

ถอดบทเรียน

การดำเนินมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยา
ในโรงพยาบาลนำร่อง 3 แห่ง

- โรงพยาบาลลำปาง
- โรงพยาบาลตำรวจ
- โรงพยาบาลศิริราช



ถอดบทเรียน

การดำเนินมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยา
ในโรงพยาบาลนำร่อง 3 แห่ง

โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลศิริราช

ถอดบทเรียนการดำเนินมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยา ในโรงพยาบาลต้นแบบ 3 แห่ง

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ที่อยู่ 126/146 หมู่ 4 ชั้น 5 (อาคาร 10 ชั้น) สถาบันบำราศนราดูร ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ : 0 2965 9616 โทรสาร : 0 2965 9617
พิมพ์ครั้งที่ 1	กรกฎาคม 2555
จำนวนพิมพ์	2,000 เล่ม
ISBN	978-974-299-186-9
ที่ปรึกษา	รศ.นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ ผศ.นพ.สนั่น วิสุทธิศักดิ์ชัย ภญ.บุญญาพร ยิ่งเสรี ภญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร จรุงศักดิ์เศรษฐ์ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ พัชนี ธรรมวันนา
ผู้เขียน	สายศิริ ด่านวัฒนะ อภิญา อิศระชาญพานิช
บรรณาธิการ	ภาสกร สอนเรือง สายศิริ ด่านวัฒนะ อุไรวรรณ บุญแก้วสุข
ออกแบบและพิมพ์ที่	สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์

คำนำ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สนับสนุนการถอดบทเรียนการดำเนินมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาในโรงพยาบาลต้นแบบ 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลศิริราช เพื่อค้นหาจุดเด่นของการดำเนินการมาตรการภายใน ผู้มีบทบาทสำคัญ ปัจจัยความสำเร็จ ผลสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค พร้อมข้อเสนอแนะ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์กลุ่ม พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสาร เรียบเรียงข้อค้นพบให้มีความน่าสนใจและเข้าใจง่ายเพื่อใช้ในการเผยแพร่และสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องต่อไป

รายงานฉบับนี้ ประกอบด้วย รายงานการถอดบทเรียน 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลลำปาง (เก็บข้อมูลวันที่ 12 กรกฎาคม 2554) และโรงพยาบาลตำรวจ (เก็บข้อมูลวันที่ 3 สิงหาคม 2554) และโรงพยาบาลศิริราช (เก็บข้อมูลวันที่ 18 มิถุนายน, 9 และ 11 กรกฎาคม 2555)

ผู้จัดทำรายงานขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร และบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งสามแห่งเป็นอย่างสูง ที่ได้สละเวลาให้สัมภาษณ์และให้ข้อมูลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งได้ช่วยตรวจทานร่างต้นฉบับรายงานจนเสร็จสมบูรณ์ นอกจากนี้ขอขอบคุณ ผู้บริหาร และนักวิชาการจากกรมบัญชีกลาง และ สวปก. ที่สนับสนุนการทำงานครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณ คุณอภิญา อิศระชาญพานิช ผู้ช่วยนักวิจัยที่ช่วยให้การจัดทำรายงานฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หวังว่ารายงานการถอดบทเรียนฉบับนี้ จะช่วยสะท้อนความสำเร็จและแนวทางการพัฒนานโยบายด้านยาเพื่อนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

ผู้จัดทำรายงาน

นางสายศิริ ตำนวัฒน์ และคณะ

14 กรกฎาคม 2555

สารบัญ

	หน้า
รายชื่อผู้ให้ข้อมูล	v
คำสำคัญ/คำย่อ	vi
บทนำ	vii
บทที่ 1 อุปสรรคมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลลำปางกับความมุ่งมั่นท่ามกลาง ข้อจำกัด	1
บทที่ 2 นโยบาย มาตรการ และทัศนคติ จุดเปลี่ยนและ ตัวแปรต่อมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โรงพยาบาลตำรวจ	21
บทที่ 3 ผลสำเร็จกับผลกระทบที่มาพร้อมกัน โรงพยาบาลศิริราชในภาวะขาดทุนกำไร ที่อาจกลายเป็นปัญหาการเงิน	41

รายชื่อผู้ให้ข้อมูล

โรงพยาบาลลำปาง

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. นพ.ทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง |
| 2. ภญ.บุญญาพร ยิ่งเสรี | หัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำปาง |
| 3. นพ.พัฒน์พงศ์ ปาละวงศ์ | หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมและกระดูก |
| 4. นพ.ประนาท เชี่ยววานิช | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต |
| 5. นพ.ประเทือง เหลี่ยมพงศาพุทธิ | หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม |
| 6. พญ.ปิยนุช กัณหะสิริ | กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก |

โรงพยาบาลตำรวจ

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. นพ.จางเจตน์ อาวเจนพงษ์ | นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ |
| 2. ภญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร จรุงศักดิ์เศรษธุ์ | หัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ |
| 3. พ.ต.อ.พรชัย ตั้งสำเริงวงศ์ | ประธานองค์กรแพทย์โรงพยาบาลตำรวจ |

โรงพยาบาลศิริราช

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. รศ.นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ | รองคณบดีฝ่ายการคลัง
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
อดีตรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
ในช่วงปี 2544-2547 |
| 2. ผศ.นพ.สนั่น วิสุทธีศักดิ์ชัย | รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศ
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
อดีตรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
ในช่วงปี 2550-2554 |

คำสำคัญ/คำย่อที่ใช้บ่อย

OPD	: Out Patient Department	ผู้ป่วยนอก
RDU	: Rational Drug Use	การใช้ยาสมเหตุผล
MUA	: Medicine Utilization Analysis	การวิเคราะห์การใช้ยา
DUE	: Drug Use Evaluation	การประเมินผลการใช้ยา
DUR	: Drug Utilization Review	การทบทวนการใช้ยา
National List of Essential Medicines		บัญชียาหลักแห่งชาติ
NED	: Non Essential Drug	ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
ED	: Essential Drug	ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
PTC	: Pharmaceutical Therapeutic Committee	คณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัด
CPG	: Clinical Practice Guideline	แนวปฏิบัติทางคลินิก
CL	: Compulsory licensing	การประกาศใช้สิทธิโดยรัฐ ต่อยาที่มีสิทธิบัตร
IC	: Infection Control	การควบคุมการติดเชื้อ

บทนำ

โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลศิริราช เป็น 3 ใน 34 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 19 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 7 แห่ง และอื่นๆ 8 แห่ง) ที่กรมบัญชีกลางได้ขอความร่วมมือร่วมเป็นโรงพยาบาลร่นบุกเบิกในโครงการศึกษาหามาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยากรณีผู้ป่วยนอก โดยได้จัดการประชุมชี้แจงทั้ง 34 โรงพยาบาลพร้อมกันในช่วงเดือนกรกฎาคม 2552 พร้อมนำเสนอข้อมูลให้เห็นภาพปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งหากไม่มีการลดและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอกแล้ว จะเป็นภาระที่อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของระบบสวัสดิการรักษายาของรัฐบาลทั้งระบบ

จากการถอดบทเรียนครั้งนี้พบว่า การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาไม่ใช่เรื่องใหม่ของทั้งสามโรงพยาบาล เนื่องจากมีกลไกและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เมื่อกรมบัญชีกลางขอความร่วมมือ โรงพยาบาลทั้งสามแห่งก็เกิดความตื่นตัวมากขึ้นและให้ความร่วมมือเร่งรัดดำเนินการจนเห็นผลสำเร็จที่จับต้องได้ เกิดประสบการณ์ที่ควรค่าแก่การเรียนรู้ โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่า ทำอย่างไรจึงจะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาแต่คงคุณภาพการรักษาตามหลักวิชาชีพ โดยใช้หลักการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเข้ามาเป็นแนวทางหลัก โดยทั้งสามโรงพยาบาลมีมาตรการที่หลากหลาย ต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรค และมีมุมมองข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกัน

การดำเนินงานของทั้งสามแห่งมีกลไกที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ มีคณะกรรมการที่กำกับนโยบาย กรรมการคัดเลือกยาคุณภาพเข้าสู่รายการยาของโรงพยาบาล และคณะกรรมการที่ดูแลข้อบ่งใช้ยา ซึ่งทุกแห่งมีองค์ประกอบทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการด้านยา คือ เภสัชกร และผู้ใช้ยา คือ แพทย์ โดยการที่แพทย์มีส่วนร่วมในการออกข้อบ่งใช้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ได้รับความร่วมมือจากแพทย์เป็นอย่างดี มาตรการที่ใช้ คือ การเน้นให้ใช้ยาสามัญ (Generic Name) แทนยาต้นตำรับ (Original) และสนับสนุนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นหลัก โดยวิธีการที่พบว่าได้ผลในการปรับ

พฤติกรรมการส่งยานอกบัญชียาหลักมากเกินไป คือการขอให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยาระบุ เหตุผลความจำเป็นที่ต้องสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักทุกครั้งที่ตั้ง และใช้การจ่ายยาสามัญ ที่มี ส่วนประกอบทางเคมีเหมือนกันแทนยาต้นตำรับ หากแพทย์ไม่ได้ระบุว่าต้องจ่าย ยาต้นตำรับเท่านั้น

ผลจากการดำเนินงาน นอกจากสามารถลดค่าใช้จ่ายได้เป็นจำนวนมากแล้วยังทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น ช่วยอุดรอยรั่วจากการใช้ยา และแก้ปัญหา การทุจริต ส่วนผลกระทบเชิงลบต่อโรงพยาบาลนั้น ทุกแห่งล้วนได้รับผลกระทบทาง การเงินเนื่องจากรายได้จากค่ายาลดลง ทำให้กำไรค่ายาซึ่งต้องนำมาใช้บริหารจัดการ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยนั้นลดลง และมีความกังวลว่าจะกลายเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพ และมาตรการการบริการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

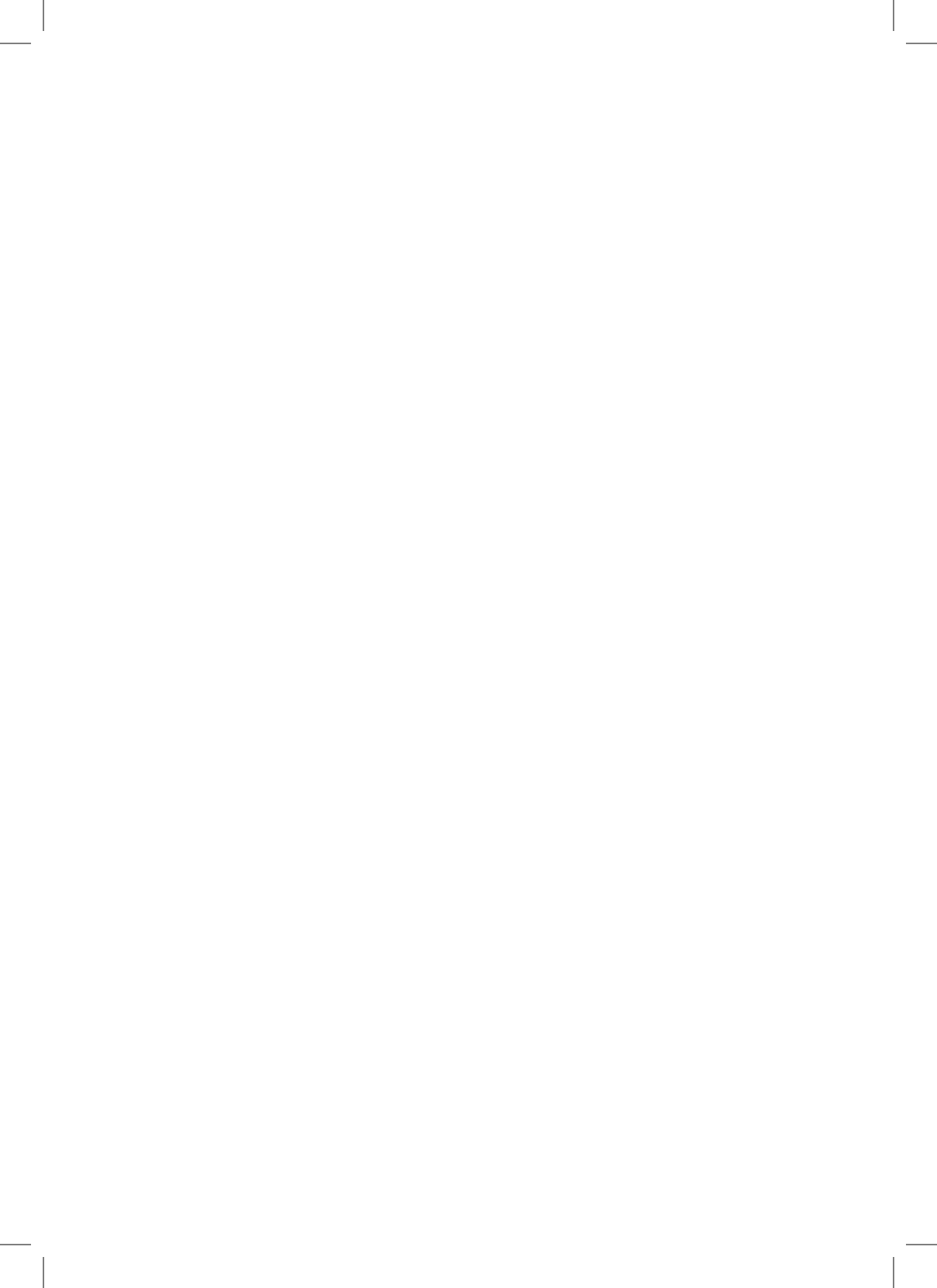
นอกจากนี้ พบว่าโรงพยาบาลมีข้อโต้แย้งเรื่องคุณภาพยาสามัญและ/หรือยา ในบัญชียาหลักแห่งชาติที่อาจกระทบต่อการรักษาผู้ป่วย ซึ่งโรงพยาบาลทั้งสามแห่งต่าง ให้ความสำคัญกับมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยมาเป็นอันดับแรก ดังนั้น ในกรณีที่แพทย์ ผู้ใช้ยามีเหตุผลและหลักฐานยืนยันถึงความจำเป็นที่ต้องใช้ยาต้นตำรับ และ/หรือยาใน บัญชียาหลักแห่งชาติ ทางโรงพยาบาลก็จะรับภาระความเสี่ยงที่อาจถูกเรียกเก็บค่ายาคืน โดยมีการจัดการภายในเพื่อให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอุปสรรค ต่อคุณภาพการรักษาน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม แม้ว่ามาตรการกำกับการใช้ยาจะส่งผล ให้เกิดความยุ่งยาก แต่บุคลากรของทั้งสามแห่งก็ร่วมมือร่วมใจดำเนินงาน เพราะความ ตระหนักว่า การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นสิ่งที่ต้องทำให้ได้ แม้ว่าจะทำให้เกิดความ ไม่สะดวก เพิ่มภาระงาน ต้องปรับระบบที่เกี่ยวข้อง และต้องเผชิญกับเสียงสะท้อนจาก ผู้รับบริการที่มีปฏิกริยาทางลบต่อการเปลี่ยนแปลง

ภาวะผู้นำ นโยบายที่ชัดเจน กลไกและมาตรการที่เหมาะสม การสื่อสาร ที่ทั่วถึงและเพียงพอ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และความเข้มแข็งของทีมงาน หรือ คณะทำงานที่ขับเคลื่อนแผนงานส่งเสริมและกำกับการใช้ยา คือปัจจัยความสำเร็จของ การดำเนินงาน ในขณะที่การขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและขาดมาตรการสนับสนุนที่ ต่อเนื่อง อีกทั้งการที่รายการยาที่ให้เบิกได้คือยาในบัญชียาหลักแห่งชาตินั้น ผู้ใช้ยา ยังมีข้อทักท้วงและเสนอแนะให้ปรับปรุงรายการยาและข้อบ่งใช้เพื่อให้เป็นปัจจุบัน

สอดคล้องกับองค์ความรู้และประสบการณ์ของผู้ใช้ และให้มีความสะดวกในการใช้งาน และเสนอให้ทั้งกรมบัญชีกลางและผู้ดูแลยาบัญชียาหลักแห่งชาติ ควรมีการตอบสนองต่อข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องของผู้ปฏิบัติงานอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ หากแพทย์มีความเข้าใจ และเชื่อถือในรายการและข้อบ่งชี้ยา รวมทั้งเข้าใจในแนวนโยบายของกรมบัญชีกลาง ก็จะเป็นตัวกลางสื่อสารให้ผู้รับบริการยอมรับและเชื่อมั่นต่อยาที่ใช้ได้ไม่ยาก ทุกแห่งเห็นตรงกันว่าระบบจ่ายตรงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกและบริการที่ดี แต่มีข้อห่วง ที่อาจทำให้เกิดการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการทุจริต หรือการใช้ยาอย่างไม่เห็นคุณค่า ไม้มีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการระงับค่าใช้จ่ายและงบประมาณของประเทศ เป็นต้น

ตัวแทนโรงพยาบาลทั้งสามแห่งเห็นว่า การส่งเสริมและกำกับติดตามการใช้ยา โดยกรมบัญชีกลาง เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความตระหนักถึงการใช้อย่างสมเหตุผลมากขึ้น และคาดหวังสิ่งสนับสนุน เช่น ระบบ IT งบประมาณโครงการ มาตรการช่วยเหลือรองรับหากเกิดผลกระทบทางการเงินต่อโรงพยาบาลที่ดำเนินการ และมาตรการเชิงบวกต่างๆ รวมทั้งการสื่อสารเพื่อให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ใช้บริการ ที่สำคัญคืออยากเห็นการใช้นโยบายและมาตรการที่ทั่วถึงเท่าเทียมกันในโรงพยาบาลทุกแห่งเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน





บทที่ 1

อุปสรรคมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลง โรงพยาบาลลำปางกับความมุ่งมั่นท่ามกลางข้อจำกัด

“แนวความคิดเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาของกรมบัญชีกลางเป็นสิ่งที่ดี แม้ว่าในทางปฏิบัติแล้ว มาตรการต่างๆ ที่ออกมา จะทำให้เราจะประสบความยากลำบาก มีปัญหาอุปสรรคและแรงกดดันค่อนข้างมาก แต่เราก็อยากจะทำสิ่งที่ถูกต้อง ด้วยจรรยาบรรณของแพทย์ เภสัชกร และวิชาชีพ พวกเราส่วนใหญ่เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์เป็นคนดี”

นพ.ทรงวุฒิ ทรัพย์ทวีสิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง กล่าวเปิดใจเมื่อถามว่าในเมื่อมีปัญหาอุปสรรคมากมายในการดำเนินการเพื่อลดและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา แต่เหตุใดทางโรงพยาบาลลำปาง จึงได้เร่งรัดดำเนินการจนประสบผลสำเร็จ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เป็นจำนวนมาก จนทำให้กรมบัญชีกลางต้องประสานขอมาศึกษาดูงานและถอดบทเรียนในฐานะกรณีศึกษาที่ดี โดยทางโรงพยาบาลสามารถลดมูลค่าการจัดซื้อยาในปี 2553 เป็นไปตามเป้าหมายได้ถึง 25 ล้านบาท และลดมูลค่าการเบิกจ่ายผู้ป่วยนอกจากกรมบัญชีกลางลงได้ถึง 30 ล้านบาท (ลดลงร้อยละ 25) โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) ลดลงถึง 20 ล้านบาท และสัดส่วนมูลค่ายา NED ที่เป็นเป้าหมายลดลงแทบทุกกลุ่ม

