



รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็น
และการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย

คณะผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร. ณัฏฐชัยญาคุณาพาณิช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะรัตน์ นิยมพิทักษ์พงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นภวรรณ เจียรพีรพงษ์
ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล

ศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางเภสัชกรรม
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2 พฤษภาคม 2555

บทสรุปผู้บริหาร

ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันหนึ่งของประเทศไทย การครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาขึ้นเพื่อ

1. ศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการมียาครอบครองเกินจำเป็นในระดับประเทศ
2. ค้นหาสาเหตุของการที่ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็น
3. ค้นหาวิธีการทางนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การวิจัยออกเป็น 3 ระยะได้แก่

1. ศึกษาขนาด ผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและปัจจัยที่ส่งผลต่อการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยการวิเคราะห์ฐานข้อมูลยาในโรงพยาบาล
2. ศึกษาสาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
3. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยการประชุมระดมสมองจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลยาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยนอกมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการครอบครองยาเกินจำเป็น (ปริมาณยา >100% ของปริมาณที่จำเป็น) ความชุกของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเกิดขึ้นมากในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการและยาในบัญชีหลักแห่งชาติ แต่มูลค่าความสูญเสียเฉลี่ยต่อรายการในยานอกบัญชีมีมูลค่าสูงกว่ารายการยาในบัญชี ถึง 3 เท่า มีเพียงส่วนน้อยที่ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเกิดจากผู้ป่วยรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

จากการประมาณการณ์ในภาพรวม พบว่าประเทศสูญเสียทางการคลังโดยไม่จำเป็นจากการครอบครองยาเกินจำเป็นประมาณ 2,350 ล้านบาท หรือคิดเป็น 1.75% ของมูลค่าการบริโภคยาในประเทศไทย (National drug account)

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 35 คนพร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ปัญหา สาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็น ได้แก่ ระบบบริการของโรงพยาบาลที่ไม่คำนึงถึงการครอบครองยาเกินจำเป็น สิทธิการรับยาฟรี และรูปแบบของบรรจุภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสำหรับการจ่ายยาให้ตรงจำนวนวัน เป็นต้น ส่วนแนวทางในการแก้ปัญหา เช่น พัฒนาระบบบริการและระบบข้อมูล เป็นต้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวถูกไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ

จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพจำนวน 2 ครั้งและการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ควรได้รับการพิจารณาสำหรับการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. พัฒนาระบบในโรงพยาบาล
 - a. พัฒนาระบบ**บริการ**
 - i. สร้างระบบตรวจสอบปริมาณยาก่อน/หลังพบแพทย์
 - ii. สร้างระบบบริการเติมยา
 - b. พัฒนาระบบ**ข้อมูล**
 - i. สร้างระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบและเตือน
2. รณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักด้านการครอบครองยาเกินจำเป็นแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

การประยุกต์ใช้นโยบายมีข้อเสนอแนะดังนี้

- เนื่องด้วยปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นส่วนใหญ่เกิดในรพ.ขนาดใหญ่ อาจเริ่มนโยบายที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ก่อน
- อาจพิจารณาเริ่มนโยบายในกลุ่มสิทธิสวัสดิการข้าราชการก่อน

หน่วยงานที่ควรพิจารณานำข้อเสนอแนะนี้ไปประยุกต์ใช้ได้แก่

- หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลควรพิจารณานำข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาระบบข้อมูลไปปรับใช้
- กองทุนที่เป็นผู้จ่ายในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะสวัสดิการข้าราชการควรพิจารณานำข้อเสนอแนะไปส่งเสริมให้หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ นำข้อเสนอแนะไปปรับใช้
- องค์กรวิชาชีพ ควรพิจารณานำข้อเสนอแนะการสร้างโครงการรณรงค์ฯ ไปปรับใช้

คำนำ

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมากในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกๆปี ทั้งนี้อาจเกิดได้จากหลายเหตุปัจจัยเช่น ราคายาที่เพิ่มสูงขึ้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย ฯลฯ และหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นคือปัญหายาเหลือใช้

ปัญหาการมียาเหลือใช้ มีสาเหตุอยู่ 2 ส่วนหลักๆคือ การครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบการส่งจ่ายยา และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แม้ว่าทั้ง 2 ส่วนจะมีความสำคัญต่อปัญหายาเหลือใช้ แต่การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นศึกษาในแง่ขนาดและผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นหลัก ส่วนการศึกษาของการครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบส่งจ่ายยายังมีอยู่น้อยมาก

ในปีพุทธศักราช 2553 ได้มีการศึกษาของณรร ชัยญาคุณาพฤกษ์และคณะ ซึ่งได้ทำการศึกษาผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในประเทศไทยพบว่าอัตราการครอบครองยาเกินจำเป็นค่อนข้างสูงและส่งผลกระทบทางการคลังค่อนข้างมาก แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเป็นเพียงการศึกษาในผู้ป่วยบางกลุ่มในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเท่านั้น อีกทั้งยังไม่ได้มีการศึกษาถึงสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น การทำการศึกษาภาพรวมของปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็นทั้งในด้านขนาดของปัญหาและผลกระทบของปัญหาในระดับประเทศการศึกษาสาเหตุของปัญหาและค้นหาแนวทางการลดปัญหาดังกล่าวในเชิงนโยบาย จะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายทั้งในระดับประเทศ และในระดับโรงพยาบาล เช่น กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม ในการแก้ปัญหายาครอบครองเกินจำเป็นได้

คณะผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณพรรณารุณเฑียร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และ ผศ.ดร. รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยฯ ขอขอบคุณชุดข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 3 แห่ง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช). และขอขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ที่ให้ความอนุเคราะห์การสัมภาษณ์ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพจากหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าแสดงความคิดเห็นในการประชุมเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายรวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกด้วย

สุดท้ายคณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส).

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

บทที่ 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดของงานวิจัย	2
ขอบเขตงานวิจัย	3
วัตถุประสงค์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2	4
1. ปัญหาการจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย	4
2. ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น	5
นิยามของการครอบครองยาเกินจำเป็น	5
ขนาดของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น	6
ผลกระทบของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น	7
บทที่ 3	9
ภาพรวมของการศึกษา	9
การศึกษาส่วนที่ 1 การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังฯ	10
การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อศึกษาขนาดและผลกระทบฯในระดับโรงพยาบาล	10
ภาพรวมของการศึกษา	10
สถานที่ทำการศึกษา	11
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	11
ผลลัพธ์ในการศึกษา	11
การวิเคราะห์ข้อมูล	12
การวิเคราะห์การรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	13
ภาพรวมการวิเคราะห์	13
สถานที่ทำการศึกษา	13
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	13
ผลลัพธ์ของการวิเคราะห์	14
การวิเคราะห์ข้อมูล	14
การประมาณมูลค่าความสูญเสียทางการคลังในระดับประเทศ	14
ภาพรวมของการศึกษา	14

แบบจำลองทางคณิตศาสตร์	14
ข้อมูลนำเข้า	16
ผลลัพธ์ของการศึกษา	17
การวิเคราะห์ข้อมูล	17
การศึกษาส่วนที่ 2 การค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น	21
การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาล	21
ภาพรวมการวิเคราะห์ข้อมูล	21
สถานที่ทำการศึกษา	21
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
ผลลัพธ์ในการศึกษา	21
การวิเคราะห์ข้อมูล	22
การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	22
ภาพรวมของการศึกษา	22
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	22
การเก็บข้อมูลและแนวทางการสัมภาษณ์	23
การกำหนดพื้นที่ ระเบียบวิธีการเลือกพื้นที่	23
การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	23
การศึกษาส่วนที่ 3 การ “ร่าง” แนวทางการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย	24
การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	24
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	24
ภาพรวมของการศึกษา	24
การสืบค้นข้อมูล	24
การคัดเลือกการศึกษา	24
การดึงข้อมูล (Data extraction)	25
ผลลัพธ์การศึกษา	25
การวิเคราะห์ข้อมูล	25
การศึกษาส่วนที่ 4 การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	26
การประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ	26
ภาพรวมของการศึกษา	26
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ	26

การดำเนินการจัดประชุมและการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ	27
บทที่ 4	33
ผลการศึกษา	33
การศึกษาส่วนที่ 1 เพื่อเข้าใจขนาดและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ฯ	33
การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อศึกษาขนาดและผลกระทบในระดับโรงพยาบาล	33
ข้อมูลทั่วไป	33
ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็น	35
มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง	40
การวิเคราะห์การรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	45
ข้อมูลทั่วไป	45
ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นในคนที่รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	46
มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง	46
การประมาณมูลค่าความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นในระดับประเทศ	48
การศึกษาส่วนที่ 2 เพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น	50
การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาล	50
ข้อมูลทั่วไป	50
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็น	50
การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	52
ข้อมูลทั่วไป	52
สาเหตุของการได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น	53
สรุปผลการวิเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหาฯ	59
การศึกษาส่วนที่ 3 เพื่อร่างแนวทางการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย	61
การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	61
ข้อมูลทั่วไป	61
ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น	61
สรุปผลการวิเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหาฯ	64
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	65
ข้อมูลทั่วไป	65
ลักษณะพื้นฐานการศึกษาที่ได้รับการคัดเข้า	65
ผลการศึกษา	66

การพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	67
การศึกษาส่วนที่ 4 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	68
การประชุมครั้งที่ 1	68
การเข้าร่วมประชุมของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 1	68
ข้อมูลนำเข้าในการประชุมครั้งที่ 1	68
ผลการประชุมครั้งที่ 1	70
การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก	72
ผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมตอบแบบสอบถาม	72
ผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1	72
ผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2	74
การประชุมครั้งที่ 2	77
การเข้าร่วมประชุมของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 2	77
ข้อมูลนำเข้าในการประชุมครั้งที่ 1	77
ผลการประชุมครั้งที่ 2	80
บทที่ 5	84
ภาคผนวก	97

สารบัญรูป

รูปที่ 1-1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย	2
รูปที่ 2-1 อัตราการเติบโตของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2548	4
รูปที่ 2-2 ค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศปี 2538-2548	5
รูปที่ 2-3 ตัวอย่างของนิยามของการครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบสั่งจ่ายยา	6
รูปที่ 3-1 ภาพรวมของการดำเนินการศึกษา	9
รูปที่ 3-2 ระยะเวลาคัดเลือกและติดตามผู้ป่วยในการศึกษาที่ 1.1	11
รูปที่ 3-3 การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างฐานข้อมูลของ รพ. ศูนย์ในจังหวัดพิษณุโลกและฐานข้อมูลของ สปสช. 13	
รูปที่ 3-4 แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ในการประมาณความสูญเสียทางการคลังของการครอบครองยา เกินจำเป็นในระดับประเทศ	15
รูปที่ 3-5 รายละเอียดการดำเนินการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ	27
รูปที่ 3-6 การเลือกนโยบายทางเลือกในการแก้ปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น	28
รูปที่ 3-7 การร่างแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก	29
รูปที่ 3-8 การดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก	31
รูปที่ 4-1 ขั้นตอนการคัดผู้ป่วยการศึกษาของการศึกษาที่ 1.1	34
รูปที่ 4-2 ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น	35
รูปที่ 4-3 ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นแบ่งตามขนาดโรงพยาบาล	36
รูปที่ 4-4 แนวโน้มปริมาณการมียาครอบครองเกินจำเป็น	36
รูปที่ 4-5 แนวโน้มปริมาณการมียาครอบครองเกินจำเป็น แบ่งตามขนาดโรงพยาบาล	37
รูปที่ 4-6 ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิการรักษา	37
รูปที่ 4-7 ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามรายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	38
รูปที่ 4-8 การวิเคราะห์ความไวของความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็น	38
รูปที่ 4-9 การวิเคราะห์ความไวของความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิการรักษา	39
รูปที่ 4-10 การวิเคราะห์ความไวของความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามรายการยา	39
รูปที่ 4-11 การวิเคราะห์ความไวมูลค่าของความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็น	42

รูปที่ 4-12 การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษาการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	45
รูปที่ 4-13 การครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	46
รูปที่ 4-14 สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น	53
รูปที่ 4-15 ขั้นตอนการคัดเข้าการศึกษาในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	65

สารบัญตาราง

ตารางที่ 3-1 รายการข้อมูลในฐานะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่นำมาใช้	10
ตารางที่ 3-2 ข้อมูลนำเข้าในการประมาณมูลค่าความสูญเสียฯ ระดับประเทศ	18
ตารางที่ 4-1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาที่ 1.1	35
ตารางที่ 4-2 มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามขนาดโรงพยาบาล	40
ตารางที่ 4-3 มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามสิทธิการรักษา	40
ตารางที่ 4-4 มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามสิทธิการรักษาและระดับโรงพยาบาล	41
ตารางที่ 4-5 มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามรายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	41
ตารางที่ 4-6 การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามสิทธิการรักษา	42
ตารางที่ 4-7 การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง <u>เฉลี่ย</u> แบ่งตามสิทธิการรักษา	43
ตารางที่ 4-8 การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง <u>เฉลี่ย</u> แบ่งตามสิทธิการรักษา และระดับโรงพยาบาล	43
ตารางที่ 4-9 การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามรายการยาใน /นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	44
ตารางที่ 4-10 การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง <u>เฉลี่ย</u> แบ่งตาม รายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	44
ตารางที่ 4-11 ข้อมูลทั่วไปผู้ถูกคัดเข้ามาในการศึกษาการรับยาข้ามสถานพยาบาล	45
ตารางที่ 4-12 มูลค่าความสูญเสียฯเปรียบเทียบระหว่าง การรับหรือไม่รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	47
ตารางที่ 4-13 การประมาณความสูญเสียทางการคลังระดับประเทศ	49
ตารางที่ 4-14 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่สาเหตุฯ	50
ตารางที่ 4-15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็น	51
ตารางที่ 4-16 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก	52
ตารางที่ 4-17 ลักษณะพื้นฐานของการศึกษาที่ถูกคัดเข้าในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	66

ตารางที่ 4-18 แนวทางการแก้ปัญหาและบริหารจัดการยาเหลือใช้จาก ข้อเสนอแนะของ Guirguis และคณะ	67
ตารางที่ 4-19 การเข้าร่วมประชุมของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 1	68
ตารางที่ 4-20 ผลการตอบแบบสอบถามการจัดลำดับความสำคัญฯ ครั้งที่ 1	73
ตารางที่ 4-21 ผลการตอบแบบสอบถามการจัดลำดับความสำคัญฯ ครั้งที่ 2	75
ตารางที่ 4-22 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ	76
ตารางที่ 4-23 การเข้าร่วมประชุมของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 2	77
ตารางที่ 4-24 “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	78
ตารางที่ 4-25 บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	80

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศไทยมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นมากในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา โดยมีการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี 2538 เป็นร้อยละ 43 ในปี 2548 และเมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product; GDP) พบว่าอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านยา (ประมาณร้อยละ 7-8 ต่อปี) สูงกว่าอัตราการเติบโตของ GDP (ประมาณร้อยละ 5-6 ต่อปี)¹ ซึ่งนับได้ว่าการอัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านยามีค่อนข้างสูง

ปัญหาการมียาเหลือใช้ของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศที่ส่งผลเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ จากบทสัมภาษณ์ของ รศ. ดร. ธิดา นิงสานนท์ กล่าวไว้ว่าจากการสำรวจของเภสัชกรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้ป่วยจำนวน 700 รายในเขตกรุงเทพฯ มีผู้ป่วยที่มียาเหลือใช้สูงถึง 3-4 เท่าของยาที่ควรจะมี² และส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางการคลังโดยไม่จำเป็น

สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดยาเหลือใช้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนหลักๆคือ การครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบการส่งจ่ายยา และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งแม้ว่าทั้ง 2 ส่วนจะมีความสำคัญต่อปัญหายาเหลือใช้ แต่การศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นศึกษาในแง่ขนาดและผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นหลัก แต่การศึกษาของการครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบส่งจ่ายยายังมีอยู่น้อยมาก

ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบส่งจ่ายยามีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นอย่างไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ Stroupe K. และคณะที่ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มูลค่าการสูญเสียจากค่ายาโดยไม่จำเป็นในผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น คิดเป็น 280,000 เหรียญสหรัฐฯ ในระยะเวลาทำการการศึกษา 3 ปีหรือร้อยละ 14 ของค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งหมดของโรงพยาบาล³ จากการศึกษาของ Kringsman K และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นในประเทศสวีเดน พบว่า มูลค่าการสูญเสียจากค่ายาโดยไม่จำเป็นในผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น คิดเป็น 230,000 เหรียญสวีเดนต่อปี หรือร้อยละ 4.5 ของค่าใช้จ่ายยาทั้งหมด⁴ นอกจากนี้การศึกษาของณรร ชัยญาคุณาฤกษ์และคณะ ซึ่งได้ทำการศึกษาผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย พบว่าอัตราการครอบครองยาเกินจำเป็นแยกตามชนิดของยาอยู่ระหว่างร้อยละ 20-60 และคิดเป็นร้อยละ 3.77 ของต้นทุนยาของโรงพยาบาล⁵ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็นส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวมแต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเป็นเพียงการศึกษาในผู้ป่วยบางกลุ่มในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเท่านั้นอีกทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

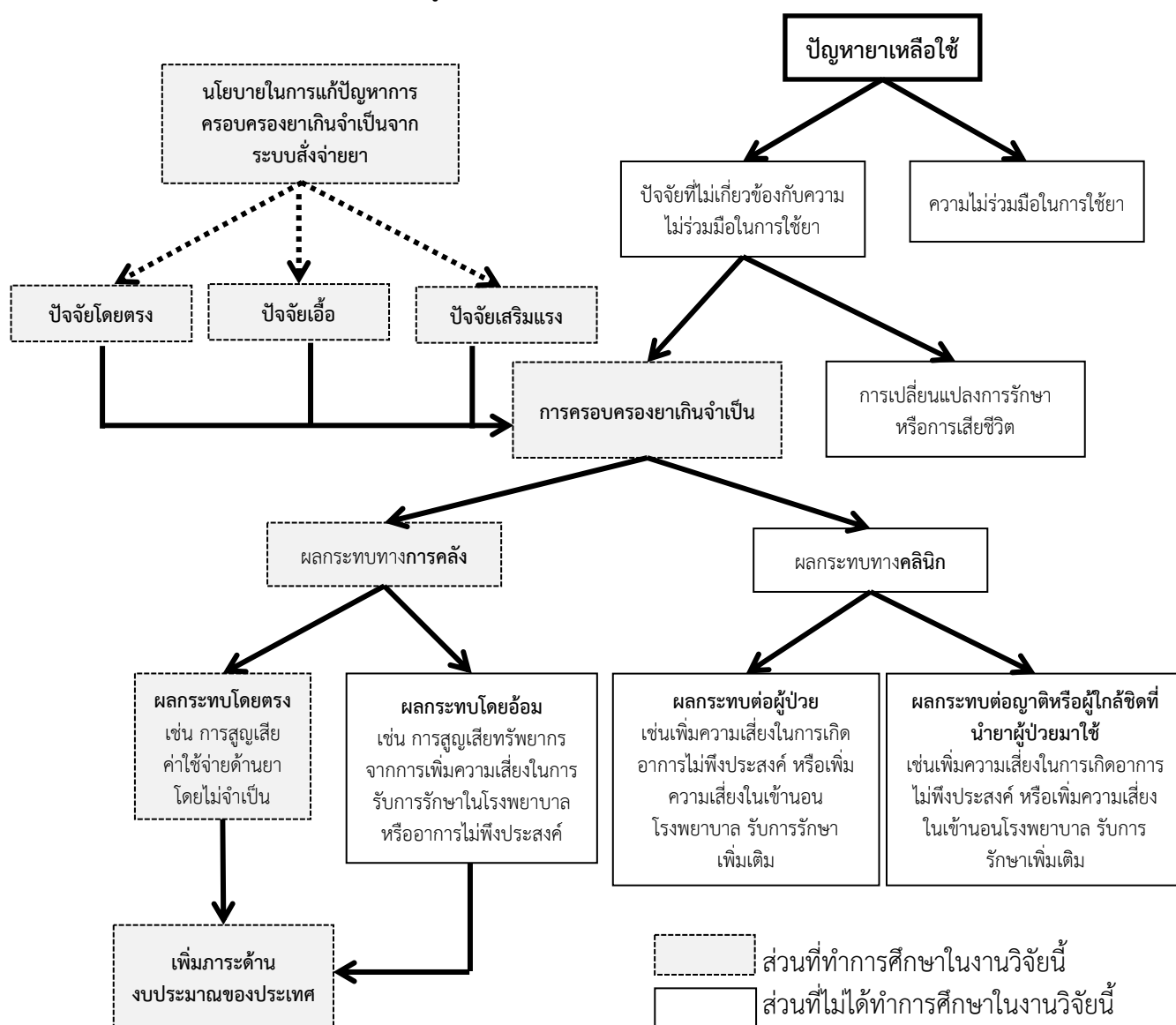
จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น การทำการศึกษากาพรวมของปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็นทั้งในด้านขนาดของปัญหาและผลกระทบของปัญหาในระดับประเทศการศึกษาปัจจัยสาเหตุของปัญหาและค้นหาแนวทางการลดปัญหาดังกล่าวในเชิงนโยบาย น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายทั้งในระดับประเทศและในระดับโรงพยาบาล เช่น กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม ในการแก้ปัญหาครอบครองยาเกินจำเป็นได้

กรอบแนวคิดของงานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านปัญหายาเหลือใช้พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหายาเหลือใช้แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วนคือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การหยุดใช้ยาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรักษาหรือการเสียชีวิต และการครอบครองยาเกินจำเป็น⁶ ซึ่งปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นส่งผลกระทบใน 2 ส่วนคือผลกระทบทางการคลังและผลกระทบทางคลินิกทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยที่ผลกระทบโดยตรงทางการคลังเกิดจากมูลค่าความสูญเสียจากค่ายาที่มีการครอบครองเกินจำเป็น ในขณะที่ผลกระทบโดยอ้อมทางการคลังเกิดจากการสูญเสียทรัพยากรจากการเพิ่มความเสี่ยงในการรับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออาการไม่พึงประสงค์³

ผลกระทบทางคลินิกโดยตรงที่เกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นอาจจะเพิ่มความเสี่ยงในการเข้านอนโรงพยาบาลและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้³ ในขณะที่ผลกระทบดังกล่าวก็อาจเกิดในทางอ้อมกับญาติผู้ป่วยที่นำยาที่ผู้ป่วยได้รับการครอบครองเกินจำเป็นไปใช้อย่างไม่เหมาะสมได้เช่นกัน^{3, 6}

นอกจากนั้นนโยบายต่างๆที่ใช้ในการแก้ปัญหาจะส่งผลกระทบต่อปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ดังแสดงรูปที่ 1-1



รูปที่ 1-1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

ขอบเขตงานวิจัย

จากกรอบแนวคิดของงานวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตงานวิจัยไว้โดยแบ่งเป็นออกเป็น 3 ส่วน(แสดงในรูปที่ 1-1) ได้แก่

1) ผู้วิจัยจะทำการศึกษาเฉพาะผลกระทบทางการคลังโดยตรงจากการครอบครองยาเกินจำเป็นเท่านั้นโดยไม่ได้ทำการศึกษาในส่วนผลกระทบทางการคลังโดยอ้อมและผลกระทบทางคลินิก เนื่องจากการศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อแสดงให้เห็นผู้กำหนดนโยบายทราบและเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งการวิเคราะห์ในแง่มุมทางการคลังจะส่งผลให้ผู้กำหนดนโยบายเห็นความสำคัญของปัญหาได้ชัดเจน และผลกระทบทางคลินิกจากปัญหานี้ได้มีการศึกษาในประเทศไทยและได้รับการตีพิมพ์ไว้แล้ว⁷

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อัตราการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลร่วมด้วยเนื่องจากเป็นความจริงที่ว่าผู้ว่าแต่ละรายอาจไม่ได้รับบริการที่สถานพยาบาลแห่งเดียวซึ่งการวิเคราะห์อัตราการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลจะช่วยให้การประมาณขนาดและผลกระทบทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นถูกต้องมากขึ้น

2) ผู้วิจัยจะทำการศึกษาปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยใช้มุมมองของทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ

3) ผู้วิจัยจะทำการค้นหาวิธีการแก้ปัญหาทั้งในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นในระดับประเทศ
2. เพื่อค้นหาสาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบและเข้าใจปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นในภาพรวมและสามารถหาแนวทางที่เหมาะสมในเชิงนโยบายเพื่อลดอัตราการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดความสูญเสียทางทางการคลังโดยไม่จำเป็นอันเกิดเนื่องจากการมียาครอบครองเกินจำเป็น และลดสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศได้

บทที่ 2

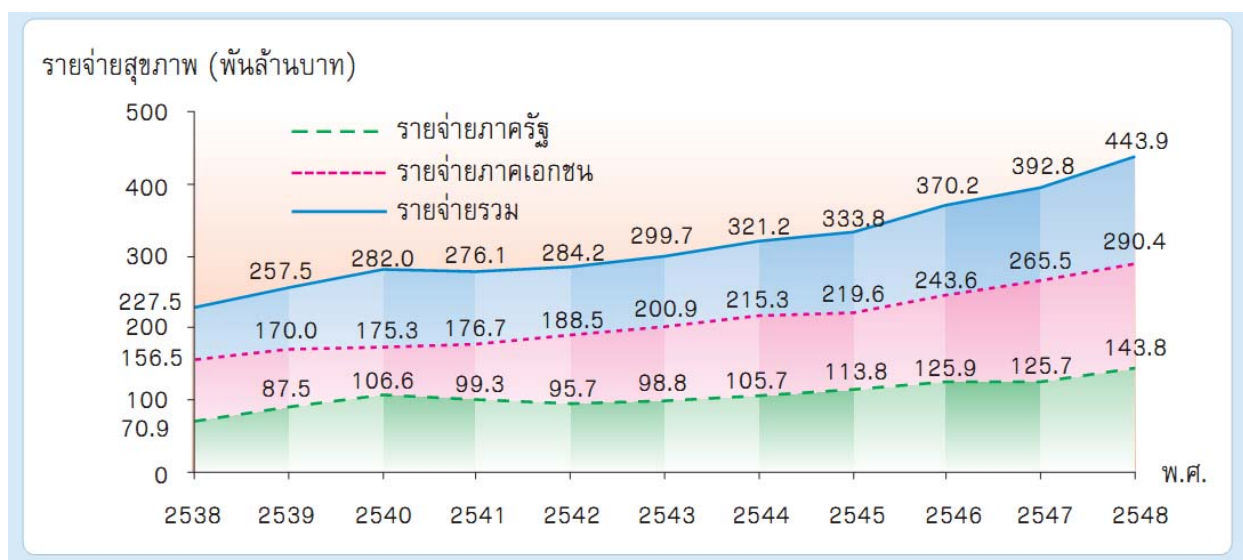
ทบทวนวรรณกรรม

จากที่มาและความสำคัญของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบส่งจ่ายยาซึ่งเป็นปัญหาที่ค่อนข้างมีความสำคัญกับระบบสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยและการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยจะประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. ปัญหาการจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย
2. ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น ประกอบด้วย
 - 2.1. นิยามของการครอบครองยาเกินจำเป็น
 - 2.2. ขนาดของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น
 - 2.3. ผลกระทบของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

1. ปัญหาการจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย

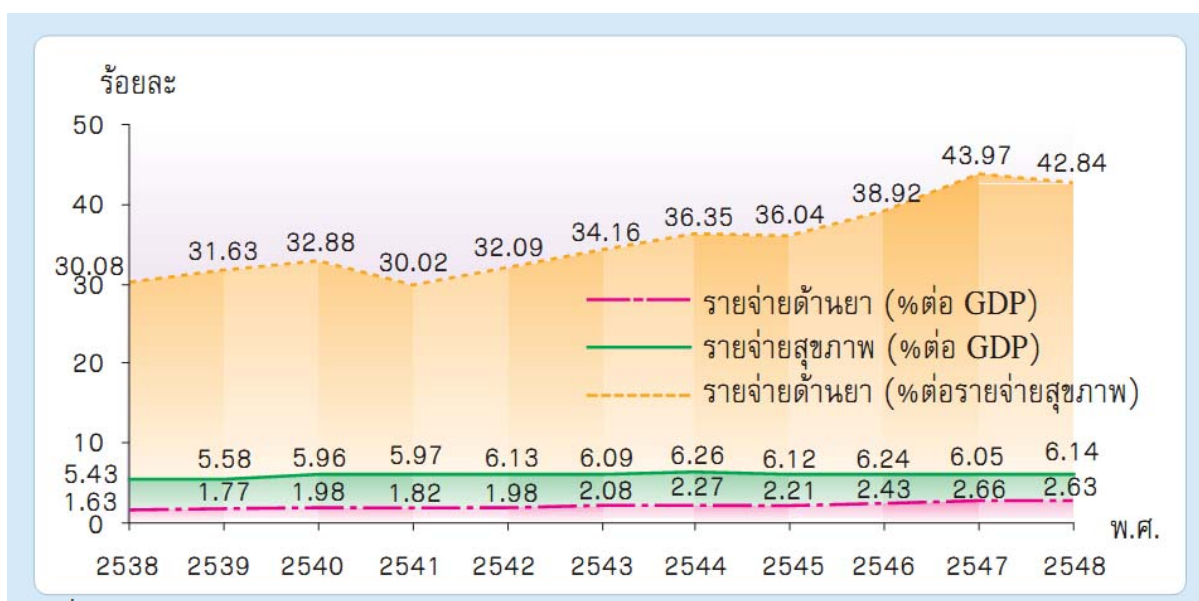
ปัญหาด้านการจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นในทุกๆ ปีเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีรายงานว่าการจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากประมาณ 25,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2523 เป็นประมาณ 430,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 17.2 เท่า¹ ดังแสดงในรูปที่ 2-1 ซึ่งนับได้ว่าเป็นการจ่ายด้านสุขภาพที่ค่อนข้างสูงมาก เมื่อพิจารณาการจ่ายด้านสุขภาพต่อประชากรพบว่า การจ่ายต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นจาก 545 บาทต่อคนเป็น 6,994 บาทต่อคน หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 12.8 เท่า¹ หรือหากเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product; GDP) พบว่าการจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในอัตราเฉลี่ยสูงกว่า GDP ประมาณร้อยละ 2 ต่อปี โดยที่การจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.7 ต่อปี ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 5.7 ต่อปี¹



รูปที่ 2-1 | อัตราการเติบโตของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2548

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียพบว่าร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของประเทศไทยมีสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชีย

สาเหตุของรายจ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่มาจากรายจ่ายด้านยา มีรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2548 รายจ่ายด้านยาสูงถึงร้อยละ 42.8 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด¹ นับได้ว่ารายจ่ายด้านยา มีอัตราที่สูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ นอกจากนี้อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายด้านยาอยู่ที่ประมาณร้อยละ 7-8 ต่อปี ซึ่งสูงกว่าอัตราการเติบโตของ GDP ที่ประมาณร้อยละ 5-6 ต่อปี¹ (รูปที่ 2-2) ซึ่งนับได้ว่าค่อนข้างสูงมากเช่นกัน



รูปที่ 2-2 | ค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศปี 2538-2548

สาเหตุที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมีอยู่หลายประการทั้งการเพิ่มขึ้นของราคายาที่สูงขึ้นในทุกๆปี การเพิ่มขึ้นของปริมาณการใช้ยา และปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้มีรายจ่ายด้านยาสูงขึ้นและเป็นรายจ่ายที่ไม่จำเป็นได้แก่ ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

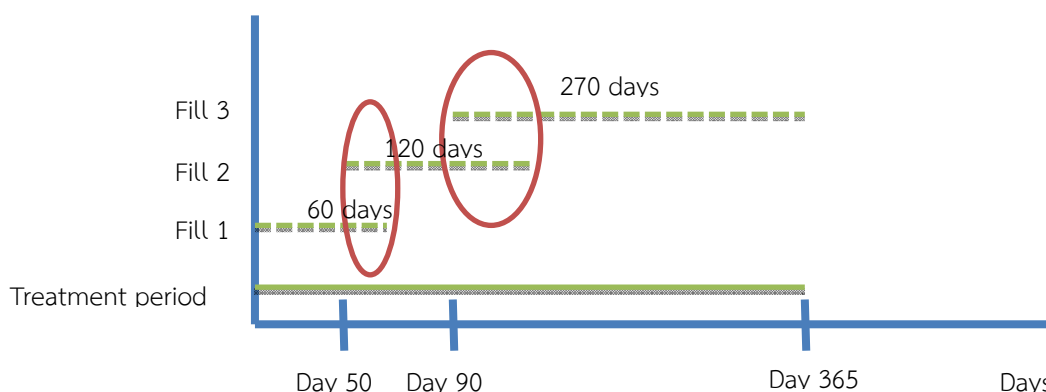
2. ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

2.1 นิยามของการครอบครองยาเกินจำเป็น

ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในมุมมองของสถานพยาบาลที่มีการสั่งจ่ายยาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ โดยไม่รวมถึงการครอบครองยาเกินจำเป็นในมุมมองที่ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็นอันเกิดจากการปรับเปลี่ยนการรักษาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งทำการรักษาโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งโดยเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 365 วัน ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษและได้รับยาทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่สามารถใช้ได้ 60 วัน ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่สามารถใช้ได้ 120 วัน และครั้งที่ 3 ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่สามารถใช้ได้ 270 วัน โดยรวมแล้วผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาที่สามารถใช้ได้เป็นจำนวน 450 วัน

แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาจริงเป็นจำนวนเพียง 365 ผู้ป่วยรายนี้จึงจัดได้ว่ามีการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งเกิดเนื่องจากการสั่งจ่ายยาของสถานพยาบาลที่มากกว่าจำนวนที่ผู้ป่วยต้องการจริง ดังแสดงรูปที่ 2-3



รูปที่ 2-3| ตัวอย่างของนิยามของการครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบสั่งจ่ายยา

2.2ขนาดของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

การศึกษาในต่างประเทศ

ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่ทำให้รายจ่ายด้านยาเพิ่มขึ้น มีการศึกษาหลายๆการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นที่มีค่อนข้างมากและส่งผลต่อความสูญเสียทางการคลังค่อนข้างสูง

การศึกษาการครอบครองยาเกินจำเป็นของผู้ป่วยในประเทศสวีเดนที่ทำการศึกษาทั้งในผู้ป่วยนอกทั่วไปโรคมะเร็ง โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 22-30 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีการครอบครองยามากกว่าร้อยละ 120 ของยาที่มีความจำเป็นต้องใช้⁸⁻¹⁰

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษการครอบครองยาเกินจำเป็นในผู้ป่วยนอกทั่วไปโดยรวม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30-47 มีการครอบครองยามากกว่าร้อยละ 120 ของปริมาณยาที่จำเป็นต้องได้รับ^{3, 11-13}

จากการศึกษาทั้งหมดข้างต้นสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นอยู่ระหว่างร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาทั้งหมด หรือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งนับได้ว่าค่อนข้างเป็นปัญหาใหญ่ของระบบสุขภาพ นอกจากนี้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นยังเกิดขึ้นในผู้ป่วยหลายๆกลุ่มดังเช่นการศึกษาที่แสดงข้างต้น ที่ทำการศึกษาทั้งในผู้ป่วยแบบไม่เฉพาะเจาะจงโรค ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหอบหืดหรือโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง แต่ความชุกของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นไม่ได้แตกต่างกันมากนัก

2.3 ผลกระทบของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

นอกจากมีการศึกษาขนาดของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นแล้ว ยังมีการศึกษาอีกหลายการศึกษาที่ศึกษาผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นทั้งในด้านความสูญเสียทางการเงินและผลกระทบทางคลินิกด้วยเช่นกัน

การศึกษาในต่างประเทศ

การศึกษาของKingsman K ที่ทำการศึกษาผลกระทบทางการเงินของการครอบครองยาเกินจำเป็น พบว่ามีผู้ป่วย 800 คนจากทั้งหมด 3,636 คน (22%) ที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น และมีความสูญเสียทางการเงินคิดเป็น 31,000 เหรียญสหรัฐ หรือคิดเป็นร้อยละ 4.5 ของมูลค่าการส่งจ่ายยาทั้งหมด⁴ ในขณะการศึกษาของ Stroupe KT และคณะ ที่ทำการศึกษาก่อนการส่งจ่ายยาและผลกระทบของการส่งจ่ายยามากเกินจำเป็นต่อการเข้านอนโรงพยาบาลและต้นทุนค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้ข้อมูลการรับยาในยา 12 กลุ่มที่ใช้สำหรับโรคเรื้อรัง เช่นยาในกลุ่มโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด ยาระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน เป็นต้น โดยทำการศึกษาเป็นเวลา 3 ปี ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยมากถึง 1,940 คนจาก 4,164 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 47 ที่มีการครอบครองยามากกว่า 120% ของปริมาณยาที่ควรจะได้รับ และในกลุ่มผู้ป่วยที่มียาครอบครองเกินจำเป็นมีความสูญเสียทางการเงินเฉพาะค่ายาสูงถึง 279,084 เหรียญสหรัฐ⁵ ในระยะเวลา 3 ปีหรือคิดเป็น 144 เหรียญสหรัฐต่อคน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นเพิ่มความเสี่ยงในการเข้านอนในโรงพยาบาลเป็น 1.63 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสม(odd ratio (OR) 1.63; 95% confident interval (CI) 1.40-1.89)³

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแบบเลือกผู้ป่วยเฉพาะโรคมาทำการศึกษา โดยการศึกษาของ Stroupe KT และคณะ ที่ทำการศึกษาก่อนการส่งจ่ายยาและผลกระทบของการส่งจ่ายยามากเกินจำเป็นต่อการเข้านอนโรงพยาบาลและต้นทุนค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่ม Uncomplicated และ Complicated hypertension ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่ม Uncomplicated hypertension มีการครอบครองยาเกินจำเป็นจำนวน 1,366 คนจากทั้งหมด 3,402 คน (40%) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาอย่างเหมาะสม 11%(11% 95%CI 6-16%) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมีความเสี่ยงในการเข้านอนโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาอย่างเหมาะสม 11% (OR 1.11;95%CI 1.05-1.17) ส่วนผู้ป่วยในกลุ่ม Complicated hypertension พบว่ากลุ่ม Complicated hypertension มีการครอบครองยาเกินจำเป็นจำนวน 684 คนจากทั้งหมด 1,758 คน (39%) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาอย่างเหมาะสม 11%(11% 95%CI 5-18%) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมีความเสี่ยงในการเข้านอนโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาอย่างเหมาะสม 16% (OR 1.16;95%CI 1.10-1.22)¹¹

ในขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง มีการครอบครองยาเกินจำเป็น และมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสมกว่า 18%(18% 95%CI; 7%-30%) และมีความเสี่ยงในการเข้านอนโรงพยาบาลสูงกว่าประมาณ 2 เท่า (OR 2.00 95%CI; 1.7-2.4)¹²

การศึกษาในประเทศไทย

นอกจากการศึกษาในต่างประเทศแล้ว ยังมีการศึกษาในประเทศไทยอยู่บางส่วนที่ได้ขนาดและผลกระทบทางการเงินของการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยที่การศึกษาของศาสตราจารย์สมิง เก้าเจริญ และ

คณะได้ทำการศึกษาผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยให้คำจำกัดความว่าการครอบครองยาเกินจำเป็นหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าที่ต้องการเกิน 30 วัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าในเดือนกันยายน 2009 มีผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นร้อยละ 5.89 และมีความสูญเสียทางการคลัง 4.7 ล้านบาท และเมื่อทำการวิเคราะห์ความสูญเสียทางการคลังตลอดปีงบประมาณ 2009 พบว่ามีความสูญเสียจากการครอบครองยาเกินจำเป็น 62 ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 2.6 จากมูลค่าการจ่ายยาผู้ป่วยนอกทั้งหมด¹⁴

การศึกษาของรองศาสตราจารย์ ญธร ชัยญาคุณพฤษ และคณะ ได้ทำการศึกษาผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นในยาจำนวน 5 รายการที่มีมูลค่าการส่งจ่ายยาสูงในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นเฉลี่ยร้อยละ 42.7 และมีมูลค่าการสูญเสียทางการคลังจากยาทั้ง 5 รายการประมาณ 1 ล้านบาท⁵

การศึกษาของ ปิยะเมธ ดิลกธรสกุลและคณะ ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากการครอบครองยาเกินจำเป็นต่อการเข้านอนโรงพยาบาลและมูลค่าความสูญเสียทางการคลังในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 1.6 ของผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมีแนวโน้มที่จะเข้านอนในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสม (adjusted hazard ratio 3.19; 95%CI 0.66-15.47) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสมประมาณ 3,000 บาท/คน/ปี⁷

จากการศึกษาทั้งหมดข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นปัญหาที่ค่อนข้างใหญ่ในระบบสาธารณสุข ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในแง่ของการเพิ่มความเสี่ยงในการเข้านอนโรงพยาบาลและส่งผลกระทบต่อประเทศในการสูญเสียทรัพยากรไปโดยไม่จำเป็นจากที่ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศไทยที่มีเป็นเพียงการศึกษาในผู้ป่วยบางกลุ่มในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาที่ประมาณการผลกระทบในภาพใหญ่ของประเทศ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งนับเป็นช่องว่างความรู้ที่สำคัญ ดังนั้นการเข้าใจปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น มูลค่าความสูญเสียทางการคลังในภาพรวมของประเทศ สาเหตุของปัญหาจะสามารถช่วยให้แก้ปัญหการครอบครองยาเกินจำเป็นได้อย่างเหมาะสม และสามารถลดรายจ่ายอันเนื่องมาจากการครอบครองยาเกินจำเป็นได้

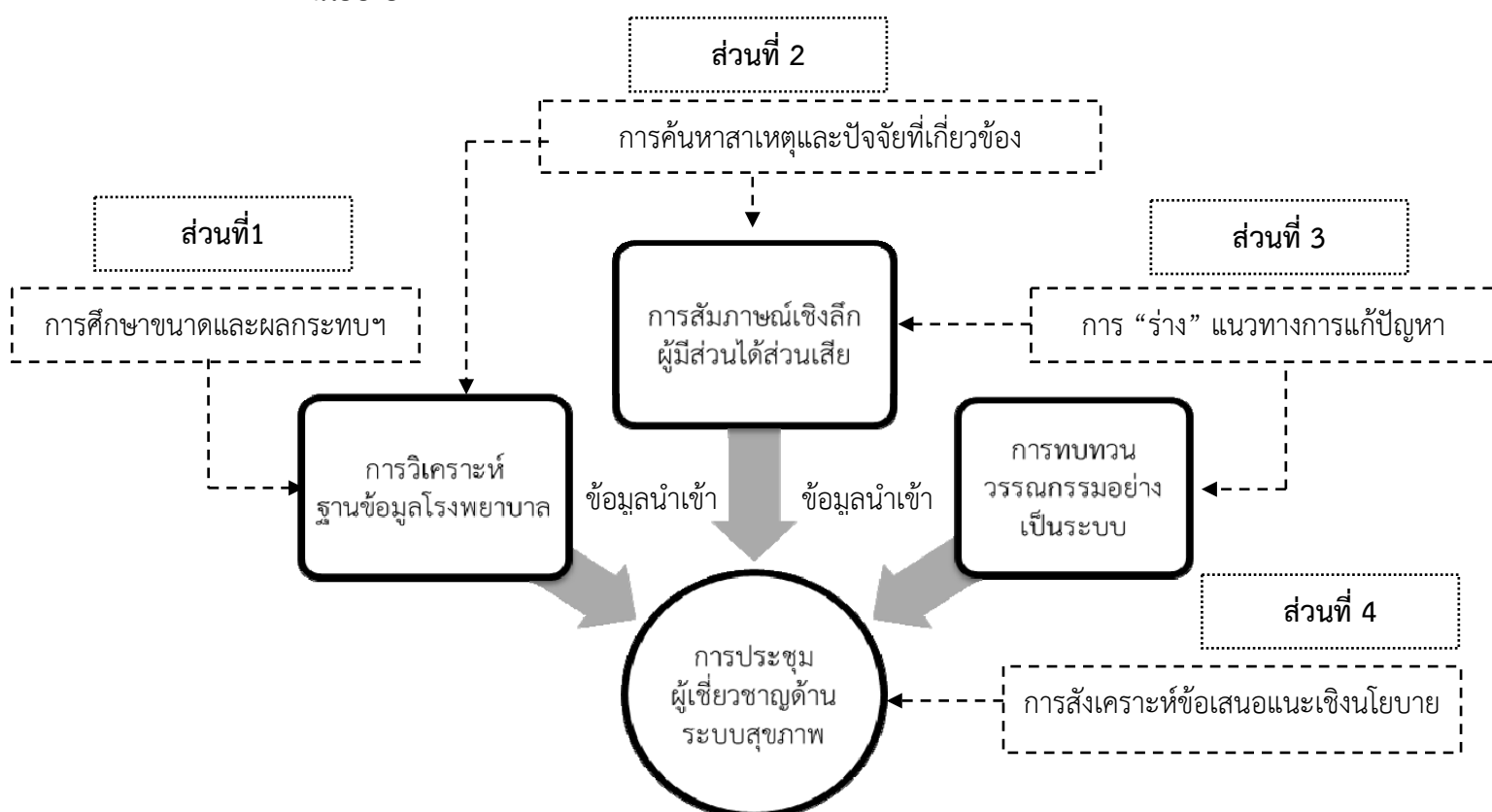
บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

ภาพรวมของการศึกษา

จากกรอบแนวคิดในการทำการศึกษานี้ (รูปที่ 1-1) ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาล สำหรับการเข้าใจขนาดและผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นซึ่งจะประกอบด้วย
 - 1.1) การศึกษาขนาดและผลกระทบในระดับโรงพยาบาล
 - 1.2) การศึกษาการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล และ
 - 1.3) การประมาณมูลค่าความสูญเสียทางการคลังในระดับประเทศ
2. การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับการค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น
3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการ “ร่าง” แนวทางการแก้ปัญหาเชิงนโยบายเพื่อการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
4. การประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพเป็นเครื่องมือสำหรับการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



รูปที่ 3-1 | ภาพรวมของการดำเนินการศึกษา

การศึกษาส่วนที่ 1 | การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังฯ

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเป็นเครื่องมือในการเข้าใจขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นซึ่งจะประกอบด้วย

- 1.1 การศึกษาขนาดและผลกระทบในระดับโรงพยาบาล
- 1.2 การศึกษาการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล และ
- 1.3 การประมาณมูลค่าความสูญเสียทางการคลังในระดับประเทศ

1.1 การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อศึกษาขนาดและผลกระทบในระดับโรงพยาบาล

ภาพรวมของการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 มิถุนายน 2554 โดยทำการวิเคราะห์ผลกระทบทางการคลังโดยตรงจากการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งคิดจากมูลค่ายาส่วนเกินที่เสียไป (Financial burden) ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการครอบครองยาเกินจำเป็นในมุมมองของรัฐบาล (Government perspective) โดยข้อมูลที่น่ามาใช้ดังตารางที่ 3-1

ตารางที่ 3-1 | รายการข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่น่ามาใช้

