



GPO

Government Pharmaceutical Organization

วารสาร
องค์การเภสัชกรรม

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2557

Vol.41 No.1 October-December 2014

อก.เร่งเดินหน้าก่อสร้าง โรงงานผลิตยารังสิต คาดผลิตยาออกสู่ตลาดได้ กันยายน 2558

อก.เร่งเดินหน้าวิจัยยา
สูตรทางเลือก
และสร้างนวัตกรรมยา
ให้เก็บรักษาง่าย
เพื่อผู้ป่วยเอดส์

กณ.อัจฉรา เอกแสงศรี
รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

ค.ฉัตรางวัลเภสัชกรดีเด่น
เพื่อสังคม ปี 2557

- การประเมิน “โครงการปลอดภัย ประหยัด ปรับพฤติกรรม กับระบบบริการเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนครชัยศรี”
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่
- การวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล : กรณีศึกษาเขตตรวจราชการที่ 1
- การพัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยา และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลบางกระทุ่ม

จีฟิโอ จิ้นเน็กซ์ แคปซูล

GPO Ginnex Capsules

สารสกัด **ปญจบันธ**
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ใน 1 แคปซูล ประกอบด้วย สารสกัดปญจบันธ 250 มิลลิกรัม
รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร เช้า-เย็น
ผลิตภัณฑ์มาตรฐานคุณภาพส่งออก
องค์การเภสัชกรรม

คำเตือน
อ่านคำเตือนในฉลากก่อนบริโภค
ไม่ใช้ผลในการป้องกันหรือรักษาโรค



Gynostemma pentaphyllum extract

ร.ด. 1755/2551

จีฟิโอ เห็ดหลินจือ

แคปซูล

สารสกัดจาก
ประกอบด้วยสารสกัด
เห็ดหลินจือ

ใน 1 แคปซูล ประกอบด้วย สารสกัดเห็ดหลินจือ 350 มิลลิกรัม
(เทียบเท่าเห็ดหลินจือ 3.5 กรัม)
สรรพคุณ บำรุงร่างกาย
รับประทานครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง หรือตามคำแนะนำของแพทย์
ผ่านกระบวนการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาจาก
สมุนไพร โดยมีการควบคุมมาตรฐานสากล มีการตรวจสอบเอกลักษณ์
โดยใช้เทคนิค high performance liquid chromatography (HPLC)
วิเคราะห์หาสารสำคัญคือ โพลีแซคคาไรด์
และการตรวจการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ของสารสกัด



Ganoderma lucidum extract



ผลิตภัณฑ์คุณภาพ จาก
องค์การเภสัชกรรม

มีจำหน่ายที่ร้านขายยาองค์การเภสัชกรรม ทุกสาขา และร้านขายยาทั่วไป
สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. 1648, 02-203-8761

คณะที่ปรึกษา

ภก.สมชาย ศรีชัยนาค
ภญ.วนิษา ใจสำราญ
ภญ.อัจฉรา เอกแสงศรี
ภก.พิพัฒน์ นิยมการ
นายถาวร ว่องชูวงศ์

บรรณาธิการ

นายยุทธนา ตันติพานิชย์

กองบรรณาธิการ

ภก.สิทธิ์ ถิระภาคภูมิอนันต์
ภญ.สุจิตรา คชเสนี
น.ส.คันธรัตน์ มณีโชติ
น.ส.ลักขมี จันทร์ไทย
นางวิภาวรรณ ธรรมบำรุง

ศิลปกรรม

นางบุษวรรณ ทวีสมบุญ
นายจุมพล ศศิพงษ์อนันต์

ภาพประกอบ

นางสุนิสา พรหมประสิทธิ์

พิสูจน์อักษร/สมาชิกสัมพันธ์

นางชัชมนต์ บุญนาม

วัตถุประสงค์

- เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร และความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งผลงานวิเคราะห์วิจัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อเป็นสื่อเผยแพร่กิจกรรม และการดำเนินงานขององค์การเภสัชกรรมแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน
- เพื่อเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนทัศนะและความคิดเห็น

กองประชาสัมพันธ์ องค์การเภสัชกรรม

75/1 ถนนพระรามที่ 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 02 644 8856

E-mail: aa32@gpo.or.th

<http://www.gpo.or.th>

Content



บทความ เรื่อง การประเมิน “โครงการปลอดภัย
ประชิด ปรับพฤติกรรม กับระบบบริการ
เภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลนครชัยศรี”

3

บทความ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์
สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่

14

บทความ เรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่าย
ด้านยาของโรงพยาบาล : กรณีศึกษาเขตตรวจ
ราชการที่ 1

20

บทความ เรื่อง การพัฒนาระบบการป้องกัน
การแพ้ยา และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์
จากการใช้ยาในโรงพยาบาลบางกรุ่

32

40

ข่าวประชาสัมพันธ์



ข่าวประชาสัมพันธ์



การประเมิน “โครงการปลอดภัย ประหยัด ปรับพฤติกรรม กับระบบบริการเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนครชัยศรี”

“Assessing the Project for Safety, Saving and Alteration of Behavior. Nakornchaisri Hospital’s Seamless Pharmacy Service for Chronic Disease Clinics”

■ **กณ.รัตนาวดี จุฬานันท์**

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การประเมิน “โครงการปลอดภัย ประหยัด ปรับพฤติกรรม กับระบบบริการเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลนครชัยศรี” ซึ่งจัดทำเพื่อลดปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems; DRPs) ลดขั้นตอนการรับบริการ ประหยัดงบประมาณ และผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์การประเมินโครงการว่าควรสนับสนุนให้มีการขยายผลต่อไปอย่างไร โดยใช้แบบจำลอง CIPP Model ของ Stufflebeam ทำการประเมินบริบทโครงการ (Context) ได้แก่ นโยบายโรงพยาบาล, การเข้าถึงและพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วย, ระบบบริการ, มาตรการความปลอดภัยด้านยา ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ อัตรากำลัง, ความรู้ ทักษะ, วัสดุอุปกรณ์, อาคารสถานที่ ด้านกระบวนการ (Process) ได้แก่ การปรับเปลี่ยนบุคลากร, ผู้ป่วย/ผู้ดูแล, วัสดุอุปกรณ์, อาคารสถานที่ ด้านผลผลิต (Product) ประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความปลอดภัยด้านยา, งบประมาณ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาและบริการสุขภาพของผู้ป่วย ผลกระทบ คือ ลดขั้นตอนบริการ ระยะเวลารอคอย และเพิ่มความพึงพอใจ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารักษาที่โรงพยาบาลนครชัยศรี ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2551 ถึง 30 กันยายน 2554 โดยการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการดำเนินงานและตัวชี้วัดของงานบริการเภสัชกรรม

ผลการประเมิน ด้านบริบท วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายลดต้นทุนของโรงพยาบาล และปัญหาการใช้ยาซึ่งมีสาเหตุจากการเข้าถึงบริการ และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Health Service Shopping Around) ระบบบริการและมาตรการความปลอดภัยด้านยา ด้านปัจจัยนำเข้า อัตรากำลังและความรู้บุคลากรไม่เพียงพอ ต้องพัฒนาศักยภาพ ด้านทัศนคติเจ้าหน้าที่ให้บริการแบบตั้งรับ ยึดมุมมองของผู้ให้บริการด้านวัสดุและอาคารสถานที่ มีช่องจ่ายยาพร้อมอุปกรณ์ที่จำเป็นไม่เพียงพอ จ่ายยาผ่านช่องกระจกทำให้การสื่อสารขาดประสิทธิภาพ ต้องเพิ่มช่องจ่ายยา ปรับพื้นที่บริการเป็น

แบบเปิด (Nonbarrier Pharmaceutical Services) เพิ่มเครื่องเรียกคิว ด้านกระบวนการ มีการประชุมชี้แจง ปรับพฤติกรรมโดยใช้กลยุทธ์ Medication reconciliation, Paradigm Shift, Case Management, Self Medication Reconciliation, Individual Medication Record และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่าเปลี่ยนทัศนคติได้ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ได้รับงบประมาณปรับปรุงอุปกรณ์ สถานที่ ด้านผลลัพธ์ความปลอดภัยในการใช้ยา พบว่าปี 2552, 2553 และ 2554 มีผู้ป่วยได้รับการแก้ไขการใช้ยาซ้ำซ้อนในอัตราร้อยละ 8.01, 13.52 และ 13.67 สำหรับผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง และร้อยละ 6.07, 19.42 และ 25.29 สำหรับผู้ป่วยในผู้ป่วยนอก

โรคเรื้อรังใช้ยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่งร้อยละ 79.30, 95.57 และ 99.46 ในปี 2552, 2553 และ 2554 ด้านการปรับพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายนำสมุดบันทึกการใช้ยาเดิมติดตัวมาทุกครั้ง และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการใช้ยาได้ด้วยตนเอง ด้านงบประมาณ มูลค่ายาที่ประหยัดได้ในปี 2552, 2553 และ 2554 เป็น 90221.34, 81352.24 และ 44,894.70 บาท มูลค่ายาคืนเฉลี่ยต่อรายเป็น 68.81, 46.99 และ 12.78 บาท ด้านผลกระทบ ขั้นตอนบริการลดลงจาก 4 ขั้นตอน 3 รอ เป็น 2 ขั้นตอน 1 รอ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 40 นาที ในปี 2551 เป็น 14.09, 13.53 และ 9.79 นาที ในปี 2552, 2553 และ 2554 ตามลำดับ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.52 และ 80.28 เป็น 85.51 ในปี 2552, 2553 และ 2554 ตามลำดับ

สรุปผลจากการประเมินโครงการ ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นควรสนับสนุนโครงการให้ดำเนินต่อไป และนำเสนอให้มีการขยายผลต่อไปทั่วทั้งจังหวัด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขนครปฐมให้เพิ่มแบบบันทึกการใช้ยา (Medication profile form) ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังของจังหวัด และมีนโยบายให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบให้บริการเภสัชกรรมต่อไป เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างหน่วยบริการในจังหวัดต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินโครงการ, ระบบบริการเภสัชกรรม, Drug Related Problems, Medication Reconciliation, Self Medication Reconciliation

Abstract

The project for safety, saving and alteration of patients' behavior of Nakorn Chaisri Hospital's Seamless Pharmacy Service for Chronic Disease Clinics targeted on the elimination of drug related problems and alteration of the patients' behaviour as well as the elimination of services' red tape and the reduction of cost. The assessment of the project aims at the evaluation on the further expansion of the project. It is based on the CIPP model of Stufflebeam with 4 aspects namely context of the project, input factors, services' processes, and output products. The context of the project includes policy patients' access and services' consumption, services system, drug safety measures. Input factors include employment, competency and attitudes of the employers, accessories and premise. Processes are employment turn-over rate, patients/care-takers, accessories and premise. Output products are the assessment of the outcome of the project and the impact of the project. Outcome of the project includes drug safety, financial and alteration of the patients' drug and services consumption. Impact of the project includes the cut-down of the procedure and waiting time, and the increase on the service satisfaction of the patients. Population of subject are the patients with chronic diseases visiting Nakorn Chaisri hospital during 1 November 2008 to 30 September 2011. The study and Analysis are based on the performance and key performance indicators of the pharmacy services.

Assessment: Pertaining to the context of the project, its objectives complied with the hospital policy on reduction of service cost and drug related problems which were the result of services access, service shopping, service system and drug safety measures. Pertaining to Input factors, employment and competency of the staffs did not suffice. The passive reaction of the service provider's orientation indicated that competency and attitude of the staffs required improvement. Pertaining to the accessories and premise, the number of drug delivery bars with sufficient accessories did not suffice whereas the existing bars were inappropriately designed. Glass windows were the barriers of the efficient communication. Non-barrier pharmacy services were installed in the steads. Queuing machines were added. Pertaining to processes, the relevant staffs' understanding had been improved through meetings and alteration of their behavior applying the strategies based



on medication reconciliation, paradigm shift, case management, self medication reconciliation, individual medication record and knowledge exchange. It was found that these measures had adjusted both the patients and staffs. The acquiring of accessories and refurbishing of the premise were support through financial raise. Pertaining to outcome of the project, drug safety was enhanced. During 2009-11, drug reconciliation were 8.01, 13.52 and 13.67 percent respectively for out-patients with chronic diseases and 6.07, 19.42 and 25.29 percent respectively for in-patients. The number of prescription compliance of the out-patients with chronic diseases were 79.30, 95.57 and 99.46 respectively. Pertaining to behavior alteration, all patients with chronic diseases showed their drug administration record at every visit. They could also verify and connected their own drug administration records. Pertaining to financial, the savings of drug use during 2009-11 were 62, 677.20, 54,431.69 and 44,894.70 bahts respectively. The average declination of returned drugs per patient were 47.81, 21.06 and 12.78 bahts respectively. Pertaining to impact, service procedure was reduced from 4 steps/3 waitings to 2 steps/1 waiting. Waiting time reduced from 40 minutes in 2008 to 14.09, 13.53 and 9.79 minutes in 2009, 2010 and 2011 respectively. The patients' satisfaction inclined from 78.52 and 80.28 to 85.51 in 2009, 2010 and 2011 respectively.

In sum, the hospital executives agreed to support the project implementation and to suggest the project expansion throughout the province of Nakorn Pathom. As a result the Public Health Office of Nakorn Pathom included the medication profile form in the medical passport of the patient with chronic disease of its province. Additionally, the office also launched a policy to require all hospitals in its province to apply this implementation into their pharmacy services with the patient's medical passport as a communication tool.

Keywords: Project Assessment, Pharmacy Service, Drug Related Problems, Medication Reconciliation, Self Medication Reconciliation

บทนำ

เป้าหมายการให้บริการเภสัชกรรม คือ ผู้ป่วย ไข้ยาถูกต้อง เหมาะสมปลอดภัยไม่เกิดความปลอดภัยทางยา ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง⁽¹⁾ รวมถึง ความพึงพอใจ การให้บริการ และใช้งบประมาณด้านยาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ผลการสำรวจประชาชนไทยจำนวน 21,960 คน พบ 9,720 คน หรือร้อยละ 40 เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และร้อยละ 48 ของคนกลุ่มนี้ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26 ป่วยเป็นไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 16 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จากการติดตามผู้ป่วย สูงอายุจำนวน 331 คน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีสาเหตุจากการใช้ยา โดยร้อยละ 60 มาจากอาการไม่พึงประสงค์ จากยา และร้อยละ 40 มาจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง⁽²⁾

พบว่า ร้อยละ 50 ของความคลาดเคลื่อนทางยาเกิด ในขั้นตอนการรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (admission) ร้อยละ 42 ของผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวใน ร.พ. ไม่ได้รับยา ที่ใช้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 1 ชนิด หรือมากกว่าขึ้นไป รองลงมา คือ การย้ายหอผู้ป่วย และการจำหน่ายผู้ป่วย กลับบ้าน (discharge)⁽³⁾ พบว่ายาที่แพทย์สั่งจ่ายให้ผู้ป่วย ที่นัดมาติดตามการรักษา (follow up) ของ ร.พ. นครชัยศรี ไม่ตรงกับยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และมียาเหลือมาทุกครั้งที่มาใช้บริการ มีผู้ป่วยในนำยาเดิมที่ใช้ อยู่มารับประทานเองโดยไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ และมีพฤติกรรม ตระเวนใช้บริการสุขภาพ (Health Service Shopping Around) จากการที่มีโอกาสเข้าถึงบริการ (Health Care Accessment) ได้ง่าย มี ร.พ. นครชัยศรี, ร.พ. ห้วยพลู, ร.พ. หลวงพ่อเป็น, ร.พ. ส่งเสริมสุขภาพตำบล, ร.พ. เมตตา ประชาธิปไตย, ร.พ. กาญจนภิเษก, ร.พ. ศิริราช, ร.พ. วชิระ และ



ร.พ.เอกชนอีก 4 แห่งที่ใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 40 นาที ทำให้มีการใช้ยาซ้ำซ้อนโดยระบุชนิดของยาเดิมที่ใช้อยู่ไม่ได้

จากปัญหาที่กล่าวมา กลุ่มงานเภสัชกรรม ร.พ.นครชัยศรีจึงได้จัดทำ **“โครงการปลอดภัย ประหยัด ปรับพฤติกรรม กับระบบบริการเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง”** โดยใช้กระบวนการ Medication Reconciliation เพื่อให้แพทย์เข้าถึงข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยได้มากขึ้น⁽⁴⁾ และลดความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกขั้นตอนของระบบจ่ายยาผู้ป่วยใน⁽⁵⁾⁽⁶⁾ จัดทำสมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย (Individual Medication Record) เสริมพลังให้ผู้ป่วยส่งต่อข้อมูลการใช้ยาระหว่างหน่วยบริการได้เอง (Self Medication Reconciliation) และปรับขั้นตอนบริการเภสัชกรรมเพื่อลดระยะเวลารอคอยรับยา

ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาและประเมิน “โครงการ ปลอดภัย ประหยัด ปรับพฤติกรรม กับระบบบริการเภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล นครชัยศรี” เพื่อนำผลข้อมูลมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการเภสัชกรรมของ ร.พ. นครชัยศรี และขยายผลสู่การพัฒนาระบบการให้บริการเภสัชกรรมของร.พ.ทุกแห่งในจังหวัดนครปฐมต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและประเมินผล “โครงการ ปลอดภัย ประหยัด ปรับพฤติกรรม กับระบบบริการ

เภสัชกรรมแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล นครชัยศรี” และนำผลมาใช้ในการพิจารณากำหนดเป็นนโยบายขยายสู่การพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการประเมิน

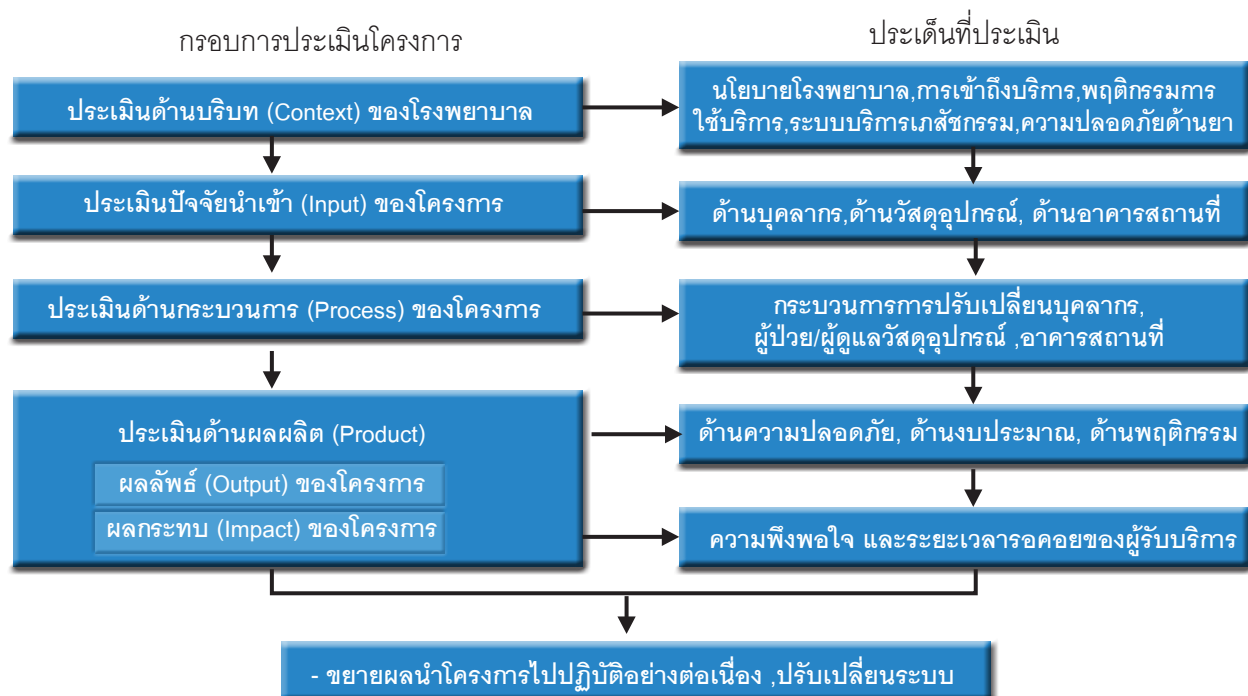
1. รูปแบบการประเมินด้วยแบบจำลอง CIPP Model ของสตีเฟลฟีและคณะ⁽⁷⁾ โดยทำการประเมิน 4 ด้าน คือ

ด้านบริบทของโครงการ (Context) ประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของโครงการกับนโยบายของโรงพยาบาล ปัญหาด้านยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความยากง่ายในการเข้าถึงและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย ร.พ.นครชัยศรี ที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ยาและงบประมาณ

ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Input) ประเมินการจัดการด้านอัตราค่าลงและความพร้อมของบุคลากร ความเพียงพอของ วัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่ และงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินโครงการ

ด้านกระบวนการของโครงการ (Process) ประเมินความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินโครงการ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามขั้นตอนให้บริการเภสัชกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการปรับเปลี่ยน ได้แก่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การพัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรมของบุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วยหรือผู้ดูแล, กลยุทธ์ในการพัฒนา

ด้านผลผลิต (Product) ของโครงการ ประเมินผลลัพธ์ (Output) ของโครงการ ได้แก่ ความปลอดภัยด้านยา, ด้านงบประมาณและด้านพฤติกรรม และผลกระทบ (Impact) ของโครงการ ได้แก่ ขั้นตอนการรับบริการ ระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการ ร.พ. นครชัยศรี ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2552 ถึง 30 กันยายน 2554

3. รวบรวมข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลจากใบ Medication Reconciliation ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา, ใบบันทึกภาระงานของกลุ่มงานเภสัชกรรม, บันทึกข้อมูลการเก็บตัวชี้วัดการจัดการยาเดิม, แบบสำรวจความคิดเห็นในการใช้บริการ, แบบเก็บระยะเวลาการรับบริการจ่ายยา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ เปรียบเทียบในระยะเวลา 3 ปี

ผลการประเมิน

1. ด้านบริบทของโครงการ ร.พ. นครชัยศรี เน้นใช้งบประมาณอย่างประหยัด ผู้ป่วยปลอดภัยในการใช้ยา ลดขั้นตอนบริการ มีระยะเวลารอรับยาเฉลี่ย 40 นาที ผู้ป่วยนครชัยศรีใช้สิทธิรักษาได้ 3 ร.พ. มีการพัฒนา ร.พ. สต. ให้จ่ายยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการคมนาคมที่สะดวก เมื่อการเข้าถึงบริการ (Health Care Accessment) ง่าย ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมตระเวนใช้บริการรักษาพยาบาล (Health service shopping around) ทำให้พบการใช้ยาซ้ำซ้อน โดยระบุชนิดยาไม่ได้ ปี 2551 มียาที่ผู้ป่วยเหลือใช้มูลค่าสูงถึง 115,348 บาท พบผู้ป่วยไม่ใช้ยาตรงตามแพทย์สั่งแต่ไม่มีการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยในนำมาใช้โดยไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ มีการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาในมุมของผู้ให้บริการแต่ไม่มีในมุมของผู้ป่วย เช่นการไม่ใช้ยาตามสั่ง

โครงการจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในการใช้ยาและส่งต่อข้อมูลการใช้ยาได้ด้วยตนเอง ใช้งบประมาณด้านยาอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับปัญหาและนโยบายของโรงพยาบาล เมื่อจัดทำโครงการคาดว่า จะลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีการปรับปรุงพฤติกรรมในการใช้ยา

ส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของตนเองได้และนำยาเดิมที่ใช้อยู่มาร.พ. ทุกครั้ง ลดขั้นตอนในการจ่ายยาและระยะเวลาการรับบริการ โดยคุณภาพการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นจากการใช้ระบบจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา Medication Reconciliation และการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยแบบเฉพาะราย (case management) โดยสรุปได้จากผลผลิตของโครงการ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ของห้องยามีเภสัชกรบนหอผู้ป่วยใน 1 คน และบริการผู้ป่วยนอก 3 คน จพง.เภสัชกรรม 4 คน ผู้ช่วย 1 คน ระยะเวลารอรับยาช่วงเร่งด่วน (10.00-12.30 น.) เฉลี่ยในปี 2551 นานถึง 40 นาที เจ้าหน้าที่มีทัศนคติในการทำงานแบบตั้งรับ ขาดการบูรณาการ ไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีช่องจ่ายยาพร้อมอุปกรณ์ 2 ช่อง ซึ่งไม่เพียงพอในช่วงเร่งด่วน จ่ายยาผ่านช่องกระจก ขาดคุณภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วย เมื่อจัดทำโครงการมีการปรับกระบวนการทำงาน (Reprocess) เป็นการบริการเชิงรุก นำระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยมาลดระยะเวลาให้บริการจ่ายยา จัดการยาเดิมผู้ป่วยขณะรอตรวจ ลดขั้นตอนบริการโดยรวบขั้นตอนคิดราคา ชำระเงิน ให้คำปรึกษาและจ่ายยาเข้าด้วยกัน ต้องพัฒนา จพง.เภสัชกรรมให้จ่ายยาภายใต้การควบคุมของเภสัชกร การเพิ่มช่องจ่ายยาพร้อมอุปกรณ์เป็น 4 ช่อง ปรับพื้นที่เป็นการให้บริการแบบเปิด (Nonbarrier Pharmaceutical Service) ทำให้คุณภาพในการสื่อสารและเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ขยายช่องจ่ายยาเป็น 3 และ 4 ช่องในช่วงเร่งด่วน พบว่า ระยะเวลารอคอยลดลงโดยไม่เพิ่มอัตรากำลัง และคุณภาพจัดการความคลาดเคลื่อนทางยามากขึ้น จากการใช้ระบบจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องทางยา และการแก้ปัญหาในมุมของผู้ป่วยแบบเฉพาะราย เช่น การไม่ใช้ยาตามสั่ง การเก็บยาผิดวิธี

3. ด้านกระบวนการ (Process) ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามกิจกรรม ได้แก่

3.1 ประชุมชี้แจงกิจกรรมหรือภารกิจที่เกี่ยวข้องให้แก่แพทย์

3.2 พัฒนาและปรับปรุงพฤติกรรมผู้ให้บริการผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยใช้กลยุทธ์ Medication reconciliation, Paradigm Shift, Case Management, Self Medication Reconciliation, Individual Medication Record การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทวงถามสมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัวทุกครั้งที่มา

รับยาเพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรม พบว่า ปรับเปลี่ยนทัศนคติเจ้าหน้าที่ได้ และผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งต่อข้อมูลการใช้ยาของตนเอง โดยใช้สมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย

3.3 ปรับปรุงสถานที่และอุปกรณ์โดยเพิ่มช่องจ่ายยาพร้อมอุปกรณ์และเครื่องเรียกคิวอัตโนมัติ

3.4 Reprocess ระบบการให้บริการเภสัชกรรมเป็นเชิงรุก รวบรวมขั้นตอนบริการที่ต่อเนื่อง โดยใช้บุคลากรเพียงคนเดียว (Multifunctional person) จ่ายยาตาม OPD card ซึ่งพิมพ์อัตโนมัติที่ห้องยา

3.5 ควบคุมกำกับโดยเก็บข้อมูลความปลอดภัยในการใช้ยา มูลค่ายาที่ได้รับคืน การใช้ยาตามสั่ง จากแบบฟอร์ม Medication Reconciliation แบบการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดการจัดการยาเดิมผู้ป่วย และศูนย์คุณภาพของรพ.นครชัยศรี เก็บระยะเวลารอคอยและรับบริการจากแบบเก็บระยะเวลาของห้องยา วัดความพึงพอใจด้วยแบบสำรวจความคิดเห็นในการใช้บริการ นำมาประมวลผลทางสถิติด้วยการหาค่าเฉลี่ย และร้อยละติดตามผลการดำเนินงาน 3 ปี เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

4. ด้านผลผลิต ด้านผลลัพธ์ของโครงการด้านความปลอดภัย พบว่า ปี 2552, 2553 และ 2554

มีผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังได้รับการแก้ไขการใช้ยาซ้ำซ้อนร้อยละ 8.01, 13.52 และ 13.67 (แผนภูมิที่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการแก้ไขการใช้ยาซ้ำซ้อนร้อยละ 6.07, 19.42 และ 25.29 (แผนภูมิที่ 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้ยาได้ถูกต้องตามสั่งร้อยละ 79.30, 95.57 และ 99.46 (แผนภูมิที่ 3) ด้านความประหยัดมูลค่ายาที่ได้คืนจากผู้ป่วยในปี 2552-2554 เป็น 90221.34, 81352.24 และ 44,894.70 บาท (แผนภูมิที่ 4) มูลค่ายาคืนเฉลี่ยต่อราย เป็น 68.81, 46.99 และ 12.78 บาท ลดลงตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5) ด้านการปรับพฤติกรรมในปี 2553 และ 2554 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทุกรายสามารถประสานข้อมูลการใช้ยาได้ด้วยตนเอง ผลกระทบจากโครงการ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจาก 40 นาที ในปี 2551 เป็น 14.09, 13.53 และ 9.79 นาที ในปี 2552-2554 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 6) ระยะเวลาในการส่งมอบยาผู้ป่วยในปี 2552-2554 เป็น 2.37, 1.87 และ 1.56 นาที ลดลงตามลำดับ (แผนภูมิที่ 7) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.52 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 80.28 และ 85.51 ในปี 2553 และ 2554 (แผนภูมิที่ 8) และขั้นตอนการรับบริการลดลงจาก 4 ขั้นตอน 3 รว เป็น 2 ขั้นตอน 1 รว (แผนภูมิที่ 9)

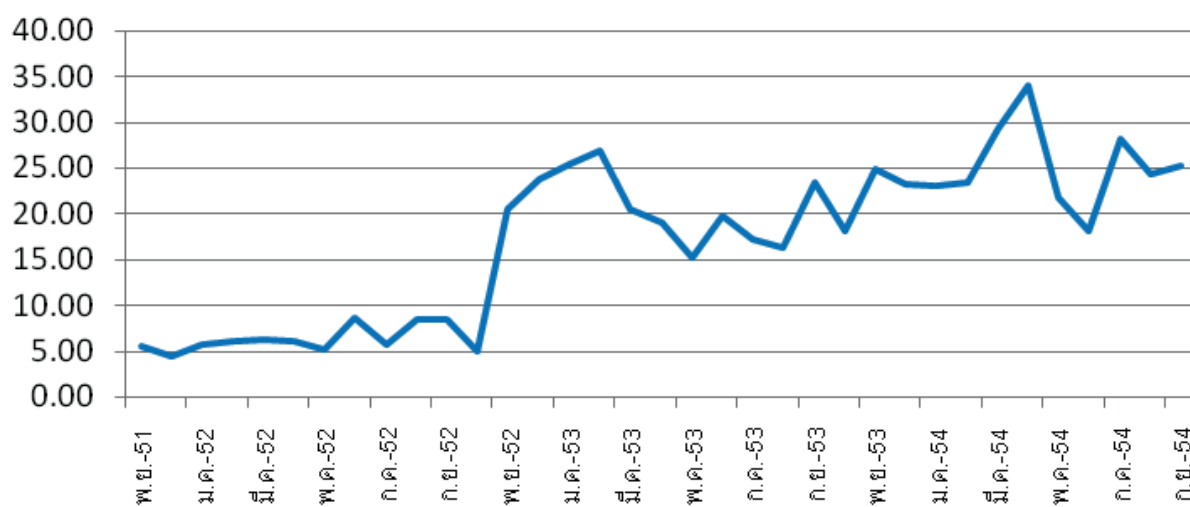
แผนภูมิที่ 1





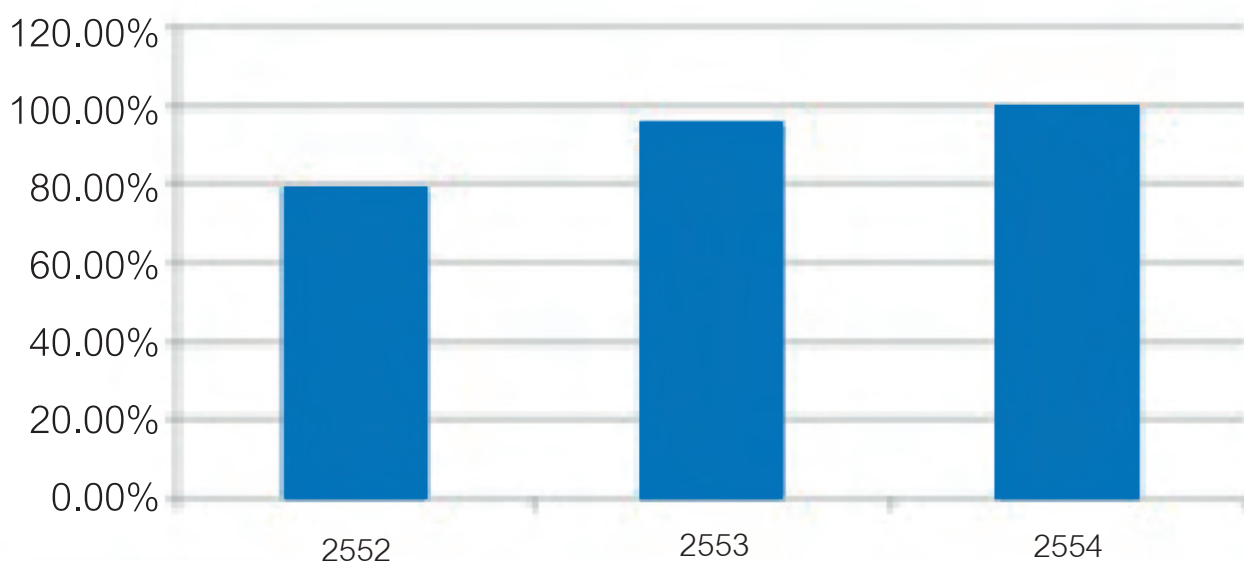
แผนภูมิที่ 2

อัตราผู้ป่วยในที่ได้รับการการป้องกันอันตรายที่เกิดจากการ
ได้รับยาซ้ำซ้อน(คน)

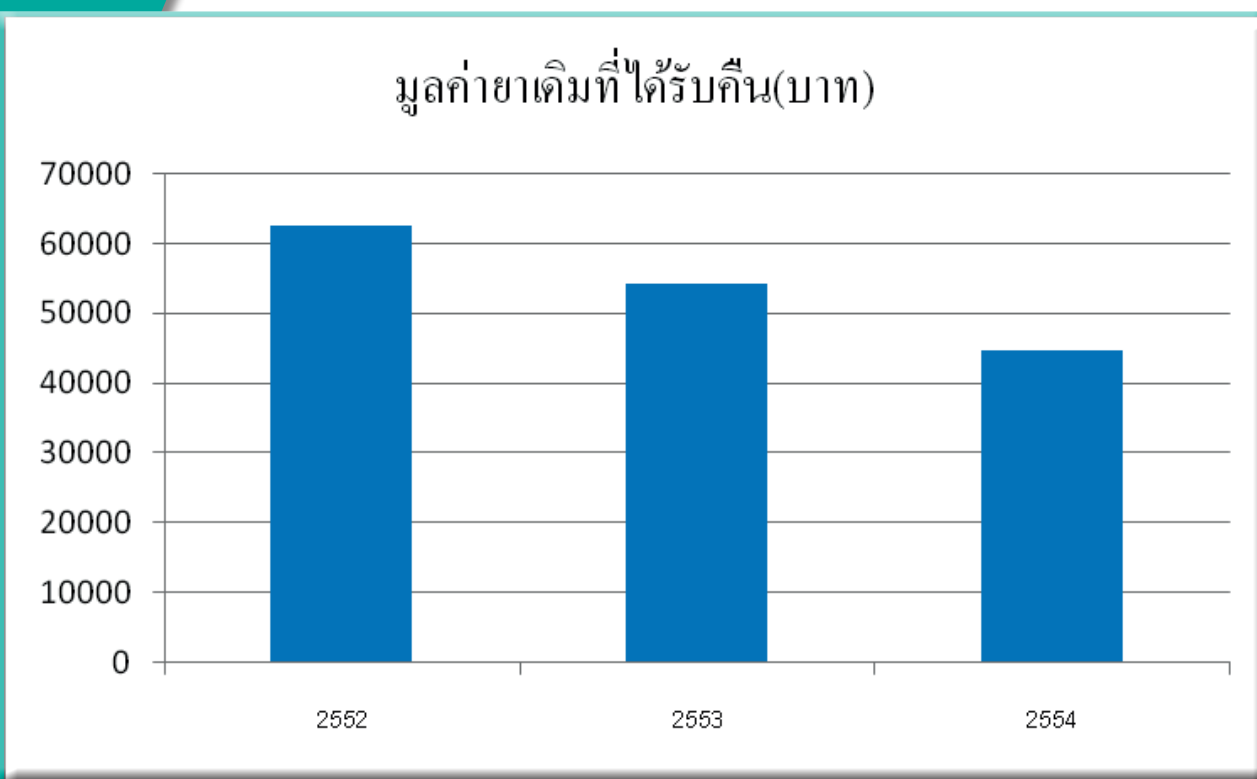


แผนภูมิที่ 3

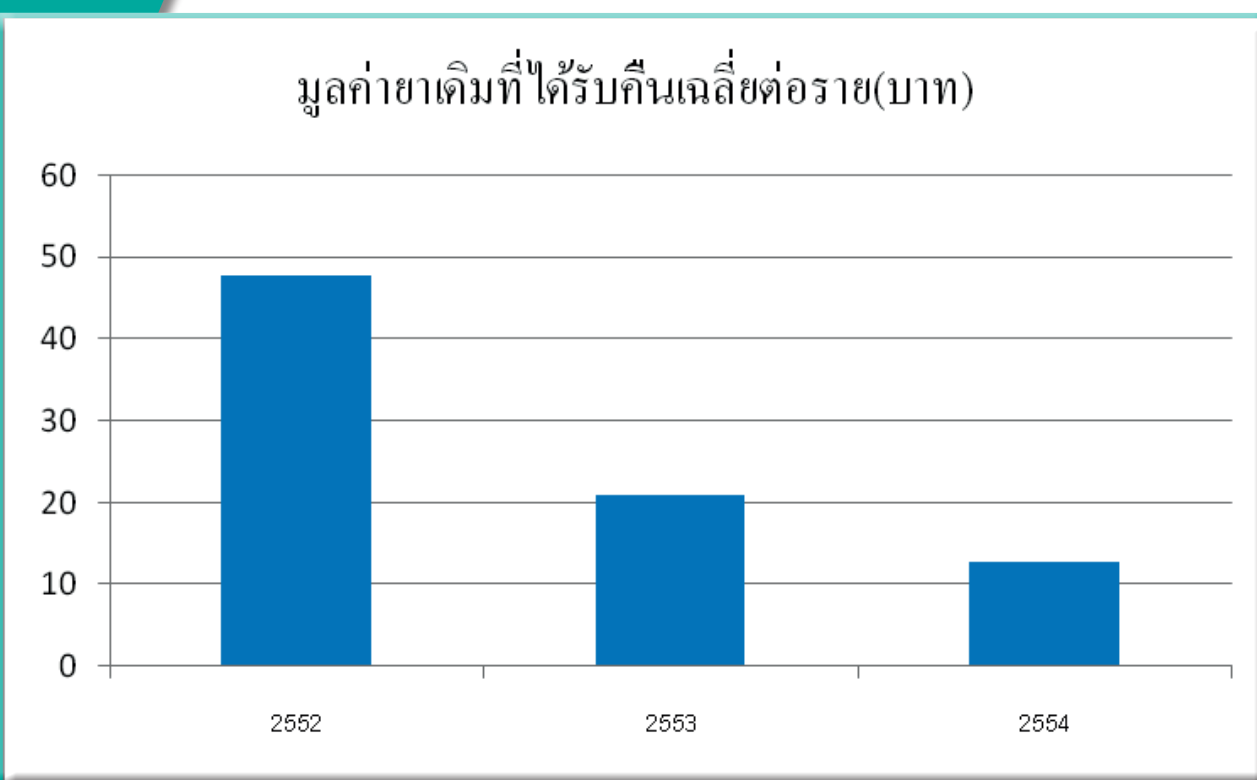
อัตราการใช้ยาได้ตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เชิงรุก)



