

# Separation of Prescribing and Dispensing

บทเรียนการแยกอำนาจการสั่งยาและจ่ายยาในต่างประเทศและความเห็นของผู้เกี่ยวข้องในประเทศไทย

นสพ. ชลลดา เวชศาสตร์

นสพ.ธีระ สุริยวงศ์

นสพ.พริมรดา ทิยะจินดา

## บทนำ

ในหลายประเทศ หน้าที่การสั่งยาและการจ่ายยาถูกแยกออกจากกัน ด้วยเหตุผล 2 อย่างคือ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งในเรื่องของวิชาชีพแพทย์ที่ได้รับผลประโยชน์จากการสั่งยาและการขายยาเอง และเพื่อลดความผิดพลาดในการดำเนินการโดยให้เภสัชกรจ่ายยา แต่ในบางประเทศ แพทย์สามารถจ่ายยาได้ และเภสัชกรสามารถสั่งยาได้ ทำให้เกิดการเหลื่อมล้ำกันในหน้าที่ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่าง 2 วิชาชีพ ดังเช่นในประเทศไทย ได้มีการออกประเด็นร่างพ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ เนื่องจากพ.ร.บ.ยาพ.ศ.2510 ได้มีการบังคับใช้เป็นเวลานานแล้ว บทบัญญัติบางประการไม่สอดคล้องกับการพัฒนาด้านเทคโนโลยี และการขยายตัวทางการค้าและอุตสาหกรรมเกี่ยวกับยา ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงได้ศึกษาถึงบทเรียนจากต่างประเทศที่เคยใช้นโยบายนี้แล้ว โดยได้ทำการศึกษาแบบ Systematic review เพื่อศึกษาถึงผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ โดยใช้วิธีการศึกษาความคิดเห็นแบบ Qualitative analysis เพื่อให้เกิดการนำบทเรียนและปัญหาเป็นข้อมูลในการช่วยตัดสินใจและหาทางออกที่ควรจะเป็นของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

## Introduction

In several countries, the functions of prescribing and dispensing are kept separate for to main reasons : to void a conflict of interest and the part of practitioner, who could profit from both prescribing and selling medicine ; and to reduce errors through the review process undertaken by the pharmacist when dispensing. The increased interest in some countries for prescribers to dispensing drugs and pharmacist to prescribe drugs creates an overlap of functions that resulted in conflicts between the two professional, such as Thailand has draft a new act of pharmaceutical legislation due to the 2510 legislation which to put in forced for many years, some provisions of a law did not confirm with the developing of technology, trading and pharmaceutical industry. Therefore the researcher have been studied these lessons from abroad which have used this police before by researching according to systematic review in order to study a result include the problems from abroad another method the researcher have the study about opinions of individual s and

people in Thailand by using “Qualitative study” to bring information in order to made decision, to solve problem about a conflict in Thailand.

## หลักการและเหตุผล

ในช่วง 3-4 เดือนที่ผ่านมา ที่มีข่าวคราวความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพแพทย์และเภสัชกรอย่างชัดเจน ในประเด็นร่างพ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ข้อสรุปที่แน่นอน จึงกำลังเป็นที่สนใจของบุคคลหลายฝ่ายในขณะนี้ โดยมีประเด็นที่ถกเถียงกันอย่างมากคือ

❖ **มาตรา 4 :** ที่ในร่างซึ่งเป็นมาตราที่ให้ความหมายของ “ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา” ไว้ว่า ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบกรบำบัดโรคสัตว์ และต้องจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

และจากการนิยามคำว่า “ผลิต” ไว้ในมาตรา 4 ว่าหมายถึง การทำ ผสม ปรง หรือแปรสภาพ และหมายความรวมถึง การเปลี่ยนรูปยา แบ่งยาสำเร็จจากภษณะหรือหีบห่อเดิมไปบรรจุในภาชนะหรือหีบห่อใหม่เพื่อขาย ซึ่งโยงไปถึงในมาตราที่ 13 ที่ตราไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดประกอบกิจการผลิตยา ขายยา นำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร เว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต” การขออนุญาตและการออกใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง ทำให้มีผลกระทบต่อแพทย์ผิวหนัง แพทย์แผนไทยและกลุ่มแพทย์ที่เน้นการเสริมสวย ลดน้ำหนักที่มีสูตรลับเฉพาะผสมยาไว้จ่ายเอง และมีการคัดค้านมาตรานี้

❖ **มาตรา 7 :** ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “ คณะกรรมการยา “ ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้แทนกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ผู้แทนสำนักงาน คณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษาของรัฐทุกแห่งซึ่งเลือกกันเองให้เหลือ 3 คนเป็นกรรมการ โดยตำแหน่งกับกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนไม่เกิน 9 คน ซึ่ง รัฐมนตรีแต่งตั้งโดยเลือกจาก ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทยและสาขาการแพทย์แผนไทย ประยุกต์ไม่เกิน 2 คน และผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องับพระราชบัญญัตินี้ไม่เกิน 4 คนกับผู้แทน ผู้ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยา 2 คนและผู้แทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค 1 คนให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นกรรมการและเลขานุการและให้รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาตามที่ได้รับมอบหมาย 1 คน เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการการเลือกกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

ซึ่งในมาตรานี้มีการถกเถียงกันเรื่องสมาชิกของคณะกรรมการยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร ไม่สมดุลกับผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาทั้งในภาครัฐและเอกชน

❖ **มาตรา 14 วรรค 3** ที่ระบุไว้ว่า การขายยาที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้วหรือการขายยาที่แบ่งบรรจุตาม (2) ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ขายสำหรับคนไข้ของตน หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ขายสำหรับสัตว์ที่ตนบำบัดหรือป้องกันโรค ตามหลักเกณฑ์ของกฎกระทรวง “**เว้นแต่พื้นที่ที่มีสถานที่ขายยาเพียงพอต่อการให้บริการของประชาชนในพื้นที่นั้น**” และการกำหนดรายการยาซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเวชกรรมไทย ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ประกอบโรควิชาชีพการสัตวแพทย์ จะขายสำหรับคนไข้ของตนหรือสำหรับสัตว์ที่ตนบำบัดหรือป้องกันโรค ทั้งนี้ “**การกำหนดพื้นที่และรายการยาที่จะขายในพื้นที่ดังกล่าวให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดโดยพระกฤษฎีกา**”

สรุป คือ หากพื้นที่ใดที่มีร้านยามาตรฐานอย่างเพียงพอจะส่งผล ให้แพทย์ไม่สามารถจ่ายยาในคลินิกตนเองได้ (ยกเว้นว่ามีเภสัชกรประจำคลินิก) แพทย์ต้องเขียนใบสั่งยาให้ผู้ป่วยไปรับยาจากเภสัชกรที่ร้านขายยาแทน และยังถกเถียงกันในเรื่องรายละเอียดของพื้นที่ที่มีสถานที่ขายยาเพียงพอ

❖ **มาตรา ๓๒** ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตขายยา ผู้ดำเนินการ และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำการขายยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา โดยไม่มีใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบ การบำบัดโรคสัตว์

❖ **มาตรา ๓๓** ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตขายยา ผู้ดำเนินการ ทำการขายยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา หรือยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกรหรือยาที่ต้องจ่ายโดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประเภทเภสัชกรรมไทยในระหว่างที่มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่

❖ **มาตรา ๓๖** ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตผลิตยา ผู้รับอนุญาตผลิตยาแผนไทย และผู้ดำเนินการทำการผลิตยาในระหว่างที่มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่

❖ **มาตรา ๓๘** ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี และปรับไม่เกินห้าแสนบาท

❖ **มาตรา ๔๖** ผู้รับอนุญาตผู้ดำเนินการหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๒ มาตรา ๓๓ หรือมาตรา ๓๖ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ห้าพันบาทถึงหนึ่งหมื่นบาท

❖ **มาตรา ๔๘** ผู้รับอนุญาตขายยา ผู้ดำเนินการ หรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการผู้ใดฝ่าฝืน มาตรา ๓๕ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ห้าปีหรือปรับไม่เกินห้าแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มีการคัดค้านเกี่ยวกับบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนที่ไม่เท่าเทียมกัน คือมาตรา 78 เป็นบทลงโทษสำหรับแพทย์ที่มีการจำคุกด้วย ซึ่งรุนแรงเกินไป และมาตราที่ 86 เป็นบทลงโทษสำหรับเภสัชกรที่มีเพียงการปรับเท่านั้น

ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้จึงได้ศึกษาถึงบทเรียนจากต่างประเทศที่เคยใช้นโยบายนี้แล้วมีประกอบเป็นตัวอย่าง, รวบรวมถึงผลดี ผลกระทบต่อประชาชนและปัญหาของการนํานโยบายนี้มาใช้ของแต่ละประเทศเพื่อนํามาเป็นกรณีศึกษาในประเทศไทยต่อไป

## บททวนวรรณกรรม

- **Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea : separation of drug prescribing and dispensing**

### บทคัดย่อ

ก่อนหน้าที่จะมีการปฏิรูปเกี่ยวกับยาในเกาหลีใต้ที่มีการแยกกันของการจ่ายยาและการสั่งยา ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และเภสัชกรสามารถสั่งยาและจ่ายยาได้ ส่งผลให้เกิดการบริโภคยาที่มากเกินไปและมีการนำไปใช้ในทางที่ผิด การปฏิรูปเกี่ยวกับยาพยายามที่จะเปลี่ยนสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ให้บริการ เช่น แพทย์, เภสัชกร ที่กระตุ้นโดยการลดกำไรของกลุ่มผู้ให้บริการจากยาที่เป็นแหล่งของรายได้ขนาดใหญ่ มันส่งผลต่อโรงงานผลิตยาที่เติบโตบนการมอบกรอบที่กว้างให้แก่วิชาชีพแพทย์มากกว่าการผลิตยาที่มีคุณภาพสูง อย่างไรก็ตามวิชาชีพแพทย์ได้โจมตีรัฐบาลเพื่อที่จะให้ปรับปรุงองค์ประกอบของการปฏิรูปและเพิ่มค่าธรรมเนียมในการรักษาแทนที่การชดเชยสำหรับรายได้ที่เสียไปของวิชาชีพแพทย์ การขาดการวางแผนกลยุทธ์ของวิธีการทำให้เกิดความล้มเหลวในการเปลี่ยนของกระบวนการของนโยบายสุขภาพ และล้มเหลวในการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้บริโภคในเรื่องของผลประโยชน์ของการปฏิรูป อันเป็นเหตุผลหลักที่การปฏิรูปโดยการแยกการจ่ายยาและการสั่งยาส่งผลให้เกิดราคาทางสังคมที่มากเกินไปกว่าที่คาดหวังไว้

### บทนำ

ในเดือน 1 กรกฎาคม 2000 รัฐบาลเกาหลีใต้ได้ทำการปฏิรูปโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะเปลี่ยนรูปแบบที่ไม่มีประสิทธิภาพของการจัดหาและการบริโภคยา เพื่อที่จะลดการใช้ยาที่มากเกินไปและการใช้ยาในทางที่ผิดและจำกัดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา อย่างไรก็ตามการปฏิรูปได้ประสบกับการโจมตีที่รุนแรงของวิชาชีพแพทย์ เพราะการพยายามที่จะลดกำไรจากยาซึ่งเป็นต้นกำเนิดของรายได้ที่สำคัญ

### จุดมุ่งหมาย

เพื่อที่จะตรวจสอบคำอธิบายและกระบวนการของการปฏิรูปเกี่ยวกับยาในประเทศเกาหลีใต้ และหรือประเมินผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

### วิธีวิจัย

เป็นการทบทวนเอกสาร , Paper เกี่ยวกับนโยบาย การศึกษานี้อาศัยโครงร่างของการวิเคราะห์นโยบายทางสุขภาพที่แนะนำโดย Walt (1994) การศึกษานี้ได้ปราศรัยถึงสิ่งตีพิมพ์ทางเศรษฐกิจสุขภาพของเกาหลีใต้

## ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นของการปฏิรูปเกี่ยวกับยา

### ● ยาและค่าใช้จ่ายในการรักษา

การแยกการจ่ายยาและการสั่งยาออกจากกันจะช่วยลดการสั่งยาที่มากเกินไปของแพทย์หรือการเอากำไรมากเกินไป อย่างไรก็ตามการปฏิรูปไม่สามารถทำให้แพทย์สั่งแต่ยาที่มีคุณภาพสมราคาได้ หลังจากที่มีการแยกแล้วแพทย์ได้สั่งยาที่มีชื่อทางการค้ามากขึ้นหรือยาที่มีราคาแพง แม้ว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วที่ซึ่งแยกการจ่ายยาและการสั่งยาออกจากกันแล้ว แต่วิชาชีพแพทย์ยังคงมีบทบาทที่สำคัญมากในการเลือกยาและดังนั้นแล้วจึงมีผลกระทบต่อราคายา ดังนั้นการแยกการจ่ายยาและการสั่งยาออกจากกันก็ไม่สามารถจะจำกัดราคายาได้

การแยกการจ่ายยาและการสั่งยาออกจากกันจะลดรายได้สุทธิของกลุ่มวิชาชีพที่ให้บริการ เช่น แพทย์, เภสัชกร และกลุ่มคนเหล่านั้นก็ได้พยายามที่จะคงรายได้ไว้ ทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพแพทย์และเภสัชกรทำให้เกิดการลดกำไรทางสังคมของการปฏิรูปนี้ และราคายาก็จะไม่ลดลง ทางรัฐบาลก็ได้พยายามควบคุมและขัดขวางความร่วมมือกันของ 2 วิชาชีพนี้

### ● โรงงานผลิตยา

การปฏิรูปเกี่ยวกับยานำไปสู่การเติบโตขึ้นใหม่ของโรงงานผลิตยา โดยจะเป็นบริษัทยาที่สนับสนุนการวิจัยและมีขนาดใหญ่เนื่องมาจากกลไกการตลาด จากการตัดสินใจของแพทย์ที่จะเลือกยาจะขึ้นอยู่กับโรงงานยา มากกว่าคุณภาพของยา เพราะว่าการสั่งยาของแพทย์จะไม่มีผลกระทบด้านเศรษฐกิจมาเกี่ยวข้องเหมือนเมื่อก่อน โรงงานยารขนาดเล็กที่ผลิตยาคุณภาพต่ำที่ปราศจากการวิจัยและการพัฒนาก็จะออกจากตลาดไป โรงงานผลิตยาต่างชาติก็จะเข้ามามีส่วนร่วมในวงการตลาดมากขึ้น

### ● วงการแพทย์แผนเก่า

ตั้งแต่การแพทย์แผนโบราณอยู่ภายใต้การควบคุมของนโยบายที่ให้แยกการจ่ายยาและการสั่งยา บทบาทของเภสัชกรในปี 1993 ซึ่งอนุญาตให้เภสัชกรสั่งยาและจ่ายยาแผนโบราณได้ ทำให้มีการกระตุ้นความขัดแย้งขึ้นระหว่างแพทย์แผนเก่าและเภสัชกร

## Lessons and challenges of the pharmaceutical reform

### ❖ Radical reform and implementation failure

- pharmaceutical reform เผชิญกับปัญหาของกลุ่มที่ตลาดที่ได้ผลประโยชน์ และการกระทำที่ได้สะสมไว้ โดยปราศจากความระมัดระวังของรัฐบาลเกี่ยวกับแผนการทำให้ผู้ให้บริการ (แพทย์, เภสัชกร) สามารถทำให้ความพยายามของรัฐบาลที่จะปฏิรูปล้มเหลวได้โดยง่าย
- การปฏิรูปที่มีรากฐานแน่นอนและครอบคลุมในด้านหน่วยงานเกี่ยวกับสุขภาพทั้งหมด , ยาที่ต้องมีใบสั่งยาทั้งหมด , ผู้ป่วยทุกคน , เขตการปกครองทั้งหมด , และโดยปราศจากช่วงเวลาให้ทดสอบ โดยขอบเขตในราวๆ นี้ การปฏิรูปมีความคาดหวังมากเกินไปที่จะดำเนินการอย่างราบรื่น

- การ approach ควรจะเริ่มดำเนินการขั้นแรกโดยการปฏิรูปเกี่ยวกับ antibiotics ที่มีปัญหามากที่สุดของการใช้ยามากเกินไป และค่อยๆ ขยายไปสู่ยาชนิดอื่นต่อไป
- ทางเลือกอื่นๆที่คุ้มค่าเมื่อพิจารณาทุกอย่างแล้วควรจะจัดหาแรงกระตุ้นทางเศรษฐกิจมากกว่าการ separation เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้เลือก local pharmacy (แทนที่จะเลือก hospital หรือ clinic-based pharmacy)

#### ❖ pharmaceutical policy infrastructure

- รัฐบาลดำเนินนโยบายเกี่ยวกับยาที่ไม่มีการควบคุมราคา โดยได้คาดหวังไว้ว่าการที่ไม่มีขอบเขตของราคาสามารถกำจัดการส่งเสริมให้แพทย์จ่ายยาเอง

#### ❖ Burden on consumers

- SPD ทำให้ผู้บริโภคต้องจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการสั่งยาของแพทย์และสำหรับการจ่ายยาเอง เกสัชกร
- ยิ่งเลวร้ายกว่านั้นการ โจมตีของแพทย์ผลักดันให้รัฐบาลเพิ่มค่าธรรมเนียมสำหรับแพทย์ > 44% (Mohu, 200/2001)
- รัฐบาลได้เพิ่มค่าธรรมเนียมแก่เภสัชกรด้วยเพื่อที่จะป้องกันการ โจมตีจากคนเหล่านั้น
- ผู้บริโภคต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงจากทั้งความไม่สะดวกสบายและภาระทางการเงิน

## บทสรุป

- แม้ว่า pharmaceutical reform จะประสบความสำเร็จในการทำให้ โഴ้ระหว่างแรงกระตุ้นทางการเงินและนิสัยการสั่งยาของแพทย์แตกหักลง แต่แพทย์ก็ยังคงสั่งยาที่มีราคาแพงและยา brand name
- อย่างไรก็ตามมีบทเรียนมากมายจาก pharmaceutical reform และการ โจมตีของแพทย์ในเกาหลีใต้ การขาดการวางแผนในการดำเนินงาน , ความล้มเหลวของตัวอย่างในการดำเนินนโยบายของระบบในการดูแลสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จที่ขาดการทำงานที่นานเพียงพอ , ขาดโครงสร้างภายในที่ช่วยสนับสนุนและความล้มเหลวในการสร้างความเชื่อมั่นของผู้บริโภค เกี่ยวกับผลประโยชน์ของการปฏิรูปที่ประสบกับการต่อต้านจากแพทย์อย่างยืดเยื้อและผลที่ทำให้ social cost เพิ่มขึ้นมากกว่าที่คาดหวังไว้
- อย่างไรก็ตามรัฐบาลเกาหลีใต้ยินยอมให้แพทย์ที่ต่อต้านมาเปลี่ยนแปลงข้อเสนอของนโยบายและเพิ่มค่าธรรมเนียมของแพทย์, นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของภาระทางสังคมของผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญ

Reference : Soonman Kwon

Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University, 28

Yonkon-dong, Chongno-gu, Seoul 110-799, Republic of Korea

● **Cotrimoxazole prescribing by dispensing and non-dispensing doctors: do they differ in rationality?**

**Abstract :**

**Background :** หมอที่จ่ายยา(Dispensing doctors:DDs) พบว่ามีการจ่ายยาทั้งยาชนิด และยา antibiotics จำนวนมากกว่าหมอที่ไม่ได้จ่ายยา (Non-dispensing doctors :NDDs)