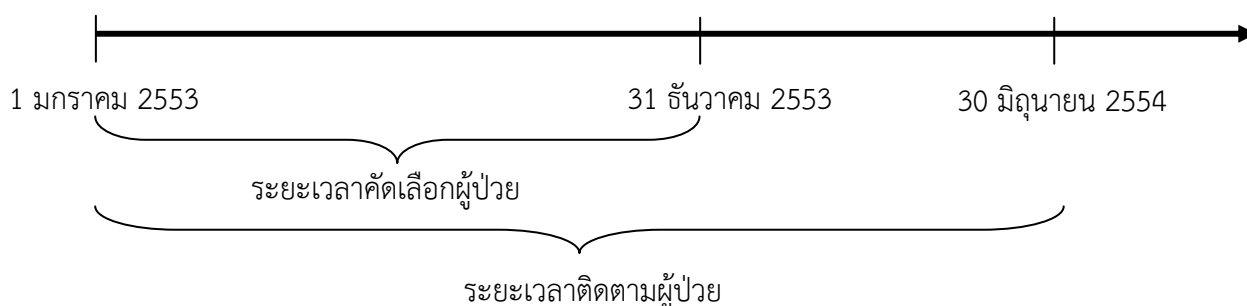
Variables	Storage type	Meaning
Patient identifier (PID)	String	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ (Hospital number)
ICD-10	String	รหัสโรค International classification of disease version 10
Date of birth	Date	วัน เดือน ปีเกิด
Sex	String	เพศ
Insurance schemes	String	สิทธิการรักษาพยาบาล
Date order	Date	วันที่สั่งจ่ายยา
Drugname	String	ชื่อสามัญ และความแรง
Drugcode	Numeric	รหัสยา
Unit	String	รูปแบบยา
Dose	Numeric	ขนาดการใช้ยาต่อครั้ง
Frequency	Numeric	ความถี่ในการใช้ยาต่อวัน
Quantity	Numeric	ปริมาณทั้งหมดที่สั่งจ่าย
Drugcost	Numeric	ต้นทุนยาต่อหน่วย

สถานที่ทำการศึกษา

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 2 แห่งในจังหวัดพิษณุโลกและจังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิษณุโลกจำนวน 1 แห่ง

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553 จะใช้ติดตามข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่มเลือกแต่อย่างใด การติดตามข้อมูลจะติดตามข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการคัดเข้าการศึกษาจนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2554 ดังรูปที่ 3-2



รูปที่ 3-2 | ระยะเวลาคัดเลือกและติดตามผู้ป่วยในการศึกษาที่ 1.1

เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งการครอบครองยาเกินจำเป็นมีโอกาสเกิดได้มากในยาที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ที่บ้าน เป็นยาที่บริหารแบบรับประทานและมีการสั่งจ่ายแบบให้รับประทานอย่างต่อเนื่องผู้วิจัยจึงเลือกใช้เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าการศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยได้รับยาในรูปแบบยารับประทานชนิด Solid form
2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่เข้าการศึกษตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553
3. ได้รับยาชนิดเดียวกันอย่างน้อย 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เฉพาะยาที่อยู่ในรูปแบบยารับประทานที่เป็น Solid form ทั้งที่เป็นยาสำหรับโรคเรื้อรังและยาสำหรับโรคฉุกเฉิน แต่ไม่ได้มีการสั่งจ่ายแบบให้ใช้ยาทันที (STAT) หรือใช้เมื่อมีอาการ (PRN)

ผลลัพธ์ในการศึกษา

ผลลัพธ์ของการศึกษา คือความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็น และมูลค่าความสูญเสียทางการคลังในผู้ป่วยกลุ่มที่มียาครอบครองเกินจำเป็นซึ่งคำนวณจากจำนวนเม็ดยาที่ครอบครองเกินจำเป็นคูณกับมูลค่ายา

การมียาครอบครองเกินจำเป็น วัดได้จากอัตราการครอบครองยา (Medication possession ratio : MPR) ซึ่ง อัตราการครอบครองยา หมายถึงการวัดการครอบครองยาโดยการเปรียบเทียบระหว่างยาที่ผู้ป่วย

ได้รับจริง กับยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในระหว่างช่วงเวลาที่ทำการรักษา ซึ่งวิธีในการคำนวณจะนำจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด หารด้วยจำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับในช่วงเวลาที่ศึกษาอยู่ในการศึกษา โดยที่จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับจะคำนวณจากจำนวนเม็ดยาตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยได้รับถึงวันสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้รับรวมกับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับยาในวันสุดท้าย^{3, 5, 7, 15-18}

$$\text{อัตราการครอบครองยา(MPR)} = \frac{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับทั้งหมด}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยสมควรจะได้รับในช่วงเวลาที่ศึกษาอยู่ในการศึกษา}}$$

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดให้การมียาครอบครองเกินจำเป็นหมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีอัตราการครอบครองยามากกว่า 1.0 (MPR >1.0) ซึ่งเป็นนิยามในการวิเคราะห์หลักโดยผู้วิจัยเลือกกำหนดนิยามดังกล่าวขึ้นตามหลักการที่ว่า การมียาครอบครองเกินกว่าจำนวนที่ผู้ป่วยควรจะได้รับแม้เพียงเม็ดเดียว นับเป็นการมียาครอบครองเกินจำเป็น

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังกำหนดค่านิยามเชิงปฏิบัติการของค่าต่างๆ ไว้ดังนี้

- ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นหมายถึง สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราการครอบครองยามากกว่า 1.0 (MPR >1.0) เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยา
- มูลค่าความสูญเสียทางการคลังหมายถึงผลคูณของจำนวนเม็ดยาที่ครอบครองเกินจำเป็นกับต้นทุนยา (ราคาซื้อยาของโรงพยาบาล) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกวิเคราะห์มูลค่าความสูญเสียฯ จากราคาซื้อยาเนื่องจาก การศึกษานี้ศึกษาในมุมมองของภาครัฐ การใช้วิเคราะห์มูลค่าจากราคาซื้อจะทำให้สะท้อนมูลค่าความสูญเสียของภาครัฐได้ถูกต้องและชัดเจนกว่าการใช้ราคาขาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ความชุกของผู้ป่วยที่มียาครอบครองเกินจำเป็นและมูลค่าความสูญเสียทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นในระดับโรงพยาบาลโดยจะทำการวิเคราะห์การครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล สิทธิการรักษาพยาบาล และรายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) โดยเปลี่ยนเกณฑ์การมียาครอบครองเกินจำเป็น จากเดิมที่กำหนดไว้ในการวิเคราะห์หลักว่า การมียาครอบครองเกินจำเป็นหมายถึงการมี MPR>1.0 เป็นการมี MPR> 1.05, MPR>1.10, และ MPR>1.20 ตามลำดับและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแสดงผลความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นและมูลค่าความสูญเสียทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยใช้ค่าจำกัดความต่างๆ ที่ระบุข้างต้น

1.2 การวิเคราะห์การรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

ภาพรวมการวิเคราะห์

เป็นการวิเคราะห์อัตราการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล โดยนำข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดพิษณุโลกที่มีการรับยาต่อเนื่องไปเชื่อมโยงข้อมูลการรับยาในสถานพยาบาลทั้งประเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้การวิเคราะห์นี้ไม่ได้รวมข้อมูลการเข้ารับบริการในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากข้อมูลของ สปสช. ในขณะที่ยื่นข้อมูล (เดือนธันวาคม 2554) ยังไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของกรุงเทพมหานครกับจังหวัดอื่นๆในประเทศได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของกรุงเทพมหานครได้

สถานที่ทำการศึกษา

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการรับยาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดพิษณุโลกโดยเชื่อมต่อข้อมูลการรับบริการกับฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทุกสิทธิในสถานพยาบาลภาครัฐ

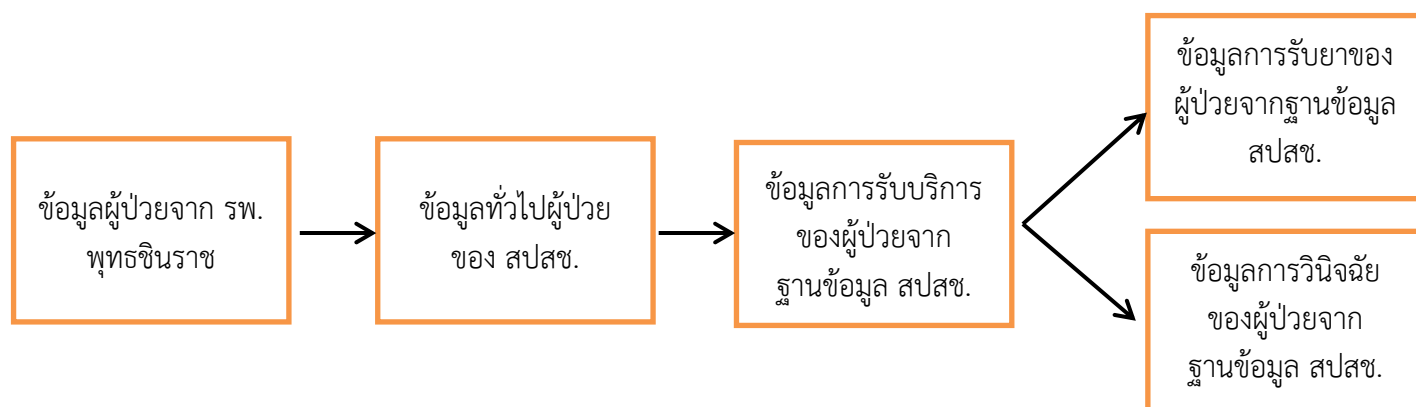
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคเรื้อรังจากฐานข้อมูลรับยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดพิษณุโลก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยได้รับยาในรูปแบบยาโรคเรื้อรังชนิดรับประทานในรูปแบบSolid form
2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่เข้าการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553
3. ได้รับยาชนิดเดียวกันอย่างน้อย 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน

จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลเลขประจำตัวผู้ป่วย (Patient Identification code) ไปเชื่อมต่อกับข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยข้อมูลที่ขอจาก สปสช. ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Persons) ข้อมูลการรับบริการ (Services) ข้อมูลการวินิจฉัย (Diagnosis) และข้อมูลการรับยา (Drugs)



รูปที่ 3-3 | การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างฐานข้อมูลของ รพ. ศูนย์ในจังหวัดพิษณุโลกและฐานข้อมูลของ สปสช.

ผลลัพธ์ของการวิเคราะห์

ผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ คือความชุกของผู้ป่วยที่รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นแบ่งแยกตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล และมูลค่าความสูญเสียทางการคลังแบ่งแยกตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้สถิติเชิงบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลความชุกของผู้ป่วยที่รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น(MPR>1.0) แบ่งแยกตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล และมูลค่าความสูญเสียทางการคลังแบ่งแยกตามกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) โดยเปลี่ยนเกณฑ์การมียาครอบครองเกินจำเป็น จากเดิมที่กำหนดไว้ในการวิเคราะห์หลักว่า การมียาครอบครองเกินจำเป็นหมายถึงการมี MPD>1.0 เป็นการมี MPD> 1.05, MPD>1.10, และ MPD>1.20 ตามลำดับ

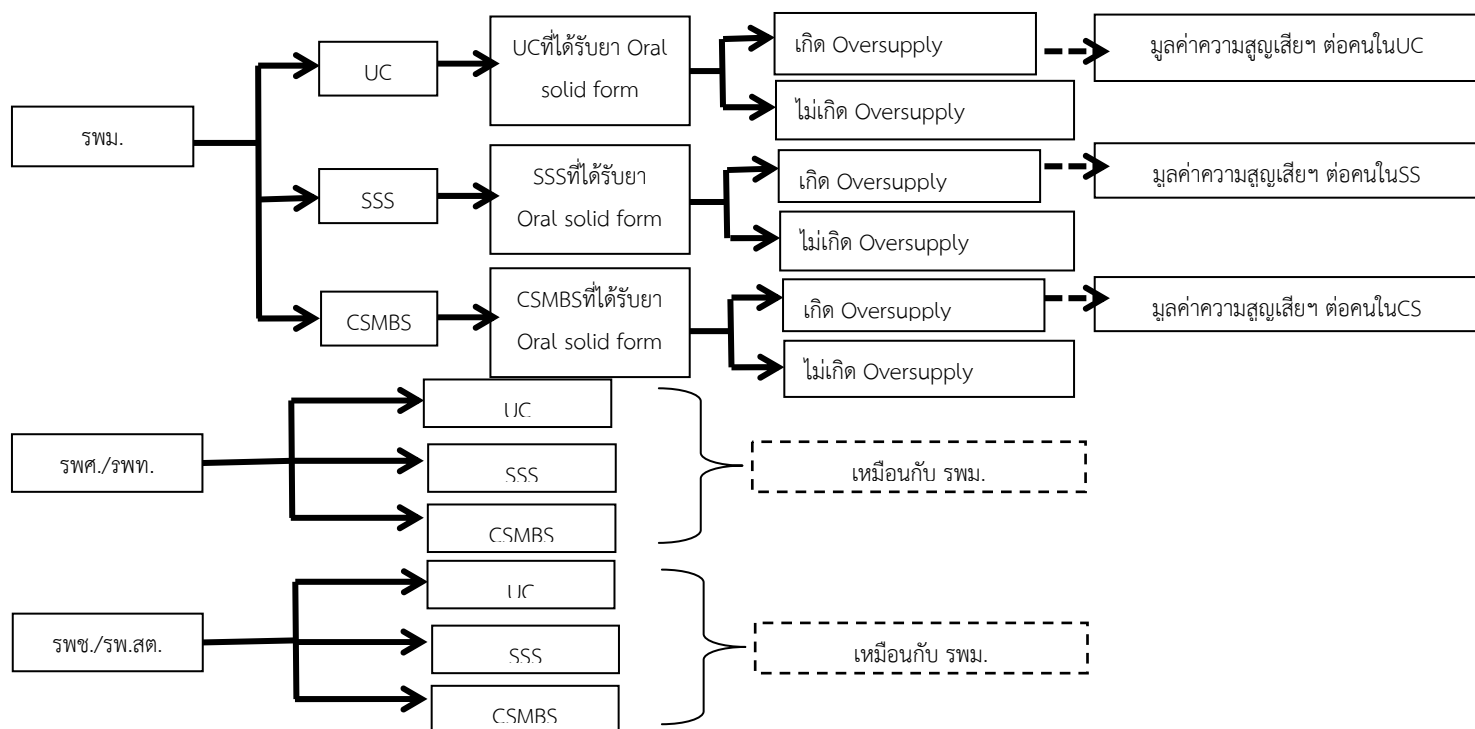
1.3การประมาณมูลค่าความสูญเสียทางการคลังในระดับประเทศ

ภาพรวมของการศึกษา

การศึกษานี้ทำการประมาณค่าความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นจากข้อมูลในระดับโรงพยาบาลสู่ระดับประเทศด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ โดยใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์มูลค่าความสูญเสียทางการคลังในระดับโรงพยาบาลที่ได้จากการการศึกษาที่ 1.1 (การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อศึกษาขนาดและผลกระทบในระดับโรงพยาบาล)ร่วมกับจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดของประเทศโดยใช้ข้อมูลจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

แบบจำลองทางคณิตศาสตร์

การประมาณมูลค่าความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นของประเทศไทยในมุมมองรัฐบาลใช้หลักการคำนวณตามหลักของค่าที่คาดว่าจะเป็น (expected value)โดยอาศัยหลักการของผลคูณระหว่างความน่าจะเป็น (probability) กับผลลัพธ์ (payoff) การศึกษานี้ใช้แบบจำลองที่มีลักษณะคล้ายแบบจำลองเพื่อช่วยการตัดสินใจ (decision tree) แต่แบบจำลองที่สร้างขึ้นมานี้ไม่ได้มีไว้เพื่อช่วยการตัดสินใจ หากแต่เป็นแบบจำลองที่ใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ มาคำนวณตามหลักของการคำนวณค่าที่คาดว่าจะเป็น



รูปที่ 3-4 |แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ในการประมาณความสูญเสียทางการคลังของการครอบครองยา
เกินจำเป็นในระดับประเทศ

แบบจำลองนี้ประมาณมูลค่าความสูญเสียทางการคลังโดยคำนึงถึงปัจจัยสำคัญสองอย่างซึ่งมีผลต่อมูลค่าฯ ปัจจัยที่หนึ่งคือระดับของสถานพยาบาล ปัจจัยที่สองคือสิทธิการรักษา เนื่องจาก จากการศึกษารายงานที่ 1.1 พบว่า มูลค่าความสูญเสียฯ และความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นขึ้นกับสิทธิและระดับสถานพยาบาล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงคำนึงถึงปัจจัยทั้งสองในการประมาณการณ์ในแบบจำลอง

จากรูปที่ 3-4 ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลแต่ละประเภท และแต่ละสิทธิการรักษา มาเป็นตัวแปรนำเข้าหลักของแบบจำลอง (ข้อมูลนำเข้าระดับโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน/สถานอนามัย ในแง่สิทธิการรักษา ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 สิทธิได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ) แต่เนื่องด้วยข้อมูลจำนวนผู้รับบริการที่ได้รับมาจาก สปสช. เป็นข้อมูลที่มารับบริการในแต่ละสถานพยาบาล จากความจริงที่ว่าผู้ป่วยสามารถรับบริการข้ามสถานพยาบาลได้ จึงมีความเป็นไปได้ว่าหากนับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดด้วยการรวมจำนวนผู้รับบริการจากสถานพยาบาลทุกแห่ง จะก่อให้เกิดปัญหาการนับจำนวนผู้ป่วยซ้ำ (Double counting) ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการปรับลดจำนวนผู้ป่วย (Adjustment) แบ่งตามระดับโรงพยาบาลและสิทธิจากนั้นผู้วิจัยนำสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยา Oral solid form มาคูณกับจำนวนผู้ป่วยที่ปรับลดจากการเกิด Double counting เนื่องจากการศึกษานี้ ศึกษาเฉพาะยาในกลุ่มที่เป็น Oral solid form ต่อจากนั้นผู้วิจัยจะนำความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นมาคูณกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในแต่ละโรงพยาบาลและสิทธิการรักษา เพื่อให้ได้จำนวนคนที่มียาครอบครองเกินจำเป็น และท้ายสุด เมื่อนำมูลค่าความสูญเสียทางการคลังจากการมียาครอบครองเกินจำเป็นมาคูณด้วย จะให้ผลเป็นมูลค่าเฉลี่ยการสูญเสียทางการคลังสำหรับแต่ละระดับโรงพยาบาลและสิทธิการรักษาจากนั้นนำมูลค่าความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นระดับประเทศในผู้ป่วยในแต่ละสิทธิและระดับ

โรงพยาบาล มารวมกันจะได้เป็นมูลค่าความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นในระดับประเทศทั้งหมด

ข้อมูลนำเข้า

ข้อมูลนำเข้าในการประมาณมูลค่าฯ แบ่งออกเป็น 5 ประเภทคือ

1. จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับต่างๆ และสิทธิการรักษาของประเทศไทย
 - นำข้อมูลมาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. อัตราส่วนการปรับลดจำนวนผู้ป่วย
 - นำข้อมูลมาจากการวิเคราะห์การรับยาข้ามสถานพยาบาลในโรงพยาบาลระดับต่างๆ เช่น มีผู้ป่วยร้อยละ 10 ที่มีประวัติการรับยาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน จะทำการปรับลดจำนวนผู้ป่วยลง 10% จากจำนวนทั้งหมด โดยมีแนวคิดในการปรับลดดังนี้
 - i. ผู้ป่วยสิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ สิทธิประกันสังคม จะปรับลดจำนวนผู้ป่วยจากระดับโรงพยาบาลที่สูงกว่าออก เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองสิทธิมีการลงทะเบียนสิทธิหลัก ณ โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง การที่ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมากกว่า 1 แห่งน่าจะเกิดจากการส่งต่อผู้ป่วย (refer) ซึ่งมักจะเป็นการส่งต่อเพื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า ดังนั้นผู้ป่วยจะมีสิทธิหลักอยู่ในโรงพยาบาลระดับต่ำกว่าและเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่มีสิทธิหลักมากกว่า
 - ii. ผู้ป่วยสิทธิ สวัสดิการข้าราชการ จะปรับลดจำนวนผู้ป่วยจากระดับโรงพยาบาลที่ต่ำกว่าออก เนื่องจากผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ไม่มีการลงทะเบียนสิทธิหลัก ผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง อาจเนื่องจากการเลือกโรงพยาบาลในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเอง ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะเลือกรับบริการในระดับที่สูงกว่า
3. สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่รับยาในรูปแบบ oral solid form ต่อผู้ป่วยที่รับยาทั้งหมด
 - นำข้อมูลมาจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลในโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ที่ใช้ในการวิเคราะห์ในการศึกษาที่ 1.1
4. ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็น
 - ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอนมัย นำข้อมูลมาจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลในการศึกษาที่ 1.1
 - ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นำข้อมูลมาจากการติดต่อขอข้อมูลจากผู้วิจัยที่ตีพิมพ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการครอบครองยาเกินจำเป็นในโรงพยาบาลรามาธิบดี
5. มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ยต่อคน

- มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ยต่อคนในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมา้ย นำข้อมูลมาจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลในการศึกษาที่ 1.1
- มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ยต่อคน นำข้อมูลมาจากการติดต่อขอข้อมูลจากผู้วิจัยที่ตีพิมพ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการครอบครองยาเกินจำเป็นในโรงพยาบาลรามาธิบดี

รายละเอียดข้อมูลนำเข้าทั้งหมดเป็นดังตารางที่ 3-2

ผลลัพธ์ของการศึกษา

ผลลัพธ์ของการศึกษาได้แก่ มูลค่าความสูญเสียทางการคลังจากการมียาครอบครองเกินจำเป็นในระดับประเทศ, จำนวนผู้ป่วยนอกที่มียาครอบครองยาเกินจำเป็น, ร้อยละของมูลค่าความสูญเสียฯ ต่อ GDP และร้อยละของมูลค่าความสูญเสียฯ ต่อมูลค่าการบริโภคยาของประเทศ (National drug account)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์หลัก (Main analysis) โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาเกินจำเป็นที่ MPR>1.0 โดยประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการในแต่ละสิทธิและขนาดโรงพยาบาล คู่กับมูลค่าความสูญเสียฯ ในแต่ละสิทธิและขนาดโรงพยาบาล ดังสมการด้านล่าง

มูลค่าความสูญเสียฯระดับประเทศ = $\Sigma(\text{มูลค่าความสูญเสียฯต่อคน} \times \text{จำนวนคนที่รับบริการแบ่งตามสิทธิและระดับรพ.})$

ผู้วิจัยจัดการกับความไม่แน่นอนของข้อมูล (Uncertainty) โดยการวิเคราะห์ความไวแบบ Probabilistic sensitivity analysis ด้วยวิธี Monte carlo simulation ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตัวแปรหลายๆตัวพร้อมๆกันโดยการสุ่ม (Random)จากช่วงของข้อมูลของแต่ละตัวแปรและรูปแบบการกระจายของข้อมูล และทำการวิเคราะห์ซ้ำๆจำนวน 1,000 รอบผู้วิจัยกำหนดรูปแบบการกระจายของตัวแปรดังนี้

1. ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็น -->การกระจายแบบเบต้า
2. อัตราส่วนการปรับลดจำนวนผู้ป่วย -->การกระจายแบบเบต้า
3. สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่รับยาในรูปแบบ oral solid form -->การกระจายแบบเบต้า
4. มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ยต่อคน-->การกระจายแบบแกมมา

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการเปลี่ยนค่าจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นจาก MPR>1.0 เป็น MPR>1.05, >1.1 และ >1.2 เพื่อให้แสดงมูลค่าความสูญเสียฯในระดับการยอมรับให้ยาเกินจำเป็นในระดับต่างๆได้

ตารางที่ 3-2| ข้อมูลนำเข้าในการประมาณมูลค่าความสูญเสียฯ ระดับประเทศ

Variables	UC	SSS	CSMBS
1.จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับต่างๆและสิทธิการรักษาของประเทศไทย (คน)			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*	328,338	76,834	252,704
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	5,529,147	1,245,502	1,673,112
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	35,197,299	3,609,599	2,748,206
2.อัตราส่วนการปรับลดจำนวนผู้ป่วย [Probability,(Standard error)][#]			
อัตราการปรับลดจาก รพม. สู่ รพศ.	0.1259 (0.00859)	0.1259 (0.00859)	NA
อัตราการปรับลดจาก รพม. สู่ รพช.	0.0248 (0.00402)	0.0248 (0.00402)	NA
อัตราการปรับลดจาก รพม. สู่ รพ.สต./สอ.	0.1936 (0.01023)	0.1936 (0.01023)	NA
อัตราการปรับลดจาก รพศ. สู่ รพช.	0.0726 (0.00165)	0.0726 (0.00165)	NA
อัตราการปรับลดจาก รพศ. สู่ รพ.สต./สอ.	0.2620 (0.00279)	0.2620 (0.00279)	NA
อัตราการปรับลดจาก รพ.สต./สอ. สู่ รพม.	NA	NA	0.0259 (0.00164)
อัตราการปรับลดจาก รพ.สต./สอ. สู่ รพศ.	NA	NA	0.2465 (0.00446)
อัตราการปรับลดจาก รพช. สู่ รพม.	NA	NA	0.0211 (0.00176)
อัตราการปรับลดจาก รพช. สู่ รพศ.	NA	NA	0.2240 (0.00510)
อัตราการปรับลดจาก รพศ. สู่ รพม.	NA	NA	0.0240(0.00097)
3. สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่รับยาในรูปแบบยารับประทานประเภท Oral Solid formต่อผู้ป่วยที่รับยาทั้งหมด [Probability,(Standard error)][§]			
สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่รับยาในรูปแบบ oral solid form ต่อผู้ป่วยที่รับยาทั้งหมด	0.89 (0.00053)		

*ข้อมูลจากโรงพยาบาลรามาธิบดี

[§]ข้อมูลจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล 3 โรงพยาบาล

[#]ข้อมูลจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลเรื่องการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

ตารางที่ 3-2| ข้อมูลนำเข้าในการประมาณมูลค่าความสูญเสียฯ ระดับประเทศ (ต่อ)

Variables	UC [Probability (SE)]	SSS [Probability (SE)]	CSMBS [Probability (SE)]
ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็น			
MPR >1.00			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย [*]	0.54 (0.0021)	0.43 (0.0025)	0.78 (0.0008)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	0.60 (0.0020)	0.44 (0.0046)	0.63 (0.0027)
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	0.44 (0.0054)	0.34 (0.0235)	0.45(0.0144)
MPR >1.05			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย [*]	0.44(0.0021)	0.35(0.0024)	0.57(0.0010)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	0.36(0.0020)	0.28(0.0042)	0.40(0.0027)
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	0.19(0.0042)	0.19(0.0195)	0.18(0.0111)
MPR >1.10			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย [*]	0.38(0.0020)	0.30(0.0023)	0.44(0.0010)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	0.20(0.0017)	0.17(0.0035)	0.21(0.0023)
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	0.12(0.0035)	0.12(0.0161)	0.11(0.0090)
MPR >1.20			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย [*]	0.31(0.0019)	0.24(0.0013)	0.34(0.0028)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	0.11(0.0021)	0.10(0.0028)	0.12(0.0135)
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	0.07(0.0009)	0.08(0.0018)	0.06(0.0069)

^{*}ข้อมูลจากโรงพยาบาลรามธิบดี

[§]ข้อมูลจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล 3 โรงพยาบาล

ตารางที่ 3-2 | ข้อมูลนำเข้าในการประมาณมูลค่าความสูญเสียฯ ระดับประเทศ (ต่อ)

Variables	UC [Mean (SE)]	SSS [Mean (SE)]	CSMBS [Mean (SE)]
มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง (Budget loss)			
MPR >1.00			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*	1,792 (69.00)	1,460 (76.51)	1,395 (43.33)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	279 (19.66)	193 (15.58)	699 (22.84)
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	41 (3.22)	39 (8.75)	42 (3.33)
MPR >1.05			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*	2,177 (83.98)	1,786 (93.80)	1,878 (59.66)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	278 (31.73)	150 (20.24)	520 (28.90)
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	42.5 (5.81)	31.5 (9.68)	43.4 (5.77)
MPR >1.10			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*	2,550 (98.83)	2,064 (56.07)	2,331 (8.34)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	369 (109.06)	159 (28.19)	592 (10.37)
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	47 (76.77)	34 (49.26)	43 (7.15)
MPR >1.20			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*	3,066 (119.88)	2,480 (102.98)	2,855 (11.73)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป [§]	475 (132.55)	157 (37.04)	623 (10.09)
โรงพยาบาลชุมชน/สถานีนอมนัย [§]	48 (98.72)	29 (85.60)	41 (9.76)

*ข้อมูลจากโรงพยาบาลรามาธิบดี

[§]ข้อมูลจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล 3 โรงพยาบาล

การศึกษาส่วนที่ 2| การค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อเข้าใจขนาดและผลกระทบของปัญหา ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเข้าใจสาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยมีดังต่อไปนี้

2.1การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลเพื่อการศึกษาขนาดและผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็น (การศึกษาที่ 1.1) มาทำการวิเคราะห์ต่อเนื่องเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็นด้วย

ภาพรวมการวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 มิถุนายน 2554 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยใช้การวิเคราะห์จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลจำนวน 3 แห่ง

สถานที่ทำการศึกษา

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 2 แห่งและโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1 แห่ง

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553 จะใช้ติดตามข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่มเลือกแต่อย่างใด การติดตามข้อมูลจะติดตามข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการคัดเข้าการศึกษาจนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2554 (ดังรูปที่ 3-3 ของการศึกษาที่ 1.1)

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าการศึกษา

1. ผู้ป่วยได้รับยาในรูปแบบยารับประทานชนิด Solid form
2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่เข้าการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2553
3. ได้รับยาชนิดเดียวกันอย่างน้อย 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เฉพาะยาที่อยู่ในรูปแบบยารับประทานที่เป็น Solid form ทั้งที่เป็นยาสำหรับโรคเรื้อรังและยาสำหรับโรคฉุกเฉิน และไม่ได้มีการส่งจ่ายแบบให้ใช้ยาทันที (STAT) หรือใช้เมื่อมีอาการ (PRN)

ผลลัพธ์ในการศึกษา

ผลลัพธ์ของการศึกษา คือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยให้นิยามของการครอบครองยาเกินจำเป็นคือการได้รับยาในปริมาณที่มากกว่าความต้องการ ($MPR > 1.0$) โดยที่การวัด MPR เป็นไปตามการวัดผลลัพธ์ของการศึกษาที่ 1.1

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรายการยา (Patient-Item level) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยแบบ Multivariable cross-sectional logistic regression ชนิด Exploratory model โดยกำหนดให้ตัวแปร Individual (hn) เป็นตัวแปร random-effect เพราะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ (Correlated variable) . ซึ่งทำให้ขัดต่อ assumption การเป็นอิสระต่อกัน ในสมการนี้ผู้วิจัยกำหนดให้ตัวแปรการมีหรือไม่มียาครอบครองเกินจำเป็น เป็นตัวแปรตาม และใช้ตัวแปร อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย สิทธิการรักษา รายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน จำนวนชนิดยาที่ได้รับ ขนาดโรงพยาบาล Charlson's comorbidity index และจำนวนวันเฉลี่ยที่ได้รับยา เป็นตัวแปรต้นในการวิเคราะห์โดยทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA version 11.0

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ภาพรวมของการศึกษา

เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบบตัวต่อตัว (face-to-face interview) ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วย และนักวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็นและข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้แก่ แพทย์ เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคเรื้อรัง และมีการครอบครองยาเกินจำเป็นและนักวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา

เนื่องจากโครงการในส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลต้องเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่นักวิจัยต้องการศึกษามาก การเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงมุ่งเน้นเลือกเจาะจงเฉพาะผู้ที่สามารถให้ข้อมูลที่มาก (key informant) และลึกตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา นั่นคือ แพทย์ เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งยา การจ่ายยาและมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการครอบครองยาเกินจำเป็นของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคเรื้อรังและมีการครอบครองยาเกินจำเป็นและนักวิจัยด้าน/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา ดังนั้นการเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

ในการคัดเลือกจะแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

1. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์
2. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ป่วย
3. ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นนักวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาที่เป็นแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

1. เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาโรคเรื้อรังและมีหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่
2. เป็นผู้ที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาที่เป็นผู้ป่วย

1. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เป็นผู้ป่วยที่มียาครอบครองมากเกินจำเป็น
3. เป็นผู้ที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาที่เป็นนักวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา

1. เป็นนักวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยาที่ได้รับการยอมรับ
2. เป็นผู้ที่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

การเก็บข้อมูลและแนวทางการสัมภาษณ์

การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการมียาครอบครองเกินจำเป็นและแนวทางในการแก้ปัญหา ด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interview) ด้วยวิธีการสอบซัก (Probing) โดยคณะผู้วิจัยจากศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมกับการบันทึกการสนทนาระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์ด้วยผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ โดยมีการกำหนดข้อคำถามไว้คร่าวๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ข้อคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็น

ส่วนที่ 3 แนวทางการแก้ปัญหการครอบครองยาเกินจำเป็น

แนวทางการสัมภาษณ์นี้ได้มีการทดสอบความเที่ยงตรงเฉพาะหน้า (Face validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 ท่านและทำการทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริงจากเภสัชกรผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ท่าน

การกำหนดพื้นที่ ระเบียบวิธีการเลือกพื้นที่

ในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยจะสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรโรงพยาบาลพุทธชินราชและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิษณุโลกร่วมกับนักวิจัยระบบยา

การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวิธีตรวจสอบสามเส้านักวิจัย (Investigator triangulation)¹⁹ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารโดยการวิเคราะห์จากบทบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) และการวิเคราะห์แบบ Thematic analysis

การศึกษาส่วนที่ 3| การ “ร่าง” แนวทางการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการร่างนโยบายทางเลือกเพื่อแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยมีดังนี้

3.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์เพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหา โดยที่ระเบียบวิธีวิจัยของการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหา เหมือนกับการสัมภาษณ์เชิงลึกในส่วนที่ 2 เพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหาและผู้วิจัยได้นำแนวทางการแก้ปัญหาที่สัมภาษณ์ได้จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับข้อมูลอื่นๆ ในการร่างแนวทางการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมผู้เชี่ยวชาญระบบสุขภาพต่อไป

3.2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ภาพรวมของการศึกษา

เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น เพื่อนำไปใช้ประกอบในการประชุมผู้เชี่ยวชาญในการสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์จำนวน 3 ฐานข้อมูลที่ได้รับการยอมรับได้แก่ Pubmed, EMBASE และ Cochrane CENTRAL ตั้งแต่ ค.ศ. 1966 – เดือนกุมภาพันธ์ 2011

การสืบค้นข้อมูล

ผู้วิจัยทำการสืบค้นข้อมูลเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลออนไลน์จำนวน 3 ฐานข้อมูลที่ได้รับการยอมรับได้แก่ Pubmed, EMBASE และ Cochrane CENTRAL ตั้งแต่ ค.ศ. 1966 – เดือนกุมภาพันธ์ 2011 โดยที่คำสำคัญที่ใช้และลำดับในการสืบค้นได้แก่

1. oversupply OR repeated prescription OR medication supply OR drug supply OR drug supplied OR medication supplied OR medication possession ratio OR drug stockpiling OR wastage medicine OR medicine waste OR drug waste
2. policy OR strategy OR policies OR strategies OR approach, procedure OR plan OR planning OR administration OR regulatory OR regulation
3. #1 AND #2

ผู้วิจัยทำการสืบค้นเพิ่มเติมจากเอกสารอ้างอิงของแต่ละวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากที่สุด

การคัดเลือกการศึกษา

ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกการศึกษาที่เข้าสู่การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ตามเกณฑ์การคัดเลือกการศึกษาดังนี้

1. เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการการครอบครองยาเกินจำเป็น

2. มีการเสนอแนะเชิงนโยบายหรือการจัดการปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ

การดึงข้อมูล (Data extraction)

ผู้วิจัยจะทำการดึงข้อมูลจากการวิจัยที่คัดเข้า ประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์ ลักษณะการเก็บข้อมูล ลักษณะผู้ป่วยในการศึกษา แนวทางการแก้ปัญหาและผลที่คาดว่าจะได้รับจากแนวทางการแก้ปัญหาที่นำเสนอ โดยจะทำการดึงข้อมูลด้วยผู้วิจัย 1 ท่าน และทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยผู้วิจัยอีกท่านหนึ่ง

ผลลัพธ์การศึกษา

ผลลัพธ์การศึกษาของการทบทวนวรรณกรรมนี้ได้แก่ แนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นที่ได้รับการนำเสนอไว้ในการวิจัยต่างๆทั้งในส่วน of ผลลัพธ์ของการศึกษาหรือการอภิปรายผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยวิธีเชิงคุณภาพได้แก่ การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องและนำเสนอในลักษณะของการบรรยายลักษณะข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

การศึกษาส่วนที่ 4| การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้วิจัยใช้การประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นเครื่องมือในการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยระเบียบวิธีวิจัยเป็นดังต่อไปนี้

การประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ

ภาพรวมของการศึกษา

เป็นการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพในหลายๆภาคส่วนทั้งผู้ให้บริการทั้งแพทย์และเภสัชกร นักวิจัยด้านระบบสุขภาพและผู้จ่ายในระบบสุขภาพเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมบัญชีกลาง เป็นต้น โดยการประชุมมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยข้อมูลนำเข้าในการประชุมโดยภาพรวมจะประกอบด้วย

1. ผลการศึกษาเรื่องขนาดและผลกระทบทางการคลังจากการมียาครอบครองเกินจำเป็น, การรับยาข้ามสถานพยาบาล และการประมาณผลกระทบทางการคลังระดับประเทศ (การศึกษาที่ 1.1-1.3)
2. ผลการศึกษาเรื่องสาเหตุของการมียาครอบครองเกินจำเป็น (การศึกษาที่ 2.1-2.2)
3. ผลการศึกษาเรื่องแนวทางในการแก้ปัญหามียาครอบครองเกินจำเป็น (การศึกษาที่ 3.1-3.2)

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ

เนื่องจากโครงการในส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญที่มาให้ความเห็นและมีข้อมูลและความเชี่ยวชาญในด้านระบบสุขภาพและระบบยามาก ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เจาะจงเฉพาะผู้ที่สามารถให้ความเห็นได้มากและตรงประเด็นกับที่ต้องการศึกษา โดยยึดตามแนวคิดที่ว่า ควรจะต้องมีตัวแทนจากหลายๆภาคส่วนทั้ง ตัวแทนจากวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนจากผู้จ่าย ตัวแทนจากนักวิจัยระบบยา และตัวแทนจากนักวิชาการ ดังนั้นการเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)²⁰ จากตัวแทนในแต่ละกลุ่มดังกล่าวซึ่งได้แก่

1. สภาเภสัชกรรม
2. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. กรมบัญชีกลาง
5. สำนักงานประกันสังคม
6. สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
8. สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
9. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
10. นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย

การดำเนินการจัดประชุมและการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก

ผู้วิจัยมีการจัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพทั้งหมด 2 ครั้งและทำการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกโดยมีวัตถุประสงค์ของการประชุมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประชุมครั้งที่ 1 (วันที่ 18 ตุลาคม 2554)

- เพื่อเลือกนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้จำนวนหนึ่งเพื่อจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกต่อไป
- เพื่อหาแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก

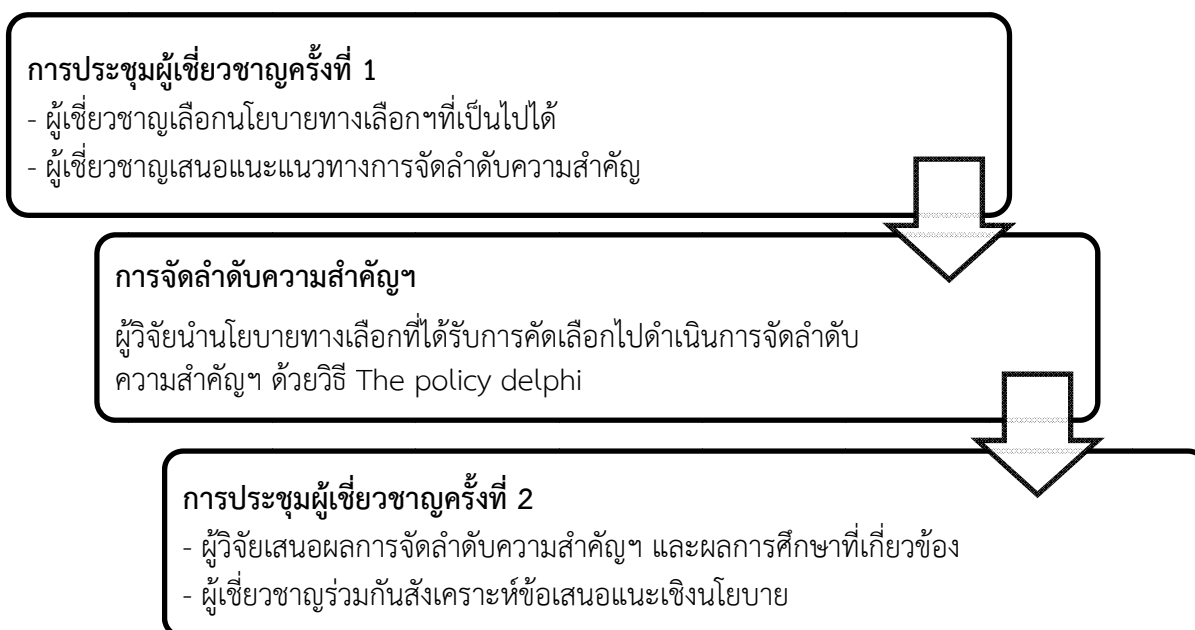
ขั้นตอนที่ 2 การจัดลำดับความสำคัญ (หลังจากเสร็จสิ้นการประชุมครั้งที่ 1)

- เพื่อจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกที่น่าจะเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา ที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การประชุมครั้งที่ 2 (วันที่ 26 ธันวาคม 2554)

- เพื่อนำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก
- เพื่อหาข้อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation)

ซึ่งรายละเอียดการดำเนินการจัดการประชุมเป็นไปดังรูปที่ 3-5



รูปที่ 3-5|รายละเอียดการดำเนินการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 รายละเอียดการประชุมครั้งที่ 1 (วันที่ 18 ตุลาคม 2554)

วัตถุประสงค์การประชุม

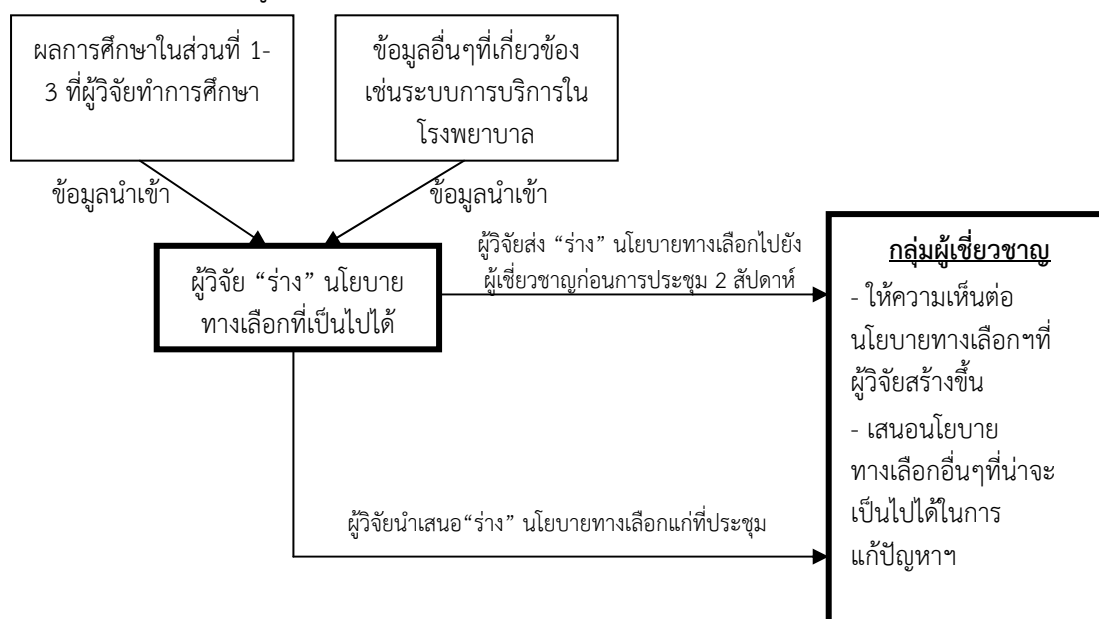
1. เพื่อเลือกนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้จำนวนหนึ่งเพื่อจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆต่อไป
2. เพื่อหาแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆ

วิธีการดำเนินการ

สำหรับวัตถุประสงค์ที่ 1 ของการประชุมครั้งที่ 1 คือ เพื่อเลือกนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้จำนวนหนึ่งเพื่อจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆ ต่อไปนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัย “ร่าง” นโยบายทางเลือก(ภาคผนวกที่ 3) โดยใช้ข้อมูลนำเข้าจากผลการศึกษาจากการศึกษาข้างต้นทั้งหมด ร่วมกับข้อมูลระบบสุขภาพของประเทศไทยข้อมูลระบบบริหารจัดการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลซึ่ง “ร่าง” นโยบายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่
 - a. “ร่าง” นโยบายสำหรับผู้จ่าย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)และกระทรวงสาธารณสุข
 - b. “ร่าง” นโยบายสำหรับหน่วยบริการ
 - c. “ร่าง” นโยบายสำหรับ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพ
2. ผู้วิจัยส่ง “ร่าง” นโยบายทางเลือก ดังกล่าวให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นก่อนการประชุม 2 สัปดาห์
3. ผู้วิจัยนำเสนอ “ร่าง” นโยบายทางเลือก พร้อมข้อมูลนำเข้าที่ผู้วิจัยใช้ในการสังเคราะห์ “ร่าง” นโยบายทางเลือกแก่ที่ประชุม
4. ผู้เชี่ยวชาญเสนอความเห็นต่อ “ร่าง” นโยบายทางเลือก ดังกล่าว พร้อมเสนอนโยบายทางเลือกอื่นๆ ที่ผู้เข้าร่วมประชุมคิดว่าจะเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาฯ

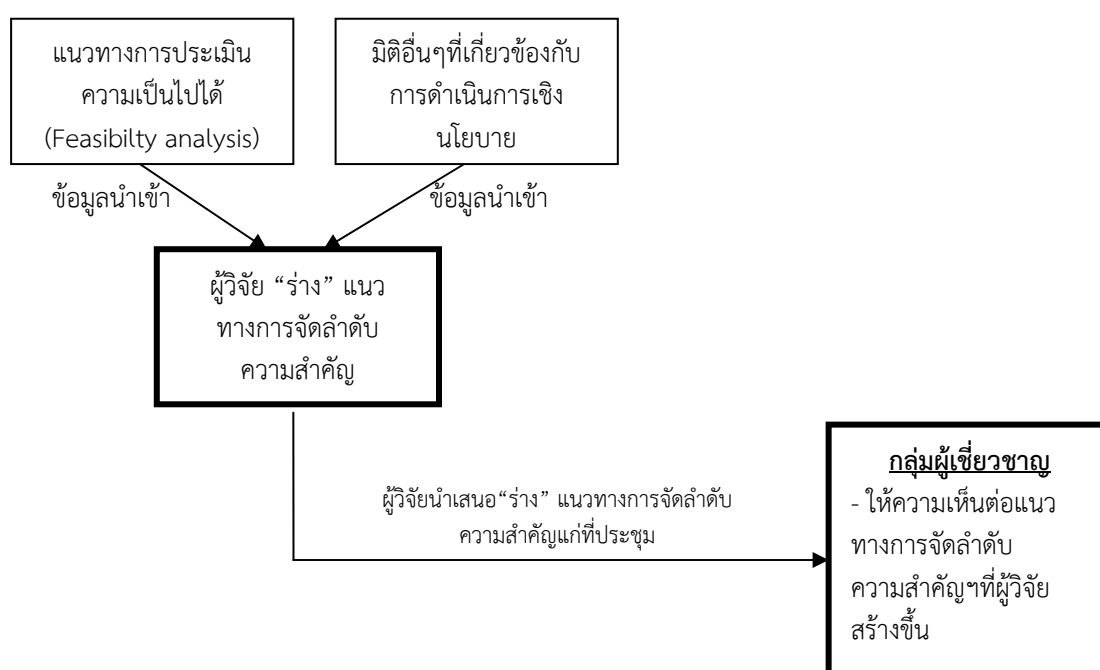
ดังแสดงในรูปที่ 3-6



รูปที่ 3-6 | การเลือกนโยบายทางเลือกๆในการแก้ปัญหามียาครอบครองเกินจำเป็น

สำหรับวัตถุประสงค์ที่ 2 ของการประชุมครั้งที่ 1 คือ เพื่อหาแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัย “ร่าง” แนวทางการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก (ภาคผนวกที่ 3) โดยใช้ข้อมูลด้านการประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility analysis) เป็นแนวทางในการร่างแนวทางการจัดลำดับความสำคัญฯ
2. ผู้วิจัยนำเสนอ ส่ง “ร่าง” แนวทางการจัดลำดับความสำคัญแก่ที่ประชุม
3. ผู้เชี่ยวชาญเสนอความเห็นต่อ “ร่าง” แนวทางการจัดลำดับความสำคัญ ดังกล่าว แสดงในรูปที่ 3-7



รูปที่ 3-7 | การร่างแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก

ขั้นตอนที่ 2 รายละเอียดการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆ

หลังจากการดำเนินการประชุมในครั้งที่ 1 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเลือกนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้ๆ และหาแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆ ซึ่งทำให้ได้นโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้ๆ จำนวน 5 นโยบาย และได้แนวทางการจัดลำดับความสำคัญๆ จากข้อเสนอแนะของที่ประชุม เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆ ด้วยวิธีเดลฟายเชิงนโยบาย (The policy delphi)²¹⁻²³ โดยการส่งแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 11 ท่าน จำนวน 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกดังกล่าวโดยที่รายละเอียดของการดำเนินการจัดลำดับนโยบายทางเลือกๆ ด้วยวิธีเดลฟายเชิงนโยบายเป็นดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญในการจัดลำดับความสำคัญ

ผู้วิจัยเลือกผู้เชี่ยวชาญที่จะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับการจัดลำดับความสำคัญโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมให้ความเห็นในการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 1 เนื่องจากโครงการในส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและมีผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจสิ่งที่ผู้วิจัยทำการศึกษาและสามารถให้ความเห็นได้ไม่มากนัก

แบบสอบถามการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ

แบบสอบถามสำหรับการจัดลำดับความสำคัญแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 2 การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 หัวข้อได้แก่

- 2.1 ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility)
- 2.2 ผลประโยชน์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบาย (Potential benefits)
- 2.3 ผลกระทบทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบาย (Negative impacts)
- 2.4 ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินการ (ในมุมมองภาครัฐ) (Resources required)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ส่งรายละเอียดนโยบายทางเลือกฯ ที่ได้รับการคัดเลือกให้นำมาจัดลำดับความสำคัญพร้อมกับแบบสอบถามการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ ด้วย ซึ่งข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย รายละเอียดของการดำเนินนโยบาย ข้อดีและข้อจำกัดของการดำเนินนโยบาย รวมทั้งลักษณะของนโยบายว่าเป็นนโยบายเสริมจากนโยบายที่มีอยู่ (Add-on policy) และเป็นนโยบายในแง่ของอุปสงค์หรืออุปทาน (Demand/Supply side policy) (ดังภาคผนวกที่ 4)

การดำเนินการส่งแบบสอบถามและการวิเคราะห์ผลการตอบแบบสอบถาม

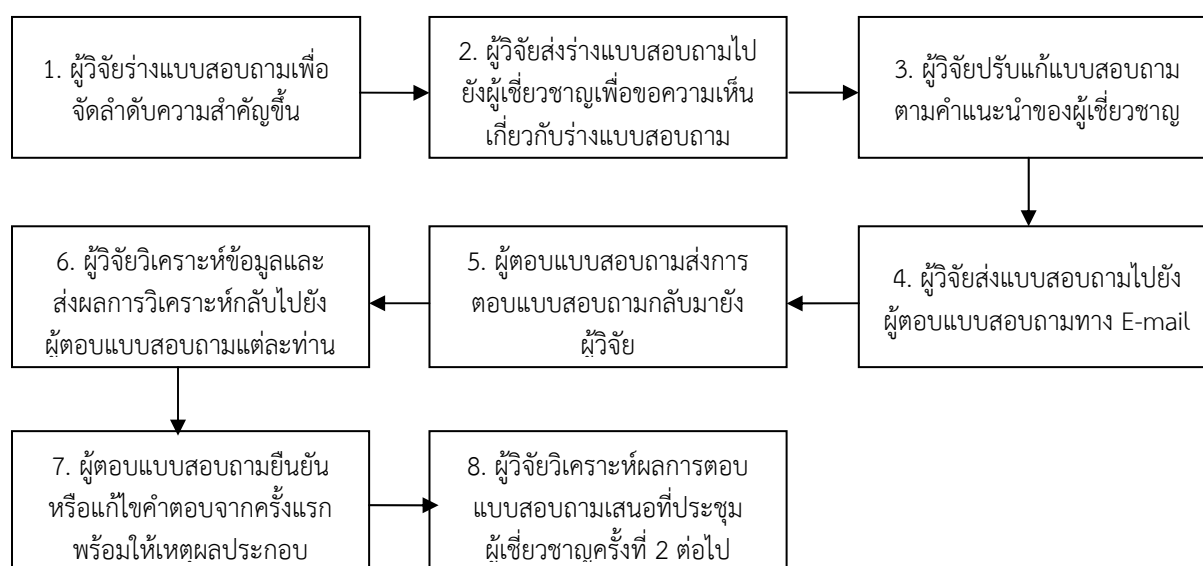
ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม พร้อมด้วยรายละเอียดนโยบายทางเลือกฯ ไปยังผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเลือกให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้งดังนี้

- 3.1 ผู้วิจัยร่าง แบบสอบถามเพื่อจัดลำดับความสำคัญขึ้น
- 3.2 ผู้วิจัยส่งร่างแบบสอบถามให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน เพื่อขอความเห็นเกี่ยวกับร่างแบบสอบถามที่สร้างขึ้น
- 3.3 ผู้วิจัยปรับแก้แบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
- 3.4 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่ปรับแก้เรียบร้อยแล้วด้วยจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ไปยังผู้ตอบแบบสอบถามตอบโดยอิสระ
- 3.5 ผู้ตอบแบบสอบถามส่งแบบสอบถามที่ตอบแล้วกลับมายังผู้วิจัยทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) หรือจดหมายหรือโทรสาร
- 3.6 เมื่อผู้วิจัยได้รับการตอบแบบสอบถามจากผู้ตอบแบบสอบถามครบแล้ว จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น ค่ามัธยฐาน (Median) และช่วงความเชื่อมั่นควอไทล์ (Inter-quartile range) ในแต่ละหัวข้อของแบบสอบถาม
- 3.7 ผู้วิจัยส่งผลการวิเคราะห์พร้อมคำตอบที่ผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละท่านตอบ โดยทำการ เน้นข้อความ (Highlight) ในหัวข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละท่านเลือกแตกต่างจากผู้ตอบแบบสอบถามท่านอื่นๆทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) และสอบถาม

ว่าผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละท่านจะยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบหรือไม่ พร้อมให้เหตุผลหรือความเห็นอื่นๆเพิ่มเติม

3.8 เมื่อผู้ตอบแบบสอบถามส่งการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 กลับมายังผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัย จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่อีกครั้ง โดยรายงานเป็นค่ามัธยฐาน (Median) และช่วง ความเชื่อมั่นควอไทล์ (Inter-quartile range) ในแต่ละหัวข้อของแบบสอบถาม พร้อมทั้ง รวบรวมและจัดกลุ่มเหตุผลและความคิดเห็นอื่นๆที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความเห็น เพิ่มเติม

ดังแสดงในรูปที่ 3-8



รูปที่ 3-8 | การดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก

ข้อมูลการวิเคราะห์การจัดลำดับความสำคัญและความคิดเห็นอื่นๆจากการดำเนินการสอบถามด้วย เทคนิคเดลฟายเชิงนโยบาย จะถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2 เพื่อนำเสนอผล การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ และหาข้อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation) ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 รายละเอียดการประชุมครั้งที่ 2 (วันที่ 26 ธันวาคม 2554)

วัตถุประสงค์การประชุม

- เพื่อนำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ
- เพื่อหาข้อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation)

วิธีการดำเนินการ

สำหรับวัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อนำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญฯ ทั้ง 5 นโยบาย ซึ่งประกอบด้วย 10 มาตรการเชิงนโยบาย โดยที่มาตรการจะเป็นแนวทางในการดำเนินนโยบายต่างๆ (ดังภาคผนวกที่ 5) โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนได้แก่

1. มาตรการด้านการเชื่อมต่อข้อมูล (1 นโยบาย, 3 มาตรการ)
2. มาตรการด้านระบบบริการ (1 นโยบาย, 3 มาตรการ)
3. มาตรการด้านอื่นๆ (3 นโยบาย, 4 มาตรการ)
4. ข้อคิดเห็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับความสำคัญ

การนำเสนอดังกล่าวจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการประชุมในวัตถุประสงค์ที่ 2

สำหรับวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อหาข้อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งหมด และจัดทำเป็นตาราง “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (ดังภาคผนวกที่ 5) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่

1. ผลจากการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก
2. ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ขนาดและผลกระทบทางการคลังฯ การรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล สาเหตุของการมียาครอบครองเกินจำเป็น
3. ผลลัพธ์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 1
4. “ร่าง” ระดับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายซึ่งผู้วิจัยร่างขึ้นด้วยวิธีการ Subjective assessment และการระดมสมอง (Brain storming) ของคณะผู้วิจัยโดยพิจารณาจากผลการจัดลำดับความสำคัญ ขนาดและผลกระทบทางการคลังการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล สาเหตุของการมียาครอบครองเกินจำเป็น และลักษณะของมาตรการที่จะส่งผลกระทบต่อการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยผู้วิจัยให้การให้คะแนนโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ
 - a. ระดับ A หมายถึง มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก
 - b. ระดับ B หมายถึง มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรอง
 - c. ระดับ C หมายถึง มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับสุดท้าย

ตาราง “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย นี้ได้ถูกนำเสนอในที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญพร้อมกับผลการจัดลำดับความสำคัญ ผลการวิเคราะห์ขนาดและผลกระทบทางการคลังของการมียาครอบครองเกินจำเป็น และสาเหตุของการมียาครอบครองยาเกินจำเป็น เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ และให้ความคิดเห็นในการสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาส่วนที่ 1| เพื่อเข้าใจขนาดและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ฯ

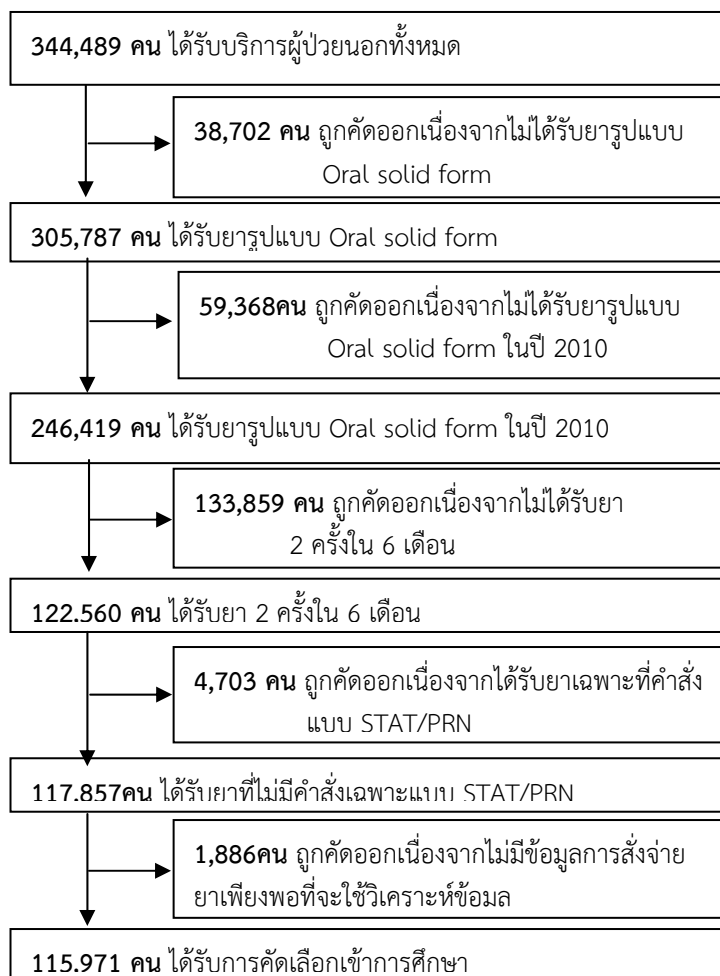
ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเป็นเครื่องมือในการเข้าใจขนาดและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งผลการศึกษาเป็นดังต่อไปนี้

1.1 การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อศึกษาขนาดและผลกระทบในระดับโรงพยาบาล

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลที่ทำมาทำการวิเคราะห์ประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN), วัน เดือน ปีเกิด, เพศ, และสิทธิในการรักษาพยาบาล และข้อมูลด้านยาได้แก่ ชื่อสามัญของยา, ความแรงของยา, รหัสยา, รูปแบบยา, ขนาดการใช้ยาต่อครั้ง, ความถี่ในการใช้ยาต่อวัน, ปริมาณทั้งหมดที่สั่งใช้ยา, วันที่สั่งจ่ายยา, และต้นทุนยาต่อหนึ่งหน่วย ซึ่งข้อมูลมีทั้งหมด 4,657,234 แถวข้อมูล (Transactions) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2553 – 30 มิถุนายน 2554 โดยที่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละครั้งอาจมีข้อมูลได้มากกว่า 1 แถว ข้อมูลเนื่องจากอาจได้รับยามากกว่า 1 ชนิด จากผู้ป่วยทั้งหมด 344,489 คน มีผู้ป่วยที่ได้รับเข้าการศึกษา จำนวน 115,971 คน และมีจำนวนรายการยาที่เข้าสู่การวิเคราะห์ทั้งหมด 474,151 รายการ (รายละเอียดชนิดแสดงดังภาคผนวกที่ 1) โดยเป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 105,753 คน และเป็นผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10,218 คน ดังแสดงในรูปที่ 4-1

ผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษา มีอายุเฉลี่ย 50.4 ± 20.1 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.7%) และมีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (57.1%) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาเป็นดังตารางที่ 4-1



รูปที่ 4-1 | ขั้นตอนการคัดผู้ป่วยการศึกษาของการศึกษาที่ 1.1

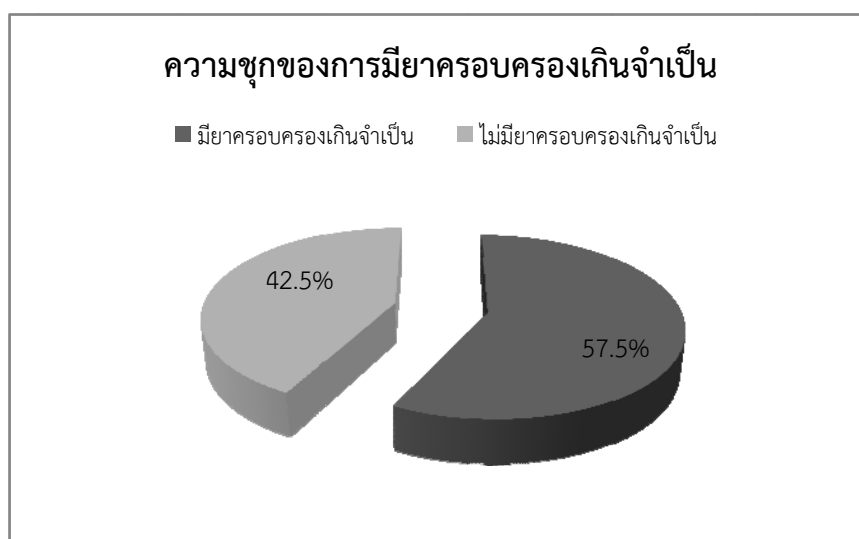
ตารางที่ 4-1 | ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาที่ 1.1

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	115,971
โรงพยาบาลศูนย์	105,753
โรงพยาบาลชุมชน	10,218
อายุเฉลี่ย (ปี)	50.4 ± 20.1
เพศ	
ชาย	48,608(41.9)
หญิง	65,978 (56.9)
ไม่มีข้อมูล	1,385 (1.2)
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66,274 (57.2)
ประกันสังคม	11,986 (10.3)
สวัสดิการข้าราชการ	33,243 (28.7)
อื่นๆ	3,083 (2.7)
ไม่มีข้อมูล	1,385 (1.2)

1.1.2 ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็น

1.1.2.1 การวิเคราะห์หลัก (Main analysis)

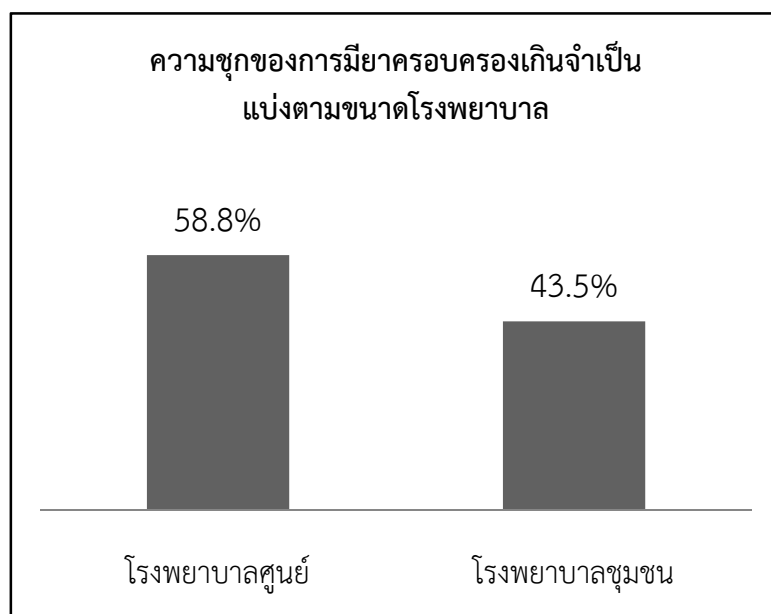
ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 57.5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษารวม (Medication possession ratio; MPR > 1.0 หมายถึงการได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น)



รูปที่ 4-2 | ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น

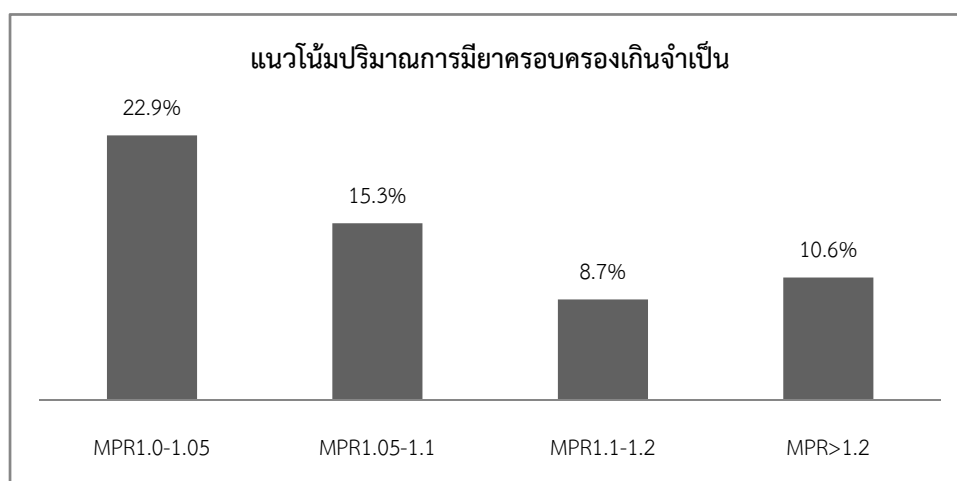
1.1.2.2 การวิเคราะห์แบ่งตามกลุ่มย่อย (Subgroup analysis)

การวิเคราะห์ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามขนาดโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 15 ดังแสดงในรูปที่ 4-3



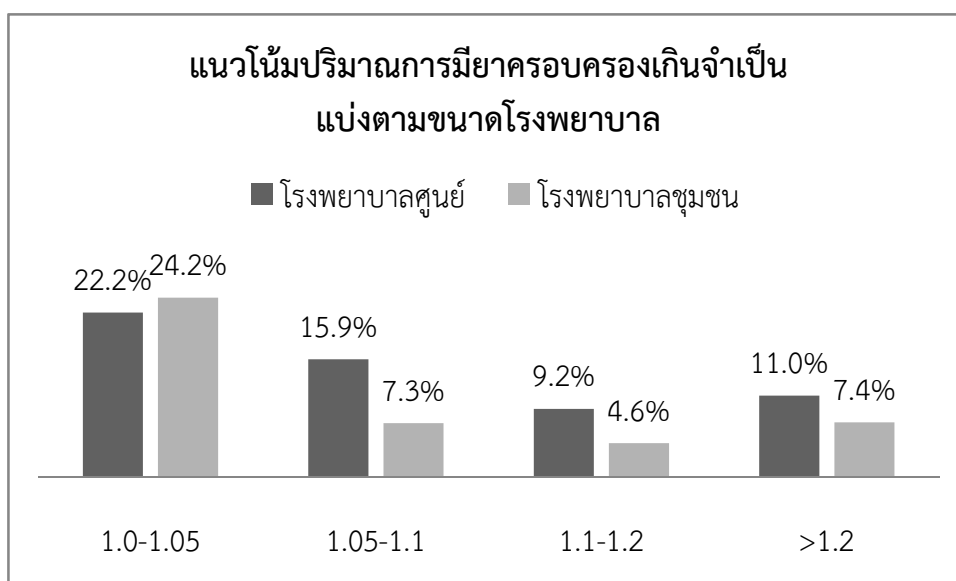
รูปที่ 4-3 | ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นแบ่งตามขนาดโรงพยาบาล

เมื่อทำการวิเคราะห์หาแนวโน้มปริมาณการครอบครองยาเกินจำเป็นพบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็นอยู่ในช่วง MPR 1.0-1.05 ดังแสดงในรูปที่ 4-4 ในขณะที่มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 0.7 ที่มี MPR>2.0



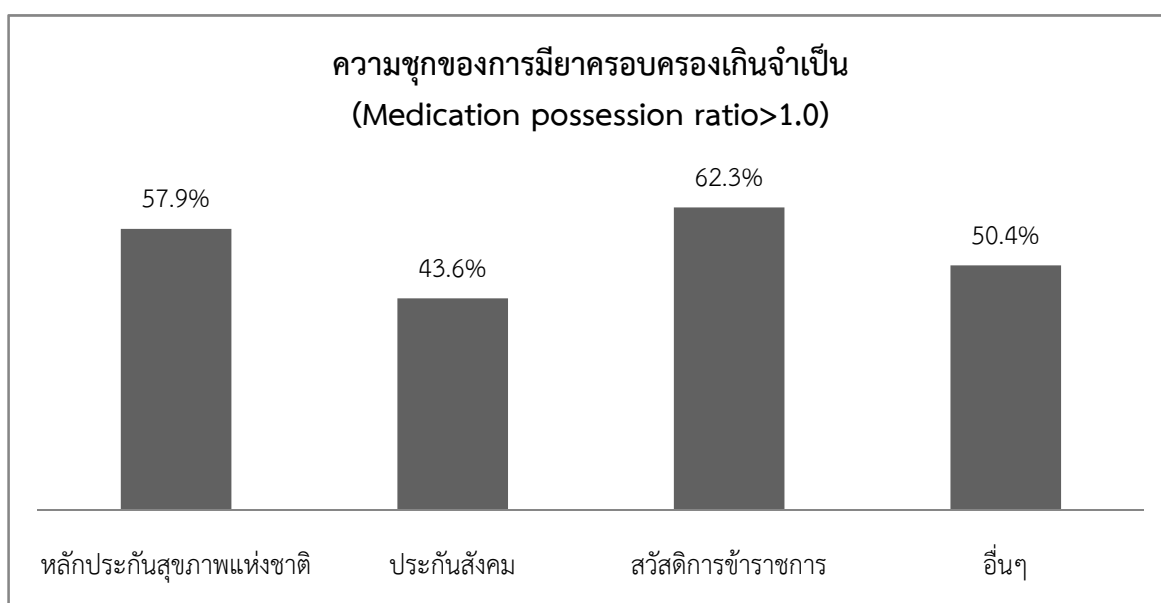
รูปที่ 4-4 | แนวโน้มปริมาณการมียาครอบครองเกินจำเป็น

การวิเคราะห์หาแนวโน้มปริมาณการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็นอยู่ในช่วง MPR 1.0-1.05 และไม่แตกต่างกันทั้งในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนดังแสดงในรูปที่ 4-5



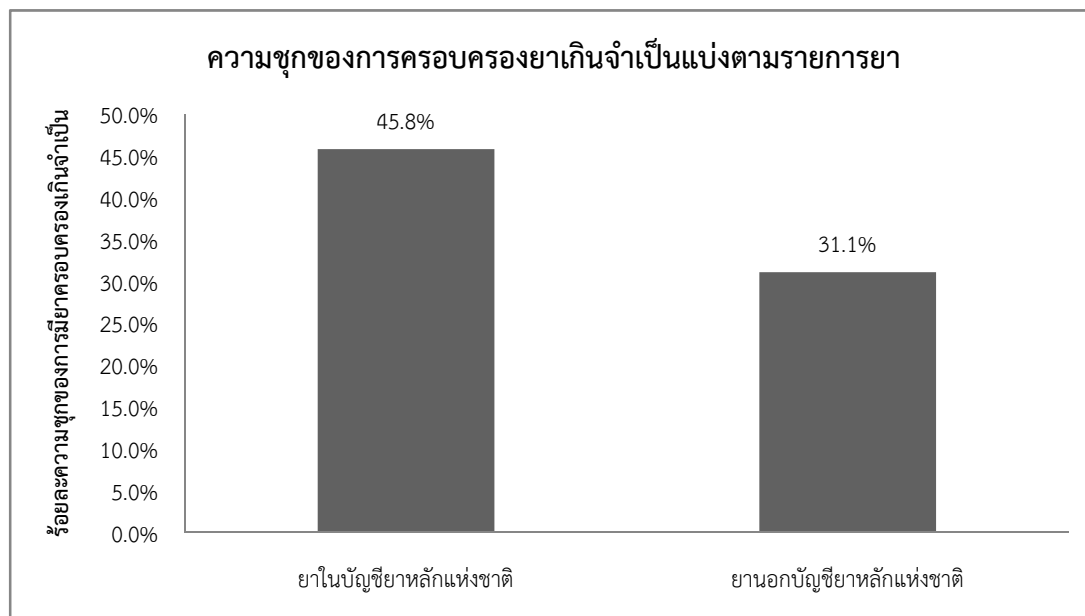
รูปที่ 4-5 | แนวโน้มปริมาณการมียาครอบครองเกินจำเป็นแบ่งตามขนาดโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งสิทธิการรักษาพบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีความชุกของผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนสิทธิประกันสังคมเป็นสิทธิที่มีผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นน้อยที่สุด ดังแสดงในรูปที่ 4-6



รูปที่ 4-6 | ความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิการรักษา

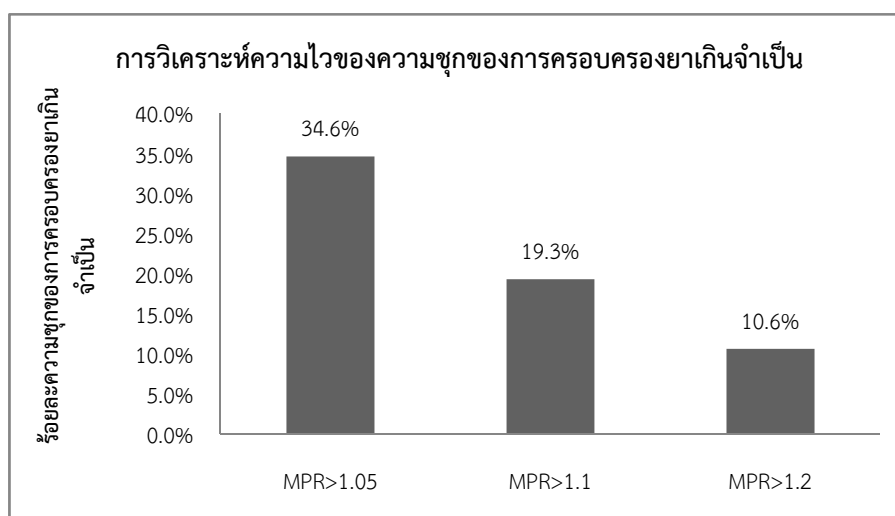
การวิเคราะห์ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรายการยาแบ่งตามประเภทของยาในหรือนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่ารายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นเป็นร้อยละ 45.8 ในขณะที่รายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นร้อยละ 31.1 ดังแสดงในรูปที่ 4-7



รูปที่ 4-7 | ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามรายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

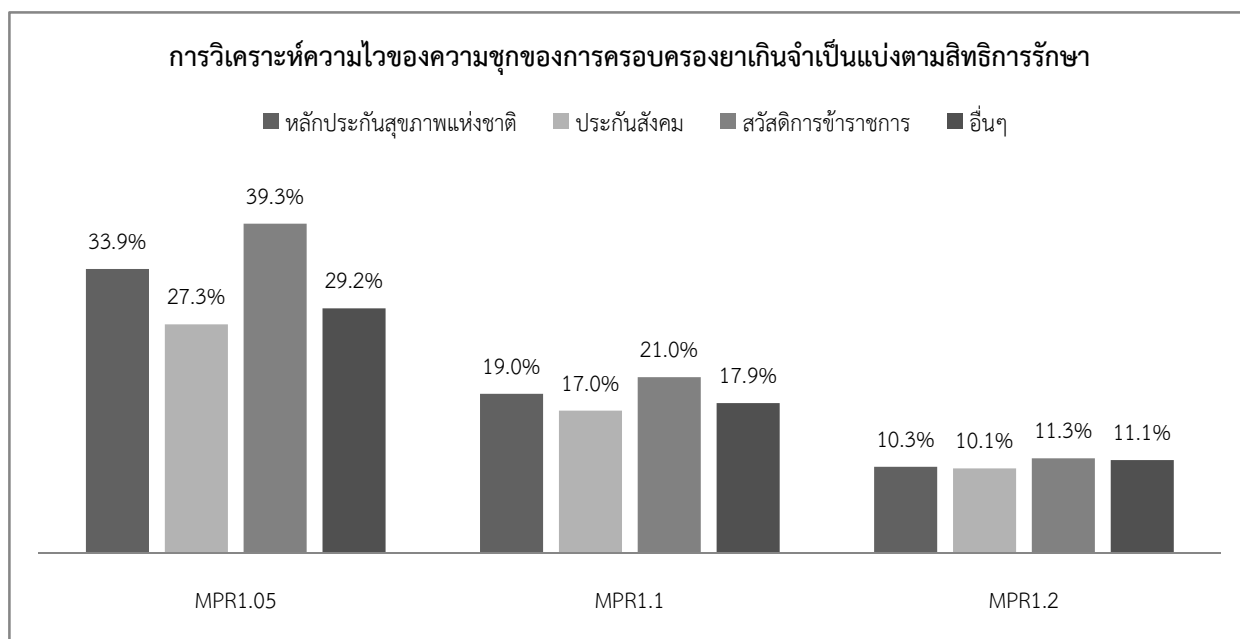
1.1.2.3 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

การวิเคราะห์ความไวเกี่ยวกับความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยการเปลี่ยนแปลงค่าจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นจาก $MPR > 1.0$ เป็น $MPR > 1.05$, > 1.1 และ > 1.2 ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นคือ ร้อยละ 34.6, ร้อยละ 19.3 และร้อยละ 10.6 ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 4-8



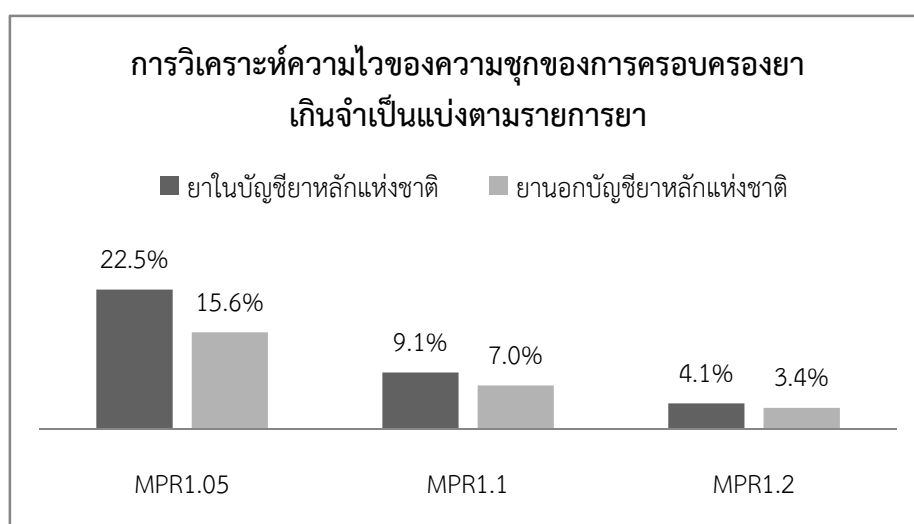
รูปที่ 4-8 | การวิเคราะห์ความไวของความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็น

การวิเคราะห์การครอบครองยาเกินจำเป็นโดยการเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยแบ่งตามสิทธิการรักษาพบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีการครอบครองยาเกินจำเป็นสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับการวิเคราะห์หลัก ดังแสดงในรูปที่ 4-9



รูปที่ 4-9 | การวิเคราะห์ความไวของความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิการรักษา

การวิเคราะห์การครอบครองยาเกินจำเป็นโดยการเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยแบ่งตามสิทธิการรักษาพบว่ารายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นสูงกว่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในทุกๆคำจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็น ดังแสดงในรูปที่ 4-10



รูปที่ 4-10 | การวิเคราะห์ความไวของความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามรายการยา

1.1.3 มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง

1.1.3.1 การวิเคราะห์หลัก (Main analysis)

จากผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาทั้งหมด 115,971 คน และมีผู้ป่วยที่มียาครอบครองเกินจำเป็น 66,683 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 57.5 และจากผู้ป่วยที่มียาครอบครองเกินจำเป็นดังกล่าว พบว่ามูลค่าความสูญเสียทางการคลังเนื่องจากการครอบครองยาเกินจำเป็นคิดเป็นประมาณ 25.3 ล้านบาทต่อปี

1.1.3.2 การวิเคราะห์แบ่งตามกลุ่มย่อย (Subgroup analysis)

การวิเคราะห์มูลค่าความสูญเสียแบ่งตามระดับโรงพยาบาลพบว่ามูลค่าความสูญเสียเฉลี่ยของโรงพยาบาลศูนย์คิดเป็นประมาณ 12.6 ล้านบาท/โรงพยาบาล/ปี ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีมูลค่าความสูญเสียเฉลี่ยคิดเป็นประมาณ 0.2 ล้านบาท/โรงพยาบาล/ปี ดังแสดงในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 | มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามขนาดโรงพยาบาล

ระดับโรงพยาบาล	มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง
โรงพยาบาลศูนย์	12.6 ล้านบาท/โรงพยาบาล/ปี
โรงพยาบาลชุมชน	0.2 ล้านบาท/โรงพยาบาล/ปี

การวิเคราะห์มูลค่าความสูญเสียแบ่งตามสิทธิการรักษาพบว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีมูลค่าความสูญเสียประมาณ 14.1 ล้านบาท/ปี ซึ่งมากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีมูลค่าความสูญเสียประมาณ 9.8 ล้านบาทต่อปี ในขณะที่มูลค่าการสูญเสียของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการคิดเป็น 423.9 บาท/คน/ปี ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมูลค่าการสูญเสียเฉลี่ย 148.2 บาท/คน/ปี หรือผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีมูลค่าการสูญเสียเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณ 2.9 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 | มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง (ล้านบาท/ปี)	มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง เฉลี่ย (บาท/คน/ปี)
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9.8	148.2
สิทธิประกันสังคม	1.0	82.4
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	14.1	423.9
สิทธิอื่นๆ	0.5	146.7
รวม	25.3	219.3

การวิเคราะห์มูลค่าความสูญเสียแยกตามสิทธิการรักษาและระดับโรงพยาบาลพบว่าในโรงพยาบาลศูนย์มีมูลค่าความสูญเสียสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างมากในทุกๆ สิทธิการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 4-

ตารางที่4-4 |มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามสิทธิการรักษาและระดับโรงพยาบาล

สิทธิการรักษา	มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)	
	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลชุมชน
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	167.5	17.8
สิทธิประกันสังคม	84.8	13.3
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	439.1	18.9
สิทธิอื่นๆ	148.3	45.1
รวม	239.0	17.9

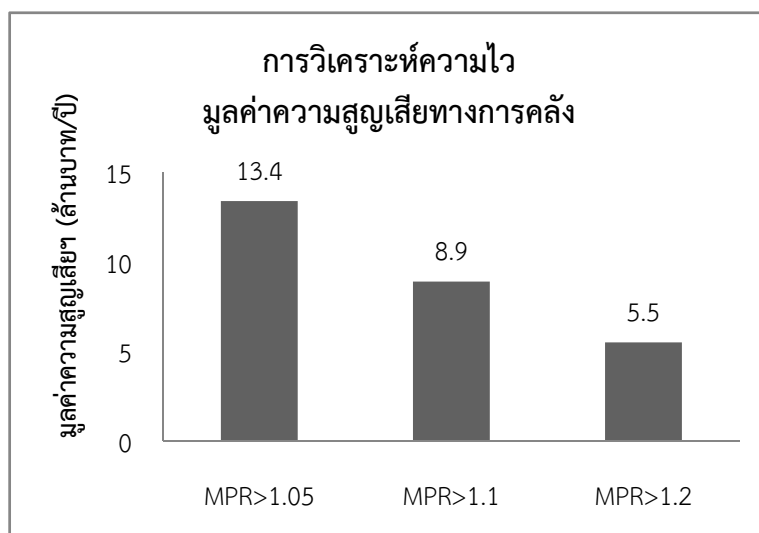
การวิเคราะห์ข้อมูลในระดับรายการยาเพื่อหามูลค่าการสูญเสียเปรียบเทียบระหว่างรายการยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พบว่ารายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีมูลค่าความสูญเสียประมาณ 13.1 ล้านบาท ซึ่งมากกว่ารายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าการสูญเสียประมาณ 12.3 ล้านบาทหรือคิดเป็น 1.07 เท่า เมื่อพิจารณามูลค่าการสูญเสียเฉลี่ยๆ พบว่ารายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีมูลค่าการสูญเสียเฉลี่ยประมาณ 106.5 บาท/รายการ/ปี ซึ่งมากกว่ารายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งมีมูลค่าการสูญเสียเฉลี่ยประมาณ 36.7 บาท/รายการ/ปี หรือคิดเป็น 2.9 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 4-5

ตารางที่4-5 |มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามรายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

รายการยา	มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง (ล้านบาท/ปี)	มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ย(บาท/รายการ/ปี)
ยาในบัญชีฯ (358,564 รายการ)	13.1	36.7
ยานอกบัญชีฯ (115,587 รายการ)	12.3	106.5

1.1.3.2 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

การวิเคราะห์ความไวของมูลค่าความสูญเสียทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยเปลี่ยนแปลงค่าจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นจาก $MPR > 1.0$ เป็น $MPR > 1.05$, > 1.1 และ > 1.2 ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่ามูลค่าความสูญเสียทางการคลัง คิดเป็น 13.4, 8.9 และ 5.5 ล้านบาท/ปีตามลำดับดังแสดงในรูปที่ 4-11



รูปที่ 4-11 |การวิเคราะห์ความไวมูลค่าของความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็น

การวิเคราะห์มูลค่าการสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยเปลี่ยนแปลงค่าจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิการรักษาพบว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีมูลค่าความสูญเสียมากกว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการวิเคราะห์ที่ MPR > 1.05 แต่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีมูลค่าความสูญเสีย น้อยกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการวิเคราะห์ที่ MPR > 1.1 และ 1.2 ดังแสดงในตารางที่ 4-6 อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์มูลค่าความสูญเสียเฉลี่ยแบ่งตามสิทธิการรักษาพบว่าผู้ป่วยสิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการมีมูลค่าความสูญเสียเฉลี่ยมากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในการวิเคราะห์ที่ MPR > 1.05, 1.1 และ 1.2 ดังแสดงในตารางที่ 4-7

ตารางที่ 4-6 |การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง (ล้านบาท/ปี)		
	MPR > 1.05	MPR > 1.1	MPR > 1.2
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	5.9	4.3	2.9
สิทธิประกันสังคม	0.5	0.3	0.2
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	6.7	4.0	2.2
สิทธิอื่นๆ	0.3	0.2	0.1
รวม	13.4	8.9	5.5

MPR = medication possession ratio

ตารางที่ 4-7|การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ยแบ่งตามสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)		
	MPR >1.05	MPR >1.1	MPR >1.2
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	88.4	64.7	43.9
สิทธิประกันสังคม	40.3	26.5	15.3
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	201.1	121.7	67.7
สิทธิอื่นๆ	81.4	55.3	32.1
รวม	115.9	77.0	47.5

MPR = medication possession ratio

การวิเคราะห์มูลค่าความสูญเสียแยกตามสิทธิการรักษาและระดับโรงพยาบาลพบว่าในโรงพยาบาลศูนย์มีมูลค่าความสูญเสียสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างมากในทุกๆสิทธิการรักษาในทุกๆการวิเคราะห์ความไว ดังแสดงในตารางที่ 4-8

ตารางที่ 4-8|การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ยแบ่งตามสิทธิการรักษาและระดับโรงพยาบาล

สิทธิการรักษา	มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ย (บาท/คน/ปี)					
	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลชุมชน		
	MPR >1.05	MPR >1.1	MPR >1.2	MPR >1.05	MPR >1.1	MPR >1.2
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	100.3	73.5	49.8	8.2	5.6	3.5
สิทธิประกันสังคม	41.5	27.2	15.8	6.0	4.0	2.3
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	208.3	126.0	70.1	7.8	4.8	2.5
สิทธิอื่นๆ	82.1	55.7	32.1	37.1	35.2	33.0
รวม	125.6	83.6	51.7	8.2	5.6	3.5

MPR = medication possession ratio

การวิเคราะห์มูลค่าการสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิการรักษาพบว่ารายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีมูลค่าความสูญเสียมากกว่ารายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในทุกๆการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 4-9 แต่เมื่อพิจารณามูลค่าการสูญเสียเฉลี่ยพบว่ารายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมีมูลค่าการสูญเสียเฉลี่ยมากกว่ารายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในทุกๆการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 4-10

ตารางที่ 4-9 |การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลัง แบ่งตามรายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

รายการยา	มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง (ล้านบาท/ปี)		
	MPR >1.05	MPR >1.1	MPR >1.2
ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	7.1	4.8	3.0
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	6.2	4.0	2.5

MPR = medication possession ratio

ตารางที่ 4-10 |การวิเคราะห์ความไวมูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ย แบ่งตามรายการยาใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

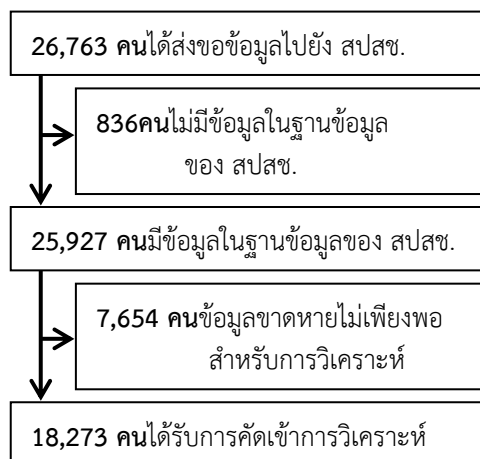
รายการยา	มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ย (บาท/รายการ/ปี)		
	MPR >1.05	MPR >1.1	MPR >1.2
ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	19.9	13.6	8.4
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	53.8	34.7	21.5

MPR = medication possession ratio

1.2 การวิเคราะห์การรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

1.2.1 ข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธชินราชที่ส่งไปเพื่อขอข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) ทั้งหมด 26,763 คน มีข้อมูลใน สปสช. ทั้งหมด 25,927 คน และเมื่อทำการเชื่อมต่อข้อมูล แล้วพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบและสามารถทำการวิเคราะห์ได้จำนวน 18,273 คน ดังแสดงในรูปที่ 4-12 ผู้ที่เข้าการศึกษา มีอายุเฉลี่ย 60.5 ± 17.3 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 45.2 และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (48.3%) และ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ (44.5%) ดังแสดงในตารางที่ 4-11



รูปที่ 4-12 | การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าการศึกษาการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

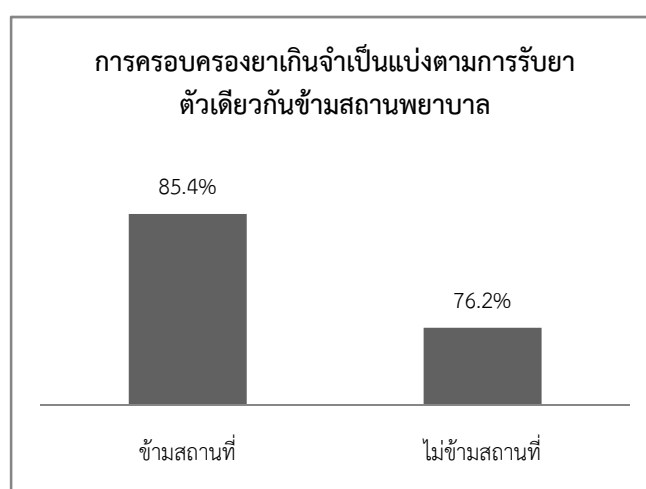
ตารางที่ 4-11 | ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่ถูกคัดเลือกเข้ามามีการศึกษาการรับยาข้ามสถานพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (%)
อายุเฉลี่ย (ปี) ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	60.5 $\pm$ 17.3
เพศ	
ชาย	8,222 (45.1)
หญิง	9,980 (54.7)
ไม่มีข้อมูล	35 (0.2)
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	8,802 (48.3)
ประกันสังคม	1,094 (6.0)
สวัสดิการข้าราชการ	8,107 (44.4)
อื่นๆ	199 (1.1)
ไม่มีข้อมูล	35 (0.2)

1.2.2 ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นในคนที่รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

1.2.2.1 การวิเคราะห์หลัก (Main analysis)

