

ใน ๒๖ การศึกษารายงานผลลัพธ์ทางคลินิก แต่มีเพียงสี่การศึกษาเท่านั้นที่รายงานผลลัพธ์แยกระหว่างกลุ่มที่ใช้ยาอย่างเหมาะสมและไม่เหมาะสม^(๗,๑๐,๑๓,๒๔) แต่ไม่พบความแตกต่างในผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทั้งสอง มีการคำนวณค่าใช้จ่ายใน ๑๗ การศึกษา^(๔-๑๓,๑๖-๑๗,๒๓-๒๔,๒๖,๒๘-๓๔) ซึ่งส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ที่ค่าใช้จ่ายด้านยา โดยเฉพาะมูลค่าจากการจัดซื้อจัดหา (acquisition cost) และพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลงภายหลังการให้ intervention

มีหนึ่งการศึกษาที่สร้างเกณฑ์การคัดเลือกยาในบัญชีง. ของบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ เพื่อประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพ^(๓๖) โดยเกณฑ์ที่เสนอได้แก่ ยาที่มีแนวโน้มทำให้เชื้อมีชีวิต ยามีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตสูง ยามีการใช้ในทางที่ผิด ยาที่ทำให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์อย่างรุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง ยาที่เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้ง่าย ยาที่ต้องใช้วิธีบริหารยาที่พิเศษ ยาที่มี therapeutic index น้อย และยาที่มีราคาแพง จากการศึกษาพบว่า ยาที่มีความสำคัญในการประเมินการใช้ในลำดับต้น ๆ ได้แก่ acyclovir, amino acids solution containing minerals with or without carbohydrates, beractant, buserelin, danazol, fat emulsion, ifosfamide, imipenem, mitoxantone, multiple tract minerals solution, paclitaxel, tegafur plus uracil, ticlopidine, และ vancomycin

๒. การประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพสำหรับยาเป้าหมาย ๔ รายการ

บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ระบุเงื่อนไขการใช้ยาบัญชีย. ให้อยู่ภายใต้ระบบการกำกับ ประเมิน และตรวจสอบการใช้ของโรงพยาบาล และได้เสนอยาเป้าหมาย ๕ รายการ ที่ควรมีการดำเนินการประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ceftazidime, imipenem plus cilastatin, ciprofloxacin ชนิดฉีดและรับประทาน, pentoxifylline และ statins เนื่องจากยาเหล่านี้มีมูลค่าการใช้ในปีงบประมาณ ๒๕๔๐-๒๕๔๒ สูงเป็น ๑ ใน

๕๐ อันดับแรกจากรายงานของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา กระทรวงสาธารณสุข และเป็น ๑ ใน ๑๐๐ อันดับแรกของข้อมูลผลิต/นำเข้าจากรายงานของกองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นอกจากนี้การใช้ยาด้านจุลชีพเหล่านี้อย่างไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาเชื้อมีชีวิต

คณะกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้จัดการประชุม และเสนอแนวทางมาตรฐานการสั่งใช้ยาเป้าหมาย ขั้นตอนการดำเนินงาน และการรายงาน จากนั้นสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มีหนังสือแจ้งโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัด เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงาน ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๔๓ โดยโรงพยาบาลสามารถนำแนวทางมาตรฐานไปปรับใช้ตามความเหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมจากรายงานดังกล่าว โดยมีรายละเอียดร้อยละของข้อบกพร่องที่สอดคล้องตามเกณฑ์จำแนกตามรายการยาดังแสดงในตารางที่ ๒

๒.๑ ผลการประเมินการใช้ยา ceftazidime เชิงคุณภาพ

จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลลดลงตามระยะเวลาจากร้อยละ ๕๐ ในช่วงที่หนึ่ง เป็นร้อยละ ๓๐ ในช่วงที่สอง การสั่งใช้ยาแบบ empiric therapy เป็น ๒ เท่าของการใช้ยาแบบ specific therapy การใช้ยาแบบ empiric therapy สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ ๔๓.๔, ๕๐.๐, และ ๔๖.๐ ตามลำดับ การใช้ยาแบบ specific therapy สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐานเพิ่มขึ้นตามลำดับคือ ร้อยละ ๗๔.๓, ๗๙.๗, และ ๘๐.๗ เช่นกัน

การสั่งใช้ยาในกรณีอื่น ๆ นอกเหนือแนวทางมาตรฐาน ๓ อันดับแรกทั้งสามช่วงเวลาของการใช้ยาแบบ empiric therapy ได้แก่ (๑) การสั่งใช้เมื่อคาดว่าจะติดเชื้อแบคทีเรียกรัมลบ (ร้อยละ ๕.๔, ๕.๐, และ ๔.๐) (๒) การสั่งใช้ยาโดยระบุเฉพาะตำแหน่งหรือโรคที่คาดว่าจะติดเชื้อ (ร้อยละ ๑.๕, ๐.๐, และ ๔.๕) และ (๓) ใช้ใน febrile neutropenia (ร้อยละ ๐.๔,

ตารางที่ ๒ ข้อบ่งใช้ที่สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานการสั่งใช้ยาเป้าหมาย ๕ รายการจำแนกตามช่วงเวลา

รายการ	ร้อยละ (จำนวน) ของความสอดคล้องตามเกณฑ์		
	ก.ค. - ธ.ค. ๔๓	ม.ค. - มิ.ย. ๔๔	ก.ค. - ธ.ค. ๔๔
Ceftazidime injection			
Empiric therapy			
Suspected <i>P. aeruginosa</i>	64.8 (518)	70.3 (577)	60.9 (687)
Suspected <i>B. pseudomallei</i>	18.6 (149)	20.8 (171)	25.2 (276)
Specific therapy			
<i>P. aeruginosa</i> infection	62.2 (259)	63.5 (235)	43.6 (227)
<i>B. pseudomallei</i> infection	16.1 (67)	16.2 (60)	38.1 (198)
Imipenem + cilastatin sodium injection			
Empiric therapy			
Multiple drug resistant infection	73.2 (109)	69.2 (184)	58.1 (90)
Mixed bacteria growth severe infection	24.8 (37)	26.7 (71)	32.3 (50)
Specific therapy			
Gram negative resist to aminoglycosides and 3rd gen. Cephalosporins	71.7 (119)	71.4 (120)	94.2 (97)
Ciprofloxacin injection			
Empiric therapy			
Suspected <i>P. aeruginosa</i>	62.1 (77)	40.2 (53)	43.3 (68)
Gram negative pt. hypersensitive to betalactams and c/I with aminoglycosides	12.1 (15)	6.8 (9)	14.0 (22)
Specific therapy (GNB sens. to ciprofloxacin)			
Resist to aminoglycosides and 3rd gen. Cephalosporins	40.3 (50)	41.7 (48)	29.5 (31)
Resist to 3rd gen. Cephalosporins and pt. renal impaired	10.5 (13)	6.9 (7)	12.4 (13)
Resist to aminoglycosides and pt. hypersensitive to betalactams	0 (0)	2.9 (3)	1.2 (2)
Ciprofloxacin oral dosage form			
Switching therapy	37.8 (202)	36.1 (189)	37.8 (168)
Gram negative resist to other oral antibiotics	23.4 (125)	34.5 (181)	30.3 (135)
Not severe <i>P. aeruginosa</i> infection	8.8 (47)	8.2 (43)	8.3 (37)
Statins oral dosage form			
Primary prevention	45.4 (364)	57.0 (211)	30.4 (236)
Secondary prevention	84.5 (1236)	87.2 (659)	95.4 (1318)
Pentoxifylline oral dosage form			
Chronic occlusive arterial disease of the extremities	37.0 (755)	44.7 (433)	29.4 (310)

๐.๒, และ ๒.๑) สำหรับการให้ยาแบบ specific therapy ได้แก่ (๑) การติดเชื้อกรัณลบที่ให้ยาพื้นฐานไม่ได้ผล (ร้อยละ ๒.๖, ๑.๑, และ ๖.๔) (๒) การติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่ม Enterobacteriaceae (ร้อยละ ๕.๓, ๖.๒, และ ๖.๕) และ (๓) การติดเชื้อแบคทีเรียกรัณลบชนิด non-fermented (ร้อยละ ๕.๔, ๔.๓ และ ๒.๔)

ขนาดยาที่ใช้ในเด็กและผู้ใหญ่ เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานมากกว่าร้อยละ ๔๐ และ ๔๐ ตามลำดับ มีการปรับขนาดยาในผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่องประมาณร้อยละ ๕๐ ทั้งนี้เหตุผลของการไม่ปรับขนาดยาหรือปรับแต่ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง จึงไม่มั่นใจว่าการลดขนาดยาจะยังคงให้ผลการรักษาเหมือนขนาดยาปกติ

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาทำได้ไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถวิเคราะห์หาอุบัติการณ์ที่แท้จริงได้ แต่จากรายงาน พบว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยรวมร้อยละ ๐.๗-๐.๓ แยกเป็น anaphylactic shock ร้อยละ ๐.๐-๐.๒, ผื่นแพ้ ร้อยละ ๐.๐-๐.๔, และการเพิ่มของระดับยูเรียไนโตรเจน/ครีเอตินินในเลือด ร้อยละ ๐.๒-๐.๕

๒.๒ ผลการประเมินการใช้ยา imipenem เชิงคุณภาพ

จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูล ลดลงตามระยะเวลา จากร้อยละ ๒๔.๑ ในช่วงที่หนึ่ง เป็นร้อยละ ๑๔.๗ ในช่วงที่สาม และไม่มีรายงานการใช้จากโรงพยาบาลชุมชนทุกช่วงเวลา

การให้ยาสอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดในกรณีของ empiric therapy พบในอัตราสูงกว่าร้อยละ ๔๐ ส่วนกรณีของ specific therapy พบในอัตราร้อยละ ๗๐ ในช่วงที่หนึ่ง และสอง และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๔๔ ในช่วงที่สาม

การสั่งใช้ยาในกรณีอื่น ๆ นอกเหนือจากแนวทางมาตรฐาน ๓ อันดับแรกของทั้ง ๓ ช่วงเวลาแบบ empiric therapy ได้แก่ (๑) คาดว่าติดเชื้อแบคทีเรียกรัณลบ ร้อยละ ๐.๗, ๐.๔ และ ๔.๕ (๒) สั่ง

ใช้ยาโดยระบุเฉพาะตำแหน่ง หรือโรคที่คาดว่าจะติดเชื้อ ร้อยละ ๐.๐, ๐.๔ และ ๐.๓ และ (๓) ใช้ใน surgical prophylaxis เฉพาะช่วงเวลาที่สาม ร้อยละ ๐.๓ ส่วนการให้ยาแบบ specific therapy ได้แก่ (๑) การติดเชื้อแบคทีเรียกรัณลบที่ดื้อหรือใช้ยา 1st หรือ 2nd line ไม่ได้ผล ร้อยละ ๔.๐, ๓.๐ และ ๐.๐ (๒) มีผลเพาะเชื้อกรัณลบในผู้ป่วยไตบกพร่อง แต่เชื้อไวต่อยา 1st หรือ 2nd line ในเฉพาะช่วงที่หนึ่ง ร้อยละ ๗.๒ และ (๓) ใช้ในการติดเชื้อ Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) ในช่วงที่สาม ร้อยละ ๒.๔

ขนาดยาของเด็กไม่สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานในอัตราค่อนข้างสูง เนื่องจากเกือบทั้งหมดเป็นการให้ยาในเด็กแรกเกิด (อายุน้อยกว่า ๓ เดือน) ซึ่งเกณฑ์มิได้กำหนดไว้

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาทำได้ไม่สมบูรณ์จึงไม่สามารถวิเคราะห์หาอุบัติการณ์ที่แท้จริงได้ แต่จากรายงานการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งมีรายงานในช่วงที่สองพบ ร้อยละ ๓.๒ โดยเป็นอาการชัก ร้อยละ ๐.๓, phlebitis ร้อยละ ๐.๔, และคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ ๐.๕

๒.๓ ผลการประเมินการใช้ยา ciprofloxacin เชิงคุณภาพ

๒.๓.๑ ชนิดฉีด

จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งรายงาน มีประมาณร้อยละ ๒๕ พบว่าการสั่งใช้ยาตามแนวทางที่กำหนดแบบ empiric therapy อยู่ในอัตราร้อยละ ๗๔.๒, ๔๗.๐, และ ๕๗.๓ ตามลำดับ ส่วนการสั่งใช้ยาแบบ specific therapy พบในอัตราร้อยละ ๕๐.๔, ๕๖.๔ และ ๔๓.๔ ตามลำดับ

การสั่งใช้ยาในกรณีอื่น ๆ นอกเหนือจากแนวทางมาตรฐาน ๓ อันดับแรกของทั้ง ๓ ช่วงเวลาของการให้ยาแบบ empiric therapy ได้แก่ (๑) คาดว่าติดเชื้อแบคทีเรียกรัณลบ ร้อยละ ๗.๓, ๑๐.๖ และ ๕.๗ (๒) การสั่งใช้ยาโดยระบุเฉพาะตำแหน่ง หรือโรคที่คาดว่าจะติดเชื้อ ร้อยละ ๕.๖, ๖.๐ และ ๑๕.๓ ตามลำดับ และ

(๓) คาดว่าจะคิดเชื้อแบคทีเรียกรัมลอบในผู้ป่วยที่แพ้ betalactam หรือ ไตบกพร่องร้อยละ ๔.๐, ๕.๒ และ ๔.๓ สำหรับการให้ยาแบบ specific therapy ได้แก่ (๑) การติดเชื้อกรัมลอบที่ไวต่อยา 1st หรือ 2nd line ในผู้ป่วยไตบกพร่องร้อยละ ๑.๖, ๑.๐ และ ๒๓.๔ ตามลำดับ (๒) การติดเชื้อกรัมลอบที่ดื้อต่อ aminoglycosides หรือ 3rd generation cephalosporin หรือแพ้ betalactam หรือไตวาย ๖.๔, ๒.๐ และ ๔.๖ และ (๓) การติดเชื้อที่ระบุเพียงการติดเชื้อกรัมลอบ ๑๐.๕, ๕.๙ และ ๔.๔

ขนาดยาในผู้ใหญ่ สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐานร้อยละ ๙๕.๖, ๙๔.๓ และ ๙๓.๔ ตามลำดับ ส่วนขนาดยาในเด็กสอดคล้องตามแนวทางมาตรฐานเพิ่มขึ้นตามลำดับช่วงเวลาร้อยละ ๕๙.๑, ๗๑.๔ และ ๑๐๐.๐ ตามลำดับ แต่การปรับขนาดยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องตามแนวทางมาตรฐานยังพบในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำร้อยละ ๓๙.๑, ๕๔.๐ และ ๒๖.๗ ตามลำดับ

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาทำได้ไม่สมบูรณ์จึงไม่สามารถวิเคราะห์หาอุบัติการณ์ที่แท้จริงได้ แต่จากรายงานพบที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ ๑.๐-๒.๔ โดยพบ anaphylactic shock ร้อยละ ๑.๒, phlebitis ร้อยละ ๐.๕, ผื่นแพ้ ร้อยละ ๐.๕-๐.๖ และ mucositis ร้อยละ ๐.๕

๒.๓.๒ ชนิดกิน

จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งรายงานลดลงจากร้อยละ ๒๗ เป็นร้อยละ ๑๔ ในช่วงต่อมา การสั่งใช้ตามแนวทางที่กำหนดได้แก่ การใช้ในกรณี switching therapy คิดเป็นร้อยละ ๗๐-๘๐

การสั่งใช้ยาในกรณีอื่น ๆ นอกเหนือจากแนวทางมาตรฐานของทั้ง ๓ ช่วงเวลา ได้แก่ (๑) การสั่งใช้ยาโดยระบุเฉพาะตำแหน่งหรือโรคที่คาดว่าจะติดเชื้อซึ่งโดยมากจะเป็นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ ๑๕.๓, ๑๓.๗ และ ๑๕.๓ (๒) เป็นการสั่งใช้ในการรักษาวัณโรคที่ดื้อและไม่ดื้อต่อยามาตรฐานเดิม ร้อยละ ๔.๐, ๐.๔ และ ๒.๒ (๓) ใช้ใน surgical prophy-

laxis ร้อยละ ๑.๕, ๐.๔ และ ๐.๗

ขนาดยาในผู้ใหญ่ สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐานเกือบร้อยละ ๑๐๐ ส่วนขนาดสั่งใช้ในเด็ก สอดคล้องตามแนวทางมาตรฐานเพิ่มขึ้น ตามลำดับ ช่วงเวลาคือร้อยละ ๗๐.๖, ๘๐.๐ และ ๑๐๐.๐

มีการให้ยาร่วมกับแคลเซียมหรือแมกนีเซียม ซึ่งอาจทำให้การดูดซึมของยาลดลงถึงร้อยละ ๗๐ พบ ร้อยละ ๗-๙ สำหรับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่สามารถติดตามได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกและเป็นการรักษาที่ใช้การรักษาโรคเรื้อรัง

๒.๔ ผลการประเมินการใช้ยา pentoxifylline เชิงคุณภาพ

จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งรายงานลดลงจากร้อยละ ๓๔ เป็นร้อยละ ๒๖ ในช่วงต่อมา การใช้ยาตามแนวทางที่กำหนดประมาณร้อยละ ๓๐-๔๕ แล้วแต่ช่วงระยะเวลา

การสั่งใช้ยาในกรณีอื่น ๆ นอกเหนือจากแนวทางมาตรฐาน ๓ อันดับแรกของทั้ง ๓ ช่วงเวลา ได้แก่ (๑) การสั่งใช้ยาโดยระบุโรคระบบ cerebrovascular ร้อยละ ๔๐.๖, ๓๖.๗ และ ๔๔.๔ ตามลำดับ (๒) การสั่งใช้ยาโดยระบุโรคของ peripheral vascular ร้อยละ ๙.๙, ๐.๓ และ ๔.๔ ตามลำดับ และ (๓) การสั่งใช้ยาโดยระบุโรคระบบ cardiovascular ร้อยละ ๕.๕, ๑๑.๙ และ ๔.๔ ตามลำดับ

การสั่งใช้ยาในขนาดเหมาะสมพบในอัตราประมาณร้อยละ ๙๐ และไม่สามารถติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้อย่างเป็นระบบเนื่องจากเป็นการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้ติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง

๒.๕ ผลการประเมินการใช้ยากลุ่ม statins เชิงคุณภาพ

จำนวนโรงพยาบาลที่ส่งรายงานลดลงจากร้อยละ ๔๐ เป็น ๒๔.๗ และ ๒๕.๗ ในช่วงต่อมา ยากลุ่ม statins ที่รายงานประกอบด้วย simvastatin,

atorvastatin, pravastatin และ fluvastatin พบว่าการสั่งใช้แบบ primary prevention เหมาะสมตามข้อบ่งใช้ทั้งในด้านจำนวนปัจจัยเสี่ยงและข้อกำหนดปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ ๓๐-๕๗ แล้วแต่ช่วงระยะเวลา ส่วน secondary prevention เหมาะสม ในข้อบ่งใช้ ร้อยละ ๘๕-๙๕

การสั่งใช้ยาในกรณีอื่น ๆ นอกเหนือจากแนวทางมาตรฐานทั้ง primary และ secondary prevention คิดเป็นร้อยละ ๓.๒-๑๖.๑ โดย ๓ อันดับแรก ของทั้ง ๓ ช่วงเวลา ได้แก่ (๑) การสั่งใช้ใน familial hypercholesterolemia ร้อยละ ๙.๒-๖๕.๓ (๒) เป็นการสั่งใช้ยาเพื่อใช้ต่อเนื่อง ร้อยละ ๑๖.๖-๔๒.๖ และ (๓) เป็นการสั่งใช้ยาใน hypercholesterolemia ร้อยละ ๑๒.๖-๔๔.๑ ของการสั่งใช้ยากรณีอื่น ๆ

การสั่งใช้ยาในขนาดและช่วงของการให้ยาอย่างเหมาะสมพบในอัตราเกือบร้อยละ ๑๐๐

การตรวจวัดระดับไขมันในเลือดเพื่อติดตามผลการรักษาของยาในกลุ่ม statins ในแต่ละช่วง พบว่ามีเพียงร้อยละ ๔๒.๔, ๕๓.๐ และ ๒๐.๕ ตามลำดับ และพบว่ากว่าร้อยละ ๕๐ ไม่มีข้อมูลว่ามีการติดตามผลหรือไม่

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทำได้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากส่วนใหญ่ใช้กับผู้ป่วยนอกที่ต้องมีระบบติดตามที่ดีและผู้ป่วยต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จากรายงานทั้งหมด พบว่ามีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาประมาณร้อยละ ๒๐

๓. สถานการณ์การประเมินการใช้ยาของโรงพยาบาลในประเทศไทย

ผลการสำรวจในภาครัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ (รพ.ศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพ.ท.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.) พบว่า ในปี ๒๕๓๔ รพ.ศ. รพ.ท. และ รพ.ช. มีการดำเนินงานประเมินการใช้ยาในสัดส่วนค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ ๔.๓, ๕.๐ และ ๒.๔ ตามลำดับ และในปี ๒๕๓๕ มีรายงานว่า มีการศึกษาทบทวนการใช้ยาอยู่ประปรายในบางแห่ง^(๓๓)

จากรายงานประจำปีของ กองโรงพยาบาลภูมิภาค (ชื่อในขณะนั้น) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๓๔, ๒๕๔๐, ๒๕๔๑ และ ๒๕๔๒ จำนวน รพ.ศ./รพ.ท. ที่มีการประเมินการใช้ยา คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๔, ๕๐.๗, ๓๔.๗ และ ๑๙.๗ ของโรงพยาบาลที่ตอบแบบสำรวจ ตามลำดับ^(๔๐-๔๓) แต่โรงพยาบาลที่ดำเนินการเป็นงานประจำอย่างต่อเนื่องมีเพียงร้อยละ ๗.๕^(๔๐)

ภายหลังประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบันในปี ๒๕๔๒ โรงพยาบาลมีกิจกรรมการประเมินการใช้ยาในสัดส่วนที่สูงกว่ารายงานประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข โดยการศึกษาแรกในปี ๒๕๔๒ จากแบบสอบถามโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง จำนวน ๒๓๕ แห่ง พบว่า รพ.ศ. และ รพ.ท. มีการดำเนินการประเมินการใช้ยาโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาล ร้อยละ ๔๔.๔ และ ๓๖.๔ ตามลำดับ^(๔๔) การศึกษาที่สองในปีเดียวกัน ในโรงพยาบาลขนาดมากกว่า ๑๒๐ เตียง จำนวน ๗๗ แห่ง พบว่า ร้อยละ ๔๙.๔ อยู่ในระหว่างดำเนินการที่เกี่ยวกับการประเมินการใช้ยาตามข้อกำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่สำรวจมียาที่ปรากฏในบัญชียา ๖ โดยเฉลี่ยโรงพยาบาลละ ๓๔ ± ๒๕ รายการ ซึ่งเภสัชกรมีความเห็นว่าจำนวนรายการยาค่อนข้างมากจึงเป็นการยากที่จะประเมินได้ครบทุกรายการ และพบว่ายาที่นิยมทำการประเมินในโรงพยาบาลของภาครัฐ ได้แก่ ยาด้านจุลชีพ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๙๐.๙ โดยเฉพาะยาในกลุ่ม cephalosporins และ aminoglycosides ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๖๐.๕ ของยาทั้งหมดที่ถูกประเมิน^(๔๕)

ภายหลังการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการประเมินการใช้ยาเป้าหมายบัญชียา ๖ ทั้ง ๕ รายการ ในปลายปีงบประมาณ ๒๕๔๓ พบสัดส่วนการดำเนินการประเมินการใช้ยาบัญชียา ๖ ใน รพ.ศ./รพ.ท. เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๘๒.๐^(๔๖) โดยยาที่มีการประเมินมากที่สุด คือ ceftazidime (๔๐.๓%) ทั้งนี้ ร้อยละ ๕๕-๗๕ ของโรงพยาบาลประเมินโดยใช้เกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข

จัดทำขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเห็นว่า เกณฑ์การประเมิน imipenem และ ciprofloxacin ยังต้องมีการปรับปรุงนำไปใช้^(๓๔)

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับจากเภสัชกร ทั้งสิ้น ๒๔๔ ราย (ร้อยละ ๖๔.๒) จำแนกเป็นเภสัชกรใน รพ.ศ., รพ.ท., รพ.ช. โรงพยาบาลรัฐ อื่น ๆ และโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๔, ๑๒.๕, ๕๗.๔, ๙.๐ และ ๑๐.๗ ตามลำดับ ผลการสำรวจพบว่า เภสัชกร ร้อยละ ๓๒ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการประเมินการใช้ยา ร้อยละ ๔๔ มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล ร้อยละ ๓๖ ให้ข้อมูลว่าโรงพยาบาลที่มีการประเมินการใช้ยา เลือกประเมินเฉพาะยาเป้าหมาย ๕ รายการ ร้อยละ ๔๔ แจ้งว่า มีการปรับหลักเกณฑ์การใช้ยาให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลของตนเอง ร้อยละ ๖๔.๕ ระบุว่าโรงพยาบาลประเมินการใช้ยาเป็นประจำและต่อเนื่อง ทั้งนี้ ร้อยละ ๔๐.๔ ระบุว่าโรงพยาบาลไม่ได้ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญที่สำรวจคือ ความรู้ความสามารถของเภสัชกรและปัญหาในการดำเนินงาน กล่าวคือ เภสัชกรร้อยละ ๓๒.๐ คิดว่าตนเองไม่มีความรู้เพียงพอสำหรับสร้างเกณฑ์การประเมินการใช้ยา แต่ร้อยละ ๔๔.๐ สามารถนำเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้ได้ ในขณะที่ร้อยละ ๑๔.๐ ระบุว่ามีความรู้พอเพียงในการสร้างเกณฑ์ได้เอง สำหรับความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น เภสัชกรร้อยละ ๔๗.๐ คิดว่าตนเองสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ อุปสรรคสำคัญในการประเมินการใช้ยา ได้แก่ ความยากในการประเมินข้อมูลในเวชระเบียน การขาดการประสานงานกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยา การขาดความชำนาญทางด้านเภสัชกรรมคลินิก และจำนวนเภสัชกรไม่เพียงพอที่จะรับผิดชอบงานประเมินการใช้ยา