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อที่จะระบุและประเมินความแตกต่างของเหตุผลในการจ่ายยา Cotrimoxazole โดยหมอที่จ่ายยาและหมอที่ไม่จ่ายยา โดยประเมินจากการเลือกยาและ dose โดยพิจารณาถึงการวินิจฉัยและอาการของผู้ป่วยด้วย

**วิธีการวิจัย :** “Cohort study” จากหมอที่จ่ายยา 28 คนและ หมอที่ไม่จ่ายยา 25 คน ใน Zimbabwe โดยศึกษาแบบ retrospective จากประวัติผู้ป่วย 688 คน โดยใช้การบันทึกข้อมูลแบบ ‘ Correctness-score list’ มาใช้ในการประเมิน เหตุผลที่เลือกยา Cotrimoxazole เป็น indicator ในการวัดการใช้ antibiotics เพราะว่าเป็นยาจำเป็นที่ใช้บ่อยและถูกแนะนำให้เป็น first line treatment สำหรับ most common infection ใน Zimbabwe

**ผลที่ได้รับ :** 2 กลุ่มที่สั่งยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของเหตุผลในการเลือกยา โดยเปรียบเทียบหมอที่จ่ายยากับหมอที่ไม่จ่ายยาพบว่าใช้ dose ที่ไม่ให้ผลในการรักษาบ่อยกว่าหมอที่ไม่จ่ายยา (26.4% ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เปรียบเทียบกับ 11.7 % ; P=0.035) และให้ dose ที่ถูกต้องน้อยกว่าหมอที่ไม่จ่ายยา (58.0% เปรียบเทียบกับ 72.6%; P= 0.047) พบว่าการให้ dose ที่ต่ำกว่า dose ที่ให้ผลในการรักษามีอิทธิพลมาจากชนิดของ practice (P=0.025) และ จำนวนผู้ป่วย (P=0.02) อย่างมีนัยสำคัญ

**บทสรุป :** การสั่งยา Cotrimoxazole ทั้งจากหมอที่จ่ายยาและที่ไม่ได้จ่ายยามีความไม่สมเหตุสมผลอยู่มากมาย การสั่งยา Cotrimoxazole ที่บ่อยเกินไป และ หมอที่จ่ายยายังใช้ dose ที่ต่ำกว่าการรักษามากเกินไปโดยการสั่งยาแบบนี้ทั้ง 2 กลุ่ม โดยเฉพาะหมอที่จ่ายยานำไปสู่การเพิ่มขึ้นของอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งราคาและความเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยา

*Reference : Birna Trap and Ebba H Hausen*

● **Dispensing doctors and prescribing pharmacists : A South African perspective**

**Abstract**

:วรรณกรรมนี้เจาะลึกและวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์และความขัดแย้งระหว่างเภสัชกรและหมอที่จ่ายยาใน South Africa เพื่อที่จะช่วยให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความยุ่งยากสร้างปัญหา

**วิธีวิจัย :** Qualitative And Quantitative methods โดยเป็นลักษณะของ document research และ content analysis จากเอกสารของทางราชการและ หนังสือพิมพ์ รวมทั้งจากการสัมภาษณ์โดยการสุ่มตัวอย่างจากหมอที่จ่ายยาได้ 45 คน ใน Johannesburg และ จาก เภสัชกร (Community pharmacists ) 53 คน

### บทสรุป :

- วิชาชีพแพทย์ใน South Africa แสดงถึงความสามารถที่จะควบคุมความพยายามที่จะสั่งยาของเภสัชกรและการจ่ายยาต่อไป เป็นการยืนยันถึง power และการมีอำนาจเหนือวิชาชีพอื่น
- ตาม Birenbaum “ มีโครงสร้างของความคิดหวัง ประกอบด้วยการเห็นด้วยของสังคมที่วิชาชีพแพทย์เป็น expert ในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม ที่สัมพันธ์กับสุขภาพและ การพัฒนาของ socio-environmental model ของสุขภาพและโรค (Gilbert et al.,1986) ทำให้ความเชื่อนี้ลดน้อยลง  
ปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้เภสัชกร ประสบความสำเร็จในผลที่ได้รับ สรุปได้ดังนี้
- การเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นสถาบันที่ช่วยผลักดันให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและความโน้มเอียง
- การดูแลสุขภาพที่สร้างขึ้นใหม่มี bias ไปทางเภสัชกร ที่มีจุดมุ่งหมายที่จะจัดการ การมีอำนาจของแพทย์และนำการดูแลสุขภาพสู่ประชาชน
- สถานการณ์ที่มีการขาดแคลนของการบริการทางสุขภาพในอดีต ,จำนวนของแพทย์ที่สามารถจ่ายยาเป็นจำนวนมาก เป็นเหตุการณ์ที่เกินจะคาดหวังไว้ เหล่านี้เป็นการใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงส่วนคัวของบริษัทยาที่สนับสนุนให้การพัฒนาในบริเวณที่การบริการไม่ได้ต้องการอย่างแท้จริง โดยการได้มาด้านการเงินอย่างสะดวกสบายสำหรับหมอ เหล่านี้เป็นปัจจัยในความขัดแย้งของแพทย์และเภสัชกร
- ประโยชน์การการแยกระหว่างการจ่ายยาและการสั่งยาใน South Africa มีน้อย
- “ การเพิ่มความยืดหยุ่นของการจัดการดูแลและเพื่อปรับปรุงคุณภาพของ primary care การคือยาต้องเปลี่ยนแปลงไปเป็นกระบวนการของการดูแลเกี่ยวกับยาโดยทีมจากหลายสาขาวิชา”

Reference : Leah Gilbert

Department of Sociology, University of Witwatersrand, Johannesburg, Private Bag 3, Wits 2050, South Africa

- **Comparison of Peptic-Ulcer Use and Expenditures Before and After the Implementation of a Government Policy to separate Prescribing and Dispensing Practices in South Korea**

## บทคัดย่อ

จุดประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ก็เพื่อที่จะประเมินผลของ SPD ในเรื่องของ market share และ ค่าใช้จ่ายสำหรับยา brand name และ generic drug โดยเปรียบเทียบปริมาณการใช้และค่าใช้จ่ายสำหรับยา Peptic Ulcer ทั้งก่อนและหลังการใช้นโยบาย SPD

**วิธีการ:** ข้อมูลของค่าใช้จ่ายและปริมาณการใช้ยาในเดือน มกราคม และธันวาคม 2000(ในหน่วยของ Defined daily dose: DDD) ของยา Peptic Ulcer เป็นข้อมูลจากฐานข้อมูลของ Korean National Health Insurance (KNHI) ซึ่งได้มาจากวิธีการสุ่มความน่าจะเป็น 3 ขั้นตอน (3-stage probability sample) จากคลินิกในเกาหลีใต้

การที่เลือกศึกษา peptic ulcer drug นั้นมีหลายสาเหตุ , สาเหตุแรกคือ peptic ulcer drug นั้นยาที่ทำได้ง่ายเป็นยา generic drug ทำให้มีความแตกต่างในเรื่องของราคาขายระหว่าง generic drug และ ยา branded name และยังมีการคาดหวังว่า SPD จะมีผลกระทบต่อปริมาณการขาย และ ส่วนแบ่งการตลาดทั้งประเภทมีฮี และ ไม่มีฮี สาเหตุที่สองคือ peptic ulcer drug ทุกชนิด คือ cimetidine, ranitidine, famotidine, และ omeprazole ถูกจัดให้อยู่ในยาประเภทที่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ สาเหตุที่สาม คือ ถ้ายกเว้น Omeprazole แล้ว peptic ulcer drug ทุกตัวจัดให้อยู่ในกลุ่มยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา( OTC drug) ก่อนการใช้ SPD และยาที่ใช้กันมากเป็นยา branded name สุดท้ายแล้ว peptic ulcer drug ทั้งหมดถูกควบคุมโดย KNHI ทั้งก่อนและหลังการใช้ SPD ทำให้มีความสะดวกในการประเมินผลกระทบของ SPD โดยลดตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้

## บทนำ

จากข้อมูลของ Korean National Health Insurance (KNHI) พบว่ามีถึง 85.5% ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาน้อย 1 ชนิดในขณะที่ในสหรัฐอเมริกามีเพียง 65.1%เท่านั้น โดยเฉลี่ยแล้วแพทย์จะสั่งยา 4.2 ชนิดให้กับผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ใช้ เพียง 1 หรือ 2 ชนิด และมีถึง 10% ของผู้ป่วยในเกาหลีใต้ที่ได้รับยาถึง 8 ชนิดขึ้นไป ที่เข่ากว่านั้นคืออัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะของประชากรในประเทศเกาหลี คนไข้จะได้รับยาปฏิชีวนะจากแพทย์ในอัตราถึง 60% โดยที่อัตราการบริโภคยาปฏิชีวนะของเกาหลีอยู่ที่ 33.2 DDDs/1000 คน ในขณะที่ประเทศในกลุ่ม OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) มีอัตราการบริโภคยาปฏิชีวนะที่ประมาณ 20 DDDs/1000 คน โดยรวมแล้ว 30% ของค่ารักษาพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้ก่อนการประกาศใช้ SPD เป็นค่ารักษาโรค ในขณะที่ประเทศในกลุ่ม OECD คิดเป็น 10-15% เท่านั้น

ระบบประกันสุขภาพของเกาหลีใต้ (KNHI) จะครอบคลุมประชากรทั้งประเทศโดยที่ผู้ป่วยจะต้องจ่าย 30% ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด KNHI จะยอมชำระเงินค่ายาให้ในกรณีที่มิใช่ใบสั่งแพทย์จำนวนหนึ่งเท่านั้น แต่ถ้าเป็นยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ KNHI จะไม่จ่ายให้เลย

## ผลที่ได้รับ

พบว่าจำนวนของ PU drug ที่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์เพิ่มถึง 13.9% ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 98.4% และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 73.9% ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในอัตราที่มากกว่าจำนวนครั้งในการสั่งยา

ถ้าแสดงในหน่วยของ DDDs แล้ว ปริมาณการใช้ต่อเดือนของยา peptic ulcer นี้จะเพิ่มขึ้น 32.9% โดย Omeprazole มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (125%) ในเดือนมกราคม แต่หลังจากนั้นในเดือนธันวาคม ค่าใช้จ่าย ปริมาณการใช้ยา branded ranitidine ในหน่วย DDDs เพิ่มขึ้น 699.9% ขณะที่ generic ranitidine เพิ่มขึ้นเพียง 40% เท่านั้น แสดงให้เห็นว่าปริมาณการใช้ยา **branded name** เพิ่มขึ้นหลังจากใช้ SPD แล้ว

มีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนยาที่ใช้ เหตุผลแรกคือก่อนใช้ SPD ผู้บริโภคสามารถซื้อยาด้วยเงินของตนเองโดยไม่ต้องมีใบสั่งยา หลังใช้ SPD ผู้บริโภคต้องมีใบสั่งยา??????????//

จากข้อมูลของ IMS MIDAS ของเกาหลีใต้(1997-1999) พบว่า 42.6% ของค่าใช้จ่ายของยา PU drug มีข้อที่ต้องคำนึงถึงคือผลของราคาขายเองหรือการปรึกษากับเภสัชกร

การใช้ยา PU drug โดยไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์ทำให้มีการ delay Dx. ของ มะเร็งกระเพาะอาหาร การศึกษานี้พบว่าการใช้ PU drug ชนิดคิดได้ลดลงเป็น 36.1% แต่อัตราการใช้จ่ายคิดที่สูงยังเป็นปัญหาในระยะยาวของเกาหลีใต้ อาจเพราะเศรษฐกิจและเหตุผลทางวัฒนธรรม ทำให้แพทย์มักใช้ยาชนิดต่างๆที่ยากินก็ใช้ได้

ยาชนิดมีราคาแพงกว่ายากินทำให้แพทย์มีผลกำไรมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับยาชนิดมากกว่ายากิน หลังจากใช้ SPD ผู้ป่วยที่รับยาชนิดต้องไปรับยาที่เภสัชกรแล้วต้องกลับมาที่คลินิกเพื่อฉีดยา ซึ่งเป็นเหตุผลว่าทำไมการใช้ยาชนิดถึงลดลง

ปริมาณการใช้ PU drug พบว่าเพิ่มขึ้นหลังใช้ SPD มีความหมายว่าปริมาณการใช้ยาต่อครั้งได้เพิ่มขึ้นด้วยเนื่องมาจาก duration ของการใช้ยาได้เพิ่มขึ้นจาก 5.26 วัน/ครั้ง ไปเป็น 6.02 วัน ผู้ศึกษาแนะนำว่า duration ที่เพิ่มขึ้นเพราะว่า ผู้ป่วยเรียกร้องให้มีช่วงห่างนานขึ้นในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง

## สรุป

SPD ได้ถูกนำมาใช้ในเกาหลีใต้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้ยาอย่างมีเหตุผล ปริมาณการใช้ยาและค่าใช้จ่ายคาดว่าจะลดลง แต่อย่างไรก็ตามได้พบว่า การเคลมและค่าใช้จ่ายสำหรับยา peptic ulcer ได้เพิ่มขึ้น การใช้นโยบาย SPD พบว่าไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ มีการคาดว่าปริมาณการเคลมและค่ารักษาพยาบาลจะต้องลดลงเนื่องจากการจ่ายยาจะต้องได้รับใบสั่งยาจากแพทย์เท่านั้น และแพทย์เองก็ไม่สามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้โดยตรง อีกทั้งคาดว่าเภสัชกรจะต้องเป็นผู้ตรวจเช็คใบสั่งยาอีกครั้งเพื่อป้องกันการจ่ายยาเกินความจำเป็น

ผลจากการศึกษาในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการซื้อยาเพิ่มขึ้น เหตุผลหลักเนื่องมาจากมีการจ่ายยาที่มียี่ห้อราคาแพง แทนที่จะจ่ายยาสามัญทั่วไปที่มีราคาถูกกว่า

Reference : \* Eui Kyung Lee, PhD, and Daniel c. Malone , PhD .

Division of health Research, Korea Institute for Health and Social Affairs, Seoul, South Korea, and The University of Arizona, College of pharmacy, Tucson, Arizona

## ● Prescribing costs in dispensing practices in Lincolnshire

การศึกษาใน paper นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความแตกต่างของการสั่งยาระหว่าง dispensing practices กับ non-dispensing practices โดยวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งยาที่ได้จาก PD2 report PACT data และการ Practices จาก Lincolnshire Family Health Services Authority โดยผลลัพธ์หลักที่ต้องการวัดคือราคาการสั่งยาต่อผู้ป่วย 1 คน , item ต่อผู้ป่วย 1 คนและราคาต่อ item เปรียบเทียบระหว่าง dispensing practices กับ non-dispensing practices

ผลที่ได้คือ

- Dispensing practices สามารถลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา (Prescribing expenditure) ได้โดยการเพิ่มการสั่งยา generic drugs
- Dispensing practices มีราคาการสั่งยาต่อผู้ป่วย 1 คนสูงกว่า non-dispensing practices เป็น £ 54.78 เทียบกับ £ 48.47 ( $t = -3.2$  ,  $p = 0.002$ )
- dispensing patient ได้รับยาที่มากกว่าและถูกกว่า ในขณะที่ non-dispensing patient ได้รับยาน้อยกว่าแต่ราคาแพงกว่า
- นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเกี่ยวกับ practice characteristics ของ dispensing practices กับ non-dispensing practices โดยมี rurality\*, pharmacy location, Jarman score\*, appointment system, fraction of patient over 65 และ percentage of generic drugs prescribed ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วน number of partners และ list size per GP แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่ factor ที่สามารถอธิบายความแตกต่างในด้านของ prescribing cost ได้อย่างมีนัยสำคัญมีเพียง The percentage of generic drugs prescribed , the proportion of patient over 65 และ the number of partners เท่านั้น โดยปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความแตกต่างคือ The percentage of generic drugs prescribed

\*Rurality หมายถึง Geographical distribution ที่ไม่สมดุล มีเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพน้อย โดย dispensing practices ได้เฉพาะคนไข้ที่อยู่ห่างไกลจากร้านขายยาเกิน 1 mile เท่านั้น

\* Jarman score เป็น score ที่ใช้ประเมินในพื้นที่ที่มีโอกาสต่ำทางสังคม โดยดูจากที่พักอาศัยและค่าเฉลี่ยของการลงทะเบียนกับ practice

References : Tony J Morton-Jones , Mike A L Pringle

- **Prescription habits of dispensing and non-dispensing doctors in Zimbabwe**

การศึกษาในวรรณกรรมนี้เป็นการศึกษาโดยวิธี Observational cohort study เพื่อที่จะทราบถึงความแตกต่างของ Prescription habits ของ Dispensing และ Non-dispensing doctor โดยศึกษาจากการเปรียบเทียบ Dispensing doctor 29 คนและ Non-dispensing doctor 28 คน ซึ่งนำหลักเกณฑ์ที่เป็นสากลจาก WHO มาเป็นเกณฑ์มาตรฐาน

ผลที่ได้คือ

- Dispensing doctor มีการจ่ายยาต่อคนไข้ 1 คนมากกว่า Non-dispensing doctor คิดเป็น จำนวนเฉลี่ยต่อใบสั่งยาเป็น 2.3 เทียบกับ 1.7 ที่  $p = 0.0001$
- Dispensing doctor สั่งใช้ยาฉีดคิดเป็นจำนวนเฉลี่ยต่อใบสั่งยาเป็น 0.3 เทียบกับ Non-dispensing doctor ซึ่งสั่งใช้ยาฉีด 0.1 ที่  $p = 0.0002$
- Dispensing doctor สั่งยา Antibiotics คิดเป็นจำนวนเฉลี่ยต่อใบสั่งยาเป็น 0.72 เทียบกับ Non-dispensing doctor ซึ่งสั่ง Antibiotics คิดเป็น 0.54 ที่  $p = 0.006$
- Dispensing doctor สั่งใช้ mixture คิดเป็นจำนวนเฉลี่ยต่อใบสั่งยาเป็น 0.43 เทียบกับ Non-dispensing doctor ซึ่งสั่งใช้ mixture คิดเป็น 0.25 ที่  $p = 0.005$
- Dispensing doctor มี consultation time ที่สั้นกว่า Non-dispensing doctor คิดเป็น 8.7 และ 13.0 ตามลำดับ ที่  $p = 0.005$
- ส่วนความแตกต่างของการสั่งยา Generic name ,Brand name และ essential drugs ระหว่าง Dispensing และ Non-dispensing doctor มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

References: BIRNA TRAP\*,es: BIRNA TRAP\*,HANS V HOGERZEIL\*\*

\* *Department of Social Pharmacy , Royal Danish School of Pharmacy ,Copenhagen ,Denmark and \*\*  
Department of Essentials Drugs and Medicines Policy , World Health Organization ,Geneva  
,Switzerland*

- **Impact of separation drug prescribing and dispensing on provider behavior :**

**Taiwan's experience**

การศึกษาในวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยา ( Drug expenditure) และ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวม ( Total health expenditure)เมื่อมีการใช้นโยบายแยกการสั่งยา ออกจากการจ่ายยา โดยทำการศึกษาแบบ pre/post comparison หรือ difference in difference ซึ่งเปรียบเทียบ

ความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการสั่งยาก่อนและหลังใช้นโยบายในเมืองที่มีการดำเนินนโยบายนี้และเทียบกับเมืองที่ยังไม่ดำเนินนโยบาย

การศึกษาแบ่งเป็น 3 hypothesis คือ

**Hypothesis 1 :** Separation policy จะทำให้ Physician ลดการสั่งยาและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องยา

