

# ผลกระทบด้านงบประมาณในการผนวกร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นุศราพร เกษสมบุญ\*      สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวยการ†  
วรารณ ปวงกันทา‡      วีระศักดิ์ พุทธาศรี‡

## บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับร้านยาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อคาดการณ์ผลกระทบต่อด้านงบประมาณ ที่กำหนดให้ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิธีศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิประเมินอุปสงค์และอุปทานของบริการ วิเคราะห์ต้นทุนของบริการเภสัชกรรมชุมชนรายกิจกรรม ในมุมมองของผู้ให้บริการ และประเมินผลกระทบต่องบประมาณจากการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ระยะเวลาการศึกษาในช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒. จากการศึกษพบว่าค่าใช้จ่ายโดยประมาณของร้านยาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายละ ๑๘๒-๑,๐๔๔ บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ ๑๕๔,๗๔๐-๑,๑๑๗,๐๘๐ บาท และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายละ ๑๘๒-๑,๐๘๘ บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ ๒๔๒,๒๔๒-๑,๔๖๑,๔๓๘ บาท. ดังนั้น บทบาทของร้านยาในระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าอาจจะเริ่มต้นที่การแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและแรงดันเลือดได้. อย่างไรก็ตาม การพัฒนาการบริหารการเงินเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อครอบคลุมภาระต้นทุนที่เพิ่มขึ้นในการเชื่อมร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอาจพิจารณาให้มีการร่วมจ่ายจากผู้ให้บริการเพื่อป้องกันการให้บริการที่ไม่เหมาะสม.

**คำสำคัญ:** ผลกระทบด้านงบประมาณ, ร้านยา, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การร่วมจ่าย

## Abstract Budget Impact from Incorporating Community Pharmacy into the Universal Health Coverage Scheme

Nusaraporn Kessomboon\*, Surasit Lochid-amnuay†, Waraporn Pongkantha‡, Weerasak Putthasri‡

\*Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, †Faculty of Pharmacy, Silapakorn University,

‡International Health Policy Program, Bangkok

There are some practical models of community pharmacy provision in Thailand that are coordinated with hospitals in providing care for cases of stable diabetes and hypertension. This study was aimed at estimating the impact on budgets of incorporating community pharmacy into the Universal Health Coverage Scheme in providing care for cases of stable diabetes and hypertension. First, secondary data were reviewed to estimate the supply and demand of community pharmacy services. Unit cost analysis of the community pharmacy activities were situation, using the activity-based costing technique. Finally, the budget impact analysis was estimated under the model of refill medication at the community pharmacy. The timeframe of this study was January to September 2009. The result showed that the budget impact of community pharmacy in providing medication refill for stable diabetes varied between 182 and 1,044 baht per patient, or between 194,740 and 1,117,080 baht per hospital. Regarding the budget impact for medication refill in stable hypertension, the average expenditure ranged from 182 to 1,098 baht per patient, or 242,242 to 1,461,438 baht per hospital. It may be concluded that the community pharmacy could be a part of an integrated package of care for people with long-term conditions, such as stable diabetes and hypertension. However, a financial incentive is required to meet additional costs and to connect community pharmacies to the Universal Health Coverage Scheme. Co-payments may be used in this program to prevent inappropriate utilization.

**Key words:** budget impact, community pharmacy, Universal Health Coverage Scheme, co-payment

\*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น, †คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์,

‡สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

## ภูมิหลังและเหตุผล

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการมุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารจัดการโครงการ ดำเนินการจัดการและซื้อบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนที่มีสิทธิจากสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชนบางแห่ง สปสช. ได้จัดทำข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๔๘ ซึ่งได้เปิดโอกาสให้สถานบริการที่มีบริการไม่ครบเกณฑ์สามารถเข้าร่วมในการให้บริการในแบบจำลอง “หน่วยบริการร่วมให้บริการ” ซึ่งหมายถึงหน่วยบริการที่จัดบริการสาธารณสุขไม่ครบเกณฑ์ระดับปฐมภูมิ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง โดยมีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรกับหน่วยบริการประจำ ทำให้ภาคเอกชนที่ประกอบวิชาชีพต่างๆ สามารถเข้าร่วมโครงการโดยเป็นผู้ให้บริการได้.

ปัจจุบันนี้ หน่วยบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้พัฒนาแบบจำลองบริการเพื่อลดความแออัดหรือจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล, พยายามส่งเสริมการจัดหาสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่สะดวกมากยิ่งขึ้น, รวมทั้งใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย, ปรับเปลี่ยนการบริการผู้ป่วยนอกออกไปสู่ชุมชนด้วยการถ่ายโอนการบริการไปสู่ภาคเอกชนโดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชน. โรงพยาบาลหลายแห่งในเขตกรุงเทพมหานครได้เพิ่มจำนวนคลินิกชุมชนอบอุ่นในเครือข่ายของตน เพื่อรับผิดชอบดูแลการรักษาพยาบาลเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก. สำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งมีการกระจายตัวของสถานพยาบาลเอกชนยังไม่มากพอ ได้มีการปรับรูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ให้มีขีดความสามารถมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วย

ได้ระดับหนึ่งก่อนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยการยกระดับหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน ซึ่งมีแพทย์ประจำคอยให้บริการผู้ป่วย. นอกจากด้านการตรวจรักษาแล้ว ศูนย์แพทย์ชุมชนยังเพิ่มความหลากหลายของรายการยาในศูนย์ให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับขีดความสามารถของหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การใช้จ่ายของผู้ป่วยซึ่งรับบริการจากศูนย์แพทย์ชุมชนมีความซับซ้อนมากขึ้น.