ในด้านความคิดเห็นของแพทย์จำนวน ๑๑๐ ราย พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้ในเรื่องการประเมินการใช้ยาที่จำกัด แพทย์ที่ทราบว่าโรงพยาบาลของตนเองมีระบบการดำเนินงานการประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพ ในโรงพยาบาลทั้งสองค่อนข้างแตกต่างกัน

(ร้อยละ ๗๖ และ ๔๐ ในโรงพยาบาลที่ ๑ และ ๒ ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่คิดว่าการประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพเป็นเพียงเรื่องการใช้แบบฟอร์มการสั่งใช้ยา บางรายการที่ถูกควบคุม (ร้อยละ ๔๔ และ ๕๕ ในโรงพยาบาลที่ ๑ และ ๒ ตามลำดับ) นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งเห็นว่า ควรคัดยาเหล่านี้ออกจากรายการที่ประเมิน คือ ceftriaxone กับ cefotaxime (ในโรงพยาบาลที่ ๑) simvastatin กับ amoxycillin plus clavulanic acid ชนิดกิน (ในโรงพยาบาลที่ ๒) และ ciprofloxacin ชนิดกิน (ทั้งสองโรงพยาบาล) โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลใช้ผลิตภัณฑ์ยาที่ผลิตภายในประเทศ (local made products) ซึ่งมีราคาถูกลงมาก รวมทั้งยาเหล่านี้มีการสั่งใช้บ่อยมาก ดังนั้น การที่แพทย์ต้องบันทึกข้อมูลเหตุผลการใช้ยาในแบบฟอร์มที่กำหนดจึงเป็นการเพิ่มภาระการปฏิบัติงานของแพทย์ สำหรับยา meropenem, vancomycin, piperacillin, immunoglobulin, cefoperazone plus sulbactam, cefpirome และ octreotide ซึ่งกำหนดให้มีการประเมินการใช้ในปัจจุบันมีความเหมาะสมแล้ว และยาที่ควรเพิ่มเติมลงในรายการยาที่ต้องทำการประเมิน ได้แก่ cefdinir, gabapentin และ netilmicin นอกจากนี้ แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรปรับเกณฑ์การประเมินโดยคำนึงถึงบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยเป็นเกณฑ์ที่ได้จากข้อมูลที่เป็น evidence-based แม้ว่าแพทย์ร้อยละ ๖๐ ของทั้งสองโรงพยาบาลเห็นว่าการบังคับให้ใช้แบบฟอร์มการสั่งใช้ยาจะเป็นภาระ แต่ส่วนใหญ่เห็นสมควรให้แพทย์เป็นผู้เขียนคำสั่งใช้ยาด้วยตนเอง (ร้อยละ ๔๓ และ ๗๖ สำหรับโรงพยาบาลที่ ๑ และ ๒ ตามลำดับ) โดยเห็นว่าแบบฟอร์มดังกล่าวจะช่วยแพทย์ให้มีโอกาสทบทวนการสั่งใช้ยาอีกครั้งหนึ่ง (ร้อยละ ๖๐ และ ๖๗ สำหรับโรงพยาบาลที่ ๑ และ ๒ ตามลำดับ)

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า แพทย์ทั้ง ๒ ท่าน เห็นด้วยในหลักการประเมินการใช้ยา แต่พบปัญหาในทางปฏิบัติคือแพทย์ทั่ว ๆ ไป ไม่รู้ไม่เข้าใจในวัตถุประสงค์

ของการประเมินการใช้ยาซึ่งนำไปสู่ปัญหาความร่วมมือของแพทย์ ดังนั้นจึงควรมีการชี้แจงให้แพทย์ผู้เกี่ยวข้องทราบและทำความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน DUE ในโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญและสนับสนุนงาน อีกทั้งส่วนกลางควรมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนแต่ไม่ควรลงรายละเอียดถึงรายการยาที่ต้องทำการประเมิน ควรให้แต่ละโรงพยาบาลพิจารณาตามความเหมาะสม

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การสั่งใช้ยาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะยาในกลุ่มยาต้านจุลชีพ ยังมีความไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ในอัตราที่ค่อนข้างสูง การจัดให้มี intervention สามารถเพิ่มคุณภาพการสั่งใช้ยาให้สอดคล้องกับเกณฑ์ได้ แม้ว่าการประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพสามารถลดค่าใช้จ่ายที่สูญเสียจากการสั่งใช้ยาไม่เหมาะสมลงได้ โดยพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาลดลงภายหลังที่มีการให้ intervention แต่การศึกษาส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ที่ค่าใช้จ่ายด้านยา โดยเฉพาะมูลค่าจากการจัดซื้อจัดหา (acquisition cost) เท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษาที่ทบทวนยังไม่สามารถแสดงข้อมูลยืนยันผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีต่อผู้ป่วย ตลอดจนความเชื่อมโยงระหว่างความเหมาะสมของการใช้ยาตามเกณฑ์ ผลลัพธ์ทางคลินิก และค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งหมด ประเด็นที่สำคัญอีกประการคือการคงอยู่ของระบบการประเมินการใช้ยาและ intervention ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งโรงพยาบาลควรจัดให้มีการดำเนินงานการประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องหลังจากงานวิจัยเหล่านั้น และต้องมีการพัฒนารูปแบบการให้ intervention ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ภายหลังการประกาศใช้บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๒ โรงพยาบาลมีการประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพมากขึ้น แต่ส่งรายงานประมาณหนึ่งในสามของ รพ.ศ./รพ.ท. ทั่วประเทศ รายงานเหล่านี้พบ

ว่าการใช้ยาตรงตามเกณฑ์ในสัดส่วนค่อนข้างสูงโดยเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ ๗๕ และสูงกว่าผลการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ยกเว้น pentoxiphylline ที่พบว่าสัดส่วนการสั่งใช้ยาสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานเพียงร้อยละ ๓๐-๔๕ น่าจะเป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลที่ร่วมมือในการส่งรายงานอยู่ในกลุ่มที่มีทีมแพทย์และเภสัชกรให้ความสนใจและมีการใช้ยาอย่างเหมาะสมอยู่แล้ว โรงพยาบาลที่ไม่สนใจอาจจะมีการใช้ยาไม่เหมาะสม ดังนั้น รายงานการประเมินการใช้ยา จึงไม่เป็นตัวแทนที่ดีของโรงพยาบาล การตีความโดยใช้ฐานข้อมูลจากระบบรายงานแบบไม่บังคับ พึงกระทำด้วยความระมัดระวังยิ่ง

แม้ว่าเภสัชกรส่วนใหญ่จะระบุว่ามีความรู้เกี่ยวกับการประเมินการใช้ยาเชิงคุณภาพ แต่อาจขาดความมั่นใจในการดำเนินงานร่วมกับทีมแพทย์ ในขณะที่เดียวกันแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีมุมมองที่จำกัดว่าการประเมินการใช้ยาเป็นเรื่องของการสั่งใช้ยาที่ถูกควบคุมมากกว่าเป็นเรื่องการพัฒนาคุณภาพการใช้ยาอย่างเป็นระบบของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เภสัชกรโรงพยาบาลมีความรู้ความสามารถและทัศนคติที่ค่อนข้างดี และพร้อมที่จะดำเนินงานการประเมินการใช้ยา แต่ยังขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงปรัชญาและประโยชน์ของการประเมินการใช้ยา นอกจากนี้ หลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม รวมทั้งอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยายังมีไม่มากพอ ทั้งนี้ ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญยิ่งอีกประการหนึ่งคือ ความชัดเจนของนโยบายในการสนับสนุนให้มีการดำเนินการประเมินการใช้ยา และการควบคุมกำกับ ตลอดจนการใช้ประโยชน์จากข้อมูลรายงานที่นำกลับมาสู่การทบทวนกำหนดนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง รวมทั้งการถ่ายทอดบทเรียนเกี่ยวกับปัจจัยสำเร็จของการดำเนินการประเมินการใช้ยาแก่โรงพยาบาลในทุกระดับ

การประมวลสังเคราะห์บทเรียนประสบการณ์การประเมินการใช้ยาหนึ่งทศวรรษในประเทศไทยครั้งนี้

มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

๑. ในระดับบริหาร คณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัดควรมีนโยบายชัดเจนและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดระบบการประเมินการใช้ยา และมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลจากการประเมิน ในการปรับปรุงระบบการบริหารยาในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และให้การสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานประเมินการใช้ยาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

๒. ในระดับผู้สั่งใช้ยา แพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการ ปรัชญา และความจำเป็นของการประเมินการใช้ยา เพื่อให้เห็นประโยชน์และให้ความร่วมมือกับการทำงานของเภสัชกร

๓. ในระดับเทคนิคการประเมิน นอกจากการให้ความสำคัญต่อการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า และกระบวนการของการใช้ยา ควรจะขยายไปสู่การประเมินผลลัพธ์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ญญ.ธรรมา ศรีไพโรจน์ และ รศ.ดร. เณิมศรี ภูมิวงกูร สำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม ณ การประชุมวิชาการ เรื่อง *Advances in Pharmaceutical Care and Pharmacotherapeutics* ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๔๔ ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

๑. Todd MW. Drug use evaluation. In: Brown TR, editor. *Handbook of institutional pharmacy*. 3rd ed. Bethesda, MD: American Society of Hospital Pharmacists; 1992. p. 261-71.
๒. Lee D, Bergman U. Studies of drug utilization. In: Strom ML, editor. *Pharmacoepidemiology*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1994. p. 379-93.
๓. คณะทำงานศึกษาวิเคราะห์การใช้ยา. การใช้ยา. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย ไชยวิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ดันติเวสส, บรรณาธิการ. *ระบบยาของประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๔๕. หน้า ๒๒๑-๓๗.
๔. ทวีเพ็ญ สุทธิศักดิ์. การประเมินการใช้ยาด้านจุลชีพกลุ่มเซฟาโลสปอรินรุ่นที่ ๓ ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๖.
๕. กัลยาณี จิตมทวงศ์. ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของการประเมินการใช้ยาด้านจุลชีพกลุ่มเซฟาโลสปอรินรุ่นที่ ๓ สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะที่โรงพยาบาลราชวิถี (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๘.
๖. สมฤทัย สุพรรณกุล. ผลการใช้แบบบันทึกการสั่งใช้ยาด้านจุลชีพเซฟาโลสปอริน เซฟโทรซิม และเซฟตาซิม ที่โรงพยาบาลพระนครราชธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรมโรงพยาบาลและคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๐.
๗. วิราภรณ์ ชารณมัย. การประเมินการใช้ยาด้านจุลชีพกลุ่มเซฟาโลสปอรินรุ่นที่ ๓ และ ๔ ชนิดดัด ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมุทรปราการ (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๓.
๘. Kittipichai P. Drug use evaluation of four parenteral cephalosporins for inpatients at Mettaphacharak Hospital (Master Thesis of Science in Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 2000.
๙. นวรัตน์ วิมลสารวงศ์. การประเมินการใช้ยา Imipenem/cilastatin ในโรงพยาบาลเด็ก (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๘.
๑๐. สุรีย์ แสงทอง. การประเมินโครงการและติดตามการใช้ยา Imipenem/cilastatin ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาบริหารเภสัชกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๓.
๑๑. Silarug B. Drug use evaluation program for Ceftriaxone therapy at Sena Hospital, Ayutthaya (Master Thesis of Science in Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1998.
๑๒. Jaisui S. Drug use evaluation program of Ciprofloxacin at Lerdsin Hospital (Master Thesis of Science in Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 2002.
๑๓. Akaleephan C. Usage evaluation of antimicrobial prophylaxis in general surgery at Ramathibodi Hospital (Master Thesis of Science in Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1999.
๑๔. ธานี เมฆะสุวรรณดิษฐ์. การประเมินการใช้ยา H₂-receptor antagonist ในโรงพยาบาลรามาริณดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิต

- วิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๘.
๑๕. วรณกมล สอนสิงห์. การประเมินการใช้ยาต้าน H₂-receptor antagonists ในโรงพยาบาลเลิดสิน (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๓๘.
๑๖. Sukma M. Drug use evaluation of antihyperlipidemia agents at Lerdsin Hospital (Thesis Master of Science in Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1996.
๑๗. Supapsophon P. Drug use evaluation of HMG-CoA reductase inhibitors at Ramathibodi Hospital (Thesis Master of Science in Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 2000.
๑๘. กุลธิดา ไชยจินดา. การประเมินการให้สารอาหารทั้งหมดทางหลอดเลือดดำส่วนกลางในผู้ป่วยผู้ใหญ่ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๑.
๑๙. สุบรรณ สีดาภู. การประเมินผลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ กรณีศึกษา Ceftazidime. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ๒๕๔๐; ๑๒:๕๕-๖๐.
๒๐. อนงค์เนตร อธิปรัษฎาบุญ. การประเมินคุณภาพการใช้ยา Ceftazidime ในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ๒๕๔๑; ๑๓:๑๕-๒๔.
๒๑. สาลินี กุหลาบงาม, มณีพรหม โกรวาทิจ. การประเมินการใช้ยา Ceftazidime ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี. เวชสารโรงพยาบาลมหาสารคามราชธานี ๒๕๔๑; ๒๒:๓๕-๔๒.
๒๒. ประสาน ศรีสมบัติ, นลธิชัย จิระวิโรจน์, อุฬาร ไชยบุญ, วรณวิศา เลิศบุญช่วย. การประเมินการใช้ยา Ceftazidime ในโรงพยาบาลอโศกร. อโศกเวชสาร ๒๕๔๓; ๒:๕๖-๖๐.
๒๓. เหมยเสียน พงศ์วิไลรัตน์. ประเมินลักษณะการใช้ยา Ceftazidime ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พุทธชินราชเวชสาร ๒๕๔๔; ๑๔:๑๓-๕.
๒๔. Drug utilization evaluation program on eight antimicrobials use in Ramathibodi Hospital. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; ๒๕๔๔.
๒๕. นลธิชัย จิระวิโรจน์, อุฬาร ไชยบุญ, วรณวิศา เลิศบุญช่วย. การประเมินการใช้ยา Ceftriaxone ในโรงพยาบาลอโศกร. อโศกเวชสาร ๒๕๔๓; ๒:๑๙๔-๔๖.
๒๖. นิมนต์ มัยคุณอุปถัมภ์, บัญญัติ สิทธิชัยกิจ, จินตนา ตั้งลิขณกุล, ณรงค์ เสงี่ยม, อุบล อรุณรุ่งศรี, เสาวลักษณ์ ตั้งตระกูล และ คณะ. Drug utilization evaluation program on third generation cephalosporin use in Khon-Kaen Hospital. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๒๗. เสาร์ สุจินพรหม, อนงค์เนตร อธิปรัษฎาบุญ, รัชนิ นรโกตร, รังสฤษดิ์ ไชยพรหม. โครงการประเมินการใช้ยา Imipenem ในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ๒๕๔๓; ๑๔:๕๑-๕.
๒๘. ทศนีย์ เชื้อวงษ์. การศึกษาการใช้ยา Vancomycin ชนิดฉีดในโรงพยาบาลเด็ก. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๓๖; ๑๔: ๔๒๓-๓๑.
๒๙. ทิพสุตา อู่พิพงษ์. การประเมินผลการใช้ยา Fluconazole ในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุโขทัย. พุทธชินราชเวชสาร ๒๕๔๓; ๑๓:๑๕-๒๔.
๓๐. ผ่องศรี กัลยาณสุต. การศึกษาเบื้องต้นของรูปแบบการสั่งให้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลชัยนาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๓๕; ๕:๔๔๓-๔.
๓๑. นฤนารถ รัตนธนาวันต์. การศึกษารูปแบบการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ ในโรงพยาบาลบ้านหมี่. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๔๑; ๒๓:๑๐๖-๑๗.
๓๒. แสงทอง ภูริวงคกุล. พฤติกรรมของแพทย์ในการสั่งใช้ยาฉีดกลุ่มเซฟาโลสปอรินให้ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๐; ๖:๔๓๒-๔๐.
๓๓. วิภา เคารพวงกร. การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยเด็กโรคไขข้ออักเสบกว่า ๕ ปีที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารโรคติดต่อ ๒๕๔๑; ๒๔:๖๒-๔.
๓๔. นวลจันทร์ เทพสุภังกร. การใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ชนิดรับประทานของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๔๑; ๒๓: ๗๐๑-๗.
๓๕. มนฤดี ไชยบุญ. การใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ในผู้ป่วยนอก แผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารกรมการแพทย์ ๒๕๔๒; ๒๔:๖๕๕-๖๑.
๓๖. อุทัย ลาวัณย์ประเสริฐ, ชะอรณ สุทธิวงศ์. รายงานการศึกษารายผลการประเมินมาตรการกำกับ ประเมิน และตรวจสอบการใช้ยาปฏิชีวนะ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ คือโรงพยาบาลภาครัฐ. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; ๒๕๔๔.
๓๗. ศศิธร ศิริวราชย์. การพัฒนาเกณฑ์คะแนนและรูปแบบในการดำเนินการประเมินการใช้ยา (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๒.
๓๘. ดลวดี รัชสุภรณ์. การสำรวจเปรียบเทียบเกณฑ์การประเมินการใช้ยาต้านจุลชีพ กลุ่มบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒ ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; ๒๕๔๔.
๓๙. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. บันทึกอดีต-ปัจจุบัน-อนาคต การพัฒนางานเภสัชกรรมโรงพยาบาลและ เภสัชกรรมคลินิก. ใน: วิมล อนันต์สกุลวัฒน์, บัณฑิต ภาณุมากรณ์, กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, มังกร ประพันธ์วัฒน์, พัชรกร บัญญาวิไล, ชุตินา อรรถสิทธิ์ และคณะ, บรรณาธิการ. ๑๒ ปี สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: จันทน์ม่วงการพิมพ์; ๒๕๔๔. หน้า ๖๕-๘๕.
๔๐. กลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค. ผลการปฏิบัติงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ประจำปีงบประมาณ ๒๕๓๕. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๐.

๔๑. กลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค. ผลการปฏิบัติงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๐. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๔๒. กลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค. ผลการปฏิบัติงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๑. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๔๓. กลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค. ผลการปฏิบัติงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๒. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๔๔. วิสูตร วงษ์ห้าวศึก, วีรี เลอมาณกุล. การสำรวจการดำเนินงานเภสัชกรรมคลินิกในโรงพยาบาล. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล ๒๕๔๓; ๑๐:๑๓๓-๔๕.
๔๕. ศศิธร ศิริวรราช, นารัต เกษมรัตน์. การสำรวจการประเมินการใช้ยาของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล ๒๕๔๓; ๑๐:๒๑-๓๐.
๔๖. กลุ่มงานเภสัชกรรม กองโรงพยาบาลภูมิภาค. ผลการปฏิบัติงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประจำปีงบประมาณ ๒๕๔๓. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.

Abstract Frontier of Knowledge: A Decade Experience of Hospital-Based Drug Use Evaluation Rongtiva Muenpa^{*}, Chutima Akaleephan[†], Banyat Sirriranyakit[‡], Charoen Treesak[§], Areewan Cheawchanwattana[¶], Supon Limwattananon^{||}, Chulaporn Limwattanaono^{||}, Viroj Tangcharoensathien[†]

^{*}Lumpang Hospital, [†]International Health Policy, Thailand, [‡]Khon Kaen Hospital, [§]Faculty of Pharmaceutical Science, Srinakharinwirot University, [¶]Faculty of Pharmaceutical Science, Khon Kaen University

Journal of Health Science 2004; 13:277-90.

The objective of this article was to describe a decade old experience of qualitative drug use evaluation (DUE) programs in Thailand. Graduate theses and published research on DUE conducted in certain hospitals were reviewed, focusing on their methodology and results. Recent findings in the nation-wide qualitative DUE for five target drugs that were reported regularly by the Ministry of Public Health affiliated hospitals were summarized. In addition, current perception towards DUE was elaborated by survey of hospital pharmacists and physicians. The study extended from September 2002 to July 2003.

It was found that the hospital utilization of antibiotics was grossly deemed inappropriate in a large based on most DUE criteria. Pharmacy intervention could, then, raise quality of drug use. Previous studies in certain hospitals have reported a wide range of potential cost saving as a result of the interventions given when inappropriate drug use occurred. Eventhough several hospitals have claimed to be actively involved in DUE after it was recommended in the National Policy of Essential Drugs, only about one third of the general and regional hospitals reported their activities and findings on DUE. Compared with findings from the individual research, rates of appropriate drug use in the hospital reports, in general, were relatively higher. In the survey, the pharmacists claimed to have sufficient knowledge on setting up DUE criteria despite lacks of confidence in team working with physicians. Scope of DUE was limited to the hospital restriction policy on drug prescribing as perceived by most of the physicians.

Key words: drug use evaluation, antimicrobials, national list of essential drug, qualitative evaluation

ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา

ขุติมา อรรถสิทธิ์*

วนิดา แก้วเนิกรังษี**

จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์***

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

**ศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

***คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ริเริ่มพัฒนางานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๖ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นในประเทศ บทความนี้กล่าวถึงความเป็นมา และสถานการณ์ในปัจจุบันของกิจกรรมดังกล่าว ประมวลรายงานที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้รับตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นอกจากศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในส่วนกลางแล้ว ได้ขยายออกสู่ส่วนภูมิภาค โดยใน พ.ศ. ๒๕๓๕ จัดตั้งศูนย์เครือข่ายขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น ๒๒ แห่งทั่วประเทศ ทำหน้าที่ติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกชนิด ทั้งนี้ ใช้ระบบ Voluntary Spontaneous Reporting System (SRS) และ Safety Monitoring Program (SMP) ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา จำนวนรายงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. ๒๕๔๑-๒๕๔๒ พบว่า sulfamethoxazole+trimethoprim เป็นตัวยาที่มีการรายงานมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มยาที่ทำให้เกิดปัญหาามากที่สุด ได้แก่ กลุ่ม systemic general anti-infective และส่วนใหญ่เป็นอาการที่เกิดกับผิวหนัง

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศ พบว่า อุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอยู่ระหว่างร้อยละ ๑.๗ ถึง ๒๒.๖ ซึ่งขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่ วิธีศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การจัดกลุ่มบริการของโรงพยาบาล วิธีติดตามประเมินอาการ และนิยามที่ใช้ อาการไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาจากการใช้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโรงพยาบาล โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ ๖.๔ ถึง ๒๓.๕ นอกจากนี้ ยังเป็นเหตุให้ระยะเวลาที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น และค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งแบบรายงานอาการและงานวิจัยจะช่วยในการพิสูจน์อันตรายจากการใช้ยาให้แน่ชัดยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจทางกฎหมาย การตัดสินใจคัดเลือกยา และลำดับความสำคัญของปัญหาจากการใช้ยาแต่ละชนิดเพื่อเฝ้าระวังควบคุมอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, ปัญหาการใช้ยา, อุบัติการณ์, ค่ารักษา

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ “อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reaction, ADR)” ไว้ว่า เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยมิได้ตั้งใจแต่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ และเกิดขึ้นเมื่อใช้ยา ในขนาดปกติเพื่อการป้องกัน วินิจฉัย บรรเทา หรือ บำบัดรักษาโรค หรือเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของอวัยวะในร่างกาย^(๑) ใน พ.ศ. ๒๕๒๓ ประเทศไทย ได้จัดทำโครงการนำร่องในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กระทรวงสาธารณสุขโดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาร่วมกับคณะ แพทยศาสตร์ ๒ แห่ง เป็นแหล่งทดลองดำเนินงาน ต่อ มาใน พ.ศ. ๒๕๒๖ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาขึ้นภายใต้ ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา ทำหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ความเสี่ยงและอันตรายจากการใช้ยา ในช่วงระยะเวลา ๒๐ ปีที่ผ่านมาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้พัฒนางาน ADR อย่างต่อเนื่อง โดยขอความร่วมมือ บุคลากรสาธารณสุขให้ส่งรายงานอาการไม่พึงประสงค์ จาก การใช้ยาที่พบไปยังศูนย์โดยตรงตามความสมัครใจ (Voluntary Spontaneous Reporting System) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลความเป็น มาและสถานการณ์ปัจจุบันของระบบการติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADRM) ของประเทศ สรุปภาพรวมของรายงาน ADR ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับ และงานวิจัยที่ทำใน ประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยทบทวนวรรณกรรมการศึกษา วิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัญหาจากการใช้ยาในประเทศไทยในระยะเวลา ๑๕ ปีตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๐-๒๕๔๕

๑. ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยา^(๑)

ใน พ.ศ. ๒๕๓๕ สำนักงานคณะกรรมการอาหาร

และยาได้จัดตั้งศูนย์เครือข่ายติดตามอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยาในส่วนภูมิภาคตามโครงสร้าง เครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วน ภูมิภาค (พบส.) ทั้งหมด ๑๔ แห่ง (ปัจจุบันขยายเป็น ๒๒ แห่ง) เพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลรายงานอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา ก่อนส่งไปศูนย์ติดตามอาการไม่ พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา ผลจากการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาได้สนับสนุนให้เกิดแนวคิดในการขยาย ขอบข่ายงานครอบคลุมการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกชนิด (adverse product re-action, APR) ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย ยา วัตถุ เสพติด อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุ อันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน ดังนั้นในแผนพัฒนา สาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๕) จึง กำหนดให้มีการเฝ้าระวังติดตามอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกชนิดโดยใช้ระบบการ เฝ้าระวังฯ แบบ Spontaneous Reporting System เช่นเดียวกับยา และได้เปลี่ยนชื่อศูนย์เป็น ศูนย์ติดตาม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ปัจจุบันการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ยาสามารถจำแนกได้เป็น ๒ ระบบ ดังนี้

