



เอกสารสรุปประเด็นสำคัญ (Issues Paper)

ระบบยา-ระบบสุขภาพ

ข้อมูลเบื้องต้นในการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

อนาคตระบบยาของคนไทยในระบบสุขภาพแห่งชาติ
(พ.ศ.2546-2555)

15-16 สิงหาคม 2546

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เรียบเรียงโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันทา ไอลี

เอกสารสรุปประเด็นสำคัญ (Issues paper)

ระบบยา-ระบบสุขภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันtha โอศิริ

Issues paper ระบบยา-ระบบสุขภาพนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุปรวบรวมประเด็นที่สำคัญที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ จากเอกสารวิเคราะห์สถานการณ์ (Position papers) ของระบบที่เกี่ยวข้อง 4 ระบบคือ ระบบควบคุมกำกับของระบบยา ระบบบริการเภสัชกรรมที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ระบบการพัฒนาด้านสมุนไพร และ ระบบการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศ 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 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ระบบยาเป็นส่วนที่สำคัญส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ แต่ปัจจุบันนี้มีตัวเลขที่บ่งชี้ถึงภาวะวิกฤติในระบบบริการสุขภาพ รายจ่ายที่ใช้ไปสร้างประโยชน์ไม่คุ้มค่า โดยจากแผนยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2542-2544 ชี้ให้เห็นว่าสังคมไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพถึงปีละ 200,000 ล้านบาท และธนาคารพัฒนาเอเชียคาดว่า ค่าใช้จ่ายนี้จะเพิ่มสูงขึ้นอีก 5 เท่า ในเวลา 2-3 ทศวรรษข้างหน้า ค่าใช้จ่ายดังกล่าวนั้นประมาณร้อยละ 35 เป็นค่าใช้จ่ายด้านยา ขณะที่ประเทศที่พัฒนาในกลุ่มสมาชิก Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) เช่น สหรัฐอเมริกา คานาดา สหราชอาณาจักร และอีกหลายประเทศในยุโรป มีค่าใช้จ่ายด้านยาเพียงร้อยละ 10-20 ของค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ขณะเดียวกันในระบบยาเองก็พบปัญหาทุกทั้งพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของประชาชน การไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านยา การขาดคุณภาพของสถานบริการด้านยา การนำเข้ายาราคาแพง การควบคุมกำกับยาให้มีคุณภาพ ขาดข้อมูลข่าวสารด้านยาเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกบริโภค”ยาของประชาชน” ฯลฯ ซึ่งให้เห็นถึงความไม่มีประสิทธิภาพ และไม่คุ้มค่าของระบบยาในประเทศไทย

อาจกล่าวได้ว่าระบบยาและบริการเภสัชกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบัน **ยังมีความไม่เสมอภาค มีประสิทธิภาพต่ำ ประชาชนยังไม่มีทางเลือกในการรับบริการที่มีคุณภาพ ระบบบริการด้านยาไม่มีความต่อเนื่อง และยังไม่มี ความครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชน** ดังนั้นการมองภาพอนาคตของระบบยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในระบบสุขภาพต่อไป

ปัจจัยแวดล้อมและแนวโน้มด้านสุขภาพ

เศรษฐกิจและสังคม ปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนาเข้าสู่เวทีเศรษฐกิจโลกมากขึ้น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทยและส่งผลต่อการใช้จ่ายทั้งในปัจเจกและระดับประเทศ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การพัฒนาระบบสารสนเทศจะมีมากขึ้น เศรษฐกิจดีขึ้นทำให้มีกำลังซื้อและความต้องการบริโภคทั้งผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพมากขึ้นทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย เกิดปัญหาสังคมทั้งในชนบทและในเมือง ปัญหาสภาวะแวดล้อม การใช้สารเคมีทางการเกษตรหรือในโรงงานอุตสาหกรรม ภาวะความเครียดจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและใจ

โครงสร้างประชากร ประชากรจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อัตราการรับบริการจะเพิ่มขึ้น อายุคาดเฉลี่ยจะสูงขึ้น สัดส่วนกลุ่มวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้น มีความต้องการเพิ่มขึ้นในการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพ อาหารทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางและชะลอความแก่ มีความต้องการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและยาสำหรับโรคในผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ผู้สูงอายุจะมีจำนวนรายการยาที่ใช้สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ และพบปัญหาจากการใช้ยามาก (Drug Related Problems) ดังนั้นในผู้สูงอายุต้องมีการติดตามดูแลการใช้ยา (Drug Therapy Monitoring) สำหรับกลุ่มประชากรอื่นนั้นโรคหรืออาการเฉียบพลันที่เกิดมากที่สุด

เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจและรูปแบบการดำเนินชีวิต การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการมีระบบบริการสุขภาพต้นทาง หรือ Primary care ที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ง่าย จะช่วยลดอัตราป่วยและอัตราตายลง

ภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ปัญหาที่มีความรุนแรงคือ มะเร็ง อุบัติเหตุ เอดส์ โรคหัวใจ และถุงลมโป่งพอง โรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ต้องปรับเปลี่ยน Lifestyle ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆมีจำนวนมากขึ้นและปัญหาที่มีความซับซ้อนขึ้น ต้องการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและยาที่มีประสิทธิภาพขึ้น โรคติดเชื้อที่มีมาแต่เดิมจะลดลง แต่อาจมีโรคติดเชื้อบางชนิดที่กลับมาระบาดใหม่ เช่นวัณโรค หรือมีโรคติดเชื้อใหม่ๆเกิดขึ้น ขาดแคลนยาที่จะต่อสู้กับเชื้อโรค การใช้ยาต้านจุลชีพไม่เหมาะสมทำให้เกิดการดื้อยา ต้องพัฒนายาใหม่ๆที่มีราคาแพง

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

พฤติกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ประกอบการธุรกิจ มีแนวโน้มไปในเรื่องแสวงหากำไรโดยขาดการคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ขณะเดียวกันกระแสแรงจูงใจต่างๆประกอบกับการมีความเข้มแข็งของสังคมและผู้บริโภคมากขึ้น จะเข้ามาตรวจสอบการดำเนินธุรกิจมากขึ้น

การบริโภคที่ไม่เหมาะสมได้รับอิทธิพลจากการโฆษณาและข้อมูลข่าวสารจากผู้ผลิตสินค้าและบริการ การทำให้ข้อมูลข่าวสารจากรัฐและเอกชนที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้นทำให้ผู้บริโภคมีความรู้เรื่องการซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพดีขึ้น จะมีผลสะท้อนกลับไปยังผู้ผลิตที่จะต้องผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพราะหากไม่สามารถสนองตอบความต้องการของผู้บริโภค ก็จะไม่มีการซื้อสินค้าหรือบริการนั้น สินค้าหรือบริการที่ไม่ดีไม่ได้มาตรฐานมักจะแพร่กระจายไปยังผู้บริโภคที่เป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคมซึ่งไม่มีความสามารถจะปกป้องคุ้มครองสิทธิของตนเองได้

สถานการณ์ทางการเมือง มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้น รัฐธรรมนูญฉบับประชาชนได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของคนไทยโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนถึงการกระจายการบริการอย่างเสมอภาคทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ความสำคัญคุ้มครองเด็ก เยาวชน ครอบครัว รวมถึงสิ่งแวดล้อมตลอดจนมีการคำนึงถึงสิทธิผู้บริโภคมากขึ้น ระบุในเรื่องของการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นไว้อย่างชัดเจน กฎหมายระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านสุขภาพจะเปลี่ยนเป็นลักษณะเปิดกว้างขึ้น ปรับให้รับกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนไป และมีบทลงโทษหนักขึ้น

การศึกษา เป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งต่อภาวะสุขภาพอนามัย และพฤติกรรมบริโภคของประชาชน โดยระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกใช้ รวมถึงการปกป้องสิทธิของตนเอง อัตราการไม่รู้หนังสือจะลดลง แต่คุณภาพการอ่าน เขียน และตีความวิเคราะห์ จะมี

หรือไม่นั้นเป็นการสะท้อนถึงโอกาสที่จะรู้และเข้าใจในสิ่งที่เป็นประโยชน์และเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ ขณะเดียวกันการศึกษาฐานะและชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นทำให้ความคาดหวังในการได้รับบริการสุขภาพสูงขึ้น ประชาชนมีความรู้มากขึ้น สังคมมีประชาธิปไตยมากขึ้น มีความต้องการตรวจสอบและควบคุมระบบในสังคมและระบบบริการสุขภาพ และผู้ประกอบการวิชาชีพก็จะถูกตรวจสอบมากขึ้น

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น ไมโครเวฟ คอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์มือถือ อาจจะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพในอนาคต นอกจากนี้ การก้าวไปสู่สังคมที่ไร้พรมแดน ทำให้มีการติดต่อและค้าขายทาง อิเล็กทรอนิกส์ (E-commerce) มากขึ้น การควบคุมกำกับจะมีความซับซ้อนขึ้น

ระบบข้อมูลข่าวสาร จะมีการเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลทุกระดับตั้งแต่ท้องถิ่นจนถึงระดับ ประเทศ สามารถนำ ข้อมูลมาใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนสาธารณสุขในวงกว้างได้ และมีความจำเป็นที่จะต้องให้บริการข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพให้ประชาชนในวงกว้างในการดูแลตนเอง

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย มีแนวโน้มจะดีขึ้น เนื่องจากการปรับเปลี่ยนในประเด็นดังนี้

-โครงสร้างในการให้บริการของรัฐ บริการของรัฐมีครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่จังหวัดลงมาถึงตำบลและ หมู่บ้าน บุคลากรส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพและความรับผิดชอบสูง และมีสำนึกต่อสังคม มีหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมกัน ให้บริการสุขภาพ แต่ในระดับปฐมภูมิและพื้นที่ห่างไกลยังมีบุคลากรวิชาชีพไม่ครบทุกด้าน การกระจายอำนาจจะทำให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นของตนเอง ภารกิจบทบาทและอำนาจหน้าที่ขององค์การสาธารณสุขระดับต่างๆ จะเปลี่ยนแปลงไป เช่น กระทรวงสาธารณสุขจะมีขนาดเล็กลง สายการ บังคับบัญชาสั้นลง โครงสร้างการบริหารจัดการระดับภูมิภาคและท้องถิ่นใหญ่ขึ้น มีการสร้างเครือข่ายรวมกลุ่มในระดับภาค โรงพยาบาลต่างๆบริหารแบบอิสระภายใต้การกำกับของรัฐหรือองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล ได้รับ Contract out ไปดูแลประชาชนตามความสามารถในการให้บริการ ทำให้เกิดการแข่งขัน และคำนึงถึงความอยู่รอดของโรงพยาบาลในเชิงธุรกิจมากขึ้น

ในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย โรงพยาบาลมีลักษณะไม่หวังผลกำไร เป็นองค์การการ กุศล มูลนิธิ สำหรับในประเทศไทยซึ่งมีศาสนาพุทธเป็นหลักให้ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ มีความเชื่อ วัฒนธรรมที่ดีงาม มีชุมชนซึ่งช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีผู้ใจบุญยินดีบริจาคทำการกุศลเป็นอันมาก สมควรพัฒนารูปแบบของสถานพยาบาลที่ ผสมผสานกับชุมชน วัด และกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน เช่นการทำสมาธิ การฝึกโยคะ เป็นต้น

