

รายงานฉบับสมบูรณ์

รายงานการสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยา กลุ่มโอปิออยด์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง ในประเทศไทย

A synthesis of factors affecting an access to opioid analgesics for
palliative care of end-stage patients in Thailand

18 December 2020

ดร.จอมขวัญ โยธาสุมุท / Jomkwan Yothasamut
ดร.กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล / Kanpechaya Netpisitkul
นางสาวศรฉวี อวนศรี / Sonvane Uansri
ภญ.จุฑามาศ พรวงแจ่ง / Juthamas Prawjaeng
ดร. ญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวส / Sripen Tantivess



โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ สำหรับการดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในประเทศไทย

A synthesis of factors affecting an access to opioid analgesics for
palliative care of end-stage patients in Thailand

คณะผู้วิจัย

ดร.จอมขวัญ โยธาสุมุท/ Jomkwan Yothasamut

ดร.กานต์พีชญา เนตรพิสิทธิ์กุล/ Kanpechaya Netpisitkul

นางสาวศรวณีย์ อวนศรี/ Sonvane Uansri

ภญ.จุฑามาศ พรราวแจ่ง/ Juthamas Prawjaeng

ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส/ Sripen Tantivess

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

18 ธันวาคม 2563

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย

มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ด้วยการบรรเทาและป้องกันอาการปวด รวมถึงอาการไม่สบายอื่น ๆ โดยยา กลุ่มโอปิออยด์เป็นยาหลักที่ถูกลำเอียงใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว แม้ประเทศไทยจะบรรจุโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 แล้วก็ตาม แต่ในปี พ.ศ. 2561 ยังคงพบปัญหาการเข้าถึงยา กลุ่มโอปิออยด์ จากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอยู่ โดยกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งได้เสนอหัวข้อ “การเข้าถึงยามอร์ฟินในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง” เข้าสู่กระบวนการพัฒนาลิขสิทธิ์ประโยชน์และระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ในปี พ.ศ. 2563 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการพัฒนาลิขสิทธิ์ประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ดำเนินโครงการวิจัยเพื่อศึกษาและสังเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเข้าถึงยา กลุ่มโอปิออยด์

รายงานฉบับนี้เป็นการรวบรวมและการสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยา กลุ่มโอปิออยด์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแก่คณะกรรมการพัฒนาลิขสิทธิ์ประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2563

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ เพราะได้รับความอนุเคราะห์การให้สัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ จากบุคลากรการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบประคับประคองจากโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ อ.พญ.มนชรัตม์ เจนทวีพรกุล ภาณุ.วารภรณ์ ริมชัยสิทธิ์ และ รศ. ดร. สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม ที่ให้ความอนุเคราะห์การทบทวนเอกสารและการวิเคราะห์ข้อมูลในมุมมองของ แพทย์ เกสัชกร และพยาบาล ทำให้เนื้อหาในรายงานฉบับนี้มีความครอบคลุมมากขึ้น

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานนี้ อย่างไรก็ตามหน่วยงานผู้ให้ทุนมิได้ให้การรับรองเนื้อหา และอาจมีนโยบายหรือความเห็นที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานนี้

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนจากหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้าร่วมการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพัฒนาโครงสร้างการวิจัยและการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อรายงานผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

ปัจจุบันในประเทศไทยมีผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์จัดเป็นยาที่จำเป็นในการบรรเทาอาการปวดชนิดรุนแรง ซึ่งช่วยลดความทรมานและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามในประเทศไทยมีปัญหาการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มนี้ แม้จะถูกจัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมาเป็นเวลานาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ระเบียบวิธีศึกษาใช้การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม โดยเก็บข้อมูลจากบุคลากรของหน่วยงานระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และการดูแลแบบประคับประคอง; ตัวแทนผู้ป่วย; และแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำนวน 9 แห่ง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) กฎหมายที่ควบคุมการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงาน หากเกิดกรณียาขาดฉุกเฉิน หรือยาใกล้หมดอายุ โรงพยาบาลไม่สามารถขอยืมยา หรือแลกเปลี่ยนยาระหว่างโรงพยาบาลได้ (2) ระบบบริหารยาจัดการที่ไม่มีความพร้อม ทำให้โรงพยาบาลมียาไม่ครบตามกรอบยาจำเป็นที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ (3) แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร มีความรู้เรื่องการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ไม่เพียงพอ มีทัศนคติเชิงลบต่อยาดังกล่าว ทำให้แพทย์ไม่กล้าสั่งใช้ยา ในด้านของผู้ป่วยญาติและประชาชนทั่วไปยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ จึงส่งผลต่อการยอมรับยานี้ และ (4) การอภิบาลและระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่ยังไม่เข้มแข็ง ทั้งการมีนโยบายไม่ชัดเจนงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานไม่เพียงพอ การขาดความพร้อมในการให้บริการ และขาดกระบวนการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้ดำเนินการดังนี้ (1) ปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับการบริหารยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (2) พัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในพื้นที่ (3) ปรับปรุงระบบการศึกษาและฝึกอบรมของวิชาชีพ และการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งคนในชุมชน และ (4) สนับสนุนให้มีการอภิบาลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์

คำสำคัญ: ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, การเข้าถึงยา

Abstract

In Thailand, nowadays, there is an increasing number of terminally ill patients who need palliative care. Opioids are deemed to be an essential treatment for severe pain that can help to reduce suffering and increase the quality of life significantly. Even though opioids have been already included in the National List of Essential Medicines in Thailand, access to this kind of treatment remains a problem. This study aims to explore the factors that influence the access to opioids for palliative care in Thailand. The methodology used in this study includes literature and document review, in-depth interview, as well as focus group discussion which obtained data from personnel in the national institutes related to opioids regulation and palliative care. Key informants consisted of patients' representatives, doctors, nurses, and pharmacists. Data collection was performed in nine secondary- and four tertiary-hospitals. Thereafter, record files were transcribed verbatim in accordance with key informants' consent and analyzed as content analysis.

This study found that obstacle factors to access opioids for palliative care are divided into four issues including (1) opioids regulations are inconsistent with practices when opioids are suddenly out of stock or nearly expired; however, hospitals cannot borrow or swap these drugs from each other. (2) Inadequate drug management system leads to insufficient amount of drugs stored in hospitals as recommended by the WHO. (3) Doctors, nurses, and pharmacists acquire scarce knowledge of and have negative perspectives toward opioids that cause them afraid to prescribe opioids. Besides that, patients and relatives and laypeople are lack knowledge and understanding of opioids which results in unacceptance. (4) Governance and palliative care system are not robust together with vague policy, deficient budget for operation, unreadiness of services, lack of monitoring and evaluation. This study recommended (1) revising regulations for consistency with opioids administration and management. (2) developing a management system for medical supplies in areas. (3) improving the education system and training for professions as well as counselling or advising patients and their relatives and within the community. (4) Promoting governance for accessing opioids.

Keywords: *opioids, terminally ill patients, palliative care, access to medicine*

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง ในประเทศไทย

1. หลักการและเหตุผล

ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesics) รวมทั้งมอร์ฟินจัดเป็นยาที่ใช้สำหรับอาการปวดและการดูแลแบบประคับประคอง ในรายการยาจำเป็นขององค์การอนามัยโลก (WHO Model List of Essential Medicines) อีกทั้งอยู่ในรายการยาจำเป็นของสมาคมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองระหว่างประเทศ (International Association for Hospice and Palliative Care) แม้หน่วยงานระดับนานาชาติจะเห็นความสำคัญของการใช้ยากกลุ่มนี้ แต่ผู้ป่วยจำนวนมากในหลายประเทศไม่สามารถเข้าถึงยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต¹ ซึ่งนอกจากจะสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดในการให้บริการสุขภาพแล้ว ยังเป็นประเด็นเชิงจริยธรรมและสิทธิมนุษยชนอีกด้วย^{2,3} สาเหตุประการหนึ่งของปัญหา ได้แก่ การที่ยากกลุ่มโอปิออยด์เป็นสารเสพติดและมีผลต่อจิตและประสาท มีโอกาสที่จะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด จึงอยู่ภายใต้การควบคุมโดยข้อตกลงระหว่างประเทศส่งผลให้มีการกำกับดูแลที่เข้มงวดในขั้นตอนการผลิต นำเข้า ครอบครอง การเก็บรักษาและการส่งใช้ยากับผู้ป่วย⁴ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงยากกลุ่มนี้ที่แตกต่างกันอย่างมากในประเทศต่าง ๆ ชี้ให้เห็นว่า ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา เช่น

¹ Manjiani, D., et al., *Availability and utilization of opioids for pain management: Global issues* The Ochsner Journal, 2014. 14: p. 208-215.

² Lant, K. *Lack of Access to Morphine Causes 25 Million People to Die in Pain Every Year*. 2017 [cited 2019 July 31]; Available from: <https://futurism.com/lack-access-to-morphine-25-million-die-pain-year>.

³ Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right*. 2011, New York, NY.

⁴ Duthey, B. and W. Scholten, *Adequacy of Opioid Analgesic Consumption at Country, Global, and Regional Levels in 2010, Its Relationship With Development Level, and Changes Compared With 2006* Journal of pain and symptom management, 2014. 47: p. 283-297.

นโยบายด้านสุขภาพ ระบบบริหารเวชภัณฑ์ ตลอดจนความรู้และทัศนคติต่อยาในกลุ่มนี้ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป^{5,6}

ในประเทศไทย มอร์ฟินและยาในกลุ่มโอปิออยด์อื่น ๆ อีกหลายรายการเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นมาตรการหนึ่งในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งไม่ได้รับยาควบคุมอาการปวดตามความจำเป็น

ในปี พ.ศ. 2561 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งได้นำเสนอหัวข้อ “การเข้าถึงยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง” ให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program หรือ HITAP) ดำเนินการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2. วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยประยุกต์กรอบแนวคิดที่พิจารณาความเฉพาะของปัจจัย/อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับยาในกลุ่มโอปิออยด์ซึ่งเป็นยาควบคุม และปัจจัยด้านการอภิบาลระบบของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านกฎหมายและกฎระเบียบ (2) ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ (3) ปัจจัยด้านยา และ (4) ปัจจัยด้านการอภิบาลระบบ โดยปัจจัยกลุ่มที่ 4 จะพิจารณาระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญที่จะส่งผลต่อการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย ใช้รูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม

⁵ Berterame, S., et al., *Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study*. The Lancet, 2016. 387: p. 1644–1656.

⁶ Gee, R., *Barriers to Pain and Symptom Management, Opioids, Health Policy, and Drug Benefits*. Journal of pain and symptom management, 2003. 25: p. 101-103.

และเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจงตามบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ รวมถึงตัวแทนผู้ป่วย จำนวนทั้งหมด 12 คน ส่วนการอภิปรายกลุ่มกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรที่รับผิดชอบงานดูแลแบบประคับประคองใน 5 จังหวัด (3 จังหวัดมีอัตราการเข้าถึงยาเกิน 35% และ 2 จังหวัดมีอัตราการเข้าถึงยาต่ำกว่า 15% จากเป้าหมาย 40% ตามเป้าหมายของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ) การอภิปรายกลุ่มในแต่ละจังหวัดมีผู้แทนจากวิชาชีพทั้ง 3 จากโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดละ 2 แห่ง ผู้ร่วมอภิปรายกลุ่มละ 5-10 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นกลุ่ม 37 คน

3. ผลการศึกษา

3.1 ปัจจัยกฎหมายและกฎระเบียบ

จากการทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ในภาพรวมของกฎหมายทั้งเรื่องการกำหนดประเภทและปริมาณ การขออนุญาตจำหน่าย การสั่งซื้อ การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา การจัดทำรายงาน และการทำลายยา ไม่ได้เป็นอุปสรรคหลักในการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ โดยพบว่ามี ความเข้าใจผิดและปัญหาการสื่อสารในประเด็นสำคัญ ได้แก่

- (1) เรื่องการกำหนดเพดานยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 ที่แต่ละสถานพยาบาลได้รับประจำปี ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 หากสถานพยาบาลมีความประสงค์จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 ในปริมาณที่มากกว่าเพดานที่กำหนด สามารถยื่นขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8(5) ได้
- (2) อุปสรรคเรื่องกฎหมายที่สำคัญคือหมวดการควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษาที่ทำให้ไม่สามารถโอนถ่ายยาระหว่างสถานพยาบาลได้ ประกอบกับปัจจัยอายุของยาและความไม่แน่นอนในการคาดการณ์จำนวนการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้สถานพยาบาลเลือกที่จะสั่งยามาเก็บไว้วันน้อยกว่าที่ควร ส่งผลต่อการมียาไว้สำหรับผู้ป่วยที่สถานพยาบาล
- (3) อุปสรรคอื่น ๆ ที่สามารถแก้ได้ด้วยการบริหารจัดการ ได้แก่ การลดระยะเวลาและเพิ่มความรวดเร็วในการส่งรายงานและการสั่งซื้อยา ณ ปัจจุบัน ระยะเวลาในการดำเนินการจำหน่ายยาเสพติดไปยังสถานพยาบาลคือ 6 วันหลังจากได้เอกสารทุกอย่างครบ ทั้งนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันว่าต้องการเห็นการพัฒนาระบบไปในการใช้ช่องทางออนไลน์ (ซึ่งปัจจุบันแม้จะมีระบบส่ง

รายงานทางออนไลน์ก็ยังคงต้องมีการสั่งพิมพ์เอกสารจากระบบเพื่อให้ผู้รับอนุญาตลงนาม พร้อมจัดส่งเอกสารดังกล่าวไปยังกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดให้โทษ เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมัติขาย) รวมถึงระบบการอนุมัติด้วยระบบ digital signature

3.2 ปัจจัยด้านยาและการบริหารยา

หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องในกระบวนการจัดซื้อ/จัดหายากลุ่มโอปิออยด์ในระดับประเทศ ได้แก่ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งเป็หน่วยงานเพียงแห่งเดียวที่เป็ผู้จัดหายากลุ่มโอปิออยด์เข้ามาในประเทศไทย และจำหนายยากลุ่มโอปิออยด์ให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ มีกองควบคุมวัตถุเสพติด อย. ที่มีหน้าที่ควบคุม กำกับดูแล ฝ้าระวัง ติดตามการใช้ยาเสพติดให้โทษของสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามกฎหมาย งบประมาณที่ใช้ในการจัดซื้อยากลุ่มโอปิออยด์ ถูกกระบุงอยู่ใน ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด พ.ศ.2517 โดย อย. เป็นผู้เปิดบัญชี “บัญชีเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด” ที่กรมบัญชีกลาง เพื่อ ซื้อ ขาย และผลิตยาเสพติด สำหรับใช้ในทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ทั่วไป โดยได้รับงบประมาณมาจาก งบประมาณรายจ่ายประจำปี และจากการดำเนินงานด้วยเงินทุนหมุนเวียน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ที่ผ่านมาไม่พบปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณในการจัดซื้อยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 เข้ามาในประเทศ หากงบประมาณในการจัดซื้อไม่เพียงพอ ทางกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดสามารถทำเรื่องขออนุมัติ งบประมาณเพิ่มเติมต่อคณะกรรมการฯ ได้

ระบบการบริหารจัดการยากลุ่มโอปิออยด์ในระดับโรงพยาบาล มี 9 ขั้นตอนสอดคล้องกับการบริหารระดับประเทศ โดยจากการทบทวนวรรณกรรม สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มพบอุปสรรค ได้แก่

- (1) การขาดยาในระดับโรงพยาบาล เนื่องจากการคาดการณ์ปริมาณการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เป็นไปได้ยาก เพราะ รูปแบบและขนาดของการใช้ยาขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของแพทย์ละท่าน และ ไม่สามารถคาดการณ์การดำเนินไปของโรค (disease progression) ในผู้ป่วยแต่ละคนได้ ทำให้การคาดคะเนปริมาณยาให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งยา Morphine syrup ที่มีอายุการใช้งานสั้น ทำให้ยาชนิดนี้มีโอกาสหมดอายุมากกว่ายาชนิดอื่น ๆ ซึ่งยาที่หมดอายุไม่สามารถส่งคืนสำนักงานอาหารและยาได้
- (2) เมื่อยาใกล้หมดอายุ หรือในโรงพยาบาลไม่มียากลุ่มโอปิออยด์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลไม่สามารถยืมยาระหว่างโรงพยาบาลได้ เนื่องจากผิดพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ นอกจากนี้ ขั้นตอนและการยื่นเอกสารการขอซื้อยากลุ่มโอปิออยด์มีจำนวนมากและต้องการลายเซ็นจริงของผู้รับ

อนุญาต ดังนั้นช่องทางการยื่นขอซื้อยาแบบออนไลน์อาจยังไม่สามารถทำให้โรงพยาบาลได้รับยาในระยะเวลาที่รวดเร็ว ทันทับความต้องการของแพทย์

- (3) การคืนยาที่หมดอายุให้แก่สำนักงานอาหารและยา ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเชิงระบบ กล่าวคือ ระบบที่ใช้ในการจำหน่ายยากลุ่มโอปิออยด์คือ ระบบบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงการคลัง (GFMS) ซึ่งจะมีความยุ่งยากในเรื่องเอกสาร ทำให้ทางสำนักงานอาหารและยาไม่รับคืนยาที่หมดอายุได้ ยกเว้น กรณีที่เป็นความผิดของทางสำนักงานอาหารและยา ตั้งแต่แรก
- (4) จากการสำรวจข้อมูลการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ของโรงพยาบาลในประเทศไทย⁷ พบว่า โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ (โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป) และโรงพยาบาลเอกชนสามารถเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งข้อมูลการกระจายยาดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้⁸ และบริบทภาคกลาง⁹ กรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิและ โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย กลับมายังโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ซึ่งมักไม่มียาระงับปวดที่ผู้ป่วยเคยได้รับจากโรงพยาบาลต้นทาง ส่งผลให้เภสัชกรในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยต้องจัดหายาที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงกัน จึงต้องมีการปรับชนิดและขนาดของยาเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอ
- (5) กรอบยาจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในคู่มือระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ยิงขาดยา Hydromorphone รูปแบบรับประทาน (ยาเม็ดและยาน้ำ) และยาฉีด ซึ่งยาชนิดนี้เหมาะในการใช้ในผู้ป่วยไตวายและผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา Morphine ปริมาณมาก เนื่องจากยา Hydromorphone มีความแรง (potency) มากกว่ายา Morphine ทำให้ปริมาณในการใช้น้อยกว่า อย่างไรก็ตามยาชนิดนี้ยังไม่มีให้นำเข้ามาใช้ในประเทศไทย
- (6) ความขาดแคลนอุปกรณ์ syringe driver ในโรงพยาบาลแต่ละระดับเช่นกัน ซึ่งอุปกรณ์ตัวนี้มีความจำเป็นในการบริหารยา Morphine รูปแบบฉีดใต้ผิวหนัง (subcutaneous injection: SC) โดยเฉพาะ

⁷ มรกต จรุงวรธนะ. สถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ กรณีศึกษาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. อาหารและยา 2563(27:13-27):27:13-27.

⁸ กิตติกร นิลมานัต, มลธิรา อุดชุมพิสัย, ภัทรสิริ พงมานพงศ์, นิภา นิยมไทย. การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้. วารสารสภาการพยาบาล. 2562; 34(2): 76-93.

⁹ ธีรภรณ์ จันทร์ดา, จอนพะจง เพ็งจาด, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, อัจฉริยา ปทุมวัน, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, ประคอง อินทรสมบัติ, และคณะ. ระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง: บริบทภาคกลาง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2560; 10(2): 87-102.

อย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวไปดูแลที่บ้าน เนื่องจากการบริหารยา Morphine แบบ SC เป็นการลดการให้ยาทางหลอดเลือดดำ (intravenous injection: IV) จึงเหมาะกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความปวดด้วยการรับประทานยา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดูดซึมในระบบทางเดินอาหาร รวมถึงผู้ป่วยระยะใกล้เสียชีวิตที่มีการรับรู้ลดลง

3.2 ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรม แพทย์ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ โดยเฉพาะความรู้เรื่องการจัดการความปวด และการใช้ยามอร์ฟินในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งความรู้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับการได้รับการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ การขาดความรู้ส่งผลต่อทัศนคติในเชิงลบ ทำให้ไม่กล้าสั่งใช้ยา และไม่มีความรู้ที่เพียงพอในการสั่งยากลุ่มโอปิออยด์ให้เหมาะสมกับอาการปวดของผู้ป่วย

สำหรับหลักสูตรการศึกษาและหลักสูตรการอบรม สำหรับแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ หลักสูตรการศึกษา และหลักสูตรการฝึกอบรม

- (1) หลักสูตรสำหรับนักศึกษาแพทย์ ที่เป็นระดับปริญญาตรีหลายหลักสูตร ที่อยู่ภายใต้การดูแลของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) จะอ้างอิงแนวทางของแพทยสภา ซึ่งมีเรื่องการดูแลแบบประคับประคองน้อยมาก ในขณะที่หลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข มีการเรียนการสอนแบบประคับประคองมากกว่า นอกจากนั้นจากการทบทวนหลักสูตรและประสานงานเพื่อขอแนวคิดในเรื่องดังกล่าว ผู้แทนจากแพทยสภายังไม่มีแนวโน้มให้ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับพยาบาล มีหลักสูตร 3-4 ชม. เป็นเนื้อหาเบื้องต้น สำหรับหลักสูตรการเรียนการสอนของเภสัชกร มีการเรียนเนื้อหาเกี่ยวกับยากลุ่มโอปิออยด์ในวิชาเภสัชวิทยา (pharmacology) และวิชาเภสัชบำบัด แต่ไม่ได้กำหนดให้การเรียนการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เป็นหัวข้อหลัก
- (2) การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน ช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยสนับสนุนการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ และถูกต้องตามหลักการ และมีเครือข่ายคอยให้ข้อมูลสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พบปัญหาเรื่องงบประมาณและจำนวนบุคลากรในการเข้ารับการอบรมของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากโรงพยาบาลบาง

แห่งมีงบประมาณจำกัด หรือมีบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลสรุปได้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนล้วนต้องประสบคือความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการต่าง ๆ และมีความต้องการในการจัดการกับอาการเหล่านี้ และจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ผู้ป่วยและญาติควรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการจัดการความปวดที่เหมาะสม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วยและญาติ พบว่า ความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยากลุ่มดังกล่าวของผู้ป่วยเกิดได้จากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาจากแพทย์และพยาบาลก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา

3.4 ปัจจัยด้านการอภิบาลระบบ

(1) นโยบายระดับชาติ

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ โดยมีนโยบายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 การกำหนดให้ยากลุ่มโอปิออยด์หลายรายการเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการใช้ยากลุ่มนี้เป็นมาตรการหนึ่งในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 นอกจากนั้นการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 การมียุทธศาสตร์ระดับชาติในช่วงปี 2557-2559 เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดกิจกรรม การสร้างเครือข่าย และงานรากฐานต่างๆในการดำเนินงานดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ปัจจุบันต้องการการกระตุ้นและวางวางเป้าหมายระดับชาติร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่สอดคล้องและมีเป้าหมายร่วมที่ชัดเจน

ภาวะผู้นำ และความสนใจของผู้กำหนดนโยบาย (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ในช่วงปี 2557-2558 ที่ให้ความสนใจและสนับสนุนนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง ก่อให้เกิดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการทำให้ตัวชี้วัดเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นจุดเน้นของการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในปี 2561 อย่างไรก็ตาม หลังจากปี 2561 แม้จะยังมีตัวชี้วัดอยู่แต่ก็ไม่ได้เป็นจุดเน้นของนโยบาย เห็นได้ว่านโยบายระดับประเทศมีความสำคัญอย่างมากในการกระตุ้นให้เกิดการจัดการกับอุปสรรคของการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์

การดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนาไปมาก กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบแผนนี้ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการติดตามตัวชีวิต การให้คำปรึกษาในระดับพื้นที่ การพัฒนาองค์ความรู้ การสร้างเครือข่าย การอบรม และการประสานกับ สปสช. ในเรื่องการเบิกจ่าย ซึ่งทั้งหมดเป็นการดำเนินงานในระดับประเทศ อย่างไรก็ตามจากการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้พบว่ามีช่องว่างที่สามารถเพิ่มเติมการสนับสนุน โดยเฉพาะการประเมินศักยภาพของโรงพยาบาลที่ยังมีปัญหาในการดำเนินการดูแลแบบประคับประคองซึ่งสะท้อนจากตัวชี้วัดการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ สถานพยาบาลกลุ่มนี้ยังต้องการการสนับสนุนเป็นพิเศษ ระบบการกำกับและติดตาม รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจระดับเขตของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ อาจยังไม่เพียงพอในการสนับสนุนให้ สถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดก้าวผ่านอุปสรรคทั้งเรื่องการบริหารยาและกำลังคนได้

(2) ศักยภาพของบุคลากร ความพร้อมในการให้บริการ และการกระจายบุคลากร

ปัจจุบันยังไม่มีโครงสร้าง หรือการกำหนดตำแหน่งให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับแพทย์ส่วนใหญ่ต้องทำหน้าที่อื่นอยู่แล้ว แต่มีความสนใจ ความชอบเป็นพิเศษและมีจิตอาสาที่จะมารับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับพยาบาลที่มารับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อผ่านการอบรมแล้ว มักพบปัญหาการโยกย้าย หรือไปรับตำแหน่งที่มีโครงสร้าง หรือตำแหน่งรองรับ สำหรับเภสัชกรจะมีหน้าที่อื่นอยู่แล้ว นอกจากงานบริหารยากลุ่มโอปิออยด์ นอกจากนั้นยังพบปัญหาการขาดอัตรากำลังที่เพียงพอในประเทศไทย ทำให้ขาดความพร้อมในการดำเนินงานนี้ นอกจากนั้นยังพบปัญหาอุปสรรคด้านการสนับสนุน แรงจูงใจ รวมถึงความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งที่เป็นการให้บริการที่ต้องการเวลาและความเข้าใจ รวมถึงเทคนิคในการดูแลที่มีความเฉพาะ นอกจากนั้นการสนับสนุนและความเข้าใจแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองของบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ในสถานพยาบาลก็มีความจำเป็นในการประสานเพื่อให้เกิดการดูแลผู้รับบริการอย่างเหมาะสม

(3) การเบิกจ่ายภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการทบทวนเอกสารพบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ปรับแนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองมาอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี 2554-55 มีเพียงการจ่ายชดเชยค่ายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อมาในปี 2556-59 ปรับเพิ่มโดยจ่ายชดเชยค่ายากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น ค่าออกซิเจน และการดูแลแผลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุก

กลุ่มโรค และในปี 2560-63 ปรับเป็นการเหมาจ่ายตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านก่อนเสียชีวิต มีหลักการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย ดังนี้ (1) เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (2) ครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (3) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นการเหมาจ่ายต่อราย ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน โดยใช้หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563¹⁰ ซึ่งเหมาจ่ายต่อราย ณ วันที่เริ่มให้บริการที่บ้าน และหยุดจ่ายเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยตรวจสอบจากทะเบียนราษฎร์

จากการอภิปรายกลุ่มผู้ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองจาก 4 โรงพยาบาล พบปัญหาเชิงเทคนิคในเรื่องการกรอกข้อมูลเข้าระบบเพื่อเบิกจ่ายจาก สปสช. ผู้ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองให้ข้อคิดเห็นว่าการปรับปรุงแบบการเบิกจ่ายที่สนับสนุนการทำงานบริการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มอาจเป็นแรงกระตุ้นและปัจจัยที่ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการบริการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอที่จะให้เกิดการสนับสนุนด้านทรัพยากรการทำงาน นอกจากนี้เห็นว่าควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถชี้ให้เห็นประโยชน์ส่วนเพิ่มเช่นการลดต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาล (กรณีผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน) และสนับสนุนนโยบายการจ่ายค่ายามอร์ฟีน/คน/เดือน เพิ่ม (รวม OPD) อย่างไรก็ตามการจ่ายค่ายาส่วนนี้ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการกระจายยาตามโรงพยาบาลในพื้นที่และตามกรอบยาที่เหมาะสม จึงจะทำให้โรงพยาบาลทุกระดับได้รับประโยชน์