**Hypothesis 2 :** Separation policy จะไม่มีผลกระทบต่อรูปแบบการสั่งยาของคลินิกที่มีเภสัชกรประจำ

**Hypothesis 3 :** Separation policy จะไม่มีผลกระทบต่อรายจ่ายทางสุขภาพโดยรวม ( Total health expenditure) เนื่องจาก Physician เพิ่มผลกำไรจากส่วนอื่นที่ไม่ใช่กำไรที่ได้มาจากยาทดแทนกำไรจากยาที่สูงเกินไป

ผลที่ได้คือ

**Hypothesis 1 :**

- การใช้นโยบายนี้มีผลกระทบต่อการใช้ยา (Drug use) เล็กน้อย ยายังคงถูกสั่งมากกว่า 90% ของผู้ป่วย และพบว่าใบสั่งยา ยังคงถูกจ่ายยาโดยแพทย์มากกว่า ในที่ที่ไม่มีเภสัชกรประจำร้าน

**Hypothesis 2 :**

- การใช้นโยบายนี้ทำให้มีคลินิกที่มีเภสัชกรประจำร้านมากขึ้น ซึ่งก่อนหน้านี้จะมีการนำนโยบายมาใช้ เกือบทุกคลินิกแพทย์จะเป็นผู้จ่ายยาเอง หลังจากใช้นโยบาย มีคลินิกที่มีเภสัชกรประจำร้านเกือบ 60 %
- ความน่าจะเป็นในการสั่งยาเองของคลินิกที่ไม่มีเภสัชกรประจำร้านลดลงเป็น 17-34 % หลังจากใช้นโยบาย เมื่อเปรียบเทียบกับ control site
- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาในคลินิกที่ไม่มีเภสัชกรประจำร้านในเมืองที่ใช้นโยบายน้อยลงเป็น US\$ 0.38 (12%) และ US\$1.21 (36%) เมื่อเทียบกับ control site

**Hypothesis 3 :**

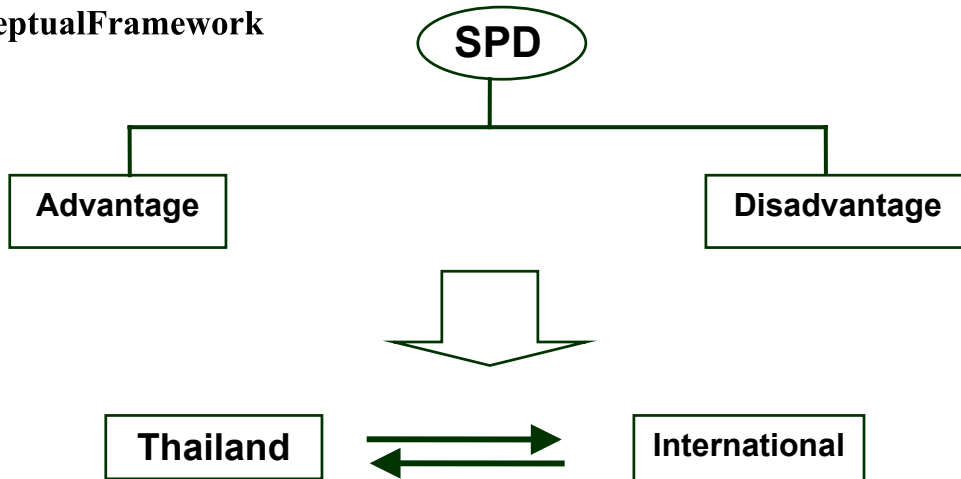
- ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวม ( Total health expenditure) มี 4 องค์ประกอบ คือ ค่าชดเชยสำหรับการจ่ายยา, ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและกระบวนการวินิจฉัย, ค่าบริการการจ่ายยา และค่าบริการการให้คำปรึกษา ซึ่งพบว่าสาเหตุที่ Drug expenditure ลดลงแต่ Total health expenditure ไม่ลดลงนั้นเกิดจากการเพิ่มค่าบริการการจ่ายยาและค่าบริการการให้คำปรึกษาทดแทนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องยาที่ลดลง
- ไม่มีหลักฐานใดที่ยืนยันว่าแพทย์มีการเพิ่มค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและกระบวนการวินิจฉัยเพื่อทดแทนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องยาที่ลดลง

References : YJ CHOU\*, WINNIE C YIP\*\*, CHENG HUA LEE\*, NICOLE HUANG\*, YING PEI SUN\* and HONG-JEN CHANG\*\*\*

\*National Yang Ming University, Taipei, Taiwan, \*\*Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA  
and \*\*\*Bureau of National Health Insurance, Taipei, Taiwan

- **คำถามงานวิจัยหลัก** : ผลที่เกิดขึ้นจากการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยาในต่างประเทศเป็นอย่างไร?
- **คำถามงานวิจัยรอง**
  - I. ความคิดเห็นของบุคคลหลายๆกลุ่มในประเทศไทย ต่อร่างพร.บ.ยาฉบับใหม่เป็นอย่างไร?
  - II. ประเทศไทยมีความตื่นตัวต่อร่างพ.ร.บ.ยาฉบับใหม่มากเกินไปหรือไม่?
  - III. การตีความร่างพ.ร.บ.ยาตามหลักกฎหมายที่ถูกต้องเป็นอย่างไร?

### Conceptual Framework



### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อให้เกิดการนำบทเรียนและปัญหาเป็นข้อมูลช่วยในการตัดสินใจและหาทางออกที่ควรจะเป็นของความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

### วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาถึงผลที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นและ ผลกระทบต่อประชาชนหลังจากที่นำนโยบายนี้มาใช้
- เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็นของประชากรกลุ่มต่างๆในประเทศไทยต่อการนำร่างพระราชบัญญัตินี้มาใช้จากสื่อต่างๆ

## Operation Definition

- ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา : ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ และต้องจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
- ยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร : ยาที่ต้องจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
- พรบ.ยา : เป็นกฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตผลิตยา ขายยา นำหรือสั่งยาเข้าในราชอาณาจักร การขึ้นทะเบียนตำรับยา การควบคุมการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ยาของประเทศไทยได้ใช้บังคับเป็นกฎหมายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510

## Study design

- **Systematic review** : เนื่องจากประเทศไทยยังไม่ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับร่างพรบ.ยาลบับใหม่นี้ จึงต้องการรวบรวมงานวิจัยและบทความเกี่ยวกับนโยบายของประเทศที่เคยนำมาใช้ เพื่อนำมาใช้เป็นฐานข้อมูล
- **Qualitative Study** : โดยศึกษาความคิดเห็นจากสื่อต่างๆ ในประเทศไทย

## Systematic review

### > Target population

#### **Inclusion Criteria**

:ข้อมูลรวบรวมมาจากงานวิจัยที่ได้จาก Website ต่างๆ ทาง Internet โดยมี keyword ในการค้นหาคือ **separation+prescribing+dispensing** และ **separation of prescribing and dispensing** โดยรวบรวมบทความทั้งหมดประมาณ 2529 บทความ

#### **Exclusion Criteria**

:บทความที่ไม่มีข้อสรุป และไม่ได้อ้างอิงข้อมูลบนฐานข้อมูลการวิจัย

### > Sampling frame

:เป็นข้อมูลที่คัดเลือกจากข้อมูลที่รวบรวมจาก Internet ซึ่งมีทั้งเป็น research ที่มี evidence base ที่แน่ชัด ผลและปัญหาที่เกิดขึ้นจริงของต่างประเทศ

### > Research tools

:Internet

### > Data Analysis

Outcome	Advantage	Disadvantage
Socio-economics	-ลดการใช้ยาฟุ่มเฟือย	-ค่ายาแพงขึ้น -บริษัทยาต่างประเทศได้ผลประโยชน์มากขึ้น
Health	-มีความโปร่งใสของยา	-การรักษาล่าช้า ขาดความต่อเนื่อง

### > Variable

- ตัวแปรต้น (Independent variable) : การแยกระหว่างการจ่ายยาและการสั่งยา
- ตัวแปรตาม (dependent variable) : ผลกระทบที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ
- ตัวแปรกวน (Confounding Factor) : สังคมและวัฒนธรรม พื้นฐานของแต่ละประเทศ

**Table 1**

Condition/ study	Type of study	Conclusion
Tony J Morton – Jones, Mike AL Pringle ( <i>Nottingham-UK.</i> )	Analysis of prescribing data from PD2 reports	* Dispensing practices could reduce their prescribing expenditure to that of non – dispensing practices by increasing their prescribing of generic drugs.
Birna Trap and Ebba H Hausen ( <i>Denmark</i> )	* observational cohort study of private sector DDs. and NDDs. using retrospective data	* DDs. and NDDs. prescribe cotrimoxazole for the same conditions, Because of an inappropriate over prescription of cotrimoxazole, most patients in the private will be expose to unnecessary health risk and medicine expenses.
* Eui Kyung Lee, PhD, and Daniel c. Malone , PhD . ( <i>South Korea</i> )	* quasi – experimental , retrospective analysis of peptic – ulcer medication use before and after the implementation of SPD in South Korea	* The implementation of SPD increased both prescription claims and expenditures for peptic ulcer medication
Birna trap, Ebba Home Hansen and Hans Hogerzei ( <i>Zimbabwe</i> )	* observational cohort study evaluating drug utilization of private sector DDs. compared with NDDs.	* This study found the major differences to be that DDs. prescribe more drugs, more injections, more antibiotics and more mixtures , and spend less time per pt. , which, if not justified, may jeopardize pt. safety , afford ability and quality of care

<p>YS CHOU , WINNIE c yip CHENG – HUA LEE , NICOLE HUANG YING – PEISUN E HONG – JEN CHANG  ( Taiwan)</p>	<p>* difference-in-difference</p>	<p>The probability of prescription and drug expenditure per visit where , respectively, 17 – 34 % and 12 –36 % less among visits to clinics without on-site pharmacists, compared with the control sites. No different in total health expenditure was found between these two types of visits</p>
<p>Leah Gilbert  (South african)</p>	<p>Quantitative &amp; quantitative methods : Documentary research &amp; Content analysis  : interview with a random sample of 45 DDs.&amp;53 community pharmacists in Johannesburg</p>	<p>The medical profession in South Africa has demonstrated an ability to curb pharmacy’ attempts to prescribe, and to continue dispensing medications, thus providing additional confirmation of its power and professional dominance. A health care sector in the process of restructuring itself with a bias towards PHC, which aims to dispose of the traditional domination of physicians and bring health care to the people.</p>
<p>Soonman Kwon  (South Korea )</p>	<p>Documentary research</p>	<p>Lack of strategic plan for implementation, failure to appreciate that the policy making paradigm of the regime no longer works, the lack of supporting policy infrastructure for pharmaceuticals &amp; failure to convince consumers of benefits of the reform</p>
<p>BEST PROSPECTS / INDUSTRY OVERVIEW  In Korea</p>	<p>Reports</p>	<p>Separation of prescribing and dispensing will control the abuse of drugs and lead to significant market corrections.</p>

<p>Approval and Licensing System for Drugs, Quasi-Drugs and Cosmetics (Separation of Dispensing and Prescribing Drugs) in Japan</p>	<p>Based on experience</p>	<p><b>Advantage</b> of the Separation of Dispensing and Prescribing Drugs</p> <p>(1) "Family pharmacies" can check various medications due to medical services: drug interactions and improve efficacy and safety of drug therapies.</p> <p>(2) Pharmacists will explain effects, side effects, directions for use, etc. of drugs to patients . Such explanation is expected to improve patients' understanding on medicines and compliance .</p> <p>(3) Issuing prescriptions to patients allows them to know which drugs they take.</p> <p>(4) Physicians and dentists can freely prescribe drugs necessary for patients even when the particular drugs are not stocked in their own hospitals and clinics.</p> <p>(5) Reduced outpatient dispensing work of hospital pharmacists allows them to carry out bed-side activities for inpatients which they should perform.</p>
<p>Western firms eye Korean pearl (copyright IMS health) [Korea]</p>	<p>Based on experience</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Including a 72% increase in consultation fees for out-patients and a five-fold increase in prescribing fees.</li> <li>○ The switch in prescribing habits in favour of original brands is eroding the local industry's dominance of the south Korean pharmaceutical market.</li> <li>○ Outpatients from hospital department to get their prescriptions filled at retail pharmacies has seen the hospital market share erode from almost 42% to less than 27%.</li> <li>○ In the last two years, with a significant swing away from cheaper generics, which offered attractive margins to dispensing doctors, towards original brands.</li> </ul>
<p>A study for the Establishment of Separation of Prescription and Dispensing ;Jaekook Cho [Korea]</p>	<p>1. analyzed the results of a number of researches</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIRA</li> <li>- KIHASA</li> </ul> <p>2. analyzed various indicators pertaining to patients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- total of four face to face</li> <li>- telephone surveys (twice for each)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ The inconvenience of making a trip from medical institution to pharmacy and the complicated and time-consuming procedure from the point of prescription.</li> <li>○ Issuance to the point of having dispensed medication.</li> </ul> <p><b>Antibiotic use</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HIRA's data : continuous decrease in the use of ABO</li> <li>○ KIHASA's data : sales of misusable and abusable drugs reveals that the sales of both oral drugs and injection drugs is decreasing but highpriced drugs are</li> </ul>

		<p>increasingly replacing less expensive ones.</p> <p><b><u>Injection use</u></b></p> <p>HIRA's data : number of prescribed injection item per out patient has continuously decline to reach 0.58 in May 2001, down 23.7% from 0.77 in May 2000 and Rate of injection prescription has declined from 60-82% in May 2000 to 45.94% in May 2001</p> <p>There has been a steady increase in the drug cost per outpatient.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ There has been an increase in the market share of original products, the market share of copy products containing the same active ingredients has decreased to some degree.</li> <li>○ The market share of high-cost drugs has increased, while that of low-priced drugs has slightly decreased.</li> </ul>
Today is Phillipines : Reviving Pharmacy [Phillipines]	Opinions	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ The old function of compounding medicines has been taken over by large drug companies, so independent pharmacists are rapidly disappearing.</li> <li>○ There is brain drain going on as our pharmacists leave for countries where they're better appreciated.</li> </ul>
Medical reform in Korea Present Situation ; Tae-am ohm, Chairman of KST [Korea]	Based on experience	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Korea's medical insurance system is on the verge of collapse due to the increased financial burden and inconveniences on the people.</li> <li>○ The quality of antibiotics consumed since the implementation of the new plan remain unchanged compared to that under the old system.</li> <li>○ People suffering from colds or other easily-treatable sicknesses used to rely on drugs prescribed by pharmacists instead of visiting doctors. But, the new method, which prevents pharmacists from prescribing drugs, has made it compulsory for people to visit doctors before going to pharmacists for any kinds of drugs.</li> </ul>
Separation policy rowed in Peng Hu country ;Professor Kao Ya-hui [Taiwan]	Reports of expert committees	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ The most medical doctors prefer to have a pharmacist practicing in the clinics. That resulted in a decrease number of pharmacies and uneven distribution in different areas.</li> <li>○ Because of a sudden release of unlimited amount of no substitutable prescriptions , complaints came out from patients quickly because of a long queue in waiting for dispensing.</li> </ul>

<p>Bungyo Alters Japanese Health Care System [Japan] (copyright IMS health)</p>	<p>Based on experience</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Increased demand to cut national health expenditures and a rising concern about damages of adverse drug reactions.</li> <li>○ In the mid 1960s it was claimed that margins between actual and reimbursed prices were the major cause of skyrocketing costs of health care and that these margins were giving doctors incentives to use more pharmaceuticals than needed.</li> <li>○ The market is becoming increasingly attractive foreign drugstore chains as rates of bungyo continue to rise.</li> </ul>
<p>Why Japanese (still) Important [Japan]</p>	<p>Based on experience</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Price reductions moderated and the yakkasa, or gap between purchase prices and reimbursement prices, is down from double digits to about five percent.</li> <li>○ The market decline cited earlier resulted from enforcing demand side restrictions on health care. But the market is growing again and is expected to grow at a rate of 4% Through 2005 with maybe a 1% reduction for price revisions. Why primarily because of the inexorable demand for drugs by an elderly population with chronic diseases.</li> </ul>
<p>Drugs and pharmaceuticals</p>	<p>Reports of expert committees</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ While the total market size will decrease slightly in 2000, foreign imports will benefit from the planned policy changes and should experience and increase both in sales and market share. Some analysts estimate that up to 30% of domestically-produced pharmaceuticals will be driven out of the market due to new efficacy and safety testing requirements necessary to designate drug as over-the-counter or prescription.</li> </ul>
<p>Fomca backs move to split dispensing ,prescribing ; President Prof Hamdan Adnan [Malaysia]</p>	<p>Opinions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patients would face the inconvenience of having to travel to another venue to buy medicine prescribed by the doctor.</li> </ul>
<p>A Study of drug Expenditure Before and After the Separation of Prescribing and Dispensing ; Euikyoung Lee (Korea)</p>	<p>Descriptive analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ The ratios of the total spending on drugs for hospital and clinics increase but pharmacies decrease</li> <li>○ There were decrease in non prescribed ethical and OTC drug spending.</li> <li>○ The spending on oral drugs and injection has risen while the spending on external use drugs and others use shrunk.</li> <li>○ There was a reduction in the rate of drug prescriptions, and the rate of injection prescriptions. Also ,the number of drug items per prescription has decrease.</li> </ul>

		○ There has been an increase in the use of highest-prices product among the antiulcerants containing the same amount of the same active ingredients.
--	--	--

**Table 2**

Condition/ study	Type of study	Major finding
<p>▪ <b>Rationality of prescription</b></p> <p>- Birna Trap and Ebba H Hausen (Denmark)</p>	<p>* observational cohort study evaluating drug utilization of private sector DDs. compared with NDDs.</p>	<p>* This study found the major differences to be that DDs. prescribe more drugs, more injections, more antibiotics and more mixtures, and spend less time per pt., which, if not justified, may jeopardize pt. safety, afford ability and quality of care</p>
<p>▪ <b>Relationship and controversy</b></p> <p>- Leah Gilbert (South African)</p>	<p>Quantitative and qualitative methods : Documentary research &amp; Content analysis : interview with a random sample</p>	<p>The medical profession in South Africa has demonstrated an ability to curb pharmacy's attempts to prescribe, and to continue dispensing medications, thus providing additional confirmation of its power and professional dominance. A health care sector in the process of restructuring itself with a bias towards PHC, which aims to dispose of the traditional domination of physicians and bring health care to the people.</p>
<p>▪ <b>Lessons</b></p> <p>- Soonman Kwon (South Korea)</p>	<p>Documentary research</p>	<p>Lack of strategic plan for implementation, failure to appreciate that the policy making paradigm of the regime no longer works, the lack of supporting policy infrastructure for pharmaceuticals &amp; failure to convince consumers of benefits of the reform</p>
<p>▪ <b>Consultation time</b></p> <p>- Birna trap, Ebba Home Hansen and Hans Hoger ze (Zimbabwe)</p>	<p>observational cohort study</p>	<p>DDs. had much shorter consultation time and treated more patients per day compared with NDDs.</p>

