

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ

การจัดทำข้อเสนอร้านค้าคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า

คณะผู้จัดทำ

วีระศักดิ์ พุทธาศรี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

นุศราพร เกษสมบูรณ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์

วรารักษ์ ปวงกันทา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เสนอสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

มกราคม 2553

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของรายงานนี้เพื่อจัดทำข้อเสนอแบบจำลองที่เหมาะสมและเป็นไปได้ของการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการวิเคราะห์ความเป็นได้ทั้งทางเทคนิค การเงิน การคลัง การบริหารจัดการ การกำกับติดตามระบบ รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า วิธีการศึกษา ใช้การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทและสถานภาพปัจจุบัน รวมทั้งองค์ความรู้ของการจัดบริการในพื้นที่นำร่อง เก็บข้อมูลทฤษฎีภูมิที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอุปสงค์และอุปทานของการบริการ วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของทางเลือกแบบจำลองวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของทางเลือกแบบจำลอง และจัดประชุมนำเสนอและระดมสมองจากกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม กลุ่มผู้เกี่ยวข้องและภาคส่วนอื่น

กิจกรรมบริการที่จะได้จากงานเภสัชกรรมที่มีความเป็นไป ตามประสบการณ์การทดลองในพื้นที่ประกอบด้วย การจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา, การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์, การให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การให้บริการคัดกรองโรค, การเพิ่มคุณภาพของการดูแลการใช้ยา และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลในอนาคตลดลง และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ประเด็นสำคัญที่ควรสนับสนุนให้ร้านยาเข้ามามีบทบาทจัดกิจกรรมบริการ ได้แก่ การสนับสนุนให้ประชาชนได้รับบริการเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ สนับสนุนงาน 'NCD Disease Management' สามารถลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลในระยะยาว สนับสนุนหลักการ 'public private partnership' โดยไม่ต้องลงทุนใหม่

ข้อเสนอสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม เน้นที่การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง การเติมยาและติดตามผลสำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ และการเพิ่มคุณภาพของการดูแลการใช้ยา และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกินยาและควบคุมโรคได้ไม่ดี โดยประมาณการรายจ่ายเพื่อผู้ป่วยเบาหวานรายละ 182-1,044 บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 194,740 – 1,117,080 บาท ทำนองเดียวกันจะสามารถประมาณการรายจ่ายเพื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายละ 182-1,098 บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 242,242 – 1,461,438 บาท ส่วนขั้นตอนและพื้นที่ดำเนินการอาจเริ่มในเขตเมืองที่มีร้านยาคุณภาพรองรับก่อน ประเมินผลแล้วค่อยขยายเต็มพื้นที่ ยังเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย และ ประสานงาน สำหรับสิทธิประโยชน์นี้ กรณีการรับยาที่ร้านยา อาจพิจารณาให้ประชาชนร่วมจ่ายด้วย แต่ต้องไม่มากกว่าค่าใช้จ่ายการเดินทางและการเสียเวลางานที่ลดลง

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แก่ การประกาศให้ร้านยาที่มีการรับรองคุณภาพบริการให้เข้าเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญา กับ สปสช. เพื่อรองรับภาระกิจของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประเทศ คือเบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ สปสช. ควรจัดตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานด้านสิทธิประโยชน์เภสัชกรรม ทำหน้าที่เป็นศูนย์

ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ รวมทั้งรับผิดชอบการจัดการ รูปแบบการดำเนินงาน ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการนำเสนอความเห็นของการพัฒนาระบบบริการและสิทธิประโยชน์เภสัชกรรมต่อ สปสช.

สารบัญเรื่อง

หน้า

บทที่ 1 บทนำ.....	1
1. หลักการและเหตุผล.....	1
2. คำถามสำคัญของการศึกษา.....	4
3. วัตถุประสงค์.....	4
4. วิธีการศึกษา.....	5
5. ระยะเวลาดำเนินการ.....	8
6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 ประสพการณ์ร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	9
1. รูปแบบการเข้าร่วมของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	10
2. บทบาทและกิจกรรมการให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ.....	13
3. การจัดบริการของร้านยาในต่างประเทศ.....	22
4. การพัฒนาร้านยาและความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	26
5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	28
บทที่ 3 ต้นทุนของร้านยา.....	30
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	30
ระบบต้นทุนฐานกิจกรรม.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32
กรอบแนวคิด.....	33
กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม.....	34
วิธีการศึกษาต้นทุน.....	35
ผลการศึกษาด้านทุนและอภิปราย.....	36
1. ต้นทุนต่อหน่วยบริการในมุมมองของร้านยาสมบุญเภสัชกร.....	36
2. การวิเคราะห์ความไว.....	40
บทที่ 4 การวิเคราะห์อุปสงค์และอุปทาน.....	43
พฤติกรรมสุขภาพในการรับบริการร้านยา.....	43
สถานการณ์ทางระบาดวิทยา.....	44
จำนวนและการกระจายตัวของร้านยา.....	48
ภาระงานปัจจุบันของร้านยา.....	49

บทที่ 5 ข้อเสนอและความเห็นจากการประชุม	50
1. การนำเสนอในที่ประชุมกรรมการสภาเภสัชกรรม วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2552.....	50
2. การจัดประชุมสนทนากลุ่มวิชาชีพ.....	51
3. การจัดประชุมสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง	53
บทที่ 6 สรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย	57
รายการอ้างอิง	63

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 ความสัมพันธ์กิจกรรม ข้อมูล และวัตถุประสงค์.....	7
ตารางที่ 3.1 ต้นทุนค่าแรงของเภสัชกรสมบุญ	37
ตารางที่ 3.2 ต้นทุนค่าตอบแทนของเภสัชกร กระจายเข้ากิจกรรม.....	37
ตารางที่ 3.3 ต้นทุนค่าไฟฟ้า	37
ตารางที่ 3.4 ต้นทุนค่าลงทุน	38
ตารางที่ 3.5 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม.....	40
ตารางที่ 3.6 ค่าแรงของเภสัชกรจบใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ.....	41
ตารางที่ 3.7 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม กรณีใช้ค่าแรงเภสัชกรจบใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ	41
ตารางที่ 3.8 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม กรณีทำงานนอกเวลาในสถานบริการเอกชน กำหนด 120 บาทต่อ ชั่วโมง	42
ตารางที่ 4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย พ.ศ.2550.....	43
ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ทั้งประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ด้วยโรค ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พ.ศ. 2540-2549.....	44
ตารางที่ 4.3 ความชุกของความดันโลหิตสูงและเบาหวานในคนไทย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ	45
ตารางที่ 4.4 จำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มร้านยาตัวอย่าง	49
ตารางที่ 6.1 ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและต่อโรงพยาบาล กรณีเบาหวาน หน่วย : บาท.....	61
ตารางที่ 6.2 ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและต่อโรงพยาบาล กรณีความดันโลหิตสูง หน่วย : บาท	62

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบความคิดของการศึกษา	5
ภาพที่ 2.1 การร่วมให้บริการของร้านยาในการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์	17
ภาพที่ 4.1 ประสิทธิภาพของระบบการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน พ.ศ. 2547 และ 2552*	46
ภาพที่ 4.2 ประสิทธิภาพของระบบการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2547 และ 2552*	47
ภาพที่ 4.3 การกระจายของจำนวนร้านยาคุณภาพและร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นเจ้าของ.....	48
ภาพที่ 5.1 ภาพอนาคตของร้านยาในระบบบริการปฐมภูมิ	55
ภาพที่ 6.1 กิจกรรมหรือสิทธิประโยชน์ที่ร้านยาควรมีบทบาท	59

บทที่ 1 บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากร้านยาดังอยู่ใกล้ชิดและกระจายตัวในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบทที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ร้านยายังเป็นสถานที่ปฏิบัติการด้านวิชาชีพที่สำคัญของเภสัชกรหรือเภสัชกรชุมชน โดยร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ที่มีความสำคัญต่อประชาชนและเป็นสถานพยาบาลอันดับแรกที่ประชาชนนึกถึงเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากความสะดวกในการใช้บริการ ไม่ต้องเสียเวลาในการรอรับบริการ มีค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่น ๆ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลผลการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 พบว่าประชาชนจะนิยมซื้อยากินเองจากร้านยาร้อยละ 25

ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการมุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบบริหารโครงการ ดำเนินการจัดหาและซื้อบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนที่มีสิทธิจากสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชนบางแห่ง ในการนี้ สปสช.ได้จัดทำข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2548 ซึ่งได้เปิดโอกาสให้สถานบริการที่มีบริการไม่ครบเกณฑ์สามารถเข้าร่วมในการให้บริการในแบบจำลอง (รูปแบบโมเดล) “หน่วยบริการร่วมให้บริการ” ซึ่งหมายถึงหน่วยบริการที่จัดบริการสาธารณสุขไม่ครบเกณฑ์ระดับปฐมภูมิและได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง โดยมีข้อตกลงเป็นหนังสือกับหน่วยบริการประจำ ทำให้ภาคเอกชนที่ประกอบวิชาชีพต่าง ๆ สามารถเข้าร่วมโครงการโดยเป็นผู้ให้บริการได้

นอกจากนี้หน่วยบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการพัฒนาแบบจำลองบริการเพื่อลดความแออัดหรือจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลลง พยายามส่งเสริมการจัดหาสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่สะดวกมากยิ่งขึ้น และใช้ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนการบริการผู้ป่วยนอกออกไปสู่ชุมชนด้วยการถ่ายโอนการบริการไปสู่ภาคเอกชนโดยเฉพาะคลินิกเอกชน โรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งในเขตกรุงเทพมหานครได้เพิ่มจำนวนของคลินิกชุมชนอบอุ่นซึ่งเป็นเครือข่ายของตน เพื่อรับผิดชอบดูแลการรักษาพยาบาลเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก สำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งการกระจายตัวของคลินิกเอกชนยังไม่มากพอก็มีการปรับรูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit_PCU) ให้มีขีดความสามารถมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยได้ระดับหนึ่งก่อนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วย

การยกระดับหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน (Community Medical Unit_CMU) ซึ่งจะมีแพทย์ประจำคอยให้บริการผู้ป่วย นอกจากด้านการตรวจรักษาด้วยแล้วศูนย์แพทย์ชุมชนก็ยังเพิ่มความหลากหลายของรายการยาของศูนย์ให้มากขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับขีดความสามารถของหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การใช้จ่ายของผู้ป่วยซึ่งรับบริการจากศูนย์แพทย์ชุมชนที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

ร้านยาเป็นสถานบริการสำหรับการดูแลสุขภาพในระบบสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่อประชาชน เพราะร้านยามีการจัดตั้ง กระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ มากกว่าหน่วยงานของรัฐและร้านยาเป็นสถานบริการทางสาธารณสุขอันดับแรกๆ ที่ประชาชนนึกถึงเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ประกอบกับปัจจุบันเภสัชกรที่ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมประจำในร้านยามีจำนวนมากขึ้น ทำให้การประกอบวิชาชีพในร้านยามีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาบทบาท รูปแบบไปจากเดิมที่มีเพียงการจ่ายยา (Dispensing) ไปสู่การนำองค์ความรู้ทางด้านบริหารเภสัชกรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานในร้านยา ช่วยให้เภสัชกรชุมชนขยายบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะการใช้จ่ายของชุมชน ประกอบกับข้อกำหนดของสปสช. เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ และด้วยข้อกำหนดด้านงบประมาณโดยเฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐทำให้การเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทำได้ยากขึ้น ดังนั้นการถ่ายโอนภารกิจไปสู่ร้านยาซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนซึ่งมีศักยภาพในการให้บริการด้านเภสัชกรรมแก่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในบางพื้นที่ได้ ประกอบกับปัจจุบันมีระบบการรับรองเรื่องคุณภาพของร้านยา โดยสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และสภาเภสัชกรรม ได้ทำการตรวจประเมินและรับรองร้านยาที่มีคุณภาพการบริการที่ดี “ร้านยาคุณภาพ” ทำให้มีความมั่นใจว่าร้านยาที่จะเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้านั้นๆ มีสถานภาพและคุณภาพการบริการมีมาตรฐานเหตุผลสำคัญหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น หากมีการจากการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยมุมมองของประชาชน ผู้จัดบริการ และภาพรวมของประเทศ ดังนี้

1. ประชาชนและผู้รับบริการ

- ประชาชนมีทางเลือกของการรับบริการสุขภาพหลากหลายทางมากขึ้น
- เพิ่มการเข้าถึงการบริหารเภสัชกรรมในชุมชนเพื่อการใช้ยาที่เหมาะสม
- มีความสะดวก บริการรวดเร็ว ไม่เสียเวลา
- ไม่ต้องขาดงานหรือลางานเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล
- ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปสถานพยาบาล

2. สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ

- ลดจำนวนบริการที่ไม่จำเป็นต้องมาใช้บริการระดับโรงพยาบาล
- บุคลากรสุขภาพมีเวลาสำหรับผู้รับบริการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพมากขึ้น
- สถานพยาบาลลดภาระและค่าบริหารจัดการลังยา

3. สปสช. และภาพรวมของประเทศ

- ในภาพรวมสัดส่วนประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น
- พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น
- สนับสนุนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วจากภาคส่วนเอกชน

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น ร่วมกับประสบการณ์จากการศึกษาในพื้นที่นำร่องในจังหวัด สกลนคร มหาสารคาม นครราชสีมา และสมุทรปราการ พอสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จที่สนับสนุนในร้านยาเข้าสู่ระบบ ประกอบด้วย

1. มีแรงผลักดันหรือความต้องการจากโรงพยาบาล ด้วยข้อจำกัดกำลังคน ต้องการลดต้นทุนบริหารจัดการ และต้นทุนของผู้มารับบริการ
2. การบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรจากร้านยาในพื้นที่
3. มีระบบรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพ
4. มีจำนวนและการกระจายของร้านยาคุณภาพที่เหมาะสมกับแบบจำลองในพื้นที่อย่างเพียงพอ
5. ความเป็นไปได้ทางเทคนิคที่จะจัดบริการสุขภาพบางอย่างในร้านยาได้
6. ต้องมีข้อกำหนดหรือตกลงในการดำเนินการคู่สัญญา รอง รวมทั้งการกำหนดจำนวนผู้ลงทะเบียนในพื้นที่
7. มีระบบกลไกการเงิน และการจ่ายที่มีมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ

ร้านยาคุณภาพมีทางเลือกของการสนับสนุนบริการระบบบริการสุขภาพได้หลากหลายตั้งแต่ การเป็นที่ปรึกษาแก่ประชาชนในการใช้ยาที่ถูกต้อง การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ การเติมยาในกลุ่มผู้ป่วย เฉพาะ การตรวจคัดกรองโรคอย่างง่าย รวมทั้งงานส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคลและชุมชนได้ ร้านยาสามารถผนวกเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการสุขภาพหรือหน่วยคู่สัญญารองของโรงพยาบาล/หน่วยคู่สัญญาหลัก/ศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้การสนับสนุนเหมาจ่ายรายหัวจาก สปสช. ความเป็นได้ของการกำหนดให้ร้านยาให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการนั้น ต้องวิเคราะห์ส่วนความจำเป็น/อุปสงค์/พฤติกรรมสุขภาพจากส่วนประชาชน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายมีความเป็นไปได้ทั้งทางเลือกผู้ลงทะเบียนทั้งหมด หรือ เฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ก็ได้เช่นกัน นอกจากนี้จำเป็นต้องศึกษาบริบทและความเป็นไปได้ของระบบ ทั้งกฎหมายการประกอบวิชาชีพ ระเบียบและหลักการของระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า

2. คำถามสำคัญของการศึกษา

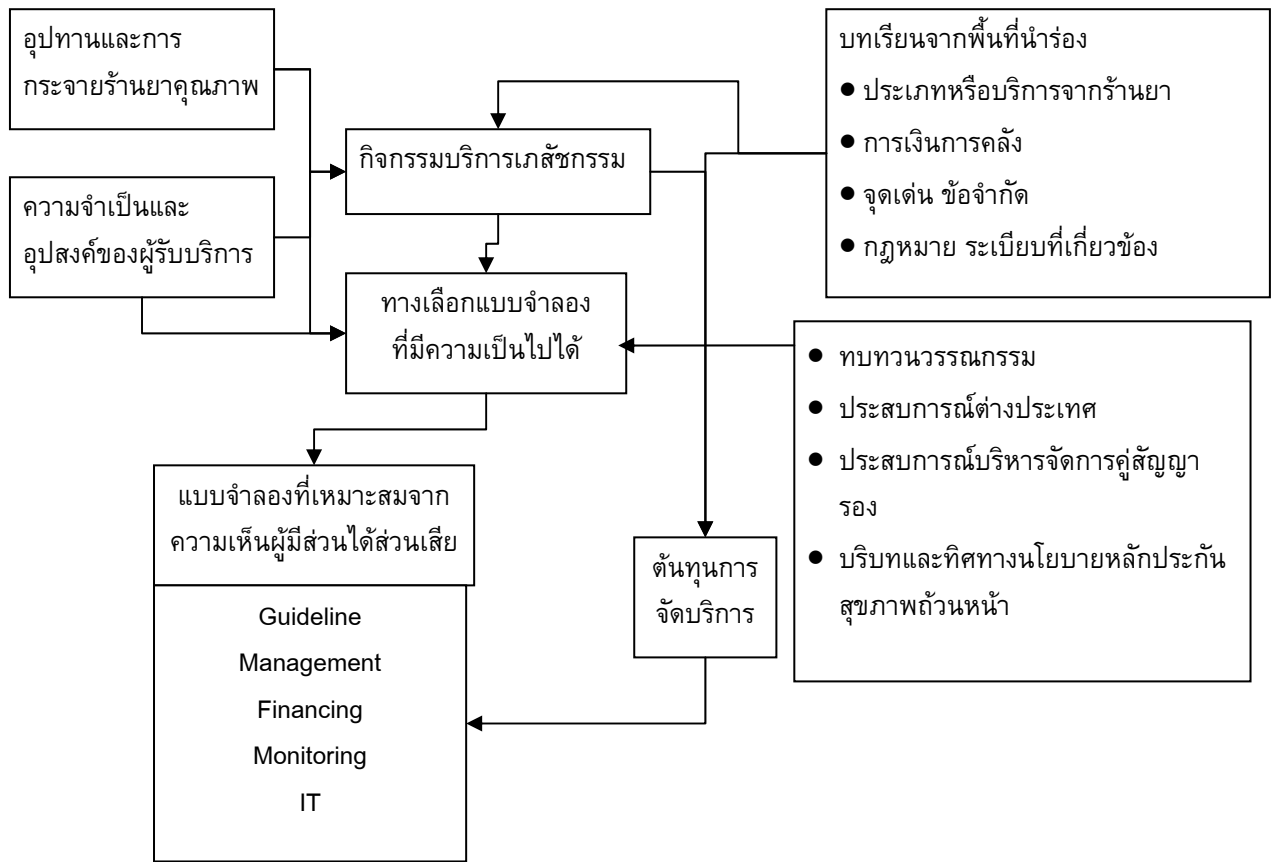
- 2.1. บทบาท ทิศทางที่พึงประสงค์ หรือเป้าหมาย สำหรับร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศควรเป็นอย่างไร?
- 2.2. แบบจำลองใดบ้างที่เป็นไปได้ของร้านยาในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อดีและจุดอ่อนของทางเลือก?
- 2.3. ข้อเสนอทางเลือกใดที่เหมาะสมที่สุดกับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งเงื่อนไขการดำเนินงานสู่ความสำเร็จ รวมทั้งการเงินการคลัง การติดตามประเมินผล?

3. วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำข้อเสนอแบบจำลองที่เหมาะสมและเป็นไปได้ของการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

- 3.1 เพื่อศึกษากรอบแนวคิดและแบบจำลอง (model) การจัดการบริการร้านยาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพ โดยศึกษาจากประสบการณ์ในประเทศและต่างประเทศ
- 3.2 เพื่อศึกษาข้อมูลจากส่วนผู้รับบริการ ในการประมาณความจำเป็นและอุปสงค์ของการรับบริการร้านยา การเข้าถึงบริการยา รวมทั้งต้นทุนการไปรับบริการ
- 3.3 เพื่อศึกษาข้อมูลความเป็นไปได้จากผู้จัดบริการ ทั้งจำนวนและการกระจายของร้านยา การควบคุมคุณภาพ และต้นทุนการจัดบริการ
- 3.4 เพื่อศึกษาความเห็นของวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย ประเด็นความเป็นไปได้และความสอดคล้องกับเป้าหมายในระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า
- 3.5 เพื่อจัดทำข้อเสนอแบบจำลองที่เหมาะสม ที่ผ่านการวิเคราะห์ความเป็นได้ทั้งทางเทคนิค การเงินการคลัง การบริหารจัดการ การกำกับติดตามระบบ รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบความคิดของการศึกษา



4. วิธีการศึกษา

4.1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทและสถานภาพปัจจุบัน รวมทั้งองค์ความรู้ของการจัดบริการ

- 4.1.1 วิเคราะห์แบบจำลองจากบทเรียนการดำเนินการร้านยาในพื้นที่จังหวัดสกลนคร มหาสารคาม นครราชสีมา และ สมุทรปราการ
- 4.1.2 ทบทวนเอกสาร ในบทบาทของเภสัชกรและร้านยาในระบบสุขภาพ ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พรบ.ยา พรบ.วิชาชีพ พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 4.1.3 ศึกษาบทเรียนประสบการณ์การจัดการบริการของร้านยาจากกรณีศึกษาต่างประเทศ
- 4.1.4 ทบทวนเอกสารประเด็นนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องในข้อกำหนดของเภสัชกรและร้านยา ใน CUP, PCU, CMU หรือคลินิกอบอุ่น
- 4.1.5 ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่นำเสนอแบบจำลองของการเข้าร่วมบริการสุขภาพถ้วนหน้าของคลินิกแพทย์ คลินิกทันตกรรม ห้องตรวจปฏิบัติการเอกซน เป็นต้น

- 4.2 เก็บข้อมูลitudyภูมิที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอุปสงค์และอุปทานของการบริการ ประกอบด้วย
- 4.2.1 ความจำเป็น อุปสงค์ และพฤติกรรมกรับบริการร้านยา จากฐานข้อมูลสำรวจสวัสดิการและอนามัย รวมทั้งการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
 - 4.2.2 ต้นทุนของการจัดบริการยาและเภสัชกรรมจากรายงานการประเมินผลดำเนินการพื้นที่นำร่อง
 - 4.2.3 การกระจายของร้านยาและร้านยาคุณภาพ จากสมาคมเภสัชกรชุมชน และ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 4.3 สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าของร้านยาคุณภาพหรือผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ กับประสบการณ์การทดลองจัดรูปแบบจำลองในร้านยาคุณภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเด็นความเป็นไปได้ในทางการบริหารจัดการ รูปแบบการจ่าย และประเด็นอื่น ๆ ในการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ
- 4.4 วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของทางเลือกแบบจำลอง จากข้อมูลitudyภูมิและองค์ความรู้การศึกษาในพื้นที่นำร่องด้วยมุมมอง
- 4.4.1 เทคนิควิธีการ Technical feasibility
 - 4.4.2 กลไกการเงินการคลัง Financial feasibility
 - 4.4.3 ความสอดคล้องกับระบบที่มี System compatibility
 - 4.4.4 ระเบียบและกฎหมายที่สนับสนุน Legitimate feasibility
 - 4.4.5 ทางออกหรือทางเลือกอื่นเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ เช่น เลือกทำ counseling, re-fill ในกลุ่มโรคเรื้อรัง, การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ Prescription and dispense, ดำเนินการในบางพื้นที่นำร่อง, กำหนดเป็นนโยบายตามความพร้อมและสมัครใจสำหรับคู่สัญญาหลัก, ให้เป็นข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของ PCU/คลินิกอบอุ่น
- 4.5 สังเคราะห์และจัดทำข้อเสนอที่เป็นไปได้(เบื้องต้น)ประมาณ 2-3 ทางเลือก โดยใช้ข้อมูลitudyภูมิครอบคลุมประเด็น
- 4.5.1 ประเภทหรือบริการจากร้านยา
 - 4.5.2 การเงินการคลัง
 - 4.5.3 กฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง
 - 4.5.4 จุดเด่น ข้อจำกัดและผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์
- 4.6 จัดประชุมนำเสนอและระดมสมองจากกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม (10-15 คน) เพื่อดูความเป็นได้แบบจำลองต่างๆในข้อ 4.5
- 4.7 จัดประชุมนำเสนอและระดมสมองจากกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและภาคส่วนอื่น ครั้งที่ 1 (10-15 คน) เพื่อเลือกแบบจำลองที่เหมาะสมจากทางเลือกใน 4.6

- 4.8 เก็บข้อมูลปฐมภูมิเชิงปริมาณ วิเคราะห์ต้นทุนการจัดบริการบริหารเภสัชกรรม โดยเลือกศึกษาในพื้นที่แบบจำลองนำร่องในพื้นที่ที่มีกิจกรรมสอดคล้องกับแบบจำลองที่เลือกไว้ในข้อ 4.7
- 4.9 จัดประชุมนำเสนอและระดมสมองจากกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรมครั้งที่ 2 (10-15 คน) และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องและภาคส่วนอื่นครั้งที่ 2 (10-15 คน) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแบบจำลองที่เลือกไว้ในข้อ 4.7 ที่ระบุรายละเอียดของแนวปฏิบัติ (guideline) การเงินการคลังและการจ่าย (จากข้อ 4.8) การบริหารจัดการระบบ และกลไกการติดตามและประเมินผลระบบ ได้แก่ บุคคล/หน่วยงาน/องค์กร/เครือข่าย ผู้รับผิดชอบ, การจัดทำ Patient profile, ระบบข้อมูลข่าวสาร IT structure, information flow เป็นต้น

ตารางที่ 1.1 ความสัมพันธ์กิจกรรม ข้อมูล และวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ ข้อ	ทบทวนวรรณกรรม/เอกสาร	ข้อมูลปฐมภูมิเชิงคุณภาพ	ข้อมูลปฐมภูมิเชิงปริมาณ	ข้อมูลทุติยภูมิ
1. เพื่อศึกษาแนวคิดและแบบจำลองการจัดบริการร้านยาคุณภาพ	ทบทวนวรรณกรรม			<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์แบบจำลองจากพื้นที่นำร่อง
2. เพื่อศึกษาข้อมูลจากส่วนผู้รับบริการ				<ul style="list-style-type: none"> อุปสงค์และพฤติกรรมสุขภาพจากการสำรวจต่างๆ วิเคราะห์แบบจำลองจากพื้นที่นำร่อง
3. เพื่อศึกษาข้อมูลความเป็นไปได้จากผู้จัดบริการ	ทบทวนเอกสาร	สัมภาษณ์เจ้าของร้านยาคุณภาพพื้นที่นำร่อง	ต้นทุนบริการ	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์แบบจำลองจากพื้นที่นำร่อง ข้อมูลจำนวนและการกระจายร้านยาคุณภาพ
4. เพื่อศึกษาความเห็นของวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย		จัดประชุมกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย		
5. เพื่อจัดทำข้อเสนอแบบจำลองที่เหมาะสม	ทบทวนเอกสาร	จัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย		<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์แบบจำลองจากพื้นที่นำร่อง

5. ระยะเวลาดำเนินการ 9 เดือน (มกราคม – กันยายน 2552)

6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีข้อเสนอการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความเป็นไปได้ทั้งทางวิชาการและสามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งผ่านกระบวนการรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

บทที่ 2

ประสบการณ์ร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา เพื่อประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงบทบาทของร้านยาในระบบสาธารณสุขของต่างประเทศ โดยเน้นการสังเคราะห์เพื่อสรุปบทเรียนจากประสบการณ์การร่วมจัดบริการของร้านยาในพื้นที่ต่างๆซึ่งได้แก่

1. ร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม^{1,2}
2. ร้านยาเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร³
3. ร้านยาเภสัชสมบุญ จังหวัดนครราชสีมา⁴
4. ร้านยาเลิศโอสถคัลงยา จังหวัดสมุทรปราการ⁵

แหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ในงานสังเคราะห์นี้มาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่รายงานการวิจัยการร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยในพื้นที่ต่างๆ รวมทั้งเอกสารทางวิชาการอื่นๆ เช่น บทความทางวิชาการเกี่ยวกับบทบาทการให้บริการของร้านยาในประเทศต่างๆที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ

ข้อมูลเกี่ยวกับการร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถถอดบทเรียนและวิเคราะห์แบบจำลองแยกเป็นประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) รูปแบบการเชื่อมโยงระหว่างร้านยาและหน่วยบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ 2) บทบาทหรือกิจกรรมการให้บริการของร้านยา โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ จะใช้กรอบแนวคิดสำหรับด้านต่างๆดังนี้

ลักษณะการเชื่อมโยงหรือบทบาทการให้บริการ
การวิเคราะห์เชิงเทคนิค

- เทคนิควิธีการ (Technical feasibility)
- กลไกการเงินการคลัง (Financial feasibility)
- ความสอดคล้องกับระบบ (System compatibility)
- ระเบียบและกฎหมายที่สนับสนุน (Legitimate feasibility)
- ทางออกหรือทางเลือกเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

1. รูปแบบการเข้าร่วมของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รูปแบบการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเป็นไปได้หลากหลายรูปแบบ ขึ้นกับปัจจัยและองค์ประกอบต่างๆ เช่น ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การกระจายตัวของร้านยา ความพร้อมและทรัพยากรของหน่วยบริการ รวมถึงความสอดคล้องระหว่างความต้องการของหน่วยบริการและบทบาทการให้บริการของร้านยา ซึ่งแต่ละรูปแบบของการเข้าร่วมให้บริการหรือการเชื่อมโยงของร้านยาในระบบประกันสุขภาพจะมีจุดอ่อนที่แตกต่างกันไป โดยรูปแบบของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นไปได้มีดังนี้

1.1 ร้านยาเอกชนร่วมบริการกับหน่วยบริการ

การเข้าร่วมบริการของร้านยาเอกชนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการของหน่วยบริการประจำ ซึ่งร้านยาเอกชนสามารถร่วมให้บริการกับหน่วยบริการในระดับต่างๆ ดังต่อไปนี้

ร่วมให้บริการกับหน่วยบริการประจำโดยตรง

ร้านยาเลิศโอสทคลังยาและโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

ร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคามและโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

ร่วมให้บริการในลักษณะของเครือข่ายบริการ

- คลินิกชุมชนอบอุ่น

ร้านยาสมบุญเภสัชกรกับคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา

- ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community medical unit; CMU)

ร้านยาและศูนย์แพทย์ชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมาและขอนแก่น

โดยร้านยาจะให้บริการด้านเภสัชกรรมตามข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการกับร้านยาเอกชน และรับค่าตอบแทนจากหน่วยบริการนั้น ๆ

จุดเด่น

- งบประมาณลงทุนน้อยหรืออาจไม่ต้องลงทุน เนื่องจากเป็นการร่วมให้บริการของร้านยาเอกชนซึ่งเปิดให้บริการอยู่แล้ว
- เป็นการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุด

จุดอ่อน

- รูปแบบดังกล่าวอาจไม่สามารถเกิดขึ้นได้ หากพื้นที่นั้นไม่มีร้านยาคุณภาพ
- ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระหว่างร้านยาและหน่วยบริการ

1.2 ร้านยาของหน่วยบริการ

ร้านยาเภสัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
กรณีที่หน่วยบริการมีความพร้อมทั้งทางด้านงบประมาณและบุคลากร (เภสัชกร) หน่วยบริการอาจจัดตั้งร้านยาของหน่วยบริการเอง เพื่อให้บริการกับประชาชนในพื้นที่ให้บริการ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาการกระจายตัวของร้านยากรณีพื้นที่ไม่มีร้านยาคุณภาพหรือมีศักยภาพเพียงพอ

จุดเด่น

- การบริหารจัดการคลังยาสะดวกโดยอาจใช้บริการร่วมกับหน่วยบริการ
- การบริหารจัดการมีความคล่องตัว เช่น การรับ – ส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลการรักษา
- ความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการในมุมมองของผู้รับบริการ
- ยาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นยาเช่นเดียวกับหน่วยบริการ

จุดอ่อน

- ด้านงบประมาณ หน่วยบริการจะต้องจัดหางบประมาณสำหรับการลงทุนเพื่อเปิดดำเนินการร้านยา เช่น ด้านอาคารสถานที่ ค่าวัสดุ อุปกรณ์สำหรับร้านยา
- ด้านบุคลากร หน่วยบริการจะต้องจัดหาเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำที่ร้านยา ซึ่งอาจเป็นเภสัชกรของหน่วยงานบริการเองหรือจัดหาจากภายนอก (จ้างเภสัชกรเพิ่ม) ซึ่งหากเป็นบุคลากรจากหน่วยบริการเอง อาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานประจำ ณ หน่วยบริการ แต่หากจัดหาจากภายนอกสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ ค่าตอบแทน

ปัจจัยความสำเร็จของการร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. แรงผลักดันหรือความต้องการของหน่วยบริการ เช่น ความต้องการพัฒนาคุณภาพบริการ แต่ประสบปัญหาด้านข้อจำกัดของบุคลากร
2. การกำหนดบทบาท หน้าที่ ของร้านที่เข้าร่วมให้บริการอย่างชัดเจนโดยเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ (การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ) ผ่านการจัดทำข้อตกลงระหว่างหน่วยบริการและร้านยา
3. การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง
4. ระบบการจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการซึ่งเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย
5. การบังคับข้อกำหนดด้านมาตรฐานการให้บริการอย่างเข้มงวด

การวิเคราะห์เชิงเทคนิค

ความสอดคล้องกับระบบ (System compatibility)

- สอดคล้องกับระบบบริการ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่จะใช้บริการที่ร้านยาก่อนการเข้าสู่ระบบบริการ
- ประชาชนคุ้นเคยกับบริการจุดเดียว ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการในระบบปัจจุบัน
- ประชาชนอาจต้องเดินทางจากหน่วยบริการเพื่อไปรับบริการที่ร้านยา

เทคนิควิธีการ (Technical feasibility)

- มีระบบประเมินด้านคุณภาพของร้านยา ผ่านโครงการร้านยาคุณภาพหรือร้านยาที่มีเภสัชกรประจำ ซึ่งรับรองโดยสภาเภสัชกรรม
- ข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับองค์ประกอบของหน่วยบริการที่ต้องมีการบริการเภสัชกรรม
- การกระจายตัวของร้านยาในพื้นที่ ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอในบางพื้นที่
- สร้างการประสานการร่วมมือระหว่างร้านยาและหน่วยบริการ

กลไกการเงินการคลัง (Financial feasibility)

- ต้องมีการจัดทำข้อตกลงเกี่ยวกับค่าตอบแทนการให้บริการระหว่างร้านยาและหน่วยบริการ
- ขาดต้นแบบหรือการกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสม

ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Legitimate feasibility)

- สอดคล้องกับประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนหลักการ
- การร่วมให้บริการระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (Public-Private)

ทางออกหรือทางเลือกเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

- กำหนดรูปแบบและแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนที่ชัดเจน
- การกำหนดมาตรฐานบริการทางเภสัชกรรม โดยกำหนดเป็นเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนร้านยาที่จะเข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. บทบาทและกิจกรรมการให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ

บทบาทหรือหน้าที่ของร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพนั้นมีหลากหลายบทบาทที่แตกต่างกันไป โดยขึ้นกับความต้องการของชุมชนและความสอดคล้องของบริการที่ร้านยาสามารถเข้าไปร่วมแบ่งเบาภาระงานของหน่วยบริการ รวมทั้งการช่วยพัฒนาและยกระดับคุณภาพของบริการ ซึ่งบทบาทของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ อาจมีได้ดังนี้

2.1 การจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา (Common ailments)⁶

บทบาทการให้บริการดูแลและการจ่ายยาตามอาการของผู้ป่วย เป็นบทบาทหลักที่ร้านยาทุกแห่งให้บริการมาตั้งแต่อดีต จัดเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของร้านยาภายใต้การควบคุมดูแลโดยเภสัชกรที่มีหน้าที่ปฏิบัติการ ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพด่านหน้าในการให้บริการด้านยาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก เป็นสถานบริการที่สำคัญซึ่งรองรับการดูแลรักษาตนเอง (Self medication) ของประชาชน บทบาทการดูแลและจ่ายยาตามอาการยังรวมถึงการเป็นแหล่งให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาแก่ประชาชนในเขตชุมชนที่รับผิดชอบ โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำด้านยาที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชนและผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไป (Common ailments) นอกจากนี้ยังรวมถึง การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลระดับที่สูงขึ้น ในกรณีที่เภสัชกรประเมินอาการหรือสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยแล้วมีความเห็นว่าการรักษาโดยใช้ยาและการแนะนำผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพยังไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือต้องใช้อุปกรณ์ตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมร่วมด้วย

โดยกิจกรรมที่ร้านยาให้บริการสำหรับบทบาทการให้บริการจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา (Common ailments) ประกอบด้วย

1. การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการ และระบบข้อมูลการบริการ
2. การให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยกรณีโรคทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา
3. การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) กรณีที่เกิดจากความสามารถของร้านยา
4. บริการคัดกรองด้านสุขภาพ การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ทั้งนี้เพื่อช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคและช่วยส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาได้ทันที่
5. การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสร้างสุขภาพที่ดี (Health promotion) และสามารถดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นได้ (Self-care and self-medication)
6. การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการใช้ยาและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drugs Reaction : ADR)

การวิเคราะห์เชิงเทคนิค

ความสอดคล้องกับระบบ (System compatibility)

- สอดคล้องกับระบบบริการ ประชาชนส่วนใหญ่จะใช้บริการที่ร้านยาก่อนการเข้าสู่ระบบบริการอื่นๆ อยู่แล้ว แต่ประชาชนอาจต้องมีการเดินทางเพื่อรับบริการ ขึ้นอยู่กับที่ตั้งและจำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ
- ผู้ใช้บริการ อาจไม่ใช่ผู้ป่วยที่แท้จริงหรือมีสิทธิระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งต้องมีการพิสูจน์ทราบ
- ประชาชนอาจมาใช้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (Over utilization)

ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Legitimate feasibility)

- กฎหมายอนุญาตให้เภสัชกรสามารถจ่ายยาอันตรายแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายได้ ทางออกหรือทางเลือกเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
- การกำหนดรายการยาที่เภสัชกรสามารถจ่ายในร้านยาภายใต้สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- กำหนดกลุ่มโรคทั่วไปที่เภสัชกรสามารถดูแลได้ในร้านยาภายใต้สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การกำหนดจำนวนครั้งของการรับบริการที่ร้านยา หรือ การกำหนดส่วนร่วมจ่าย กรณีการใช้บริการที่ร้านยา
- การพิสูจน์ทราบว่าเป็นผู้ป่วยจริง เช่น ทำประวัติ ตรวจบัตรประชาชน

2.2 การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ (Dispensing and review prescription)⁷

การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากการจ่ายยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องตรงตามที่แพทย์สั่งจ่ายแล้ว เภสัชกรยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการจัดและจ่ายยา รวมถึงการให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย การจ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์ยังรวมถึงการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ได้แก่ การเก็บประวัติการใช้ยา ประเมินใบสั่งยา (Review prescription) การค้นหาปัญหาที่เกิดเนื่องจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Drugs related problem) การตรวจสอบการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drugs interaction) การให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาเทคนิคพิเศษต่างๆ และการติดตามผลการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วย

บทบาทการจ่ายยาและทบทวนใบสั่งยาแพทย์ถือเป็นบทบาทหลักของเภสัชกรชุมชนในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศแถบตะวันตกและอเมริกาเหนือ สำหรับประเทศไทย เภสัชกรในร้านยาทั่วไปมีบทบาทในการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์เพียงร้อยละ 0-1.8 ของการปฏิบัติหน้าที่ในร้านยา แม้ว่าร้านยานั้นจะมีทำเลที่ตั้งอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเพียงใดก็ตาม อย่างไรก็ตามในสภาวะ

ที่ผู้มารับบริการจากโรงพยาบาลมีจำนวนมาก ประกอบกับภาวะด้านงบประมาณที่ไม่เอื้อต่อการเพิ่มอัตรากำลังด้านบุคลากรของโรงพยาบาล หากร้านยาสามารถโอนกิจกรรมบางอย่างมาให้บริการผู้ป่วยแทนสถานพยาบาล อาทิเช่น การทำหน้าที่บริหารคลังยา (Inventory management) การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ทั้งการบริการแก่ผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจเป็นแนวทางลดต้นทุนในการให้บริการ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

โดยกิจกรรมที่ร้านยาให้บริการสำหรับบทบาทการให้บริการจ่ายยาและทบทวนใบสั่งยาของแพทย์ (Dispensing and review prescription) มีดังนี้

1. การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการและระบบข้อมูลการบริการ
2. การทำหน้าที่บริหารคลังยา (Inventory management) ซึ่งได้แก่ การคัดเลือก จัดซื้อ และการจัดการคลังยา
3. การทบทวนใบสั่งแพทย์ (Review prescription) เพื่อลดปัญหาเนื่องจากยา เช่น กรณีการแพ้ยาซ้ำซ้อน
4. การบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (Dispensing) พร้อมคำแนะนำ
5. การให้คำปรึกษา (Counseling) แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (Compliance)
6. การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพิ่มเติมติดตามการใช้ยาและค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction : ADR)

การวิเคราะห์เชิงเทคนิค

ความสอดคล้องกับระบบ (System compatibility)

- แตกต่างจากระบบเดิมที่ผู้ป่วยสามารถรับบริการตรวจและรับยาที่หน่วยบริการโดยตรง
- ประชาชนต้องเดินทางเพื่อรับยาที่ร้านยา ซึ่งอาจไม่ลดต้นทุนและระยะเวลาการรับบริการของผู้ป่วย
- รายการยาบางรายการตามใบสั่งแพทย์อาจไม่มีในร้านยา
- อาจเกิดปัญหาการปลอมแปลงใบสั่งยา

ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Legitimate feasibility)

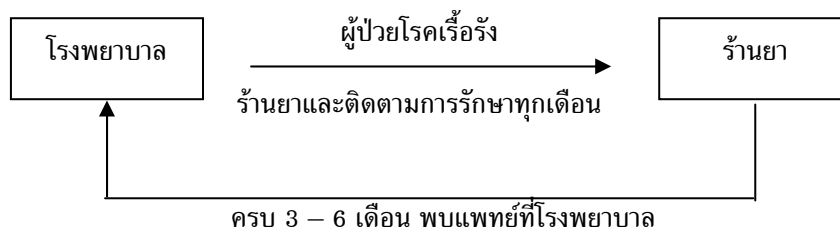
- กฎหมายกำหนดให้เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ทางออกหรือทางเลือกเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
- การมีจำนวนร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการอย่างพอเพียง
- กำหนดรายการยาเพื่อรับบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ที่ร้านยา หรือมีระบบการตรวจสอบก่อนการอนุญาตให้ผู้ป่วยนำใบสั่งแพทย์ไปรับยาที่ร้านยา
- จัดทำใบสั่งยาที่มีลักษณะเฉพาะสามารถตรวจสอบได้

2.3 การจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Refills prescription in chronic disease)

ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลาย ๆ โรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งต้องมีการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและต้องมาพบแพทย์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพื่อประเมินผลของการรักษาว่า ต้องการปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาหรือไม่อย่างไร โดยความถี่ของการมาพบแพทย์นั้นขึ้นกับผลการรักษาด้วยยาว่าสามารถควบคุมอาการของโรค หากอาการของโรคนั้นถูกควบคุมได้อย่างคงที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับยาปรับประมาณดั้งเดิมที่เคยได้รับไปใช้ต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น 2 – 3 เดือน ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองที่บ้านและนัดผู้ป่วยกลับมาประเมินผลการรักษาอีกครั้งเมื่อครบระยะเวลานัด