4. ข้อจำกัดการศึกษา

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เรื่องปัจจัยในการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ ส่วนแรกมาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจ ในเรื่องปัจจัยด้านยา และความรู้และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจเรื่องความเชื่อมโยงและอุปสรรคในเชิงลึก และมีงานวิจัยที่พิจารณาปัจจัยเรื่องการอภิบาลระบบ กับความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยค่อนข้างจำกัด การศึกษานี้จึงเพิ่มการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มเพื่อมาตอบข้อจำกัดดังกล่าว รวมถึงเป็นช่องทางในการหารือเพื่อนำมาสู่แนวทางการแก้ไขปัญหา

¹⁰ คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563

สำหรับข้อมูลเรื่องสถานการณ์การเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ของประเทศไทยนั้น คณะผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลจากการติดตามตัวชี้วัดของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง (service plan) ซึ่งเป็นการดึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center, HDC) มาใช้ ซึ่งยังมีข้อจำกัดในเรื่องความถูกต้อง ซึ่งยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งการวิเคราะห์ในส่วนกลางและการลงข้อมูลจากโรงพยาบาลต้นทาง ข้อมูลจาก สปสช. นั้น ไม่สามารถรายงานการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองได้ เนื่องจากที่มีการเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายเป็นการเหมาจ่ายรายหัว

5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- (1) ในระยะยาว ควรมีการปรับปรุงหรือแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หมวด 3 หน้าที่ของผู้รับอนุญาต มาตรา 27 ที่ระบุว่า “ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตามมาตรา 17 จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบขออนุญาต” เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการของโรงพยาบาลและส่งเสริมการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง
- (2) ในระยะสั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรพัฒนาระบบการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์ให้สามารถแลกเปลี่ยน/ถ่ายโอนยาระหว่างสถานพยาบาลได้ในกรณีที่ยาขาดฉุกเฉิน
- (3) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด และกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พัฒนาระบบการสื่อสารเชิงรุก เพื่อชี้แจงและแก้ปัญหาการเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของบุคลากรที่รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์ในเรื่องข้อกำหนดและกฎระเบียบต่าง ๆ และให้ความมั่นใจกับผู้ปฏิบัติงานให้มีความมั่นใจในการสั่งใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์
- (4) กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด และกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศึกษาแนวทางและพัฒนาระบบ third party digital signature และพัฒนาระบบการใช้ช่องทางออนไลน์ในการส่งรายงานการใช้ยาเพื่อลดระยะเวลาการดำเนินงานและเพิ่มความรวดเร็วในการส่งรายงานและสั่งยาในกลุ่มโอปิออยด์จากโรงพยาบาล
- (5) กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด และกองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศึกษาแนวทางการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยอาจพิจารณารูปแบบจัดหาและกระจายยาในระดับประเทศ (centralised procurement and distribution) โดยให้มีหน่วยงานมาดำเนินงานบริหารยาและรับแลกเปลี่ยนยาในระดับพื้นที่ ใช้วิธีการคินยาทางข้อมูล และมีการกระจายยาในพื้นที่
- (6) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายผู้ประกอบการวิชาชีพที่ดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการอบรม ศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์สภา กสพท. สภาเภสัชกรรม สภากายภาพ พิจารณาปรับ

หลักสูตรการศึกษาโดยเพิ่มความสำคัญในเรื่องความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยา
กลุ่มโอปิออยด์

- (7) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประสานกับ สสส. และเครือข่าย ในการพัฒนาการสื่อสาร
ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อปรับมุมมอง
และความเข้าใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและการ
เข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์
- (8) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาประเมินศักยภาพ
และพัฒนาแนวทางสนับสนุน สถานพยาบาลที่ยังมีปัญหาในการดำเนินงานการดูแลแบบ
ประคับประคอง และการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (โดยพิจารณาบริบทที่หลากหลายของ รพ.
โดยเฉพาะการให้บริการในพื้นที่เขตเมือง ที่เป็นอุปสรรคของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน)
- (9) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพ
สถานพยาบาล (สรพ.) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายในระดับเขตสุขภาพทั่วประเทศเพื่อสนับสนุนการ
ดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง และการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ให้มีประสิทธิภาพ
- (10) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแนวทางการ
สนับสนุน แรงจูงใจในระยะสั้นของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึง
ความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านนี้
- (11) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเครือข่ายดำเนินงานสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์
ระดับชาติ เพื่อวางเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน ให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญ และเกิดการจัดสรร
ทรัพยากรมาสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิ
ออยด์
- (12) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ
กระทรวงสาธารณสุข เชื่อมโยงฐานข้อมูลเพื่อติดตามข้อมูลการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อติดตาม
ความก้าวหน้าการดำเนินงานในระดับประเทศ รวมถึงคุณภาพของบริการที่ผู้ประกันตนได้รับ

บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะที่อ่านเข้าใจง่าย

การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย

ยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesics) รวมทั้งมอร์ฟินจัดเป็นยาที่ใช้สำหรับอาการปวดและการดูแลแบบประคับประคอง ในรายการยาจำเป็นขององค์การอนามัยโลก (WHO Model List of Essential Medicines) อีกทั้งอยู่ในรายการยาจำเป็นของสมาคมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองระหว่างประเทศ (International Association for Hospice and Palliative Care) แม้หน่วยงานระดับนานาชาติจะเห็นความสำคัญของการใช้ยากกลุ่มนี้ แต่ผู้ป่วยจำนวนมากในหลายประเทศไม่สามารถเข้าถึงยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิตซึ่งนอกจากจะสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดในการให้บริการสุขภาพแล้ว ยังเป็นประเด็นเชิงจริยธรรมและสิทธิมนุษยชนอีกด้วย สาเหตุประการหนึ่งของปัญหา ได้แก่ การที่ยากกลุ่มโอปิออยด์เป็นสารเสพติดและมีผลต่อจิตและประสาท มีโอกาสที่จะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด จึงอยู่ภายใต้การควบคุมโดยข้อตกลงระหว่างประเทศส่งผลให้มีการกำกับดูแลที่เข้มงวดในขั้นตอนการผลิต นำเข้า ครอบครอง การเก็บรักษาและการสั่งใช้ยากกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงยากกลุ่มนี้ที่แตกต่างกันอย่างมากในประเทศต่าง ๆ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา เช่น นโยบายด้านสุขภาพ ระบบบริหารเวชภัณฑ์ ตลอดจนความรู้และทัศนคติต่อยากกลุ่มนี้ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป ในประเทศไทย มอร์ฟินและยากกลุ่มโอปิออยด์อื่น ๆ อีกหลายรายการเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการใช้ยากกลุ่มนี้เป็นมาตรการหนึ่งในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งไม่ได้รับยาควบคุมอาการปวดตามความจำเป็น

ในปี พ.ศ. 2561 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งได้นำเสนอหัวข้อ “การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง” ให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program หรือ HITAP) ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

การศึกษานี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยประยุกต์กรอบแนวคิดที่พิจารณาความเฉพาะของปัจจัย/อุปสรรคที่

เกี่ยวข้องกับยากลุ่มโอปิออยด์ซึ่งเป็นยาควบคุม และปัจจัยด้านการอภิบาลระบบของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านกฎหมายและกฎระเบียบ (2) ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ (3) ปัจจัยด้านยา และ (4) ปัจจัยด้านการอภิบาลระบบ โดยปัจจัยกลุ่มที่ 4 จะพิจารณาระบบการดูแลแบบประคับประคองของประเทศ ไทย ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญที่จะส่งผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ ระเบียบวิธีศึกษาใช้วิธีการสังเคราะห์ข้อมูล จากเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนองค์กร/หน่วยงาน ระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคองหรือการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ และตัวแทนผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 12 คน ตัวแทน แพทย์ พยาบาล เภสัชกร จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำนวน 9 แห่ง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ (1) กฎหมายที่ควบคุม การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ไม่สอดคล้องกับการดำเนินงาน หากเกิดกรณียาขาดฉุกเฉิน หรือยาใกล้หมดอายุ โรงพยาบาลไม่สามารถทำการยืมยา หรือแลกเปลี่ยนยาระหว่างโรงพยาบาลได้ (2) ปัจจัยด้านยา ระบบบริหารยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ที่ไม่มีความพร้อม ทำให้โรงพยาบาลมียาไม่ครบตามรอบยาที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ (3) ความรู้ของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เรื่องการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ยังไม่เพียงพอ ทำให้มีทัศนคติเชิงลบต่อยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ทำให้แพทย์ไม่กล้าสั่งยา เนื่องจากกลัวผู้ป่วยติดยา กลัวเกิดการหายใจ และเนื่องจากหลักสูตรการเรียนการสอนของวิชาชีพต่างๆที่ยังไม่ลึกซึ้งเพียงพอ รวมทั้งขาดการฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน ในด้านของผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไปยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ จึงส่งผลต่อการยอมรับยานี้ (4) ปัจจัยด้านการอภิบาลและระบบบริการดูแลแบบประคับประคองที่ยังไม่เข้มแข็ง ทั้งการมีนโยบายไม่ชัดเจน งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานไม่เพียงพอ การขาดความพร้อมในการให้บริการ และขาดกระบวนการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการ (1) การปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับการบริหารยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (2) ปรับปรุงระบบการศึกษาของวิชาชีพ (3) พัฒนาการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน และ (4) สนับสนุนให้มีการอภิบาลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- (1) ในระยะยาว ควรมีการปรับปรุงหรือแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หมวด 3 หน้าที่ของผู้รับอนุญาต มาตรา 27 ที่ระบุว่า “ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตามมาตรา 17 จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบขออนุญาต” เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรงพยาบาลและส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง
- (2) ในระยะสั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรพัฒนาระบบการบริหารจัดการยากลุ่มโอปิออยด์ให้สามารถแลกเปลี่ยน/ถ่ายโอนยาระหว่างสถานพยาบาลได้ในกรณีที่ยาขาดฉุกเฉิน

(3) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกลุ่มเงินทุนหมุนเวียน ยาเสพติด และกองทุนควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พัฒนาวិธีการการสื่อสารเชิงรุก เพื่อชี้แจงและแก้ปัญหาการเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของบุคลากรที่รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์ในเรื่องข้อกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ และให้ความมั่นใจกับผู้ปฏิบัติงานให้มีความมั่นใจในการสั่งใช้ยากลุ่มโอปิออยด์

(4) กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด และกองทุนควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศึกษาแนวทางและพัฒนาระบบ third party digital signature และพัฒนาระบบการใช้ช่องทางออนไลน์ในการส่งรายงานการใช้จ่ายเพื่อลดระยะเวลาการดำเนินงานและเพิ่มความรวดเร็วในการส่งรายงานและสั่งยากลุ่มโอปิออยด์จากโรงพยาบาล

(5) กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด และกองทุนควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศึกษาแนวทางการบริหารจัดการยากลุ่มโอปิออยด์ โดยอาจพิจารณารูปแบบจัดหาและกระจายยาในระดับประเทศ (centralised procurement and distribution) โดยให้มีหน่วยงานมาดำเนินงานบริหารยา และรับแลกเปลี่ยนยาในระดับพื้นที่ ใช้วิธีการคินยาทางข้อมูล และมีการกระจายยาในพื้นที่

(6) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายผู้ประกอบการวิชาชีพที่ดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการอบรม ศึกษา ของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทยสภา กสพท. สภาเภสัชกรรม สภากายภาพ พิจารณาปรับหลักสูตรการศึกษาโดยเพิ่มพละสำคัญในเรื่องความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์

(7) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประสานกับ สสส. และเครือข่าย ในการพัฒนาการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ เพื่อปรับมุมมองและความเข้าใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์

(8) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาประเมินศักยภาพและพัฒนาแนวทางสนับสนุน สถานพยาบาลที่ยังมีปัญหาในการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง และการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (โดยพิจารณาบริบทที่หลากหลายของ รพ. โดยเฉพาะการให้บริการในพื้นที่เขตเมือง ที่เป็นอุปสรรคของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน)

(9) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายในระดับเขตสุขภาพทั่วประเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง และการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ให้มีประสิทธิภาพ

(10) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแนวทางการสนับสนุน แรงจูงใจในระยะสั้นของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านนี้

(11) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเครือข่ายดำเนินงานสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อวางเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน ให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญ และเกิดการจัดสรรทรัพยากรมาสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์

(12)สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ
กระทรวงสาธารณสุข เชื่อมโยงฐานข้อมูลเพื่อติดตามข้อมูลการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อติดตาม
ความก้าวหน้าการดำเนินงานในระดับประเทศ รวมถึงคุณภาพของบริการที่ผู้ประกันตนได้รับ

สารบัญ

คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อ.....	ง
Abstract	จ
บทสรุปผู้บริหาร.....	ฉ
บทสรุปเพื่อการสื่อสารสาธารณะที่อ่านเข้าใจง่าย	ด
สารบัญ.....	ธ
สารบัญตาราง.....	ป
สารบัญรูป.....	ผ
บทที่ 1 บทนำ	26
1.1 หลักการและเหตุผล.....	26
1.2 วัตถุประสงค์และขอบเขตการวิจัย.....	29
1.3 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	29
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม.....	31
2.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง	31
2.1.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-stage patients)	31
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-stage patients)	31
2.1.2 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)	31
การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)	31
2.1.3 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย	32
2.1.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองกับการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์.....	33
2.2 ยากลุ่มโอปิออยด์.....	36
2.2.1 ลักษณะของยากลุ่มโอปิออยด์.....	36
2.2.2 กฎหมายและแนวทางปฏิบัติสำหรับการควบคุมการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์	38
2.3 สถานการณ์การเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ในระดับโลก ภูมิภาค และประเทศไทย	40
2.4 ปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ และแนวทางแก้ไข.....	44

2.4.1 การศึกษาปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์.....	44
2.4.2 แนวทางแก้ไข	46
2.5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	48
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	54
3.1 การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	54
3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม	56
3.2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก	56
3.2.2 การอภิปรายกลุ่ม.....	56
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	58
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	60
4.1 ปัจจัยด้านกฎหมายและกฎระเบียบ.....	60
4.1.1 การกำหนดประเภทและปริมาณ.....	62
4.1.2 การขอรับอนุญาตจำหน่าย การจัดทำรายงาน และการทำลายยา	64
4.1.3 การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา	65
4.1.4 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและกฎระเบียบ.....	66
4.2 ปัจจัยด้านยา.....	68
4.2.1 การมียาอยู่ที่สถานพยาบาล (การบริหารยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล)	69
4.2.2 การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility).....	70
4.2.3 ความสามารถในการจ่ายค่ายากลุ่มโอปิออยด์ของภาครัฐ (Affordability)	70
4.3 ปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติ	71
4.3.1 บุคลากรสาธารณสุข.....	71
4.3.2 ผู้รับบริการ	75
4.4 ปัจจัยด้านการอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ	76
4.4.1 นโยบายการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง	76
4.4.2 งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งการเบิกจ่าย/ชดเชยค่าบริการยากลุ่มโอปิออยด์	77
4.4.3 ศักยภาพของบุคลากร ความพร้อมในการให้บริการ และการกระจายบุคลากร.....	78

บทที่ 5	อภิปรายผล ข้อจำกัดการศึกษา และข้อเสนอเชิงนโยบาย	80
5.1	อภิปรายผลการศึกษา.....	80
5.2	ข้อจำกัดการศึกษา.....	81
5.3	ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง ในประเทศไทย.....	82
5.3.1	กฎหมาย.....	82
5.3.2	การบริหารยา	82
5.3.3	ความรู้และทัศนคติ.....	83
5.3.4	ระบบอภิบาล.....	83
	เอกสารอ้างอิง.....	84
	ภาคผนวก	88
	ภาคผนวก ก	88
	ภาคผนวก ข	89
	ภาคผนวก ค	95
	ภาคผนวก ง.....	106

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปีงบประมาณ 2559 [3].....	26
ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบสิทธิในการได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ประกันตนในประเทศไทย	33
ตารางที่ 2.2 Palliative care provision by place of death.....	34
ตารางที่ 2.3 Palliative care provision by strong opioid prescription within the last twelve months of life.....	34
ตารางที่ 2.4 ขนาดยาและผลข้างเคียงของยากลุ่ม strong opioids.....	37
ตารางที่ 2.5 Average medical consumption of opioids under the control of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol, in the period 2002–2004, expressed in defined daily doses for statistical purposes (S-DDDs) per million inhabitants per day [31]	40
ตารางที่ 2.6 ร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์.....	43
ตารางที่ 3.1 หัวข้อหรือประเด็นการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย	54
ตารางที่ 3.2 ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึก และอภิปรายกลุ่ม จำแนกตามประเด็น และองค์กร/หน่วยงาน.....	57
ตารางที่ 4.1 ชนิดและจำนวนการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เปรียบเทียบกับจำนวนที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายปี (พ.ศ. 2555-2561).....	62
ตารางที่ 4.2 ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่อนุญาตให้ผู้รับอนุญาตหมวด ค จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง	64
ตารางที่ 4.3 ความคิดเห็นต่อปัญหาที่ส่งผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วยในสถานพยาบาล (n = 552)	66

สารบัญรูป

รูปที่ 2.1 WHO 3-step analgesic ladder	36
รูปที่ 2.2 Disparity of 2014 morphine consumption (kg): high-income vs. low- and middle-income countries (LMICs).....	42
รูปที่ 2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประชากรไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากรายงานสาเหตุการตาย พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการตายจากโรคมะเร็งทุกชนิดสูงเป็นลำดับแรก อัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 107.3 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 120.3 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีอัตราการตายจากโรคมะเร็งตัวสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก [1] นอกจากนี้ยังพบว่า โดยรวมทั้งประเทศ มีอัตราผู้ป่วยนอกจากสาเหตุเนื้องอก (รวมมะเร็ง) คิดเป็น 43.39 ต่อพันประชากร [2] ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจโรงพยาบาล 629 แห่งในประเทศไทย พบว่า ในปี 2559 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง ทั้งสิ้นจำนวน 81,065 คน [3] (ตารางที่ 1.1) ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยได้รับการแบบประคับประคอง 8,209 คน (32,810 ครั้ง) เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 ที่มีผู้ป่วยได้รับการแบบประคับประคอง 5,820 คน (22,077 ครั้ง) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง [4] ทั้งนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง แบ่งออกเป็น 8 กลุ่มโรค [3] ดังนี้คือ 1) Palliative care in cancer patients 2) Palliative care in neurological disease/stroke 3) Palliative care in renal replacement therapy 4) Palliative care in heart disease 5) Palliative care in multiple trauma patients 6) Palliative care in infectious disease/HIV/AIDS 7) Pediatric palliative care 8) Palliative care in aging/dementia

ตารางที่ 1.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปีงบประมาณ 2559 [3]

ประเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
CA Palliative ในโรงพยาบาล	29,848	36.82
CA Palliative ในชุมชน	14,119	17.42
Non- CA Palliative ในโรงพยาบาล	19,563	24.13
Non- CA Palliative ในชุมชน	17,535	21.63
รวมทั้งสิ้น	81,065	100

ที่มา : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข; 2561.

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน

หรือหมายถึงการบริหารเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว [5, 6] ซึ่งในประเทศไทย การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ โดยมีการจัดทำยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 ประกอบไปด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ 1) เสริมสร้างความรู้ ทักษะที่ดีต่อการมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง 2) พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตที่ได้คุณภาพ มาตรฐานครอบคลุม 3) พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ [7] ซึ่งยาในกลุ่มโอปิออยด์หลายรายการเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการใช้ยาในกลุ่มนี้เป็นมาตรการหนึ่งในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ ปี 2553 เป็นต้นมา

ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics) จัดเป็นยาที่ใช้สำหรับรักษา/บรรเทาอาการปวดสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งถูกบรรจุอยู่ในรายการยาจำเป็นขององค์การอนามัยโลก (WHO Model List of Essential Medicines) และยังถูกบรรจุอยู่ในรายการยาจำเป็นของสมาคมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองระหว่างประเทศ (International Association for Hospice and Palliative Care) โดยยาในกลุ่มโอปิออยด์ สามารถแบ่งกลุ่มตามกลไกและความแรงของการออกฤทธิ์ ได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) Agonist drug แบ่งเป็นกลุ่ม Weak opioids และกลุ่ม Strong opioids 2) Antagonist drug 3) Partial agonist drug และ 4) Agonist-antagonist drug ซึ่งยาในกลุ่ม Strong opioids มักถูกนำมาใช้ในการรักษา/บรรเทาอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมีอาการปวดรุนแรง ยาในกลุ่ม Strong opioids ได้แก่ morphine, pethidine (meperidine), fentanyl, methadone และ oxycodone ซึ่งยา morphine มักถูกเลือกมาใช้ในการควบคุมอาการปวด เนื่องจาก มีรูปแบบเภสัชภัณฑ์ที่หลากหลาย ทั้งยาฉีด ยาน้ำเชื่อม ยาเม็ด นอกจากนั้นยังมีหลายขนาด ทำให้ง่ายต่อการเลือกใช้ยา [8]

แม้หน่วยงานระดับชาติและนานาชาติจะเห็นความสำคัญของการใช้ยาในกลุ่มนี้ แต่ผู้ป่วยจำนวนมากในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ไม่สามารถเข้าถึงยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต [9] สำหรับประเทศไทยพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยแบบ

ระดับประคองที่ได้รับยากกลุ่ม strong opioids มีจำนวนน้อยมาก โดยในปีงบประมาณ 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 22,261 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.46 มูลค่าของยา 25,550,278 บาท [3] ซึ่งนอกจากจะสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดในการให้บริการสุขภาพแล้ว ยังเป็นประเด็นเชิงจริยธรรมและสิทธิมนุษยชนอีกด้วย [10, 11] สาเหตุประการหนึ่งของปัญหา ได้แก่ การที่ยากกลุ่มโอปิออยด์เป็นสารเสพติดและมีผลต่อจิตและประสาทมีโอกาที่จะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด จึงอยู่ภายใต้การควบคุมโดยข้อตกลงระหว่างประเทศส่งผลให้มีการกำกับดูแลที่เข้มงวดในขั้นตอนการผลิต นำเข้า ครอบครอง การเก็บรักษาและการสั่งใช้ยากับผู้ป่วย [12] อย่างไรก็ตามการเข้าถึงยากกลุ่มนี้ยังมีความแตกต่างกันอย่างมากในประเทศต่างๆ ซึ่งให้เห็นว่า ยังมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา เช่น นโยบายด้านสุขภาพ ระบบบริหารเวชภัณฑ์ ตลอดจนความรู้และทัศนคติต่อยากกลุ่มนี้ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป [13, 14]

ในระยะหลายปีที่ผ่านมา องค์กรระหว่างประเทศ หน่วยงานภาครัฐ สมาคมวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ และภาคประชาสังคม ได้กำหนดนโยบาย มาตรการระดับนานาชาติและระดับประเทศเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยากกลุ่มดังกล่าว โดยยึดหลักความสมดุลระหว่างประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กับการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพและสังคมจากการนำไปใช้อย่างไม่เหมาะสม เช่น มติสมัชชาอนามัยโลกในปี 2014 ว่าด้วยการสร้างความเข้มแข็งให้กับการดูแลแบบประคับประคอง [15] แนะนำให้รัฐบาลประเมินความต้องการใช้ยาควบคุมอาการปวดภายในประเทศ และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อให้มียาจำเป็นอย่างเพียงพอ ไม่เกิดการขาดแคลนยา รวมทั้งแนะนำให้ปรับปรุงนโยบายและกฎระเบียบเกี่ยวกับยาที่อยู่ภายใต้การควบคุม (controlled medicines) ให้สอดคล้องกับแนวนโยบายที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งให้ความสำคัญกับการเพิ่มการเข้าถึงยาสำหรับจัดการอาการปวดและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยให้เป็นไปตามข้อตกลงเกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศขององค์การสหประชาชาติ (The United Nations International Drug Control Conventions)

ในปี 2561 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งได้นำเสนอปัญหา “การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง” เข้าสู่กระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program หรือ HITAP) ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

1.2 วัตถุประสงค์และขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย โดย มุ่งเน้นการสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ครอบคลุมการศึกษาประชากรในประเทศไทยทุกกลุ่มและทุกสิทธิการรักษา โดยใช้วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ต่อไป

1.3 นิยามศัพท์เฉพาะ

ลำดับ	คำที่ปรับปรุงใหม่ตามนิยามของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) [16]	ความหมาย
1	การดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)	การดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิตโดยมีเป้าหมาย คือ การให้ผู้ป่วยตายดี
2	การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทา ความทุกข์ ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ นั้นด้วย
3	ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics)	ยาที่ใช้สำหรับรักษา/บรรเทาอาการปวดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง เป็นยาที่บรรจุอยู่ในรายการยาจำเป็นขององค์การอนามัยโลก (WHO Model List of Essential Medicines) และรายการบัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย แบ่งเป็น (1) Weak opioids ได้แก่ codeine และ tramadol (2) Strong opioids ได้แก่ morphine, pethidine (meperidine), fentanyl, methadone และ oxycodone

ลำดับ	คำที่ปรับปรุงใหม่ตามนิยาม ของสำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ (สช.) [16]	ความหมาย
4	การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid Accessibility)	การเข้าถึงยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ จะเกิดขึ้นได้เมื่อระบบบริการ สาธารณสุขเอื้อให้มีการบริหารยากกลุ่มนี้ทั้งการจัดซื้อ จัดหา เก็บรักษา กระจายยา และส่งจ่ายในโรงพยาบาลทุกระดับและสถานดูแลเพื่อคุณภาพ ชีวิตระยะท้าย รวมถึงมีการบริหารจัดการยาที่บ้าน
5	ทีมสหวิทยาการ (Multi-disciplinary Team)	กลุ่มคนที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญทางวิชาการจากหลาย สาขาวิชา ซึ่งแต่ละคนทำงานอย่างอิสระ คู่ขนานกันไป มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลโดยมีเป้าหมายการดูแลรักษาร่วมกัน

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

คณะผู้วิจัยแบ่งการทบทวนวรรณกรรมออกเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ (2.1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (2.2) ยากลุ่มโอปิออยด์ (2.3) สถานการณ์การเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (2.4) ปัญหา/อุปสรรค ต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ และ (2.5) การทบทวนเพื่อพัฒนากรอบแนวคิดของการวิจัยรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง

2.1.1 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-stage patients)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-stage patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการลุกลามจนรักษาไม่หายและแพทย์ไม่มีแผนการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ อีกต่อไปนอกจากการรักษาดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ตามอาการจวบจนเสียชีวิต หรือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เสียชีวิตในเวลาไม่นานโดยมีการกำหนดกลุ่มโรคสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ออกเป็น 8 กลุ่มโรค ดังนี้ คือ [3, 17] (1) Palliative care in cancer patients (2) Palliative care in neurological disease/stroke (3) Palliative care in renal replacement therapy (4) Palliative care in heart disease (5) Palliative care in multiple trauma patients (6) Palliative care in infectious disease/HIV/AIDS (7) Pediatric palliative care (8) Palliative care in aging/dementia ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2018 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านคน [18] ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งจึงเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง

2.1.2 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริหารเพื่อบรรเทาอาการ หรือวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้มที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว [5, 6] นอกจากนี้ สมาคมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (International Association for Hospice and Palliative Care: IAHPC) ยังได้ให้ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง ว่าหมายถึง วิธีการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรคและ

ครอบครัวแบบองค์รวม โดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการปวด อาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้แก่ เบื่ออาหาร (anorexia) กังวล (anxiety) ท้องผูก/ท้องเสีย (constipation/diarrhea) เพ้อคลั่ง (delirium) ซึมเศร้า (depression) หอบเหนื่อย (dyspnea) อ่อนแรง/เหนื่อยล้า (fatigue) คลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting) มีสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ (respiratory tract secretions) รวมถึงความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรคที่เป็นอยู่ โดยเป้าหมายหลักของการดูแลคือ (1) การลดความทรมานของผู้ป่วย และ (2) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี ดังนั้นการใช้ยา ระวังปวดและยาลดอาการรบกวนต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ [19]

2.1.3 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองอย่างจริงจัง นับตั้งแต่กฎกระทรวงตามมาตรา 12 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยได้เริ่มให้ความสำคัญต่อเรื่องการทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงยื้อการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตคนมากขึ้นตามลำดับ และกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยในปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในวาระท้ายของชีวิต ปี 2557 – 2559 ประกอบไปด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) เสริมสร้างความรู้ ทศนคติที่ดีต่อการมีสุขภาพในวาระท้ายของชีวิตและตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง (2) พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในวาระท้ายของชีวิตที่ได้คุณภาพ มาตรฐานครอบคลุม (3) พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ [7] ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และในปี 2560 ได้มีการบรรจุการดูแลแบบประคับประคองไว้ในแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เพื่อบรรเทา/รักษาอาการปวด เป็นมาตรการหนึ่งในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งแต่ ปี 2553 เป็นต้นมา

การดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการแก้ปัญหาการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ของประเทศไทย ยังอยู่ในช่วงพัฒนาการดำเนินงาน และพบความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบ

หลักประกันสุขภาพ ตามสิทธิการรักษา ที่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดัง

ตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การเปรียบเทียบสิทธิในการได้รับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ประกันตนในประเทศไทย

ประเด็น	สิทธิข้าราชการ	สิทธิประกันสังคม	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
การเบิกจ่าย	เป็นแบบปลายเปิด ไม่มีการจำกัดเขตนาการ จ่ายเงิน	เป็นแบบปลายปิด จำกัดเขตนาการจ่ายเงิน	เป็นแบบปลายปิด จำกัดเขตนาการ จ่ายเงิน ทั้งกรณีให้บริการที่ โรงพยาบาลและที่บ้าน
ลักษณะชุดสิทธิ ประโยชน์	ไม่มีชุดสิทธิประโยชน์โดยตรง	ไม่มีชุดสิทธิประโยชน์ โดยตรง	มีชุดสิทธิประโยชน์โดยตรง
การเยี่ยมบ้าน	เป็นการดูแลที่สถานพยาบาล ไม่มีการเยี่ยมบ้าน	เป็นการดูแลที่ สถานพยาบาล มีการเยี่ยม บ้านเฉพาะผู้พิการ	<ul style="list-style-type: none"> ● เป็นการดูแลทั้งที่สถานพยาบาล และที่บ้าน** ● มีกองทุนสุขภาพของท้องถิ่น สามารถนำมาจัดบริการ PC ได้

** สถานพยาบาลได้รับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว และงบประมาณเหมาจ่ายในการให้บริการที่บ้านรายการนี้ โดยปัจจุบันการให้บริการที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) เป็นการเหมาจ่ายซึ่งรวมค่าบริการ ยามอร์ฟิน ชุดทำแผล และออกซิเจนไว้ทั้งหมด

2.1.4 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองกับการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์

การดูแลแบบประคับประคองเป็นบริการที่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษา/บรรเทาอาการปวด สำหรับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและการจัดการความปวด โดยการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์มากกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง การศึกษาแบบ retrospective cohort study โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ประเทศอังกฤษ (Northern England) ระหว่างเดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2010 – เดือนกุมภาพันธ์ 2012 มีผู้ป่วยผู้ใหญ่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวน 2,479 คน ในจำนวนนี้มีผู้

ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 64.5 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการได้รับการดูแลแบบประคับประคองพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน hospice ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 39.4 กับ ร้อยละ 14.5) และผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลมักไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 40.1 กับ ร้อยละ 23.3) (ตารางที่ 2.2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับยากกลุ่มโอปิออยด์ (Strong opioid) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ($P<0.001$) (ตารางที่ 2.3) [20]

ตารางที่ 2.2 Palliative care provision by place of death

	Palliative care provision (n=2479)		
	Not received	Received	
Place of death	No (%)	No (%)	Post hoc
Own home	280 (31.8)	429 (26.8)	<0.05
Hospice	128 (14.5)	629 (39.4)	<0.05
Hospital	353 (40.1)	372 (23.3)	<0.05
Care home	106 (12.0)	139 (8.7)	<0.05
Other	1 (0.1)	0 (0.0)	-
Unknow	13 (1.5)	29 (1.8)	-
Statistical test	P<0.001		

ตารางที่ 2.3 Palliative care provision by strong opioid prescription within the last twelve months of life

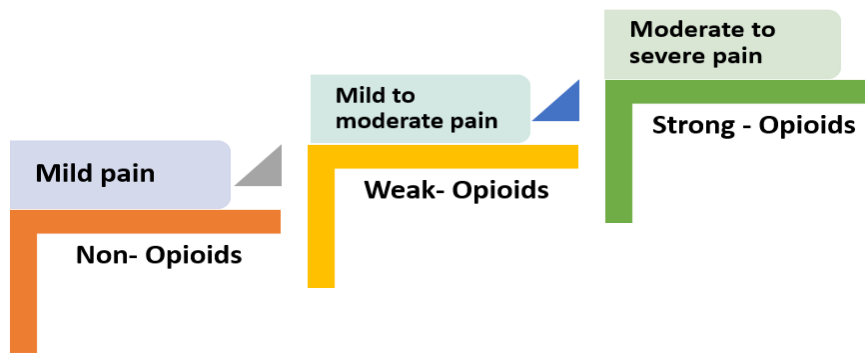
Strong opioid prescription within last year of life	Palliative care provision (n=2479)	
	Not received	Received
	No (%)	No (%)
Yes	222 (25.2)	862 (53.9)
No	655 (74.3)	736 (46.1)
Missing	4 (0.5)	0 (0.0)
Statistical test	P<0.001	

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบริการดูแลแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ในประเทศนั้น ๆ เนื่องจากการประเมินและจัดการอาการปวด (pain assessment and management) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์เพิ่มมากขึ้น [5] ซึ่งในปี 2015 มีผู้ป่วยมากกว่า 61 ล้านคนทั่วโลก ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด การมีบาดแผล/แผลเรื้อรัง วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ อ่อนแรง ซึ่งเป็นอาการที่พบในระยะสุดท้ายของโรคต่าง ๆ เช่น โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคกระดูก โรคสมองเสื่อม ฯลฯ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงบริการดังกล่าว [21] แต่ในหลายประเทศยังไม่มีบริการดูแลแบบประคับประคอง เช่น อัฟกานิสถาน ภูฏาน เกาหลีเหนือ ลาว ติมอร์-เลสเต บางประเทศอยู่ระหว่างการพัฒนาศักยภาพ เช่น ฟิจิ เฮติ มาดากัสการ์ ทาจิกิสถาน และบางประเทศมีการให้บริการแต่มีข้อจำกัด เช่น อินโดนีเซีย เมียนมาร์ ศรีลังกา ไทย เวียดนาม เป็นต้น [22] ทั้งนี้ การดูแลแบบประคับประคองในแต่ละประเทศอาจมีรูปแบบและแนวทางที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านสถานที่ให้บริการ การเงิน การคลัง การวางแผนการดูแลร่วมกับตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัว/ญาติ และบทบาทของภาคประชาสังคม/ชุมชน [23-25]

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยในหลายประเทศเข้าไม่ถึงหรือไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การที่ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ประกอบวิชาชีพ และประชาชนทั่วไปขาดความตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการให้บริการนี้ รวมทั้งมีความเข้าใจผิดว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งและอาจนำไปสู่การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในทางที่ผิดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการตายและภาวะใกล้ตาย [5] องค์การอนามัยโลกระบุว่า การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในแต่ละประเทศควรพิจารณาองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ นโยบาย การจัดการศึกษา/ให้ความรู้ (สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ บุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป) การมียาไว้ใช้และการบริหารเวชภัณฑ์ และการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้นำทางความคิด ทรัพยากร โครงสร้างพื้นฐาน การจัดการ ตลอดจนความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพกับเครือข่ายการให้บริการในชุมชน [26] ในด้านนโยบายพื้นฐานนั้นประกอบด้วยกฎหมายที่บัญญัติให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ ข้อกำหนดมาตรฐานการให้บริการและแนวทางเวชปฏิบัติ ข้อกำหนดให้การดูแลแบบประคับประคองเป็นบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง (medical specialty/sub-specialty) ระเบียบที่กำหนด

ประเภทผู้ให้บริการและการออกใบอนุญาต และยุทธศาสตร์ระดับประเทศด้านการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งนโยบายเกี่ยวกับยาจำเป็น เป็นต้น

การให้จัดการความปวดเป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ผู้ป่วยเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามหลักการขององค์การอนามัยโลก แนะนำว่าหากผู้ป่วยมีอาการปวดควรเริ่มจากการให้ยาเม็ดแก้ปวดที่เป็น (1) non-opioids (aspirin and paracetamol) แล้วต่อด้วย (2) mild opioids (codeine) แล้วใช้ (3) strong opioids เช่น morphine จนกระทั่งผู้ป่วยไม่ปวด ซึ่งเป็นการจัดการความปวดแบบขั้นบันได ดังรูปที่ 2.1 [27]



รูปที่ 2.1 WHO 3-step analgesic ladder

2.2 ยากลุ่มโอปิออยด์

2.2.1 ลักษณะของยากลุ่มโอปิออยด์

ยากลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics) จัดเป็นยาที่ใช้สำหรับรักษา/บรรเทาอาการปวดสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งถูกบรรจุอยู่ในรายการยาจำเป็นขององค์การอนามัยโลก (WHO Model List of Essential Medicines) รวมทั้งถูกบรรจุอยู่ในรายการยาจำเป็นของสมาคมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคองระหว่างประเทศ (International Association for Hospice and Palliative Care) และถูกบรรจุอยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ ของประเทศไทยโดยยากลุ่มโอปิออยด์ แบ่งตามความแรงของการออกฤทธิ์ มี 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) Weak opioid หมายถึง opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน ได้แก่ codeine , และ tramadol (2) Strong opioid หมายถึง opioid ที่มีฤทธิ์แรง ได้แก่ morphine, pethidine (meperidine), fentanyl, methadone และ oxycodone [8]

จากข้อมูลการสำรวจยาที่มีไว้สำหรับใช้เพื่อการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาล ของประเทศไทย โดยสำรวจข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงเรียนแพทย์ ศูนย์มะเร็ง และโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวนตอบกลับทั้งสิ้น 555 แห่ง (response rate 57%) พบว่า Tramadol เป็นยาที่มีใช้มากที่สุดในกลุ่มยา Weak opioid ส่วนยาฉีดมอร์ฟินเป็นยาที่มีใช้มากที่สุดในกลุ่มยา strong opioid ซึ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลเอกชนมียากลุ่มโอปิออยด์พร้อมใช้มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป [28]

ทั้งนี้ยาในกลุ่ม Strong opioids มักถูกนำมาใช้ในการรักษา/บรรเทาอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง [8] เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งหลักในการเลือกใช้ยากลุ่ม strong opioids เพื่อควบคุมความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือควรให้ยาตามเวลา (around the clock; ATC) เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการปวดตลอดเวลา ดังนั้นควรเลือกยา strong opioid รูปแบบออกฤทธิ์นาน (sustained release; SR) เพื่อควบคุมความปวดตลอดเวลา และหากผู้ป่วยมีความปวดขึ้นมาระหว่างนั้น (breakthrough pain) ต้องเลือกยาบรรเทาความปวด (rescue drug) รูปแบบออกฤทธิ์ทันที (immediate release; IR) ดังนั้นยา morphine จึงมักเป็นยาที่ถูกเลือกใช้ในการควบคุมอาการปวดแบบรุนแรง เนื่องจาก

- (1) มีรูปแบบเภสัชภัณฑ์ที่หลากหลาย (dosage form) ได้แก่ รูปแบบยาฉีด (injection) รูปแบบยาน้ำเชื่อม (syrup) ยาเม็ดรูปแบบออกฤทธิ์ทันที (immediate release; IR) ยาเม็ดรูปแบบออกฤทธิ์นาน (sustained release; SR)
- (2) มีช่องทางการบริหารยาที่หลากหลาย (route of administration) ได้แก่ ทางปาก (oral) ทางทวารหนัก (rectal) ทางการฉีดยาเข้าใต้ผิวหนัง (subcutaneous injection) ทางการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ (intravenous injection) ทางการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular injection; IM) ทางการฉีดยาเข้าโพรงกระดูกสันหลัง (epidural injection) และทางการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (Intrathecal injection)
- (3) มีหลายขนาด (dose) และสามารถเทียบความแรง (equipotency) ระหว่างช่องทางการบริหารยาได้ ทำให้งานต่อการเลือกใช้ยา

สำหรับขนาดยา (dosing regimen) และผลข้างเคียง (side effect) ของยากลุ่ม strong opioids เฉพาะรายการที่มีการจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบัน แสดงดังตารางที่ 2.4 [8]

ตารางที่ 2.4 ขนาดยาและผลข้างเคียงของยากลุ่ม strong opioids

Drug name	Dosing regimen	Side effect
Morphine	PO 5–30 mg every 4 hours IM 5–10 mg every 4 hours IV 2–5 mg every 3–4 hours SR 15–30 mg every 12 hours (may need to be every 8 hours in some patients) Rectal 10–20 mg every 4 hours	<ul style="list-style-type: none"> ● Respiratory depression ● Constipation ● Sedation ● Nausea, vomiting ● Tolerance ● Dependence
Pethidine (Meperidine)	IV 5–10 mg every 5 minutes as needed	<ul style="list-style-type: none"> ● Addiction/abuse ● Histamine release
Fentanyl	IV 25–50 mcg/h IM 50–100 mcg every 1–2 hours Transdermal 25 mcg/h every 72 hours	<ul style="list-style-type: none"> ● Increase in sphincter tone
Methadone	PO 2.5–10 mg every 8–12 hours IM 2.5–10 mg every 8–12 hours	<ul style="list-style-type: none"> ● Hypogonadism
Oxycodone	PO 5–15 mg every 4–6 hours Controlled release 10 mg every 12 hours	

2.2.2 กฎหมายและแนวทางปฏิบัติสำหรับการควบคุมการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์

เนื่องจากยาในกลุ่มโอปิออยด์ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 2 จึงต้องมีการดำเนินงานภายใต้กฎหมายที่ใช้ในการควบคุม และมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานต่าง ๆ อย่างชัดเจน โดยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- (1) พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 [29]
- (2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชนิดและจำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะต้องใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ทั่วราชอาณาจักร ประจำปี พ.ศ.2556 ปัจจุบันเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562
- (3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 197) พ.ศ.2549 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555

- (4) กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขอรับใบอนุญาต และการออกใบอนุญาตให้ผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 2 พ.ศ.2559
- (5) กฎกระทรวง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522
- (6) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด พ.ศ.2517

ทั้งนี้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับยากลุ่มโอปิออยด์ต้องดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด อันได้แก่

- (1) การกำหนดประเภทและปริมาณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) เป็นผู้กำหนดประเภทและปริมาณยาดังกล่าวในแต่ละปี โดยพิจารณาจากปริมาณการใช้ของประเทศในแต่ละปี ซึ่งข้อมูลประจำปี 2553-2558 พบว่ายากลุ่มโอปิออยด์ มีจำนวนที่นำเข้า และจำนวนที่ใช้ในประเทศเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามคณะกรรมการอาหารและยาได้สำรองปริมาณยาดังกล่าวให้มากกว่าปริมาณการใช้ในประเทศประมาณ 3 เท่า โดยดูจากจำนวนที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
- (2) การขอรับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษ ในประเภท 2 สถานพยาบาลทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความประสงค์จะจ่ายในกลุ่ม Opioids ต้องขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ทุกกรณี ไม่มีข้อยกเว้น
- (3) การสั่งซื้อ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดภายใต้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะเป็นผู้จัดหาและจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยจะต้องยื่นเอกสารประกอบการสั่งซื้อยากลุ่ม opioids (สถานพยาบาลของรัฐ และ สถานพยาบาลของเอกชน มีเอกสารที่ต้องยื่นทั้งหมด 5 และ 7 รายการตามลำดับ) ซึ่งในปัจจุบันสามารถยื่นผ่านทางออนไลน์ได้ แต่เมื่อสถานพยาบาลดำเนินการสั่งซื้อหรือรายงานการใช้วัตถุเสพติด ผ่านระบบออนไลน์แล้ว จำเป็นต้องทำการส่งพิมพ์เอกสารจากระบบเพื่อให้ผู้รับอนุญาตลงนาม พร้อมจัดส่งเอกสารดังกล่าวไปยังกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดให้โทษ เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมัติขายต่อไป
- (4) การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา มีข้อกำหนดและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมการจำหน่าย¹¹ และการเก็บรักษา ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 อย่างชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จำเป็นต้องทราบและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

¹¹ การจำหน่าย หมายถึง ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้

- (5) **การจัดทำรายงาน** สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จะต้องจัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เป็นรายเดือนตามแบบ ย.ส. 6 และรายปีตามแบบ ย.ส. 7 โดยบัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้อย่างน้อย ย้อนหลัง 5 ปีนับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ ทุกเวลาในขณะที่สถานพยาบาลเปิดทำการ
- (6) **การทำลายยา** ในกลุ่ม Opioids ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ มีแนวทางการทำลายยาที่หมดอายุ เสื่อมสภาพหรือไม่ประสงค์จะมีไว้อย่างชัดเจน โดยระหว่างการทำลายจะต้องมีการแต่งตั้ง คณะกรรมการเพื่อควบคุมการทำลาย อย่างน้อย 3 คน มีการถ่ายรูปก่อนและหลังการทำลาย เพื่อนำไปเขียนรายงานการทำลายไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และบันทึกข้อมูลในแบบ ย.ส. 6 และ 7

2.3 สถานการณ์การเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ในระดับโลก ภูมิภาค และประเทศไทย

การนำฝิ่นและอนุพันธ์ของสารสกัดที่ได้จากฝิ่นมาใช้เป็นยามีมาเป็นเวลายาวนาน รวมถึง การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับจัดการอาการปวดเฉียบพลันจากการบาดเจ็บและการผ่าตัด และอาการปวดจากโรคมะเร็ง ต่อมาได้มีการขยายข้อบ่งใช้ให้ครอบคลุมอาการปวดเรื้อรังที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง (persistent non-cancer pain) [30] ในประเทศต่าง ๆ มีการใช้ยากลุ่มนี้ในปริมาณที่แตกต่างกัน ในช่วงปี 2011-2013 ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และประเทศในตอนกลางและตะวันตกของทวีปยุโรปใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ถึงร้อยละ 94.1 ของปริมาณการใช้ทั่วโลก ในขณะที่ประเทศอื่นๆ 22 ประเทศ มีปริมาณการใช้อยู่ในระดับต่ำ (101-200 S-DDD) และ 113 ประเทศ มีปริมาณการใช้อยู่ในระดับต่ำมาก (น้อยกว่า 101 S-DDD) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของโรคหรือความผิดปกติที่ต้องใช้ยาแล้วพบว่า ในหลายประเทศมีปริมาณการใช้ยาดังกล่าวที่ควรจะเป็น [13] ในปี ค.ศ. 2007 องค์การอนามัยโลกระบุว่า มีหลายประเทศมีการแก้ไขปัญหาในการจัดการความปวดของผู้ป่วยยังไม่ดี และมีการประมาณการว่าประชากรของโลกกว่า ร้อยละ 80 ได้รับการรักษาเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงระดับมาก (moderate to severe pain) อย่างไม่เพียงพอ สถิติจาก International Narcotics Control Board (INCB) รายงานการบริโภคยากลุ่มโอปิออยด์ ทำให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคในระดับการบริโภคระหว่างประเทศต่าง ๆ (ดังตารางที่ 2.5)

ตารางที่ 2.5 Average medical consumption of opioids under the control of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol, in the period

2002–2004, expressed in defined daily doses for statistical purposes (S-DDDs) per million inhabitants per day [31]

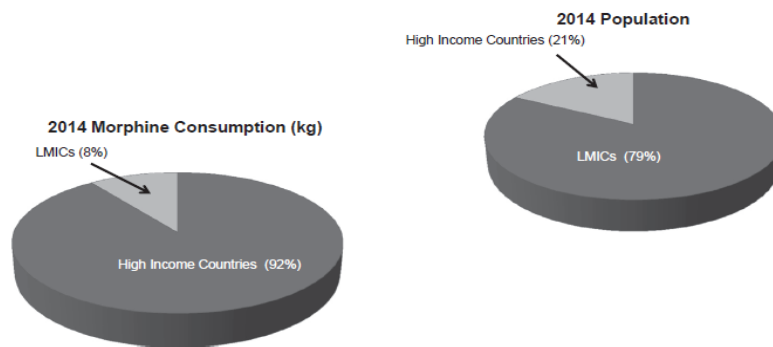
No. of S-DDDs	No. of countries/territories
> 10,000	12
1,000 – 9,999	32
< 1,000	146
data not available	20

จากตารางที่ 2.5 เห็นว่า ในหลายประเทศมีการบริโภควิทยาโอปิออยด์ในปริมาณที่ต่ำ นอกจากนี้แพทย์เฉพาะทางที่ทำการรักษา/บรรเทาความเจ็บปวด มีการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (undertreatment)¹² แม้แต่ในประเทศที่มีการบริโภคในปริมาณที่สูงก็ตาม ดังนั้นสถานการณ์การใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ต่ำกว่าที่ควรจะเป็นจึงมีความรุนแรงมากในมากกว่า 160 ประเทศทั่วโลก อย่างไรก็ตามในสองทศวรรษที่ผ่านมาปริมาณการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ทั่วโลกมีการเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่เป็นเพียงบางประเทศซึ่งเป็นส่วนน้อยของประชากรทั่วโลกเท่านั้น ในปี 2003 มีจำนวน 6 ประเทศที่มีปริมาณการใช้ยามอร์ฟิน ร้อยละ 79 ของปริมาณการใช้ยามอร์ฟินทั่วโลก โดยประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งมีประชากรมากถึงร้อยละ 80 ของโลกมีปริมาณการใช้ยามอร์ฟินเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับยาในกลุ่มโอปิออยด์ แต่กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องทุกข์ทรมานจากการไม่ได้รับยาในกลุ่มโอปิออยด์อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์, neuropathy, diabetic neuropathy, ผู้ป่วยเจ็บปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เจ็บปวดจากการผ่าตัด ผู้ป่วยที่เจ็บปวดจากการได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยโรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว (sickle-cell)

แม้ว่ายามอร์ฟินจะเป็นยามาตรฐาน (goal standard) ในการบรรเทา/รักษาอาการปวด แต่ยังมียาตัวอื่นในกลุ่มโอปิออยด์ ที่สามารถนำมาใช้ได้ ขึ้นอยู่กับการตอบสนองต่อยาโอปิออยด์ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน และยาโอปิออยด์มีความแรง (potency) และอาการข้างเคียงของยาที่แตกต่างกัน ดังนั้นแม้ว่ายามอร์ฟินชนิดกินจะเป็นยาหลัก แต่แพทย์ควรมีการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ตัวอื่นในขนาดต่าง ๆ ด้วย เช่น Codeine tablet 30 mg, Morphine injection 10 mg = 1-ml ampoule, Morphine oral solution 10 mg/5 ml, Morphine tablet 10 mg

¹² Undertreatment is less treatment of patients than required by medical standards. It includes situations of non-treatment at the individual level.

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาของ James F. Cleary and Martha A (2018) ที่รายงานว่า ในปี 2014 กลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง (คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก) บริโภคมอร์ฟีนร้อยละ 92 ของการบริโภคมอร์ฟีนทั่วโลก ในขณะที่ประชากรในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้ต่ำ (มีประชากรร้อยละ 79 ของประชากรโลก) บริโภคมอร์ฟีนเพียงร้อยละ 8 ของการบริโภคมอร์ฟีนทั้งหมด (ดังรูปที่ 2.2) [32]



รูปที่ 2.2 Disparity of 2014 morphine consumption (kg): high-income vs. low- and middle-income countries (LMICs)

นอกจากนี้การศึกษาของ Duthey and Scholten (2010) พบว่าในหลายประเทศทั่วโลก ยังคงมีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ ไม่สามารถเข้าถึงยาในกลุ่มนี้ได้มีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 66 และมีเพียงร้อยละ 7.5 ที่สามารถเข้าถึงและได้รับยากกลุ่มโอปิออยด์อย่างเพียงพอ ทั้งนี้ระหว่างปี ค.ศ. 2006 – 2010 มีจำนวน 67 ประเทศ ที่มีการเพิ่มขึ้นของการบริโภคนอกกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะขึ้นอยู่กับระดับของการพัฒนาประเทศ และสถานการณ์/ปัญหานี้จะแก้ไขได้ รัฐบาล องค์กรด้านสุขภาพ องค์กรเอกชนต่างๆต้องร่วมมือช่วยเหลือกันในการดำเนินงาน รวมทั้งต้องมีการกำหนดเป้าหมายในด้านการศึกษา วัฒนธรรม นโยบายสุขภาพ และการแก้ปัญหาในด้านกฎหมาย [33]

ในหลายประเทศ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา พบปัญหาในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาแก้ปวดที่เหมาะสมได้ เนื่องจากปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับนโยบายของรัฐบาล ภาครัฐราชการ และแพทย์ ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมายที่มีการจำกัดปริมาณการใช้ยาชนิดของยา และการจัดเก็บยา ซึ่งแต่ละประเทศมีการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหานี้แตกต่างกัน [34]

สำหรับภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia region) ยังขาดการเข้าถึงการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์อย่างมาก ในปี 2015 พบว่ามีการใช้ยามอร์ฟินเฉลี่ยเพียง 1.7 mg/capita ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของโลกอยู่ที่ 61.5 mg/capita จนกระทั่งเมื่อเร็ว ๆ นี้มีการดำเนินการในเรื่องกฎหมายเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีความซับซ้อนและยากที่จะทำให้สำเร็จได้ แต่ความพยายามอย่างไม่ลดละของภาคประชาสังคมส่งผลให้การแก้ไขพระราชบัญญัติต่าง ๆ ในปี 2014 เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงทางการแพทย์ แม้ว่าในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาความคืบหน้าในบังกลาเทศ อินเดีย เนปาล ศรีลังกาและประเทศไทย แต่การจัดการความปวดยังคงมีการรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ในพื้นที่ส่วนใหญ่ของภูมิภาคนี้ ทั้งสิทธิมนุษยชนและพื้นฐานด้านสาธารณสุข เป็นเรื่องที่ต้องปรับปรุงนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ควบคู่ไปกับการสร้างศักยภาพและระบบสาธารณสุขที่ผสมผสานกับการดูแลแบบประคับประคอง [35]

สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากการศึกษาของ Berterame et al. (2016) ที่วิเคราะห์ข้อมูลจาก International Narcotics Control Board (INCB) พบว่า ระหว่าง ปี พ.ศ. 2554 – 2556 ประเทศไทยมีการบริโภคยากลุ่มโอปิออยด์ อยู่ระหว่าง 85 S-DDD ต่อล้านประชากรต่อวัน นับว่ามีการบริโภคอยู่ในระดับที่ต่ำมาก (ระหว่าง 1-100 S-DDD ต่อล้านประชากรต่อวัน) ปัญหาอุปสรรคในการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เกิดจากการขาดการฝึกอบรมและขาดความตระหนักของแพทย์ กลัวผิดยา ทรีพยากรด้านงบประมาณที่มีจำกัด อุปสรรคในการจัดซื้อยา ทัศนคติที่เกี่ยวกับวัฒนธรรม การกลัวถูกแบ่งแยก การควบคุมการค้าระหว่างประเทศ และกฎหมายที่ยุ่งยากต่อการใช้จ่าย นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศที่มีการรายงานจำนวนปัญหาอุปสรรคสูงมีความสัมพันธ์กับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณต่ำ [13] สอดคล้องกับฐานข้อมูลระบบสุขภาพ (Health data center) กระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทยที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2562- 2563 ผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ยังมีสัดส่วนที่ต่ำ (ดังตารางที่ 2.6)

ตารางที่ 2.6 ร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์

ปี พ.ศ.	2562	2563
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)
ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง	109,382	124,296
ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Strong Opioid	37,126	44,282

