

### การจัดทำกรอบบัญชีรายการยาของจังหวัดพะเยา

ไพโรจิตร ชัยจำรูญพันธุ์, พิมพ์ชนก หยี่วิยม และ อภินันท์ วันโน

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

#### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อจัดทำกรอบบัญชีรายการยาของจังหวัดพะเยาที่มีลักษณะลดหลั่นตามระดับของหน่วยบริการ

**วิธีการวิจัย:** การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเภสัชกรทุกโรงพยาบาลในจังหวัด ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานและร่วมดำเนินการให้ได้กรอบรายการยาของจังหวัด คณะทำงานจัดซื้อยาาร่วมกันของจังหวัดซึ่งมีองค์ประกอบคือเภสัชกรผู้มีหน้าที่จัดซื้อยาของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดเป็นผู้ร่วมจัดทำบัญชีรายการยาของจังหวัด และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาในระดับจังหวัด ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นกรรมการ คณะกรรมการดังกล่าวเป็นผู้พิจารณาอนุมัติให้ใช้กรอบรายการของจังหวัด **ผลการวิจัย:** การคัดเลือกรายการยาของโรงพยาบาลใช้กระบวนการตามแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542 ปัจจัยที่มีผลต่อทำกรอบบัญชีรายการยาจังหวัด ได้แก่ สถานะการเงินและนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลในเรื่องการใช้ยาสามัญทดแทนยาต้นแบบเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยา กรอบรายการยาของจังหวัดซึ่งผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาในระดับจังหวัด มีลักษณะลดหลั่นกันในระดับของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน) แม้ว่ารายการยาที่มีใช้เฉพาะโรงพยาบาลชุมชนเหลือเพียง 24 รายการ แต่เป็นรายการที่มีชื่อสามัญเดียวกับยาของโรงพยาบาลทั่วไป แต่ขนาดความแรงน้อยกว่า และบางรายการเป็นยาที่โรงพยาบาลทั่วไปผลิตทำให้ไม่มีรายการยาในแผนจัดซื้อของโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนรายการยาของโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่งยังไม่สามารถจัดให้มีลักษณะลดหลั่นกัน เนื่องจากรายการยาที่แตกต่างกันส่วนใหญ่เป็นรายการยาที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเป็นผู้ใช้ การพิจารณาคัดเลือกควรใช้ข้อมูลการเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลระหว่างยาที่รักษากลุ่มอาการหรือโรคเดียวกัน ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้ง สถานะการเงินของโรงพยาบาล **สรุป:** การจัดทำกรอบบัญชีรายการยาเพื่อให้มีลักษณะลดหลั่นกันตามศักยภาพของโรงพยาบาลนั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ผู้สั่งจ่าย และเภสัชกร ซึ่งควรต้องมีการประชุมหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันหลายครั้ง รวมทั้งมีการใช้ข้อมูลวิชาการที่ชัดเจน ได้แก่ ข้อมูลทางเภสัชเศรษฐศาสตร์มาประกอบการคัดเลือกรายการยาที่เหมาะสม

**คำสำคัญ:** กรอบรายการยาระดับจังหวัด บัญชีรายการยา เภสัชกรรมโรงพยาบาล การบริหารเวชภัณฑ์

รับต้นฉบับ: 26 กพ. 2558, รับลงตีพิมพ์: 11 กค. 2558

ผู้ประสานงานบทความ: ไพโรจิตร ชัยจำรูญพันธุ์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ต.บ้านด้อม อ.

เมือง จ.พะเยา 56000 E-mail: pa\_jin@yahoo.com

## บทนำ

การคัดเลือกยาเป็นองค์ประกอบแรกของระบบยา ซึ่งมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ ระดับสถานบริการสาธารณสุข และระดับการผลิตและการนำเข้า ในระดับประเทศ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนและทบทวนทะเบียนตำรับยา การคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ การคัดเลือกยากำพร้า และการคัดเลือกยาเข้าตำรายาของประเทศไทย ในระดับสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ การคัดเลือกยาเข้าในโรงพยาบาล คลินิกและร้านยาทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนในระดับการผลิตและการนำเข้า ได้แก่ การคัดเลือกยาโดยโรงงานผลิตยาและผู้นำเข้า (1)

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้บัญชียาจำเป็นเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และทำให้เกิดการเข้าถึงยาและความเสมอภาคในการเข้าถึงยา การคัดเลือกยาจำเป็นต้องคำนึงถึงความจำเป็นของยาต่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข หลักฐานของยาในด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย และข้อมูลเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผล นอกจากนี้การคัดเลือกยาจำเป็นต้องมีกระบวนการที่ดี มีจำนวนรายการยาที่เหมาะสมไม่มากเกินไป ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพของการรักษาพยาบาล ทำให้การบริหารจัดการยาดีขึ้น คุณภาพการสั่งจ่ายยาดีขึ้น และทำให้การใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพเป็นไปอย่างคุ้มค่ามากขึ้น เพราะไม่มีรัฐบาลใดหรือระบบประกันสุขภาพใดที่สามารถจัดหาและให้เบิกจ่ายค่ายาทุกรายการที่มีจำหน่ายในท้องตลาดได้ (2)

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกยาจำเป็นขององค์การอนามัยโลก (3) ได้แก่ 1) อุบัติการณ์ของโรค จำนวนข้อมูลที่มากพอเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และการเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผล ความสะดวกหรือง่ายในการวินิจฉัยหรือรักษาโรค การมีคุณสมบัติทางเภสัชจลนศาสตร์ที่เหมาะสม และในกรณีที่หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ไม่เพียงพอ อาจใช้ความเห็นและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญประกอบ 2) ควรเป็นยาเดี่ยวหากเป็นยาสูตรผสมจะต้องมีข้อมูลว่ามีผลการรักษา ความปลอดภัย และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยดีกว่าการใช้ยาเดี่ยว 3) การคำนวณต้นทุนโดยใช้ต้นทุนในการรักษาทั้งหมด ไม่ใช่ต้นทุนต่อหน่วยของยาแต่ละชนิดเท่านั้น การเปรียบเทียบต้นทุน/ต้นทุนประสิทธิผลควร