- ระบบหลักประกันสุขภาพ มีการครอบคลุมทั่วถึง (Universal Coverage) แต่สิทธิในการได้รับบริการ สุขภาพขั้นพื้นฐาน อาจยังไม่เท่าเทียมกันโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ระบบประกันสุขภาพอาจมีหลายระบบหลาย ลักษณะ แต่มีการตกลงในหลักการร่วมกัน เช่นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ปัญหาความต่อเนื่องของบริการสุขภาพจะ ได้รับการแก้ไขระดับหนึ่งโดยชุมชน ภาคเอกชนจะมีบทบาทในการบริการมากขึ้นและมีแนวโน้มขยายตัวมากกว่าภาครัฐ โดยส่วนใหญ่จะกระจายตัวอยู่ในเขตเมืองใหญ่ ส่วนของภาครัฐจะมีการพัฒนาด้านประสิทธิภาพและคุณภาพมากกว่า ด้านปริมาณโดยจะมีอิสระมากขึ้นในการบริหารจัดการ รูปแบบการร่วมกันจัดบริการระหว่างรัฐและเอกชนจะมีมากขึ้น คุณภาพสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน จะได้รับการพัฒนาขึ้นระดับหนึ่ง ด้วยระบบและกลไกที่จะรับรองคุณภาพ

มาตรฐานสถานพยาบาล โดยเชื่อมโยงกับระบบการจ่ายเงิน กระแสเรียกร้องของผู้บริโภคและผู้จ่ายเงินภายใต้ระบบประกันสุขภาพในลักษณะต่างๆ จะมีผลให้มีแนวโน้มให้เกิดระบบควบคุมกำกับ และมีกลไก ทำให้มีการเปิดเผยข้อมูลทั้งเรื่องคุณภาพ บริการและเรื่องราคาต่อผู้บริโภค

- **ระบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการ** (payment method) ถือเป็นกลไกที่สำคัญ ควรมีแนวทางโน้มน้าวผู้ให้บริการให้ไปใช้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิก่อนเนื่องจากสามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วยต้นทุนต่ำ การจ่ายแบบเหมาหัว (Capitation) และตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรค (DRG) ซึ่งเป็นระบบจ่ายเงินที่เน้นประสิทธิภาพโดยไม่เน้นทอนคุณภาพ ควรมีการติดตามผลประโยชน์จากการสั่งยาฟุ่มเฟือยหรือการสั่งยาด้วยกว่ามาตรฐาน โดย (1) การควบคุมราคา ยา (2) อนุญาตให้ผู้ให้บริการถือใบสั่งยาไปรับยาได้ที่ร้านจำหน่ายที่ลงทะเบียนไว้ (บทสรุปสำหรับผู้บริหาร หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) การจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานบริการหรือแพทย์ผู้ให้บริการควรต้องแยกค่ายาออกจากบริการอื่นๆ ลดแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการที่จะหาผลกำไรไว้กับการจ่ายยาที่เกินความจำเป็น

การปรับปรุงระบบการจ่ายเงินให้สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการคือการจ่ายเพิ่มสำหรับบริการที่มีคุณภาพแตกต่างจากปกติทั่วไป ตัวอย่าง ในประเทศญี่ปุ่นมีการจ่ายเพิ่มสำหรับกิจกรรมที่แสดงถึงคุณภาพเช่นห้องยาของโรงพยาบาลที่มีบริการจ่ายยาโดยมีการให้คำปรึกษาการใช้ยาเฉพาะราย (Drug counseling) หรือในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้นำระบบการจ่ายค่าตอบแทนผู้ประกอบการวิชาชีพต่างๆโดยคิดเป็นคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative value scale) ของกิจกรรมการบริการ เช่นการทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย Drug Therapy Monitoring และการแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยตามความรุนแรงซึ่งมีความยากง่ายและความสำคัญต่างกัน

อย่างไรก็ตามระบบการจ่ายเงินในโครงการหลักประกันต่างๆไม่ควรให้ความสำคัญกับ “การรักษา” มากกว่า “การส่งเสริมและป้องกันโรค” และไม่ควรสร้างความไม่เป็นธรรมให้ผู้ปฏิบัติงานให้บริการในระดับต่างๆ

- **สิทธิประโยชน์ด้านรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันต่างๆ** จะมีกรอบรายการยาที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม เพื่อลดปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงและปัญหาสิทธิพื้นฐานบริการที่ไม่เท่าเทียมกัน เช่นสวัสดิการรักษายาของข้าราชการซึ่งมีกลไกการจ่ายเงินแก่สถานบริการตามที่จ่ายจริงนำไปสู่ค่าใช้จ่ายที่สูงมาก จะมีการเปลี่ยนแปลงรายการยาจากเดิมซึ่งยึดตามบัญชียาหลัก เป็นการกำหนดทั้งรายการยาและราคา ยา โดยผู้มีสิทธิสามารถเลือกยาที่ไม่อยู่ในบัญชีคุ้มครองได้แต่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับส่วนต่างของราคาที่ต้องการ ซึ่งจะส่งผลดีคือทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกจำกัดด้วยระบบจ่ายเหมา และสามารถควบคุมรายจ่ายค่ายาที่ไม่เท่ากันของสถานบริการ ระบบนี้จำเป็นต้องแยกอำนาจการสั่งยากับการจ่ายยาออกจากกัน และพัฒนาการบริหารจัดการด้านข้อมูลการสั่งและจ่ายยา ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนาการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุกัลยา คงสวัสดิ์. 2544)

- **ระบบการตรวจสอบ** องค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ระบบทำงานอยู่ได้อย่างยั่งยืนไม่ล้มเหลวคือระบบการตรวจสอบ ที่มีกลไก feedback ที่เข้มแข็ง ระบบฐานข้อมูลจะถูกพัฒนาทำให้สามารถทบทวนการใช้บริการ (utilization review) และการตรวจสอบทางการแพทย์ (medical audit) ในประเทศอังกฤษ NHS มีกระบวนการทบทวนและวิเคราะห์ใบสั่งยาที่ส่งมาจากสถานบริการและร้านยา แล้วรายงาน feedback กลับไปที่ผู้สั่งใช้ยาว่ามีการสั่งใช้ยาน้อยเพียงไร 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 ขณะเดียวกันต้องมีการติดตามดูแลเพื่อให้บุคลากรเหล่านั้นสามารถอยู่ปฏิบัติงานได้ระยะยาว การคิดสัดส่วนบุคลากรต่อประชากรในพื้นที่ต้องใช้ตัวเลขจริงของบุคลากรที่ทำหน้าที่ในระดับปฐมภูมิ ไม่ใช่จำนวนรวมจากบุคลากรที่ทำหน้าที่อื่นอยู่ ทำให้ไม่สามารถให้บริการประชาชนได้จริง

มุมมองของประชาชนเกี่ยวกับระบบสุขภาพ (สมัย อาภาภิรม. 2540) ได้แก่

“ปัญหาโรคควมสามชั่วโง่เพียงเพื่อจะพบหมอเพียงห้านาทีก่อนที่ในโรงพยาบาลรัฐ โรคอาการที่ใช้เวลาเพียงห้านาทีก่อนในการตรวจวินิจฉัยสั่งยานั้นจะสามารถไปรับบริการที่ไหนได้บ้างที่ประชาชนมีความเชื่อมั่น เมื่อได้ยามาแล้วบางทีก็ยังไม่ว่าตัวเองเป็นอะไร ได้ยาอะไร ยาเป็นสิ่งที่ประชาชน ‘ห้ามแตะ’ ต้องกลับไปหาหมอใหม่ทุกที จะไปศูนย์สาธารณสุขหรือสถานอนามัยใกล้บ้านก็ไม่เชื่อมั่น ถ้าอยากให้เร็วหน่อยก็ไปโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกแล้วยอมเสียเงิน 300-500 บาทเป็นอย่างน้อย สำหรับชาวบ้านร้านตลาดทั่วไปถ้าไม่หนักหนาสาหัสจริงๆก็มักอาศัย ยาแก้ไข แก้หวัด แก้ไอ ปวดหัว ปวดท้อง ยาใช้ภายนอก ยาต้ม ยาพอก ยาใส่แผล ซึ่งมักจะเป็นยี่ห้อที่ชาวบ้านรู้จักกันดี หรือที่ “หมอดี” แนะนำ ซึ่งถ้าโรคไม่ซับซ้อนก็หายได้ แต่ถ้าหากร้ายแรงก็หามส่งโรงพยาบาล

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

การซื้อยามารับประทานเองไม่น่าจะผิดถ้าหากคนป่วยรู้ว่าตนเองเป็นโรคอะไร และรู้ยาที่รับประทานคืออยู่แล้ว กรณีเป็นโรคเรื้อรัง แต่จะผิดแน่ถ้าวินิจฉัยโรคเองโดยไม่มีความรู้ทั้งเรื่องโรคและยาที่ใช้ว่าเป็นอย่างไร น่าจะมีการพิจารณาดูว่าการณีการป่วยเช่นไรบ้างที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้ และสามารถรู้จักตัวยารักษาโรคพื้นๆ ส่วนยาที่ต้องรับประทานซ้ำๆ ถ้าสามารถซื้อยารับประทานเองได้ก็จะช่วยลดการไปพบหมอและต้องเสียเงินค่าตรวจรักษาที่เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งสิ้นเปลืองโดยใช้เหตุหรือไม่ เพราะตัวยาก็มีชื่อและขนาดที่ชัดเจนอยู่แล้ว ร้านขายยาจะได้แสดงบทบาทได้อย่างเต็มที่ การส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บของตัวเอง เป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอีกแบบหนึ่งซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทำให้บริการสาธารณสุขส่วนที่เป็นเชิงการค้าให้ต้องเปลี่ยนแปลงไปด้วยอย่างแน่นอน”

บทความที่ยกมานี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองที่ประชาชนมีต่อระบบสุขภาพที่ได้รับบริการจากรัฐในประเด็นของ อำนาจการตัดสินใจในการรักษาและจ่ายยาอยู่ที่แพทย์มาก ทั้งที่อาการเจ็บป่วยบางอย่างผู้ป่วยสามารถประเมินด้วยตนเองเบื้องต้น การจำกัดการรักษาส่วนใหญ่ไว้ที่แพทย์ทำให้ประชาชนประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจากรัฐซึ่งมีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดทั้งด้านสถานพยาบาลและแพทย์ ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่รักษาตัวเองเบื้องต้นจากการซื้อยากินเองตามร้านขายยา หากรัฐมีมาตรการสนับสนุนที่จะช่วยให้เภสัชกรสามารถแสดงบทบาทในการรักษาโรคที่ไม่ซับซ้อนมากนัก และมีกลไกที่เข้มแข็งในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคภัยไข้เจ็บด้วยตัวเองก็จะช่วยบรรเทาปัญหาดังกล่าวลงไปได้

สภาพปัจจุบัน จะพบปัญหาในระบบบริการด้านยา ดังนี้

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

2.ประชาชนขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ปัจจุบันประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาเกินความจำเป็น (Overused) ประชาชนในเขตเมืองที่เข้าถึงการบริการได้ง่ายมีค่านิยมในการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น แม้เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ขาดพฤติกรรมดูแลตนเองเบื้องต้นที่เหมาะสม