ร้อยละ	33.94	35.63
--------	-------	-------

หมายเหตุ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง ICD 10 Code Z51.5 (จากผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ ICD-10 รหัส **C00-C96** Malignant neoplasms, **F03** Unspecified dementia, **I50** Heart failure, **I60-I69** Cerebrovascular diseases, **J44** Chronic obstructive pulmonary disease, **R54** age-related physical debility, และ วินิจฉัย Z51.5 ร่วมด้วย)

ที่มา: ฐานข้อมูลระบบสุขภาพ (Health data center) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 6 ตุลาคม 2563

2.4 ปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ และแนวทางแก้ไข

2.4.1 การศึกษาปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์

องค์การอนามัยโลกได้ระบุ [31] สาเหตุหลายอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการปวดรุนแรง ได้แก่

- (1) อุปสรรคในด้านกฎระเบียบ (Regulatory impediments) ซึ่งยากกลุ่มโอปิออยด์จัดเป็น ยาที่ต้องควบคุม แต่ถ้าหากการควบคุมนั้นมีการจำกัดที่ไม่เหมาะสม ข้อบังคับ กฎระเบียบ กฎหมายต่างๆ เหล่านี้จะกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาและการดูแลผู้ป่วยที่เพียงพอ
- (2) อุปสรรคด้านความรู้และทัศนคติ (Attitude and knowledge impediments) พบว่าปัญหาอุปสรรคด้านนี้เป็นปัญหาใหญ่ ซึ่งอุปสรรคในด้านทัศนคติที่เกิดขึ้นคือ มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ ทั้งหน่วยงานที่กำกับดูแล นักการเมือง แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งในประเทศที่มีการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์อย่างเพียงพอจะเป็นเรื่องแปลกหรือหายาก วิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพก็จะไม่ตระหนักในการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ตามมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน
- (3) อุปสรรคในด้านของการขาดความรู้เกี่ยวกับยากกลุ่มโอปิออยด์ เป็นปัญหาพื้นฐานที่ทำให้เกิดอุปสรรคในด้านทัศนคติ ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการให้การศึกษแก่กลุ่มวิชาชีพ และการฝึกอบรม (Training)
- (4) อุปสรรคด้านเศรษฐกิจและการจัดซื้อยา (Economic and procurement impediments) ปัจจัยในด้านของเศรษฐกิจและประเด็นในการจัดซื้อยา ที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ข้อจำกัดในด้านงบประมาณในการจัดซื้อยาและปัญหา/อุปสรรคจากศักยภาพของระบบอุปทาน (supply system)

หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อยากกลุ่มโอปิออยด์ ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับ suppliers (cover manufacturing and importing) และราคา เพื่อตรวจสอบคุณภาพของยา (Quality of product) การมีและพร้อมใช้ (Availability) และการเข้าถึงยา (Accessibility) ซึ่งควรมียาในราคาที่เหมาะสม (affordable) และเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์นั้น นอกจากข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกแล้ว ยังมีหลักฐานจากการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าปัญหาการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์เกิดจากหลายสาเหตุ [13, 36] ได้แก่ การที่แพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพขาดความตระหนักหรือไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยา ความกลัวว่าผู้ป่วยจะติดยา ความกลัวการเกิดพิษ การใช้ยาเกินขนาด การทนต่อยา (drug tolerance) และอาการอันไม่พึงประสงค์ การมีงบประมาณสำหรับการจัดซื้อยาอยู่อย่างจำกัด ทัศนคติต่อต้านการใช้ยาที่มี

พื้นฐานจากวัฒนธรรมเกี่ยวกับการจัดการกับอาการปวด (เช่น การเป็นโรคร้ายแรงและมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ เกิดจากผลกรรมที่ทำในอดีต ผู้ป่วยจึงยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่กับอาการปวด) [37] ความกลัวว่าจะมีการนำไปใช้อย่างผิดกฎหมายหรือใช้ในวัตถุประสงค์ที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ (non-medical use) การมีกฎหมายที่เข้มงวดในการสั่งใช้ยาที่เป็นสารเสพติด ความกลัวต่อการถูกดำเนินคดีและต้องโทษ การปฏิบัติงานของ International Narcotics Control Board (INCB) รวมทั้งอุปสรรคอื่นๆ เช่น ความสามารถด้านการบริหารจัดการยา (เช่น ระบบรายงานและการคาดการณ์ปริมาณยาที่จำเป็นต้องใช้ การกระจายยา) ความต้องการยาบางรายการเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่คาดคิด การขาดแคลนยาเนื่องจากการนำยาออกจากระบบผ่านช่องทางที่ผิดกฎหมาย (เช่น ผ่านทาง internet) การไม่มียาบางรูปแบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาสำหรับเด็ก นอกจากนี้ Scholten ได้แบ่งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านกฎหมายและนโยบาย ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งระบุว่า บางประเทศมีอุปสรรคหลายด้านการเพิ่มการเข้าถึงยากลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องลดอุปสรรคทุกด้านพร้อมๆ กัน [38] ในประเด็นเกี่ยวกับกฎหมายและนโยบายนั้น กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยากลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (และฉบับแก้ไขปรับปรุง) ซึ่งมีผลต่อการผลิต นำเข้า และส่งออกสารเสพติด โดยแต่ละประเทศต้องประมาณการณ์และแจ้งปริมาณยาที่จำเป็นต้องใช้ไปยัง INCB ล่วงหน้าเป็นเวลา 1 ปี ปัญหาที่พบคือบางประเทศไม่สามารถประมาณการปริมาณยาได้ หรือคำนวณปริมาณยาต่ำเกินไปทำให้เกิดการขาดแคลนยา นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาจากการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวภายในประเทศอย่างเข้มงวด เช่น การกำหนดขนาดยาสูงสุดต่อวันที่อนุญาตให้ใช้ได้ไว้ต่ำเกินไป (เช่น 75 มิลลิกรัมของมอร์ฟีน) การจำกัดระยะเวลาการใช้ยาไว้สั้นเกินไป (เช่น 1 วัน) การจำกัดประเภทของผู้เชี่ยวชาญที่สามารถสั่งใช้ยา (เช่น อนุญาตเฉพาะแพทย์สาขาศัลยศาสตร์ สาขาโรคมะเร็ง และสาขาโรคหัวใจ) แพทย์และเภสัชกรต้องมีใบอนุญาตเพิ่มเติมเพื่อการสั่งใช้และจ่ายยา นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดและขั้นตอนที่ยุ่งยาก เช่น ต้องกรอกแบบฟอร์มการสั่งใช้ยาจำนวนมาก และในบางประเทศแพทย์หรือสถานพยาบาลจะต้องเสียค่าธรรมเนียมเพื่อให้ได้แบบฟอร์มดังกล่าว

Francis Javier et al. (2016) ได้ศึกษาการจัดการความปวดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 6 ประเทศ (Indonesia, Malaysia, Philippines, Singapore, Thailand, and Vietnam) พบว่า ประเทศส่วนใหญ่มีการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ไม่เพียงพอ ปัญหาอุปสรรคเกิดจากแพทย์ ผู้ป่วย รวมทั้งกฎระเบียบเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน ความรู้ในการจัดการความปวด รวมทั้งการต่อต้านการรักษาโดยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ของแพทย์และผู้ป่วย ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้มีการเริ่มพัฒนาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และแพทย์เรื่องการจัดการความปวดโดยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ความพยายามในการพัฒนาการ

มียาโอปิออยด์และการลดปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับกฎข้อบังคับยังมีข้อจำกัด และยังคงต้องพัฒนาต่อไป โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมิวิชาชีพ [39]

ในประเทศไทย มีการศึกษาความรู้ และทัศนคติแพทย์ (general physicians) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในสถานบริการปฐมภูมิ โดยทำการศึกษแบบ cross-sectional descriptive survey โดยมีแพทย์ตอบกลับแบบสอบถามจำนวน 63 คน response rate ร้อยละ 56 พบว่าส่วนใหญ่แพทย์มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.7) ซึ่งแพทย์ยังขาดความรู้เรื่องการบอกความจริงแก่ผู้ป่วย (truth telling) การจัดการความปวด และการใช้ยามอร์ฟิน การจัดการภาวะฉุกเฉิน ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และการรักษาปริมาณของเหลว (fluid intake) คะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการได้รับการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ ดังนั้นสำหรับประเทศไทย ควรให้ความสำคัญกับการศึกษาเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีความจำเป็นในการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย [40]

สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และปัญหาอุปสรรคของแพทย์ ผู้กำหนดนโยบาย/กฎหมาย เกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถาม ส่ง e mail ไปยังแพทย์ 300 คน ผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ที่กำกับดูแลนโยบาย จำนวน 58 คน มีแพทย์ตอบกลับมาจำนวน 219 คน และผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ที่กำกับดูแลนโยบาย ตอบกลับมาจำนวน 47 คน ผลการศึกษาพบว่า แพทย์มีความรู้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.1 และมีทัศนคติเชิงลบร้อยละ 33.8 แพทย์ที่ไม่รู้เกี่ยวกับ tree-step ladder มีความรู้น้อยกว่าแพทย์ที่เคยใช้ tree-step ladder (OR = 13.0, P < 0.001) ด้านผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ที่กำกับดูแลนโยบาย มีความรู้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 74.5 และมีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 66.0 ผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรมการจัดการความปวด (cancer pain management training) มีทัศนคติเชิงลบมากกว่าผู้ที่ได้รับการอบรมในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี (OR = 35.0, p = 0.005) ซึ่งการขาดโอกาสในการอบรมความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เป็นปัญหาอุปสรรคที่ใหญ่ที่สุด ของทั้งแพทย์และผู้กำหนดนโยบาย/ผู้ที่กำกับดูแลนโยบาย ซึ่งควรมีการแก้ปัญหาโดยการจัดหลักสูตรการอบรม (educational programs) การใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และจำเป็นต้องมีความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง (key groups) กับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ [41]

2.4.2 แนวทางแก้ไข

องค์การอนามัยโลก [31] ได้เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ ดังนี้

- (1) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Process initiating workshops) ซึ่งกระบวนการนี้จะช่วยสร้างความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น และช่วยให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหาของประเทศ ผู้เข้าร่วมประชุมควรเป็นผู้ที่มี

อำนาจหน้าที่ในการควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงาน¹³ ผู้ดูแลด้านกฎหมายและนโยบาย ผู้ดูแลสุขภาพ และผู้ที่มีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย โดยก่อนการประชุม ควรมีการทบทวนเกี่ยวกับ กฎหมายและนโยบาย โครงสร้างพื้นฐาน ด้านสุขภาพ ข้อมูลรายงานการดำเนินงานในระดับประเทศ การประชุมเชิงปฏิบัติการ มีวาระเกี่ยวกับนโยบายการควบคุมยา และการกำกับติดตาม ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการจัดซื้อยา รวมถึงระบบ supply ที่ขาดประสิทธิภาพ หรืองบประมาณในระดับประเทศ ระบบความมั่นคงทางสังคม (Social security system) ได้แก่ การเบิกจ่ายค่ารักษา (Reimbursement medications) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์

- (2) การทบทวนและพัฒนาแนวทางในการรักษา (Review and development of treatment guidelines) การมีแนวทางเหมาะสมเป็นการส่งเสริมการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความพร้อม มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ควรมีการทบทวนและปรับปรุง guidelines
- (3) การทบทวนกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ (Review of legislation and regulations) ควรมีการทบทวนกฎหมายให้สอดคล้องกับกฎหมายในระดับนานาชาติ เพื่อให้มีการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ได้ดีขึ้น
- (4) การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับหน่วยงานระดับชาติเกี่ยวกับการประมาณการและสถิติ (Training workshops for national authorities on estimates and statistics) การฝึกอบรมเน้นเรื่องการประมาณการความต้องการในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล การจัดทำรายงานสถิติในการบริโภคยา
- (5) การประชุมเชิงปฏิบัติการและการประชุมสัมมนาเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ยา (Workshops and symposia on promotion of rational prescribing) เป็นการอบรมเพื่อส่งเสริมให้ มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ผู้เข้าร่วมประชุมควรเป็นผู้แทนจากผู้ดูแลสุขภาพ ผู้แทนด้านยา ผู้แทนด้านกฎหมาย หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแล หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย
- (6) การฝึกอบรมและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมการสั่งจ่ายยาอย่างมีเหตุผล (Training and information material on promotion of rational prescribing) ควรมีการฝึกอบรมผู้สั่งจ่ายยาและผู้บริหารเวชภัณฑ์ยา ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล
- (7) การสนับสนุนสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ (Support to health education institutions) โดยให้การสนับสนุนด้านวิชาการให้กับสถาบันและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาและการฝึกอบรมผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อที่จะได้มั่นใจว่ามีหลักสูตรการเรียนการสอนที่ครอบคลุมการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เพื่อใช้ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในกลุ่มนี้

¹³ Relevant regulatory authorities could include the ministries of health, the divisions of noncommunicable diseases, communicable diseases, and pharmaceutical affairs; the drugs control department; the ministry of finance; and the ministry responsible for the police. Coordination between authorities will be encouraged.

- (8) กิจกรรมด้านการศึกษา (Public education activities) การสนับสนุนด้านวิชาการแก่สถาบันและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการให้การศึกษาที่เป็นสาธารณะ เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์อย่างเหมาะสม ควบคู่ไปกับการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา
- (9) การศึกษาการบริโภคยาในกลุ่มโอปิออยด์และการวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้น (Studies on impact analysis and consumption of controlled medications) เพื่อให้มีการกำหนดขอบเขตของปัญหาในระดับชาติ และเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการวัดความก้าวหน้าในการดำเนินการ การศึกษาจะทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการประเมินความต้องการของประเทศในการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งมีพื้นฐานจากข้อมูลอัตราป่วยของประชากร

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาคู่มือคำแนะนำในการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้ทุกประเทศมีความพร้อมและผู้ป่วยมีการเข้าถึงยาควบคุม องค์การอนามัยโลกมีความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดที่รุนแรง เข้าถึงยาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงมากมีการเข้าถึงยาในระดับที่ต่ำมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่มีรายได้ในระดับปานกลางและระดับต่ำ องค์การอนามัยโลกได้จัดทำคู่มือ 2 ฉบับ ได้แก่ “Ensuring balance in national policies on controlled substances: Guidance for availability and accessibility of controlled medicines” (2011) [42] และ “WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses” (2012) [43]

จากแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลกพบว่า ประเทศไทยได้ดำเนินงานบางเรื่องไปแล้ว เช่น การจัดประชุมวิชาการวันการดูแลแบบประคับประคองสากล (World Hospice & Palliative Care Day จัดโดยกรมการแพทย์ เมื่อ ปี พ.ศ. 2561 และ ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้น และการสนับสนุนการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งการดำเนินงานเหล่านี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแต่ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างชัดเจนในช่วงปี พ.ศ. 2556-2561

2.5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

การศึกษานี้ได้พิจารณากรอบการศึกษา 2 กรอบการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ปัจจัย/อุปสรรคต่อการเข้าถึง

กรอบแนวคิดจากเอกสาร Access to Controlled Medications Programme ที่เสนอโดย องค์การอนามัยโลก [31] เพื่อจัดทำแนวทางในการแก้ปัญหาการเข้าถึงยาที่ต้องมีการควบคุม ซึ่งพิจารณาปัจจัย 3 เรื่องที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ (1) อุปสรรคด้านกฎระเบียบและกฎหมาย (regulatory impediments) (2) อุปสรรคด้านความรู้และทัศนคติ (knowledge and attitudes impediments) (3)

อุปสรรคด้านเศรษฐกิจและการจัดซื้อจัดจ้าง (economic and procurement impediments) ซึ่งอุปสรรคข้อ 1 และ 2 เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับยาที่เป็นลักษณะยาเสพติดที่ต้องการการควบคุม ส่วนปัจจัยกลุ่มที่ 3 จะเป็นกลุ่มที่เป็นอุปสรรคทั่วไปที่สามารถพบได้กับการเข้าถึงบริการหรือยาชนิดอื่นๆ ได้เช่นกัน เช่น ความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุข บุคลากรที่สามารถสั่งจ่ายได้ การจัดซื้อจัดจ้าง งบประมาณ การเบิกจ่าย รวมถึงระบบการสั่งซื้อและกระจายยา เป็นต้น

กรอบข้างต้นสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Bigdeli และคณะ [44] ที่เสนอว่า การเข้าถึงยาในระบบบริการสุขภาพ ประกอบไปด้วยปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านการอภิบาล และปัจจัยด้านยา ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ 1: ปัจจัยด้านการอภิบาล (Governance) หมายถึง การนำหรือกำกับทิศทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ การมีนโยบายในการดำเนินงาน การสื่อสารนโยบายในระดับประเทศ การสร้างกลไกเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน และมีกลไกในการประสานงานที่ดี ดังนั้นการอภิบาลจึงประกอบไปด้วย 1) นโยบายการใช้อยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง 2) กฎหมายในการใช้ยาประเภทสารเสพติด 3) งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งการเบิกจ่าย/ชดเชยค่าบริการยากลุ่มโอปิออยด์ 4) ศักยภาพของบุคลากร ความพร้อมในการให้บริการ และการกระจายบุคลากร และ 5) มาตรฐาน แนวทางในการปฏิบัติ รวมทั้งกระบวนการติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน

กลุ่มที่ 2: ปัจจัยด้านยา (Medicines) หมายถึง อุปทาน (Supply) และความพร้อมในการรักษาหรือบรรเทาอาการปวดของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Pain management) โดยการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อยดังต่อไปนี้

- (1) **การมียา (Availability)** พิจารณาการมียากลุ่มโอปิออยด์อยู่ที่สถานพยาบาลสำหรับส่งใช้ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ตามแนวทางการบริหารเวชภัณฑ์ (Pharmaceutical management framework) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และมีคุณภาพ ประกอบด้วยกระบวนการหลัก คือ การคัดเลือกยา (Selection) การจัดซื้อยา (Procurement) การกระจายยา (Distribution) และการใช้ยา (Use)
- (2) **การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)** พิจารณา 1) ความเหมาะสมทางด้านภูมิศาสตร์ของสถานพยาบาลว่าเอื้อต่อการใช้บริการหรือไม่ โดยพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง วิธีการเดินทางที่สะดวก 2) สถานที่สำรองเวชภัณฑ์

ยากลุ่มโอปิออยด์ และ 3) การกระจายของสถานบริการสาธารณสุขที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง และมีศักยภาพในการบรรเทา/รักษาอาการปวดโดยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์

(3) **ความสามารถในการจ่ายค่ายา (Affordability)** หมายถึง ความสามารถในการจ่ายค่ายากลุ่มโอปิออยด์ของภาครัฐ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีในประเทศไทย

(4) **การยอมรับของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Acceptability) ด้านผู้ให้บริการ** พิจารณา ความรู้ทัศนคติของแพทย์ผู้ทำการรักษาต่อการสั่งใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เพื่อบรรเทา/รักษาอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งความรู้ ทัศนคติของทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง **ด้านผู้รับบริการ** พิจารณาความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ รวมทั้งข้อจำกัดเกี่ยวกับศาสนา วัฒนธรรม และการรับรู้สิทธิของตนในการรับบริการ

(5) **คุณภาพของผลิตภัณฑ์/บริการ (Quality of product/service)** พิจารณาการเลือกใช้อยากลุ่มโอปิออยด์อย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละราย มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการบรรเทา/รักษาอาการปวด

กลุ่มปัจจัยทั้งสองกลุ่ม ที่เสนอโดย Bigdeli มีสามารถนำมาใช้ในการขยายการวิเคราะห์อุปสรรคด้านเศรษฐกิจและการจัดซื้อจัดจ้างที่เสนอโดย WHO Access to Controlled Medications Programme ให้มีความครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ปัจจัยด้านยาในเรื่อง acceptability หรือการยอมรับนั้นจะเป็นเรื่องที่ทับซ้อนกับอุปสรรคด้านความรู้และทัศนคติที่เสนอโดย WHO

การศึกษานี้จึงได้ประยุกต์กรอบแนวคิดที่พิจารณาความเฉพาะของปัจจัย/อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับยากลุ่มโอปิออยด์ซึ่งเป็นยาควบคุม และปัจจัยด้านการอภิบาลระบบ (ตาม Bigdeli) และอุปสรรคด้านเศรษฐกิจและการจัดซื้อจัดจ้าง (ตาม WHO Controlled Medications Programme 2007) เพื่อศึกษาทั้งปัจจัยเฉพาะของยาควบคุมและระบบอภิบาลของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นระบบที่ส่งผลชัดเจนต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ ที่ได้ระบุว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีความต้องการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ แต่ไม่สามารถเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ได้ โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม (ดังรูปที่ 2.3) ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านกฎหมายและกฎระเบียบ (2) ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ (3) ปัจจัยด้านยา และ (4) ปัจจัยด้านการอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยกลุ่มที่ 4 จะเป็นภาพรวมเชิงนโยบายและระบบบริการทั่วไป รวมถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญที่จะส่งผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ โดยปัจจัยทั้ง 4 มีความเชื่อมโยงต่อกันด้วย

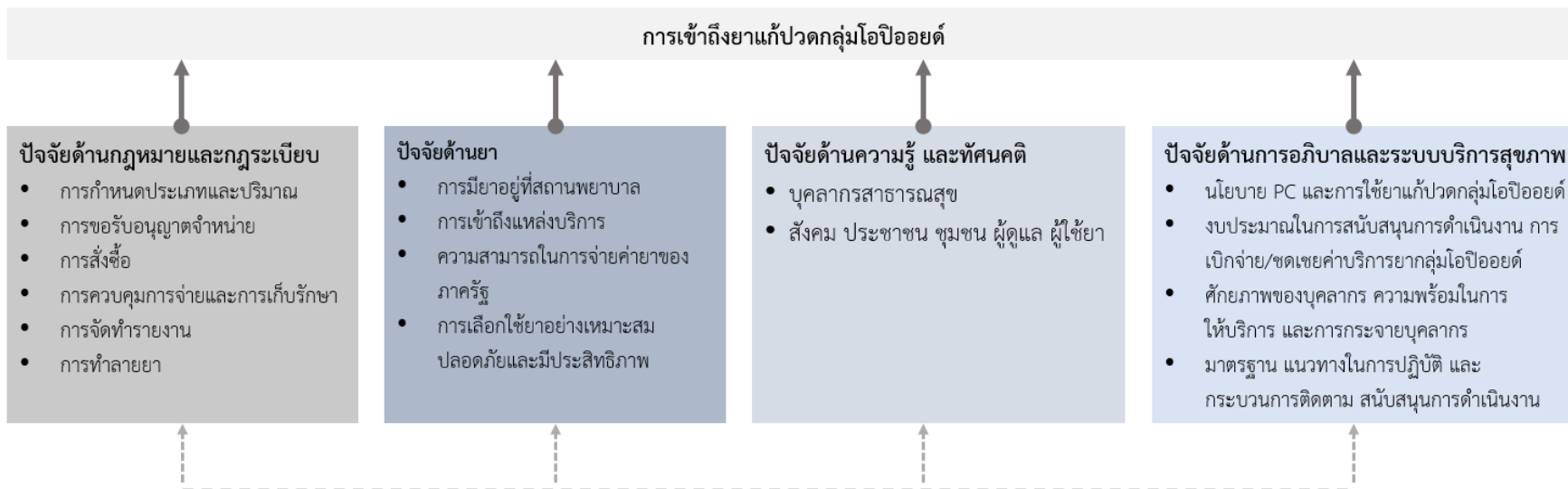
1) **ปัจจัยด้านกฎหมายและกฎระเบียบ** เนื่องจาก ยากลุ่มโอปิออยด์ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ที่ต้องมีระบบการควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข แต่ถ้าหากการควบคุมนั้นมีการจำกัดที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาเข้าถึงยาและการดูแลผู้ป่วยที่เพียงพอ

2) **ปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติ** ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองทั้งผู้ให้ยาและผู้ใช้ยา (รวมถึงสังคม ชุมชน และผู้ดูแลผู้ช้ำด้วย) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ควรได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ นอกจากนั้นควรมีการฝึกอบรม (Training) ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้มีองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และมีความรู้เพียงพอต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง รวมทั้งการจัดการความปวดโดยการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์อย่างสมเหตุสมผล ทั้งนี้ปัจจัยด้านทัศนคติเป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ทำให้มีความเข้าใจผิดและมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ทั้งหน่วยงานที่กำกับดูแล ผู้กำหนดนโยบาย แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนั้นผู้ดูแลสุขภาพ ยังขาดความตระหนักในการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการจัดการความปวด

3) **ปัจจัยด้านยา** ประกอบไปด้วย (1) การมียาอยู่ที่สถานพยาบาล (การบริหารยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล) สำหรับส่งใช้ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยกระบวนการหลัก คือ การคัดเลือกยา (Selection) การจัดซื้อยา (Procurement) การกระจายยา (Distribution) และการใช้ยา (Use) (2) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) พิจารณาการเดินทางของผู้ป่วย สถานที่สำรองยา การกระจายของสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลแบบประคับประคอง (3) ความสามารถในการจ่ายค่ายากลุ่มโอปิออยด์ของภาครัฐ (Affordability) หมายถึง ความสามารถในการจ่ายค่ายากลุ่มโอปิออยด์ของภาครัฐ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีในประเทศไทย และ (4) การเลือกใช้อย่างเหมาะสม มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวด (เรื่อง acceptability แยกพิจารณาในหัวข้อความรู้และทัศนคติ)

4) **ปัจจัยด้านการอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ** หมายถึง การนำหรือกำกับทิศทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ การมีนโยบายในการดำเนินงาน การสื่อสารนโยบายในระดับประเทศ การสร้างกลไกเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน และมีกลไกในการประสานงานที่ดี ดังนั้นการ

อภิบาลจึงประกอบไปด้วย 1) นโยบายการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบ
ประคับประคอง 2) กฎหมายในการใช้ยาประเภทสารเสพติด (แยกพิจารณาในหัวข้อปัจจัยด้านกฎหมายและ
กฎระเบียบ) 3) งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งการเบิกจ่าย/ชดเชยค่าบริการยากลุ่มโอปิ
ออยด์ 4) ศักยภาพของบุคลากร ความพร้อมในการให้บริการ และการกระจายบุคลากร และ 5) มาตรฐาน
แนวทางในการปฏิบัติ รวมทั้งกระบวนการติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน



รูปที่ 2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย ใช้รูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (document review) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

คณะผู้วิจัยทบทวนและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ กำหนดขอบเขตหรือประเด็นในการทบทวนให้ครอบคลุมเนื้อหาและเหมาะสมตามกรอบแนวคิดของการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 หัวข้อหรือประเด็นการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย

ประเด็นทบทวน	รายละเอียด
1. ปัจจัยด้านกฎหมายและกฎระเบียบ	<ul style="list-style-type: none">● พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522● กฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข● การขอรับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2● การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา● การจัดทำรายงานยา● การทำลายยาในกลุ่ม Opioids ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ
2. ปัจจัยด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์	<ul style="list-style-type: none">● หลักสูตรการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ● ความรู้ในการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์● การให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคอง● การจัดการความปวดโดยการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์อย่างสมเหตุสมผล

ประเด็นทบทวน	รายละเอียด
3. ปัจจัยด้านทัศนคติ	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ของหน่วยงานที่กำกับดูแล ผู้กำหนดนโยบาย แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ● ความตระหนักในการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการจัดการความปวด
4. ปัจจัยด้านยา	<ul style="list-style-type: none"> ● การมีขายอยู่ที่สถานพยาบาลสำหรับสั่งใช้ให้กับผู้ป่วย ประกอบด้วย การคัดเลือกยา การจัดซื้อยา การกระจายยา และการใช้ยา ● การเข้าถึงแหล่งบริการ ● ความสามารถในการจ่ายค่ายาของภาครัฐ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ● การเลือกใช้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ
5. ปัจจัยด้านการอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ● นโยบายการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง ● งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งการเบิกจ่าย/ชดเชยค่าบริการยากลุ่มโอปิออยด์ ● ศักยภาพของบุคลากร ความพร้อมในการให้บริการ และการกระจายบุคลากร ● มาตรฐาน แนวทางในการปฏิบัติ รวมทั้งกระบวนการติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน

แหล่งข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ (1) เอกสารราชการ (government documents) เช่น เอกสารนโยบาย (กฎหมาย แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ โครงการ ระเบียบ ประกาศ คำสั่ง คู่มือ) รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานการประเมิน รายงานประจำปี ฯลฯ ที่จัดทำโดยหน่วยงานในประเทศไทย (2) รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ และรายงานสถิติ ที่จัดทำหรือสนับสนุนการจัดทำโดยองค์กรระหว่างประเทศ (3) บทความวิจัย และบทความวิชาการ ที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในประเทศและระหว่างประเทศ รายงานวิจัย และ (4)

เอกสาร grey literature เช่น เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ บทความ ข่าว และเอกสารอื่น ๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในเว็บไซต์ที่เป็นทางการของหน่วยงานต่าง ๆ

3.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม

3.2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) โดยกลุ่มตัวอย่างของการสัมภาษณ์ได้จากการคัดเลือกโดยเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมหากได้รับคำแนะนำจากผู้ให้สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานในองค์กร/หน่วยงานที่มีภารกิจ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ และผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง หรือการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ รวมถึงตัวแทนผู้รับบริการ จำนวนทั้งหมด 12 คน (รายละเอียดใน

ตารางที่ 3.2) เพื่อสอบถามถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์ใน

Reference source not found.ข

3.2.2 การอภิปรายกลุ่ม

คณะผู้วิจัยจัดอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) เพื่อรับฟังความคิดเห็นในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย โดยเลือกพื้นที่ศึกษาจากความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ให้กระจายใน 4 ภาคของประเทศไทยและพิจารณาสัดส่วนของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ ปี พ.ศ. 2562 จากข้อมูล HDC โดยแบ่งเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์มาก (ร้อยละ 35 ขึ้นไป) 3 จังหวัด ได้แก่ อุตรธานี ร้อยเอ็ด และน่าน และจังหวัดที่มีสัดส่วนของผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ได้รับยากลุ่มโอปิออยด์น้อย (ไม่ถึงร้อยละ 15) 2 จังหวัด คือ สมุทรปราการ และกระบี่ การอภิปรายกลุ่ม 5 จังหวัด จังหวัดละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 5-10 คน โดยมีผู้เข้าร่วมอภิปรายประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกรของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจังหวัดละ จำนวน 1 แห่ง และ

โรงพยาบาลระดับชุมชนจังหวัดละ 2 แห่ง รวมผู้ร่วมอภิปรายกลุ่มทั้งสิ้น 37 คน ทีมวิจัยดำเนินการอภิปรายกลุ่มครั้งละ 2-2.5 ชั่วโมง โดยผู้วิจัย 1 คน ทำหน้าที่ดำเนินการอภิปรายกลุ่ม และผู้จัดบันทึก 2-3 คน ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการอภิปรายกลุ่มเริ่มจาก ผู้วิจัยแนะนำโครงการวิจัย แนะนำ informed consent และนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ต่อจากนั้น ผู้ร่วมอภิปรายช่วยกัน ระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย รวมถึงเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ตารางที่ 3.2 ตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึก และอภิปรายกลุ่ม จำแนกตามประเด็น และองค์กร/หน่วยงาน

กลุ่มที่	ประเด็น	องค์กร/หน่วยงาน
การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลระดับส่วนกลาง และตัวแทนผู้รับบริการ จำนวนทั้งหมด 12 คน		
1	กฎระเบียบ และกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมยากกลุ่มโอปิออยด์	<ul style="list-style-type: none"> ● กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ● สำนักงานเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2	เศรษฐกิจและการจัดซื้อยากกลุ่มโอปิออยด์	<ul style="list-style-type: none"> ● สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ● สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ● กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ● กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
3	การพัฒนาการศึกษา และความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> ● แพทยสภา ● สภาการพยาบาล ● สภาเภสัชกรรม
	ทัศนคติต่อการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์	<ul style="list-style-type: none"> ● สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ ● กรมการแพทย์ (ผู้รับผิดชอบ Service plan) ● สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มที่	ประเด็น	องค์กร/หน่วยงาน
		<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวแทนผู้รับบริการ
การอภิปรายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลระดับภูมิภาค จำนวนทั้งหมด 37 คน		
4	<ul style="list-style-type: none"> ● กฎหมายและกฎระเบียบที่ใช้ในการควบคุมยาสูบโอปิออยด์ ● การบริหารจัดการยา เศรษฐกิจและการจัดซื้อยา การกระจายยาการเข้าถึงยา และราคา) ● การพัฒนาการศึกษา และความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน ● ทศนคติต่อการใช้ยาสูบโอปิออยด์ของผู้กำหนดนโยบาย ผู้ควบคุมนโยบาย แพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว ● การอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ นโยบาย บุคลากร งบประมาณ การเบิกจ่าย และแนวปฏิบัติและการสนับสนุนการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวแทนแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจากโรงพยาบาลตียงุมิ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดอุดรธานี ● ตัวแทนแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจากโรงพยาบาลตียงุมิ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ● ตัวแทนแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจากโรงพยาบาลตียงุมิ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดน่าน ● ตัวแทนแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจากโรงพยาบาลตียงุมิ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดสมุทรปราการ ● ตัวแทนแพทย์ พยาบาล และเภสัชกรจากโรงพยาบาลตียงุมิ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่งในจังหวัดกระบี่

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3.3.1 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการสรุปผลการทบทวนเอกสาร (ภาคผนวก ก)

3.3.2 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งประเด็นคำถามออกเป็น 5 ด้าน ประกอบไปด้วย (1) กฎหมาย และกฎระเบียบที่ใช้ในการควบคุมยาสูบโอปิออยด์ (2) การพัฒนาการศึกษา และความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน (3) ทศนคติต่อการใช้ยาสูบโอปิออยด์ (4) การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ (5) การอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ (ภาคผนวก ข)

3.3.3 แนวคำถามสำหรับการอภิปรายกลุ่ม โดยแบ่งประเด็นคำถามออกเป็น 5 ประเด็น เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ (1) กฎหมายและกฎระเบียบที่ใช้ในการควบคุมยาสูบโอปิออยด์ (2) การบริหาร

จัดการยา (3) การพัฒนาการศึกษา และความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน (4) ทัศนคติต่อการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (5) การอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ (ภาคผนวก ข)

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิธีแก่นสาระ (Thematic analysis) โดยการอ่าน ตีความ เพื่อสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหและอุปสรรคในการเข้าถึงยา

3.5 การควบคุมคุณภาพ

ทีมวิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยในที่ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญต่อโครงร่างวิจัย เรื่อง “การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย” เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 13.30-16.30 น. ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 19 คน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน (ภาคผนวก ค) ซึ่งที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ทีมวิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลในด้านความถูกต้อง ความสอดคล้องของเนื้อหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้วยการขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องโดยการจัดประชุมเพื่อให้ความเห็นต่อผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2563

3.6 ประเด็นด้านจริยธรรมในการวิจัย

การดำเนินงานและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาที่มวิจัยยื่นขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2563 (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้ก่อนการสัมภาษณ์ที่มวิจัยได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ วัตถุประสงค์ สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวและผู้ให้ข้อมูลต้องแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลโดยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในบทนี้รายงานตามกรอบการศึกษา โดยรายงานปัจจัยและข้อเสนอแนะในการแก้ไขอุปสรรค 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านกฎหมายและกฎระเบียบ (2) ปัจจัยด้านยา (3) ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ และ (4) ปัจจัยด้านการอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยกลุ่มที่ 4 เป็นภาพรวมเชิงนโยบายและระบบบริการทั่วไป รวมถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งจะเป็นฐานสำคัญที่จะส่งผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ โดยปัจจัยทั้ง 4 มีความเชื่อมโยงต่อกันตามกรอบการศึกษาที่นำเสนอในบทที่ 2

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

4.1 ปัจจัยด้านกฎหมายและกฎระเบียบ

กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์สามารถแบ่งได้ 6 เรื่อง ตามขั้นตอนการดำเนินงานตั้งแต่ การกำหนดประเภทและปริมาณ การขอรับอนุญาตจำหน่าย การสั่งซื้อ การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา การจัดทำรายงาน และการทำลายยา การศึกษาในส่วนนี้จะนำเสนอภายใต้ 4 หัวข้อ คือ เรื่อง (4.1.2) การกำหนดประเภทและปริมาณ (4.1.2) การขอรับอนุญาตจำหน่าย การจัดทำรายงาน และการทำลายยา (4.1.3) การควบคุมการจ่ายและเก็บรักษา (4.1.4) อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและกฎระเบียบ ทั้งนี้เรื่องการสั่งซื้อจะนำเสนอรวมกับหัวข้อปัจจัยด้านยาและการบริหารยา

หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับยากกลุ่มโอปิออยด์ต้องดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด อันได้แก่

- (1) การกำหนดประเภทและปริมาณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นผู้กำหนดประเภทและปริมาณยาดังกล่าวในแต่ละปี โดยพิจารณาจากปริมาณการใช้ของประเทศในแต่ละปี ซึ่งข้อมูลประจำปี 2555-2561 พบว่ายากกลุ่มโอปิออยด์ มีจำนวนที่นำเข้า และจำนวนที่ใช้ในประเทศเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามคณะกรรมการอาหารและยาได้สำรองปริมาณยาดังกล่าวให้มากกว่าปริมาณการใช้ในประเทศประมาณ 3 เท่า โดยดูจากจำนวนที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
- (2) การขอรับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 สถานพยาบาลทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความประสงค์จะจ่ายยากกลุ่ม Opioids ต้องขอรับใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ทุกกรณี ไม่มีข้อยกเว้น
- (3) การสั่งซื้อ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดภายใต้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะเป็นผู้จัดหาและจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยจะต้องยื่น

เอกสารประกอบการสั่งซื้อยาในกลุ่ม Opioids (สถานพยาบาลของรัฐ และ สถานพยาบาลของเอกชน มีเอกสารที่ต้องยื่นทั้งหมด 5 และ 7 รายการตามลำดับ) ซึ่งในปัจจุบันสามารถยื่นผ่านทางออนไลน์ได้ แต่เมื่อสถานพยาบาลดำเนินการสั่งซื้อหรือรายงานการใช้วัตถุเสพติด ผ่านระบบออนไลน์แล้ว จำเป็นต้องทำการส่งพิมพ์เอกสารจากระบบเพื่อให้ผู้รับอนุญาตลงนาม พร้อมจัดส่งเอกสารดังกล่าวไปยังกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดให้โทษ เพื่อประกอบการพิจารณาอนุมัติขายต่อไป

- (4) การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา มีข้อกำหนดและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมการจำหน่าย¹⁴ และการเก็บรักษา ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 อย่างชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จำเป็นต้องทราบและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด
- (5) การจัดทำรายงาน สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จะต้องจัดให้มีการทำบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เป็นรายเดือนตามแบบ ย.ส. 6 และรายปีตามแบบ ย.ส. 7 โดยบัญชีดังกล่าวให้เก็บรักษาไว้อย่างน้อยย้อนหลัง 5 ปีนับจากวันที่ลงรายการในบัญชีครั้งสุดท้าย และพร้อมที่จะแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาในขณะที่สถานพยาบาลเปิดทำการ
- (6) การทำลายยา ในกลุ่ม Opioids ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ มีแนวทางการทำลายยาที่หมดอายุเสื่อมสภาพหรือไม่ประสงค์จะมีไว้อย่างชัดเจน โดยระหว่างการทำลายจะต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อควบคุมการทำลาย อย่างน้อย 3 คน มีการถ่ายรูปก่อนและหลังการทำลาย เพื่อนำไปเขียนรายงานการทำลายไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และบันทึกข้อมูลในแบบ ย.ส. 6 และ 7

ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics) จัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ที่ใช้สำหรับรักษา บรรเทาอาการปวดสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง โดยยาในกลุ่มโอปิออยด์ แบ่งตามความแรงของการออกฤทธิ์ สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) Weak opioid หมายถึง opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน ได้แก่ codeine และ tramadol (2) Strong opioid หมายถึง opioid ที่มีฤทธิ์แรง ได้แก่ morphine, pethidine (meperidine), fentanyl, methadone และ oxycodone [8] ซึ่งการศึกษานี้จะเน้นที่กลุ่ม strong opioids ในประเด็นการกำหนดประเภทและปริมาณ การขอรับอนุญาตจำหน่าย การสั่งซื้อ การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา การจัดทำรายงาน และการทำลายยา

¹⁴ การจำหน่าย หมายถึง ขาย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้

4.1.1 การกำหนดประเภทและปริมาณ

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดประเภทและปริมาณ ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดชนิดและจำนวนยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 ที่ต้องใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ทั่วราชอาณาจักร ประจำปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 มีการกำหนดชนิดและจำนวนยาเสพติดประเภท 2 ที่ต้องใช้ในทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ทั่วราชอาณาจักรประจำปี 2562 จำนวน 11 ชนิด ได้แก่ Cocaine 2 kgs, Codeine 700 kgs, Diphenoxylate 25 kgs, Fentanyl 3 kgs, Medical opium 1500 kgs, Methadone 100 kgs, Morphine 250 kgs, Pethidine 200 kgs, Remifentanil 0.07 kgs, Oxycodone 8 kgs, Tapentadol 110 kgs และเป็นที่น่าสังเกตว่า จากปี พ.ศ. 2555 จนถึงปี พ.ศ. 2562 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดจำนวนยาในกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งมักนำมาใช้ในการบรรเทา/รักษาอาการปวดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง เช่น Morphine, Methadone, Fentanyl, Codeine, Pethidine, Oxycodone เท่ากันทุกปี สะท้อนถึงการบริโภคยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่ยังคงมีปริมาณต่ำ และมีการเข้าไม่ถึงยาในกลุ่มนี้

นอกจากนั้นข้อมูลจากการศึกษาของ มรกต จรุงวรธรณะ (2563) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการขายยากกลุ่มโอปิออยด์ของกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ซึ่งมีการเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนโคเวตาของยากกลุ่มโอปิออยด์กับจำนวนการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ 6 ชนิด (Morphine, Methadone, Fentanyl, Codeine, Pethidine, Oxycodone) ของประเทศไทย ปี 2555 – 2561 พบว่า จำนวนการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ทั้งประเทศยังคงมีจำนวนต่ำกว่าโควตาที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุขทุกปี (ดังตารางที่ 4.1) [45]

ตารางที่ 4.1 ชนิดและจำนวนการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์เปรียบเทียบกับจำนวนที่กำหนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายปี (พ.ศ. 2555-2561)

ชนิดยา	จำนวนตามประกาศฯ	ปี พ.ศ.						
		2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Morphine	250	80.1 (32.0)	76.7 (30.7)	102.5 (41.0)	109.1 (43.6)	118.5 (47.4)	175.7 (70.3)	191.2 (76.5)
Fentanyl	2	0.8 (40.0)	0.9 (45.0)	1.1 (55.0)	1.3 (65.0)	1.3 (65.0)	1.4 (70.0)	1.7 (85.0)
Codeine	700	348.5 (49.8)	415.8 (59.4)	382.4 (54.6)	340.9 (48.7)	347.5 (49.6)	336.4 (48.1)	398.5 (56.9)

ชนิดยา	จำนวนตาม ประกาศฯ	ปี พ.ศ.						
		2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
Methadone	100	31.7 (31.7)	35.5 (35.5)	37.4 (37.4)	43.8 (43.8)	46.1 (46.1)	52.4 (52.4)	46.8 (46.8)
Oxycodone	8	0	0	0	0.3 (3.8)	0.7 (8.8)	1.7 (21.3)	2.2 (27.5)
Pethidine	200	72.4 (36.2)	50.3 (25.2)	61.3 (30.7)	59.2 (29.6)	53.8 (26.9)	51.1 (25.6)	46.8 (23.4)

หมายเหตุ ปริมาณที่กำหนด หน่วยเป็นกรัมในรูปของเบส

ส่วนกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2 ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 197) พ.ศ.2549 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง โดยสาระสำคัญของประกาศกระทรวงฉบับนี้ คือ ให้เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาหรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาจำนวนปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่จะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองได้ประจำปี ซึ่งผู้รับอนุญาตหมวด ค ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 จำแนกออกเป็น (1) กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป (2) กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป และเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ อนุญาตให้มียาเสพติดจำนวน 7 ชนิดในสถานบริการ

ในปี 2555 ได้มีการปรับปรุงกฎหมายนี้ โดยมี ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง) พ.ศ.2555 ให้ยกเลิกความที่กำหนดเงื่อนไขการอนุญาตให้จำหน่ายเมทาโดนในตารางหมายเหตุ บัญชีท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 197) พ.ศ. 2549 เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง ลงวันที่ 31 มีนาคม 2549 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “อนุญาตให้ผู้รับอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ทุกกรณี จำหน่ายเมทาโดนได้ ดังนี้ ชนิดเม็ด สำหรับการบำบัดอาการปวด ชนิดน้ำ สำหรับการบำบัดอาการ

ปวดและการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ” แต่ปริมาณที่อนุญาตให้จำหน่ายยังไม่มีเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจมีผลต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์

หลังจากนั้น ในปี พ.ศ. 2558 ได้มีการปรับปรุงกฎหมายในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2 โดยมี ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 ซึ่งมีการปรับปรุงบัญชีท้ายประกาศ ให้สถานพยาบาล (หมวด ค) มี oxycodone จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง จำนวน 400 กรัมในรูปเบส ส่วนยากลุ่มโอปิออยด์อื่น ๆ ยังกำหนดปริมาณเท่าเดิม (ดังตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่อนุญาตให้ผู้รับอนุญาตหมวด ค จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง

ชนิดยา	กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไป	กรณีจำหน่ายในสถานพยาบาลที่บำบัดรักษาทั่วไปและเป็นสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดให้โทษ
Morphine	1,000	1,000
Codeine	60	60
Pethidine	2 กรัมต่อ 1 เตียง	2 กรัมต่อ 1 เตียง
Methadone	5	600
Fentanyl	25	25
Oxycodone	400	400

หมายเหตุ ปริมาณที่กำหนดหน่วยเป็นกรัมในรูปของเบส

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์หน่วยงานผู้รับผิดชอบให้ข้อมูลว่า (IREG1) โควต้าดังกล่าวสามารถปรับเพิ่มได้หากมีหลักฐานเรื่องการใช้ยา และจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา ซึ่งที่ผ่านมาเคยมีการปรับเพิ่มโควต้าดังกล่าวไปแล้วสองครั้ง ซึ่งหากมีอุปสงค์ที่ชัดเจน ไม่ต้องมีความกังวลเรื่องปริมาณของยากลุ่มโอปิออยด์แต่อย่างใด

4.1.2 การขอรับอนุญาตจำหน่าย การจัดทำรายงาน และการทำลายยา

กฎหมายเกี่ยวกับการขอรับอนุญาต การทำลายยาที่หมดอายุ และการจัดทำรายงาน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กฎกระทรวงฉบับที่ 2 (พ.ศ.2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับแบบฟอร์มที่ใช้ในการดำเนินการต่าง ๆ อันได้แก่ (1) ยส 1 คำขอรับใบอนุญาต (2) ยส 2 ใบอนุญาตจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษประเภท 2 (3) ยส 3 ใบอนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติด

ติดให้โทษในประเภท 2 (4) ยส 4 คำขอซื้อขายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (5) ยส 5 ใบสั่งจ่ายยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 (6) ยส 6 รายงานประจำเดือน (7) ยส 7 รายงานประจำปี (8) ยส 8 คำขอรับใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดประเภทที่ 2 เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดตามมาตรา 60 (9) ยส 9 ใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่รัฐมนตรีกำหนดตามมาตรา 60 (10) ยส 10 คำขอต่ออายุใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2 (11) ยส 11 คำขอใบแทนใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 2

นอกจากนี้ยังมี กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขอรับใบอนุญาต และการออกใบอนุญาตให้ผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นกฎ ระเบียบเกี่ยวกับการขอรับใบอนุญาต และการออกใบอนุญาตให้ผลิต นำเข้า หรือส่งออกซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ของทางราชการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ (1) การบริหารยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ใช้ในทางการแพทย์ของประเทศ (2) การวิเคราะห์หรือการศึกษาวิจัยทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ (3) การป้องกันและปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ (4) การปฏิบัติตามมติของคณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ ในกรณีที่ผู้ป่วยเดินทางระหว่างประเทศนำยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ติดตัวเข้ามาในหรือออกไปนอกราชอาณาจักรสำหรับใช้รักษาเฉพาะตัวภายในสามสิบวัน (ปี 2559 แก้ไขเป็น 90 วัน)

4.1.3 การควบคุมการจ่ายและการเก็บรักษา

ประเด็นการควบคุม การจ่าย และการเก็บรักษานั้นมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 สารสำคัญของ พระราชบัญญัติฉบับนี้ประกอบไปด้วย 12 หมวด หมวดที่ถูกต้องอ้างถึงว่าเป็นอุปสรรคต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ในระดับสถานพยาบาลซึ่งได้รับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ได้แก่ หมวด 3 หน้าที่ของผู้รับอนุญาต มาตรา 27 ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตามมาตรา 17 จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบขออนุญาต ซึ่งปัญหาที่พบจากการอภิปรายกลุ่ม คือ การยืมหรือแลกเปลี่ยนยาที่ใกล้หมดอายุระหว่างโรงพยาบาล ไม่สามารถทำได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติเมื่อเกิดกรณีขาดยาฉุกเฉิน โรงพยาบาลมีการยืมยาระหว่างโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ตามการรักษาของแพทย์

4.1.4 อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและกฎระเบียบ

นอกจากข้อกำหนดต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยยังพบอุปสรรคทางอ้อมที่เกี่ยวกับกฎระเบียบและกฎหมาย ได้แก่ อุปสรรคด้านการสื่อสารเนื้อหาและการปฏิบัติตามกฎหมาย รวมถึงระบบข้อมูลข่าวสาร ซึ่งส่งผลต่อความเข้าใจในกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากยากลุ่มโอปิออยด์ เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผู้ประกอบวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจกฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เพื่อให้สามารถใช้อย่างมั่นใจและใช้อย่างถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ แต่ปัจจุบัน ผู้ประกอบวิชาชีพยังขาดความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพไม่เข้าใจ สงสัย หรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติว่าสามารถทำได้หรือไม่ หรือต้องดำเนินการอย่างไร จึงไม่กล้าใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เนื่องจากกลัวความผิด

โรงพยาบาลบางแห่งเพิ่มข้อปฏิบัติในการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ของโรงพยาบาลเพิ่มเติมขึ้น เพื่อป้องกันความผิดพลาดต่าง ๆ ทำให้การเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์มีความยากขึ้น เช่น การกำหนดมาตรการว่า การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิดฉีดต้องนำหลอดยา (ampule) เดิมที่ใช้ไปแล้วมาแลกเปลี่ยน จึงจะสามารถเบิกยาใหม่ไปใช้ได้ ซึ่งไม่ได้มีกฎหมาย ข้อบังคับหรือระเบียบใดที่จะต้องดำเนินการในลักษณะนี้ นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพไม่แน่ใจว่าสามารถนำยากลุ่มโอปิออยด์ไปใช้กับผู้ป่วยนอกสถานที่ได้หรือไม่ ซึ่งหากพิจารณาตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พรบ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 และ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ไม่ได้ห้ามการนำยาไปใช้นอกสถานพยาบาล จึงสามารถนำยากลุ่มโอปิออยด์ไปใช้นอกสถานพยาบาลได้ ความเข้าใจผิดของผู้ประกอบวิชาชีพนี้อาจส่งผลให้ไม่กล้าใช้ยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ทั้งนี้ข้อมูลจากการสำรวจของ มรกต จรุงวรรณนะ (2563) พบว่าอุปสรรคจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เป็นปัญหาที่โรงพยาบาลในประเทศไทยที่มีใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 2 จำนวน 552 แห่ง (จากจำนวนทั้งหมด 957 แห่ง) สะท้อนออกมาอย่างชัดเจน [45] ดังนี้ (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 ความคิดเห็นต่อปัญหาที่ส่งผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วยในสถานพยาบาล (n = 552)

ลำดับ	ปัญหา	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	ร้อยละ
1	ปัญหาการไม่รับแลกเปลี่ยนหรือคืนยาหมดอายุ	346	62.7
2	การแลกเปลี่ยนยาระหว่าง รพ.กรณียากใกล้หมดอายุ/ใช้ไม่ทัน	318	57.6
3	การยืมยาระหว่าง รพ.กรณียาขาดฉุกเฉิน	298	54.0

ลำดับ	ปัญหา	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	ร้อยละ
4	การปรับลดปริมาณอนุมัติขาย (กรณีขาดชั่วคราว)	288	52.2
5	ปัญหาการทำลายยาที่หมดอายุของสถานพยาบาล	276	50.0
6	การให้ผู้ป่วยไปรับยาจาก รพ.อื่น/รพ.ใกล้เคียงกรณีไม่มียาที่แพทย์สั่ง	264	47.8
7	ระเบียบ/การจำกัดปริมาณการซื้อแต่ละครั้ง	227	41.1
8	ระเบียบ/การจดจำหน่ายกรณีปริมาณคงเหลือในสถานพยาบาลมีใช้ได้เกิน 3 เดือน	198	35.9
9	การจดจำหน่ายกรณีนี้ค้างนานเกิน 6 เดือน	178	32.4
10	การจำกัดโควตาการขายยากลุ่มโอปิออยด์ประจำปี	164	29.7

จากตารางที่ 4.3 พบว่าปัญหาของการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายที่ได้กล่าวถึงในข้างต้น อันได้แก่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หมวด 3 หน้าที่ของผู้รับอนุญาต มาตรา 27 ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตามมาตรา 17 จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบอนุญาต เนื่องจากยากลุ่มโอปิออยด์เป็นยาที่มีอายุในการใช้งานสั้น และปริมาณการใช้ยามีความไม่แน่นอน กฎหมายนี้ทำให้สถานพยาบาลไม่สามารถแลกเปลี่ยนหรือคืนยาใกล้หมดอายุให้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือโรงพยาบาลไม่สามารถแลกเปลี่ยนยาระหว่างโรงพยาบาลได้ในกรณียาใกล้หมดอายุหรือใช้ไม่ทัน (ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องแบกรับต้นทุนส่วนนี้) หรือไม่สามารถยืมยาระหว่างโรงพยาบาลในกรณีขาดฉุกเฉิน จากการอภิปรายกลุ่ม (FNE1, FNE2, FNO1, FCE1) มีข้อเสนอร่วมกันในประเด็นนี้ กล่าวคือในอนาคตควรมีการปรับปรุงหรือแก้ไขกฎหมายฉบับนี้ หรือปรับรูปแบบการบริหารจัดการให้สามารถแลกเปลี่ยน/ถ่ายโอนยาระหว่างสถานพยาบาลได้ในกรณีที่ขาดฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง

ทั้งนี้ ปัญหาในด้านระเบียบ/การจำกัดปริมาณการซื้อแต่ละครั้ง ซึ่งเกี่ยวข้องกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการกำหนดปริมาณยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ที่ผู้อนุญาตจะอนุญาตให้จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครอง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558 และระเบียบสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาว่าด้วยการขายวัตถุเสพติด ที่ผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลหลายแห่งเห็นว่าเป็นปัญหานั้น [45] พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้เปิดโอกาสให้มีการขอรับใบอนุญาตเป็นกรณีพิเศษได้ (หมวด 10 มาตรการควบคุมพิเศษ มาตรา 60 ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตประสงค์ที่จะจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 เกินปริมาณที่กำหนดไว้ตามมาตรา 8 (5) ให้ยื่นคำขอรับ

ใบอนุญาตเป็นกรณีพิเศษ) แต่ข้อมูลจากองค์การอาหารและยา พบว่ามีโรงพยาบาลจำนวนน้อยมากที่ดำเนินการขอรับใบอนุญาตเป็นกรณีพิเศษในแต่ละปี โดยปีที่ผ่านมามีโรงพยาบาลเพียง 2 แห่ง มีการขอเพิ่มปริมาณการซื้อยากกลุ่มโอปิออยด์ (IREG1)