▶ “เราไม่อยากเป็นเด็กไม่ดี”

ความรู้สึกดีๆ และความรับผิดชอบในฐานะหน่วยบริการของรัฐ

หลังจากที่ได้รับการประสานขอความร่วมมือ และรับที่จะร่วมดำเนินการเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายด้านยาให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรมได้นำข้อมูลมาแบ่งปันในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ต่อมาคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee: PTC) ได้จัดประชุมกำหนดมาตรการลดค่ายา ครั้งที่ 1 ในวันที่ 25 สิงหาคม 2552 และจัดประชุมองค์กรแพทย์ในเดือนถัดมา โดยทุกฝ่ายต่างถือเป็นเรื่องสำคัญ

*“มีความรู้สึกเหมือนถูกตำหนิ และมีความผิดที่ต้องรีบแก้ไข เพราะว่าเราไม่
อยากเป็นเด็กไม่ดี”*

นี่คือแรงจูงใจในเบื้องต้นในการตัดสินใจดำเนินการหาทางควบคุมและกำกับตนเอง ซึ่ง **ภญ.บุญญาพร ยิ่งเสรี** หัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรม โรงพยาบาลลำปาง สะท้อนออกมาอย่างจริงจัง ว่าเป็นความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันที่ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์กลุ่มงานเภสัชฯ และสมาชิกทุกคนในองค์กรรู้สึกตระหนักและทำให้เกิดความมุ่งมั่นต่อการแก้ปัญหา ถึงแม้ว่าจะพบกับการทำงานที่ยากลำบากมากขึ้นกว่าเดิมก็ตาม เพราะการเดินหน้ามาตรการต้องเป็นไปอย่างมีส่วนร่วม ต้องเดินหน้าอย่างพร้อมเพรียงกันในองค์กร ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความคิดเห็น เหตุผล และความจำเป็นที่หลากหลาย

ในการเริ่มต้นนั้น PTC ได้วางมาตรการผ่าน 2 ยุทธศาสตร์หลัก ภายใต้ Drug cost containment plan นั่นคือ **หนึ่ง** การลดค่ายาที่จ่ายในแต่ละครั้ง (Unit price) และ **สอง** ลดปริมาณยาที่สั่งจ่าย (Utilization Quantity) ซึ่งผลที่ตามมาล้วนแล้วแต่นำมาซึ่งความลำบากใจ

*“คนไข้เคยได้รับยาจำนวนหนึ่ง ต่อมาได้รับลดลงก็เกิดคำถามและความไม่
พึงพอใจ หรือคนไข้เคยได้ยาตัวหนึ่ง แม้เราอธิบายว่าเป็นตัวยາเดียวกันแต่คนละบริษัท
แต่เขาก็อยากได้ยาเดิม มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้จากราก็หนีไปเอาที่โรงพยาบาลอื่น”*

เป็นคำบอกเล่าของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่ต้องบริหารงานท่ามกลาง ความยุ่งยาก ทั้งต่อผู้รับบริการที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการเหล่านี้ และผู้มี หน้าที่ให้บริการ ที่ต้องมีภาระงานเพิ่มขึ้น ต้องพบกับแรงเสียดทาน คำถาม และการ เรียกร้องกดดันจากผู้ป่วย ในขณะที่ในฐานะวิชาชีพแพทยก็ต้องการคงปัจจัยที่จะส่งผล ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐานการรักษา

ดังนั้น การวางมาตรการในการลดค่าใช้จ่ายโดยที่มาตรฐานการรักษาไม่ต่ำลง ย่อมเป็นโจทย์ที่ท้าทายสำหรับโรงพยาบาลแห่งนี้ ซึ่งมุ่งมั่นจะปฏิบัติหน้าที่ตามพันธกิจ ของโรงพยาบาลที่ว่า “จัดบริการสุขภาพพระระดับตติยภูมิ และเป็น excellent center ด้านอุบัติเหตุ และโรคมะเร็งแบบองค์รวม และครอบคลุม 4 มิติ อย่างสมบูรณ์”

▶ กลไก โครงสร้าง และวัฒนธรรมองค์กร

ปัจจัยสำคัญในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในโรงพยาบาล

ภญ.บุญญาพร เล่าว่า เรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ไม่ใช่เรื่องใหม่ ทาง โรงพยาบาลมีการวางมาตรการและกลไกมานานแล้ว แม้ว่าที่ผ่านมามาอาจจะไม่ได้บังเกิด ผลในการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจนเหมือนครั้งนี้ แต่การมีกลไกและมาตรการ รวมทั้ง วัฒนธรรมองค์กรเดิมอยู่เป็นพื้นฐาน ก็เป็นปัจจัยความสำเร็จสำคัญที่ทำให้การเดินหน้ างานครั้งนี้เกิดผล

“แต่เดิมเรามี PTC เป็นตัวหลักในการดำเนินงาน ทีมผู้บริหารมีการกำหนด นโยบายที่ชัดเจนให้แก่ผู้ปฏิบัติ โดยแพทย์ให้ความร่วมมือ และมีการทำให้ผู้ป่วยมี ความเข้าใจนโยบายที่กำหนด”

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เล่าอีกว่า ตามโครงสร้าง PTC ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน และแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานสำคัญเป็นคณะ กรรมการ โดยมีหัวหน้าเภสัชกรเป็นเลขานุการ และเภสัชกรเป็นรองเลขานุการ มีหน้าที่ กำหนดนโยบายด้านยา (Drug Policy) มีคณะกรรมการพัฒนาระบบยา ดำเนินการด้าน Drug safety มีคณะกรรมการติดตามประเมินการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation) ดำเนินการด้านการใช้ยาที่เหมาะสม (Rational Drug Use) และมีคณะกรรมการ

จัดซื้อยาดำเนินการคัดเลือกจัดซื้อยาที่มีคุณภาพ โดยสรุป PTC ควบคุมค่าใช้จ่ายยา โดยผ่านงาน Drug Policy, Drug Selection, Hospital Formulary System, Rational Drug Use เป็นหลัก และกลุ่มงานเภสัชกรรมมีการบริบาลผู้ป่วย (Pharmaceutical care service) ช่วยดูแลเรื่องยาเหลือใช้

“ เป็นความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันที่ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ กลุ่มงานเภสัชฯ และสมาชิกทุกคนในองค์กรรู้สึกตระหนัก และทำให้เกิดความมุ่งมั่นต่อการแก้ปัญหา

โรงพยาบาลสามารถลดมูลค่าการจัดซื้อยาในปี 2553 เป็นไปตามเป้าหมายได้ถึง 25 ล้านบาท และลดมูลค่าการเบิกจ่ายาผู้ป่วยนอกจากกรมบัญชีกลางลงได้ถึง 30 ล้านบาท (ลดจ้อยละ 25) โดยเฉพาะยานอก บัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) ลดลงถึง 20 ล้านบาท ”

สำหรับ Drug Selection ที่โรงพยาบาลลำปางนั้น การคัดเลือกยาใหม่จะจัดทำ Monograph ยาใหม่อ้างอิงจาก evidence เพื่อคัดเลือกยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ยาที่มีข้อบ่งใช้ยาเหมือนกันจะคัดเลือกไว้ในบัญชียาตามชื่อสามัญทางยา (generic name) ไม่เกิน 2 รายการ โดยยึดตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดในมาตรการ Good health at low cost และคัดเลือกยาที่มีคุณภาพราคาถูกกว่าเข้าบัญชียา โดยจ่ายยาให้ผู้ป่วยทุกสิทธิด้วยยาเดียวกันแม้จะเป็นยาต้นแบบ (ยา original) ก็ตาม

ตัวอย่าง Drug Selection กรณี Bisphosphonate มีการเปรียบเทียบข้อดีของยาแต่ละชื่อ รวมทั้งราคา ยา ก่อนการเลือกยาเข้ามาในบัญชีของโรงพยาบาล

ส่วน Hospital Formulary System คือการจัดประเภทยาในบัญชียา เพื่อให้มีการสั่งจ่ายอย่างเหมาะสมตามสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย และสิทธิการสั่งจ่ายของแพทย์ ตามเงื่อนไขการสั่งจ่ายที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเงื่อนไขที่ PTC กำหนด

▶ **มาตรการเก้ายังคลัง เพียงเพิ่มพลังการบังคับใช้**

พร้อมริเริ่ม “กติกา” ใหม่แบบมีส่วนร่วม

ภญ.บุญญาพร กล่าวเพิ่มเติมว่า Rational Drug Use และมาตรการเชิงนวัตกรรมอื่นๆ ที่มีมาก่อน คือ ปัจจัยหนุนเสริมความสำเร็จ โดย Rational Drug Use ที่ลำปางมีการดำเนินงานติดตามประเมินการใช้ยา (DUE) ติดต่อกันมา โดยมีระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง เดิมนั้นเริ่มมีการดำเนินงานในกลุ่มยา Antibiotic ตั้งแต่ประมาณปี 2538 ถึงแม้จะมีปัญหาในระหว่างดำเนินงานก็ตามก็ยังมีมีการดำเนินงานต่อเนื่องเรื่อยมา คณะผู้ดำเนินงานยังได้นำระบบ IT มาช่วยในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้ ยังมีมาตรการที่เรียกว่า Ambulatory care Model Lampang Hospital ซึ่งเป็นอีกหนึ่งลักษณะของการทำงานโดยเภสัชกรร่วมกับแพทย์ โดยเฉพาะอายุรแพทย์ คือ เรื่องการจ่ายยา และการจัดการยาเดิมของผู้ป่วย เพื่อลดการใช้ยาซ้ำซ้อน รวมถึงการมีมาตรการ Medication Refilled Clinic ใน DM Clinic โดยแจกถุงสีเขียวให้คนไข้ใส่ยาและนำยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ในการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่ผ่านมาในอดีต มีการสรุปค่าใช้จ่ายยาทุกกลุ่มยาในทุกๆ สิ้นปี พบยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงในช่วง ปี 2548-2551 คือ ยารักษากลุ่มโรคมะเร็ง เนื่องจากเป็น excellent center ด้านโรคมะเร็ง ลำดับต่อมาคือยากลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยที่นี้จะทำ MUA (Medicine Utilization Analysis) คือทำการวิเคราะห์การใช้ยา และ DUR (Drug Utilization Review) คือทบทวนการใช้ยาเป็นมาตรการขั้นต้นก่อน จะไม่ปูพรมทำ DUE (Drug Use Evaluation) หรือการติดตามประเมินผลการใช้ยาเลยในทันที

“เราได้ติดตามยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงในทุกเดือน และใช้การวิเคราะห์เข้ามาช่วย หลังจากพบยาใดที่มีค่าใช้จ่ายสูง จึงทำทบทวนการใช้ยาว่ามีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสมหรือไม่ หากไม่เหมาะสมก็จะทำ DUE กันต่อไป เราจะไม่ทำ DUE เป็นอันดับแรก”

ผลการดำเนินการที่ผ่านมา มีการใช้ยาอย่างเหมาะสมมากกว่า 80% ขึ้นไป ตามที่ตั้งเป้าไว้ ส่วนที่ไม่เป็นไปตามเป้า ก็จะมีการทบทวนและติดตามอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละรายการตามที่ปรากฏ

นั่นคือมาตรการและผลงานก่อนที่โครงการของกรมบัญชีกลางจะเข้ามา หลังจากเข้าร่วมโครงการของกรมบัญชีกลาง และทุกฝ่ายในองค์กรตระหนักรู้ การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาต้องเร่งรัดให้ชัดเจนขึ้นไปอีก จึงได้ตกลงพร้อมใจที่จะวางเป้าหมายลดค่าใช้จ่ายให้ได้ 25 %

คำถาม คือ “ต้องทำอะไร” นั่นคือความท้าทายของผู้บริหารและทีมงาน ผู้เกี่ยวข้อง

การสร้าง “กติกานใหม่” ในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความร่วมมือของแพทย์และเภสัชกรถือเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ จึงเริ่มต้นด้วยการจัดประชุมเพื่อมอบหมายผู้รับผิดชอบร่วมกัน ในระดับโครงสร้าง การกำหนดยาเป้าหมาย และที่สำคัญคือ เภสัชกร แพทย์ ผู้ป่วย และ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ต้องทำหน้าที่ออกแบบกระบวนการ แก้ไขและติดตามผล เพื่อจะสามารถตอบโจทย์ขององค์กรได้ในที่สุด

เรียกได้ว่า เป็นการนำกลไกและมาตรการเดิมมาปรับเพิ่ม ความเข้มข้น ของการบังคับใช้ และมีการติดตามกำกับอย่างจริงจัง พร้อมกับออก “กลวิธี” และ “เครื่องมือ” ใหม่ ๆ ที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มเติม

▶ มาตรการเชิงปฏิบัติที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผล

ตั้งแต่จำกัดเขตแดนซื้อขาย จนถึงการเขียนรหัสแพทย์

ภญ.บุญญาพร กล่าวถึงมาตรการเชิงปฏิบัติที่ส่งผลดีชัดเจนว่า การที่ PTC ช่วยกำหนดเขตแดนค่ายา หรือ Drug cost management นับเป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญ

“PTC พิสูจน์ว่าค่ายาที่ใช้ 300 กว่าล้านจะต้องลดลงให้เหลือ 300 ล้านในปี 2553 โดยจัดสรรให้เงินมาเท่านี้ เริ่มปีจากงบประมาณในการสั่งซื้อยาก่อน”

เมื่อมีเงินจำกัด จึงเริ่มต้นด้วยการไม่รับยา NED ใหม่ที่มีข้อบ่งชี้เหมือนยาต้นแบบในกลุ่มยาเป้าหมายเข้าบัญชียาโรงพยาบาลปี 2553

“ตอนแรกนั้นยังไม่มีแผนการควบคุมค่าใช้จ่ายยา จนกระทั่งต่อมามีการทบทวนรายงานการศึกษาและข้อมูลการใช้ยา จึงเลือกดำเนินการ 2 ด้านหลักก่อน คือ การลด cost (Unit price) และลดจำนวนการสั่งใช้ยา (Drug utilization)”

ก่อนที่จะนำมาตราการสู่การปฏิบัติ ได้มีการประสานงานและสื่อสารให้เกิดความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ โดยเล็งเห็นความสำคัญของบทบาทของแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาให้แก่ผู้รับบริการ การจัดประชุมร่วมกับองค์กรแพทย์เป็นระยะ นำมาสู่ข้อสรุปแนวทางการปฏิบัติตามนโยบายที่วิชาชีพแพทย์มีส่วนร่วมตัดสินใจ

“มาตรการแรกในการดำเนินงานส่วนของแพทย์ คือ การขอให้เขียนรหัสแพทย์ (ว.....) บนใบสั่งยา ซึ่งแพทย์จะซีเรียสมากเพราะจะมีผลต่อการส่งรายงานมีความกังวลว่าหากรายงานชื่อแพทย์ผิดจะมีปัญหา และแพทย์เองก็จะคิดตริกตรองก่อนสั่งยามากขึ้น”

นั่นคือหนึ่งภารกิจที่แพทย์ร่วมรับผิดชอบ เนื่องจากจะต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและโอนข้อมูลไปยังส่วนกลาง

นอกจากนี้ ยังมีมาตรการอื่นๆ คือ เน้นการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน ด้านการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยที่ครบถ้วน การขอให้บันทึกเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ยา ED ในเวชระเบียน การเน้นย้ำเรื่อง Rational Drug Use กรณีมีการสั่งใช้ยา NED แพทย์จะต้องระมัดระวังการสั่งยาแบบ poly – pharmacy และสั่งใช้ยา NED กลุ่มเป้าหมายตามแนวทาง CPG (Clinical Practice Guideline) การสั่งใช้ยา ED บัญชี ค,ง,จ ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ กรณียาเคมีบำบัด NED หากสั่งไม่ตรง CPG ต้องขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกครั้ง

“ มาตรการเชิงปฏิบัติที่ส่งผลชัดเจนคือการที่ PTC ช่วย กำหนดเพดาน ค่ายา หรือ Drug cost management นับเป็น จุดตั้งต้นที่สำคัญ...

นอกจากนี้ ยังมีมาตรการอื่นๆ คือ เน้นการตรวจสอบ คุณภาพเวชระเบียนด้านการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยที่ครบถ้วน การขอให้บันทึกเหตุผลที่ไม่สามารถใช้จ่าย ED ในเวชระเบียน การเน้นย้ำเรื่อง Rational Drug Use กรณีมีการสั่งจ่าย NED แพทย์จะต้องระมัดระวังการสั่งยาแบบ poly-pharmacy และสั่ง ใช้จ่าย NED กลุ่มเป้าหมายตามแนวทาง CPG (Clinical Practice Guideline) การสั่งจ่าย ED บัญชี ค, ง, จ ต้องเป็นไปตามข้อบ่งใช้ กรณียาเคมีบำบัด NED หากสั่งไม่ตรง CPG ต้องขออนุมัติต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกครั้ง ”

ยังมีมาตรการลดค่ายาในกลุ่มยา CL (เช่น Clopidogrel) ที่เลือกซื้อยา CL ทุกรายการ ยากลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนมาใช้ Generic substitution และยาบางตัวก็ไม่รอ ผ่านกระบวนการจัดซื้อวิธีสอบราคา เนื่องด้วยทราบว่าการผลิตนั้นมาจากแหล่งเดียวกัน ก็จะดำเนินการเปลี่ยนโดยทันที แต่ยังพบปัญหาการจัดซื้อยา Valsartan และปัญหา การฟ้องร้องจากเจ้าของยา original เรื่องการละเมิดสิทธิบัตรยา

และอีกมาตรการที่นำมาใช้คือ กำหนดให้แพทย์ต้องไม่สั่งใช้ยาที่นำมาใช้เพื่อ วัตถุประสงค์การรักษาที่ไม่ตรงกับสรรพคุณที่ประกาศ หรือที่เรียกว่า “ยา Off label”

มาตรการใช้ยา Generic substitution เริ่มที่ยาตัวแรก คือ Atorvastatin เริ่มในเดือนมกราคม 2553 อีก 1 ปีต่อมา (มกราคม 2554) จึงมาเริ่มที่ยาตัวที่สอง คือ Valsartan โดยมีการออก CPG กำกับว่าเมื่อเจอเคสจะเริ่มด้วยยา Simvastatin 40 mg. แล้วประเมินอาการต่อเนื่องการจะปรับเปลี่ยนอย่างไรจะต้องเป็นไปตามแนวทางใน CPG

ส่วนมาตรการ Formulary management นั้น พบว่าแพทย์ที่มีการสั่งใช้ยาที่มีปริมาณสูงอยู่ในกลุ่มแพทย์ Intern เช่น ยากลุ่ม Cox- II Inhibitors ถูกสั่งจ่ายโดยแพทย์ Intern ถึง 34 % และพบอีกว่าการจ่ายยามากกว่าจำนวนที่จำกัดไว้ครั้งละ 30 เม็ดนั้น มีมากกว่า 30 % จึงเข้มงวดเรื่องจำนวนยาที่จ่ายสูงสุดต่อครั้ง คือ 30 เม็ด และกำหนดสิทธิในการสั่งใช้ยา NED3 ทำได้เฉพาะแพทย์เฉพาะทางเท่านั้นและห้ามแพทย์ Intern สั่ง ส่วนยากลุ่ม Osteoporosis นั้น มี CPG เป็นแบบฟอร์มให้แพทย์เช็คข้อบ่งชี้ที่จำเป็น แนบประกอบการสั่งใช้ยาทุกครั้ง