การรับบริการที่โรงพยาบาลเป็นที่ทราบกันดีว่าในการใช้บริการแต่ละครั้ง ผู้ป่วยต้องเสียเวลาค่อนข้างมากในการรอรับบริการ นอกจากนี้หลังจากการตรวจจากแพทย์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะได้รับยาชนิดเดิมมารับประทานต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมารับบริการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การควบคุมอาการของโรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ผลไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ดังนั้นหากมีการจัดระบบบริการเพื่ออำนวยความสะดวกและรวดเร็วให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกได้ ด้วยการไปรับบริการเติมยา (เติม) ต่อเนื่องที่ร้านยา ซึ่งมีเภสัชกรให้การดูแลเรื่องการใช้ยาและมีการติดตามอาการของโรค จะเป็นระบบที่เอื้อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และบรรเทาความแออัดในการรอรับบริการที่โรงพยาบาลได้มาก รวมถึงช่วยให้ระบบบริการของโรงพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยจะนำใบสั่งแพทย์เพื่อไปรับบริการเติมยา (Refill) ที่ร้านยาทุกเดือน ติดต่อกันเป็นเวลา 3 – 6 เดือน ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวนั้น เภสัชกรร้านยาจะเป็นผู้ดูแลให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผลทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วย อาทิเช่น ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ร้านยา เพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้บริการและการส่งผู้ป่วยรับบริการต่อที่โรงพยาบาลในกรณีที่ค่าทางคลินิกที่ติดตามนั้นสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยซึ่งได้มีการจัดทำไว้ล่วงหน้า ในกรณีนี้เภสัชกรจะเขียนใบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อสื่อสารกับแพทย์ที่ทำการรักษาด้วยและเมื่อครบกำหนดเวลานัดเภสัชกรร้านยาจะทำการสรุปผลการติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้กับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนั้น

ภาพที่ 2.1 การร่วมให้บริการของร้านยาในการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์



กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถรับบริการที่ร้านยา ควรเป็นโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยกิจกรรมต่างๆ ที่ร้านยาสามารถให้บริการมีดังนี้

1. การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการและระบบข้อมูลการบริการ
2. การสำรวจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย
3. การบริการวัดความดันเครื่องอัตโนมัติ เพื่อติดตามการรักษา
4. การบริการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามการรักษา (เฉพาะกรณีผู้ป่วยเบาหวาน)
5. การบริการจ่ายยาเติมตามใบสั่งแพทย์ (Dispensing) พร้อมคำแนะนำ
6. การให้คำปรึกษา (Counseling) แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Compliance)
7. การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด
8. การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการใช้ยาและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction : ADR)

การวิเคราะห์เชิงเทคนิค

เทคนิควิธีการ (Technical feasibility)

- ปัจจุบันมีชุดตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอัตโนมัติเพื่อติดตามผู้ป่วยที่ร้านยาได้
- สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Internet / Intranet หรือ ระบบ Report

ความสอดคล้องกับระบบ (System compatibility)

- แตกต่างจากระบบเดิมที่ผู้ป่วยจะรับบริการและรับยาที่หน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัยหรือหน่วยบริการปฐมภูมิตามระยะเวลาที่แพทย์นัด

- ประชาชนต้องเดินทางเพื่อรับยาที่ร้านยา แต่ไม่ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล
- รายการยาบางรายการอาจไม่มีในร้านยา
- อาจเกิดปัญหาการปลอมแปลงใบสั่งยา

ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Legitimate feasibility)

- กฎหมายกำหนดให้เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์
- ทางออกหรือทางเลือกเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ
- การมีจำนวนร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการอย่างพอเพียง
 - การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการและร้านยาที่เข้าร่วมโครงการผ่านระบบ Internet
 - กำหนดรายการยาตามใบสั่งยาเฉพาะเพื่อตรวจสอบได้
 - จัดทำใบสั่งยาที่มีลักษณะเฉพาะสามารถตรวจสอบได้
 - การจัดทำเกณฑ์การส่งต่อระหว่างร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการและหน่วยบริการ

2.4 การให้บริการของร้านยาในการคัดกรองโรค (Diseases screening) ^{8,9}

ปัจจุบันโรคติดต่อไม่ได้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศดังเช่นในอดีตที่ผ่านมา โดยพบเพียงบางโรคเท่านั้นที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ เช่น โรคไขเลือดออก ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาด้านระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือการคัดกรองและการรายงานอุบัติการณ์ของโรคของหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและส่งต่อผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้การควบคุมการระบาดของโรคมียุทธศาสตร์ภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันคือ การพบอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดอาการหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ อาทิเช่น จอประสาทตาผิดปกติ โรคไตวายจากโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อที่ต้องมีการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ และผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังแต่ไม่ทราบและไม่ได้เข้ารับการรักษาในระบบสาธารณสุข เพื่อให้ค่าปรึกษาแนะนำและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดโรคจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในการดำเนินการนั้น หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับควรดำเนินงานร่วมกันในลักษณะเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งร้านยา ซึ่งมีการกระจายตัวในพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึงในชุมชน เป็นที่พึ่งและเป็นแหล่งที่ประชาชนจะตัดสินใจใช้บริการเบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ร้านยาจึงเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงในการคัดกรองโรคต่างๆ ในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งการบริการคัดกรองโรคเป็นบทบาทหนึ่งที่ร้านยาสามารถให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและ

การส่งต่ออย่างเหมาะสมทั้งกรณีโรคติดต่อและโรคเรื้อรัง โดยการบริการนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคติดต่อ
 - กลุ่มอาการไข้ ใต้แก้ม โรคมือ เท้า ปาก และไขหวัดนก
 - กลุ่มโรคทางเดินอาหาร ใต้แก้ม อูจจาระร่วงเรื้อรัง อูจจาระร่วงรุนแรง
 - กลุ่มอาการทางเดินหายใจ ใต้แก้ม วัณโรคปอด โรคไขหวัดใหญ่ โรคปอดอักเสบ
2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ (โรคเรื้อรัง)
 - โรคเบาหวาน
 - โรคความดันโลหิตสูง

โดยกิจกรรมต่างๆ ที่ร้านยาสามารถให้บริการเพื่อการคัดกรองผู้ป่วยมีดังนี้

1. การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการและระบบข้อมูลการบริการ
2. การซักประวัติและการสำรวจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติสุขภาพครอบครัว การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย
3. การบริการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องอัตโนมัติ เพื่อการคัดกรองผู้ป่วย
4. การบริการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วเพื่อการคัดกรองผู้ป่วย (เฉพาะกรณีผู้ป่วยเบาหวาน)
5. การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต หรือระดับน้ำตาลในเลือด หรือภาวะอื่นๆ ที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

การวิเคราะห์เชิงเทคนิค

เทคนิควิธีการ (Technical feasibility)

- ปัจจุบันมีชุดตรวจวัดระดับน้ำตาลและความดันโลหิตอัตโนมัติทำให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ร้านยาได้
- การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Internet

ความสอดคล้องกับระบบ (System compatibility)

- ประชาชนนิยมการใช้บริการที่ร้านยาเนื่องจากสะดวก รวดเร็ว

ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Legitimate feasibility)

- ไม่มีที่กล่าวถึงโดยตรง

ทางออกหรือทางเลือกเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

- การส่งต่อข้อมูลภายหลังการคัดกรองโรคผ่านระบบ internet ระหว่างร้านยาและหน่วยบริการ

2.5 การให้บริการของร้านยาในการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นบทบาทสำคัญในการช่วยลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วย การเกิดโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาวิชาชีพควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ร้านยาสามารถมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วยการเป็นแหล่งให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง อาทิเช่น การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ (Smoking cessation counseling) การเป็นสถานที่ให้บริการจ่ายยาคุมกำเนิด ตามโครงการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข (จากเดิมที่เป็นบทบาทของสถานบริการภาครัฐเท่านั้น) สำหรับในต่างประเทศ ร้านยาสามารถให้บริการให้วัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชนในพื้นที่บริการได้ ปัจจุบันในประเทศไทยเริ่มมีการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพในร้านยาบางแห่ง แต่อยู่ในลักษณะของบริการเสริมเพิ่มเติม (Value added) ของการให้บริการทั่วไป เช่น ผู้ป่วยที่มาซื้อยาอาจจะขอคำปรึกษาในเรื่องการอดบุหรี่

โดยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ร้านยาสามารถให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้

1. การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการ และระบบข้อมูลการบริการ
2. การบริการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ (Smoking cessation)
3. การให้คำปรึกษา (Counseling) แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริมสุขภาพ
4. การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพิ่มเติมติดตามการใช้ยาและค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่นอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction : ADR)

การวิเคราะห์เชิงเทคนิค

เทคนิควิธีการ (Technical feasibility)

- มีอุปกรณ์หรือเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ
- มีการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Internet

ความสอดคล้องกับระบบ (System compatibility)

- ประชาชนนิยมการให้บริการที่ร้านยาเนื่องจากสะดวก รวดเร็ว

2.6 การให้บริการเยี่ยมบ้านในลักษณะ Medication therapy management (MTM) ของร้านยา

การให้บริการ Medication therapy management หรือ MTM เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medical therapy review) การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (A person medical record) การกำหนดการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ที่ดูแล (A medication action plan)

การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (Intervention and referral) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Documentation and follow-up) ซึ่งเภสัชกรร้านยาสามารถนำแนวคิด MTM มาประยุกต์ใช้ในการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้โดยนำข้อมูลมาวางแผนการรักษาและการใช้ยาโดยการประสานงานร่วมกับสหสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ร้านยาสามารถให้บริการเยี่ยมบ้านในลักษณะ (MTM) มีดังนี้

1. การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการ และระบบข้อมูลการบริการ
2. การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านสหสาขา
3. การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เมื่อพบปัญหาที่ต้องการดูแลโดยการประสานงานกับแพทย์
4. การวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์เชิงเทคนิค

เทคนิควิธีการ (Technical feasibility)

- มีการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Internet

ความสอดคล้องกับระบบ (System compatibility)

- ประชาชนนิยมการให้บริการที่ร้านยาเนื่องจากสะดวก รวดเร็ว

ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Legitimate feasibility)

- ไม่มีที่กล่าวถึงโดยตรง

ทางออกหรือทางเลือกเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ

- การส่งต่อข้อมูลภายหลังการเยี่ยมบ้านผ่านระบบ internet ระหว่างร้านยาและหน่วยบริการ

3. การจัดบริการของร้านยาในต่างประเทศ

ร้านยามีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในหลายประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ประชาชนในประเทศต่างๆ จะใช้บริการจากร้านยาเพื่อซื้อยาหรือเวชภัณฑ์สำหรับการรักษาตนเองจากอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก่อนการเข้าสู่ระบบบริการหลัก¹⁰ ด้วยการใช้จ่ายสามัญประจำบ้านหรือยา Over the counter (OTC) ซึ่งเป็นยากลุ่มที่มีความปลอดภัยสำหรับการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนในชุมชน เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยไม่ต้องมีการนัดหมายเภสัชกรล่วงหน้า ซึ่งแตกต่างจากการใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่นๆ รวมถึงการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว นอกจากบทบาทดังกล่าวข้างต้นแล้ว ร้านยาในต่างประเทศจะมีบทบาทที่สำคัญในการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งถือเป็นบทบาทหลักของร้านยาในหลายๆ ประเทศทั่วโลก นอกจากนี้ร้านยาในระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแตกต่างกันไป ขึ้นกับการผลักดันจากองค์กรวิชาชีพและการสนับสนุนในระดับนโยบายของผู้บริหาร ซึ่งส่วนใหญ่การพัฒนาบทบาทของร้านยาจะเป็นลักษณะการพัฒนา ปรับปรุงบทบาทที่มีอยู่เดิมให้มีคุณภาพมากขึ้น และการเพิ่มบทบาทใหม่ของร้านยาในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการพัฒนาและยกระดับร้านยาให้เป็นสถานบริการสุขภาพพื้นฐานเพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

บทบาทร้านยาในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ร้านยาในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะปรับเปลี่ยนจากการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งเป็นบทบาทหลักของเภสัชกรไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ด้วยการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของเภสัชกรในร้านยา การให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิกหรือการบริบาลทางเภสัชกรรม การส่งเสริมการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ สมเหตุผล รวมทั้งการพัฒนาร้านยาให้สามารถเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของชุมชน

ประเทศเยอรมัน¹¹ ร้านยาแต่ละแห่งจะต้องมีเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาที่เปิดบริการ โดยเภสัชกรร้านยาสามารถจ่ายยาและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดประเภทของยาในประเทศเยอรมันถูกจัดเป็น 2 ประเภทได้แก่ ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์และยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ ซึ่งบางกรณีสามารถจำหน่ายในสถานที่อื่นๆ นอกจากร้านยา อย่างไรก็ตามเภสัชกรสามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยโดยไม่ใช้ใบสั่งแพทย์ตามความเหมาะสมและพิจารณาหรือในกรณีฉุกเฉิน การให้บริการทางเภสัชกรรมหรือ Pharmaceutical Care ของเภสัชกรร้านยาในประเทศเยอรมัน ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องและได้รับการพิสูจน์ถึงการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ บทบาทและหน้าที่ของเภสัชกรของเยอรมันได้ปรับเปลี่ยนจากเพียงการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์มาสู่การบริการให้คำปรึกษาและการบริการแก่ผู้ป่วยในลักษณะของเภสัชกรประจำครอบครัว หรือ Family pharmacists นอกจากนี้ได้มีการจัดทำ

สัญญาการให้บริการของร้านยาประจำครอบครัว (Family pharmacy) ระหว่างตัวแทนของร้านยากับกองทุนการประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งในสัญญาดังกล่าวนั้นกำหนดให้เภสัชกรสามารถได้รับค่าตอบแทนจากการให้บริการทางเภสัชกรรม โดยทำงานร่วมกับแพทย์ประจำครอบครัวหรือ Family doctor ในการดูแลผู้ป่วย

ร้านยาในประเทศโปรตุเกส¹² ถูกจำกัดจำนวนตามลักษณะของพื้นที่และจำนวนประชากรในพื้นที่นั้นๆ เภสัชกรเท่านั้นที่สามารถเป็นเจ้าของร้านยา โดยยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์จะถูกระบายผ่านทางร้านยา ส่วนยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์นั้นผู้ป่วยสามารถซื้อได้จากสถานที่อื่นๆ นอกเหนือจากร้านยาหน้าที่ของเภสัชกรและขั้นตอนในการจ่ายยาถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในกฎหมาย โดยร้านยาทุกร้านจะจัดให้บริการพื้นฐานแก่ประชาชน เช่น บริการชั่งน้ำหนัก บริการวัดความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด

นอกจากนี้ร้านยาหลายแห่งยังจัดบริการอื่นๆ ตามความต้องการของชุมชน ซึ่งประกอบด้วยการจัดการยาขยะหรือยาที่เกินความจำเป็นของผู้ป่วย (Drug waste management) บริการเปลี่ยนเข็มฉีดยา บริการจ่ายยาทดแทนการติดยาเสพติด (Methadone substitution) และบริการจัดการโรคในร้านยา (Pharmacy-based disease management) โดยใช้หลักการบริหารทางเภสัชกรรม

บทบาทของร้านยาในประเทศออสเตรเลีย¹³ ได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็วผ่านข้อตกลงร้านยา (The Community Pharmacy Agreements) ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่าง the Pharmacy Guide of Australia ซึ่งเป็นตัวแทนของเจ้าของร้านยากับรัฐบาลออสเตรเลียโดยมีระยะเวลา 5 ปี ซึ่งผ่านมาแล้ว 3 ฉบับโดยข้อตกลงแต่ละฉบับได้เพิ่มบทบาทของร้านยาในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นตามลำดับ โดยร้านยาในประเทศออสเตรเลียจะทำหน้าที่บริการจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ โดยการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาผ่านการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยเฉพาะราย (Counseling) เป็นแหล่งบริการข้อมูลด้านยา (Drug information) ทั้งแก่ผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพ บริการจ่ายยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร (Pharmacist-only medicines) เพื่อรักษาโรคทั่วไป (minor ailments) ซึ่งเภสัชกรจะเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับและใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม บริการการบริหารจัดการด้านยา (Medication management service) ซึ่งเป็นการทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ (Drug regimen review) ร่วมกับแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ร้านยายังมีบทบาทด้านบริการส่งเสริม ป้องกันโรค (Preventive care service) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการติดตามผลของการใช้ยา โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานและหอบหืด

การให้บริการของร้านยาในประเทศอังกฤษ¹⁴ ซึ่งประเภทของยาถูกแบ่งเป็น 3 ประเภทได้แก่ ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์ (Prescription Only Medicine; POMs) ประเภทที่ 2 คือยาตามบัญชียาที่ขายได้ทั่วไป (General Sale list Medicines; GSLs) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่มีความปลอดภัยของการใช้สำหรับการรักษาตนเองเบื้องต้นและเป็นยาบรรจุเสร็จและมีปริมาณของยาไม่มาก เช่น ยาลดกรดในกระเพาะ

อาหาร ยาแก้ปวด เป็นต้น และประเภทสุดท้ายคือ ยาที่ต้องจ่ายในร้านยา(Pharmacy medicine; Ps) ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ต้องจ่ายในร้านยาภายใต้การควบคุมดูแลของเภสัชกร ร้านยาของประเทศอังกฤษได้รับการพัฒนาเป็นร้านยาปฐมภูมิหรือ Primary care pharmacy เป็นสถานบริการสุขภาพพื้นฐานสำหรับประชาชน นอกจากนี้เภสัชกรชุมชนสามารถให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน (Diabetes) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคหอบ (Asthma) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกมากขึ้นในการใช้บริการ รวมถึงสามารถช่วยลดภาระงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือแพทย์ประจำบ้านทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลจากแพทย์มากขึ้น โดยในทางปฏิบัติร้านยาที่จะเข้าให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์จะต้องเป็นร้านยาที่เป็นคู่สัญญาของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติ (Nation Health Service; NHS) และจะต้องผ่านการฝึกอบรมทั้งด้านการบริการจัดการระบบและด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมเพื่อการติดตามและการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยและการขยายแนวคิดดังกล่าวขององค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมของประเทศ

ร้านยาในประเทศแคนาดา^{15,16} ส่วนใหญ่จะให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายหรือ Counseling การทบทวนเพื่อประเมินใบสั่งยาที่ผู้ป่วยมารับบริการ นอกจากนี้ในช่วงที่ผ่านมาร้านยาเริ่มมีบทบาทที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากผู้ตัดสินใจในระดับนโยบายให้ความสำคัญกับค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้นจากยาใหม่ที่ออกสู่ท้องตลาดและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่สูงขึ้น ซึ่งถือเป็นโอกาสที่สำคัญของร้านยาในการนำองค์ความรู้ด้านเภสัชกรรมมาใช้เพื่อส่งเสริมการใช้ยาให้เกิดประโยชน์สูงสุดและป้องกันค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป นอกจากนี้ความต้องการเภสัชกรชุมชนในการให้บริการระดับปฐมภูมิที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการส่งเสริมการดูแลและการบริการสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนั้นสมาคมร้านยาเครือข่ายของแคนาดา(Canadian Association of chain drug stores; CACDS) ได้จัดทำข้อเสนอเพื่อให้ร้านยาเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการระดับปฐมภูมิของประเทศ

การพัฒนาร้านยาในฐานะผู้จัดการด้านโรค (Disease Management)¹⁷ ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีลักษณะเป็นองค์รวม (Comprehensive approach) ของการป้องกัน (Preventing) และการรักษา (Treating disease) โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการเลิกบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งพบว่า เภสัชกรเป็นวิชาชีพที่เหมาะสมที่สุดในการเป็นผู้จัดการด้านโรค (Diseases management) เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงในชุมชนผ่านร้านยาและยังเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้ยังมีการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์เมื่อเภสัชกรทำหน้าที่เป็น Disease management พบว่าสามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ นอกจากนี้ประเทศสหรัฐอเมริกายังได้มีการกำหนดหน้าที่ของเภสัชกรในงานปฐมภูมิ (The statement on the pharmacist's role in primary care) ซึ่งประกาศโดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกา¹⁸

นอกจากนี้สหรัฐอเมริกาโดยองค์การอาหารและยาได้ริเริ่มแนวคิดในการแบ่งกลุ่มยาใหม่จากเดิมที่มีเพียงยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์ (Prescription only) และยาสามัญทั่วไป (Over the counter; OTC) โดยจะเพิ่มยาในกลุ่มที่สามารถจ่ายโดยเภสัชกร (Behind the counter; BTC) ซึ่งจะเป็นยาที่มีความปลอดภัยในการใช้ระดับหนึ่งแต่ยังไม่เพียงพอต่อการอนุญาตให้เป็นยาสามัญทั่วไป

บทบาทร้านยาในประเทศกำลังพัฒนา

ร้านยาในประเทศกำลังพัฒนาเป็นสถานบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาที่สำคัญ เภสัชกรมีบทบาทอย่างมากในการให้คำปรึกษาด้านยาและสุขภาพ การดูแลตนเองทั้งการรักษาเบื้องต้นและสำหรับโรคเรื้อรัง ประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนาใช้บริการจากร้านยาด้วยเหตุผลหลายประการ¹⁹ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก ไม่ต้องรอรับบริการ สามารถใช้บริการได้ทุกช่วงเวลาและค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่นๆ โดยปกติแล้วร้านยาจะเป็นสถานพยาบาลแห่งแรกสำหรับบริการสุขภาพในหลายๆประเทศ เช่น ประชาชนชาวเวียดนามมากกว่า 80 เปอร์เซ็นต์จะไปใช้บริการร้านยาเมื่อเจ็บป่วย

การพัฒนาบทบาทของร้านยาในประเทศแถบเอเชีย พบว่าประเทศเกาหลีใต้และประเทศไต้หวัน ได้มีการแยกระบบการส่งยาออกจากการจ่ายยา โดยแพทย์จะทำหน้าที่ตรวจรักษาและเขียนใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยและร้านยาจะให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งถือเป็นการพัฒนาบทบาทของร้านยาหรือบทบาทของวิชาชีพเภสัชกรรมโดยเฉพาะเภสัชกรชุมชนในประเทศดังกล่าวอย่างมาก

นอกจากนี้องค์การสุขภาพอย่าง องค์การเภสัชกรรมสากลหรือ The International Pharmaceutical Foundation; FIP ได้สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของร้านยาซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างมากในระบบสาธารณสุขของกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เพื่อให้ร้านยาสามารถเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary health care) โดยส่งเสริมและสนับสนุนการนำหลักการของการบริการทางเภสัชกรรมที่ดี หรือ Good Pharmacy Practice; GPP มาใช้ในประเทศเหล่านี้ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ (1) การเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรม (2) การมีเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการ (3) การส่งเสริมการบริการอย่างมีมาตรฐาน และ (4) การจัดทำนโยบายการขึ้นทะเบียนยาแห่งชาติ²⁰