ร้านยาเป็นสถานบริการสำหรับการดูแลสุขภาพในระบบสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่อประชาชน เพราะร้านยามีการกระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ มากกว่าสถานพยาบาลของรัฐและยังเป็นสถานบริการทางสาธารณสุขอันดับแรกที่ประชาชนนึกถึงเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ประกอบกับปัจจุบันเภสัชกรที่ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมประจำในร้านยาหรือเภสัชกรชุมชนมีจำนวนมากขึ้น ทำให้การประกอบวิชาชีพในร้านยามีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาบทบาท/รูปแบบไปจากเดิมที่มีเพียงการจ่ายยา ไปสู่การนำองค์ความรู้ทางด้านการบริหารเภสัชกรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานในร้านยา ช่วยให้เภสัชกรชุมชนขยายบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลการใช้ยาของชุมชน ประกอบกับข้อกำหนดของ สปสช. เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ และด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณโดยเฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐ ทำให้การเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทำได้ยากขึ้น.

ดังนั้น การถ่ายโอนภารกิจบริการดูแลการใช้ยาไปสู่ร้านยาซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนซึ่งมีศักยภาพในการให้บริการด้านเภสัชกรรมแก่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในบางพื้นที่ได้. อีกทั้งปัจจุบันได้มีระบบการรับรองเรื่องคุณภาพของร้านยา โดยสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และสภาเภสัชกรรม ได้ทำการตรวจประเมินและรับรองร้านยาที่มีคุณภาพการบริการที่ดีหรือ “ร้านยาคุณภาพ” ทำให้มีความมั่นใจว่าร้านยาที่จะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีสถานภาพและคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐาน.



จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประสบการณ์จากการศึกษาในพื้นที่นำร่อง ได้แก่ ร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม<sup>(๑,๒)</sup>, ร้านยาเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร<sup>(๓)</sup>, ร้านยาเภสัชสมบุญ จังหวัดนครราชสีมา<sup>(๔)</sup> และร้านยาเลิศโฮสเทล จังหวัดสมุทรปราการ<sup>(๕)</sup>. สรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จที่สนับสนุนให้ร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย : (๑) การมีแรงขับหรือความต้องการจากโรงพยาบาล ด้วยข้อจำกัดกำลังคน ต้องการลดต้นทุนในการบริหารจัดการ และต้นทุนของผู้มารับบริการ; (๒) การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรจากร้านยาในพื้นที่; (๓) การมีระบบรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพ; (๔) จำนวนและการกระจายของร้านยาคุณภาพที่เหมาะสมกับแบบจำลองในพื้นที่อย่างเพียงพอ; (๕) การมีข้อกำหนดหรือข้อตกลงในการดำเนินการคู่สัญญารองรับรวมทั้งการกำหนดจำนวนผู้ลงทะเบียนในพื้นที่; และ (๖) การมีระบบการเงิน และการจ่ายที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย.

ร้านยาคุณภาพมีทางเลือกของการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพได้หลากหลายตั้งแต่ การเป็นที่ปรึกษาแก่ประชาชนในการใช้ยาที่ถูกต้อง, การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์, การเติมยาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ, การตรวจคัดกรองโรคอย่างง่าย รวมทั้งงานส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลและชุมชน. เมื่อพิจารณาในส่วนบทบาทของร้านยาในพื้นที่นำร่อง พบว่าบทบาทของร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นกับความต้องการของชุมชนและความสอดคล้องของบริการที่ร้านยาสามารถเข้าไปร่วมแบ่งเบาภาระงานของหน่วยบริการ รวมทั้งการช่วยพัฒนาและยกระดับคุณภาพของบริการ.

อย่างไรก็ตาม การดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถรับบริการที่ร้านยาซึ่งเป็นโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกได้ นับเป็นบทบาทหนึ่งที่ร้านยาบาง

แห่งได้ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล และพบว่าเป็นระบบบริการที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยการไปรับบริการเติมยาต่อเนื่องที่ร้านยาคุณภาพซึ่งมีเภสัชกรให้การดูแลเรื่องการใช้ยาและมีการติดตามอาการของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และบรรเทาความแออัดในการรอรับบริการที่โรงพยาบาลได้มาก รวมถึงช่วยให้ระบบบริการของโรงพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น. ดังนั้น การศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินของการกำหนดให้ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการออกแบบระบบการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อประเมินอุปสงค์และอุปทานของการบริการเภสัชกรรมชุมชนในกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และศึกษาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมของบริการเภสัชกรรมชุมชนในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งคาดการณ์ผลกระทบด้านงบประมาณหากกำหนดให้ร้านยาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