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

4.ขาดความเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ไม่เกิดการเชื่อมโยงในระบบการให้บริการ และไม่มีเกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Refer system) ที่เหมาะสม ไม่สามารถให้ข้อมูลที่มีอยู่ร่วมกันให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย เกิดปัญหาการสั่งจ่ายซ้ำซ้อน หรือในบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่จำเป็นเนื่องจากไปรับบริการหลายแห่ง ไม่มีระบบ

เครือข่ายการให้บริการร่วมกัน อีกทั้งการบริการสุขภาพในภาคเอกชนนั้น ส่วนใหญ่เป็นการบริการที่ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง โดยไม่สามารถเบิกจ่ายคืนจากรัฐ

แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงในระบบยา-ระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า (เอกสารสรุปสถานการณ์ระบบบริการเภสัชกรรม)

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

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

3. ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างวิชาชีพ บุคลากรแต่ละวิชาชีพทำงานร่วมกันมากขึ้นตามบทบาทหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นทั้งปริมิตด้านสุขภาพ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลเวชปฏิบัติ และอื่นๆ โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการให้บริการทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) ส่งมอบยา ติดตามดูแลการใช้ยา ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ยา การเกิดเครือข่ายการประสานงานเพื่อร่วมกันดูแลสุขภาพ ของทั้งในกลุ่มประชาชนเอง รวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เกิดภาพเครือข่ายของสถานบริการทั้งในส่วนของรัฐและเอกชน

4. ความต้องการของประชาชน ในการได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงง่ายของประชาชน จากประสบการณ์การได้รับบริการที่ขาดมาตรฐาน ขาดประสิทธิภาพ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมีมากขึ้น ประชาชนจะแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพและต้องการได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของตนเองมากขึ้น

5. มาตรฐานการให้บริการ มีการยกระดับมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ 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 เพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ และเกิดความประหยัดในระบบสุขภาพ ”

ประเด็นที่ 7. การพัฒนาการผลิตสมุนไพร

คำถาม “การพัฒนาด้านการผลิตสมุนไพรเพื่อใช้ทดแทนยานำเข้า จะต้องมีมาตรการสำคัญอย่างไรบ้าง”

ประเด็นที่ 1. การบริโภคยาและการจ่ายยาไม่เหมาะสม

คำจำกัดความ : การบริโภคยาที่เหมาะสม หมายถึงการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งในด้านวิชาการ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย โดยคำนึงถึงการประหยัดทรัพยากรและการพึ่งตนเองในระบบสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

ค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านยาเป็น 35% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด การบริโภคนียามีมูลค่าสูงและมีอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็ว มีหลักฐานว่ามีการบริโภคนียาอย่างฟุ่มเฟือยและไม่เหมาะสมตั้งแต่ระดับชาวบ้านในชนบทที่ซื้อยากินเองไปจนถึงระดับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล (จิตร สิทธิอมร, 2541) **ประมาณ 2/3 ของมูลค่าการบริโภคนียาที่สูงนี้ บริโภคโดยผ่านการตัดสินใจหรือแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพ** (แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ) **ส่วนอีก 1/3 บริโภคโดยการตัดสินใจของประชาชนคือซื้อยารักษาตนเอง** โดยอาศัยคำแนะนำจากญาติเพื่อนหรือโฆษณา โดยมีแนวโน้มที่จะบริโภคผ่านการตัดสินใจและแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพมากขึ้นเรื่อย ๆ

การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในระดับผู้บริโภค พบว่ามีการจำหน่ายยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างผิดกฎหมาย ทั้งในร้านชำและร้านขายยาบรรจุน้ำยาที่ไม่ใช่ยาอันตราย รวมทั้งมีการขายยาชุด ยา ลูกกลอนผสมสเตียรอยด์ มีหลักฐานว่ามีการใช้ยาเกินความจำเป็นในกลุ่มยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดข้อกล้ามเนื้ออักเสบ ยาแก้ปวด ยาแก้ไอหวัด ร้านยาบางแห่งมีการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่การขายยาแก้ไอโคเดอินจำนวนมากให้เยาวชน ลักลอบจำหน่ายยาชุดลดความอ้วน ยาชุดขับเลือด ยาหมอดอายุ และยาสัตว์ห้ามใช้ต่างๆ ทั้งเป็นแหล่งแพร่ระบาดของยาเสพติดบางชนิด พบว่าร้านชำหรือร้านค้าปลีกเป็นแหล่งที่ชาวบ้านไปซื้อยามากที่สุดมีการบริการด้านยาที่ไม่มีความรู้ ด้านการโฆษณาแม้จะมีความเข้มงวดตามระเบียบ ในต่างจังหวัดพบว่าร้อยละ 70 การโฆษณาทางวิทยุไม่เคยขออนุญาต หรือขออนุญาตโฆษณาอย่างหนึ่งแต่โฆษณาอีกอย่างหนึ่ง

จากการสำรวจของบริษัท IMS (ธีระ ฤกษ์จันโรดม, 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[®] มียอดขายสูงสุดในกลุ่มทางเดินหายใจ และ Diane-35[®] มียอดขายสูงสุดในกลุ่มยาคุมกำเนิด มีข้อสังเกตว่ายา Diane-35[®] ไม่ใช่ยาที่ควรซื้อใช้เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร และเมื่อพิจารณายาใน 10 อันดับแรกสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของการโฆษณาที่บริษัทต่างๆ ใช้

การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาการใช้ยาในโรงพยาบาลในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการสั่งใช้ยาที่มีปัญหาด้านขนาดยา วิธีการให้ยา ความถี่การให้ยา ระยะเวลาให้ยา การสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา เกิดความสูญเสียและสูญเปล่า โดยเฉพาะในกลุ่มยาต้านจุลชีพที่เป็นปัญหา

ในสถานพยาบาลทุกระดับทำให้เกิดการตี้อยา ปัญหาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในโรงพยาบาล บางแห่งสูงถึงร้อยละ 77.8 การสั่งใช้ยาลดไขมันโดยไม่มีข้อบ่งชี้พบในอัตราสูงมาก (ระบบยา 2, 2545:197) หรือปัญหา การใช้ยาโดยไม่มีประสิทธิผล การขาดการติดตามการรักษาจนครบระยะเช่นในกรณีของวัณโรคทำให้อัตราการรักษา หายต่ำ การขาดการให้ความรู้ผู้ป่วยภายหลังการสั่งใช้ยา การใช้ยาโดยไม่ถูกกฎหมายในสถานพยาบาล เช่นการใช้ยา ลดความอ้วน วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท การเกิดอันตรายจากการใช้ยาเนื่องจากเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา การ เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ฯลฯ บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับ พ.ศ.2542 ได้กำหนดให้โรงพยาบาลที่จะใช้ยา ในกลุ่มเฉพาะ (บัญชี ก.) ต้องมี **การประเมินผลการใช้ยา (Drug Use Evaluation)** โดยเภสัชกรทำหน้าที่ประเมินผล การใช้ยา แล้วโรงพยาบาลดำเนินการติดตามควบคุม เพื่อให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง

ปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศแต่ที่ ผ่านมา **ไม่มีมาตรการใดใดในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว** อาจกล่าวได้ว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาลักษณะปัญหาการ ใช้ยาในประเทศไทยทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนยังคงเป็นเช่นเดิม แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบขนาดและความ รุนแรงของปัญหาได้ **เนื่องจากไม่มีงานวิจัยระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง** ทำให้ไม่สามารถประเมินค่าความ เสียหายที่เกิดขึ้น

สาเหตุของปัญหา

1. **การโฆษณาและการส่งเสริมการขาย** การโฆษณาที่มีรูปแบบหลากหลายในโรงพยาบาลและคลินิก ทั้ง ในเรื่องส่วนลด ของแถม การบริจาคสิ่งของ สปอนเซอร์จัดประชุมต่างๆ ตลอดจนถึงการท่องเที่ยวต่างประเทศ เมื่อทำ ยอดสั่งซื้อได้ตามเป้าหมาย ทำให้เกิดการ “ยิงยา” สั่งใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล มีการศึกษาที่แสดงถึงประสิทธิผลการ บริหารจัดการของภาครัฐในการจัดหายาซึ่งมีผลกระทบต่อการใช้จ่ายด้านยา รวมทั้งมีรายงานที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้ ยาสามัญ (Generic drugs) มีผลต่อการประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมากและมีแนวโน้มที่ชี้ว่ายา ใหม่มีส่วนเพิ่มค่าใช้จ่ายอย่างมาก (ระบบยา 2, 2545: 163-164) จากการที่ประชาชนได้รับข้อมูลไม่ถูกต้อง ใน พ.ศ.2535 มูลค่าโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ ยกเว้นสื่อวิทยุจากบริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายยาในประเทศไทยมีมูลค่าถึง 600 ล้านบาท ยังไม่นับรวมค่าจัดประชุม ค่าจัดเลี้ยง ของขวัญ ค่าคอมมิชชั่นในการจัดซื้อยาที่เรียกว่าค่าใช้จ่ายในการ ส่งเสริมการขายยา ประมาณ 1,500 ล้านบาท ขณะที่งบประมาณการเผยแพร่ความรู้สู่ผู้ประกอบการวิชาชีพและประชาชน รวมกันไม่ถึง 10 ล้านบาท (จิตร สิริธอมร, 2541)

2. **กระบวนการจัดหายามีผลประโยชน์แอบแฝง** การให้ผลประโยชน์ตอบแทนแก่ผู้สั่งซื้อหรือผู้สั่งให้นำไปสู่ การจัดซื้อยาราคาแพงและไม่เหมาะสม ความแตกต่างของราคายาชนิดเดียวกันทำให้เกิดปัญหาทุจริตในการจัดซื้อยา ซึ่งมีความรุนแรงเกิดปัญหาทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2541 บุคลากรและองค์กรต่างๆ ได้ออกมาเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงเกิดความโปร่งใสขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลการจัดซื้อยา มีราคาอ้างอิง (Reference Price) และการจัดซื้อรวม ตลอดจนแนวทางมาตรการอีกมากมาย

3. **ระบบการคิดค่าบริการทางการแพทย์ผนวกกับค่ายา** การคิดค่าบริการสุขภาพ ซึ่งคิดค่าบริการตรวจ รักษาโรครวมแถมไว้กับค่ายาทำให้แพทย์และโรงพยาบาลต้องจ่ายยาเพื่อคิดค่าบริการ ขณะเดียวกันเภสัชกรหรือร้านยา ซึ่งควรจะขายยาตามใบสั่งแพทย์ ในทางกลับกันทำการวินิจฉัยรักษาโรคและขายยาไปพร้อมกันทั้งสองประการทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะจ่ายยามากๆ เป็นระบบยาที่ไม่มีการตรวจสอบกันทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมได้ง่าย

ระบบการแยกการสั่งใช้ยาโดยแพทย์และการส่งจ่ายโดยเภสัชกร ทำให้เกิดการกระบวนกรทบทวนใบสั่งยา (Prescription reviews) ซึ่งเป็นการควบคุมกำกับ การใช้ให้เกิดความสมเหตุสมผลมากขึ้น ภายในระบบ ซึ่งในปัจจุบัน ระบบนี้มีอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น