นอกจากเรื่องความเข้าใจผิดแล้ว ปัญหาที่เกี่ยวข้องโดยตรงคือปัญหาการสื่อสารที่ทำให้มีความไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ ทั้งการสื่อสารจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไปสู่โรงพยาบาล การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล และการสื่อสารภายในโรงพยาบาลเดียวกัน ทำให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ทำให้บางโรงพยาบาลไม่มีความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน ซึ่งหากมีการสื่อสารในทุกระดับเพิ่มมากขึ้น จะทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเกิดการเรียนรู้ และเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังจะส่งผลต่อความพร้อมในการให้บริการของโรงพยาบาล เช่น ความเข้าใจในเรื่องกรอบยาของโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องมีและเตรียมความพร้อมให้เหมาะสมกับระดับของโรงพยาบาล

ปัจจุบันยังขาดระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบเทคโนโลยีที่โรงพยาบาลสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกในการค้นคว้าหาข้อมูล เพื่อนำมาประกอบในการตัดสินใจในการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ เมื่อเกิดความสงสัยหรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติ ในการลดอุปสรรคของการบริหารยากกลุ่มโอปิออยด์ มีข้อเสนอให้นำระบบข้อมูลข่าวสารและระบบเทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งหากรมีระบบการติดตามที่สะดวกและรัดกุมแล้ว จะช่วยเพิ่มความมั่นใจของผู้ประกอบวิชาชีพ

4.2 ปัจจัยด้านยา

ประเทศไทยมีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องในกระบวนการจัดซื้อ/จัดหายา กลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งเป็นเพียงหน่วยเดียวที่ทำหน้าที่บริหารจัดการจัดหาและจำหน่ายยากกลุ่มโอปิออยด์ ให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศ ขณะเดียวกัน อย. ยังมีหน้าที่ในการกำหนดปริมาณการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ของประเทศล่วงหน้าในแต่ละปี โดยพิจารณาจากปริมาณการใช้ของประเทศตามความต้องการใช้ และกำหนดเป็นปริมาณโควตาประจำปีตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขและประกาศในราชกิจจานุเบกษา รวมทั้งรายงานข้อมูลดังกล่าวไปยังสหประชาชาติ (United Nations) ทั้งนี้ หากจำนวนที่แจ้งไม่เพียงพอต่อการใช้จริงในแต่ละปี สามารถกำหนดจำนวนเพิ่มเติมในกรณีจำเป็นโดยให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเพิ่มเติมและแจ้งให้สหประชาชาติทราบต่อไป ซึ่งที่ผ่านมาระบบสาธารณสุขจะพิจารณาจากปริมาณการใช้ของประเทศในแต่ละปี และกำหนดปริมาณยาในกลุ่มโอปิออยด์ที่จะต้องให้ทั่วประเทศในแต่ละปี โดยเพิ่มจำนวนสำรองสำหรับกรณีที่ประเทศจะมียอดการใช้เพิ่มขึ้นด้วย

สำหรับงบประมาณในการจัดซื้อยากกลุ่มโอปิออยด์ สำนักเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน โดยมีงบประมาณที่ชัดเจนในการจัดซื้อยากกลุ่มโอปิออยด์ โดยมีการดำเนินการตาม ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด พ.ศ.2517 ซึ่งให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเปิดบัญชีเงินทุนหมุนเวียนนี้ที่ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เรียกชื่อบัญชีว่า “บัญชีเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด” โดยได้รับงบประมาณจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี และจากการดำเนินงานด้วยเงินทุนหมุนเวียนซึ่งที่ผ่านมากลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการยาเสพติด ได้ดำเนินการจัดซื้อยา จำหน่ายยากกลุ่มโอปิออยด์ทุกปี

อุปสรรคในเรื่องการสั่งซื้อส่วนใหญ่เกิดในระดับโรงพยาบาล จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก (FNE1, FNE2, FNO1, FCE1, IPHA1) พบว่า เกสซ์กรผู้รับผิดชอบงานบริหารยากกลุ่มโอปิออยด์ที่ใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในระดับโรงพยาบาลมีอุปสรรคในการคาดการณ์ปริมาณการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ โดยในแต่ละปีไม่สามารถคาดการณ์ หรือคำนวณจำนวนการใช้ยาที่แน่นอนได้จากจำนวนผู้ป่วยหรือจากปริมาณการใช้ในปีที่ผ่านมาได้ เนื่องจากความไม่แน่นอนของลักษณะโรค โดยเฉพาะในกลุ่มมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีความผันผวนไม่แน่นอน ทั้งด้านปริมาณการใช้ต่อผู้ป่วย 1 คน ที่ปริมาณการใช้ขึ้นอยู่กับลักษณะและความปวดของแต่ละบุคคล เช่น ผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจสั่งใช้ยาในปริมาณมากเป็นพิเศษเนื่องจากมีความปวดมาก (แม้จะเป็นผู้ป่วยโรคเดียวกันในระยะของโรคที่ใกล้เคียงกัน) นอกจากนั้นระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคองไปจนถึงเวลาที่เสียชีวิตก็มีความไม่แน่นอน อุปสรรคเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการบริหารคลังยา (การสั่งซื้อและการใช้ยา) ในโรงพยาบาลขนาดเล็กซึ่งไม่สามารถสำรองยาในปริมาณมากได้ (ด้วยเหตุผลด้านกรอบยาของโรงพยาบาล การจัดเก็บและการหมุนเวียนงบประมาณ)

นอกจากข้อจำกัดในเรื่องการคาดการณ์จำนวนการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความไม่แน่นอนแล้ว ตัวยากกลุ่มโอปิออยด์เองก็มีข้อจำกัดในเรื่องอายุการใช้งาน ซึ่งมีอายุค่อนข้างสั้น โดยเฉพาะกลุ่มยาน้ำ (syrup) ซึ่งก็เป็นอีกเหตุผลที่ทำให้โรงพยาบาลเลือกที่จะสั่งยากกลุ่มนี้เข้ามาน้อยส่งผลให้เกิดปัญหาโรงพยาบาลขาดยาที่จะสั่งใช้กับผู้ป่วยตามมา

4.2.1 การมียาอยู่ที่สถานพยาบาล (การบริหารยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล)

การมียาสำหรับสั่งใช้ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วยกระบวนการหลัก คือ การคัดเลือกยา (Selection) การจัดซื้อยา (Procurement) การกระจายยา (Distribution) และการใช้ยา (Use) ซึ่งการมียาของโรงพยาบาลในประเทศไทยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาล ความพร้อมของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ (โรงเรียนแพทย์

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป) และโรงพยาบาลเอกชน มีความพร้อมต่อการใช้จ่ายและแพทย์สามารถเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน [45] สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง ในบริบทภาคใต้ [46] และบริบทภาคกลาง [47] พบปัญหาในกรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย กลับมายังโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ ซึ่งมักไม่มียาระงับปวดที่ผู้ป่วยเคยได้รับจาก โรงพยาบาลต้นทาง ส่งผลให้เภสัชกรในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยต้องจัดหายาที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงกัน จึงต้องมีการปรับชนิดและขนาดของยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่เพียงพอ

4.2.2 การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)

การเข้าถึง พิจารณาการเดินทางของผู้ป่วย สถานที่สำรองยา การกระจายของสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลแบบประคับประคอง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (ICPT2) และการอภิปรายกลุ่ม (FNE1, FNE2, FNO1) พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร หรือชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งหมู่บ้านที่เป็นภูเขา ระยะทางในการมารับยาที่โรงพยาบาลค่อนข้างไกล ผู้ป่วยบางรายต้องเหมารถมารับยา ซึ่งค่าเหมารถราคาแพงมาก (ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีเงินค่าเหมารถมารับยาที่โรงพยาบาล) ในฤดูฝนการเดินทางลำบากมาก ไม่สามารถเดินทางโดยรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ได้ ต้องอาศัยเพียงการเดินเท้าเท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีผู้ดูแล จึงไม่มีใครไปรับยาแทน และมีผู้ป่วยบางกลุ่มถูกจูงใจให้ซื้อยาสมุนไพรเพื่อรักษาอาการปวดแทนการรักษาด้วยยากลุ่มโอปิออยด์ แต่ไม่สามารถทำให้หายปวดได้ จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงปัญหาในการเข้าถึงแหล่งบริการของผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท ที่ระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาล ในเรื่องการเดินทางมารับยา รวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ที่ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และปัญหาในเรื่องการขาดความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการจัดการความปวด

4.2.3 ความสามารถในการจ่ายค่ายากลุ่มโอปิออยด์ของภาครัฐ (Affordability)

ความสามารถในการจ่ายค่ายากลุ่มโอปิออยด์ของภาครัฐ ได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบความแตกต่างของการเบิกจ่ายค่ายากลุ่มโอปิออยด์ตามสิทธิการรักษา ที่เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.2553 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังนี้ สิทธิข้าราชการ การเบิกจ่ายเป็นแบบปลายเปิด ไม่มีการจำกัดเพดานการจ่ายเงิน สิทธิประกันสังคม เป็นแบบปลายปิด จำกัดเพดานการจ่ายเงิน สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นแบบปลายปิด จำกัดเพดานการจ่ายเงิน ทั้งกรณีให้บริการที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

ทั้งนี้ ประเด็นการยอมรับการใช้ยา (acceptability) ของผู้ให้บริการและรับบริการ ผู้วิจัยแยกพิจารณาในหัวข้อความรู้และทัศนคติ เนื่องจากเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากในเรื่องการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์

4.3 ปัจจัยด้านความรู้ และทัศนคติ

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองทั้งผู้ให้ยาและผู้รับยา (รวมถึงสังคม ชุมชน และผู้ดูแลผู้รับยาด้วย) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ควรได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ นอกจากนี้ควรมีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้มีองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และมีความรู้เพียงพอต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รวมทั้งการจัดการความปวดโดยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์อย่างสมเหตุสมผล ทั้งนี้ปัจจัยด้านทัศนคติเป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ทำให้มีความเข้าใจผิดและมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ทั้งหน่วยงานที่กำกับดูแล ผู้กำหนดนโยบาย แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ผู้ดูแลสุขภาพ ยังขาดความตระหนักในการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ตามมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการจัดการความปวด

4.3.1 บุคลากรสาธารณสุข

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาความรู้ และทัศนคติของแพทย์ (general physicians) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในสถานบริการปฐมภูมิของประเทศไทย [40] พบว่า แพทย์ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ โดยพบว่า แพทย์มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.7) ซึ่งแพทย์ยังขาดความรู้เรื่องการจัดการความปวด และการใช้ยามอร์ฟินในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และความรู้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการได้รับการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ และข้อมูลนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Pornsuree Srisawang, et al. (2013) [41] ที่พบว่าแพทย์มีความรู้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.1 และแพทย์ที่ไม่รู้เกี่ยวกับ three-step ladder มีความรู้น้อยกว่าแพทย์ที่เคยใช้ three-step ladder (OR = 13.0, P < 0.001) นอกจากนี้ข้อมูลจากการสอบถามสถานพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ ยังพบว่า ตัวแทนของโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ในการบริหารจัดการยากลุ่มโอปิออยด์ในโรงพยาบาล ต้องการแก้ปัญหาในระดับมากที่สุด ลำดับแรก ได้แก่ ต้องการให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (1) ประสานกับโรงเรียนแพทย์ สมาคมวิชาชีพ สถาบันการศึกษา เพิ่มเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ (2) ให้จัดอบรมให้ความรู้แก่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์

เกี่ยวกับการใช้ยาโอปิออยด์และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้แพทย์ และวิชาชีพเกิดความรู้อย่างเข้าใจและมีความมั่นใจในการสั่งจ่าย และใช้ยากลุ่มโอปิออยด์มากขึ้น [45] ซึ่งการขาดความรู้ส่งผลต่อทัศนคติในเชิงลบ โดยพบว่า แพทย์มีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ร้อยละ 33.8 [41] ทำให้แพทย์ไม่กล้าสั่งจ่าย และไม่มีความรู้ที่เพียงพอในการสั่งจ่ายกลุ่มโอปิออยด์ให้เหมาะสมกับอาการปวดของผู้ป่วย

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ แพทย์ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความปวด และการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ แพทย์ที่จบใหม่ที่ไม่มีความรู้ไม่พอเพียง ทำให้ไม่กล้าสั่งยา (IPCA1) และพบข้อมูลตรงกันกับข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่ม ที่พบว่า แพทย์ที่จบใหม่ หรือแพทย์ที่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน มีความรู้ไม่พอเพียง ทำให้ไม่กล้าสั่งยา เนื่องจากกลัวอาการข้างเคียงของยา เช่น การกดการหายใจ กล้ามเนื้อผู้ป่วยติดยา (FNE1, FNE2, FNO1, FCE1) แสดงให้เห็นถึงปัญหาการขาดความรู้ ความเข้าใจของแพทย์ ทำให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง มีความปวดและจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มโอปิออยด์

สำหรับหลักสูตรการศึกษาและหลักสูตรการอบรม สำหรับแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ อาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (1) หลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ สำหรับวิชาชีพแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรสาธารณสุข และ (2) หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (On the job training) ซึ่งหลักสูตรการศึกษาจะเป็นการให้ความรู้ขั้นพื้นฐานในระดับปริญญาตรี และการศึกษาต่อเฉพาะทาง ส่วนการอบรมเชิงปฏิบัตินั้นเป็นการฝึกเฉพาะมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง

(1) หลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ สำหรับวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร

หลักสูตรสำหรับนักศึกษาแพทย์ ที่เป็นระดับปริญญาตรีหลายหลักสูตร ที่อยู่ภายใต้การดูแลของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) จะอ้างอิงหลักสูตรของแพทยสภา ซึ่งจะมีเรื่อง การดูแลแบบประคับประคองน้อยมาก และมีรายละเอียดไม่มากพอ ส่วนหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข มีการเรียนการสอนแบบประคับประคองมากกว่า โดยในหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขนั้น นักเรียนแพทย์ทุกคนต้องผ่านการเรียนเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ซึ่งมีการบรรจุเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในหลักสูตรด้วย พร้อมทั้งมีศูนย์ฝึก มีผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เชิงปฏิบัติ ปัญหาที่พบ

จากการทบทวนข้อมูลหลักสูตรการศึกษา และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (IPCA1)¹⁵ พบว่าแพทยสภาไม่เห็นความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขที่มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ที่ก้าวหน้า เนื่องจากปรับหลักสูตรให้สอดคล้องกับการดำเนินงานจริง สำหรับหลักสูตรหลังปริญญาจะเป็นหลักสูตรของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ซึ่งบรรจุเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไว้ในหลักสูตรด้วย แต่เป็นลักษณะการบูรณาการ ไม่มีการแยกเรียนการดูแลแบบประคับประคอง หรือการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เป็นการเฉพาะ

หลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับพยาบาล มีหลักสูตร 3-4 ชม. แต่เนื้อหาอาจจะไม่ลึกซึ้งเพียงพอ สำหรับหลักสูตรการเรียนการสอนของเภสัชกร มีการเรียนเนื้อหาเกี่ยวกับยา กลุ่มโอปิออยด์ในวิชาเภสัชวิทยา (pharmacology) และวิชาเภสัชบำบัด แต่ไม่ได้กำหนดให้การเรียนการสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เป็นหัวข้อหลัก

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าหลักสูตรการเรียนการสอนของวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ที่เนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการใช้ยา กลุ่มโอปิออยด์ยังไม่ได้ถูกบรรจุให้เป็นเนื้อหาหลักในวิชาใดวิชาหนึ่ง และเนื้อหาในการเรียนการสอนยังไม่ลึกซึ้งเพียงพอ ทำให้ผู้ประกอบการวิชาชีพที่จบมาใหม่ ไม่มีความเชี่ยวชาญ ไม่มีความรู้ที่เพียงพอในการดูแลแบบประคับประคอง และการใช้ยา กลุ่มโอปิออยด์

(2) หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (On the job training)

ปัจจุบันการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน ทั้งแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร มีหลากหลายหลักสูตร ตัวอย่างข้อมูลหลักสูตรการฝึกอบรมที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (IPCA1, INUR1, IPHA1) มีดังนี้

วิชาชีพ	หลักสูตร	ระยะเวลา อบรม
แพทย์	1.หลักสูตรพื้นฐานเรื่องการดูแลแบบประคับ (Pain and palliative care)	
	- แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์	8 สัปดาห์

¹⁵ คณะผู้วิจัยได้ประสานเพื่อขอสัมภาษณ์ผู้แทนจากแพทยสภา แต่ได้รับคำแนะนำว่า ควรประสานขอสัมภาษณ์ผู้แทนจากสถาบันรับรองมาตรฐานการศึกษาแพทยศาสตร์ (สมพ.) จะได้รับข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์มากกว่า หลังจากที่คณะผู้วิจัยประสานขอสัมภาษณ์ผู้แทนจาก สมพ. กลับได้รับแจ้งว่า บทบาทของ สมพ. ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ จึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

วิชาชีพ	หลักสูตร	ระยะเวลา อบรม
	- แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน	5 วัน
	2. หลักสูตรแพทย์ Palliative care (ภายใต้หลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)	1 ปี
พยาบาล	1. หลักสูตรการอบรมของสภาพยาบาล	4 เดือน
	2. หลักสูตรพยาบาลชุมชน ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ	4 สัปดาห์
	3. หลักสูตรพื้นฐาน	3 วัน
	4. หลักสูตรสำหรับ ward nurse	10 วัน
	5. หลักสูตรพยาบาลประจำศูนย์ผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง	4 เดือน
เภสัชกร	หลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง	2 สัปดาห์
	หลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง	4 เดือน

การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน ช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยเพิ่มการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาในกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ และถูกต้องตามหลักการ สำหรับประเด็นการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานนี้ พบปัญหาสำคัญในเรื่องงบประมาณในการเข้ารับการอบรมของผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งมีงบประมาณจำกัด ไม่สามารถส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมได้

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ปฏิบัติงานจะผ่านการอบรมแล้ว การดำเนินงานดูแลแบบประคับประคองอาจจะมีข้อจำกัด เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคอง ต้องอาศัยประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ผู้ปฏิบัติงานจึงจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นหลักสูตรการอบรมที่มีเฉพาะการบรรยาย ไม่มีการฝึกปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดำเนินงานได้ สำหรับโรงพยาบาลที่มีความต้องการพัฒนาบริการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลดูแลแบบประคับประคอง ควรได้รับการอบรมหลักสูตร อย่างน้อย 10 วัน แพทย์โรงพยาบาลชุมชน ควรผ่านการอบรม หลักสูตร 8 สัปดาห์ ทั้งนี้ การฝึกอบรมเป็นระยะเวลายาวนาน อาจมีความเป็นไปได้น้อยมากสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตรากำลังในการดำเนินงานไม่เพียงพอ สำหรับโรงพยาบาลที่แพทย์ไม่ได้ผ่านการอบรม อาจมีข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วย หรือการจัดการความปวดของผู้ป่วย ซึ่งอาจใช้วิธีการรับคำปรึกษาจากแพทย์

ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้สามารถสั่งยาได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล

4.3.2 ผู้รับบริการ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือระยะประคับประคองทุกคนต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคและมีความต้องการจัดการความปวดและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องอาศัยญาติเป็นผู้ดูแลและตัดสินใจในการรักษาแทน ซึ่งในบางครั้งมักคิดและตัดสินใจแทนผู้ป่วยในการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดหรือไม่ได้รับยาตามการรับรู้ความรุนแรง ความปวดของผู้ป่วย และทัศนคติต่อการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ของญาติ ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับความรู้และข้อกังวลเกี่ยวกับใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์และเชื่อว่ายาเหล่านี้ทำให้ติดยาและ/หรือทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้นถึงร้อยละ 28¹⁶ และมีความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาเหล่านี้จึงยอมทนกับความปวดโดยไม่บอกแพทย์ให้ทราบถึงความปวดร้อยละ 20¹⁷ นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ญาติหรือผู้ดูแลที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผลให้ผู้ดูแลประเมินความรุนแรงความปวดแตกต่างกับผู้ป่วย ซึ่งญาติจะไม่เข้าใจความปวดของผู้ป่วย ส่งผลให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีประสิทธิภาพ¹⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลสรุปได้ว่าสิ่งที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนล้วนต้องประสบคือความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและอาการต่าง ๆ และมีความต้องการในการจัดการกับอาการเหล่านี้ และจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ผู้ป่วยและญาติควรมีความรู้ในการบริหารยาและการจัดการความปวดที่เหมาะสม

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วยและญาติ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยาจากแพทย์และพยาบาลก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษา ขณะที่ญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่และผู้ป่วยบางรายมีความรู้และทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ เนื่องจากมองว่า

¹⁶ Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, et al. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. Support Care Cancer 2012; 20: 923 - 31.

¹⁷ Lambert K, Oxberry S, Hulme CW, Saharia K, Rigby AS, Johnson MJ. Knowledge of attitudes to opioids in palliative care patients. Palliat Med. 2007;21(8):721-722. doi:10.1177/0269216307083370

¹⁸ Miaskowski C, Kragness L, Dibble S, et al. Difference in mood status, health status, and care giver strain between family caregiver of oncology outpatient with and without cancer-related pain. J Pain Symptom Manage 1997; 13: 138 - 47.

ยากลุ่มนี้เป็นยาเสพติดให้โทษ และกลัวการติดยา (ผู้ให้สัมภาษณ์ ICPT1, ICPT2) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าการเป็นโรคร้ายแรงและมีความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เกิดจากผลกรรมที่ทำในอดีต ผู้ป่วยจึงยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่กับอาการปวด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยและญาติเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาและเพิ่มการเข้าถึงยากลุ่มดังกล่าว (ผู้ให้สัมภาษณ์ IPCA1)

4.4. ปัจจัยด้านการอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านการอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การนำหรือกำกับทิศทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ได้แก่ การมีนโยบายในการดำเนินงาน การสื่อสารนโยบายในระดับประเทศ การสร้างกลไกเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน และมีกลไกในการประสานงานที่ดี

4.4.1 นโยบายการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทยถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ โดยมีนโยบายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ในปี พ.ศ. 2557 – 2559 การกำหนดให้ยากลุ่มโอปิออยด์หลายรายการเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และการใช้ยากลุ่มนี้เป็นมาตรการหนึ่งในโครงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 นอกจากนั้นการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านเป็นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 การมียุทธศาสตร์ระดับชาติในช่วงปี 2557-2559 เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดกิจกรรม การสร้างเครือข่าย และงานรากฐานต่าง ๆ ในการดำเนินงานดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ปัจจุบันต้องการการกระตุ้นและวางวางเป้าหมายระดับชาติร่วมกันของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่สอดคล้องและมีเป้าหมายร่วมที่ชัดเจน

ภาวะผู้นำ และความสนใจของผู้กำหนดนโยบาย เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงบริการดูแลแบบประคับประคองและยากลุ่มโอปิออยด์ โดยในช่วงปี 2557-2558 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ความสนใจและสนับสนุนนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง ก่อให้เกิดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมถึงการทำให้ตัวชี้วัดเรื่องการดูแลแบบประคับประคองเป็นจุดเน้นของการตรวจราชการกระทรวง

สาธารณสุขในปี 2561 อย่างไรก็ตาม หลังจากปี 2561 แม้จะยังมีตัวชี้วัดอยู่แต่ก็ไม่ได้เป็นจุดเน้นของนโยบาย เห็นได้ว่านโยบายระดับประเทศมีความสำคัญอย่างมากในการกระตุ้นให้เกิดการจัดการกับอุปสรรคของการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์

การดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองมีการพัฒนาไปมาก กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบแผนนี้ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการติดตามตัวชี้วัด การให้คำปรึกษาในระดับพื้นที่ การพัฒนาองค์ความรู้ การสร้างเครือข่าย การอบรม และการประสานกับ สปสช. ในเรื่องการเบิกจ่าย ซึ่งทั้งหมดเป็นการดำเนินงานในระดับประเทศ (ผู้ให้สัมภาษณ์ ISEV1) อย่างไรก็ตามจากการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้พบว่ายังมีช่องว่างที่สามารถเพิ่มการสนับสนุน โดยเฉพาะการประเมินศักยภาพของโรงพยาบาลที่ยังมีปัญหาในการดำเนินการดูแลแบบประคับประคองซึ่งสะท้อนจากตัวชี้วัดการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ สถานพยาบาลกลุ่มนี้ยังต้องการการสนับสนุนเป็นพิเศษ ระบบการกำกับและติดตาม รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจระดับเขตของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ อาจยังไม่เพียงพอในการสนับสนุนให้ สถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดก้าวผ่านอุปสรรคทั้งเรื่องกำลังคน ทักษะคนของผู้ให้บริการและผู้กำหนดนโยบาย และแนวทางการบริหารจัดการยา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่โรงพยาบาลทุกระดับเผชิญ (ผู้ให้สัมภาษณ์ FNE1, FNE2, FNO1, FCE1, FSO1)

4.4.2 งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งการเบิกจ่าย/ชดเชยค่าบริการยากกลุ่มโอปิออยด์

จากการทบทวนเอกสารพบว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ปรับแนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี 2554-55 มีเพียงการจ่ายชดเชยค่ายากลุ่มอนุพันธ์ีน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อมาในปี 2556-59 ปรับเพิ่มโดยจ่ายชดเชยค่ายากลุ่มอนุพันธ์ีน ค่าออกซิเจน และการดูแลแผลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกกลุ่มโรค และในปี 2560-63 ปรับเป็นการเหมาจ่ายตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านก่อนเสียชีวิต มีหลักการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย ดังนี้ (1) เป็นการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการ ที่จัดบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (2) ครอบคลุมผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกกลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามเกณฑ์แนวทางที่กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (3) หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่าย เป็นการเหมาจ่ายต่อราย ตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้าน โดยใช้หลักเกณฑ์การจ่ายค่าใช้จ่ายเป็นไปตาม

คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563¹⁹ ซึ่งเหมาะจ่ายต่อราย ฅวันที่เริ่มให้บริการที่บ้าน และหยุดจ่ายเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต โดยตรวจสอบจากทะเบียนราษฎร์

จากการอภิปรายกลุ่มผู้ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองจาก 5 โรงพยาบาล พบปัญหาเชิงเทคนิคในเรื่องการกรอกข้อมูลเข้าระบบเพื่อเบิกจ่ายจาก สปสช. โดยผู้ปฏิบัติงานการดูแลแบบประคับประคองให้ข้อคิดเห็นว่าการปรับปรุงแบบการเบิกจ่ายที่สนับสนุนการทำงานการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มอาจเป็นแรงกระตุ้นและปัจจัยที่ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญของการบริการดูแลแบบประคับประคองบ้าง แต่อาจไม่เพียงพอให้เกิดการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในเรื่องค่าตอบแทนแก่บุคลากร หรือการจัดสรรเวลาให้บุคลากรเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูล (FNE1, FNE2) เห็นว่าควรมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถชี้ให้เห็นประโยชน์ส่วนเพิ่มเช่นการลดต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาล (กรณีผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน) และสนับสนุนนโยบายการจ่ายค่ายามอร์ฟิน/คน/เดือน เพิ่มจากการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการดูแลที่บ้าน อย่างไรก็ตามการจ่ายค่ายาส่วนนี้ต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบการกระจายยาตามโรงพยาบาลในพื้นที่และตามกรอบอย่างเหมาะสม จึงจะทำให้โรงพยาบาลทุกระดับได้รับประโยชน์ ผู้ให้ข้อมูล (FSO1) เสนอให้มีการปรับตัวชีวิต service plan และการเบิกจ่าย โดยให้พิจารณาตัวชี้วัดเรื่อง capacity และความพร้อมของบุคลากร และยา ในแต่ละสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลแบบประคับประคอง มากกว่าการใช้ตัวชี้วัดในเรื่องจำนวนการเข้าถึงยา