เปรียบเทียบกับทางเลือกในการรักษาของโรคเดียวกัน

การคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในปี พ.ศ. 2554 – 2557 (4) มีเป้าหมายให้เป็นไปตามความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประเทศไทยเป็นหลัก โดยมีหลักเกณฑ์ คือ 1) ควรเป็นยาเดี่ยว 2) มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ 3) คำนึงถึงข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพยา เช่น รูปแบบยา การเก็บรักษา ความคงตัวของยา ขนาดบรรจุ วันหมดอายุ 4) คำนึงถึงข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์ด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ราคา ความสามารถในการจ่ายทั้งของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ สังคม และประชาชน ตลอดจนฐานะเศรษฐกิจของประเทศ 5) มีการกำหนดนโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยากรณีที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน หรือไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย 6) มีการติดตามความปลอดภัย เช่น ในกรณีรายการยาที่สามารถช่วยเพิ่มการแข่งขันหรือลดการผูกขาด ฯลฯ นอกจากนี้ การคัดเลือกต้องมีรูปแบบที่โปร่งใส การดำเนินการคัดเลือกยาของไทยทำโดยคณะกรรมการและคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 17 สาขา

การคัดเลือกยาเข้าสถานบริการสาธารณสุขหรือการกำหนดกรอบรายการยาของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC หรือ Pharmacy Therapeutic Committee) ของแต่ละโรงพยาบาล บทบาทของคณะกรรมการ PTC ได้แก่ การพิจารณาเข้าและออกจากบัญชีโรงพยาบาล และยังมีหน้าที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

ปัจจัยหลายประการมีผลต่อการคัดเลือกกรายการยา นอกจากปัจจัยพื้นฐานของยาในเรื่องประสิทธิผล ความปลอดภัย และราคาแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ได้แก่ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535 แนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2542 และการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการของระบบประกันสุขภาพซึ่งมีความแตกต่างกันทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม รายจ่ายด้านยาในภาพรวมของไทยมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 46.4 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (5) รายจ่ายสุขภาพภายใต้สวัสดิการรักษา

พยายาลข้าราชการ เพิ่มสูงขึ้นประมาณร้อยละ 20 ต่อปี สัดส่วนค่ายาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 83 และในจำนวนนี้เป็นมูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติถึงร้อยละ 66-68 (6) เหตุดังกล่าวทำให้กรมบัญชีกลาง พยายามกำหนดกรอบรายการยาเพื่อการเบิกจ่าย

ในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ (ได้พบหมอ รอไม่นาน ใกล้เคียงได้ยาเดียวกัน) รวมทั้งใช้หลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ เช่น การจัดซื้อต่าง ๆ โดยได้มีระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ.2557 ซึ่งหนึ่งในมาตรการของระเบียบดังกล่าวกำหนดให้ต้องมีกรอบรายการยาของจังหวัด โดยมีเป้าหมายให้รายการยาของโรงพยาบาลมีลักษณะสอดคล้องและลดหลั่นกันตามศักยภาพของโรงพยาบาล รวมทั้งเกิดการบริหารจัดการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด เช่น การจัดซื้อร่วมกัน หรือการมีคลังยาร่วมของจังหวัด และเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการต่อ ณ โรงพยาบาลใกล้เคียง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำกรอบรายการยาของจังหวัดพะเยา โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับเภสัชกรผู้มีหน้าที่จัดซื้อยาของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกัน

## วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากเภสัชกรทุกโรงพยาบาลในจังหวัดพะเยา โดยดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกันยายน-ธันวาคม 2557 ผู้วิจัยเป็นเภสัชกรปฏิบัติงานในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทเป็นผู้ประสานและร่วมดำเนินการเพื่อให้ได้กรอบรายการยาของจังหวัด เภสัชกรของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการหลักโดยให้ข้อมูลรายการยาและประสานงานกับคณะกรรมการ PTC นอกจากนี้ ยังมีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ระดับจังหวัด ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป และผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งหัวหน้ากลุ่มงาน

เภสัชกรรมเป็นกรรมการ คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทเป็นผู้พิจารณาอนุมัติให้ใช้กรอบรายการจังหวัด

## ขั้นตอนการจัดทำกรอบบัญชีรายการยา

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการจัดซื้อยาและรายงานผลการจัดซื้อยาของแต่ละโรงพยาบาล ใน ปี 2555-2557 รายงานปริมาณการให้บริการของโรงพยาบาล รายงานการประชุมคณะกรรมการการเงินการคลังของจังหวัด ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อยา และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ.2535

2. ผู้วิจัยจัดการประชุมชี้แจงผู้บริหารโรงพยาบาลหรือผู้แทน และผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ยา ได้แก่ เภสัชกรโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด (7 คน) เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การจัดทำกรอบรายการยาของจังหวัด เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ อยู่ใกล้เคียง ได้ยาเดียวกัน รวมทั้งลดต้นทุนการจัดซื้อยา

