

รายงานสรุป

แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการ ใช้ยาที่เหมาะสมในประเทศไทย



กุมภาพันธ์ 2557



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
Health Systems Research Institute (HSRI)

PSRNetwork

OHPP
Thailand

บทนำ

แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสมในประเทศไทย

ความเป็นมา

ปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และได้รับการยกระดับให้เป็นปัญหาระดับนานาชาติ การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นนโยบายหนึ่งที่องค์การอนามัยโลก (WHO 2011) ให้ความสำคัญ เนื่องจากการสั่งจ่าย กระจายยา ขายยา และใช้ยา ไม่เป็นไปตามความเหมาะสมกับการรักษาโรคทางคลินิกของผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหาการใช้ยามากเกินความจำเป็น (overuse) น้อยเกินความจำเป็น (underuse) และใช้โดยไม่จำเป็น เกิดขึ้นโดยทั่วไปในระดับบุคคล จนทำให้เกิดปรากฏการณ์ปัญหาการใช้ยาในระดับสังคม เช่น ปัญหายาเหลือใช้ ยาขยะ การใช้บริการด้านยาหลายแห่ง การได้รับยาหลายขนาน (poly-pharmacy) การเกิดภาวะเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ การใช้ยารักษาตนเอง การซื้อยาจากแหล่งที่ไม่เหมาะสม เช่น จากร้านชำ ตลาดนัด หรือจากรถเร่ หรือการใช้ยาชุดจนเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมา

ในปัจจุบันมีข้อมูลวิจัยหลายฉบับที่แสดงให้เห็นถึงผลของปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผลกระทบในแง่ความสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ การศึกษาในประเทศออสเตรเลีย ในปี ค.ศ.1995 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 14,000 รายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยที่ 43% ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเหล่านี้สามารถป้องกันได้ ค่าใช้จ่ายที่สามารถประหยัดได้จากการป้องกันการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล \$350 ล้านเหรียญต่อปี ในปี ค.ศ. 2006 มีการรายงานผลการศึกษาลักษณะเดียวกันในประเทศสหราชอาณาจักร พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 21,000 รายและมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 466 ล้านปอนด์

ในประเทศที่มีการจัดการระบบสาธารณสุขที่ดีให้ความสำคัญกับปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเป็นอย่างมาก โดยมีการตั้งหน่วยงานเพื่อดูแลการให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมในประเทศออสเตรเลีย มีการตั้งหน่วยงาน National Prescribing Services มีหน้าที่รับผิดชอบ ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมและถือเป็นนโยบายหนึ่งของรัฐบาลในการจัดการทางสาธารณสุขให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วย โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย บริษัทยาและรัฐบาล ในขณะที่ในประเทศสหราชอาณาจักรได้มีความพยายามที่จะลดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยสร้างระบบสุขภาพที่ทำให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาตามที่กำหนดไว้ในนโยบายด้านสุขภาพแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติของประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านยา รวม 4 ด้าน โดยยุทธศาสตร์ที่ 2 คือ ยุทธศาสตร์เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแต่งตั้งคณะกรรมการ

ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อศึกษาและวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาของประเทศให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ต่อมาในปี พศ. 2553 ได้มีการประชุมระดมความเห็นร่วมระหว่างคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หน่วยงานและภาคีต่างๆ และมีมติเสนอการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ เพื่อให้มีการแก้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลอย่างเป็นระบบและบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน คณะอนุกรรมการฯ ได้ยกร่างยุทธศาสตร์ย่อย 7 ด้าน คือ

- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1 การพัฒนาระบบและกลไกการกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 2 การพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 พัฒนากลไกและเครื่องมือเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 5 การส่งเสริมการผลิตและประกันคุณภาพยาซื้อสามัญ
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาด้านจุลชีพ และการดื้อยาของเชื้อก่อโรค
- ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 7 การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม

ปัจจุบันในประเทศไทย มีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในประชากรไทย ซึ่งปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของยุทธศาสตร์ด้านยาของประเทศ ในกระบวนการที่จะดูแลส่งเสริมการใช้ยาให้สมเหตุสมผลตามยุทธศาสตร์นั้นมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างงานวิจัยเพื่อเข้าใจถึงปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ทั้งในแง่ของ ลักษณะ ขนาด สาเหตุ และผลกระทบของปัญหาในเชิงมหภาค เพราะข้อมูลเหล่านี้ถือเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อกำหนดแนวทางในการศึกษาปัญหาและพัฒนาวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาเชิงระบบ นำไปสู่การกำหนดนโยบายและการเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติของประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดนั่นคือการพัฒนาระบบการใช้ยาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีพลวัตสูง อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในสังคม

คำจำกัดความ

คำจำกัดความของ “การใช้ยาสมเหตุผล” เป็น generic term ที่ครอบคลุมมุมมองของทุกภาคี ไม่จำกัดแค่มุมมองสำหรับผู้สั่งใช้ยา การใช้ยาสมเหตุผลมีนิยามที่แตกต่างกันได้ตามบุคคล ทั้งในมุมมองสำหรับผู้ป่วย (individual), บุคคลากรทางการแพทย์ (health professionals), หน่วยบริการทางการแพทย์ (providers of health services), ผู้ผลิต (providers of products), รัฐบาล (government), สื่อ (media)

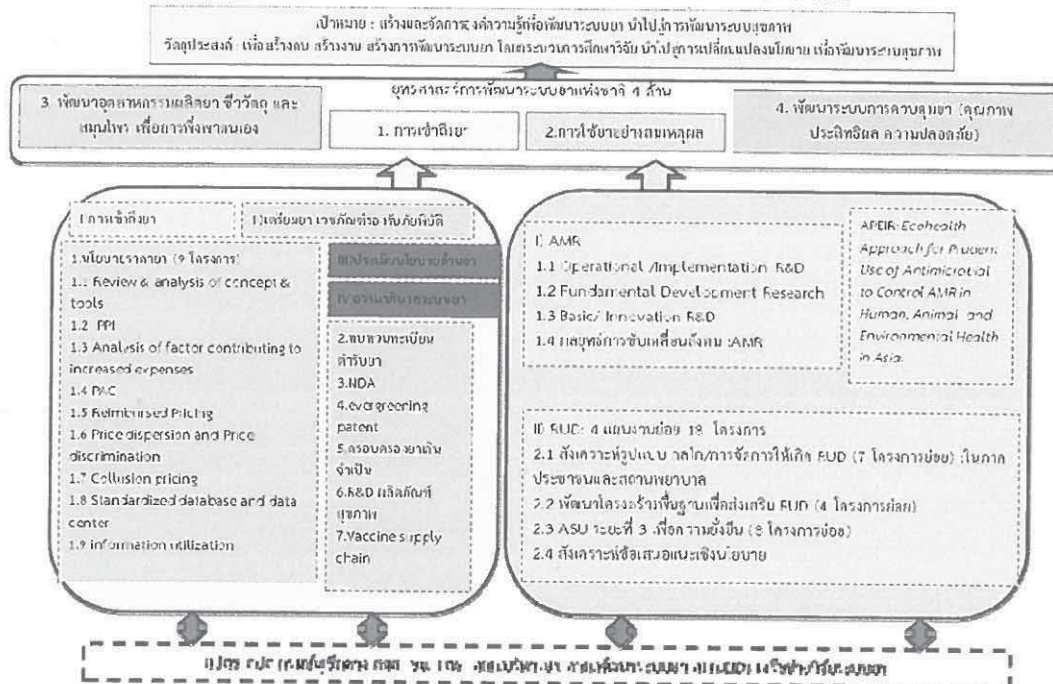
วัตถุประสงค์ของแผนงาน (Objectives)

1. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมในรูปแบบต่างๆ ทั้งการจัดระบบบริการด้านยา การเสริมศักยภาพประชาชน และการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมโดยเฉพาะด้านการใช้ยาต้านจุลชีพ
2. เพื่อประเมินขนาด สาเหตุ และผลกระทบของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในประเทศไทย
3. เพื่อพัฒนากำลังคนด้านการวิจัยเชิงระบบและนโยบายด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

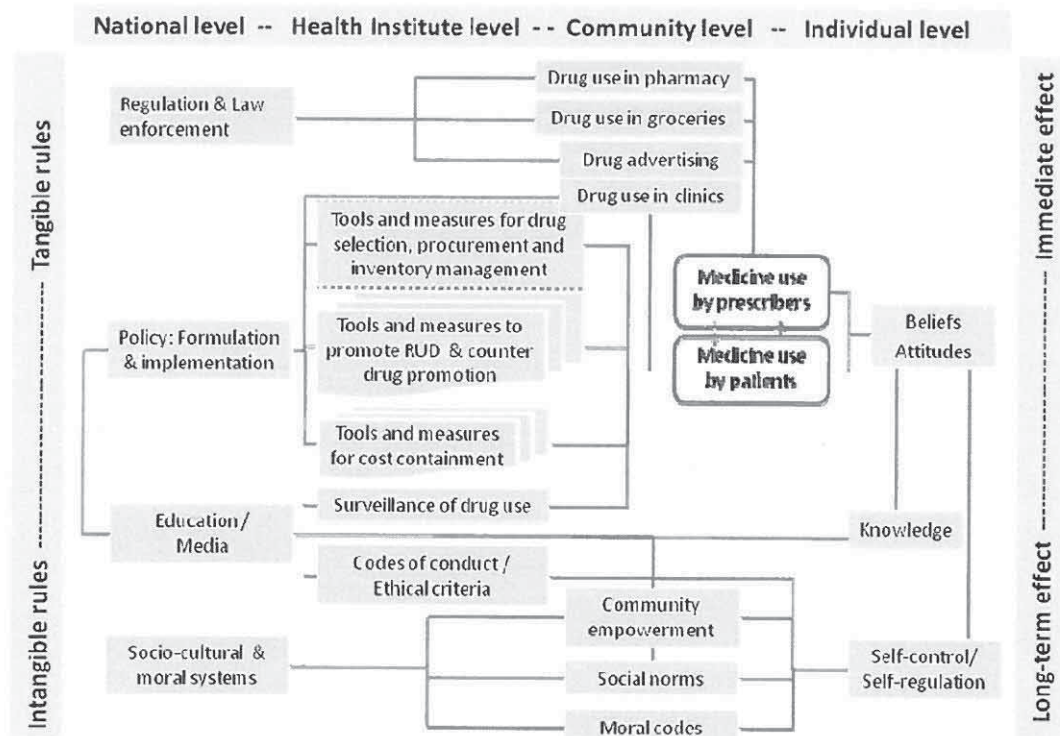
แผนงานวิจัยพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นส่วนหนึ่งของกรอบแผนงานวิจัยตามยุทธศาสตร์ยาแห่งชาติ โดยแผนงานนี้เน้นที่การตอบยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ร่วมกับแผนงาน AMR และแผนงาน APEIR (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 แผนงานวิจัยระบบการใช้ยาที่เหมาะสมและกรอบงานวิจัยระบบยาของ สวรส.



กรอบของแผนงานวิจัยพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสม (ภาพที่ 2) ประกอบด้วย 4 ระดับ คือ ระดับ National (นโยบาย กฎหมาย), institute (เครื่องมือ การจัดการยาในสถานพยาบาล), community (การมีส่วนร่วม ร้านยาในชุมชน), และ individual (ความรู้ ความเชื่อ) โดยทั้งนี้ แผนงานได้ทำการจัดกลุ่มของการวิจัยในแผนงานโดยประกอบด้วย 3 แผนงานย่อย และมีองค์ประกอบของโครงการวิจัยย่อยในตารางที่ 1 เพื่อสร้างหลักฐานวิชาการเพื่ออธิบายภาพกรอบแนวคิดนี้

ภาพที่ 2 กรอบของระบบการใช้ยาที่เหมาะสม



แผนงานย่อยที่ 1: กลุ่มการสังเคราะห์รูปแบบ กลไก หรือวิธีการจัดการให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล เป็นกลุ่มที่ใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมและกลวิธีอื่นๆ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์การจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมในประเทศไทย หาช่องว่างในการพัฒนาให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมในภาคประชาชนและสถานบริการด้านยาในระบบสาธารณสุข และนำเสนอ ข้อเสนอแนะการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสมในประเทศไทยจากบทเรียนของต่างประเทศ เพื่อวางแผนการวิจัยระบบยาและการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการจัดการการใช้ยาอย่างเหมาะสมต่อไป

แผนงานย่อยที่ 2: กลุ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล จะทำการศึกษาเกี่ยวกับขนาดของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบที่เกิดจากปัญหาดังกล่าวทั้งในทางคลินิกและทางเศรษฐศาสตร์ โดยยกตัวอย่างปัญหาที่มีความสำคัญในระดับต้นๆ ของประเทศ คือ ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะและการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ แนวทางการประเมินผลด้วยตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และมีแนวทางที่จะกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไปได้

แผนงานย่อยที่ 3: กลุ่มวิจัยปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล โดยใช้กลไกการสร้าง บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยเป็นการวิจัยที่ต่อเนื่องในระยะที่ 3 ของโครงการ Antibiotic Smart use (ASU) ซึ่งนอกจากจะทำหน้าที่ในการตอบโจทย์ประเด็นการสร้างบรรทัดฐานทาง

สังคมเพื่อการใช้ยาสมเหตุสมผลแล้ว กลุ่มวิจัย ASU นี้ยังทำหน้าที่เป็นต้นแบบหรือโมเดลสำหรับการเรียนรู้ด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผลในระดับประเทศ และการ scaling up ของโครงการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของกิจกรรมและเกิดการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายได้จริงอีกด้วย

ตารางที่ 1 ชื่อโครงการย่อยในแผนงานวิจัย

โครงการ	ผู้รับผิดชอบหลัก
แผนงานย่อยที่ 1 การสังเคราะห์รูปแบบ กลไก หรือวิธีการจัดการให้เกิดการใช้ยาสมเหตุสมผล	
1.1 รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยภาคประชาชน	ภญ.ดร.พัทธวิภา สุวรรณพรหม คณะเภสัชศาสตร์ มช.
1.2 รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ในสถานบริการสาธารณสุข	รศ.ดร. จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์ คณะเภสัชศาสตร์ มช.
แผนงานย่อยที่ 2 กลุ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล	
2.1 การประเมินขนาดปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ	ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง คณะเภสัชศาสตร์ มมส.
2.2 การพัฒนาตัวชี้วัดเรื่องจากการใช้ยาที่สมเหตุสมผล	ภญ.ดร.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มช.
แผนงานย่อยที่ 3 กลุ่มวิจัยปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผลโดยใช้กลไกการสร้างบรรทัดฐานของสังคม	
3.1 การศึกษาความเป็นไปได้และสังเคราะห์องค์ความรู้การสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ภญ.ดร.นิธิตา สุ่มประดิษฐ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
3.2 การพัฒนารูปแบบสื่อเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	นางสายศิริ ด่านวันนะ
3.3 โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในร้านยา	ภก.ดร.วิรัตน์ ทองรอด คณะเภสัชศาสตร์ ม.หัวเฉียวฯ
3.4 โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลด ละ เลิก การใช้ยาปฏิชีวนะผิดๆ ในชุมชน	ภก.ดร.วิรัตน์ ทองรอด คณะเภสัชศาสตร์ ม.หัวเฉียวฯ
3.5 การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	ผศ.ดร.สมหญิง พุ่มทอง คณะเภสัชศาสตร์ มศว.

รายละเอียดของการดำเนินงานอยู่ในรายงานแต่ละโครงการย่อย และมีสรุปไว้ในท้ายเอกสารรายงานนี้

เครือข่าย

เนื่องจากการวิจัยระบบยามีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานของหลายวิชาชีพ อาทิเช่น แพทย์ เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาอื่น ๆ รวมทั้งสถาบันวิชาการต่างๆและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งสถาบันวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการนำผลการศึกษาไปใช้จะมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบยาทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค ทั้งนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อเสนอไปใช้ในการดำเนินการปรับปรุงกลไกและกระบวนการเพื่อรองรับการพัฒนากระบวนการใช้ยาที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีตัวแทนของหน่วยงานเชิงวิชาชีพ เครือข่ายกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมใน

กรรมการที่ปรึกษาแผนงานพัฒนาฯ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อคณะทำงานในกระบวนการทำงานอย่างใกล้ชิด เพื่อสร้างการยอมรับเมื่อผลการศึกษานำไปใช้ โดยมีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. หน่วยงานบริหารระบบประกันสุขภาพ เช่น สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง
2. เครือข่ายโรงพยาบาลผู้ให้บริการในสังกัดต่างๆ
3. องค์การวิชาชีพและหรือองค์กรวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เกษัชกร ราชวิทยาลัยสาขาต่างๆ ฯลฯ
4. เครือข่ายนักวิจัยสหสาขาจากสถาบันวิจัยต่างๆ
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
6. ตัวแทนจากคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการ

ถึงแม้ว่าการดำเนินการตามแผนงานนี้จะประกอบด้วย 3 แผนงานย่อย และโครงการย่อย แต่เพื่อให้ทุกโครงการในแผนงานนี้มีความสอดคล้องกันและมุ่งสู่เป้าหมายในพัฒนาระบบการใช้ยาที่สมเหตุผล ดังนั้นจะมีการกำหนดให้วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการของแผนงานนี้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำหน้าที่ในการติดตามกำกับและให้คำปรึกษา รวมถึงมีการดำเนินการที่ใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การจัดประชุมหารือระดมความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ และครอบคลุมกิจกรรมหลักตามแผนงาน จะมีคณะกรรมการวิชาการและผู้เชี่ยวชาญจากนักวิชาการในมหาวิทยาลัย เครือข่ายนักวิจัยระบบยาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เครือข่ายกลุ่มพัฒนาและเฝ้าระวังระบบยา และกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะนักวิจัยหลักจะทำการประมวลผลการวิจัยจากแผนงานย่อยเพื่อนำเสนอภาพรวมสำหรับการพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสม ในระดับประเทศต่อไป ทั้งนี้ระเบียบวิธีการวิจัยในรายละเอียดแสดงในแต่ละแผนงานย่อย ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนงานวิจัยหลักในภาพรวม เป็นดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลจากเอกสารปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการจากฐานข้อมูล และข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสถานการณ์บริบทในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง และ
2. ผู้จัดการแผนงานวิจัยและทีมจะทำการรวบรวมรายชื่อนักวิจัยที่ทำงานด้านการใช้ยาสมเหตุผล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในเชิงนโยบายในทุกภาคส่วน เพื่อจัดเรียงให้เป็นแผนภูมินักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องนโยบาย เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงที่สมบูรณ์และมีความซ้ำซ้อนน้อยที่สุด
3. จัดประชุมคณะนักวิจัย เพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาสถานการณ์ตามข้อ 1 มาใช้ในการประชุมระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบที่คาบเกี่ยวระหว่างประเด็นหลัก โดย
 - สร้างเครือข่ายการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกัน

- จัดให้มีกระบวนการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาเทคโนโลยีและกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสมหรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ระหว่างทีมนักวิจัยภายใต้แผนงาน และเจ้าหน้าที่ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- 4. จัดประชุมปรึกษา/ระดมความคิดเห็นของคณะกรรมการที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำเสนอผลจากการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับการประชุมระดมความคิดเห็นคณะนักวิจัย (ข้อ 1 และ 2) และพิจารณากำหนดกรอบแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญ
- 5. ดำเนินการศึกษาตามแผนของโครงการเฉพาะในแต่ละแผนงานย่อย
- 6. จัดประชุมทีมนักวิจัย เพื่อเชื่อมโยงผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ พัฒนามาตรการอื่นๆ ในการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล และพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
- 7. จัดประชุมปรึกษา/ระดมความคิดเห็นของคณะกรรมการที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้-เสียเพื่อให้ออกความเห็นและข้อเสนอแนะต่อร่างข้อเสนอเชิงนโยบายที่พัฒนาขึ้น ในด้านความสอดคล้องเชิงนโยบายและความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติรวมถึงผลกระทบต่อบริบท หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลด้านระบาดวิทยาและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จะเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและผลกระทบของปัญหาในเชิงมหภาค อันจะนำไปสู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบายให้เกิดการพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบ และระบบการจัดการปัญหาการใช้ยาที่เหมาะสม ที่ได้จากการวิจัย อาจถูกนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงปฏิบัติ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสมมากขึ้น ในขณะเดียวกันองค์ความรู้ที่ได้ยังอาจจะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ประกอบการพิจารณาความเป็นไปได้เชิงนโยบาย เพื่อพิจารณาคัดเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในการใช้ยาในระบบสำหรับประเทศต่อไป
3. กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสมของประเทศไทยที่ได้จากการวิจัย จะเป็นกรอบสำคัญในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการใช้ยาในเชิงนโยบายและแนวทางการประยุกต์องค์ความรู้ในการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมของประเทศต่อไป

ผลการดำเนินงานและข้อค้นพบที่สำคัญ

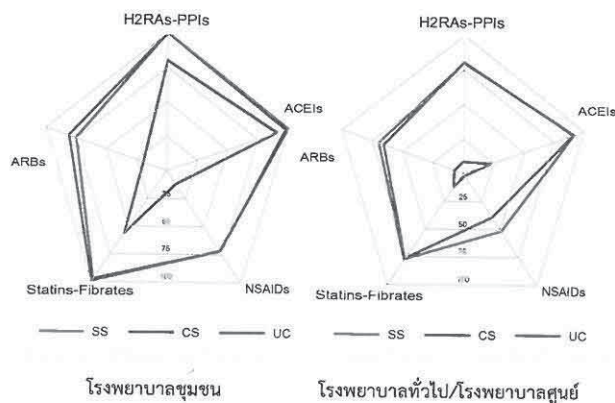
1. สถานการณ์การใช้ยาไม่สมเหตุผลของประเทศไทย

รายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 มีมูลค่า 377,226 ล้านบาท หรือ 5,938 บาทต่อคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของรายได้ประชาชาติโดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ

1.1 ขนาดปัญหาการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลรัฐ

โรงพยาบาลเป็นช่องทางการกระจายหลัก (กว่าร้อยละ 70) ของตลาดยาแผนปัจจุบัน การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งอาศัยบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นเครื่องมือเชิงนโยบาย มีเป้าหมายเพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงยาของผู้ป่วยและความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพอย่างใดก็ตาม ร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เกิดจากการใช้ยา โรงพยาบาลรัฐที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมักมีผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่ต่ำ

ข้อมูลจากโครงการ Citizen Health Profile (CHP) ใน 8 จังหวัดนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยืนยันข้อค้นพบว่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS) มีสัดส่วนต่ำกว่าของกองทุนประกันสังคม (SS) และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งให้บริการรักษายาบาลในระดับตติยภูมิ โดยพบว่า ยาลดไขมันในเลือด ยาลดความดันกลุ่ม ACEI-ARBs ในโรงพยาบาลทุกประเภท มีสัดส่วนมูลค่าการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ สูงมากเป็นลำดับแรกๆ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 สัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติใน 5 กลุ่มยาสำคัญ จำแนกตามระบบประกันสุขภาพ 2553
หมายเหตุ: H2RAs-PPIs -Histamine 2 receptor antagonists and proton pump inhibitors; ACEIs -Angiotensin converting enzyme inhibitors; ARBs -Angiotensin 2 receptor blockers; NSAIDs -Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

1.2 การใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล

ประเทศไทยมีการใช้ยาปฏิชีวนะสูงถึง 1.1 หมื่นล้านบาทในปี 2552 โดยกลุ่มยาฆ่าเชื้อรวมทั้งยาปฏิชีวนะมีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูงเป็นอันดับหนึ่งติดต่อกันตั้งแต่ปี 2540 การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากทำให้เชื้อแบคทีเรียดื้อยาและยากต่อการรักษา ในปี 2553 พบคนไทยเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาสูงถึง 38,481 คน นอนโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวันก่อให้เกิดสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 4 หมื่นล้านบาท นอกจากนี้ การใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพ้ยา ซึ่งในปี 2554 ยาปฏิชีวนะมีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุดและสูงเป็นอันดับหนึ่ง

การใช้ยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อพบทั้งในบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน โดยเฉพาะในโรคที่ส่วนใหญ่หายเองได้ เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนการจ่ายยาทั้งหมดทุกรายการของโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์มีการใช้ยาปฏิชีวนะสูงถึงร้อยละ 70-80 ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ใช้ร้อยละ 40-60 โดยร้านยามีการจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคเหล่านี้ร้อยละ 60-80 นอกจากนี้ การสำรวจร้านขายจำนวน 775 แห่งและกองทุนยาหมู่บ้าน 96 แห่ง ใน 195 หมู่บ้าน ของ 8 จังหวัด พบว่าทุกหมู่บ้านมีร้านขายที่ขายยาปฏิชีวนะ

1.3 การใช้ยาที่มีความเสี่ยงในผู้สูงอายุ

การใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ มักเกี่ยวข้องกับการรักษาภาวะโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายชนิดที่อาจเกิดความซ้ำซ้อนหรือใช้ยาโดยไม่จำเป็น (poly-pharmacy) ซึ่งมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ (Adverse Drug Events: ADEs) มากกว่ากลุ่มอื่น ความชุกในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาถึงร้อยละ 20.4 ถึง 43.6

ข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ระหว่างปี พ.ศ.2553-2555 รายงานขนาดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขณะใช้ยาที่เสี่ยง(Adverse Events; AE) 3 ลำดับแรกคือ

- 1) NSAIDs มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ขณะที่ผู้สูงอายุใช้ยา ร้อยละ 42.1 จากการเกิด AE ทั้งหมด โดยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงต่อชีวิตร้อยละ 19.0 ของ AE ทั้งหมด และมีรายงานว่าเกิดขึ้นจากยา (ADR) ร้อยละ 81.0 จาก AE ทั้งหมด
- 2) First Generation antihistamine มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 9.9 โดยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงต่อชีวิตร้อยละ 64.5 และมีรายงานว่าเกิดขึ้นจากยา ร้อยละ 35.5
- 3) Benzodiazepines มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 8.8 โดยเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงต่อชีวิตร้อยละ 73.7 และมีรายงานว่าเกิดขึ้นจากยาร้อยละ 26.3

การสำรวจความรุนแรงของปัญหาจากการใช้ยาที่เสี่ยงในผู้สูงอายุไทย รายการยาเสี่ยงตาม Beers' criteria 2012 และ Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions (STOPP) 2008 ในผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลและชุมชน ระหว่าง ปี พ.ศ.2553-2555 พบว่า ยาที่มีความเสี่ยงที่ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ 5 รายการแรก คือ

- 1) Glibenclamide ร้อยละ 18.5
- 2) First generation antihistamine (เช่น Brompheniramine, Chlorpheniramine, Cyproheptadine, Hydroxyzine) ร้อยละ 15.5
- 3) Trihexylphenidyl ร้อยละ 15.4
- 4) Benzodiazepines (เช่น Diazepam และ Lorazepam) ร้อยละ 15.2
- 5) NSAIDs ร้อยละ 14.4

1.4 มุมมองการใช้ยาที่เหมาะสมต่างกัน

บุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ยังมีความเข้าใจประเด็นการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับด้านประสิทธิภาพการรักษา แต่ยังขาดการให้ความสำคัญกับประเด็นการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่สำคัญด้านอื่น ๆ เช่น ความปลอดภัยในการใช้ยา การใช้ยาตามข้อมูลเชิงประจักษ์ การคำนึงถึงเชื้อดื้อยา การใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติและบัญชียาหลัก และการใช้ยาที่มีความคุ้มค่า ส่งผลให้เกิดการสั่งยาเกินความจำเป็น เช่น การสั่งยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในโรคทางเดินหายใจส่วนต้น การสั่งใช้กลูโคซามีนซัลเฟต การสั่งยาคลายกล้ามเนื้อไม่ตรงกับข้อบ่งใช้และนานเกินความจำเป็นหรือการสั่งยาที่มีราคาแพงโดยไม่จำเป็น

ภาคประชาชน

มีมุมมองที่แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์และอาจนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ได้ ในมุมมองประชาชน “ยา” จะถูกเข้าใจว่าเป็นกลุ่มเดียวกับสมุนไพร อาหาร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทั้งนี้ภาคประชาชนมักให้ความหมายของคำว่า “การใช้ยาที่เหมาะสม” คือการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง และกินยาเมื่อมีอาการ หยุดเมื่อหมดอาการ และการปรับวิธีใช้ยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนด้วย

1.5 การขาดเครื่องมือการติดตามและสะท้อนข้อมูลกลับของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุสมผล

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบยาและคุณภาพการให้บริการด้านยาของโรงพยาบาล โดยสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ กระทรวงสาธารณสุข ผลักดันด้วยระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาลด้านยา ทำให้มีการพัฒนาตัวชี้วัดระบบยา โดยเน้นความปลอดภัยในการใช้ยาเป็นหลัก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมบัญชีกลางได้ให้ความสำคัญของคุณภาพการสั่งยาสำหรับโรคเรื้อรังและได้พัฒนาตัวชี้วัดเพื่อติดตามระดับคุณภาพบริการ

ถึงแม้ว่าตัวชี้วัดระบบยานี้มีความครอบคลุมและสะท้อนผลการจัดการระบบยาของโรงพยาบาล แต่ยังคงขาดตัวชี้วัดที่การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่เฉพาะเจาะจง เป็นมาตรฐาน เพื่อใช้ติดตามสถานการณ์และชี้ประเด็นปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับประเทศจนถึงระดับสถานพยาบาลและระดับคุณภาพการสั่งยาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และการใช้ยาดด้วยตนเองของประชาชน นอกจากนี้ระบบการรายงานด้วยตัวชี้วัดใช้เพื่อวัตถุประสงค์การเบิกจ่ายจากกองทุนมากกว่าการพัฒนาคุณภาพการสั่งยาในระดับโรงพยาบาล ทำให้

ผู้บริหารและผู้ให้บริการทางการแพทย์ขาดความตระหนักถึงปัญหาและการแก้ไขการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลที่เกิดขึ้นได้

2. การดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.1 การจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

กลไกระดับชาติในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาครัฐที่เคยและกำลังดำเนินการในปัจจุบัน ภายใต้ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสาธารณสุขสรุปดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 มาตรการที่ภาครัฐดำเนินการหรืออยู่ระหว่างดำเนินการ

ชัดเจน/ มีประสิทธิภาพ	อยู่ระหว่างดำเนินการ (ยังไม่ทราบผล)	ดำเนินการไม่จริงจัง
- คณะกรรมการระดับชาติ - บัญชียาหลักแห่งชาติ - การตรวจเยี่ยมนิเทศและการตรวจสอบในหน่วยบริการ - แรงจูงใจทางการเงินที่จะนำไปสู่การสั่งจ่ายที่สมเหตุผล - การประหยัดค่าใช้จ่ายในภาครัฐเพื่อประกันการมีบุคลากรสุขภาพและยา ให้ใช้อย่างเท่าเทียมกัน	- เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา - การพัฒนาแนวเวชปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์และใช้ในการฝึกอบรมและการตัดสินใจเลือกการรักษา - คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็ง	- แหล่งข้อมูลที่ปราศจากอคติและเป็นข้อมูลเชิงเปรียบเทียบเกี่ยวกับยา - Problem-based learning ในวิชาการสั่งจ่ายยา - การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์

โดยการดำเนินการ จำแนกตามกลุ่มยา สรุปได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการพัฒนามาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาครัฐ

กลุ่มยา	มาตรการที่มีอยู่ (จุดแข็ง/จุดอ่อน)	โอกาสพัฒนา
Innovation ที่มี therapeutic improvement ชัดเจน	- Compulsory licensing (CL) ต่อดังราคาในบัญชียาหลักแห่งชาติ - โครงการเบิกจ่ายตรงยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ราคาแพงโรคมะเร็ง และรุมาดิก(OCPA, RDPA) ยังไม่มีการต่อดังราคา	- CL/ต่อดังราคา/จัดหายาชื่อสามัญและชีววัตถุ biosimilar - ปรับปรุงระบบ Prior authorization ให้มีความเป็นปัจจุบัน และสะดวกต่อการปฏิบัติงาน
ยาใหม่ที่ไม่มี therapeutic advantage เช่น ยานอกบัญชียา	- ยากลุ่มเป้าหมาย - ระบุเงื่อนไขการสั่งจ่าย A-F (NED Prescription Condition) - กำหนดเกณฑ์การสั่งใช้โดยกรมการแพทย์ราชวิทยาลัย (CPG/Restriction Indication)	- ผลการศึกษาพบว่าเวชระเบียนมีข้อมูลระบุ A-F ร้อยละ 50 สอดคล้องร้อยละ 23 ของการสั่งใช้ - เพิ่มการตรวจสอบภายในโรงพยาบาล - เกณฑ์จริยธรรมส่งเสริมการขาย

กลุ่มยา	มาตรการที่มีอยู่ (จุดแข็ง/จุดอ่อน)	โอกาสพัฒนา
หลักแห่งชาติ ¹	สร้างระบบการตรวจสอบ (อนุกรรมการบริหารเวชภัณฑ์)	กำหนดราคาเบิกจ่ายด้วย reference pricing หรือ ไม่ให้ mark up
	ยาที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย นโยบายลดค่าใช้จ่ายด้านยา รพ. ปีละ 10% ของกระทรวงสาธารณสุขกำกับโดยผู้ตรวจราชการ การส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลัก	- มาตรการเกณฑ์จริยธรรมส่งเสริมการขาย - กำหนดราคาเบิกจ่ายด้วย reference pricing หรือ ไม่ให้ mark up เน้นให้เห็นผลงานที่เป็นรูปธรรมทำให้จริงจัง
ยาที่ขาดหลักฐานประสิทธิภาพ	กรณียกเลิก glucosamine โรงพยาบาลจัดซื้อลดลง 88%	- การสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยโดยแหล่งข้อมูลปราศจากอคติ - ประชาสัมพันธ์ทั่วถึง
ยาที่มีประเด็นต้องระวังความปลอดภัย และการบริหารเภสัชกรรม นอกจากเกณฑ์การรับรองคุณภาพ รพ.	กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลจิตเวช เป็นแกนนำจัดทำแนวเวชปฏิบัติการใช้ benzodiazepine ร่วมกับการมสุขภาพจิต และทดลองดำเนินการในโรงพยาบาลนาร่อง กลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ - งานบริหารเภสัชกรรมต้นแบบ เช่น รพ.สมุทรสาคร รพ. บุรีรัมย์ - งานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาต้นแบบ เช่น รพ. สรรพสิทธิประสงค์	ปัจจุบันการพัฒนาเริ่มต้นจากโรงพยาบาล ไม่มีนโยบายระดับชาติสนับสนุน ควรมีการสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณ

2.2 การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลด้วยการสร้างบรรทัดฐานของสังคม

ระบบควบคุมการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะของประเทศไทยยังมีช่องว่างและจุดอ่อนอยู่มาก ดังเห็นได้จากการที่ประชาชนสามารถซื้อหายาปฏิชีวนะมาใช้เองโดยไม่ผ่านแพทย์หรือเภสัชกร การมียาปฏิชีวนะกระจายในร้านชำ การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นทั้งในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน คลินิก และร้านยา ซึ่งการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปจนได้กลายเป็นบรรทัดฐานทางสังคมของสังคมไทย ที่คนส่วนใหญ่ในสังคมยอมรับและทำตามกันมา และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาและคนไข้ การวิเคราะห์เหตุผลปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการใช้ยาปฏิชีวนะของประเทศต่างๆ ในทวีปยุโรปและประเทศในทวีปอเมริกาเหนือสะท้อนว่าความแตกต่างของอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศต่างๆ นั้นไม่ได้เป็นผลมาจากความแตกต่างด้านระบบสุขภาพเสียทีเดียว แต่เกิดจากแรงผลักดันที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศซึ่งมักไม่มีการกล่าวถึง นั่นคือ แรงผลักดันจากบรรทัดฐานทางสังคม (Force of social norms)

¹ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีใช้ทุกตัวจะไม่มี therapeutic advantage กว่ายาในบัญชียาหลัก เพราะ วิธีการได้มาของยาบัญชียาหลักที่ผ่านมาให้เลือกแค่หนึ่งตัว ของแต่ละกลุ่ม ดังนั้นมีใช้ว่าตัวที่ไม่ถูกเลือกจะไม่มี therapeutic advantage โดยเฉพาะอย่างยิ่งเฉพาะกรณี เช่น คนที่ใช้ยาในบัญชียาหลักไม่ได้ผลและต้องไปใช้ยานอกบัญชียาหลัก

โครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use: ASU) พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2550 เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนางานการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยเริ่มจากการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานในพื้นที่ในการสร้างองค์ความรู้และกลไกการทำงานที่เหมาะสมจากบริบทจริงของพื้นที่ในการลดใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลเลือดออก (เรียกโดยย่อว่า แนวปฏิบัติของ ASU) และได้ขยายแนวปฏิบัติดังกล่าวสู่พื้นที่ต่างๆ ทั้งในระดับจังหวัด สถานพยาบาล เครือข่ายสุขภาพชุมชน รวมทั้งร้านยา

โครงการ ASU มีเป้าหมายระยะยาว คือ ขยายแนวปฏิบัติของ ASU สู่ความยั่งยืนเพื่อเป็นบรรทัดฐานใหม่ทางสังคมโดยวางยุทธศาสตร์ไว้ 3 ด้านคือ การเชื่อมแนวปฏิบัติของ ASU เข้ากับนโยบายที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ การขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการสื่อสารแนวปฏิบัติของ ASU สู่ประชาชน ในระยะนี้ เน้นการดำเนินการในยุทธศาสตร์ที่ 1 การเชื่อมแนวปฏิบัติของ ASU เข้ากับนโยบายที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศและยุทธศาสตร์ที่ 2 การขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย เป็นหลัก

การดำเนินการในภาพรวมที่ผ่านมาพบว่า แนวปฏิบัติ ASU มีการขยายจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัย (2550) สู่การดำเนินการระดับจังหวัด (2551) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (2553) โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ (2554) ร้านยา (2555) และเครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน (2555) และขยายจากการดำเนินการในระดับพื้นที่ (area-based) เป็นการดำเนินการระดับประเทศ (nationwide) โดยเริ่มจาก รพช. 10 แห่ง ใน 1 จังหวัดในปี 2550 จนปัจจุบัน ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับที่เป็นคู่สัญญากับ สปสช. ประมาณ 900 แห่งทั่วประเทศ ผลการดำเนินการพื้นที่ที่ดำเนินโครงการสามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะลงจากเดิม ลดค่าใช้จ่ายด้านยา และประชาชนปลอดภัยมากขึ้น อาทิเช่น โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสระบุรีสามารถลดการใช้ยาและประหยัดค่ายาปฏิชีวนะประมาณ 400,000 บาท จังหวัดอุบลราชธานีสามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยทำให้ผู้ป่วยหัวัดเจ็บคอจำนวน 6,747 ราย ไม่ต้องรับยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น จึงลดความเสี่ยงต่อการแพ้ยาและดื้อยาได้มาก โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์สามารถลดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะจากร้อยละ 70-80 เหลือไม่เกินร้อยละ 20 และ ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ ASU จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมากกว่าร้านยาที่ไม่เข้าร่วมโครงการ และร้านยาทั่วไปที่ไม่มีเภสัชกรคิดเป็น 5.2 และ 11.8 เท่า ตามลำดับ

ชุมชนที่ดำเนินโครงการ ASU สามารถทำให้ร้านขายยาในชุมชนที่เคยขายยาปฏิชีวนะยุติการขายยาปฏิชีวนะและยาอันตรายอื่นๆ ได้ด้วยความสมัครใจ มีตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ใช้กลไกของ microeconomics ในการจูงใจคนในชุมชนในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำรวมทั้งทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชนเพื่อบูรณาการทรัพยากรบุคคลและงบประมาณร่วมกัน ส่วนผลของแนวปฏิบัติ ASU ต่อสุขภาพและความพึงพอใจของคนใช้นั้น พบว่า การจ่ายหรือไม่จ่ายยาปฏิชีวนะไม่มีการหายป่วยของคนไข้ และคนไข้รู้สึกพึงพอใจต่อผลการรักษา ซึ่งผลนี้สอดคล้องกันกับการดำเนินงานในโรงพยาบาลและร้านยาเช่นกัน

จากข้อมูลเชิงประจักษ์การดำเนินงาน ASU ในพื้นที่ต่างๆ สรุปผลกระทบเชิงบวกของ ASU ต่อระบบสุขภาพได้ดังนี้

- การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บรรจุแนวปฏิบัติ ASU เข้าเป็นตัวชี้วัดของนโยบาย Pay-for-Performance (P4P) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 ทำให้ ASU เกิดการขยายผลอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ 2556 สปสช. มีการปรับปรุงระบบ

Audit-Feedback ของตัวชี้วัด ASU จากเดิมที่เป็นการประเมินเชิงกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินเชิงผลลัพธ์ (output evaluation) ซึ่งผลการประเมินมีความชัดเจนและตรวจสอบได้ และที่สำคัญ คือ ไม่ก่อภาระงานเพิ่มแก่โรงพยาบาล ดังนั้น การขยายระบบ Audit-Feedback สำหรับยากลุ่มอื่น มีความเป็นไปได้

- ภาควิทยาศาสตร์และเครือข่ายที่ร่วมทำ ASU รวมทั้งกลไกและองค์ความรู้จากโครงการ ASU ในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เป็นทุนทางสังคมและทรัพยากรบุคคลที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 และแผนงานป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่เริ่มในปี พ.ศ.2555

2.3 การลดปัญหาการใช้ยาภาคประชาชน

แม้ปลายทางของการใช้ยาจะมีประชาชนเป็น end user แต่กิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมในภาคประชาชนโดยตรงกลับมีไม่มาก โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับภาคผู้ให้บริการทางการแพทย์ และในกิจกรรมที่มีอยู่ส่วนใหญ่มักดำเนินการโดยกลุ่มหรือเครือข่ายนอกภาครัฐ (เช่น กลุ่มศึกษาปัญหา มูลนิธิหมอชาวบ้าน) ส่วนการดำเนินการของภาครัฐมักเน้นเพียงการให้ชุดข้อมูลความรู้ด้วยมุมมองผู้ให้บริการทางการแพทย์เป็นศูนย์กลาง โดยขาดการทำความเข้าใจพฤติกรรม ศักยภาพและบริบทของประชาชน ปัญหาการใช้ยาในภาคประชาชนของไทยจึงมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในยุคผู้บริโภคอ่อนแอและสื่อโฆษณาที่มีอิทธิพลที่แรงกว่าสื่อให้ความรู้ของภาครัฐ

การสร้างเสริมเข้มแข็งภาคประชาชน (empowerment) ในด้านสุขภาพและยา เป็นแนวคิดที่เริ่มดำเนินการมากขึ้นทั้งในเชิงนโยบายและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะในต่างประเทศ โดยพบว่าการเปิดช่องทางให้ผู้ป่วย (ประชาชน) สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการด้านสุขภาพและยา ได้รับทราบข้อมูลสุขภาพของตน การที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์มีการสื่อสารที่มากขึ้นกับผู้รับบริการ (communication & share information) ร่วมกับการบอกทางเลือกในการรักษา (choices) และให้ผู้ป่วยได้ร่วมในการตัดสินใจ (shared decision) มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) และความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ที่สูงขึ้น นำสู่การร่วมมือในการรักษา และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

2.4 การลดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ

การดำเนินการลดปัญหาจากการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในผู้สูงอายุจะต้องดำเนินการทั้ง 4 ภาค ส่วนคือ ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสั่งจ่ายยาผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลองค์การวิชาชีพและผู้กำหนดนโยบาย ผู้ประกอบวิชาชีพต้องให้ความสำคัญต่อรายการยาที่มีเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางพิจารณาเลือกยาที่เหมาะสมก่อนการสั่งใช้ ซึ่งสามารถลดโอกาสการเข้าถึงยาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงของผู้สูงอายุได้ และควรทำการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ยาหลายรายการ (polypharmacy) และไม่มีผู้ดูแลประจำซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดปัญหาการใช้ยาที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลต้องเพิ่มศักยภาพความสามารถในการใช้ที่สมเหตุผล ลดการไปรับยาจากหลายแห่งและการคุ้มครองตนเองโดยการพิจารณาอ่านฉลากยาด้วยชื่อสามัญของยา ซึ่งสามารถลดการได้รับยาซ้ำซ้อน รู้จักและเข้าใจอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากยาและวิธีการจัดการป้องกันขณะที่ยังคงรักษาชีวิตที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและความใส่ใจต่อความปลอดภัยของการสั่งจ่ายยาในผู้สูงอายุและ

ทั้งหมดนี้จะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายในการผลักดันเรื่องความปลอดภัยของการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นวาระสำคัญของนโยบายด้านยาของประเทศ ก่อนที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งการดำเนินการจะไม่ทันการณ์

3. การพัฒนาตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การใช้ยาไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาสำคัญของประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้จ่ายเกินความจำเป็น การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่คำนึงถึงเชื้อดื้อยา การใช้ยาราคาแพงนอกบัญชียาหลัก การใช้ยาที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัย การใช้ยาโดยบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนใช้ยาด้วยตนเองที่ยังขาดข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจ

ถึงแม้ว่าขณะนี้จะมีการประเมินคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขอย่างกว้างขวางและมีมาตรฐานโดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานรับรองคุณภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพและกองทุนต่าง ๆ แต่การประเมินคุณภาพการสั่งยาและผลที่เกิดขึ้นตามมาในด้านความสมเหตุผลในการใช้ยังจำกัดอยู่เฉพาะด้านความปลอดภัยในการใช้ยา และส่วนใหญ่ใช้เพื่อการตรวจสอบกำกับดูแลมากกว่าเป้าหมายเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพการใช้ยาให้สมเหตุผล

การประเมินและติดตามสถานการณ์การสั่งยาที่ไม่เหมาะสมเป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่ควรทำก่อนการดำเนินการและติดตามผลการแก้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเป็นระยะ ๆ จึงมีความจำเป็นต้องมีตัวชี้วัดที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการใช้อย่างสมเหตุผล สะท้อนปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในปัจจุบัน มีความถูกต้องทางวิชาการ ที่เป็นที่ยอมรับและเป็นไปได้ในใช้จริง

3.1 เป้าหมายและกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลของประเทศไทย

เป้าหมาย: เป็นเครื่องมือติดตามสถานการณ์คุณภาพการใช้ยาและชี้ประเด็นการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลที่สำคัญของประเทศ

ความหมาย: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Use of Drug, RUD) ตามคำนิยามของบัญชียาหลักแห่งชาติ 10 ด้าน

ขอบเขตของการวัด: Structure Process and Outcomes

ระดับข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้: 3 ระดับ คือ ระดับประเทศ ระดับสถานพยาบาล และระดับผู้สั่งใช้ยา

ข้อจำกัด: ตัวชี้วัดระดับสถานพยาบาลและระดับคุณภาพการสั่งยา เน้นการใช้ยาในสถานพยาบาลที่รวมถึงโรงพยาบาลรัฐ เอกชนและคลินิก บางตัวอาจไม่สามารถวัดคุณภาพการใช้ยาในร้านยาได้

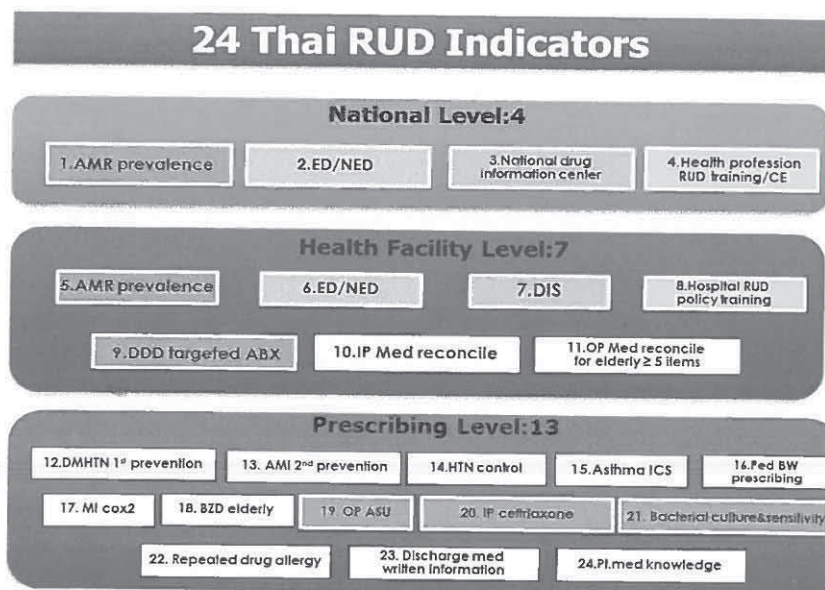
วิธีการพัฒนาตัวชี้วัด:

- 1) การทบทวนวรรณกรรมตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและตัวชี้วัดระบบยาที่แนะนำโดยองค์กรในประเทศและต่างประเทศ ภาครัฐ เอกชน องค์กรวิชาการและองค์กรควบคุมคุณภาพด้านการดูแลและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 18 แหล่ง
- 2) คัดเลือกตามเกณฑ์คุณภาพตัวชี้วัดจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาที่เกี่ยวข้อง
- 3) พิจารณาข้อมูลด้านวิชาการโดยกรรมการวิชาการ การพิจารณาความเป็นไปได้และความสอดคล้องจากหน่วยงานที่ใช้ตัวชี้วัดการใช้ยาและมีข้อมูลนำเข้า
- 4) เรียงลำดับความสำคัญโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) เพื่อให้ได้ชุดตัวชี้วัดจำนวนน้อยและครอบคลุมประเด็นการใช้ยาไม่สมเหตุผลที่มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

ทั้งนี้ ความหมายของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมี 5 องค์ประกอบ

1. การใช้ยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพจริงมีหลักฐานวิชาการที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง
2. มีราคาเหมาะสม คุ่มค่า
3. ไม่ใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน
4. คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ในบัญชียาหลัก
5. ใช้ยาในขนาดที่พอเหมาะและมีวิธีการใช้ยาที่เหมาะสมและผู้ป่วยยอมรับ ใช้ยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับและเท่าเทียม

3.2 ข้อเสนอกรอบและตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลของประเทศไทย



ภาพที่ 5 กรอบของตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกจากงานวิจัย

ตารางที่ 5 ชื่อตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกจากงานวิจัย

Code	ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
N1	ความชุกของเชื้อดื้อยาในมนุษย์
N2	สัดส่วนการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักต่อยานอกบัญชียาหลัก (ED/NED)
N3	จำนวนข้อมูลยาที่มีความเป็นกลางและเป็นปัจจุบันที่ได้เผยแพร่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนโดยศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาของประเทศ
N4	การให้การศึกษาด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์
H1	DDD ของการจ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่มเป้าหมาย
H2	ร้อยละของเชื้อดื้อยาด้านซัลซิฟ
H3	สัดส่วนของการสั่งจ่ายในบัญชียาหลักต่อยานอกบัญชียาหลัก (ED/NED)
H4	สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรมเพื่อชี้แจงนโยบายการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผลโดยสถานพยาบาล
H5	จำนวนข้อมูลด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เผยแพร่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการโดยศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาของสถานพยาบาล
H6	ร้อยละของผู้ป่วยในที่ได้รับการประสานรายการยา (Medication reconciliation) หรือยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ใช้อยู่ภายใน 24 ชั่วโมง
H7	ร้อยละของผู้ป่วยนอกอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปที่ได้รับการประสานรายการยา (Medication reconciliation) อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปี
P1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลตามเกณฑ์ ASU
P2	ร้อยละของผู้ป่วยในที่ได้รับการสั่งจ่าย ceftriaxone
P3	ร้อยละของผู้ป่วยในที่ได้รับยาปฏิชีวนะและไม่ได้มีการส่งเพาะเชื้อก่อนได้รับยาปฏิชีวนะ
P4	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ที่ไม่ได้มีการสั่งจ่าย ACE inhibitor หรือ an angiotensin-II receptor antagonist
P5	ร้อยละของผู้ป่วย Myocardial infarction, MI ที่ไม่ได้มีการสั่งจ่าย beta blockers และ antiplatelet agent (หรือ anticoagulant) และยากกลุ่ม statin
P6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาลดความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต
P7	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหอบหืด (Asthma) ที่ไม่ได้มีการสั่งจ่าย inhaled corticosteroids
P8	ร้อยละของเด็กที่ได้รับการสั่งจ่ายแต่ไม่มีบันทึกการชั่งน้ำหนัก
P9	ร้อยละของผู้ป่วย MI ที่ได้รับการสั่งจ่ายกลุ่ม Cox2 inhibitor
P10	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับการสั่งจ่ายยากกลุ่ม benzodiazepines สำหรับโรค insomnia, agitation, หรือ delirium
P11	ร้อยละของการได้รับยาที่มีประวัติแพ้ยา
P12	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการสั่งจ่ายและได้รับข้อมูลยาเป็นลายลักษณ์อักษร
P13	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความรู้ในการรับประทานยาทุกชนิดที่ได้รับ

4. การทบทวนกลไก วิธีการ หรือ รูปแบบในการจัดการ ให้เกิด การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ในสถานบริการสาธารณสุข ภาครัฐ

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ทำการทบทวนเอกสารเพื่อศึกษากลไกระดับชาติในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในภาครัฐที่เคยมีการดำเนินการและที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน ภายใต้ข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก และได้ทำการเก็บ primary data เพื่อศึกษาสถานการณ์การระบุข้อบ่งชี้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามเงื่อนไขที่กรมบัญชีกลางกำหนด ศึกษาสถานการณ์การสั่งใช้ยาในกลุ่มโคซามินหลังจากกรมบัญชียาได้กำหนดเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้ ศึกษาการสั่งใช้ยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกลุ่ม benzodiazepine (BDZs) และศึกษาระบบการคัดเลือก จัดซื้อจัดหา และการใช้ชีวิตที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงนำเสนอความก้าวหน้าของการจัดเตรียมฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนารหัสยามาตรฐานและเพื่อวิเคราะห์ความสมเหตุสมผลจากการใช้ยา

กลไกระดับชาติในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในภาครัฐที่เคยมีการดำเนินการและที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน ภายใต้ข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ได้แก่

(1) การมีองค์กรที่กำหนดนโยบายด้านยาระดับชาติ

กลไกของรัฐในรูปของคณะกรรมการระดับประเทศ ได้แก่ (1) คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นเลขานุการ กลไกสำคัญที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง คือ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำหน้าที่พิจารณาคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติตามคำแนะนำของคณะทำงานประสานผลการพิจารณาในบัญชียาหลักฯ ที่ทำงานหลักผ่านคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญฯ รวม 17 สาขา และผ่านคณะทำงานสนับสนุนเฉพาะด้าน คือ คณะทำงานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะทำงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยา บัญชี จ.(2) ฯ และคณะทำงานต่อรองราคายาในบัญชียาหลักฯ ในปี 2555 ได้จัดทำแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัด ที่อิงตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก สำหรับการส่งเสริมการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลไว้อย่างครบถ้วน (2) คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กระทรวงการคลัง มีรองปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธาน และอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการ ปัจจุบันกำลังดำเนินการ “ยุทธศาสตร์บันได 8 ขั้น” และ (3) คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้มติคณะรัฐมนตรีเป็นกลไกล่าสุดที่เกิดขึ้น (20 พฤษภาคม 2555) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการ กลไกการดำเนินงานที่ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการ 6 ฝ่าย ได้แก่ (1) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ (2) คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์ (3) คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติฯ (4) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ (5) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และ (6) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทใกล้เคียงกับ คณะกรรมการ 2 ชุดแรกที่มีการดำเนินงานมาก่อน โดยเฉพาะในประเด็นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของ ระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากตัวบุคคลซึ่งมีบทบาทสำคัญ คณะกรรมการชุดล่าสุดซึ่งมี รัฐมนตรีเป็นผู้นำน่าจะเป็นกลไกระดับประเทศในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่สำคัญที่สุด แม้ว่า การตัดสินใจของ คณะกรรมการชุดดังกล่าวอาจมีจุดอ่อนในประเด็นที่อ่อนไหวทางการเมือง ดังจะเห็นได้จากการปรับเปลี่ยน ประกาศกระทรวงการคลังตามมติคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เช่น กรณี การเบิกจ่ายค่ายาเกลือโซเดียม

(2) การใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และการประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อให้มีงบประมาณอย่างยั่งยืนและมี ยาใช้อย่างเท่าเทียม

บัญชียาหลักแห่งชาติมีลักษณะของ maximum effective list ใช้ระบบคะแนนในการคัดเลือกยา โดยอิงกับข้อมูลที่เป็นหลักฐานประสิทธิผล-ความปลอดภัย (Information-Safety-Administration restriction-Frequency-Efficacy, ISaFE) และข้อมูลราคา (Essential Medicine Cost Index, EMCI) และนำข้อมูลด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (cost-effectiveness) และผลกระทบต่อด้านงบประมาณ มาใช้ในการปรับปรุงรายการยาร่วมด้วย (พ.ศ. 2551 และ 2555 ฉบับปัจจุบัน) ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพหลัก ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคมซึ่งใช้กลไกการ จ่ายเงินแบบปลายปิด ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยาที่อิงกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลที่ตามมาทำให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีราคาแพง เช่น ยาด้าน ไวรัสเอดส์ ยาบัญชีย่อย จ.1 (oseltamivir) และ จ.2 (letrozole, docetaxel, intravenous immunoglobulin (IVIG), liposomal amphotericin B, leuporelin, verteporfin และ botulinum toxin) ยาภายใต้ระบบจัดการรายโรค (epoetin, imatinib, factor VIII และ factor IX) โดยอาศัยอำนาจการ ตีรองกับอุตสาหกรรมยาผ่านกองทุนยาและคณะทำงานตอรองราคาฯ ในคณะกรรมการพัฒนาบัญชียา หลักแห่งชาติ ระหว่าง มี.ค.2554 – ส.ค.2555 ได้ดำเนินงานตอรองราคายารวม 80 รายการ ทำให้ประหยัด ค่ายาได้ประมาณ 2,400 ล้านบาท และมีระบบเบิกชดเชยให้โรงพยาบาลเป็นยา ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเจ้าภาพ พัฒนาระบบการเบิกชดเชยยา ที่ผ่านการตอรองราคาฯ และจัดซื้อร่วม สำหรับสามระบบประกันสุขภาพ สำหรับโครงการโรคมะเร็ง เอ็ดส์ และการทดแทนไต

สำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ติดสิทธิบัตรซึ่งมีราคาแพง ในปี 2549 – 2551 รัฐบาลสมัยนั้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing, CL) สำหรับยา 7 รายการ ได้แก่ efavirenz, lopinavir/ritonavir, clopidogrel, letrozole, docetaxel, erlotinib และ imatinib ซึ่ง พบว่าช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้คิดเป็นมูลค่า 132 ล้านบาทหรือร้อยละ

คณะกรรมการเจรจาตอรองราคาฯและเวชภัณฑ์ ในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ ตอรองราคา รายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูงและ เป็นเป้าหมายการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้ประกาศให้เป็นราคายาที่ โรงพยาบาลสามารถจัดซื้อจำนวน 90 รายการ และที่ไม่อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย 151 รายการ

(3) การมีระบบติดตามและตรวจสอบการใช้ยา

ปัจจุบันกรมบัญชีกลางดำเนินการผ่านสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล ด้วยการสุ่มตรวจสอบ (audit) ข้อมูลจากใบสั่งยาและเวชระเบียนในผู้ป่วยที่มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลสูงผิดปกติเพื่อตรวจสอบความสมเหตุสมผลตามมาตรฐานการรักษา หรือการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน ร่วมกับการใช้มาตรการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาลในกรณีที่พบข้อบกพร่อง สำหรับมาตรการทางอ้อมสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้ใช้ผลการวิเคราะห์การใช้ยาในระบบจ่ายตรงของโรงพยาบาลนาร่อง 34 แห่ง เป็นข้อมูลสะท้อนกลับให้แก่โรงพยาบาลร่วมกับการตรวจเยี่ยมเฉพาะแห่ง ปัจจุบันการติดตามและประเมินผลได้ขยายไปสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งหมดรวม 168 แห่ง

การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย ในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ที่มีเลขาธิการ สปสช. เป็นประธาน ได้ให้ความสำคัญแก่การตรวจสอบการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาด้านจุลชีพตามโครงการ Antibiotic Smart Use (ASU) คือ กรณีระบบหายใจส่วนบนอักเสบแบบเฉียบพลัน และท้องร่วง รวมทั้งการตรวจสอบการให้การรักษาโรคมะเร็ง

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการฯ ประจำเขตสาธารณสุข มีหน้าที่ดูแลกำกับโดยสัดส่วนการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาเป้าหมายให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสมรรถนะของโรงพยาบาล

(4) การสร้างแรงจูงใจจากการจ่ายเงิน

ข้อเสนอระยะยาว (บันไดขั้นสุดท้าย) ของคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ คือ การเปลี่ยนไปใช้ระบบการจ่ายล่วงหน้า (prospective payment) ที่ปรับตามความเสี่ยงของลักษณะโรค ในระยะเปลี่ยนผ่านควรเสริมแรงจูงใจเชิงบวก (positive reinforcement) แก่ผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อลดการสั่งใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล

(5) การบังคับใช้เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา

ในปี 2551 คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาได้จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา ในปี 2552 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ได้มีมติให้อุตสาหกรรมยายุติการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม โดยให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำเกณฑ์จริยธรรมการส่งเสริมการขายยาของประเทศ (ฉบับ 30 มีนาคม 2554) โดยมีสาระสำคัญ คือ การควบคุมพฤติกรรมทั้งผู้สั่งใช้ยา ผู้แทนยาและบริษัทยาในการให้ผลประโยชน์ตอบแทน และการกำหนดให้มีข้อมูลการส่งเสริมการขายที่รายงานต่อสาธารณชนทุกๆ ปี คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 2 ประเด็น คือ (1) การมีกฎหมายรองรับในการบังคับใช้ และ (2) จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการเพิ่มความรู้แก่บุคลากร โดยไม่รับการสนับสนุนของบริษัทยา

ล่าสุด กระทรวงสาธารณสุขกำลังจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีประเด็นการส่งเสริมการขายยาเป็นส่วนหนึ่งในขณะนี้ มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พร้อมจะนำเกณฑ์จริยธรรมดังกล่าวไปปฏิบัติ ได้แก่ รพ.บางป่อ สมุทรปราการ, รพ.บ้านธิ จ.ลำพูน, รพ.ชุมพวง จ.นครราชสีมา, รพ.สงขลา จ.สงขลา และ รพ.จุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร

(6) การใช้แนวเวชปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

ปัจจุบัน คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติฯ ในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้จัดตั้งคณะทำงานย่อย 5 ชุด ที่มาจากตัวแทนราชวิทยาลัยฯ ต่างๆ ได้จัดทำข้อบ่งชี้สำหรับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาลดไขมัน, ยา Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) และ Angiotensin 2 receptor blockers (ARB), ยา Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ Selective COX-II inhibitors (Coxib) และยากลับ Bisphosphonate คำถามหลักสำหรับการกำหนดข้อบ่งชี้ของยาทั้ง 5 กลุ่ม คือ การระบุหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีประสิทธิผลความปลอดภัย และความคุ้มค่าแตกต่างจากยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างจากประชากรทั่วไป

(7) บทบาทของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC)

กลไกสนับสนุนการดำเนินงานของ PTC ที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ โครงการ Smart PTC Network ในส่วนภูมิภาคที่สนับสนุนโดยแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) และ สปสช. กิจกรรมที่ระบุตามโครงการ ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลบน internet (<http://www.ptcnetwork.in.th>) เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการบริหารจัดการยาและวิธีทำงานของ PTC ข้อมูลคุณภาพยาและ drug monograph การวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาเพื่อการประเมินการใช้ (drug use evaluation, DUE) รวมทั้งการประชุมเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ในระดับนโยบาย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดกิจกรรมในหมวดระบบการจัดการด้านยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยให้ PTC ของ รพ.เป็นผู้วางแผนในการคัดเลือก จัดหา เก็บสำรองยาและส่งเสริมให้เกิดการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ จัดทำบัญชียา รพ. โดยทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กำหนดมาตรฐานยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง จัดทำแนวทางการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูงอย่างเป็นระบบ มีแนวทางการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เหมาะสม พิจารณายาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย มีกระบวนการจัดหายาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วนรวมทั้งสถานการณ์ภัยพิบัติ นอกจากนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ มีนโยบายให้ PTC ของ รพ. ทุกระดับต้องมีนโยบายด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการติดตามกำกับการใช้ในโรงพยาบาล และปฏิบัติตามแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ประจำปี

การสำรวจการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า: 4 กรณีศึกษา

การสำรวจมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่าและแนวทางกำกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (A-F)

แพทย์ร้อยละ 23 ส่วนใหญ่เห็นด้วยและปฏิบัติตาม แพทย์มีการระบุเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 4 กลุ่มในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจนในผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 29 และมีการบันทึกข้อมูลอื่น เช่น รายละเอียดการใช้ยาในบัญชียาหลัก หรือลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่อาจเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกร้อยละ 21 ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยที่สามารถประเมินความสอดคล้องระหว่างเหตุผลที่ระบุในใบสั่งยากับเวชระเบียนจึงมีจำนวนเพียงร้อยละ 50 ซึ่งพบว่ามี

สอดคล้อง และไม่สอดคล้องกันร้อยละ 23 และ 27 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแพทย์ยังมีการปฏิบัติในส่วนนี้ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ทั้งนี้เนื่องจากยังขาดความเข้าใจถึงความแตกต่างของคำนิยามในการเลือกระบุเหตุผลในใบสั่งยา ความเข้าใจถึงข้อมูลที่จำเป็นต้องระบุในเวชระเบียนที่สนับสนุนและสอดคล้องกับเหตุผลที่ระบุในใบสั่งยาตามข้อกำหนดในมาตรการ หรืออาจเกิดจากข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

โรงพยาบาล 15 แห่ง ใน 17 แห่ง มีแผนการตรวจสอบภายในในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาล 8 แห่ง จะรวบรวมข้อมูลการกระจายของการให้เหตุผลรับรอง โรงพยาบาล 5 แห่งมีแผนการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลในใบสั่งยาและในเวชระเบียน ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่มีความพร้อมในเรื่องโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สามารถกำหนดให้แพทย์ต้องบันทึกข้อมูลรายละเอียด และเคยมีประวัติถูกตรวจสอบโดยกรมบัญชีกลาง โรงพยาบาล 6 แห่ง มีแผนการประมวลผลข้อมูลปริมาณการใช้ยากับรายชื่อแพทย์

การสำรวจสถานการณ์การใช้กลูโคซามีน

ในช่วงการดำเนินนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายกลูโคซามีน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 30 มิถุนายน 2554 โรงพยาบาลจำนวน 58 แห่ง ก่อนเริ่มนโยบายการยกเลิกการเบิกจ่ายกลูโคซามีนมีการสั่งใช้มูลค่ารวมทั้งหมด 185 ล้านบาท ภายหลังจากการเริ่มนโยบายการยกเลิกการเบิกจ่ายกลูโคซามีนมีการสั่งใช้มูลค่ารวมทั้งหมด 27 ล้านบาท สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ 158 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 85 ของมูลค่าการสั่งใช้ก่อนเริ่มนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายกลูโคซามีน สามารถลดค่าใช้จ่ายของกลูโคซามีนต้นแบบลงได้ถึงร้อยละ 88 และในส่วนของกลูโคซามีนชื่อสามัญสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ร้อยละ 72 ของมูลค่าการใช้ก่อนเริ่มนโยบาย นอกจากนี้ในส่วนข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่ากลูโคซามีนเป็นยาที่มีข้อบ่งใช้ในการรักษาแต่กลับเบิกไม่ได้ ซึ่งนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายเป็นเหมือนการผลักภาระให้ประชาชนรับผิดชอบและเป็นการลิดรอนสิทธิที่ควรได้รับจากสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

การสำรวจการสั่งใช้ BDZs

โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับยา BDZs อยู่ที่ร้อยละ 2.07 (น้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีรายงานที่ร้อยละ 3) การสั่งใช้ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มที่มีความแรงสูง (high potency), ออกฤทธิ์สั้น (short-acting) เช่น Alprazolam, Lorazepam ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีโอกาสทำให้ผู้ใช้เกิดอาการถอนยา (withdrawal) และเสี่ยงต่อการติดยาได้ง่าย (dependence) กว่า BDZs ที่มีความแรงต่ำ (low potency), ออกฤทธิ์ยาว (long-acting) แม้ว่าจะแนะนำให้ใช้ BDZs ติดต่อกันไม่เกิน 2-4 สัปดาห์ แต่ในเวชปฏิบัติจริงกลับใช้นานเกินกว่าที่แนะนำ คำมัธยฐานของระยะเวลาใช้ยาในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ที่ 7 เดือน โรงพยาบาลชุมชน 60 วัน แม้จะมีคำแนะนำไม่ควรใช้ยา BDZs ร่วมกันมากกว่า 1 ตัวเพราะไม่ได้มีผลดีกว่าใช้ตัวเดียว ในทางปฏิบัติกลับพบเห็นได้มากเกือบร้อยละ 30 การใช้ BDZs ไม่สมเหตุผลตามแนวทางที่กำหนด เฉพาะด้านข้อบ่งใช้มีความไม่สอดคล้องมากเกินกว่าร้อยละ 70 ความไม่สอดคล้องด้านระยะเวลา พบรองลงมา (ร้อยละ 52.8) ส่วนด้านขนาดยาที่ใช้ต่อวันพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.52)

ระบบการคัดเลือก จัดซื้อจัดหา และการใช้ชีวิต

ระบบการคัดเลือก มีความแตกต่างกันในขั้นตอนการดำเนินการ เช่น พิจารณาผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด หรือผ่านคณะกรรมการเฉพาะ รวมถึงความยากง่ายของการเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก การจัดซื้อส่วนใหญ่ดำเนินการสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยมีการตรวจสอบเหตุผล ความจำเป็น แผนการใช้ และมีการควบคุมติดตามตามนโยบายของรัฐบาล และกรมบัญชีกลาง โดยแพทย์และเภสัชกรสนับสนุนระบบ Prior authorization แต่เสนอแนะว่าควรปรับปรุงให้มีความเป็นปัจจุบัน และสะดวกต่อการปฏิบัติงาน

ปัญหาการสั่งใช้ยาไม่สมเหตุผล เป็นปัญหาที่สะท้อนการจัดการเรียนการสอนและการศึกษาต่อเนื่องในส่วนนี้ที่ไม่ได้ผล การขาดแหล่งข้อมูลที่ปราศจากอคติที่เปรียบเทียบข้อมูลในแง่ประสิทธิผล และความปลอดภัย การควบคุมการส่งเสริมการขายและการสนับสนุนจากบริษัทยาไม่ได้ดำเนินการอย่างจริงจัง หากในส่วนนี้ไม่ได้รับการแก้ไข กลไกที่ไตร่ตรองขึ้นในเวลานี้ จะไม่เห็นผลที่ยั่งยืน

ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่ การประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม และเร่งดำเนินการในส่วนที่ขาดโดยเฉพาะการพัฒนาการศึกษาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ข้อเสนอจากแผนงานวิจัย

มาตรการทางนโยบาย

1. ควรต้องพัฒนาให้มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ครบถ้วนตามแนวทางของ WHO

WHO RUD Interventions

- 1 Establishment of a multidisciplinary national body to coordinate policies on medicine use
- 2 Use of clinical guidelines
- 3 Development and use of national essential medicines list
- 4 Establishment of drug and therapeutics committees in districts and hospitals
- 5 Inclusion of problem-based pharmacotherapy training in undergraduate curricula
- 6 Continuing in-service medical education as a licensure requirement
- 7 Supervision, audit and feedback
- 8 Use of independent information on medicines
- 9 Public education about medicines
- 10 Avoidance of perverse financial incentives
- 11 Use of appropriate and enforced regulation
- 12 Sufficient government expenditure to ensure availability of medicines and staff

ทั้งนี้ ควรพิจารณาเลือกตัวอย่างยา 4 กลุ่มสำคัญเป็นตัวแทนการติดตามสถานการณ์การใช้ยาไม่สมเหตุผลและสะท้อนประสิทธิภาพของมาตรการ 3 ประเภทหลัก ดังนี้

- Regulation and enforcement (ตาม WHO RUD intervention ข้อ 1, 3, 4, 7, 11)
- Education (ข้อ 2, 5, 6, 8, 9)
- Financial incentive leads to sustainability (ข้อ 10, 12)

ตารางที่ 6 ตัวอย่างกลุ่มยาที่มีความเป็นไปได้ในการเลือกใช้เป็นตัวแทน

กลุ่มยา	Regulation	Education	Financial
1. ยาโรคหลอดเลือดหัวใจ [Statins, ACEIs (Angiotensin converting enzyme inhibitors), ARBs (Angiotensin-2 receptor blockers)]	+ (7)	+++ (2,8)	+++ (10,12)
2. ยาด้านการอักเสบ [NSAIDs (Non-steroidal anti-inflammatory drugs), Coxib]	+ (7)	+++ (2,8)	+++ (10,12)
3. ยาปฏิชีวนะ [Antibiotics]			
a. โรงพยาบาล (Cefepime)	++ (4,7) ⁵	+++ (2)	+++ (12)
b. ในร้านยาหรือคลินิก [Fluoroquinolones]	+++ (4)	+++ (5,9)	+ (10)
4. ยาคลายกังวลที่ออกฤทธิ์สั้น [Short-acting benzodiazepines: Alprazolam, Lorazepam]	+ (7)	+++ (2, 6)	-

หมายเหตุ: ความสามารถเป็นตัวแทนสะท้อนประสิทธิภาพของมาตรการ: +++ มาก | ++ ปานกลาง | + น้อย; (ตัวเลขในวงเล็บ) = ลำดับข้อตาม WHO RUD intervention; ⁵ หมายถึง ร่วมกับการใช้เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา
ทั้งนี้ ระดับความสามารถในการเป็นตัวแทนมาจากความเห็นของทีมวิจัยในเบื้องต้นเพื่อเสนอเป็นแนวคิดเท่านั้น
ในการดำเนินงานระยะต่อไปต้องมีกระบวนการทางวิชาการในการระบุความสามารถเป็นตัวแทนดังกล่าว

2. กรมบัญชีกลาง เพิ่มความเข้มข้นของการใช้กระบวนการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล (A-F) เพื่อการลดใช้ยา NED
3. กรมบัญชีกลาง กำหนดราคาเบิกจ่ายยาด้วย Reference pricing หรือกำหนดไม่ให้ mark-up ในยา NED กลุ่มเป้าหมายในระบบ Fee-For-Service
4. กรมควบคุมโรค ออ. HITAP และ สปสช. ร่วมมือกันเพื่อสนับสนุนให้อาจารย์มหาวิทยาลัยเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วม ใน Field epidemiology training, ED, HTA, Policy decision และใช้โจทย์จริง (Evidence-based medicine education)
5. การขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาและผลักดันการใช้ตัวชี้วัดเพื่อติดตามคุณภาพการใช้จ่ายที่เหมาะสมของประเทศไทย
 - 5.1 หน่วยงานระดับประเทศที่รับผิดชอบส่งเสริมให้เกิดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลนำตัวชี้วัดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระดับประเทศไปใช้ในการติดตามและรายงานสถานการณ์การใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์และดำเนินการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมให้เกิดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล
 - 5.2 สนับสนุนให้หน่วยงานระดับสำนักและสถาบันกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานรับรองคุณภาพที่ดูแลคุณภาพบริการสาธารณสุขและคุณภาพการใช้จ่าย นำตัวชี้วัดระดับสถานพยาบาลไปใช้ในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการใช้จ่ายของ

สถานพยาบาล มีการสนับสนุนเชิงนโยบายและทางเทคนิคให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนนำตัวชี้วัดไปใช้

5.3 องค์กรกำกับดูแลคุณภาพของสถานพยาบาล เช่น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) สนับสนุนให้ใช้ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระดับสถานพยาบาลเป็นแนวทางการพัฒนาให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และใช้ตัวชี้วัดระดับการสั่งยาเพื่อติดตามและชี้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลของผู้สั่งยาของสถานพยาบาล

5.4 มีการสนับสนุนให้เกิดโปรแกรมสำเร็จรูปสนับสนุนการเก็บข้อมูลและมีฐานข้อมูลสารสนเทศการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่สถานพยาบาลสามารถนำเสนอข้อมูล ติดตามและเปรียบเทียบคุณภาพการสั่งยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของตนเองหรือระหว่างสถานพยาบาล

6. สนับสนุนการติดตามและสะท้อนข้อมูลการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างเข้มข้น

6.1 สปสช./ผู้ตรวจราชการติดตาม สะท้อนข้อมูลกลับให้สถานพยาบาล และกำกับดูแลคุณภาพการให้บริการด้านยา โดยใช้ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร่วมกับตัวชี้วัดบริการด้านอื่นๆ

6.2 สนับสนุนให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ทุกโรงพยาบาลใช้ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการติดตามสถานการณ์การใช้ยาของโรงพยาบาล ชี้ปัญหาการใช้ยา และจัดการแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมในระดับโรงพยาบาล

7. หน่วยงานในส่วนกลางสร้างการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับพื้นที่และส่งเสริมกลไกระดับชุมชนควบคู่กับการใช้มาตรการด้านกฎหมายและนโยบาย เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการควบคุมการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะของประเทศไทยให้ดีขึ้น

8. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมในภาคประชาชนทั้งโดยตรงต่อภาคประชาชน และโดยอ้อมผ่านบุคลากรทางการแพทย์

8.1 พัฒนาแหล่งข้อมูลและการสื่อสารด้านยาแก่ประชาชนและผู้สนใจ: คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เร่งผลักดันให้เกิดหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบงาน RUD ซึ่งขอบเขตงานควรครอบคลุมการทำสื่อและการสื่อสารณรงค์เรื่องยา ที่เข้าถึงง่าย เหมาะกับผู้ใช้ทุกระดับ

8.2 ผลักดันให้การสร้างเสริมศักยภาพผู้ป่วย (patient empowerment) เป็นวาระแห่งชาติด้านสุขภาพ: เน้นการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย ทั้งผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ได้ตระหนักในศักยภาพ รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาของตน เสริมทักษะส่วนบุคคลของประชาชน และสนับสนุนการสร้างสมดุลในการร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

8.3 องค์กรวิชาชีพและสถาบันการศึกษา

- ให้การสร้างเสริมศักยภาพผู้ป่วยเป็นวาระหลักคู่ไปกับการขับเคลื่อนประเด็น RUD ที่กำลังดำเนินการ
- เพิ่มแนวคิดและชั่วโมงฝึกทักษะสำหรับการปรับท่าทีการให้บริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (เช่น *information sharing, shared decision making*)
- กำหนดให้ทักษะเหล่านี้เป็นเกณฑ์ประเมินทางวิชาชีพ

8.4 หน่วยงานประกันสุขภาพ: กำหนดให้บริการที่ส่งเสริมการสร้างเสริมศักยภาพผู้ป่วยเป็นเกณฑ์การจ่ายเงินค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน (P4P)

8.5 สถานพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข

- จัดสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการบริการเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้บุคลากรได้แลกเปลี่ยนแนวคิด ประสบการณ์ทำงาน ปัญหา และวิธีการแก้ไข

8.6 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม องค์กรชุมชน

- สนับสนุนการขยายบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับผิดชอบสุขภาพของตน
- จัดพื้นที่รวมกลุ่มหรือศูนย์เรียนรู้ในชุมชน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็น

9. หน่วยงานภาคประชาชน (NGOs) มีส่วนร่วมรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะ

10. ลดความเสี่ยงในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโดยสนับสนุนให้มีการใช้ “รายการยาเพื่อใช้คัดกรอง และลดโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ”

10.1 สนับสนุนให้กลุ่มสถานศึกษาและองค์กรวิชาชีพสุขภาพนำรายการยาที่มีความเสี่ยงในผู้สูงอายุไปใช้ในการเรียนการสอนหรือหลักสูตร

- ร่วมกับการสร้างความตระหนักแก่นิสิตนักศึกษาต่อความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้สูงอายุ
- นำไปพิจารณาสั่งจ่ายขณะฝึกปฏิบัติวิชาชีพในสถานปฏิบัติการ
- ทำคำแนะนำรายการยาเสี่ยงในผู้สูงอายุจากราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาต่อเนื่อง

10.2 พัฒนาซอฟต์แวร์ (Innovative software) สำหรับโรงพยาบาลในการช่วยเตือนหรือให้ข้อมูลเพื่อการพิจารณาตัดสินใจถึงความปลอดภัยของยาแต่ละตัว พร้อมระบุทางเลือกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ก่อนการสั่งจ่ายหรือจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย

11. กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงกลาโหมส่งเสริมจริยธรรมด้านการโฆษณาและขายยา โดยเร่งดำเนินการในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม นอกเหนือไปจากโรงพยาบาลนาร่อง

มาตรการทางการศึกษา

12. กลุ่มสถาบันการศึกษาและวิชาชีพ

- 12.1 กสพท. เร่งดำเนินการโครงการด้านการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 12.2 ราชวิทยาลัย สมาคมและองค์กรตัวแทนวิชาชีพ สนับสนุนด้านวิชาการและการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรด้านการแพทย์ ที่สั่งยา ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการใช้ตัวชี้วัดเพื่อติดตามปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล
- 12.3 ร่วมกันสนับสนุนการวิจัยต่อเนื่องด้านการยอมรับตัวชี้วัด การหาเกณฑ์คุณภาพ (Benchmark) การพัฒนาตัวชี้วัดตามสถานการณ์ปัญหาและข้อมูลการใช้ยาที่เป็นปัจจุบัน

มาตรการทางวิชาการและวิจัย

13. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 13.1 สนับสนุนการจัดตั้งโครงสร้างและกลไกขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 13.2 ดำเนินการแผนงานวิจัยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการวิจัยเชิงนโยบายสุขภาพและการใช้ยาของประเทศ โดยเน้นการนำความรู้จากงานวิจัยไปใช้ (Knowledge translation)
- 13.3 เป็นตัวหลักในการติดตามสถานการณ์และนำเสนอข้อมูลการใช้ยา 4 กลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลของประเทศ (ตามข้อเสนอ 1) และกลไกดำเนินการเพื่อลดปัญหาและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามแนวทาง WHO
- 13.4 สนับสนุนและติดตามสถานการณ์การจัดการศึกษาและการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล

สรุปผลการศึกษาโครงการย่อย

แผนงานย่อยที่ 1 การสังเคราะห์รูปแบบ กลไก หรือวิธีการจัดการให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล	
1.1 รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยภาคประชาชน	ภญ.ดร.พัชร์วิภา สุวรรณพรม
1.2 รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในสถานบริการสาธารณสุข	รศ.ดร. จุฬารักษ์ สิมวัฒนานนท์
แผนงานย่อยที่ 2 กลุ่มพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล	
2.1 การประเมินขนาดปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ	ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง
2.2 การพัฒนาตัวชี้วัดเรื่องจากการใช้ยาที่สมเหตุผล	ภญ.ดร.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์
แผนงานย่อยที่ 3 กลุ่มวิจัยปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลโดยใช้กลไกการสร้างบรรทัดฐานของสังคม	
3.1 การศึกษาความเป็นไปได้และสังเคราะห์องค์ความรู้การสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	ภญ.ดร.นิธิดา สุ่มประดิษฐ์
3.2 การพัฒนารูปแบบสื่อเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	นางสายศิริ ด้านวันนะ
3.3 โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา	ภก.ดร.วิรัตน์ ทองรอด
3.4 โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลด ละ เลิก การใช้ยาปฏิชีวนะผิดๆ ในชุมชน	ภก.ดร.วิรัตน์ ทองรอด
3.5 การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	ผศ.ดร.สมหญิง พุ่มทอง

1.1 รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยภาคประชาชน

การศึกษานี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 - 2012 และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน และประชาชนผู้ไ้ยา ในชุมชนที่มีประสบการณ์การสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนร่วมกับการสนทนากลุ่ม เพื่อทบทวนรูปแบบ กลไก หรือ วิธีการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน จากโจทย์ตั้งต้นที่ว่า จะทำอะไรเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่าสำหรับประชาชนทั่วไปนั้นการใช้ยาอย่างเหมาะสมหมายถึงการกินยาเมื่อมีอาการ และหยุดเมื่อหมดอาการ และคือการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง ในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองเรื่องโรคและยานั้นต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติและแก้ไขปัญหา และแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆแต่อย่างไรก็ตาม ศักยภาพของประชาชนไม่ได้เกิดขึ้นได้ด้วยแรงผลักดันภายในของประชาชนแต่เพียงอย่างเดียว เนื่องจาก ในสภาวะปัจจุบันประชาชนยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องยาและสุขภาพ หากเปรียบเทียบกับการทำมาหากินเพื่อให้ได้เงินในการดูแลครอบครัวของตนเอง ดังนั้นแล้วหากจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นกลไกหลักที่สำคัญในการดำเนินการ และต้องการการสนับสนุนจากปัจจัยเสริมอีกหลายประการดังต่อไปนี้

1. การสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนผู้ไ้ยา
 - 1.1 จัดระบบข้อมูลเรื่องสุขภาพและการใช้ยาสำหรับประชาชน ที่น่าเชื่อถือ และเข้าถึงได้ง่าย
 - 1.2 ขยายบทบาทของประชาชนในการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
 - 1.3 มีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบจัดทำสื่อและการสื่อสารเรื่องสุขภาพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับผู้รับที่มีความหลากหลายทางบริบท และระดับความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy)
 - 1.4 สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มกันของผู้ป่วย หรือประชาชนที่มีความสนใจเรื่องสุขภาพในโรงพยาบาล ศูนย์เรียนรู้ชุมชน หรือ จุดอื่นๆในชุมชน
2. การสร้างเสริมศักยภาพในการทำงานเชิงรุกของบุคลากรทางการแพทย์
 - 2.1 สนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ ทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องยาและบริบทการดำเนินชีวิตกับผู้ไ้ยา เพื่อที่จะได้ให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเรื่องโรคและยาที่สอดคล้องกับประสบการณ์ และการดำเนินชีวิตประจำวันกับผู้ป่วยเฉพาะราย
 - 2.2 ระบบการศึกษาเพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำให้เกิดการพัฒนาทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจเข้าถึงบริบทความเป็นจริงของคนไข้
 - 2.3 จัดการอบรมหรือฝึกปฏิบัติทักษะการทำงานเชิงรุกโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - 2.4 สนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์ ให้ได้มีโอกาสได้เรียนรู้ถึงปัญหา และบริบทการใช้ยาในชุมชนครัวเรือนของผู้ไ้ยา อย่างแท้จริง
 - 2.5 จัดเวทีที่บุคลากรทางการแพทย์ได้มาพบปะกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดประสบการณ์การทำงาน และแนวทางการแก้ไขปัญหา
3. ระบบที่การให้บริการสุขภาพที่สนับสนุนการทำงานเชิงรุกให้บริการแบบเป็นองค์รวม

- 3.1 การผลักดันนโยบายการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างองค์รวมการให้บริการแบบปฐมภูมิอย่างแท้จริง
 - 3.2 ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของประชาชนผู้บริโภค
 - 3.3 มีการกำหนดนโยบายด้านระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการทำงานเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรม
 - 3.4 สนับสนุนนโยบายการดำเนินงานเชิงรุกที่ยืดหยุ่น และเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่
 - 3.5 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของระบบประกันสุขภาพ ให้การตอบสนองการดำเนินงานเชิงรุก
 4. การสร้างบรรทัดฐานของสังคมเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งระบบ ซึ่งหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรงต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
- การดำเนินการผ่านกลไกสนับสนุนดังกล่าวข้างต้นควรจะเป็นการทำงานแบบผสมผสานบูรณาการเข้าด้วยกันแบบไม่แยกส่วน ด้วยการให้หน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องมีโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์กันแบบสองทาง เนื่องจากเรื่องของชีวิตคนในสังคมเป็นสิ่งที่ล้นแล้วแต่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ไม่ได้แยกส่วนกัน

1.2 รูปแบบ กลไก หรือวิธีการในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในสถานบริการ สาธารณสุข

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ทำการทบทวนเอกสารเพื่อศึกษาผลกระทบระดับชาติในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาครัฐที่เคยมีการดำเนินการและที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน ภายใต้ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก และได้ทำการเก็บ primary data เพื่อศึกษาสถานการณ์การระบุข้อบ่งชี้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามเงื่อนไขที่กรมบัญชีกลางกำหนด ศึกษาสถานการณ์การสั่งใช้ยากัญโคชามินหลังจากกรมบัญชียาได้กำหนดเงื่อนไขข้อบ่งชี้ที่สามารถเบิกจ่ายได้ ศึกษาการสั่งใช้ยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทกลุ่ม benzodiazepine (BDZs) และศึกษาระบบการคัดเลือก จัดซื้อจัดหา และการใช้ชีววัตถุที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงนำเสนอความก้าวหน้าของการจัดเตรียมฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนารหัสยามาตรฐานและเพื่อวิเคราะห์ความสมเหตุผลจากการใช้ยา

กลไกระดับชาติในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาครัฐที่เคยมีการดำเนินการและที่กำลังดำเนินการในปัจจุบัน ภายใต้ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ได้แก่

(1) การมีองค์กรที่กำหนดนโยบายด้านยาระดับชาติ กลไกของรัฐในรูปของคณะกรรมการระดับประเทศ ได้แก่ (1) คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นเลขานุการ กลไกสำคัญที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง คือ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำหน้าที่พิจารณาคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติตามคำแนะนำของคณะทำงานประสานผลการพิจารณาในบัญชียาหลักฯ ที่ทำงานหลักผ่านคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ รวม 17 สาขา และผ่านคณะทำงานสนับสนุนเฉพาะด้าน คือ คณะทำงานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะทำงานกำกับดูแลการสั่งใช้ยาบัญชี จ.(2) ฯ และคณะทำงานต่อรองราคาในบัญชียาหลักฯ ในปี 2555 ได้จัดทำแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัด ที่อิงตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก สำหรับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไว้อย่างครบถ้วน (2) คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กระทรวงการคลัง มีรองปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานและอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการ ปัจจุบันกำลังดำเนินการ “ยุทธศาสตร์บันได 8 ขั้น” และ (3) คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา เวชภัณฑ์ การเบิกจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและค่าบริการทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้มติคณะรัฐมนตรีเป็นกลไกล่าสุดที่เกิดขึ้น (20 พฤษภาคม 2555) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีอธิบดีกรมบัญชีกลางเป็นเลขานุการ กลไกการดำเนินงานที่ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการ 6 ฝ่าย ได้แก่ (1) คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาชื่อสามัญ (2) คณะอนุกรรมการเจรจาต่อรองราคาและเวชภัณฑ์ (3) คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติฯ (4) คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาและรหัสยามาตรฐานเพื่อสนับสนุนการบริหารเวชภัณฑ์ (5) คณะอนุกรรมการปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม และ (6) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาลและการเบิกจ่าย

คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทใกล้เคียงกับคณะกรรมการ 2 ชุดแรกที่มีการดำเนินงานมาก่อน โดยเฉพาะในประเด็นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากตัวบุคคลซึ่งมีบทบาทสำคัญ คณะกรรมการชุดล่าสุดซึ่งมีรัฐมนตรีเป็นผู้นำน่าจะเป็นกลไกระดับประเทศในการตัดสินใจเชิงนโยบายที่สำคัญที่สุด แม้ว่าการตัดสินใจของคณะกรรมการชุดดังกล่าวอาจมีจุดอ่อนในประเด็นที่อ่อนไหวทางการเมือง ดังจะเห็นได้จากการปรับเปลี่ยน

ประกาศกระทรวงการคลังตามมติคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เช่น กรณีการเบิกจ่ายค่ายาเกลือโคชามิน

