

การประเมินความปลอดภัยด้านยาในเครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2552-2553

นิลเนตร วีระสมบัติ

ขนิษฐา วัลดีพงษ์

โรงพยาบาลสูงเนิน นครราชสีมา

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความปลอดภัยด้านยาและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยา ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา วิธีการศึกษา ใช้การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อวิเคราะห์ตามเกณฑ์คุณภาพการใช้จ่ายในโรงพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552 และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม เกษีกรประจำการโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง (74.07%) ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2553 การศึกษา พบว่า ความปลอดภัยด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพ มีระบบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction-ADR) และการดำเนินงานด้านยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug-HAD) ร้อยละ 100 การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (Drug Utilization Evaluation - DUE / Drug Utilization Review-DUR) ร้อยละ 85 และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotic Smart Use-ASU) ร้อยละ 70 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยา มี 4 กลุ่มปัจจัย 1) ปัจจัยเชิงระบบ มี 5 ข้อ (1) การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (2) นโยบายด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ (3) มีคณะกรรมการดำเนินการด้านยาและติดตามการประเมินในระดับอำเภอ (4) มีบัญชียาหลักแห่งชาติและมีบัญชีร่วมระดับอำเภอ (5) มีองค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชน 2) ปัจจัยด้านผู้สั่งใช้ยา มี 3 ข้อ (1) มีความรู้ และทักษะความปลอดภัยด้านยา (2) ทักษะที่ดี และมีความตระหนักต่อความปลอดภัยด้านยา และ (3) มีความตระหนักในการติดตามผลการรักษา และผลข้างเคียงของยาที่สั่งใช้ให้กับผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านผู้จ่ายยา มี 3 ข้อ (1) มีความรู้ และทักษะความปลอดภัยด้านยา (2) ทักษะที่ดี มีทักษะในการประสาน และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในความปลอดภัยด้านยา (3) การให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยาให้กับผู้ป่วย 4) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ มี 3 ข้อ (1) ลักษณะของประชากรในด้านการศึกษา และความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (2) ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ (3) วัฒนธรรมและความเชื่อของประชาชนที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มี 4 ข้อ (1) การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยา ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ บูรณาการไปกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (2) กำหนดให้มีคณะกรรมการดำเนินการด้านยาในระดับอำเภอ (3) การมีบัญชีร่วมระดับอำเภอ และ (4) มีองค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชน

คำสำคัญ:

ความปลอดภัยด้านยา, เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ, จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

การประชุมองค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนมีนาคม 2545 ได้กำหนดความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพทั้งหมด โดยมีการกำหนดกิจกรรมปฏิบัติด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ จะได้รับความปลอดภัยในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล เรื่องยาเป็นประเด็นหนึ่งที่สำคัญในการปฏิบัติให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา⁽¹⁾ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประเทศไทย ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยด้านยา ปี 2549 (Medication Safety Goal 2006) เพิ่มความปลอดภัยด้านยา โดยให้ความสำคัญในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรง ซึ่งจะครอบคลุม กลุ่มยาที่ต้องระมัดระวังสูง การแพ้ยาซ้ำที่มีผลกระทบรุนแรง ผลข้างเคียงจากยาที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยระยะยาว⁽²⁾

โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวน 27 แห่ง มีการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้มีเวชภัณฑ์ที่ดี ปลอดภัย มีคุณภาพ ราคาถูก และมีปริมาณเพียงพอ ไม่ขาดแคลน การดำเนินงานประกอบด้วย การจัดตั้งองค์กร และจัดให้มีระบบงานขึ้น 8 ระบบ คือ 1) ระบบบัญชียา 2) ระบบการคัดเลือกเวชภัณฑ์และต่อราคา 3) ระบบการจัดทำแผนซื้อเวชภัณฑ์ 4) ระบบการจัดซื้อ 5) ระบบการจัดซื้อยาที่ต้องเก็บที่อุณหภูมิตำ่ 6) ระบบการกระจายเวชภัณฑ์ 7) ระบบการควบคุมคุณภาพเวชภัณฑ์ และ 8) ระบบการควบคุมกำกับและติดตามการบริหารเวชภัณฑ์ การดำเนินงานต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2533 สามารถพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ คือ มียาที่เหมาะสม ปลอดภัย คุณภาพดี และสามารถประหยัดเงินงบประมาณค่าเวชภัณฑ์ปีละหลายล้านบาท มีระบบนิเทศติดตามในระดับสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอ เพื่อให้ใช้ยาตามเกณฑ์ที่กำหนดปีละ 2 ครั้ง