การวิเคราะห์การรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 500 คนจากทั้งหมด 18,273 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.7 ที่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล และในจำนวนผู้ป่วยที่รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลนั้นมีผู้ป่วยจำนวน 427 คน (85.4%) ที่มียาครอบครองเกินจำเป็น ($MPR > 1.0$) ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลมียาครอบครองเกินจำเป็นจำนวน 13,507 คนจากทั้งหมด 17,737 คน (คิดเป็น 76.2%)



รูปที่ 4-13 | การครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

1.2.2.2 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

จากผู้ป่วยที่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลจำนวน 500 คนมีผู้ป่วยจำนวน 384 คน (76.8%), 342 คน (68.4%) และ 285 คน (57.0%) ที่ $MPR > 1.05, > 1.1$ และ > 1.2 ตามลำดับ ในขณะที่จากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลทั้งหมด 17,737 คน มีผู้ป่วยจำนวน 4,992 คน (28.1%), 2,331 คน (13.1%) และ 1,222 คน (6.3%) ที่ $MPR > 1.05, > 1.1$ และ > 1.2 ตามลำดับ

1.2.3 มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง

1.2.3.1 การวิเคราะห์หลัก (Main analysis)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 18,273 คนเพื่อวิเคราะห์มูลค่าความสูญเสียฯ แบ่งตามการมีหรือไม่มีประวัติการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับยาข้ามสถานพยาบาลมีมูลค่าความสูญเสียฯ ทั้งหมด 50,000 บาทจากมูลค่าความสูญเสียฯ ทั้งหมด 4,350,000 บาท หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 1.15 ของมูลค่าความสูญเสียทางการคลังทั้งหมด ดังแสดงในตารางที่ 4-12

1.2.3.2 การวิเคราะห์ความไว (Sensitivity analysis)

ในการเปลี่ยนค่าจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นจาก $MPR > 1.0$ เป็น $MPR > 1.05, MPR > 1.1$ และ $MPR > 1.2$ พบว่า มูลค่าความสูญเสียทางการคลังทั้งหมดคิดเป็น 1,794,000 บาท,

1,252,000บาทและ 692,000 บาท ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการรับยาข้ามสถานพยาบาลมีมูลค่าความสูญเสีย คิดเป็น 2.43%, 3.32% และ 5.10% ของมูลค่าความสูญเสียทั้งหมดตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 4-12

ตารางที่ 4-12 |มูลค่าความสูญเสียเปรียบเทียบระหว่างการรับหรือไม่รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

ประวัติการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ (บาท/ปี)
MPR>1.0	
ไม่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	4,300,000(98.85%)
มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	50,000 (1.15%)
MPR>1.05	
ไม่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	1,750,000 (97.57%)
มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	44,000 (2.43%)
MPR>1.1	
ไม่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	1,210,000 (96.68%)
มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	42,000 (3.32%)
MPR>1.2	
ไม่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	657,000 (94.90%)
มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล	35,000 (5.10%)

1.3 การประมาณมูลค่าความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นในระดับประเทศ

จากการประมาณจำนวนผู้ป่วยที่มีโอกาสการครอบครองยาเกินจำเป็นและมูลค่าความสูญเสียทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็น ($MPR > 1.0$) พบว่า ผู้ป่วย 19.2 ล้านคนครอบครองยาเกินจำเป็นและมูลค่าความสูญเสียทางการคลังคิดเป็น 2,349 ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 1.75 ของอัตราการบริโภคนยาทั้งหมดของประเทศ (อัตราการบริโภคนยาของประเทศประมาณ 134,000 ล้านบาท)²⁴ หรือร้อยละ 0.09 ของ Gross domestic product (GDP) (GDP ปี 2553 ประมาณ 2,581,400 ล้านบาท)²⁵

การวิเคราะห์ความไวเพื่อแสดงผลความไม่แน่นอนของตัวแปร (uncertainty) ด้วยวิธี Probabilistic sensitivity analysis และเปลี่ยนแปลงค่าจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นจาก $MPR > 1.0$ เป็น $MPR > 1.05$, 1.1 และ 1.2 ได้ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 4-13

ตารางที่ 4-13 | การประมาณความสูญเสียทางการคลังระดับประเทศ

คำจำกัดความการมียาครอบครองเกินจำเป็น	จำนวนคนที่มีการครอบครองยาเกินจำเป็น (ล้านคน) (ต่ำสุด – สูงสุด)	ร้อยละคนที่มีการครอบครองยาเกินจำเป็น (ต่ำสุด – สูงสุด)	มูลค่าความสูญเสียฯ(ล้านบาท) (ต่ำสุด – สูงสุด)	ร้อยละความสูญเสียฯต่ออัตราการบริโภคยาของประเทศ (ต่ำสุด – สูงสุด)	ร้อยละความสูญเสียฯต่อGDP (ต่ำสุด – สูงสุด)
MPR>1.0	19.2 (18.7 – 19.7)	45.4 (44.1 – 46.6)	2,349 (2,170 – 2,645)	1.75 (1.62 – 1.97)	0.09 (0.08-0.10)
MPR>1.05	9.1 (8.6 – 9.5)	21.5 (20.3 – 22.4)	1,400 (1,259 – 1,553)	1.04 (0.94 – 1.15)	0.05 (0.05 – 0.06)
MPR>1.1	5.6 (5.2 – 6.0)	13.3 (12.5 – 14.2)	1,085 (933 – 1,275)	0.81 (0.70 – 0.95)	0.04 (0.04 – 0.05)
MPR>1.2	3.3 (3.0-3.6)	7.8 (7.1 – 8.6)	836 (704 – 1,054)	0.62 (0.53 – 0.79)	0.03 (0.03 – 0.04)

MPR = medication possession ratio

การศึกษาส่วนที่ 2| เพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเข้าใจสาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งผลการศึกษาดังต่อไปนี้

2.1 การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาล

2.1.1 ข้อมูลทั่วไป

จากข้อมูลทั้งหมด 4,657,234 แถวข้อมูล (Transactions) จำนวน 344,489 คนตั้งแต่ 1 มกราคม 2553 – 30 มิถุนายน 2554 มีผู้ป่วยเข้าการศึกษาจำนวน 115,971 คน และมีจำนวนรายการยาที่เข้าสู่การวิเคราะห์ทั้งหมด 474,151 รายการ (รายละเอียดชนิดแสดงดังภาคผนวกที่ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษามีอายุเฉลี่ย 50.4 ± 20.1 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (56.7%) และมีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (57.1%) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการศึกษาดังตารางที่ 4-14

ตารางที่ 4-14 | ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่สาเหตุฯ

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) (N=115,971)
อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย(ปี)	50.4 $\pm$ 20.1
เพศของผู้ป่วย	
ชาย	48,608(41.9)
หญิง	65,978 (56.9)
ไม่มีข้อมูล	1,385 (1.2)
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66,274 (57.2)
ประกันสังคม	11,986 (10.3)
สวัสดิการข้าราชการ	33,243 (28.7)
อื่นๆ	3,083 (2.7)
ไม่มีข้อมูล	1,385 (1.2)

2.1.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็น

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็นด้วยวิธี Multivariable cross-sectional logistic regression model ด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย สิทธิการรักษา ขนาดยาที่ได้รับต่อวัน ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ได้รับยา และความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็น พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาในจำนวนวันเฉลี่ยมากกว่า 90 วันมีโอกาสได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมากกว่าผู้ที่ได้รับยาในจำนวนวันเฉลี่ยน้อยกว่า 90 วันถึง 6.1 เท่า (adjusted odds ratio(AOR) 6.1; 95% confidence interval(95%CI 5.90-6.34))

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาในโรงพยาบาลศูนย์มีโอกาสได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในโรงพยาบาลชุมชน 2.7 เท่า(AOR 2.76; 95%CI 2.60-2.94) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี

โอกาสที่จะได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นมากกว่าสิทธิอื่นๆ รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีโอกาสเป็นยาที่ได้รับครอบครองเกินจำเป็นมากกว่ารายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 1.6 เท่า (AOR 1.56; 95%CI 1.53-1.59) (ตารางที่ 4-15)

ตารางที่ 4-15 | ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็น

ตัวแปร	Adjusted odds ratio (95% confidence interval)
อายุของผู้ป่วย	1.014 (1.013-1.015)
เพศของผู้ป่วย	
ชาย	Reference
หญิง	0.72 (0.69-0.74)
รายการยา	
ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	1.56 (1.53-1.59)
นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	Reference
ระดับโรงพยาบาล	
โรงพยาบาลศูนย์	2.76 (2.60-2.94)
โรงพยาบาลชุมชน	Reference
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	Reference
ประกันสังคม	0.49 (0.47-0.52)
สวัสดิการข้าราชการ	0.62 (0.60-0.64)
อื่นๆ	0.78 (0.70-0.87)
จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน	
<1 เม็ด/วัน	1.52 (1.47-1.59)
1 เม็ด/วัน	Reference
>1-2 เม็ด/วัน	0.65 (0.63-0.66)
>2-3 เม็ด/วัน	0.25 (0.24-0.25)
>3-4 เม็ด/วัน	0.20 (0.19-0.21)
>4 เม็ด/วัน	0.26 (0.24-0.28)
จำนวนชนิดยาที่ได้รับ	
≤ 5 ชนิด	Reference
> 5 ชนิด	1.17 (1.13-1.22)
Charlson's comorbidity index	1.09 (1.08-1.11)
จำนวนวันเฉลี่ยที่ได้รับยา	
≤90 วัน	Reference
>90 วัน	6.12 (5.90-6.34)

2.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การรายงานผลการวิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ 2) สาเหตุของการได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น ทั้งนี้จะนำเสนอด้วยการสรุปใจความจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมยกตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าว

2.2.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้สัมภาษณ์จำนวนทั้งหมด 35 คน โดยเป็นเพศชาย 12 ราย (34.3%) และเพศหญิง 23 ราย (65.7%) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 7 ราย (34.3%) เภสัชกร 10 ราย (28.6%) พยาบาล 3 ราย (8.6%) ผู้ป่วย 12 ราย (34.3%) นักวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา 3 ราย (8.6%) โดยที่แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลทั้งหมดเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ในขณะที่ให้สัมภาษณ์มีหน้าที่ปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง โดยรายละเอียดเป็นดังตารางที่ 4-16

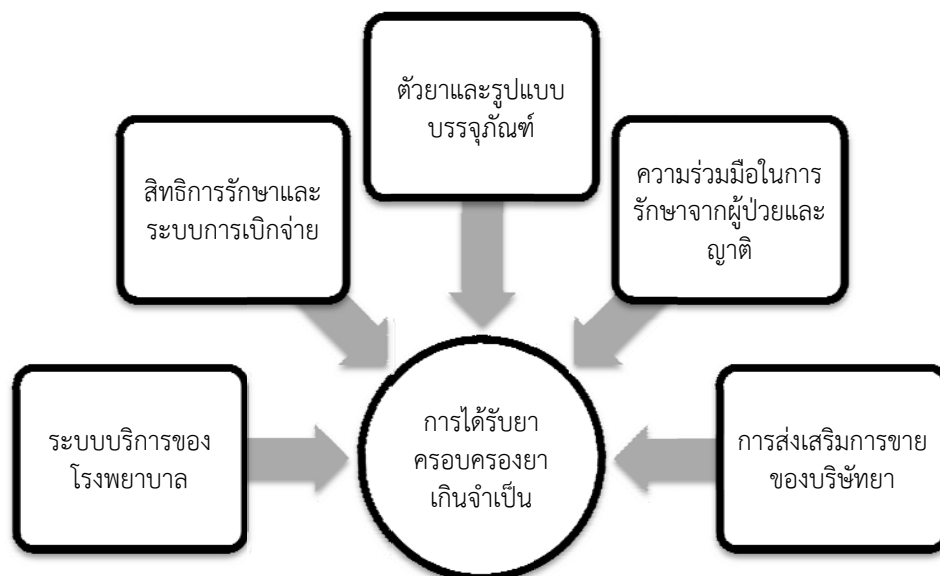
ตารางที่ 4-16 | ลักษณะทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	12 (34.3)
หญิง	23 (65.7)
แพทย์	
ทั้งหมด	7 (34.3)
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1 (2.9)
โรงพยาบาลศูนย์	2 (5.7)
โรงพยาบาลชุมชน	4 (11.4)
เภสัชกร	
ทั้งหมด	10 (28.6)
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	2 (5.7)
โรงพยาบาลศูนย์	2 (5.7)
โรงพยาบาลชุมชน	6 (17.1)
พยาบาล	
ทั้งหมด	3 (8.6)
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1 (2.9)
โรงพยาบาลศูนย์	2 (5.7)
โรงพยาบาลชุมชน	-
ผู้ป่วย	12 (34.3)
นักวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา	3 (8.6)

2.2.2 สาเหตุของการได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับสาเหตุที่อาจส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น พบว่า สาเหตุที่อาจส่งผลแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่มสาเหตุ ได้แก่

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล
2. สิทธิการรักษาและระบบการเบิกจ่าย
3. ตัวยาและรูปแบบบรรจุภัณฑ์
4. ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ
5. การส่งเสริมการขายของบริษัทยา



รูปที่ 4-14 | สาเหตุที่ส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น

กลุ่มสาเหตุที่ 1 ระบบบริการของโรงพยาบาล

1.1 โรงพยาบาลไม่มีระบบการให้บริการด้านยาเดิมของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

การไม่มีระบบการให้บริการด้านยาที่ผู้ป่วยครอบครองอยู่เดิม หรือแม้ว่าจะมีระบบการบริการด้านยาเดิมของผู้ป่วยก็ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[04-02-010-122] “บางทีอาจจะแบบ บางที่เราไม่ได้ ให้ยาซ้ำซ้อนอะ บางทียังไม่ถึง visit ที่จะมา แต่บางทีไม่ได้ reconcile ings ให้ไปอีก คนไข้ก็จะมียาเหลือกองอยู่ที่บ้าน ซึ่งคนไข้เค้าก็กินของเค้ามันแหละ แต่บางทีเราที่พลาด”

[04-01-008-109] “หรือว่าบางทีก็มาโรงพยาบาลซ้ำก็ได้ไปซ้ำ อย่างเช่นมา admit พอ discharge ไปแล้ว เราไม่ได้เอายาเก่าคืน คือเค้าก็ได้ไปซ้ำๆ อันนี้คือเค้าก็ปฏิบัติตัวถูกต้องทุกอย่างทานยาถูกต้องทุกอย่างแหม่นเหลือเฉยๆ”

[04-02-012-118] “คนไข้อาจจะมาหาหมอก่อนเวลานัด อย่างนัด 2 เดือนเค้าอาจจะไปแค่ 2 week เค้าป่วยหรือว่าเป็นอะไรมา admit หรือว่าป่วยมาหาหมอก่อน แล้วเค้าไม่ได้เอายาตรงนั้นมา ทำให้มี

ยาตรงนั้นเหลืออยู่ แล้วพอมาถึงหมอมอก็ไม่รู้ หมอก็ก็นำไปใหม่ตามนัดใหม่ ก็ทำให้มียาเหลืออยู่ที่บ้านเยอะ”

[01-02-001-111] “นัด 3 เดือนโดยที่ให้ยา 3 เดือน เกิดอยู่ อยู่ วันหนึ่งคนไข้จะเดินเข้ามาด้วยสาเหตุใดก็ตาม แต่มาเจอหมอดิม เคื่าก็ก็นำยาเหมือนเดิมโดยที่ไม่ได้เปิดไปดูประวัติว่าคราวที่แล้วก็ได้ไปตั้ง 3 เดือน เหลืออีกตั้ง 2 เดือนกว่าจะหมด เคื่าก็ก็นำไปใหม่เท่าที่จะพอนัดใหม่ มันก็จะไปกองเรื่อยๆ”

โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ให้สัมภาษณ์จะกล่าวว่าการไม่มีระบบการตรวจสอบว่าผู้ป่วยมียาเดิมหรือไม่ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล (admit) และกรณีมาไม่ตรงวันนัด ซึ่งระบบบริการไม่เอื้ออำนวยให้ตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยมีการครอบครองยาเกินกว่าที่จำเป็นหรือไม่ และมากนักน้อยเพียงใด

1.2 ระบบคอมพิวเตอร์ (IT system) ที่ไม่รองรับการตรวจสอบการครอบครองยาของผู้ป่วย

นอกจากระบบบริการที่อาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอแล้ว ระบบคอมพิวเตอร์ที่ช่วยสนับสนุนการบริการก็ไม่สามารถที่จะสนับสนุนในด้านการตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยครอบครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[01-02-001-223] “คือระบบคอมพิวเตอร์ดูไม่ได้ว่าคราวที่แล้วจ่ายไปเท่าไร จ่ายวันที่เท่าไร”

[02-03-022-225] “....คราวนี้การทำงานหนะเราอยากจะให้ว่าในระบบเชิงระบบว่าโรงพยาบาลอยากจะทราบว่า พอเราซื้อ HN คนนี้บ่สามารถตรวจสอบได้เลยว่ามารับยาครั้งสุดท้ายเป็นอะไรบ้าง ยกตัวอย่างเช่น มาตรวจในเวลาไล่เลี่ยกันที่มันเกินจำนวน ที่จำนวนยา อาจตัวอย่างเช่น หมอให้ยาไปสามเดือนแล้วทำไมเค้ามาก่อนสามเดือน ระบบมันต้องเอื้อ แต่ถ้าถามว่าตอนนี้นมันเอื้อไหม มันไม่เอื้อ”

1.3 ระบบการนัดที่จำนวนวันนัดอาจแตกต่างจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยา

ระบบการนัดที่จำนวนวันนัดตรงกับวันที่แพทย์ลงตรวจซึ่งมักจะเป็น จำนวนสัปดาห์เช่น 4 สัปดาห์ หรือ 28 วันในขณะที่จำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยามักจะเป็นเลขลงตัว เช่น 30 วัน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[03-01-006-120] “เป็นบางทีเวลานัดหนึ่งเดือนบ่เราจะไม่ได้รับตัววันอยู่แล้ว เราก็ ส่วนใหญ่จ่ายเดือนหนึ่งก็คือจ่ายไปเลย 60 เม็ด บางที 1x2 ก็ 60 หรือ 1x1 ก็ 30 ไปแต่เวลาเค้านัด พยาบาลนัดบางทีนัดตรงคลินิกประมาณเดือนหนึ่ง บางทีเค้าจะล่นเข้ามาคือไม่ให้ถึง ยามันก็จะเหลืออยู่ บางทีมันก็จะเหลือเหมือนกัน ส่วนใหญ่เค้าจะไม่เลือนออก เค้าจะเลือนเข้า หรือมันจะไม่ตรงพอดีอยู่แล้ว บางทีมันก็ 4 อาทิตย์ เดือนหนึ่ง 4 อาทิตย์มันก็จะเหลืออยู่แล้วจ่ายเป็น 30 60 ก็จะเหลือ 4 เม็ดบ้าง 2 เม็ดบ้าง ถ้าเป็น 28 วัน”

[03-02-004-125] “ส่วนมากถ้าหมอนัด 1 เดือน ที่ระบบโรงบาลนี้นะคะ หมอนัด 1 เดือนก็ 30 วัน พยาบาลก็นัดให้ตรงคลินิก ซึ่งคลินิกจะมีประจำวันอยู่แล้ว เช่นคนไข้ DM มีนัดประจำวันพฤหัสบดี กับ ศุกร์ เคื่าก็กะนัดให้ประมาณ 4 สัปดาห์เป็นวันอังคารเหมือนกันหรือวันศุกร์เหมือนกัน ก็เป็น 28 วัน”

[03-02-005-123] “บางที่จำนวนนัดกับวันที่ให้ยากับคนไข้ก็จะแบบโดยประมาณให้ ให้เกินอยู่หละ คนไข้ก็จะมียาเหลืออยู่เรื่อยๆ

1.4 ระบบส่งต่อข้อมูลภายในองค์กรไม่ได้คำนึงถึงปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ

ระบบส่งต่อข้อมูลภายในโรงพยาบาลที่มีอยู่ไม่ได้คำนึงถึงเรื่องปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ทำให้อาจได้รับยาตัวเดียวกันซ้ำซ้อนในแต่ละแผนกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ดังตัวอย่างประกอบเช่น

[04-02-010-128] “อย่างทีฟี่ไปประชุมมาเค้าจะเจอว่า เค้าทำ reconcile ไม่ได้เพราะว่ามันหลาย แผนกไง เหมือนหมอ ortho ก็ดู ortho ไป med ก็ดูแต่ med ใจเค้าจะไม่ดูยากันและกัน ยามันก็จะ ซ้อนกัน”

1.5 ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างองค์กรไม่ได้คำนึงถึงปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ

นอกจากระบบส่งต่อข้อมูลภายในองค์กรแล้ว ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างองค์กร (Referral system) ก็อาจส่งผลการครอบครองยาของผู้ป่วยด้วยเนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับยาชนิดเดียวกัน ซ้ำซ้อนเนื่องจากไม่มีการส่งต่อข้อมูลด้านการรับยาที่ดีพอ ดังตัวอย่างประกอบเช่น

[03-02-007-408] “shopping around นี่คือการที่มี PCU หน่วยเล็กสุดของงานบริการที่นี้คือ PCU ก็ คนไข้ไป PCU ปัญหาของเรื่องนี้คือ ข้อมูลมันไม่ link กัน ก็สมมติว่าคนไข้ปกติรักษาที่ PCU แต่ด้วย อาการที่เค้าไม่ดีขึ้นหรือว่าเค้ามีปัญหาอะไร เค้าก็จะมาต่อที่โรงพยาบาลอำเภอ เมื่อเราให้ยาไป เมื่อ โรงพยาบาลอำเภอเต็มที ยาที่รับจาก PCU ก็ยังมี มันก็เป็นปัญหาที่ น่าจะดูที่ข้อมูลการส่งต่อ”

[04-02-010-202] “โรงพยาบาลชุมชนแล้วก็โรงพยาบาลศูนย์ด้วย การส่งต่ออย่างนี้ อย่างบางที่เราส่ง ต่อด้วยคนไข้โรคนี้ แต่เค้าไม่ได้ดูเลยว่าคนไข้มีโรคอื่นด้วยหรือเปล่า เค้าก็จะดูแต่อาการที่คนไข้ที่เรา refer ไปอย่างนี้ บางทีก็ให้ยาซ้อนกันมา แล้วคนไข้ก็จะงง ว่าตกลงฉันต้องกินหรือไม่กิน อย่างบางคน เค้าก็กินทั้งสองอย่างเลย”

[99-04-029-215] “ระบบการ refer อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งแต่ก็ประเด็นว่าคนไข้อาจไปหาหมอที่เดิม คือระบบส่งต่อ จริงๆแล้วน่าจะมีประวัติเดิมส่งไปให้ ระบบ UC ก็จะมีการส่งกลับมารักษาที่เดิมเนี่ย ไร่ ระบบพวกนี้ คือฟี่ก็ไม่ได้คุ้นกับโรงบาลนะ คือไม่เคยทำงานโรงบาล จะไม่รู้เรื่องพวกนี้ แต่ถ้าถามใน ระบบ คือระบบ UC การที่คนไข้จะได้ interventionใด เนี่ย ถ้าระบบโรงบาลคือจะพยายามให้ efficient เพราะว่าทั้งฝั่งโรงพยาบาลจะไม่พยายามสั่งอะไรให้มัน over อยู่แล้ว แล้วไ้การสั่งอะไร แล้วให้มันทบกันไปเรื่อยๆเนี่ย แสดงว่าไม่ได้ตรวจสอบกันจริงๆ คือฟี่ก็ไม่รู้เนาะ ถ้าโรงบาลเอาใจใส่ น่าจะลดตรงนี้ไปได้เยอะ เนื่องจากไม่น่าจะอยากเปลี่ยนทรัพยากรอะไร เพราะว่าระบบ capitation มัน น่าจะคุมอยู่ แล้วก็ DRG อย่างนี้แต่ฟี่ไม่รู้ว่ามัน work แคไหนในตอนนี”

1.6 Medication error

ความผิดพลาดในการให้บริการ (Medication error) ก็อาจเป็นส่วนหนึ่งให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ ทั้งในด้านการสั่งจ่ายยาที่มีการคำนวณปริมาณยาผิดพลาด หรือการจ่ายยาที่ผิดพลาด ดังตัวอย่างประกอบเช่น

[03-02-007-326] “เป็น error ส่วนบุคคลด้วย หมายถึงว่าอาจจะสั่ง คือคลินิกเลยส่วนใหญ่จะมีช่วง rush hour ที่เรายุงๆ พอ rush hour ป๊บเราอาจจัดยาพลาดเอง เราให้เค้าไม่ครบหรือให้เค้าเกิน มันมีได้ทั้ง 2 ประเด็นเนาะ คือมันมีทั้งพอดี น้อยเกินไป มากเกินไป อันนี้เกิดจาก error ส่วนบุคคล”

[04-01-009-127] “ง่าย ๆ เลย คุณเลขผิดครึ่งบางที เพราะว่าบางทีถ้าตรวจไวๆ ก็สับสนเหมือนกัน บางทีคนนี้สั่ง 2 เดือน ก็สั่ง 60 ไปเลยแต่ไอ้ตัวนี้นั้นครึ่งเม็ดไง มันต้อง 30 แต่ด้วยความเร่งรีบก็สั่ง 60 ไปก็เจอได้ อาจจะมีตั้งแต่ผิดพลาดในเชิงข้อมูลกับผิดพลาดในเชิงคณิตศาสตร์คุณเลขผิดไม่มีอะไรเลย”

1.7 ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มากเกินไป

ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มากเกินไปทำให้การบริการไม่ได้คำนึงถึงด้านการครอบครองยาเกินจำเป็น หรือเกิดความผิดพลาดในการให้บริการดังตัวอย่างประกอบเช่น

[01-02-001-302] “เค้าอาจจะรู้สึกว่ามันอาจจะต้องดูแลมันเสียเวลาภาระงานอาจจะเยอะ work load เยอะ” “ถ้าเกิดว่าจะต้องมาดูแลทุกเคส ก็จะทำให้อัตราการจ่ายยาช้าเหมือนกัน เพราะมันจะต้องมาเปิดดูแบบทีละ visit และถ้าคนไข้มา follow up ที่หลายๆ หมอมันก็ต้องแบบตึกๆ”

[02-05-016-319] “แล้วป้าคิดว่าถ้ายังงี้ที่ป้าบอกว่าไม่ได้ลื้ม แต่หมอมันไม่ได้นับเพราะคนไข้เค้าเยอะเนาะ”

[03-02-005-518] “เราก็ไม่มีแรงจะทำ workload คือการที่เราจะต้องมานั่งนับยา คือถ้าสมมติว่าพี่ลงคลินิก DM ข้างบนจะยุ่งมากเลยถ้าเราจะต้องไปจัดการกับยาเดิมคนไข้ บางทีมันเสียเวลา จำนวนคนไข้เราเยอะ ปริมาณยาคนไข้แต่ละเคสเราก็เยอะ”

1.8 การสั่งจ่ายยาในปริมาณที่เกินความจำเป็นไปเล็กน้อยเพื่อเผื่อเหลือเผื่อขาด

การสั่งจ่ายยาเผื่อเหลือเผื่อขาดก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการครอบครองยาเกินจำเป็นเนื่องจากอาจมีการสั่งจ่ายเกินไปจำนวนหนึ่งแต่เมื่อสั่งจ่ายเกินไปหลายๆ ครั้งก็ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาครอบครองมากเกินไป ดังตัวอย่างประกอบเช่น

[04-01-008-325] “คนไข้บางคน อย่างคนไข้บางคนเค้าทำตัวถูกแล้ว คือบางทีเราจะป้องกันยาเหลือด้วยการให้ยาไปพอดีใช้ไหมคะ สมมติวัน 10 สัปดาห์ ก็คือ 70 เม็ด คือทำตกเม็ดหนึ่งไม่ได้เลยนะ

บางทีก็อาจจะ บางทีถ้าใจถ้านี้อยากจะให้เหลือนิดหน่อย 5 เมตร OK ขอแค่ไม่ขาดยา แต่พอเข้าใจว่า แนวๆ พอผ่านไป 1 ปีก็กลายเป็น 20 เมตร 30 เมตรขึ้น”

[02-05-020-118] “ครับ เมื่อก่อนนี้คุณหมอเค้าก็ให้กินไว้มาก่อน”

[01-02-001-321] “ถ้าเกิดสั่งยาเกินเนี่ยแบบเผื่อร่วง เผื่อหาย เผื่อหล่น อะใช้อย่างงี้ ก็จะไม่เคยเห็นเกิน 10 วันนะ”

1.9 บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดความตระหนัก

การขาดความตระหนักในเรื่องการครอบครองยาเกินจำเป็นของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่มีระบบบริการที่มีประสิทธิภาพมากพอ และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นได้ ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[02-02-015-809] “จริงๆ ต้องมีคนกรองให้ ใจ แต่ว่าข้างหน้าห้องก็ไม่ได้กรองส่วนนี้ เค้าก็จะไปกรองส่วนอื่น ไม่ได้กรองส่วนที่ ทำไมคนนี้มาก่อนนัด เค้าก็ไม่ได้มองปัญหานี้ แล้วนำเสนอให้แพทย์ หรือ บางครั้ง เราเจอตอนจ่ายยาบางทีก็มีนะ คนก็ยาบางคนจะเช็คให้ คือ บางคนจะเจอในเมื่อมันผิดปกติ”

[03-02-007-113] “หมอจะชอบ re-med อย่างคนไข้เรื้อรัง หมอจะชอบ re-med แล้วมันจะมีบางช่วงบางเดือนที่มัน อาจจะตรงกับวันหยุด วันนัด 2 เดือนตรงกับวันหยุด วันนัด 1 เดือนตรงกับวันหยุด หมอก็ต้องขยับเข้าหรือขยับออก ส่วนใหญ่จะขยับออก จาก 2 เดือนอาจจะเป็น 2 เดือนกว่าๆ ในคราวก่อน พอมาคราวนี้ด้วยความเคยชินก็ re-med ไม่ได้ปรับปริมาณให้ตรงกับวันนัด เพราะฉะนั้นคนไข้ก็ได้ยาเกินไป พอนัดตรงปั๊บ ยามันก็จะเหลืออยู่ที่บ้าน อย่างงี้เจอก็เยอะ แต่คนไข้ไม่ได้บอกเรา อาจเป็นเพราะเราไม่ได้ถาม หมอไม่ได้ถาม หรือคลินิกที่ช่วย screen ไม่ได้ถาม”

กลุ่มสาเหตุที่ 2 สิทธิการรักษาและระบบการเบิกจ่าย

2.1 การได้รับการรักษาฟรี ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่คำนึงถึงปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น

สิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินใดๆ ส่งผลให้ผู้ขาดความใส่ใจในยาที่มีอยู่และปริมาณยาที่ผู้ป่วยครอบครองอยู่ ซึ่งไม่ต่างกันทั้งในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage; UC) และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (CSMBS) ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[02-01-025-309] “ยาฟรีไง เลยไม่ซีเรียส.... “ไม่ได้เดือดร้อน” “เค้าไม่ได้เดือดร้อนไง ว่าเสียตังค์ค่ายา สมมติว่าไปรับยาเอกชน สมมติยาเหลือที่บ้านสามสิบเม็ด คุณคิดว่าเค้าจะเอามาให้ดูไหมว่า เออมียาเหลือสามสิบเม็ด สมมติยาเม็ดละร้อย ก็สามพัน เค้าจะบอกหมอใหม่ ว่ายาเหลือ” ... “นั่นโรงพยาบาลรัฐเค้าจะบอกไหม บอกทำไมเสียเวลา บอกหมอไปก็ไม่ได้สนใจ บอกไปก็งั้นๆ ใช่มะ มันฟรีอะ”

[01-01-026-408] “เหมือนเค้ามามีเค้านี้ไม่ต้องเสียอะไร พอตรวจแล้วเค้าก็ไม่ต้องเสียอะไร จ่ายยาไป เค้าก็ได้ยาเป็นกอบเป็นกำ สองพัน สามพันบาท โดยที่ไม่ต้องเสียตังอะไรสักอย่าง อย่างนี้จะครับ ความรู้คุณค่าของยาที่ว่าน่าจะน้อยลง”

[03-02-005-105] “เดี๋ยวนี้นะใช้สิทธิ UC ก็คือ คนใช้รับยาฟรี เค้าก็จะรู้ดีกว่าเค้าได้มาฟรี ไม่ต้องเอาไปแลก คือถ้าสมมติระบบเมื่อก่อนเนี่ย ชำระเงินบ้างเป็นบางตัวเค้าก็จะบอกว่ายาเหลือเท่าไร”

2.2 ระบบเบิกจ่ายตรงอาจทำให้ผู้ป่วยรับยาโดยไม่คำนึงถึงปริมาณยาของตนที่เหลือ

การเปลี่ยนแปลงจากระบบสำรองจ่ายเป็นระบบเบิกจ่ายตรงในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีส่วนในการเพิ่มปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยในสิทธิดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเคยนำมาให้รับประทาน ก็ไม่นำมาให้รับประทาน ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[02-02-015-523] “พี่เห็นความต่างของตรงนี้ชัดก่อนที่จะมี CSCD กับต้องควักเงินเป็นของเราเอง ก่อน เมื่อก่อนถามเด็กในห้อง เด็กในห้องที่ศิษย์ในห้อง จะบอกว่าจะมีคนไข้บางส่วนมาบอกว่าฉันมีอยู่เท่านี้จะหักให้ด้วย หรือตั้งไม่พอก็จะบอกว่า มีเงินอยู่เท่านี้ให้เราหักให้หน่อย แต่ภาพแบบนี้ไม่เกิดขึ้นแล้วนะ ไม่เกิดเลยหลังจากไม่ต้องใช้ควักโดยตรง คือภาระไม่ได้อยู่ คือคุณจัดการคุณต้องเอามาให้ครบ ตรงนี้เค้าไม่ได้รับผิดชอบ ต้องหิวมาแล้วมาบอกมาสั่งคนศิษย์ น้องของพี่มีเท่านี้ช่วยลดตัวนี้ด้วย ถ้าตัวแพงๆนะ แต่ตอนนี้ก็คือ อันนี้เห็นชัด”

กลุ่มสาเหตุที่ 3 ตัวยาและรูปแบบบรรจุภัณฑ์

3.1 รูปแบบบรรจุภัณฑ์ยากต่อการจ่ายยาหากสั่งไม่ลงตัว (เลขหลัก 10 หรือ 5)

บรรจุภัณฑ์ที่มักจะทำเป็นแผงละ 10 เม็ด ซึ่งหากมีการสั่งจ่ายยาเท่ากับจำนวนวันจริงเช่น 28 วัน ทำให้ยากต่อการจ่ายยาของเภสัชกร ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[03-02-005-508] “พี่ว่ามันมาจากเป็นแผง แพ็คเก็จยาเราไง ถ้ายา original แผงมันจะเป็น 14 28 อะไรอย่างนี้ใช้เปล่า แต่ของประเทศไทยมันเป็น 10 อย่างถ้าหมอนัดเป็น 28 วัน ยังไงพวกพี่ก็ไม่มาตัดแผงยาอยู่ดี มันก็เป็นไปตามวันนัดที่หมอเดือนหนึ่งสั่ง 30 วัน”

[03-01-006-309] “อย่างสมมติจ่ายเดือนหนึ่ง ให้วันละเม็ด 30 เม็ด เกิด PCU เค้านัดเกิดเค้านัดประมาณ 3 อาทิตย์ขึ้นมาก็อย่างนี้มันขาด มันนัดคลินิกมันล่วงหน้ามัน 21 เม็ดอย่างนี้แล้วให้ห้องยามาตัด 21 เม็ดพอดี มันก็จ่ายยากไปอีก”

3.2 การเปลี่ยนแปลงการรักษาอาจส่งผลให้มียาครอบครองเกินจำเป็น

การเปลี่ยนแปลงการรักษาเช่น หยุดยา ปรับเปลี่ยนขนาดยา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมียาเหลือครอบครองเกินจำเป็น ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[04-01-008-113] “บางทีมา follow up ปูบ แล้วเราก็ออฟ ยาไป แต่จริงๆ ที่บ้านยังไม่หมดก็มี หรือว่าบางทีเราเปลี่ยน เช่นเปลี่ยน amlol 5 เป็น amlol 10 อย่างนี้ ก็จะมียาเหลือ”

แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าสาเหตุนี้อาจจะส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นแต่ก็เป็น การครอบครองยาเกินจำเป็นที่เกิดอย่างสมเหตุสมผล เนื่องจากการครอบครองยาเกินจำเป็นที่มีผลมา จากเหตุผลทางการรักษา

กลุ่มสาเหตุที่ 4ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ

4.1 ผู้ป่วยไปหาหลายหมอโดยไม่ได้แจ้งว่ารักษาและได้รับยาใดบ้าง

ผู้ป่วยบางส่วนที่ไปรับการรักษาหลายสถานพยาบาล อาจมีโอกาสดำเนินการรับยาชนิดเดียวกันจาก หลายๆสถานพยาบาล แต่ญาติหรือผู้ป่วยไม่มีการแจ้งให้แพทย์ผู้ทำการรักษาครั้งนั้นๆทราบ จึงอาจ ส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[01-02-001-616] “คิดว่า คียาเหลือมีสาเหตุมาจากใคร มันก็คือ หมอสั่งจ่าย เภสัชจ่าย คือแบบ ไม่ได้ดูใช้ใหม่ กับตัวคนไข้ที่ไม่ได้แจ้งเร่ว่าเค้าไปรักษาที่ไหนบ้าง มีก็หมอ ยาเดิมมีเท่าไร”

4.2 ผู้ป่วย/ญาติขาดความสนใจในเรื่องการดูแลยาที่ได้รับ

การขาดความสนใจของผู้ป่วยและญาติต่อยาที่ได้รับส่งผลให้ไม่ให้ความร่วมมือในการนำยามา ตรวจสอบ/นับที่โรงพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดมียาครอบครองเกินจำเป็นได้ ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[02-01-024-901] “ใช่ ความตระหนักของญาติ มันต้องเห็นว่าเอ๊ะมันสำคัญ การมีส่วนร่วมมันมี ความสำคัญจริง ถ้าผมคิดว่ามันต้องตระหนักทุกคนแหละ ถ้าทุกคนคิดเหมือนกันว่าการมีส่วนร่วมมัน มีความสำคัญในกระบวนการรักษา”

[04-01-009-321] “คนไข้พูดกับผมเลยนะว่า ไม่ต้องดูหรรษาหมอเดี๋ยวหนูได้ยาใหม่หนูก็ทิ้งยาเก่าห ล่ะ”

กลุ่มสาเหตุที่ 5การส่งเสริมการขายของบริษัทยา

5.1 บางสถานการณ์แพทย์อาจสั่งยาในปริมาณมากเนื่องจากกลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทยา

ในบางสถานการณ์การส่งเสริมการขายยาของบริษัทยาที่ส่งผลให้เกิดการจ่ายยามาเกินจำเป็นทำให้ ผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็นได้ ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[01-02-001-1213] “เคยเห็นงัวพวก sale อะไร้เค้าก็จะมาพวกใกล้สิ้นเดือนอะไรอย่างจ้ะ ขยันทำงาน ก็นึกหนึ่งอะไรอย่างจ้ะ”

2.2.3สรุปผลการวิเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหา

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 35 รายพบว่าสาเหตุที่อาจส่งผลให้เกิดการ ครอบครองยาเกินจำเป็นได้แก่

1. ระบบบริการของโรงพยาบาล

1.1. โรงพยาบาลไม่มีระบบการให้บริการด้านยาเดิมของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

1.2. ระบบคอมพิวเตอร์ (IT system) ที่ไม่รองรับการตรวจสอบการครอบครองยาของผู้ป่วย

- 1.3. ระบบการนัดที่จำนวนวันนัดอาจแตกต่างจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยา
- 1.4. ระบบส่งต่อข้อมูลภายในองค์กรไม่ได้คำนึงถึงปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- 1.5. ระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างองค์กรไม่ได้คำนึงถึงปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ
- 1.6. Medication error
- 1.7. ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มากเกินไป
- 1.8. การส่งจ่ายยาในปริมาณที่เกินความจำเป็นไปเล็กน้อยเพื่อเผื่อเหลือเผื่อขาด
- 1.9. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดความตระหนัก
2. สิทธิการรักษาและระบบการเบิกจ่าย
 - 2.1. การได้รับการรักษาฟรี ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่คำนึงถึงปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น
 - 2.2. ระบบเบิกจ่ายตรงอาจทำให้ผู้ป่วยรับยาโดยไม่คำนึงถึงปริมาณยาของตนที่เหลือ
3. ตัวยาและรูปแบบบรรจุภัณฑ์
 - 3.1. รูปแบบบรรจุภัณฑ์ยากต่อการจ่ายยาหากสั่งไม่ลงตัว (เลขหลัก 10 หรือ 5)
 - 3.2. การเปลี่ยนแปลงการรักษาอาจส่งผลให้มียาครอบครองเกินจำเป็น
4. ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ
 - 4.1. ผู้ป่วยไปหาหลายหมอโดยไม่ได้แจ้งว่ารักษาและได้รับยาใดบ้าง
 - 4.2. ผู้ป่วย/ญาติขาดความสนใจในเรื่องการดูแลยาที่ได้รับ
5. การส่งเสริมการขายของบริษัทยา
 - 5.1. บางสถานการณ์แพทย์อาจสั่งยาในปริมาณมากเนื่องจากกลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทยา

การศึกษาส่วนที่ 3| เพื่อร่างแนวทางการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งได้ทำไปพร้อมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเข้าใจสาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็น และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการร่างนโยบายทางเลือกเพื่อแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งผลการศึกษาเป็นมีดังนี้

3.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้สัมภาษณ์จำนวนทั้งหมด 35 คน โดยเป็นเพศชาย 12 ราย (34.3%) และเพศหญิง 23 ราย (65.7%) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 7 ราย (34.3%) เภสัชกร 10 ราย (28.6%) พยาบาล 3 ราย (8.6%) ผู้ป่วย 12 ราย (34.3%) นักวิจัย/ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา 3 ราย (8.6%) โดยที่แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลทั้งหมดเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ในขณะให้สัมภาษณ์มีหน้าที่ปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรงโดยรายละเอียดเป็นดังตารางที่ 4-11

3.1.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นสามารถแบ่งข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหาออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. การแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติการ (Operational level)
2. การแก้ปัญหาในระดับชาติ (National level)

กลุ่มแนวทางการแก้ปัญหาที่ 1 การแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติการ

1.1 พัฒนาระบบบริการด้านยาเดิมของผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Medication reconciliation system)

การพัฒนาระบบบริการด้านยาเดิมของผู้ป่วยเป็นการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ตรงกับสาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นค่อนข้างมาก ดังตัวอย่างประโยคเช่น

[04-02-010-223] “คิดว่าในระดับผู้ที่ปฏิบัติงานจริงๆ แล้วถ้าเราสามารถทำให้ในทุกวิชาชีพที่เค้าเกี่ยวข้องเค้าเข้าใจในเรื่องของการทำ reconcile ได้เนี่ย จริงๆ ควรจะกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลไปเลย ผ่านกรรมการ PCT”

[03-02-004-322] “ก็นับจำนวนยาแล้วก็หักเม็ดกันไป”

[03-02-005-306] “ก็จะมีเภสัชกับพยาบาลที่ช่วยกันดูแลจัดการยาเดิมของคนไข้ เพราะว่าเราจะทบทวนทั้ง ก็คือถ้าคนไข้มียาเหลือเนี่ยเราก็ต้องมาประเมินว่า เกิดขึ้นเนื่องจากว่าคนไข้ใช้ยาผิดไหม ก็จะได้ประเมิน compliance คนไข้ บางทียาเหลือเนี่ยอาจจะเกิดจากจำนวนยาที่เราจ่ายเกินคนไข้ในแต่ละ follow up มันก็เหลือทบบๆ กันมาบางทีเต็มแผงก็จะมาหักลบยาให้คนไข้”

1.2 การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็นในระดับโรงพยาบาล

จากสาเหตุในด้านการส่งต่อข้อมูลภายในที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น ผู้ให้สัมภาษณ์จึงได้มีการเสนอแนะให้มีการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อใช้สำหรับตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็น ส่งต่อประวัติการรักษาและระบบเตือน (Alert system) ดังตัวอย่างประโยค เช่น

[03-02-007-524] “การเชื่อมโยงข้อมูลให้ครอบคลุม มันก็จะช่วยแก้ปัญหาได้พอสมควร”

[01-02-001-707] “พี่ว่าถ้ามันจะช่วยได้จริงๆ มันต้องเป็นระบบที่ link ทุกโรงพยาบาล

1.3 การสร้างระบบการเติมยาในโรงพยาบาล

มีการนำเสนอให้สร้างระบบการเติมยาและนำเรื่องการครอบครองยาเกินจำเป็น เป็นส่วนหนึ่งของระบบการเติมยา ตัวอย่างประโยคเช่น

[01-02-001-903] “โรงพยาบาลที่กำลังลองก็คือ refill คือซบย่อย ก็คือ reconcile ก็คือเอายามา fill ให้ดีขึ้น ถิ่นขึ้นแล้วก็ถามว่ายาลือใหม่ ตอนนี้องค์บาลมี ortho ที่มี refill พอ refill ที่หนึ่งก็จะถามว่า ปวดมากไหม? ยาเหลือเท่าไร? เอาไปเท่านี้จะพอไหม? มันอาจจะทำให้จ่ายได้น้อยลง”

1.4 สร้างโครงการรณรงค์ให้ผู้มีนำยากลับมาโรงพยาบาลเพื่อการตรวจสอบยาเดิมและให้ความรู้เรื่องยาเหลือใช้แก่ผู้ป่วย

นอกจากการสร้างระบบบริการที่ดีแล้ว การรณรงค์เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือต่อระบบบริการก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่จึงเสนอให้มีการสร้างโครงการรณรงค์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำยากลับมาที่โรงพยาบาลด้วย ตัวอย่างประโยคเช่น

[03-02-007-704] “ที่นี้ ผอ.เคยคุยกันกับทีมของฝ่ายเภสัชอะคะ คือท่านคงไปอยู่ที่อื่น แล้วท่านทำกองทุนคืนยา ท่านเคยคุยให้ฟัง มันก็เป็นหนึ่งในโครงการของเราเหมือนกันอะคะ ก็คือใครที่มียาเหลือที่บ้าน ไม่ได้ใช้แล้ว เราก็จะมีกล่องที่เค้าเอามาคืน อาจจะมีช่วงแรกที่จะมีแรงดึงดูดให้เค้า อาจจะมีกล่องใส่ยา หรือหนังสืออะไรให้เค้า มันยังเป็นไอเดียอยู่คะ ยังไม่ได้ปฏิบัติจริง แต่ว่าแนวที่เราได้รับมา กำลังคิดอยู่ว่าจะทำในแนวไหน”

[04-01-008-123] “ก็เห็นพี่เค้าก็ทำกันอยู่นะคะ ก็คือให้คนไข้เอายามาทุกครั้ง”

[04-01-009- 515] “ก็ดีครับ ดูว่าเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับเรื่องเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขด้วย แต่บางเรื่องอาจต้องแก้เป็นรายบุคคล เช่นเรื่องการให้ความรู้ การให้ข้อมูลอ่านนะ”

1.5 ส่งเสริมการทำ Home health care

มีการแนะนำให้ส่งเสริมการทำ Home health care โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาหลายๆ ตัวอย่างประโยชน์เช่น

