

แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อคุณภาพด้วย

การมีหรือไม่มีการประกันคุ้มครองสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยพบว่าผู้ไม่มีการประกันมีแนวโน้มการรับบริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มที่มีสวัสดิการคุ้มครอง^(๔) โดยการคุ้มครองทันตสุขภาพของไทย จำแนกเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ คือ

๑. ผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวและผู้มีสิทธิจ่ายเพิ่ม ๓๐ บาท/ครั้งในกรณีที่ไม่ใช่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ประกอบด้วย ถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน ทำฟันปลอมฐานพลาสติก รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม ใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เคลือบฟลูออไรด์ ตรวจสุขภาพช่องปาก และเคลือบหลุมร่องฟัน สถานพยาบาลเป็นคู่สัญญาที่มีสิทธิลงทะเบียนไว้ล่วงหน้า

๒. ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม กองทุนประกันสังคมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยจะจ่ายคืนผู้ประกันตนไม่เกิน ๒๐๐ บาท/ครั้ง ไม่เกินปีละ ๕๐๐ บาท สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ประกอบด้วย อุดฟัน ถอนฟัน และชูดหินน้ำลาย สามารถเข้ารับการรักษที่สถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนได้ทุกแห่ง

๓. สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ รัฐจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยจะจ่ายคืนผู้ให้บริการแบบ fee for service reimbursement สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ว่าเป็นการรักษาโรคของฟันและเหงือก สามารถเข้ารับการรักษาเฉพาะที่สถานพยาบาลรัฐเท่านั้น

การวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการได้รับบริการ ความคุ้มครองสุขภาพในการรับบริการ และค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านทันตกรรมของประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เขตที่อยู่อาศัยและลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน

วิธีการศึกษา

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เป็นฐานข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่มีระยะเวลาของการสำรวจในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖ ใช้วิธีการสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนตัวอย่าง โดยพนักงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ประจำอยู่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ประชากรในการสำรวจครั้งนี้ ได้แก่ บุคคลผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนทั้งเขตเมือง (รวมพื้นที่เขตเทศบาลทั่วประเทศและกรุงเทพมหานคร) และเขตชนบททั่วประเทศ

การเลือกตัวอย่างในการสำรวจดังกล่าวเป็นแบบสองขั้นตอน (stratified two stage sampling) มีจังหวัดเป็นสตราตัม (stratum) ซึ่งมีทั้งสิ้น ๗๖ สตราตัม และในแต่ละสตราตัม ได้แบ่งออกเป็น ๒ สตราตัมย่อยตามเขตการปกครอง คือ เขตเมืองและเขตชนบท โดยมีชุมชุมอาคาร (สำหรับเขตเมือง) และหมู่บ้าน (สำหรับเขตชนบท) เป็นตัวอย่างขั้นที่ ๑ และครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นตัวอย่างขั้นที่ ๒ มีจำนวนครัวเรือนตัวอย่างประมาณ ๒๗,๐๐๐ ครัวเรือน

การเลือกตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง เลือกชุมชุมอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่างอย่างอิสระต่อกันจากแต่ละสตราตัมย่อย โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชุมอาคาร/หมู่บ้านนั้น ๆ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น ๑,๙๓๒ ชุมชุมอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งสิ้น ๑๐๙,๙๖๖ ชุมชุมอาคาร/หมู่บ้าน ซึ่งกระจายไปตามภาคและเขตการปกครอง ส่วนการเลือกตัวอย่างขั้นที่สองเลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลในบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมชุมอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยได้ขนาดตัวอย่างเขตเมืองเลือก ๑๕ ครัวเรือนตัวอย่างต่อชุมชุมอาคาร ส่วนเขตชนบทเลือก ๑๒ ครัวเรือนตัวอย่างต่อหมู่บ้าน ได้ข้อมูลระดับบุคคลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวนรวมทั้งสิ้น ๖๔,๔๓๓ คน ซึ่งการประมาณค่าประชากรรวมจะคำนวณตามวิธีการ

สำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

นำข้อมูลที่ได้จากครัวเรือนตัวอย่างมาคำนวณตามสูตรในการประมาณค่าที่เหมาะสมกับวิธีการเลือกตัวอย่าง โดยมีการถ่วงน้ำหนักข้อมูล (weight) เพื่อให้ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมดที่ใกล้เคียงกับค่าที่แท้จริง โดยเสนอผลการสำรวจเป็นการประมาณค่ายอดรวมที่ปรับแล้วของจำนวนประชากรกลุ่มที่ต้องการศึกษาทั่วราชอาณาจักร

ผลการศึกษา

ก. การได้รับการทันตกรรมของคนไทย

ในช่วงเวลา ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจ (เมษายน ๒๕๔๕ - มีนาคม ๒๕๔๖) เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลของ

ประชากรตัวอย่าง พบว่า มีประชากรไทยได้รับการทันตกรรมทั้งสิ้น ๖.๕๐ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๐.๑๙ ของประชากรทั้งประเทศ มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการที่ ๐.๑๖ ครั้ง/คน/ปี โดยเพศหญิงจะมีอัตราส่วนผู้ได้รับบริการร้อยละ ๑๑.๙๑ ซึ่งสูงกว่าเพศชายที่มีเพียงร้อยละ ๘.๔๖ ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราได้รับการรับบริการทันตกรรมสูงที่สุด คือร้อยละ ๑๔.๐๗ และจำนวนครั้งเฉลี่ย ๐.๒๔ ครั้ง/คน/ปี โดยประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราได้รับการรับบริการทันตกรรมต่ำที่สุดเพียงร้อยละ ๔.๐๙ และจำนวนเฉลี่ยที่ ๐.๐๓ ครั้ง/คน/ปี เท่านั้น กลุ่มอายุที่มีอัตราส่วนผู้ได้รับบริการสูงที่สุดคือ กลุ่มอายุ ๕-๑๔ ปี (ร้อยละ ๑๖.๖๗; ๐.๒๖ ครั้ง/คน/ปี) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ ๔๕-๕๙ ปี

ตารางที่ ๑ พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมในรอบ ๑๒ เดือน จำแนกตามเพศ พื้นที่ และอายุ

	การได้รับการทันตกรรม			จำนวนครั้ง	
	ประชากร (ล้านคน)	ได้รับการ (ล้านคน)	ร้อยละ	เฉลี่ยต่อคน ต่อปี	S.D.
ประชากรรวม	๖๓.๘๘	๖.๕๐	๑๐.๑๙	๐.๑๖	๐.๖๖
เพศ					
ชาย	๓๑.๘๑	๒.๖๙	๘.๔๖	๐.๑๓	๐.๕๘
หญิง	๓๒.๐๖	๓.๘๑	๑๑.๙๑	๐.๑๙	๐.๗๔
พื้นที่					
กรุงเทพฯ	๘.๐๓	๑.๑๓	๑๔.๐๗	๐.๒๘	๑.๐๖
ภาคกลาง	๑๔.๕๒	๑.๒๖	๘.๖๘	๐.๑๔	๐.๕๘
ภาคเหนือ	๑๑.๓๓	๑.๒๙	๑๑.๔๒	๐.๑๗	๐.๖๖
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๒๑.๔๒	๑.๙๔	๙.๐๙	๐.๑๓	๐.๕๓
ภาคใต้	๘.๕๘	๐.๘๘	๑๐.๒๖	๐.๑๖	๐.๖๑
กลุ่มอายุ					
๐-๔ ปี	๕.๐๙	๐.๑๕	๒.๙๒	๐.๐๔	๐.๒๕
๕-๑๔ ปี	๑๐.๖๑	๑.๗๗	๑๖.๖๗	๐.๒๖	๐.๗๕
๑๕-๒๔ ปี	๑๑.๒๗	๐.๙๗	๘.๕๙	๐.๑๕	๐.๗๔
๒๕-๔๔ ปี	๒๐.๘๕	๒.๐๔	๙.๗๙	๐.๑๕	๐.๕๘
๔๕-๕๙ ปี	๙.๙๒	๑.๑๑	๑๑.๑๘	๐.๑๘	๐.๗๑
๖๐ + ปี	๖.๑๓	๐.๔๗	๗.๖๘	๐.๑๔	๐.๗๔

(ร้อยละ ๑๑.๑๔; ๐.๑๔ ครั้ง/คน/ปี) ส่วนกลุ่มอายุที่มีอัตราส่วนการได้รับบริการต่ำที่สุดคือกลุ่มอายุ ๐-๔ ปี และกลุ่มอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ ๒.๙๒, ๗.๖๔ ตามลำดับ (ตารางที่ ๑)

ข. สวัสดิการคุ้มครองสุขภาพกับการรับบริการทันตกรรม

ผู้ถือบัตรสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง ๓๐ บาท) เป็นกลุ่มประชากรไทยที่มีจำนวนการได้รับบริการทันตกรรมในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจมากที่สุด คือ ๔.๓๔ ล้านคน รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ๐.๙๓ ล้านคน แต่หากพิจารณาเป็นร้อยละของจำนวนคนในสวัสดิการแต่ละประเภท พบว่า ผู้ที่ทำประกันสุขภาพเอกชนมีอัตราการรับบริการทันตกรรมสูงที่สุด (ร้อยละ ๑๗.๗๗; ๐.๓๔ ครั้ง/คน/ปี) รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ ๑๖.๖๓; ๐.๓๐ ครั้ง/คน/ปี) ส่วนกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับมีค่าใช้จ่ายต่ำที่สุดคือร้อยละ ๙.๑๔ และ ๐.๑๔ ครั้ง/คน/ปี เท่านั้น สำหรับกลุ่มประชากรที่ไม่มีสวัสดิการด้านสุขภาพใด ๆ เลย พบว่า มีอัตราส่วนของผู้ที่ได้รับบริการน้อยที่สุดคือร้อยละ ๔.๔๐ ในขณะที่อัตราการรับบริการอยู่ที่ ๐.๑๗ ครั้ง/คน/ปี (ตารางที่ ๒)

ค่าใช้จ่ายในการรับบริการทันตกรรมของคนไทย

ซึ่งสอบถามจากค่าบริการทันตกรรมที่จ่ายในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๔๗๖.๔๖ บาท โดยกลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ เลย มีภาระค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ ๑,๕๓๕.๖๐ บาท กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ ๓๐๙.๕๒ บาท (ตารางที่ ๒)

หากพิจารณาการเลือกใช้สิทธิสวัสดิการในการรับบริการทันตกรรมและสถานพยาบาล (ตารางที่ ๓) พบว่าโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.) มีผู้มารับบริการทันตกรรมมากที่สุด ร้อยละ ๓๓.๗๑ รองลงมาเป็นคลินิกเอกชน ร้อยละ ๒๖.๒๒ สำหรับสถานพยาบาลยอดนิยม ๓ อันดับแรกของการใช้สวัสดิการราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ได้แก่ รพ.ช., โรงพยาบาลศูนย์ (รพ.ศ.) / โรงพยาบาลทั่วไป (รพ.ท.), และรพ.รัฐอื่น ๆ ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มใช้สวัสดิการประกันสังคมนั้น ได้แก่ คลินิกเอกชน, รพ.เอกชน, และ รพ.ช. ตามลำดับ ส่วนสถานพยาบาลสำคัญของกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ รพ.ช., สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ที่มีทันตบุคลากร, และ รพ.ศ./รพ.ท. ตามลำดับ

การใช้สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของการรับบริการทันตกรรมขึ้นกับข้อกำหนดและเงื่อนไขของแต่ละการคุ้มครองสุขภาพ จากการสำรวจพบว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๖ ผู้รับบริการร้อยละ ๓๐.๓ ไม่ได้ใช้

ตารางที่ ๒ พฤติกรรมและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของการไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย จำแนกตามการคุ้มครองสุขภาพ

ประเภทการคุ้มครองสุขภาพ	ร้อยละที่ได้รับบริการ	เฉลี่ยต่อคนต่อปี (S.D.)	ค่าบริการเฉลี่ยต่อครั้ง (S.D.)
ไม่มีสวัสดิการใด	๘.๔๑	๐.๑๗ (๐.๕๕)	๑,๕๓๕.๖๐ (๔,๕๑๓.๘๕)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑๖.๓๖	๐.๓๐ (๐.๕๕)	๕๓๕.๑๕ (๒,๓๔๓.๖๓)
ประกันสังคม/กองทุนทดแทน	๑๑.๕๓	๐.๑๕ (๐.๗๔)	๗๖๓.๔๒ (๓,๑๔๒.๖๘)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๕.๑๔	๐.๑๔ (๐.๕๕)	๓๐๙.๕๒ (๑,๖๕๓.๕๓)
ประกันสุขภาพเอกชน	๑๗.๗๗	๐.๓๘ (๑.๑๕)	๑,๓๕๗.๕๕ (๓,๗๒๒.๔๕)
รวม	๑๐.๑๙	๐.๑๖ (๐.๖๖)	๔๗๖.๔๖ (๒,๓๐๓.๒๔)

ตารางที่ ๓ สถานะที่ไปรับบริการทันตกรรม จำนวนความถี่ของการใช้บริการจริงในการรับบริการ

สถานบริการ	ไม่มี สวัสดิการใด ๆ	ราชการ/ วิสาหกิจ	นายจ้าง	ประกัน สังคม	บัตรทอง (ท.)	บัตรทอง ๓๐ บาท	ประกัน เอกชน	อื่นๆ	มี, แต่ไม่ ใช้	มี, ไม่ครอบ- คลุม	รวม
สอ./PCU ไม่มี ทันตบุคลากร	๕.๘๓ ๓.๕๒	๕.๑๘ ๑.๔๕	๐.๗๕ -	๖.๔๖ ๐.๕๒	๒๖.๗๘ ๒.๘๕	๑๕.๘๑ ๖.๖๗	๐.๕๘ -	๓.๓๖ -	๒๑.๘๘ ๐.๘๕	๗.๓๘ ๑.๔๕	๑๐๐ ๒.๗๘
สอ./PCU มี ทันตบุคลากร	๔.๗๕	๘.๖๕		๔.๗๘	๑๖.๔๑	๑๒.๗๓	๓.๓๓	๑๔.๗๕	๒.๔๗	๓.๔๘	๕.๓๑
รพ.ช.	๗.๔๒	๓๖.๒๓	๕.๔๗	๑๓.๗๒	๕๘.๕๕	๕๘.๒๕		๑๘.๔๐	๔.๒๑	๗.๒๔	๓๓.๗๑
รพ.ท./รพ.ศ.	๒.๗๐	๒๓.๖๗		๑๐.๕๕	๑๐.๖๕	๑๒.๕๔	๕.๗๖	๗.๔๕	๑.๔๘	๒.๒๐	๕.๐๕
รพ.มหาวิทยาลัย	๑.๘๓	๕.๐๕		๐.๘๖	๐.๔๐	๐.๘๐	๕.๒๖	๕.๒๒	๐.๕๗	๐.๒๒	๑.๑๖
รพ.รัฐอื่น ๆ	๗.๕๓	๑๘.๘๓	๐.๖๗	๕.๐๑	๒.๑๕	๔.๕๑	๑.๐๕	๑.๐๑	๒.๓๕	๑.๕๕	๔.๕๖
คลินิกเอกชน	๖๑.๑๘	๓.๗๗	๕๕.๕๒	๓๑.๖๒	๐.๐๕	๐.๘๗	๓๐.๖๐	๑.๔๔	๖๖.๖๖	๖๕.๕๒	๒๖.๒๒
รพ.เอกชน	๗.๘๕	๑.๕๑	๓๔.๒๐	๒๗.๕๐	๐.๓๕	๑.๘๑	๔๑.๔๑	๐.๑๕	๖.๓๕	๘.๕๑	๕.๔๓
หมอชาวบ้าน/หมอพื้นบ้าน	๐.๓๖	๐.๐๒		๐.๔๑	๐.๓๕	๐.๔๘		-	๑.๒๐	๑.๓๐	๐.๖๐
หน่วยเคลื่อนที่	๒.๓๓	๐.๓๖	๔.๑๔	๐.๖๕	๑.๖๖	๐.๒๑	-	๑๘.๗๘	๓.๔๕	๑.๑๘	๑.๘๒
โรงเรียน	๐.๗๖	๐.๐๓		-	๖.๐๔	๐.๓๕	๘.๕๕	๓๒.๗๒	๑๐.๓๕	๖.๓๕	๔.๕๖

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลตามบัตรคุ้มครองสุขภาพที่ตนมี ในการไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย จำแนกเป็นผู้ไม่ต้องการใช้สวัสดิการที่มี ร้อยละ ๒๒.๖๗ ของผู้มีสิทธิที่เข้ารับบริการ และเหตุผลจากการรักษาทันตกรรมในครั้งสุดท้ายนี้ไม่ครอบคลุมตามรายการสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ร้อยละ ๗.๖๓ ของผู้มีสิทธิที่เข้ารับบริการ เมื่อพิจารณาตามประเภทการคุ้มครองสุขภาพ ผู้มีประกันสุขภาพเอกชนมีอัตราการใช้สวัสดิการมากที่สุดร้อยละ ๗๒.๔๐ น้อยที่สุดคือผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ ๒๗.๗ (ตารางที่ ๔)

กลุ่มที่ไม่ได้ใช้สิทธิตามสวัสดิการที่มีในการรักษาทันตกรรมครั้งสุดท้าย แต่ไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชนมากที่สุดถึงร้อยละ ๖๖ รองลงมาเป็นโรงเรียนและโรงพยาบาลเอกชน ขณะเดียวกันที่สถานีอนามัย, ศูนย์สุขภาพชุมชน, รพ.มหาวิทยาลัย, รพช./รพท. ไม่ใช่ทางเลือกของกลุ่มนี้ (ตารางที่ ๕)

ค. รายได้ประชากรกับการรับบริการทันตกรรม

การสำรวจด้านรายได้ของประชากรไทย ซึ่งได้จากการสอบถามรายได้จากการทำงานหรือการลงทุนที่เป็นตัวเงินและรายได้จากการทำงานหรือการลงทุนที่เป็นสิ่งของด้วย ได้ค่าเฉลี่ยที่ ๓,๓๒๖.๖๒ บาท/คน/ปี ในการพิจารณาความแตกต่างของการรับบริการทันตกรรมนั้น จะแบ่งกลุ่มประชากรตามระดับรายได้/คน/ปี เป็น ๕ กลุ่มตามลำดับ ได้แก่ ยากจนมากที่สุด (เฉลี่ย ๖๐๓.๒๑ บาท) กลุ่มยากจน (เฉลี่ย ๑,๔๓๖.๔๒ บาท) ปานกลาง (เฉลี่ย ๒,๓๔๗.๔๔ บาท) รวย (เฉลี่ย ๔,๐๕๐.๒๖ บาท) และรวยที่สุด (เฉลี่ย ๑๐,๗๖๖.๐๒ บาท)

พฤติกรรมในการเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ ๑๒ เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าประชากรกลุ่มรวยที่สุดได้รับการบริการทันตกรรมในอัตราสูงสุดเท่ากับร้อยละ ๑๖.๖ หรือเฉลี่ย ๐.๓๑ ครั้ง/คน/ปี และอัตราการใช้บริการทันตกรรมจะลดลงตามรายได้ที่ลดลง

ตารางที่ ๔ การไม่ได้ใช้สิทธิคุ้มครองสุขภาพที่มีในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย

ประเภทการคุ้มครองสุขภาพ	รวมไม่ได้ใช้สวัสดิการ	เหตุผลการไม่ได้ใช้สิทธิ	
		ไม่ต้องการใช้สวัสดิการ	สวัสดิการมีไม่ครอบคลุม
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๓๒.๗๕	๒๐.๖๑	๑๒.๑๔
ประกันสังคม/กองทุนทดแทน	๓๑.๕๘	๒๔.๗๕	๗.๒๒
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๒๗.๗๐	๒๒.๐๑	๕.๖๙
ประกันสุขภาพเอกชน	๗๒.๔๑	๔๐.๓๕	๓๒.๐๖
รวม	๓๐.๓๐	๒๒.๖๗	๗.๖๓

ตารางที่ ๕ สถานบริการของผู้ไม่ใช้การคุ้มครองสุขภาพที่มีในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย

สถานบริการ/พยาบาล	เหตุผลการไม่ได้ใช้สิทธิ	
	ไม่ต้องการใช้สวัสดิการ	สวัสดิการมีไม่ครอบคลุม
สต./PCU ไม่มีทันตบุคลากร	๐.๘๕	๑.๕๘
สต./PCU มีทันตบุคลากร	๒.๔๗	๓.๔๘
รพ.ช.	๔.๒๑	๗.๒๔
รพ.ท./รพ.ศ.	๑.๔๘	๒.๒๐
รพ.มหาวิทยาลัย	๐.๕๗	๐.๒๒
รพ.รัฐอื่น ๆ	๒.๓๘	๑.๕๕
คลินิกเอกชน	๖๖.๖๖	๖๕.๕๒
รพ.เอกชน	๖.๓๕	๘.๕๑
หมอชาวบ้าน/พื้นบ้าน	๑.๒๐	๑.๓๐
หน่วยเคลื่อนที่	๓.๔๓	๑.๑๘
โรงเรียน	๑๐.๓๔	๖.๓๕

จนถึงประชากรกลุ่มยากจนที่สุดมีอัตราการรับบริการต่ำที่สุดเท่ากับ ร้อยละ ๔.๑๙ และเฉลี่ย ๐.๑๒ ครั้ง/คน/ปี การพิจารณาค่าใช้จ่ายของการไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายแสดงถึงความสัมพันธ์ของการจ่ายค่ารักษาทันตกรรมซึ่งแปรผันตามรายได้ โดยกลุ่มที่รวยที่สุดมีค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายการรักษาทันตกรรมครั้ง

สุดท้ายจ่ายสูงที่สุด ๑,๐๙๖.๑๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๔.๓ ของรายได้เฉลี่ยทั้งปี และมีการลดลงของค่าใช้จ่ายตามรายได้ที่ลดลง จนถึงกลุ่มที่ยากจนที่สุดจะมีค่าใช้จ่ายของการบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายต่ำที่สุดเท่ากับ ๔๖.๓๔ บาทแต่เท่ากับร้อยละ ๑๔.๑ ของรายได้เฉลี่ยทั้งปี (ตารางที่ ๖)

มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ ๕๐) ของประชากรกลุ่มที่ยากจนที่สุดได้รับบริการทันตกรรมที่ รพ.ช. รองลงมาคือที่สถานอนามัย/PCU ที่มีทันตบุคลากร, และโรงเรียนตามลำดับ ในขณะที่ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๙) ของประชากรกลุ่มที่มีรวยที่สุดนิยมไปใช้บริการทันตกรรมที่คลินิกเอกชนมากที่สุด รองลงมาเป็น รพ.เอกชน และ รพ.ช. ตามลำดับ อาจกล่าวได้ว่า รพ.ช.เป็นสถานพยาบาลที่สำคัญของการรับบริการของประชากรกลุ่มที่ ๑, ๒, และ ๓ แต่ในกลุ่มที่ ๔ และ ๕ ซึ่งมีรายได้สูงกว่าจะใช้บริการคลินิกเอกชนมากที่สุด (ตารางที่ ๗)

จ. เขตที่อาศัยกับการรับบริการทันตกรรม

เขตที่พักอาศัยของประชากรจะจำแนกตามสถานที่ตั้งของครัวเรือนที่แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือกลุ่มที่อาศัยในเขตเมือง และกลุ่มที่อาศัยในเขตชนบท

กลุ่มเขตเมืองมีอัตราการรับบริการทันตกรรมที่ร้อยละ ๑๐.๗๔ และเฉลี่ย ๐.๒๐ ครั้ง/คน/ปี กลุ่มประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

และกองทุนประกันสังคม ได้รับบริการในอัตราสูงตามลำดับ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มเขตเมืองเป็น ๖๑๒.๒๐ บาท

กลุ่มเขตชนบทมีอัตราการรับบริการทันตกรรมต่ำกว่าคนในเมือง ที่ร้อยละ ๙.๔๒ และเฉลี่ย ๐.๑๔ ครั้ง/คน/ปี กลุ่มประกันสุขภาพเอกชน สถิติการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และกองทุนประกันสังคม ได้รับบริการใน

อัตราสูงตามลำดับ เหมือนกับกลุ่มเขตเมือง ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มเขตชนบทอยู่ที่ ๒๐๒.๐๔ บาท ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มเขตเมือง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตที่อาศัย พบว่า ทุกกลุ่มประกันสุขภาพของประชากรที่อาศัยอยู่เขตชนบทมีอัตราส่วนของผู้ได้รับบริการและอัตราการได้รับบริการต่อคนต่อปีต่ำกว่าประชากรที่อยู่เขตเมือง (ตารางที่ ๘)

ตารางที่ ๖ พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมของผู้มีสวัสดิการคุ้มครองสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มรายได้

กลุ่มตามระดับรายได้	ร้อยละที่ได้รับบริการ	ค่าเฉลี่ยครั้งต่อคน	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท)	ร้อยละการไม่ใช้สิทธิ
ยากจนที่สุด	๘.๑๕	๐.๑๒	๘๖.๓๘	๑๘.๒๒
ยากจน	๘.๓๘	๐.๑๓	๑๕๑.๕๕	๑๘.๔๕
ปานกลาง	๙.๐๕	๐.๑๓	๒๔๔.๓๒	๒๔.๕๓
รวย	๑๑.๑๔	๐.๑๘	๖๓๗.๕๕	๓๕.๓๓
รวยที่สุด	๑๖.๖๐	๐.๓๑	๑๐๕๖.๑๐	๔๒.๗๔

ตารางที่ ๗ ร้อยละของสถานที่รับบริการ จำแนกตามกลุ่มรายได้

สถานพยาบาล	กลุ่มรายได้				
	ยากจนที่สุด	ยากจน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด
สอ./PCU ไม่มีทันตบุคลากร	๓.๖๘	๒.๓๔	๓.๖๗	๒.๓๐	๑.๖๗
สอ./PCU มีทันตบุคลากร	๑๓.๕๖	๑๑.๕๔	๑๑.๒๐	๗.๖๖	๓.๖๒
รพ.ช.	๕๑.๓๒	๔๕.๒๐	๓๘.๓๘	๒๑.๓๕	๑๑.๐๘
รพ.ท./รพ.ศ.	๖.๐๑	๕.๗๔	๑๒.๓๒	๘.๘๘	๕.๒๒
รพ.มหาวิทยาลัย	๐.๐๑	๐.๗๓	๐.๘๔	๒.๕๓	๑.๖๕
รพ.รัฐอื่น ๆ	๒.๒๓	๒.๕๐	๒.๔๕	๗.๖๖	๘.๖๐
คลินิกเอกชน	๖.๑๘	๑๓.๐๑	๒๑.๖๕	๓๘.๔๘	๔๕.๓๕
รพ.เอกชน	๐.๒๖	๑.๑๒	๓.๗๖	๘.๐๑	๑๒.๕๕
หมอชาวบ้าน/พื้นบ้าน	๑.๐๓	๑.๐๓	๐.๔๕	๐.๕๒	๐.๐๒
หน่วยเคลื่อนที่	๒.๘๓	๒.๔๐	๒.๖๐	๐.๗๖	๐.๕๐
โรงเรียน	๑๒.๗๐	๕.๕๘	๒.๖๖	๑.๘๔	๑.๓๓

ตารางที่ ๔ พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมของผู้มีสวัสดิการคุ้มครองสุขภาพ จำแนกตามเขตที่อาศัย

ประเภทการคุ้มครองสุขภาพ	ร้อยละที่ได้รับบริการ		เฉลี่ยครั้งต่อคน		ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาท)	
	เขตเมือง	เขตชนบท	เขตเมือง	เขตชนบท	เขตเมือง	เขตชนบท
ไม่มีสวัสดิการใด	๑๐.๕๒	๕.๔๐	๐.๒๔	๐.๐๘	๑,๗๑๕.๐๕	๑,๐๓๕.๘๒
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๑๘.๓๗	๑๔.๐๔	๐.๓๕	๐.๒๔	๖๕๗.๐๑	๓๐๓.๕๓
ประกันสังคม/กองทุนทดแทน	๑๒.๔๑	๑๑.๑๘	๐.๒๑	๐.๑๗	๗๕๑.๘๕	๗๘๓.๘๐
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๕.๖๗	๕.๐๓	๐.๑๖	๐.๑๓	๘๖๔.๕๕	๑๑๗.๕๐
ประกันสุขภาพเอกชน	๑๕.๐๘	๑๕.๕๔	๐.๔๖	๐.๒๖	๑,๕๓๒.๑๔	๕๐๔.๔๓
รวม	๑๑.๗๔	๙.๔๒	๐.๒๑	๐.๑๔	๖๑๔.๒๐	๒๐๒.๐๔

วิจารณ์

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ประชากรไทยมีอัตราการได้รับบริการทันตกรรมที่ร้อยละ ๑๐.๑๙ มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการที่ ๐.๑๖ ครั้ง/คน กลุ่มอายุที่มีผู้ได้รับบริการสูงที่สุดคือ ๕-๑๔ ปี (ร้อยละ ๑๖.๖๗; ๐.๒๖ ครั้ง/คน) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาการจัดบริการโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๔๒ ที่พบว่าสามารถให้บริการได้ประมาณร้อยละ ๑๐^(๖) และอัตราการรับบริการในการสำรวจนี้ต่ำกว่าผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติปี ๒๕๒๗, ๒๕๓๗, ๒๕๔๓-๒๕๔๔ ที่มีอัตราบริการร้อยละ ๑๔.๗-๒๓.๕, ๓๓.๑-๔๗.๓, และ ๒๓.๓-๒๙.๗ ตามลำดับ

ผู้ถือบัตรสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง ๓๐ บาท) เป็นกลุ่มประชากรไทยที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมามากที่สุด คือ ๔.๓๔ ล้านคน แต่กลับเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการรับบริการต่ำที่สุดเป็น ๐.๑๔ ครั้ง/คน ค่าใช้จ่ายในการรับบริการทันตกรรมของคนไทยมีค่าเฉลี่ย ๔๗๖.๔๖ บาท โดยกลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ เลย มีการค่าใช้จ่ายมากที่สุดกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด รายจ่ายเฉลี่ยต่อครั้งที่ได้จากการสำรวจนี้สูงกว่าต้นทุนของการศึกษาอื่น เช่น ต้นทุน

ของการรับบริการในคลินิกทันตกรรมในเวลาราชการของโรงพยาบาลน้ำพองใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๔ เป็น ๒๖๗.๔๙ บาท/ครั้ง แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบรายละเอียดของรายได้ครัวเรือนหรือสวัสดิการคุ้มครองสุขภาพของผู้รับบริการ^(๗)

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานพยาบาลมีผู้มารับบริการทันตกรรมมากที่สุด รองลงมาเป็นคลินิกเอกชน สอดคล้องกับการสำรวจทันตสุขภาพปี ๒๕๔๓-๒๕๔๔ ที่พบว่า โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นแหล่งบริการที่ประชาชนไปใช้มากที่สุดทุกกลุ่มอายุ และประชากรที่อาศัยอยู่เขตเมืองมีอัตราการใช้บริการสูงกว่าเขตชนบท ส่วนบทบาทของคลินิกทันตกรรมเอกชนที่เพิ่มขึ้น เกิดจากการขยายตัวของคลินิกทันตกรรมเอกชนในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามจำนวนทันตแพทย์ที่จบการศึกษามากขึ้น ข้อมูลของกองการประกอบโรคศิลปะ (ปี ๒๕๔๖) ระบุจำนวนคลินิกทันตกรรมเพิ่มจาก ๑,๖๕๙ แห่ง ใน พ.ศ. ๒๕๓๙ เป็น ๒,๒๓๑ แห่ง ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ และเนื่องจากมิได้มีนโยบายใด ๆ ในการสนับสนุนหรือยับยั้งการตั้งคลินิก ดังนั้นคลินิกทันตกรรมภาคเอกชนส่วนใหญ่จึงตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ โดยประมาณร้อยละ ๔๐ ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ด้วยสภาพการกระจายตัวของ

บุคลากร ส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนและคลินิกเอกชนในเขตเมืองดังกล่าว จึงเป็นสาเหตุให้ประชากรที่อยู่ในเขตเมืองมีการเข้าถึงและมีอัตราการได้รับการบริการด้านทันตกรรมสูงกว่าประชากรที่อาศัยอยู่เขตชนบท นอกจากนี้ ประชากรกลุ่มที่มีรายได้สูงซึ่งมักอาศัยอยู่เขตเมืองจึงมีพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมที่คลินิกเอกชนเป็นสัดส่วนสูงที่สุด

โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย/PCU ที่มีทันตบุคลากร ที่เป็นสถานพยาบาลด่านแรกของการบริการทันตกรรมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นแหล่งที่ประชากรกลุ่มยากจนสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ ระบบสุขภาพของไทยจึงควรพัฒนาเครือข่ายการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ เพื่อให้มีการเข้าถึงบริการทันตกรรมสำหรับประชากรกลุ่มที่ยากจนเป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม^(๑)

เมื่อไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายผู้รับบริการร้อยละ ๓๐.๓ ไม่ได้ใช้สวัสดิการร้อยละ ๖๕-๖๖ รับบริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชน สอดคล้องกับเหตุผลที่ผู้รับบริการไม่พอใจในการไปรับบริการภาครัฐคือ ต้องรอนานและมีคิวยาว^(๒) ส่วนพฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมสอดคล้องกับกลุ่มรายได้ นั่นคือกลุ่มรายได้สูงสุดได้รับการบริการทันตกรรมที่อัตราสูงที่สุด ร้อยละ ๑๖.๖ หรือเฉลี่ย ๐.๓๑ ครั้งต่อคน กลุ่มที่อัตราการรับบริการต่ำที่สุดเป็นกลุ่มที่ยากจนที่สุด ร้อยละ ๔.๑๙ ที่เฉลี่ย ๐.๐๒ ครั้งต่อคน การพิจารณาค่าใช้จ่ายของการไปรับบริการทันตกรรมแสดงถึงความสัมพันธ์ของการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแปรผันตามรายได้

การสำรวจครั้งนี้ไม่รวมรายละเอียดพฤติกรรมการรักษาทันตกรรม ตามประเภทของการบริการ เช่น การอุดฟัน ถอนฟัน จึงควรครอบคลุมในการสำรวจครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหลักเรื่องการสำรวจและการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง นักที่พร้อมเสนอเป็นภาพรวมประชากรทั้งประเทศ และขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่สนับสนุนการสำรวจและการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑ หนังสือชุด “ระบบสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๓”. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๒. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๓. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๓. แพร จิตตินันท์. การวิเคราะห์ระบบสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุม การมองอนาคตระบบสุขภาพช่องปากของคนไทยในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า. โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๔. กองทันตสาธารณสุข, รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขประจำปี ๒๕๔๕. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๕. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบบริการ. สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. ๒๕๔๓. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๖. สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ. ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; ๒๕๔๓.
๗. สุปรานี ผลอ้อ. ต้นทุนผู้ขอรับบริการทันตกรรม ใน-นอกเวลาราชการที่โรงพยาบาลน้ำพองและในเวลาที่บ้านอนามัยบัวใหญ่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาทันตสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; ๒๕๔๔.

Abstract Health and Welfare Survey 2003: Dental Care Utilization
Weerasak Putthasri*, Viroj Tangcharoensathien*, Chitpranee Vasavid*, Kanjana
Tisayatikom*, Nongluck Ngowiwatchai**
*International Health Policy Program, **National Statistic Office
Journal of Health Science 2004; 13:449-59.

The objective of this study was to explore dental utilization and expense by age, insurance scheme, income, and dwelling place. Data was collected by household questionnaire survey in April 2003 from 26,520 households, which were selected by stratified two-stage sampling.

Result of study, between 2002-2003, Thai populations had dental utilization about 10.19 percent with 0.16 visit per capita-year. Although there was 4.83 million from Universal Coverage (30 baht medical scheme) had utilized, it was the lowest utilization rate at 0.14 visit per capita-year. Expense for last dental visit was 476.46 baht on the average. Population without any insurance scheme paid 1,535.60 baht, while gold-card holders paid 309.52 baht. Community, hospital and private clinic were the most popular for dental services. There were 30.3 percent of dental clients did not use any insurance they had. Higher rates of dental visits were found when compared between urban and rural dwellers; higher income and lower income. Further study should reveal in details about type of dental services related to their behavior and dental needs.

Key words: dental service, dental utilization, health and welfare



น่านี้น่าสนใจ

ความซับซ้อนของระบบสุขภาพ : ความเข้าใจ สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ

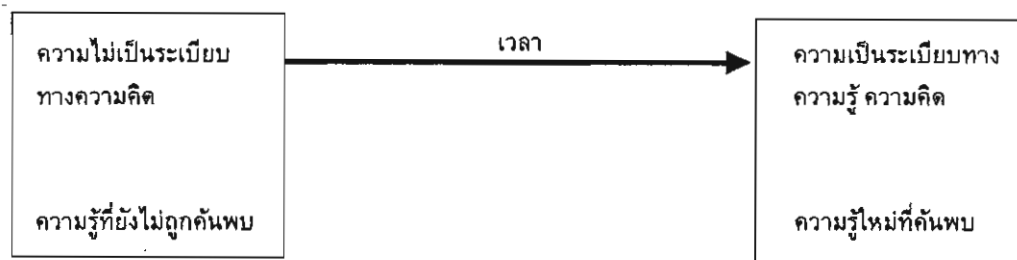


ยศ ดีระวัฒนานนท์ พ.บ., สำนักงานพัฒนานโยบายพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข, WHO fellowship, University of East Anglia, UK

เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2547 ผู้เขียนได้มีโอกาสเข้าร่วมสัมมนาเรื่อง “ความซับซ้อนและสุขภาพ (complexity and health)” ซึ่งนำการสัมมนาโดย Dr. Robert Geyer* นักวิชาการจากศูนย์ศึกษาความซับซ้อน แห่งมหาวิทยาลัยลิเวอร์พูล. หัวข้อของการสัมมนาและคั่นสังเกตของ Dr. Geyer เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้เขียนต้องเข้าไปร่วมสังเกตการณ์ ซึ่งก็ไม่ได้ให้ผลหวัง. เนื้อหาของการสัมมนามีหลายส่วนที่น่าสนใจสำหรับนักวิชาการและผู้บริหารในการนำไปปรับใช้ในสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังที่จะนำเสนอต่อไปนี้

Dr. Geyer เริ่มประเด็นด้วยการพูดถึงวัฒนธรรมทางความคิดของนักวิทยาศาสตร์ตะวันตกที่เริ่มขึ้นหลังยุคมีดซึ่งศาสนาคริสต์อิทธิพลในการครอบงำทางความคิด ความเชื่อของประชาชนทั่วไป ที่เรารู้จักกันดีในนามของยุครุ่งเรืองทางความคิด (Renaissance period). เขากล่าวถึงนักคิดนักวิทยาศาสตร์ 2 ท่าน คือ Rene Descartes (พ.ศ. 2139-2193) และ Sir Isaac Newton (พ.ศ. 2185-2270) แม้ทั้งสองมีผลงานที่แตกต่างกัน หากแต่มีแนวคิดที่คล้ายคลึงกัน และมีอิทธิพลทางความคิดต่อนักวิทยาศาสตร์จนถึงปัจจุบัน นั่นคือความเชื่อในเรื่องของสาเหตุและผล

*Dr. Robert Geyer เป็นนักเศรษฐศาสตร์ที่สนใจเรื่องความซับซ้อนในศาสตร์สาขาต่างๆ เขาให้เหตุผลว่าวิทยาศาสตร์บางแขนง เช่น เศรษฐศาสตร์หรือสาธารณสุขศาสตร์ มีความคลาดเคลื่อน (uncertainty) ในตัวแปรสำหรับการพยากรณ์เหตุการณ์ต่างๆ มากเมื่อเทียบกับวิทยาศาสตร์สาขาอื่น เช่น เคมีหรือฟิสิกส์ ทั้งนี้เขาได้พยายามอธิบายปัจจัยสำคัญของความคลาดเคลื่อนดังกล่าวซึ่งผู้เขียนนำเสนอในบทความนี้



กฎเกณฑ์ตายตัวที่มีอยู่ในธรรมชาติ (paradigm of order).

ความสำเร็จของนักวิทยาศาสตร์ในรุ่นต่อๆ มา โดยเฉพาะในช่วงปฏิวัติอุตสาหกรรมเกิดขึ้นบนพื้นฐานความคิดนี้ ทำให้ผู้คนโดยทั่วไปมีความเชื่อมั่นในแนวทางดังกล่าวมากยิ่งขึ้น. นักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส Pierre Simon de Laplace (พ.ศ. 2292-2370) ซึ่งเป็นผู้เขียนหนังสือเรื่อง Celestial Mechanics ได้สะท้อนให้เห็นศรัทธาต่อแนวคิดดังกล่าว โดย Laplace สรุปว่า “หากวันหนึ่งมนุษย์สามารถล่วงรู้กฎการเคลื่อนไหวของอนุภาคทุกชนิดในจักรวาลได้ เมื่อนั้นมนุษย์จะสามารถคำนวณปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต”.

Ernst Rutherford นักฟิสิกส์เจ้าของรางวัลโนเบลกล่าวว่า “วิทยาศาสตร์ทุกแขนงคือฟิสิกส์ หรือไม่ก็การสะสมแถมปีนเอง” ซึ่งหมายถึงงานของนักวิทยาศาสตร์ คือ การสร้างองค์ความรู้ใหม่หรือจัดระเบียบของความรู้เพื่อเกิดความรู้ใหม่เพื่อตอบคำถามที่ยากและซับซ้อนได้. กระบวนการเหล่านี้มีการสร้างและสั่งสมมาแต่บรรพกาลจนถึงปัจจุบัน ซึ่งแสดงไว้ดังภาพที่ 1 และด้วยแนวทางและกรอบความคิดนี้ มีผู้เชื่อว่าวันหนึ่งมนุษย์จะสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายสูงสุด สามารถหาคำตอบของธรรมชาติที่เป็นปริศนาของมนุษย์ชาติอย่างยาวนานได้.

ในการสร้างและสั่งสมความรู้ด้วยแนวคิดของการจัดระบบ (paradigm of order) นี้ นักวิทยาศาสตร์อาศัยหลักการสำคัญ 4 ประการ ซึ่งจะอธิบายโดยย่อ

ดังนี้

- (1) **Casualty** เป็นความเชื่อที่ว่าต้นเหตุและผลลัพธ์เป็นสิ่งที่แน่นอนตายตัวในทุกเวลาและสถานที่.
- (2) **Reductionism** เชื่อว่าระบบโดยรวมสามารถเข้าใจได้จากการสังเกตเหตุการณ์ย่อยต่างๆ ในอดีต และไม่ต้องสงสัยเลยว่าระบบใหญ่เกิดจากองค์ประกอบย่อยหลายๆ ส่วนมารวมกัน ไม่มีขาดไม่มีเกินไปจากนั้น.
- (3) **Predictability** เมื่อทราบระบบทั้งหมด เหตุการณ์ในอนาคตสามารถคาดเดาได้จากการแทนค่าตัวแปรสำคัญลงในสมการ.
- (4) **Determinism** ขั้นตอนต่างๆ ของระบบเป็นไปอย่างแน่นอนตั้งแต่ต้นจนถึงจุดสิ้นสุด.