แผนภูมิที่ 4

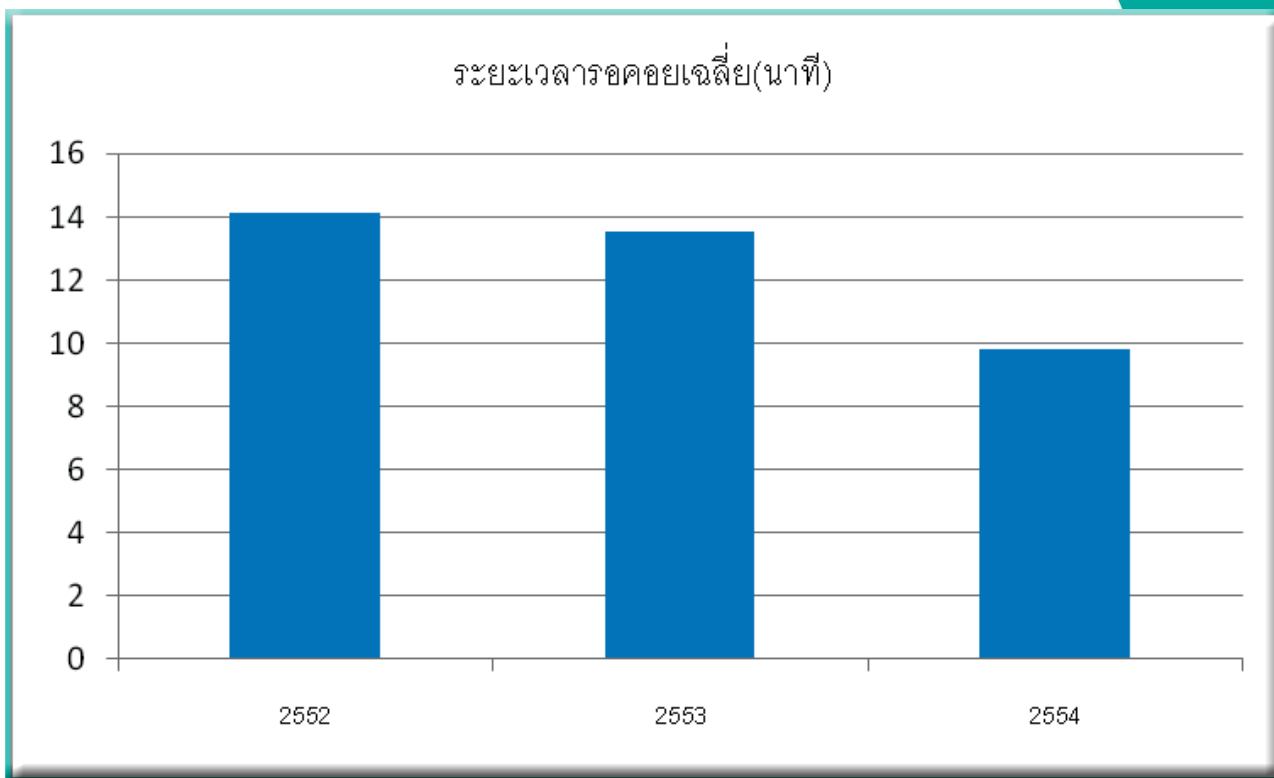


แผนภูมิที่ 5

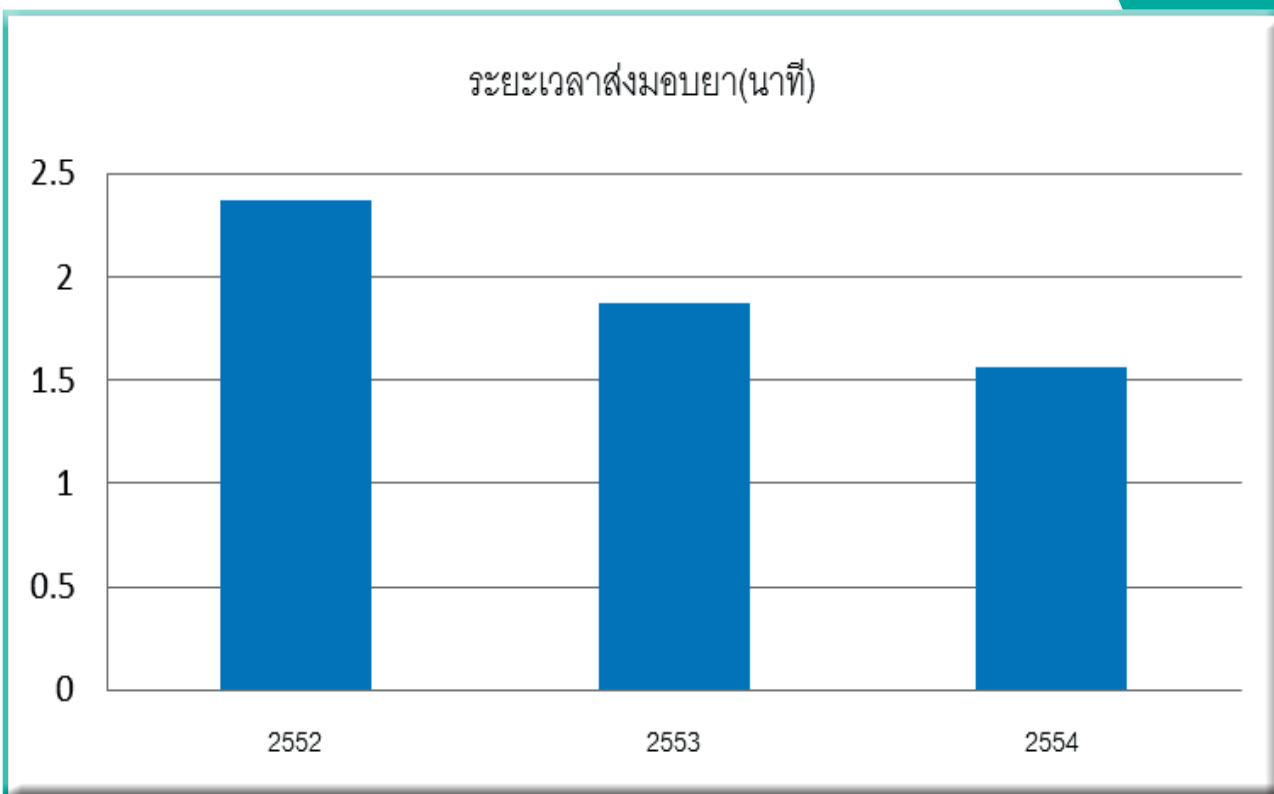




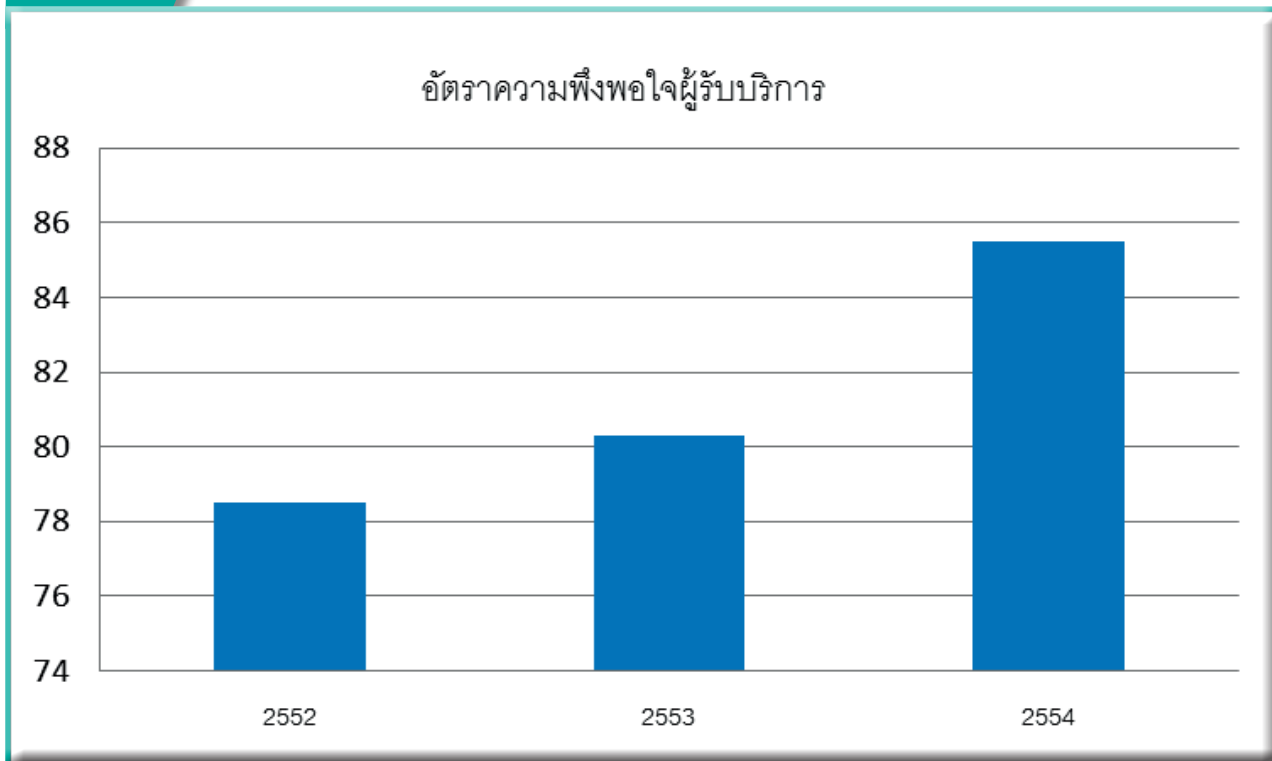
แผนภูมิที่ 6



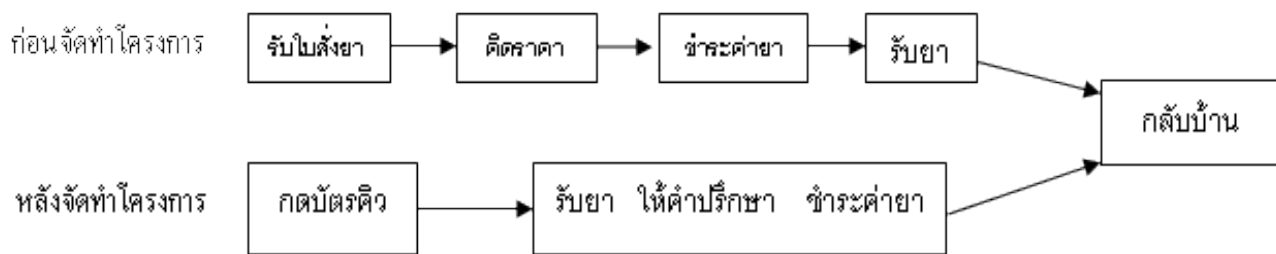
แผนภูมิที่ 7



แผนภูมิที่ 8



แผนภูมิที่ 9 เปรียบเทียบขั้นตอนบริการเภสัชกรรมก่อนและหลังการจัดทำโครงการ



ด้านบริบท วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับยาซ้ำซ้อนจากพฤติกรรมตระเวนใช้บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการได้ง่าย และไม่มีข้อมูลการใช้ยาเดิมก่อนมาร.พ. ไม่มีระบบส่งต่อข้อมูลระหว่าง ร.พ. สอดคล้องการศึกษามีการนำกระบวนการ Medication reconciliation มาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Cornish et al. 2005: 424-429; Nickerson et al. 2005: 65-71; Pippins et al. 2008: 1414-1422; Pronovost et al. 2003: 201-205; ฉันทิกา ชื่อตรง 2548: มন্ত্রী วงศ์คำมา และคณะ 2551) และ ผลการศึกษาของธิดา นิงสานนท์ และคณะ 2551 พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านยาจากการได้รับยาซ้ำซ้อน⁽³⁾

ด้านปัจจัยนำเข้า จากการประเมินพบว่าบุคลากรอุปกรณ์ และอาคารสถานที่ให้บริการ ไม่มีความพร้อมทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพก่อนจัดทำโครงการ มีเภสัชกรไม่เพียงพอในการจ่ายยา ต้องมีการเพิ่มอุปกรณ์ที่จำเป็นและขยายพื้นที่เพื่อให้โครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ ควรเพิ่มอัตรากำลังเภสัชกร

การปรับทัศนคติทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย มีการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนา ผู้บริหารต้องติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ต้องนำเสนอผลที่เกิดต่อเจ้าหน้าที่ในทางบวก เช่น ลดภาระงาน

ด้านกระบวนการ การใช้กลยุทธ์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต้องได้รับความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความร่วมมือของการปฏิบัติ



ด้านผลผลิต จากผลลัพธ์การป้องกันการเกิดอันตรายจากการได้รับยาซ้ำซ้อน โดยการจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องการใช้ยาสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิลพรณ สิริวิจิ⁽²⁾ พบว่า จากการทำความเข้าใจอย่างต่อเนื่องในการใช้ยาในรพ.แม่ทา กลุ่มศึกษาที่ได้ทำความเข้าใจอย่างต่อเนื่องในการใช้ยา มีความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของฉันทิกา ชื่อดวง (2005)⁽²⁾ ศึกษาการทำความเข้าใจอย่างต่อเนื่องทางยาในผู้ป่วยใน ณ หออายุรกรรมหญิง ศัลยกรรมหญิง และเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ร.พ.เลิดสิน ระหว่างวันที่ 17 ตุลาคม 2548 ถึง 21 กุมภาพันธ์ 2549 พบว่าผู้ป่วยที่ผ่านการประสานรายการยา มีความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยนอก แต่ในต่างประเทศมีการศึกษาของ Varkey และคณะ ที่รายงานว่า การใช้กระบวนการ Medication reconciliation ในแผนกผู้ป่วยนอกลดความคลาดเคลื่อนทางยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 88.9 เป็นร้อยละ 66 ($p = .005$) (Varkey et al. 2007:286-292)⁽²⁾ Weingart และคณะระบุว่า หลังจากการมีกระบวนการ Medication Reconciliation ร้อยละ 90 ของความคลาดเคลื่อนทางยาได้รับการแก้ไข ถ้าใช้กระบวนการปกติ (standard care) พบว่ามีการแก้ไขเพียงร้อยละ 2 ($p < .001$) (Weingart et al. 2007:750-757)⁽²⁾ การศึกษาของ Nassaralla และคณะพบว่า การใช้กระบวนการ Medication Reconciliation ในแผนกผู้ป่วยนอก ทำให้การค้นหาและซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้นและรายการยาที่ได้มีความครบถ้วนมากขึ้น จากร้อยละ 9.7 เป็นร้อยละ 70.7 ($p < .001$) (Nassaralla et al. 2007: 90-94)⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลลัพธ์ของโครงการที่ป้องกันความเสี่ยงให้ผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังได้ ลดความสูญเสียจากการใช้ยาที่ผู้ป่วยเหลือมาใช้ทดแทนยาที่แพทย์จ่าย ซึ่งต้องประเมินสภาพยาที่ผู้ป่วยนำกลับมาทุกครั้ง

ด้านผลกระทบ พบว่า จากการที่ขั้นตอนในการรับบริการลดลง ระยะเวลารอรับยาลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการมากขึ้น สร้างขวัญกำลังใจในการพัฒนางานทำให้โครงการยั่งยืน

การขยายผลและนำไปใช้ประโยชน์ ระยะแรกมีการใช้สมุดบันทึกการใช้ยาเฉพาะเครือข่ายนครชัยศรี ต่อมา มีการปรับสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังของจังหวัดนครปฐม ให้มีส่วนบันทึกข้อมูลการใช้ยา และในปี 2558 จะขยายการใช้ทั้งจังหวัด ชมรมร้านขายยา นครปฐม จะมีการจัดทำแบบบันทึกการจ่ายยาให้ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องในการใช้ยา (Medication Reconciliation) ให้เป็นแบบเดียวกันทั้งประเทศ โดยจัดทำเป็น smart card
2. ควรทำการศึกษากระบวนการจัดการความสอดคล้องต่อเนื่องในการใช้ยา (Medication Reconciliation) ของผู้ป่วยนอก เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนางานบริการเภสัชกรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. งานบริหารเภสัชกรรม โรงพยาบาลยะหริ่ง สืบค้นจาก: http://www.pharmyaring.com/detail.php?c_id=202 วันที่เข้าไปสืบค้น November 13, 2012.
2. สิริวิจิตร พรรัตน์แล้ว , “ ผลของกระบวนการ Medication Reconciliation ที่มีต่อความคลาดเคลื่อนทางยาของใบสั่งยา ผู้ป่วยสถาบันราชานุกูล ” สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: 2554.
3. ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มณฑาทิฏฐ, สุวัฒนา จุฬวัฒน์. Medication Reconciliation พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บริษัท ประชาชน จำกัด, สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) 2551.
4. Cornish et al. 2005: 424-429; Nickerson et al. 2005: 65-71; Pippins et al. 2008: 1414-1422.
5. Pronovost, P. et al. “Medication Reconciliation: A practical tool to reduce the risk of medication errors.” J Crit Care 18,4(2003):201-205.
6. Nickerson, A. et al. “Drug-Therapy Problem, Inconsistencies and Seamless Care Service.” Healthcare Quarterly8, (2005):65-71.
7. Stufflebeam, D.L. (1971). Educational evaluation and decision making. Bloomington, IN:Phi Delta Kappa.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่

■ เด่น ปณณานันท์

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์ เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่ และกลุ่มประชากรเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำนวน 119 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติการพยากรณ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 63 คน รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 56 คน มีอายุ 41 – 50 ปี มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,001 – 35,000 บาท มีประสบการณ์ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมากกว่า 8 ปีขึ้นไป มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.39 ให้ความสำคัญการประชาสัมพันธ์มากที่สุด สำหรับปัจจัยสูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.43 ให้ความสำคัญด้านการได้รับการยอมรับมากที่สุด และปัจจัยค่าเงินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.42 ให้ความสำคัญด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงานมากที่สุด และผลจากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยสูงใจด้านความสำเร็จของงาน ค่า Sig. เท่ากับ .010 มีค่าน้ำหนักคะแนนมาตรฐานของตัวแปรด้านความสำเร็จของงาน ($\beta = .313$) มีอิทธิพลในการพยากรณ์คิดเป็นร้อยละ 65.5 ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เหลืออีกร้อยละ 34.5 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่



บทนำ

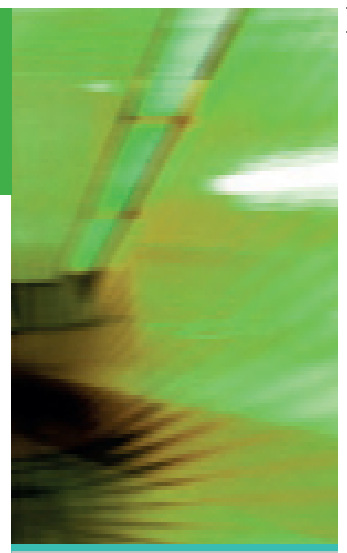
ทรัพยากรมนุษย์นับได้ว่าเป็นความสำคัญและเป็นรากฐานของการพัฒนาทุกองค์การ โดยเปรียบเสมือนวัตถุดิบที่ช่วยให้ทุกกิจกรรมและทุกหน้าที่ในองค์การสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องที่สำคัญทรัพยากรมนุษย์เป็นผู้ปฏิบัติงานให้ทุกหน่วยงานขององค์การสำเร็จบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ซึ่งการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดแพร่เป็นหน่วยงานของรัฐที่เฝ้าระวังป้องกัน ติดตาม กำกับดูแลงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโครงการอาหารปลอดภัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนนักเรียนในโรงเรียนได้มีการจัดตั้งชุมนุมคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน (อย.น้อย) โดยมีกิจกรรมหลักในเรื่องการสุ่มตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารจากร้านค้าภายในและภายนอกโรงเรียน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังไม่ให้นักเรียนในโรงเรียนได้รับอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2545) แต่อย่างไรก็ตาม เห็นได้ว่าการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีรายละเอียดในการปฏิบัติงานที่มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน การเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ และการรายงานกิจกรรมต่าง ๆ จากข้อมูลดังกล่าว เนื่องจากไม่มีการวิจัยในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดแพร่มาก่อน ผู้วิจัยมีความประสงค์ทำการวิจัยการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่ ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางต่อยอดองค์ความรู้การส่งเสริมและสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดแพร่ เพื่อสนองตอบความต้องการให้แก่ประชาชนได้อย่างยั่งยืน

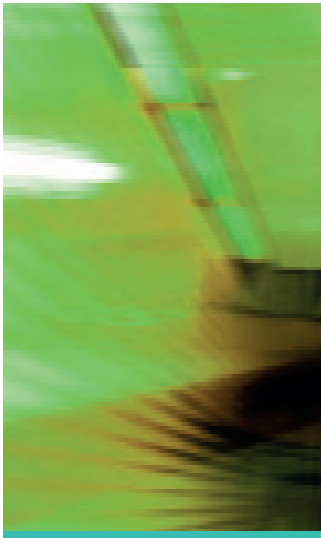
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่





ประโยชน์ของการวิจัย

1. ทำให้เข้าใจถึงระดับการปฏิบัติงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน และทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่
2. ผลการวิจัยสามารถต่อยอดองค์ความรู้การส่งเสริมและสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในจังหวัดแพร่ เพื่อสนองตอบความต้องการให้แก่ประชาชนได้อย่างยั่งยืน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจังหวัดแพร่

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้นำหลักการทางวิชาการมาใช้เป็นแนวทางสำคัญในการพิจารณาดำเนินการ โดยมุ่งเน้นถึงการประเมินความเสี่ยงภัยเทียบกับคุณค่าของประโยชน์ที่จะได้รับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายความว่า ประชาชนต้องได้รับผลประโยชน์มากที่สุด ขณะเดียวกันต้องมีความเสี่ยงน้อยที่สุด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่เป็นกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคที่มีความรับผิดชอบงานความปลอดภัย (Food Safety) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานประกอบการด้านสุขภาพและงานธุรกิจบริการสุขภาพ แบ่งงานตามนโยบายงานคุ้มครองผู้บริโภค และงานโครงการพิเศษ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน การเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ และการรายงานกิจกรรมต่าง ๆ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่จังหวัดแพร่ที่ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคจำนวน 119 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2556) และผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลพิจารณาจากความสะดวกของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ในการแจกแบบสอบถามและรอรับแบบสอบถามกลับคืนด้วยตนเองให้ครบจำนวน 119 ชุด
2. เครื่องมือในการใช้วิจัย กำหนดใช้แบบสอบถาม มีดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มี 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเชิงใจ และปัจจัยค่าจุน





การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์จากแบบสอบถามในการคำนวณค่าสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบและทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติวิเคราะห์การพยากรณ์ ถดถอยพหุคูณเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปร (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 63 คน รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 56 คน มีอายุ 41 – 50 ปี มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,001 – 35,000 บาท มีประสบการณ์ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมากกว่า 8 ปีขึ้นไป มีตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

2. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.39 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญการประชาสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ย 3.52 มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.45 การรายงานกิจกรรมต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ย 3.43 การอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.38 และการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ มีค่าเฉลี่ย 3.18 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มี 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเชิงใจและปัจจัยค้ำจุน

3.1 ปัจจัยเชิงใจ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.43 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญด้านการได้รับการยอมรับ มีค่าเฉลี่ย 3.57 มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน มีค่าเฉลี่ย 3.53 ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย 3.52 ด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย 3.51 และด้านความก้าวหน้า มีค่าเฉลี่ย 3.03 ตามลำดับ

3.2 ปัจจัยค้ำจุน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.42 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน มีค่าเฉลี่ย 3.60 มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านสภาพการทำงาน มีค่าเฉลี่ย 3.49 ด้านการปกครองบังคับบัญชา มีค่าเฉลี่ย 3.42 ด้านนโยบายและการบริหาร มีค่าเฉลี่ย 3.38 และด้านผลประโยชน์ตอบแทน มีค่าเฉลี่ย 3.21 ตามลำดับ

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่ ใช้สถิติวิเคราะห์การพยากรณ์ ถดถอยพหุคูณ มีดังนี้



ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณ ค่าคงที่ และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

ตัวแปร	การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค				
	B	S.E.	Beta	T	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	-.236	.290		-.813	.418
ปัจจัยจิตใจ					
1. ด้านความสำเร็จของงาน	.309	.117	.313	2.631	.010*
2. ด้านการได้รับการยอมรับ	.029	.127	.027	.227	.821
3. ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	.126	.119	.107	1.064	.290
4. ด้านความรับผิดชอบ	.007	.114	.007	.064	.949
ปัจจัยคำจูน					
1. ด้านนโยบายและการบริหาร	.070	.129	.075	.546	.586
2. ด้านการปกครองบังคับบัญชา	.193	.139	.189	1.389	.168
3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน	.161	.101	.146	1.588	.115
4. ด้านสภาพการทำงาน	.152	.098	.135	1.553	.123
5. ด้านผลประโยชน์ตอบแทน	.087	.078	.099	1.109	.270

R² = .655, F = 20.482, p* < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยจิตใจด้านความสำเร็จของงาน ค่า Sig. เท่ากับ .010 มีค่าน้ำหนักคะแนนมาตรฐานของตัวแปรด้านความสำเร็จของงาน ($\beta = .313$) มีอิทธิพลในการพยากรณ์ คิดเป็นร้อยละ 65.5 ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่ ที่เหลืออีกร้อยละ 34.5 ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่

อภิปรายผล

1. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญการประชาสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน การรายงานกิจกรรมต่าง ๆ การอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน และการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของ วรรณพร อิมผอง (2553) ได้กล่าวว่า เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยและสมประโยชน์ ควรพัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบ และเฝ้าระวังกำกับ ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สถานประกอบการ และการโฆษณา รวมทั้งผลอันไม่พึงประสงค์ของผลิตภัณฑ์ ตลอดจนมีการติดตามหรือเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจากภายในประเทศและภายนอกประเทศ ทั้งเผยแพร่ความรู้



ประชาสัมพันธ์ด้านคุ้มครองผู้บริโภค และมีเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน โดยมีการวางแผนและจัดทำกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพพร้อมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้นำชุมชน

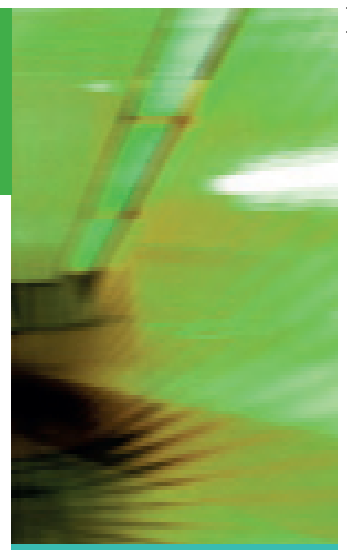
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า ปัจจัยเชิงจิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางให้มีความสำคัญด้านการได้รับการยอมรับมากที่สุด ในขณะที่ผลจากการทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ พบว่า ปัจจัยเชิงจิตด้านความสำเร็จของงาน ค่า Sig. เท่ากับ .010 โดยน้ำหนักคะแนนมาตรฐานของตัวแปรปัจจัยเชิงจิตด้านความสำเร็จของงาน ($\beta = .313$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่ สอดคล้องกับแนวคิดของ Frederick Herzberg ได้อธิบายว่า การได้รับความสำเร็จ (achievement) เป็นการที่บุคคลสามารถทำงานได้เสร็จสิ้นและประสบผลสำเร็จอย่างดี มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดี เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากที่สุด จะรู้สึกมีความพึงพอใจและปลื้มใจในผลสำเร็จของงานนั้น ทำให้มีกำลังใจทำงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานในชุมชน ควรเน้นการทำงานให้เป็นทีมของอำเภอและจังหวัด เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการสนับสนุนการทำงานที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค ควรเป็นบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจ และความรักในงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค
3. เกษตรกรควรเพิ่มบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยงในส่วนของการทำงานในพื้นที่ให้มากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะการสนับสนุนองค์ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ
4. การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังขาดบุคลากรด้านการคุ้มครองผู้บริโภค
5. การสร้างเครือข่ายด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสำคัญและจำเป็น เช่น เครือข่าย อสม. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่าย อย.น้อย, ฯลฯ

บรรณานุกรม

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค) (2551) คู่มือการดำเนินงานโครงการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน (อย.น้อย) จังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค) (2552) คู่มือการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. (2552). สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพของจังหวัดแพร่ปีงบประมาณ 2552 กรกฎาคม 2552 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่.
- Schermerhorn. (2008) Management 9 e. Associate Publisher Judith R. Joseph.



การวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาของโรงพยาบาล : กรณีศึกษาเขตตรวจราชการที่ 1

■ ภณ.เชวลวลัย เมฆสวัสดิชัย

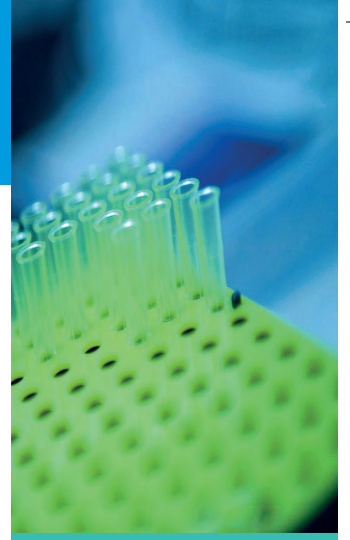
เกษียรชำนานการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

1. ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว โดยระบบดังกล่าวให้การคุ้มครองแก่ผู้มีสิทธิอย่างครอบคลุม ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและใน รวมถึงเสรีภาพในการเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐทุกแห่ง และจ่ายค่าบริการตามปริมาณการให้บริการย้อนหลังตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งปัจจุบันการเบิกจ่ายสำหรับกรณีผู้ป่วยใน ได้มีการเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายจากระบบการวางฎีกามาเป็นระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาพยาบาลระหว่างกรมบัญชีกลางกับสถานพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และจ่ายค่าบริการตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก สามารถเบิกจ่ายได้ทั้งวิธีการนำไปเสร็จรับเงินไปเบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดของผู้มีสิทธิ และเบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยภายนอก โดยยังเป็นการจ่ายตามรายการและอัตราที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (Fee-for-service) โดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ได้กำหนดอัตราการเบิกจ่ายไว้ เช่น ค่าตรวจชันสูตรต่าง ๆ ค่าหัตถการ ค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค เป็นต้น

จากการดำเนินการดังกล่าว พบว่า งบประมาณรายจ่ายด้านค่ารักษายาพยาบาลในสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเพิ่มในอัตราที่ค่อนข้างสูง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 - 2551 ค่ารักษายาพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 37,004 ล้านบาท เป็น 46,481.05 และ 54,904.48 ล้านบาท คิดเป็นอัตราร้อยละ 25.61 และ 18.12 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาล ปรากฏว่าค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นตามสมควรในอัตราที่สามารถยอมรับได้ แต่ค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยภายนอกเพิ่มในอัตราที่ค่อนข้างสูงและมีสัดส่วนสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยสัดส่วนค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยภายนอกต่อค่ารักษายาพยาบาลทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 70 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 โดยพบว่า ค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นดังกล่าว ค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับค่ารักษายาพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 83) ทั้งนี้ ข้อมูลจากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายในระบบเบิกจ่ายตรงค่ารักษายาพยาบาล พบว่า มีการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม และเกินความจำเป็น มีการโยกการจ่ายยากลับบ้านของผู้ป่วยในมาเป็นผู้ป่วยนอก การเบิกจ่ายที่ไม่เหมาะสม เช่น การเบิกค่านวดแผนไทยโดยมิได้มีข้อบ่งชี้ในการรักษายาพยาบาล เป็นต้น ตลอดจนพบว่าผู้มีสิทธิบางรายและโรงพยาบาลบางแห่งมีพฤติกรรมทุจริตในการเบิกจ่ายค่ายาอีกด้วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านยาโรงพยาบาล เขตตรวจราชการที่ 1 ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อแสดงผลการดำเนินงานของกระบวนการจัดซื้อจัดหา และการใช้ยาในระดับโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ภาพรวมเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานตามนโยบายของกระทรวง



สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจังหวัดที่อยู่ในเขตตรวจราชการที่ 1 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ จังหวัดสระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยโรงพยาบาลที่มีข้อมูลในการวิเคราะห์ในครั้งนี้ประกอบด้วยทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เช่น โรงพยาบาลสระบุรี (รพศ.) โรงพยาบาลพระพุทธบาท (รพท.) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลอยุธยา โรงพยาบาลหนองแค โรงพยาบาลแก่งคอย โรงพยาบาลหนองโดน โรงพยาบาลหนองแซง โรงพยาบาลวังม่วงสัตหิรัญ โรงพยาบาลดอนพุด โรงพยาบาลวิหารแดง โรงพยาบาลมวกเหล็ก โรงพยาบาลบ้านหมือ โรงพยาบาลเส้าไห้เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลลำลูกกา โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม โรงพยาบาลบางบัวทอง โรงพยาบาลปากเกร็ด ฯลฯ โดยข้อมูลได้จากการรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม Hos-Xp โรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยรายงานฉบับนี้จำแนกเนื้อหาตามจังหวัดดังกล่าว โดยมีการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยต่าง ๆ คือ (1) สัดส่วนมูลค่ายาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อมูลค่าการรักษารวม (2) มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อราย (คนไข้นอก) (3) ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อราย (คนไข้ใน) (4) ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อวันนอน (5) ต้นทุนค่าเฉลี่ยยาผู้ป่วยใน (ปรับค่า Adjusted Relative Weight) (6)

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

2.1 ผลการดำเนินการกระบวนกรดำเนินการจัดซื้อ/จัดหายา

2.2 ค่าใช้จ่ายด้านยา ประเด็น สัดส่วนมูลค่ายาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อมูลค่าการรักษารวม และต้นทุนค่ายา

3. วิธีการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลได้จากการรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม Hos-Xp โรงพยาบาลแต่ละแห่ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เขตตรวจราชการที่ 1 อันประกอบไปด้วย จังหวัดสระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดปทุมธานี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบเก็บข้อมูล ที่จัดทำขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลจากโปรแกรม Hos-Xp โรงพยาบาลแต่ละแห่ง

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อประเมินผลการดำเนินการจัดซื้อ/จัดหายา/การใช้จ่าย แต่ละโรงพยาบาลในเขตตรวจราชการที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่าง ๆ และเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

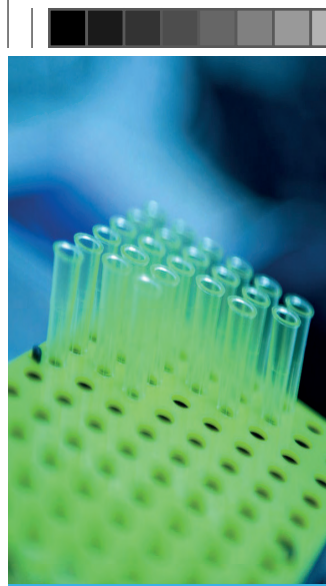
ตอนที่ 1 สัดส่วนของมูลค่ายาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อมูลค่าการรักษารวม

ตอนที่ 2 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อราย (คนไข้นอก)

ตอนที่ 3 ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อราย/ต่อวันนอน

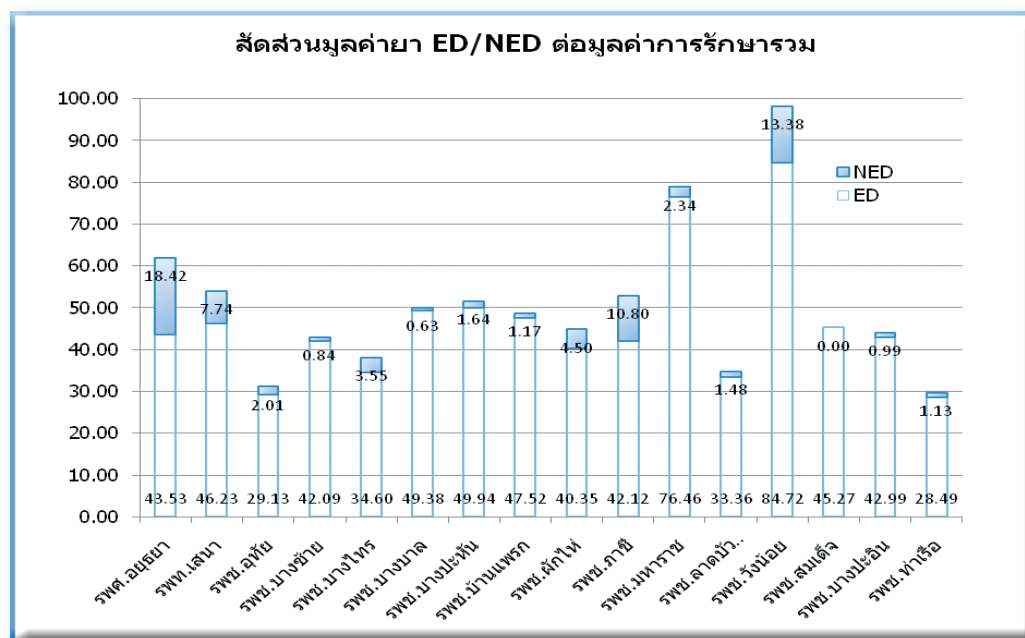
ตอนที่ 4 ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อ 1 RW (ปรับค่า Adjusted Relative Weight)



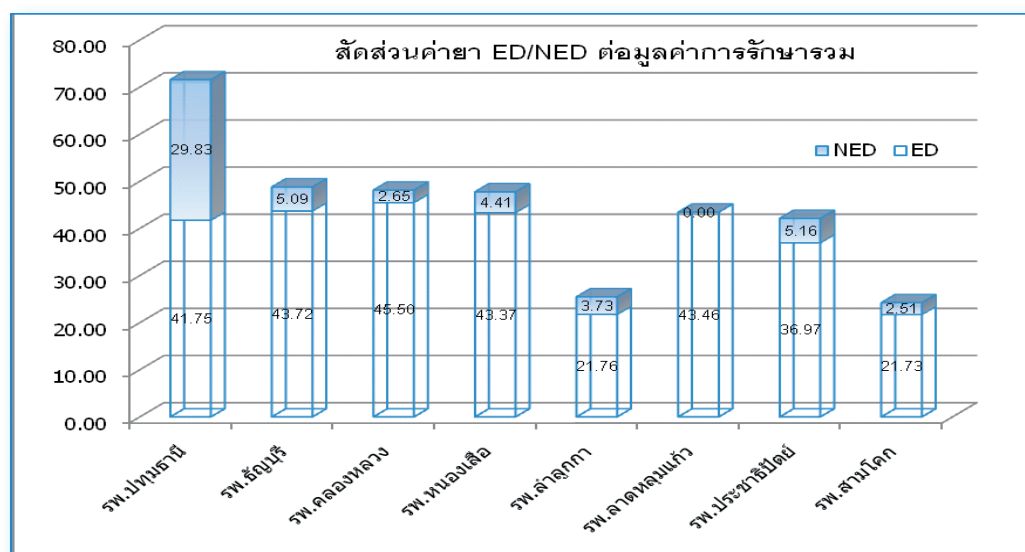


4.1 สัดส่วนของมูลค่ายาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อมูลค่าการรักษารวม

จากการวิเคราะห์สัดส่วนของต้นทุนค่ายาในและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อมูลค่าการรักษา รวมของโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาในปี พ.ศ. 2554 นั้น พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่าง โรงพยาบาล กล่าวคือ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีสัดส่วนการใช้จ่ายยานอกบัญชียาหลักสูงสุดถึง ร้อยละ 18.42 รองลงมา คือ โรงพยาบาลวังน้อยร้อยละ 13.38 โดยโรงพยาบาลวังน้อยมีสัดส่วนการใช้จ่ายยา มากที่สุด

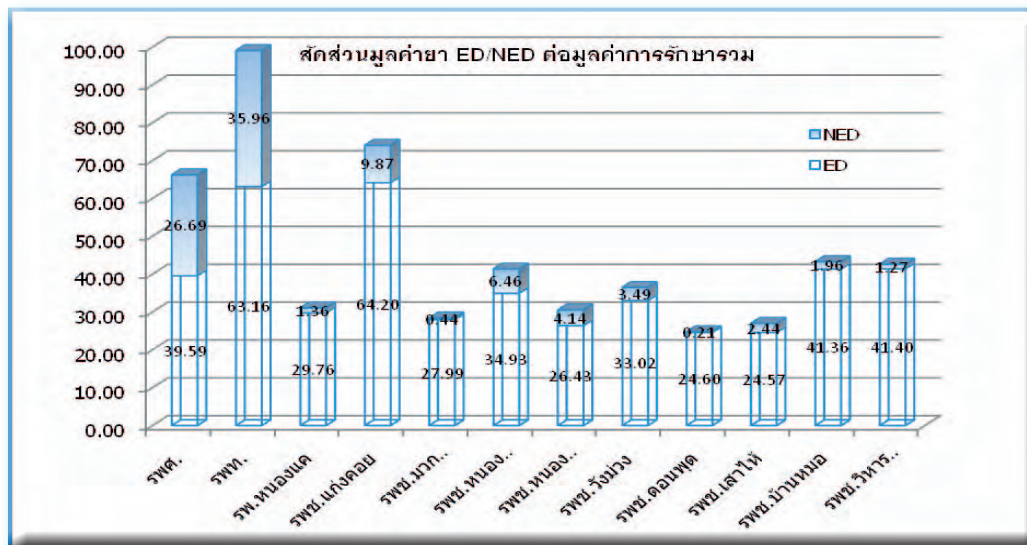


เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลในภาพรวมจังหวัดปทุมธานี ประเด็นสัดส่วนค่ายาโดยรวม (ประกอบด้วย ยาในบัญชียาหลักและนอกบัญชียาหลัก) ต่อมูลค่าการรักษาของโรงพยาบาลในจังหวัดปทุมธานี มีค่าค่อนข้างสูง โดยมีหลายโรงพยาบาลที่มีสัดส่วนค่ายามากกว่าร้อยละ 40 มีเพียงโรงพยาบาลลำลูกกา และโรงพยาบาลสามโคกเท่านั้นที่สัดส่วนค่ายามีค่าประมาณร้อยละ 25



