

HSRI FORUM

พื้นที่แบ่งปันความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน
ปีที่ 1 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555



เดินหน้าสู่การควบคุมค่ายา ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ





ดร.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สวัสดีครับ...HSRI Forum ฉบับเดือนตุลาคม 2555 มาพบกับท่านผู้อ่านเหมือนเดิม ฉบับนี้เปิดประเด็นด้วยเรื่องใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประเทศ นั่นคือ **‘การใช้จ่ายที่สมเหตุผล’** เนื่องจากที่ผ่านมา ประเทศไทยใช้จ่ายค่ายารักษาโรครวมกันปีละหลายแสนล้านบาท เช่น ในปี 2551 มูลค่ายานำเข้ารวมกันสูงถึง 2.7 แสนล้านบาท โดยเฉพาะค่ายาผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการข้าราชการ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี 2553 มีค่ายาสูงถึง 4.6 หมื่นล้านบาท

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ในฐานะผู้ดูแลงบประมาณรายจ่ายของประเทศ เล็งเห็นว่าหากปล่อยให้สถานการณ์เป็นแบบนี้ต่อไปเรื่อยๆ จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของระบบสวัสดิการรักษายาของประเทศไทย จึงได้จัดทำโครงการ **‘มาตรการส่งเสริมและกำกับค่าใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล’** โดยขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ทั่วประเทศจำนวน 34 แห่ง เพื่อให้เข้าร่วมโครงการและใช้มาตรการดังกล่าว โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงกลางปี 2552 ที่ผ่านมา



มาตรการสำคัญที่โรงพยาบาลนำร่องทั้ง 34 แห่งนำมาใช้ตามที่กรมบัญชีกลางเสนอก็คือ การเฝ้าระวังการใช้ยา **‘ต้นแบบ’** และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากที่ผ่านมาโรงพยาบาลต่างๆ ใช้จ่ายต้นแบบและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติจำนวนมาก ทำให้มูลค่ายาผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เป็นภาระต่อระบบการเงินการคลังของประเทศ

ขณะเดียวกัน **สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)** เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลนำร่องจำนวน 3 แห่งที่ได้เข้าร่วมโครงการกับกรมบัญชีกลาง คือ รพ.ลำปาง รพ.ตำรวจ และ รพ.ศิริราช ตั้งแต่วางกลางปี 2553 จนถึงปัจจุบัน ฉบับนี้จึงขอหยิบยกประสบการณ์ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งมานำเสนอ ให้เห็นรายละเอียดของการใช้มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายดังกล่าว กระทั่งสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยนอกในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการได้ปีละหลายร้อยล้านบาท โดยเฉพาะ รพ.ศิริราช สามารถลดค่ายาได้ถึง 700 ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม แม้ว่า รพ.นำร่องทั้ง 3 แห่ง จะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ แต่ก็มีเสียงสะท้อนถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จากผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแพทย์และผู้ป่วยที่มารับบริการซึ่งประเด็นปัญหาต่างๆ เหล่านี้คงจะต้องมีการนำมาแก้ไข เพื่อให้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลเดินหน้าต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนั้น HSRI Forum ฉบับนี้ยังตามติดเรื่อง **‘กลูโคซามีน’** มานำเสนอ จากข้อมูลหลักฐานที่ว่า กลูโคซามีนไม่มีผลในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม โดยกระทรวงการคลังได้ทำหนังสือสั่งยกเลิกการเบิกจ่ายยาคลูโคซามีนแก่ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการข้าราชการ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายนนี้เป็นต้นไป รายละเอียดเป็นอย่างไรพลิกอ่านได้ในเล่มนี้ แล้วพบกันฉบับหน้า สวัสดีครับ ! ▲

สารบัญ CONTENT

03



รายงานพิเศษ

เดินหน้าสู่การควบคุมค่ายาในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

07



ต้นกล้าความรู้ สู่ต้นแบบสุขภาพ

ประสบการณ์จาก 3 รพ.นำร่อง
รุกมาตรการ “ส่งเสริม-กำกับ”
การใช้ยา

10



เส้นทางสู่สุขภาพ ที่เป็นธรรมและยั่งยืน

ยกเลิกเบิกค่ายา “กลูโคซามีน”
ในระบบสวัสดิการรักษายา

12



เกาะล่องงานวิจัย

วิจัย...จุดประเด็น
“อนามัยแม่และเด็ก” ชำชาตีใน กกม.

14



เกาะกระแส

จัดมหกรรมสื่อทางเลือก
สร้างสรรค์ • สวส. นำสื่อมวลชน
ลงพื้นที่เชียงใหม่ ฐานหลังถ่ายโอน
สถานีอนามัย • ฯลฯ

จุลสาร HSRI Forum

จัดทำโดย
ที่ปรึกษา

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข พญ.วัชรวิภา ธีระไพบุณย์
ทพ.จเร วิชาไทย ภก.สรชัย จำเนียรดำรงการ
ภญ.พรพิศ ศิลขุทธ์ นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน
ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์
นพ.คณิตสรณ์ สัมฤทธิ์เดชขจร

บรรณาธิการ นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข

กองบรรณาธิการ นิธิภา อุดมสาลี รุติมา นวชินกุล
ศุภกิตติ สอนิษฐ ญัฏกานต์ ธรรมเวช



เดินหน้าสู่การควบคุมค่ายาในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

นับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ว่าสองทศวรรษที่ประเทศไทยสามารถลดค่ารักษายาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการลงได้เมื่อปีงบประมาณ 2554 โดยลดค่าบริการผู้ป่วยนอกลงถึง 3% และหากคิดเฉพาะค่ายาสามารถลดได้ถึงร้อยละ 6 ซึ่งเป็นผลจากรัฐบาลมีนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลนับแต่ปี 2553 เป็นต้นมา จากก่อนหน้านี้ค่ารักษายาบาลในระบบดังกล่าวมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

อาจกล่าวได้ว่า นี่เป็นความสำเร็จก้าวแรกของยุทธศาสตร์บันได 8 ขั้น ที่กำลังพัฒนาและดำเนินการอย่างมุ่งมั่นสู่การมีกลไกควบคุมค่าใช้จ่ายรักษายาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยข้าราชการผู้มีสิทธิเข้าถึงและได้รับยาที่มีคุณภาพและปลอดภัย งบประมาณถูกใช้ไปอย่างคุ้มค่าตามความจำเป็นทางการแพทย์ ขณะที่โรงพยาบาลได้รับการจ่ายชดเชยที่สอดคล้องกับการรักษาที่มีคุณภาพและคุ้มค่า

สถานการณ์วิกฤตก่อนทนายเนมาเยือน

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ พนักงานและลูกจ้างของรัฐรวมทั้งบุคคลในครอบครัว รวมประมาณ 5.4 ล้านคน ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยที่ผ่านมามีค่าใช้จ่ายรักษายาบาลนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นพ.สันฤกษ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เล่าว่า การควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมหลังจากประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ เมื่อปี 2540 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เสนอให้เริ่มใช้มาตรการคุมเข้มด้านอุปสงค์สำหรับการขอรับบริการรักษายาบาล มีการจำกัดการใช้บริการ การกำหนดให้ผู้มีสิทธิร่วมจ่าย แต่ไม่ค่อยได้ผลนักแม้ค่าใช้จ่ายลดลงในช่วงแรกๆ แต่ในเวลาต่อมาค่าใช้จ่ายโดยรวมกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพราะความจริงแล้วปัจจัยที่ชี้ว่าจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการหรือหมอ ซึ่งเป็นผู้สั่งยาและเป็นผู้กำหนดทั้งหมดว่าคนไข้ต้องการอะไร



ส่วนสาเหตุหลักที่ทำให้ค่าบริการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้น คือ วิธีการจ่ายตามปริมาณบริการ ไม่ว่าบริการนั้นจะจำเป็นต่อผู้รับบริการหรือไม่ ผู้ให้บริการก็มีแรงจูงใจในการสร้างรายได้จากการสั่งจ่ายยา ทำให้มีการจ่ายยามากเกินจำเป็น ซึ่งรูปแบบและวิธีการจ่ายยาดังกล่าว ประสบการณ์ทั่วโลกบอกไว้ว่าเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้บริการใช้ยามากเกินไป ราคาแพงกว่า เพราะการคิดราคายาในปัจจุบันนั้น กระบวนการคลังอนุญาตให้บวกเพิ่มส่วนต่างจากราคายา 10-15% ทำให้เกิดการจูงใจจ่ายยาราคาแพง คนไข้ก็อยากได้ คนจ่ายก็อยากจ่าย แต่เป็น



ภาระของประเทศ ทำให้ทุกๆ ปี ค่ายาในการรักษายาบาลข้าราชการมีอัตราการเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่า 10 กว่าเปอร์เซ็นต์

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่ารักษายาบาลหนักหน่วงยิ่งขึ้นนับจากปี 2546 เป็นต้นมา เพราะรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพ ทางโรงพยาบาลก็อ้างว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยรายได้น้อย จึงมีการเบิกยาเพื่อคนไข้กลุ่มนี้ อีกทั้งโรงพยาบาลต้องการหารายได้จากการสั่งยาเพื่อมาชดเชยรายได้ที่ต้องเลี้ยงตัวเอง ทำให้ค่าใช้จ่ายยาของผู้ป่วยมีอัตราเพิ่มขึ้นมากเป็น 20-30% โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยนอก

“ผู้ให้บริการก็สั่งเต็มที่ ผู้รับบริการก็ไม่ต้องจ่ายสำรอง โรงพยาบาลก็มีรายได้จากส่วนต่างค่ายา แต่ผู้ที่ได้ประโยชน์มากที่สุดคือ บริษัทยา โดยเฉพาะยานำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งปี 2551 ประเทศไทยจ่ายค่ายา 2.7 แสนล้านบาท โดย 65% เป็นค่ายานำเข้าจากต่างประเทศ ทำกำไรให้กับบริษัทยาสูงมากเพราะไม่มีการควบคุมราคายา กำไรที่มากมายมหาศาลนั้น สังเกตจากเมื่อทำขึ้นแอลยาพบว่าราคายาลดลงอย่างมาก” ผู้อำนวยการ สวปก. ชี้ให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้น

สำหรับการเบิกจ่ายรักษายาบาล แต่เดิมการขอรับบริการ ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลก่อนแล้วเบิกคืนจากหน่วยงานต้นสังกัดในภายหลัง แต่นับจากปี 2549 เป็นต้นมา ระบบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรณีผู้ป่วยภายในเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้เกณฑ์การจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม



ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกสามารถเบิกจ่ายได้ทั้งการนำใบเสร็จรับเงินไปเบิกจากส่วนราชการ ต้นสังกัดของผู้มีสิทธิ และการเบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรง เป็นการเบิกจ่ายด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยภายใน โดยจ่ายตามรายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บซึ่งเป็นระบบการจ่ายแบบปลายเปิด ยกเว้นบางรายการที่ได้มีการกำหนดอัตราเพดานการเบิกจ่าย

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับหัว ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณ 4 เท่า ทั้งที่ทั้งสองระบบอัตรายบประมาณแผ่นดินเช่นเดียวกัน แต่ต่างกันตรงที่วิธีการจ่ายเงิน คือ ระบบสวัสดิการข้าราชการเป็นแบบปลายเปิด แม้มีการตั้งงบประมาณล่วงหน้าในระหว่างปีงบประมาณแต่หากไม่เพียงพอก็สามารถเบิกจ่ายจากงบกลางได้ ขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบปลายปิด

สถานการณ์นี้อาจนำไปสู่วิกฤตค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลระบบสวัสดิการข้าราชการพิจารณาได้จากตัวเลขค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ในปี 2547 งบประมาณที่ได้รับ 17,000 ล้านบาท แต่มีค่าใช้จ่ายจริง 26,043.11 ล้านบาท ปี 2549 ได้จัดสรรงบประมาณให้ 20,000 ล้านบาท ใช้จ่ายจริง 37,004.45 ล้านบาท ปี 2551 ได้จัดสรรงบประมาณ 48,500 ล้านบาท มีค่าใช้จ่ายจริง 54,904.48 ล้านบาท ปี 2553 ได้จัดสรรงบประมาณ 48,500 ล้านบาท มีค่าใช้จ่ายจริง 62,195 ล้านบาท

การเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดข้างต้นบ่งชี้ว่านโยบายของรัฐที่ต้องการจัดหางบประมาณเข้าสู่ภาวะสมดุลในปีงบประมาณ 2553 เป็นแรงผลักดันให้รัฐบาลหันมาควบคุมการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ขณะนั้นจึงเรียกประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ที่ประชุมได้มอบหมายให้กระทรวงการคลัง โดยกรมบัญชีกลาง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการสำรวจรายชื่อยาที่มีรายการการเบิกจ่ายสูงในสถานพยาบาลของทางราชการที่มีการให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก จำนวน 34 แห่ง และจัดทำข้อเสนอเพื่อลดการใช้จ่ายเงินความจำเป็น

กรมบัญชีกลาง จึงขอให้ สรรส. ดำเนินการศึกษาข้อมูลและผลของการวิเคราะห์ พบว่าค่ารักษายาบาลผู้ป่วยใน มีการเพิ่มขึ้นตามสมควร แต่ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มในอัตราที่ค่อนข้างสูงและมีสัดส่วนสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเทียบกับค่ารักษายาบาลทั้งหมด โดยสัดส่วนค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกต่อค่ารักษายาบาลทั้งหมดเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 46 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 74 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552

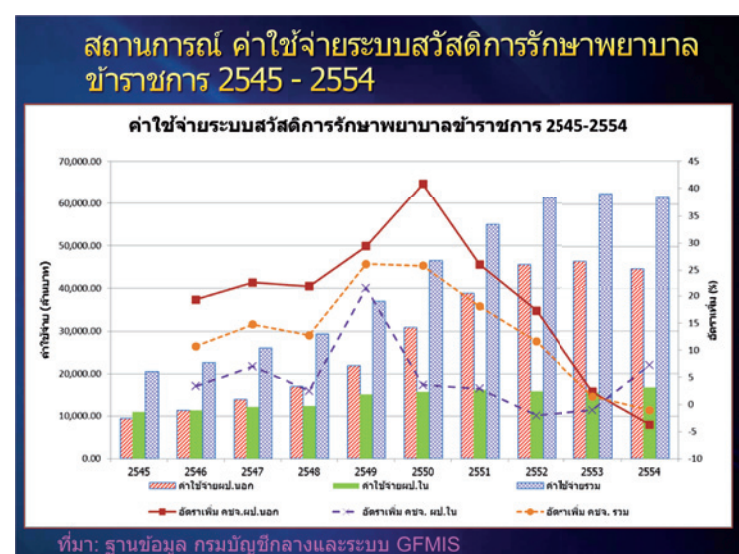
โดยค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนการเบิกจ่ายสูงสุดคิดเป็นประมาณร้อยละ 83 ของค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยเฉพาะในโรงพยาบาล 34 แห่งที่มีผู้ป่วยนอก 1 แสนครั้งต่อปี ซึ่งสาเหตุหลักเป็นเพราะหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ายาที่กำหนดให้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ไม่สามารถควบคุมการใช้จ่ายและค่าใช้จ่ายด้านยาให้เป็นไปอย่างเหมาะสมได้ ขณะที่กระทรวงการคลังโดยกรมบัญชีกลาง เป็นเพียงหน่วยเบิกจ่ายที่ไม่มีอำนาจ ซึ่งขณะนี้ได้มีการแก้ไขกฎหมายให้อำนาจกรมบัญชีกลางมีอำนาจบริหารจัดการการเบิกจ่ายด้วยแล้ว

กรมบัญชีกลาง ได้ขอข้อมูลการส่งจ่ายยาย้อนหลัง 10 เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ของโรงพยาบาล 34 แห่ง และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของสถานพยาบาล จำนวน 31 แห่ง จาก 34 แห่ง พบว่า สถานพยาบาลมีการสั่งยารวม 16.6 ล้านใบ มูลค่ารวม 15,247.96 ล้านบาท ซึ่งเป็นใบสั่งยาที่มีรายการนอกบัญชียาหลักแห่งชาติร้อยละ 40 คิดเป็นมูลค่า 10,040.48 ล้านบาท หรือร้อยละ 66 ของมูลค่ายารวมทั้งหมด

โดยรายการยาที่มีมูลค่าการสั่งใช้ยาค่อนข้างสูงและเป็นรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งรายการยาที่มีราคาแพงและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ซึ่งพบในกลุ่มยา 9 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มยาลดการเป็นแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร 2. กลุ่มยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ 3. กลุ่มยาลดไขมันในเลือด 4. กลุ่มยาเบื้องต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง 5. กลุ่มยาลดความดันโลหิต 6. กลุ่มยาป้องกันการเกาะตัวของเกล็ดเลือด 7. ยาลดอาการข้อเข่าเสื่อม 8. ยาป้องกันโรคกระดูกพรุน 9. กลุ่มยารักษาเมะเริ้

กรมบัญชีกลาง จึงเสนอว่า จากการพิจารณาข้อดีข้อด้อย ผลกระทบต่อผู้ป่วยและสถานพยาบาล รวมทั้งการประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายยาในกลุ่มเป้าหมาย 9 กลุ่มดังกล่าว เห็นควรกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยให้มีระบบตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาบางกลุ่มหรือบางรายการให้เป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์การวิชาชีพกำหนด

จากนั้น คณะรัฐมนตรี จึงมีมติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 อนุมัติในหลักการให้มีการตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาบางกลุ่มหรือรายการเป็นไปตามบัญชียาหลักแห่งชาติหรือตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์การวิชาชีพกำหนด โดยแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลและความคิดเห็น รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ทั้งนี้ เพื่อให้การพิจารณาและดำเนินการเป็นไปอย่างละเอียดรอบคอบ และสอดคล้องกับฐานอำนาจตามกฎหมาย



ผลสำเร็จของจุดเริ่มขับเคลื่อนสู่เป้าหมาย

หลังจากคณะรัฐมนตรีมีมติข้างต้น หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ขณะเดียวกันกรมบัญชีกลางได้แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการทางการแพทย์เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการควบคุมให้มีการใช้ยาในกลุ่มที่มีราคาแพงและมีมูลค่าการใช้สูงให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และมอบหมายให้ สวปก. ทำการเฝ้าระวังการใช้กลุ่มยาที่อาจมีการใช้อย่างไม่เหมาะสมและมีมูลค่าสูงพร้อมกับจัดทำข้อเสนอทบทวนเงื่อนไขการเบิกจ่าย 9 กลุ่มยาที่เข้าข่ายดังกล่าวต่อคณะทำงานวิชาการฯ

นพ.สัมฤทธิ์ กล่าวถึงการดำเนินงานควบคุมค่าใช้จ่ายยาในช่วงแรกที่ผ่านมาในปี 2553-2554 ว่า มีการขอความร่วมมือในการดำเนินงานกับโรงพยาบาลนำร่อง 34 แห่ง ซึ่งมีผู้ป่วยเกินกว่าหนึ่งแสนครั้งต่อปี และมีการพัฒนาระบบข้อมูลการติดตามกำกับกับการสั่งจ่ายยา โดยปีแรกสำรวจข้อมูลการสั่งจ่ายยาในกลุ่มเป้าหมาย พบปีแรกก็ทำก็สร้างประวัติศาสตร์ เพราะอัตราการเพิ่มขึ้นของค่ายาลดลง 3-4%

จากนั้นในปีที่สองกำหนดให้โรงพยาบาล 34 แห่งส่งฐานข้อมูลการสั่งยาประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในระบบเบิกจ่ายตรง เปิดเผยข้อมูล มีชื่อหมอผู้สั่งจ่ายยาด้วย ข้อมูลที่ออกมาทำให้เกิดความโปร่งใส จากนั้นได้สะท้อนข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาล ให้โรงพยาบาลไปบริหารจัดการภายใน พร้อมกันนั้นก็เริ่มดำเนินการควบคุมกำกับกับการสั่งยาใน 9 กลุ่มหลัก

“การควบคุมกำกับกับการสั่งยา 9 กลุ่มหลัก ที่เฝ้าระวังเราเลือกกลุ่มโรคหามีนหรือยารักษาอาการข้อเข่าเสื่อม ขึ้นมาทำก่อน เพราะมีข้อถกเถียงกันเรื่องประสิทธิผลและความคุ้มค่า และสหรัฐอเมริกาจัดเป็นแค่อาหารเสริมหลายประเทศก็ไม่ให้เบิกในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยกลุ่มโรคหามีนไม่มีประโยชน์ในการใช้รักษา แต่การยกเลิกก็มีแรงต้านในช่วงแรกจึงต้องถอยและให้ราชวิทยาลัยกำหนดเงื่อนไขการสั่งยาและบัญชีไม่ให้เบิกจ่ายตรงด้วย เป็นบทเรียนว่าต้องอิงราชวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านนั้นๆ ออกแนวเวชปฏิบัติ วิชาชีพถึงจะยอมรับ จึงทำให้การเบิกกลุ่มโรคหามีนลดลงเหลือไม่ถึง 10 ล้านบาท จากปีละประมาณ 600 ล้านบาท ซึ่งโดยส่วนตัวถ้าทำได้ในระดับนี้ ผมก็พอใจแล้ว” ผู้อำนวยการ สวปก. กล่าวถึงผลสำเร็จก้าวแรก

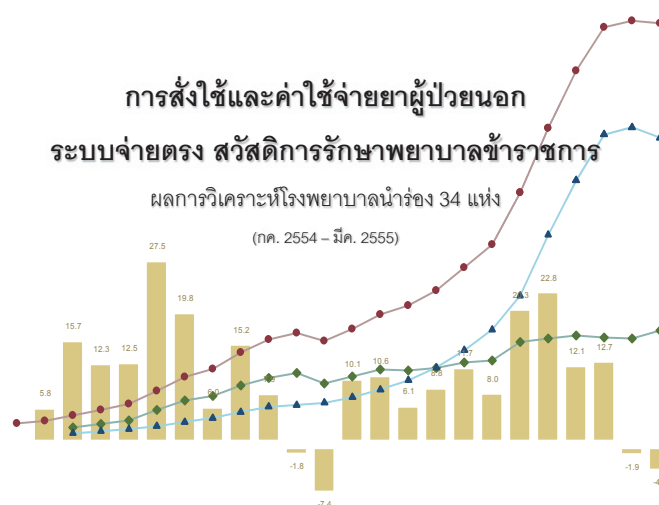
รายการยาในกลุ่มเป้าหมายในรอบแรก

รายการยา	รวม		NED		ประหยัดได้
	ใบสั่ง (ล้านใบ)	มูลค่า (ล้านบาท)	ใบสั่ง (ล้านใบ)	มูลค่า (ล้านบาท)	
รวมรายการยาทั้งหมด	16.6	15,247	6.6	10,040	
1.Anti-ulcerant /H2RA-PPI	0.65	714.85	0.26	665.68	599.40
2.NSAIDs	0.89	1,021.51	0.67	993.31	415.24
3.Antilipidemia	0.85	1,467.02	0.38	1,265.79	1,008.61
4.Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors	0.26	125.25	0.07	98.79	87.41
5.Angiotensin-II receptor blockers (ARBs)	0.33	621.91	0.28	557.68	158.54
6.Antiplatelets	0.47	467.85	0.02	36.63	376.11
7. Glucosamine		441.63		441.63	441.64
8.Drug affecting bone metabolism	0.19	737.52	0.19	711.68	711.68
9.Anticancers	0.13	1,441.83	0.02	646.54	646.54
รวมรายการยา 9 กลุ่ม	4.61	7,678.93	2.06	5,487.55	4,850.91