3. ผู้วิจัยจัดการประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นของคณะทำงานจัดซื้อยาของจังหวัดซึ่งเป็นผู้ถูกมอบหมายให้จัดทำร่างบัญชีรายการยาของจังหวัด คณะทำงานฯ ชุดนี้ประกอบด้วยเภสัชกรผู้มีหน้าที่จัดซื้อยาของทุกโรงพยาบาลการจัดทำรายการยาของจังหวัดใช้รายการยาจากแผนการจัดซื้อของโรงพยาบาลจังหวัดเป็นตัวตั้ง และนำรายการยาของโรงพยาบาลระดับรองลงมา รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชนมาเทียบเคียง จากนั้นคณะทำงานฯ พิจารณาให้ความเห็นรายการยาที่แต่ละโรงพยาบาลใช้แตกต่างกัน ทั้งเรื่องชื่อรายการยา ความแรงของยา และขนาดบรรจุ และบันทึกเหตุผลของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนสำหรับรายการยาที่โรงพยาบาลทั่วไปไม่ได้ใช้แต่มีในโรงพยาบาลชุมชน เหตุผลของเภสัชกรโรงพยาบาลทั่วไประดับรองกรณีรายการยาที่โรงพยาบาลจังหวัดไม่ได้ใช้แต่มีในโรงพยาบาลทั่วไประดับรอง หรือเหตุผลในกรณีที่มีรายการยาซึ่งมีขนาดมากกว่า 1 ความแรง จากนั้นคณะทำงานฯ ลงความเห็นร่วมกันว่า มีรายการใดบ้างที่เห็นควรเสนอให้คณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาลพิจารณาปรับออกจากบัญชียาของโรงพยาบาลโดยความสมัครใจ คณะทำงานฯ ลงความเห็นดังกล่าวโดยใช้หลักเกณฑ์ คือ เป็นรายการที่โรงพยาบาลทั่วไปไม่ใช่ หรือกรณียาชื่อสามัญเดียวกันแต่ความแรงของยาหลายขนาด

ให้ปรับลดรายการที่เหลือเพียง 1-2 ความแรง หรือกรณียาที่ออกฤทธิ์และวิธีใช้เหมือนกันให้เลือกใช้รายการที่โรงพยาบาลอื่นใช้และราคาถูกกว่า

4. คณะทำงานฯ ประสานหัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรมซึ่งเป็นแพทย์อายุรกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปทั้ง 2 แห่งในจังหวัด เพื่อให้ความเห็นต่อรายการยาในบัญชีรายการยาที่คณะทำงานฯ รวบรวมขึ้น และเรียงตามกลุ่มการออกฤทธิ์พร้อมทั้งข้อมูลว่าโรงพยาบาลใดใช้นั้น ๆ บ้าง นอกจากนี้ ยังให้ข้อมูลความเห็นของเภสัชกรในคณะทำงานฯ ต่อรายการยาที่เสนอให้โรงพยาบาลคัดออก แพทย์อายุรกรรมให้ความเห็นกับยาแต่ละรายการว่าควรมีหรือไม่ควรมีในโรงพยาบาลระดับใดบ้าง โดยหากรายการใดเห็นว่าไม่ควรมีใช้ให้ระบุเหตุผลประกอบ

5. ผู้วิจัยรวบรวมรายการยาที่มีบันทึกความเห็นของคณะทำงานฯ (ข้อ 3) และแพทย์อายุรกรรม (ข้อ 4) ว่าควรเปลี่ยนหรือไม่ควรมีไว้ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ส่งให้แต่ละโรงพยาบาลเพื่อนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการ PTC ของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อพิจารณา ทบทวนว่าจะปรับรายการยาออกจากบัญชีหรือไม่

6. หลังการประชุมพิจารณาของคณะกรรมการ PTC แต่ละโรงพยาบาลแจ้งผลการพิจารณาแก่ผู้วิจัยว่ามี การปรับรายการยาใดบ้างออกจากบัญชียา และรายการยาที่คณะทำงานฯ และ/หรือแพทย์อายุรกรรมเห็นว่าไม่ควร มีแต่คณะกรรมการ PTC ยังเห็นว่าควรมีอยู่พร้อมเหตุผล ผู้วิจัยซึ่งมีหน้าที่ประสานงานการจัดทำกรอบรายการยา ใช้ ข้อมูลดังกล่าวเพื่อปรับกรอบรายการยาของจังหวัดใหม่

7. ผู้วิจัยสัมภาษณ์เภสัชกรซึ่งเป็นเลขานุการ คณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาลทุกแห่งอย่างไม่เป็นทางการ โดยมีแนวคำถาม คือ หลักเกณฑ์และวิธีการเสนอ รายการยาเพื่อบรรจุในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล และวิธีการที่โรงพยาบาลใช้ควบคุมมูลค่าการจัดซื้อ โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจ เหตุผลในข้อ 6 ของโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

8. ผู้วิจัยนำบัญชีรายการยาของจังหวัดที่ปรับใหม่ เสนอคณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มี ไซยาจังหวัด เพื่อให้ความเห็นและพิจารณาอนุมัติให้เป็น กรอบรายการยาของจังหวัด ทั้งนี้เมื่อมีกรอบรายการยา จังหวัดแล้ว หากโรงพยาบาลใดจะขอจัดซื้อยา

นอกเหนือจากที่มีในกรอบรายการยาของจังหวัด ต้องมีการ ทำบันทึกขออนุมัติเพิ่มจากคณะกรรมการฯ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหาจากสิ่งที่พบจากการ สังเกตหรือสัมภาษณ์

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

จังหวัดพะเยามีโรงพยาบาลทั้งสิ้น 7 แห่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง มีขนาด 400 เตียง (S) และ 232 เตียง (M1) ที่เหลือเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง 5 แห่ง (F2) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. จำนวนเครือข่าย รพ.สต. และจำนวนผู้ป่วยในปี 2557 ของโรงพยาบาลในจังหวัดพะเยา