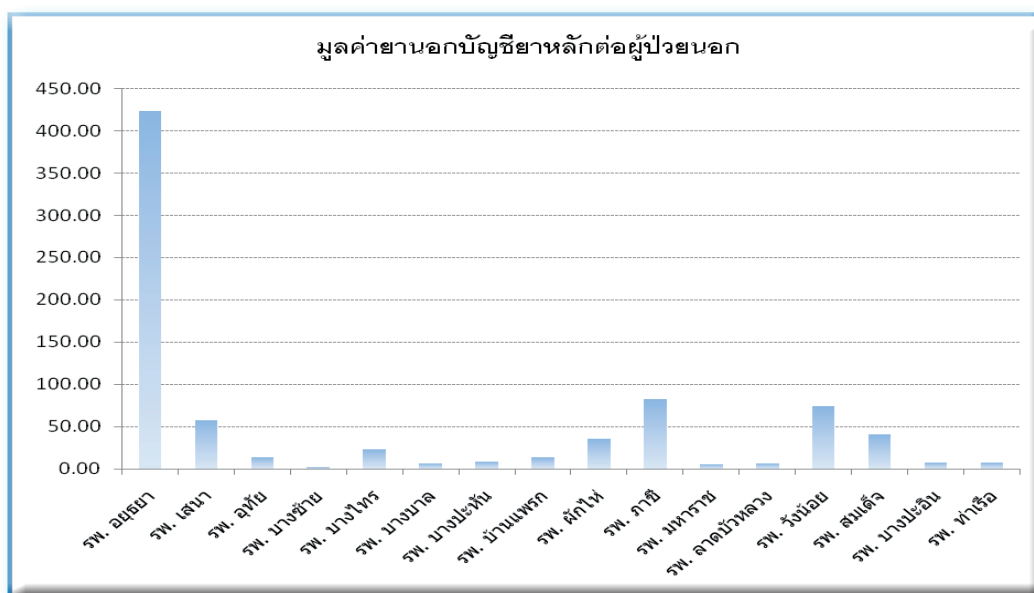


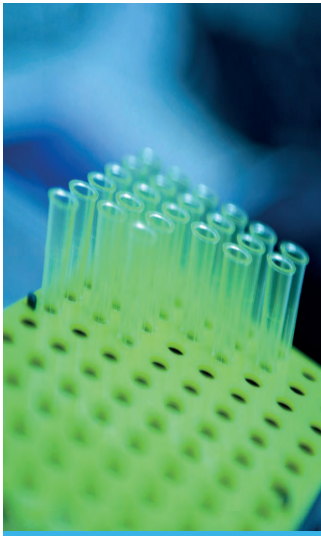
จากการวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาต่อต้นทุนการรักษาของโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรีพบว่า ต้นทุนการรักษาด้วยยานี้มีสัดส่วนที่สูงมากสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลแก่งคอย (มากกว่าร้อยละ 50 ของมูลค่าการรักษารวม) เมื่อจำแนกต้นทุนค่ายาดังกล่าวออกเป็นยา ED และยา NED พบว่า สัดส่วนมูลค่ายา NED ของโรงพยาบาลแก่งคอยนั้นมีเพียงร้อยละ 9.87 แต่สัดส่วนมูลค่ายา NED ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนมีค่าร้อยละ 26.69 และร้อยละ 35.96 ตามลำดับ



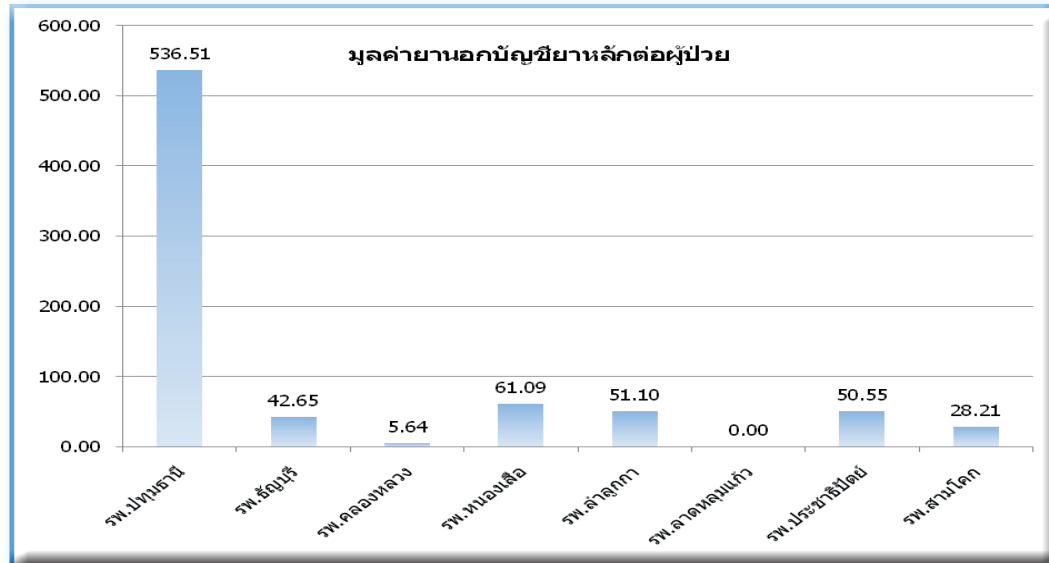
4.2 มูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อราย (คนไข้นอก)

จากการวิเคราะห์มูลค่า (ราคาขาย) ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อราย (คนไข้นอก) พบว่า โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีมูลค่าดังกล่าวมากที่สุด คือ 423.90 บาท/คน รองลงมา คือ โรงพยาบาลภาชี 82.00 บาท/คน และโรงพยาบาลวังน้อย 74.46 บาท/คน ทั้งนี้ พบว่ามีโรงพยาบาลถึง 11 แห่ง ที่มีมูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อราย (คนไข้นอก) น้อยกว่า 50.00 บาท/คน



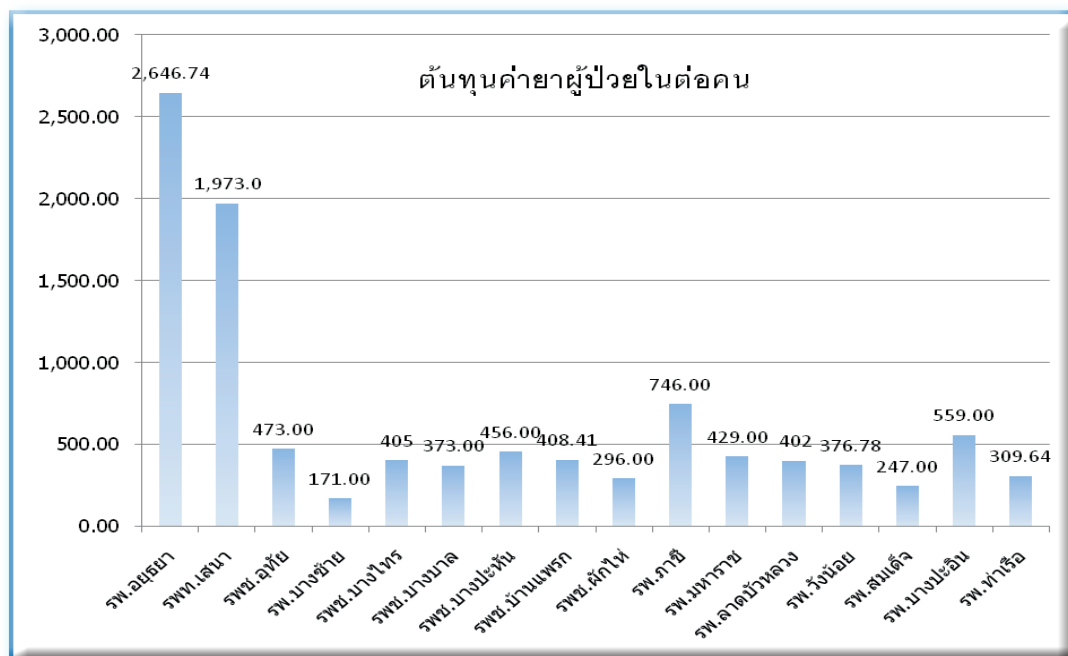


จากการวิเคราะห์มูลค่า (ราคาขาย) ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อราย (คนไข้นอก) ของจังหวัดปทุมธานี พบว่า โรงพยาบาลปทุมธานีมีมูลค่าดังกล่าวมากที่สุด คือ 536.51 บาท/คน โดยโรงพยาบาลอื่นๆ มีมูลค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติต่อราย (คนไข้นอก) น้อยกว่า 62.00 บาท/คน



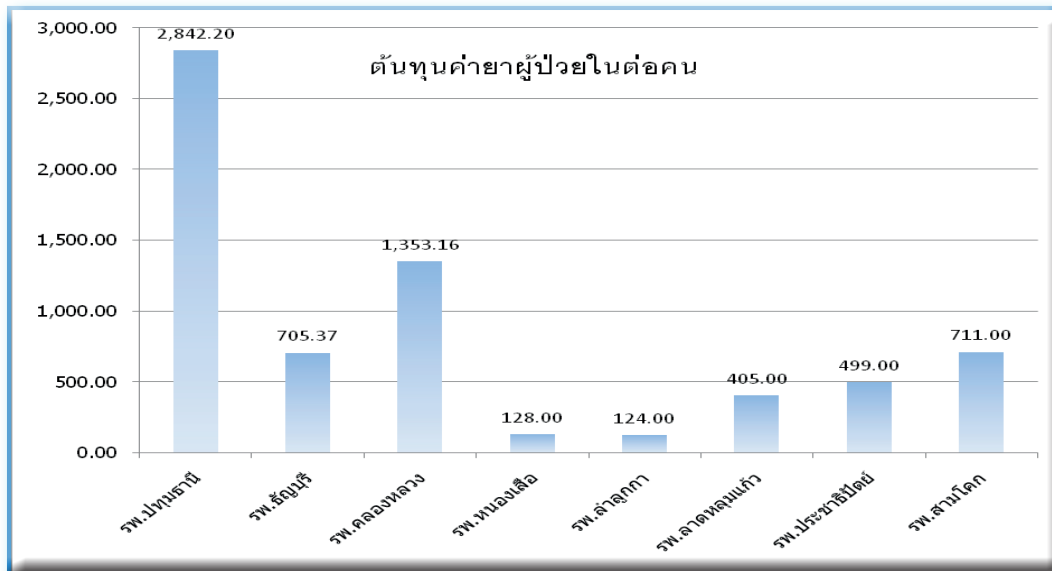
4.3 ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อราย

จากการวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อรายจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลเสนามีต้นทุนดังกล่าว คือ 2,646.74 บาท/คน และ 1,973.00 บาท/คน ทั้งนี้ พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนมีต้นทุนยาผู้ป่วยในต่อรายในหลักร้อย โดยโรงพยาบาลภาชีมีต้นทุนดังกล่าวมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนด้วยกัน

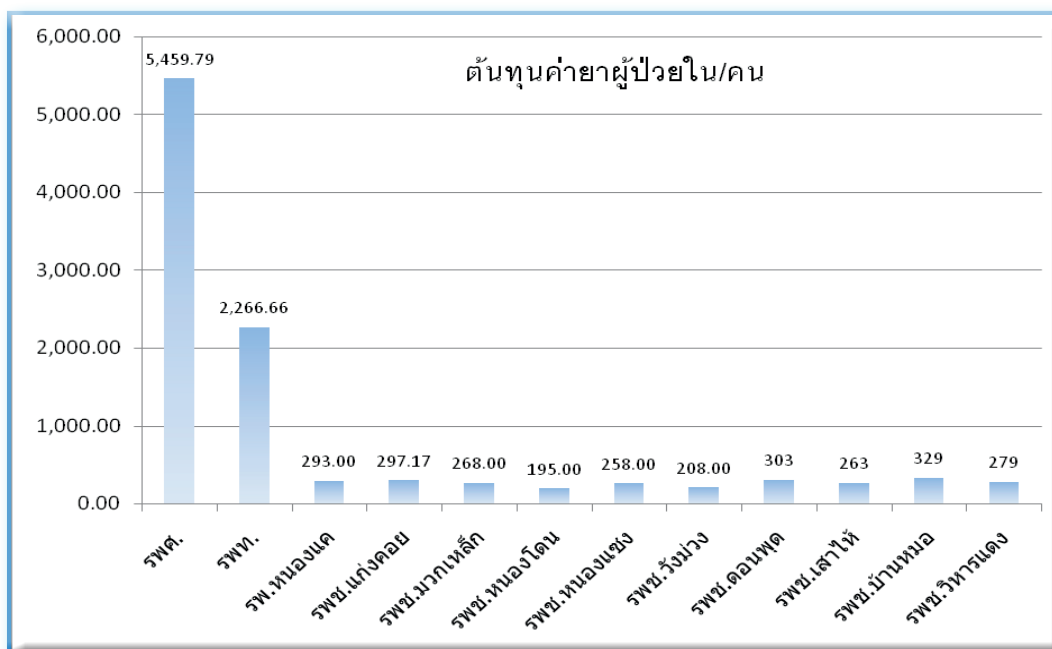


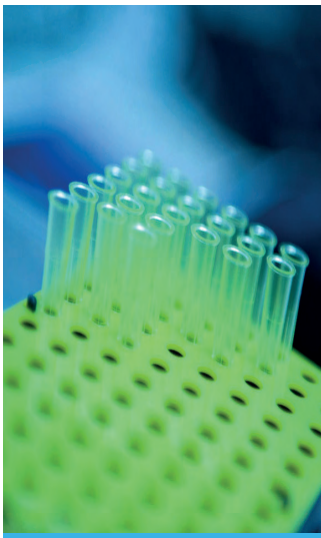


จากการวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อรายจังหวัดปทุมธานี พบว่า โรงพยาบาลปทุมธานี มีต้นทุนดังกล่าว คือ 2,842.20 บาท/คน ทั้งนี้ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีต้นทุนยาผู้ป่วยในต่อราย ในหลักร้อย ยกเว้นโรงพยาบาลคลองหลวงมีต้นทุนดังกล่าวมากที่สุด คือ 1,353.16 บาท/คน เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนด้วยกัน

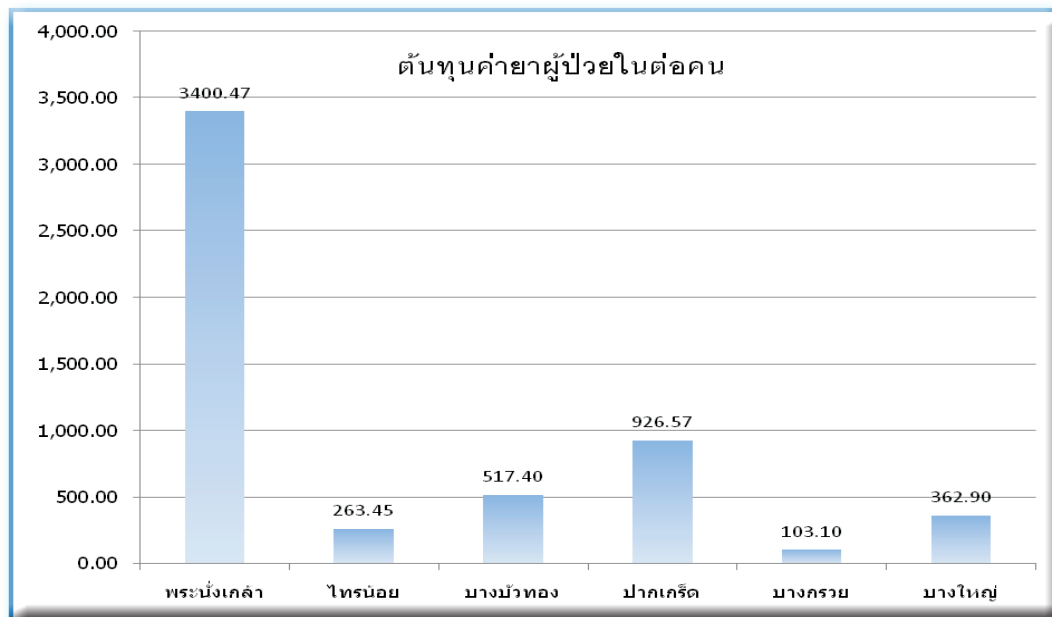


ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อคนใกล้เคียงกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสระบุรี กล่าวคือ มีค่าตั้งแต่ 195.00 ถึง 329.00 บาท/คน ในขณะที่ต้นทุนดังกล่าวของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีค่าสูงมาก คือ 5,459.79 บาท/คน สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ และ 2,266.66 บาท/คน สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป



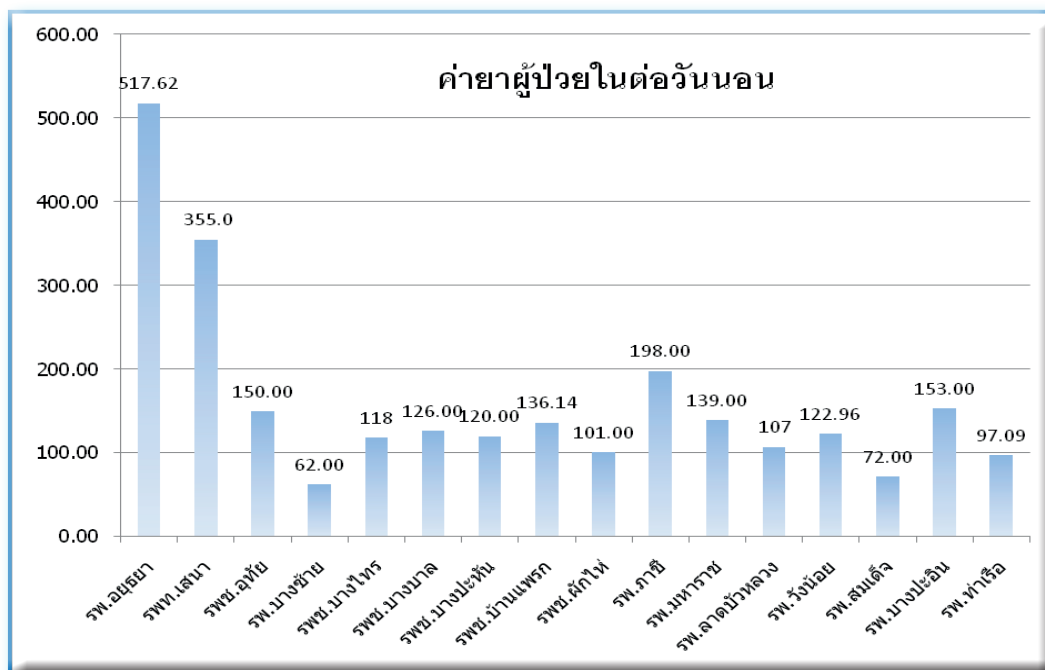


เมื่อเทียบในรายจังหวัดนนทบุรี ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อคนโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีค่ามากที่สุด คือ 3,400.47 บาท/คน ในขณะที่ต้นทุนดังกล่าวของโรงพยาบาลปากเกร็ด คือ 926.57 บาท/คน โดยโรงพยาบาลบางกรวยมีค่าต่ำสุด คือ 103.10 บาท/คน



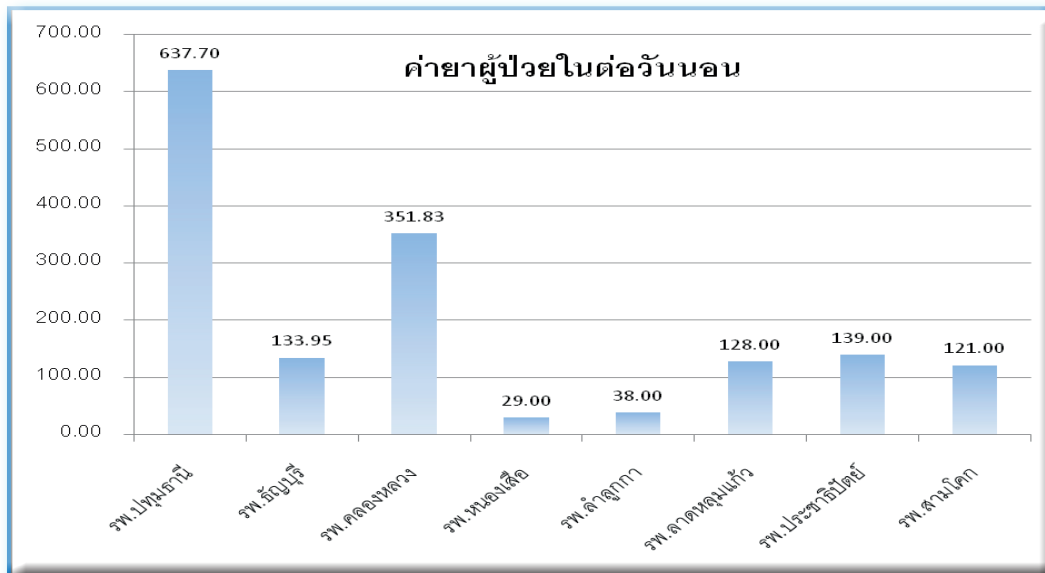
4.4 ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อวันนอน

ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อวันนอนของโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีค่านี้มากที่สุด คือ 517.62 บาท/วัน โรงพยาบาลเสนามีค่า 355.00 บาท/วัน ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ มีค่าระหว่าง 62.00 บาท/วัน ถึง 198.00 บาท/วัน