สรุปบทเรียนการให้บริการของร้านยาในต่างประเทศ

การพัฒนาบทบาทของร้านยาในระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการผลิตจากองค์การวิชาชีพเภสัชกรรมของแต่ละประเทศ รวมถึงการสนับสนุนในระดับนโยบายของผู้บริหารของประเทศนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วการพัฒนาบทบาทของร้านยาในต่างประเทศจะเป็นลักษณะการพัฒนา ปรับปรุงบทบาทที่มีอยู่เดิมให้มีคุณภาพมากขึ้นและการเพิ่มบทบาทใหม่ของร้านยาในระบบ

สาธารณสุข โดยเฉพาะการพัฒนาและยกระดับร้านยาให้เป็นสถานบริการสุขภาพพื้นฐานเพื่อเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

ร้านยามีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในหลายประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ประชาชนในประเทศต่างๆ จะใช้บริการจากร้านยาเพื่อซื้อยาหรือเวชภัณฑ์สำหรับการรักษาตนเองจากอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ก่อนการเข้าสู่ระบบบริการหลัก ด้วยการใช้จ่ายตามตู้ประจำบ้านหรือยา Over the counter; OTC ซึ่งเป็นยากลุ่มที่มีความปลอดภัยสำหรับการดูแลตนเองเบื้องต้นในระยะแรกของการเจ็บป่วย นอกจากนี้ร้านยายังเป็นแหล่งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาและการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนในชุมชน เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยไม่ต้องมีการนัดหมายเภสัชกรล่วงหน้าซึ่งแตกต่างจากการใช้บริการจากสถานพยาบาลอื่นๆ รวมถึงการบริการที่สะดวกและรวดเร็ว นอกจากบทบาทดังกล่าวข้างต้นแล้วร้านยาในต่างประเทศจะมีบทบาทที่สำคัญในการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ซึ่งถือเป็นบทบาทหลักของร้านยาในหลายๆ ประเทศทั่วโลก

นอกจากนี้บทบาทการบริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ของร้านยาเป็นบทบาทที่กำลังได้รับการส่งเสริมในหลายๆ ประเทศ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มเครือจักรภพอังกฤษและสหรัฐอเมริกา เนื่องจากช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและการลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะค่าเดินทางหรือค่าเสียโอกาสจากการขาดงานและต่อระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มทางเลือกในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

4. การพัฒนาร้านยาและความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันร้านยาได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและองค์กรวิชาชีพ

การรับรองคุณภาพของร้านยา

เนื่องจากคุณภาพการให้บริการของร้านยาในประเทศไทยมีความหลากหลายแตกต่างกันอย่างมาก ดังนั้นเพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพการให้บริการของร้านยา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งได้แก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสภาเภสัชกรรมได้ร่วมกันดำเนินโครงการ “ร้านยาคุณภาพ” ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทำหน้าที่ในการสนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาร้านยา เพื่อให้ผ่านการรับรองคุณภาพของสภาเภสัชกรรม ซึ่งการรับรองดังกล่าวมีระยะเวลา 3 ปี โดยร้านยาที่ผ่านการรับรองแล้วจะได้รับเครื่องหมาย ร้านยาคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชน ผู้รับบริการและสังคม นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)^{i,ii}

ⁱ สภาเภสัชกรรม. http://www.pharmacycouncil.org/html/htmlexpand/drug_store03.html

นอกจากนี้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) อยู่ระหว่างการดำเนินการเพื่อบังคับใช้กฎหมายในการส่งเสริมให้ร้านยาปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของร้านยา เช่น การกำหนดให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหรือเภสัชกรร้านยาต้องปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรม (Good Pharmacy Practice: GPP) การกำหนดเงื่อนไขในการต่อไปอนุญาตร้านยา เพื่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ²¹

การพัฒนาศักยภาพของเภสัชกรร้านยา

ปัจจุบันสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ร่วมกับสภาเภสัชกรรมซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพในการยกย่องและออกข้อกำหนดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ด้านเภสัชกรรมชุมชน เพื่อสร้างความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติสำหรับเภสัชกรในการให้บริการอย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงการจัดทำคู่มือหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Good Pharmacy Practice: GPP) ภายใต้การสนับสนุนของสหพันธ์เภสัชกรรมนานาชาติ (Federal of International Pharmaceutical: FIP) และแนวปฏิบัติของเภสัชกรร้านยาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและการใช้ยาปฏิชีวนะ

การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันการดำเนินงานของร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองเป็น ร้านยาคุณภาพ ได้ประสานความร่วมมือกับชุมชนและหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ ทั้งระดับพื้นที่และระดับสถานพยาบาล เพื่อเชื่อมโยงการให้บริการหรือขยายบทบาทการให้บริการให้ใกล้ชิดประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการมากขึ้น ได้แก่ การประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐในการรณรงค์ด้านสุขภาพและสาธารณสุข โดยเป็นสถานที่เผยแพร่และประชาสัมพันธ์เพื่อการรณรงค์เรื่องต่างๆ โดยเฉพาะร้านยาในชุมชนเมืองเช่น การรณรงค์เรื่องโรคไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ 2009 รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับ อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานหรือ อสม. ในการติดตามและออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการใช้ยาหรือส่งต่อผู้ป่วยหากเกิดปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยการส่งข้อมูลด้านยาของผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลและร้านยา

นอกจากนี้ร้านยาคุณภาพในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม นครราชสีมาและขอนแก่นได้ร่วมพัฒนาการเชื่อมโยงร้านยาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตขอนแก่นและนครราชสีมา และเครือข่ายเภสัชศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (คภ.สสส.) เพื่อดำเนินกิจกรรมคัดกรองหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเติมยาแก่ผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ⁱⁱ สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)แนะนำโครงการ ร้านยาคุณภาพคืออะไร. <http://newsser.fda.moph.go.th/advancepharmacy/2009/index.php>

5.ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome)³ ของการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยร้านยาเอกชนไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติกับการให้บริการโดยโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่สามารถช่วยลดต้นทุนการให้บริการและค่าใช้จ่ายของประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการได้โดยเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการหยุดหรือลางานเนื่องจากการให้บริการที่ร้านยาสะดวกและรวดเร็วกว่าการรับบริการที่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องขาดงานหรือสามารถไปรับบริการในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกได้ รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับบริการเนื่องจากร้านยาที่ศึกษาตั้งอยู่ใกล้กับบ้านพักของผู้ป่วยและโดยปกติแล้วร้านยาส่วนใหญ่มีการกระจายตัวอยู่ในแหล่งชุมชนทำให้การเดินทางเพื่อรับบริการมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า

ด้านความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการ ผลการศึกษาการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อบริการที่ได้รับในทุกการศึกษา^{3,4,5} ทั้งนี้เนื่องจากความสะดวกและความรวดเร็วในการรับบริการ รวมถึงความสะดวกในการเข้าถึงบริการของร้านยาที่มีมากกว่าสถานบริการอื่นๆ

นอกจากนี้ด้านความปลอดภัยและความคุ้มค่าของการใช้ยา เภสัชกรร้านยาสามารถช่วยลดปัญหาเนื่องจากการใช้ยา (Drug related problem; DRP) ซึ่งจากการศึกษาการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมา พบว่าเภสัชกรร้านยาสามารถค้นหาปัญหาเนื่องจากยาของผู้ป่วยแต่ละรายได้ ทั้งนี้เนื่องจากความใกล้ชิดและมีเวลาในการซักถามมากกว่าการให้บริการในสถานพยาบาลอื่นๆ ทำให้สามารถดำเนินการแก้ไขหรือประสานงานกับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาเนื่องจากยาได้ เช่น ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา (Compliance) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดปัญหาการเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยา เช่น เภสัชกรร้านยาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการได้รับยากลุ่ม statin และมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งแก้ปัญหด้วยการส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำยาที่ไม่ได้ใช้กลับมาปรึกษาเพื่อลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วยและเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาของหน่วยบริการประจำในการจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้ว ซึ่งหากมีการดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมลงได้

ส่วนบทบาทด้านการคัดกรองโรค²² พบว่า เภสัชกรร้านยาสามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดกรองเพื่อพบแพทย์จำนวน 58 คน จากจำนวนผู้รับบริการทั้งสิ้น 928 คน ซึ่งผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยและการรักษาทั้งด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา

จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.86 ซึ่งแสดงว่าร้านยาสามารถแสดงบทบาทในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

ดังนั้นการที่ร้านยาสามารถเข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพฯ โดยเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ จะช่วยปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขโดยรวมด้วยการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและการเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

บทที่ 3

ต้นทุนของร้านยา

คำถามการศึกษาบทนี้ คือ ต้นทุนต่อ 1 หน่วยบริการของงานเภสัชกรรมชุมชนเป็นเท่าไร โดยใช้การศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรม ขอบเขตการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงต้นทุนต่อ 1 หน่วยบริการของงานเภสัชกรรมชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการออกแบบระบบการนำร้านยาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ข้อมูลพื้นฐานประกอบการคำนวณ เช่น ค่าเสื่อมราคา ค่าสาธารณูปโภคในการศึกษาครั้งนี้ นำมาจากการศึกษาประสิทธิภาพทางการเงินของโครงการเครือข่ายร้านยาในคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย²³
3. ข้อมูลเวลาที่ให้บริการเก็บข้อมูลจาก สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 2 แห่ง ระหว่าง 2-6 มีนาคม 2552
4. เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการ (Provider)

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระบบต้นทุนฐานกิจกรรม²⁴

ระบบต้นทุนฐานกิจกรรม หรือ Activity-Based Costing หรือ ABC เป็นระบบต้นทุนที่ได้มีการพัฒนาขึ้นมาด้วยสมมติฐานที่ว่ากิจกรรม (Activity) ทำให้เกิดต้นทุน ไม่ใช่ตัวผลิตภัณฑ์ และปริมาณการผลิต หรือการให้บริการ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดต้นทุน หรือกล่าวได้ว่าระบบ ABC ถือว่ากิจกรรมทำให้เกิดต้นทุน ส่วนผลิตภัณฑ์ หรือบริการเป็นตัวก่อให้เกิดกิจกรรม และระบบ ABC เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรโดยเฉพาะในเรื่องของการควบคุมต้นทุน และพัฒนากระบวนการทำงาน

ระบบต้นทุนฐานกิจกรรมจึงเหมาะสมสำหรับกิจการที่มีลักษณะ ดังนี้

- ผลิตภัณฑ์หลายประเภท
- มีลักษณะการผลิตที่ซับซ้อน
- มีความแตกต่างกันในแต่ละผลิตภัณฑ์
- มี Overhead Cost สูงเมื่อเทียบกับสัดส่วนของต้นทุนอื่นๆ

ในการศึกษาที่ต้องการศึกษาต้นทุนต่อ 1 หน่วยบริการของงานเภสัชกรรมชุมชนในร้านยา ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีขนาดเล็ก มีรูปแบบการบริการที่หลากหลาย และใช้หน่วยต้นทุนร่วมกันเป็นส่วนใหญ่หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ มี Overhead Cost สูง ดังนั้น การนำระบบ ABC มาใช้วิเคราะห์ต้นทุน จึงมีความเหมาะสม

ขั้นตอนในการคำนวณหาต้นทุนโดยใช้ระบบต้นทุนฐานกิจกรรม

แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

- 1.) วิเคราะห์หน่วยงาน โดยการทำความเข้าใจกิจกรรมและกระบวนการที่เกิดขึ้นในองค์กร รวมทั้งทรัพยากรที่ใช้ และความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้เข้าใจการใช้ทรัพยากรและพฤติกรรมที่เกิดต้นทุนของกิจกรรม
- 2.) รวบรวมข้อมูลต้นทุนทรัพยากร ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน (ดูรายละเอียดจากการวิเคราะห์ต้นทุนตามแนวทาง IHPP)
- 3.) ระบุกิจกรรมในการผลิต ระบุตัวผลิตภัณฑ์ทรัพยากร เพื่อใช้ปันส่วนทรัพยากรเข้าสู่กิจกรรมหรือศูนย์กิจกรรม (Activity Cost Pools) ที่เกี่ยวข้อง (โดยจัดกิจกรรมที่อยู่ในระดับเดียวกัน และมีความสัมพันธ์อย่างมากอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เรียกแต่ละกลุ่มกิจกรรมว่า ศูนย์กิจกรรม) รายละเอียดเป็นดังนี้

- ในการระบุกิจกรรมควรระบุทุกกิจกรรมอย่างละเอียด
- เมื่อระบุทุกกิจกรรมแล้วให้ทำการจัดกลุ่มกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันเข้าอยู่ในศูนย์กิจกรรมเดียวกัน ตัวอย่างเช่น กิจกรรมการตรวจรับวัสดุสำนักงาน กับกิจกรรมการจัดเก็บวัสดุสำนักงาน สามารถจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันได้
- จากนั้นทำการกำหนดชื่อศูนย์กิจกรรม
- ระบุเกณฑ์ในการปันส่วนทรัพยากร หรือตัวผลิตภัณฑ์ทรัพยากร (Resource Driver) เพื่อใช้ปันส่วนทรัพยากร (ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน) เข้าสู่ศูนย์กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะใช้หลักเกณฑ์ที่ศูนย์กิจกรรมสัมพันธ์กับการใช้ทรัพยากรหนึ่งๆ เช่น
 - เกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติงาน เช่น แบ่งเงินเดือนบุคลากรไปยังหน่วยต่าง ๆ โดยใช้เกณฑ์สัดส่วนของเวลาที่บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติหน้าที่แต่ละงาน ซึ่งอาจจะได้การบันทึกการทำงานประจำวัน หรือใช้บันทึกโดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานจริง
 - เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับการใช้งานจริง เช่น แบ่งค่าใช้จ่ายของวัสดุตามจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการ แบ่งค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์สิ่งปลูกสร้างตามพื้นที่ใช้สอยจริง
- รวมต้นทุนทางตรงของแต่ละศูนย์กิจกรรม

เพื่อให้ง่ายในการจัดกลุ่มกิจกรรม เราสามารถพิจารณาจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมให้อยู่ในระดับใดระดับหนึ่งใน 4 ระดับ แล้วจึงจัดกิจกรรมที่อยู่ในระดับเดียวกันและมีความคล้ายคลึงกันให้อยู่ในศูนย์กิจกรรมเดียวกัน

ระดับการจัดกิจกรรม 4 ระดับ²⁵ ได้แก่

- กิจกรรมระดับหน่วยผลิตภัณฑ์ (Unit-level activities) เป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนผันแปรตามจำนวนหน่วยผลิตภัณฑ์ เช่น การใช้แรงงานทางตรงผลิตสินค้าแต่ละชิ้น การตรวจสอบคุณภาพสินค้าแต่ละชิ้น เป็นต้น
- กิจกรรมระดับกลุ่มผลิตภัณฑ์ (Batch-level activities) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นทุกครั้งที่มีการผลิตผลิตภัณฑ์กลุ่มหนึ่งๆ หรือ batch หนึ่งๆ ดังนั้น ต้นทุนผลิตภัณฑ์จะไม่ผันแปรไปตามจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ทำการผลิต แต่จะผันแปรไปตามจำนวน batch ที่ผลิต เช่น การตั้งเครื่องจักรเพื่อการผลิตแต่ละ batch การตรวจสอบสินค้าเฉพาะชิ้นแรกของการผลิตแต่ละ batch เป็นต้น
- กิจกรรมระดับชนิดผลิตภัณฑ์ (Product-level activities) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อสนับสนุนให้เกิดการผลิตผลิตภัณฑ์แต่ละชนิด เป็นกิจกรรมที่ทำโดยรวม เพื่อการดำเนินงานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการนั้นโดยเฉพาะ ซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นทุก batch ที่ทำการผลิต เช่นการเปลี่ยนรูปแบบหีบห่อหรือเปลี่ยนรูปทรงผลิตภัณฑ์ การทำประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ เป็นต้น
- กิจกรรมระดับทั่วไป (Organization-sustaining activities) เป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผลิตหรือการให้บริการ แต่กิจกรรมนี้เกิดขึ้นเพื่อให้องค์กรสามารถดำรงอยู่ได้ โดยจะเกิดขึ้นไม่ว่าจะมีลูกค้า หรือไม่ และเกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดการผลิตหรือไม่ เช่น การบริหารโรงงาน การจัดระบบสาธารณูปโภค ระบบรักษาความปลอดภัย เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

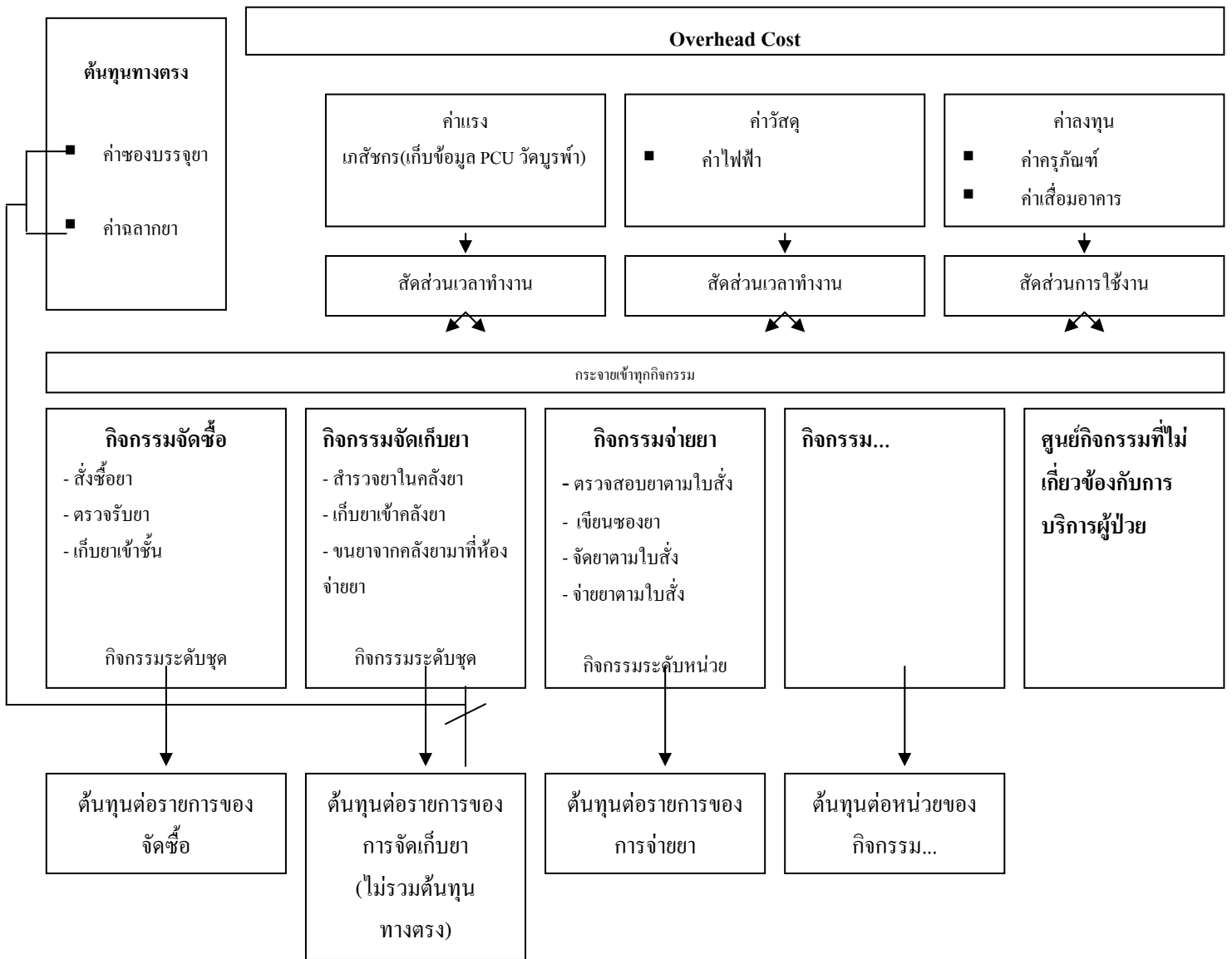
นุศราพร เกษสมบูรณ์และคณะ (2551)²³ ได้ทำการศึกษาค่าตอบแทนการบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยาตามใบสั่งยา ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษา ร้านสมบุญเภสัชกรและคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา โดยทำการศึกษาย้อนหลังในช่วงเวลา 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2548 จากข้อมูลของคลินิกชุมชนอบอุ่น และร้านยาสมบุญเภสัชกร และใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนการให้บริการเภสัชกรรมต่อรายการยาที่จ่ายในกรณีที่จ้างเภสัชกร ซึ่งมีประสิทธิผลมาประจำคลินิกมีค่า 26.78 บาท ในกรณีให้ร้านสมบุญเภสัชกรดำเนินการมีค่า 23.80 บาท และในกรณีจ้างเภสัชกรจบใหม่มาประจำคลินิกมีค่า 22.77 บาท ดังนั้น การให้ร้านยาเป็นเครือข่ายบริการเภสัชกรรม คุ่มค่ากว่าการที่คลินิกจัดบริการเภสัชกรรมเอง

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนต่อการให้บริการของร้านยา 1 กิจกรรม ตามหลักการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม โดยใช้ข้อมูลดิบจากการศึกษาของนุศราพร เกษสมบูรณ์และคณะ²³ และการเก็บรวบรวมเพิ่มเติมในส่วนค่าแรง และใช้เวลาของเภสัชกรในแต่ละกิจกรรม โดยมีรายละเอียดการศึกษาดังนี้