[01-02-001-719] “อย่างที่พี่เห็นก็คืออย่างง่ายที่สุดก็คือไปเยี่ยมบ้าน เนี่ยแหละ แต่เราก็ไม่สามารถให้คนออกไปเยี่ยมบ้านได้ทุกคน นอกจากคนที่เราเห็นว่ามีปัญหา ระบบการจ่ายยาเห็นเบิกยาเยอะเกินไปไปตรวจสอบอันนี้ก็เป็นอย่างอื่นเรื่องหนึ่งแต่ว่ามันทำไม่ได้ทุกคนอยู่แล้ว”

กลุ่มแนวทางการแก้ปัญหาที่ 2 การแก้ปัญหาในระดับชาติ

2.1การนำระบบ co-payment กลับมาใช้ใหม่

มีการนำเสนอให้มีการนำระบบร่วมจ่ายกลับมาใช้ใหม่โดยอาจมาในรูปแบบต่างๆของระบบร่วมจ่ายตัวอย่างประโยชน์เช่น

[04-01-009-504] “แล้วก็ยิ่งอยากไปเรื่องเดิมนะ ไปเสนอระดับ national policy สิทำได้ไหว 10 ทีเลย ให้กลับมี co-payment ใหม่” และ “คนไข้ก็จะใช้ยาสมเหตุสมผลมากขึ้น อาจไม่ได้มองเรื่องนี้มาก แต่มองว่าคนไข้จะ self-care มากขึ้น ก็อย่างต่างประเทศเนี่ย OPD case ค่าเก็บหมดนะ แต่ IPD ค่าฟรี แต่ถ้าคนเจ็บป่วยรุนแรงรัฐดูจริงๆ แต่เจ็บป่วยเล็กน้อยเค้าบอกว่าคุณน่าจะดูแลตัวเองบ้างนะ”และ “อาจจะมีเรื่องการร่วมจ่ายอาจจะต้องกลับมา รักษาฟรีเนี่ย อาจจะต้องเข้าใจว่ารักษาฟรีแบบไหนแล้วมันเกิดประโยชน์กับประเทศมากกว่าที่จะในการเลือกตั้ง”

2.2 ปรับเปลี่ยนระบบจ่ายตรงมาเป็นระบบสำรองจ่ายในยาบางรายการสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

มีการนำเสนอให้มีการนำระบบสำรองจ่ายกลับมาใช้ใหม่ในยาบางรายการ ตัวอย่างประโยชน์เช่น

[01-02-001-921] “ไอ้พวกยาที่สำรองจ่ายไปก่อน พอเริ่มเป็นสำรองจ่ายไปก่อนแล้วไปเบิก เค้าจะเริ่มบอกทันทีเลยคนไข้ว่ามียาเหลือ อันนี้ได้ผลชัดเจน อย่างเช่น Nasonex หมอจ่ายไป 2 หลอด ก็รับไปโรงบาลก็เบิก กรมบัญชีกลาง เบิกตรง พอถึงเวลาบอกให้สำรองจ่ายไปก่อนหลอดละ 1,300 กลายเป็นว่า เหลืออยู่หลอดหนึ่ง วันนี้ไม่เอา”

2.3การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็นในระดับระหว่างโรงพยาบาล

จากสาเหตุในด้านการส่งต่อข้อมูลระหว่างองค์กรที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น ผู้ให้สัมภาษณ์จึงได้มีการเสนอแนะให้มีการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ ส่งต่อประวัติการรักษาและระบบเตือน (Alert system) ดังตัวอย่างประโยชน์เช่น

[03-02-007-524] “การเชื่อมโยงข้อมูลให้ครอบคลุม มันก็จะช่วยแก้ปัญหาได้พอสมควร”

[03-02-004-401] “ถ้าสร้างเป็นโปรแกรมขึ้นมาก็ดีเนาะ แบบว่าเป็น lan เป็น link ให้มีประวัติยาที่ได้รับของคนไข้อยู่แล้ว....เป็นส่วนกลางเลยอะไรอย่างนี้ คือบันทึกลงไปเลย”

ซึ่งข้อมูลทั้งในส่วนปัจจัยสาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็นและแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้รับการเสนอจากผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้นำเป็นข้อมูลประกอบในการร่างนโยบายทางเลือกในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นต่อไป

3.1.3 สรุปผลการวิเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเข้าใจสาเหตุของปัญหา

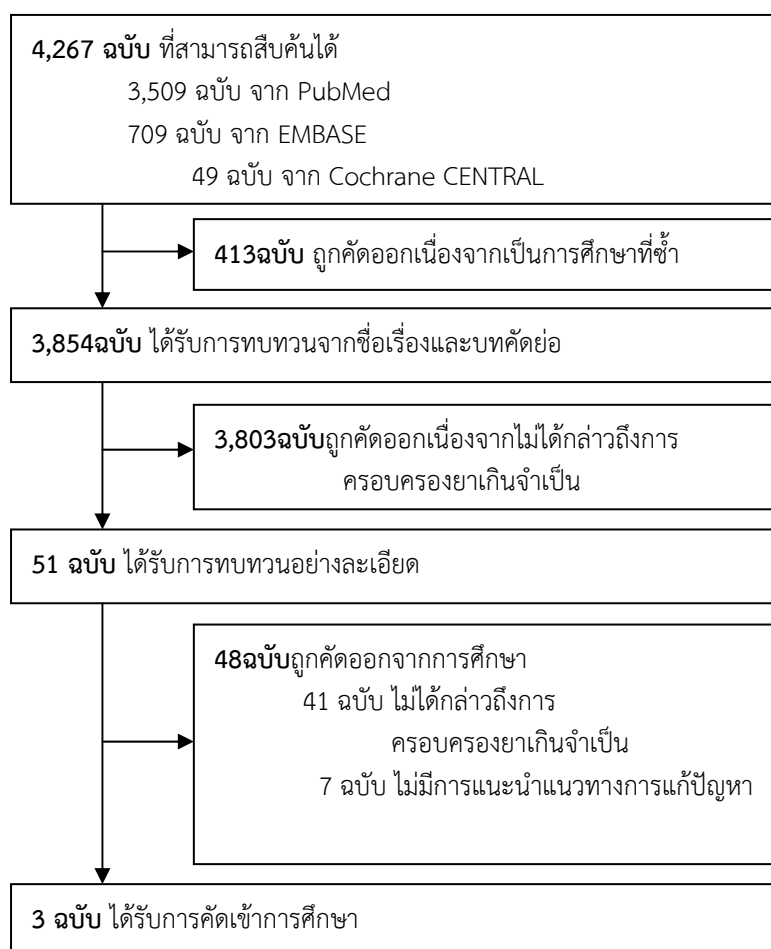
แนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นที่ได้รับการเสนอจากผู้ให้สัมภาษณ์ได้แก่

1. การแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติการ
 - 1.1. พัฒนาระบบบริการด้านยาเดิมของผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
 - 1.2. การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็นในระดับโรงพยาบาล
 - 1.3. การสร้างระบบการเติมยาในโรงพยาบาล
 - 1.4. สร้างโครงการรณรงค์ให้ผู้มีนำยากลับมาโรงพยาบาลเพื่อการตรวจสอบยาเดิมและให้ความรู้เรื่องยาเหลือให้แก่ผู้ป่วย
 - 1.5. ส่งเสริมการทำ Home health care
2. การแก้ปัญหาในระดับชาติ
 - 2.1. การนำระบบ co-payment กลับมาใช้ใหม่
 - 2.2. ปรับเปลี่ยนระบบจ่ายตรงมาเป็นระบบสำรองจ่ายในยาบางรายการสำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ
 - 2.3. การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็นในระดับระหว่างโรงพยาบาล

3.2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

3.2.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาทั้งหมดที่สามารถสืบค้นพบจำนวน 4,267 ฉบับ จาก 3 ฐานข้อมูลได้แก่ PubMed 3,509 ฉบับ EMBASE 709 ฉบับ และ Cochrane CENTRAL 49 ฉบับ มีเพียง 3 ฉบับที่มีข้อมูลตรงกับเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา และจากการศึกษาที่คัดออกทั้งหมด 4,264 ฉบับพบว่า 413 ฉบับเป็นการศึกษาที่ซ้ำกัน (Duplicate) 3,844 ฉบับไม่ได้กล่าวถึงการมียาครอบครองเกินจำเป็น ในขณะที่อีก 7 ฉบับแม้ว่าจะกล่าวถึงการครอบครองยาเกินจำเป็นแต่ไม่ได้มีการแนะนำนโยบายหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นไว้ ดังแสดงในรูปที่ 4-15



รูปที่ 4-15 | ขั้นตอนการคัดเข้าการศึกษาในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

3.2.2 ลักษณะพื้นฐานการศึกษาที่ได้รับการคัดเข้า

การศึกษาที่คัดเข้าทั้ง 3 ฉบับเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง^{3, 11, 26} โดย 2 ฉบับเป็นการศึกษาโดยวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ย้อนหลัง (Retrospective databases analysis)^{3, 11} ในขณะที่อีก 1 ฉบับเป็นการศึกษาโดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective study)²⁶

การศึกษาจำนวน 2 ฉบับทำการศึกษาผลของการครอบครองยา (Medication supply) ต่อต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและการเข้านอนโรงพยาบาล ในขณะที่อีก 1 ฉบับเป็นการศึกษาเพื่อระบุชนิด จำนวนและมูลค่าการสูญเสียของยาที่ผู้ป่วยนำยากลับมาคืนโรงพยาบาลโดยให้เภสัชกรเป็นผู้รับคืน(ตารางที่ 4-17)

ตารางที่ 4-17 | ลักษณะพื้นฐานของการศึกษาที่ถูกคัดเข้ามาในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

การศึกษา(ปี)	รูปแบบการศึกษา	ลักษณะการเก็บข้อมูล	ประชากร	การเสนอแนะการแก้ปัญหา
Stroup KT (2000) ³	ภาคตัดขวาง	เก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์	ผู้ป่วยสูงอายุ (>60 ปี)	ในบทอภิปรายผลการศึกษา
Stroup KT (2006) ¹¹	ภาคตัดขวาง	เก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ในบทอภิปรายผลการศึกษา
Guirguis K (2010) ²⁶	ภาคตัดขวาง	เก็บข้อมูลไปข้างหน้า	ผู้ป่วยที่เข้าโครงการ Outreach Medication Review ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง	ในบทอภิปรายผลการศึกษา

อย่างไรก็ตามจากวัตถุประสงค์ของการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้คือการสืบค้นข้อมูลเพื่อหาแนวทางหรือข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาคาครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งการศึกษาทั้ง 3 ฉบับได้มีการเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหาไว้ในส่วนอภิปรายผลการศึกษาทั้งหมด

3.2.3 ผลการศึกษา

การเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาของทั้ง 3 การศึกษาได้เสนอแนะไว้เพียงเล็กน้อยในส่วนของอภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. Stroup KT (2000)และคณะ³ได้เสนอให้ลดการได้รับยาของผู้ป่วยที่มากเกินไปโดยการสร้างเครื่องมือที่ช่วยในการคำนวณหรือวิเคราะห์ปริมาณการได้รับยาของผู้ป่วยระหว่างกระบวนการสั่งจ่ายยา (prescribing process) หรือระหว่างกระบวนการจ่ายยา (Dispensing process) โดยอาจสร้างระบบ Computerized pharmacy systems ที่สามารถคำนวณอัตราครอบครองยา (Medication possession ratio) ได้โดยอัตโนมัติ ในทุกๆครั้งที่ผู้ป่วยมารับยา และมีระบบเตือนเมื่อผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น เพื่อให้เภสัชกรหรือแพทย์สามารถตรวจสอบการใช้ยาของผู้ป่วยหรือปริมาณการสั่งจ่ายยาก่อนที่จะมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้
2. Stroup KT (2006) และคณะ¹¹ได้เสนอผู้จ่าย (third-party payer) มีมาตรการในการลดการได้รับยาครอบครองยาเกินจำเป็นของผู้ป่วย โดยการใช้ Drug utilization review โดยอาจจำกัดให้ผู้ป่วยไม่สามารถเติมยา(Refill) ก่อนการนัดครั้งหน้าได้ 3-5 วันหากไม่มีใบสั่งแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามแนวทางนี้อาจไม่สามารถปรับใช้กับบริบทของประเทศไทยได้เนื่องจากกระบวนการจ่ายยาของโรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบการเติมยา (Refill system) โดยไม่มีการสั่งจ่ายยาจากแพทย์
3. Guirguis K (2010) และคณะ²⁶ได้เสนอวิธีการในการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการยาเหลือใช้และลดปริมาณยาที่ไม่ได้ใช้ไว้ทั้งหมด 5 แนวทาง ซึ่งบางแนวทางสามารถนำไปปรับใช้กับการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ โดย 5 แนวทางที่ได้มีการนำเสนอเป็นดังตารางที่ 4-18

ตารางที่ 4-18 | แนวทางการแก้ปัญหาและบริหารจัดการยาเหลือใช้จากข้อเสนอแนะของ Guirguis และคณะ

มาตรการที่	แนวทางการแก้ปัญหาที่นำเสนอ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1	เพิ่มค่าตอบแทนแก่เภสัชกรสำหรับเวลาและแรงงานในการบริหารจัดการยาเหลือใช้	ทำให้แน่ใจได้ว่าเภสัชกรจะมีความกระตือรือร้นในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้กลับมาโรงพยาบาล
2	การให้ผลตอบแทนแก่ผู้ป่วยที่นำยาเหลือใช้กลับมาโรงพยาบาล	สนับสนุนให้ผู้ป่วยนำยาเหลือใช้กลับมาโรงพยาบาล
3	การตรวจสอบการสั่งจ่ายยาโดยเภสัชกร (Prescription sorting)	ป้องกันการสั่งจ่ายยาที่ไม่จำเป็นโดยไม่ตั้งใจ
4	สร้างโครงการรณรงค์และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย	เพิ่มความตระหนักในเรื่องยาเหลือใช้และการทิ้งยาเหลือใช้อย่างปลอดภัย
5	สร้างโครงการรณรงค์การสั่งจ่ายยาอย่างมีประสิทธิภาพ	เพิ่มประสบการณ์ในด้านสั่งจ่ายยาของแพทย์เพื่อลดการสั่งจ่ายยาที่ไม่จำเป็น

จากข้อเสนอแนวทางการแก้ปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยได้พิจารณาเห็นว่าบางแนวทางสามารถนำมาประกอบในการพิจารณาเป็นข้อมูลเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาในการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ แต่ในบางข้อเสนอแนะอาจไม่เหมาะสมต่อบริบทของประเทศไทย

3.2.4 การพิจารณาแนวทางการแก้ปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากแนวทางการแก้ปัญหา ที่สืบค้นได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้พิจารณาจากบริบทของประเทศไทยแล้วคิดว่า แนวทางที่อาจจะสามารถนำไปปรับใช้กับการแก้ไขปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นได้แก่

1. แนวทางของ Stroup KT (2000) และคณะ³ ที่เสนอให้มีการสร้างระบบ Computerized pharmacy systems ที่สามารถคำนวณอัตราการครอบครองยาได้โดยอัตโนมัติและเตือนเมื่อผู้ป่วยได้รับยาครอบครองเกินจำเป็น
2. แนวทางของ Guirguis K (2010) และคณะ²⁶
 - 2.1. มาตรการที่ 3 การตรวจสอบการสั่งจ่ายยาโดยเภสัชกร
 - 2.2. มาตรการที่ 4 สร้างโครงการรณรงค์และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
 - 2.3. มาตรการที่ 5 สร้างโครงการรณรงค์การสั่งจ่ายยาอย่างมีประสิทธิภาพ

ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่ามาตรการเหล่านี้มีความสอดคล้องกับแนวทางการแก้ปัญหา ที่ได้รับการนำเสนอจากผู้ให้สัมภาษณ์ในงานวิจัยส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และได้นำมาตรการเหล่านี้ไปประกอบกับข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยในส่วนที่ 1 และ 2 ในการจัดทำ “ร่าง” นโยบายทางเลือกในการแก้ปัญหการครอบครองยาเกินจำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลนำใช้ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

การศึกษาส่วนที่ 4 | เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้วิจัยใช้การประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นเครื่องมือในการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งจัดขึ้นสองครั้ง คือครั้งที่ 1 (วันที่ 18 ตุลาคม 2554) และครั้งที่ 2 (วันที่ 26 ธันวาคม 2554) โดยผู้วิจัยขอรายงานผลและกระบวนการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

4.1 การประชุมครั้งที่ 1

4.1.1 การเข้าร่วมประชุมของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 1

ผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมวิชาชีพ ผู้จ่ายด้านสุขภาพ สถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและนักวิชาการรวมทั้งหมด 13 ท่าน โดยมีตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ รวม 8 ท่านที่ตอบรับเข้าร่วมประชุมดังรายละเอียดในตารางที่ 4-19

ตารางที่ 4-19 | การเข้าร่วมประชุมของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 1

ที่	หน่วยงานที่ได้รับเชิญเข้าร่วมประชุม	หน่วยงานที่ส่งผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมประชุม
1	สภาเภสัชกรรม	-
2	สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล	✓
3	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	✓
4	กรมบัญชีกลาง	✓
5	สำนักงานประกันสังคม	-
6	สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ	✓
7	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	-
8	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ	-
9	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	✓
10	นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย (4 ท่าน)	✓ (3 ท่าน)

✓ = เข้าร่วมประชุม, - = ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

4.1.2 ข้อมูลนำเข้าในการประชุมครั้งที่ 1

4.1.2.1 “ร่าง” นโยบายทางเลือกในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

ผู้วิจัย “ร่าง” นโยบายทางเลือกในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยพิจารณาจาก ก. ข้อมูลจากการวิเคราะห์หาขนาดและผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็น ข. ปัจจัยสาเหตุที่อาจส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น และแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้แล้ว จากทั้งการสัมภาษณ์และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยร่างนโยบาย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามผู้ใช้นโยบาย ดังนี้

กลุ่มที่ 1

นโยบายสำหรับผู้จ่าย [(สปสช./กรมบัญชีกลาง/สำนักงานประกันสังคม(สปส.))
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)และกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้จ่าย มีนโยบายให้ incentives แก่โรงพยาบาลที่สามารถลดการจ่ายยา
ครอบคลุมเกินจำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่น ให้รางวัลหรือ
ค่าตอบแทนพิเศษเมื่อสามารถลดการครอบครองยาเกินจำเป็นได้
เป็นต้น
2. ผู้จ่าย หรือ สรพ. มีนโยบายใช้การครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นตัวชี้วัดใน
โรงพยาบาล
3. ผู้จ่าย นำระบบร่วมจ่าย (Co-payment) มาใช้ยา โดยอาจใช้กับยาบาง
รายการเช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าสูงของประเทศ
4. กรมบัญชีกลาง มีนโยบายให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ายาบางรายการเช่น ยานอกบัญชี
ยาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าสูงของประเทศ
5. มีการสร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลการรับบริการรักษาพยาบาลข้ามสถานบริการและมีระบบ
ตรวจสอบการมียาครอบครองเกินจำเป็น และมีนโยบายในการกำหนดปริมาณยาที่จ่ายให้
ครอบคลุมที่ชัดเจน

กลุ่มที่ 2นโยบายสำหรับหน่วยบริการ (โรงพยาบาล/สถานพยาบาลระดับต่างๆ)

1. มีการพัฒนาระบบบริการ เพื่อบริหารจัดการยาเดิมของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เช่น
ระบบบริการดูแลยาเดิมคนไข้ก่อนพบแพทย์ ระบบการ
เติมยา
2. มีการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ ให้รองรับการคำนวณปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับให้รวดเร็ว มี
ประสิทธิภาพและง่ายต่อการใช้งาน
3. มีการพัฒนา โครงการรณรงค์ ให้ผู้ป่วยนำยากลับมาโรงพยาบาลเพื่อการบริหารจัดการ
อย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีนโยบายบรรจุเรื่องการบริหารจัดการยาเดิมให้เป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ของ PTC

กลุ่มที่ 3นโยบายสำหรับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพ

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีนโยบายให้การสนับสนุนงานวิจัยแบบ Routine-to-
Research (R-2-R) ในด้านการครอบครองยาเกินจำเป็นหรือการดูแลยาเดิมของผู้ป่วย
2. สถาบันการศึกษาของแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสนับสนุน/บรรจุความรู้
ความเข้าใจในเรื่องการปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับต่อเนื่องทั้งในด้านการมียา
ครอบครองเกินจำเป็นและความร่วมมือในการยาในหลักสูตร
3. องค์กรวิชาชีพทั้งแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและความตระหนัก
ในเรื่องการดูแลเรื่องยาเดิมของผู้ป่วย การครอบครองยาเกินจำเป็นและความร่วมมือในการ
ใช้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์

4.1.2.2 “ร่าง” ประเด็นเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของนโยบาย

ผู้วิจัยได้ “ร่าง” ประเด็นเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของนโยบาย ซึ่งนำเสนอเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแนะแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญ ดังนี้

1. Simplicity
2. Resources requirement:
3. Ethical issue
4. Legal issue
5. Social issue
6. Political issue
7. Readiness of involving parties for implementation
8. Overall feasibility
9. Potential implications
10. Quickness of implementation
11. Rapidity of the effect of implementation
12. Experiences in pilot policy implementation
13. Experiences in implementing other conceptually similar policies
14. Sustainability
15. Stand-alone policy?
16. What organizations/ parties involved?
17. Direct financial tie (i.e. proximity of policy to effect)
18. Other issues; factors facilitating or against the policy

4.1.3 ผลการประชุมครั้งที่ 1

4.1.3.1 ผลการเลือกนโยบายๆ เพื่อนำไปจัดลำดับความสำคัญในลำดับต่อไป

จากการประชุมมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางเพื่อเลือกนโยบายทางเลือกๆ ที่มีความเป็นไปได้เพื่อนำไปจัดลำดับความสำคัญต่อไป ซึ่งผลจากการประชุมสรุปว่า นโยบายทางเลือกๆ ที่มีความเป็นไปได้และน่าจะต้องนำไปจัดลำดับความสำคัญประกอบด้วย 5 นโยบายๆ ดังต่อไปนี้

1. สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูล ระบบตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็น และกำหนดปริมาณยาที่จ่ายครอบครองชัดเจน(โดยอาจใช้เป็น ระบบคอมพิวเตอร์ผ่านอินเทอร์เน็ตหรือระบบ Medication profile)
2. การพัฒนาระบบบริการเช่นมีการตรวจสอบจำนวนยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนการเข้าพบแพทย์ การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบการครอบครองยา เป็นต้น
3. องค์กรวิชาชีพ ส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ เรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสมและรวมในแง่ของการครอบครองยาด้วย

4. มีการเสนอแนะให้บริษัทยามีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบรรจุยาเพื่อให้เหมาะสมต่อการจ่ายยา เช่น แผงละ 7 เม็ดและมีการเขียนว่า จ- อา
5. มีการสร้างระบบ Financial mechanism เช่น การร่วมจ่ายในกรณีที่มีค่ารักษาเกินกว่ากำหนด

4.1.3.2 ผลการพิจารณา “ร่าง” แนวทางจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก

ในส่วนของเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ นั้น ที่ประชุมเห็นด้วยว่า “ร่าง” แนวทางจัดความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ ที่ผู้วิจัยเสนอมีความเหมาะสมและครอบคลุมแล้ว แต่อย่างไรก็ตามอาจต้องมีการจัดกลุ่มหัวข้อในการประเมินให้น้อยกว่าที่ผู้วิจัยเสนอไปโดยอาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มเช่น Feasibility, Potential benefit และ cost involving เป็นต้น

4.1.3.3 ประเด็นอื่นๆที่มีการอภิปรายไว้ในระหว่างการประชุม

นอกจากประเด็นด้านการเลือกนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้และแนวทางการจัดลำดับความสำคัญแล้ว ผู้เข้าร่วมประชุมยังได้มีการอภิปรายกันในอีกหลายประเด็นซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยควรวิเคราะห์ถึงผลกระทบหรือประโยชน์ของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะจัดทำให้ขึ้นในมุมมองอื่นๆมากขึ้น โดยเฉพาะในมุมมองของการเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาลและการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการลดการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งจะทำให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมากขึ้น
2. ผู้วิจัยควรวิเคราะห์เพิ่มเติมว่าอะไรเป็นสาเหตุหลัก ที่ทำให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น
 - a. ผู้วิจัยควรแสดงให้เห็นว่า CSMBs น่าจะเป็นส่วนที่มีมูลค่าการสูญเสียจากการครอบครองยาเกินจำเป็นมากที่สุด แต่ก็ไม่ควรมองข้ามปัจจัยอื่นๆ และอาจจะต้องดูในแง่ของความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย
 - b. ความตระหนักของผู้ป่วยและแพทย์ที่ไม่มี Cost conscious ก็อาจเป็นสาเหตุสำคัญหนึ่งของการครอบครองยาเกินจำเป็น
 - c. ผู้วิจัยควรมีการวิเคราะห์แบ่งตามขนาดของสถานพยาบาล
3. ในการพิจารณานโยบายทางเลือกฯที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาควรจะ
 - a. พิจารณาให้ชัดเจนว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแต่ละข้อเสนอแนะเป็นการแก้ปัญหาในฝั่งของ Demand side และ Supply side และควรมีข้อเสนอแนะที่แก้ปัญหาในทั้ง Demand side และ Supply side
 - b. พิจารณาว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายใดที่อาจจะเข้าได้กับนโยบายที่ได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันหรือไม่ (add-on policy) หรือนโยบายใดมีประโยชน์มากกว่าแก้ปัญหาเฉพาะการครอบครองยาเกินจำเป็น (External benefit)
4. นโยบายอื่นที่ได้รับการเสนอขึ้นมาเช่น
 - a. นโยบายให้มี register ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 - b. การให้ incentive ต่อคนไข้ที่เอายากลับมาที่โรงพยาบาล

5. มีการอภิปรายว่าคำจำกัดความของคำว่า “การครอบครองยาเกินจำเป็น” ควรเป็นอย่างไร จึงจะเป็นการมียาครอบครองเกินจำเป็นที่ยอมรับได้ แต่ยังไม่มีการสรุปในประเด็นดังกล่าว
6. ในการทำการวิจัยขั้นต่อไปควรมีการทำ Weighting/Scoring ของแต่ละนโยบายทางเลือกฯ และควรพิจารณาว่าจะผู้เชี่ยวชาญคนช่วยใดที่สามารถ Weighting/Scoring ดังกล่าวได้

จากการอภิปรายในประเด็นข้างต้น ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกด้วยเทคนิคเดลฟายเชิงนโยบาย (The policy Delphi) โดยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมผู้เชี่ยวชาญในครั้งที่ 1 หรือผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพที่ได้ให้สัมภาษณ์ในการวิจัยส่วนที่ 2 เป็นผู้เชี่ยวชาญในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายด้วย

4.2 การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ

4.2.1 ผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกในรอบที่ 1 จำนวน 11 ท่าน โดยคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้เข้าร่วมการประชุมครั้งที่ 1 หรือผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งในรอบที่ 1 มีผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัยจำนวน 9 ท่าน (81.8%) โดยเป็นเพศชาย 5 ท่าน (55.5%) และเพศหญิง 4 ท่าน (44.4%) โดยที่ผู้เชี่ยวชาญมีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี 1 ท่าน (9.09%) ปริญญาโท 3 ท่าน (27.2%) และปริญญาเอก 5 ท่าน (55.5%)

ในรอบที่ 2 หลังจากผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 9 ท่าน เพื่อให้ยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามตอบกลับมาในครั้งที่ 2 จำนวน 8 ท่าน (88.9%)

4.2.2 ผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 1

จากแบบสอบถามพร้อมด้วยรายละเอียดที่ผู้วิจัยส่งไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตอบแบบสอบถาม และมีผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามมาจำนวน 9 ท่านจากทั้งหมด 11 ท่าน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อในแต่ละมาตรการ ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้รายงานเป็นค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter-quartile range; โดยที่

1. ค่ามัธยฐาน (Median) หมายถึง ค่ากลางของคำตอบทั้งหมดในแต่ละข้อ ซึ่งแสดงไว้ด้วยเครื่องหมาย X เมื่อเครื่องหมาย X ปรากฏในช่องใดหมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามมีความเห็นของหัวข้อดังกล่าวในระดับนั้น แต่หากเครื่องหมาย X อยู่บนเส้นหมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามมีความเห็นของหัวข้อดังกล่าวอยู่ระหว่างระดับทั้งสอง เช่น เครื่องหมาย X อยู่บนเส้นระหว่างระดับที่ 1 และ 2 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อหัวข้อดังกล่าวในระดับ 1.5 เป็นต้น
2. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ใช้คำย่อว่า IR ซึ่งแสดงไว้ด้วยเครื่องหมาย ~~เส้นค่า~~การกระจายของคำตอบในแต่ละข้อ ซึ่งมีความหมายดังนี้
 - ข้อที่มีค่า IR มาก แสดงว่าข้อความนั้นมีคำตอบกระจายมาก
 - ข้อที่มีค่า IR น้อย แสดงว่าข้อความนั้นมีคำตอบกระจายน้อย

ผลการวิเคราะห์การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายฯ ในครั้งที่ 1 เป็นดังตารางที่ 4-20

ตารางที่ 4-20 | ผลการตอบแบบสอบถามการจัดลำดับความสำคัญฯ ครั้งที่ 1

ที่	นโยบายทางเลือกฯ	มาตรการเชิงนโยบาย	การประเมิน															
			ความเป็นไปได้ ในทางปฏิบัติ				ผลประโยชน์ที่อาจจะ เกิดขึ้นจากนโยบาย				ผลกระทบทางลบที่ อาจเกิดขึ้นจาก นโยบาย				ทรัพยากรที่ใช้ ดำเนินการ (ในมุมมองภาครัฐ)			
			4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
1	สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูล	สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ผ่านอินเทอร์เน็ต		◆	✕		◆	✕	◆			◆	✕	◆	✕	◆		
		สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยสมุดบันทึกการรับการรักษา	◆	✕	◆			✕	◆			◆	✕	◆		◆	✕	◆
		สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยแผ่นข้อมูลบันทึกการรักษา (Smart card)		◆	✕	◆	◆	✕				◆	✕	◆	✕			
2	การพัฒนาระบบบริการ	สร้างระบบการตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนหรือหลังการพบแพทย์		✕	◆		✕	◆					◆	✕	◆	✕		
		สร้างระบบการเติมยา	◆	✕	◆		◆	✕	◆				◆	✕	◆	◆	✕	◆
		พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบการครอบครองยา	◆		✕	◆	◆	✕	◆				◆	✕	◆	◆	✕	◆
3	องค์กรวิชาชีพ ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลเรื่องการใช้อย่างเหมาะสม	สร้างโครงการรณรงค์เพื่อส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลเรื่องการใช้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการครอบครองยาเกินจำเป็น	✕	◆			◆	✕	◆				◆	✕			✕	◆
4	บริษัทฯ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบรรจุยา	ขอความร่วมมือบริษัทฯ เปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์จาก 10 เม็ด เป็น 7 เม็ด หรือ 14 เม็ด		◆	✕	◆		◆	✕				✕	◆			◆	✕
5	Financial mechanism	ผู้ป่วยร่วมจ่ายในกรณีที่ยาเกินกว่าที่กำหนด			◆	✕	◆		◆	✕	◆	✕					✕	
		ยกเลิกระบบจ่ายตรงในยาบางรายการ		◆	✕	◆	◆	✕	◆			✕	◆				✕	◆

X = ค่ามัธยฐาน, ◆ — ◆ = ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

4.2.3 ผลการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2

หลังจากที่ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ผลการจัดลำดับความสำคัญและส่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปยังผู้เชี่ยวชาญพร้อมทั้งคำตอบที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตอบเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเปลี่ยนแปลงคำตอบหรือยืนยันคำตอบพร้อมให้เหตุผลแล้ว ผู้เชี่ยวชาญได้มีการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยมีทั้งยืนยันและเปลี่ยนแปลงคำตอบ โดยพบว่าผู้เชี่ยวชาญทั้ง 8 ท่านที่ส่งแบบสอบถามกลับมาในรอบที่ 2 นั้น มีการเปลี่ยนแปลงในบางหัวข้อของบางนโยบายฯ

มีประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่างจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆโดยรวมทั้งหมด 62 จุด ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญได้มีการเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น 27 จุด ในขณะที่มีการยืนยันคำตอบเดิม 35 จุด ผลการวิเคราะห์การจัดลำดับความสำคัญในครั้งที่ 2 เป็นดังตารางที่ 4-21 พร้อมทั้งมีการให้เหตุผลในการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ รวมทั้งข้อมคิดเห็นอื่นๆซึ่งผู้วิจัยได้สรุปไว้ในตารางที่ 4-22

ตารางที่ 4-21 | ผลการตอบแบบสอบถามการจัดลำดับความสำคัญ ครั้งที่ 2

ที่	นโยบายทางเลือก	มาตรการเชิงนโยบาย	ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ				ผลประโยชน์ที่อาจได้รับ				ผลกระทบทางลบ				ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินการ			
			4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
1	สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูล	1.1 สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ผ่านอินเทอร์เน็ต		◆	✕		◆	✕				◆	✕	◆	◆	✕		
		1.2 สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยสมุดบันทึกการรับการรักษา	◆	✕				◆	✕			◆	✕			◆	✕	
		1.3 สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยแผ่นข้อมูลบันทึกการรักษา		✕		◆	◆	✕	◆			✕	◆		✕			
2	การพัฒนาระบบบริการ	2.1 สร้างระบบการตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อน/หลังการพบแพทย์		✕	◆		✕	◆					◆	✕		✕	◆	
		2.2 สร้างระบบการเติมยา	✕		◆		✕	◆					✕	◆		✕		
		2.3 พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบการครอบครองยา	◆	✕			✕	◆					✕			◆	✕	
3	องค์กรวิชาชีพ ส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม	3.1 สร้างโครงการรณรงค์เพื่อส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมทั้งการครอบครองยาเกินจำเป็น	✕	◆				✕	◆					✕			✕	
4	บริษัทฯ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบรรจุยา	4.1 ขอความร่วมมือบริษัทฯ เปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์จาก 10 เม็ด เป็น 7 เม็ด หรือ 14 เม็ด		◆	✕			◆	✕				◆	✕			✕	◆
5	Financial mechanism	5.1 ผู้ป่วยร่วมจ่ายในกรณีที่ค่ายาเกินกว่าที่กำหนด			✕	◆		◆	✕			✕					◆	
		5.2 ยกเลิกระบบจ่ายตรงในยาบางรายการ	◆		✕	◆	◆	✕	◆			✕	◆				✕	

X = ค่ามัธยฐาน, ◆ —◆ = ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ตารางที่ 4-22 | ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ

มาตรการที่	ประเด็น	ข้อคิดเห็น
1.1 อินเทอร์เน็ต	ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติไม่น้อยแต่ก็มีข้อโต้แย้งจากผู้เชี่ยวชาญรายหนึ่งว่าความเป็นไปได้น่าจะมากเนื่องจากทั้งคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และอุปกรณ์อื่นๆทุกๆโรงพยาบาลมีอยู่แล้วเพียงปรับโครงสร้างเพียงเล็กน้อยน่าจะดำเนินนโยบายได้
	ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าทรัพยากรที่ใช้มากแต่ก็มีข้อโต้แย้งจากผู้เชี่ยวชาญรายหนึ่งว่าน่าจะน้อยเนื่องจาก IT resource มีอยู่แล้วเพียงปรับโครงสร้างเพียงเล็กน้อยน่าจะดำเนินนโยบายได้
1.2 สมุดฯ	ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าทรัพยากรที่ใช้น้อยแต่มีผู้เชี่ยวชาญบางท่านระบุว่าใช้ทรัพยากรมาก เมื่อคำนึงถึงทรัพยากรด้านกำลังคนที่ต้องการเพิ่มเติม
	ผลประโยชน์ที่อาจได้รับ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีประโยชน์ในระดับปานกลาง แต่มีข้อคิดเห็นว่าหากเปรียบเทียบกับระบบในปัจจุบันนับว่ามาตรการนี้น่าจะมีประโยชน์มาก
1.3 แผ่นข้อมูลบันทึกการรักษา	ผลกระทบทางลบ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีผลกระทบทางลบในระดับปานกลาง แต่มีข้อคิดเห็นว่าหากคำนึงในด้าน อุปกรณ์ที่ต้องใช้ การปรับระบบใหม่ทั้งหมดแล้วน่าจะมีความกระทบทางลบมาก
2.1 ระบบการตรวจสอบปริมาณยาฯ	ผลกระทบทางลบ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีผลกระทบทางลบในระดับน้อย แต่หากคำนึงในแง่ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบทางลบก็อาจจะมากขึ้น
2.2 ระบบการเติมยา	ผลกระทบทางลบ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีผลกระทบทางลบในระดับน้อย แต่หากพิจารณาในแง่ของผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผลกระทบทางลบน่าจะมาก และหากพิจารณาในแง่ภาระงานของเจ้าหน้าที่ก็ส่งผลกระทบต่อภาระงานในทางลบเช่นกัน
2.3 ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบฯ	ผลประโยชน์ที่อาจได้รับ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีประโยชน์ในระดับมาก แต่หากไม่มีระบบส่งเสริมความร่วมมือสำหรับบุคลากร ประโยชน์ที่ได้ก็น่าจะน้อยลง
5.1 ผู้ป่วยร่วมจ่ายฯ	ผลกระทบทางลบ	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีผลกระทบทางลบในระดับปานกลาง แต่ผลกระทบทางลบจะสูงขึ้นหากพิจารณาในแง่ของการเมืองและผลกระทบต่อประชาชน
5.2 ยกเลิกระบบจ่ายตรงฯ	ผลกระทบทางลบ	

4.3 การประชุมครั้งที่ 2

4.3.1 การเข้าร่วมประชุมของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 2

ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมวิชาชีพ ผู้จ่ายด้านสุขภาพ สถาบันต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและนักวิชาการรวมทั้งหมด 13 ท่าน โดยมีตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆรวม 10 ท่านที่ตอบรับเข้าร่วมประชุมดังรายละเอียดในตารางที่ 4-23

ตารางที่ 4-23 | การเข้าร่วมประชุมของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 2

ที่	หน่วยงานที่ได้รับเชิญเข้าร่วมประชุม	หน่วยงานที่ส่งผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมประชุม
1	สภาเภสัชกรรม	✓
2	สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล	✓
3	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	✓
4	กรมบัญชีกลาง	✓
5	สำนักงานประกันสังคม	-
6	สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ	✓
7	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	✓
8	สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ	-
9	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	✓
10	นักวิชาการจากมหาวิทยาลัย(4 ท่าน)	✓ (3 ท่าน)

✓ = เข้าร่วมประชุม, - = ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

4.3.2 ข้อมูลนำเข้าในการประชุมครั้งที่ 1

4.3.2.1 ผลการจัดลำดับความสำคัญของนโยบาย

ผู้วิจัยได้นำผลการจัดลำดับความสำคัญ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญด้วยเทคนิคเดลฟายเชิงนโยบาย เสนอต่อที่ประชุมโดยผลการจัดลำดับความสำคัญเป็นไปดังตารางที่ 4-21 และข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเป็นไปดังตารางที่ 4-22

4.3.2.2 “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้วิจัย“ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยพิจารณาจาก ก. ข้อมูลจากการวิเคราะห์หาขนาดและผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็น ข. ปัจจัยสาเหตุที่อาจส่งผลให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นและ ค. ผลการจัดลำดับความสำคัญ โดย “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยการจัดระดับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายออกเป็น 3 ระดับคือ A= มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก, B = มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรองและ C = มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับสุดท้าย

“ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้นำเสนอในการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2 เป็นดังตารางที่ 4-24

ตารางที่ 4 -24 | “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ที่	นโยบาย ทางเลือก	มาตรการเชิง นโยบาย	ผลการจัดลำดับความสำคัญ*				ผลจากการวิเคราะห์ ฐานข้อมูล	ผลจากการสัมภาษณ์/ การประชุมครั้งที่ 1	ระดับการ เสนอแนะเชิง นโยบาย ^ร
			Feasibility	Potential Benefits	Negative Impacts	Resources Required			
1	สร้างระบบ เชื่อมต่อ ข้อมูล	1.1 เชื่อมต่อข้อมูล ผ่านอินเทอร์เน็ต	2	3	3	2	- การครอบครองยาเกินจำเป็น ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากการรับ ยาข้ามโรงพยาบาล	- ระบบส่งต่อข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาล ไม่ได้คำนึงถึงปริมาณยา ที่ผู้ป่วยได้รับ	C
		1.2 เชื่อมต่อข้อมูล ด้วยสมุดบันทึก	3	2	3	3			C
		1.3 เชื่อมต่อข้อมูล ด้วย Smart card	3	3	2	1			C
2	การพัฒนา ระบบบริการ	2.1 ระบบการ ตรวจสอบปริมาณยา	3	4	4	2	- การครอบครองยาเกินจำเป็น ส่วนใหญ่เกิดจากระบบภายใน โรงพยาบาล - ความซุกของการครอบครอง ยาเกินจำเป็นไม่ต่างกันในแต่ละ สิทธิการรักษา - มูลค่าความสูญเสียฯ รวมไม่ ต่างกันตามสิทธิการรักษา	- ไม่มีระบบบริหาร จัดการและตรวจสอบยา เดิมของผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ - ระบบส่งต่อข้อมูล ภายในโรงพยาบาลไม่ได้ คำนึงถึงปริมาณยาที่ ผู้ป่วยได้รับ	A
		2.2 ระบบการเติมยา	4	4	3	2			A
		2.3 พัฒนาระบบ คอมพิวเตอร์	3	4	4	3			A
3	ส่งเสริมความ ตระหนัก	3. รณรงค์เพื่อเพิ่ม ความตระหนัก	4	3	4	3	-	- บุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลไม่ ตระหนักถึงปัญหาการ ครอบครองยาเกินจำเป็น - แก้ปัญหาจะสำเร็จได้ ยากหากบุคลากรยังขาด ความตระหนักในเรื่องนี้	A
4	เปลี่ยนแปลง รูปแบบบรรจุ	4.1 เปลี่ยนรูปแบบ บรรจุภัณฑ์	2	2	4	3	-	- Package ยายากต่อ การจ่ายหากสั่งไม่ลงตัว	??