หลังจากการดำเนินงานที่เข้มข้นมาช่วงหนึ่ง ในเดือนพฤษภาคม 2553 PTC ประชุมอีกครั้ง และมีการประกาศ CPG ยา NED เพิ่มเติม คือ Donepezil และ Manidipine Ketosteril Ezetrol และกำหนดให้มีการสั่งใช้ยาเคมีบำบัด second line

ภญ. บุญญาพร เล่าว่า ในระหว่างกระบวนการเหล่านี้มีการสื่อสารกันอย่าง ต่อเนื่อง โดยมีการประชุมหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการทุก 2 เดือน ประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน ประชุม PTC และประชุมองค์กรแพทย์เป็นระยะ รวมทั้งมีการสื่อสารสรุปรายงานติดตามสถานการณ์การสั่งใช้ยา NED กลุ่มเป้าหมาย เพื่อหวังกระตุ้น และให้กำลังใจทุกฝ่ายให้ช่วยกันต่อไป รวมทั้งการบอกเล่าข่าวเด่นจากหนังสือพิมพ์ เช่น ข่าวกรณี DSI ตรวจสอบ รพ.พระนั่งเกล้า เรื่องจ่ายยาเกินจำเป็น ฯลฯ ซึ่งทำให้ทุกฝ่ายเกิดความตื่นตัวและเห็นความสำคัญ

▶ อุดรรัฐทุกช่องที่เห็นในภาคสนาม

พร้อมตอบรับมาตรการของส่วนกลางเรื่องระบุเหตุผลสั่งยา NED

ภญ.บุญญาพร ในฐานะผู้รู้เห็นและใกล้ชิดสถานการณ์ที่สุด เล่าถึงมาตรการอุดรรัฐต่างๆ ที่ถูกนำมาใช้อย่างเคร่งครัดมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนกรณียาผู้ป่วยสูญหายและมาขอเบิกยาเพิ่ม ซึ่งเริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม 2552 และยังมี การขอตรวจบัตรแสดง IPD ที่ห้องทะเบียนเพื่อป้องกันการสวมสิทธิ์ผู้ป่วยระบบจ่ายตรง

นอกจากนี้ โรงพยาบาลลำปาง ยังได้ให้ความร่วมมือต่อหนังสือจากกรมบัญชีกลางที่ส่งมาในเดือนเมษายน 2553 เรื่องขอความร่วมมือพิจารณาดำเนินการให้แพทย์กรอกแบบฟอร์มเหตุผลการสั่งใช้ยา NED เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2553 โดยปรับเปลี่ยนจากเดิมที่แพทย์เพียงแต่ลงนามรับรองในแบบฟอร์มรับรองการใช้ยาที่ทำไว้สำเร็จรูป มาเป็นการขอให้แพทย์เขียนเหตุผลการสั่งยาในแบบฟอร์มใบรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งพบว่า เป็นเครื่องมือที่ได้ผล แม้ว่าแพทย์เองจะไม่ชอบใจนักเพราะเป็นภาระงานที่เพิ่มเข้ามา

“การขอให้เขียนเหตุผลการใช้ยา NED ลงไปในแบบฟอร์มเปล่า เป็นภาระมากที่สุด คือ แพทย์ต้องกรอกด้วยตัวเอง จากเดิมมีการเซ็นแบบฟอร์มทิ้งไว้ที่งานการเงิน แต่กลับต้องมานั่งเขียนเอง เป็นการเพิ่มภาระให้แพทย์มากๆ แต่มันก็ส่งผลดีที่ทำให้แพทย์ต้องคิด และเตือนใจถึงมาตรการและเป้าหมายเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา”

ปัญหาอุปสรรคหนึ่งที่สำคัญคือ การติดตามงานทำได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากจำนวนเภสัชกรมีจำกัด และมีปัญหาในการทำงานระหว่างแพทย์และเภสัชกรในบางกรณี ในฐานะผู้ที่ต้องรับหน้าเสื่อทุกด้าน ภญ.บุญญาพร เปิดใจว่าในการที่จะทำให้นโยบายปฏิบัติต่างๆ เหล่านี้ ได้รับการปฏิบัติอย่างจริงจังนั้น พบว่าเป็นภาระอย่างมาก และเกิดความวุ่นวายในระยะเริ่มต้นที่เริ่มปฏิบัติ

“มีทั้งปัญหาที่คนไข้มาต่อว่าและจะเอายาให้ได้ มีทั้งปัญหาที่ฝ่ายแพทย์ complain กับภาระงานและมาตรการต่างๆ ทางเราเคยถึงขั้นที่บอกว่า ถึงจุดที่เราแก้ไม่ได้แล้ว ต้องรบกวนขอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ลงมาช่วยคลี่คลายปัญหา”

กฎ.บุญญาพร เล่าย้อนไปถึงวันเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง ที่ทุกอย่างไม่ได้เป็นไปอย่างราบรื่น และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะคณะทำงานที่ผลักดันแนวทางเหล่านี้ รวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทั้งเภสัชกร แพทย์ และคนไข้ ต่างต้อง “เจ็บปวดและอึดอัดจิตใจ” กันไปไม่มากนักน้อย

“ในระหว่างกระบวนการเหล่านี้มีการสื่อสารกันอย่าง ต่อเนื่อง โดยมีการประชุมหัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคบริการทุก 2 เดือน ประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน ประชุม PTC และประชุม องค์กรแพทย์เป็นระยะ รวมทั้งมีการสื่อสารสรุปรายงานติดตาม สถานการณ์การใช้ยา NED กลุ่มเป้าหมาย เพื่อหวังกระตุ้นและ ให้กำลังใจทุกฝ่ายให้ช่วยกันต่อไป รวมทั้งการบอกเล่าข่าวเด่นจาก หนังสือพิมพ์ เช่นข่าวกรณี DSI ตรวจสอบ sw.พระนั่งเกล้า เรื่อง จ่ายยาเกินจำเป็น ฯลฯ ซึ่งทำให้ทุกฝ่ายเกิดความตื่นตัวและ เห็นความสำคัญ”

▶ อุปสรรคมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลง เดินทางทำดีเพราะเชื่อว่ายอมได้ดี

นพ.ทรงวุฒิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คือ ผู้ที่ต้องรับแรงกดดันเหล่านี้อย่างสูงสุด โดยได้กล่าวตอนหนึ่งว่า

“ปัญหาที่เราเจออันดับแรก คือ การทำงานของแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่บางครั้งก็ต้องการใช้ยาใหม่ๆ ในการรักษาผู้ป่วย ปัญหาที่สองคือ แพทย์รู้สึกเหมือนถูกตรวจสอบ ถูกจำกัด ในการสั่งใช้ยา NED และต้องมีการบันทึกเมื่อมีการสั่งใช้ยา คิดว่าภาระงานของเขามีมากอยู่แล้วทำไมต้องถูกตรวจสอบแบบนี้อีก”

นอกจากนี้ ยังมีเหตุผลที่ว่า การจำกัดการใช้ยาอาจทำให้แพทย์ไม่มีโอกาสศึกษายาใหม่ๆ และยังส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้รับบริการเนื่องจากภาระในการกรอกข้อมูลการสั่งจ่ายยาทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง หรืออาจเพิ่มระยะเวลาให้บริการจนกระทั่งต้องมีการให้บริการนอกเวลาราชการซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มต้นทุนของหน่วยบริการโดยปริยาย

และไหนจะมีปัญหาว่ายาที่ถูกสั่งงดเบิกจำนวนหนึ่งค้างสต็อก

เมื่อมองเชิงนโยบาย นพ.ทรงวุฒิ ตั้งข้อสังเกตว่า นโยบายของกรมบัญชีกลางขาดความชัดเจนจึงทำให้เกิดความแตกต่างและเกิดการเปรียบเทียบของแต่ละโรงพยาบาล ในขณะที่บางแห่งยังสามารถสั่งยา original ได้ คนไข้ที่เบิกได้จึงสามารถตระเวนไปแสวงหาและรับยาจากอีกที่หนึ่งได้ นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะว่าการประกาศรายการยาที่เป็น Negative list ควรมีการระบุชื่อยาที่ชัดเจน ซึ่งที่ผ่านมาทำให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งตีความหมายแตกต่างกัน

“ยอมรับว่าใจจริงแล้วผู้ปฏิบัติไม่อยากทำตามมาตรการเหล่านี้ แต่จำเป็นต้องทำ แต่หากมองแง่ดีก็เชื่อว่าหากผ่านช่วงของการเปลี่ยนแปลงไปได้ ก็มีความเป็นไปได้ในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในอนาคต รวมไปถึงถึงหวังผลระยะไกลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมเรื่องใช้ยาอย่างสมเหตุผล”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กล่าวถึงความคาดหวังในอนาคต ในขณะที่ยังมีปัญหาอุปสรรคเฉพาะหน้าอยู่มากมาย ซึ่งในการก้าวผ่านช่วงเวลายากลำบากไปด้วยกันนี้ ทั้งผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มเภสัชฯ กล่าวตรงกันว่า การที่กรมบัญชีกลางได้แจ้ง

ไว้ว่าจะมีมาตรการที่เรียกว่า P4P (Pay for Performance) ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาล และคณะทำงานที่ผลักดันมาตรการนี้ต่างนำมาใช้เป็นแรงจูงใจร่วมกันของทีมงานของโรงพยาบาล เพราะทุกฝ่ายคาดหวังในผลตอบแทนความดีที่องค์กรได้ร่วมกันอดทน ฝ่าฟันอุปสรรค เพื่อตอบสนองมาตรการและนโยบายของประเทศ

“ตามสัญญาที่ได้รับเมื่อครั้งเข้าร่วมประชุมกับกรมบัญชีกลาง เมื่อ 25 สิงหาคม 2552 ว่าใครทำได้ดีจะมีรางวัล เป็นแรงบันดาลใจว่าเราต้องเป็นเด็กดี และทำให้เรายึดเอาคำว่า “พลิกวิกฤตให้เป็นโอกาส” เป็นหลักชัย ทำให้ทีม PTC ของเรา เร่งรัดร่วมแรงร่วมใจกำหนดและบังคับใช้มาตรการการลดค่ายา”

ภญ.บุญญาพร หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมกล่าว และยังได้ใช้โอกาสนี้ในการ ทวงถามสัญญากับกรมบัญชีกลาง ในขณะที่กรมบัญชีกลางเองกำลังอยู่ระหว่างการหา แนวทางเบิกจ่ายค่าชดเชยตามผลงานที่จะเป็นไปได้ตามระเบียบข้อบังคับ

▶ ผลสำเร็จหลังความพยายาม

“ลดค่าใช้จ่าย” ได้ ในขณะที่ “ความสูญลดลง”

หลังจากเรื่องราวดำเนินมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2552 จนถึงปัจจุบัน สรุป ผลลัพธ์ที่ได้มาในแง่ของการลดค่าใช้จ่ายตามเป้าหมายนั้น โรงพยาบาลลำปางสามารถ ดำเนินการลดค่าใช้จ่ายได้เป็นอย่างดี สามารถลดมูลค่าการจัดซื้อยาในปี 2553 เป็นไปตามเป้าหมายมูลค่า 25 ล้านบาทและลดมูลค่าการเบิกยา OPD จากกรมบัญชีกลาง ลงได้ 30 ล้านบาท (25%) โดยเฉพาะยา NED ลดลงถึง 20 ล้านบาท และสัดส่วนมูลค่า ยา NED กลุ่มเป้าหมายลดลงแทบทุกกลุ่ม

ผลงานที่น่าภูมิใจประการหนึ่ง คือ การที่ลดการใช้จ่ายในกลุ่ม Antiulcer เป็น NED ได้ถึง 26% ด้วยกระบวนการ Drug selection การจัดทำ CPG โดยที่แพทย์ และการตัดยา Esomeprazole ออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลลำปาง แข็งแรงเกิดเป็น Best Practice ในการติดตามประเมินผลของกรมบัญชีกลางครั้งที่ผ่านมา ส่วนยากลุ่ม ARB เกือบไปถึงเป้าหมาย โดยมีมูลค่าการใช้จ่ายลดลงถึง 22.9% จากการ เปลี่ยนมาใช้ยา generic

อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในการลดค่ายาอีกหลายกลุ่ม เช่น Antilipid ยังไปไม่ถึงเป้าหมาย ยาในกลุ่มนี้มีมูลค่าลดลง 11% Rosuvastatin ลดลง -3.2% จากกระบวนการการจัดทำ CPG โดยแพทย์และการทำ DUR สำหรับ Atrovastatin ลดลง 11.7% โดย generic substitution และการจัดทำ CPG สำหรับยา Ezetimibe เพิ่มขึ้น 3.8% สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยแพทย์จึงไม่สามารถเปลี่ยนยาได้

จากการตามรอยกลุ่มยาลดไขมัน พบว่า Rosuvastatin ยังไม่สามารถลดจำนวนลงได้ เนื่องมาจากการไม่ปฏิบัติตาม CPG เพราะมีแพทย์ปฏิบัติตามเพียง 10% และกลุ่มยา NSAIDs /Osteoarthritis นั้นลดลงเพียงแค่ 0.5% แต่ก็มีแนวโน้มลดลง ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการแก้ไขกันต่อไป เช่น Etoricoxib (90 mg.) Celecoxib (200 mg.) ส่วนกลุ่มยาต้านกระดูกพรุนมีแนวโน้มลดลงคืออย่างเห็นได้ชัด

“จากการประชุม PTC ยາบางตัวที่ไม่ได้ปฏิบัติตาม CPG ก็ได้นำมาพูดคุยกันว่าทำไมลดไม่ได้ พบว่าประเด็นสำคัญที่สุด คือคนไข้ VIP ทั้งหมด ตั้งแต่ข้าราชการระดับสูงในจังหวัด ตัวเจ้าหน้าที่และญาติเจ้าหน้าที่เราเอง อีกอย่างที่เราเห็นคือ แพทย์เองรู้สึกว่าถูกลิดรอนสิทธิ เหมือนสิทธิที่เราเคยได้แต่ไม่ได้ อีกอย่างก็คือไม่รู้จะอธิบายผู้ป่วยอย่างไร เพราะส่วนใหญ่เชื่อว่ายา NED มีประสิทธิภาพมากกว่ายา ED เหล่านี้เป็นเหตุผลว่าทำไมไม่บรรลุตามเกณฑ์”

นอกจากนี้ ผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มเภสัช รวมทั้งแพทย์หลายท่านที่ร่วมกันให้ข้อมูล สะท้อนตรงไปตรงมาว่า มาตรการตัดหรือลดจ่ายยาบางตัว ที่เป็นยาราคาไม่แพง แต่มีผลต่อความรู้สึกของผู้ใช้สิทธิข้าราชการ ทำให้ออกจากทางโรงพยาบาลต้องลำบากในการชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยแล้ว หลายตัวเป็นยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ซึ่งในที่สุด ทางโรงพยาบาลได้ตัดใจยอมควักกระเป๋าจ่ายค่ายาเหล่านั้น ทั้งเพื่อ “ผลทางการรักษา” “ผลทางใจ” และ “ผลการควบคุมค่ายา”

“ส่วนที่โรงพยาบาลรู้สึกไม่ดีมากๆ คือการตัดยา Vitamin NED เช่น Vitamin B1-6-12 ที่ใช้ในการรักษา Megaloblastic anemia, Obemin AZ ในสตรีมีครรภ์ ยาทานวดแก้ปวด คริมไพล เจลพริก Diclofenac gel ไม่รู้จะตัดออกทำไม อยากให้นักวิจัยของข้าราชการที่รู้สึกต่ำต้อย มายืนรอรับยาข้างกับสิทธิอื่นแม้แต่บัตรทองยังเบิกได้ แต่เราไม่ได้ ขอพูดในฐานะข้าราชการคนหนึ่งที่ยากจะสะท้อนข้อมูลกลับอย่างแรง”
ภญ.บุญญาพร กล่าว

ประเด็นนี้ นพ.พัฒนพงศ์ ปาละวงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมและกระดูก ร่วมให้ข้อมูลว่า

“อย่างกลูโคซามีน พอออกประกาศมาแล้ว ตอนนี้จะสั่งจ่ายยาแต่ละครั้งมีแบบฟอร์มต้องกรอกเยอะมาก ส่วนคนไข้เคยได้รับยาแบบจ่ายตรง ตอนนี้นำจ่ายเองก่อน บางคนบอกไม่มีเงิน ไม่ได้เตรียมมา เหล่านี้คือความยุ่งยาก ผมคิดว่า การควบคุมค่าใช้จ่าย ก็ต้องมาควบคู่กับความสบายใจในการทำงานด้วย”

▶ มาตรฐานการรักษา คุณภาพชีวิตผู้ป่วย และระบบสวัสดิการเชิงป้องกัน ความท้าทายต่อผู้เกี่ยวข้องทั้งระบบ

ผลเสียด้านหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องเผชิญคือ การที่โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงเรียนแพทย์ การจำกัดยาอาจทำให้แพทย์ขาดประสบการณ์และเรียนรู้หรือทดลองยาใหม่

แพทย์หลายท่านที่ร่วมถอดบทเรียนครั้งนี้ สะท้อนว่า ปัจจุบันแพทย์ถูกจำกัดการทำงานมาก ทั้งโดยมาตรการของกรมบัญชีกลาง และมาตรการที่ออกมาจากกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง อยากให้ทั้งสองหน่วยงานนโยบายมีการเชื่อมโยงมาตรการเข้าด้วยกัน ในฐานะแพทย์ทุกคนอยากจะทำงานและมอบบริการที่ดีที่สุดต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย จึงรู้สึกกังวลกับการเสียโอกาสของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่

นพ.พัฒนพงศ์ สะท้อนข้อมูลในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับ Cox-II inhibitors ว่า “เราถูกตีกรอบค่อนข้างมาก มีแบบฟอร์มข้อบ่งชี้ของกระทรวงที่ค่อนข้าง strict มาก ทำให้ผู้ป่วยบางคนเสียโอกาสต่างๆ ที่เขาจะต้องได้รับยา เช่น จะต้องมีการ Present GI bleeding ขนาดนั้นเลยหรือจึงจะจ่ายยาให้ได้ หรือการที่แพทย์ออร์โธปิดิกส์ จะวินิจฉัยว่าเป็น Peptic ulcer ได้ จำเป็นต้องมีผลการตรวจหรือผล Scope ด้วยหรือไม่” นพ. พัฒนพงศ์ กล่าว

ทางด้าน นพ.ประนพชาติ เขียววานิช แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต ได้ให้ข้อคิดที่สำคัญว่า มาตรการที่ออกมาตอนนี้มุ่งไปที่การตัดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรคด้วยยา แต่ไม่ได้คำนึงถึงผลของการใช้ยาที่จะช่วยป้องกันโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น เช่น ยาลดไขมัน

ในเส้นเลือดจะช่วยป้องกันโรคหัวใจ และยาโรคไตจะลดโอกาสเข้าสู่การฟอกไต เป็นต้น ซึ่งต้องย้อนกลับไปดูว่า ผู้ป่วยเสียผลประโยชน์หรือไม่ถ้าเราไม่จ่ายยาให้เขา แล้วกรมบัญชีกลางก็ต้องตามไปจ่ายหรือรับผิดชอบค่ารักษาที่มีมูลค่าสูงขึ้นต่อรายในแต่ละปี มาตรการที่ออกมามองเฉพาะจุดยังไม่ครบทุกองศา