ความซับซ้อนในสิ่งไม่มีชีวิต (abiotic complexity)

ความแม่นยำ (certainty) และความสามารถในการพยากรณ์ (predictability) ถือเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันความเป็นวิทยาศาสตร์. ในช่วงต้นของศตวรรษที่ 20 แนวคิดของการจัดระบบ (paradigm of order) เริ่มถูกสั่นคลอนจากนักฟิสิกส์ Henri Poincaré (พ.ศ. 2397-2455) ผู้กล่าวถึงทฤษฎีของความไร้ระเบียบ (Chaos theory) ที่ได้รับการพิสูจน์และยืนยันจากนักวิทยาศาสตร์รุ่นต่อมาที่ได้รับรางวัลโนเบลเช่นเดียวกับเขา ได้แก่ Einstein (พ.ศ. 2422-2498), Neils Bohr (พ.ศ. 2428-2505) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ไม่ว่านักฟิสิกส์จะใช้เวลาพยายาม

เพียงใดก็ ไม่สามารถสรุปคุณสมบัติที่แน่นอนของแสงได้อย่างตายตัว เพราะแสงมีคุณลักษณะของทั้งคลื่นและอนุภาค. ความรู้ใหม่ทั้งหมดอาจไม่สามารถนำไปจัดระเบียบความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ บางครั้งถึงกับขัดแย้งและเป็นข้อยกเว้นไปด้วยซ้ำ ดังนั้นการที่นักวิทยาศาสตร์มีความรู้มากขึ้นอาจมิได้หมายถึงความสามารถมากขึ้นในการคำนวณหรือพยากรณ์เหตุการณ์ต่างๆ ได้ ตรงกันข้ามอาจหมายถึงการค้นพบข้อจำกัดที่มากขึ้นของการจัดระเบียบความรู้ หรือความสามารถของวิทยาศาสตร์ และอาจไม่มีความรู้ที่เป็นสากลจริงๆ ที่จะสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ทั้งหมด. ในทางกลับกัน นักวิทยาศาสตร์ต้องพิจารณาถึงศาสตร์ของความน่าจะเป็น (probabilistic) และคุณสมบัติที่อุบัติขึ้นใหม่ (emergence property) ที่หมายความว่า $1+1$ อาจไม่เท่ากับ 2 เสมอไปในความเป็นจริงในบางสถานการณ์.

นอกเหนือจากฟิสิกส์ ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นชัดอีกประการของความซับซ้อนของสิ่งที่ไม่มีชีวิต (abiotic complexity) ได้แก่ ความเป็นไปที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic change) ของสภาวะอากาศ หรือน้ำ (fluid dynamic) ซึ่งไม่มีสมการหรือกฎเกณฑ์ที่ตายตัว หากขึ้นกับสภาวะการณ์หรือส่วนประกอบต่างๆ ที่อยู่ในสัดส่วนที่จำเพาะ เช่น หากเกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบย่อยบางอย่างเพียงนิดเดียว ผลลัพธ์จริงที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างจากที่คาดไว้ด้วยการคำนวณอย่างมาก (radial divergence of outcomes) ซึ่ง Edward Lorenz เรียกว่า ปรากฏการณ์ผีเสื้อ (butterfly effect).

ถึงจุดนี้ไม่เพียงแต่แสดงให้เห็นว่ากฎเหล็กทั้ง 4 ประการตามแนวคิดเดิมมีข้อจำกัด หากยังแสดงให้เห็นสัจธรรมของความซับซ้อนที่มีอยู่ในโลกของสิ่งไม่มีชีวิต ที่อาจสรุปได้ 4 ประการเช่นกัน ได้แก่

(1) **Partial casualty** ปรากฏการณ์อาจเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบระเบียบตรงไปตรงมาหรือแบบไร้ซึ่งระเบียบแบบแผนก็ได้.

(2) **Reductionism & Holism** บางระบบอาจแบ่งพิจารณาเป็นส่วนย่อยๆ ได้ แต่บางระบบทำไม่ได้

จำต้องพิจารณาโดยองค์รวม.

(3) **Predictability & Uncertainty** ปรากฏการณ์สามารถคาดเดาหรือพยากรณ์ได้ในระดับความเชื่อมั่นหนึ่ง ซึ่งยังมีความเป็นไปได้ที่จะไม่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น.

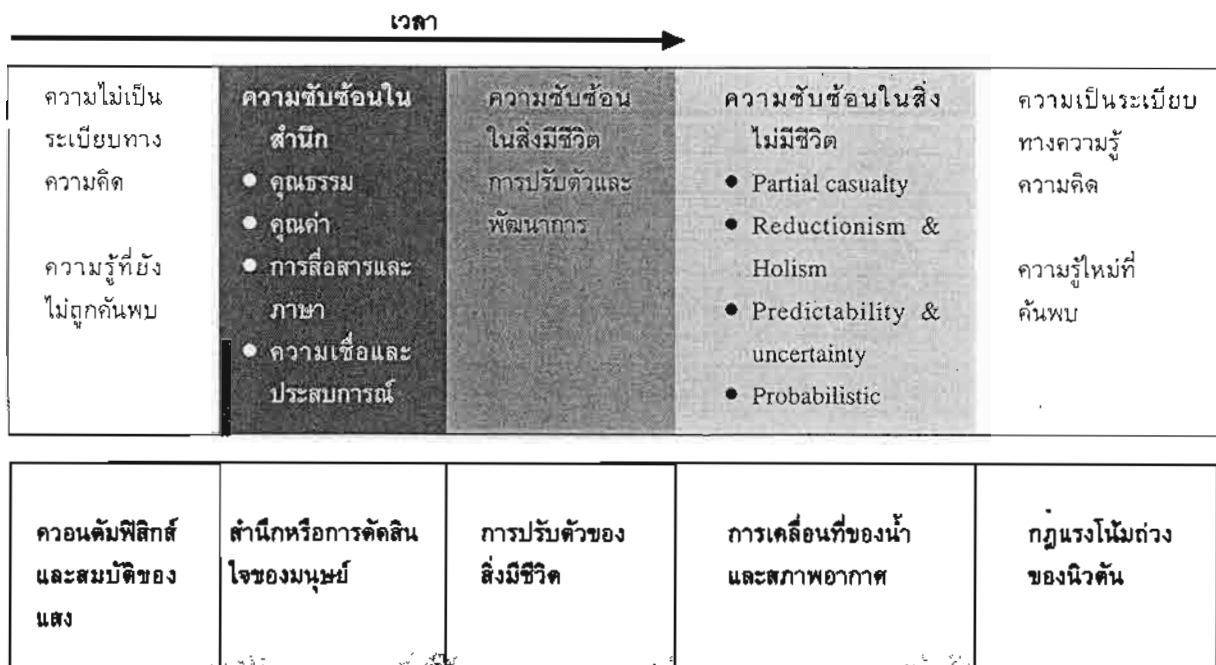
(4) **Probabilistic** ถึงแม้จะสามารถระบุขอบเขตของสิ่งที่น่าจะเกิดขึ้นได้ แต่ภายในขอบเขตนั้นเต็มไปด้วยความน่าจะเป็น.

ความซับซ้อนในสิ่งมีชีวิต (biotic complexity)

ประเด็นต่อมาเมื่อกล่าวถึงสิ่งมีชีวิตจะพบข้อจำกัดที่มากขึ้น ซึ่งอาจมองเห็นได้ชัดเจนจากงานของนักชีววิทยาชื่อดัง Charles Darwin ที่พูดถึงทฤษฎีวิวัฒนาการและการปรับตัว ที่แสดงให้เห็นว่าการทำงานของสิ่งมีชีวิตไม่เหมือนกลไกทางจักรกลที่ใช้แต่พลังหรือแรงในการขับเคลื่อน แต่สิ่งมีชีวิตมีการจัดระเบียบตัวเอง (organization) ทำให้สามารถปรับตัวและเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ตลอดเวลา.

สมมติสถานการณ์ว่าหากเราขว้างลูกบอลเข้าสู่กำแพงด้วยแรงและมุมมองที่แน่นอน เราย่อมสามารถคำนวณและคาดการณ์ได้ว่าลูกบอลจะกระทบกำแพงเมื่อใด และสะท้อนกลับอย่างไร แต่หากเราเปลี่ยนจากการขว้างลูกบอลเป็นขว้างสุนัขหรือแมวเข้าสู่กำแพงพบว่าถึงแม้เราจะทราบแรงและองศาที่แน่นอนของสัตว์นั้น แต่เราไม่สามารถคาดเดาได้อย่างแน่นอนว่าสัตว์ที่เราขว้างนั้นจะกระทบกำแพงเมื่อใดและสะท้อนกลับอย่างไร. ทุกครั้งที่ขว้างย่อมเกิดผลที่ต่างหาก ซึ่งต่อให้เราสังเกตอย่างใกล้ชิดเพียงใด เรายังไม่สามารถคาดเดาถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในวินาทีถัดไปได้ เพราะสัตว์นั้นๆ อาจมีการปรับตัว หมุนตัว หรือเพียงยืดอกข้างหนึ่งข้างใดของมัน ก็ทำให้ผลลัพธ์สุดท้ายเกิดการเปลี่ยนแปลงไปได้. จะเห็นได้ว่ากฎของนิวตันก็ไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์เช่นนี้ได้ ตัวอย่างนี้ชี้ให้เห็นความซับซ้อนอีกชั้นของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งมีชีวิต.

ภาพที่ 2. กรอบของความซับซ้อนในสิ่งไม่มีชีวิต สิ่งมีชีวิต และสำนึก.



สำหรับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ยุคใหม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่าสำนึกหรือการตัดสินใจ (conscious) ของมนุษย์เป็นสิ่งที่ยากอย่างยิ่งต่อการคาดเดา และไม่สามารถจะถอดออกมาเป็นสมการที่ตายตัวได้ เพราะพบเสมอว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรม (norms) การให้คุณค่า (values) การสื่อสารและภาษา (communication and languages) ความเชื่อหรือประสบการณ์ (narrative) เป็นส่วนประกอบสำคัญที่จะนำมาจับต้อง หรือดวงวัดไม่ได้.

หากจะสรุปโดยรวมในเนื้อหาที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า สิ่งต่างๆ ในโลกไม่ได้ดำรงอยู่ในกฎระเบียบที่เป็นสากลตามแนวคิดแบบเดคาสและนิวตันไปทั้งหมด (ภาพที่ 2) ถึงแม้กฎแรงโน้มถ่วงของนิวตันจะสามารถพิสูจน์เหตุและผลได้อย่างตรงไปตรงมา มีสมการที่เป็นระเบียบแบบแผน แต่หากอีกด้านหนึ่งควอนตัมฟิสิกส์และสมบัติของแสง กลับไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนไว้ซึ่งระเบียบแบบแผนที่ตายตัว และระหว่างข้อทั้งสองยังมีความซับซ้อนที่เป็นสมบัติของทั้งสิ่งมีชีวิตและสิ่งไม่มีชีวิต รวมถึงความซับซ้อนในสำนึกและ

การตัดสินใจของมนุษย์เอง. เหล่านี้สรุปอาจเหมือนไม่สรุปว่า ความซับซ้อนได้แสดงให้เห็นข้อจำกัดของหลักการบางประการในทางวิทยาศาสตร์ซึ่งควรแก่การพิจารณาในประเด็นต่างๆ ซึ่งผู้เขียนจะประยุกต์กรอบแนวคิดนี้สู่การทำความเข้าใจระบบสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูประบบในช่วงต่อไป.

ความซับซ้อนและระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพประกอบไปด้วยส่วนประกอบที่ไม่มีชีวิต เช่น เงิน เครื่องมือ สถาบัน กฎเกณฑ์และระเบียบต่างๆ และองค์ประกอบที่มีชีวิตนับแต่ ผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้วางแผนงาน เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ประชาชนโดยรวม และอาจรวมถึงเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุแห่งโรคทั้งหลาย. ผู้เขียนยอมรับดีว่าระบบสุขภาพเป็นมากกว่ากระทรวงสาธารณสุข หรือกระทรวงสาธารณสุขมิใช่ระบบสุขภาพของประเทศ หากในส่วนนี้จะขอเน้นถึงบริบทของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนใหญ่ในระบบสุขภาพของประเทศ โดยจะอภิปรายภาพรวมทั้งหมดของระบบสุขภาพในส่วนต่อไป.

หากมองย้อนสู่อดีตที่ผ่านมาจะพบว่า ผู้บริหาร และนักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขได้รับอิทธิพล แนวคิดแบบเดคาสและนิวตันอยู่มาก มีการรวมศูนย์ อำนาจจากส่วนกลาง สร้างแผนงานและกำหนดทรัพยากรลงสู่พื้นที่ตามสมการของการแก้ปัญหาที่วาดไว้แบบเป็นเส้นตรง โดยเชื่อว่าปัญหาจะถูกจัดการหรือควบคุมได้ หากใส่ตัวแปรต่างๆ ในสมการอย่างครบถ้วน เช่น จัดตั้งหน่วยงานหรือสถาบัน ใส่ทรัพยากรคน เงิน จากนั้นทุกอย่างจะดำเนินไปตามขั้นตอนของสมการจากต้นจนจบ. เมื่อประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งก็ตีความได้ว่าค้นพบความรู้ใหม่หรือสามารถจัดระบบความรู้ได้สำเร็จ ดังนั้นสมการเดียวกันนี้ต้องสามารถแก้ปัญหาในสถานที่อื่นๆ หรือแม้กระทั่งในเวลาต่างๆ กันอีกด้วย (หนึ่งปัญหาหนึ่งสมการ) รวมถึงแนวคิดที่ว่าไม่มีปัญหาใดที่นำเข้ามาแก้ในสมการไม่ได้.

โครงสร้างของกระทรวงฯ ถูกวางให้จัดการกับปัญหาย่อยแบบเป็นส่วนๆ ซึ่งคาดว่าจะบรรลุการแก้ปัญหาในภาพรวมได้ในที่สุด ยกตัวอย่างเช่น กรมควบคุมโรคในอดีตยังแบ่งย่อยเป็นควบคุมโรคติดต่อและไม่ติดต่อ. ในกรมควบคุมโรคติดตอยังแบ่งย่อยๆ เป็นหลายงาน เช่น งานควบคุมโรคที่มีแมลงเป็นพาหะ กับงานควบคุมโรคที่มียุงเป็นพาหะ ข้ำร้ายยังแบ่งย่อยลงไปถึงชนิดของยุงอีกต่างหาก ซึ่งผู้เขียนเคยประสบมาด้วยตนเองเมื่อครั้งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกและมีการรณรงค์กำจัดยุงลายในแหล่งที่พบผู้ป่วย ซึ่งเผชิญชาวบ้านที่อยู่ถัดไปจากบ้านที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกมาแจ้งและขอความช่วยเหลือเนื่องจากสมาชิกในบ้านป่วยเป็นไข้ป่า (มาลาเรีย). ผู้เขียนได้ยื่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตอบชาวบ้านกลับไปว่าจะกลับไปรายงานให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยมาลาเรียทราบและมาเยี่ยมเพื่อให้คำปรึกษาเนื่องจากเขารับผิดชอบเฉพาะปัญหาของยุงลายซึ่งเป็นสาเหตุของไข้เลือดออก (ไม่ใช่ยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะของไข้มาลาเรีย!!!).

ตัวอย่างเบื้องต้นคงชี้ให้เห็นได้ดีถึงส่วนที่ขาดหายไปของมิติของงานในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง

ยึดหลักการแบบแนวคิดของเดคาสและนิวตัน แบ่งงานออกเป็นส่วนๆ มุ่งหาสมการและสูตรสำเร็จของการแก้ปัญหาที่แยกส่วนนั้นๆ โดยมีได้นึกถึงความเป็นไปได้ในหลายรูปแบบตามทฤษฎีไว้ระเบียบหรือควอนตัมฟิสิกส์ รวมทั้งรูปแบบอื่นๆ ตรงกลางระหว่างความสุดโต่งทั้ง 2 ด้าน อย่างการเคลื่อนที่ของน้ำและสภาพอากาศ. ในสมการของการแก้ไขปัญหาไม่พิจารณาถึงคุณสมบัติของความซับซ้อนในสิ่งไม่มีชีวิต คุณสมบัติการปรับตัวและพัฒนาการของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ประชาชน ผู้ป่วย พาหะนำโรค หรือแม้กระทั่งเชื้อโรครวมถึงความซับซ้อนในสำนึกและความคิดของบุคคลที่เกี่ยวข้อง.

ตารางที่ 1 ได้สรุปข้อจำกัดของการทำงานในระบบสาธารณสุขในกรอบความคิดแบบระบบเห็นได้ว่าความซับซ้อนในระบบสุขภาพทำให้เกิดช่องว่างของหลักการในทางทฤษฎีกับมรรคผลในการปฏิบัติ.

ปฏิรูประบบสุขภาพ : จะปฏิรูปกันทั้งระบบหรือบางส่วน (อีก)

ช่วงเวลากว่า 2 ปีที่ผ่านมาของการปฏิรูปฯ สิ่ง que เห็นเป็นรูปธรรมและอาจเห็นปัญหามากที่สุด ได้แก่ การปฏิรูประบบการเงินการคลัง การจัดสรรงบประมาณ ทั้งที่เห็นได้อย่างชัดเจนแล้วว่า การใช้งบประมาณลงไป ในสมการเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นได้ และตัวของมันเองมีความซับซ้อนเนื่องมาจากเงื่อนไข 4 ประการดังรายละเอียดในภาพที่ 3.

ควรที่ทุกฝ่ายต้องยอมรับถึงข้อจำกัดของการประมาณการงบประมาณ พิจารณาความน่าจะเป็นและความคลาดเคลื่อนที่มีอยู่ ไม่พยายามหาข้อยุติสุดท้ายจากตัวเลขที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา แต่ควรมองถึงทางออกในภาพรวมของระบบ.

ประการต่อมา การตั้งเป้าหมายหรือตัวชี้วัดที่ดี ผู้กำหนดต้องเข้าใจถึงธรรมชาติของความซับซ้อนที่ไม่ได้มีสมการแบบเส้นตรงเพียงสมการเดียว ตัวอย่างในประเทศอังกฤษที่มีการพูดถึงกันมากในเรื่องของตัวชี้

ตารางที่ 1. ข้อจำกัดของแนวคิดแบบระบบ.

	ทฤษฎี	ปฏิบัติ
Partial casualty	กำหนดแผนและเป้าหมายเพื่อต่อกรกับสาเหตุมากขึ้นส่งผลปัญหาควบคุมได้และมีประสิทธิภาพดีขึ้นได้ดีขึ้น เพื่อ... (อาจารย์จะขอข้อมูลตรงส่วนนี้ใหม่ทั้งหมดค่ะ ข้อมูลขาดหายไป	แผนและเป้าหมายอย่างกว้างสามารถกำหนดได้อย่างชัดเจนแต่รายละเอียดปลีกย่อยที่เหมาะสมสำหรับแต่ละสถานการณ์เป็นสิ่งยาก
Reductionism & Holism	แผนและเป้าหมายสามารถแยกออกเป็น ส่วนจากกันอย่างเด็ดขาดได้	ปัญหาเกือบทุกเรื่องสัมพันธ์กันอย่างลึกซึ้ง แยกออกจากกันเด็ดขาดยาก
Predictability	เพิ่มงบประมาณเข้าไปสุขภาพของประชาชนจะดีขึ้น	ผลลัพธ์สุดท้ายขึ้นอยู่กับว่างบที่เพิ่มขึ้นไป อยู่ส่วนใด
Probabilistic	เราว่าควรทำอะไรในการแก้ไขปัญห สุขภาพในระยะยาว	เราไม่ทราบผลที่เกิดขึ้นในระยะยาวของ นโยบายสุขภาพสำคัญต่างๆ
Emergence	เปลี่ยนนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา	การเปลี่ยนนโยบายส่งผลให้สภาพการณ์ เปลี่ยนไป ปัญหาเปลี่ยนไป นโยบายอาจใช้ ไม่ได้ผล ต้องเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา
Interpretation	ผู้วางแผนหรือกำหนดนโยบายมีความ เข้าใจอย่างลึกซึ้ง	ทัศนคติและความเห็นต่อนโยบายของบุคคล ที่เกี่ยวข้องทั้งระบบมีผลต่อสุขภาพและระบบ สุขภาพ

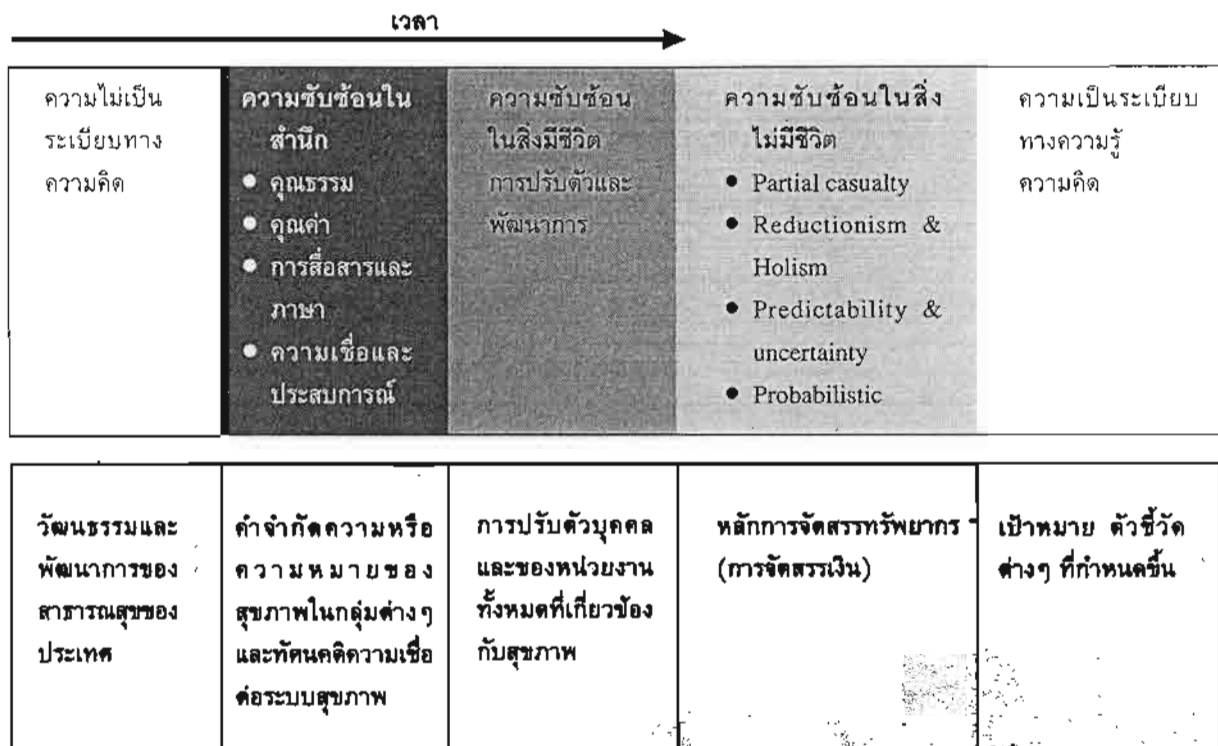
วัดต่างๆ ที่ส่วนกลาง (National Health Services-- NHS) กำหนดขึ้นกว่า 300 ตัวชี้วัดและถูกวิพากษ์อย่าง กว้างขวางว่าเป็นเหตุให้บุคลากรมุ่งแต่บรรลุตัวชี้วัด เหล่านั้น จนลืมปัญหาแท้จริงของผู้ป่วย หรือบางตัวชี้วัด เช่น อัตราตายในแผนกผ่าตัด ก็ไม่สามารถแปลผล แบบตรงไปตรงมาได้ เพราะบางโรงพยาบาลอาจมีอัตรา ตายที่ต่ำมากเพราะไม่นำผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไป ผ่าตัด หรือบางโรงพยาบาลอาจจะมีระบบและความ สามารถที่ดีจริงๆ จนทำให้มีอัตราตายที่ต่ำ. ในทาง กลับกันโรงพยาบาลที่มีอัตราตายสูงก็อาจภูมิใจได้ว่า ตนเองได้ทำหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างสมภาคภูมิ เพราะได้พยายามช่วยชีวิตผู้ป่วยทุกคนอย่างสุดความสามารถ ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะเสี่ยงเช่นใด. ผลที่สุดใน

ปัจจุบัน NHS กำลังปรับตัวชี้วัดเหล่านี้อย่างขนาน ใหญ่.

