะเข้ามาแบกรับภาระนี้เสียเอง ซึ่งมีอยู่ 2 แนวทาง แนวทางแรก คือ การจัดตั้งกองทุนขึ้นมาเพื่อชดเชยภาระความเสียหายที่เกิดจากการสำรองยา

ส่วนอีกแนวทางหนึ่งคือ การใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากส่วนกลางมาใช้ซื้อยากำพร้ากลุ่มนี้ โดยทางโรงพยาบาลไม่ต้องแบกรับภาระใดๆ เพียงบริหารเวชภัณฑ์ให้เกิดประโยชน์และคุ้มค่าที่สุด ซึ่งความเป็นไปได้ของแนวทางนี้ จำเป็นต้องศึกษาในแง่มุมทางกฎหมายและทางการบริหารอย่างลึกซึ้งต่อไป

4.3 นอกจาก “ภาครัฐ” และ “บริษัทผู้นำเข้ายา” ที่มีบทบาทในการแก้ไขปัญหายากำพร้าแล้วบริษัทผู้ผลิตยาแผนปัจจุบันในประเทศ ก็ควรจะเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหานี้เช่นกัน โดยที่หากยารายการใดไม่อยู่ในความคุ้มครองของกฎหมายสิทธิบัตร ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรนำออกมาประชาสัมพันธ์เพื่อเปิดโอกาสให้บริษัทผู้ผลิตยาในประเทศไทยที่สนใจผลิตยากำพร้าออกจำหน่าย และสร้างแรงจูงใจด้วยการระบุจำนวนซื้อที่ชัดเจนและรับซื้อทั้ง Lot เช่นเดียวกับกรณี Lamprene™ ซึ่งจัดซื้อรวมที่กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ แต่หากไม่มีบริษัทผู้ผลิตยาในประเทศไทยสนใจที่จะผลิตยากำพร้า หน้าที่การนำเข้ายากำพร้าจากต่างประเทศควรจะตกเป็นของ “องค์การเภสัชกรรม”

การซื้อ

การซื้อ คือ การจัดหาในระดับต่อมา ซึ่งหมายถึง การจัดหาในระดับสถานพยาบาลของภาครัฐซึ่งเป็นแหล่งที่มีการจัดหายาสัดส่วนมากที่สุด จะพบว่าการจัดหายา ถูกยึดโยงไปด้วยระเบียบทางราชการต่างๆ มากมาย ส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบังคับให้เกิดการจัดซื้อ จัดหาส่วนใหญ่ที่ใช้ในสถานพยาบาล จากองค์การเภสัชกรรม ซึ่งไม่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบ ไม่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับ การจัดซื้อ จัดหาจากบริษัทเอกชน ในอนาคตเมื่อกลไกเพื่อการอยู่รอดของ องค์การภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ถูกพัฒนาขึ้น กลไกนี้จะเป็นส่วนสำคัญที่จะ ผลักดันให้เกิดการจัดหาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น กอปรกับความเป็นอิสระมากขึ้น มีการ กระจายอำนาจ จึงอาจเป็นแรงผลักดันให้มีการจัดหาอย่างอิสระ ไม่จำเป็นต้องซื้อยาจาก องค์การ เภสัชกรรม อีกต่อไป ฉะนั้นในประเด็นดังกล่าว การควบคุม กำกับโดยรัฐจะไม่มี ความจำเป็น กลไกโดยธรรมชาติจะทำงานอยู่แล้ว

การบริหารเวชภัณฑ์

มีการตั้งคำถามถึงประสิทธิภาพอยู่เนืองๆ กับทิศทางใหม่ในการบริหารระบบสาธารณสุข ที่เริ่มมีการกระจายอำนาจมากขึ้น องค์การได้บริหารงานอย่างเป็นอิสระมากขึ้น มีระบบการควบคุม ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพที่เข้มแข็งมากขึ้น เป็นกระแสผลักดันสำคัญให้ ระบบบริหาร เวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลของรัฐต้องปรับตัวเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมคุณภาพยาและ ราคา (คุณภาพดีในขณะที่ราคาเหมาะสม บนพื้นฐานที่ว่า “การรวม การจัดการแบบเดียวกัน เข้าไว้ด้วยกันจะเกิดประสิทธิภาพการบริหารมากที่สุด” ทำให้ในอนาคต ระบบการบริหารเวชภัณฑ์ อาจจะเปลี่ยนมือเข้ามาในส่วนของภาพธุรกิจเอกชนมากขึ้น เช่น ระบบการซื้อยาโดยผ่านผู้ขาย หลัก (Prime vendor) ซึ่งเป็นระบบที่ต่างประเทศใช้กันมานาน ผู้ขายหลักคือผู้ขายในกลุ่มของ การขายส่ง (wholesale) ที่ทางผู้ซื้อคือโรงพยาบาลเลือกที่จะทำสัญญาสั่งซื้อยาส่วนใหญ่มาใช้ใน โรงพยาบาล วิธีการนี้มีข้อดีให้ความต่อเนื่องในการสั่งยา เพราะมีการทำสัญญาสั่งซื้อไว้แล้วและ ทำให้โรงพยาบาลไม่ต้องรับภาระสินค้าคงคลัง หรือการบริหารคลังเวชภัณฑ์โดยผู้ขายหลักจะทำ หน้าที่คลังเก็บยาให้ โรงพยาบาลจึงสามารถนำทรัพยากรที่มี ซึ่งไม่ว่าจะเป็นเงิน กำลังคนที่มีอยู่ อย่างจำกัด ตลอดจนสถานที่เก็บยาไปบริหารให้มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นวิธีการนี้จึงต่างจาก ระบบซื้อแบบรวมกลุ่มซึ่งทางโรงพยาบาลยังคงต้องแบกรับภาระในการบริหารคลังยาและสินค้า คงคลังด้วยตนเอง ทำให้อัตราการใช้วิธีการซื้อผ่านผู้ขายหลักจึงได้รับความนิยมมากขึ้น จากการ รายงานพบว่าในปี ค.ศ. 1986 ประมาณร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาใช้การสั่งซื้อ ผ่านผู้ขายหลัก อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยข้อจำกัดทางระเบียบราชการและ ทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานที่เคยชินกับลักษณะงานไม่พร้อมจะเปลี่ยนแปลง แต่วิธีนี้จะก่อให้เกิดการ ประหยัดให้กับโรงพยาบาลมาก จึงเป็นไปได้ว่าในอนาคตโรงพยาบาลจะเลือกใช้วิธีนี้ในการจัดหา และบริหารคลังเวชภัณฑ์เช่นเดียวกับโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาหรือยุโรป

หากเป็นระบบดังกล่าวนี้ย่อมหมายความว่า บทบาทการควบคุมให้เกิดการจัดหาและบริหารเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมนั้น จะเปลี่ยนจากภาครัฐ (ส่วนกลาง) ที่ใช้เครื่องมือคือระเบียบของทางราชการต่างๆ มากอยู่ในมือของ โรงพยาบาล !!! ซึ่งจะต้องวางระบบในการควบคุมบริษัทเอกชนที่ทำให้ที่จัดหาและบริหารเวชภัณฑ์แทน เพื่อรักษาผลประโยชน์ให้ทางโรงพยาบาลองค์กรของรัฐก็ไม่มีบทบาทในส่วนนี้อีกแล้ว แต่อาจจะช่วยสนับสนุนผู้ซื้อบริการจากธุรกิจจัดการคลังเวชภัณฑ์แบบครบวงจร ในด้านวิชาการในแง่ประเมินต้นทุน ผลได้ / การคัดเลือกคุณภาพยา เป็นต้น

อนาคตของการควบคุม กำกับ การกระจายยา

Drug distribution's regulation foresight

ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อระบบกระจายยา คือ ความเจริญของเทคโนโลยีการสื่อสารลดหน้าผู้บริโภครวมสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น และความต้องการความสะดวกสบายของผู้บริโภคมีมากขึ้น ช่องทางการกระจายยาจึงต้องพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการ ฉะนั้น การขายยาผ่านเครือข่าย Internet และการขายตรง จะเข้ามามีบทบาทมาก เป็นช่องทางการกระจายยาใหม่ ที่ระบบการควบคุมกำกับในปัจจุบันยังเอื้อมมือไปไม่ถึง ยาที่ไม่ผ่านการคัดเลือก ยาที่มีการโฆษณาชวนเชื่อ ยาที่ไม่เหมาะสมทั้งทางด้านประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความคุ้มค่า อาจจะกระจายสื่อมือผู้บริโภครวบรวมไว้การควบคุม และได้รับความรับผิดชอบกับอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น กอปรกับการขาดระบบ Consumer empowerment ในสังคมไทย จะยิ่งทำให้ผลกระทบทวีความรุนแรงมากขึ้น

ในขณะที่ระบบควบคุม กำกับ ของภาครัฐที่พัฒนาตามปัญหาไปอย่างเชื่องช้า คุณจะไม่สามารถไล่ตามปัญหาได้ทัน รวมทั้ง กลไก และ เครื่องมือ เดิมๆที่ใช้ในการควบคุมกำกับมีข้อจำกัดอยู่มาก เช่น การจำกัดจำนวนข้าราชการ กฎหมายล้าสมัย เปลี่ยนแปลงช้า การบังคับใช้กฎหมายไม่เข้มแข็ง ดังนั้น บทบาทการควบคุมกำกับของภาครัฐในประเด็นนี้จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องพึ่งพาภาคประชาชนเพื่อการเฝ้าระวังปัญหา (ซึ่งต้องมีการจัดกระบวนการ Empowerment ผู้บริโภคอย่างเป็นระบบ) หรือ อาจจะต้องอาศัยบริษัทเอกชนที่มีเทคโนโลยีเพียงพอดำเนินการเฝ้าระวังแทน นอกจากนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีวิจารณญาณที่เหมาะสม และการสนับสนุนให้เกิดบรรยากาศแลกเปลี่ยนความรู้ มีแหล่งความรู้ที่เข้าถึงง่ายทาง Internet ก็จะเป็นสิ่งที่จำเป็น รวมทั้งการเพิ่มบทบัญญัติในกฎหมายเพื่อเอาผิดกับผู้สนับสนุนให้เกิดการขายตรง หรือขายทางinternet ก็อาจจะบรรเทาปัญหาได้

อนาคตของการควบคุม กำกับ การใช้ยา

Drug use's regulation foresight

ประเด็น

- สถานการณ์การใช้ยา อดีต ถึง ปัจจุบัน
- แนวโน้มในอนาคต สถานการณ์การใช้ยา มีอะไรที่ทำให้คิดว่าจะเกิดขึ้นจริง อะไรจะเป็นปัจจัยผลักดัน
- ระบบ และ องค์การที่ดูแลด้านการควบคุม กำกับ จาก อดีตถึงปัจจุบัน มีปัญหาอย่างไร และจะตอบสนองแนวโน้มในอนาคต สถานการณ์การใช้ยาได้หรือไม่
- แนวโน้มการควบคุม กำกับ การใช้ยาในอนาคต มีอะไรที่ทำให้คิดว่าจะเกิดขึ้นจริง อะไรจะเป็นปัจจัยผลักดัน
- การควบคุม กำกับ การใช้ยา ที่พึงประสงค์ในอนาคต

สถานการณ์การใช้ยาในประเทศไทย อดีต ปัจจุบัน²

ใน ปี 1993 ค่าใช้จ่ายด้านยา เป็น 35% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด คาดว่า 2/3 ของยาทั้งหมดได้จาก แพทย์ ส่วนอีก 1/3 ซื้อยารักษาตนเอง มีหลักฐานว่า มีการใช้ยาเกินความจำเป็นในกลุ่มยา antibiotic NSAIDs analgesic and Cold remedies นอกจากนั้นยังมีปัญหาการขายและใช้ “ยาชุด” อยู่อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในชนบท ในปี 2002 สถานการณ์การใช้ยาในโรงพยาบาลยังคงเป็นปัญหาในหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็น การสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ โดยเฉพาะในกลุ่มยาต้านจุลชีพ ยาลดไขมัน การใช้ยาโดยไม่มีประสิทธิผล การเกิดอันตรายจากการใช้ยาในกรณีที่สามารถป้องกันได้ การสั่งใช้ยาที่เกิดความสูญเปล่า การสั่งใช้ยาที่มีปัญหาด้านขนาดยา วิธีการให้ยา ความถี่จากการให้ยา ระยะเวลาให้ยา

นอกจากนี้ยังมีสถานการณ์การใช้ยานอกสถานพยาบาล ซึ่งพบว่า ร้านชำหรือร้านค้าปลีกเป็นแหล่งที่ชาวบ้านไปซื้อยามากที่สุด ซึ่งเป็นแหล่งกระจายยาที่ผิดกฎหมาย / การขายยาไม่ตรงตามใบอนุญาตของร้านยา / พฤติกรรมการบริการด้านยาที่ไม่มีมาตรฐาน ฯลฯ ฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาปัญหาการใช้ยาในประเทศไทยทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนยังคงรูปแบบและลักษณะเช่นเดียวกับเมื่อ 10 ปีที่แล้ว แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบขนาดและความรุนแรงของปัญหาได้ เนื่องจากไม่มีงานวิจัยระดับประเทศที่ทำอย่างต่อเนื่อง

แนวโน้มในอนาคตของสถานการณ์ด้าน “การใช้ยา” ... อะไรที่ทำให้คิดว่าจะเกิดขึ้นจริง อะไรจะเป็นปัจจัยผลักดัน

1. การใช้ยาในสถานพยาบาล

1.1 การใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐ : การใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐ จะปรับเปลี่ยนไปในทิศทางการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น และ ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพของยามากขึ้น

ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุสมผล :

- การควบคุมค่าใช้จ่าย (เช่น การจัดสร้างเงินสนับสนุนรายหัวประชากร) ในระบบประกันสุขภาพจะผลักดันให้ผู้สั่งใช้ยา(แพทย์) ตระหนักถึงเรื่องต้นทุนประสิทธิภาพของการใช้ยามากขึ้น
- การมีโครงสร้างของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในสถานพยาบาลของภาครัฐ
- การมีและใช้ประโยชน์จาก “บัญชียาหลักแห่งชาติ” และการประกาศใช้ Drug Use Evaluation
- ระบบที่เปิดโอกาสให้มีการตรวจสอบจากบุคคลภายนอกมากขึ้น จากแนวความคิดที่มีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (ก.ส.พ)
- การตรวจสอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในบทบาท Purchaser & Regulator จึงทำให้สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในสถานพยาบาลของรัฐลดลง
- การให้ความสำคัญกับ กระบวนการรับรองคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาล Hospital Accreditation [HA] ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อ มาตรฐานในการใช้ยาในสถานพยาบาล
- ภาวะสงคราม ทำให้เศรษฐกิจตกต่ำ ส่งผลต่อนโยบายของรัฐบาลในการควบคุมค่าใช้จ่ายในภาคต่างๆรวมทั้งภาคการสาธารณสุขด้วย
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ
- มาตรการควบคุมค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ

ปัจจัยเป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาสมเหตุสมผล:

- ความย่อหย่อนในการควบคุมกำกับจรรยาบรรณแพทย์ โดยเฉพาะในกรณีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และธุรกิจยา
- การไม่มีการควบคุมการส่งเสริมการขายยาของธุรกิจยา

- การจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัด ที่คำนึงถึง “ราคา” ในขณะที่ประเด็นด้านคุณภาพยานั้นใช้เกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกซึ่ง “หายา”
- การผลักดันให้มีการโฆษณาตรงต่อผู้บริโภคมากขึ้น (Direct to consumer advertisement) ของธุรกิจยา เพราะจะทำให้ยอดขายยาเพิ่มขึ้น (มีข้อมูลของสหรัฐอเมริกา)
- การไม่สามารถสร้างหลักประกันต่อผู้สั่งใช้ยาว่ายา generic ให้ผลการรักษาเทียบเคียงได้กับยา original
- การวิเคราะห์คุณภาพยาไม่เพียงพอสำหรับการตรวจก่อน/หลังการสั่งซื้อยา

เมื่อพิจารณาจากปัจจัยทั้งทางบวกและลบ จะเห็นว่า ปัจจัยทางบวกมีมากกว่าและมีอิทธิพลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากกว่า จึงคาดได้ว่า การใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐ จะปรับเปลี่ยนไปในทิศทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลมากขึ้น และ ให้ความสำคัญเรื่องคุณภาพของยามากขึ้น แต่เป็นไปอย่างช้าๆ เนื่องจากปัจจัยสนับสนุนหลายปัจจัยกำลังอยู่ในช่วงเริ่มต้นดำเนินการ

ปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้สถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้จริง คือ การทำหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในบทบาท Purchaser & Regulator เพื่อตรวจสอบการทำงานของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลโดยตรงและมีอิทธิพลมาก เพราะหากการกำกับ ตรวจสอบ ออเนด ไม่มีประสิทธิภาพ ประเมินสิ่งที่ไม่ควรประเมินหรือเครื่องมือในการประเมินและให้คุณให้โทษไม่มีประสิทธิภาพแล้วนั้น พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา จะเปลี่ยนไปเป็นการใช้ยา 2 มาตรฐาน(คนจ่ายเองได้ คนใช้สิทธิบัตรทอง) การใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา (Standard Guide line) ซึ่งเป็นการใช้อย่างไม่สมเหตุผลผลอีกรูปแบบหนึ่ง ฉะนั้น การตรวจสอบของหน่วยงานรัฐที่ทำหน้าที่เป็น Purchaser & Regulator (สสจ.) ถือว่าเป็น “ปัจจัยที่พลิกผัน” สำคัญ ของการใช้ยาสถานพยาบาลภาครัฐ

แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ปัจจัยที่พลิกผันดังกล่าวจะมีผลอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสั่งใช้น้อยลง ในขณะที่ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลยังคงอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงต่อการได้รับยาอย่างไม่สมเหตุผลผล

1.2 การใช้ยาโดยแพทย์ในสถานพยาบาลภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน คลินิก) :

ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุผลผล :

- ความสนใจของสถานพยาบาลภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน คลินิก) ที่ต้องการเข้าร่วมในโครงการหลักประกันสุขภาพ นั้นย่อมหมายความว่า มี "ช่องทาง" เพิ่มขึ้นที่จะให้หน่วยงานรัฐ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เข้ามามีอิทธิพลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสั่งใช้ยาของแพทย์ ประกอบกับ มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ทางสถานพยาบาลต้องกำหนดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แต่กรณีผู้ป่วยที่จ่ายเองยังเป็กลุ่มที่ยังเสี่ยงต่อการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลอยู่)
- บทบาทที่เพิ่มขึ้นของ องค์การพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภค และ ผู้บริโภคจำนวนหนึ่งที่เริ่มรักษาสติ และ ความนิยมที่เพิ่มขึ้นในการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์รายอื่นเพื่อให้นั่นใจ (Second opinion)
- การให้ความสำคัญกับ กระบวนการรับรองคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาล Hospital Accreditation [HA] ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อ มาตรฐานในการใช้ยาในสถานพยาบาล
- มาตรการความรับผิดชอบทางแพ่งกรณีที่เกิดความเสียหายจากการใช้ยาแห่งพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ ทำให้ แพทย์ เภสัชกรเพิ่มความระมัดระวังในการจ่ายยา ขยายยา มากขึ้น

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาที่สมเหตุผลผล:

- การส่งเสริมการขายยาโดยไร้การควบคุม การไม่มีกลไกที่จะตรวจสอบหรือดูแลอำนาจผู้สั่งใช้ยา โดยเฉพาะในสถานพยาบาลภาคเอกชน (คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน) แม้จะมีกลไกตลาดในการแข่งขันด้านราคาสำหรับสถานพยาบาลภาคเอกชนก็ตาม แต่ก็เป็กลไกตลาดที่ "ไม่สมบูรณ์" ผู้บริโภคไม่สามารถหรือมีความรู้เพียงพอในยาและบริการที่ได้รับ เพื่อตัดสินใจ เพราะโดยทั่วไป การสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม นั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ยากสำหรับบุคคลภายนอกวงการสาธารณสุขที่จะเข้ามาตรวจสอบได้
- ความย่อหย่อนในการควบคุมกำกับจรรยาบรรณแพทย์ โดยเฉพาะในกรณี **ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และธุรกิจยา**
- การต่อต้าน ระบบการแบ่งแยกการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ กับ การจ่ายยาโดยเภสัชกร

จากสถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลนั้นมีอิทธิพลน้อยมากสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา ในขณะที่ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคยังคงมีอยู่และไม่มีทีท่าว่าจะลดลง ฉะนั้น การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผลของแพทย์ในสถานพยาบาลเอกชนยังไม่มีทีท่าว่าจะลดน้อยลงแต่อย่างใด ส่วน“ปัจจัยที่พลิกผัน”ที่สำคัญสำหรับการใช้ยาในโรงพยาบาลเอกชน คือ การตื่นตัวพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ความนิยมในการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์รายอื่นเพื่อให้มั่นใจ (Second opinion) และความเข้มแข็งขององค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภค และการเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพ

ในขณะที่ ส่วนปัจจัยพลิกผันการใช้ยาในคลินิกแพทย์เอกชน คือ การมีระบบการแบ่งแยกการใช้ยาโดยแพทย์ กับ การจ่ายยาโดยเภสัชกรขึ้นในประเทศไทย

1.3 การใช้ยาโดยเภสัชกรหรือผู้ขายยาในร้านขายยา

ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุสมผล :

- มาตรการความรับผิดชอบทางแพ่งกรณีที่เกิดความเสียหายจากการใช้ยาแห่งพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่ ทำให้ แพทย์ เภสัชกรเพิ่มความระมัดระวังในการจ่ายยาขายยา มากขึ้น
- การที่สภาเภสัชกรรม มีความพยายามที่จะพัฒนาร้านขายยา
- ความพยายามให้ร้านขายยา สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยาที่สมเหตุสมผล:

- การย่อหย่อนในการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้มีเภสัชกรให้บริการในร้านขายยา
- การต่อต้าน ระบบการแบ่งแยกการใช้ยาโดยแพทย์ กับ การจ่ายยาโดยเภสัชกร

สถานการณ์การใช้ยาในร้านขายยานั้น เมื่อพิจารณาจะพบว่าปัจจัยที่เป็นการสนับสนุนยังมีความไม่แน่นอนสูง ประกอบกับบางปัจจัยเพิ่มเติมที่จะดำเนินการและบางปัจจัยต้องพึงพากับการบังคับใช้กฎหมาย ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคนั้นไม่มีทีท่าว่าจะดีขึ้น ดังนั้นการใช้ยาในร้านขายยาจะยังคงเป็นปัญหาในเรื่องความสมเหตุสมผลต่อไป

ปัจจัยพลิกผันสำคัญมี 2 ปัจจัย คือ 1)การร้านขายยาสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ 2) การมีระบบการแบ่งแยกการใช้ยาโดยแพทย์ กับ การจ่ายยาโดยเภสัชกร

2. การใช้ยารักษาตนเองของประชาชน Self-medication

ปัจจัยเสริมต่อการใช้ยารักษาตนเองของประชาชนให้มีความสมเหตุสมผล

- การเกิดขึ้นของ “องค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภค” ตามมาตรา 57
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสาระที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภค ด้วยการจัดสรรงบประมาณให้
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีนโยบายให้ดำเนินในสถานศึกษามุ่งปลูกฝังพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม
- การขยายเวลาการศึกษาภาคบังคับ และ มีแนวโน้มที่จะบรรจุเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน
- ความพยายามที่จะให้ ร้านยา เข้าสู่เครือข่ายบริการสุขภาพ จะส่งผลให้มีเภสัชกรให้คำปรึกษาในการเลือกซื้อยา
- ความพยายามให้เกิด แหล่งข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ “เป็นกลาง” ขึ้นในสังคมไทย
- การเกิดขึ้นของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีแนวคิด ในการส่งเสริมให้เกิดการจัดทำแผนพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยารักษาตนเองของประชาชนให้มีความสมเหตุสมผล

- ความพยายามของธุรกิจยาที่จะผลักดันให้มียาในกลุ่ม OTC มากขึ้น เพื่อง่ายต่อการขยายตลาดของยานั้นๆ โดยใช้การโฆษณา ส่งเสริมการขายทั้งทางตรง/ทางอ้อม ฝ่าฝืน หลบและเลี่ยงกฎหมายมาเป็นเครื่องมือสำคัญ
- กระแสการค้าเสรี ลดการกีดกันทางการค้า ส่งผลให้จะมียาจากประเทศต่างๆ เข้ามาจำหน่ายในประเทศไทยมากขึ้น เมื่อเกิดการแข่งขันสูงจึงมีความพยายามในการกระตุ้นความต้องการของผู้บริโภค ให้เกิด “อุปสงค์เทียม” กระตุ้นการบริโภทยาในสังคม
- ปัจจุบันคนไทยไม่ตระหนัก ระวัง และใช้สิทธิผู้บริโภคที่ตนมีอยู่มากนัก³
- การขยายและส่งเสริมการขายทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์(Internet) ที่เพิ่มขึ้น / และมีวิธีการที่หลากหลายมากขึ้นในการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ทั้งที่ขออนุญาตและไม่ได้ขอ ทำให้เกิดการใช้ยาเกินความจำเป็นและไม่เหมาะสม

- มีช่องทางการกระจายยามากช่องทางขึ้น เช่น การขายตรงส่งถึงบ้าน
- การที่ไม่มีบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมคอยให้คำแนะนำ หรือ การขาดจรรยาบรรณในวิชาชีพ ยิ่งผลักดันให้สภาพปัญหาการ Self-medication อย่างไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับแม้ว่าการควบคุม กำกับในปัจจุบันซึ่งกระทำในหลายๆจุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กฎหมายระบุให้มีเภสัชกรอยู่บริการในร้านยา หวังว่าจะเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อการ self-medication ที่ถูกต้อง แต่ยังไม่สามารถไล่ตามปัญหาได้ทัน เนื่องจาก การย่อหย่อนในการบังคับใช้กฎหมาย และสาเหตุอื่นๆ

ปัจจัยที่จะส่งเสริมการไ้ยารักษาตนเองของผู้บริโภคให้มีความเหมาะสมทั้งหมดเป็นปัจจัยที่ยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเต็มที่ หลายปัจจัยเพิ่งจะเริ่มเป็นกระแสเท่านั้น แต่ในขณะที่ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคกลับมีจำนวนมาก มีอิทธิพลสูง และ ที่สำคัญยังไม่มีหลักฐานว่าจะเกิดการปรับเปลี่ยนแต่อย่างใด ดังนั้นสถานการณ์การไ้ยารักษาตนเองยังคงไม่ดีขึ้น “ปัจจัยที่พลิกผัน” สำคัญคือ การขยายเวลาการศึกษาภาคบังคับ และมีแนวโน้มที่จะบรรจุเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน รวมทั้ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสาระที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภค ด้วยการจัดสรรงบประมาณให้

การควบคุมกำกับในปัจจุบันสามารถตอบสนองปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตได้หรือไม่

จากอดีตถึงปัจจุบันการควบคุม กำกับ การไ้ยา โดยอาศัยกฎหมายเป็นเครื่องมือมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับดังนี้

1.) พรบ.ยา เป็นเครื่องมือ

- มุ่งหวังเพียงให้มีบุคลากรที่เหมาะสม(เภสัชกร)อยู่ประจำในสถานกระจายยา ในขณะที่ยังไม่ได้ก้าวล่วงไปถึงการกำกับดูแลในมาตรฐานการทำงาน (การให้คำแนะนำ เพื่อแก้ไข Self medication ที่เหมาะสม / ส่งมอบยาในกลุ่มยาอันตราย อย่างสมเหตุสมผล) แต่ทว่าในปัจจุบันมีเภสัชกรให้บริการในร้านขายยาไม่เกิน 10% ของร้านขายยาทั้งหมด
- ควบคุมการกระจายยาให้อยู่ในช่องทางที่เหมาะสม แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถควบคุมการกระจายยาในช่องทางเก่าที่เป็นทางการ(ร้านยา คลินิก โรงพยาบาล) และช่องทางที่ไม่เป็นทางการ (ร้านขายของชำ ขายตรง) และ ช่องทางในอนาคต (Internet pharmacy) ให้เหมาะสมได้ ข้ำไม่มีแนวโน้มว่าจะมีการพัฒนา หรือมีมาตรการให้มี

การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปความเข้มแข็ง ดังนั้นการกำกับ ดูแลในส่วนนี้โดยองค์กรของรัฐ ในอนาคตจึงไม่สามารถเป็นที่พึ่งของประชาชนได้

- 2.) พรบ.วิชาชีพเวชกรรมและพรบ.วิชาชีพเภสัชกรรม บทบาทของสภาวิชาชีพในการควบคุมจรรยาบรรณ ยังคงทำงานในรูปของเชิงรับ รอผู้เสียหายมากล่าวหาหรือผู้ที่เห็นปัญหามากล่าวโทษเท่านั้น ยังไม่มีการทำงานที่เป็นเชิงรุก ใฝ่ระวัง ตรวจสอบตรา สอดส่องการประกอบวิชาชีพและการส่งเสริมการประกอบวิชาชีพเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเท่าที่ควร ไม่สามารถเท่าทันปัญหาที่จะเกิดในอนาคตได้
- 3.) พรบ.สถานพยาบาล เป็นกฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมการใช้ยาอยู่บ้าง โดยเฉพาะในแง่ของการกำหนดคุณลักษณะและจำนวนบุคลากรในสถานพยาบาล นั้นๆ ซึ่งก็ไม่เพียงพอต่อการควบคุม กำกับ การใช้ยาในสถานพยาบาลนั้นๆ

ซึ่งจะเห็นได้ว่า การควบคุม กำกับด้วยกฎหมายโดยองค์กรของรัฐ และ กึ่งรัฐนั้น ไม่สามารถตอบสนองปัญหาในปัจจุบัน และ ในอนาคตได้อย่างแน่นอน กอปรกับ ไม่ใช่ปัจจัยหลักหรือปัจจัยพลิกผันให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุสมผล เพราะ เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆที่เอื้อต่อการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลนั้นจะเห็นว่า ปัจจัยส่วนมากนั้นมาจากการที่รัฐกำหนดนโยบาย ระเบียบหรือสร้าง"ระบบ" ขึ้นมาเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ดังนั้น รัฐควรจะทำให้ความสำคัญต่อการสนับสนุน ส่งเสริม การใช้ยาที่สมเหตุสมผล (มากกว่าการควบคุม กำกับ) โดยการ 1) ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุสมผล ด้วยระเบียบและนโยบายของรัฐ เช่น นโยบายการใช้บัญชียาหลัก เป็นต้น 2) สร้าง "ระบบ" ที่ภายในจะมี "กลไก" ที่จะทำให้เกิดการควบคุม กำกับ การใช้ยาภายในระบบขึ้น

ดังนั้นการควบคุม กำกับการใช้ยาจึงเป็นประเด็นที่ไม่สามารถควบคุม กำกับได้ด้วยกฎหมาย แต่ควบคุมได้ด้วย"อำนาจที่มองไม่เห็น"ภายในระบบที่ถูกออกแบบขึ้น และ อำนาจผู้บริโภคร

แนวโน้มการควบคุม กำกับ การใช้ยาในอนาคต (มีอะไรที่ทำให้คิดว่าจะเกิดขึ้นจริง อะไรจะเป็นปัจจัยพลิกผัน?)

ระบบการควบคุม กำกับ ในอนาคตที่เป็น "ปัจจัยพลิกผัน"ที่สำคัญ คือ

- 1) การควบคุม กำกับ การใช้ยาโดยอำนาจผู้บริโภค การใช้สิทธิ

- 1.1 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสาระที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภค ด้วยการจัดสรรงบประมาณให้

- 1.2 ความเข้มแข็งขององค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภค
- 1.3 การขยายเวลาการศึกษาภาคบังคับ และ มีแนวโน้มที่จะบรรจุเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน
- 2) สร้าง “ระบบ” ที่ภายในจะมี “กลไก” ที่จะทำให้เกิดการควบคุม กำกับ การใช้จ่ายภายในระบบขึ้น
 - 2.1 การที่สถานพยาบาลของเอกชน (โรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา) เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ
 - 2.2 การมีระบบการแบ่งแยกการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ กับ การจ่ายยาโดยเภสัชกรขึ้นในประเทศไทย
 - 2.3 การทำหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในบทบาท Purchaser & Regulator เพื่อตรวจสอบการทำงานของสถานบริการสาธารณสุข

ในข้อ 1.1 และ 1.2 หัวใจสำคัญอยู่ที่ “ความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภค ภาคประชาชน” ซึ่งจะเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหาด้านการบริโภคพร้อมๆ กับการเจริญเติบโตด้านจิตสำนึกความตระหนักถึงสิทธิ การแสวงหาองค์ความรู้เพื่อปกป้องตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ การควบคุม กำกับ การสั่งใช้ยาของบุคลากรสาธารณสุขและการพัฒนาความรู้เพื่อการเลือกใช้อย่างเหมาะสม ผล ความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภคนั้นจะเกิดขึ้นได้จาก 2 ปัจจัย คือ 1) การสนับสนุนจากภาครัฐ โดยเฉพาะในด้าน งบประมาณ และ วิชาการ 2) การสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภคในการดำเนินกิจกรรม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถูกคาดหวังให้เป็น ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย กำลังได้รับการผลักดันด้วยการเคลื่อนไหวทางสังคมครั้งใหญ่ จะสามารถผ่านพิจารณาจนตราเป็นกฎหมายหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยสำคัญที่สุด คือ พลังจากประชาชน นักวิชาการ แกนนำทางสังคม ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำโดยตลอดกระบวนการ จากการประเมินสถานการณ์จะเห็นว่ามีความเป็นไปได้สูงที่ พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวจะได้รับความเห็นชอบจากสภาจนเป็นกฎหมาย ในด้านความเข้มแข็งขององค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภค : ปัจจุบัน มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นแกนหลักที่ทำงานด้านนี้ มีโครงสร้าง สำนักงาน องค์กรที่แน่นอน กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีสื่อของตนเอง(วารสารฉลาดซื้อ) มีเครือข่ายเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก มีงบประมาณดำเนินกิจกรรม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรนี้สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้ในอนาคต คือ งบประมาณสนับสนุน ไม่ว่าจะมาจากภาครัฐ (อย. สสส.) หรือ จากต่างประเทศ ซึ่งคาดว่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นองค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภคจึงมีแนวโน้มที่จะเข้มแข็งมากขึ้น ส่วนการขยายเวลาการศึกษาภาคบังคับนั้นเป็นไปได้แน่นอน เนื่องจากถูกระบุไว้ใน

กฎหมาย ในขณะที่เดียวกันการบรรจุเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนก็มีแนวโน้มที่จะเป็นไปได้สูง เช่นกัน ดังนั้น **การควบคุม กำกับ การใช้ยาโดยอำนาจผู้บริโภค การใช้สิทธิ ในอนาคตจึงมีความเป็นไปได้สูงมาก ที่จะเกิดขึ้นจริง**

หากพิจารณาปัจจัยพลิกผันในข้อ 2.1-2.3 กรณีการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของสถานพยาบาลภาคเอกชนนั้น ปัจจุบันเริ่มมี โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้เข้ามาในระบบประกันสุขภาพของรัฐ ในขณะที่คลินิกแพทย์เอกชนและร้านขายยา ยังเข้ามาเป็นเครือข่ายบริการน้อย แต่ในอนาคต หากมีนโยบายให้ผู้ป่วยเลือกให้โรงพยาบาลได้โดยเสรี (ซึ่งมีความเป็นไปได้สูง) เชื่อว่าสถานพยาบาลภาคเอกชนจะยินดีเข้ามาร่วมในเครือข่ายเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ในส่วนของคลินิกแพทย์เอกชน เนื่องจากข้อกำหนดด้านภาระงาน /กิจกรรมที่ต้องให้บริการคนที่อยู่ในพื้นที่ ทั้งการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ ด้วยทำให้ คลินิกแพทย์เอกชน ที่มีบุคลากรน้อย ยากที่จะเข้ามาเป็นเครือข่าย ยกเว้น 2 กรณีคือ เจ้าของคลินิกเห็นถึงผลได้ที่คาดว่าจะได้รับดี ด้วยการดูจากผลของการที่โรงพยาบาลเอกชนเข้าโครงการฯ หรือ มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายบริการกันได้ระหว่าง พยาบาลในสถานผดุงครรภ์ ทันตคลินิก คลินิกแพทย์ **ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนจึงเป็นสถานบริการเอกชนที่มีโอกาสเข้าในระบบประกันสุขภาพสูงมาก และจะมากขึ้น ในขณะที่คลินิกแพทย์ก็มีโอกาสน้อย**

ในส่วน ร้านขายยา นั้น ร้านขายยาจะเข้ามาในเครือข่ายฯ ได้ใน 2 รูปแบบ คือ 1)การที่ร้านยาจะเข้ามาในเครือข่ายในฐานะที่เป็นสถานบริการ “ด่านหน้า” เหมือนคลินิกแพทย์นั้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่การจัดสรรค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรที่กระทรวงกำหนดไว้ ไม่ได้นำค่าใช้จ่ายส่วนนี้มาคำนวณ ดังนั้น เครือข่ายฯที่ให้ร้านขายยาดำเนินบทบาทนี้อาจจะมีความค่าใช้จ่ายภายในระบบมากยิ่งขึ้น 2) รับใบสั่งยา จ่ายยาตามใบสั่ง แต่ในปัจจุบันกฎหมายไม่ได้ระบุให้ แยกการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์และการส่งจ่ายโดยเภสัชกร จึงเป็นไปได้ยากที่จะมีใบสั่งยาออกมาจากคลินิกแพทย์เอกชนมายังร้านขายยา ดังนั้นโดยสรุป **โอกาสที่ร้านจะไม่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในเครือข่ายฯ จึงมีความเป็นไปได้น้อย ปัจจัยพลิกผันจะอยู่ที่ (1) กฎหมายฉบับใหม่มีแนวโน้มที่จะเปิดโอกาสให้เกิดระบบการแยกการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์และการส่งจ่ายโดยเภสัชกร (เริ่มในพื้นที่ที่มีความพร้อม) และ (2) การมีผลการศึกษาตามโครงการนำร่องที่ชี้ได้ว่า เมื่อร้านเข้ามาในเครือข่ายฯ จะประสบความสำเร็จในเชิงธุรกิจ ในขณะที่เกิดประสิทธิภาพในระบบ ผู้ป่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต**

การแยกการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์และการส่งจ่ายโดยเภสัชกรนอกจากจะเป็นปัจจัยพลิกผันสำคัญที่ทำให้ร้านขายยาสามารถเข้าสู่เครือข่ายฯ แล้ว ระบบนี้ยังทำให้เกิดการกระบวนการทบทวนใบสั่งยา (Prescription reviews) ซึ่งเป็นการควบคุมกำกับ การใช้ให้เกิดความสมเหตุสมผลมากขึ้น ภายในระบบ แต่ว่าปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวได้รับการคัดค้านจากกลุ่มแพทย์เป็นจำนวนมาก

กลไกสำคัญที่สุดที่จะพัฒนาการใช้ยาเกิดความสมเหตุสมผลภายในระบบประกันสุขภาพ นอกจากมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งทุกเครือข่ายบริการต้องคำนึงอยู่แล้ว ก็คือการทำหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในบทบาท Purchaser & Regulator ที่ดีเพื่อตรวจสอบมาตรฐานและการทำงานของสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายนั้น ซึ่งจะก้าวเข้าไปควบคุมกำกับให้เกิดมาตรฐานการรักษา และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลด้วย แต่ปัจจัยสำคัญที่สุดคือ ทัศนคติของผู้บริหารระดับสูง ว่าจะเห็นว่าเป็นบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือไม่ (ปัจจุบันยังไม่มีกรอบบทบาทนี้ที่ชัดเจน ลงในกฎกระทรวง ว่าด้วยการแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545) และการผลักดันบทบาทดังกล่าว จากการที่ในปัจจุบัน สสส.ให้การสนับสนุน การศึกษาถึงบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ และ แนวทางการผลักดัน จึงทำให้ในอนาคตมีแนวโน้มที่บทบาทนี้ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะได้รับความสนใจและถูกผลักดันให้เกิดขึ้นจริงในอนาคต

โดยสรุปแล้ว มีแนวโน้มที่ระบบควบคุม กำกับการใช้ยา จะเกิดขึ้นจาก 2 กลไกหลัก คือ การควบคุม กำกับ การใช้ยาโดยอำนาจผู้บริโภค การใช้สิทธิ และ จากการที่รัฐสร้าง “ระบบ” ที่ภายในจะมี “กลไก” ที่จะทำให้เกิดการควบคุม กำกับ การใช้ยาภายในระบบขึ้น หากปัจจัยที่สำคัญพลิกผันไปในทิศทางที่เอื้อให้เกิดกลไกทั้งสอง นอกจากนั้น ยังมีมาตรการเสริมที่ควรจะมีเพื่อส่งเสริมการใช้ยาให้เกิดความเหมาะสมในทุกๆระดับ