## ระเบียบวิธีศึกษา

ก. เก็บข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอุปสงค์และอุปทานของการบริการ ประกอบด้วย ความจำเป็น อุปสงค์ และพฤติกรรมมารับบริการร้านยา จากฐานข้อมูลสำรวจสวัสดิการและอนามัย รวมทั้งการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย การกระจายของร้านยาและร้านยาคุณภาพ จากสมาคมเภสัชกรรมชุมชน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

ข. วิเคราะห์ต้นทุนของการจัดบริการเภสัชกรรมชุมชนรายกิจกรรมในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยอ้างอิงข้อมูลบางส่วนจากการศึกษาที่ผ่านมา ผนวกกับการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม. หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาคำนวณต้นทุนต่อ ๑ หน่วยบริการของงานเภสัชกรรมชุมชนโดยใช้หลักการศึกษาด้านทุน

ฐานกิจกรรม ใช้ระยะเวลาจัดเก็บข้อมูล ๙ เดือนในช่วงเดือนมกราคม - กันยายน ๒๕๕๒.

ระบบต้นทุนฐานกิจกรรม<sup>(๖)</sup> (Activity-Based Costing; ABC) เป็นระบบต้นทุนที่พัฒนาขึ้นมาด้วยสมมติฐานที่ว่ากิจกรรม ทำให้เกิดต้นทุน ไม่ใช่ตัวผลิตภัณฑ์ และปริมาณการผลิต หรือการให้บริการ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดต้นทุน หรือกล่าวได้ว่าระบบ ABC ถือว่ากิจกรรมทำให้เกิดต้นทุน. ส่วนผลิตภัณฑ์ หรือบริการเป็นตัวก่อให้เกิดกิจกรรม. ระบบต้นทุนฐานกิจกรรมมีความเหมาะสมสำหรับกิจการที่มีลักษณะดังนี้: (๑) ผลิตบริการหรือผลิตภัณฑ์หลายประเภท; (๒) มีลักษณะการผลิตที่ซับซ้อน; (๓) มีความแตกต่างกันในแต่ละผลิตภัณฑ์; (๔) มีค่าดำเนินการสูงเมื่อเทียบกับสัดส่วนของต้นทุนอื่นๆ.

ในการศึกษานี้ต้องการศึกษาต้นทุนต่อ ๑ หน่วยกิจกรรมของบริการเภสัชกรรมชุมชนในร้านยา ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีขนาดเล็ก มีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย และใช้หน่วยต้นทุนร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ มีค่าดำเนินการสูง. ดังนั้น การนำระบบ ABC มาใช้วิเคราะห์ต้นทุนจึงมีความเหมาะสม โดยในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนจาก ๓ ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ ๑** ข้อมูลจากการศึกษาประสิทธิภาพทางการเงินของโครงการเครือข่ายร้านยาในคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย<sup>(๗)</sup> ได้แก่

๑. เงินค่าตอบแทนของเภสัชกรสมบุญ (เทียบเท่าเภสัชกรระดับ ๘ ในระบบราชการ).

๒. ต้นทุนค่าไฟฟ้า เก็บข้อมูลค่าไฟฟ้าตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๔๘ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๘ รวมระยะเวลา ๑ ปี เก็บจากชั่วโมงการใช้ไฟฟ้าของเภสัชกรหรือผู้ช่วย นับเป็นหน่วยการใช้ไฟฟ้า.

๓. ครุภัณฑ์ประจำร้านยา เก็บเวลาการใช้งานครุภัณฑ์จริงในการทำกิจกรรมนั้นๆ เพื่อหาสัดส่วนเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม.

๔. สถานที่ เก็บข้อมูลตามพื้นที่การใช้งานจริงตามรายกิจกรรม.

๕. เวลาการปฏิบัติงานของเภสัชกรสมบุญเก็บจากชั่วโมงการทำงานของเภสัชกร นับเป็นชั่วโมงการทำงาน.

**ส่วนที่ ๒** ข้อมูลเก็บเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เวลาการปฏิบัติงานของเภสัชกร ๒ คน ประจำร้านยาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สำหรับตัวผลิตภัณฑ์ทรพยากร ที่เลือกใช้ในการผลิตภัณฑ์ทรพยากรเข้าสู่กิจกรรมประกอบด้วย สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของเภสัชกร, สัดส่วนเวลาในการใช้ครุภัณฑ์, สัดส่วนพื้นที่ที่ใช้ และสัดส่วนเวลาในการใช้ไฟฟ้า.

**ส่วนที่ ๓** การวิเคราะห์ความไว ดำเนินการโดยการปรับค่าแรงของเภสัชกร จากค่าแรงของเภสัชกรสมบุญ ซึ่งจัดว่าเป็นเภสัชกรอาวุโส เป็น (๑) ค่าแรงเภสัชกรในกรณีเจ็บใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐทันที และ (๒) ค่าแรงของเภสัชกรกรณีทำงานนอกเวลาในสถานบริการสุขภาพของเอกชน.