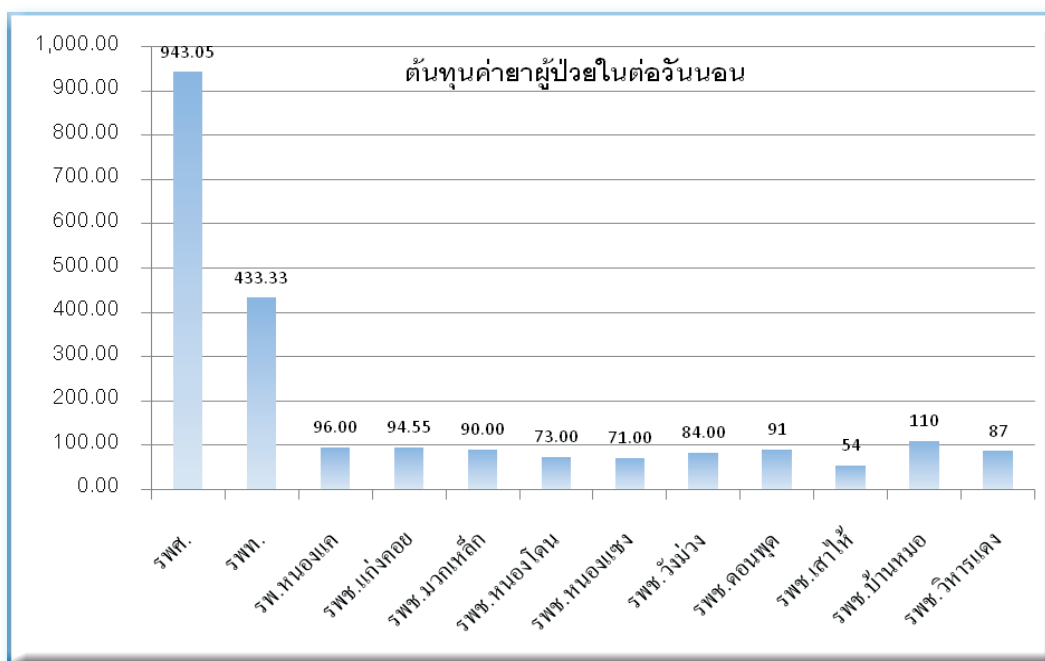


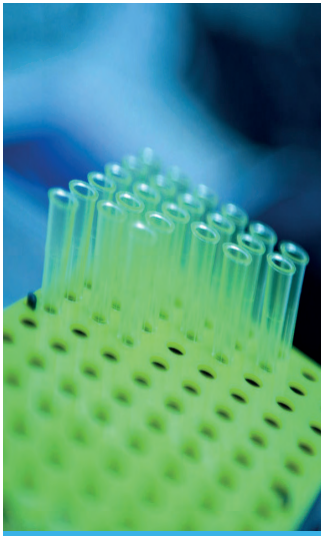


จากการวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อวันนอนโรงพยาบาลของโรงพยาบาลในจังหวัดปทุมธานี พบว่า โรงพยาบาลปทุมธานี และโรงพยาบาลคลองหลวงมีต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อวันนอนโรงพยาบาล มากกว่าโรงพยาบาลอื่น ๆ กล่าวคือ มีค่า 637.70 บาท/วัน และ 351.83 บาท/วัน ตามลำดับ

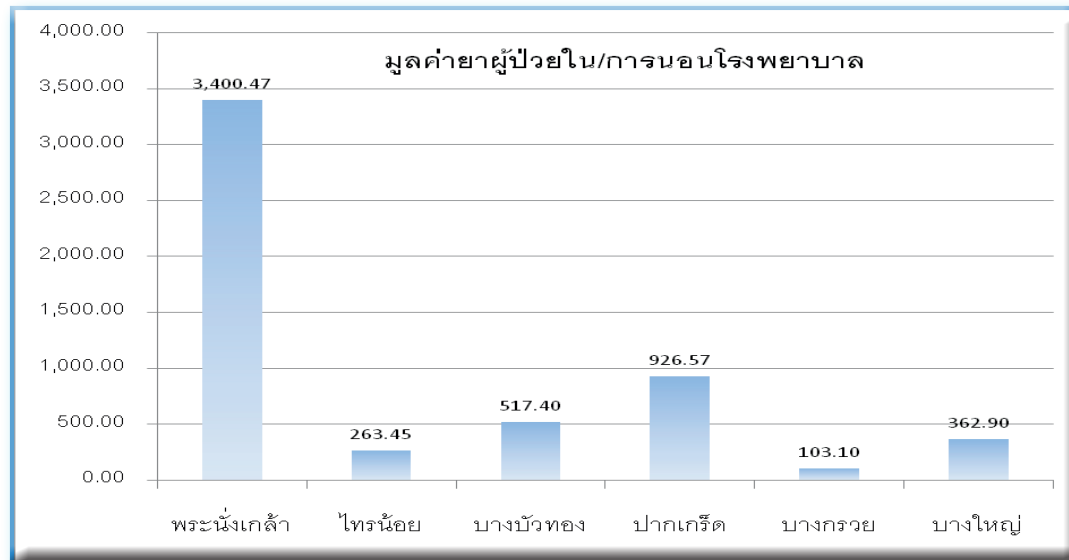


สำหรับจังหวัดสระบุรีต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อวันนอนมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลศูนย์มีต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อวันนอน 943.05 บาท/วันนอน โรงพยาบาลทั่วไปมีค่า 433.33 บาท/วันนอน ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีค่า ไม่เกิน 110 บาท/วันนอน



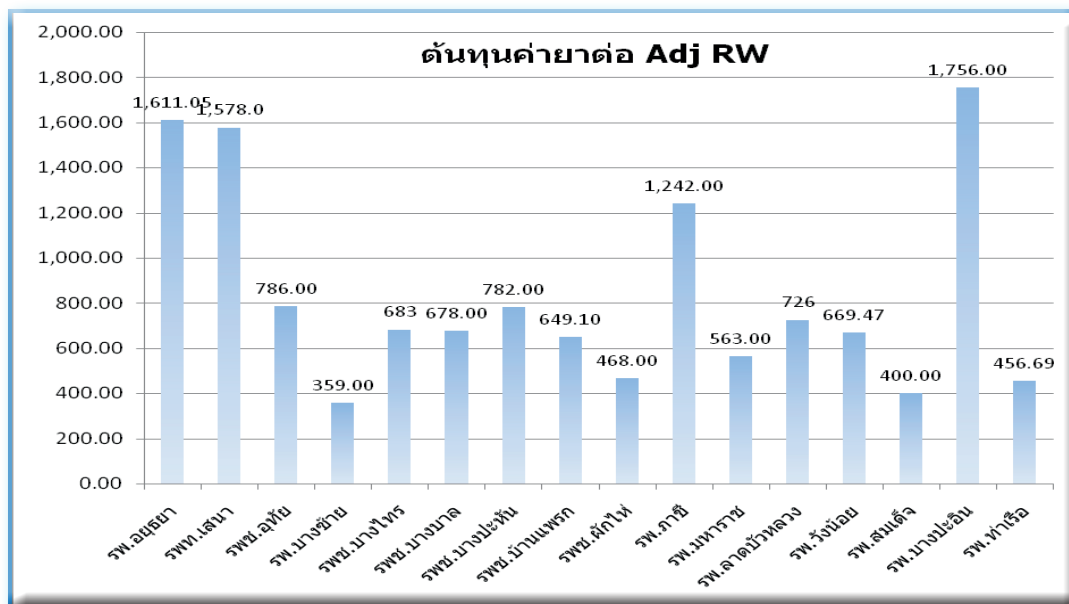


ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อการนอนโรงพยาบาลแต่ละครั้งของจังหวัดนนทบุรี พบว่า โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีต้นทุนดังกล่าวมากที่สุด คือ 3,400.47 บาท/ครั้ง ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีต้นทุนค่ายาต่อการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 103.10 บาท/ครั้ง และ 936.57 บาท/ครั้ง



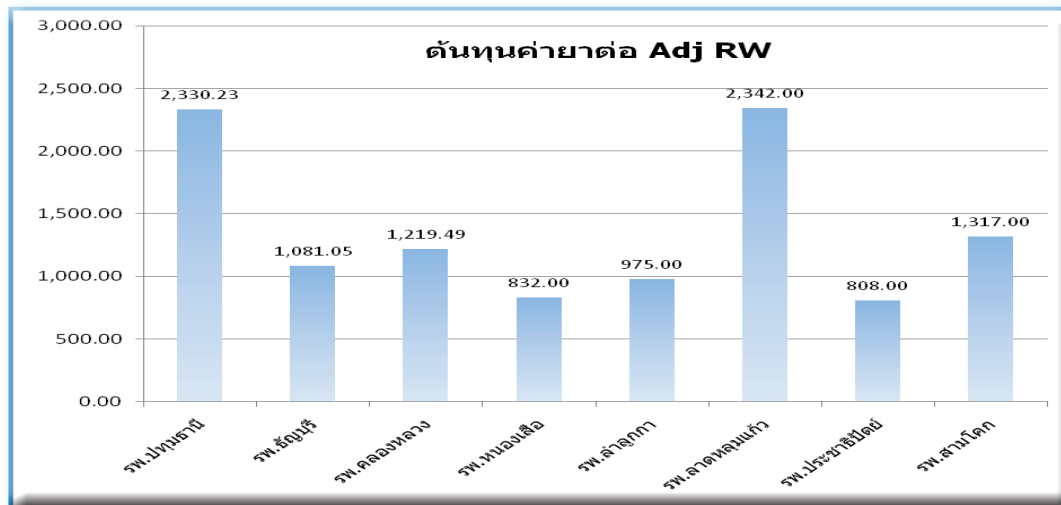
4.5 ต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อ 1 RW (ปรับค่า Adjusted Relative Weight)

ค่ายาผู้ป่วยในเมื่อปรับค่า Adjusted RW พบว่า ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ที่มีค่ายาผู้ป่วยในสูงเกินปกติเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนด้วยกัน และเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยยาผู้ป่วยในต่อผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยระหว่างโรงพยาบาลชุมชนนั้นไม่ได้แตกต่างกัน แต่ยังคงพบความแตกต่างกันของค่ายาผู้ป่วยในระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขนาดใหญ่

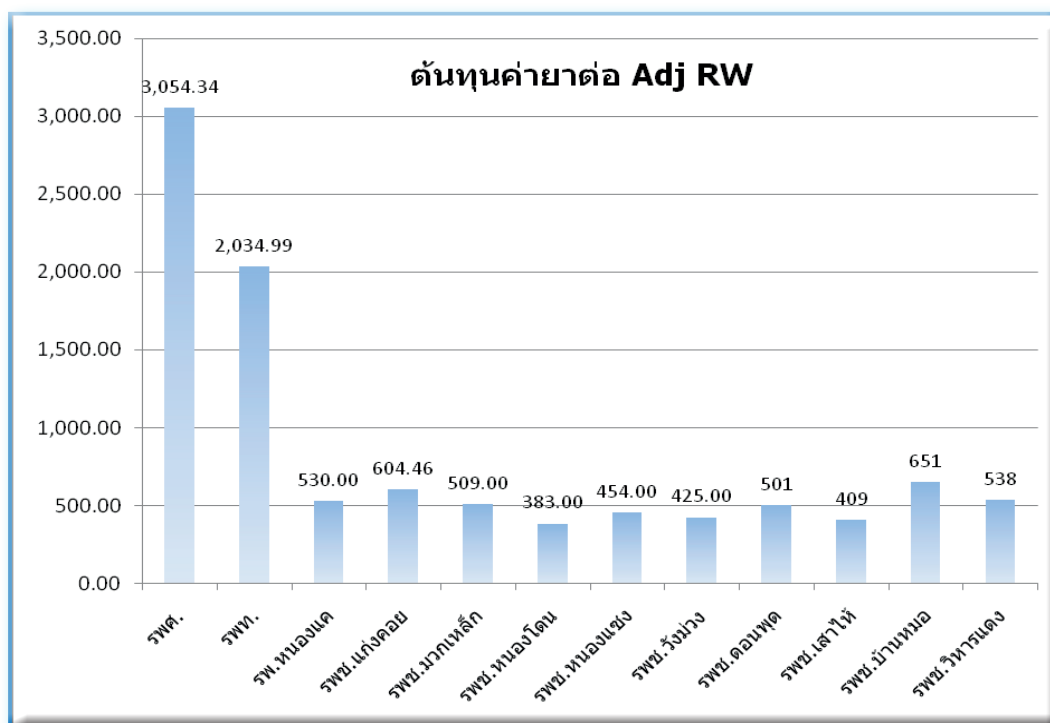




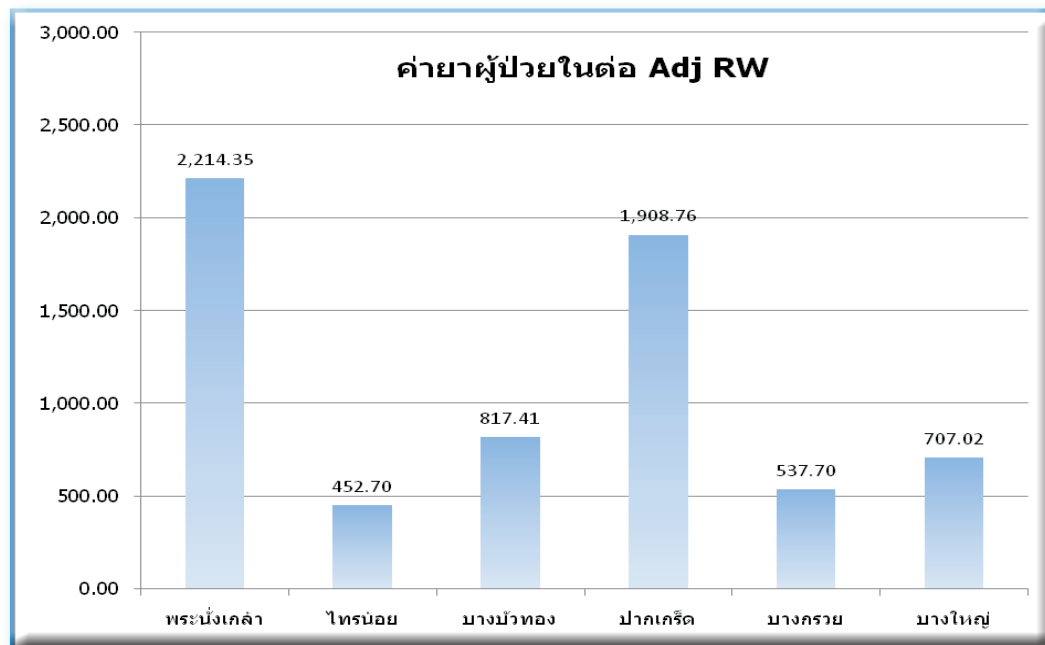
โรงพยาบาลในจังหวัดปทุมธานีก็มีลักษณะคล้ายกัน คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีต้นทุนค่ายาต่อ Adjusted RW สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่มีโรงพยาบาลขนาดเล็กบางแห่งที่ต้นทุนดังกล่าวแตกต่างจากโรงพยาบาลประเภทเดียวกัน



สำหรับโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรีนั้น เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีต้นทุนค่ายาผู้ป่วยในต่อ 1 Adjusted RW สูง โดยที่โรงพยาบาลชุมชนนั้นมีค่าดังกล่าวใกล้เคียงกัน



สำหรับโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรีนั้น พบว่า ค่ายาผู้ป่วยในต่อ 1 Adjusted RW นั้นแตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีค่ายาผู้ป่วยในต่อ 1 Adjusted RW สูงสุด โดยโรงพยาบาลชุมชนที่มีค่านี้สูงสุด คือ โรงพยาบาลปากเกร็ด



5. สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ค่าใช้จ่ายด้านยา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งมีค่ายาเป็นสัดส่วนที่สูง ผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยา เขตตรวจราชการที่ 1 ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตตรวจราชการที่ 1 นายแพทย์ สุรเชษฐ์ สติรนิรัมย์ ผลที่นำเสนอเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลในปี พ.ศ. 2553 –2554 จากโรงพยาบาลในเขตตรวจราชการที่ 1 ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งศูนย์และทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 42 แห่ง สำหรับต้นทุนหรือมูลค่าการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาตินั้น พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งมีแนวโน้มที่จะมีการใช้นานอกบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงมีระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

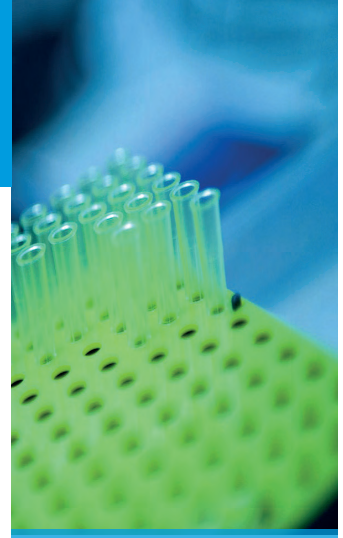




เพื่อที่จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปพร้อม ๆ กัน นอกจากนี้กลไกการควบคุมอื่น เช่น การประเมินการใช้ยาทางคลินิก ควรได้รับการสนับสนุน รวมทั้งการดำเนินงานเชิงรุกของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของแต่ละโรงพยาบาลที่ต้องเน้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การกำกับติดตาม และการบริหารแบบธรรมาภิบาลเพื่อให้ทรัพยากรของประเทศได้รับการใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่า รวมทั้งควรให้มีการพัฒนาเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดำเนินการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยมุ่งเน้นการจัดเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน และมีการถอดบทเรียนจากโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเป็นระยะ ๆ นอกเหนือจากการสนับสนุนให้ทบทวนการสั่งใช้ยา (Drug Utilization Review)

การพัฒนามาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่าย เพื่อเสริมบทบาทโรงพยาบาลในการควบคุมค่าใช้จ่าย และส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแพทย์ในการสั่งยาให้เหมาะสม โดยปรับมาตรการให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ได้แก่ Academic detailing, Reference price, Negative list, Drug cost sharing

- ขอขอบคุณ อาจารย์แสวง จากมหาวิทยาลัย
- ขอขอบคุณการสนับสนุนข้อมูลจากโรงพยาบาลทุกระดับ ในจังหวัดเขตตรวจราชการที่ 1 โดยความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 แห่ง





การพัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ และการติดตาม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลบางกระทุ่ม “The Development of preventing repeated ADRs and Monitoring adverse drug events in Bangkrathum Hospital”

■ พรณิพรรณ สุนธราวัฒน์

เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อลดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำของผู้ป่วย และสามารถรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยได้มากขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม 2554 จนถึง กันยายน 2555 โดยการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพในโรงพยาบาล การบันทึกประวัติผู้ป่วยในฐานะข้อมูลให้บริการของโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลในหน่วยบริการเพื่อเตือนและเฝ้าระวังติดตามอาการของผู้ป่วย พบว่าสามารถประเมินอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยได้ถึง 864 ราย ซึ่งเกิดอาการที่ไม่สัมพันธ์กับการใช้ยาที่สงสัย 97 ราย ประเมินอาการจากประวัติในอดีตและออกบัตรแพ้ยา 573 ราย ประเมินอาการและออกบัตรแพ้ยา 194 ราย การเฝ้าระวังทำให้ไม่พบอุบัติการณ์เกิดแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วย

จากการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาครอบคลุมทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาล ให้เกิดความตระหนักในการใช้ยาของผู้ป่วย ระบบเตือนการแพ้ยาจะช่วยลดโอกาสของการเกิดการแพ้ยาซ้ำในผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ : อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การแพ้ยาซ้ำ



Abstract

The objective of the development of preventing repeated ADRs and monitoring ADEs in the hospital is to reduce repeated ADRs of patients and be able to report more about ADRs. From data collected between October 2011 and September 2012 by a multidisciplinary team in the hospital, we found that recording medical history in data bases, in-hospital handoff for cautioning and monitoring patients can assess ADEs in 864 patients. There were 97 patients that had symptoms that did not correspond to suspected drugs, 573 patients were assessed from medical history and received drug allergy identity card, and 194 patients were assessed and received drug allergy identity cards. Monitoring can lead to no repeated ADRs in patients.

Monitoring ADEs in all hospital departments help patients realize about safe drug use. Adverse drug reaction preventing systems reduce repeated ADRs in patients and make patients safe from improper drug use and provide efficiency in care giving of patients.

Keywords : Adverse Drug Reactions (ADRs), Repeated ADR type B

บทนำ

อุบัติการณ์ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางด้านเศรษฐกิจจากการเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และเสียเวลาในการรักษาอาการที่เกิดขึ้นจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาดังกล่าว รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงและส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพจะสามารถป้องกัน หรือลดความรุนแรงของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาล โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

- เพื่อพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- เพื่อป้องกันการเกิดอาการแพ้ยาในโรงพยาบาล



ขอบเขตของการพัฒนา

ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลบางกระทุ่มที่ปฏิบัติงานในการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล

ผลผลิต/ผลลัพธ์

- ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยแพ้ยาในโรงพยาบาล
- ทีมสหวิชาชีพได้ตระหนักเห็นความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการป้องกันและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย



ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อุบัติการณ์แพ้ยาในโรงพยาบาล = 0

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพ้ยา
2. เกิดช่องทางการสื่อสาร ความเชื่อมโยงของระบบยาในโรงพยาบาล
3. รายงานอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น
4. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions : ADRs) ตามคำจำกัดความ ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) หมายถึง การตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตราย และเกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจเมื่อใช้ในขนาดปกติในมนุษย์ เพื่อการป้องกันวินิจฉัยหรือรักษาโรค หรือเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของร่างกาย

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา (Side effect) หมายถึง ผลใด ๆ จากเภสัชภัณฑ์ที่ไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้นในขนาดการใช้ยาปกติในมนุษย์ ซึ่งสัมพันธ์กับคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาของยา

การแพ้ยาซ้ำ (Repeated ADR type B) หมายถึง เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาทั้งโดยตนเอง ผู้ดูแลหรือจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วเกิดอาการแพ้ยา โดยที่ผู้ป่วยเคยเกิดอาการแพ้ยาดังกล่าวจากยาที่มีชื่อสามัญทางยาเดียวกันมาก่อนทั้งที่เคยมีประวัติและไม่มีประวัติการบันทึกในเวชระเบียนหรือเอกสารของโรงพยาบาล ยกเว้นการตั้งใจให้ยาซ้ำของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ในการรักษาหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือกรณีที่ผู้ป่วยตั้งใจให้ยาซ้ำด้วยตนเอง

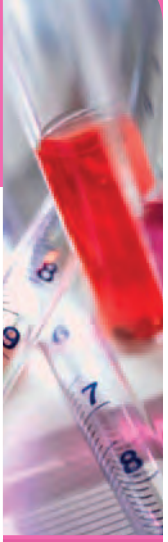
ซึ่งศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้แบ่งชนิดของ ADR โดยอาศัยคำนิยามของ Rawlins and Thompson ออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. Type A (Augmented) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา อาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงหรือไม่ขึ้นอยู่กับขนาดของยาและการตอบสนองของแต่ละบุคคล อาการที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดหรือเปลี่ยนแปลงไปใช้ยาอื่นหรือใช้ยาอื่นแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์นั้น ตัวอย่างการใช้ glibenclamide ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia), การใช้ warfarin ทำให้เกิดจ้ำเลือด (bruising)

2. Type B (Bizarre) เป็นอาการที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ล่วงหน้าจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา เมื่อให้ยาในขนาดปกติ อาการจะไม่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยาเป็นครั้งแรก แต่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้ยาค้าง ๆ มา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์นี้ไม่เกี่ยวข้องกับขนาดยาที่ใช้ อาการอาจเกิดขึ้นแม้ได้รับยาเพียงเล็กน้อย อาการที่เกิดขึ้นจะกลับสู่ปกติเมื่อหยุดยา ตัวอย่าง การเกิด anaphylactic shock จากการใช้ penicillin G, เกิด Stevens-Johnson syndrome จากการใช้ carbamazepine

การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสามารถจำแนกได้เป็น 2 ระบบ ดังนี้

1. Voluntary Spontaneous Reporting System หรือ Early Warning System คือ ระบบการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบบการรายงานด้วยความสมัครใจ ซึ่งใช้กับยาทุกชนิดในประเทศไทย เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วโลก แต่ประสิทธิภาพของรายงานขึ้นกับความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาพบหรือสงสัยว่าผู้ป่วยเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้น จะต้องรายงานอาการนั้นให้ศูนย์ฯ กระทรวงสาธารณสุขทราบ ผลการรวบรวมข้อมูลจากการรายงานดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงสัญญาณเตือนภัยในอาการ



ที่รุนแรง หรือในกรณีที่มียันตรายร้ายแรงถึงชีวิต ก็อาจจะมีการสั่งให้มีการหยุดจำหน่ายในท้องตลาดชั่วคราว จนกว่าจะแน่ใจว่ายามีความปลอดภัยต่อการใช้อย่างแท้จริง

2. Safety Monitoring Program (SMP) เป็นการติดตามความปลอดภัยของการใช้ยาภาคบังคับใช้สำหรับยาใหม่ (new drug) ซึ่งครอบคลุมถึง

(1) ยาที่เป็นสารตัวใหม่ (New Chemical Entities, NCE) คือ ตำรับยาที่มีตัวยาสำคัญเป็นยาใหม่หรืออนุพันธ์ใหม่

(2) ยาที่มีข้อบ่งใช้ใหม่ (new indication)

(3) ตำรับยาที่เป็นสูตรผสมใหม่ (new combination) และ

(4) ยาที่มีระบบส่งผ่านยาแบบใหม่ (new delivery system)

เมื่อมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น จะมีการวิเคราะห์และประเมินความสัมพันธ์ของยาที่สงสัยกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นโดยอาศัยข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติและสภาวะของผู้ป่วย ระยะเวลาที่เกิดอาการหลังจากได้รับยา (onset time) อาการตอบสนองของผู้ป่วยหลังจากหยุดยา เป็นต้น เพื่อสรุปความน่าจะเป็นของความสัมพันธ์ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ใช้นั่นอน (certain) น่าจะใช้ (probable) อาจจะใช้ (possible) และสงสัย (unlikely)

การวิเคราะห์และประเมินความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับรายการยาที่สงสัย มีข้อมูลที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์และประเมิน ดังนี้

1. ข้อมูลที่ใช้ ประกอบด้วย ข้อมูลที่ได้รับจากแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ของยาดังกล่าวจากหนังสือ หรือ วารสารทางการแพทย์

1.2 ข้อมูลประวัติและสภาวะของผู้ป่วยที่อาจมีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ โรคที่เป็นสาเหตุที่ใช้อยู่ และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.3 ระยะเวลาที่เกิดอาการภายหลังได้รับยา (onset)

1.4 อาการตอบสนองที่เกิดขึ้นหลังจากการหยุดใช้ยา (dechallenge)

1.5 อาการตอบสนองที่เกิดขึ้นภายหลังให้ยาซ้ำอีกครั้ง (rechallenge)

2. ขั้นตอนการวิเคราะห์และประเมินผล ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

2.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลต่าง ๆ ในแบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รายงานที่สามารถนำมาวิเคราะห์และประเมินต้องประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้

- อายุ เพศ ของผู้ป่วย
- ยาที่สงสัยและยาอื่นที่ใช้ร่วม
- อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ
- โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือสาเหตุที่ต้องใช้ยานั้น

- วันที่ใช้ยา วันที่หยุดใช้ยา
- * วันที่เกิดอาการและผลหลังจากพบอาการนั้น

2.2 ประเมินความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับรายการยาที่สงสัยตามแบบประเมิน Naranjo's Algorithm ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ โดยจะต้องตอบคำถามแต่ละข้อ ให้คะแนนจากนั้นรวบรวมคะแนนนำมาสรุประดับความน่าจะเป็น โดยแบ่งระดับความน่าจะเป็นออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ใช้นั่นอน Certainly (คะแนน ≥ 9) หมายถึงกรณีที่อาการทางคลินิก รวมทั้งผลที่ผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ มีลักษณะดังนี้

1.1 เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่สอดคล้องกับการใช้ยา และ

1.2 ไม่สามารถอธิบายด้วยโรคที่เป็นอยู่ หรือ ยา หรือ สารเคมีอื่น ๆ ที่ใช้ร่วม และ

1.3 เมื่อหยุดใช้ยาที่สงสัยแล้วอาการดีขึ้น หรือหายจากอาการนั้นอย่างเห็นได้ชัด และ

1.4 หากมีความจำเป็นต้องใช้ยาซ้ำใหม่จะ



ต้องเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถอธิบายด้วย
ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหรือเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่
ปรากฏชัด

2. น่าจะใช้ Probable (คะแนน 5-8) หมายถึง กรณี
ที่อาการทางคลินิก รวมทั้งผลที่ผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ
มีลักษณะดังนี้

2.1 เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่สอดคล้องกับ
การใช้ยา และ

2.2 ไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ หรือ ยา
หรือ สารเคมีอื่น ๆ ที่ใช้ร่วม และ

2.3 เมื่อหยุดใช้ยาที่สงสัยแล้วอาการดีขึ้นหรือ
หายจากอาการนั้น แต่

2.4 ไม่มีข้อมูลของการใช้ยาซ้ำ

3. อาจจะใช้ Possible (คะแนน 1-4) หมายถึง กรณี
ที่อาการทางคลินิก รวมทั้งผลที่ผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ
มีลักษณะดังนี้

3.1 เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่สอดคล้องกับ
การใช้ยา แต่

3.2 สามารถอธิบายด้วยโรคที่เป็นอยู่ หรือ ยา
หรือ สารเคมีอื่น ๆ ที่ใช้ร่วม และ

3.3 ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการหยุดใช้หรือมีแต่
ข้อมูลไม่สมบูรณ์

4. สงสัย Unlikely (คะแนน ≤ 0) หมายถึง กรณีที่
อาการทางคลินิก รวมทั้งผลที่ผิดปกติทางห้องปฏิบัติการ
มีลักษณะดังนี้

4.1 ระยะเวลาที่เกิดอาการไม่สอดคล้องกับ
ระยะเวลาการใช้ยา และ

4.2 สามารถอธิบายด้วยโรคที่เป็นอยู่ หรือ ยา
หรือ สารเคมีอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมด้วยอย่างชัดเจน

5. ไม่สามารถแบ่งระดับได้ Unclassified หมายถึง
ไม่มีข้อมูลที่จะแสดงถึงความเกี่ยวข้องของผลิตภัณฑ์
สุขภาพที่ใช้กับการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้ ให้
ระบุเหตุผล

5.1 อุบัติเหตุ/ฆ่าตัวตาย หมายถึง เหตุการณ์
ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
อย่างไม่ได้ตั้งใจ หรือตั้งใจเพื่อให้เกิดการตาย

5.2 ใช้ในทางที่ผิด หมายถึง เหตุการณ์ไม่
พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น
นอกเหนือจากข้อบ่งใช้ที่ผลิตภัณฑ์นั้นได้รับอนุญาต

5.3 อื่น ๆ ระบุ หมายถึง กรณีที่อยู่นอกเหนือ
จากข้อที่สามารถเลือกได้ข้างต้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

- ทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม การชักประวัติแพ้ย
ยา แนวทางการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้
ยาของผู้ป่วย นำปัญหาอุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไข
- จัดทำแนวทางปฏิบัติในการรายงานอาการ
ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- กำหนดแนวทางในการออกบัตรแพ้ยาเฉพาะ
กรณีที่เป็น ADR type B และ ADR type A ชนิดรุนแรง
ที่ผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ หรือส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วย

- จัดทำระบบแจ้งเตือน สัญลักษณ์ เพื่อสื่อสาร
ให้บุคลากรในหน่วยงานทราบ

- ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาจะได้รับการบันทึก
ประวัติแพ้ยาลงในแฟ้มเวชระเบียนโรงพยาบาล โดยระบุ
ชื่อยา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น ติดสติ๊กเกอร์สีแดง
“ผู้ป่วยแพ้ยา” ที่บริเวณปกแฟ้ม เวชระเบียน

- กรณีผู้ป่วยให้ประวัติแพ้ยาจะระบุในวงเล็บ
“ผู้ป่วยให้ประวัติ” และออกบัตรแพ้ยาจากการให้ประวัติ

- ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะนอน
ในโรงพยาบาลจะปั๊ม “ผู้ป่วยแพ้ยา” ตัวอักษรสีแดง ไว้
ในแบบฟอร์มบันทึกประวัติผู้ป่วย (progress notes) และ
ติดสติ๊กเกอร์ “ผู้ป่วยแพ้ยา” ไว้หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย
(ชาร์จอลูมิเนียม) เพื่อให้บุคลากรในหอผู้ป่วยสังเกตเห็น
ได้ชัด

- ประชุมชี้แจงในทีมคณะกรรมการเภสัชกรรม
และการบำบัดของโรงพยาบาลให้ทราบถึงระบบการ
ป้องกันและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
แนวทาง บทบาทในการดำเนินงานเฝ้าระวัง

- อบรมให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้เกิด
ความเข้าใจเห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังอาการไม่
พึงประสงค์จากการใช้ยา



ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินอาการไม่พึงประสงค์กับยาที่สงสัย

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน (ราย)
ออกบัตรแพ้ยาผู้ป่วยรายใหม่	194
ออกบัตรแพ้ยาผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาในอดีต	573
ไม่ได้ออกบัตรแพ้ยาและได้อธิบายถึงความไม่สัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์	97
รวม	864

- สรุปผลการดำเนินงานในทีมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล

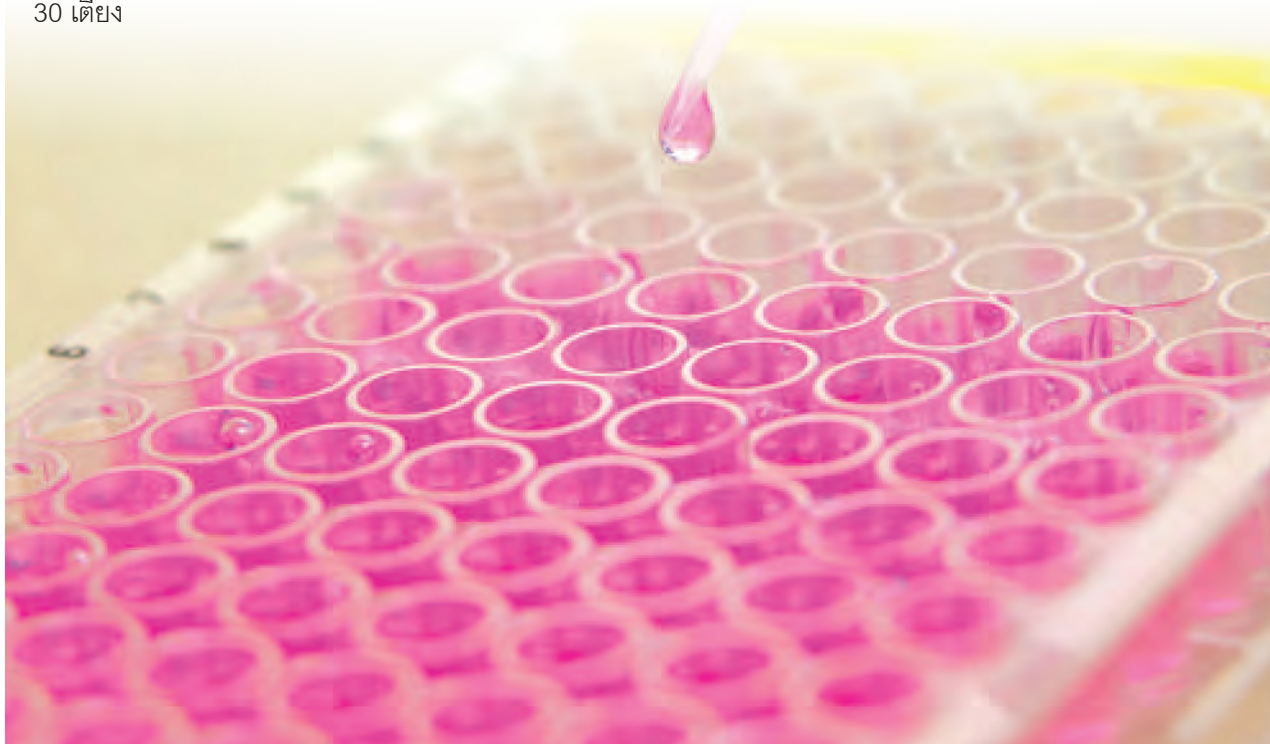
- รวบรวมรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพส่งศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการดำเนินงาน

การพัฒนากระบวนการป้องกันแพ้ยาซ้ำและการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลบางกระทู้ ได้จัดทำแนวทางในการเฝ้าระวังและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด และเก็บข้อมูลผู้รับบริการของโรงพยาบาลบางกระทู้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง

จากการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 จนถึงกันยายน 2555 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินทั้งสิ้น 864 ราย โดยได้ทำการบันทึกประวัติอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลงในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ให้บริการ ซึ่งหากแพทย์ได้สั่งใช้ยาหรือกลุ่มยาที่ผู้ป่วยรายนั้นมีประวัติลงแพ้ จะมีข้อความเตือนให้แพทย์ทบทวนก่อนทำการสั่งใช้ยาอีกครั้ง และพบว่ามีผู้ป่วยที่ชักประวัติและประเมินพบว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่สัมพันธ์กับยาที่สงสัย จำนวน 97 ราย ซึ่งได้อธิบายและสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับสาเหตุอื่น ๆ ที่สามารถส่งผลให้เกิดอาการนั้น

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบ่งตามระดับความน่าจะเป็น





โดยการประเมินความสัมพันธ์ของอาการไม่พึงประสงค์กับยา ตาม Naranjo 's algorithm จะพบในระดับ possible มากที่สุด จำนวน 641 ราย รองลงมาคือ ระดับ probable จำนวน 110 ราย โดยระดับความน่าจะเป็นที่ possible จะพบมาก เนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่ใช้ยาหลายตัว และมีรายงานการทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างเดียวกัน แพทย์จึงให้หยุดยาทั้งหมดภายหลังเกิดอาการ

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแบ่งตามระบบอวัยวะ

ระบบอวัยวะของร่างกายที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากที่สุด คือ ระบบผิวหนัง 332 ครั้ง เนื่องจากสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยสามารถสงสัยว่าเกิด ADR ได้ทันที รองลงมา ได้แก่ ADR ที่เกิดในหลายอวัยวะพร้อมกันจำนวน 216 ครั้ง ระบบทางเดินหายใจจำนวน 97 ครั้ง

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบยาที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์

มากที่สุด คือ enalapril จำนวน 211 ราย อาการที่พบคือ ไอแห้ง ๆ ซึ่งเป็น ADR type A จากยาซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถทนได้ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วย รองลงมาอันดับ 2 คือ ยา amlodipine จำนวน 97 ราย อันดับ 3 คือ ยา penicillin จำนวน 65 ราย

การแพ้ยา

สามารถป้องกันการแพ้ยาได้ จากการสื่อสารประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วย ระบบเตือนการแพ้ยาในคอมพิวเตอร์ การติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาที่ปกทะเบียนผู้ป่วย การแจ้งเตือนบน doctor order sheet หน้า chart ประวัติการรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ไม่พบผู้ป่วยแพ้ยาในโรงพยาบาล

สรุปผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาระบบการป้องกันและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ครอบคลุมทุกจุดบริการในโรงพยาบาลบางกะพูน การประเมินและบันทึกประวัติการแพ้ยาในเวชระเบียน การซักประวัติแพ้ยาก่อนส่งพบแพทย์ ก่อนสั่งจ่ายยาของแพทย์ ก่อน





ส่งมอบยาของเภสัชกร หรือก่อนบริหารยาของพยาบาล ทำให้บุคลากรสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเกิดความตระหนักในการใช้ยากับผู้ป่วย มีระบบเตือนการแพ้ยาของผู้ป่วย สามารถป้องกันอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ เกิดกระบวนการทำงานเป็นทีม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เกิดความ

ปลอดภัยในการใช้ยา ลดโอกาสการถูกฟ้องร้อง ควรมีการทบทวนระบบอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เพื่อเป็นการกระตุ้นบุคลากรสหวิชาชีพในโรงพยาบาลให้เห็นความสำคัญ เกิดความตระหนัก ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. คู่มือการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านเครือข่าย internet. Available at URL:<http://www.fda.moph.go.th/fdanet/html/product/apr/aprmain.html>.
2. ธิดา นิงสานนท์, จันทิมา โยธาพิทักษ์. ตรงประเด็น...เรื่อง Adverse Drug Reaction. กรุงเทพฯ : สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย 2549).
3. ศูนย์ติดตามอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. แนวทางปฏิบัติงานติดตามอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2543.
4. ศูนย์ติดตามอาการอื่นไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ. คู่มือการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ความผิดปกติระบบผิวหนัง..กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2550.