“ผู้ป่วยโรคไตวายจากที่จ่ายยาปีละ 4,000 กว่าบาท จะช่วยได้ในการไม่ให้เข้าสู่ภาวะไตวายที่ต้องไปสู่การฟอกไต แต่พอมาตัดค่ายาก็อาจจะต้องไปจ่าย 200,000 บาทต่อปีในอนาคต และถ้ามองในมุมมองของการรักษาเชิงป้องกัน นั่นก็เป็นสิทธิที่ข้าราชการควรจะได้รับ ไม่ใช่แค่สิทธิในการรักษาเมื่อเจ็บป่วยอย่างเดียว”

นพ.ประเทือง เหลี่ยมพงศายุทธ หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม ให้ข้อคิดเห็นในเรื่องการปรับค่าบริการหัตถการว่าควรปรับให้เป็นปัจจุบันมากยิ่งขึ้น และกล่าวเสริมประเด็นการรักษาเชิงป้องกัน โดยยกกรณีการจ่ายวิตามินให้สตรีมีครรภ์ ซึ่งปัจจุบันยา Obemin AZ ได้ถูกจัดให้เป็น negative list คือ ห้ามจ่ายอีกต่อไป ซึ่งเทียบราคายาที่ประหยัดได้กับความเสียหายต่อผลระยะยาวแล้วอาจไม่คุ้ม

“ระยะเวลาที่ให้นานี้แก่ผู้ป่วยโดยทั่วไปก็เพียงแค่ 4 เดือนและต้นทุนไม่ได้สูงมาก แต่มีผลกระทบต่อความฉลาดของเด็ก รวมถึงยาทางสูติกรรมหลายตัว ที่ราคาไม่สูงแต่มีความจำเป็นแต่กลับเป็นยา NED ที่ไม่สามารถสั่งจ่ายได้ เข้าใจว่าอาจจะมองว่าคนท้องไม่ใช่คนป่วย”

“มาตรการที่โดดเด่นและมีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยามากที่สุด คือการนำยา generic มาใช้แทนยา original และการให้แพทย์ เขียนเหตุผลการสั่งใช้ยา NED โดยให้แพทย์เป็นผู้กรอรายละเอียด ด้วยตนเองทั้งหมด

มาตรการตัดหรืองดจ่ายยาบางตัว ที่เป็นยาราคาไม่แพง แต่มีผลต่อความรู้สึกของผู้ใช้สิทธิข้าราชการ ทำให้ออกจากทาง โรงพยาบาลต้องลำบากในการชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ป่วยแล้ว หลายตัวเป็นยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ซึ่งในที่สุดทางโรงพยาบาล ได้ตัดใจยอมควักกระเป๋าจ่ายค่ายาเหล่านั้น ทั้งเพื่อ “ผลทางการ รักษา” “ผลทางใจ” และ “ผลการควบคุมค่ายา””

ทางด้าน พญ.ปิยนุช กัณหะสิริ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก กล่าวว่า ปัญหา เรื่องห้ามสั่งยา Off label มีอยู่ว่าตอนนี้ไม่มีใครรู้ว่ายาไหนไม่ให้สั่งแล้ว ที่สำคัญทำให้ ไม่สามารถสั่งใช้ยาบางตัวที่มีประสิทธิผลต่อการรักษาโรคหนึ่ง และมีสรรพคุณ ในการป้องกันอีกโรคหนึ่ง โดยที่สรรพคุณเชิงป้องกันไม่ได้ระบุไว้ในฉลาก

“ยาป้ายจุมูกเพื่อลดและป้องกันเส้นเลือดฝอยในจุมูกแตก อันที่จริงมันเป็น ยาป้ายตา แต่แพทย์รู้กันดีว่าเอามาป้ายจุมูกได้ผลจริง พอมากำหนดเป็น Off label ก็เลยถูกตัดไป”

จากสถานการณ์เหล่านี้ แพทย์หลายท่านจึงเสนอว่า มาตรการหลายอย่างควรได้รับการทบทวนเพื่อยืดหยุ่นหลักเกณฑ์บางประการเพื่อให้เกิดความเหมาะสมต่อการปฏิบัติ และที่สำคัญคือ ควรนำกรอบที่ขนาดทั้งซ้ายขวา คือ มาตรการกรมบัญชีกลางและ CPG ของกระทรวง มาพิจารณาและทบทวนมาตรการต่างๆ ไปพร้อมกัน

▶ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ในช่วงระยะเวลาเกือบ 2 ปีในการดำเนินการมาตรการลดค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาลล้าปางนั้น แม้จะดำเนินงานมาด้วยความคับข้องใจของผู้เกี่ยวข้อง แพทย์ เภสัชกร หรือแม้แต่ผู้รับบริการเองก็ตาม แต่ก็ทำให้เกิดกติกาและผลงานตามเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้ ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้บริหารและทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเสียสละและยอมให้ความสุขในระดับองค์กรลดลง เพื่อหวังให้ความสุขของระบบใหญ่ในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้น ด้วยการควบคุมและกำกับค่าใช้จ่ายของตนเองจนสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมาย

มาตรการที่โดดเด่นและมีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านยามากที่สุดคือ การนำยา generic มาใช้แทนยา original และการให้แพทย์เขียนเหตุผลการสั่งใช้ยา NED โดยให้แพทย์เป็นผู้กรอรายละเอียดด้วยตนเองทั้งหมด มาตรการใช้ยา CL และการกำหนดสิทธิของแพทย์ผู้จ่ายยา NED แต่ละกลุ่ม มีการวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์การสั่งใช้ยาและรายงานมูลค่าการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การสั่งใช้ยา NED ลดลง นอกจากนี้ การตรวจเยี่ยมของเจ้าหน้าที่จากกรมบัญชีกลาง นับเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและส่งผลให้มีการดำเนินงานตามมาตรการได้มากขึ้น

สิ่งที่ทีมสุขภาพโรงพยาบาลล้าปางฝากไว้ คือ ประเด็นการสื่อสาร ซึ่งที่ผ่านมากรมบัญชีกลางไม่ได้สื่อสารกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ คล้ายกับผลกระทบการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยมาให้กับผู้ให้บริการ ประเด็นเรื่องระบบจ่ายตรงที่ทำให้ได้ใจข้าราชการ แต่กลับเป็นช่องโหว่ซึ่งต้องหาทางแก้ไข เช่น อาจจำกัดให้มีการลงทะเบียนใช้บริการกับหน่วยบริการไม่ให้บริการเปลี่ยนที่ใช้บริการได้ตามใจ และประเด็นในภาพใหญ่ คือ การมองสิทธิสุขภาพเชิงป้องกันแทนที่จะลดค่าใช้จ่ายในวันนี้ แต่ไปเกิดภาระในอนาคต

สิ่งสนับสนุนที่คาดหวังจากกรมบัญชีกลาง คือ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่จะช่วยรองรับการจัดเก็บและรายงานข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อยากเห็นมาตรการเชิงบวกอย่าง P4P ที่สัญญาไว้ และอยากเห็นความเป็นธรรม เมื่อมาตรการเหล่านี้ถูกนำไปใช้กับสถานบริการทั่วประเทศ ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาล ทั้ง 34 แห่ง ในฐานะผู้บุกเบิกแนวทางใหม่ จะไม่ต้องรู้สึกเหมือนกำลังถูกลงโทษอีกต่อไป



บทที่ 2

นโยบาย มาตรการ และทัศนคติ จุดเปลี่ยนและตัวแปรต่อมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย ด้านยาโรงพยาบาลตำรวจ

“ตอนที่กรมบัญชีกลางมาเรียกเงินคืน ผมแทบช็อก ถือเป็นความสูญเสียของรัฐ และเป็นความเสียหายขององค์กร”

นพ.จเจตน์ อวเจนพงษ์ นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ เล่าถึงครั้งที่ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ทุกฝ่ายรู้สึกไม่สบายใจ แต่ต่อมาก็สามารถพลิกวิกฤตเป็นโอกาสได้ ภายหลังจากโรงพยาบาลตำรวจได้ดำเนินการตามนโยบายลดและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในกลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ตามที่กรมบัญชีกลางได้ขอความร่วมมือมาด้วยความตระหนกอย่างลึกซึ้งซึ่งว่าถึงเวลาแล้วที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงก่อนที่จะเกิดความเสียหายต่อส่วนรวม ซึ่งสะท้อนกลับมาเป็นภาพความไม่มีประสิทธิภาพของระบบบริหารจัดการขององค์กร

“ในที่ประชุมตอนนั้นเราตั้งคำถามให้กับทุกคนว่า ถ้าเราไม่ทำอะไร ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไร แล้วเมื่อถูกเรียกเงินคืนใครจะรับผิดชอบ”

นายแพทย์ใหญ่เล่าย้อนไปถึงวันที่ได้ตั้งคำถามนั้น โดยที่ไม่ได้ต้องการคำตอบแต่ขอฝากให้บุคลากรทุกคนยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและเข้ามาช่วยคิดหาทางแก้ปัญหา เพราะเชื่อว่าหากผู้บริหารวางมาตรการควบคุมทันทีจะทำให้เกิดความตื่นตระหนกและเกิดแรงต้านจากผู้ปฏิบัติ

▶ สวัสดิการที่ดีถ้าควบคุมไม่ได้ก็ใช้ผิด

“ถ้าถามว่าปัจจุบันระบบสวัสดิการด้านสุขภาพพระบพไหนดีที่สุด ผมคิดว่าระบบสวัสดิการข้าราชการเป็นระบบที่ดีที่สุดและทำให้การรักษาเป็นไปตามมาตรฐานมากที่สุด เพราะบางระบบเงื่อนไขเรื่องค่าใช้จ่าย ทำให้เกิดความล่าช้าต่อการส่งการรักษา แพทย์ไม่กล้าส่งตรวจพิเศษ ยาก็ไม่กล้าให้ยาแพงๆ ถ้าเป็นแบบนี้ทั้งหมดระบบสาธารณสุขพังแน่”

นพ.จางเจตน์ สะท้อนมุมมองในฐานะแพทย์และผู้บริหาร

“ระบบสวัสดิการของกรมบัญชีกลางที่ใช้อยู่อย่าเพิ่งเปลี่ยน หากเปลี่ยนเมื่อไรทั้งทันที เพียงแต่ว่าการเบิกจ่ายตามระบบจ่ายตรงควรควบคุมให้ได้ ของดีถ้าควบคุมไม่ได้ก็ abuse ได้เช่นกัน”

นั่นเป็นประเด็นแรกที่ถูกกล่าวถึงในตอนเริ่มต้นการสนทนาในการถอดบทเรียนครั้งนี้ บ่งบอกว่า นั่นคือประเด็นความห่วงใยเป็นอันดับต้นๆ

ทั้งนี้ จากสถิติการเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตำรวจ ปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ.2552 มีการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 74.60 และทำให้ถูกเรียกเก็บเงินคืนจากกรมบัญชีกลางประมาณ 3.5 ล้านบาท เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ทุกฝ่ายตื่นตัวและร่วมมือเร่งรัดดำเนินการ และต่อมามาตรการส่งเสริมและกำกับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลตำรวจก็ประสบความสำเร็จและถูกหยิบยกมาเป็นแนวทางต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ

▶ ความเข้มแข็งเชิงนโยบายสู่ความเข้มแข็งในการปฏิบัติ

การดำเนินงานได้ผ่านกลไกคณะกรรมการบริหารยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งมีนายแพทย์ใหญ่เป็นประธาน มีการแบ่งคณะกรรมการย่อยในการดำเนินงานด้านต่างๆ ออกเป็น 12 คณะ คือ คณะกรรมการพิจารณาการใช้จ่ายนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะกรรมการสิทธิสวัสดิการข้าราชการ คณะทำงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คณะทำงานประกันสังคม คณะอนุกรรมการบริหารศูนย์เวชภัณฑ์ คณะอนุกรรมการคัดเลือกคุณภาพยา คณะทำงานเคมีบำบัด คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

คณะอนุกรรมการการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาและสารน้ำ คณะอนุกรรมการการกำหนดระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและกำหนดระบบยาที่มีความเสี่ยงสูง และสุดท้ายคือ คณะอนุกรรมการการพิจารณาและคัดเลือกสรรยาและอาหารทางการแพทย์ ที่แบ่งเป็น 2 คณะย่อย คือ คณะกรรมการพิจารณาการทดลองใช้ยาและเวชภัณฑ์ และคณะทำงานคัดสรรยาต้านจุลชีพและเคมีบำบัด

การดำเนินการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาที่โรงพยาบาลตำรวจ เริ่มจากการจัดทำคำสั่งเรื่องการส่งจ่ายยาเพื่อให้กับแพทย์ส่งจ่ายยาสอดคล้องกับหลักวิชาการทางการแพทย์และเป็นไปตามนโยบายที่กรมบัญชีกลางขอความร่วมมือ รวมถึงการมีคำสั่งให้มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักอย่างชัดเจนและเข้มงวด โดยคำสั่งที่ออกใหม่ระบุดอนท้าทายว่า “ให้ยกเลิกคำสั่งอื่นที่ขัดแย้งต่อคำสั่งนี้และใช้คำสั่งนี้ทดแทนโดยเคร่งครัด”

“ผมยืนยันกับทุกคนตลอดเวลาว่า หากเราทำตามมาตรการเหล่านี้แล้ว แต่ข้อบ่งชี้การใช้ยาจากองค์กรแพทย์ไม่ถูกต้องหรือต้องมีการเรียกเงินคืนอีก นายแพทย์ใหญ่จะเป็นผู้รับผิดชอบด้วยตัวเอง”

นายแพทย์ใหญ่กล่าวถึงจุดรับประกันเพื่อให้กำลังใจให้กับผู้ดำเนินการทุกฝ่ายในช่วงเริ่มต้น และด้วยวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดนโยบายเป็นสำคัญ ทำให้ที่นี้เดินหน้าปฏิบัติการได้อย่างรวดเร็ว

▶ แผนที่ทางเดินสูงสุด “พอดิ” ในการใช้ยา

หลังจากเห็นนโยบายที่ชัดเจนแล้ว จึงนำไปสู่การวางแผนการลดค่ายาอย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยกำหนดให้ใช้ DUE ในกลุ่มยาเป้าหมายในระยะเวลา 3 เดือนแรกแล้วสะท้อนข้อมูล DUE กลับให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบคู่ขนานกันไปนั้น ยังมีแผนการกระตุ้นให้แพทย์มีความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อลดมูลค่าการใช้ยา NED

ต่อไปนี้คือ ตัวชี้วัด 4 ประการ ที่กำหนดว่าต้องบรรลุเป้าหมายภายในระยะเวลา 5 เดือน

1. มูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของมูลค่ายาทั้งหมด

2. ให้มีการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของแต่ละรายการยา
3. กำหนดให้ใช้ยา generic ทดแทนยา original ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของแต่ละรายการยา
4. กำหนดมูลค่ารายจ่ายด้านยา 9 กลุ่ม ที่คาดว่าจะสามารถประหยัดได้ประมาณ 19,000,000 บาท ต่อปี

ทั้งนี้ ทีม PTC ได้กำหนดข้อบังคับการใช้ยาในแต่ละกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มโรคอย่างสมเหตุผล และมีกระบวนการคัดสรรหรือคัดเลือกยาที่ชัดเจนขึ้น ส่วนระบบสนับสนุนแผนงานนั้น มีการใช้ระบบ IT เข้ามาช่วยในการควบคุม ประมวลผลและวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น และมีการสื่อสารสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีทั้งในกลุ่มผู้สั่งยาและกลุ่มผู้รับบริการอีกด้วย

แผนงาน	การดำเนินการ
<p>แผนงาน Phase แรก (ปี 2550)</p>	<p>มุ่งเน้นการควบคุมปริมาณการสั่งจ่ายยาด้วยมาตรการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สั่งจ่ายยาทั่วไปได้ไม่เกิน 2 เดือน หากจำเป็นต้องสั่งจ่ายเกิน 2 เดือน ให้หมายเหตุความจำเป็นในการสั่งและสั่งได้ไม่เกิน 3 เดือน แต่หากมีต้องการยามากกว่า 3 เดือน ให้เสนอขออนุมัติจากผู้บริหารระดับ พตร. (สบ 8) ● การสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้จ่ายได้ไม่เกินเดือนละ 1 course การรักษาโรค ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ● ยาขนาดชนิดครีมหรือเจล จ่ายได้ประมาณ 100 กรัมต่อเดือน ชนิดยาน้ำจ่ายได้ประมาณ 100 มล.ต่อเดือน ● จัดทำแนวทางในบางกลุ่มยา เช่น มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการจ่ายยามะเร็งที่มีมูลค่าใช้จ่ายสูง 6 รายการ ● กำหนดให้การใช้ยาในข้อบังคับที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนจากออย. ของประเทศไทย ไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้ เช่น Avastin Intravitreal injection หรือการใช้ Viagra ใน Pulmonary hypertension

แผนงาน	การดำเนินการ
แผนงาน Phase สอง (ปี 2551)	<ul style="list-style-type: none"> • จัดทำ DUE ในกลุ่มยา 2 กลุ่ม คือ Osteoporosis และ Chronic Hepatitis B และมีการจัดทำใบประกอบการเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีการอำนวยความสะดวกให้แพทย์เลือกเหตุผลความจำเป็นในการใช้ยานอกบัญชียาหลักนั้น
แผนงาน Phase สาม (ปี 2552)	<ul style="list-style-type: none"> • กำหนดให้รายการยาที่มีการสั่งใช้ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้ เช่น ยาวิตามิน ยาทาภายนอก ยาสมุนไพรที่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาอันตรายที่ให้ทางเส้นเลือด จะเบิกได้ในกรณีใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ยกเว้นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง • กำหนดแนวทางการสั่งจ่าย Rituximab และ Infliximab สำหรับผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบแบบติดยึดที่จำเป็นต้องมีการสั่งจ่ายยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
แผนงาน Phase สี่ (ปี 2553)	<ul style="list-style-type: none"> • วางกลไกซึ่งส่งผลต่อความยั่งยืนของนโยบายและสร้างวัฒนธรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

▶ กลไกและมาตรการเพื่อความยั่งยืน

ในปีที่สี่ได้วางกลไกซึ่งส่งผลต่อความยั่งยืนของนโยบายและสร้างวัฒนธรรมการใช้ยา โดยมีการแต่งตั้ง **คณะกรรมการแพทย์วินิจฉัยและรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลตำรวจ** โดยกำหนดให้คณะกรรมการซึ่งเป็นนายแพทย์สามท่าน (สบ 5/ หน.กลุ่มงาน, สบ 6 สบ 7 หรือ สบ 8 ระดับละ 1 ท่าน) มีอำนาจลงนามรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติในหนังสือรับรองประกอบการเบิกจ่าย และแต่งตั้ง **คณะกรรมการพิจารณาการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โรงพยาบาลตำรวจ** เพื่อผลักดันให้แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา พิจารณาใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นอันดับแรก และกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

นอกจากนี้ยังมี **คำสั่งกำชับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ** โดยให้แพทย์ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในเวชระเบียนและหนังสือประกอบการเบิกจ่าย โดยแพทย์ประจำท่านนั้นจึงจะมีสิทธิลงนามกำกับในหนังสือรับรอง อีกทั้งยังประกาศให้ภาวะรับผิดชอบกรณีถูกเรียกเงินคืนตกอยู่กับ “ผู้ส่งจ่ายยา” ซึ่งเป็นมาตรการที่ถือว่าเป็น “ยาแรง” โดยในคำสั่งระบุว่า “กรณีที่เกิดกรณีชุกกลางเรียกเก็บเงินคืนแล้วภายหลังที่พบว่าไม่มีการระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หรือการระบุเหตุผลไม่สอดคล้องกับประวัติการใช้ยา หรือหลักฐานการวินิจฉัยโรคในเวชระเบียน ให้เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้รักษาที่ลงนามหรือแพทย์ผู้ลงนามกำกับเพื่อเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลัก”