๑.๑ Voluntary Spontaneous Reporting System หรือ Early Warning System (SRS) คือ ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แบบการรายงานด้วยความสมัครใจ ซึ่งใช้กับยาทุกชนิด ในประเทศไทย เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวางทั่วโลก แต่ประสิทธิภาพของรายงานขึ้นกับความร่วมมือของ บุคลากรทางการแพทย์ เมื่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการ ใช้ยาพบหรือสงสัยว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาขึ้น จะต้องรายงานอาการนั้นให้ศูนย์ฯ กระทรวงสาธารณสุขทราบ ผลการรวบรวมข้อมูลจาก การรายงานดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงสัญญาณเตือน ภัยในอาการที่รุนแรง หรือในกรณีที่มีอันตรายร้ายแรง

ถึงชีวิตก็อาจจะมีคำสั่งให้หยุดจำหน่ายในท้องตลาดชั่วคราวจนกว่าจะแน่ใจว่ามีความปลอดภัยต่อการใช้อย่างแท้จริง

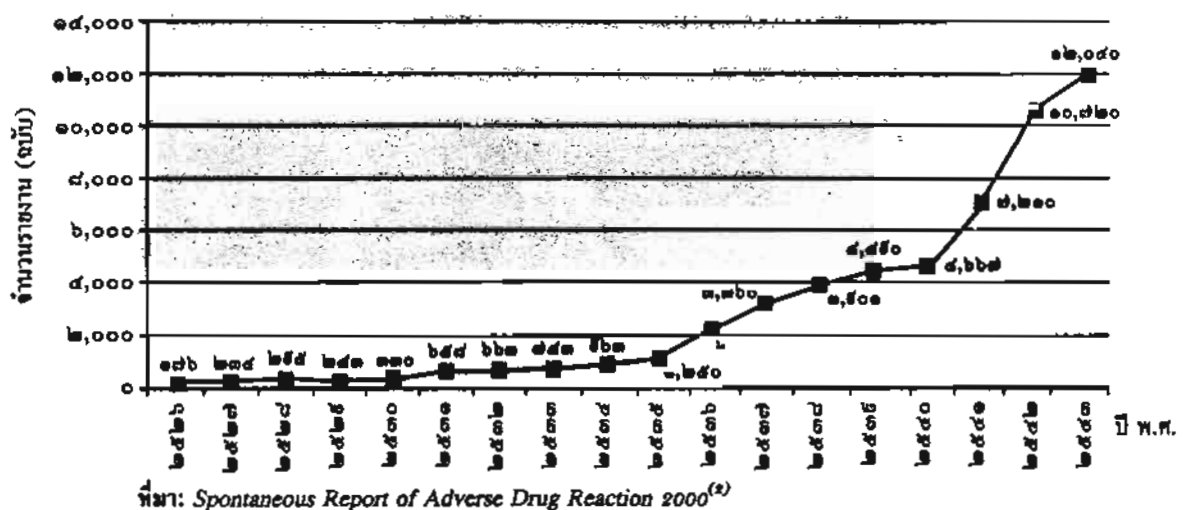
๑.๒ Safety Monitoring Program (SMP) เป็นการติดตามความปลอดภัยของการใช้ยาภาคบังคับใช้สำหรับยาใหม่ (new drug) ซึ่งครอบคลุมถึง (๑) ยาที่เป็นสารตัวใหม่ (new chemical entities, NCE) คือ ตำรับยาที่มีตัวยาสำคัญเป็นยาใหม่หรืออนุพันธ์ใหม่ (๒) ยาที่มีข้อบ่งใช้ใหม่ (new indication) (๓) ตำรับยาที่เป็นสูตรผสมใหม่ (new combination) และ (๔) ยาที่มีระบบส่งผ่านยาแบบใหม่ (new delivery system)

การขึ้นทะเบียนตำรับยาใหม่ดังกล่าว บริษัทเจ้าของผลิตภัณฑ์หรือผู้ยื่นคำขอต้องติดตามความปลอดภัยของการใช้ยาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แพทย์ผู้ใช้นั้นจะให้ความร่วมมือในการรายงานทั้งกรณีที่พบและไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ และเมื่อผ่านการพิจารณาว่ามีข้อมูลความปลอดภัยครบถ้วนเพียงพอแล้ว ยาใหม่นั้นก็จะได้รับการขึ้นทะเบียนตำรับยาอย่างถาวรหรือแบบไม่มีเงื่อนไขและจำหน่ายได้ตามปกติตามชนิดของยานั้นต่อไป

เมื่อมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น จะมีการวิเคราะห์และประเมินความสัมพันธ์ของยาที่สงสัยกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นโดยอาศัยข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติและสภาวะของผู้ป่วย ระยะเวลาที่เกิดอาการหลังจากได้รับยา (onset time) อาการตอบสนองของผู้ป่วยหลังจากหยุดยา เพื่อสรุปความน่าจะเป็นของความสัมพันธ์ โดยแบ่งเป็น ๔ ระดับคือ ชัดแน่นอน (certain) น่าจะใช่ (probable) อาจจะเป็น (possible) และสงสัย (unlikely)

๒. รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

จำนวนรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่สถานพยาบาล และร้านยาต่าง ๆ ส่งให้กับศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีปริมาณมากขึ้นทุกปีในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมา โดยสูงที่สุดใน พ.ศ. ๒๕๔๓ คือ ๑๒,๐๔๐ ฉบับ ดังแสดงในรูปที่ ๑ จำนวนรายงานเพิ่มขึ้นไม่มากนักในระยะแรกตั้งแต่เริ่มดำเนินการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาใน พ.ศ. ๒๕๒๖ ถึง พ.ศ. ๒๕๓๕ แต่จำนวนรายงานเพิ่มขึ้นอย่างมากตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๖ เป็นต้นมา ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากการขยายเครือข่ายงานใน พ.ศ. ๒๕๓๕ การบังคับใช้โครงการติดตามความปลอดภัยของการใช้ยา (SMP) กับการขึ้น



รูปที่ ๑ จำนวนรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปี พ.ศ. ๒๕๒๖ - ๒๕๔๓

ทะเบียนยาใหม่ รวมถึงการรวมรายงานของยาใหม่
เข้าในฐานข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการ
ใช้ยาดังแต่ พ.ศ. ๒๕๓๙ และการขยายขอบข่ายงาน
ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ (พ.ศ.
๒๕๔๐-๒๕๔๔) ซึ่งรวมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกชนิด^(๒)

แม้ว่ารายงานจะมีจำนวนมากขึ้น แต่ด้วยลักษณะ
ของระบบการรายงานตามความสมัครใจนี้ อัตราการ
รายงานจะต่ำกว่าอุบัติการณ์ของอาการที่เกิดขึ้นจริง^(๑,๒) ดัง
จะเห็นได้จากการศึกษาของสุญญา หุตังคบดี และคณะ
ซึ่งสำรวจปริมาณรายงานทั่วประเทศ พบว่า อุตุนิการ
ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยนอก
ด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงรุก (cross-sectional descrip-
tive study ใน ๑ วัน) เปรียบเทียบกับวิธีการดำเนิ
การเชิงรับ (รายงานตามความสมัครใจ) พ.ศ. ๒๕๔๐ คือ
ร้อยละ ๐.๐๗ และ ๐.๐๕ ตามลำดับ^(๓)

จากสรุปรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๔๐ และ พ.ศ. ๒๕๔๒ ของศูนย์
ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา พบว่า ด้วยยา ๓ อันดับ
แรกที่มีรายงานสูงสุดคือ sulfamethoxazole+
trimethoprim, amoxicillin, penicillin v และ cloxa-
cillin กลุ่มยาหลักที่มีรายงานมากที่สุดได้แก่ general
anti-infectives for systemic use และระบบอวัยวะ
ของร่างกายที่มีรายงานมากที่สุดคือ ระบบผิวหนัง^(๑)
(ตารางที่ ๒)

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่มีการรายงาน
ส่วนใหญ่เป็นอาการไม่ร้ายแรง (non-serious events)
อย่างไรก็ตาม อาการร้ายแรง (serious events) ซึ่งผู้
ใช้ยาควรให้ความสนใจ ระมัดระวังและเฝ้าติดตาม
อย่างใกล้ชิด ได้แก่ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต
อันตรายถึงชีวิต ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน
ระยะแรกหรือเพิ่มระยะเวลาในการรักษานานขึ้น พิการ
ผิดปกติแต่กำเนิด หรือต้องการวิธีการป้องกันความเสี
หายหรือถูกทำลายอย่างถาวร ได้แก่ anaphylactic
shock, anaphylactoid reaction, coma, cyanosis,

epidermal necrolysis, gastro-intestinal
haemorrhage, hepatitis, neuropathy, renal failure
acute และ Stevens Johnson syndrome^(๑,๒) เมื่อ
พิจารณารายงานอาการไม่พึงประสงค์เฉพาะกรณีที่เกิด
การประเมินความสัมพันธ์ของอาการและยาแบบไข
แน่นอน น่าจะไข และอาจจะไข พบว่าสัดส่วนของ
จำนวนรายงานที่มีลักษณะร้ายแรงกับจำนวนรายงาน
ทั้งหมดในกลุ่มยาตัวอย่างมีรายละเอียดดังแสดงใน
ตารางที่ ๑-๒

จากตารางที่ ๑ ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และ พ.ศ. ๒๕๔๒
จำนวนรายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงของกลุ่ม
ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal
anti-inflammatory drugs; NSAIDs) ซึ่งมีกลไกการ
ออกฤทธิ์เหมือนกัน ประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน แต่ทำให้
เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงมากน้อยแตกต่างกัน
ตัวอย่างเช่น ยา ibuprofen, indomethacin, diclofenac
และ piroxicam ซึ่งเป็นยาที่ใช้มากมีสัดส่วนจำนวน
รายงานของอาการฯ ที่ร้ายแรง ร้อยละ ๐.๖ และ ๐.๓
ร้อยละ ๒.๔ และ ๓.๓ ร้อยละ ๓.๔ และ ๔.๙ และ
ร้อยละ ๐.๔ และ ๕.๓ ตามลำดับ สำหรับยากลุ่มด้าน
อาการชักนั้น พบว่ายาที่มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์
ร้ายแรงมากที่สุดคือ carbamazepine (ร้อยละ ๔๐.๒
และ ๒๔.๖) ทั้งนี้อาการร้ายแรงที่พบมากที่สุดคือ Steven
Johnson Syndrome (SJS) ๒๕ รายงานจาก ๓๕
รายงานใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๒๗ รายงานจาก ๓๐
รายงานใน พ.ศ. ๒๕๔๒^(๑)

แม้ว่าข้อมูลดังกล่าวจะไม่สามารถแสดงอุบัติการ
ของอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมดได้ แต่ก็สามารถแสดง
ให้เห็นในเบื้องต้นได้ว่า บุคลากรสาธารณสุขควรให้
ความสำคัญในการเฝ้าระวังและสังเกตผลจากการใช้ยา
เพื่อหลีกเลี่ยงและลดความเสี่ยงจากการใช้ยาของผู้ป่วย
ให้มากที่สุด นอกจากนี้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่
ครบถ้วนสมบูรณ์ของยาแต่ละรายการสามารถนำมาใช้
ประกอบการตัดสินใจคัดเลือกยาเข้าบัญชียาของสถาน
พยาบาล หรือจัดเป็นยาซึ่งต้องเฝ้าระวังและควบคุม

การใช้ยาอย่างใกล้ชิดได้อีกทางหนึ่งด้วย

๓. งานวิจัยที่เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประเทศ

จากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบ

ข้อมูลทั้งหมด ๑๕ การศึกษา ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้ดังนี้

๓.๑ งานวิจัยที่สำรวจอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

การศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ พบว่า ด้วยวิธีติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้าอย่าง

ตารางที่ ๓ การศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ผู้วิจัย/ระยะเวลา ศึกษา	วิธีการศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง/ ประชากร	อุบัติการณ์	กลุ่มยาที่ทำให้เกิด (ADR) สูงสุด ๓ อันดับแรก	อวัยวะ/ระบบที่เกิด ADR สูงสุด ๓ อันดับแรก
จุฬารัตน์ พงศ์วรรัตน์ (ม.ย.-พ.ย.๒๕๓๓) (๗)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดใน ผู้ป่วยซึ่งพักรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรม (จำนวน ๗๔๖ ราย)	๗.๗๗	๑. ยาค้านจุลชีพ ๒. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบ ประสาทส่วนกลาง ๓. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบ ทางเดินอาหาร	๑. ระบบทางเดินอาหาร ๒. ระบบประสาทส่วนกลาง ๓. ระบบเมตาบอลิซึมและ โภชนาการ
วรรัตน์ อนุวงศ์ (ม.ย.-ธ.ค.๒๕๓๕) (๘)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดใน ผู้ป่วยอายุ ๐-๑๕ ปี ซึ่งพักรักษาใน หอผู้ป่วยโรคหัวใจและอายุรกรรม (โรคเกี่ยวกับหัวใจ, ไต, เลือด และ สมอง) (จำนวน ๑,๕๕๕ ราย)	๕.๕๒	๑. ยาค้านมะเร็ง ๒. ยาค้านจุลชีพ ๓. ผลิตภัณฑ์เลือดและ สารทดแทน	๑. ระบบทางเดินอาหาร ๒. ระบบผิวหนัง ๓. ระบบเลือด
ปราโมทย์ ตระกูลเพชรกิจ (ก.ย.-ธ.ค.๒๕๓๗) (๕)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดใน ผู้ป่วยอายุ ≥๑๕ ปี ซึ่งพักรักษาใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม (จำนวน ๕๑๕ ราย)	๒๑.๕๔	๑. ยาค้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์ ต่อระบบ ๒. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ๓. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบฮอร์โมน ยกเว้นฮอร์โมนเพศ	๑. ระบบทางเดินอาหาร ๒. ระบบหัวใจของร่างกาย ๓. ระบบผิวหนังและแขนขา
ดารณี เชื้อชาญธนกิจ (ค.ค.๒๕๔๑- พ.ค.๒๕๔๒) (๑๐)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดใน ผู้ป่วยอายุ ๐-๑๕ ปี ซึ่งพักรักษาใน หอผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร และโภชนาการ และ โรคพิเศษ(ระบบ หัวใจและหลอดเลือด, ระบบเลือด, ระบบประสาท และ ระบบทางเดิน ปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์) (จำนวน ๒,๐๒๓ ราย)	๒๒.๕๕	๑. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบ ประสาทส่วนกลาง ๒. ยาค้านฮีสตามีน ๓. ยาค้านจุลชีพ	๑. ระบบประสาทส่วนกลาง ๒. ระบบทางเดินอาหาร ๓. ระบบผิวหนัง
ณัฏฐา ป้อมเย็น (ธ.ค.๒๕๔๔- มิ.ย.๒๕๔๕) (๑๑)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดใน ผู้ป่วยอายุ ≥๑๕ ปี ซึ่งพักรักษาใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม (จำนวน ๕๒๘ ราย)	ระหว่างพักรักษาใน ร.พ. ๑๓.๐ เป็นสาเหตุให้ เข้ารับการรักษาใน ร.พ. ๑๐.๔	๑. ยาค้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์ ต่อระบบ ๒. ยาค้านมะเร็งและยาออก ฤทธิ์ต่อระบบภูมิคุ้มกัน ๓. ผลิตภัณฑ์เลือดและสาร ทดแทน	๑. ระบบเมตาบอลิซึมและ โภชนาการ ๒. ระบบทางเดินปัสสาวะ ๓. หลอดเลือด(ยกเว้นหัวใจ) และเม็ดเลือด

ใกล้ชิดในผู้ป่วยทุกราย (prospective intensive monitoring study) ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ อุปกรณ์การของอาการไม่พึงประสงค์จะอยู่ระหว่าง ร้อยละ ๕.๙๒-๒๒.๕๙ ทั้งนี้ขึ้นกับวิธีการศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

(เช่น อายุ ความรุนแรงของโรคที่ป่วย จำนวนยาที่ใช้) การจัดกลุ่มบริการของโรงพยาบาล วิธีการติดตามและประเมินอาการไม่พึงประสงค์ และนิยามของอาการไม่พึงประสงค์ที่ใช้^(๙-๑๐) (ตารางที่ ๓) สำหรับการ

ตารางที่ ๔ การศึกษาเปรียบเทียบอุปกรณ์การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้วยวิธีการต่าง ๆ

ผู้วิจัย/ระยะเวลา ศึกษา	วิธีการศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง/ ประชากร	อุปกรณ์การ	กลุ่มยาที่ทำให้เกิด (ADR) สูงสุด ๓ อันดับแรก	อวัยวะ/ระบบที่เกิด ADR สูงสุด ๓ อันดับแรก
เทียนจันทร์ ดีพิงธรรม (พ.ศ.๒๕๓๔- มี.ค.๒๕๓๕) (๑๒)	เปรียบเทียบระหว่าง prospective IM program และ voluntary SRS in systematic ในผู้ป่วยอายุ ≥๑๓ ปี ซึ่งพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป และได้รับยาต้านจุลชีพที่คัดเลือกด้วย การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (จำนวน กลุ่มละ ๓๐๐ ราย)	IM ๑๒.๖๗ SRS ๑.๖๗	ยาค้านจุลชีพทุกวัน ยาค้านเชื้อรา, ยาค้านไวรัส และยาค้านวันโรค	๑. ไต ๒. ระบบผิวหนัง ๓. ระบบเลือด
บงกค แยมพกา (ธ.ค.๒๕๔๑- ก.พ.๒๕๔๒) (๑๓)	เปรียบเทียบระหว่าง prospective IM program และ prescription screening for AOs program ในผู้ป่วยอายุ ≥๒ ปี ซึ่งพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (ระยะที่ ๑ จำนวน ๑๕๒ และระยะที่ ๒ จำนวน ๘๕๒ ราย)	IM ๑๔.๕ AOs ๑๑.๐ & ๕.๐	IM ๑. ยาค้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์ ต่อระบบ ๒. ยาค้านมะเร็งและยาออกฤทธิ์ ต่อระบบภูมิคุ้มกัน ๓. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดิน อาหารและเมตาบอลิซึม AOs ๑. ยาค้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์ต่อระบบ ๒. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดิน อาหารและเมตาบอลิซึม ๓. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด	IM and AOs ๑. ระบบทางเดินอาหาร ๒. ระบบเมตาบอลิซึมและ โภชนาการ ๓. ระบบผิวหนังและแขนขา
ชายผ่าน อินทรีใจเอื้อ (ค.ค.๒๕๔๓- ก.พ.๒๕๔๔) (๑๔)	เปรียบเทียบระหว่าง prospective prescription screening for AOs program และ IM program ในผู้ป่วย อายุ ≥๑๕ ปีซึ่งนอนพักรักษาในหอ ผู้ป่วยอายุรกรรม (จำนวน ๔๓๓ ราย)	IM ๑๑.๘ AOs ๘.๑	IM ๑. ยาค้านมะเร็งและยาออกฤทธิ์ ต่อระบบภูมิคุ้มกัน ๒. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ๓. ยาค้านจุลชีพ AOs ๑. ยาออกฤทธิ์ต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ๒. ยาค้านจุลชีพ ๓. เกิดและผลิตภัณฑ์เลือด	IM ๑. ระบบทางเดินอาหาร ๒. ระบบเมตาบอลิซึมและ โภชนาการ ๓. ระบบหัวใจและหลอดเลือด AOs ๑. ระบบทางเดินอาหาร ๒. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ๓. ระบบเมตาบอลิซึมและ โภชนาการ

IM = Intensive Monitoring (ติดตามอย่างใกล้ชิด), SRS = Spontaneous Reporting System (ระบบรายงานโดยความสมัครใจ), AOs = Alerting Orders (คำคั่งกรองใบสั่งยาที่ประกอบด้วยคำสั่งใช้ยาที่เกี่ยวข้อง)

ศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ด้วยวิธีการติดตาม ๓ วิธีคือ prospective intensive monitoring (การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยทุกราย), prescription screening for alerting orders (การติดตามอาการไม่พึงประสงค์โดยการคัดกรองใบสั่งยาที่ประกอบด้วย คำสั่งใช้ยาที่เกี่ยวข้อง) และ voluntary spontaneous reporting (การติดตามอาการไม่พึงประสงค์โดยการรายงานตามความสมัครใจ) ของ ๓ การศึกษานั้น แสดงรายละเอียดในตารางที่ ๔ ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน และทำให้พบอุบัติการณ์ได้จากมากไปน้อยตามลำดับคือ วิธี prospective intensive monitoring พบอุบัติการณ์ ร้อยละ ๑๑.๔-๑๔.๕ วิธี prescription screening for alerting orders พบอุบัติการณ์ ร้อยละ ๔.๐-๑๑.๐ และวิธี voluntary spon-

taneous reporting พบอุบัติการณ์ร้อยละ ๑.๖๗^(๑๒-๑๔) กลุ่มยาที่มีอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์สูงสุดคือ กลุ่มยา anti-infectives, anti-neoplastics and immunomodulating drugs และ drugs acting on central nervous system สำหรับอวัยวะหรือระบบของร่างกายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุดคือ gastro-intestinal system disorders, central nervous system และ metabolic and nutritional disorders ร้อยละ ๖๔-๘๕ ของอาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา และร้อยละ ๔-๓๐ เกิดจากปฏิกิริยา hypersensitivity และร้อยละ ๐.๔-๔.๒ ไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้การศึกษาต่าง ๆ ยังแสดงให้เห็นว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ ๑๐.๔-๖๘.๓๕^(๕-๑๐,๑๓,๑๔,๒๐,๒๑)

๓.๒ การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารับการ

ตารางที่ ๔ การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่เกิดจากการใช้ยา

ผู้วิจัย/ระยะเวลาศึกษา	วิธีการศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง/ประชากร	อุบัติการณ์ (จำนวน)
รัตนาน แชนฮารี (พ.ช.๒๕๓๘-เม.ช.๒๕๓๙) (๑๕)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยนอกอายุ ≥๖๐ ปี ซึ่งได้รับยา ≥๔ รายการในแผนกอายุรกรรม (จำนวน ๑๕๐ ราย)	ADR ๕๐.๐ (๓๕/๑๕๐) DRP ๕๑.๓ (๓๓๓/๑๕๐)
นฤมล ธนะ (ค.ศ.-ร.ค.๒๕๓๙) (๑๖)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยซึ่งเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา (จำนวน ๕๗๕ ราย)	ADRHA ๑๕.๘ (๓๑/๑๙๑) DRPHA ๒๕.๗ (๑๓๑/๕๑๕)
พิจิตรา รัตนไพฑูรย์ (ก.ศ.๒๕๓๙-ม.ค.๒๕๔๐) (๑๗)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยอายุ ≥๑๕ ปีซึ่งใช้ยาอย่างต่อเนื่องหรือมีการใช้ยามาก่อนหน้าเข้ารักษาในโรงพยาบาล (จำนวน ๔๘๑ ราย ในผู้ป่วยทั้งหมด ๒,๘๒๕ ราย)	ADRHA ๖.๔๔ (๓๑/๔๘๑) DRPHA ๖.๕๖ (๑๕๗/๒,๘๒๕)
จุราพร พงศ์เวชรักษ์ และคณะ (มิ.ช.๒๕๓๙-ร.ค.๒๕๔๐) (๑๘)	ศึกษาแบบย้อนหลังในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีบันทึกการวินิจฉัยหลักในกลุ่มความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารซึ่งสัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (จำนวน ๑๕๖ ราย)	ADRHA ๒๓.๕ (๔๖/๑๙๖)
สมพล ศิริรัตนพุก (Aug.๑๙๙๘-Dec.๑๙๙๘) (๑๙)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยอายุ ≥๖๐ ปีซึ่งพักรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (จำนวน ๓๓๑ ราย)	ADRHA ๑๑.๒ (๓๗/๓๓๑) DRPHA ๑๘.๑ (๖๐/๓๓๑)

ADR = อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา, DRP = Drug Related Problem (ปัญหาจากการใช้ยา), ADRHA = Adverse Drug Reaction related Hospital Admission (อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาล), DRPHA = Drug Related Problem to Hospital Admission (ปัญหาจากการใช้ยาซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาล)

รักษาในโรงพยาบาลที่เกิดจากการใช้ยา

จาก ๕ รายงานที่รวบรวมได้ (ตารางที่ ๕) พบว่า อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นปัญหาอันดับ ๑-๓ ของปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาหรือเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล อุบัติการณ์ที่รายงานพบตั้งแต่ร้อยละ ๖.๔๔ - ๒๓.๕ โดยมีการศึกษาหนึ่งพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ ๕๐.๐ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเป็นการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาตั้งแต่ ๔ ชนิดขึ้นไป^(๑๓) และมีรายงานว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น มีสาเหตุส่วนใหญ่จากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (ร้อยละ ๙๙.๓ และ ๗๕.๗ ตามลำดับ)^(๑๔,๑๕) ทั้งนี้เภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ของยาในผู้ป่วยสูงอายุ อาจแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เนื่องจากความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายลดลง เป็นผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้แม้จะใช้ยาในขนาดปกติ ผู้สูงอายุ เพศหญิง และภาวะทุพโภชนาการ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะระดับโซเดียมในเลือดต่ำเนื่องจากยาขับปัสสาวะกลุ่มไธอะไซด์ thiazide ดังนั้นจึงควร

ระมัดระวังการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุให้มากขึ้นด้วย^(๑๔)

๓.๓ การศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ค่าใช้จ่ายของการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งประกอบด้วยค่ายาที่เพิ่มขึ้น ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เพิ่มขึ้น ค่าวัสดุการแพทย์ ค่าเอกซเรย์ ค่าห้องและค่าอาหารของผู้ป่วย (ตารางที่ ๖) ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กซึ่งพบอุบัติการณ์ร้อยละ ๓.๗ โดยผู้ป่วยเด็กที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ๒๐ ราย ใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นรวม ๓๓ วัน คิดเป็นค่ารักษาที่เพิ่มขึ้นทั้งหมด ๓๓,๔๔๙ บาท โดยเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการร้อยละ ๔๓.๒ ค่ายาร้อยละ ๓๖.๕ อาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้มีค่าใช้จ่ายรวมคิดเป็นร้อยละ ๖๓ ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด^(๑๖) ในขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ พบอุบัติการณ์ร้อยละ ๐.๐๗ เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ร้อยละ ๑๗.๕ อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ยร้อยละ