ค. ประเมินผลกระทบเชิงงบประมาณจากการนำร้านยาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยคำนวณจากข้อมูลตามข้อ ก. และ ข.

## ผลการศึกษา

### อุปสงค์และอุปทานของการบริการ

การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน โดยพิจารณาอุปสงค์หรือความต้องการ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และวิทยาการระบาดของโรคที่เกี่ยวข้อง. สำหรับการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการดำเนินงานในส่วนอุปทาน ได้แก่จำนวนและการกระจายตัวของร้านยาในระบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### ๑. พฤติกรรมสุขภาพในการรับบริการร้านยา

ผลการสำรวจสุขภาพและอนามัย พ.ศ. ๒๕๕๐ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีจำนวนคนไทยที่มีการเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา ๑๑.๔๕ ล้านคน โดยมีสัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไปรับบริการชื่อยาเกินเองที่ร้านยา จำนวน ๒.๙๔ ล้านคน (ร้อยละ ๒๕.๖๙). หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มสวัสดิการบัตรทอง พบว่ามีอาการเจ็บป่วย ๙.๓๑ ล้านคน และ



ไปซื้อยากินเองจำนวน ๒.๓๙ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๕.๗ (ตารางที่ ๑).

## ๒. สถานการณ์ทางวิทยาการระบาด

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานภาระการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในพ.ศ. ๒๕๔๙ จำนวน ๓๗๕,๖๐๐ รายและ ๓๓๔,๑๖๘ ราย ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็นต้นมา จะมีจำนวนและอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๗ ได้ประมาณการความชุกของโรคเรื้อรังที่สำคัญคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยความชุกของความดันโลหิตสูงของเพศชายอยู่ที่ร้อยละ ๒๓.๓ และเพศหญิงร้อยละ ๒๐.๙ ส่วนโรคเบาหวานมีความชุกร้อยละ ๖.๔ ในเพศชาย และร้อยละ ๗.๓ ในเพศหญิง ความชุกของทั้งสองโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ ๒ และ ๓).

นอกจากนี้ข้อมูลเบื้องต้นในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่ายังมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานถึงร้อยละ ๕๖ ที่ยังไม่เคยรับรู้หรือได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน ร้อยละ ๒๙ ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีผู้ป่วยร้อยละ ๑๓ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นทางเลือกที่สามารถดูแลและจ่ายยาผ่านร้านยาคุณภาพได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่พบว่าร้อยละ ๗๑ ยังไม่เคยรับรู้หรือได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองมีแรงดันโลหิตสูงมาก่อน มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๙ ที่สามารถรับการรักษาและควบคุมระดับแรงดันโลหิตได้ ซึ่งเป็นทางเลือกที่สามารถดูแลและจ่ายยาผ่านร้านยาคุณภาพได้เช่นกัน อาจกล่าวได้ว่าหากดูแลเฉพาะสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาพยาบาลในระบบประมาณร้อยละ ๓๑ (พ.ศ. ๒๕๔๗) และร้อยละ ๔๑ (พ.ศ. ๒๕๕๒) ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีความเป็นไปได้ที่จะไปรับยานอก

ตารางที่ ๑ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย พ.ศ. ๒๕๕๐

สถานพยาบาล	สวัสดิการรักษายา			รวม (ร้อยละ)
	บัตรทอง (ร้อยละ)	ข้าราชการ (ร้อยละ)	ประกันสังคม (ร้อยละ)	
ไม่ได้ทำการรักษา	๔.๖๐	๔.๒๕	๔.๘๑	๔.๖๑
ใช้ยาแผนโบราณ/สมุนไพร	๐.๘๔	๐.๕๕	๐.๕๐	๐.๘๒
หาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ	๐.๒๓	๐.๐๔	๐.๔๓	๐.๒๔
ซื้อยากินเอง-ร้านยา	๒๕.๗๐	๓๑.๖๓	๒๑.๓๘	๒๕.๖๕
สถานีอนามัย	๑๘.๔๘	๒.๒๑	๔.๘๑	๑๕.๗๔
โรงพยาบาลชุมชน	๑๖.๒๔	๗.๐๖	๑๓.๘๖	๑๕.๒๖
โรงพยาบาลจังหวัด	๖.๓๒	๖.๓๖	๑๓.๘๖	๗.๑๕
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	๐.๗๓	๑.๕๑	๔.๕๔	๑.๒๐
โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ	๑.๔๖	๓.๗๑	๕.๕๔	๒.๕๑
คลินิกเอกชน	๒๐.๘๓	๑๗.๐๒	๑๖.๔๖	๒๐.๐๖
โรงพยาบาลเอกชน	๒.๘๐	๒๓.๔๘	๕.๔๕	๔.๗๐
อื่นๆ	๑.๗๗	๒.๑๔	๓.๖๕	๒.๐๒
รวมทั้งหมด	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐	๑๐๐.๐๐