ข้อมูลของ สวปก. รายงานว่า ในภาพรวมของผลการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ผ่านมา พบว่า ค่าบริการผู้ป่วยนอกปี 2553 เพิ่มขึ้นเพียง 2.3% และลดลง 3% ในปี 2554 โดยเฉพาะค่ายาเพิ่มร้อยละ 3 ในปี 2553 และลดลงร้อยละ 6 ในปี 2554 และเมื่อ

พิจารณาค่ายาของโรงพยาบาลนำร่อง 34 แห่ง พบว่า ปี 2553 เพิ่มขึ้น 4% เมื่อเทียบกับ 7% ของโรงพยาบาลที่เหลือ และปี 2554 ค่ายาของโรงพยาบาลเป้าหมายลด 0.5% เทียบกับ 0.3% ของโรงพยาบาลที่เหลือ

นอกจากนั้น จากการประเมินผลในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 - 2555 ที่ผ่านมา พบว่ามูลค่าการสั่งจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลดังกล่าว ส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลระบบสวัสดิการรักษายาผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 คิดเป็นเงินจำนวน 1,512.11 ล้านบาท



นับว่าเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของระบบสวัสดิการรักษายาผู้ป่วยนอกที่รัฐบาลสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษายาผู้ป่วยนอกได้ โดยในปีงบประมาณ 2554 เบิกจ่ายเพียง 61,844 ล้านบาท จากงบประมาณที่จัดไว้ 64,000 ล้านบาท และในปีงบประมาณ 2555 ณ สิ้นเดือนสิงหาคม 2555 เบิกจ่ายแล้ว 56,419.29 ล้านบาท คาดว่าน่าจะไม่สูงกว่างบประมาณที่ได้รับเช่นเดียวกับปีก่อน

นพ.สัมฤทธิ์ ขยายความว่า ค่าใช้จ่ายที่ลดลงเป็นผลจากที่กรมบัญชีกลางประกาศให้ รพ. ระบุเหตุผลประกอบการใช้ยานอกบัญชียาหลักใน 9 กลุ่มยาเป้าหมาย โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องระบุให้ตรวจสอบได้ และกำหนดให้โรงพยาบาลเป้าหมายส่งเหตุผลในการใช้ยากลุ่มดังกล่าวเป็นอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นเพียงแค่จุดเริ่มต้นก็สามารถประหยัดได้มาก เพราะการกำหนดให้ต้องระบุเหตุผลในการใช้ยา ทำให้แพทย์ผู้สั่งจ่ายยามีความระมัดระวังมากขึ้น

“จากที่หมอสั่ง คนไข้อยากได้ รัฐจ่ายได้แค่ไหน มีการเปรียบเทียบระหว่างยาในบัญชียาหลักกับนอกบัญชียาหลักว่าคุ้มกันไหม เทียบราคาต่างกันหลายสิบเท่า คนจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักอาจแค่ 10% แต่ตอนนี้กลับกัน อย่างไรก็ตามหลังจากคุมค่าใช้จ่ายบางแห่งเห็นผลเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น แต่บางแห่งก็ไม่เปลี่ยนแปลง เพราะยังไม่มีมาตรการเข้มซึ่งต้องรอข้อกำหนดจากราชวิทยาลัยเสียก่อน”

การเข้ามาควบคุมการเบิกจ่ายยาในระบบสวัสดิการรักษายาผู้ป่วยนอก ไม่ได้มีผลเพียงแค่การลดค่าใช้จ่าย ลดภาระงบประมาณเท่านั้น แต่ยังเป็นการตรวจสอบป้องปรามการทุจริตที่เกิดขึ้นในระบบอีกด้วย

บันได 8 ขั้น ของการควบคุมค่ายา

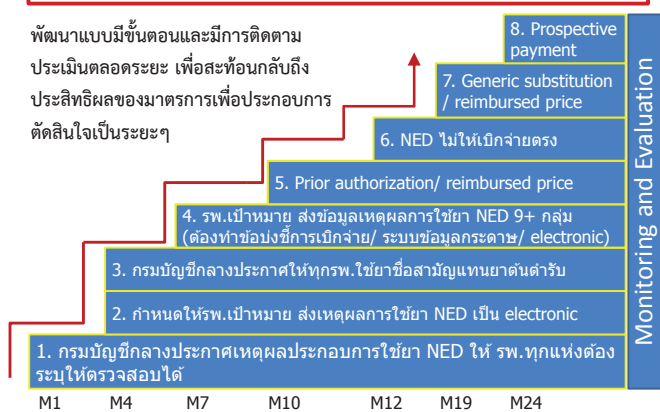
เมื่อก้าวแรกประสบผลสำเร็จด้วยดี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 - 2557 กระทรวงการคลังได้เห็นหน้าดำเนินการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มโรงพยาบาลนำร่องใหม่ จำนวน 134 แห่ง เพื่อตอบสนองต่อนโยบายการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพภาครัฐในระยะยาวของรัฐบาล โดยให้กรมบัญชีกลาง ดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลและค่ายาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับต้นทุนมากขึ้น กำหนดระยะเวลาดำเนินการ 24 เดือน เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 เป็นต้นไป

ในหลักการสำคัญของแผนพัฒนาระบบจ่ายชดเชยค่ายาในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2555 ประกอบด้วย 5 ข้อหลัก คือ 1.เป็นแผนที่แสดงให้เห็นภาพรวม จนถึงผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการตามกรอบนโยบายแห่งชาติด้านยา และส่งสัญญาณชัดเจนต่อระบบ 2.สนับสนุนและเอื้อให้มีการใช้จ่ายตามรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยาชื่อสามัญ โดยมีกลไกสนับสนุนให้เชื่อมั่นคุณภาพของยาชื่อสามัญ 3.มีระบบข้อมูลและกลไกที่สามารถติดตามกำกับ ตรวจสอบได้ 4.สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน และ 5.สร้างพันธมิตรความร่วมมือกับโรงพยาบาล วิชาชีพ และผู้มีสิทธิ โดยให้อิสระในการใช้ดุลยพินิจของวิชาชีพภายใต้กรอบการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล

แผนดังกล่าวกำหนดเป้าประสงค์ของแผนไว้ 5 ประการ คือ 1.ผู้มีสิทธิเข้าถึงและได้รับยาที่มีคุณภาพ และปลอดภัย 2.งบประมาณถูกใช้จ่ายไปอย่างคุ้มค่า ตามความจำเป็นทางการแพทย์ 3.โรงพยาบาลได้รับการจ่ายชดเชยที่สอดคล้องกับการรักษาที่มีคุณภาพและคุ้มค่า 4. มีรูปแบบการจ่ายแบบตกลงราคาล่วงหน้า ที่ให้ความมั่นใจในการเข้าถึงบริการและยาที่จำเป็น และควบคุมงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 5.ความเหลื่อมล้ำในระบบลดลง

ตามแผนพัฒนาระบบจ่ายชดเชยค่ายา ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมีขั้นตอนและติดตามประเมินมาตรการต่างๆ ตลอดระยะเพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยระหว่างดำเนินการตามแผน กำหนดให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศในการติดตามประเมิน และกำกับติดตามประเมินผลผ่านระบบเบิกจ่าย รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของระบบและการสื่อสาร สร้างความเข้าใจ การสร้างเครือข่ายพันธมิตรและการมีส่วนร่วม และการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาความรู้ และการตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

ขั้นตอนการดำเนินการ (8 ขั้นตอน ตามแผน)



แผนดังกล่าวจะมุ่งไปยังโรงพยาบาล 34 แห่งเดิม บวกกับโรงพยาบาลที่เข้าเกณฑ์คือ มีผู้ป่วยนอกในปีที่ผ่านมาเกินหนึ่งแสนครั้ง และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทุกแห่งที่มีการสั่งใช้ยากลับเป้าหมายตามที่กำหนดเพิ่มอีก 134 แห่ง ทั้งโรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ รวมทั้งหมดจำนวน 168 แห่ง จะต้องส่งข้อมูลใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์มาประกอบในการเบิกจ่ายเช่นเดียวกับโรงพยาบาลนำร่องเดิม 34 แห่งที่ดำเนินการไปแล้ว ซึ่งจะทำให้ครอบคลุม 90% ของงบประมาณค่ายารักษาพยาบาลในระบบสวัสดิการข้าราชการ

ผู้อำนวยการ สวปก. ระบุว่า ตามแผนพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยค่ายารักษาพยาบาลฯ จะมีขั้นตอนการดำเนินการ 8 ขั้นตอน จะเริ่มใช้ในปีนี้มีดังนี้ ขั้นตอนที่ 1-2 ให้ทุกโรงพยาบาลดำเนินการโดยเบื้องต้นระบุเหตุผลใบสั่งยา, พัฒนาระบบติดตามประเมิน/ มาตรฐานข้อมูล, กำหนดให้โรงพยาบาลเป้าหมาย 168 แห่ง ส่งข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อติดตามกำกับ ขั้นตอนที่ 3 กำหนดให้โรงพยาบาลใช้จ่ายยาสามัญแทนยาต้นตำรับ, มีระบบประกันคุณภาพยาชื่อสามัญ, ปรับโครงสร้างและอัตราค่าบริการและค่ายาใหม่เพื่อลดแรงจูงใจในการสั่งจ่ายยาราคาแพงและสร้างแรงจูงใจในการสั่งยาชื่อสามัญและยาในบัญชียาหลัก

ส่วนขั้นตอนที่ 4-5 กำหนดให้โรงพยาบาลเป้าหมายส่งข้อมูลเหตุการณ์การใช้ยา 9 กลุ่ม โดยต้องทำข้อบ่งชี้การเบิกจ่าย ระบบข้อมูลกระดาษและอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมกับการจัดทำระบบกำหนดอัตราค่าบริการเบิกจ่าย ขั้นตอนที่ 6-7 ประเมินผลเพื่อทบทวนความจำเป็นของการไม่ให้เบิกจ่ายตรง และประกาศให้มีการเบิกจ่ายยา Generic และกำหนดอัตราอ้างอิงสำหรับการเบิกจ่าย และสูงสุด ขั้นตอนที่ 8 ที่กำหนดโครงการพัฒนา CaseMix OP เริ่มปีแรก วิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนาระบบ CaseMix ในระยะ 2 ปีแรกของแผน Prospective Payment (CaseMix OP)

นพ.สัมฤทธิ์ กล่าวว่า สำหรับรายการยา 9 กลุ่มเป้าหมาย เราตั้งเป้าลดการเบิกจ่ายเพื่อให้ประหยัดงบประมาณ 5,000 ล้านบาท โดยยาลดไขมันจะเป็นลำดับถัดไป ตัวนี้มีแรงดันมากกว่าเพราะคนใช้มาก แต่ก็มียาในบัญชียาหลักอยู่แล้ว อีกอย่างคือไม่ได้ห้ามใช้ยานอกบัญชียาหลัก ซึ่งให้ใช้ได้แต่มีเงื่อนไขตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด ตอนนี้นำนักศึกษาทั้ง 9 กลุ่มยาหลัก อยู่ในกระบวนการทบทวนข้อมูลต่างประเทศเป็นอย่างไร จากนั้นจะไปดูว่าจะมีแนวปฏิบัติอย่างไร และในอนาคตอาจกำหนดว่านอกเหนือจากราชวิทยาลัยกำหนด อาจต้องจ่ายเอง คือผู้ใช้สิทธิมีส่วนร่วมจ่าย ซึ่งปัญหาจะหมดไปถ้าอยากใช้นอกบัญชีก็ต้องจ่ายเอง