ตารางที่ ๖ การศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ผู้วิจัย/ระยะเวลา ศึกษา	วิธีการศึกษา และกลุ่มตัวอย่าง/ ประชากร	อุบัติการณ์	การป้องกัน และค่าใช้จ่าย ในการรักษา ADR	ระยะเวลาที่พักรักษาใน โรงพยาบาลนานขึ้น
อารีย์ ปานรงค์ (ส.ก.-ร.ก.๒๕๔๑) (๒๐)	ติดตามไปข้างหน้าอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วย อายุ ๐-๑๔ ปีซึ่งพักรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย โรคทางเดินอาหาร, โรคติดเชื้อ และโรค เรื้อรัง (จำนวน ๕๓๖ ราย)	๓.๗	ADR ที่ป้องกันได้ร้อยละ ๑๗.๕ ค่าใช้จ่ายสำหรับ ADR ที่ป้องกัน ได้ = ๒๑,๔๒๘ บาท ค่าใช้จ่ายสำหรับ ADR ที่ป้องกัน ไม่ได้ = ๑๒,๕๒๑ บาท	รวมผู้ป่วยทุกคน ๓๓ วัน
จันทร์จิรา ขอบประคิด (ค.ก.๒๕๔๑- ร.ก. ๒๕๔๒) (๒๑)	ใช้ระบบการรายงานด้วยความสมัครใจ และคัดกรองไมสังยาที่ประกอบด้วยคำสั่ง ใช้ยาที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ในของโรงพยาบาล (จำนวน ๔๘๔,๒๓๒ ราย)	๐.๐๗	ADR ที่ป้องกันได้ร้อยละ ๑๗.๕ ค่าใช้จ่ายสำหรับ ADR ที่ป้องกัน ได้ = ๓๖,๑๕๗ บาท, เฉลี่ย ๖๔๕.๖๖ บาทต่อราย ค่าใช้จ่ายสำหรับ ADR ที่ป้องกัน ไม่ได้ = ๑๒๕,๕๔๓ บาท, เฉลี่ย = ๔๗๗.๐๖ บาทต่อราย	เฉลี่ยร้อยละ ๓.๕๑ วัน

ADR = อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

๓.๕๐ วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้เฉลี่ย ๖๔๕.๖๖ บาทต่อราย และไม่สามารถป้องกันได้เฉลี่ย ๔๗๗.๐๖ บาทต่อราย^(๒๐)

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในประเทศไทยดำเนินการมาเป็นระยะเวลา ๒๐ ปี โดยระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่ใช้ในปัจจุบันมี ๒ ระบบคือ voluntary reporting system ซึ่งใช้กับยาทั่วไปและ intensive monitoring ซึ่งบังคับใช้ควบคู่กับการขึ้นทะเบียนยาใหม่ แม้ว่าระบบ voluntary reporting system ไม่สามารถหาอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ได้ และมีอัตราการรายงานต่ำ อย่างไรก็ตามประโยชน์ของรายงานอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวจะช่วยให้ทราบถึงสัญญาณ (signal) เตือนภัยในอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงได้ ซึ่งยาตัวใดตัวหนึ่งอาจมีอันตรายมากกว่ายาอื่นในกลุ่มเดียวกัน การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลนี้จะช่วยให้สามารถดำเนินการศึกษาต่อไปเพื่อการพิสูจน์ที่แน่ชัดยิ่งขึ้น หรืออาจใช้ประกอบการตัดสินใจดำเนินมาตรการทางกฎหมายเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา นอกจากนี้ข้อมูลดังกล่าวสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจคัดเลือกยาเพื่อใช้ในสถานพยาบาลได้ในระดับหนึ่ง นอกเหนือจากข้อมูลประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัยซึ่งเป็นข้อมูลที่มาจากต่างประเทศ หรือบริษัทผู้ผลิต และข้อมูลดังกล่าวยังเป็นประโยชน์ในการลำดับความสำคัญของยาเพื่อการเฝ้าระวัง ติดตามและควบคุมการใช้ยาอย่างใกล้ชิด

ยาต้านจุลชีพซึ่งมีการใช้อย่างกว้างขวางทั้งในและนอกสถานพยาบาล เป็นยาที่มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุดทั้งรายงานในระดับประเทศและในงานวิจัยต่าง ๆ อาการไม่พึงประสงค์ที่รายงานโดยส่วนใหญ่เป็นอาการแสดงทางผิวหนังซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจน มักไม่ต้องใช้เครื่องมือหรือวิธีการใด ๆ ทดสอบเพื่อยืนยัน แต่อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้าน

จุลชีพเหล่านั้นเป็นอาการซึ่งมิได้เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกการออกฤทธิ์ จึงไม่สามารถคาดการณ์ได้ ดังนั้นการสั่งใช้ยาจึงควรกระทำอย่างระมัดระวังและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาคือความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งจะมีผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยา ผู้สูงอายุ และเด็ก เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากสาเหตุดังกล่าวได้มากกว่าบุคคลกลุ่มอายุอื่น ๆ ดังนั้นการใช้ยาในผู้สูงอายุ และเด็ก จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด

อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาหรือพักรักษาในสถานพยาบาลได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจะต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

๑. ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Spontaneous report of adverse drug reaction ๑๕๕๘-๑๕๕๙. ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สารสนเทศการเกษตรแห่งประเทศไทย; ๒๕๕๕.
๒. ศูนย์ติดตามผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Spontaneous report of adverse drug reaction ๒๐๐๐. ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก; ๒๕๕๖.
๓. บุญญา หุตังคบดี, สุพรชัย กองพัฒนากุล, สุวัฒน์ วิมลวัฒนาภักดิ์, วิมล สุวรรณเกษาวงษ์, จันทร์สุตา ร่มโพธิ์ธารทอง. รายงานการประเมินผลการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ระบบ Spontaneous reporting system. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; ๒๕๕๕.
๔. Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG, editors. Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. 10th ed. Singapore: McGraw-Hill; 2001. p. 691.
๕. Sweetman SC, editor. Martindale the complete drug reference. 33rd ed. Great Britain: The Bath Press; 2002. p. 1-90.

๖. คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒. กรุงเทพมหานคร: การศาสนา; ๒๕๔๒. หน้า ๕๕.
๗. Pongwecharak J. Intensive hospital monitoring of adverse drug reaction (Thesis of Master of Science: Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1991.
๘. Anuwong W. Adverse drug reaction monitoring in children's hospital (Thesis of Master of Science: Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1993.
๙. Tragulpiankit P. In-patient adverse drug reaction monitoring at the department of medicine, Ramathibodi hospital (Thesis of Master of Science: Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1995.
๑๐. Chiewchantanakit D. Study of adverse drug reactions at Queen Sirikit National Institute of Child Health (Thesis of Master of Science in Pharmacy: Clinical Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 2000.
๑๑. Pomyen N. Characteristics of adverse drug reactions and patients at risk in medical wards, Ramathibodi hospital (Thesis of Master of Science in Pharmacy: Clinical Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 2002.
๑๒. เทียมจันทร์ สัมพันธ์ธรรม. โครงการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลราชวิถี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๕.
๑๓. Yaemphaka B. Pharmacist's prescription screening program to detect adverse drug reactions (Thesis of Master of Science in Pharmacy: Clinical Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 2000.
๑๔. สายฝน อินทร์ใจเอื้อ. การเปรียบเทียบวิธีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยวิธีติดตามคำสั่งเคาน์เตอร์และวิธีติดตามเชิงลึกที่หอผู้ป่วยอายุรศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๓.
๑๕. รัดนา แสนอารี. การติดตามปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๕.
๑๖. Dhana N. Drug-related hospital admission at Siriraj Hospital (Thesis of Master of Science in Pharmacy: Clinical Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1997.
๑๗. พิจิตรา รัดนโพนธ์. การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าของผู้ป่วยที่มีสาเหตุเนื่องมาจากยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๓๕.
๑๘. จุราพร พงศ์เวชรักษ์, ระวีวรรณ กาญจนกุล, เขียวลักษณ์ สิทธิเดช, เปี่ยมมากรณ์ อภิรมย์รักษ์. ผลไม่พึงประสงค์ของยาต่อระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยที่เข้ารักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร ๒๕๔๒; ๑๗: ๑๕-๒๓.
๑๙. Siriruttanapruk S. Drug-related hospital admissions in elderly patients of medical ward at Ramathibodi hospital (Thesis of Master of Science in Pharmacy: Clinical Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1999.
๒๐. Panrong A. Incidence and cost impact of adverse drug reaction at Queen Sirikit National Institute of Child Health (Thesis of Master of Science in Pharmacy: Clinical Pharmacy). Bangkok: Mahidol University; 1999.
๒๑. Choppradit C. Costs of adverse drug reactions in Samutsakhon hospital (Thesis of Master of Pharmacy in Clinical Pharmacy). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2000.

Abstract Adverse Drug Reaction Monitoring Program

Chutima Akaleephan*, Wanida Kaewpanukrungsi**, Chulaporn Limwattananon***

*International Health Policy Program, Thailand, Ministry of Public Health, ** National Adverse Product Reaction Monitoring Center, Division of Technical and Policy Administration, Food and Drug Administration, Ministry of Public Health, ***Faculty of Pharmaceutical Science, Khon Kaen University

Journal of Health Science 2004; 13:350-61.

The National Adverse Product Reaction (formerly known as Adverse Drug Reaction - ADR) Monitoring Center was established in 1983 under the supervision of Thai Food and Drug Administration (FDA). This program was aimed to gather and analyze the information on the undesirable effects of not only medicinal drugs but also other health products such as medical devices, cosmetics, and household hazardous substances distributed in the country. This article reviews the historical background and current situation of the monitoring system, including the overview of ADR reported to the Monitoring Center and related studies conducted in Thai settings.

Since 1992, a countrywide network had been developed to strengthen ADR surveillance. As of 2003, there were twenty-two monitoring centers established in Ministry of Public Health hospitals throughout the country. Two major surveillance mechanisms were employed, including voluntary spontaneous reporting system (SRS) for all products and a more intensive procedure - Safety Monitoring Program (SMP) for new drugs. The number of ADR reports received at the national level increased continuously. During 1998 to 1999, most of the ADRs were caused by the combination of sulfamethoxazole and trimethoprim. Meanwhile, systemic anti-infective agents were reported as the major cause of the undesirable effects. Most of the reactions were skin and appendage disorders.

Previous studies conducted in Thai health facilities illustrated the ADR incidence between 1.7 and 22.6 percent. The incidence rates indicated in these studies were influenced by several factors, for example, methods, sample and population, study settings, and operational definitions. It was found that ADRs were major causes of drug related problems, resulting in the readmission rate ranging from 6.4 to 23.5 percent. As a consequence, markedly prolonged hospitalization and substantial increase in medical care costs had been observed.

Regular, comprehensive reviews on ADR monitoring reports as well as related literature were indispensable in the risk assessment of pharmaceutical products available in the market. The findings could inform decision-makers in relation to the enforcement of drug regulations, drug selection, and prioritization of drug problems for intensive monitoring.

Key words: adverse drug reaction, drug related problem, incidence, costs

การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพ ของประชากรไทยในปี ๒๕๔๒ โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค

คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ความสูญเสียด้านสุขภาพโดยใช้ดัชนีปัญหาภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร การเจ็บป่วยและการพิการ (Disability - Adjusted Life Year: DALY) เพื่อนำมาใช้ในการจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของคนไทย และการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย ประมาณการปัญหาภาวะที่สูญเสียไปโดยใช้ข้อมูลการป่วยและการตายในประเทศไทย ปี ๒๕๔๒ และข้อมูลทางระบาดวิทยาของการป่วยจากแหล่งข้อมูลต่างๆ โดยเมื่อนำผลการศึกษามาจัดลำดับความสำคัญตามสัดส่วนของปัญหาภาวะที่สูญเสียในแต่ละโรคพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับหนึ่งคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด การบาดเจ็บจากการขนส่ง หลอดเลือดสมอง เบาหวานและมะเร็งตับ ข้อดีของการจัดลำดับโดยใช้ดัชนีนี้คือสามารถวัดทั้งการตาย การเจ็บป่วยและความพิการออกมาเป็นหน่วยวัดเดียวกันได้ ซึ่งนอกจากนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณได้ในหลายด้านแล้ว การมีการพัฒนาต่อไปในการใช้เพื่อเปรียบเทียบความคุ้มค่าในเชิงประสิทธิผลของการดำเนินงานทางสาธารณสุขด้วย

คำสำคัญ: ภาระโรค, การจัดลำดับความสำคัญ, ดัชนีปัญหาภาวะที่สูญเสีย

ความนำ

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า และใช้ในการรักษา ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างกว้างขวางและเกินทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้ผู้บริหารต้องพิจารณาอย่างรอบคอบในการจัดสรรทรัพยากร

การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพเป็นวิธีการระบุว่ามีปัญหาสุขภาพใดที่ส่งผลเสียต่อประชากรในกลุ่ม หรือ

เปรียบเทียบปัญหาทางสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากร รวมทั้งสำหรับพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในระหว่างช่วงเวลา ในอดีตนิยมใช้อัตราตาย หรืออัตราป่วยจากโรคต่าง ๆ แล้วจัดลำดับความสำคัญต่อสุขภาพของประชากรตามขนาด อย่างไรก็ตามการใช้ดัชนีดังกล่าวมีข้อจำกัดหลายประการ คือ ไม่สามารถนำอัตราตายมาเปรียบเทียบกับอัตราป่วย ไม่สามารถเปรียบเทียบอัตราป่วยระหว่างกลุ่มโรคได้ครบทุกมิติ

*คณะทำงานศึกษาภาระโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๒ ประกอบด้วย นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา นพ.ปรีดา เต๋อมารักษ์ นพ. ยศ ตระวัฒนานนท์ นพ. ยงเจือ เหล่าศิริถาวร นพ.เจด็จ ธรรมธัชอารี นพ. พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ ทพญ. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ นางอานวย แสงฉายเพียงเพ็ญ นายอริยะ บุญงามชัยรัตน์ นางชูจิตร์ นาชีวะ

รวมทั้งมิได้คำนึงถึงปัจจัยในด้านคุณภาพชีวิตของผู้เจ็บป่วยหรือพิการจากโรค

ดังนั้นในปี ๒๕๓๖ ธนาคารโลกจึงริเริ่มการพัฒนาดัชนีชี้วัดทางสุขภาพที่เรียกว่า Disability-Adjusted Life Year (DALY) ซึ่งเป็นดัชนีที่รวมการสูญเสียทั้งจากการตายและไม่ใช่การตาย (fatal and non-fatal) ให้สามารถรวมกันได้หน่วยสามัญ (common currency) ดังกล่าว โดยในรายงาน World Development Report ๑๙๙๓^(๑) ธนาคารโลกได้เสนอกลยุทธ์ในการลงทุนเพื่อสุขภาพอย่างคุ้มค่าโดยการวัดความสูญเสียทางสุขภาพจากโรคในทวีปต่าง ๆ วิเคราะห์ประสิทธิภาพต่อค่าใช้จ่ายในการดำเนินการหลักที่เกี่ยวกับสุขภาพพิจารณาและแสวงหาแหล่งทรัพยากร และให้ข้อเสนอแนะในการเลือกลงทุนสำหรับกิจกรรมที่ให้ประสิทธิผลสูงสุดและมีผลต่อโรคหรือกลุ่มโรคที่มีความสูญเสียสูง

ช่วงระยะเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูประบบสุขภาพมีความเปลี่ยนแปลงนานาประการ ไม่ว่าจะเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการปรับระบบบริหารโดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีการปรับตัวและบทบาทครั้งสำคัญ โดยเน้นการเป็นผู้นำและดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ได้รับบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการตัดสินใจที่มีพื้นฐานข้อมูลและความรู้ รวมทั้งการเชื่อมประสานกับภาคส่วนอื่น ๆ ที่เป็นพันธมิตรร่วมสร้างระบบสุขภาพที่ดี

กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาดัชนีชี้วัดเพื่อวัดภาระโรคในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี ๒๕๔๐ และได้พัฒนาต้นแบบผลการศึกษาความสูญเสียจากการตาย ป่วยและพิการของคนไทยในปี ๒๕๔๒ ซึ่งเอกสารฉบับนี้จะนำเสนอผลของการศึกษาวิจัยและให้ข้อสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องในวงกว้างต่อไป

วิธีการศึกษา

ในการศึกษานี้ คณะทำงานฯ ได้ใช้ระเบียบวิธีที่ Murray & Lopez^(๒) พัฒนาไว้เป็นหลักโดยดัชนีภาระโรคที่ใช้คือ จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควรที่กล่าวมาแล้ว ดัชนีนี้ประกอบด้วยสองส่วนคือ ความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร และความพิการหรือความทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยที่ไม่ทำให้ตาย โดยแสดงเป็นสมการพื้นฐานดังนี้

$$DALY = YLL + YLD$$

$$YLL = dx \times lx$$

$$YLD = I \times DW \times duration$$

DALY (Disability-Adjusted Life Year) หมายถึง ปีสุขภาพะ หรือปีชีวิตที่ปรับด้วยความพิการ

YLL (Year of Life Lost) หมายถึง ปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร หรือปีของชีวิตที่สูญเสียไป

YLD (Year Lived with Disability) หมายถึง ปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ หรือปีที่อยู่ด้วยความพิการ

dx หมายถึง จำนวนผู้ที่ตาย

lx หมายถึง อายุขัยเฉลี่ย (ตามเพศ และอายุของผู้ที่ตาย)

I หมายถึง จำนวนอุบัติการณ์

DW (Disability Weight) หมายถึง ค่าถ่วงน้ำหนักของแต่ละโรคหรือภาวะที่เป็นผลจากโรค

Duration หมายถึง จำนวนปีที่มิอาจการหรือภาวะที่เป็นผลจากโรค

และใช้ค่าลดทอนทางเศรษฐศาสตร์ (discounting) ร้อยละ ๓ เช่นเดียวกับการศึกษา Global Burden Disease (GBD) แต่ไม่ได้ให้ค่าน้ำหนักตามความแตกต่างของอายุ (age weights)^(๓) โดยคณะที่ปรึกษาของไทยไม่สนับสนุนการคิดค่าน้ำหนักอายุที่ต่ำลงในวัยสูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาว เนื่องจากเห็นว่าสังคมไทยให้คุณค่าต่อชีวิตที่สูงวัยไม่น้อยกว่าวัยทำงาน อย่างไร

ก็ตามถึงแม้จะให้น้ำหนักอายุรวมด้วย ก็ไม่มีผลต่อผลลัพธ์มากนัก

การศึกษาเริ่มด้วยการพัฒนาคุณภาพข้อมูล การตายตามสาเหตุ เพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่มีความถูกต้อง เนื่องจากข้อมูลสาเหตุการตายจากทะเบียนมรณบัตรของสำนักทะเบียนราษฎรมีการให้สาเหตุที่ไม่แน่ชัด (ill-defined) ในสัดส่วนที่สูงประมาณร้อยละ ๓๓-๓๔ ในช่วงปี ๒๕๓๔-๒๕๔๔ โดยมีโครงการสอบสวนสาเหตุการตายซึ่งดำเนินการในช่วงปี ๒๕๔๐-๒๕๔๓ และได้ปรับข้อมูลสาเหตุการตายจากรายงานของสำนักทะเบียนราษฎรในปี ๒๕๔๒ โดยใช้ข้อมูลจากโครงการศึกษาสาเหตุการตาย ของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (มี พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เป็นหัวหน้าคณะวิจัย) ส่วนการคาดประมาณด้านระบาดวิทยาของโรคเพื่อการคำนวณ YLD เริ่มในปี ๒๕๔๔ โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิจากแหล่งต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดของวิธีการศึกษา^(๔) สรุปได้ดังนี้

ก. การจำแนกกลุ่มโรค

ใช้การจำแนกกลุ่มโรคตามการศึกษา GBD เป็นหลัก ร่วมกับการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านรหัสมาตรฐานของไทย โดยจำแนกโรคเป็น ๓ กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ (๑) กลุ่มโรคติดต่อ โรคในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก (๒) กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และ (๓) กลุ่มการบาดเจ็บ ซึ่งจำแนกได้เป็น ๒๐ กลุ่มย่อย และ ๔๖ โรคเฉพาะ

ข. การคำนวณจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL)

๑. การปรับข้อมูลการตาย

ได้ทำการปรับข้อมูลการตายทั้งในส่วนของจำนวน และสาเหตุการตายดังนี้

๑.๑ จำนวนตาย

ข้อมูลการตายในแง่ของจำนวนนั้น โดยปรกติใช้ข้อมูลจากรายงานของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งพบว่ามีปัญหาความครบถ้วนของการจดทะเบียนทำให้จำนวนตายที่ได้

จากการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้แก้ปัญหาดังกล่าวโดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๙ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ มาปรับ ในกลุ่มอายุต่ำกว่า ๕ ปี ใช้อัตราตายของทารกที่ ๒๖.๐๕ ต่อเด็กเกิดมีชีวิต ๑,๐๐๐ คน และปรับอัตราตายช่วงอายุ ๑-๔ ปี ตามอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีที่ ๓๑.๓๗ ต่อเด็กเกิดมีชีวิต ๑,๐๐๐ คน หักด้วยอัตราตายของทารก ในกลุ่มการตายในวัย ๕ ปีขึ้นไป ใช้ข้อมูลความสมบูรณ์ของการตายจากการสำรวจเดียวกันเป็นตัวปรับ (ตารางที่ ๑)

๑.๒ สาเหตุการตาย

ใช้ข้อมูลจากโครงการศึกษาสาเหตุการตายซึ่งสอบสวนการตายย้อนหลังใน ๑๐ จังหวัด รวมทั้งกรุงเทพมหานครในปี ๒๕๔๒ ในการปรับข้อมูลสาเหตุการตายของปี ๒๕๔๒ จากรายงานของสำนักทะเบียนราษฎร โดยมีข้อสมมติว่าสาเหตุการตายจากโครงการสอบสวนสาเหตุการตายเป็นสาเหตุที่ถูกต้อง เมื่อได้ข้อมูลที่ปรับแล้วยังคงมีสาเหตุที่ไม่ทราบแน่ชัดอยู่อีกซึ่งนำมาปรับเข้าสู่สาเหตุที่แน่ชัดโดยปรับตามปัจจัยดังนี้

๑ กลุ่มโรคมะเร็ง

- กระจายการตายจากมะเร็งมดลูกที่ไม่แน่ชัด (uterus-not specified) กลับเข้าไปในกลุ่มมะเร็งที่ปากมดลูก (cervix) มดลูก (uterus) และรังไข่ (ovary) ด้วยสัดส่วนเท่า ๆ กัน

- กระจายการตายจากมะเร็งที่ไม่ทราบ

ตารางที่ ๑ ร้อยละความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนตาย จำแนกตามเพศและอายุ จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. ๒๕๓๔-๒๕๓๙

เพศ	อายุ		
	๑-๔ ปี	๑๐-๔๙ ปี	๖๐ ปีขึ้นไป
ชาย	๘๐.๐	๕๖.๕	๕๘.๘
หญิง	๗๖.๒	๕๕.๗	๕๗.๒

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๓๙

ตำแหน่งแน่ชัด (ill-defined cancer) กลับเข้าไปในมะเร็งกลุ่มต่าง ๆ ด้วยสัดส่วนเท่า ๆ กัน

• กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดกระจายกลับเข้าไปในกลุ่มโรคหัวใจโดย

- ความดันโลหิตสูงกระจายกลับสู่โรคหัวใจขาดเลือด (ischaemic heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และโรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง (hypertensive heart disease) ด้วยสัดส่วนเท่า ๆ กัน

- โรคหัวใจไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ร้อยละ ๗๕ กระจายกลับเข้าสู่โรคหัวใจขาดเลือด ในกลุ่มที่อายุ ๓๐ ขึ้นไป นอกนั้นกระจายไปในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ

- กลุ่มหัวใจล้มเหลว (heart failure) กระจายโดย ในกลุ่ม ๐-๔ ปี กระจายสู่โรคหัวใจแต่กำเนิดทั้งหมด ในกลุ่ม ๕-๑๔ ปี ร้อยละ ๒๕ กระจายสู่โรคหัวใจแต่กำเนิด (congenital heart disease) และร้อยละ ๗๕ กระจายสู่โรคหัวใจรูมาติก (rhumatic heart disease) กลุ่ม ๑๕-๒๔ ปี ร้อยละ ๗๕ กระจายสู่โรคหัวใจรูมาติก (rhumatic heart disease) และร้อยละ ๒๕ กระจายสู่โรคหัวใจอักเสบ (inflammatory heart disease) กลุ่ม ๓๐-๔๔ ปี ร้อยละ ๒๕ กระจายสู่โรคหัวใจอักเสบ ร้อยละ ๗๐ กระจายสู่โรคหัวใจขาดเลือด และร้อยละ ๕ กระจายสู่โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง กลุ่ม ๔๕-๕๔ ปี ร้อยละ ๑๐ กระจายสู่โรคหัวใจอักเสบ ร้อยละ ๗๐ กระจายสู่โรคหัวใจขาดเลือด และร้อยละ ๒๐ กระจายสู่โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง กลุ่ม ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๐ กระจายสู่โรคหัวใจอักเสบ ร้อยละ ๖๐ กระจายสู่โรคหัวใจขาดเลือด และร้อยละ ๓๐ กระจายสู่โรคหัวใจจากความดันโลหิตสูง

• กลุ่มบาดเจ็บ กระจายกลุ่มการบาดเจ็บไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด และกลุ่มอาการบาดเจ็บต่าง ๆ (undetermined ill-defined, n-codes injuries to bodies, n-code other injuries) กลับสู่การบาดเจ็บแต่ละสาเหตุทุกสาเหตุ ส่วนกลุ่มการบาดเจ็บโดยไม่ทราบเจตนาที่ไม่แน่ชัด (undetermined other unintentional)