การปรับตัวและพัฒนาการของบุคคลและของ หน่วยงานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งหน่วยงาน ในระบบและนอกระบบ (แพทย์พื้นบ้าน) ภาครัฐและ เอกชนควรต้องอยู่ในการพิจารณาและติดตาม เพราะ การเปลี่ยนนโยบายส่งผลให้สภาพการณ์เปลี่ยนไป ปัญหา เปลี่ยนไป นโยบายที่เพิ่งเปลี่ยนแปลงจึงอาจใช้ไม่ได้ผล ต้องมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะมีการ ดึงองค์ประกอบต่างๆ เหล่านั้นเข้ามาร่วมในการปฏิบัติฯ หรือไม่. ประเด็นเหล่านี้ควรอยู่ในสมการของการวาง แผนงานเสมอ.

วัฒนธรรมและพัฒนาการของสาธารณสุขของ

ภาพที่ 3. กรอบของความซับซ้อนในระบบสุขภาพ.



ประเทศเป็นส่วนที่อาจจัดระบบและกำหนดเป็นสมการได้ยาก แต่หากทำความเข้าใจในทุกส่วนอย่างละเอียดรอบคอบ ความเข้าใจเหล่านี้จะเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันการปฏิรูปฯ ให้รุดหน้ารวดเร็วยิ่งขึ้นและไม่ต้องกลับไปเผชิญหน้ากับความผิดพลาดซ้ำเช่นในอดีตที่ผ่านมา.

สุดท้ายความซับซ้อนที่เกิดจากมนุษย์ที่เป็นทั้ง

เหตุ ผลลัพธ์ และจักรกลของการปฏิรูปฯ ต้องได้รับการพิจารณาอย่างสำคัญ. ลองคิดเล่นๆ ว่าทุกอย่างข้างต้นสมบูรณ์เป็นที่สุด แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับรากหญ้าไม่ทราบข้อมูลอย่างถูกต้องในเรื่องของการปฏิรูปฯ เลย คงเป็นไปไม่ได้ที่เป้าหมายของการปฏิรูปจะบรรลุผลสำเร็จ.

ความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการแมมโมแกรม ตามประเภทของระบบประกันสุขภาพผู้ให้บริการในประเทศไทย

วีระศักดิ์ พุทธาศรี
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
สุวรรณา มูแก้ม
วงเดือน จินดาวัฒนะ

Equity of access to mammography service among beneficiaries of different health insurance schemes in Thailand

Weerasak Putthasri* Viroj Tangcharoensathien*

Suwanna Mugem* Wongduen Jindawatana*

Putthasri W, Tangcharoensathien V, Mugem S, Jindawatana W. Equity of access to mammography service among beneficiaries of different health insurance schemes in Thailand. Chula Med J 2004 Jul; 48(7): 455 - 63

- Objective** : *To describe the characteristics of mammography users and equal access to mammography services by beneficiaries of different insurance schemes.*
- Setting** : *Mammography units of nine public hospitals, namely the National Cancer Institute (NCI), Rachvithi Hospital, Ramathibodi Hospital, Maharaj Chiangmai Hospital, Lampang Hospital, Srinagarind Hospital, Khonkaen Hospital, Songkhlanagarind Hospital and Hatyai Hospital.*
- Subjects** : *1,067 users who completed self administered questionnaire.*
- Methods** : *Users were randomly selected from study sites. The number of subjects at The National Cancer Institute NCI, Rajavithi Hospital, Ramathibodi Hospital, Maharaj Chiangmai Hospital, Lampang Hospital, Srinagarind Hospital, Khonkaen Hospital, Songkhlanagarind Hospital, and Hatyai Hospital were 122, 125, 124, 119, 127, 124, 60, 136 and 130, respectively. They were requested to respond to a self-administered questionnaire which was developed by the researcher and tested at Songkhlanagarind Hospital. Parameters used in the questionnaire included users' characteristics, insurance coverage, care seeking behavior and the modes of their payment of mammography service. Data were collected from July 2002 to April 2003.*

* International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Thailand

Result : *The data showed that the beneficiary covered by the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) was the most common, joined by 60 percent of the recruited users of mammography. The average total expense paid by users, including transportation and mammography, was 1,144 baht. Mammography fee accounted for 81 percent of the expense. Users covered by different insurance schemes paid mammography services differently. The uninsured group took the highest burden at 1,003 baht of mammography service fee, CSMBS paid 1,001 baht, the Social Security Scheme (SSS) paid 798 baht and the universal healthcare coverage (UC) paid, the least, 365 baht.*

Conclusion : *The result showed that users' expense, both mammography fee and transportation, was an obstacle to people who needed the service. There was unequal access to mammography among different insurance schemes.*

Keywords : *Mammography, Equity of access, Breast cancer, Screening.*

Reprint request : Putthasri W. International Health Policy Program,
Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand 11000.

Received for publication: January 28, 2004.

วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สุวรรณ มูเก็ม, วงเดือน จินดาวัฒนะ. ความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการแมมโมแกรมตามประเภทของระบบประกันสุขภาพผู้ให้บริการในประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2547 ก.ค; 48(7): 555 - 63

- วัตถุประสงค์ : เพื่ออธิบายลักษณะของผู้รับบริการแมมโมแกรมของไทย และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการตามกลุ่มคุ้มครองสุขภาพที่ต่างกัน
- สถานที่ทำการศึกษา : หน่วยแมมโมแกรมในโรงพยาบาลรัฐจำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ร.พ.ราชวิถี, ร.พ.รามาริบัติ, ร.พ.มหาราชเชียงใหม่, ร.พ.ลำปาง, ร.พ.ศรีนครินทร์, ร.พ.ขอนแก่น, ร.พ.สงขลานครินทร์, และ ร.พ.หาดใหญ่
- ตัวอย่างที่ศึกษา : ผู้รับบริการแมมโมแกรม จำนวน 1,067 คน
- รูปแบบการวิจัย : เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากการสุ่มผู้รับบริการแมมโมแกรมและสมัครใจให้ข้อมูล ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2545 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2546 จำนวนชุดแบบสอบถามได้จากตัวอย่างที่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ร.พ.ราชวิถี, ร.พ.รามาริบัติ, ร.พ.มหาราชเชียงใหม่, ร.พ.ลำปาง, ร.พ.ศรีนครินทร์, ร.พ.ขอนแก่น, ร.พ.สงขลานครินทร์, และ ร.พ.หาดใหญ่ เป็นจำนวน 122, 125, 124, 119, 127, 124, 60, 136 และ 130 ชุด ตามลำดับ แบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย และทำการทดสอบที่ ร.พ.สงขลานครินทร์ ก่อนนำมาใช้จริง ข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลบุคคลประเภทการคุ้มครองสุขภาพ พฤติกรรมการหาบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ
- ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด (ร้อยละ 60) ค่าใช้จ่ายรวมที่ใช้ในการเดินทางและค่าบริการตรวจแมมโมแกรมเป็น 1,144 บาท โดยเป็นสัดส่วนจากค่าบริการตรวจร้อยละ 81 หากพิจารณาตามกลุ่มการคุ้มครองสุขภาพ กลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพใด ๆ จ่ายตรวจแมมโมแกรมมากที่สุดจำนวน 1,003 บาท กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จ่าย 1,001 บาท กลุ่มผู้ประกันตนจ่าย 798 บาท ขณะที่กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) จ่ายค่าตรวจน้อยที่สุดเป็น 365 บาท
- วิจารณ์และสรุป : ผลการศึกษพบว่ายังมีความไม่เท่าเทียมกันในค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงบริการแมมโมแกรม ระหว่างกลุ่มที่มีการคุ้มครองสุขภาพที่ต่างกัน
- คำสำคัญ : แมมโมแกรม, ความเท่าเทียมการเข้าถึงบริการ, มะเร็งเต้านม

Cancer has been ranked the second and the third causes of mortality in Thailand since 1977, led by heart diseases and accidents.⁽¹⁾ The National Cancer Institute (NCI) which is responsible for cancer prevention and control estimated some 64,000 new cases of cancer in 1993. Breast cancer was the second most common cancer among Thai women, followed cervical cancer. The estimated incidence rate of breast cancer was 16.3 per 100,000 women. So far, hospitals in Bangkok have the highest incidence rates, followed by Chiangmai Hospital, Lampang Hospital, Songkhla Hospital, and Khonkaen Hospital.⁽¹⁾ Breast cancer is extremely rare in Thai men. Age-specific incidence rates showed an increasing rate with age and peaked among women of 50 years old. A plateau was observed for those who are older than 50 years old with a small decline of incidence rate among women of older age. The change of population age-component and lifestyle lead to an increasing incidence of breast cancer.

Although breast cancer was ranked second among Thai women, it was a good mean for the assessment of healthcare systems (including service delivery and financing healthcare) in their dealing with early cancer detection and management. Although the technique of self-examination of the breast has been widely promoted among women, anecdotal observations found that Thailand has a poor performance in primary and secondary preventions of breast cancer. This is reflected by a high prevalence of late-stage disease at first diagnosis in cancer registry. It indicates that 56 % of breast cancer patients received treatment at clinical stages III and IV.⁽²⁾ Regular screening is an important preventive measure in reducing morbidity and mortality of breast

cancer. A study at Songkhla Hospital found that only 37 percent of breast cancer patients practiced breast self-examination and 51 percent heard about breast cancer.⁽²⁾

An effective nationwide screening program would result in an improvement of five to ten year survival of breast cancer.⁽³⁾ The improved survival time did not only depend on the improvement of the modality of treatments, but also on the stage of the disease at first treatment, the earlier the better. Mammogram can detect a small change in the breast tissue, which might indicate cancer. These lesions may be too small to be felt either by the woman herself or by the doctor during the clinical examination. An appropriate breast cancer screening program aiming at early detection would result in an improvement of treatment outcome.⁽³⁾

Equity concerns fairness and justice. A good healthcare system should ensure that resources are allocated according to the needs and not to the capacity to pay. Also, it should ensure equal access to similar needs and equal distribution of health among different groups of population, for example, between the rich and the poor, the urban and the rural population.

Equal access is often viewed as a "standard" of health care. Access is defined as "freedom or ability to obtain or make use of". Equal access, then, implies that everyone in the society is equally able to obtain or make use of health care services.⁽⁴⁾ Following the definition, equal access would mean that persons facing the same costs when consuming health care would also have equal access. Access cost was a combination of several factors, such as distance to facilities, out-of-pocket payment for services, etc.^(5,6)

The benefit package covered by CSMBS does not allow any reimbursement of annual screening but, it is possible on diagnostic mammography for both in-patient and out-patient services at public hospitals. Similarly, the UC and SSS benefit is also available for diagnostic procedure at the hospitals where they were registered.

The objectives of the study are: 1) describe the characteristics of the users of mammography in public hospitals and; 2) analyze equality of access by users covered by different insurance schemes and the magnitude of payments for services by them. This study would inform the national policy makers on the direction of resources allocation for cancer screening in Thailand.

Methodology

Mammography users at the nine selected hospitals, namely the National Cancer Institute (NCI), Rajavithi Hospital, Ramathibodi Hospital, Maharaj Chiangmai Hospital, Lampang Hospital, Srinagarind Hospital, Khonkaen Hospital, Songkhlanagerind Hospital, and Hatyai Hospital were asked for their willingness to participate in the study. A self-administered questionnaire was applied. The questionnaire was developed by the researchers and tested at Songkhlanagerind Hospital. The content of the questionnaire consisted of users' characteristics, expense for mammography service and transport.

The analysis was based on 1,067 subjects, randomly selected from July 2002- April 2003. The numbers of subjects from NCI, Rachvithi Hospital, Ramathibodi Hospital, Maharaj Hospital, Lampang Hospital, Srinagarind Hospital, Khonkaen Hospital, Songkhlanagerind Hospital, and Hatyai Hospital were

122, 125, 124, 119, 127, 124, 60, 136 and 130, respectively. The data analysis included frequency and frequency ranks categorized by the four public health insurance schemes: users without any health insurance (the uninsured), the thirty-baht scheme or universal healthcare coverage (UC), social security scheme (SSS), and civil servant/state enterprise medical benefit scheme (CSMBS). Finally, equality of access to mammography services was measured by the cost of services and traveling expense categorized by the four insurance schemes.

Results

Based on 1,067 users who completed the structured questionnaire, 60 percent, 17 percent, and 5 percent of the subjects were covered by CSMBS, UC and SSS, respectively. There were 18 percent who were uninsured. The average age of the subjects was 47.8 years old, 70 percent were married. Most of them had bachelor and higher educational degree graduates (43 percent); 31 percent had primary education or lower; 14 percent had certificate or diploma level; and 12 percent secondary school.

There were many factors in mammography utilization and care seeking decision such as clinical symptoms, hospital preferences, distance and transport cost to hospital and other potential obstacle to service. The reasons that led them to use mammography varied among types of insurance coverage.

Having a breast symptom was the most common cause among the uninsured, and those who were covered by UC and SSS that led them to mammography service (Table 1). Breast check up was the most common reason among the beneficiaries

covered by CSMBS. In addition, being referred from other healthcare providers was the second most common reason among UC members. This reflects the nature of referral system of this scheme.

There were many important reasons on the choice of hospital for mammography services. Having modern medical devices (66 percent) and having a good reputation (53 percent) were the two most common reasons for choosing mammography services assessed by the users. Ability to reimburse

the medical bills from the scheme was an obvious reason among the CSMBS beneficiaries.

Access to care was measured by distance and travel time to reach services. The average distance from place of residence and traveling time to the hospital was 74.9 kilometers, and that required 1 hour and 29 minutes to reach the destinies. The uninsured traveled the farthest with highest travel time (102.7kilometers and 1 hour and 44 minutes).

Table 1. Percentage and frequency rank of reasons to seek mammography by type of insurance coverage.

Reasons to seek service	The uninsured	UC	SSS	CSMBS	Total
Check up	35 % (2)	20 % (3)	31 % (2)	55 % (1)	45 % (1)
Breast symptom	52 % (1)	45 % (1)	52 % (1)	39 % (2)	43 % (2)
Be referred	3 % (5)	25 % (2)	6 % (4)	1 % (5)	6 % (3)
Other symptom	4 % (4)	5 % (4)	8 % (3)	3 % (3)	4 % (4)
Other reasons	6 % (3)	5 % (5)	4 % (5)	2 % (4)	3 % (5)
Number of sample	192	182	53	640	1,067

Note: figure in bracket is frequency rank

Table 2. Reasons for hospital choice by type of insurance coverage.

Reason for hospital choice	The uninsured	UC	SSS	CSMBS	Total
Having modern equipment	61 %	54 %	63 %	70 %	66 %
Having good reputation	52 %	55 %	46 %	54 %	53 %
Reimbursement reason	7 %	2 %	12 %	70 %	47 %
Easy to access	39 %	47 %	58 %	46 %	46 %
Good manner of staff and good services	37 %	36 %	40 %	44 %	41 %
Being referred from other providers	2 %	32 %	6 %	2 %	7 %
Inexpensive	2 %	27 %	21 %	2 %	7 %

Note: more than one answer allowed

Table 3. Average distance and travel time to hospitals by types of insurance coverage.

Insurance scheme	Distance (km.)	Travel time (hour: minute)
• the uninsured	102.7	1:44
• UC	63.5	1:25
• SSS	43.9	1:16
• CSMBS	73.8	1:26
Total	74.9	1:29

All respondents were asked whether they came across any obstacle in access to mammography services. If it was positive, they were requested to identify the problem. A subject could provide more than one problems. 48 percent of the respondents said they had at least one problem to access the service. Among the group who reported the problem, time spent in hospital (46 percent), mammography fee (43 percent), travel expense (30 percent), and income loss (10 percent) were the most common obstacles to access mammogram adequately. Among the uninsured, the mammography fee was the first problem. The UC and SSS members reported that difficulty of traveling was the most important.

Users covered by different insurance schemes had wide variation in traveling cost and payment for mammography fee. The subjects were asked to tell how much they paid for traveling from home to hospital and for mammography services. The total expense for the access to care was estimated at 1,144 baht. The mammography fee was 81 percent of the total expense, 19 percent was traveling cost. The uninsured had the highest expenditure of 1,303 baht, whereas the beneficiaries of UC paid 581 baht. While the UC members had the least cost but the proportion of travel cost is the highest (37 percent). For the payment of mammography fee (excluding transportation), the uninsured group bore the highest burden at 1,003 baht, CSMBS paid 1,001 baht, the

Table 4. Potential obstacles to access mammography by health insurance coverage.

Potential obstacles	Rank (percentage)				
	The uninsured	UC	SSS	CSMBS	Total
Time spent in hospital	2 (34 %)	4 (24 %)	3 (23 %)	1 (57 %)	1 (46 %)
Mammogram fee	1 (71 %)	2 (29 %)	4 (8 %)	2 (38 %)	2 (43 %)
Travel expense	3 (20 %)	1 (49 %)	1 (54 %)	3 (28 %)	3 (30 %)
Income loss	4 (11 %)	3 (26 %)	2 (31 %)	4 (5 %)	4 (10 %)

Note: more than one answer allowed

Table 5. Expenditure paid by users of different health insurance coverage.

Health Insurance	Travel	Mammography	Total expense
		Fee	
• The uninsured	300 (23 %)	1,003 (77 %)	1,303
• UC	216 (37 %)	365 (63 %)	581
• SSS	120 (13 %)	798 (87 %)	918
• CSMBS	215 (18 %)	1,001 (82 %)	1,216
Total	220 (19 %)	924 (81 %)	1,144

Social Health Insurance paid 798 baht and the UC paid the least amount of 365 baht. However, the CSMBS beneficiaries can reimburse their bills if that mammography was for diagnostic purposes. The scheme does not allow reimbursement of annual screening.

Discussion and conclusion

The result showed that beneficiaries under CSMBS had a better access to mammography than others. Major reasons of seeking services differed among beneficiaries covered by different insurance scheme. Having a clinical symptom is the most common among the uninsured whereas this is the least among the CSMBS beneficiaries. Most CSMBS used mammography as a check up than other groups. However, distance and time on traveling was not significantly different among four insurance schemes that all groups could go to hospitals within two hours. Beneficiaries under SSS had the least traveling time.

The result also displayed that expenses shouldered by the mammography users could

possibly be a barrier to the services. Travel cost and service fee might probably a critical determinant of whether the care was sought. It can be said that inequality in health utilization partly came from benefit covered by insurance scheme e.g. CSMBS which was considered one of the most generous health benefit and insurance scheme in the country.⁽⁷⁾ However, the utilization rate should compare with their cancer incidence by schemes. Unfortunately, the data are not yet available.