4.4.3 ศักยภาพของบุคลากร ความพร้อมในการให้บริการ และการกระจายบุคลากร

จากการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ พบว่าปัจจุบันยังไม่มีโครงสร้าง หรือการกำหนดตำแหน่งให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สำหรับแพทย์ส่วนใหญ่ต้องทำหน้าที่อื่นอยู่แล้ว แต่มีความสนใจ ความชอบเป็นพิเศษและมีจิตอาสาที่จะมารับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับพยาบาลที่มารับผิดชอบงานการดูแลแบบประคับประคอง เมื่อผ่านการอบรมแล้ว มักพบปัญหาการโยกย้าย หรือไปรับตำแหน่งที่มีโครงสร้าง หรือตำแหน่งรองรับ สำหรับเภสัชกรจะมีหน้าที่อื่นอยู่แล้ว นอกจากงานบริหารยากลุ่มโอปิออยด์ การขาดนอกจากนั้นยังพบปัญหาการขาดอัตรากำลังที่เพียงพอ ซึ่งประเทศไทยยังคงขาดอัตรากำลังคน (ผู้ให้สัมภาษณ์ FNE1, FNE2, FNO1, FCE1, FSO1) ทำให้ขาดความพร้อมในการดำเนินงานนี้ นอกจากนี้การสนับสนุนจากบุคลากรอื่น ๆ ในโรงพยาบาลก็มีความสำคัญ โดยเฉพาะความเข้าใจที่มีต่อการดูแลแบบประคับประคองและทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์

¹⁹ คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2563

นอกจากนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน (ผู้ให้สัมภาษณ์ FNE1, FNE2, FNO1, FCE1, FSO1) เนื่องจากทีมสหวิชาชีพ ต้องให้บริการอย่างใกล้ชิด ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ทั้งในและนอกเวลาราชการ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ทำให้ต้องเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างงานและชีวิตครอบครัว และส่งผลต่อสุขภาพและการทำงาน

บทที่ 5 อภิปรายผล ข้อจำกัดการศึกษา และข้อเสนอเชิงนโยบาย

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดจากกฎหมาย ข้อบังคับ และกฎระเบียบต่าง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ควบคุม ดูแลการดำเนินงาน จำเป็นต้องมีการดำเนินงาน/ปฏิบัติให้ถูกต้องตาม กฎหมาย และระเบียบต่าง ๆ เพื่อไม่ให้เกิดการกระทำอันมิชอบด้วยกฎหมาย

ข้อค้นพบที่มีความเกี่ยวเนื่องกันระหว่างข้อกฎหมายและการบริหารยา ได้แก่

- (1) การคาดการณ์ปริมาณการใช้ยา เนื่องจากปริมาณการใช้ยาของโรงพยาบาลในแต่ละปี ไม่สามารถคาดการณ์ หรือคำนวณได้จากจำนวนผู้ป่วยหรือจากปริมาณการใช้ในปีที่ผ่านมาได้ เนื่องจากมีความผันผวน ไม่แน่นอนในการใช้ยากกลุ่มนี้ ซึ่งปริมาณการใช้ยาขึ้นอยู่กับลักษณะและความปวดของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจสั่งใช้ยาในปริมาณมากเป็นพิเศษ เนื่องจากมีความปวดมาก ปริมาณการใช้ยาจึงไม่แน่นอน โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่สามารถสำรองยาในปริมาณมากได้ เนื่องจากยากกลุ่มโอปิออยด์มีอายุสั้น ทำให้โรงพยาบาลขาดยา
- (2) การยืมยา หรือแลกเปลี่ยนยาระหว่างโรงพยาบาล ตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โรงพยาบาลไม่สามารถยืมยา ในกรณีขาดฉุกเฉิน หรือไม่สามารถทำการแลกเปลี่ยนยากกลุ่มโอปิออยด์ที่ใกล้หมดอายุระหว่างโรงพยาบาลได้ แต่การปฏิบัติจริงในปัจจุบัน โรงพยาบาลมีการยืมยาระหว่างโรงพยาบาล เพื่อแก้ปัญหากรณีที่โรงพยาบาลขาดยาฉุกเฉิน และแพทย์มีความจำเป็นในการสั่งใช้ยาสำหรับผู้ป่วย สำหรับประเด็นยาหมดอายุหากสามารถแลกเปลี่ยนยาได้ จะช่วยลดภาระการแบกรับต้นทุนค่ายากกลุ่มโอปิออยด์ของโรงพยาบาลได้
- (3) การขาดความเข้าใจในกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ และการสื่อสาร ผู้ประกอบวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร จำเป็นต้องศึกษาทำความเข้าใจกฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อให้สามารถใช้นี้อย่างมั่นใจและใช้อย่างถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันผู้ประกอบวิชาชีพยังขาดความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่กล้าใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์เนื่องจากกลัวความผิด นอกจากนั้นการขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงานส่วนกลางกับผู้ปฏิบัติในระดับโรงพยาบาล ทำให้มีความไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ ทั้งการสื่อสารจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ไปสู่โรงพยาบาล การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล และการสื่อสารภายในโรงพยาบาลเดียวกัน ทำให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับนโยบายของ
- (4) ระบบข้อมูลข่าวสารและระบบเทคโนโลยี ที่นำมาใช้ในการติดตามการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ และการใช้ยาได้อย่างมั่นใจของผู้ประกอบวิชาชีพ ปัจจุบันยังขาดระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบเทคโนโลยีที่โรงพยาบาลสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกในการค้นคว้าหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงาน

นอกจากนั้น อุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ คือเรื่องความรู้และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าหลักสูตรการศึกษาของทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร การเรียน การสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ยังไม่ลึกซึ้งเพียงพอ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ไม่เพียงพอในการให้บริการแบบประคับประคอง ปัจจุบัน ในประเทศไทย มีหลักสูตรการอบรมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ทั้งในระดับพื้นฐาน (Fundamental level) และในระดับสูงหรือมีความเฉพาะเจาะจง และมีความลึกซึ้งมากขึ้น (Advance level) แต่มีปัญหา อุปสรรคในเรื่องงบประมาณในการเข้ารับการอบรม ที่โรงพยาบาลบางแห่งมีจำกัด ไม่สามารถส่งผู้ปฏิบัติงานเข้ารับการอบรมได้ นอกจากนี้การอบรมหลักสูตรในระดับสูงที่ต้องใช้ระยะเวลาในการอบรมนาน โรงพยาบาลที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ ไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทน ขณะที่ตนเองมาอบรม จึงไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และข้อกังวลเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์และเชื่อว่ายากกลุ่มนี้ทำให้ติดยาและ/หรือทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้นถึงร้อยละ 28²⁰ มีความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยากกลุ่มนี้จึงยอมทนกับความปวดโดยไม่บอกแพทย์ให้ทราบถึงความปวดร้อยละ 20²¹ และญาติหรือผู้ดูแลที่ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นผลให้ผู้ดูแลประเมินความรุนแรงความปวดแตกต่างกับผู้ป่วย ซึ่งญาติจะไม่เข้าใจความปวดของผู้ป่วย ส่งผลให้การจัดการความปวดของผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีประสิทธิภาพ²²

5.2 ข้อจำกัดการศึกษา

ข้อมูลที่น่าสนใจวิเคราะห์เรื่องปัจจัยในการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ ส่วนแรกมาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจ ในเรื่องปัจจัยด้านยา และความรู้และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจเรื่องความเชื่อมโยงและอุปสรรคในเชิงลึก และม้งานวิจัยที่พิจารณาปัจจัยเรื่องการอภิบาลระบบ กับความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยค่อนข้างจำกัด การศึกษานี้จึงเพิ่มการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มเพื่อมาตอบข้อจำกัดดังกล่าว รวมถึงเป็นช่องทางในการหารือเพื่อนำมาสู่แนวทางการแก้ไขปัญหา

สำหรับข้อมูลเรื่องสถานการณ์การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ของประเทศไทยนั้น คณะผู้วิจัยเลือกใช้ข้อมูลจากการติดตามตัวชี้วัดของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านการดูแลแบบประคับประคอง (service plan)

²⁰ Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, et al. Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: a nationwide survey in Japan. Support Care Cancer 2012; 20: 923 - 31.

²¹ Lambert K, Oxberry S, Hulme CW, Saharia K, Rigby AS, Johnson MJ. Knowledge of attitudes to opioids in palliative care patients. Palliat Med. 2007;21(8):721-722. doi:10.1177/0269216307083370

²² Miaskowski C, Kragness L, Dibble S, et al. Difference in mood status, health status, and care giver strain between family caregiver of oncology outpatient with and without cancer-related pain. J Pain Symptom Manage 1997; 13: 138 - 47.

ซึ่งเป็นการดึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center, HDC) มาใช้ ซึ่งยังมีข้อจำกัดในเรื่องความถูกต้อง ซึ่งยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งการวิเคราะห์ในส่วนกลางและการลงข้อมูลจากโรงพยาบาลต้นทาง ข้อมูลจาก สปสช. นั้น ไม่สามารถรายงานการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองได้ เนื่องจากที่มีการเปลี่ยนระบบการเบิกจ่ายเป็นการเหมาจ่ายรายหัว

5.3 ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในประเทศไทย

5.3.1 กฎหมาย

- (1) ในระยะยาว ควรมีการปรับปรุงหรือแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หมวด 3 หน้าที่ของผู้รับอนุญาต มาตรา 27 ที่ระบุว่า “ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตตามมาตรา 17 จำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 นอกสถานที่ที่ระบุไว้ในใบขออนุญาต” เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินของโรงพยาบาลและส่งเสริมการเข้าถึงยาในกลุ่มโอปิออยด์สำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง
- (2) ในระยะสั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรพัฒนาระบบการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์ให้สามารถแลกเปลี่ยน/ถ่ายโอนยาระหว่างสถานพยาบาลได้ในกรณีที่ยาขาดฉุกเฉิน
- (3) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด และกองทุนควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พัฒนาระบบการสื่อสารเชิงรุก เพื่อชี้แจงและแก้ปัญหาการเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของบุคลากรที่รับผิดชอบการบริหารเวชภัณฑ์ในเรื่องข้อกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ และให้ความมั่นใจกับผู้ปฏิบัติงานให้มีความมั่นใจในการสั่งใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์

5.3.2 การบริหารยา

- (4) กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด และกองทุนควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศึกษาแนวทางและพัฒนาระบบ third party digital signature และพัฒนาระบบการใช้ช่องทางออนไลน์ในการส่งรายงานการใช้ยาเพื่อลดระยะเวลาการดำเนินงานและเพิ่มความรวดเร็วในการส่งรายงานและสั่งยาในกลุ่มโอปิออยด์จากโรงพยาบาล
- (5) กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด และกองทุนควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ศึกษาแนวทางการบริหารจัดการยาในกลุ่มโอปิออยด์ โดยอาจพิจารณารูปแบบจัดหาและกระจายยาในระดับประเทศ (centralised procurement and distribution) โดยให้มีหน่วยงานมาดำเนินงานบริหารยาและรับแลกเปลี่ยนยาในระดับพื้นที่ ใช้วิธีการคินยาทางข้อมูล และมีการกระจายยาในพื้นที่

5.3.3 ความรู้และทัศนคติ

- (6) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายผู้ประกอบการวิชาชีพที่ดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการอบรม ศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทยสภา กสพท. สภาเภสัชกรรม สภากายาบาล พิจารณาปรับหลักสูตรการศึกษาโดยเพิ่มความสำคัญในเรื่องความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยา กลุ่มโอปิออยด์
- (7) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ประสานกับ สสส. และเครือข่าย ในการพัฒนาการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อปรับมุมมองและความเข้าใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์

5.3.4 ระบบอภิบาล

- (8) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาประเมินศักยภาพและพัฒนาแนวทางสนับสนุน สถานพยาบาลที่ยังมีปัญหาในการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง และการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ (โดยพิจารณาบริบทที่หลากหลายของ รพ. โดยเฉพาะการให้บริการในพื้นที่เขตเมือง ที่เป็นอุปสรรคของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน)
- (9) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สนับสนุนการสร้างเครือข่ายในระดับเขตสุขภาพทั่วประเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง และการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ให้มีประสิทธิภาพ
- (10) ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาแนวทางการสนับสนุน แรงจูงใจในระยะสั้นของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านนี้
- (11) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเครือข่ายดำเนินงานสนับสนุนการพัฒนายุทธศาสตร์ระดับชาติ เพื่อวางเป้าหมายที่ชัดเจนร่วมกัน ให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญ และเกิดการจัดสรรทรัพยากรมาสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลแบบประคับประคองและการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์
- (12) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เชื่อมโยงฐานข้อมูลเพื่อติดตามข้อมูลการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานในระดับประเทศ รวมถึงคุณภาพของบริการที่ผู้ประกันตนได้รับ

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf. 2561.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2561. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 20 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก : http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ill_2561_full_19Nov19.pdf. 2561.
3. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข; 2561.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายละเอียดการบริหารจัดการกองทุนย่อย Palliative Care ปีงบประมาณ 2562. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก http://203.157.232.109/datacenter/frontend/web/index.php?r=downloads%2Fdownload&id=39&file=00b70fe35df54b71f9b9f83b90bf074f.pdf&file_name=9.Palliative.pdf. 2562.
5. World Health Organization. Palliative care 2018 [cited 2019 Aug 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พ.ศ. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2563]; เข้าถึงได้จาก https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/common_form_upload_file/20150316154846_2129601774.pdf. 2557.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
8. Barbara Wells JD TS, Cecily Dipiro. Pharmacotherapy handbook. 9 ed. New York: The McGraw-Hill.
9. Manjiani D, Paul DB, Kunnumpurath S, Kaye AD, Vadivelu N. Availability and utilization of opioids for pain management: global issues. Ochsner J. 2014;14(2):208-15.
10. Lant K. Lack of Access to Morphine Causes 25 Million People to Die in Pain Every Year 2017 [cited 2019 Jul 31]. Available from: <https://futurism.com/lack-access-to-morphine-25-million-die-pain-year>.
11. Human right watch. Global state of pain treatment: access to palliative care as a human right. Human Right Watch New York; 2011.

12. Duthey B, Scholten W. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. *J Pain Symptom Manage.* 2014;47(2):283-97.
13. Berterame S, Erthal J, Thomas J, Fellner S, Vosse B, Clare P, et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study. *Lancet.* 2016;387(10028):1644-56.
14. Gee RE, Fins JJ. Barriers to pain and symptom management, opioids, health policy, and drug benefits. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(2):101-3.
15. World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. 2014 [cited 2019 Jul 31]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162863>.
16. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 261 ง (ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563). [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2563]; เข้าถึงได้จาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF. 2563.
17. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. List disease of Palliative care and Functional unit. กรุงเทพฯ: อาร์ท ควอลิตี้; 2559.
18. World Health Organization. Cancer 2018 [cited 2020 Dec 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
19. International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC). World Health Organization. 2013 [cited 2020 May 14]. Available from: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf.
20. Ziegler LE, Craigs CL, West RM, Carder P, Hurlow A, Millares-Martin P, et al. Is palliative care support associated with better quality end-of-life care indicators for patients with advanced cancer? A retrospective cohort study. 2018;8(1).
21. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. 2018;391(10128):1391-454.
22. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage.* 2013;45(6):1094-106.
23. Lockett T, Phillips J, Agar M, Virdun C, Green A, Davidson PM. Elements of effective palliative care models: a rapid review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:136.

24. Downing J, Grant L, Leng M, Namukwaya E. Understanding Models of Palliative Care Delivery in Sub-Saharan Africa: Learning From Programs in Kenya and Malawi. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(3):362-70.
25. Canadian Hospice Palliative Care Association. Innovative models of integrated hospice palliative care, The way forward initiative: an Integrated palliative approach to care. 2013.
26. Connor SR, Bermedo MCS. Global atlas of palliative care at the end of life: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
27. World Health Organization. Cancer pain relief 1986 [cited 2019 Jul 31]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf.
28. Thongkhamcharoen R, Phunggrassami T, Atthakul NJJopm. Palliative care and essential drug availability: Thailand national survey 2012. 2013;16(5):546-50.
29. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (ลงวันที่ 22 เมษายน 2522). [ไขข้อจำกัดเมื่อก่อน 25 กันยายน 2563]; [ไขข้อจำกัดได้จาก <https://bdn.go.th/attachment/about/download.php?WP=q2WZLJ1CM500hJatrTgjWz05qmuZ Z21CM500hJatrTDo7o3Q>. 2522.
30. Boudreau D, Von Korff M, Rutter CM, Saunders K, Ray GT, Sullivan MD, et al. Trends in long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009;18(12):1166-75.
31. World Health Organization. Access to controlled medications programme. Geneva: WHO Document Production Services; 2007.
32. Cleary JF, Maurer MAJJo, management s. Pain and Policy Studies Group: two decades of working to address regulatory barriers to improve opioid availability and accessibility around the world. 2018;55(2):S121-S34.
33. Duthey B, Scholten WJJJo, management s. Adequacy of opioid analgesic consumption at country, global, and regional levels in 2010, its relationship with development level, and changes compared with 2006. 2014;47(2):283-97.
34. MacDonald DM, Finley GAJJJoPCiP, Control S. Governmental barriers to opioid availability in developing countries. 2001;9(1):5-23.
35. Vallath N, Rajagopal M, Perera S, Khan F, Paudel BD, Tisocki KJWS-EAjoph. Access to pain relief and essential opioids in the WHO South-East Asia Region: challenges in implementing drug reforms. 2018;7(2):67-72.
36. Nicholas R. Pharmaceutical opioids in Australia: A double-edged sword. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, Adelaide.

37. Saini S, Bhatnagar S. Cancer Pain Management in Developing Countries. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(4):373-7.
38. Scholten W. Access to opioid analgesics: essential for quality cancer care. *Cancer Pain*: Springer; 2013. p. 249-62.
39. Javier FO, Irawan C, Mansor MB, Sriraj W, Tan KH, Thinh DHQ. Cancer pain management insights and reality in Southeast Asia: expert perspectives from six countries. *Journal of Global Oncology*. 2016;2(4):235-43.
40. Budkaew J, Chumworathayi BJAPJCP. Knowledge and attitudes toward palliative terminal cancer care among Thai generalists. 2013;14(10):6173-80.
41. Srisawang P, Harun-Or-Rashid M, Hirose T, Sakamoto J. Knowledge, attitudes and barriers of physicians, policy makers/regulators regarding use of opioids for cancer pain management in Thailand. *Journal of medical science*. 2013;75(3-4):201.
42. World Health Organization. Ensuring balance in national policies on controlled substances: Guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Geneva: World Health Organization; 2011.
43. World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses: World Health Organization; 2012.
44. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy Plan*. 2013;28(7):692-704.
45. มรกต จรุงวรธนะ. สถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ กรณีศึกษาสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. *อาหารและยา* 2563(27:13-27):27:13-27.
46. กิตติกร นิลมานัต มอ, ภัทรสิริ พจมานพงศ์, นิภา นิยมไทย. การดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านในบริบทภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2562;34(2): 76-93.
47. ธีราภรณ์ จันทร์ดา จ, บัณฑิต สำแดงฤทธิ์, อัจฉริยา ปทุมวัน, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, ประคอง อินทรสมบัติ, และคณะ. ระบบบริการการดูแลแบบประคับประคอง: บริบทภาคกลาง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*. 2560;10(2): 87-102.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการสรุปผลการทบทวนเอกสาร

No.	Data source codes	Themes/findings											
		Law and regulation	Drugs administration	Attitudes		Knowledge		Service provision	Reimbursement	Other emerging themes			
				Health workers	Patients/relatives	Health workers	Patients/relatives						

ภาคผนวก ข แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม

ประเด็น กฎระเบียบ และกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์

1. การกำหนดปริมาณต่อปี สำหรับการกำหนดปริมาณการซื้อต่อครั้ง ของสถานพยาบาล มีระเบียบหรือหลักการดำเนินงานอย่างไร หากโรงพยาบาลใดจำเป็นต้องใช้มากกว่าปริมาณที่กำหนด สามารถขอเพิ่มปริมาณได้หรือไม่ ขอได้กี่ครั้ง ต่อปี

ลำดับ	ปัญหา	จำนวนโรงพยาบาล	ร้อยละ
4	การปรับลดปริมาณอนุมัติขาย (กรณียาขาดชั่วคราว)	288	52.2
7	ระเบียบ/การจำกัดปริมาณการซื้อแต่ละครั้ง	227	41.1
8	ระเบียบ/การจดจำหน่ายกรณีปริมาณคงเหลือในสถานพยาบาลมีได้เกิน 3 เดือน	198	35.9
9	การจดจำหน่ายกรณีนี้ค้างนานเกิน 6 เดือน	178	32.4
10	การจำกัดโควตาการขายยากกลุ่มโอปิออยด์ประจำปี	164	29.7

2. ที่ผ่านมา เคยมีการสะท้อนปัญหา อุปสรรคในเรื่องของการมีปริมาณยาไม่พอเพียง หรือไม่ อย่างไร
3. ที่ผ่านมามีการกระทำผิดกฎหมายนี้หรือไม่
4. ท่านคิดว่า ควรดำเนินการแก้ไข ปัญหานี้อย่างไร
5. เหตุใดจึงไม่มีการกำหนดให้สถานพยาบาลจำหน่ายหรือมีไว้ครอบครอง ยา Oxycodone
6. แต่จากการสำรวจข้อมูล การเข้าถึงยากกลุ่มโอปิออยด์ พบว่ามีการเข้าถึงยา Oxycodone แต่สามารถเข้าถึงยาได้ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.2) เป็นการใช้อย่างถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ อย่างไร
7. ที่ผ่านมามีการกระทำผิดกฎหมายนี้หรือไม่
8. ท่านคิดว่า ควรดำเนินการแก้ไข ปัญหานี้อย่างไร
9. ข้อมูลจากการสำรวจ ปัญหาของสถานพยาบาล ด้านกฎหมาย ระเบียบต่างๆ พบว่า

ลำดับ	ปัญหา	จำนวนโรงพยาบาล	ร้อยละ
1	ปัญหาการไม่รับแลกเปลี่ยนหรือคืนยาหมดอายุ	346	62.7
2	การแลกเปลี่ยนระหว่าง รพ.กรณียาใกล้หมดอายุ/ใช้ไม่ทัน	318	57.6
3	การยืมยาระหว่าง รพ.กรณียาขาดฉุกเฉิน	298	54.0
5	ปัญหาการทำลายยาที่หมดอายุของสถานพยาบาล	276	50.0
6	การให้ผู้ป่วยไปรับยาจาก รพ.อื่น/รพ.ใกล้เคียงกรณีไม่มียาที่แพทย์สั่ง	264	47.8

10. สถานพยาบาลมีความต้องการให้มีการปรับปรุง แก้ไขกฎหมาย เช่น ให้มีการยืมยา ระหว่างสถานพยาบาลได้ในกรณีขาดฉุกเฉิน หรือ ให้มีการแลกเปลี่ยนยาที่ใกล้หมดอายุได้
11. ที่ผ่านมามีการกระทำผิดกฎหมายนี้หรือไม่
12. ท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของสถานพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

13. สถานพยาบาลสามารถยื่นคำขอรับข้อรับใบอนุญาตเป็นกรณีพิเศษได้ระหว่างปีหรือไม่ อย่างไร
14. ที่ผ่านมามีโรงพยาบาลดำเนินการขอรับใบอนุญาตเป็นกรณีพิเศษ หรือไม่ จำนวนกี่โรงพยาบาล

ประเด็น การบริหารจัดการยา (Pharmaceutical management) เศรษฐกิจ การจัดซื้อยา และการกระจายยา

1. ประเทศไทยมีปัญหาเรื่องงบประมาณในการจัดซื้อยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ บ้างหรือไม่ เช่น มีงบประมาณจำกัด
2. จากข้อมูลการสำรวจปัญหาของโรงพยาบาล (ดังภาพ ข้อ 4, 8, 9, 10)

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อปัญหาที่ส่งผลต่อการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วยในสถานพยาบาล

ลำดับ	ปัญหา	จำนวนโรงพยาบาล	ร้อยละ
1	ปัญหาการไม่รับแลกเปลี่ยนหรือคืนยาหมดอายุ	346	62.7
2	การแลกเปลี่ยนยาระหว่าง รพ.กรณียาใกล้หมดอายุ/ใช้ไม่ทัน	318	57.6
3	การยืมยาระหว่าง รพ.กรณีขาดฉุกเฉิน	298	54.0
4	การปรับลดปริมาณอนุมัติขาย (กรณีขาดชั่วคราว)	288	52.2
5	ปัญหาการทำลายยาที่หมดอายุของสถานพยาบาล	276	50.0
6	การให้ผู้ป่วยไปรับยาจาก รพ.อื่น/รพ.ใกล้เคียงกรณีไม่มียาที่แพทย์สั่ง	264	47.8
7	ระเบียบ/การจำกัดปริมาณการซื้อแต่ละครั้ง	227	41.1
8	ระเบียบ/การงดจำหน่ายกรณีปริมาณคงเหลือในสถานพยาบาลมีใช้ได้เกิน 3 เดือน	198	35.9
9	การงดจำหน่ายกรณีหนี้ค้างนานเกิน 6 เดือน	178	32.4
10	การจำกัดโควตาการขายยากกลุ่มโอปิออยด์ประจำปี	164	29.7

3. ท่านคิดว่าควรดำเนินการแก้ไขปัญหานี้อย่างไร
4. ท่านคิดว่ามีแนวทางดำเนินการอย่างไร เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชน เข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย เป็นโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่ปัจจุบันมีผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ต้องดูแลอย่างมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมามีปัญหาเรื่องราคา ยา หรือปัญหาการขาดยาบางชนิด เช่น ยาที่ใช้ในกลุ่มเด็กบ้างหรือไม่

ประเด็น การพัฒนาการศึกษา และความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงาน

1. ปัจจุบันหลักสูตรการศึกษาของวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ มีการเรียนการสอนเรื่อง การดูแลแบบประคับประคอง และการใช้ยากกลุ่มโอปิออยด์หรือไม่ อย่างไร

2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการกำหนดให้การเรียนรู้การสอนเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เป็น requirement ของหลักสูตร
3. การฝึกอบรม (Training) ในกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีองค์ความรู้ที่ถูกต้อง และมีความรู้เพียงพอต่อการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง รวมทั้งการจัดการความปวดโดยใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์อย่างสมเหตุสมผล ในปัจจุบันมีการฝึกอบรมอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง
4. ท่านคิดว่า ควรดำเนินการอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหา อุปสรรค ดังกล่าว

ประเด็น ทศนคติต่อการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ของผู้กำหนดนโยบาย ผู้ควบคุมนโยบาย บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ควบคุมนโยบายและบุคลากรทางการแพทย์

1. ท่านคิดว่ามีความจำเป็น หรือมีความเหมาะสมหรือไม่ในการนำยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ มาใช้เพื่อจัดการความปวด สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง
2. ท่านคิดว่ามีปัญหา อุปสรรคใดบ้างที่ทำให้มีทัศนคติหรือมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์
3. เคยมีเหตุการณ์ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการทำความผิดกฎหมายควบคุมการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ หรือไม่ อย่างไร
4. ท่านคิดว่า ควรดำเนินการอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหา อุปสรรค ดังกล่าว

ผู้ป่วยและญาติ

1. เมื่อปี 2561 กลุ่มผู้ป่วยได้เสนอให้ สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแก้ไขปัญหารีบบังการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ในการจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง ท่านได้มีส่วนร่วมในการผลักดันปัญหาดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร
2. ท่านหรือคนใกล้ชิดประสบปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร
3. หากย้อนไปในช่วงแรกที่ท่านเริ่มใช้ยาก่อนนี้ จากประสบการณ์ของท่าน บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น) มีการเตรียมพร้อมให้ท่านทั้งในเรื่องการให้บริการ การเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับยา รวมถึงแนวทางการใช้ยาอย่างเพียงพอหรือไม่ อย่างไร (ประสบการณ์การเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์)
4. ท่านตัดสินใจยอมรับและใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์เพื่อจัดการความปวด หรือไม่ เพราะเหตุใด

5. จากประสบการณ์ของท่าน ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ส่งผลต่อการรักษาโรค หรือส่งผลต่อโรคที่ท่านเผชิญอยู่หรือไม่ อย่างไร
6. ท่านเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการยอมรับการรักษา/จัดการอาการปวดโดยใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ในมุมมองของกลุ่มผู้ป่วยเกิดจากสิ่งใด และควรแก้ไขปัญหานี้อย่างไร
7. จากประสบการณ์ของท่าน ท่านเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ที่สำคัญ มีอะไรบ้าง และควรแก้ไขปัญหานี้อย่างไร