<p>▪ <b>Drug used</b></p> <p>- Medical reform CSI <i>(Korea)</i></p> <p>-Birna trap, Ebba Home Hansen and Hans Hogerzei / <i>(Zimbabwe)</i></p> <p>-Jae Kook <i>(Korea)</i></p> <p>-Euikyoung Lee <i>(Korea)</i></p>	<p>Based on experience</p> <p>observational cohort study</p> <p>- analyzed the results of a number of researches</p> <p>- analyzed various indicators pertaining to patients</p> <p>Descriptive analysis</p>	<p>-The quality of antibiotics consumed since the implement of the new plan remain unchanged compared to that under the old system.</p> <p>- This study found the major differences to be that DDs. prescribe more drugs, more injections, more antibiotics and more mixtures than NDDs.</p> <p>- <u>Antibiotic use</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HIRA's data : continuous decrease in the use of ABO</li> <li>○ KIHASA's data : sales of misusable and abusable drugs reveals that the sales of both oral drugs and injection drugs is decreasing but highpriced drugs are increasingly replacing less expensive ones.</li> </ul> <p><u>Injection use</u></p> <p>HIRA's data : number of prescribed injection item per out patient has continuously decline to reach 0.58 in May 2001, down 23.7% from 0.77 in May 2000 and Rate of injection prescription has declined from 60-82% in May 2000 to 45.94% in May 2001</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ The spending on oral drugs and injection has risen while the spending on external use drugs and others use shrunk.</li> <li>○ There was a reduction in the rate of drug prescriptions, and the rate of injection prescriptions. Also ,the number of drug items per prescription has decrease.</li> </ul>
<p>▪ <b>Prescribing habit</b></p> <p>-Western firms eye Korean pearl <i>(Korea)</i></p> <p>- Euikyoung Lee <i>(Korea)</i></p>	<p>Based on experience</p> <p>Descriptive analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ The switch in prescribing habits in favour of original brands is eroding the local industry's dominance of the south Korean pharmaceutical market.</li> <li>○ In the last two years, with a significant swing away from cheaper generics, which offered attractive margins to dispensing doctors, towards original brands.</li> <li>○ There has been an increase in the use of highest-prices product among the antiulcerants containing the same amount of the same active ingredients.</li> </ul>

<p>▪ <b>Inconvenience of patients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jae Kook <i>(Korea)</i></li>   <li>- Professor Kao Ya-hui <i>(Taiwan)</i></li>   <li>- President Prof Hamdan Adnan <i>([Malaysia])</i></li>   <li>- Tae-am ohm, Chairman of KST <i>[Korea]</i></li> </ul>	<p>- analyzed the results of a number of researches</p> <p>- analyzed various indicators pertaining to patient</p> <p>Report of expert committees</p> <p>opinion</p> <p><b>Based on experience</b></p>	<p>○ The inconvenased on experience □</p> <p>The inconvenal institution to pharmacy and the complicated and time-consuming procedure from the point of prescription.</p> <p>-Because of a sudden release of unlimited amount of no substitutable prescriptions , complaints came out from patients quickly because of a long queue in waiting for dispensing</p> <p>-Patients would face the inconvenience of having to travel to another venue to buy medicine prescribed by the doctor</p> <p>○ Korea's medical insurance system is on the verge of collapse due to the increased financial burden and inconveniences on the people.</p> <p>○ People suffering from colds or other easily-treatable sicknesses used to rely on drugs prescribed by pharmacists instead of visiting doctors. But, the new method, which prevents pharmacists from prescribing drugs, has made it compulsory for people to visit doctors before going to pharmacists for any kinds of drugs.</p>
<p>▪ <b>Economics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [Phillipines]</li>   <li>- Drugs and pharmaceuticals</li> </ul>	<p>Opinion</p> <p><b>Based on experience</b></p>	<p>-The old function of compounding medicines has been taken over by large drug companies, so independent pharmacists are rapidly disappearing.</p> <p>○ Outpatients from hospital department to get their prescriptions filled at retail pharmacies has seen the hospital market share erode from almost 42% to less than 27%.</p> <p>- While the total market size will decrease slightly in 2000, foreign imports will benefit from the planned policy changes and should experience and increase both in sales and market share.</p>

<p>▪ <b>Advantage</b></p> <p>Approval and Licensing System for Drugs, Quasi-Drugs and Cosmetics</p> <p>(Separation of Dispensing and Prescribing Drugs)</p> <p>in Japan</p>	<p>Based on experience</p>	<p>Advantages of the Separation of Dispensing and Prescribing Drugs</p> <p>(1) "Family pharmacies" can check various medications due to medical services: drug interactions and improve efficacy and safety of drug therapies.</p> <p>(2) Pharmacists will explain effects, side effects, directions for use, etc. of drugs to patients . Such explanation is expected to improve patients' understanding on medicines and compliance .</p> <p>(3) Issuing prescriptions to patients allows them to know which drugs they take.</p> <p>(4) Physicians and dentists can freely prescribe drugs necessary for patients even when the</p>
---	----------------------------	--

		<p>particular drugs are not stocked in their own hospitals and clinics.</p> <p>(5) Reduced outpatient dispensing work of hospital pharmacists allows them to carry out bed-side activities for inpatients which they should perform.</p>
--	--	--

**Table 3**

<b>Finding</b>	<b>Highest Level of evidence</b>	<b>Strength of evidence</b>
* Dispensing practices could reduce their prescribing expenditure to that of non – dispensing practices by increasing their prescribing of generic drugs.	III	-
* DDs. and NDDs. prescribe cotrimoxazole for the same conditions, Because of an inappropriate over prescription of cotrimoxazole, most patients in the private will be expose to unnecessary health risk and medicine expenses.	II-2	B
* The implementation of SPD increased both prescription claims and expenditures for peptic ulcer medication	II-3	-
* This study found the major differences to be that DDs. prescribe more drugs, more injections, more antibiotics and more mixtures , and spend less time per pt. , which, if not justified, may jeopardize pt. safety , afford ability and quality of care	II-2	A

The probability of prescription and drug expenditure per visit where , respectively, 17 – 34 % and 12 –36 % less among visits to clinics without on-site pharmacists, compared with the control sites. No different in total health expenditure was found between these two types of visits	II-2	A
Lack of strategic planfor implementation,failure to appreciate that the policy making paradigm of the regime no long works,the lack of supporting policy infrastructure for pharmaceuticals &failure to convince consumers of benefits of the reform	III	-

### Level of Evidence

I = Evidence obtained from at least one proper randomized controlled trial

II-1 = Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization

II-2 = Evidence obtained from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one center or research group

II-3 = Evidence obtained from multiple-time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments

III = Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, case reports, or reports of expert committees.

### Strength of conclusion:

A = Good evidence to support the finding.

B = Fair evidence to support the finding.

C = Insufficient evidence to support the finding.

D = Fair evidence against the finding.

E = Good evidence against the finding.

### Qualitative Study

#### >Target population

#### Inclusion criteria

:บทความและความคิดเห็นจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับร่างพ.ร.บ.ยาในประเทศไทย

#### Exclusion criteria : none

>Research tools : หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ผู้วิจัย และ internet

● **ความคิดเห็นเกี่ยวกับร่างพ.ร.บ.ยา ฉบับใหม่ในเมืองไทย**

ผู้แสดงความคิดเห็น	ที่มา	ความคิดเห็น
<p>ศ.นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา</p>	<p>นิตยสาร CME plus ปีที่1 ฉบับที่13 ประจำเดือนตุลาคม 2545 และปีที่2 ฉบับที่24 ประจำเดือนกันยายน 2546 หน้าที่ 3 บทบรรณาธิการ</p>	<p>1.ถ้าแพทย์ตามคลินิกจ่ายยาให้ผู้ป่วยของตนไม่ได้ เขียนได้แค่ใบสั่งยาจะทำให้ผู้ป่วยเดือดร้อนมากขึ้น เพราะไปหาแพทย์แล้วต้องไปร้านขายยาต่อ แทนที่จะทำทุกอย่างเสร็จในที่เดียว เสียค่าเดินทางและเวลาเพิ่มขึ้น</p> <p>2.ถ้าเป็นยาดีจะต้องไปซื้อแล้วกลับมาให้แพทย์อีกรอบอาจทำให้ยาเสียได้</p> <p>3.ถ้าเป็นเรื่องฉุกเฉินจำเป็นต้องมียาในคลินิกที่สามารถให้ได้ทันที มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย</p> <p>4.ที่คลินิกมียาน้อยชนิดและแพทย์กับคนจ่ายยากี่คุ้นลายมือกัน แถมรู้ด้วยว่าแพทย์ชอบให้ยาอะไร แต่ร้านขายยาต้องมียาทุกชนิด เมื่อไม่คุ้นลายมือแพทย์ด้วยแล้ว โอกาสผิดพลาดมีมากกว่า</p> <p>5.ในต่างประเทศที่แพทย์เขียนแต่ใบสั่งยา พบว่าแพทย์มักไม่รู้ราคายาและไม่สนใจ เพราะไม่ต้องรับผิดชอบ แพทย์มักจะสั่งยาใหม่และยาต่างประเทศที่มีชื่อการค้ามากขึ้น แพทย์สั่งยาที่คิดว่าดีที่สุดโดยไม่คิดถึงคุณค่า เพราะไม่ต้องรับผิดชอบต่อเรื่องค่ายา บริษัทยาต่างประเทศได้เงินมากขึ้น</p> <p>6.แพทย์มีแนวโน้มทำหัตถการมากขึ้น เพื่อให้ได้รายได้มากขึ้น</p> <p>7.ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหายไป</p> <p>8.ราคาค่าตรวจเพื่อรับใบสั่งยาจะแพงมาก</p> <p>9.ถ้าผู้ป่วยเอาใบสั่งยาเก่าไปซื้อยาเอง โดยไม่ผ่านแพทย์เพื่อประหยัดค่ารักษาที่จะเกิดปัญหาเรื่องการติดตามดูแลผู้ป่วย</p> <p>10.ร้านขายยาไม่สามารถมียาทุกชนิดที่แพทย์สั่งได้ และไม่สามารถเปิด24ชม.ได้ ในที่สุดบริษัทข้ามชาติจะเข้ามาทำการขายยาแทน ร้านยาเล็กๆก็ต้องปิดไป</p>
<p>ดร. นิตินันท์ นวรัตน์</p>	<p>บ้านเงิน บ้านอำนาจ (โปรดร่วมมือกันต่อต้าน)</p>	<p>1.ถ้าพระราชบัญญัติฉบับนี้ผ่าน ก็จะเปิดแผนกขายยาในร้านซูเปอร์สโตร์ นายทุนชาติ และนายทุนข้ามชาติพวกนี้ก็จะซื้อยาได้ในราคาถูกซื้อทีละมากๆ ก็จะไต่จากโรงงานในราคาต้นทุนต่ำ เปิดเพียงพักเดียวเท่านั้น ร้านขายยาแบบเดิมๆ พวกร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำร้านคนเดียวทำหน้าที่ทุกอย่าง ก็จะหมดไปเหมือนในประเทศฟิลิปปินส์และเกาหลีใต้</p> <p>เมื่อนายทุนข้ามชาติและนายทุนชาติจะเริ่มผูกขาด การจำหน่ายยาโดยจับกลุ่มลูกค้ารายย่อยไว้ได้หมด จากนั้นก็จะไปต่อตรงกับบริษัท ยาผู้ผลิตให้ลดราคาลงมา กดต้นทุนให้เหลือต่ำที่สุด เมื่อถึงวันนั้น บริษัทผู้ผลิตยาจะอยู่ไม่ได้ ก็จะทยอยปิดกิจการไปเรื่อยๆ</p> <p>2.รพ.ของรัฐที่กำลังถูกแผนการอันแยบยล ทำลายให้อ่อนแอ ลงไปทุกวัน เมื่อสถานพยาบาลของรัฐคุณภาพต่ำ ไม่มีคุณภาพ คนที่พอมีสตางค์อยู่บ้างก็จะหนีไปเข้าคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน เมื่อการเข้าคลินิกยุ่งยาก ต้องเที่ยวไปเที่ยวมาระหว่างร้านหมอ กับร้านขายยาลำบากยุ่งยากอย่างนี้ ก็หนีไปเข้าโรงพยาบาลเอกชนกันดีกว่า</p>

<p>ดาว ประกายพริก</p>	<p>นสพ.เคลินิวส์ 9 ก.ย. 2546 หัวข้อ “ฝ่าเปลวแดด-ต้าน พ.ร.บ.ยา”</p>	<p>1. ไม่ต้องพูดถึงชนบทที่คลินิกกับร้านขายยาอยู่ห่างกันเป็นโชนัน แคนใน กท. เกอะ ใช่ว่าทุก คลินิกจะตั้งอยู่ในเขตชุมชน ถ้าให้คนไข้มีภาระต้องวิ่งตะลอนเอาใบสั่งยาไปซื้อยาอีกต่อหนึ่ง อะไรจะเกิด ต่อไปไม่วิ่งหาหมอโรงพยาบาลทุกครั้ง ก็หันไปซื้อยาหมอที่รู้แล้วรู้รอด</p> <p>2. คลินิกมีหวังต้องปิดตัวเองเป็นแถว หมอก็กองตงงานระนาว</p> <p>3. ความหวังดีของ พ.ร.บ. ยาฉบับใหม่ คนที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงไม่พ้นคนไข้ เสีย ทั้งเวลาทั้งเงินเพิ่มโดยไม่จำเป็น ดีไม่ดีซื้อยาปลอมมากิน อาจถึง ตายได้</p>
<p>นพ.สุวรรณค์ กาญจนะ</p>	<p>นสพ.มติชน 4 พ.ย. 2546 หัวข้อ “ร่างพ.ร.บ.ยาใหม่ คนร่างคิดอะไรอยู่ คำถามจากหมอ”</p>	<p>1. ข้อสังเกตกรณีห้ามแพทย์จ่ายยานั้น มีการบังคับใช้เฉพาะในคลินิก ไม่บังคับใช้ในรพ.ของ รัฐและรพ.เอกชน</p> <p>2. ในกรณีที่มีบริษัทยาแพรนไซส์ทุนหนาจะมาเปิดขายยาจะทำให้ร้านขายยาเลิกก็อยู่ไม่ได้</p> <p>3. โทษมาตรา 77 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 13 วรรคหนึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปีและปรับ ไม่เกิน 5 แสนบาท ถ้าแพทย์จ่ายยาให้คนไข้ ความผิดเท่าเทียมกับกรรโชกทรัพย์ด้วยอาวุธปืน เปรียบเทียบกัน เกศษกรขายยาโดยไม่มีใบสั่งยา โทษจำหรือปรับตั้งแต่ 5 พันถึง 1 หมื่น</p>
<p>กิเลน ประลองเชิง</p>	<p>นสพ.ไทยรัฐ หน้า3 ฉบับวันที่11 กันยายน 2546 คอลัมน์ “ซักตรงรบ”</p>	<p>"คำรักษาหารสาม"</p> <p>แพทย์วินิจฉัยโรคแล้ว ก็จ่ายยา ยาอ่อน ยาแรง ความถี่มากน้อย เป็น"กระบวนการรักษาคิดค้น" คนไข้รักษาไปแล้ว ถึงเวลากลับมาตรวจอีก หมอก็จะวินิจฉัยใหม่ เลิกให้ยา หรือให้ยาต่อ การให้ แพทย์ตรวจแล้วจ่ายยา ติดตามผลการรักษา นี่คือการรักษาแบบ"องค์รวม"ไม่แยกส่วน .....ประสิทธิผลน่าจะมากกว่า.....</p> <p>ในความรู้สึกรู้สึกของชาวบ้าน ยังคุ้นเคยกับยาของหมอ จนไม่รู้เหมือนกันว่า เมื่อต้องถือใบสั่งยาไป ซื้อจากเภสัช ความรู้สึกมั่นใจจะลดลงไปหรือเปล่า แต่ฝ่ายเภสัชเขาก็มีเหตุผล การจ่ายยาผิดจาก คลินิกมีมากเป็นปัญหากระทบระบบสาธารณสุข เพราะแพทย์มักใช้ผู้ช่วยจ่ายยา...แยกให้หมอ ตรวจรักษาแล้วไปซื้อยาจากเภสัชปัญหานี้ก็หมดไป เหตุผลการให้ยาผิดเพราะแพทย์ไม่ได้จ่ายยา เอง ฟังแล้ว"ไม่เคลียร์"...เท่าที่ผมมีประสบการณ์ คลินิกเล็กๆแพทย์มักจ่ายยาเอง คลินิกใหญ่ก็ใช้ พยาบาลที่มีพื้นฐานความรู้เรื่องยา..ผมเข้าใจว่าน่าจะพอ.....</p> <p>น้ำหนักฝ่ายที่ต้องการแยกการจ่ายยาจากมือหมอ ผมรู้สึกที่"เบาเกินไป"...ยิ่งเวลาไปอีกเมื่อได้ ฟังฝ่ายหมอบอกว่า ถ้ากฎหมายนี้ออกมาบริษัทฝรั่งก็จะตั้งร้านขายยาจ้างเภสัชขายยาสนุกมือ ว่ากันว่า ร้านขายยาคนไทยก็ต้องเจ๊งไปเหมือนร้านโชห่วยเจ๊งเพราะบริษัทฝรั่ง ประเด็นนี้ ผมยัง เห็นเป็นประเด็นรอง...ข้อต่าง ไม่ว่าราคาหรือมาตรฐานจากร้านขายยาที่มีเภสัชไทยหรือฝรั่ง คงไม่ ต่างกันมากนัก ประเด็นน่าห่วงผมเห็น"ประเด็นเดี๋ยว"....เจอแพทย์ก็ต้องจ่ายค่าแพทย์ เจอเภสัชก็ ต้องจ่ายเภสัช ที่มีบริษัทวางระบบแชร์ส่วนแบ่ง ถามว่าคำรักษาตามกระบวนการหารสาม ....."จะแพงขึ้นอีกซักเท่าไร".....</p> <p>จะออกกฎหมายมีปัญหา...เที่ยวไปถามแพทย์ ถามเภสัชทำไมไม่ถามชาวบ้าน ถ้าเขาออกตรงกัน ยังมั่นใจกับการรักษาของแพทย์แบบเดิม ซึ่งหากจะว่าไป ก็เข้าสู่เข้าสู่สมัยกับ กระบวนการบริหารจัดการแบบวันสต็อปเซอร์วิส ของเก่าคืออยู่แล้ว สะดวกประหยัด มั่นใจได้มาก กว่าอยู่แล้ว จะไปแก้ทำไม กฎหมายหือ! หรือว่านายฝรั่งสั่ง</p>

<p>แมงเม่า</p>	<p>นสพ.เคลนิวัลส์ ไม่ระบุวันที่ หัวข้อ “พ.ร.บ.ยาระเบิดลูก ใหม่” และหัวข้อ “พ.ร.บ.ยา(แก้ระเบิด เวลา)ใหม่</p>	<p>1.มีความเป็นไปได้สูงว่ายาบรรจุงเสร็จในร้านหมอดีจะไหลไปอยู่ประเภท 3 ร้านขายของ ชำ ยกตัวอย่างชัด ๆ ว่าร้าน เซเว่น อีเลฟเว่น เคชขายแคทยาหม่อง ฯลฯ ต่อไปก็จะขายยาบรรจ เสร็จเฟรนชายได้อีกก่อนโต คงนึกภาพออกร้านเหล่านี้ที่ทุนต่างชาติครอบงำไปแล้วมาก ให้ขายยา ได้มากชนิดขึ้นร้านข.ย. 1 จะกระทบขนาดไหน? <b>ประโยชน์ ส่วนใหญ่อยู่ที่ใคร? ไทยหรือฝรั่ง?</b></p> <p>2. <b>อัตราค่าธรรมเนียม ยาแผนไทย</b>ซึ่งของเดิมไม่พุดถึงเลยในฉบับใหม่ค่าขออนุญาตผลิต ฉบับละ 20,000 บาท ...ค่าธรรมเนียมใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาพ.ร.บ.เดิม 3,000 บาทต่อ ฉบับ ของใหม่เฉพาะค่าขอขึ้นทะเบียนตำรับยา <b>50,000 บาท</b> มีค่าใบสำคัญการขึ้นทะเบียนอีกฉบับ ละ 10,000 บาทโดยมิกติกาว่าต้องต่อทุก 5 ปี (เดิมตลอดชีพ)</p> <p>นอกจากสงสัยในความสะดวกที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายของผู้ผลิตผู้ขายยาเพิ่มขึ้น ไม่รู้จักเท่า ถ้วนแต่เป็นต้นทุนการผลิตที่ผู้บริโภคยาต้องแบกรับทั้งสิ้น</p>
<p>ภญ.รศ.ธิดา นิงสานนท์, ภก. วิสุทธิ์ สุริยาภิวัฒน์, ภก. ศษา บัณฑิตานุกูล, รศ.ภก.ดร.สุ นิพนธ์ ภูมมาง กูร</p>	<p>นิตยสาร The medicine journal “วงการยา” ปีที่ 3 ฉบับที่ 62 ประจำเดือนกันยายน 2546 หน้า 13-15</p>	<p>1.พ.ร.บ.ยาที่มีกลไกหลายๆประเด็นที่จะช่วยคุ้มครองผู้บริโภคอย่างชัดเจนกว่า พ.ร.บ.ยา ฉบับ 2510ตั้งแต่กระบวนการผลิตที่จะต้องได้รับมาตรฐานการผลิตที่ดีหรือ GMP การยกเลิก ทะเบียนตำรับยาตลอดชีพ โดยกำหนดให้มีการต่ออายุทะเบียนตำรับยาทุก 5 ปี การเพิ่มความรับ ผิดชอบทางแพ่ง โดยกำหนดให้มีการชดเชยค่าเสียหายกรณีได้รับผลเสียจากการใช้ยา การเพิ่ม โทษเกี่ยวกับโฆษณา หากมีการโฆษณาเกินจริงต้องยุติการ โฆษณานั้นทันที และต้องจัดทำ โฆษณาใหม่ให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง</p> <p>2. กลุ่มเภสัชกรต่างหากที่จะเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด เช่น การคุมเข้มสถานที่ ผลิตยา และสถานที่ขายยา ซึ่งมาตรฐานต่างๆเหล่านี้จะทำให้เกิดระบบมาตรฐานในการใช้ยาที่ถูก ต้องและเหมาะสมกับผู้บริโภค</p> <p>3.สิทธิที่ผู้บริโภคพึงได้จาก ก.ม.ยาฉบับใหม่ คือ (1)สิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสมบูรณ์และครบวงจรยิ่งขึ้น (2) สิทธิที่จะได้รับยาและผลิต ภัณฑ์ด้านที่มีคุณภาพและความปลอดภัยมากขึ้น</p> <p>(3) สิทธิที่จะได้รับบริการยาที่มีคุณภาพ (4) ถ้าเกิดความเสียหายอันเกิดจากการใช้ยามีสิทธิเรียก ร้องค่าเสียหายได้สะดวกขึ้น</p> <p>4. ในมาตรา14(3)ที่คนไข้จะต้องนำไปส่งยาจากแพทย์ไปซื้อยาจากร้านยาคุณภาพที่มี เภสัชกรประจำนั้น จะเป็นการแบ่งอำนาจที่ชัดเจน ทำให้เกิดความโปร่งใส สามารถที่จะตรวจสอบ ได้ว่าเกิดการผิดพลาดที่จุดใด ยังจะเป็นการทำงานเป็นทีม ช่วยป้องกันการใช้ยาไม่เหมาะสมและ ผิดพลาด เรื่องคำรักษาพยาบาลที่สามารถแยกได้ว่าคำรักษาพยาบาลหรือคำยาราคาเท่าใด</p> <p>5.ความจริงแล้วแพทย์ยังจ่ายยาได้เหมือนเภสัชกรเช่นเดิม ซึ่งเกือบหมดทุกตัว แต่มียา เพียงบางตัวเท่านั้นที่จำเป็นจะต้องกำหนดอยู่ในระบบใบสั่ง ซึ่งจะมีการประกาศกันต่อไป</p> <p>6.ประชาชนจะจ่ายคำรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นหรือไม่มันจะต้องใช้กลไกของตลาดเข้ามา จับ เราเชื่อว่าในแต่ละชุมชนจะมีคลินิกแพทย์อยู่เพียงพอที่จะให้ประชาชนเลือกใช้บริการอย่าง สะดวกสบาย กลไกทางตลาดจะช่วยให้เกิดราคาที่เป็นธรรมต่อประชาชน</p> <p>7.ระบบการรักษาพยาบาลที่ทั่วโลกต่างเห็นชอบว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด คือระบบที่ใช้ในรพ. ซึ่งเป็นหลักการที่เราจะนำออกมาใช้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผมคิดว่าพ.ร.บ.ฉบับนี้มี ได้มีวัตถุประสงค์ให้ใครหรือวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งได้ประโยชน์หรือเสียผลประโยชน์ แต่ ประโยชน์สูงสุดจะตกอยู่ที่ประชาชนทั่วประเทศเท่านั้น</p>

<p>ศ.นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา</p>	<p>นสพ.ไทยโพสต์ ฉบับวันที่ 4 สิงหาคม 2546 หัวข่าว “หมอไม่ขายยาในคลินิก โวยแค่ตรวจโรคฟรี มีที่ไหน”</p>	<p>1.ควรมีการวางหลักเกณฑ์ที่แน่ชัดว่าจะให้ร้านขายยาแห่งใดจำหน่ายได้บ้าง เนื่องจากต้องเป็นร้านขายยาที่มีความพร้อม มียาทุกชนิด สามารถเปิดบริการและมีเภสัชกรประจำตลอด 24 ชม. กำหนดครีမ်ของร้านกับคลินิกไม่ให้ห่างไกลกับสถานพยาบาล มิเช่นนั้นประชาชนจะลำบากหากต้องกินยาทันทีแต่ไม่มีร้านขายยา หรือในกรณีที่เป็นการยัดเยียดแล้วต้องกลับมาพบแพทย์อีก</p> <p>2. ที่สำคัญไม่ควรให้เภสัชกรจำหน่ายยาทุกชนิดแทนแพทย์ ต้องระบุให้แน่ชัดว่ายาชนิดใดเภสัชกรจำหน่าย ยาชนิดไหนแพทย์จำหน่าย ซึ่งควรให้เภสัชกรจำหน่ายยาประเภทยาควบคุมพิเศษ เช่น วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยาลดความอ้วน จะได้มีกระบวนการตรวจสอบ หากไม่ให้แพทย์จำหน่ายยาเลย อนาคตคงเป็นเหมือนประเทศอเมริกาที่แพทย์เก็บค่ารักษาสูงมาก จากที่ไม่เคยคิดค่าตรวจคิดแต่ค่ายาที่ต้องคิด และประชาชนจะไปซื้อยาได้ก็ต่อเมื่อให้แพทย์ตรวจแล้ว คิดว่าถ้าให้แพทย์ตรวจอย่างเดียวไม่คิดเงินใครจะทำ</p>
<p>นายประเวศ อรรถสุภผล ผู้อำนวยการฝ่ายกฎหมายสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา</p>	<p>นสพ.ไทยโพสต์ 6 ตุลาคม 2546 กองบรรณาธิการ (mailto:reporter@thai-post.net) หัวข่าว “หมอชู้บเท้าออกด้านพรบ. ยา”</p>	<p>1.เนื้อหาสาระของร่าง พ.ร.บ.ยา มีประโยชน์กับประชาชนมาก ไม่ใช่แค่เรื่องที่เราเข้าใจกันคิดว่าแพทย์ไม่สามารถจ่ายยาได้เอง ต้องเขียนใบสั่งยาให้เภสัชกรเป็นผู้จ่าย จนทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบเท่านั้น ซึ่งผิดวัตถุประสงค์ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้</p> <p>2. ในมาตรา 14 (3) ที่เป็นปัญหาถกเถียงกันมานาน โดยเนื้อหาระบุว่า พื้นที่ใดที่มีร้านขายยาเพียงพอ แพทย์ในคลินิกไม่สามารถจ่ายยาได้เอง ต้องเขียนใบสั่งยาให้เภสัชกรที่ร้านขายยาจ่ายยาให้ นั่นขอชี้แจงว่าระบบดังกล่าวไม่ได้บังคับว่าต้องดำเนินการพร้อมกันทุกพื้นที่ จะทำเฉพาะพื้นที่ที่มีความพร้อม ที่ฝ่ายแพทย์ให้ข้อมูลว่า แพทย์ไม่สามารถจ่ายยาทุกชนิดได้ จึงทำให้ประชาชนเข้าใจผิด เพราะไม่ได้หมายความว่าห้ามจ่ายยาทุกประเภท อาจจะห้ามจ่ายแค่ 15-20 ประเภท เช่น ยาลดความอ้วน ดังนั้นทั้ง 2 วิชาชีพควรจะเร่งกำหนดรายละเอียดของชนิดยาที่จะร่วมกันควบคุมและทดลองดำเนินการในพื้นที่นำร่องเพื่อจะได้ทราบปัญหา หรือไม่เช่นนั้นก็ให้ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้บังคับใช้ก่อน แล้วค่อยออกกฎหมายลูกตามมาในอีก 1-2 ปี</p> <p>3. พ.ร.บ.นี้ยังมีข้อดีอยู่อีกมากที่ประชาชนควรได้รับสิทธิ เช่น อายุของการขึ้นทะเบียนยา จากเดิม พ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510 ที่ไม่ต้องต่ออายุ แต่ร่าง พ.ร.บ.ฉบับใหม่ทะเบียนยาอายุเพียง 5 ปี เท่านั้น เพื่อทดสอบคุณภาพและความปลอดภัย และเรื่องของการรับผิดชอบในการรับผิดชอบเป็นผู้ตรวจพิสูจน์ความปลอดภัยของยากรณีที่เกิดผลข้างเคียงกับผู้ป่วย</p>
<p>ศ.นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา</p>	<p>นสพ.ไทยโพสต์ 6 ตุลาคม 2546 กองบรรณาธิการ (mailto:reporter@thai-post.net) หัวข่าว “หมอชู้บเท้าออกด้านพรบ. ยา”</p>	<p>1. ถึง พ.ร.บ.ยาจะมีผลบังคับใช้ แพทย์ก็ไม่ได้รับผลกระทบอะไรมากมาย มีแต่ได้กับได้ด้วยซ้ำ แต่พวกเราไม่ต้องการได้ประโยชน์แล้วประเทศล่มจม เรื่องนี้ผู้ชักใยคือบริษัทยาข้ามชาติ ที่ได้กำไรมหาศาลหากสำเร็จ ซึ่งมีตัวแทนบริษัทยามาคุยกับผม ขอให้หยุดคัดค้าน พ.ร.บ.นี้ แต่ผมไม่เล่นด้วย ซึ่งเขาคงจะหันไปสนับสนุนกลุ่มอื่นให้มาเคลื่อนไหวเรื่องนี้ และตอนนี้แพทย์มีปฏิกริยาต่อต้าน พ.ร.บ.ยารุนแรงมาก ผมเชื่อมั่น 1,000 เปอร์เซ็นต์ว่า ถ้าปล่อยให้ผลบังคับใช้โดยไม่ได้แก้ไข แพทย์ทั่วประเทศนัดหยุดงานแน่ ซึ่งมีแพทย์บางส่วนยื่นหนังสือลาออกล่วงหน้าไปยังกระทรวงสาธารณสุขแล้ว" น.พ.สมศักดิ์กล่าว และว่า สิ่งที่ถูกต้องที่สุดต้องให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจว่าต้องการระบบใด ให้แพทย์หรือเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยา</p>
<p>นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ</p>	<p>www.kalathai.com ร่างพระราชบัญญัติยา ความขัดแย้งที่ต้องรีบคลี่คลาย</p>	<p>มาตรา 14 วรรค 3 จึงส่งผลกระทบต่อแพทย์ที่เปิดคลินิกโดยตรง โดยกลุ่มคัดค้านได้ให้เหตุผลสำคัญในการคัดค้าน ( จากจดหมายคัดค้านถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์ ลงวันที่ 9 มกราคม 2546 ) ดังนี้</p> <p>1. เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการรักษา</p>

	<p>พยายามอย่างเร่งด่วน อาจต้องใช้ยาฉีด ยาพ่น ยามใส่ลิ้น ตลอดจนน้ำเกลือเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย หาก พบ.นี้ผ่านจะทำให้แพทย์ไม่สามารถมียาไว้ที่คลินิกได้เลย</p> <p>2. ร้านยาไม่ได้มีทุกสิ่งที่แพทย์ต้องการ ประเด็นที่เป็นที่กังวลของแพทย์ที่คลินิกก็คือ การมั่นใจได้อย่างไรว่า ผู้ป่วยจะได้ยาตัวเดียวกับที่แพทย์อยากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับ ทั้งจากปัญหาการหยิบยาผิดให้ผู้ป่วย การได้ยาเดียวกันที่มีชื่อการค้าต่างๆกัน หรือการที่แพทย์อยากเลือกซื้อยาจากบริษัท ต้นแบบจากต่างประเทศไม่ใช่ยาที่ผลิตในประเทศ</p> <p>3. เกิดความไม่สะดวกในการรับบริการ ผู้ป่วยต้องเดินทางไปร้านยาเพื่อรับยา และยิ่งหากต้องฉีดยาหรือวัคซีน จะทำให้ผู้ป่วยต้องแวะกลับมาฉีดที่คลินิกอีก อีกทั้งอาจมีปัญหาห่วงโซ่ความเย็น สำหรับวัคซีนที่ต้องเก็บในที่เย็นได้</p> <p>4. เพิ่มค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องจ่ายทั้งค่าแพทย์ ค่าเดินทางไปร้านยา ค่ายาและรวมถึงการเสียเวลาเสียโอกาสในการทำงานเพิ่มขึ้นอีกด้วย</p> <p>5. โรคที่เป็นอยู่อาจจะไม่หาย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเมื่อได้ยาจากร้านยา ในครั้งต่อไปผู้ป่วยอาจกลับไปซื้อยาเดิมที่ร้านยาโดยไม่ได้มาตรวจตามนัด ทำให้ไม่เกิดการรักษาดูตามที่ดีต่อเนื่อง โรคไม่หาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้</p> <p>6. ปัญหาผู้ป่วยประกันสังคมที่อาจมีข้อจำกัดในด้านการบริหารจัดการเพื่อรับยาจากร้านยา ในปัจจุบันกฎหมายประกันสังคมไม่ได้อนุญาตให้ร้านยาเข้ามาเป็นเครือข่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยประกันสังคม จึงทำให้ผู้ป่วยประกันสังคมอาจถูกจำกัดสิทธิทางอ้อมไม่สามารถมาใช้บริการที่คลินิก</p> <p>7. เป็นกฎหมายสองมาตรฐาน กฎหมายได้ยอมรับให้เจ้าหน้าที่อนามัยที่เรียนเพียง 2 ปีกลับไปจ่ายยาได้ในสถานีอนามัย ทั้งๆที่สถานีอนามัยก็ไม่มีเภสัชกรประจำ แต่แพทย์ที่เรียนมาครบกระบวนการกลับไม่สามารถจ่ายยาที่คลินิกได้</p> <p>8. เป็นกฎหมายที่เลือกปฏิบัติ ในขณะที่กฎหมายกำหนดให้แพทย์ต้องเขียนใบสั่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา แต่กลับไม่มีมาตราใดกำหนดให้เภสัชกรจ่ายยาได้เฉพาะเมื่อมีใบสั่งแพทย์เท่านั้น ซึ่งเท่ากับว่าเป็นการเลือกปฏิบัติ</p> <p>จากเหตุผลทั้ง 8 ประการในการคัดค้านร่าง พรบ.ยา ในมาตรา 14 วรรค 3 นั้น จะเห็นได้ว่าหลายประเด็นสามารถแก้ไขปัญหาข้อกังวลให้ลุล่วงลงได้ เช่น การออกกฎกระทรวงให้มีบัญชียาฉุกเฉิน ไว้ที่คลินิกเพื่อช่วยปฐมพยาบาลและช่วยรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้ การแก้กฎหมายประกันสังคม เพื่อจัดระบบให้ร้านยาเข้ามาเป็นเครือข่าย เป็นต้น</p> <p>ประเด็นสำคัญที่สังคมต้องร่วมกันตัดสินใจก็คือ หลักการในเรื่องยาต่างหาก ไม่ใช่ประเด็นในรายละเอียดที่เชื่อว่าสามารถจัดระบบให้มีผลกระทบเชิงลบต่อประชาชนให้น้อยที่สุดได้ นั่นคือสังคมไทยต้องตัดสินใจเลือกระบบการให้บริการด้านสุขภาพว่า จะเลือกที่จะรับบริการเบ็ดเสร็จครบวงจรที่คลินิกแพทย์ ซึ่งสะดวกและมั่นใจ หรือจะเลือกการรับบริการตรวจรักษากับแพทย์แล้วนำไปสั่งแพทย์ไปรับยาจากเภสัชกรในร้านยา ในพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้เกิดกระบวนการตรวจสอบซึ่งกันและกันเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค</p>
--	---