"แต่ทั้งนี้ ต้องมาดูว่า 8 ขั้นตอนจะทำอะไรกันได้มากแค่ไหน และจะขยับแต่ละขั้นจะทำอย่างไร หากมองด้านบวกผมคงเข้าใจได้ เพราะผมมีอิทธิพลต่อคนไข้ ผมต้องเป็นคนให้ข้อมูลให้ความเชื่อถือแก่คนไข้ แต่ที่ผมกังวลคือการออกข้อกำหนดที่จะปฏิบัติได้ยาก เช่น 1 โรงพยาบาล 1 โรคเรื้อรัง ซึ่งจะมีปัญหาตามมาที่คนจะแห่ไปโรงพยาบาลใหญ่สวนทางกับนโยบายที่ต้องการให้คนไข้ไปโรงพยาบาลตำบล" ผู้อำนวยการ สวปก. กล่าว

อย่างไรก็ตาม ในอีกด้านหนึ่งการควบคุมค่าใช้จ่ายค่ายา อาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของโรงพยาบาลที่ได้จากค่ายา ซึ่งกรมบัญชีกลางให้อยู่ที่ 10-15% เช่น ค่ายาหมิ่นล้าน โรงพยาบาลได้มากที่สุดประมาณพันกว่าล้าน ที่เหลือบริษัทยาข้ามชาติได้ หลักการคือ ไม่ต้องให้โรงพยาบาลหากินกับการสั่งยาโดยการสั่งยาราคาแพง เรื่องนี้กรมบัญชีกลางเริ่มคิดวิธีการคิดค่ายาราคาทุนและทบทวนวิธีการจ่ายเงินคืนให้โรงพยาบาล

กล่าวโดยสรุปแล้ว ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ซึ่งวันนี้รัฐรายได้เต็มที่นั้น หากพิจารณาข้อเท็จจริงแล้ว การรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงอาจไม่จำเป็นต้องเป็นการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเสมอไป เพราะท่ามกลางแรงจูงใจในการสั่งยาราคาแพงให้กับผู้ใช้บริการ หลายครั้งการให้บริการอาจเกินความจำเป็นและเป็นอันตราย ความพยายามของแผนพัฒนาระบบจ่ายค่ายาระบบสวัสดิการรักษายาบาลที่หลายหน่วยงานกำลังร่วมมือกันดำเนินการให้บรรลุเป้าประสงค์อยู่ในขณะนี้ จึงเป็นการเกินหน้าสู่การควบคุมค่าใช้จ่ายยาของประเทศไม่ให้สูงเกินความจำเป็น ▲



ประสบการณ์ จาก 3 รพ.นำร่อง รุกมาตรการ “ส่งเสริม-กำกับ” การใช้ยา

*ข้อมูลบางส่วนจากหนังสือรายงานถอดบทเรียนการดำเนินการมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาในโรงพยาบาลนำร่อง 3 แห่ง โดยนายสาวิตรี ด้านวัณณะ และคณะ



ทั้งหมดนี้คือประสบการณ์และบทเรียนจากโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 3 แห่ง ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อยู่ไม่น้อย แต่เสียงสะท้อนเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการใช้ยาให้สมเหตุผล ประหยัดงบประมาณของประเทศ ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็จะต้องได้รับบริการที่มีคุณภาพด้วยเช่นกัน !!



ภายหลังที่ “กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง” ได้บูรณาการความร่วมมือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 34 แห่ง แบ่งเป็นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 19 แห่ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 7 แห่ง และอื่นๆ 8 แห่ง นำร่องบุกเบิกใน “โครงการศึกษาหามาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยากรณีผู้ป่วยนอก” ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2552

ผ่านมา กว่า 2-3 ปี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้สนับสนุนการศึกษาโครงการนี้ เริ่มจาก 3 โรงพยาบาลต้นแบบ คือ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นแนวทางค้นหาจุดเด่นของการดำเนินงานปัจจัยของและผลสำเร็จ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ นำไปสู่การพัฒนานโยบายการใช้ยาที่สมเหตุผลและคุ้มค่าต่อไป



มาตรการลดค่ายา เสียงสะท้อนจากหมอ รพ.ลำปาง

“โรงพยาบาลลำปาง” ขานรับมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยากรณีผู้ป่วยนอก หลังจากผู้บริหารของโรงพยาบาลได้เข้าร่วมรับฟังการชี้แจงนโยบายจากกรมบัญชีกลางร่วมกับ

โรงพยาบาลนำร่องทั่วประเทศในเดือนกรกฎาคม 2552 โดยในเดือนสิงหาคมถัดมา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical Therapeutic Committee หรือ PTC) ได้จัดประชุมกำหนดมาตรการลดค่ายาครั้งที่ 1 และในเดือนกันยายนต่อมา ได้มีการจัดประชุมองค์กรแพทย์สร้างความเข้าใจร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย ผลจากการประชุมทำให้เกิดผลึก 2 ยุทธศาสตร์ ภายใต้แผนควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา คือ 1.การลดค่ายาที่จ่ายในแต่ละครั้ง (Unit price) 2.ลดปริมาณยาที่สั่งจ่าย (Utilization Quantity)

กณ.บุญญาพร ยิ่งเสรี หัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรม รพ.ลำปาง กล่าวว่า การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาไม่ใช่เรื่องใหม่ เพราะทางโรงพยาบาลมีการวางมาตรการและกลไกมานานแล้ว โดยมี PTC เป็นตัวหลักในการดำเนินงาน ซึ่งที่ผ่านมาอาจจะไม่ได้ผลมากนัก แต่เชื่อว่าการมีกลไกและมาตรการ รวมทั้งวัฒนธรรมองค์กรเดิมเป็นพื้นฐาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาเดินหน้าต่อไปได้

สำหรับการจัดซื้อยาใหม่ คณะกรรมการจัดซื้อยาจะจัดทำ Monograph ยาใหม่โดยอ้างอิงจาก Evidence เพื่อคัดเลือกยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ยาที่มีข้อบ่งชี้การใช้ยาเหมือนกันจะคัดเลือกไว้ในบัญชีชื่อสามัญทางยา (Generic name) ไม่เกิน 2 รายการ โดยยึดตามหลักเกณฑ์ 'Good Health at Low Cost' ที่กระทรวง สธ.กำหนด และคัดเลือกยาที่มีราคาถูกกว่าเข้าบัญชียา โดยจ่ายยาให้ผู้ป่วยทุกสิทธิด้วยยาเดียวกันแม้จะเป็นยาต้นแบบก็ตาม

นอกจากนี้ ยังใช้ระบบ Hospital Formulary System หรือการจัดประเภทยาในบัญชียาเพื่อให้มีการสั่งจ่ายยาอย่างเหมาะสมตามสิทธิการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาลของผู้ป่วย และสิทธิการสั่งจ่ายของแพทย์ ตามเงื่อนไขการสั่งจ่ายที่กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ และเงื่อนไขที่ PTC กำหนด

การควบคุมค่าใช้จ่ายยาของโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมโครงการกับทางกรมบัญชีกลางแล้ว ได้วางเป้าหมายในการลดค่าใช้จ่ายด้านยาลงอีก 25% โดย PTC กำหนดเป้าหมายในปี 2553 ว่าจะต้องควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในวงเงิน 300 ล้านบาท จากเดิมที่เคยสูงกว่าปีละ 300 ล้านบาท มาตรการที่นำมาใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย คือ **การไม่รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติใหม่ที่มีข้อบ่งชี้เหมือนยาต้นแบบในกลุ่มยาเป้าหมายเข้าบัญชียาโรงพยาบาลปี 2553 รวมทั้งการลดค่ายาที่จ่ายในแต่ละครั้ง และลดปริมาณยาที่ส่งจ่าย**

พร้อมประสานงานและสื่อสารเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการสั่งยาให้แก่ผู้ป่วย มีการจัดประชุมร่วมกับองค์กรแพทย์เป็นระยะ เพื่อนำข้อสรุปมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติตามนโยบายที่วิชาชีพแพทย์มีส่วนร่วมตัดสินใจ เช่น การให้แพทย์เขียนรหัสแพทย์ (ว...) บนใบสั่งยา เพื่อเป็นการบันทึกข้อมูลการสั่งยา ให้แพทย์บันทึกเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การเน้นย้ำเรื่องการจ่ายยาที่เหมาะสม กรณีมีการสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แพทย์ต้องระวังการสั่งยาแบบ Poly-Pharmacy และสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) กรณียาเคมีบำบัดนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ หากสั่งไม่ตรง CPG ต้องขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกครั้ง รวมทั้งมาตรการการนำยา CL (การประกาศใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร) มาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนกรณีผู้ป่วยสูญเสียและมาขอเบิกยาเพิ่ม การตรวจบัตรแสดง IPD ที่ห้องทะเบียนเพื่อป้องกันการสวมสิทธิ์ผู้ป่วยระบบจ่ายตรง ฯลฯ

มาตรการต่างๆ เหล่านี้ แม้ว่าจะได้รับความร่วมมือจากแพทย์เป็นอย่างดี แต่ในอีกด้านหนึ่งก็เกิดผลกระทบต่อแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน โดย**ปัญหาแรก คือการทํางานของแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของแพทย์เฉพาะทางที่บางครั้งก็ต้องการใช้ยาใหม่ๆ รักษาผู้ป่วย และแพทย์รู้สึกเหมือนถูกตรวจสอบ** เป็นต้น

แต่ผลลัพธ์จากการดำเนินมาตรการส่งเสริมและกำกับการใช้ยากรณีผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2552 ถึงปัจจุบัน สามารถลดค่าใช้จ่ายได้เป็นอย่างดี โดยในปี 2553 ลดมูลค่าการจัดซื้อยาได้ตามเป้าหมายจำนวน 25 ล้านบาท ลดมูลค่าการเบิกจ่าย OPD จากกรมบัญชีกลางได้ 30 ล้านบาท



ประสบการณ์ รพ.ตำรวจ แปรรูปเป็นโอกาส

ก่อนที่ “โรงพยาบาลตำรวจ” จะร่วมโครงการกับกรมบัญชีกลาง สถิติการเบิกจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2550-2552 เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 74.60 ทำให้กรมบัญชีกลางเรียกเก็บเงินคืนจากโรงพยาบาลประมาณ 3.5 ล้านบาท **บว.จเรตน์ อวเจนพจน์** นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ บอกว่า “ตอนที่กรมบัญชีกลางมาเรียกเงินคืน ผมแทบช็อกถือเป็นความสูญเสียของรัฐ และเป็นความเสียหายขององค์กร”

เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้บุคลากรทุกฝ่ายของโรงพยาบาลตำรวจเกิดการตื่นตัว และร่วมมือกันใช้มาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายจนประสบผลสำเร็จ จนกลายเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลอื่นๆ ในเวลาต่อมา

การดำเนินการส่งเสริมและกำกับการใช้ยาของโรงพยาบาลตำรวจ เริ่มจากการจัดทำคำสั่งเรื่องการสั่งจ่ายยาเพื่อให้แพทย์สั่งจ่ายยาให้สอดคล้องกับหลักวิชาการทางการแพทย์และเป็นไปตามที่กรมบัญชีกลางขอความร่วมมือ รวมถึงการมีคำสั่งให้มีการใช้ยานอกบัญชียาหลักอย่างชัดเจนและเข้มงวด ซึ่งหลังจากที่มีนโยบายและคำสั่งอย่างชัดเจนแล้ว จึงนำไปสู่การวางแผนการลดค่ายาอย่างเป็นขั้นเป็นตอน กำหนดให้มีการประเมินผลการใช้ยาในกลุ่มยาเป้าหมายในระยะเวลา 3 เดือนแรก แล้วนำผลประเมินสะท้อนกลับให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ โดยมีแผนการกระตุ้นให้แพทย์มีความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อลดมูลค่าการใช้ยานอกบัญชียาหลักฯ รวมทั้งมีมาตรการควบคุมปริมาณการสั่งจ่ายยา

มีการใช้ตัววัด 4 ประการ เพื่อกำหนดการบรรลุเป้าหมายภายในระยะเวลา 5 เดือน คือ 1.มูลค่าการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต้องมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของมูลค่ายาทั้งหมด 2.ให้มีการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของแต่ละรายการยา 3.กำหนดให้ใช้ยาสามัญทดแทนยาต้นแบบไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของแต่ละรายการยา และ 4.กำหนดมูลค่ารายจ่ายด้านยา 9 กลุ่มที่คาดว่าจะสามารถประหยัดได้ 19 ล้านบาทต่อปี

มาตรการสำคัญประการหนึ่งในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา คือ คำสั่งกำกับการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้แพทย์ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักฯ ในเวชระเบียนและหนังสือประกอบการเบิกจ่าย ซึ่งหากกรมบัญชีกลางเรียกเก็บเงินคืนแล้วภายหลังที่พบว่าไม่มีการระบุเหตุผลที่ไม่สามารถจ่ายยาในบัญชียาหลักฯ ได้ หรือระบุเหตุผลไม่สอดคล้องกับประวัติการใช้ยาหรือหลักฐานการวินิจฉัยโรคในเวชระเบียน ให้เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้รักษาที่ลงนามหรือแพทย์ผู้ลงนามกำกับเพื่อเบิกจ่ายยานอกบัญชียาหลักฯ

ภญ.พ.ต.อ.หญิงศิริพร จรุงศักดิ์เศรษฐี หัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรม รพ.ตำรวจ กล่าวว่า การให้แพทย์ระบุเหตุผลประกอบการสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักฯ มีผลต่อการลดค่ายามากที่สุด เพราะเมื่อแพทย์จะสั่งใช้ก็จะต้องรับผิดชอบ จึงทำให้มีการสั่งจ่ายอย่างสมเหตุผลมากขึ้น ลำดับถัดมาก็คือการจำกัดการสั่งจ่ายยา การกำหนดระดับการอนุมัติจ่ายยา และสุดท้ายคือการประเมินผลการจ่ายยา ซึ่งในอนาคตมาตรการนี้อาจจะมีผลมากที่สุดเพราะมีการวัดถึงระดับบุคคล

ทั้งนี้ ในส่วนของผู้ที่มารับบริการซึ่งในช่วงแรกต่างก็ไม่พอใจในการปรับยา ทำให้ผู้ที่มาใช้บริการลดจำนวนลงประมาณ 10% ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2553 แต่ทางโรงพยาบาลก็พยายามสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ผู้มาใช้บริการได้รับทราบ และยังจัดให้เภสัชกรประจำห้องตรวจคอยอธิบายเรื่องการเปลี่ยนตัวยาว่ามีคุณสมบัติไม่แตกต่างกัน และให้ผู้ป่วยลองใช้ยาดูก่อน หากมีปัญหาในการใช้ยาก็นัดเปลี่ยนให้

ผลการเปรียบเทียบในช่วงเดือนตุลาคม 2552-พฤษภาคม 2553 และเดือนมิถุนายน 2553-ธันวาคม 2553 พบว่าสัดส่วนการจ่ายยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติลดลงจากเดิม 68 : 32 เป็น 48 : 52 โดยมีสัดส่วนการจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณร้อยละ 60 และมูลค่ายาผู้ป่วยนอกในสิทธิสวัสดิการลดลงเฉลี่ย 11 ล้านบาทต่อเดือน หรือลดลงประมาณร้อยละ 20 นอกจากนี้ ยังมีการใช้ยาสามัญทดแทนยาต้นแบบด้วย จากสัดส่วนยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 และสามารถประหยัดมูลค่ายาได้ประมาณ 132 ล้านบาทต่อปี



สว.ศิริราช ลดค่ายาได้ **เหนือวันกระแสมหาสมุทร**

สว.พ.อ.ประสิทธิ์ สมประทีป รองคณบดีฝ่ายการคลัง อธิการบดีผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช กล่าวถึงสถานการณ์ค่าใช้จ่ายด้านยาในช่วงสิบปีที่ผ่านมาว่า รพ.ศิริราช มีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงมาตลอด สาเหตุหลักมาจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล ทั้งในฝ่ายผู้สั่งยาและผู้รับบริการ ในส่วนของผู้สั่งยามีการสั่งจ่ายที่มีราคาแพง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาต้นแบบที่นำเข้าจากต่างประเทศ เนื่องจากยาบางตัวมีมานานและไม่มีตัวอื่นในตลาด ประกอบกับเป็นยาที่มีคุณภาพ แพทย์จึงสั่งจ่ายจนคุ้นเคย ฯลฯ

แต่ถึงกระนั้นความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้นมาตลอด โดยมีโครงสร้างและรูปแบบมาตรการที่ชัดเจน เพียงแต่ครั้งนี้เมื่อได้รับการประสานจากกรมบัญชีกลางกับโจทย์ที่ท้าทาย รพ.ศิริราช ก็รับมาอย่างเข้าใจและตั้งใจที่จะช่วยประเทศในยามที่มีปัญหาในภาพรวม

การส่งเสริมและกำกับการใช้และบริหารจัดการด้านยาของ รพ.ศิริราช มีกระบวนการที่ถือเป็นนโยบาย “ภายใน” ที่เข้มข้นมาเป็นทุนอยู่แล้ว มีคณะกรรมการยาและเวชภัณฑ์ดูแลกำกับนโยบาย หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติต่างๆ ไปจนถึงนโยบายด้านราคายา และมีคณะกรรมการบริหารจัดการนำยาเข้า-ออก ทำหน้าที่จัดหาจ่ายเข้ามาใช้และปรับรายการบัญชียากำหนดสิทธิและเงื่อนไขการจ่ายยาและข้อบ่งชี้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสม และยังมีคณะกรรมการยาด้านต่างๆ อีก 17 คณะตามกลุ่มโรค

มีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการกำหนดสิทธิแพทย์ผู้สั่งจ่ายยา และมีการกำหนดให้แพทย์ต้องเขียนใบขออนุมัติการสั่งจ่ายยาหากมีความจำเป็นต้องจ่ายยาในกลุ่ม Restricted Drug (กลุ่มยาที่เป็นกลุ่มยาควบคุมการใช้) มีการกำหนดเพดานค่ายาต่อใบสั่งยาเพื่อให้แพทย์พึงระลึกถึงมูลค่าของการสั่งจ่ายยาในแต่ละครั้ง รวมไปถึงการทำการประเมินการใช้ยา (Drug Use Evaluation, DUE) ในกลุ่มยาที่มีปัญหาต่างๆ และยังมีมาตรการเฝ้าระวังติดตามการจ่ายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการสั่งจ่ายยาแก่ผู้รับบริการ แต่ปัญหาสำคัญก็คือ ศิริราชเป็นองค์กรใหญ่มาก มีเตียงผู้ป่วยถึงกว่า 2 พันเตียง การดำเนินการต่างๆ ต้องพยายามที่จะดูแลให้ทั่วถึง

นอกจากนี้ยังมีมาตรการ ‘Same Chemical Substitute’ ซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งที่ใช้ลดการจ่ายยาต้นแบบ โดยห้องยาสามารถจ่ายยาสามัญทดแทนยาต้นแบบได้เลยหากแพทย์ไม่ได้ระบุตัว ‘R’ ซึ่งเป็นเครื่องหมายการค้าในใบสั่งยา เพราะการที่ให้แพทย์ระบุตัว ‘R’ ในใบสั่งยา เพื่อเป็นการเน้นย้ำว่าแพทย์ต้องการใช้ยาต้นแบบ เนื่องจากแพทย์อาจจะสั่งจ่ายด้วยความเคยชินด้วยชื่อทางการค้า แต่หากไม่ระบุเภสัชกรสามารถจ่ายยาสามัญแทนได้เลยโดยไม่มีผลเสีย

“นอกจากนี้การรับรู้ราคายาช่วยให้ง่ายต่อการคำนวณต้นทุนจึงมีการสื่อสารบอกกล่าวเรื่องราคายา พร้อมทั้งเปรียบเทียบให้เห็นถึงสิ่งที่สามารถประหยัดได้โดยคุณภาพการรักษายังคงอยู่ เพราะหากผู้ป่วยไม่ทราบราคายาก็ใช้ยามาก แพทย์ไม่ทราบราคายาก็ใช้ยามาก” รศ.นพ.ประสิทธิ์ ยกตัวอย่างมาตรการต่างๆ ที่ รพ.ศิริราชนำมาใช้

ภายในระยะเวลาไม่ถึง 2 ปี รพ.ศิริราช สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาและเห็นผลอย่างชัดเจน เช่น ในปี พ.ศ. 2554 สามารถลดมูลค่าการจ่ายยาได้ถึง 700 ล้านบาท จากมาตรการระบุเหตุผลการสั่งจ่ายยานอกบัญชียาหลัก มาตรการนี้เป็นมาตรการที่มีผลต่อการลดมูลค่าการจ่ายยาของโรงพยาบาลมากที่สุด ▲



ในที่สุด กระทรวงการคลัง ก็ได้ห้ามเบิกจ่ายค่ายา กลูโคซามีนซัลเฟตหรือยารักษาอาการข้อเสื่อม โดยให้มีผลบังคับใช้สำหรับการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 เป็นต้นไป หลังจากมีการศึกษาอย่างรอบด้านแล้วพบว่า ประสิทธิภาพในการรักษาไม่ชัดเจน ไม่คุ้มค่า และราคาแพง !!



ยกเลิกเบิกจ่ายยา

“กลูโคซามีน” ในระบบสวัสดิการ บรก.

ท้าวสำคัญ...กำกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม



กลูโคซามีน ซึ่งเป็นยาที่มีการกล่าวอ้างสรรพคุณไว้หลายประการ เช่น สามารถบรรเทาอาการปวดของโรคข้อเสื่อม ทำให้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ข้อลื่นขึ้น เสี่ยงดิ่งในข้อหายไป ช่วยชะลอความเสื่อมของข้อเข่าและช่วยลดอัตราการเปลี่ยนข้อเข่า ถือเป็นยาที่นิยมใช้ในประเทศไทยมาก ทั้งการซื้อใช้เองของประชาชนและการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยของแพทย์ โดยมีมูลค่าการใช้ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการปีละ 600 ล้านบาท และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี แม้จะถูกจัดเป็นรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติก็ตาม

ดังนั้น เมื่อรัฐบาลมีนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายค่ายาในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว “กลูโคซามีน” จึงเป็นยาตัวแรกในการเสนอมาตรการควบคุม ด้วยเหตุผลหลัก คือขาดความชัดเจนในประสิทธิภาพและความคุ้มค่า

ข้อมูลสถานการณ์ค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เพิ่มสูงขึ้นจนน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง โดยเฉพาะค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งมีมูลค่าสูงถึง 4.65 หมื่นล้านบาท ในปี 2553 เพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในเวลาไม่ถึง 5 ปีที่ผ่านมา ทำให้คณะรัฐมนตรี มีมติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 สั่งให้กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ต้องดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะค่ายาในบริการผู้ป่วยนอก

ทางกรมบัญชีกลาง จึงได้ตั้งคณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการควบคุมให้มีการใช้ยากลุ่มที่มีราคาแพงและมูลค่าการใช้สูง ให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และมอบหมายให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำการเฝ้าระวังการใช้ยาที่อาจมีการใช้อย่างไม่เหมาะสมและมีมูลค่าการเบิกจ่ายสูง นำเสนอกลุ่มยาที่ควรต้องทบทวนเงื่อนไขการเบิกจ่ายต่อคณะทำงานวิชาการฯ และได้เสนอรายการยา 9 กลุ่มที่เข้าข่ายดังกล่าว ในการนี้ สวปก. ได้เลือก กลูโคซามีน เป็นตัวแรกในการเสนอมาตรการควบคุม



ในการศึกษาข้อเท็จจริง สวปก.ได้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ทบทวนเอกสารงานวิจัยมากกว่า 130 ฉบับและคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพสูงได้จำนวน 24 ฉบับนำมาทบทวนประสิทธิผลและความคุ้มค่าของยาดังกล่าว โดยผลของการทบทวนสรุปได้ว่า “กลูโคซามีนมีประสิทธิภาพไม่ต่างจากยาหลอกและไม่คุ้มค่าในการใช้” แสดงให้เห็นว่า กลูโคซามีน ไม่มีประสิทธิผลจริง

นอกจากนั้น ในงานวิจัยล่าสุดในปี 2010 โดย Wandal และคณะ ยังระบุว่า กลูโคซามีนและคอนครอยตินซัลเฟต ไม่มีประสิทธิผลในการบรรเทาปวดและไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางภาพรังสีของข้อ จึงแนะนำให้ ผู้ให้บริการสาธารณสุข (ภาครัฐ) และผู้รับประกันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ภาคเอกชน) ไม่ควรให้เบิกจ่ายค่ายาในกลุ่มนี้ และแพทย์ไม่ควรสั่งยาเหล่านี้ให้กับผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยใช้ยานี้มาก่อน

“จากผลการศึกษาวิจัย ทำให้ในระยะ 5 ปีหลัง ไม่มีคำแนะนำทางการแพทย์ใดในทวีปยุโรป และสหรัฐอเมริกา ที่แนะนำให้ใช้กลูโคซามีนในโรคข้อเสื่อม โดยสหรัฐอเมริกา จัดให้กลูโคซามีนเป็นเพียงอาหารเสริมเท่านั้น” **พ.อ.สมฤทธิ์ ศรีธรรมสวัสดิ์** ผู้อำนวยการ สปภ. กล่าวว่า มีหลักฐานจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า กลูโคซามีน ไม่มีความคุ้มค่าทั้งโดยมาตรฐานของประเทศยุโรป เช่น สหราชอาณาจักร สกอตแลนด์ สวีเดน และสาธารณรัฐไอร์แลนด์ รวมทั้งประเทศในเอเชีย เช่น มาเลเซีย ประเทศต่างๆ เหล่านี้ จึงได้งดเว้นการเบิกจ่ายกลูโคซามีนภายใต้ระบบสาธารณสุขภาครัฐ รวมทั้งระบบสวัสดิการ

ด้วยเหตุผลเดียวกันคือ ขาดประสิทธิภาพ และไม่มีความคุ้มค่าในการใช้จ่ายเงินภาครัฐหรือระบบประกันสุขภาพของประเทศ...

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและพึงความรอบด้าน คณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ฯ ได้จัดส่งผลการทบทวนดังกล่าวให้ราชวิทยาลัย สมาคม และมูลนิธิที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคข้อ รวมทั้งสมาคมผู้ผลิตและจำหน่ายเพื่อให้ความเห็นต่อข้อเสนอดังกล่าว ตั้งแต่เดือนกันยายน 2553 และได้รับหนังสือและข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 แห่ง ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลอย่างถี่ถ้วนแล้ว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อสรุปของคณะทำงานวิชาการฯ ได้ คณะทำงานวิชาการฯ จึงเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2553 และได้มีมติให้ยกเลิกการเบิกจ่ายยาในกลุ่มดังกล่าวตั้งแต่เดือนมกราคม 2554

ต่อมา กลุ่มวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มผู้ป่วย เสนอให้ทบทวนมติดังกล่าว ทำให้คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ มีมติให้รายการยาในกลุ่มดังกล่าวสามารถเบิกได้อีกครั้ง ถึงแม้จะมีข้อบ่งชี้ถึงความไม่ประสิทธิผลในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมก็ตาม แต่การเบิกจ่ายคราวนี้ต้องดำเนินการภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย โดยให้ผู้ป่วยจ่ายเงินไปก่อนและใช้ใบเสร็จพร้อมใบรับรองจากแพทย์ผู้สั่งใช้เพื่อประกอบการขอเบิกตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554

จากข้อมูลการเบิกจ่ายที่ผ่านการตรวจสอบโดยกรมบัญชีกลาง ในรอบ 9 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554-มีนาคม 2555 พบว่า มีจำนวนเบิกจ่าย 5,343 ครั้ง มูลค่าเฉลี่ยครั้งละ 1,400 บาท คิดเป็นมูลค่ารวม 7.31 ล้านบาท หรือเดือนละประมาณ 8 แสนบาท เป็นการเบิกจากหน่วยงาน 202 แห่ง โดยผู้เบิกส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นกลุ่มพ่อแม่และข้าราชการบำนาญที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

ผลจากการตรวจสอบ กรมบัญชีกลางสรุปว่า ปริมาณการเบิกจ่ายกลูโคซามีนซัลเฟต ลดลงมาก บ่งชี้ว่าการสั่งจ่ายยาในกลุ่มดังกล่าวก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่อาจจะเป็นไปอย่างไม่สมเหตุผล ประกอบกับการให้ผู้รับบริการต้องสำรองจ่ายและเบิกคืนได้ภายหลังหากเป็นไปตามข้อบ่งชี้ของราชวิทยาลัยฯ โดยต้องมีหนังสือรับรองจากแพทย์ที่ทำการสั่งจ่ายระบุข้อบ่งชี้ประกอบการเบิก น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การสั่งจ่ายยารายการดังกล่าวเป็นไปอย่างระมัดระวังมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการสั่งใช้ถึงหนึ่งในสี่ที่ถูกปฏิเสธการจ่ายเนื่องจากไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด

พ.อ.สมฤทธิ์ กล่าวว่า การกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายยากลูโคซามีนโดยราชวิทยาลัยฯ ทำให้การเบิกจ่ายในกลุ่มดังกล่าวลดลงมากเหลือเพียงเดือนละ 8 แสนบาท หรือตกประมาณปีละ 10 ล้านบาท เมื่อเทียบกับช่วงก่อนหน้านี้ ซึ่งอยู่ที่ปีละ 600 ล้านบาท หรือเฉลี่ยเดือนละ 50 ล้านบาท ถือเป็นอัตราการลดลงที่น่าพอใจ ทำให้ลดภาระค่ารักษายาพยาบาลในระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ขณะที่ตัวเลขการนำเข้ายาดังกล่าวโดยรวมก็ลดลงด้วย ทำให้ประเทศชาติประหยัดเงินค่านำเข้ายาจากต่างชาติได้เฉลี่ยปีละ 500 กว่าล้านบาท

อย่างไรก็ตาม กรมบัญชีกลาง ไม่หยุดอยู่แค่เพียงการกำหนดเงื่อนไขในการเบิกจ่ายค่ายา กลูโคซามีนเท่านั้น แต่ก้าวไปอีกขั้นโดยห้ามเบิกจ่ายดังกล่าวทั้งหมด โดยได้ส่งหนังสือ ลงวันที่ 2 ต.ค. 2555 แจ้งหัวหน้าส่วนราชการต่างๆ ทั่วประเทศ เรื่องการห้ามเบิกจ่ายยา กลูโคซามีนซัลเฟต พร้อมกับระบุเหตุผลว่า คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการพิจารณาแล้ว มีความเห็นว่า 1. กลุ่มยา กลูโคซามีนเป็นยาที่คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่คัดเลือกบรรจุเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ 2. เอกสารวิชาการที่ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย จัดส่งให้พิจารณาไม่มีข้อมูลใหม่ที่สามารถหักล้างเอกสารงานวิจัยของคณะทำงานวิชาการทางการแพทย์ฯ ที่มีข้อสรุปว่า กลุ่มยาบรรเทาอาการข้อเสื่อมมีประสิทธิภาพการรักษาไม่ชัดเจน และไม่มี ความคุ้มค่าพอที่จะให้เบิกจากระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และ 3. ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์ฯ ได้ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยาในกลุ่มกลูโคซามีนแล้วมีข้อสรุปว่า การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการบริหารข้อเข่า และแอโรบิก น่าจะมีประโยชน์มากกว่า ขณะที่การให้ยา กลูโคซามีนซัลเฟตนั้น มีต้นทุนสูงกว่า 3 เท่าของรายได้ประชากรไทยต่อคนต่อปี จึงยังไม่มี ความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย จากเหตุผลดังกล่าว จึงเห็นสมควรยกเลิกการเบิกจ่ายยา กลูโคซามีนซัลเฟต และไม่ให้แพทย์ผู้รักษาออกหนังสือรับรองการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติดังกล่าว โดยให้มีผลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 เป็นต้นไป ▲

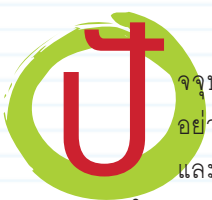


วิจัย...จุดประเด็น

“อนามัยแม่และเด็ก” ข้ามชาติใน กทม. ต้นทางป้องกันปัญหาสุขภาพของสังคม



จากผลการศึกษา สวรส. หวังใช้ข้อมูลนี้จุดประเด็นให้เกิดการแลกเปลี่ยน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนต่อไป โดยเฉพาะการประยุกต์ Model การวิจัยนี้ไปใช้ใน 10 จังหวัดแรกที่มีประชากรข้ามชาติอาศัยอยู่หนาแน่น การพัฒนาระบบดูแลอนามัยแม่และเด็กที่เข้าถึงและเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการควบคุมป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลเชื่อมโยงกับสังคมไทยได้ในอนาคต



ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มี การคาดประมาณประชากรข้ามชาติอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติพม่า กัมพูชา และลาว ประชากรข้ามชาติที่มากที่สุดในประเทศไทย จึงเป็นอุปสรรคในการกำหนดนโยบายและวางแผนเศรษฐกิจและสังคมในเรื่องที่เกี่ยวกับแรงงานต่างชาติดังกล่าว เช่น สถิติการทางสังคม การรักษาพยาบาล การอนามัยแม่และเด็ก การจัดการศึกษาให้กับลูกของแรงงานต่างชาติดังกล่าว รวมถึงการบริหารจัดการแรงงานในประเทศไทย

ด้วยเหตุนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงสนับสนุนทุนวิจัยให้กับ Health Counterparts Consulting ซึ่งทำงานร่วมกับองค์การแพธ (PATH) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร ทำวิจัย “การคาดประมาณประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ (พม่า กัมพูชาและลาว) ในกรุงเทพฯ” และ “การประเมินอนามัยแม่และเด็กของประชากรข้ามชาติใน กทม.” ที่ได้มีการเผยแพร่รายงานวิจัยนี้ต่อสาธารณะ ไปเมื่อวันที่ 26 กันยายน ที่ผ่านมา



อยากรู้ขนาดกัน ปชก.ข้ามชาติใน กทม. คาดถึง 4-7 แสน เตรียมวางแผนพัฒนา

การวิจัยที่ สวรส.ให้การสนับสนุนข้างต้น ถือเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่มีการคาดประมาณจำนวนประชากรข้ามชาติ ด้วยวิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบ

ดร.พญ.พัชรี จงอรุณสุข ผู้อำนวยการ สวรส. กล่าวว่า ที่ผ่านมา ข้อมูลในเรื่องนี้มีอยู่แตกต่างกันตามวิธีการสำรวจหรือการคาดประมาณของแต่ละหน่วยงาน โดยที่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์จากการสำรวจภาคสนาม ขณะที่ข้อมูลจำนวนประชากรข้ามชาติมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผน



การพัฒนาประเทศทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง รวมทั้งการควบคุม ป้องกันปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคติดต่อ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ฯลฯ ที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อคนไทยโดยตรง

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษาโครงการวิจัยฯ กล่าวว่า “โจทย์สำคัญของงานวิจัยนี้ คือ จำนวนประชากรข้ามชาติในกทม.มีอยู่เท่าไร และมีวิถีใดที่จะพบจำนวนประชากรใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด และการทำความเข้าใจประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็กเพื่อนำผลไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับประชากรกลุ่มนี้”

โดยการศึกษาจากข้อมูลหลายแหล่ง (Method/Data Source Triangulation) ได้แก่ 1.ฐานข้อมูลสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน 2.ฐานทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย 3.ฐานข้อมูลการสำมะโนประชากรและเคหะสำนึกงานสถิติแห่งชาติ กับการเก็บข้อมูลจากการลงพื้นที่ นำมาประกอบการวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มย่อย โดยสุ่มเลือกพื้นที่ใน 17 เขตปกครองของ กทม. ที่ใช้แบบสอบถาม 2 ภาษาและทีมสำรวจชาวไทยพม่า และกัมพูชา ที่ผ่านการอบรมเหมือนการสัมภาษณ์จริงและการเก็บข้อมูลตามแนวทางมานุษยวิทยา โดยก่อนการสำรวจจริงมีการตรวจสอบความถูกต้องของแผนที่ การสังเกตความเคลื่อนไหวในพื้นที่เพื่อกำหนดเวลาเก็บข้อมูลและการเลือกสถานศึกษาสมัครลงเก็บข้อมูลได้เหมาะสม ตลอดจนการนัดหมายและแจกใบปลิวประชาสัมพันธ์การเก็บข้อมูลล่วงหน้า โดยการลงเก็บข้อมูลมีทีมตรวจสอบและช่วยแก้ปัญหาในระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล พบค่าประมาณจำนวนประชากรข้ามชาติใน กทม. 3 ระดับ คือ

- **ระดับน้อยที่สุด** มี 414,797 คน ตัวเลขนี้เป็นข้อมูลจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว เดือนเมษายน 2555 ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน และมีบัตรประจำตัวในการอยู่ในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมาย ถือว่าเป็นจำนวนที่มีการยืนยันการมีตัวตนจริงของแรงงานทั้ง 3 สัญชาติ
- **ระดับปานกลาง** มี 497,407 คน เป็นประชากรที่เป็นแรงงาน 468,856 คน และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 28,551 คน
- **ระดับมากที่สุด** มีจำนวน 684,486 คน เป็นประชากรที่เป็นแรงงาน 645,197 คน และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 39,289 คน

กล่าวโดยสรุป จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติใน กทม. จากการคาดประมาณอย่างเป็นระบบด้วยแนวทางดังกล่าว อยู่ในช่วงประมาณ 4 แสน ถึง 7 แสนคน โดยมีค่ากลางที่ 5 แสนคน



อนามัยแม่-เด็กต่างด้าว เกือบ ประยุกต์ Model การวิจัย ร่วมแก้ปัญหา

นอกจากนี้ ยังมีการนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นเรื่อง “อนามัยแม่และเด็กของหญิงต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร” มีเป้าหมายเพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาระบบให้บริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายต่อไปนั้น

นางกศัญญา ชันตยาภรณ์ Health Counterparts Consulting (HCC) กล่าวถึงปัญหาในประเด็นนี้ว่า เป้าหมายของการอพยพแรงงานมายังประเทศไทย คือ การทำงานหาเงิน แต่ด้วยช่วงอายุที่กำลังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีการคุมกำเนิดผิดพลาดสูงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในไทย แม้ว่าอัตราการฝากท้องที่สถานพยาบาลค่อนข้างสูงเพราะหญิงตั้งครรภ์ต้องการมีสถานที่คลอดลูกที่แน่นอน แต่จากการติดตามพบน้ำหนักแรกคลอดของเด็กที่เกิดมาส่วนใหญ่กลับต่ำกว่ามาตรฐานมาก เนื่องจากการทำงานหนักตลอดการตั้งครรภ์ เพราะการอาศัยอยู่ในประเทศไทยนั้นบางรายมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ไม่มีพ่อแม่ญาติพี่น้องดูแลช่วยเหลือ

แม้การอาศัยอยู่เป็นคู่จะทำให้ผู้ชายต่างด้าวมีบทบาทในการดูแลผู้หญิงระหว่างและหลังการตั้งครรภ์ค่อนข้างมาก แต่ก็ยังขาดความรู้ในด้านสุขภาพเพื่อการดูแลของตนเอง ทั้งยังพบว่าเด็กต่างด้าวที่เกิดในไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้น้อยมาก แม้ว่าส่วนใหญ่ต้องการทำประกันให้ลูกของตนเอง โดยเฉพาะในขวบปีแรก การศึกษายังพบว่า เด็กต่างด้าวส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทย ไม่ได้รับสูติบัตรตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ.2551

การศึกษา “ด้านการเคลื่อนย้ายของเด็ก” ทำให้เข้าใจว่าเด็กต่างด้าวที่เกิดในไทยและประเทศต้นทางมีการเคลื่อนย้ายไปมา แต่เด็กอายุ 0-2 ปี ส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทย ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มจะเดินทางกลับประเทศต้นทางเมื่ออายุ 2-5 ปี เพื่อเตรียมเข้าโรงเรียนที่ประเทศของตน และมีการเดินทางมาประเทศไทยเมื่อถึงวัยแรงงาน

การศึกษา “ด้านความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กต่างด้าว” พบว่าน้อยกว่าภาพรวมของเด็กไทยถึง 1 ใน 3 ในขวบปีแรก และน้อยกว่าถึง 40-50% ในช่วงอายุ 1-4 ปี นอกจากนี้ ยังพบว่าความครอบคลุมของวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอยังคงค่อนข้างต่ำมาก ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศไทยได้ หากระบบสุขภาพไทยไม่มีมาตรการใดๆ มารองรับ เพราะมากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กต่างด้าวอายุ 0-2 ปีที่เกิดที่นี่ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย

ดังนั้น การให้บริการวัคซีนเด็ก เป็นภารกิจของระบบสุขภาพไทย จึงต้องมีการปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความเข้าใจและความ เป็นอยู่ ด้วยวิธีการที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครต่างด้าว และกลุ่มต่างๆ ในชุมชนต่างด้าวที่มีการรวมตัวกัน โดยเริ่มจากวัคซีนกวาดล้างโปลิโอที่ความครอบคลุมยังต่ำกว่าเป้าหมายอยู่มาก ทั้งนี้ ควรได้ขยายความเข้าใจและการใช้สมุดบันทึกสุขภาพเด็กภาษาไทย-ต่างด้าว และรณรงค์มิให้เด็กต่างด้าวที่อายุยังอยู่ในเกณฑ์รับวัคซีนเดินทางมาไทย หรือหากมีการเดินทางมาก็ควรมีแนวทางในการเข้าสู่ระบบบริการวัคซีนเด็ก โดยกลุ่มที่เกิดในไทยควรกลับประเทศต้นทางช่วงหลังขวบครึ่งเมื่อรับวัคซีนพื้นฐานครบแล้ว ทั้งนี้ เพื่อควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในภูมิภาคนี้ให้มีประสิทธิภาพต่อไป ▲



กิจกรรมและความเคลื่อนไหว ประจำเดือนกันยายน 2555

ใช้งบ 200 ล้าน วิจัยด้านสุขภาพ
หวังสร้างการเปลี่ยนแปลงใน 3 ปี



หน่วยงานให้ทุนสนับสนุนการวิจัยหลัก 6 หน่วยงาน กลุ่ม 1 ว. 5 ส. ประกอบด้วยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (สวก.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จับมือบูรณาการงานวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศในภาพรวม หวังสร้างการเปลี่ยนแปลงกับระบบสุขภาพของชาติ ภายใน 3 ปี

ศ.ดร.สุกฤษ รัตนศิริกุล เลขาธิการ วช. กล่าวว่า กลุ่มวิจัย 1 ว. 5 ส. มีมติให้เพิ่มทุนสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ ภายใต้กรอบงบประมาณ 200 ล้านบาท เพื่อสร้างกลไกการบริหารจัดการและดำเนินงานวิจัยที่จำเป็น โดย วช. ได้สนับสนุนงบประมาณให้กับ สวรส. เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการทุนวิจัย

"ที่ผ่านมาเราใช้ความรู้จากงานวิจัยของต่างประเทศประมาณ 80% ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยจากคนไข้ต่างประเทศ จึงมีคำถามว่าเหมาะสมหรือไม่ เพราะคนไทยกับต่างประเทศมีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ ฉะนั้นหากเราทำการวิจัยเองจะเหมาะสมกว่า ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลมาใช้กำหนดวิธีการรักษาที่เหมาะสมจะช่วยประหยังบประมาณได้มาก รวมทั้งได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้วางแผนด้านงบประมาณให้ตรงกับความต้องการและความจำเป็นเร่งด่วนด้านสุขภาพของประเทศ"

ด้าน ดร.พญ.พัชรี วัฒนสุข ผอ.สวรส. กล่าวว่า จากประสบการณ์ในการบริหารจัดการงานวิจัยด้านสุขภาพของ สวรส. มากกว่า 20 ปี จึงพร้อมที่จะเป็นหน่วยงานบริหารจัดการงานวิจัยด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ของประเทศ ที่ผ่านมามีระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญแขนงต่างๆ ร่วมพัฒนารอบโจทย์วิจัยที่สำคัญๆ ต่อการพัฒนาและแก้ปัญหาเร่งด่วนของประเทศ ทั้งมิติสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจที่มากกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข

รวมถึงยังเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนและภาคส่วนอื่นๆ ร่วมใช้ประโยชน์จากงานวิจัย โดยจัดสรรสัดส่วนงบประมาณออกเป็น 75:15:10 คือ 75% สนับสนุนวิจัยและพัฒนาด้านมาตรการสุขภาพและการพัฒนาเทคโนโลยี 15% สนับสนุนการวิจัยระบบและนโยบายด้านสุขภาพ และ 10% สำหรับการสนับสนุนการวิจัยเชิงระบบในภาพรวม เช่น การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อวิจัย การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการวิจัย ทั้งนี้ สวรส. จะเป็นกลไกกลางบริหารงานวิจัยกับนโยบายด้านสุขภาพให้เกิดความคุ้มค่ากับการลงทุน พร้อมสร้างผลกระทบให้เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้น กลาง และยาว สนับสนุนทุนที่จะทำงานเชื่อมประสานกับกลุ่มวิจัยนี้อย่างใกล้ชิด ▲

จัดสรรสื่อทางเลือกสร้างสรรค์ เชื่อม
เครือข่ายสื่อเป็นคลื่นลูกใหญ่

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.) เครือสถาบันของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถานีโทรทัศน์ Thai PBS และภาคีเครือข่ายจัดงาน "มีดี มีเดีย See Hear Touch" ภายใต้แนวคิด "สื่อทางเลือกที่สร้างสรรค์ เพื่อการอยู่ร่วมกันบนความแตกต่าง" เน้นจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติทางสังคม ให้ก้าวข้ามความเชื่อเดิมที่มองว่าคนพิการเป็นภาระของสังคม ผ่านรูปแบบการเรียนรู้จากสื่อทางเลือกที่สร้างสรรค์

กิจกรรมในงานมีการแสดงผลงานสื่อทางเลือกจากกลุ่มเครือข่ายศิลปินในด้านต่างๆ อาทิ ศิลปะ ดนตรี หนังสือ การแสดงทางวัฒนธรรมประเภทหุ่นกระบอกไทย ละครเร่และบทเพลงอนาชีดจากภาคใต้ การจำลองท้องประสบการณ์ความมืด ฯลฯ

พญ.วิธรา ธีรไพฑูริย์ ผู้อำนวยการ สสพ. กล่าวว่า "กระบวนการสื่อสารสังคมโดยวิธีของสื่อทางเลือก คงไม่สามารถที่จะจัดการได้เพียงแค่นั่งๆ นอนๆ หรือหน่วยงานเดียว สิ่งสำคัญที่สุดคือการจัดการหรือกระทำการสิ่งที่เรียกว่าเครือข่าย ต้องมีการเชื่อมโยงกันในทุกมิติ เพื่อให้ลงไปถึงกระบวนการผลิตที่ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เกิดความเข้าใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนทัศนคติในที่สุด"

สื่อทางเลือกยังคงมีความจำเป็นต่อกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ การทำหน้าที่ของสื่อกระแสหลักจะเป็นกลไกในการขยายผลการเรียนรู้ในแบบของสื่อทางเลือกได้ และส่งผลให้สื่อทางเลือกหรือคลื่นลูกเล็กๆ เหล่านี้ได้มาหล่อหลอมรวมตัวกัน เกิดเป็นคลื่นลูกใหญ่ขึ้น ปลุกกระแสสังคมให้เอื้ออาทรต่อกัน กระทั่งสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข ▲



สวรส. นำสื่อมวลชนลงพื้นที่เชียงใหม่ ดูงานหลังถ่ายโอนสถานีนอนามัย



เมื่อวันที่ 27-28 กันยายน 2555 ที่ผ่านมา สวรส. นำสื่อมวลชนลงพื้นที่ดูงาน จ.เชียงใหม่ ศึกษาประสบการณ์พัฒนาการงานด้านสาธารณสุขหลังการถ่ายโอนสถานีนอนามัย ส่ององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว อ.แม่ออน สถานีอนามัยบ้านสันนาเมี้ยว อ.สันทราย และ สถานีอนามัยสุเทพ อ.แม่ออน

เริ่มจาก รพ.ชต.ดอนแก้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกของประเทศไทยที่บริหารและสนับสนุนงบประมาณโดยองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว มาตั้งแต่ปี 2550 ตามแผนการถ่ายโอนอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น หลังการถ่ายโอน อบต. ต้องการให้โรงพยาบาลมีบรรยากาศเหมือนบ้าน จึงมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลใหม่ ช่วงแรกต้องเผชิญกับปัญหาขาดงบประมาณและบุคลากรไม่ต่างจากพื้นที่อื่นๆ แต่ด้วยความร่วมมือหลายรูปแบบของคนในชุมชน ก็ทำให้เราเดินทางมาถึงวันนี้

รูปแบบการพัฒนาของ รพ.ชต.ดอนแก้ว คือ คิดเอง พัฒนาเอง โดยการคิดนอกกรอบ เมื่อขาดเหลืออะไรจะขอการสนับสนุนจากทาง อบต. ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ ส่วนเรื่องอำนาจการตัดสินใจการทำงาน อบต.ให้อำนาจและบทบาทกับทาง รพ.ชต.ดอนแก้ว ค่อนข้างมาก รูปธรรม เช่น พัฒนาการบริการด้านสาธารณสุขโดยมีเตียง 2 หลังให้คนไข้ที่มารักษาได้พักรอดูอาการ มีบริการนัดหมายไทย ทั้งส่งเสริมให้คนในชุมชนอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยเพื่อการประกอบอาชีพ ฯลฯ

สถานีอนามัยบ้านสันนาเมี้ยว เป็นสถานพยาบาลอีกแห่งที่ถูกปรับเปลี่ยนหลังการถ่ายโอนอำนาจ โดยมีแพทย์จาก รพ.นครพิงค์ มาตรวจที่สถานีอนามัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การเพิ่มศักยภาพบำบัด งานทันตกรรม และยังมีกิจกรรมเข้าปศุและผู้ป่วยที่บ้าน โดยอาสาสมัครในชุมชน ส่วนการสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น จัดให้มีการอบรมโรคไต หลักสูตร 4 เดือน หรือหากมีหลักสูตรอื่นๆ จากกระทรวงสาธารณสุขก็พร้อมที่จะให้การสนับสนุนเปิดให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรม ขณะที่**สถานีอนามัยสุเทพ** แก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้วยการทำบันทึกข้อตกลง ร่วมกับโรงพยาบาลช้างเผือก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้มีแพทย์และพยาบาลมาประจำการที่สถานีอนามัยทุกวัน หากพบว่าต้องใช้อุปกรณ์ในการรักษาที่มากขึ้น ก็จะส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลช้างเผือกตามที่ทำสัญญาไว้ร่วมกัน

สิ่งที่เห็นได้จากสถานพยาบาล ทั้ง 3 แห่งจากการลงพื้นที่จริงในครั้งนี้ คือความตั้งใจของคนในชุมชนที่ร่วมมือกันปรับปรุงรูปแบบการทำงาน และการบริหารจัดการสถานพยาบาลเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง ▲

ประชุม ปฏิรูป สวรส. สู่วิจัยระบบสุขภาพทศวรรษที่ 3

เมื่อวันที่ 22-23 กันยายน ที่ผ่านมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดประชุม “การปฏิรูป สวรส. เพื่อก้าวสู่การวิจัยระบบสุขภาพในทศวรรษที่สาม” ณ โรงแรมสามพรานริเวอร์ไซด์ จ.นครปฐม โดยมีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเข้าร่วม ประกอบด้วย ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์ ศ.นพ.ชัยเวช นุชประยูร นพ.ประยูร กุณาศล ดร.บุญปลูก ขายเกตุ ดร.พิสุภา หวังเจริญรุ่ง ร่วมด้วย นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะทำงานปฏิรูป สวรส. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผอ.สวรส. พร้อมผู้บริหารร่วมการประชุม

ในงานนำเสนอ “บริบทและสถานการณ์ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป: ความท้าทายใหม่ องค์การวิจัยระบบสุขภาพ” โดย นพ.ปิยะ หมายวรวงศ์ชัย รวมถึงการนำเสนอ “ยุทธศาสตร์และบทบาทยุคใหม่ของ สวรส. ในท่ามกลางวิวัฒนาการทางนโยบายสาธารณะและโลกาภิวัตน์” โดย นพ.วิฑูร พูลเจริญ

จากนั้นมีการแบ่งกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนตามประเด็น เช่น บทบาทและแนวทางในการพัฒนาขีดความสามารถในการสร้างและจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนกลไก/กระบวนการนโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายขีดความสามารถไปสู่มหาวิทยาลัย, สมดุลระหว่างการวิจัยพื้นฐาน รวมทั้งการพัฒนาเครื่องมือใหม่ๆ ในการวิจัย กับ การวิจัยเชิงประยุกต์, การพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารงานวิจัยของประเทศ โดยครอบคลุมประเด็นเรื่อง Knowledge translation, บทบาทในการเชื่อมโยงและขับเคลื่อนระบบวิจัยสุขภาพในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก

ในวันสุดท้ายเป็นการอภิปรายแลกเปลี่ยน พร้อมสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการระยะต่อไป (What's next) คือ ทั้งนี้เพื่อให้ สวรส. มีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติงานในทศวรรษที่สาม ▲



ประชุมวิชาการสังคมและสุขภาพ ปี 55 สร้างภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท



เมื่อวันที่ 17-21 กันยายน ที่ผ่านมา สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จัดการประชุมสัมมนาวิชาการสังคมและสุขภาพ ปี 2555 : ขับเคลื่อนความรู้ในสถานการณ์สุขภาพใหม่ เรื่อง สร้างภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทในวาระอาเซียน : การวิจัยและการจัดการความรู้ ณ โรงแรมสามพรานริเวอร์ไซด์ จ.นครปฐม

ในงานได้รับเกียรติจาก **อ.อุฬรรณี ศิริธรรม** เป็นประธานในพิธีเปิด โดยการจัดงานใน 5 วันมีบรรยายในหัวข้อที่น่าสนใจ อาทิ นโยบายทิศทางภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทในกระแอาเซียน: วิถีสุขภาพและวัฒนธรรม เสวนาสว่างคน สร้างความรู้สู่ระบบสุขภาพวิถีไท, การอภิปรายวิชาการมุมมองเชิงระบบสร้างภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทสู่ระบบสุขภาพ: ชุมนานและบูรณาการ เป็นต้นสาระสำคัญของการจัดงานยังเป็นการทบทวนสถานการณ์และความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในมิติวัฒนธรรมสุขภาพคือความแข็งแกร่งของประชาคมสุขภาพอาเซียน เพื่อสังเคราะห์ทิศทางการจัดการความรู้ การวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไท ที่จะเป็แนวทางในการร่วมกันจัดทำวาระการวิจัยและจัดการความรู้ให้สอดคล้องกับเป้าหมายในสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และยังเป็นการสร้างความร่วมมือในขับเคลื่อนการวิจัยและจัดการความรู้ภูมิปัญญาสุขภาพวิถีไทต่อไป ▲

เราขอบคุณอยู่

เพื่อร่วมเปลี่ยนระบบสุขภาพของประเทศ

{ กับ 11 โจทย์งานวิจัยด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ที่ สวรส.
พร้อมสนับสนุนทุน โดยรอรับข้อเสนองานวิจัยจากคุณอยู่ }

ก่อน 15 ต.ค. - 15 พ.ย. 2555 นี้



กรอบโจทย์วิจัย

1. ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. ชุดโครงการวิจัยเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่อสังคมผู้สูงอายุ
3. ชุดโครงการพัฒนาระบบปฏิบัติการ หรือระบบข้อมูล เพื่อประกอบการปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉิน อุบัติเหตุ รวมถึงการเกิดสาธารณภัยและภัยพิบัติ
4. ชุดโครงการการป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ
5. ชุดโครงการการป้องกัน รักษา และการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
6. ชุดโครงการวิจัยและพัฒนาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ เพื่อทดแทนการนำเข้า หรือลดการรายจ่ายของประเทศ
7. ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ
8. ชุดโครงการวิจัยเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation)
9. ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
10. ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาและปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ
11. ชุดโครงการพัฒนาระบบมาตรฐาน และการควบคุมคุณภาพทางการแพทย์



เกณฑ์การพิจารณา

1. เป็นโจทย์หรือประเด็นการวิจัยที่สามารถให้ผลลัพธ์ได้ในระยะสั้น 1 - 3 ปี
2. เป็นงานวิจัยที่สามารถชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ
3. เป็นงานวิจัยที่สร้างคุณค่า หรือผลกระทบสูง



กระบวนการพิจารณาข้อเสนอโครงการ

- พิจารณาโดยหน่วยบริหารชุดโครงการวิจัยทั้ง 11 ชุด ซึ่งมีกระบวนการและการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ใช้ระยะเวลาการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน ตั้งแต่ปิดรับข้อเสนอโครงการ โดยจะสามารถประกาศผลการให้ทุนได้ในช่วงเดือนมกราคม 2556



กลุ่มเป้าหมาย

- นักวิจัยในหน่วยงานต่างๆ ทั้งในระดับกรม กอง กระทรวงต่างๆ
- นักวิจัยของสถาบันวิจัยในประเทศ
- นักวิจัยหรืออาจารย์ในสังกัดมหาวิทยาลัยทั้งของรัฐ และเอกชน
- นักวิจัยอิสระ



ระยะเวลาการเปิดรับข้อเสนอโครงการ

ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม - 15 พฤศจิกายน 2555



ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

โทร. 0-2832-9232 หรือ 0-2832-9288



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

แบ่งปันความรู้โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สามารถดาวน์โหลดเอกสาร HSRI Forum ได้ที่ www.hsri.or.th

สอบถามเพิ่มเติม หน่วยสื่อสารความรู้และขับเคลื่อนสังคม โทร 0-2832-9245

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข 6 ถ.วิภาวดี 14
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2832-9200 โทรสาร 0-2832-9201 www.hsri.or.th