การบาดเจ็บโดยไม่ทราบเจตนาทั้งหมด และกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill-defined) ของการบาดเจ็บแต่ละสาเหตุกระจายกลับสู่สาเหตุเฉพาะนั้น ๆ

• กลุ่มสาเหตุการตายที่ไม่แน่ชัด (ill-defined conditions) ใช้การกระจายกลับเข้าไปในกลุ่มโรคติดต่อโรคในกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก และกลุ่มโรคไม่ติดต่อโดยใช้สัดส่วนเท่า ๆ กันแยกตามกลุ่มเพศ และอายุ

ค. การคำนวณ YLD

Disability weights หรือการถ่วงน้ำหนักค่าความพิการ ในการคิดค่าปีสุขภาวะที่สูญเสียไปนี้ มีค่าตั้งแต่ ๐ ถึง ๑ โดย ค่า ๐ หมายถึงภาวะสุขภาพสมบูรณ์ (ไม่มีค่าความพิการเกิดขึ้น) ขณะที่ ๑ หมายถึงค่าความสูญเสียจากความพิการที่สูงสุด ซึ่งก็คือการตาย คำนวณความพิการนี้ ในการศึกษาขององค์การอนามัยโลกใช้วิธีต่าง ๆ กันเพื่อให้ค่าน้ำหนักกับภาวะของความพิการต่าง ๆ ๒๒ ลักษณะด้วยกันแล้วนำมาประมาณในรายละเอียดต่อไปโดยวิธีทางสถิติ

การศึกษานี้ใช้ค่าน้ำหนักความพิการ (DW) ในการประมาณการ YLD จาก ๓ แหล่งด้วยกันคือใช้ตามการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (Global Burden of Disease : GBD)^(๒) เป็นหลัก ในบางกรณีที่ค่าจาก GBD ไม่มีในรายละเอียดจึงใช้ค่าจากการศึกษาของออสเตรเลีย ซึ่งใช้ค่าจากการศึกษาของประเทศเนเธอร์แลนด์ และบางกรณีที่ไม่มีทั้งสองแหล่งได้คาดประมาณโดยใช้ความเห็นผู้เชี่ยวชาญไทย โดยพิจารณาตามระดับของลักษณะอาการที่ใกล้เคียงกัน

ข้อมูลอุบัติการณ์และความชุกของการเจ็บป่วยและภาวะพิการนั้น ใช้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งจากข้อมูลปฐมภูมิจากงานวิจัย การสำรวจระดับชาติ และเฉพาะพื้นที่ รายงานที่ตีพิมพ์ในวารสารทั้งในและต่างประเทศ ดังรายละเอียดในตารางที่ ๒

อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้บางกรณีอาจมีปัญหาเรื่องความแม่นยำและถูกต้องในการรายงาน เช่น ข้อมูลรายงานโรคของกองระบาดวิทยาที่ใช้หลักการรายงานตามกลุ่มอาการ ทั้งนี้มีนักวิจัยได้นำข้อมูลจาก

ตารางที่ ๒ แหล่งข้อมูลปฏิบัติการหรือความชุกที่ใช้ในการคำนวณขนาดวิทยาของการเจ็บป่วย

โรค	แหล่งข้อมูล
1. โรคติดต่อและปรสิต	
วัณโรค	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา และรายงานประจำปี กองวัณโรค
กามโรคยกเว้นเอดส์	
ซิฟิลิส	ผลการตรวจเลือดบรีจาก สภาสาธารณสุขไทย
หนองใน	การคาดประมาณของภูมิภาคในการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (GBD)
klamydiosis	การคาดประมาณของภูมิภาคในการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (GBD)
เอดส์	รายงานการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ กองโรคเอดส์
ท้องร่วง	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
โรคติดต่อวัยเด็ก	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
ไอกรน	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
โปลิโอ	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
คอติบ	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
หัด	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
บาดทะยัก	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
คางทูม	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
หัดเยอรมัน	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
เชื้อหุ้มสมองอักเสบเมนิงโกคอคคัส	รายงานผู้ป่วยใน
ตับอักเสบจากไวรัส	
ตับอักเสบจากไวรัส เอ	การศึกษาของชง ภู่วรรณ และคณะ
ตับอักเสบจากไวรัส บี	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
ตับอักเสบจากไวรัส ซี	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
มาเลเรีย	รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา
เรื้อน	รายงานประจำปีกองโรคเรื้อน
2. โรคติดต่อระบบทางหายใจ	
ระบบทางหายใจส่วนบน	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ระบบทางหายใจส่วนล่าง	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
หูส่วนในอักเสบ	การสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย
3. โรคในมารดา	
ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์	การวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ ขอนแก่น
ภาวะเลือดออกจากการคลอด	การวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ ขอนแก่น
แท้งบุตร	การวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ ขอนแก่น
ติดเชื้อจากการตั้งครรภ์	การวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ ขอนแก่น
คลอดยาก	การวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ ขอนแก่น
4. โรคในเด็กก่อนและหลังคลอด	
น้ำหนักแรกเกิดน้อย	การวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ ขอนแก่น
ภาวะขาดออกซิเจนและการบาดเจ็บจากการคลอด	การวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ ขอนแก่น

ตารางที่ ๒ (ต่อ) แหล่งข้อมูลปฏิบัติการหรือความซุกที่ใช้ในการคำนวณระดับความสำคัญของการเจ็บป่วย

โรค	แหล่งข้อมูล
5. โรคขาดสารอาหาร	การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ ๔
โลหิตจาง	การสำรวจภาวะอนามัยโดยการตรวจร่างกาย
6. มะเร็งทุกตำแหน่ง	รายงานทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
7. เบาหวาน	การสำรวจภาวะอนามัยโดยการตรวจร่างกาย
8. โรคระบบประสาทและภาวะทางจิต	
ซึมเศร้า	การคาดประมาณของภูมิภาคในการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (GBD)
ความผิดปกติทางอารมณ์	การคาดประมาณของภูมิภาคในการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (GBD)
จิตเภท	การคาดประมาณของภูมิภาคในการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (GBD)
	ร่วมกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญไทย
ลมบ้าหมู	การสำรวจสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
สมองเสื่อม	การสำรวจภาวะอนามัยโดยการตรวจร่างกาย
ปัญญาอ่อน	การสำรวจสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
ความผิดปกติจากการใช้ยาและสารเสพติด	การสำรวจผู้ใช้ยาและสารเสพติด ของสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และรายงานการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเรื้อ เรื้อรัง กองโรคเอดส์
ความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์	การสำรวจสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
โรคปาร์กินสัน	การคาดประมาณของภูมิภาคในการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (GBD)
9. อวัยวะสัมผัส	
คอหอย	การสำรวจภาวะการตาบอด
คอกระฉก	การสำรวจภาวะการตาบอด
การสูญเสียการมองเห็นอื่น ๆ	การสำรวจภาวะการตาบอด
10. โรคหัวใจและหลอดเลือด	
หัวใจล้มเหลว	ข้อมูลผู้ป่วยใน จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพ
หัวใจขาดเลือด	การสำรวจทางระบาดวิทยา
หลอดเลือดสมอง	การสำรวจอนามัยสวัสดิการ
หัวใจอักเสบ	ประมาณจากข้อมูลตาย
หัวใจความดันสูง	ประมาณจากข้อมูลตาย
11. ระบบหายใจ	
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	การสำรวจภาวะอนามัยโดยการตรวจร่างกาย
หืด	การสำรวจภาวะอนามัยโดยการตรวจร่างกายและการวิจัยเฉพาะแห่ง
12. ระบบทางเดินอาหาร	
แผลในกระเพาะอาหาร	การสำรวจอนามัยสวัสดิการ
ตับแข็ง	การคาดประมาณทางระบาดวิทยา
ไส้ติ่งอักเสบ	ข้อมูลผู้ป่วยใน จากฐานข้อมูลประกันสุขภาพ

The first part of the paper discusses the importance of the research and the objectives of the study. It then presents a literature review of the existing research on the topic. The next section describes the methodology used in the study, including the data collection and analysis techniques. The results of the study are then presented, followed by a discussion of the findings and their implications. The paper concludes with a summary of the main points and a list of references.

The research was conducted in a systematic and rigorous manner, following the principles of good research practice. The data was collected from a representative sample of the population, and the analysis was carried out using appropriate statistical methods. The results of the study are presented in a clear and concise manner, and the implications of the findings are discussed in detail.

The findings of the study have important implications for the field of research. They provide valuable insights into the nature of the phenomenon being studied, and they suggest areas for further research. The results also have practical implications for the development of policies and programs aimed at addressing the issue.

In conclusion, the study has made a significant contribution to the understanding of the topic. The findings are robust and reliable, and they provide a solid basis for further research and action. The paper is well-written and easy to read, and it is a valuable resource for anyone interested in the field.

จำนวนตายจากเอดส์มากเป็นอันดับหนึ่งในผู้ชาย และเป็นอันดับสองในผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖ และ ๘.๓ ของการตายทั้งหมดตามลำดับ และเมื่อดูในภาพรวม เอดส์เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒ สาเหตุรองลงมาในผู้ชายได้แก่ การตายจากโรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก มะเร็งตับ และปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนในผู้หญิงได้แก่ เอดส์

เบาหวาน หัวใจขาดเลือด และปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง และในทั้งสองเพศ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก มะเร็งตับ และหัวใจขาดเลือด

๒. จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL)

เมื่อพิจารณาการสูญเสียจากการตายข้างต้น

ตารางที่ ๓ สาเหตุการตาย ๒๐ อันดับแรกในผู้ชาย ผู้หญิง และรวมทั้งสองเพศ (ร้อยละของการสูญเสียทั้งหมด)

ชาย		หญิง		รวม	
โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ
เอดส์	๑๖.๖	หลอดเลือดสมอง	๑๔.๕	เอดส์	๑๓.๒
หลอดเลือดสมอง	๘.๘	เอดส์	๘.๓	หลอดเลือดสมอง	๑๑.๓
อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๘.๘	เบาหวาน	๗.๗	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๖.๓
มะเร็งตับ	๗.๑	หัวใจขาดเลือด	๕.๕	มะเร็งตับ	๖.๒
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๕.๑	มะเร็งตับ	๔.๕	หัวใจขาดเลือด	๕.๒
หัวใจขาดเลือด	๔.๕	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๓.๓	เบาหวาน	๕.๐
มะเร็งปอด	๓.๒	ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๓.๒	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๔.๔
เบาหวาน	๓.๑	วัณโรค	๒.๘	วัณโรค	๒.๘
การถูกทำร้าย	๒.๘	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๒.๘	มะเร็งปอด	๒.๖
ตับแข็ง	๒.๘	ได้อักเสบและไตวาย	๒.๖	ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๒.๕
การฆ่าตัวตาย	๒.๘	มะเร็งปากมดลูก	๒.๐	ติดเชื้ออื่น ๆ	๒.๕
วัณโรค	๒.๘	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑.๕	ตับแข็ง	๒.๔
ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๒.๑	ท้องร่วง	๑.๘	ฆ่าตัวตาย	๒.๒
อุบัติเหตุจมน้ำ	๑.๗	มะเร็งปอด	๑.๗	ถูกทำร้าย	๒.๐
ได้อักเสบและไตวาย	๑.๖	ตับแข็ง	๑.๗	ได้อักเสบและไตวาย	๒.๐
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑.๔	มะเร็งเต้านม	๑.๕	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑.๖
น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๑.๒	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๑.๔	โรกระบบย่อยอาหารอื่น ๆ	๑.๕
ท้องร่วง	๑.๐	ฆ่าตัวตาย	๑.๒	มะเร็งอื่น ๆ	๑.๕
มะเร็งในช่องปาก	๑.๐	อันตรายจากการกลอดและ ความผิดปกติของระบบ หายใจและระบบหัวใจร่วม หลอดเลือดในระยะปริกำเนิด	๑.๑	อุบัติเหตุจมน้ำ	๑.๔
อันตรายจากการกลอดและ ความผิดปกติของระบบ หายใจและระบบหัวใจร่วม หลอดเลือดในระยะปริกำเนิด	๐.๕	หัวใจและไตจากความดันโลหิตสูง	๑.๑	ท้องร่วง	๑.๓

เป็นจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) ได้ผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ ๔ ซึ่งพบว่าสาเหตุแรกของการสูญเสียดังกล่าว ในชายและหญิงคือ เอคส์ โดยมีสัดส่วนของการสูญเสียคิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕ และ ๑๓.๔ ตามลำดับ สาเหตุอันดับที่สองในเพศชายได้แก่ อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก ขณะที่สำหรับเพศหญิง เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง ๒๐ สาเหตุแรกของการ

สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร มีส่วนแบ่งของการสูญเสียดังกล่าวทั้งหมด เป็นร้อยละ ๘๒ ในชายและ ๗๑ ในหญิง เห็นได้ว่าลำดับของสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียจะเปลี่ยนไปตามโครงสร้างอายุและเพศตามวิธีการคิดคำนวณที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น โรคที่ทำให้เกิดการตายในวัยต้น ๆ ของชีวิตจะมีการสูญเสียเป็นจำนวนปีที่มากกว่าการตายในวัยปลายของชีวิต เอคส์ซึ่งเป็น

ตารางที่ ๔ จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) จาก ๒๐ อันดับแรก (ร้อยละของการสูญเสียทั้งหมด)

ชาย		หญิง		รวม	
โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ
เอคส์	๒๒.๕	เอคส์	๑๓.๔	เอคส์	๑๕.๐
อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๑๑.๔	หลอดเลือดสมอง	๕.๕	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๘.๖
มะเร็งตับ	๕.๕	เบาหวาน	๖.๔	หลอดเลือดสมอง	๗.๓
หลอดเลือดสมอง	๕.๗	มะเร็งตับ	๔.๖	มะเร็งตับ	๕.๔
หัวใจขาดเลือด	๓.๗	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๔.๑	หัวใจขาดเลือด	๓.๘
ถูกทำร้าย	๓.๗	หัวใจขาดเลือด	๔.๐	เบาหวาน	๓.๘
ฆ่าตัวตาย	๓.๕	ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๒.๕	ฆ่าตัวตาย	๒.๕
ตับแข็ง	๒.๗	น้ำหนักร่างกายเกิน	๒.๗	ถูกทำร้าย	๒.๘
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๗	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๒	ติดเชื้ออื่น ๆ	๒.๕
มะเร็งปอด	๒.๕	อันตรายจากการกลอดและ ความผิดปกติของระบบหายใจ และระบบหัวใจร่วมหลอดเลือด ในระยะปริกำเนิด	๒.๑	ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๕
อุบัติเหตุจมน้ำ	๒.๔	โคอีกเทมและไควซ	๒.๑	ตับแข็ง	๒.๓
เบาหวาน	๒.๒	วัณโรค	๒.๑	น้ำหนักร่างกายเกิน	๒.๒
วัณโรค	๒.๐	มะเร็งปากมดลูก	๒.๑	ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๒.๒
น้ำหนักร่างกายเกิน	๑.๕	ฆ่าตัวตาย	๑.๕	มะเร็งปอด	๒.๑
ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๑.๗	มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑.๗	อุบัติเหตุจมน้ำ	๒.๑
อันตรายจากการกลอดและความ ผิดปกติของระบบหายใจและระบบ หัวใจร่วมหลอดเลือดในระยะปริกำเนิด	๑.๕	ตับแข็ง	๑.๗	วัณโรค	๒.๑
โคอีกเทมและไควซ	๑.๓	มะเร็งเต้านม	๑.๖	อันตรายจากการกลอดและความ ผิดปกติของระบบหายใจและระบบ หัวใจร่วมหลอดเลือดในระยะปริกำเนิด	๑.๘
อุบัติเหตุอื่น ๆ	๑.๑	อุบัติเหตุจมน้ำ	๑.๖	โคอีกเทมและไควซ	๑.๖
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑.๑	มะเร็งปอด	๑.๕	ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดอื่น ๆ	๑.๕
ท้องร่วง	๐.๘	ท้องร่วง	๑.๕	มะเร็งอื่น ๆ	๑.๓

สาเหตุการตายลำดับที่สองในผู้หญิงจึงกลายเป็นการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) ที่มากเป็นลำดับหนึ่ง

๓. จำนวนปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ (YLD)

ตารางที่ ๕ แสดงถึง ๒๐ อันดับแรกของจำนวน

ปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ (YLD) พบว่าสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรม และจิตประสาทจากการใช้ยาและสารเสพติด และอาการซึมเศร้า ในชายและหญิง คิดเป็นร้อยละ ๔.๓ และ ๑๐.๔ ของการสูญเสีย YLD ทั้งหมดตามลำดับ สาเหตุ

ตารางที่ ๕ จำนวนปีที่สูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ (YLD) จาก ๒๐ อันดับแรก (ร้อยละของการสูญเสียทั้งหมด)

ชาย		หญิง		รวม	
โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ
ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้ยาและสารเสพติด	๔.๓	อาการซึมเศร้า	๑๐.๔	อาการซึมเศร้า	๔.๖
ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์	๓.๖	ข้อเสื่อม	๘.๕	ข้อเสื่อม	๓.๕
อาการซึมเศร้า	๖.๘	โรคหัวใจจากโภชนาการ	๘.๑	โรคหัวใจจากโภชนาการ	๓.๑
ความผิดปกติทางการได้ยิน	๖.๖	เบาหวาน	๗.๔	ความผิดปกติทางการได้ยิน	๖.๕
ข้อเสื่อม	๖.๖	คอกระดูก	๖.๕	เบาหวาน	๖.๔
โรคหัวใจจากโภชนาการ	๖.๒	ความผิดปกติทางการได้ยิน	๖.๓	คอกระดูก	๕.๔
เบาหวาน	๕.๕	กลุ่มอาการวิตกกังวล	๔.๘	ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้ยาและสารเสพติด	๕.๐
จิตเภท	๕.๒	สมองเสื่อม	๔.๗	จิตเภท	๔.๗
คอกระดูก	๓.๕	จิตเภท	๔.๒	ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์	๔.๖
ปวดจุดก้นเรื้อรัง	๓.๒	ปวดจุดก้นเรื้อรัง	๒.๗	กลุ่มอาการวิตกกังวล	๓.๕
หิด	๒.๗	หิด	๒.๔	สมองเสื่อม	๓.๕
ต่อมลูกหมากอักเสบ	๒.๕	ข้ออักเสบรูมาตอยด์	๒.๒	ปวดจุดก้นเรื้อรัง	๒.๕
อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๒.๔	เอดส์	๒.๑	หิด	๒.๕
สมองเสื่อม	๒.๓	หลอดเลือดสมอง	๑.๘	หลอดเลือดสมอง	๑.๕
กลุ่มอาการวิตกกังวล	๒.๒	ความผิดปกติทางการมองเห็นอื่น ๆ	๑.๘	เอดส์	๑.๘
หลอดเลือดสมอง	๒.๐	ไม่มีฟัน	๑.๗	ข้ออักเสบรูมาตอยด์	๑.๕
อุบัติเหตุอื่น ๆ	๑.๕	กามโรค	๑.๗	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๑.๕
เอดส์	๑.๕	ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์	๑.๖	ความผิดปกติทางการมองเห็นอื่น ๆ	๑.๕
ลมบ้าหมู	๑.๓	ความผิดปกติทางอารมณ์	๑.๓	ไม่มีฟัน	๑.๔
ความผิดปกติทางโครโมโซมอื่น ๆ	๑.๓	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๑.๐	ต่อมลูกหมากอักเสบ	๑.๓

ที่พบรองลงในผู้ชายมา ได้แก่ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์ อาการซึมเศร้า ความผิดปกติทางการได้ยิน โรคข้อเสื่อม โลหิตจางจากโภชนาการ และในผู้หญิง ได้แก่ โรคข้อเสื่อม โลหิตจางจากโภชนาการ เบาหวาน ต้อกระจก ความผิดปกติทางการได้ยิน เห็นได้ชัดเจนว่าโรคที่ไม่ทำให้มีการตายหรือมีการตายน้อยมาก เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต ทั้งภาวะซึมเศร้า การติดยา

และสารเสพติด และโรคจิตเภท เป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ

๔. การสูญเสียสุขภาพหรือชีวิตที่ปรับด้วยความพิการ (DALY)

ตารางที่ ๖ แสดง ๒๐ อันดับแรกของการสูญเสียสุขภาพหรือชีวิตที่ปรับด้วยความพิการ (DALY) โดยรวมและแยกตามเพศ พบว่าสาเหตุลำดับแรกของการสูญเสียทั้งหญิงและชายเหมือนกันคือเอดส์ ในเพศ

ตารางที่ ๖ ๒๐ อันดับแรกของการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย ในปี ๒๕๔๒

ชาย		หญิง		รวม	
โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ
เอดส์	๑๗.๒	เอดส์	๕.๔	เอดส์	๑๔.๐
อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๕.๒	หลอดเลือดสมองตีบ	๗.๑	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๖.๖
หลอดเลือดสมอง	๔.๘	เบาหวาน	๖.๘	หลอดเลือดสมอง	๔.๘
มะเร็งตับ	๔.๔	ซึมเศร้า	๓.๗	เบาหวาน	๔.๖
เบาหวาน	๓.๐	มะเร็งตับ	๓.๐	มะเร็งตับ	๓.๘
หัวใจขาดเลือด	๒.๕	ข้อเสื่อม	๓.๐	หัวใจขาดเลือด	๒.๕
ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๘	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๒.๕	ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๖
การถูกทำร้าย	๒.๘	โลหิตจางจากโภชนาการ	๒.๕	อาการซึมเศร้า	๒.๕
ฆ่าตัวตาย	๒.๗	หัวใจขาดเลือด	๒.๘	ข้อเสื่อม	๒.๒
ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้ยาและสารเสพติด	๒.๕	ต้อกระจก	๒.๔	โลหิตจางจากโภชนาการ	๒.๑
ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์	๒.๓	ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๔	ฆ่าตัวตาย	๒.๑
ตับแข็ง	๒.๑	ความผิดปกติทางการได้ยิน	๒.๒	ถูกทำร้าย	๒.๐
มะเร็งปอด	๑.๕	ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๒.๑	ติดเชื้ออื่น ๆ	๒.๐
อุบัติเหตุจมน้ำ	๑.๘	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๒.๑	ความผิดปกติทางการได้ยิน	๑.๕
อาการซึมเศร้า	๑.๗	สมองเสื่อม	๑.๘	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๑.๘
ข้อเสื่อม	๑.๗	กลุ่มอาการวิตกกังวล	๑.๗	ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๑.๘
วันโรค	๑.๗	จิตเภท	๑.๕	ตับแข็ง	๑.๗
ความผิดปกติทางการได้ยิน	๑.๗	วันโรค	๑.๕	วันโรค	๑.๖
น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๑.๖	อันตรายจากการกลอดและความผิดปกติของระบบหายใจและระบบหัวใจร่วมหลอดเลือดในระยะปริกำเนิด	๑.๕	ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์	๑.๖
โลหิตจางจากโภชนาการ	๑.๖	ไคยักเสบและไตวาย	๑.๔	ต้อกระจก	๑.๖

สาเหตุอันดับที่สองคือ อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก ตามด้วย โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งตับ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย ตึดยาและสารเสพติดตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง อันดับสองได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบ ตามด้วย เบาหวาน ซึมเศร้า มะเร็งตับ ข้อเสื่อม อุบัติเหตุจากรถ โลหิตจาง หัวใจขาดเลือด และต่อกระเจก ตามลำดับ

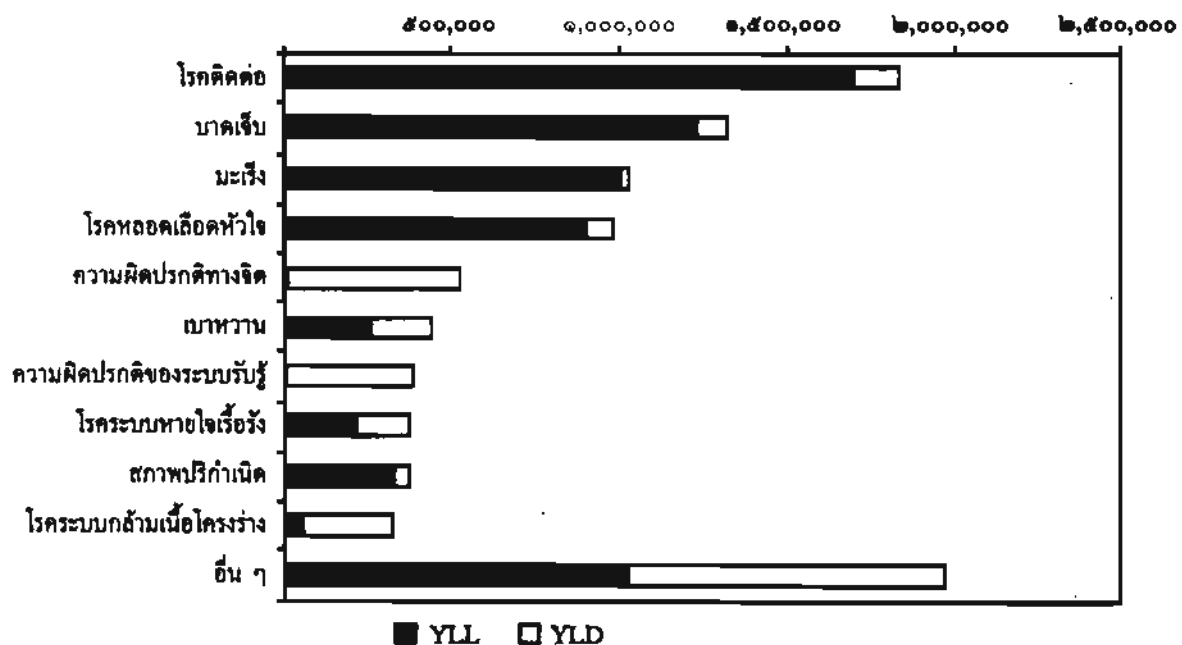
๕. สัดส่วนระหว่างจำนวนปีที่ยสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) กับจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ (YLD)

รูปที่ ๑ แสดงถึงปีสุขภาวะที่ยสูญเสียจากกลุ่มโรคต่าง ๆ จำแนกตามการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) และจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ (YLD) เห็นได้ว่าการสูญเสียส่วนใหญ่สืบเนื่องจากการตายเกือบทั้งสิ้นได้แก่ กลุ่มโรคติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ ๔๓ การบาดเจ็บร้อยละ ๔๓ มะเร็งร้อยละ ๔๓ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ ๔๔ และโรคปริกำเนิดร้อยละ ๔๐ ขณะที่กลุ่มโรคความผิดปกติทางจิต ส่วนระบบการรับรู้

โรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างจะพบการสูญเสียส่วนใหญ่จากการมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการ และโรคเบาหวานมีการสูญเสียที่ใกล้เคียงกันระหว่างการตายและการเจ็บป่วยหรือความพิการที่เกิดขึ้น

วิจารณ์

ผลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่มีการนำข้อมูลสอบสวนสาเหตุการตายมาใช้ในการคาดประมาณสาเหตุการตายในกลุ่มประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมีผลคือทำให้ข้อมูลตายจากทะเบียนราษฎรสามารถจำแนกสาเหตุการตายที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ขณะที่ข้อมูลการตายโดยสาเหตุไม่แจ้งชัดจากมรณบัตรมีขนาดสูงถึงร้อยละ ๔๑.๕ อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อมูลของการสำรวจการสอบสวนสาเหตุการตายนั้น เป็นข้อมูลจาก ๑๐ จังหวัดที่มีความพร้อมและสนใจในการร่วมดำเนินโครงการ มิใช่เป็นการสุ่มเลือกตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนทั้งประเทศได้ จึงควรระวังในการแปลผลและนำไปใช้ เมื่อเปรียบเทียบลำดับของสาเหตุการตายใน



รูปที่ ๑ ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากกลุ่มโรคต่าง ๆ จำแนกตามการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) และจากการเจ็บป่วยหรือความพิการ (YLD)

การศึกษานี้กับการตายข้อมูลจากทะเบียนราษฎรเอง โดยที่ไม่รวมการตายโดยเหตุไม่แจ้งชัดจะมีแบบแผนการตายที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยที่ เอดส์ อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก คิดเชื่อทางหายใจส่วนล่าง การทำร้ายตัวเอง การถูกทำร้าย มะเร็งตับ วัณโรค การจมน้ำ โรคไต และ หลอดเลือดสมอง พบอยู่ใน ๒๐ อันดับแรกของการตายเช่นกัน*

*สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข, นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๒.