4. การขาดมาตรฐานในการบำบัดรักษาโรค และความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลในการวินิจฉัยที่แน่ชัด สั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม จ่ายยาและให้คำแนะนำ รวมทั้งความสามารถของประชาชนในการใช้ยาตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษาด้วย แม้จะมีความพยายามจัดทำ Clinical Practice Guideline แต่ก็พบว่าไม่ได้รับการปฏิบัติตามมากนัก ต้องมีการใช้มาตรฐานวัดพฤติกรรมกรสั่งยา และนำข้อมูลที่ได้ประเมินผลและสะท้อนกลับไปให้กับผู้สั่งใช้ยาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับปรับปรุงมาตรฐาน หรือปรับปรุงพฤติกรรมกรสั่งยาอีกครั้งหนึ่ง วิธีการนี้เป็นพื้นฐานของกระบวนการ “medical audit”

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

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

องค์กรและหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งองค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนะมาตรการรวมทั้งกลวิธีส่งเสริมให้เกิด การใช้ยาที่สมเหตุสมผล (Rational use of drug) ไว้หลายรูปแบบ ซึ่งประเทศไทยได้นำมาปฏิบัติ และพบว่าประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง และในบางพื้นที่ แต่ยังไม่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม การแก้ปัญหาจึงไม่สามารถทำได้อย่างเป็นระบบ ไม่สามารถเชื่อมโยงกับองค์ประกอบอื่นๆทั้งในระบบยา และระบบสุขภาพ ขาดการนำนโยบายแห่งชาติด้านยาที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบทำหน้าที่ประสานงาน ติดตามควบคุมกำกับ และประเมินผล (ระบบยา 2, 2545: 191-192) แม้จะมีการวางหลักเกณฑ์ไว้ แต่สิ่งเหล่านี้ยังไม่เกิดขึ้นคือ

1. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านยา ขาดการพัฒนาในระดับชาติที่จะเป็นแหล่งข้อมูลรวมที่ครบถ้วน ทันสมัย เข้าถึงง่าย และเป็นกลาง ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เภสัชกรในโรงพยาบาล คลินิก ร้านยา และสถานพยาบาลต่างๆ รวมถึงข้อมูลที่เหมาะสมให้กับผู้บริโภค

2. การพัฒนาระบบ Check and Balance และการทบทวนการสั่งใช้ยา ในระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เช่นระบบใบสั่งยา การใช้มาตรการทางการเงินการคลังวางข้อกำหนดในการสั่งใช้ยาในระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ การประเมินการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ และมีกลไกแจ้งข้อมูลย้อนกลับ (feedback mechanism)

3. การส่งเสริมให้เกิดการสั่งใช้ยาที่สมเหตุสมผล การเสริมองค์ความรู้ทางวิชาการที่พอเพียง ต่อเนื่อง และทันสมัย กระตุ้นให้ตระหนักในจริยธรรมและจรรยาบรรณของผู้สั่งใช้ยา
4. มาตรการจัดการให้เกิดการคัดเลือก จัดหา และกระจายยาอย่างมีประสิทธิภาพ ในระดับประเทศ และทุกระดับภูมิภาค ทั้งในสถานพยาบาล ของรัฐและเอกชน และแหล่งกระจายยาอื่นๆ ทุกระดับ
5. การบังคับใช้กฎหมายในการควบคุม กำกับ การออกกฎระเบียบ นโยบาย เพื่อควบคุมรายการยา มาตรฐานการสั่งใช้ยา การปรับปรุงระบบการจ่ายยา มาตรฐานการส่งมอบยาที่ดี
- 6 การส่งเสริมการให้ยาด้วยตนเอง (self medication) ที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการดูแลตนเอง (self care) อย่างถูกต้อง การมียาที่เหมาะสมใช้อย่างทั่วถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้เกิดความเหมาะสม

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
- ยาลดการอักเสบกล้ามเนื้อกระดูก piroxicam มี 179 ตำรับ

ผู้ผลิตใช้ชื่อการค้าได้หลายชนิดเพียงแต่เปลี่ยนสีและรูปร่างของเม็ดยาซึ่งยาชื่อสามัญเดียวกันโรงงานมักขออนุญาติขึ้นทะเบียนตำรับเพื่อหลายรูปแบบไว้สำหรับคลินิกหรือร้านยาสั่งซื้อไปจำหน่าย โดยไม่ต้องการให้ผู้รับบริการทราบว่าเป็นยาอะไรจะต้องกลับมาซื้อที่เดิมและไม่ทราบราคาที่เหมาะสมคลินิกหรือร้านยาจะเรียกเก็บเงินเท่าไรก็ได้ **ราคาขายชนิดเดียวกันในท้องตลาดเมื่อมีชื่อการค้าต่างกันมีราคาแตกต่างกันซึ่งเป็นการเอาเปรียบทางการค้าโดยผู้บริโภคไม่รู้ไม่เท่าทัน** การมีตำรับยามากเกินไปทำให้เกิดความสับสนแก่ผู้บริโภค เมื่อเกิดปัญหาแพ้ยาไม่สามารถระบุชนิดของยาจากรูปลักษณะภายนอก **การมีตำรับยามากเป็นภาระในการบริหารจัดการและควบคุมดูแล** ตั้งแต่การขึ้นทะเบียน การควบคุมคุณภาพ การควบคุมการโฆษณา การควบคุมการจำหน่ายและการใช้ยา ตำรับยาที่มีจำนวนมากนั้นเป็นตำรับยาผสมมีจำนวนมากถึงร้อยละ 31 ของตำรับทั้งหมดทำให้เกิด**ปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน** (duplication therapy) เมื่อผู้ป่วยไปรับบริการจากหลายสถานบริการอาจได้รับยาซ้ำ เกิดการใช้ยาเกินขนาดมีอันตราย และเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ตำรับยาที่มีหลากหลายนั้นเป็น**ตำรับยาที่ไม่เหมาะสมจำนวนมาก** (ระบบยา 2, 2545 : 8)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ประเทศไทยกำหนด"บัญชียาหลักแห่งชาติ"ขึ้นโดยให้มีรายการยาที่จำเป็นต่อสุขภาพของประชาชนไทย โดยบัญชียาหลักนี้ถูกบังคับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นโดยบังคับการใช้ประมาณในการสั่งซื้อซึ่งในช่วงแรกไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้จากเดิมซึ่งมีรายการยาแบบขั้นต่ำ (minimum) 408 รายการในปี 2524 เพิ่มขึ้นเป็นรายการยาแบบขั้นสูง (maximum) 958 รายการในปี 2542

อีกมุมมองหนึ่งปัญหาหลักแห่งชาติถูกนำมาใช้บังคับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา(ซึ่งมีความรู้) ขณะที่ส่วนอื่นๆและในท้องตลาดมี ยาเป็นหนึ่งนํ้ารับกระจายอยู่อย่างถูกปล่อยปละละเลย เป็นอันตรายต่อประชาชนผู้ใช้ยา(ซึ่งไม่มีความรู้) มีผู้ตั้งประเด็นคำถามว่า ทำไมปัญหาหลักแห่งชาติ ที่มีประโยชน์จึงไม่ถูกนำไปใช้ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้รับคำอธิบายเพียงว่า ภาครัฐและเอกชนนั้นรัฐไม่สามารถบังคับได้ ทั้งที่จริงแล้ว “ยาเป็นสินค้าจำเป็น” ที่รัฐจะต้องควบคุมดูแลเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาความเดือดร้อนแก่ประชาชน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ หน่วยงาน องค์กรและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ควรหามาตรการให้สินค้านี้เป็นสินค้าสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน ไม่ปล่อยให้ประชาชนถูกหลอกและถูกเอารัดเอาเปรียบดังที่เป็นอยู่

2.2 การแบ่งประเภทยาไม่เหมาะสมและขาดความชัดเจน

ยาที่สั่งจ่ายโดยแพทย์ (prescription drugs) ควรเป็นยาสำหรับรักษาโรคและอาการที่ต้องการการวินิจฉัย และมีความซับซ้อน ยาที่จ่ายโดยเภสัชกร (pharmacist drugs) ควรเป็นยาสำหรับบรรเทาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ให้ลุกลามนำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงต่อไปโดยเป็นยาอันตรายที่ต้องอยู่ในความดูแลและให้คำแนะนำการใช้ที่ถูกต้องโดยเภสัชกร และ ยาที่ประชาชนทั่วไปสามารถหาซื้อใช้ได้เองอย่างปลอดภัย (over the counter drugs, OTC) ซึ่งยาประเภทนี้ควรมีให้พอเพียงเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง (Self medication) โดยต้องมีข้อมูลการใช้ยาอย่างชัดเจน

การแบ่งประเภทยาตามพระราชบัญญัติยาเดิม พ.ศ. 2510 แบ่งเป็น ยาสามัญประจำบ้าน ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ และยังมียาที่ขึ้นทะเบียนตำรับได้โดยมีเงื่อนไขและยาที่ใช้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น 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 อย่างที่มีความพยายามดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาล โดยมีรายงานข้อมูลบางส่วนที่แสดงถึงว่าคุณภาพยาในสถานบริการต่างๆและในท้องตลาดนั้นมีปัญหาไม่ได้มาตรฐาน

คำถามประเด็นที่ 2 “พรบ.ยา กฎหมาย และเงื่อนไขอะไร ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของ สิ่งเหล่านี้ได้ และต้องสร้างกลไกอะไรรองรับเพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ”

เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสม ตำรับยาที่มีมากเกินไป และการด้อยคุณภาพของยา ในท้องตลาด ควรมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาตรการ ดังนี้

การปรับปรุง พรบ.ยา ซึ่งเป็นกฎหมายหลักสำหรับควบคุมกำกับระบบยา พรบ.ยาที่ใช้ในปัจจุบันคือฉบับ พศ.2510 มีอายุการใช้นานกว่า 30 ปี แม้จะมีการแก้ไขเพิ่มเติมก็ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกัน กระบวนการร่างกฎหมายใหม่ดังกล่าวต้องใช้เวลานานเป็นปี **เมื่อมีการยกร่างใหม่ควรจะได้มีการวางระบบ หลักเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับระบบยาที่ดีในอนาคต** ตัวอย่างได้แก่

- การแบ่งประเภทยาที่สั่งใช้โดยผู้ประกอบวิชาชีพ และยาที่ประชาชนสามารถใช้ได้เอง เพื่อให้เกิดความ สะดวกในการดูแลตนเองเบื้องต้น (Self medication) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลัก และมีข้อมูลการใช้ยาที่ ชัดเจน
- การคัดเลือกตำรับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของประชาชน ลดจำนวนตำรับยาที่มากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งตำรับยาที่ไม่เหมาะสม
- ข้อกำหนดเรื่อง Product liability ความรับผิดชอบของบริษัทหรือผู้ผลิตยาเมื่อยาสร้างความเสียหายกับ ผู้บริโภค ผู้บริโภคมีสิทธิฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ (ถูกตัดออกไปทั้งที่เสนอไว้ในร่างฯ ตั้งแต่ต้น)
- การกำหนดลักษณะของรูปแบบที่น่าจะเป็น การแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวช กรรมและเภสัชกรรม ระบบใบสั่งยา การปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ฯลฯ
- การสร้างระบบคุณภาพที่ทำให้ได้ยาที่ดีถึงมือผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็นยาที่ปรุงในคลินิก ร้านยา โรงงาน โรงพยาบาล หน่วยงานของรัฐ