ประเด็น การอภิบาลและระบบบริการสุขภาพ

1. หน่วยงานของท่าน มีบทบาทและหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างไร
2. เป้าหมายและนโยบายในการดำเนินงาน PC ในช่วงปี 2560 – 2565 และในระยะยาวของหน่วยงานของท่านเป็นอย่างไร
3. การสนับสนุนการดำเนินงาน PC ของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง ในประเด็นต่อไปนี้
 - a. การพัฒนากำลังคน, การพัฒนาความรู้ของสหวิชาชีพ
 - b. การสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์
 - c. การมียาไว้ใช้และการบริหารเวชภัณฑ์
 - d. ระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงาน PC เพื่อให้เกิดการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีการดำเนินงานอย่างไร
 - e. ความร่วมมือของเครือข่ายในการดำเนินงาน (ระดับสำนักงานปลัดฯ ระดับระหว่างกรม ระดับระหว่างกระทรวง/หน่วยงานนอกกระทรวง เช่น มท. สปสช. สช. สสส. เป็นต้น ระดับประเทศ)
 - f. การสนับสนุนในระดับนโยบาย (เช่น บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขา การดูแลแบบประคับประคอง/มาตรา 12 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ/แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559/จุดเน้นการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข)
4. หน่วยงานของท่านมีแนวทางการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน PC อย่างไร
5. ในมุมมองของท่าน การดำเนินงาน PC ของประเทศไทยเป็นไปตามที่วางแผน ประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร

6. จากประสบการณ์ของท่าน อะไรคือปัญหา อุปสรรค ในการ ดำเนินงาน PC ที่ควรแก้ไขเป็นลำดับต้นๆ และควรดำเนินการแก้ปัญหา อย่างไร
7. จากการรายงานของผู้ตรวจราชการ 2561 มีจุดเน้นเรื่อง PC ระบุว่า “เขตที่ยังดำเนินการได้ไม่ครบ 100 % มีประเด็นที่ยังดำเนินการไม่ครบถ้วน คือ -ไม่มีศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบ ประคับประคอง, ไม่มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม Palliative care ปฏิบัติงานเต็มเวลา (A, S, M1), มีปัญหาการบริหารยาและอุปกรณ์ ดูแลผู้ป่วย palliative และเข้าถึงการเบิกจ่ายยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release (IOCR) และมี ยา กลุ่ม Opioid ใน รพช. แต่ไม่เพียงพอมีข้อจำกัดการเบิกและใช้ยาเป็นเวลานาน/กฎหมาย” ประเด็นปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไขอย่างไร (ตามบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานของท่าน)
8. ในมุมมองของท่าน การเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ของ สปสช. ซึ่งเป็นการ “จ่ายเพิ่มเติม” สำหรับหน่วยบริการ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนการเข้าถึงยา strong opioid หรือไม่ อย่างไร
9. ขอให้ท่านช่วยอธิบายบทบาทของ สช. ในการผลักดันแผนยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะท้ายของชีวิต 2557 – 2559 ตั้งแต่การร่าง การจัดประชุมสมัชชา ผลักดันแผนฯ เข้าสู่มติ ครม. การจัดตั้งกลไกการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนยุทธศาสตร์ฯ (หากมี)
10. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน สะท้อนว่าการมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติจะช่วยสนับสนุนการ ดำเนินงาน palliative care (ซึ่งจะส่งผลต่อการเข้าถึงยา strong opioids) ในมุมมองของท่าน แผน ยุทธศาสตร์ได้ก่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่วางไว้ มากน้อยเพียงไร หลังจากปี 2559 ไม่มีการจัดทำ ยุทธศาสตร์นี้ต่อ ท่านคิดว่าทำให้เกิดปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน palliative care หรือไม่ อย่างไร
11. ในปี 2563 สช. ได้ร่วมกับ สธ., สปสช. และ 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศเดินทางขึ้นขับเคลื่อนการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุข ตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ การดำเนินงานดังกล่าวเป็นแผนการทำงาน ต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์หรือไม่ มีการวิเคราะห์ปัญหา จุดแข็ง โอกาส และปรับปรุงแบบการ ดำเนินงาน รวมถึงภาคียุทธศาสตร์ที่ทำงานร่วมกันหรือไม่ อย่างไร

12. จากประสบการณ์ของท่านในการขับเคลื่อนเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ท่านเห็นว่าอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนางาน palliative care และการเข้าถึงยาแก้ปวด strong opioid คืออะไร และควรมีแนวทางแก้ไขอย่างไร

ภาคผนวก ค รายงานการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อโครงร่างวิจัย
เรื่อง “การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วย
ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย”

วันพฤหัสบดีที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2563 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม HITAP 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ อาคาร 6 ชั้น 6

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี และ

การประชุมทางไกล (Teleconference) ผ่านโปรแกรม Zoom

โดยมีรหัสการประชุมคือ 872 9323 9853

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- | | | |
|----|-----------------------------|---|
| 1 | นพ. ภูษิต ประคองสาย | สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 2 | นพ. อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 3 | ศ.นพ. อิศรางค์ นุชประยูร* | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4 | รศ.พญ. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล* | สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 5 | พญ. ปฐมพร ศิริประภาศิริ | กรมการแพทย์ |
| 6 | นางสายชล ศรทัตต์ | กลุ่มอาสาเพื่อนมะเร็งไทย |
| 7 | ภญ. นุชน้อย ประภาโส | กองบริหารการสาธารณสุข |
| 8 | นายพิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 9 | พญ. เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารื่อง | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 10 | นพ.จักรกริช ไ้วศิริ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 11 | คุณสุวาริวรรณ จิระเสวกติก | โรงพยาบาลราชวิถี |

12	ภญ. วิภา เต็งอภิชาติ	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
13	น.ส. วรณช นาคแท้*	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
14	น.ส. วรนุตร อรุณสตันโชติ*	สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
15	รศ.ดร. สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม*	สภากาชาด
16	ภญ.วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์*	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
17	นางสาวปิยาภรณ์*	ศูนย์ธรรมศาสตร์ธรรมรักษ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
18	นางสาวปวีณา ศรีบูรณ์*	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้ติดตาม)
19	อ.พญ.มนชรัตม์ เจนทวีพรกุล*	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
20	ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์*	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
21	ดร. ภญ.ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
22	นางกานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
23	ดร.จอมขวัญ โยธาสมุทร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
24	ภญ. จุฑามาศ พรราวแจ้ง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
25	นางสาวศรณีย์ อวนศรี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

หมายเหตุ *เข้าประชุมผ่านการประชุมทางไกล (Teleconference)

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

นพ. ภูษิต ประคองสาย ประธานที่ประชุมแจ้งวัตถุประสงค์ของการประชุมนี้ คือ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญต่อโครงร่างวิจัย เรื่อง “การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย” ซึ่งเป็นหัวข้อปัญหาใน

ระบบสุขภาพที่กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเสนอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พิจารณา ภายใต้ คณะทำงานโครงการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ในการประชุมครั้งที่ 1/2561 วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2561 ซึ่งคณะทำงานฯ เห็นว่าปัญหาดังกล่าวมีความสำคัญ จึงมอบหมายหน่วยวิจัย ได้แก่ โครงการ ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิง นโยบาย

การนำเสนอโครงร่างวิจัย

นางกานต์พิชญา เนตรพินิจกุล นำเสนอโครงร่างวิจัย เรื่อง “การสังเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึง ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในประเทศไทย” โดยมี ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ที่มาและความสำคัญ (2) วัตถุประสงค์ของการศึกษา (3) ผลการทบทวนเอกสาร เกี่ยวกับปัจจัยการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids เบื้องต้น (4) กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework) (5) ระเบียบวิธีวิจัย และ (6) ระยะเวลาในการดำเนินงาน (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1) เนื่องจากมีข้อมูล บางส่วนคลาดเคลื่อนและไม่เป็นปัจจุบัน ที่ประชุมเสนอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการ palliative care

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการ palliative care จำนวน 81,065 รายนั้น มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีประมาณ 100,000 ราย ในปี 2561 ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวนประมาณ 90,000 รายที่ได้รับบริการ palliative care และจากเอกสาร ประกอบการนำเสนอหน้าที่ 4 ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ได้รับการบริการ palliative care ในโรงพยาบาลและในชุมชนนั้น อาจเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ในการนี้ผู้แทนจากกองบริหารการสาธารณสุขชี้แจงเกี่ยวกับผลการสำรวจนี้ว่า เป็นการสำรวจจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพียง 629 ที่ ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยอาจต่ำกว่าความเป็นจริง หากที่วิจัยต้องการจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมดในประเทศไทย สามารถดูได้จากรหัส ICD10 หรือ รหัสยากกลุ่ม opioids

Palliative care

- ข้อมูลจากการสำรวจ
โรงพยาบาล 629 แห่ง
ในประเทศไทย
- พบว่า ในปี 2559 มี
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่
ต้องดูแลแบบ
ประคับประคอง ทั้งสิ้น
จำนวน 81,065 คน

ประเภท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
CA Palliative ในโรงพยาบาล	29,848	36.82
CA Palliative ในชุมชน	14,119	17.42
Non- CA Palliative ในโรงพยาบาล	19,563	24.13
Non- CA Palliative ในชุมชน	17,535	21.63
รวมทั้งสิ้น	81,065	100

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care).

2. กลุ่มโรคในการดูแลแบบ palliative care

ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จะมีการปรับเปลี่ยนการติดตามผลการดำเนินงานของระบบบริการดูแลแบบประคับประคองโดยกระทรวงสาธารณสุข ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการ palliative care ตามกลุ่มโรคต่างๆ ดังนี้

- 1) ผู้ป่วย multiple trauma patients และ ผู้ป่วย aging/dementia จะได้รับการดูแลแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long-term care) ตามลำดับ
- 2) เพิ่ม 2 กลุ่มโรคเข้ามาในบริการ palliative care ได้แก่ โรคที่เกิดจากการล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญ (vital organ failure) คือ โรคตับระยะท้าย และโรคเอดส์ระยะลุกลาม โดยมีรายละเอียดสรุปได้ดังตารางด้านล่าง

กลุ่มโรคเดิม	กลุ่มโรคที่จะเปลี่ยนใหม่ ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564
1. Palliative care in cancer patients	Palliative care in cancer patients
2. Palliative care in neurological disease/stroke	Palliative care in neurological disease/stroke
3. Palliative care in renal replacement therapy	Palliative care in chronic kidney disease
4. Palliative care in heart disease	Palliative care in heart disease

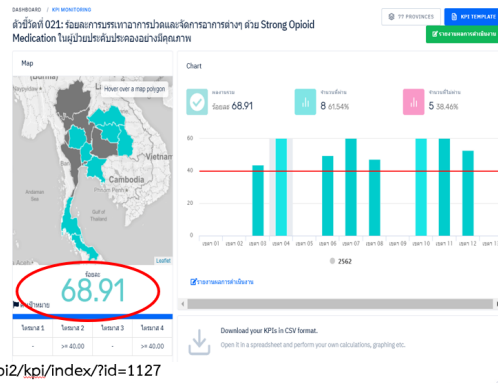
กลุ่มโรคเดิม		กลุ่มโรคที่จะเปลี่ยนใหม่ ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564
5.	Palliative care in multiple trauma patients	Palliative care in infectious disease/HIV/AIDS
6.	Palliative care in infectious disease/HIV/AIDS	Pediatric palliative care
7.	Pediatric palliative care	Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and lung-related disease
8.	Palliative care in aging/dementia	Palliative care in hepatic failure

3. ตัวชี้วัด 021: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ

ปี 2563 ตัวชี้วัด 021 ถูกถอดออกจากการรายงานบนหน้าเว็บไซต์ health KPI จึงทำให้ไม่มีการแสดงผลของตัวชี้วัดดังกล่าว อย่างไรก็ตามตัวชี้วัด 021 สามารถดูได้บนคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center, HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยสามารถแยกการแสดงผลตามเขตสุขภาพได้ และการนับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา กลุ่ม strong opioids ในตัวชี้วัดดังกล่าว ถูกแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ 1) การนับจำนวนผู้ป่วยตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และ 2) การนับจำนวนผู้ป่วยตามภาระงานของบุคลากร ซึ่งการนับแบบหลังจะมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าแบบแรก เนื่องจากมีการบันทึกข้อมูลการรับยาของผู้ป่วยรายเดียวกัน ในทุกโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรับยาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีรายการยากลุ่ม opioids มากกว่า

Literature review

- สถานการณ์การเข้าถึงยาปวดกลุ่มโอปิออยด์ ในปี 2562
- ตัวชี้วัดที่ 021: ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ



ที่มา :<http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1127>

4. แผนการเบิกจ่าย (reimbursement) ของการจ่ายยากกลุ่ม opioids

ขณะนี้ทาง สปสช. กำลังพิจารณาการอนุมัติเพิ่มการเบิกจ่าย (reimbursement) ค่ายากกลุ่ม opioids จำนวน 750 บาท/visit โดยเป็น reimbursement เพิ่มเติมจากการบริการปกติ จำนวน 700 บาท/visit โดยการเหมาจ่ายนี้เป็นการจ่ายตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยให้รักษาแบบ palliative care จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับค่าตอบแทนของบุคลากรในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 1,000 บาท นั้น ยังคงต้องรอการพิจารณาว่าจะมีการปรับลดหรือไม่

ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานวิจัยจากที่ประชุม

1. ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาหลีกเลี่ยงคำว่า end-stage patients ในชื่อภาษาอังกฤษ เนื่องจากอาจทำให้ผู้อ่านเข้าใจผิด โดยอาจเปลี่ยนไปใช้คำว่า end-of-life patients เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ประกอบไปด้วยหลายกลุ่มโรค ซึ่งบางโรคมียุขระยะเดียว

2. ขอบเขตของงานวิจัย

ทีมวิจัยควรกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนว่าการศึกษานี้จะศึกษาระบบการบริการ palliative care ด้วยหรือไม่ เนื่องจากการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids และความพร้อมของระบบดังกล่าวมีความสัมพันธ์กัน อีกทั้งครอบคลุมการศึกษาปัจจัยการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids เพื่อบรรเทาความปวดอย่างเดียวหรือรวมถึงการบรรเทาความไม่สบาย เช่น การหายใจลำบาก (dyspnea) หรือไม่ ทั้งนี้ เพื่อช่วยในการวางแผนการเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

3. กรอบแนวคิด (conceptual framework)

ที่ประชุมแนะนำให้ทีมวิจัยศึกษากรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ประเมินการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids โดยเฉพาะ หรือ WHO six building blocks อย่างไรก็ตามขอบเขตของกรอบแนวคิด WHO six building blocks อาจกว้างเกินไปที่จะนำมาใช้เพื่อศึกษาปัจจัยการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids

4. ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนเอกสาร (document review)

ที่ประชุมแนะนำให้การทบทวนวรรณกรรมมีความครอบคลุมและทันสมัย ดังนี้

- 1) เพิ่มการทบทวนเรื่องความพร้อมของบริการ palliative care
- 2) เพิ่มการทบทวนเรื่องกฎหมายสำหรับการควบคุมการใช้ยาในกลุ่ม opioids
- 3) ตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการ palliative care จากข้อมูลจาก HDC ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการ palliative care มีจำนวนน้อยกว่าความ เป็นจริงดังที่กล่าวไปข้างต้น
- 4) เพิ่มการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่น่าสนใจ ของ รศ. นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ อาจารย์โรจนศักดิ์ อาจารย์เต็มศักดิ์ และคุณณฤมล อรรถกุล และวรรณกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจปัจจัยการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids
- 5) เพิ่มการทบทวนนโยบายการสนับสนุนการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids ในต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids ในประเทศไทย เช่น resolution ที่ 67.23 ของ WHO ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะในการใช้ยาในกลุ่ม opioids และการบริการ palliative care ในแต่ละกลุ่มโรค

ขั้นตอนที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึก

- 1) ควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้
 - กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้สำนักงานอาหารและยา (อ.ย.) มีหน้าที่จัดหายาในกลุ่ม opioids จากต่างประเทศ
 - สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส) เนื่องจากเป็นหน่วยงานสำคัญที่ควบคุมนโยบายด้านยาเสพติด
 - กลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีปัญหาในการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids โดยอาจสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ต้องการใช้ยาในกลุ่ม opioids และกลุ่มที่ใช้การรักษาทางเลือกอื่น นอกเหนือจากยาในกลุ่ม opioids อย่างไรก็ตามทีมวิจัยควรมีวิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลดังกล่าว
- 2) สำหรับการสัมภาษณ์บุคลากรในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่ม opioids ได้แก่ แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ที่ประชุมมีข้อเสนอแนะดังนี้

- ทีมวิจัยควรเลือกโรงพยาบาลที่มีปัญหาในการเข้าถึงยา กลุ่ม opioids เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงยา กลุ่ม opioids ได้อย่างครอบคลุม
 - ทีมวิจัยควรเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงยา กลุ่ม opioids อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยการสัมภาษณ์ดังกล่าว สามารถสัมภาษณ์บุคลากรผ่านการประชุมทางไกล (teleconference) ได้ เพื่อลดงบประมาณรวมถึงระยะเวลาในการลงพื้นที่
 - ในการเลือกบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสัมภาษณ์นั้น ทีมวิจัยควรพิจารณาเรื่องอายุของบุคลากรด้วย เนื่องจากสามารถสะท้อนถึงความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุได้ และสามารถนำไปเชื่อมโยงกับการเพิ่มหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบ palliative care ในหลักสูตรการเรียนการสอนพื้นฐานได้
- 3) ทีมวิจัยควรเพิ่มขั้นตอนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ของคณะผู้เชี่ยวชาญที่มาร่วมประชุมวันนี้ เนื่องจากล้วนเป็นบุคลากรสำคัญในการพัฒนาระบบบริการ palliative care และการส่งเสริมการใช้ยา กลุ่ม opioids
 - 4) ทีมวิจัยควรมีชุดคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากข้อเสนอแนะที่ทางที่ประชุมเสนอให้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างการวิจัยแล้วนั้น ที่ประชุมยังมีความกังวลในเรื่องของการนำผลลัพธ์จากงานวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนานโยบาย เนื่องจากหัวข้องานวิจัยนี้ ถูกเสนอหัวข้อเข้ามาเมื่อปี พ.ศ. 2561 ซึ่งระหว่างนั้นทางผู้กำหนดนโยบายได้มีการดำเนินนโยบายส่งเสริมการใช้ยา กลุ่ม opioids โดยเฉพาะมอร์ฟีนแล้ว อีกทั้งในอนาคต ปี พ.ศ. 2564 จะมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มโรคในการดูแลแบบ palliative care ใหม่ ในกรณีนี้เพื่อให้ผลลัพธ์จากงานวิจัยสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ที่ประชุมเสนอให้เปลี่ยนหัวข้อในการทำวิจัย เป็น “การพัฒนาแบบบริการการเข้าถึงยา กลุ่ม opioids อย่างมีประสิทธิภาพ” เพื่อแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงยา กลุ่ม opioids ได้อย่างตรงจุดและทันสมัย อย่างไรก็ตามนักวิจัยชี้แจงว่าไม่สามารถเปลี่ยนโจทย์งานวิจัยได้ เนื่องจากงานวิจัยนี้ได้เซ็นสัญญากับแหล่งทุนเรียบร้อยแล้ว แต่จะนำข้อเสนอแนะจากที่ประชุมในครั้งนี้ ไปปรับโครงสร้างการวิจัยให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

ประเด็นอื่นๆ ที่ถูกอภิปรายในที่ประชุม

ที่ประชุมอภิปรายถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองและการเข้าถึงยา กลุ่ม opioids ซึ่งมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

1. นโยบายการส่งเสริมการบริการ palliative care

ขณะนี้มีการจัดตั้งการบริการ palliative care แล้ว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยา opioids มากกว่าเดิม อย่างไรก็ตามยังขาดนโยบายที่ส่งเสริมการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids ดังนี้

- (1) ขาดตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้ยากกลุ่ม opioids อย่างเป็นทางการในปัจจุบันมีเพียงตัวชี้วัดของการบริการ palliative care ได้แก่ การมี/ไม่มีการบริการ palliative care และ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยากกลุ่ม opioids
- (2) ขาดนโยบายการสนับสนุนเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพ (career path) ของบุคลากรที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- (3) ขาดการสนับสนุนจาก สปสช. ในการเบิกจ่าย (reimbursement) ยากกลุ่ม opioids ทั้งๆ ที่ราคาของยากกลุ่มนี้มีราคาต่ำเมื่อเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์อื่น ที่ทาง สปสช. อนุญาตให้เบิกจ่ายได้ ในการนี้ตัวแทนจาก สปสช. ชี้แจงว่านโยบายดังกล่าวสามารถทำได้ แต่ต้องมีระบบการติดตาม (tracking) เพื่อยืนยันว่ายากกลุ่ม opioids ถูกจำหน่ายและนำไปใช้อย่างถูกต้องหรือไม่ กล่าวคือ ยากกลุ่ม opioids ถูกนำไปใช้ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้าสู่บริการ palliative care จริง ไม่ได้ถูกนำไปใช้ในข้อบ่งชี้อื่น และยาดังกล่าวไม่ได้ถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด (drug abuse) ซึ่งวิธีการในการแก้ปัญหาดังกล่าวคือ ต้องเพิ่มแพทย์ที่จบเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยได้อย่างถูกต้องว่าผู้ป่วยควรเข้าสู่การบริการ palliative care หรือไม่ อีกทั้งมีความตระหนักและความกล้าในการสั่งจ่ายยากกลุ่ม opioids

2. กฎหมายการควบคุมการใช้ยาในกลุ่ม opioids

เนื่องจากยากกลุ่มโอปิออยด์ จัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 2 จึงทำให้ต้องมีระบบการควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมปริมาณการนำเข้าและครอบครอง การควบคุมการจำหน่าย การเก็บรักษายาเสพติดให้โทษในประเภท 2 อย่างชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จำหน่าย หมายรวมถึง ซื้อ ขาย แจกจ่าย แลกเปลี่ยน) ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 จำเป็นต้องทราบและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด รวมถึงต้องจัดทำรายงานบัญชีรับจ่ายยาเสพติดให้โทษและเสนอรายงานต่อเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นรายเดือนและต้องทำลายยาในกลุ่ม opioids ที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ตามแนวทางที่กำหนดอย่างชัดเจน ด้วยเหตุนี้กฎหมายการควบคุมการใช้ยาในกลุ่ม opioids จึงถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงยากกลุ่มนี้ ดังนั้นควรมีแนวทางการรองรับการลดหย่อนโทษหากเกิดกรณีที่บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องยืมยากกลุ่ม opioids กระทบกันโดยที่ไม่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายข้างต้น ทั้งนี้ที่ประชุมชี้แจงเรื่องการยืมยาระหว่างสถานพยาบาลติดต่อกฎหมายตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้

โทษปี พ.ศ. 2522 ว่า บุคลากรทางการแพทย์ยังคงไม่ทราบเกี่ยวกับข้อกฎหมายที่มีการอนุญาตให้มีการกระจายยาในกลุ่ม opioids ระหว่างโรงพยาบาลได้โดยการเขียนใบ ยส. 5

3. ความสามารถในการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids

ที่ประชุมให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการขาดยาในกลุ่ม opioids ในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลไม่มียาในกลุ่ม opioids เข้ามาเป็นหนึ่งในรายการยาในโรงพยาบาล เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ palliative care ที่โรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนน้อย กอปรกับความยุ่งยากในเรื่องของกฎหมายการควบคุมการใช้ยาในกลุ่ม opioids และยาบางตัวหมดอายุเร็ว ทำให้ไม่สามารถเบิกคืนได้ ดังนั้นที่ประชุมเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการขาดยาในกลุ่ม opioids ในโรงพยาบาลชุมชน โดยการจัดตั้งโรงพยาบาลแม่ข่าย (node) เพื่อกระจายยา ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลใหญ่มีรายการยาในกลุ่ม opioids ครบถ้วน พร้อมทั้งจะกระจายยาไปให้โรงพยาบาลชุมชน

4. ความรู้และทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์

ความรู้และทัศนคติด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ palliative care ของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ส่งผลต่อการให้การดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงการเข้าถึงยาในกลุ่ม opioids ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกลุ่มบุคลากรที่มีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาในกลุ่ม opioids มากกว่ากลุ่มบุคลากรที่ไม่มีความรู้ดังกล่าว เช่น แพทย์ในโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่กล้าสั่งจ่ายยาในกลุ่ม opioids ให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลลูกข่าย เนื่องจากกังวลว่าผู้ป่วยจะนำไปใช้ในทางที่ผิด ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เป็นหนึ่งในหลักสูตรพื้นฐานของคณะแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์และเภสัชศาสตร์

5. ทัศนคติของผู้ป่วยและญาติ

เนื่องจากยาในกลุ่ม opioids จัดเป็นยาเสพติดให้โทษ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงมีทัศนคติว่า หากใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวแล้วจะทำให้ติดยาได้ รวมถึงการยอมรับและความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการรักษาแบบรุกราน (invasive treatment) หรือการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit; ICU) อีกต่อไป แต่ผู้ป่วยจะได้รับยาในกลุ่ม opioids เพื่อบรรเทาความปวดและความไม่สบาย เพื่อทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน

6. คุณภาพและรูปแบบของยาในกลุ่ม opioids

ที่ประชุมเสนอให้มีการผลักดันให้องค์การเภสัชกรรม (government pharmaceutical organization; GPO) ผลิตยารับประทานกลุ่ม opioids รูปแบบปลดปล่อยแบบควบคุม (controlled

release, CR) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ช่วยลดความถี่ในการกินยาของผู้ป่วยและสามารถควบคุมความปวดได้นาน โดยในปัจจุบันประเทศไทยยังคงต้องนำเข้ายาในรูปแบบดังกล่าวจากต่างประเทศ ทำให้ยาในรูปแบบดังกล่าวมีราคาสูง

นพ. ภูษิต ประคองสาย กล่าวสรุปว่า ทีมวิจัยของ HITAP จะพิจารณาข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานวิจัยจากการประชุมครั้งนี้ โดยให้ความสำคัญกับประโยชน์ของงานวิจัยที่จะใช้ในการพัฒนานโยบายเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงยากกลุ่ม opioids ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อไป

ท้ายนี้ นพ. ภูษิต ประคองสาย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เข้าร่วมการประชุมและให้ข้อมูลรวมทั้งข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในครั้งนี้ และกล่าวปิดการประชุม

ปิดประชุมเวลา 16.00 น.

.....

ภญ. จุฑามาศ พรวางแจ้ง

ผู้จัดรายงานการประชุม

.....

นางกานต์พีชญา เนตรพิสิทธ์กุล

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ภาคผนวก ง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. IHRP2020084

IHRP No. 071-2563



Ethics Committee

Institute for the Development of Human Research Protections (IHRP)

Building 8 Floor 7 Room 702 Department of Medical Science Ministry Public Health Nonthaburi Thailand 11000

Certificate of Approval

Title of Project: A synthesis of factors affecting an access to opioid analgesics for palliative care of end-stage patients in Thailand

Principal Investigator: Kanpechaya Netpisitkul

Responsible Organization: Health Intervention and Technology Assessment Program, Ministry of Public Health.

Document Reviewed:

1. Summary: Version 1 - Date 12/06/2563
2. Research proposal: Version 2 - Date 04/08/2563
3. Participant Information sheet: Version 2 - Date 03/08/2563
4. Informed Consent Form: Version 2 - Date 03/08/2563
5. Interview guide for In-depth Interview: Version 2 - Date 03/08/2563
6. Study Budget/Forecast Expenses for Study Conducting: Version 2 - Date 03/08/2563
7. Curricular Vitae of Investigators

The Ethics Committee of Institute for the Development of Human Research Protections (IHRP) had reviewed the research proposal. Concerning on scientific, ICH-GCP and ethical issues, the committee has approved for the implementation of the research study mentioned above.

Signature: 

(Dr.Vichai Chokevivat)

Chairman

Signature: 

(Dr.Pramote Stienrut)

Committee and Secretary

Date of First Meeting: July 15, 2020

Date of Approval: August 11, 2020