Furthermore, there were also other factors affecting the accessibility to mammography. Particularly, mammography facilities, the number of the machines increased rapidly and especially significantly during 1995-1997. As a result of the economic crisis of 1997 the growth in the expansion of mammography slowed down. The growth rate in the public sector mammography was higher than the private sector.⁽⁸⁾ The waiting time, another indicator of fairness, was however not included in this study. Patients may have to wait longer in line, if the demand of the service increased especially in public sectors.

In addition, the common barriers of cancer screening include fear of cancer, fatalistic views of cancer, and patient's embarrassment of breast exposure to clinicians. Positive cues to undergo screening include physician recommendation, community outreach programs with the use of lay health workers and use of culturally specific media.⁽³⁾

The validity of this study was based on self-administrative questionnaire. Its principle was to reduce the effects of interviewers' interaction so that informants would feel free to express their opinions. However, it might not be suitable for subjects who had low level of education, and obviously among illiterate respondents.⁽⁹⁾ In this study, some incomplete sets of questionnaire or some part of the questionnaire were excluded.

In short, in order to improve equity in access to breast cancer screening, breast-self exam and clinical breast exam program might generally be recommended to increase the awareness of mammography. An effective mammography policy must be taken into account barriers such as users' expense on traveling and mammography fees.

Acknowledgements

This study was support by the World Health Organization (WHO), Thailand. We are grateful for the fine cooperation with several hospitals, the Ministry of Public Health, and the Thai Medical Council. We have also benefited from our staff who gave us special data which were most helpful. We are very grateful to Dr. Somkiat Phothisat, Dr. Busanee Wibulpolprasert who provided helpful suggestions. Finally, the authors also appreciate the hard work contributed by members of the study team. We would like to thank the Thailand Research Fund who provided institutional grant to

Senior Research Scholar Program.

References

1. Deerasamee S, Martin N, Sontipong S, Sriamporn S, Sriplung H, Srivatanakul P, Vatanasapt V, Parkin DM, Ferlay J. Cancer in Thailand Vol. II, 1992-1994: IARC Technical report No. 34 Lyon, 1999.
2. Thongsuksai P, Chongsuvivatwong V, Sriplung H. Delay in breast cancer care: a study in Thai women. *Med Care* 2000 Jan;38(1):108-14
3. Vatanasapt V, Sriamporn S, Vatanasapt P. Cancer control in Thailand. *Jpn J Clin Oncol* 2002 Mar;32 Suppl: S82 - 91
4. Culyer AJ, Newhouse JP. Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier, 2000
5. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ* 1993 Dec;12(4): 431 - 57
6. Hjortsberg CA, Mwikisa CN. Cost of access to health services in Zambia. *Health Policy Plan* 2002 Mar;17(1): 71 - 7
7. Jindawatthana W. Utilization and cost recovery of mammography at National Cancer Institute, Thailand [Thesis (M.Sc.)] Department of Economics, Faculty of Economics. Bangkok: Chulalongkorn University, 2000.
8. Pramualratana P, Wibulpolprasert S, eds. Health insurance systems in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, 2002.
9. Yoddumnern-Attig B, Atting GA, Boonchalaksi W, Richter K, Soonthomdhada A, eds. Qualitative Methods for Population and Health Research. Nakornpathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 1993.

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ในประเทศไทย: บทวิเคราะห์กระบวนการ เชิงนโยบาย

วีระศักดิ์ พุทธาศรี

วัชร รั้วไพบูลย์

รัชตะ ตั้งศิริพัฒน์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อวิเคราะห์แนวคิดและที่มาของนโยบายเกี่ยวกับโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในอดีต และผลกระทบที่เกิดจากนโยบายดังกล่าวในการควบคุมและป้องกันโรค รวมทั้งนำเสนอประเด็นเพื่อใช้เป็นกรอบการกำหนดนโยบาย โดยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๐ คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๔๖

ผลการศึกษา นโยบายการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ผ่านมา มีจุดเริ่มต้นที่ความเข้มแข็งของฝ่ายวิชาการ นำเสนอผ่านทางการเมือง เพื่อผลักดันให้มีการปฏิบัติในงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยฝ่ายประชาชนหรือชมรมผู้ป่วยโลหิตจางธาลัสซีเมียมีบทบาทค่อนข้างน้อย แนวคิดรูปแบบใหม่เน้นการคัดกรองหาผู้ป่วย/พาหะในกลุ่มมารดาที่กำลังตั้งครรภ์และคู่สามี อุปสรรคใหญ่คือความต่อเนื่องในการดำเนินนโยบาย บุคลากร งบประมาณ และความพร้อมในการตรวจคัดกรองของสถานพยาบาลเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อัตราการตรวจคัดกรองลดลงอย่างชัดเจน ปัญหาการขาดหน่วยงานที่เป็นแกนหลักในการดำเนินโครงการ และมีความพร้อมทั้งความรู้ ความเหมาะสม อำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายโดยตรง มีงบประมาณสนับสนุน และมีส่วนราชการ หรือผู้ปฏิบัติในระดับภูมิภาค แม้ว่าฝ่ายวิชาการจะมีความเข้มแข็ง แต่ไม่สามารถดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันในระดับประเทศได้ การขับเคลื่อนทั้งระบบและคำนึงถึงความต่อเนื่องของนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียนั้น ควรมีหน่วยงานรับผิดชอบรวมตัวเป็นเครือข่ายประสานทั้งประเด็นทางด้านวิชาการ การบริการ และการบริหารให้มีความร่วมมือทางการวิจัย ตลอดจนผลักดันให้เกิดการวิจัยเชิงนโยบาย หรือรูปแบบการบริหารจัดการมากขึ้น ปรับรูปแบบการประชุมวิชาการธาลัสซีเมีย ให้มีประเด็นด้านนโยบาย รวมถึงต้องกำหนดผู้ปฏิบัติหลักที่เหมาะสมสอดคล้องกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ของบุคคลหรือองค์กรนั้น

คำสำคัญ: การวิเคราะห์นโยบาย, โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย, โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เป็นพาหะของโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียประมาณ ๑๔-๒๐ ล้านคน หากไม่มีการควบคุมจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ ๑๒,๐๐๐ คน/ปี ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอย่างน้อยประมาณปีละ ๕,๐๐๐-๖,๐๐๐ ล้านบาท^(๑) โดยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย อาจเรียงลำดับตามความรุนแรงจากมากไปน้อยได้ดังนี้คือ ฮีโมโกลบินบาร์ท ไฮดรอฟฟิตาลิส (Hb Bart's hydrops fetalis), โรคฮีโมโกลัสเบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบิน (Homologous B-thalassemia), โรคเบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบินอี (B-thalassemia/Hb E), และโรคฮีโมโกลบินเอช (Hb H disease)^(๒,๓) มาตรการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียจะอยู่บนหลักการพื้นฐาน ๒ ประการ คือ การดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และการป้องกันหรือลดจำนวนผู้เกิดใหม่ที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โดยแนวทางปฏิบัติอาจประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ไม่ทำให้เหนื่อยเกินไป การป้องกันโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อย การให้คำแนะนำปรึกษาทางด้านพันธุกรรม/การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการรักษาด้วยการให้เลือด การให้ยาขับธาตุเหล็ก การตัดม้าม การปลูกถ่ายไขกระดูก และการใช้เลือดสายสะดือรักษา

ในมุมมองด้านการแพทย์ การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์และการวางแผนครอบครัว อาจกล่าวได้ว่าเป็นหัวใจของการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ประเทศไทยยังขาดแคลนการดำเนินงานด้านนี้อย่างมาก เพราะผู้บริหารไม่ตระหนักถึงความสำคัญ และไม่มีบุคลากรให้คำปรึกษาเพียงพอ รวมทั้งยังขาดการศึกษาวิจัยด้านการจัดการควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียอย่างเป็นระบบ^(๔) เชื่อกันว่าการสร้างประสิทธิผลของโปรแกรมจะเกิดได้ ต้องเริ่มจากการให้คำปรึกษา ตั้งแต่คู่ชายหญิงที่วางแผนจะ

แต่งงานกัน โดยเน้นที่การให้ความรู้เพื่อให้ยอมรับการตรวจคัดกรองว่า มีคนใดคนหนึ่งในกลุ่มที่จะสมรสกัน เป็นพาหะหรือเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียอยู่หรือไม่^(๕) ส่วนในแง่ประสิทธิภาพ ก็จะเน้นความง่ายและค่าใช้จ่ายไม่สูง^(๖) ในประเทศไทย มีการคำนวณต้นทุนการคัดกรองด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การตรวจ OF test, DCIP precipitation test, CBC with red cell indices เป็นวิธีละ ๒๐ บาท ในขณะที่ต้นทุนที่ใช้ในการตรวจ Hb typing เป็น ๑๔๕ บาท^(๗) และค่าใช้จ่ายในการทำวิธี PCR เป็น ๑,๔๐๐ บาท^(๘) แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการตรวจคัดกรองที่ใช้วิธีการตรวจอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จะสามารถชี้้นำการกำหนดนโยบายเชิงระบบได้ อย่างไรก็ตามมีข้อมูลการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของโครงการตรวจคัดกรองในทารกแรกเกิด ในสหรัฐอเมริกา ชี้ให้เห็นว่ามีต้นทุนโครงการที่ ๖,๗๐๔ เหรียญสหรัฐต่อปีชีวิตที่เพิ่มขึ้น (additional year of life saved)^(๙)

เนื่องจากโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียนำไปสู่การตัดสินใจในทางเลือกต่าง ๆ มากมาย และมีผลกระทบต่อชีวิตของตัวผู้ป่วยเอง คู่สมรส ตลอดจนชีวิตของบุตรที่จะเกิดใหม่ด้วย จึงต้องใช้มุมมองทางด้านจริยธรรมและสังคมในการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียด้วย ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ ๆ ด้านสิทธิ เช่น การเลือกคู่ การแต่งงาน การมีบุตร การรับหรือไม่รับการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ และการเลือกวิธีการรักษา ตลอดจนการมีชีวิตรอดต่อไปของทารกในครรภ์ จึงมีปัญหาด้านกฎหมายและจริยธรรมต่อแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ที่อาจต้องพิจารณากันอย่างจริงจัง เช่น การออกกฎหมายใหม่ หรือกำหนดให้คู่แต่งงานที่จะจดทะเบียนสมรส ต้องตรวจเลือด เพื่อวินิจฉัยการเป็นพาหะ หรือพิจารณากฎหมายที่บัญญัติข้อยกเว้นให้แพทย์ทำแท้งได้ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ยินยอมและเป็นการกระทำเพื่อสุขภาพของหญิงนั้น โดยมีได้กล่าวถึงสิทธิและสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย^(๑๐) ส่วนประเด็นกฎหมายการทำแท้งที่น่าพิจารณาคือ บทบัญญัติใน

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ ที่อนุญาตให้แพทย์ทำแท้งได้ในกรณีต่าง ๆ นั้น มีความเหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบันหรือไม่ เพียงใด ซึ่งการใช้มุมมองทางจริยธรรมและสังคมร่วมด้วย จะทำให้การกำหนดนโยบายไม่สร้างปัญหาอื่นซ้ำซ้อนขึ้นในสังคมอีก

การกำหนดนโยบายและชุดบริการสุขภาพใด ๆ ขึ้นในสังคม ควรเป็นไปในลักษณะที่เปิดโอกาสให้ผู้คนหลากหลายได้เข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ นักการเมือง นักบริหาร นักวิชาการ แพทย์ ภาครัฐกิจเอกชน กลุ่มชุมชน และโดยเฉพาะผู้ที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากนโยบายนั้น^(๑๐,๑๑) การระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดนโยบายจะอยู่บนกรอบที่เป็นพลวัตของวงจรปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ซึ่งกระบวนการทางการเมืองจะมีอิทธิพลต่อการได้มาของปัจจัยนำเข้าอย่างมาก ดังนั้นสังคมจึงควรมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าของโครงการหรือโปรแกรมต่าง ๆ และสร้างความเป็นธรรมในสังคม ทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่านโยบายสาธารณสุขควรเป็นพลวัตที่สามารถปรับเปลี่ยนแปลงได้ ตามสถานการณ์และบริบทต่าง ๆ ของสังคม^(๑๒) โดยแต่ละระดับของนโยบาย จะต้องการการรับรู้ แนวคิด และการปฏิบัติที่ต่างกัน^(๑๓) Palmer ได้ชี้ว่ามุมมองปัญหาที่ต่างกัน จะทำให้จุดเน้นหรือทิศทางนโยบายสุขภาพออกมาแตกต่างกันด้วย เช่น หากใช้แต่มุมมองทางด้านเศรษฐศาสตร์ ก็จะสนใจการจัดสรรทรัพยากรที่สอดคล้องกับอุปสงค์และอุปทานให้มีประสิทธิภาพ และพฤติกรรมในการเข้ารับบริการอย่างเหมาะสม ส่วนมุมมองทางการเมือง จะขึ้นกับความสนใจของนักการเมือง การต่อรองระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม ในขณะที่มุมมองทางสังคมวิทยา จะเน้นการให้บทบาทการมีส่วนร่วม การเข้าถึงบริการที่สนองต่อความต้องการ และความเป็นธรรมในสังคมนั้น ๆ และมุมมองทางระบาดวิทยาทางการแพทย์และสาธารณสุข จะเน้นที่อุบัติการณ์ ความชุก ธรรมชาติของการเกิดโรค สาเหตุ

และความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค^(๑๔) ก่อนการตัดสินใจให้การตรวจคัดกรอง และ/หรือชุดบริการสุขภาพใด ๆ เป็นบริการพื้นฐานจำเป็นที่รัฐต้องจัดหาให้โดยไม่คิดค่าบริการหรือไม่ นั้น จะมีคำถามสำคัญที่ต้องตอบให้ได้ก่อนเสมอ คือ การตรวจหรือบริการนั้น เป็นความจำเป็นต่อสุขภาพประชาชนมากน้อยเพียงใด การจัดบริการดังกล่าวสามารถแสดงข้อมูลประสิทธิผลได้หรือไม่ อย่างไร มีประสิทธิภาพแค่ไหน^(๑๕) ซึ่งจะหมายถึงการกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสมด้วย ในสังคมที่เน้นรัฐสวัสดิการนั้น การจัดนโยบายจำเป็นต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และความเป็นไปได้เสมอ^(๑๖) โดยเฉพาะจะต้องคำนึงถึงค่าเสียโอกาสของการใช้ทรัพยากรนั้นในการทำอย่างอื่นด้วย^(๑๗) ในขณะที่ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการจัดบริการ ควรเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นผู้กำหนดร่วมกัน ด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นกันก่อนการตัดสินใจ^(๑๘)

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นตัวอย่างของการจัดการปัญหาสาธารณสุขในประเทศไทย ที่แม้ว่าได้ดำเนินนโยบายควบคุมและป้องกันโรคมาเป็นระยะเวลานาน ในหลายระดับ แต่การดำเนินนโยบาย ยังพบปัญหาอุปสรรคหลายประการ ที่ทำให้ยังไม่สามารถควบคุมป้องกันโรคได้ผลเป็นที่น่าพอใจ งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษา วิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบายการควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ตลอดจนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยพยายามจะอธิบายแนวคิด วัตถุประสงค์ กระบวนการของการกำหนดนโยบาย และผลกระทบที่ผ่านมา ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยหวังว่าผลการวิเคราะห์นี้จะนำไปสู่การสร้างประเด็นคำถามงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงนโยบายการควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

ใช้การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องที่เป็น บุคคลสำคัญ (key informants) ต่อการกำหนด และ ดำเนินนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย จำนวน ๑๐ ท่าน โดยเลือกตัวอย่างแบบ เจาะจง (purposive selection) ประกอบด้วยนักวิชาการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้บริหาร และผู้นำ นโยบายสู่การปฏิบัติ ทั้งที่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัย ตลอดจนประชาชนที่เป็นโรคโลหิต- จางธาลัสซีเมียและญาติ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมี จุดเน้น (focused interview)

ประเด็นสัมภาษณ์เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน นโยบายการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัส- ซีเมียในประเทศไทย โดยเน้นที่วัตถุประสงค์ของการ กำหนดนโยบาย กระบวนการได้มาซึ่งนโยบาย การ แปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ผลของการดำเนินงานตาม นโยบาย ผลกระทบจากนโยบาย ตลอดจนความยั่งยืน และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินนโยบาย โดยดำเนิน- การเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๔๖ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ และสร้างข้อ สรุปแบบอุปนัย (analytic induction) แล้วนำมา อธิบายตามกรอบการวิเคราะห์นโยบายของ Palmer และกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (stakeholders)

ผลการศึกษา

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้ง ๑๐ คน ร่วมกับวิเคราะห์เอกสาร ซึ่งสามารถ อธิบายและให้ข้อสรุปในประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

๑) ความเป็นมาและการกำเนิดของนโยบาย

จุดเริ่มต้น: แรงผลักดันจากองค์ความรู้ทาง วิชาการ พบว่ามาจากการรวมกลุ่มของนักวิชาการ ที่ทำงานเกี่ยวกับโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งได้แสดง

จุดประสงค์ร่วมกันในการที่จะควบคุมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพ ที่สืบเนื่องจากโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย แต่การประสานการทำงานทางด้านวิชาการ กับ โครงสร้างผู้ปฏิบัติงานหลักของกระทรวงสาธารณสุข ในระยะแรก ๆ นั้น ไม่มีช่องทางที่ชัดเจน ทำให้การ ผลักดันงานป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ให้เป็นนโยบายระดับประเทศเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามในช่วงก่อนปี ๒๕๓๕ งานโลหิตวิทยาของกรม การแพทย์ได้สนใจการพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อการตรวจ วินิจฉัย และยืนยันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียอยู่บ้างแล้ว โดยลักษณะการทำงานส่วนใหญ่ เป็นการผลักดันจาก ผู้ปฏิบัติงานไปสู่ผู้บริหาร แต่ยังไม่สามารถผลักดันขึ้น เป็นนโยบายระดับชาติได้ในขณะนั้น ในขณะเดียวกัน การพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านวิชาการในมหาวิทยาลัย ก็ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง มีบุคคลสำคัญที่เป็นผู้อาวุโส และมีคุณธรรม เป็นตัวเชื่อมนักวิชาการเหล่านั้นเข้า ด้วยกัน จนทำให้ได้พัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อรอคอยจังหวะที่จะผลักดันให้ประยุกต์ใช้เพื่อ ประโยชน์แก่สังคมในรูปแบบการเป็นนโยบายแห่งชาติ

ช่องทางการผลักดันนโยบายผ่านอำนาจทาง การเมือง ได้มีความพยายามที่จะผลักดันตั้งแต่ก่อน พ.ศ. ๒๕๓๕ ผ่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่เป็นผล เนื่องจากในเวลานั้นโรคติดต่อง่ายเป็น ปัญหาที่สำคัญมากกว่า จนกระทั่งสมัยที่นายกรัฐมนตรีได้ร่วมเป็นประธานคณะกรรมการประสาน- งานสาธารณสุขภาคใต้ (คปสท.) ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๖- ๒๕๓๗ ทีมนักวิชาการด้านการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเขต ภาคใต้ จึงได้นำเสนอแนวคิดการควบคุมและป้องกัน โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียโดยการตรวจคัดกรองในหญิงมี ครรภ์ต่อที่ประชุม หลังจากนั้น นโยบายการควบคุม และป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียก็เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก ในประเทศไทย โดยกรมอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่ง ผู้บริหารในขณะนั้นมีความสัมพันธ์อันดีกับทีมวิชาการ ในภาคใต้ และฝ่ายการเมือง อย่างไรก็ตามการประสาน กับทีมวิชาการในมหาวิทยาลัย เพื่อนำองค์ความรู้มา

ประยุกต์ใช้ยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร

ประชาสังคม: แรงผลักดันที่แผ่วเบา แม้ว่าโรคโหดจากธาลัสซีเมีย จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและญาติ ทั้งความทุกข์ทรมานที่ได้รับ และการค่ารักษาพยาบาลที่ต้องแบกรับไปตลอดชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการศึกษา การประกอบอาชีพการงาน และการดำรงชีวิตอยู่ร่วมในสังคม แต่ประชาชนทั่วไปก็ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรค จึงไม่มีพลังผลักดันนโยบายจากประชาสังคมกลุ่มต่าง ๆ นอกจากการรวมกลุ่มในรูปแบบการช่วยเหลือกันและกัน เช่น มีการระดมทุนเพื่อช่วยเหลือกันด้านค่ารักษาพยาบาลและอาชีพ ซึ่งก็ยังไม่เต็มทีนัก เนื่องจากขาดความรู้ความสามารถในการจัดกระบวนการ

๒) กระทรวงสาธารณสุขกับบทบาทผู้ปฏิบัติที่สำคัญ

ปี ๒๕๒๕ กรมการแพทย์ ได้ผลักดันแผนป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ๑๔ โรค เช่น อุบัติเหตุ โรคหัวใจ โรคตา เข้าสู่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ โดยในระยะแรก ให้ความสนใจกับโรคฮีโมฟีเลียมาก แต่เนื่องจากมีปัญหาไม่มากนักจึงขยายเป็นกลุ่มโรคเลือด และมีการศึกษาโดยได้รับทุนจากองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ผ่านทางกรมอนามัย เพื่อประเมินสถานการณ์และจัดลำดับของปัญหาของโรคเลือดในประเทศไทย ซึ่งพบว่า โรคโหดจากธาลัสซีเมีย เป็นปัญหาที่สำคัญอันดับหนึ่ง ต่อมาปี ๒๕๓๒ กรมการแพทย์ ได้มีการดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคโหดจากธาลัสซีเมียใน ๕ จังหวัดภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการตรวจความผิดปกติของเลือด อย่างไรก็ตาม โครงการนี้ดูเหมือนจะขาดการวางแผน และการควบคุมกำกับที่ดี ทำให้ไม่มีการตรวจยืนยันในรายที่ผลการคัดกรองบ่งชี้ว่ามีความผิดปกติ ว่าเป็นโรคจริงหรือไม่ และไม่ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการตรวจพบความผิดปกติ

ปี ๒๕๓๖-๒๕๓๗ กรมอนามัย ได้ริเริ่มกำหนด

นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคโหดจากธาลัสซีเมียอย่างเป็นทางการ โดยแต่งตั้งคณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคโหดจากธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย ทบวงมหาวิทยาลัย มูลนิธิโรคโหดจากธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย แต่อุปสรรคที่สำคัญในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ คือ ประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้เรื่องโรคโหดจากธาลัสซีเมียน้อย จึงไม่เห็นความสำคัญของปัญหา ไม่ตระหนักและร่วมมือในการป้องกันโรค อีกทั้งสถานพยาบาลในโครงสร้างบริการปรกติ ก็ขาดความพร้อมด้านบุคลากรอย่างมาก เมื่อประกอบกับความไม่ชัดเจนของแนวทางการพัฒนา กำลังคนเพื่อรองรับนโยบายของส่วนกลาง จึงทำให้นโยบายไม่บรรลุผลเท่าที่ควร

อย่างไรก็ตามในปี ๒๕๓๔ ได้ขยายการดำเนินการสู่โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อสร้างเครือข่ายในการส่งต่อผู้รับบริการ วินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และให้คำปรึกษา ในปีต่อมาได้ขยายพื้นที่ครอบคลุมอีก ๕๖ จังหวัด โดยคัดเลือกโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป เข้าร่วมโครงการ เตรียมผู้บริหารระดับสูง และการเพิ่มพูนสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้เรื่องโรคโหดจากธาลัสซีเมีย และดำเนินการตามโครงการ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อประเมินผลการดำเนินการระหว่างปี ๒๕๓๗-๒๕๓๙ เนื่องจากการตรวจคัดกรองตามแนวทางดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการตรวจพบในนักเรียนที่เป็นโรคโหดจากธาลัสซีเมียซึ่งได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่แล้ว จึงปรับแผนโดยหันไปคัดกรองหญิงตั้งครรภ์

ดังนั้นปี ๒๕๔๐-๒๕๔๑ ได้ทดลองขยายกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ไปสู่หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรสใหม่ และรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนทางสื่อต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเกิดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคนี้ รวมทั้งสามารถเฝ้าระวังและดูแลตนเองได้

โดยใช้เครื่องมืออย่างง่ายในการตรวจสอบตนเองว่าเป็นโรคหรือเป็นพาหะที่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียหรือไม่ เพื่อแสวงหาการวินิจฉัยและคำปรึกษาได้ ต่อมาในปี ๒๕๔๒ จึงได้เปลี่ยนแปลงมาตรการการดำเนินงาน จากการคัดกรองในกลุ่มนักเรียน ไปสู่การคัดกรองเพื่อหาคู่สมรสที่เสี่ยงต่อการให้กำเนิดบุตรเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย อย่างสมบูรณ์ และใช้งบประมาณในการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันเพื่อค้นหาผู้ป่วย/พาหะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ตลอดจนเร่งรัดรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน จนกระทั่งปี ๒๕๔๔ เมื่อมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพครั้งสำคัญ ทำให้ชุดบริการการตรวจคัดกรองถูกจัดให้อยู่ในชุดบริการพื้นฐานการส่งเสริมป้องกันโรค ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๓๐ บาทรักษาทุกโรค)

๓) ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินนโยบายในทางปฏิบัติ

ปัญหาของทางปฏิบัติในพื้นที่คือ ระบบการส่งต่อที่เน้นให้ทำตามรูปแบบที่กรมต่าง ๆ ได้กำหนดขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญเพราะแต่ละหน่วยงานมีความคุ้นเคยกับระบบของตนเอง การบังคับให้ส่งต่อการตรวจ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยจากระบบเดิมทำให้เกิดปัญหาด้านความพร้อมและความสะดวกในทางปฏิบัติ มักเกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการ จากการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลที่เข้ามารับผิดชอบนโยบายนี้ ทั้งด้านการเมืองและผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ผู้ที่เข้ามาใหม่มักไม่ต้องการสานงานเก่า แต่มีความสนใจและพยายามผลักดันสร้างงานใหม่ให้เป็นผลงานของตนเอง ในทางกลับกันหากมีการสานงานเดิมต่อ ก็จะถูกมองว่า เป็นการนำผลงานของผู้บริหารคนเดิมมาเป็นของตน อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ปฏิบัติหลักในส่วนกลางคือเจ้าหน้าที่ในกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมงานในพื้นที่ทั้งที่เป็นผู้ปฏิบัติและผู้สนับสนุนทางวิชาการ เช่น ความร่วมมือระหว่างกรมอนามัยกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เริ่มร่างแผนธาลัส-

ซีเมียแห่งชาติขึ้นในปี ๒๕๓๙ เน้นการเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางสาธารณสุข และแผนงานวิจัยที่ควรสนับสนุน แต่ไม่มีการดำเนินการใด ๆ ตามร่างแผนแม่บทนี้ ขณะเดียวกันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) ได้กำหนดแผนงานการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ไว้ในลักษณะที่เป็นเป้าหมายลดอัตราทารกแรกเกิดที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียลงร้อยละ ๑๐ โดยทำงานกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตั้งแต่เด็กเรียนประถมศึกษา ประชากรวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มเครือญาติผู้ป่วยโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งการประเมินผลเมื่อสิ้นแผนสามารถลดได้ร้อยละ ๕ ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๙ คณะกรรมการธาลัสซีเมีย ได้เสนอให้มีการลดอัตราทารกที่ป่วยด้วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียร้อยละ ๒๐ แต่ภายหลังได้ลดทอนเป้าหมายเหลือเพียงให้มีการตรวจคัดกรองครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ ๔๐ แทน

๔) การวิเคราะห์เชิงนโยบาย

๔.๑ การวิเคราะห์นโยบายตามโมเดลของ Palmer พบว่า การสร้างนโยบายควบคุมป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ได้ถูกผลักดันขึ้นเป็นนโยบายสาธารณสุข โดยนักวิชาการนำเสนอข้อมูล ผ่านนักการเมืองที่กำลังดำรงตำแหน่งสำคัญในรัฐบาลขณะนั้น จากนั้นจึงผ่านสู่ผู้บริหารระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งก็มีความสัมพันธ์กับนักการเมืองด้วย ทำให้เกิดนโยบาย และมีผลในทางปฏิบัติได้ นโยบายนี้ได้ดำเนินการต่อเนื่องไประยะหนึ่ง เนื่องจากผู้บริหารดังกล่าวในกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ริเริ่มนโยบายนี้ได้ก้าวขึ้นในตำแหน่งสูงสุดของกระทรวงด้วยอย่างไรก็ตาม มีข้อเสียในระยะยาว คือ ความเสี่ยงต่อการขาดความต่อเนื่อง เมื่อมีการเปลี่ยน หรือโยกย้ายผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจคนใหม่ อาจนำไปสู่การลดความสำคัญหรือไม่ต้องการดำเนินงานตามนโยบายเดิม หากแต่พยายามสร้างนโยบายใหม่ให้เป็นผลงานของตนเองแทนเมื่อผู้นำทางนโยบายและการบริหารไม่ได้เป็นหลัก

ที่หนักแน่นมั่นคง การนำองค์ความรู้ทางด้านคลินิกและระบาดวิทยา มาตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมจึงไม่เป็นระบบ นักวิชาการที่เกี่ยวข้องอาจมีความลำเอียงที่จะเลือกใช้ความรู้หรือเทคโนโลยีที่ตนสนใจหรือมีความถนัด ซึ่งอาจเป็นเทคโนโลยีที่มีประสิทธิผล (efficacy) สูง แต่ราคาแพง และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ความพร้อมของระบบบริการและสังคมของประเทศ เมื่อแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในภาพกว้าง จึงอาจจะไม่ได้ประสิทธิผลหรือประสิทธิภาพเต็มเม็ดเต็มหน่วย

ผู้ป่วยและประชาชนมีความคิดเห็นต่อนโยบายเรื่องนี้้น้อยมาก ซึ่งให้เห็นว่าเรื่องราวของโรคโหติจางธาลัสซีเมียค่อนข้างซ่อนตัวอยู่อย่างเงียบเชียบในสังคมไทย รู้กันเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วย/ญาติ กับผู้ดูแลรักษาเท่านั้น การที่ประชาชนทั่วไป หรือแม้แต่ผู้ที่เป้นพาหะไม่ให้ความสนใจมากนัก เพราะโรคนี้เมื่อเป็นแล้วก็ไม่ลุกลามหรือติดต่อไปยังผู้อื่น จึงไม่มีการเคลื่อนไหวจากสังคมเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคอย่างจริงจัง อีกทั้งโรคยังพบมากในประชากรที่มีระดับเศรษฐานะค่อนข้างยากจนไม่มีปากมีเสียงในสังคมปัจจุบัน แม้ว่าจะมีการเคลื่อนไหวประชาสังคมด้านสุขภาพอย่างหนาตา แต่มีบทบาทเกื้อหนุนในเรื่องนี้น้อยมาก เพราะผู้ป่วยโรคนี้ไม่ได้รวมอยู่ในกลุ่มใด ๆ ซึ่งที่ผ่านมาแม้ว่าจะมีการรวมกลุ่มของผู้ป่วย แต่ยังขาดอำนาจต่อรองและสังคมไม่ได้มองว่ากลุ่มนี้เป้นผู้ด้อยโอกาสทางสังคมแต่อย่างใด

ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ เป้นที่ยอมรับกันว่าการป้องกันจะนำไปสู่การประหยัดต้นทุนด้านสุขภาพได้มากกว่าการรักษา แต่ก็ยังไม่เคยมีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ ในลักษณะที่เป็นการเปรียบเทียบทางเลือกของรูปแบบและเทคโนโลยีในการควบคุมและป้องกันโรคโหติจางธาลัสซีเมีย อย่างเป็นระบบ มีเพียงการประเมินต้นทุนในจุดเล็ก ๆ ในลักษณะโครงการระยะสั้น มากกว่าภาพรวม

๔.๒ การวิเคราะห์บทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วน

เสียหรือมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ (stakeholders) จำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากงานควบคุมและป้องกันโรคโหติจางธาลัสซีเมีย ต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ทั้งด้านงบประมาณ กำลังคน อุปกรณ์เครื่องมือ องค์ความรู้ทางวิชาการ และความสนใจจากฝ่ายการเมืองและข้าราชการประจำ ตลอดจนการกระตุ้นจากนักวิชาการ รวมถึงความใส่ใจติดตามผลอย่างต่อเนื่องจากประชาชน ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า การควบคุมและป้องกันโรคโหติจางธาลัสซีเมียของประเทศไทยมีปัญหาคือสำคัญ คือ ขาดหน่วยงานหลักที่ต้องมีทั้งความรู้ความเหมาะสม อำนาจหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายโดยตรงเพื่อบริหารจัดการด้านงบประมาณ แม้ว่าจะมีส่วนราชการ หรือผู้ปฏิบัติในพื้นที่ และฝ่ายวิชาการที่มีความเข้มแข็ง ก็ไม่สามารถผลักดันโครงการควบคุมและป้องกันโรคโหติจางธาลัสซีเมียให้เป็นนโยบายที่เอาจริงเอาจังในระดับชาติได้ ข้าราชการระดับปฏิบัติในส่วนกลางที่มีศักยภาพในการประสานจัดการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ หรือแม้แต่การสนับสนุนทางวิชาการ ก็ไม่อาจช่วยแก้สถานการณ์ได้ เพราะต้องทำงานตามนโยบายของผู้บริหาร ทำให้โครงสร้างหรือรากฐานที่เคยลงทุนลงแรงไป ในช่วงที่ผู้บริหารให้การสนับสนุนนโยบาย ไม่ได้ถูกใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ พลังสนับสนุนจากฝ่ายการเมือง ต้องอาศัยการให้ข้อมูลหรือการกระตุ้นจากทั้งนักวิชาการ และข้าราชการประจำ ที่สำคัญคือขาดกระแสสังคมผลักดัน เพราะไม่รู้ถึงความสำคัญของโรคหรือสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองโรค ทำให้การตัดสินใจทุกอย่างขึ้นกับฝ่ายรัฐเป็นหลัก

วิจารณ์

จากการดำเนินนโยบายที่เน้นการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส เพื่อนำไปสู่การตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอด พบว่ายังคงเป็นปัญหาทั้งทางด้านเทคนิคและทางสังคม เช่น การตรวจวิเคราะห์ทางพันธุกรรมทำได้ในห้องปฏิบัติการบางแห่งเท่านั้น แม้ว่าสถิติแพทย์ทั่วไป จะสามารถเจาะ

น้ำคร่ำได้ แต่ก็มีส่วนที่ไม่มีหรือมีประสบการณ์น้อย หากพบว่าทารกในครรภ์เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียก็นำไปสู่ความลำบากใจของคู่สมรสว่าจะทำแท้ง เพื่อบรรลุนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย หรือจะมีบุตรไ้ด้วยความรัก พร้อมร่วมกันเผชิญกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่ตามมากับโรคด้วย นอกจากนั้น การตัดสินใจที่จะทำแท้ง ก็ยังเป็นทางเลือกที่เจ็บปวดกับความรู้สึกผิดทางศาสนา และทางกฎหมาย

“การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย” ที่เน้นการป้องกันการเกิดผู้ป่วยหรือพาหะของโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียรายใหม่ โดยที่การจัดระบบบริการเพื่อดูแลสุขภาพ และการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียยังไม่มีคุณภาพ อาจเป็นเสมือนการย่ำตราบาป (stigma) กับคนที่เป็นโรคหรือพาหะโดยปริยาย นอกจากนั้น การป้องกันและควบคุม โดยเริ่มที่หญิงมีครรภ์ที่มาฝากท้องในโรงพยาบาลนั้น ถือว่าเป็นการเริ่มที่สายเกินไป ทำให้คู่สมรสแทบจะไม่มีทางเลือกใดที่ดีกว่าการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมไม่น้อย ขณะเดียวกัน ก็อาจทำให้ความสนใจพาหะรายอื่น ๆ ในสังคม และความสนใจผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ในสังคมลดน้อยลงไปด้วย

การนำนโยบายสู่การปฏิบัตินั้น ข้อมูลจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์ที่มีคุณธรรมสูง มีบทบาทสำคัญในการชี้้นำให้กำหนดนโยบายในเรื่องนี้ และเชื่อมโยงประสานความร่วมมือในการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างดี สามารถดำเนินการผ่านทั้งด้านบริหาร คือ ข้าราชการประจำ และด้านการเมือง อย่างนุ่มนวล และประนีประนอมตามสถานการณ์ และเงื่อนไขความพร้อม แต่ในส่วนบริหารหรือส่วนที่เป็นข้าราชการประจำ จะมีข้อด้อย คือ ยังมีระบบการทำงานที่แยกส่วน ทั้งด้านการป้องกันควบคุม การรักษา และเทคโนโลยีอุปกรณ์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ไม่มีแกนประสานนโยบาย และขาดการมองเห็นในภาพรวมที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังขาดความ

ต่อเนื่อง เพราะขึ้นอยู่กับความถนัดและความสนใจของผู้ที่หมุนเวียนเข้ามาดูแลรับผิดชอบหน่วยงานนั้น ๆ ค่อนข้างมาก

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการควบคุม และป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ในทางปฏิบัติแล้ว การกำหนดนโยบายสาธารณะใด ๆ มักจะมาจากกระบวนการพัฒนาหรือการสร้างองค์ความรู้ในสาขานั้น ๆ ลำพังแต่การจัดการกลไกระบบสุขภาพไม่มีพลังเพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเชิงนโยบายได้ จำเป็นต้องนำองค์ความรู้ ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ และพลังต่าง ๆ ขับเคลื่อนกลไกหรือกระบวนการนโยบายควบคู่กันไป^(๑๔) อย่างสัมพันธ์ต่อเนื่อง เริ่มด้วยการกำหนดปัญหา และการทำให้ประเด็นปัญหานี้ได้รับความสนใจในสังคม ซึ่งขึ้นกับความน่าเชื่อถือของข้อมูล การสร้างเงื่อนไขทางสังคมสิ่งแวดล้อม ที่ต้องสื่อให้มีการรับรู้ว่าเป็นปัญหาของใคร ผู้ใดควรแก้ไข และต้องอาศัยความร่วมมือในระดับใดบ้าง จากนั้นก็ต้องสร้างพันธมิตรในระดับนโยบายขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดคิดและการตัดสินใจมาจากบุคคลใดหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ต้องมีการเรียนรู้และยอมรับการต่อรองของฝ่ายต่าง ๆ เมื่อถึงขั้นตอนการเสนอนโยบาย ก็ต้องมีข้อเสนอที่เป็นรูปธรรม และสามารถดำเนินการได้จริงตามเงื่อนไขและข้อจำกัดทั้งด้านเวลา บุคลากร งบประมาณ และศักยภาพที่มีอยู่ในขณะนั้น ๆ

การควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย มีหลายองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง การทำงานจะประสบผลสำเร็จได้ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม โดยเฉพาะเงื่อนไขที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถจัด/ให้บริการในชั้นสูงอย่างเพียงพอ การมีหลายหน่วยงานที่ทำงานคล้ายกันทั้งระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติในพื้นที่ ทำให้ต้องมีการประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน ซึ่งหากจะให้มีการขับเคลื่อนทั้งระบบโดยคำนึงถึงความต่อเนื่อง นโยบายการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียนั้น ควรประกอบด้วย

ก) การสร้างเครือข่ายพันธมิตรที่ประกอบด้วยหน่วยงานทางด้านวิชาการ การบริการ และการบริหาร โดยเครือข่ายนี้ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อสร้างข้อตกลงในประเด็นเชิงนโยบาย และการบริหารจัดการ การกำหนดความร่วมมือทางด้านการวิจัยและพัฒนางาน ที่มุ่งเน้นให้เกิดการวิจัยเชิงนโยบายในมุมมองที่รอบด้าน และการสร้างรูปแบบการบริหารจัดการระบบให้หลากหลายมากขึ้น รวมทั้งการวิจัยปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งภาคประชาคมนอกเหนือจากการสร้างองค์ความรู้ที่เป็นเรื่องทางเทคนิค ควรปรับรูปแบบการประชุมวิชาการฮาล์สซีเมียที่มีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มเติมประเด็นนโยบายและการสร้างการมีส่วนร่วมหรือการเสนอข้อมูลของภาคประชาคมด้วย และสุดท้ายคือการหามาตรการที่เหมาะสมที่จะขับเคลื่อนนโยบายโดยกระบวนการทางสังคมให้เกิดความตระหนักว่าเป็นปัญหาาร่วมกันของสังคม

ข) ในการสร้างรูปธรรมของดำเนินการตามนโยบาย เพื่อแก้ปัญหาที่นักวิชาการมักจะสนใจเฉพาะเรื่องที่ตนเองเกี่ยวข้อง และไม่มีทักษะในการเชื่อมต่อกับประกอบอื่น ๆ ของระบบ โดยต้องกำหนดแกนนำบุคคลในการปฏิบัติการที่เหมาะสม ให้สอดคล้องกับบทบาทและอำนาจหน้าที่ของบุคคลหรือองค์กรนั้นด้วย ต้องมีผู้ประสานงานที่เหมาะสม ทำงานต่อเนื่องให้เกิดเอกภาพในหมู่พันธมิตรทั้งด้านนโยบาย แผนงาน วิชาการและการปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อลดจุดอ่อนด้านการจัดการ ที่มักจะเป็นการบริหารแบบสั่งการ และขาดการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติและบทบาทของหน่วยงานในเครือข่ายให้ชัดเจน

ประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการขับเคลื่อนนโยบาย ที่เป็นหลักการของการดำเนินงาน ยังมีประเด็นความเห็นขัดแย้ง และความไม่ชัดเจนของผลได้ของโปรแกรมการตรวจคัดกรอง ซึ่งมีความแตกต่างจากหลักการของการตรวจคัดกรองโรคอื่น ๆ ที่หากสามารถพบว่าเป็นโรคใน