<p>บุคคลทั่วไป</p> <p>www.Pharmacafe.com</p> <p>ห้อง “เฉพาะกิจเรื่องยา”</p> <p>กระทู้ “ทำไมเภสัชกับหมอต้องทะเลาะกันเรื่องพ.ร.บ.ยา”</p>	<p>1. จากคุณ : หมอ “ไอ้ที่ไปอ้างว่าที่ประเทศโน้นคืออย่างโน้น ที่ประเทศนี้คืออย่างนี้ มันใช้กับไทยไม่ได้ทั้งหมด เพราะถ้าคุณไปอ้างชาวอังกฤษ ที่มีการขนส่งมวลชนทั่วถึง ว่าเขาใช้แล้วประชาชนพอใจ อย่าลืมมองประเทศไทยด้วย ว่าชาวบ้านเวลาจะออกจากหมู่บ้านแต่ละที ถ้าไม่มีรถจะต้องเหมาะกระเบาะออกมาทีละ 500-1000 บาท นะครับ แน่นนอนชาวอังกฤษไม่เดือดร้อน แต่คนไทยในชนบท ที่เป็นคนส่วนใหญ่ล่ะ เขาเดือดร้อน</p> <p>การยกตัวอย่างของผม อาจจะผิดก็ได้ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคืออะไร ผมว่าวิธีที่ดีที่สุดคือ “ทดลองใช้ในพื้นที่เล็กๆก่อน” เช่นสัก 4-5 จังหวัด (ทั้งที่เป็นเมืองใหญ่ และที่เป็นจังหวัดกันดาร) หลังจากทดลองเสร็จ ไอ้ปัญหาที่คาดว่าจะเกิด มันก็อาจเกิดหรือไม่เกิดก็ได้ จริงไหม และไอ้ปัญหาที่ไม่มีใครเคยคิดถึงเลย ก็อาจจะมามีมาให้เห็นก็ได้ ทีนี้เราก็คงเอาข้อมูลเหล่านี้มาถกกันอีกทีว่า ได้คุ้มเสียไหม ที่จะเปลี่ยนระบบใหม่ หรือถ้าจะเปลี่ยน จะต้องระวังจุดไหนบ้าง ”</p>
<p>บุคคลทั่วไป</p> <p>phararmy (mailto:phararmy@hotmai.com)</p> <p>กระทู้ “ทำไมแพทย์ต้องคัดค้าน พ.ร.บ. ยา “</p>	<p>1. จากคุณ : 001 &lt;mailto:solutions@yahoo.com&gt; “เนื่องจากปัจจุบันแพทย์มีอายุยืนมือและกำไรจากการเปิดคลินิกมาจากยา ดังนั้นจึงมีการสั่งจ่ายอย่างไม่สมเหตุผล หลายท่านคงเคยไปหาหมอแล้วด้วยอาการไข้หวัดธรรมดา แต่ได้ยากลับมาหลายอย่าง เมื่อมามองดูแล้วยาบางอย่างไม่จำเป็นต้องได้รับที่เป็นอย่างนี้ เพราะประเทศไทยเราในปัจจุบันยังไม่มีมีการคิดค่าตรวจเวลาไปพบแพทย์ ทำให้แพทย์ต้องสั่งจ่ายทุกครั้งทีคนไข้ไปพบ ทั้งที่บางครั้งอาจจะไม่จำเป็น การที่มีมาตรฐานนี้ขึ้นมาจึงทำให้แพทย์ไม่ยอมรับมาตรฐานนี้ ทั้งที่ประโยชน์จริง ๆ จากมาตรฐานนี้น่าจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่จะได้รับยาอย่างปลอดภัย และสมเหตุผลมากขึ้น”</p> <p>2. จากคุณ : *-* &lt;mailto:medzinla30@hotmail.com&gt; “พ.ร.บ. ยาที่กำลังร่างอยู่เรว่ามันมีทั้งที่ส่วนดีและไม่ดีนะลองนึกสภาพพื้นที่ๆห่างไกลตัวเมืองแค่ 10 โลสิคนไข้มาหาหมอเสร็จก็ต้องไปร้านขายยาต่อเออคงสะดวกน่าดูแถมอีกอย่างหากเป็นคนไข้ฉุกเฉินซักทีคลินิกแล้วหมอก็ทำไงเขียนใบรับรองว่าซักจริงแล้วส่งไปร.พต่อหรือ....บางทีเราต้องมอง 2 มุมบ้างการที่ออกพ.ร.บ. ยามันเหมือนกับการเปิดโอกาสให้คนที่ม้อานาจตัดสินใจการ ใช้จ่าย เหมือนที่เกาหลีใช้พ.ร.บ. นี้มาแล้วแต่ผลออกมาประชาชนกลับแย้งว่าเดิม นายเขาก็อรับผิดชอบโดยลาออกไปแล้ว เราว่าขอให้ประเทศพร้อมกว่านี้ไม่ดีกว่าหรือให้การกระจายรายได้มันดีกว่านี้หน่อย ไม่อย่างนั้นคงเห็นบริษัทยาใหญ่ๆมาเทคโอเวอร์ เหมือนที่โลดส์บักชีทำไงถ้าพ่อแม่ใครที่เปิดร้านขายของชำคงรู้ว่าผลกระทบเป็นยังไง”</p>
<p>บุคคลทั่วไป</p> <p>www.Pharmacafe.com</p> <p>ห้อง “เฉพาะกิจเรื่องยา”</p>	<p>1. จากคุณ : รัมอินทา recepe แสดงความคิดเห็น: 16 ต.ค. 2003 16:46 น. “เกาหลีกับประเทศไทยคงไม่เหมือนกันครับ จะว่าไทยจะพบปัญหาเหมือนเกาหลีคงไม่ได้ เพราะไทยคิดโดยคนไทย อังกฤษกับอเมริกาก็ไม่เหมือนกัน อังกฤษมีทั้ง ยาที่จ่ายโดยเภสัชกร และยาที่ จ่ายตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งก็ไม่เหมือน อเมริกา ดังนั้นเรากำหนดที่เป็นเอกลักษณ์ของเรา ด้วย มาตรา 14(3) ได้ ไม่เห็นผิดตรงไหน ให้ 1 เสียง สำหรับความจริงใจ”</p> <p>2. จากคุณ : คนไข้คนหนึ่ง แสดงความคิดเห็น: 20 ต.ค. 2003 15:53 น. “ผมคิดว่าถ้าเภสัชฯหวังดีกับประชาชนอย่างที่พูดควรที่จะแสดงสปิริต ในเมื่อมีความรู้เรื่องยาที่ดีกว่าหมอ ก็จ่ายยาตามใบสั่งของหมอเท่านั้น ห้ามขายยาเอง หรือว่าพวกคุณมีความสามารถที่จะตรวจ และให้การวินิจฉัยด้วย ถึงขายยาเองได้ ผมว่าเป็นชาวบ้านมากกว่า เดิน ไปบอกว่าเป็นอะไรก็หยิบยาให้เลย เก่งกว่าหมออีก ผมไปรพ. พบออกอาการเสร็จ ยังต้องเสียเวลาตรวจ บางครั้งต้องเจาะเลือดด้วย มีอยู่ครั้งหนึ่ง เด็กข้างบ้านเป็นไข้เลือดออก แม่ไปร้านขายยา บอกอาการเสร็จ หมอที่ร้าน หรือเปล่า</p>

		<p>ไม่แน่ใจ บอกว่าเป็นไข้หวัด จัดยามาให้กิน ถ้าตัวร้อนมากให้กินยาลดไข้อย่างแรง ผลเด็กเกือบเอาชีวิตไม่รอด คีที่มีคนพาไป รพ. เด็กทั้งถ่ายและอาเจียนเป็นเลือด และที่ร้านขายยากรรมเภสัชตลอด ผมเห็นมีแต่ลูกจ้าง ไม่เห็นต่างจากที่พวกคุณว่าร้านหมอเลย ผมว่าสิ่งที่พวกคุณๆทั้งหลายอ้างว่าเพื่อชาวบ้าน ผมว่าเพื่อพวกคุณเอง พวกหมอๆทั้งหลายไม่ว่า หมอคน หมอพื้น หมอสัตว์และหมอยา ไม่สงสารชาวบ้านบ้างหรือ ทุกคนก็อยากมีเงินเหมือนกัน พวกคุณไม่สงสารเลย เวลาเราเจ็บป่วยผมคิดว่าก็ทุกข์พอแล้ว หัวฟุ้งผู้ที่เสียสละ แต่ต้องกลุ่มเข้าไปอีก ต้องเสียค่าตรวจให้หมอ และเสียค่ายาอีก พวกคุณคงมีความสุขมากที่เห็นคนป่วย จะได้กอบโกยให้ลุ่มกับที่เรียนมา จะได้แข่งกันว่าบ้านใครสวย รถใครป้ายแดง ยี่ห้อจากยุโรป ผมว่าชาติหน้ามีจริงนะ ไม่กลัวต้องไปใช้หนี้หรือ”</p> <p>3. จากคุณ : <u>ร่วมด้วยช่วยกัน</u> แสดงความคิดเห็น: 23 ต.ค. 2003 10:00 น. “กลุ่มไหนสนับสนุน พรบ.ยาในประเด็นอิงใบสั่งยาที่ไม่ต้องไปเลือกกลุ่มนั้น เพราะเป็นการสนับสนุนให้ทำลายล้างเภสัชกรชุมชนส่วนใหญ่ซึ่งเป็นร้านเล็ก ๆ ทุนน้อย เปรียบเสมือนการเผาปล้นสะดมร้านเภสัชทุนน้อยแล้วเอาทรัพย์สินไปให้กลุ่มทุนหนา (ไม่ว่าจะเป็นทุนในประเทศหรือทุนต่างประเทศ) การเอาประชาชนมากล่าวอ้างว่าจะได้รับประโยชน์ต่าง ๆ ก็เป็นการกล่าวอ้างโดยมองแต่แง่มุมเดียว คือพูดแต่ข้อดีไม่สนใจข้อเสียใด ๆ แม้มีผู้ทักท้วงหาข้อมูลต่าง ๆ มายืนยัน แต่สิ่งที่กลุ่มสนับสนุนทำมาโดยตลอดก็คือ การไม่รับฟัง ปิดกั้นการเปิดเผยที่สาธารณะเพื่อให้มีการแสดงความเห็น การ discredit ของฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย การโฆษณาชวนเชื่อว่าเป็นเภสัชกรแล้วต้องสนับสนุน พรบ.ยาใหม่ หลายคนที่ยังเชื่อรับรองก็ยังไม่รู้ด้วยซ้ำไปว่า พรบ.ใหม่จะมีผลกระทบอย่างไรต่อวิชาชีพ ส่วนเภสัชกรที่ไม่ได้เป็นเจ้าของร้านยาเองก็ยกมือหนุนไปก่อนเพราะตัวเองไม่เคียดรื้อน สสจ.หลายคนสนใจแต่ว่าจะถูกตัด 5000 หรือไม่แต่ไม่สนใจว่าร้านยาของเพื่อนร่วมวิชาชีพจะอยู่รอดหรือไม่”</p>
บุคคลทั่วไป	www.Pharmacafe.com ห้อง “เฉพาะกิจเรื่องยา”	<p>1. จากคุณ : <u>เภสัชกรสามัคคี</u> แสดงความคิดเห็น: 25 ต.ค. 2003 09:55 น. “หน้าที่ของเราจะมีโอกาสรับใช้สังคมอย่างสง่างาม เภสัชกรจะต้องเป็นไท หน้าที่แต่ละวิชาชีพต้องมีการแบ่งหน้าที่ตามวิชาชีพ Dispensing จะต้องแยกจาก Prescription อย่างเด็ดขาด”</p> <p>2. จากคุณ : <u>เภสัชหนุ่มชอยเค็ง</u> แสดงความคิดเห็น: 27 ต.ค. 2003 09:44 น. “เห็นด้วย เห็นด้วยว่าเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ ฟัน้องเภสัชทั้งหลายอย่าหลงประเด็น มีหลายคนบอกว่าต่อไปร้านเล็ก ๆ จะหายไปมีแต่ เซนสโตรเท่านั้น ไม่จริงครับถ้าสภาพเป็นเช่นปัจจุบันนี้ร้านยาต้องตายทั้งหมดนั่นแหละครับ”</p> <p>3. จากคุณ : <u>เสนอกุณเภสัช</u> แสดงความคิดเห็น: 28 ต.ค. 2003 00:46 น. “หน้าที่ของคุณเภสัชกรที่ไม่มีใครทำได้ดีกว่าคือการผลิตยาครับ! ไม่ใช่การจ่ายกับคนไข้เพราะการจ่ายยาต้องมีความรู้ด้านวินิจฉัยด้วย!</p> <p>คุณอยากให้วิชาชีพคุณมีคุณค่ามากขึ้นก็ต้องร่าง พ.ร.บ.ยาให้มีผลในการคุ้มครองและสนับสนุนบริษัทยาในประเทศ รวมถึงการผลิตยาใหม่ขึ้นมาใช้เอง ทดแทนการนำเข้า</p> <p>ทุกคนสามารถเป็นหนึ่งในด้านของตนเองได้ (to be number one) ไม่ใช่พยายามเป็นหนึ่งในด้านที่ตนเองไม่มีความรู้ความสามารถ หรือใช้ไปลดบทบาทคนอื่น!”</p>

<p>บุคคลทั่วไป</p> <p>www.Pharmacafe.com</p> <p>ห้อง “เฉพาะกิจเรื่องยา”</p> <p>กระทู้ “20 เหตุผลในการสนับสนุนมาตรา 14 (3) พระราชบัญญัติยาใหม่”</p>	<p>1. จากคุณ : jymm แสดงความคิดเห็น: 19 ก.ย. 2003 23:28 น “20 เหตุผลในการสนับสนุนมาตรา 14 (3) พระราชบัญญัติยาใหม่ โดย เกศจักรจิระ วิชาสงศ์</p> <p>1. การมีระบบใบสั่งยาเป็นการตรวจสอบซึ่งกันและกันเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการสั่งยา</p> <p>2. โรงพยาบาล (รัฐ , เอกชน) ในปัจจุบันมีระบบใบสั่งยาอยู่แล้ว โดยแพทย์ ทันตแพทย์เป็นผู้ออกใบสั่ง มีเภสัชกรรับผิดชอบตรวจสอบความถูกต้อง และจ่ายยา</p> <p>3. พรบ.ยาปัจจุบัน (พ.ศ. 2510) มียาควบคุมพิเศษ แต่ไม่สามารถขายได้เพราะไม่มีใบสั่งยามาที่ร้านขายยา ที่ขายในปัจจุบันล้วนผิดกฎหมายทั้งหมด เช่นเดียวกับขายวัตถุออกฤทธิ์ ประเภท 3 , 4</p> <p>4. ตั้งแต่มีกฎหมายมาจนถึงปัจจุบัน ไม่มีเคยมีใบสั่งยาให้คนไข้ซื้อออกมาซื้อยาที่ร้านขายยาเลย</p> <p>5. คลินิกปัจจุบันส่วนใหญ่ หมอไม่มีเวลาอธิบายการใช้ยาให้คนไข้ เพราะคนไข้มีจำนวนมาก คนไข้จึงไม่ค่อยได้รับข้อมูล อันตรายของยา อาการข้างเคียงของยา วิธีการใช้ยา โดยละเอียด วิธีปฏิบัติตัวในการรักษาโรคนั้นๆ</p> <p>6. คนจัดจ่ายยาในคลินิกส่วนใหญ่ไม่ใช่หมอ มักเป็นลูกจ้าง แฟนของหมอ ซึ่งมัก ไม่มีความรู้เรื่องยามากนัก</p> <p>7. ลายมือของหมออ่านยาก อาจทำให้คนจัดยา จัดยาผิดพลาดได้</p> <p>8. คลินิกหมอหลายแห่งมียามรดอายุ เพราะหมอ หรือคนจัดยาไม่มีเวลาตรวจสอบ เนื่องจากไม่ได้อยู่ที่คลินิก และคนไข้มีจำนวนมาก</p> <p>9. ยาที่ได้จากคลินิกมักไม่เขียนชื่อยาที่ซองยา</p> <p>10. ยาที่ได้จากคลินิกมักไม่เขียนคำเตือนการใช้ยา</p> <p>11. คลินิกบางแห่งมีการแบ่งบรรจุยา โดยเฉพาะยาน้ำ ซึ่งเข้าข่ายการผลิตยาโดยไม่ได้รับอนุญาต และขวดยาที่แบ่งมัก ไม่มีฉลาก ทั้งหมดจัดว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย</p> <p>12. คลินิกโรคผิวหนังส่วนใหญ่ มักมีการผลิตยาครีม ถือเป็นการผลิตยาโดยไม่ได้รับอนุญาต</p> <p>13. คลินิกบางแห่งมีการสั่งผลิตยา ที่มีสัญลักษณ์เป็นของคลินิกเอง ยาเหล่านี้มักไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา</p> <p>14. คลินิกโดยส่วนใหญ่มักจะใช้ยาที่มีราคาถูก ซึ่งบางบริษัทก็เป็นที่ทราบกันดีในวงการยาว่า คุณภาพยาไม่สูงนัก</p> <p>15. คลินิกโดยส่วนใหญ่มักจะคิดค่ารักษาราคาแพง เมื่อเปรียบเทียบกับมูลค่ายาที่จ่ายให้กับ คนไข้ โดยเฉพาะคลินิกที่คนไข้นิยมมาก</p> <p>16. คลินิกบางแห่งมีการใช้ยาอันตราย เช่น ยาสเตอรอยด์ มาก</p> <p>17. คลินิกบางแห่งมีชื่อเสียงว่าชอบ “เลี้ยงไข้”</p> <p>18. พยาบาลที่เปิดคลินิกส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องยาน้อย</p> <p>19. คลินิกพยาบาลส่วนใหญ่จะจ่ายยาที่เกินศักยภาพของตนเอง</p> <p>20. คลินิกพยาบาลส่วนใหญ่จะเน้นการฉีดยา เติมน้ำเกลือ ให้กับคนไข้มาก</p> <p>“ การมีระบบใบสั่งยา จะสามารถช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้ ”</p>
<p>บุคคลทั่วไป</p> <p>www.Pharmacafe.com</p> <p>ห้อง “เฉพาะกิจเรื่องยา”</p> <p>กระทู้ :</p>	<p>1. จากคุณ : อิม แสดงความคิดเห็น: 25 ต.ค. 2003 19:50 น. “ สมมุติว่า คณะกรรมการโรงพยาบาลเอกชนชื่อดัง ต้องการซื้อเครื่อง อุลตราซาวด์ ที่ทันสมัย ปรากฏว่าตัวแทนจำหน่าย 3 บริษัท เสนอราคาพร้อมสเปค ถามว่าคณะกรรมการ ร.พ.ต้องไปถามประชาชนใหม่ว่าอยากได้เครื่องไหน หรือไปทำประชาพิจารณ์ให้ตอบแบบสอบถามกลับมาแบบที่คิดว่า ทำไม่ได้ใช่ไหมครับ เพราะเครื่องดังกล่าวต้องใช้ความรู้และผู้รู้เป็นเครื่องตัดสินใจ เรื่องราวของระบบยาก็เหมือนกัน</p>

	<p>“ประชาพิจารณ์”</p>	<p><b>ต้องอาศัยความรู้ทางวิชาการประกอบการพิจารณา</b> เพราะเหตุผลที่ข้อแก้ไขในคณะกรรมการกฤษฎีกา เป็นการอธิบายทางวิชาการ จนทุกคนยอมรับ ต้องอาศัยเหตุผล ไม่ใช่อาศัยความรู้สึก การไปบอกกับคนไข้ว่าเสียเวลาไปมาสองต่อพบทั้งแพทย์แลพบทั้งเภสัชแล้วคนไข้ไม่สะดวก แต่เหตุผลไม่สะดวกเอาไปยกเลิกทั้งระบบ</p> <p>เรื่องยากก็เหมือนกัน เสียเวลาแค่นี้เดียว แต่เพื่อความปลอดภัย ความปลอดภัยสำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์ครับ อีกอย่างหนึ่งไม่ต้องห่วงนะครับ พอกฎหมายออก พื้นที่ไหนที่มีคลินิกแต่ไม่มีร้านยา มีแต่ร้านยาจะเปิดอยู่ใกล้คลินิก แล้วถามแพทย์ว่าใช้ยาตัวไหนบ้างก็ไปจัดหามาบริการ แต่ละคลินิกมีรายการยาไม่ถึง 50 ตัวหรอกครับ</p> <p>2. จากคุณ : <u>ร่วมด้วยช่วยกัน</u> แสดงความคิดเห็น: 27 ต.ค. 2003 09:43 น. “ คุณเปรียบเทียบการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์กับ พรบ.ยามันต่างกันเยอะครับ เพราะ พรบ.ยามีผลกระทบกับคนหมู่มากแถมเรื่องที่น่ามาถกกันก็มีมิติมุมมองทั้งทางวิชาการและทางสังคม มาตีความว่าไม่ใช่หนักวิชาเกินคงไม่เข้าใจมันก็คับแคบทางจิตใจเกินไป ”</p> <p>3. จากคุณ : <u>เภสัชกร บรบี้อ</u> แสดงความคิดเห็น: 30 ต.ค. 2003 12:21 น. “ กลับมาแล้วครับ การทำประชาพิจารณ์นั้น ก่อนทำ ต้องมีการทำ Intervention ด้วย ด้วยการให้แจ้งฟังเหตุผลที่หัวหน้ากลุ่มงานเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคแห่งประเทศไทย นำเสนอในที่ประชุมกฤษฎีกา คือให้ฟังในข้อมูลเดียวกัน หมายความว่าต้องมีการให้ความรู้ก่อน ถึงผลได้ผลเสียก่อนตัดสินใจตอบคำถามประชาพิจารณ์ ยุติธรรมดีไหม เวลาออกสนามสำรวจ ก็ต้องให้ข้อมูลเหตุผลที่ละเอียดของการต้องมีใบสั่งก่อนทุกครั้ง การจะตัดสินใจอะไรต้องมีข้อมูลรอบด้านก่อนไขใหม่ จึงเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้อง ยุติธรรมดีนะครับ ”</p> <p>4. จากคุณ : <u>moonkiss...</u> แสดงความคิดเห็น: 02 พ.ย. 2003 19:34 น. “ คนที่คัดค้านทุกคนก็คงเห็นด้วยว่าตามหลักการมีคน recheck มันดีผู้บริโภคจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง แต่ผมยืนยันหัวเด็ดตีนขาดด้วยความคิดเก่าๆเดิมๆ ในมุมมองของแพทย์ที่อยู่ในพื้นที่ขาดแคลนครับว่า <b>ประเทศเรายังไม่พร้อมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและบุคลากร</b> หรือคุณว่าเราพร้อมแล้ว??? ”</p>
<p>บุคคลทั่วไป</p>	<p>www.Pharmacafe.com</p> <p>ห้อง “เฉพาะกิจเรื่องยา”</p> <p>กระทู้ “อย่าปล่อยว่างพรบ. ยาชายชาติลายนวล”</p>	<p>1. จากคุณ : <u>ภก. สุวัฒน์ กอไพศาล</u> หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนเพื่อประชาชนแห่งประเทศไทย แสดงความคิดเห็น: 21 ต.ค. 2003 11:46 น. “การประชุมนั้น ทุกฝ่ายอภิปรายไม่เห็นด้วย ตัวแทนฝ่ายโรงงานผู้ผลิตก็บอกว่าแพง ชมรมยาแห่งประเทศไทยก็บอกว่าแพง เภสัชกรชุมชนก็บอกว่าแพง ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคก็บอกว่าแพง ในที่สุดทุกฝ่ายเชื่อในเครดิตของ อย. เพราะบอกว่าจะมีประกาศอัตราในกฎกระทรวงอีกที”</p> <p>2. จากคุณ : <u>RBP</u> แสดงความคิดเห็น: 19 ก.ย. 2003 08:37 น “สังเกตด้วยการต่ออายุทะเบียนยา 50,000 บาททุก 5 ปี โรงงานเล็กๆมีขนาด 10 ตำรับ ต้อง จ่าย 5 แสนบาททุก 5 ปี โรงงานขนาดกลาง 100 ตำรับต้องจ่าย 5 ล้านบาททุก 5 ปี อยากทราบว่าหลังตาออกมาได้อย่างไร? โรงงานฝรั่งเขาหนีออกจากประเทศไทยเกือบหมดแล้ว ยังจะฆ่าโรงงานคนไทยอีกหรือ? พ.ร.บ. ยาใหม่ ค่าธรรมเนียมมหาโหด เจตนาทำลายอุตสาหกรรมยาไทยเอื้อประโยชน์ให้นายทุนต่างชาติโปรดสังเกตว่าค่าใบอนุญาตรายปี ผลิตยา ขายยาแพงมาก กิจการขนาดกลาง ขนาดเล็กไม่มีทางรอด จนอาจกล่าวได้ว่า ค่าธรรมเนียมเพื่อการขายชาติหรือเปล่า?”</p>

บุคคลทั่วไป	www.Pharmacafe.com ห้อง “เฉพาะกิจเรื่องยา” กระทู้ “ขอเรียกร้องให้เภสัชจับมือกับแพทย์ด้านพรบ.ยา”	จากคุณ : <b>Apotheker</b> วัยเอ้าะ เอ้าะ แสดงความคิดเห็น: 13 ก.ย. 2003 17:14 น “เห็นด้วยว่าร้านเภสัชเต็มเวลาที่แจ้ง เพราะคนจะไปโรงพยาบาลเอกชนกันหมด 1 มีครบทั้งหมอและเภสัช ใช้เวลาไม่เกินครึ่งชั่วโมง 2 ได้รับการตรวจที่ดีจากแพทย์ และ ได้รับการจ่ายยาจากเภสัชกร 3 ค่าใช้จ่ายจากเคมที่ดูเหมือนแพง แต่เมื่อเทียบกับการจ่ายค่าแพทย์และค่ายาจากคลินิกและร้านขายยา อาจจะไม่ต่างกันมากแล้วที่นี่ 4 ใช้สิทธิ์เช่นเบิกได้ ประกัน ได้ง่ายกว่า 5 อีกหน่อยก็จะมีPCU ออกมาอีก แต่ดูแล้วประชาชนได้ประโยชน์ได้รับการรักษาที่ดีมีมาตรฐานกว่าการเข้าร้านยาหรือคลินิกที่มีการตัดสินใจเพียงคนเดียว
-------------	---	---

### ผลการวิจัย

- สรุปผลกระทบหลังการใช้นโยบาย SPD ในต่างประเทศ (High evidence)

#### ❖ Dispensing doctors and prescribing pharmacists : A South African perspective

##### Advantage :

- ผู้ป่วยปลอดภัย
- ควบคุมราคายาได้ดีขึ้น
- หมอที่จ่ายยาจ่ายยาจำนวน 2.38 items เปรียบเทียบกับ 1.67 items สำหรับหมอที่เขียนแต่ใบสั่งยาเพื่อให้เภสัชกรจ่ายยา (leger, 1996)

##### Disadvantage :

- เก็บยาไว้ได้ไม่เพียงพอ
- ความสะดวกสบายในการจ่ายยา
- จ่ายยาโดยบุคคลที่ไม่ได้รับการฝึกมา

#### ❖ Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea :separation of drug prescribing and dispensing

##### Advantage :

- แก้นิสัยการสั่งยา ที่จ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยของแพทย์

##### Disadvantage :

- แพทย์สั่งยา brand-name หรือยาที่มีราคาแพง ทำให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพไม่ลดลง

- โรงงานต่างชาติเข้ามามีส่วนร่วมในวงการตลาดมากขึ้นทำให้โรงงานยาเล็กๆต้องปิดตัวลง
- ความไม่สะดวกในการรับยา
- ผู้บริโภคต้องจ่ายค่าธรรมเนียมนำหรับการสั่งยาแก่แพทย์และสำหรับการจ่ายยาแก่เภสัชกร

#### ❖ **Comparison of Peptic-Ulcer Use and Expenditures Before and After the Implementation of a Government Policy to separate Prescribing and Dispensing Practices in South Korea**

##### **Disadvantage :**

- ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น 98.4% สำหรับการรักษาโรค Peptic ulcer นี้
- เพิ่มปริมาณการสั่งยา Peptic ulcer ของแพทย์ โดยเพิ่มขึ้น 13.9%
- การใช้ยา Peptic ulcer โดยไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ทำให้เกิด delay diagnosis ของ CA stomach

#### ❖ **Cotrimoxazole prescribing by dispensing and non-dispensing doctors: do they differ in rationality?**

##### **Advantage :**

- หมอที่จ่ายยามีการสั่งยาจำนวนมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทั้งยาฉีด และ antibiotics (*Nizami et al,1996*)
- หมอที่จ่ายยากับหมอที่ไม่จ่ายยาพบว่าใช้ dose ที่ไม่ให้ผลในการรักษาบ่อยกว่าหมอที่ไม่จ่ายยา (26.4% ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เปรียบเทียบกับ 11.7 % ;  $P=0.035$ ) และให้ dose ที่ถูกต้องน้อยครั้งกว่าหมอที่ไม่จ่ายยา (58.0% เปรียบเทียบกับ 72.6%;  $P= 0.047$ )

#### ❖ **Prescribing costs in dispensing practices in Lincolnshire**

##### **Advantage :**

- Non-dispensing practices มีการสั่งยาราคาต่ำกว่า (สั่งเป็น generic drugs มากกว่า) Dispensing practices

#### ❖ **Prescription habits of dispensing and non-dispensing doctors in Zimbabwe**

##### **Advantage :**

- Non-dispensing practices มีการสั่งยาน้อยกว่า Dispensing practices โดยมีการสั่ง Antibiotics, mixture และ injection คิดเป็นจำนวนเฉลี่ยน้อยกว่า Dispensing practices
- Non-dispensing practices มี consultation time มากกว่า Dispensing practices

## ❖ Impact of separation drug prescribing and dispensing on provider behavior :

### Taiwan's experience

#### Advantage :

- ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยา (Drug expenditure) ต่อครั้ง ลดลง 12-36%

ความน่าจะเป็นในการสั่งยาเอง (Probability of prescription) ของคลินิกที่ไม่มีเภสัชกรประจำร้านลดลง เป็น 17-34 %

#### Disadvantage :

มีการเพิ่มค่าบริการให้คำปรึกษา (Consultation fees) และค่าบริการจ่ายยา (Dispensing fees) ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวม ( Total health expenditure) ต่อครั้งไม่แตกต่างจากก่อนการใช้นโยบาย

Problem	Advantage	Disadvantage
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Socio-economics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-NDDs.มีราคาการสั่งยาที่ต่ำกว่า DDs.</li> <li>- non-dispensing pt.จ่ายยาจำนวนน้อยลง</li> <li>- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาต่อครั้งลดลงในคลินิกที่ไม่มีเภสัชกรประจำร้าน</li> <li>- แพทย์มีการสั่งยาลดลง</li> <li>- ควบคุมราคาขายได้ดีขึ้น</li> <li>- หมอที่จ่ายยาจ่ายยาจำนวน 2.38 items เปรียบเทียบกับ 1.67 items สำหรับหมอที่เขียนแต่ใบสั่งยาเพื่อให้เภสัชกรจ่ายยา (<i>Ieger,1996</i>)</li> <li>- แก่นิสัยการสั่งยา ที่จ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยของแพทย์</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NDDs.มีการจ่ายค่ายาแพงขึ้น</li> <li>- การเพิ่มค่าธรรมเนียมในการสั่งยาและค่าธรรมเนียมในการ consult ทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมเกี่ยวกับสุขภาพไม่ลดลง</li> <li>-- เก็บยาไว้ได้ไม่เพียงพอ</li> <li>- ความสะดวกสบายในการจ่ายยา</li> <li>- ความไม่สะดวกในการเข้าถึงยา</li> <li>- ผู้บริโภคต้องจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการสั่งยาแก่แพทย์และสำหรับกรจ่ายยาแก่เภสัชกร</li> <li>- แพทย์สั่งยาที่มีการคาแพงและยา brand name</li> <li>- ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น 98.4% สำหรับการรักษา Peptic ulcer นี้</li> <li>- เพิ่มปริมาณการสั่งยา Peptic ulcer ของแพทย์ โดยเพิ่มขึ้น 13.9%</li> <li>หมอที่จ่ายยามีการสั่งยาจำนวนมากว่าอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยาฉีดและ antibiotics (<i>Nizami et al,1996</i>)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Health</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NDDs.มีการสั่งยา generic name มากขึ้น</li> <li>- NDDs.มีการสั่งยาฉีด,ยาผสม,ABO.น้อยกว่า DDs.</li> <li>- NDDs.มี consultation time นานกว่า DDs.</li> <li>- ผู้ป่วยปลอดภัย</li> <li>- หมอที่จ่ายยากับหมอที่ไม่จ่ายยาพบว่าใช้ dose ที่ไม่ให้ผลในการรักษาบ่อยกว่าหมอที่ไม่จ่ายยา (26.4% ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เปรียบเทียบกับ 11.7 % ; P=0.035) และให้ dose ที่ถูกต้องน้อยกว่าหมอที่ไม่จ่ายยา (58.0% เปรียบเทียบกับ 72.6%; P= 0.047)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จ่ายยาโดยคนที่ไม่ได้รับการฝึกมา</li> </ul>

## สรุป กรณีศึกษาในต่างประเทศ (Low evidence)

### Western firm eyes Korean pearl (Korea)

#### Disadvantages :

ค่า consultation fees เพิ่มขึ้นในคนไข้นอกและ prescribing fees เพิ่มขึ้น 5 เท่า แพทย์มีความที่จะสั่งยาที่เป็น Brand name มากขึ้น ทำให้โรงงานยาในประเทศซบเซาลง ผู้ป่วยนอกได้รับใบสั่งยาจากโรงพยาบาลแล้วนำไปซื้อยาที่ร้านขายปลีกมากขึ้น ทำให้ตลาดยาในโรงพยาบาลตกต่ำลง

### 2. A study for the establishment of separation of prescription and dispensing (Korea)

#### Advantage :

การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะลดน้อยลง  
การจ่ายยาผิด ทั้งยาเกินและขาดลดน้อยลง  
จำนวนการสั่งยาผิดต่อผู้ป่วยนอกลดลง

#### Disadvantages :

ประชาชนเกิดความลำบากและเสียเวลาในการเดินทางจากร้านหมอไปยังร้านขายยา  
ราคาของยาแพงขึ้นเนื่องจากหมอเลือกสั่งยาตัวที่มีราคาสูง  
การเพิ่มขึ้นของราคาต่อใบสั่งยา พบในผู้ป่วย Chronic disease เช่น HT มากกว่า Acute respiratory disease  
หุ้นส่วนตลาดของ Original products (ราคาสูง) เพิ่มขึ้นในขณะที่หุ้นส่วนตลาดของ Copy products (ราคาต่ำ) ที่มีส่วนผสมเหมือนกันลดลง

### 3. Today in Phillipines :Reviving pharmacy (Phillipines)

#### Disadvantages :

บริษัทยาใหญ่ ๆ เข้ามา takeover ทำให้เภสัชกรที่เปิดร้านขายยาต้องปิดอย่างรวดเร็ว  
เกิดการสมองไหลของเภสัชกรในประเทศไปสู่ประเทศที่ดีกว่า

### 4. Medical reform in Korea present situation (Korea)

#### Disadvantages :

ระบบประกันสุขภาพของเกาหลีมีแนวโน้มที่จะล้มเหลว เนื่องจากมีการเพิ่มภาระทางค่าใช้จ่าย  
คุณภาพการจ่ายยาปฏิชีวนะ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเทียบกับระบบเก่า

### 5. Separation policy rowed in Peng-Hu : Pedicasdore Island

#### Disadvantages :

- เภสัชกรเข้าไปทำงานในคลินิกเพิ่มมากขึ้นทำให้เภสัชกรที่จะกระจายตามพื้นที่น้อยลง
- การรอคิวการจ่ายยาเป็นเวลานาน

## 6. Bungyo alters Japanese Healthcare System (Japan)

### Advantage :

- Bungyo ดึงดูดความสนใจให้บริษัทยาต่างชาติเข้ามาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

## 7. Why Japan is (still) important (Japan)

### Advantage :

- ราคาขายลดลงปานกลางและ Yakkasa ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างราคาจัดซื้อกับราคาชดเชยก็ลดลงประมาณ 5 %

## 8. Drug and Pharmaceuticals

### Disadvantages :

- ขนาดของตลาดโดยรวม (Total market size) ลดลงเล็กน้อย โดยยาคี่นำเข้าจากต่างประเทศ มีการขายและหุ้นส่วนในตลาดมากขึ้นและกำลังจะแทนที่ยาภายในประเทศ

## 9. Legislative Council Question NO.6 :Oral reply (Hong Kong)

### Advantage :

- ประชาชนได้มีอิสระในการเลือกวิธีที่ดีที่สุดให้กับตนเอง โดยการให้หมอเขียนใบสั่งยาและไปรับยาจากเภสัชกร

## 10. Fomca backs move to split dispensing,prescribing (Malaysia)

### Disadvantages :

- มีความลำบากในการเดินทางจากร้านหมอไปซื้อยาตามใบสั่งยาของแพทย์

## 11. Hong Kong

### Advantage :

- Non-Dispensing Doctor จ่ายยาจำนวนน้อยกว่า Dispensing Doctor
- มีอิสระในการเลือกซื้อยาจากร้านขายยาได้

## 12. A study of Drug Expenditure Before and After the Separation of Prescribing and Dispensing (Korea)

### Advantage :

- อัตราส่วนของค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาทั้งหมดของ clinic และ โรงพยาบาล ลดลง
- การใช้ยาที่ไม่ต้องมีใบสั่งยาและการใช้ยา (OTC :Over The Counter Drug) ลดลงแต่การใช้ยาที่ต้องมีใบสั่งยาของแพทย์มากขึ้น
- การใช้ยาภายนอกและอื่น ๆ ลดลง
- มีจำนวนยาต่อใบสั่งยาลดลง
- มีอัตราการสั่งยาและการสั่งยานี้อลดลง

- จำนวนคำขอของยาและการทดลองคุณภาพของยา เพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้และความรู้ของแพทย์ลดลง

Disadvantages :

- อัตราส่วนของค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาทั้งหมดของร้านขายยาเพิ่มขึ้น
- วันเฉลี่ยที่สั่งยามีจำนวนเพิ่มขึ้น
- ตลาดของยาที่มีราคาสูงมีเพิ่มขึ้น
- การใช้ยา Antiulcerant ที่มีราคาสูงเพิ่มมากขึ้น ทั้งที่ยาที่มีส่วนผสมที่ active เหมือนกัน

### 13. Approval and licensing system for drugs, Quasi-drugs and cosmetics (separation of prescribing and dispensing)

Advantage :

- สามารถตรวจสอบยาเกี่ยวกับบริการทางสุขภาพ ปรับปรุงประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการรักษาด้วยยา
- เกษีกรสามารถอธิบาย ผลจากยา ผลข้างเคียง และการใช้ยา ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจมากขึ้น
- ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงชนิดของยาที่ได้รับ
- แพทย์และทันตแพทย์สามารถใช้ยาที่จำเป็นแต่ไม่มีเก็บไว้ในคลินิกได้
- ลดการใช้ยาในผู้ป่วยนอก

### 14. Best prospects/Industry overview in Korea

Advantage :

- สามารถควบคุมการใช้ยาที่ผิดและนำไปสู่ตลาดที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ

### สรุปประเด็นความคิดเห็นในประเทศไทย

ผู้สนับสนุน พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่	ผู้เสนอแนะ เกี่ยวกับพ.ร.บ.ยาฉบับใหม่	ผู้คัดค้าน พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่
- พ.ร.บ.ยา ช่วยคุ้มครองผู้บริโภค ให้ได้รับยา ผลิตภัณฑ์และบริการมีคุณภาพและความ ปลอดภัยมากขึ้น และสมเหตุสมผลมากขึ้น ถ้าเกิดความเสียหายอันเกิดจากการใช้ยามี สิทธิเรียกร้องค่าเสียหายได้สะดวกขึ้น - ประชาชนจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น หรือไม่นั้นจะต้องใช้กลไกของตลาดเข้ามาจับ	- ทำประชาพิจารณ์ โดยต้องมีการ ให้ความรู้แก่ประชาชนก่อน ถึง ผลได้ผลเสียก่อนตัดสินใจตอบ คำถามประชาพิจารณ์ - ควรมีการวางหลักเกณฑ์ที่แน่ ชัดว่าจะให้ร้านขายยาแห่งใด จำหน่ายได้บ้าง	- ผู้ป่วยเดือดร้อนมากขึ้น เสียค่าเดินทาง เสียเวลา - เสียค่ารักษาพยาบาล, ค่ายาแพงขึ้น , แพทย์มักจะสั่ง ยาใหม่และยาต่างประเทศที่มีชื่อการค้ามากขึ้น - บริษัทข้ามชาติจะเข้ามาทำการขายยาแทน ร้านยา เล็กๆ และ โรงงานยาเล็กๆ ก็ต้องปิดไป - แพทย์มีแนวโน้มทำหัตถการมากขึ้น - ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหายไป

<p>กลไกทางตลาดจะช่วยให้เกิดราคาที่เป็นธรรมต่อประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างระบบที่ใช้ในโรงพยาบาล เป็นการแบ่งอำนาจที่ชัดเจน ทำให้เกิดความโปร่งใส สามารถที่จะตรวจสอบข้อมูลได้ว่าเกิดการผิดพลาดที่จุดใด ยังจะเป็นการทำงานเป็นทีม ช่วยป้องกันการใช้ยาไม่เหมาะสมและผิดพลาด</li> <li>- ค่ารักษาพยาบาลสามารถแยกได้ว่าค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายาราคาเท่าใด</li> <li>- คลินิกหมอหลายแห่งมีขาดอายุ เพราะไม่มีเวลาตรวจสอบ</li> <li>- หมอไม่มีเวลาอธิบายการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา คนไข้จึงไม่ค่อยได้รับข้อมูล</li> <li>- การผลิตยาโดยแพทย์หรือมีการแบ่งบรรจุยาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย</li> <li>- มีการจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือย ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทยสูง</li> <li>- คนจัดจ่ายยาในคลินิกส่วนใหญ่ไม่ใช่หมอ ซึ่งมักไม่มีความรู้เรื่องยามากนัก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ควรให้เกิดสิทธิกรจำหน่ายยาทุกชนิดแทนแพทย์ ต้องระบุให้แน่ชัดว่ายาชนิดใดเภสัชกรจำหน่าย</li> <li>- ทยอยลดจำนวนแพทย์จำหน่าย</li> <li>- ทดลองดำเนินการในพื้นที่นำร่องเพื่อจะได้ทราบปัญหา</li> <li>- ให้ร.บ. พ.ร.บ. ฉบับนี้บังคับใช้ก่อน แล้วค่อยออกกฎหมายลูกตามมาในอีก 1-2 ปี</li> <li>- ต้องให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจว่าต้องการระบบใดให้แพทย์หรือเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อการเข้าคลินิกยุ่งยาก ผู้ป่วยจะเข้าโรงพยาบาลเอกชนกันมากขึ้น</li> <li>- แพทย์ทั่วประเทศนัดหยุดงาน , แพทย์ลาออก, และคลินิกปิดตัวเองแพทย์ตกงานมากขึ้น</li> <li>- กรณีฉุกเฉินจำเป็นต้องมียาในคลินิกที่สามารถให้ได้ทันที มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย</li> <li>- มีโอกาสจ่ายยาผิดพลาดมากกว่าเนื่องจากไม่มีคนหลายมือแพทย์</li> <li>- ประเทศไทยยังไม่พร้อมทั้งทางด้านเศรษฐกิจและบุคลากร</li> <li>- ผู้ป่วยเอาใบสั่งยามาไปซื้อยาเอง เพื่อประหยัดค่ารักษาก็จะเกิดปัญหา เรื่องการติดตามดูแลผลการรักษา หรือภาวะแทรกซ้อนจากยา</li> <li>- พ.ร.บ. ยาใหม่ ค่าธรรมเนียมแพง ทำลายอุตสาหกรรมยาไทยเอื้อประโยชน์ให้นายทุนต่างชาติ</li> </ul>
--	--	--

## เปรียบเทียบประเด็นในประเทศไทยกับกรณีศึกษาในต่างประเทศ

Stakeholder	Thailand	International
<p>ผู้สนับสนุน พ.ร.บ. ยาฉบับใหม่</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พ.ร.บ. ยา ช่วยคุ้มครองผู้บริโภค ได้รับยา ผลิตภัณฑ์และบริการมีคุณภาพและความปลอดภัยมากขึ้น และสมเหตุสมผลมากขึ้น ระบบการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน</li> <li>- คนจัดจ่ายยาในคลินิกส่วนใหญ่ไม่ใช่หมอ ซึ่งมักไม่มีความรู้เรื่องยามากนัก</li> <li>- ค่ารักษาพยาบาลสามารถแยกได้ว่าค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายาราคาเท่าใด สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ว่าเกิดการผิดพลาดที่จุดใด</li> <li>- มีการจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือย ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาใน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยปลอดภัย(South African)</li> <li>- ควบคุมราคายาได้ดีขึ้น (South African)</li> <li>- แก้พฤติกรรมกรสั่งยา ที่จ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยของแพทย์ มีการสั่งจำนวนตัวยาลดลง(South Korea )</li> <li>- การจ่ายยาผิดลดน้อยลงทั้งยาเกินและยาผิด(South Korea)</li> <li>- ควบคุมราคายาได้ดีขึ้น(South African)</li> </ul>

	ประเทศไทยสูง	- มีการลดจำนวนการใช้ Antibiotic ลดลง(South Korea, Zimbabwe) แก้วพฤติกรรมกรรมการสั่งยา ที่จ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยของแพทย์ มีการสั่งจ่ายยาตัวยา ลดลง
ผู้คัดค้าน พ.ร.บ.ยาฉบับ ใหม่	<p>- ผู้ป่วยเดือดร้อนมากขึ้น เสียค่าเดินทาง เสียเวลา</p> <p>- เสียค่ารักษาพยาบาล ค่ายาแพงขึ้น , แพทย์มักจะสั่งยาใหม่และยาต่างประเทศที่มีชื่อการค้ามากขึ้น</p> <p>- แพทย์สั่งยาในรูปแบบ Original มากขึ้นซึ่งจะเป็นผลร้ายต่ออุตสาหกรรมยาในประเทศ</p> <p>-พ.ร.บ. ยาใหม่ ค่าธรรมเนียมแพง ทำลายอุตสาหกรรมยาไทยเอื้อประโยชน์ให้นายทุนต่างชาติ , บริษัทข้ามชาติจะเข้ามาทำการขายยาแทน ร้านยาเล็กๆ และ โรงงานยาเล็กๆ ก็ต้องปิดไป</p> <p>- แพทย์มีแนวโน้มทำหัตถการมากขึ้น</p> <p>- ผู้ป่วยเอาใบสั่งยาเก่าไปซื้อยาเอง เพื่อประหยัดค่ารักษา ก็เกิดปัญหา เรื่องการติดตามดูแลผลการรักษา หรือภาวะแทรกซ้อนจากยา</p> <p>- เมื่อการเข้าคลินิกยุ่งยาก ผู้ป่วยจะเข้าโรงพยาบาลเอกชนกันมากขึ้น</p> <p>- มีโอกาสจ่ายยาผิดพลาดมากกว่าเนื่องจากไม่คุ้นลายมือแพทย์</p>	<p>- ประชาชนเกิดความลำบากและเสียเวลาในการเดินทาง(South Korea, Taiwan, Malaysia)</p> <p>- แพทย์สั่งยาที่มีราคาแพงและยา brand name มากขึ้น(South Korea, Zimbabwe)</p> <p>- ผู้บริโภคร้องจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการสั่งยาแก่แพทย์และสำหรับการจ่ายยาแก่เภสัชกร (Taiwan, Korea)</p> <p>- ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาลดลง (South Korea, Taiwan , Japan, UK) (เป็นประเด็นคัดค้าน)</p> <p>- แพทย์มีการสั่งยาที่เป็น brand name ทำให้โรงงานในประเทศซบเซาลง (South Korea)</p> <p>- แพทย์มีการสั่งยาที่เป็น generic name มากขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาลดลง (UK)(ประเด็นคัดค้าน)</p> <p>- บริษัทยาใหญ่ ๆ เข้ามา takeover ทำให้เภสัชกรที่เปิดร้านขายยาต้องปิดอย่างรวดเร็ว((South Korea, Phillipines)</p> <p>- ไม่มีหลักฐานใดที่ยืนยันว่าแพทย์มีการเพิ่มค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและกระบวนการวินิจฉัย เพื่อทดแทนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยาที่ลดลง(Taiwan)</p> <p>- การใช้ยา Peptic ulcer โดยไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ทำให้เกิด delay diagnosis ของ CA stomach (South Korea)</p> <p>(ค้น ไม่พบ evidence นี้ในต่างประเทศ)</p> <p>(ค้น ไม่พบ evidence นี้ในต่างประเทศ)</p>

	- แพทย์ทั่วประเทศนัดหยุดงาน ,แพทย์ลาออก,และคลินิกปิดตัวเองแพทย์ตงงานมากขึ้น	- แพทย์ในประเทศนัดหยุดงานประท้วง(South Korea)
--	---	---

## สรุปและวิเคราะห์ผลการวิจัย

### ผลที่เกิดขึ้นจากการแยกการสั่งยาออกจากการจ่ายยาในต่างประเทศ

ด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ภายหลังจากใช้นโยบาย SPD ทำให้บางประเทศ มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับขาดลง เช่น ประเทศอังกฤษ เนื่องจากการสั่ง generic name มากขึ้น ทำให้ราคาขายที่ใช้ถูกลงหรือบางประเทศมีการจ่ายยาจำนวนน้อยลง ซึ่งเป็นการลดพฤติกรรมที่รักษาตามอาการ (Symptomatic treatment) มากเกินไป ทำให้มีการจ่ายยาที่ฟุ่มเฟือยลดลง ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย แต่ในบางประเทศกลับมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยามากขึ้น เช่นประเทศเกาหลีใต้ เนื่องจากการสั่งยา Brand name มากขึ้นอีกทั้งการดำเนินนโยบายใหม่ทำให้โรงงานยาขนาดเล็กที่ผลิตยาคุณภาพต่ำต้องออกจากตลาดไป รวมทั้งบางประเทศ เช่นประเทศไต้หวัน ที่แม้ว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาจะลดลง แต่ผู้บริโภคต้องจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการสั่งยาแก่แพทย์ และค่าบริการการจ่ายยาแก่เภสัชกร ทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมทางสุขภาพต่อครั้งไม่ลดลง และยังพบว่าเกิดความไม่สะดวกสบายในการรับยา, การเข้าถึงยาของประชาชน และการเก็บชนิดของยาไม่เพียงพอที่จะรองรับชนิดของยาตามใบสั่งแพทย์ได้ นอกจากนี้มีบางประเทศที่มีการสั่งยาชนิด mixture และ antibiotics ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากความไม่สะดวกที่ผู้ป่วยต้องนำไปสั่งยาจากคลินิกไปรับยาที่ร้านขายยา แล้วต้องนำกลับมาให้แพทย์ฉีด ส่วนยาอื่น ๆ ที่มีการการสั่งจ่ายลดลงนั้นเนื่องจากมีเภสัชกรควบคุมและแพทย์ไม่มีแรงจูงใจในด้านผลประโยชน์จากการขายยา ทำให้มีการจ่ายตามความเป็นจริงจึงมีจำนวนยาที่สั่งลดลง

ด้านสุขภาพของผู้ป่วย พบว่า ภายหลังจากใช้นโยบาย SPD เนื่องจากการตรวจสอบการจ่ายยาจากเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น และแพทย์ที่ไม่ได้ทำการสั่งยาพบว่ามีความสามารถในการพูดคุยกับผู้ป่วยนานกว่า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยแพทย์ต้องดูแล ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแพทย์มีเวลาได้แนะนำผู้ป่วยได้มากขึ้น นอกจากนี้พบว่าแพทย์ที่สามารถจ่ายยาได้มีการจ่ายที่ไม่ให้ผลในการรักษาบ่อยกว่าแพทย์ที่ไม่สามารถจ่ายยาได้

จากผลเสียที่เกิดขึ้นทำให้เพิ่มภาระทางสังคม ทั้งต่อสุขภาพและภาระทางการเงินของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

### ความคิดเห็นของบุคคลหลายกลุ่มในประเทศไทย ต่อร่างพ.ร.บ.ยาฉบับใหม่

ผู้สนับสนุน เห็นด้วยกับร่างพ.ร.บ.ใหม่เนื่องจากการคุ้มครองผู้บริโภคและเป็นการแยกอำนาจการสั่ง-การจ่ายยากันอย่างชัดเจน ซึ่งสามารถตรวจสอบความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นและได้รับยาที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และสมเหตุสมผลมากขึ้น

สำหรับผู้คัดค้าน ได้คัดค้านใน 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ

1. ด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจะไม่ได้ได้รับความสะดวกสบายและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น อีกทั้งยังมีผลต่อทั้งร้านขายยาขนาดเล็กและโรงงานผลิตยาขนาดเล็ก ต้องถูกแทนที่โดยโรงงานผลิตยาต่างชาติ นอกจากนี้ยังมีผลต่อการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยอีกด้วย
2. ด้านกฎหมาย ซึ่งเกิดจากการตีความกฎหมายที่อาจไม่ตรงกันในแต่ละบุคคล

**ประเทศไทยมีความตื่นตัวต่อร่างพ.ร.บ.ยาฉบับใหม่มากเกินไปหรือไม่?**

ความหมายของคำว่า “มากเกินไป” ตามคำนิยามของผู้ทำการวิจัย

“มากเกินไป” หมายถึง เมื่อทำการพิจารณาประเด็นในประเทศไทยแล้วเปรียบเทียบกับงานวิจัยและผลที่เกิดขึ้นจริงของต่างประเทศที่ใช้นโยบายนี้แล้ว หากต่างประเทศมีผลการศึกษายืนยันตามที่ประเทศไทยมีความตื่นตัว ให้ถือว่า ประเด็นนั้นสมควรตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้น แต่หากประเด็นใดที่ในต่างประเทศมีผลการศึกษาคัดค้าน ให้ถือว่าประเด็นนั้น ประเทศไทยมีความตื่นตัวมากเกินไป

*หมายเหตุ* หากหัวข้อการศึกษาของต่างประเทศไม่ตรงกับประเด็นปัญหาในประเทศไทยโดยตรง ทางผู้ทำการวิจัยจะ ไม่มีการสรุปความคิดเห็นในประเด็นนั้น

ประเด็นสนับสนุนร่างพ.ร.บ. ในประเทศไทย

1. พ.ร.บ.ยา ช่วยคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับยา ผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และสมเหตุสมผลมากขึ้น ระบบการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศมีผลการศึกษายืนยันว่า ผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา มีการควบคุมราคาขายได้ดีขึ้น และสามารถลดพฤติกรรมกรจ่ายยาฟุ่มเฟือยของแพทย์ โดยมีการสั่งจำนวนชนิดของยาลดลง ดังนั้นจึงสรุปว่า ประเด็นนี้ประเทศไทยไม่ได้ตื่นตัวมากเกินไป

2. คนจัดจ่ายยาในคลินิกส่วนใหญ่ไม่ใช่หมอ มักไม่มีความรู้เรื่องยามากนัก ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศไม่มีผลการศึกษาประเด็นนี้โดยตรง แต่มีการศึกษาหนึ่งกล่าวไว้ว่ามีการจ่ายยาผิดลดน้อยลงทั้งยาเกินและยานิด

3. ค่ารักษาพยาบาลสามารถแยกได้ว่าค่ารักษาพยาบาลหรือค่ายาราคาเท่าใด สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ว่าเกิดการผิดพลาดที่จุดใด จากการศึกษาในต่างประเทศยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเด็นนี้

4. มีการจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือย ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทยสูง จากการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษายืนยันว่า มีการลดจำนวนการใช้ antibiotics ลง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาต่อครั้งลดลงจากการลดของจำนวนชนิดของยา จึงสรุปว่า ประเด็นนี้ประเทศไทยไม่ได้ตื่นตัวมากเกินไป

5. คลินิกบางแห่งมีชื่อเสียงว่าชอบ “เลี้ยงไข้” จากการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษายืนยันว่า หมอที่จ่ายยากับหมอที่ไม่จ่ายยาพบว่าใช้ dose ที่ไม่ให้ผลในการรักษาบ่อยกว่าหมอที่ไม่จ่ายยา (26.4% ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เปรียบเทียบกับ 11.7 % ; P=0.035) และให้ dose ที่ถูกต้องน้อยครั้งกว่าหมอที่ไม่จ่ายยา (58.0% เปรียบเทียบกับ 72.6%; P= 0.047) จึงสรุปว่า ประเด็นนี้ประเทศไทยไม่ได้ตื่นตัวมากเกินไป

ประเด็นคัดค้านร่างพ.ร.บ. ในประเทศไทย

1. ผู้ป่วยเดือดร้อนมากขึ้น เสียค่าเดินทาง เสียเวลา จากการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษายืนยันว่าประชาชนเกิดความลำบากและเสียเวลาในการเดินทาง จึงสรุปว่า ประเด็นนี้ประเทศไทยไม่ได้ต้นตวามากเกินไป
2. เสียค่ารักษาพยาบาล ค่ายาแพงขึ้น, แพทย์มักจะสั่งยาใหม่และยาต่างประเทศที่มีชื่อการค้าขึ้นจากการศึกษาในต่างประเทศมีผลการศึกษายืนยันว่าแพทย์สั่งยาที่มีราคาแพงและยา brand-name มากขึ้น และผู้บริโภคต้องจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการสั่งยาแก่แพทย์ และสำหรับการจ่ายยาของเภสัชจึงสรุปว่า ประเทศไทยสมควรตระหนักถึงประเด็นนี้
3. แพทย์สั่งยาในรูปแบบ Original มากขึ้นซึ่งจะเป็นผลร้ายต่ออุตสาหกรรมยาในประเทศ จากการศึกษาในต่างประเทศมีผลการศึกษายืนยันว่า แพทย์มีการสั่งยาที่เป็น brand name ทำให้โรงงานในประเทศชบเซาลงจึงสรุปว่า ประเด็นนี้ประเทศไทยสมควรตระหนักถึงประเด็นนี้
4. พ.ร.บ. ยาใหม่ ค่าธรรมเนียมแพงเกี่ยวกับธุรกิจการผลิตยา ทำลายอุตสาหกรรมยาไทยเอื้อประโยชน์ให้นายทุนต่างชาติ, บริษัทข้ามชาติจะเข้ามาทำการขายยาแทน ร้านยาเล็กๆ และ โรงงานยาเล็กๆ ก็ต้องปิดไป จากการศึกษาในต่างประเทศมีผลการศึกษายืนยันว่ามีบริษัทใหญ่ ๆ เข้ามา takeover ทำให้เภสัชกรที่เปิดร้านขายยาต้องปิดไปจึงสรุปว่า ประเด็นนี้ประเทศไทยสมควรตระหนักถึงประเด็นนี้
5. แพทย์มีแนวโน้มทำหัตถการมากขึ้น จากการศึกษาในต่างประเทศไม่มีหลักฐานใดที่ยืนยันว่าแพทย์มีการเพิ่มค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและกระบวนการวินิจฉัยเพื่อทดแทนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยาที่ลดลง
6. ผู้ป่วยเอาใบสั่งยาเก่าไปซื้อยาเอง เพื่อประหยัดค่ารักษาก็จะเกิดปัญหา เรื่องการติดตามดูแลผลการรักษา หรือภาวะแทรกซ้อนจากยา จากการศึกษาในต่างประเทศมีผลการศึกษายืนยันว่า มีการใช้ยา Peptic ulcer โดยไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ทำให้เกิด delay diagnosis ของ CA stomach จึงสรุปว่า ประเด็นนี้ประเทศไทยสมควรตระหนักถึงประเด็นนี้

### การตีความร่างพ.ร.บ.ยาตามหลักกฎหมายที่ถูกต้องเป็นอย่างไร?

จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางด้านกฎหมาย พบว่าการตีความกฎหมายนั้นขึ้นกับเจตนารมณ์ของผู้ร่างกฎหมายและมีหลายมาตราที่ต้องรอกฎกระทรวงและกฤษฎีกากำหนดให้ชัดเจนในเรื่องของรายละเอียดย่อย ดังนั้นจึงยังไม่มีย่อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อกฎหมาย

# **ภาคผนวก**

**[www.Thaiclinic.com](http://www.Thaiclinic.com)**

**[www.Google.com](http://www.Google.com)**

**[www.Jama.com](http://www.Jama.com)**

**[www.Pubmed.com](http://www.Pubmed.com)**

**[www.Pharmacafe.com](http://www.Pharmacafe.com)**

**[www.Sanook.com](http://www.Sanook.com)**

**[www.Kalathai.com](http://www.Kalathai.com)**