5	Financial mechanism	5.1 ผู้ป่วยร่วมจ่าย	2	2	2	3	- ความชุกและมูลค่าความ สูญเสียของการครอบครองยา เกินจำเป็นไม่ต่างกันในแต่ละ สิทธิการรักษา - ค่าเฉลี่ยของมูลค่าความ สูญเสียต่อคน ในสิทธิ CSMBS มากกว่า UC - ความชุกและมูลค่าความ สูญเสียของการครอบครอง ยาเกินจำเป็นไม่ต่างกันในยา ED/NED - ค่าเฉลี่ยของมูลค่าความ สูญเสียต่อคน ในผู้ป่วยรับยา NED มากกว่ายา ED	- การได้รับการรักษาฟรี ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่คำนึงถึง ปัญหาการมียา ครอบครองเกินจำเป็น - แพทย์ไม่ได้สนใจเรื่อง จำนวนยาที่จ่าย โดยเฉพาะในสิทธิ CSMBS - ระบบเบิกจ่ายตรงอาจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจนำ ยาเหลือมาเพิ่มยา	C
		5.2 ยกเลิกระบบจ่าย ตรงในยาบางรายการ	2	3	2	3			B

* 4 = ความเป็นไปได้ดีที่สุด/มีประโยชน์สูงสุด/มีผลกระทบในทางลบต่ำที่สุด/ใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด, 3 = ความเป็นไปได้ดี/มีประโยชน์สูง/มีผลกระทบในทางลบต่ำ/ใช้ทรัพยากรน้อย, 2 = ความเป็นไปได้น้อย/มีประโยชน์ต่ำ/มีผลกระทบในทางลบสูง/ใช้ทรัพยากรมาก, 1 = ความเป็นไปได้น้อยที่สุด/มีประโยชน์ต่ำที่สุด/มีผลกระทบในทางลบสูงที่สุด/ใช้ทรัพยากรมากที่สุด

⁵A = มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก, B = มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรอง, C = มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับสุดท้าย

?? = ยังไม่มีข้อมูลสรุปจากผู้วิจัย

4.3.3 ผลการประชุมครั้งที่ 2

4.3.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2 มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางเพื่อทำการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งผลการประชุมมีสรุปได้ว่ามีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก จำนวน 3 นโยบายดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริการ
 - a. สร้างระบบการตรวจสอบปริมาณยาก่อน/หลังพบแพทย์ เช่น สร้างระบบการตรวจสอบยาเสริมในระบบบริการที่มีอยู่เดิม เช่น สร้างระบบตรวจสอบยาเสริมเข้าไปกับระบบคัดกรองผู้ป่วยก่อนหรือหลังการเข้าพบแพทย์
 - b. สร้างระบบบริการเติมยา เช่น สร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเติมยาให้แก่ผู้ป่วย และแพทย์สั่งยาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมอาการได้พร้อมส่งให้ผู้ป่วยมาเติมยาได้ที่หน่วยงานดังกล่าวได้โดยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์
2. พัฒนาระบบข้อมูล
 - c. สร้างระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบและการเตือน เช่น ระบบ Alert system โดยการคำนวณอัตโนมัติและ pop-up แก่แพทย์โดยตรง
3. สร้างโครงการรณรงค์เพิ่มความตระหนักรู้ด้านการครอบครองยาเกินจำเป็นแก่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น องค์กรวิชาชีพสร้างโครงการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลให้แก่บุคลากรในวิชาชีพของตน

นอกจากนี้ที่ประชุมยังได้มีการจัดลำดับนโยบายอื่นๆที่ไว้ดังตารางที่ 4-25

ตารางที่ 4-25 | บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ที่	มาตรการเชิงนโยบาย	ระดับการเสนอแนะเชิงนโยบาย
1	สร้างระบบการตรวจสอบปริมาณยาก่อน/หลังพบแพทย์	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก (A)
2	สร้างระบบการเติมยา	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก (A)
3	พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบการครอบครองยาและการเตือนการครอบครองยาเกินจำเป็น	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก (A)
4	รณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ด้านการครอบครองยาเกินจำเป็นแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก (A)
5	ยกเลิกระบบจ่ายตรงในยาบางรายการ	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรอง (B)
6	เชื่อมต่อข้อมูลการให้บริการผ่านระบบอินเทอร์เน็ต	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรองสุดท้าย (C)
7	เชื่อมต่อข้อมูลให้บริการด้วยสมุดบันทึก	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรองสุดท้าย (C)
8	เชื่อมต่อข้อมูลให้บริการด้วย Smart card	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรองสุดท้าย (C)
9	สร้างระบบร่วมจ่ายในผู้ป่วยบางกลุ่ม	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรองสุดท้าย (C)
10	ปรับเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์	ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับสุดท้าย (D)

4.3.3.2 การประยุกต์ใช้และหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายในการประยุกต์ใช้

ในที่ประชุมได้มีการอภิปรายในด้านการประยุกต์ใช้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายในการนำข้อเสนอแนะนี้ไปปรับใช้ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

การประยุกต์ใช้ ข้อเสนอแนะนโยบายมีข้อเสนอแนะดังนี้

- เนื่องด้วยปัญหาเกิดในรพ.ขนาดใหญ่ ควรประยุกต์ใช้โดยมุ่งเน้นไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ก่อนเป็นอันดับแรก
- การประยุกต์ใช้มาตรการอาจมุ่งไปที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่ได้รับยานอกบัญชีเป็นหลัก

หน่วยงาน ที่ควรพิจารณานำข้อเสนอแนะนี้ไปประยุกต์ใช้ได้แก่

- หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลควรพิจารณานำข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาระบบข้อมูลไปปรับใช้
- กองทุนที่เป็นผู้จ่ายในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะสวัสดิการข้าราชการควรพิจารณานำข้อเสนอแนะไปส่งเสริมให้หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ นำข้อเสนอแนะไปปรับใช้
- องค์กรวิชาชีพควรพิจารณานำข้อเสนอแนะการสร้างโครงการรณรงค์ฯ ไปปรับใช้

4.3.3.3 ประเด็นอื่นๆที่มีการอภิปรายไว้ในระหว่างการประชุม

นอกจากประเด็นด้านการเลือกนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้และแนวทางการจัดลำดับความสำคัญแล้ว ผู้เข้าร่วมประชุมยังได้มีการอภิปรายกันในอีกหลายประเด็นซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

- นโยบายทางเลือกที่ 1 มาตรการที่ 1.1 เรื่องการเชื่อมต่อข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของมาตรการนี้มีค่อนข้างสูง เนื่องจากปัจจุบันทางระบบ IT ของประเทศได้มีการพัฒนาไปมากแล้วและสามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลเป็นไปได้อย่างสูง จึงคิดว่าความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติน่าจะมากและมาตรการนี้ยังมีประโยชน์ค่อนข้างสูงในแง่อื่นๆ ซึ่งแตกต่างจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญฯ

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในแง่ของการครอบครองยาเกินจำเป็นแล้ว การสร้างมาตรการนี้เพื่อการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเพียงอย่างเดียวอาจไม่เหมาะสมเนื่องจากขนาดของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นค่อนข้างน้อย ที่ประชุมจึงมีข้อสรุปว่า มาตรการที่ 1.1 นี้เป็นมาตรการที่ควรพิจารณาเป็นลำดับสุดท้าย (C) หากคิดเฉพาะในแง่ของการสร้างมาตรการเพื่อการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น แต่ที่ประชุมสนับสนุนให้มีการใช้มาตรการที่ 1.1 ในการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการเพื่อแก้ไขปัญหามารวมของระบบสุขภาพต่อไป

นอกจากนี้การ Implement มาตรการที่ 1.1 จำเป็นต้องระมัดระวังเรื่อง Privacy ของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีมาตรการที่ควบคุมในเรื่องนี้

- มีการแนะนำวิธีการในการเลือก approach ที่ใช้ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยอาจทำได้ทั้งแบบ qualitative หรือ quantitative approach โดยที่ประชุมมีการอภิปรายอย่างกว้างขวาง ว่าวิธีการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอาจมีข้อจำกัดเรื่องการนำข้อมูล qualitative กับ quantitative assessment มารวมกันเพื่อช่วยในการตัดสินใจ แต่อย่างไรก็ตามโดยสรุปแล้วที่ประชุมมีความเห็นว่ากระบวนการที่ผู้วิจัยใช้ในการเลือกจัดทำ “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายฯ เป็นกระบวนการที่สามารถยอมรับได้
 - การศึกษานี้มีเฉพาะข้อมูลในระดับพยาบาลแต่ยังไม่ได้มีการศึกษาในระดับผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและสังคมศาสตร์ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษานี้ ซึ่งอาจส่งผลให้การตัดสินใจจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเปลี่ยนไปได้ และอาจจำเป็นต้องระงับผลกระทบด้านลบของการดำเนินการนโยบายด้วย
 - ประเด็นของการปรับเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์ อาจจะประสบความสำเร็จได้ยากเนื่องจากปัจจัยส่วนใหญ่ที่จะทำให้การทำการปรับเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์ ไม่ประสบความสำเร็จอยู่ที่ภาคเอกชนซึ่งมักจะไม่ให้ความสนใจในการทำการปรับเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์ แม้ว่าจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อบริษัทก็ตาม ซึ่งเกิดจากความยุ่งยากในการจัดการของบริษัท และทางกฎหมายซึ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงการปรับเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงทะเบียน
- แต่อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์ ก็ยังมีผลในแง่ utilization ด้วย ซึ่งเป็นผลดีโดยเฉพาะกับบริษัทที่เป็น local made ที่จะมีการสร้างนวัตกรรมและเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ได้
- มีการอภิปรายในแง่ของผู้ใช้งานผลวิจัยคือใครและ Incentive ที่ผู้ใช้งานจะได้รับ ซึ่งที่ประชุมมีความเห็นว่า ผู้ใช้ได้แก่ 1) สถานพยาบาล และ 2) กรมบัญชีกลาง ซึ่งผู้ใช้นโยบายทั้งสองกลุ่มก็จะได้ Incentive ในแง่ของการลดค่าใช้จ่ายด้านยาโดยไม่จำเป็นต้องอยู่แล้ว
 - คำจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นว่าควรมี MPR เป็นเท่าไร หรือมี Buffer ให้สามารถมียาเกินได้เป็นระยะเวลาเท่าไร ซึ่งที่ประชุมไม่ได้มีการสรุปว่า MPR เท่าไรจึงจะเหมาะสมที่จะนับได้ว่าไม่เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น แต่มีข้อเสนอว่าอาจทำเป็น Sensitivity analysis ว่ามีการเปลี่ยนคำจำกัดความเป็น $MPR > 1.05$, $MPR > 1.1$ และ $MPR > 1.2$ น่าจะทำให้แสดงให้เห็นได้พอสมควรว่าคำจำกัดความของการครอบครองยาเกินจำเป็นควรจะเป็นเท่าไร
 - การนำเสนอแนะเชิงนโยบายไปปรับใช้จำเป็นต้องระวังเรื่อง ผลกระทบทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องจากอาจมีการจำกัดปริมาณการครอบครองมากเกินไปเช่น จำกัด MPR ให้ไม่เกิน 1.0 ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะขาดยาได้หากมีการทำยาตกหล่น หรือมาไม่ตรงวันนัดเนื่องจากแพทย์ไม่กล้าจ่ายยาเกินความจำเป็น
 - ประเด็นการนำผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายไปใช้ ได้มีการอภิปรายว่าอาจนำไปใช้ใน 2 แบบ คือ 1) นำเสนอแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ใช้นโยบาย ซึ่งอาจจะเป็นกองทุนต่างๆเช่น กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตัวแทนสถานพยาบาล เป็นต้น 2) ทำ Press release โดยการนำเสนอเรื่องการครอบครองยาเกินจำเป็นแก่สื่อมวลชน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดความตระหนักในเรื่องการครอบครองยาเกินจำเป็น

- คำถามงานวิจัยที่สามารถนำไปต่อยอดได้ เช่นปัญหายาเหลือใช้ในมือของผู้ป่วย (Demand side) ผลกระทบของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นในแง่ของประสิทธิภาพและความปลอดภัย เป็นต้น

บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็นเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ปัญหาดังกล่าวทำให้ประเทศสูญเสียทางการคลังโดยไม่จำเป็น ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วจะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และมักจะเกิดในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

ปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็นเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น ระบบบริการที่ไม่คำนึงถึงปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูลการรับบริการสาธารณสุขที่ยังไม่สมบูรณ์ สิทธิการรักษาพยาบาลที่ส่งผลให้ขาดความตระหนักเรื่องดูแลยาของผู้ป่วย การขาดความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ และรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการส่งจ่ายให้ตรงตามจำนวนวัน เป็นต้น

ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นควรได้รับการแก้ปัญหาโดยอาจกำหนดนโยบายจากทางส่วนกลางผู้จ่ายเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง ให้ทางสถานพยาบาลพัฒนาระบบบริการเพื่อแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น รณรงค์ให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็น

ขนาดและผลกระทบของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

การศึกษาเพื่อหาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นโดยการวิเคราะห์ฐานข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่าครึ่งมีการครอบครองยาเกินจำเป็น และมีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 5 ที่มีการครอบครองยาเกินจำเป็นมากกว่าร้อยละ 110 ของยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ซึ่งนับได้ว่าค่อนข้างสูงและไม่แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้^{27, 28} ที่มีการรายงานความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นมากกว่าร้อยละ 110 ที่มีประมาณ 1 ใน 5 เช่นกัน

ผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นของประเทศจากการครอบครองยาเกินจำเป็นอยู่ที่ประมาณ 2,350 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 0.09 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือร้อยละ 1.47 ของการบริโภคภายในประเทศ ซึ่งแม้ว่าผลกระทบทางการคลังในภาพรวมระดับประเทศจะค่อนข้างน้อย แต่หากคำนึงถึงมูลค่าความสูญเสียทางการคลังต่อคนต่อปีที่ประมาณ 221 บาท/คน/ปี แล้วจะพบว่า มูลค่าความสูญเสียทางการคลังต่อคนต่อปีจากการครอบครองยาเกินจำเป็นคิดเป็นร้อยละ 9.2 เปรียบเทียบเงินเหมาจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ประมาณ 2,401 บาท/คน/ปี)²⁹ ซึ่งเป็นภาระทางการคลังประเทศและโรงพยาบาลสูญเสียโดยไม่จำเป็นค่อนข้างสูง และสามารถลดลงได้หากมีนโยบายและระบบบริการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ความชุกและผลกระทบทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามระดับของโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลศูนย์ มีการเกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน โดยที่โรงพยาบาลศูนย์มีการเกิดยาครอบครองยาเกินจำเป็นประมาณร้อยละ 60 ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีการครอบครองยาเกินจำเป็นอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 และเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งผู้วิจัยได้ติดต่อคณะผู้วิจัยที่รายงานผลเรื่องผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นในโรงพยาบาลรามาริบัติ¹⁴ พบว่า ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็นไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์ นอกจากนี้มูลค่าความสูญเสียทางการคลังของโรงพยาบาลศูนย์ก็มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนถึง 63 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เช่น โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมากทำให้ระยะเวลาการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ระบบบริการของ

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็มีความซับซ้อนมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก อีกทั้งความซับซ้อนของโรคของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็มากกว่า ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลให้การบริการตรวจสอบปริมาณยาของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่มีประสิทธิภาพมากนักดังนั้นการพิจารณาออกนโยบายในแก้ไขปัญหานี้ อาจพิจารณาปรับใช้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นอันดับแรก

การวิเคราะห์ความชุกและผลกระทบทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีการครอบครองยาเกินจำเป็นและมีมูลค่าความสูญเสียทางการคลังสูงกว่าสิทธิอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า¹⁴ ที่ทำการศึกษาค่าความชุกและมูลค่าความสูญเสียทางการคลังที่แสดงให้เห็นว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีความชุกและมูลค่าความสูญเสียทางการคลังมากกว่าสิทธิอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจาก โรงพยาบาลที่ให้บริการในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการสามารถเบิกเงินค่ายาคืนจากกรมบัญชีกลางได้ทั้งหมด จึงทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ขาดความตระหนักในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยครอบครองเกินจำเป็น ซึ่งแตกต่างจากสิทธิอื่นๆ ที่โรงพยาบาลจะได้รับเงินเป็นเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งโรงพยาบาลจำเป็นต้องบริหารงานในงบประมาณที่จำกัด จึงอาจมีความตระหนักในการจ่ายยาในผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ มากกว่าผู้ป่วยในสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ดังนั้นการพิจารณาออกนโยบายในการปัญหาควรพิจารณาเลือกทำในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการก่อนเป็นอันดับแรก

การวิเคราะห์ความชุกและผลกระทบทางการคลังจากการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามรายการยาในหรือนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า รายการยากลุ่มในบัญชียาหลักแห่งชาติมีการครอบครองยาเกินจำเป็นมากกว่ายานอกบัญชียาหลักฯ แต่มูลค่าความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ยของยานอกบัญชียาหลักสูงกว่ายาในบัญชียาหลัก ทั้งนี้เนื่องจาก รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีอัตราการจ่ายค่อนข้างสูงและจ่ายในผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา จึงมีโอกาสมากกว่าที่จะมีการจ่ายเกินจำเป็นมากกว่า ในขณะที่ยานอกบัญชียาหลักฯ ส่วนใหญ่เป็นยาราคาสูงและจ่ายในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการเป็นหลัก จึงทำให้มีความสูญเสียทางการคลังเฉลี่ยสูงกว่ายาในบัญชีฯ ดังนั้นการพิจารณาออกนโยบายแก้ไขปัญหานี้ อาจพิจารณาปรับใช้ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่ได้รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นอันดับแรกจะช่วยให้สามารถมูลค่าความสูญเสียจากการครอบครองยาเกินจำเป็นได้มากกว่า

การวิเคราะห์แนวโน้มปริมาณการมียาครอบครองเกินจำเป็น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มียาครอบครองเกินจำเป็นประมาณ 2 ใน 3 ของผู้มียาครอบครองเกินจำเป็นทั้งหมดจะมียาครอบครองเกินจำเป็นไม่เกินร้อยละ 110 ของยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ หรือมียาครอบครองเกินความจำเป็นไม่เกิน 5 สัปดาห์ต่อปี และมีผู้ป่วยมากถึง 4 ใน 5 ที่มียาครอบครองเกินจำเป็นไม่เกินร้อยละ 120 ของยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของรองศาสตราจารย์ณรงค์ชัยคุณาภักดิ์ ที่ทำการศึกษาค่าการครอบครองยาเกินจำเป็นในรายการยา 5 รายการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการครอบครองยาเกินจำเป็นส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่าง MPR 1.00-1.20 เช่นเดียวกัน แต่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มียาครอบครองเกินจำเป็นจะมียาครอบครองมากกว่าร้อยละ 120 ของยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่า แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการครอบครองเกินจำเป็นการมียาครอบครองเกินจำเป็นผู้ป่วยแต่ปริมาณการครอบครองยาเกินจำเป็นในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่สูงมากนัก ดังนั้นการพิจารณาออกนโยบายในการแก้ไขปัญหานี้ จำเป็นต้องคำนึงถึงปริมาณยาที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยสามารถมีครอบครองเกินจำเป็นได้ด้วย

การวิเคราะห์การรับยาข้ามสถานพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่รับยาเดียวกันข้ามสถานพยาบาล เช่นเดียวกับมูลค่าความสูญเสียทางการคลังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลที่มีน้อยมาก ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่รับยาข้ามสถานพยาบาลมียาครอบครองเกินจำเป็นสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลไม่มากนัก ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่อง

ส่วนใหญ่มักจะเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรคเดียวกันที่โรงพยาบาลแห่งเดียว และแสดงว่าปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็นนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในสถานพยาบาลมากกว่าการเกิดจากการรับยาข้ามสถานพยาบาล ดังนั้นการพิจารณาออกนโยบายในการแก้ปัญหาฯ อาจต้องคำนึงถึงการแก้ปัญหาจากระบบภายในโรงพยาบาลมากกว่าการแก้ปัญหาการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาล

นอกจากนี้ในการวิเคราะห์การรับยาข้ามสถานพยาบาลเฉพาะการวิเคราะห์หลัก (MPR>1.0) แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การรับยาข้ามสถานพยาบาล ส่งผลต่อการครอบครองยาเกินจำเป็นน้อยมาก ผู้วิจัยจึงตัดสินใจไม่วิเคราะห์ความไวโดยการเปลี่ยนค่านิยามของการครอบครองยาเกินจำเป็นเพิ่มเติม เนื่องจากข้อมูลที่จะได้จากการวิเคราะห์ความไวจะไม่ได้เพิ่มเติมข้อมูลที่ประโยชน์ต่อผลการศึกษามากนัก

การศึกษานี้คำนึงถึงเฉพาะผลกระทบทางการคลังโดยตรงเท่านั้นไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบทางการคลังโดยอ้อม เช่น การรับการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากการครอบครองยาเกินจำเป็นซึ่งจะทำให้ผลกระทบทางการคลังเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบทางคลินิกอันเนื่องมาจากการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม มีรายงานผลกระทบทางคลินิกจากการครอบครองยาเกินจำเป็น รายงานว่าการมียาครอบครองเกินจำเป็นส่งผลเพิ่มความเสี่ยงในการเข้านอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นได้^{3, 7, 11}

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการได้แก่

1) การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์เฉพาะข้อมูลการรับบริการเฉพาะในโรงพยาบาลเพียง 3 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่งและโรงพยาบาลทั่วไปอีก 1 แห่ง ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลในระดับประเทศของ สปสช.ได้เนื่องจาก ถึงแม้ว่าในประเทศไทยจะมีข้อมูลการใช้ยาที่ส่งมายัง สปสช. แต่ไม่มีข้อมูลวิธีการใช้ยาระบุไว้ จึงทำให้ไม่สามารถคำนวณขนาดการครอบครองยาเกินจำเป็นได้

แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยเลือกใช้ข้อมูลการใช้ยา และวิธีใช้ยาจากโรงพยาบาลต่างๆ โดยเลือกจากโรงพยาบาลที่มีข้อมูลพร้อมเข้าถึง และเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดต่างกัน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน โดยผู้วิจัยมีข้อตั้งข้อสงสัย (assumption) ว่าข้อมูลการใช้ยา และวิธีใช้ยา ของโรงพยาบาลที่ได้มาเป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนได้ของโรงพยาบาลในขนาดนั้น นอกจากนี้เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจว่าผลจากข้อมูลในระดับโรงพยาบาลศูนย์นั้น มีความเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้ข้อมูลในระดับโรงพยาบาลศูนย์จากโรงพยาบาลในสองพื้นที่ที่แตกต่างกัน แต่ทั้งสองแห่งเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและความน่าเชื่อถือในแง่ของความถูกต้องของฐานข้อมูลสูง จึงทำให้ความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยได้ติดต่อนำข้อมูลการครอบครองยาเกินจำเป็นในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมาประกอบการประมาณการความสูญเสียในระดับประเทศ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของทั้งประเทศ จาก สปสช.ซึ่งน่าจะเป็นข้อมูลสำหรับการประมาณจำนวนผู้ป่วยได้ใกล้เคียงที่สุด ในการวิเคราะห์เพื่อหามูลค่าความสูญเสียในระดับประเทศ จึงพอเชื่อได้ว่า ผลการวิเคราะห์ในระดับประเทศดังกล่าวเป็นข้อมูลที่น่าจะใกล้เคียงกับความเป็นจริงพอสมควร

2) การศึกษานี้วิเคราะห์เฉพาะรายการยาที่เป็นยารับประทานชนิดแข็ง (Oral solid form) ซึ่งอาจไม่ได้ครอบคลุมรายการยาอื่นๆเช่น ยาชนิดแผ่นแปะ ยาทา หรือยาฉีดบางชนิด แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยาที่มีโอกาสครอบครองเกินจำเป็นมักเป็นยาที่ต้องใช้ต่อเนื่องหรือต้องนำกลับไปใช้ที่บ้านซึ่งมียาฉีดเป็นส่วนน้อย เท่านั้นที่ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปใช้ที่บ้านได้ ในขณะที่ปริมาณการใช้ยาในรูปแบบอื่นๆก็มีไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับยารับประทานชนิดแข็ง ผู้วิจัยจึงคิดว่ารายการยาที่เลือกทำการศึกษาน่าจะเป็นส่วนใหญ่ของรายการยาที่มีโอกาสครอบครองเกินจำเป็นทั้งหมด

3) ในการศึกษาที่ใช้ต้นทุนจากต้นทุนจริงของโรงพยาบาลซึ่งอาจแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจส่งผลให้มูลค่าความสูญเสียทางการคลังในระดับประเทศเปลี่ยนไปได้

4) การศึกษาการรับยาตัวเดียวกันข้ามสถานพยาบาลนี้ไม่ได้รวมข้อมูลการรับบริการในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีในปัจจุบันยังไม่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลของกรุงเทพมหานครกับจังหวัดอื่นๆได้ ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวอาจส่งผลต่อผลการศึกษาได้

5) การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งอาจมีความผิดพลาดในแง่ของการลงข้อมูลหรือการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลเกิดขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้เลือกโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการเก็บฐานข้อมูลที่ตีมาใช้ในการวิเคราะห์ และข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนก็ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการศึกษาก่อนหน้า³⁰ แล้วจึงน่าจะเชื่อได้ว่าเป็นฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง

สาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

การศึกษาเพื่อหาสาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาลและ 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.การวิเคราะห์ฐานข้อมูลโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ฐานข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการครอบครองยาเกินจำเป็น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการครอบครองยาเกินจำเป็น ได้แก่ ปริมาณเฉลี่ยที่ได้รับยาต่อครั้ง โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาในปริมาณเฉลี่ยต่อครั้งมากกว่า 90 วัน มีโอกาสที่จะมีการครอบครองยาเกินจำเป็นสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในปริมาณเฉลี่ยน้อยกว่า 90 วัน สูงถึงประมาณ 6 เท่า อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาในปริมาณมากจะมีช่วงเวลานัดครั้งต่อไปนานกว่า ทำให้มีโอกาที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลก่อนวันนัดสูงกว่า ทำให้มียาครอบครองเกินจำเป็นมากกว่า

ระดับโรงพยาบาลก็เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการครอบครองยาเกินจำเป็นมาก ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในโรงพยาบาลศูนย์มีโอกาสมียาครอบครองเกินจำเป็นมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน อาจเนื่องจากในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก ทำให้ระยะเวลาการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างน้อย ระบบบริการของโรงพยาบาลก็มีความซับซ้อนกว่าและโรคของผู้ป่วยก็มีความซับซ้อนกว่า

การส่งจ่ายยาที่ในจำนวนเม็ดที่ใช้ต่อวันมากกว่าที่มากกว่าจะมีโอกาสเกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นน้อยลง อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาในปริมาณการใช้ยาต่อวันมากอาจมีภาวะโรคที่รุนแรงกว่า ทำให้มีการติดตามอย่างใกล้ชิดกว่าส่งผลให้มีโอกาสในการรับยาครอบครองเกินจำเป็นน้อยกว่า อย่างไรก็ตามปัจจัยนี้อาจเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะโรคของผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถแก้ไขโดยนโยบายเชิงระบบได้

สิทธิการรักษา ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยที่ในการวิเคราะห์นี้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีโอกาสมียาครอบครองเกินจำเป็นมากกว่าสิทธิการรักษาอื่นๆ ซึ่งแตกต่างจากการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ซึ่งสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีโอกาที่จะมียาครอบครองเกินจำเป็นมากที่สุด อาจเนื่องจากในการวิเคราะห์นี้เป็นการวิเคราะห์ในระดับรายการยา (Patient-item level) ซึ่งแตกต่างจากการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ที่เป็นการวิเคราะห์ในระดับบุคคล (Patient level) โดยที่ในการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ใช้แนวคิดที่ว่า แม้ว่าจะมีเพียง 1 รายการที่มีการครอบครองยาเกินจำเป็นก็จะนับว่าผู้ป่วยรายนั้นมียาครอบครองเกินจำเป็น ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงโอกาสในการมียาครอบครองเกินจำเป็นมากกว่าการวิเคราะห์ในระดับรายการยา

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้อาจไม่ได้รวมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการครอบครองยาเกินจำเป็นอื่นๆเข้าไปในการวิเคราะห์เนื่องจากข้อจำกัดในด้านฐานข้อมูล เช่น การรับบริการข้ามสถานพยาบาล หรือการรับบริการจากแพทย์หลายท่าน เป็นต้น

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อหาสาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นพบว่าสาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเกิดขึ้นจากหลายภาคส่วนได้แก่

- สถานพยาบาล
- บุคลากรทางการแพทย์
- ผู้ป่วย
- ระบบสิทธิการรักษา
- บริษัทฯ และ
- รูปแบบบรรจุภัณฑ์

สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นมีอยู่ด้วยกันหลายระดับ ได้แก่

- ระดับตัวยา เช่น แผงบรรจุภัณฑ์ไม่เอื้อให้มีการส่งจ่ายยาที่เหมาะสม
- ระดับบุคคล เช่น ความตระหนักในปัญหาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
- ระดับภายในองค์กร เช่น ระบบบริการที่ไม่มีประสิทธิภาพในการรองรับและแก้ไขปัญหา ระบบการส่งต่อข้อมูลที่ไม่รองรับการวิเคราะห์การครอบครองยาของผู้ป่วย
- ระดับระหว่างองค์กร เช่น การส่งข้อมูลการจ่ายยาระหว่างองค์กรและ
- ระดับประเทศ เช่น สิทธิการรักษาที่ส่งผลให้เพิ่มโอกาสการครอบครองยาเกินจำเป็นได้

ซึ่งนับได้ว่าเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์อย่างมากในการพัฒนานโยบายและแนวทางในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูลพบว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ทำการศึกษาสาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็นในประเทศไทย ในมุมมองที่ครอบคลุมทั้ง แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วยและนักวิชาการ ทำให้ได้ทราบปัจจัยสาเหตุที่แตกต่างหลากหลายและครอบคลุมในทุกมิติอันจะนำไปสู่การทำความเข้าใจในสาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการพัฒนานโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการวิเคราะห์สาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็น พบว่าสาเหตุต่าง ๆ นั้นมีความเชื่อมโยงกันค่อนข้างมาก เช่น เนื่องจากความไม่ตระหนักของแพทย์และผู้ป่วยทำให้สถานพยาบาลไม่มีการพัฒนาระบบบริการ หรือเนื่องจากระบบบริการไม่มีความต้องการในการวิเคราะห์ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น ทำให้ไม่มีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลทั้งภายในและระหว่างสถานพยาบาล ดังนั้นในการแก้ปัญหาจำเป็นต้องแก้ปัญหาเชิงระบบโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งในระดับสถานพยาบาลและระดับประเทศ

จากการวิเคราะห์สาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็น พบว่า สาเหตุในระดับบุคคลเป็นสาเหตุที่ได้รับการเสนอแนะจากผู้ให้สัมภาษณ์และมีความสำคัญค่อนข้างมากเนื่องจากความตระหนักในปัญหาจะเป็นตัวแปรสำคัญให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาได้รับความร่วมมือที่ดี จากทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ดังนั้นการดำเนินมาตรการในการแก้ปัญหาควรคำนึงถึงการเพิ่มความตระหนักในปัญหาฯ เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งด้วย

สาเหตุระดับองค์กรโดยเฉพาะระบบบริการและการส่งต่อข้อมูล ก็เป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ได้รับการนำเสนอค่อนข้างมากจากผู้ให้สัมภาษณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริการในด้านการดูแลรักษาอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ประสบปัญหาในการขาดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ และได้รับรู้สภาพความเป็นจริงของระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันทำให้มีความกังวลต่อระบบบริการที่ไม่คำนึงถึงปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น การแก้ปัญหาด้านระบบบริการก็จะเป็นส่วนสำคัญที่อาจช่วยให้สามารถลดปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตามการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการได้แก่

1) การสัมภาษณ์นี้ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกเป็นหลัก ทำให้อาจได้มุมมองในแง่ที่เฉพาะเจาะจงพื้นที่เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการกระจายการสัมภาษณ์ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทำให้ข้อมูลน่าจะสามารถนำไปปรับใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สัมภาษณ์นักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านระบบยา เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายมากขึ้น จึงทำให้ผู้วิจัยเชื่อได้ว่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้สามารถนำไปปรับใช้ในสถานพยาบาลอื่นๆได้

2) การสัมภาษณ์นี้ดำเนินการโดยเริ่มต้นการสัมภาษณ์ที่การมียาเหลือใช้ของผู้ป่วย ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ส่วนใหญ่ๆได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา และการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยไม่ได้เจาะจงเฉพาะการครอบครองยาเกินจำเป็น จึงอาจทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีความเห็นว่าหากเริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยประเด็นการครอบครองยาเกินจำเป็นเลยนั้น อาจทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เข้าใจในเรื่องที่ต้องการสัมภาษณ์ได้เนื่องจากการครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นประเด็นใหม่ ยังไม่ได้มีความเข้าใจในวงกว้าง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการสอบซัก (Probing) เพื่อให้ได้มาในประเด็นของการครอบครองยาเกินจำเป็น และได้ทำการวิเคราะห์เฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการครอบครองยาเกินจำเป็น ดังนั้นจึงเชื่อได้ว่าข้อมูลที่วิเคราะห์ได้นั้นมีความคลาดเคลื่อนน้อย

การร่างแนวทางการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย

การศึกษาเพื่อหาข้อมูลสำหรับการแก้ปัญหาเชิงนโยบายแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและ 2) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

1.การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นพบว่า แนวทางการแก้ปัญหาสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับคือ ระดับปฏิบัติการ และระดับชาติ โดยแนวทางฯ ในระดับปฏิบัติการส่วนใหญ่เสนอให้มีการปรับระบบบริการให้มีประสิทธิภาพรองรับการบริการด้านการครอบครองยาเกินจำเป็นร่วมกับการสร้างโครงการรณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักในด้านการครอบครองยาเกินจำเป็น และการสร้างโครงการ Home health care ในขณะที่แนวทางฯ ในระดับประเทศจะเป็นข้อเสนอให้มีการปรับระบบการเบิกจ่ายเช่น นโยบายร่วมจ่าย (Co-payment) หรือยกเลิกระบบจ่ายตรง นอกจากนี้ยังมีการเสนอให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลด้านบริการสาธารณสุขทั้งหมดในระดับประเทศด้วย

การศึกษานี้เป็นการสะท้อนแนวคิดการแก้ปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์ได้ค่อนข้างดีโดยเฉพาะในทางปฏิบัติเนื่องจาก แนวทางการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ได้มาจากบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้สัมภาษณ์ผู้บริหารระดับชาติ จึงอาจทำให้ขาดมุมมองในด้านการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้นำแนวทางที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการร่างนโยบายทางเลือกเพื่อทำการประชุมผู้เชี่ยวชาญ

ด้านระบบสุขภาพอีกครั้ง ซึ่งจะทำให้มีการสร้างแนวทางการแก้ปัญหาในมุมมองของผู้บริหารระดับชาติด้วยเช่นกัน

และเนื่องจากด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาที่นำไปพร้อมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อหาสาเหตุของปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น ทำให้ข้อจำกัดต่างๆจึงไม่แตกต่างจากข้อจำกัดของการสัมภาษณ์เพื่อหาสาเหตุของปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น

2. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า แนวทางการแก้ปัญหา ที่ได้มีการนำเสนอไว้ในวรรณกรรมได้แก่ การสร้างระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถคำนวณปริมาณยาครอบครองได้โดยอัตโนมัติและสามารถแจ้งเตือนแก่แพทย์ได้ การสร้างโครงการตรวจสอบการสั่งจ่ายยาโดยเภสัชกร และโครงการรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งรณรงค์ให้แพทย์จ่ายยาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมาตรการดังกล่าวที่ได้ถูกนำเสนอไว้ในวรรณกรรมต่างๆ สอดคล้องกับแนวทางการแก้ไขปัญหายา ที่ได้จากการสัมภาษณ์

การศึกษาที่ถูกคัดเข้ามาในการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นการศึกษาเพื่อแสดงถึงประสิทธิภาพของแนวทางการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น แต่เป็นเพียงการศึกษาที่ศึกษาผลของการสั่งจ่ายยาที่มากหรือน้อยกว่าจำเป็นและได้มีการนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหายาในส่วนของการศึกษาเท่านั้น จึงอาจไม่สามารถยืนยันถึงประสิทธิภาพของแนวทางการแก้ปัญหา ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแต่ก็เป็นข้อมูลประกอบที่ดีในการร่างแนวทางการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ปัญหาจากมุมมองของนักวิจัยด้วยเช่นกัน

การทบทวนวรรณกรรมนี้ทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ไม่ได้สืบค้นไปยังองค์กรที่เกี่ยวข้องต่างๆซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหาได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นในฐานข้อมูลทั้ง Pubmed, EMBASE และ Cochrane CENTRAL ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ได้รับการยอมรับค่อนข้างมากจึงน่าจะเชื่อได้ว่าการทบทวนวรรณกรรมนี้ค่อนข้างมีความครอบคลุม น่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง

การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนี้ดำเนินการโดยการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพจำนวน 2 ครั้ง ร่วมกับการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆ โดยเทคนิคเดลฟายเชิงนโยบาย โดยผลการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสรุปได้ว่า นโยบายการพัฒนากระบวนการและนโยบายรณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักแก่บุคลากรทางการแพทย์ เป็นนโยบายที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรกและนโยบายอื่นๆที่เข้าสู่การจัดลำดับความสำคัญก็ควรจะมีการพิจารณาดำเนินการในอันดับถัดไป อีกทั้งบางนโยบายอาจสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหายาอื่นๆนอกเหนือจากปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นได้

นโยบายการเชื่อมต่อข้อมูลการให้บริการผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เป็นตัวอย่างหนึ่งในนโยบายที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหายาอื่นๆได้ แม้ว่าจะได้รับการจัดอันดับว่าควรพิจารณาเป็นอันดับรองสุดท้ายสำหรับการแก้ปัญหายาการครอบครองยาเกินจำเป็น แต่นโยบายนี้มีประโยชน์อย่างมากในการแก้ปัญหายาของระบบสาธารณสุขในภาพรวมทั้งการส่งต่อข้อมูลการรักษาเพื่อความต่อเนื่องในการรักษา การส่งข้อมูลเพื่อการ refer ผู้ป่วย เป็นต้น ผู้วิจัยเห็นว่านโยบายการเชื่อมต่อข้อมูลการให้บริการผ่านระบบอินเทอร์เน็ตนี้เป็นนโยบายที่ควรพิจารณาดำเนินการสำหรับการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม นโยบายนี้อาจจำเป็นต้องพึ่งระวังในด้านสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย เนื่องจากหากทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลอันเนคตลับของผู้ป่วย

ได้อย่างอิสระก็จะทำให้เกิดการนำข้อมูลไปใช้อย่างไม่เหมาะสมได้ ดังนั้น การพิจารณาการนำนโยบายดังกล่าวไปใช้อาจจำเป็นต้องมีการจำกัดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยด้วย

แม้ว่านโยบายการปรับเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์จะถูกจัดอยู่ในนโยบายที่ควรพิจารณาเป็นอันดับสุดท้ายสำหรับการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น แต่นโยบายนี้อาจมีประโยชน์ในแง่ของการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้³¹ นอกจากนี้ยังอาจมีประโยชน์ในการส่งเสริมให้บริษัทภายในประเทศ (Local made) มีการออกแบบนวัตกรรมในด้านบรรจุภัณฑ์เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ได้รับความร่วมมือจากบริษัทภายในประเทศในการปรับเปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ได้อีกด้วย

จากกรอบแนวคิดของงานวิจัยที่ว่ายาเหลือใช้มีสาเหตุมาจาก 3 ส่วน ได้แก่ ด้านการมียาครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบการส่งจ่ายยา การเปลี่ยนแปลงการรักษาและความไม่ร่วมมือในการใช้นั้น ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สังเคราะห์ขึ้นนี้เป็นข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นในมุมมองของภาครัฐเฉพาะด้านการมียาครอบครองยาเกินจำเป็นจากระบบการส่งจ่ายยาของสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการเท่านั้น (Supply side) ยังไม่ได้คำนึงถึงการแก้ปัญหาด้านความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งอาจมีได้จากหลายสาเหตุทั้ง ด้านความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จรวมถึงความร่วมมือในการมารับการรักษาตรงตามนัด (Appointment keeping) ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งจากการศึกษาของนภวรรณ เจียรพิรพงษ์และคณะ³² พบว่า ผู้ป่วยมากกว่า 75% ไม่ได้มาพบแพทย์ในระยะเวลาก่อนหรือหลังวันนัด 7 วัน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการมียาครอบครองยาเกินจำเป็น

การจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพนี้ได้มีการจัดประชุมขึ้น 2 ครั้ง โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพในทุกๆภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ปฏิบัติงาน เช่นสถานเภสัชกรรม สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล, ผู้จ่าย เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง, นักวิจัยเชิงระบบยา เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย เช่น สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และนักวิชาการจากสถาบันต่างๆ เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลรามาธิบดี มาร่วมประชุมเพื่อเสนอแนะความคิดเห็นและร่วมกันจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งทำให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลายในหลายมุมมอง จึงทำให้บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จัดทำขึ้นนี้น่าจะมีความเป็นไปได้และมีความน่าเชื่อถือพอสมควร

ในการประชุมครั้งที่ 1 ได้มีการอภิปรายในหลายประเด็นที่มีความสำคัญต่อการทำการวิจัย โดยเฉพาะการเลือกนโยบายทางเลือกที่น่าจะเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น การแนะนำแนวทางการจัดลำดับความสำคัญและ การดำเนินการวิจัยต่อไป ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงการดำเนินการวิจัยได้เหมาะสมมากขึ้น

หลังการประชุมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้มีการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายด้วยเทคนิคเดลฟายเชิงนโยบาย ซึ่งจะทำให้สามารถรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหลายๆท่านที่มีต่อนโยบายทางเลือกได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังได้รวบรวมข้อคิดเห็นต่างๆเพื่อไปใช้ในการอภิปรายร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญในการประชุมครั้งที่ 2 ซึ่งทำให้การจัดลำดับความสำคัญของผู้เชี่ยวชาญมีความน่าเชื่อถือมากขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตาม การจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกๆ ก็มีข้อจำกัดบางประการดังนี้

1) เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นเรื่องที่มีความเฉพาะเจาะจงทำให้ในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกนั้น มีผู้ที่มีความรู้และเข้าใจในเรื่องนี้ไม่มากนัก จึงมีผู้ตอบแบบสอบถามเพียง 9 ท่านเท่านั้น ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีความผิดพลาดในการวัดผล (Measurement error) ได้

แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จึงน่าจะทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือพอสมควร

2) แบบสอบถามที่ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญในบางประเด็นอาจมีความหมายโดยนัยที่ไม่สามารถแยกขาดจากกัน (Mutually exclusive) ได้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญของการทำการจัดลำดับความสำคัญครั้งนี้ทำให้ในการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญอาจเกิดความสับสนและหลงประเด็นได้ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการอภิปรายในที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญในครั้งที่ 2 ในประเด็นนี้รวมทั้งมีการให้ความเห็นหรือเปลี่ยนแปลงข้อคิดเห็นในประเด็นที่เป็นข้อสงสัยไว้แล้วในที่ประชุมทำให้การตัดสินใจเลือกข้อเสนอแนะนโยบายเหมาะสมมากขึ้น

3) การศึกษานี้อาจนิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยไว้มิชัดเจนเพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในงานวิจัยได้โดยเฉพาะในส่วนของการขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ อย่างไรก็ตามในการวิจัยผู้วิจัยได้นิยามคำศัพท์หลักไว้อย่างชัดเจนเช่น การครอบครองยาเกินจำเป็น มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง และความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็น เป็นต้น

การประชุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้มีการร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยใช้วิธี Subjective assessment และ Brain storming ของคณะผู้วิจัย เพื่อนำเสนอในการประชุมครั้งที่ 2 ซึ่งอาจจะมีข้อด้อยในด้านการรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณมาใช้ในการประเมิน โดยไม่ได้มีแนวทางในการประเมินที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสาเหตุ ผลกระทบ และลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกทั้งหมดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในการร่างข้อเสนอแนะฯ แล้ว จึงคิดว่าน่าจะเป็นที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ในที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญได้มีการเสนอแนะและเลือกข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอีกครั้ง จึงทำให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้ เหมาะสมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการศึกษานี้เหมาะสำหรับปรับใช้กับทุกกองทุนการรักษาพยาบาลของประเทศโดยเฉพาะกรมบัญชีกลาง เนื่องจากกรมบัญชีกลางมีระบบการเบิกจ่ายที่โรงพยาบาลสามารถเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลและค่ายาคืนในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการได้ทั้งหมด หากสามารถลดการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นของกองทุนลงได้มาก นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลยังแสดงให้เห็นอีกว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่ดูแลโดยกรมบัญชีกลางมีมูลค่าความสูญเสียค่อนข้างมาก ดังนั้นกรมบัญชีกลางอาจพิจารณาสร้างมาตรการในการป้องกันการจ่ายยาให้ผู้ป่วยครอบครองเกินจำเป็น เช่น การออกจดหมายแจ้งผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องระมัดระวังการจ่ายยาที่ก่อให้เกิดยาครอบครองเกินจำเป็น การออกระเบียบหรือมาตรการว่าด้วยการเรียกเงินคืนจากโรงพยาบาลในกรณีที่มีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยครอบครองเกินจำเป็น ในปริมาณที่เกินกว่าที่กำหนด เป็นต้น

นอกจากนี้โรงพยาบาลก็เป็นอีกองค์กรสำคัญที่ควรนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนี้ไปปรับใช้เนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่เกิดที่ระบบบริการภายในโรงพยาบาล ซึ่งหากโรงพยาบาลสร้างระบบตรวจสอบปริมาณยาก่อนหรือหลังการพบแพทย์ การสร้างระบบเติมยา และ สร้างระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบและการเตือนในกรณีที่ผู้ป่วยมีการครอบครองยาเกินจำเป็น ก็จะสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นลงได้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีปัญหการครอบครองยาเกินจำเป็นสูงและส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางการคลังโดยไม่จำเป็นค่อนข้างมาก

อย่างไรก็ตาม การปรับใช้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนี้อาจจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบในทางลบ (Negative consequences) ที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย เช่น การจำกัดการส่งจ่ายยามากเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเพียงพอที่จะมีใช้จนถึงวันนัดครั้งต่อไป การกำหนดรอบการครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ไม่มีการจำกัดการส่งจ่ายยามากเกินไป เช่นการจ่ายยาเกินจำเป็นได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์ เป็นต้น

นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบในทางลบอื่นๆอีกด้วย เช่น ภาระงานที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากการพัฒนาระบบบริการ ความยุ่งยากที่อาจเกิดขึ้นจากการปรับระบบบริการ เป็นต้น ดังนั้นการปรับใช้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนี้อาจต้องปรับให้ตรงกับลักษณะหรือวัฒนธรรมของแต่ละองค์กรด้วยเช่นกัน

การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาเพื่อสร้างมาตรการเท่านั้น (Policy formulation) แต่ยังไม่ได้มีการนำมาตรการไปปรับใช้ (Policy implementation) หรือการสนับสนุนนโยบาย (Policy advocacy) เช่น การนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้ใช้นโยบายโดยตรง ซึ่งเป็นส่วนที่มีความจำเป็นต้องทำต่อไป

นอกจากนี้ การประชาสัมพันธ์ ต่อสังคมผ่านสื่อมวลชนต่างๆ (Press release) ก็อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้เสริมสำหรับการทำการสนับสนุนนโยบาย เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ต่อสังคมจะเป็นการกระตุ้นให้สังคมเกิดความตระหนักในเรื่องการครอบครองยาเกินจำเป็นอันจะเป็นการกระตุ้นโดยอ้อมให้หน่วยบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำมาตรการในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นไปปรับใช้ต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นปัญหาสำคัญที่ของระบบสาธารณสุขของประเทศ ทำให้มีความสูญเสียทางการคลังโดยไม่จำเป็นค่อนข้างมากและส่วนใหญ่เกิดภายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นอกจากนี้มูลค่าความสูญเสียส่วนใหญ่จะเกิดในผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ โดยที่สาเหตุของปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเกิดจากทุกๆภาคส่วนทั้งผู้ให้บริการบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ภาคเอกชน และภาครัฐ ส่วนกลาง ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงควรดำเนินการในหลายๆภาคส่วนไปพร้อมๆกันโดยที่นโยบายหลักที่ควรพิจารณาในการแก้ปัญหาเป็นอันดับแรกได้แก่ การพัฒนาระบบบริการเพื่อแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นและการสร้างโครงสร้างการณรงค์ส่งเสริมความตระหนักในปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ พิบูลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2550.
2. "ยาเหลือใช้" ภัยเงียบสุขภาพคนไทย. <http://www.naewna.com/news.asp?ID=216149>. Accessed 13 มีนาคม, 2555.
3. Stroupe KT, Murray MD, Stump TE, Callahan CM. Association between medication supplies and healthcare costs in older adults from an urban healthcare system. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:760-768.
4. Kringsman K, Melander A, Carlsten A, Ekedahl A, Nilsson JLG. Refill non-adherence to repeat prescriptions leads to treatment gaps or to high extra costs. *Pharm World Sci*. 2007;29:19-24.
5. Chaiyakunapruk N, Tanakornrungsrod A, Cheewasitthirunguang N, et al. Estimation of financial burden due to oversupply of medication for chronic disease. *Asia Pac J Public Health*. 2010;1-8.
6. Trueman P, Taylor D, Lowson K, Newbould J, Blighe A, Bury M. *Evaluation of the scale, causes and costs of waste medicines*. York: York Health Economics Consortium and The School of Pharmacy, University of London; 2010.
7. Dilokthornsakul P, Chaiyakunapruk N, Nimpitakpong P, Jeanpeerapong N, Srumsiri R. The effects of medication supply on hospitalizations and health-care costs in patients with chronic heart failure. *Value Health*. 2012;15:S9-S14.
8. Andersson K, Melander A, Svensson C, Lind O, Nilsson JLG. Repeated prescription: refill adherence in relation to patient and prescriber characteristics, reimbursement level and type of medication. *Eur J Public Health*. 2005;15(6):621-626.
9. Kringsman K, Nilsson JLG, Ring L. Refill adherence for patients with asthma and COPD: comparison of a pharmacy record database with manually collected repeat prescriptions. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16:441-448.
10. Nilsson JLG, Andersson K, Bergkvist A, Bjorkman I, Brismar A, Moen J. Refill adherence to repeat prescriptions of cancer drugs to ambulatory patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2006;15:235-237.
11. Stroupe KT, Teal EY, Tu W, Weiner M, Murray MD. Association of refill adherence and health care use among adults with hypertension in an urban health care system. *Pharmacotherapy*. 2006;26(6):779-789.
12. Stroupe KT, Teal EY, Weiner M, Gradus-Pizlo I, Brater C, Murray MD. Health care and medication costs and use among older adults with heart failure. *Am Heart J*. 2004;116:443-450.
13. Thorpe CT, Bryson CL, Maciejewski ML, Bosworth HB. Medication acquisition and self-report adherence in veterans with hypertension. *Med care*. 2009;47:474-481.

14. Kaojarern S, Ongphiphadhanakul B, Pattanapratchee O. Outpatient drug oversupply at a teaching hospital in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(9):1061-1068.
15. Catherine M, Brenda R, Fred T, Michael W. Angiotensin-converting enzyme inhibitor compliance and dosing among patients with heart failure. *Am Heart J*. 1999;138:818-825.
16. Hess LM, Raebel MA, Conner DA, Malone DC. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Ann Pharmacother*. 2006;40:1280-1288.
17. Marie H, Elham R, Hugues R, Louise P. Comparison of measures of medication persistency using a prescription drug database. *Am Heart J*. 2007;153:59-65.
18. Rishi S, Fang X, Ronald E. Estimating medication persistency using administrative claim data. *Am J Manag Care*. 2005;11:449 -457.
19. Thurmond VA. The point of triangulation. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(3):253-258.
20. Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage; 1990.
21. O'Loughlin R, Kelly A. Equity in resource allocation in the Irish health service: A policy Delphi study. *Health Policy*. 2004;67:271-280.
22. Rayens MK, Hahn EJ. Building consensus using the policy delphi method. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2000;1(4):308-315.
23. Turoff M. The Delphi method: Techniques and applications. In: Linstone HA, Turoff M, eds. *The policy Delphi*; 2002. Accessed November 1st, 2011.
24. Thitima. คนไทยบริโภคยาปี 53 พุงกว่าหนึ่งแสนสามหมื่นล้าน เพิ่มเร็วกว่าเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ. 19 สิงหาคม 2554; <http://www.hsri.or.th/news/804>. Accessed 13 มีนาคม, 2555.
25. Office of the National Economic and Social Development Board. *Gross domestic product: Q4/2010*. Bangkok: National Account Office; 2011.
26. Guirguis K. Medications collected for disposal by outreach pharmacists in Australia. *Pharm World Sci*. 2010;32:52-58.
27. Valenstein M, Blow FC, Copeland CA, et al. Poor antipsychotic adherence among patient with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophrenia Bulletin*. 2004;30(2):255-264.
28. Yang M, Barner JC, Worchel J. Factors related to antipsychotic oversupply among Central Texas veterans. *Clin Ther*. 2007;29(6):1214-1225.
29. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2553: 2554.
30. Chotchaisuwatana S, Jedsadayanmata A, Chaiyakunapruk N, Jampachaisri K. Validation of electronic medical database in patients with atrial fibrillation in community hospitals. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(6):686-692.