โรงพยาบาล <sup>1</sup>	ผู้ป่วยนอก (คน)	ผู้ป่วยใน (คน)	รพ.สต. (แห่ง) <sup>2</sup>
S	405,975	25,570	20
M1	311,624	16,758	24
F2 a	70,926	1,905	9
F2 b	134,992	5,753	15
F2 c	120,841	3,279	9
F2 d	111,464	3,326	12
F2 e	61,159	1,855	5

1: S และ M1 คือ โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง F2 คือ โรงพยาบาลชุมชน

2 รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### การคัดเลือกรายการยาในแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาลทุกแห่งมีคณะกรรมการ PTC เป็นผู้พิจารณากรอบรายการยาของแต่ละโรงพยาบาล แต่ละแห่ง ยังเน้นการใช้แนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหาร เวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542 (7) คือ ประชุมคณะกรรมการ PTC เพื่อพิจารณาบัญชีรายการยา ปีละ 1 ครั้ง กำหนดระยะเวลาให้แพทย์เสนอรายการยา ก่อนการประชุมพิจารณา กำหนดให้การเสนอยาเข้า 1 รายการต้องตัดยาออก 1 รายการ ยกเว้นยากลับใหม่ที่ไม

เคยมี สัดส่วนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อ รายการยาทั้งหมดของโรงพยาบาล กำหนดให้เท่ากับ ร้อย ละ 80 ในโรงพยาบาลทั่วไป และร้อยละ 90 ในโรงพยาบาล ชุมชน

แต่ในทางปฏิบัติพบปัญหา คือ มีการเสนอเพิ่ม รายการยาในขณะที่เข้าร่วมประชุมซึ่งกลุ่มงานเภสัชกรรม ที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการฯ ไม่สามารถหาข้อมูล ทางวิชาการได้ทัน และได้พยายามแก้ไขปัญหาโดยขยาย กรอบระยะเวลาในการเสนอรายการยา รวมทั้งมีมาตรการ ติดตามแพทย์ผู้ที่จะเสนอรายการยาก่อนการประชุม เพื่อ จะได้มีการเตรียมข้อมูลทางวิชาการได้ทัน สัดส่วนรายการ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อรายการยาทั้งหมดของ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งสองแห่ง คือ ร้อยละ 79 (ต่ำกว่า เกณฑ์) และร้อยละ 83 ในขณะที่ โรงพยาบาลชุมชนมี สัดส่วนดังกล่าวอยู่ในช่วงร้อยละ 91 – 95 (ตารางที่ 2)

ร้อยละของมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลัก เทียบกับยานอกบัญชี ของโรงพยาบาลทั่วไป คือ 64.17

**ตารางที่ 2.** จำนวนรายการยาในโรงพยาบาลเทียบกับที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และสัดส่วน รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติกับยานอก บัญชียาหลักฯ ของแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล <sup>1</sup>	จำนวนยาที่ กำหนด <sup>2</sup>	จำนวนยา ที่มี	ED:NED <sup>3</sup> (ร้อยละ)
S <sup>4</sup>	550	603	79 : 21
M1 <sup>5</sup>	550	550	83 : 17
F2 a	375	311	91 : 9
F2 b	375	312	94 : 6
F2 c	375	363	91 : 9
F2 d	375	367	92:8
F2 e	375	266	95 :5

1: S และ M1 คือ โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง F2 คือ โรงพยาบาลชุมชน

2: กำหนดในแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหาร เวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542

3: ED หมายถึง ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ NED หมายถึง ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

4: แพทย์เฉพาะทาง 35 คน

5: แพทย์เฉพาะทาง 19 คน

และ 78.27 ในปี 2557 ในขณะที่ร้อยละดังกล่าวของ โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในช่วงร้อยละ 92.77–98.87 (ตาราง ที่ 3) การสัมภาษณ์เภสัชกรซึ่งเป็นเลขานุการของ คณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาลในประเด็นที่ เกี่ยวข้องกับการทบทวนบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงินมาก (หนี้ สูง) ในปี 2556 (F2 b) ได้ตัดยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาไม่มีความจำเป็นในการใช้ออก เช่น บาล์ม serratiopeptidase ยาคลายกล้ามเนื้อสูตร orphenadrine ผสม paracetamol ยาแก้ปวดอีกเสบ meloxicam ฯลฯ โรงพยาบาลทั่วไป M1 ใช้วิธีกำหนดการจ่ายยาเช่น ใน กรณีที่ผู้ป่วยที่มีภาวะทางไต หรือเป็นโรคไตเท่านั้น จึงจะ จ่ายยา NSAIDs ในกลุ่ม COX II (meloxicam) โดยหากไม่ มีภาวะทางไตก็จ่าย NSAIDs ทั่ว ๆ ไป เช่น diclofenac เป็นต้น

**ตารางที่ 3.** ร้อยละของมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลัก แห่งชาติเมื่อเทียบกับมูลค่าทั้งหมดใน ปีงบประมาณ 2555 - 2557

โรงพยาบาล <sup>1</sup>	ปีงบประมาณ		
	2555	2556	2557
S	58.47	62.85	64.17
M1	73.26	76.96	78.27
F2 a	88.19	89.90	93.61
F2 b	92.03	95.95	98.87
F2 c	90.26	92.16	92.77
F2 d	91.37	91.77	94.70
F2 e	90.52	92.72	96.25

1: S และ M1 คือ โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง F2 คือ โรงพยาบาลชุมชน