รัฐจำเป็นต้องหามาตรการหรือเครื่องมือที่ช่วยให้สถานพยาบาลสามารถจัดหาที่มีคุณภาพ ส่วนอีก ด้านหนึ่งคือการจัดหาในภาคเอกชน จำเป็นต้องมีกลไกป้องกันไม่ให้ยาที่ไม่มีคุณภาพกระจายอยู่ในท้องตลาดอัน จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพประชาชน

- การพัฒนาด้านการผลิตจึงต้องดำเนินการด้านคุณภาพไปพร้อมกัน ทั้งเรื่อง GMP การควบคุมในทุก ขั้นตอนของกระบวนการผลิต การตรวจวิเคราะห์วัตถุดิบและยาที่ผลิตสำเร็จรูป ตลอดจนถึงการควบคุมกำกับการจัดส่ง และจำหน่ายจนถึงการส่งมอบผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ต้องทำให้ผู้ประกอบการทุกระดับตระหนักและ รับผิดชอบต่อผลิตภัณฑ์ของตน

ประเด็นที่ 3. การเข้าถึงบริการด้านยาที่มีคุณภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

3.1 การควบคุมช่องทางการกระจายยา

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

จากการสำรวจรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พบว่าหลังจากเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ แนวโน้มที่ประชาชนซื้อยามากขึ้นเพิ่มขึ้นจาก 15.4 ในปี 2542 เป็น 18.6 ในปี 2543 ขณะที่สัดส่วนการใช้บริการที่สถานพยาบาลลดลง (ระบบยา, 2545) และจากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ในปี 2544 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) พบว่าพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยกรณีไม่ต้องนอนโรงพยาบาลของประชาชนไทยส่วนใหญ่ซื้อยามากขึ้น ร้อยละ 23 ใช้บริการที่สถานีอนามัยร้อยละ 20 ใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลอื่นๆ ของรัฐ ร้อยละ 20 ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 13 ใช้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 12 และอื่นๆ (แนวโน้มสัดส่วนการรับบริการนี้อาจเปลี่ยนแปลงจากผลกระทบของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งขณะนี้ยังไม่มีข้อมูล)

ร้านยา เป็นสถานบริการหนึ่งที่ประชาชนเลือกใช้บริการเป็นอันดับแรกและเป็นที่พึ่งทางด้านสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในการดูแลตนเอง มูลค่าสัดส่วนของการกระจายยาที่ผ่านทางร้านยามีประมาณถึงร้อยละ 32 ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการควบคุมดูแลการใช้ยาที่ผ่านช่องทางนี้ให้มีประสิทธิภาพ และลดการเกิดปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมที่พบเป็นอันมาก ทั้งใน ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีจำนวน 5720 แห่ง และร้านขายยาบรรจสุเสร็จ (ขย.2) ที่มีจำนวน 5317 แห่ง ในปี 2543 ซึ่งพบว่าการจำหน่ายยาในร้านยาไม่เป็นไปตามกฎหมาย รวมทั้งเป็นแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสม เช่นยาชุด

ร้านขายของชำ ร้านสะดวกซื้อและอื่นๆ เป็นแหล่งกระจายยาต่อผู้บริโภคอีก 2 แหล่ง คือ ร้านขายของชำ ซึ่งเป็นแหล่งที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด กระจายอยู่ทั่วประเทศประมาณ 200,000 แห่ง และร้านสะดวกซื้อ ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีความใกล้ชิดกับวิถีการดำรงชีวิตของประชาชนในเขตเมือง และเริ่มเข้ามามีบทบาทเป็นแหล่งกระจายยาซึ่งภาครัฐต้องเข้ามามีบทบาทในการควบคุมดูแลประเภทยาที่วางจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ 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 โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของประชาชน เน้นงานสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน

2.ระดับปฐมภูมิ Primary Care (1st Care) เป็นการบริการระดับต้นที่ถือเป็นด่านหน้าของการให้บริการสุขภาพทั่วไป การบริการในระดับนี้เกิดขึ้นที่สถานเฝ้าระวัง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการพัฒนาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ซึ่งมีพยาบาลให้บริการ ส่วนแพทย์ และเภสัชกรซึ่งยังไม่พอเพียงให้บริการบางเวลาเท่านั้น ในส่วนของร้านยาถือเป็นการให้บริการในระดับนี้เช่นกันก็มีเภสัชกรไม่พอเพียง

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

4.ระดับตติยภูมิ Tertiary Care (3rd Care) เป็นการบริการด้านสุขภาพ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้นจากระดับทุติยภูมิ เป็นบริการเฉพาะทางที่ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงการบริการในระดับนี้เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์รองรับการบริการ การให้บริการเน้นในส่วนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีการขอการปรึกษากว้างมากกว่าในระดับอื่นๆ มีเภสัชกรทำหน้าที่ดูแลการจ่ายยา ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ซึ่งเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยที่ใช้ยามีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการติดตามใช้ยาในผู้ป่วย การรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา (Drug Information Service) การทำบันทึกประวัติการใช้ยา และการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมการบริหารเภสัชกรรมในโรงพยาบาลของรัฐมากกว่าโรงพยาบาลของเอกชน และจะเห็นได้ว่าการให้บริการทางเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ ในส่วนที่ใกล้ชิดกับประชาชนยังมีปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการและขาดแคลนเภสัชกร

3.3 อัตรากำลัง การประกอบวิชาชีพ และจริยธรรม

การศึกษากำลังคนด้านเภสัชกรรมในสองทศวรรษหน้า (สมุน สกลไชย และคณะ. 2540) จำนวนเภสัชกรรวมประมาณ 11,000 คนในปี 2538 จะมีความต้องการเพิ่มเป็น 27,700-28,420 คนในปี 2558 กระจายอยู่ในแต่ละสาขาคือ เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรอุตสาหกรรม เภสัชกรการตลาด เภสัชศาสตร์ศึกษา และงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยส่วนที่ขาดแคลนมากซึ่งมีความต้องการที่มากที่สุดคือเภสัชกรชุมชน (ร้านยา) จำนวน 14,000 คน เมื่อพิจารณาอัตราการผลิตเภสัชกรจากมหาวิทยาลัยต่างๆซึ่งมีจำนวนปีละประมาณ 1,100 คน คาดว่าจะสามารถพอเพียงกับความต้องการ

พระราชบัญญัติยาคำหนดให้ร้านยาแผนปัจจุบันมีเภสัชกรเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในขณะที่การบังคับตามกฎหมายไม่สามารถทำได้เนื่องจากภาวะขาดแคลนเภสัชกร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัดและพื้นที่ห่างไกล โดยในระยะเวลาที่ผ่านมา มีการบังคับให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์เมื่อจบการศึกษาแล้วจะต้องทำงานชดเชยทุนในโรงพยาบาลและหน่วยงานภาครัฐตามที่กำหนด ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนในภาคเอกชนอย่างรุนแรง มีผลให้ร้านยาไม่สามารถจัดหาเภสัชกรประจำปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการได้ ที่ผ่านมามีบทเฉพาะกาล (ซึ่งขณะนี้พ้นกำหนดระยะเวลาแล้ว) ผ่อนผันให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการอยู่ประจำในระยะเวลาเพียง 3 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้กฎหมายไม่มีผลในทางปฏิบัติและไม่สามารถดำเนินการใดๆได้ ขณะเดียวกันยังมีปัญหาต่างๆที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในร้านยาเอกชน ซึ่งเป็นปัญหามานาน แม้จะมีความพยายามที่จะอยู่ปฏิบัติหน้าที่แต่เภสัชกรในฐานะลูกจ้างก็ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทวิชาชีพได้นาน จึงมักจะไปทำงานด้านอื่นซึ่งสามารถทำได้ตามบทบาทวิชาชีพและมีรายได้มากกว่า

สภาเภสัชกรรม ซึ่งก่อตั้งโดย พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 ซึ่งมีอำนาจตามกฎหมายหลายประการได้จัดทำ โครงการส่งเสริมให้เภสัชกรไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานประกอบการร้านยา เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกัน และได้รับบริการที่มีคุณภาพจากร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการ และเป็นการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ขณะนี้ได้มีนโยบายยกเลิกการทำสัญญาผูกพันเป็นคู่สัญญากับรัฐ มีผลให้นักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่เข้าศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2543 เป็นต้นมาไม่ต้องขอใช้ทุน โดยจะมีนักศึกษาเภสัชศาสตร์จบการศึกษาปีละประมาณหนึ่งพันคน จึงเป็นโอกาสที่จะผลักดันให้เภสัชกรจำนวนหนึ่งไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานประกอบการร้านยาตลอดเวลาที่เปิดทำการตามกฎหมาย ทั้งนี้จะต้องมีมาตรการและแนวทางในการจัดปัญหาต่างๆที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในร้านยาที่เป็นรูปธรรม มีแผนและแนวทางการจัดสรรตามสัดส่วนการกระจายของสถานบริการและอัตราส่วนต่อประชากร โดยดำเนินการแบบต่อเนื่องจนครบตามเป้าหมาย

3.4 ค่าใช้จ่ายของการบริการสุขภาพที่สูงขึ้น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มุ่งหมายให้มีบริการครอบคลุมประชาชน 100% (Universal Health Care Coverage) เป็นนโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน แต่ปัญหาต่าง ๆ ที่ยังไม่มี การแก้ไข เช่น ความเท่าเทียมของสิทธิในการรักษาพยาบาล งบประมาณค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ เพราะระบบบริการสุขภาพของไทยเป็นแบบที่มีลักษณะสวัสดิการสูง (Highly welfare oriented system) มากกว่าที่จะเป็นระบบที่มีลักษณะแข่งขันของผู้ประกอบการ (Entrepreneurial system) ระบบสุขภาพในแบบที่มีลักษณะสวัสดิการจำเป็นต้องมีการเก็บภาษีสูง หรือเพิ่มการมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชน (co-payment) ระบบบริการสุขภาพในอนาคตจะมีความพยายามจำกัดตัวค่าใช้จ่ายของการบริการสุขภาพ โดยจะต้องมีการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงคุณภาพและการมีประสิทธิผลในการรักษา

จากการติดตามประเมินผลโครงการ 30 บาท (วิโรจน์ ณ ระนอง อัญชญา ณ ระนอง, 2545) กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลได้มีความพยายามปรับตัวในหลายๆด้านเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษา เช่น มีการจัดครอบรายการยาใหม่ หรือครอบรายการยาสำหรับผู้ป่วยจ่ายเงินเอง หันมาใช้ยาที่เป็น local made มากขึ้น โดยเน้นที่ราคาถูก โรงพยาบาลบางแห่งให้ห้องยาควบคุมการจ่ายยา การทดแทนยาบางตัวที่แพทย์สั่งโดยอัตโนมัติ กำหนด guideline ให้แพทย์สั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยไม่เกินเวลาที่กำหนดเช่น จ่ายยาค้างละไม่เกิน 1 เดือน การให้แพทย์ที่ให้การรักษากรณีมีค่าใช้จ่ายสูง (ซึ่งไม่สามารถเบิกได้หรือเรียกเก็บได้เต็มจำนวน) ทำบันทึกชี้แจงเหตุผลและความจำเป็น หรือการ delayed treatment หรือรักษาแบบประคับประคอง หรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาราคาแพงจากสถานพยาบาลระดับที่สูงกว่า การปรับตัวของสถานบริการภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากการควบคุมค่าใช้จ่ายของอัตราค่าจ้างคนและค่าตอบแทนและอื่นๆแล้ว การปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ในระดับจังหวัดให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพคาดว่าจะสามารถประหยัดรายจ่ายลงได้ร้อยละ 25-30 (กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2543) ทั้งนี้ยังสามารถประหยัดจากการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลได้ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาอ้างอิง (ภูษิต ประคองสาย วลัยพร พัทธนฤมล วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร)