1. รวบรวมต้นทุนทรัพยากร ได้แก่
 - ค่าแรงเภสัชกร
 - ค่าไฟฟ้า
 - ค่าลงทุน ได้แก่ ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์และอาคาร
2. กระจายต้นทุนทรัพยากรเข้ากิจกรรม โดยอาศัยตัวผลัดต้นทุนทรัพยากร คือ สัดส่วนเวลาการทำงานและสัดส่วนการใช้งานของกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 14 กิจกรรม ได้แก่
 - 2.1 กิจกรรมจัดซื้อ (รายการ) ได้แก่ สั่งซื้อยา ตรวจรับยา และเก็บยาเข้าชั้น
 - 2.2 กิจกรรมจัดเก็บยา (รายการ) ได้แก่ สรรวจยาในคลังยา เก็บยาเข้าคลังยา ขนยาจากคลังยามาที่ห้องจ่ายยา
 - 2.3 กิจกรรมคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ราย)
 - 2.4 กิจกรรมจ่ายยาตามใบสั่ง (รายการ)
 - 2.5 กิจกรรมให้คำปรึกษาเบาหวาน (ราย)
 - 2.6 กิจกรรมให้คำปรึกษาความดันโลหิตสูง (ราย)
 - 2.7 กิจกรรมวัดความดัน (ราย)
 - 2.8 กิจกรรมเจาะเลือดแบบ strip (ราย)
 - 2.9 กิจกรรมชั่ง นน วัดส่วนสูง (ราย)
 - 2.10 กิจกรรมส่งต่อ (ราย)
 - 2.11 กิจกรรมเยี่ยมบ้านรัศมี 5 กม (ราย)
 - 2.12 กิจกรรมจัดทำ patient profile (ราย)
 - 2.13 กิจกรรมให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ (ราย)
 - 2.14 กิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย ได้แก่ ขยายส่งและอื่นๆ เพราะว่าเป็นกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย จึงไม่นำต้นทุนที่ถูกแบ่งเข้าสู่ศูนย์นี้มาใช้ในการคำนวณ
3. คำนวณต้นทุนต่อ 1 หน่วยกิจกรรม โดยอาศัยตัวผลัดต้นทุนของแต่ละกิจกรรม

กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม



วิธีการศึกษาดัชนีทุน

1. ที่มาของข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากการศึกษาของนุศราพร เกษสมบุญ และคณะ ได้แก่

- 1) เงินค่าตอบแทนของเภสัชกรสมบุญ (เทียบเท่าเภสัชกร ระดับ 8 ในระบบราชการ)
- 2) ต้นทุนค่าไฟฟ้า เก็บข้อมูลค่าไฟฟ้าตั้งแต่ 1 มกราคม 2548 ถึง 31 ธันวาคม 2548 รวมระยะเวลา 1 ปี เก็บจากชั่วโมงการใช้ไฟฟ้าของเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม นับเป็นหน่วยการใช้ไฟฟ้า (Unit)
- 3) ครุภัณฑ์ประจำร้านยา เก็บเวลาการใช้งานครุภัณฑ์จริงในการทำกิจกรรมนั้นๆ เพื่อหาสัดส่วนเวลาการใช้แต่ละกิจกรรม
- 4) อาคารเก็บข้อมูลพื้นที่การใช้งานจริงตามรายกิจกรรม
- 5) เวลาการปฏิบัติงานของเภสัชกรสมบุญเก็บจากชั่วโมงการทำงานของเภสัชกร นับเป็นชั่วโมงการทำงาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเก็บเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เวลาการปฏิบัติงานของเภสัชกร 2 คน ประจำร้านยาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลในการวิเคราะห์ความไว ใช้ค่าแรงของเภสัชกร กรณีเจ็บใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ และ ค่าแรงของเภสัชกร กรณีทำงานนอกเวลาในสถานบริการเอกชน กำหนด 120 บาทต่อชั่วโมง

2. ตัวผลัดกันทรัพยากร ที่เลือกใช้ในการผลัดกันทรัพยากรเข้าสู่กิจกรรมประกอบด้วย

- 2.1 สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงานของเภสัชกร
- 2.2 สัดส่วนเวลาในการใช้ครุภัณฑ์
- 2.3 พื้นที่ในการใช้อาคารสถานที่
- 2.4 สัดส่วนเวลาในการใช้ไฟฟ้า

3. สถิติที่ใช้ในการศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ในการวิเคราะห์ต้นทุน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลต้นทุน

4. การวิเคราะห์ความไว(Sensitivity Analysis) โดยการปรับค่าแรงของเภสัชกร จาก ค่าแรงของเภสัชกรสมบุญ ซึ่งจัดว่าเป็นเภสัชกรอาวุโส เป็น ค่าแรงเภสัชกร กรณีเจ็บใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ และ ค่าแรงของเภสัชกร กรณีทำงานนอกเวลาในสถานบริการเอกชน

5. ระยะเวลาในการศึกษา เดือน มกราคม 2552 – มิถุนายน 2552

ผลการศึกษาดัชนีทุนและอภิปราย

ผลการศึกษา จำแนกผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ดัชนีทุนต่อหน่วยบริการในมุมมองของร้านยาสมบุญเภสัชกร
2. การวิเคราะห์ความไว

1. ดัชนีทุนต่อหน่วยบริการในมุมมองของร้านยาสมบุญเภสัชกร

1.1 ข้อมูลทั่วไปของร้านยาสมบุญเภสัชกร (ขณะดำเนินการศึกษาของนุศราพร เกษสมบุรณ์ และคณะ)

ร้านยาสมบุญเภสัชกร (ร้านยาคุณภาพ ที่สภาเภสัชกรรมรับรอง) เป็นผู้ให้บริการเภสัชกรรมในเครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย ทำหน้าที่จ่ายยาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่มาจากคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นอกจากนี้ยังให้บริการผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ามาใช้บริการโดยตรงที่ไม่ใช่ผู้ป่วยของคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย และร้านยาสมบุญเภสัชกรยังได้ขายส่งยาอีกด้วย

มีจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งสิ้น 2 คน คือ เภสัชกร และผู้ช่วยเภสัชกร ในการปฏิบัติงานของเภสัชกรต่อปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2548 ถึง 31 ธันวาคม 2548 ร้านยาสมบุญเภสัชกรเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยของคลินิกทุกวัน ตั้งแต่วันอาทิตย์ – วันเสาร์ ตั้งแต่เวลา 08:00 – 16:00 น. และหยุดในวันนักขัตฤกษ์ คิดเป็นการทำงานทั้งสิ้น 343 วัน โดยทำงานวันละ 8 ชั่วโมง คิดเป็นชั่วโมงการทำงานเท่ากับ 2,744 ชั่วโมง หรือ 164,640 นาที จำนวนรายการยาที่ร้านยาให้บริการแก่คลินิกใน 1 ปี เท่ากับ 21,905 รายการ

1.2 ดัชนีทุนค่าแรงเภสัชกรสมบุญ

ค่าตอบแทนเภสัชกร	เท่ากับ	458,400.00	บาท/ปี
เวลาที่เภสัชกรปฏิบัติงาน	เท่ากับ	164,640.00	นาที/ปี
ดังนั้น ค่าแรงต่อนาที	เท่ากับ	2.78	บาท

ตารางที่ 3.1 ต้นทุนค่าแรงของเภสัชกรสมบุญ

เงินเดือน/ปี(บาท)	เงินประจำตำแหน่ง/ปี (บาท)	ค่ารักษาพยาบาล/ปี (บาท)	รวมค่าแรง/ปี (บาท)
396,000	60,000	2,400	458,400.00

ตารางที่ 3.2 ต้นทุนค่าตอบแทนของเภสัชกร กระจายเข้ากิจกรรม

กิจกรรม	เวลาที่ใช้ ต่ำสุด (นาที)	เวลาที่ใช้ สูงสุด (นาที)	ค่าแรง ต่ำสุด (บาท)	ค่าแรงสูงสุด (บาท)
คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อ 1 โรค	5	15	14	42
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ (ไม่รวมการจัดซื้อและคลัง)	5	10	14	28
ให้คำปรึกษา DM ต่อราย	5	30	14	84
ให้คำปรึกษา HT ต่อราย	5	30	14	84
วัดความดันต่อราย	2	11	6	31
เจาะเลือด(strip)ต่อราย	2	8	6	22
ชั่ง นน วัดส่วนสูงต่อราย	1	5	3	14
ส่งต่อต่อราย	5	12	14	33
เยี่ยมบ้านรศมี 5 กม ต่อราย	30	60	84	167
จัดทำ patient profileต่อราย	5	10	14	28
ให้คำปรึกษาเด็กบุหรี	5	20	14	56

1.3 ต้นทุนค่าไฟฟ้า

ตารางที่ 3.3 ต้นทุนค่าไฟฟ้า

เครื่องใช้ไฟฟ้า	จำนวน (เครื่อง)	กำลังไฟฟ้า/ เครื่อง (วัตต์)	เวลาการใช้ งาน/วัน (ชั่วโมง)	หน่วยที่ใช้ (หน่วย/ปี)	ต้นทุนค่าไฟฟ้า (บาท)
1. หลอดไฟฟ้าชุดที่ 1	6	36	8	592.70	2,293.76
2. หลอดไฟฟ้าชุดที่ 2	2	36	3	74.09	286.72
3. คอมพิวเตอร์	1	230	8	631.12	2,442.43

เครื่องใช้ไฟฟ้า	จำนวน (เครื่อง)	กำลังไฟฟ้า/ เครื่อง (วัตต์)	เวลาการใช้ งาน/วัน (ชั่วโมง)	หน่วยที่ใช้ (หน่วย/ปี)	ต้นทุนค่าไฟฟ้า (บาท)
4. พัดลม	1	48	4	65.86	254.86
5. เครื่องปรับอากาศ	1	3313	8	9,090.87	35,181.67
6. ตู้เย็น	1	90	8	246.96	955.74
รวม					41,415.19
คิดเป็นค่าไฟฟ้าต่อหน้าที่					0.14

หมายเหตุ อัตราค่าไฟฟ้า ปี 2548 เท่ากับ 3.87 บาท/ หน่วย

ตัวอย่าง การคำนวณค่าไฟฟ้า กลุ่ม Computer ขนาด 230 Watt จำนวน 1 เครื่อง

การปฏิบัติงานของเภสัชกร ใช้ Computer เป็นเวลา 8 ชั่วโมง/ วัน

343 วัน ใช้ Computer เป็นเวลา 2,744 ชั่วโมง/ ปี

หน่วยไฟฟ้าของ Computer ที่ใช้ = $\frac{\text{ชั่วโมงการใช้งาน} \times \text{Watt}}{1,000}$

= $\frac{2,744 \times 230}{1000}$

Computer ใช้ไฟฟ้า = 631.12 หน่วย/ ปี

ต้นทุนค่าไฟฟ้าของ Computer = 631.12 หน่วย/ ปี \times 3.87 บาท/ หน่วย

= 2,442.43 บาท/ ปี

1.4 ต้นทุนค่าลงทุน คิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง

ตารางที่ 3.4 ต้นทุนค่าลงทุน

รายการ	ค่าเสื่อมราคา(บาท/ปี)	มูลค่า(บาท/ปี)
อาคาร	30080.00	7691.69
ตู้ยา	40000.00	10228.31
ชุดคอมพิวเตอร์	8333.33	2130.90
เครื่องปรับอากาศ	3500.00	894.98
โต๊ะและเก้าอี้	2400.00	613.70
ตู้เย็น	1400.00	357.99
รวม		21917.55
คิดเป็นค่าเสื่อมราคาต่อหน้าที่		0.07

ตัวอย่าง การคำนวณค่าเสื่อมราคาของอาคาร

อาคาร 1 ตารางเมตร	มีราคา	8,000.00	บาท
อายุการใช้งาน 20 ปี	คิดเป็นค่าเสื่อมราคา	400.00	บาท/ปี/ตารางเมตร
พื้นที่ปฏิบัติงาน	เท่ากับ	75.20	ตารางเมตร
ค่าเสื่อมราคาของพื้นที่ปฏิบัติงานเท่ากับ		75.20 × 400.00	
	เท่ากับ	30,080.00	บาท
เวลาปฏิบัติงานทั้งหมด		164,640.00	นาที
เวลาในการให้บริการผู้ป่วย		42,099.71	นาที

$$\begin{aligned}
 \text{ต้นทุนอาคาร} &= \text{สัดส่วนเวลา} \times \text{ค่าเสื่อมราคาของพื้นที่ปฏิบัติงาน} \\
 &= \left(\frac{42,099.71}{164,640.00} \right) \times 30,080.00 \text{ บาท/ปี} \\
 &= 7,691.69 \text{ บาท/ปี}
 \end{aligned}$$

1.5 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม

ผลการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมในมุมมองของร้านยาสมบุญเภสัชกร พบว่ากิจกรรมในภาพรวมมีต้นทุนต่อหน่วยตั้งแต่ 3 – 179 บาท โดยกิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด คือ การชั่ง หนัก วัดส่วนสูงต่อราย และ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่มีต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาของนุศราพร และคณะ ในปี 2551²³ ที่ได้ทำการศึกษาค่าตอบแทนการบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยาตามใบสั่งยา ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษา ร้านสมบุญเภสัชกรและคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา พบว่า ต้นทุนการจ่ายยาตามใบสั่งต่อ 1 รายการ ซึ่งรวมทั้งการจัดซื้อและจัดเก็บยา เท่ากับ 25 บาท จะเห็นว่าเป็นค่าที่สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่อยู่ในช่วง 22-47 บาท ต่อรายการ

ตารางที่ 3.5 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม

กิจกรรม	เวลาที่ใช้ ต่ำสุด (นาที)	เวลาที่ใช้ สูงสุด (นาที)	ต้นทุนต่อ หน่วยต่ำสุด (บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย สูงสุด (บาท)
คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อ 1 โรค	5	15	15	45
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ (ไม่รวมการจัดซื้อและคลัง)	5	10	15	30
ให้คำปรึกษา DM ต่อราย	5	30	15	90
ให้คำปรึกษา HT ต่อราย	5	30	15	90
วัดความดันต่อราย	2	11	6	33
เจาะเลือด(strip)ต่อราย	2	8	6	24
ชั่ง นน วัดส่วนสูงต่อราย	1	5	3	15
ส่งต่อต่อราย	5	12	15	36
เยี่ยมบ้านรศมี 5 กม ต่อราย	30	60	90	179
จัดทำ patient profileต่อราย	5	10	15	30
ให้คำปรึกษาเล็กบุหรี	5	20	15	60
จัดซื้อต่อรายการ	7 บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกร)			
จัดเก็บต่อรายการ	10 บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกร)			

2. การวิเคราะห์ความไว

การวิเคราะห์ความไวในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาการปรับเปลี่ยนส่วนค่าแรงของเภสัชกร เนื่องจากภาพรวมของต้นทุนตัวแปรค่าแรงเป็นตัวแปรที่มีผลต่อค่าต้นทุนรวม และเพื่อเป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจเชิงบริหารค่าแรงที่นำมาวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่ กรณีใช้ค่าแรงของเภสัชกรจบใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐแบบเต็มเวลา และ กรณีใช้เภสัชกรในลักษณะ part time โดยอิงค่าแรงของเภสัชกรที่ทำงานนอกเวลาในสถานบริการเอกชน ซึ่งกำหนด 120 บาทต่อชั่วโมง ผลการวิเคราะห์ความไว สรุปได้ว่า กรณีใช้ค่าแรงของเภสัชกรจบใหม่ที่เข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐแบบเต็มเวลาจะทำให้ต้นทุนต่อกิจกรรมมีค่าต่ำที่สุด

การวิเคราะห์ความไวกรณีที่ 1 ใช้ค่าแรงของเภสัชกรจบใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ

ตารางที่ 3.6 ค่าแรงของเภสัชกรจบใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ

เงินเดือน/ปี	เงินไม่ประกอบ วิชาชีพ/ปี	ค่าเบี้ยเลี้ยง พื้นที่ ปกติ/ปี	เงินเพิ่มพิเศษ สำหรับผู้ประกอบ วิชาชีพ/ปี	รวมค่าตอบแทน/ปี
(บาท)	(บาท)	(บาท)	(บาท)	(บาท)
112,800	60,000	22,800	18,000	213,600.00

ตารางที่ 3.7 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม กรณีใช้ค่าแรงเภสัชกรจบใหม่และเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ

กิจกรรม	เวลาที่ใช้ ต่ำสุด (นาที)	เวลาที่ใช้ สูงสุด (นาที)	ต้นทุนต่อหน่วย ต่ำสุด(บาท)	ต้นทุนต่อหน่วย สูงสุด(บาท)
คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อ 1 โรค	5	15	8	23
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ	5	10	8	15
ให้คำปรึกษา DM ต่อราย	5	30	8	45
ให้คำปรึกษา HT ต่อราย	5	30	8	45
วัดความดันต่อราย	2	11	3	17
เจาะเลือด(strip)ต่อราย	2	8	3	12
ชั่ง นน วัดส่วนสูงต่อราย	1	5	2	8
ส่งต่อต่อราย	5	12	8	18
เยี่ยมบ้านรศมี 5 กม ต่อราย	30	60	45	90
จัดทำ patient profileต่อราย	5	10	8	15
ให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่	5	20	8	30
จัดซื้อต่อรายการ	4 บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกรปรับค่าแรง)			
จัดเก็บต่อรายการ	8 บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกรปรับค่าแรง)			

การวิเคราะห์ความไวกรณีที่ 2 ใช้ค่าแรงของเภสัชกร กรณีทำงานนอกเวลาในสถานบริการเอกชน กำหนด 120 บาทต่อชั่วโมง

ตารางที่ 3.8 ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม กรณีทำงานนอกเวลาในสถานบริการเอกชน กำหนด 120 บาทต่อชั่วโมง

กิจกรรม	เวลาที่ใช้ต่ำสุด (นาที)	เวลาที่ใช้สูงสุด (นาที)	ต้นทุนต่อหน่วยต่ำสุด(บาท)	ต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด(บาท)
คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อ 1 โรค	5	15	11	33
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ (ไม่รวมการจัดซื้อและคลัง)	5	10	11	22
ให้คำปรึกษา DM ต่อราย	5	30	11	66
ให้คำปรึกษา HT ต่อราย	5	30	11	66
วัดความดันต่อราย	2	11	4	24
เจาะเลือด(strip)ต่อราย	2	8	4	18
ชั่ง หน วัดส่วนสูงต่อราย	1	5	2	11
ส่งต่อต่อราย	5	12	11	26
เยี่ยมบ้านรึศมี 5 กม ต่อราย	30	60	66	132
จัดทำ patient profileต่อราย	5	10	11	22
ให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่	5	20	11	44
จัดซื้อต่อรายการ	5 บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกรปรับค่าแรง)			
จัดเก็บต่อรายการ	9 บาท (จากการศึกษาต้นทุนของร้านสมบุญเภสัชกรปรับค่าแรง)			

บทที่ 4

การวิเคราะห์อุปสงค์และอุปทาน

ในบทนี้จะวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน โดยพิจารณาอุปสงค์ (Demand) หรือความต้องการ ได้แก่ พฤติกรรมการรับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และระบาดวิทยาของโรคที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้จะมองภาพอุปทาน (Supply) อันได้แก่จำนวนและการกระจายตัวของร้านยาในระบบ

พฤติกรรมสุขภาพในการรับบริการร้านยา

การสำรวจสุขภาพและอนามัย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีจำนวนคนไทยที่มีการเจ็บป่วยในรอบปีที่ผ่านมา 11.45 ล้านคน โดยมีสัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไปรับบริการชื้อยากินเอง-ร้านยา จำนวน 2.94 ล้านคน (ร้อยละ 25.69) หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มสวัสดิการบัตรทองมีการเจ็บป่วย 9.31 ล้านคน และไปชื้อยากินเองจำนวน 2.39 ล้านคน หรือร้อยละ 25.7 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของคนไทย พ.ศ.2550

สถานพยาบาล	สวัสดิการรักษายาพยาบาล			รวม
	บัตรทอง	ข้าราชการ	ประกันสังคม	
ไม่ได้ทำการรักษา	4.60%	4.25%	4.91%	4.61%
ชื้อยาแผนโบราณ/สมุนไพร	0.84%	0.59%	0.90%	0.82%
หาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ	0.23%	0.04%	0.43%	0.24%
ไปชื้อยากินเอง-ร้านยา	25.70%	31.63%	21.38%	25.69%
ไปสถานอนามัย	18.48%	2.21%	4.91%	15.74%
ไปโรงพยาบาลชุมชน	16.24%	7.06%	13.86%	15.26%
ไปโรงพยาบาลจังหวัด	6.32%	6.36%	13.97%	7.15%
ไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	0.73%	1.51%	4.54%	1.20%
ไปโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ	1.46%	3.71%	9.54%	2.51%
ไปหาแพทย์คลินิกเอกชน	20.83%	17.02%	16.46%	20.06%
ไปโรงพยาบาลเอกชน	2.80%	23.48%	5.45%	4.70%
อื่นๆ	1.78%	2.15%	3.66%	2.01%
รวมทั้งหมด	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

ที่มา การสำรวจสุขภาพและอนามัย พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สถานการณ์ทางระบาดวิทยา

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานภาวะการจัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของความดันโลหิตสูงและเบาหวานในปี พ.ศ.2549 จำนวน 375,600 รายและ 334,168 ราย ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมา จะมีจำนวนและอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 4.2)

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2547 ได้ประมาณการความชุกของโรคเรื้อรังที่สำคัญคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยความชุกของความดันโลหิตสูงของเพศชายอยู่ที่ร้อยละ 23.3 และเพศหญิงร้อยละ 20.9 ส่วนโรคเบาหวานมีความชุกร้อยละ 6.4 ในเพศชาย และร้อยละ 7.3 ในเพศหญิง ความชุกของทั้งสองโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น (ตาราง 4.3)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคน ทั้งประเทศ ยกเว้นกรุงเทพมหานคร ด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พ.ศ. 2540-2549

พ.ศ.	ความดันโลหิตสูง		เบาหวาน	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2540	86,700	158.00	81,601	148.70
2541	94,160	169.60	97,564	175.70
2542	120,280	216.60	121,547	218.90
2543	142,873	259.02	142,088	257.59
2544	156,442	287.50	151,115	277.71
2545	187,162	340.99	187,141	340.95
2546	218,218	389.83	213,136	380.75
2547	265,636	477.35	247,165	441.16
2548	307,671	544.08	277,391	490.53
2549	375,600	659.57	334,168	586.82

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รวบรวมโดย : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 4.3 ความชุกของความดันโลหิตสูงและเบาหวานในคนไทย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