ข้อดีของการใช้เครื่องชี้วัดที่เป็นองค์รวมระหว่างการตายและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ก่อให้เกิดการตายเข้าด้วยกันนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ข้อมูลโดยตรงที่มีได้มีการถ่วงน้ำหนัก ได้แก่ การตาย และอุบัติการณ์นั้น จะเห็นได้ว่าสามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาตามความรุนแรงของโรคหรือภาวะสุขภาพได้ใกล้เคียงกับการใช้ข้อมูลตาย แต่สามารถแสดงถึงความเจ็บป่วยหรือพิการที่เป็นปัญหาของประเทศซึ่งจะไม่ปรากฏหากใช้แต่เพียงข้อมูลตาย ขณะที่อุบัติการณ์ของโรคนั้น โรคที่มีอุบัติการณ์ที่สูงมาก เช่น การคิดเชื่อทางหายใจส่วนบน ได้แก่

ตารางที่ ๘ เปรียบเทียบระหว่าง ๒๐ อันดับแรกที่เป็นสาเหตุของการตาย อุบัติการณ์ กับปัญหาภาวะที่สูญเสีย

การตาย		อุบัติการณ์		ปัญหาภาวะที่สูญเสีย (DALY)	
โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ
เอดส์	๑๓.๒	คิดเชื่อทางหายใจส่วนบน	๗๒.๑	เอดส์	๑๔.๐
หลอดเลือดสมอง	๑๑.๓	ปวดหลัง	๗.๗	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๖.๖
อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๖.๓	พิษสุรา	๖.๗	หลอดเลือดสมอง	๕.๘
มะเร็งตับ	๖.๒	ท้องร่วง	๕.๖	เบาหวาน	๔.๖
หัวใจขาดเลือด	๕.๒	คิดเชื่อทางหายใจส่วนล่าง	๑.๖	มะเร็งตับ	๓.๘
เบาหวาน	๕.๐	อาการซึมเศร้า	๑.๒	หัวใจขาดเลือด	๒.๕
ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๔.๔	การคลอดที่มีเลือดออก	๐.๗	ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๖
วัณโรค	๒.๘	ปรีทันทซ์	๐.๕	อาการซึมเศร้า	๒.๕
มะเร็งปอด	๒.๖	หุน้ำหนวก	๐.๕	ข้อเสื่อม	๒.๒
คิดเชื่อทางหายใจส่วนล่าง	๒.๕	กล้ามเนื้อเฉื่อยที่มีอาการ	๐.๔	เลือดจางจากโภชนาการ	๒.๑
คิดเชื่ออื่น ๆ	๒.๕	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๐.๓	ฆ่าตัวตาย	๒.๐
ตับแข็ง	๒.๔	อุบัติเหตุอื่น ๆ	๐.๓	ถูกทำร้าย	๒.๐
ฆ่าตัวตาย	๒.๒	โกโนเรีย	๐.๒	คิดเชื่ออื่น ๆ	๒.๐
ถูกทำร้าย	๒.๐	ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้ยาและสารเสพติด	๐.๒	ความผิดปกติทางการได้ยิน	๑.๕
ไดอ็อกซิเจนและไควาย	๒.๐	ข้อเสื่อม	๐.๒	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๑.๘
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑.๖	การพลัดตกหกล้ม	๐.๑	คิดเชื่อทางหายใจส่วนล่าง	๑.๘
ทางเดินอาหารอื่น ๆ	๑.๕	ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์	๐.๑	ตับแข็ง	๑.๗
มะเร็งอื่น ๆ	๑.๕	ไม่มีพิษ	๐.๑	วัณโรค	๑.๖
อุบัติเหตุจมน้ำ	๑.๔	เบาหวาน	๐.๑	ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์	๑.๖
ท้องร่วง	๑.๓	ดื้อกระฉก	๐.๑	ดื้อกระฉก	๑.๖

การเจ็บคอ หลอดลมอักเสบ ทอนซิลอักเสบนั้น ไม่ปรากฏว่าเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบการจัดลำดับโดยใช้ปีสุขภาวะกับการจัดลำดับโดยใช้อัตราตายและอุบัติการณ์ของโรค จากข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ จะเห็นความแตกต่างดังแสดงในตารางที่ ๗ ว่าการจัดลำดับโดยการตายมีความใกล้เคียงกับเมื่อใช้ปีสุขภาวะ มากกว่าการวัดด้วยอัตราอุบัติการณ์ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการตายกับอุบัติการณ์โรคที่ไม่พบใน ๒๐ อันดับแรกของการจัดโดยใช้อุบัติการณ์เมื่อเทียบกับการตาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งตับ หัวใจขาดเลือด ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรค มะเร็งตับ ตับแข็ง ทำร้ายตัวเอง ถูกทำร้าย ไตอักเสบและไตวาย มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง โรคทางเดินอาหารอื่น ๆ มะเร็งอื่น ๆ และอุบัติเหตุจมน้ำ

ส่วนโรคที่ไม่พบใน ๒๐ อันดับแรกของการจัดโดยใช้การตายเมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ ได้แก่ โรคติดเชื้อทางหายใจส่วนบน ปวดหลัง ฟันผุ ท้องร่วง อากาการซึมเศร้า ภาวะเลือดออกจากการคลอด (maternal haemorrhage) โรคปริทันต์ (periodontal disease) หูน้ำหนวก (otitis media) คลามิเดียที่มีอาการ (Chlamydia: symptomatic cases) อุบัติเหตุอื่น ๆ โภโณเรื้อ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้ยาและสารเสพติด โรคข้อเสื่อม การพลัดตกหกล้ม (falls) ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์ ไม่มีฟัน ต้อกระจก และในจำนวนเหล่านี้โรคที่พบใน ๒๐ อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ ได้แก่ อากาการซึมเศร้า ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้ยาและสารเสพติด โรคข้อเสื่อม ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทจากการใช้แอลกอฮอล์ และ ต้อกระจก

แหล่งข้อมูลที่ใช้เป็นการสะท้อนถึงข้อมูลที่มีอยู่ในการคำนวณ YLD ใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งและนำมาเปรียบเทียบกันเพื่อเลือกใช้ข้อมูลที่น่าจะสะท้อนถึงอุบัติการณ์ในกลุ่มประชากรมากที่สุด ซึ่งในการดำเนิน

งานได้มีการประชุมนำเสนอผลการศึกษเบื้องต้นเพื่อขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญถึงความเป็นไปได้ของผลที่ได้ด้วย จากการใช้ข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งซึ่งบางแหล่งเป็นข้อมูลที่ยังมิได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่ หรือเก็บเฉพาะที่นอกเหนือจากข้อมูลปกติที่กระทรวงสาธารณสุขใช้อยู่เป็นประจำ จึงเป็นโอกาสอันดีที่สามารถรวบรวมแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และพิจารณาคุณภาพของข้อมูลที่มีอยู่ในการนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน การศึกษาที่ได้นี้พบว่าข้อมูลบางโรคยังไม่สมบูรณ์และได้ใช้ค่าประมาณของ GBD สำหรับภูมิภาคนี้แทน ผลที่ได้ของโรคเหล่านี้ควรถือเป็นผลเบื้องต้นจนกว่าจะมีข้อมูลที่ดีกว่ามาทดแทน เช่น โรคซึมเศร้า จิตเภท ความผิดปกติทางอารมณ์ กามโรค นอกจากนี้ในหลาย ๆ โรคได้ใช้การคาดประมาณทางระบาดวิทยาจากข้อมูลของประเทศอื่น เช่น อัตราการตายของโรค หรือการดำเนินของโรค อย่างไรก็ตามได้ใช้แบบจำลองทางระบาดวิทยาในการคาดประมาณเพื่อให้มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของการประมาณการต่าง ๆ

เปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับการศึกษาของบุนนชัยและคณะ^(๔) (ตารางที่ ๘) ที่ศึกษาระบาดโรคในสองปีคือปี ๒๕๓๐ และ ๒๕๓๖ พบว่า เอดส์ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับ ๑ ของการศึกษานี้จากการประมาณการระบาดโรคในปี ๒๕๔๒ เป็นสาเหตุลำดับที่ ๕ และ ๑๕ ในปี ๒๕๓๖ และ ๒๕๓๐ ตามลำดับ อันดับที่ ๒ ของปี ๒๕๔๒ คืออุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก เป็นสาเหตุลำดับที่ ๑ ในปี ๒๕๓๖ และ ๒๕๓๐ อันดับที่ ๓ ของปี ๒๕๔๒ คือโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุลำดับที่ ๖ และ ๔ ในปี ๒๕๓๖ และ ๒๕๓๐ ตามลำดับ สำหรับโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นลำดับที่ ๖ ในปี ๒๕๔๒ พบว่าเป็นสาเหตุลำดับที่ ๔ และ ๔ ในปี ๒๕๓๖ และ ๒๕๓๐ ตามลำดับ แต่ทั้งสองปีมีการสูญเสียจากโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต่างจากผลการศึกษานี้

นอกจากนี้การจำแนกโรคที่แตกต่างกันระหว่างการศึกษานี้กับการศึกษาโดยบุนนชัย และคณะ ทำให้

ตารางที่ ๔ เปรียบเทียบ ๑๕ อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ (๒๕๓๐ - ๒๕๔๒)

DALY ๒๕๔๒		DALY ๒๕๓๖*		DALY ๒๕๓๐	
โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ
เอดส์ (HIV/AIDS)	๑๔.๐	อุบัติเหตุจากยานยนต์	๑๑.๕	อุบัติเหตุจากยานยนต์	๘.๑
อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๖.๖	กลุ่มโรคมะเร็ง	๘.๑	กลุ่มโรคมะเร็ง	๗.๖
หลอดเลือดสมอง	๕.๘	กลุ่มโรคติดเชื้อวัยเด็ก	๒.๗	กลุ่มโรคติดเชื้อวัยเด็ก	๔.๕
เบาหวาน	๔.๖	หัวใจขาดเลือด	๒.๖	ติดเชื้อระบบทางหายใจ	๓.๐
มะเร็งตับ	๓.๘	เอดส์	๒.๔	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๒.๒
หัวใจขาดเลือด	๒.๕	หลอดเลือดสมองใหญ่	๑.๕	ท้องร่วง	๑.๕
ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๖	ความดันเลือดสูง	๑.๘	ในเด็กก่อนและหลังคลอด	๑.๕
อาการซึมเศร้า	๒.๕	ติดเชื้อระบบทางหายใจ	๑.๘	หัวใจขาดเลือด	๑.๘
ข้อเสื่อม	๒.๒	เบาหวาน	๑.๖	หลอดเลือดสมองใหญ่	๑.๗
โลหิตจางจากโภชนาการ	๒.๑	ตับแข็ง	๑.๕	ความดันเลือดสูง	๑.๕
งูาตัวตาย	๒.๑	ท้องร่วง	๑.๔	ถูกฆาตกรรม	๑.๔
ถูกทำร้าย	๒.๐	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	๑.๒	มาเลเรีย	๑.๓
ติดเชื้ออื่น ๆ	๒.๐	หอบหืด	๑.๒	วัณโรค	๑.๓
ความผิดปกติทางการได้ยิน	๑.๕	หัวใจรูห์มาติก	๑.๒	พิษสุรา	๑.๓
น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๑.๘	ถูกฆาตกรรม	๑.๑	เอดส์	๑.๓

*ที่มา : บูรณรักษ์และคณะ^(๔)

บางโรคไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับ ๗ และ ๑๐ ในปี ๒๕๓๖ และ ๒๕๓๐ นั้น ไม่ได้จำแนกว่าเป็นโรคในการศึกษานี้ แต่เป็นปัจจัยเสี่ยงแทน หรือกลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคติดเชื้อวัยเด็ก ติดเชื้อระบบทางหายใจ ในการศึกษานี้ จำแนกย่อยออกไปแทนที่จะรวมคิดเป็นกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรคในช่วงเวลาดังกล่าวได้อย่างแน่นอนจากข้อมูลที่มีอยู่ จำเป็นต้องอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ประกอบอีก

จากการเปรียบเทียบการจัดลำดับการสูญเสียปีสุขภาวะของไทย ในปี ๒๕๔๒ กับส่วนที่จัดทำในการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (GBD: Global Burden of Disease) ซึ่งจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีอัตราตายทารกและในผู้ใหญ่ที่ต่ำ^(๖) แสดงในตารางที่ ๔ นี้ เห็นได้ว่า มีการจำแนกกลุ่มโรคแตกต่างกัน เช่น ใน GBD รวมเอา peri-

natal condition เข้าไว้ด้วยกัน แต่ของไทยได้แยกออกเป็น น้ำหนักแรกเกิดต่ำ กับภาวะขาดออกซิเจน และการบาดเจ็บจากการคลอด เมื่อพิจารณาแบบแผนของโรคใน ๒๐ อันดับแรกนี้ เอดส์ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของไทย ได้เป็นอันดับที่ ๑๔ ในการศึกษา GBD ในส่วนที่คล้ายคลึงกันคือ อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก ซึ่งอยู่เป็นลำดับที่ ๒ ในการศึกษาของไทย แต่เป็นอันดับ ๑ ของ GBD สังเกตได้ว่าโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อภาวะเกี่ยวกับปริกำเนิด แม่ และโภชนาการ มี ๖ และ ๙ โรคในการศึกษาของไทย และองค์การอนามัยโลกตามลำดับ กลุ่มโรคที่พบการสูญเสียปีสุขภาวะน้อยมากในไทย แต่สูงใน GBD ที่น่าสังเกตอีกกลุ่มคือ โรคในเด็ก และ หัด ซึ่งการดำเนินการของไทยประสบผลที่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในกลุ่มเดียวกัน นอกจากนี้การสูญเสียจากสงครามพบสูงถึงร้อยละ ๒.๓ ในประเทศกลุ่มนี้แต่ของไทยพบเพียงร้อยละ ๐.๐๐ ที่น่าสังเกตอีกประการคือโรคตับแข็งพบใน ๒๐ อันดับแรก

ตารางที่ ๔ ลำดับแรกของการสูญเสียสุขภาพจากผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของการศึกษา GBD ที่ประมาณการสำหรับภูมิภาคนี้

DALY ๒๕๔๒ จากการศึกษาของไทย		DALY ๒๕๔๓ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีอัตราพยาหารกและในผู้ใหญ่ที่ต่ำ จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก	
โรค	ร้อยละ	โรค	ร้อยละ
เอดส์	๑๕.๐	อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๖.๕
อุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก	๖.๖	การติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๕.๕
หลอดเลือดสมอง	๕.๘	ภาวะปรีกำเนิด	๕.๓
เบาหวาน	๔.๖	วัณโรค	๔.๑
มะเร็งตับ	๓.๘	อาการซึมเศร้า	๔.๗
หัวใจขาดเลือด	๒.๕	หัวใจขาดเลือด	๓.๕
ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๒.๖	ภาวะตั้งครรภ์ และการคลอด	๓.๓
อาการซึมเศร้า	๒.๕	หลอดเลือดสมอง	๓.๒
โรคข้อเสื่อม	๒.๒	โรคหืดจากโภชนาการ	๒.๗
โรคหืดจากโภชนาการ	๒.๑	ความผิดปกติทางการได้ยินในผู้ใหญ่	๒.๗
ฆ่าตัวตาย	๒.๑	โรคในเด็ก (childhood diseases)	๒.๖
ถูกทำร้าย	๒.๐	สงคราม	๒.๓
โรคติดเชื้ออื่น ๆ	๒.๐	หัด	๒.๐
ความผิดปกติทางการได้ยิน	๑.๕	เอดส์	๒.๐
น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	๑.๘	ความพิการแต่กำเนิด	๑.๘
ติดเชื้อทางหายใจส่วนล่าง	๑.๘	จิตเภท	๑.๗
ตับแข็ง	๑.๗	ท้องร่วง	๑.๖
วัณโรค	๑.๖	ปอดชนิดอุดกั้นเรื้อรัง	๑.๖
ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท	๑.๖	ตับแข็ง	๑.๔
จากการใช้แอลกอฮอล์			
คอกระเจก	๑.๖	ข้อเสื่อม	๑.๔

ทั้งสองการศึกษา แต่ไม่พบมะเร็งตับใน GBD ขณะที่พบมะเร็งตับสูงเป็นลำดับที่ ๕ ในการศึกษาของไทย

ข้อพึงสังเกตอย่างหนึ่งในการเปรียบเทียบการศึกษาที่ต่างกันนั้น ได้แก่ การจำแนกโรค/กลุ่มโรค เช่น เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของบรูไนซัยและคณะ จะเห็นว่าการศึกษาในปี ๒๕๔๒ ไม่ได้แยกการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงเป็นโรค แต่กระจายการวินิจฉัยการตายจากความดันโลหิตสูงกลับเข้าสู่กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากการจัดกลุ่มโรคตามการศึกษาของ GBD จำแนกความดันโลหิตสูง

ว่าเป็นความเสี่ยงไม่ใช่โรค นอกจากนี้ยังไม่ได้แยกโรคไข้เลือดออก เลปโตสไปโรสิส และโรคจากปรสิตออกมาจากกลุ่มโรคติดเชื้ออื่น ๆ เนื่องจากความจำกัดของเวลาและบุคลากร และคิดว่ากลุ่มโรคติดเชื้อกลุ่มนี้ไม่น่าจะมีการสูญเสียสุขภาพจะอยู่ใน ๒๐ ลำดับแรก ดังนั้นในส่วนนี้จึงสามารถปรับปรุงให้สมบูรณ์มากขึ้นในการศึกษาค้างต่อไปได้

ในการเปรียบเทียบการสูญเสียสุขภาพ หรือ DALY นี้ ปัจจัยสำคัญในการให้ค่าความสำคัญของโรคต่าง ๆ กันนั้นมี สองส่วน คือ การถ่วงน้ำหนักของโรค

และภาวะอันเนื่องมาจากโรค (disability weights) และการให้ค่าลดทอนตามเวลาในอนาคต (discounting) ซึ่งจะทำให้ความสำคัญแก่โรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือก่อให้เกิดความพิการตามมามาก และให้ความสำคัญกับเวลาในปัจจุบันมากกว่าเวลาในอนาคต ทำให้การสูญเสียในวัยเด็กซึ่งมีจำนวนปีที่สูงกว่าการสูญเสียในวัยสูงอายุมีความแตกต่างกันไม่มากนักเปรียบเทียบกับเมื่อไม่คิดค่าลดทอน

การใช้ดัชนีภาระโรคในการจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนทางสุขภาพ

การนำดัชนีภาระโรคไปใช้ในแง่ของการจัดลำดับความสำคัญของการลงทุนทางสุขภาพ สามารถบอกได้ว่าปัญหาทางสุขภาพ หรือ health needs ของประชากรเป็นอย่างไร ปัญหาอะไรที่มีขนาดมาก ซึ่งจะทำให้เราสามารถจัดสรรทรัพยากรได้ตรงตามปัญหาที่สำคัญ อย่างไรก็ตามการวัดความสำคัญของการลงทุนทางสุขภาพ ยังต้องมีมิติอื่น ๆ ที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าขนาดของปัญหาสุขภาพของประชากรเช่นกัน ซึ่งมีมิติดังกล่าวขึ้นกับการตัดสินใจของสังคมหรือผู้กำหนดนโยบาย เช่น ความสามารถในการดำเนินการแก้ไข ปัญหา เทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐานของระบบที่เป็นอยู่ ชีตความสามารถที่จะพัฒนาต่อไป ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดำเนินการ นอกจากนี้การที่โรคบางโรคที่ไม่มีข้อมูลในการประมาณการ เช่น โรคที่อุบัติใหม่ (newly emerging diseases) ซึ่งอาจจะทำให้ไม่มีการศึกษาภาระโรค แต่ข้อมูลประกอบเช่นนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพิจารณา และโดยเฉพาะเรื่องของปัจจัยเสี่ยงซึ่งกรอบการศึกษาของโครงการภาระโรคค่อนข้างจำกัดที่ความเสี่ยงที่เป็นที่ทราบกันดี ซึ่งอาจจะทำให้ไม่ได้พิจารณาความเสี่ยงที่ยังไม่มีการยืนยันทางวิทยาศาสตร์

สรุป

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ความสูญเสียด้าน

สุขภาพ โดยใช้ดัชนีปัญหาสุขภาพที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยและพิการ ที่คำนวณจากข้อมูลการป่วยและตายในประเทศไทยในปี ๒๕๔๒ เพื่อนำมาใช้ในการจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของคนไทย และการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

การจัดลำดับของปัญหาทางสุขภาพจะทำให้เราสามารถกำหนดนโยบายและวางแผนได้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้มากที่สุด การนำดัชนีภาระโรคมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ทำให้สามารถเห็นภาพได้ชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องมีข้อมูลฐานในการประมาณการที่มีความน่าเชื่อถือ หากจะใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาข้อมูลเหล่านี้ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

การดำเนินงานในเรื่องนี้ได้มาถึงระยะแรกเท่านั้น นั่นคือพยายามที่จะค้นหาปัญหาทางสุขภาพ แต่ในการกำหนดยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาสุขภาพนั้นต้องการข้อมูลอื่น ๆ อีกมาก เช่น ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคและการบาดเจ็บ ทรัพยากรที่มีอยู่ ตลอดจนการกำหนดบทบาทของสถาบันต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการคาดประมาณปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ๆ

ส่วนที่สำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์มีแนวทางที่จะดำเนินการต่อไป ได้แก่ การคาดการณ์โรคและการบาดเจ็บในอีก ๑๐-๒๐ ปีข้างหน้า การคาดประมาณภาระโรค และภาระโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงได้จากการลดปัจจัยเสี่ยงในช่วงเวลาดังกล่าว นอกจากนี้แล้วการศึกษาในขั้นนี้เป็นส่วนของขั้นตอนการกำหนดปัญหา แต่การพิจารณาตัดสินใจในการลงทุนในการดำเนินการด้านสุขภาพนั้นยังต้องการการพัฒนาในเรื่องของ การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล และการพิจารณาในหลักเกณฑ์และประเด็นที่สำคัญอื่น ๆ รวมด้วย ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องความเป็นธรรม หรืออื่น ๆ

ความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงประสิทธิผลของการดำเนินการทางสุขภาพมีความสำคัญ ซึ่งการจะพิจารณาในเรื่องนี้จำเป็นต้องอาศัยกลไกร่วมระหว่าง

หน่วยงานที่จัดให้มีการดำเนินการด้านสุขภาพต่าง ๆ เพื่อทบทวน และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ของงานรวมทั้งทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานเพื่อตอบคำถามทางนโยบายในประเด็นของประสิทธิผลของการลงทุน การศึกษาดังกล่าวจะทำให้การพัฒนาในเรื่องการระโรคมีความต่อเนื่องและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาและพัฒนาศักยภาพผู้ร่วมศึกษา Dr. Theo Vos และ Stephen Begg ที่ปรึกษาจากความช่วยเหลือของรัฐบาลออสเตรเลีย (AusAid) องค์การอนามัยโลก คณะทำงานและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคทุกท่านที่ทำให้การศึกษาระโรคและการบาดเจ็บของคนไทย ในปี ๒๕๔๒ สำเร็จลงได้

เอกสารอ้างอิง

๑. World Bank. World development report 1993: investing in health. New York: Oxford University Press for the world bank; 1993.
๒. Murray C, Lopez A, editors. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard university press; 1996.
๓. ยศ ศิริพัฒนานนท์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การระโรค. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๕; ๑๑:๒๓๑-๔๑.
๔. Thai Working group on Burden of Disease. Burden of disease and injuries in Thailand: priority setting for policy. Bangkok: Veteran Publishing House; 2002.
๕. บุณย์ชัย สมุทรภักดิ์, ประวุฒิ เวชรัตน์, รวมพร คงกำเนิด, จิธร สิทธิอมร. การวัดระดับความสูญเสียจากโรคที่กระทบต่อสังคมไทย แนวการจัดลำดับปัญหาสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๒.
๖. World Health Organization. World Health Report 2001: reducing risk, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.

