

# วิสัยทัศน์งานผลิตยาในโรงพยาบาล :

## มุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์\*

สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล\*\*

การผลิตยาในโรงพยาบาลและการเพิ่มบทบาทเภสัชกรที่ต้องเน้นด้านผู้ป่วยมากขึ้น เป็นมุมมองซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายและหลักการปฏิบัติให้ชัดเจนว่าจะผลิตในระดับเพื่อการประหยัดและพึ่งตนเอง หรือในระดับเชิงอุตสาหกรรม/ธุรกิจ ซึ่งบทความเชิงเศรษฐศาสตร์เรื่องนี้ได้ให้ข้อมูลที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามยังมีองค์ประกอบอื่นที่จะต้องคำนึงถึงอีก ได้แก่ การควบคุมคุณภาพและการบริหารจัดการ ข้อจำกัดเรื่องเภสัชกรใช้ทุนและบทบาทด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชกรชุมชนนอกโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นภารกิจที่ต้องการการเร่งรัดพัฒนาที่น่าจะมีความสำคัญสูงไม่แพ้การผลิตยาในโรงพยาบาล--บรรณาธิการ

### ความนำ

จากประวัติการพัฒนาบทบาทเภสัชกรไทยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าบทบาทการผลิตยาเป็นบทบาทที่มาพร้อมๆ กับบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลในยุคเริ่มต้น พัฒนาการของบทบาทเภสัชกรในด้านการผลิตยานั้นเริ่มต้นจากปัญหาความขาดแคลน ทั้งนี้เนื่องจากตลาดยาและอุตสาหกรรมยาในสมัยนั้นยังขยายตัวน้อยมาก เภสัชกรจึงมีบทบาทที่เด่นชัดมากในเรื่องของผลิตภัณฑ์ยา (Product Concern) ทั้งในภาครัฐและเอกชน

การผลิตยาในโรงพยาบาลในช่วงอดีตนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก เนื่องจากเป็นการผลิตเพื่อสนองความต้องการภายในโรงพยาบาลที่มีมากมาย ซึ่งตลาดยาภาคเอกชนไม่สามารถสนองความต้องการนั้นได้ และยาที่ผลิตส่วนใหญ่ก็เป็นยาพื้นฐานที่มีความจำเป็นและมีจำนวนใช้มาก เช่น ยา น้ำเกลือ ปรอทจากเชื้อ ยาน้ำที่ใช้ภายในและภายนอก เป็นต้น

แต่หลังจากที่อุตสาหกรรมยามีการขยายตัวมากขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เหตุผลในการผลิตยาก็แปรเปลี่ยนจากเรื่องของความขาดแคลนมาเป็นเรื่องของความประหยัดเป็นสำคัญ

ในยุคปัจจุบันที่เรียกกันว่า “โลกาภิวัตน์” สถานการณ์ต่างๆ ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากมาย ประเทศไทยเองก็ได้ก้าวเข้าสู่ความเป็นอุตสาหกรรมมากขึ้น ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อบทบาทดั้งเดิมของเภสัชกรโรงพยาบาลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น

- อุตสาหกรรมยา มีการขยายตัวอย่างมาก มีโรงงานผลิตยากว่า 180 แห่ง ทำให้ทางเลือกในการจัดซื้อจัดหายามีมากขึ้น ตลอดจนเส้นทางการคมนาคมและการสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว โครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ในการสั่งซื้อและส่งมอบยาให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ เป็นไปโดยสะดวก ใช้เวลาเพียงแค่ชั่วข้ามคืนก็สามารถส่งยาไปยังที่ต่างๆ ได้เกือบทั่วประเทศ

\*บทความเสนอในการประชุมพัฒนางานผลิตยาในโรงพยาบาลปีพ.ศ. 2539 เรื่อง การพัฒนาเทคโนโลยีของงานผลิตยาปราศจากเชื้อ ณ โรงแรม สิตเต็ลด์คิง จังหวัดเชียงราย วันที่ 13-16 สิงหาคม 2539

\*\*กบ. คม. อาจารย์ประจำโครงการภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## วิจัยทัศนงานผลิตยาในโรงพยาบาล : มุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์

● เมื่อสภาพเศรษฐกิจดีขึ้น ประชาชนก็มีความกินดี อยู่ดีมากขึ้น สังคมจึงให้ความสนใจในเรื่องของคุณภาพชีวิตหรือคุณภาพของบริการมากขึ้น ส่งผลให้เภสัชกรต้องเริ่มหันเหบทบาทมาสู่การเน้นในเรื่องของผู้ป่วย (Patient Concern) มากขึ้น สถาบันการศึกษาที่ผลิตเภสัชกรก็เริ่มมีแนวคิดและความพยายามในการปรับปรุงหลักสูตรที่เน้นด้านผู้ป่วยมากขึ้น เช่น หลักสูตรเภสัชกรรมคลินิก (Pharm. D)

จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปเหล่านี้ ถึงเวลาแล้วที่จะได้ทบทวนถึงบทบาทการผลิตยาในโรงพยาบาลว่ายังมีความจำเป็น หรือยังมีเหตุผลสนับสนุนในการผลิตยาหรือไม่ เภสัชกรโรงพยาบาลควรทำในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้ป่วยดีกว่าหรือไม่ หรือควรจะไปเพื่อการผลิตและช่วยตรงราคาขาย รวมทั้งการทบทวนว่าการผลิตยาในโรงพยาบาลมีความไม่เหมาะสมอย่างไร

### การผลิตยาในโรงพยาบาล : ควรหรือไม่ควรผลิต

#### เหตุผลที่ควรผลิตยาในโรงพยาบาล

เหตุผลของการผลิตยาในโรงพยาบาลเท่าที่รวบรวมได้มีดังนี้

1. เพื่อประหยัดเงินของโรงพยาบาล เนื่องจากการผลิตยาที่ต้องการใช้จำนวนมากๆ จะช่วยประหยัดเงินในการสั่งซื้อยาสำเร็จรูปจากบริษัทยาเพราะการผลิตเองย่อมถูกกว่า
2. เพื่อการพึ่งพาตนเองและเป็นคลังยาสนับสนุนสถานบริการระดับรอง การผลิตยาเองทำให้มีความมั่นใจว่าจะไม่เกิดปัญหาขาดแคลนยา หรือกรณีบริษัทส่งยาให้ไม่ทันก็สามารถผลิตใช้เองได้ทันทั่วถึง
3. ลดพื้นที่ในการเก็บยา เนื่องจากโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องคลังเวชภัณฑ์ไม่เพียงพอกับเวชภัณฑ์ที่ต้องการเก็บ ดังนั้น การเก็บยาในรูปสารเคมีจะช่วยทำให้ประหยัดพื้นที่มากกว่าการเก็บยาสำเร็จรูป
4. เพื่อเตรียมยาที่ต้องการใช้ได้เอง ตัวอย่างเช่น ยาบางชนิดมีอายุการใช้งานสั้นหรือต้องเตรียมใช้เองทันที

หรือยาบางชนิดไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด ทางโรงพยาบาลจึงต้องผลิตใช้เอง

5. เป็นการแสดงออกถึงวิชาชีพเภสัชกร ซึ่งทำให้คนทั่วไปเห็นความสำคัญของการผลิตยาโดยเภสัชกร นอกเหนือจากงานอื่นๆ ภายในฝ่าย ซึ่งอาจจะใช้ผู้อื่นทำหน้าที่ นอกจากนี้การพัฒนางานเภสัชกรรมคลินิกในบางด้าน เช่น การผสมยาสำหรับฉีดเข้าเส้น (IV. Admixture) ก็จำเป็นต้องผลิตเพื่อใช้ภายในโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน

ในเรื่องของการประหยัดเงินซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญของการผลิตยาในโรงพยาบาล ข้อมูลจากงานวิจัย (สำลี ใจดี และคณะ 2533) พบว่า มูลค่าประหยัดจากการผลิตยาทั้งยาปราศจากเชื้อ ยาน้ำที่ใช้ภายในและภายนอก (ตารางที่ 1) ของโรงพยาบาลศูนย์มีค่าประหยัดระหว่าง 1.79-10.40 ล้านบาทต่อแห่ง (เฉลี่ย 3.79 ล้านบาท/แห่ง) โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าประหยัดระหว่าง 0.06-2.09 ล้านบาทต่อแห่ง (เฉลี่ย 0.92 ล้านบาท/แห่ง) และโรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุขมีค่าประหยัดระหว่าง 4.80-8.61 ล้านบาทต่อแห่ง (เฉลี่ย 6.71 ล้านบาท/แห่ง)

#### เหตุผลที่ไม่ควรผลิตยาในโรงพยาบาล

เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญในเรื่องของคุณภาพยาตามมาตรฐานเปรียบเทียบกับภาคเอกชน และการปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ที่เน้นด้านผู้ป่วยที่จำเป็นอย่างมากว่า ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านคุณภาพยา เนื่องจากการผลิตยาภายในโรงพยาบาลของรัฐได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายที่ไม่ต้องขึ้นทะเบียนยาและได้รับสิทธิยกเว้นต่างๆ ตามกฎหมาย กล่าวคือยาที่ผลิตโดยบริษัทเอกชนจะต้องมีการตรวจวิเคราะห์ตามกฎหมายในขั้นตอนสุดท้าย (Finish Product) ส่วนยาที่ผลิตโดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักจะไม่มีการตรวจวิเคราะห์ในขั้นตอนสุดท้าย แต่จะเน้นการควบคุมคุณภาพในระหว่างขั้นตอนการผลิต

ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยกับการผลิตยาจะให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพยา และเป็นห่วงกังวลว่ายาที่ไม่ได้คุณภาพจะก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ป่วยภายหลัง อันเป็นการไม่

ตารางที่ 1 ต้นทุนการผลิต มูลค่าจัดซื้อและมูลค่าประหยัดของยาที่ผลิตเองในโรงพยาบาล (เฉพาะที่มีขายในท้องตลาด) ของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ประจำปีงบประมาณ 2532

ระดับโรงพยาบาล		มูลค่า (ล้านบาท/ปี/รพ.)		
		มูลค่าถ้าจัดซื้อ	ต้นทุนผลิต	มูลค่าประหยัด
โรงพยาบาลศูนย์ (n=12)	ต่ำสุด	2.89	1.10	1.79
	สูงสุด	15.66	5.26	10.40
	เฉลี่ย	5.91	2.12	3.79
				(ประหยัด 64.1%)
โรงพยาบาลทั่วไป (n=24)	ต่ำสุด	0.15	0.09	0.06
	สูงสุด	4.05	1.96	2.09
	เฉลี่ย	1.61	0.69	0.92
				(ประหยัด 57.1%)
โรงพยาบาลนอก กระทรวงสาธารณสุข (n=2)	ต่ำสุด	7.02	2.22	4.80
	สูงสุด	9.88	1.27	8.61
	เฉลี่ย	8.45	1.74	6.71
				(ประหยัด 79.4%)

ที่มา: เกล็ดกรกับการพัฒนาสาธารณสุขในภาครัฐ (สำลี ใจดี และคณะ 2533)

ประหยัดในท้ายที่สุด เพราะอาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้

ส่วนฝ่ายที่เห็นด้วยกับการผลิตยา ก็โต้แย้งว่ายาที่ผลิตส่วนใหญ่เป็นยาพื้นๆ ที่มีช่วงห่างของขนาดการรักษา และขนาดความเป็นพิษกว้าง อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาจึงไม่รุนแรงนัก และจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาก็ยังไม่มียาความรุนแรงที่ร้ายแรงเกิดขึ้น นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลผลิตยาใช้เองยังได้เปรียบบริษัทเอกชนในเรื่องของความใหม่ของยาด้วย (Freshly Prepared)

2. การเปิดบทบาทใหม่ของเภสัชกรโรงพยาบาลในด้านงานคลินิกเป็นสิ่งจำเป็นและจะมีบทบาทมากในอนาคต ทั้งนี้เพื่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป เพราะภาพลักษณ์ของเภสัชกรโรงพยาบาลไม่สามารถแสดงออกด้วยบทบาทด้านการผลิตยาได้อีกต่อไป การแยกบทบาทการผลิตยาออกจากบทบาทเภสัชกรโรงพยาบาลจึงน่าจะมีความเหมาะสมกว่า

ในเรื่องคุณภาพของยาที่ผลิตในโรงพยาบาลซึ่งเป็นประเด็นที่หวาดวิตกกันนั้น จากการศึกษาวิจัย (สำลี ใจดี และคณะ 2533) ก็พบว่า จากการส่งยาของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อตรวจวิเคราะห์ ยังพบยาที่ไม่เข้ามาตรฐานในบางแห่ง (ตารางที่ 2) แต่ก็ไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบว่ายาที่ผลิตโดยบริษัทเอกชนนั้นมีส่วนที่ไม่เข้ามาตรฐานในปริมาณมากน้อยเพียงใด และอันตรายที่เกิดจากการบริโภคยาดังกล่าวมาตรฐานมีขนาดความรุนแรงเท่าใด

### การผลิตยาในโรงพยาบาล : มุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์

#### ประหยัดหรือไม่ประหยัด

ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ (Economic Cost) หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงิน ซึ่งก็คือค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น และที่ไม่เป็นตัวเงินซึ่งก็คือค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) รวมทั้งผลพวงทางด้านลบ (Negative Con-

วิจัยทัศนงานผลิตยาในโรงพยาบาล : มุมมองเชิงเศรษฐศาสตร์

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งที่ผลิตยา และส่งตรวจยา ที่เข้า/ไม่เข้ามาตรฐานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลศูนย์ที่	จำนวนครั้งที่ผลิต	จำนวนครั้งที่ส่ง	เข้ามาตรฐาน	ไม่เข้ามาตรฐาน
1	1,377	596	586	10
2	1,109	13	10	3
3	15,948	888	888	-
4	1,239	21	21	-
<b>โรงพยาบาลทั่วไปที่</b>				
1	420	57	57	-
2	3,785	23	23	-
3	1,742	22	22	-
4	419	28	26	2
5	17,592	3	3	-
6	293	6	6	-
7	861	5	4	1
8	2,536	99	99	-
9	1,194	14	14	-
10	1,672	34	29	5
11	831	5	3	2
12	15,976	19	17	2
13	1,672	6	3	3

ที่มา: เภสัชกรกับการพัฒนาสาธารณสุขในภาครัฐ (สำลี ใจดี และคณะ 2533)

ตารางที่ 3 สรุปเหตุผลของการผลิตและไม่ผลิตยาในโรงพยาบาล

ควรผลิต	ไม่ควรผลิต
1) เพื่อประหยัดเงินโรงพยาบาล	1) ไม่ประหยัดจริงเพราะอาจเกิดผลจากการใช้ยาที่ไม่มีคุณภาพได้
2) คุณภาพยาเน้นที่กระบวนการผลิต และยาที่ผลิตก็เป็นยาพื้นๆ ที่มีช่วงการรักษาที่กว้าง	2) คุณภาพยาต้องเน้นที่การวิเคราะห์ในขั้นตอนสุดท้าย
3) ภาพลักษณ์ของเภสัชกรคือการผลิตยา	3) ภาพลักษณ์ของเภสัชกรเป็นด้านคลินิก
4) เพื่อการพึ่งพาตนเองและการควบคุมราคาขาย	4) อุตสาหกรรมยายขายตัวอย่างมากมาย จึงไม่มีความจำเป็นต้องผลิตเอง

sequence) ต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์แตกต่างจากค่าใช้จ่าย เพราะต้นทุนในบางส่วนเป็นการประเมินขึ้น เช่น ประเมินค่าเสียโอกาสจากการบริโภคยาที่ไม่มีคุณภาพซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายที่จ่ายไปจริง ส่วนต้นทุนทางบัญชี (Accounting Cost) จะนับเฉพาะรายการที่เป็นตัวเงินซึ่งได้จ่ายไปจริง และมองเห็นเท่านั้น

ดังนั้นหากมองในเชิงต้นทุนทางบัญชี การผลิตยาในโรงพยาบาลน่าจะเกิดความประหยัดเมื่อเปรียบเทียบกับ การซื้อจากบริษัทเอกชน ในเรื่องของค่าขนส่ง ค่าบริหารจัดการด้านการตลาด และผลกำไร (Margin) แต่ถ้าหากคิดรวมถึงต้นทุนค่าเสียโอกาสแล้วยังมีความประหยัดอีกหรือไม่ คำถามนี้ยังเป็นประเด็นที่ต้องถกเถียงกันมาก เพราะค่าเสียโอกาสคืออะไร ยังไม่มีการวิเคราะห์ที่แจ่มแจ้ง

อย่างชัดเจน นอกจากนี้คุณภาพของยาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาก็มีหลากหลายและมีความรุนแรงแตกต่างกันในหลายระดับ (ตารางที่ 4) ตลอดจนโอกาสในการเกิดปัญหาจากการใช้ยาของยาที่ผลิตเองโดยโรงพยาบาล และยาที่ซื้อจากบริษัทเอกชนก็ยังไม่มีความศึกษาเปรียบเทียบไว้อย่างชัดเจน ซึ่งหากมีข้อมูลเหล่านี้ครบถ้วนก็สามารถใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบในเชิงผลได้และอัตราเสี่ยง (Benefit-Risk Ratio) มาเป็นข้อมูลในการตัดสินใจว่าจะผลิตหรือไม่ผลิตได้

#### การประหยัดต่อขนาด

ในทางเศรษฐศาสตร์คงไม่สามารถให้คำตอบได้ว่า บทบาทของเภสัชกรควรจะเป็นอย่างไร หรือควรเน้นไป

ตารางที่ 4 ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

ปัญหา	รายละเอียด
1. อาการที่ไม่ได้รับการรักษา (Untreated indication)	ผู้ป่วยมีปัญหาสภาพที่จำเป็นต้องได้รับยา แต่ไม่สามารถได้รับยานั้น
2. ได้รับยาไม่ถูกต้อง (Improper drug selection)	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับยา แต่ได้รับยาที่ผิด ไม่ตรงกับโรค
3. ได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าผลการรักษา (Subtherapeutic dosage)	ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่มีขนาดยาคต่ำเกินไป
4. ไม่สามารถรับยาได้ (Failure to receive drugs)	ผู้ป่วยมีปัญหาคงต้องได้รับยา แต่ไม่สามารถได้รับยานั้นได้ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ทางเภสัชกรรม ทางจิตวิทยา ทางสังคมวิทยา หรือทางเศรษฐกิจ
5. ได้รับยาเกินขนาด (Overdosage)	ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่มีขนาดยาสูงเกินไป อันจะก่อให้เกิดพิษจากยาได้
6. ผลข้างเคียงจากยา (Adverse drug reactions)	ผู้ป่วยได้รับยาและเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา
7. ปฏิกริยาต่อกันของยา (Drug interactions)	ผู้ป่วยได้รับยาแต่เกิดปัญหาในเรื่องของปฏิกริยาต่อกันของยาที่รับประทานหรือปฏิกริยาของยากับอาหาร
8. การใช้ยาโดยไม่มีเหตุผล (Drug use without indication)	ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีเหตุผลทางวิชาการสนับสนุน

ที่มา: Hepler and Strand and from Strand et al.

ทางด้านผู้ป่วยหรือด้านผลิตภัณฑ์หรือไม่ แต่สามารถบอกได้ว่าถ้าหากจะทำการผลิตใดๆ ให้มีประสิทธิภาพ การผลิตดังกล่าวควรมีการประหยัดต่อขนาด (Economies of scale)

การประหยัดต่อขนาดหมายถึง กระบวนการผลิตซึ่งเมื่อมีการลงทุนเพิ่มขึ้นหรือขยายการผลิตมากขึ้นจะได้รับผลตอบแทนในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย และสัดส่วนผลตอบแทนที่เพิ่มขึ้นนี้จะมากกว่าสัดส่วนการลงทุนที่เพิ่มขึ้น (Increasing Return to scale) การประหยัดต่อขนาดจะทำให้ต้นทุนการผลิตต่ำลงและยังส่งผลต่อการสร้างผู้ชำนาญการเฉพาะด้านในกระบวนการผลิต เนื่องจากมีการแบ่งงานกันทำอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น หากโรงพยาบาลยังคงผลิตยาเอง การขยายการผลิตเพื่อให้เกิดการประหยัดต่อขนาดจึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ยังสามารถแก้ไขปัญหาที่เป็นข้อถกเถียงกันในเรื่องการควบคุมคุณภาพการผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากการประหยัดต่อขนาด

## บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. ในสภาพสังคมปัจจุบันคงเป็นการยากที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดจะเป็นผู้ตัดสินความดี และความถูกต้อง แต่ทุกคนคงต้องยอมรับความหลากหลายที่มีมากขึ้น สิ่งที่สำคัญก็คือ การพยายามทำในหน้าที่และบทบาทของแต่ละส่วนให้ดีที่สุด ในกรณีการผลิตยาในโรงพยาบาลก็เช่นกัน การที่จะตอบคำถามว่าเป็นบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาลดังเช่นในอดีตหรือไม่ และการผลิตยาในโรงพยาบาลผิดตรงไหน สิ่งที่ดีที่สุดก็คือ หากที่ใดมีการผลิตยา ก็ควรจะทำหรือพัฒนาให้ดีที่สุด โดยประสิทธิภาพการผลิตหรือการประหยัดต่อขนาด น่าจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตอบคำถามว่าควรจะมีการผลิตยาในโรงพยาบาลต่อไปอีกหรือไม่

2. ลักษณะการผลิตยาสามารถแบ่งออกเป็น การผลิตเพื่อใช้ส่วนบุคคลหรือเฉพาะราย และการผลิตในเชิงธุรกิจ (Commercial) ซึ่งปัจจุบันลักษณะของการผลิตยาในโรงพยาบาลที่มีอาคารเภสัชกรรมสำหรับการผลิตโดยเฉพาะ น่าจะถือได้ว่าอยู่ในระดับของการผลิตเชิงธุรกิจ อันจำเป็น

ต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น ดังนั้นจึงไม่ควรที่จะใช้สิทธิในข้อยกเว้นทางกฎหมายสำหรับการผลิตยาในหน่วยงานของรัฐ เพราะข้อยกเว้นดังกล่าวมีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองการผลิตในลักษณะเฉพาะรายเท่านั้น ดังนั้นการผลิตยาโดยโรงพยาบาลในปัจจุบันจึงควรจะต้องปฏิบัติเช่นเดียวกันหรือใกล้เคียงกับการผลิตยาของภาคเอกชน

ในเรื่องนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายที่ชัดเจนแล้วว่าในการผลิตยาในโรงพยาบาลจะต้องพัฒนาให้ได้มาตรฐานที่ดี หรือ GMP (Good Manufacturing Practice) ซึ่งควรมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- จัดทำผังมาตรฐานของอาคารเภสัชกรรม
- พัฒนาสูตรตำรับยาที่ผลิตในโรงพยาบาล
- พัฒนาระบบการผลิตยาในโรงพยาบาล
- ควบคุมคุณภาพยาที่ผลิต
- ตรวจสอบสถานที่ผลิตเภสัชภัณฑ์ปราศจากเชื้อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการผลิตเภสัชภัณฑ์ปราศจากเชื้อ

3. การพัฒนาการผลิตยาในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประหยัดต่อขนาดจำเป็นต้องมีการรื้อปรับระบบใหม่ (Re-engineering) ซึ่งสามารถทำได้โดย

3.1 การพัฒนาปรับปรุงบนโครงสร้างเดิม โดยเน้นให้การสนับสนุนในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการพัฒนาบางแห่งเป็นกรณีพิเศษ ส่วนในโรงพยาบาลที่ขาดศักยภาพในการพัฒนายังจะต้องหามาตรการในการดำเนินการ เช่น ยกเลิกหรือจำกัดการผลิต เป็นต้น

3.2 การพัฒนาปรับปรุงบนโครงสร้างองค์กรใหม่ โดยมุ่งเน้นการสร้างความเป็นอิสระและความคล่องตัวในการทำงานเช่นเดียวกับภาคเอกชน ซึ่งการแยกหน่วยงานการผลิตเป็นอิสระจากโครงสร้างเดิมของโรงพยาบาลจะไม่ทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบการรักษาพยาบาลปกติ และในปัจจุบันก็เป็นที่ยอมรับกันว่าภาครัฐก็มีความยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ทั้งนี้มีแนวทางที่อาจเป็นไปได้คือ

- การแยกเป็นหน่วยงานอิสระแล้วบริหารจัดการโดยมูลนิธิของโรงพยาบาล
- การเปิดให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการ

ผลิตยาในรูปแบบที่คล้ายกับการเปิดให้  
ภาคเอกชนมาลงทุนในตึกผู้ป่วยพิเศษ

- การเปิดให้องค์การเภสัชกรรมเข้ามา  
ร่วมดำเนินการผลิตยาในโรงพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. สำลี ใจดี และคณะ. (2533) *เภสัชกรกับการพัฒนา  
สาธารณสุขในภาครัฐ*. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.



### คมคำ ♦ ความคิด

“กระแส ‘คลื่นลูกที่สาม’ หรือเทคโนโลยีสารสนเทศจะเป็นแนวโน้มเสริมส่งระบอบอำนาจที่ว่  
เสียมากกว่าที่จะคลี่คลายปัญหา แม้ว่าจะมีส่วนกดดันให้โครงสร้างอำนาจต้องกระจายตัวออกไป  
สู่หน่วยย่อยๆ ขึ้นก็ตาม แต่ตัวโครงสร้างอำนาจพื้นฐานของการครอบครองครอบงำ ก็ยังคง  
ดำรงอยู่ต่อไปภายใต้กรอบโลกทัศน์ตามที่ตนตามที่เป็นอยู่ในแง่ตัวเอง จึงยังไม่อาจกล่าวได้อย่างเต็มปากนักว่า  
ยุคเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญยิ่งใหญ่ถึงขั้น ‘ปฏิวัติความรู้’ ดังที่ แอลวิน  
ท็อฟเฟเลอร์ กล่าวอ้างไว้ และนี่ก็หมายถึงว่า เราจะยังคงอยู่ในสภาวะของความชะงักงันทาง  
ปัญญาและความรู้...”

⇒ ศ.เสนห์ จามริก “บทวิเคราะห์ว่าด้วยการศึกษากับการ  
วิจัยและพัฒนา”