- การศึกษา DUE ในลักษณะ cross sectional & longitudinal เพื่อสร้างฐานข้อมูล
- การมีข้อมูล feedback ให้ผู้สั่งยาใช้ยา ในลักษณะเปรียบเทียบกับการใช้ยา มาตรฐาน (standard treatment guideline) หรือเปรียบเทียบกับแพทย์อื่น ๆ
- การมีข้อมูล feedback เรื่องราคาขายที่สั่งจ่ายเทียบกับกลุ่มมาตรฐาน
- จัดตั้งกลุ่ม academic detailing เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่เป็นกลางคู่ขนานไปกับการให้ข้อมูลของบริษัทยา
- สร้างระบบการเงิน การคลัง ที่เชื่อมโยงไปถึงมาตรฐานการรักษา คุณภาพยาและการสั่งจ่ายยา
- การ promote ให้ประชาชนรับบริการจากโรงพยาบาลที่ได้ HA (ซึ่งควรต้องถูกประเมินมาตรฐานเป็นระยะ ๆ)
- สร้างระบบเบิกจ่ายที่เชื่อมโยงกับมาตรฐานการรักษา การสั่งจ่ายยาและคุณภาพยา
- ใช้กลยุทธ์เชิงบวกในการพัฒนาร้านยาให้ปฏิบัติตามกฎหมาย

การควบคุม กำกับ การใช้ยา ของภาครัฐที่พึงประสงค์ในอนาคต

ภาครัฐควรปรับบทบาท จากการควบคุม กำกับ การใช้ยาโดยใช้กฎหมายเป็น เครื่องมือให้มีประสิทธิภาพ ด้วยการการสร้างความกลไกให้ภาคประชาชน&องค์กรพัฒนาเอกชน สาธารณประโยชน์ตรวจสอบการบังคับใช้กฎหมายของรัฐ และ ต้องใช้มาตรการเชิงบวกที่จะส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดการใช้อย่างสมเหตุสมผลมาร่วมในการดำเนินการ ว่าจะเป็นการ

กรอบแนวคิดขององค์กรอนามัยโลก⁴

1. ระบบข้อมูลข่าวสารด้านยาและการรักษา

Drug Information Center ในระดับชาติที่จะเป็นแหล่งข้อมูลรวมที่เข้าถึงง่าย และเป็นกลาง โดยต้องทำงานในเชิงรุก โดยส่งเจ้าหน้าที่ไปให้ข้อมูลกับผู้สั่งใช้ยา เภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข ทำจุลสาร จัดอบรม ฯลฯ โดยอาจจะเป็นองค์กรของรัฐ รัฐบาลสนับสนุนเป็นรายปี

2. ระบบการติดตาม ประเมิน การใช้ยา

ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติควรจะมีการกำหนดให้เกิดระบบในการเก็บข้อมูลเพื่อทำการอธิบายรูปแบบการใช้ยา ชี้ปัญหา และประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยวิธีเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ

3. การส่งเสริมให้เกิดการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ที่สมเหตุสมผล

การสั่งใช้ยาโดยแพทย์ จะเหมาะสมหรือไม่ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ องค์ความรู้ทางวิชาการที่พอเพียงและทันสมัย และจรรยาบรรณของผู้สั่งใช้ จึงต้องดำเนินกลยุทธ์ใน 3 ลักษณะ

กลยุทธ์ด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การมีองค์กรรับผิดชอบที่จะให้การศึกษา ข้อมูลที่จูงใจ เชื่อถือ และเป็นกลาง อย่างต่อเนื่องกับแพทย์

กลยุทธ์ด้านบริหาร คือ

- จัดการให้เกิดการคัดเลือก จัดหา และกระจายยาอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับประเทศ และ สถานพยาบาล เช่น มีองค์กรและกระบวนการในการทบทวนความเหมาะสมในการคัดเลือกยาเข้าสู่สถานพยาบาล เช่นการมี PTC
- จัดระบบการใช้และจ่ายยา เช่น การมีทบทวนใบสั่งยาโดยเภสัชกร
- จัดระบบการเงิน การคลัง เพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้สั่งใช้ยา

กลยุทธ์ด้านการควบคุม กำกับ

- ออกกฎ ระเบียบ นโยบาย เพื่อควบคุมรายการยา การสั่งใช้ การจ่าย

4. การประกัน มาตรฐานการส่งมอบยาที่ดีของเภสัชกร

สถานพยาบาลภาคเอกชน ไม่ว่าจะเป็น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกแพทย์ที่การจ่ายยา และ ร้านขายยา จะต้องสร้างระบบและกลไก ให้เกิดการปรับปรุง

5. การส่งเสริมการใช้ยาโดยชุมชนและตัวผู้ใช้ยา (self medication) ที่เหมาะสม

หน่วยงานหรือองค์กร ที่รับผิดชอบโดยตรงในการศึกษา ทำความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้เกิดความเหมาะสม

นอกจากนั้น ภาครัฐควรสนับสนุนให้เกิด

- การส่งเสริมให้มือสมัครอิสระขึ้นเพื่อเป็น Professional Promoter ส่งเสริมการทำงานในวิชาชีพ
- การส่งเสริมบทบาทของ องค์กรวิชาชีพสายต่างๆในการ สนับสนุนด้านวิชาการให้กับบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” ให้กับผู้บริโภคในการเลือกใช้ยารักษาตัวเอง (Self medication) ที่สมเหตุสมผล จึงมีความจำเป็น
- การมีองค์กรจัดการความรู้ให้กับประชาชนซึ่งต้องเป็นกลาง เช่น Academic detailing

กลยุทธ์ที่ต้องทำ

: เพื่อพัฒนาการควบคุม กำกับระบบยา ให้สามารถตอบสนององอนาคตของระบบยาได้

การควบคุม กำกับ ระบบยา มุ่งหวังให้เกิด ระบบยาที่มีประสิทธิภาพ พึ่งประสงค์ ในปัจจุบัน แนวคิดของการควบคุม กำกับ ก็คือ การใช้อำนาจของรัฐโดยมีกฎหมายเป็นเครื่องมือ เข้าไปจัดการภายในระบบ แต่ด้วยปัญหาในส่วนของระบบกฎหมายของประเทศไทย ตั้งแต่ปัญหา ในกระบวนการสร้างกฎหมาย องค์กรผู้ใช้กฎหมาย ไปจนถึงการบังคับใช้ ทำให้ กฎหมายจึงไม่ควรจะเป็นเครื่องมือหลักเพียงชิ้นเดียวเท่านั้นสำหรับระบบยาในอนาคต จะต้องดึง “อำนาจจาก สังคม หรือ ประชาชน” / “อำนาจทางวิชาการ” / “อำนาจสื่อมวลชน” เข้ามาใช้ควบคุม กำกับ ระบบยาด้วย นอกจากนั้นสำหรับภาครัฐ บทบาทใหม่ที่จะต้องทำ คือ การส่งเสริมให้เกิดระบบยาที่ดีควบคู่กับการควบคุมกำกับ โดยการสร้าง “ระบบ” ที่ภายในจะมี “กลไก” ที่จะทำให้เกิดการส่งเสริมให้เกิดระบบยาที่ดี

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นกลยุทธ์ที่ต้องทำ เพื่อพัฒนาการควบคุม กำกับระบบยา ให้สามารถตอบสนององอนาคตของระบบยาได้ คือ

- 1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและบทบาทของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยให้เป็นหน่วยงานหลักที่มีความเป็นอิสระ ดูแลเรื่องกฎหมาย นโยบาย และเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญระหว่างประเทศ เช่นสิทธิบัตร การลักลอบสินค้าข้ามแดนฯลฯ และมีองค์กรลูกปฏิบัติหน้าที่เฉพาะด้านเป็นผู้ปฏิบัติการและส่งข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เป็นนโยบาย และวิธีปฏิบัติงานต่อไป ซึ่งอาจจำแนกเนื้องานที่มีความเฉพาะตัวได้เป็น เช่น กรณี USFDA มี long-Term Contract กับมหาวิทยาลัย Maryland at Baltimore จนถือเป็นงานส่วนหนึ่งของมหาวิทยาลัยในการพัฒนาองค์ความรู้ เช่น การลดขั้นตอนการขึ้นทะเบียนตำรับยา ฯลฯ
- 2) พัฒนาให้องค์กรวิชาชีพสามารถ Function ในลักษณะของการตรวจสอบ และคานอำนาจ อิทธิพลทางธุรกิจ หรืออิทธิพลทางการเมือง ให้องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ พัฒนาการควบคุมสมาชิกของตนเองให้ปฏิบัติงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และจรรยาบรรณ ซึ่งน่าจะลดปัญหาการขายหรือจ่ายยาไม่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งโดยแพทย์ในโรงพยาบาลและเภสัชกรที่ร้านยา การผลิตยาไม่เป็นไปตามหลักวิชาการที่เหมาะสม ฯลฯ นอกจากนั้นควร ส่งเสริมให้มีองค์กรอิสระขึ้นเพื่อเป็น Professional Promoter ส่งเสริมการทำงานในวิชาชีพ รวมทั้งการส่งเสริมบทบาทของ องค์กรวิชาชีพสายต่างๆในการ สนับสนุนด้านวิชาการ ให้กับบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยง” ให้กับผู้บริโภคในการเลือกใช้ยารักษาตัวเอง (Self medication) ที่สมเหตุสมผล
- 3) มหาวิทยาลัยควรสร้างหลักสูตรการศึกษาสำหรับผู้เกี่ยวข้องในส่วนต่าง ๆ ของระบบควบคุมกำกับ (ทั้งภาครัฐ, ประชาชน, และเอกชน) เช่น การประเมินทะเบียนตำรับยา / การประยุกต์หลัก GMP / การตรวจสอบคุณภาพยา ฯลฯ นอกจากนั้นควรจะต้องพัฒนาระบบการบริหารจัดการ “องค์ความรู้” เป็น Academic Detailing ตั้งแต่ การค้นหา สะสม ประเมิน และ สื่อสารข้อมูลด้านยาและแนวทางการรักษาที่ “เป็นกลาง” ไปยังผู้สั่งใช้ยา ด้วยการติดต่อสื่อสาร การส่งต่อ หรือสืบค้นข้อมูลที่ไวและเข้าถึงง่าย
- 4) สร้างดุลยภาพของอำนาจ ระหว่าง รัฐ ผู้ประกอบการ ผู้บริโภค โดยการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้บริโภค (Consumer empowerment) เพื่อให้เกิดการควบคุมกำกับจะดำเนินการอย่างมีการคานอำนาจ จากฝ่ายที่เกี่ยวข้องมากขึ้นเพื่อความโปร่งใสและตรวจสอบได้ การสร้างเสริมพลัง อำนาจของผู้บริโภคในเชิงระบบ ทำได้โดย
 - สนับสนุน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีสาระที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้บริโภค ด้วยการจัดสรรงบประมาณให้

- การสนับสนุน กิจกรรมและการเข้ามามีส่วนร่วม ขององค์กรพัฒนาเอกชนคุ่มครอง ผู้บริโภค
- การบรรจุเรื่อง “การบริโภคศึกษา” เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การเปิดโอกาสให้กลุ่มต่าง ๆ เข้ามามีบทบาทในระบบควบคุม แต่จะต้องพัฒนาการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ จะอยู่บนฐานของวิชาการที่เป็นระบบควบคุมไปด้วย รูปแบบการเข้ามามีส่วนร่วม เช่น

- ตัวแทนผู้บริโภคร่วมในคณะกรรมการยาเพื่อพิจารณาเพิกถอนสูตรตำรับ
- การประชุมพิจารณาตัดสินเภสัชกรผู้ฝ่าฝืนกฎหมายของ The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain มีองค์คณะผู้ตัดสินที่ประกอบด้วย เภสัชกร 3 คน ตัวแทนฝ่ายประชาชน 1 คน ตัวแทนจากผู้ที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรม 2 คน การพิจารณาทุกครั้งเปิดสู่สาธารณะ และต้องมีตัวแทนจากสื่อมวลชนเข้าร่วมด้วย
- การประชุมของ Food Standard Agency Board ประเทศอังกฤษจะประกาศในหนังสือพิมพ์ว่าจะประชุมที่ไหนเมื่อไร เพื่อให้ผู้สนใจเข้าร่วมได้และ Member ของ Board ต้อง Declare ว่าตัวเองมีธุรกิจเกี่ยวข้องกับอาหารอย่างไรก่อนอภิปราย(แต่ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้รับเอกสารประวัติของ Board แต่ละคนพร้อมทั้งวาระ และเอกสารประกอบการประชุม)

5) การปรับระบบกฎหมาย เริ่มต้นด้วยการสร้างองค์ความรู้ว่ากฎหมายควรมีเนื้อหาจุดประสงค์ และกลไกการใช้บังคับกฎหมายอย่างไร เพื่อสนับสนุนการพัฒนาของระบบยา/เภสัชกรรม ไม่ใช่เป็นเพียงเครื่องมือลงโทษผู้ฝ่าฝืน โดยการนำวิจัยเรื่องของบริบทสังคมไทย ระบบบริการสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลง ฯลฯ มาเป็นปัจจัยในการกำหนดเนื้อหา รวมถึงการศึกษาหาทางเลือกที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ เช่นในเรื่องของกลไกและกระบวนการในการได้มาซึ่งกฎหมายที่มีเนื้อหาและการบังคับใช้เหมาะสม และเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ / การสร้างกฎหมายให้มีดุลอำนาจที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและเชื่อถือได้/การทำกระบวนการตัดสินใจ กำหนดนโยบายการดำเนินคดีให้เปิดเผยต่อสาธารณะ นอกจากนั้น งาน Enforcement บางเรื่องเช่น การตรวจ GMP ผู้ผลิต, การตรวจร้านยา และอาจต้องปรับให้บทบาทมี self-regulatory body มากขึ้น เช่นในกรณีของ สวีเดนให้เอกชนทำหน้าที่เป็น consultant ให้ผู้ผลิต และสามารถติดต่อได้โดยตรงกับหน่วยงานรัฐ/สหราชอาณาจักรมีองค์กรเอกชน เช่น The Royal

Pharmaceutical Society of Great Britain ที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย ให้ตรวจสอบและดำเนินคดีร้านยาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย และรวมไปถึงการพัฒนามาตรฐานร้านยาด้วย

ในส่วนสาระของกฎหมายที่ต้องเน้นหนัก คือ

- ระบบกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายเพื่อมุ่งหวังลดการจูงใจให้ผู้สั่งใช้ สั่งใช้บนพื้นฐานของผลประโยชน์

6) การพัฒนาระบบอื่นๆ เพื่อช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบยา เช่น

- การสร้างระบบ “การทบทวน” ทะเบียนตำรับยาในประเทศ และ ปรับปรุงระบบขึ้นทะเบียนตำรับยา
- การสร้างความเข้มแข็งในการคัดกรองยา ณ จุดนำเข้า
- การสร้างกลไกเพื่อตรวจสอบเรื่องราคา และ มีฐานข้อมูลเรื่องราคาของตนเอง
- การแก้ไขปัญหาการจ่ายยา : ภาครัฐควรส่งเสริมการจัดตั้งและการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มผู้ป่วยโรคที่พบได้น้อย / ต้องมีนโยบายที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่องในการแก้ไข ปัญหา / จัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะ / พัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมและพัฒนา ระบบการซื้อยาโดยผ่านผู้ขายหลัก (Prime vendor)
- การสนับสนุนให้ สถานพยาบาลของเอกชน (โรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา) เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ
- การส่งเสริมระบบการแบ่งแยกการสั่งใช้ยาโดยแพทย์ กับ การจ่ายยาโดยเภสัชกรขึ้นในประเทศไทย
- การทำหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในบทบาท Purchaser & Regulator เพื่อ ตรวจสอบการทำงานของสถานบริการสาธารณสุขในบทบาทที่เกี่ยวกับการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบยา

¹ ยากำพร้า, วราวุธ เสริมสินศิริ, วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร 2545

² คณะทำงานศึกษาวิเคราะห์การใช้ยา, “ระบบยาของประเทศไทย” 191-195 ,โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2545

³ นกมล ทองนพเนื้อ ,สมหญิง พุ่มทอง “การสำรวจความต้องการของผู้บริโภคต่อการดำเนินงานขององค์กรผู้บริโภค” คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ,กุมภาพันธ์ 2544

⁴ Management sciences for health , Managing drug supply , 2 edition ,revised and expanded 1997 pp.419

เอกสารประกอบ 3

เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบอุตสาหกรรมยา

คณะทำงานศึกษาาระบบอุตสาหกรรมยา

ภก.ชำนาญ ภัทรพานิช

ดร. ศศิธร กิตติวรวิทย์กุล

ดร.พรชัย โรจน์สิทธิศักดิ์

ฉากทัศน์และกลยุทธ์ในการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยา อีก 10 ปีข้างหน้า

วัตถุประสงค์

1. ได้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์อุตสาหกรรมยาในประเทศ
2. ได้ทราบแนวโน้มของอุตสาหกรรมยาในประเทศอีก 10 ปีข้างหน้า
3. ได้ทราบถึงข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาอีก 10 ปีข้างหน้า

ขอบเขตและวิธีดำเนินการศึกษา

1. ทำการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร หนังสือ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ
2. ศึกษาและวิเคราะห์ภาพรวมของอุตสาหกรรมการผลิตยาในปัจจุบัน จากงานวิจัยที่ได้มีผู้ศึกษาทำการศึกษามาก่อนหน้า
3. เสนอแนะฉากทัศน์ของอุตสาหกรรมยาอีก 10 ปีข้างหน้าและกลยุทธ์ในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาจากงานวิจัยที่มีผู้ศึกษามาก่อนหน้านี้

ภาพรวมของอุตสาหกรรมผลิตยาในปัจจุบัน

1. ประเภทของอุตสาหกรรม

สำหรับอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศไทยสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตวัตถุดิบทางยา อุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน อุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณ และอุตสาหกรรมวิจัย

1.1 อุตสาหกรรมผลิตวัตถุดิบทางยา

จากข้อมูลของกองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า มีการผลิตวัตถุดิบทางยาได้เพียง 25 ชนิดจากเพียง 10 โรงงานเท่านั้น การผลิตวัตถุดิบต้องใช้เงินลงทุนมาก เทคโนโลยีสูงและจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบจากการเปิดการค้าเสรีและการก่อตั้งองค์การการค้าโลก (World Trade Association, WTO) ที่ได้มีข้อตกลงให้ประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยต้องลดอัตราอากรขาเข้าเป็น 0-5% มีผลทำให้ประเทศที่มีขนาดของตลาดที่ใหญ่ มีต้นทุนการผลิตที่ต่ำและมีขีดความสามารถในการแข่งขันสูง เช่น ประเทศจีน และอินเดียได้ส่งออกวัตถุดิบทางยามาขายในประเทศไทยในราคาที่ต่ำมาก ทำให้หากจะทำการผลิตวัตถุดิบทางยาในประเทศเองจะไม่คุ้มทุนและเป็นไปได้ยากในการแข่งขันด้านราคากับประเทศ

ข้างต้นที่มีขนาดของตลาดที่ใหญ่ ในขณะที่ตลาดยาของประเทศไทยค่อนข้างเล็ก ไม่ก่อให้เกิดการประหยัดโดยขนาดของการผลิต ดังนั้นการผลิตวัตถุดิบทางยาจึงต้องพึ่งพาต่างประเทศในการนำเข้าอยู่

1.2 อุตสาหกรรมการผลิตยาแผนปัจจุบัน

สำหรับโรงงานอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบันนั้นส่วนใหญ่เป็นการผลิตยาสำเร็จรูปโดยการนำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศมาผสมตำรับ (Formulation) และจากข้อมูลปี 2544 มีโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบันของเอกชน 171 แห่ง ซึ่งลดลงจากปี 2538 ที่มีโรงงานผลิตยา 188 แห่ง การที่มีแนวโน้มที่ลดลงเนื่องมาจาก การย้ายฐานการผลิตของบริษัทยาข้ามชาติออกจากประเทศไทยไปยังประเทศที่มีต้นทุนการผลิตที่ต่ำกว่าและมีนโยบายที่ส่งเสริมการลงทุนที่เป็นรูปธรรม ในขณะที่ประเทศไทยไม่มีนโยบายที่ชัดเจน รวมทั้งผลจากการเปิดการค้าเสรีตามข้อตกลงของประเทศในเขตการค้าเสรีอาเซียน (ASEAN Free Trade Area, AFTA) อีกส่วนหนึ่งเกิดจากการเลิกกิจการของโรงงานเอกชนของคนไทยและทำการว่าจ้างให้โรงงานที่ผ่านมาตรฐานหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตยา (GMP) ทำการผลิตแทน เนื่องจากได้มีการนำเอามาตรฐาน GMP เป็นเกณฑ์ในการจัดซื้อยาของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบันของเอกชนแล้ว ยังมีการผลิตยาจากหน่วยงานในภาครัฐอีกด้วย ได้แก่ องค์การเภสัชกรรม สภากาชาดไทย โรงงานเภสัชกรรมทหาร และโรงพยาบาลต่างๆ ที่ได้รับสิทธิพิเศษบางประการ เช่น การยกเว้นไม่ต้องขออนุญาตผลิตยา การยกเว้นไม่ต้องขอขึ้นทะเบียนตำรับยาตามเงื่อนไขที่ระบุในพระราชบัญญัติยา และการผูกขาดการจำหน่ายยาให้กับส่วนราชการ (องค์การเภสัชกรรม) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ จะเห็นได้ว่าโรงงานอุตสาหกรรมผลิตยาของเอกชนนั้น นอกจากจะต้องแข่งขันกับบริษัทข้ามชาติและแข่งขันกันเองระหว่างโรงงานอุตสาหกรรมผลิตยาของเอกชนแล้ว ยังต้องทำการแข่งขันอย่างไม่เป็นธรรมกับองค์การเภสัชกรรมอีกด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ จะเห็นได้ว่าในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา นั้น ศักยภาพในการแข่งขันของอุตสาหกรรมผลิตยาของประเทศไทยลดลง ในขณะที่ต้องพึ่งพายาจากต่างประเทศมากขึ้น

นอกจากนี้ จะเห็นได้จากสถานการณ์ปัจจุบันว่า อุตสาหกรรมยาเริ่มคำนึงถึงคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากระบบประกันสุขภาพ ที่มีการตระหนักถึงเรื่องต้นทุนประสิทธิภาพของการใช้ยามากขึ้น ทำให้โรงงานยาต้องมีการแจ้งข้อมูลเรื่องคุณภาพของยามากขึ้น ส่งผลให้มีการแข่งขันมากขึ้นในด้านคุณภาพ แต่กระบวนการนี้เป็นไปอย่างช้า ๆ อันเนื่องมาจากการที่รัฐมีนโยบายในการจัดซื้อยาที่ปล่อยให้มีการแข่งขันในด้านราคาอย่างรุนแรง ทำให้ยาที่มีราคาถูกลงนั้นจึงจะขายได้ โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพที่แท้จริง บริษัทจึงไม่มีการลงทุนในด้านการพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพ

1.3 อุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณ

จากข้อมูลปี 2545 พบว่ามีผู้ผลิตยาแผนโบราณทั้งหมด 855 แห่ง โดยส่วนใหญ่เป็นการผลิตยาแบบครอบครัวเพื่อจำหน่ายในจังหวัดหรือบริเวณใกล้เคียง ผู้ได้รับใบอนุญาตสำหรับการผลิตที่มีมาตรฐานใกล้เคียงกับการผลิตยาแผนปัจจุบันมีไม่เกิน 10 ราย และมีโรงงานที่ได้ GMP เพียง 5 แห่งเท่านั้น การผลิตเป็นการนำพืชที่เป็นวัตถุดิบมาทำให้แห้งและนำไปเตรียมต่อเป็นเภสัชภัณฑ์รูปแบบต่าง ๆ เช่น ยาเม็ด ยาแคปซูล และ ยาลูกกลอน ปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับการผลิตยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร ได้แก่ ปัญหาวัตถุดิบที่ไม่ได้มาตรฐานสม่ำเสมอ ปัญหาการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ ปัญหาการมียาแผนปัจจุบันปลอมปน และปัญหาใหญ่ที่สำคัญ คือ การขาดข้อมูลทางคลินิกในเรื่องความปลอดภัยและผลการรักษาที่ชัดเจน ดังนั้นเพื่อยกระดับของการผลิตยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพรให้สามารถแข่งขันได้ในตลาดโลกนั้น จะต้องมีการพัฒนาหรือได้รับการส่งเสริมในด้านต่างๆ ได้แก่ การสร้างคุณภาพให้ผลิตภัณฑ์เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้บริโภค ด้วยการให้มีการผลิตยาภายใต้มาตรฐานหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตยา (GMP) การเชื่อมโยงองค์ความรู้จากการวิจัยและพัฒนาไปสู่การผลิตภาคอุตสาหกรรม การพัฒนามูลค่าเพิ่มของผลิตภัณฑ์โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ การสร้างวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร การเชื่อมโยงและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ และการพัฒนาบุคลากรทั้งในส่วนของการวิจัยและพัฒนาและในส่วนของการแพทย์แผนไทย

1.4 อุตสาหกรรมวิจัย

สำหรับอุตสาหกรรมวิจัยนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 แบบ ได้แก่ การวิจัยและพัฒนาเพื่อผลิตวัตถุดิบ การวิจัยและพัฒนายาสำเร็จรูป การวิจัยและพัฒนาตัวยาสำคัญใหม่ๆ และ อุตสาหกรรมวิเคราะห์

1.4.1 อุตสาหกรรมวิจัยเพื่อผลิตวัตถุดิบ

จากที่กล่าวมาข้างต้นแล้วจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวิจัยและพัฒนาเพื่อผลิตวัตถุดิบทางยา คือ การลงทุนและเทคโนโลยีที่สูง ขนาดของตลาดที่เล็กทำให้ไม่คุ้มกับการลงทุนในการผลิต ดังนั้น พืชสมุนไพรจะมีบทบาทมากขึ้นในอนาคตเนื่องจากเป็นวัตถุดิบที่มีอยู่แล้วในประเทศ ปัจจุบันองค์การเภสัชกรรมได้มีการนำสมุนไพรออกมาใช้ในรูปแบบสมัยใหม่มากขึ้น

1.4.2 อุตสาหกรรมวิจัยยาสำเร็จรูป

ปัจจุบันจะเห็นได้ว่า การวิจัยและพัฒนาจะเป็นในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา ยาสำเร็จรูป โดยเน้นรูปแบบยาที่ไม่ใช้เทคโนโลยีสูงหรือซับซ้อนมากนัก การแข่งขันจะใช้กลยุทธ์ทางด้านราคาเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่า ยารูปแบบใหม่ (New Dosage

Form) เช่น ยาออกฤทธิ์เน้น เป็นต้น สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น ซึ่งประเทศไทยยังไม่สามารถผลิตยาในรูปแบบใหม่ได้เอง ยาที่ผู้ป่วยใช้นั้นต้องอาศัยการนำเข้าจากต่างประเทศ ดังนั้นประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนายาสำเร็จรูปในรูปแบบใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย และลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ อีกด้วย

1.4.3 อุตสาหกรรมวิจัยตัวยาสำคัญใหม่ๆ

สำหรับการวิจัยเพื่อให้ได้ตัวยาสำคัญใหม่นั้น ต้องมีการลงทุนสูงและต้องอาศัยเวลานานในการวิจัยและพัฒนา แนวทางที่สามารถพัฒนาได้ คือ การเกิดความร่วมมือหรือการหาแนวร่วมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนให้มากขึ้น

1.4.4 อุตสาหกรรมวิเคราะห์

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า อุตสาหกรรมวิจัยยาสำเร็จรูปมีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูงกว่าอุตสาหกรรมอื่น ในขณะที่เรามุ่งเน้นการพัฒนายาในรูปแบบใหม่นั้น ส่งผลให้มีการพัฒนาด้านการวิเคราะห์มากขึ้น เช่น การพัฒนาวิธีวิเคราะห์สำหรับยาใหม่ การทดสอบความเท่าเทียมกันในการรักษาหรือ ชีวสมมูล (Bioequivalence) ของยาต้นแบบและยาสามัญ เป็นต้น ดังนั้นอุตสาหกรรมวิเคราะห์จึงเป็นที่ต้องการมากสำหรับอุตสาหกรรมการผลิตยาและมีจำนวนหน่วยงานที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ซึ่งในปัจจุบันจากการรายงานจะเห็นว่ามีเพียงศูนย์บริการเทคโนโลยีเภสัชอุตสาหกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แห่งเดียวเท่านั้น ที่เป็นห้องปฏิบัติการกลางที่ทำการวิเคราะห์ วิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์ แก้ปัญหาในการผลิต ให้บริการตรวจวิเคราะห์และตรวจสอบเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการผลิตและการประกันคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม ในขณะที่ต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ยุโรป ได้เห็นการเติบโตของอุตสาหกรรมวิเคราะห์มากขึ้น

2. การผลิตและการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาในประเทศ

จากข้อมูลการตลาดและฝ่ายทะเบียน กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มของการนำเข้ามากขึ้น โดยในปี 2536 มีมูลค่าของการผลิตยาแผนปัจจุบัน 12,106 ล้านบาท และมีการนำเข้า 6,220 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 66.06 : 33.94 ในขณะที่ ปี 2543 มีมูลค่าของการผลิตยาแผนปัจจุบัน 21,678 ล้านบาท และมีการนำเข้า 19,217 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 53.01 : 46.99 เหตุผลที่มีการนำเข้ายามากขึ้น เนื่องจาก

1. ยาที่นำเข้าเป็นยาที่มีมูลค่าและเทคโนโลยีที่สูง ไม่สามารถผลิตได้ในประเทศ

2. ยาที่นำเข้ามีราคาที่ถูกกว่ายาที่ผลิตได้เองในประเทศ โดยการนำเข้ายาที่ผลิตจากประเทศที่มีต้นทุนการผลิตที่ต่ำกว่า เช่น ประเทศจีนและอินเดีย เป็นต้น

ดังนั้นจึงควรมีมาตรการเชิงรุกสำหรับแนวโน้มที่มีการนำเข้ายาแผนปัจจุบันมากขึ้น เช่น การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการผลิตยาที่มีเทคโนโลยีที่สูงเองได้ การขยายตลาดส่งออกเพื่อให้เกิดการประหยัดโดยขนาดของการผลิตและสามารถแข่งขันกับประเทศที่มีต้นทุนการผลิตที่ต่ำได้ ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวต้องอาศัยเวลาและความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

สำหรับการผลิตหรือการนำเข้ายาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร พบว่ามีโรงงานผลิตเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากประชาชนหันมาสนใจและใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น ส่วนการนำเข้านั้นมีมูลค่าสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย

3. การส่งออกผลิตภัณฑ์ยา

เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนของการส่งออกผลิตภัณฑ์ยา จะทำการแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ ยาแผนปัจจุบันและยาแผนโบราณ

3.1 ยาแผนปัจจุบัน

จากข้อมูลการส่งออกยา พบว่า มีมูลค่าสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่สัดส่วนของการส่งออกก็ยังไม่สูงและเพิ่มขึ้นมากนักเมื่อเทียบกับการบริโภคภายในประเทศ โดยร้อยละ 98.7 เป็นการส่งออกยาแผนปัจจุบันทั้งในรูปแบบยาเดี่ยวและยาผสม ซึ่งประเทศคู่ค้าที่ประเทศไทยส่งยาแผนปัจจุบันให้มากที่สุด ได้แก่ เวียดนาม พม่า และกัมพูชา ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการส่งออกยายังไม่สามารถเติบโตได้อย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากการที่ยาไม่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมการลงทุนทางด้านการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล ส่งผลให้สามารถแข่งขันกับประเทศอื่นในตลาดโลกได้

3.2 ยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร

สำหรับอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณนั้นในปัจจุบันประชาชนได้ให้ความสนใจมากขึ้นและกำลังได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างมากจากภาครัฐ ซึ่งในปี 2542 มีมูลค่าการส่งออกเท่ากับ 16.4 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของมูลค่าการส่งออกยาทั้งหมด และมีแนวโน้มในการส่งออกมากขึ้น จะเห็นได้ว่าผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรเป็นช่องทางหนึ่งในการขยายตลาดการส่งออกสู่ตลาดโลกรวมทั้งสามารถลดการนำเข้าด้วย จากมูลค่าของตลาดโลก ในปี 2545 พบว่า มีมูลค่าการใช้ยาจากสมุนไพรสูงถึง 3 ล้านล้านบาท โดยสหรัฐมียอดการเติบโตเพิ่มขึ้นทุกปีจาก 2537-2543 มีมูลค่าการเติบโตจาก 2,020 ล้านดอลลาร์ เป็น 4,800 ล้านดอลลาร์

ทำให้มีการตื่นตัวที่จะส่งออกปาสหรัฐอเมริกา ดังนั้นหากเราต้องการส่วนแบ่งของตลาดในสหรัฐอเมริกา เราคงต้องมีการวิเคราะห์หาแนวทางในการพัฒนา สนับสนุน และส่งเสริมการส่งออกให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันมากขึ้น เช่นการพัฒนาเทคโนโลยีในการผลิต การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อผลักดันพัฒนาการของยาจากสมุนไพรให้มีรูปแบบที่ทันสมัย และเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับยาแผนโบราณหรือยาจากสมุนไพร พัฒนากลยุทธ์ด้านการตลาดเพื่อเพิ่มส่วนแบ่งของตลาดโลกมากขึ้น

4. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมยา

จากการศึกษาวิเคราะห์การพัฒนาและการจัดการทรัพยากรมนุษย์ในระบบยา (2545) พบว่ามีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานทั้งในภาครัฐและเอกชน ประมาณ 11,600 คน เป็นเภสัชกรโรงพยาบาลมากที่สุด คือร้อยละ 46 ในขณะที่เภสัชกรภาคอุตสาหกรรมมีประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น สำหรับอุตสาหกรรมผลิตยาต้องการเภสัชกรซึ่งแบ่งออกได้เป็น 5 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายผลิต ฝ่ายประกันและควบคุมคุณภาพ ฝ่ายวิจัยและพัฒนา ฝ่ายขึ้นทะเบียนตำรับยา และฝ่ายตลาดและฝ่ายบริหาร โดยแต่ละสถานประกอบการมีความต้องการเภสัชกรเพิ่มเฉลี่ยจำนวน 4 คน โดยเป็นเภสัชกรฝ่ายผลิต 1 คน ฝ่ายประกันและควบคุมคุณภาพ 1 คน ฝ่ายวิจัยและพัฒนา 1 คน และฝ่ายการตลาด 1 คน โดยยกเว้นฝ่ายการตลาดแล้ว ฝ่ายอื่น ๆ มีความต้องการเภสัชกรที่มีวุฒิการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรี นับตั้งแต่ปี 2532 เป็นต้นมา อุตสาหกรรมผลิตยาประสบปัญหาการขาดแคลนเภสัชกร ทั้งนี้เป็นผลจากโครงการเภสัชกรคู่สัญญาที่เภสัชกรต้องเงินทุนในภาครัฐ ประกอบกับการออกกฎหมายบังคับให้มีเภสัชกรเพิ่มขึ้นตามจำนวนตำรับยา(กฎกระทรวง ฉบับที่ 23 พ.ศ. 2537) รวมทั้งการยกระดับมาตรฐานการผลิตในโรงงานอุตสาหกรรมด้วยหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตยา (GMP) เหตุผลที่กล่าวมานั้นส่งผลกระทบต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมอย่างรุนแรง ทำให้มีความต้องการเภสัชกรในโรงงานแต่ละแห่งเพิ่มขึ้น ผลกระทบถัดมาคือการขาดแคลนเภสัชกรภาคอุตสาหกรรมทำให้ค่าจ้างของเภสัชกรค่อนข้างสูงและเกิดการว่าจ้างบุคลากรสาขาอื่น เช่น นักวิทยาศาสตร์ นักเทคนิคการแพทย์ มาทดแทน จากสถานการณ์ที่ผ่านมา พบว่าการวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมยาไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากและไม่มีความสำคัญต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมของบริษัท ดังนั้นการขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการพัฒนาคุณภาพการผลิต การวิจัยและพัฒนาจึงไม่มีผลกระทบมากนัก แต่ในอนาคตจะมีผลกระทบมากขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องของการพัฒนาสูตรตำรับและกระบวนการผลิตจะมีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้มากขึ้น ลักษณะของอุตสาหกรรมจะเข้าสู่ระบบเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialization) ด้านประกันและควบคุมคุณภาพจะมีการทดลองทางด้านคลินิก (Clinical trial) การศึกษาชีวสมมูล (Bioequivalence study) และการเฝ้าระวังยาหลังออกสู่ตลาด (Post marketing surveillance)

การให้ข้อมูลในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้ป่วยมากขึ้น จากแนวโน้มที่ต้องมีการพัฒนามากขึ้นส่งผลให้เกิดความต้องการเภสัชกรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น และได้มีการคาดการณ์ความต้องการจำนวนเภสัชกรในภาคอุตสาหกรรมใน 10 ปีข้างหน้าว่า มีความต้องการเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ต่อปี

5. กฎหมาย กฎระเบียบ กฎกระทรวง และการสนับสนุนจากภาครัฐ

กฎหมายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสนับสนุนอุตสาหกรรมยาให้เกิดการพัฒนา ในขณะเดียวกันก็อาจเป็นองค์ประกอบที่ชะลอการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยาด้วยเช่นกัน ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า กฎระเบียบของรัฐก่อให้เกิดการผูกขาดในตลาดภาครัฐ ที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นมาตรการของภาครัฐที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนาศักยภาพของอุตสาหกรรมการผลิตยา เช่น กฎระเบียบการขึ้นทะเบียนตำรับยาที่ถ้าหากเป็นตำรับยาที่ได้รับรองจากต่างประเทศ จะได้รับการยอมรับในการขึ้นทะเบียนตำรับยามากกว่าตำรับยาที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ผลิตภายในประเทศ นโยบายการผูกขาดการผลิตแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ระดับราคาของแอลกอฮอล์ภายในประเทศสูงกว่าระดับแอลกอฮอล์ที่ส่งออก การขาดการสนับสนุนในการโยกย้ายโรงงานผลิตยาจาก BOI ในกรณีที่โรงงานผลิตต้องการย้ายสถานที่เพื่อขยายเนื้อที่และกำลังการผลิตเพิ่มขึ้น การขาดการสนับสนุนนโยบายการพัฒนาการเชื่อมโยงตลาดภายในประเทศของแปงแปงสภาพที่เป็นวัตถุดิบทางยา การขาดการสนับสนุนหรือควบคุมการพัฒนามาตรฐานหลักเกณฑ์ที่ดีในการผลิตยา ทำให้การแข่งขันของผู้ประกอบการเป็นการแข่งขันด้านราคาเป็นหลัก จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าภาครัฐปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยา

6. ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า อุตสาหกรรมผลิตยาขาดการสนับสนุนจากภาครัฐ ซึ่งรวมไปถึงความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน เช่น ขาดการเชื่อมโยงระหว่างภาคเอกชนและภาครัฐในการวางแผนการพัฒนาและการบริหารอุตสาหกรรม (Industrial Sector Management) การขาดวิสัยทัศน์ร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และนักวิชาการ การขาดการประสานงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในด้านการเจรจาการค้า การตกลงทางการค้า และการตลาด ซึ่งรวมถึงความร่วมมือในการลงทุนวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดสิ่งใหม่และสามารถจดสิทธิบัตรเป็นเจ้าของได้ ซึ่งภาครัฐจะต้องเป็นผู้ริเริ่ม สนับสนุนและเห็นด้วยกับการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาอย่างจริงจังเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

7. ความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนและสถาบันศึกษา

สำหรับความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนและสถาบันการศึกษานั้นควรมุ่งเน้นไปที่การถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ภาคอุตสาหกรรม การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยจากผู้เชี่ยวชาญ และการมีบริการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ สถาบันการศึกษา หรือสถาบันเฉพาะทางและการฝึกอบรมเกษตรกรให้มีความรู้ความสามารถเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น รวมทั้งการสร้างผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตที่ยั่งยืน