ระยะขั้นต้น ก็จะสามารถให้การรักษาเพื่อให้หายหรือมีความรุนแรงลดลงได้ แต่สำหรับโรคโศกจากฮาล์สซีเมียนั้น เมื่อค้นพบอย่างไรก็เป็นอย่างนั้นไม่สามารถลดความรุนแรงหรือหยุดโรคอย่างเด็ดขาดได้ ทางเลือกในการตัดสินใจในตรวจคัดกรอง มี 3 ทางเลือกหลัก คือ ๑) การตรวจคัดกรองในประชาชนทั่วไป ๒) การตรวจคัดกรองที่เริ่มจากผู้ป่วยโรคโศกจากฮาล์สซีเมีย ที่เรียกว่า index case และ ๓) การตรวจหญิงที่มาฝากครรภ์ เพื่อนำไปสู่การตรวจวินิจฉัยคู่สมรสและทารกในครรภ์ อันจะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ หากพบว่าทารกเป็นโรคโศกจากฮาล์สซีเมีย ทั้งนี้ทางเลือกที่ ๑ และทางเลือกที่ ๒ นั้น หากมีการตรวจพบผู้ที่เป็นพาหะ หรือผู้ที่เป็นโรคโศกจากฮาล์สซีเมีย จะต้องมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลพันธุกรรม การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม และหามาตรการที่จะลดการเกิดคู่เสี่ยงจากการแต่งงาน ประเด็นที่หลายฝ่ายต้องช่วยกันพิจารณาอย่างรอบคอบคือ จะใช้มาตรการอะไรระหว่างมาตรการทางกฎหมายกับมาตรการทางสังคมที่จะใช้ในการรณรงค์ให้เห็นความสำคัญของการตรวจเพื่อลดการเกิดคู่เสี่ยง สำหรับกรณีทางเลือกที่ ๓ (รวมทั้งคู่เสี่ยงที่ทราบจากทางเลือก ๑ หรือ ๒ แล้ว) ต้องเตรียมพร้อมในการตรวจคัดกรองทั้งคู่สามีและภรรยา รวมทั้งการตรวจยืนยัน (หากเป็นคู่เสี่ยง) อีกทั้งเมื่อพบว่าทารกเป็นโรคโศกจากฮาล์สซีเมียชนิดรุนแรงแล้ว จะนำไปสู่การให้คำปรึกษาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ ประเด็นคือจะต้องมีการแก้กฎหมายประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๐๕ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือไม่ (ไม่ว่าจะเป็นการบังคับใช้กฎหมายหรือการให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของมารดาเอง) ซึ่งเป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อกระแสสังคมค่อนข้างมาก หรือจะยังคงใช้การตัดสินใจจากแพทย์ ตามกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตามก็ยังคงพิจารณาว่า สังคมจะยอมรับสิทธิของคู่เสี่ยง ที่ต้องการจะให้กำเนิดทารกที่เป็นโรคโศกจากฮาล์สซีเมียหรือไม่ ซึ่งต้องให้สิทธิการได้

รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดด้วย เช่น การให้เลือด การให้ยาขับธาตุเหล็ก การตัดม้าม หรือการปลูกถ่ายไขกระดูก เมื่อมาถึงขั้นนี้ก็ต้องพิจารณาประเด็นทางเศรษฐศาสตร์ว่า ระบบการเงินการคลังของประเทศจะรับภาระได้แค่ไหน อย่างไร และหากต้องการจะผลักดันนโยบายการควบคุม และป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ให้ประสบความสำเร็จ ควรเน้นการควบคุมและป้องกันที่ยังคงคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ที่เป็นพาหะด้วยเสมอ โดยต้องยอมรับว่าเป็นงานที่ต้องใช้เวลา และการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนานพอสมควร จึงจะไม่นำไปสู่การละเมิดสิทธิมนุษยชน และไม่นำไปสู่ความขัดแย้งทางด้านจริยธรรมในสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. โดยมูลนิธิสรวงานสุขแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

๑. Panich V, Pornpatkul M, Sriroongrueng W. The problem of thalassemia in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1992; 23:1-6.
๒. พรหม ศิริวรรณภา. โครงการป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: รูปแบบการให้บริการ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๔.
๓. ประเวศ วะสี. ร่างแผนงานธาลัสซีเมีย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย; ๒๕๓๕.
๔. Dhamcharee V, Romyanan O, Ninlagam T. Genetic counselling for thalassemia in Thailand: problems and solutions. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2001; 32:413-8.
๕. Cao A, Rosatelli MC, Monni G, Galanello R. Screening for thalassemia: a model of success. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002; 29:305-28.
๖. Tongsong T, Wanapirak C, Sirivatanapa P, Sanguansermisri T, Sirichotiyakul S, Piyamongkol W, et al. Prenatal control of severe thalassemia: Chiang Mai strategy. *Prenat Diagn* 2000; 20:229-34.
๗. สุดชาย อมรกิจบำรุง. การคัดกรองหาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียพาหะของเบต้าธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติในหญิงมีครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖; ๑๒:๓๓๕-๔๔.
๘. รัตนา สินธุภัก. การเลือกวิธีตรวจคัดกรองพาหะธาลัสซีเมีย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๖; ๑๒:๓๒๕-๓๘.
๙. Panepinto JA, Magid D, Rewers MJ, Lane PA. Universal versus targeted screening of infants for sickle cell disease: a cost-effectiveness analysis. *J Pediatr* 2000; 136:201-8.
๑๐. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. การควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมีย มุมมองทางจริยธรรม กฎหมาย สังคมและจิตใจ. สารศิริราช ๒๕๓๕; ๔๔:๑๐๓๗-๔๓.
๑๑. Janovsky K. Health politic and system development: an agenda for research. Geneva: WHO; 1996.
๑๒. Palmer G, Short S. Health care & public policy: an Australian analysis. South Melbourne: MacMillan Education; 1996.
๑๓. Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy* 1994; 27:19-34.
๑๔. Tarimo E. Essential health service packages: uses, abuse and future directions. Geneva: WHO; 1997.
๑๕. Barr N. The economics of the welfare state. London: Butler & Tanner; 1990.
๑๖. Clewer A, Perkin D. Economics for health care management. Wilshire, UK: Redwood Books; 1998.
๑๗. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49:651-61.
๑๘. เดชรัตน์ สุขกำเนิด. นโยบายสาธารณะกับสุขภาพของคนไทย. ใน: สุภาพ ดวงใส, บรรณาธิการ. สุขภาพของคนไทย: กัยจากน้อมมนุษย์? ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต; ๒๕๔๕. หน้า ๓๓-๖๖.

Abstract **Thalassemia Prevention and Control Program in Thailand: The Analysis of Policy Formulation and Implementation Process**

Weerasak Putthasri, Wachara Riewpaiboon, Rachata Tangsiripat

International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2004; 13:715-25.

The main objectives of this study were to investigate the policy formation, implementation and evaluation process of Thalassemia Prevention and Control Program and to provide policy strategy for the future plan. Literature review and key informant interview were conducted in order to reach such goals.

Thalassemia prevention and control policy was originated from the determination of the academia, which was propelled further by the strong relationship with the politicians and government officers. Their cooperation drove the thalassemia prevention and control via the Department of Health, Ministry of Public Health (MOPH). The model stressed on screening the pregnant, their spouses and prenatal diagnosis. The obstacles of the program were lack of sustainability of the program, human resources, budget and laboratory capacity. Universal Health Care Coverage Project, a new health care service system, had also adversely effected this program. Through the absence of the key organization, responsible for overall policy implementation, This always depends on the administrators or policy maker.

For success and sustainability of the program, the determination to drive this program further should include strengthening of thalassemia network of academics, researchers, organization and program management; stimulate policy research; forum for political discussion in technical conferences; identify key implementers, roles and mandates.

Key words: policy analysis, thalassemia, Universal Health Care Coverage Project

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ของโรงพยาบาลในประเทศไทยในยุค ของการปฏิรูประบบสุขภาพ

อารยา ศรีไพโรจน์*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

ปราณี เลี่ยมพุทธทอง**

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

**School of Public Health, Faculty of Health Sciences, La Trobe University, Australia

บทคัดย่อ

เพื่อให้การบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ ได้มีการกำหนดให้บริหารในรูปคณะกรรมการที่ชื่อว่า “คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด” มาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๐ และก็ยังมีการดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะค้นหาบริบทและปัญหาการดำเนินการของคณะกรรมการชุดนี้ในปัจจุบันซึ่งอยู่ในช่วงของการปฏิรูประบบสุขภาพ และสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินการสำหรับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โดยใช้วิธีการสำรวจภาคสนามสองวิธีคือ วิธีวิเคราะห์เชิงเอกสารและวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ในโรงพยาบาลตัวอย่างใน ๔ ภาคของประเทศไทย จำนวน ๑๗ แห่ง ช่วงกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึงกลางเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๖ พบว่าคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลในแต่ละแห่งมีบทบาทหน้าที่หลักเหมือนกัน คือมีการประชุมคัดเลือกยาเข้าและออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล ในปัจจุบันคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีการประชุมน้อยลง สาเหตุหนึ่งก็คือประธานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปต้องการชะลอการนำเสนอยาใหม่ที่มีราคาแพงเข้าโรงพยาบาล กรณีของโรงพยาบาลชุมชน สาเหตุที่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดไม่ค่อยมีการประชุมเนื่องจากการนำปัญหาต่าง ๆ เข้าไปพูดคุยในคณะกรรมการบริหารซึ่งมีการประชุมทุกเดือน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนคือการที่แพทย์มักจะทำงานที่โรงพยาบาลชุมชนในช่วงเวลาสั้นเพียง ๑-๒ ปี จากนั้นก็จะย้ายหรือลาศึกษาต่อ ในส่วนของตัวชี้วัดการดำเนินการสำหรับคณะกรรมการชุดนี้ ได้มีข้อเสนอให้มีการกำหนดตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลแต่ละระดับ โดยการกำหนดตัวชี้วัดต้องขึ้นอยู่กับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการชุดนี้ ตัวชี้วัดอาจจะเป็นจำนวนครั้งของการประชุม จำนวนรายการยาตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ: คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด, โรงพยาบาล

บทนำ

ในคู่มือบริหารเวชภัณฑ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๐^(๑) ได้มีการระบุไว้ว่าการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีการบริหารในรูปของคณะกรรมการ โดยให้ชื่อว่า “คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด” ซึ่งวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่ระบุในคู่มือดังกล่าวมีดังนี้

๑. เพื่อวางมาตรการและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับบริหารเวชภัณฑ์ของสถานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โดยเน้นการสนับสนุนการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒. ประสานงานระหว่างผู้ใช้ยา (ฝ่ายบำบัด) และผู้จัดหายา (ฝ่ายเภสัชกรรม) เกี่ยวกับการใช้ยาในโรงพยาบาล

๓. ควบคุมกำกับการบริหารเวชภัณฑ์ทั้งระบบ เพื่อลดการสูญเสียยาโดยเปล่าประโยชน์และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการใช้ยา

๔. ประเมินผลและหาแนวทางแก้ปัญหาอุปสรรคในการบริหารเวชภัณฑ์

นอกจากนี้ในคู่มือบริหารเวชภัณฑ์ยังได้มีการระบุองค์ประกอบของคณะกรรมการ หน้าที่ความรับผิดชอบ รวมทั้งการประชุม โดยในส่วนขององค์ประกอบของคณะกรรมการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์เป็นรองประธาน ผู้แทนฝ่ายเทคนิคบริการต่าง ๆ (ตามที่เห็นสมควร) เป็นกรรมการ และกำหนดให้หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรม เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยมีเภสัชกรในฝ่ายเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ส่วนในกรณีของโรงพยาบาลชุมชน องค์ประกอบของคณะกรรมการ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน แพทย์ ทันตแพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เป็นกรรมการ และมีหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนเป็นกรรมการและเลขานุการ ในกรณีที่โรงพยาบาลชุมชน

และหน่วยงานอื่น ๆ ไม่มีเภสัชกร กำหนดให้คณะกรรมการบริหารทำหน้าที่แทนคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา พ.ศ. ๒๕๔๓^(๒) ได้มีการระบุให้หน่วยราชการที่มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเป็นผู้ดำเนินการบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด หรือชื่อภาษาอังกฤษว่า Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC หรือ P&T committee) หรือ Drug and Therapeutics Committee (DTC) คำว่า P&T committee มักจะใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา^(๓) ส่วนคำว่า DTC มักจะใช้ในประเทศอังกฤษ ออสเตรเลียและประเทศในแถบยุโรป^(๔-๖) ส่วนในประเทศไทยจากคู่มือบริหารเวชภัณฑ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๐ ใช้คำว่า Pharmacy and Therapeutic Committee (PTC)

บทบาทหน้าที่ของ PTC อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล แต่ควรมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (rational drug use) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว PTC อาจมีบทบาทในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้^(๗)

๑. การบริหารจัดการเภสัชตำรับ (formulary management) ซึ่งหมายรวมถึงการพิจารณาคัดเลือกยา และการตัดยาออกจากเภสัชตำรับ การประกันคุณภาพของผลิตภัณฑ์ยาก่อนและหลังการจัดหา

๒. ระบบการกระจายยาที่สามารถป้องกันการเกิดความผิดพลาดจากการใช้ยา (medication error) ส่งเสริมให้มีการทบทวน/วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อน ประกอบการจัดทำแนวทางและการวางมาตรฐานทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง

๓. การส่งเสริมให้เกิดการกำกับดูแลและติดตามผลของการใช้ยา โดยการติดตามรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการประเมินคุณภาพของการใช้ยา

๔. การจัดพิมพ์เภสัชตำรับที่ทันต่อเหตุการณ์เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารของยาใหม่ และข่าวความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรายการยา

๕. การสนับสนุนให้เกิดการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยา โดยเฉพาะการทบทวนการใช้ยา (drug use review) เพื่อประกอบการพิจารณาเข้า - ออกในโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลที่น่าไปสู่การศึกษาเชิงคุณภาพต่อไป เช่น การประเมินการสั่งใช้ยา (drug use evaluation)

บทบาทหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นเป็นบทบาทเชิงนโยบายที่ควรจะเป็น แต่ในทางปฏิบัติจริง ๆ จะเป็นเช่นใดนั้นยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจนในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจจะส่งผลต่อการดำเนินการของ PTC ได้

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจบริบทและปัญหาของการดำเนินการของ PTC ในโรงพยาบาลในประเทศไทยในช่วงที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพ และทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินการสำหรับ PTC

วิธีการศึกษา

วิธีการเก็บข้อมูล: โดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเอกสาร (document analysis) และวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) เนื่องจากจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และได้ทราบข้อคิดเห็นจากหลากหลายมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการใช้ทั้ง ๒ วิธีนี้ร่วมกันเพื่อจะทำให้สามารถใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation method)^(๔,๕) ในการวิเคราะห์ผลที่ได้ ระยะเวลาในการศึกษาเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๔๕ ถึง ๑๗ มกราคม ๒๕๔๖

โรงพยาบาลที่ทำการศึกษา: โรงพยาบาลที่อยู่ในสี่ภาค (ภาคละ ๑ จังหวัด) จำนวน ๑๗ โรงพยาบาล ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ ๒ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๓ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๑๒ แห่ง ซึ่งการเลือก

จังหวัดได้รับคำแนะนำจากผู้ทำงานในกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ในการศึกษารายงานการประชุมของ PTC และจังหวัดที่เลือกสำหรับเก็บข้อมูล ควรมีโรงพยาบาลชุมชนที่มีความหลากหลายคือมีทั้งขนาด ๑๐, ๓๐, ๖๐, และ ๙๐ เตียง

ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์เชิงลึกโดยมีการบันทึกเทปจำนวน ๑๐ ท่าน ประกอบด้วยประธาน เลขาธิการ รวมทั้งกรรมการของ PTC ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากท่านเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของ PTC และยินยอมที่จะให้สัมภาษณ์โดยมีการบันทึกเทป

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์เชิงเอกสาร

โครงสร้างของ PTC

โครงสร้างของ PTC ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ประกอบไปด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นเลขาธิการ กรรมการของ PTC อื่น ๆ เป็นตัวแทนแพทย์แต่ละแผนก ทันตแพทย์ เภสัชกรพยาบาล ซึ่งการกำหนดและเลือกกรรมการของ PTC มักเป็นการกำหนดและปรึกษากันระหว่างประธานและเลขาธิการ PTC โรงพยาบาลทั่วไปในภาคเหนือมีการแต่งตั้งแพทย์และเภสัชกรทุกคนเป็นกรรมการของ PTC และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งก็มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และนักวิชาการสุขภาพเป็นกรรมการ PTC

โรงพยาบาลทุกแห่งที่ทำการศึกษาไม่ได้กำหนดวาระการทำงานของ PTC มีเพียงโรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพียงแห่งเดียวที่กำหนดวาระการทำงานของ PTC เป็นระยะเวลา ๒ ปี นอกจากนั้นทุกโรงพยาบาลไม่ได้มีการกำหนดงบประมาณสำหรับการดำเนินการของ PTC

วัตถุประสงค์ที่ระบุในคำสั่งแต่งตั้ง

• โรงพยาบาลศูนย์: เพื่อให้การบริหารด้านเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ประหยัดและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

• โรงพยาบาลทั่วไป: เพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการเภสัชกรรมและการบำบัดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพบังเกิดผลดีต่อทางราชการ

• โรงพยาบาลชุมชน: ๑) เพื่อให้การดำเนินงานเภสัชกรรมและการบำบัดเป็นไปด้วยความถูกต้องและมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและแพทย์ ๒) ด้วยโรงพยาบาลมีแพทย์ เภสัชกร ย้ายสับเปลี่ยนหมุนเวียนปฏิบัติราชการทุกปี เพื่อให้งานเภสัชกรรมดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม ประหยัดและเกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมมากที่สุด รวมถึงการรองรับแผนแม่บทการพัฒนาสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำของกระทรวงสาธารณสุข

หน้าที่ของ PTC

การกำหนดบทบาทหน้าที่ในเอกสารแต่งตั้ง PTC ของแต่ละโรงพยาบาลจะเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือบริหารเวชภัณฑ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๐^(๑) และหนังสือเรื่อง ตรงประเด็น: เน้นสู่คุณภาพงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล^(๒)

การประชุมและวาระการประชุมของ PTC

• จำนวนครั้งการประชุม ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะมีการประชุมประมาณ ๓-๔ ครั้งต่อปี (เป้าหมายการประชุมคือปีละ ๖ ครั้งโดยประชุมทุก ๒ เดือน) ในคู่มือบริหารเวชภัณฑ์ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระบุไว้ว่าควรกำหนดให้มีการประชุมปรกติอย่างน้อยปีละ ๓ ครั้งและในกรณีจำเป็นอาจเรียกประชุมได้เป็นกรณีพิเศษ แต่พบว่าในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๔๕ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีการประชุมเพียง ๑-๒ ครั้ง และโรงพยาบาลทั่วไปบางโรงพยาบาล ในช่วง ๓ เดือนแรกของปีงบประมาณ ๒๕๔๖ (เดือนตุลาคม ๒๕๔๕ ถึงเดือนธันวาคม ๒๕๔๕) ยังไม่ได้มีการจัดประชุม PTC

เพราะผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางท่านเกรงว่าแพทย์จะนำเสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการเพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ประกอบกับภายใต้นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรคทำให้โรงพยาบาลมีรายได้น้อยลง

ส่วนโรงพยาบาลชุมชนจะมีการประชุมประมาณ ๑-๒ ครั้งต่อปี และพบว่าในบางโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้มีการประชุมของ PTC แต่จะนำปัญหาต่าง ๆ ในเรื่องยาไปพูดคุยในคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดให้มีการประชุมทุกเดือน

• วาระการประชุมในโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลจะมีความหลากหลายแตกต่างกันไปแล้วแต่ระดับของโรงพยาบาล แต่วาระการประชุมที่เหมือนกันของโรงพยาบาลทุกระดับก็คือการเสนอเข้าและตัดออกจากรายการยาของโรงพยาบาล การรายงานเกี่ยวกับจำนวนรายการ การรายงานมูลค่าการใช้ยา การกำหนดนโยบายการใช้และการจ่ายยาของโรงพยาบาล ส่วนของวาระการประชุมที่แตกต่างกันไปได้แก่ การพิจารณาตัวอย่าง การพิจารณาการประเมินการใช้ยา การพิจารณาแหล่งจัดซื้อและราคา การกำหนดนโยบายการใช้ยาในโครงการ ๓๐ บาท ค่าใช้จ่ายของยาใน ๕๐ หรือ ๑๐๐ อันดับแรก ปัญหาการใช้ยา การรายงานเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (adverse product reaction), การประเมินการใช้ยา (drug use evaluation), การบริการข้อมูลข่าวสาร (drug information service) การกำหนดรายการยาที่มีในหอผู้ป่วย ในห้องอุบัติเหตุและในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) การทบทวนข้อตกลงในการกระจายยา

ปัญหาที่เกี่ยวกับการทำงานของ PTC ที่พบในโรงพยาบาล

• แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมักจะทำงานในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ ๒ ปี จากนั้นจะย้ายหรือลาศึกษาต่อ แพทย์ใหม่ที่เข้ามาทำงานแทนแพทย์ที่ย้ายหรือลาศึกษาต่ออาจจะมีการสั่งจ่ายยาที่

ต่างไป ดังนั้นอาจมีปัญหของยาหมดอายุค้างอยู่ในคลังเวชภัณฑ์

- การประชุมไม่สามารถจัดให้สม่ำเสมอได้ เนื่องจากสมาชิกทุกคนมีเวลาว่างไม่ตรงกันและโรงพยาบาลหลายแห่งต้องเลื่อนการประชุมหลายครั้งเนื่องจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลติดภารกิจอื่น

- ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลจิตเวชกลับมารักษายังโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการกำหนดรายการยาจิตเวชเป็นรายการยาเฉพาะกิจ ๑๖ รายการไม่นับรวมในรายการยาของโรงพยาบาล และถ้ามีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลชุมชนพบว่ายาที่ผู้ป่วยใช้เดิมไม่มีในรายการยาของโรงพยาบาลชุมชน

- ราคากลางของยาหลายรายการไม่ได้ถูกปรับเปลี่ยนให้ทันสมัย โรงพยาบาลหลายแห่งไม่สามารถสั่งซื้อยาเนื่องจากราคาเกินราคากลาง ทำให้โรงพยาบาลขาดยาดังกล่าว ซึ่งส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วยของแพทย์และทำให้แพทย์ไม่ค่อยพึงพอใจ