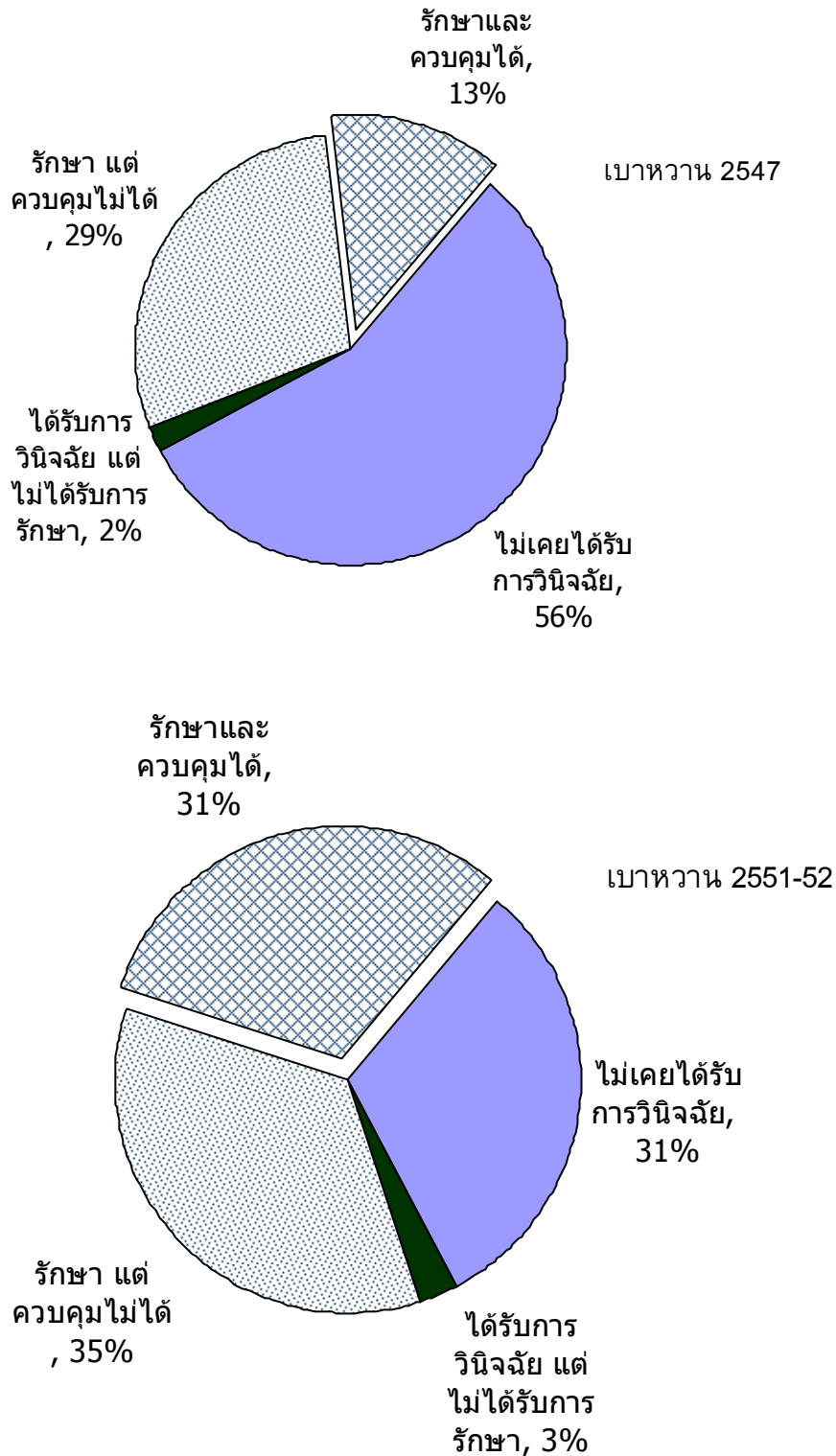
กลุ่มอายุ	ความดันโลหิต (ร้อยละ)		เบาหวาน (ร้อยละ)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
15-29	9.8	4.1	2.0	1.6
30-44	18.6	13.9	5.2	5.1
45-59	35.7	34.3	11.4	12.6
60-69	47.3	48.1	13.8	18.9
70-79	53.2	54.2	12.3	15.7
รวม	23.3	20.9	6.4	7.3

ที่มา: การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3, 2547

นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ยังแสดงประสิทธิภาพของระบบ พบว่ายังมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 56 ที่ยังไม่เคยรับรู้หรือได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อนเลย ร้อยละ 29 ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผู้ป่วยร้อยละ 13 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นทางเลือกที่สามารถดูแลและจ่ายยาผ่านศูนย์สุขภาพชุมชนหรือร้านยาได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71 ที่ยังไม่เคยรับรู้หรือได้รับการวินิจฉัยว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงมาก่อนเลย มีผู้ป่วยร้อยละ 9 ที่สามารถรับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งเป็นทางเลือกที่สามารถดูแลและจ่ายยาผ่านศูนย์สุขภาพชุมชนหรือร้านยาได้เช่นกัน (ภาพที่ 4.1 และ 4.2)

อาจกล่าวได้ว่าหากดูเฉพาะสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในระบบได้รับการรักษาพยาบาลประมาณร้อยละ 31 (2547) และร้อยละ 41 (2552) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีความเป็นไปได้ที่จะไปรับยานอกสถานพยาบาลหรือร้านยาได้ เช่นเดียวกับสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาร้อยละ 38% (2547) และร้อยละ 51 (2552) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตนเองได้

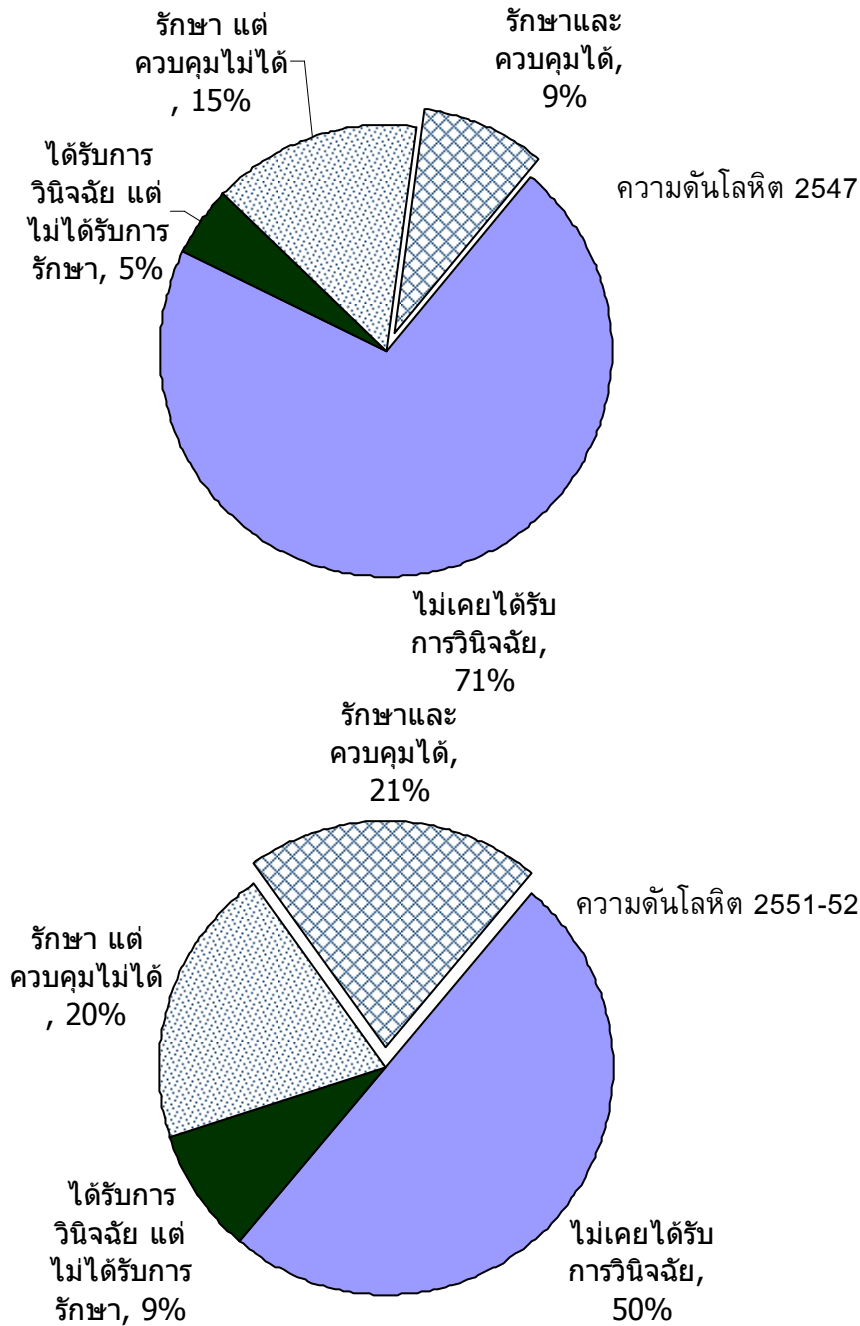
ภาพที่ 4.1 ประสิทธิภาพของระบบการควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน พ.ศ. 2547 และ 2552*



ที่มา ยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559

*ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 ยังไม่ได้เผยแพร่เป็นทางการ ตัวเลขที่น่าเสนอนี้เป็นผลการวิเคราะห์เบื้องต้นเท่านั้น

ภาพที่ 4.2 ประสิทธิภาพของระบบการควบคุมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2547 และ 2552*



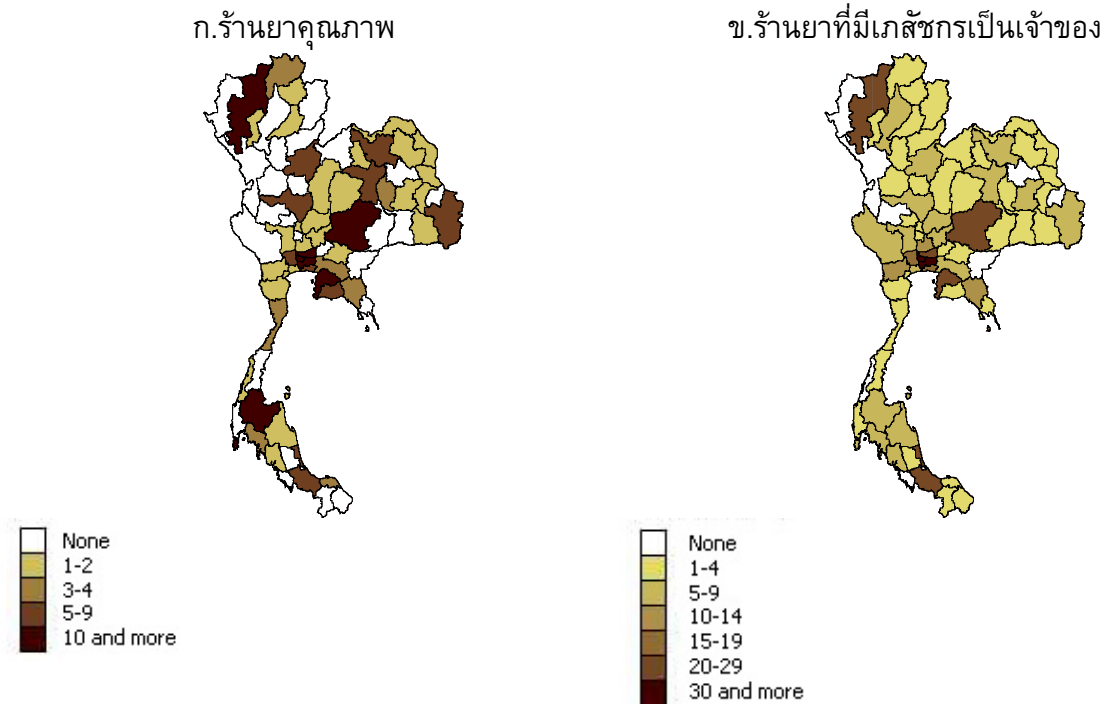
ที่มา ยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559

*ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 ยังไม่ได้เผยแพร่เป็นทางการ ตัวเลขที่น่าเสนอนี้เป็นผลการวิเคราะห์เบื้องต้นเท่านั้น

จำนวนและการกระจายตัวของร้านยา

ปี พ.ศ.2551 มีจำนวนร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองทั่วประเทศจำนวน 316 ร้าน กระจายใน 50 จังหวัด แต่จำนวนส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพฯและหัวเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ 114, ชลบุรี 19, ภูเก็ต เชียงใหม่ นครราชสีมา จังหวัดละ 11 แห่ง เป็นต้น (ภาพ 4.3 ข) ปัจจุบันมีนโยบายสนับสนุนให้มีการเปิดและรับรองร้านยาคุณภาพเพิ่มขึ้นกำหนดให้แต่ละจังหวัดควรมีอย่างน้อย 1 แห่ง นอกจากนี้ ยังมีข้อมูล que แสดงถึงจำนวนร้านยาที่มีศักยภาพ โดยนับจากร้านยาที่มีเภสัชกรที่เป็นสมาชิกของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน จำนวน 959 แห่ง กระจายใน 68 จังหวัด (ภาพ 4.3 ข)

ภาพที่ 4.3 การกระจายของจำนวนร้านยาคุณภาพและร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นเจ้าของ



ข้อมูล โครงการพัฒนาร้านยา อย. และสมาคมเภสัชกรรมชุมชน

ภาระงานปัจจุบันของร้านยา

จากการสัมภาษณ์จำนวนผู้มารับบริการโดยเฉลี่ยต่อวันในร้านยา จำนวน 10 ร้าน ซึ่งเป็นร้านยาที่มีเภสัชกรปฏิบัติการตลอดเวลาที่เปิดร้าน และร้านยาที่มีเภสัชกรปฏิบัติการเฉพาะในช่วงเย็น โดยดำเนินการสัมภาษณ์ร้านยาอย่างเฉพาะเจาะจงในเดือนกรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ.2552 และกำหนดให้เภสัชกรประมาณการจำนวนผู้มารับบริการโดยเฉลี่ย ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนผู้มารับบริการในร้านยาต่อวันคือ 65 ราย โดยร้านยาที่มีผู้รับบริการจำนวนสูงสุดคือ 150 ราย ต่ำสุดคือ 40 ราย

ตารางที่ 4.4 จำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวันในกลุ่มร้านยาตัวอย่าง

ที่ตั้งร้านยา	ผู้รับบริการ (คนต่อวัน)
กรุงเทพ1	120
กรุงเทพ2	80
ขอนแก่น1	120
ขอนแก่น2	50
ขอนแก่น3	150
ขอนแก่น4	40
ขอนแก่น5	120
ขอนแก่น6	50
มหาสารคาม1	50
นครราชสีมา1	50
ค่ามัธยฐาน	65
ค่าสูงสุด	150
ค่าต่ำสุด	40

บทที่ 5

ข้อเสนอและความเห็นจากการประชุม

1. การนำเสนอในที่ประชุมกรรมการสภาเภสัชกรรม วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2552

การพัฒนาร้านยาเข้าเป็นเครือข่ายระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าต้องเน้นการใช้ข้อมูลที่มีหลักฐานวิชาการสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะ ผลได้จากการทดลองนำร่องรูปแบบต่างๆที่ผ่านมา และทางออกเพื่อแก้ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้น เช่น

1. มาตรฐานการบริการเภสัชกรรมใน PCU ต้องเท่ากับ โรงพยาบาล ทั้งในแง่การวางหลักการจำนวนเภสัชกร / การกำกับตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ความไม่คุ้มทุนในการจ้างเภสัชกรมาประจำอาจเป็นสาเหตุหนึ่ง ดังนั้นทางเลือกในการทำงานจึงน่าจะใช้ประโยชน์จากร้านยาซึ่งเป็นหน่วยงานเอกชนที่มีอยู่ในพื้นที่ โดยไม่ต้องลงทุน

2. ในขั้นต้นนี้อาจยังไม่ต้องเปิดบทบาท ประเด็นการให้บริการจ่ายยาตามอาการของผู้ป่วยสำหรับโรคหรืออาการเจ็บป่วยทั่วไปที่พบบ่อย โดยเสนอลำดับขั้นของบทบาท ดังนี้

- พื้นฐาน : การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์
- เสริมระบบเดิม : การเติมยา(ตัวเลขจากสมาคมเบาหวาน) และ คัดกรองโรค
- ขั้นพัฒนาเฉพาะ : การสร้างเสริมสุขภาพด้วยการปรับพฤติกรรมเช่น Smoking cessation
- ขั้นวิจัยพัฒนา : การเก็บข้อมูลปัญหาประเด็น Self care / Self med ที่เน้นความประหยัดและความปลอดภัย

3. ประเด็นคำตอบแทน ประกอบด้วย

- เปิดทางเลือก รับยาจากโรงพยาบาล บวกค่าขนส่ง 3 % (ถ้ามี) ซึ่งมีปัญหาอุปสรรค คือ สตี้อคยาของหน่วยบริการ / ไม่สอดคล้องกับทิศทางในอนาคต
- ลดค่าบริหารจัดการคลังฯ เหลือ 15 - 20 % ต่อดัชนีทุนยา
- การประกันคุณภาพยา จะมีวิธีการอย่างไรให้เกิดความมั่นใจ

4. ปรับระบบค่าบริการให้สอดคล้องกับความยากง่ายในการให้บริการ โดยศึกษาจากข้อมูลในต่างประเทศ สำหรับการให้บริการจ่ายยาตามอาการของผู้ป่วยสำหรับโรคหรืออาการเจ็บป่วยทั่วไปที่พบบ่อย ในลักษณะ Capitation มีข้อเสีย มีความเสี่ยง ผู้มาขึ้นทะเบียนน้อย เพราะร้านยาศักยภาพน้อยกว่าโรงพยาบาล

5. รูปแบบการจัดการ เสนอ ระบบการจัดการภาพใหญ่ โดยพัฒนาระบบเชื่อมโยงระหว่าง สปสช กับ ตัวกลางของเครือข่ายฯ (ศูนย์ประสานงาน) โดยเฉพาะ เรื่องการจัดทำสัญญา ระบบการเบิกจ่าย ฯลฯ

- ศูนย์ประสานงาน ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- ควรพัฒนา คู่มือการปฏิบัติงาน

- บทบาทของศูนย์ประสานงาน ประกอบด้วย Mapping, การประกันคุณภาพร้านยา, ประสานค่าตอบแทน, การจ่ายเงิน, และการพัฒนาคุณภาพ

2. การจัดประชุมสหภาพกลุ่มวิชาชีพ วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2552 (เวลา 09.00-12.00 น.)

มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 14 คน ความเห็นและประเด็นอภิปรายทั่วไป สรุปได้ดังนี้

1. นโยบายการส่งเสริมให้เกิดร้านยาคุณภาพ: ปัจจุบัน (พ.ศ. 2552) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำลังดำเนินโครงการขยายจำนวนร้านยาคุณภาพ ซึ่งสนับสนุนให้มีความเป็นไปได้ในการนำร้านยาเข้าสู่ระบบฯ ได้ โดยมีเป้าหมายให้แต่ละจังหวัดเพิ่มร้านยาคุณภาพขึ้นจังหวัดละ 1 แห่งภายในปีงบประมาณ 2552 และมีการดำเนินการโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มอบหมายให้สำนักตรวจและประเมินผลนำนโยบายไปสู่พื้นที่ จังหวัดที่มีความพร้อมก็จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งต้องการทำให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ คาดว่าปีนี้หน้าจะดำเนินการได้ประมาณ 80% ของพื้นที่ และปีต่อไปก็จะเพิ่มสัดส่วนจำนวนร้านยาคุณภาพ เช่น 2% หรือ 3% เป็นต้น สิ่งที่ทำหายคือแนวทางการสร้างแรงจูงใจให้ร้านยาเข้าสู่ระบบเพิ่มขึ้นควรเป็นอย่างไร

2. การพัฒนาร้านยาคุณภาพยังต้องทำอย่างต่อเนื่อง: ในระยะต้นยังไม่ได้มีการพัฒนาที่จริงจัง ควรมีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ความรู้เรื่องโรคที่สำคัญ การให้คำปรึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ ถ้าร้านยาคุณภาพทุกร้านได้เชื่อมเข้าสู่ระบบฯ จะทำให้เกิดระบบการตรวจสอบคุณภาพที่เข้มข้นขึ้น

3. ตัวอย่างบริการของร้านยาที่เป็นไปได้: ปัจจุบันสภาวิชาชีพได้มีการพัฒนาระบบบริการที่จะเชื่อมต่อกับ สปสช เช่น การ refill ยาในผู้ป่วยความดันโลหิต/เบาหวานที่รับการรักษาและควบคุมได้ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6 สำหรับกลุ่มที่ที่รักษาแต่ยังควบคุมไม่ได้ (ร้อยละ 11) ควรมีโมเดลของ critical care นอกจากนี้ปัจจุบันมีการเยี่ยมบ้านในกลุ่มโรคเรื้อรังโดยร้านยาซึ่งนำร่องใน สปสช กรุงเทพฯ รวมถึงบริการอื่นๆ ที่จะไปช่วยคนในที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค เช่น screening เป็นต้น

4. ระบบการดูแล chronic disease ควรจะเป็นระบบของการดูแลครบวงจรต่อเนื่อง: จึงต้องการการทำงานในลักษณะเครือข่าย multiple disciplinary ถ้าสมมติเราจะตัดเฉพาะเรื่องของ screening มาให้ร้านยาทำ การดูแลอย่างครบวงจรต่อเนื่องก็จะไม่เกิดประสิทธิภาพ เพราะจริงๆ แล้วร้านยามีศักยภาพที่จะทำได้หลายกรณี เช่น ในกรณีเบาหวาน ความดัน ถ้าสมมติ control ได้ดี ร้านยาสามารถ refill ได้

5. ระบบการจัดการร้านยาของประเทศเพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการ: ภาพที่มองอยู่น่าจะนำเสนอ package ที่เป็นภาพรวมว่าเภสัชกรที่อยู่ร้านยาสามารถทำอะไรได้บ้างในพื้นที่ที่พร้อมในระดับต่างๆ นอกจากนี้ ระบบการจัดการภาพใหญ่ควรจะต้องมีผู้ประสานงานกลาง เพื่อ mapping ร้านยาและหน่วยบริการ รวมถึงการพัฒนา ศักยภาพในพื้นที่ที่ไม่มีร้านยาคุณภาพ เช่น ถ้าเกิดพื้นที่นี้พร้อมที่จะเกิด package ของ screening ก็ไปติดต่อให้เกิด screening ถ้าเกิดอีกพื้นที่หนึ่งเกิด refill ก็ทำให้เกิด refill ถ้าเกิดอีกพื้นที่หนึ่งในส่วนของ pharmaceutical care เพราะมี chronic disease ที่เป็นปัญหามากแล้วมีร้านยาที่มีคุณภาพอยู่ก็ให้เกิดตรงนั้น หรือกล่าวได้ว่า แทนที่เราจะเลือก 1 หรือ 2 เราเลือกทั้งหน้ากระดานเลย เพียงแต่พื้นที่ไหนพร้อมอันไหนเราก็เกิดอันนั้น