8. ฐานข้อมูล

ระบบฐานข้อมูลเป็นอุปสรรคหนึ่งของการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาซึ่งระบบฐานข้อมูลทางยาของประเทศไทยนั้นขาดการวางแผนร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีความซ้ำซ้อนของฐานข้อมูลตัวอย่างที่เกิดขึ้นและเห็น ได้ชัด เช่น ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพรยังคงซ้ำกันกระจายไม่เป็นระบบ ทำให้ยากลำบากในการสืบค้นข้อมูล ในขณะที่ผู้ประกอบการภาคเอกชนได้ประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ เช่น สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ทำให้ผู้บริโภคมีความตื่นตัวและสนใจสมุนไพรมากขึ้น แต่สิ่งที่เกิดขึ้น คือ บางครั้งผู้บริโภคได้รับข้อมูลที่บิดเบือนจากความจริง นอกจากนี้ยังพบว่าฐานข้อมูลสิทธิบัตรยาก็เป็นปัญหาหนึ่งในการพัฒนาอุตสาหกรรมยาของประเทศไทยดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้อง เป็นระบบ เข้าถึงได้ง่ายและสะดวกแก่ผู้บริโภค

ฉากทัศน์ของอุตสาหกรรมยาที่ปรารถนาให้เป็นในปี 2556

สำหรับฉากทัศน์ของอุตสาหกรรมยาในอีก 10 ปีข้างหน้า มีความความขัดแย้งกันระหว่าง ความต้องการยาที่มีคุณภาพที่สูงขึ้น กับการแข่งขันอย่างรุนแรงทางด้านราคาจากการกำหนดนโยบายของรัฐ และการนำเข้ายาที่มีคุณภาพและราคาถูกจากต่างประเทศ ส่งผลให้อุตสาหกรรมยาในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงให้อยู่ในภาวะถดถอยมากที่สุดการแก้ไขภาวะดังกล่าวนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำหนดฉากทัศน์ของอุตสาหกรรมยาที่ปรารถนาให้เป็นในอีก 10 ข้างหน้า ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนกลยุทธ์เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดขึ้น

ฉากทัศน์ของอุตสาหกรรมยาที่ปรารถนาให้เป็นในปี 2556 มีดังนี้

1. อุตสาหกรรมยาของไทยเป็นที่ยอมรับของทั้งตลาดภายในและต่างประเทศ
2. ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการผลิตยาที่หมดสิทธิบัตรในเอเชียและแอฟริกา
3. ประเทศไทยเป็นผู้นำในการส่งออกยาในกลุ่มอาเซียน
4. ประเทศไทยสามารถผลิตยาเพื่อการพึ่งพาตนเอง
5. ประเทศไทยสามารถผลิตวัตถุดิบบางชนิดเพื่อทดแทนการนำเข้า

6. ประเทศไทยสามารถพัฒนาสมุนไพรให้เป็นยาที่มีมาตรฐานสากล
7. ประเทศไทยสามารถผลิตยาที่ต้องการเทคโนโลยีขั้นสูง
8. ประเทศไทยสามารถค้นพบสารใหม่ที่มีศักยภาพในการพัฒนาไปเป็นยา

กลยุทธ์ในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา

เพื่อให้ประเทศไทยสามารถไปสู่เป้าหมายที่ปรารถนาให้เป็นในปี 2556 จึงได้เสนอแนะกลยุทธ์ในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา ดังนี้

1. สร้างศูนย์ฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
2. จัดให้มีห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ยาที่ผ่านการรับรอง
3. พัฒนาระบบการผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล
4. ส่งเสริมการลงทุนทางอุตสาหกรรมยาจากการภาครัฐโดยได้รับสิทธิและประโยชน์สูงสุด
5. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาจากภาครัฐ
6. ปรับปรุงกฎระเบียบต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานสากลและให้สอดคล้องกับความเป็นจริง
7. พัฒนาบุคลากรในอุตสาหกรรมผลิตยา
8. สร้างบุคลากรด้านการตลาดระหว่างประเทศที่มีความเชี่ยวชาญทางอุตสาหกรรมยา
9. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน
10. ส่งเสริมพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ในอุตสาหกรรมยา

สรุป

ปัจจัยที่มีผลให้อุตสาหกรรมยาในประเทศไทยสามารถก้าวไปสู่เป้าหมายที่ต้องการในอีก 10 ปี ข้างหน้านั้น ขึ้นกับองค์หลักสองส่วน อันได้แก่ ภาครัฐ และ โรงงานอุตสาหกรรมยาในประเทศ สำหรับในภาครัฐ ซึ่งเป็นผู้ออกนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบยาในประเทศ นโยบายเหล่านี้ นอกจากที่เกี่ยวกับการออกข้อบังคับสำหรับอุตสาหกรรมยาแล้ว ยังรวมถึง นโยบายทางสาธารณสุข เช่น การรักษาพยาบาล และการประกันสุขภาพ และนโยบายทางการค้าระหว่างประเทศ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการแข่งขันทางทางด้านชนิด ราคา และคุณภาพของยาที่ผลิตขึ้นในประเทศ รวมถึงการแข่งขันกับยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าสำหรับอุตสาหกรรมการผลิตยานั้น การแข่งขันของประเทศไทยกำลังอยู่ในสภาวะที่เสียเปรียบ เนื่องจากไม่มีมาตรการ เชิงรุกและเชิงรับอย่างเป็นระบบ ซึ่งควรให้ความสำคัญกับการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างความแข็งแกร่งของอุตสาหกรรมผลิตยา

ในส่วนของโรงงานอุตสาหกรรมยาที่จะทำให้สามารถไปถึงเป้าหมายในอีก 10 ปี ข้างหน้า ผู้บริหารจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ในการเล็งเห็นถึงอุปสรรคที่มีอยู่ซึ่งทวีความรุนแรงมาก

ขึ้น ผู้บริหารจำเป็นต้องมีการกำหนดนโยบายที่ทำให้องค์กรสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ผู้บริหารยังต้องสามารถนำปัญหาที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นมาเป็นช่องทางและโอกาสทางธุรกิจ ผู้บริหารที่รอคอยแต่จะแก้ปัญหาละปัญหาที่เกิดขึ้นจะทำให้ต้องประสบกับการสูญเสียโอกาสที่เกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงการถดถอยของธุรกิจ อันเนื่องมาจากภาวะทางการแข่งขันที่เปลี่ยนไป การหาจุดแข็งของอุตสาหกรรมเพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองไปเป็นผู้เชี่ยวชาญในอุตสาหกรรมเฉพาะทางซึ่งเป็นที่ต้องการของตลาดย่อมเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของธุรกิจ

เป็นที่แน่นอนว่าในอนาคตนั้น อุตสาหกรรมยาที่อยู่รอดได้ต้องสามารถผลิตยาที่มีคุณภาพและสามารถแข่งขันได้ในด้านราคากับยาที่ผลิตขึ้นทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ดังนั้น โรงงานที่เร่งสร้างหน่วยวิจัยและพัฒนาที่มีศักยภาพ กระบวนการผลิตและควบคุมคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานสากล จะทำให้ไปถึงเป้าหมายที่สามารถผลิตยาที่มีคุณภาพและราคาถูกลงได้ก่อน ซึ่งพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะตลาดที่ต้องการยาคุณภาพสูงราคาต่ำในอนาคต อย่างไรก็ตาม การพัฒนาองค์กรดังกล่าวจำเป็นต้องใช้เงินลงทุนที่สูง ส่งผลให้ราคายาที่สูงขึ้นตามไปด้วยในช่วงแรก ทำให้ไม่สามารถแข่งขันได้ในภาวะปัจจุบัน ซึ่งเป็นตลาดยาที่เน้นยาราคาต่ำเป็นหลักและให้ความสำคัญกับคุณภาพเพียงเล็กน้อย ดังนั้นการประเมินถึงสถานภาพขององค์กรที่จะสามารถประคับประคองธุรกิจให้อยู่รอดในช่วงต้นของการปรับปรุงและพัฒนาองค์กรจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง รวมถึงการแสวงหาเงินลงทุนเพื่อใช้ในการพัฒนานี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. ใน: สุวิทย์ วิบุลย์ผล ประเสริฐ (บรรณาธิการ) ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2545
2. โครงการจัดทำแผนแม่บทอุตสาหกรรมรายสาขา (สาขายา) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2545)
3. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาที่พระราชอาณาจักร. [วันที่สืบค้น 27 ธันวาคม 2544]. สืบค้นจาก: <http://www.fda.moph.go.th/>
4. ไกรสิทธิ์ อัมพรายณ์ วิธพล เจาะจิตต์ เฉลิมพร แก้วเอี่ยม และจนิษฐ อารณรัตน์ การวิเคราะห์อุตสาหกรรมยาไทยตามแนวคิดการจัดการองค์การอุตสาหกรรม Chulalongkorn Review, 77-91 (2544)

เอกสารประกอบ 4

เอกสารสรุปสถานการณ์ (Position paper) ระบบพัฒนาสมุนไพรร

คณะทำงานศึกษาระบบสมุนไพรร

รศ.พร้อมจิต ศรีลัมพ์

ดร.อัญชลี จุฑะพุทธิ

ภก.วินิต อัสวกิจวิรี

ภก.วรารุณ เสริมสินศิริ (ผู้รวบรวม)

Position papers: อนาคตยาจากสมุนไพรในอีก 10 ปี ข้างหน้า

บทความประเมินสถานการณ์ของบางเรื่อง/บางประเด็นที่ต้องการให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

ความเป็นมา

ในอดีตการแพทย์ดั้งเดิมของไทยผูกพันกับไสยศาสตร์ การรักษาโรคขึ้นอยู่กับอำนาจลึกลับโดยมีหมอผีเป็นตัวกลางในการควบคุมการใช้อำนาจลึกลับต่อมาจึงเริ่มรู้จักการใช้สมุนไพรโดยอาศัยการลองผิดลองถูก ครั้นต่อมาวิชาแพทย์"อายุรเวท"ของอินเดียก็ได้เข้ามามีอิทธิพลในทางการแพทย์จนกลายเป็นรากฐานของการแพทย์แผนโบราณของไทยสืบมาถึงทุกวันนี้ ในช่วงสมัยอยุธยาเริ่มมีอิทธิพลของการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาพร้อมกับพ่อค้าชาวตะวันตกแต่เป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ดังนั้นจึงมิได้ทำให้วิธีการรักษาพยาบาลแต่ดั้งเดิมเปลี่ยนแปลงไป แต่มาในภายหลังกรุงศรีอยุธยาถูกพม่าตีแตก ตำราวิชาการต่างๆจึงถูกเผาทำลายและสูญหายไป จวบจนได้มีการฟื้นฟูความรู้ทางการแพทย์ในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ โดยมีการ สืบเสาะ รวบรวม จารึก ตำรายาไว้อย่างต่อเนื่อง เช่น ตำราพระโอสถ ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้มีการจัดการสอนและฝึกหัดการแพทย์แผนโบราณในสำนักกรมแพทย์พระราชวังบวร

ส่วนของการแพทย์แผนตะวันตกซึ่งสูญเสียอิทธิพลตั้งแต่ปลายสมัยอยุธยา ได้กลับเข้ามาอีกในสมัยรัชการที่ 3 และต่อมาได้มีการสร้างโรงพยาบาลศิริราชขึ้น ได้เริ่มตั้งโรงเรียนฝึกหัดแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช(ต่อมาได้ยกขึ้นเป็น"โรงเรียนราชแพทยาลัย") ระยะเวลาแรกมีการเรียนและการบริการทั้งทางแพทย์แผนโบราณและแผนตะวันตกควบคู่กันไป จนกระทั่งประมาณ พ.ศ. ๒๔๔๗ จึงได้ยกเลิกการให้บริการและการสอนการแพทย์แผนโบราณ¹ ประกอบกับในปี พ.ศ. ๒๔๖๖ ได้มีการตราพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะซึ่งนิยามแพทย์แผนโบราณว่า หมายถึง "ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยการชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้งหรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณโดยมิได้ดำเนินในทางวิทยาศาสตร์" ด้วยคำจำกัดความดังกล่าวจึงทำให้ไม่อาจอาศัยความรู้เทคโนโลยีใหม่ๆเข้ามาพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไปได้ ทำให้นับแต่บัดนั้นมาการแพทย์แผนไทยจึงออกสู่นอกระบบและไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและเสื่อมความนิยม แม้ว่าในปี พ.ศ. ๒๔๙๔ คณะกรรมการวัดพระเชตุพนฯพร้อมกับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทยที่ยังหลงเหลืออยู่ได้จัดตั้งโรงเรียนการแพทย์แผนไทยขึ้นในนาม "โรงเรียนแพทย์แผนโบราณแห่ง

¹ นพ. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, "สถานการณ์การแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน", การแพทย์แผนไทย : ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งพาตนเอง, 13-19, โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, โรงพิมพ์ เอช.เอนสแต้นนารีการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร, 2532

ประเทศไทย” หากแต่ขาดการสนับสนุน² ยาแผนตะวันตก(ยาแผนปัจจุบัน) จึงมีบทบาทหลักในงานสาธารณสุขของไทยจวบจนทุกวันนี้

หลังจากที่การแพทย์แผนตะวันตกและยาแผนตะวันตกได้เข้ามามีบทบาทหลักในงานบริการสาธารณสุขเป็นเวลานานหลายสิบปี สภาพปัญหาต่างๆในระบบสาธารณสุขได้ก่อตัวขึ้น และทวีความรุนแรงมากขึ้น กล่าวคือ มูลค่าการบริโภคยาของคนไทยสูงมากและสูงขึ้นทุกปีในขณะที่สุขภาพอนามัยของประชาชน มิได้ดีขึ้นในสัดส่วนที่เท่ากัน ซึ่งนอกจากจะมีสาเหตุมาจากการบริโภคที่ฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็นแล้ว “ราคายาที่แพง” ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญจากการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของราคายาเป็นรายกลุ่มด้วยค่า PPP [Purchasing Power Parity] (เป็นค่าทางเศรษฐกิจที่กลุ่ม OECD พัฒนาขึ้นมาเพื่อปรับค่าเงินตราระหว่างประเทศให้สะท้อนอำนาจในการซื้อที่ต่างกัน)ยาในประเทศไทยที่นำเข้าจากอเมริกานั้นส่วนใหญ่ราคาในไทยแพงกว่าในสหรัฐอเมริกา³ ซึ่งมีมูลเหตุมาจากในระบบอุตสาหกรรมและธุรกิจยาแผนปัจจุบันนั้นเป็นอุตสาหกรรมที่มีปัญหาเรื่องการกำหนดราคายามากที่สุดคือราคายาไม่ถูกกำหนดตามกลไกหรือความเป็นจริงแต่ถูกกำหนดโดยอำนาจตลาดของบริษัทยาและอุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่มีค่าใช้จ่ายในการโฆษณาประชาสัมพันธ์มากที่สุด⁴ ประกอบกับตลาดยาแผนปัจจุบันเป็นตลาดที่มีผู้ขายน้อยรายถึงผูกขาดและการมีระบบสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาในประเทศ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลกับราคายาแผนปัจจุบันทั้งสิ้น การที่ยามีราคาแพงนั้นนอกจากจะทำให้คนไทยประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายด้านยามากเกินควรแล้วยังทำให้มีคนอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีฐานะยากจนไม่สามารถ”เข้าถึง”ยาได้ นอกจากนั้นแล้ว ในด้านของอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนปัจจุบันนั้น ในประเทศไทยเป็นอุตสาหกรรมที่ต้องพึ่งพาวัตถุดิบจากต่างประเทศโดยเรานำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศสูงถึง 95%⁵ ขาดการพึ่งพาตนเองภายในประเทศ และประสบปัญหาการขาดดุลทางการค้าอย่างต่อเนื่อง

จากสภาพปัญหาข้างต้น ประกอบกับ กระแสของการให้ความสำคัญกับการแพทย์พื้นบ้านขององค์การอนามัยโลก การแพทย์แผนไทยจึงได้หวนกลับมามีบทบาทอีกครั้ง นับจากที่องค์การอนามัยโลกได้จัดประชุมกำหนด นโยบายและวางแผนในการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านขึ้นในปี 2520 ซึ่งประเทศไทยก็ได้ตอบรับโดยมีการกล่าวถึงการพัฒนา

² รศ.ประทีป ชุมพล,ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย,148,สถาบันวิจัยและการพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร,กรุงเทพมหานคร , มิ.ย.2541

³ ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร,“ราคายานำเข้าจากสหรัฐอเมริกา”,เอกสารโรเนียว.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.กระทรวงสาธารณสุข 2542

⁴ จักกฤษณ์ ควรพจน์,“ธุรกิจยากับราคายาที่แพง”,วารสารโรงพยาบาลชุมชน,ปีที่2 (3), 20-23 , 2543

⁵ บทบรรณาธิการ,“อุตสาหกรรมยา:การพัฒนาที่ยังต้องพึ่งพาการนำเข้าวัตถุดิบ”, สรุปข่าวธุรกิจ,ปีที่ 22(11),6-10,2534

การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ ๔ และ นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา เมื่อพิจารณาด้านคุณค่าของสมุนไพรไทย / ยาตำรับแผนโบราณจะเห็นว่ามีคุณค่ามากมายหลายมิติด้วยกัน กล่าวคือ⁶

- คุณค่าด้านการแพทย์และสาธารณสุข : ในปัจจุบันประชาชนจำนวนไม่น้อยยังมีการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพและการแก้ไขปัญหาระบาดของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาแผนโบราณที่ผลิตจากอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณนั้น ส่วนใหญ่เป็นยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ⁷ ฉะนั้นยาแผนโบราณจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนโดยมีต้องพึ่งพายาแผนปัจจุบันซึ่งต้องนำวัตถุดิบส่วนใหญ่จากต่างประเทศ
- คุณค่าด้านเศรษฐกิจ : จะทำให้สามารถลดการพึ่งพิงยาแผนปัจจุบัน(ซึ่ง95%ต้องสั่งวัตถุดิบจากต่างประเทศ) ลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เสริมความเข้มแข็งให้อุตสาหกรรมในประเทศ ทำให้คนไทยมีงานทำ และ เสริมรายได้ให้เกษตรกร
- คุณค่าด้านนิเวศวิทยา : หากมีการใช้สมุนไพรมากขึ้นจะมีการศึกษาและอนุรักษ์พันธุ์สมุนไพร ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการปลูกและขยายพันธุ์ จะทำให้เกิดความหลากหลายทางชีวภาพมากขึ้น
- คุณค่าด้านเกษตรกรรม : สมุนไพรส่วนหนึ่งมีประโยชน์ในการกำจัดแมลงที่เป็นศัตรูพืช ช่วยรักษาโรคพืชได้
- คุณค่าด้านภูมิปัญญา : บรรพบุรุษได้ใช้เลือดเนื้อและสมองปฏิบัติภารกิจจนกระทั่งสั่งสมองค์ความรู้สืบทอดให้ลูกหลานได้ใช้ประโยชน์มาจนถึงปัจจุบัน

หากแต่ท่ามกลางกระแสความตื่นตัวในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ยาแผนโบราณสมุนไพร นั้น ทิศทางหลักในการพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทย มี 2 แนวทาง กล่าวคือ 1)ความพยายามในการวิจัยเพื่อพัฒนาสมุนไพรเดี่ยวเพื่อสกัดสารสำคัญเข้าสู่ระบบอุตสาหกรรมยาแผนปัจจุบันต่อไป รวมทั้งพยายามในการพัฒนากระบวนการผลิตและควบคุมคุณภาพการผลิตยาสมุนไพรเดี่ยวเพื่อการแข่งขันในการส่งออก 2) การพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณที่มีลักษณะเป็นตำรับยา แต่อย่างไรก็ตามยาสมุนไพรและยาแผนไทยก็ยังไม่สามารถกลับขึ้นมาเทียบเคียงกับยาแผนปัจจุบันได้ โดยพิจารณาจากสภาพในปัจจุบันพบว่าสัดส่วนปริมาณการผลิต

⁶ พญ. เพ็ญภา เจริญทรัพย์, "คุณค่าสมุนไพรไทยกับการพัฒนาสังคม", การแพทย์แผนไทยสายใจแห่งชีวิตและวัฒนธรรม ,เล่ม 1, หน้า 71 -77,สถาบันการแพทย์แผนไทย,โรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,กรุงเทพมหานคร,2540

⁷ รพีพรรณ ฉลองสุข, "ตลาดยาแผนโบราณในจังหวัดนครปฐม", ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร, สถาบันวิจัยและการพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม 2539

ยาแผนโบราณเทียบกับยาแผนปัจจุบันเป็นสัดส่วนเพียง 1:50⁸ โดยที่ระบบการผลิตส่วนใหญ่เป็นแบบอุตสาหกรรมในครัวเรือน⁹ ซึ่งบ่งชี้ถึงความนิยมของผู้ป่วยเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน ประกอบกับ คุณภาพของยาแผนโบราณในท้องตลาดยังมีปัญหาด้าน การปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา การปลอมปนยาแผนปัจจุบันเข้าไปโดยเฉพาะในยาเม็ด การแตกตัวและการเปื่อยเบนของ น้ำหนักไม่เข้ามาตรฐานของยาเม็ด การใส่วัตถุกันเสีย¹⁰ รวมทั้งความรู้ ความชำนาญในเรื่องยาแผนโบราณของผู้ขาย ซึ่งบางส่วนไม่ผ่านการอบรมจากการแพทย์หรือ เกษตรกรรมแผนโบราณ⁷ จากสภาพปัญหาเหล่านี้บ่งบอกถึงแนวโน้มของการพัฒนาที่ไม่ดีเท่าที่ควร ฉะนั้นหากภาครัฐยังไม่เร่งรัดในการพัฒนาแล้ว อาจจะทำให้การใช้สมุนไพรและอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณ สูญสิ้นในอนาคต ซึ่งจะส่งผลถึงการพึ่งพาตนเองของประเทศ, การสูญหายของภูมิปัญญา บรรพบุรุษ, การขาดดุลการค้าเนื่องจากการนำเข้ายาจากต่างประเทศรวมทั้งการขาดโอกาสในการ แข่งขันส่งออกยาแผนโบราณและอื่นๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการทบทวนสถานการณ์ ปัจจุบันให้ชัดเจน วิเคราะห์แนวโน้มบริบทรอบข้างที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนายาสมุนไพรนำไปสู่ วาดภาพอนาคตที่จะเกิดขึ้น เพื่อการศึกษาวิจัยในการรับมือกับสถานการณ์ภายนอก

นิยามและคำจำกัดความ

มติคณะกรรมการยาในการประชุมครั้งที่ 1/2541 ได้อนุมัติในหลักการให้กำหนดหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนยาที่พัฒนาจากสมุนไพรขึ้น โดยแบ่งยาจากสมุนไพรออกเป็น 4 กลุ่ม¹¹ คือ

- 1) ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณ คือ ยาสมุนไพรที่มีข้อบ่งใช้และสรรพคุณ ขนาดวิธีใช้เป็นไปตามองค์ความรู้ที่สืบทอดต่อกันมา เช่น ยาที่อยู่ในรูปแบบยาหม้อ ยาพอก ยาดอง ยาลูกกลอน

⁸ สุนทรี วิทยานารถไพศาล, "อุตสาหกรรมยาแผนไทย", ทัศนาจร, ปีที่ 11, 16-19, 2538

⁹ ปรีชา อุบโยคินและคณะ, "การประเมินผลการพัฒนาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติเพื่อเป็นยา" มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงพิมพ์พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด, กรุงเทพมหานคร, 2540

¹⁰ คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ, "ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ", ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2537

⁷ รพีพรรณ ฉลองสุข, "ตลาดยาแผนโบราณในจังหวัดนครปฐม", ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร, สถาบันวิจัยและการพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม 2539

¹¹ คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร, "ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ", ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2545

- 2) ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณซึ่งมีการพัฒนารูปแบบไปจากเดิม แต่รายละเอียดเกี่ยวกับสูตร ตำรายาและวิธีการใช้ยังเป็นไปตามองค์ความรู้ที่สืบทอดกันมา
 - 3) ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นยาที่ได้วิจัยพัฒนาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์จนได้สารสกัดที่เป็นสารประกอบกึ่งบริสุทธิ์ (Semi-purified compound) ซึ่งการพัฒนายากลุ่มนี้มักเป็นสมุนไพรเดี่ยว เพราะมีความสะดวกในการศึกษาและพัฒนาที่ไม่ซับซ้อนเหมือนยาที่เป็นยาที่เป็นตำรับยาผสม
 - 4) ยาแผนปัจจุบันจากสมุนไพร ซึ่งเป็นยาที่ได้จากการวิจัยพัฒนาด้วยการบวนการทางวิทยาศาสตร์จนได้ตำรายาสำคัญที่เป็นสารบริสุทธิ์ที่ทราบโครงสร้างทางเคมีที่แน่ชัด
- นอกจากนี้ยาที่พัฒนาจากสมุนไพร ยังมี 5) ยาจากสมุนไพรในฐานะที่เป็นตำรับยาในการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งไม่ได้รับการจัดหมวดหมู่เพื่อขึ้นทะเบียนยา

การแบ่งหมวดหมู่ยาจากสมุนไพรในลักษณะข้างต้น สอดคล้องกับแนวคิดการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร¹⁰ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ทศนะ

ทศนะที่ 1 : แบบประสบการณ์ โดยอ้างอิงจากประสบการณ์การใช้จริงของบรรพบุรุษ ซึ่งยังจำแนกเป็น 3 ประเภท

- 1.1 ใช้เอง การตัดสินใจ วิธีการปรุง เป็นเรื่องที่ได้รับการถ่ายทอดจากคนรุ่นก่อนภายในครอบครัวหรืออาจจะเป็นประสบการณ์ตนเอง
- 1.2 เป็นการให้แบบที่ผู้ป่วยต้องไปหาหมอแผนโบราณหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพร (หมอพื้นบ้าน) เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคก่อนจ่ายยา ซึ่งจะซับซ้อนมากกว่าเพราะมีการสะสมและแลกเปลี่ยนความรู้ตลอดเวลาจนกลายเป็นการรักษาโรคที่เป็นระบบเฉพาะของสังคมไทยและอาจกล่าวได้ว่าเป็นระบบการแพทย์แผนไทยหรือระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม (หรือ การแพทย์แผนโบราณ)
- 1.3 เป็นการให้ระดับบุคคล ครอบครัว เป็นการปรุงยาหรือซื้อยาที่ปรุงจากสมุนไพร (ยาแผนโบราณ)

ทศนะที่ 2 แบบวิทยาศาสตร์ เป็นการค้นคว้ายาแผนปัจจุบันตัวใหม่จากสมุนไพร วิธีการคือการนำสมุนไพรมาสกัดแยกสารสำคัญออกมาผลิตเป็นยาแผนปัจจุบัน

¹⁰ คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ, "ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ", ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2537

ความหมาย (ตาม มาตรา 4 แห่ง พรบ.ยา พ.ศ. 2510)

ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณ หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณหรือบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ใน ตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ หรือยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนโบราณ

ตำราทางการแพทย์แผนโบราณ¹⁰

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2531 เรื่องระบุตำรายา (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2521ตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ตำรายาที่รับรองมีเพียง 4 เล่ม

1. ตำราเวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช
2. ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับหลวงเล่มที่ 1 และ 2
3. ตำราคัมภีร์แพทย์โบราณของขุนโสภิตบรรณลักษณ์เล่มที่ 1 2 3
4. ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่มที่ 1 2 3

ตำรายาทั้ง 4 เล่มดังกล่าวเป็นหลักที่ใช้ในการพิจารณารับรองสูตรตำรับยาและสรรพคุณของยาแผนโบราณในปัจจุบัน

สถานการณ์ปัจจุบัน

ด้านการตลาด

สถานการณ์ด้านการตลาด : สถานการณ์ในต่างประเทศพบว่า มูลค่าการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรและอาหารเสริมทั้งโลกมีมูลค่ากว่า 3 ล้านล้านบาท ในประเทศสหรัฐอเมริกามูลค่าการตลาดเติบโตอย่างต่อเนื่อง ต่างกับในยุโรปและญี่ปุ่นซึ่งคงที่ อันเนื่องมาจาก ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมาย Dietary Supplement Health & Education Act 1994 ซึ่งผู้ประกอบการสามารถผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้โดยไม่ต้องขออนุญาต

รายงานจากศูนย์วิจัยกสิกร ระบุมูลค่าการตลาดของยาสมุนไพรในประเทศไทยในปี 2542 ประมาณ 3800 ล้านบาท (หากรวมมูลค่าสมุนไพรที่เป็นอาหารเสริมและเครื่องสำอางสมุนไพรจะมีมูลค่าการตลาดสูงถึง 30,000 ล้านบาท) ตัวเลขดังกล่าวรวมมูลค่าค้าปลีกจากทั้งที่ผลิตในประเทศและนำเข้า และคาดว่าอัตราการเติบโตจะสูงขึ้นร้อยละ 20-25 แต่อัตราการเติบโตด้าน

¹⁰ คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ, "ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ", ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2537

การส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศไทยยังไม่สูงมาก เป็นรองประเทศจีนและอินเดียที่มีการพัฒนามากจนเป็นที่รู้จักของต่างประเทศ

ด้านการผลิต

ศักยภาพในการผลิตของประเทศ : ในประเทศไทย ผู้ผลิตยาจากสมุนไพรมีหลายระดับ ตั้งแต่

1. **ระดับชุมชน** เมื่อได้รับอนุญาตให้ผลิตยา ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาเภสัชกรรมหรือเวชกรรมแผนไทยหรือแผนไทยประยุกต์ ผู้ผลิตระดับชุมชนสามารถผลิตยาจากสมุนไพรได้หลายประเภท ได้แก่

- ยาสมุนไพร หมายถึง สมุนไพรในสภาพเดิมหรือบดหยาบ ที่ยังไม่ได้มีการแปรรูป ไม่ต้องขึ้นทะเบียนยา และไม่ต้องขออนุญาตการขาย แต่ต้องขออนุญาตแสดงสรรพคุณยาบนฉลากหรือโฆษณาผ่านสื่อ โดยที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดขอบเขตการแสดงสรรพคุณ
- ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาเดี่ยว 10 ชนิด เป็นยาจากสมุนไพรเดี่ยวที่แปรรูป เช่น บรจ แคปซูล ต้องขอขึ้นทะเบียนยาและต้องขออนุญาตการขาย สามารถแสดงสรรพคุณบนฉลากได้ในขอบเขตที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด แต่การโฆษณาผ่านสื่อจะต้องขออนุญาตก่อน
- ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาดำรับ เช่น ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ 27 ตำรับ หรือยาดำรับท้องถิ่นเป็นยาจากสมุนไพรหลายชนิดที่แปรรูป ต้องขอขึ้นทะเบียนยาสำหรับยาดำรับท้องถิ่นต้องขออนุญาตการขาย แต่ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณไม่ต้องขออนุญาตการขาย สามารถแสดงสรรพคุณบนฉลากได้ในขอบเขตที่ อย. กำหนด แต่การโฆษณาผ่านสื่อจะต้องขออนุญาตก่อน

2. **โรงพยาบาลของรัฐ** โรงพยาบาลของรัฐ จากการสำรวจเมื่อปี 2543 มีโรงพยาบาลชุมชนสามารถผลิตยาจากสมุนไพร 355 แห่ง 84 รายการ ส่วนมากมักผลิตยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาจากสมุนไพรเดี่ยวอื่น นอกจากนั้นยังมีการผลิตยาแผนโบราณบางตำรับที่ได้รับการยอมรับในประสิทธิผลจากประชาชนในท้องถิ่น สำหรับโรงพยาบาลที่มีแพทย์แผนไทยประยุกต์ (แพทย์อายุรเวท) ยังอาจมีการผลิตยาดำรับจากสมุนไพรที่แพทย์อายุรเวทสั่งใช้ด้วย ซึ่งตาม พรบ. ยาฉบับปัจจุบันและฉบับที่ร่างใหม่ยังให้สิทธิยกเว้นไม่ต้องขึ้นทะเบียนยาดำรับยา การผลิตยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งในปัจจุบันได้มีการพัฒนาขึ้นมาก ทั้งในด้านความหลากหลายของผลิตภัณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการผลิต ทำให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนเพิ่มมากขึ้น

สามารถขายนำรายได้เข้าสู่โรงพยาบาลเป็นจำนวนมากต่อเดือน หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องมีโครงการที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพของยาที่ผลิตโดยโรงพยาบาลของรัฐ เช่น ทางสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีโครงการคุณภาพสมุนไพรไทย ซึ่งให้บริการตรวจวิเคราะห์วัตถุต้นและยาจากสมุนไพรที่ทางโรงพยาบาลผลิตว่าได้ตามมาตรฐานของ Thai Herbal Pharmacopoeia หรือไม่ มีข้อต้องแก้ไขปรับปรุงอย่างไร ส่วนทางสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกก็มีโครงการให้การฝึกอบรมด้านการควบคุมคุณภาพยาจากสมุนไพรเภสัชกรในโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งจัดสรรงบประมาณให้ทางจังหวัดเพื่อพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลในการตรวจวิเคราะห์วัตถุต้นและยาจากสมุนไพรที่ผลิต อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องพัฒนามาตรฐานการผลิตให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งให้ประชาชนในท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมด้วย เช่น เป็นผู้ผลิตวัตถุดิบสมุนไพรป้อนให้โรงพยาบาล เป็นการสร้างงานและกระจายรายได้สู่ท้องถิ่น ข้อดีคือสามารถดำเนินการให้คำแนะนำเพื่อควบคุมคุณภาพการผลิตวัตถุดิบได้อย่างใกล้ชิด แต่ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าที่โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีการผลิตยาจากสมุนไพร ควรมีการพิจารณาความเหมาะสมสำหรับแต่ละโรงพยาบาล

3. **องค์การเภสัชกรรม** ได้ร่วมทุนกับเอกชนผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร(ยา เครื่องดื่ม อาหารเสริม ยาใช้ภายนอก) 25 รายการ ยอดจำหน่ายในปี 2543 รวม 63 ล้านบาท และเฉพาะส่วนที่องค์การเภสัชกรรมผลิตได้เองมากกว่า 14 รายการ
4. **โรงงานผลิตยาภาคเอกชน** ที่ผลิตยาจากสมุนไพรมีหลายระดับ ตั้งแต่ขนาดเล็กในลักษณะอุตสาหกรรมในครัวเรือน โรงงานขนาดกลาง จนถึงขนาดใหญ่ ซึ่งเกือบทั้งหมดกระบวนการผลิตยังไม่ได้มีการพัฒนาเข้าสู่ระบบ GMP ปัจจุบันมีผู้ได้รับใบอนุญาตผลิตยาแผนโบราณทั่วประเทศจำนวน 724 ราย ส่วนใหญ่ผลิตในครัวเรือน ปริมาณการผลิตไม่มาก ขายภายในจังหวัดหรือจังหวัดใกล้เคียง ภายในจำนวน 724 ราย คาดว่ามีไม่เกิน 10 รายที่ผลิตในลักษณะโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการผลิตตำรับยาต่างๆ ไม่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษในการผลิตวัตถุดิบส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรไทยจากแหล่งผลิตภายในประเทศ จำนวนทะเบียนตำรับยาแผนโบราณที่ผลิตได้ในประเทศ (ปี 2544) มีจำนวน 637 ตำรับ นำเข้า 20 ตำรับ ในปี 2542 มูลค่าการผลิตภายในประเทศ ประมาณ 548 ล้านบาท นำเข้า 114 ล้านบาท อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลปี 2542 พบว่ามูลค่ายาแผนโบราณทั้งหมดเมื่อเทียบกับมูลค่ายาแผนปัจจุบันแตกต่างกันมากกว่า ดังตาราง

	มูลค่าการ ผลิตยาแผน ปัจจุบัน (ล้านบาท)	มูลค่าการ นำเข้ายา แผนปัจจุบัน	มูลค่าการ ผลิตยาแผน โบราณ	มูลค่าการ นำเข้ายา แผนโบราณ
พ.ศ.2542	19720	16719	550	114

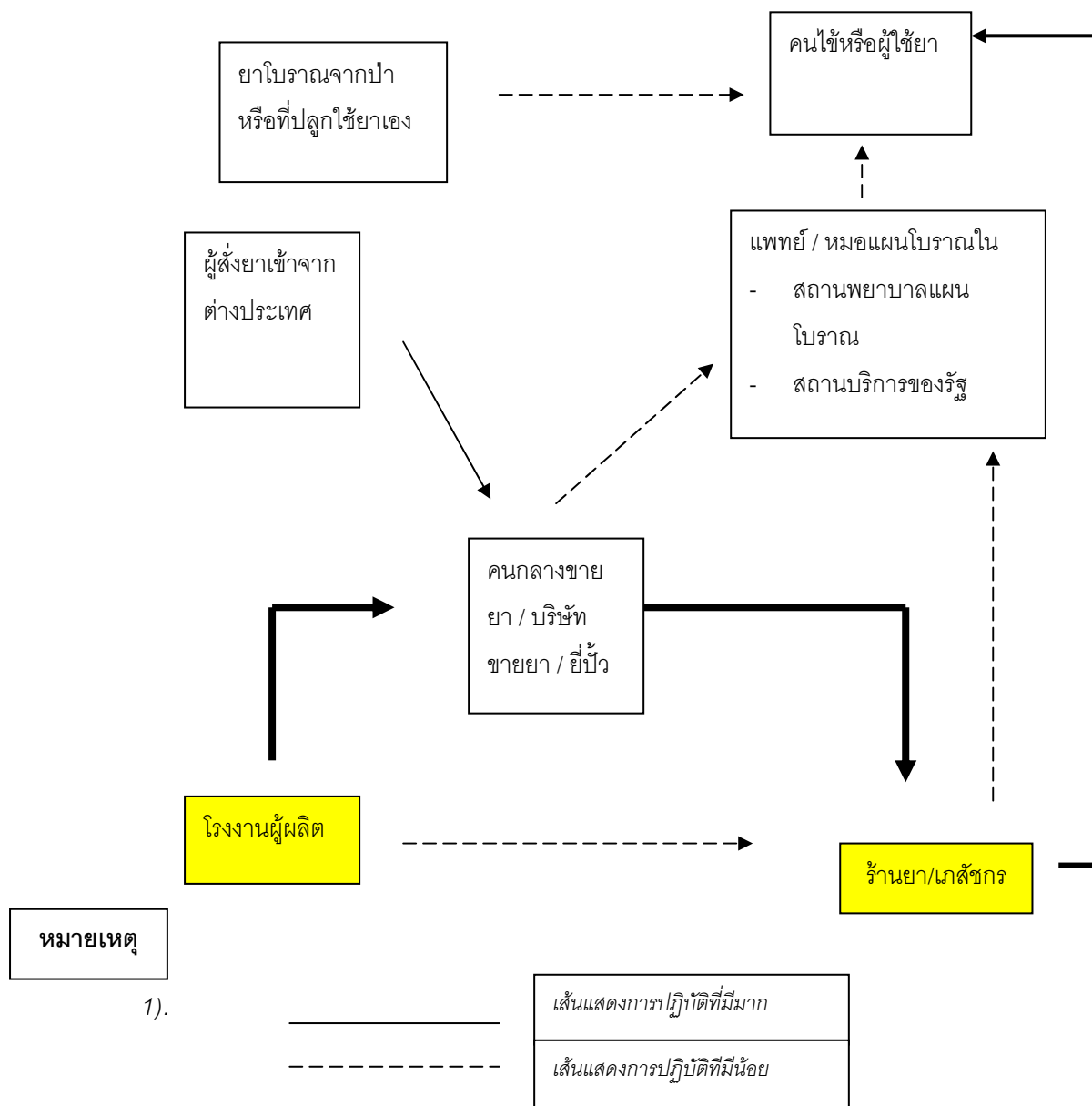
ด้านการกระจายยา

ช่องทางจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรในประเทศไทย อาจแบ่งได้เป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1. ระดับชุมชน ผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรที่จำหน่ายในตลาดนี้มีได้หลายระดับตั้งแต่ยาสมุนไพรที่เป็นสมุนไพรที่ยังไม่แปรรูป ผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตในชุมชน ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณซึ่งร้านขายของชำในชุมชนต่าง ๆ สามารถจำหน่ายได้ และปัจจุบันกฎระเบียบของทาง อย. ได้เอื้อต่อการขึ้นทะเบียนตำรับยาแผนโบราณเป็นยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณมากขึ้น หากมีตัวยาสสมุนไพรตามที่ อย. กำหนดสำหรับสรรพคุณของตำรับยาที่กล่าวอ้าง ส่วนยาแผนโบราณที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านต้องจำหน่ายในร้านขายยา
2. แพทย์แผนไทย, แพทย์แผนไทยประยุกต์ (แพทย์อายุรเวท) และหมอพื้นบ้าน เป็นผู้ที่ย่อยยาจากสมุนไพรแก่ผู้ป่วยที่มาับการรักษาในคลินิก ซึ่งส่วนมากเป็นยาตำรับแผนไทยที่แพทย์แผนไทยหรือหมอพื้นบ้านผลิตขึ้นเอง
3. โรงพยาบาลของรัฐที่ผลิตยาจากสมุนไพร เป็นอีกช่องทางการกระจายหนึ่งของยาจากสมุนไพร
4. ร้านขายยา ร้านขายยาเป็นแหล่งจำหน่ายยาแผนโบราณที่สำคัญ โดยกฎหมายระบุว่าต้องมีผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาเภสัชกรรมแผนไทยปฏิบัติการ
5. ร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อ ซูเปอร์มาร์เก็ต สามารถจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณได้