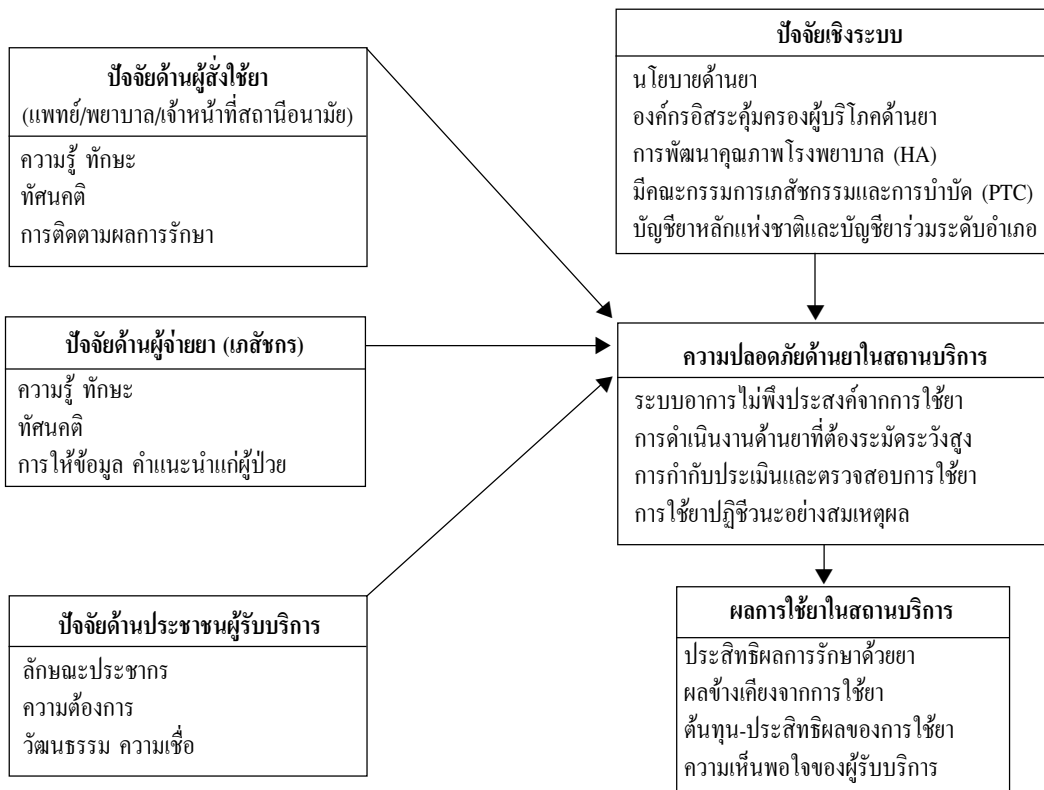
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical Therapeutic Committee-PTC) ควบคุมกำกับความปลอดภัยด้านยาภายในโรงพยาบาล และดูแลครอบคลุมเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (Contracting Unit of Primary Care-CUP) ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน⁽³⁾ การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่ผ่านมา สอดคล้องกับความปลอดภัยด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ การศึกษาครั้งนี้จึงเกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความปลอดภัยด้านยา และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยา ใช้กรอบแนวคิดความปลอดภัยด้านยาในสถานบริการของประเทศไทย โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานการณ์การใช้ยามาใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้ยาในประเทศ สถานพยาบาลหรือในชุมชนหนึ่ง ๆ จะมีความสมเหตุสมผลหรือปลอดภัยมากน้อยเพียงใด และจะมีผลลัพธ์อย่างไรได้แก่ ปัจจัยเชิงระบบ คุณลักษณะของผู้สั่งใช้และผู้จ่ายยา และอิทธิพลจากผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวของผู้ป่วย ส่งผลต่อสภาพการใช้ยาในประเทศไทยในภาพรวม⁽⁴⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จำแนกเป็น 4 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเชิงระบบ ปัจจัยด้านผู้สั่งใช้ยา ปัจจัยด้านผู้จ่ายยา และปัจจัยด้านประชาชนผู้รับบริการ (รูปที่ 1)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากร คือ กลุ่มเภสัชกรประจำที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 27 แห่ง ของจังหวัดนครราชสีมา แบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน

1) วิเคราะห์ตามเกณฑ์คุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: โดยมีเครื่องมือที่ใช้ประเมิน คือ แบบทบทวนคุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาล⁽²⁾ แบบประเมินมาตรฐานความ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดความปลอดภัยด้านยาในสถานบริการของประเทศไทย

ปลอดภัยด้านยา⁽⁵⁾ และผลการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ⁽⁶⁾ ดำเนินการในเดือนเมษายน 2552 มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ด้าน

1.1 ระบบการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction-ADR) และผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Adverse Product Reaction-APR): (คะแนนเต็ม 10) หลักเกณฑ์ในการให้คะแนนประกอบด้วย 2 ส่วน

(1) เกณฑ์การประเมินเชิงระบบ: โดยให้แต่ละหน่วยบริการประเมินตนเองตามแบบทบทวนคุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาลข้อ 1 ตาม “แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล” ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ คะแนน 0-5

(2) ผลการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างเดือนตุลาคม

2551 ถึง มีนาคม 2552 ซึ่งหน่วยบริการรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเมื่อพบอุบัติการณ์ โดยให้คะแนนพิจารณาตามแนวทางการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ โดยมีคุณภาพของการรายงานระดับ 1 ขึ้นไป และมีคะแนน 1-5 ตามเกณฑ์ของศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ⁽⁶⁾ (ตารางที่ 1-2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการในระดับเดียวกันทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2551

1.2 การดำเนินงานด้านยาที่ต้องระมัดระวังสูง (High Alert Drug-HAD): ยาที่ต้องระมัดระวังสูงหมายถึง ยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญหรือทำให้เสียชีวิตหากมีการใช้ผิดพลาด ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นกับผลิตภัณฑ์เหล่านี้อาจเกิดขึ้นทั้งบ่อยหรือไม่บ่อยนัก หากแต่ผลที่เกิดขึ้นตามมาจะก่อให้เกิดความสูญเสียที่มากกว่าอย่างชัดเจน ในการดำเนินการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูง

ควรมีการวางระบบเพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน เพื่อสร้างเงื่อนไขในการตรวจพบความคลาดเคลื่อน และการจัดการเพื่อลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นตามมาของ อุบัติการณ์

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ตาม ผลการทบทวนและประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการ ตามแบบทบทวนคุณภาพการใช้จ่ายยาในโรงพยาบาล ข้อ 2 ที่อ้างอิงตาม “แบบการประเมินระบบการดำเนินการ จัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูง” ของกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ระดับ 0 - 5⁽²⁾