Abstract | Burden of Disease for Priority of Health Problems in Thailand 1999
| The Thai Working Group on Burden of Disease and Injury
| Bureau of Policy and Strategy
| Journal of Health Science 2004; 13:239-56.

The study was attempted to measure the fatal and non-fatal health outcomes of the Thai population in 1999 based on the indicator Disability-Adjusted Life Year (DALY) developed by the World Bank and the World Health Organization. Such measure is useful for priority setting in policy formulation and resource allocation. The data used in fatal outcomes estimation were derived from two sources namely the vital registration and the verbal autopsy study conducted in 1999. For non-fatal outcomes estimation, epidemiological data from various sources were employed. The results showed that HIV/AIDS was the leading cause in DALY loss among both men and women, followed by road traffic accident, stroke, diabetic mellitus, and liver cancer. The advantage of using the indicator in priority setting is to have a common currency in both fatal and non-fatal measurement. Further development in effectiveness study of health intervention would accommodate use of the indicator in policy development.

Key words: | disease burden, priority setting, DALY

อนามัยและสวัสดิการของคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ ๑ เรื่อง การเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และ การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนไทย

จิตปรางค์ วาศวิท*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

กัญจนา ดิษยาธิคม*

วลัยพร พัทธนนฤมล*

นวรรตน์ โอปนพันธ์**

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**สำนักงานสถิติแห่งชาติ

บทคัดย่อ

ข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการที่ทันสมัยเพื่อใช้ในการประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ให้ดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ ขึ้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านความครอบคลุมของประชากร ภาวะการเจ็บป่วยของประชากรไทยก่อนและหลังมีนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า แบบแผนการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล และอัตราการใช้สิทธิในโครงการ ตลอดจนลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ไม่มีสวัสดิการใด ๆ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้สุ่มครัวเรือนตัวอย่างจากทุกจังหวัด เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ ได้ครัวเรือนตัวอย่าง ๒๖,๕๒๐ ครัวเรือน ดำเนินการสำรวจในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖ ข้อมูลจากการสำรวจสามารถนำมาคำนวณและประมาณค่าเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้โดยการถ่วงน้ำหนักตามระเบียบวิธีทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ภายหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถครอบคลุมประชากร ๔๑.๑ ล้านคนหรือร้อยละ ๗๔.๗ ของประชากรทั้งประเทศ ให้มีหลักประกันการรักษาพยาบาล แต่ยังมิได้มีหลักประกันสุขภาพ ๓.๒ ล้านคน (ร้อยละ ๕) อัตราการเจ็บป่วยของประชากรในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี ๒๕๔๖ กรณีผู้ป่วยนอก เท่ากับ ๔.๕๓ ครั้ง/คน/ปี เพิ่มขึ้นจาก ๔.๑๐ ครั้ง/คน/ปี ในปี ๒๕๔๔ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐.๑ อัตราการนอนโรงพยาบาลเท่ากับ ๐.๐๘๓ ครั้ง/คน/ปี เพิ่มขึ้นจาก ๐.๐๗๖ ครั้ง/คน/ปี ในปี ๒๕๔๔ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘.๘ แบบแผนการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของประชากรในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเปลี่ยนแปลงพอสมควร โดยเปลี่ยนไปใช้บริการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น การใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ลดลง แสดงถึงความสำเร็จของโครงการ การใช้สิทธิรักษาพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอกมีการใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ ๕๖.๖ กรณีผู้ป่วยในมีการใช้สิทธิสูงถึงร้อยละ ๘๐.๘

ข้อเสนอแนะ รัฐควรให้การสนับสนุนทรัพยากรทั้งงบประมาณและอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอให้สอดคล้องกับการะงานที่เพิ่มขึ้นในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งควรมีมาตรการดำเนินการให้ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันใดๆ ได้รับสวัสดิการเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ

คำสำคัญ:

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สวัสดิการรักษาพยาบาล, อัตราการเจ็บป่วย, การเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล, การใช้สิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทนำ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มดำเนินการเต็มพื้นที่ ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๔๕ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของประชาชนน่าจะเปลี่ยนไปเพราะนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ให้มีการดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุก ๆ ๒ ปี โดยเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นไป เพื่อให้มีฐานข้อมูลในการประเมินผลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และกำหนดนโยบายด้านการให้บริการสาธารณสุขของประเทศต่อไป การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. ประเมินภาวะการเจ็บป่วยของประชากรไทย ก่อนและหลังมีนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในภาพรวมของประเทศ ในแต่ละกลุ่มสวัสดิการ และกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ

๒. ประเมินความครอบคลุมประชากรของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล ก่อนและหลังมีนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

๓. ศึกษาการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของกลุ่มสวัสดิการต่าง ๆ และลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิ

๔. ศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ

วิธีการศึกษา

ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติดำเนินการสำรวจโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนและสมาชิกในครัวเรือนที่เลือกเป็นตัวอย่าง ในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖ การสุ่มตัวอย่างครัวเรือนเป็นแบบสองขั้นตอน

(stratified two stage sampling) ได้ครัวเรือนตัวอย่าง ๒๖,๕๒๐ ครัวเรือน กระจายอยู่ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ข้อมูลจากการสำรวจสามารถนำมาคำนวณและประมาณค่าโดยการถ่วงน้ำหนักตามระเบียบวิธีทางสถิติ เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ เป็นจำนวน ๖๓,๔๔๔,๕๕๓ คน ตามการคาดประมาณประชากรในปี ๒๕๔๖^(๑)

คาบเวลาอ้างอิง

กรณีผู้ป่วยนอก กำหนดระยะเวลาอ้างอิง ๑ เดือนที่ผ่านมา (ต่างจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๔ ที่กำหนด ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา)

กรณีผู้ป่วยใน กำหนดระยะเวลาอ้างอิง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยในการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้สิทธิสวัสดิการที่ประชาชนมีในกรณีที่มีสิทธิซ้ำซ้อนมากกว่าหนึ่งสิทธิ ผู้วิจัยกำหนดให้ใช้สิทธิเดียว ดังนี้

๑. กรณีที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐ และสิทธิอื่นด้วย กำหนดให้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐ

๒. กรณีที่มีสิทธิประกันสังคม และสิทธิอื่นยกเว้นสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐ กำหนดให้ใช้สิทธิประกันสังคม

๓. ผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสุขภาพเอกชน กำหนดให้เป็นประกันสุขภาพเอกชน

ผลการศึกษา

สวัสดิการการรักษาพยาบาลของประชาชนไทย

ผลการศึกษาจากครัวเรือนตัวอย่างทั้งหมดและประมาณเป็นประชากรใน พ.ศ. ๒๕๔๖ ทั้งสิ้น ๖๓.๔ ล้านคน พบว่าเป็นผู้มีสวัสดิการรักษาพยาบาล ๖๐.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๙๕.๙ ของประชากรทั้งหมด) โดยเป็นผู้มีสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ๔๗.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๗๔.๗) ประกันสังคม ๖.๐ ล้าน

คน คิดเป็นร้อยละ ๙.๖ (รวมสวัสดิการที่ได้รับจากนายจ้าง จำนวน ๐.๒๔ ล้านคน) สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ๕.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๙) ประกันสุขภาพเอกชน ๐.๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๐.๗ (ตัวเลขนี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่บ้าง เนื่องจากผู้วิจัยตัดผู้มีสิทธิซ้ำซ้อนที่เป็นข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและผู้มีสวัสดิการประกันสังคมออก) นอกจากนั้นยังมีผู้ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลใด ๆ จำนวน ๓.๒ ล้านคน (ร้อยละ ๕.๐) (ตารางที่ ๑) ผู้ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลใด ๆ ลดลงจากการสำรวจใน พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งมีประมาณ ๑๔ ล้านคน (ร้อยละ ๒๙ ของประชากรในขณะนั้น)^(๒)

ประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาล มี ๒๐.๙ ล้านคน (ร้อยละ ๓๒.๔) ประชากรที่อยู่นอกเขตเทศบาลได้รับบัตรทอง มีสัดส่วนสูงกว่าในเขตเทศบาล แต่กลุ่มสวัสดิการประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการพบว่าอยู่ในเขตเทศบาลมากกว่า

เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของประชากรที่ได้รับสวัสดิการหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ ๘๖.๕ ซึ่งสูงกว่าภาคอื่น ๆ รองลงมาคือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ส่วนกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนผู้มีหลักประกันสุขภาพต่ำที่สุด ร้อยละ ๔๗.๐ แต่มีสัดส่วนของสวัสดิการประกัน

สังคมสูงที่สุดถึงร้อยละ ๒๕.๕ และยังมีสวัสดิการประกันสุขภาพเอกชนสูงกว่าภาคอื่น ๆ เช่นกัน อย่างไรก็ตาม กรุงเทพมหานครยังมีสัดส่วนผู้ที่ไม่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลใด ๆ สูงกว่าภาคอื่น (ตารางที่ ๒)

ประชากรที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล จำนวน ๓.๒ ล้านคนพบว่า เป็นผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมากที่สุด (ร้อยละ ๓๔) ในขณะที่พบในภาคใต้เพียงร้อยละ ๑๐.๔ และเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ถึง ๑ ใน ๔ ของประชากรที่ไม่มีสวัสดิการทั้งหมด (ตารางที่ ๓)

เมื่อพิจารณาตามระดับรายได้ของครัวเรือน ในตารางที่ ๔ โดยจัดแบ่งครัวเรือนเป็น ๕ กลุ่ม เรียงครัวเรือนที่มีรายได้ต่อคนจากน้อยไปมาก กลุ่มที่หนึ่งเป็นครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำที่สุด พบว่าครัวเรือนที่ยังไม่มีสวัสดิการใด ๆ อยู่ในกลุ่มรายได้ที่แตกต่างกันในแต่ละภาค กล่าวคือ ครัวเรือนในกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง เป็นกลุ่มที่มีรายได้ระดับปานกลางขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ แต่ครัวเรือนในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือเป็นครัวเรือนที่มีรายได้ในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ครัวเรือนในภาคใต้ เป็นกลุ่มที่มีรายได้ในระดับกลางเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ ๑ สวัสดิการการรักษาพยาบาลของคนไทย ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ จำแนกตามเขตการปกครอง

สวัสดิการ	หน่วย : คน (ร้อยละ)					
	จำนวน (คน)			ร้อยละ		
	ทั่วประเทศ	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	ทั่วประเทศ	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
รวมทุกประเภท	๖๓,๘๔๔,๕๕๓	๒๐,๙๒๕,๗๙๗	๔๒,๙๑๘,๗๕๖	๑๐๐.๐	๓๒.๘	๖๗.๒
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๕,๗๒๑,๐๔๘	๓,๐๕๒,๒๘๔	๒,๖๖๘,๗๖๔	๙.๐	๑๔.๖	๖.๒
ประกันสังคม/สวัสดิการจากนายจ้าง	๖,๑๐๕,๗๓๕	๓,๗๑๓,๘๗๓	๒,๓๙๑,๘๖๒	๙.๖	๑๗.๗	๕.๖
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๔๗,๗๕๑,๘๖๔	๑๑,๖๓๓,๖๔๖	๓๖,๑๑๘,๒๑๘	๗๔.๗	๕๕.๖	๘๘.๑
ประกันสุขภาพเอกชน	๑,๐๕๕,๐๒๑	๖๑๔,๖๓๗	๔๔๐,๓๘๔	๑.๗	๒.๙	๑.๐
ไม่มีสวัสดิการ	๓,๒๔๖,๘๘๕	๑,๕๑๑,๒๕๗	๑,๗๓๕,๖๒๘	๕.๑	๗.๑	๓.๑

ตารางที่ ๒ ประชากรจำแนกตามสวัสดิการการรักษาพยาบาล และภาค หน่วย : คน (ร้อยละ)

สวัสดิการ	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	๘๑๐,๒๔๒ (๑๐.๑)	๑,๓๔๘,๓๑๕ (๕.๓)	๑,๐๑๕,๓๔๔ (๕.๐)	๑,๖๓๔,๗๕๓ (๗.๖)	๕๑๒,๓๕๔ (๑๐.๖)
ประกันสังคมและ สวัสดิการจากนายจ้าง	๒,๐๔๗,๗๒๘ (๒๕.๕)	๒,๔๐๐,๖๕๗ (๑๖.๕)	๕๔๐,๘๑๐ (๔.๘)	๖๗๐,๓๖๔ (๓.๑)	๔๕๐,๑๓๕ (๕.๓)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๓,๗๘๒,๔๔๒ (๔๗.๑)	๕,๕๔๑,๖๔๐ (๖๕.๗)	๕,๐๕๐,๑๗๒ (๘๐.๒)	๑๘,๕๓๔,๘๓๑ (๘๖.๕)	๖,๘๐๒,๗๗๕ (๗๕.๔)
ประกันสุขภาพเอกชน	๒๘๔,๗๑๕ (๓.๕)	๓๔๖,๓๑๖ (๒.๔)	๒๑๒,๗๕๔ (๑.๕)	๑๔๔,๒๗๕ (๐.๗)	๖๖,๕๕๘ (๐.๘)
ไม่มีสวัสดิการ	๑,๑๐๔,๓๖๓ (๑๓.๘)	๘๕๑,๑๒๘ (๖.๑)	๔๗๑,๘๘๐ (๔.๒)	๔๔๑,๐๖๔ (๒.๑)	๓๓๘,๔๕๐ (๓.๕)
รวม	๘,๐๒๙,๔๙๐ (๑๒.๖)	๑๔,๕๒๘,๐๕๖ (๒๒.๗)	๑๑,๓๓๐,๙๖๐ (๑๗.๗)	๒๑,๔๒๕,๒๙๑ (๓๓.๕)	๘,๕๗๐,๗๑๖ (๑๓.๔)

ตารางที่ ๓ ประชากรที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา และภาค

หน่วย : ร้อยละ

ระดับการศึกษา	ทั่วประเทศ	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
ไม่มีการศึกษา	๗.๓	๕.๐	๓.๔	๒๑.๖	๗.๗	๔.๗
ต่ำกว่าประถมศึกษา	๒๕.๑	๒๕.๐	๒๖.๐	๒๑.๐	๒๘.๐	๒๔.๐
ประถมศึกษา	๑๕.๐	๑๒.๔	๑๔.๐	๑๕.๗	๒๑.๔	๑๖.๔
มัธยมศึกษา	๒๒.๑	๒๓.๐	๒๖.๐	๑๗.๐	๑๗.๐	๒๑.๐
ต่ำกว่าอนุปริญญาและอนุปริญญา	๒.๘	๒.๗	๓.๑	๑.๗	๑.๑	๖.๐
ระดับอุดมศึกษา	๕.๖	๑๐.๑	๓.๓	๒.๘	๓.๔	๓.๕
การศึกษาอื่นๆ และไม่ทราบ	๑.๒	๑.๔	๑.๐	๒.๖	๐.๐	๐.๐
เด็กอายุต่ำกว่า ๖ ปี	๒๑.๐	๑๕.๗	๒๓.๑	๑๗.๕	๒๑.๔	๒๔.๐
ทุกระดับ	๑๐๐	๓๔.๐	๒๗.๔	๑๔.๕	๑๓.๖	๑๐.๔

อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอกและการเลือกใช้บริการ

ในช่วงระหว่าง มีนาคม - เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๖ มีประชากรที่รายงานว่าป่วย หรือรู้สึกไม่สบาย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ ๔.๗๒ ครั้ง/คน/ปี เมื่อพิจารณาตาม

สวัสดิการต่าง ๆ พบว่า ประชากรในกลุ่มสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายงานอัตราการป่วยกรณีคนไข้นอกสูงที่สุด ถึง ๔.๙๔ ครั้ง/คน/ปี รองลงมาคือกลุ่มสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ

ตารางที่ ๔ ประชากรที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล จำแนกตามกลุ่มรายได้ และภาค

หน่วย : ร้อยละ

ระดับรายได้	ทั่วประเทศ	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
ต่ำสุด	๑๓.๐	๑.๐	๖.๔	๔๐.๑	๓๐.๘	๑๑.๔
ต่ำ	๑๕.๑	๓.๓	๑๒.๑	๓๐.๗	๒๒.๓	๒๗.๔
ปานกลาง	๑๗.๕	๑๒.๘	๒๓.๒	๑๗.๔	๑๕.๓	๒๓.๘
สูง	๒๗.๒	๓๖.๐	๓๑.๒	๗.๗	๑๓.๒	๓๐.๗
สูงสุด	๒๖.๕	๔๖.๕	๒๗.๐	๔.๑	๑๑.๓	๑๑.๕
รวม	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐

ตารางที่ ๕ วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย กรณีผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทสวัสดิการการรักษา

หน่วย : ร้อยละ

วิธีการรักษา	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม/ สวัสดิการ จากนายจ้าง	ประกันสุขภาพ เอกชน	ไม่มี สวัสดิการ	รวม
อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)	๔.๕๗๖	๔.๕๐๓	๒.๕๘๕	๓.๕๒๕	๔.๑๘๖	๔.๗๑๕
การรักษานอกสถานพยาบาล	๒๘.๐	๒๘.๗	๓๓.๔	๓๓.๔	๔๔.๕	๒๙.๒
- ไม่ได้รักษาอะไร	๕.๑	๗.๗	๔.๒	๗.๘	๖.๔	๕.๔
- รักษาแผนโบราณ	๒.๘	๒.๘	๐.๕	๖.๘	๓.๑	๒.๖
- ซื้อยากินเอง	๑๕.๑	๑๖.๔	๒๕.๘	๑๘.๕	๓๑.๕	๑๙.๕
- อื่นๆ /ไม่ทราบ	๑.๑	๑.๘	๒.๕	๐.๔	๓.๒	๑.๓
การรักษาในสถานพยาบาล	๗๒.๐	๗๑.๓	๖๖.๖	๖๖.๖	๕๕.๕	๗๐.๘
- สถานีนอนมัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข	๒๕.๔	๗.๔	๓.๓	๗.๑	๑๐.๕	๒๑.๔
- ศูนย์สุขภาพชุมชน	๐.๘	๑.๑	๐.๒	๐.๐	๐.๕	๐.๘
- โรงพยาบาลชุมชน	๒๒.๐	๑๖.๘	๘.๕	๗.๗	๖.๒	๑๙.๘
- โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	๕.๘	๑๕.๒	๘.๐	๕.๓	๑.๘	๖.๖
- โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	๐.๕	๑.๕	๑.๑	๐.๐	๐.๒	๐.๖
- โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	๒.๖	๑๐.๐	๗.๐	๓.๘	๕.๘	๓.๗
- คลินิกเอกชน	๑๒.๓	๑๔.๘	๑๕.๖	๑๘.๐	๒๓.๕	๑๓.๓
- โรงพยาบาลเอกชน	๒.๕	๔.๖	๒๒.๕	๒๐.๗	๗.๐	๔.๖

รายงานอัตราการป่วย ๔.๙๐ ครั้ง/คน/ปี (ตารางที่ ๕)

การใช้บริการกรณีผู้ป่วยนอก ประชาชนไทยไปสถานอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ ๒๑.๔ ซื้อยากินเองร้อยละ ๑๙.๙ ไปโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๑๙.๔ ผู้ป่วยที่มีสวัสดิการหลักประกันสุขภาพ จะเลือกใช้บริการในสถานอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ ๒๕.๔ ซึ่งมากกว่าวิธีการอื่น ๆ รองลงมาคือไปโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๒๒.๐) มีบางส่วนซึ่งยังคงซื้อยากินเอง (ร้อยละ ๑๙.๑) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มสวัสดิการประกันสังคม จะซื้อยากินเองสูงถึงร้อยละ ๒๕.๔ และเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน ร้อยละ ๒๒.๙ และ ๑๕.๖ ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ ร้อยละ ๓๑.๙ ซื้อยากินเอง และร้อยละ ๒๓.๕ เลือกใช้บริการที่คลินิกเอกชน (ตารางที่ ๕)

อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยในและการเลือกใช้บริการ

ประชากรที่รายงานว่าป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา (ระหว่างเมษายน ๒๕๔๕

- มีนาคม ๒๕๔๖) คิดเป็นอัตราการนอนโรงพยาบาลเท่ากับ ๐.๐๔ ครั้ง/คน/ปี กลุ่มสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนมีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงสุด เท่ากับ ๐.๑๐ ครั้ง/คน/ปี สำหรับกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราการนอนโรงพยาบาล เท่ากับ ๐.๐๙ ครั้ง/คน/ปี กลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการรายงานในอัตราที่ต่ำที่สุด ๐.๐๕ ครั้ง/คน/ปี (ตารางที่ ๖)

การเลือกใช้สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ (ร้อยละ ๔๗.๒ และ ๒๖.๓ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาตามสวัสดิการพบว่า ผู้ที่มีประกันสุขภาพเอกชน ประกันสังคม และผู้ที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ ๗๙.๕, ๓๔.๕ และ ๓๑.๔ ตามลำดับ ผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ ๕๔.๔ เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๓๒.๓ จะเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ (ตารางที่ ๖)

ตารางที่ ๖ การเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทสวัสดิการการรักษา

(หน่วย : ร้อยละ)

ประเภทสถานพยาบาล	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม/ สวัสดิการ จากนายจ้าง	ประกัน สุขภาพ เอกชน	ไม่มี สวัสดิการ	รวม
อัตราการนอน รพ. (ครั้ง/คน/ปี)	๐.๐๘๖	๐.๑๐๒	๐.๐๖๔	๐.๐๕๕	๐.๐๔๗	๐.๐๘๓
โรงพยาบาลชุมชน	๕๔.๔	๒๘.๒	๒๔.๔	๗.๘	๒๗.๐	๔๗.๒
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	๒๗.๐	๓๒.๓	๒๒.๒	๖.๗	๑๓.๖	๒๖.๓
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	๑.๓	๒.๘	๓.๓	๐.๐	๒.๕	๑.๖
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	๗.๖	๒๐.๐	๑๑.๘	๔.๒	๒๒.๒	๕.๖
คลินิกของเอกชน	๐.๕	๐.๕	๓.๕	๑.๗	๓.๐	๑.๒
โรงพยาบาลเอกชน	๘.๘	๑๖.๑	๓๔.๕	๗๕.๕	๓๑.๘	๑๔.๐

อัตราการป่วยทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พ.ศ. ๒๕๔๔ และ พ.ศ. ๒๕๔๖

ในการเปรียบเทียบข้อมูล พ.ศ. ๒๕๔๖ กับ พ.ศ. ๒๕๔๔ เนื่องจาก พ.ศ. ๒๕๔๔ นั้นได้จำแนกประชากรออกเป็น กลุ่มผู้มีสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม ประกันสุขภาพเอกชน และกลุ่มที่เหลือ แต่ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ กลุ่มที่เหลือได้ถูกจำแนกเป็นกลุ่มผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ ดังนั้น ในการเปรียบเทียบข้อมูล ผู้ศึกษาจึงได้รวม ๒ กลุ่มดังกล่าวไว้ด้วยกัน เมื่อทำการประมวลผลประชากร กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งนับรวมผู้ไม่มีหลักประกันใด ๆ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ ใหม่ จะได้อัตราป่วยนอก เท่ากับ ๔.๙๓ ครั้ง/คน/ปี และอัตราป่วยใน เท่ากับ ๐.๐๔ ครั้ง/คน/ปี

กรณีผู้ป่วยนอกพบว่า มีการรายงานอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๙.๗ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกกลุ่มสวัสดิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๓๐.๑ รองลงมาคือกลุ่มประกันสังคมและสวัสดิการจากนายจ้าง เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๒.๔ และกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ

๒๐.๑) การปรับระยะเวลาในการอ้างอิงกรณีผู้ป่วยนอก จาก ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา ในการสำรวจ พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๑ เดือนที่ผ่านมาใน พ.ศ. ๒๕๔๖ อาจมีส่วนทำให้การรายงานการเจ็บป่วยครอบคลุมมากขึ้น จึงทำให้อัตราการเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น (ตารางที่ ๗)

ส่วนกรณีผู้ป่วยใน พบว่า มีการรายงานอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเล็กน้อยร้อยละ ๕.๖ แต่เมื่อพิจารณาตามกลุ่มสวัสดิการ จะเห็นได้ว่า มีเพียงกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้นที่มีอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๔.๔

แบบแผนการเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาลภายหลังจากมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภายหลังจากที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว พบว่า แบบแผนการเลือกใช้บริการในการรักษาพยาบาลของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีผู้ป่วยนอกเปลี่ยนแปลงไปพอสมควร กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ไปรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ เปลี่ยนไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยมากขึ้น คือเพิ่มจากร้อยละ ๑๔.๒ และ ๒๒.๒ ในปี ๒๕๔๔ เป็น

ตารางที่ ๗ อัตราป่วยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๔ และ พ.ศ. ๒๕๔๖

อัตราป่วย/ นอน รพ. (ครั้ง/คน/ปี)	หลักประกัน สุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม /สวัสดิการ จากนายจ้าง	ประกัน สุขภาพ เอกชน	รวม
ผู้ป่วยนอก					
พ.ศ. ๒๕๔๔	๔.๑๐๑	๓.๗๗๐	๒.๔๓๘	๒.๕๘๕	๓.๕๓๕
พ.ศ. ๒๕๔๖	๔.๙๒๖*	๔.๕๐๓	๒.๙๘๕	๓.๕๒๕	๔.๗๑๕
อัตราการเปลี่ยนแปลง (%)	๒๐.๑๐	๓๐.๑๐	๒๒.๔๐	๑๘.๐๐	๑๙.๗๐
ผู้ป่วยใน					
พ.ศ. ๒๕๔๔	๐.๐๗๖	๐.๑๐๔	๐.๐๖๕	๐.๑๕๓	๐.๐๗๕
พ.ศ. ๒๕๔๖	๐.๐๘๓*	๐.๑๐๒	๐.๐๖๔	๐.๐๕๕	๐.๐๘๓
อัตราการเปลี่ยนแปลง (%)	๘.๘๐	- ๒.๓๐	- ๐.๓๐	- ๓๔.๘๐	๕.๖๐

