

การแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยา

Separation of Prescribing and Dispensing

พัชราพรรณ กิจพันธ์

กองแผนงานและวิชาการ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ในหลายประเทศมีการแยกบทบาทหน้าที่ของแพทย์และเภสัชกรไว้อย่างชัดเจน คือ แพทย์ทำหน้าที่สั่งยา เภสัชกรทำหน้าที่จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย เกาหลีใต้ ไต้หวัน ญี่ปุ่น อินโดนีเซีย ในการแยกบทบาทหน้าที่เพื่อหวังว่าแพทย์จะมีการสั่งยาที่สมเหตุผล ลดผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการสั่งยาและจ่ายยาของแพทย์และเภสัชกร⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย แพทย์และเภสัชกรสามารถสั่งยาและจ่ายยาได้เองตามประเภทยาที่กฎหมายยา ระบุไว้⁽²⁾ ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการปฏิบัติหน้าที่ของทั้งสองวิชาชีพ การแยกบทบาทหน้าที่ของแพทย์และเภสัชกรไว้อย่างชัดเจนมีวัตถุประสงค์เพื่อแยกบทบาทการทำหน้าที่ให้สอดคล้องกับความรู้ความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ ออกจากกัน ในขณะเดียวกันก็เป็นการเสริมระบบการทบทวนการสั่งยาและการตรวจสอบการใช้ยาระหว่างแพทย์และเภสัชกร โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาของประชาชนเป็นหลักสำคัญ⁽³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายประเทศได้นำการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยาของแพทย์และเภสัชกรมาใช้ มีการวิจัยเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวไว้หลากหลายประเด็น ซึ่งพบว่าในแต่ละประเทศที่นำนโยบายนี้ไปใช้นั้น ประสบความสำเร็จและมีอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังจากนำนโยบายนี้มาปฏิบัติใช้ จึงทำให้สามารถสรุปข้อดีและข้อเสียได้ดังนี้ คือ

ข้อดีของการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยาของแพทย์และเภสัชกร

1. การใช้ยามีความเหมาะสมมากขึ้น

โดยเฉพาะกลุ่มยาปฏิชีวนะ จากการศึกษาของ Sylvia และคณะ ปี 2005⁽⁴⁾ พบว่า หลังจากทั่วประเทศเกาหลีใต้ออกกฎหมายในการสั่งห้ามแพทย์จ่ายยาและห้ามเภสัชกรสั่งยา ในปี 2000 การออกกฎหมายนี้มีแนวคิดที่ว่า ถ้าแพทย์มีหน้าที่สั่งยาเท่านั้น จะทำให้เกิดการใช้ยาที่สมเหตุผลมากขึ้น พบว่า หลังจากที่ออกกฎหมายนี้ ทำให้การสั่งยาปฏิชีวนะลดลงทั้งที่ถูกวินิจฉัยว่าติดเชื้อแบคทีเรียรวมทั้งการสั่งยาในกลุ่มระบบทางเดินอาหารก็ลดลงด้วย เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Bavestrello และคณะ ปี 2002⁽⁵⁾ พบว่า ในระหว่างปี 1996-2000 ยอดจำหน่ายยาปฏิชีวนะในประเทศชิลีลดลงอย่างชัดเจนหลังออกนโยบายให้การจ่ายยาปฏิชีวนะต้องมีใบสั่งแพทย์โดยเริ่มตั้งแต่ปี 1999 และในการศึกษาของ Wirtz และคณะ ปี 2013⁽⁶⁾ พบว่า ในประเทศโคลัมเบีย หลังประกาศใช้กฎหมายให้การจ่ายยาปฏิชีวนะต้องมีใบสั่งแพทย์ ในปี 2005 พบว่า มีปริมาณการบริโภคยาในกลุ่มปฏิชีวนะลดลง โดยพบว่าในประเทศชิลีและโคลัมเบีย ยาปฏิชีวนะที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดคือกลุ่ม Penicillins เพราะเป็นกลุ่มยาที่ผู้บริโภคใช้ด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (self-medication) และการศึกษาของ Birna และคณะ ปี 2002⁽⁷⁾ ในประเทศซิมบับเว พบว่า

แพทย์ที่ทำหน้าที่สั่งยาและจ่ายยา (Dispensing doctor) มีการจ่ายยาคนไข้มากกว่าแพทย์ที่ทำหน้าที่สั่งยาเพียงอย่างเดียว (Non-dispensing doctor) และแพทย์ที่ทำหน้าที่ทั้งสั่งยาและจ่ายยา มีการสั่งยาผิด, ยาปฏิชีวนะ, และยา mixture มากกว่าแพทย์ที่ทำหน้าที่สั่งยาเพียงอย่างเดียว และยังพบว่าใช้เวลาในการปรึกษาน้อยกว่าแพทย์ที่ทำหน้าที่สั่งยาอย่างเดียว ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ David และคณะ⁽⁸⁾ ที่ได้ทำการศึกษา systematic review เพื่อเปรียบเทียบแพทย์ที่ทำหน้าที่ทั้งสั่งยาและจ่ายยากับแพทย์ที่ทำหน้าที่สั่งยาเท่านั้น พบว่า แพทย์ที่ทำหน้าที่ทั้งสั่งยาและจ่ายยา มีการจ่ายยาคนไข้มากกว่าแพทย์ที่ไม่ได้จ่ายยา

2. ราคายามีความเหมาะสมมากขึ้น

จากการศึกษา Asrul และคณะ ปี 2012⁽⁹⁾ พบว่าการตั้งซึ่งราคายาของแพทย์มีการคิดราคายาที่แพงมากกว่าร้านยา และสอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศซิมบับเว พบว่าราคายาที่แพทย์ที่คลินิกคิดบริการมีราคาแพงมากกว่าที่ร้านยา⁽¹⁰⁾ และการศึกษาของ Mohamed และคณะ ปี 2015⁽¹¹⁾ พบว่าประชาชนในเมืองปีนัง ประเทศมาเลเซีย มีความคิดเห็นว่าการแยกการสั่งยาและจ่ายยาออกจากกันจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง

3. ร้านยามีการให้บริการภายใต้หลักวิธีปฏิบัติที่ดีในร้านยา Good Pharmacy Practice (GPP)

David และคณะ ปี 2009⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษา systematic review พบว่า การเก็บรักษายา การบริหารคลังยาที่ร้านยามีความเหมาะสมมากกว่าคลินิกที่แพทย์มีการจ่ายยาเอง เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยาให้แก่ประชาชน

4. ทำให้มีระบบตรวจสอบ การสั่งยาและการจ่ายยาของแพทย์และเภสัชกร

การทำงานของแพทย์และเภสัชกร ลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นจากการสั่งยาและการจ่ายยา^(12,13) การศึกษาของ Mohamed และคณะ ปี 2015⁽¹¹⁾ พบว่าประชาชนในเมืองปีนัง ประเทศมาเลเซีย มีความคิดเห็นว่า ถ้ามีการแยกการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกันจะเพิ่มความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วย

ข้อเสียของการแยกการสั่งยาออกจาก การจ่ายยาของแพทย์และเภสัชกร

1. เพิ่มความไม่สะดวกในการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ

จากการศึกษาของ Euichul และคณะ ปี 2012⁽¹⁵⁾ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศเกาหลีสนับสนุนนโยบายการแยกการสั่งยาออกจากจ่ายยา แต่ไม่พึงพอใจต่อนโยบายนี้ อาจมาจากเรื่องความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ และเพิ่มเวลาในการพบแพทย์และเภสัชกร⁽¹²⁻¹⁴⁾ เช่นเดียวกับ David และคณะ ปี 2009⁽⁸⁾ ได้ทำการศึกษา systematic review พบว่า การที่แพทย์สั่งยาและจ่ายยาเองนั้น เหตุผลหลัก คือ การเพิ่มความสะดวกของผู้มารับบริการ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของประชาชนในมาเลเซีย ที่มองว่าการแยกการสั่งยาออกจากจ่ายยา จะเพิ่มความไม่สะดวกในการรับบริการด้านสุขภาพของประชาชน⁽¹¹⁾

2. เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านยาในระบบสาธารณสุข

จากการศึกษาของ Lee และคณะ ปี 2002⁽¹⁵⁾ พบว่า จำนวนใบสั่งยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.9 ในโรคแผลในกระเพาะอาหาร (peptic-ulcer) หลังจากมีนโยบาย

แยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยา ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับโรคแผลในกระเพาะเพิ่มมากขึ้น เพราะแพทย์มีแนวโน้มสั่งยาที่มียี่ห้อ (brand name) มากขึ้น เนื่องจากแพทย์ไม่ได้รับกำไรจากการสั่งยาสามัญ แต่จำนวนการสั่งใช้ยาลดลง ร้อยละ 36.1 อาจเนื่องมาจากความไม่สะดวกในการบริหารยาที่ต้องไปรับยาจากร้านยาและกลับมาฉีดยาที่คลินิก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลค่าใช้จ่ายโดยรวมทางด้านสุขภาพของประเทศเกาหลี พบว่ามีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมมากขึ้นหลังจากมีนโยบายการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยา เนื่องจากแพทย์มีแนวโน้มสั่งยาที่มียี่ห้อ (brand name) มากขึ้นและมีการคิดค่าแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นเพื่อทดแทนรายได้จากการจ่ายยา^(12,13)

3. มีการนำเข้ายาจากต่างประเทศมากขึ้น

จากการศึกษาของ Lee และคณะ ปี 2002⁽¹⁵⁾ พบว่า ในประเทศเกาหลี แพทย์มีการสั่งยาที่มียี่ห้อ (brand name) มากขึ้นทำให้สัดส่วนทางการตลาดของยานำเข้าจากต่างประเทศมีมากขึ้นเมื่อเทียบกับยาสามัญที่ผลิตในประเทศ ทำให้โรงงานที่ผลิตยาในประเทศซบเซาลง^(1,12,13) ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อพิจารณาที่จะนำการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยามาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

การพิจารณาว่าจะนำนโยบายนี้มาใช้ในอนาคตของประเทศไทยนั้นหรือไม่ นอกจากจะพิจารณาเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์และเภสัชกรแล้ว อาจมีข้อที่ต้องคำนึงถึงหรือข้อพิจารณาอื่นๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ดังต่อไปนี้

1. กฎหมายยาไม่ได้มีการระบุหน้าที่ที่ชัดเจนในเรื่องของการแยกบทบาทของแพทย์และเภสัชกรในการทำหน้าที่ในการสั่งยาและจ่ายยาออกจากกัน⁽²⁾ และอาจต้องพิจารณาถึงพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมและวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับความรู้ ความสามารถและความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ

2. การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ภาครัฐควรมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย จัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและทรัพยากรด้านอื่นๆ ในการดูแลสุขภาพ ให้มีความคุ้มค่ากับผลลัพธ์ (Cost Effectiveness) กำหนดมาตรการ กฎหมาย จัดบริการสาธารณสุข และควบคุมกำกับประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นความเป็นธรรมในสังคม มุ่งเน้นลดช่องว่างด้านสุขภาพของประชาชน สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง^(1,12,13)

3. การเข้าถึงยาของผู้ป่วย มีงานวิจัยหลายงานที่แสดงให้เห็นถึงความไม่สะดวกในการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพหลังจากที่มีนโยบายแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยา^(12,13) เป็นปัจจัยที่ประชาชนให้ความสำคัญและคำนึงถึงเป็นลำดับต้นๆ การที่ประชาชนมีความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเข้ารับการรักษา⁽¹³⁾

4. การผลักดันขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อสร้างระบบการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายของแพทย์และเภสัชกร ในการแยกบทบาทนี้เพื่อหวังว่าแพทย์จะมีการสั่งยาที่สมเหตุผล ลดผลประโยชน์ที่จะได้รับการสั่งยาและจ่ายยาของแพทย์และเภสัชกร เพิ่มบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมในการดูแลการใช้ยา ของผู้ป่วยมากขึ้น

5. การพิจารณาถึงร้านยาลักษณะใดที่สามารถเข้าร่วมระบบการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยา ร้านยาถือว่าเป็นการบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชน การที่นำนโยบายการแยกการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกัน อาจจะเป็นแรงผลักดันที่ทำให้ผู้ประกอบการร้านยาหรือเภสัชกรชุมชนพัฒนาร้านยาเข้าสู่ร้านยาคุณภาพ เพื่อให้มีมาตรฐานและสามารถเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของร้านยาที่สามารถรับใบสั่งยาได้ เป็นการพัฒนาบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในระบบประกันสุขภาพและเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนไทย

บทสรุป

หลักการสำคัญของการแยกการสั่งยาออกจาก การจ่ายยาของวิชาชีพแพทย์และเภสัชกร มีวัตถุประสงค์ เพื่อแยกบทบาทหน้าที่ให้สอดคล้องกับความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการสร้างระบบทบทวน ตรวจสอบ การสั่งยาและการจ่ายยาของแพทย์และเภสัชกรให้รอบคอบและเหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยของประชาชนในการใช้ยา แต่จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นนั้น แสดงให้เห็นว่า นโยบายนี้มีทั้งข้อดีและข้อเสียที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่นำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ และถ้าในอนาคตประเทศไทยจะนำระบบการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยามาใช้นั้น อาจจะต้องมีข้อพิจารณาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการด้านสาธารณสุข การเข้าถึงยาของผู้ป่วย การผลักดันขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม และร้านยา ลักษณะใดที่สามารถเข้าร่วมนโยบายนี้ ซึ่งต้องนำข้อพิจารณาดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท

ของประเทศไทย และที่สำคัญต้องมองถึงประโยชน์และผลกระทบที่ประชาชนจะได้รับหลังจากการนำนโยบายนี้ มาใช้อย่างรอบคอบก่อนที่จะนำนโยบายนี้มาใช้ในประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Soonman K, Michael R. (2005). *The Changing process and politics of health policy in Korea.* Journal of Health Politics, Policy and Law, 1003-25.
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2510). *พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510* [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 15 มีนาคม 2559. จาก: http://slc.mnre.go.th/ewt_dl_link.php?nid=345
3. ปรุฬห์ รุจนธำรงค์. (2558). *กฎหมายเกี่ยวกับการแยกการสั่งยาและการจ่ายยาในประเทศไทย* [ออนไลน์]. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 22 กันยายน 2559. จาก <http://rparun.blogspot.com/2015/04/prescription-and-dispensing.html>
4. Park S, Soumerai BS, Alyce SA, Adams SA, Finkelstein AJ, Jang S, Degnan RD. (2005). *Antibiotic use following a Korean nation policy to prohibit medication dispensing by physicians.* Oxfordjournals, 302-09.
5. Bavestrello L, Cabello A, Casanova D. (2002). *Impact of regulatory measures in the trends of community consumption of antibiotics in Chile* [Abstract]. Rev Med Chi, 1265-72.

6. Wirtz VJ, Herrera-Patino JJ, Santa-Ana-Tellez Y, Dreser A, Elseviers M, Vander RH. (2013). *Analysing policy intervention to prohibit over-the-counter antibiotic sales in four Latin American countries*. Tropical Medicine and International Health, 665-73.
7. Trap B, Hansen HE, Hogerzeil VH. (2002). *Prescription habits of dispensing and non-dispensing doctors in Zimbabwe*. Health policy and planning, 288-95.
8. Lim D, Emery J, Lewis J, Sunderland BV. (2009). *A systematic review of the literature comparing the practices of dispensing and non-dispensing doctors*. Health Policy, 1-9.
9. Shafie AA, Hassali AM, Azhar S, See GO. (2012). *Separation of prescribing and dispensing in Malaysia: A summary of arguments*. Research in Social and Administrative Pharmacy, 258-62.
10. Gavaza P, Maponga CC, Mukosera KT. (2008). *Generic prescription medical price variation among community pharmacies, public hospital pharmacies and dispensing doctor in Zimbabwe* [Abstract, A365.
11. Hassali AM, Saleem F, Aljadhey H. (2015). *Public Perceptions towards Implementation of Dispensing Separation: Results from a Cross Sectional Analysis*. J Pharma Care Health Sys, 1-5.
12. Hak JK, Jennifer PR. (2008). *Pharmaceutical reform in South Korea and the lessons it provides*. Health Affairs, 260-9.
13. Han JK, Woojin C, Sang GL. (2004). *Lessons from Korea's pharmaceutical policy reform: the separation of medical institutions and pharmacies for outpatient care*. Health Policy, 267-75.
14. Eui KL, Daniel CM. (2003). *Comparison of peptic-ulcer drug Use and expenditures before and after the implementation of a government policy to separate prescribing and dispensing practices in South Korea*. Clinical therapeutic, 578-92.
15. Shin E, Lee C, Kim J, Kim JK. (2012). *Patient satisfaction versus political support: Korea's drugs-dispensing law revisited*. J Korean Med Assoc, 676-84

