

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

(พฤษภาคม 2559)

การใช้ยาไม่สมเหตุผลนับเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกมาอย่างยาวนาน โดยพบว่าน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษา และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาที่ได้รับมาจากผู้ส่งยา ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ปัญหาเชื้อดื้อยา การสูญเสียทรัพยากรและการเงินการคลัง เช่น ในต่างประเทศ การใช้ยาไม่สมเหตุผลทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมากถึง 466 ล้านดอลลาร์ในสหราชอาณาจักรและมากถึง 5.6 ล้านดอลลาร์ต่อโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา และส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างทั่วโลก ซึ่งมีสาเหตุมาจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และใช้มากเกินไปจนจำเป็น ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความสูญเสียในแต่ละปีประมาณ 4,000-5,000 ล้านดอลลาร์ใน US และ 9,000 ล้านยูโรในยุโรป¹

2 3 4

สำหรับประเทศไทย การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน นับเป็นปัญหาระดับชาติมานานเช่นกัน ตัวอย่างเช่น การบริโภคนยาปฏิชีวนะโดยพบว่าประชาชนใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสอย่างแพร่หลาย ประมาณร้อยละ 40-60 ในต่างจังหวัดและร้อยละ 70-80 ในกรุงเทพมหานคร⁵ สำหรับด้านค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ พบว่าการบริโภคนยาของคนไทยในปี 2553 มีมูลค่าสูงถึง 144,570 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ⁶ ขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 10-20 เท่านั้น⁷ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานใน 60th World Health Assembly เมื่อเดือนพฤษภาคม 2550 ว่าการใช้ยาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 เป็นการใช้อายาไม่สมเหตุผลเกินจำเป็น ประเทศไทยได้เสนอข้อมูลประมาณการว่า การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในภาครัฐ มีไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 หากมีการดำเนินการตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จะลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็นของภาครัฐได้ไม่ต่ำกว่าปีละ 23,000 ล้านบาท (จาก Estimated drug expenditure in 2004 เท่ากับ 47,601.27 ล้านบาท)⁸

ดังนั้น การใช้ยาอย่างสมเหตุผลจึงนับเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องกำหนดเป็นนโยบายของประเทศ ที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และใช้หลากหลายมาตรการร่วมกัน และทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินแบบบูรณาการ เพื่อยกระดับคุณภาพการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน และร่วมสร้างสังคมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป

1. คำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ตั้งแต่ ปี 1985 องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ว่า “ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด”

“Patients receive medications appropriate to their clinical needs, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost to them and their community”⁹

ซึ่งขยายความได้ดังนี้

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

“การใช้ยาโดยมี**ข้อบ่งชี้** เป็นยาที่มีคุณภาพ มี**ประสิทธิผล**จริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่า**ความเสี่ยง**จากการใช้ยาอย่างชัดเจน มี**ราคา**เหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนี้ถึงปัญหาเชื้อคือยา เป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียายังผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาใน**ขนาด**ที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วย**วิธีการให้ยา**และ**ความถี่**ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วย**ระยะเวลา**การรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การ**ยอมรับ** และสามารถใช้จ่ายดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่ายานั้นได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นั้นได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ”¹⁰

2.สถานการณ์และสภาพปัญหาการใช้ยา

2.1 สถานการณ์และสภาพปัญหาการใช้ยาระดับโลก

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าร้อยละ 10-40 ของงบประมาณสุขภาพของประเทศทั่วโลกเป็นค่ายา ทั้งนี้มีหลักฐานสนับสนุนว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาในประเทศกำลังพัฒนาเป็นการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและสูญเสียเปล่า เช่น WHO รายงานว่าน้อยกว่าร้อยละ 40 ของการรักษาโรคระดับปฐมภูมิในสถานพยาบาลของรัฐ และน้อยกว่าร้อยละ 30 ในสถานพยาบาลเอกชน ที่สอดคล้องกับมาตรฐานการรักษาโรค และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันและท้องเสียจากเชื้อไวรัส ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม^{1, 2} และในปี 2557 ตลาดยาทั่วโลกมีมูลค่าประมาณ US\$ 1057.1 พันล้าน และ IMS คาดการณ์ว่าในปี 2563 การใช้ยาทั่วโลกจะสูงถึง US\$ 1.4 พันล้าน เนื่องจากผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาโรคเรื้อรังและการพัฒนานวัตกรรมของยา¹¹

แม้ว่าองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของโลกในการพัฒนาระบบยา โดยนับตั้งแต่ World Health Assembly ครั้งที่ 37 ปี 1984 ซึ่งที่ประชุมได้เสนอให้องค์การอนามัยโลกจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดหนทางที่จะนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล¹² และได้มีข้อสรุปการดำเนินการมานั้น แต่ในอีก 20 กว่าปีต่อมา ใน World Health Assembly ครั้งที่ 60 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2550 และใน WHO regional committee for South-east Asia ครั้งที่ 64 เดือนกันยายน พ.ศ.2554 และการติดตามความก้าวหน้าในการประชุมปีต่อๆ มา ยังปรากฏข้อเสนอต่อการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับประเทศสมาชิก โดยสรุปประเด็นที่สำคัญ^{3, 4} ดังนี้

1. ความใส่ใจและจริงจังในการแก้ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ยังไม่เพียงพอ ทั้งในด้านนโยบายและทรัพยากร โดยสนับสนุนงบประมาณและกำลังคนในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งพัฒนานโยบายแห่งชาติด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแผนการดำเนินงานระดับชาติในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ซึ่งสอดคล้องตามแนวทางองค์การอนามัยโลก 12 core interventions)

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2. จำเป็นต้องมีมาตรการส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลแบบบูรณาการ ให้สู่การปฏิบัติในระดับชาติ ที่ยั่งยืน ครอบคลุมภาคส่วนต่างๆ ของการใช้ยา (a comprehensive, national and sector-wide approach to promote the rational use of medicines)
3. การแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาไม่สามารถเป็นไปได้ หากไม่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
4. เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรควบคุมยาในประเทศ โดยใช้มาตรการห้ามไม่ให้มีการส่งเสริมการขายยาในลักษณะที่ไม่ถูกต้อง ผิดจริยธรรม นอกจากนี้ต้องป้องกันไม่ให้เกิดการขายยาที่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์
5. พัฒนากลไกในการลดการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ เช่น การผนวกบัญชียาจำเป็นเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพ

อย่างไรก็ตามภายหลังจากการประชุม WHO regional committee for South-east Asia ครั้งที่ 64 Regional Office for South-East Asia ได้ทำ national situational analysis เพื่อใช้กำหนดทิศทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการบริหารจัดการด้านยาอย่างมีประสิทธิภาพ (effective management of medicines) โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าวในเดือนเมษายน 2556 ในการประชุม A regional consultation on effective management of medicines พบว่า ประเทศสมาชิก 11 ประเทศ ส่วนใหญ่ยังให้การสนับสนุนทรัพยากรน้อยในการดำเนินการในการบริหารจัดการด้านยา ทั้งนี้การทำ national situational analysis จะมีการทำทุก 4 ปี เพื่อใช้ในการติดตามและวางแผนของแต่ละประเทศต่อไป¹³

2.2 สถานการณ์และสภาพปัญหาการใช้ยาในประเทศไทย

ในภาพรวมของประเทศ ค่าใช้จ่ายด้านยามีอัตราการเติบโตใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ประมาณร้อยละ 7-8 ต่อปี) แต่สูงกว่าอัตราการเติบโต (ร้อยละ 5-6 ต่อปี) ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)¹⁴ การคาดการณ์แนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยในอนาคต ปัจจัยที่มีผลทำให้ปริมาณการใช้ยาเพิ่มขึ้นประกอบด้วย การที่คนไทยเข้าถึงยามากขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ กลุ่มโรคที่ต้องการการรักษาต่อเนื่องรวมทั้งโรคเอดส์ และกลุ่มประชากรสูงอายุที่ไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในปี 2568 สำหรับปัจจัยที่มีผลทำให้ยามีราคาเพิ่มขึ้น ได้แก่ ยาใหม่และยาที่มีสิทธิบัตร และการขึ้นราคาตามสถานะเศรษฐกิจ¹⁵

อย่างไรก็ตามที่สำคัญที่สุดคือค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เกินความจำเป็น และกระบวนการตลาดที่ขาดจริยธรรม โดยพบการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นในทุกๆ ระดับ ทั้งการใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน การใช้ยาในชุมชนโดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยาต้านจุลชีพ ยาสเตียรอยด์ ยาชุด เป็นต้น

เนื่องจากการใช้ยาเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขอื่นๆ โดยอาจเป็นสาเหตุของปัญหา หรือเป็นผลที่เกิดจากสาเหตุอื่นได้เช่นกัน การใช้ยาจึงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาปัจจัยหลายส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ทั้งการขึ้นทะเบียน การควบคุมการกระจายยา และการใช้ยาในสถานพยาบาลและชุมชน ตลอดจนถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของผู้สั่งใช้ยาและประชาชน¹⁶ มีรายละเอียดดังนี้

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 การขึ้นทะเบียนตำรับยา ประเทศไทยมีทะเบียนตำรับยาเกือบ 30,000 ตำรับ แต่มีสารเคมีที่เป็นสารออกฤทธิ์ เพียง 2,431 ชนิด และเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นยาที่มีความจำเป็นสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของไทยเพียง 624 ชนิด ทะเบียนตำรับยาที่มากเกินไป และมีรูปลักษณะของยาที่คล้ายกัน ทั้งเม็ดยาหรือรูปลักษณะกล่องภายนอกยา (look twin, sound twin) ส่งผลต่อการบอกชนิดยา (identification) ส่งผลต่อความผิดพลาดทางยา (Medication error) ในสถานพยาบาลและการใช้ยาของประชาชน เมื่อใช้ยาตนเอง (self medication) จากแหล่งกระจายยาในชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีทะเบียนตำรับยาอีกจำนวนหนึ่ง ที่ไม่เหมาะสม ที่ต้องได้รับการทบทวนทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ประกาศนโยบายทบทวนทะเบียนตำรับยาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระยะ 10 ปี จำนวนรวม 990 รายการ โดยในปี พ.ศ. 2555 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ออกประกาศเรื่อง รายการยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ที่จะทบทวนทะเบียนตำรับยา ครั้งที่ 1 โดยมีรายการยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ที่สมควรดำเนินการทบทวนทะเบียนตำรับยาโดยเร่งด่วน ด้วยเหตุผลความไม่ปลอดภัยต่อผู้ใช้ยา ทั้งสิ้น 37 รายการ¹⁷ ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 นี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีแผนที่จะดำเนินการทบทวนทะเบียนตำรับยาที่อาจมีความไม่ปลอดภัยต่อผู้ใช้ยา ทั้งสิ้น ๑๗ รายการ ซึ่งขณะนี้มียาที่ดำเนินการทบทวนและเพิกถอนทะเบียนไปแล้ว 1 รายการ คือ Camphor ส่วนรายการอื่นที่เหลือนั้นกำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ

ยาที่มีสูตรยาไม่เหมาะสมต่อการใช้ในปัจจุบัน เช่น ยาปฏิชีวนะบางรายการที่ยังมีการบรรจุในรูปแบบของส่งผลต่อความคงตัวของยา ทำให้ยาเสื่อมคุณภาพได้เร็ว ขณะที่บางรายการมีลักษณะของขวดใส่ยา กล่องบรรจุภัณฑ์ รวมทั้งชื่อทางการค้าที่เหมือนกัน แต่กลับมีตัวยาคนละชนิด ทำให้ประชาชนเกิดความสับสน เข้าใจผิดรับประทานยาแล้วแต่กลับไม่หาย โดยที่ไม่รู้ว่าเป็นผลจากการใช้ยาไม่ตรงกับโรค และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อสุขภาพ¹⁸ นอกจากนี้ยังมียาบางรายการได้รับการอนุมัติทะเบียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 และถูกจัดอยู่ในกลุ่มยาที่ได้รับทะเบียนตลอดชีพ โดยสามารถใช้ได้ตลอดเวลาที่ใบอนุญาตผลิตยาหรือนำเข้ายาของผู้รับอนุญาตยังใช้ได้อยู่ ดังนั้นข้อมูลของตำรับยาที่ขึ้นทะเบียนไว้เมื่อผ่านไประยะเวลาหนึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความก้าวหน้าขององค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับยาและโรคหรือข้อบ่งใช้ของยาที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งบางครั้งจะเกิดปัญหาในการใช้ยาได้ การทบทวนทะเบียนตำรับยาที่ขึ้นทะเบียนไว้แล้วจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการ¹⁹

ตารางที่ 1 ตัวอย่างทะเบียนตำรับยาที่ไม่เหมาะสม^{17, 20-21}

ชื่อยา	เลขทะเบียน	ปัญหาที่พบ
1.ยาชื่อการค้ามาร์วิตต์ ชื่อภาษาอังกฤษ Kidney®	2A 40/2538	ฉลากยาไม่เหมาะสม (ฉลากยามีรูปไต เม็ดยาเป็นรูปไข่สีแดง)
2.ยาชื่อการค้า DISENTO®	2A 1070/2529 2A 172/2556	สูตรผสมไม่เหมาะสม เนื่องจากมีส่วนผสมของยาปฏิชีวนะร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการท้องเสียที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น และส่งผลให้

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่อยา	เลขทะเบียน	ปัญหาที่พบ
		เกิดการดื้อยาในขนาดที่ได้ จึงควรจะแยกออกด้วยาปฏิชีวนะออกจากกัน
3.Oxyphenbutazone	1A 274/2528 1A 2336/2528	ไม่ปลอดภัยต่อการใช้ยา เนื่องจาก 1.ทำให้ไขกระดูกฝ่อ เม็ดเลือดขาวต่ำ ติดเชื้อง่าย กระเพาะทะลุ และอาจตายได้ 2.ประเทศที่เลิกใช้ยานี้แล้ว ได้แก่ นอร์เวย์, ฟินแลนด์, อังกฤษ เป็นต้น 3.บริษัทผู้ผลิตคิดค้นยานี้ ได้เลิกผลิตยาตัวนี้ ตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๒๘ แต่บริษัทอื่นๆ ที่ผลิตยาออกเลียนแบบยังผลิตและจำหน่ายยานี้อยู่
4.ยา Ampicillin + Cloxacillin	2A 715/2527 2A 6/2535 2A 100/2550	1.มีการเพิกถอนทะเบียนตำรับยาผสมระหว่าง Ampicillin + Cloxacillin ในประเทศมาเลเซีย เนื่องจากไม่เข้าหลักเกณฑ์การพิจารณายาสูตรผสม 2.WHO ระบุว่าไม่มีตำรับยาสูตรผสม Ampicillin + Cloxacillin (มีเฉพาะตำรับยาเดี่ยว) ใน WHO model list of essential drug
5.ยา Loperamide HCL ชื่อการค้า NOXZY®	1A 1977/2528	เป็นยาที่มีชื่อการค้าฟ้องเสียงกับยา NOXY® (Loperamide) ซึ่งขึ้นทะเบียนเป็นยาสำหรับสัตว์

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์รายการยาที่ยังมีข้อสงสัยในประสิทธิภาพและความปลอดภัย หรือส่งผลกระทบต่อการใช้ยาไม่สมเหตุผล ซึ่งเป็นรายการยาที่อยู่ในกลุ่มรายการยาที่มีมูลค่าผลิต-นำเข้าสูงเป็นใน 100 อันดับแรก หากประเทศไม่มีหรือไม่ใช้ยาเหล่านี้ จะช่วยประเทศประหยัดได้ถึง 4000 ล้านบาท รายละเอียดตามตารางที่ 2 รายละเอียดข้อมูลยาแต่ละรายการ ตามเอกสารแนบท้าย

ตารางที่ 2 แสดงรายการยาที่ยังมีข้อสงสัยในประสิทธิภาพและความปลอดภัย ที่มีมูลค่าผลิต-นำเข้าสูงเป็นใน 100 อันดับแรก

ชื่อยา	มูลค่าผลิต-นำเข้าปี 2558 (ล้านบาท)
1. serratiopeptidase	789

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่อยา	มูลค่าผลิต-นำเข้าปี 2558 (ล้านบาท)
2. mecobalamin	770
3. carbocisteine	658
4. glucosamine	656
5. vitamin B1 in combination with vitamin B6 and/or vitamin B12	652
6. orphenadrine+paracetamol	447

ที่มา: ข้อมูลจากรายงานมูลค่าการผลิตและนำเข้ายา ประจำปี 2558, สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2.2.2 การจัดหาและการกระจายยา การคัดเลือกและจัดหายาของสถานพยาบาลดำเนินการโดยสถานพยาบาลเอง โดยในปัจจุบันมีการจัดซื้อยาร่วมระดับจังหวัดและระดับเขต ในรายการยาที่มีการใช้ในมูลค่าสูงตามบัญชีรายจ่ายด้านยาแห่งชาติ พ.ศ.2553 พบว่ายาส่วนใหญ่ร้อยละ 62.52 กระจายในโรงพยาบาล ²²

อย่างไรก็ตามการจำหน่ายยาในร้านขายของชำ ซูเปอร์มาร์เกต ร้านสะดวกซื้อ การจำหน่ายยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) รวมทั้งแหล่งอื่นๆ ที่ ไม่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นสิ่งที่ไม่พบได้ทั่วไป การขายตรง (direct sale) และการขายยาผ่านอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางกระจายที่สำคัญของยาบางกลุ่ม ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีวิธีควบคุมที่มีประสิทธิผลและสวนใหญ่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการโฆษณาส่งเสริมการขายโดยไม่ได้รับอนุญาตการกระจายยาผ่านแหล่งที่กลาวนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผล ¹⁵

2.2.3 การใช้ยา

การใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน นับเป็นปัญหาระดับชาติมานานหลายทศวรรษที่สำคัญเช่น การบริโภคยาปฏิชีวนะโดยพบว่าประชาชนใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสอย่างแพร่หลาย ประมาณร้อยละ 40-60 ในต่างจังหวัดและร้อยละ 70-80⁵ ในกรุงเทพมหานคร ส่วนการใช้ยาในโรงพยาบาล พบว่าภาวะที่ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 20 ของภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด นอกจากนี้ ยังแสดงกลุ่มอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น และระดับความพิการ²³

ปัญหาเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ การใช้ยาด้านจุลชีพไม่สมเหตุผลในประเทศและทั่วโลก ทำให้มีแบคทีเรียหลายชนิดคือดื้อยาด้านจุลชีพหลายชนิด บางกรณีคือดื้อยาด้านจุลชีพเกือบทุกชนิดพร้อมๆ กัน ทำให้มีผลต่อการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับการรักษา ซึ่งอัตราการดื้อยานี้สูงมากขึ้นอย่างชัดเจนในประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย ทำให้ต้องใช้จ่ายด้านจุลชีพที่มีราคาแพงขึ้น และต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ในปัจจุบันสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ซึ่งทำให้คนไทยเสียชีวิตประมาณ 100 คนต่อวัน และทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในภาพรวมประมาณ 30,000 ล้านบาทต่อปี ปัจจัยหลักสำคัญของปัญหาเชื้อดื้อยาคือการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม²⁴

องค์การอนามัยโลกกำหนดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก ตั้งแต่ พ.ศ. 2541, 2544, 2548, 2554 และ 2555 โดยในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยได้ลงนามในปฏิญญา Jaipur ของ WHO South-East Asia Region

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ว่าจะดำเนินการแก้ปัญหาได้อย่างจริงจัง แต่ในประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมและยั่งยืน²³

ปัญหาเชื้อดื้อยามีสาเหตุสำคัญจากการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือเกินจำเป็น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทางเลือกของยาในการรักษา จนอาจไม่มียารักษาโรคที่เกิดจากเชื้อดื้อยา ซึ่งมีข้อมูลในแต่ละประเด็นว่า ในปี 2553 ยาปฏิชีวนะและยาฆ่าเชื้อมีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2543 มีมูลค่ารวมประมาณ 2 หมื่นล้านบาท (ร้อยละ 20 ของมูลค่ายาทั้งหมด) ทั้งนี้ มีงานวิจัยจำนวนมากพบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในสถานพยาบาลทุกระดับของประเทศ แม้แต่ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ก็พบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสูงถึงร้อยละ 25-91 การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น เช่น การใช้ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (upper respiratory infection: URI) พบในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน คลินิก และร้านยา การสำรวจร้านยาจำนวน 280 แห่ง พบว่า มีการจ่ายยาปฏิชีวนะใน 5 กลุ่มโรคและอาการที่ไม่ควรใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Influenza, acute viral sinusitis, acute viral pharyngitis, acute viral gastroenteritis และ non- infected skin abrasion สูงถึงร้อยละ 64-82²⁵

นอกจากนี้ปัญหาเชื้อดื้อยามีสาเหตุสำคัญจากการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือเกินจำเป็น ส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่าในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2527 - 2557) ยาปฏิชีวนะเป็นกลุ่มยาที่พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์ (ADR report) จากการใช้ยาสูงสุด (ร้อยละ 36) และเมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะกรณีที่มีอาการแพ้ที่รุนแรง คือ Steven- Johnson syndrome (SJS) และ Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) โดยพบว่าจากรายการยา 20 รายการ เป็นยาปฏิชีวนะถึง 6 รายการ²⁴

ปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพไม่มีผลเฉพาะต่อการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาเท่านั้นแต่ยังทำให้ต้องใช้ยาแพงขึ้น ตัวอย่างเช่น พบเชื้อแบคทีเรีย 4 ชนิด ที่มีการดื้อยาสูงขึ้น ทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด คือ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae* และ เชื้อกลุ่ม Enterobacteria²⁶ ซึ่งอัตราการดื้อยานี้สูงมากขึ้น ทำให้ต้องใช้ยาด้านจุลชีพที่มีราคาแพงขึ้น และต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

ปัญหาการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย ที่เห็นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลที่อยู่ระดับสูง *A. baumannii* เป็นเชื้อก่อโรคที่สำคัญที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งต้องต่อ carbapenems ถึงร้อยละ 70 ซึ่งส่งผลให้ไม่มียารักษาในอนาคตและส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศ ดังจะเห็นได้จากอัตราการดื้อยาของ *A. baumannii* ที่สัมพันธ์กับอัตราการใช้ยาในกลุ่ม carbapenems ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้สูง 10 อันดับแรก ของปี 2551- 2553 ซึ่ง *A. baumannii* ที่ดื้อต่อ carbapenems มักดื้อต่อยาปฏิชีวนะอื่นๆ เกือบทั้งหมด (pandrug-resistant) ซึ่งหากมีการดื้อยาในกลุ่ม Carbapenems แล้ว ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยใน ICU มีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 43²⁷

นอกจากนี้การดื้อยาที่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงชัดเจน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนี้

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1) การดื้อยาต่อกลุ่ม fluoroquinolones ของเชื้อกลุ่ม Enterobacteriaceae ซึ่งพบว่ามี การเพิ่มสูงขึ้นของอัตราการดื้อยา จากร้อยละ 30 ในปี 2541 เป็นร้อยละ 50 ในปี 2552

2) การดื้อยาของกลุ่ม Third-generation cephalosporins ของ เชื้อกลุ่ม Enterobacteriaceae เชื้อที่ดื้อยา กลุ่มนี้ มักจะดื้อต่อยาอื่นอีกหลายชนิด มีการเพิ่มสูงขึ้นของอัตราการดื้อยา จากร้อยละ 10 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 50 ในปี 2552

นอกจากนี้การสำรวจของเครือข่ายการใช้ยาไม่เหมาะสม ปี 2552 พบว่ามีการขายยาปฏิชีวนะบางรายการ เช่น Tetracycline และ Penicillin ในร้านชำและกองทุนยา²⁸

ขณะที่ความต้องการยาปฏิชีวนะชนิดใหม่เพื่อต่อสู้กับเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น แนวโน้มการค้นคิดยาปฏิชีวนะชนิดใหม่กลับลดลง เพราะประสิทธิภาพของยาในการรักษาโรคติดเชื้อลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเชื้อดื้อยาจึงไม่คุ้มค่าในการลงทุน ดังนั้นขณะนี้เรากำลังเผชิญหน้ากับการทำลายของเชื้อดื้อยาที่เพิ่มขึ้นมากทุกที่ ทำให้ต้องหาวิธีที่จะชะลอหรือป้องกันการเพิ่มจำนวนของจุลชีพดื้อยา ต่อมาในปี 2014 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศว่า โลกกำลังมุ่งไปทิศทางยุคหลังยาปฏิชีวนะ (Post-antibiotic era) ซึ่งเป็นยุคที่การติดเชื้อและอันตรายอื่นๆ ที่เคยรักษาได้มานานหลายทศวรรษนั้นสามารถกลับมาฆ่ามนุษย์ได้อีกครั้ง โดยจากข้อมูลของ 114 ประเทศทั่วโลก เปิดเผยว่าไม่สามารถใช้ยาปฏิชีวนะได้อีกแล้วในอนาคต เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก ทุกวัย และทุกประเทศ ทั้งนี้ในรายงาน “การดื้อยา: รายงานจากการเฝ้าระวังทั่วโลก” (Antimicrobial resistance: global report on surveillance) ระบุว่า การดื้อยานั้นเกิดในโรคต่างๆ มากมาย แต่ในรายงานจะมุ่งศึกษาการดื้อยาในแบคทีเรียทั่วไป 7 ชนิด เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) โรคท้องร่วง (Diarrhea) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infections) และโรคหนองใน (Gonorrhoea) ผลที่ได้พบว่ามี การดื้อยาทั้งหมดในทุกภูมิภาคของโลก²⁹

การครอบครองยาเกินจำเป็น

จากการศึกษาของนางลักษณ์ ชิวสิทธิรุ่งเรือง และคณะ ในปี 2550 พบว่ามีการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการที่ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็นสูงกว่า 1 ล้านบาทจากการศึกษาการใช้ยาเพียง 5 รายการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ซึ่งการครอบครองยาเกินจำเป็นอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนเดือนในการสั่งจ่ายยา และการศึกษาของ ณธชัยญาคุณาพุกษ์ และคณะ ในปี 2552 ได้พบว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายการเบิกจ่ายของสวัสดิการข้าราชการจากการสำรองจ่ายเป็นการเบิกจ่ายตรงมีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสั่งจ่ายยาของแพทย์ โดยทำให้แพทย์มีแนวโน้มการสั่งจ่ายยาที่เพิ่มขึ้นต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยหนึ่งครั้ง รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อครอบครองยาเกินจำเป็นเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจากการวิเคราะห์ยาเกินความจำเป็นโดยวิธี medication possession ratio (MPR) ของยา Glucosamine, Atorvastatin, Rosiglitazone, Clopidogrel และ Diacerein ซึ่งเป็นยารักษาโรคเรื้อรัง และเป็นยารับประทานที่มีมูลค่าการสั่งจ่ายสูงใน 10 อันดับแรกของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พบว่ายาที่มีแนวโน้มการครอบครองยาเกินจำเป็นเพิ่มขึ้นหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงระบบการเบิกจ่ายสวัสดิการข้าราชการ 3 ชนิด ได้แก่ Glucosamine, Atorvastatin และ Clopidogrel³⁰ สอดคล้องกับข้อค้นพบในผลการศึกษาของ ภญ.ศิริรัตน์ ตันปชาติ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งได้สำรวจจุดพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยในระหว่างปี 2551-

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2552 จำนวน 700 ราย จาก 45 ชุมชน เพื่อสำรวจยาที่เหลือใช้ของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการสะสมยาประมาณ 1,000 บาท ต่อเดือน/คน เฉลี่ย 6.7 รายการ/คน บางรายมียาเหลือใช้ในครอบครองมากถึง 20 รายการ และมียอดยาสูงถึง 70,000 บาท สะท้อนถึงระบบการจ่ายยาที่ซ้ำซ้อน ทำให้ผู้บริโภคไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ยา บ่อยครั้งผู้ป่วยมีพฤติกรรมการลดเพิ่มการใช้ยาเองแบบไม่สมเหตุผล นำมาสู่การบริโภคยาที่ไม่ถูกต้อง ถูกวิธี และถูกเวลา³¹ โดยสรุปแล้วรัฐต้องสูญเสียงบประมาณโดยไม่จำเป็นจากการครอบครองยาเกินจำเป็นถึงประมาณ 2,370 ล้านบาท/ปี³²

การใช้ยาในสถานพยาบาล³³ พบว่ามีการสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ วิธีการให้ยา ขนาดและระยะเวลาไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่ออาการอันไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง ผู้สั่งใช้ไม่ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วย ขาดการติดตามผลการรักษา และผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น ในโรงพยาบาล 34 แห่ง ที่มีผู้ป่วยนอกมารับบริการมากกว่า 100,000 ครั้ง/ปี พบว่าขาดการหลังกรตที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวและเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ที่แสดงถึงประสิทธิผลเหนือกว่ายาในกลุ่มเดียวกันที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการสั่งใช้คิดเป็นร้อยละ 41 ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด³⁴ นอกจากนี้จากข้อมูลสำรวจสถานการณ์ด้านยาในสถานบริการสุขภาพโดยขององค์การอนามัยโลก ในปี 2012 พบว่า โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจ่ายด้านยาสำหรับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ถึงร้อยละ 50³⁵ ต่อมาในการสำรวจสถานการณ์ด้านยาในสถานบริการสุขภาพโดยขององค์การอนามัยโลก ในปี 2015 พบว่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จะพบในโรงพยาบาลทั่วไป (general hospital) และโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (referral hospital) ในสัดส่วนที่มากกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ ซึ่งจำเป็นต้องมีการสร้างแนวคิดในการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติให้มากขึ้น³⁶ นอกจากนี้มีรายงานว่าโรงพยาบาลมีการสั่งใช้ยา Atorvastatin และ rosiglitazone อย่างสมเหตุผล เพียงร้อยละ 13 และ 17.2 ตามลำดับ⁸ แม้ปัญหาการใช้ยาในโรงพยาบาลของรัฐและในชุมชนได้รับความสนใจอย่างมากจากนักวิจัยซึ่งส่วนหนึ่งเป็นบุคลากรของสถานพยาบาลนั้น ๆ แต่ความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือมีข้อมูลน้อยมาก สาเหตุสำคัญได้แก่การไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการใช้ยาที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลภาคเอกชน การแข่งขันในการดำเนินธุรกิจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้บริหารสถานพยาบาลเหล่านั้น ไม่ยินยอมเปิดเผยข้อมูล นอกจากนี้ ข้อกำหนดให้โรงพยาบาลติดตามประเมินการใช้ยา (drug use evaluation, DUE) สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ในโรงพยาบาลของรัฐบางส่วน โดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยบางส่วนชี้ให้เห็นถึงสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีแบบแผนการคัดเลือกและการสั่งยาที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น Aramwit and Kasettrat (2004) ศึกษาการสั่งใช้ serum albumin ในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ พบว่ามีการสั่งใช้ในข้อบ่งชี้ที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 36 โดยที่ร้อยละ 14 ของจำนวนนี้เป็นการสั่งใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ และเนื่องจาก serum albumin เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแพง ความสูญเสียเปล่าในกรณีนี้ก็จะ

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คิดเป็นมูลค่ามหาศาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาในผู้ที่มีข้อห้ามใช้ ย่อมทำให้เสี่ยงต่ออันตรายเป็นอย่างมาก ในขณะที่ Pongsupap et al 2006 แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลเอกชนการใช้ยาเกินจำเป็น (excessive use) มากกว่าภาครัฐ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจประเมินการใช้ยาในประเทศกำลังพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกซึ่งชี้ว่า การใช้ยาในภาคเอกชนมักจะมีปัญหาที่รุนแรงกว่าที่พบในภาครัฐ นอกจากนี้ Pitaknetinan et al 1999 ได้เสนอให้พิจารณาหรือศึกษานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา เช่น การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการทดแทนยาต้นแบบด้วยยาสามัญ โดยแยกพฤติกรรมของสถานพยาบาลในภาครัฐและภาคเอกชนออกจากกัน เนื่องจากมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

การใช้ยาชื่อสามัญ⁽⁹⁾ สำหรับการใช้ยาชื่อสามัญทดแทนยาต้นแบบในโรงพยาบาลนั้น มีอัตราที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประเภทของโรงพยาบาล ประเภทของยา และสวัสดิการรักษายาบาลหรือประกันสุขภาพของผู้ป่วย สาเหตุที่ทำให้มีการใช้ยาชื่อสามัญน้อยกว่าที่ควรทั้งที่ยาสามัญมีราคาต่ำกว่ายาต้นแบบ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการที่แพทย์และเภสัชกรไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของยาสามัญที่ผลิตภายในประเทศและอิทธิพลของการส่งเสริมการขายยา ทั้งนี้มีข้อมูลสนับสนุนจากการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านยาในสถานบริการสุขภาพในประเทศ low and middle income countries พบว่า ร้อยละของการสั่งใช้โดยใช้ชื่อยาสามัญ (generic name) ของสถานบริการสุขภาพ โดยใน health center อยู่ในช่วงร้อยละ 85.6-100, โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 82.8-97.6 และโรงพยาบาลสำหรับรับผู้ป่วยส่งต่อ ร้อยละ 43.8-95.6 สำหรับร้านยามหาวิทยาลัยและร้านยาเอกชนมีการสั่งใช้ยาโดยใช้ชื่อสามัญอยู่ที่ร้อยละ 35.8 และร้อยละ 8.8 ตามลำดับ³⁵

สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ³⁷ ประเทศไทยประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายการรักษายาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่ดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน พบว่าเพิ่มสูงขึ้นเป็น สองเท่าหรือคิดเป็นมูลค่าสูงถึง 59,558 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2556 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งสองระบบดูแลประชากร รวม 57 ล้านคน โดยที่มูลค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลในปี พ.ศ. 2556 คิดเป็นเงินรวม 142,001 ล้านบาทเท่านั้น³⁸ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะระบบการสั่งใช้ยาในระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการเป็นไม่มีการควบคุมการสั่งจ่าย และจ่ายตามการเบิกจริงจึงเป็นเหตุให้ไม่เป็นไปตามหลักการใช้อย่างสมเหตุผล แม้จะมีระบบการตรวจสอบภายในของกรมบัญชีกลางก็ตาม

ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวอาจไม่เป็นปัญหาหากข้าราชการและผู้มีสิทธิได้รับการรักษาที่มีคุณภาพเหมาะสมกับงบประมาณที่รัฐต้องจ่าย แต่ในข้อเท็จจริงคุณภาพการรักษายาบาลของกลุ่มข้าราชการและผู้มีสิทธิอาจกล่าวได้ว่าไม่ดีกว่าหรือด้อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น กล่าวคือ มีโอกาสได้รับยาที่ไม่จำเป็นต้องได้รับ (over

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

prescription) บ่อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น เช่นบุตรข้าราชการที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีโอกาสได้รับยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคหวัดบ่อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นระหว่าง 6-11 เท่า ผู้ป่วยมะเร็งได้รับยาเกินกว่ามาตรฐาน (over standard) ผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและข้อได้รับยา COX-II inhibitors บ่อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น 18.1 เท่า (over consumption) ในทุกกรณีข้างต้นนำไปสู่ความเสี่ยงจากการใช้ยาที่เพิ่มสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นระหว่าง 2-12 เท่าจากการประเมินผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อค่าใช้จ่ายและลักษณะการใช้ยา 8 กลุ่มยาโดยอาศัยการวิเคราะห์แบบทฤษฎีภูมิสำหรับฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการสั่งจ่ายยาแก่ผู้ป่วยนอก ระหว่างปีงบประมาณ 2543-2545 ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป 18 แห่งใน 4 ภูมิภาคของประเทศ และการใช้ยาเกินความจำเป็นดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติทั้งสิ้น

การใช้ยาในชุมชน จากการศึกษาความชุก และการกระจายของสินค้าไม่ปลอดภัย จากการประเมินความเสี่ยงและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาด้วยหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของสินค้าระดับจังหวัดในปี 2557 ใน 4 ภาค 60 จังหวัด ระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม 2557 จากการประเมินระดับประเทศ 5 อันดับแรก ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยาคือ สเตียรอยด์ปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยาไม่เหมาะสมในชุมชน³⁹ โดยพบการระบาดของสเตียรอยด์ในยาชุด ยาแผนโบราณ อาหารเสริม ขายให้ประชาชนซื้อกินเองจากรถเร่ ร้านชำ ร้านยา จนติด สเตียรอยด์โดยไม่รู้ เป็นปัญหาต่อเนื่องมานาน ชับซ้อน หลากหลาย และมีผลวัด ทั้งนี้พบว่าคนไทยมีปัญหาทางคลินิกจาก steroid ไม่เหมาะสม 6 ล้านคน มีการเสียชีวิต 0.38 ล้านคน และเพิ่มค่าใช้จ่ายการรักษา 1,900 ล้านบาท/ปี⁴⁰ นอกจากนี้ คลินิกและร้านยามีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคที่ส่วนมากไม่จำเป็นต้องได้ยาปฏิชีวนะประมาณ 40-60%

สำหรับการซื้อยารักษาตนเอง (self-medication) มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งชี้ว่า มีการกระทำที่ผิดกฎหมายในการจำหน่ายยานอกสถานพยาบาล เช่นจำหน่ายยาโดยไม่มีใบอนุญาต จำหน่ายยาไม่ตรงตามประเภทใบอนุญาต จำหน่ายยาโดยผู้ที่ไม่ทำหน้าที่ปฏิบัติการ จำหน่ายยาชุด เป็นต้น ผู้จ่ายยาทั้งเภสัชกรและบุคลากรอื่น ๆ จ่ายยาเกิดความจำเป็น ไม่มีข้อบ่งชี้ ขนาดและระยะเวลาใช้ยาไม่ถูกต้อง ให้คำแนะนำการใช้ยาไม่ครบถ้วนส่วนผู้ที่ซื้อยารักษาตนเองขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้และวิธีใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งยังพบว่าการนำยาหลายชนิดไปใช้ในทางที่ผิด³⁶

การส่งเสริมการขายยาและการโฆษณา^{41 42}

ตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 2550 ที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่าเป็นช่วงเวลาพบว่ามีการโฆษณาอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายมากที่สุดเนื่องจากการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีการสื่อสารเข้าสู่ยุคดิจิทัล (Digital Age) แนวโน้มของปัญหาจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบันและภายใน 3-5 ปี ข้างหน้า การขยายตัวของเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทำให้สื่อโฆษณาเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว เพราะลงทุนต่ำ แต่สะดวกและเข้าถึงตัวได้ง่ายกว่าเดิมผ่านโทรศัพท์มือถือ สื่อโฆษณาเหล่านี้ยังสามารถโน้มน้าวให้เกิดการซื้อขายผ่านระบบออนไลน์หรือธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ได้อีกด้วย ซึ่งย่อมส่งผลทำให้การจัดการกับปัญหาสื่อโฆษณาผิดกฎหมายยากเพิ่มมากขึ้นอีก

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

หลายเท่าตัว สื่อดิจิทัลที่ขยายตัวอย่างรวดเร็วและเข้าถึงผู้บริโภคง่ายขึ้น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ใช้ยาและประชาชนอย่างกว้างขวาง รุนแรง เช่น การขายยาทางอิเล็กทรอนิกส์การขายตรง รวมทั้ง Direct-to-consumer advertisement ที่อาศัยช่องว่างทางกฎหมายทำโฆษณาแฝงยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษโดยตรงต่อผู้บริโภคในรูปแบบ Disease-awareness campaign เพื่อสื่อสารให้ผู้บริโภคตระหนักถึงโรคหรือความเสี่ยงของตน/คนที่รักต่อการเกิดโรค ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาจากศูนย์ข้อมูลของบริษัทยาหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่อาจไม่เป็นกลาง/ไม่ถูกต้อง ทำให้ประชาชนเริ่มต้นการซักถามหรือพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจนำไปสู่การสั่งใช้ยานั้นในที่สุด นอกจากนี้การส่งเสริมการขายยาที่ได้ดึงเอาแพทย์เภสัชกร และบุคลากรอื่น รวมทั้งสื่อสารมวลชนเข้าร่วมรับผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบต่าง ๆ จากบริษัทฯ ทั้งที่เป็นผลประโยชน์ทางตรงและผลประโยชน์แอบแฝง

3.การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ผ่านมา

ปัญหาเชิงระบบข้างต้น สะท้อนถึงการใช้ยาไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาระดับชาติมานานหลายทศวรรษ ที่จำเป็นต้องแก้ไข เนื่องจากประเทศไทยไม่มีระบบกลไกในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เป็นรูปธรรม

ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน ได้มอบหมายคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ให้ดำเนินการยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ของนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 ที่กล่าวไว้ว่า

วิสัยทัศน์ ประชาชนเข้าถึงยาถ้วนหน้า *ใช้ยามีเหตุผล* ประเทศพึ่งตนเอง

เป้าประสงค์ เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ได้มาตรฐาน โดยการประกันคุณภาพ ความปลอดภัยและประสิทธิผลของยา *การสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล* การส่งเสริมการเข้าถึงยาจำเป็นให้เป็นไปอย่างเสมอภาค ยั่งยืน ทนการฉ้อโกง การสร้างกลไกการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ และอุตสาหกรรมยามีการพัฒนาจนประเทศสามารถพึ่งตนเองได้

วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน เป็นไปอย่างสมเหตุผล ถูกต้องและคุ้มค่า

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้เป็นรูปธรรม สรุปได้ดังนี้

1.โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) เป็นโครงการที่บูรณาการมาตรการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการสนับสนุนเครื่องมือและใช้กลไกเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลที่มักพบในระบบยาของโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดเลือกยา การจัดหา การสั่งใช้ยา การจ่ายยา เพื่อส่งมอบ

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ยาแก่ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ทั้งจากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปและ โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ จะเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมและระบบตามโครงการ RDU hospital เพื่อให้บัณฑิตนักศึกษาซึมซับแนวคิดและเรียนรู้ระบบก่อนออกไปทำงานจริง

2. การพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดย 5 วิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร สัตวแพทย์ และพยาบาล ได้กำหนดเป้าหมายร่วมเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนในหลักสูตรก่อนปริญญา การศึกษาต่อเนื่องและการสอบใบประกอบวิชาชีพ

3. การสร้างเสริมธรรมาภิบาลระบบยาด้วยเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขาย ยา ซึ่งเป็นเกณฑ์กลางของประเทศ เพื่อพัฒนาระบบที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ของระบบยาในหน่วยงานที่จัดซื้อยา และส่งเสริมความร่วมมือกับบริษัทยาในการปฏิบัติตามเกณฑ์ดังกล่าว

4. การ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลภาคประชาชน เป็นการสร้างความตระหนักของประชาชน “คิดก่อนใช้ยา” ใช้ ยา“ถูกโรค ถูกคน ถูกยา” และคำนึงถึงความปลอดภัยจากการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในกลุ่มโรคและกลุ่มยาที่ พบบ่อย และมีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

4. ข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่จะดำเนินการต่อไป

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนานโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล วันเสาร์ที่ 23 เมษายน 2559 ณ ห้องประชุมสมาคมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์ สภาพปัญหา และจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยทุกมาตรการมีการจัดลำดับความสำคัญจากกลุ่มย่อยแล้ว

สรุปข้อเสนอแนะนโยบายและมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1. พัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลให้เป็นรูปธรรม

- 1.1 ให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นนโยบายสำคัญของสถานพยาบาลทุกสังกัด
- 1.2 ผลักดันให้ RDU เป็นหนึ่งในมาตรฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- 1.3 มีแนวทางปฏิบัติการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่เป็นมาตรฐานกลาง ซึ่งเกิดจากการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม

1.4. มีศูนย์ข้อมูล สถานการณ์ สภาวะเพื่อวิเคราะห์การขับเคลื่อนการดำเนินงานของโรงพยาบาล

1.5 มีศูนย์ข้อมูลหรือช่องทางในการให้ความรู้เรื่อง RDU ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ รวมถึงประชาชน ให้เข้าใจและเข้าถึงง่ายด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลาย

1.6 จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการขับเคลื่อน RDU เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

1.7 มีคณะกรรมการระดับชาติซึ่งประกอบด้วย stakeholder ทุกกลุ่มครอบคลุมทั้ง provider funding

2. พัฒนาการเรียนการสอนของวิชาชีพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 **มีองค์กรกลาง**เพื่อการขับเคลื่อนการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข
- 2.2 พัฒนาเครือข่ายของผู้สอนวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- 2.3 มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการศึกษาต่อเนื่อง
- 2.4 มีการสอบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการสอบใบประกอบวิชาชีพ
- 2.5 พัฒนาระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างคณะทำงานพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนา

กำลังคนกับวิชาชีพ

3. ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนและประชาชน

- 3.1 บรรลุการใช้ยาสมเหตุผล เป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตรการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ
- 3.2 พัฒนาระบบและกลไกเพื่อสร้างค่านิยมความปลอดภัยด้านยาของประชาชน (safety concern)
- 3.3 **พัฒนากลไกส่งมอบยาจากสถานบริการสุขภาพในชุมชนอย่างมีคุณภาพ**
- 3.4 **สร้างกลไกให้ผู้ประกอบธุรกิจด้านยา ร่วมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล**
- 3.5 เร่งพัฒนาการขึ้นทะเบียนยา ทบทวนทะเบียนตำรับยา การควบคุมการกระจายยา เพื่อไม่ให้มีตำรับ

ยาไม่เหมาะสมในชุมชน

4. พัฒนาจริยธรรมการส่งเสริมการขายยา

- 4.1 เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ อบรมที่เกี่ยวกับเกณฑ์จริยธรรมให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
 - 4.2 ใช้เกณฑ์จริยธรรมฯ เป็นกลยุทธ์เสริมสร้างธรรมาภิบาลระบบจัดซื้อและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล
 - 4.3 ให้ประชาชนเข้าใจ รับรู้ และมีส่วนร่วมในการผลักดันในการนำเกณฑ์จริยธรรมฯ ไปสู่การปฏิบัติ
 - 4.4 มี**หน่วยงานกลาง**ให้ข้อมูลวิชาการที่มี evidence base ของโรคและการรักษา
 - 4.5 มี**หน่วยงานกลาง**ในการทำหน้าที่ monitor, regulate & evaluate การส่งเสริมการขายยา
- พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ดักจับการส่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

5. จัดตั้ง “RDU Center” เป็นองค์กรอิสระ มียุทธศาสตร์ ภารกิจและเป้าหมายด้าน RDU

จากข้อมูลผลการประชุม สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกล่าวไว้ว่า การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินอย่างต่อเนื่อง และใช้หลากหลายมาตรการร่วมกัน การขับเคลื่อนเพื่อให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำเป็นต้องมีหน่วยงานหรือศูนย์ที่มารองรับการดำเนินงาน ซึ่งมีแบบอย่างจากประเทศที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เช่น ประเทศออสเตรเลีย ที่มี NPS Medicinewise

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารแนบท้าย

ข้อมูลรายการยาที่ยังมีข้อสงสัยในประสิทธิผลและความปลอดภัย ที่มีมูลค่าผลิต-นำเข้าสูงเป็นใน 100 อันดับ

แรก

ชื่อยา	มูลค่าผลิต-นำเข้า ปี 2558 (ล้านบาท)	เหตุผลความไม่เหมาะสมของยา
1. serratiopeptidase	789 (อันดับ 33)	1. มีหลักฐานไม่เพียงพอที่สนับสนุนข้อบ่งใช้จำนวนมากที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับยา (ที่มา: หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547) 2. บริษัท DKSH (ประเทศไทย) แผนกทาเคดา แจ้งหยุดผลิตและจำหน่ายยา Danzen® (serratiopeptidase) ภายในเดือน กุมภาพันธ์ 2557 ด้วยเหตุผล “ด้วยข้อมูลทางด้านประสิทธิภาพของยา Danzen® ที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนการใช้ยาในเวชปฏิบัติในปัจจุบันตามข้อบ่งใช้ที่ได้รับการรับรอง ถึงแม้ว่าจะไม่พบปัญหาทางด้านความปลอดภัยเพิ่มเติมจากการจัดจำหน่ายมากกว่า 40 ปี
2. mecobalamin	770 (อันดับ 35)	ไม่มีหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอ โดยข้อมูลจากหลักฐานตีพิมพ์ใน The New England Journal of Medicine (NEJM) สรุปรว่าไม่มีหลักฐานสนับสนุนการใช้ในการบำรุงปลายประสาท หรือ promoting peripheral nerve
3. carbocisteine	658 (อันดับ 45)	เป็นยาที่ไม่ถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากประสบการณ์ทางคลินิกไม่ได้ผล และไม่มีหลักฐานสนับสนุน (Micromedex ระบุว่า ineffective และ US FDA ไม่อนุมัติให้ใช้ใน acute bronchitis)

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่อยา	มูลค่าผลิต-นำเข้า ปี 2558 (ล้านบาท)	เหตุผลความไม่เหมาะสมของยา
4. glucosamine	656 (อันดับ 46)	<p>1. หลักฐานเชิงประจักษ์ จาก OARSI 2010, NICE 2008, BMJ 2010 และ Cochrane review 2009 ยังไม่สนับสนุน หรือพิสูจน์ได้ชัดเจนว่ายา Glucosamine sulfate มีประสิทธิผล</p> <p>2. ควรมีการจำกัดการใช้เนื่องจากเรื่องค่าใช้จ่ายในการใช้ยามีราคาสูง และแม้จะมีการ Audit จากทางราชวิทยาลัยฯ ก็ยังอาจมีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลปัจจุบัน จึงเป็นรายการยาเบิกจ่ายเฉพาะกรมบัญชีกลางแบบมีเงื่อนไข</p> <p>3. การกำหนดเงื่อนไข “ไม่ให้ใช้ยา Glucosamine sulfate ร่วมกับยา NSAIDs และยากลุ่ม SYSADOA อื่นๆ” ยังไม่สามารถทำได้จริงใน real time</p>
5 . vitamin B1 in combination with vitamin B6 and/ or vitamin B12	652 (อันดับ 64)	<p>1. ไม่พบหลักฐานสนับสนุน การใช้ วิตามิน B-1-6-12 ในฐานข้อมูล PubMed</p> <p>2. ข้อบ่งใช้หลายประการที่กล่าวอ้างไว้ในสรรพคุณของวิตามิน B1-6-12 เป็นข้อบ่งใช้ ที่ไม่มีหลักฐานสนับสนุน เช่น toxaemia of pregnancy และ anorexia หรือ ควรใช้ยาอื่นที่เจาะจงและมีประสิทธิภาพดีกว่า เช่น กรณี drug induced neuropathy ควรใช้วิตามิน B6 และสตรีมีครรภ์ควรใช้วิตามินรวม เป็นต้น</p>

สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่อยา	มูลค่าผลิต-นำเข้า ปี 2558 (ล้านบาท)	เหตุผลความไม่เหมาะสมของยา
6.orphenadrine+ paracetamol	447 (อันดับ 85)	<p>1. เพิ่มโอกาสเกิดความซ้ำซ้อนในการสั่งใช้ยาของแพทย์ ซึ่งอาจสั่งยาอื่นที่มีส่วนผสมของ paracetamol ร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อตับจากยา</p> <p>2. ผู้ป่วยอาจใช้ยา paracetamol เองต่างหากด้วยข้อบ่งใช้อื่นๆ โดยไม่ทราบว่ายาสูตรนี้มี paracetamol เป็นส่วนผสม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อตับจากการได้รับยา paracetamol เกินขนาด</p>

เอกสารอ้างอิง

- ¹ Holloway KA. Combating inappropriate use of medicines. Expert review of clinical pharmacology. 2011;4(3):335-48.
- ² Holloway K, Dijk LV. The World Medicines Situation 2011 (Rational Use of Medicines) Geneva: World Health Organization, 2011.
- ³ World Health Organization. WHA60.16 Progress in the rational use of medicines. SIXTIETH WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2007.
- ⁴ WHO (Regional Office for South-East Asia). National essential drug policy including the rational use of medicines. Resolution of the WHO regional committee for South-East Asia, 2011 Contract No.: SEA/RC64/R5
- ⁵ บุปผา ศิริรัศมี. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนในจังหวัดนครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- ⁶ ข้อมูลจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (19 สิงหาคม 2554) มูลค่าการบริโภทยาภายในประเทศ ณ ราคาผู้บริโภค ปี 2553 มีมูลค่าเท่ากับ 144,570,906,916.63 บาท และมูลค่าการบริโภทยาในประเทศในราคาผู้ผลิต ปี 2553 เท่ากับ 134,482,077,585 บาท)
- ⁷ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. การสาธารณสุขไทย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ; 2550

⁸ World Health Organization , Progress in the rational use of medicines: Report by the secretariat. WHO SIXTIETH WORLD HEALTH ASSEMBLY Provisional agenda item 12.17. **source:**

www.who.int Search date 13 June 2006

⁹ World Health Organization , Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines. No.5. Document WHO/EDM/2002.3. Geneva, WHO, 2002. Available at [URL:http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf](http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf)

¹⁰ คณะอนุกรรมการการพัฒนายาและเภสัชภัณฑ์แห่งชาติ. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เล่ม 1 ยาระบบทางเดินอาหาร: สำนักงานประสานการพัฒนายาและเภสัชภัณฑ์แห่งชาติ ; 2552

¹¹ **IMS Health Market Prognosis, May 2015 Total Unaudited and Audited Global**

Pharmaceutical Market by Region 2014 – 2019 Available at

<https://www.imshealth.com/files/web/Corporate/News/Top-Line%20Market%20Data/Global%20Prescription%20Sales%20Information5%20World%20figures%20by%20Region%202015-2019.pdf>

¹² World Health organization. (1987) **The rational use of drugs:** Report of the Conference of Experts. Nairobi, 25- 29 November 1985

¹³ WHO Regional Committee for South-East Asia. Report of the **Sixty-sixth** Session. WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, India, 11–13 September 2013

¹⁴ สุปล ลิ้มวัฒนานนท์และคณะ. 2556. การทบทวนกลไก วิธีการ หรือ รูปแบบในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

¹⁵ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส (บรรณาธิการ). ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนายาและเภสัชภัณฑ์ระหว่างประเทศ, 2545. หน้า 5 – 32.

16

¹⁷ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง รายการยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ที่จะทบทวนทะเบียนตำรับยา ครั้งที่ 1 ลงวันที่ 4 มกราคม 2555

¹⁸ ผู้จัดการออนไลน์.เกสซ์ชนบท จี “วิทยา” ถอนทะเบียน 4 ตำรับ ยาไม่เหมาะสม. [Internet] 2009 [cited 2016 April 16]. Available from:

<http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000143239>

¹⁹ วินิต อัครกิจวิรี และอัญชลี จิตรภักดิ์. ความคืบหน้าระบบการทบทวนทะเบียนตำรับยาเพื่อลดความเสี่ยงจากยา. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2554; 26-30.

²⁰ นภาพรณ ภูริปัญญาวานิช. ปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชนบท: กรณีการสำรวจใน 10 จังหวัด. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2552; 42-5.

- 21 หมอชาวบ้าน. ยาอย่างไรที่ไม่เหมาะสม. [Internet] 1985 [cited 2016 April 16]. Available from: <https://www.doctor.or.th/article/detail/6002>
- 22 นุศราพร เกษสมบูรณ์ และคณะ. การวิจัยและพัฒนาระบบเพื่อการจัดทำบัญชีรายจ่ายยาแห่งชาติ. มิถุนายน 2555. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 23 ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และ วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในประเทศไทย (การศึกษานำร่อง). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546
- 24 เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2556 วันที่ 8 ก.พ. 2556 ณ ทำเนียบรัฐบาล
- 25 คณะกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการต่อต้านจุลชีพ. ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการต่อต้านจุลชีพในประเทศไทย = Landscape of antimicrobial resistance situation and action in Thailand. นนทบุรี: องค์การอนามัยโลก, 2558.
- 26 ศูนย์เฝ้าระวังการดื้อยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2552
- 27 ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม. วิกฤติเชื้อดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาวันอนามัยโลก 7 เมษายน 2554; กระทรวงสาธารณสุข
- 28 แผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2552. available on http://www.thaidrugwatch.org/download/otherprint/2010_drug_system_report.pdf
- 29 THAIPublica online 6 พ.ค.2014 available on <http://thaipublica.org/2014/05/mediacentre-news-releases-2014/>
- 30 เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ ภายใต้โครงการพัฒนามาตรฐานการรักษาพยาบาลและการจ่ายยา วันที่ 23 กรกฎาคม 2553 (สำเนา)
- 31 ปิยะเมธ ดิลกธรกุล, ณธรร ชัยญาคุณาพฤกษ์ และปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงษ์. ผลของนโยบายการเบิกจ่ายตรงในผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการต่อลักษณะการส่งจ่ายยาของแพทย์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1. มกราคม – มีนาคม 2553. available on <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2956>
- 32 ณธรร ชัยญาคุณาพฤกษ์และคณะ, การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2555
- 33 ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. ทบทวนสภาพปัญหาและการวิจัยเกี่ยวกับระบบยาของประเทศไทย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ; 2550
- 34 สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยาและมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2552

³⁵ Kathleen A Holloway. 2012. Thailand: Drug Policy and Use of Pharmaceuticals in Health Care Delivery. Mission Report 17-31 July 2012

³⁶ Kathleen A Holloway. Thailand situation analysis: MEDICINES IN HEALTH CARE DELIVERY report. 23 November – 4 December 2015. February 2016

³⁷ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส (บรรณาธิการ). ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2545.

³⁸ เจาะลึกระบบสุขภาพ HFfocus online 26/12/2015. ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของแต่ละกองทุน available on <https://www.hfocus.org/content/2015/12/11437>

³⁹ สิริโรจน์ สุขกมลสันต์, วรรณ ศรีวิริยานุภาพ และวิทยา กุลสมบูรณ์. **ความสำคัญ ความชุก และการกระจายของสินค้าไม่ปลอดภัยในประเทศไทย**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2559. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559

⁴⁰ เอกสารหลักสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2557. การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย

⁴¹ สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค.เอกสารประกอบการประชุมที่มิชชันการ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล วันที่ 20 เมษายน 2559

⁴² เอกสารหลัก “ยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม” สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ระเบียบวาระที่ 3.8