นั่นคือ 3 กลไก ที่มีอิทธิพลต่อการสั่งจ่ายอย่างยั่งยืน และสุดท้าย ในปลายปี 2553 ได้มีการแต่งตั้ง **คณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามกลุ่มยา** เพื่อจัดทำเกณฑ์การสั่งจ่ายยา (DUE) ในกลุ่มยา 10 กลุ่มเป้าหมาย โดยกำหนดข้อบังคับใช้ตามที่อยู่ของประเทศที่กำหนด มีหลักฐานการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นต่อการใช้นั้น ลำดับการใช้ยาในการรักษาต้องคำนึงถึงการจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติภายใต้เงื่อนไขตามที่กำหนดไว้ และกำหนดแผนกและสาขาแพทย์ที่มีสิทธิ์ในการสั่งจ่าย

▶ CPG-DUE นำสู่การกำกับตนเองของผู้สั่งใช้ยา

การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปด้วยดี แต่หลังจากเริ่มใช้ DUE ในยา 2 กลุ่ม และต่อมาขยายครอบคลุมยาที่มีมูลค่าการใช้สูงทั้ง 10 กลุ่ม ทำให้เกิดปัญหาขึ้นพอสมควร เพราะขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน แต่ในที่สุดก็มีการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

พ.ต.อ.พรชัย ตั้งสำเร็จวงศ์ ประธานองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ เล่าว่า จุดเปลี่ยนสำคัญเกิดขึ้นเมื่อ 10 กลุ่มแพทย์เข้ามาร่วมแรงร่วมใจจัดทำ CPG-DUE หลังจากดำเนินงานมาประมาณหนึ่งปี

“แพทย์ใหญ่บอกว่าเราต้องร่วมมือกัน จึงให้กลุ่มงานส่งตัวแทนมาร่วมร่าง CPG เพื่อกำหนดเกณฑ์ ในการสั่งใช้ยา ซึ่งส่งผลทางด้านจิตใจหลังจากที่เราได้ร่วมกันทำงาน และยังมีกลุ่มตัวอย่างไปสั่งยาเพื่อตรวจสอบและส่งข้อมูลกลับให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยา ทำให้เขาสำนึกและควบคุมตัวเองได้”

ภญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร จรุงศักดิ์เศรษฐ์ หัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ กล่าวถึงสถานการณ์เริ่มแรกต่อ CPG ในโรงพยาบาลตำรวจว่า

“เป็นครั้งแรกที่มีการใช้ guideline ก็นับว่าเป็นการสั้นสะดวกเนื่องจากเป็นนโยบายจากผู้บริหารโดยตรงและมีข้อบังคับให้ปฏิบัติทันที รวมถึงต้องมีการประเมินและรายงานผลภายในระยะเวลา 6 เดือน”

การกำหนดข้อบ่งชี้และการระบุเหตุผลในการสั่งจ่ายยา กลุ่มควบคุม การจำกัดระดับแพทย์ผู้สั่งยา และมีการใช้ CPG ใน Antihypertensive drugs รวมถึงการจำกัดปริมาณการสั่งยาใน Cox II- Inhibitors & SYSADOA และ Proton Pump Inhibitors โดยกำหนดให้มีแพทย์ลงนามกำกับการใช้ในรูปแบบ DUE 3 ท่าน และมีมาตรการควบคุมใบสั่งยาที่สำคัญ 2 ประเด็น คือ ให้มีการสั่งยาถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และลดการสั่งยา generic

“เนื่องจากผู้บริหารมีนโยบายว่าไม่อยากจำกัดสิทธิของคนไข้ บางครั้งในการรักษาอาจมีความจำเป็นในการใช้ยา original อยู่ จึงต้องมี DUE เพื่อให้เกิดความสมเหตุผลในการใช้ยามากที่สุด และไม่ให้เกิดความเสียหายต่อคนไข้”

ในฐานะผู้ประสานและบริหารจัดการแผนงาน ฝ่ายเภสัชกรจึงมีการสุ่มตรวจติดตามการใช้ CPG หลังจากมีการเริ่มใช้ในระยะแรก โดยมีการสำรวจ 2 ประเด็น คือ

ความร่วมมือของแพทย์ในการใช้ CPG และความพึงพอใจต่อแบบฟอร์มที่ใช้ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแบบฟอร์มเพื่อสะดวกต่อการกรอกข้อมูลและมีการติดตามหลังจากมีการปรับแบบฟอร์มอีกครั้ง หากพบว่ามีปัญหาที่จะรายงานให้เจ้าตัวทราบหรือหัวหน้ากลุ่มงานทราบโดยตรง

เหล่านี้ คือความพยายามต่อการแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

“เรามีการเช็คใบสั่งยาทุกใบมา 5 ปี และเมื่อพบว่าปีหลังๆ มีมูลค่าสูงมากขึ้นจึงสะท้อนข้อมูลให้ทราบและหากพบใครมีปัญหาหรือไม่เข้าใจ เราก็ขอให้เขามาร่วมงานกับเรา เช่น ขอให้แพทย์ทำการสุ่มตรวจการรักษาด้วยตัวเองเพื่อให้ได้รับทราบปัญหาด้วยตัวเองและแก้ไขในที่สุด”

ความเข้มแข็งของนโยบาย บวกกับประธานองค์กรแพทย์และฝ่ายเภสัชกร จึงสามารถดำเนินงานตามนโยบายได้

▶ หลากหลายเครื่องมือที่มีผลต่อการลดค่ายา

“ใบประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักมีผลมากที่สุด เพราะเมื่อหมอมีการสั่งใช้หมอก็จะเห็นว่าตนต้องรับผิดชอบจึงเริ่มสั่งยาอย่างสมเหตุผลมากขึ้น ลำดับถัดมาก็คือการจำกัดจำนวนการสั่งใช้ยา การกำหนดระดับอนุมัตินในการใช้ยา และสุดท้ายคือ DUE ซึ่งในอนาคตมาตรการนี้อาจจะมีผลมากที่สุดเพราะมีการวัดถึงระดับบุคคล”

ภญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร ยังกล่าวอีกว่า การใช้ยาตาม guideline น่าจะเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด มากกว่าการต้องเลือกสั่งยา original หรือยา generic การกำหนดให้กรอกใบประกอบการสั่งใช้ยาที่ต้องระบุชื่อแพทย์ผู้สั่งยา หากมีการสั่งที่ไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ แพทย์ผู้นั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบ แต่หากสั่งตามข้อบ่งชี้ก็จะไม่เกิดปัญหา โดยออกแบบระบบให้มีแพทย์ 3 ระดับเซ็นชื่อกำกับเสมอ

“การที่เข้าถึงยาแพงๆ ยากขึ้น จะทำให้ไม่ abuse ถ้าอะไรที่เข้าถึงง่ายมันก็จะ abuse”

คือแนวคิดของผู้บริหารในการกำหนดใบประกอบการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาลตำรวจ

เมื่อถามถึง Drug reconcile และ reinforce ว่าที่นี้ทำกันอย่างไร คำตอบคือ

“เรามอบเอกสารรายการยาที่ได้รับให้กับผู้ป่วยหลังรับยา และขอให้ผู้ป่วยนำมายื่นทุกครั้งเมื่อต้องรับยาหลายแผนกหรือต้องมารับยาครั้งต่อไป แต่ก็พบปัญหาคือผู้ป่วยยังไม่มีความตระหนักและยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือมากนัก หลังจากได้ดำเนินการมาแล้วร่วม 3 ปี”

คำกล่าวอย่างหนักใจของเภสัชกรหญิงที่พยายามคิดค้นเรื่องมีแอลดปัญหาการจ่ายยาซ้ำซ้อน

“พอเข้ามาปีนี้ก็มีความเข้าใจมากขึ้น และยังมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายก็ทำให้สหวิชาชีพมาร่วมมือกันมากขึ้นจึงทำให้นำมาใช้มากขึ้น”

ความไม่ย่อท้อต่อการใช้เครื่องมือเดิมๆ ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จเช่นกัน ในขณะที่ปัญหาเดิมยังมีอยู่และปัญหาใหม่ก็เพิ่มเข้ามา

สำหรับปัญหาเดิมอีกเรื่องหนึ่งก็คือการจ่ายยาปฏิชีวนะ ซึ่งได้จัดการให้แพทย์โรคติดเชื้อเข้ามาช่วยในการควบคุมการจ่ายยาปฏิชีวนะ

“เราสามารถลดการจ่ายยาปฏิชีวนะได้ถึงเดือนละ 6 หมื่นบาท เพราะหมอ Infectious ของเรามีการตรวจสอบยาที่มีมูลค่าสูงทุกรายด้วยตัวเอง”

ภญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร กล่าวถึงอีกหนึ่งกลยุทธ์ ซึ่งสามารถทำให้ลดค่าใช้จ่ายได้ดีอีกวิธีหนึ่ง

▶ M ตัวที่ห้า

กำไรที่ไม่ควรได้ก็ไม่ควรอยากได้

แม้จะมีการกำหนดนโยบายหรือการวางแผนเพียงใดก็ตาม แต่เมื่อมีการประกาศใช้ DUE ใน 10 กลุ่มยาเป้าหมาย ก็พบว่าเกิดแรงเสียดทานในการดำเนินงานมากที่สุดในกลุ่มคลาสิครกลุ่มแพทย์

ยุทธศาสตร์หลักที่ได้นำมาปรับลดแรงเสียดทาน คือ การปลุกระดมจิตสำนึก สร้างทัศนคติที่ดี โดยใช้การสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้องและจำเป็น

“เราเริ่มต้นจากการให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับเขา ผมประชุมชี้แจงแพทย์ทุกคน ตั้งแต่ผมยังไม่ได้เป็นแพทย์ใหญ่ด้วยซ้ำ ให้ทราบว่าการสั่งยาจำนวนมากๆ ทำให้เราขาดทุน ทุกคนก็ล้อยตามว่าโรงพยาบาลกำลังจะจน เหมือนเรือกำลังจะจม เล่าให้เขาเข้าใจในสถานการณ์ พยายามให้ทุกคนต้องมีส่วนร่วม เหมือนบอกให้เขาได้รับทราบ และเข้าใจว่าเราอยู่ในครอบครัวที่ยากจนไม่ได้รวยอย่างที่คุณคิด แต่ไม่ได้บังคับให้เขาทำอะไร”

ในการบริหารการเปลี่ยนแปลง เริ่มจากการเสนอสภาพโรงพยาบาลตามความเป็นจริง เพื่อให้ทุกคนทราบเพื่อให้เกิดจิตสำนึก และเข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอวิธีดำเนินการแก้ไขให้มากที่สุด นับว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดีโดยไม่ได้เริ่มจากการบอกว่าจะให้ทำอะไร แต่ไปเริ่มแต่ต้องที่จิตสำนึกและความตระหนักถึงระดับจริยธรรม ก่อนที่จะค่อยๆ สวาขึ้นมาสู่รูปธรรมว่าจะทำอะไร

“Man Material Money Management นั้นยังไม่เพียงพอต่อการบริหารในยุคปัจจุบัน”

นายแพทย์ใหญ่กล่าวว่า “M” ตัวที่ห้า ก็มีความสำคัญ นั่นคือ “Moral”

“จริยธรรมเป็นหลักสำคัญของการบริหาร การใช้ยาหากไม่มองถึงความถูกต้องก่อนเป็นฐาน ก็จะข้ามไปมองที่ว่าโรงพยาบาลจะขาดทุนกำไร จริงอยู่ว่ามันมีกำไรที่เราควรจะได้ ถ้ายังประหยัดกำไรก็ยิ่งหายไป แต่เราคิดแบบนี้มันมั่วเดียวไม่ได้ เราชวนกันคิดอีกมุมหนึ่งว่า การสั่งยาที่ถูกต้องแล้วสุดท้ายกำไรลดลงนั้นไม่เป็นไร เพราะในอนาคตระยะยาวคนไข้มีศรัทธาก็จะกลับมาหาเรา รายได้ก็ตามมาเช่นกัน”

“ ใบประกอบการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักมีผลมากที่สุด เพราะเมื่อหมอมีการสั่งใช้หมอก็จะเห็นว่าตนต้องรับผิดชอบจึงเริ่มสั่งยาอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น ลำดับถัดมาก็คือการจำกัดจำนวนการสั่งใช้ยา การกำหนดระดับอนุมัตในการใช้ยา และสุดท้ายคือ DUE ซึ่งในอนาคตมาตรการนี้อาจจะมีผลมากที่สุดเพราะมีการวัดถึงระดับบุคคล

จริยธรรมเป็นหลักสำคัญของการบริหาร การใช้ยาหากไม่มองถึงความถูกต้องก่อนเป็นฐาน ก็จะข้ามไปมองที่ว่าโรงพยาบาลจะขาดทุนกำไร จริงอยู่ว่ามันมีกำไรที่เราควรจะได้ ถ้ายังประหยัดกำไรก็ยิ่งหายไป แต่เราคิดแบบนั้นมุมมองเดียวไม่ได้ ”

► การสื่อสารคือเครื่องมือสำคัญในทุกขั้นตอน

การสร้างความตระหนักถึงปัญหาพร้อมกันด้วยประโยคคำถามที่ว่า “ถูกเรียกเงินคืนใครจะรับผิดชอบ” ดังกล่าวข้างต้น นับเป็นการสื่อสารที่เริ่มต้นกระตุกทุกฝ่ายให้ยอมรับและเปิดใจที่จะก้าวสู่การเปลี่ยนแปลง แล้วจึงตามมาด้วยกระบวนการที่ดึงทุกฝ่ายมาคิดร่วมกันและนำไปสู่มาตรการที่ชัดเจน และในระหว่างที่ดำเนินการผู้บริหารก็ได้เพิ่มการสื่อสารในเชิงบวก เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับเข้าใจแนวทางเห็นประโยชน์ และมีทัศนคติที่ดีต่อแผนนโยบายใหม่

นายแพทย์ใหญ่เล่าถึงการสื่อสารในช่วงนั้นว่า ประเด็นที่เน้นย้ำคือ เราไม่ได้ทำเพราะถูกบีบบังคับ แต่เราทำเพราะเห็นว่ากำลังทำสิ่งที่ถูกต้อง เนื่องจากที่ผ่านมาขาดการควบคุมกำกับ จนเกิดสถานการณ์ที่จะเป็นปัญหาต่อภาพรวม

“ผมพยายามชี้แจงให้ทุกคนได้ทราบว่า ที่กรมบัญชีเข้ามาควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยานั้น ไม่ใช่มาบีบบังคับในการสั่งยาของเรา เรายังสามารถสั่งการรักษาได้เหมือนเดิม เพียงแต่ต้องมีข้อบ่งชี้ที่ถูกต้องและชัดเจนมากขึ้น”

นั่นเป็นข้อความสำคัญที่ได้พยายามสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือ เกิดการไตร่ตรองเพื่อตัดสินใจ และโน้มนำให้เกิดพฤติกรรมบริการที่พึงประสงค์ตามเป้าหมาย คือ มีการสั่งจ่ายยาตามข้อบ่งชี้ที่ถูกต้อง สั่งจ่ายในปริมาณที่เหมาะสม มีจิตสำนึกแห่งจรรยาบรรณวิชาชีพ มีจริยธรรมและไม่สั่งยาด้วยเหตุผลอื่นๆ เช่น การได้รับการสนับสนุนการใช้จ่าย original จากผู้แทนยา

สำหรับประเด็นความห่วงใยเรื่องสถานะการเงินขององค์กรนั้น มีคำตอบว่า

“ถ้าเป็นผู้บริหารที่ดี ก็ต้องหาทางอื่นเพื่อมาชดเชย เพราะรายได้เดิมส่วนหนึ่งเป็นกำไรที่ไม่ควรได้ ก็ไม่ต้องไปเอา ทำตามข้อบ่งชี้ทำตามมาตรฐานเราก็ได้ กำไรดีกว่ามาขายยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ แล้วต้องมาถูกทวงเงินคืนทีหลัง เราไม่ควรอยากได้กำไรที่ไม่ควรได้”

เมื่อดำเนินการจนมีผลลัพธ์ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางที่ดี ก็มีการสื่อสารในที่ประชุมเป็นระยะ เป็นโอกาสที่ผู้บริหารได้นำเสนอผลการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติ และกล่าวขอบคุณชื่นชม เพื่อให้เกิดกำลังใจกับ ผู้ดำเนินงานทุกคน ซึ่งเป็นบทบาทผู้บริหารที่ต้องให้ความสำคัญกับทุกมิติ

▶ ทศนคติของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา

ตัวแปรสู่ความเข้าใจของผู้ใช้ยา

ผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลตำรวจ ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการตำรวจและครอบครัว ทั้งที่เกษียณแล้วและยังรับราชการอยู่ ซึ่งในวัฒนธรรมองค์กรราชการและสายงานนั้น ย่อมหนีไม่พ้นที่จะมีความสัมพันธ์ทั้งเชิงอำนาจและความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ทำให้การปรับเปลี่ยนที่ปลอดภัยของสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นไปได้ไม่ง่ายดายนัก

“ตอนแรกแรงต้านจากผู้ป่วยมีมาก เช่น เราปรับลดจำนวนยาและจำนวนวันจ่ายยาให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะยกเหตุผลต่างๆ เช่น มารับยาลำบาก เป็นต้น เราก็ยกเหตุผลว่าเราต้องการติดตามอาการผู้ป่วย เหมือนญาติเราเจ็บป่วยเราก็ต้องมาดูแลอาการบ่อยๆ แต่จะอ้างอย่างไรก็ตาม ตอนเริ่มต้นก็มีแรงต้านเยอะ”

นายแพทย์ใหญ่ เล่าถึงภาวะน่าหนักใจในช่วงแรกต้องรับกับสภาพที่มีผู้รับบริการขอเข้าพบ ขอต่อรอง ตลอดจนแสดงความไม่พึงพอใจ

สอดคล้องกับคำบอกเล่าของ ญญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร ที่พบว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจในการปรับยา จนส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาลตำรวจลดลงประมาณ 10% ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2553 อย่างไรก็ตาม ด้วยกลยุทธ์ทางการสื่อสารอย่างอดทนและพยายามของทีมงานโรงพยาบาลตำรวจ ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง ก็ได้ส่งต่อทัศนคติที่ดีไปสู่ผู้รับบริการได้ในเวลาต่อมา

ญญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร กล่าวถึงจุดเริ่มต้นในการสื่อสารเมื่อเริ่มดำเนินการตามนโยบาย

“นอกจากติดประกาศการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ให้ผู้ป่วยทราบแล้ว เรายังจัดให้มีเภสัชกรประจำห้องตรวจที่คอยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การที่เราเปลี่ยนยาตัวนี้ซึ่งมีคุณสมบัติไม่แตกต่างกัน และอยากให้ลองใช้ยาก่อน หากมีปัญหาในการใช้ยาเรายินดีเปลี่ยนให้ โดยมีการติดตามอาการของผู้ป่วย”

เภสัชกรยังทำการสื่อสารเชิงรุกให้ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้ป่วยว่า ยาไม่ใช่คำตอบเดียวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งผลจากการติดตามร้อยละ 80 ของผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนมาใช้ยาที่ปรับใหม่ได้ และแม้เรื่องยากๆ อย่างการขอให้ผู้ป่วยออกค่ายาเพิ่มเติมเองในกรณีที่ต้องการใช้ยาที่กรมบัญชีกลางงดการเบิกจ่ายก็ยังสามารถทำได้

“ เกษีกรยังทำการสื่อสารเชิงรุก ให้ความรู้เรื่องการใช้จ่าย
อย่างเหมาะสม เพื่อสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้ป่วยว่า ยาไม่ใช่
คำตอบเดียวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งผลจากการติดตามร้อยละ 80
ของผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนมาใช้ยาที่ปรับใหม่ได้ ”

ประเด็นนี้ พ.ต.อ.พรชัย ประธานองค์กรแพทย์ กล่าวเสริมว่า

“เมื่อบอกเรื่อง DUE ทำให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือมากขึ้น เช่น เมื่อเวลา
ยาเหลือเขาจะบอกเราว่ายาเขาเหลือจำนวนเท่าไร ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและเกิด
ความตระหนักเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยเกิดความสงสารหมอ เพราะรู้ว่าถ้า รพ.ถูกเรียกเงิน
คืนแล้วหมอมที่ต้องจ่ายยาจะต้องออกเงินแทน”

เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นหลังจากมีการปรับเปลี่ยนแบบฟอร์มใบประกอบ
การสั่งจ่าย ซึ่งผู้รับบริการทุกคนที่ต้องได้รับยา NED เหล่านี้ จะต้องถือใบประกอบ
การสั่งยาดังกล่าวไว้ในขณะที่รอรับยา และสามารถที่จะอ่านข้อความที่แพทย์ทำการ
บันทึก ซึ่งมีข้อความชัดเจนว่าหากมีการสั่งยา NED ให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยร้องขอหรือ
เมื่อเห็นว่ามีอาการจำเป็นก็ตาม หากเกิดการตรวจสอบและตัดสินใจเป็นการจ่ายยาที่
ไม่ถูกต้องตามข้อบ่งชี้ แพทย์ผู้สั่งยาจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาด้วยตัวเอง

“ในเอกสารที่คนไข้ถือไปเรามีการระบุระเบียบการสั่งจ่ายว่ายาแต่กลุ่มมี
ข้อบ่งชี้ในการกำหนดจำนวนของยา และมีข้อความเตือนในเรื่องของผลข้างเคียงที่เกิด
จากยาดังนี้”

พ.ต.อ.พรชัย ประธานองค์กรแพทย์กล่าวว่า ทั้งหมดนี้คือการสื่อสารแบบตรงไปตรงมา ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งมีพลังให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวกได้อย่างชัดเจน แม้จะทำให้แพทย์พบปัญหาในการตรวจล่าช้าอยู่บ้างก็ตาม

นอกจากนี้ การที่บุคลากรของโรงพยาบาลร่วมมือใช้ยาตามข้อบ่งชี้ ก็สะท้อนถึงความเข้าใจและการปรับทัศนคติต่อการใช้ยา ทำให้เกิดการพยายามที่จะอธิบายข้อมูลและปัญหาให้ผู้รับบริการเข้าใจ โดยไม่ได้มองจากมุมมองสิทธิของตนแต่เพียงด้านเดียว เพราะหากบุคลากรเองไม่เชื่อก็จะไม่นำไปสู่การพยายามสื่อสาร อาจจะบอกเพียงว่า ส่วนกลางสั่งมา โดยไม่ชี้แจงว่าเหตุใดจึงเกิดคำสั่งเช่นนั้น

นายแพทย์ใหญ่ย้ำว่าการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพย่อมช่วยแก้ไขปัญหาคัดข้องได้เป็นอย่างดี ในขณะที่เดียวกันการจัดหาสิ่งใหม่ บริการใหม่ ที่ทำให้เห็นว่าปรับลดบางส่วนแล้วพัฒนาบางสิ่งขึ้นมาเพื่อคนไข้ ก็ถือเป็นกลยุทธ์ที่ดี ไม่ใช่ทุกอย่างแย่งลงไปหมด

“เรามีการพัฒนาหลายๆ ด้าน เช่น ปรับปรุงสถานที่ มีห้องพิเศษเพิ่มขึ้น ปรับปรุงห้องน้ำ และบริเวณ OPD ให้สะอาดสวยงาม สะดวก พัฒนาบุคลากรให้บริการดีขึ้น พัฒนาด้านยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ทันสมัยขึ้น ล้วนมีผลให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี และความพึงพอใจก็ตามมา”

▶ ผลสำเร็จที่ได้มาด้วยความพยายาม

“เมื่อมีการดำเนินงานมาถึงจุดๆ หนึ่งก็จะพบว่ามีการใช้นาย้อยลง จึงทำให้มีการ detail ยาลดลงไปด้วย ซึ่งนับว่าเป็นจุดเปลี่ยนที่ดีจุดหนึ่ง”

ประธานองค์กรแพทย์สะท้อนถึงข้อดีต่อการดำเนินงาน ที่พบว่า พอมีมาตรการออกมาที่ชัดเจนก็ช่วยลดความเข้มข้นของการตลาดยาที่จะมีผลต่อการใช้ยาไปได้บ้าง ทำให้เชื่อมั่นว่าการใช้ยา มีความสมเหตุสมผลมากขึ้น นอกจากนั้นแล้ว ยังทำให้แพทย์มีการพัฒนาการทำงานของตัวเองให้ดีขึ้น ในส่วนของเภสัชกรและพยาบาลก็มีส่วนร่วมในการอธิบายและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และส่วนของผู้ป่วยเองนั้นก็มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เห็นและอยากเห็นมากขึ้นคือเริ่มมีผู้ป่วยที่อยากใช้นาย้อยลง

จากการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกนั้นสามารถเพิ่มสัดส่วนมูลค่าการใช้ยา ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 52 ภายในระยะเวลา 2 เดือน และ ผลการเปรียบเทียบในช่วงเดือนตุลาคม 2552 ถึงเดือนพฤษภาคม 2553 และเดือน มิถุนายน 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2553 ทำให้สัดส่วนการใช้ยา NED : ED ลดลงจาก 68:32 เป็น 48:52 โดยมีสัดส่วนการใช้ยา ED เพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณร้อยละ 60 และ มูลค่ายาผู้ป่วยนอกในสิทธิสวัสดิการลดลงเฉลี่ย 11 ล้านบาทต่อเดือนหรือประมาณ ร้อยละ 20 มีการใช้ยา generic ทดแทนยา original จากสัดส่วนยา ED ที่เพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 60 และสามารถประหยัดมูลค่ายาได้ถึงประมาณ 132 ล้านบาทต่อปี

▶ ปัจจัยความสำเร็จทั้งภายในและภายนอก

จากกรณีของโรงพยาบาลตำรวจ จะเห็นว่าการสร้างความเชื่อมั่นต่อนโยบาย โดยผู้บริหารระดับสูง และเทคนิคการสื่อสารในช่วงเริ่มต้นคือปัจจัยหลัก ตามมาด้วย แผนที่ชัดเจนและเคร่งครัด

“ตอนเริ่มต้น ท่านบอกกับทุกคนว่า การถูกเรียกเงินคืนเท่ากับว่ากำไรเรา หายไป 3.5 ล้าน เหมือนกับเราทำงานฟรีไป 13 วัน เพราะกำไรค่ายาประมาณ 3 แสน บาทต่อวันหายไป แต่ถ้าเราไม่แก้ไขและยังทำต่อไปเรื่อยๆ ก็เท่ากับว่าเราต้องทำงานฟรี ไปเรื่อยๆ จาก 13 วันเป็น 1 เดือนและเป็นปี”

ภญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร กล่าวถึงการสื่อสารของผู้บริหารที่สามารถทำให้คน ขององค์ได้มองเห็นสภาพความจริงนั้น เป็นวิธีเตรียมใจ ยอมรับ และก่อให้เกิดความ เข้าใจ ร่วมมือแก้ไขปัญหาเมื่อถึงโอกาสมาถึง พอถึงจังหวะก็ลงมือทำได้เลย และเมื่อมี คำถามหรือความไม่มั่นใจ ก็จะมีคำอธิบายที่ชัดเจน

เช่น เมื่อเกิดกรณีมีแพทย์บางท่านไม่เต็มใจกรอกใบประกอบการสั่งยา ผู้บริหารได้บอกว่า

“การกรอกข้อมูลในแบบฟอร์ม DUE นั้นมีไว้สำหรับให้มีการใช้ยาอย่าง ระมัดระวัง ให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางหรือตามมติของโรงพยาบาล เมื่อคุณปฏิบัติ ตาม 100 เปอร์เซ็นต์ และรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพคุณก็จะกังวลอะไรกับตัวหนังสือ กั้วทำไม่กับการกรอกข้อมูลเหล่านั้น หากมีอะไรผมรับผิดชอบ”

“จากการดำเนินงานในระยะเริ่มแรก เพิ่มสัดส่วนมูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ จากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 52 ภายในระยะเวลา 2 เดือน และผลการเปรียบเทียบในช่วงเดือนตุลาคม 2552 ถึงเดือนพฤษภาคม 2553 และเดือนมิถุนายน 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2553 ทำให้สัดส่วนการใช้ยา NED : ED ลดลงจาก 68:32 เป็น 48:52 โดยมีสัดส่วนการใช้ยา ED เพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณร้อยละ 60 และมูลค่ายาผู้ป่วยนอกในสิทธิสวัสดิการลดลงเฉลี่ย 11 ล้านบาทต่อเดือน หรือประมาณร้อยละ 20 มีการใช้ยา generic ทดแทนยา original จากสัดส่วนยา ED ที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 และสามารถประหยัดมูลค่ายาได้ถึงประมาณ 132 ล้านบาทต่อปี”

นั่นเป็นวิธีการสร้างความมั่นใจของนายใหญ่โรงพยาบาลตำรวจในการสั่งการรักษาของแพทย์ และสิ่งสำคัญคือการทำให้ผู้ได้บังคับบัญชาเชื่อมั่นด้วยการกระทำตามคำพูด

“ท่านรับปากลูกน้อง เช่น ความก้าวหน้าในหน้าที่ เมื่อมีผลการปฏิบัติงานที่ดีแล้วท่านก็ทำให้จริง”

ทางด้านประธานองค์กรแพทย์ กล่าวเสริมว่า ผู้ถือกุญคือฝ่ายเภสัชกรนั้นช่วยแพทย์ได้มากเมื่อเรามีการสั่งยาที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้เภสัชกรก็ท้วงมา เมื่อผู้ถือกุญมีความเข้มแข็งพอ มีการยึดมาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพเภสัชกรก็ทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันที่มีการมีระบบ HA เข้ามาหนุนเสริม จึงเป็นกรอบและเครื่องมือที่ทำให้งานเดินหน้า

แม้ว่าแพทย์ เกษีซกร รวมทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทั้งหมด ต้องเผชิญกับความยุ่งยากและเหน็ดเหนื่อยมาก แต่คำที่ต้องทำให้ดีที่สุด คือเหตุผลที่ทุกวิชาชีพไม่ย่อท้อต่อการแก้ไขปัญหาขององค์กรร่วมกัน

นายแพทย์ใหญ่กล่าวถึงแนวคิดต่อการปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติในอนาคตว่า หากสิ่งที่ปฏิบัติในระหว่างนี้ได้เกิดเป็นวัฒนธรรมไปแล้วนั้น ก็คงจะมีการปรับวิธีการให้เอื้ออำนวยให้แพทย์มีความสะดวกต่อการปฏิบัติงานมากขึ้น

สิ่งที่นายแพทย์ใหญ่วางแผนไว้ คือการส่งเสริมคนทำดี ให้ได้รับสิ่งตอบแทนบ้าง “ตอนนี้กำลังมีการปรับปรุงระบบ IT เพื่อบันทึกจำนวนการสั่งยาที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นแบบชัดเจนในกลุ่มยา generic และใครสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายจำนวนใบสั่งยาของตัวเองได้มากที่สุด เราจะมียางวัลเป็นการกระตุ้น แต่การทำงานก็ต้องเป็นไปตามมาตรฐานการรักษา”

► มุมมองต่อนโยบาย

และข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบ

จากการพูดคุยกับบุคคลที่เป็นกำลังหลักทั้งสามท่านจากโรงพยาบาลตำรวจ พบประเด็นปัญหาเชิงระบบที่สะท้อนตรงกัน ประการแรก คือ การที่โรงพยาบาลรัฐทั้งหมดไม่ได้ทำ DUE ในยา NED อย่างเข้มงวดพร้อมกัน จึงทำให้ผู้รับบริการย้ายไปรับยาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งอื่น และอีกปัญหาคือลึกลงๆ ต่างก็มีความกังวลว่า การลดมูลค่าการใช้ยาจะทำให้โรงพยาบาลรัฐประสบปัญหาทางการเงิน

นอกจากนี้พบว่า การกำหนดระเบียบการควบคุมการสั่งจ่ายยาที่ออกมาบังคับใช้ทันที ทำให้การระบายนยาในสต็อกไม่ทัน เกิดยาค้างสต็อกและยาบางรายการไม่สามารถส่งคืนบริษัทยาได้ ส่วนยาที่มีความจำเป็นต้องใช้ โดยมีเหตุผลทางการแพทย์ มีโอกาสใช้อย่างไม่เหมาะสมน้อย เช่น ยาฉีดเข้าข้อสำหรับผู้ป่วย Osteoarthritis ก็ทำให้เกิดปัญหาที่ไม่สามารถสั่งได้ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาส

นอกจากนี้ ยังสะท้อนว่าการเปลี่ยนกลุ่มยา เช่น Vitamin B1-6-12 ในกลุ่ม NED มาเป็น Vitamin เดี่ยวๆ ในกลุ่ม ED ซึ่งมีราคาแพงกว่าเมื่อรวมกันแล้วทำให้มีราคารวมสูงกว่า และมองว่าการเบิกจ่ายตรงเป็นตัวเร่งให้มีมูลค่าการใช้ยาที่สูงขึ้น

อย่างรวดเร็ว ยอมรับว่าเป็นการดีต่อผู้ป่วยแต่เครื่องมือยังไม่พร้อมและยุ่งยากต่อการปฏิบัติ

“คำสั่งทั้งหลายไม่น่าออกมาจากกรมบัญชีกลาง ควรให้โรงพยาบาลระดับตม มองช่วยคิดมาตรการมากกว่า และให้กรมบัญชีกลางเข้ามาแสดงข้อคิดเห็นร่วมกัน”

เป็นข้อคิดเห็นจากนายแพทย์ใหญ่ เพื่อหวังให้การกำหนดนโยบายจากกรมบัญชีกลางเหมาะกับการปฏิบัติมากขึ้น มีส่วนร่วมมากขึ้น

“น่าจะมีการพิจารณามาตรการเพื่อลดราคายา original กรมบัญชีกลาง น่าจะเข้ามาควบคุมหรือมีการเจรจาเรื่องราคา”

ประธานองค์กรแพทย์เสนอแนะเพื่อหวังให้ผู้รับบริการได้รับยา original ในราคาถูก

“อยากให้มีการประชาสัมพันธ์ถึงคุณภาพยาที่ผลิตภายในประเทศ ให้ผู้บริโภคทราบว่า เป็นนโยบายชาติ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้ยามากยิ่งขึ้น เพราะอย่าลืมว่าข้าราชการทุกคนก็มีการจ่ายภาษี”

เป็นข้อเสนอของเภสัชกรที่ต้องการเห็นการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ยาที่ผลิตในประเทศ และกล่าวทิ้งท้ายว่า

“เราทำงานแบบไม่มีอาวุธ การไม่มีระบบ IT สนับสนุน ไม่มีเงินก้อน มาช่วยในการทำงานให้ง่ายขึ้น ได้สร้างความลำบากต่อผู้ปฏิบัติ หากมีโปรแกรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน การมีระบบพี่เลี้ยงหรือมีพลังรูปแบบอื่นมาช่วยก็อาจจะไม่ต้อง “ว้าวหาล้อมคอก” กันอีกต่อไป”

นั่นเป็นประเด็นสุดท้ายที่ฝ่ายเภสัชกรฝากไว้ ในฐานะผู้ปฏิบัติที่ขับเคลื่อนแผนงานจนบรรลุเป้าหมายมานานกว่าสองปี



บทที่ 3

ผลสำเร็จและผลกระทบที่มาพร้อมกัน

โรงพยาบาลศิริราชในภาวะขาดทุนกำไร ที่อาจกลายเป็นปัญหาการเงิน

“ในความเป็นจริง คือ แม้มีการห้ามเบิกแต่หากยานั้นมีข้อบ่งชี้และมี ความจำเป็นต้องใช้อย่างชัดเจน โรงพยาบาลก็ต้องจ่ายให้ผู้ป่วยโดยรับความเสี่ยงใน การถูกเรียกเงินคืน ส่วนการไม่จ่ายยาต้นตำรับก็ทำให้เกิดสภาพที่เรียกว่าขาดทุนกำไร ถ้าสภาพนี้ดำเนินต่อไปจนกระทั่งถึงจุดที่ศิริราชจะต้องประสบปัญหาการเงินเราจะทำ อย่างไร แล้วถ้าเห็นศิริราชเป็นแบบนี้ใครจะยอมทำตาม”

ผศ.นพ.สนั่น วิสุทธิศักดิ์ชัย รองคณบดีฝ่ายสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ซึ่งดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ในช่วงปี 2550-2554 กล่าวถึงปัญหาที่โรงพยาบาลต้องแบกรับและความกังวลที่เกิดขึ้นหลังดำเนินการ ตามมาตรการลดค่ายาผู้ป่วยนอกในช่วงระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา

คำกล่าวข้างต้นทำให้ผู้เขียนสนใจว่าในเมื่อศิริราชซึ่งถือว่าน่าจะมีความมั่นคง ในทุกๆ ด้าน ยังรู้สึกห่วงกังวลถึงผลกระทบจากการดำเนินมาตรการ แล้วเช่นนี้ การ เดินหน้าตามนโยบายดังกล่าวจะคงเส้นคงวาต่อไปหรือไม่ มาตรการที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ผู้บริหารของศิริราชมองปรากฏการณ์เหล่านี้และมีข้อเสนอแนะอย่างไร

▶ การใช้ยาไม่สมเหตุผล สาเหตุหลักค้ายาพุ่ง

“ปัญหาการใช้จ่ายด้านยาที่สูงมากนี้ไม่ได้เพิ่งเกิด ศิริราชรู้ดีและได้ดำเนินการควบคุมมาตลอด”

รศ.นพ.ประดิษฐ์ สมประกิจ รองคณบดีฝ่ายการคลังซึ่งดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ในช่วงปี พ.ศ.2544-2547 กล่าวถึงสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านยาในช่วงประมาณสิบปีที่ผ่านมาของโรงพยาบาลศิริราชว่า มีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมาโดยตลอด สาเหตุหลักมาจากการใช้ยาไม่สมเหตุผลทั้งในฝ่ายผู้สั่งยาและผู้รับบริการ ในส่วนของผู้สั่งใช้ยามีการใช้ยาที่มีราคาแพง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาต้นแบบที่นำเข้าจากต่างประเทศ เนื่องจากยาบางตัวมีมานานและไม่มีตัวอื่นในตลาด ประกอบกับเป็นยาที่มีคุณภาพแพทย์จึงสั่งใช้จนคุ้นเคย การที่จะหายาอื่นมาแทนก็ยากที่จะได้รับการยอมรับ เชื่อถือ และเทคโนโลยีด้านยาที่สูงขึ้น ยาที่ออกมาใหม่ส่วนใหญ่ก็เป็นยาต้นตำรับที่มีราคาแพงขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญที่ทำให้มีการใช้ยาต้นตำรับมากกว่า ยา generic ที่ผลิตได้เองในประเทศ

“ต้องเข้าใจอย่างหนึ่งว่า การใช้ยา original นั้น เป็นสิ่งที่ใช้มาก่อนแล้วเรามาพยายามเอายา generic มาเปลี่ยนมันจึงเป็นเรื่องไม่ถ่วงน้ำหนักเพราะมันเป็นปัญหา เรื่องความรู้ ความเชื่อ และความจริง”

รศ.นพ.ประดิษฐ์ ขยายความว่า การสร้างความเชื่อและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ ย่อมง่ายกว่าการเปลี่ยนรื้อของเก่า แต่ถึงกระนั้นความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาก็คงเกิดขึ้นมาโดยตลอด โดยมีโครงสร้างและรูปแบบมาตรการที่ชัดเจน เพียงแต่ครั้งนี่เมื่อได้รับการประสานให้โจทย์ที่ทำหาย ศิริราชก็รับมาอย่างเข้าใจ และตั้งใจที่จะช่วยประเทศในยามที่มีปัญหาในภาพรวมเช่นนี้

▶ มาตรการเดิมเข้มข้นทั้งขาเข้า-ขาออก

รศ.นพ.ประดิษฐ์ กล่าวว่า ในการส่งเสริมและกำกับการใช้และบริหารจัดการด้านยานั้น โรงพยาบาลศิริราชมีกระบวนการที่ถือเป็นนโยบาย “ภายใน” ที่เข้มข้นมาเป็นที่มาอยู่แล้ว มีคณะกรรมการยาและเวชภัณฑ์โรงพยาบาลศิริราช ที่ดูแลกำกับนโยบาย

หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติต่างๆ ไปจนถึงนโยบายด้านราคา และคณะกรรมการบริหารจัดการนยาเข้า-ออก โรงพยาบาลศิริราช ทำหน้าที่จัดหายาเข้ามาใช้และปรับรายการบัญชียา กำหนดสิทธิและเงื่อนไขการใช้ยาและข้อบ่งชี้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสม และยังมีคณะกรรมการยาต่างๆ อีก 17 คณะตามกลุ่มโรค

กระบวนการคัดสรรยาเพื่อคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล การเสนอชื่อยาเพื่อเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลจะต้องผ่านคณะกรรมการยาต่างๆ โดยพิจารณาด้านคุณภาพยาเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นจึงดำเนินการต่อราคาเพื่อให้ได้ยาที่มีราคาสมเหตุผล มีเกณฑ์การคัดเลือกยาที่ควบคุมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและนโยบายจากส่วนกลาง มีการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีการประมูลแข่งขันราคา

นอกจากการคัดสรรยาซึ่งเป็น “ขาเข้า” แล้ว ในช่วง “ขาออก” คือ ในช่วงที่ยาจะถูกจ่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยนั้น ฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลจะมีการสื่อสาร ชี้แจง ให้ข้อมูลแก่แพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และสร้างความเข้าใจเรื่องการใช้ยาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และแจ้งการเปลี่ยนแปลงนโยบายยาทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับชาติให้แพทย์รับทราบผ่านการประชุม และผ่านสื่อต่างๆ เช่น จุลสารของฝ่ายเภสัชกรรม เป็นต้น

ที่ศิริราชมีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการกำหนดสิทธิแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และมีการกำหนดให้แพทย์ต้องเขียนใบขออนุมัติการสั่งใช้ยาหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่ม Restrict Drug (กลุ่มยาที่เป็นกลุ่มยาควบคุมการใช้) มีการกำหนดเพดานค่ายาต่อใบสั่งยาเพื่อให้แพทย์พึงระลึกถึงมูลค่าของการสั่งจ่ายยาในแต่ละครั้ง รวมไปถึงการทำการประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation, DUE) ในกลุ่มยาที่มีปัญหาต่างๆ และยังมีมาตรการเฝ้าระวังติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการสั่งจ่ายยาแก่ผู้รับบริการ แต่ปัญหาสำคัญก็คือ ศิริราชเป็นองค์กรใหญ่มาก มีเตียงรับผู้ป่วยถึงกว่า 2 พันเตียง การดำเนินการต่างๆ ต้องพยายามที่จะดูแลให้ทั่วถึง

“สาเหตุหลักมาจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล ทั้งในฝ่ายผู้สั่งยา และผู้รับบริการ ในส่วนของผู้สั่งใช้ยามีการใช้ยาที่มีราคาแพง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาต้นแบบที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ เนื่องจากยา บางตัวมีมานานและไม่มีตัวอื่นในตลาด ประกอบกับเป็นยาที่มีคุณภาพ แพทย์จึงสั่งใช้จนคุ้นเคย การที่จะหายาอื่นมาแทนก็ยากที่จะได้รับการยอมรับเชื่อถือ และเทคโนโลยีด้านยาที่สูงขึ้น ยาที่ออกมาใหม่ ส่วนใหญ่ก็เป็นยาต้นตำรับที่มีราคาแพงขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญที่ทำให้มีการใช้ยาต้นตำรับมากกว่ายา generic ที่ผลิตได้เองในประเทศ”

▶ มุ่งปรับเข้าสู่สมดุลโดยมาตรการใช้ยา generic เป็นสำคัญ

“นโยบายภายในองค์กรที่เน้นให้แพทย์สั่งใช้ยา generic นั้น เรามีมานานแล้ว จนกระทั่งกรมบัญชีกลางมีนโยบายเข้ามา ก็นับเป็นนโยบายจากภายนอกเข้ามาเสริม เราจึงมีกระบวนการอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพื่อตอบโจทย์หลักเพียงโจทย์เดียวว่า เราจะส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ยั่งยืนและทั่วถึง โดยมีการใช้ยา generic เป็นมาตรการแรกๆ”

ผศ.นพ.सनัน กล่าวว่า ก่อนร่วมโครงการของกรมบัญชีกลาง ศิริราชมีกระบวนการทำงานต่างๆ เพื่อจะทำให้ศิริราชสามารถลดการใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้จริง แม้จะมีความเข้มแข็งในกระบวนการตรวจสอบคุณภาพยาใหม่ทุกครั้งทุกตัวอย่างมั่นใจก่อนจะมีการนำยาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลก็ตาม แต่ก็ยังมีการติดตามควบคุมคุณภาพของยาภายหลังการใช้อย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งเหล่านี้อาจจะยังไม่เพียงพอต่อการผลักดันให้ลดค่าใช้จ่ายด้านยาอย่างเห็นมรรคเห็นผล ดังนั้นจึงได้พัฒนาด้านกลไกการทำงานด้านยาใหม่ โดยปรับองค์ประกอบของคณะกรรมการยาให้มีผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการ คือ เภสัชกร และผู้ซื้ยยาหรือแพทย์ ให้ครบในแต่ละทีม และเน้นกระบวนการที่ทำให้แพทย์มีความเชื่อมั่นต่อยา generic มากขึ้น เพราะนั่นคือหัวใจของการปรับเปลี่ยนที่ยั่งยืน

สำหรับการคัดเลือกยา generic นั้น ผู้บริหารมีหน้าที่กำหนดนโยบายด้านยา เภสัชกรดำเนินงานด้านวิชาการต่างๆ เกี่ยวกับยา และที่สำคัญคือแพทย์ ซึ่งจะเป็นผู้ให้ข้อมูลสะท้อนกลับที่ดี โดยเน้นย้ำว่าต้องใช้หลักฐานทางวิชาการมาคุยกันไม่ว่าในการเสนอยาชนิดใหม่หรือการคัดยาเก่าออก ต้องมีหลักฐานที่ชัดเจนซึ่งผศ.นพ.सनัน เรียกกระบวนการเช่นนี้ว่า “ใช้ไปวิจัยไป” อันบ่งบอกถึงความเข้มแข็งในการตัดสินใจด้านยาของศิริราชให้เป็นไปอย่างมีเหตุผล อยู่ภายใต้การพิสูจน์และศึกษาอย่างเป็นระบบ เพราะเชื่อว่าการทำงานอยู่บนพื้นฐานของความมีเหตุมีผลบนความจริงและความรู้จะทำให้เกิดการยอมรับที่ดีในระดับปฏิบัติการ

“คนที่พร้อมจะช่วยในระบบมีจำนวนมาก อาจมีคนที่ไม่พร้อมเพราะไม่เข้าใจ แต่เมื่อเข้าใจก็จะร่วมมือ” ผศ.นพ.सनัน กล่าวถึงสมาชิกในองค์กรที่พร้อมจะก้าวสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกัน

▶ นโยบายจากภายนอก หนุนนำให้ “ต้องเอาจริง” กว่าเดิม

ผศ.นพ.สนั่น ยอมรับว่า ก่อนหน้านี้แม้ว่าศิริราชจะมีกระบวนการด้านยา ที่นำความจริงมาพูดกันก็ตาม ก็ยังประสบปัญหาด้านมูลค่าการใช้ยาสูง และยังมีอีกหลากหลายประเด็นที่ถูกค้นพบและต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้นเมื่อมีนโยบายที่ถูกผลักดันจากภายนอกเข้ามาเพิ่มเติมจากเดิมที่ไม่เคยหยุดนิ่งต่อการพัฒนาด้านยาอยู่แล้ว และด้วยความรับผิดชอบสูงต่อประเทศชาติ เมื่อมีนโยบายเข้ามาศิริราชก็นำสู่การปฏิบัติโดยที่ ตั้งใจว่าต้องเกิดเร็วและชัดเจน

ทั้งนี้ ต้องมองบทบาทของแพทย์อย่างรอบด้าน ทั้งในฐานะแพทย์ที่เป็นสมาชิกองค์กรวิชาชีพ เป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วย เป็นสมาชิกของครอบครัว เป็นพลเมืองของประเทศ และยังเป็นคนขององค์กรที่ต้องร่วมขับเคลื่อนนโยบายเพื่อให้องค์กรอยู่ได้อย่างยั่งยืน ฉะนั้นสิ่งที่ทำลายสำหรับผู้บริหาร ก็คือจะอย่างไรให้นโยบายขับเคลื่อน และผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานหรือทำหน้าที่ของตนได้โดยมีปัญหาน้อยที่สุด

ผศ.นพ.สนั่น กล่าวถึงสถานการณ์ในช่วงเริ่มต้นว่า

“ช่วงเริ่มต้นนั้นผู้ผลักดันนโยบายสู่ปฏิบัติต้องพยายามดูว่าแพทย์มีปัญหาอะไร และต้องคอยช่วยประสานเพื่อให้เขาทำงานได้ หากมีอุปสรรคต่อการทำงานก็ต้องพยายามช่วย แม้กระทั่งยอมให้ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นช้อยกเว้นในบางครั้ง แต่ก็มีการกำหนดเงื่อนไขและทำอย่างถูกต้องมีเหตุผล ผู้บริหารเองต้องรับผิดชอบต่อเมื่อมีการตรวจสอบ”

ทั้งนี้ ที่ศิริราชมีการออกประกาศภายในเกี่ยวกับยา ED บางตัวที่ผู้ใช้นั้นยืนยันว่าใช้ไม่ได้ผลและมีการตรวจสอบจนพบว่าใช้แล้วอาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจริง จึงให้ใช้ยา NED ได้ โดยยอมเสี่ยงต่อผลที่จะตามมา แต่ทั้งหมดนี้ก็เพราะเชื่อว่าได้ตัดสินใจทำนอกกฎไม่ใช่เพื่อองค์กรแต่เพื่อผู้ป่วยและเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพทำงานได้

“หลักการใช้ยาสมเหตุผลคงไม่ใช่ว่าจะต้องใช้ยาที่กำหนด หากยานั้นใช้ไม่ได้ผลต่อผู้ป่วย เป็นอุปสรรคต่อการทำงานและหลักจริยธรรมวิชาชีพ” ผศ.นพ.สนั่น กล่าว

คู่ขนานกับการช่วยเหลือและเปิดโอกาสการใช้ยาของแพทย์ ไม่ให้หละหลวม แต่ก็ไม่ดึงจนทำงานกันไม่ได้แล้ว การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อยา generic ต่อแพทย์ ก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการร่วมมือร่วมใจมากขึ้น

ทั้งนี้ พบว่าที่ผ่านมา ยา original มักนำเสนอข้อมูลที่ทำให้แพทย์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาต่างๆ เพียงด้านเดียว แล้วต้องนำมาตัดสินใจในการสั่งใช้ยา ศิริราชจึงมุ่งมั่นและผลักดันให้เกิดการศึกษาและนำผลมาชี้แนะว่า “ยา generic ก็ได้ผลดีเทียบเท่า ยา original” ซึ่งผู้บริหารต้องพยายามที่จะหาหลักฐานข้อเท็จจริงมายืนยันหากต้องนำ ยา generic มาทดแทนการสั่งใช้ยา original ภายใต้งแรงกดดันว่าคนส่วนใหญ่เชื่อว่า “ของถูกและดี มีที่ไหน” และยังทำให้เห็นเป็นตัวอย่างที่ผู้บริหารเองก็ใช้ยา generic รักษาตัวเองให้เป็นที่เชื่อมั่น

▶ **มาตรการตัว R และการสร้างความตระหนักเรื่องราคาขาย**

รศ.นพ.ประดิษฐ์ กล่าวว่า มาตรการ “Same Chemical Substitute” เป็นมาตรการหนึ่งที่ใช้ลดการจ่ายยา original โดยห้องยาสามารถจ่ายยา generic ที่สามารถแทนยา original ได้เลย หากแพทย์ไม่ได้ระบุตัว “R” ในใบสั่งยา นั่นหมายถึงหากแพทย์จะสั่งยาต้นตำรับ จะต้องระบุตัว R (มาจากเครื่องหมายการค้า) ซึ่งส่งผลให้แพทย์ต้องถูกคิด เกิดการทบทวนความต้องการและความจำเป็น เพราะบางครั้งสำหรับแพทย์แล้วการสั่งยาอาจจะเกิดจากความเคยชินจนเกิดการสั่งจ่ายด้วยชื่อทางการค้า ดังนั้นหากแพทย์ไม่ได้ระบุตัว “R” จะด้วยสาเหตุใดก็ตาม เกสซ์กรสามารถจ่ายยาที่เป็น same chemical substitute ทดแทนแบบอัตโนมัติ

“การที่ให้แพทย์ระบุตัว R ในใบสั่งยานั้น เพื่อเป็นการเน้นย้ำความมั่นใจว่าแพทย์ต้องการ ใช้ยา original แต่ถ้าหากไม่ระบุ เกสซ์กรสามารถจ่าย same chemical substitute โดยที่ไม่มีความผิด ตรงนี้ถือเป็นมาตรการหลักที่รับทราบและสามารถปฏิบัติได้เลย” รศ.นพ.ประดิษฐ์กล่าว

นอกจากนี้การรับรู้ต่อราคาขาย ยังช่วยให้คิดก่อนจ่าย ดังนั้นจึงมีการสื่อสารบอกกล่าวเรื่องราคาขายพร้อมเปรียบเทียบให้เห็นถึงสิ่งที่สามารถประหยัดได้โดยคุณภาพการรักษายังคงอยู่

“ผู้ป่วยไม่ทราบราคายาก็ใช้ยามาก แพทย์ไม่ทราบราคายาก็จ่ายมาก”

รศ.นพ.ประดิษฐ์ กล่าวว่า การไม่รับรู้ถึงค่าใช้จ่ายและไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระของตาก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการลดค่าใช้จ่ายด้านยา เมื่อทั้งผู้ป่วยทั้งแพทย์ผู้สั่งการรักษาต่างไม่ทราบราคาจึงไม่เกิดความตระหนักในค่าใช้จ่าย ทำให้ลืมนึกไปว่ายังมียาราคาย่อมเยากว่าให้เลือกใช้ จึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องคัดกรองสื่อสารกัน

เมื่อถามว่าการส่งเสริมการขายของบริษัทยามีผลต่อการสั่งใช้ยาที่ศิริราชมากน้อยเพียงใด รศ.นพ.ประดิษฐ์ กล่าวว่า

“ การที่ให้แพทย์ระบุตัว R ในใบสั่งยานั้น เพื่อเป็นการเน้นย้ำความมั่นใจว่าแพทย์ต้องการใช้ยา original แต่ถ้าหากไม่ระบุเภสัชกรสามารถจ่าย same chemical substitute โดยที่ไม่มีความผิด ตรงนี้ถือเป็นมาตรการหลักที่รับทราบและสามารถปฏิบัติได้เลย

ยา original มักนำเสนอข้อมูลที่ทำให้แพทย์ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาต่างๆ เพียงด้านเดียว แล้วต้องนำมาตัดสินใจในการสั่งใช้ยา ศิริราชจึงมุ่งมั่นและผลักดันให้เกิดการศึกษาและนำผลมาชี้แนะว่า “ยา generic ก็ได้ผลดีเทียบเท่ายา original” ซึ่งผู้บริหารต้องพยายามที่จะหาหลักฐานข้อเท็จจริงมายืนยันหากต้องนำยา generic มาทดแทนการสั่งใช้ยา original ภายใต้แรงกดดันว่าคนส่วนใหญ่เชื่อว่า “ของถูกและดี มีที่ไหน” และยังทำให้เห็นเป็นตัวอย่างที่ผู้บริหารเองก็ใช้ยา generic รักษาตัวเองให้เป็นที่เชื่อมั่น ”

“ทุกอย่างขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นต่อยาของแพทย์ผู้สั่งเป็นหลัก ว่ายานั้นมีประสิทธิผลต่อการรักษาโรค”

ทางด้าน ผศ.นพ.สนั่น กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า สิ่งที่มีผลต่อความเชื่อมั่นของแพทย์มีหลายอย่าง รวมทั้งการให้ข้อมูลจากผู้แทนยาด้วย ดังนั้น การที่จะโปรโมทการใช้ยา generic ก็จะต้องคิดกลวิธีที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้ได้ เพราะถึงที่สุดแล้วประเด็นหลักของการสั่งใช้ยาคือความเชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วย ดังนั้น แนวทางและมาตรการกำกับการใช้ยาที่นำมาปฏิบัติจะต้องไม่ขัดแย้งต่อหลักการปฏิบัติงานตามหลักวิชาชีพของแพทย์และเคหะพในการสั่งการรักษาของแพทย์เสมอ

อย่างไรก็ตามทุกสังคมนิยมมีคนที่ให้ความร่วมมือมากน้อยต่างกัน เมื่อพบว่ามีการฝ่าฝืนก็ต้องมีการแก้ไขแม้ว่าจะพบน้อยครั้งมากก็ตาม โดย รศ.นพ.ประดิษฐ์ กล่าวถึงวิธีการแก้ไขว่า

“การแก้ไขปัญหานี้ ใช้วิธี *direct feedback* คือพูดคุยกันตรงไปตรงมา หากเขามีหลักฐานคุณภาพยาและความจำเป็นที่ต้องจ่ายยา เราก็เปิดโอกาสให้เสนอข้อมูลกันเต็มที่ มันใจว่าวิธีนี้ได้ผลที่สุด”

▶ ยังมีหลายช่องที่ยารั่วไหล

ผศ.นพ.สนั่น กล่าวถึงรูรั่วในกระบวนการใช้ใบสั่งยา เช่น เดิมผู้ป่วยหนึ่งคนที่ต้องเข้ารับการรักษาหลายแผนก อาจได้รับการสั่งยาซ้ำซ้อนเนื่องจากยังไม่มีมาตรการในการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ จึงทำให้เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มูลค่าการใช้ยาสูง จึงได้ดำเนินการแก้ไขโดยการจัดทำระบบใบสั่งยาแบบรับใบสั่งยาเข้าระบบการรักษา ก่อนมีการตรวจรักษาผู้ป่วย และกำหนดให้บันทึกการใช้ยาลงในเวชระเบียน รวมทั้งพัฒนาระบบ IT มาช่วย ซึ่งก็สามารถแก้ปัญหาไปได้ระดับหนึ่ง