ข้อสังเกต

- กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรงพยาบาลทั่วไปมีรายการยาจำนวน ๕๕๐ รายการ พบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๔๖ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งมีจำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ จำนวน ๔๗๔ รายการ และจำนวนรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ จำนวน ๗๔ รายการรวม ๕๔๘ รายการ แต่ทั้งนี้โรงพยาบาลยังไม่ได้นับรวมรายการยาอีก ๕๔ รายการ ได้แก่ รายการยาเฉพาะกิจซึ่งใช้ในโรคไตเทียม ๒๕ รายการ ยาโครงการเอ็ดส์ ๔ รายการ ยาสมุนไพร ๔ รายการ ยาสถานีนามัย ๙ รายการ และยาจิตเวช (สำหรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง) ๑๖ รายการ

- โรงพยาบาลชุมชนมีการยืมยาบางรายการที่มีการใช้น้อยและไม่ได้อยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลทั่วไป

- ปัญหาของการใช้ยาในโรงพยาบาลชุมชนบาง

แห่งนำไปเสนอในคณะกรรมการบริหารซึ่งมีการประชุมทุกเดือน และบางโรงพยาบาลแก้ปัญหาการใช้ยาโดยการพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการระหว่างแพทย์หรือพยาบาล กับเภสัชกร

- เภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อยสองแห่งหลังจากได้รับการติดต่อจากผู้วิจัย ได้มีการตื่นตัว และได้ติดต่อกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อทำคำสั่งแต่งตั้ง PTC ใหม่ จัดประชุม PTC พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และพันธกิจในการทำงานของ PTC

การสัมภาษณ์เชิงลึก

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบ่งตามประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

ลักษณะการดำเนินการของ PTC ในโรงพยาบาล

การดำเนินการของ PTC ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของ PTC ได้ให้ความคิดเห็นไว้ดังต่อไปนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า “ในแง่ของการบริหารงาน PTC ในแต่ละโรงพยาบาลอาจจะมีความแตกต่างกันทางพฤตินัย PTC ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินการที่เป็นระบบที่ดีและต่อเนื่อง อาจจะเป็นเพราะมีการดำเนินการภายใต้จุดสมดุลของ ๓ ฝ่ายคือผู้บริหาร ผู้สั่งใช้ยา และเภสัชกรที่ตัดสินใจในจุดที่พอใจร่วมกัน” ส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนสองแห่ง กรรมการ PTC และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมมีความเห็นที่ต่างออกไป เช่น

- ในประเด็นเกี่ยวกับโครงสร้าง วัตถุประสงค์บทบาทหน้าที่ของ PTC ค่อนข้างชัดเจน แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติที่จะทำให้ PTC มีคุณภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

- วัตถุประสงค์หรือหน้าที่รับผิดชอบของ PTC ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละโรงพยาบาลต้องการให้ PTC ช่วยโรงพยาบาลมากน้อยแค่ไหน

- หน้าที่หลักของ PTC คือการพิจารณาบัญชียา

โรงพยาบาลทุกปี โดยพิจารณาทั้งยาที่นำเข้าและตัดออก พิจารณาแผนงบประมาณที่ใช้กับเรื่องยาในแต่ละปี และพิจารณาปัญหาของยาที่ใช้และหาวิธีแก้ไข จากนั้นนำเสนอคณะกรรมการบริหารเพื่อให้ออกเป็นคำสั่งของโรงพยาบาลที่จะให้ปฏิบัติต่อไป

PTC ที่มีการดำเนินการที่ดี

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ PTC ที่มีการดำเนินการที่ดี ได้ถูกแสดงไว้ต่าง ๆ กันดังนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม โดยได้กล่าวไว้ว่า “PTC ที่มีการดำเนินการที่ดีก็คือเมื่อ PTC มีปรัชญาในการมีส่วนร่วมหรือปรัชญาในการร่วมกันทำงานที่ดีพอ” ส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป กรรมการ PTC และหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับ PTC ที่มีการดำเนินการที่ดีไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

- เมื่อ PTC มีการทำงานที่มีจุดลงตัวของ ๓ ฝ่าย คือผู้บริหาร แพทย์ผู้ช้ยา และเภสัชกรผู้จัดหายา จุดลงตัวนี้ก็คือให้กลมกลืนทั้งในแง่ของบริหาร วิชาการ และผลประโยชน์

- เมื่อ PTC มีการคัดเลือกตัวแทนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเข้าร่วมเสนอความคิดเห็น และกรรมการที่ถูกเลือกได้ร่วมกันทำงานให้เกิดประสิทธิภาพเพื่อความอยู่รอดของโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของการรักษา และชื่อเสียงในการบริการด้านสุขภาพ

- เมื่อ PTC เป็นตัวแทนของทั้งฝ่ายแพทย์และฝ่ายผู้ให้บริการ คือสามารถทำให้แพทย์ได้ใช้ยาที่มีคุณภาพได้อย่างถูกต้องและมีวิชาการ ขณะเดียวกัน PTC ควรสามารถพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้ป่วย

- เมื่อ PTC ให้กรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการพิจารณาทุก ๆ เรื่องที่เกี่ยวกับยา ในการคิดกฎระเบียบ และวิธีในการนำรายการยาเข้า ตั้งแต่เรื่องแบบฟอร์ม และเงื่อนไขในการพิจารณา รวมทั้งติดตามผลของยาที่นำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล

- เมื่อ PTC สามารถบริหารจัดการให้บรรลุปันธกิจของโรงพยาบาลภาพรวมได้ และกรรมการ PTC

ต้องมีความสนใจและเอาใจจริงเอาใจที่จะทำงานช่วยเหลือโรงพยาบาลในการจัดการกับทรัพยากรที่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด สามารถสนองตอบปัญหาของประชาชนได้

- เมื่อ PTC ได้ทำหน้าที่ในการพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาล กำหนดนโยบายต่าง ๆ พิจารณาแผนจัดซื้อและการติดตามการใช้ยา

บทบาทหน้าที่และกิจกรรมของ PTC

บทบาทหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ของ PTC ในแต่ละโรงพยาบาลได้นำเสนอไว้ต่าง ๆ กันดังนี้ กิจกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากการคัดเลือกยาก็คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการควบคุมการบริหารเวชภัณฑ์ทั้งระบบในระดับโรงพยาบาลและในระดับจังหวัด PTC มีหน้าที่พิจารณาแผนจัดซื้อยาให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุและระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการใช้ยาสูงสุด นอกจากนั้น PTC มีบทบาทในการกำหนดกิจกรรมการติดตามความเหมาะสมในการใช้ยา โดย PTC จะกำหนดให้มีการติดตามผลกระทบเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยาและยาที่มีอันตราย รวมทั้งรายการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ประเมินการใช้

PTC เป็นกรรมการที่ประสานระหว่างผู้สั่งใช้กับผู้จัดหา มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาการใช้ยา จัดทำนโยบายการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์และพยาบาล รวมทั้งดูแลเรื่องของการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การให้ความรู้เกี่ยวกับยาและกิจกรรมการให้การศึกษาแก่บุคลากรในโรงพยาบาล และการให้ความรู้แก่ประชาชน

ตัวชี้วัดการดำเนินการของ PTC

ในประเด็นที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดการดำเนินการของ PTC ถูกนำเสนอต่อไปนี้

- ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นตามเป้าหมาย วัดคุณภาพและบทบาทหน้าที่ของ PTC

- ตัวชี้วัดควรจำแนกตามระดับโรงพยาบาล

- จำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

- ความพึงพอใจของผู้รับบริการและของแพทย์เฉพาะทาง

- อัตราการตายของผู้ป่วย

- คุณภาพยาและราคายา

- ร้อยละของยาที่หมดอายุที่ค้างอยู่ในคลังเวชภัณฑ์

- กิจกรรมเกี่ยวกับการประเมินการสั่งใช้ยา (drug use evaluation), การติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (adverse product reaction), การติดตามความคลาดเคลื่อนจากยา (medication error)

- การลดต้นทุนการรักษาพยาบาล

- จำนวนครั้งของการประชุมและคณะกรรมการที่เข้าประชุมตามกำหนด

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการของ PTC

PTC มีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นในการดำเนินการดังต่อไปนี้

- ปัญหาเกิดจากแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนจบมาจากหลายสถาบัน ซึ่งทำให้ความชอบในการใช้ยาและประสบการณ์ในการทำงานของแพทย์ต่างกัน

- แพทย์ผู้ใช้ยาไม่สามารถเข้าร่วมประชุมพร้อมกัน และตลอดเวลา ได้ทั้งหมด

- แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย โดยการย้ายหรือลาศึกษาต่อ ทำให้ยาที่เลือกไว้หมดอายุค้างอยู่ในคลังเวชภัณฑ์ เนื่องจากแพทย์ที่เข้ามาทำงานใหม่ไม่สั่งจ่ายยาดังกล่าว

- กรรมการ PTC ขาดความมุ่งมั่นที่จะผลักดันงานของ PTC ให้ได้ผลอย่างจริงจัง และในปัจจุบันนี้ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขโดยคณะทำงานอื่น ๆ เช่น ปัญหาเรื่องการใช้ยาถูกนำเสนอไปยังองค์กรแพทย์เพื่อแก้ปัญหา ทำให้บทบาทหน้าที่ของ PTC ลดลง

วิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการของ PTC

ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหาและ

อุปสรรคในการดำเนินการของ PTC ได้แก่

- ในกรณีที่แพทย์ไม่สามารถเข้าประชุมได้ทุกคน แก้ปัญหาโดยการส่งตัวแทนเพื่อปรึกษาข้อมูล

- การเปลี่ยนแพทย์บ่อยหรือการใช้ยาที่ความเห็นไม่ตรงกัน แก้ไขโดยการที่อาศัยข้อบังคับจากกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องของจำนวนรายการยาสำหรับโรงพยาบาลชุมชน การกำหนดกติกาจำนวนของรายการยาในยากลุ่มเดียวกัน ส่วนการป้องกันยาหมดอายุค้างอยู่ในคลังเวชภัณฑ์ แก้ไขโดยยาที่จะนำเข้ามาในโรงพยาบาลต้องเป็นมติของแพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลที่ต้องการสั่งจ่ายยานั้น

- PTC ต้องมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ กรรมการ PTC ทุกคนต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีส่วนในการพิจารณาว่าต้องใช้ในกลุ่มงานของตนเอง

- ประธาน PTC ให้ความสำคัญและมีความตั้งใจที่จะใช้ PTC เป็นเครื่องมือในการบริหารทรัพยากรของโรงพยาบาล รวมทั้งเลขานุการ PTC ต้องมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่และเอาใจจริงเอาใจในการดำเนินการของ PTC ควรมีการคัดเลือกตัวแทนของแพทย์แต่ละแผนกมาเป็นคณะกรรมการ ปรับโครงสร้างของ PTC ให้กะทัดรัดสามารถทำงานได้คล่องตัวขึ้นและเน้นงานวิชาการมากขึ้น

- การนำเสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ควรนำเสนอผ่านคณะกรรมการที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ คือ ทีมดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (Patient Care Team, PCT) ของแผนกสูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม ให้พิจารณาก่อนนำข้อมูลนำเสนอต่อ PTC ให้พิจารณาอีกครั้ง เพื่อลดเวลาในการประชุมของ PTC

วิจารณ์และสรุป

ความแตกต่างและความคล้ายกันของ PTC ในแต่ละภาคของประเทศไทย

จากการวิเคราะห์เชิงเอกสารและการสัมภาษณ์ ประธาน เลขานุการ และกรรมการของ PTC ในแต่ละ

ภาคของประเทศไทยมีความคล้ายกันในส่วนของโครงสร้างของคณะกรรมการที่มักจะมีผู้อำนวยการเป็นประธานและมีหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นเลขานุการของ PTC กรรมการมักจะเป็นหัวหน้ากลุ่มงานของแพทย์แผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล นอกจากนี้มีความคล้ายกันในส่วนของบทบาทหน้าที่ในการจัดทำบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ส่วนที่ต่างกันคือรูปแบบของบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคใต้ได้จัดทำบัญชีรายการยาในรูปแบบที่กะทัดรัดและมีการบรรจุระเบียบและแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ใช้ในโรงพยาบาลในบัญชีดังกล่าว

ความแตกต่างและความคล้ายกันของ PTC ในโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จากการวิเคราะห์เชิงเอกสารและสัมภาษณ์ ประธาน เลขานุการ และกรรมการของ PTC ในโรงพยาบาลแต่ละระดับภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความคล้ายกันในส่วนโครงสร้างของคณะกรรมการที่มักจะมีผู้อำนวยการเป็นประธานและมีหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นเลขานุการ กรรมการมักจะเป็นแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และนอกจากนั้นก็มีความคล้ายกันในส่วนบทบาทหน้าที่ในการคัดเลือกยาเข้าและออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล ในปัจจุบัน PTC ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการประชุม ๑-๒ ครั้งต่อปีเหมือนกัน

ในส่วนที่ต่างกันโรงพยาบาลศูนย์มักจะมีแพทย์หัวหน้าแผนกของแต่ละสาขาเป็นกรรมการ ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมักจะกำหนดให้แพทย์ทุกคนในโรงพยาบาลเป็นกรรมการของ PTC

ในคำสั่งแต่งตั้งของ PTC พบว่าทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนมีวัตถุประสงค์ตรงกันที่จะให้ระบบบริหารเวชภัณฑ์มีประสิทธิภาพ ในส่วนที่ต่างกันพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ที่มาทำงานในโรงพยาบาล จึงมีการกำหนดให้ PTC มีบทบาทในการแก้ปัญหา

เพื่อช่วยให้กลุ่มงานเภสัชกรรมดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงแพทย์

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินการของ PTC

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการของ PTC คือผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและกรรมการ PTC ขาดความตระหนักในบทบาทหน้าที่และความสำคัญของการมี PTC การขาดผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชวิทยาคลินิก (clinical pharmacology), ด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์ (pharmacoeconomics), ด้านการบำบัดรักษาด้วยยา (pharmacotherapeutics) ในกรณีของโรงพยาบาลชุมชนที่มีการเปลี่ยนแพทย์ผู้ปฏิบัติงานทุก ๑-๒ ปี ถ้าไม่มีระบบการแนะนำและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญและบทบาทหน้าที่ของ PTC ก็จะส่งผลให้การดำเนินการของ PTC ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่าที่ควร

ตัวชี้วัดการดำเนินการสำหรับ PTC

ผู้ที่เกี่ยวข้องได้เสนอให้กำหนดตัวชี้วัดการดำเนินการสำหรับ PTC โดยกำหนดขึ้นจากเป้าหมายวัตถุประสงค์และบทบาทหน้าที่ของ PTC ตัวชี้วัดการดำเนินการ PTC ต้องเหมาะสมกับโรงพยาบาลแต่ละระดับ

สรุป

การดำเนินการและการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตามนโยบายที่กำหนดในคู่มือบริหารเวชภัณฑ์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๐ โดยมุ่งเน้นในการบริหารเวชภัณฑ์ในส่วนของการคัดเลือกยาเป็นสำคัญ ไม่ได้กำหนดในการประเมินผลการใช้ยา การติดตามผลของการใช้ยา การกำหนดวิธีการประเมินผลการดำเนินการและวิธีการสนับสนุนการดำเนินการโดยคณะกรรมการชุดนี้ และสาเหตุอีกส่วนหนึ่งก็คือกิจกรรมในการติดตามการใช้ยาจะอยู่ในงานของกลุ่มงานเภสัชกรรม ดังนั้นในการพัฒนาการดำเนินการของคณะกรรมการ

เภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สภาวิชาชีพ กระทรวงอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ประกอบด้วยควมมีคู่มือการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินการสำหรับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ต่อท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ๑๗ แห่งใน ๔ จังหวัดที่ให้ความอนุเคราะห์ในด้านข้อมูลและกรุณาให้ความอนุเคราะห์ในเรื่องอาหารการเดินทางตลอดจนถึงที่พัก ขอขอบพระคุณอาจารย์สุพล ลิ้มวัฒนานนท์และครอบครัว และเภสัชกรหญิงอรุณญา จุงใจจารุมาศ ที่กรุณาอนุเคราะห์ที่พัก

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารเวชภัณฑ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๐.

- กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: ๒๕๓๐. หน้า ๒๒๔.
๒. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการซื้อขายและเวชภัณฑ์ที่มีโซยา พ.ศ. ๒๕๔๓. หน้า ๒. ข้อ ๕ (๑). (ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๔๓).
 ๓. Langley PC. Pharmacoeconomics and the quality of decision-making by pharmacy and therapeutics committees. Am J Health Syst Pharm 1995; 52: S24-6.
 ๔. Drug and therapeutics committees: a Swedish experience. WHO Drug Information 2002; 16:207.
 ๕. Cooke J, Walley T, Drummond MF. The use of health economics by hospital pharmacist decision makers - a survey of UK chief pharmacists. Pharm J 1997; 259:779-81.
 ๖. Tan EL, Day RO, Brien JE. Improving decision outcomes of Drug and Therapeutics Committees. J Pharm Pract Res 2003; 33:65-7.
 ๗. ธิดา นิงสานนท์, กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, มังกร ประพันธ์วัฒนะ, วิมล อนันต์สกุลวัฒน์. ตรงประเด็น: เน้นสู่คุณภาพงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: RDP; ๒๕๔๕. หน้า ๒๗.
 ๘. Rice PL, Ezzy D. Qualitative research methods: a health focus. Melbourne: Oxford University Press; 1999. p. 38.
 ๙. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๑๐. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๕. หน้า ๓๔.

Abstract Pharmacy and Therapeutics Committees in Thai Hospitals under Health Care Reform
Araya Sripairoj*, Viroj Tangcharoensathien*, Pranee Liamputhong**

*International Health Policy Program Thailand, **School of Public Health, Faculty of Health Sciences, La Trobe University, Bundoora, Australia

Journal of Health Science 2005; 14:119-28.

Effective drug management in hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health has been managed by a committee referred to as the "Pharmacy and Therapeutics Committee, (PTC)" in each premise since 1987. The objective of this study is to examine the context and problems of PTC performance during the period of health care reform and to elicit participants' opinions about the development of PTC performance indicators. Document analysis and in-depth interviews were used in a field survey from mid-December 2002 to mid-January 2003. Samples included 17 hospitals in 4 regions of Thailand. PTC at all levels of hospital had the same activity; that was the selection of drugs into or out of hospital drug lists. There were few PTC meetings in the hospital because the PTC chairpersons in regional or provincial hospitals wanted to delay the selection of new drugs or expensive drugs into hospital drug lists. The number of PTC meetings in district hospitals was few because problems relating to drug selection were discussed at the monthly Administration Committee meeting. The problem of improving a PTC performance in district hospitals was due mainly to the fact that doctors usually worked in the hospitals for only a few years and then either were transferred to other hospitals or to be professionally trained in a specialized field good PTC performance indicators should be set up to reflect goals, objectives, and functions of the PTC at each hospital level and should include, for example, the number of PTC meetings and the number of drug items in hospital drug lists based on the criteria of the Ministry of Public Health.

Key words: Pharmacy and Therapeutics Committee, hospital

Conference/ Workshop

Date	Place	Topic
December 4-6, 2001	The Empress Hotel, Chiang Mai, Thailand	International Conference on Health Systems Reform; Structure and Process for Health Systems Reform
December 7-9, 2001	Botanic Residence, Chiang Mai, Thailand	Workshop on International Experience for HIA system Development in Thailand
June, 2002	Siam City Hotel, Bangkok, Thailand	EQUITAP National Health Account (NHA)
February 26-28, 2003	Phuket, Thailand	International Workshop on Health Care Reform: the missing jigsaw?
March 28, 2003	Ministry of Public Health	SRS Annual Conference for research presentations
February 1 – 4, 2004	Cabbages and Condoms Resort, Pattaya, Thailand	Thailand Human Resources for Health Meetings
June 17-18, 2004	Siam City Hotel, Bangkok, Thailand	Cost Effectiveness and Delivery Study for HIV Vaccines
November 1-3, 2004	Novotel Hotel, Bangkok, Thailand	UNAIDS WORKSHOP ON PEER Review of Thailand's National AIDS Account

Training/ Study Tour

Date	Place	Topic
August 3, 10, 2001	กระทรวงสาธารณสุข	แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงิน และทรัพยากรสุขภาพ ภายใต้ระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับประเทศ รุ่น ที่ 1
October 2-4, 2002	กระทรวงสาธารณสุข	แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงิน และทรัพยากรสุขภาพ ภายใต้ระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับประเทศ รุ่น ที่ 2
August 15-26, 2001	ทั่วประเทศ	แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงิน และทรัพยากรสุขภาพ ภายใต้ระบบ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับจังหวัด จำนวน 11 รุ่น
September 10-28, 2004	IHPP	Training Course of Viet Nam Health

Date	Place	Topic
		Insurance
November 19-21, 2004	United Nation Conference Center	Training Course on Improving Communication Skill
October 11-15, 2004	IHPP	Study visit for learning healthcare systems reforms in Thailand
October 20-23 , 2004	IHPP	Workshop on data entry data analysis
April 25-26 ,2005	Mahidol University	Introduction to health economic evaluation: concept to reality- -theory to practice
April 27-29, 2005	Mahidol University	Modeling methods for health economic evaluation

ภาพการประชุม : Thailand Human Resources for Health Meetings



ภาพการประชุม : UNAIDS WORKSHOP ON PEER Review of Thailand's National AIDS Account



ภาพการประชุม : International Conference on Health Systems Reform; Structure and
Process for Health Systems Reform



ภาพการประชุม : Workshop on International Experience for HIA system
Development in Thailand



ภาพการประชุม : EQUITAP National Health Account (NHA)



ภาพการประชุม : SRS Annual Conference for research presentations



ภาพการประชุม : SRS Annual Conference for research presentations



ภาพ Project: Willingness to pay for AIDS vaccine



ภาพ Project: Halth Center