ที่มา: การสำรวจสุขภาพและอนามัย พ.ศ. ๒๕๕๐, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

**ตารางที่ ๒** จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ทั้งประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๕

พ.ศ.	ความดันโลหิตสูง		เบาหวาน	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
๒๕๔๐	๘๖,๓๐๐	๑๕๘.๐๐	๘๑,๖๐๑	๑๔๘.๓๐
๒๕๔๑	๙๔,๑๐๖	๑๖๕.๖๐	๙๓,๕๖๔	๑๗๕.๓๐
๒๕๔๒	๑๒๐,๒๘๐	๒๑๖.๖๐	๑๒๑,๕๔๗	๒๑๘.๙๐
๒๕๔๓	๑๔๒,๘๓๓	๒๕๙.๐๒	๑๔๒,๐๘๘	๒๕๗.๕๙
๒๕๔๔	๑๕๖,๔๔๒	๒๘๗.๕๐	๑๕๑,๑๑๕	๒๗๗.๓๑
๒๕๔๕	๑๘๗,๑๖๒	๓๔๐.๙๙	๑๘๗,๑๔๑	๓๔๐.๙๕
๒๕๔๖	๒๑๘,๒๑๘	๓๘๙.๘๓	๒๑๗,๑๓๖	๓๘๘.๗๕
๒๕๔๗	๒๖๕,๖๓๖	๔๗๗.๓๕	๒๖๕,๑๖๕	๔๗๖.๑๖
๒๕๔๘	๓๐๗,๖๗๑	๕๔๔.๐๘	๓๐๗,๓๙๑	๕๔๓.๕๓
๒๕๔๙	๓๖๕,๖๐๐	๖๕๙.๕๗	๓๖๔,๑๖๘	๖๕๖.๘๒

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
รวบรวมโดย: กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

**ตารางที่ ๓** ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในคนไทย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ)		เบาหวาน (ร้อยละ)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
๑๕-๒๕	๕.๘	๔.๑	๒.๐	๑.๖
๓๐-๔๔	๑๘.๖	๑๓.๕	๕.๒	๕.๑
๔๕-๕๙	๓๕.๗	๓๔.๓	๑๑.๔	๑๒.๖
๖๐-๖๙	๔๗.๓	๔๘.๑	๑๗.๘	๑๘.๕
๗๐-๗๙	๕๗.๒	๕๔.๒	๑๒.๓	๑๕.๗
รวม	๒๓.๓	๒๐.๕	๖.๔	๗.๓

ที่มา: การสำรวจสุขภาพพลานามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๗

สถานพยาบาลหรือร้านยาได้ เช่นเดียวกับสัดส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในระบบร้อยละ ๓๘ (พ.ศ. ๒๕๔๗) และร้อยละ ๕๑ (พ.ศ. ๒๕๕๒) สามารถควบคุมระดับแรงดันโลหิตตนเองได้.

**๓. จำนวนและการกระจายตัวของร้านยา**

ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ มีจำนวนร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองทั้งประเทศจำนวน ๓๑๖ ร้าน กระจายใน ๕๐ จังหวัด

แต่จำนวนส่วนใหญ่ยังกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และจังหวัดใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ ๑๑๔ แห่ง, ชลบุรี ๑๙ แห่ง, ภูเก็ต เชียงใหม่ นครราชสีมา จังหวัดละ ๑๑ แห่ง เป็นต้น. ปัจจุบันมีนโยบายสนับสนุนให้มีการเปิดและรับรองร้านยาคุณภาพเพิ่มขึ้น โดยกำหนดให้แต่ละจังหวัดควรมีอย่างน้อย ๑ แห่ง. นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่แสดงถึงจำนวนร้านยาที่มีศักยภาพ โดยนับจากร้านยาที่มีเภสัชกรที่เป็นสมาชิกของสมาคม



เภสัชกรรมชุมชน จำนวน ๔๕๕ แห่ง กระจายใน ๖๘ จังหวัด.

### ต้นทุนของการจัดบริการเภสัชกรรมในมุมมองของผู้ให้บริการ

ผลการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมในมุมมองของร้านยา โดยใช้ค่าแรงของเภสัชกรสมบุญที่มีค่าแรงทั้งหมด ๔๕๘,๔๐๐ บาทต่อปี (รายละเอียดของต้นทุนค่าแรงต่อปี คือ เงินเดือน ๓๙๖,๐๐๐ บาท, เงินประจำตำแหน่ง ๖๐,๐๐๐ บาท และ ค่ารักษาพยาบาล ๒,๔๐๐ บาท) พบว่ากิจกรรมในภาพรวมมีต้นทุนต่อหน่วยตั้งแต่ ๓ - ๑๗๙ บาท โดยกิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด คือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ๓-๑๕ บาทต่อราย และ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด ๙๐-๑๗๙ บาทต่อราย.