31. Zedler BK, Joyce A, Murrelle L, Kakad P, Harpe SE. A pharmacoepidemiology analysis of the impact of calendar packaging on adherence to self-administered medications for long-term use. *Clin Ther*. 2011;33(5):581-597.
32. นถรรณ เจียรพิรพงศ์, ปิยะรัตน์ นิ้มพิทักษ์พงศ์. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการติดตามการนัดพบแพทย์โดยใช้อินเทอร์เน็ต. *เภสัชกรรมคลินิก*. 2551;15(1):65-71.

ภาคผนวกที่ 1

รายการยาที่ได้รับการคัดเข้าในการวิเคราะห์ฐานข้อมูล

ACARBOSE	BACLOFEN
ACETAZOLAMIDE	BAMBUTEROL
ACETYLCYSTEINE	BENZBROMARONE
ACITRETIN	BERAPROST
ACYCLOVIR	BETAHISTINE
ADEFOVIR	BETHANECOL
ALBENDAZOLE	BICALUTAMIDE
ALENDRONATE	BISACODYL
ALENDRONATE PLUS	BISOPROLOL
ALFACALCIDOL	BROMHEXINE
ALFUZOSIN	BROMOCRIPTINE
ALGINIC ACID	BROMPHENIRAMINE
ALISKAREN	BROMPHENIRAMINE/PHENYLEPHRINE
ALLOPURINOL	BUFLOMEDIL
ALMITRINE BISMESYLATE +RAUBASINE	CALCITRIOL
ALPRAZOLAM	CALCIUM CARBONATE
AMOBARBITAL + CHLORPROMAZINE	CALCIUM POLYSTYRENE SULPHONATE
AMILORIDE – HCTZ	CANDESARTAN
AMINOPHYLLINE	CAPECITABINE
AMIODARONE	CAPTOPRIL
AMITRYPTYLINE	CARBAMAZEPINE
AMLODIPINE	CARBIDOPA+ENTACAPONE
AMLODIPINE+VALSARTAN	CARVEDILOL
AMOLDIPINE+ATORVASTATIN	CEFDINIR
AMOXYCILLIN	CEFDITOREN
AMOXYCILLIN/CLAVULONIC ACID	CELECOXIB
AMPICILLIN/SULBACTAM	CENTRUM
ANASTROZOL	CEPHALEXIN
ANTACID	CETERIZINE
ASPIRIN	CHLORAMBUCIL
ATAZANAVIR	CHLORDIAZEPOXIDE
ATENOLOL	CHLOROQUINE
ATORVASTATIN	CHLORPHENIRAMINE
AZATHIOPRINE	CHOLESTYRAMINE
AZITHROMYCIN	CILOSTAZOL

CINNARIZINE	DESMOPRESSIN
CHLOROQUINE	DESOGRESTREL+ETHINYLESTRADIOL
CHLORPHENIRAMINE	DESMOPRESSIN
CHOLESTYRAMINE	DETROMETROPHANE
CILOSTAZOL	DEXAMETHASONE
CIMICIFUGA	DEXTROMETHORPHAN
CIPROFLOXACIN	DIACEREIN
CISAPRIDE	DIAZEPAM
CLARITHROMYCIN	DICLOFENAC
CLINDAMYCIN	DICLOXACILLIN
CLOBAZAM	DIDANOSINE
CLOFAZIMINE	DIGOXIN
CLOMIPHENE	DILTIAZEM
CLONAZEPAM	DIMENHYDRINATE
CLOPIDOGREL	DIOCTAHEDRAL SMECTITE
CLORAZEPATE	DIPHENHYDRAMINE
CLOTRIMAZOLE	DIPYRIDAMONE + ASPIRIN
CLOTRIMAZOLE TROCHE	DOMPERIDONE
CLOZAPINE	DONEPEZIL
CO-DERGOCRINE	DOXAZOSIN
CODEINE	DOXYCYCLINE
COLCHICINE	DROSPIRENONE+ESTRADIOL
COMBIZYM	DULOXETIN
CONJUGATED ESTROGENS	DUTASTERIDE
COTRIMAZOLE	DYDROGESTERONE
CYCLOPHOSPHAMIDE	EFAVIRENZ
CYCLOSERINE	ENALAPRIL
CYCLOSPORIN	ENTACAPONE
CYPROHEPTADINE	ENTECAVIR
CYPROTERONE	ENZYMPLEX
DAFLON	EPERISONE
DANAZOL	ERLOTINIB
DANZEN	EROGOTAMINE TARTRATE +CAFFEINE
DAPSONE	ERGOTAMINE+BELLADONNA+PHENOBABITAL
DARUNAVIR	ERYTHROMYCIN
DASATINIB	ESCITALOPRAM
DEFERASIROX	ESOMEPRAZOLE
DEFERIPRONE	ESSENTIAL [®]

ETHAMBUTOL	GLIBENCLAMIDE
ETHIONAMIDE	GLICLAZIDE
ETOPOSIDE	GLIMEPIRIDE
ETORICOXIB	GLIPIZIDE
EVEROLIMUS	GLUCOSAMINE
EXEMESTANE	GRISEOFULVIN
EZETIMIBE	HYDRALAZINE
EZETIMIBE+SIMVASTATIN	HYDROCHLOROTHIAZIDE
FATALAYJONE	HYDROCHLOROTHIAZIDE+AMILORIDE
FBC	HYDROCORTISONE
FELODIPINE	HYDROXYCHLOROQUINE
FEMOSTON	HYDROXYUREA
FENOFIBRATE	HYDROXYZINE
FERROUS FUMARATE	HYOSCINE
FERROUS FUMARATE+ IODINE + FOLIC ACID	IBANDRONATE
FERROUS SULPHATE	IBUPROFEN
FEXOFENADINE	IMATINIB
FINASTERIDE	IMIPRAMINE
FLOCTAFENINE	INDAPAMIDE
FLUCONAZOLE	INDOMETHACIN
FLUDROCORTISONE	IODINE
FLUNARIZINE	IRBESARTAN
FLUOXETINE	ISONIAZID
FLUPENTIXOL + MELITRACEN	ISONIAZID+RIFAMPICIN
FLUVOXAMINE	ISONIAZID+RIFAMPICIN+PYRAZINAMIDE+ ETHAMBUTOL
FOLIC ACID	ISPAGHULA HUSK
FOLINIC ACID	ISOSORBIDE DINITRATE
FUCIDIC ACID	ISOSORBIDE MONONITRATE
FUROSEMIDE	ISOTRETINOIN
FUSIDIC ACID	ITOPRIDE
GABAPENTIN	ITRACONAZOLE
GALANTAMINE	KAMFOI
GEFITINIB	KAMINCHAN
GEMFIBROZIL	KETOCONAZOLE
GESTODENE+ETHINYLESTRADIOL	KETOSTERIL
GINGER	KETOTIFEN
GINKGO BILOBA	KLUU

LAMIVUDINE	MELOXICAM
LAMIVUDINE+STAVUDINE	MELPHALAN
LAMIVUDINE+ZIDOVUDINE	MEMANTINE
LAMOTRIGINE	MENATETRENONE
LANSOPRAZOLE	MERCAPTOPURINE
LANTHANUM CARBONATE CHEW	MESTROLONE
LEFLUNOMIDE	METFORMIN
LERCANIDIPINE	METHADONE
LETROZOLE	METHIMAZOLE
LEUCOVERIN	METHOTREXATE
LEVETIRACETAM	METHYLDOPA
LEVOCETIRIZINE	METHYLPHENIDATE
LEVODOPA-BENSERAZIDE	METOCLOPRAMIDE
LEVODOPA-CARBIDOPA	METOPROLOL
LEVOFLOXACIN	METRONIDAZOLE
LEVONORGESTREL+ETHINYLESTRADIOL	MIANSERINE
LIPOCHOL [®]	MICRONIZED ESTRADIOL
LISINAPRIL	MICRONIZED PROGESTERONE
LITHIUM CARBONATE	MIDAZOLAM
LOPERAMIDE	MINOXIDIL
LOPINAVIR+RITONAVIR	MIRTAZAPINE
LORATADINE	MISOPROSTOL
LORATADINE+PSEUDOEPHRIDINE	MONTELUKAST
LORAZEPAM	MORPHINE
LOSARTAN	MOSAPRIDE
LYNESTRENOL	MOXIFLOXACIN
LYPOPHYLLIZED LIVE LACTOBACILLUS	MULTIVITAMIN
ACIDOPHILUS	
MACROGOL	MYCOPHENOLATE
MAGESTO-F [®]	NAPROXEN
MANIDIPINE	NEBIVOLOL
MAVANG	NELFINAVIR
MEBENDAZOLE	NEVIRAPINE
MECOBALAMINE	NICERGOLINE
MEDROXYPROGESTERONE	NICLOSAMIDE
MEFENAMIC ACID	NICOTINIC ACID
MEGESTROL	NIFEDIPINE

NILOTINIB	PIZOTIFEN
NIMESULIDE	POTASSIUM CITRATE
NIMODIPINE	PRAMIPEXOLE
NITRAZEPAM	PRAVASTATIN
NORFLOXACIN	PRAZIQUANTEL
NORGESTREL+ESTRADIOL	PRAZOSIN
NORETHISTERONE	PREDNISOLONE
NORTRYPTYLINE	PREGABALIN
OBIMIN AZ [®]	PRIMAQUINE
OFLOXACIN	PROBENECID
OLANZAPINE	PROCATEROL
OLMESARTAN	PROPRANOLOL
OMEPRAZOLE	PROPYLTHIOURACIL
ONDANSETRON	PSEUDOEPHEDRINE
ORPHENADINE	PSEUDOEPHEDRINE+CARBINOXAMINE MALEATE
ORPHENADINE+PARACETAMOL	PROPYLTHIOURACIL
ORAL REHYDRATION SALTS	PYRAZINAMIDE
OSELTAMIVIR	PYRIDOSTIGMINE
OXATOMIDE	PYRIMETHAMINE
OXCARBAZEPINE	PYRITINOL
OXYBUTYNIN	QUETIAPINE
OXYMETAZOLINE	QUINAPRIL
OXYMETHOLONE	QUININE SULFATE
OXYPHENCYCLIMINE	RABAMIPIDE
PANCREATIN	RABEPRAZOLE
PARACETAMOL	RALOXIFINE
PARA-AMINOSALICYLIC ACID	RAMIPRIL
PENICILLAMINE	RANGJEAD
PENICILLIN V	RANITIDINE
PENTOXIFYLLINE	REBAMIPIDE
PERINDOPRIL	REPAGLINIDE
PERPHENAZINE	RESPERIDONE
PETSANGKARD	RIBAVIRIN
PHENOBARBITAL	RIFAMPICIN
PIOGLITAZONE	RILMENIDINE
PIRACETAM	RISEDRONATE
PIRIBEDIL	RISPERIDONE
PIROXICAM	RITONAVIR

ROSIGLITAZONE	TETRACYCLINE
ROSUVASTATIN	THEOPHYLLINE
ROWATINEX [®]	THIOGUANINE
ROXITHROMYCIN	TIANEPTINE
SALAZOPYRIN/SULFAZALAZINE	TIBOLONE
SALBUTAMOL	TICLOPIDINE
SAQUINAVIR	TIOTROPIUM
SENOKOT	TOLPERISONE
SERTACONAZOL	TOLTERODINE
SERTRALINE	TOPIRAMATE
SILDENAFIL	TRAMADOL
SIMETHICONE	TRANXENAMIC ACID
SIMVASTATIN	TRETINOIN
SITAGLIPTIN	TRIFLUSAL
SODIUM BICARBONATE	TRIHXYLPHENIDYL
SODIUM VALPROATE	TRIMETAZIDINE
SOLIFENACIN	TRIPOLIDINE+PSEUDOEPHRIDINE
SPIRONOLACTONE	TROSPIMUM CHLORIDE
STAVUDINE	PARACETAMOL+CODEINE
STAVUDINE+LAMIVUDINE	UBIDECARENONE
STAVUDINE+LAMIVUDINE+NEVIRAPINE	URECHOLINE
STRONTIUM	URSODEOXYCHOLIC ACID
SUCRALFATE	VALSARTAN
SULFADIAZINE	VARENICLINE
SULFASALAZINE	VENLAFAXINE
SULFINPYRAZONE	VERAPAMIL
SULINDAC	VIGABATRIN
SUNITINIB	VILDAGLIPTIN
TACROLIMUS	VITAMIN A
TAMOXIFEN	VITAMIN B 1-6-12
TAMSULOSIN	VITAMIN B1
TEGAFUR+URACIL	VITAMIN B2
TELBIVUDINE	VITAMIN B6
TELMISARTAN	VITAMIN BCOMPLEX
TENOFOVIR	VITAMIN C
TERBINAFINE	VITAMIN E
TERBUTALINE	VITAMINE B2
TESTOSTERONE	VOGLIBOSE

VORICONAZOLE

YADOK-KAW

YANOUDMEAW

ZIDOVUDINE

ZIDOVUDINE+LAMIVUDINE

ZIDOVUDINE+LAMIVUDINE+NEVIRAPINE

ZINC

ZIPRASIDONE

ZOLPIDEM

Code: 02-05-030/035

ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ มุมมองของผู้ป่วยคลินิกพิเศษโรคเบาหวาน ระบุว่าพร้อมจะให้ความร่วมมือหากได้รับการบอกกล่าว

“รักษาที่โรงพยาบาลมานาน รู้จักกับเภสัชที่ทำคลินิกเบาหวาน จะให้เภสัชหักยาตากิน เพราะเภสัชบอกให้นับเม็ดยาที่เหลือตลอด”

“มีเจ้าหน้าที่ไปเจาะเลือดที่บ้าน เลยให้เขาช่วยดูยาที่เหลือที่บ้านให้ เขาก็เลยมาดูแลให้ตลอด”

“หมอXX บอกให้เอายามาให้ดู ถ้าจะให้ไฉนต้องให้เภสัชดู”

อุปนิสัย

ความเกรงใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเกรงใจ และไม่กล้าจะบอกข้อมูลกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ด้วยความเกรงใจ เกรงว่าจะถูกต่อว่า บางคนเห็นว่าเจ้าหน้าที่กำลังยุ่ง ไม่กล้าถามสิ่งที่สงสัย เกรงว่าจะรบกวนการทำงาน

“แอบทิ้งยาไปข้างหลังคนอื่นรู้ เกรงใจยาเหลือเยอะแต่ฉันเก็บเอาไว้เลยทิ้งไป”

“ไม่กล้าคินยา ไม่รู้ว่าจะผิดระเบียบหรือไม่ คินยาได้ด้วยหรือ”

“เคยกินวันละ 3 เม็ด ลดยากินเองวันละ 2 เม็ด ก็สบายดี แต่ไม่กล้าบอกหมอ หมอก็ยังให้ เหมือนเดิม ก็เลยเหลือยาที่บ้านเยอะ”

ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เป็นลักษณะเด่นของคนไทย หากยาเหลือก็จะแบ่งให้ผู้ที่ เป็นสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน ครัวเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยากับวัด วิตามิน หรือแคลเซียมรักษากระดูกพรุน ที่ตนเองเข้าใจว่าเป็นยาไม่อันตราย สามารถแบ่งให้คนอื่นกินได้

“เอายามาที่โรงพยาบาลเวลาหมอนัดประจำ เผื่อคนนั่งข้างๆ เวลารอหมอนานๆ ปวดหัวจะได้แบ่งให้กิน บางทีเขาก็ลืมเอามา”

“เอาไปแบ่งกินกันกับข้างบ้าน เพราะป่วยเหมือนกัน เขามาโรงพยาบาลไม่ได้”

“ข้างบ้านชอบมาขอยา กินแล้วหาย ไม่ยอมมาหาหมอ”

พฤติกรรม การบริโภคยา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคยาที่ส่งผลให้มียาเหลือสะสม เมื่อมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

“เลือกกินเป็นบางชนิด ยาบางตัวกินแล้วไม่ดีก็ไม่กิน”

“วันไหนสบายดีก็ไม่กินยา”

“ลืมกิน บางมื้อ ก็เลยเหลือ”

“ลดยาเอง กลัวไตจะแย่ถ้ากินยาเยอะ กินมื้อละ 10 เม็ด ไตจะไม่พังได้ไง”

“ข้างบ้านคุยว่าไปซื้อยายี่ห้อนี้มากินแล้วดี เลยไปซื้อมากินเอง ช่วงนั้นก็เลยกินยาของโรงพยาบาล เลยมียาเหลือที่บ้าน”

“ยาที่เหลือส่วนใหญ่หมอบอกว่ากินเสริม เพราะยังงี้ก็ไม่หาย เลยกินบ้าง ไม่กินบ้างเลยเหลือ”

“เปลี่ยนหมอบ่อย ตามเสียงลือเสียงเล่าอ้างก็จะไปหาหมอที่คลินิก พอกินแล้วไม่หาย ก็ไปหาหมอคนใหม่ ก็ทิ้งยาเดิมเอาไว้ ไม่กล้าเอายาที่กินอยู่ให้หมอดูกลัวหมอดูว่าไม่ยอมทำตาม”

“ตัวเองเป็นเบาหวาน ก็ต้องเผื่อยาไว้บ้าง เผื่อไปกินอาหารมื้อพิเศษ จะได้จัดยาให้ตัวเองกินเพิ่มในวันพิเศษ”

“ป่าเปลี่ยนที่อยู่บ่อย บางทีก็ไปอยู่กับลูก บางที ก็กลับบ้าน ก็แบ่งยาไว้ตามที่ต่างๆ จะได้ไม่ต้องขนยาไปๆมาๆ ก็ขอหมอเผื่อบ้าง”

ไม่ทราบผลกระทบ

“เหลือยาเก็บไว้ที่บ้านบ้างไม่มากนัก ไม่น่าจะมีผลกระทบอะไรมากมาย”

“เดิมขอหมอให้เดือนต่อเดือน พอไม่ต้องเสียเงินก็ขอหมอทีเดียว 3 เดือน จะได้ไม่ต้องมาบ่อย”

“เป็นหลายโรค ก็เลยมียาเยอะ พอยาเยอะก็กินเหลือเป็นธรรมดา”

กลัวยาไม่พอใช้

“ไม่อยากคืน อยากมียาติดบ้านไว้บ้างเผื่อขาดเผื่อเหลือ บางทีห้องยาที่ไม่มียาจ่ายต้องออกบัตรค้างไว้ ถ้าคืนหมดก็ไม่มียากิน”

“ถ้าจ่ายตรงแล้วก็จะยังเอายามาให้หมออยู่อีกเกินดีกว่าขาด กลัวยาไม่พอใช้”

“บางทีห้องยาก็จ่ายไม่ครบ ก็ต้องเหลือเก็บไว้บ้าง”

บุคลากร

“หมอไม่มีเวลาลบเลขหรอก เวลาจะคุยกับผู้ป่วยยังไม่มีเลย”

“กินแล้วโอมาก หมอเลยเปลี่ยนยา ยาที่กินแล้วโอก็ไม่ได้ใช้เหลืออยู่ที่บ้านนั่นแหละ”

“หมอให้ยามากินเยอะเกินไป ได้ยามาเยอะเกิน ใครจะกินหมด”

“หมอเปลี่ยนยา เลยเหลือยาเก่าที่บ้านเยอะ”

“ใช้ยามานานแล้วไม่เห็นหมอเจาะเลือดดูไขมันซ้ำอีกที ไม่นั่นใจว่าจะกินยาต่อหรือไม่”

ประเด็นไม่มียาเหลือเก็บที่บ้านมาก

“หมอบอกว่าถ้าเหลือให้กินต่อให้หมด”

“กินยาตลอดไม่เหลือหรอก เว้นยาไม่ได้ กลัว”

“หมอดูว่าไม่เอาเดิมมา เลยเอายาเดิมมาให้ดูทุกครั้ง”

“เข้าใจว่าการเงินต้นสังกัดไม่ทำจ่ายตรงให้ ทราบมาว่าการเงินกอง เลยชำระเงินเอง ปากก็จะนับเม็ดที่เหลือทุกครั้ง”

ประเด็นด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย

“ชำระเงินเอง เพราะการเงินต้นสังกัดไม่ทำจ่ายตรงให้ การเงินขอบโก่ง ไม่ไว้ใจ เลยต้องนับยาที่เหลือ จะได้ไม่จ่ายมาก”

“ไม่จ่ายเงินมีผลอย่างมากๆ เมื่อก่อนก็จะนับเม็ดยา เดี๋ยวนี้สบาย”

“ข้างบ้านมียาเหลือเยอะ เลยถามว่าไม่เอามาคืนเขาหรือ เขาบอกว่าคืนไปก็ได้ตั้งสี่คืน ก็เลยไม่คืน ถ้ามีเงินให้หรือ ค่ายบางก็จะเอามาให้”

“ถ้าเสียเงินเองจะนับ”

“เวลาหมดอายุดูไม่เป็น เป็นภาษาอังกฤษ มองก็ไม่เห็น ดูสภาพเอาเอง ถ้าเก่าแล้วก็จะเอาทิ้งไปเลย”

“ยาที่บ้านมีเยอะเกิน ทัวมาลำบากเลยไม่เอามาโรงพยาบาล”

“เอายามาให้หมอดูบ้าง บางทีก็ไม่เอามาเพราะว่าลืม”

ภาคผนวกที่ 3

เอกสารประกอบการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพครั้งที่ 1

เอกสารประกอบการประชุม
ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพ (Health Policy Expert meeting)
การสังเคราะห์นโยบายทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น

18 ตุลาคม 2554

ที่มาและความสำคัญของการประชุม

ปัญหาการมียาครอบครองเกินความจำเป็น หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาในจำนวนที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ซึ่งจัดเป็นปัญหาหนึ่งที่มีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวม หากมีนโยบายระดับประเทศที่ใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยประหยัดงบประมาณของประเทศได้ค่อนข้างมาก คณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 รายซึ่งประกอบ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วย และนักวิจัยระบบยาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการ สังเคราะห์ “ร่าง” นโยบายทางเลือกเพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว

เพื่อให้นโยบายทางเลือกมีความเป็นไปได้เชิงนโยบายสูงสุด คณะผู้วิจัยจึงได้จัดการประชุมนี้ขึ้นเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพ และร่วมกันสังเคราะห์และประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเพื่อให้ได้มาซึ่ง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation) ต่อไป

คณะผู้วิจัยวางแผนที่จะจัดให้มีการประชุมทั้งสิ้น 2 ครั้งคือ

1. การประชุมครั้งที่ 1 (วันที่ 18 ตุลาคม 2554)
 - เพื่อเลือกนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้จำนวนหนึ่งเพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้เชิงนโยบายโดยละเอียดต่อไป
 - เพื่อหาแนวทางในการประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายทางเลือกฯ
2. การประชุมครั้งที่ 2 (ประมาณกลางเดือนธันวาคม 2554)
 - เพื่อนำเสนอ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation)
 - เพื่อนำเสนอ ผลการประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายทางเลือกฯ

การประชุมครั้งที่ 1 (วันที่ 18 ตุลาคม 2554)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเลือกนโยบายทางเลือก 3 นโยบายเพื่อนำไปวิเคราะห์ความเป็นไปเชิงนโยบายต่อไป
2. เพื่อหาแนวทางในการประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายทางเลือก

แนวทางการประชุม

- ส่วนที่ 1**
- ผู้วิจัยนำเสนอ “ร่าง” นโยบายทางเลือกตัวอย่างที่สังเคราะห์ขึ้น
 - ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและร่วมเลือกนโยบายทางเลือก 3 นโยบายเพื่อนำไปวิเคราะห์ความเป็นไปเชิงนโยบายโดยละเอียดต่อไป
- ส่วนที่ 2**
- ผู้วิจัยนำเสนอ “ร่าง” แนวทางในการประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายทางเลือก
 - ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นต่อ “ร่าง” แนวทางในการประเมินความเป็นไปได้

สิ่งที่คาดหวังจากผู้เชี่ยวชาญ

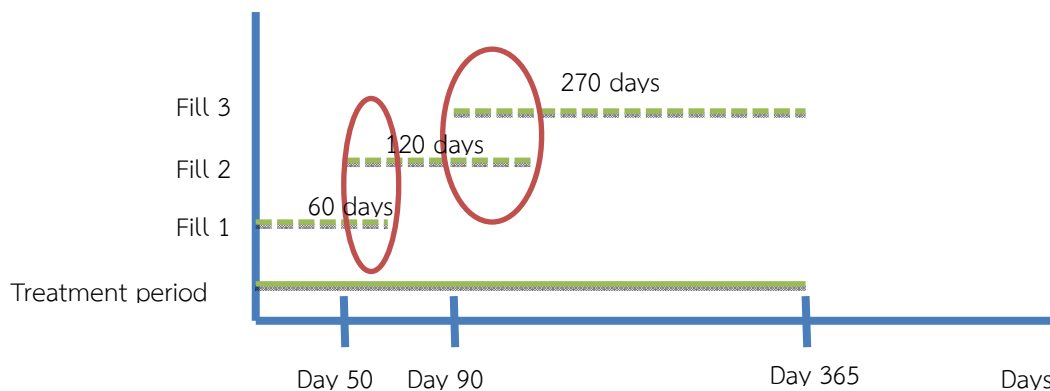
1. ให้ความเห็นต่อนโยบายทางเลือกที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้น (ตามเอกสารหมายเลข 2)
2. เสนอแนะนโยบายทางเลือกอื่นที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหาคีรติการครอบครองยาเกินจำเป็น
3. เสนอแนะแนวทางในการประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายทางเลือก

กำหนดการประชุมผู้เชี่ยวชาญ

วันที่ 18 ตุลาคม 2554	
08.50-09.00 น.	ลงทะเบียน
09.00-09.10น.	นำเสนอภาพรวมของโครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาขนาดและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการศึกษาเชิงนโยบาย” โดย รศ.ดร.ณรร ชัยญาคูณาพฤกษ์
09.10-09.30 น.	นำเสนอผลการสังเคราะห์นโยบายทางเลือกที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้น โดย ภก.ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล
09.30-11.00 น.	อภิปรายและเสนอแนะนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้ ดำเนินการอภิปรายโดย รศ.ดร.ณรร ชัยญาคูณาพฤกษ์
11.00-12.00น.	เสนอแนะแนวทางในการประเมินนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้ ดำเนินการอภิปรายโดย รศ.ดร.ณรร ชัยญาคูณาพฤกษ์

นิยามของการปัญหาครอบครองยาเกินจำเป็น

ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในมุมมองของสถานพยาบาลที่มีการสั่งจ่ายยาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งทำการรักษาโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งโดยเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 365 วัน ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษและได้รับยาทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่สามารถใช้ได้ 60 วัน ครั้งที่ 2 ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่สามารถใช้ได้ 120 วัน และครั้งที่ 3 ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่สามารถใช้ได้ 270 วัน โดยรวมแล้วผู้ป่วยรายนี้ได้รับยาที่สามารถใช้ได้เป็นจำนวน 450 วัน แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาจริงเป็นจำนวนเพียง 365 ผู้ป่วยรายนี้จึงจัดได้ว่าการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งเกิดเนื่องจากการสั่งจ่ายยาของสถานพยาบาลที่มากกว่าจำนวนที่ผู้ป่วยต้องการจริง ดังแสดงในภาพด้านล่าง



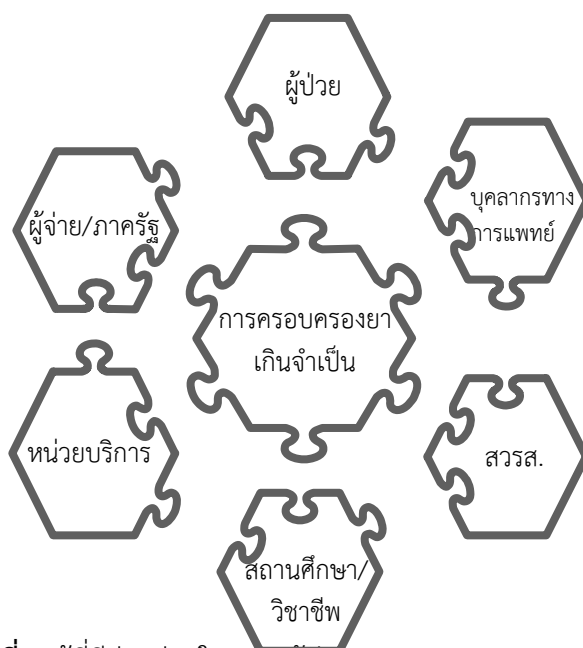
เอกสารประกอบการประชุม
ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพ (Health Policy Expert meeting)
การสังเคราะห์นโยบายทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น

18 ตุลาคม 2554

บทนำ

ปัญหาการมียาครอบครองเกินความจำเป็นจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบยาในประเทศไทย และมีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวม ดังนั้นหากมีนโยบายที่ใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยประหยัดงบประมาณของประเทศได้ค่อนข้างมาก ผู้วิจัยจึงได้ทำการสังเคราะห์นโยบายทางเลือกเพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว ซึ่งการสังเคราะห์นโยบายทางเลือกในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 รายซึ่งประกอบ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วย และนักวิจัยระบบยา ร่วมกับข้อมูลอื่นๆเช่น สาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็น ข้อมูลระบบสุขภาพของประเทศไทยข้อมูลระบบบริหารจัดการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสังเคราะห์นโยบายทางเลือก ซึ่งนโยบายทางเลือกที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ได้แสดงไว้ดังนี้

นโยบายทางเลือกในการแก้ปัญหาน่าจะเป็นไปได้



แผนภาพที่ 1 ผู้ที่มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหการครอบครองยาเกินจำเป็น

แผนภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงภาคส่วนที่น่าจะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหการครอบครองยาเกินจำเป็น ซึ่งได้แก่ ผู้จ่าย ภาครัฐ หน่วยบริการ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข และองค์กรวิชาชีพ ซึ่งจะมีส่วนช่วยกันผลักดันให้เกิดการแก้ปัญหการครอบครองยาเกินจำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คณะผู้วิจัยได้ “ร่าง” นโยบายทางเลือกซึ่งสังเคราะห์ขึ้นจากข้อมูลพื้นฐานจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 นโยบายสำหรับผู้จ่าย (สปสช./กรมบัญชีกลาง/สำนักงานประกันสังคม(สปส.)
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)และกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้จ่าย มีนโยบายให้ incentives แก่โรงพยาบาลที่สามารถลดการจ่ายยาครอบคลุมเกินจำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่น ให้รางวัลหรือค่าตอบแทนพิเศษเมื่อสามารถลดการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ เป็นต้น
2. ผู้จ่าย หรือ สรพ. มีนโยบายใช้การครอบครองยาเกินจำเป็นเป็นตัวชี้วัดในโรงพยาบาล
3. ผู้จ่าย นำระบบร่วมจ่าย (Co-payment) มาใช้ยา โดยอาจใช้กับยาบางรายการเช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าสูงของประเทศ
4. กรมบัญชีกลาง มีนโยบายให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ายาบางรายการเช่น ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีมูลค่าสูงของประเทศ
5. มีการสร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลการรับบริการรักษาพยาบาลข้ามสถานบริการและมีระบบตรวจสอบการมียาครอบครองเกินจำเป็น และมีนโยบายในการกำหนดปริมาณยาที่จ่ายให้ครอบคลุมที่ชัดเจน

กลุ่มที่ 2 นโยบายสำหรับหน่วยบริการ (โรงพยาบาล/สถานพยาบาลระดับต่างๆ)

1. มีการพัฒนาระบบบริการ เพื่อบริหารจัดการยาเดิมของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เช่น ระบบบริการดูแลยาเดิมคนไข้ก่อนพบแพทย์ ระบบการเติมยา
2. มีการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ ให้รองรับการคำนวณปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับให้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพและง่ายต่อการใช้งาน
3. มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริม/ โครงการรณรงค์ให้ผู้ป่วยนำยากลับมาโรงพยาบาลเพื่อการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ
4. มีนโยบายบรรจุเรื่องการบริหารจัดการยาเดิมให้เป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ของ PTC

กลุ่มที่ 3 นโยบายสำหรับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพ

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีนโยบายให้การสนับสนุนงานวิจัยแบบ Routine-to-Research (R-2-R) ในด้านการครอบครองยาเกินจำเป็นหรือการดูแลยาเดิมของผู้ป่วย
2. สถาบันการศึกษาของแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสนับสนุน/บรรจุความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับต่อเนื่องทั้งในด้านการมียาครอบครองเกินจำเป็นและความร่วมมือในการยาในหลักสูตร
3. องค์กรวิชาชีพทั้งแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักในเรื่องการดูแลเรื่องยาเดิมของผู้ป่วย การครอบครองยาเกินจำเป็นและความร่วมมือในการใช้ยาแก่บุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง

คณะผู้วิจัยขอให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะต่อนโยบายที่เสนอข้างต้น และ (อาจ) เสนอนโยบายทางเลือกอื่นๆ ที่เป็นไปได้โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการคัดเลือกนโยบายทางเลือก 3 นโยบายเพื่อนำไปวิเคราะห์ความเป็นไป
เชิงนโยบายต่อไป

ภาคผนวก

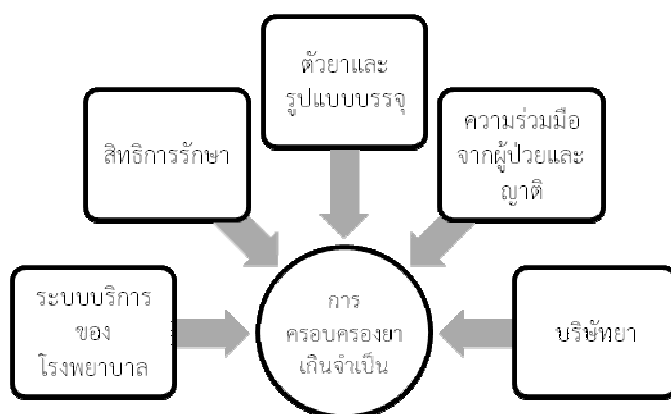
การวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์

จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยประมาณ 200,000 รายที่รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธชินราชพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมียาครอบครองเกินจำเป็นประมาณร้อยละ 60.42 ซึ่งคิดเป็นผลกระทบในแง่การสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ของโรงพยาบาลคิดเป็น 8 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการครอบครองยาเกินจำเป็นในโรงพยาบาลรามาริบัติพบว่า มูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ของโรงพยาบาลรามาริบัติคิดเป็นประมาณ 60 ล้านบาทต่อปี

เมื่อนำข้อมูลการรับบริการในโรงพยาบาลพุทธชินราชมาประมาณการผลกระทบในแง่มูลค่าสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เชิงมหภาคของประเทศมีมูลค่าเกือบ 2,000 ล้านบาท

อย่างไรก็ตามผลกระทบดังกล่าวยังไม่ได้คำนึงถึงการรับยาชนิดเดียวกันในต่างสถานพยาบาล นอกจากนี้อาจยังต้องมีปรับปรุงวิธีการประมาณค่าการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เพิ่มเติมซึ่งอาจทำให้มูลค่าการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เปลี่ยนแปลงไปได้

การวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็น



แผนภาพ การวิเคราะห์สาเหตุของการครอบครองยาเกินจำเป็น

จากการวิเคราะห์สาเหตุที่อาจทำให้เกิดการครอบครองยาเกินจำเป็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 รายซึ่งประกอบ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วย และนักวิจัยระบบยาพบว่า สาเหตุน่าจะเกิดจากปัจจัยต่างๆเช่น ระบบบริการในโรงพยาบาลที่อาจจะยังไม่สะดวกต่อการตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็น สิทธิการรักษาฟรี ความร่วมมือในการรักษาของผู้และญาติ สิทธิการรักษาฟรี และการส่งเสริมการขายของบริษัทยา

สาเหตุกลุ่มที่ 1 ระบบบริการของโรงพยาบาล

1. ไม่มีระบบบริหารจัดการและตรวจสอบยาเดิมของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่นำยากลับมาที่โรงพยาบาลและเกิดการสะสมยาอยู่ที่บ้านได้

2. ไม่มีระบบที่เอื้ออำนวยให้แพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ สามารถตรวจสอบประวัติ และปริมาณยาที่สั่งจ่ายให้แก่ผู้ป่วยว่ามีปริมาณเกินความต้องการที่ผู้ป่วยควรจะได้รับหรือไม่ และมากนักน้อยเพียงใด
3. ระบบวันนัดที่จำนวนวันนัดอาจแตกต่างจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยา จึงมีโอกาทำให้โรงพยาบาลจ่ายยาเกินกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ
4. ระบบส่งต่อระหว่างหอผู้ป่วย คลินิกผู้ป่วยนอกต่างแผนกหรือระหว่างโรงพยาบาลไม่ได้มีการคำนึงถึงเรื่องปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับมากนัก
5. Medication error
6. ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มากเกินไป
7. วัฒนธรรมองค์กรซึ่งแพทย์แต่ละท่านจะไม่เปลี่ยนแปลงการรักษาของกันและกันซึ่งอาจส่งผลให้ไม่มีโอกาสได้ดูการรักษาที่อาจจะใช้ยาตัวเดียวกันร่วมกันได้
8. บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขาดความตระหนักในเรื่องการครอบครองยาเกินจำเป็นของผู้ป่วยอาจเนื่องจากขาดความเข้าใจในแง่ของผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นทั้งด้าน เศรษฐศาสตร์และคลินิก
9. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ หรือระหว่างแผนกยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

สาเหตุกลุ่มที่ 2 สิทธิการรักษา

1. สิทธิการรักษาฟรี ส่งผลให้ผู้ป่วยคิดว่าเป็นสิทธิที่ตนเองพึงได้โดยไม่จำเป็นต้องนำยามาบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ
2. สิทธิ CSMBs อาจทำให้แพทย์ไม่ได้สนใจเรื่องจำนวนยาเนื่องจากแพทย์คิดว่าสามารถเบิกคืนได้ทั้งหมด
3. สิทธิ CSCD อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจนำยาเหลือมากเพื่อเพิ่มยาเนื่องจากได้ยาใหม่ทั้งหมด ในขณะที่ก่อนการใช้ระบบ CSCD ผู้ป่วยบางรายจะนำยาเดิมมาและเพิ่มยาให้ครบตามนัดเนื่องจากต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน

สาเหตุกลุ่มที่ 3 ตัวยาและรูปแบบบรรจุภัณฑ์

1. ยาที่เป็น prn แต่มีการจ่ายเท่าวันนัดทำให้มียาเหลือที่ผู้ป่วยมาก
2. แผงยาตัวเดียวกันที่ต่างกัน อาจทำให้ต้องมีการจ่ายยาใหม่ทั้งหมดเพื่อป้องกันการสับสน
3. Package ยายากต่อการจ่ายหากสั่งไม่ลงตัว (เลข 0) เนื่องจากต้องมีการตัด ซึ่งเสียเวลาในการจ่ายยา
4. การเปลี่ยนขนาดยาที่สั่งจ่ายอาจทำให้มียาเหลือเช่น เปลี่ยนจาก 5 mg to 10 mg ก็ต้องทิ้งยาที่เหลือไป

สาเหตุกลุ่มที่ 4 ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ

1. ผู้ป่วยไปหาหลายหมอโดยไม่ได้แจ้งว่ารักษาที่ใดบ้าง
2. ผู้ป่วยมักไม่แจ้งว่ามียาเดิมเหลือ
3. ผู้ป่วยคิดว่าเป็นสิทธิที่จะได้รับยาโดยไม่ต้องคืนยา
4. ผู้ป่วยมาก่อนนัดแต่ไม่ได้เอายาเดิมมาด้วย
5. ผู้ป่วยและญาติขาดความสนใจในเรื่องการดูแลยาที่ได้รับ

สาเหตุกลุ่มที่ 5 การส่งเสริมการขายของบริษัทฯ

1. บางสถานการณ์อาจมีการยิงยาในด้านจำนวนการส่งจ่ายยาเพื่อเหลือเพื่อขาดเนื่องจากการตลาด

ภาคผนวกที่ 4

เอกสารประกอบการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ

แบบสอบถามการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก

โครงการ “การศึกษาขนาดและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ไขเชิงนโยบาย”

1 พฤศจิกายน 2554

เรียน ผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อมูลทุกท่าน

ปัญหาการมียาครอบครองเกินความจำเป็นหมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาในจำนวนที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ซึ่งจัดเป็นปัญหาหนึ่งที่มีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวม การแก้ปัญหาเชิงนโยบายจะช่วยให้สามารถลดการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาลของประเทศได้

ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเรื่อง “การศึกษาขนาดและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ไขเชิงนโยบาย” ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์หนึ่ง เพื่อสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 35 ท่านและการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ ผู้วิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพได้คัดเลือกนโยบายทางเลือกที่น่าจะเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นจำนวน 5 นโยบาย (10 มาตรการ) เพื่อทำการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคเดลฟายเชิงนโยบาย (The policy Delphi) ในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแบบสอบถามฉบับนี้ขึ้น เพื่อใช้สอบถามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 12 ท่าน จำนวน 2-3 ครั้ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกดังกล่าว รวมทั้งเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดตกบกพร่องไป และผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการเสนอข้อเสนอนโยบาย (Policy recommendation) สำหรับการแก้ปัญหาเชิงนโยบายต่อไป

ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

ส่วนที่1 | ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ/นามสกุล	หน่วยงาน.....	
1.2 เพศ	☐ ชาย	☐ หญิง
1.3 อายุ	☐ ≤ 30 ปี	☐ 31-35 ปี
	☐ 36-40 ปี	☐ 41-45 ปี
	☐ 46-50 ปี	☐ 51-55 ปี
	☐ ≥56 ปี	
1.4 ระดับการศึกษา	☐ ปริญญาตรี/เทียบเท่า	☐ ปริญญาโท/เทียบเท่า
	☐ ปริญญาเอก/เทียบเท่า	☐ อื่นๆ/เทียบเท่า

ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามเพื่อจัดลำดับความสำคัญนโยบายทางเลือก

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกต่างๆในการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

คำชี้แจง

โปรดพิจารณาความเป็นไปได้เชิงนโยบาย ผลประโยชน์หรือผลกระทบจากนโยบาย และต้นทุนของการดำเนินนโยบายโดยทำเครื่องหมาย✓ในแต่ละมาตรการเชิงนโยบาย โดยที่

4 หมายถึง เป็นนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากที่สุด/มีผลประโยชน์มากที่สุด/มีผลกระทบทางลบมากที่สุด/ใช้ทรัพยากรในการดำเนินนโยบายมากที่สุด

3 หมายถึง เป็นนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมาก/มีผลประโยชน์มาก/มีผลกระทบทางลบมาก/ใช้ทรัพยากรในการดำเนินนโยบายมาก

2 หมายถึง เป็นนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติน้อย/มีผลประโยชน์น้อย/มีผลกระทบทางลบน้อย/ใช้ทรัพยากรในการดำเนินนโยบายน้อย

1 หมายถึง เป็นนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติน้อยที่สุด/มีผลประโยชน์น้อยที่สุด/มีผลกระทบทางลบน้อยที่สุด/ใช้ทรัพยากรในการดำเนินนโยบายน้อยที่สุด/ไม่มีความเห็น

โปรดพิจารณาความเป็นไปได้เชิงนโยบาย ผลประโยชน์หรือผลกระทบจากนโยบาย และต้นทุนของการดำเนินนโยบายโดยทำเครื่องหมาย✓ในแต่ละมาตรการเชิงนโยบาย

*ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ(Feasibility) (ท่านคิดว่านโยบายทางเลือกมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหรือไม่)

ผู้วิจัยอยาก让您คำนึงถึงประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในประเด็นต่างๆเหล่านี้เพื่อช่วยในการประเมิน

1. ความยาก ง่ายในการดำเนินนโยบาย
2. ประเด็นทางจริยธรรม
3. ประเด็นทางกฎหมาย
4. ประเด็นทางสังคม
5. ประเด็นทางการเมือง
6. ความพร้อมของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย
7. ความรวดเร็วในการดำเนินนโยบาย
8. ความรวดเร็วของผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย
9. ประสบการณ์ของหน่วยงานในการดำเนินนโยบายที่ใกล้เคียงกัน
10. ประสบการณ์ของหน่วยงานในการดำเนินนโยบายในระยะทดลอง(Experiences in pilot implementation)

†ผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย (Potential benefits) (ท่านคิดว่านโยบายทางเลือกมีประโยชน์หรือไม่)

ผู้วิจัยอยาก让您คำนึงถึงประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในประเด็นต่างๆเหล่านี้เพื่อช่วยในการประเมิน

1. ผลประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์ (Economic) จากการดำเนินนโยบาย
2. ผลประโยชน์ทางการเข้าถึงบริการ (Accessibility) จากการดำเนินนโยบาย
3. ผลประโยชน์ทางคุณภาพการบริการ (Quality of care) จากการดำเนินนโยบาย
4. ผลประโยชน์ทางความเป็นธรรม (Equity) จากการดำเนินนโยบาย
5. ผลประโยชน์อื่นๆที่อาจเกิดขึ้น (Other external benefits) จากการดำเนินนโยบาย
6. ระยะห่างระหว่างนโยบายและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น (Direct financial tie; เช่น เป็นผลกระทบที่เกิดโดยตรงหรือโดยอ้อมจากการดำเนินนโยบาย)

^๓ผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย (Negative impacts)

ผู้วิจัยอยากให้ท่านคำนึงถึงประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในประเด็นต่างๆเหล่านี้เพื่อช่วยในการประเมิน

1. ผลกระทบทางลบทางเศรษฐศาสตร์ (Economic) จากการดำเนินนโยบาย
2. ผลกระทบทางลบทางการเข้าถึงบริการ (Accessibility) จากการดำเนินนโยบาย
3. ผลกระทบทางลบทางคุณภาพการบริการ (Quality of care) จากการดำเนินนโยบาย
4. ผลกระทบทางลบทางความเป็นธรรม (Equity) จากการดำเนินนโยบาย
5. ผลกระทบทางลบอื่นๆที่อาจเกิดขึ้น (Other external benefits) จากการดำเนินนโยบาย
6. ระยะเวลาที่ระหว่างนโยบายและผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้น (Direct financial tie; เช่น เป็นผลกระทบที่เกิดโดยตรงหรือโดยอ้อมจากการดำเนินนโยบาย)

^๔ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ (Resources required) (ท่านคิดว่านโยบายทางเลือกมีต้นทุนในการดำเนินการมากน้อยเพียงใด)

ผู้วิจัยอยากให้ท่านคำนึงถึงประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในประเด็นต่างๆเหล่านี้เพื่อช่วยในการประเมิน

1. ทรัพยากรด้านเงินในการดำเนินนโยบาย
2. ทรัพยากรด้านกำลังคนในการดำเนินนโยบาย
3. ทรัพยากรด้านอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินนโยบาย
4. ทรัพยากรด้านการบริหารจัดการที่ใช้ในการดำเนินนโยบาย

รายละเอียดของนโยบายทางเลือกๆ เพื่อทำการจัดลำดับความสำคัญ สำหรับการแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น