1.3 การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้จ่าย (Drug Utilization Evaluation-DUE/ Drug Utilization Review-DUR): บัญชียาหลักแห่งชาติได้กำหนด ให้ยาในกลุ่มบัญชี ง. และบัญชี จ. เป็นยาที่ต้องมีการ กำกับประเมินและตรวจสอบการใช้จ่าย เนื่องจากเป็นยา ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือมีแนวโน้มที่จะมี การสั่งใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง หน่วยบริการจึงต้องจัดให้มี ระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้จ่ายในกลุ่ม ดังกล่าว

ตารางที่ 1 รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ

สัดส่วนรายงานอาการไม่พึงประสงค์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพเปรียบเทียบกับ ค่าเฉลี่ยปี 2551 (ร้อยละ)	คะแนนที่ได้
มี	
≥ 60	5
≥ 40 - < 60	4
≥ 20 - < 40	3
≥ 10 - < 20	2
< 10	1
ไม่มี	0

ที่มา: ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2552

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ตาม ผลการทบทวนและประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการ ตามแบบทบทวนคุณภาพการใช้จ่ายยาในโรงพยาบาล ข้อ 3 ที่อ้างอิงตาม “การประเมินการใช้จ่ายยาเพื่อเพิ่มประสิทธิผล ลดความสูญเสีย และประกันความปลอดภัยของผู้ป่วย” สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) แบ่ง ออกเป็น ระดับ 0 - 5 ในกรณีที่หน่วยบริการไม่มียาใน บัญชี ง. หรือ จ. ที่ถูกระบุให้มีการทำ DUE/DUR ให้ หน่วยบริการพิจารณารายการยาในบัญชีที่สมควร ทำการประเมิน⁽²⁾

1.4 การใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับ หน่วยบริการ (Antibiotic Smart Use-ASU): สถาน- การณ์การดื้อยาปฏิชีวนะในปัจจุบันพบว่า ประเทศไทย มีอัตราการดื้อยาสูงมาก และถือว่าเข้าขั้นวิกฤตใน หมวดการใช้ยาทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งยา ปฏิชีวนะ ยิ่งมีการใช้ยาปฏิชีวนะมาก หรือเกินความ จำเป็นมากเท่าใด เชื้อก็ยิ่งดื้อยามากขึ้นเท่านั้น ทำให้ ปัญหการดื้อยาเป็นปัญหาของชุมชน และลุกลามไปสู่ ระดับชาติ การกำหนดเกณฑ์การใช้จ่ายยาปฏิชีวนะใน หน่วยบริการ จึงถือเป็นขั้นตอนการดูแลหรือมาตรการ ที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการควบคุมให้เกิดการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างเหมาะสมและลดปัญหาการดื้อยาภายใน ประเทศ

หลักเกณฑ์ในการให้คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ตาม ผลการทบทวนและประเมินตนเองของ แต่ละหน่วย บริการ ตามแบบทบทวนคุณภาพการใช้จ่ายยาในโรงพยาบาล ข้อ 4 โรงพยาบาลชุมชนเลือกประเมินในรูปแบบที่ 2 ได้แก่ การใช้จ่ายยาปฏิชีวนะใน 3 โรคพื้นฐาน คือ โรค URI ท้องเสียเฉียบพลัน และแผลเลือดออก⁽²⁾

เมื่อประเมินครบถ้วนทั้ง 4 ข้อแล้ว นำคะแนนที่ ได้ทั้งหมดมารวมกัน แล้วเทียบคะแนนตามตารางที่ 3 การประเมินผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ต้องมี กิจกรรมใน 4 ระบบ ได้แก่ ระบบการรายงานอาการไม่ พึงประสงค์จากการใช้ยา การดำเนินงานด้านยาที่ต้อง ระมัดระวังสูง การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้จ่าย

ตารางที่ 2 เกณฑ์การประเมินคุณภาพรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ข้อมูลคุณภาพรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	ระดับ
1. บ่งชี้เฉพาะรายงาน: ชื่อสถานพยาบาล แหล่งที่ส่งรายงาน	0
2. เกี่ยวกับผู้ป่วย: เพศ อายุ น้ำหนัก	
3. รายการยาที่สงสัย: อย่างน้อย 1 รายการ	
4. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction) อย่างน้อย 1 อาการ	
รายงานที่มีข้อมูลเพิ่มจากระดับ 0 ในส่วนของวันที่เริ่มให้การรักษาด้วยตัวยาที่สงสัย และยาที่ใช้ร่วม (date of treatment) และวันที่เริ่มปรากฏอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (date of onset of reaction)	1
รายงานที่มีข้อมูลเพิ่มจากเกรด 1 ในส่วนของอาการผิดปกติ หรือเหตุผลที่ต้องใช้ยาดังกล่าว (disorder /reason for treatment) โดยระบุในรูปแบบ ICD code (International Classification of Disease) ที่ถูกต้องและมีผลลัพธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น (outcome) โดยระบุในรูปแบบของ outcome code	2
รายงานที่มีข้อมูลเพิ่มจากเกรด 2 ในส่วนของการทำ re-challenge โดยผลของการทำ re-challenge เป็นบวก (positive) ในกรณีที่ผลการทำ re-challenge เป็นลบ (negative) จะจัดให้อยู่ในเกรด 2	3

ที่มา: ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2546⁽⁶⁾

ตารางที่ 3 การประเมินความปลอดภัยด้านยาตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รวมผลคะแนนที่ประเมินได้	ระดับการผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย
21-25	5 (ดีเด่น)
16-20	4 (ดี)
11-15	3 (ปานกลาง)
6-10	2 (ผ่านเกณฑ์บางส่วน)
1-5	1 (ผ่านเกณฑ์น้อย)
มี เกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งได้คะแนน เป็น 0	0 (ไม่ผ่านเกณฑ์)