**ผลการจัดทำรอบรายการยา**

การประชุมคณะทำงานจัดซื้อยาร่วมเพื่อ พิจารณารายการยาของจังหวัดโดยการนำรายการยาจาก แผนจัดซื้อของโรงพยาบาลจังหวัด (โรงพยาบาลทั่วไป) S มาเป็นตัวตั้ง และนำรายการยาของโรงพยาบาลที่เหลืออีก 6 แห่งมาพิจารณาร่วม พบว่า ยาที่ใช้ร่วมกันใน โรงพยาบาลทุกระดับ (S, M1, และ F2 อย่างน้อย 1 แห่ง)

จำนวน 299 รายการ (ตารางที่ 4) โดยเป็นยาที่โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งมีใช้ คือ 179 รายการ ในขณะที่มียาที่โรงพยาบาล S ใช้โดยไม่มีโรงพยาบาลอื่นใช้ 160 รายการ ยาที่โรงพยาบาล M1 ใช้โดยไม่มีโรงพยาบาลอื่นใช้มีจำนวน 40 รายการ และยาที่โรงพยาบาลชุมชนใช้โดยที่โรงพยาบาลทั่วไปทั้ง 2 แห่งไม่ใช้ 34 รายการ ในจำนวนนี้รวมรายการที่โรงพยาบาลทั่วไปผลิตเพื่อใช้กับผู้ป่วย รายการดังกล่าวจึงไม่ถูกรับรองไว้ในแผนจัดซื้อของโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นรายการตั้งต้นในการจัดทำกรอบรายการยาประจำจังหวัด (ตารางที่ 4)

คณะทำงานฯ ให้ความเห็นร่วมกันว่า รายการยาที่คณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาลควรทบทวน ได้แก่ ยาที่โรงพยาบาลชุมชนมีใช้แต่โรงพยาบาลทั่วไปไม่มีใช้ได้แก่ ketoconazole 2% cream, betamethasone cream, piroxicam 10 mg capsule, chlorhexidine gluconate 2% (hibiscrub), penicillin v 125 mg tab cloxacillin 250 mg capsule

ยาที่ควรมีการปรับขนาดความแรงของยา ได้แก่ atenolol 100 mg tab, dicloxacillin 500 mg cap, penicillin g sodium 1 mu. inj., ampicillin 500 mg inj., gemfibrozil 300 mg, ส่วนยาที่ปรับไปใช้ตัวอื่น ได้แก่ ยาสูตรผสม triprolidine และ pseudoephedrine ทั้งชนิดเม็ดและน้ำ เนื่องจากมีความยุ่งยากในการควบคุมทั้งการสั่งซื้อ เก็บรักษา และเบิกจ่าย

เมื่อนำรายการยาพร้อมความเห็นของคณะทำงานฯ ให้แพทย์อายุรกรรมของโรงพยาบาล S และ M1 พิจารณาให้ความเห็น พบว่าความเห็นที่ได้มาส่วนใหญ่เป็นของแพทย์อายุรกรรมของโรงพยาบาล S เนื่องจากแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป M1 แจ้งว่า รายการที่พิจารณา มีจำนวนมากไปไม่อาจพิจารณาได้เสร็จตามกำหนด ทีมผู้วิจัยนำรายการยาและความเห็นทั้งของคณะทำงานและแพทย์อายุรกรรม แจ้งให้เภสัชกรที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการ PTC ของแต่ละโรงพยาบาล เสนอต่อคณะกรรมการ PTC เพื่อทบทวนรายการยาของโรงพยาบาล

หลังการพิจารณาทบทวนรายการ พบว่า บัญชีรายการยาของจังหวัดลดลงจาก 715 รายการเหลือ 703 รายการหลังการพิจารณา (ตารางที่ 4) ยาที่มีในโรงพยาบาลทุกระดับมีจำนวน 298 รายการ โดยเป็นยาที่

โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งมีใช้ คือ 180 รายการ ในขณะที่ยาที่โรงพยาบาล S มีใช้โดยไม่มีโรงพยาบาลอื่นใช้เลยมีจำนวน 161 รายการ ยาที่โรงพยาบาล M1 ใช้โดยไม่มีโรงพยาบาลอื่นใช้มีจำนวน 41 รายการ และยาที่โรงพยาบาลชุมชนใช้โดยที่โรงพยาบาลทั่วไปทั้ง 2 แห่งไม่ใช้มีจำนวน 22 รายการ

ตารางที่ 4. จำนวนยาที่มีในกรอบรายการยาของจังหวัดพะเยาประจำปี 2558

โรงพยาบาล <sup>1</sup>	จำนวนรายการยา	
	ก่อนพิจารณา	หลังพิจารณา
ทุกระดับใช้ร่วมกัน <sup>2</sup>	299	298
S +F2	41	40
M1+F2 อย่างน้อย 1 แห่ง	30	29
S+M1	111	112
ใช้เฉพาะ F2	34	22
M1 ใช้แห่งเดียว	40	41
S ใช้แห่งเดียว	160	161
รวมทั้งสิ้น	715	703

1: S และ M1 คือ โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง F2 คือ โรงพยาบาลชุมชน

2: เป็นยาที่มีใน S, M1 และ F2 อย่างน้อย 1 แห่ง ส่วนรายการที่โรงพยาบาล 7 แห่งใช้เหมือนกันก่อนพิจารณา มี 179 รายการ และหลังพิจารณามี 180 รายการ

คณะกรรมการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ในระดับจังหวัด พิจารณาเห็นชอบกรอบรายการยาที่ได้ และอนุมัติให้ใช้ไปพลางก่อน เนื่องจากเห็นว่าต้องมีข้อมูลทางวิชาการประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา และมอบหมายให้คณะทำงานฯ ศึกษาข้อมูลทางวิชาการเพิ่มเติม พร้อมทั้งกำหนดแนวทางในการติดตามเพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการทบทวนรายการยาในอนาคต

### สรุปผลและการอภิปรายผล

#### การคัดเลือกรายการยาของโรงพยาบาล

การคัดเลือกและควบคุมจำนวนรายการยาของโรงพยาบาลแต่ละแห่งยังคงเน้นการใช้แนวทางการพัฒนา

ประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542 (7) คือ ดำเนินการโดยคณะกรรมการ PTC และกำหนดให้เสนอยาเข้าบัญชีโรงพยาบาลไม่เกิน 1 ครั้งต่อปี ในทางปฏิบัติพบปัญหาว่ามีการเสนอยาขณะที่มีการประชุม โรงพยาบาลได้แก้ไขปัญหามาโดยการกำหนดกรอบระยะเวลาในการเสนอรายการยาและมีมาตรการติดตามก่อนการประชุม

โรงพยาบาลที่มีปัญหาเรื่องสถานะการเงิน มีการประชุม PTC ในระหว่างปีงบประมาณเพื่อปรับลดรายการยาที่เกินความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาหนัน กนกวงศ์นุวัฒน์และคณะ (8) ที่พบว่า การแก้ไขภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาลทำได้โดยการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยคำนึงถึงมาตรฐานคุณภาพบริการและสิทธิของผู้ป่วยที่เหมาะสม

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการออกรายการยาเป็นไปตามมาตรการที่กำหนดในแนวทางพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (7) แต่โรงพยาบาล S มีจำนวนรายการเกินกรอบโรงพยาบาลทั่วไป คือ มากกว่า 550 รายการเนื่องจากทางโรงพยาบาลมีศูนย์แพทย์ศึกษาซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางมาก จึงทำให้รายการยาเพิ่มขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาล M1 และโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนรายการยาเป็นไปตามที่กำหนด คือ ไม่เกิน 550 และ 375 รายการตามลำดับ

สัดส่วนจำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อรายการยาทั้งหมดของโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ในช่วงร้อยละ 79-83 ในขณะที่ โรงพยาบาลชุมชนอยู่ในช่วงร้อยละ 91-95 โดยมูลค่าการจัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติของโรงพยาบาล S ในปี 2555 คิดเป็นร้อยละ 58.5 และเพิ่มขึ้นในปี 2557 เป็นร้อยละ 64.1 จากการสัมภาษณ์เภสัชกรที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการ PTC ระบุว่า การเพิ่มขึ้นเกิดจากนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลที่พยายามปรับลดค่าใช้จ่ายด้านยา โดยชื้อยาสามัญทดแทนยาต้นแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุขและคณะ (9) ที่พบว่า การใช้ยาชื่อการค้าที่มีราคาแพงส่งผลกระทบต่องบประมาณของโรงพยาบาล

#### ผลการจัดออกรายการยาของจังหวัด

1. การลดหลั่นของรายการยาตามศักยภาพและระดับของหน่วยบริการ

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ. 2557 กำหนดให้จังหวัดต้องจัดให้มีกรอบรายการยาในจังหวัดที่มีความสอดคล้อง ลดหลั่นตามศักยภาพและระดับของหน่วยงาน รวมถึงกำหนดกรอบบัญชีรายการยาที่จะมีการใช้ร่วมกันในหน่วยงานทุกระดับในจังหวัด ผลการจัดทำกรอบรายการยาจังหวัดพบว่ารายการยาที่มีใช้เฉพาะโรงพยาบาลชุมชนเหลือเพียง 22 รายการ รายการดังกล่าวเป็นยาที่มีชื่อสามัญเดียวกับยาของโรงพยาบาลทั่วไปแต่ขนาดความแรงน้อยกว่า และบางรายการเป็นยาที่โรงพยาบาลทั่วไปผลิตเพื่อใช้กับผู้ป่วย จึงไม่ได้บรรจุชื้อยาไว้ในแผนจัดซื้อของโรงพยาบาล เช่น zinc oxide paste, coal tar shampoo เป็นต้น มีเพียง 1 รายการที่โรงพยาบาล S และ M1 มีแต่ไม่จัดอยู่ในบัญชีรายการยาจังหวัดได้แก่ ยาคุมฉุกเฉิน (levonorgestrel 750 mcg) แต่มีการซื้อใช้ในกรณีที่มีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เนื่องจากมีการใช้น้อย และกลุ่มงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้จัดทำบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลเกรงว่า หากจัดเป็นรายการในบัญชีจะมีผู้ขอเบิกใช้เกินความจำเป็น ประกอบกับโรงพยาบาลทั่วไปถูกจำกัดจำนวนรายการยาที่มี

ส่วนรายการยาของโรงพยาบาล M1 ยังไม่สามารถจัดออกรายการยาให้มีลักษณะลดหลั่นจากโรงพยาบาล S ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัดเนื่องจากคณะกรรมการ PTC ยังไม่ได้ประชุมพิจารณารายการยาที่ไม่ตรงกับโรงพยาบาล S โดยที่รายการที่ไม่ตรงบางส่วนเป็นเรื่องของขนาดบรรจุ และขนาดความแรงของยา แต่บางรายการต่างกันในเรื่องชื่อสามัญทางยา โดยโรงพยาบาล S เลือกชื้อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ M1 เลือกชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม third generation cephalosporin

การศึกษาครั้งนี้เป็นการจัดทำออกรายการยาของจังหวัดโดยใช้รายการยาที่อยู่ในแผนจัดซื้อของโรงพยาบาลจังหวัดซึ่งมีศักยภาพสูงเป็นรายการตั้งต้นและนำรายการของโรงพยาบาลขนาดที่เล็กกว่ามาเทียบเคียง โดยมุ่งหวังว่าหากมีการออกรายการยาที่มีลักษณะลดหลั่นกันจะทำให้โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการร่วมกัน ทั้งทางด้านการเงินการคลังและการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย โดยนำรายการยาที่ใช้ร่วมกันไป