พลโทสุภกร สงวนชาติศรไกร

อก.เร่งเดินหน้าก่อสร้าง โรงงานผลิตยาธิปไตย

คาดผลิตยาออกสู่ตลาดได้
กันยายน 2558

“สำหรับโรงงานผลิตยาธิปไตย 1 จะดำเนินการผลิตภายใต้มาตรฐาน GMP ที่ อย. ให้การรับรอง ซึ่งเป็นการตรวจตามแนวทางของมาตรฐาน GMP-PIC/S และดำเนินการผลิตด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีกำลังการผลิตสูง โดยในเบื้องต้นจะผลิตยาแคปซูล จำนวน 17 รายการ มีกำลังการผลิต จำนวน 703 ล้านเม็ด/ปี ในส่วนของยาเม็ดจะผลิตจำนวน 15 รายการ มีกำลังการผลิตจำนวน 1,622 ล้านเม็ด/ปี ซึ่งการที่มีกำลังการผลิตสูงนี้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาคุณภาพได้มากขึ้น

พลโทสุภกร สงวนชาติศรไกร ประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรม เปิดเผยถึงความคืบหน้าการดำเนินการก่อสร้างโรงงานผลิตยาธิปไตย 1 ในส่วนของการก่อสร้าง อาคารผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ และอาคารสนับสนุน ว่าจากกรณีที่องค์การเภสัชกรรมได้ยกเลิกสัญญาจ้างบริษัทผู้รับจ้างเดิมไปเนื่องจากบริษัทไม่สามารถทำงานให้แล้วเสร็จตามสัญญา และงานส่วนที่ส่งมอบแล้วมีข้อบกพร่องไม่เป็นไปตามข้อกำหนด โดยเฉพาะระบบควบคุมอุณหภูมิและความชื้นภายในอาคารผลิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อการผลิตยาขององค์การฯนั้น องค์การฯ จึงจำเป็นต้องหาผู้รับจ้างรายใหม่

ประธานกรรมการองค์การฯ กล่าวต่อว่า ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการโครงการก่อสร้างดังกล่าวดำเนินการแล้วเสร็จสมบูรณ์สามารถเปิดดำเนินการผลิตยาได้โดยเร็ว องค์การฯ จึงได้ดำเนินการจัดหาผู้รับจ้างรายใหม่ ซึ่งขณะนี้ องค์การฯ ได้ผู้รับจ้างที่จะเข้ามาดำเนินการก่อสร้างแล้ว คือ บริษัท แอร์พลัส เอ็มพีพลาย จำกัด โดยจะมีการลงนามในสัญญาว่าจ้างในวันศุกร์ที่ 21 พฤศจิกายน 2557 โดยค่าจ้างตามสัญญา 45 ล้านบาทถ้วน (รวม VAT) จากราคากลาง 45,237,751.05 บาท (รวม VAT) โดยในการปรับปรุงก่อสร้างในส่วนงานที่เหลือทั้งหมดนี้จะใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้นประมาณ 210 วัน นับจากวันส่งมอบพื้นที่ ทั้งนี้ องค์การฯ จะส่งมอบพื้นที่เพื่อให้ผู้รับจ้างเข้าดำเนินการสำรวจพื้นที่ต่าง ๆ ในวันจันทร์ที่ 24 พฤศจิกายน 2557 โดยทั้งนี้ในระยะแรก จะเร่งดำเนินการปรับปรุงในส่วนของ Module การผลิตยากลุ่มแคปซูล โดยมีกำหนดแล้วเสร็จภายใน 120 วัน นับจากวันส่งมอบพื้นที่ หรือ ประมาณเดือนมีนาคม 2558 ในขณะเดียวกันจะดำเนินการปรับปรุงในส่วนของอีก 3 Modules ที่เหลือที่ใช้สำหรับการผลิตยาเม็ด และยาแคปซูลชนิด Pellet คู่ขนานกันไป ซึ่งจะดำเนินการแล้วเสร็จภายใน 180 วัน นับจากวันส่งมอบพื้นที่ คาดว่าจะแล้วเสร็จประมาณเดือนพฤษภาคม 2558 พร้อมกันนั้นจะดำเนินการในส่วนงานแก้ไขข้อบกพร่องของอาคารอำนวยการ งานภายนอกอาคาร งานตรวจสอบความ

ถูกต้อง (Validation), Training, As-built Drawing โดยทั้งหมดนี้จะดำเนินการเสร็จภายใน 210 วัน คาดว่าจะแล้วเสร็จประมาณเดือนมิถุนายน 2558

ประธานกรรมการฯ กล่าวต่อไปว่า เมื่อการปรับปรุงก่อสร้างในแต่ละ Module แล้วเสร็จ องค์การฯ จะทำการทดลองการผลิตเพื่อให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เข้ามาตรวจรับรองมาตรฐาน GMP โดยในส่วน Module การผลิตยาแคปซูล อย. จะเข้ามาตรวจรับรอง GMP ในเดือนมิถุนายน 2558 และคาดว่าจะได้รับการรับรองในเดือนสิงหาคม 2558 ดังนั้น ยากลุ่มแคปซูลจะเป็นยากลุ่มแรกที่จะออกสู่ตลาดได้ประมาณเดือนกันยายน 2558



“เมื่อการปรับปรุงก่อสร้างในแต่ละ Module แล้วเสร็จ องค์การฯ จะทำการทดลองการผลิตเพื่อให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เข้ามาตรวจรับรองมาตรฐาน GMP โดยในส่วน Module การผลิตยาแคปซูล อย. จะเข้ามาตรวจรับรอง GMP ในเดือนมิถุนายน 2558 และคาดว่าจะได้รับการรับรองในเดือนสิงหาคม 2558



อก.เร่งเดินหน้าวิจัยยาสูตรทางเลือก และสร้างนวัตกรรมยาให้เก็บริกษาง่าย เพื่อผู้ป่วยเอดส์



ญ.อัครา เอกแสงศรี รอง ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

เปิดเผยว่า เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อการรักษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ยาวนานมากที่สุด องค์การเภสัชกรรมได้เริ่มการวิจัยและพัฒนายาชื่อสามัญในกลุ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยเริ่มจากยาเดี่ยว Zidovudine 100 mg capsules และเริ่มออกสู่ตลาดในปี พ.ศ. 2538 และได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องอีกหลายรายการ ทั้งในรูปแบบยาเดี่ยวและยาสูตรผสม เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับกรณีเกิดผลข้างเคียง หรือดื้อยาสูตรยาที่เป็น first line โดยเป็นไปตามแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย

รองผู้อำนวยการ กล่าวต่อว่า ในปี 2557 นี้ องค์การฯ ยังคงดำเนินการวิจัยและพัฒนาในกลุ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่อง โดยได้มีการวิจัยและพัฒนาที่เป็นสูตรทางเลือก สำหรับกรณีเกิดผลข้างเคียงหรือดื้อยาสูตรยา first line ได้แก่ ยา Abacavir 300 mg tablets ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างในกระบวนการพิจารณาขอขึ้นทะเบียนยาจากสำนักงานคณะกรรมการ

อาหารและยา (อย.) นอกจากนี้ ยังมียาสูตรทางเลือกอีกหลายรายการที่อยู่ในระหว่างการศึกษาและพัฒนา เช่น Abacavir/Lamivudine 600/300 mg tablets, Tenofovir/Disoproxil Fumarate/Emtricitabine/Efavirenz 300/200/600 mg tablets และ Darunavir 300, 600 mg tablets โดยยาด้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ทุกรายการจะผ่านขั้นตอนการศึกษาชีวสมมูล ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวเป็นการนำยาที่องค์การฯ ได้ทำการศึกษาริจัยและพัฒนา มาศึกษาประสิทธิภาพของยาเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพในการรักษาเทียบเท่ากับยาดั้งเดิม โดยทำการศึกษาทดสอบทั้งในห้องปฏิบัติการที่ได้การรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการที่ดี (GLP : Good Laboratory Practice) และศึกษาในคนที่มีสุขภาพดีตามมาตรฐานการทดลองทางคลินิกที่ดี (GCA: Good Clinical Practice) ซึ่งเมื่อผลการศึกษาชีวสมมูลสำเร็จ แสดงว่ามีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับยาดั้งเดิม ต่อจากนั้นองค์การฯ จึงจะทำการยื่นขอขึ้นทะเบียนยาจาก อย. ต่อไป

นอกจากนั้น องค์การฯ ยังได้นำเทคโนโลยีการผลิตยาแบบใหม่มาใช้ในการพัฒนายา Ritonavir 100 mg tablets ซึ่งเป็นยาด้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ ในกลุ่ม Protease inhibitors ที่ใช้ร่วมกับยาด้านไวรัสเอดส์ชนิดอื่น ๆ ซึ่งปัจจุบันมักจะอยู่ในรูปของยาแคปซูลชนิดนิ่ม (Soft gelatin capsule) ซึ่งต้องเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 2-8 °C ซึ่งอาจทำให้ไม่สะดวกในการเก็บรักษา องค์การฯ จึงได้วิจัยและพัฒนา ยา Ritonavir 100 mg tablets ให้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด (Heat stable tablet) ที่สามารถเก็บได้ที่อุณหภูมิไม่เกิน 30 °C ช่วยให้การขนส่งและเก็บรักษามากยิ่งขึ้น โดยนำเทคนิคที่เรียกว่า “Hot Melt Extrusion” มาใช้ ซึ่งเป็นวิธีการเปลี่ยนรูปผลึกของตัวยากรูปผลึก (crystalline form) ที่มีความคงตัวดี แต่ละลายน้ำไม่ดี ให้อยู่ในรูปอสัณฐาน (amorphous form) ที่กระจายตัวย่อยใน carrier จึงทำให้ Amorphous form มีความคงตัวดี และละลายน้ำดี เพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึม และประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งเป็นเทคนิคเดียวกันกับการผลิตยาดั้งเดิม

“องค์การฯ มีความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีการเข้าถึงยาได้มากขึ้น จึงเดินหน้าวิจัยและพัฒนา ยาด้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเร่งการผลิตยาดังกล่าวให้มีปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป อีกทั้งยังจะเป็นการลดงบประมาณการซื้อยาจากต่างประเทศได้อีกด้วย” รองผู้อำนวยการ กล่าว





ภญ.อัจฉรา เอกแสงศรี

รองผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม

คว้ารางวัลเภสัชกรดีเด่นเพื่อสังคม ปี 2557

ภญ.อัจฉรา เอกแสงศรี
รองผู้อำนวยการองค์การ

เภสัชกรรม เข้ารับใบประกาศนียบัตรจาก ผศ.ภญ.สำลี ใจดี ประธานมูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคม ในโอกาสได้รับรางวัลเภสัชกรดีเด่น ประจำปี 2557 ในงานพิธีมอบรางวัล “เภสัชกรดีเด่นเพื่อสังคม” ครั้งที่ 6 พ.ศ.2557 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2557 ณ เรือนจุฬานกมิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่จัดขึ้นโดยมูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคม ร่วมกับแผนงานพัฒนาเภสัชกรเภสัชกร (กพย.) แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม (วจส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา (มสพ.) และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รางวัลเภสัชกรดีเด่นเพื่อสังคมเป็นรางวัลที่ทางมูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคมมุ่งริเริ่มสร้างสรรค์เภสัชกรให้มีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาสุขภาพสังคม การบริหารจัดการระบบยา ระบบสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อย่างถึงพร้อมด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อเป็นขวัญ กำลังใจ และเชิดชูเกียรติ รวมทั้งเป็นแบบอย่าง



| ภญ.อัจฉรา เอกแสงศรี |



ความภาคภูมิใจและแรงบันดาลใจในการประกอบวิชาชีพตามบทบาทอำนาจหน้าที่ของเภสัชกรทุกสาขา และนิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์

จากการได้รับรางวัลในครั้งนี้ ทางมูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคมได้พิจารณาคัดเลือกและเล็งเห็นถึงบทบาทหน้าที่ของ ภญ.อัจฉรา เป็นผู้ริเริ่มทุ่มเททำงานหนักเพื่อการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องกว่า 30 ปี อาทิ ปี พ.ศ. 2547 ได้วิจัยพัฒนายาชื่อสามัญ พัฒนาสูตรตำรับเพื่อทดแทนการใช้ยาต้นแบบ พัฒนาสูตรตำรับยาต้าน





“

จากการได้รับรางวัลในครั้งนี้
ทางมูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคม
ได้พิจารณาคัดเลือกและเล็งเห็น
ถึงบทบาทหน้าที่ของ ภญ.อัจฉรา
ที่เป็นผู้ริเริ่มบุกเบิกทำงานหนัก
เพื่อการวิจัยและพัฒนายา
อย่างต่อเนื่องกว่า 30 ปี
อาทิ ปี พ.ศ. 2547 ได้วิจัย
พัฒนายาเชื้อสาคัญ พัฒนาสูตร
ตำรับเพื่อทดแทนการใช้ยาต้นแบบ
พัฒนาสูตรตำรับยาต้านไวรัส
สูตรเอชไอวีผสม ช่วยให้ผู้ป่วย
รับประทานยาได้ง่ายขึ้น

”

ไวรัสสูตรเอชไอวีผสม ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ง่ายขึ้น ยามีราคาถูกลง ผู้ป่วย
เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้มากขึ้น ปี พ.ศ. 2544 ได้ร่วมจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสิทธิบัตร
ยาทำให้การพัฒนาอุตสาหกรรมยาขององค์การเภสัชกรรมทำงานได้ง่ายขึ้น สามารถ
ตรวจสอบความใหม่และยื่นคัดค้านได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ปี พ.ศ. 2550 ได้จัด
ทำโครงการวิจัยวัคซีน H₁N₁ และได้รับอนุมัติให้ใช้กรณีเกิดการระบาดจาก อย.
เมื่อปี พ.ศ. 2554 และในปี พ.ศ. 2552 ได้จัดตั้งศูนย์ชีวสมมูลขององค์การเภสัชกรรม
เพื่อศึกษาชีวสมมูลของยาที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานการ
ขึ้นทะเบียนของ อย. เป็นการพิสูจน์ว่ายาชื่อสามัญมีประสิทธิภาพผลเทียบเท่ายาต้นแบบ
นอกจากนี้ พัฒนาสูตรตำรับยาต่าง ๆ อาทิ ยาสูตรผสม Triferdine และ Iodine
tablet ใช้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศ ยาสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ยาป้องกัน
สารกัมมันตภาพรังสียาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น จากผลงานบางส่วนที่กล่าวมา
ข้างต้น ด้วยบทบาทของ ภญ.อัจฉรา ได้ทำหน้าที่ของเภสัชกรเพื่อสังคม ในการพัฒนา
ผลิตยาจำเป็นและผลักดันการเข้าถึงยาของประชาชน อีกทั้งยังช่วยลดการสูญเสีย
เงินตราออกนอกประเทศเป็นจำนวนมากอีกด้วย จึงเป็นผู้ได้รับรางวัล เภสัชกรดีเด่น
เพื่อสังคมประจำปี 2557 จากมูลนิธิเภสัชศาสตร์เพื่อสังคม ในครั้งนี้

ภญ.อัจฉรา เอกแสงศรี กล่าวว่า รางวัลที่ตนได้รับในครั้งนี้ไม่ใช่รางวัลที่มอบ
ให้ตนแต่เพียงผู้เดียว เพราะผลงานต่าง ๆ ที่ทำให้คณะกรรมการได้พิจารณาและ
คัดเลือกนั้น เกิดจากความทุ่มเทร่วมแรงร่วมใจในการทำงานของตน รวมถึงน้อง ๆ
จากองค์การเภสัชกรรมตลอดจนภาคีเครือข่ายจากภาคประชาชน



จฟิโอ พรมมิ ชนิดเม็ด

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
ประกอบด้วยสารสกัดจากพรมมิ



ใน 1 เม็ดประกอบด้วยสารสกัดมาตรฐานจากพรมมิ
(*Bacopa monnieri* L.Wettst.) 300 มิลลิกรัม

รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง
หรือตามคำแนะนำของแพทย์



ผ่านการฉายรังสีเพื่อลดปริมาณจุลินทรีย์

วิจัยและพัฒนาโดย
คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
สนับสนุนงบประมาณโดย
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

คำเตือน
อ่านคำเตือนในฉลากก่อนบริโภค
ไม่มีผลในการป้องกันหรือรักษาโรค



ผลิตภัณฑ์คุณภาพ จาก
องค์การเภสัชกรรม

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม
โทร. 1648, 02 203 8291



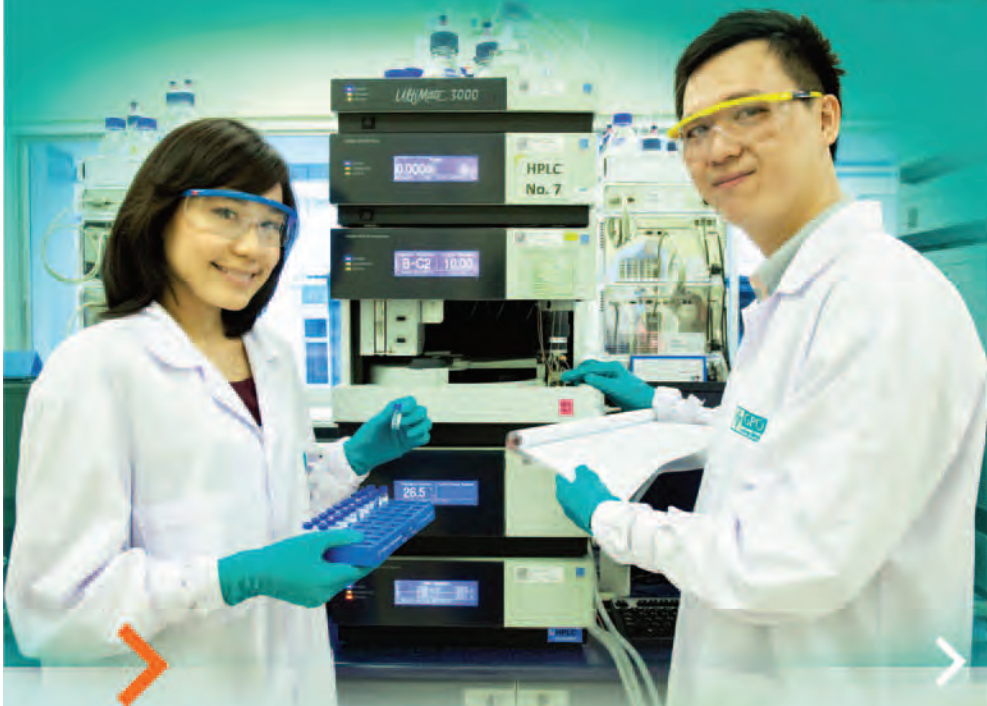
มีจำหน่ายที่ร้านขายยาองค์การเภสัชกรรม, CURMIN Shop, ทุกสาขาและร้านขายยาทั่วไป

สาขาราชเทวี (สำนักงานใหญ่) ตรงข้าม ร.พ.รามธิบดี โทร. 02 203-8846-9
สาขาศเล ด่านช้าง ร.พ.หัวเฉียว โทร. 02 222-5931
สาขาจรัญสนิทวงศ์ 22 โทร. 02 411-2118, 02 412-2884
สาขาเทเวศร์ เยื้องธนาคารแห่งประเทศไทย โทร. 02 282-0729, 02 282-1170
สาขารังสิต ใกล้ตลาดสี่มุมเมือง โทร. 02 536-3526, 02 536-3527
สาขากระทรวงสาธารณสุข โทร. 02 590-6034
สาขาพัฒนาการ ปากซอยพัฒนาการ 68 โทร. 02 322-6536
สาขาเวชศาสตร์เขตร้อน โทร. 02 354-9061
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โทร. 02 143-8768

CURMIN Shop สนามบินเชียงใหม่
อาคารผู้โดยสารในประเทศ ชั้น 2
CURMIN Shop เชียงใหม่ สาขา 2 ที่ NIM City
NIM City Daily (โครงการนิมซิตี้เดย์)
CURMIN Shop จามจุรีสแควร์ ชั้น 2 หน้าบันไดเลื่อน
ด้านเรสซิเดนซ์
CURMIN Booth เทสโก้ โลตัส ลาดพร้าว
ชั้น 2 หน้าธนาคารกสิกรไทย
CURMIN Booth เซ็นจูรี พลาซ่า ริมระเบียง ชั้น 2
CURMIN Booth ฟิวเจอร์ พาร์ค รังสิต
ชั้น B โซนเซ่นทรัล หน้า Homework
CURMIN Booth เดอะมอลล์ บางกะปิ
ชั้น 2 โซนพลาซ่า บริเวณ Beauty Zone
CURMIN Booth รพ.พระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี
อาคารอำนวยการ ชั้น 1

พัฒนาต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพและการเข้าถึงยา ...ของคนไทย

คุณภาพมาตรฐานระดับสากล
GMP-PIC/S และการเข้าถึงยาที่
จำเป็นต่อสังคมไทย เป็นความ
มุ่งมั่นขององค์การเภสัชกรรม
ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อสุขภาพ
ที่ดีของคนไทย และความมั่นคง
ด้านยาของประเทศ



www.gpo.or.th

รับผิดชอบชีวิต ผลิตยาคุณภาพ



GPO

องค์การเภสัชกรรม

องค์การเภสัชกรรม 75/1 ถนนพระรามที่ 6 ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 0 2203 8000