หมายเหตุ : *อัตราป่วยของ ผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน ปี ๒๕๔๖ ได้ทำการประมวลผลโดยรวมประชากรกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันใด ๆ ด้วย

ร้อยละ ๒๒.๐ และ ๒๖.๒ ในปี ๒๕๔๖ ตามลำดับ แต่สัดส่วนผู้ไปใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ลดลงจากร้อยละ ๑๔.๓ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๘.๙ ในปี ๒๕๔๖ สัดส่วนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชน ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก สำหรับผู้มีสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ มีแบบแผนการเลือกใช้บริการเปลี่ยนแปลงไปในทำนองเดียวกับผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีการเปลี่ยนแปลงในสัดส่วนที่น้อยกว่า ส่วนกลุ่มสวัสดิการประกันสังคม มีแบบแผนการเลือกใช้บริการ ไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก การรักษายาบาลในสถานพยาบาลภาคเอกชน พบว่า สัดส่วนการเลือกใช้บริการของทุกสวัสดิการค่อนข้างคงเดิม นั้นแสดงว่า การปฏิรูประบบสุขภาพไม่ได้มีผลกระทบต่อภาคเอกชนมากนัก มีเพียงผู้มีสวัสดิการ

ประกันสุขภาพเอกชนเท่านั้นที่เลือกใช้บริการในคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนลดลง แต่กลับไปเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ ๒.๙ เป็น ๗.๗ และ ๔.๒ เป็น ๗.๑ ตามลำดับ (ตารางที่ ๔)

ในกรณีผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ลดลง แต่เลือกไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นค่อนข้างมากในทุกสวัสดิการ โดยเฉพาะในกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มมากกว่า ๒ เท่า คือจากร้อยละ ๒.๔ เป็นร้อยละ ๗.๔ สวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากร้อยละ ๓.๐ เป็นร้อยละ ๕๔.๔ สำหรับการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีการใช้บริการเพิ่มขึ้นจากกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนและสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ

ตารางที่ ๔ แบบแผนการเลือกใช้บริการในสถานพยาบาล กรณีผู้ป่วยนอกและกรณีผู้ป่วยใน ของประชากรกลุ่มสวัสดิการต่างๆ ปี ๒๕๔๔ และปี ๒๕๔๖

หน่วย : ร้อยละ

การรักษาพยาบาล	๒๕๔๔				๒๕๔๖			
	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ เอกชน	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ เอกชน
ผู้ป่วยนอก								
รักษานอกสถานพยาบาล	๓๐.๖	๒๔.๖	๓๔.๕	๓๕.๒	๒๘.๐	๒๘.๖	๓๓.๔	๓๓.๔
รักษาในสถานพยาบาล	๖๙.๔	๗๕.๔	๖๕.๕	๖๔.๘	๗๒.๐	๗๑.๓	๖๖.๖	๖๖.๖
สถานอนามัย/ศูนย์บริการสร. ๒๒.๒		๕.๑	๕.๕	๔.๒	๒๖.๒	๘.๕	๓.๕	๗.๑
โรงพยาบาลชุมชน	๑๔.๒	๑๐.๕	๕.๕	๒.๕	๒๒.๐	๑๖.๘	๘.๕	๗.๗
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	๑๘.๓	๔๐.๔	๑๗.๓	๑๓.๕	๘.๕	๒๖.๖	๑๖.๑	๑๓.๑
คลินิกเอกชน	๑๒.๐	๑๕.๑	๑๓.๘	๑๕.๑	๑๒.๓	๑๔.๘	๑๕.๖	๑๘.๐
โรงพยาบาลเอกชน	๒.๖	๔.๔	๒๓.๕	๒๔.๘	๒.๕	๔.๖	๒๒.๕	๒๐.๗
ผู้ป่วยใน								
โรงพยาบาลชุมชน	๓๐.๐	๑๕.๑	๕.๔	๒.๘	๕๔.๔	๒๘.๒	๒๔.๔	๗.๘
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	๕๕.๐	๗๑.๓	๕๐.๗	๒๒.๓	๓๕.๕	๕๕.๒	๓๗.๓	๑๐.๕
โรงพยาบาลเอกชน	๑๑.๐	๑๓.๖	๓๕.๕	๗๔.๕	๕.๗	๑๖.๕	๓๘.๓	๘๑.๒

หมายเหตุ : ในปี ๒๕๔๖ มีศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งได้นำข้อมูลไปรวมกับสถานอนามัย

การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)

ผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอก ใช้สิทธิบัตรทองสูงถึงร้อยละ ๕๖.๖ ประชากรนอกเขตเทศบาลใช้สิทธิบัตรทอง ในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรในเขตเทศบาล เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่า ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้สิทธิบัตรทองสูงที่สุด ถึงร้อยละ ๖๖.๔ ประชากรในเขตกรุงเทพมหานครใช้สิทธิบัตรทองต่ำที่สุด เพียงร้อยละ ๒๙.๖ การใช้สิทธิกรณีผู้ป่วยนอกเมื่อพิจารณาตามสิทธิบัตรทองที่ได้รับพบว่า กลุ่มผู้ได้รับสวัสดิการบัตรทองที่มี ท. เมื่อป่วยมาใช้สิทธิ ร้อยละ ๖๒.๖ ส่วนผู้ที่ได้รับสวัสดิการบัตรทองไม่มี ท. มาใช้สิทธิ ร้อยละ ๔๙.๒

ผู้ป่วยใน มีการใช้สิทธิมากกว่าผู้ป่วยนอก โดยใช้สิทธิบัตรทองสูงถึงร้อยละ ๘๐.๙ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อประชาชนมีการค่าใช้จ่ายในการเข้าพักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจะใช้สิทธิมากกว่าการเป็น

ผู้ป่วยนอก ประชากรนอกเขตเทศบาลใช้สิทธิบัตรทอง ในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรในเขตเทศบาล เมื่อพิจารณาตามสิทธิบัตรทองที่ได้รับพบว่า กลุ่มที่มีสิทธิบัตรทอง มี ท. เมื่อต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้สิทธิ ร้อยละ ๘๔.๔ ส่วนผู้ที่มีบัตรทองไม่มี ท. ใช้สิทธิ ร้อยละ ๗๗.๓ โดยผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล จะเป็นผู้ที่มาใช้สิทธิบัตรทองสูงกว่าในเขตเทศบาล ทั้งสองประเภท (ตารางที่ ๙)

ระดับรายได้ของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ใช้สิทธิ

ในภาพรวม พบว่า ผู้ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีรายได้มีสัดส่วนต่ำกว่า ผู้ไม่ใช้สิทธิที่มีรายได้ดีกว่า ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่เมื่อพิจารณาแยกตามเขตการปกครองจะเห็นว่า ผู้ที่ไม่ใช้สิทธิอยู่ในเขตเทศบาล เป็นผู้ที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไป ในขณะที่ผู้ที่ไม่ใช้สิทธิที่อยู่

ตารางที่ ๙ การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามภาค และเขตการปกครอง

	ทั่วประเทศ	ในเขต	นอกเขต	กรุงเทพ- มหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ใต้
กรณีผู้ป่วยนอก								
ไม่ใช้สิทธิ	๔๓.๔	๕๘.๘	๓๕.๕	๗๐.๔	๕๑.๖	๔๒.๗	๓๓.๖	๔๗.๘
ใช้สิทธิ	๕๖.๖	๔๑.๒	๖๐.๕	๒๙.๖	๔๘.๔	๕๗.๓	๖๖.๔	๕๒.๒
บัตรทอง มี ท.	๖๒.๖	๕๐.๐	๖๕.๑	๓๔.๐	๕๕.๑	๖๕.๔	๖๗.๘	๕๗.๓
บัตรทอง ไม่มี ท.	๔๕.๒	๓๔.๓	๕๕.๓	๒๖.๘	๔๑.๘	๔๕.๗	๖๔.๔	๔๖.๐
กรณีผู้ป่วยใน								
ไม่ใช้สิทธิ	๑๕.๑	๓๔.๗	๑๔.๕	๖๔.๔	๓๐.๔	๑๘.๕	๑๐.๑	๑๕.๕
ใช้สิทธิ	๘๐.๕	๖๕.๓	๘๕.๕	๓๕.๖	๖๙.๖	๘๑.๕	๘๙.๙	๘๔.๕
บัตรทอง มี ท.	๘๕.๘	๗๒.๗	๘๗.๐	๓๖.๖	๗๕.๕	๘๒.๖	๙๐.๕	๘๘.๕
บัตรทอง ไม่มี ท.	๗๕.๓	๖๐.๘	๘๓.๑	๓๕.๓	๖๕.๐	๘๐.๒	๘๙.๓	๘๐.๘

หมายเหตุ: บัตรทองมี ท. คือ ได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียม ๓๐ บาท ในการรักษาที่สถานพยาบาล

บัตรทองไม่มี ท. คือ ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม ๓๐ บาทตามปกติในการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล

ตารางที่ ๑๐ ระดับรายได้ของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ใช้สิทธิ จำแนกเขตการปกครองและภาค

หน่วย : ร้อยละ

ระดับรายได้	ทั่วประเทศ	ในเขต	นอกเขต	กรุงเทพ- มหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ใต้
กรณีผู้ป่วยนอก	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐
ต่ำสุด	๑๗.๓	๕.๑	๒๔.๘	๑.๕	๘.๕	๒๒.๒	๓๓.๘	๑๓.๕
ต่ำ	๒๐.๖	๕.๘	๒๗.๓	๔.๘	๑๕.๕	๒๕.๘	๒๕.๒	๒๘.๕
ปานกลาง	๒๐.๐	๑๘.๒	๒๑.๑	๕.๘	๒๑.๕	๒๔.๓	๑๖.๗	๒๕.๘
สูง	๒๒.๒	๒๕.๓	๑๗.๘	๓๑.๖	๒๕.๕	๑๖.๘	๑๔.๕	๒๐.๗
สูงสุด	๒๐.๐	๓๗.๗	๕.๐	๕๒.๔	๒๓.๔	๑๐.๕	๕.๘	๑๑.๐
กรณีผู้ป่วยใน	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐	๑๐๐.๐
ต่ำสุด	๑๐.๓	๒.๘	๑๖.๕	๐.๕	๔.๒	๑๕.๕	๒๓.๕	๘.๕
ต่ำ	๑๓.๗	๘.๐	๑๘.๔	๕.๕	๑๑.๐	๒๐.๕	๑๓.๓	๒๒.๘
ปานกลาง	๒๒.๗	๑๖.๐	๒๘.๒	๑๑.๔	๒๐.๗	๒๒.๖	๓๒.๐	๒๗.๗
สูง	๒๗.๑	๓๓.๑	๒๒.๑	๒๕.๔	๓๖.๖	๒๓.๑	๑๖.๗	๒๒.๒
สูงสุด	๒๖.๓	๔๐.๑	๑๔.๗	๕๓.๑	๒๗.๕	๑๗.๕	๑๔.๕	๑๘.๘

นอกเขตเทศบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้ระดับปานกลางลงมา เมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่า ผู้ไม่ใช้สิทธิในกรุงเทพมหานครและภาคกลางส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้สูง ในขณะที่ภาคอื่น ๆ เป็นผู้มีรายได้ระดับกลางลงมา

กรณีที่มีสิทธิแต่ไม่ใช้นั้น ผู้ป่วยยินดีจ่ายเงินเองในสถานพยาบาลอื่น การใช้สิทธิกรณีผู้ป่วยในสูงกว่ากรณีผู้ป่วยนอก เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในสูงกว่ากรณีผู้ป่วยนอกมาก การที่มีสิทธิแต่ไม่ใช้สิทธิ นั้น มาจาก ๒ สาเหตุหลัก คือ ไม่มั่นใจในคุณภาพและบริการของสถานพยาบาล และเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องเข้ารับการรักษาที่อื่นนอกจากที่ระบุในบัตรทอง

วิจารณ์

• โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จในการออกบัตรสามารถครอบคลุม

ประชากรได้ถึง ๔๗.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๗๔.๗ ของประชากรทั้งประเทศ) อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุด ๑๔.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๓๔.๔) แต่ยังคงมีคนที่ยังไม่มีหลักประกันใด ๆ ๓.๒ ล้าน คิดเป็นร้อยละ ๕.๑ ของประชากรทั้งสิ้น (ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๔๔ มีผู้ที่ยังไม่มีสวัสดิการใด ๆ ร้อยละ ๒๙) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา มีถึง ๑ ใน ๔ ของประชากรที่ไม่มีสวัสดิการทั้งหมด ซึ่งรัฐควรจะต้องหามาตรการในการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาของคนกลุ่มนี้ ให้ได้รับสวัสดิการหรือมีหลักประกันเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ

• อัตราการเจ็บป่วย และการเลือกใช้บริการของประชากร

กรณีผู้ป่วยนอก พ.ศ. ๒๕๔๖ มีประชากรที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายคิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ ๔.๗๒ ครั้ง/คน/ปี เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. ๒๕๔๔ ร้อยละ ๑๙.๗

ประชากรในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายงาน อัตราการป่วยสูงที่สุดถึง ๔.๔๔ ครั้ง/คน/ปี โดยเลือกใช้ บริการในสถานอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุขมากกว่าวิธีการอื่น ๆ (ใกล้บ้านใกล้ใจ) ร้อยละ ๒๕.๔ รองลงมาคือไปโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๒๒.๐) มีบางส่วนซึ่งยังคงซื้อยากินเอง (ร้อยละ ๑๙.๑) สัดส่วนการใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๔.๒ ในปี ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๒๒ ในปี ๒๕๔๖ สัดส่วนการใช้บริการที่สถานอนามัยก็เพิ่มขึ้น สัดส่วนการใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ ลดลงจากร้อยละ ๑๔.๓ เป็นร้อยละ ๔.๙

กรณีผู้ป่วยใน มีประชากรที่รายงานว่าป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นอัตราการนอนโรงพยาบาล เท่ากับ ๐.๐๔ ครั้ง/คน/ปี เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๔๔ ร้อยละ ๕.๖ สถิติการเข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มประกันสุขภาพเอกชน เท่ากับ ๐.๑๐ ครั้ง/คน/ปี สำหรับกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราการนอนโรงพยาบาล เท่ากับ ๐.๐๙ ครั้ง/คน/ปี ในการเลือกใช้สถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ ๔๗.๒ และ ๒๖.๓ ตามลำดับ ผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ ๕๔.๔ เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ ๒๗.๐ เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

จะเห็นได้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดให้ผู้มีสิทธิลงทะเบียนกับสถานพยาบาลใด สถานพยาบาลหนึ่งใกล้บ้านนั้น ทำให้แบบแผนการใช้บริการเป็นไปในทิศทางอันพึงประสงค์ มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และมีความสมเหตุสมผลมากขึ้น กล่าวคือใช้บริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น ดังนั้นการบริการที่ระดับอำเภอและตำบล ควรได้รับการอุดหนุนทรัพยากรทั้งงบประมาณและอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ ให้สอดคล้องกับภาระงานที่

เพิ่มขึ้น

• การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)

กรณีผู้ป่วยนอก ผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเจ็บป่วยใช้สิทธิร้อยละ ๕๖.๖ และไม่ใช้สิทธิ สูงถึง ร้อยละ ๔๓.๔ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย และคณะ^(๓) ซึ่งทำการศึกษาจากครัวเรือนใน ๔ จังหวัด (ภูเก็ต สมุทรสาคร สุโขทัย และ อุบลราชธานี) พบว่า การใช้สิทธิกรณีผู้ป่วยนอก เท่ากับร้อยละ ๕๙.๓ ประชากรนอกเขตเทศบาลใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ ๖๐.๕ สูงกว่าประชากรในเขตเทศบาลที่ใช้สิทธิร้อยละ ๔๐.๒ ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้สิทธิบัตรทองสูงที่สุด ถึงร้อยละ ๖๖.๔ ประชากรในเขตกรุงเทพมหานครใช้สิทธิบัตรทองต่ำที่สุด เพียงร้อยละ ๒๙.๖

กรณีผู้ป่วยใน ผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อเจ็บป่วยใช้สิทธิมากกว่ากรณีผู้ป่วยนอก คือใช้สิทธิ ร้อยละ ๘๐.๙ การใช้สิทธิในกรณีผู้ป่วยในนี้สูงกว่าการศึกษาของ ศุภสิทธิ์ พรหมารุโณทัย และคณะ^(๓) ซึ่งพบว่า การใช้สิทธิหลักประกัน เท่ากับร้อยละ ๖๙.๓ ประชากรนอกเขตเทศบาลใช้สิทธิบัตรทอง ร้อยละ ๔๕.๐ สูงกว่าประชากรในเขตเทศบาล ซึ่งใช้สิทธิร้อยละ ๖๕.๓ ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้สิทธิบัตรทองสูงที่สุด ร้อยละ ๘๙.๙ ประชากรในเขตกรุงเทพมหานครใช้สิทธิบัตรทองต่ำที่สุด เพียงร้อยละ ๓๕.๖ เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยในของหลักประกันสุขภาพเท่านั้นที่มีอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น อาจเป็นเพราะไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลเช่นเคยจึงสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ และให้ความอนุเคราะห์สำเนาข้อมูลดิบมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๖๓. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; ๒๕๓๔.
๒. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๔. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ; ๒๕๔๕.
๓. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Kongsawatt S, Srithamrongsawat S, Suttayakom W, Rodsawaeng P. Sustainable Universal Health Coverage: household met need. Nonthaburi: Research Project Funded by JICA and HSRI; 2002.

Abstract Health and Welfare of Thai Population after Universal Health Care Coverage (UC)-Part I : Illness, Utilization Compliance of Health Care Services of UC Members
Chitpranee Vasavid*, Viroj Tangcharoensathien*, Kanjana Tisayaticom*, Walaiporn Patcharanarumol*, Navarat Opanapun**
*International Health Policy Program-Thailand, **National Statistical Office
Journal of Health Science 2004; 13:428-39.

The 2003 Health and Welfare survey (HWS) was launched in order to update information on morbidity rate and pattern of health service utilization among different health insurance schemes for Thais. The survey supported by the National Statistical Office (NSO) and the Ministry of Public Health (MOPH) provided data which can be used for evaluating success and failure of the Universal Health Insurance Coverage scheme in various aspects. This study was aimed to analyze coverage of public health insurance, changes in the morbidity rate, and pattern of health service utilization among those covered by different health insurance schemes before and after Universal Coverage (UC). Compliance with health insurance benefits among population in UC was also investigated. Moreover, socio-economic status of the uninsured was explored.

Main data source was the 2003 HWS conducted by NSO in April 2003. Samples were 26,520 households in all provinces. The data from the survey can be estimated to represent the whole population once weighted on the basis of statistical methodology. Descriptive statistical analysis was employed in data analysis.

Results revealed that after UC, the 30 baht scheme provided health insurance for 47.7 million population or 74.7 percent of total population. However, 5 percent or 3.2 million were still uninsured. After UC, the morbidity rate of ambulatory care of UC population was 4.93 episodes per capita per year, a 20.1 percent higher than that before UC. Likewise, the hospitalization rate after UC was 0.08 visits per capita per year, a rise in 8.8 percent comparing with that before UC. An increase in the proportion of health service utilization at primary care level and community hospitals specified in UC cards reflected a success of the policy. The compliance rate of health benefit utilization for the ambulatory care was 56.6 percent and that for the hospitalization was 80.9 percent. The government should support and allocate adequate budget and human resources with respect to these changes and the increase of burden. Primary health care level and community hospitals should attain greater resources and the uninsured should be urgently covered by UC.

Key words: Universal Health Care Coverage, health benefit, illness rate, choice of care, compliance rate

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ กรณีการรับบริการทันตกรรม

วีระศักดิ์ พุทธาศรี*

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

จิตปรางค์ วาศวิท*

กัญจนา ดิษยาธิคม*

นางลักษณ์ โง้ววัฒนชัย**

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**สำนักงานสถิติแห่งชาติ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ คือศึกษาการรับบริการ ความคุ้มครองสุขภาพในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านทันตกรรมของประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล เขตที่อาศัยและลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนไทย โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเก็บข้อมูลเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยการสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนตัวอย่าง ๒๖,๕๒๐ ครัวเรือน เลือกตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (stratified two stage sampling) การประมวลผลข้อมูลดำเนินการตามหลักสถิติศาสตร์ โดยถ่วงน้ำหนักข้อมูลเสนอเป็นผลการศึกษาทั่วราชอาณาจักร

ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๖ ประชากรไทยร้อยละ ๑๐.๑๘ ได้รับบริการด้านทันตกรรม โดยมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการรับบริการที่ ๐.๑๖ ครั้ง/คน/ปี ผู้ถือบัตรสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง ๓๐ บาท) เป็นกลุ่มประชากรไทยที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบ ๑๒ เดือนก่อนการสำรวจมากที่สุดคือ ๔.๓๘ ด้านคน แต่กลับเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการรับบริการต่ำที่สุดคือ ๐.๑๔ ครั้ง/คน/ปี ค่าใช้จ่ายในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของคนไทยมีค่าเฉลี่ย ๔๗๖.๕๖ บาท โดยกลุ่มที่ไม่มีสวัสดิการใด ๆ เลย มีภาระค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งมากที่สุดคือ ๑,๕๓๕.๖๐ บาท กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีภาระค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งต่ำที่สุดคือ ๓๐๕.๕๒ บาท สถานพยาบาลทันตกรรมที่มีผู้มารับบริการมากที่สุดคือโรงพยาบาลชุมชนและคลินิกเอกชน ผู้รับบริการร้อยละ ๓๐.๑ ไม่ได้ใช้สวัสดิการจากการไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย กลุ่มประชากรที่อาศัยเขตเมืองมีอัตราการใช้บริการสูงกว่ากลุ่มประชากรเขตชนบท ครัวเรือนในกลุ่มที่มีรายได้สูงได้รับการบริการทันตกรรมที่อัตราสูงกว่าครัวเรือนที่ยากจนกว่า และค่าใช้จ่ายครั้งสุดท้ายของการไปรับบริการทันตกรรมแปรผันโดยตรงกับรายได้ ในการสำรวจเพื่อการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มรายละเอียดพฤติกรรมการรักษาทันตกรรมตามประเภทของการบริการเพื่อประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ความสอดคล้องกับความจำเป็นทางทันตสุขภาพของประชาชนตาม เพศ รายได้ และเขตที่อาศัย

คำสำคัญ: บริการทันตกรรม / อนามัยและสวัสดิการ

บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ จัดเก็บข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๗ เพื่อใช้ประเมินสถานะทางสุขภาพของประชากรไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลภาวะการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขและการเข้าถึงของสวัสดิการการรักษาพยาบาลของประชากรไทย ในช่วงแรกได้สำรวจทุกปีต่อมาระหว่าง พ.ศ. ๒๕๒๔-๒๕๔๔ ได้เปลี่ยนเป็นทุก ๕ ปี โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค” ในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขของประเทศ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขโดยความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ จึงกำหนดให้มีการดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุก ๒ ปี โดยเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นไป และงานบริการทันตกรรมจะเป็นตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานอีกด้านหนึ่ง ดังนั้นการวิจัยนี้จะเป็นฐานข้อมูลเพื่อประเมินความครอบคลุมของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนความสามารถในการเข้าถึงระบบการบริการทันตกรรมของประชากร รวมถึงรายจ่ายด้านการรักษาทันตกรรมสามารถนำมาใช้ในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวเพื่อนำมาใช้ในการกำหนดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ คือการให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ (needs) ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากโรคในช่องปากของประชาชนไทยมีความชุกสูง พบในทุกกลุ่มอายุ และประชาชนยังมีพฤติกรรมไม่ดีพอ การเข้าถึงบริการจึงต้องวิเคราะห์แยกแยะตามชนิดบริการ ตามกลุ่มประชากร (ฐานะ พื้นที่) ตามความต้องการ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และประเด็นความยากจนที่เชื่อว่าเป็น

บ่อเกิดของความไม่เสมอภาคและนำไปสู่ความไม่เป็นธรรม^(๑)

คนไทยมีปัญหาการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพมาโดยตลอด แม้ว่าการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่กำหนดปัญหายังมีไม่ชัดเจนนัก แต่มีการศึกษาที่ชี้ว่าตัวแปรบางตัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นการไม่กระจายทันตบุคลากร ทำให้ขาดแคลนบุคลากรในชนบทเป็นประเด็นที่เห็นชัดเจน และรัฐได้พยายามแก้ไขการจัดการเชิงโครงสร้าง ได้แก่การกระจายสถานบริการ กระจายบุคลากร และทรัพยากรให้ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ในเขตชนบท และกระจายหน่วยบริการทันตกรรมพร้อมกันด้วย โดยใน พ.ศ. ๒๕๔๔ ในส่วนภูมิภาค มีโรงพยาบาลศูนย์ ๒๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๖๗ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๗๒๐ แห่ง และมีสถานอนามัย ๙,๗๓๔ แห่ง^(๒) และสามารถแก้ปัญหาได้ระดับหนึ่ง แต่ค่าบริการราคาแพงเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการด้านทันตกรรม จึงคาดหมายกันว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากปัญหาจากโครงสร้างระบบบริการแล้ว หากมองจากมุมมองประชาชน ปัญหาสุขภาพช่องปาก และฟันอาจจะไม่มีความสำคัญเมื่อเทียบกับปัญหาชีวิตด้านอื่น ๆ เว้นแต่จะส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การปวดฟัน และบุคลิกภาพ อาจสะท้อนว่าประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่มารับบริการที่ตนคิดว่าเป็นปัญหา^(๓)

จำนวนทันตแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำกับการจัดบริการให้เพียงพอทั่วถึง พบว่าการกระจายของทันตแพทย์ยังมีความแตกต่างสูงระหว่างพื้นที่ โดยใน พ.ศ. ๒๕๔๕ พบว่า ในกรุงเทพมหานคร มีอัตราส่วนทันตแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๑,๕๖๐ คน ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีทันตแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๒๒,๐๑๒ คน และค่าเฉลี่ยการกระจายทั่วประเทศคือ ทันตแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๔,๒๕๓ คน^(๔) ความ