จัดซื้อร่วมระดับจังหวัด เพราะหากแต่ละโรงพยาบาลซื้อเองอาจได้ยาในราคาที่ไม่เท่ากัน หรือได้ราคาแพง และเมื่อโรงพยาบาลในจังหวัดประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน คณะกรรมการการเงินการคลังของจังหวัดต้องให้ความช่วยเหลือโดยเกลี่ยเงินจากงบประมาณภาพรวมที่จังหวัดได้รับจัดสรร ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและข้อเสนอองค์การอนามัยโลก ที่ให้คำนึงถึงการเข้าถึงยาของแต่ละคนและความสามารถในการจ่าย (3, 4)

ทั้งนี้ การทบทวนรายการยาของจังหวัดจำเป็นต้องใช้ข้อมูลในทางเภสัชเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการประเมินเพื่อคัดเลือกยา แต่คณะทำงานฯ ของจังหวัดยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทางด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยศ ชีรวินนา นนท์ (10) พบว่า ผู้บริหารสถานพยาบาล คณะกรรมการ PTC รวมทั้งผู้ประกอบวิชาชีพยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเภสัชเศรษฐศาสตร์ ในการประเมินระบบบริการสาธารณสุข

## 2. ผลการจัดกรอบรายการยาต่อการส่งต่อผู้ป่วย

การจัดทำกรอบรายการยาของจังหวัดช่วยให้เภสัชกรทุกโรงพยาบาลทราบว่า แต่ละโรงพยาบาลมีรายการใดบ้าง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และหากกรรายการยาที่ใช้ร่วมกันเป็นยาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ก็จะเอื้อให้สามารถจัดซื้อร่วมกันทั้งจังหวัดได้ เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งเป็นข้อมูลในการกระจายยาเฉพาะทางไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น ยาทางจิตเวชบางรายการอาจกำหนดให้มีในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งและให้โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงสามารถเบิกใช้โดยไม่จำเป็นต้องจัดซื้อเพราะผู้รับบริการในเขตพื้นที่มีน้อย ตลอดจนลดภาระในการจัดซื้อและควบคุมดูแลคลัง เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการของจังหวัดซึ่งเป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาบริการที่ดี เน้นให้ประชาชนได้พบหมอ รอไม่นาน ใกล้ไกลได้ยาเดียวกัน ตัวอย่างในเรื่องประโยชน์ของการร่วมกันจัดทำกรอบบัญชียาของจังหวัด เช่น ในการส่งต่อหรือพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหัวใจหรือความดันโลหิตนั้น คณะทำงานพัฒนาระบบบริการ (service plan) ของสาขาหัวใจหรือความดันโลหิตกำหนดให้ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งควรมี streptokinase

สำหรับให้บริการในกรณีพบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (S-T Elevated Myocardial Infraction) ซึ่งเป็นโรคที่ต้องรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง โดยเป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคนี้ คือ ผู้ป่วยระยะเฉียบพลันต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีแรกเพราะหากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงนานกว่า 30 นาทีถึง 6 ชั่วโมงจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและหากนานกว่า 6 ชั่วโมงโดยไม่ได้รับการรักษาเลยจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร (11) ดังนั้น คณะทำงานกำหนดกรอบรายการยาของจังหวัดจึงได้กำหนดให้ยา streptokinase เป็นรายการยาที่กำหนดให้โรงพยาบาลทั่วไปเป็นผู้จัดซื้อและสำรอง (คลังร่วม) ให้กับโรงพยาบาลชุมชน อีกตัวอย่าง คือ ในกรณีของยา warfarin นั้น เนื่องจากต้องมีการติดตามผลการตอบสนองของผู้ป่วยต่อยา โดยควรตรวจค่า INR (International Normalized Ratio : ระยะเวลาที่เลือดแข็งตัวของผู้ป่วยเทียบกับค่าของคนปกติ) หลังให้ยาครั้งแรก 48 ชั่วโมงซึ่งมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ไวต่อการตอบสนองต่อยาและตอบสนองต่อยาในระดับรุนแรง ดังนั้น จึงต้องมีการกำหนดระบบการตรวจหาค่า INR ก่อน ด้วยเหตุผลนี้ จึงต้องมีการพิจารณาให้ชัดเจนต่อไปว่าโรงพยาบาลชุมชนควรมียาตัวนี้หรือไม่อย่างไร ส่วนยาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ได้แก่ เบาหวาน และยาจิตเวชโดยส่วนใหญ่ทุกโรงพยาบาลมีรายการที่มีชื่อสามัญเดียวกันจะต่างกันเพียงแค่ขนาดความแรงของยาเท่านั้น ดังนั้น จึงไม่น่าจะมีปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาใน 2 กลุ่มนี้

## ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งต่อไปอาจต้องคำนึงถึง 1) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ผู้ส่งใช้ยา ผู้บริหารโรงพยาบาล และเภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อและ/หรือการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย รวมทั้งพยาบาลที่มีหน้าที่ในการบริหารยาผู้ป่วยใน โดยอาจจัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างแพทย์ผู้ส่งจ่ายยาของแต่ละโรงพยาบาลและเภสัชกร เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน และหาแนวทางการรักษาร่วมกัน ทำให้การรักษาโรคหรืออาการเดียวกันของโรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้ยาที่เหมือนหรือ