6. ข้อกังวลด้านระบบการเงิน: ที่ผ่านมานี้ 3 จังหวัดที่นำร่อง คือ ขอนแก่น โคราช มหาสารคาม เป็นลักษณะการจัดการแบบโครงการวิจัย และ พื้นที่ไหนพร้อมก็ตกลงกัน ปัญหาในอนาคตเมื่อดำเนินการระดับประเทศ ก็คือการไปแบ่งเงินจาก CUP น่าจะเป็นปัญหา ตอนที่เริ่มโครงการนำร่องพยายามเอา list ของรพ.มหาราชมาให้เป็นเกณฑ์อัตราตามรพ.มันก็เป็นเกณฑ์ที่เรายอมรับได้คือไอเดียจริงๆ คือ หนึ่ง บอกทุนจริงๆ มา อันที่สองคือคิดต้นทุนแปลว่าให้ค่าบริหารจัดการประมาณ 20% หมายความว่าลงทุนไปก่อนซื้อยามีห้องเก็บยาปรับอากาศมีพื้นที่ 20% คิดค่าบริหารจัดการ แล้วสิ้นปีมันตกที่เริ่มต้น 35 หรือ 20 บาท ตรงนั้นก็พอไปกันได้เท่าที่ดูเพราะว่ามันมีเกณฑ์หลักคือว่าราคาไม่เกินรพ.มหาราชซึ่งที่จริงรพ.มหาราชก็บวกไว้เหมือนกันบวกตามระเบียบราชการคือ overate 15% เวลาที่มันไม่เกิดเพราะว่ายังไม่เข้มงวดพอ คือคลินิกพยายามจะเซฟที่สุดไม่อยากจะเงินส่วนนี้ออกไปก็จ่ายเอง ทั้งที่นโยบาย PCU ต่อไปจะต้องมีจ่ายยากๆ

7. ข้อมูลต้นทุน: ตัวเลขต้นทุนที่ศึกษานี้มีค่าใกล้เคียงกับที่เคยคุยกับ สปสช. โดยถ้า CUP ได้งบประมาณเพิ่มประมาณ 3 แสนก็น่าจะทำให้เกิดตัวกระตุ้นในการพัฒนางานเภสัชกรรม โดย CUP สามารถดำเนินการได้ใน 2 ช่องทาง ได้แก่ 1) CUP จ้างเภสัชกรเอง และ 2) CUP ประสานกับร้านยา

8. ประสบการณ์จากกรณีศึกษาทันตกรรม: มีความเห็นว่าการที่จะทำ contract เรื่องของยานั้นค่อนข้างซับซ้อน การที่หมอจะมาสวมตัวว่าเป็นระบบ reimburse ผ่านทาง PCU เพราะฉะนั้นตัวหมอเองจะคิดค่อนข้างยาก เช่น คิดเคสเป็นเคสเกี่ยวกับเรื่องของยามันเป็นอะไรที่ค่อนข้างจะ complicate กว่าเรื่องของทันตกรรม เพราะทันตกรรมมีอยู่ไม่ก็อย่างแต่ว่าโรคภัยไข้เจ็บมีหลายอย่าง อย่างไรก็ตามอาจทำเป็นรูปแบบเดียวกัน เกี่ยวกับการจ่ายตรงของ สปสช. ว่าจะให้ต่อเคสเท่าไร คนไข้จะมาจากการ screen ของรพ. ในกรณีของทันตแพทย์งานทันตกรรมมันอาจจะต่างเพราะว่าโดยทั่วไปคนไข้เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ แล้วไปซื้อยาคือ out of pocket จ่ายเงินเอง ในขณะที่งานทันตกรรมถ้าเป็นลักษณะโมเดลนี้ก็คือว่าแทนที่จะไปรักษาที่รพ. คนไข้ก็ไปรักษาที่คลินิกเอกชนแต่เอาเงินของ CUP มาจ่าย ในขณะที่ร้านยามันจะเป็นคนละลักษณะ มัน complicate ไปกว่านั้นเยอะเพราะว่าทุกวันนี้ถ้าคนไข้เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ให้จ่ายกันเอง ถ้าสมมติว่าเอาร้านยาเข้าสู่ระบบโดยที่ สปสช. เป็นคนจ่ายให้มันจะ complicate ขึ้น มันอาจจะต้องมีโมเดลนอกจากเงินที่ สปสช. ให้แล้วคนไข้จะต้อง co-pay ส่วนหนึ่งโอกาสเป็นจริงก็จะมากขึ้น แต่ถ้าบอกว่า สปสช. จ่ายทั้งหมด สปสช. ก็คงจะลังเลใจ แนวคิด chronic care ที่ไป home visit คือถ้าร้านยาไม่ทำให้พยาบาลทำเขาก็ต้องจ่ายเงินแก่พยาบาล หรือกรณี refill รพ.จ่าย refill มันก็ต้องมีค่าใช้จ่ายมาให้ร้านยาทำ กรณีอย่างนั้นก็คือแบ่งงานให้คนอื่นทำ แต่ว่าในกรณีของร้านยา แล้วคนไข้ out of pocket โดยที่ สปสช. ไม่ต้องจ่ายให้ แล้วถ้าเราเอาร้านยาเข้าสู่ระบบแล้วไม่ out of pocket แบบนี้มันจะยุ่ง

9. Common illness อาจจะต้องเป็นอีกโมเดลหนึ่ง: ในแต่ละ package ที่เราคุยกันมันอาจจะมีการ option model ของตัวไหนบ้าง แล้วอย่างที่ยกตัวอย่างของทันตกรรม ก็มองว่าที่จริงเรามีคล้ายๆ กันแบบนี้ในกรุงเทพฯ เพียงแต่ว่าของทันตกรรม จะตรงไปที่จะ sub contract ออกมา แต่ของร้านยาจะ direct มาจาก สปสช. เพียงแต่ว่าผู้ป่วยจะถูก refer ออกมาตรงนี้ระบบตรวจสอบคือว่ารพ. Screen แล้วมีปัญหา

10. รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบริการ: อาจจะใช้การจ่ายได้ทั้ง 2 อย่าง คือ การ refill ก็ใช้ได้ทำไมส่งมาเพื่อตรวจสอบ และ capitation อาจจะเป็น self care คือสามารถทำได้ทั้ง 2 อย่าง โดยเห็นด้วยกับ capitation และให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง นอกจากนี้เภสัชกรในพื้นที่ก็มีความรับผิดชอบมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีความเห็นแย้งว่า การจ่ายเป็น capitation อาจจะไม่เหมาะกับเภสัชกรรมโดยเฉพาะกรณีร้านยา เพราะการบริการคนไข้ของร้านยาไม่ได้บริการเฉพาะในโซนเท่านั้น แต่ใครก็ตามสามารถมาใช้บริการได้

3. การจัดประชุมสหภาพกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2552 (เวลา 13.00-16.00 น.)

มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 13 คน ความเห็นและอภิปรายทั่วไป ประกอบด้วย

1. คุณภาพของร้านยา:

- อย.พยายามที่จะพัฒนาคุณภาพของร้านยาโดยได้มีเกณฑ์ในการพัฒนาร้านยาคุณภาพ มีการติดตามกำกับ และพยายามที่จะพัฒนาเกณฑ์ต่างๆ เพื่อให้ร้านยามีคุณภาพ โดยถ้าร้านยาเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบ จะทำให้การตรวจสอบควบคุมคุณภาพของร้านยาดีขึ้นเพราะว่าปัจจุบันนี้ร้านยามีอิสระการเอาไปอยู่ในระบบน่าจะทำให้มีคนมาดูแลมากขึ้น

- มองว่าถ้ากรุงเทพฯ ทำได้เพราะมีการตรวจสอบ แต่ในต่างจังหวัดใครจะมาตรวจสอบเพราะว่าบทบาทเภสัชกรในโรงพยาบาลลำพังแ่งงานของตัวเองก็เยอะแล้วถ้าต้องมาควบคุมคุณภาพอีกก็เยอะขึ้นไปอีก แล้วใครจะเป็นคนไปควบคุมร้านยาคุณภาพข้างนอกให้อยู่ในเกณฑ์คุณภาพสม่ำเสมอ เพราะแค่ตรวจร้านยาภายในโรงพยาบาลให้มีคุณภาพก็เยอะ แล้วถ้ากระจายออกไปข้างนอกการควบคุมคุณภาพใครจะเป็นผู้ดูแล

- ถ้ามีการจ่ายยาในโรงพยาบาลเราก็ยังมีระบบติดตามในการจ่ายยาที่ไม่ซ้ำซ้อน ถ้าออกไปร้านยาข้างนอกเราจะมีระบบติดตามอย่างไรเพื่อที่จะไม่ให้ซ้ำซ้อน และการส่งต่อข้อมูลระหว่างร้านยากับรพ.ต้องชัดเจนมีการประสานงานกันที่รวดเร็ว และอันที่สองคือการส่งจ่ายยาที่ฟุ่มเฟือย เช่น ในรพ.ที่มีการสั่งจ่ายที่ฟุ่มเฟือยแต่เรายังมีมาตรการและข้อมูลที่จะควบคุมแพทย์ในการสั่งจ่ายยาได้ แต่ว่าถ้าไปอยู่ในนอกระบบรพ. จะมีมาตรการอย่างไรในการสั่งจ่ายยาไม่ให้ฟุ่มเฟือยของผู้สั่งจ่ายในร้านยา

- เรื่องคุณภาพควรจะมีคุณภาพทางวิชาชีพที่ดีอยู่แล้วโดยที่มีจิตสำนึกของตัวเอง เพราะว่าใน พรบ. หลักประกันสุขภาพเรื่องยาเป็นเรื่องใหญ่ที่ต้องมีคุณภาพ และราคามันก็ต้อง cost effectiveness ตรงนั้นจะต้องมีการกำกับแบบ HA เพราะว่าเวลาทำเรื่องยาในโรงพยาบาลของ HA จะเป็น part หนึ่งที่ผ่านยากที่สุดของโรงพยาบาลเนื่องจากว่ามันเกี่ยวข้องกับหลายระบบ และต้องมีการ Link กันระหว่างร้านยากับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ให้บริการในเรื่องนี้ ข้อมูลจะได้ตรงกัน และข้อมูลเหล่านี้ น่าจะเป็นความลับไม่ควรเปิดเผย ขณะนี้สภาเภสัชกรรมทำเรื่องที่จะเป็นคนที่ accredit อยู่ เราน่าจะให้สภาเข้ามาทำตรงนี้ต่อและพัฒนาให้ดีขึ้น ถ้าตั้งเป็นสำนักงานใหม่ขึ้นมาคิดว่าน่าจะทำงานคาบเกี่ยวกันอยู่กับสภา แต่ปัญหาของสภาคือไม่มีแขนขาที่จะทำได้ซึ่งถ้าทำทั่วประเทศก็จะให้เภสัชกรที่ สสจ. เป็นคนทำ ถ้าเป็นเภสัชกรของ สสจ. ก็จะมีส่วนได้ส่วนเสียกับร้านยาค่อนข้างเยอะ เช่น เป็นเจ้าของร้านยาเอง เพราะฉะนั้น

ตรงนี้ต้องทำอะไรที่จะตรวจสอบและมาทำหน้าที่ตรงนี้ได้ หรืออย่าง พรพ. เป็นองค์กรข้างนอกที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียตรงนี้

- เรื่องของการดูแลด้านคุณภาพ ถ้าเรายังไม่สามารถคุมเภสัชกรในโรงพยาบาลได้ เราจะไปคุมเภสัชกรที่อยู่ร้านยาข้างนอกได้อย่างไร เราจะ convince อย่างไรว่า ทำร้านยาข้างในแล้วไม่ดีจะไปทำข้างนอกให้ดีขึ้น นอกเหนือจากที่ว่ามี outlet เพิ่มมากขึ้น workload มันลดลง quality มันเพิ่มขึ้นแต่ incentive system มันจะมากวนตลอดเวลาว่าเราจะแน่ใจได้ยังไงว่าร้านยาข้างนอกมันจะมี better quality โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรฐานควบคุมการประกอบทางวิชาชีพไม่ได้การันตี ถ้าเขาแอบขายยา ขายอาหารเสริม เราจะควบคุมได้อย่างไร เราจะมีขบวนการอย่างไรในการการันตีเรื่องคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพราะฉะนั้นวัตถุประสงค์หลักน่าจะเป็นว่า improve access กับ improve quality คือ access เห็นได้ชัด เพราะว่าการกระจายของร้านยามี access point เป็นไปโดยอัตโนมัติ เรื่อง quality ยังเป็นคำถาม อยู่ว่าเราจะ design system การันตีเรื่อง quality ให้มากขึ้นแค่ไหน ส่วนในที่สุดแล้วจะสามารถควบคุมการสั่งจ่ายยาของแพทย์ได้มากขึ้นแค่ไหน กลไกของร้านยา feedback mechanism ตรงนี้ของร้านยาไม่แน่ใจ เพราะฉะนั้นกรณีที่เราจะหวังว่า improve efficiency โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการที่เราจะ feedback เรื่องการสั่งยาอยู่ใน pattern ที่เราดูแล้วสมเหตุสมผลตรงนี้ไม่ใช่อำนาจการต่อรองของร้านยา สุดท้ายที่สำคัญที่สุดแล้ว payment mechanism จะเป็นอย่างไรโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมันเป็น capitation pop จะ design ยังไง เราต้องการให้เป็น capitation เพราะว่า provider จะต้อง contain cause ด้วยตัวของเขาเอง ค่ายาทั้งหมดจะต้องถูก transfer ไปให้ provider ซึ่งมันคงจะยากแล้ว capitation จะทำยังไง

2. เห็นด้วยกับที่ว่าร้านยาน่าจะอยู่นอกพรพ. เพราะพรพ. ส่วนใหญ่มักจะขาดทุนเรื่องยาเพราะยามีราคาแพง ก็ไม่สามารถให้คนใช้ co-payment ได้ ยกตัวอย่างของต่างประเทศเขาจะมี 2 ระบบ คือในพรพ.เขาก็จ่ายไปสั่งยา แล้วร้านขายยาก็จะจ่ายยาตาม list ที่รัฐบาลให้ถ้าเกินจากนั้นเขาก็จะจ่ายเงินเองนี่เป็นระบบที่ต่างประเทศเขาทำและได้ผลเพราะฉะนั้น พรพ. ก็ไม่ต้องมาแบกรับค่าใช้จ่ายยามีราคาแพง

3. ความเป็นไปได้ของการกำหนดร้านยาเหมือน PCU การไปสถานีอนามัยก็ไม่ต่างจากการไปซื้อยากินเอง ทั้งนี้ส่วนของสถานีอนามัยการสั่งจ่ายยาก็ได้รับการจำกัด และมีขีดความสามารถในการสั่งยา แต่ก็ยังไม่เป็นการการันตีว่าการไปอนามัยมันดีกว่าการซื้อยากินเอง

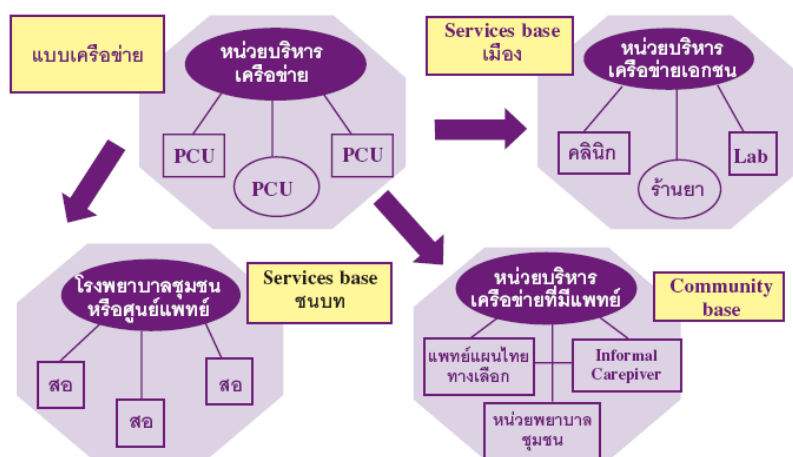
สรุปเนื้อหาสาระสำคัญจากการรับฟังความเห็นและการจัดสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. ร้านยาควรเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะ CUP หรือเครือข่ายชุมชนอบอุ่น ที่ยังไม่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์หรือต้องการลดความแออัดจากโรงพยาบาล โดยอยู่ในเขตเมืองและมีร้านยาเอกชนตั้งอยู่ (ภาพ 5.1)
2. รูปแบบการพัฒนาร้านยามีตั้งแต่การเพิ่มเติมบริการของโรงพยาบาล หรือทำหน้าที่แทนหรือหน้าที่คล้าย PCU มีความเป็นไปได้ ซึ่งเภสัชกรมีความรู้ความสามารถไม่ด้อยกว่าการบริการที่ประชาชนได้รับในระดับสถานีอนามัยบางแห่งที่ยังไม่มีแม้กระทั่งพยาบาลเวชปฏิบัติ

3. จากการอภิปรายรูปแบบหรือกิจกรรมที่สำคัญและมีความเป็นไปได้ในการนำร้านยามาเสริมบริการปฐมภูมิ ตามลำดับคือ
 - 3.1 อยู่ภายใต้ CUP/คลินิกชุมชนอบอุ่น ให้บริการ Refill prescription and dispensing โดยการ จัดบริการเน้นที่โรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ เช่น เบาหวานและความดันโลหิตที่ควบคุมได้
 - 3.2 อยู่ภายใต้ CUP/คลินิกชุมชนอบอุ่น ให้บริการ Refill prescription and dispensing โดยการ จัดบริการเน้นที่โรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ เช่น เบาหวานและความดันโลหิตที่ควบคุมได้ + การตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อผู้ป่วย
 - 3.3 อยู่ภายใต้ CUP/คลินิกชุมชนอบอุ่น ให้บริการ Refill prescription and dispensing โดยการ จัดบริการเน้นที่โรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ เช่น เบาหวานและความดันโลหิตที่ควบคุมได้ + การตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อผู้ป่วย + กิจกรรมการดูแล pharmaceutical care และการ เยี่ยมบ้าน
 - 3.4 อยู่ภายใต้ CUP/คลินิกชุมชนอบอุ่น ทำหน้าที่เสมือน PCU ในเขตเมืองที่ดูแลและจ่ายยารักษาโรคพื้นฐานได้ด้วย
 - 3.5 ทำหน้าที่เสมือน PCU ในเขตเมืองที่ดูแลและจ่ายยารักษาโรคพื้นฐานได้ด้วย โดยทำสัญญาตรงกับ สปสช.

ภาพที่ 5.1 ภาพอนาคตของร้านยาในระบบบริการปฐมภูมิ

ภาพของระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต



ที่มา Primary Care Fact sheet เอกสารลำดับที่ 9, สปสช.

4. การจ่ายค่าบริการเป็นการบริหารจัดการภายในของ CUP ไม่ใช่การจ่ายตรงจาก สปสช. (กรณี 3.1 -3.5) ควรพิจารณาการร่วมจ่ายได้ตามความเหมาะสม

5. ประเด็นด้านคุณภาพบริการยังมีความห่วงใย ซึ่งต้องวางรูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการรับรองคุณภาพทั้งทางกายภาพและบริการ โดยเริ่มต้นจากร้านยาคุณภาพในจังหวัดที่พร้อมและมีการอบรมเพิ่มเสริม จากนั้นขยายโครงการให้สอดคล้องกับนโยบายการเพิ่มร้านยาคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข
6. ควรมีองค์กรส่วนกลางที่จะทำหน้าที่ประเด็นคุณภาพและการพัฒนาศักยภาพ โดยหากโมเดลที่เสนอเป็นรูปแบบการทำสัญญาโดยตรงกับ สปสช. ก็ควรทำหน้าที่จัดการส่วนนี้ในภาพรวม

บทที่ 6

สรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการประชุมรับฟังความเห็นของผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้กำหนดนโยบายและวิชาชีพ ในวันที่ 8 ตุลาคม 2552 ณ โรงแรมริชมอนด์ มีผู้เข้าร่วมให้ความเห็นจำนวน 24 คน โดยมีความเห็นในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ก. กิจกรรมบริการที่จะได้จากงานเภสัชกรรมที่มีความเป็นไปได้ ตามประสบการณ์การทดลองในพื้นที่ประกอบด้วย

1. การจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา (Common illness)
2. การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ (Dispensing and review prescription)
3. การให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Refill prescription in stable chronic diseases)
4. การให้บริการคัดกรองโรค (Disease screening)
5. Medication Therapy Management (MTM) การเพิ่มคุณภาพของการดูแลการใช้ยา และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลสุขภาพ จะทำให้คำรักษาพยาบาลในอนาคตลดลง
6. การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

ข. ประเด็นหรือแนวคิดหลัก ที่ควรสนับสนุนให้ร้านยาเข้ามามีบทบาทจัดกิจกรรมบริการ

1. ต้องสนับสนุนให้ประชาชนได้รับบริการเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ
2. ร้านยา 'Entry point for NCD disease management' สามารถลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลในระยะยาว
3. การรับบริการที่ร้านยา สามารถลดต้นทุนค่าเดินทางและค่าเสียเวลาของผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยมี 'Clinical outcome' เหมือนบริการที่โรงพยาบาล แต่มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น
5. ลดภาระของโรงพยาบาล บุคลากรมีเวลาสำหรับให้บริการรักษาพยาบาลอื่นๆที่มีคุณภาพมากขึ้น
6. สนับสนุนหลักการ 'public private partnership' โดยไม่ต้องลงทุนใหม่
7. อาจมีข้อกังวลเรื่องความเป็นธรรมด้วยข้อจำกัดของร้านยาที่มีอยู่ในบางพื้นที่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดเช่นเดียวกับบาง PCU ไม่มีแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติ
8. โรงพยาบาล ยังต้องทำหน้าที่ประสานงานติดตามผู้ป่วยเหมือนเดิม ด้วยเหตุผลของให้มีความต่อเนื่อง และไม่ให้เกิดการใช้บริการเกินความจำเป็น

ค. ข้อสังเกตและความเห็นต่อแนวคิดหรือหลักการสำคัญ ต่อการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ

1. Access to quality pharmaceutical care: ต้องทำให้ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนที่ใดๆได้รับบริการด้านเภสัชกรรมที่มีคุณภาพเหมือนกัน ไม่ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ เอกชน หรือเครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่น
2. Network: ร้านยาควรเป็นส่วนหนึ่งของการเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่ยังไม่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์หรือต้องการลดความแออัดจากโรงพยาบาล
3. Role of community pharmacist in UC:

- Screening (การตรวจคัดกรอง) เพื่อค้นหาผู้ป่วยใหม่เข้าสู่ระบบ ซึ่งประเด็นนี้ทาง สปสช. มีนโยบายสนับสนุนให้สถานพยาบาลหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีการดำเนินการโดยเป็นรูปธรรมแล้ว

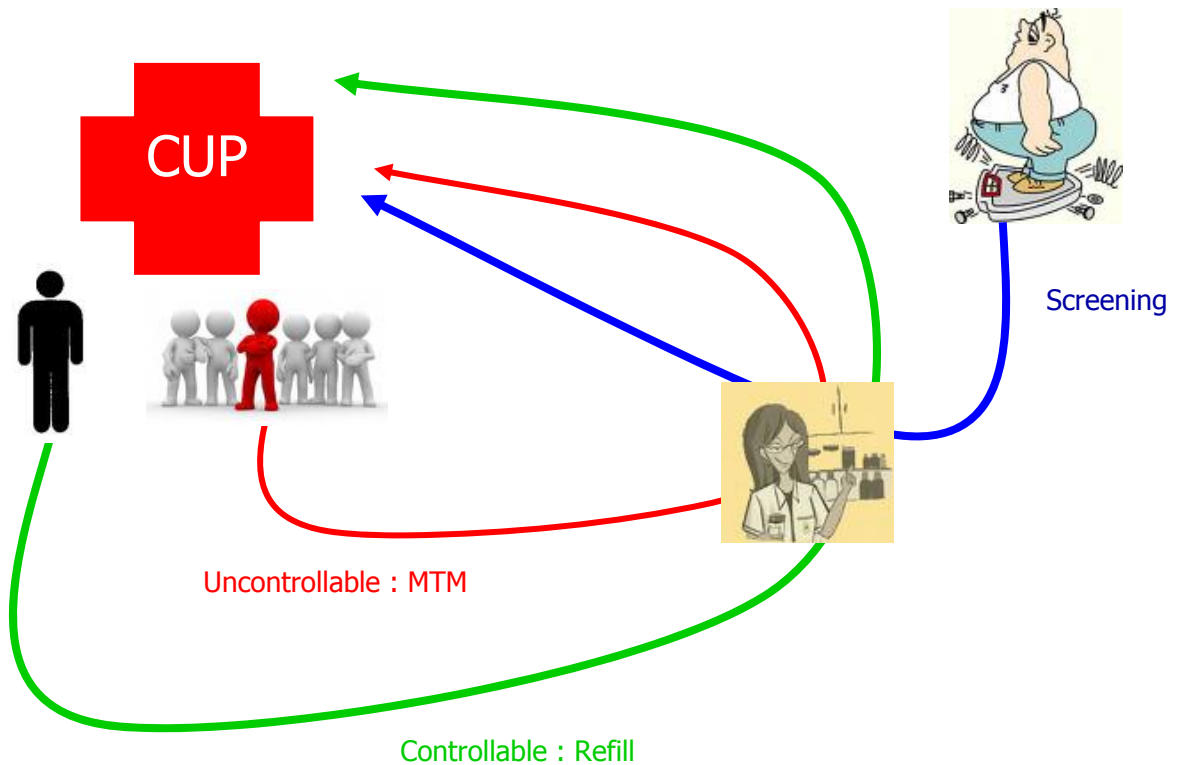
- Refill and casemangement for controllable NCD: การจ่าย/เติมยา/คุณภาพการจ่ายยา สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ น่าจะเป็นทางเลือกแรกๆ ในการเข้าร่วมในระบบบริการ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่สามารถคาดการณ์ปริมาณงาน การรับบริการ การติดตาม และการควบคุมคุณภาพบริการ เช่น ใต้หวัน กำหนดให้ผู้ป่วยพบแพทย์ 1 ครั้งจะสามารถ re-filled ได้ 3 ครั้ง เป็นต้น

- MTM for uncontrollable NCD: การเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้

ภาพที่ 6.1 เป็นกิจกรรมหรือสิทธิประโยชน์ที่ร้านยาควรมีบทบาทร่วมกันในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเริ่มตั้งแต่การตรวจคัดกรองโรค เมื่อพบผู้ที่เข้าข่ายสงสัยว่าจะเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ให้ทำการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ กรณีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถควบคุมสภาวะน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ดี ให้โรงพยาบาล/CUP/PCU ส่งรายชื่อหรือใบสั่งยาให้มารับการเติมยาได้ร้านยา (2-3 ครั้ง ก่อนจะนัดพบแพทย์อีกครั้งในเดือนที่ 3) ส่วนกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมสภาวะน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ โรงพยาบาล/CUP/PCU จะเลือกผู้ป่วยให้งานเภสัชกรรมชุมชนใช้กิจกรรม MTM สำหรับติดตามความสม่ำเสมอของการรับประทานพร้อมหาปัญหาอุปสรรคของการทานยาและปฏิบัติตัว

4. Quality of Drug store: ประเด็นด้านคุณภาพบริการ ซึ่งต้องวางรูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการรับรองคุณภาพทั้งทางกายภาพและบริการ โดยเริ่มจากโครงการร้านยาคุณภาพที่มีอยู่แล้ว

ภาพที่ 6.1 กิจกรรมหรือสิทธิประโยชน์ที่ร้านยาควรมีบทบาท



ง. ข้อเสนอสำหรับการดำเนินการ

1. ให้ สปสช. จัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะที่เป็นศูนย์ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ ทำหน้าที่

- Set standard: กำหนดแนวคิดและมาตรฐานของร้านยาเข้าสู่ระบบ ทั้งกายภาพและบริการ
- Human resources competency: การเตรียมความพร้อมของบุคลากรสู่ระบบ (หรือหลักสูตรผ่านระบบการฝึกอบรมหรืออื่นๆ)
- Handout, Guideline: จัดทำคู่มือหลักการและการปฏิบัติงาน
- Quality assurance: พัฒนาและสนับสนุนการประกัน/รับรองคุณภาพร้านยา และเสนอมาตรการที่จะทำให้ประชาชนได้รับบริการเภสัชกรรมที่มีคุณภาพเสมอกัน
- Coordination: เป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างร้านยา กับหน่วยบริการและ สปสช.,
- Payment: กำหนดจำนวนและรูปแบบการจ่าย
- Monitoring and Evaluation : ติดตามประเมินผลระบบด้วยดัชนีต่างๆอย่างต่อเนื่อง
- Feedback: ศึกษา/ทบทวน/เพิ่มเติมสิทธิประโยชน์ ต่อ สปสช.

โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ/อนุกรรมการ/คณะทำงานที่จะจัดตั้งนี้ ควรประกอบด้วย

- กลุ่มวิชาชีพ: สภาวิชาชีพ, สมาคมร้านยา, เภสัชกรรมชุมชน, เภสัชโรงพยาบาล, ร้านยาเอกชน

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- กลุ่มสนับสนุนงานวิชาการ: มหาวิทยาลัย, การแพทย์และสาธารณสุข, เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข, อีสระ
- ภาคประชาชน, คู่ครองผู้บริโภค
- สปสช., (อาจมี ปกส หรือกรมบัญชีกลาง)
- อื่นๆ

2. แนวทางการเพิ่ม SUPPLY ที่ได้มาตรฐาน พร้อมเข้าสู่ระบบได้

- ใช้ร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองแล้ว โดยปัจจุบันมีจำนวนร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองทั่วประเทศจำนวน 316 ร้าน กระจายใน 50 จังหวัด
- พัฒนาร้านยาที่มีเภสัชกรที่เป็นสมาชิกของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน จำนวน 959 แห่ง กระจายใน 68 จังหวัด ให้เข้าสู่การเป็นร้านยาคุณภาพหรือผ่านเกณฑ์ที่คณะกรรมการจะกำหนด
- ยังมีร้านยาอีกจำนวนหนึ่งที่ยังอาจเป็นทางเลือก คือข้อมูลจำนวนร้านยา (ขย1) ที่มีผู้ขออนุญาตและประกอบการซื้อเดียวกัน 4,949 แห่ง กระจายใน 74 จังหวัด

ในขั้นตอนทางปฏิบัติมีแนวทางดำเนินการดังนี้

1. ปัจจุบัน มีนโยบายสนับสนุนให้มีการเปิดและรับรองร้านยาคุณภาพเพิ่มขึ้นกำหนดให้แต่ละจังหวัดควรมีอย่างน้อย 1 แห่ง โดยคณะกรรมการจะต้องกระตุ้นติดตามให้นโยบายเกิดผลจริง
2. การกำหนดมาตรฐานที่คณะกรรมการจะประกาศใช้ ให้มีความสอดคล้องโครงการร้านยาคุณภาพ เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในทางปฏิบัติขับเคลื่อนนโยบาย
3. มาตรฐานสำคัญร้านยาที่จะเข้าร่วม ต้องมีประเด็นการจัดบริการด้วย ซึ่งระยะแรกจำเป็นต้องมีหลักสูตรสำหรับพัฒนาตัวบุคลากร รวมทั้งการจัดการให้เป็น 'minimum requirement' สำหรับเข้าสู่ระบบ
4. หลักการสำคัญของการพัฒนาร้านยา คือจูงใจให้ร้านยาเข้าสู่ระบบมากขึ้น จากนั้นสนับสนุนให้มีการพัฒนามาตรฐาน

3. เลือกลำดับกิจกรรมก่อน-หลัง โดยเสนอกิจกรรมที่มีความซับซ้อนน้อยกว่าเข้าสู่ระบบก่อน

1. พื้นฐานเดิม : การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์
2. เสริมระบบบริการ รพ. : การเติมยาสำหรับโรคเรื้อรัง เขตเมืองที่มีร้านยารองรับ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา
3. ดำเนินการตามนโยบาย : การคัดกรองโรค
4. สนับสนุนการหาทางพัฒนา Pilot model เฉพาะให้ชัดเจนมากขึ้น : Common illness/ การสร้างเสริมสุขภาพ
5. ระยะยาวจำเป็นต้องวิจัยและพัฒนา : ความเหมาะสม / ความปลอดภัย

4. ข้อเสนอสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม เน้นที่การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูง

1. Risk group : ตรวจคัดกรอง
2. Controllable : การเติมยาและ Follow-up
3. Uncontrollable : การเพิ่มคุณภาพของการดูแลการใช้ยา และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งกิจกรรมนี้ไม่จำเป็นจะต้องทำในแบบการเยี่ยมบ้านเท่านั้น โดยสามารถทำได้ทั้งร้านยาและโรงพยาบาล โดยจำเป็นต้องทำการศึกษาประเมิน Needs และศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

5. การประมาณค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการ จากข้อมูลจากโรงพยาบาลที่เข้าโครงการพัฒนาลดความแออัดของ สปสช. จำนวน 10 แห่ง มีผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาล เฉลี่ย 2,610 คน (175,524 visits) หากสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวาน(ที่อยู่ในระบบการรักษา) ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เท่ากับข้อมูลการสำรวจร้อยละ 41 หรือเท่ากับ 1,070 คนต่อโรงพยาบาล เช่นเดียวกับกรณีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ร้อยละ 51 เท่ากับเฉลี่ย 1,331 คนต่อโรงพยาบาล เมื่อให้ข้อมูลต้นทุนในตารางที่ 3.8 จะสามารถประมาณการรายจ่ายเพื่อผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 182-1,044 บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 194,740 – 1,117,080 บาท (ตารางที่ 6.1) ทำนองเดียวกันจะสามารถประมาณการรายจ่ายเพื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 182-1,098 บาท หรือเฉลี่ยโรงพยาบาลละ 242,242 – 1,461,438 บาท (ตารางที่ 6.2)

ตารางที่ 6.1 ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและต่อโรงพยาบาล กรณีเบาหวาน หน่วย : บาท

กิจกรรม	visit/year	ค่าใช้จ่ายต่อคน		ค่าใช้จ่ายต่อ รพ. (n=1,070)	
		Min	Max	Min	Max
จัดทำ patient profileต่อราย	1	8	30	8,560	32,100
ชั่ง นน วัดส่วนสูงต่อราย	6	12	90	12,840	96,300
ให้คำปรึกษา DM ต่อราย	6	48	540	51,360	577,800
เจาะเลือด(strip)ต่อราย	6	18	144	19,260	154,080
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ	6	48	180	51,360	192,600
ค่าจัดเก็บต่อรายการ	6	48	60	51,360	64,200
รวมค่าใช้จ่าย		182	1,044	194,740	1,117,080

ตารางที่ 6.2 ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและต่อโรงพยาบาล กรณีความดันโลหิตสูง หน่วย : บาท

กิจกรรม	visit/year	ค่าใช้จ่ายต่อคน		ค่าใช้จ่ายต่อ รพ. (n=1,331)	
		Min	Max	Min	Max
จัดทำ patient profileต่อราย	1	8	30	10,648	39,930
ซั้ง นน วัดส่วนสูงต่อราย	6	12	90	15,972	119,790
ให้คำปรึกษา HT ต่อราย	6	48	540	63,888	718,740
วัดความดันต่อราย	6	18	198	23,958	263,538
จ่ายยาตามใบสั่งต่อรายการ	6	48	180	63,888	239,580
ค่าจัดเก็บต่อรายการ	6	48	60	63,888	79,860
รวมค่าใช้จ่าย		182	1,098	242,242	1,461,438

6. ขั้นตอนและพื้นที่ดำเนินการ

1. เริ่มในเขตเมืองที่มีร้านยาคุณภาพรองรับก่อน ประเมินผลแล้วค่อยขยายเต็ม
2. ผลสมผสานการดำเนินงานและการเงินไปกับแนวคิด 'Disease management'
3. CUP ยังเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย และ coordinator สำหรับสิทธิประโยชน์นี้ (รวมทั้งการสนับสนุนยาตามเดิม)
4. ใช้แนวทาง(การจ่าย)จูงใจการสนับสนุนบริการปฐมภูมิ กระตุ้นให้ CUP ดำเนินการ
5. กรณีการรับยาที่ร้านยา อาจพิจารณาให้ประชาชนร่วมจ่ายด้วย แต่ต้องไม่มากกว่าค่าใช้จ่ายการเดินทางและการเสียเวลางานที่ลดลง

รายการอ้างอิง

- 1 ร้านยาคณะเภสัชศาสตร์มหาสารคาม. ร้านยาแห่งแรกที่เข้าร่วมโครงการ 30 บาท. จดหมายข่าวสภาเภสัชกรรม 7(3); 2544: 1
- 2 สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ. รายงานการวิจัย การบริการปฐมภูมิของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ: กรณีศึกษาร้านยามหาวิทยาลัย ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548
- 3 ระพีพรรณ ฉลองสุข สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษา ณ ร้านยาเภสัชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 20 (1); 2549: 41-58
- 4 ดวงทิพย์ หงษ์สมุทรและคณะ. รายงานการวิจัย การให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยร้านยา: กรณีศึกษาคลินิก ชุมชนอบอุ่นมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550
- 5 ระพีพรรณ ฉลองสุขและคณะ. การเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 1 (3-4); 2550: 249-261
- 6 สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย ระพีพรรณ ฉลองสุข. บทบาทร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) 5 (23); 2548: 21-24
- 7 คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. ระบบยาของประเทศไทย; 2545.
- 8 ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ. โครงการร้านยาเภสัชกรรมชุมชนในเครือข่ายสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ปีที่ 7 (38); 2551: 8-12.
- 9 สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย). คู่มือการดำเนินการโครงการร้านยาเภสัชกรรมชุมชนในเครือข่ายสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- 10 Farris KB, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI, et al. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. Ann Pharmacother 39(9); 2005:1539-41.
- 11 Eickhoff C, Schulz M, Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. Ann Pharmacother 40(4); 2006: 29-35.
- 12 Costa S, Santos C, Silveira J, et al. Community pharmacy services in Portugal. Ann Pharmacother 40(12); 2006: 2228-34.
- 13 Shalom I Benrimoj and Alison S Roberts. Providing patient care in community pharmacies in Australia. Ann Pharmacother 39(9); 2005 :1911- 7.

-
- 14 Silcock J, Raynor DKT, Petty D. The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom. *Health Policy* 67(2); 2004 :207-14.
 - 15 Canadian Association of Chain Drug Stores. A Practical Proposal for Integrating Community Pharmacy in Primary Healthcare in Canada. [cited 2007 Jul 23] ;Available at <http://www.cacds.com/>
 - 16 Jones EJ, Mackinnon NJ, Tsuyuki RT, et al. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Canada. *Ann Pharmacother* 39(9); 2005 :1527-33.
 - 17 Holdford D, Kennedy DT, Bernadella P, et al. Implementing disease management in community pharmacy practice. *Clin Ther* 20(2); 1998:328-39.
 - 18 American Society of HealthSystem Pharmacists. ASHP Statement on the Pharmacist Role in Primary Care. *Am J Health Syst Pharm.* 56; 1999: 1665-67
 - 19 Goel P, Ross-Degnan D, Berman P, Soumerai S. Retail pharmacies in developing countries: A behavior and intervention framework. *Social Science & Medicine* 42(8); 1996 :1155-61.
 - 20 International Pharmaceutical Federation. Good Pharmacy Practice (GPP) in developing countries: recommendations for step-wise implementation. 1997.
 - 21 วราวุธ เสริมสินสิริ. จั๊บกระแสการพัฒนาร้านยา โดยสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา ออย. วารสารสมาคมเภสัชกรรมชุมชน(ประเทศไทย) 8(43) เมษายน 2552 11-15
 - 22 จีริสุดา คำสีเขี้ยวและคณะ. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยร้านยาคุณภาพจังหวัดขอนแก่น ภายใต้โครงการนำร่องกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.เอกสารอัดสำเนา
 - 23 นุศราพร เกษสมบุรณ์ ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร พิมลศรี แสงคาร์ กรแก้ว จันทภาษา ชาญชัย จารุภาชน์ และ วิวรรณ อัครวิเชียร. คำตอบแทนการบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยาตามใบสั่งยาภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษา ร้านสมบุญเภสัชกรและคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 17 ฉ.6 หน้า 884-895.
 - 24 นุศราพร เกษสมบุรณ์ เปรมใจ สัจจะอารีวัฒน์ ชาญชัย จารุภาชน์ และ กฤษณี สระมุณี. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเงินสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาล. 19 -23 กุมภาพันธ์ 2550. โรงแรมโซฟิเทล ราชอาอร์คิต จังหวัดขอนแก่น.
 - 25 Garrison, Ray H. Noreen, Eric W. Managerial Accounting, 10th ed. Singapore: McGraw-Hill/Irwin, 2003.

ภาคผนวก

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
“การจัดทำข้อเสนอรื้อนยาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า”
วันที่ 15 มิถุนายน 2552
ณ ห้องประชุมสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1. ศ.ดร.ภาวิศ ทองโรจน์ | นายกสภาเภสัชกรรม
สำนักงานสาขาวิชาการเภสัชกรรม |
| 2. ภก.ธีรภูมิ พงศ์เศรษฐไพศาล | นายกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) |
| 3. ภญ. ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ | กรรมการสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) |
| 4. ภญ.ผศ.ดร. รุ่งเพชร สุกุลบำรุงศิลป์ | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. นางเพลินดา สิริมานุวัฒน์ | หัวหน้ากลุ่มเภสัชกรรม โรงพยาบาลตากสิน |
| 6. ภก.วิวรรธน์ อัครวิเชียร | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7. ภก.อำนาจ พฤษภาคภูมิ | อุปนายก สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) |
| 8. นางสาวศุศราภรณ์ สามประดิษฐ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| 9. นางพิมพ์ศรี แสงคำร์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 10. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 11. รศ.ประคอง อินทรสมบัติ | สำนักงานสภาการพยาบาล |
| 12. นางสาวเสาวลักษณ์ ตุงคราวิ | กลุ่มงานเภสัชกรรม
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล |
| 13. นพ.ชาลี วชิรศรีสุนทร | โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ |
| 14. ภก.ปนัดดา ลีสถาพรวงศา | หัวหน้ากลุ่มงาน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 15. ภญ. อาภัสสา ตั้งกิจพานิช | โรงพยาบาลกลาง |
| 16. คุณกรรณิการ์ กิจสุขเวชกุล | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำข้อเสนอ
“ทางเลือกร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”
วันพฤหัสบดีที่ 8 ตุลาคม 2552 เวลา 13.00-16.30 น.
ณ ห้องประชุมโทปาส 2 โรงแรมริชมอนด์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. ศ.ดร.ภาวิศ ทองโรจน์ | นายกสภาเภสัชกรรม สำนักงานสาขาวิชาการสภาเภสัชกรรม |
| 2. ภก.ธีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล | นายกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) |
| 3. ภญ. ศิริรัตน์ ต้นปิจาติ | กรรมการสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) |
| 4. เกษัชกรประสิทธิ์ วงศ์นิจศีล | ประธานชมรมร้านยา จังหวัดขอนแก่น |
| 5. ภญ. ศิริพร จิตรประสิทธิ์ศิริ | ชมรมเภสัชกรชนบท โรงพยาบาลสนามชัยเขต |
| 6. ภญ.ผศ.ดร. รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ | คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 7. ภญ.รศ.ดร.เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 9. นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ | ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 10. นางสาวบุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ | ผู้จัดการงานวิจัย
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 11. นพ. ชูชัย ศรชานี | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 12. นพ. นิวัฒน์ จี๊งวาท | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 13. ภก. ปณิตดา ลีสถาพรวงศา | หัวหน้ากลุ่มงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 14. นพ. สุรเดช วลีอิทธิกุล | ผู้อำนวยการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สาขาเขต 13 กรุงเทพมหานคร |
| 15. ภญ.ดร. ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 16. ภก. วราวุธ เสริมสินสิริ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 17. ภก. วิศิษฐ์ ประวีณวงศ์วุฒิ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 18. อาจารย์สุรศักดิ์ ไชยสงค์ | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 19. ร้านสมบุญเภสัช | จังหวัดนครราชสีมา |
| 20. คุณสุกัลยา นำชัยทศพล | ร้านยาสว่างแดนดิน สกลนคร |
| 21. คุณรุจี แสงแกลง | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 22. รศ.สุจินต์ วิจิตรกาญจน์ | สภาการพยาบาล |
| 23. ภญ.ดร.พยอม สุขเอนกนันท์ | ผู้จัดการร้านยามหาวิทยาลัย
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 24. ผศ.ดร.ชนัดดา พลอยล้อมแสง | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |