

รายงานการวิจัย

โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use: การศึกษาการขยายผลสู่ความยั่งยืนโดยการสร้างบรรทัดฐานใหม่ทางสังคม (พ.ศ. 2554 – 2556)

Antibiotics Smart Use: Scaling up toward sustainability and new
social norms (2011 – 2013)

นิธิมา สุ่มประดิษฐ์

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ได้รับการสนับสนุนทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2556

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่สนับสนุนการดำเนินโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลทั้งทางด้านนโยบายและด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน

ขอขอบคุณ ผศ.นพ.พิสนธิ์ จงตระกูล ศ.นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม และรศ.นพ.ภิญญ มุตสิกพันธุ์ ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการขยายผลโครงการ ผศ.ภญ. สมหญิง พุ่มทอง อ.ดร. พัชรี้ดวงจันทร์ รศ.ภญ. กัญญดา อนุวงศ์ อ.ดร.วิรัตน์ ทองรอด ภก.วรารุช เสริมสินสิริ และทีมร้านยา ภก.ไตรเทพ พองทอง และ อ.สายศิริ ตำนวัฒน์ ที่ร่วมดำเนินการวิจัยกับโครงการ

ขอขอบคุณ เครือข่าย ASU ทุกท่านในทุกจังหวัด รวมทั้งนายอำเภอมหากเหล็ก นายกองค์การบริหารส่วนตำบลมหากเหล็ก จ.สระบุรี นายกเทศมนตรีและรองนายกเทศมนตรีตำบลชะแล้ จ.สงขลา และภาคีทุกภาคส่วน ที่ได้ร่วมดำเนินการและสร้างการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และก่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมไทย คุณอารดา สุคนธสิทธิ์ และคุณณัชชญา นิลพานิชย์ ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน

ผู้วิจัย
มิถุนายน 2556

สารบัญ

บทที่		หน้า
	กิตติกรรมประกาศ	i
	บทสรุปผู้บริหาร.....	v
1	ความเป็นมา วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และวิธีการ	1
2	บริบทและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการขยายแนวปฏิบัติ ASU	8
3	ทิศทางและการขับเคลื่อนงาน ASU สู่ความยั่งยืน.....	17
4	บทบาทของ ASU ต่อระบบยาและสุขภาพ และสรุปความรู้ในการขยายผล ASU สู่ความยั่งยืน.....	39
5	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อขยายแนวปฏิบัติ ASU สู่ความยั่งยืน.....	45
	เอกสารอ้างอิง	48

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การเคลื่อนไหวด้านนโยบายและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริม การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล.....	14
2	การพัฒนาระบบ Audit-feedback with supportive system นโยบาย P4P ด้าน ยาของ สปสช.....	21
3	ภาคยุทธศาสตร์ของโครงการ Antibiotics Smart Use บทบาทและการสนับสนุน	24
4	ตัวอย่างการประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายที่จัดโดยภาคยุทธศาสตร์	25
5	สรุปกลไกการทำงานและผลการดำเนินการของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลหลังเขา อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี และตำบลชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา.....	34

สารบัญรูปภาพ

รูปที่		หน้า
1	การขยายผลสู่ความยั่งยืนผ่านมาตรการแนวตั้งและแนวนอน.....	4
2	กรอบแนวคิดการดำเนินโครงการ Antibiotics Smart Use	5
3	แผนผังกระบวนการวิจัย.....	7
4	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ดำเนินการตามเกณฑ์ P4P – ASU ของ สปสช. แยกตามระดับคะแนน ระหว่างปีงบประมาณ 2553 – 2554	22

บทสรุปผู้บริหาร

เชื้อแบคทีเรียดื้อยาจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลได้กลายเป็นวิกฤตร่วมของคนทั่วโลก รวมทั้งของประเทศไทย เนื่องจากแบคทีเรียมีการปรับตัวให้ดื้อต่อยาปฏิชีวนะส่งผลให้ยาปฏิชีวนะที่มีใช้ในปัจจุบันไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาอีกต่อไป แก่ปัญหาที่ดีที่สุดในเวลานี้ 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 เพื่อวิเคราะห์บทบาของ ASU ต่อระบบยาและระบบสุขภาพ และเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการขยายผล ASU สู่ความยั่งยืน

การขยายแนวปฏิบัติ ASU สู่ความยั่งยืน

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

บทบาทของ ASU ต่อระบบยาและสุขภาพ

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

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 หรือการพัฒนาการเบิกจ่ายค่ายาของผู้ป่วยนอกตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของกรมบัญชีกลาง เพื่อเสริมกับมาตรการจูงใจการเงินภายใต้ระบบ Pay-for-performance ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสมาคมวิชาชีพ ให้การสนับสนุนเพื่อการพัฒนาศักยภาพแก่สถานพยาบาลในการพัฒนาระบบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของสถานพยาบาล

2. ควรศึกษาผลกระทบของการใช้มาตรการเชิงสังคม เช่น การเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะเกี่ยวกับอัตราการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะของสถานพยาบาลแต่ละแห่งในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน

ชุดที่ 2: สำหรับการจัดการปัญหาการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชน

การบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาการกระจายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมในชุมชน จึงเสนอให้มีมาตรการการควบคุมและจัดการยาปฏิชีวนะทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่นควบคู่กัน ดังนี้

3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพิ่มระดับความเข้มงวดของการควบคุมยาปฏิชีวนะทั้งด้านการ reclassification การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขายยาปฏิชีวนะ และการปรับปรุงบรรจุภัณฑ์ของยาปฏิชีวนะ
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต ส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการพัฒนากลไกระดับท้องถิ่น/ชุมชนในการจัดการและควบคุมการกระจายและการโฆษณา รวมทั้งการปรับเปลี่ยนค่านิยมของคนในชุมชนเกี่ยวกับการรักษาโรคพื้นฐานและการใช้ยาปฏิชีวนะ
5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา และภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ เสนอประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ทำให้เกิดหรือและกลไกระดับชุมชนในการกระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ และเกิดนโยบายสนับสนุนการดำเนินการระดับท้องถิ่นตามมา

ชุดที่ 3: สำหรับร้านยา

ควรส่งเสริมบทบาทของร้านยาในการดูแลคนไข้ใน 3 โรคพื้นฐาน เพื่อลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพิ่มเวลาให้แก่แพทย์ในการตรวจและดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา จึงเสนอว่า

6. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา 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 ปรับระดับของการสื่อสารจากการณรงค์ให้ความรู้เป็นการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคม

บทที่ 1

ความเป็นมา วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และวิธีการ

การค้นพบยาปฏิชีวนะ Penicillin เมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2471 โดย Sir Alexander Fleming^{1,2} ถือเป็นความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่สำหรับมวลมนุษยชาติ เพราะสามารถช่วยชีวิตของคนนับล้านที่ป่วยจากโรคเชื้อแบคทีเรียและอาจต้องตายหากไม่มียาปฏิชีวนะเพื่อใช้ในการรักษา การที่ยาปฏิชีวนะได้ช่วยชีวิตคนจำนวนมากนี้ทำให้ยาปฏิชีวนะถูกขนานนามว่ายาปฏิหาริย์ (miracle drug)³ อย่างไรก็ตาม ความปฏิหาริย์หรือประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะชนิดต่างๆ ได้ลดลงอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องจากแบคทีเรียมีการปรับตัวให้ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้ยาปฏิชีวนะที่มีใช้ในปัจจุบันไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาอีกต่อไป⁴

สถานการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาได้กลายเป็นวิกฤตร่วมของคนทั่วโลก เพราะจำนวนยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ที่ค้นคิดและออกสู่ท้องตลาดลดลงอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่ามียาปฏิชีวนะใหม่เพียง 2 ขนานเท่านั้นที่ออกสู่ท้องตลาด และเป็นยาปฏิชีวนะสำหรับแบคทีเรียแกรมบวก ไม่ใช่ยาปฏิชีวนะสำหรับเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายขนานซึ่งกำลังเป็นภัยคุกคามอย่างสูงในขณะนี้⁵ อุตสาหกรรมยามองว่าการวิจัยและพัฒนายาปฏิชีวนะเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า เพราะไม่นานเชื้อแบคทีเรียก็จะพัฒนาตัวเองให้ดื้อต่อยาปฏิชีวนะชนิดใหม่นั้นได้อีก ส่งผลให้ตลาดยาปฏิชีวนะมีอายุสั้น จึงเป็นการลงทุนที่ไม่น่าสนใจเมื่อเมื่อเทียบกับการลงทุนในกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน โรคความดัน และโรคหัวใจ ที่สามารถขยายตลาดได้เรื่อยๆ⁴

อย่างไรก็ตาม มีความพยายามร่วมกันของกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วภายใต้โครงการ 10 x '20 Initiative ในการส่งเสริมให้มีการคิดค้นยาปฏิชีวนะใหม่เพื่อใช้กับเชื้อดื้อยาจำนวน 10 รายการภายในปี ค.ศ. 2020⁶ แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าโครงการดังกล่าวจะสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่⁴ ดังนั้น การแก้ปัญหาที่ดีที่สุดเวลานี้ คือ ต้องชะลออัตราการดื้อยาให้ช้าที่สุด โดยจำกัดการใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะกรณีจำเป็นเท่านั้นไม่ใช้อย่างพร่ำเพรื่อ และหากจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ควรใช้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เป็นไปตามขั้นตอน ทั้งนี้โดยหวังว่าหากการใช้ยาปฏิชีวนะลดลงและสมเหตุสมผลมากขึ้น เชื้อดื้อยาบางสายพันธุ์อาจจะกลับมาไวต่อยาปฏิชีวนะที่มีใช้ในปัจจุบันได้อีกครั้ง

เชื้อดื้อยาจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยเช่นกัน⁷ เนื่องจากทำให้เชื้อแบคทีเรียดื้อยาซึ่งส่งผลทำให้การรักษาโรคติดเชื้อยากขึ้น ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น และนำไปสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้นด้วย⁸ ในปี พ.ศ. 2553 การศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพสูงถึง 90,000 คน ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นอีกกว่า 3.24 ล้านวันต่อปี เสียชีวิตกว่า 38,400 คน (เสียชีวิตเฉลี่ย 104 คน/วัน) ยังผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก 2,539-6,084 ล้านบาท และคิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 40,000 ล้านบาทจากต้นทุนทางอ้อมที่คำนวณจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยควร⁹

การใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็นเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงและการแพ้ยา รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่ายาปฏิชีวนะเป็นกลุ่มยาที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด โดยรายการยา 25 อันดับแรกที่มีสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็นยาปฏิชีวนะถึง 12 รายการ โดย Ceftriaxone, Amoxicillin, Cotrimoxazole, Dicloxacillin และ Ciprofloxacin พบเป็นอันดับที่ 1, 3, 4, 8 และ 10 ตามลำดับ¹⁰

ประเทศไทยมีมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะสูงมาก กลุ่มยาฆ่าเชื้อรวมทั้งปฏิชีวนะมีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูงที่สุดติดต่อกันตั้งแต่ปี 2540 โดยในปี พ.ศ. 2552 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาปฏิชีวนะของประเทศไทยสูงกว่า 1.1 หมื่นล้านบาท ซึ่งยาปฏิชีวนะแม้จะเป็นยาที่ใช้ในโรคติดเชื้อที่มีระยะเวลาการใช้ที่จำกัด แต่กลับมูลค่าการผลิตและนำเข้าที่สูงกว่ายาที่ใช้ระยะยาวในโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่น ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ยากลุ่มระบบประสาทส่วนกลาง และกลุ่มยารักษามะเร็ง ที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าคิดเป็น 9.2, 9.0 และ 7.9 พันล้านบาท ตามลำดับ ยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูงสุด 3 อันดับแรก คือ Penicillins, Cephalosporins และ Carbapenems แต่หากคิดเป็นปริมาณการผลิตและนำเข้า ยาปฏิชีวนะที่มีปริมาณการผลิตและนำเข้ามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ Penicillins, Penicillin and enzyme inhibitor และ Tetracyclines¹¹

งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผลพบในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศ แม้แต่ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์พบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผลประมาณร้อยละ 25-91¹²⁻¹⁵ การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในโรคพื้นฐานที่ส่วนใหญ่สามารถหายได้เอง เช่น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Infection: URI) พบในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน¹⁶ คลินิก¹⁷ และร้านยา การสำรวจร้านยาจำนวน 280 แห่ง โดยใช้คนใช้สมมุติเพื่อซื้อยา พบว่า ร้านยาร้อยละ 64-80 ที่มีการจ่ายยาปฏิชีวนะใน 5 กลุ่มโรคและอาการที่ไม่ควรใช้ ได้แก่ Influenza, Acute viral sinusitis, Acute viral pharyngitis, Acute viral gastroenteritis และ Non-infected skin abrasion¹⁸

นอกจากนี้ ยาปฏิชีวนะสามารถเข้าถึงได้ง่าย การศึกษาในปี พ.ศ. 2543 พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะอย่างผิดกฎหมายในร้านชำ การสำรวจร้านชำและกองทุนยาหมู่บ้านจำนวน 195 หมู่บ้าน ใน 8 จังหวัด พบว่าทุกหมู่บ้านมีร้านชำที่ขายยาปฏิชีวนะ ซึ่งยาปฏิชีวนะที่พบมากในร้านชำ คือ tetracycline (ร้อยละ 85) และ penicillin (ร้อยละ 81)¹⁹ แม้ว่าจะผ่านไปแล้ว 10 ปี การขายยาปฏิชีวนะในร้านชำยังคงมีอยู่ การสำรวจยาใน 17 ชุมชนใน 9 อำเภอ จ.ยโสธรในปี พ.ศ. 2552 – 2553 พบร้านชำที่มีการจำหน่ายยา 285 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80 โดยยาปฏิชีวนะที่พบ คือ tetracycline (ร้อยละ 65), penicillin V (ร้อยละ 51) และ co-trimoxazole (ร้อยละ 28)²⁰

การใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปจนจำเป็นได้กลายเป็นบรรทัดฐานทางสังคม (social norms)²¹ คือเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ในสังคมยอมรับและทำตามกันมา จนเป็นเสมือนกฎกติกาของสังคมที่แม้ไม่ได้เป็นลายลักษณ์อักษรแต่เป็นที่รู้จัก และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาและคนไข้^{22,23} บรรทัดฐานทางสังคมเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็ยากที่จะเปลี่ยน แม้ว่าบรรทัดฐานนั้นจะเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องหรือเหมาะสมก็ตาม²³ ตัวอย่างของบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในปัจจุบัน เช่น สั่งใช้/กินยา amoxicillin เมื่อเป็นหวัดเจ็บคอ สั่งใช้/กินยา norfloxacin เมื่อมีอาการท้องเสีย และเมื่อมีบาดแผล ก็มีการสั่งใช้/กินยา dicloxacillin เป็นต้น

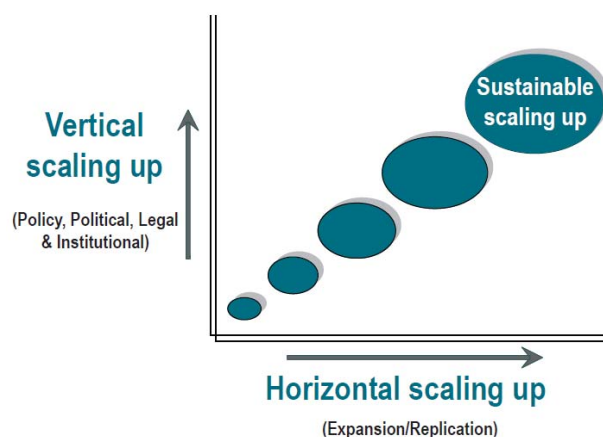
การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะโดยเปรียบเทียบอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะของประเทศต่างๆ ในทวีปยุโรปและประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ พบว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะของประเทศต่างๆ ที่แตกต่างกันมักถูกมองว่าเป็นผลมาจากระบบสุขภาพที่ต่างกัน เช่น ประเทศสวีเดนเป็น single payment system จึงมีอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ต่ำกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม พบว่าบางประเทศในยุโรป เช่น ประเทศฝรั่งเศส และเบลเยียม ที่มีระบบ single payment system เช่นกัน แต่กลับมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา จึงสันนิษฐานว่าน่าจะมีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ระบุว่าแรงผลักดันที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศที่มักไม่มีการกล่าวถึงหรือให้ความสำคัญกับมันมากนักต่อการส่งผลกระทบต่ออัตราการใช้ยาปฏิชีวนะที่ต่างกัน คือ แรงผลักดันจากบรรทัดฐานทางสังคม (the force of social norms)²³

โครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) เชื่อว่าบรรทัดฐานทางสังคมได้รับอิทธิพลจากนโยบายและกฎหมาย ในขณะเดียวกัน บรรทัดฐานทางสังคมก็มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายและต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติด้วยเช่นกัน ในประเทศที่มีบรรทัดฐานทางสังคมทั้งในภาคของบุคลากรทางการแพทย์และภาคประชาชนที่ดี การบังคับใช้กฎหมายและการนำนโยบายไปปฏิบัติย่อมง่ายและมีประสิทธิภาพมากกว่าประเทศที่มีบรรทัดฐานทางสังคมไม่เหมาะสม หรือแตกต่างจากแนวทางและกฎระเบียบของรัฐ ตัวอย่างเช่น กฎหมายเดียวกันมีประสิทธิภาพต่างกันในประเทศที่บรรทัดฐานทางสังคมต่างกัน เช่น การประกาศให้ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์สามารถดำเนินการได้ดีในประเทศสวีเดน แต่ผลกลับไม่ดีในประเทศเวียดนาม นั่นคือ แม้จะมีกฎหมายดังกล่าว ยาปฏิชีวนะในประเทศเวียดนามยังสามารถซื้อหาได้โดยไม่มีใบสั่งแพทย์ ตัวอย่างที่ชัดเจนอีกเรื่องหนึ่ง คือ วินัยจราจร ประเทศต่างๆ มีกฎหมายและระเบียบการจราจรใช้ถนนที่เหมือนหรือคล้ายกัน แต่พบว่า มีความแตกต่างกันในการปฏิบัติ เช่น การหยุดให้คนข้ามตรงทางม้าลาย และการขับรถยนต์ เป็นต้น ดังนั้น ในเรื่องของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เมื่อสถานการณ์หรือบรรทัดฐานทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนคนไทยยังไม่เหมาะสม ยังมีความเข้าใจ ความเชื่อ และพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลอยู่มาก การบังคับใช้กฎหมายหรือนำนโยบายไปประกาศใช้ก็อาจมีประสิทธิภาพต่ำลง โครงการ ASU จึงเห็นความสำคัญในการดำเนินการทั้งด้านการขับเคลื่อนนโยบายและการปรับฐานคิดของบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนไปพร้อมกัน

สำหรับโครงการ Antibiotics Smart Use (ASU) ‘การขยายแนวปฏิบัติของ ASU สู่ความยั่งยืนเพื่อเป็นบรรทัดฐานใหม่ของสังคม’ (หรือ เรียกโดยย่อว่า การขยายแนวปฏิบัติของ ASU) หมายถึง การที่แนวทางปฏิบัติของ ASU เกี่ยวกับการไม่ใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในโรคเป่าหาย (หรือ No antibiotics for non-bacterial infection) ได้รับการยอมรับเป็นแนวทางปฏิบัติในคนส่วนใหญ่หรือสถานพยาบาลส่วนใหญ่ของประเทศ การจะเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคม (จากเดิมที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไป ให้เป็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล) ต้องมีการขยายผลจาก ‘ต้นแบบสถานพยาบาลหรือชุมชนที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล’ สู่สถานพยาบาลและชุมชนอื่นๆ ในวงกว้าง จนเป็นที่ยอมรับของคนส่วนใหญ่แทนแนวทางการปฏิบัติแบบเดิม (คือ การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น) และกลายเป็นกฎกติกาทางสังคมซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดการขยายแนวปฏิบัติ ASU

การประชุม International Conference in Improving Use of Medicines (ICIUM) ครั้งที่ 2 เมื่อ ค.ศ. 2004 ซึ่งเป็นจัดร่วมหลายหน่วยงาน เช่น องค์การอนามัยโลก และ International Network for the Rational Use of Drugs ได้จัดลำดับความสำคัญในงาน RUM ไว้ 3 ด้าน คือ การพัฒนาและนํานโยบายด้านยาของประเทศสู่การปฏิบัติ การขยายผลโครงการ RUM ที่ประสบผลสำเร็จสู่การดำเนินการระดับประเทศ อย่างยั่งยืน และมาตรการพัฒนาการใช้ยาในชุมชน²⁴ และการประชุม ICIUM ครั้งที่ 3 ในปี ค.ศ. 2011 ได้เสนอให้จัดหมวดหมู่ของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามประเภทของกลุ่มคนและงานในระบบสุขภาพ²⁵ องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าการขยายผล successful interventions สู่ความยั่งยืน (Sustainable scaling up)²⁶ ต้องใช้ทั้งมาตรการแนวตั้ง (vertical scaling up) ควบคู่เช่นกับมาตรการแนวนราบ (Horizontal scaling up) ตัวอย่างของมาตรการแนวตั้ง เช่น การบังคับใช้กฎหมาย หรือการประกาศใช้นโยบาย และตัวอย่างของ มาตรการแนวนราบ อาทิเช่น การนำไปทำซ้ำในพื้นที่อื่น หรือ การขยายเครือข่ายโครงการ ดังแสดงในรูปที่ 1

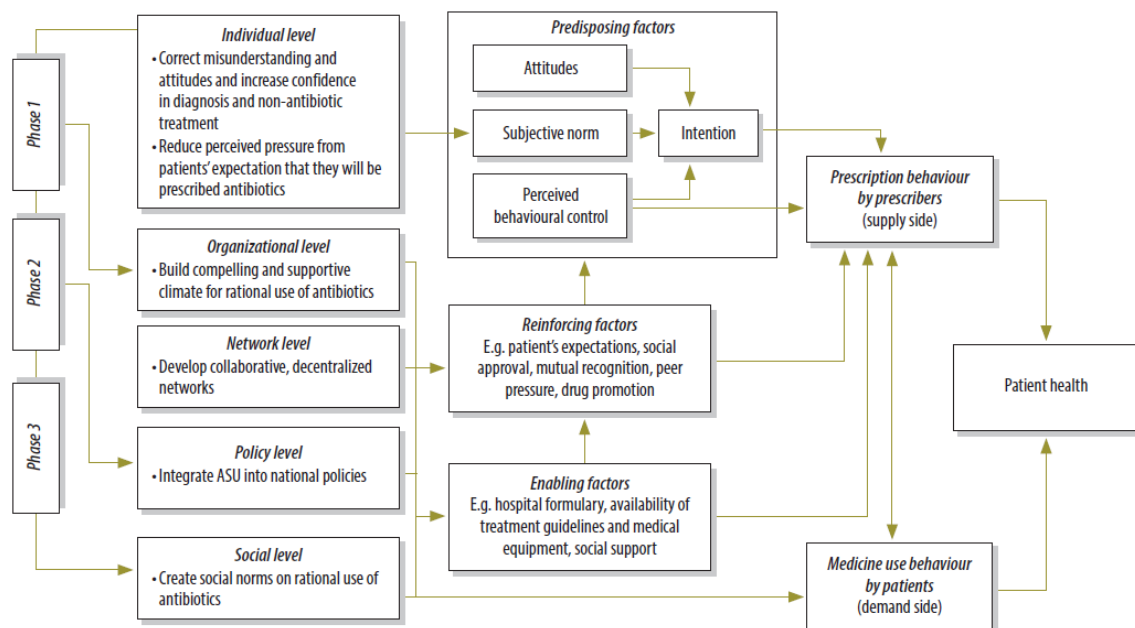


รูปที่ 1 การขยายผลสู่ความยั่งยืนผ่านมาตรการแนวตั้งและแนวนราบ

ที่มา: World Health Organization. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. 2009.²⁶

แนวทางการขยายผลที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลกและข้อเสนอจากการประชุม ICIUM มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การขยายผลของโครงการ ASU ซึ่งโครงการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินการไว้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเชื่อมต่อแนวปฏิบัติของ ASU เข้ากับนโยบายที่เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาศักยภาพ การบริหาร และขยายเครือข่าย และ 3) การสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล จากยุทธศาสตร์ดังกล่าว โครงการมีการดำเนินการโดยใช้มาตรการที่เป็น Multifaceted, multiple level interventions คือ มาตรการด้านการให้ความรู้ (Educational measures) เช่น การอบรมและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มาตรการด้านการบริหารจัดการ (Managerial measures) เช่น การคัดเลือกยาปฏิชีวนะในบัญชียาโรงพยาบาล การใช้ยาสมุนไพรรทดแทน มาตรการเชิงนโยบายและการควบคุม (Policy and Regulatory measures) เช่น การมีนโยบายของสถานพยาบาลหรือจังหวัด และมาตรการด้านการจูงใจ (Motivational / Incentive measures) เช่น การได้รับการยอมรับ หรือการได้รับเงินเพิ่มจากนโยบายเรื่องเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพบริการด้านยา (Pay-for-

Performance: P4P) เป็นต้น โดยมาตรการทั้ง 4 ด้านนี้ มีทั้งมาตรการที่ใช้ในระดับบุคคล ระดับองค์กร ระดับเครือข่าย ระดับนโยบาย และระดับสังคม กรอบแนวคิดการดำเนินโครงการ ASU แสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดการดำเนินโครงการ Antibiotics Smart Use

ที่มา: *Bulletin of the World Health Organization*. 2012;90:907.²⁷

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

เป้าหมายระยะยาว คือ การที่แนวทางปฏิบัติของ ASU กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม ส่วนการดำเนินโครงการในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เฉพาะ 3 ประการ คือ

1. เพื่อศึกษาบริบทและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการขยายแนวปฏิบัติ ASU ทิศทางและการขับเคลื่อนงาน ASU
2. เพื่อวิเคราะห์บทบาทของ ASU ต่อระบบยาและระบบสุขภาพ และสรุปความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการและการขยายผล ASU สู่ความยั่งยืน
3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการขยายผล ASU สู่ความยั่งยืน

วิธีการ

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจาก 3 แหล่ง ดังนี้

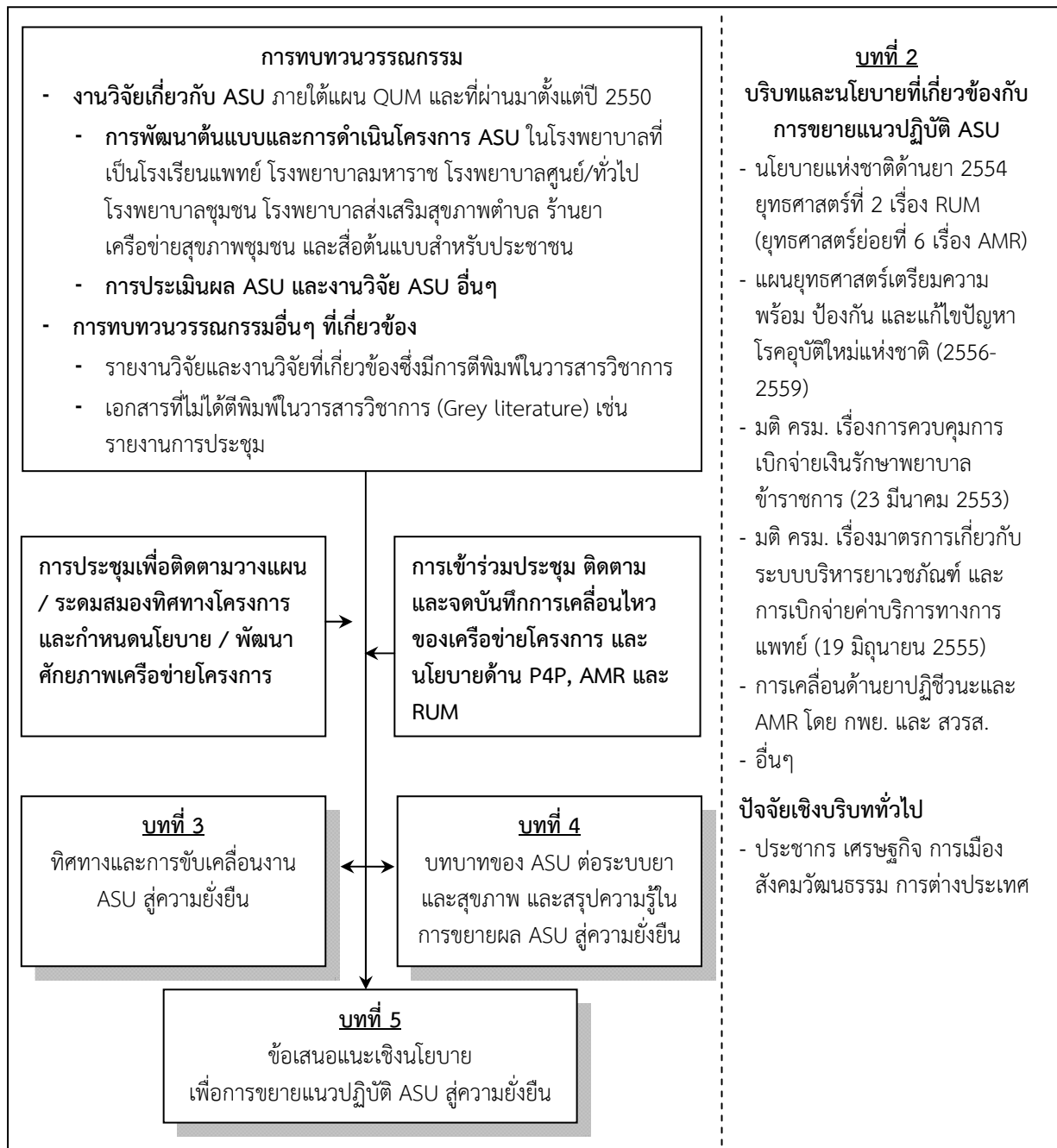
การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยและบทความเกี่ยวกับ ASU ซึ่งประกอบด้วยงานวิจัยเกี่ยวกับ ASU ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550²⁸⁻³⁰ จนถึงปัจจุบัน คือ โครงการภายใต้แผนงานการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้การสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประกอบด้วยโครงการ ASU จำนวน 5 โครงการย่อย ได้แก่ โครงการการพัฒนาสื่อต้นแบบ³¹ โครงการการพัฒนาต้นแบบในเครือข่ายสุขภาพชุมชน โครงการการพัฒนาต้นแบบในร้านยา³² โครงการการจัดการความรู้เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารภายใต้แรงกดดัน

ของคนไข้ที่ซื้อยาปฏิชีวนะในร้านยา³³ และโครงการประเมินผลการกระจายแนวคิดและความยั่งยืนของโครงการ³⁴ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (Grey literature) เช่น เอกสารทางราชการ รายงานการประชุม และจดหมายข่าวโครงการ ASU เป็นต้น

การจัดประชุมร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ASU ระหว่างเดือนมกราคม 2555 – มีนาคม 2556 รวมทั้งสิ้น 14 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 290 คน ในการประชุมจำนวน 14 ครั้งนี้ ประกอบด้วยการประชุมเพื่อวางแผนและติดตามงาน 9 ครั้ง การประชุมพัฒนาศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลงระดับสุขภาพชุมชน 1 ครั้ง และการประชุมเพื่อจัดทำข้อเสนอทางนโยบายและทิศทางการ 4 ครั้ง ได้แก่ การปรับปรุงเกณฑ์ P4P ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การจัดทำแผนกลยุทธ์สื่อสารสังคมโครงการ Antibiotics Smart Use การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการขยาย Antibiotics Smart Use ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ และการประชุมสรุปงานโครงการ ASU และข้อเสนอเชิงนโยบาย

การเข้าร่วม ติดตาม และจัดบันทึกการเคลื่อนไหวของเครือข่ายโครงการ ASU และนโยบายที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายด้าน P4P นโยบายด้านเชื้อดื้อยา และนโยบายด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2555 ถึงเมษายน 2556

แผนผังกระบวนการวิจัยแสดงใน รูปที่ 3



รูปที่ 3 แผนผังกระบวนการวิจัย

บทที่ 2

บริบทและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการขยายแนวปฏิบัติ ASU

โครงการ ASU และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเกี่ยวกับแนวคิด 2 เรื่องหลัก คือ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Use of Medicines: RUM) และเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistance: AMR) โดยสามารถวิเคราะห์บริบทที่เกี่ยวข้องเป็น 3 ด้าน คือ การเคลื่อนไหวของนโยบาย การเคลื่อนไหวของเครือข่ายภาคประชาชน และการเคลื่อนไหวของสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

การเคลื่อนไหวด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ปฐมบทการควบคุมยาที่เป็นรากฐานของประเทศเริ่มจากพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 (พรบ.ยา) ที่เริ่มมีควบคุมการผลิตนำเข้า การโฆษณา และการกระจายยา เพื่อให้ยาที่ออกสู่ท้องตลาดมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย รวมทั้งมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้ประกอบการร้านยา และเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ พรบ.ยา ควบคุมการกระจายยาโดยแบ่งยาแผนปัจจุบันเป็น 3 ประเภท คือ ยาสามัญประจำบ้าน (ยาที่จำหน่ายได้ทั่วไป) ยาอันตราย (ยาที่จ่ายได้โดยเภสัชกร ไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์) และยาควบคุมพิเศษ (ยาที่จ่ายตามใบสั่งแพทย์) ส่วนยาที่ไม่ได้อยู่ใน 3 กลุ่มนี้ จัดเป็น ยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ (ยาที่จำหน่ายได้ในร้านยาโดยไม่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร) ตามกฎหมายยา ยาปฏิชีวนะจัดเป็น “ยาอันตราย” ที่แม้ไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์แต่ต้องมีการแนะนำและจ่ายโดยเภสัชกร (ยกเว้นยาปฏิชีวนะที่เป็นยาใช้ภายนอก เช่น ยาทาผิวหนัง จัดเป็นยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ)

อย่างไรก็ตาม การควบคุมยาภายใต้ พรบ.ยา มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การจำหน่ายยาปฏิชีวนะในช่วงเวลาที่ไม่ใช่เภสัชกรของร้านยา การกระจายยาปฏิชีวนะในร้านชำ และการโฆษณา ยาปฏิชีวนะผ่านสื่อท้องถิ่นซึ่งเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย เป็นต้น ส่วนการสั่งใช้ยาของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้อยู่ในอำนาจของ พรบ. ยา แต่เป็นการกำกับดูแลผ่านกลไกของสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและมีปัญหาในการควบคุมกำกับเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2518 จึงเริ่มเกิดเครือข่ายภาคประชาชนในนามของกลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) ที่เริ่มศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจและเคลื่อนไหวแก้ปัญหาการกระจายยาและการใช้ยา ซึ่งมีการต่อยอดขยายผลในเวลาต่อมา³⁵ (ดูรายละเอียดในหัวข้อ ‘การเคลื่อนไหวของเครือข่ายภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล’)

นโยบายด้านยาของรัฐในช่วงแรกเน้นไปที่การพัฒนา นโยบายด้านยาของประเทศและการคัดเลือกยาที่มีความจำเป็นเพื่อมีใช้ในโรงพยาบาล ส่วนปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมยังไม่ได้รับความสนใจจากนโยบายของรัฐในช่วงเวลานี้ กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีแนวคิดเกี่ยวกับการคัดเลือกยาที่มีความจำเป็นตั้งแต่อีกก่อน พ.ศ. 2515 และมีการพัฒนาเภสัชตำรับฉบับกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2519 ต่อมาพัฒนาเป็นบัญชียากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522 ซึ่งในช่วงเวลาใกล้เคียงกันนั้น แนวคิดเรื่อง “essential drugs” และ “national drug policy” ได้ถูกนำเสนอโดยองค์การอนามัยโลกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก พ.ศ. 2518 จากนั้นในปี พ.ศ. 2522 ที่ประชุมใหญ่สมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 31 เสนอแนะให้ประเทศสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ประเทศที่กำลังพัฒนา ได้กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบยาของแต่ละประเทศ เพื่อให้สามารถจัดหาจำเป็น (essential drugs) ที่มีคุณภาพมาตรฐานให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง และเพียงพอในราคาที่เหมาะสม ดังนั้นประเทศไทยได้มีการปรับการทำงานให้สอดคล้องเป็นสากล โดยในปี พ.ศ. 2524 ได้มีนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับแรก โดยเน้นเรื่องการกระจายยาอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตามนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับนี้ยังไม่มีเรื่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โดยมีการพัฒนาบัญชียาจำเป็นแห่งชาติ พ.ศ. 2524 บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2530 และ บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2535)

จุดเริ่มต้นของแนวคิดเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Use of Medicines: RUM) เกิดขึ้นในการประชุมระหว่างผู้เชี่ยวชาญจากนานาชาติและองค์การอนามัยโลกที่กรุงไนโรบี ประเทศเคนยาในปี พ.ศ. 2528 โดยมีการให้คำจำกัดความเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลว่า "Patients receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community" และได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2529³⁶

สำหรับประเทศไทย ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสมได้ถูกบรรจุในนโยบายแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2536 แต่กลับไม่ได้มีการนำไปปฏิบัติ แม้ว่าจะมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ และผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจนแล้วก็ตาม³⁵ นโยบายแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 2) นี้จึงคงเน้นเรื่องการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลัก (ซึ่งเป็น 1 ใน 12 มาตรการหลักในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก³⁶) ผลงานที่เป็นรูปธรรมภายใต้ต้นนโยบายแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 2) คือ การจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ 2 ฉบับ คือ บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2539 และบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542

บัญชียาหลักแห่งชาติที่ผ่านมา ไม่มีสภาพบังคับใช้ จึงแทบไม่มีการนำไปใช้จริงในโรงพยาบาล จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2540-2541 ที่ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจอย่างรุนแรง จึงมีการประกาศให้ใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นกรอบอ้างอิงในการเบิกจ่าย การใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นกรอบอ้างอิงในการเบิกจ่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้มีการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่ปรับปรุงใหม่นี้มีจำนวนรายการยามากขึ้น และแบ่งประเภทยาออกเป็น 5 กลุ่ม บัญชี ก ข ค ง และ จ มีการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับบัญชียาหลักฯ ตลอดจนเริ่มวางระบบติดตามประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation: DUE) ของยาในบัญชี³⁷ และต่อมาบัญชียาหลักได้ถูกนำไปใช้เป็นกรอบอ้างอิงการเบิกจ่ายในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2545

ประเด็นเรื่องการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มยาปฏิชีวนะเป็นที่รับรู้กันมาตลอดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ แต่มีการรับรู้ที่จำกัดในกลุ่มประชาชนทั่วไป ในปี พ.ศ. 2537 นิตยสาร *Newsweek* ได้หยิบประเด็น “Antibiotics – The End of Miracle Drugs” มาเป็นประเด็นเด่นของปก นิตยสาร เพื่อส่งสัญญาณเตือนเรื่องเชื้อดื้อยาต่อสาธารณะ ในปี พ.ศ. 2541 (1998) ได้มีมติสมัชชาอนามัยโลก WHA 51.17 ว่าด้วยเรื่อง Emerging and other communicable diseases: antimicrobial resistance และจากนั้นเป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกได้มีมติสมัชชาอนามัยโลกอีกหลายครั้งเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกดำเนินการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยา พร้อมทั้งได้มีการออกคู่มือและเอกสารต่างๆ เพื่อช่วยในการดำเนินการ แต่ความคืบหน้าของการดำเนินการในประเทศต่างๆ ยังไม่มากและเด่นชัดนัก ล่าสุด องค์การอนามัยโลกได้นำประเด็นเรื่องเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพได้เป็นประเด็นรณรงค์ในวันอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2554³⁸

สำหรับประเทศไทย การควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียดื้อยาได้ดำเนินการโดยโรงพยาบาลต่างๆ โดยปกติโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะทำการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพไปพร้อมกับการตรวจแยกเชื้อจุลชีพ เพื่อประกอบการรักษา แต่ไม่มีการรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เข้าด้วยกัน ใน พ.ศ. 2539 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ริเริ่มโครงการการจัดตั้งเครือข่ายการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพเพื่อรวบรวมข้อมูลความไวของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจากโรงพยาบาลต่างๆเข้าเป็นข้อมูลกลางของประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 ภายใต้การสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงได้ก่อตั้งศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center: NARSC)³⁹ ซึ่งนับเป็นโครงสร้างที่สำคัญมากต่อการพัฒนางานเพื่อป้องกันและแก้ไขเชื้อดื้อยาของประเทศ การดำเนินการของ NARSC แม้ประสบปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และการขยายเครือข่ายของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ แต่ NARSC ก็มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ในช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2539 ได้มีการจัดทำร่างนโยบายแห่งชาติด้านยาต้านจุลชีพ โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁴⁰ แต่ไม่มีการผลักดันร่างนโยบายแห่งชาติด้านยาต้านจุลชีพดังกล่าวเป็นนโยบายของประเทศ

ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2549 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลมุ่งไปที่การทำ DUE เป็นหลัก เนื่องจากเป็นข้อกำหนดในการประเมินการใช้ยาในบัญชี ข ของบัญชียาหลักแห่งชาติ กรอบกับปัจจัยด้านวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2541 และการประกาศใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 เป็นปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลสนใจในการลดค่าใช้จ่าย ดังนั้น ยาที่คัดเลือกมาทำ DUE นั้นมักเป็นยาในบัญชี ข หรือเป็นยาราคาแพง หรือเป็นยาที่มีมูลค่าการใช้สูงในโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งกลุ่มยาปฏิชีวนะและยากุ่มอื่นๆ งานวิจัยพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีขั้นตอนการทำ DUE ที่คล้ายกัน แต่พบว่าแต่ละโรงพยาบาลมีความหลากหลายในการนำข้อมูล DUE ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงคุณภาพการใช้ยา⁴¹

ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้เสนอทางเลือกใหม่ในการแก้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ซึ่งเดิมหน่วยงานส่วนกลางจะใช้กลไกด้านกฎหมายและนโยบายในการแก้ปัญหา (Top-down approach) ในปีนี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้พัฒนาโครงการ Antibiotics Smart Use โดยมีการดำเนินการร่วมกับพื้นที่ในการสร้างโมเดลของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล²⁷ ซึ่งการทำงานในลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและในพื้นที่ และมีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายในระดับส่วนกลางและในระดับพื้นที่มาพัฒนางานร่วมกัน (รายละเอียดของโครงการ Antibiotics Smart Use ในบทที่ 3)

ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2554 มีการปรับโครงสร้างการทำงาน และมีการพัฒนาและผลักดันให้เกิดนโยบายหลายฉบับ โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล คือ การเริ่มนโยบาย Pay-for-performance ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในปี พ.ศ. 2552²⁷ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 ภายใต้นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 (ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค)⁴² มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง มาตรการเกี่ยวกับระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ และการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2555 ข้อ 4.1(6) ควรมีมาตรการควบคุมและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งป้องกันแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ

สำหรับการเคลื่อนไหวด้านนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ พบว่ามี 2 ส่วน คือ ในปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขจึงแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งชาติ (National Infection Control Committee: NICC) (ทดแทนคณะกรรมการการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อที่แต่งตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2546) โดย NICC ซึ่งมีสถาบันบำราศนราดูรเป็นสำนักงานเลขานุการของ NICC⁴³ และในปี พ.ศ. 2551 มีการก่อตั้งสำนักโรคอุบัติใหม่ ซึ่งอยู่ภายใต้กรมควบคุมโรค และต่อมาได้มีแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556-2559 ซึ่งเชื่อก่อนโรคที่ติดต่อทางด้านจุลชีพเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่⁴⁴

ในปี พ.ศ. 2555-2556 ถือว่าเป็นช่วงของการนำนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสู่การปฏิบัติ (Policy implementation หรือที่เรียกว่า นโยบายชาลง) แต่ปัญหาหลักคือ ประเด็นเรื่องเชื้อแบคทีเรียดื้อยาไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบหลัก และขาดกลไกประสานงานกลางของประเทศเรื่องเชื้อดื้อยา (National Alliance on Antimicrobial Resistance) ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2554 มีการประชุมหารือระหว่างผู้บริหารและนักวิจัยอาวุโสจากหน่วยหลัก คือ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล กรมควบคุมโรค สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ เพื่อหารือทิศทางการทำงานเพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาของประเทศ

ในปี พ.ศ. 2555 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แต่งตั้งคณะกรรมการวิจัยและพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย โดยมีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการ ประสานงาน และดำเนินการขับเคลื่อนระบบและการวิจัยและพัฒนาระบบที่เหมาะสมของการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย คณะกรรมการฯ เสนอกรอบการทำงานเกี่ยวกับ AMR 5 ด้านที่ต้องมีการดำเนินการควบคู่กัน คือ (1) การเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยา (Surveillance of AMR and antibiotic consumption) (2) การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อดื้อยา (Infection Control) (3) การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาล ชุมชน และในสัตว์/การเกษตร (4) การรณรงค์สู่สาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องเชื้อดื้อยา (Public awareness campaign) และ (5) การวิจัยและพัฒนา ซึ่งกรอบการทำงานดังกล่าว ช่วยให้มีการจัดหมวดหมู่งานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถทำงานประสานกันได้มากขึ้น

การประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดกลไกหรือหน่วยประสานงานกลางของประเทศเรื่องเชื้อดื้อยา (National Alliance/Mechanism on AMR) ได้มีการพิจารณาหลายทางเลือก เช่น การจัดตั้งหน่วยงานใหม่เพื่อบริหารจัดการเรื่องเชื้อแบคทีเรียดื้อยา การใช้หน่วยงานเดิมที่มีอยู่โดยขยายบทบาทหน้าที่ และการดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ โดยพบว่าทางเลือก ‘การดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ’ มีความเป็นไปได้มากกว่า การจัดตั้งหน่วยงานใหม่ หรือการขยายบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเดิม

ในปี พ.ศ. 2555 ถือเป็นจังหวะที่เหมาะสมในการพัฒนากลไกหรือหน่วยประสานงานกลางโดยใช้ ‘รูปแบบคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ’ ที่วางไว้ เนื่องจากในปี 2555 เป็นช่วง Policy implementation (หรือ ช่วงนโยบายชาลง) ที่นโยบายต่างๆ และมติคณะรัฐมนตรีต่างๆ ที่ได้รับการอนุมัติไปในช่วง พ.ศ. 2551-2554 จะถูกนำไปปฏิบัติ โดยนโยบายหลัก 2 ฉบับที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 และแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่

แห่งชาติ พ.ศ. 2556-2559 ซึ่งการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการประสานงานกันระหว่างนโยบายต่างๆ เพื่อให้เกิด National Alliance/Mechanism on AMR ใช้วิธีการการกระจายกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องไปตาม คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการชุดต่างๆ ปัจจุบัน มีคณะกรรมการ/อนุกรรมการที่เกี่ยวข้องและเชื่อมต่อการ ทำงานระหว่างกันด้วยกระบวนการนี้ ได้แก่ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้าน จุลชีพ (ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) คณะอนุกรรมการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขการดื้อยาต้านจุลชีพของเชื้อก่อโรค (ภายใต้คณะกรรมการ อำนวยการเตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาระบาดติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ กรมควบคุมโรค) และ คณะกรรมการวิจัยและพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย (โดย คณะกรรมการกำกับทิศทางการวิจัยและพัฒนาระบบยา ของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

อาจกล่าวได้ว่าปฐมบทของเครือข่ายภาคประชาชนที่เคลื่อนไหวด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2518 ในนามของกลุ่มศึกษาปัญหา (กศย.) ประกอบด้วยคณาจารย์ของคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กศย. เป็นองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคขนาดเล็กที่เริ่มศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา เกี่ยวกับยา เวชภัณฑ์ อาหาร รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอปัญหา ข้อเสนอจริงตลอดจน ข้อเสนอแนะในปัญหาที่ได้ศึกษาแก่องค์กรหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญห และ ส่งเสริมและฝึกฝนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขทุกฝ่ายให้หันมาร่วมกันรับผิดชอบปัญหาของสังคม รวมทั้งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับยาและสาธารณสุขเบื้องต้นแก่ประชาชน³⁵

งานของ กศย. เป็นความพยายามครั้งแรกๆ ของประเทศในการทำความเข้าใจและแก้ปัญหาการ กระจายยาและการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมของประเทศ^{35,45} ต่อมาได้พัฒนาต่อยอดเป็นเครือข่ายภาคประชาชน ที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ เช่น แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) (2550 – ปัจจุบัน) แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (2549-2555) ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นแผนงานพัฒนาวิชาการ และกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (2555-2558)⁴⁶ แผนงานเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นอกจากนี้ ยังมีองค์กรเครือข่ายภาคประชาชนอื่นๆ ที่แม้ไม่ได้ ทำเรื่องยาโดยตรง ได้เข้าร่วมขับเคลื่อนกับ กพย. และ คคส. ในการสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพของ ไทย เช่น มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว มูลนิธิเครือข่ายผู้ป่วยเอดส์ และมูลนิธิเครือข่าย ผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น

แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย เช่น ร่วมกับภาคีเครือข่าย ASU ในการผลักดันให้แนวปฏิบัติของ ASU บรรจุในเกณฑ์ P4P ของ สปสช. สนับสนุน ทุนและร่วมพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย เช่น นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559³⁵ ในส่วนของการเคลื่อนไหวในระดับพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2553 กพย. ได้สนับสนุน และขับเคลื่อนงานด้านยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยาในระดับหน่วยงานและชุมชนในหลายรูปแบบ เช่น การ สนับสนุนการดำเนินการของโครงการ ASU และเครือข่าย ASU จำนวน 22 โครงการ ใน 15 จังหวัด²⁷ โครงการ CSO ที่เน้นให้องค์กรภาคประชาชนจากประเทศต่างๆ ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และลาติน อเมริกาตื่นตัวและช่วยขับเคลื่อนสังคมเพื่อแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาและส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล⁴⁷

การประกวดสื่อรณรงค์เรื่องอันตรายของยาปฏิชีวนะ เช่น การประกวดสุนทรพจน์ หนังสือ และโปสเตอร์/แผ่นพับ เพื่อสร้างจิตสำนึกเรื่องยาปฏิชีวนะให้แก่นักศึกษาและประชาชน⁴⁸

การเคลื่อนไหวของสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

การเคลื่อนไหวเรื่อง AMR ของสมาคมวิชาชีพส่วนมากเป็นลักษณะของการให้ ปรับปรุง และเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ การรักษา และนโยบายหรือเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้แก่สมาชิก รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ ผ่านหลายช่องทาง เช่น วารสารของสมาคมวิชาชีพ และการประชุมประจำปี เช่น การประชุมใหญ่ประจำปีของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2552 มีการรณรงค์เรื่องยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยาใน ‘สัปดาห์เภสัชกรรม’ โดยสภาเภสัชกรรม และมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เรื่อง ‘เภสัชกรห่วงใยความปลอดภัยผู้ช้ยา: สุขภาพคนไทยกับการใช้ยาปฏิชีวนะ’ ในโรงพยาบาลและคณะเภสัชศาสตร์ของแต่ละมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ⁴⁹

การเคลื่อนไหวของนโยบายและงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเคลื่อนไหวด้านนโยบายและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

พ.ศ.	นโยบาย/โครงสร้างที่เกี่ยวข้อง	ปัจจัยภายนอก	ค.ศ.
2510	พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510		1967
2515	กระทรวงสาธารณสุขจัดทำ “เภสัชตำรับโรงพยาบาล” ซึ่งพัฒนามาเป็น “เภสัชตำรับกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2515 เพื่อเป็นแม่แบบในการจัดหาและคัดเลือกยาของโรงพยาบาล		
2518	กลุ่มศึกษาปัญหา ยา (กศย.)	- การประชุมสมัชชาอนามัยโลกนำเสนอแนวคิด "essential drugs" และ "national drug policy" ต่อประเทศสมาชิก(WHA28.66)	1975
2519	เภสัชตำรับฉบับกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2519 โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
2522	บัญชียากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522	- ที่ประชุมใหญ่สมัชชาองค์การอนามัยโลกครั้งที่ 31 เสนอแนะให้ประเทศสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนา ได้กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบยาของแต่ละประเทศ เพื่อให้สามารถจัดหาจำเป็น(essential drugs) ที่มีคุณภาพมาตรฐานให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเพียงพอในราคาย่อมเยา	1979
2524	นโยบายแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 1) พ.ศ.2524 บัญชียาจำเป็นแห่งชาติ พ.ศ.2524		
2525	คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2525		
2528		- การประชุมที่กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา เป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดและคำจำกัดความเรื่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	1985
2529		- WHA 39.27 รับรองคำจำกัดความว่าด้วยการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเสนอแนะยุทธศาสตร์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	1986
2530	- บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2530 - โครงการ Acute Respiratory Infection Control (ARIC) ของกรมควบคุมโรค		
2535	- บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2535 - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข		
2536	นโยบายแห่งชาติด้านยา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2536		

พ.ศ.	นโยบาย/โครงสร้างที่เกี่ยวข้อง	ปัจจัยภายนอก	ค.ศ.
2537		<i>Newsweek Magazine: Antibiotics: The End of Miracle Drugs?</i>	1994
2539	- บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2539 - ร่างนโยบายแห่งชาติด้านยาต้านจุลชีพ พ.ศ. 2539 ภายใต้การสนับสนุนของ สวรส. - การจัดตั้งเครือข่ายการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์		1996
2540	- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	- การประชุม International Conference on Improving Use of Medicines (ICIUM) ครั้งที่ 1 เป็นการนำเสนอโครงการ RUM จากประเทศต่างๆ ซึ่งส่วนมากเป็นงานลักษณะของ operational research - ประเทศไทยเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจ	1997
2541		- WHA 51.17 ว่าด้วยเรื่อง Emerging and other communicable diseases: antimicrobial resistance	1998
2542	บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542		1999
2544		- WHA 54.14 ว่าด้วยเรื่อง Global health security: epidemic alert and response - WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance	2001
2545	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)		2002
2547	บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547	- การประชุม ICIUM ครั้งที่ 2 เน้นเรื่องนโยบายด้าน RUM การขยายผลโครงการที่ประสบผลสำเร็จ และการใช้ยาในชุมชน	2004
2548		- WHA 58.27 เรื่อง Improving the containment of antimicrobial resistance	2005
2550	- แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) - โครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use: ASU) โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		2007
2551	- บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2551 - ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2551		2008

พ.ศ.	นโยบาย/โครงสร้างที่เกี่ยวข้อง	ปัจจัยภายนอก	ค.ศ.
	- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 แผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย (ยุทธศาสตร์เรื่องการใช้จ่ายสมเหตุผล)		
2552	- นโยบาย P4P ของ สปสช. เกี่ยวกับเกณฑ์คุณภาพยา (ปีงบประมาณ 2553) โดย ASU เป็นหนึ่งในตัวชี้วัด		2009
2553	- กพย. ร่วมกับ ASU ในการขยายเครือข่ายงานด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล - มติคณะรัฐมนตรีเรื่องการควบคุมการเบิกจ่ายเงินรักษาพยาบาลข้าราชการ (23 มีนาคม 2553)	- หนังสือ Prevention and containment of antimicrobial resistance โดย SEARO - Outbreak ของ Bacteria with NDM-1	2010
2554	- นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 (ฉบับที่ 3) และยุทธศาสตร์ที่ 2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค	- วันอนามัยโลก (World Health Day 2011) เรื่อง Combating antimicrobial resistance - การลงนามร่วมกันของรัฐมนตรีสาธารณสุขกลุ่มสมาชิก SEARO ใน Jaipur Declaration on Antimicrobial Resistance - การประชุม ICIUM ครั้งที่ 3 - Outbreak ของ <i>E. coli</i> O104:H4 ในประเทศเยอรมัน	2011
2555	- นโยบาย P4P-ASU ของ สปสช. เปลี่ยนวิธีการประเมินเป็นแบบ Output evaluation - คณะกรรมการวิจัยและพัฒนาระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย (โดย สวรส.) และแผนงานด้าน AMR ที่สนับสนุนโดย สวรส. - มติคณะรัฐมนตรีเรื่องมาตรการเกี่ยวกับระบบบริหารยาเวชภัณฑ์ และการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (วันที่ 19 มิถุนายน 2555) - แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556-2559 - มติการประชุมของกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 10/2555 (ธันวาคม 2555) เกี่ยวกับบทบาทของกระทรวงฯ ต่อการปรับปรุงและแก้ไขปัญหา AMR	- หนังสือ <i>The evolving threat of antimicrobial resistance: Options for action</i> โดยองค์การอนามัยโลก - หนังสือ <i>The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences</i> โดยองค์การอนามัยโลก	2012

บทที่ 3

ทิศทางและการขับเคลื่อนงาน ASU สู่ความยั่งยืน

โครงการ ASU มีการดำเนินการ 2 ส่วนควบคู่กัน คือ (1) การดำเนินการของหน่วยงานส่วนกลาง/ภาควิทยาศาสตร์ เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนงานและนโยบายในการสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายในพื้นที่ และ (2) การดำเนินการของเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งเป็น point of contact และสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพของประชาชนโดยตรง

ส่วนที่ 1 การดำเนินการของหน่วยงานส่วนกลาง/ภาควิทยาศาสตร์

โครงการ ASU เริ่มจากการเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อลดใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นใน 3 โรค เป้าหมาย หลังจากนั้น ได้มีการขยายผลโดยมีทั้งส่วนที่เป็นงานวิจัยและงานขับเคลื่อนควบคู่กันภายใต้ความร่วมมือจากและการดำเนินการร่วมกันของภาคเครือข่ายต่างๆ

ในปี พ.ศ. 2553 โครงการ ASU ได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อการขยายผลแนวปฏิบัติ ASU อย่างยั่งยืน 3 ด้าน คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเชื่อมต่อแนวปฏิบัติ ASU กับนโยบายระดับประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพ การบริหาร และการขยายเครือข่ายโครงการ ASU และยุทธศาสตร์ที่ 3 การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนแนวปฏิบัติ ASU สู่บรรทัดฐานใหม่ของสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเชื่อมต่อแนวปฏิบัติ ASU กับนโยบายระดับประเทศ

การเชื่อมแนวปฏิบัติของ ASU กับนโยบาย P4P ของ สปสช. มีความสำคัญ 2 ด้าน คือ (1) ผลต่อการขยายผลโครงการ ASU และ (2) ผลต่อการพัฒนาระบบตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศ

ผลของนโยบาย P4P ต่อการขยายโครงการ ASU

(1) นโยบาย P4P เป็นเหมือนแรงกระตุ้นหรือจูงใจ (motive) ให้ผู้อำนวยการ ผู้บริหาร หรือบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลนำแนวปฏิบัติของ ASU ไปใช้ เพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษาให้เป็นไปตามหลักฐานทางวิชาการ มี financial incentives จากการให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน และประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

“ถ้าเรามีเหมือนนโยบายกำหนดมาด้วยก็จะทำให้ผู้บริหารรับรู้ว่าการกลุ่มหนึ่งที่ทำงานตรงนี้ส่วนหนึ่งก็คือ support นโยบายด้วยอย่างเช่นเมื่อก่อนนี้ส่วนหนึ่งที่ว่าผอ.หรือว่าทีมผู้บริหารตอนที่เรเข้าไปขาย project นี้ในที่ประชุม PTC ส่วนหนึ่งบอกว่าตรงนี้ถ้าเราทำได้เงินกลับมาจากสปสช. ในเรื่องของเกณฑ์สมัยก่อนที่ที่เราทำ 1 2 3 4 5 แม้กระทั่งตอนนี้ก็เหมือนกันนะ ก็เหมือนใช้สูตรนี้เป็นแรงจูงใจในการที่ช่วยกันทำส่วนหนึ่งนะจะตรงนี้ก็เป็นอย่างที่ประกอบว่าถ้ามีนโยบาย support แล้วก็นโยบายเรื่องของคนที่ดีแล้วมีรางวัลให้ก็อาจจะทำให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญแล้วเวลาเรา present ผู้บริหารก็ให้ความสนใจ...” (หน้า 49)³⁴

(2) นโยบาย P4P เป็นการใช้เพื่ออ้างอิงเชิงนโยบาย ในการเริ่มโครงการ ASU ในสถานพยาบาลที่ financial incentives จาก P4P อาจไม่จูงใจมากนัก แต่เห็นความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพการรักษาให้ถูกต้องตามหลักฐานทางวิชาการ และผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล

“เหตุผลหลักของการดำเนินโครงการ ASU ... คือความเหมาะสมเชิงวิชาการและคุณภาพการรักษาพยาบาลในฐานะที่เป็นโรงเรียนแพทย์ รวมทั้งการลดโอกาสดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อก่อโรคในชุมชน มิใช่ต้องการลดค่าใช้จ่ายหรือต้องการงบประมาณเพิ่มจาก สปสช.”

-แพทย์-

19 พฤศจิกายน 2555

บทบาทของ P4P-ASU ต่อการพัฒนา Audit-Feedback with supportive system เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศ

การใช้นโยบาย P4P จำเป็นต้องมีระบบและกลไกตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับ (Audit-Feedback) ที่วัดผลได้และใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ นโยบาย P4P ของ สปสช. จึงมีการดำเนินการพัฒนาระบบ Audit-Feedback ไปพร้อมๆ กัน และแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 (ปีงบประมาณ 2553): เกณฑ์ P4P ด้านยา ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด คือ Adverse Drug Reaction (ADR), High Alert Drug (HAD), Drug Utilization Evaluation (DUE) และ Antibiotics Smart Use (ASU) โดยในส่วนของ ASU แบ่งออกเป็น 2 เกณฑ์ย่อย คือ (1) เกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กำหนดเรื่องการทำ DUE ของยาปฏิชีวนะราคาแพง 5 รายการ และ (2) เกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขนาดเล็ก กำหนดเรื่องนำแนวปฏิบัติของ ASU ไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเกณฑ์การประเมินเชิงกระบวนการ (Process evaluation) โดยประเมินจากการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ

ช่วงที่ 2 (ปีงบประมาณ 2554 – 2555): เกณฑ์ P4P ด้านยาประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัดเช่นเดิม ส่วนที่เป็นเกณฑ์ ASU มีการปรับปรุง โดยกำหนดเรื่องนำแนวปฏิบัติของ ASU ไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกกับโรงพยาบาลทุกระดับ และยกเลิกเรื่อง DUE ของยาปฏิชีวนะราคาแพง เนื่องจากสามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ DUE อยู่แล้ว เกณฑ์การประเมินยังคงเป็นการประเมินเชิงกระบวนการ (Process evaluation)

ในขณะเดียวกันนี้ สปสช. ได้เริ่มพัฒนาระบบ Audit-Feedback with supportive system เพื่อใช้นโยบาย P4P โดยใช้ ASU เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบดังกล่าว โดยมีการดำเนินการใน 2 ส่วนควบคู่กัน คือ (1) การพัฒนาระบบและกลไกเพื่อใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล 18 แฟ้มมาตรฐาน ที่ส่งกลับมาตามระบบสู่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดย สปสช. มีการสนับสนุนให้คำตอบแบบ P4P เพื่อจูงใจให้มีการส่งข้อมูลแฟ้มมาตรฐานดังกล่าวเข้าสู่ระบบและมีการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลระดับจังหวัดที่ส่งกลับมายังส่วนกลาง⁵⁰ จากฐานข้อมูลแฟ้มมาตรฐานดังกล่าวทำให้ สปสช. สามารถทำการตรวจสอบการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมายของสถานพยาบาลแต่ละแห่งได้ และ (2) การพัฒนาโปรแกรม e-tool ซึ่งเป็นระบบ Internal Audit-Feedback ทำให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถติดตามอัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคเป้าหมายได้ ด้วย

ตนเอง (self-monitoring system) โปรแกรม e-tool เป็นโปรแกรมที่พัฒนาต่อยอดมาจากการดำเนินโครงการ ASU ของโรงพยาบาลชุมแพในปี พ.ศ. 2553 และจัดเป็นระบบสนับสนุน (Supportive system) ที่สำคัญของระบบ Audit-Feedback ของนโยบาย P4P เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในการพัฒนาระบบ Audit-Feedback with supportive system นี้ สปสช. มีทดสอบระบบโดยศึกษานำร่องใน สปสช. เขตนครชัยบุรี ก่อนที่จะนำไปใช้จริงทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2556

ช่วงที่ 3 (ปีงบประมาณ 2556 – ปัจจุบัน): ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของนโยบาย P4P ด้านยา เนื่องจากการประเมินเชิงกระบวนการไม่สามารถตอบคำถามหลักในเรื่องผลลัพธ์ที่ได้และความคุ้มค่าของเงินที่ใช้สำหรับบ P4P ดังนั้น จึงนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญใน 5 ประเด็น⁵¹

- 1) เปลี่ยนจากเกณฑ์ P4P ที่ประเมินเชิงกระบวนการ เป็นเกณฑ์ P4P with good outcome ที่มีการประเมินเชิงผลลัพธ์ (Output/outcome evaluation) นั่นคือ ประเมินอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลใน 2 โรคเป้าหมาย
- 2) ลดจำนวนตัวชี้วัดของเกณฑ์จากเดิม 4 รายการเป็น 1 รายการ คือ ASU
- 3) เพิ่มรางวัลค่าตอบแทนจากเดิมประมาณ 0.25 บาท เป็น 1 บาทต่อหัวประชากร
- 4) ไม่เป็นการเพิ่มภาระให้แก่สถานพยาบาล สถานพยาบาลเพียงแต่ส่งข้อมูล 18 แฟ้ม มาตรฐานตามปกติ และทาง สปสช. จะเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลของสถานพยาบาลทั้งหมด และส่งผลการวิเคราะห์กลับให้ สปสช.เขต เพื่อคำนวณและจัดสรรค่าตอบแทน P4P แก่โรงพยาบาลแต่ละแห่งตามระดับคะแนนต่อไป และ
- 5) มีระบบสนับสนุนการดำเนินการตามเกณฑ์ P4P ที่เหมาะสม เช่น มีโปรแกรม e-tool ที่พัฒนาโดย สปสช. มีหน่วยประสานเครือข่าย ASU และการสนับสนุนสื่ออุปกรณ์ในการดำเนินโครงการโดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนจากหลายหน่วยงาน มีสถานพยาบาลที่ดำเนินการ ASU อย่างต่อเนื่องและสามารถถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้ด้าน how to ได้ และมีช่องทางการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญผ่าน social media เป็นต้น

นโยบาย P4P ด้านยามีพัฒนาการอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน และมีความสอดคล้องกับบริบทในเวลานั้นๆ พร้อมทั้งคำนึงถึงกลวิธีการลดแรงต้านจากผู้ปฏิบัติไปพร้อมกัน ในช่วงเวลาที่ฐานข้อมูลแฟ้มมาตรฐานยังไม่พร้อม (ทั้งด้านคุณภาพข้อมูล และระบบ IT ที่สามารถ pool ข้อมูลรวมกัน) การประเมินผลจึงต้องเริ่มจากการประเมินกระบวนการก่อน เพื่อเป็นการชี้แนะกระบวนการและเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลมีการวางระบบบริหารจัดการภายใน และเมื่อระบบ IT ของฐานข้อมูล 18 แฟ้มมาตรฐานพร้อม โปรแกรม e-tool พร้อม และสามารถกำหนดรหัสโรคตาม ICD-10 ของโรคเป้าหมายได้ชัดเจน จึงเปลี่ยนเป็น output evaluation ด้วยกระบวนการเช่นนี้ จึงทำให้แรงต้านจากพื้นที่น้อยลง

การพัฒนาระบบ Audit-feedback with supportive system ภายใต้เกณฑ์ P4P ด้านยาของ สปสช. ครั้งนี้ ถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ ทำให้สถานพยาบาลต้องมีการวางระบบงานด้านการส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลของตน ที่มีการทำร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างแพทย์ เภสัชกร เวชระเบียน งาน IT รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และมีการ share ความรับผิดชอบร่วมกัน โดยมีองค์กรแพทย์และแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นผู้เล่นหลัก (Key actors) ในการทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเนื่องจากเป็นผู้สั่งใช้ยา ส่วนฝ่ายเภสัชกร

พยาบาล งานเวชระเบียน และงาน IT เป็นฝ่ายสนับสนุนติดตามประเมินผลและส่งข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการ
สั่งใช้ยาของแพทย์ โดยอาศัยกลไกของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย
(Patient Care Team: PCT) หรือคณะกรรมการอื่นๆ ในการบริหารและประสานการทำงาน การวางระบบ
เช่นนี้จึงเป็นการ ‘ดึง’ แพทย์เข้ามาร่วมด้วย หากมีเช่นนั้น การใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะไม่สัมฤทธิ์ผลใน
สถานพยาบาลนั้นๆ

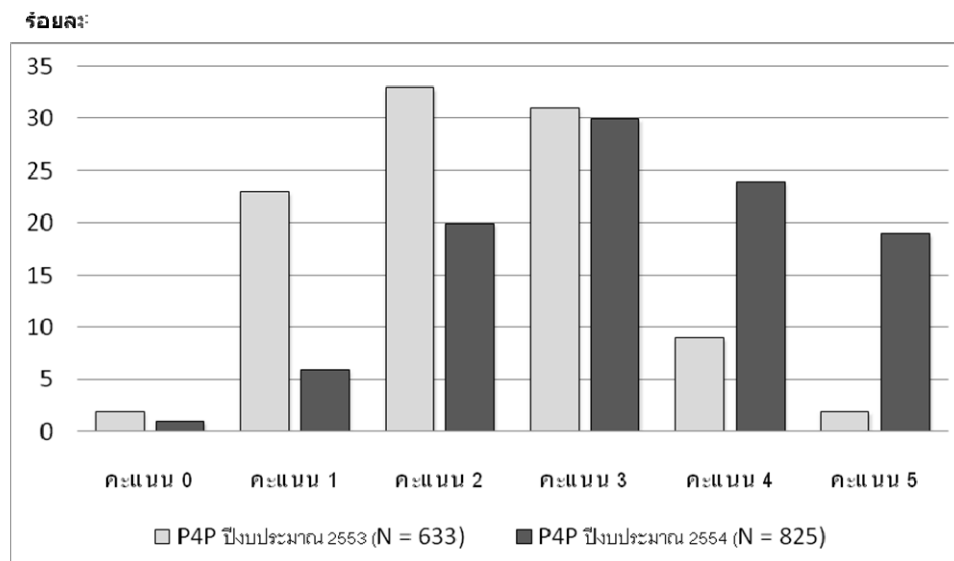
รายละเอียดของการพัฒนาระบบ Audit-feedback with supportive system นโยบาย P4P ด้านยา
ของ สปสช. สรุปในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การพัฒนาระบบ Audit-feedback with supportive system นโยบาย P4P ด้านยาของ สปสช.

	ช่วงที่ 1 (ปีงบประมาณ 2553)	ช่วงที่ 2 (ปีงบประมาณ 2554 – 2555)	ช่วงที่ 3 (ปีงบประมาณ 2556 – ปัจจุบัน)
ตัวชี้วัด	4 รายการ ADR, HAD, DUE และ ASU	4 รายการ ADR, HAD, DUE และ ASU	1 รายการ ASU
ประเภทเกณฑ์	Process evaluation	Process evaluation	Output evaluation
เกณฑ์ P4P ของASU			
สถานพยาบาล	โรงพยาบาลชุมชน /ขนาดเล็ก	โรงพยาบาลทุกระดับ	โรงพยาบาลทุกระดับ
โรคเป้าหมาย	3 โรค URI, AD และ Simple wound	3 โรค URI, AD และ Simple wound	2 โรค URI และ AD ที่ระบุ ICD-10 ชัดเจน
ระดับคะแนน	1 = ดำเนินการแต่ไม่มีกำหนดเป็นทางการ 2 = มีข้อปฏิบัติในการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะ 3 = มีคณะกรรมการควบคุมการจ่ายยาปฏิชีวนะ 4 = มีการประเมินผลและให้ความรู้ชุมชน 5 = นำผลการประเมินไปปรับปรุงระบบ	1 = ตระหนัก เช่น มีนโยบายของโรงพยาบาล 2 = เตรียมการ เช่น มีคู่มือการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 3 = เริ่มดำเนินการ เช่น การอบรม การจัดระบบการให้บริการ 4 = ประเมินผล เช่น ปริมาณ/มูลค่า/อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะ 5 = เผยแพร่ผลการดำเนินการ ASU สู่สาธารณะ	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน URI และ AD 0 = มากกว่าร้อยละ 40 1 = ร้อยละ 31 – 40 3 = ร้อยละ 21 – 30 5 = ไม่เกินร้อยละ 20
วิธีการ	โรงพยาบาลประเมินตนเอง โดยใช้แบบประเมินจากส่วนกลาง โดยแต่ละจังหวัดหรือเขตมีกลไกในการตรวจสอบความถูกต้องของรายงานการประเมินกันเอง	โรงพยาบาลประเมินตนเอง โดยใช้แบบประเมินจากส่วนกลาง โดยแต่ละจังหวัดหรือเขตมีกลไกในการตรวจสอบความถูกต้องของรายงานการประเมินกันเอง	สปสช. เป็นผู้ประเมินผลโดยใช้ข้อมูล 18 แห่ง โรงพยาบาลส่งข้อมูล 18 แห่งตามระบบปกติ
ระบบสนับสนุนการดำเนินการ P4P-ASU	อย. โดยการสนับสนุนจาก สปสช. จัดการประชุมเพื่อพัฒนาศักยภาพของแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ IT ของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดำเนินงานASU ตามเกณฑ์ สปสช. ⁵²	1. สปสช. พัฒนาโปรแกรม e-tool เตรียมการประเมินผลลัพธ์ โดยทดลองนำร่องและเดินสายอบรมโปรแกรม e-tool 12 เขต 2. รพ.ศิริราช ดำเนินการ ASU ได้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานสามารถใช้ยืนยันอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะที่สมเหตุผลในโรคเป้าหมาย ⁵³ 3. ระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ ASU โดย อย.	1. สปสช. เดินสายประชุมชี้แจงทั้ง 12 เขต ร่วมกับทีมจาก รพ.ศิริราช และ อย. ⁵¹ 2. โปรแกรม e-tool ที่สามารถใช้งานได้ 3. มีโรงพยาบาลที่ดำเนินการ ASU ได้อย่างต่อเนื่อง 4. ระบบสนับสนุนการดำเนินโครงการ ASU โดย อย.
ปัจจัยภายนอกที่เอื้ออำนวย	NA	1. ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูล 18 แห่งมาตรฐาน สปสช. สนับสนุน P4P ให้มีการส่งข้อมูลแฟ้มมาตรฐานเข้าสู่ระบบ และพัฒนาคุณภาพของข้อมูลระดับจังหวัดที่ส่งกลับมายังส่วนกลาง ⁵⁰ 2. การเคลื่อนไหวด้านนโยบายแห่งชาติด้านยา สถานการณ์และกระแสการเคลื่อนไหวนโยบายเรื่องเชื้อดื้อยาในระดับประเทศและระดับโลก (ดู รายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 2)	

หมายเหตุ ADR = Adverse Drug Reaction, HAD = High Alert Drug, DUE = Drug Utilization Evaluation, ASU = Antibiotics Smart Use, URI = Upper Respiratory Infection, AD = Acute Diarrhea, NA = Not Available

การติดตามผลการดำเนินการของเครือข่ายโรงพยาบาลตามเกณฑ์ P4P ในปีงบประมาณ 2553 และ 2554 พบว่า โรงพยาบาลมีการปรับตัวหรือดำเนินโครงการ ASU ในทิศทางที่ดีขึ้น (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ดำเนินการตามเกณฑ์ P4P – ASU ของ สปสช. แยกตามระดับคะแนน ระหว่างปีงบประมาณ 2553 – 2554

ที่มา: ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประเมินการใช้จ่ายยาลดไข้จำนวน 27 รายการ ในแผนผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลจำนวน 78 แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 43 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 32 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และสถานพยาบาล 1 แห่ง ที่มีการดำเนินการ ASU) จาก 11 จังหวัด ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2552 (ก่อนมี P4P ของ สปสช.) และ เมษายน พ.ศ. 2554 (หลังจากมี P4P ของ สปสช.) รวม 28 เดือน พบว่า บางสถานพยาบาลประสบความสำเร็จในการลดค่าใช้จ่ายยาลดไข้ แต่บางสถานพยาบาลกลับมีการใช้ที่เพิ่มขึ้น โดยภาพรวม มูลค่าการใช้จ่ายยาลดไข้ลดลงคิดเป็นประมาณ 1.5 ล้านบาท⁵⁴ ข้อมูลจาก 18 แฟ้มมาตรฐานในปี พ.ศ. 2553 – 2554 พบว่า มีสถานพยาบาลส่วนน้อยที่สามารถควบคุมอัตราการใช้จ่ายยาลดไข้ใน URI และ Acute diarrhea ที่ประมาณร้อยละ 20⁵⁵

งานวิจัยจากโรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ สะท้อนให้เห็นว่า เกณฑ์ P4P ที่ประเมินเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์สามารถใช้เสริมกันได้ดี อัตราการใช้จ่ายยาลดไข้ใน URI และ Acute diarrhea ของโรงพยาบาลตอนเริ่มต้นอยู่ที่ร้อยละ 70-80 และร้อยละ 50-55 ตามลำดับ เมื่อเริ่มดำเนินการเกณฑ์กระบวนการ (P4P ปีงบประมาณ 2555) พบว่าอัตราการใช้จ่ายยาลดไข้ใน URI และ Acute diarrhea ลดลงอยู่ที่ประมาณร้อยละ 45 และ 28 ตามลำดับ และเมื่อตามด้วยเกณฑ์ประเมินเชิงผลลัพธ์ (P4P ปีงบประมาณ 2556) สามารถลดการใช้จ่ายยาลดไข้ใน URI อยู่ที่ร้อยละ 20 และ Acute diarrhea อยู่ที่ร้อยละ 10⁵⁶

สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศิริราช ถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรกๆ ที่ดำเนินการส่งเสริมการใช้จ่ายยาลดไข้อย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยนอกตามแนวคิด ASU อย่างเป็นระบบและทำได้ตามเกณฑ์กระบวนการทั้ง 5 ระดับของ สปสช. ที่หน่วยตรวจประกันสังคมและหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน

เวลา 7 เดือน และสามารถลดอัตราการยาปฏิชีวนะในโรค URI และ Acute diarrhea จากร้อยละ 70-80 เหลือน้อยกว่าร้อยละ 20 โดยผลการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะก็ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ ซึ่งผลการวิจัยนี้ได้ถูกนำไปอ้างอิงในการ implement เกณฑ์ P4P ที่เป็นการประเมินเชิงผลลัพธ์ ของ สปสช. ในเวลาต่อมา⁵³

นโยบายและมาตรการอื่นๆ ที่อาจหนุนเสริมแนวปฏิบัติ ASU

สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีการให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพเรื่องต่างๆ ไม่เท่ากัน ซึ่งปรากฏการณ์นี้ถือเป็นเรื่องปกติ นโยบายที่สอดคล้อง (ถูกจริต) กับบริบทหรือความต้องการของสถานพยาบาล หรือผู้บริหารอาจมีการสนับสนุนเต็มที่และนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง ส่วนนโยบายที่สอดคล้องน้อยกว่าอาจมีการนำไปปฏิบัติตามสมควรหรือไม่มีการนำไปปฏิบัติเลย

นโยบาย P4P ของ สปสช. เป็นมาตรการจูงใจเชิงบวกที่มีการให้ค่าตอบแทนเป็นรางวัล (Positive measure with financial incentive) จึงอาจถูกจริตกับสถานพยาบาลที่เกิดความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม ต้องการพัฒนาคุณภาพการรักษาและการใช้ยาปฏิชีวนะในแผนกผู้ป่วยนอก ต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาและ/หรือได้ค่าตอบแทนเป็นรางวัล นโยบาย P4P ของ สปสช. เป็นมาตรการตามความสมัครใจและไม่มีการลงโทษ

ดังนั้น หากต้องการขยายแนวปฏิบัติของ ASU เพื่อสร้าง norm ใหม่ให้เกิดขึ้นในสถานพยาบาลทุกแห่ง ต้องอาศัยนโยบายมีความหลากหลายของมาตรการร่วมด้วย เช่น นโยบายที่ใช้กลไกเชิงอำนาจผ่านการติดตามของผู้ตรวจราชการ นโยบายที่ใช้กลไก Financial disincentive การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลผ่านกลไกของ Hospital accreditation หรือมาตรการด้านสังคม เช่น การเปิดเผยข้อมูลอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งให้ประชาชนรับทราบ⁵⁷ เป็นต้น

“แรงจูงใจผมว่านั่นก็คือผู้บริหารจะต้องรู้ว่ามันมีผลกระทบต่อตัวเค้าในเรื่องของเกณฑ์ ในเรื่องของการติดตามจะต้องใช้ผู้ตรวจ ที่โรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องใช้แรงจูงใจของการเอาเงินเข้ามาล่ออะไรหรอกเพราะว่าสถานการณ์การเงินของเรานั้นค่อนข้างดี” (หน้า 50)³⁴

“เสนอกระทรวงไปแล้วว่าการทำงานอย่างนี้ควรผ่านระบบจังหวัดมันไม่ใช่ไปลงที่หน่วยบริการโดยตรงแล้ว หน่วยบริการสมัครใจจะทำถ้ากรณีนำร่องเราโอเคปีหนึ่ง ปีสองเราโอเค ปีสามปีสี่จะกระจายไปหน่วยบริการอื่น มันต้องผ่านระดับจังหวัดแล้วผลักดันให้เป็นนโยบาย PTC ระดับจังหวัด แล้วให้จังหวัดเป็นคนกระตุ้นต่อกระทรวงมีหน้าที่กระตุ้นจังหวัดอย่างเดียว เก็บข้อมูลจากจังหวัดอย่างเดียวไม่ควรจะไป due กับหน่วยบริการโดยตรง” เกสัชกร 10 (หน้า 53)³⁴

“หลักการคือ carrot and stick มีการใช้แรงจูงใจทางบวก เช่น Pay for Performance (P4P) for Good outcome เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอก ร่วมกับแรงจูงใจทางลบหรือการถูกลงโทษ เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมีข้อกำหนดการไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA หรือการไม่จ่ายเงินชดเชยตาม DRG หากใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล มาตรการไม่จ่ายเงินให้โรงพยาบาลมีการทำแล้วที่อเมริกา ...”

-แพทย์-

19 พฤศจิกายน 2555

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพ การบริหาร และการขยายเครือข่ายโครงการ ASU

การขับเคลื่อนเชื่อมต่อแนวปฏิบัติของ ASU เข้ากับนโยบายระดับประเทศต่างๆ เกิดได้เพราะความร่วมมือและสนับสนุนของภาคยุทธศาสตร์ สรุปในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ภาคยุทธศาสตร์ของโครงการ Antibiotics Smart Use บทบาทและการสนับสนุน

ปีที่เริ่ม	ภาคยุทธศาสตร์	บทบาทและการสนับสนุน
2550	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)	- บริหารโครงการและการประสานงานตามยุทธศาสตร์โครงการที่วางไว้และสนับสนุนงบประมาณประจำปีแก่โครงการอย่างต่อเนื่อง - เชื่อมต่อ ASU กับนโยบายและปรับปรุงมาตรการด้านการควบคุมยา - เผยแพร่แนวปฏิบัติของ ASU และยาปฏิชีวนะผ่านงานด้านการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคมของ อย.
2551	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)	- สนับสนุนทุนวิจัยแก่โครงการในปี พ.ศ. 2551 และ 2554 - สนับสนุนการเชื่อมต่อ ASU เข้ากับนโยบาย - เริ่มแผนงาน AMR ในปี พ.ศ. 2555
2552	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	- ผนวกแนวปฏิบัติของ ASU เป็นนโยบาย P4P ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 - สนับสนุนทุนเพื่อพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2552 - พัฒนา Audit-Feedback with supportive system สำหรับเกณฑ์ P4P-ASU⁵¹
2553	แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา (กพย.)	- สนับสนุนทุนแก่เครือข่ายโครงการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - สนับสนุนการเชื่อมต่อ ASU เข้ากับนโยบาย - สร้างความเข้มแข็งในภาคประชาชน⁴⁸ ประสานความร่วมมือกับ ReAct⁴⁷
2553	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)	- จัดอบรมคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจของ HA เรื่องแนวคิดของ ASU และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล - สนับสนุน ASU ในการให้พื้นที่เวทีวิชาการ เวทีแลกเปลี่ยนและบูรณาการใน HA National Forum ครั้งที่ 12 (พ.ศ. 2554)
2553	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	- ดำเนินงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ASU และ AMR - สนับสนุนด้านวิชาการในการขับเคลื่อนนโยบายและงานที่เกี่ยวข้องกับ ASU และ AMR
2555	สมาคมเภสัชกรรมชุมชน	- พัฒนารูปแบบ ASU ในร้านยา

โครงการ ASU ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก สนับสนุนทุนวิจัยเริ่มต้นแก่โครงการ ASU ในปี พ.ศ. 2550²⁷ เผยแพร่โครงการ ASU ในหนังสือขององค์การอนามัยโลก และเอกสารการประชุมสุดยอดคณะรัฐมนตรีโดยองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2554^{58,59} และหน่วยงาน ReAct (Action on Antibiotic Resistance, Sweden) ที่มาศึกษาดูงานและเผยแพร่การดำเนินงานของโครงการ⁶⁰⁻⁶²

นอกจากงานด้านการขับเคลื่อนและเชื่อมต่อ ASU กับนโยบาย โครงการ ASU ภายใต้การภาคยุทธศาสตร์ได้สนับสนุนเครือข่ายในอีก 2 ด้านหลักๆ คือ (1) งานด้านการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการสนับสนุนด้านวิชาการใน 3 เรื่องหลัก คือ เรื่องแนวทางการรักษาและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เรื่อง

การดำเนินโครงการและการประเมินผลโครงการ และเรื่องการทำวิจัย และ (2) งานด้านการขยายและบริหารเครือข่ายโครงการ เป็นงานพัฒนาระบบสนับสนุน ติดตาม และสื่อสารการทำงานของเครือข่าย เช่น website, social media และจดหมายข่าว ตัวอย่างการประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายที่จัดโดยภาคียุทธศาสตร์แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายที่จัดโดยภาคียุทธศาสตร์

พ.ศ.	
2552	การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโครงการ ASU สนับสนุนโดย สปสช. รอบที่ 1: สำหรับเภสัชกรและทีม IT ของสถานพยาบาล และรอบที่ 2: สำหรับแพทย์ของสถานพยาบาล
2553	การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโครงการ ASU สนับสนุนโดย แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา
2554	การประชุมเวทีวิชาการ เวทีแลกเปลี่ยน และสุนทรียะการของโครงการ ASU ใน HA National Forum ครั้งที่ 12
2555	การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโครงการ ASU สนับสนุนโดย สวรส.
2555-2556	การประชุมชี้แจง สปสช.เขต เรื่อง การบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาปีงบประมาณ 2556 จัดโดย สปสช. ⁵¹

นอกจากนี้ พื้นที่และเครือข่ายโครงการมีการจัดประชุมอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ และ/หรือมีการดำเนินการร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ โดยการขอสนับสนุนด้านสื่อและอุปกรณ์บางส่วนจากส่วนกลาง (รายละเอียด ดูได้จาก ส่วนที่ 2 การดำเนินการโครงการ ASU ในสถานพยาบาลและพื้นที่)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนแนวปฏิบัติ ASU สู่บรรทัดฐานใหม่ของสังคม

การสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนเรื่องยาปฏิชีวนะได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนหลักจากแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา และจากกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้งสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งได้สนับสนุนการผลิตสื่อเพื่อให้เครือข่ายโครงการนำไปใช้ดำเนินโครงการ ASU ในพื้นที่ และได้สนับสนุนเรื่องการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

การสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนเพื่อขับเคลื่อนแนวปฏิบัติ ASU สู่บรรทัดฐานใหม่ของสังคมยังอยู่ในระยะเริ่มต้นที่ต้องการชุดงานวิจัยมารองรับเพื่อวางแผนการขับเคลื่อนงานด้านนี้อย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน การดำเนินงานด้านนี้ที่ผ่านมาประกอบด้วย 2 งานหลัก ดังนี้

1. การพัฒนา key messages ในการสื่อสารแนวปฏิบัติ ASU สู่ประชาชน

ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการพัฒนา Key messages สำหรับการสื่อสารเรื่องแนวปฏิบัติ ASU สู่ประชาชนโดยอาศัย input จาก 2 แหล่งหลัก คือ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ยืนยันตรงกันว่าโดยทั่วไปประชาชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อยาปฏิชีวนะทั้งในเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัย แต่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะน้อยมาก⁶³⁻⁶⁶ และประสิทธิภาพการทำงานของเครือข่ายโครงการ ASU ในพื้นที่ในการพยายามสื่อสารทำความเข้าใจเรื่องยาปฏิชีวนะกับประชาชนและคนไข้ที่มารับบริการ Key messages ที่ได้

ประกอบด้วย 3 เรื่องหลัก คือ ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้อักเสบ ยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย และสามโรค (หัด เจ็บคอ ท้องเสีย และแผลเลือดออก) หายเองได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ

“ณ วันนี้มันมีปัญหาในสังคมก็คือ เรื่องของความเข้าใจคลาดเคลื่อนของคนต่างๆ ไปนะครับ ในเรื่อง ยาแก้ อักเสบ ยาฆ่าเชื้อ ยาปฏิชีวนะ ในมุมมองของประชาชนผมว่าประเด็นนี้ น่าจะเป็นประเด็นที่สำคัญมากที่สุด ก็คือ คนเข้าใจคลาดเคลื่อนและปนเปกันไปหมดนะครับ เราก็ทราบกันดีว่าการอักเสบมีทั้ง Inflammation และ Infection เขาเรียกว่าอักเสบทั้งนั้นนะครับ คนไข้มารู้สึกขอยาแก้อักเสบ [ยาปฏิชีวนะ] ใหม่ๆ ที่บางทีปวด เมื่อยกล้ามเนื้อก็มากี่มี เพราะฉะนั้นความคลาดเคลื่อนตรงนี้เป็นปัญหาประเด็นที่สำคัญ...”

-เภสัชกร-

28 มีนาคม 2556

“ปัญหาของการเรียกที่คลาดเคลื่อนเนี่ยะ ผู้ใหญ่ก็สงสัยเหมือนกันว่า คนเขาเรียกว่ายาแก้อักเสบมากันตั้ง นานแล้ว แต่เราพยายามจะเปลี่ยนกลับเพื่อเรียกกันให้ถูก โดยให้เรียกว่า ยาฆ่าเชื้อ หรือ ยาปฏิชีวนะ มันจะ ช่วยไหมในการลดการใช้ยาที่มากเกินไป เกินจำเป็น มันช่วยไหม ถ้าอย่างนั้นมันจะช่วยไหม ผมก็ไม่ทราบ นะ แต่ว่าผมมีตัวอย่างว่าการเรียกที่คลาดเคลื่อนเนี่ยะทำให้เกิดอะไรขึ้น คนไข้คนนั้นะครับ เขาไป ต่างประเทศนะแล้วปากเขาก็แห้งๆ แดง แล้วก็เจ็บๆ นิดนึงตรงกลางทางปากด้านใน (ในรูป) ... ซึ่งเรา กะคิดว่าเป็นเริม หรือเป็นแผลร้อนในใช่ไหม เขาบอกว่าเขาเนี่ยะคิดว่าปากมันอักเสบก็เลยกินยาแก้อักเสบที่ พกมาจากเมืองไทย คือ อะม็อกซิซิลิน นี่แหละ เห็นไหมว่าไออย่างนี้มันไม่ใช่จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เป็น แผลร้อนในแล้วตรงปากที่มันแห้ง เข้าใจว่าเจออากาศเย็น แห้งไป เลยปากแห้ง เข้าใจว่าอักเสบเลยกินยาแก้ อักเสบ ซึ่งจริงๆ คือยาปฏิชีวนะ เห็นไหมนี่คือความเข้าใจผิด ก็ทำให้คนเข้าใจผิด...”

-แพทย์-

28 มีนาคม 2556

ส่วนในเรื่องของความยากของภาษา หรือคำว่า ยาปฏิชีวนะ ยังคงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม

“วันนี้ผมเห็น paper ทั้งหมดมาก่อนล่วงหน้าก็เข้าใจขึ้นว่ามาถูกทางละ เพียงแต่ว่าการทำ strategy เรื่องนี้ ทุกอย่างเป็นเรื่องยาก...ต้องคิดให้ดีเรื่องของการพัฒนา key message ที่ไปถึงทุกกลุ่ม...ต้องสร้าง ‘วาท กรรม’ การสร้างวาทกรรม...ทางการเมืองใช้กันบ่อย...ต้องสร้างวาทกรรมจะได้ต่อเนื่อง ที่นี้ปัญหาของการ สร้างวาทกรรม คือ วาทกรรมต้องเป็นเรื่องที่โดนและเข้าใจได้ง่าย จุดอ่อนของตัวแคมเปญนี้ผมคิดว่ามันยาก ตั้งแต่เริ่มใช้คำว่ายาปฏิชีวนะ ยาอะไรก็ไม่รู้ ผมคิดว่าทุกท่านเห็นความสำคัญเรื่องยาปฏิชีวนะ แต่ถ้าถาม เด็กหรือถามผู้ใหญ่ว่ายาปฏิชีวนะคืออะไร เขานึกไม่ออก...เพราะฉะนั้นตรงนี้ผมคิดว่าเป็นกำแพงแรกๆ ที่ต้อง ทลาย และต้องหาวิธีคิดพลิกความคิดในเรื่องตรงนี้ ทำอย่างไรถึงจะโยนให้เหมือนกับว่าให้เหล่า = แข่ง ทำ อย่งไรถึงจะโยนวาทกรรมเหล่านี้ขึ้นมาให้เห็น...ต้องย่อยง่ายแล้วนำไปใช้ได้ทันที เรียกว่าย่อยแล้วกลืนได้เลย ...”

-นักการสื่อสาร-

9 พฤศจิกายน 2555

2. การพัฒนาสื่อต้นแบบ และแผนกลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างบรรทัดฐานของสังคม เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ในปี พ.ศ. 2555 ได้มีโครงการพัฒนาสื่อต้นแบบและทดสอบกับกลุ่มผู้บริโภคซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้หญิงอายุ 25 ปีขึ้นไป การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 หรือสูงกว่า และอาศัยในกรุงเทพและปริมณฑล รวมทั้งมีการพัฒนาร่างแผนกลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ³¹ ความเห็นต่อสื่อต้นแบบและร่างแผนกลยุทธ์ การสื่อสารสาธารณะ³¹ จากการประชุมร่วมกับผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสื่อสาร สรุปได้ว่า งานด้านการสื่อสารสาธารณะหรือการสื่อสารสู่ประชาชนควรขยับขึ้นเป็น ‘การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคม’ ใน การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล โดยมีการ mapping หน่วยงานและภาคีเครือข่าย และกำหนด contact point ที่ชัดเจน

“... การ mapping เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ ... อาจจะต้องวางกลยุทธ์ในการ mapping ไว้ด้วยเพราะ...แต่ละ ท่าน [องค์กร หน่วยงาน] ก็ต้องยอมรับว่ามีพันธกิจ และมีจุดเด่น หรือจุดเน้นที่แตกต่างกัน ทำอย่างไรถึงจะ mapping ในเรื่องเหล่านี้ แล้วเอา message นี้ไปใช้ให้เกิดผล ซึ่งตรงนี้...ยังไม่เห็นก็คือ contact point ที่แท้จริง call center เบอร์อะไร หรือมีศูนย์ hotline อยู่ตรงไหน หรือคลินิกไหน โรงพยาบาลไหน ...ผม ว่าหลายท่านวันนี้ในวง ผมว่าทุกคนตอบรับหมดแล้ว เพียงแต่ว่าเราจะแบ่งหน้าที่อย่างไร ...”

-นักการสื่อสาร-

9 พฤศจิกายน 2555

ส่วนที่ 2 การดำเนินการโครงการ ASU ในสถานพยาบาลและพื้นที่

การดำเนินโครงการ ASU ในพื้นที่ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก คือ โรงพยาบาล ร้านยา และเครือข่าย สุขภาพระดับชุมชน โดยแต่ละกลุ่มมีการดำเนินการที่สามารถสรุปในภาพรวมได้ดังนี้

1. กลุ่มของโรงพยาบาล

ขนาดของโรงพยาบาลมีผลต่อการยอมรับและนำ ASU ไปปฏิบัติ โรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการตอบรับแนวปฏิบัติของ ASU มากกว่าโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย²⁷ การสังเคราะห์ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินการและขยายผล ASU ในโรงพยาบาลได้จากงานวิจัยและประสบการณ์การดำเนินโครงการ ASU ของโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลใหญ่ เช่น โรงพยาบาลชุมแพ จ.ขอนแก่น โรงพยาบาล มหาสารคามศรีธรรมราช โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลขนาดเล็ก เช่น โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสระบุรี อุบลราชธานี สมุทรสงคราม อุดรธานี สงขลา กระบี่ สุรินทร์ และอื่นๆ รายละเอียดสามารถดูจากรายงานวิจัย^{53,54,67-69} ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

(1) Leadership และเชื่อมโยง ASU เข้ากับนโยบาย

เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นองค์กรมีโครงสร้างการบริหารและสายบังคับบัญชาที่ชัดเจน การเริ่มต้นงานใดๆ รวมทั้ง ASU ทีมหรือคนที่เป็นผู้ริเริ่ม (อาจเป็น champion หรือ catalyst) จำเป็นต้องเชื่อมโยง ASU เข้ากับนโยบายของโรงพยาบาล เช่น นโยบาย P4P และนโยบาย Patient safety เป็นต้น เพื่อให้ได้รับการ

สนับสนุนด้านทรัพยากรและการสนับสนุนเชิงอำนาจในการดำเนินการ และอาศัยกลไกของคณะกรรมการ เช่น คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) หรือคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (PCT) ในการเลื่อนงาน

“เท่าที่ฟัง อย่างเช่นนครศรีฯ หรืออื่นๆ ...ทุกอย่างมันไม่ได้เกิดขึ้นเองแบบ ‘หย้าคา’ เนอะ คือ ทุกอย่างมันต้องเกิดจากความตั้งใจของคนหนึ่งคน หรือทีมงานหนึ่งทีมงานทำขึ้นมาแล้วก็ช่วยกันผลักดัน...”

- เภสัชกร -
28 มีนาคม 2556

(2) การ convince แพทย์ และการปรับพฤติกรรมการใช้ยา

ในโรงพยาบาล แพทย์ คือ key actor ของการสั่งใช้ยา ดังนั้น งานด้านการใช้ยาสมเหตุผลของโรงพยาบาลจึงต้องได้รับความร่วมมือจากแพทย์จึงจะสำเร็จ สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก การใช้กลไกขององค์กรแพทย์อาจเพียงพอ แต่ในโรงพยาบาลใหญ่ที่มีความซับซ้อนของระบบมากกว่า อาจมีการพิจารณาเลือกแผนกที่จะนำแนวทางปฏิบัติของ ASU ไปใช้ก่อน เช่น แผนกที่รับคนไข้ประกันสังคม หรือคนไข้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากสอดคล้องกับนโยบายเหมาจ่ายรายหัว และอาจมีการพิจารณาเลือกกลุ่มแพทย์ที่จะดำเนินการร่วมกันก่อน เช่น กลุ่มแพทย์จบใหม่ เนื่องจากมักถูกมอบหมายในการดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยทั่วไป

“...ต้องบอกก่อนว่าในโรงพยาบาลของผมเนี่ยมันไม่ใหญ่นะ[โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์] แต่จะเล็กขนาดโรงพยาบาลชุมชนก็ไม่ใช่ เพราะฉะนั้นมันจะมีความแตกต่างของตัวบริบทโรงพยาบาลที่ไม่ค่อยเหมือนที่อื่นเท่าไร ที่นี้พอหลังจากที่เราพิจารณาแล้วเนี่ยะ เรามองว่าหมอแต่ละคน...ค่อนข้างมีความเป็นตัวของตัวเองสูง บางคนเชื่อในสิ่งที่ตัวเองทำเป็นประจำว่าเป็นสิ่งที่ถูก เพราะฉะนั้นการที่จะเปลี่ยนความคิดของพวกหมอเหล่านั้นมันค่อนข้างยาก เราก็มองว่าไม่แก้ตัวยาก เราก็ไปหาไม่อ่อนดัด ก็คือพวกหมอที่จบใหม่ พวก intern ตามระบบของโรงพยาบาลเราแบ่งคนไข้ที่เข้ามาใหม่ออกมาเป็นหลายๆ ด้าน คือ คนไข้อาจจะเข้ามาตรวจฉุกเฉิน หรือว่าประกันสังคม หรือ 30 บาท พวกนี้โดยมากของโรงพยาบาลจะให้หมอที่จบใหม่มาเป็นคนดู...”

- แพทย์ -
28 มีนาคม 2556

การทำความเข้าใจร่วมกันกับแพทย์เรื่องแนวทางการรักษาและการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลมีความจำเป็นในการสร้างการยอมรับในระดับหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่อาจไม่เพียงพอในการกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา การศึกษาพบข้อสรุปที่สำคัญ คือ

‘ระบบ Audit-Feedback ตามด้วยการพูดคุย’ มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้มีการปรับการใช้ยา เช่น โรงพยาบาลชุมแพ จ.ขอนแก่น มีการพัฒนาระบบนี้ขึ้นมาใช้ในปี พ.ศ. 2553 โดยเริ่มจากการสำรวจอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลในกลุ่มโรคเป้าหมาย การนำข้อมูลดังกล่าวมาสู่กระบวนการพูดคุย (ทางอีสานเรียกว่า ‘โสเหล่’) ระหว่างกลุ่มแพทย์โดยเชิญอาจารย์แพทย์อาวุโสมาร่วมแลกเปลี่ยนและให้ข้อมูลทางวิชาการเพิ่มเติม จนนำไปสู่การเขียนแนวทางการรักษาร่วมกัน (โดยใช้แนวทางการรักษาจากโครงการเป็นหนึ่งใน input) และระหว่างนั้นมีการพัฒนาระบบ IT มารองรับการตรวจสอบติดตามการใช้ยาของแพทย์ทั้งในภาพรวมและรายบุคคล (ซึ่งระบบ IT นี้ต่อมาได้มีการพัฒนาต่อยอดเป็นระบบ e-tool ที่ทาง สปสช.) จากนั้นแพทย์จะได้รับ feedback เกี่ยวกับอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะของตนเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของโรงพยาบาล

รวมทั้งแพทย์ท่านอื่นๆ จากนั้นมีการจัดกระบวนการพูดคุย (โสหุ่ย) อีกครั้งเพื่อปรับความเข้าใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับแพทย์ที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเป็นอัตราที่สูงกว่ามาตรฐาน ผลการดำเนินการของโรงพยาบาลพบว่า ในปีแรกที่ดำเนินโครงการ ASU สามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะลงอย่างมาก และโรงพยาบาลยังคงดำเนินระบบ audit-feedback-discuss อย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลในกลุ่มโรค URI และท้องร่วงเฉียบพลันต่ำกว่าร้อยละ 20⁷⁰

‘Local evidence’ หรือหลักฐานวิชาการที่ได้จากข้อมูลของโรงพยาบาลเอง มีอิทธิพลในการ convince แพทย์มากกว่าหลักฐานวิชาการจากต่างประเทศ เช่น กรณีของแผลเลือดออก แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากรวมทั้งงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ยืนยันว่าคนไข้ที่มีบาดแผลทั้งกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะและกลุ่มที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะมีอัตราการหายของแผลและการติดเชื้อของแผลที่ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหลายแห่งเชื่อว่าหลักฐานจากต่างประเทศไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้กับประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยมีสภาพภูมิอากาศที่ร้อนกว่า เชื้อโรคเจริญเติบโตมากกว่า สุขอนามัยและความสะอาดน้อยกว่าในประเทศที่ทำวิจัย ดังนั้น โอกาสที่แผลจะปนเปื้อนเชื้อโรคย่อมมากกว่า คนไข้ที่มีแผลเลือดออกชนิด simple wound จึงได้รับยาปฏิชีวนะในอัตราที่สูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้ในแนวทางการรักษา การปรับเปลี่ยนการสั่งใช้ยาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีนี้ โรงพยาบาลแห่งนี้จึงได้เลือกวิธีชวนทำวิจัยร่วมกัน โดยเริ่มจากการทำ swab บาดแผลของคนไข้ที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลและนำไปเพาะเชื้อ พบว่าจากคนไข้กว่า 300 ราย มีบาดแผลที่พบเชื้อก่อโรคเพียงร้อยละ 4 แต่มีอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะสูงกว่าร้อยละ 90 นอกจากนี้ พบว่าอัตราการหายของบาดแผลไม่แตกต่างกันทั้งกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ และพบต่ออีกว่าในกลุ่มคนไข้ที่ได้ยาปฏิชีวนะมีบางคนที่แผลเกิดการติดเชื้อและต้องกลับมาทำแผลใหม่และได้รับยาปฏิชีวนะชนิดเดิม ต่อมาคนไข้หายเป็นปกติ จึงสรุปว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้แผลหายคือเทคนิคการทำความสะอาดแผล มิได้เกิดจากยาปฏิชีวนะแต่อย่างใด⁷¹ จาก Local evidence ของงานวิจัยชิ้นนี้ที่ดำเนินการโดยแพทย์ในโรงพยาบาลด้วยตนเอง เป็นเหมือน entry point ของการพัฒนาความร่วมมือระหว่างแพทย์ต่างแผนกของโรงพยาบาลในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น

(3) ระบบสนับสนุน

ระบบสนับสนุนที่สำคัญ คือ ระบบ IT (เช่น โปรแกรม e-tool) ที่ช่วยในการติดตามและประเมินผลอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์เป็นรายบุคคล ระบบการสื่อสารทำความเข้าใจกับคนไข้เพื่อลดแรงกดดันก่อนไปพบแพทย์ และระบบการอบรมเพื่อทบทวนความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ ความต่อเนื่องของนโยบายจากส่วนกลางมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องของนโยบายในโรงพยาบาลที่ขับเคลื่อนการทำงาน

2. กลุ่มร้านยา

การสัมภาษณ์เภสัชกรร้านยาจำนวน 19 คน ต่อปัจจัยที่มีผลในการนำแนวปฏิบัติของ ASU ในร้านยาพบว่า ปัจจัยเชิงบวก ได้แก่ ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยดุจญาติมิตร วิจารณ์ญาณ ความสำนึกรับผิดชอบ และความเชื่อถือและเชื่อมั่นคนไข้ที่มีต่อเภสัชกร ส่วนปัจจัยเชิงลบ ได้แก่ การแข่งขันเรื่องราคา การแข่งขันกับร้านยาที่ไม่มีเภสัชกร ความเชื่อผิดเกี่ยวกับการใช้ยา และประสบการณ์ในอดีตของคนไข้ที่ขอซื้อยาปฏิชีวนะ ความกลัวในการเสียลูกค้า ความอยู่รอดของธุรกิจ การจ่ายยาในสถานพยาบาล และข้อจำกัดการ

ประเมินการดี้อย่า ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าว สรุปได้ว่า การจัดสมดุระหว่างการใช้บริการด้านยาที่ถูกต้องตามหลักวิชาการและตามจรรยาบรรณวิชาชีพเภสัชกร ความอยู่รอดทางธุรกิจ และการรับแรงกดดันของคนไข้ที่มาขอซื้อยาปฏิชีวนะ เป็น 3 ปัจจัยหลักที่ต้องมีการจัดการเพื่อให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยา

ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2555 การเคลื่อนไหวเกี่ยวกับ ASU ในร้านยา เป็นไปในลักษณะของการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของ ASU และมีร้านยาจำนวนไม่มากที่ได้นำแนวปฏิบัติของ ASU ไปใช้ ส่วนใหญ่เป็นร้านยาของมหาวิทยาลัย เช่น ร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคาม และร้านยาที่เป็นแหล่งฝึกงาน ดังนั้น ปัจจัยด้านความอยู่รอดทางธุรกิจจึงยังไม่ได้ถูกนำมาพิจารณาในการ implement ASU ในร้านยา

ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 สมาคมเภสัชกรรมชุมชน และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ได้มีการศึกษาโดยนำปัจจัยทั้ง 3 เรื่องดังกล่าวมาพิจารณา และออกแบบกลยุทธ์ที่เน้นการจ่ายยาปฏิชีวนะของเภสัชกรให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ เน้นการให้คนไข้มีส่วนร่วมในการวินิจฉัยโรคของตนเอง เบื้องต้นและเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะทั้งนี้เพื่อลดแรงกดดันจากคนไข้³² และเน้นการเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารสำหรับเภสัชกรในการรับมือหรือลดแรงกดดันจากคนไข้ที่ขอซื้อยาปฏิชีวนะ³³ ผลการศึกษาผลพบว่ากลยุทธ์ดังกล่าวทำให้มีการจ่ายยาปฏิชีวนะที่สมเหตุผลมากขึ้น คนไข้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80-90 ของคนไข้ 1,021 ราย ที่ป่วยด้วย 3 โรคเป้าหมายที่ใช้บริการร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ) หายจากอาการเจ็บป่วยและพึงพอใจต่อการรักษา และการปฏิบัติตาม ASU ไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อธุรกิจร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ³²

“ร้านยาถือเป็นธุรกิจอย่างหนึ่งซึ่งเภสัชกรหลายๆท่านมีความเห็นที่ว่าทำไมการไม่จ่ายยาปฏิชีวนะให้กับผู้มารับบริการที่ร้านยานั้นจะมีผลโดยตรงต่อยอดขายของร้าน ซึ่งจริงๆ แล้วไม่เป็นความจริงเนื่องจาก [ตัวอย่างที่ร้านของผมเอง] เราสามารถที่จะจ่ายยาทดแทนได้ เช่น สมุนไพรรักษาหวัดไข้หวัด ซึ่งสามารถลดยอดขายการใช้ยา Amoxicillin ลงได้ถึง 50 % โดยที่ยอดขายรวมของร้านไม่ลดลง แต่รายได้กลับเพิ่มขึ้นเนื่องจากตัวสมุนไพรมีราคาที่สูง ส่วนปัญหาหรืออุปสรรคที่พบ คือ ช่วงแรกที่เริ่มดำเนินการนั้นมีความกังวลในเรื่องความพึงพอใจของลูกค้าที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะในการรักษาหรือแม้แต่ลูกค้าไม่ได้รับยาที่ตนเองเรียกหาเนื่องจากลูกค้ามีความคาดหวังสูงในการที่จะได้รับยาที่ตนเองต้องการ...” (หน้า 31)⁵²

การใช้แนวคิด Consumer empowerment มาใช้โดยผ่านนวัตกรรม ‘กระจกส่องคอ’ ที่ให้คนไข้มีส่วนร่วมในการวินิจฉัยอาการเจ็บคอของตนเอง พบว่าสามารถลดแรงกดดันจากคนไข้ที่มาขอซื้อยาได้จริง และถือว่าเป็นสิ่งที่มาถูกทาง เพราะเป็นโรคพื้นฐานที่ไม่จำเป็นต้องไปโรงพยาบาล หากประชาชนเข้าใจ ดูแลตนเองได้แต่หากกังวลใจอย่างมาปรึกษาเภสัชกรร้านยา เมื่อเป็นเช่นนี้ จะช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล โดยมีร้านยาเป็น gatekeeper ในโรคเหล่านี้

“...[ที่ร้านพยายาม]ลดการใช้ Antibiotic โดยไม่จำเป็นอยู่ครับ แต่ถ้าอาศัยการอธิบายปากเปล่าอย่างเดียวโดยที่คนไข้ไม่ได้เห็นอาการของตัวเอง ด้วยตัวเอง ก็ลำบากครับที่จะขัดใจคนไข้...”

“การนำ stand [กระจกส่องคอ] ที่ได้จากโครงการ antibiotic smart use มาตั้งที่โต๊ะจ่ายยา นอกจากจะได้ประโยชน์กับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บคอ (primary target) แล้ว ยังได้ประโยชน์กับผู้ป่วยรายอื่นด้วย เช่น...ผู้ป่วยมาด้วยโรคอื่น ขณะที่เภสัชกรไปหยิบยา ผู้ป่วยก็ส่องกระจกด้วยความอยากรู้อยากเห็น แล้วก็ได้

อ่านรูปเปรียบเทียบพร้อมทั้งซักถามเภสัชกร ก็เป็นโอกาสให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ เป็นการรณรงค์เชิงรุกได้ในคราวเดียวกัน”

Facebook ร้านยาตลาดไผ่ยาปฏิชีวนะ

2 มีนาคม 2556

อย่างไรก็ตาม ภายใต้บริบททางธุรกิจที่ไม่เอื้ออำนวยที่ต้องแข่งขันทางการตลาดกับร้านยาอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับร้านยาที่ฝ่าฝืนกฎหมายซึ่งไม่มีเภสัชกรประจำร้าน ทำให้ภาระในการดำเนินการเรื่องการไผ่ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลตกอยู่ที่เภสัชกรร้านยาว่ามีศรัทธาความเชื่อและความเชื่อมั่นมากน้อยแค่ไหน

“...การแข่งขันเรื่องราคา เขา[เภสัชกรร้านยา]มองว่าเขาอยู่ในสมรภูมิการแข่งขัน เขาแข่งขันสูง แล้วร้านยาที่ไม่มีเภสัชกรก็อยู่รอบๆ ตัวเขา ... คือเขาไม่จ่าย [คนไข้]ก็ไปเอาที่ร้านอื่น เขาจะรู้สึกแบบนั้นชะเยอะ แล้วก็ความต้องการของลูกค้าเองเป็นส่วนสำคัญ ... กลัวเสียลูกค้า ... ที่สำคัญอีกอันหนึ่งคือการจ่ายยาของสถานพยาบาลหมายความว่า โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ก็สร้างค่านิยมแบบนั้น สร้างความรู้สึกแบบนั้นให้กับคนไข้ พอเวลาเขาไปที่ร้านแล้วร้านไม่ให้มันก็เกิด Compare กันที่ ที่หมอยังให้เลย... นอกจากนี้ คนไข้ไม่เข้าใจการใช้ Antibiotic มีความเชื่อผิดๆ มีประสบการณ์ในอดีตฝังแน่นมา รวมทั้งเขาไปเจอเรื่องการใช้ Antibiotic ในระดับสถานพยาบาลชะเยอะแยะมาแล้ว เพราะฉะนั้นยังฝังหัวเขาใหญ่เลย ก็ฝั่ง Demand side มันแรงลักขนาดนั้น...”

เภสัชกร

24 พฤศจิกายน 2555

“...ปัญหาคือความเชื่อของร้านหรือว่าตัวเภสัชกรจะมีแค่ไหน มีกำลังใจแค่ไหน ถ้าลูกค้าบางคนงอแง เขาจะยอมไหม ถ้ายอม ก็ขายยาไป ก็ทำเหมือนกับที่อื่นๆ ไม่มีความแตกต่าง ที่สุดก็จะเสียลูกค้าไป เพราะที่ไหนเขาก็ทำเหมือนกัน คนไข้ไปที่อื่นก็ได้ แต่ถ้าไม่ยอม เขาอาจจะเสียหายบ้าง อันนี้ต้องยอมรับ ถ้าคิดว่าจะเอาทั้งหมดโดยไม่เสี่ยงคงไม่ได้ แต่ขณะที่ไม่ขายยาให้คนไข้เขาก็กลับมาหาเรา และแนะนำญาติมาที่เรา เมื่อเห็นคุณค่าของความแตกต่าง...”

เภสัชกร

24 พฤศจิกายน 2555

“เรามองจุดขายอย่างอื่นได้ไหมนะ ...อย่ามานั่งแข่งราคา มานั่งแข่งขายของ มันเป็น Old model ... แต่ถ้า New business model เราไม่แข่งราคา แต่เราทำยังไงให้รายได้ไม่ลดลง จะใช้ยาทดแทนที่มันใช้สะดวกกว่า ใช้ระยะสั้นกว่า หรือ...เน้นขายบริการที่ดี เน้นการ Return ของลูกค้าให้เป็น Long term น่าจะดีกว่า ไปเอา Product เป็นตัวตั้ง”

เภสัชกร

24 พฤศจิกายน 2555

“... ผมเห็นการขับเคลื่อนทางการตลาดอยู่อันหนึ่งในขณะนี้... คือว่าบริษัทยาหลายบริษัทเริ่มมาจำหน่ายผลิตภัณฑ์พ่นเข้าไปในคอแก้เจ็บคองนะ แล้วทางการตลาดเขาขยายตัวมากเลยนะในช่วงนี้สินค้าเหล่านี้เป็นตัวทดแทนนะ...”

เภสัชกร

24 พฤศจิกายน 2555

ระบบไม่ควรผลักระดังกล่าวให้แก่เภสัชกรร้านยา แต่ควรมีการจัดการกับปัญหาอุปสรรค เช่น การเร่งรัดการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังในการจัดการให้ร้านยามีเภสัชกรประจำ และการสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนเพื่อลดแรงกดดันในการขอซื้อยาปฏิชีวนะ รวมทั้งการขับเคลื่อนในการเชื่อมต่อร้านยาเข้าระบบสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันเรื่องเหล่านี้ได้มีการเคลื่อนไหวโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม เภสัชกรร้านยาต้องมีการปรับมุมมองในการประกอบวิชาชีพ ที่เน้นเรื่องการให้บริการที่มีคุณภาพเป็นหลักเช่นกัน

3. กลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชน

การดำเนินงานด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับชุมชนมีความซับซ้อนมากกว่าการดำเนินการในโรงพยาบาล เนื่องจากโครงสร้างของชุมชนมีความซับซ้อนกว่าโครงสร้างของโรงพยาบาล ในชุมชนมีทั้งส่วนที่เป็นกลไกของภาครัฐ (ซึ่งมีโครงสร้างและบทบาทการทำงานที่ค่อนข้างชัดเจน) และกลไกของภาคสังคมที่ไม่มีรูปแบบที่ตายตัวและแตกต่างกันระหว่างชุมชนแต่ละแห่ง ปัญหาสำคัญของชุมชนเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ คือ การมียาปฏิชีวนะขายในร้านชำ การโฆษณายาปฏิชีวนะผ่านวิทยุชุมชน การซื้อยาปฏิชีวนะกินเองของประชาชน โดยขาดความรู้ความเข้าใจ และมีการแนะนำยาปฏิชีวนะต่อๆ กันของคนในชุมชน (world of mouth) มาตรการหลักที่ผ่านมาในการแก้ปัญหาในเรื่องการมียาปฏิชีวนะขายในร้านชำ หรือการโฆษณายาปฏิชีวนะในชุมชน คือ มาตรการทางกฎหมายภายใต้พระราชบัญญัติยา ที่ให้อำนาจแก่สำนักงานสาธารณสุขในการดำเนินการ แต่อย่างไรก็ตาม มาตรการทางกฎหมายมีข้อจำกัดในเรื่องประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมาย และการฝ่าฝืนกฎหมายของผู้ประกอบการ ดังนั้น มาตรการอีกด้านหนึ่งของการแก้ปัญหายาปฏิชีวนะดังกล่าวในชุมชน คือ การแก้ปัญหาผ่านเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานต่างในชุมชน รวมทั้งคนในชุมชนเป็นแกนนำในการแก้ปัญหา⁷²

“เราดูในโรงพยาบาล อุดร้านยาได้ แต่ถ้าในชุมชนมันยังขายยาในร้านชำก็มีปัญหาอีก เราก็เลยเอาข้อมูลทั้งหมดลงไปให้ชุมชนให้ชุมชนเค้ารับรู้ พอให้ชุมชนรับรู้อีกจะเจอปัญหาว่าคนขายมันก็ขาย อสม.ก็พูดถ้อยอย่างนั้นก็ใช้วิธีใหม่ เอาทั้งอสม.ทั้งคนขายทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลมาเป็นประชาคมร่วมกันมานั่งคุยกัน แต่ไม่ได้สั่งห้ามขายแต่เอาปัญหามาให้เค้ารู้อยู่... ถ้าชุมชนไม่จัดการเอง ก็ต้องลุ้นกันเอง ยอมเสี่ยงกันเองนะว่าอย่าโดนกับครอบครัวเรา แต่ถ้าชุมชนคิดว่าเป็นปัญหาจะต้องช่วยเราคิดว่าจะทำยังไง...” เภสัชกร 2 (หน้า 69)³⁴

ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2555 โครงการ ASU ได้มีการศึกษาเพื่อพัฒนากลไกการทำงานในระดับชุมชนผ่าน ‘ทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง’ เพื่อให้คนในชุมชนคิดวิธีการและกลไกในการแก้ปัญหการกระจายของยาปฏิชีวนะ และการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมในชุมชน โครงการนี้ดำเนินการโดยเครือข่าย ASU จาก 5 พื้นที่ ใน 5 จังหวัด ในแต่ละพื้นที่ จะมีการสร้าง ‘ทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง’ ของตน ที่ประกอบด้วยกลุ่มคน 5 ประเภท คือนักยุทธศาสตร์ ผู้จัดการ นักวิชาการ นักการสื่อสาร และผู้ประสานงาน (หรือเรียกว่า 5 ตัวจิ๋ว) ซึ่งทำหน้าที่พัฒนากลไกในระดับชุมชนที่จัดการกับปัญหายาปฏิชีวนะในชุมชน และหาคำตอบที่ว่า ทำอย่างไร “ประชาชน” จะมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ และทำอย่างไร “ประชาชน” เมื่อได้รับความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะแล้ว จะมีการบอกต่อคนรอบข้าง (word of mouth) การเน้นเรื่องการบอกต่อกันเองของคนภายในชุมชน (word of mouth) เนื่องจากโครงการ ASU ไม่ได้มองว่าประชาชนเป็นฝ่ายรับอย่างเดียว ไม่ได้มุ่งให้ความรู้ประชาชนเพียงอย่างเดียว แต่ต้องการทำให้ประชาชนรู้สึกว่าเขามีคุณค่าในการที่จะช่วยแพร่กระจายความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะ เขาจะภูมิใจและช่วยเป็น change agent แก่คนในครอบครัวเขาได้

ผลการดำเนินการ พบว่า จากพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 5 พื้นที่ มี 3 พื้นที่ ที่ทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถพัฒนากลไกการทำงานระดับชุมชนเพื่อที่จัดการกับปัญหาปฏิกิริยา และสามารถทำให้คนในชุมชนมีความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องมากขึ้น และมีส่งต่อความรู้นั้นสู่คนรอบข้าง (word of mouth) ส่วนอีก 2 พื้นที่ พบว่าผลการดำเนินการไม่แตกต่างจากเดิมและไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม³⁴ สาเหตุหลัก คือ ลักษณะและองค์ประกอบของทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงใน 2 พื้นที่ดังกล่าว ไม่เหมาะสมกับภาระงานที่เน้นการพัฒนากลไกระดับชุมชน เช่น สมาชิกของทีมไม่ได้อยู่ในพื้นที่หรือชุมชนเดียวกัน องค์ประกอบของทีมไม่หลากหลายทางด้านวิชาชีพและด้านเครือข่าย และการคัดเลือกทีมที่ประกอบด้วยสมาชิกที่ยังมีเจตนาสมัครหรืออุดมการณ์ร่วมกันให้มาทำงานด้วยกัน เป็นต้น จึงไม่เกิดการการทำงานร่วมกันในทีมได้อย่างต่อเนื่อง แต่สามารถดำเนินงาน ASU เป็นลักษณะของกิจกรรม (Activity-based) เช่น การอบรมให้ความรู้คนในชุมชน และการสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องยาปฏิชีวนะเชิงรุก เป็นต้น

ในพื้นที่ 3 แห่ง ที่มีการสร้างกลไกระดับชุมชน พบว่า พื้นที่ 1 แห่ง มีการสร้างทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ยังอิงกับการบริหารงานตามระบบสาธารณสุข และพื้นที่ 2 แห่ง ที่สามารถสร้างเป็น ‘เครือข่ายสุขภาพชุมชน’ ได้แก่ เครือข่ายสุขภาพชุมชนของตำบลหลังเขา อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี และเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา โดย ‘เครือข่ายสุขภาพชุมชน’ ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มาจากหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานจากภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และภาคประชาชน รูปแบบและผลการดำเนินงานสรุปได้ ดังตารางที่ 5

กลไกการทำงานของเครือข่ายสุขภาพชุมชนทั้งของหลังเขาและชะแล้ มีความน่าสนใจและสำคัญตรงที่ไม่ได้ทำ ASU เป็นลักษณะกิจกรรม (Activity-based) แต่เป็นการทำงานเชิงยุทธศาสตร์ (Strategy-based) ที่พัฒนาโดยชุมชนและเพื่อชุมชน โดยมีชุมชนเป็นเจ้าของงาน (local ownership) ไม่ได้รอนโยบายจากส่วนกลางหรือรอการสั่งการ แต่เป็นการสร้างนโยบายและยุทธศาสตร์ของตนเองขึ้นมาเองในระดับชุมชน

ตารางที่ 5 สรุปกลไกการทำงานและผลการดำเนินการของเครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลหลังเขา อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี และตำบลชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา

เครือข่ายสุขภาพชุมชนของตำบลหลังเขา อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี		เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา	
กลไกการทำงาน	อบต. และ รพ.สต.เป็นแกนสร้างความร่วมมือกับ หน่วยงานรัฐอื่นๆในท้องถิ่น ภาคธุรกิจ ผู้นำชุมชน และคนในชุมชน	สำนักธรรมนูญสุขภาพชุมชนฯ เป็นแกนประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐใน ท้องถิ่น ภาคธุรกิจ ผู้นำชุมชน และคนในชุมชน	
ผลงานเด่น/นวัตกรรม	- ‘ธนาคารชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ’ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องยาปฏิชีวนะ และกระตุ้นให้ชาวบ้าน ‘บอกต่อ’ ความรู้ - การรณรงค์เรื่องยาปฏิชีวนะโดยคนในชุมชน และมหกรรมสุขภาพ ASU	- การลงนามข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ระหว่างร้านชำ และทีมผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเรื่องไม่จำหน่ายยาปฏิชีวนะ/ยาชุดโดยมีผู้แทนศูนย์ธรรมนูญสุขภาพชุมชนและเทศบาลตำบลชะแล้เป็นพยาน - การรณรงค์เรื่องยาปฏิชีวนะโดยคนในชุมชน การบอกต่อความรู้ และมหกรรมสุขภาพ ASU	
ผลการดำเนินการ	- ในปี 2550 มีการใช้ยาปฏิชีวนะ 25 รายการ คิดเป็นมูลค่าการใช้รวมประมาณ 20,000 บาท/ปี หลังจากเข้าร่วมโครงการ มีการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง ในปี พ.ศ. 2555 มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะเหลือเพียง 3,000 บาท/ปี⁷³ - คนในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ*อย่างสมเหตุผลมากขึ้นจากเดิม 7.92 (± 1.38) เป็น 8.76 (± 0.69) (p < 0.01)³⁴ - บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ**ดีขึ้นจากเดิม 7.08 (± 2.23) เป็น 8.06 (± 1.59) (p < 0.01)³⁴	- ก่อนเริ่มโครงการ ร้านชำในตำบลชะแล้จำนวน 13 แห่ง มียาปฏิชีวนะจำหน่ายทุกแห่ง (100%) หลังจากการดำเนินโครงการ ผลการตรวจสอบร้านชำทั้ง 13 แห่งพบว่า ไม่มียาปฏิชีวนะจำหน่าย - คนในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ*อย่างสมเหตุผลมากขึ้นจากเดิม 7.51 (± 1.25) เป็น 7.90 (± 1.25) (p < 0.05)³⁴ - บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ** ดีขึ้นจากเดิม 6.82 (± 1.32) เป็น 7.32 (± 1.23) (p < 0.05)³⁴	

หมายเหตุ

* พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ประเมินจาก (1) การกินยาปฏิชีวนะเมื่อเป็นหวัดเจ็บคอลดลง (2) การกินยาปฏิชีวนะเมื่อเริ่มมีอาการไม่สบายเพื่อป้องกันหวัดเจ็บคอลดลง และ (3) การซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ลดลง

** บรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ประเมินจากการรับรู้มุมมองของสังคมต่อยาปฏิชีวนะใน 3 ด้าน คือ คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักเรียกซื้อยาปฏิชีวนะถูกต้องขึ้น คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักกินยาปฏิชีวนะเมื่อหวัดเจ็บคोन้อยลง คนส่วนใหญ่ที่เขารู้จักซื้อยาปฏิชีวนะกินเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์น้อยลง

เครือข่ายสุขภาพชุมชนตำบลชะแล้ อ.สิงหนคร จ.สงขลา

การขับเคลื่อนงาน ASU อาศัยกลไกของ ‘ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้’ เป็นตัวขับเคลื่อน ซึ่งธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้เป็นธรรมนูญสุขภาพตำบลแห่งแรกของไทยโดยเกิดขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2550⁷⁴ ซึ่งเกิดขึ้นก่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้เป็นเครื่องมือสำคัญขององค์กรกลุ่มชุมชน และประชาชนที่จะใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และอาจใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานของรัฐ และเครือข่ายภาคีสร้างสุขภาพที่มีทรัพยากรในการสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน⁷⁴ จุดเด่นของเครือข่ายสุขภาพชุมชนของชะแล้ คือ การเชื่อมงานการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ASU) เข้ากับกลไกนโยบายระดับท้องถิ่นที่มีอยู่เดิม (ธรรมนูญสุขภาพ)

“ในโครงการ ASU เรื่องการลดใช้ยาปฏิชีวนะของเทศบาลตำบลชะแล้ เราใช้กระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระดั่งพื้นที่ **ธรรมนูญนี้คือ กฎกติกาของชุมชนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในทางที่ดี ...** เรามองว่าการทำงานท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของชุมชน หน้าที่ดูแลเรื่องสุขภาพ ในเรื่องคุณภาพชีวิต นั้นคือ เป็นหน้าที่หลักของท้องถิ่นอีกทางหนึ่ง ... โดยในท้องถิ่นของเรามีภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นแพทย์แผนไทยแพทย์ทางเลือกที่เยอะ ก็เลยมามองว่า 3 โรคจำเป็นหรือเปล่าที่ต้องใช้ยา ผมบอกว่าไม่จำเป็น ... มุมมองในการขับเคลื่อน ผมใช้กระบวนการในชุมชนการมีส่วนร่วม คือ อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เทศบาล และประชาชน คือ องค์กรหลักในการขับเคลื่อน วันนี้ อสม.ในการขับเคลื่อนทำกิจกรรมนี้เยอะ ผมให้รางวัล ... **ผมเชื่อว่า คนดี ทำดี ต้องได้ดี...**”

ผู้นำชุมชน
28 มีนาคม 2556

การเชื่อมแนวปฏิบัติของ ASU เข้ากับชุมชนที่ชะแล้ เริ่มจากการที่โรงพยาบาลสิงหนครได้ดำเนินโครงการ ASU มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และมีการขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆและ รพ.สต.ต่างๆ ในจังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2555 ได้เข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนากลไกในระดับชุมชนผ่าน ‘ทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง’ ของ ASU ซึ่งการมีต้นทุนเดิมในงานเภสัชปฐมภูมิทำให้สามารถเชื่อมงาน ASU เข้ากับกลไกธรรมนูญสุขภาพของชุมชน ภายใต้ความร่วมมือกันจากหลายฝ่ายทั้งเครือข่ายภาคประชาชน กลุ่มธรรมนูญสุขภาพชุมชนตำบลชะแล้ กลุ่มสภาเด็กตำบลชะแล้ กลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เทศบาลตำบลชะแล้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะแล้ และโรงพยาบาลสิงหนคร จนนำไปสู่การแก้ปัญหาการกระจายยาปฏิชีวนะในชุมชน โดยการทำ MOU ร่วมกันระหว่างร้านชำและทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง (5 ตัวจิต) ในการไม่จำหน่ายยาปฏิชีวนะและยาชุด โดยมีศูนย์ธรรมนูญสุขภาพชุมชน และเทศบาลตำบลชะแล้ เป็นสักขีพยาน

“...เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องสมเหตุผลกับชุมชนชะแล้คงเป็นเรื่องที่ยังมีติดบอด ซึ่งน่าจะคล้ายๆกับชุมชนอื่นๆในประเทศไทย ที่การเข้าถึงองค์ความรู้เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ห่างไกล ยาปฏิชีวนะคือยาอะไร ไม่เคยได้ยิน ไม่เคยรู้จัก แล้วเค้ากินยาปฏิชีวนะไปเพื่ออะไร เวลาไหน ชาวบ้านอย่างเราไม่มีรู้เรื่องหรือลูก ยาแก้แกลบลูกกินดีจริงๆ ป้าเป็นหวัดนิดหน่อยกินยาชุดสองชุดก็หายแล้ว นี่คือคำพูดตอนหนึ่งของชาวบ้านจากการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่กินยาโรคเรื้อรังและยาอื่นๆหลายๆชนิด มันเป็นเรื่องสะท้อนที่ฟังแล้วธรรมดามาก แต่ป้าไม่รู้หรือว่าเภสัชกรอย่างผมรู้สึกสะท้อนใจ หดหู่ใจแค่ไหน นี่เราไปทำอะไรอยู่ ทำไมชาวบ้านไม่รู้เรื่องหรือรู้เรื่องยา โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะน้อยมาก ที่สำคัญคือพฤติกรรมการใช้ยา โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ หรือยาแก้แกลบ อันเป็นที่รู้จักคุ้นเคยและใช้กันมาตั้งแต่สมัยปู่ย่าตายาย มันยากมากที่จะปรับเปลี่ยน ถอนออกซึ่ง

ความคิดหรือความเชื่อ ที่คนคิดเหล่านี้ออกไปจากวิถีชีวิตชาวบ้าน วิถีชุมชน แค่คิดเรื่องนี้เรื่องเดียวก็เจออุปสรรคซะแล้ว มันหนักอึ้งอยู่ในหัวสมอง แล้วเราจะช่วยชาวบ้านเหล่านี้ได้อย่างไรกัน โชคดีมากที่ได้มีโอกาสได้รู้จักคุ้นเคยกับพี่ท่านหนึ่งจากการออกเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอนติดบ้านติดเตียง ซึ่งมาทราบภายหลังว่าพี่เขาเป็นถึงประธานศูนย์ธรรมบุญสุขภาพชุมชน ตำบลชะแล้ อีกทั้งยังมีพญาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.ชะแล้ ซึ่งก็สนิทสนมคุ้นเคยกันดีอยู่แล้ว อาศัยช่องทางนี้แหละเป็นใบเบิกทางในการเข้าถึงชุมชน...”⁷⁵

“...ในการพบปะพูดคุยแบบเป็นกันเองที่ศูนย์ธรรมบุญสุขภาพชุมชนตำบลชะแล้ ...ก็ได้พบกับเครือข่ายอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา ... ได้แก่ ประธานและคณะกรรมการศูนย์ธรรมบุญสุขภาพชุมชนตำบลชะแล้ ตัวแทนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทน อสม. ลือพื้นบ้าน”เพลงบอก” รพ.สต.ชะแล้ เจ้าของกิจการร้านค้าปลีกและร้านค้า...ที่สำคัญคือท่านนายกเทศมนตรี และรองนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลชะแล้ ซึ่งเป็นองค์กรส่วนท้องถิ่น... เป็นองค์กรที่สามารถพูดคุยกับผู้ประกอบการร้านค้าปลีก และร้านค้า รวมถึงประชาชนทั่วไปได้เป็นอย่างดี และได้มีการพูดคุย เล่าสู่กันฟังถึงข้อมูลปัญหาหรือภัยมีมติที่เกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้อง ... ทำให้เกิดจุดสนใจและฉุกละหุกของพี่ๆ ขณะที่พูดคุยกันไปเรื่อยๆ แสดงความคิดเห็นถึงสิ่งที่ตัวเองพบเจอประสบการณ์ตรงหรือกับญาติใกล้ชิด ทำให้ทุกคนเริ่มที่จะมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่า ‘พวกเราอายุมากแล้วที่ผ่านมามาจะแก้ไขไม่ทัน แล้วลูกหลานเราในชะแล้ จะเป็นอย่างไรหากเกิดปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม’ และในทางตรงกันข้าม “ยาชุดผสมยาปฏิชีวนะ” ในร้านชำทุกหมู่บ้านสามารถหาซื้อได้ง่าย สะดวกสบาย ช้ายังจะมีการทำหั่นแข่งขันกันทางการตลาด... มีการสรรหาหาปฏิชีวนะหรือยาแก้อักเสบที่ชาวบ้านรู้จักในรูปแบบต่างๆมาขาย มีการแกะเม็ดยาออกจากบรรจุภัณฑ์เดิมซึ่งเป็นแผงฟอยด์ เพื่อไม่ให้ลูกค้ายารู้ ไม่สามารถไปหาซื้อได้ ต้องมาที่ร้านชำของตัวเองเท่านั้น ท่ามกลางเสียงวิพากษ์วิจารณ์ที่อื้ออึง ก็มีเสียงหนึ่งดังขึ้นมา ‘เราเอาเรื่องนี้เข้าเป็นธรรมนูญสุขภาพของเราได้’ ทุกคนเงียบกริบ นั่นเป็นเสียงของ อสม. ที่เป็นเจ้าของร้านขายของชำร้านใหญ่ร้านหนึ่งของชะแล้ เป็นผู้ที่เคยดื่มเหล้าอย่างหนัก หรือเรียกว่าติดเหล้านั้นแหละ แต่ในที่สุดก็หยุดเหล้าได้ด้วยตัวเองเพื่อครอบครัว เป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพและเป็นที่ยกย่องชื่นชมจากชาวบ้านทั่วไปนับแต่นั้นมา ตามมาด้วยเสียงแสดงความเห็นด้วยของทุกคนที่ร่วมพูดคุย... ได้ฟังเช่นนั้นผมก็ไม่รอช้ารีบเล่าถึงแผนงานโครงการทั้งหมดให้ทุกคนฟัง แต่ละคนอาสาทำในสิ่งที่ตัวเองถนัด และแนะนำเครือข่ายที่น่าจะมาช่วยเสริมทีมได้ น่าที่ตรงตรงที่ผมทำหน้าที่ได้แค่เป็นผู้ดำเนินการแลกเปลี่ยน ผู้จัดบันทึก และให้ข้อมูลโครงการเท่านั้น ส่วนเรื่องกิจกรรมและแผนการดำเนินงานในชุมชน ทุกคนร่วมกันคิดให้หมดเลย ...จนได้ข้อสรุปว่าเราควรจัดมหกรรมสุขภาพสักวันเพื่อเป็นการเปิดตัวและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในหมู่บ้านมาร่วมงานและได้ทราบข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้อง เหมาะสม ให้อาสาสมัครเดินตามบ้าน บอกเรื่อง 3 โรคหายได้ ไม่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งมันช่างตรงกับแนวคิดหรือโจทย์ที่ได้รับมาจริงๆ...”⁷⁵

เครือข่ายสุขภาพชุมชนของตำบลหลังเขา อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี

การขับเคลื่อนงาน ASU ของตำบลหลังเขาเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยเกิดจากความเชื่อมั่นและศรัทธากว่าทำในสิ่งที่ถูกของทีมงาน รพ.สต. ในการที่จะให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน แล้วจึงมีการขยายฐานความร่วมมือกับ อสม. และผู้นำชุมชนในภาคส่วนต่างๆ ในการดำเนินการ โดยเริ่มจากการสร้างความมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมกันก่อน

“สิ่งสำคัญ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุก รพ.สต. ต้องเป็นหนึ่งเดียว และมีความเชื่อมั่น มีองค์ความรู้ [เรื่อง ยาปฏิชีวนะ] ...รู้ว่ายาปฏิชีวนะใช้ได้เมื่อจำเป็นต้องใช้...อย่ากลัวที่จะไม่จ่ายยาปฏิชีวนะ ขอให้ตระหนักว่า ถ้าจ่ายยาปฏิชีวนะไปแล้ว เกิดผลเสียต่อประชาชนในพื้นที่... จะรับผิดชอบกันอย่างไรมากกว่า” (หน้า 68-69)⁷³

“โครงการ ASU จะสำเร็จ หรือก้าวต่อไปได้ ตัวผู้ปฏิบัติงานเองต้องเรียนรู้และทำจริง มีเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำนักเรียน ผู้นำหมู่บ้าน ผสมผสานกับการให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพรู้และเข้าใจการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้อง และอดทนให้สุศึกษาแบบซ้ำแล้วซ้ำอีก...” (หน้า 68)⁷³

“อสม. และชาวบ้านของหมู่บ้าน...ทำโปสเตอร์ของเขาเอง โดยนำสมาชิกครอบครัวเขามาเป็นฟรีเซ็นเตอร์ ถ่ายรูป ใส่ข้อความให้ความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะ และนำไปพรีนทส์ โปสเตอร์ที่ได้มีคุณค่าทางจิตใจ สร้างความภูมิใจของการมีส่วนร่วมและความสำเร็จของโครงการ โปสเตอร์ถูกติดไว้หน้าบ้าน-ในบ้าน แยกไปใครมาก็เห็น ได้เล่าสู่กันฟัง...” (หน้า 14)⁷⁶

ในปี พ.ศ. 2553 รพ.สต.หลังเขา ได้กำหนดวิสัยทัศน์ (Vision) ของหน่วยงานคือ “พัฒนาคุณภาพงาน สาธารณสุข ดำเนินงานเชิงระบบสุขภาพ มีการใช้ยาสมเหตุสมผล ผสมผสานการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์แผน ไทย ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ” และเริ่มทำ ‘ธนาคารชุมชนร่วมใจฉลาดใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสม เหตุผล’^{52,53} (ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น ‘ธนาคารชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ’ เพื่อให้มีขอบเขต งานกว้างขึ้น) เนื่องจากตระหนักว่ายุคสมัยเปลี่ยนไป การให้สุศึกษาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ ชาวบ้านสนใจความรู้และนำความรู้ไปปฏิบัติ จำเป็นต้องมีแรงจูงใจด้านเศรษฐกิจและปากท้องของชาวบ้านเข้า มาด้วย⁷⁷

“...เวลาลงพื้นที่ ชาวบ้านเขาสนใจ อบต. เพราะเขามีเงินว่าจะทำอะไร ชาวบ้านจะได้อะไร แต่สาสุขไม่มีอะไร มีให้แต่ความรู้ เขาก็ไม่ค่อยสนใจ ยังดีที่ อบต. ให้เราพูดก่อน ชาวบ้านฟัง อบต. เสร็จ เขาก็กลับ...”

การใช้ระบบธนาคารชุมชนฯ เป็นเสมือน P4P สำหรับคนไข้ เนื่องจากมีการจ่ายค่าตอบแทนให้คนไข้ที่ ปฏิบัติตนตามคำแนะนำ และจดบันทึกอาการเจ็บป่วยของตนและวิธีการดูแลตนเองแต่ละวัน โดยมี อสม. เป็นผู้ เยี่ยมติดตาม การจ่ายค่าตอบแทนตามระบบธนาคารชุมชน คือ จะประเมินตามสมุดบันทึกอาการและ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่คนไข้นำมาส่ง ร่วมกับการประเมินความรู้เรื่องโรคและยาปฏิชีวนะ ดังนั้น ด้วย วิธีการของธนาคารชุมชนฯนี้ ทำให้คนไข้ฝึกการสังเกต และเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ของตนเองว่าความเจ็บป่วย 3 โรคนี้จะค่อยๆ ดีขึ้นและหายได้ภายในเวลาไม่นาน เป็นการปรับเปลี่ยนความเชื่อเดิมที่เคยมีต่อยาปฏิชีวนะ ระบบติดตามประเมินผลคนไข้ที่มีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่วนในเรื่องค่าตอบแทน ภายหลัง ได้เปลี่ยนเป็นการให้ของกินและของใช้ในชีวิตประจำวัน

ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งเริ่มโครงการ ASU เกี่ยวกับการสร้าง ‘ทีมผู้นำการเปลี่ยนแปลง’ นับเป็นจังหวะที่ดี เนื่องจากมีนายก อบต. คนใหม่ และทาง รพ.สต. ได้ใช้งาน ASU เป็น entry point ในการสร้าง ‘ทีมผู้นำการ เปลี่ยนแปลง’ ร่วมกับทาง อบต. ผู้นำชุมชน นักจัดรายการวิทยุชุมชน และอื่นๆ และได้ชักชวนผู้ประกอบการ ธุรกิจโรงแรมและรีสอร์ทเข้าร่วมโครงการในการสนับสนุนทุนในการดำเนินการธนาคารชุมชนฯ

“...ตอนแรกก็เกร็งๆนายก เราจะเข้าถึงไหม เกร็งนี้ไม่กล้ามาปรึกษา ที่จริงแล้ว สาธารณสุขกับท้องถิ่นมัน แยกกันไม่ได้ จากที่ได้ร่วมงานกับท่านนายก ท่านรอง ท่านปลัดและน้องๆ ที่อยู่ใน อบต. ได้รับความร่วมมือ เกี่ยวกับงานสาธารณสุขค่อนข้างเยอะ ค่อนข้างมากเหมือนกับเค้าก็สาธารณสุขเหมือนกัน เพียงแต่เค้าไม่ได้

เรียนมาทางด้านเรา เราก็ได้มาเติมเต็ม ในส่วนที่เรามีความรู้เราก็มาขยายให้ท่าน ส่วนที่เราได้จากท่านนายก คือเรื่องของการเข้าถึงประชาชน บางครั้งเราควรจะเข้าอย่างไร ทำในรูปแบบไหน จากที่เราไม่เคยในส่วนนี้ ศักยภาพของท่านนายกสามารถที่จะประสานหรือบอกต่อในทีมงานของท่านได้ ช่วยในงานของสาธารณสุข ค่อนข้างเยอะโดยเฉพาะอย่างยิ่งเช่นเรื่องของการประชาสัมพันธ์เราเพียงแต่บอกท่านนายกอยากให้เป็น ประชาสัมพันธ์เป็นฟรีเซ็นเตอร์ให้หน่อย ทั้ง ๆ ที่เราไม่มีอะไรเลย แต่ท่านนายกสามารถนำนายอำเภอ คุณนายมาเป็นฟรีเซ็นเตอร์ให้เราได้นะคะ...” (p.40)³⁴

“...เรามีทีมที่ค่อนข้างเข้มแข็ง คือทีมทาง อบต. เพราะว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ รพ.สต....มีแค่ 2 คน ... ที่นี้แนวร่วมของเราก็คือทาง อบต. ให้ทั้งในเรื่องของงบประมาณ กระจายข่าว เพราะท่านมีลูกทีมเยอะ แต่เรามีแค่ 2 คน เราได้รับความอนุเคราะห์ จึงประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง”

รพ.สต.หลังเขา

28 มีนาคม 2555

“ผมมองว่า รพ.สต. หลังเขาเป็น model ที่บูรณาการนโยบายได้ดีนะ อ่านนโยบายได้ขาดมาก จุดแข็งของ หลังเขาคือยุทธศาสตร์... เคยเชิญมาในเวทียุทธศาสตร์ที่ สปสข. ให้เขาคุยให้ฟังมันเห็นภาพว่าเขาสามารถที่จะใช้จุดแข็งที่เขา มี คือ รู้คน รู้พื้นที่ รู้คนของเขาก็คือว่า รู้คนการเมือง รู้คนที่เป็นชาวบ้าน รู้คนที่เป็น แหล่งทุน เขาสามารถที่จะดึงแล้วก็พัฒนา คราวนี้การพัฒนาแบบสุดท้ายของเขา ไม่ใช่แค่การพัฒนาระบบ บริการนะ แต่เป็นเรื่องของการจัดการความรู้และสุขภาพของชุมชน... เป็น model ... ยุทธศาสตร์ในการจัดการความรู้ภาคประชาชน ...”

เกสัชกร

22 พฤษภาคม 2556

บทที่ 4

บทบาทของ ASU ต่อระบบยาและสุขภาพและ สรุปความรู้ในการขยายผล ASU สู่ความยั่งยืน

บทบาทของ ASU ต่อระบบยาและสุขภาพ

1. เป็นกลไกเพื่อการพัฒนาและเพื่อการเรียนรู้การสร้างระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศ

แม้องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความต่อคำว่า ‘การใช้ยาอย่างสมเหตุผล’ ที่เรียบง่ายและชัดเจนว่า “Patients receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community.”³⁶ แต่การที่จะนำแนวคิดดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติพบว่ามีอุปสรรคอย่างมากเนื่องจากแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเกี่ยวกับความรู้และปัจจัยต่างๆ ในหลายมิติ ทั้งด้านพฤติกรรมรวมทั้งปัจจัยที่ส่งผล (การใช้โดยใคร อย่างไร ในบริบทไหน) ด้านการแพทย์ (ยาและโรคอะไร ระบบยา/สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคและยานั้นเป็นอย่างไร) และด้านการประเมิน (สมเหตุผลคืออะไร โดยใคร)

โครงการ ASU จึงเป็นเสมือนกลไกที่ใช้ในการพัฒนาและศึกษาระบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยนำบางมิติของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมาศึกษาและจัดการความซับซ้อนก่อน การศึกษาระบบการใช้ยาอย่างเหมาะสมภายใต้โครงการ ASU เป็นเพียงหนึ่งในหลายมิติของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นั่นคือ มิติการแก้ปัญหาการใช้ยาโดยไม่จำเป็นในโรคที่หายได้เอง (No antibiotics for non-bacterial infections) ส่วนมิติอื่นเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น มิติการใช้ยาในโรคเรื้อรัง มิติการใช้ยาเพื่อเสริมสมรรถภาพร่างกาย และประโยชน์ทางความงาม ไม่ได้รวมอยู่ในโครงการ ASU นี้ แต่อาจมีองค์ความรู้บางส่วนจากโครงการ ASU ที่เป็นองค์ความรู้ร่วมกันที่ประยุกต์ใช้ข้ามมิติได้เช่นกัน

ตัวอย่างของการใช้ ASU เป็นกลไกในการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เช่น การพัฒนา Audit-Feedback with supportive system โดย สปสช.⁵¹ ผ่านเกณฑ์ P4P โดยใช้ ASU เป็นเสมือนโจทย์ในการสร้างและทดลองระบบ ระบบ Audit-Feedback with supportive system มีการพัฒนาเป็นลำดับ (ดูรายละเอียดในบทที่ 3) จนในที่สุด ได้ระบบตรวจสอบฯ ที่ทำให้การประเมินตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มีความถูกต้อง สามารถทำได้ ตรวจสอบผลภายในของตนเองได้ (internal monitoring/auditing) และไม่ได้เพิ่มภาระงานให้แก่สถานพยาบาลหรือพื้นที่

2. เป็นการเสริมความเข้มแข็งให้กับงานด้านการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาของประเทศ

ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2554 นโยบายเริ่มให้ความสำคัญกับงานด้านการป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาของประเทศ มีการบรรจุเรื่องการป้องกันและควบคุมปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเข้าเป็นยุทธศาสตร์ย่อยที่ 6 ของยุทธศาสตร์ที่ 2 เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 ภายใต้นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554⁴² ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข แต่งตั้ง

คณะกรรมการวิจัยและพัฒนากระบวนการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศ โดยคณะกรรมการฯ ได้เสนอกรอบการทำงานเกี่ยวกับ AMR 5 ด้าน โดยมีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลและชุมชนเป็นหนึ่งในนั้น (ดูรายละเอียดในบทที่ 2) ดังนั้น การ mapping โครงการ ASU (ซึ่งดำเนินการมาก่อนหน้า) กับงาน AMR ทั้งที่ดำเนินการภายใต้นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และภายใต้คณะกรรมการวิจัยและพัฒนากระบวนการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศ พ.ศ. 2555 เข้าด้วยกัน จึงก่อให้เกิดการสานพลังและเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านทรัพยากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรด้านบุคคล) และเนื้อหา

3. เป็นกลไกในการ restore ความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองโดยประชาชน และเพื่อลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

แม้ว่าข้อมูลทางวิชาการระบุชัดเจนว่าโรค URI ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80 ไม่ได้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และสามารถหายเองได้ แต่ยังมีคนไข้ URI จำนวนมากที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ข้อมูลจากฐานข้อมูล 18 แห่งมาตรฐาน ชี้ให้เห็นว่า ในช่วง 6 เดือน (ตุลาคม 2554 – มีนาคม 2555) โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวน visits ของโรค URI และ Acute diarrhea คือ 2,253,967 visits และ 510,594 visits ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีจำนวน visits ของโรค URI และ Acute diarrhea เท่ากับ 617,399 visits และ 163,778 visits ตามลำดับ

ดังนั้น การขยายแนวปฏิบัติ ASU สู่ร้านยา ชุมชน และประชาชนให้มากขึ้น จะช่วยให้ชุมชนและประชาชนให้มีความรู้และทักษะในการแยกแยะโรคเบื้องต้น รวมทั้งประเมินอาการได้ก่อนไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และทำให้จำนวน visits ด้วยโรคพื้นฐานที่พบบ่อย เช่น URI และท้องร่วงเฉียบพลันลดลง ส่งผลต่อการลดภาระงานของแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและบุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ลดความแออัดของแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีเวลามากขึ้นในการดูแลหรือรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยอาการหนัก รวมทั้งทำให้การใช้ทรัพยากรต่างๆ ของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

สรุปความรู้ในการขยายแนวปฏิบัติ ASU สู่ความยั่งยืนเพื่อเป็นบรรทัดฐานทางสังคม

1. ภาควิชาการศาสตร์ที่เข้มแข็ง และมีนโยบายสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

โครงการ ASU ได้รับการสนับสนุนจากหลายหน่วยงานทั้งด้านทรัพยากรและนโยบาย ในส่วนของนโยบาย แนวปฏิบัติ ASU ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 อย่างไรก็ตาม นโยบาย P4P ของ สปสช. เป็น positive financial incentives อาจมีผลไม่มากต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังนั้น จึงควรมีนโยบายด้านอื่นร่วมด้วย เช่น นโยบายเชิงอำนาจที่มีการส่งผ่านตามสายบังคับบัญชา เช่น นโยบายผู้ตรวจของกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายจังหวัด เป็นต้น^{34,54} นโยบายที่เป็น negative financial incentives หรือนโยบายด้านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ร่วมด้วย การผนวกแนวปฏิบัติ ASU เข้าในนโยบายที่มีกลไกเชิงอำนาจจะทำให้เกิดการติดตามงานตามสายบังคับบัญชา จึงเป็นการเพิ่มความเสถียรของแนวปฏิบัติ ASU ในระบบและสามารถผนวกแนวปฏิบัติ ASU เข้าสู่งานประจำ

“งาน NCD มันเป็นงานเชิงนโยบายลงมาและก็มีผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดที่มันชัดเจน การควบคุมโรคเบาหวาน ความดัน พวกนี้ พอมีนโยบายลงมาชัดเจนมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในระดับจังหวัดมันก็จะตามงานหรือผลงานที่เกิดขึ้นมันก็จะชัดเจน มีแนวทางและก็ยังยืน ที่นี้พอ ASU ไม่มีผู้ติดตามงานในระดับจังหวัด...ผมว่าไม่มีนะครับ” (หน้า 51)³⁴

“[นโยบาย] มีผลมากครับ คือถ้าเกิดมีนโยบายระดับประเทศ การทำเรื่องนี้เป็นเรื่องเด่นขึ้นมาเป็นจุดสนใจทำให้พื้นที่ทำงานง่าย ยิ่งถ้าเกิดในระดับจังหวัดยอมรับเรื่องนี้เป็นนโยบาย พื้นที่จริงจะไปทำถึงคนไข้จริง ๆ มันก็จะง่ายขึ้น รวมกับมันจะมีตัวชี้วัดมาด้วย ตัวชี้วัดก็เป็นส่วนหนึ่งแต่จริง ๆ มันไม่ได้มีผลกับเค้ามากนักซักเท่าไร บางทีก็ทำให้แค่พอผ่าน แต่ถ้ามีนโยบายระดับจังหวัดทำให้มีการกระตุ้นหรือว่าหยิบยกเรื่องนี้ขึ้นมาเป็นเรื่องเด่นในระดับจังหวัดหรือเป็นนโยบายให้เค้าได้แทนที่จะอยู่ระดับสามก็สามารถทำได้ในระดับสี่หรือห้าไปเลยครับจะทำให้ดีขึ้นมากกว่าแค่นโยบายที่วางไว้เฉย ๆ” (หน้า 52)³⁴

“อยากให้ สปสช. ปีนี้ แทนที่ปีนี้จะให้ incentive พอปีหน้าไปเปลี่ยนไม่ไห้แล้ว ให้ก็ให้ต่อเนื่องไปตัวชี้วัดตัวอื่นเพิ่มก็เพิ่มมาช้อย่าไปตัดตัวนี้ทิ้ง ให้เค้าเห็นว่าเอาจริงนะ ไม่ใช่ปีนี้ให้ปีหน้าไม่มีให้แล้วหรือให้นิดๆ หน่อยๆ คนที่เค้าอยากไปทำอะไร เค้าเห็นมี incentive ผมก็ว่ามีส่วนหนึ่งนะ โรงพยาบาลก็อยากได้ค่าใช้จ่ายไปใช้ มีอะไรมาล่อ” แพทย์ 2 (หน้า 53)³⁴

“ถ้าให้ดำเนินการ ASU ไปเดี่ยว ๆ มันจะไม่ยั่งยืนแน่ ๆ แต่ถ้ามันถูกผนวกไปกับเรื่องของโครงการอื่น มันจะสามารถเดินไปได้อย่างต่อเนื่อง อย่างเช่น เรื่องของความเสียงของยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ถ้าในเรื่องของโรงพยาบาล คือการทำ DUE DUR คือถ้ามันถูกผนวกไปกับเรื่องพวกนี้มันจะยั่งยืนแน่ ๆ แต่ถ้าเมื่อไหร่ดึงออกมาเป็น ASU เดี่ยว ๆ มันจะถูกแอนตี้ ถูกต่อต้านโดยคนที่เป็นกลุ่ม ๆ มันเหมือนเป็น project ที่ไม่ใช้งานปกติ เป็น project ที่ซ่อนอยู่” เกสัชกร 10 (หน้า 55)³⁴

สิ่งที่ควรทำความเข้าใจกับการผนวกแนวปฏิบัติของ ASU เข้ากับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ การจัดการให้เกิดความสอดคล้องกันของนโยบายของงานด้านการควบคุมโรคติดต่อ และงานด้านการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล เนื่องจากขณะที่ ASU เน้นการไม่ใชยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น แต่ตัวชี้วัดด้านการควบคุมโรคติดต่อ เช่น นโยบายที่เกี่ยวกับโรคปอดบวม และอหิวาต์โรค ต้องการลดจำนวนคนที่ป่วยเป็นโรค จึงอาจทำให้เกิดแรงผลักดันให้มีการใชยาปฏิชีวนะมากเกินไป

“Diarrheaลดได้แค่ 50% ของเมื่อก่อน เมื่อก่อนเราใช้ 100% แต่ว่าจาก ม.ค. (พ.ศ.2554) มานี้ยังใช้อยู่ 50% ของคนที่มารับบริการ ยังขาดความเชื่อมั่นอยู่ ยังไม่มีแลบ ที่จะดูแล้วมันเกิดจากเชื้ออะไร เพราะคนไข้ที่มานี้มีไข้ ถ่ายมากกว่า 5 ครั้ง แล้วก็ เจ้าหน้าที่ก็เลยต้องให้ antibiotics ตามนโยบายของจังหวัดเราด้วย เพราะว่าเราเป็นทางผ่านในเรื่องอหิวาต์โรค.....ที่มีปัญหาคือ เป็นนโยบายของจังหวัด ให้แจก norflox ทุกบ้าน คือเป็นหรือไม่เป็น ซึ่งมันจะค้านกับ antibiotics [ASU] มันจะมีตัวชี้วัดในเรื่องของ diarrhea แบบว่าไม่มีโรคท้องร่วง อูจจาระร่วงอย่างรุนแรงด้วย รพ.ก็จะกลัวมาก จังหวัดก็จะกลัวมาก เพราะว่าถ้าคนไข้เป็นอะไร จังหวัดจะขึ้นชื่อ ก็เลยหว่านไปเลย พอหว่านปุ๊บ ประชาชนก็จะเชื่อว่า ต้องกินนะ..ท้องเสียก็ต้องกิน แล้วเราเป็นเจ้าหน้าที่ ไปจัดการเอง แล้วเรามาบอกเค้าใหม่ว่าไม่ต้องกินก็ได้” (หน้า 80)⁵⁴

“.....ถ้าใครทำให้เกิด pneumonia ก็จะมีการลงโทษ เพราะฉะนั้นแพทย์ก็จะแจก Antibiotic มันค้านกัน... เพราะฉะนั้นนโยบายของผู้ใหญ่ก็สำคัญนะ คือผู้ใหญ่ในจังหวัดของเราเองที่จะทำเป็นนโยบายผู้บริหารในจังหวัด

ที่เกี่ยวข้องกับ pneumonia เขาก็จะไป force ว่าอย่าให้เกิด case นี้ขึ้นมา พอมาเจอ URI ก็กลัวเป็น pneumonia ก็ต้องกันไว้ก่อน มูลค่ามันก็ไม่เยอะมาก เขาก็ว่าไม่เป็นไรหรอก Amoxy แค่นี้ก็ไม่ได้ course หนึ่งไม่กี่บาท ลงทุนไปดีกว่าที่จะมี drip cef-3 ต้องเข้า admit ในโรงพยาบาล เขาก็จะคิดในแง่ นั้น แม้แต่ แพทย์จาก โรงพยาบาลศูนย์ที่เชิญมาให้เขามาเป็นประธานเลย เขายังเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กๆ ให้เขามาพูดอะไร มันก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เราไม่อยากเรียกประชุม” เกสซกร 17 (หน้า 56)³⁴

2. ภาวะผู้นำ (Leadership) ทีมงานที่เข้มแข็ง (Staff involvement and capacity) และการมีเจตนารมณ์ร่วมกัน

การที่ผู้บริหารของโรงพยาบาล (ผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่น และ/หรือผู้นำชุมชน กรณีเครือข่ายสุขภาพชุมชน) เห็นชอบและยอมรับแนวปฏิบัติของ ASU ส่งผลให้การดำเนินงานสะดวกมากขึ้น³⁴ และหากมีการดำเนินการต่อเนื่อง อาจทำให้ซึมซาบเป็นวัฒนธรรมขององค์กรเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แต่อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารมักส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของโครงการ แต่หากโรงพยาบาลหรือชุมชนมีทีมงานที่เข้มแข็ง เช่น มีแพทย์ที่สนับสนุนและคอยเผยแพร่แนวความคิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างจริงจัง (Champion) มีเกสซกร พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ช่วยประสานและสนับสนุนการทำงาน (Catalyze) ที่สามารถชี้แจงความเข้าใจกับผู้บริหารคนใหม่ หรือมีระบบหรือกลไกในการ ‘ส่งต่อ’ ความคิดและแนวปฏิบัติ ก็จะทำให้ระบบการปฏิบัติของ ASU ยังสามารถดำเนินการต่อไปได้⁵²

“ในโรงพยาบาลมันเหมือนมีวัฒนธรรมในเรื่องของการใช้ยาตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล แล้วก็แพทย์คือไม่ใช่ 100% แต่ก็ส่วนใหญ่ เมื่อมีอะไรที่เราไปคุยว่าตรงนี้นั้นเป็น rational แล้วเราอาจจะโชคดีที่มีประธานที่อยู่ใน field ด้วย แล้วก็สนใจด้วยแล้วท่านก็ชอบสอนชอบถ่ายทอดก็เลยอาจจะเห็นเหตุให้งานมัน run ไปได้เรื่อย ๆ เพราะถ้าเราไม่มีประธานหรือแพทย์ที่สนใจเรื่องนี้หาวิธีที่จะไปคุยกับแพทย์หรือเป็นคนที่ทำให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ๆ เราก็อาจจะเจออุปสรรคเหมือนกันนะคะ” เกสซกร 11 (หน้า 56)³⁴

“...เราแบ่งแพทย์เป็น 2 กลุ่ม ... รุ่นเล็กกลุ่มหนึ่ง แพทย์รุ่นใหญ่อีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อไม่ให้แพทย์ทั้ง 2 กลุ่มมีปัญหาในการประสานงานในกลุ่มแพทย์ด้วยกัน หลังจากที่เราประเมินกระบวนการ พบว่าแพทย์เขาใช้ยุทธวิธี 3 รุม 2 คือจะไปรุมกลุ่มแพทย์ที่เข้าร่วมด้วยกันคือกลุ่มที่เห็นด้วย แล้วไปคุยกับอีกกลุ่มที่เฉยๆหรือไม่สนใจ ในเมื่อแพทย์กลุ่มใหญ่เห็นด้วย ส่วนน้อยก็ทำตามไปด้วย ผลปรากฏว่าการประเมินทัศนคติตามตัวชี้วัดได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญ ...และแพทย์ที่กำลังจะไปเรียนต่อ ก็ต้องส่งต่อข้อมูลให้กับแพทย์รุ่นน้องที่จะมาแทน...” (หน้า 30)⁵²

3. การทำงานแบบมีส่วนร่วม และหลีกเลี่ยงการเพิ่มภาระงานให้พื้นที่

พื้นที่คือจุดรวมของนโยบายและตัวชี้วัดต่างๆ ที่พัฒนาจากหลายหน่วยงานในส่วนกลาง และมารวมที่พื้นที่ ซึ่งหน่วยงานในพื้นที่มีระดับการตอบสนองต่อนโยบายที่แตกต่างกัน นโยบายเดียวกันเมื่อใช้ในพื้นที่ต่างกัน ผลลัพธ์และประสิทธิภาพที่ได้มักไม่เท่า เพราะพื้นที่มีลักษณะและบริบทของตนโดยเฉพาะ มีการเลือกรับปรับใช้นโยบายตามเหมาะสม โดยขึ้นกับเนื้อหา นโยบาย ความยากง่ายในการดำเนินการ การให้ความสำคัญต่อนโยบาย และศักยภาพของหน่วยงานในการปฏิบัติตามนโยบาย เป็นต้น ดังนั้น การนำกลไก ระบบ ตัวชี้วัด มาตรการ หรือนโยบายในระดับประเทศไปใช้หรือปฏิบัติ จึงควรมีการทดลองหรือเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติสะท้อน

การทำงานเพื่อให้ได้ข้อมูลมาปรับปรุงสิ่งที่ จะ implement ก่อนบังคับหรือประกาศใช้ และมีการคิดเรื่องระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ASU และการให้ข้อมูลย้อนกลับให้แก่พื้นที่ด้วย

“มองว่าในกระบวนการตรงนี้ ASU เป็นอะไรที่เราสนใจวิธีการทำงาน ซึ่งไม่ใช่การสั่งงานแบบ Top Down เหมือนนโยบายอื่น ในขณะที่เดียวกันเราก็มีการ Top Up ขึ้นไปด้วย หลายเรื่องที่เราคิดอยู่ในกรม ในกองแต่ว่า บางครั้งผู้ปฏิบัติงานมีโอกาสที่จะไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในเชิงนโยบาย เค้าให้มายังไงก็ทำตาม อย่างนั้น ก็มีข้อจำกัดยังไง ก็อยู่กันไปอย่างนั้น ซึ่งเป็นอะไรที่เราเข้าไปอยู่ตรงนั้นเราก็มีโอกาส สนุกกับมัน”
เกสัชกร (หน้า 69)⁵⁴

4. การพัฒนาศักยภาพและเชื่อมต่อแนวปฏิบัติ ASU เข้ากับนโยบายชุมชนหรือวิถีชีวิตของท้องถิ่น

ระบบสุขภาพไม่ได้มีเฉพาะในส่วนที่เป็นโรงพยาบาล แต่หากประกอบด้วยชุมชน (Community) ที่อยู่นอกโรงพยาบาล ปัญหาหลายด้านแก้ไม่ได้จากส่วนกลาง เช่น การกระจายยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมในชุมชน แต่สามารถแก้ได้ด้วยกลไกเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่ประกอบด้วยหน่วยของรัฐระดับท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน และเชื่อมแนวปฏิบัติของ ASU เข้ากับนโยบายของชุมชน หรือนโยบายระดับท้องถิ่น และวิถีการใช้ชีวิต การสื่อสารภายในชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น เหล่านี้สามารถส่งเสริมให้เกิดการขยายแนวปฏิบัติ ASU ในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน

“ตอนนี้ พอผมเข้าร่วมในกิจกรรมในครั้งนี้ได้รับความรู้ ความเข้าใจคือ หนึ่งแบบที่เรีย ไวรัส ยาแก้อักเสบ ยาปฏิชีวนะเป็นอย่างไรมผมก็เริ่มเข้าใจเรื่องยา ก็เอาไปปฏิบัติในครอบครัวของผมก่อน แนะนำคนอื่นด้วยในเพื่อน ๆ กัน ในวงผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้ผลดี แล้วผมก็กระจายเข้าไปในเขตที่ผมบมอยู่ ที่ อสม. ทุกๆคนก็ได้พูดก็บอกทุกคนว่า ดีแล้ว ที่เค้าไปเอาความรู้จากข้างนอกมาข้างในเพื่อพัฒนา...”(หน้า 86)⁵⁴