(2) การใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และการประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อให้มีงบประมาณอย่างยั่งยืน และมียาใช้อย่างเท่าเทียม บัญชียาหลักแห่งชาติมีลักษณะของ maximum effective list ใช้ระบบคะแนนในการคัดเลือกยาโดยอิงกับข้อมูลที่เป็นหลักฐานประสิทธิผล-ความปลอดภัย (Information-Safety-Administration restriction-Frequency-Efficacy, ISaFE) และข้อมูลราคา (Essential Medicine Cost Index, EMCI) และนำข้อมูลด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (cost-effectiveness) และผลกระทบด้านงบประมาณ มาใช้ในการปรับปรุงรายการยาร่วมด้วย (พ.ศ. 2551 และ 2555 ฉบับปัจจุบัน) ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคมซึ่งใช้กลไกการจ่ายเงินแบบปลายปิด ได้กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านยาที่อิงกับบัญชียาหลักแห่งชาติ ผลที่ตามมาทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีราคาแพง เช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาบัญชีย่อย จ.1 (oseltamivir) และ จ.2 (letrozole, docetaxel, intravenous immunoglobulin (IVIG), liposomal amphotericin B, leuprorelin, verteporfin และ botulinum toxin) ยาภายใต้ระบบจัดการรายโรค (epoetin, imatinib, factor VIII และ factor IX) โดยอาศัยอำนาจการต่อรองกับอุตสาหกรรมยาผ่านกองทุนยาและคณะทำงานต่อรองราคาฯ ในคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ระหว่าง มีค.2554 – สค.2555 ได้ดำเนินงานต่อรองราคายารวม 80 รายการ ทำให้ประหยัดค่ายาได้ประมาณ 2,400 ล้านบาท และมีระบบเบิกชดเชยให้โรงพยาบาลเป็นยา ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเจ้าภาพ พัฒนาระบบการเบิกชดเชยยา ที่ผ่านการต่อรองราคาฯ และจัดซื้อร่วมสำหรับระบบประกันสุขภาพ สำหรับโครงการโรคมะเร็ง เอดส์และการทดแทนไต

สำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ติดสิทธิบัตรซึ่งมีราคาแพง ในปี 2549 – 2551 รัฐบาลสมัยนั้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing, CL) สำหรับยา 7 รายการ ได้แก่ efavirenz, lopinavir/ritonavir, clopidogrel, letrozole, docetaxel, erlotinib และ imatinib ซึ่งพบว่าช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้คิดเป็นมูลค่า 132 ล้านบาทสหรัฐ

คณะกรรมการเจรจาต่อรองราคาฯและเวชภัณฑ์ ในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ได้ต่อรองราคา รายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูง และเป็นเป้าหมายการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้ประกาศให้เป็นราคายาที่โรงพยาบาลสามารถจัดซื้อจำนวน 90 รายการ และที่ไม่อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย 151 รายการ

(3) การมีระบบติดตามและตรวจสอบการใช้ยา ปัจจุบันกรมบัญชีกลางดำเนินการผ่านสำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาล ด้วยการสุ่มตรวจสอบ (audit) ข้อมูลจากใบสั่งยาและเวชระเบียนในผู้ป่วยที่มีการเบิกค่ายาพยาบาลสูงผิดปกติเพื่อดูความสมเหตุสมผลตามมาตรฐานการรักษา หรือการสั่งจ่ายซ้ำซ้อน ร่วมกับการใช้มาตรการเรียกเงินคืนจากสถานพยาบาลในกรณีพบข้อบกพร่อง สำหรับมาตรการทางอ้อม สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้ใช้ผลการวิเคราะห์การใช้ยาในระบบจ่ายตรงของโรงพยาบาลน่าน 34 แห่ง เป็นข้อมูลสะท้อนกลับให้แก่โรงพยาบาลร่วมกับการตรวจเยี่ยมเฉพาะแห่ง ปัจจุบันการติดตามและประเมินผลได้ขยายไปสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งหมดรวม 168 แห่ง

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาลและการเบิกจ่าย ในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยาฯ ที่มีเลขาธิการ สปสช. เป็นประธาน ได้ให้ความสำคัญแก่การตรวจสอบการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยาด้านจุลชีพตามโครงการ Antibiotic Smart Use

(ASU) คือ กรณีระบบหายใจส่วนบนอักเสบแบบเฉียบพลัน และท้องร่วง รวมทั้งการตรวจสอบการให้การรักษารอคอย

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการประจำเขตสาธารณสุข มีหน้าที่ดูแลกำกับโดย

สัดส่วนการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาเป้าหมายให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสมรรถนะของโรงพยาบาล

(4) การสร้างแรงจูงใจจากการจ่ายเงิน ข้อเสนอระยะยาว (บันไดขั้นสุดท้าย) ของคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ คือ การเปลี่ยนไปใช้ระบบการจ่ายล่วงหน้า (prospective payment) ที่ปรับตามความเสี่ยงของลักษณะโรค ในระยะเปลี่ยนผ่าน ควรเสริมแรงจูงใจเชิงบวก (positive reinforcement) แก่ผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อลดการสั่งใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล

(5) การบังคับใช้เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา ในปี 2551 คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในคณะกรรมการแห่งชาติด้านยาได้จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบริษัทยา ในปี 2552 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ได้มีมติให้อุตสาหกรรมยายุติการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม โดยให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำเกณฑ์จริยธรรมการส่งเสริมการขายยาของประเทศ (ฉบับ 30 มีนาคม 2554) โดยมีสาระสำคัญ คือ การควบคุมพฤติกรรมทั้งผู้สั่งใช้ยา ผู้แทนยาและบริษัทยาในการให้ผลประโยชน์ตอบแทน และการกำหนดให้มีข้อมูลการส่งเสริมการขายที่รายงานต่อสาธารณสุขทุกปี คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 2 ประเด็น คือ (1) การมีกฎหมายรองรับในการบังคับใช้ และ (2) การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการเพิ่มความรู้แก่บุคลากร โดยไม่ต้องอาศัยการสนับสนุนของบริษัทยา

ล่าสุด กระทรวงสาธารณสุขกำลังจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีประเด็นการส่งเสริมการขายยาเป็นส่วนหนึ่งในแผนนี้ ในขณะนี้มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พร้อมจะนำเกณฑ์จริยธรรมดังกล่าวไปปฏิบัติ ได้แก่ รพ.บางบ่อ สมุทรปราการ, รพ.บ้านธิ จ.ลำพูน, รพ.ชุมพวง จ.นครราชสีมา, รพ.สงขลา จ.สงขลา และรพ.จุฬารัตน์ กรุงเทพมหานคร

(6) การใช้แนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ปัจจุบัน คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ ในคณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา ได้จัดตั้งคณะทำงานย่อย 5 ชุด ที่มาจากตัวแทนราชวิทยาลัยต่างๆ ได้จัดทำข้อบ่งชี้สำหรับการใช้อยากนอกบัญชียาหลักแห่งชาติในกลุ่มยาลดไขมัน, ยา Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) และ Angiotensin 2 receptor blockers (ARB), ยา Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) และ Selective COX-II inhibitors (Coxib) และยากลุ่ม Bisphosphonate คำถามหลักสำหรับการกำหนดข้อบ่งชี้ของยาทั้ง 5 กลุ่ม คือ การระบุหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และความคุ้มค่าแตกต่างจากยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ในกลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างจากประชากรทั่วไป

(7) บทบาทของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กลไกสนับสนุนการดำเนินงานของ PTC ที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ โครงการ Smart PTC Network ในส่วนภูมิภาคที่สนับสนุนโดย กพย.และ สปสช. กิจกรรมที่ระบุตามโครงการ ได้แก่ การพัฒนาฐานข้อมูลบน internet (<http://www.ptcnetwork.in.th>) เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการบริหารจัดการยาและวิธีทำงานของ PTC ข้อมูลคุณภาพยาและ drug monograph การวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาเพื่อการประเมินการใช้ (drug use evaluation, DUE) รวมทั้งการประชุมเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ในระดับนโยบาย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้กำหนดกิจกรรมในหมวดระบบการจัดการด้านยาเพื่อส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล โดยให้ PTC ของโรงพยาบาลเป็นผู้วางแผนในการคัดเลือก จัดหา เก็บสำรองยาและส่งเสริมให้เกิดการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ จัดทำบัญชียา

โรงพยาบาลโดยทบทวนบัญชีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กำหนดมาตรฐานยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง จัดทำแนวทางการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูงอย่างเป็นระบบ มีแนวทางการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่เหมาะสม พิจารณายาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย มีกระบวนการจัดหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วนรวมทั้งสถานการณ์ภัยพิบัติ นอกจากนี้ คณะกรรมการกำหนดระบบบริหารยา มีนโยบายให้ PTC ของโรงพยาบาลทุกระดับต้องมีนโยบายด้านยาและเวชภัณฑ์ ดำเนินการติดตามกำกับการใช้ในโรงพยาบาล และปฏิบัติตามแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ประจำปี

การสำรวจการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่า ใน 4 กรณีศึกษา มีข้อค้นพบ ได้แก่

การสำรวจมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่าและแนวทางกำกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (A-F) แพทย์ร้อยละ 23 ส่วนใหญ่เห็นด้วยและปฏิบัติตาม แพทย์มีการระบุเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 4 กลุ่มในขณะเป็นผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจนในผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 29 และมีการบันทึกข้อมูลอื่น เช่น รายละเอียดการใช้ยาในบัญชียาหลัก หรือลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่อาจเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชียาหลักในขณะเป็นผู้ป่วยนอกร้อยละ 21 ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยที่สามารถประเมินความสอดคล้องระหว่างเหตุผลที่ระบุในใบสั่งยากับขณะเป็นจึงมีจำนวนเพียงร้อยละ 50 ซึ่งพบว่ามีความสอดคล้อง และไม่สอดคล้องกันร้อยละ 23 และ 27 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแพทย์ยังมีการปฏิบัติในส่วนนี้ไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน ทั้งนี้อาจเนื่องจากยังขาดความเข้าใจถึงความแตกต่างของคำนิยามในการเลือกระบุเหตุผลในใบสั่งยา ความเข้าใจถึงข้อมูลที่จำเป็นต้องระบุในขณะเป็นที่สนับสนุนและสอดคล้องกับเหตุผลที่ระบุในใบสั่งยาตามข้อกำหนดในมาตรการ หรืออาจเกิดจากข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

โรงพยาบาล 15 แห่ง ใน 17 แห่ง มีแผนการตรวจสอบภายในในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาล 8 แห่งจะรวบรวมข้อมูลการกระจายของการให้เหตุผลรับรอง โรงพยาบาล 5 แห่งมีแผนการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลในใบสั่งยาและในขณะเป็น ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่มีความพร้อมในเรื่องโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สามารถกำหนดให้แพทย์ต้องบันทึกข้อมูลรายละเอียด และเคยมีประวัติถูกตรวจสอบโดยกรมบัญชีกลาง โรงพยาบาล 6 แห่งมีแผนการประมวลผลข้อมูลปริมาณการใช้ยากับรายชื่อแพทย์

การสำรวจสถานการณ์การใช้กลูโคซามีน ในช่วงการดำเนินนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายกลูโคซามีน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 30 มิถุนายน 2554 โรงพยาบาลจำนวน 58 แห่ง ก่อนเริ่มนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายกลูโคซามีนมีการสั่งใช้มูลค่ารวมทั้งหมด 185 ล้านบาท หลังจากการเริ่มนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายกลูโคซามีนมีการสั่งใช้มูลค่ารวมทั้งหมด 27 ล้านบาท สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ 158 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 85 ของมูลค่าการสั่งใช้ก่อนเริ่มนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายกลูโคซามีน สามารถลดค่าใช้จ่ายของกลูโคซามีนต้นแบบลงได้ถึงร้อยละ 88 และในส่วนของกลูโคซามีนชื่อสามัญสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ร้อยละ 72 ของมูลค่าการใช้ก่อนเริ่มนโยบาย นอกจากนี้ในส่วนข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่ากลูโคซามีนเป็นยาที่มีข้อบ่งใช้ในการรักษาแต่กลับเบิกไม่ได้ ซึ่งนโยบายยกเลิกการเบิกจ่ายเป็นเหมือนการผลักภาระให้ประชาชนรับผิดชอบ และเป็นการลิดรอนสิทธิที่ควรได้รับจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

การสำรวจการใช้ BDZs พบว่า โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับยา BDZs อยู่ที่ร้อยละ 2.07 (น้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีรายงานที่ร้อยละ 3) การใช้ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มที่มีความแรงสูง (high potency), ออกฤทธิ์สั้น (short-acting) เช่น Alprazolam, Lorazepam ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีโอกาสทำให้ผู้ใช้เกิดอาการถอนยา (withdrawal) และเสี่ยงต่อการติดยาได้ง่าย (dependence) กว่า BDZs ที่มีความแรงต่ำ (low potency), ออกฤทธิ์ยาว (long-acting) แม้ว่าจะแนะนำให้ใช้ BDZs ติดต่อกันไม่เกิน 2-4 สัปดาห์ แต่ในเวชปฏิบัติจริงกลับใช้นานเกินกว่าที่แนะนำ ค่ามัธยฐานของระยะเวลาใช้ยาในโรงพยาบาลจิตเวชอยู่ที่ 7 เดือน โรงพยาบาลชุมชน 60 วัน แม้จะมีคำแนะนำไม่ควรใช้ยา BDZs ร่วมกันมากกว่า 1 ตัวเพราะไม่ได้มีผลดีกว่าใช้ตัวเดียว ในทางปฏิบัติกลับพบเห็นได้มากเกือบร้อยละ 30 การใช้ BDZs ไม่สมเหตุผลตามแนวทางที่กำหนด เฉพาะด้านข้อบ่งใช้มีความไม่สอดคล้องมากเกินกว่าร้อยละ 70 ความไม่สอดคล้องด้านระยะเวลาบรรเทา (ร้อยละ 52.8) ส่วนด้านขนาดยาที่ใช้ต่อวันพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.52)

ระบบการคัดเลือก จัดซื้อจัดหา และการใช้ชีวิตที่มีค่าใช้จ่ายสูง พบว่า ระบบการคัดเลือก มีความแตกต่างกันในขั้นตอนการดำเนินการ เช่น พิจารณาผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด หรือผ่านคณะกรรมการเฉพาะ รวมถึงความยากง่ายของการเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก การจัดซื้อส่วนใหญ่ดำเนินการสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยมีการตรวจสอบเหตุผล ความจำเป็น แผนการใช้ และมีการควบคุมติดตามตามนโยบายของรัฐบาล และกรมบัญชีกลาง โดยแพทย์และเภสัชกรสนับสนุนระบบ Prior authorization แต่เสนอแนะว่าควรปรับปรุงให้มีความเป็นปัจจุบัน และสะดวกต่อการปฏิบัติงาน

สรุป ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล เป็นปัญหาที่สะท้อนการจัดการเรียนการสอนและการศึกษาต่อเนื่องในส่วนนี้ที่ไม่ได้ผล การขาดแหล่งข้อมูลที่ปราศจากอคติที่เปรียบเทียบข้อมูลยาในแง่ประสิทธิผล และความปลอดภัย การควบคุมการส่งเสริมการขายและการสนับสนุนจากบริษัทยังไม่ได้ดำเนินการอย่างจริงจัง ขณะนี้มีการทดลองดำเนินการเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขาย การดำเนินการในส่วนนี้ที่ผ่านมา ยังไม่มีการพัฒนาที่เห็นเป็นรูปธรรม หากในส่วนนี้ไม่ได้รับการแก้ไข กลไกที่ได้ริเริ่มขึ้นในเวลานี้ จะไม่เห็นผลที่ยั่งยืน

ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่ การประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม และเร่งดำเนินการในส่วนที่ขาดโดยเฉพาะการพัฒนาการศึกษาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.1 การประเมินขนาดปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ

ผู้สูงอายุในประเทศไทย หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ปี พ.ศ.2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ทำการสำรวจพบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 10.7 หรือจำนวนทั้งหมด 7,493,227 คน และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12 ในปี พ.ศ.2553 และในปี พ.ศ.2573 คาดการณ์แนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 หรือประมาณ 17.8 ล้านคน จึงถือได้ว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (ageing society) สมบูรณ์และชัดเจนแบบตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ด้วยจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และด้วยอุบัติการณ์เกิดโรคมามากกว่าวัยอื่นๆ ถึง 4 เท่า ผู้สูงอายุประมาณ 4 ใน 5 คน จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ทำให้เพิ่มโอกาสในการได้รับยาจำนวนหลายขนาน (poly-pharmacy) เพิ่มโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Events: ADEs) มากกว่าปกติ โดยเฉพาะยากลุ่มที่เสี่ยงเป็นพิเศษโดยพบความชุกในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาถึงร้อยละ 20.4 การพัฒนารายการยาที่มีความเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือคัดกรอง และลดโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ ที่มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยจึงควรดำเนินการ เป้าหมายหลักคือเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และการใช้อย่างสมเหตุผลในกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุไทย จึงได้ดำเนินการขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเชิงพรรณนาค้างนี้ มีเพื่อทบทวนนโยบายสุขภาพและแนวทางในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศต่างๆ สำรวจข้อมูลขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการใช้ยาที่เสี่ยงในผู้สูงอายุ ทั้งข้อมูลจากฐานข้อมูลการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยง ทั้งในระดับประเทศ ระดับโรงพยาบาล และระดับชุมชน และดำเนินการพัฒนารายการยาที่เสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากการประชุมระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 15 อาทิ แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จิตแพทย์ แพทย์ออร์โธดิกส์ เภสัชกร และผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชวิทยา ดำเนินการทบทวนรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และพัฒนารายการยาเป็นระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน

ผลการทบทวนสถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่าในยุโรป ปี 2060 อัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุจะเป็น 2 เท่าของจำนวนเด็กทั้งหมด ในเอเชีย ปี 2050 คาดการณ์ว่า 1 ใน 4 ของประชากรจะมีอายุมากกว่า 60 ปี สำหรับประเทศไทย ในปี 2050 จะพบผู้สูงอายุถึงร้อยละ 30 หรือประมาณ 20 ล้านคน สำหรับนโยบายสุขภาพ ในประเทศพัฒนาแล้วจะเน้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมหรือ The Holistic Healthcare Model (HHCM) สหรัฐอเมริกาได้จัดระบบการฝึกทักษะวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าด้านอื่นๆ รวมทั้งมีนโยบายพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุน Home-based care ขณะที่สหรัฐอเมริกาจัดกำหนดนโยบายที่เน้นระบบ Community care โดยให้คลินิกเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุมาก มีการสร้างระบบประกันสุขภาพแบบใหม่สำหรับผู้สูงอายุโดยตรง ภายใต้ชื่อ “health Insurance for the Old-Old” ในขณะที่ประเทศมาเลเซียกำหนดนโยบายประเทศสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง เน้น Community care และการบริการปฐมภูมิเป็นหลัก

ผลการสำรวจข้อมูลขนาดและความรุนแรงของปัญหาจากการใช้ยาที่เสี่ยงในผู้สูงอายุ โดยพิจารณารายการยาจาก Beers' criteria 2012 และ Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions; STOPP 2008 ฐานข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Thai Vigibase) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ระหว่างปี 2010-2012 มี

รายงานผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทั้งหมด 7,851 รายงาน และเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับรายการยาที่เสียดังกล่าว จำนวน 4,342 รายงาน หรือร้อยละ 55.3 โดยรายการยาที่พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุดคือยาในกลุ่มต้านการอักเสบแบบมีใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) 10 รายการ ได้แก่ Aspirin >325 mg/day, Diclofenac Ibuprofen Ketoprofen Mefenamic acid Meloxicam Nabumetone Naproxen Piroxicam และ Sulindac มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยานี้ จำนวน 3,309 รายงาน และจัดเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับรายการยานี้ 2,680 รายงาน หรือร้อยละ 81.0 รองลงมาคือยาในกลุ่ม First-generation antihistamine 7 รายการ ได้แก่ Brompheniramine Chlorpheniramine Cyproheptadine Diphenhydramine (oral) Hydroxyzine Triprolidine และ Carbamazepine เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้นจำนวน 775 รายงาน และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับรายการยานี้ 275 รายงาน หรือร้อยละ 35.5 และอันดับสามคือยาในกลุ่ม Benzodiazepines มียาที่ใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ 7 รายการ ได้แก่ Alprazolam Lorazepam Chlordiazepoxide Chlordiazepoxide-amitriptyline Clidinium-chlordiazepoxide Clonazepam และ Diazepam มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเหล่านี้ จำนวน 691 รายงาน และเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับรายการยาเหล่านี้ 182 รายงาน คิดเป็นร้อยละ 26.3

ผลการรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลจังหวัด (n=460) พบผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยาที่มีความเสี่ยง 247 คน หรือร้อยละ 53.7 โดยกลุ่มยาที่มีการใช้มากเรียงตามลำดับดังนี้ Diazepam (ร้อยละ 23.48) Chlorpheniramine (ร้อยละ 18.26) Hyoscine (ร้อยละ 10.87) Amitriptyline (ร้อยละ 5.87) และ Hydroxyzine (ร้อยละ 4.78) สำหรับข้อมูลระดับโรงพยาบาลชุมชน (n=4,503) พบรายการยาที่เสี่ยงที่การใช้มากดังนี้ Glibenclamide พบการใช้ร้อยละ 18.2 รองลงมาคือ First-generation antihistamine 3 รายการ คือ CPM Cyproheptadine และ Hydroxyzine ร้อยละ 15.7 ถัดมาคือยา trihexylphenidyl ร้อยละ 15.6 Diazepam รวมกับ Lorazepam ร้อยละ 15.2 อย่างไรก็ตามเมื่อดำเนินการสำรวจการใช้ยาในชุมชน 2 ลักษณะ คือ 1) ชุมชนชนบท (n=63) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนมีการใช้ยาที่เสี่ยง 26 คน (ร้อยละ 43.33) ในยาทั้งหมด 9 รายการ ยาที่พบการใช้มากที่สุดคือ Glibenclamide (ร้อยละ 8.33) Methyldopa (ร้อยละ 3.33) กลุ่ม NSAIDs (ร้อยละ 3.33) และ Lorazepam (ร้อยละ 1.67) 2) ชุมชนกึ่งเมือง (มีเทศบาล) (n=101) พบว่ามีการใช้ยาที่เสี่ยง 14 รายการ โดยพบผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยาเสี่ยง 21 คน (ร้อยละ 19.8) ยาที่มีการใช้มากคือ Diazepam (ร้อยละ 14.29) Diclofenac Cyproheptadine Amitriptyline (อย่างละร้อยละ 9.52) และ CPM (ร้อยละ 4.76)

เมื่อนำข้อมูลจากการทบทวนนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และผลสำรวจขนาดและปัญหาจากยาที่มีความเสี่ยง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยา 15 คน ได้รายการยาที่มีความเสี่ยงในการใช้สำหรับผู้สูงอายุไทย ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาที่ปลอดภัยและสมเหตุสมผลในผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบด้วย 8 กลุ่มยาตามเภสัชวิทยา 42 กลุ่มย่อย หรือทั้งหมด 76 รายการยา พัฒนาจาก Beers criteria (2012) และ (STOPP) (2008) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มตามพยาธิสภาพของร่างกาย คือ กลุ่มอายุ 60-74 ปี และกลุ่มอายุ ≥75 ปี แบ่งระดับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 (Mild) คือ ให้ใช้ได้ แต่ต้องใช้ตามข้อบ่งใช้ที่ชัดเจน หรือใช้ระยะสั้น หรือใช้อย่างมีการติดตามการใช้อย่างใกล้ชิด ระดับ 2 (Moderate) คือควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากมีทางเลือกอื่น และระดับ 3 (Severe) คือไม่แนะนำให้ใช้เนื่องจากไม่เกิดประโยชน์ ในกลุ่มผู้สูงอายุอายุ 60-74 ปี มีรายการยาที่เสี่ยงระดับ 1 จำนวน 13 กลุ่มย่อย ระดับ 2 จำนวน 24 กลุ่มย่อย และเสี่ยงระดับ 3 จำนวน 5 กลุ่มย่อย

ในขณะที่กลุ่มอายุ ≥ 75 มีรายการยาที่เสี่ยงระดับ 1 จำนวน 7 กลุ่มย่อย ระดับ 2 จำนวน 29 กลุ่มย่อย และเสี่ยงระดับ 3 จำนวน 6 กลุ่มย่อย

นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญ ได้เสนอแนะข้อคิดเห็นเชิงนโยบายเพื่อสามารถนำรายการยาที่พัฒนาขึ้นไปใช้ต่อไป ดังนี้ ระดับภาคการศึกษาให้ดำเนินการทำความร่วมมือกับการศึกษาแพทยศาสตร์ (กศพท.) และการศึกษาวิชาชีพสุขภาพอื่น ให้มีการนำรายการยาไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตร ในระดับผู้ปฏิบัติวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ในผู้สูงอายุ เสนอแนะให้ดำเนินการจัดส่งรายการยานี้ให้ราชวิทยาลัยแพทย์หรือสมาคมที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการให้ผู้ปฏิบัติได้รับทราบข้อมูล รวมทั้งควรสนับสนุนการทำวิจัยเชิงนวัตกรรมในการนำรายการยานี้มาพัฒนาผ่านระบบสารสนเทศ พิจารณาคัดกรองก่อนการสั่งใช้ในแหล่งประกอบวิชาชีพ สำหรับระดับองค์กรวิชาชีพ เช่น สภาวิชาชีพ ควรพิจารณานำรายการยามาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ผ่านการให้เครดิต หรือการจัดประชุมวิชาการ เช่น CME หรือ CPE

2.2 การพัฒนาตัวชี้วัดเรื่องจากการใช้ยาที่สมเหตุผล

การพัฒนาตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือแสดงสถานการณ์และเป็นเครื่องมือวัดผลนโยบายและการดำเนินการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนิยามของยาหลักแห่งชาติ โดยใช้กรอบแนวคิดของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภายใต้ระบบระบบยาของประเทศและยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 มีวิธีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน 1) การทบทวนและรวบรวมตัวชี้วัดจากหน่วยงานที่รับผิดชอบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจากในประเทศและต่างประเทศ 2) การสำรวจความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิต่อร่างตัวชี้วัด 3) การพิจารณาความสอดคล้องและความเป็นไปได้ของตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วย 3.1) การพิจารณาโดยกรมการวิชาการ 3.2) การพิจารณาความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 3.3) การสัมภาษณ์ความเป็นไปได้ของตัวชี้วัดจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 4) การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับตัวชี้วัดเมื่อสิ้นสุดงานวิจัยจะได้ชุดตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและคู่มือการใช้ตัวชี้วัดชุดนี้

จากการรวบรวมตัวชี้วัดจาก 18 แหล่ง ได้ร่างตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 106 ตัว (version 1: ระดับประเทศ 23, ระดับสถานพยาบาล 24, ระดับการสั่งยา 59) ผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สมาคม/ราชวิทยาลัย สถาบันการศึกษา 14-24 ท่าน พิจารณาร่างตัวชี้วัด version 1 ตามเกณฑ์ 4 เกณฑ์: ความสำคัญ ความตรงประเด็น การมีข้อมูล ณ ปัจจุบัน และคุณภาพของข้อมูล ผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิตามเกณฑ์ความสำคัญและความตรงประเด็น ($\text{median} \geq 4.00$) ได้ร่างชุดตัวชี้วัด version 2 จำนวน 70 ตัวชี้วัด เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวชี้วัดตามองค์ประกอบพบว่าส่วนใหญ่แสดงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความจำเป็นในการใช้ยา ค่าใช้จ่ายด้านยาและประเด็นการใช้ยาในบัญชียาหลัก เชื้อดื้อยา การให้การศึกษา แก่ผู้สั่งยา กรรมการวิชาการพิจารณาร่างตัวชี้วัดชุดนี้แล้วให้ความเห็นในการปรับตัวชี้วัดในด้าน ความสอดคล้องกับสถานการณ์การใช้ยาและการให้บริการจริง ความถูกต้องของข้อมูลวิชาการที่เป็นปัจจุบัน ความเฉพาะเจาะจง (specificity) ความไว (sensitivity) และความเป็นไปได้ในการวัด จากข้อเสนอแนะผู้วิจัยนำมาปรับตัวชี้วัด version 3 50 ตัว เมื่อทำการตรวจสอบความสอดคล้องของตัวชี้วัด version 2 กับยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติแล้ว พบว่าตัวชี้วัดส่วนใหญ่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการพัฒนากลไกและเครื่องมือ การพัฒนาบุคลากรกับดูแล การพัฒนากำลังคนและประชาชน การแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาด้านจุลชีพเชื้อดื้อยาและเพื่อทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเข้าถึงยาจำเป็น ร่างตัวชี้วัดชุดนี้แสดงถึง การใช้ยาในโรคเรื้อรัง รวมถึง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด (MI) โรคหอบหืด และโรคติดเชื้อ การใช้ยาปฏิชีวนะ การใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยากลายกล้ามเนื้อและยาแก้ปวด การใช้ยาในผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการใช้ตัวชี้วัดและการเก็บข้อมูล พบว่าตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลส่วนใหญ่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้จากระบบข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล ปี 2556 21 แฟ้ม สปสช.และฐานข้อมูล

บริการและบริหารของโรงพยาบาล สำหรับตัวชี้วัดเชิงโครงสร้างและกระบวนการจำเป็นต้องเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสำรวจ ท้ายสุดงานวิจัยสรุปตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผลของประเทศไทยจำนวน 24 ตัว ซึ่งประกอบไปด้วยตัวชี้วัดระดับประเทศ 4 ตัว ระดับสถานพยาบาล 7 ตัวชี้วัด และระดับผู้ส่งยา 13 ตัวชี้วัด เพื่อใช้เป็นเครื่องมือติดตามสถานการณ์คุณภาพการใช้จ่ายและชี้ประเด็นการใช้จ่ายที่ไม่สมเหตุผลที่สำคัญของประเทศไทย ครอบคลุมด้าน การใช้จ่ายปฏิชีวนะเกินความจำเป็น เชื้อดื้อยา การขาดมีข้อมูลด้านยาที่จำเป็นและเพียงพอต่อการตัดสินใจการใช้จ่ายของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน และการขาดการศึกษาด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ และสะท้อนคุณภาพการส่งยา ตามเป้าหมายนโยบายด้านการส่งเสริมให้เกิดการใช้อย่างสมเหตุผลโดยตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผลระดับประเทศสะท้อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554-2559

ตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผล 7 จาก 24 ตัวที่ได้รับการคัดเลือก สอดคล้องกับตัวชี้วัดของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ตัวชี้วัดด้านยาของ สปสช. และตัวชี้วัดของแผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) เช่น สัดส่วนการใช้จ่ายในบัญชียาหลักต่อการใช้นอกบัญชียาหลัก ความชุกของเชื้อดื้อยา การได้รับยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นตามเกณฑ์ ASU การได้รับยาที่เคยมีประวัติแพ้ยา การได้รับยาป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน หรือการได้รับยาละลายลิ้มเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ทำให้ผู้เก็บข้อมูลตัวชี้วัดไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน ใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วรายงานได้ สำหรับตัวชี้วัดบางตัวมีความจำเป็นต้องพัฒนาซอฟต์แวร์และวิธีการเก็บข้อมูลโดยการสำรวจเพื่อรายงานต่อไป

3.1 การศึกษาความเป็นไปได้และสังเคราะห์องค์ความรู้การสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

เชื้อแบคทีเรียดื้อยาจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลได้กลายเป็นวิกฤตร่วมของคนทั่วโลก รวมทั้งของประเทศไทย เนื่องจากแบคทีเรียมีการปรับตัวให้ดื้อต่อยาปฏิชีวนะส่งผลให้ยาปฏิชีวนะที่มีใช้ในปัจจุบันไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาอีกต่อไป แม้ปัญหาที่ดื้อยาที่สุดในเวลานี้ คือ ต้องชะลออัตราการดื้อยาให้ช้าที่สุด โดยจำกัดการใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะกรณีที่จำเป็นเท่านั้นไม่ใช้อย่างพร่ำเพรื่อ โครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use: ASU) จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาดังกล่าว โดยการลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น (No antibiotics for non-bacterial infections) และเพื่อเป็นโมเดลของการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศ โครงการ ASU เริ่มในปี พ.ศ. 2550 และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบัน โครงการได้ดำเนินการมาถึงระยะที่ 3 คือ การขยายแนวทางปฏิบัติของ ASU สู่ความยั่งยืนและกลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม งานวิจัยนี้ จึงมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ คือ เพื่อสรุปความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการและการขยายผล ASU เพื่อวิเคราะห์บทบาทของ ASU ต่อระบบยาและระบบสุขภาพ และเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการขยายผล ASU สู่ความยั่งยืน

การขยายแนวปฏิบัติของ ASU สู่ความยั่งยืนมีปัจจัยสำคัญ 6 ด้าน คือ (1) ภาควิทยาศาสตร์ที่เข้มแข็งและมีนโยบายสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (2) ภาวะผู้นำ (Leadership) ทีมงานที่เข้มแข็ง (Staff involvement and capacity) และการมีเจตนาารมณ์ร่วมกัน (3) การทำงานแบบมีส่วนร่วม และหลีกเลี่ยงการเพิ่มภาระงานให้พื้นที่ (4) การพัฒนาศักยภาพและเชื่อมต่อแนวปฏิบัติ ASU เข้ากับนโยบายชุมชนหรือวิถีชีวิตของท้องถิ่น (5) การมีต้นแบบที่ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และถ่ายทอด know how สู่พื้นที่อื่น และ (6) มีระบบติดตามประเมินเพื่อมีการเคลื่อนงานอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ รวมทั้งมีทรัพยากรที่เพียงพอและต่อเนื่อง

บทบาทของ ASU ต่อระบบยาและสุขภาพ

1. เป็นกลไกเพื่อการพัฒนาและเพื่อการเรียนรู้การสร้างระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศ
2. เป็นการเสริมความเข้มแข็งให้กับงานด้านการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาของประเทศ
3. เป็นการส่งเสริมบทบาทของชุมชนและร้านยาในการดูแลคนไข้ใน 3 โรคที่พบบ่อยที่หายได้เอง เพื่อลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และเพิ่มเวลาให้แก่แพทย์ในการตรวจดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการขยายผล ASU สู่ความยั่งยืน

ชุดที่ 1: สำหรับสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน นโยบาย P4P ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เพียงพอในการผลักดันแนวปฏิบัติ ASU สู่สถานพยาบาลขนาดใหญ่ และสถานพยาบาลที่ไม่ได้เป็นคู่สัญญากับ สปสช. เห็นควรเสนอให้

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันพัฒนาระบบ Audit-Feedback ที่มีมาตรการจูงใจอื่นๆ เช่น การได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือการพัฒนากลไกควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาของผู้ป่วยนอกตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของกรมบัญชีกลาง เพื่อเสริมกับมาตรการจูงใจการเงินภายใต้ระบบ

Pay-for-performance ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสมาคมวิชาชีพ ให้การสนับสนุนเพื่อการพัฒนาศักยภาพแก่สถานพยาบาลในการพัฒนาระบบการส่งจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของสถานพยาบาล

2. ควรศึกษาผลกระทบของการใช้มาตรการเชิงสังคม เช่น การเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะเกี่ยวกับอัตราการส่งจ่ายยาปฏิชีวนะของสถานพยาบาลแต่ละแห่งในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน

ชุดที่ 2: สำหรับการจัดการปัญหาการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชน การบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาการกระจายยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมในชุมชน จึงเสนอให้มีมาตรการการควบคุมและจัดการยาปฏิชีวนะทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่นควบคู่กัน ดังนี้

3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพิ่มระดับความเข้มงวดของการควบคุมยาปฏิชีวนะทั้งด้านการ reclassification การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขายยาปฏิชีวนะ และการปรับปรุงบรรจุภัณฑ์ของยาปฏิชีวนะ
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต ส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำงานร่วมกับองค์กรบริการส่วนท้องถิ่นในการพัฒนากลไกระดับท้องถิ่น/ชุมชนในการจัดการและควบคุมการกระจายและการโฆษณา รวมทั้งการปรับเปลี่ยนค่านิยมของคนในชุมชนเกี่ยวกับการรักษาโรคพื้นฐานและการใช้ยาปฏิชีวนะ
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แผนงานพัฒนากลไฝ้าระวังระบบยา และภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ เสนอประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำให้เกิดหารือและกลไกระดับชุมชนในการกระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ และเกิดนโยบายสนับสนุนการดำเนินการระดับท้องถิ่นตามมา

ชุดที่ 3: สำหรับการรักษา ควรส่งเสริมบทบาทของร้านยาในการดูแลคนไข้ใน 3 โรคพื้นฐาน เพื่อลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพิ่มเวลาให้แก่แพทย์ในการตรวจและดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา จึงเสนอว่า

6. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน แผนงานพัฒนากลไฝ้าระวังระบบยา และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกันพัฒนาศักยภาพของร้านยาและขยายแนวคิด ‘มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ดี สามารถประสบความสำเร็จ (ทางธุรกิจ) ได้’ และดำเนินการร่วมกับศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย เพื่อพัฒนาแหล่งฝึกงานของนักศึกษาเภสัชให้มีคุณภาพมาตรฐาน
7. ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการกำหนดให้ ‘การบริการตามมาตรฐานวิชาชีพในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของเภสัชกรในร้านยา’ สามารถได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการจูงใจและเชื่อมต่อกับนโยบาย P4P ในสถานพยาบาล

ชุดที่ 4: สำหรับภาคประชาชน เนื่องจากประเด็นเรื่องยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยามีความซับซ้อน และประชาชนมีพื้นฐานความรู้ความเชื่อที่หลากหลาย เห็นควรให้

8. ศึกษาเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน รวมทั้งมีการ mapping หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ปรับระดับของการสื่อสารจากการรณรงค์ให้ความรู้เป็นการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคม

3.2 การพัฒนารูปแบบสื่อเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล

โครงการพัฒนาสื่อต้นแบบเพื่อการสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลมีวัตถุประสงค์ที่จะหาแนวทางการจัดทำสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุน “สื่อบุคคล” เช่น บุคลากรสาธารณสุข ครู และ อสม. เพื่อใช้ในการสื่อสารกับประชาชน โครงการฯ เริ่มจากการกำหนดกลุ่มเป้าหมายนำร่อง 1 กลุ่ม คือ ผู้หญิง อายุ 25 ปีขึ้นไป มีบุตรแล้ว เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีอิทธิพลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะในครอบครัวต่อจากนั้นได้กำหนด “สื่อ” ที่จะจัดทำประกอบด้วยสื่อ 6 ชนิด คือ Info Graphic Presentation, แผ่นพับ, โปสเตอร์ สปอตวิทยุ สปอตโทรทัศน์ และซองยา และได้มีการทดสอบสื่อ (Media Testing) โดยจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มเป้าหมาย

ผลของการศึกษาทำให้ทราบถึงช่องว่างที่ต้องมีการสื่อสาร (communication gap) เกี่ยวกับปัญหาเชื้อดื้อยาและการใช้ยาสมเหตุสมผล กล่าวคือ กลุ่มเป้าหมายรู้สึกตกใจแปลกใจเพราะไม่เคยทราบเกี่ยวกับปัญหาเชื้อดื้อยามาก่อน ที่ผ่านมาเข้าใจว่า “ยาฆ่าเชื้อ” ฆ่าเชื้อได้ทุกชนิด ไม่รู้ว่าเชื้ออะไร หรือมีเชื้อกี่แบบ ไม่ทราบว่ายาปฏิชีวนะกับยาแก้อักเสบนั้นเป็นยาคนละอย่างและใช้รักษาโรคต่างกัน ไม่ทราบมาก่อนว่าหัตถ์เจ็บควมมีแบบติดเชื้อไวรัสและแบบติดเชื้อแบคทีเรีย อย่างไรก็ตามกลุ่มเป้าหมายไม่รู้สึกลัวประเด็นการแพ้ยา เพราะเป็นปัญหาที่ไม่เคยเห็น และถึงแพ้ก็อาการไม่รุนแรง

แนวทางการสื่อสารเรื่องนี้ต้องทำให้ดูจริงจัง ให้น่ากลัว ให้เป็นข่าวสารของราชการ สื่อที่ใช้ ต้องดูจริงจัง และให้ข้อมูลที่เป็ข้อเท็จจริงอย่างตรงไปตรงมา ต้องปูพื้นให้ความรู้แก่ประชาชนทุกประเด็น ตั้งแต่ยาปฏิชีวนะคืออะไร เมื่อใดควรใช้ เมื่อใดไม่ควรใช้ และถ้าไม่ใช้จะทำอย่างไรให้หาย เชื้อโรคมียี่สิบชนิด ไม่ควรเรียกว่ายาแก้อักเสบ ส่วนประเด็นที่จะสร้างความตระหนักได้คือการเน้นให้กลัวว่าเมื่อดื้อยาแล้วจะไม่มียารักษาซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้หญิงและเป็นแม่จะยอมรับและตอบสนองต่อเนื้อหานี้เป็นอย่างมาก การทำ Media test ช่วยให้เห็นทิศทางการจัดทำสื่อที่ชัดเจนมากขึ้น

จากข้อค้นพบในงานวิจัยเพื่อพัฒนาสื่อครั้งนี้ ประกอบกับการศึกษาทบทวนผลการวิจัยและประสบการณ์การรณรงค์ของหน่วยงานต่าง ๆ ในหลายประเทศ (เช่น WHO, CDC เป็นต้น) นำมาสู่การออกแบบกลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ ในโครงการ “โครงการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล” ทั้งในเชิง เนื้อหา (Message Strategies) ช่องทาง (Media) และการปฏิบัติการ (Execution) ซึ่งแผนกลยุทธ์ดังกล่าวจะใช้เป็นฐานในการจัดทำข้อเสนอโครงการ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการสื่อสารสังคมและปรับพฤติกรรมเพื่อการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

3.3 โครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา

ร้านขายยาแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง (ร้านยา) เป็นแหล่งให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สำคัญ เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก คุณภาพการจ่ายยาของร้านยาจึงสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มยาปฏิชีวนะซึ่งมีผลกระทบวงกว้าง โครงการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรการที่เหมาะสมเพื่อให้เภสัชกรจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย การพัฒนา Standard treatment guidelines โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI) สำหรับเภสัชกรชุมชนไทย การพัฒนา toolkit สำหรับประชาชนในการตรวจคัดด้วยตนเอง แผ่นพับ และแผ่นปลิวให้ความรู้แก่ประชาชน และการอบรมแก่เภสัชกรชุมชนผู้สนใจ การประเมินผลใช้การเปรียบเทียบอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะระหว่างร้านยา 3 กลุ่ม คือ ร้านยาที่มีเภสัชกรและเข้าร่วมโครงการ ASU ร้านยาเภสัชกรที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ และร้านยาไม่มีเภสัชกรประจำ และมีการโทรศัพท์ติดตามผลการรักษากับคนไข้ที่ได้และไม่ได้ยาปฏิชีวนะ

การวิจัยผลของการอบรมและสนับสนุนอุปกรณ์ ASU แก่เภสัชกรชุมชน มี ร้านยาอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ 97 ร้าน (เดือนตุลาคม 2555) ซึ่งส่งข้อมูลกลับจำนวน 54 ร้าน และมีผู้รับบริการทั้งสิ้น 1,021 คน (เฉลี่ย 18.9 รายต่อร้าน) พบว่า ร้านยามาจากทุกภาค ผู้รับบริการเป็น ผู้ป่วย URI, โรคแผลสด และโรคท้องเสีย ร้อยละ 71.6, 21.2 และ 7.2 ตามลำดับ ในจำนวนนี้ได้รับยาปฏิชีวนะร้อยละ 26.7 หรือ ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ พบว่า ผลการรักษาและระดับความพึงพอใจของคนไข้ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบการจ่ายยาปฏิชีวนะโดยการใช้ผู้ป่วยจำลองในโรคหวัด (Mock patients) ในร้านยา 3 กลุ่ม พบว่า ร้านยาที่มีเภสัชกรและเข้าร่วมโครงการ ASU มีการจ่ายยาปฏิชีวนะเหมาะสมมากกว่าร้านยาที่มีเภสัชกรแต่ไม่เข้าร่วมโครงการ 5 เท่า และร้านยาที่ไม่มีเภสัชกรประจำ 11 เท่า และพบว่าร้านยาที่มีเภสัชกรทั้งที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ ASU มุ่งเน้นการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยมากกว่าผลประโยชน์ทางการค้าเมื่อเทียบกับร้านยาที่ไม่มีเภสัชกร (ร้อยละ 96.7 และ 80.0 เทียบกับร้อยละ 23.3 ตามลำดับ) และพบว่าระดับความพึงพอใจต่อร้านยาที่มีเภสัชกรและเข้าร่วมโครงการ ASU สูงกว่าร้านยาที่มีเภสัชกรแต่ไม่เข้าร่วมโครงการ และสูงกว่าร้านยาที่ไม่มีเภสัชกรประจำ

จากการดำเนินงานนี้ ควรขยายผลดำเนินการโครงการนี้ต่อเนื่องในร้านยา โดยเฉพาะร้านยาที่มีเภสัชกรประจำ และสนับสนุนให้ร้านยาเภสัช เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรเข้มงวดและกวดขันเรื่องการมีเภสัชกรประจำร้านยาตลอดเวลาที่เปิดทำการ และในระยะสั้น ควรให้ความรู้ และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน ให้แยกแยะชนิดของร้านยา และเลือกใช้บริการร้านยาที่มีเภสัชกรอยู่ประจำ

3.4 โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลด ละ เลิก การใช้ยาปฏิชีวนะผิดๆ ในชุมชน

ปัญหาการเรียกหายาปฏิชีวนะอย่างผิดเป็นปัญหาซึ่งหน้าของเภสัชกรร้านยา ที่มุ่งมั่นในการแก้ปัญหาสุขภาพนี้ด้วยความมุ่งมั่นและอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้/ความเชื่อที่สุจริต ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีของผู้ป่วยนั้น เภสัชกรร้านยา ณ ตำแหน่งที่เกิดปัญหาอย่างซึ่งหน้านี้จะแก้ปัญหาได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน มุ่งมั่น มีประสิทธิภาพ และอย่างยั่งยืน จะต้องมีความเข้าใจและเคารพในความรู้/ความเชื่อของผู้ป่วย มีทักษะ และประสบการณ์รู้เท่าทันปัญหา พร้อมทั้งจริงใจและจริงจังในการแก้ปัญหาที่ฝังลึกของผู้ป่วย

ขบวนการหนึ่งที่จะช่วยสร้างองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนทักษะและประสบการณ์ของเภสัชกร เพื่อจัดการปัญหาเหล่านี้จนประสบความสำเร็จได้ด้วยการระดมสมองแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะ และประสบการณ์จากเภสัชกรร้านยาต้นแบบ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ และถ่ายทอดทักษะ และประสบการณ์ให้กับเภสัชกรร้านยาให้สามารถให้การดูแลจัดการปัญหาความรู้/ความเชื่อในการใช้ยาแก้กึ่งลบที่ผิดของชุมชน

ในขั้นตอนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลด้านการรณรงค์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจากสื่อต่างๆ 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จากเภสัชกรผู้มีประสบการณ์ คณาจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิ 3) นำร่างแนวทางและกรณีศึกษาไปปรึกษานักวิชาการด้านจิตวิทยาพฤติกรรม 4) นำร่างแนวทางไปนำเสนอต่อที่ประชุมเภสัชกรชุมชนเพื่อขอความเห็นและข้อเสนอแนะ 5) ถอดบทเรียนตัวแบบในการให้บริการเรื่องยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา จนได้ “แนวทางการบริการและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของผู้รับบริการในร้านยา”

ผลการดำเนินการ พบว่า แนวทางการบริการและให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของผู้มารับบริการในร้านยา ฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างเภสัชกรและผู้มารับบริการ ขั้นที่ 2 รวบรวมข้อมูล และประเมินผู้มารับบริการ ขั้นที่ 3 ประมวลผลตัดสินใจและดำเนินการให้ยาและ/หรือคำแนะนำแก่ผู้มารับบริการ ขั้นที่ 4 วางแผนการติดตามผล ขั้นที่ 5 ปิดการให้บริการ และกรณีศึกษาซึ่งเป็นฉากทัศน์ต่างๆ ของสถานการณ์สมมติในร้านยา นอกจากนี้ คณะทำงานได้ตั้งกลุ่มในสังคมออนไลน์ (Facebook) ชื่อ “ร้านยา ฉลาดใช้ยาปฏิชีวนะ” เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้กับเภสัชกร บุคลากรสุขภาพ และผู้สนใจ

จากการดำเนินงานนี้ เห็นควรขยายผลดำเนินการโครงการนี้ต่อเนื่องในร้านยา โดยนำแนวทางที่ได้พัฒนาขึ้นไปเผยแพร่กับร้านยาทั่วประเทศ โดยเฉพาะร้านยาที่มีเภสัชกรประจำ ซึ่งเปรียบเสมือน “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพภาคเอกชน” ให้จำนวนมากขึ้น ครอบคลุมได้ทั่วประเทศ เพื่อให้การดูแลและให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และช่วยลดความเสี่ยงของสาธารณะต่อปัญหาการใช้ยาในชุมชน ที่ส่งผลต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย

3.5 การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ASU) เมื่อปี 2550 เป็นต้นมา ASU ยังคงมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีสถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการนี้เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ภายใต้ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่สำคัญทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ผลการประเมินโครงการในระยะต่างๆ ที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงการยอมรับแนวคิด ASU ของผู้สั่งใช้ยา ผู้บริหารระดับนโยบายและนักวิชาการ จึงทำให้เกิดการสนับสนุนและผลักดันการดำเนินโครงการ ASU ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรการแพทย์ไปในทางที่ดีขึ้น การนำแนวคิด ASU สู่ความยั่งยืนในประเทศไทย กำลังดำเนินการผ่าน 3 ยุทธศาสตร์ คือ การเชื่อมต่อแนวคิด ASU เข้ากับนโยบายระดับประเทศ การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย และการสร้างบรรทัดฐานเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ ประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการ ASU ในส่วนของการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลนั้น ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 348 คน และ กลุ่มควบคุมจำนวน 276 คน ในกลุ่มทดลองมีการจัดโครงการรณรงค์แนวคิด ASU โดยทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ (Change agent) ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายหลังการรณรงค์ไม่แตกต่างกัน แสดงว่า การรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยวิธีนี้ยังไม่ได้ผลในการสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล แต่บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นภายหลังการรณรงค์ ในขณะที่ พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลภายหลังการรณรงค์เพิ่มขึ้นจากก่อนการรณรงค์และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การรณรงค์แนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดย change agent มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ พบว่า บรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลทั้งก่อนและหลังการรณรงค์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย

การศึกษาความยั่งยืนของโครงการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ASU จำนวน 39 ท่าน จาก 30 โครงการ (18 จังหวัด) ผู้ให้ข้อมูลมีความหลากหลายทั้งในด้านวิชาชีพ ตำแหน่งงาน หน่วยงาน/จังหวัดที่อาศัยอยู่ และระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ พบว่า การที่ ASU กลายเป็นเกณฑ์คุณภาพระบบยาเพื่อใช้สำหรับพิจารณาการจ่ายค่าตอบแทน (P4P) แก่โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ ตั้งแต่ปี 2553 โดย สปสช. เป็นปัจจัยหรือแรงกระตุ้นที่สำคัญที่สุดที่ทำให้โรงพยาบาลต้องบรรจุโครงการนี้ไว้ในนโยบายของโรงพยาบาล แต่ความจริงจึ่งในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายใต้แนวคิด ASU ของโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) การกำหนดให้ ASU เป็นตัวชี้วัดในระดับอำเภอและจังหวัด ศักยภาพของบุคลากรที่ร่วมดำเนินโครงการ โดยเฉพาะผู้ประสานงานหรือแกนนำความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกันของทีมวิชาชีพ ความช่วยเหลือ ความร่วมมือและการ

สนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้องจากภาครัฐและเอกชน ทั้งส่วนภูมิภาค (สสอ. สสจ. และโรงพยาบาลแม่ข่าย) ส่วนกลาง (สปสข. อย.) รวมถึง ระดับท้องถิ่น (อบต.) และการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่น

อุปสรรคสำคัญ ที่พบจากการดำเนินโครงการ ASU คือ ความไม่ร่วมมือในการปฏิบัติของผู้ส่งใช้ยา การโยกย้าย หมุนเวียนของผู้ส่งใช้ยา (โดยเฉพาะแพทย์ใช้ทุน) และ ผู้ประสานงานหลักของโครงการ ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้น การประเมินผลโครงการ และการขาดงบประมาณ มีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและดำเนินโครงการ ASU ให้ยั่งยืน ที่ได้จากการสัมภาษณ์ สรุปได้ดังนี้ การเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ การจัดทำหลักฐานทางวิชาการ (local evidence) เพื่อใช้สนับสนุนข้อมูลการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศไทย การสร้างเครือข่าย ASU อย่างเป็นรูปธรรม การสื่อสารกับประชาชนเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา การนำเสนอผลของโครงการและส่งข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ให้กับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการทำงาน

ข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินโครงการ ASU อย่างยั่งยืน

การดำเนินโครงการ ASU เพื่อให้เกิดความยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยมาตรการหลายอย่างประกอบกัน ทั้งมาตรการในระยะสั้น (มาตรการเชิงบังคับ มาตรการจูงใจ) และมาตรการระยะยาว (มาตรการเชิงการศึกษา) การกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนทั้งในระดับ “ประเทศ” และระดับ “จังหวัด” ถือเป็นมาตรการเชิงบังคับ ที่มีผลตอบแทน ผลประโยชน์ และบทลงโทษ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นผู้บริหารให้เห็นความสำคัญมากขึ้น การกำหนดให้มีหน่วยงานของส่วนกลางในการติดตามประเมินผล และกำกับดูแลตลอดจนการส่งข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ให้กับผู้ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคให้ได้รับทราบผลของการดำเนินโครงการ แต่หากไม่มีการจัดตั้งหน่วยงานดังกล่าวก็จำเป็นต้องสร้างระบบและกลไกที่จะสามารถติดตามประเมินผล กำกับดูแลโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพจริงๆ มาตรการจูงใจจากการได้รับค่าตอบแทน P4P อาจจะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้โรงพยาบาลความสนใจได้ การสร้างเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรมที่ active หรืออาจเป็นลักษณะชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความชัดเจนของกลุ่มที่กำลังทำ ASU ด้วยกัน เป็นช่องทางที่จะเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การในการดำเนิน ASU ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ หากมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องพร้อมกับมีความตระหนักและทัศนคติที่ดี จะทำให้เกิดความยั่งยืนในระดับบุคคล จึงจำเป็นที่จะต้องหากกลยุทธ์เพื่อทำให้เกิดขึ้น การให้ความรู้แก่ประชาชนยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินต่อไปเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เพราะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดเพื่อให้เกิดความยั่งยืน สื่อให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ต้องอยู่ในรูปแบบและมีเนื้อหาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย นอกจากสื่อกระแสหลัก (mass media) แล้ว การให้ความรู้และกระจายแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลผ่านสื่อบุคคล (กลุ่มบุคลากรการแพทย์ในพื้นที่) ก็เป็นช่องทางที่จะช่วยเสริมกันได้ดีกับสื่อกระแสหลัก