ใกล้เคียงกัน 2) การศึกษารั้วนี้ ได้ขอความเห็นต่อรายการยาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอายุรกรรมบางท่านเท่านั้น ในอนาคตควรขอความเห็นแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ที่มีความถนัดในการใช้ยาเพิ่มเติม ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งในการพิจารณาบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยมีการกำหนดคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ 3) ควรสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการ PTC โดยกำหนดมาตรการว่า ยาที่จะเสนอเข้าบัญชียาของจังหวัดต้องเป็นรายการยาที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาลมาก่อน รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องจัดให้มีการเปรียบเทียบต้นทุนยาของโรงพยาบาลในจังหวัดที่มีขนาดและลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อประเมินผลการบริหารจัดการด้านยาของโรงพยาบาลในจังหวัด 4) ในกรณีของยาในกลุ่มออกฤทธิ์เดียวกัน แต่โรงพยาบาลเลือกใช้ยาที่ไม่เหมือนกัน เช่น บางโรงพยาบาลเลือกใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ อีกแห่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ควรมีการนำเหตุผลในทางวิชาการ เช่น ข้อมูลทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ มาใช้ประกอบการพิจารณารายการยา

งานวิจัยมีข้อเสนอในเชิงนโยบาย ดังนี้ 1) กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือของสภาวิชาชีพหรือราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำ clinical guideline ที่ครอบคลุมทุกโรค เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรายการยาของหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ 2) กระทรวงสาธารณสุขควรกำกับติดตาม และประเมินการจัดทำรอบรายการยาของแต่ละจังหวัด และ 3) กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ หรือสถาบันการศึกษา ควรจัดให้มีศูนย์ข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ของยาแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เภสัชกรโรงพยาบาลสามารถเข้าถึงได้ง่าย และใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาคัดเลือกยาเพื่อใช้ในโรงพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. Committee on the Program for Analysis of Thai Drug System. Thai drug system. Nontaburi: International Health Policy Program; 2002.
2. World Health Organization. WHO policy perspectives of medicines—the selection of

- essential medicines [online]. 2002 [cited 2015 Feb 1]. Available from: URL:[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_edm\\_2002.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_edm_2002.2.pdf)
3. World Health Organization. WHO medicines strategy: expanding access to essential drugs [online]. 2001 [cited 2015 Feb 10]. Available from: URL:<http://apps.who.int/gb/archive/pdf-files/EB109/eeb1097.pdf>
4. Food and Drug Administration. Selection of national list of essential medicines [online]. 2013 [cited 2015 Jan 31]. Available from: URL:<http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/principles/medicine/measurement>.
5. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 2008-2010. Bangkok : Publishing House of the War Veterans Organization; 2011.
6. Limwattananon C, Thammatacharee N, Waleekha-chonloet O, Thamwanna P, Limwattananon S, Srithamrongsawat S. expenditure of civil servant medical benefit scheme and the use of non-essential medicines. Journal of Health Systems Research 2011; 5:149-59.
7. Office of the Permanent Secretary for Public Health Ministry. Improving the efficiency of the system for management of medical supplies. Publishing House of the War Veterans Organization; 1999.
8. Kanokwongnuwat P. Model of hospital management on breakthrough financial crisis. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2013; 30: 106–22.
9. Pongcharoensuk P, Saengnapakas A, Pattanaprateep O. Determination of 2010 reimbursed drug price and its budget impaction public hospitals in Thailand. Journal of Health Systems Research 2012; 6: 185–92.
10. Teerawattananon Y. Assessing the feasibility of using economic evaluation in reimbursement of

health care services in Thailand [dissertation].  
England: University of East Anglia; 2006.

11. Sittisuk S. Thai clinical practice guideline for  
ischemic heart diseases. 2nd ed. Bangkok:  
Srimaung press; 2014.



RESEARCH ARTICLE

## Preparation of Phayao's Drug Formulary

Praijit Chaijumroonpan, Pimchanok Yeewiyom and Aphinun wanno  
Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group, Phayao Provincial Public Health Office

### Abstract

**Objective:** To prepare Phayao's drug formulary that was hierarchical according to the levels of health service facilities. **Method:** This study was a participatory action research with the involvement from pharmacists in every hospital in Phayao. The researchers played the roles as coordinators and participants in the preparation of drug formulary of the province. The provincial working group for group purchasing of medications, with pharmacists responsible for drug purchasing in all hospitals in the province as members, prepared drug formulary of the province. Moreover, there was an appointment of the provincial committee for management of drug and non-drug medical supplies presided by the provincial chief medical officers with the directors of general hospital, representatives of the directors of community hospitals and head of pharmacy departments as members. This committee approved the proposed drug formulary of the province. **Results:** The selection of drug items to be included in the formulary followed the process outlined in the guideline to increase the efficiency of management of medical supplies of the Ministry of Public Health in 1999. Factors affecting the preparation of drug formulary were financial status and policy of the hospital directors on the substitution of original drugs with generic drugs to lower drug expenditures. The drug formulary approved by the committee for management of drug and non-drug medical supplies was hierarchical by the levels of hospitals (general or community hospitals). Even though, there were 24 items of medication available only in community hospitals, they were medications with the same generic name as those available in general hospitals but with a lower strength. Moreover, some of these medications were compounded by general hospitals, thus, did not appear in the purchasing plan of general hospitals. The scope of drug items of 2 general hospitals was not hierarchical either. The majority of item difference involved those medications with prescribing authority restricted to specialists. The decisions on drug to be included in the formulary should consider the information on comparative cost effectiveness among drugs with indicators on the same symptoms or diseases, patient compliance and financial status of the hospitals. **Conclusion:** The preparation of hierarchical drug formulary according to the levels of health service facilities needs the participation of hospital directors, prescribers and pharmacists through multiple rounds of meetings and discussion with the clear supporting data such as pharmacoeconomics data in order to make an appropriate judgment on drug selection.

**Keywords:** provincial drug formulary, drug lists, hospital pharmacy, management of medical supplies