

นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จ หรือ ล้มเหลว

Rationale Drug Use Policy: Success or Failure?

คชาพล นิมเดต^{1*}, จินตนา ลิ้มระนางกูร², ศุศราภรณ์ สามประดิษฐ์¹

Khachapon Nimdet^{1*}, Jintana limranangkura², Susaraporn Sampradit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลนโยบายการใช้ยาสมเหตุผล (Rationale Drug Use; RDU) ในเขตสุขภาพที่ 11 ตามวิธี CIPP Model ในประเด็นผลลัพธ์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และโอกาสพัฒนา โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบาย ประเมินผลการผ่านเกณฑ์ RDU จากข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลทุกแห่ง และวิเคราะห์มูลค่าการใช้ยาจากรายงานดัชนีชี้วัดงานบริหารเวชภัณฑ์ของกองบริหารการสาธารณสุขระหว่างปี 2559–2561 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่าปี 2560 โรงพยาบาล ผ่าน RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 88.75 และในปี 2561 ผ่าน RDU ขั้นที่ 1 และ 2 ร้อยละ 100 และ 23.46 ตามลำดับ การจัดการซื้อตัวยาต้านจุลชีพผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญกับนโยบาย การกำกับติดตามผลอย่างจริงจัง ถ่ายทอดบทเรียนจากโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ และความร่วมมือในทีมสหวิชาชีพ นโยบาย RDU ก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกหลายประการ ประกอบด้วย โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น มีการสร้างนวัตกรรมใหม่ การเพิ่มความตระหนักให้แก่บุคลากรสาธารณสุข การทำงานเชิงรุก และสร้างความรอบรู้ให้แก่ประชาชน

คำสำคัญ : การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การประเมินนโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

Abstract

The objective of this descriptive study was to evaluate the outcomes of rationale drug use (RDU) policy in by using CIPP Model in 3 topics including results, key of success, and opportunity development. The respondents who had responsibilities with RDU in the regional health 11 were invited to interview. The achievement of RDU followed by the Ministry of Public Health's criteria was collected from the reports of all hospitals, and cost of medicines between 2017 - 2018 was summarized from the report of Administrative Division of Public Health. Descriptive statistics were performed to analyze data. In 2017, hospitals located in the regional health 11 passed RDU step I 88.75%. In 2018 they met RDU step I and step II 100% and 23.46% respectively. In addition, the management of antimicrobial resistance in hospitals had been provided. These results showed that RDU policy was successful. The key success factors were consisted the administrators, direction and monitoring, effectiveness in resources management, and co-operation in multidisciplinary team. The RDU policy lead to the several positive benefits including the rationale medicines use in several hospitals, efficiency

Keywords: Rational drug use, policy evaluation, RDU Hospital

Received: September, 1, 2019

Revised: October, 28, 2019

Accepted: October, 28, 2019

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

² โรงพยาบาลระนอง 85000

¹ Surat Thani Provincial Public Health Office, 84000

² Ranong Hospital, 85000

* Corresponding author: E-mail: Aoodpharm@hotmail.com, Tel. 08-1587-8042

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการใช้อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ใช้อยู่ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลรวมไปถึงค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านการแพทย์ยังคงสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี⁽²⁻³⁾ ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลใน 4 หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง เช่น 1) การทำบัญชียาหลักแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ในปี 2524 2) แนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ ในปี 2541 3) ในปี 2555 ประกาศนโยบายแห่งชาติด้านยา และยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2555-2557 เป็นต้น⁽⁴⁾

ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและค่าใช้จ่ายด้านยาสูงขึ้นมาโดยตลอด⁽⁵⁾ ในปี 2556 พบว่า มูลค่าการใช้ยามากกว่า 1.6 แสนล้านบาท ซึ่งเป็นการใช้ยาเกินจำเป็นประมาณ 2,000 ล้านบาท⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา และความรุนแรงของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รัฐบาลเห็นความสำคัญและหาวิธีการแก้ไขปัญหา ดังกล่าวอย่างจริงจัง ในปี 2557 มีโครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU hospital) และในปลายปี 2559 รัฐบาลได้กำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 2560-2564 เพื่อพัฒนาระบบ และกลไกให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลขึ้นในประเทศ⁽⁴⁾

นโยบาย RDU ในปี 2560 มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 1 ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบพื้นฐานที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนนโยบาย ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) Strengthening) การจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (Labeling and Leaflet for Patient Information) การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้อย่างสมเหตุผล (Essential RDU Tools) การสร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการต่อการใช้อย่างสมเหตุผล (Awareness for RDU Principles among Health Personnel and Patients) การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ (Special Population Care) และการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งยา (Ethics in Prescription)⁽⁷⁻⁸⁾ สำหรับ RDU ขั้นที่ 1 ประเมินเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในโรคอุจจาระร่วงฉับพลัน และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลในประเทศผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 จำนวนร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลทั้งหมด

ในปี 2561 มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดจากอุบัติเหตุ และหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต และสตรีตั้งครรภ์ การประเมินการจัดการซื้อตัวยานเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กำหนดเป้าหมายให้โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 และ ขั้นที่ 2 จำนวนร้อยละ 80 และ 20 ของโรงพยาบาลทุกแห่ง ตามลำดับ

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินนโยบายการใช้อย่างสมเหตุผลในเขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วยจังหวัดชุมพร ระนอง ภูเก็ต พังงา กระบี่ สุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช ในประเด็นการผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 และ 2 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากนโยบาย RDU ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และโอกาสการพัฒนา ผลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการวางแผนพิจารณาปรับกลยุทธ์ของนโยบาย RDU ต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ประเมินผลนโยบาย RDU ใช้รูปแบบ CIPP Model⁽⁹⁾ ประกอบด้วย บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) การขับเคลื่อน (Process) และผลลัพธ์ (Product) ใช้รูปแบบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 ถึง เดือน มิถุนายน 2562

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (Service plan สาขา RDU) เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 34 คน และผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนนโยบาย RDU จากโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 ทั้งสิ้น 19 แห่ง จำนวน 30 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative approach) โดยเจาะจงเลือกสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคนแรก คือ ผู้รับผิดชอบ RDU เขตสุขภาพที่ 11 เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ในการขับเคลื่อน และการประเมินผลนโยบาย RDU หลังจากนั้นเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนถัดไปจนข้อมูลอิ่มตัว และมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อคำถามในการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ความสำคัญของนโยบาย RDU วิธีการขับเคลื่อน จุดอ่อน/จุดแข็ง ผลลัพธ์ และโอกาสการพัฒนา ซึ่งผ่านพิจารณาและตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ก่อนการสัมภาษณ์จริง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่มเล็ก/การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง ไม่เกิน 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง ตามลำดับ ประเมินความน่าเชื่อถือของ

ข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์จากหลายกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเวลา สถานที่ และใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี บทสนทนาจากการสัมภาษณ์ถูกถอดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างละเอียดแบบคำต่อคำ การวิเคราะห์ประกอบด้วย การจัดระเบียบข้อมูล การจัดรหัสเป็นหมวดหมู่ และการสรุปผล

ในส่วนการประเมินผลการผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยรวบรวมจากข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ทุกแห่ง จำนวน 81 แห่ง ที่ได้รายงานต่อคณะกรรมการ Service plan สาขา RDU เขตสุขภาพที่ 11 โดยในปี 2560 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ประเมินผลเฉพาะ RDU ขั้นที่ 1 และในปี 2561 ประเมิน RDU ทั้งขั้นที่ 1 และ 2 ในส่วนการประเมินมูลค่าการใช้นั้น ผู้วิจัยประเมินจากรายงานดัชนีชี้วัดงานบริหารเวชภัณฑ์ของกองบริหารการสาธารณสุข เรื่องมูลค่าการจัดซื้อยาจำแนกตามระดับโรงพยาบาลระหว่างปี 2559-2561⁽¹⁰⁾ การวิเคราะห์ผลใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงมูลค่าการใช้จ่ายด้านยาในภาพรวม และค่าเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยวิธีการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้แทนงาน RDU เขตสุขภาพที่ 11 ประธาน Service plan สาขา RDU นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชุมพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะกั่วป่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าฉาง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนงาน RDU หลักของโรงพยาบาลท่าฉาง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

2) การอภิปรายกลุ่มเล็ก 2 กลุ่ม คือ 1) ณ รพ.ละแม ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลละแม/หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลละแม และ 2) ณ โรงพยาบาลระนอง ประกอบด้วย เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ Service plan สาขา RDU เขตสุขภาพที่ 11

3) การสนทนากลุ่มแบบเจาะจง ได้แก่ คณะกรรมการ Service plan สาขา RDU เขตสุขภาพ ที่ 11

4) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพระบบบริหารจัดการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเช็ดยาต้านจุลชีพ ประจำปี 2562 ในเขตสุขภาพที่ 11

5) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในการประชุมผู้บริหารสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 11

6) ศึกษารายงานการประชุมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานำเสนอตามรูปแบบ CIPP Model ดังนี้

1.บริบทนโยบาย RDU (context)

การใช้ยาไม่สมเหตุผลนอกจากส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านการแพทย์แล้วยังก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือที่เรียกว่าการเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ต่อการใช้ยา (Adverse drug event; ADR)⁽¹¹⁾ นำมาซึ่งอันตราย ความพิการ และการเสียชีวิต อุบัติการณ์เชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล เป็นปัญหาระดับประเทศที่นำไปสู่การกำหนดให้การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากรายงานจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อแบคทีเรียดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistance Surveillance Center Thailand; NARST)⁽¹²⁾

ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2549 จากโรงพยาบาล 55 แห่งในทุกภาคของประเทศไทย พบ Acinetobacter ดื้อต่อยาในกลุ่ม Carbapenam เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 67.2 และจากการสำรวจการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง⁽¹³⁾ พบว่า Acinetobacter baumannii เป็นเชื้อที่ดื้อต่อยาหลายขนาน ยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ใช้หลักการ 3 ข้อ ได้แก่ เน้นการลงมือทำและวัดผลได้ เน้นการทำงานร่วมกันของหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ และกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นทางการเมือง รัฐบาลเร่งรัดให้นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และกระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลทุกแห่งส่งเสริม “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” กำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาที่ 15 และเป็นคำรับรองในการปฏิบัติงาน (Performance Agreement; PA) ของรัฐมนตรี ปลัดกระทรวง และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

อีกทั้งกำหนดเป้าหมายตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการจนถึงเป้าหมายระยะยาว ในการขับเคลื่อนนโยบาย RDU ขึ้นกับการบริหารจัดการตามแต่ละเขตสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 11 มีการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ ปี 2556 มีโรงพยาบาลหลายแห่งเป็นต้นแบบในการเข้าร่วมโครงการ Antibiotic Smart Use (ASU) ซึ่งส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 3 โรค ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ อูจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลสดจากอุบัติเหตุ ซึ่งมีการถอดบทเรียนและต่อยอดการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนโยบาย RDU ในปี 2559 ได้เป็นอย่างดี ประกอบกับผู้บริหารให้ความสำคัญและติดตามอย่างต่อเนื่องในการประชุมผู้บริหารระดับเขต ผู้มีเทศมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและมีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระดับเขตอย่างต่อเนื่อง และเชื่อมต่อจากระดับเขตไปยังผู้บริหารระดับจังหวัดและผู้รับผิดชอบ

นอกจากการให้ความสำคัญจากผู้บริหารแล้วนั้น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ยังได้มีการร่วมประชุมติดตามงานและพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานระดับเขต รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมที่ดีโดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ให้กับประชาชนทั่วไป

2. ปัจจัยนำเข้า (Input)

2.1) ด้านบุคลากร

เขตบริการสุขภาพที่ 11 ได้จัดประชุมชี้แจงให้กับแพทย์ และเภสัชกรผู้รับผิดชอบทุกโรงพยาบาลรับทราบเน้นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องในการใช้ยา สำหรับบุคลากรสาธารณสุขบรรจุใหม่ได้รับการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่างการปฐมฤกษ์ในภาพรวมของเขตบริการสุขภาพซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ในแต่ละจังหวัดได้มีการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับจังหวัด และหน่วยบริการ

2.2) ด้านงบประมาณ

กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนงบประมาณให้แก่สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11 ในการดำเนินงาน RDU ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณจึงถูกนำไปใช้ในการจัดประชุมและคณะกรรมการ และได้มีการขอสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการจัดประชุมวิชาการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน มีการถอดบทเรียนจากหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จจากโครงการการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotics smart use; ASU)⁽¹⁴⁾ จากเขตสุขภาพอื่นๆ

2.3) วัสดุและอุปกรณ์

จุดแข็งของเขตสุขภาพที่ 11 ที่สำคัญ คือ มีโรงงานผลิตสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ได้แก่ โรงพยาบาลท่าฉาง โรงพยาบาลท่าชะและโรงพยาบาลทุ่งสง จึงได้มีวางแผนการผลิตและการสนับสนุนยาสมุนไพรร่วมกันเพื่อใช้ในดูแลรักษาผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ ลดการใช้แผนปัจจุบัน และได้รับการสนับสนุนคู่มือส่งเสริมโรงพยาบาลการใช้ยาสมเหตุผล และสื่อประชาสัมพันธ์จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3. กระบวนการ (Process)

ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 11 ได้ให้ความสำคัญและมีการกำกับติดตามผลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งคณะกรรมการ Service plan สาขา RDU ทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 11 ขึ้นต่อมาได้จัดประชุมชี้แจงให้กับแพทย์ และเภสัชกร ผู้รับผิดชอบทุกโรงพยาบาลรับทราบ กำหนดโรงพยาบาลเป้าหมายของแต่ละจังหวัด ดำเนินงานส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามตัวชี้วัด ลดการใช้ยาการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร และประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขตให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายในระดับจังหวัดและระดับอำเภอนั้น ผู้บริหารได้ปรับใช้วิธีการดำเนินงาน

RDU ตามแต่ละบริบท เนื่องจากนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องสร้างความตระหนักและความเข้าใจร่วมกัน โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดกลางจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นคำรับรองในการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหารทุกระดับ และบางหน่วยงานได้ใช้เป็นตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน (Key Performance Indicators; KPI) ของผู้ปฏิบัติงาน ระยะแรกของการดำเนินงานเน้นให้เกิดการจัดการทรัพยากรให้เอื้อต่อส่งเสริมโรงพยาบาลสมเหตุผล และการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อมาเป็นการกำกับติดตามเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรคต่างๆ ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

กระบวนการขับเคลื่อน RDU ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee; PTC) คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ โดยเภสัชกรทำหน้าที่เป็นกรรมการและเลขานุการ มีบทบาทหน้าที่ตั้งแต่กระบวนการพิจารณาคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์เข้าโรงพยาบาลซึ่งพิจารณาจากประโยชน์ในการนำมาใช้รักษาผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์และพิษของยา มาตรฐานผลิตภัณฑ์และราคา ยา กำหนดกรอบบัญชียา จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ ให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้านขายยา สถานพยาบาลเอกชน และส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ในการใช้ยา (RDU Literacy)

4. ผลลัพธ์ (Product)

4.1) ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2560 พบว่า โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 88.75 สาเหตุที่ไม่ผ่านทุกแห่งเพราะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีปัญหาในการใช้ยาปฏิชีวนะเกินเกณฑ์ที่กำหนดด้วยเหตุนี้จึงมีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น และจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการสั่งยาปฏิชีวนะ ในส่วนการจัดการเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ พบว่า โรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 72.72

ปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ทุกแห่ง และผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 จำนวน 19 แห่ง จากทั้งหมด 81 แห่ง (ร้อยละ 23.46) โดยผลการดำเนินงานค่อนข้างมีความหลากหลายเมื่อเทียบผลรายจังหวัดใน 7 จังหวัด พบว่าโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 ระหว่าง ร้อยละ 11.1–80.00 และโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการที่ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามนโยบาย RDU เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2560-2561

ตัวชี้วัด	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวนแห่ง (ร้อยละ)	
		2560	2561
การใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 1 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)	81 แห่ง	71 (88.75)	81 (100.00)
ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20)	81 แห่ง	N/A	19 (23.46)
มีแผนปฏิบัติการจัดการซื้อดี้อยา (โรงพยาบาลระดับ A, S, M1)	11 แห่ง	8 (72.72)	11 (100.00)
มีระบบการจัดการซื้อดี้อยาอย่างบูรณาการ (โรงพยาบาลระดับ A, S, M1)	11 แห่ง	N/A	100.00

หมายเหตุ n/a = Not available

4.2) ผลลัพธ์ด้านมูลค่ายา ต่อโรงพยาบาล เท่ากับ 32,365,934.48 บาท/แห่ง
มูลค่าการจัดซื้อยาทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 34,775,415.42 บาท/แห่ง และ 34,233,915.00 บาท/แห่ง
81 แห่ง ซึ่งรวมเฉพาะโรงพยาบาลที่รายงานข้อมูลพบว่า ปี 2559 ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลระดับ A มีมูลค่าการจัดซื้อยามากที่สุด
ถึงปี 2561 มีมูลค่า 2,297,981,348.37 บาท 2,503,829,910.03 บาท ดังแสดงในตารางที่ 2
และ 268,353,387.05 บาท ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยการจัดซื้อยา

ตารางที่ 2 มูลค่าการจัดซื้อยาทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 11 จำแนกตามระดับโรงพยาบาลระหว่างปี 2559–2561

ระดับของโรงพยาบาล (จำนวน 81 แห่ง)	มูลค่าการจัดซื้อยา (บาท)		
	ปี 2559 (71 แห่ง)	ปี 2560 (72 แห่ง)	ปี 2561 (73 แห่ง)
A	1,138,305,176.41	1,227,269,867.23	1,269,602,898.42
S	424,563,067.08	474,438,164.43	419,650,872.66
M1	178,871,722.10	175,720,469.66	167,033,741.78
M2	188,440,455.22	211,824,941.16	202,346,367.76
F1	91,303,880.18	92,581,324.18	86,688,989.13
F2	241,223,901.10	272,971,323.73	285,399,537.98
F3	35,273,146.28	49,023,819.64	68,353,387.05
รวม	2,297,981,348.37	2,503,829,910.03	2,499,075,794.78
ค่าเฉลี่ย	32,365,934.48	34,775,415.42	34,233,915.00

4.3) ผลลัพธ์ด้านอื่นๆ

1) ความปลอดภัยและประสิทธิผล

การใช้ยาสมเหตุผลตามหลักวิชาการที่ถูกต้องทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลลดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ ผลข้างเคียงและการแพ้ยา นโยบาย RDU ได้ให้ความสำคัญตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกยา เก็บรักษา การส่งยาตามข้อบ่งใช้ รวมไปถึงการให้ข้อมูลแก่ประชาชนด้านยา เช่น การจัดทำฉลากเสริม การให้คำปรึกษาเฉพาะราย อย่างไรก็ตาม กระทรวง

ยังไม่มีผลการประเมินผลในเรื่องการลดอุบัติการณ์การแพ้ยา และมูลค่าประหยัดจากการใช้ยา และยังไม่มีการศึกษาผลดังกล่าวทั้งในภาพระดับเขตสุขภาพและประเทศ

2) การทำงานเชิงรุก

ผู้บริหารได้ประชาสัมพันธ์เผยแพร่แนวนโยบาย RDU ไปยังประชาชนผ่านสื่อโทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ มีการจัดสัปดาห์ RDU awareness week การลงพื้นที่ให้ความรู้แก่ชุมชน รวมไปถึงสร้างระบบป้องกันการจำหน่ายและการใช้ยาที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน เช่น โครงการยาปลอดภัยในชุมชน โครงการร้านชำสีขาว

ศูนย์แจ้งเตือนภัย เป็นต้น ลักษณะการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เกิดขึ้นในระดับจังหวัดหรือบางพื้นที่เท่านั้นไม่มีการประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงประชาชนในภาพใหญ่

3) สร้างนวัตกรรม

นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลมีหลายประการเช่น กระเป๋ายาสมุนไพรประจำบ้าน กระจกสองคอ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่างๆ ตราสัญลักษณ์ประชาสัมพันธ์หนังสือพิมพ์ RDU มุมให้ความรู้เรื่องการใช้อยู่ในหน่วยบริการสาธารณสุข เป็นต้น เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านนวัตกรรมผ่านเวทีประชุมวิชาการและช่องทางการสื่อสารต่างๆ ในระหว่างที่โปรแกรม Health Data Center (HDC) ที่พัฒนาขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดยังไม่สมบูรณ์ไม่สามารถใช้กับหน่วยบริการที่มีระบบฐานข้อมูลที่แตกต่างกันออกไปทำให้การประมวลผลใช้เวลาค่อนข้างมาก ด้วยเหตุนี้หน่วยบริการได้พัฒนาโปรแกรมหรือชุดคำสั่งขึ้นมาเอง และมีการส่งต่อให้กับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อใช้ร่วมกัน

4) สร้างความตระหนัก และความรอบรู้

เขตสุขภาพที่ 11 ได้มุ่งให้เกิดความตระหนักและเกิดมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดีให้แก่บุคลากรทางการแพทย์โดยได้มีการปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ การจัดประชุมให้ด้านการดูแลรักษา รวมไปถึงการประเมินผลการสั่งจ่ายเป็นรายบุคคล ขณะเดียวกันมุ่งให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ในการดูแลตนเอง (Health literacy) ทั้งการให้ความรู้เมื่อเข้ารับกษาตัวที่โรงพยาบาล และในชุมชน

อภิปรายผล

ในปี 2560 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 88.75 (เป้าหมายร้อยละ 80) ในปี 2561 ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 100 (เป้าหมายร้อยละ 80) ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 ร้อยละ 23.46 (เป้าหมายร้อยละ 20) การจัดการเชื้อตื้อยาผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง แสดงให้เห็นว่า การดำเนินโครงการ RDU ในเขตสุขภาพที่ 11 นั้นประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ และเป็นเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดในประเทศ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จเมื่อวิเคราะห์ตามแบบจำลอง CIPP เกิดจากผู้บริหารทุกระดับมีการกำหนดตัวชี้วัดกลางจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเป็นคำรับรองในการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหาร และตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน (Key Performance Indicators; KPI) ของผู้ปฏิบัติงาน รวมไปถึงกำกับติดตามผลอย่างจริงจัง มีการถ่ายทอดบทเรียนจากโครงการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotic Smart Use) จากโรงพยาบาลนำร่องทั้งในเขตสุขภาพเองและเขตสุขภาพอื่นๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทาง

การขับเคลื่อนนโยบาย RDU และต่อยอดการทำงาน นอกจากนี้มีการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ร่วมกัน เช่น การผลิตยาสมุนไพร การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางสาธารณสุขจบใหม่ การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวัดและการประเมินผล เป็นต้น และทีมสหวิชาชีพร่วมมือกันทำให้สามารถนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้จริง

อย่างไรก็ตามมูลค่าการใช้ยาทั้งในภาพรวม และค่าเฉลี่ยของแต่ละโรงพยาบาลไม่ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษามีอาการของโรคที่รุนแรง ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยามีมูลค่าสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นอาจต้องใช้วิธีการขับเคลื่อนหลายรูปแบบในการดำเนินการ เช่น การประเมินการสั่งจ่าย (Drug use evaluation; DUE) ในยาที่มีราคาแพง⁽¹⁵⁾ เป็นต้น รวมไปถึงการขยายเป้าหมายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ มูลค่าการใช้ยาได้จากแบบรายงานการจัดซื้อยาของโรงพยาบาลที่รายงานมายังกองบริหารการสาธารณสุข ซึ่งในแต่ละปีนั้นมีจำนวนไม่ครบทุกแห่ง การเปรียบเทียบมูลค่ายาโดยรวมอาจไม่สะท้อนให้เห็นมูลค่าการประหยัดที่เกิดจากนโยบาย RDU ที่เน้นการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 โรคพื้นฐาน และมูลค่ายาควรต้องเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละโรคที่เพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพมีเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐ ทำให้ขาดมุมมองจากผู้ป่วย ประชาชน และภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา RDU กระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดสรรกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอ รวมถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการขับเคลื่อนและประเมินผลนโยบาย สำหรับการสื่อสารประชาสัมพันธ์ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำเทคโนโลยีและสื่อทางสังคมมาปรับใช้เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น ก้าวต่อไป ควรเป็นการกำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาสู่การเป็นประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU country) และควรดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) ให้ชัดเจน ตลอดจนสร้างการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เป็นกลไกสำคัญที่สามารถแก้ไขปัญหาระดับประเทศ และความสำเร็จของนโยบาย RDU สำหรับประชาชนในพื้นที่จำเป็นต้องใช้การบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ และระยะเวลาในการดำเนินการเช่นเดียวกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้^(14,16-18)

หากพิจารณาผลลัพธ์ที่นอกเหนือจากเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้แล้ว นโยบาย RDU ก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกที่ประโยชน์ทั้งต่อประชาชน บุคลากรทางสาธารณสุข และระบบการบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

การเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา การสร้างนวัตกรรมใหม่ การเพิ่มความตระหนักให้แก่บุคลากรสาธารณสุข การทำงานเชิงรุก และสร้างความรอบรู้ให้แก่ประชาชน ผลจากการวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าและโอกาสพัฒนานโยบาย RDU ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Rational use of Medicines: [Internet] 2019 [Cited 14 May, 2019]. Available from http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/index.html.
2. Grosse SD. Assessing cost-effectiveness in healthcare: history of the \$50,000 per QALY threshold. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research 2008; 8(2): 165-78.
3. Johannesson, M., Meltzer, D. Some reflections on cost-effectiveness analysis. Health economics 1998; 7(1): 1-7.
4. Mekton, S. Development of rational drug use policy: [Internet] 2019 [Cited 14 May, 2019]. Available from http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/00_RDU_Policy_Sophon.pdf.
5. Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Natanant, S., Kulpeng, W., Yothasamut, J., Werayingyong, P. Estimating the willingness to pay for a quality-adjusted life year in Thailand: does the context of health gain matter? ClinicoEconomics and outcomes research 2013; 5: 29-36.
6. Sirirussamee, B. Antibiotics use behavior of people in Nakhon Pathom Province. Nakhon Pathom: Mahidol University, Institute for Population and Social Research; 1997.
7. Pisonthi, C. RDU Hospital: The Pathway to Rational Drug Use. Thai J Pharmacol 2015; 37: (1): 48-61. (In Thai).
8. Chongtrakul, P. RDU hospital: the pathway to rational drug use. Thai Journal of Pharmacology 2015; 37: 48-62.
9. Stufflebeam, D.L. The CIPP Model for Evaluation. In: Kellaghan, T., Stufflebeam, D.L. (eds) International Handbook of Educational Evaluation. Kluwer International Handbooks of Education, 9. Springer, Dordrecht; 2003.
10. Health administration division in Ministry of Health. Trimester report of inventory management : [Internet] 2019 [cited 14 May, 2019]. Available from <http://203.157.3.54/hssd1/>
11. Coloma, P. M. Combining electronic health-care databases in Europe to allow for large-scale drug safety monitoring: the EUADR Project. Pharmacoepidemiol. Drug Saf 2011; 20: 1-11.
12. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center. Antimicrobial resistance 2000-2017 [Internet] 2019 [Cited 2 September 2019]. Available, from: <http://narst.dmsc.moph.go.th>.
13. Vattanavanit, V., Chayakul, P. Acinetobacter infections in the intensive care unit. Songklanagarind Medical Journal 2013; 31(2): 91-100. (in Thai).
14. Sumpradit, N., Chongtrakul, P., Anuwong, K., Puntong, S., Kongsomboon, K. Antibiotics Smart Use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. Bull World Health Organ 2012; 90(12): 905-13.
15. Avorn, J., Soumerai, S.B. Improving drugtherapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". N Engl J Med 1983; 308(24): 1457-1463.
16. Tomokawa, S., Kaewwiset, S., Saito, J., Akiyama, T, Waikugu, J. Key factors for school health policy implementation in Thailand. Health Educ Res 2018; 33(2): 186-195.
17. Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Pudpong, N., Putthasri, W., Mills, A. Health insurance for people with citizenship problems in Thailand: a case study of policy implementation. Health Policy Plan 2016; 31(2): 229-38.
18. Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Public health and international drug policy. Lancet 2016; 387(10026): 1427-1480.