14 พฤศจิกายน 2554

จากผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพ (Health policy expert meeting) เรื่องการสังเคราะห์นโยบายทางเลือกเพื่อแก้ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2554 ซึ่งได้มีการเลือกนโยบายทางเลือกๆ จำนวน 5 นโยบายเพื่อทำการประเมินความเป็นไปได้และจัดลำดับความสำคัญ ดังนี้

6. สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูล ระบบตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็น และกำหนดปริมาณยาที่จ่ายครอบครองชัดเจน(โดยอาจใช้เป็น ระบบคอมพิวเตอร์ผ่านอินเทอร์เน็ตระบบ Medication profile หรือ Smartcard)
7. การพัฒนาระบบบริการเช่นมีการตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนการเข้าพบแพทย์ การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบการครอบครองยาเป็นต้น
8. องค์การวิชาชีพ ส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการใช้อย่างเหมาะสมและรวมในแง่ของการครอบครองยาด้วย
9. นโยบายให้บริษัทยามีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบรรจุยาเพื่อให้เหมาะสมต่อการจ่ายยา
10. สร้างระบบ Financial mechanism ที่ควบคุมอัตราการใช้ยา

ซึ่งรายละเอียดของแต่ละนโยบายทางเลือกๆ เป็นดังนี้

นโยบายที่ 1 |สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูล ระบบตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็น และกำหนดปริมาณยาที่จ่ายครอบครองชัดเจน (3 มาตรการ)

มาตรการที่ 1.1สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ผ่านอินเทอร์เน็ต

รายละเอียด

สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้านสาธารณสุขทั้งหมดด้วยระบบคอมพิวเตอร์Online ที่มีข้อมูลยา

“ปริมาณยา”เป็นส่วนหนึ่งของระบบข้อมูลด้านสาธารณสุขโดยอาจเชื่อมต่อข้อมูลด้วยเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ข้อมูลในระบบอาจประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการวินิจฉัย และข้อมูลการรักษาด้วยทั้งการรับยาทั้งในด้าน ชนิด ปริมาณและวิธีการใช้ยา

การสร้างระบบการเชื่อมต่อข้อมูลดังกล่าวอาจทำกับระบบสุขภาพทั้งระบบ หรืออาจทำเป็นระบบลงทะเบียนสำหรับคนไข้โรคเรื้อรัง (Chronic disease registry) และให้แพทย์ผู้รักษาส่งข้อมูลได้อย่างสะดวก

นอกจากนี้ต้องมีการสร้างระบบตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็นควบคู่กับการสร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยเช่น ระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถคำนวณจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ได้

ลักษณะของมาตรการที่ 1.1

☒เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)

☒เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☐เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่1.1 นี้เป็นมาตรการแบบ Add-on policy เนื่องจากปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการดำเนินการเชื่อมต่อโดยระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลในประเทศแล้ว แต่อย่างไรก็ตามระบบดังกล่าว ยังไม่ได้มีข้อมูลในแง่ของ วิธีการสั่งจ่าย ซึ่งทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์การครอบครองยาได้ ดังนั้นหากมีนโยบายนี้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันได้

ข้อดีของมาตรการที่ 1.1

1. ช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ค่อนข้างมาก
2. เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ในแง่อื่นๆมากเช่น เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากมาตรการสามารถเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยข้ามสถานพยาบาลได้ดี และยังเป็นกรรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการอื่นๆได้ด้วย

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 1.1

1. จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมากทั้งในแง่เงิน กำลังคน อุปกรณ์ต่างๆเช่นคอมพิวเตอร์ และการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ
2. อาจมีข้อจำกัดในบางโรงพยาบาลที่ไม่ได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการจัดเก็บข้อมูล
3. อาจมีข้อพึงระวังในเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นความลับเนื่องจากข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกนำมารวมศูนย์ทำให้ต้องมีระบบในการจัดการด้านความลับของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 1.1

1. หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง)
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
3. กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ 1.2สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยสมุดบันทึกการรับการรักษา

รายละเอียด

มีนโยบายให้หน่วยบริการสร้างระบบบันทึกข้อมูลยาที่มีการเชื่อมต่อข้อมูลกันได้ โดยสร้างสมุดบันทึกการรับการรักษา (Medication profile) ข้อมูลอาจประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการวินิจฉัย และข้อมูลการรักษา ด้วยทั้งการรับยาทั้งในด้าน ชนิด ปริมาณและวิธีการใช้ยา

ลักษณะของบันทึกข้อมูลการใช้ยานี้จะเป็นสมุดเล็กๆให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังติดตัวไว้ตลอดและให้แพทย์ผู้ทำการรักษาลงข้อมูลประวัติการรักษาในสมุดบันทึกการรับรักษานั้นและส่งเสริมให้แพทย์ผู้ทำการรักษาคำนวณจำนวนยาที่เหลือของผู้ป่วยด้วย

ลักษณะของมาตรการที่ 1.2

- ☐ เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)
☒ เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☐ เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 1.2 นี้ ไม่เป็น มาตรการแบบ Add-on policy เนื่องจากในโรงพยาบาลส่วนใหญ่แล้วยังไม่มีการทำ Medication profile ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจจะมีบ้างเฉพาะเช่นผู้ป่วยที่ได้รับยาารพาริน ซึ่งก็ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด

ข้อดีของมาตรการที่ 1.2

1. ช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ค่อนข้างมาก
2. มีประโยชน์ในแง่อื่นๆมากโดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากสามารถเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยข้ามสถานพยาบาลได้ดี
3. ใช้ทรัพยากรทั้งในด้านเงิน กำลังคน อุปกรณ์และการบริหารจัดการไม่มากนัก

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 1.2

1. ประโยชน์ที่ได้จากมาตรการค่อนข้างช้า
2. ต้องการความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยค่อนข้างมาก

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 1.2

1. หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง)
2. กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ 1.3 สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยแผ่นข้อมูลบันทึกการรักษา (Smart card)

รายละเอียด

สร้างระบบบันทึกข้อมูลการรับบริการทางการแพทย์ทั้งหมดที่มีการเชื่อมต่อข้อมูลกันได้โดยระบบแผ่นข้อมูลบันทึกการรับบริการ (Smart card) ข้อมูลในระบบอาจประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการวินิจฉัย และข้อมูลการรักษาด้วยทั้งการรับยาทั้งในด้าน ชนิด ปริมาณและวิธีการใช้ยา

ลักษณะของบันทึกข้อมูลการใช้ยานี้จะเป็นแผ่นบันทึกข้อมูลการรักษาที่สามารถอัปเดตข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยได้ในทุกหน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยสามารถอัปเดตข้อมูลได้โดยอัตโนมัติหลักจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

ลักษณะของมาตรการที่ 1.3

- ☐ เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)
☒ เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☐ เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 1.3 นี้ ไม่เป็นมาตรการแบบ Add-on policy เนื่องจากแม้จะมีการทำ Smartcard เพื่อเชื่อมต่อข้อมูลของประชาชนไทยแล้ว แต่ในมุมมองของการให้บริการสาธารณสุขยังไม่มีการนำข้อมูลด้านสาธารณสุขเป็นหนึ่งในข้อมูลที่อยู่ในบัตร Smartcard ด้วย

ข้อดีของมาตรการที่ 1.3

1. ช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ค่อนข้างมาก
2. มีประโยชน์ในแง่อื่นๆมากขึ้น การเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากมาตรการสามารถเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยข้ามสถานพยาบาลได้ดี และยังเป็นกรรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการอื่นๆได้ด้วย

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 1.3

1. การปรับใช้มาตรการ (Implementation) ค่อนข้างยาก
2. จำเป็นต้องมีทรัพยากรมากทั้งในแง่เงิน กำลังคนอุปกรณ์ต่างๆเช่นคอมพิวเตอร์ และการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 1.3

1. หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง)
2. กระทรวงสาธารณสุข
3. กระทรวงมหาดไทย

อย่างไรก็ตาม ทั้งมาตรการที่ 1.1, 1.2 และ 1.3 จำเป็นต้องมีการกำหนดปริมาณยาที่จ่ายครอบครองที่ชัดเจนเช่น จ่ายครอบครองได้ไม่เกิน 5-10% ของปริมาณยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ เป็นต้น เพื่อให้การเชื่อมต่อข้อมูลดังกล่าวมีผลในการลดปริมาณยาที่จ่ายครอบครองอย่างมีประสิทธิภาพและชัดเจน

นโยบายที่ 2|การพัฒนากระบวนการ(3 มาตรการ)

มาตรการที่ 2.1สร้างระบบการตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนหรือหลังการพบแพทย์ (Out-patient medication reconciliation system)

รายละเอียด

ให้หน่วยบริการสร้างระบบการตรวจสอบยา (Medication reconciliation system) เสริมไปในระบบบริการเดิม เช่นสร้างระบบตรวจสอบยาเสริมเข้าไปกับระบบคัดกรองผู้ป่วยก่อนหรือหลังการเข้าพบแพทย์ อาจให้เภสัชกรหรือพยาบาลตรวจสอบยาที่ได้รับทั้งในแง่ของชนิด ขนาดและจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับและแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการทำการรักษา โดยเน้นว่าไม่ควรคัดกรองเฉพาะอาการนำของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ต้องคัดกรองยาที่ผู้ป่วยได้รับและ “ปริมาณ” ยาที่ผู้ป่วยเหลืออยู่ด้วย

ลักษณะของมาตรการที่ 2.1

- ☒เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy) ☐เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 2.1นี้เป็นมาตรการแบบ Add-on policy เนื่องจากปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการส่งเสริมให้มีการทำ Medication reconciliation โดยส่งเสริมให้มีการซักถามเรื่องยาในระบบคัดกรองก่อนเข้าพบแพทย์แล้วในบางโรงพยาบาล และในบางโรงพยาบาลเองก็มีระบบการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยนอกแล้ว แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในการทำ Medication reconciliation นั้น มุมมองของ “ปริมาณ” ของยาที่ผู้ป่วยมีอยู่นั้นยังไม่ได้มีความสำคัญมากนัก หากมีการส่งเสริมให้มีการทำ Medication reconciliation โดยเพิ่มมุมมองของ ปริมาณ” ของยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ จะช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์และเพิ่มความปลอดภัยในผู้ป่วยได้

ข้อดีของมาตรการที่ 2.1

1. มีประโยชน์มากในแง่ของการลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เนื่องจากสามารถตรวจสอบการครอบครองยาของผู้ป่วยได้ทั้งในแง่ของการจ่ายยามากเกินไปและในแง่ของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้มียาเหลือมากเกินไป
2. มีประโยชน์ในแง่อื่นๆมากโดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากมาตรการสามารถเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยข้ามสถานพยาบาลและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดี
3. ประโยชน์ในการลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลสามารถเห็นผลได้ค่อนข้างรวดเร็ว

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 2.1

1. จำเป็นต้องมีทรัพยากรค่อนข้างมากในแง่กำลังคนที่จะต้องมีการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน
2. ความพร้อมและความรวดเร็วของหน่วยบริการในการปรับใช้มาตรการไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับแต่ละบริบทของหน่วยบริการ

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 2.1

1. หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง)
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
3. กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ 2.2 สร้างระบบการเติมยา (Refill system)

รายละเอียด

หน่วยบริการสร้างระบบบริการโดยใช้ระบบการเติมยา (Refill system) โดยให้หน่วยบริการสร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเติมยาให้แก่ผู้ป่วย (อาจจะเป็นห้องยา หรือหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นใหม่) และหน่วยบริการมีนโยบายให้แพทย์สามารถสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครั้งละหลาย ๆ เดือน แต่ผู้ป่วยต้องมารับยาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบทุกๆ 1 – 2 เดือน

ลักษณะของมาตรการที่ 2.2

- ☐ เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)
☒ เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☐ เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 2.2 นี้ **ไม่เป็น** มาตรการแบบ Add-on policy แม้ว่าจะมีบางโรงพยาบาลที่พยายามทำคลินิกเติมยาโดยเภสัชกรในบางคลินิก แต่ยังไม่ได้มีการสนับสนุนจากภาครัฐหรือเป็นนโยบายในระดับประเทศ

ข้อดีของมาตรการที่ 2.2

1. มีประโยชน์มากในแง่ของการลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เนื่องจากสามารถตรวจสอบการครอบครองยาของผู้ป่วยได้ทั้งในแง่ของการจ่ายยามากเกินจำเป็นและในแง่ของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้มียาเหลือมากเกินจำเป็น
2. มีประโยชน์ในแง่อื่น ๆ มากโดยเฉพาะการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากมาตรการสามารถเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาผู้ป่วยข้ามสถานพยาบาลและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดี
3. ประโยชน์ในการลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลสามารถเห็นผลได้ค่อนข้างรวดเร็ว

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 2.2

1. จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรค่อนข้างมากในแง่กำลังคนที่จะต้องมีการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน
2. ความพร้อมและความรวดเร็วของหน่วยบริการในการปรับใช้มาตรการไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับแต่ละบริบทของหน่วยบริการ

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 2.2

1. หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง)
2. กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ 2.3 การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบการครอบครองยาเช่น Alert system

รายละเอียด

ส่งเสริมให้หน่วยบริการพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์ที่ช่วยให้แพทย์ผู้ทำการรักษามีข้อมูลในด้านการครอบครองยาหรือยาที่มีเหลืออยู่ที่ผู้ป่วยมากขึ้น เช่น มีระบบ Alert system ที่ทำให้แพทย์ทราบได้ทันทีว่าในวันที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาเข้ารับการรักษา นั้นมียาเหลืออยู่กับผู้ป่วยจำนวนเท่าไร โดยให้ระบบคอมพิวเตอร์คำนวณอัตโนมัติและแจ้งแก่แพทย์โดยตรง รวมทั้งแจ้งมูลค่ายาที่มีเหลืออยู่ของผู้ป่วยแก่แพทย์เพื่อให้แพทย์มีความใส่ใจต่อยาเหลือของผู้ป่วยมากขึ้น

ลักษณะของมาตรการที่ 2.3

- ☒ เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)
☒ เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☐ เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 2.3 นี้เป็นนโยบายแบบ Add-on policy เนื่องจากปัจจุบัน โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระบบคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในระบบบริการอยู่แล้ว และฐานข้อมูลระบบการสั่งจ่ายยาก็ค่อนข้างมีประสิทธิภาพและมีความ

ถูกต้องสูงหากมีการปรับระบบเพียงเล็กน้อยให้สามารถนำข้อมูลการส่งจ่ายยาครั้งก่อนหน้าและข้อมูลการรับบริการในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ รวมกับข้อมูลด้านต้นทุนยา ก็จะสามารถสร้างระบบ Alert system ผ่านคอมพิวเตอร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อดีของมาตรการที่ 2.3

1. ช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ค่อนข้างมาก
2. สามารถปรับใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว
3. ไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมากนักทั้งในแง่ เงิน กำลังคน อุปกรณ์และการบริหารจัดการ

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 2.3

1. อาจไม่มีผลประโยชน์ในด้านอื่นๆ เช่น การเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล
2. อาจมีข้อจำกัดในโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดรวมทั้งข้อมูลด้านยาด้วย
3. ความพร้อมและความรวดเร็วของหน่วยบริการในการปรับใช้มาตรการไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับแต่ละบริบทของหน่วยบริการ

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 2.3

1. หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง)
2. กระทรวงสาธารณสุข

นโยบายที่ 3|องค์กรวิชาชีพ ส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการใช้อย่างเหมาะสมและครอบคลุมเรื่องของการครอบครองยาเกินจำเป็นด้วย(1 มาตรการ)

มาตรการที่ 3.1สร้างโครงการรณรงค์เพื่อส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลเรื่องการใช้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการครอบครองยาเกินจำเป็น

รายละเอียด

องค์กรวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล สร้างโครงการในการรณรงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลให้แก่บุคลากรในวิชาชีพของตน โดยอาจกิจกรรม เช่น การจัดการประชุม การรณรงค์อย่างต่อเนื่อง การสร้างคำขวัญในวันสำคัญต่างๆ ของวิชาชีพ โดยนำเรื่องผลกระทบของการครอบครองยาเกินจำเป็นทั้งในแง่ของความปลอดภัยและทางเศรษฐศาสตร์เป็นส่วนหนึ่งในการรณรงค์ด้วย

ลักษณะของมาตรการที่ 3.1

- ☐ เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)
☒ เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☐ เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 3.1 นี้ ไม่เป็น มาตรการแบบ Add-on policy เนื่องจากแม้ว่าจะการรณรงค์เรื่องการใช้อย่างเหมาะสมในหลายๆ องค์กรวิชาชีพ แต่ในแต่ละองค์กรวิชาชีพยังไม่ได้มีแนวทางการรณรงค์ที่แน่นอน ชัดเจน ไปในทางเดียวกัน อีกทั้งยังไม่มีโครงการรณรงค์การใช้อย่างเหมาะสมในแง่ของปริมาณยาด้วย

ข้อดีของมาตรการที่ 3.1

1. ไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมากนักทั้งในแง่ เงิน กำลังคน อุปกรณ์และการบริหารจัดการ

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 3.1

1. ประโยชน์ในการลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ไม่แน่นอน
2. ประโยชน์ที่ได้จากมาตรการค่อนข้างช้า

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 3.1

1. องค์กรวิชาชีพของแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

นโยบายที่ 4|นโยบายให้บริษัทยาที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบรรจุยาเพื่อให้เหมาะสมต่อการจ่ายยา(1 มาตรการ)

มาตรการที่ 4.1ขอความร่วมมือบริษัทยาเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์จาก 10 เม็ด เป็น 7 เม็ด

รายละเอียด

ขอความร่วมมือแก่บริษัทผู้ผลิตยาโรคเรื้อรังให้เปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์จากแผงละ 10 เม็ด เป็นแผงละ 7 เม็ดหรือ 14 เม็ด โดยอาจมีข้อตกลงว่ารัฐจะซื้อยาในราคาสูงขึ้นเล็กน้อยเพื่อเป็นแรงจูงใจให้บริษัทยาลงทุนเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้แพทย์สามารถส่งจ่ายยาตามจำนวนวันที่นัดได้ง่ายขึ้น เภสัชกรสามารถจัดยาได้รวดเร็วขึ้นเกิดความสะดวกในการส่งจ่ายและจ่ายยามากขึ้น

ลักษณะของมาตรการที่ 4.1

☐เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)

☒เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☐เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 4.1นี้ ไม่เป็นมาตรการแบบAdd-on policy เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดให้บริษัทยาต้องผลิตบรรจุภัณฑ์ในขนาดบรรจุ 7 เม็ด หรือ 14 เม็ดต่อแผง

ข้อดีของมาตรการที่ 4.1

1. ไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมากทั้งในแง่ เงิน กำลังคน อุปกรณ์และการบริหารจัดการ (ในมุมมองของภาครัฐ)

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 4.1

1. ประโยชน์ในการลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ไม่แน่นอน
2. ประโยชน์ที่ได้จากมาตรการค่อนข้างช้า
3. อาจมีปัญหาเรื่องการขึ้นทะเบียนเนื่องจากหากมีการเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนทะเบียนใหม่

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 4.1

1. บริษัทยาทั้งภายในประเทศและบริษัทนำเข้ายาจากต่างประเทศ
2. กระทรวงสาธารณสุข

นโยบายที่ 5| สร้างระบบ financial mechanism ที่ควบคุมอัตราการใช้ยา(2 มาตรการ)

มาตรการที่ 5.1ผู้ป่วยร่วมจ่ายในกรณีที่ค่ายาเกินกว่าที่กำหนด

รายละเอียด

ผู้จ่ายมีนโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาโดยกำหนดนโยบายร่วมจ่ายเพื่อวัตถุประสงค์ในการลดการครอบครองยาเกินจำเป็นและค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากการครอบครองยาเกินจำเป็น โดยอาจพิจารณาลักษณะของการร่วมจ่ายเป็นหลายๆแบบ เช่น ร่วมจ่ายกรณีค่าใช้จ่ายเกินกว่าที่กำหนด หรือร่วมจ่ายเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งหมด เป็นต้น

ลักษณะของมาตรการที่ 5.1

☐เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)

☐เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☒เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 5.1นี้ ไม่เป็นมาตรการแบบAdd-on policy เนื่องจากระบบร่วมจ่ายได้ถูกยกเลิกจากระบบสาธารณสุขของประเทศไทยแล้ว

ข้อดีของมาตรการที่ 5.1

1. สามารถลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ได้มาก
2. ประโยชน์ที่ได้จากมาตรการในการลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ค่อนข้างรวดเร็ว
3. ไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมากนัก

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 5.1

1. อาจมีผลกระทบในแง่การลดการเข้าถึงยาของผู้ป่วย
2. อาจมีข้อจำกัดในเรื่องกฎหมายว่าจะขัดกับรัฐธรรมนูญหรือไม่
3. อาจได้รับการยอมรับจากสังคมน้อย
4. อาจมีแรงต้านทานฝั่งการเมืองค่อนข้างมาก

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 5.1

1. หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง)
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
3. สำนักงานประกันสังคม
4. กรมบัญชีกลาง
5. กระทรวงสาธารณสุข

มาตรการที่ 5.2 ยกเลิกระบบจ่ายตรงในยาบางรายการ

รายละเอียด

กรมบัญชีกลางมีนโยบายการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาโดยยกเลิกระบบการเบิกจ่ายตรงในยาบางรายการ เช่นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้ผู้ป่วยสิทธิเบิกจ่ายตรงสวัสดิการข้าราชการสามารถใช้ระบบจ่ายตรงได้ตามปกติ แต่มียกเว้นในยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในบางรายการที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องสำรองจ่ายไปก่อนแล้วไปเบิกจากต้นสังกัดที่หลัง

ลักษณะของมาตรการที่ 5.2

- ☐ เป็นมาตรการที่เสริมจากมาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Add-on policy)
☐ เป็นมาตรการด้านอุปทาน (Supply side) ☒ เป็นมาตรการด้านอุปสงค์ (Demand side)

มาตรการที่ 5.2 นี้ ไม่เป็น มาตรการแบบ Add-on policy ปัจจุบันผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการในระบบจ่ายตรงไม่มีความจำเป็นต้องสำรองเงินจ่าย ในการรับการรักษาทุกรายการ

ข้อดีของมาตรการที่ 5.2

1. สามารถลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ได้มาก
2. ประโยชน์ที่ได้จากมาตรการในการลดความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ค่อนข้างรวดเร็ว
3. ไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรมากนัก

ข้อจำกัดของมาตรการที่ 5.2

1. อาจมีผลกระทบในแง่การลดการเข้าถึงยาของผู้ป่วย
2. อาจได้รับการยอมรับจากสังคมน้อย
3. อาจมีแรงต้านทานฝั่งการเมืองค่อนข้างมาก

หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในมาตรการที่ 5.2

1. หน่วยบริการ (โรงพยาบาลและสถานบริการที่เกี่ยวข้อง)
2. กรมบัญชีกลาง
3. หน่วยงานต้นสังกัดของผู้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

ภาคผนวกที่ 5

เอกสารประกอบการประชุมผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2

เอกสารประกอบการประชุม

ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพ (Health Policy Expert meeting)

การสังเคราะห์นโยบายทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น ครั้งที่ 2

26 ธันวาคม 2554

ที่มาและความสำคัญของการประชุม

ปัญหาการมียาครอบครองเกินความจำเป็น หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาในจำนวนที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ซึ่งจัดเป็นปัญหาหนึ่งที่มีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวม หากมีนโยบายระดับประเทศที่ใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยประหยัดงบประมาณของประเทศได้ค่อนข้างมาก คณะผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 รายซึ่งประกอบ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วย และนักวิจัยระบบยาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการ สังเคราะห์ “ร่าง” นโยบายทางเลือกเพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว

เพื่อให้มีนโยบายทางเลือกมีความเป็นไปได้เชิงนโยบายสูงสุด คณะผู้วิจัยจึงได้จัดการประชุมขึ้นเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพ และร่วมกันสังเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นเพื่อให้ได้มาซึ่ง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation) ต่อไป

คณะผู้วิจัยวางแผนที่จะจัดให้มีการประชุมทั้งสิ้น 2 ครั้งคือ

3. การประชุมครั้งที่ 1 (วันที่ 18 ตุลาคม 2554)

- เพื่อเลือกนโยบายทางเลือกที่เป็นไปได้จำนวนหนึ่งเพื่อจัดลำดับความสำคัญ
- เพื่อหาแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก

4. การประชุมครั้งที่ 2 (วันที่ 26 ธันวาคม 2554)

- เพื่อนำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก
- เพื่อหาข้อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation)

การประชุมครั้งที่ 2(26ธันวาคม2554)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอ ผลการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ
2. เพื่อหาข้อสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (policy recommendation)

แนวทางการประชุม

- ส่วนที่ 1 - ผู้วิจัยนำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือกฯ และ “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- ส่วนที่ 2 - ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นต่อผลการจัดลำดับความสำคัญและร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สิ่งที่คาดหวังจากผู้เชี่ยวชาญ

ให้ความเห็นต่อผลการจัดลำดับความสำคัญและ “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กำหนดการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

วันที่ 26 ธันวาคม 2554	
08.50-09.00 น.	ลงทะเบียน
09.00-09.20น.	นำเสนอภาพรวมของโครงการวิจัยและแนวทางการประชุม โดย รศ.ดร.ณัฏฐา ชัยญาคุณาพฤกษ์
09.20-09.45 น.	นำเสนอผลการจัดลำดับความสำคัญ และ “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดย รศ.ดร.ณัฏฐา ชัยญาคุณาพฤกษ์
09.40-11.30 น.	อภิปรายผลการจัดลำดับความสำคัญและ “ร่าง” ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดำเนินการอภิปรายโดย รศ.ดร.ณัฏฐา ชัยญาคุณาพฤกษ์

เอกสารประกอบการประชุม

ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายสุขภาพ(Health Policy Expert meeting)

การสังเคราะห์นโยบายทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น ครั้งที่ 2

26 ธันวาคม 2554

บทนำ

ปัญหาการมียาครอบครองเกินความจำเป็นจัดเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบยาในประเทศไทย และมีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาโดยรวม ดังนั้นหากมีนโยบายที่ใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยประหยัดงบประมาณของประเทศได้ค่อนข้างมาก จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญในครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2554 ได้มีการคัดเลือกนโยบายทางเลือกที่น่าจะสามารถแก้ปัญหการครอบครองยาเกินจำเป็นได้ จำนวน 5 นโยบาย (10 มาตรการ) เพื่อการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายดังนี้

11. สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูล ระบบตรวจสอบการครอบครองยาเกินจำเป็นและกำหนดปริมาณยาที่จ่ายครอบครองชัดเจน (3 มาตรการ)
 - a. สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ผ่านอินเทอร์เน็ต
 - b. สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยสมุดบันทึกการรับการรักษา
 - c. สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยแผ่นข้อมูลบันทึกการรักษา (Smart card)
12. การพัฒนาระบบบริการ (3 มาตรการ)
 - a. สร้างระบบการตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนหรือหลังการพบแพทย์ (Out-patient medication reconciliation system)
 - b. สร้างระบบการเติมยา (Refill system)
 - c. การพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบการครอบครองยาเช่น Alert system
13. องค์กรวิชาชีพ ส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการใช้อย่างเหมาะสมและรวมในแง่ของการครอบครองยาด้วย(1 มาตรการ)
 - a. สร้างโครงการรณรงค์เพื่อส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง แพทย์ เภสัชกรและพยาบาลเรื่องการใช้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการครอบครองยาเกินจำเป็น
14. นโยบายให้บริษัทยามีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบรรจุยาเพื่อให้เหมาะสมต่อการจ่ายยา(1 มาตรการ)
 - a. ขอความร่วมมือบริษัทยาเปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์จาก 10 เม็ด เป็น 7 เม็ด
15. สร้างระบบ Financial mechanism ที่ควบคุมอัตราการใช้ยา(2 มาตรการ)
 - a. ผู้ป่วยร่วมจ่ายในกรณีที่ค่ายาเกินกว่าที่กำหนด
 - b. ยกเลิกระบบจ่ายตรงในยาบางรายการ

I. ผลการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายทางเลือก

ผู้วิจัยทำการจัดลำดับความสำคัญของนโยบายที่ได้รับการคัดเลือกจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญในครั้งที่ 1 จำนวน 5 นโยบาย (10 มาตรการ) ด้วยเทคนิคเดลฟายเชิงนโยบาย (The policy Delphi) โดยใช้แบบสอบถามทำการสอบถามผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่าน จำนวน 2 รอบโดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นใน 4 ประเด็น ได้แก่ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility) ผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย (Potential benefits) ผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย (Negative impacts) และทรัพยากรที่ใช้ดำเนินการ (ในมุมมองภาครัฐ) (Resources required) ผลการวิเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 แสดงดังตารางที่ 1 โดยรายงานเป็นค่ามัธยฐาน(Median) และช่วงควอไทล์ที่ 1-3 (Interquartile range)โดยที่

- ค่ามัธยฐาน (Median)หมายถึง ค่ากลางของคำตอบทั้งหมดในแต่ละข้อ ซึ่งแสดงไว้ด้วยเครื่องหมาย Xซึ่งเมื่อเครื่องหมาย Xปรากฏในช่องใดหมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามมีความเห็นของหัวข้อดังกล่าวในระดับนั้น
- ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range)ใช้คำย่อว่า IR ซึ่งแสดงไว้ด้วยเครื่องหมาย  เป็นค่าการกระจายของคำตอบในแต่ละข้อ

ที่	นโยบายทางเลือก	มาตรการเชิงนโยบาย	ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ				ผลประโยชน์ที่อาจได้รับ				ผลกระทบทางลบ				ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินการ			
			4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1
1	สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูล	1.1 สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ผ่านอินเทอร์เน็ต		◆	X			X				◆	X	◆		X		
		1.2 สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยสมุดบันทึกการรับการรักษา	◆	X				◆	X			◆	X			◆	X	
		1.3 สร้างระบบเชื่อมต่อข้อมูลด้วยแผ่นข้อมูลบันทึกการรักษา		X		◆	◆	X	◆			X	◆		X			
2	การพัฒนาระบบบริการ	2.1 สร้างระบบการตรวจสอบปริมาณยาที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อน/หลังการพบแพทย์		X	◆		X	◆					◆	X		X	◆	
		2.2 สร้างระบบการเติมยา	X		◆		X	◆					X	◆		X		
		2.3 พัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการตรวจสอบการครอบครองยา	◆	X			X	◆						X		◆	X	
3	องค์กรวิชาชีพ ส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม	3.1 สร้างโครงการรณรงค์เพื่อส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม รวมทั้งการครอบครองยาเกินจำเป็น	X	◆				X	◆					X			X	
4	บริษัทฯ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบรรจุยา	4.1 ขอความร่วมมือบริษัทฯ เปลี่ยนรูปแบบบรรจุภัณฑ์จาก 10 เม็ด เป็น 7 เม็ด หรือ 14 เม็ด		◆	X			◆	X				◆	X			X	◆
5	Financial mechanism	5.1 ผู้ป่วยร่วมจ่ายในกรณีที่ค่ายาเกินกว่าที่กำหนด			X	◆		◆	X			X					X	
		5.2 ยกเลิกระบบจ่ายตรงในยาบางรายการ	◆		X	◆	◆	X	◆			X	◆				X	

อย่างไรก็ตามมีข้อคิดเห็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับมาตรการต่างๆจากผู้เชี่ยวชาญสรุปไว้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 | ข้อคิดเห็นที่เกี่ยวข้อง

มาตรการที่	ประเด็น	ข้อคิดเห็น
1.1 Internet	Feasibility	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติอย่างน้อยแต่ก็มีข้อโต้แย้งจากผู้เชี่ยวชาญรายหนึ่งว่าความเป็นไปได้น่าจะมากเนื่องจากทั้งคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และอุปกรณ์อื่นๆทุกๆโรงพยาบาลมีอยู่แล้วเพียงปรับโครงสร้างเพียงเล็กน้อยน่าจะดำเนินนโยบายได้
	Resources	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าทรัพยากรที่ใช้มากแต่ก็มีข้อโต้แย้งจากผู้เชี่ยวชาญรายหนึ่งว่าน่าจะน้อยเนื่องจาก IT resource มีอยู่แล้วเพียงปรับโครงสร้างเพียงเล็กน้อยน่าจะดำเนินนโยบายได้
1.2 สมุดฯ	Resources	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าทรัพยากรที่ใช้ไม่น้อยแต่มีผู้เชี่ยวชาญบางท่านระบุว่าใช้ทรัพยากรมาก เมื่อคำนึงถึงทรัพยากรด้านกำลังคนที่ต้องการเพิ่มเติม
	Expected benefits	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความประโยชน์ในระดับปานกลาง แต่มีข้อคิดเห็นว่าการเปรียบเทียบกับระบบในปัจจุบันน่าจะมีความประโยชน์มาก
1.3 Smart card	Negative impacts	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าผลกระทบทางลบในระดับปานกลาง แต่มีข้อคิดเห็นว่าการคำนึงในด้าน อุปกรณ์ที่ต้องใช้ การปรับระบบใหม่ทั้งหมดแล้วน่าจะมีความผลกระทบทางลบมาก
2.1 Medication reconciliation	Negative impacts	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าผลกระทบทางลบในระดับน้อย แต่หากคำนึงในแง่ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบทางลบก็อาจจะมากขึ้น
2.2 Refill clinic	Negative impacts	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าผลกระทบทางลบในระดับน้อย แต่หากพิจารณาในแง่ของผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผลกระทบทางลบน่าจะมาก และหากพิจารณาในแง่ภาระงานของเจ้าหน้าที่ก็ส่งผลกระทบต่อพนักงานเช่นกัน
2.3 Alert system	Expected benefits	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่ามีความประโยชน์ในระดับมาก แต่หากไม่มีระบบส่งเสริมความร่วมมือสำหรับบุคลากร ประโยชน์ที่ได้ก็น่าจะน้อยลง
5.1 Co-payment	Negative impacts	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่าผลกระทบทางลบในระดับปานกลาง แต่ผลกระทบทางลบจะสูงขึ้นหากพิจารณาในแง่ของการเมืองและผลกระทบต่อประชาชน
5.2 Direct billing change	Negative impacts	

II. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่งโดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งประกอบกับข้อมูลการให้บริการข้ามสถานพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปเป็นประเด็นต่างๆดังนี้

ประเด็นที่ 1

ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 | ร้อยละความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นและมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาล	ร้อยละความชุกของผู้ป่วยที่มีการมียาครอบครองเกินจำเป็น	มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ (ล้านบาท/ปี)
โรงพยาบาลศูนย์	71.22%	23.0
โรงพยาบาลชุมชน	56.90%	0.2

ประเด็นที่ 2

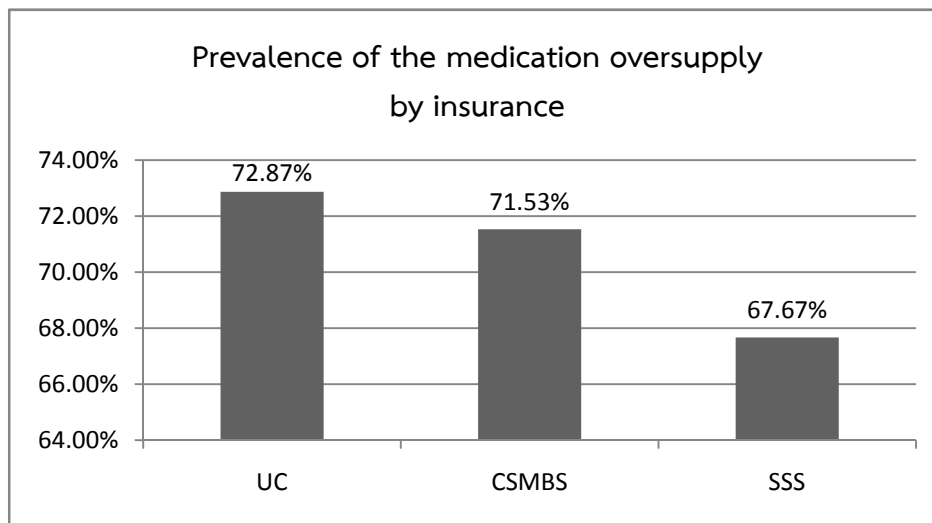
ปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็นส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากระบบภายในโรงพยาบาล (Within-setting) มากกว่าเกิดขึ้นจากการรับยาข้ามสถานพยาบาล (Across-setting) ดังแสดงในตารางด้านล่าง (ข้อมูลผู้ป่วยจาก สปสช. – โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งจำนวน 18,237 คน)

- มีเพียงร้อยละ 2.7 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการรับยาข้ามสถานพยาบาล
- จากมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมด 4.35 ล้านบาท มีเพียงร้อยละ 1.15 ที่เกิดขึ้นในคนที่รับบริการข้ามสถานพยาบาล

ประเด็นที่ 3

- ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็น เกิดขึ้นไม่ต่างกันระหว่างสิทธิการรักษา (ดังแสดงด้วยรูปที่ 1)
- มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากการครอบครองยาเกินจำเป็น ไม่ต่างกันระหว่างสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ แต่ค่าเฉลี่ยของมูลค่าความสูญเสียต่อคน ในสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีค่าสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ เกือบสองเท่า หรือประมาณ 400 บาทต่อคน ดังตารางที่ 4

รูปที่ 1 | ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามสิทธิ



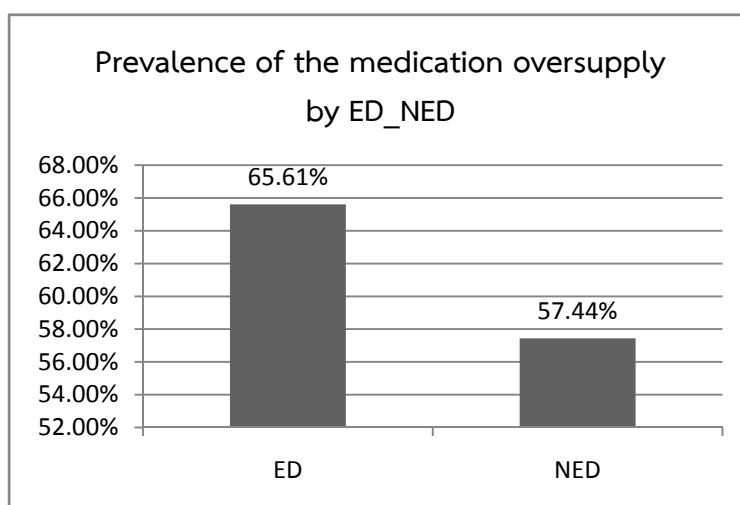
ตารางที่ 4 | มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์แบ่งตามสิทธิ

สิทธิการรักษา	จำนวน	มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ (ล้านบาท/ปี)	มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เฉลี่ย (บาท/คน/ปี)
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	29,158	10.1	493
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	20,625	11.7	830
สิทธิประกันสังคม	3,675	0.7	287

ประเด็นที่ 4

- ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็น เกิดขึ้นไม่ต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่รับยาในบัญชียาหลักๆ และนอกบัญชียาหลักๆ (แสดงด้วยรูปที่ 2)
- มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากการครอบครองยาเกินจำเป็น ไม่ต่างกันผู้ป่วยที่รับยาในบัญชียาหลักๆ และนอกบัญชียาหลักๆ แต่ค่าเฉลี่ยของมูลค่าความสูญเสียต่อคน ในสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีค่าสูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพฯ เกือบสี่เท่า หรือประมาณ 1,200 บาทต่อคน ดังตารางที่ 5

รูปที่ 2 | ความชุกของการครอบครองยาเกินจำเป็นแบ่งตามประเภทยาในหรือนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ



ตารางที่ 5 | มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ประเภทของยาในหรือนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

ประเภทยา	มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ (ล้านบาท/ปี)	มูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์เฉลี่ย (บาท/คน/ปี)
ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	11.7	491
ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	11.6	1,700

III. การวิเคราะห์สาเหตุที่ส่งผลต่อการครอบครองยาเกินจำเป็นจากการสัมภาษณ์

จากการวิเคราะห์สาเหตุที่อาจมีผลต่อการครอบครองยาเกินจำเป็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 35 รายซึ่งประกอบ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ป่วย และนักวิจัยระบบยาพบว่า สาเหตุที่น่าจะเกิดจากปัจจัยต่างๆดังนี้

สาเหตุกลุ่มที่ 1 ระบบบริการของโรงพยาบาล

- ไม่มีระบบบริหารจัดการและตรวจสอบยาเดิมของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
- ระบบวันนัดที่จำนวนวันนัดอาจแตกต่างจากจำนวนวันที่ผู้ป่วยได้รับยา
- บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลไม่ตระหนักถึงปัญหาการครอบครองยาเกินจำเป็น
- ระบบส่งต่อข้อมูลภายในหรือระหว่างโรงพยาบาลไม่ได้คำนึงถึงปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ

สาเหตุกลุ่มที่ 2 สิทธิการรักษา

- การได้รับการรักษาฟรี ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่คำนึงถึงปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น
- แพทย์ไม่ได้สนใจเรื่องจำนวนยาที่จ่ายโดยเฉพาะในสิทธิ CSMB
- ระบบเบิกจ่ายตรงอาจทำให้ผู้ป่วยรับยาโดยไม่คำนึงถึงปริมาณยาของตนที่เหลือ

สาเหตุกลุ่มที่ 3 ตัวยาและรูปแบบบรรจุภัณฑ์

5. Package ยายากต่อการจ่ายหากสั่งไม่ลงตัว (เลขหลัก 10 หรือ 5)
6. การเปลี่ยนขนาดยาที่สั่งจ่ายอาจทำให้มียาเหลือ

สาเหตุกลุ่มที่ 4 ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยและญาติ

6. ผู้ป่วยไปหาหลายหมอโดยไม่ได้แจ้งว่ารักษาและได้รับยาใดบ้าง
7. ผู้ป่วยขาดความสนใจในเรื่องการดูแลยาที่ได้รับ

สาเหตุกลุ่มที่ 5 การส่งเสริมการขายของบริษัทยา

- บางสถานการณืแพทย์อาจสั่งยาในปริมาณมากเนื่องจากกลยุทธ์ทางการตลาดของบริษัทยา

ที่	นโยบาย ทางเลือก	มาตรการเชิง นโยบาย	ผลการจัดลำดับความสำคัญ				ผลจากการวิเคราะห์ ฐานข้อมูล	ผลจากการสัมภาษณ์/ การประชุมครั้งที่ 1	ระดับการ เสนอแนะเชิง นโยบาย
			Feasibility	Potential Benefits	Negative Impacts	Resources Required			
1	สร้างระบบ เชื่อมต่อ ข้อมูล	1.1 เชื่อมต่อข้อมูล ผ่านอินเทอร์เน็ต	ต่ำ	ปานกลาง	น้อย	ปานกลาง	- การครอบครองยาเกินจำเป็น ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากการรับ ยาข้ามโรงพยาบาล	- ระบบส่งต่อข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาล ไม่ได้คำนึงถึงปริมาณยา ที่ผู้ป่วยได้รับ	C
		1.2 เชื่อมต่อข้อมูล ด้วยสมุดบันทึก	ปานกลาง	น้อย	น้อย	น้อย			C
		1.3 เชื่อมต่อข้อมูล ด้วย Smart card	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	มาก			C
2	การพัฒนา ระบบบริการ	2.1 ระบบการ ตรวจสอบปริมาณยา	ปานกลาง	มาก	น้อย	ปานกลาง	- การครอบครองยาเกินจำเป็น ส่วนใหญ่เกิดจากระบบภายใน โรงพยาบาล - ความซุกซนของการครอบครอง ยาเกินจำเป็นไม่ต่างกันในแต่ละ สิทธิการรักษา - มูลค่าความสูญเสียฯ รวมไม่ ต่างกันตามสิทธิการรักษา	- ไม่มีระบบบริหาร จัดการและตรวจสอบยา เดิมของผู้ป่วยที่มี ประสิทธิภาพ - ระบบส่งต่อข้อมูล ภายในโรงพยาบาลไม่ได้ คำนึงถึงปริมาณยาที่ ผู้ป่วยได้รับ	A
		2.2 ระบบการเติมยา	มาก	มาก	น้อย	ปานกลาง			A
		2.3 พัฒนาระบบ คอมพิวเตอร์	ปานกลาง	มาก	น้อย	น้อย			A
3	ส่งเสริมความ ตระหนัก	3. รณรงค์เพื่อเพิ่ม ความตระหนัก	สูง	ปานกลาง	น้อย	น้อย	-	- บุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลไม่ ตระหนักถึงปัญหาการ ครอบครองยาเกินจำเป็น - แก้ปัญหาจะสำเร็จได้ ยากหากบุคลากรยังขาด ความตระหนักในเรื่องนี้	A
4	เปลี่ยนแปลง รูปแบบบรรจุ	4.1 เปลี่ยนรูปแบบ บรรจุภัณฑ์	น้อย	น้อย	น้อย	น้อย	-	- Package ยายากต่อ การจ่ายหากสั่งไม่ลงตัว	?? 309

5	Financial mechanism	5.1 ผู้ป่วยร่วมจ่าย	น้อย	น้อย	ปานกลาง	น้อย	- ความชุกและมูลค่าความสูญเสียของการครอบครองยาเกินจำเป็นไม่ต่างกันในแต่ละสิทธิการรักษา - ค่าเฉลี่ยของมูลค่าความสูญเสียต่อคน ในสิทธิ CSMBS มากกว่า UC - ความชุกและมูลค่าความสูญเสียของการครอบครองยาเกินจำเป็นไม่ต่างกันในยา ED/NED - ค่าเฉลี่ยของมูลค่าความสูญเสียต่อคน ในผู้ป่วยรับยา NED มากกว่ายา ED	- การได้รับการรักษาฟรีส่งผลให้ผู้ป่วยไม่คำนึงถึงปัญหาการมียาครอบครองเกินจำเป็น - แพทย์ไม่ได้สนใจเรื่องจำนวนยาที่จ่าย โดยเฉพาะในสิทธิ CSMBS - ระบบเบิกจ่ายตรงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจนำยาเหลือมาเพิ่มยา	C
		5.2 ยกเลิกระบบจ่ายตรงในยาบางรายการ	น้อย	ปานกลาง	ปานกลาง	น้อย			B

A = มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรก

B = มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับรอง

C = มาตรการที่น่าจะได้รับการพิจารณาเป็นอันดับสุดท้าย

กลุ่มเป้าหมาย

1. การประยุกต์ใช้มาตรการในการควบคุมปัญหาครอบครัวฯ อาจมุ่งเน้นไปที่โรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากปัญหาส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลศูนย์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน
2. การประยุกต์ใช้มาตรการในการควบคุมปัญหาครอบครัวฯ อาจมุ่งไปที่ผู้ป่วยที่ได้รับยานอกบัญชียาหลักเนื่องจากมูลค่าความสูญเสียต่อคนของผู้ป่วยที่ได้รับยานอกบัญชียาหลักสูงกว่ายาในบัญชีฯ มาก

ทีมวิจัย

รศ.ดร.ณรร	ชัยญาคุณาพฤกษ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ปิยะรัตน์	นิมพิทักษ์พงศ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ภญ.นภวรรณ	เจียรพีรพงศ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก
ภก.ปิยะเมธ	ดิลกธรสกุล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคำแนะนำจาก ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และ ผศ.ดร.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยฯ ขอขอบคุณชุดข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 4 แห่ง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ ทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส).