

การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย

Advocacy on Rational Drug Use Policy in Thailand

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use; RDU) คือ การที่ประชาชนได้รับยาที่เหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพในขนาดและระยะเวลาที่ถูกต้อง เกิดเป็นค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดต่อตัวผู้ป่วยและสังคม⁽¹⁾ การพัฒนาแนวคิด RDU ให้เป็นนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริงนั้น ประเทศไทยใช้มาตรการตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การกำหนดให้ RDU เป็นนโยบายระดับประเทศ การใช้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical guidelines) การส่งเสริมความรู้ด้านยาทั้งในบุคลากรการแพทย์และประชาชนทั่วไปและการส่งเสริมการมีจริยธรรมในการสั่งจ่าย⁽¹⁾ ผ่านกลไกความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ เริ่มจากการประกาศเป็นนโยบายของรัฐบาลในปี 2553 จากนั้นกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) รวมทั้งโรงพยาบาลต่างๆ ได้ร่วมกันแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จนกระทั่งเกิดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพด้านการสั่งใช้และกระจายยา⁽²⁾ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และคุ้มค่า ในปี 2565 มีการปรับรูปแบบและขยายเครือข่ายจากโรงพยาบาล (RDU Hospital) ไปสู่ภาคส่วนต่างๆ (RDU Province, RDU District) ตลอดจนชุมชน (RDU Community) เพื่อเข้าสู่ภาคส่วนระดับประเทศ

บทบรรณาธิการนี้ สรุปสถานการณ์ความรู้และการดำเนินงาน RDU 12 ปี ตามนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาสู่ประเทศไทยอย่างสมเหตุผล (RDU Country) ต่อไป

1. RDU ในสถานพยาบาล

1.1 สถานพยาบาลภาครัฐ

โครงการ RDU Hospital เริ่มต้นในปีงบประมาณ 2558 โดยวิธีวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) ระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาล มีคณะทำงานส่วนกลางเป็นผู้พัฒนาตัวชี้วัดที่ชื่อ “กุญแจ PLEASE”^{*} เพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานและติดตามประเมินผล ปี 2560 มีโรงพยาบาลร่วมโครงการทั้งสิ้น 213 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลใน UHosNet ทุกแห่ง และที่เหลือเกือบทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดจากการวิจัยให้เป็นสาขาหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุขช่วงปี 2560-2564 ภายใต้หัวข้อ RDU Hospital⁽²⁾ และต่อมาเป็น RDU Community ในปี 2565 ส่วนในด้านของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นั้น ได้มีการนำตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นแรงจูงใจในการจ่ายเงินเพิ่มให้สถานพยาบาล ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (quality and outcome framework; QOF) ตั้งแต่ปี 2560 โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมมือกันปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁽³⁾

* Pharmacy and therapeutics committee (PTC) strengthening (ความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด), Labeling and leaflet (ฉลากยา และข้อมูลยาสู่ประชาชน), Essential RDU tools (เครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล), Awareness for RDU principles among health personnel and patients (ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ), Special population care (การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ), Ethics in prescription (การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งจ่าย)

กลยุทธ์ตัวชี้วัด RDU เป็นส่วนหนึ่งของ service plan ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ หวัดเจ็บคอ (upper respiratory tract infection), อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (acute diarrhea), แผลสด (fresh trauma wound), และคลอดปกติ (normal labor) ในโรงพยาบาล^(3,4) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่วนในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ การใช้ยาปฏิชีวนะใน upper respiratory tract infection และ acute diarrhea ก็มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมาย⁽³⁾ เช่นกัน อัตราการใช้ยาต้านจุลชีพในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและหวัดเจ็บคอในสถานพยาบาลสังกัดต่างๆ ในปี 2564 เป็นไปตามตารางที่ 1

Table 1 Antimicrobial prescription rates on selected conditions among different types of health facilities

Type	No. of facilities	URI* (%)	AD* (%)
Community hospitals, MoPH	725	38	34
General hospitals, MoPH	86	49	39
Regional hospitals, MoPH	26	51	38
Ministry of Defense hospitals	37	60	57
University hospitals	14	47	34
Hospitals of Bangkok Metropolitan Administration	73	59	51
Private hospitals	29	43	30
Private clinics	140	61	63
Hospitals of Thai Red Cross	5	37	24
Autonomous hospitals	1	51	41

MoPH=Ministry of Public Health, URI=upper respiratory tract infection, AD=acute diarrhea

ที่มา: งบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2564

ส่วนการใช้ยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและการลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ การใช้ metformin ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การหลีกเลี่ยงการใช้ยา long-acting benzodiazepine ในผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ การใช้ยาในกลุ่ม non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป และการใช้ยากกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน โรงพยาบาลมีการดำเนินงานได้ดีแต่เดิมอยู่แล้ว ดังนั้น แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจึงยังไม่ชัดเจนนัก^(3,5)

สำหรับการป้องกันความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ renin-angiotensin system (RAS) blockade ซ้ำซ้อน การป้องกันความเสี่ยงจากการได้รับยา glibenclamide ในผู้สูงอายุ การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีความเสี่ยงและห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์⁽³⁾ และการใช้ inhaled corticosteroid ในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรัง^(3,6) ยังคงมีปัญหาและไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม การที่กระทรวงสาธารณสุขปรับตัวชี้วัด RDU จาก RDU Hospital เป็น RDU Province และลด

ระดับความสำคัญของนโยบายและความเข้มข้นในการติดตามประเมินผลลง[†] และ สปสช. ยกเลิกการจ่ายเงิน QOF ในปี 2565 นั้น อาจส่งผลต่อการดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาล อีกทั้งการดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังได้รับความร่วมมือน้อย เนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ⁽⁷⁾

การดำเนินงาน RDU ของเครือข่ายโรงพยาบาล

มีการกำหนดให้ RDU เป็นมาตรการเพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลครั้งแรกในคู่มือฉบับที่ 4 พ.ศ. 2560 โดย RDU อยู่ในมาตรฐานระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล: ระบบการจัดการด้านยา ซึ่งระบุให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ดำเนินแผนการใช้ยาสมเหตุผลและการใช้ยาต้านจุลชีพ⁽⁸⁾ และเป็นมาตรการที่ต่อเนื่องในฉบับที่ 5⁽⁹⁾

แอปพลิเคชัน RDU รู้เรื่องยา เอื้อให้ประชาชนสามารถสแกน QR code บนซองยาซึ่งเชื่อมโยงไปยังข้อมูลยาสำหรับผู้ป่วย เริ่มดำเนินการใน UHosNet และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาได้ขยายเพิ่มไปยังโรงพยาบาลอื่น เป็นความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข UHosNet กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนเครือข่ายพัฒนาแอปพลิเคชัน[‡]

1.2 สถานพยาบาลภาคเอกชน

การดำเนินงาน RDU ของสถานพยาบาลเอกชนมีข้อมูลน้อย ยังขาดการวิจัยประเมินสถานการณ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน จึงยังไม่มีมาตรการหรือแนวทางที่เหมาะสม กระทำได้เพียงระดับการขอความร่วมมือโดยสมัครใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล[§] ในเบื้องต้น กระทรวง

สาธารณสุขเลือกใช้มาตรการออกประกาศให้สถานพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลและคลินิก ต้องระบุรายละเอียดที่จำเป็นตามที่กระทรวงกำหนด เช่น ชื่อยา ความแรง วิธีใช้ และข้อควรระวังในการใช้ยา บนฉลากยาที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วย เริ่มบังคับใช้ในเดือนมีนาคม 2565 โดยมีระยะผ่อนผัน 1-2 ปี⁽¹⁰⁾

อนึ่ง การที่กระทรวงพาณิชย์กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชน ต้องแสดงอัตราค่ารักษาพยาบาลและค่ายา บนเว็บไซต์ของสถานพยาบาล และผู้ป่วยสามารถนำไปสั่งยาไปซื้อหาเองได้ อาจเป็นอีกหนทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหาข้อมูลเปรียบเทียบก่อนเข้าใช้บริการและทำให้มีทางเลือกมากขึ้น

2. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา

2.1 กำลังคนด้านสุขภาพ

การแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีผู้แทนจากสภาวิชาชีพและเครือข่าย consortium สถาบันการศึกษา 5 วิชาชีพสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และสัตวแพทย์ เพื่อพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทั้งก่อนและหลังระดับปริญญา รวมถึงการศึกษาต่อเนื่อง ได้กำหนดให้ RDU เป็นสมรรถนะหลักของนักศึกษา มีเนื้อหาในข้อสอบใบประกอบวิชาชีพ และการศึกษาต่อเนื่องที่เชื่อมโยงกับการต่อใบประกอบวิชาชีพ (ยกเว้นแพทย์เนื่องจากยังไม่มีระบบ relicensing)

2.2 ประชาชนทั่วไป

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นศูนย์กลางในการผลักดันการบรรจุ RDU ในหลักสูตรการเรียนการสอน

[†]ปี 2560-62 RDU Hospital เป็นนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งเป็นตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (performance agreement: PA) ของผู้บริหารกระทรวงฯ ปี 2563-64 RDU Hospital ยังเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการดำเนินงาน และ ปี 2565 RDU Province เป็นตัวชี้วัดที่ต้องติดตามใน service plan แต่ละระดับไม่ได้เป็นนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงฯ วิจัยวัด RDU Hospital เปลี่ยนจากวัดระดับชั้น 1, 2 และ 3 เป็นวัด ร้อยละของจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผลในปี 2565

[‡]เปิดแอป ‘RDU รู้เรื่องยา’ นำร่องติด QR code ของยาใน 18 รพ. รู้ข้อมูลยา ประวัติการใช้ยา. <https://www.hfocus.org/content/2017/12/15159>

[§]คือ 1) ประกาศแนวทางการพัฒนาระบบบริการด้านการใช้ยาสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2563 2) แบบประเมินตนเองด้านการใช้ยาสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลเอกชน

โดยตั้งคณะทำงานบูรณาการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระบบการศึกษา ภายใต้คณะทำงานสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อผลักดันการบรรจุความรู้เรื่องยาให้อยู่ในหลักสูตรโดยมีผู้แทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เพื่อให้ความรู้เรื่องยาอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน และในการสอบประเมินผลความรู้สำหรับบุคคลทั่วไป ตั้งแต่ชั้นประถม มัธยม อาชีว และอุดมศึกษา

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาในประชาชนทั่วไปเป็นตัวชี้วัดหนึ่งเดียวในเป้าหมายสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของแผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาระบบยาของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570)⁽¹¹⁾ โดยกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดการประเมินความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาในประชาชนที่ร้อยละ 30 ภายในปี 2570 ทั้งนี้ในการสำรวจเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับใช้ในการประเมิน⁽¹²⁾ พบว่าประชาชนทั่วไปเพียงร้อยละ 14 ที่มีความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างเพียงพอ จากเกณฑ์ร้อยละ 50

3. ระบบกำกับดูแล: นโยบาย แนวทางและการติดตามประเมินผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นประเด็นสำคัญในนโยบายแห่งชาติด้านยา และเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติครั้งแรกในช่วงปี 2555-2559⁽¹³⁾ จนกระทั่งถึงยุทธศาสตร์ปัจจุบัน ต่อมาหัวข้อ RDU ได้ถูกผลักดันให้เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 เมื่อตุลาคม 2562⁽¹⁴⁾ ซึ่งที่ประชุมมีมติให้มีการจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง ส่งผลให้หน่วยงานและภาค

ส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมสนับสนุนและขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยให้มีการรายงานความคืบหน้าตามมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 14

ในด้านกฎระเบียบนั้น RDU ไม่ได้มีผลโดยตรงนักต่อการเปลี่ยนแปลงใน พรบ. ยา พ.ศ. 2510 อย่างไรก็ตาม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีการทบทวนการจัดประเภทยา (reclassification) ในกลุ่มยาด้านจุลชีพบางรายการที่มีการนำไปใช้อย่างไม่เหมาะสม โดย ปี 2560 ได้จัดยาจำพวกซัลโฟนาไมด์ (sulfonamides) ที่เป็นประเภทยาที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ ให้อยู่ในกลุ่มยาอันตราย⁽¹⁵⁾ ปี 2562 จัดให้ยากลุ่มรักษาวินโรค (anti-tuberculous drugs) ชนิดรับประทานและชนิดฉีด จำนวน 15 รายการ และยาด้านแบคทีเรียชนิดฉีดที่ใช้สำหรับมนุษย์ เป็นยาควบคุมพิเศษ^(16,17) ซึ่งมีผลให้ต้องจ่ายยาโดยแพทย์หรือเภสัชกรเท่านั้น และกำหนดช่องทางการจำหน่ายยากลุ่มรักษาวินโรคจำนวน 15 รายการ โดยจำหน่ายให้เฉพาะสถานพยาบาลที่อยู่ในโครงการใช้ยารักษาวินโรคของกรมควบคุมโรค⁽¹⁸⁾

กิจกรรมสำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนนโยบาย RDU คือ การวางแผนทางดำเนินงานและกำหนดตัวชี้วัดจากส่วนกลางคือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ติดตามประเมินผล เริ่มจากระดับชุมชน โรงพยาบาล และระดับประเทศ ในส่วนของ service plan บุคคลทั่วไปสามารถเข้าดูผลตัวชี้วัดงาน RDU โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้จาก dashboard ของเว็บไซต์ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข ดังในภาพที่ 1

นอกจากนั้นเครือข่ายในระบบสุขภาพนำแนวคิดและตัวชี้วัด RDU ไปปรับใช้กับงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการจัดทำคู่มือและการประเมินผล เช่น

คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ชื่อรายงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
1. ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (RI)	5,276,102	523,497	9.92
2. ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคฉวยรางวัลเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (AD)	1,054,259	228,811	21.70
3. ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ระดับโรงพยาบาล (FTW)	2,356,208	1,088,771	46.21
4. ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ระดับโรงพยาบาล (APL)	133,469	12,561	9.41
5. ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูง (Essential hypertension) ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	6,667,447	3,582	0.05
6. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	1,784,592	1,649,692	92.44
7. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยา NSAIDs ซ้ำซ้อน	5,093,870	18,017	0.35
8. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	721,370	12,128	1.68
9. ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	361,661	266,481	73.68
10. ร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	35,423,585	226,063	0.64
11. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา Warfarin หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ตัวตั้งครรภ์แล้ว	472,140	338	0.07

ที่มา: กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขา RDU⁽¹⁹⁾

Figure 1 RDU indicators as displayed on Health Data Center, Ministry of Public Health website

<https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/RDU20%Book.pdf>

คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

<https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/book2.pdf>

คู่มือการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียด้วยยาปฏิชีวนะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

<https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/book1.pdf>

แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน

https://drive.google.com/file/d/1giRjkFryOdGFdWmmYup_DFSZZTJF_Uck/view

การใช้อย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/20%_2RDU202563%.pdf

คู่มือการใช้อย่างสมเหตุผล ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ: ยาที่ใช้ทางทันตกรรม

<http://www.dent.chula.ac.th/oral-diseases/medications/NationalListofEssentialMedicines.pdf>
ตลอดจนแนวทางเวชปฏิบัติสาขาต่างๆ สามารถดาวน์โหลดได้ที่

<https://host.noph.go.th/rdu/%E0%B%94%8E0%B%8B%2E%0B%8A%7E%0B%99%8E%0B%89C%E0%B%82%9E%0B%8AB%E0%B%8A%5E%0B%94%8/>

4. RDU ในชุมชน

จากปัญหาในชุมชน ได้แก่ การขายยาหรือการโฆษณาขายอย่างไม่ถูกต้อง การขายยาอันตราย ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ สเตียรอยด์ในร้านค้าปลีก การพบสารสเตียรอยด์เจือปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพรวมทั้งยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรรูปแบบต่างๆ นำไปสู่แนวคิด RDU ในชุมชน ซึ่งมีเป้าหมายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยประชาชนมีความรอบรู้สามารถใช้ยาได้อย่างปลอดภัยและดูแลสุขภาพตัวเองได้เมื่อเจ็บป่วย⁽²⁰⁾ โดยการดำเนินงานของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้แก่ ผู้ให้บริการ/สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ชุมชน และตัวประชาชนเอง

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านแผนงานสร้างกลไกเฝ้าระวังและพัฒนาาระบบยา (กพย.) และเครือข่าย จัดทำพื้นที่นำร่อง เช่น พื้นที่ในจังหวัดเชียงราย อำนาจเจริญ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ สุรินทร์ สกลนคร เลย พัทลุง ในการจัดกิจกรรม เช่น การสร้างเครือข่าย การสำรวจสถานการณ์ปัญหาด้านยาและสะท้อนข้อมูลให้พื้นที่เพื่อหาทางแก้ไขร่วมกัน รวมทั้งพัฒนาความรู้และศักยภาพผู้นำชุมชน ประชาชน ผู้ประกอบการ ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเกิดการบูรณาการกับงานอื่นๆ ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง⁽²⁰⁾

อย่างไรก็ตาม แม้ว่านโยบาย RDU ในชุมชนจะเริ่มมีการปฏิบัติแล้ว โดยการมีนโยบาย คู่มือดำเนินการและตัวชี้วัดจากส่วนกลาง แต่การสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายยังอยู่ในวงจำกัด และยังเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญ

5. เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

จากแบบจำลองสถานการณ์เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของปี

2019 ประเมินการว่าทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาต้านแบคทีเรีย 1.27 ล้านคน ประเทศในทวีปแอฟริกา มีอัตราติดเชื้อสูงที่สุดคือ 23.7 คนต่อแสนประชากร ส่วนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราติดเชื้อ 11.7 คนต่อแสนประชากร⁽²¹⁾ ในประเทศไทย การศึกษาเพื่อประมาณผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล พบในแต่ละปีมีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะที่สำคัญเกือบ 100,000 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 38,000 รายจากเชื้อดื้อยา เกิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท หรือประมาณเกือบร้อยละ 1 ของ gross domestic product (GDP) หากรวมผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชนร่วมด้วย ความสูญเสียต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการติดเชื้อดื้อยาจะมากขึ้นอีก และอาจสูงกว่าปัญหาสุขภาพหลายชนิดที่อยู่ลำดับต้นๆ ของประเทศ⁽²²⁾

การรับมือปัญหาเชื้อดื้อยาจัดเป็นประเด็นที่มีความสำคัญระดับโลก ในการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly; UNGA) ครั้งที่ 71 ในปี 2559 มีมติรับปณิญาทางการเมืองของสมัชชาระดับสูง และเรียกร้องให้มีการควบคุมและป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างเป็นระบบ สำหรับประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย พ.ศ. 2560-2565 ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อสิงหาคม พ.ศ. 2559 เมื่อสิ้นสุดแผนมีผลการดำเนินงานสรุปได้⁽²³⁾ คือ ประเทศไทยมีการจัดการด้านเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทั้งในคนและสัตว์ มีการเฝ้าระวังและควบคุมปัญหาที่มาจากความร่วมมือของหลายภาคส่วนที่แสดงถึงความยั่งยืนของการจัดการในช่วง 2-3 ปี ประชาชนมีความรู้ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในระดับดี อย่างไรก็ตาม พบอัตราการดื้อยาจากเชื้อที่สำคัญและการป่วยจากเชื้อดื้อยายังคงสูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ปริมาณการใช้ยาโดยเฉพาะยาต้านแบคทีเรียยังคงสูงและไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

จะเห็นได้ว่า 12 ปีของการขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย ผลักดันจากส่วนกลางเป็นหลัก ยังต้องการองค์ความรู้จากการวิจัยที่สามารถนำไปประยุกต์

ใช้แก้ไขปัญหาในระดับล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการพัฒนาความรอบรู้ของประชาชนในด้านการใช้ยา รวมทั้งในการส่งเสริมจริยธรรมการสั่งจ่ายยา ซึ่งเชื่อว่าจะนำไปสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับประเทศ (RDU Country) ได้ในที่สุด ซึ่งนอกจากจะเป็นผลดีต่อสุขภาพแล้ว ยังสามารถประหยัดรายจ่ายด้านยาทั้งทางตรงและทางอ้อมของประเทศได้ด้วย

นพคุณ ธรรมธัชอารี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นุชรินทร์ โตมาหา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโณทัย

มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

References

1. World Health Organization. WHO policy perspectives on medicines. Promoting rational use of medicines: core components Geneva: World Health Organization; 2002. [accessed 2022 Sep 20]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_ED-M_2002.3.pdf.
2. Shayakul C, Leela-udomlapi S, Poonupurot P, Putchakarn P, Phuripanyawanit N, Wananukul W, et al. Research Project in Development of Rational Drug Use Hospital. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2017.
3. Tomacha N. draft-Results of Rational Drug Use Policy in Hospitals 2018-2021. Health Systems Research Institute, Food and Drug Administration; 2021. (in Thai)
4. Waleekhachonloet O, Rattanachotphanit T, Limwattananon C, Thammatacharee N, Limwattananon S. Effects of a national policy advocating rational drug use on decreases in outpatient antibiotic prescribing rates in Thailand. *Pharmacy Practice (Granada)*. 2021;19(1):2201.
5. Rattanachotphanit T, Waleekhachonloet O. Effect of a rational drug use policy on the prescribing safety in outpatient settings in Thailand. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2020;28(6):608-16.
6. Ratanadadas J, Limwattananon C, Sooksai N. An outcome on COPD readmission in secondary care hospitals participating the rational drug use hospital project. *Isan Journal of Pharmacy Service*. 2018;14(3):80-91.
7. Rattanaumpawan P, Koomanachai P, Sirijatuphat R, Wangchinda W. Expanded antimicrobial stewardship program in hospitals in Thailand. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2022.
8. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and healthcare standards 4th edition. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2018. 228 p. (in Thai)
9. Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Healthcare Standards 5th edition. Nonthaburi: Healthcare Accreditation Institute; 2022. 260 p. (in Thai)
10. Puttanont W. MoPH advocates private facilities rational use of drugs to reduce antimicrobial resistance. *The Bangkok Insight* 2022 Apr 28.
11. Secretariat Office of National Drug System Development Committee. Draft of the drug system development action plan 2023-2027. 2022.
12. Phodha T, Maluangnon K, Karnjanarut P, Pumtong S. Development of tool and measurement of rational drug use literacy of Thai people. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
13. Jitruknatee A, Martro J, Tosanguan K, Doangjai Y, Theantawee W. National Drug Policies in Thailand: Evolution and Lessons for the Future. *Journal of Health Science*. 2020;29(Special Issue, January - February 2020):S3-S14.
14. National Health Assembly, editor. Community-centered system management for becoming a rational drug use country. twelfth National Health Assembly. 2019 [accessed 2022 Sep 20]. Available from: https://en.nationalhealth.or.th/wp-content/uploads/2020/01/NHA-12_4-drug-use-Resolution-Eng-final.pdf.
15. Notification of the Ministry of Public Health. Dangerous Drug (issue 29) B.E. 2560 (2017). The Royal Thai Government Gazette Volume 134, Special Section 292 Ngor. (Nov 27, 2017). (in Thai)
16. Notification of the Ministry of Public Health. Special Controlled Drug (issue 53) B.E. 2562 (2019). The Royal Thai Government Gazette Volume 136, Special Section 219 Ngor. p. 2. (Sep 2, 2019). (in Thai)
17. Notification of the Ministry of Public Health. Dangerous Drug (issue 34) B.E. 2562. (2019) The Royal Thai Government Gazette Volume 136, Special Section 219 Ngor. p. 10.



- (Sep 2, 2019). (in Thai)
18. Notification of the Food and Drug Administration. Antituberculosis drug dispensing outlets B.E. 2562 (2019). The Royal Thai Government Gazette Volume 136, Special Section 189 Ngor. p. 8. (Sep 26, 2019)
 19. Health Data Center. RDU Service Plan: Ministry of Public Health; 2022 [accessed 2022 Sep 20]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=03b912ab9ccb4c07280a89bf05e5900e.
 20. Booddawong B, Uppatham J. From RDU communities to RDU province: lessons learned in “Sisaket”. *Yaa Wipaak* 2022;12(50):20-4 (in Thai).
 21. Murray CJ, Ikuta KS, Sharara F, Swetschinski L, Aguilar GR, Gray A, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*. 2022;399(10325):629-55.
 22. Phumart P, Phodha T, Thamlikitkul V, Riewpaiboon A, Prakongsai P, Limwattananon. Health and economic impacts of antimicrobial resistant infections in Thailand : a preliminary study. *Journal of Health Systems Research*. 2012;6(3)352-60.
 23. Food and Drug Administration, editor. Summary of Successes and challenges on Antimicrobial Resistance Strategic Plan 2017-2022. Nonthaburi: Antimicrobial Resistance Subcommittee; 2022. (in Thai)