การกระจายยาแผนโบราณจากผู้ผลิตสู่ประชาชน¹⁰ มีความเชื่อมโยงดังแผนภาพ

แผนภาพ



2.). ยาแผนโบราณที่มีขายในร้านขายยาแผนโบราณมี 2 ลักษณะ คือ ขายยาสำเร็จรูปที่ผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณ เช่น ยาหอม ยาเม็ด ยาดอง และ การจัดตามตำราของผู้ซื้อเพื่อนำไปปรุงต่ออีกทีหนึ่ง

¹⁰ คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ, "ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ", ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2537

ด้านการใช้จ่าย

ศูนย์วิจัยกสิกรทำการสำรวจเมื่อปี 2541 พบว่าคนกรุงเทพฯ ร้อยละ 57.7 เคยฟังรายการรักษาโรคด้วยสมุนไพร ในขณะที่จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรเมื่อปี 2543 พบว่าปริมาณการใช้ยาสมุนไพรมีมากขึ้นร้อยละ 46 และจากการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกสิกรรมตรี ระบุว่า พบประชากร 8.9 ล้านคน (ร้อยละ 14.2) เป็นผู้เคยใช้ยาแผนโบราณหรือสมุนไพร ในจำนวนนั้นเคยใช้รักษาโรคเพียง ร้อยละ 12.9 เท่านั้น

สำหรับการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากการสำรวจ ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2545 พบว่ามีการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลของรัฐในระดับต่างๆดังนี้ คือ มีการใช้ในโรงพยาบาลชุมชน 388 แห่ง (ร้อยละ 53.9) ร้อยละ 56 ใช้ยาสมุนไพรเนื่องมาจากการนโยบาย โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 40 แห่ง (ร้อยละ 43.5) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 21 แห่ง (ร้อยละ 28) สถานีอนามัย 921 แห่ง (ร้อยละ 9.5) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 6.6) ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน 40 แห่ง ในด้านของมูลค่า จากตารางที่ 1 พบว่ามูลค่าการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร (ในประเทศ) ของโรงพยาบาล 5 แห่งที่มีการผลิตผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร มูลค่าจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรภายในประเทศ ที่สามารถรวบรวมได้ระหว่างปี 2540- 2546 เดือนแรกของปี 2545 ประมาณ 126 ล้านบาท ความต่างของตัวเลขในปี 2543, 2544 และครึ่งแรกของ 2545 จาก 17 ล้านบาท เพิ่มขึ้นเป็น 59 ล้านบาท และ 42 ล้านบาท แสดงถึงพัฒนาการของการตลาดที่ดี แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลบ่งชี้ถึง สัดส่วนการใช้ยาจากสมุนไพรเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบันที่ชัดเจน

ตารางที่ 1 แสดงชื่อโรงพยาบาล และ มูลค่าจำหน่ายภายในประเทศ

ลำดับ	ชื่อโรงพยาบาล	ปี 2540	ปี 2541	ปี 2542	ปี 2543	ปี 2544	ปี 2545 6 เดือน	รวม
1	โรงพยาบาลเก้ายาว	20,280	91,290		224,964.90	180,190	39,320	556,044.90
2	โรงพยาบาลพญา เม็งราย	-	-	-	-	1,095,460	942,998	2038458
3	โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร์	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	10,148,162.82	51,834,940.14	39,272,688.83	101,255,791.79
4	โรงพยาบาลกาบเชิง	272,870	506,189	670,876	480,906	535,080	586,890	3,052,811
5	โรงพยาบาล บางกระพุ่ม	-	1,489,287	3,748,565	6,428,291	5,728,075	1,925,135	19,319,353
รวม		293,150	2,086,766	4,419,441	17,282,324.72	59,373,745.14	42,767,031.83	126,222,458.69

สาเหตุที่ทำให้การช้ยาจากสมุนไพรได้รับความนิยมน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน

ยาจากสมุนไพรประเภทยาแผนโบราณ : ปัจจุบันแนวโน้มของตลาดยาแผนโบราณที่ไม่อาจขยายตัวได้มากเท่าที่ควรนั้นมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยด้านปริมาณการใช้ที่น้อยเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน ซึ่ง **นันทวัน บุญยะประกศ**¹² ได้กล่าวถึงแนวโน้มตลาดในประเทศของยาแผนโบราณว่า เหตุที่ "ยาแผนโบราณ" ลดปริมาณลงเนื่องจาก

1. ประชาชนเสื่อมความนิยมเพราะรูปแบบไม่น่าใช้เท่ายาแผนปัจจุบัน
2. ราคายามีแนวโน้มสูงขึ้น ตัวยาบางตัวจึงต้องนำเข้า
3. ขาดแคลนวัตถุดิบ
4. ประสิทธิภาพไม่แน่นอน

นอกจากปัจจัยที่มาข้างต้นแล้ว ปัจจัยที่จะส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนโบราณที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง คือ การส่งเสริมการพัฒนาของภาครัฐ **อาทร รวีไพบูลย์**¹³ ได้กล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาที่เกี่ยวกับปัจจัยนี้ คือ

1. ขาดแผนงานที่ชัดเจน ต่อเนื่อง
2. ขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาทั้งระบบ
3. ขาดการประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวนหนึ่งยังไม่เห็นด้วยกับแนวนโยบายดังกล่าว

ปรีชา อุบโยคิน และคณะ⁹ สรุปปัญหาสำคัญที่ทำให้การผลิตยาแผนโบราณไม่สามารถพัฒนาไปได้เท่าเทียมยาแผนปัจจุบัน ดังนี้

1. วัตถุดิบขาดแคลนและไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับ **เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ**¹⁴ ซึ่งได้กล่าวถึง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณว่า ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศนั้นมี 28 รายการ แต่ผ่านการวิจัยความเป็นพิษอยู่ 16 ขนาน เป็นยาที่ใช้รักษาตามอาการไม่ได้รักษาแบบองค์รวมตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย และ ยังมีปัญหาเพราะจำนวนชนิดของตัวยาที่อยู่ในตำรับมีมากทำให้เกิดปัญหาเรื่องวัตถุดิบ, การใช้

¹² รศ. ดร. นันทวัน บุญยะประกศ, "แนวโน้มตลาดสมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร", การสัมมนาเรื่องการพัฒนาการใช้ยาทางคลินิกและการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคเขตร้อน , หน้า 35, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ ,2530

¹³ **อาทร รวีไพบูลย์**, "ปัญหาและแนวทางการพัฒนาเภสัชกรรมไทย", การแพทย์แผนไทย : ภูมิปัญญาแห่งการพึ่งพา ตนเอง, 94, โครงการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข, โรงพิมพ์ เอส.เอนสแต้นนารีการพิมพ์, กรุงเทพมหานคร, 2532

⁹ ปรีชา อุบโยคินและคณะ, "การประเมินผลการพัฒนาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติเพื่อเป็นยา" มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงพิมพ์ที่ เอ ลิฟวิ้ง จำกัด , กรุงเทพมหานคร ,2540

¹⁴ พญ. เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, "คุณค่าสมุนไพรไทยกับการพัฒนาสังคม", การแพทย์แผนไทยสายใจแห่งชีวิตและวัฒนธรรม , เล่ม 1, หน้า82-84, สถาบันการแพทย์แผนไทย, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ มหานคร, 2540

วัตถุดิบที่มากทำให้ยากต่อการส่งเสริมทางอุตสาหกรรม, การวิจัยเพื่อสนับสนุนยาเหล่านั้นทำได้ยาก เพราะมีสมุนไพรจำนวนมากอยู่ในตำรับ

2. ขาดเทคโนโลยีการผลิตและการควบคุมคุณภาพ ซึ่งเทคโนโลยีมีความสำคัญต่อการพัฒนามากดังที่ **สมศักดิ์ แท้บุญเลิศและคณะ**¹⁵ ได้กล่าวไว้ว่า “ความเจริญเติบโตของภาคอุตสาหกรรมไทยในอนาคต ขึ้นอยู่กับว่าเราจะสามารถพัฒนาขีดความสามารถทางเทคโนโลยีไปได้มากเพียงใด เพื่อที่จะรักษาความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบในการผลิตสินค้าที่มีอยู่เดิมไว้และสามารถพัฒนาไปสู่การส่งเสริมสินค้าออกประเภทใหม่ๆ”
3. ไม่มีกำหนดมาตรฐานของยาแผนโบราณไว้
4. กฎหมายเกี่ยวกับยาแผนโบราณเป็นอุปสรรคการพัฒนา ในประเด็นนี้ **มาลี บรรจบ**¹⁶ ได้ขยายความเพื่อให้เห็นอุปสรรคของการพัฒนาจากปัญหาด้านกฎหมายให้ชัดเจนยิ่งขึ้นโดยได้กล่าวว่า “ปัญหาอุปสรรคในการผลิตยาแผนโบราณอันเนื่องมาจาก พระราชบัญญัติยา คือ การจำกัดให้ยาแผนโบราณต้องผลิตด้วยวิธีดั้งเดิม การออกกฎกระทรวงเพื่อจำกัดการใช้เภสัชเคมีภัณฑ์ ในการตอกเม็ดในการเคลือบ ในการใช้วัตถุดิบเสียต่างๆที่กำหนดในกฎกระทรวงจึงอาจเกิดปัญหาความไม่คล่องตัวในการออกแบบสูตรตำรับของเภสัชกรผู้ผลิต”
5. กฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขในการขึ้นทะเบียนตำรับยา
6. การอ้างสรรพคุณยังถูกจำกัดให้ใช้แต่คำศัพท์โบราณ
7. ผู้ประกอบการยาแผนโบราณยังขาดความรู้เชิงวิทยาศาสตร์พื้นฐาน
8. ผู้ผลิตมีความรู้ด้านการตลาดและความรู้เกี่ยวกับยาแผนโบราณแตกต่างกัน
9. ขาดการประชาสัมพันธ์และการส่งเสริมระบบตลาด
10. ยาแผนโบราณแต่ละชนิดมีคู่แข่งมากมาย
11. ขาดระบบข้อมูลที่ถูกต้องในการวางแผนพัฒนาอุตสาหกรรม
12. ขาดกระบวนการพิสูจน์ประสิทธิภาพผลยาแผนโบราณ

จากงานศึกษาวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดนั้น จะเห็นว่า มีปัจจัยมากมายที่ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณของประเทศไทย หากแต่ยังขาดการศึกษาวิจัยใน

¹⁵ สมศักดิ์ แท้บุญเลิศและคณะ, “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการของไทยในอนาคต”, โครงการจัดทำแผนอุดมศึกษาระยะยาว 2535-37 คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร, ตุลาคม 2532

¹⁶ มาลี บรรจบ, “แนวทางการพัฒนาการผลิตยาจากสมุนไพร”, 57-58, กองวิจัยและพัฒนาสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์,

รายละเอียด, ความครอบคลุม, ลำดับความสำคัญ, ความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผล และ ความเชื่อมโยงกันของปัจจัยต่างๆ ทำให้ไม่อาจมองเห็นภาพที่ชัดเจนและเป็นองค์รวมได้

สถานการณ์แวดล้อม

ที่ส่งผลกระทบต่ออนาคตการพัฒนา “ยาจากสมุนไพร”

1) กฎหมาย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการพัฒนายาจากสมุนไพร¹⁷

- พระราชบัญญัติยา 2510
- พระราชบัญญัติอาหาร 2522
- พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2535
- พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย 2535
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค 2522
- พระราชบัญญัติสถานพยาบาล 2541
- พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ 2542
- พระราชบัญญัติสิทธิบัตร 2522 และ ฉบับแก้ไข
- พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย 2542
- พระราชบัญญัติคุ้มครองพันธุ์พืช 2542

ตัวอย่าง : สถานการณ์การควบคุมการผลิตยาแผนโบราณ¹⁰ ตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510

1 การขออนุญาต : ตาม พรบ. ยา 2510 ผู้ที่ผลิต นำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรต้องขออนุญาต โดยมีข้อยกเว้น

- (1) การผลิต นำหรือสั่งเข้ามาในราชอาณาจักรของกระทรวง ทบวง กรมในหน้าที่ป้องกันหรือบำบัดโรค สภากาชาดไทย องค์การเภสัชกรรม
- (2) การปรุงยาแผนโบราณตามตำราที่รัฐมนตรีประกาศ โดยผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณเพื่อขายเฉพาะสำหรับคนไข้ของตนหรือขายปลีก

¹⁷ คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร, “ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ”, ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2545

(3) การนำยาติดตัวเข้าในราชอาณาจักร ซึ่งไม่เกินจำนวนที่จำเป็นจะต้องใช้เฉพาะตัว
ได้สามสิบวัน

2. ขึ้นทะเบียนตำรับยา : การผู้ที่ได้รับอนุญาตตามข้อ 1 ต้องนำตำรับมาขอขึ้นทะเบียน
ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ยาที่ต้องขึ้นทะเบียนตำรับต้องเป็น “ตำรับยา” กฎหมายได้ยกเว้น
(1) ยาสมุนไพร (2) “ยาตัวอย่าง” ที่ได้รับอนุญาตตามข้อ 1 เพื่อขอขึ้นทะเบียนตำรับ (3) ยาที่ได้รับ
อนุญาตให้นำหรือส่งเข้ามาในราชอาณาจักร ตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของ
คณะกรรมการประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

เกณฑ์ในการพิจารณาไม่รับขึ้นทะเบียนตำรับ

- 1).ยาที่เป็นยาปลอมหรือยาที่รัฐมนตรีสั่งเพิกถอนทะเบียนตำรับยา
- 2).ยาที่ไม่แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับตำรับครบถ้วนตามกฎหมายกำหนด
- 3).ยาที่ขอขึ้นทะเบียนตำรับยานั้นไม่สามารถเชื่อถือสรรพคุณได้หรืออาจไม่
ปลอดภัยแก่ผู้ใช้
- 4).เป็นยาที่ใช้ชื่อทำนองโอ้อวด ไม่สุภาพหรืออาจทำให้เข้าใจผิดจากความจริง
- 5).ยาที่ใช้ชื่อไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรมอันดีงามของไทยหรือส่อให้ทำลายคุณค่า
ของภาษาไทย

3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณและการควบคุมคุณภาพ

เมื่อขออนุญาตผลิต และ ขึ้นทะเบียนตำรับยาแล้ว การจัดสถานที่ผลิตยาแผนโบราณต้อง
เป็นไปตามกฎกระทรวงฉบับที่ 17 พ.ศ. 2525 ออกตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510
ซึ่งกำหนดให้สถานที่ผลิตยาต้องตั้งอยู่ในทำเลที่เหมาะสม ถูกสุขลักษณะ ไม่มีอาณาเขตติดต่อกับ
แหล่งสกปรก น่ารังเกียจ หรือแหล่งซึ่งสิ่งสกปรกมีโอกาสเจือปนในการผลิตได้ โครงสร้างโรงงาน
ก่อสร้างด้วยวัสดุที่แข็งแรงถาวร สามารถรักษาความสะอาดได้ง่ายต้องมีระบบน้ำทิ้ง การกำจัดสิ่ง
ปฏิกูล การรักษาความสะอาด การถ่ายเทอากาศและความปลอดภัยตามความจำเป็น สถานที่
ผลิตยาต้องเป็นสัดส่วน ส่วนที่สำหรับผลิตยาหรือแบ่งบรรจุต้องมีเนื้อที่แต่ละส่วนไม่น้อยกว่า 16
ตารางเมตร ส่วนที่สำหรับล้างอุปกรณ์การผลิตและภาชนะบรรจุ ต้องเป็นบริเวณเฉพาะที่สะอาด
ถูกสุขลักษณะ มีพื้นที่ลาดเอียง¹⁸

¹⁸ มาลี บรรจบ, "แนวทางการพัฒนาการผลิตยาจากสมุนไพร", 57-58, กองวิจัยและพัฒนาสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์,

4. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการผลิตยาแผนโบราณ¹⁹ สามารถแบ่งกระบวนการผลิตออกใหญ่จะได้ 2 ขั้นตอน

- การผลิตสมุนไพรให้เป็นวัตถุดิบ โดยเริ่มตั้งแต่การทำความสะอาด กำจัด contaminant ออกให้มากที่สุดและจึงนำไปบดย่อยหรือแยกส่วนที่ไม่ต้องการออก การสกัดด้วย solvent ชนิดต่างๆ โดยเลือก solvent ที่เหมาะสมไม่ให้มีสิ่งที่ไม่ต้องการปะปนออกมา ส่วนที่ละลายแล้วแยกออกมาด้วยการกรอง
- การผลิตวัตถุดิบให้เป็นเภสัชภัณฑ์ เป็นยาในรูปแบบต่างๆ กระบวนการที่ใช้ขึ้นกับ dosage form นั้นๆ โดยยึดหลักในการควบคุมคุณภาพยาสำเร็จรูป²⁰ ด้านเชื้อจุลินทรีย์ : การควบคุมคุณภาพทางจุลชีววิทยาจะมีความจำเป็นมากโดยมีการตรวจสอบทั้งปริมาณและชนิดของจุลินทรีย์ โดยมีข้อกำหนดอยู่ใน U.S.P XXI ในการตรวจนับเชื้อจุลินทรีย์ ส่วนในการทดสอบหาชนิดจุลินทรีย์ก่อโรค ใช้วิธีของ USP XXI และ Thai pharmacopia 1987 vol 1

ข้อสังเกต จากกฎหมายที่เกี่ยวข้องทุกฉบับ :

1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ มีความเป็นมาและพัฒนาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ทำให้เกิดความสับสนและไม่สอดคล้อง โดยเฉพาะขาดการมองภาพรวมที่ควรจะเป็นของการแพทย์แผนไทยและยาไทยร่วมกัน ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนต่อทิศทางการพัฒนา รวมทั้งกฎหมายเหล่านี้ขาดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดข้อขัดแย้ง

2. ร่าง พรบ. ยาฉบับใหม่ ที่ผ่านสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว ในขณะนี้ ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องของการแบ่งประเภทของยาที่ผลิตจากสมุนไพร เพราะมีแต่การกำหนดให้มี "ยาแผนไทย" ซึ่งยังไม่ครอบคลุมยาแผนโบราณจากต่างประเทศ และไม่มีการแบ่งยาจากสมุนไพรเป็น 4 ประเภทตามมติกรรมการยาอย่างชัดเจน ยังคงเป็นเพียงแนวทางปฏิบัติที่ไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติในอนาคตได้ และขณะนี้ทาง อย.ก็ยังคงอยู่ในระหว่างการปรับแก้ พรบ. ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาจากสมุนไพรและยาแผนไทยอยู่ นอกจากนี้ ก่อนที่สถาบันการแพทย์แผนไทย จะมีสถานภาพเทียบเท่ากองในสังกัดของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในปี 2545 ได้มีการร่าง พรบ. ยาแผนไทย แยกต่างหากออกจาก พรบ. ยาฉบับใหม่ที่กำลังร่างกันอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งทาง อย. เป็น

¹⁹ รศ.สุทิน ศิริไพรัตน์, "กระบวนการผลิตยาจากสมุนไพร", การสัมมนาเรื่องการพัฒนาการใช้ยาทางคลินิกและการวิจัยทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคเขตร้อน, หน้า 33,มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ, 2530

²⁰ ภก. วุฒิสักดิ์ คณาวุฒิ, "การควบคุมคุณภาพยาแผนโบราณ", การประชุมวิชาการ เรื่อง การควบคุมคุณภาพสมุนไพร, หน้า 143-144, สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ สาธารณสุขแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2536

เจ้าของเรื่อง เนื่องจากเห็นว่าคณะกรรมการยาของทาง อย. มีผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นแพทย์แผนโบราณอยู่น้อยมาก ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นแพทย์แผนปัจจุบันก็ยังไม่มีความเข้าใจในทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ทำให้ยาแผนโบราณหลายตำรับไม่ได้รับการพิจารณาให้ขึ้นทะเบียน

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าขณะนี้ เรื่องของ พรบ.ยา รวมทั้งหน่วยงานที่จะรับผิดชอบดูแลควบคุมการผลิต ขึ้นทะเบียน จำหน่าย และโฆษณายาที่ผลิตจากสมุนไพรในอนาคต ยังไม่มีความชัดเจน ซึ่งเป็นปัญหาในการพิจารณาและทำนายแนวโน้มในอนาคตของอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรของประเทศ

3.“ผลิตภัณฑ์คาบเกี่ยว” กฎหมายในต่างประเทศเช่น สหรัฐอเมริกา ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรจะจัดเป็น Dietary supplement ซึ่งสามารถจำหน่ายได้ทั่วไปหากมีการ claim สรรพคุณที่เป็น functional claim จะต้องมียุทธศาสตร์การศึกษาทางคลินิกเพื่อยืนยัน ตามกฎหมายในประเทศไทย ปัจจุบันผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่จะเป็นอาหารได้จะต้องมีข้อมูลหรือประวัติการใช้เป็นอาหาร หากไม่มีข้อมูลจะไม่รับเป็นอาหารและจะแสดงสรรพคุณใดๆ ที่เข้าข่ายเป็นยาไม่ได้ ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรส่วนมากในประเทศจึงไม่สามารถพัฒนาเป็นอาหารได้ จะต้องขึ้นทะเบียนเป็นยาเท่านั้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเพื่อเป็นอาหารเสริมสำหรับจำหน่ายในประเทศและเพื่อการส่งออก

ปัจจุบันมีปัญหาในการกล่าวอ้างสรรพคุณและการขึ้นทะเบียนว่าจะให้สมุนไพรชนิดหนึ่งขึ้นทะเบียนเป็นยาทั้งยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้หรือไม่ จะใช้เกณฑ์ใดในการตัดสินว่าจะให้ขึ้นทะเบียนเป็นผลิตภัณฑ์ประเภทใด เช่น จะตัดสินที่ปริมาณของสารสำคัญ หรือการกล่าวหรือไม่กล่าวอ้างสรรพคุณ หรือใช้เกณฑ์อื่น ปัจจุบัน อย. ยังไม่มี พรบ. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยเฉพาะ มีแต่แนวทางปฏิบัติในการพิจารณาของ อย. ในขณะที่ผู้ประกอบการต้องการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรหลายชนิดในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสำหรับตลาดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีความต้องการผลิตภัณฑ์ประเภทนี้สูง ตามกระแส”กลับสู่ธรรมชาติ” และ”การดูแลสุขภาพตนเอง” การที่ผู้ประกอบการไม่สามารถขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรบางชนิดในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้ ในขณะที่สมุนไพรชนิดเดียวกันในต่างประเทศสามารถจำหน่ายเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้ ทำให้ผู้ประกอบการไทยมีปัญหาในการส่งออกผลิตภัณฑ์ของตน เพราะ Certificate of Free Sale ระบุว่าผลิตภัณฑ์สมุนไพรของไทยเป็นยาแผนโบราณไม่ใช่ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จึงทำให้ไม่เป็นที่ต้องการของประเทศคู่ค้า ผู้ประกอบการจึงต้องการทราบหลักเกณฑ์ที่แน่นอนของ อย. ในการพิจารณาขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสมุนไพร และต้องการให้ภาครัฐแก้ไขกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาและส่งออกผลิตภัณฑ์เหล่านี้ อันจะนำเงินตราต่างประเทศเข้ามาช่วยแก้ปัญหาเศรษฐกิจของประเทศอีกทางหนึ่ง

แนวโน้มมีการจัดทำหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สามารถขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรสำหรับเป็นทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพโดย หากมีการแสดงสรรพคุณเชิงส่งเสริมคุณภาพจะต้องมีข้อมูลเพื่อสนับสนุนการ claim ต่างๆ และมีการพัฒนาเป็นกฎหมายต่อไป

4. แนวโน้มอนาคตมีการร่างกฎหมายยาฉบับใหม่ ที่จะแบ่งแยกยาเป็น “ยาแผนไทย” และ “ยาจากสมุนไพร” เพื่อรองรับการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาจากสมุนไพรนอกเหนือจากที่เป็นยาแผนไทย และมีการร่างหลักเกณฑ์สำหรับการขึ้นทะเบียนตำรับยาที่เป็นยาจากสมุนไพรตามระดับของการพัฒนา ตั้งแต่ยาจากสมุนไพรที่เป็นองค์ความรู้ดั้งเดิมสืบทอดกันมา ยาจากสมุนไพรที่เป็นองค์ความรู้ดั้งเดิมแต่มีการพัฒนาในรูปแบบยา และยาจากสมุนไพรที่มีการพัฒนาในรูปแบบที่เป็นสารสกัดหยาบ (crude extract) แนวโน้มของกฎหมายยาใหม่จะให้ความสำคัญกับมาตรฐานของผู้ผลิตยาจะต้องได้ GMP มีการควบคุมคุณภาพมาตรฐานของวัตถุดิบและ finished product รวมทั้งต้องมีข้อมูลที่ยืนยันถึงความปลอดภัยและสรรพคุณของยา

5. กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา เดิมกฎหมายสิทธิบัตรไม่ให้อรรถสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา ต่อมามีการแก้ไขในปี 2522 ให้มีการ จดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาได้ และเริ่มมีการจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร หรือยาที่พัฒนาจากสมุนไพรไทย เพื่อป้องกันภูมิปัญญาไทยไม่ให้ถูกนำไปศึกษาต่อยอดและไปจดสิทธิบัตร จึงมีการตรากฎหมายคุ้มครองส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ซึ่งจะกำหนดให้มีการจดทะเบียนสิทธิภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ขณะนี้อยู่ระหว่างการร่างกฎกระทรวงที่ออกตามกฎหมายดังกล่าว ดังนั้นอนาคตจะมีการจดทะเบียนผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรต่างๆ ที่เป็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย แต่อาจมีการข้อขัดแย้งระหว่างเอกชนต่างๆ ในการพิสูจน์ความเป็นเจ้าของและปัญหาการละเมิดสิทธิเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา

2) มาตรฐานที่กำหนดโดยสากล

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำร่างแนวทางปฏิบัติตามวิธีการที่ดีในการผลิตยาสำหรับยาจากสมุนไพร [WHO/PHARM/93.561, Good manufacturing practices for pharmaceutical product, Supplementary guideline for the manufacture of herbal medicine products]²¹ แบ่งออกเป็นหมวด คือ ¹⁰

²¹ ภญ.ยุพดี พยัคฆพันธ์, "การควบคุมคุณภาพยาแผนโบราณ", การประชุมวิชาการ เรื่อง การควบคุมคุณภาพสมุนไพร , หน้า 141-142, สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ สาธารณสุขแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2536

¹⁰ คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ, "ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ", ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2537

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| - บุคลากร | - การตรวจสอบด้วย |
| - สถานที่ผลิต | ตัวเอง |
| - สุขลักษณะ | - การเรียกเก็บยาคืน |
| - อุปกรณ์และเครื่องมือ | - บันทึกการจัดจำหน่าย |
| - วัตถุดิบและวัสดุที่ใช้ใน | - ข้อร้องเรียน หรือ |
| การบรรจุ | รายงานอาการอันไม่พึง |
| - การดำเนินการผลิต | ประสงค์จากการใช้ยา |
| - การควบคุมคุณภาพ | - ยาคืน |
| - ระบบเอกสาร | |

นอกจากนั้นทางองค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบแนวทางในการประเมินยาจากสมุนไพร โดยมีหัวข้อ การประเมินคุณภาพ (การควบคุมคุณภาพทางเภสัชศาสตร์) การประเมินความปลอดภัย และการประเมินประสิทธิผล เป็นมาตรฐานสากลที่ประเทศผู้ส่งออกและนำเข้าควรยึดหลักการนี้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้ต้องมีการจัดตั้งองค์กร/เครือข่าย เช่น กลุ่มเพาะพันธุ์ ขยายพันธุ์ ปลูก / กลุ่มพัฒนาการผลิต-การควบคุมคุณภาพ / กลุ่มตรวจสอบฤทธิ์สมุนไพร / กลุ่มตรวจสอบความเป็นพิษ / กลุ่มศึกษาเกี่ยวกับการออกแบบภาชนะบรรจุ หีบห่อ / กลุ่มศึกษาเกี่ยวกับตลาดผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร / กลุ่มศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการผลิตเพื่อสนับสนุนการส่งออกผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรของประเทศไทย

3). นโยบายของรัฐ²²

การพัฒนาแผนโบราณและยาสมุนไพรได้ถูกระบุอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) นอกจากนั้นนโยบายของรัฐบาลทุกยุคตั้งแต่ปี 2535 ก็ได้กล่าวถึงยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพรทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับปัจจุบันได้กำหนดให้มีการสนับสนุนการศึกษา วิจัยศักยภาพการใช้สมุนไพรอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ และนโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา 8 ด้านตามแนวทางของคณะกรรมการสมุนไพรแห่งชาติโดยมีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นส่วนราชการเจ้าของเรื่อง อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาการทำงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการยังมีปัญหาและอุปสรรคในการทำงานอยู่หลายด้าน ได้แก่

²² คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร, "ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ", ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2545

- ความไม่คล่องตัวในการทำงาน เนื่องจากการดำเนินงานของคณะกรรมการด้านต่าง ๆ ข้างต้นต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายกระทรวงทบวงกรม
- การขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงาน เนื่องจากหน่วยงานในกระทรวงที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับยุทธศาสตร์แต่ละด้านยังไม่สามารถตั้งงบประมาณดำเนินการได้ เพราะงานดังกล่าวไม่อยู่ในแผนงาน และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งเป็นหน่วยงานเจ้าของเรื่องก็ไม่สามารถตั้งงบประมาณเพื่อการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการทุกคณะได้
- การขาดข้อมูลระดับประเทศด้านการตลาดของสมุนไพรทำให้เกิดปัญหาในการกำหนดยุทธศาสตร์ ทิศทาง และเป้าหมายในการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรของประเทศ และการประเมินผลของยุทธศาสตร์ในอนาคต
- การขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร และคณะกรรมการต่าง ๆ โดยเฉพาะ ทำให้การประสานงาน ของคณะกรรมการและคณะกรรมการต่าง ๆ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เพราะต้องอาศัยข้าราชการประจำของสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีภาระงานวิจัยล้นมืออยู่แล้ว

ที่ผ่านมา แม้จะได้มีการร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรขึ้นแต่ในขณะนี้ ก็ยังคงอยู่ในระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการและคณะกรรมการเพื่อปรับปรุงแก้ไขยุทธศาสตร์อยู่ คาดว่าจะเสร็จสิ้นได้ภายในปีงบประมาณ 2546 นี้ จากนั้นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะได้นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ของประเทศต่อไป ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้การดำเนินงานของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ คล่องตัวขึ้น เพราะสามารถตั้งงบประมาณดำเนินการได้โดยอาศัยแผนยุทธศาสตร์ของประเทศรองรับ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นอีกหนึ่งนโยบายซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยสนับสนุนยาจากสมุนไพรและยาแผนโบราณมากกว่าการเป็นปัจจัยคุกคาม

ปัจจุบันรูปธรรมที่ชัดเจนจากนโยบายของรัฐ คือการที่ยาจากสมุนไพรได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ,ยาสามัญประจำบ้าน (คณะกรรมการยาได้ผ่านความเห็นชอบจัดยาจากสมุนไพรให้เป็นยาสามัญประจำบ้านมากกว่า 300 ตำรับ) ,ยาสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน (มากกว่า 50 ชนิด)

4). สถานการณ์ด้านการวิจัยพัฒนา

ในประเทศไทยมีหน่วยงานที่ทำวิจัยสมุนไพรอยู่หลายหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงเกษตร และมหาวิทยาลัยต่าง ๆ แม้จะมีโครงการวิจัยที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานอย่างครบวงจรบ้าง แต่ก็เป็นส่วนน้อย และงานวิจัยส่วนมากมักเป็นโครงการวิจัยสมุนไพรตามความสนใจและความถนัดของนักวิจัยมากกว่าที่จะตอบสนองความต้องการของตลาดหรือภาคธุรกิจ ทำให้ผลงานวิจัยจำนวนมากไม่สามารถจะพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีศักยภาพเชิงพาณิชย์ งานวิจัยจำนวนมากโครงการเล็ก ๆ ที่เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ และไม่ครบวงจร และมีจำนวนไม่น้อยที่ทำวิจัยสมุนไพรซ้ำซ้อนกัน จึงไม่สามารถผลักดันผลการวิจัยออกมาเป็นผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรได้มากเท่าที่ควร ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาเรื้อรังที่หน่วยงานที่ให้ทุนวิจัยทั้งหลายตระหนักดี ปัจจุบันจึงมักให้ทุนกับโครงการใหญ่ที่ครบวงจรและมีศักยภาพในเชิงพาณิชย์เท่านั้น ดังนั้น โครงการวิจัยสมุนไพรในอนาคต ควรมีการทำวิจัยทางตลาดก่อนให้ทุน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรหลังการวิจัยเสร็จสิ้น รวมทั้งควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมลงทุนในการวิจัยด้วย

งานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรทั้งหลายมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลหลัก 3 ด้าน คือ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และการหาสารสำคัญและที่เป็นสารออกฤทธิ์เพื่อพัฒนาวิธีการควบคุมคุณภาพให้มีปริมาณสารสำคัญในผลิตภัณฑ์ตามมาตรฐานที่กำหนด ในประเทศไทยการวิจัยทางฟิสิกส์เพื่อศึกษาฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสมุนไพรและสารสำคัญยังมีส่วนน้อยที่เป็นการศึกษาทางลึกถึงกลไกการออกฤทธิ์ระดับโมเลกุลหรือยีน และส่วนมากเทคโนโลยีที่ใช้ในการวิจัยยังจำกัดว่าค่อนข้างล้าหลังเมื่อเทียบกับต่างประเทศซึ่งอาศัย High-throughput technology และ Biotechnology อยู่มาก แม้ว่าจะได้มีการเริ่มพัฒนางานวิจัยด้านนี้บ้างในหลายสถาบันแต่ก็ยังจำกัดว่าเป็นส่วนน้อย เนื่องจากต้องอาศัยการลงทุนด้านเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ค่อนข้างสูงในสภาวะที่งบประมาณของประเทศมีจำกัด ในทำนองเดียวกัน งานวิจัยทางพิษวิทยาเพื่อศึกษาหาสารสำคัญในประเทศไทยก็ขาดแคลนเครื่องมือที่ทันสมัยเช่นกัน ทำให้การวิจัยเพื่อหาสารออกฤทธิ์ในสมุนไพรใช้เวลานานมาก ในขณะที่ต่างประเทศการศึกษาค้นคว้าหาสารสำคัญสามารถดำเนินการควบคู่ไปกับการศึกษาทางเภสัชวิทยาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย ทำให้สามารถหาสารออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็ว

ส่วนการวิจัยทางพิษวิทยาในสัตว์ทดลอง เพื่อศึกษาความปลอดภัยของสารสกัดสมุนไพรหรือยาตำรับสมุนไพรเมื่อใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ก็เป็นงานวิจัยที่ลงทุนสูงเกือบ 1 ล้านบาทต่อสมุนไพร ทำให้งานวิจัยสมุนไพรหลายชิ้นไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างครบวงจร เพราะขาดงบประมาณในการทำวิจัยด้านพิษวิทยาต่อ และเมื่อขาดข้อมูลการวิจัยทางพิษวิทยาก็ทำให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยทางคลินิกได้เช่นกัน นอกจากนี้ ในประเทศไทยมีหน่วยงานที่มีความพร้อม

ในการศึกษาวิจัยด้านพิษวิทยาของสมุนไพรอยู่น้อยแห่ง เช่น สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะเภสัช-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของงานวิจัยสมุนไพรทั้งประเทศได้อย่างทั่วถึง ดังนั้น ในอนาคตจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาห้องปฏิบัติการพิษวิทยาที่มีอยู่แล้วให้ได้มาตรฐาน GLP (Good Laboratory Practice) และส่งเสริมการจัดตั้งห้องปฏิบัติการด้านพิษวิทยาเพิ่มขึ้นในสถาบันที่มีความพร้อม

ส่วนการวิจัยทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิภาพในการรักษาโรคของสมุนไพร ก็ต้องอาศัยงบประมาณในการดำเนินการที่สูงมาก และปัจจุบันการดำเนินการวิจัยทางคลินิกก็มีความเข้มงวดมากขึ้น ต้องมีการขออนุมัติทำการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของกระทรวงสาธารณสุข (Ethics Committee) และ/หรือของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของแต่ละสถาบัน (Institutional Review Board) ซึ่งต้องดำเนินการตามมาตรฐานสากล เช่น มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น

นอกจากนี้ หากจะให้งานวิจัยยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสมุนไพรในระดับพรีคลินิกทั้งหลายของไทยได้รับการยอมรับของ FDA ในต่างประเทศเพื่อให้สามารถขึ้นทะเบียนหรือส่งออกได้ จะต้องนำระบบประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการมาใช้ในการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางเคมี เภสัชวิทยา และพิษวิทยา และห้องปฏิบัติการด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้ได้มาตรฐาน GLP ด้วย ส่วนงานวิจัยทางคลินิกก็ต้องให้ได้มาตรฐาน Good Clinical Practice (GCP) เช่นกัน จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้ประกอบการทั้งหลายที่พยายามส่งออกผลิตภัณฑ์กาวเครือขาวออกไปยังต่างประเทศ จะประสบปัญหาไม่สามารถใช้ข้อมูลงานวิจัยด้านพิษวิทยาหรือเภสัชวิทยาที่ทำไปแล้วได้ เพราะไม่ได้รับการยอมรับจาก FDA ของต่างประเทศเนื่องจากไม่ได้ทำจากห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน GLP สารสกัดสมุนไพรหรือผงสมุนไพรที่ให้แก่สัตว์ทดลองไปไม่มีการศึกษาว่ามีสารสำคัญอยู่ในปริมาณเท่าไร ซึ่งตามมาตรฐาน GLP จะต้องควบคุมคุณภาพของสมุนไพรที่จะให้แก่สัตว์ทดลองก่อน

การพัฒนาห้องปฏิบัติการเภสัชวิทยาและพิษวิทยาที่ต้องใช้สัตว์ทดลองในงานวิจัยด้วยนี้ยังเกี่ยวข้องถึงการต้องพัฒนาศูนย์สัตว์ทดลองต่าง ๆ ซึ่งเป็นแหล่งที่มาของสัตว์ทดลองที่ใช้ในประเทศให้ได้มาตรฐานสากลด้วยเช่นกัน เพราะงานวิจัยที่ต้องใช้สัตว์ทดลองต้องมีการควบคุมคุณภาพสัตว์ทดลองที่ใช้ตามมาตรฐานสากลด้วยเช่นกัน มิเช่นนั้นงานวิจัยที่ทำก็ถือว่ายังไม่ได้มาตรฐาน GLP ส่วนการซื้อสัตว์ทดลองจากบริษัทที่เชื่อถือได้ในต่างประเทศ ส่วนมากคงไม่สามารถทำได้เพราะมีค่าใช้จ่ายสูงเกินไป ดังนั้น ทางแก้คือจะต้องพัฒนาศูนย์สัตว์ทดลองที่มีอยู่ให้ได้มาตรฐานสากลโดยเร็ว ซึ่งก็ได้มีความพยายามที่จะเริ่มดำเนินการบ้างแล้ว

ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณและระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน ควรมีหน่วยงานกลางที่ได้รับการยอมรับ เช่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ทำหน้าที่กำกับดูแลนโยบายการวิจัยสมุนไพรของประเทศให้สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศ ทำการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดชนิดของสมุนไพรที่มีศักยภาพในเชิงพาณิชย์ที่จะส่งเสริมให้มีการวิจัย เพื่อให้มีการพัฒนาสมุนไพรแต่ละชนิดอย่างครบวงจร ป้องกันการทำงานวิจัยซ้ำซ้อน โดยที่แต่ละหน่วยงานอาจไม่จำเป็นต้องทำงานวิจัยทุกด้านให้ครบวงจรในหน่วยงานของตนเอง แต่ควรพัฒนาห้องปฏิบัติการที่เป็นจุดแข็งของแต่ละสถาบันให้ได้มาตรฐาน GLP และทำงานวิจัยสมุนไพรแต่ละชนิดร่วมกันระหว่างสถาบันต่าง ๆ ให้ครบวงจร หรืออาจพิจารณาจัดตั้งห้องปฏิบัติการกลางที่มีเครื่องมือที่ทันสมัยซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ สามารถใช้บริการร่วมกัน เพื่อผลักดันให้ผลงานวิจัยออกมาเป็นรูปธรรมเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้จริง และสามารถส่งออกได้ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา อุปโยธินและคณะ²³ ที่พบว่า งานวิจัยสมุนไพรในประเทศที่ผ่านมามีปัญหา 5 ประการ

- การวิจัยไม่ครบวงจร
- ขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวบรวมผลงานวิจัย ประเมินผลงานวิจัย และกำหนดทิศทางการวิจัย รวมทั้ง ถ่ายทอดงานวิจัยสู่ภาคอุตสาหกรรม
- ขาดเป้าหมายในการพัฒนาสมุนไพรเพื่อใช้เป็นยา
- การขาดแคลนนักวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
- แหล่งสนับสนุนการวิจัยอยู่อย่างกระจัดกระจาย ขาดผู้ได้รับผลประโยชน์ทางการวิจัยที่ชัดเจน

5). ระเบียบโลก

5.1 ระบบประกันคุณภาพ : ท่ามกลางกระแสโลกที่ให้ความสำคัญกับระบบประกันคุณภาพในระบบการทำงานและอุตสาหกรรมทุกสาขา การที่ภาคอุตสาหกรรมการผลิตยาแผนโบราณของไทยไม่ว่าจะเป็นการผลิตยาจากสมุนไพรเดี่ยวหรือยาตำรับยังไม่มีความพร้อมในการพัฒนามาตรฐานการผลิตเข้าสู่มาตรฐาน GMP และยังไม่มีกระบวนการควบคุมความสะอาดและปริมาณสารสำคัญในยาที่ผลิตอย่างเหมาะสม จะทำให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรของประเทศไทยไม่มีโอกาสที่จะสามารถแข่งขันในตลาดโลกได้ แม้ว่าทาง อย. จะได้มีความพยายามที่จะจัดทำมาตรฐาน GMP สำหรับอุตสาหกรรมยาแผนโบราณมานานแล้ว แต่ก็ยังไม่มีความคืบหน้า

²³ ปรีชา อุปโยธินและคณะ, "การประเมินผลการพัฒนาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ธรรมชาติเพื่อเป็นยา" มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงพิมพ์พี เอ ลิฟวิ่ง จำกัด, กรุงเทพมหานคร, 2540

เท่าที่ควร ส่วนหนึ่งของปัญหา คือ ผู้ผลิตยาแผนโบราณจำนวนมากไม่มีความพร้อมในเรื่องของการลงทุนด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ รวมทั้งขาดบุคลากรในการตรวจวิเคราะห์เพื่อควบคุมคุณภาพยา และประเทศไทยยังขาดนักวิเคราะห์ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพัฒนาวิธีการตรวจวิเคราะห์ยาจากสมุนไพร โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาตำรับที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด ขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีความพร้อมในการพัฒนามาตรฐานการผลิตยาจากสมุนไพรเท่าที่ควรและขาดความพร้อมในการแข่งขันในตลาดโลก ในทางตรงกันข้าม รัฐบาลจีนได้ให้ความสำคัญกับ Traditional Chinese Medicine (TCM) เป็นอย่างมาก โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ TCM และสมุนไพรจีนเป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญของจีนต่อไปในอนาคตเมื่อจีนเข้าเป็นสมาชิกของ WTO แล้ว จึงมีมาตรการให้ทุกโรงงานผลิตยาต้องพัฒนามาตรฐานการผลิตให้ได้มาตรฐาน GMP ดังนั้น ประเทศจีนซึ่งมีทรัพยากรสมุนไพรหลากหลายและสั่งสมความรู้ประสบการณ์และวิทยาการด้านการควบคุมคุณภาพสมุนไพรมานานจากการใช้ยาจากสมุนไพรมาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอนอย่างประเทศไทย จึงเป็นคู่แข่งที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต

5.2 กระแสความนิยมผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร : ตลาดต่างประเทศ ผู้ประกอบการผลิตยาจากสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสมุนไพรจำนวนมากมีความสนใจและต้องการที่จะส่งออกผลิตภัณฑ์ของตนไปยังต่างประเทศ เพราะตลาดต่างประเทศกำลังให้ความสนใจผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็น “Natural Products” มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งตลาดสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นตลาดใหญ่และกฎหมาย Dietary Supplement Health and Education Act (DSHEA) ที่ออกเมื่อปี 1994 เป็นกฎหมายที่ค่อนข้างเปิดกว้างสำหรับการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสมุนไพรที่เรียกว่า “Botanicals” ทำให้มีหลายประเทศส่งออกผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรของตนเข้าไปจำหน่ายในอเมริกา แต่จากการที่มีผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศที่ไม่ได้คุณภาพเข้าไปมาก และเริ่มมีรายงานการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสมุนไพรมากขึ้น เช่น รายงานการเกิด drug interaction ระหว่างยาแผนปัจจุบันกับ St. John's wort, Ginkgo biloba หรือรายงานการเกิดพิษจาก kava kava, ephedra เป็นต้น ทำให้อัตราการเจริญเติบโตของตลาด botanical dietary supplements ชะลอลงในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากสื่อมวลชนของสหรัฐอเมริกาทำให้ประชาชนมองเห็นว่าอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นอุตสาหกรรมที่ไม่มีมาตรการคุ้มครอง ผู้บริโภคที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ตลาดสหรัฐอเมริกา เอเชีย (จีน ญี่ปุ่น ไต้หวัน เกาหลี) ยุโรป รวมทั้งตะวันออกกลาง ก็ยังเป็นตลาดที่ผู้ประกอบการของไทยให้ความสนใจเป็นอย่างมากในการส่งออกผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร แต่ที่ผ่านมาประเทศไทยมีผู้ที่ประสบความสำเร็จในการส่งออกน้อยมาก เมื่อเทียบกับประเทศจีนหรืออินเดีย อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่

- การขาดข้อมูลเรื่องประสิทธิผลและความปลอดภัยที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน FDA ของประเทศคู่ค้า

- ผลิตภัณฑ์ที่จะจำหน่ายไม่มีวิธีการควบคุมคุณภาพที่เหมาะสม
- ไม่สามารถผลิตผลิตภัณฑ์ได้ตามความต้องการของผู้สั่งซื้อ เพราะวัตถุดิบในประเทศไม่เพียงพอ
- การขาดประสบการณ์ในตลาดต่างประเทศ ทำให้ไม่เข้าใจกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการส่งออกผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเข้าไปจำหน่ายในประเทศคู่ค้า
- ประเทศคู่ค้าหลายประเทศมักไม่ต้องการซื้อ finished product ที่ฝ่ายไทยต้องการขาย แต่ต้องการซื้อสารสกัดสมุนไพรที่เป็น standardized extract ไปเป็นวัตถุดิบในการผลิตในประเทศของตนมากกว่า เพราะผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศของเขาจะได้รับการยอมรับมากกว่าที่ผลิตในประเทศไทย และการซื้อเป็นสารสกัดจะมีราคาถูกกว่าผู้ประกอบการของไทยบางราย จึงเริ่มมีการปรับตัวหันมาผลิต standardized extract เพื่อสนองความต้องการของตลาดต่างประเทศบ้างแล้ว

5) คุณภาพของยาแผนโบราณในท้องตลาด²⁴

จากรายงานการวิจัยของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ทำการตรวจวิเคราะห์ยาแผนโบราณในช่วงปี 2539 -2541 พบว่ายาแผนโบราณที่ขึ้นทะเบียนมีการปนเปื้อนจุลินทรีย์ผิดมาตรฐานร้อยละ 3.5 ในขณะที่ยาที่ไม่มีทะเบียนมีการปนเปื้อนร้อยละ 29.4 และจากการศึกษาของ อาริ รวีไพบูลย์ และการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบการปนเปื้อนเชื้อราในยาแผนโบราณ นอกจากนั้นยังมีการวิจัยบ่งชี้ว่ามีการปนปลอมยาแผนปัจจุบัน เช่น Prednisolone / Dexamethazone เข้าไปในยาแผนโบราณ

6) วัตถุดิบสมุนไพร

ปัจจุบันยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับชนิดและปริมาณวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต แหล่งป้อนวัตถุดิบเข้าสู่การผลิตมาจาก 3 ทางหลัก 1.การปลูก : มีทั้งการปลูกของหน่วยงานรัฐ / กลุ่มเกษตรกร-ชุมชน 2.การเก็บจากป่าธรรมชาติ 3.การนำเข้า สำหรับข้อมูลด้านคุณภาพมาตรฐานของวัตถุดิบ พบว่า กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนดมาตรฐานวัตถุดิบไว้เพียง 21 ประเภท และยังมีการกำหนดมาตรฐานของสถาบันต่างๆ กันจนเกิดความซ้ำซ้อน โดยภาพรวม ปัญหาของวัตถุดิบที่ส่งผลกระทบพัฒนาอุตสาหกรรมยาจากสมุนไพร คือ

- ขาดการศึกษาถึงชนิดและปริมาณของอุปสงค์และอุปทานภายในประเทศของสมุนไพรแต่ละชนิด

²⁴ คณะทำงานย่อยเพื่อการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาแผนโบราณและยาจากสมุนไพร, "ระบบยาสมุนไพรและยาแผนโบราณ", ระบบยาของประเทศไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 2545

- ขาดการศึกษาวิจัยด้านการปลูกและการขยายพันธุ์
- ขาดการจัดการที่ดี : การวางแผนการตลาด การจัดการให้วัตถุดิบมีคุณภาพดี และ สม่่าเสมอ
- สมุนไพรเก็บจากป่าได้น้อยลง
- ขาดมาตรฐานสมุนไพรแต่ละชนิด

7) แนวโน้มผลิตภัณฑ์สมุนไพรสำหรับสัตว์

เป็นหัวข้อใหม่และมีแนวโน้มในการพัฒนาสูงในอุตสาหกรรม เพื่อป้องกันก่อนเกิดโรค และรักษาโรคในสัตว์ชนิดต่าง ๆ ทั้งสัตว์เลี้ยง เช่นหมู ไก่ นกกระทา สัตว์น้ำ เช่น กุ้ง สมุนไพรที่ใช้เช่น ฟ้าทะลาย ขมิ้น เสลดพังพอน ซึ่งเป็นสมุนไพรที่ใช้ในสาธารณสุขมูลฐานสำหรับประชาชนอยู่แล้ว รวมทั้งเป็นผลิตภัณฑ์กำจัดแมลงจากสมุนไพร เช่น พริกไทย กำจัดปลวก และผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อกำจัดวัชพืชทางการเกษตร เช่นตะไคร้หอม ข่า สะเดา เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นจุดเด่น และจุดด้อยคือขาดการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบที่ครบวงจร มีมาตรฐาน และทันกับความต้องการของประเทศ

ประเด็นหลักเกี่ยวกับอนาคตยาจากสมุนไพร

ประเด็นที่ 1 : ศักยภาพของอุตสาหกรรมการผลิตยาจากสมุนไพรเพื่อการส่งออกและลดการนำเข้า

ศักยภาพของอุตสาหกรรมการผลิตยาจากสมุนไพร ในกลุ่ม ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณสำเร็จรูป /ยาจากสมุนไพรที่เป็นยาแผนโบราณซึ่งมีการพัฒนารูปแบบไปจากเดิม / ยาจากสมุนไพรแผนปัจจุบันลักษณะ Semi-purified compound และ ยาแผนปัจจุบันจากสมุนไพร ซึ่งเป็นยาที่ได้จากการวิจัยพัฒนาด้วยการบวกรวบรวมทางวิทยาศาสตร์จนได้ตัวยาสำคัญที่เป็นสารบริสุทธิ์ที่ทราบโครงสร้างทางเคมีที่แน่ชัด เป็นประเด็นที่สำคัญประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญต่ออนาคตของยาจากสมุนไพรในประเทศมาก ในปัจจุบัน แม้ว่าการผลิตภายในประเทศจะสามารถผลิตยาจากสมุนไพรได้ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับอุตสาหกรรม แต่ส่วนใหญ่เป็นการผลิตด้วยเทคโนโลยีง่ายๆ ผลิตจำนวนน้อย และการควบคุมคุณภาพน้อย มีปัญหาเรื่องคุณภาพมาตรฐาน เมื่อเผชิญหน้ากับ มาตรฐานสากลที่สูง การเน้นกระบวนการประกันคุณภาพและความพยายามกีดกันทางการค้า ผสมกับข้อจำกัดอีกหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านกฎหมาย ด้านวัตถุดิบ ด้านการวิจัยและพัฒนา ฯลฯ จึงเป็นการยากที่อุตสาหกรรมการผลิตยาจากสมุนไพร

ของไทยจะสามารถเข้าไปแข่งขันได้ ในขณะที่เดียวกันก็ไม่สามารถสร้างความเชื่อถือให้กับผู้บริโภค และแพทย์ที่ต้องการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรสำเร็จรูปได้

อุตสาหกรรมผลิตยาจากสมุนไพรต้องการการพัฒนาศักยภาพจากภาครัฐอย่างสูง โดยเฉพาะในระยะแรก โดยมีประเด็นที่ภาครัฐต้องขบคิดมากมาย เช่น การพัฒนาวัตถุดิบให้มีคุณภาพและพอเพียง การอุดหนุนด้านงบประมาณในการปรับปรุงคุณภาพการผลิต การสนับสนุนงานศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบภายใต้มาตรฐาน GLP,GCP เป็นต้น

ประเด็นที่ 2 : ความนิยมยาจากสมุนไพรภายในประเทศ

“ความนิยม” ยาจากสมุนไพรทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และ ผู้สั่งใช้ยา จะเป็น ปัจจัยสำคัญที่สุดในการกำหนดอนาคตตลาดยาจากสมุนไพรในประเทศ

1) การใช้ยาจากสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Self medication)

แม้ว่าจะมีกระแสการตื่นตัวในการใช้ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรขึ้นทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย มีมูลค่าทางการตลาดที่สูงขึ้นแต่ความนิยมต่อผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็น “ยา” นั้นกลับต่ำเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อประเภทยาเสริมสุขภาพ และ เครื่องสำอาง ซึ่งแนวโน้มในอนาคตผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อเป็นอาหารเสริมสุขภาพ และ เครื่องสำอาง จะได้รับความนิยมมากขึ้น เนื่องจาก กฎหมายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคจะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาน้อยกว่าผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่เป็นยา และ ที่สำคัญคือเป็นที่ต้องการของต่างชาติ

2) การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลของรัฐ : แม้ข้อมูลจะแสดงว่ามีโรงพยาบาลของรัฐจำนวนมากที่มีการสั่งใช้ยาสมุนไพรทั้งจากแพทย์แผนปัจจุบันและจากผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยหรือแผนไทยประยุกต์ แต่สัดส่วนปริมาณการใช้ยังน้อยมากเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน และ ส่วนใหญ่การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรนั้นเกิดจากนโยบายของรัฐ มากกว่าการเห็นความสำคัญและเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างแท้จริง

3) การสั่งใช้ยาจากสมุนไพรของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน : แม้ว่าจะยังไม่มีข้อมูลบอกถึงสถานการณ์การใช้ยาจากสมุนไพรในสถานพยาบาลของเอกชนและจากหมอพื้นบ้านที่ชัดเจน แต่สัดส่วนการใช้ยาจากสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบันคงจะน้อยกว่าสัดส่วนในสถานพยาบาลของรัฐแน่นอน

การสร้างความนิยมยาจากสมุนไพร ต้องเป็นบทบาทภาครัฐ คำถามคือ จะมีมาตรการอย่างไรในการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรที่เป็นเอกภาพภายในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข และมีความสมดุลระหว่างการเอื้อต่อ

การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรของประเทศ ส่งเสริมให้เกิดความนิยม ในขณะที่ต้องคุ้มครองความปลอดภัย รักษาสิทธิผู้บริโภคทั้งในและต่างประเทศได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 3 : การฟื้นฟู รักษา และส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้าน

การรักษาโรคด้วยยาจากสมุนไพร นั้น นอกจากจะมีทัศนะแบบวิทยาศาสตร์ (เป็นการค้นคว้ายาแผนปัจจุบันตัวใหม่จากสมุนไพร วิธีการคือ การนำสมุนไพรมาสกัดแยกสารสำคัญออกมาผลิตเป็นยาแผนปัจจุบัน) แล้ว ยังมีอีกทัศนะหนึ่ง คือ การใช้ยาจากสมุนไพร ทัศนะแบบประสบการณ์ โดยอ้างอิงจากประสบการณ์การใช้จริงของบรรพบุรุษ ทั้งในลักษณะที่พึ่งตนเองในครัวเรือนและพึ่งหาหมอพื้นบ้านในชุมชน ซึ่งเป็นภาพอนาคตอีกภาพหนึ่งของยาจากสมุนไพรที่ควรให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีความสำคัญมากต่อการพึ่งพาตนเองของประเทศทั้งในแง่ของภูมิปัญญาและเงินตรา (ลดการนำเข้ายาแผนปัจจุบัน) รวมทั้งยังเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาต่อยอดเป็น ยาจากสมุนไพรในเชิงวิทยาศาสตร์ และอาจจะนำไปสู่การส่งออกเพื่อทำรายได้ให้แก่ประเทศในอนาคต

ปัจจุบันภาครัฐมีการจัดตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นเพื่อวางนโยบาย แนวทางในการพัฒนาที่เป็นแนวทางเฉพาะ และ มีกฎหมายคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 ขึ้น เพื่อสนับสนุนการใช้สมุนไพรในทิศทางนี้ ปัจจุบัน (กันยายน 2546) ยังอยู่ในขั้นตอนการรวบรวมภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยและคัดเลือกคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนการพัฒนา ซึ่งยังเป็นขั้นเริ่มต้นเท่านั้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนา

1) การพัฒนาตลาดผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ผ่านการศึกษาและประชาสัมพันธ์

การพัฒนาตลาดผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่ยั่งยืนมีปัจจัยที่ควรพิจารณาหลายด้าน ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐานสากลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด อีกส่วนหนึ่งที่ขาดไม่ได้คือ ความรู้และทัศนคติที่ดีต่อผลิตภัณฑ์ หากผลิตภัณฑ์เหล่านี้ไม่เป็นที่เชื่อถือและนิยมใช้อย่างสูงในประเทศ ก็คงไม่สามารถสร้างตลาดต่างประเทศได้ เช่น ผลิตภัณฑ์สมุนไพรจีน มีการใช้ในประเทศอย่างกว้างขวาง และมีภาพที่ดีและชัดเจนจนชาวต่างชาติเห็นด้วย จึงเกิดความเชื่อถือและมีตลาดภายนอกในทุกทวีปทั่วโลก การปรับกลยุทธ์ในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ ภาวะเปียบที่เกี่ยวข้อง การให้การศึกษและการประชาสัมพันธ์ให้สอดคล้อง จะช่วยให้ทัศนคติ

ของคนไทยเป็นไปในทิศทางที่เอื้อต่อการพัฒนาการตลาดและก่อประโยชน์อย่างแท้จริงต่อระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย

การศึกษา คือการให้ความรู้และก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การให้ความรู้ในเรื่องของ **หลักการและทฤษฎีการแพทย์แผนไทย** มีทางที่จะทำได้หลายระดับ ระดับหนึ่งเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และศักยภาพในการวิจัยและพัฒนาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ อีกด้านหนึ่งเพื่อปรับทัศนคติของคนไทยผู้ใช้สมุนไพรในปัจจุบัน โดยผ่านการศึกษาในระดับโรงเรียน ประถมและมัธยม และผ่านบุคลากรสาธารณสุข จนถึงประชาชนทั่วไป ซึ่งจะทำให้มีการสร้างผลิตภัณฑ์และมีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ยั่งยืนในอนาคต

1. **ระดับบุคลากรทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์** ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ รวมทั้งนักวิจัยสายเคมีและพฤกษศาสตร์ และอื่น ๆ ต้องเข้าใจ เชื่อมั่นและรู้จักการประยุกต์ใช้ ที่เหมาะสม

1.1 ปรับให้มีการสอนหลักการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรระดับลึกในมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องนำยาจากสมุนไพรเข้าไปใช้ในระบบสุขภาพของประเทศ เพราะแพทย์ในประเทศไทย ยังขาดความรู้ด้านนี้ ทำให้ไม่สามารถประยุกต์การแพทย์ทั้งสองแผนเข้าด้วยกัน เพื่อประโยชน์ของผู้บริโภคและประเทศได้ รวมทั้งยกระดับการเรียนรู้ของผู้ต้องการเป็นแพทย์และเภสัชกรแผนไทยให้ชัดเจน มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมวิชาชีพอื่น ๆ หากมองสมุนไพรจีนเป็นแนวทาง จะเห็นได้ว่า นโยบายของรัฐบาลจีนให้ความสำคัญระหว่างการพัฒนาการแพทย์ตะวันตกและการแพทย์แผนจีนทั้งในด้านการศึกษา ด้านการจัดองค์กร และด้านงบประมาณ มีหลักสูตรที่เท่าเทียมกัน และมีการพัฒนาทางด้านการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่เรียนแพทย์แผนตะวันตกต้องศึกษาการแพทย์แผนจีนอย่างน้อย 1 ปี และแพทย์แผนจีนต้องศึกษาการแพทย์แผนตะวันตกอย่างน้อย 1 ปี อย่างน้อย 1 ปีเช่นกัน มีการให้งบประมาณสนับสนุนอย่างเท่าเทียม มีการจัดตั้งสถาบันการเรียนรู้และการวิจัยการแพทย์แผนจีนและสมุนไพรจีน การจัดบริการการแพทย์ทั้งสองระบบเท่าเทียมกัน ทำให้แพทย์ทั้งสองแผนสามารถช่วยกันพัฒนาและประยุกต์การแพทย์แผนจีน โดยใช้หลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ทันสมัย และสามารถนำภูมิปัญญาเดิมของจีนมาใช้ประโยชน์ด้านสุขภาพแก่ประชากรจำนวนมหาศาล และสามารถขยายตลาดทางการค้ายาจากสมุนไพรออกไปนอกประเทศอย่างมั่นคง

1.2 จัดให้มีการจัดการอบรมระยะสั้นด้านหลักการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร แก่บุคลากรที่กำลังทำงานในโรงพยาบาล และอื่น ๆ ด้วยเหตุผลเดียวกันข้อ 1.1 โดยใช้งบประมาณที่ตั้งขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข

2. ระดับครู-อาจารย์ในโรงเรียนระดับประถมและมัธยม ปรับให้มีการสอนหลักการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในระดับประกาศนียบัตร หรือปริญญาโท สำหรับครู-อาจารย์ที่สอนในโรงเรียนระดับประถมและมัธยม นักเรียนอยู่แล้ว

3. ระดับนักเรียนในโรงเรียนระดับประถมและมัธยม ปรับให้มีการสอนหลักการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในระดับง่าย และสามารถนำไปใช้ในครัวเรือนแก่นักเรียนซึ่งสามารถถ่ายทอดไปยังพ่อแม่พี่น้องและชุมชนของตนได้ด้วย

4. ระดับแพทย์และเภสัชกรแผนโบราณ รวมทั้งหมอพื้นบ้าน บุคลากรเหล่านี้มีคุณค่ามาก แต่ผู้รู้จริงมีน้อย ต้องมีการสังคายนา และอบรมให้รู้ขอบเขตของตน ให้สามารถพัฒนาศักยภาพของตนในทางที่ถูกต้อง เพื่อประโยชน์ของผู้บริโภค

5. ระดับประชาชน มีการอบรม-ประชาสัมพันธ์ หลักการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ชี้แจงในข้อเท็จจริง เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค มิให้มีการนำไปใช้อย่างไม่ถูกต้อง

6. ระดับผู้ผลิตภาคอุตสาหกรรม ผู้ผลิตกลุ่มอุตสาหกรรมสมุนไพรในประเทศมีหลายระดับ โรงงานสมัครเล่น เช่นกลุ่มแม่บ้าน กลุ่มหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ โรงงานขนาดเล็ก ในครัวเรือน โรงงานขนาดกลาง และโรงงานที่ได้ GMP ต้องอบรมในทุกระดับซึ่งมีศักยภาพต่างกัน หัวข้อที่สำคัญกับกลุ่มนี้ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยีที่เหมาะสม ข้อมูลการตลาด รวมทั้งความสำคัญของรูปแบบผลิตภัณฑ์ และต้องแนะนำให้รู้จักนักวิชาการที่จะเป็นพี่เลี้ยงให้ได้ หากรัฐสามารถพัฒนากลุ่มนักวิชาการพี่เลี้ยง ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ตั้งแต่เภสัชกร แพทย์ พืชสมุนไพร เภสัชกรด้าน Pharmaceuticals แพทย์ด้านวิจัยทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญด้าน Pharmaco-economic, การตลาดสมุนไพร ตลอดจนวิศวกรที่ให้คำแนะนำด้านเครื่องจักรในโรงงานผลิต เป็นต้น

การประชาสัมพันธ์ เป็นกระบวนการนำเสนอสิ่งที่ดีและถูกต้องแก่สาธารณชนทั้งในและต่างประเทศ ด้วยสื่อรูปแบบต่าง ๆ และหัวข้อที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย สื่อที่น่าสนใจได้แก่ สื่อวิทยุ-โทรทัศน์ นิทรรศการ และการแสดงสินค้า เป็นต้น

1. **ประชาสัมพันธ์องค์ความรู้และการประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมในระดับครอบครัว** การนำองค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรมาใช้เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันก่อนที่จะเกิดโรค ให้ประชาชนรู้จักการกินเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายเกิดสมดุลและไม่ป่วยไข้ ฤดูร้อนควรบริโภคอาหารชนิดใด ถ้าฝนตกชุกอากาศชื้นควรเปลี่ยนอาหารเป็นรสชาติใด จึงจะไม่ใช่หวัด ยามที่ท้องเสีย ท้องผูกหรือท้องอืด ต้องใช้อาหารเช่นไร คนสูงอายุควรทานอาหารแบบใด จึงจะช่วยเรื่องของอารมณ์ และกระดูกพรุน เหล่านี้ล้วนมีปรากฏในทฤษฎีการแพทย์ไทยที่น่าสนใจทั้งสิ้น หากไม่พร้อมที่จะปรุงอาหาร จะมีผลิตภัณฑ์อาหารสมุนไพรป้องกันจำหน่ายได้

หรือไม่ การประชาสัมพันธ์สรรพคุณของ อาหารสมุนไพรไว้ในฉลากอาหารที่ติดบนกระป๋อง อาจช่วยเพิ่มมูลค่าให้อาหารสมุนไพรกระป๋องได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่สามารถพัฒนาตลาดต่างประเทศได้

2. ประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ ไม่ว่าจะเป็นผลิตภัณฑ์อาหารกระป๋อง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร(Healthy food, Nutraceuticals) เครื่องสำอางสมุนไพร (Cosmoceuticals) ตลอดจนผลิตภัณฑ์ด้านการเกษตรต่าง ๆ สำหรับสัตว์และพืช หากมีการวิจัยและพัฒนาจนได้ผลิตภัณฑ์ที่ดี การสร้างแบรนด์ให้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ และนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องจากภาครัฐ จะช่วยให้สร้างตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยได้เป็นอย่างดี

2. การปรับเปลี่ยนโครงสร้างและบทบาทขององค์กรรับผิดชอบ

1. คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ ผู้บริหารระดับสูงต้องเล็งเห็นถึงคุณค่าของการพัฒนาสมุนไพรอย่างจริงจังและฟื้นฟูผลักดันให้การพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยเป็นนโยบายระดับชาติ และสามารถเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจที่ประเทศกำลังประสบอยู่ กรอบนโยบายในการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ต้องกำหนด ให้ชัดเจน เป็นแนวทางที่ทุกหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและ สหกรณ์ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงวิทยาศาสตร์ และภาคเอกชน ต้องรับทราบเนื้อหาเดียวกัน ซึ่งน่าจะเป็นต้องวิเคราะห์จาก สถานภาพปัจจุบัน ปัญหาความต้องการ และศักยภาพทุกด้าน แล้วกำหนดหลักการสำคัญเป็น กรอบของการวางแผนและการสนับสนุนการวิจัยที่ต้องเน้นและเร่งรัดเป็นพิเศษ การวิจัยต้อง นำไปสู่การสร้างงานแก่เกษตรกร นำไปสู่การผลิตทางธุรกิจอุตสาหกรรมที่สร้างมูลค่าเพิ่มและ ทดแทนการนำเข้า นำไปสู่การพัฒนาเทคโนโลยีแบบไทย นำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขซึ่ง ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายให้กับยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง

เสนอแนะแนวทาง

- ต้องกำหนดนโยบายการวิจัยให้ชัดเจน
- ต้องวิเคราะห์จากสถานภาพปัจจุบัน ปัญหาความต้องการ และศักยภาพทุกด้าน แล้วกำหนด หลักการสำคัญเป็นกรอบของการวางแผนและการสนับสนุนการวิจัยที่ต้องเน้นและเร่งรัด เป็นพิเศษ
- ต้องสามารถนำผลการวิจัยไปสู่
 - การสร้างงานแก่เกษตรกร
 - การผลิตทางธุรกิจอุตสาหกรรมที่สร้างมูลค่าเพิ่มและทดแทนการนำเข้า

การพัฒนาเทคโนโลยีแบบไทย
การแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ ของประเทศ

ระยะที่ 1

ควรคัดเลือกสมุนไพรที่เหมาะสม เป็นสมุนไพรที่มีสรรพคุณในแง่ช่วยป้องกันก่อนเกิดโรค ที่จะช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยวิเคราะห์ข้อมูลการตลาดให้ชัดเจน

ระยะที่ 2

- การวิจัยเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ในระยะที่ 1 ให้ดีขึ้นในทุกด้าน เช่น บริสุทธิ์ขึ้น เพิ่มเติมตัวยาบางอย่างให้ออกฤทธิ์ดีขึ้น กลิ่นรสดีขึ้น การดูดซึมดีขึ้น เป็นต้น
- พัฒนาสูตรตำรับสารสกัดมาตรฐานให้มีผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ มากขึ้น

2. สำนักงานเลขานุการ มีหน้าที่ดูแล ให้นำแนะนำ และประสานงานกับทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการทุกระดับ ควรเป็นหน่วยงานอิสระในการกำกับของคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ ทำงานในระบบเอกชน มีผู้ดำเนินงาน 4-5 คน แต่ต้องมีประสิทธิภาพ มีหน้าที่

- ผู้อำนวยการสำนักฯ ต้องทำงานเต็มเวลา

- กลั่นกรองข้อมูลทุกด้านเสนอคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ เพื่อพิจารณา และนำข้อตกลงจากการประชุมมาดำเนินการให้เป็นรูปธรรม
- จัดทำคำ ขอบประมาณแบบบูรณาการจากรัฐหรือเอกชน เพื่อการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ
- ติดตามผลงานวิจัย/โครงการต่าง ๆ
- ดูแลด้านกฎหมาย และสิทธิประโยชน์/ สิทธิบัตร
- รวบรวมกลุ่มนักวิจัย ประสานงานกับผู้จัดการแผนวิจัยกลุ่มต่าง ๆ / กลุ่มนักวิชาการฟรีแลนซ์
- รวบรวมข้อมูลงานวิจัย/ รายชื่อนักวิจัย สังกัด และความสามารถเฉพาะด้าน/ รายชื่อผู้ผลิตสมุนไพรทั้งใน/ต่างประเทศ
- วางมาตรฐานงานวิจัย-มาตรฐานของผลิตภัณฑ์-ประชาสัมพันธ์-จัดอบรม
- สร้างกลุ่มสมุนไพรเป้าหมายที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ แล้วส่งไปยังมหาวิทยาลัยและหน่วยงานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งบริษัทเอกชนที่มีตำรับสมุนไพรอยู่แล้ว เพื่อให้เสนอเข้ามา แล้วประเมินว่ากลุ่มใดมี

ศักยภาพที่ดีที่สุด ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุด จึงให้งบประมาณในลักษณะจัด
จ้าง

สำนักงานฯ ไม่มีบุคลากรเพียงพอ ให้โดยจ้างเหมาหน่วยงานราชการ/เอกชน จัดทำ
เช่น ฐานข้อมูล การวางแผนมาตรฐานงานวิจัย-มาตรฐานของผลิตภัณฑ์ สื่อประชาสัมพันธ์ ตลอดจน
การจัดการอบรม

3. สำนักปรัึกษา รัฐ-เอกชน .ให้คำปรึกษาและช่วยประเมินผลที่สำนักงานเลขานุการดำเนินการ
เสนอ และเสนอแนะการปรับปรุง สามารถจ้างที่ปรึกษาเป็นบางเวลา โดยตั้งงบประมาณไว้ที่
สำนักงานเลขานุการ
4. **สภาแพทย์แผนโบราณ แพทย์พื้นบ้าน** เป็นการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาศักยภาพ และสร้าง
ขอบเขตงานให้ชัดเจน อาจเป็นงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกก็ได้
5. กลุ่มนักวิจัยที่ทำงานแบบบูรณาการ ประกอบด้วยผู้จัดการวิจัย (Project Manager) ซึ่งจะ
รวบรวมนักวิจัยที่สามารถทำงานด้วยกันได้ในสาขาต่าง ๆ รวมทั้งน่าจะมีแพทย์แผนโบราณ
หรือแพทย์พื้นบ้านเข้ามาร่วมด้วย และเสนอโครงการในลักษณะบูรณาการ โดยมุ่งผลชี้วัด
เป็นผลิตภัณฑ์ที่ดีตามระบบวิจัยสากล ในกลุ่มจะมี Centers of excellency ตามความจำเป็น
ขั้นตอนดำเนินการ
 - สำรวจความหลากหลายของสมุนไพรที่เป็นชนิดเป้าหมาย
 - การวิจัยทางพฤกษเคมี ให้ได้ สารสกัดมาตรฐาน ตามวิธีสากล
 - การวิจัยทางเภสัชวิทยา พิสูจน์ประสิทธิภาพ กลไกการออกฤทธิ์ (ถ้าทำได้) และ
พิษวิทยา
 - การวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม
 - การวิจัยเพื่อหาขนาดยาที่เหมาะสม และการทดลองทางคลินิก ซึ่งอาจมีได้หลาย
ระดับ ขึ้นกับผลิตภัณฑ์
 - การวิจัยเพื่อสำรวจสมุนไพรนั้น ๆ ในประเทศ หาสายพันธุ์ที่ดีที่สุด วิจัยวิธีขยายพันธุ์
และเขตกรรม เพื่อถ่ายทอดสู่เกษตรกร และมีสมุนไพรที่มีคุณภาพที่ดีและสม่ำเสมอ
ป้อนโรงงานผลิต
 - พัฒนาเครื่องมือวิทยาศาสตร์ และเครื่องจักรที่จำเป็นเพื่อใช้ในการวิจัยพัฒนา
และการผลิต
 - ช่วยเอกชนในการปรับเทคโนโลยีจากห้องปฏิบัติการสู่ภาคการผลิตระดับ
อุตสาหกรรม
 - จัดการการตลาดของผลิตภัณฑ์เพื่อจำหน่าย

สำนักงานฯ นี้ ต้องสามารถหารายได้และบริหารตัวเองได้ภายใน 5 ปี ะหว่างนี้รัฐต้องช่วยสนับสนุนงบประมาณดำเนินการไปพลางก่อน การขายกรรมสิทธิ์หรือสิทธิบัตรงานวิจัยสู่ภาคเอกชนคือดัชนีชี้วัดความสำเร็จของหน่วยงานนี้

สรุปแนวทางที่เสนอ:

1. การดำเนินการเชิงสังคม ต้องพัฒนาการแพทย์แผนไทย และสร้างทัศนคติและค่านิยมที่ดีของการใช้สมุนไพรให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชน และบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภท โดยให้ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อจะได้มีความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์ของคนไทยมากขึ้นบูรณาการทฤษฎีการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในวิถีการดำรงชีวิตของคนไทยและหลักสูตรการเรียนทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตทั้งในผสมผสานสมุนไพรเข้าในอาหารไทย และควบคุมการจำหน่ายแบบขายตรง ซึ่งอาจจะให้ข้อมูลเกินจริงเพื่อการขาย ขาดจริยธรรมของผู้ผลิต และไม่เชื่อถือต่อผู้บริโภค
2. นโยบายรัฐต้องชัดเจนว่าจะวางสมุนไพรไทยไว้ที่ตำแหน่งใด หากมีการวิจัยพัฒนาจนถึงขั้นจดสิทธิบัตร จะขึ้นทะเบียนอย่างไร ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ควรจะถูกรับรองในบัญชียาหลักของชาติ และแพทย์ควรใช้แทนยาแผนปัจจุบัน ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ และข้าราชการสามารถเบิกเงินได้เช่นเดียวกับยาแผนปัจจุบันหรือไม่ เป็นต้น
3. ต้องสร้างขบวนการวิจัยและพัฒนาที่มีทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจน และมีการจัดสรรทุนวิจัยแบบแผนงานแบบสหสาขาวิชา ให้ได้ผลิตภัณฑ์มีคำตอบทุกด้านแก่ผู้บริโภค
 - สนับสนุนให้มหาวิทยาลัย ซึ่งมีอาจารย์ที่เป็นนักวิจัยด้วยอยู่จำนวนมากที่สุด จัดตั้งศูนย์วิจัยในลักษณะ Center of Excellence โดยใช้สถานที่ที่มีอยู่แล้ว เสริมเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็น เพราะมหาวิทยาลัยไม่ได้รับการจัดสรรมานานแล้ว จัดสรรอัตราผู้ช่วยวิจัย เท่าที่จำเป็น
 - หน่วยงานจัดสรรทุน เช่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว) เป็นต้น ควรจะต้องมีการประชุมร่วมกัน เพื่อให้การจัดสรรมีทิศทางที่สอดคล้อง และไม่ซ้ำซ้อน ควรพิจารณาสาขาวิจัยที่ขาดแคลนนักวิจัย และให้ทุนไปศึกษาเพื่อสร้างนักวิจัยในอนาคต เช่นนักวิจัยที่เชี่ยวชาญด้านสารสกัดน้ำ ซึ่งสารสำคัญที่พบจะเป็นกลุ่ม polysacchrides เพราะวิธีการปรุงยาสมุนไพรไทยใช้การ

ต้มน้ำเป็นหลัก และต้นทุนในการผลิตเชิงอุตสาหกรรมถูกกว่าการสกัดด้วยตัวทำละลายอื่น ซึ่งผลิตในประเทศไม่ได้ เช่น chloroform, ether, petroleum ether, hexane เป็นต้น สาขานี้ยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญในขณะนี้

- ใช้ผลการวิจัยด้านการตลาดสมุนไพร และปัญหาสาธารณสุขของประเทศเพื่อกำหนดและคัดเลือกสมุนไพรไทยที่เหมาะสม
 - ควรพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยใช้สารสกัดมาตรฐานเช่นเดียวกับแนวทางในการวิจัยสมุนไพรต่างประเทศ
 - สร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน การกำหนดหัวข้องานวิจัยโดยภาคเอกชนมีส่วนร่วม น่าจะเป็นผลดี เพราะเอกชนเข้าใจตลาดมากกว่านักวิจัย รัฐน่าจะการลงทุนในระยะแรก เมื่องานวิจัยเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ควรมีการขายกรรมสิทธิ์ระยะที่ 1 เงินจากการขายกรรมสิทธิ์ควรแบ่งสัดส่วนให้รัฐ สถาบันและนักวิจัย และให้เอกชนลงทุนวิจัยต่อยอดเพื่อการจดสิทธิบัตร ผู้ประดิษฐ์(Inventor) เป็นนักวิจัย ผู้ทรงสิทธิ์ (Assignee) เป็นเอกชนซึ่งน่าจะมั่นใจมากขึ้น การจ่ายเงินคืนรัฐสถาบันและนักวิจัยระยะที่ 2 อาจทำในรูปจ่ายครั้งเดียว หรือเปอร์เซ็นต์ยอดขายแล้วแต่จะตกลงกัน
- 4. แก้ไขกฎหมายยาจากสมุนไพรให้ชัดเจน และสอดคล้องกับมาตรการการค้าในตลาดโลก
- 5. ประชาสัมพันธ์เป็นสิ่งที่จำเป็นในการสร้างและขยายตลาดสมุนไพร



เอกสารสรุปประเด็นสำคัญ (Issues Paper) ระบบยา-ระบบสุขภาพ

ข้อมูลเบื้องต้นในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพ แห่งชาติ (พ.ศ.2546-2555)

15-16 สิงหาคม 2546

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เรียบเรียงโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันทา โอศิริ

เอกสารสรุปประเด็นสำคัญ (Issues paper)

ระบบยา-ระบบสุขภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันทา ไชศิริ

Issues paper ระบบยา-ระบบสุขภาพนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปรวบรวมประเด็นที่สำคัญที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ จากเอกสารวิเคราะห์สถานการณ์ภาพ (Position papers) ของระบบที่เกี่ยวข้อง 4 ระบบคือ ระบบควบคุมกำกับของระบบยา ระบบบริการเภสัชกรรมที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ระบบการพัฒนาด้านสมุนไพร และ ระบบการพัฒนากฎหมายในประเทศ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2546-2555)” ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนอนาคตสำหรับการบริหารงานวิจัยทางเภสัชกรรมต่อไป

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมีเป้าหมายให้คนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติ และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน การผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเสมอภาค (Equity) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ทางเลือกในการรับบริการ (Choice) และความต่อเนื่อง (Continuity) ในการบริการด้านสุขภาพ ความครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั่วประเทศ

ระบบสุขภาพ ที่พึงประสงค์ มีลักษณะดังนี้

- (1) มีศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม
- (2) เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน
- (3) มีโครงสร้างครบถ้วน และมีการทำงานที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ
- (4) มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์
- (5) มีปัญญาเป็นพื้นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคม รวมทั้งพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ระบบสุขภาพพึงสร้างเสริมศักยภาพของคนไทยให้พึ่งพาภูมิปัญญาไทย (Self reliant) โดยในระดับบุคคลต้องมีทักษะและความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ในระดับชุมชนต้องสามารถรวมตัวกันเพื่อปกป้องและสร้างเสริมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ในระดับท้องถิ่นและระดับชาติต้องพัฒนาสมรรถนะบริการและเทคโนโลยีให้สามารถพึ่งตนเองได้

โดยระบบสุขภาพต้องเป็นระบบเปิด โปร่งใส ให้ทุกฝ่ายสามารถเข้ามามีส่วนร่วม (Participation) ในการจัดระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (นพ. วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543)

“ระบบสุขภาพ” หมายถึงการจัดการทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ระบบยาเป็นส่วนที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ แต่ปัจจุบันนี้มีตัวเลขที่บ่งชี้ถึงภาวะวิกฤติในระบบบริการสุขภาพ รายจ่ายที่ใช้ไปสร้างประโยชน์ ไม่คุ้มค่า โดยจากแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2542-2544 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า สังคมไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพถึงปีละ 200,000 ล้านบาท และธนาคารพัฒนา เอเชียคาดว่า ค่าใช้จ่ายนี้จะเพิ่มสูงขึ้นอีก 5 เท่า ในเวลา 2-3 ทศวรรษข้างหน้า ค่าใช้จ่ายดังกล่าว นั้นประมาณร้อยละ 35 เป็นค่าใช้จ่ายด้านยา ขณะที่ประเทศที่พัฒนาในกลุ่มสมาชิก Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร และอีกหลายประเทศในยุโรป มีค่าใช้จ่ายด้านยาเพียงร้อยละ 10-20 ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ขณะเดียวกันในระบบยาเองก็พบปัญหา มาก ทั้งพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของประชาชน การไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านยา การขาดคุณภาพของสถานบริการ ด้านยา การนำเข้ายาราคาแพง การควบคุมกำกับยาให้มีคุณภาพ ขาดข้อมูลข่าวสารด้านยาเพื่อ ประกอบการตัดสินใจเลือกบริโภค”ยาของประชาชน” ฯลฯ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความไม่มีประสิทธิภาพ และ ไม่คุ้มค่าของระบบยาในประเทศไทย

อาจกล่าวได้ว่าระบบยาและบริการเภสัชกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบัน **ยังมีความไม่เสมอภาค มีประสิทธิภาพต่ำ ประชาชนยังไม่มีทางเลือกในการรับบริการที่มีคุณภาพ ระบบบริการ ด้านยาไม่มีความต่อเนื่อง และยังไม่มีความครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน** ดังนั้นการ มองภาพอนาคตของระบบยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพใน ระบบสุขภาพต่อไป

ปัจจัยแวดล้อมและแนวโน้มด้านสุขภาพ

เศรษฐกิจและสังคม ปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนาเข้าสู่เวทีเศรษฐกิจโลกมากขึ้น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทยและส่งผลต่อการใช้จ่ายทั้งใน ปัจจุบันและระดับประเทศ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การพัฒนาระบบสารสนเทศจะมีมากขึ้น เศรษฐกิจดีขึ้นทำให้กำลังซื้อและความต้องการบริโภคทั้งผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพมากขึ้น

ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย เกิดปัญหาสังคมทั้งในชนบทและในเมือง ปัญหาสภาวะแวดล้อม การใช้สารเคมีทางการเกษตรหรือในโรงงานอุตสาหกรรม ภาวะความเครียดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและใจ

โครงสร้างประชากร ประชากรจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อัตราการรับบริการจะเพิ่มขึ้น อายุคาดเฉลี่ยจะสูงขึ้น สัดส่วนกลุ่มวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้น มีความต้องการเพิ่มขึ้นในการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ อาหารทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางบำรุงและชะลอความแก่ มีความต้องการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและยาสำหรับโรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ผู้สูงอายุจะมีจำนวนรายการยาที่ใช้สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ และพบปัญหาจากการใช้ยามาก (Drug Related Problems) ดังนั้นในผู้สูงอายุต้องมีการติดตามดูแลการใช้ยา (Drug Therapy Monitoring) สำหรับกลุ่มประชากรอื่นนั้นโรคหรืออาการเฉียบพลันที่เกิดมากที่สุดเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจและรูปแบบการดำเนินชีวิต การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการมีระบบบริการสุขภาพต้นทางหรือ Primary care ที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ง่าย จะช่วยลดอัตราป่วยและอัตราตายลง

ภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ปัญหาที่มีความรุนแรงคือ มะเร็ง อุบัติเหตุ เอดส์ โรคหัวใจ และถุงลมโป่งพอง โรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต้องปรับเปลี่ยน Lifestyle ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆมีจำนวนมากขึ้นและปัญหามีความซับซ้อนขึ้น ต้องการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและยาที่มีประสิทธิภาพขึ้น โรคติดเชื้อที่มีมาแต่เดิมจะลดลงแต่อาจมีโรคติดเชื้อบางชนิดที่กลับมาระบาดใหม่ เช่น วัณโรค หรือมีโรคติดเชื้อใหม่ๆเกิดขึ้น ขาดแคลนยาที่จะต่อสู้กับเชื้อโรค การใช้ยาด้านจุลชีพไม่เหมาะสมทำให้เกิดการดื้อยา ต้องพัฒนายาใหม่ๆที่มีราคาแพง

พฤติกรรมการบริโภค มีความไม่เหมาะสมและมีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้บริโภค และการตลาดของสินค้า เด็กและวัยรุ่นจะเป็นกลุ่มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงได้เร็ว วัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตกทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เกิดโรคอ้วนนำไปสู่การใช้ยาในทางที่ผิด โรคเส้นเลือดอุดตันเพราะไขมันในเส้นเลือดสูง ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด เกิดที่สมองทำให้เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นปัญหารุนแรงที่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้านยาในการรักษาและดูแลผู้ป่วย

พฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ประกอบธุรกิจ มีแนวโน้มไปในเรื่องแสวงหากำไรโดยขาดการคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันกระแสแรงจูงใจต่างๆ ประกอบกับการมีความเข้มแข็งของสังคมและผู้บริโภคมากขึ้น จะเข้ามามตรวจสอบการดำเนินธุรกิจมากขึ้น

การบริโภคที่ไม่เหมาะสมได้รับอิทธิพลจากการโฆษณาและข้อมูลข่าวสารจากผู้ผลิตสินค้าและบริการ การทำให้ข้อมูลข่าวสารจากรัฐและเอกชนที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้นทำให้ผู้บริโภคมีความรู้เรื่องการซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพดีขึ้น จะมีผลสะท้อนกลับไปยังผู้ผลิตที่จะต้องผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพราะหากไม่สามารถสนองตอบความต้องการของผู้บริโภค ก็จะไม่มีการซื้อสินค้าหรือบริการนั้น สินค้าหรือบริการที่ไม่ดีไม่ได้มาตรฐานมักจะแพร่กระจายไปยังผู้บริโภคที่เป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม ซึ่งไม่มีความสามารถจะปกป้องคุ้มครองสิทธิของตนเองได้

สถานการณ์ทางการเมือง มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้น รัฐธรรมนูญฉบับประชาชนได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของคนไทยโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนถึงการกระจายการบริการอย่างเสมอภาคทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ความสำคัญคุ้มครองเด็ก เยาวชน ครอบครัว รวมถึงสิ่งแวดล้อมตลอดจนมีการคำนึงถึงสิทธิผู้บริโภคมากขึ้น ระบุในเรื่องของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นไว้อย่างชัดเจน กฎหมายระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านสุขภาพจะเปลี่ยนเป็นลักษณะเปิดกว้างขึ้น ปรับให้รับกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนไป และมีบทลงโทษหนักขึ้น

การศึกษา เป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งต่อสภาวะสุขภาพอนามัย และพฤติกรรมผู้บริโภคของประชาชน โดยระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกใช้ รวมถึงการปกป้องสิทธิของตนเอง อัตราการไม่รู้หนังสือจะลดลง แต่คุณภาพการอ่าน เขียน และตีความวิเคราะห์ จะมีหรือไม่นั้นเป็นการสะท้อนถึงโอกาสที่จะรู้และเข้าใจในสิ่งที่ เป็นประโยชน์และเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ ขณะเดียวกันการศึกษาระดับสูงและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นทำให้ความคาดหวังในการได้รับการสุขภาพสูงขึ้น ประชาชนมีความรู้มากขึ้น สังคมมีประชาธิปไตยมากขึ้น มีความต้องการตรวจสอบและควบคุมระบบในสังคมและระบบบริการสุขภาพ และผู้ประกอบวิชาชีพก็จะต้องตรวจสอบมากขึ้น

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น ไมโครเวฟ คอมพิวเตอร์ หรือ โทรศัพท์มือถือ อาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในอนาคต นอกจากนี้ การก้าวไปสู่สังคมที่

ไร้พรมแดน ทำให้มีการติดต่อและค้าขายทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-commerce) มากขึ้น การควบคุม กำกับจะมีความซับซ้อนขึ้น

ระบบข้อมูลข่าวสาร จะมีการเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลทุกระดับตั้งแต่ท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนสาธารณสุขในวงกว้างได้ และมีความจำเป็นที่จะต้องให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้ประชาชนในวงกว้างในการดูแลตนเอง

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย มีแนวโน้มจะดีขึ้น เนื่องจากการปรับเปลี่ยนในประเด็นดังนี้

- **โครงสร้างในการให้บริการของรัฐ** บริการของรัฐมีครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่จังหวัด ลงมาถึงตำบลและหมู่บ้าน บุคลากรส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพและความรับผิดชอบสูง และมีสำนึกต่อสังคม มีหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมกันให้บริการสุขภาพ แต่ในระดับปฐมภูมิและพื้นที่ห่างไกลยังมีบุคลากรวิชาชีพ ไม่ครบทุกด้าน การกระจายอำนาจจะทำให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นของตนเอง ภารกิจบทบาทและอำนาจหน้าที่ขององค์การสาธารณสุขระดับต่างๆ จะเปลี่ยนแปลงไป เช่น กระทรวงสาธารณสุขจะมีขนาดเล็กลง สายการบังคับบัญชาสั้นลง โครงสร้างการบริหารจัดการระดับภูมิภาคและท้องถิ่นใหญ่ขึ้น มีการสร้างเครือข่ายรวมกลุ่มในระดับภาค โรงพยาบาลต่างๆบริหารแบบอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ หรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลได้รับ Contract out ไปดูแลประชาชนตามความสามารถในการให้บริการ ทำให้เกิดการแข่งขันและคำนึงถึงความอยู่รอดของโรงพยาบาลในเชิงธุรกิจมากขึ้น

ในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย โรงพยาบาลมีลักษณะไม่หวังผลกำไร เป็นองค์การการกุศล มูลนิธิ สำหรับในประเทศไทยซึ่งมีศาสนาพุทธเป็นหลักให้ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ มีความเชื่อ วัฒนธรรมที่ดีงาม มีชุมชนซึ่งช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีผู้ใจบุญยินดีบริจาคทำการกุศลเป็นอันมาก สมควรพัฒนารูปแบบของสถานพยาบาลที่ผสมผสานกับชุมชน วัด และกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน เช่น การทำสมาธิ การฝึกโยคะ เป็นต้น

- **ระบบหลักประกันสุขภาพ** มีการครอบคลุมทั่วถึง (Universal Coverage) แต่สิทธิในการได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน อาจยังไม่เท่าเทียมกันโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ระบบประกันสุขภาพอาจมีหลายระบบหลายลักษณะ แต่มีการตกลงในหลักการร่วมกัน เช่น สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ปัญหาความต่อเนื่องของบริการสุขภาพจะได้รับการแก้ไขระดับหนึ่งโดยชุมชน ภาคเอกชนจะมีบทบาทในการบริการมากขึ้นและมีแนวโน้มขยายตัวมากกว่าภาครัฐ

โดยส่วนใหญ่จะกระจายตัวอยู่ในเขตเมืองใหญ่ ส่วนของภาครัฐจะมีการพัฒนาด้านประสิทธิภาพ และคุณภาพมากกว่าด้านปริมาณโดยจะมีอิสระมากขึ้นในการบริหารจัดการ รูปแบบการร่วมกัน จัดบริการระหว่างรัฐและเอกชนจะมากขึ้น คุณภาพสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน จะได้รับการพัฒนาขึ้นระดับหนึ่ง ด้วยระบบและกลไกที่จะรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล โดยเชื่อมโยงกับระบบการจ่ายเงิน กระแสเรียกร้องของผู้บริโภคและผู้จ่ายเงินภายใต้ระบบประกัน สุขภาพในลักษณะต่างๆ จะมีผลให้มีแนวโน้มให้เกิดระบบควบคุมกำกับ และมีกลไก ทำให้มีการเปิดเผยข้อมูลทั้งเรื่องคุณภาพ บริการและเรื่องราคาต่อผู้บริโภค

- **ระบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการ** (payment method) ถือเป็นกลไกที่สำคัญ ควรมี แนวทางโน้มน้าวผู้ใช้บริการให้ไปใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิก่อนเนื่องจากสามารถสร้าง ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ การจ่ายแบบเหมาหัว (Capitation) และตามน้ำหนักสัมพัทธ์ ของโรค (DRG) ซึ่งเป็นระบบจ่ายเงินที่เน้นประสิทธิภาพโดยไม่บั่นทอนคุณภาพ ควรมีการตัด ผลประโยชน์จากการสั่งยาฟุ่มเฟือยหรือการสั่งยาด้อยกว่ามาตรฐาน โดย (1) การควบคุมราคา ยา (2) อนุญาตให้ผู้ใช้บริการถือใบสั่งยาไปรับยาได้ที่ร้านจำหน่ายที่ลงทะเบียนไว้ (บทสรุป สำหรับผู้บริหาร หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) การจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานบริการหรือ แพทย์ผู้ให้บริการควรต้องแยกค่ายาออกจากบริการอื่นๆ ลดแรงจูงใจผู้ให้บริการที่จะหาผลกำไรไว้กับการจ่ายยาที่เกินความจำเป็น

การปรับปรุงระบบการจ่ายเงินให้สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการคือการจ่าย เพิ่มสำหรับบริการที่มีคุณภาพแตกต่างจากปกติทั่วไป ตัวอย่าง ในประเทศญี่ปุ่นมีการจ่ายเพิ่ม สำหรับกิจกรรมที่แสดงถึงคุณภาพเช่นห้องยาของโรงพยาบาลที่มีบริการจ่ายยาโดยมีการให้ คำปรึกษาการใช้ยาเฉพาะราย (Drug counseling) หรือในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำระบบการ จ่ายค่าตอบแทนผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆโดยคิดเป็นคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative value scale) ของกิจกรรมการบริการ เช่นการทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย Drug Therapy Monitoring และ การแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยตามความรุนแรงซึ่งมีความยากง่ายและความสำคัญ ต่างกัน

อย่างไรก็ตามระบบการจ่ายเงินในโครงการหลักประกันต่างๆไม่ควรให้ความสำคัญกับ “การรักษา” มากกว่า “การส่งเสริมและป้องกันโรค” และไม่ควรสร้างความไม่เป็นธรรมให้ ผู้ปฏิบัติงานให้บริการในระดับต่างๆ

- **สิทธิประโยชน์ด้านรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันต่างๆ** จะมีกรอบรายการยา ที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม เพื่อลดปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงและปัญหาสิทธิพื้นฐานบริการที่ไม่เท่าเทียม กัน เช่นสวัสดิการรักษายาของข้าราชการซึ่งมีกลไกการจ่ายเงินแก่สถานบริการตามที่จ่าย

จริงนำไปสู่ค่าใช้จ่ายที่สูงมาก จะมีการเปลี่ยนแปลงรายการยาจากเดิมซึ่งยึดตามบัญชียาหลัก เป็นการกำหนดทั้งรายการยาและราคา ยา โดยผู้มีสิทธิสามารถเลือกยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาที่คุ้มครองได้ แต่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับส่วนต่างของราคาที่ต้องการ ซึ่งจะส่งผลดีคือทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกจำกัดด้วยระบบจ่ายเหมา และสามารถควบคุมรายจ่ายค่ายาที่ไม่เท่ากันของสถานบริการ ระบบนี้จำเป็นต้องแยกอำนาจการสั่งยากับการจ่ายยาออกจากกัน และพัฒนาการบริหารจัดการด้านข้อมูลการสั่งและจ่ายยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุกัลยา คงสวัสดิ์. 2544)

- **ระบบการตรวจสอบ** องค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ระบบทำงานอยู่ได้อย่างยั่งยืนไม่ล้มเหลวคือระบบการตรวจสอบ ที่มีกลไก feedback ที่เข้มแข็ง ระบบฐานข้อมูลจะถูกพัฒนาทำให้สามารถทบทวนการใช้บริการ (utilization review) และการตรวจสอบทางการแพทย์ (medical audit) ในประเทศอังกฤษ NHS มีกระบวนการทบทวนและวิเคราะห์ใบสั่งยาที่ส่งมาจากสถานบริการและร้านยา แล้วรายงาน feedback กลับไปที่ผู้สั่งใช้ยาว่ามีการสั่งใช้ยามากน้อยเพียงไร เหมาะสมแค่ไหน ถือเป็นการ monitor ระบบการใช้ยาให้มีความสมเหตุสมผล ขณะเดียวกันจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นประจำทุกปี

กำลังคน ประชาชนมีแนวโน้มการรับบริการจากแพทย์และสถานบริการสุขภาพมากขึ้น มีความต้องการผู้ให้บริการมากขึ้น ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนซึ่งมีมากในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ จะมีแนวโน้มลดลงในอีกสองทศวรรษหน้า เพราะมีการผลิตมากขึ้นทั้งจากภาครัฐและเอกชน และระบบประกันสุขภาพที่จ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายจะส่งเสริมการพัฒนากำลังคนแบบทั่วไป (General Practitioner) มากกว่ากำลังคนเฉพาะทาง ความต้องการกำลังคนด้านเภสัชกรรมจะมุ่งเน้นไปที่บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) โดยควรมีคุณสมบัติและความพร้อมในการให้บริการในระดับชุมชน (Community Pharmacist Practitioner) หลักสูตรมุ่งเน้น 'patient-oriented' มากกว่า 'product-oriented' และเป็นแบบ 'practice-oriented' มากขึ้นจากเดิมที่เป็น 'theory-oriented'

ปัญหาการกระจายบุคลากร โดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลนจะต้องจัดระบบเพื่อจูงใจให้บุคลากรไปปฏิบัติงาน ขณะเดียวกันต้องมีการติดตามดูแลเพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นสามารถอยู่ปฏิบัติงานได้ ระยะเวลา การคิดสัดส่วนบุคลากรต่อประชากรในพื้นที่ต้องใช้ตัวเลขจริงของบุคลากรที่ทำหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ ไม่ใช่จำนวนรวมจากบุคลากรที่ทำหน้าที่อื่นอยู่ ทำให้ไม่สามารถให้บริการประชาชนได้จริง

มุมมองของประชาชนเกี่ยวกับระบบสุขภาพ (สมัย อาภาภิรม. 2540) ได้แก่

“ปัญหาโรคควมสามชั่วโง่เพียงเพื่อจะพบหมอเพียงห้านาทีก่อนที่ในโรงพยาบาลรัฐ โรคอาการที่ใช้เวลาเพียงห้านาทีก่อนที่ในการตรวจวินิจฉัยสั่งยานั้นจะสามารถไปรับบริการที่ไหนได้บ้างที่ประชาชนมีความเชื่อมั่น เมื่อได้ยามาแล้วบางทีก็ยังไม่รู้ว่าตัวเองเป็นอะไร ได้ยาอะไร ยาเป็นสิ่งที่ประชาชน ‘ห้ามแตะ’ ต้องกลับไปหาหมอใหม่ทุกที จะไปศูนย์สาธารณสุขหรือสถานีนอนมัยใกล้บ้านก็ไม่เชื่อมั่น ถ้าอยากให้เร็วหน่อยก็ไปโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกแล้วยอมเสียเงิน 300-500 บาทเป็นอย่างน้อย สำหรับชาวบ้านร้านตลาดทั่วไปถ้าไม่หนักหนาสาหัสจริงๆก็มักอาศัย ยาแก้ไข้ แก้หวัด แก้ไอ ปวดหัว ปวดท้อง ยาใช้ภายนอก ยาดม ยาทา ยาใส่แผล ซึ่งมักจะเป็นยี่ห้อที่ชาวบ้านรู้จักกันดี หรือที่ “หมอดี” แนะนำ ซึ่งถ้าโรคไม่ซับซ้อนก็หายได้ แต่ถ้าหากร้ายแรงก็ห้ามส่งโรงพยาบาล

ในระยะสิบ-ยี่สิบปีในเมือง มีสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นมาก อย่างรวดเร็ว คลินิกโพลีคลินิก คลินิกเฉพาะโรคต่างๆ เช่น หมอฟัน ตา-หู-คอ-จมูก หมอเด็ก คลินิกรักษาสิวฝ้า โรคผิวหนัง ศัลยกรรมตกแต่ง คลินิกรักษาโรคอ้วน เสริมความงามต่างๆ เป็นต้น ประมาณ 17,000 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 400 แห่ง มีเตียงรวมกันกว่า 26,000 เตียง ในระยะเวลาที่เศรษฐกิจดีทำกำไรมหาศาล เช่นเดียวกับมีร้านขายยามาตั้งอยู่แทบทุกหัวถนนหน้าปากซอย

การซื้อยามารับประทานเองไม่น่าจะผิดถ้าหากคนป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร และรู้จักยาที่รับประทานอยู่แล้ว กรณีเป็นโรคเรื้อรัง แต่จะผิดแน่ถ้าวินิจฉัยโรคเองโดยไม่มีความรู้ทั้งเรื่องโรคและยาที่ใช้ว่าเป็นอย่างไร น่าจะมีการพิจารณาดูว่ากรณีการป่วยเช่นไรบ้างที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ และสามารถรู้จักตัวยารักษาโรคพื้นๆ ส่วนยาที่ต้องรับประทานซ้ำๆ ถ้าสามารถซื้อยารับประทานเองได้ก็จะช่วยลดการไปพบหมอและต้องเสียเงินค่าตรวจรักษาที่เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุหรือไม่ เพราะตัวยาก็มีชื่อและขนาดที่ชัดเจนอยู่แล้ว ร้านขายยาจะได้แสดงบทบาทได้อย่างเต็มที่ การส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของตนเองเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภคอีกแบบหนึ่งซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรให้บริการสาธารณสุขส่วนที่เป็นเชิงการค้าให้ต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วยอย่างแน่นอน”

บทความที่ยกมานี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองที่ประชาชนมีต่อระบบสุขภาพที่ได้รับบริการจากรัฐในประเด็นของ อำนาจการตัดสินใจในการรักษาและจ่ายยาอยู่ที่แพทย์มาก ทั้งที่อาการเจ็บป่วยบางอย่างผู้ป่วยสามารถประเมินด้วยตนเองเบื้องต้น การจำกัดการรักษาส่วนใหญ่ไว้ที่แพทย์ทำให้ประชาชนประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจากรัฐซึ่งมีทรัพยากรอยู่

อย่างจำกัดทั้งด้านสถานพยาบาลและแพทย์ ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่รักษาตัวเองเบื้องต้นจากการซื้อยากินเองตามร้านขายยา หากรัฐมีมาตรการสนับสนุนที่จะช่วยให้เภสัชกรสามารถแสดงบทบาทในการรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อนมากนัก และมีกลไกที่เข้มแข็งในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคภัยไข้เจ็บด้วยตัวเองก็จะช่วยบรรเทาปัญหาดังกล่าวลงไปได้

สภาพปัจจุบัน จะพบปัญหาในระบบบริการด้านยา ดังนี้

1.ความไม่เท่าเทียมในการให้บริการ ปัจจุบันมีความเหลื่อมล้ำของการให้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท เช่นประชาชนในเขตเมืองได้รับบริการด้านสุขภาพ-ยา-เทคโนโลยีที่ทันสมัยกว่าประชาชนในเขตชนบท สะท้อนถึงปัญหาความแตกต่างของคุณภาพสถานบริการ การกระจายตัวของสถานบริการที่ไม่เหมาะสม และการกระจายตัวของยาไม่เหมาะสม ความไม่เท่าเทียมนี้ส่งผลให้การเข้าถึงระบบให้บริการยังไม่ทั่วถึง (Access) โดยประชาชนในชนบทต้องพึ่งพาสถานบริการนอกระบบ ก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาชุดยาของ ยาแก้ปวดเมื่อย เกิดอันตรายแก่สุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ มีความเหลื่อมล้ำกัน ทั้งกรอบรายการยา และปริมาณยา มีการเลือกจ่ายยาที่เป็น Original และยาชื่อสามัญ (Generic) ซึ่งมีราคาแตกต่างกัน

2.ประชาชนขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ปัจจุบันประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาเกินความจำเป็น (Overused) ประชาชนในเขตเมืองที่เข้าถึงการบริการได้ง่ายมีค่านิยมในการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น แม้เจ็บป่วยเล็กน้อย ขาดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นที่เหมาะสม

3.ระบบการจัดการสถานบริการขาดประสิทธิภาพ ประชาชนเลือกใช้บริการตามความพอใจที่ตนเองเข้าถึง ขาดระบบที่จะควบคุมระดับการบริการ – คุณภาพของสถานบริการ และมีปัญหาด้านการเรียกเก็บค่าบริการและค่ายา และเกิดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ เช่น การที่โรงพยาบาลต้องให้บริการในส่วน Primary Care แทนที่จะเป็นบทบาทของ สถานีนอามัย หรือร้านยา หรือการมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ใช้บริการผู้เชี่ยวชาญโดยไม่จำเป็น

4.ขาดความเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ไม่เกิดการเชื่อมโยงในระบบการให้บริการ และไม่เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Refer system) ที่เหมาะสม ไม่สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่ร่วมกันให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เกิดปัญหาการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน หรือในบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็นเนื่องจากไปรับบริการหลายแห่ง ไม่มีระบบเครือข่ายการให้บริการร่วมกัน อีกทั้ง

การบริการสุขภาพในภาคเอกชนนั้น ส่วนใหญ่เป็นการบริการที่ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง โดยไม่สามารถเบิกจ่ายคืนจากรัฐ

แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงในระบบยา-ระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า

(เอกสารสรุปสถานการณ์ระบบบริการเภสัชกรรม)

1. การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ประชาชนจะดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และการดูแลรักษาตนเอง (Self-Medication) มากขึ้น ซึ่งถือเป็นกระแสความเปลี่ยนแปลงที่พบเห็นทั่วโลก เช่น การเปลี่ยนกลุ่มยาจากยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา เป็นยาสามัญประจำบ้าน เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็นมากขึ้น และมีการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องจัดกลุ่มยาใหม่ และมีการรอบรายการยาสำหรับแต่ละระดับให้เหมาะสม อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องพิจารณาก็คือ ช่องทางที่จะทำ ให้ประชาชน ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

2. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างให้สอดคล้องกับปรัชญาที่เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ เน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นเพื่อไม่ให้เจ็บป่วย และมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็นระดับ Primary Health Care, Primary Care และ Hospital Care ซึ่งแต่ละระดับจะมีการบริการด้านสุขภาพที่สูงขึ้น มีการส่งต่อผู้ป่วย และเน้นหนักพัฒนาศักยภาพของการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เพื่อให้เป็นสถานบริการ ด้านหน้าที่ใกล้บ้านใกล้ใจ คัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในระดับสูงขึ้น ร้านยาเป็น ด้านแรกของประชาชนเมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นเสมือน “ที่พึ่งด้านสุขภาพ” ที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ประหยัด และอยู่ในชุมชน มีบทบาทสำคัญมากในการเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม และนำไปสู่การดูแลรักษาตนเองที่ถูกต้อง

3. ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างวิชาชีพ บุคลากรแต่ละวิชาชีพทำงานร่วมกันมากขึ้นตามบทบาทหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาล เวชปฏิบัติ และอื่นๆ โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ส่งมอบยา ติดตามดูแลการใช้ยา ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ยา การเกิดเครือข่ายการประสานงานเพื่อร่วมกันดูแลสุขภาพ ของทั้งในกลุ่มประชาชนเอง รวมถึง

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เกิดภาพเครือข่ายของสถานบริการทั้งในส่วนของรัฐและเอกชน

4.ความต้องการของประชาชน ในการได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงง่าย ของประชาชน จากประสบการณ์การได้รับบริการที่ขาดมาตรฐาน ขาดประสิทธิภาพ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมีมากขึ้น ประชาชนจะแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพและต้องการได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของตนเองมากขึ้น

5. มาตรฐานการให้บริการ มีการยกระดับมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาล และสถานบริการสุขภาพ เช่น การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) หรือการรับรองมาตรฐานร้านยา (Community Pharmacy Accreditation)

ปัญหาในระบบยาที่สำคัญที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม สามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1. การบริโภคยาและการจ่ายยาไม่เหมาะสม

คำถาม “ขบวนการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล ให้เกิดความปลอดภัย (Safety) เกิดประสิทธิภาพในการใช้ยา และประหยัดค่าใช้จ่าย (Cost-effectiveness) ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ควรมีลักษณะอย่างไร”

ประเด็นที่ 2. ตำรับยา การจัดกลุ่มยา และคุณภาพยา

คำถาม “พรบ.ยา กฎหมาย และเงื่อนไขอะไร ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของสิ่งเหล่านี้ได้ และต้องสร้างกลไกอะไรรองรับเพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ”

ประเด็นที่ 3. การเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพ

คำถาม “ ระบบบริการด้านยาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ที่มีความเชื่อมโยงการให้บริการในระบบสุขภาพทั้งหมด ควรเป็นอย่างไร”

ประเด็นที่ 4. กลไกควบคุมกำกับด้านยาที่มีประสิทธิภาพ

คำถาม “กลไกอะไรบ้างที่จะช่วยทำให้เกิดการควบคุมกำกับระบบยาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมไทยและประชาชน”

ประเด็นที่ 5. การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคด้านยา

คำถาม “จะมีแนวทางใดบ้างในการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรผู้บริโภค ให้สามารถคุ้มครองประชาชนผู้บริโภค ในด้านสาธารณสุข”

ประเด็นที่ 6. การพึ่งตนเอง ด้านยา

คำถาม “จะต้องมีมาตรการอะไรบ้างในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา เพื่อลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ และเกิดความประหยัดในระบบสุขภาพ ”

ประเด็นที่ 7. การพัฒนาการผลิตสมุนไพร

คำถาม “การพัฒนาด้านการผลิตสมุนไพรเพื่อใช้ทดแทนยานำเข้า จะต้องมีมาตรการสำคัญอย่างไรบ้าง”

ประเด็นที่ 1. การบริโภทยาและการจ่ายยาไม่เหมาะสม

คำจำกัดความ : การบริโภทยาที่เหมาะสม หมายถึงการบริโภทยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งในด้านวิชาการ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย โดยคำนึงถึงการประหยัดทรัพยากรและการพึ่งตนเองในระบบสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านยาเป็น 35% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด การบริโภทยาที่มีมูลค่าสูงและมีอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็ว มีหลักฐานว่ามีการบริโภทยาอย่างฟุ่มเฟือยและไม่เหมาะสมตั้งแต่ระดับชาวบ้านในชนบทที่ซื้อยากินเองไปจนถึงระดับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงเรียนแพทย์ (จิตร สิทธีอมร, 2541) ประมาณ 2/3 ของมูลค่าการบริโภทยาที่สูงนี้ บริโภคโดยผ่านการตัดสินใจหรือแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขอื่นๆ) ส่วนอีก 1/3 บริโภคโดยการตัดสินใจของประชาชนคือซื้อยารักษาตนเอง โดยอาศัยคำแนะนำจากญาติเพื่อนหรือโฆษณา โดยมีแนวโน้มที่จะบริโภคผ่านการตัดสินใจและคำแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพมากขึ้นเรื่อย ๆ

การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในระดับผู้บริโภค พบว่ามีการจำหน่ายยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างผิดกฎหมาย ทั้งในร้านชำและร้านขายยาบรรจุน้ำที่ไม่ใช่ยาอันตราย รวมทั้งมีการขายยาชุด ยาลูกกลอนผสมสเตียรอยด์ มีหลักฐานว่ามีการใช้ยาเกินความจำเป็นในกลุ่มยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดข้อกล้ามเนื้ออักเสบ ยาแก้ปวด ยาแก้ไข้หวัด ร้านยาบางแห่งมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่การขายยาแก้ไอโคเดอีนจำนวนมากให้เยาวชน ลักลอบจำหน่ายยาชุดลดความอ้วน ยาชุดขับเลือด ยาหมุดอายุ และยาสัตว์ห้ามใช้ต่างๆ ทั้งเป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติดบางชนิด พบว่าร้านชำหรือร้านค้าปลีกเป็นแหล่งที่ชาวบ้านไปซื้อยามากที่สุดที่มีการบริการด้านยาที่ไม่มีมาตรฐาน ด้านการโฆษณาแม้จะมีความเข้มงวดตามระเบียบ ในต่างจังหวัดพบว่าร้อยละ 70 การโฆษณาทางวิทยุไม่เคยขออนุญาต หรือขออนุญาตโฆษณาอย่างหนึ่งแต่โฆษณาอีกอย่างหนึ่ง

จากการสำรวจของบริษัท IMS (ธีระ ฌกจนโรดม, 2543) พบว่ายอดขายยาผ่านช่องทางร้านยาสูงสุด 10 อันดับแรก มีมูลค่ารวมกันประมาณ 1,289 ล้านบาท (ร้อยละ 12.4 ของมูลค่าทั้งหมด) โดยยาคุมกำเนิด Diane-35[®] มียอดขายสูงสุด รองมาเป็นยาแก้หวัด Tiffy[®] ผลการสำรวจสอดคล้องกับการสำรวจเพื่อการจัดทำดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดค่ายาปี 2541 (รุ่งเพชร เจริญวิสุทธิวงศ์, 2541) ที่พบว่า Tiffy[®] มียอดขายสูงสุดในยากลุ่มทางเดินหายใจ และ Diane-35[®] มียอดขายสูงสุดในกลุ่มยาคุมกำเนิด มีข้อสังเกตว่ายา Diane-35[®] ไม่ใช่ยาที่ควรซื้อใช้เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร และเมื่อพิจารณายาใน 10 อันดับแรกสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของการโฆษณาที่บริษัทต่างๆ ใช้

การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาการใช้ยาในโรงพยาบาลในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการสั่งใช้ยาที่มีปัญหาด้านขนาดยา วิธีการให้ยา ความถี่การให้ยา ระยะเวลาให้ยา การสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา เกิดความสูญเสียและสูญเปล่า โดยเฉพาะในกลุ่มยาต้านจุลชีพที่เป็นปัญหาในสถานพยาบาลทุกระดับทำให้เกิดการดื้อยา ปัญหาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลบางแห่งสูงถึงร้อยละ 77.8 การสั่งใช้ยาลดไขมันโดยไม่มีข้อบ่งชี้พบในอัตราสูงมาก (ระบบยา 2, 2545:197) หรือปัญหาการใช้ยาโดยไม่มีประสิทธิผล การขาดการติดตามการรักษาจนครบระยะ

เช่นในกรณีของวัณโรคทำให้อัตราการรักษาหายต่ำ การขาดการให้ความรู้ผู้ป่วยภายหลังการสั่งใช้ยา การใช้ยาโดยไม่ถูกกฎหมายในสถานพยาบาล เช่นการใช้ยาลดความอ้วน วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท การเกิดอันตรายจากการใช้ยาเนื่องจากเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ฯลฯ บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับ พ.ศ.2542 ได้กำหนดให้โรงพยาบาลที่จะใช้ยาในกลุ่มเฉพาะ (บัญชี ก.) ต้องมี **การประเมินผลการใช้ยา (Drug Use Evaluation)** โดยเภสัชกรทำหน้าที่ประเมินผลการใช้ยา แล้วโรงพยาบาลดำเนินการติดตามควบคุม เพื่อให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง

ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศแต่ที่ผ่านมา **ไม่มีมาตรการใดในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว** อาจกล่าวได้ว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาลักษณะปัญหาการใช้ยาในประเทศไทยทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนยังคงเป็นเช่นเดิม แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบขนาดและความรุนแรงของปัญหาได้ **เนื่องจากไม่มีงานวิจัยระดับประเทศทำอย่างต่อเนื่อง** ทำให้ไม่สามารถประเมินค่าความเสียหายที่เกิดขึ้น

สาเหตุของปัญหา

1. **การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย** การโฆษณาที่มีรูปแบบหลากหลายในโรงพยาบาลและคลินิก ทั้งในเรื่องส่วนลด ของแถม การบริจาคสิ่งของ สปอนเซอร์จัดประชุมต่างๆ ตลอดจนจนถึงการท่องเที่ยวต่างประเทศ เมื่อทำยอดสั่งซื้อได้ตามเป้าหมาย ทำให้เกิดการ “ยิงยา” สั่งใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล มีการศึกษาที่แสดงถึงประสิทธิผลการบริหารจัดการของภาครัฐในการจัดหายาซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้จ่ายด้านยา รวมทั้งมีรายงานที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้ยาสามัญ (Generic drugs) มีผลต่อการประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมากและมีแนวโน้มที่ชี้ว่ายาใหม่มีส่วนเพิ่มค่าใช้จ่ายอย่างมาก (ระบบยา 2, 2545: 163-164) จากการที่ประชาชนได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง ใน พ.ศ.2535 มูลค่าโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ ยกเว้นสื่อวิทยุจากบริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายยาในประเทศไทยมีมูลค่าถึง 600 ล้านบาท ยังไม่นับรวมค่าจัดประชุม ค่าจัดเลี้ยงของขวัญ ค่าคอมมิชชั่นในการจัดซื้อยาที่เรียกว่าค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายยา ประมาณ 1,500 ล้านบาท ขณะที่งบประมาณการเผยแพร่ความรู้สู่ ผู้ประกอบวิชาชีพและประชาชนรวมกันไม่ถึง 10 ล้านบาท (จิตร สิทธิอมร, 2541)

2. **กระบวนการจัดหายามีผลประโยชน์แอบแฝง** การให้ผลประโยชน์ตอบแทนแก่ผู้สั่งซื้อหรือผู้สั่งให้นำไปสู่การจัดซื้อยาราคาแพงและไม่เหมาะสม ความแตกต่างของราคายาชนิดเดียวกันทำให้เกิดปัญหาทุจริตในการจัดซื้อยาซึ่งมีความรุนแรงเกิดปัญหาทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2541 บุคลากรและองค์กรต่างๆ ได้ออกมาเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดความโปร่งใส

ขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลการจัดซื้อยา มีราคาอ้างอิง (Reference Price) และการจัดซื้อรวม ตลอดจนแนวทางมาตรการอีกมากมาย

3. **ระบบการคิดค่าบริการทางการแพทย์ผนวกกับค่ายา** การคิดค่าบริการสุขภาพ ซึ่งคิดค่าบริการตรวจรักษาโรครวมแฝงไว้กับค่ายาทำให้แพทย์และโรงพยาบาลต้องจ่ายยาเพื่อคิดค่าบริการ ขณะเดียวกันเภสัชกรหรือร้านยาซึ่งควรจะขายยาตามใบสั่งแพทย์ ในทางกลับกันทำการวินิจฉัยรักษาโรคและขายยาไปพร้อมกันทั้งสองประการทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะจ่ายยามากๆ เป็นระบบยาที่ไม่มีการตรวจสอบกันทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมได้ง่าย

ระบบการแยกการสั่งใช้ยาโดยแพทย์และการส่งจ่ายโดยเภสัชกร ทำให้เกิดการกระบวนกรทบทวนใบสั่งยา (Prescription reviews) ซึ่งเป็นการควบคุมกำกับ การใช้ให้เกิดความสมเหตุสมผลมากขึ้น ภายในระบบ ซึ่งในปัจจุบันระบบนี้มีอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น

4. **การขาดมาตรฐานในการบำบัดรักษาโรค และความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ** ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลในการวินิจฉัยที่แน่ชัดสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม จ่ายยาและให้คำแนะนำ รวมทั้งความสามารถของประชาชนในการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษาด้วย แม้จะมีความพยายามจัดทำ Clinical Practice Guideline แต่ก็พบว่าไม่ได้รับการปฏิบัติตามมากนัก ต้องมีการใช้มาตรฐานวัดพฤติกรรมกรสั่งยา และนำข้อมูลที่ได้ประเมินผลและสะท้อนกลับไปให้กับผู้สั่งใช้ยาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับปรับปรุงมาตรฐาน หรือปรับปรุงพฤติกรรมกรสั่งยาอีกครั้งหนึ่ง วิธีการนี้เป็นพื้นฐานของกระบวนกร “medical audit ”

5. **ปัจจัยแวดล้อมด้านอื่นๆ** ปัญหาความซับซ้อนของปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการใช้ยา ได้แก่ กฎหมาย เทคโนโลยี การเมือง สถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจในประเทศและต่างประเทศ การกระจายรายได้ กระจายความเจริญมีผลต่อระดับการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจต่อการบริโภคยา พฤติกรรมของประชาชน พฤติกรรมของบริษัทยา ลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชน ระบบยาต้องสามารถจัดหาในปริมาณเพียงพอเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างปลอดภัยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนการเข้าถึงบริการในระดับต่างๆ อย่างเหมาะสมด้วย

คำถามประเด็นที่ 1 “ขบวนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ให้เกิดความปลอดภัย (Safety) เกิดประสิทธิภาพในการใช้ยา และประหยัดค่าใช้จ่าย (Cost-effectiveness) ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ควรมีลักษณะอย่างไร”

องค์กรและหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งองค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนะมาตรการรวมทั้ง กลวิธีส่งเสริมให้เกิด **การใช้ยาที่สมเหตุสมผล (Rational use of drug)** ไว้หลายรูปแบบ ซึ่ง ประเทศไทยได้นำมาปฏิบัติ และพบว่าประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง และในบาง พื้นที่ แต่ยังไม่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม การแก้ปัญหาจึงไม่สามารถทำได้อย่างเป็นระบบ ไม่ สามารถเชื่อมโยงกับองค์ประกอบอื่นๆทั้งในระบบยา และระบบสุขภาพ ขาดการนำนโยบาย แห่งชาติด้านยาที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบทำหน้าที่ประสานงาน ติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผล (ระบบยา 2, 2545: 191-192) แม้จะมีการวางหลักเกณฑ์ไว้ แต่ สิ่งเหล่านี้ยังไม่เกิดขึ้นคือ

1. **การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านยา** ขาดการพัฒนาในระดับชาติที่จะเป็น แหล่งข้อมูลรวมที่ครบถ้วน ทันสมัย เข้าถึงง่าย และเป็นกลาง ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เภสัชกร ในโรงพยาบาล คลินิก ร้านยา และสถานพยาบาลต่างๆ รวมถึงข้อมูลที่เหมาะสมให้กับผู้บริโภค
2. **การพัฒนาระบบ Check and Balance และการทบทวนการสั่งใช้ยา ในระบบ บริการอย่างต่อเนื่อง** เช่นระบบใบสั่งยา การใช้มาตรการทางการเงินการคลังวางข้อกำหนดใน การสั่งใช้ยาในระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ การประเมินการใช้อย่างต่อเนื่องเป็นระบบ และมีกลไกแจ้งข้อมูลย้อนกลับ (feedback mechanism)
3. **การส่งเสริมให้เกิดการสั่งใช้ยาที่สมเหตุสมผล** การเสริมองค์ความรู้ทางวิชาการที่ พอเพียง ต่อเนื่อง และทันสมัย กระตุ้นให้ตระหนักในจริยธรรมและจรรยาบรรณของผู้สั่งใช้ยา
4. **มาตรการจัดการให้เกิดการคัดเลือก จัดหา และกระจายยาอย่างมีประสิทธิภาพ** ในระดับประเทศ และทุกระดับภูมิภาค ทั้งในสถานพยาบาล ของรัฐและเอกชน และแหล่งกระจาย ยาอื่นๆ ทุกระดับ
5. **การบังคับใช้กฎหมายในการควบคุม กำกับ การออกกฎระเบียบ นโยบาย เพื่อ ควบคุมรายการยา มาตรฐานการสั่งใช้ยา การปรับปรุงระบบการจ่ายยา มาตรฐานการส่งมอบ ยาที่ดี**
6. **การส่งเสริมการใช้ยาด้วยตนเอง (self medication) ที่เหมาะสม** ควบคู่ไปกับการ ดูแลตนเอง (self care) อย่างถูกต้อง การมียาที่เหมาะสมใช้อย่างทั่วถึง การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการใช้ยาให้เกิดความเหมาะสม

ประเด็นที่ 2. ตำรับยา การจัดกลุ่มยา และคุณภาพยา

สถานการณ์ปัจจุบัน

2.1 ตำรับยามากเกินไปและไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความสับสน และเอาเปรียบผู้บริโภค

ประเทศไทยมีตำรับยามากเกินไป ณ วันที่ 10 มกราคม 2545 มีตำรับยาแผนปัจจุบันรวมทั้งสิ้น 25,616 ตำรับ เป็นตัวยาที่ออกฤทธิ์ประมาณ 2,000 ตัว แต่มีส่วนผสมต่าง ๆ กัน มีสีและรูปร่างของเม็ดยาลากหลาย ตัวอย่างได้แก่

- ยารักษาโรคกระเพาะ cimetidine มี 220 ตำรับ
- ยาปฏิชีวนะ norfloxacin มี 105 ตำรับ
- ยาลดการอักเสบกลุ่มเอ็นเออร์ดิก piroxicam มี 179 ตำรับ

ผู้ผลิตใช้ชื่อการค้าได้หลายชนิดเพียงแต่เปลี่ยนสีและรูปร่างของเม็ดยาซึ่งยาชื่อสามัญเดียวกันโรงงานมักขออนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับเพื่อหลายรูปแบบไว้สำหรับคลินิกหรือร้านยาส่งชื่อไปจำหน่าย โดยไม่ต้องการให้ผู้รับบริการทราบว่ายาอะไรจะต้องกลับมาซื้อที่เดิมและไม่ทราบราคาที่เหมาะสมคลินิกหรือร้านยาจะเรียกเก็บเงินเท่าไรก็ได้ **ราคาขายชนิดเดียวกันในท้องตลาดเมื่อมีชื่อการค้าต่างกันมีราคาแตกต่างกันซึ่งเป็นการเอาเปรียบทางการค้าโดยผู้บริโภคไม่รู้ไม่เท่าทัน** การมีตำรับยามากนี้ทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้บริโภค เมื่อเกิดปัญหาแพ้ยาไม่สามารถระบุชนิดของยาจากรูปลักษณ์ภายนอก **การมีตำรับยามากเป็นภาระในการบริหารจัดการและควบคุมดูแล** ตั้งแต่การขึ้นทะเบียน การควบคุมคุณภาพ การควบคุมการโฆษณา การควบคุมการจำหน่ายและการใช้ยา ตำรับยาที่มีจำนวนมากนั้นเป็นตำรับยาผสมมีจำนวนมากถึงร้อยละ 31 ของตำรับทั้งหมดทำให้เกิด**ปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน (duplication therapy)** เมื่อผู้ป่วยไปรับบริการจากหลายสถานบริการอาจได้รับยาซ้ำ เกิดการใช้ยาเกินขนาดมีอันตรายและเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ตำรับยาที่มีหลากหลายนั้นเป็น**ตำรับยาที่ไม่เหมาะสม** จำนวนมาก (ระบบยา 2, 2545 : 8)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ประเทศไทยกำหนด“บัญชียาหลักแห่งชาติ”ขึ้นโดยให้มีรายการยาที่จำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนไทย โดยบัญชียาหลักนี้ถูกบังคับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นโดยบังคับการใช้งบประมาณในการสั่งซื้อซึ่งในช่วงแรกไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้จากเดิมซึ่งมีรายการยาแบบขั้นต่ำ (minimum) 408 รายการในปี 2524 เพิ่มขึ้นเป็นรายการยาแบบขั้นสูง (maximum) 958 รายการในปี 2542 อีกมุมมองหนึ่งบัญชียาหลักแห่งชาติถูกนำมาใช้บังคับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา(ซึ่งมีความรู้) ขณะที่ส่วนอื่นๆ และในท้องตลาดมียาเป็นหมื่นตำรับกระจายอยู่อย่างถูกปล่อยปละละเลย เป็นอันตรายต่อ

ประชาชนผู้เฒ่า (ซึ่งไม่มีความรู้) มีผู้ตั้งประเด็นคำถามว่า ทำไมบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีประโยชน์จึงไม่ถูกนำไปใช้ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้รับคำอธิบายเพียงว่าภาคเอกชนนั้นรัฐไม่สามารถบังคับได้ ทั้งที่จริงแล้ว “ยาเป็นสินค้าจำเป็น” ที่รัฐจะต้องควบคุมดูแลเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาความเดือดร้อนแก่ประชาชน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ หน่วยงานองค์กรและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ควรหามาตรการให้สินค้านี้เป็นสินค้าสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน ไม่ปล่อยให้ประชาชนถูกหลอกและถูกเอารัดเอาเปรียบดังที่เป็นอยู่

2.2 การแบ่งประเภทยาไม่เหมาะสมและขาดความชัดเจน

ยาที่สั่งจ่ายโดยแพทย์ (prescription drugs) ควรเป็นยาสำหรับรักษาโรคและอาการที่ต้องการการวินิจฉัยและมีความซับซ้อน **ยาที่จ่ายโดยเภสัชกร** (pharmacist drugs) ควรเป็นยาสำหรับบรรเทาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ให้ลุกลามนำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงต่อไปโดยเป็นยาอันตรายที่ต้องอยู่ในความดูแลและให้คำแนะนำการใช้ที่ถูกต้องโดยเภสัชกร และ**ยาที่ประชาชนทั่วไปสามารถหาซื้อใช้ได้เองอย่างปลอดภัย** (over the counter drugs, OTC) ซึ่งยาประเภทนี้ควรมีให้พอเพียงเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง (Self medication) โดยต้องมีข้อมูลการใช้ที่ชัดเจน

การแบ่งประเภทยาตามพระราชบัญญัติยาเดิม พ.ศ. 2510 แบ่งเป็น ยาสามัญประจำบ้าน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และยังมียาที่ขึ้นทะเบียนตำรับได้โดยมีเงื่อนไข และยาที่ใช้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งหลักเกณฑ์การจัดแบ่งกลุ่มยายังขาดความชัดเจน แม้ว่ารายการยาสามัญประจำบ้านจะมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน เป็นยาที่มีโอกาสใช้บ่อย สำหรับโรคที่ไม่อันตราย มีความปลอดภัยการใช้สูง วิธีใช้ง่าย ขนาดบรรจุเหมาะสม แต่มีจำนวนรายการยาน้อย ไม่เป็นที่รู้จัก ไม่เป็นที่นิยม และประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงยาได้อย่างทั่วถึง

2.3 การด้อยคุณภาพของยาในท้องตลาด

ในช่วงปี 2538-2543 พบว่าสัดส่วนของคุณภาพยาที่ผิดมาตรฐานร้อยละ 8.6-12.4 สะท้อนให้เห็นว่า มียาที่ผิดมาตรฐานกระจายอยู่ในท้องตลาดอยู่สูงถึงเฉลี่ยร้อยละ 10.67 ในช่วง 6 ปี (กองควบคุมยา, 2544) นอกจากนี้จากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่องสถานการณ์การซื้อยาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539 มีโรงพยาบาลชุมชนไม่เกินร้อยละ 13-59 และโรงพยาบาลจังหวัดร้อยละ 31-77 ที่สุ่มตัวอย่างยาทั่วไปเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพ โดยรายการที่ส่งตรวจแต่ละโรงพยาบาลมีไม่เกินร้อยละ 5 ของยาที่มีอยู่ทั้งหมด พบว่ายาที่ส่งสัยนั้นมียาที่ผิดมาตรฐานสูงถึงประมาณร้อยละ 10

ข้อมูลเรื่องคุณภาพของยาในสถานพยาบาลเอกชน คลินิก และร้านยา เป็นเรื่องที่มีรายงานหรือการศึกษาน้อยมาก เพราะไม่มีระบบเฝ้าระวัง สุ่มเก็บตัวอย่างส่งตรวจเป็นระยะ อย่าง

ที่มีความพยายามดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีรายงานข้อมูลบางส่วนที่แสดงถึงว่าคุณภาพยาในสถานบริการต่างๆและในท้องตลาดนั้นมีปัญหาไม่ได้มาตรฐาน

คำถามประเด็นที่ 2 “พรบ.ยา กฎหมาย และเงื่อนไขอะไร ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของสิ่งเหล่านี้ได้ และต้องสร้างกลไกอะไรรองรับเพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ”

เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหการกระจายยาไม่เหมาะสม ตำรับยาที่มีมากเกินไป และการด้อยคุณภาพของยาในท้องตลาด ควรมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาตรการ ดังนี้

การปรับปรุง พรบ.ยา ซึ่งเป็นกฎหมายหลักสำหรับควบคุมกำกับระบบยา พรบ.ยาที่ใช้ในปัจจุบันคือฉบับ พศ.2510 มีอายุการใช้นานกว่า 30 ปี แม้จะมีการแก้ไขเพิ่มเติมก็ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันกระบวนการร่างกฎหมายใหม่ดังกล่าวต้องใช้เวลาเป็นปี **เมื่อมีการยกร่างใหม่ควรจะได้มีการวางระบบหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับระบบยาที่ดีในอนาคต** ตัวอย่างได้แก่

- การแบ่งประเภทยาที่สั่งใช้โดยผู้ประกอบวิชาชีพ และยาที่ประชาชนสามารถใช้ได้เอง เพื่อให้เกิดความสะดวกในการดูแลตนเองเบื้องต้น (Self medication) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก และมีข้อมูลการใช้ยาที่ชัดเจน
- การคัดเลือกตำรับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของประชาชน ลดจำนวนตำรับยาที่มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งตำรับยาที่ไม่เหมาะสม
- ข้อกำหนดเรื่อง Product liability ความรับผิดชอบของบริษัทหรือผู้ผลิตยาเมื่อยาส่งสร้างความเสียหายกับผู้บริโภค ผู้บริโภคมีสิทธิฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ (ถูกตัดออกไปทั้งที่เสนอไว้ในร่างฯ ตั้งแต่ต้น)
- การกำหนดลักษณะของรูปแบบที่น่าจะเป็น การแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและเภสัชกรรม ระบบใบสั่งยา การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ และ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฯลฯ
- การสร้างระบบคุณภาพที่ทำให้ได้ยาที่ดีถึงมือผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็นยาที่ปรุงในคลินิก ร้านยา โรงงาน โรงพยาบาล หน่วยงานของรัฐ

รัฐจำเป็นต้องหามาตรการหรือเครื่องมือที่ช่วยให้สถานพยาบาลสามารถจัดหายาที่มีคุณภาพ ส่วนอีกด้านหนึ่งคือการจัดหายาในภาคเอกชน จำเป็นต้องมีกลไกป้องกันไม่ให้ยาที่ไม่มีคุณภาพกระจายอยู่ในท้องตลาดอันจะเกิดผลเสียต่อสุขภาพประชาชน

- การพัฒนาด้านการผลิตจึงต้องดำเนินการด้านคุณภาพไปพร้อมกัน ทั้งเรื่อง GMP การควบคุมในทุกขั้นตอนของกระบวนการผลิต การตรวจวิเคราะห์วัตถุดิบและยาที่ผลิตสำเร็จรูป ตลอดจนจนถึงการควบคุมกำกับกับการจัดส่งและจำหน่ายจนถึงการส่งมอบผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ต้องทำให้ผู้ประกอบการทุกระดับตระหนักและรับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ของตน

ประเด็นที่ 3. การเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

3.1 การควบคุมช่องทางการกระจายยา

แหล่งบริการที่ประชาชนได้รับบริการยาเป็นช่องทางการกระจายยาเก่าที่เป็นทางการ (ร้านยา คลินิก โรงพยาบาล) และช่องทางที่ไม่เป็นทางการ (ร้านขายของชำ ขายตรง) และช่องทางในอนาคต (Internet pharmacy)

จากการสำรวจรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พบว่าหลังจากเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ แนวโน้มที่ประชาชนซื้อยากินเองกลับเพิ่มขึ้นจาก 15.4 ในปี 2542 เป็น 18.6 ในปี 2543 ขณะที่สัดส่วนการใช้บริการที่สถานพยาบาลลดลง (ระบบยา, 2545) และจากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ในปี 2544 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) พบว่าพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยกรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาลของ**ประชาชนไทยส่วนใหญ่ซื้อยากินเองร้อยละ 23 ใช้บริการที่สถานอนามัยร้อยละ 20 ใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่นๆของรัฐ ร้อยละ 20 ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 13 ใช้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 12 และอื่นๆ** (แนวโน้มสัดส่วนการรับบริการนี้อาจเปลี่ยนแปลงจากผลกระทบของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีข้อมูล)

ร้านยา เป็นสถานบริการหนึ่งที่ประชาชนเลือกใช้บริการเป็นด่านแรกและเป็นที่พักทางด้านสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในการดูแลตนเอง มูลค่าสัดส่วนของการกระจายยาที่ผ่านทางร้านยามีประมาณถึงร้อยละ 32 ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการควบคุมดูแลการใช้ยาที่ผ่าน

ช่องทางนี้ให้มีประสิทธิผล และลดการเกิดปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมที่พบเป็นอันมาก ทั้งใน ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีจำนวน 5720 แห่ง และร้านขายยาบรรจุน้ำ (ขย.2) ที่มีจำนวน 5317 แห่ง ในปี 2543 ซึ่งพบว่าการจำหน่ายยาในร้านยาไม่เป็นไปตามกฎหมาย รวมทั้งเป็นแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสม เช่นยาชุด

ร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อและอื่นๆ เป็นแหล่งกระจายยาต่อผู้บริโภคอีก 2 แห่ง คือ ร้านขายของชำ ซึ่งเป็นแหล่งที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด กระจายอยู่ทั่วประเทศประมาณ 200,000 แห่ง และร้านสะดวกซื้อที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีความใกล้ชิดกับวิถีการดำรงชีวิตของประชาชนในเขตเมือง และเริ่มเข้ามามีบทบาทเป็นแหล่งกระจายยาซึ่ง ภาครัฐต้องเข้ามามีบทบาทในการควบคุมดูแลประเภทยาที่วางจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหากระจายยาที่ไม่เหมาะสม ในอนาคตร้านยาประเภทลูกโซ่ (Chain store) จะมีการขยายจำนวนและมีบทบาทมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการขายผ่าน Internet ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีตัวเลขที่แน่นอน และแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาการนำเข้ายาโดยการสั่งซื้อทาง Internet จะมากขึ้น โดยในปี 2543 อย. พบว่าการโฆษณาผ่าน Internet ทุกรายการไม่ได้รับการอนุญาต (ระบบยา 2, 2545: 419-420)

3.2 การบริการเภสัชกรรมในระบบบริการสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

1. Primary Health Care (PHC) เป็นการดำเนินงานด้านสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชน เน้นงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน

2. ระดับปฐมภูมิ Primary Care (1st Care) เป็นการบริการระดับต้นที่ถือเป็นด่านหน้าของการให้บริการสุขภาพทั่วไป การบริการในระดับนี้เกิดขึ้นสถานีนอมาัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการพัฒนาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งมีพยาบาลให้บริการ **ส่วนแพทย์ และเภสัชกร** ซึ่งยังไม่พอเพียงให้บริการบางเวลาเท่านั้น ในส่วนของร้านยาถือเป็นการให้บริการในระดับนี้เช่นกันก็มีเภสัชกรไม่พอเพียง

3. ระดับทุติยภูมิ Secondary Care (2nd Care) เป็นการบริการด้านสุขภาพ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจากระดับปฐมภูมิ การบริการในระดับนี้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลชุมชน มีการให้บริการทั้งในส่วนการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งต่อผู้ป่วย มีแพทย์รองรับการบริการ มีเภสัชกรทำหน้าที่ดูแลการจ่ายยา การบริการด้านยาจะเน้นไปในเรื่องการใช้ยาเพื่อการรักษา

4. ระดับตติยภูมิ Tertiary Care (3rd Care) เป็นการบริการด้านสุขภาพ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจากระดับทุติยภูมิ เป็นบริการเฉพาะทางที่ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง

การบริการในระดับนี้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์รองรับการบริการ การให้บริการนั้น ในส่วนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีการอบการใช้อย่างกว้างขวางมากกว่าในระดับอื่นๆ มีเภสัชกรทำหน้าที่ดูแลการจ่ายยา ให้การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ซึ่งเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยที่ใช้อยามีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการติดตามใช้ยาในผู้ป่วย การรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา (Drug Information Service) การทำบันทึกประวัติการใช้ยา และการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมในโรงพยาบาลของรัฐ มากกว่าโรงพยาบาลของเอกชน และจะเห็นได้ว่าการให้บริการทางเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ ในส่วนที่ใกล้ชิดกับประชาชนยังมีปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการและขาดแคลนเภสัชกร

3.3 อัตรากำลัง การประกอบวิชาชีพ และจริยธรรม

การศึกษากำลังคนด้านเภสัชกรรมในสองทศวรรษหน้า (สุมน สกลไชย และคณะ. 2540) จำนวนเภสัชกรรวมประมาณ 11,000 คนในปี 2538 จะมีความต้องการเพิ่มเป็น 27,700-28,420 คน ในปี 2558 กระจายอยู่ในแต่ละสาขา คือ เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรอุตสาหกรรม เภสัชกรการตลาด เภสัชศาสตร์ศึกษา และงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยส่วนที่ขาดแคลนมากซึ่งมีความต้องการที่มากที่สุดคือเภสัชกรชุมชน (ร้านยา) จำนวน 14,000 คน เมื่อพิจารณาอัตราการผลิตเภสัชกรจากมหาวิทยาลัยต่างๆ ซึ่งมีจำนวนปีละประมาณ 1,100 คน คาดว่าจะสามารถพอเพียงกับความต้องการ

พระราชบัญญัติกำหนดให้ร้านยาแผนปัจจุบันมีเภสัชกรเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในขณะที่การบังคับตามกฎหมายไม่สามารถทำได้เนื่องจากภาวะขาดแคลนเภสัชกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัดและพื้นที่ห่างไกล โดยในระยะเวลาที่ผ่านมา มีการบังคับให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์เมื่อจบการศึกษาแล้วจะต้องทำงานชดเชยทุนในโรงพยาบาลและหน่วยงานภาครัฐตามที่กำหนด ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนในภาคเอกชนอย่างรุนแรง มีผลให้ร้านยาไม่สามารถจัดหาเภสัชกรประจำปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการได้ ที่ผ่านมามีบทเฉพาะกาล (ซึ่งขณะนี้พ้นกำหนดระยะเวลาแล้ว) ผ่อนผันให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการอยู่ประจำในระยะเวลาเพียง 3 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้กฎหมายไม่มีผลในทางปฏิบัติและไม่สามารถดำเนินการใดๆ ได้ ขณะเดียวกันยังมีปัญหาต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในร้านยาเอกชนซึ่งเป็นปัญหามานาน แม้จะมีความพยายามที่จะอยู่ปฏิบัติหน้าที่แต่เภสัชกรในฐานะลูกจ้างก็ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทวิชาชีพได้นาน จึงมักจะไปทำงานด้านอื่นซึ่งสามารถทำได้ตามบทบาทวิชาชีพและมีรายได้มากกว่า

สภาเภสัชกรรม ซึ่งก่อตั้งโดย พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ซึ่งมีอำนาจตามกฎหมายหลายประการได้จัดทำ โครงการส่งเสริมให้เภสัชกรไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานประกอบการ รานยา เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกัน และได้รับบริการที่มีคุณภาพจากรานยาที่มีเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการ และเป็นการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ขณะนี้ได้มีนโยบายยกเลิกการทำสัญญาผูกพันเป็นคู่สัญญากับรัฐ มีผลให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่เข้าศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2543 เป็นต้นมาไม่ต้องขอใช้ทุน โดยจะมีนักศึกษาเภสัชศาสตร์จบการศึกษาปีละประมาณหนึ่งพันคน จึงเป็นโอกาสที่จะผลักดันให้เภสัชกรจำนวนหนึ่งไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานประกอบการร้านยาตลอดเวลาที่เปิดทำการตามกฎหมาย ทั้งนี้จะต้องมีมาตรการและแนวทางในการขจัดปัญหาต่างๆที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในร้านยาที่เป็นรูปธรรม มีแผนและแนวทางการจัดสรรตามสัดส่วนการกระจายของสถานบริการและอัตราส่วนต่อประชากร โดยดำเนินการแบบต่อเนื่องจนครบตามเป้าหมาย

3.4 ค่าใช้จ่ายของการบริการสุขภาพที่สูงขึ้น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มุ่งหมายให้ มีบริการครอบคลุมประชาชน 100% (Universal Health Care Coverage) เป็นนโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน แต่ปัญหาต่าง ๆ ที่ยังไม่มีแก้ไข เช่น ความเท่าเทียมของสิทธิในการรักษาพยาบาล งบประมาณค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ เพราะระบบบริการสุขภาพของไทยเป็นแบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง (Highly welfare oriented system) มากกว่าที่จะเป็นระบบที่มีลักษณะแข่งขันของผู้ประกอบการ (Entrepreneurial system) ระบบสุขภาพในแบบที่มีลักษณะสวัสดิการ จำเป็นต้องมีการเก็บภาษีสูง หรือเพิ่มการมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชน (co-payment) ระบบบริการสุขภาพในอนาคตจะมีความพยายามจำกัดตัวค่าใช้จ่ายของการบริการสุขภาพ โดยจะต้องมีการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงคุณภาพและการมีประสิทธิผลในการรักษา

จากการติดตามประเมินผลโครงการ 30 บาท (วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง, 2545) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลได้มีความพยายามปรับตัวในหลายๆด้านเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น มีการจัดกรอกรายการยาใหม่ หรือกรอกรายการยาสำหรับผู้ป่วยจ่ายเงินเอง หันมาใช้ยาที่เป็น local made มากขึ้น โดยเน้นที่ราคาถูก โรงพยาบาลบางแห่งให้ห้องยาควบคุมการจ่ายยา การทดแทนยาบางตัวที่แพทย์สั่งโดยอัตโนมัติ กำหนด guideline ให้แพทย์สั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่เกินเวลาที่กำหนดเช่น จ่ายยาครั้งละไม่เกิน 1 เดือน การให้แพทย์ที่ให้การรักษากรณีมีค่าใช้จ่ายสูง (ซึ่งไม่สามารถเบิกได้หรือเรียกเก็บได้เต็มจำนวน) ทำบันทึกชี้แจงเหตุผลและความ

จำเป็น หรือการ delayed treatment หรือรักษาแบบประคับประคอง หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับยารักษาแพงจากสถานพยาบาลระดับที่สูงกว่า การปรับตัวของสถานบริการภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากการควบคุมค่าใช้จ่ายของอัตราค่ารักษาคนและค่าตอบแทนและอื่นๆแล้ว การปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ในระดับจังหวัดให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพคาดว่าจะสามารถประหยัดรายจ่ายลงได้ร้อยละ 25-30 (กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2543) ทั้งนี้ยังสามารถประหยัดจากการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลได้ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาอ้างอิง (ภูษิต ประคองสาย วลัยพร พัทธนกุล วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร)

ประเด็นที่ 3 “ระบบบริการด้านยาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ที่มีความเชื่อมโยงการให้บริการในระบบสุขภาพทั้งหมด ควรเป็นอย่างไร”

แนวทางแก้ไขเปลี่ยนแปลงระบบบริการด้านยาที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพมีดังนี้

การขยายการให้บริการในระดับปฐมภูมิ การบริการในลักษณะที่รัฐเป็นทั้งผู้ให้บริการ (provider) และผู้ซื้อบริการ (purchaser) ทำให้ขาดการแข่งขันด้านคุณภาพการให้บริการ จำเป็นต้องให้มีเอกชนเข้ามาในอยู่ระบบและให้ประชาชนมีโอกาสเลือกเพื่อช่วยเสริมกลไกด้านการตลาด (marketing) และสามารถติดตามดูแลการใช้ยาได้ทั้งระบบ จะเห็นได้ว่าการบริการด้านยาเกิดขึ้นในระบบสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ระดับการบริการขั้นปฐมภูมิขึ้นไป โดยมีโรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิก และร้านยาเป็นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ จากการวิจัยพบว่าคนไข้ 100 คนที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเพียง 5 คน (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2543) เพราะส่วนใหญ่เป็นโรคง่ายที่รักษาได้ตามคลินิก ร้านยา หรือ สถานีอนามัย ผลที่ตามมาคือปัญหาการแออัดยัดเยียดกันในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้ให้บริการไม่สามารถพุดจาให้ไพเราะ ยิ้มแย้มได้ทั้งวัน มีปัญหาห้องเรียนเสมอ ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายในการดูแลคนไข้ต่อรายสูงขึ้น เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ถูกให้สมกับความสามารถ การจัดการให้มีแพทย์ประจำครอบครัว (family doctor) ซึ่งต้องใช้เวลาเพราะขณะนี้ยังมีความขาดแคลนบุคลากรด้านนี้ การขยายบทบาทสถานีอนามัยขึ้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในปัจจุบันก็ยังไม่แพทย์ออกไปให้บริการรักษาคนไข้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ขณะเดียวกันการขยายบริการสุขภาพให้ชุมชนต้องมียอดประกอบทุกด้าน ไม่ใช่มีเพียงบทบาท “ซ่อมสุขภาพ”

การปฏิรูปเชิงสร้างสุขภาพ ในประเทศอังกฤษ (นพ. วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543) ซึ่งได้รับบทเรียนจากการระบบประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัวแก่แพทย์เวชปฏิบัติ (GP) เพื่อให้บริการสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชน เมื่อเจ็บป่วย ต่อมาภายหลังได้ให้ท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆมีส่วนร่วมดำเนินการ “พื้นที่สร้างสุขภาพ” (Health Action Zone, HAZ) กำหนดบทบาทร่วมกันของผู้มีหน้าที่ด้านอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาเพื่อสร้างสุขภาพชุมชน รวมบริการของแพทย์เข้ามาผสมผสานกับ Prevention/Promotion และนำไปสู่การดูแลตนเอง (Self-care) โดยกำหนดบทบาทและระบบค่าตอบแทนขึ้นใหม่สำหรับผู้มีหน้าที่ทุกด้าน จากปัญหาการรอคิวานานที่จะพบ GPNHS กำหนดให้ในแต่ละพื้นที่ที่มีร้านยาเข้าร่วมเป็น gatekeeper เพิ่มการเข้าถึงบริการ ขณะเดียวกันจัดกลุ่มยาให้มียา Pharmacist/OTC มากขึ้น เป็นการเพิ่มการดูแลสุขภาพตนเองและเพิ่ม co-payment โดยการกระจายสถานบริการในแต่ละพื้นที่ นอกจากด้านคุณภาพ ยังต้อง คำนึงถึงสัดส่วนประชากร ระยะทาง และการส่งต่อผู้ป่วย

การแยกระบบการรักษาและการจ่ายยาออกจากกัน กล่าวคือ ระบบ double check แยกบทบาทหน้าที่ระหว่างแพทย์ซึ่งทำหน้าที่วินิจฉัยโรคและสั่งใช้ยา ออกจากเภสัชกรซึ่งทำหน้าที่จ่ายยาตามใบสั่งและติดตามการใช้ยา เพื่อให้เกิดระบบตรวจสอบการสั่งใช้ยาและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา และ Out-sourcing **การแยกห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอกออกจากโรงพยาบาล** การบริการด้านยาในโรงพยาบาลเน้นการให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยนอกจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ในโรงพยาบาลเฉพาะผู้ที่ถูกส่งต่อเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญ สถานภาพของร้านยาคือ ร้านยาเป็นเครือข่ายสถานบริการในระบบประกันสุขภาพ โดยมีรูปแบบร้านยาเช่าเป็นเครือข่ายสถานบริการในระดับบริการขั้นปฐมภูมิ หรือ **รูปแบบร้านยาเป็นเครือข่ายโรงพยาบาล ให้บริการ self-medication บริการจ่ายยาตามใบสั่งยา บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งยา (Refill prescription) และติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย** (พัชรภรณ์ ปัญญาวุฒิไกร และอุษาวดี มาลีวงศ์, 2546)

การพัฒนาคุณภาพร้านยา เลขาธิการ อย. (นพ.ศุภชัย คุณารัตนพุกข) ได้แถลงข่าวร่วมกับ นายกสภาเภสัชกรรม (ภญ.รศ.ธิดา นิงสานนท์) วันที่ 18 เมษายน 2546 ประกาศความร่วมมือในการพัฒนาร้านยาเข้าสู่มาตรฐาน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ร้านยาสามารถเข้าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายประกันสุขภาพ พร้อมขึ้นป้ายรับรองให้ประชาชนมั่นใจในการเลือกใช้บริการ ร้านยาที่ได้รับการรับรองคุณภาพจะได้รับสิทธิพิเศษในการเป็นแหล่งกระจายยาจำเป็นและยาที่ต้องควบคุมพิเศษ เช่น วัตถุออกฤทธิ์ เป็นต้น โดยร้านยามาตรฐานจะต้องมีเภสัชกร

เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ โดยมีบทบาทในการประเมินผู้ป่วยก่อนตัดสินใจเลือกให้ยา การจ่ายยาจะต้องมีการให้คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่องเภสัชกรต้องจัดทำประวัติ การใช้ยาของผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติที่ดีในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย และมีหลักเกณฑ์กระบวนการ คัดเลือกยาที่มีคุณภาพเข้าร้าน

ส่งเสริมบทบาทดูแลตนเองด้านสุขภาพ ร้านยามีบทบาทสนับสนุนที่เอื้อให้ประชาชน มีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Self-Care) มากขึ้น โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการ คัดกรองผู้ป่วยโรค และการร่วมบริการทางเลือกแก่ประชาชน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นบริการ ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดการทำงานของปอด คลินิกอดบุหรี่ ฯลฯ จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริม สุขภาพ จำหน่ายสมุนไพร จัดบริการทางเลือก เช่น การนวด การประคบ อบสมุนไพร และร้านยา มีบทบาทในการเป็น ที่ปรึกษาด้านสุขภาพและเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ชุมชน (Health Information Center) กิจกรรมที่สามารถดำเนินการในร้านยา ได้แก่ การบริการรับปรึกษาปัญหา ด้านสุขภาพ บอร์ดนิเทศการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการใช้ยาการผลิตสื่อให้ความรู้ด้าน สุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการด้านยา ปัจจุบันมีแนวคิดที่จะ ส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีบทบาทในการดำเนินการจัดบริการด้านยา โดยเชื่อมโยงกับระบบ บริการของรัฐเพิ่มมากขึ้น เช่นแนวคิดให้ชุมชนร่วมกันจัดตั้งห้องยาในลักษณะห้องยาชุมชนของ โรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีการระดมทุนชาวบ้านมาเพื่อใช้ในการบริหารจัดการด้านยา หรือแนวคิดการจัดบริการด้านยาในรูปแบบสหกรณ์ที่โรงพยาบาลชุมแพ โดยให้ โรงพยาบาลและองค์การบริหาร ส่วนตำบลร่วมกันถือหุ้นในการก่อตั้งร้านยาในชุมชน เพื่อให้ บริการด้านยาและเป็นห้องยาของศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit, PCU) ในพื้นที่ รับผิดชอบ

ประเด็นที่ 4. กลไกควบคุมกำกับด้านยาที่มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

การขาดแคลนกำลังคนของ อย. ลักษณะงานควบคุมกำกับด้านยาของ อย.เป็นการ ใช้อำนาจหน้าที่เพื่อตรวจสอบตามกฎหมาย ต้องใช้กำลังคนที่ได้รับมอบอำนาจ นโยบายไม่เพิ่ม

อัตรากำลังข้าราชการทำให้ไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบได้อย่างครอบคลุม มีความล่าช้าในการดำเนินคดี บางครั้งไม่สามารถใช้อำนาจหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ในระบบราชการ และลักษณะการนำกฎหมายไปปฏิบัติมุ่งไปที่การลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมายแต่ละราย มากกว่าการมีนโยบายหรือแนวทางการพัฒนาเพื่อลดการฝ่าฝืนกฎหมายทั้งระบบ

การบริหารจัดการและการควบคุม พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมและพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม เป็นการให้อำนาจแก่บทบาทของสภาวิชาชีพในการควบคุมจรรยาบรรณ ยังคงทำงานในรูปของเชิงรับ รอผู้เสียหายมากล่าวหาหรือผู้ที่เห็นปัญหามากล่าวโทษเท่านั้น ยังไม่มีการทำงานที่เป็นเชิงรุก เฝ้าระวัง ตรวจสอบสอดส่องการประกอบวิชาชีพ และส่งเสริมการประกอบวิชาชีพเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ดังนั้นการทำงานของสภาต่างๆ จึงอาจไม่เท่าทันปัญหาที่จะเกิดในอนาคตได้ (เอกสารสรุปสถานการณ์ ระบบควบคุมกำกับยา)

คำถามประเด็นที่ 4. “กลไกอะไรบ้างที่จะช่วยทำให้เกิดการควบคุมกำกับระบบยาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมไทยและประชาชน”

แนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาด้านความไม่เพียงพอของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อย.อาจใช้วิธีการ Sub-contract กิจกรรมเฉพาะด้านบางอย่างออกไป เพื่อให้สามารถดำเนินการต่างๆ ได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในบทบาทที่ทำหน้าที่ของการควบคุมกำกับ อย.มีหน้าที่ในการตรวจสอบ ไม่ใช่เป็นผู้ให้บริการในฐานะเช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุข การมีบทบาทแบบ Autonomous จะทำให้การคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินการได้เต็มที่มากขึ้น

เพื่อแก้ปัญหของการทำงานเชิงรับ **การสร้างกลไกควบคุมกำกับมีความจำเป็น** ตัวอย่างได้แก่ กระบวนการ “medical audit ” โดยใช้ข้อกำหนดการใช้มาตรฐานวัดพฤติกรรม การสั่งยา และนำข้อมูลที่วัดประเมินผลและสะท้อนกลับไปให้กับผู้สั่งใช้ยาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับปรับปรุงพฤติกรรมสั่งยาอีกครั้งหนึ่ง ตลอดจนถึงการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านคุณภาพของสถานบริการ คุณภาพการบริการเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

ประเด็นที่ 5. การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภค ในการใช้จ่าย

แนวคิดในการคุ้มครองผู้บริโภคเกิดจากความพยายามในการสร้างการต่อรองกับกลไกตลาดที่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้บริโภคขาดข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอสำหรับการตัดสินใจเลือกสินค้าหรือบริการ ขณะเดียวกันอิทธิพลจากการโฆษณากระตุ้นให้ประชาชนใส่ใจในสุขภาพโดยปราศจากข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง อาจนำไปสู่การเข้ารับบริการด้านสุขภาพและบริการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มากขึ้นไปอย่างไม่เหมาะสมได้ จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันประชาชนสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น ในท้องตลาดก็มีผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆออกมามากมายโดยใช้ประเด็นสุขภาพเป็นเครื่องมือในการโฆษณาชวนเชื่อ การสร้างศักยภาพของผู้บริโภคให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและเท่าทันจึงมีความสำคัญ

ภาครัฐซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหลายกระทรวง ได้แก่ พาณิชย วิทยาศาสตร์ เกษตร อุตสาหกรรม หรือสาธารณสุข ได้ใช้กลไกต่างๆ และพยายามส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้บริโภคในหลายรูปแบบ เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางสื่อต่างๆ การสร้างช่องทางสำหรับการร้องเรียน การให้เงินทุนสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเอกชน การสนับสนุนงานวิจัย ฯลฯ แต่ยังไม่พบการศึกษาวิเคราะห์ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินอยู่นี้บรรลุผลตามเป้าหมายมากน้อยเพียงไร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเองมีกิจกรรมด้านนี้โดยเป็นกิจกรรมที่ใช้งบประมาณมากกว่า 50% ของงบประมาณทั้งหมด (ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, 2545) แต่ก็เป็นที่น่าสนใจศึกษาว่า แนวทางที่ปฏิบัติอยู่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบยาอย่างไร เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าข้อมูลยาที่ถึงมือผู้บริโภคมักจะเป็นลักษณะ Asymmetry ทำให้การเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้บริโภคในด้านนี้ยากกว่าเรื่องทั่วไป

การดูแลคุ้มครองประชาชนผู้บริโภค เป็นหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ และเอกชน ซึ่งยังมีการทำงานที่ไม่มีลักษณะการประสานร่วมมือสนับสนุนกันให้เกิดประสิทธิภาพ ประชาชนก็ยังไม่ได้ตระหนักถึงสิทธิของตน รวมทั้งไม่ทราบช่องทางการร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา ไม่มีความรู้และไม่ได้ใส่ใจ ขณะเดียวกันไม่ได้คิดว่าการเรียกร้องสิทธิผู้บริโภคจะช่วยให้มีการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไปด้วย

คำถามประเด็นที่ 5 “จะมีแนวทางใดบ้างในการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับองค์กรผู้บริโภค ให้สามารถคุ้มครองประชาชนผู้บริโภค ในด้านสาธารณสุข”

แนวทางการสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้บริโภคจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากภาคต่างๆ ของสังคมดังนี้

องค์กรประชาชนและองค์กรรัฐเพื่อประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ ชมรม สมาคม และมูลนิธิที่ทำหน้าที่เพื่อผู้บริโภค ได้รับงบประมาณสนับสนุนทั้งจากภาครัฐหรือจากต่างประเทศ เพื่อให้มีความเข้มแข็งในการทำงานด้านนี้ ต้องมีโครงสร้าง สำนักงาน องค์กรที่แน่นอน มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีสื่อเผยแพร่ และมีเครือข่ายประสานร่วมกัน ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความเข้มแข็งของผู้บริโภคจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยผลักดันให้ องค์กรและหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ดูแลให้ความคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเห็นผลมากขึ้น การกระตุ้นให้ผู้บริโภคตระหนักถึงสิทธิของตน จะส่งผลให้ผู้ประกอบการต่างๆ เพิ่มความระมัดระวังในการสั่งใช้ยา ขณะเดียวกันควรพัฒนาผู้บริโภคให้มีความรู้เกิดการใช้ยารักษาตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งบทบาทเหล่านี้รัฐควรให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ และวิชาการ และประสานร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภค ให้สามารถดูแลคุ้มครองประชาชนได้อย่างทั่วถึง

ภาคการศึกษา การขยายเวลาการศึกษาภาคบังคับได้ถูกระบุไว้ในกฎหมาย ในขณะเดียวกันการบรรจุเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนก็มีแนวโน้มที่จะเป็นไปได้สูงเช่นกัน ดังนั้น การควบคุมกำกับการใช้ยาโดยอำนาจผู้บริโภค การใช้สิทธิในอนาคตจึงมีความเป็นไปได้สูงมากที่จะเกิดขึ้นจริง

ภาคกฎหมาย ในส่วนของกฎหมายมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลดีต่อผู้บริโภคอย่างมาก ซึ่งได้แก่ รัฐธรรมนูญ ฉบับ พ.ศ.2540 (ฉบับประชาชน) มีข้อกำหนดให้ผู้บริโภคสามารถรวมตัวกันเพื่อตรวจสอบการทำงานของภาครัฐ การเรียกร้องให้ชดเชยค่าเสียหาย ฯลฯ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร และความลับของทางราชการ พ.ศ.2540 ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เป็นระบบที่ประชาชนสามารถเรียกร้องขอตรวจสอบข้อมูล การปรับปรุงพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พระราชบัญญัติยาฉบับที่กำลังอยู่ในขั้นตอนการยกร่าง ที่กำหนดเรื่องการเรียกร้องค่าเสียหายทางการละเมิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์ (product liability) ฯลฯ รวมทั้งองค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งมุ่งไปที่การดูแลกำกับกันเองไม่ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพไปละเมิดสิทธิหรือเอาเปรียบประชาชนผู้บริโภค

ประเด็นที่ 6. การพึ่งตนเอง ด้านยา

การพึ่งตนเองด้านยา หมายถึงการจัดการและผลิตยาใช้ในประเทศเพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งเป็นการเสียเปรียบดุลการค้า และมีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมากขึ้นไม่สามารถควบคุมได้ เมื่อเกิดปัญหา เช่นการปิดประเทศ ภาวะสงคราม ฯลฯ ไม่สามารถหายาใช้ในประเทศ การจัดหาและผลิตยาใช้เองในประเทศหมายถึงรวมถึงการผลิตวัตถุดิบ หรือผลิตยาบางตัว การใช้สมุนไพรและวัตถุดิบที่มีภายในประเทศ

สถานการณ์ปัจจุบัน

6.1 สิทธิบัตรยา : ผลกระทบทางการค้าระหว่างประเทศด้านยา

ผลที่เกิดจากการใช้นโยบายการค้าเสรีนับแต่เปลี่ยนเป็น WTO สถิติการค้าคือ 71.5% เป็นส่วนแบ่งของ ประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่เหลืออีก 28.5% เป็นส่วนแบ่งของประเทศกำลังพัฒนาและอดีตประเทศคอมมิวนิสต์ 1 ใน 4 ของการค้าและการลงทุนในโลกเกิดขึ้นระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว การผลิตและการค้าถูกรอบงำโดยเทคโนโลยีขั้นสูงของประเทศอุตสาหกรรม ในปี ค.ศ. 1993 ประเทศอุตสาหกรรม 10 ประเทศ ถือครองสัดส่วนกว่า 84% ของค่าใช้จ่าย R&D ประมาณว่าคนชาติของประเทศที่พัฒนาแล้วถือครองสิทธิบัตรกว่า 97% ที่มีในโลก กว่า 80% ของสิทธิบัตรในประเทศกำลังพัฒนาถูกถือครองโดยคนชาติของประเทศที่พัฒนาแล้ว สิทธิบัตรยาถือเป็นค่าตอบแทนและการชดเชยค่าใช้จ่ายในการทำ R&D ของบริษัทฯ สิทธิบัตรที่ออกโดยประเทศกำลังพัฒนา ก็คือ การส่งเสริม R&D ในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดย R&D ของประเทศที่พัฒนาแล้วอาจไม่เป็นประโยชน์ต่อประเทศกำลังพัฒนา ค่าใช้จ่ายในการทำ R&D จะอยู่ที่ประมาณ 13% ของยอดขายจ่าย (ซึ่งน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการประชาสัมพันธ์สินค้า ที่มีสัดส่วนประมาณ 24 % ของยอดขายจ่าย) บริษัทฯข้ามชาติติดอันดับธุรกิจที่ทำกำไรสูงสุดในโลกมาโดยตลอด เหตุผลอันหนึ่งก็มาจากการผูกขาดโดยสิทธิบัตรและเครื่องหมายการค้า

ประเทศที่มีสิทธิบัตรยาและไม่มีมาตรการควบคุมราคา ยา จะมีการจำหน่ายยาในราคาแพงกว่าประเทศที่มีสิทธิบัตร ยกเว้นในตลาด generic drugs ซึ่งไม่มีสิทธิบัตร จะมีการแข่งขันด้านราคาที่ สูงมาก บรรษัทฯมักจะอ้างว่าการที่ยามีราคาแพงนั้นสืบเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการทำ R&D ซึ่งไม่เป็นความจริง ในประเทศที่พัฒนาแล้ว บริษัทฯเป็นอุตสาหกรรมที่ถูกร้องเรียนว่ามีพฤติกรรมที่มีขอบมากที่สุด รวมทั้งการทำ Restrictive business practices, Cartel, Price Fixing, Transfer pricing ฯลฯ ในประเทศที่พัฒนาแล้วอุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่ถูก regulated มากที่สุด แต่ประเทศที่พัฒนาแล้วกลับผลักดันให้อุตสาหกรรมยาของตนมีโอกาสสร้าง

อำนาจผูกขาดในประเทศกำลังพัฒนา (หัวข้อบรรยายเรื่อง “ยาและการค้าเสรี” โดย รศ. ดร. จักรกฤษณ์ ควรพจน์)

6.2 การลดการ ฟุ้งฟิง (นำเข้า) ยาจากต่างชาติ

ประมาณมูลค่าการบริโภคยาโดยรวมของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2543 มีมูลค่า 35,998 ล้านบาท ซึ่งเป็นมูลค่า ณ ราคาขายส่ง คิดเป็นมูลค่าราคาขายปลีก ที่ผู้บริโภคจ่ายจะมีมูลค่า ประมาณ 51,426 ล้านบาท (โดยประมาณการกำไรขั้นต้น (Gross margin) ประมาณ ร้อยละ 30) จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี 2540 ภาครัฐพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยการออกมาตรการและนโยบายต่างๆ อาทิเช่น การสนับสนุนให้มีการใช้ยาในชื่อสามัญ แต่พบว่ามูลค่าการบริโภคนำเข้ากลับมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นมากกว่ายาที่ผลิตภายในประเทศ โดยปริมาณการบริโภคยาและเวชภัณฑ์ของประเทศ ในปี 2543 ประมาณร้อยละ 58 เป็นยาที่ผลิตในประเทศ และร้อยละ 42 เป็นยานำเข้า มูลค่าของการบริโภคเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 11.2 ต่อปี ซึ่งอัตราการเพิ่มขึ้นของการบริโภคยาสูงกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายสุขภาพและอัตราการเพิ่มขึ้นของภาวะเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมยาในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นการผลิตยาสำเร็จรูปที่ไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และมีการวิจัยและพัฒนาารองรับในระดับที่น้อยมาก ต้นทุนในการผลิตจึงต่ำ นอกจากนี้ราคาของยาสามัญเลียนแบบมีราคาต่ำกว่ายาต้นแบบหลายเท่า

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลซึ่งเริ่มต้นเมื่อเดือนเมษายน 2544 ได้ปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณของโรงพยาบาลภาครัฐเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ด้วยจำนวนเงิน 1,202 บาทต่อประชากร 1 คน ซึ่งรวมงบดำเนินการทั้งหมดของโรงพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลทุกระดับโดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิมีงบประมาณในการใช้จ่ายรวมถึงการรักษาพยาบาลที่น้อยลงกว่าเดิม อย่างมาก โรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินการให้บริการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพภายใต้งบประมาณที่จำกัด ระบบการจัดหายาที่มีราคาเหมาะสม และการจัดการคลังอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอันดับต้นๆ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นเรื่องที่น่าจะส่งผลดีแก่ยาที่ผลิตภายในประเทศ โดยเฉพาะยาที่มีคุณภาพ การใช้ยาที่มีราคาสูงแต่ได้คุณค่าหรือประโยชน์ไม่ชัดเจนจะหายไปมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ด้วยสภาพของการจัดหายาที่เน้นราคาถูกขายยวงไปทั่วประเทศจะผลักดันให้อุตสาหกรรมใช้ราคาเป็นกลยุทธ์ในการแข่งขัน จึงอาจไม่ใช่บรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมภายในประเทศ ดังนั้นการส่งเสริมอุตสาหกรรมจากภาครัฐจำเป็นต้องมีมาตรการที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันต้องวางแนวทางส่งเสริมการจัดซื้อของภาคเอกชนด้วย

คำถามประเด็นที่ 6 “ จะต้องมีมาตรการอะไรบ้างในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา เพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ และเกิดความประหยัดในระบบสุขภาพ ”

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศกำลังพัฒนาต่อประเด็นการค้าเสรีในอุตสาหกรรมยา คือ ลดความเป็น global เน้นความเป็น local โดยใช้นโยบายพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด ลดการพึ่งพาเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม (inappropriate technology) ของต่างชาติ และส่งเสริมการดัดแปลงเทคโนโลยีให้เหมาะสมกับความต้องการของประเทศ (หัวข้อบรรยายเรื่อง “ยาและการค้าเสรี” โดย รศ. ดร.จักรกฤษณ์ ครอบพจน์)

สนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศ จำเป็นต้องมีการศึกษาว่าควรผลิตยาในกลุ่มใดบ้าง ประเภทใดที่มีปริมาณสัดส่วนและมูลค่าการใช้สูงที่สามารถลดการพึ่งพิงต่างชาติ แนวทางการหาวัตถุดิบและการใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

ประเทศไทยมีโรงงานอุตสาหกรรมยา 170 โรงเล็กๆ กระจายกระจาย ซึ่งอาจไม่มีคุณภาพ ถ้าสามารถประหยัดอาจมา merge รวมกันทำให้มีขนาดใหญ่ที่มีคุณภาพจริงๆ เหลืออยู่ 50-60 โรงงาน แล้วมีศักยภาพพอที่จะลงทุน วิจัยพัฒนา วิเคราะห์ มี animal lab, clinical trial สามารถทำเรื่อง marketing เพราะปัจจุบันโรงงานเล็กๆ ไม่ได้ลงทุนอะไรได้แต่ขายแข่งกัน ตัดราคาทำให้ต่างก็ไปไม่รอด การหาทางออกของบางบริษัทใช้วิธีการผลิตยา generic ที่ออกมาเป็นตัวแรกๆ ที่การแข่งขันยังไม่สูง

การพัฒนาและวิจัยด้านอุตสาหกรรมยา ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน หรือระหว่างเอกชนด้วยกัน การวางแผนร่วมกัน การใช้ทรัพยากรเครื่องมือ ห้องปฏิบัติการร่วมกัน เป็นสิ่งที่ควรผลักดันให้เกิดขึ้น ความเป็นไปได้ของ “กองทุนวิจัยกลาง” ที่จะมีความพอที่จะลงทุน การเสี่ยง การทำตลาด โดยถ้าสามารถหักเงิน 1% จากยอดขายยา นำมาวิจัยพัฒนา formulation ต่างๆ ทำความร่วมมือระหว่าง คณะเภสัชศาสตร์ คณะแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์ องค์การเภสัชกรรม และเอกชน ซึ่งนี่คือการวางแผนการทำงาน ให้มี consolidation ประสานการใช้งบประมาณที่กระจายต่างคนต่างขอแล้วทำได้นิดๆ หน่อยๆ

ต้องมีมาตรการหลายอย่างในการส่งเสริมและพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศให้สามารถผลิตยาที่มีคุณภาพทดแทนการนำเข้า ตัวอย่างมาตรการในบางประเทศได้แก่ จีนและรัสเซียมีอัตราค่าธรรมเนียมนำเข้าจะสูงกว่าการผลิตในประเทศ สเปนและเบลเยียมมีการควบคุมราคาโดยเฉพาะยาใหม่ โดยประเมินในด้าน cost-effectiveness ในขั้นตอนการขึ้นทะเบียนยา จีนและรัสเซียกำหนดให้ Technical requirement ในการขึ้นทะเบียนยาที่ผลิตในประเทศ และยานำเข้าแตกต่างกัน โดยการนำเข้ามี Technical requirement เพิ่มเติมนอกเหนือที่

กำหนดในทะเบียนตำรับยา อินโดนีเซียไม่ให้นำเข้ามีสิทธิขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศได้เหมือนผู้ผลิต มาเลเซียมีมาตรการจัดซื้อของภาครัฐให้สิทธิยาที่ผลิตในประเทศมากกว่า โดยถึงแม้จะมีราคาแพงกว่าก็ยังคงซื้อยาที่ผลิตในประเทศ (กองควบคุมยา, 2544)

การสร้างความร่วมมือในภูมิภาค ASEAN มีแนวโน้มในระยะ 10-20 ปีข้างหน้า ว่าภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจะเป็นภูมิภาคที่มีการเจริญเติบโตสูงสุดในโลก และเป็นแหล่งผลิตสินค้าที่สำคัญของโลก ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่มีศักยภาพสูงในภูมิภาคนี้ ประเทศไทยมีพัฒนาการของอุตสาหกรรมยาและสะสมองค์ความรู้มากกว่าประเทศเพื่อนบ้านหลายประเทศ ตลอดจนมีแหล่งวัตถุดิบที่สามารถนำมาผลิตยา และยังมีข้อได้เปรียบด้านตำแหน่งทางภูมิศาสตร์ด้านการคมนาคมขนส่ง ตลอดจน ข้อได้เปรียบด้านความใกล้เคียงทางวัฒนธรรมกับกลุ่มประเทศอินโดจีน ซึ่งเป็นผู้บริโภคกลุ่มใหญ่ ในอาเซียน

การสร้างความร่วมมือในภูมิภาคในการวางแผนการผลิตยา การกระจาย และสนับสนุนการใช้ในภูมิภาคโดยอาศัยนโยบายเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA) และแนวทางขององค์การการค้าโลก (WTO) ทำให้เกิดโอกาสในการลดภาษีการนำเข้า การสร้างร่วมมือเครือข่ายการผลิต (Production network) และนโยบายการส่งเสริมการลงทุนจะเป็นสิ่งที่ทำให้อุตสาหกรรมยาเกิดความเข้มแข็ง และสามารถพัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมยาให้เติบโต โดยรัฐจะต้องจัดปัญหาที่เป็นอุปสรรคและเป็นจุดอ่อนของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาที่มีอยู่ให้หมดไป

ประเด็นที่ 7. การพัฒนาการผลิตสมุนไพร

สถานการณ์ปัจจุบัน

ในปี 2542 มูลค่าตลาดยาสมุนไพรในประเทศมีประมาณ 30,000 ล้านบาท และมีอัตราการขยายตัวอย่างรวดเร็วสูงขึ้น 10-30% แต่น่าเสียดายที่มูลค่ากว่า 20,000 ล้านบาทเป็นการนำเข้าจากต่างประเทศซึ่งเสียเปรียบดุลการค้ามาก สำหรับมูลค่าในตลาดโลกประมาณว่าสูงถึงปีละ 3 ล้านล้านบาท ถ้าประเทศไทยซึ่งมีความได้เปรียบทางภูมิประเทศและภูมิอากาศมีพืชสมุนไพรตามธรรมชาติ อยู่มากและมีศักยภาพในการปลูกได้ดี สามารถพัฒนาคุณภาพและพัฒนาอุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์ได้อย่างครบวงจร จะเป็นการช่วยเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก

รัฐบาลชุดปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศ คณะรัฐมนตรีจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรขึ้นเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2544 โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการและกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์เป็นเจ้าของเรื่อง ซึ่งต่อมาคณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้น 8 คณะ เพื่อดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่คณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรกำหนด ด้านต่างๆคือด้านการวิจัยสมุนไพร ด้านการเกษตรเพื่อส่งเสริมการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ ด้านมาตรฐานและคุณภาพสมุนไพร ด้านการพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพร ด้านการตลาด ด้านข้อกฎหมาย ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านสมุนไพร การประสานงานและติดตามผลการปฏิบัติงาน

ปัญหาอุปสรรค

ด้านการบริหารจัดการ ที่ผ่านมาการทำงานของคณะกรรมการดังกล่าวยังมีปัญหาอุปสรรคหลายด้าน ได้แก่ความไม่คล่องตัวในการทำงาน การขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงาน การขาดข้อมูลระดับประเทศด้านการตลาดของสมุนไพรทำให้เกิดปัญหาในการกำหนดยุทธศาสตร์ ทิศทาง และเป้าหมายในการพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพรของประเทศและการประเมินผลของยุทธศาสตร์ในอนาคต การขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการต่างๆ ทำให้การประสานงานของคณะกรรมการต่างๆ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เพราะต้องอาศัยข้าราชการประจำของสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีภาระงานวิจัยล้นมืออยู่แล้ว

การวิจัยและพัฒนา ประเทศไทยมีหน่วยงานวิจัยสมุนไพรหลายหน่วยงานทั้งในสังกัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตร และมหาวิทยาลัยต่างๆ แม้จะมีโครงการวิจัยที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานอย่างครบวงจรบ้าง แต่ก็เป็นส่วนน้อย และงานวิจัยส่วนมากมักเป็นโครงการวิจัยสมุนไพรตามความสนใจและความถนัดของนักวิจัยมากกว่าที่จะตอบสนองความต้องการของตลาดหรือภาคธุรกิจ ทำให้ผลงานวิจัยจำนวนมากไม่สามารถจะพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีศักยภาพเชิงพาณิชย์

การควบคุมคุณภาพ ขณะนี้ผลจากการสนับสนุนให้มีการผลิตตำรับสมุนไพรต่างๆ ออกมาจำนวนมากในระดับชุมชนโดยไม่มีการควบคุมคุณภาพอาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและความเสื่อมความนิยมต่อสมุนไพรในวันข้างหน้าได้ และควรให้ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ไม่เป็นการอวดอ้างเกินความจริงแก่ผู้บริโภคเพื่อให้ทราบถึงประโยชน์และข้อควรระวังในการใช้สมุนไพรแต่ละชนิดผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความเชื่อถือและมั่นใจที่จะใช้ยาจากสมุนไพรเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น

คำถามประเด็นที่ 7 “การพัฒนาด้านการผลิตสมุนไพรเพื่อใช้ทดแทนยานำเข้า จะต้องมีการสำคัญอย่างไรบ้าง”

การขยายตลาดการค้าและการบริการที่เกี่ยวข้อง ตลาดยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรในประเทศ เป็นตลาดที่สำคัญที่ควรจะทำให้ความสนใจไม่น้อยไปกว่าตลาดต่างประเทศ เพราะเป็นตลาดที่ค่อนข้างมั่นคงไม่ค่อยแปรปรวนไปตามสถานการณ์หรือวิกฤตการณ์ระหว่างประเทศต่างๆ ที่ไม่อาจควบคุมได้ จึงเป็นตลาดที่ควรรักษาไว้และขยายฐานให้กว้างขวางต่อไป โดยการวางแผนและสนับสนุนการวิจัยสมุนไพรที่ครบวงจร ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพและสนองความต้องการของผู้บริโภค

การสนับสนุนให้มีการใช้อย่างกว้างขวางจะเป็นการเพิ่ม economy of scale เช่นเดียวกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการใช้สมุนไพร ตั้งแต่ระดับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา เกษษกร และบุคลากรสาธารณสุขจนถึงประชาชนทั่วไป ให้มีการบูรณาการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรการเรียนทุกระดับ จนถึงมหาวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ คณะเภสัชศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ให้ซึมซับและ เห็นคุณค่าของสมุนไพร

เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำสมุนไพรเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษาในสถานบริการ โรงพยาบาล ร้านยา อาจจัดบริการนวดอบสมุนไพร และจัดให้มีการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ช่วยลดการใช้นำเข้า ช่วยลดการพึ่งพิงยาจากต่างประเทศ และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลดลงด้วย

แนวคิดการผลิตสมุนไพรและการนำมาใช้ ควรเป็นแบบ traditional เป็นปรัชญาและวิถีชีวิตตะวันออก เพราะรูปแบบการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร โดยใช้แนวคิดแบบตะวันตก มีค่าใช้จ่ายสูง มีขั้นตอนมากในการทำสารสกัดที่มีความบริสุทธิ์สูง และต้องวิเคราะห์ที่ละตัว บางครั้งไม่ได้ผลและอาจเกิดปัญหาอันตรายเมื่อนำมาใช้ ตัวอย่างเช่น มะเกลือ ยาเม็ดแคปซูล ขี้เหล็ก อนาคตอาจใช้รูปแบบชาชง ยาต้ม instant หรือเป็น crude drug ดังที่นิยมใช้ในประเทศจีน ส่วนการติดตามผลควรทำ clinical record ไม่ต้องทำ clinical trial

การสนับสนุนด้วยกฎหมายและ พรบ.ยา ขณะนี้เรื่องของ พรบ.ยา รวมทั้งหน่วยงานที่จะรับผิดชอบดูแลควบคุมการผลิต ขึ้นทะเบียน จำหน่าย และโฆษณาที่ผลิตจากสมุนไพรในอนาคต ยังไม่มีความชัดเจน ซึ่งเป็นปัญหาในการพิจารณาและทำนายแนวโน้มในอนาคตของอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรของประเทศ ตลอดจนถึงการแก้กฎหมายต่างๆ ที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา

เอกสารอ้างอิง

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการพิจารณาจัดทำยุทธศาสตร์.เอกสารประกอบการ

ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9

(พ.ศ.2545-2549); วันอังคารที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544; โรงแรมเรดิสัน กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2544.

กองโรงพยาบาลภูมิภาค. รายงานความก้าวหน้ามาตรการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ ฉบับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข.

กันยายน 2543.

จิตร สิทธิอมร. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล : ประสบการณ์ในประเทศไทยและประสบการณ์นานาชาติ. ใน การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

ในทางอายุรกรรม. วิทยา ศรีมาดา, ชัยชน โลว์เจริญกุล บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ยูนิตี พับลิเคชั่น, 2541. หน้า 1-10.

ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร. 2545. Pharmacy Regulation in Thailand : Roles and Reflection of Inspectors. Doctoral in Public Health.

London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London. UK.

ธีระ ฤกษ์จันโตม. Pharmmarketing. นิตยสาร Brand Age; 2543. หน้า 62-4.

ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุกัลยา คงสวัสดิ์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงิน ค่าบริการสุขภาพ เพื่อความเป็นธรรมประสิทธิภาพ และ

รายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พศ นนทบุรี.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544.

ภูษิต ประคองสาย วลัยพร พชรนฤมล วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. สถานพยาบาลต้องปรับตัวอย่างไรภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า :

กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2544. หน้า 411-422.

นพ. วิฑูรย์ พูลเจริญ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ผู้การ

ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543

ระบบยาของประเทศไทย. คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.2545.

รุ่งเพชร เจริญวิสุทธิวงศ์. รายงานการวิจัย: การจัดทำรายการยาเพื่อการจัดทำดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดค่ายา. กรุงเทพมหานคร:

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2541.

วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชนา ณ ระนอง. รายงานความก้าวหน้าโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

การติดตามประเมินผลการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข. สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนา

ประเทศไทย. เสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่สอง พฤษภาคม 2545.

สมัย อาภาภิรม. จากความป่วยไข้ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540.

สุนัน สกลไชย จงดี ว่องพินัยรัตน์ นพดล ทองนพเนื้อ เพชรรัตน์ พงศ์เจริญสุข วิบูล นามวัฒน์กุล และคณะ. การศึกษาความต้องการ

กำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า กลุ่มผู้ให้บริการด้านเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภค รายงานการศึกษาวิจัย การ

- คาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540.
- สุริรัตน์ ตั้งสง่าศักดิ์ศรี. 2546. ปัญหาคุณภาพยา : ประสพการณ์ของเภสัชกรโรงพยาบาล. เสนอในการประชุม
- “การพัฒนาเภสัชภัณฑ์ : คุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัย” วันที่ 24-25 มกราคม 2546. โรงแรมเซ็นจูรี่พาร์ค.
กรุงเทพฯ.
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. ทิศทางการบริการสุขภาพไทย National Forum for Health Care Reform.
เมษายน 2543.
- หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร. เอกสารอัดสำเนา. 2544.
- หัวข้อบรรยายเรื่อง “ยาและการค้าเสรี” โดย รศ.ดร.จักรกฤษณ์ ครอบพจน์

บทสรุปการเรียนรู้ในการบริหารจัดการกระบวนการ Foresight การวางแผนด้วยภาพอนาคต สำหรับโครงการวิจัยระบบเกษตรกรรม

ผศ.ดร.สุนันทา โอศิริ

การใช้กระบวนการ ‘การมองอนาคต’ (Foresight) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 – การกำหนดหัวข้อและขอบเขตของการศึกษา วัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ต้องการระยะเวลาในดำเนินการที่ชัดเจน

ข้อสังเกต ขั้นตอนนี้ต้องชี้แจงทำความเข้าใจให้ผู้ร่วมทีมงานทราบ เพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน โดยไม่ต้องทบทวนหรือถามย้ำกันบ่อยๆ และสามารถประสานงานกันได้อย่างต่อเนื่อง ได้ผลลัพธ์ตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ขั้นตอนที่ 2 – การจัดทำ Position papers เตรียมข้อมูลที่ครบถ้วนมีตัวเลขและแสดงให้เห็นภาพชัดเจน (fact and figure) เอกสารนี้จะต้องประเมิน สถานการณ์ปัจจุบัน และ แนวโน้ม ซึ่งมีข้อมูลทั้งปัจจัยภายนอก (external environment) ได้แก่ กลุ่มปัจจัยตาม “STEEP” (Social, Technological, Economic, Environmental and Political factors) นั่นคือกลุ่มปัจจัยด้านสังคม เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และการเมือง และปัจจัยภายใน (internal environment) ของเรื่องนั้นๆ ตลอดจนผลกระทบ ในเรื่องที่เราเห็นว่าสำคัญมาก และจะเป็นประโยชน์สำหรับประกอบการหารือในช่วงมองอนาคต โดยมีประเด็นสำคัญและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษา ในมิติต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงจากประเด็นดังกล่าว โดยควรให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาชี้แนะเพิ่มเติมให้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

ข้อสังเกต ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากที่จะต้องรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วน ทบทวนวรรณกรรมที่มีเนื้อหาสาระตรงกับหัวข้อและขอบเขตการศึกษา ที่จะทำให้เกิดเห็นภาพรวมที่ชัดเจน สามารถแสดงน้ำหนักและความรุนแรงของปัญหา ทำให้การพิจารณาและจัดอันดับความสำคัญของปัญหาและนำไปสู่ประเด็นที่เป็นปัญหาที่มีความสำคัญได้อย่างแจ่มแจ้ง นำไปจัดทำ Issues paper ที่ดีได้

ขั้นตอนที่ 3 – การจัดทำ Issues paper เป็นการรวบรวมประเด็นสำคัญที่ได้มาจาก Position paper จากการสืบค้นวรรณกรรมและเอกสารอื่นๆ เกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา หรือจากการหารือกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว เป็นการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญรอบด้าน (key issues) และประกอบด้วยปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเรื่องนั้นๆ โดยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่สามารถเป็นแรงผลักดันหลักที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่ออนาคต (key drivers of change) ตลอดจนสามารถแสดง

ให้เห็นว่ามีใครเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนั้นๆ (key persons) โดยควรให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาชี้แนะเพิ่มเติมให้ครบถ้วนในด้านต่างๆด้วย นอกจากนี้อาจเชิญ ‘บุคคลภายนอก’ ไม่ว่าจะเป็นโดยลักษณะงานสาขาที่ชำนาญ หรือตามความสนใจ มาเข้าร่วมบ้างไม่จำเป็นต้องมากนักมาร่วมพิจารณาเพื่อขยายมุมมองของทีมให้กว้างขึ้น

ข้อสังเกต ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากที่จะต้องรวบรวมประเด็นที่สำคัญและสามารถชี้ให้เห็นว่ามีแนวทางอะไรบ้างที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ รูปแบบการนำเสนอต้องให้ดึงดูดความสนใจ โดยเอกสารไม่ควรมีความยาวมากนัก ในรายละเอียดให้ผู้สนใจศึกษาต่อโดยเชื่อมโยงกับ Position paper ได้

ขั้นตอนที่ 4 – การจัดเตรียมการ- แผนการดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การเขียนภาพอนาคต (Scenario writing) กำหนดหัวข้อการประชุมและขอบเขตของการศึกษา วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ดำเนินการ และรายชื่อผู้เข้าร่วมเขียนภาพอนาคตที่เหมาะสม ประชุมชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการกับผู้ร่วมทีม Facilitators ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ มีการกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาและรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆที่ชัดเจน มีการประชุมซักซ้อมความเข้าใจ ทำการ “Dry run” เลียนแบบเหมือนจริง และตรวจสอบการเตรียมการและอุปกรณ์ต่างๆที่ต้องใช้ในการประชุม

ข้อสังเกต ขั้นตอนนี้มีความสำคัญมากที่จะต้องให้ผู้ร่วมทีม Facilitators มีความชัดเจนในกระบวนการขั้นตอนต่างๆ และต้องเตรียมตัวทำความเข้าใจกับหัวข้อและขอบเขตของการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยสามารถสรุปเนื้อหาในประเด็นต่างๆในแต่ละขั้นตอนที่ได้จากข้อเสนอในที่ประชุม การประชุมเชิงปฏิบัติการมีการใช้วัสดุอุปกรณ์หลายอย่างที่ต้องเตรียมให้ครบถ้วนไม่ให้เกิดปัญหาอุปสรรคระหว่างการประชุม การประสานงานเรื่องขนาดและความเหมาะสมของสถานที่จัดประชุม รูปแบบการจัดห้องประชุมแบบตัว “U” เพื่อให้ผู้เข้าประชุมอภิปรายร่วมกันได้มีความสำคัญ ขณะเดียวกันการใช้การหารีหรือระดมสมองต้องมีการจัดสถานที่สำหรับกลุ่มย่อยด้วย การเชิญผู้เข้าร่วมเขียนภาพอนาคตควรเน้นให้มีการเตรียมตัว และศึกษาเอกสารที่จัดส่งให้เพื่อให้ได้การประชุมที่มีประสิทธิภาพ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกระบวนการเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากทรัพยากรที่สำคัญในการวิเคราะห์ภาพอนาคต คือ ความรู้และประสบการณ์ของผู้เข้าร่วม รวมทั้งความยินดีที่จะพิจารณาอนาคตทางเลือกแบบต่างๆ

ขั้นตอนที่ 5 – การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ การเขียนภาพอนาคต (Scenario writing)

5.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความคาดหวังต่อผลการประชุม นำเสนอแนวคิดและหลักการพื้นฐานของการมองอนาคต เน้นการอธิบายภาพอนาคตคืออะไร

5.2 นำเสนอ Fact & Figure จาก Position papers และ ประเด็นจาก Issue paper โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมเสนอประเด็นสำคัญเพิ่มเติม

5.3 การระบุและอธิบายแนวโน้ม (trends) หรือปัจจัยสำคัญที่รู้ว่าจะเกิด หรือเป็นไปได้เช่นนั้นในอนาคต (Certain factors หรือ predetermined factors) หรืออย่างน้อยมีสัญญาณแรงพอที่พอจะคาดเดาได้ด้วยหลักการว่าน่าจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้จำเป็นต้องเป็นตัวที่สำคัญ นั้นหมายถึงจะมีอิทธิพลสูงต่อเรื่องที่กำลังศึกษาในกรอบเวลาที่กำหนด นำเสนอโดยใช้ Card technique 2 cards ระบุแนวโน้มของปัจจัยภายใน และแนวโน้มของปัจจัยภายนอก นำมารวบรวมแนวโน้มให้จัดเป็นหมวดหมู่แล้วทำให้เหลือแนวโน้ม 10-15 อันดับ แล้วให้ที่ประชุมจัดอันดับโดยการให้คะแนนด้วยวิธีการติดดาว

5.4 การระบุความไม่แน่นอนในอนาคต (uncertainties) อธิบายความหมายของคำว่าความไม่แน่นอนในอนาคต อะไรคือความไม่แน่นอนที่สำคัญมากต่ออนาคต เหตุการณ์/ปัจจัยที่จะทำให้อนาคตไม่สืบเนื่องต่อกันจากปัจจุบันอย่างที่มีแนวโน้มจะเป็น สิ่งที่จะทำให้เกิดการพลิกผันครั้งใหญ่ มีผลกระทบอย่างสูงต่อหัวข้อที่กำลังศึกษา ขั้นตอนต่อไปคือ การจัดลำดับความสำคัญของความไม่แน่นอน (Uncertainties) ตามระดับของผลกระทบ (Impact) ต่อเรื่องที่ศึกษา และระดับของความไม่แน่นอน (Uncertainty) ว่ามีสูงหรือต่ำ ระดับของความไม่แน่นอนไม่ใช่ระดับของความเป็นไปได้หรือเป็นไปได้ว่าจะเกิด แต่หมายถึงระดับของความไม่รู้ของกลุ่มผู้ศึกษาว่าจะเกิดหรือไม่และมีผลขนาดไหนอย่างไร โดยผู้เข้าประชุมนำเสนอจัดกลุ่มใน quadrant ของกราฟ แล้วนำกลุ่มความไม่แน่นอนที่มีผลกระทบสูงและมีความไม่แน่นอนสูง มาจัดชุดตรรกะสำหรับเขียนภาพอนาคตต่างแบบกัน

5.5 การเลือกข้อกำหนดของภาพอนาคต (scenario logics) โดยพิจารณาชุดของแรงผลักดันหลักที่ได้ในขั้นตอนก่อนหน้านี้มาเลือกข้อกำหนดสำหรับภาพอนาคตแต่ละภาพที่จะช่วยพัฒนาภาพอนาคตให้แตกต่างกัน วิธีการหนึ่งที่มีจะทำให้ภาพอนาคตแตกต่างกันได้ คือ เลือกกลุ่มปัจจัยที่อาจทำให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญที่มีลักษณะแตกต่างกันได้ โดยอาจเลือกจากปัจจัยที่ถูกจัดอันดับไว้ตามตำแหน่งสูง/ต่ำบนแต่ละแกนของกราฟคละกัน

5.6 การพัฒนาภาพอนาคตให้ออกมาเป็นเรื่องราว จากการประชุมกลุ่มย่อยระดมสมองพิจารณาองค์ประกอบของภาพอนาคต ประกอบกันแนวโน้มและความไม่แน่นอน เล่าเหตุการณ์ภาพอนาคตต่อเนื่องกันในลักษณะร้อยแก้ว เขียนบรรยายลักษณะภาพอนาคตสั้นๆ (200 - 300 คำ) และตั้งชื่อที่เหมาะสมและดึงดูดใจ อาจเขียนภาพรวมลักษณะของ mind mapping เพื่อให้สามารถรวบรวมองค์ประกอบของภาพอนาคต ได้ครบถ้วน

5.7 การตรวจสอบนัยความหมายจากภาพโดยการกลับไปดูหัวข้อการศึกษา ภาพอนาคตแต่ละภาพน่าจะก่อให้เกิดผลต่อเนื่องอะไรบ้าง การประเมินลักษณะเด่นขององค์ประกอบของภาพอนาคต (feature) ว่าความชัดเจนและมีผลกระทบด้านบวกหรือลบ อย่างไรต่อประเด็นสำคัญที่กำหนดไว้ในตอนต้น

5.8 การกำหนดกรอบกลยุทธ์ของภาพที่อยากเห็น โดยใช้ card technique ให้ผู้เข้าร่วมประชุม เสนอกลยุทธ์ แล้วสรุปรวบรวมเพื่อใช้สำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์ต่อไป

ข้อสังเกต แต่ละขั้นตอนต้องมีการชี้แจงทำความเข้าใจ และต้องให้ผู้ร่วมประชุมเห็น ความสำคัญในการระดมพลังความคิดของตนที่เป็นผู้เชี่ยวชาญออกมา การใช้ Card technique ในการ ประชุมสามารถทำให้ผู้เข้าประชุมมีโอกาสเสนอความคิดเห็นพร้อมๆกันได้ ดีกว่าการพูดซึ่งจะอภิปรายได้ ทีละหนึ่งคนซึ่งขณะเดียวกันอาจเกิดการครอบงำความคิดผู้อื่นได้ ผู้ร่วมทีม Facilitators ต้องสามารถ สรุปรวบรวมเนื้อหาที่ผู้เข้าประชุมเสนอได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่ไมชัดเจนอาจให้ผู้เสนออธิบายเพิ่มเติม การรวบรวมข้อมูลต่างๆพิมพ์ขึ้นจอภาพให้เห็นทั่วกันและการพิมพ์รายงานแจกเป็นระยะให้ผู้เข้าประชุม ได้ข้อสรุปในแต่ละขั้นตอนซึ่งต้องนำมาใช้ในขั้นตอนต่อไป มีความจำเป็นที่ต้องมีผู้พิมพ์คอมพิวเตอร์ที่ รวดเร็ว และมีผู้ช่วยสรุปประเด็นข้อมูลให้ซึ่งมีลักษณะของการทำงานร่วมกันเป็นทีม

ประโยชน์ที่ได้จากการทำ Foresight เป็นกระบวนการวาดภาพอนาคตที่อยู่บนพื้นฐานของ การใช้ข้อมูลประกอบที่มีการพิจารณาอย่างรอบด้านถึงแนวโน้มปัจจัยต่างๆ ตลอดจนถึงความไม่แน่นอน ที่อาจเกิดขึ้น หลังจากการจินตนาการอนาคตโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งทำให้ได้ภาพในอนาคตที่มีความเป็นไปได้ สูง 2-3 ภาพ แล้วสามารถนำไปกำหนดกลยุทธ์ต่างๆเพื่อให้ได้ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ การจัดทำ Foresight นอกจากต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญแล้ว การเตรียมการและทำให้ผู้ เข้าประชุมอยู่ร่วมการประชุมได้อย่างต่อเนื่องครบตามกำหนดจะทำให้การประชุมมีประสิทธิภาพได้ผล เป็นภาพอนาคตที่สมบูรณ์ ขณะเดียวกันการได้ภาพอนาคตนั้นจะไม่เกิดประโยชน์อันใดเลย ถ้าไม่มีการ นำไปผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อน ภาพที่ได้ก็จะเป็นเพียงรายงานที่เก็บไว้บนหิ้งสำหรับอ่านเล่น และอาจ ถูกอ้างอิงบ้างว่าได้เคยมีการศึกษาเช่นนี้มาแล้ว