“.... เราทำงานกับชุมชนได้ แต่เราไม่นำชุมชนแต่เราจะก้าวไปพร้อม ๆ กันคือเรามีความรู้เราก็แลกเปลี่ยนกับเค้าแต่วิธีการเค้าเป็นคนดีใจร่วมกับเรา คือ เราจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมทุก step คิดว่าอันนี้สำคัญแล้วคิดว่าถ้าทุกพื้นที่เปลี่ยนวิธีการทำงานในลักษณะนี้ได้พี่ว่ามันยั่งยืน” (หน้า 69)³⁴

“ที่อยากให้เราทำตอนนี้ก็คือ ในส่วนของสื่อสารสาธารณะ เพราะว่าเราเห็นวิชาชีพอื่น ทันตแพทย์เขารณรงค์เรื่องไม่กินหวาน เขาก็เป็นภาษาเดียวกันทั่วประเทศ แล้วมันก็ง่ายเวลาที่เราจะลงพื้นที่ แล้วเราจะยกตัวอย่าง ว่าอย่างนี้นะ ได้ดูทีวีมัย รอบนี้ ตรงนี้เขาบอกว่ายังไง อะไรแบบนี้ ถามโรคเป้าหมาย อย่างน้อยๆ ทุกคนถามโรคเป้าหมายเป็นโรคเดียวกันหมด รู้หมดว่าสามโรคไม่ต้องกินยาอะไรบ้าง เราก็ไม่เหนื่อย แล้วเราก็มีต้นแบบให้เขาดู ตรงนี้มันจะง่ายกว่าที่เราจะไปจัดกิจกรรมรณรงค์ คือโซนที่ โรงพยาบาลหรือ อบต. ที่เขาไม่เก่งเรื่องนี้ มันก็จะปัญหาของเขา แล้วก็มีหลาย ๆ ฝ่าย เขาก็จะได้เข้ามาทำงานแล้วเจอ แล้วก็ให้คำแนะนำเป็นราย ๆ ไป อย่างนี้ มันก็เหนื่อยคนทำ ทำแล้วไม่ได้ มันก็เกิดการสร้างกระแสให้” (หน้า 71)⁵⁴

5. การมีต้นแบบที่ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และถ่ายทอด know how สู่พื้นที่อื่น

การมีต้นแบบของการดำเนินโครงการจากโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัด หรือพื้นที่ ที่เคยทำมาก่อนหน้านี้ และที่ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องจะสามารถให้คำแนะนำ เกิดการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ การ กระบวนการแก่พื้นที่ที่จะเริ่มต้น เป็นแหล่งศึกษาดูงานเพื่อเผยแพร่แนวคิดและแนวปฏิบัติของ ASU ด้วย⁵⁴

6. มีระบบติดตามประเมินเพื่อมีการดำเนินงานอย่างเหมาะสมและเป็นระบบ รวมทั้งมีทรัพยากรที่ เพียงพอและต่อเนื่อง

เนื่องจากการขยายผลสู่ความยั่งยืนเพื่อสร้างบรรทัดฐานใหม่ของสังคมเป็นการทำงานระยะยาว และ ความซับซ้อนของบริบทที่จะเข้าไปดำเนินการทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน คลินิก ร้านยา ชุมชน และ ประชาชนทั่วไป การติดตามประเมินผลเพื่อแนะนำทิศทางที่เหมาะสม รวมทั้งการมีทรัพยากร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรบุคคล) ที่เพียงพอและต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น

“ผมว่าคนที่ทำโครงการระดับส่วนกลางผมว่าก็ดีมีความตั้งใจดีนะ ตั้งแต่แรกแล้วผมว่าโครงการมันน่าจะอยู่ ยั่งยืน แต่ต้องออกแรงเยอะเหมือนกัน ตอนนี้ก็มีระยะสามแล้ว ความรู้สึกผมว่ายังไม่ค่อยแพร่หลายมาก มีความรู้สึกอย่างนั้น มันก็ยังไม่ได้ทุกโรงพยาบาล กระแสนักไม่ค่อยแรงเท่าไร” แพทย์ 2 (หน้า 53)³⁴

บทที่ 5

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อขยายแนวปฏิบัติ ASU

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่นำมาเสนอในบทนี้ ส่วนหนึ่งได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลจากผู้ดำเนินการโครงการในพื้นที่ และอีกส่วนหนึ่งได้จากการประชุมร่วมกันของผู้แทนจากภาคยุทธศาสตร์ หน่วยงานส่วนกลาง ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ และตัวแทนจากพื้นที่ในเวทีต่างๆ มีการวิเคราะห์เบื้องต้นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะดังกล่าว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแบ่งเป็น 4 ชุด คือ ชุดที่ 1 สำหรับสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน ชุดที่ 2 สำหรับการจัดการปัญหาการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชน ชุดที่ 3 สำหรับการรักษา ชุดที่ 4 สำหรับประชาชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะชุดที่ 1: สำหรับสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน

ปัจจุบัน มาตรการ P4P ของ สปสช. เป็นเพียงนโยบายเดียวที่สนับสนุนแนวปฏิบัติ ASU จึงอาจไม่เสถียร และมาตรการดังกล่าวเป็นมาตรการจูงใจเชิงบวก (positive financial incentive) สำหรับสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับ สปสช. และมีผลค่อนข้างน้อยต่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ จึงเสนอให้

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันพัฒนาระบบ Audit-Feedback with supportive system ที่มีมาตรการจูงใจอื่นๆ ทั้งที่เป็น positive และ negative incentives เช่น การรับการรับรองคุณภาพจาก สรพ. หรือการพัฒนากลไกควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาของผู้ป่วยนอกตาม DRG ของกรมบัญชีกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องของการผนวกแนวปฏิบัติของ ASU เข้าเป็นตัวชี้วัดของการนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเสริมกับ P4P ของ สปสช. โดยมีกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสมาคมวิชาชีพ ให้การสนับสนุนเพื่อการพัฒนาศักยภาพแก่สถานพยาบาลในการพัฒนาระบบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของสถานพยาบาล
2. มีการศึกษาประสิทธิภาพและผลกระทบของการใช้มาตรการเชิงสังคม (social measures) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น การเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะเกี่ยวกับอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะของสถานพยาบาลแต่ละแห่งในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน⁵⁷ ซึ่งวิธีการเช่นนี้อาจเข้ามาเสริมมาตรการรูปแบบเดิมๆ เช่น มาตรการทางการเงิน ทางกฎหมาย หรือทางการปกครอง (สายบังคับบัญชา) สำหรับสถานพยาบาลที่มาตรการรูปแบบปกติใช้ไม่ค่อยได้ผล เช่น สถานพยาบาลที่เป็นภาคการศึกษาหรือแหล่งฝึกงาน และสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะชุดที่ 2: สำหรับการจัดการปัญหาการกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะในชุมชน

การบังคับใช้กฎหมายหรือนโยบายจากส่วนกลางไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหาการใช้และการกระจายยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมในชุมชน งานวิจัยพบว่าปัจจุบันยังพบยาปฏิชีวนะจำหน่ายในร้านชำ มีโฆษณายาปฏิชีวนะในสื่อท้องถิ่น และประชาชนยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะตามความเชื่อ จึงเสนอให้มีมาตรการการควบคุมและจัดการยาปฏิชีวนะทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่นควบคู่กัน

1. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพิ่มระดับความเข้มงวดของการควบคุมยาปฏิชีวนะทั้งด้านการจัดประเภทกลุ่มยา (reclassification) การควบคุมการโฆษณาและส่งเสริมการขายยาปฏิชีวนะ และการปรับปรุงบรรจุภัณฑ์ของยาปฏิชีวนะ
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับเขต ส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการพัฒนากลไกระดับท้องถิ่น/ชุมชนในการจัดการและควบคุมการกระจายและการโฆษณา รวมทั้งการปรับเปลี่ยนค่านิยมของคนในชุมชนเกี่ยวกับการรักษาโรคพื้นฐานและการใช้ยาปฏิชีวนะ
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา และภาคีเครือข่ายจากภาคส่วนต่างๆ เสนอประเด็นการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำให้เกิดหารือและกลไกระดับชุมชนในการกระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ และเกิดนโยบายสนับสนุนการดำเนินการระดับท้องถิ่นตามมา

ข้อเสนอแนะชุดที่ 3: สำหรับการรักษา

ร้านยาเป็นแหล่งการกระจายยาและให้บริการด้านสุขภาพที่สำคัญแก่ประชาชน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมบทบาทของร้านยาในการดูแลคนไข้ใน 3 โรคพื้นฐาน การที่คนไข้ที่ป่วยด้วย 3 โรคเป้าหมายไปรับบริการที่ร้านยา จะช่วยลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล เพิ่มเวลาให้แก่แพทย์ในการตรวจและดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา และสร้างค่านิยมของคนในชุมชนด้านยาปฏิชีวนะ

3. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกันพัฒนาศักยภาพของร้านยาและขยายแนวคิด ‘มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ดีสามารถประสบความสำเร็จ (ทางธุรกิจ) ได้’ และดำเนินการร่วมกับศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทยเพื่อพัฒนาแหล่งฝึกงานของนักศึกษาเภสัชให้มีคุณภาพมาตรฐาน
4. ศึกษาความเป็นไปได้ในการกำหนดให้ ‘การบริการตามมาตรฐานวิชาชีพในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของเภสัชกรในร้านยา’ สามารถได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนประกันสุขภาพ ของ สปสช. ทั้งนี้เพื่อเป็นการจูงใจและเชื่อมต่อกับนโยบาย P4P-ASU ในสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะชุดที่ 4: สำหรับภาคประชาชน

เนื่องจากประเด็นเรื่องยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยามีความซับซ้อน และประชาชนมีพื้นฐานความรู้ความเชื่อที่หลากหลาย เห็นควรให้

5. ศึกษาเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน รวมทั้งมีการ mapping หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ปรับระดับของการสื่อสารจากการรณรงค์ให้ ความรู้เป็นการสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. Fleming A. On the Antibacterial Action of Cultures of a *Penicillium*, with Special Reference to their Use in the Isolation of *B. influenzae*. *British Journal of Experimental Pathology*. 1929;10(3):226-236.
2. Hardy J. The miraculous mold...Fleming's Life Saving Discovery. <http://www.hardydiagnostics.com/articles/Fleming-and-Penicillin.pdf>. Accessed 12 June 2013.
3. Carlet J, Collignon P, Goldmann D, et al. Society's failure to protect a precious resource: antibiotics. *The Lancet*. 2011;378:369-371.
4. Infectious Diseases Society of America. Combating Antimicrobial Resistance: Policy Recommendations to Save Lives. *Clinical Infectious Diseases*. 2011;52(5):S397-S428.
5. Carlet J, Jarlier V, Harbarth S, et al. Ready for a world without antibiotics? The Penicillins Antibiotic Resistance Call to Action. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*. 2012;1(1):11.
6. Infectious Diseases Society of America. The 10 x '20 initiative: pursuing a global commitment to develop 10 new antibacterial drugs by 2020. *Clinical Infectious Diseases*. 2010;50:1081 - 1083.
7. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การดื้อยาต้านจุลชีพ: ความสำคัญต่อระบบสุขภาพและแนวทางการควบคุมและป้องกัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(3):300-305.
8. Chokejindachai W. *Current Situation of Antimicrobial Resistance in Thailand: A Review*. Nonthaburi: Health System Research Institute;2007.
9. ภาณุมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล, อาทร รุ่งไพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, สุลล ลิมวัฒนานนท์. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(3):352-359.
10. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สรุปรายงานไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประจำปี พ.ศ. 2550. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2552.
11. อัญชลี จิตรกันที. มูลค่ายาปฏิชีวนะ. In: นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, นุศราพร เกษสมบูรณ์, อุษาวดี มาลีวงศ์, eds. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2553: สถานการณ์เชื้อดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะ. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์; 2554:21-25.
12. Apisarnthanarak A, Danchaivijitr S, Khawcharoenporn T, et al. Effectiveness of education and an antibiotic-control program in a tertiary care hospital in Thailand. *Clin Infect Dis*. Mar 15 2006;42(6):768-775.
13. Aswapokee N, Vaithayapichet S, Heller R. Pattern of antibiotic use in medical wards of a university hospital, Bangkok, Thailand. *Rev Infect Dis*. 1990;12(1):136-141.
14. Thamlikitkul V, Apisitwittaya W. Implementation of clinical practice guidelines for upper respiratory infection in Thailand. *International journal of infectious diseases* :

IJD : official publication of the International Society for Infectious Diseases.
2004;8(1):47-51.

15. Udomthavornsak B, Tatsanavivat P, Patjanasoonorn B, et al. Intervention of inappropriate antibiotic use at a university teaching hospital. *J Med Assoc Thai.* 1991;74(10):729-736.
16. รัตนา พันธุ์พานิช, เพ็ญประภา ศิริโรจน์, ภัท แสนไชยสุริยา, สมพนธ์ ทศนิยม, ยุพิน อังสุโรจน์, วิภาดา พฤตภิกขิตติ. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2546;12(4):522-529.
17. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, เสาวลักษณ์ ชุนนางกุล, ภาณุมาศ ภูมาศ, ภูษิต ประคองสาย. การสำรวจระบบการควบคุมและเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะและการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล: ผลการศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.* 2555;6(3):361-373.
18. Apisarnthanarak A, Mundy LM. Comparison of methods of measuring pharmacy sales of antibiotics without prescriptions in Pratumthani, Thailand *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2009;30(11):1130-1132.
19. Sringerinyuang L. *Availability and use of medicines in rural Thailand* [doctoral dissertation]: Faculty of Social and Behavioral Science, University of Amsterdam; 2000.
20. กาญจนพงษ์ เพ็ญทองดี. โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านพฤติกรรมการใช้ยาและความรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะแบบเรียนรู้ผ่านวิถีชุมชนจังหวัดยโสธร: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา;2554.
21. LeWine H. Super Bugs -- Antibiotic Resistance. 2012;
<http://www.intelihealth.com/IH/ihIH/c/9273/28982/790718.html?d=dmtICNNews>.
Accessed 9 June, 2013.
22. Laxminarayan R. Protecting a Valuable Natural Resource: Antibiotics. 2012;
http://www.rwjf.org/en/blogs/pioneering-ideas/2012/11/protecting_a_valuabl.html.
Accessed 9 June, 2013.
23. The McDonnell Norms Group. Antibiotic overuse: the influence of social norms. *Journal of the American College of Surgeons* 2008;207(2):265-275.
24. Policies and Programmes to Improve Use of Medicines: Recommendations from ICIUM 2004 *The Second International Conference on Improving Use of Medicines (ICIUM 2004)* Chiang Mai, Thailand2004.
25. Another Milestone for INRUD: The Third International Conference on Improving Use of Medicines (ICIUM 2011). *INRUD News: Newsletter for the International Network for the Rational Use of Drugs* 2012;22(1).
26. World Health Organization. *Practical guidance for scaling up health service innovations*2009.
27. Sumpradit N, Chongtrakul P, Anuwong K, et al. Antibiotics Smart Use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. *Bulletin of the World Health Organization.* 2012;90:905-913.

28. กองควบคุมยาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. การประเมินโครงการนำร่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล *Antibiotics Smart Use* ในจังหวัดสระบุรี. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 2551.
29. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, กัญญดา อนุวงศ์, พิสนธิ์ จงตระกูล, เขมวดี ขนากแก้ว, สมหญิง พุ่มทอง. ผลของโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล: การนำร่องที่จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2553;19(6):899-911.
30. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, วีรวรรณแดงแก้ว, วินิตต์ศวกิจวิรี, et al. โครงการการศึกษาการขยายโครงการ *Antibiotics Smart Use*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2552.
31. สายศิริ ด่านวัฒนะ. โครงการพัฒนาสื่อเพื่อสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. แผนงานแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการใช้ยาที่เหมาะสมในประเทศไทย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2555.
32. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย), คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. รายงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในร้านยาปี พ.ศ. 2555: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2555.
33. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย), คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. รายงานโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อ ลด ละ เลิก การใช้ยาปฏิชีวนะผิดๆ ในชุมชน ปี พ.ศ. ๒๕๕๕: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2555.
34. สมหญิง พุ่มทอง, พัชรี ดวงจันทร์, กัญญดา อนุวงศ์. การประเมินการกระจายแนวคิดและบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2556.
35. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, ยุพดี ศิริสินสุข, eds. 30 ปี พัฒนาการนโยบายแห่งชาติด้านยาของไทย (2524-2554). กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาะบบยา; 2554.
36. World Health Organization. Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. *WHO Policy Perspectives on Medicines*. 2002;5(September).
37. ภาพรวมระบบยาของประเทศไทย. In: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ตันติเวสส ศ, eds. ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2545:5-32.
38. World Health Organization. World Health Day – 7 April 2011: Antimicrobial resistance: no action today, no cure tomorrow. 2011; <http://www.who.int/world-health-day/2011/en/index.html>. Accessed March 1, 2013.
39. สุรางค์ เดชศิริเลิศ. สถานการณ์ปัจจุบันในการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในมนุษย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(3):306-309.
40. สยมพร ศิรินาวัน. การใช้ยาด้านจุลชีพ และปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย. การประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง "ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนา ระบบ". โรงแรมรอยัลธอร์คิด เซอร่าตัน กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2539.
41. คณะทำงานติดตามและประเมินการใช้ยาบนฐานของบัญชียาหลักแห่งชาติ. การประเมินบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2542 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา;2546.
42. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2554.

43. คณะทำงานศึกษาระบบและกลไกการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในมนุษย์. ระบบและกลไกการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในมนุษย์ที่เหมาะสมกับประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(3):310-318.
44. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2555-2559). แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559): โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2555.
45. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ลือชัย ศรีเงินยวง, วิจิต เปานิล. ยากับชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2550.
46. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ระยะ 3 ปี (1 เมษายน 2555 – 31 มีนาคม 2558).
<http://www.thaihealthconsumer.org/>. Accessed 11 พฤษภาคม, 2556.
47. ReAct - Action on Antibiotic Resistance. The CSO Project - Thailand.
<http://cso.reactgroup.org/index.php/seasia/thailand>. Accessed 14th May, 2013.
48. แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา. โครงการประกวดสื่อสารสาธารณะฉลาดใช้ยาปฏิชีวนะ 2553; http://www.thaidrugwatch.org/news_detail.php?n_no=20.
49. พัฒนธณัฐ แก้วแสงเรือง. กิจกรรมงานสัปดาห์เภสัชกรรม ประจำปี 2552. 15 พฤษภาคม 2552;
<http://news.pharmacy.psu.ac.th/index.php?option=content&task=view&id=461>.
Accessed 19 พฤษภาคม, 2556.
50. รัตนา พงษ์วานิชอนันต์. ทางด่วนข้อมูลสุขภาพตำบล: “อูฐขั้นแรก” บนเส้นทางปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพยุคใหม่: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ; 2553.
51. ไตรเทพ พองทอง, นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การชี้แจง Pay-for-Performance (P4P) สำหรับ Antibiotics Smart Use (ASU) ปีงบประมาณ 2556. เอกสารประกอบการประชุมในการชี้แจงสปส.เขต เรื่อง การบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาปีงบประมาณ 2556.
52. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, ณัฏฐา นิลพานิชย์, วราภรณ์ ปวงกันทา. โครงการจัดการเผยแพร่ความรู้ การกำกับทิศทาง และวางแผนโครงการ Antibiotics Smart Use Program: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; สิงหาคม 2554.
53. Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Effectiveness of Multifaceted Interventions on Rational Use of Antibiotics for Patients with Upper Respiratory Tract Infections and Acute Diarrhea at Siriraj Hospital in Bangkok, Thailand. . *The Annual Meeting of Infectious Disease Society of America*. San Diego, USA October 2012.
54. กัญญดา อนุวงศ์, สมหญิง พุ่มทอง, พัชรี ดวงจันทร์. รายงานการวิจัยสัมฤทธิ์ผลของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Antibiotics Smart Use ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.); 2554.
55. อาริวรรณ เขียวชาญวัฒนา, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, อรอนงค์ วลีจรรเลิศ, et al. คุณภาพการสั่งใช้ยาผู้ป่วยนอก: ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล ๑๘ แห่งมาตรฐานของโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;6(2):167-175.

56. โรงพยาบาลลืออำนาจ. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล: มุมมองและผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลลืออำนาจ. การประชุมชี้แจง สปสช.เขตอุบลราชธานี เรื่อง การบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยา ปีงบประมาณ 2556 2556.
57. Choi S, Reich M. Report Cards and Prescribing Behavior: Assessing the Impacts of Public Disclosure on Antibiotic Prescribing Rates in South Korea. Paper presented at: Third International Conference in Improving Use of Medicines; November 14-18, 2011; Antalya, Turkey.
58. World Health Organization. *The evolving threat of antimicrobial resistance: Options for action* 2012.
59. World Health Organization. *The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences*. Geneva, Switzerland 2012.
60. Michael Chai. Walking the talk on Antibiotic Resistance in South East Asia. *ReAct Quarterly*. 2010;1:1-3.
61. ReAct, Drug System Monitoring and Development Program. Conference report summary. *ReAct-DMDC-SPR Southeast Asia Regional Conference: Dealing with antimicrobial resistance and strategic plan for drug system monitoring & development*. Twin Towers Hotel, Bangkok, Thailand 2-4 May 2011
62. Macan-Markar M. Thai campaign tempers use of antibiotics. 24 June 2011 <http://www.ipsnews.net/2011/06/thai-campaign-tempers-use-of-antibiotics/>. Accessed 22 May, 2013.
63. บุพผา ศิริรัสมิ. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2540; http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/download_PublicationBook/2540/207.pdf. Accessed 14 มกราคม 2556.
64. Hawkins NJ, Butler CC, Wood F. Antibiotics in the community: A typology of user behaviours. *Patient Education and Counseling*. 2008;73(1):146-152.
65. Oh AL, Hassali MA, Al-Haddad MS, Sulaiman SAS, Shafie AA, Awaisu A. Public knowledge and attitudes towards antibiotic usage: a cross-sectional study among the general public in the state of Penang, Malaysia. *J Infect Dev Ctries*. 2011;5(5):338-347.
66. Chen C, Chen Y-M, Hwang K-L, et al. Behavior, attitudes and knowledge about antibiotic usage among residents of Changhua, Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. 2005;38:53-59.
67. ธวัชชัย กงสะเต็น, วิมลจิต จันทโชติกุล. โครงการการพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาลและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในจังหวัดกระบี่: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); พฤษภาคม 2554.

68. โรงพยาบาลชุมชน(โชนใต้) จังหวัดสุรินทร์. โครงการการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ (โชนใต้): แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.);กุมภาพันธ์ 2554.
69. ปิรียามาศ นະพรรัมย์. โครงการการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลชุมชน (โชนเหนือ) จังหวัดสุรินทร์: แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.);กุมภาพันธ์ 2554.
70. วิบูลย์ศักดิ์ วุฒินโชติ. ASU ที่โรงพยาบาลชุมแพ จ.ขอนแก่น. จดหมายข่าว *Antibiotics Smart Use*. 2554;4(1).
71. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. สิทธิประโยชน์ด้านยาและการสนับสนุนการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การประชุมชี้แจง สปสช.เขต เรื่อง การบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาปีงบประมาณ 2556.
72. คณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. แนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
73. คมส์ธนนท์ สุขอัจจะสกุล. คุณเกศนีย์ คงสมบูรณ์: รพ.สต.หลังเขา ไม่มียาปฏิชีวนะ. หมอชาวบ้าน. Vol กุมภาพันธ์: มุลนิธิหมอชาวบ้าน; 2555:64-69.
74. สำนักธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้. ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้. 2554; <http://chalaehelthycharter.com/>. Accessed 7 มิถุนายน, 2556.
75. อีรวุฒิ เอียดทอง และทีมงาน “ตัวจิ๊ด” ชุมชนชะแล้. เรื่องเล่า ASU: โครงการ รวมพลังตัวจิ๊ด “บอกต่อ” 3 โรครักษาได้ ไม่ต้องใชยาปฏิชีวนะ ชุมชนต้นแบบ ตำบลชะแล้ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. 2556.
76. อสม.ของหมู่บ้านชัยอิจิ ต.หลังเขา จ.สระบุรี. โพสต์เตอร์ "คนในครอบครัว" จดหมายข่าว *Antibiotics Smart Use*. 2554;4(1):14.
77. ธนาการชุมชนร่วมใจฉลาดใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. จดหมายข่าว *Antibiotics Smart Use*. 2554;4(1):11.