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552⁽²⁾

และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล คะแนนระดับ 3 ขึ้นไปถือว่ามีคุณภาพความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับ 1 ขึ้นไปจึงจะได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม 1 บาทต่อประชากร จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ: ใช้การสนทนากลุ่ม

(focus group) เภสัชกรประจำการ 20 คน จากโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง (74.07%) ในที่ประชุมประจำเดือนของกลุ่มเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อสำรวจปัญหาและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) และใช้กรอบแนวคิดความปลอดภัยด้านยาในสถานบริการของประเทศไทย (รูปที่ 1) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยา ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการ 2 ครั้ง ในเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2553

ผลการศึกษา

1) ผลการวิเคราะห์ตามเกณฑ์คุณภาพการ用药ในโรงพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: พบว่า โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา 27 แห่ง โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยที่กำหนด (ระดับ 3 ขึ้นไป) มี 8 แห่ง (29.63%)

ระดับ 2 มี 1 แห่ง (3.7%) ที่เหลือ 18 แห่ง (66.67%) ไม่ผ่านเกณฑ์ ถ้าพิจารณาเฉพาะคะแนนรวม พบว่า คะแนนรวม 21-25 คะแนน มีเพียง 1 แห่ง (3.7%) 16-20 คะแนน มี 6 แห่ง (22.22%) 11-15 คะแนน มี 9 แห่ง (33.33%) และ 1-5 คะแนน มี 3 แห่ง (11.11%) (ตารางที่ 4) เนื่องจากไม่พบข้อมูล ADR จากการดึงข้อมูลที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และชาติกิจกรรมในระบบการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

2) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ: จากการสนทนากลุ่มพบว่า

2.1 ความปลอดภัยด้านยาในสถานบริการ: ประเมินใน 4 ระบบดังนี้

1) ระบบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR): พบว่า มีการดำเนินการทั้งหมด 20 แห่ง (100%) แบ่งเป็น ระบบการรายงานเชิงรับ (Spontaneous ADR) 16 แห่ง (80%) รูปแบบการรายงานเชิงรับ และเข้มข้นเชิงรุก (Intensive ADR) 4 แห่ง (20%) และมีการเฝ้าระวังถึงระดับสถานีนอมาัยภายในเครือข่าย (Primary Care Unit-PCU) 2 แห่ง (10%) ปัญหาที่พบได้แก่ การดำเนินการไม่ครอบคลุมถึง PCU สมรรถนะของเภสัชกรและเจ้าหน้าที่สถานีนอมาัยในการประเมินรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและความร่วมมือของบุคลากร และการเข้าระบบรายงานทาง Internet ไม่ได้

2) การดำเนินงานด้านยาที่ต้องระมัดระวังสูง (HAD): พบว่า มีการดำเนินการทั้งหมด 20 แห่ง (100%) รูปแบบการดำเนินการ ได้แก่ มีการกำหนดรายการและทำข้อมูลวิชาการ มีแนวทางการติดตามในช่วงระหว่างการใช้จ่ายและหลังการใช้จ่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด การจัดเก็บแยกเฉพาะ การจำกัดการเข้าถึงยาเฉพาะเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลการใช้จ่ายที่ต้องระมัดระวังสูงของตนเอง ปัญหาที่พบได้แก่ ความร่วมมือของวิชาชีพแพทย์ พยาบาล ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดร่วมกัน

3) การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้จ่าย (DUE/DUR): ได้กำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ดำเนินการในบัญชียาประเภท ง. ภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ พบว่า โรงพยาบาล 17 แห่ง (85%) ดำเนินการ รูปแบบที่ใช้มีทั้งการกำกับประเมินและตรวจสอบย้อนหลังจากสั่งใช้ยา (Retrospective DUE/DUE Study) และการกำกับประเมินและตรวจสอบไปพร้อมกับการสั่งใช้ยา (Concurrent DUE/DUR Study) ระบบ Drug Utilization Evaluation-DUE ใช้ในยา กลุ่มบัญชี ง. ส่วน Drug Utilization Review-DUR ใช้ในยาที่มีอัตราการใช้สูง 10 อันดับปัญหาที่พบได้แก่ การสั่งใช้ยาในกลุ่มที่ต้องประเมิน DUE โดยไม่มีการเขียนใบประเมิน DUE ทำให้การประเมินไม่ครอบคลุม แพทย์ประจำการมีการเปลี่ยนโยกย้ายบ่อยและไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ การมียาที่ต้องประเมิน DUE หลายรายการทำให้การวิเคราะห์ประเมินผลล่าช้า รวมทั้งการติดตามผลทางคลินิกทำได้ไม่ครอบคลุม

4) การใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล (ASU): มีการใช้เกณฑ์ประเมิน 14 แห่ง (70%) รูปแบบที่ใช้ ได้แก่ การกำหนดนโยบายการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคเป้าหมาย 3 กลุ่มโรค คือ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนหรือโรคหวัด (Upper Respiratory Tract Infection-URI) ท้องเสียเฉียบพลันและแผลเลือดออก มีแนวทางการใช้จ่ายตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines-CPG) การติดตามมูลค่าและปริมาณการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะ ในกรณีที่มีการสั่งใช้มากผิดปกติ ปัญหาที่พบ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ไม่ปฏิบัติตาม CPG ที่วางไว้ การดำเนินการไม่ครอบคลุมถึงสถานีนอมาัย (PCU) การกำหนดนโยบายและการประชาสัมพันธ์ให้เกิดผลทางปฏิบัติยังไม่สามารถดำเนินการได้จริง ระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ในเครือข่ายยังไม่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลในการประเมินการใช้จ่าย

การประเมินความปลอดภัยด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2552-2553

ตารางที่ 4 การประเมิน ความปลอดภัยด้านยา ตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552⁽²⁾

โรงพยาบาล	จำนวน เตียง	1.1 ADR (5 คะแนน)	1.2 ADR (อย.) (5 คะแนน)	2. HAD (5 คะแนน)	3.DUE/DUR (5 คะแนน)	4.ASU (5 คะแนน)	รวม คะแนน	ระดับการ ผ่านเกณฑ์**
โนนสูง	60	4	5	4	5	3	21	5
บัวใหญ่	120	4	5	4	4	3	20	4
ขามสะแกแสง	60	4	5	4	2	3	18	4
สูงเนิน	90	4	5	4	4	1	18	4
ห้วยแถลง	60	3	4	3	4	3	17	4
พิมาย	120	3	5	3	3	3	17	4
ขามทะเลสอ	30	4	5	3	2	2	16	4
ประทาย	60	3	4	3	3	1	14	3
ปากช่อง	160	3	2	3	1	1	10	2
ปักธงชัย	90	3	5	3	2	0	13	0
ด่านขุนทด	90	4	4	3	2	0	13	0
ชุมพวง	60	3	5	2	3	0	13	0
โชคชัย	60	3	0	4	2	3	12	0
จักราช	60	3	0	3	4	1	11	0
วังน้ำเขียว	30	3	0	4	2	2	11	0
โนนแดง	30	3	0	4	3	1	11	0
สีคิ้ว	90	3	0	4	3	1	11	0
หนองบุญมาก	60	4	0	3	2	1	10	0
ลำทะเมนชัย	30	3	0	3	2	2	10	0
ครบุรี	60	1	0	4	4	0	9	0
โนนไทย	60	1	0	4	4	0	9	0
บ้านเหลื่อม	30	1	0	3	0	3	7	0
เสิงสาง	30	2	0	3	2	0	7	0
แก้งสนามนาง	30	2	0	1	2	1	6	0
เมืองยาง	30	3	0	1	0	0	4	0
คง	60	2	0	2	0	0	4	0
พระทองคำ	30	1	0	1	1	0	3	0

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552⁽²⁾

หมายเหตุ: 1.1 ADR = Adverse Drug Reactions

1.2 ดึงข้อมูลจากการรายงานข้อมูลเข้าสู่ศูนย์ ADR ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

2. HAD = High Alert Drugs 3. DUE/DUR = Drug Utilization Evaluation/Drug Utilization Review

4. ASU = Antibiotics Smart Use

*ระดับการผ่านเกณฑ์ = ประเมินตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552 (ตารางที่ 3)

2.2 ปัจจัยเชิงระบบ: มี 5 ปัจจัยย่อย ได้แก่

1) การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation -HA): พบว่า โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ และผ่านการ reaccrredit หรืออยู่ในช่วงการพัฒนา ส่วนใหญ่จะมีคะแนนรวมอยู่ในเกณฑ์สูง เนื่องจากเกณฑ์ของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2) นโยบายด้านยา: พบว่า มีนโยบายด้านยาในระดับในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในการสร้างความรู้ ความตระหนัก ของเภสัชกร แพทย์ประจำการ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในการบริหารระบบเวชภัณฑ์ และความปลอดภัยด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพ

3) การมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC): โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 20 แห่งมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) หรือคณะกรรมการกำกับดูแลความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา (Medication Error) (100%) มีการประชุมสม่ำเสมอ ปีละ 1 ครั้ง 2 แห่ง (10.0%) ปีละ 2-4 ครั้ง 14 แห่ง (70.0%) ปีละ 5-6 ครั้ง 3 แห่ง (15.0%) และไม่ระบุ 1 แห่ง การมีคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพดำเนินการในการติดตามประเมินผล มีส่วนในการทำให้นโยบายความปลอดภัยด้านยามีผลในทางปฏิบัติมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนมีการใช้ระบบการใช้ชื่อสามัญทางยา (Generic Name) 16 แห่ง (80.0%) เป็นการสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และความปลอดภัยด้านยา ไม่ได้ใช้ยาตามการส่งเสริมการขายทางการตลาดของบริษัทยา และเกิดการใช้ยาที่มากเกินไปโดยไม่จำเป็น รูปแบบที่ใช้ได้แก่ การกำหนดข้อตกลงร่วมกันในคณะกรรมการ PTC การกำหนดเฉพาะรายการที่สามารถใช้ชื่อการค้าได้ การลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่กำหนดให้เป็นชื่อสามัญทางยา และสื่อสารกันด้วยชื่อสามัญทางยา การใช้ระบบ 1 item 1 generic และมียาบัญชีเดียว การใช้ระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่มีการจัดซื้อในชื่อสามัญทางยา ปัญหาที่พบ ได้แก่ ชื่อสามัญทางยาบางตัวยาวเกินไป เช่น

chlordiazepoxide และบุคลากรทางการแพทย์ยังคงเคยกับการใช้ชื่อทางการค้า

4) บัญชียาหลักแห่งชาติและบัญชียาร่วมระดับอำเภอ: พบว่า มีการใช้ระบบบัญชียาร่วมของโรงพยาบาลชุมชน (Common Drug List) ทั้ง 20 แห่ง (100%) การประเมินระบบบริหารเวชภัณฑ์รวมของจังหวัดนครราชสีมา ที่มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า มีส่วนในการสนับสนุนระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 19 แห่ง (95%) ระบบการคัดเลือกเวชภัณฑ์และต่อรองราคาทำให้ยาที่ใช้มีคุณภาพดี ราคาถูก และทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่จำเป็นมากขึ้น ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอทั้ง 20 แห่ง (100%) โรงพยาบาลชุมชนเป็นคลังเวชภัณฑ์ในระดับอำเภอ เภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนมีการนิเทศโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายภายในอำเภอ ปีละ 1 ครั้ง จำนวน 10 แห่ง (50%) และปีละ 2 ครั้ง จำนวน 10 แห่ง (50%) ปัญหาที่พบในการนิเทศสถานีอนามัย ได้แก่ การจัดเก็บยาไม่ได้มาตรฐาน การสำรองยาไม่เหมาะสมกับการใช้ยากับผู้ป่วย ความปลอดภัยในการใช้ยากับผู้ป่วย ขาดการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลข้างเคียง การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย งานบริหารเวชภัณฑ์พบยา overstock ยาหมดอายุ ทะเบียนการเบิกจ่ายยาไม่เป็นปัจจุบัน การจัดเก็บยาเย็นไม่มีการบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น

5) องค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา: การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน เป็นปัญหาในการพัฒนางานของเภสัชกร เนื่องจากมีการกิจกรรมมากในการปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ ปัญหาที่พบได้แก่ การใช้ยาชุดในร้านขายของชำ และในหมู่บ้าน มีรถเร่ขายยา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดยาให้บริการในชุมชนอย่างไม่เหมาะสม

2.3 ปัจจัยด้านผู้สั่งใช้ยา: ได้แก่ กลุ่มแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นผู้สั่งใช้ยาหรือสั่งจ่ายยาให้กับผู้รับบริการ พบว่า

1) ความรู้ ทักษะ ด้านความปลอดภัยด้านยา : พบว่า บุคลากรแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความรู้ ทักษะด้านความปลอดภัยด้านยาเพียงพอ และทันสมัย แพทย์นิยมการใช้ยา original ชอบใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมีราคาแพง และไม่คอยสมเหตุผล ไม่ตระหนักความปลอดภัยด้านยา ขาดการถ่ายทอดแนวทางการจัดระบบยาและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนถึงระดับ PCU

2) ทักษะเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา: แพทย์ขาดความตระหนักในระบบความปลอดภัยทางด้านยา การสั่งจ่ายยาของแพทย์เป็นตามความเคยชิน ให้ครอบคลุมโรคด้านกว้าง โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะที่สั่งใช้ครอบคลุมเชื้อด้านกว้าง (broad spectrum) ซึ่งทำให้มีโอกาสทำให้เชื้อโรคดื้อยาได้ แพทย์จบใหม่มาจากโรงพยาบาลใหญ่มีความคุ้นเคยในการใช้ยาในโรงพยาบาลใหญ่ ปรับเปลี่ยนทัศนคติยาก และขาดการปลูกฝังให้มีความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และตระหนักความปลอดภัยด้านยา

3) การติดตามผลการรักษา: แพทย์ขาดการทบทวนและวิเคราะห์การสั่งจ่ายยา ขาดการติดตามผลการรักษาผู้ป่วย

2.4 ปัจจัยด้านผู้จ่ายยา (เภสัชกร): ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน เภสัชกรประจำการ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมชุมชน และผู้ช่วยเภสัชกร เป็นผู้ทำหน้าที่จ่ายยาตามใบสั่งยาที่แพทย์หรือพยาบาลสั่งยาหรือสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วย พบว่า

1) ความรู้ ทักษะ ด้านความปลอดภัยด้านยา: เภสัชกรขาดความรู้ที่ทันสมัยด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขาดทักษะในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยด้านยา

2) ทักษะเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา: เภสัชกรมีความเคยชินในการบริการด้านยาตามใบสั่งยาของแพทย์ ขาดการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพในความปลอดภัยด้านยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

3) การให้ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้ป่วย: ขาดการเอาใจใส่ในการให้ข้อมูล คำแนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านยา ขาดการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ เชื่อมโยง ประสานความร่วมมือของบุคลากรทุกภาคส่วน ทุกวิชาชีพในความปลอดภัยด้านยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

2.5 ปัจจัยด้านประชาชนผู้รับบริการ: เป็นประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

1) ลักษณะประชากร: ประชาชนผู้รับบริการส่วนใหญ่ เป็นชาวบ้าน การศึกษา และความรู้ น้อยในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงหลงเชื่อการโฆษณาส่งเสริมการขายของบริษัทยาได้ง่าย

2) ความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ: พบว่า ประชาชนขาดความรู้ความปลอดภัยด้านยาและการใช้ยาที่เหมาะสม เชื่อการโฆษณาส่งเสริมการขายของบริษัทยา ประชาชนต้องการยาที่ดี แรงที่สุด และต้องการยามากรายการ

3) วัฒนธรรม ความเชื่อ: ประชาชนมีความเชื่อและทัศนคติว่ายาที่ดีและแรงที่สุด ความเข้าใจในการใช้ยาของประชาชนไม่ถูกต้อง ข้อมูลวิชาการไม่เพียงพอ

วิจารณ์

การประเมินความปลอดภัยด้านยาโดยใช้เกณฑ์คุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาลของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁾ ในปี 2552 พบว่า มีโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยที่กำหนด ระดับ 3 ขึ้นไป เพียง 8 แห่ง (29.63%) และมีโรงพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์เพียง 9 แห่ง (33.30%) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4 คะแนน (22.20%)⁽⁷⁾ เกณฑ์คุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาลของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการกำหนดเกณฑ์ขึ้นเพื่อจัดสรรงบประมาณคุณภาพให้กับโรงพยาบาลชุมชน

โดยหวังผลลัพธ์ในการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับหน่วยบริการ โรงพยาบาลโนนสูง ได้คะแนนสูงสุด ระดับ 5 (ดีเด่น) มีการพัฒนางานในทุกกระบวนและเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แล้วน่าจะจะเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องระบบความปลอดภัยด้านยา

ข้อบกพร่องที่สำคัญของการประเมินคือ การดึงข้อมูลการรายงานข้อมูล ADR จากศูนย์ ADR ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การรวมคะแนน 25 คะแนน ประกอบด้วย คะแนนจากการประเมินตนเองของเครือข่ายบริการสุขภาพ 20 คะแนน และคะแนนจากศูนย์ ADR 5 คะแนน หากคะแนนส่วนใดส่วนหนึ่งเป็น 0 (ศูนย์) ก็ให้ถือว่าข้อคุณภาพระบบยาข้อนี้ตก คะแนนรวม จะกลายเป็น 0 แทนที่ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลที่เหลือ ร้อยละ 66.67 (18/27) มีคะแนน 3-13 แต่คะแนนจากศูนย์ ADR ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ 0 จึงทำให้คะแนนคุณภาพทั้งหมดเป็น 0 ทั้งที่ ADR จากการประเมินตนเอง มีคะแนนที่อยู่ในเกณฑ์ 1-4 คะแนนทุกโรงพยาบาล (ตารางที่ 4) การวิเคราะห์การลงข้อมูล ADR ของโปรแกรมสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่าโปรแกรมมีปัญหาไม่เสถียร ทำให้การดึงข้อมูล ADR ไม่ถูกต้อง การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้กับโรงพยาบาล ไม่ได้รับการสื่อสารเชื่อมโยงถึงผลงานให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทราบถึงผลลัพธ์ชัดเจน จึงอาจไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเท่าที่ควร คะแนนในหมวดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ก็มีเงื่อนไขสนับสนุนในการดำเนินงานไม่ชัดเจน เป็นตามความสมัครใจ มีผลลัพธ์บางส่วนเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านยา แต่มีปัญหาทางด้านการจัดหา และผู้สั่งใช้ยา ที่ส่งผลต่อการตี้อย่างมากในประเทศและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลค่อนข้างมาก

การประเมินความปลอดภัยด้านยา โดยการสนทนากลุ่ม เภสัชกรจากโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง ใน

ปี 2553 พบว่า ระบบอาหารไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีการดำเนินงาน ร้อยละ 100 เนื่องจากมีการสนับสนุนด้านความรู้และการบริหารระบบ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเป็นหัวข้อหลักในการสนับสนุนงบประมาณคุณภาพด้านยาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย การดำเนินงานด้านยาที่ต้องระมัดระวังสูง มีการดำเนินงาน ร้อยละ 100 เพราะเป็นระบบหนึ่งที่พัฒนาร่วมไปกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และส่วนใหญ่ดำเนินการในระบอบการบริหารยาผู้ป่วยใน ที่ทำร่วมกับทีมงานพยาบาล การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา มีการดำเนินการ ร้อยละ 85 เนื่องจากการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ประจำการโดยตรง และมีปัญหาที่ชัดเจนกับแพทย์ Intern หมุนเวียน 1 เดือน ที่ไม่สามารถประสานการดำเนินงานได้ทันการ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลมีการดำเนินการน้อยที่สุด (70.00%) เนื่องจากขอบเขตการดำเนินงานไม่ชัดเจน และเกี่ยวข้องกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะโดยตรง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยาในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 กลุ่ม มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ปัจจัยเชิงระบบเป็นปัจจัยระดับองค์การ ส่งผลต่อปัจจัยด้านผู้สั่งใช้ยา ผู้จ่ายยา และประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล ปัจจัยเชิงระบบถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะนโยบายด้านยาในระดับประเทศ ซึ่งในปัจจุบันสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ได้ให้การรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยและให้ข้อเสนอที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2552⁽⁸⁾ หนึ่งในยุทธศาสตร์ทั้ง 7 ด้านของการเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย คือ ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม ซึ่งมี 8 ยุทธศาสตร์ การแปลงยุทธศาสตร์สู่นโยบายการปฏิบัติที่เป็นจริงด้านยาเป็นสิ่งสำคัญในระดับประเทศ

จังหวัดและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปัจจัยด้านผู้สั่งใช้ยา และผู้สั่งจ่ายยา เป็นปัญหาในระดับปัจเจกบุคคล เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และความตระหนัก ซึ่งไม่ได้รับการให้ความสำคัญ ตั้งแต่การสอนในระดับอาจารย์ในมหาวิทยาลัย ต่อเนื่องมาถึงการปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาล ทำให้ยากในการให้กลุ่มผู้สั่งใช้ยา โดยเฉพาะบุคลากรแพทย์ให้ความสำคัญในเรื่องนี้อย่างจริงจัง ในกลุ่มผู้สั่งจ่ายยา คือ กลุ่มเภสัชกร เป็นผู้มองเห็นปัญหาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมากกว่า เนื่องจากใกล้ชิดกับประชาชนผู้สั่งใช้ยา และต้องการสื่อสารกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา แต่เป็นปัญหาของความรู้ในการให้การรักษาผู้ป่วย และระบบในการเป็นตัวกลางสื่อสารระหว่างผู้สั่งใช้ยาและผู้สั่งจ่ายยา ปัจจัยด้านประชาชนผู้สั่งใช้ยาส่วนใหญ่ประชาชนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนเป็นระดับชาวบ้านที่มีการศึกษาไม่สูงนัก เมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา อาจลุกลามโดยไม่ได้กลับมาหาผู้สั่งใช้ยาให้ทันเวลา รวมทั้งเป็นวัฒนธรรม และความเชื่อของชาวบ้านที่ต้องการได้ยาดี ยาแรง และหายเร็ว ต้องได้ยามากรายการ และเป็นยาฉีด

ข้อจำกัดของการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ จำนวนเภสัชกรประจำการที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ไม่ครอบคลุมมีเพียง 20 แห่ง (74.07%) ทำให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัด แต่เพียงพอในการมองภาพการพัฒนาต่อเนื่องจากผลการประเมินความปลอดภัยด้านยา ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2552^(2,7) ข้อดีของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือการได้ข้อเท็จจริงจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่มีข้อด้อยคือ ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยาที่ชัดเจนเชิงสถิติได้ คงต้องมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จากการศึกษาคั้งนี้ มี 4 ข้อ (1) การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยา ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ บูรณาการไปกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เนื่องจากพบว่าโรงพยาบาล

ที่ผ่านการรับรองคุณภาพหรืออยู่ในช่วงการพัฒนา มีคะแนนรวมอยู่ในเกณฑ์สูง (2) กำหนดให้มีคณะกรรมการดำเนินการด้านยาในระดับอำเภอ (3) การมีบัญชียาร่วมระดับอำเภอ และ (4) มีองค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาในชุมชน

สรุป

การประเมินความปลอดภัยด้านยา ในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2552 โดยใช้เกณฑ์คุณภาพการใช้ยาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย ระดับ 3 ขึ้นไป จำนวน 8 แห่ง (29.63%) การประเมินความปลอดภัยด้านยา ปี 2553 จากการสนทนากลุ่ม เภสัชกรประจำการจากโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง (74.07%) พบว่า มีระบบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) และการดำเนินงานด้านยาที่ต้องระมัดระวังสูง (HAD) ร้อยละ 100 การกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา (DUE/DUR) ร้อยละ 85 และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (ASU) ร้อยละ 70 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 4 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเชิงระบบ ปัจจัยด้านผู้สั่งใช้ยา ปัจจัยด้านผู้จ่ายยา และปัจจัยด้านผู้รับบริการ ซึ่งทั้ง 4 กลุ่มปัจจัยมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกัน ผลการศึกษานำมาใช้ในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Fifty-seventh World Health Assembly. Provisional agenda item 12.15 [online] 2004 April 15 [cited 2011 Aug 5]; Available from: http://www.who.int/entity/phi/A57_18-en.pdf
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แบบทบทวนคุณภาพการใช้ยาในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552.
3. มงคล ณ สงขลา. การพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์เพื่อสนับสนุนงานเวชกรรมป้องกัน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2536; 2(3): 165-76.
4. Hennessy S, Strom BL, Lipton HL, Soumerai SB. Drug

Utilization Review. In: Strom BL, editor. Pharmacoe-
pidemiology. 3rd ed. Chichester: John Wiley and Sons;
2000. p. 507.

5. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, ภัทรอ่อนงค์ จงศิริเลิศ, บรรณาธิการ. มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บอว์น พู บี; 2552.
6. ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. Spontaneous Report of Adverse Drug Re-

action 2000. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: องค์การ
ส่งเสริมการค้าผ่านสื่อ; 2546.

7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปผลการพัฒนา
คุณภาพการใช้จ่ายปี 2552. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ; 2552.
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติและข้อเสนอ
จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551. กรุงเทพ-
มหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2551.

Abstract Safety Drug Use Assessment in Contracting Units of Primary Care-CUP, Nakhon Ratchasima Province 2009-2010

Nilnetr Virasombat, Khanittha Wallepong

Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima

Journal of Health Science 2012; 21:89-100.

The objectives of this study were to assess the safety drug use and search for factors influenced safety drug use in contracting unit of primary care-CUP in Nakhon Ratchasima Province. The methods were divided into 2 parts: analyzed from quality drug use criteria by National Security Health Organization in 2009 and used focus group method among pharmacists from 20 community hospitals (74.07 percent), conducted from February to March 2010. It was found that the safety drug use in contracting unit of primary care had adverse drug reaction (ADR) surveillance system and high alert drug (HAD) system coverage 100 percent, drug utilization evaluation (DUE) or drug utilization review (DUR) system coverage 85 percent and antibiotic smart use (ASU) system coverage 70 percent. Factors influenced safety drug use were 4 groups: 1) system factors: (1) hospital accreditation development; (2) drug policy in contracting unit of primary care of district, provincial and national level; (3) pharmaceutical therapeutic committee (PTC) development; (4) national drug list guideline or district common drug list guideline (5) non-government organization for drug consumer protection in community; 2) prescriber factors: (1) knowledge and skills for safety drug use; (2) good attitude and concerns for safety drug use; (3) concerns to follow up treatment and drug side effects; 3) administrator factors: (1) knowledge and skills for safety drug use; (2) good attitude and skills to communicate and stimulate for cooperation among professional personnel to provide safety drug use for consumers; (3) information and proper advice about safety drug use for consumers; 4) consumer factors: (1) demographic characteristics in education and knowledge in self care; (2) consumer drug needs; (3) culture and consumer beliefs about drug use. Policy recommendations: (1) safety drug use development integrated along with hospital accreditation development; (2) district pharmaceutical therapeutic committee requirement; (3) district common drug list requirement and (4) non-government organization for drug consumer protection requirement in community.

Key words: safety drug use, contracting unit of primary care, Nakhon Ratchasima Province