

เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549  
27-29 ตุลาคม 2549

## การใช้ยาแต่พอเพียง : บัญชียาหลักแห่งชาติ เครื่องมือสู่การใช้ยาอย่างพอเพียง



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๙

เครือข่ายจังหวัดพอเพียง สู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข



การใช้ยาแต่พอเพียง : ปรัชญาหลักแห่งชาติ เครื่องมือสู่การใช้ยาอย่างพอเพียง

ผู้เรียบเรียง : ภก. วราวุธ เสริมสินสิริ

จัดพิมพ์โดย : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

สนับสนุนโดย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2549

จำนวนพิมพ์ : เล่ม

ออกแบบปกและรูปเล่ม : ธานินทร์ กุลกาญจน์

พิมพ์ที่ :

ISBN :

ภาพปก : จากการประกวดภาพถ่าย “อยู่ เย็น เป็น สุข”

## คำนำ



เนื่องด้วยสถานการณ์การใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม พบเห็นได้ทั่วไปทั้งจากที่ผู้บริโภคเลือกซื้อด้วยตนเองและจากการสั่งใช้ยาโดยผู้ประกอบวิชาชีพ บางส่วนฟุ่มเฟือยมากเกินไปจนจำเป็นบางส่วนต่ำกว่าความจำเป็นพื้นฐานบางส่วนกลับใช้อย่างไม่เหมาะสม บิดเบี้ยวห่างไกลจาก “ความพอเพียง” และมีแนวโน้มที่จะมีขนาดและความรุนแรงของปัญหามากขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและเศรษฐกิจทั้งในระดับครัวเรือนและในระดับชาติ

เมื่อ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ได้ถูกนำมาเป็นแนวทางในการปรับกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพและการสาธารณสุข โดยมีพฤติกรรมด้านการใช้ยาของทั้งประชาชนและนักวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นกรณีศึกษา เอกสารชิ้นนี้จึงถูกเรียบเรียงขึ้นเพียงเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าไปในกระบวนการสมัชชาอันจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณสุขอย่างมีส่วนร่วมสู่ “การใช้ยาอย่างพอเพียงสุขภาพพอเพียง” ในสังคมไทยต่อไป

ภก.วราวุธ เสริมสินสิริ

ผู้เรียบเรียง

กันยายน 2549



## สารบัญ

บทที่ 1	ทุกข์เรื่องยาของคนไทย.....	6
บทที่ 2	หลากหลาย “นวัตกรรม” สู่การใช้ยาอย่างพอเพียง.....	15
บทที่ 3	บัญชียาหลักหลักแห่งชาติ : เครื่องมือสู่การใช้ยา อย่างพอเพียง.....	18
บทที่ 4	ก้าวต่อไป : การนำบัญชียาหลักแห่งชาติ ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ.....	37





# บทที่ 1

## ทุกบ่ร่อบยาบอบคนไทย

การเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของมนุษย์ทุกหมู่เหล่า ถ้าหากเกิดขึ้นมากจนไม่สามารถควบคุมได้ ก็อาจทำให้สังคมหรืออารยธรรมนั้นล่มสลายไปได้ในเวลาชั่วพริบตาทุก ๆ สังคมตั้งแต่อดีตจวบจนปัจจุบันจึงพยายามพัฒนาวิธีการต่อสู้กับความเจ็บป่วยของตนขึ้นมา อย่างสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้คน จนกลายเป็น “วัฒนธรรมสุขภาพ” ที่ไม่ได้หมายความถึงเฉพาะวิธีการรักษาโรคหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ได้รวมถึงคติ ความเชื่อ ประเพณี และทัศนะพ้ันฐานต่อความจริงที่กำหนดวิธีคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพทั้งหมดของคนในชุมชนนั้น ๆ

การเติบโตและได้รับการยอมรับอย่างรวดเร็วของ “วัฒนธรรมสุขภาพของสังคมตะวันตก” หรือที่รู้จักกันในนามของ “การแพทย์แผนปัจจุบัน” ที่เข้ามาพร้อมกับปรัชญาความรู้แบบวิทยาศาสตร์ แนวคิดเศรษฐกิจแบบทุนนิยม-บริโภคนิยม ระบบการเมืองการปกครองที่มีรัฐเป็นศูนย์กลางของอำนาจ ได้นำมาสู่การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมสุขภาพที่หลากหลายในชุมชนต่าง ๆ ให้อยู่ในรูปแบบเดียวกันทั้งหมด โดยหวังว่าวัฒนธรรมสุขภาพแบบใหม่นี้จะช่วยให้สุขภาพคนในสังคมดีขึ้น ขจัดโรคร้ายให้หมดสิ้นไปจากสังคมมนุษย์ได้

กาลผ่านมากกว่าศตวรรษ การแพทย์แผนปัจจุบันได้สร้างคุณูปการให้กับสังคมไทยไม่น้อย ช่วยให้คนไทยจำนวนมากทั้งเด็กและผู้ใหญ่รอดพ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้ แต่ขณะเดียวกันวิถีชีวิตแบบใหม่ที่เป็นผลพวงของการพัฒนาประเทศก็ได้สร้างปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ขึ้นมาพร้อมกันด้วย วิธีการและระบบการดูแลสุขภาพแบบใหม่ที่นำมาใช้ เมื่อเวลาผ่านไปก็พบว่าม้ีปัญหาตามมาไม่น้อย ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น จนคนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงได้ โรคจำนวนมากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ขาดแคลนเครื่องมือและบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทเพราะการกระจายตัวของบุคลากรไม่เหมาะสม ในขณะที่เดียวกันก็มีการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างไม่เหมาะสมจนเกิดปัญหาตามมามากมาย

กล่าวเฉพาะในส่วนของยา พบว่ายาได้กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาโรคของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ในด้านหนึ่งยาได้ช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยจำนวนมากให้หายได้ในเวลาอันรวดเร็ว แต่ในอีกด้านหนึ่งก็สร้างปัญหาเกิดขึ้นตามมามากมาย <sup>(1)</sup>

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลนั้น ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย แต่เป็นปัญหาสำคัญของโลกด้วย องค์การอนามัยโลก <sup>(2)</sup> ประมาณกันว่า กว่าครึ่งหนึ่งของการใช้ยาทั่วโลกเป็นการสั่งจ่ายและขายยาอย่างไม่สมเหตุผล ทั้งมากเกินไป น้อยเกินไป หรือใช้ผิด ทำให้เกิดความสิ้นเปลืองและความไม่ปลอดภัยแผ่ขยายในวงกว้าง

ประเทศไทยมีการบริโภคยาโดยเฉลี่ยประมาณปีละ 50,000 ล้านบาท (ในราคาขายปลีก) และมีค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งนับว่าสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 10-20 ทั้งๆ ที่สภาวะสุขภาพของคนไทยไม่ได้ดีไปกว่าคนในประเทศพัฒนาแล้วแต่อย่างใด สถานการณ์การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในประเทศไทยพบทั้งในและนอกสถานพยาบาลและทั้งที่มาจาก การซื้อยามารักษาตนเองของประชาชน และจากการสั่งจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งคาดว่าประมาณสองในสามของยาทั้งหมดได้จากการสั่งจ่ายของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข ส่วนที่เหลือมาจากซื้อยากินรักษาตนเอง

### ทุกข้อร้องเรียนของคนไทย

- การใช้ยามากเกินความจำเป็น
- การใช้ต่ำกว่าความต้องการขั้นพื้นฐาน
- การใช้ยาอย่างผิดๆ

## การใช้ยาในโรงพยาบาล

หากพิจารณาการใช้ยาโรงพยาบาลนั้น จากการประเมินการใช้ยาในกลุ่มยาต้านจุลชีพ ยาปฏิชีวนะพบว่ามีคำสั่งจ่ายยาอย่างไม่เหมาะสม ทั้งในแง่ ขนาดการใช้ วิธีใช้ ความถี่ในการให้ยา และระยะเวลาการสั่งจ่ายไม่ถูกต้อง การจ่ายยาที่มีอัตราจิริยาระหว่างกัน และที่สำคัญมีรายงานจำนวนมากแสดงว่ามีการสั่งจ่ายต้านจุลชีพโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมเช่นเดียวกับการสั่งจ่ายลดไขมันโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ซึ่งมีอัตราที่สูงมาก และยังพบปรากฏการณ์การใช้ยาโดยไม่มีประสิทธิผล การเกิดความเสียหายและอันตรายจากการใช้ยาในกรณีนี้



สามารถป้องกันได้ และการสั่งใช้ยาที่เกิดความสูญเปล่า อีกด้วย <sup>(3)</sup> นอกจากนั้นยังมีผู้ป่วยด้วยโรคที่พบได้น้อยกลุ่มหนึ่งที่ไม่มียาจำเป็นใช้ เพราะไม่มีการผลิตและนำเข้ามามีจำหน่ายในประเทศ เนื่องจากยาดังกล่าวมียอดขายน้อย ไม่ทำกำไร เราจึงเรียกกลุ่มนี้ว่า “ยากำพร้า”<sup>(4)</sup>

หากพิจารณาวิเคราะห์ตามกลุ่มผู้มารับบริการภายใต้โครงการประกันสุขภาพ จะพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคมจะพบการใช้ยาได้มาตรฐานหรือต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็น ในขณะที่คนในกลุ่มข้าราชการกลับมีการสั่งใช้ยามากเกินความจำเป็น ซึ่งมีการศึกษาวิจัยบ่งชี้สภาพปัญหาดังกล่าวหลายชิ้น อาทิ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคไขหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีความสำคัญสูงสุดลำดับแรกคือ วิธีการจ่ายของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่เบิกได้ (ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ) มีโอกาสได้รับการสั่งยาปฏิชีวนะมากกว่าผู้ป่วยที่ผู้ปกครองจ่ายค่ายาเองถึงประมาณ 6 เท่า และมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาฟรีถึงประมาณ 11 เท่า ( $p < 0.001$ )” <sup>(5)</sup>

จากการศึกษาอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย <sup>(6)</sup> โดยศึกษาอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI) ที่มีอาการไม่จำเพาะ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน โดยศึกษาย้อนหลังโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ใน 8 จังหวัด ระหว่างเดือนตุลาคม 2544 ถึงเดือนมกราคม 2545 จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอก สรุปได้ว่ากลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โพรงจมูกอักเสบ โรคหวัด และไข้หวัดใหญ่ พบอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีสิทธิต่างกัน ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทองฟรี มีอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะต่ำสุด ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิบัตรทอง ชนิดเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท กลุ่มที่จ่ายค่ารักษาเอง กลุ่มใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และสิทธิประกันสังคม พบว่ามีอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใกล้เคียงกัน

การรักษาพยาบาลภายใต้สวัสดิการข้าราชการ มีลักษณะจำเพาะที่แตกต่างจากการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ของประเทศ เนื่องจากระบบการเบิกจ่ายเป็นแบบเบิก



ตามจ่ายจริง (Fee for Service) ค่าใช้จ่ายต่อหัวภายใต้ระบบสวัสดิการดังกล่าวจึงมีมูลค่าสูงกว่าระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ของประเทศตั้งแต่ 2.7-3.5 เท่า

ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวอาจไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาหากข้าราชการและผู้มีสิทธิได้รับการรักษาที่มีคุณภาพเหมาะสมกับงบประมาณที่รัฐต้องจ่าย แต่ในข้อเท็จจริงคุณภาพการรักษายาบาลของกลุ่มข้าราชการและผู้มีสิทธิอาจกล่าวได้ว่า ไม่ดีไปกว่าหรือด้อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น กล่าวคือ มีโอกาสได้รับยาที่ไม่จำเป็นต้องได้รับ (over prescription) บ่อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น เช่น บุตรข้าราชการที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีโอกาสได้รับยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัดบ่อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นระหว่าง 6-11 เท่า ผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาเกินกว่ามาตรฐาน (Over Consumption) ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อได้รับยากลุ่ม COX-II inhibitors บ่อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น 18.1 เท่า (Over Consumption) ในทุกกรณีข้างต้นนำไปสู่ความเสี่ยงจากการใช้ยาที่เพิ่มสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นระหว่าง 2-12 เท่า จากการประเมินผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อค่าใช้จ่ายและลักษณะการใช้ยา 8 กลุ่มยา โดยอาศัยการวิเคราะห์แบบพหุติยภูมิสำหรับฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการสั่งใช้ยาแก่ผู้ป่วยนอกระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 18 แห่งใน 4 ภูมิภาคของประเทศ และการใช้ยาเกินความจำเป็นดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งสิ้น<sup>(7)</sup>

“...ในแต่ละปีผู้ป่วยร้อยละ 18-30 ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาอันเนื่องมาจากยา ในจำนวนนี้เป็นการเกิดอันตรายจากการใช้ยา ที่สำคัญปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี...”<sup>(3)</sup>

## การใช้ยาด้วยตัวเอบบอบประชาชน

การใช้ยาสมัยใหม่รักษาตนเองเป็นพฤติกรรมที่ระบาดไปทั่วโลก การศึกษาในประเทศไทยก็พบปรากฏการณ์ในทำนองเดียวกัน คือการใช้ยาสมัยใหม่จัดการกับสุขภาพของชาวชนบท ชาวบ้านมีแบบแผนการใช้ยาในหลายลักษณะ มีการประยุกต์ความเชื่อท้องถิ่นในการเลือกใช้ยาและประเมินผลการใช้ยาพฤติกรรมดังกล่าวถูกกำหนดขึ้นจากปัจจัย

หลายประการ ความยากจน ขาดแคลนทำให้ต้องทำงานหนักสุขภาพทรุดโทรมจนเกิดความต้องการใช้ยา การขาดข้อมูล และขาดศักยภาพในการแสวงหาความรู้ จึงมีข้อจำกัดเรื่องความเข้าใจและการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยของตน ขณะที่ธุรกิจยาขยายตัวอย่างขาดการควบคุมที่ดีพอ ทำให้ชาวบ้านเข้าถึงยามากมาย โดยรู้ไม่เท่าทัน กลายเป็นผู้เสียเปรียบ <sup>(8)</sup>

ยกกรณีศึกษาของยาปฏิชีวนะซึ่งเป็นหนึ่งในสามของยากลุ่มหลักๆ ซึ่งประชาชนมักหาซื้อมาใช้ โดยไม่ผ่านผู้ประกอบวิชาชีพนั้น ร้อยละ 38.6 หาซื้อยาปฏิชีวนะใช้ก่อนที่จะไปหาบุคลากรสาธารณสุข ประมาณกันว่าหนึ่งในสี่ของผู้ใช้ใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม แก้วในสิบคนไม่รู้ด้วยซ้ำว่ายาที่กินนั้นชื่ออะไร และมีเพียงร้อยละ 53 เท่านั้นที่กินยาครบตามกำหนด โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมข้างต้นมีมากมาย เช่น การเลียนแบบการใช้ยาของบุคลากรสาธารณสุข เชื่อในประสิทธิภาพความรวดเร็ว คิดว่าโรคไม่หายหากไม่ใช้ยา เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชาชนยังมีความเข้าใจผิดเรื่องโรคและการใช้ยาอยู่เป็นจำนวนมากเช่น ร้อยละ 73.9 เชื่อว่าสามารถหยุดยาได้เมื่ออาการดีขึ้น ร้อยละ 51.6 กล่าวว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาที่ปลอดภัยและสามารถหาซื้อเองได้ <sup>(9)</sup> สำหรับในกรณีของยาแก้ปวดอีกเสกกล้ำมเนื้อก็เป็นยาอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งประชาชนนิยมหาซื้อมารับประทานเองพบว่าในแต่ละปีมีความสูญเปล่าของการจ่ายยาแก้ปวดหลังเจ็บป่วย ประมาณ 29-62 ล้านบาท/ปี <sup>(10)</sup>

ในทางกลับกันในชนบทห่างไกลก็ยังพบว่ามีปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น ซ้ำยังมีแหล่งกระจายยาที่ไม่สามารถกำกับดูแลได้มากมาย ทั้งในร้านชำ รถเร่ รถขายกับข้าว รวมทั้งรถสองแถวเข้าหมู่บ้านที่รับซื้อยาตามสั่งจากร้านขายยาในเมืองส่งให้ถึงในหมู่บ้าน ร้านชำหรือร้านค้าปลีกเป็นแหล่งที่ชาวบ้านไปซื้อยามากที่สุด ซึ่งเป็นแหล่งกระจายยาที่ผิดกฎหมาย การขายยาไม่ตรงตามใบอนุญาตของร้านยา พฤติกรรมบริการด้านยาที่ไม่มีมาตรฐาน เป็นเหตุให้พบการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมอยู่ทั่วไปในหมู่บ้าน ทั้งการใช้ยาชุด ยาของใช้ยาผิดวิธี และใช้ยาสูตรแปลกที่ชาวบ้านพัฒนาขึ้นเอง เช่น การกินยาของแก้ปวดกับน้ำปลา แก้ท้องเสีย หรือกินพาราเซตามอลร่วมกับตาข่ายและไพลานา ในกรณีที่ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อรุนแรง เป็นต้น <sup>(11)</sup>

## เหตุแห่งทุกข์ <sup>(11)</sup>

- กระแสวัฒนธรรมบริโภคนิยมในสังคมไทยที่กล่อมให้ผู้บริโภคครึกความสบายที่พึ่งพาตนเองน้อยลง พึ่งพาวัตถุ (ยา) มากขึ้น บริโภคมากขึ้น ไม่พอใจในตัวเอง มีความสุขยากขึ้นและยังส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพในภาคเอกชนไม่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลหรือช่วยให้ประชาชนใช้ยาอย่างเหมาะสม
- ภาคธุรกิจ : บางรายมีการส่งเสริมให้มีการบริโภคยาและสั่งใช้ยามากขึ้นในรูปแบบที่ภาครัฐไม่สามารถเข้าไปควบคุมกำกับได้ นำมาสู่การสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน (ร้านยา โรงพยาบาลเอกชน) รวมทั้งการโฆษณาและส่งเสริมการขายกับผู้บริโภคทั้งทางตรงและทางอ้อม ผ่านสื่อที่บิดเบือนข้อเท็จจริงทำให้เข้าใจผิด
- ภาครัฐ : ขาดยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน เป็นเอกภาพและต่อเนื่อง ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งปัญหาด้านประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย ระเบียบที่มีอยู่
- ระบบประกันสุขภาพใช้วิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่เอื้อต่อการระมัดระวังการสั่งใช้ยาให้เกิดความประหยัด คุ่มค่า และระบบการติดตามประเมินคุณภาพการใช้ยาและการรักษายังไม่สมบูรณ์
- ภาคผู้ประกอบการวิชาชีพ : การควบคุมจรรยาบรรณยังไม่มีประสิทธิภาพ มีปัญหาด้านองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการสั่งใช้ยาอย่างพอเพียง
- ภาคประชาชน : ความจำเป็นในเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ต้องเลือกสั่งยาเพื่อให้หายไ้ รวมทั้งขาดต้นแบบ ขาดข้อมูลเพื่อประกอบการใช้ดุลยพินิจ ขาดการตระหนัก ขาดความมั่นใจ รวมทั้งขาดการฝึกฝนในการใช้ดุลยพินิจตามหลักเหตุและผล
- คุณลักษณะเฉพาะทางสังคมวิทยาบางประการของยาแผนปัจจุบัน ก็กระตุ้นให้เกิดการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม เช่น การที่นักสังคมวิทยาให้คุณลักษณะของยาว่า ยา คือ “พลังแห่งการปลดปล่อย ส่งเสริมความเป็นปัจเจกในการจัดการความเจ็บป่วย” ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีการใช้ยาด้วยตนเองโดยไม่ผ่าน



ผู้ประกอบการวิชาชีพประกอบกับทัศนคติในการใช้จ่ายตามคำบอกเล่า ส่งผลให้เกิดการใช้จ่ายไม่เหมาะสม

## คนทาบดับทุกข์

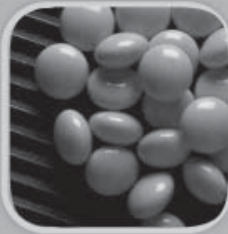
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงพระราชทานปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไว้เป็นแนวทางในการดำรงชีวิตอย่างเท่าทันสังคมยุคทุนนิยมและบริโภคนิยม ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้จ่ายไม่สมเหตุสมผลได้เป็นอย่างดี โดยยึดแนวทางสู่ “การใช้จ่ายอย่างพอเพียง”

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เน้นให้คุณลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การยึดถือความพอดี สายกลาง สันติสุข ทั้งในด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี 2) การใช้เหตุและผลในการตัดสินใจบริโภค 3) การจัดการความเสี่ยงในชีวิตอย่างเหมาะสมด้วยการสร้างภูมิคุ้มกันในชีวิต โดยที่ต้องมีเงื่อนไขสำคัญคือ การรอบรู้เพื่อการเท่าทัน และการมีคุณธรรมเป็นพื้นฐานโดยเฉพาะภาคธุรกิจ และผู้สั่งใช้ยาที่จะไม่เอาเปรียบ รับผิดชอบ ต่อสังคม แบ่งปันอย่างเป็นธรรมและคุณธรรมพื้นฐานเรื่องความเพียรและซื่อสัตย์ เป็นต้น

## จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

หากพิจารณาปัญหาการซื้อยาเกินเองอย่างไม่สมเหตุสมผล ไม่พอเพียงของประชาชนตามกรอบแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจะพบว่าการใช้ยาไม่พอเพียงของผู้บริโภคนั้น มาจากสาเหตุสำคัญหลายประการ อาทิเช่น การไม่หาข้อมูลที่เหมาะสมประกอบการตัดสินใจซื้อยา การขาดวิจารณญาณในการรับสื่อโฆษณาและการส่งเสริมการขาย การขาดสำนึกเรื่องความพอดีและการพึ่งตนเอง การไม่มีหลักประกันสุขภาพทำให้เกิดความเจ็บป่วยอาจจะประสบปัญหาการเข้าถึงยา ขาดบุคลากรการแพทย์ที่เป็นต้นแบบและให้คำแนะนำ จึงต้องมุ่งเน้นการรณรงค์สร้างความตื่นตัว ปรับทัศนคติและพฤติกรรมของผู้บริโภคสู่การใช้จ่ายอย่างพอเพียงให้มีความต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการใช้ยาอย่างพอเพียง ไม่สมเหตุสมผลจำเป็นต้องพิจารณาวิเคราะห์หาเหตุของปัญหาและหาทางออก โดยวิเคราะห์ในมิติอื่นๆ ให้รอบด้านด้วย เช่น มิติผู้ประกอบการวิชาชีพ ภาครัฐ ภาคธุรกิจ และระบบประกันสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งต้องมีนวัตกรรมในการจัดการกับปัญหาอย่างรอบด้าน



## บทที่ 2

### หลากหลาย “นวัตกรรม” สู่การใช้ยาอย่างพอเพียง

#### แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างพอเพียง เหมาะสม

จากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาการใช้ยาไม่พอเพียง ไม่เหมาะสมจะพบว่าเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน โยงใย ซับซ้อน ดังนั้นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างพอเพียง เหมาะสมนั้นจำเป็นต้องดำเนินการกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบธุรกิจด้านยา องค์กรวิชาชีพ ภาครัฐ รวมไปถึงประชาชนด้วย การดำเนินการดังกล่าวต้องมียุทธศาสตร์ กลวิธีที่มีประสิทธิภาพ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุทธศาสตร์ด้านยาปี พ.ศ. 2547-2550 เน้นการนำ 12 มาตรการหลักในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล <sup>(2)</sup> ไว้ดังนี้

1. ต้องมีองค์กร หน่วยงานระดับชาติในการประสานนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยที่องค์กรนั้นต้องมี
  - มาตรการในการจัดหาให้มีในประเทศ ในระบบบริการ หรือในสถานพยาบาล รวมทั้งการกำหนดราคากลางของยาแต่ละชนิด
  - มาตรการเชิงนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับบริการสุขภาพ การใช้เทคโนโลยี และการใช้ยา รวมทั้งมาตรการในการติดตามตรวจสอบกำกับดูแลตามนโยบายทุกด้าน
2. ต้องมีการนำเอา มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Clinical Guidelines) ไปใช้จริง
3. ต้องมีการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติขึ้นและสามารถนำไปใช้ได้จริง
4. ต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดขึ้นในสถานบริการทุกระดับ และมีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ รวมทั้งต้องนำความรู้ด้าน เภสัชเศรษฐศาสตร์ (Pharmaco Economic) และการประเมินหรือ



- ทบทวนการสั่งใช้ยา (Drug use review/Drug use evaluation) ไปใช้ในการพิจารณาเข้าเป็นรายการยาของโรงพยาบาล
5. ผสานเนื้อหาวิธีคิดการใช้อย่างสมเหตุสมผลในลักษณะการเรียนรู้จากกรณีศึกษา เข้าไว้ในหลักสูตรการเรียน การสอนของนักศึกษาสาขาการแพทย์และสาธารณสุข
  6. สร้างกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข
  7. สร้างกลไกการกำกับ ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
  8. จัดทำและนำระบบข้อมูลข่าวสารด้านยาที่ “เป็นกลาง” มาใช้ในประเทศ
  9. สร้างความรู้ ความเข้าใจด้านยาให้กับประชาชน
  10. จัดระบบเพื่อลดหรือกำจัดผลประโยชน์ทับซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการสั่งใช้ยาและส่งเสริมจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ
  11. การออกและบังคับใช้กฎหมาย กฎระเบียบอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะมาตรการในการควบคุมกำกับดูแลคุณภาพยาในตลาดยา และในสถานพยาบาล
  12. จัดสรรงบประมาณด้านยาและบุคลากรสุขภาพอย่างพอเพียง

นอกจากนี้ยังมีมาตรการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศในยุทธศาสตร์ด้านยาขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2547-2550 ในหัวข้อการใช้อย่างเหมาะสม เช่น การส่งเสริมการขายอย่างมีจรรยาบรรณและมีความรับผิดชอบ การฝึกอบรม “หลักการสั่งใช้ยาที่ดี และการจ่ายยาที่ดี” พัฒนากลไกการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยา สนับสนุนยุทธศาสตร์ประเมินต้นทุนและผลได้มาใช้ในการส่งเสริมการใช้อย่างเหมาะสม เป็นต้น<sup>(11)</sup> นอกจากนี้ต้องมีมาตรการอื่นๆ เสริม ซึ่งจะช่วยให้มีการใช้อย่างพอเพียง เหมาะสมมากขึ้น เช่น การออกแบบระบบการจ่ายเงินตามโครงการหลักประกันสุขภาพให้อึดต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา : มาตรการในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้มีความเสมอภาคกันระหว่างระบบประกันสุขภาพต่างๆ และการสร้างกระบวนการจัดการความรู้ด้านการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ





## บทที่ 3

### “บัญชาหลักแห่งชาติ”

#### เครื่องมือสู่การใช้ยาอย่างพอเพียง

กระทรวงสาธารณสุข ได้นำหลักการยาจำเป็นที่เสนอ โดยองค์การอนามัยโลกมาผสมผสานเข้ากับแนวความคิดเดิมของ กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับ การคัดเลือกยาที่มีความจำเป็นต่อ สุขภาพอนามัยของประชาชนของ

“แนวคิดเกี่ยวกับยาจำเป็นขององค์การ อนามัยโลกนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการที่ทุก ประเทศมีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่มียาสำเร็จรูปจำหน่ายอยู่ใน ท้องตลาดอยู่เป็นจำนวนมาก”

สถานพยาบาล (เริ่มดำเนินการตั้งแต่ก่อนปี พ.ศ.2515) โดยได้จัดทำบัญชียาแห่งชาติ ฉบับแรก เรียกว่า “บัญชียาจำเป็นแห่งชาติ พ.ศ.2524” และมีการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะ รวม 6 ครั้ง จนถึง “บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2547” ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน

บัญชียาหลักแห่งชาติมีการพัฒนาจากหลักการเดิมขององค์การอนามัยโลก ที่บรรจุ เฉพาะยาจำเป็นพื้นฐานที่ขาดเสียมิได้ต่อสุขภาพของประชาชนและการแก้ปัญหาสาธารณสุข ของประเทศ มาเป็นบัญชียาหลักแห่งชาติที่รองรับการนำไปใช้อ้างอิงในการจัดชุด สิทธิประโยชน์ด้านยาของประชาชน ส่งผลให้บัญชียาครอบคลุมรายการยาที่กว้างขวางมากขึ้น มีความครอบคลุมโรค สาเหตุของโรคและการรักษาสุขภาพของคนไทย ในระดับจำเป็น ขาดไม่ได้ แต่ประหยัดและคุ้มค่า โดยยึดหลักปรัชญาและหลักการในการพัฒนามัญชียาหลัก แห่งชาติ ดังนี้

1. การพัฒนามัญชียาหลักแห่งชาติมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำบัญชีของยาที่ต้องใช้ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนชาวไทยโดยครอบคลุมโรค สาเหตุของ โรคและการรักษาสุขภาพของคนไทยในระดับจำเป็นขาดไม่ได้ แต่ประหยัดและคุ้มค่า

2. มุ่งให้เป็นบัญชียาสำหรับคนไทย และเป็นมาตรการหนึ่งในระบบยาแห่งชาติที่จะทำให้เกิดภราดรภาพ มีความประหยัดเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ลดความฟุ่มเฟือยและความสูญเปล่าที่เกิดจากการใช้ยา โดยมีอรรถประโยชน์ที่สำคัญ คือ

- 2.1 เป็นหลักการที่จะช่วยและส่งเสริมผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพทุกสาขา ให้ใช้ยาอย่างเหมาะสม
- 2.2 เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการด้านยาของสถานพยาบาล
- 2.3 หน่วยงานประกันสุขภาพต่างๆ อาจจะนำบัญชียาหลักแห่งชาติ ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา (Pharmaceutical Benefit Scheme, PBS) ได้ตามความเหมาะสม

บัญชียาหลักแห่งชาติมีการปรับปรุงเป็นระยะโดยอาศัยข้อมูล หลักฐานทางวิชาการ ปัญหาสุขภาพของคนไทย ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ภราดรภาพ และความเสมอภาคระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยให้เหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ

บัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) บัญชียาสำหรับโรงพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข (2) บัญชียาสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน (3) รายการเภสัชตำรับของโรงพยาบาล และ (4) บัญชียาจากสมุนไพร<sup>(12)</sup>

## การจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ โปร่งใส น่าเชื่อถือเพียงใด?<sup>(13)</sup>

เพื่อให้การพิจารณาคัดเลือกยาเป็นที่น่าเชื่อถือ โปร่งใส มีหลักฐาน มีเหตุผลและเป็นปัจจุบัน สามารถอธิบาย ชี้แจงหรือเผยแพร่ต่อผู้เกี่ยวข้องได้ จึงได้มีการพัฒนาระบบการคัดเลือกยาที่สำคัญคือ



## 1. ความโปร่งใสในกระบวนการคัดเลือกยา (Transparency)

โดยที่กรอบการบริหารเวชภัณฑ์ของรัฐ และชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ได้ใช้บัญชียาหลักอ้างอิง ดังนั้นเพื่อให้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นบัญชีที่ใช้ได้ผลและเป็นที่ยอมรับได้ คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงกำหนดเกณฑ์จริยธรรมในการจัดทำบัญชียาหลักขึ้น มีสาระสำคัญที่มุ่งให้คณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานฯ ในการจัดทำบัญชียาหลักทุกคนปฏิบัติหน้าที่ด้วยความบริสุทธิ์ใจ โปร่งใส ตามหลักวิชาการ และมุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ในการนี้ คณะอนุกรรมการฯ และผู้ทำงานฯ ทุกคน ได้ลงนามแสดงความบริสุทธิ์ใจไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

“...อนุกรรมการฯ และผู้ทำงานฯ รวมทั้งคู่สมรส จะต้องไม่เป็นเจ้าของ หุ้นส่วน ผู้บริหาร ลูกจ้าง หรือที่ปรึกษาในธุรกิจนำเข้ายาหรืออุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์...”

“...หากอนุกรรมการฯ และผู้ทำงานฯ เป็นผู้ที่เคยหรือกำลังมีการกระทำที่อาจมีส่วนได้ส่วนเสีย หรือที่อาจทำให้เกิดอคติในการพิจารณาได้ จะต้องแสดงตนไม่ร่วมในการพิจารณาตัดสินคัดเลือกรายการยาเฉพาะกรณีในช่วงเวลาที่คณะกรรมการฯ หรือคณะทำงานฯ พิจารณายานั้นๆ...”

## 2. การคัดเลือกยาโดยใช้หลักฐานข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Evidence-based Medicine)

เพื่อให้การคัดเลือกยากระทำโดยมีหลักฐาน มีเหตุผล และเป็นปัจจุบัน สามารถอธิบายชี้แจงหรือเผยแพร่ต่อผู้เกี่ยวข้องได้ จำเป็นต้องใช้การแพทย์บนข้อมูลเชิงประจักษ์ Evidence-based Medicine ที่แสดงข้อมูลเชิงประจักษ์ (Explicit Information) ที่ละเอียดพอเอื้อต่อการใช้ข้อมูลที่ครบถ้วนในการตัดสินใจให้ข้อมูลชัดเจนในทุกขั้นตอนและตลอดคิในการพิจารณา จึงพัฒนาเครื่องมือในการคัดเลือกยาที่สำคัญคือ ระบบคะแนน ISaE และ ดัชนี EMCI มาใช้ในการเปรียบเทียบยานิตต่าง ๆ ก่อนตัดสินใจคัดเลือกยา ระบบดังกล่าวได้ผสมผสานข้อดีของ Evidence-based Medicine ที่มีการให้นำหนักความสำคัญต่อบัญชีหลัก

ที่ใช้เปรียบเทียบคุณสมบัติของยาอย่างครบถ้วน เป็นระบบ ปราศจากอคติ เข้าไว้ด้วยกัน กับข้อดีของการใช้ดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Judgement) ที่สามารถนำปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาคำนวณคะแนนมาประกอบการพิจารณา เช่น ความรวดเร็วในการออกฤทธิ์ของยา ความคงทนของตัวยา และการดื้อยา เป็นต้น

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่วนใหญ่คัดเลือกโดยผ่านระบบคะแนนดังกล่าว แต่มี ยาบางรายการไม่ได้ผ่านระบบดังกล่าว ยากลุ่มนี้พิจารณาโดยนำปรัชญา หลักการที่คณะ อนุกรรมการฯ วางไว้เป็นหลักในการพิจารณา และคำนึงถึงหลักของ Evidence-based Medicine มาใช้ในการพิจารณา ตัวอย่างยาที่ไม่ได้ใช้ระบบคะแนน ISaF และดัชนี EMCI ได้แก่ ยาส่วนใหญ่ที่ใช้สำหรับโรคมะเร็งและโรคทางโลหิตวิทยา ยาต้านไวรัส HIV และยาต้านเชื้อรา และรังสีวินิจฉัย ด้านโภชนาการ ด้านทันตกรรม ด้านอชีวเวชศาสตร์และพิษวิทยา ยาที่ไม่ต้องเปรียบเทียบกับยาอื่น ยาที่ไม่ผ่านการพิจารณาทั้งกลุ่มยา ยาที่ไม่มีความจำเป็นต่อ สุขภาพ ยาที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุน ยาผสมที่ไม่มีข้อมูลแสดงว่ามีข้อดีกว่าหรือเท่าเทียม กับยาเดี่ยว เป็นต้น

### 3. ระบบการพิจารณาสามัขนตอน

เพื่อให้การพิจารณาคัดเลือกยาเป็นไปอย่างรอบคอบ มีการพิจารณาในมิติต่าง ๆ อย่างครบถ้วนทั้งในระดับจุลภาค (ผลต่อบุคคล/ผู้ป่วยแต่ละราย) และระดับมหภาค (ผลต่อรัฐ ส่วนรวมและสังคม) สอดคล้องกับปรัชญา หลักการในการพัฒนายาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการฯ จึงกำหนดให้มีการพิจารณากลับกรองสามชั้น กล่าวคือ

**ชั้นแรก** คณะทำงานคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 15 สาขา\* พิจารณาคัดเลือก ยาตามแนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกยาของคณะอนุกรรมการฯ โดยใช้ข้อมูล ISaF และ EMCI เป็นเครื่องมือในการพิจารณา ร่วมกับความเห็นและข้อมูลในประเด็นอื่น ๆ ที่ไม่ได้ เป็นองค์ประกอบในการคำนวณคะแนน ISaF และ EMCI การพิจารณาในชั้นแรกนี้ คณะ ทำงานฯ ส่วนใหญ่มุ่งพิจารณาโดยคำนึงถึงคุณสมบัติและประโยชน์ของยาต่อผู้ป่วย

\* คณะทำงานฯ แต่ละสาขาประกอบด้วยผู้แทนคณะอนุกรรมการฯ และผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จริยธรรม ซึ่งมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ด้านเภสัชศาสตร์ เวชกรรม ทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพ เภสัชกรรม ทั้งจากมหาวิทยาลัย สถานพยาบาลปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค



แต่ละรายเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม มีคณะทำงานฯ บางส่วนนำปรัชญาและหลักการส่วนอื่นๆ มาใช้ในการพิจารณาด้วย

**ขั้นที่สอง** คณะทำงานประสานผลการพิจารณายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ นำข้อมูลของคณะทำงานคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกสาขามารวมกัน เพื่อพิจารณาในภาพรวมว่าควรมีข้อเสนอในการคัดเลือกยาอย่างไร โดยมี Evidence-based Medicine เป็นพื้นฐานการพิจารณา มีการใช้ข้อมูล ISaE และดัชนี EMCI ผสมกับข้อมูล Cost-Effectiveness ที่ให้มุมมองต่อสังคมภาพรวม (Social Perspective) ความสามารถในการจ่ายของประเทศ (Affordability) ความเสมอภาค (Equity) รวมทั้งความเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพในประเทศไทย

**ขั้นที่สาม** คณะอนุกรรมการพัฒนายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จะมีการพิจารณาข้อมูลเหตุผล และหลักฐานต่างๆ จากทั้งคณะทำงานคัดเลือกยาฯ และคณะทำงานประสานผลฯ เพื่อตัดสินใจคัดเลือกยาในขั้นสุดท้าย โดยใช้หากข้อมูลยังไม่เพียงพอ ก็จะส่งกลับไปยังคณะทำงานฯ พิจารณาซ้ำอีก

## สรุปคุณลักษณะของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

1. มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนสำหรับป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนชาวไทยในระดับจำเป็น แต่ประหยัด คุ่มค่า และเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ
2. มีข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และเป็นปัจจุบันที่แสดงว่ายาดังกล่าวมีความปลอดภัย มีประสิทธิผล และมีประสิทธิภาพ
3. ขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศ เว้นแต่เป็นยาที่ได้รับการยกเว้นตามข้อกำหนดในพระราชบัญญัติยา หรือเป็นเวชภัณฑ์ซึ่งควบคุม กำกับโดยกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
4. มีการผลิต และ/หรือ จำหน่ายในประเทศ
5. ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติควรเป็นยาเดี่ยว หากจำเป็นต้องเป็นยาผสมจะต้องมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ที่แสดงว่ายามผสมมีข้อดีกว่าหรือเท่าเทียมกับยาเดี่ยวในด้านความปลอดภัย ประโยชน์และค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยามผสมจะต้องมี

ข้อดีกว่ายาเดี่ยวในประเด็นของ Compliance และ/หรือ การชะลอหรือป้องกันการดื้อยาของเชื้อก่อโรค

ฉะนั้นบัญชียาหลักแห่งชาติจึงสามารถใช้เป็นคู่มือช่วยส่งเสริมผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพให้ใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ลดความฟุ่มเฟือยและความสูญเปล่าที่เกิดจากการใช้ยาลงได้ โดยหลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่ถูกตัดออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเหตุผลด้านคุณภาพ ที่สำคัญบัญชียาหลักแห่งชาติจึงไม่ใช่บัญชียาที่บรรจุไว้เฉพาะยาที่มีราคาถูกทั้งนี้ยาที่มีราคาแพง แต่มีความจำเป็นและมีหลักฐานแสดงความคุ้มค่าในการใช้ ย่อมจะได้รับการคัดเลือกไว้ในบัญชียาเช่นกัน

## บัญชียาหลักแห่งชาติกับภาคีการใช้จ่ายในชุมชน <sup>[1]</sup>

บัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากมีส่วนสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขแล้ว ยังมีบัญชียาสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเป็นแนวทางให้ประชาชนสามารถเลือกจ่ายด้วยตนเองได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ประหยัดคุ้มค่า และเหมาะสมกับศักยภาพของประชาชนทั่วไปในการเลือกจ่ายด้วยตนเอง และที่สำคัญบัญชียาสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐานมักสอดคล้องกับรายการยาสามัญประจำบ้านตามพระราชบัญญัติยาเพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงยาปลอดภัยได้ง่ายขึ้น

อย่างไรก็ตามแม้ในช่วงที่ผ่านมารัฐมีความพยายามจัดหายาที่เหมาะสมให้กับชุมชน โดยการกำหนดบัญชียาสามัญประจำบ้านขึ้นและพยายามหาช่องทางกระจายยาสามัญประจำบ้านสู่ชุมชน ทั้งผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กองทุนยา หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) แต่ก็ดูเหมือนว่าไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ยังมียาที่ไม่ใช่ยาสามัญประจำบ้านอีกจำนวนมากที่กระจายอยู่ในร้านค้า รถเร่ขายกับข้าวหรือขายยาในชนบท ในขณะที่ยาสาสามัญประจำบ้านเองไม่ได้รับความนิยมนอกจากชาวบ้าน ไม่มีคนใช้ บ้างก็ไม่ทราบว่ามีชื่ออย่างไร บางส่วนรู้สึกว่ายาสาสามัญประจำบ้านเป็นยาคุณภาพต่ำ ยาไม่ดี และไม่เหมาะกับการเจ็บป่วยในพื้นที่ เป็นต้น



การไม่ประสบความสำเร็จในการนำยาสามัญประจำบ้านเข้าสู่ชุมชน และการที่ยังคงมียาและการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจำนวนมากกระจายอยู่ในชุมชน เป็นเรื่องชี้ว่ายาสามัญประจำบ้านที่มีอยู่ขณะนี้ยังไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพในชุมชน แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชนที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการใช้ยาของคนในชนบท ทุกวันนี้ในแทบทุกหมู่บ้านจะพบว่ามียาจำนวนหนึ่ง (ไม่ว่าจะเหมาะสมในสายตา นักวิชาการหรือไม่ก็ตาม) ได้ถูกคัดเลือกโดยชาวบ้านว่าเป็นยาที่จำเป็นสำหรับชุมชนของตนเองทำให้ยาเหล่านี้หาได้ไม่ยากนักในหมู่บ้าน ยาอีกส่วนหนึ่งถูกนำไปปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการใช้ตามความคิดของชาวบ้านเพื่อสร้างคุณค่าและความหมายใหม่ขึ้นมาตอบสนองความต้องการ หรือความจำเป็นในการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนนั้น ทำให้เกิดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในรูปแบบต่างๆ ขึ้นในชุมชน ส่วนแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสมก็เกิดขึ้นตอบสนองความต้องการของชุมชน ครอบคลุมที่ชุมชนยังไม่มียาหรือวิธีการรักษาใดที่นำมาใช้ทดแทนยาชุดได้ ยาชุดก็จะดำรงอยู่ต่อไปในชุมชน ไม่ว่าจะอยู่ในรูปร่างหน้าตาอย่างไร กระจายผ่านช่องทางใด หรือใช้ชื่อว่าอะไรก็ตาม

การจัดหาที่เหมาะสมให้ชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำความเข้าใจสุขภาพและการเจ็บป่วยในฐานะที่เป็นปัญหาทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีความซับซ้อนสัมพันธ์อยู่กับความเชื่อพื้นฐานของชุมชน สถานะทางเศรษฐกิจ ฤดูกาล สิ่งแวดล้อม และบริบทของการเกิดโรค ความจำเป็นเบื้องต้นในการเข้าไปจัดการเรื่องนี้คือการเข้าไปทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยในมุมมองของชาวบ้าน ซึ่งย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพของชุมชน เปิดโอกาสให้ชาวบ้านได้มีโอกาสพูดถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นของเขาในการใช้ยาในกรณีนี้นักวิชาการด้านสุขภาพควรอยู่ในฐานะของพี่เลี้ยงที่คอยให้ข้อมูล ช่วยหาทางออก หรือให้ความช่วยเหลือ มิใช่ในฐานะผู้ที่มีอำนาจกำหนด ตัดสินหรือสั่งให้ชาวบ้านทำโดยไม่เข้าใจชาวบ้าน และควรทำงานบนพื้นฐานที่เชื่อว่าคนทุกกลุ่มสามารถเรียนรู้เพื่อการดูแลและรักษาสุขภาพตนเองได้



## บทบาทปรัชญาหลักในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างพอเพียง เหมาะสม

1. บัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน มักจะสอดคล้องกับรายการยาสามัญประจำบ้าน ตามพระราชบัญญัติยา เพื่อให้ประชาชนสามารถซื้อหาการรักษาอาการเบื้องต้นด้วยตัวเองได้

2. บัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับโรงพยาบาลมีเงื่อนไขในการสั่งใช้และเบิกจ่ายยา การแบ่งหมวดหมู่ยาเป็นบัญชีย่อย 5 บัญชี คือ บัญชี ก. ข. ค. ง. และ จ. นั้น ยึดหลักในการนำไปใช้ได้เหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และส่วนรวม<sup>(13)</sup> ที่สำคัญคือ

- คุณสมบัติของยา ได้แก่ ประสิทธิภาพ ปลอดภัย ราคา ความคุ้มค่า ปริมาณ และคุณภาพของข้อมูลการศึกษาต่างๆ ที่เป็นความรู้ของยานั้นๆ
- คุณสมบัติของสถานบริการ ได้แก่ ความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขในการใช้ยานั้นอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่า
- คุณสมบัติของผู้สั่งใช้ยา ยาในบัญชี ก. และ ข. ได้แก่ ยาที่ใช้ได้โดยแพทย์ทั่วไป ไม่จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติมก็สามารถใช้ยานั้นได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและคุ้มค่า ยาในบัญชี ค. และ ง. เป็นยาที่ต้องใช้โดยแพทย์ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์สูง



ยาที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติจะแบ่งเป็นบัญชีย่อย ก. ข. ค. ง. และ จ. มีรายละเอียดดังตาราง

บัญชีย่อย	ความหมาย	เงื่อนไขในการสั่งใช้และเบิกจ่ายยา
ก	รายการยาสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ เป็นรายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสบการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างพอเพียง และเป็นยาที่ควรได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับแรกตามข้อบ่งใช้ของยานั้น	
ข	รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชีย่อย ก. ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือเป็นยาที่ใช้แทนยาในบัญชีย่อย ก. ชั่วคราวในกรณีที่จัดหาในบัญชีย่อย ก. ไม่ได้	
ค	ยาที่ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจเกิดพิษหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือเป็นสาเหตุให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ง่าย หรือ เป็นยาที่มีแนวโน้มในการใช้ไม่ตรงตามข้อบ่งใช้หรือไม่คุ้มค่าหรือมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด หรือมีหลักฐานสนับสนุนการใช้ที่จำกัด หรือมีประสบการณ์การใช้ในประเทศไทยอย่างจำกัด หรือมีราคาแพงกว่ายาอื่นในกลุ่มเดียวกัน	รายการยาที่ต้องใช้ในโรคเฉพาะทาง โดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรการกำกับการใช้ ซึ่งสถานพยาบาลที่ใช้จะต้องมีความพร้อมตั้งแต่การวินิจฉัยจนถึงการติดตามผลการรักษา

บัญชี	ความหมาย	เงื่อนไขในการสั่งใช้และเบิกจ่ายยา
ง	รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงเป็นกลุ่มยาที่มีความจำเป็นต้องมีการระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา	<ol style="list-style-type: none"> <li>นำข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ไปประกอบในการพิจารณาอนุมัติการเบิกจ่าย</li> <li><u>ต้องตรวจวินิจฉัยและพิจารณาโดยผู้ชำนาญเฉพาะโรคที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากสถานฝึกอบรมหรือได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา หรือทันตแพทยสภาเท่านั้น</u></li> <li>โรงพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation, DUE)</li> </ol>
จ	รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรม หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ที่มีการกำหนดวิธีการใช้ และการติดตามประเมินการใช้ยาตามโครงการ โดยมีหน่วยงานนั้นรับผิดชอบ	
ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	ยาที่ไม่ผ่านการพิจารณาเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ	ต้องมีคณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยและรับรอง* <sup>(14)</sup>

\* "ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2545" ซึ่งกำหนดให้ข้าราชการฯ เบิกจ่ายได้เมื่อ "เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ" ส่วนการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่กำหนดให้คณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยและรับรอง



### 3. มาตรการที่อาจจะตามมา กระทรวงสาธารณสุข เสนอนโยบาย

“ใช้ บัญชียาเดียวกัน ในทุกระบบประกันสุขภาพ  
เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันในการใช้ยา”

## บัญชียาเดียวกันในทุกระบบประกันสุขภาพ : จุดเริ่มต้นของความเห็นที่แตกต่าง

ปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลัก 4 ระบบ คือ 1. ประกันสุขภาพ  
ถ้วนหน้า หรือ 30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค 2. ประกันสังคม 3. สวัสดิการรักษา  
พยาบาลข้าราชการ และ 4. ประกันเอกชน (ซึ่งมีหลายแบบ) แต่ละระบบมีวิธีการบริหาร  
ที่แตกต่าง นโยบาย บัญชียาเดียวกันในทุกระบบประกันสุขภาพ จึงเป็นประเด็นสาธารณะ  
ที่ได้รับความสนใจจากผู้มีส่วนได้เสียจากนโยบายดังกล่าว และนี่คือบางส่วนของความ  
คิดเห็นอันหลากหลายในสื่อต่างๆ

รายนามผู้แสดง ความเห็น	สื่อ	ความเห็นโดยสังเขป
วิไลวรรณ แซ่เตีย : ประธานคณะกรรมการ สมานฉันท์แรงงานไทย	หนังสือพิมพ์ คม ชัด ลึก ฉบับวันเสาร์ที่ 24 มิ.ย. 2549	"...ฝ่ายแรงงานต้องจ่ายเงินสมทบ ค่าประกันสังคม ดังนั้นควรได้รับการ ดูแลที่ดี ยิ่งเมื่อนำไปเปรียบเทียบกับ ระบบสามสิบบาทรักษาทุกโรค ก็ควร จะดีกว่าซึ่งเป็นที่ยอมรับอยู่แล้วว่า ยาที่ ให้แก่ผู้ประกันตนกับยาในโครงการ สามสิบบาท มีความแตกต่างกัน การ จะไปปรับรวมกันย่อมไม่เป็นธรรมต่อ ผู้ประกันตนที่ต้องเสียเงินสมทบ..."
นพ.วรงค์ เดชกิจวิกรม อดีต สส.พิษณุโลก เขต 1 และคณะทำงานด้าน สาธารณสุข พรรค ประชาธิปไตย	หนังสือพิมพ์ คม ชัด ลึก ฉบับวันเสาร์ที่ 24 มิ.ย. 2549	"...การให้ประกันสังคม และสวัสดิการ ข้าราชการ มาใช้บัญชียาหลัก เหมือน กับดึงมาตรฐานการรักษาของทั้ง 2 กองทุนลงมา แทนการยกระดับการ รักษาของโครงการสามสิบบาทรักษา ทุกโรค ไปใช้ยาแบบเดียวกับประกัน สังคม และสวัสดิการข้าราชการ..."
ข้าราชการครู (ไม่เปิด เผยนาม)	หนังสือพิมพ์ คม ชัด ลึก ฉบับวันเสาร์ที่ 24 มิ.ย. 2549	"...หากให้ข้าราชการได้รับ สวัสดิการการรักษาเทียบเท่ากับ โครงการสามสิบบาทรักษาทุกโรค ต่อ ไปคงไม่มีใครส่งลูกหลานมาทำงาน ราชการ แต่ส่งไปทำงานเอกชนแทน เพราะเงินเดือนมากกว่า และบั้นปลาย ชีวิตก็ยังมีเงินสะสมไว้ใช้..."



รายนามผู้แสดง ความเห็น	สื่อ	ความเห็นโดยสังเขป
นพ.วัลลพ ไทยเหนือ อดีตนายกรัฐมนตรี สาธารณสุข	หนังสือพิมพ์ คม ชัด ลึก ฉบับวันเสาร์ที่ 24 มิ.ย. 2549	"...ต้องเริ่มจากความสมัครใจก่อน และให้เวลาเป็นเครื่องพิสูจน์ และที่ สำคัญต้องเร่งประชาสัมพันธ์ให้ ประชาชนมีความมั่นใจในตัวยาในบัญชี ยาหลักก่อน เพราะคนส่วนใหญ่มัก มองว่า บัญชียาหลัก คือยาราคาถูก ด้อยคุณภาพ และเป็นยาสำหรับคนจน และที่สำคัญ กรณีผู้ป่วยที่เป็นโรค ร้ายแรงและโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ มีความจำเป็นต้องใช้ยานอกกลุ่ม บัญชียาหลักต้องอนุโลม..."
ศศิวิมล อนันตกุล : รองเลขาธิการสำนักงาน ประกันสังคม (สปส.)	หนังสือพิมพ์มติชน กรอบบ่าย ฉบับวันเสาร์ที่ 24 มิ.ย.2549 หน้า 5	"...การลดมาตรฐานยาให้ต่ำกว่า เดิมนั้นคงเป็นไปได้ เดิมยาประกัน สังคมสูงกว่ามาตรฐานยาหลักอยู่แล้ว จะให้แค่ทำบัญชียาหลักนั้นต้องผ่าน คณะกรรมการ 2 ชุด ที่จะแก้ไข กฎหมายที่กำหนดไว้..."
พนัส ไทยล้วน : ประธานสภาองค์กร ลูกจ้างแรงงานแห่ง ประเทศไทย	หนังสือพิมพ์มติชน กรอบบ่าย ฉบับวันเสาร์ที่ 24 มิ.ย.2549	"...ระบบมาตรฐานยาของระบบ ประกันสังคมซึ่งปัจจุบันถือว่าอยู่ใน เกรดที่ค่อนข้างดี แย่ลงไปกว่าเดิม องค์กรลูกจ้างไม่ยอมเด็ดขาด..."

รายนามผู้แสดง ความเห็น	สื่อ	ความเห็นโดยสังเขป
กลุ่มเกสัชกรชนบท	หนังสือพิมพ์ข่าวสด ฉบับ วันจันทร์ที่ 26 มิ.ย.2549	<p>“...การส่งเสริมการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นการดำเนินนโยบายที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว ทั้งในด้านสาธารณสุขและด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งในด้านสิทธิมนุษยชน เพราะยาเป็นสินค้าคุณธรรม มนุษย์ไม่ว่ายากดีมีจน ควรจะมีสิทธิ์เข้าถึงยาได้อย่างเท่าเทียมกัน...”</p>
เกสัชโรงหมอ (บ้านนอก) (คอลัมน์นิสต์)	หนังสือพิมพ์กรุงเทพ ธุรกิจ ฉบับวันจันทร์ที่ 26 มิ.ย.2549 หน้า 12 โดย เกสัชโรงหมอ(บ้านนอก)	<p>“...ในความเป็นจริงนั้น ยานอกบัญชียาหลักส่วนใหญ่ คือ ยาที่ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิภาพดีกว่ายาในบัญชียาหลักในขณะที่มีราคาแพงกว่ามาก</p> <p>สำหรับประเด็นยกย่ายาเถื่อนนั้น อันที่จริงฝ่ายแรงงานจะต้องขอบคุณรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเสียด้วยซ้ำที่คิดวิธีทำให้ประกันสังคมมีเงินเหลือเก็บมากขึ้น แทนที่จะใช้จ่ายไปกับยาราคาแพงที่ไม่คุ้มค่าแถมยังเสี่ยงกับอันตรายสูง ดังนั้นขอยืนยันการส่งเสริมการใช้จ่ายในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นการดำเนินนโยบายที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว ทั้งในด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจและมนุษยธรรม...”</p>



รายนามผู้แสดง ความเห็น	สื่อ	ความเห็นโดยสังเขป
นพ.เกียรติศักดิ์ จิริสโต ติกุล : โฆษกสำนักงาน หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.)	ผู้จัดการออนไลน์ (www.manager.co.th) เวลา 14.28 น.13 กันยายน 2549	"...ประชาชนส่วนใหญ่จะเข้าใจ ว่ายาใหม่ที่มีราคาแพง และเป็นยา จากต่างประเทศเป็นยาที่ดีกว่า ซึ่งไม่ จริงเสมอไป...ยาในบัญชียาหลักฯ เป็นยาที่เรามั่นใจได้มากกว่าตรงที่ เป็นยาที่ผ่านการใช้มายาวนานพอ มั่นใจว่าได้ผลในการรักษาและมี ความปลอดภัย..."
ผศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนา นนท์ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	วารสารวงการแพทย์ ฉบับ วันที่16-31 กรกฎาคม 2549 หน้า 9-10	"...บัญชียาหลักแห่งชาติก็เป็น มาตรการที่สำคัญอันหนึ่งที่จะช่วย ลดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ลดภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไป และยังช่วยให้ประชาชนมีโอกาสได้ เข้าถึงระบบบริการภายใต้หลักการ ที่ว่า "บริการที่ดีมีคุณภาพอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม..."
สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) เรียบเรียงจากงานเสวนา	หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์ ฉบับวันอังคารที่ 8 ส.ค. 2549	"เกิดมาเป็นคนทุกคนควรจะมี ชีวิตรอดเท่ากัน ไม่ใช่ว่าเป็นข้าราชการ ควรจะมีชีวิตรอดมากกว่าคนอื่น หรือ อยู่ในระบบประกันสังคมแล้วควรจะมี ชีวิตรอดมากกว่าคนอื่น ความเป็น ธรรมจึงอยู่ที่ทุกคนต่างมีโอกาสที่จะมี ชีวิตรอดเท่ากัน โอกาสในการรักษา อาจแตกต่างกันได้ แต่คุณภาพของ การรักษาต้องไม่ต่างกัน..."



รายนามผู้แสดง ความเห็น	สื่อ	ความเห็นโดยสังเขป
นพ.พินิจ กุลละวณิชย์ : เลขาธิการแพทยสภา	หนังสือพิมพ์แนวหน้า ฉบับวันเสาร์ที่ 19 ส.ค. 2549 หน้า 13	“...สำนักงานประกันสังคมให้ แพทย์ใช้ยาที่นอกเหนือจากยาใน บัญชียาหลักฯ ได้ และข้าราชการยังมี สิทธิที่จะใช้ยาได้มากที่สุด ดังนั้น การที่จะให้ลดตนเองลงมาใช้ยาใน บัญชียาหลักเท่านั้น คงไม่สมควร เพราะผู้ประกันตนต้องออกเงิน สมทบ ส่วนข้าราชการนั้นน่าเห็นใจ เนื่องจากเงินเดือนน้อย...”
ข้าราชการกระทรวง สาธารณสุขท่านหนึ่ง (ไม่เปิดเผยนาม)	หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ ฉบับวันศุกร์ที่ 23 มิ.ย. 2549	“...เราไม่มั่นใจในคุณภาพของ ยาในบัญชียาหลัก แม้ว่าทาง อย. จะรับประกันว่าเป็นยาที่มีคุณภาพ ใช้ได้เหมือนกัน และมีราคาถูก ...หากต่อไปจะใช้ยานอกบัญชียา แล้วต้องจ่ายเอง เท่ากับว่าสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการลดลง ...แต่ความจริงการรักษาโรคบาง ชนิดก็จำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียา หลักเช่นกัน...”
รศ.ดร.นิพนธ์ พัวพงศธร คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	หนังสือพิมพ์ คม ชัด ลึก กรอบบ่าย ฉบับวันพุธที่ 28 มิ.ย.2549	“...ระบบกองทุนประกันสังคม เป็นระบบที่พิเศษ มีสิทธิประโยชน์ มากกว่าผู้ที่ไม่อยู่ในระบบ ยาเดมก็ ดีกว่าระบบยาของกองทุนสามสิบบาท ที่ผ่านมารัฐพยายามทำตัวเป็น



รายนามผู้แสดง ความเห็น	สื่อ	ความเห็นโดยสังเขป
		<p>เจ้าของเงิน ทั้งที่ส่งเข้ากองทุนเพียง 1 ใน 4 ส่วนเท่านั้น รัฐบาลทำอย่างนี้ ถือว่าเป็นการละเมิดทรัพย์สินของเอกชน...”</p>
<p>ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์                      เลขานุการสำนักงาน                      ประกันสังคม (สปส.)</p>	<p>หนังสือพิมพ์บ้านเมือง                      ฉบับวันพุธที่ 28 มิ.ย.2549</p>	<p>“...ขอยืนยันว่ามาตรฐานยาของผู้ประกันตนจะไม่ต่ำกว่าที่เคยได้รับโดยเฉพาะประกาศของ พ.ร.บ. ประกันสังคมระบุไว้ชัดว่าผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับยาไม่ต่ำกว่ามาตรฐานยาหลักแห่งชาติ จึงขอให้ผู้ประกันตนสบายใจได้เพราะถ้าจะมีการปรับลดมาตรฐานอะไรต้องผ่านความเห็นของคณะกรรมการแพทย์ของประกันสังคมก่อน...”</p>
<p>ภก.สรชัย จำเนียร-                      ดำรงการ</p>	<p>จุลสารก้าวใหม่, ปีที่ 4                      ฉบับที่ 32 หน้า 3                      (พ.ศ.2549). ยามาก                      ยาแพง ดีจริงหรือ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาใหม่หลายตัวมิได้ดีกว่ายาเก่า นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงสูงกว่ายาเก่า เพราะเวลาที่ใช้ในการพิสูจน์สั้นมาก</li> <li>- ระบบอุปถัมภ์ของประเทศไทยทำให้แพทย์ขาดอิสรภาพในการสั่งยา การร้องขอให้แพทย์สั่งจ่ายยาแพงๆ เป็นเรื่องที่แพทย์ต้องเผชิญทุกวัน ดังนั้นความเข้มงวดของผู้บริหารโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจแก้ปัญหานี้ได้</li> </ul>

รายนามผู้แสดง ความเห็น	สื่อ	ความเห็นโดยสังเขป
เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ : คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	วารสารวิชาการ สาธารณสุข. ปีที่ 14 ฉบับที่ 5 หน้า 749-758 (กันยายน-ตุลาคม 2548). เลือกใช้ยาให้ถูกต้อง เลือกใช้บัญชีให้ถูกระบบ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แรงกดดันหรือแรงจูงใจในทางการเงินที่สถานพยาบาลได้รับเนื่องจากวิธีการเบิกจ่ายค่ายาแบบต่างๆ มีผลต่อชนิดและปริมาณของยาที่จ่าย (จ่ายตามรายการ (per item) : ยาแพทยามาก/เหมาจ่าย (DRG, APC) (capitation) : ยาถูก ยาน้อย)</li> <li>- ค่าใช้จ่ายด้านยาจะสูงหรือไม่ขึ้นอยู่กับชนิดของยาที่บรรจุในบัญชียามากกว่าขึ้นกับจำนวนรายการในบัญชียา</li> <li>- การใช้บัญชียาทุกรายการยาเดียวกันไม่ได้ทำให้เกิดความเท่าเทียมกันระหว่างระบบประกันสุขภาพต่างๆ แต่ขึ้นกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพ</li> </ul>



## บทที่ 4

### ก้าวต่อไป : การนำปรัชญาหลักแห่งชาติ ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติและการวางระบบควบคุมกำกับให้เกิดการนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสมดังเจตนารมณ์ เป็นหนึ่งในมาตรการอันจะนำไปสู่การใช้จ่ายอย่างพอเพียง เหมาะสมในทุกระดับตั้งแต่ระดับสาธารณสุขมูลฐานจนถึงการบริการในโรงพยาบาลระดับสูง แม้ว่าจะมีการวางเงื่อนไขในการสั่งซื้อและการเบิกจ่ายไว้แล้วในปัจจุบัน แต่ก็ไม่สามารถทำให้สถานการณ์การใช้จ่ายดีขึ้นได้ โดยเฉพาะการสั่งซื้อยากับผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลข้าราชการสูงขึ้นอย่างมากและต่อเนื่อง

จึงมีความพยายามเสนอมาตรการเพิ่มเติม คือ การมีบัญชียาแห่งชาติฉบับเดียวสำหรับทุกระบบประกันสุขภาพ แต่มาตรการดังกล่าวกำลังเผชิญหน้ากับคำถามและความเห็นขัดแย้งของคนในสังคมมากมาย ไม่ว่าจะเป็นมาตรการในการนำบัญชียาหลักแห่งชาติไปใช้เป็นการลิดรอนสิทธิ การขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพยา ความไม่มั่นใจในความครอบคลุมของตัวยาจำเป็นในการรักษาโรคของคนในชาติ และ (บัญชียาสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน) ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในชุมชน ฯลฯ

ทางออกของการนำบัญชียาหลักแห่งชาติไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประเทศไทยมีการใช้จ่ายอย่างพอเพียงเหมาะสม โดยไม่ให้เกิดความวิตกกังวลและความขัดแย้งทางความคิดของคนในสังคม ควรจะเป็นอย่างไร ? และเป็นประเด็นที่ทุกคนต้องหาทางออกร่วมกันอย่างสมานฉันท์ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- (1) วิชิต เปานิล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล : บทความไม่ได้ตีพิมพ์
- (2) \_\_\_\_\_ . WHO advocates 12 key interventions to promote more rational use (online). Access 24 Sep 2006 . Available from : [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/en/](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/)
- (3) สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วิชัย โชควิวัฒน์ ศรีเพ็ญ ดันติเวสส บรรณานิการ. ระบบยาของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรกฎาคม 2545
- (4) วราวุธ เสริมสินสิริ. การเข้าถึงยากำพร้าของผู้ป่วยโรคที่พบได้น้อยในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร 2544
- (5) พิสนธิ์ จงตระกูล “สถานการณ์การใช้ยาในสถานพยาบาล” หน้า 194-206. ระบบยาของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรกฎาคม 2545
- (6) รัตนา พันธุ์พานิช และคณะ. “อัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย (Antibiotics Prescription Rates for Upper Respiratory Tract Infections in Thai National Health Insurance Systems)” วารสารวิชาการสาธารณสุข 12, 4 (กรกฎาคม-สิงหาคม 2546) : หน้า 522-529
- (7) สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. การเปรียบเทียบบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2547 กับ รายการยาผู้ป่วยนอกสำหรับสวัสดิการข้าราชการ. เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง “บัญชียาหลักแห่งชาติกับการปฏิรูประบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ” วันอังคารที่ 1 พฤศจิกายน 2548 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- (8) ลือชัย ศรีเงินวง. มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชน การพัฒนาองค์ความรู้จากทฤษฎีและการวิจัย คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2542

- (9) Sirtree suttajit. Patterns of antibiotic use of upper respiratory infections among commuity members, physicians, drug sellers and the involvement of civil society in URI guideline development. A Desertation Submitted in Partial Fullfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of public health in health system development : College of Public Health Chulalongkorn University 2004
- (10) ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร. ความสูญเปล่าในการใช้ยาแก้ปวดหลัง กรณีศึกษาร้านยาในเขตกรุงเทพมหานคร. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- (11) \_\_\_\_\_. WHO, Medicines Strategy Countries at the core 2004-20007 (online) .Access 24 Sep 2006 . Available from : [www.who.int/](http://www.who.int/)
- (12) บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2547 คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา ISBN : 974-244-147-2
- (13) พิสนธิ์ จงตระกูล. หลักเกณฑ์และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ 2547 สำนักงานประสานการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พฤษภาคม 2548 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. ก.ค.48. ISBN : 974-244-162-6
- (14) ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2545
- (15) คณะกรรมการจัดงานสัปดาห์เภสัชกรรม. คู่มือการจัดงานสัปดาห์เภสัชกรรม 2549

บันทึก.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....