ส่วนปัญหาการทุจริต ไม่ว่าจะเป็นการสวมสิทธิ์ของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปัญหาการใช้ใบสั่งยาที่ไม่ใช่ขององค์กร ปัญหาการสั่งจ่ายยาจำนวนมากเกินไปต่อหนึ่งใบสั่งยา และการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพงจะด้วยความตั้งใจหรือไม่ก็ตาม ก็เป็นสิ่งที่บอกได้ว่าการทุจริตเกิดขึ้นจริง มีการเปลี่ยนระบบการเข้าถึงบริการด้วยการระบุตัวผู้ป่วยจากการเบิก Credit ก่อนเข้ารับบริการและจะต้องมี visit number ทุกครั้ง

จึงจะสามารถดำเนินการออกไปส่งยาต่อไปได้ ใบสั่งยาต้องพิมพ์ชื่อ เลขที่ผู้ป่วย และภาพผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้องครบถ้วนทุกครั้งและทุกคน

ส่วนการทบทวนข้อมูลการใช้ยานั้นเป็นการทบทวนย้อนหลัง โดยเภสัชกรจะนำเวชระเบียนมาตรวจสอบและดูรายการยาที่มีราคาแพงหรือมีมูลค่าการส่งจ่ายสูง มีการจัดลำดับค่านำเสนอต่อคณะกรรมการยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งมีระบบการเตือนการสั่งใช้ยามูลค่าสูงให้แพทย์รับทราบ

เช่นเดียวกับหลายโรงพยาบาลที่สะท้อนว่า ระบบการเบิกจ่ายตรงตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการนั้นเป็นข้อดีที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น แต่ก็ทำให้เกิดทุจริตได้ง่ายเช่นกัน

ประเด็นนี้ ผศ.นพ.สนั่น กล่าวว่า ระบบจ่ายตรงของกรมบัญชีกลาง ผนวกกับการเข้าถึงง่ายและสะดวกสบายจึงทำให้ปริมาณการเข้ารับการดูแลจากสถานพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการไม่ต้องรับรู้และไม่ต้องติดขอด้วยตนเองจึงส่งผลต่อการใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน การเบิกจ่ายตรงจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สถานบริการไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ดีเท่าที่ควร และควรจะมีมาตรการการควบคุมการทุจริตควบคู่กันในการปฏิบัติ

ความไม่รับผิดชอบต่อยาของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยทิ้งยาให้สูญเปล่าก็เป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ไม่ควรมองข้าม การสร้างจิตสำนึกในผู้ป่วยให้รับทราบถึงการสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านยาควรมีการดำเนินการอย่างจริงจัง การสร้างระบบเครือข่ายสุขภาพที่สามารถติดตามข้อมูลด้านยาร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ก็อาจเป็นอีกเส้นทางหนึ่งของระบบสุขภาพที่จะสามารถลดการสูญเสียได้ ซึ่งหวังที่จะเห็นระบบนี้เกิดขึ้นโดยหน่วยงานกลางที่ดูแลภาพรวม

▶ ทำได้สิ่งที่เป็นเรื่องยาก

แม้จะพบอุปสรรคมากมายแต่ภายในระยะเวลาไม่ถึง 2 ปี โรงพยาบาลศิริราชก็สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาและเห็นผลอย่างชัดเจน เช่น ในปีพ.ศ. 2554 สามารถลดมูลค่าการใช้จ่ายได้ถึง 700 ล้านบาท จากมาตรการระบุเหตุผลการสั่งจ่ายยา NED หรือการไม่สามารถจ่ายยา ED ลงไปในใบสั่งยา ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานหากมีการตรวจสอบกลับของกรมบัญชีกลาง ซึ่งมาตรการนี้เป็นมาตรการที่มีผลต่อการลดมูลค่าการใช้จ่ายของโรงพยาบาลมากที่สุด

ทั้งนี้ ย้ำว่ามาตรการเหล่านี้ต้องไม่ส่งผลเสียต่อผู้รับบริการและไม่ได้ประสบปัญหาการต่อต้านหรือการความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าการสร้าง Change Agent ที่ดี ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนที่ดีเกิดขึ้น

“ขึ้นอยู่กับว่าแพทย์เชื่ออะไรแล้วบอกกับผู้ป่วยอย่างไร”

ผศ.นพ.सनัน กล่าวว่า ในเรื่องการใช้นั้น แพทย์เป็น Change Agent ที่ดีที่สุด โดยแพทย์จะเชื่อในเรื่องจริงที่พิสูจน์ได้ หากเชื่อก็มักปฏิบัติตามและจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับเช่นกัน การสื่อสารกับแพทย์ต้องใช้ความรู้และความจริงไม่ใช่ความเชื่อและความเห็นมาเป็นหลัก

▶ ดวงไฟที่ยอยากเห็นท่ามกลางเส้นทางที่สลับไม่ชัดเจน

ผศ.นพ.सनัน กล่าวว่า นโยบายที่ให้ยึดการจ่ายยาตามบัญชียาหลักกว่ายังไม่สามารถสร้างความเชื่อให้กับแพทย์ได้

“National Drug List ต้องมีชีวิตมากกว่านี้”

ผศ.นพ.सनัน สะท้อนถึงปัญหาความไม่เป็นปัจจุบันของบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) ที่ตาม องค์ความรู้ใหม่ๆ ด้านยาค่อนข้างช้า ในขณะที่การรักษาชีวิตคนรอช้าไม่ได้ และยังมีประเด็นการระบุข้อบ่งชี้ในการใช้ยาที่ไม่ครบทุกด้าน และไม่สามารถตอบสนองต่อข้อร้องเรียนของผู้ใช้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งรายการยา ED ไม่สอดคล้องกับแนวนโยบายขณะที่อยากส่งเสริมการใช้ยา generic เพราะใน ED ก็มียา original อยู่ด้วย จึงรู้สึกถึงความสับสนระหว่างกรมบัญชีกลาง และความเห็นต่างของนักวิชาการบัญชียาหลักแห่งชาติ

“ บัญชียาหลักแห่งชาติมีข้อดีมากมาย มีข้อเสียเพียงเล็กน้อย แต่เป็นข้อเสียเล็กน้อยที่ถูกกักท้วงมานานแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้ผู้เกี่ยวข้องไม่ค่อยอยากให้ความร่วมมือและจดจำแต่ประเด็นเหล่านี้ ทั้งนี้ ย้ำให้เห็นภาพชัดว่า ศิริราชเห็นด้วยกับการใช้ยาสมเหตุผล แต่การใช้ยาสมเหตุผลไม่ได้เท่ากับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ”

“เมื่อบัญชียาหลักคือเครื่องมือ กรมบัญชีกลางในฐานะผู้บริหารกองทุนคือคนผลักดัน ก็ควรคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน”

ผศ.นพ.สนั่น กล่าวย้ำเพื่อให้เกิดความชัดเจนของบัญชียาหลักแห่งชาติที่ต้องได้รับพัฒนาและแก้ไขอย่างเหมาะสมต่อไปโดยเห็นว่าควรใช้สื่อและเทคโนโลยีมาทำให้เกิดการสื่อสารกับแพทย์ผู้ช้ยา แบบ interactive และควรมี real time response ต้องมีสิ่งที่จะช่วยให้นำมาใช้งานสะดวก เช่น ศิริราชมี Siriraj Druglist ให้ข้อมูลยาแก่แพทย์

รศ.นพ.ประดิษฐ์ กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า บัญชียาหลักแห่งชาติมีข้อดีมากมาย มีข้อเสียเพียงเล็กน้อยแต่เป็นข้อเสียเล็กน้อยที่ถูกกักท้วงมานานแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ทำให้ผู้เกี่ยวข้องไม่ค่อยอยากให้ความร่วมมือและจดจำแต่ประเด็นเหล่านี้ ทั้งนี้ ย้ำให้เห็นภาพชัดว่า ศิริราชเห็นด้วยกับการใช้ยาสมเหตุผล แต่การใช้ยาสมเหตุผลไม่ได้เท่ากับการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

“คนใช้ยาก็อยากใช้ยาอย่างสมเหตุผลทั้งนั้น สิ่งใช้ยาก็เพราะเชื่อว่าคนไข้จะได้ประโยชน์ ทุกวันนี้ไม่ใช่หากไม่ใช้ยา ED แปลว่าใช้ยาไม่สมเหตุผล ปัญหาที่มีอยู่ว่า ED ยังไม่ตอบสนองบางประเด็น ควรต้องปรับรายการยาและข้อบ่งใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง” รศ.นพ.ประดิษฐ์ กล่าว

▶ จากภาวะขาดทุนกำไร ต่อไปอาจเกิดปรากฏการณ์ rebound

รศ.นพ.ประดิษฐ์ กล่าวอีกว่า ในขณะที่ลดค่ายาได้แต่สภาพที่มีรายรับน้อยลงหรือมีการขาดทุนกำไรจากการที่ไม่ส่งจ่ายยา original นั้น มีผลกระทบโดยตรงต่อสถานะการเงินของสถานพยาบาล

“ถ้าไม่มีการส่งจ่ายยา original ผลขึ้นต้นเลยก็คือ โรงพยาบาลต้องขาดทุนกำไร”

ผู้บริหารจากศิริราชเรียกร้องให้กรมบัญชีกลางหันกลับมาดูแลและเร่งมือแก้ไข ป้องกันสถานการณ์ที่ไม่ควรจะเกิดกับโรงพยาบาลอื่นๆ โดยกล่าวอย่างตรงไปตรงมาว่าการขาดทุนกำไรก็เปรียบเสมือนกับการทำธุรกิจที่ไม่ได้รับผลประโยชน์ แต่ในโลกของความเป็นจริงโรงพยาบาลก็ไม่สามารถอยู่ได้หากไม่มีรายได้จากค่ายา เนื่องจากต้นทุนส่วนใหญ่ของสถานพยาบาลเป็นเงินเดือน ค่าตอบแทน และค่าจ้าง เพราะโรงพยาบาลเป็นกิจการที่ใช้แรงงานหรือกำลังคนมาก และรายได้ของโรงพยาบาลก็มาจากค่ายาเป็นหลักแล้วนำไปบริหารองค์กรทั้งหมด ดังนั้น เมื่อค่ายาได้รับผลกระทบก็ย่อมจะกระทบความอยู่รอดทั้งหมดขององค์กร

ทางด้าน ผศ.นพ.सनัน กล่าวด้วยน้ำเสียงเป็นห่วงว่า ในระยะเริ่มต้นการที่สร้างมาตรการต่างๆ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยาจนสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้อย่างชัดเจนและรวดเร็ว นั้น หากไม่มีมาตรการอื่นๆ ออกมาหลังจากนี้ มูลค่าการใช้ยาจะต้องค่อยๆ กลับสูงขึ้นอาจสูงจนกระทั่งเท่าเดิมก็อาจเป็นไปได้ ซึ่งตอนนี้ที่โรงพยาบาลศิริราชก็เห็นแนวโน้มเช่นเดียวกัน

“ถ้าศิริราชได้รับผลกระทบเชิงลบจากการร่วมดำเนินการ โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข ไม่แน่ว่าจะหาทางออกอย่างไรต่อไป และถ้าเห็นศิริราชเป็นแบบนี้แล้วใครจะยอมทำตาม”

ที่สำคัญคือ คาดว่าการขยายผลมาตรการไปใช้ในวงกว้างอาจจะยากกว่าเดิม

“ความหมายและความสำคัญของนโยบายและของเรื่องที่ทำมาทั้งหมดกำลังลดลงไป ถ้าเราไม่ดันต่อค่าใช้จ่ายก็จะขึ้นมาอีก”

ผศ.นพ.สนั่น ยังกล่าวย้ำในตอนท้ายอีกว่าปรากฏการณ์เช่นนี้เป็นเรื่องปกติที่ต้องเกิดขึ้น เนื่องจากการตอบสนองต่อข้อสงสัยต่างๆ ของกรมบัญชีกลางล่าช้า ดังนั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือแม้กระทั่งกรมบัญชีกลางก็ต้องมีมาตรการอื่นๆ เพื่อรองรับปรากฏการณ์ดังกล่าวอย่างรวดเร็วด้วยเพื่อไม่ให้สถานการณ์ต่างๆ กลับไปเป็นเหมือนเดิมอีก

▶ ไม่อยากเห็น “ความไม่ไว้วางใจ”

ผศ.นพ.สนั่น กล่าวถึงปัญหาความไม่สอดคล้องกันของนโยบายของแต่ละกองทุน เช่น กรณีบัญชี จ2. ของยา ED ที่แต่ละกองทุนนำมาใช้ต่างกัน เป็นต้น รวมทั้งประเด็นที่ว่า การจัดรายการยาต่างๆ นั้นใช้หลักการใด ถือเป็น Minimum List หรือ Maximum List และ List นี้เป็น List ของผู้จ่ายเงิน หรือของผู้ใช้ยา หรือของผู้ให้บริการ ซึ่งล้วนแล้วแต่จะนำไปสู่ผลที่ต่างกัน

และสุดท้ายคือ ไม่อยากเห็นความหวาดระแวงไม่ไว้วางใจ

“กองทุนหวาดระแวงการใช้ยาของผู้ให้บริการ แต่ศิริราชกำลังบอกให้รู้ว่า ศิริราชไว้วางใจได้และการดำเนินการเรื่องยากก็ควรยึดหลักการใช้จ่ายสมเหตุผลเป็นหลักไม่ควรเอาเรื่องเงินมาเป็นตัวตั้ง”

ผศ.นพ.สนั่น กล่าวด้วยน้ำเสียงที่มั่นใจในความจริงใจของวิชาชีพแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยของตนเองด้วยจรรยาบรรณของแพทย์ และมีการใช้จ่ายอย่างมีหลักเกณฑ์แน่นอน

“ศิริราชพยายามเอาความจริงไปให้ทุกคนดู ศิริราชต้องการเป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เป็น source ของความจริง ดังนั้น เราต้องทำในสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมและตรงไปตรงมา”

“ ในระยะเริ่มต้นการที่สร้างมาตรการต่างๆ เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยา จนสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงได้อย่างชัดเจนและรวดเร็ว นั้น หากไม่มีมาตรการอื่นๆ ออกมาหลังจากนี้ มูลค่าการใช้ยาจะต้องค่อยๆ กลับสูงขึ้นอาจสูงจนกระทั่งเท่าเดิมก็อาจเป็นไปได้ ซึ่งตอนนี้ที่โรงพยาบาลศิริราชก็เห็นแนวโน้มเช่นเดียวกัน...

กลยุทธ์มันต้องเท่ากันกับ ระบบมันจึงจะ work เคยเสนอว่า ในเมื่อบริษัทยามีการส่งเสริมการขายได้ เราก็น่าจะมีมาตรการส่งเสริมตอบแทนคนทำดี ต้องมี incentive มาสนับสนุน ไม่ควรให้ต้องมารับผลเสียจากการทำดี ”

▶ **แนะหลักติดต่อ แต่ต้องมีมาตรการรองรับและสร้างความรับผิดชอบร่วมกัน**

ผู้บริหารศิริราชแนะว่า เมื่อประเทศและองค์กรต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านยาที่มากขึ้นไป ผู้ป่วยก็ควรเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองด้วยเช่นกัน Co-payment อาจจะเป็นอีกหนทางหนึ่งที่อาจจะช่วยแก้ไขปัญหา และอาจทำให้ระบบบริการสุขภาพสามารถดำเนินไปได้อย่างไม่เกิดความขัดสนทางสถานการณ์เงินมากนัก โดยใครจะเป็นผู้ร่วมจ่ายเป็นเรื่องที่ต้องร่วมกันคิดต่อไป

ทั้งนี้ เมื่อมีนโยบายแรกเกิดขึ้นแล้วก็ควรต้องมึนโยบายอื่นๆ ตามให้เห็นว่าการปฏิบัติตามนโยบายส่งผลอย่างไรต่อองค์กร หากทำไปแล้วก็ยังไม่ผลสะท้อนกลับด้านใดให้เห็น สิ่งเหล่านั้นอาจถูกบิดเบือนและหากเกิดขึ้นจริงย่อมทำให้เกิดความเสียหายต่อประเทศชาติแน่นอน

“เพราะคนทำทำไปแล้วไม่เห็นว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนอย่างไรแล้วจะทำอย่างไรต่อ กรมบัญชีกลางต้องทำให้เราเห็นว่าเอาจริง เพื่อให้คนกลัวที่จะทำผิดและให้เห็นตัวอย่างความเสียหายที่เกิดขึ้นจริงแล้วคนก็อยากทำดีมากขึ้น” ผศ.นพ.สนั่น กล่าว

ในขณะที่ **รศ.นพ.ประดิษฐ์** กล่าวว่า ในขณะที่สถานการณ์ภายนอกมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว มีการคิดค้นยาใหม่ มีกฎหมายคุ้มครองสิทธิบัตรยาที่ทำให้ยาอยู่ในตลาดนานหลายปี ผู้ใช้มีการใช้จนคุ้นเคยและเชื่อมั่น การเปลี่ยนแปลงเรื่องการใช้ยาจะต้องมีกลยุทธ์ที่เท่าทันกัน

“กลยุทธ์มันต้องเท่ากัน ระบบมันจึงจะ work เคยเสนอว่าในเมื่อบริษัทยา มีการส่งเสริมการขายได้ เราก็น่าจะให้มีมาตรการส่งเสริมตอบแทนคนทำดี ต้องมี incentive มาสนับสนุน ไม่ควรให้ต้องมารับผลเสียจากการทำดี” **รศ.นพ.ประดิษฐ์** กล่าวในตอนท้าย

▶ บทสรุป

สิ่งที่ศิริราชยืนยันว่าเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขหรือเกิดมาตรการต่อไปคือ ไม่ว่าจะด้วยการออกมาตรการใดก็ตามควรมีความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติที่ไม่ขัดกัน เช่น การสั่งห้ามใช้ยา original เพราะถ้าหากไม่มีการห้ามใช้ในระดับนโยบาย ผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะร้องขอต่อแพทย์ให้สั่งจ่ายยา และแพทย์ก็สามารถสั่งจ่ายยาโดยที่ไม่มีความผิดอะไร รวมทั้งควรปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วและเป็นปัจจุบัน รวมถึงการจัดทำข้อบ่งชี้ในการใช้ยาให้ชัดเจนและเป็นไปตามหลักฐานทางวิชาการให้มากที่สุด และออกมาตรการหาผู้ร่วมรับผิดชอบกรณีมีความจำเป็นที่จะต้องสั่งใช้ยาที่มีราคาแพงหรือยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีมาตรการเชิงบวกสนับสนุน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อยา generic และเกิดแรงจูงใจในการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยไม่ต้องแบกรับภาระผลกระทบเพียงลำพัง จึงจะทำให้ศิริราชเป็นแหล่งของข้อมูลและประสบการณ์ที่สถานพยาบาลอื่นๆ มั่นใจ และร่วมก้าวไปในทิศทางเดียวกันทั้งระบบในอนาคต





เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ถอดบทเรียน
การดำเนินมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยา
ในโรงพยาบาลนำร่อง 3 แห่ง

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

www.hisro.or.th