การวิเคราะห์ความไวในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาการปรับเปลี่ยนส่วนค่าแรงของเภสัชกรเนื่องจากภาพรวมของต้นทุนนั้นตัวแปรค่าแรงเป็นตัวแปรที่มีผลต่อค่าต้นทุนรวมและเพื่อเป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจเชิงบริหาร. ค่าแรง

ที่นำมาวิเคราะห์แบ่งเป็น ๒ กรณี ได้แก่ การวิเคราะห์ความไวกรณีที่ ๑ ใช้ค่าแรงของเภสัชกรฉบับใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐแบบเต็มเวลา เท่ากับ ๒๑๓,๖๐๐ บาทต่อปี และกรณีการวิเคราะห์ความไวกรณีที่ ๒ ใช้เภสัชกรในลักษณะนอกเวลา โดยอิงค่าแรงของเภสัชกรที่ทำงานนอกเวลาในสถานบริการสุขภาพเอกชน ซึ่งกำหนด ๑๒๐ บาทต่อชั่วโมง ผลการวิเคราะห์ความไวเปรียบเทียบทั้งสองกรณี พบว่ากรณีที่ใช้ค่าแรงของเภสัชกรฉบับใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐแบบเต็มเวลาจะทำให้ต้นทุนต่อกิจกรรมมีค่าต่ำกว่า.

### ผลกระทบเชิงงบประมาณจากการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การประเมินผลกระทบเชิงงบประมาณสำหรับดำเนินการคำนวณจากข้อมูลโรงพยาบาลที่เข้าโครงการพัฒนาลดความแออัดของ สปสช. จำนวน ๑๐ แห่ง ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาล เฉลี่ย ๒,๖๑๐ คน (๑๗๕,๕๒๔ ครั้ง) หากสัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในระบบการรักษา

ตารางที่ ๔ ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม

กิจกรรม	เวลาที่ใช้ต่ำสุด (นาที)	เวลาที่ใช้สูงสุด (นาที)	ต้นทุนต่อหน่วยต่ำสุด (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด (บาท)
คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อ ๑ โรค	๕	๑๕	๑๕	๔๕
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ (ไม่รวมการจัดซื้อและคลัง)	๕	๑๐	๑๕	๓๐
ให้คำปรึกษาเบาหวานต่อราย	๕	๓๐	๑๕	๕๐
ให้คำปรึกษาความดันต่อราย	๕	๓๐	๑๕	๕๐
วัดความดันต่อราย	๒	๑๑	๖	๓๓
เจาะเลือด (strip) ต่อราย	๒	๘	๖	๒๔
ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงต่อราย	๑	๕	๓	๑๕
ส่งต่อต่อราย	๕	๑๒	๑๕	๓๖
เยี่ยมบ้านรัศมี ๕ กม. ต่อราย	๓๐	๖๐	๕๐	๑๗๕
จัดทำ patient profile ต่อราย	๕	๑๐	๑๕	๓๐
ให้คำปรึกษาเด็กภูรี	๕	๒๐	๑๕	๖๐
จัดซื้อต่อรายการ	๑ บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกร)			
จัดเก็บต่อรายการ	๑๐ บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกร)			

ตารางที่ ๕ ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม กรณีใช้ค่าแรงเกษตรกรจบใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐเป็นเกณฑ์

กิจกรรม	เวลาที่ใช้ต่ำสุด (นาที)	เวลาที่ใช้สูงสุด (นาที)	ต้นทุนต่อหน่วย ต่ำสุด (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย สูงสุด (บาท)
คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อ ๑ โรค	๕	๑๕	๘	๒๓
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ	๕	๑๐	๘	๑๕
ให้คำปรึกษาเบาหวานต่อราย	๕	๓๐	๘	๔๕
ให้คำปรึกษาโรคความดันเลือดสูงต่อราย	๕	๓๐	๘	๔๕
วัดแรงดันเลือดต่อราย	๒	๑๑	๓	๑๓
เจาะเลือดต่อราย	๒	๘	๓	๑๒
ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูงต่อราย	๑	๕	๒	๘
ส่งต่อต่อราย	๕	๑๒	๘	๑๘
เยี่ยมบ้านรศมี ๕ กม ต่อราย	๓๐	๖๐	๔๕	๙๐
จัดทำประวัติผู้ป่วยต่อราย	๕	๑๐	๘	๑๕
ให้คำปรึกษาเด็กนุหรี	๕	๒๐	๘	๓๐
จัดซื้อต่อรายการ	๔ บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกรปรับค่าแรง)			
จัดเก็บต่อรายการ	๘ บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกรปรับค่าแรง)			

ตารางที่ ๖ ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม กรณีทำงานนอกเวลาในสถานบริการเอกชน กำหนด ๑๒๐ บาทต่อชั่วโมง