ประเด็นที่ 3 “ระบบบริการด้านยาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ที่มี ความเชื่อมโยงการให้บริการในระบบสุขภาพทั้งหมด ควรเป็นอย่างไร”

แนวทางแก้ไขเปลี่ยนแปลงระบบบริการด้านยาที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพมีดังนี้

การขยายการให้บริการในระดับปฐมภูมิ การบริการในลักษณะที่รัฐเป็นทั้งผู้ให้บริการ (provider) และผู้ซื้อบริการ (purchaser) ทำให้ขาดการแข่งขันด้านคุณภาพการให้บริการ จำเป็นต้องให้มีเอกชนเข้ามาในอยู่ระบบและให้ประชาชนมีโอกาสเลือกเพื่อช่วยเสริมกลไกด้านการตลาด (marketing) และสามารถติดตามดูแลการใช้ยาได้ทั้งระบบ จะเห็นได้ว่าการบริการด้านยาเกิดขึ้นในระบบสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตั้งแต่ระดับการบริการขั้นปฐมภูมิขึ้นไป โดยมีโรงพยาบาล สถานีนามัย คลินิก และร้านยาเป็นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ จากการวิจัยพบว่าคนไข้ 100 คนที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเพียง 5 คน (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2543) เพราะส่วนใหญ่เป็นโรคง่าย ๆ ที่รักษาได้ตามคลินิก ร้านยา หรือสถานีนามัย ผลที่ตามมาคือปัญหาการแออัดยัดเยียดกัน ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้ให้บริการไม่สามารถพุดจาให้ไพเราะ ยิ้มแย้มได้ทั้งวัน มีปัญหาห้องเรียนเสมอ ขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายในการดูแลคนไข้ต่อรายสูงขึ้น เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ถูกให้สมกับความรู้ความชำนาญ มีแนวคิดในการจัดบริการให้มีแพทย์ประจำครอบครัว (family doctor) ซึ่งต้องใช้เวลาเพราะขณะนี้ยังมีความขาดแคลนบุคลากรด้านนี้ การขยายบทบาทสถานีนามัยขึ้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในปัจจุบันก็ยังไม่แพทย์ออกไปให้บริการรักษาคนไข้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ขณะเดียวกันการขยายบริการสุขภาพให้ชุมชนต้องมียุทธศาสตร์ประกอบทุกด้าน ไม่ใช่มีเพียงบทบาท “ซ่อมสุขภาพ”

การปฏิรูปเชิงสร้างสุขภาพ ในประเทศอังกฤษ (นพ. วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2543) ซึ่งได้รับบทเรียนจากการระบบประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัวแก่แพทย์เวชปฏิบัติ (GP) เพื่อให้บริการสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชน เมื่อเจ็บป่วย ต่อมาภายหลังได้ให้ท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมดำเนินการ “พื้นที่สร้างสุขภาพ” (Health Action Zone, HAZ) กำหนดบทบาทร่วมกันของผู้มีหน้าที่ด้านอื่นๆ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาเพื่อสร้างสุขภาพชุมชน รวมบริการของแพทย์เข้ามาผสมผสานกับ Prevention/Promotion และนำไปสู่การดูแลตนเอง (Self-care) โดยกำหนดบทบาทและระบบค่าตอบแทนขึ้นใหม่สำหรับผู้มีหน้าที่ทุกด้าน จากปัญหาการรอคิวนานที่จะพบ GP NHS 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 สถานภาพ

ของร้านยาก็คือ ร้านยาเป็นเครือข่ายสถานบริการในระบบประกันสุขภาพ โดยมีรูปแบบร้านยาเข้าเป็นเครือข่ายสถานบริการในระดับบริการขั้นปฐมภูมิ หรือ รูปแบบร้านยาเป็นเครือข่ายโรงพยาบาล ให้บริการ self-medication บริการจ่ายยาตามใบสั่งยา บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งยา (Refill prescription) และติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (พัชราภรณ์ ปัญญาวุฒิกโร 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 โดยร้านยามาตรฐานจะต้องมีเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ โดยมีบทบาทในการประเมินผู้ป่วยก่อนตัดสินใจเลือกจ่ายยา การจ่ายยาจะต้องมีการให้คำแนะนำ สำหรับผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่องเภสัชกรต้องจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติที่ดีในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย และมีหลักเกณฑ์กระบวนการคัดเลือกยาที่มีคุณภาพเข้าร้าน

ส่งเสริมบทบาทดูแลตนเองด้านสุขภาพ ร้านยามีบทบาทสนับสนุนที่เอื้อให้ประชาชนมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Self-Care) มากขึ้น โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และการร่วมบริการทางเลือกแก่ประชาชน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บริการชั่งน้ำหนัก วัดความดัน วัดการทำงานของปอด คลินิกอดบุหรี่ ฯลฯ จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ จำหน่ายสมุนไพร จัดบริการทางเลือก เช่น การนวด การประคบ อบสมุนไพร และร้านยามีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพและเป็นแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ชุมชน (Health Information Center) กิจกรรมที่สามารถดำเนินการในร้านยา ได้แก่ การบริการรับปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ บอร์ดนิทรรศการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการใช้ยา การผลิตสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการด้านยา ปัจจุบันมีแนวคิดที่จะส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีบทบาทในการดำเนินการจัดบริการด้านยา โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการของรัฐเพิ่มมากขึ้น เช่น แนวคิดให้ชุมชนร่วมกันจัดตั้งห้องยาในลักษณะห้องยาชุมชนของโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีการระดมทุนชาวบ้านมาเพื่อใช้ในการบริหารจัดการด้านยา หรือแนวคิดการจัดบริการด้านยาในรูปแบบสหกรณ์ที่โรงพยาบาลชุมแพ โดยให้โรงพยาบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลร่วมกันถือหุ้นในการก่อตั้งร้านยาในชุมชน เพื่อให้บริการด้านยาและเป็นห้องยาของศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit, PCU) ในพื้นที่รับผิดชอบ

ประเด็นที่ 4. กลไกควบคุมกำกับด้านยาที่มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ปัจจุบัน

การขาดแคลนกำลังคนของ อย. ลักษณะงานควบคุมกำกับด้านยาของ อย.เป็นการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อตรวจสอบตามกฎหมาย ต้องใช้กำลังคนที่ได้รับมอบอำนาจ นโยบายไม่เพิ่มอัตรากำลังข้าราชการทำให้ไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบได้อย่างครอบคลุม มีความล่าช้าในการดำเนินคดี บางครั้งไม่สามารถใช้อำนาจหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ในระบบราชการ และลักษณะการนำกฎหมายไปปฏิบัติมุ่งไปที่การลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมายแต่ละราย มากกว่าการมีนโยบายหรือแนวทางการพัฒนาเพื่อลดการฝ่าฝืนกฎหมายทั้งระบบ

การบริหารจัดการและการควบคุม พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมและ พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม เป็นการให้อำนาจแก่บทบาทของสภาวิชาชีพในการควบคุมจรรยาบรรณ ยังคงทำงานในรูปของเชิงรับ รอผู้เสียหายมากล่าวหาหรือผู้ที่เห็นปัญหามากล่าวโทษเท่านั้น ยังไม่มีการทำงานที่เป็นเชิงรุก ฝ่ายระวัง ตรวจสอบตราสอดส่องการประกอบวิชาชีพและส่งเสริมการประกอบวิชาชีพเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ดังนั้นการทำงานของสภาต่างๆ จึงอาจไม่เท่าทันปัญหาที่จะเกิดในอนาคตได้ (เอกสารสรุปสถานการณ์ ระบบควบคุมกำกับยา)

คำถามประเด็นที่ 4. “กลไกอะไรบ้างที่จะช่วยทำให้เกิดการควบคุมกำกับระบบยาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมไทยและประชาชน”

แนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาด้านความไม่เพียงพอของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อย.อาจใช้ **วิธีการ Sub-contract กิจกรรมเฉพาะด้าน**บางอย่างออกไป เพื่อให้สามารถดำเนินการต่างๆ ได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในบทบาทที่ทำหน้าที่ของการควบคุมกำกับ อย.มีหน้าที่ในการตรวจสอบ ไม่ใช่เป็นผู้ให้บริการในฐานะเช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุข **การมีบทบาทแบบ Autonomous** จะทำให้การคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินการได้เต็มที่มากขึ้น

เพื่อแก้ปัญหาของการทำงานเชิงรับ **การสร้างกลไกควบคุมกำกับมีความจำเป็น** ตัวอย่างได้แก่ กระบวนการ “medical audit” โดยใช้ข้อกำหนดการเข้ามาตรวจฐานวัตถุพิกรกรรมการสั่งยา และนำข้อมูลที่วัดประเมินผลและสะท้อนกลับไปให้กับผู้สั่งยาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับปรับปรุงพฤติกรรมคำสั่งยาอีกครั้งหนึ่ง ตลอดจนจนถึงการ **สร้างแรงจูงใจ**เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านคุณภาพของสถานบริการ **คุณภาพการบริการ**เป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

ประเด็นที่ 5. การสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภค ในการใช้ยา

แนวคิดในการคุ้มครองผู้บริโภคเกิดจากความพยายามในการสร้างการต้อรองกับกลไกตลาดที่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้บริโภคขาดข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอสำหรับการตัดสินใจเลือกสินค้าหรือบริการ ขณะเดียวกันอิทธิพลจากการโฆษณากระตุ้นให้ประชาชนใส่ใจในสุขภาพโดยปราศจากข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง อาจนำไปสู่การเข้ารับบริการด้าน

สุขภาพและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มากขึ้นไปอย่างไม่เหมาะสมได้ จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันประชาชนสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น ในท้องตลาดก็มีผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆออกมามากมายโดยใช้ประเด็นสุขภาพเป็นเครื่องมือในการโฆษณาชวนเชื่อ การสร้างศักยภาพของผู้บริโภคให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและเท่าทันจึงมีความสำคัญ

ภาครัฐซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง ได้แก่ พาณิชย วิทยาศาสตร์ เกษตร อุตสาหกรรม หรือสาธารณสุข ได้ใช้กลไกต่างๆ และพยายามส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ผู้บริโภคในหลายรูปแบบ เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางสื่อต่างๆ การสร้างช่องทางสำหรับการร้องเรียน การให้เงินทุนสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเอกชน การสนับสนุนงานวิจัย ฯลฯ แต่ยังไม่พบการศึกษาวិเคราะห์ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินอยู่นี้บรรลุผลตามเป้าหมายมากน้อยเพียงไร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเองมีกิจกรรมด้านนี้โดยเป็นกิจกรรมที่ใช้งบประมาณ มากกว่า 50% ของงบประมาณทั้งหมด (ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, 2545) แต่ก็เป็นที่น่าสนใจศึกษาว่า แนวทางที่ปฏิบัติอยู่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบอย่างไร เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่า **ข้อมูลยาที่ถึงมือผู้บริโภคมักจะเป็นลักษณะ Asymmetry ทำให้การเสริมสร้างความเข้มแข็งของผู้บริโภคในด้านนี้ยากกว่าเรื่องทั่วไป**

การดูแลคุ้มครองประชาชนผู้บริโภค เป็นหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ และเอกชน ซึ่งยังมีการทำงานที่ไม่มีลักษณะการประสานร่วมมือสนับสนุนกันให้เกิดประสิทธิภาพ ประชาชนก็ยังไม่ได้ตระหนักถึงสิทธิของตน รวมทั้งไม่ทราบช่องทางการร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา ไม่มีความรู้และไม่ได้ใส่ใจ ขณะเดียวกันไม่ได้คิดว่าการเรียกร้องสิทธิผู้บริโภคจะช่วยให้มีการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไปด้วย

คำถามประเด็นที่ 5 “จะมีแนวทางใดบ้างในการสร้างความเข้มแข็ง ให้กับองค์กรผู้บริโภค ให้สามารถคุ้มครองประชาชนผู้บริโภค ในด้านสาธารณสุข”

แนวทางการสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้บริโภคจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากภาคต่างๆ ของสังคมดังนี้

องค์กรประชาชนและองค์กรรัฐเพื่อประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ ชมรม สมาคม และมูลนิธิที่ทำหน้าที่เพื่อผู้บริโภค ได้รับงบประมาณสนับสนุนทั้งจากภาครัฐ หรือจากต่างประเทศ เพื่อให้มีความเข้มแข็งในการทำงานด้านนี้ ต้องมีโครงสร้าง สำนักงาน องค์กรที่แน่นอน มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีสื่อเผยแพร่ และมีเครือข่ายประสานร่วมกัน ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความเข้มแข็งของผู้บริโภคจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยผลักดันให้องค์กรและหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ดูแลให้ความคุ้มครองผู้บริโภคอย่างเห็นผลมากขึ้น การกระตุ้นให้ผู้บริโภคตระหนักถึงสิทธิของตน จะส่งผลให้ผู้ประกอบการต่างๆเพิ่มความระมัดระวังในการสั่งใช้ยา ขณะเดียวกันควรพัฒนาผู้บริโภคให้มีความรู้เกิดการใช้ยารักษาตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งบทบาทเหล่านี้รัฐควรให้การสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ และวิชาการ และประสานร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนคุ้มครองผู้บริโภคให้สามารถดูแลคุ้มครองประชาชนได้อย่างทั่วถึง

ภาคการศึกษา การขยายเวลาการศึกษาภาคบังคับได้ถูกระบุไว้ในกฎหมาย ในขณะเดียวกันการบรรจุเรื่อง การคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนก็มีแนวโน้มที่จะเป็นไปได้สูงเช่นกัน ดังนั้น การควบคุมกำกับ การใช้ยาโดยอำนาจผู้บริโภค การใช้สิทธิในอนาคตจึงมีความเป็นไปได้สูงมากที่จะเกิดขึ้นจริง

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

ประเด็นที่ 6. การพึ่งตนเอง ด้านยา

การพึ่งตนเองด้านยา หมายถึงการจัดหาและผลิตยาใช้ในประเทศเพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งเป็นการเสียเปรียบดุลการค้า และมีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมากขึ้นไม่สามารถควบคุมได้ เมื่อเกิดปัญหา เช่นการปิดประเทศ ภาวะสงคราม ฯลฯ ไม่สามารถหายาใช้ในประเทศ การจัดหาและผลิตยาใช้เองในประเทศหมายถึงการผลิตวัตถุดิบ หรือผลิตยาบางตัว การใช้สมุนไพรและวัตถุดิบที่มีภายในประเทศ

สถานการณ์ปัจจุบัน

6.1 สิทธิบัตรยา : ผลกระทบทางการค้าระหว่างประเทศด้านยา

ผลที่เกิดจากการใช้นโยบายการค้าเสรีนับแต่เปลี่ยนเป็น WTO สถิติการค้าคือ 71.5% เป็นส่วนแบ่งของประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่เหลืออีก 28.5% เป็นส่วนแบ่งของประเทศกำลังพัฒนาและอดีตประเทศคอมมิวนิสต์ 1 ใน 4 ของการค้าและการลงทุนในโลกเกิดขึ้นระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว การผลิตและการค้าถูกรอบำงายโดยเทคโนโลยีขั้นสูงของประเทศอุตสาหกรรม 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

ประเทศที่มีสิทธิบัตรยาและไม่มีมาตรการควบคุมราคายา จะมีการจำหน่ายยาในราคาแพงกว่าประเทศที่มีสิทธิบัตร ยกเว้นในตลาด generic drugs ซึ่งไม่มีสิทธิบัตร จะมีการแข่งขันด้านราคาที่สูงมาก บริษัทฯมักจะอ้างว่าการที่ยามีราคาแพงนั้นสืบเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการทำ R&D ซึ่งไม่เป็นความจริง ในประเทศที่พัฒนาแล้ว บริษัทฯ

เป็นอุตสาหกรรมที่ถูกร้องเรียนว่ามีพฤติกรรมที่มีขอบมากที่สุด รวมทั้งการทำ Restrictive business practices, Cartel, Price Fixing, Transfer pricing ฯลฯ ในประเทศที่พัฒนาแล้วอุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่ถูก regulated มากที่สุด แต่ประเทศที่พัฒนาแล้วกลับผลักดันให้อุตสาหกรรมยาของตนมีโอกาสสร้างอำนาจผูกขาดในประเทศกำลังพัฒนา (หัวข้อบรรยายเรื่อง “ยาและการค้าเสรี” โดย รศ. ดร.จักรกฤษณ์ คอวรพจน์)

6.2 การลดการ พึ่งพิง (นำเข้า) ยาจากต่างชาติ

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

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลซึ่งเริ่มต้นเมื่อเดือนเมษายน 2544 ได้ปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณของโรงพยาบาลภาครัฐเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ด้วยจำนวนเงิน 1,202 บาทต่อประชากร 1 คน ซึ่งรวมงบดำเนินการทั้งหมดของโรงพยาบาล ทำให้สถานพยาบาลทุกระดับโดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิมีงบประมาณในการใช้จ่ายรวมถึงการรักษาพยาบาลที่น้อยลงกว่าเดิมอย่างมาก โรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินการให้บริการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพภายใต้งบประมาณที่จำกัด ระบบการจัดหายาที่มีราคาเหมาะสม และการจัดการคลังอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอันดับต้นๆ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นเรื่องที่น่าจะส่งผลดีแก่ยาที่ผลิตภายในประเทศ โดยเฉพาะยาที่มีคุณภาพ การใช้ยาที่มีราคาสูงแต่ได้คุณค่าหรือประโยชน์ไม่ชัดเจนจะหายไปในที่สุด อย่างไรก็ตาม ด้วยสภาพของการจัดหายาที่เน้นราคาถูกขยายวงไปทั่วประเทศจะผลักดันให้อุตสาหกรรมใช้ราคาเป็นกลยุทธ์ในการแข่งขัน จึงอาจไม่ใช่บรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมภายในประเทศ ดังนั้นการส่งเสริมอุตสาหกรรมจากภาครัฐจำเป็นต้องมีมาตรการที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันต้องวางแผนทางส่งเสริมการจัดซื้อของภาคเอกชนด้วย

คำถามประเด็นที่ 6 “ จะต้องมีมาตรการอะไรบ้างในการพัฒนาอุตสาหกรรมยา เพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ และเกิดความประหยัดในระบบสุขภาพ ”

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศกำลังพัฒนาต่อประเด็นการค้าเสรีในอุตสาหกรรมยา คือ **ลดความเป็น global เน้นความเป็น local** โดยใช้นโยบายพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด **ลดการพึ่งพาเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม**

(inappropriate technology) ของต่างชาติ และส่งเสริมการดัดแปลงเทคโนโลยีให้เหมาะสมกับความต้องการของประเทศ (หัวข้อบรรยายเรื่อง “ยาและการค้าเสรี” โดย รศ. ดร.จักรกฤษณ์ ควรพจน์)

สนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศ จำเป็นต้องมีการศึกษาว่าควรผลิตยากลุ่มใดบ้าง ประเภทใดที่มีปริมาณสัดส่วนและมูลค่าการใช้สูงที่สามารถลดการพึ่งพิงต่างชาติ แนวทางการหาวัตถุดิบและการใช้สมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

ประเทศไทยมีโรงงานอุตสาหกรรมยา 170 โรงเล็กๆ กระจุกกระจาย ซึ่งอาจไม่มีคุณภาพ ถ้าสามารถประหยัด อาจมา merge รวมกันทำให้มีขนาดใหญ่ที่มีคุณภาพจริงๆ เหลืออยู่ 50-60 โรงงาน แล้วมีศักยภาพพอที่จะลงทุน วิจัย พัฒนา วิเคราะห์ มี animal lab, clinical trial สามารถทำเรื่อง marketing เพราะปัจจุบันโรงงานเล็กๆ ไม่ได้ลงทุนอะไร ได้แต่ขายแข่งกัน ตัดราคาทำให้ต่างก็ไปไม่รอด การหาทางออกของบางบริษัทใช้วิธีการผลิตยา generic ที่ออกมาเป็น ตัวแรกๆ ที่การแข่งขันยังไม่สูง

การพัฒนาและวิจัยด้านอุตสาหกรรมยา ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน หรือระหว่างเอกชนด้วยกัน การวางแผนร่วมกัน การใช้ทรัพยากร เครื่องมือ ห้องปฏิบัติการร่วมกัน เป็นสิ่งที่ควร ผลักดันให้เกิดขึ้น ความเป็นไปได้ของ “กองทุนวิจัยกลาง” ที่จะมีศักยภาพพอที่จะลงทุน การเสี่ยง การตลาด โดยถ้าสามารถหักเงิน 1% จากยอดขายยา นำมาวิจัยพัฒนา formulation ต่างๆ ทำความร่วมมือระหว่าง คณะเภสัช ศาสตร์ คณะแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์ องค์การเภสัชกรรม และเอกชน ซึ่งเน้นการวางแผนการทำงาน ให้มี consolidation ประสานการใช้งบประมาณที่กระจายต่างคนต่างขอแล้วทำได้นิดๆหน่อยๆ

ต้องมีมาตรการหลายอย่างในการส่งเสริมและพัฒนาอุตสาหกรรมยาในประเทศให้สามารถผลิตยาที่มีคุณภาพ ทดแทนการนำเข้า ตัวอย่างมาตรการในบางประเทศได้แก่ จีนและรัสเซียมีอัตราค่าธรรมเนียมนำเข้าจะสูงกว่าการผลิตในประเทศ สเปนและเบลเยียมมีการควบคุมราคาโดยเฉพาะยาใหม่ โดยประเมินในด้าน cost-effectiveness ในขั้นตอนการขึ้นทะเบียนยา จีนและรัสเซียกำหนดให้ Technical requirement ในการขึ้นทะเบียนยาที่ผลิตในประเทศ และยานำเข้าแตกต่างกัน โดยการนำเข้ามี Technical requirement เพิ่มเติมนอกเหนือที่กำหนดในทะเบียน ตำรับยา อินโดนีเซียไม่ให้ผู้นำเข้ามีสิทธิขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศได้เหมือนผู้ผลิต มาเลเซียมีมาตรการ จัดซื้อของภาครัฐให้สิทธิยาที่ผลิตในประเทศมากกว่า โดยถึงแม้จะมีราคาแพงกว่าก็ยังซื้อยาที่ผลิตในประเทศ (กอง ควบคุมยา, 2544)

การสร้างความร่วมมือในภูมิภาค ASEAN มีแนวโน้มในระยะ 10-20 ปีข้างหน้า ว่าภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก จะเป็นภูมิภาคที่มีการเจริญเติบโตสูงสุดในโลก และเป็นแหล่งผลิตสินค้าที่สำคัญของโลก ประเทศไทยก็เป็นประเทศ หนึ่งที่มีศักยภาพสูงในภูมิภาคนี้ ประเทศไทยมีพัฒนาการของอุตสาหกรรมยาและสะสมองค์ความรู้มากกว่าประเทศ เพื่อนบ้านหลายประเทศ ตลอดจนมีแหล่งวัตถุดิบที่สามารถนำมาผลิตยา และยังมีข้อได้เปรียบด้านตำแหน่งทาง ภูมิศาสตร์ด้านการคมนาคมขนส่ง ตลอดจนข้อได้เปรียบด้านความใกล้เคียงทางวัฒนธรรมกับกลุ่มประเทศอินโดจีน ซึ่งเป็นผู้บริโภคกลุ่มใหญ่ในอาเซียน

การสร้างความร่วมมือในภูมิภาคในการวางแผนการผลิตยา การกระจาย และสนับสนุนการใช้ในภูมิภาคโดย อาศัยนโยบายเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA) และแนวทางขององค์การการค้าโลก (WTO) ทำให้เกิดโอกาสในการลดภาษี

การนำเข้า การสร้างความร่วมมือเครือข่ายการผลิต (Production network) และนโยบายการส่งเสริมการลงทุนจะเป็น สิ่งที่ทำให้อุตสาหกรรมยาเกิดความเข้มแข็ง และสามารถพัฒนาศักยภาพอุตสาหกรรมยาให้เติบโต โดยรัฐจะต้องจัด ปัญหาที่เป็นอุปสรรคและเป็นจุดอ่อนของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาที่มีอยู่ให้หมดไป

ประเด็นที่ 7. การพัฒนาการผลิตสมุนไพร

สถานการณ์ปัจจุบัน

ในปี 2542 มูลค่าตลาดยาสมุนไพรในประเทศไทยมีประมาณ 30,000 ล้านบาท และมีอัตราการขยายตัว อย่างรวดเร็วสูงขึ้น 10-30% แต่น่าเสียดายที่มูลค่ากว่า 20,000 ล้านบาทเป็นการนำเข้าจากต่างประเทศซึ่งเสียเปรียบ คู่การค้านมาก สำหรับมูลค่าในตลาดโลกประมาณว่าสูงถึงปีละ 3 ล้านล้านบาท ถ้าประเทศไทยซึ่งมีความได้เปรียบ ทางภูมิประเทศและภูมิอากาศมีพืชสมุนไพรตามธรรมชาติอยู่มากและมีศักยภาพในการปลูกได้อย่างดี สามารถพัฒนา คุณภาพและพัฒนาอุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์ได้อย่างครบวงจร จะเป็นการช่วยเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก

รัฐบาลชุดปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศ คณะรัฐมนตรีจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรขึ้น เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2544 โดยมี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์เป็นเจ้าของเรื่อง ซึ่งต่อมา คณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้น 8 คณะ เพื่อดำเนินการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่คณะกรรมการ พัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพรกำหนด ด้านต่างๆคือด้านการวิจัยสมุนไพร ด้านการเกษตรเพื่อส่งเสริมการผลิต วัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพ ด้านมาตรฐานและคุณภาพสมุนไพร ด้านการพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพร ด้าน การตลาด ด้านข้อกฎหมาย ด้านการถ่ายทอดความรู้ด้านสมุนไพร การประสานงานและติดตามผลการปฏิบัติงาน

ปัญหาอุปสรรค

ด้านการบริหารจัดการ ที่ผ่านมามีการทำงานของคุณคณะกรรมการดังกล่าวยังมีปัญหาอุปสรรคหลายด้าน ได้แก่ ความไม่คล่องตัวในการทำงาน การขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงาน การขาดข้อมูลระดับประเทศด้านการตลาด ของสมุนไพรทำให้เกิดปัญหาในการกำหนดยุทธศาสตร์ ทิศทาง และเป้าหมายในการพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพรของ ประเทศและการประเมินผลของยุทธศาสตร์ในอนาคต การขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของ คณะกรรมการต่างๆ ทำให้การประสานงานของคุณคณะกรรมการต่างๆ ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เพราะต้องอาศัย ข้าราชการประจำของสถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีภาระงานวิจัยล้นมืออยู่แล้ว

การวิจัยและพัฒนา ประเทศไทยมีหน่วยงานวิจัยสมุนไพรหลายหน่วยงานทั้งในสังกัดกระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตร และมหาวิทยาลัยต่างๆ แม้จะมีโครงการวิจัยที่เป็นความร่วมมือกันระหว่าง หน่วยงานอย่างครบวงจรบ้าง แต่ก็เป็นส่วนน้อย และงานวิจัยส่วนมากมักเป็นโครงการวิจัยสมุนไพรตามความสนใจและ ความถนัดของนักวิจัยมากกว่าที่จะตอบสนองความต้องการของตลาดหรือภาคธุรกิจ ทำให้ผลงานวิจัยจำนวนมากไม่ สามารถจะพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีศักยภาพเชิงพาณิชย์

การควบคุมคุณภาพ ขณะนี้ผลจากการสนับสนุนให้มีการผลิตตำรับสมุนไพรต่างๆออกมาจำนวนมากในระดับชุมชนโดยไม่มีการควบคุมคุณภาพอาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและความเสี่ยงความนิยมนำสมุนไพรในวันข้างหน้าได้ และควรให้ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ไม่เป็นการอวดอ้างเกินความจริงแก่ผู้บริโภคเพื่อให้ทราบถึงประโยชน์และข้อควรระวังในการใช้สมุนไพรแต่ละชนิดผ่านสื่อต่างๆเพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความเชื่อถือและมั่นใจที่จะใช้ยาจากสมุนไพรเพื่อทดแทนยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น

คำถามประเด็นที่ 7 “การพัฒนาด้านการผลิตสมุนไพรเพื่อใช้ทดแทนยานำเข้า จะต้องมีการสำคัญอย่างไรบ้าง”

การขยายตลาดการค้าและการบริการที่เกี่ยวข้อง ตลาดยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรในประเทศ เป็นตลาดที่สำคัญที่ควรให้ความสนใจไม่น้อยไปกว่าตลาดต่างประเทศ เพราะเป็นตลาดที่ค่อนข้างมั่นคงไม่ค่อยแปรปรวนไปตามสถานการณ์หรือวิกฤตการณ์ระหว่างประเทศต่างๆ ที่ไม่อาจควบคุมได้ จึงเป็นตลาดที่ควรรักษาไว้และขยายฐานให้กว้างขวางต่อไป โดยการวางแผนและสนับสนุนการวิจัยสมุนไพรที่ครบวงจรผลิตสินค้าที่มีคุณภาพและสนองความต้องการของผู้บริโภค

การสนับสนุนให้มีการใช้อย่างกว้างขวางจะเป็นการเพิ่ม economy of scale เช่นเดียวกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการใช้สมุนไพร ตั้งแต่ระดับแพทย์ผู้สั่งจ่ายยา เกษษกร และบุคลากรสาธารณสุขจนถึงประชาชนทั่วไป ให้มีการบูรณาการแพทย์แผนไทยในหลักสูตรการเรียนทุกระดับ จนถึงมหาวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ คณะเภสัชศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ให้ซึมซับและเห็นคุณค่าของสมุนไพร

เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำสมุนไพรเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษาในสถานบริการ โรงพยาบาล ร้านยา อาจจัดบริการนวดอบสมุนไพร และจัดให้มีการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ช่วยลดการนำเข้า ช่วยลดการพึ่งพิงยาจากต่างประเทศ และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลดลงด้วย

แนวคิดการผลิตสมุนไพรและการนำมาใช้ ควรเป็นแบบ traditional เป็นปรัชญาและวิถีชีวิตตะวันออก เพราะรูปแบบการพัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพร โดยใช้แนวคิดแบบตะวันตกมีค่าใช้จ่ายสูง มีขั้นตอนมากในการทำสารสกัดที่มีความบริสุทธิ์สูง และต้องวิเคราะห์ทีละตัว บางครั้งไม่ได้ผล และอาจเกิดปัญหาอันตรายเมื่อนำมาใช้ตัวอย่างเช่น มะเกลือ ยาเม็ดแคปซูลซีลลิก 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 ตลอดจนถึงการแก้กฎหมายต่างๆที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา

เอกสารอ้างอิง

- กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการพิจารณาจัดทำยุทธศาสตร์. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549); วันอังคารที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544; โรงแรมเรตัส กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
- กองโรงพยาบาลภูมิภาค. รายงานความก้าวหน้ามาตรการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ ฉบับที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. กันยายน 2543.
- จิตร สิทธิอมร. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล : ประสพการณ์ในประเทศไทยและประสพการณ์นานาชาติ. ใน การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ในทางอายุรกรรม. วิทยา ศรีมาดา, ชัยชน โลว์เจริญกุล บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ยูนิตี้ พับลิเคชัน, 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 ณาจจโธม. Pharmmarketing. นิตยสาร Brand Age; 2543. หน้า 62-4.
- ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ สุกัลยา คงสวัสดิ์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายเงิน ค่าบริการสุขภาพ เพื่อความเป็นธรรมประสิทธิภาพ และรายงานการศึกษาประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพ และการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พศ. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2544.
- ภูษิต ประคองสาย วลัยพร พัทธนกุล วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. สถานพยาบาลต้องปรับตัวอย่างไรภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2544. หน้า 411-422.
- นพ. วิพุธ พูลเจริญ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2543
- ระบบยาของประเทศไทย. คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
- รุ่งเพชร เจริญวิสุทธิวงศ์. รายงานการวิจัย: การจัดทำรายการยาเพื่อการจัดทำดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดค่ายา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2541.
- วิโรจน์ ณ ระนอง อัญญา ณ ระนอง. รายงานความก้าวหน้าโครงการติดตามประเมินผลการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. การติดตามประเมินผลการดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข. สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย. เสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่สอง พฤษภาคม 2545.
- สมัย อากาภิรม. จากความป่วยไข้ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540.
- สมน สกลไชย จงดี ว่องพินัยรัตน์ นพดล ทองนพเนื้อ เพชรรัตน์ พงศ์เจริญสุข วิบูล นามวัฒน์กุล และคณะ. การศึกษาความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า กลุ่มผู้ให้บริการด้านเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภค รายงานการศึกษาวิจัย การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540.
- สุรรัตน์ 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 ดร. จักรกฤษณ์ ควรพจน์