กิจกรรม	เวลาที่ใช้ต่ำสุด (นาที)	เวลาที่ใช้สูงสุด (นาที)	ต้นทุนต่อหน่วย ต่ำสุด (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย สูงสุด (บาท)
คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อ ๑ โรค	๕	๑๕	๑๑	๓๓
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ (ไม่รวม การจัดซื้อและคลัง)	๕	๑๐	๑๑	๒๒
ให้คำปรึกษาเบาหวานต่อราย	๕	๓๐	๑๑	๖๖
ให้คำปรึกษาความดันต่อราย	๕	๓๐	๑๑	๖๖
วัดแรงดันเลือดต่อราย	๒	๑๑	๔	๒๔
เจาะเลือดต่อราย	๒	๘	๔	๑๘
ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูงต่อราย	๑	๕	๒	๑๑
ส่งต่อต่อราย	๕	๑๒	๑๑	๒๖
เยี่ยมบ้านรศมี ๕ กม ต่อราย	๓๐	๖๐	๖๖	๑๓๒
จัดทำประวัติผู้ป่วยต่อราย	๕	๑๐	๑๑	๒๒
ให้คำปรึกษาเด็กนุหรี	๕	๒๐	๑๑	๔๔
จัดซื้อต่อรายการ	๕ บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกรปรับค่าแรง)			
จัดเก็บต่อรายการ	๕ บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกรปรับค่าแรง)			





ตารางที่ ๗ ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและต่อโรงพยาบาล กรณีเบาหวาน หน่วย : บาท (๑,๐๗๐ ราย)

กิจกรรม	ครั้งต่อปี	ค่าใช้จ่ายต่อคน		ค่าใช้จ่ายต่อโรงพยาบาล	
		ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด
จัดทำประวัติผู้ป่วยต่อราย	๑	๘	๓๐	๘,๕๖๐	๓๒,๑๐๐
ซั้่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงต่อราย	๖	๑๒	๕๐	๑๒,๘๔๐	๕๖,๓๐๐
ให้คำปรึกษาเบาหวานต่อราย	๖	๔๘	๕๔๐	๕๑,๓๖๐	๕๗๗,๘๐๐
เจาะเลือดต่อราย	๖	๑๘	๑๔๔	๑๕,๒๖๐	๑๕๔,๐๘๐
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ	๖	๔๘	๑๘๐	๕๑,๓๖๐	๑๕๒,๖๐๐
ค่าจัดเก็บต่อรายการ	๖	๔๘	๖๐	๕๑,๓๖๐	๖๔,๒๐๐
รวมค่าใช้จ่าย		๑๘๒	๑,๐๔๔	๑๕๔,๗๔๐	๑,๑๑๗,๐๘๐

ตารางที่ ๘ ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและต่อโรงพยาบาล กรณีความดันโลหิตสูง หน่วย : บาท (๑,๓๓๑ ราย)

กิจกรรม	ครั้งต่อปี	ค่าใช้จ่ายต่อคน		ค่าใช้จ่ายต่อโรงพยาบาล	
		ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด
จัดทำประวัติผู้ป่วยต่อราย	๑	๘	๓๐	๑๐,๖๔๘	๓๕,๕๓๐
ซั้่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงต่อราย	๖	๑๒	๕๐	๑๕,๕๗๒	๑๑๕,๗๕๐
ให้คำปรึกษาความดันต่อราย	๖	๔๘	๕๔๐	๖๓,๘๘๘	๗๑๘,๗๔๐
วัดแรงดันเลือดต่อราย	๖	๑๘	๑๕๘	๒๓,๕๕๘	๒๖๓,๕๓๘
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ	๖	๔๘	๑๘๐	๖๓,๘๘๘	๒๓๕,๕๘๐
ค่าจัดเก็บต่อรายการ	๖	๔๘	๖๐	๖๓,๘๘๘	๗๕,๘๖๐
รวมค่าใช้จ่าย		๑๘๒	๑,๐๕๘	๒๔๒,๒๔๒	๑,๔๖๑,๔๓๘

ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เท่ากับข้อมูลการสำรวจคือ ร้อยละ ๔๑ จะมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ ๑,๐๗๐ คนต่อโรงพยาบาล เช่นเดียวกับกรณีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ร้อยละ ๕๑ จะมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ ๑,๓๓๑ คนต่อโรงพยาบาล.

เมื่อใช้ข้อมูลต้นทุนตามตารางที่ ๔, ๕ และ ๖ จะสามารถประมาณการรายจ่ายเพื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ยรายละ ๑๘๒-๑,๐๔๔ บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ ๑๕๔,๗๔๐-๑,๑๑๗,๐๘๐ บาทสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ย ๑,๐๗๐ คน (ตารางที่ ๗) ทำนองเดียวกันจะสามารถประมาณการรายจ่ายเพื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยรายละ ๑๘๒-๑,๐๕๘ บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ ๒๔๒,๒๔๒-๑,๔๖๑,๔๓๘ บาท

สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑,๓๓๑ คน (ตารางที่ ๘).

## วิจารณ์

ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมของร้านยาเฉลี่ยตั้งแต่ ๓ ถึง ๑๗๙ บาท โดยกิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด คือ การซั้่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ๓-๑๕ บาทต่อราย และ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด ๙๐-๑๗๙ บาทต่อราย เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของนุศราพร และคณะ<sup>(๗)</sup> เมื่อ พ.ศ.๒๕๕๑ พบว่า ต้นทุนการจ่ายยาตามใบสั่งต่อ ๑ รายการ ซึ่งรวมทั้งการจัดซื้อและจัดเก็บยา เท่ากับ ๒๕ บาท จะเห็นว่าเป็นค่าที่สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่อยู่ในช่วง

๒๒-๔๗ บาท ต่อรายการ.

กิจกรรมบริการที่จะได้จากงานเภสัชกรรมชุมชนที่มีความเป็นไปได้ในการนำเข้าสู่เชื่อมต่อบริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย การจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา, การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์, การให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การให้บริการคัดกรองโรค, การเพิ่มคุณภาพของการดูแลการใช้ยา และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้คำรักษาพยาบาลในอนาคตลดลง และเป็นการเสริมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย.

อย่างไรก็ตาม ประเด็นสำคัญที่ควรสนับสนุนให้ร้านยาเข้ามามีบทบาทจัดกิจกรรมบริการในระยะเริ่มต้น ควรจะเป็นการสนับสนุนงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ด้วยการไปรับบริการเติมยาต่อที่ร้านยาที่มีเภสัชกร เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกสูงและเพิ่มมากขึ้นทุกปีรวมทั้งรูปแบบการรับยาต่อที่ร้านยาส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายเพิ่มขึ้นเนื่องจากลดระยะเวลารอคอยในโรงพยาบาล น่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาว โดย สปสช. ควรสนับสนุนหลักการ 'Public Private Partnership' เนื่องจากไม่ต้องลงทุนใหม่และเป็นการใช้ประโยชน์จากร้านยาคุณภาพซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพต่อระบบโดยรวม.

ดังนั้น ข้อเสนอสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม ควรจะเริ่มต้นที่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ คือ การเติมยาและติดตามผลสำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ การเพิ่มคุณภาพของการดูแลการใช้ยา และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา ซึ่งค่าใช้จ่ายโดยประมาณของร้านยาเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นรายละ ๑๘๒-๑,๐๔๔ บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ ๑๙๔,๗๔๐-๑,๑๑๗,๐๘๐ บาท ทำนองเดียวกันค่าใช้จ่ายโดยประมาณของร้านยาเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายละ

๑๘๒-๑,๐๔๔ บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ ๒๔๒,๒๔๒-๑,๔๖๑,๔๓๘ บาท.

สำหรับขั้นตอนและการกำหนดพื้นที่ดำเนินการ อาจเริ่มจากโรงพยาบาลในเขตเมืองจัดทำข้อตกลงกับร้านยาคุณภาพในพื้นที่ โดยที่โรงพยาบาลยังเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย. นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยมารับยาที่ร้านยา อาจพิจารณาให้มีการร่วมจ่ายด้วย ในอัตราที่ไม่มากกว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการเสียเวลาของของผู้ป่วย เพื่อเป็นการลดภาระงบประมาณของโรงพยาบาลและป้องกันการมารับบริการเกินจำเป็น.

## กิตติกรรมประกาศ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาเภสัชกรรม สมาคมเภสัชกรรมชุมชน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยารวมทั้งเครือข่ายทางวิชาการได้ให้การสนับสนุนข้อมูลและให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้.

## เอกสารอ้างอิง

๑. ร้านยาเภสัชศาสตร์มหาสารคาม. ร้านยาแห่งแรกที่เข้าร่วมโครงการ ๓๐ บาท. จดหมายข่าวสภาเภสัชกรรม ๒๕๔๔:๗(๓):๑.
๒. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุนันทา โอศิริ, วิลาสินี หิรัญพานิช, สมศักดิ์ อากาศรีทองสกุล, พุฒิพงศ์ สัตยวงค์ทิพย์. รายงานการวิจัย การบริการปฐมภูมิของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ: กรณีศึกษาร้านยา มหาวิทยาลัย ภายใต้อำนาจโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
๓. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ สัจจิราอำนวย. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาณร้านยาเภสัชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๒๕๔๕:๒๐:๔๑-๕๘.
๔. คงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์, วิวรรณ อัครวิเชียร, ชานชัย จารุภาชน์, นุศราพร เกษสมบุรณ์. รายงานการวิจัย การให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยร้านยา: กรณีศึกษาศูนย์ชุมชนอบอุ่นมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๕๐.
๕. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ สัจจิราอำนวย, วิชัย สันติมาลีวรกุล.



- การเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐;๑:๒๔๕-๖๑.
๖. นุสรพร เกษสมบูรณ์, เปรมใจ สัจจะอารีวัฒน์, ชาญชัย จารุภานัน, กฤษณี สระมณี. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเงินสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาล. ๑๕-๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐. โรงแรมโซฟิเทลราชาออร์คิด จังหวัดขอนแก่น.
๗. นุสรพร เกษสมบูรณ์, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมพ์ศรี แสงคาร์, กรแก้ว จันทภายา, ชาญชัย จารุภานัน, วิวรรธน์ อัครวิเชียร. ค่าตอบแทนการบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยาตามใบสั่งยา ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษา ร้านสมบุญเภสัชกรและคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๑;๑๗:๘๘๔-๕๕.