นิพนธ์ต้นฉบับ : เภสัชกรรมชุมชน

นำเสนอรูปแบบของการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

Recommendations on Incorporating Accredited Community Pharmacy into Universal Coverage in Thailand

สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย Ph.D.*; นุศราพร เกษสมบูรณ์ Ph.D.**; วีระศักดิ์ พุทธาศรี D.Sc.**; วราภรณ์ ปวงกันทา B.A.***

สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย,นุศราพร เกษสมบูรณ์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วราภรณ์ ปวงกันทา. นำเสนอรูปแบบของการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2554; 21(3):189-202.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแบบจำลองที่เหมาะสมในการนำร้านยาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาการจัดบริการในพื้นที่นำร่อง และจัดประชุมสนทนากลุ่มของผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและภาคประชาชนจำนวนทั้งสิ้น 4 ครั้ง วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแบบจำลองทางเลือกต่างๆ ตลอดจนความสอดคล้องกับระบบ นโยบายและทิศทางของการพัฒนาระบบบริการ เทคนิควิธีการ ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมบริการของร้านยาในชุมชนจากการศึกษาที่ผ่านมา ประกอบด้วยการจ่ายยาตามอาการที่พบบ่อยในร้านยา การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ การจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ การเพิ่มคุณภาพการใช้ยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา และประเด็นสำคัญที่สนับสนุนให้ร้านยาเข้าร่วมจัดกิจกรรมบริการ คือ การสนับสนุนให้ประชาชนได้รับบริการเภสัชกรรมที่มีคุณภาพซึ่งลดค่าใช้จ่ายในระยะยาว รวมทั้งสนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน บทบาทของร้านยาในระยะแรกควรเน้นที่การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการคัดกรอง การเติมยาและติดตามผู้ป่วยที่มีสภาวะทางคลินิกคงที่ การเพิ่มคุณภาพการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ดูแลระบบ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มจำนวนร้านยาคุณภาพให้เพียงพอในทุกภูมิภาค

คำสำคัญ: ร้านยา ร้านยาคุณภาพ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

**คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

Lochid-amnuay S, Kessomboon N, Putthasri W, Puangkantha W. Recommendations on Incorporating Accredited Community Pharmacy into Universal Coverage in Thailand. Thai Journal of Hospital Pharmacy 2011; (21)3:189-202.

This study aimed to propose the appropriate model to incorporate community pharmacy into the Universal Coverage Scheme (UCS) in Thailand. Relevant documents and studies related to community pharmacy services were firstly reviewed. Pilot study and four sessions of stakeholder focus group discussion were performed. The alternative model analysis in term of system compatibility, policy relevant, technical feasibility, and legitimate feasibility were analyzed. The results showed that pharmaceutical activities from the previous studies included common illness treatment, dispensing and reviewing prescription, refilling prescription of chronic diseases, screening, health promotion, and medical therapy management (MTM). The main reason to incorporate community pharmacy into the UCS was to provide quality pharmacy services, reduce long term health expenditure, and promote public private partnership concept. It is recommended that the first priority of chronic diseases patients should be performed especially for diabetes mellitus and hypertension. Therefore, the proposed model would be screening, refilling, and MTM. The crucial strategy for policy implementation is that the National Health Security Office should establish the organization committees and related organization should increase the availability of accredited community pharmacy in all regions.

Keywords: Community pharmacy, accredited community pharmacy, universal coverage

บทนำ

การบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการพัฒนารูปแบบบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความแออัดหรือจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลลง โดยพยายามส่งเสริมการจัดหาสถานพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่สะดวกมากยิ่งขึ้น ร่วมกับระบบการส่งต่อผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนการบริการผู้ป่วยนอกออกไปสู่ชุมชนด้วยการถ่ายโอนการบริการไปสู่ภาคเอกชนโดยเฉพาะคลินิกเอกชน[1] โรงพยาบาลหลายๆ แห่งในเขตกรุงเทพมหานครได้เพิ่มจำนวนของคลินิกชุมชนอบอุ่นซึ่งเป็นเครือข่าย เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอก สำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งการกระจายตัวของคลินิกเอกชนยังไม่มากพอ มีการปรับรูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit; PCU) ให้มีขีดความสามารถมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยได้ระดับหนึ่งก่อนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยการยกระดับเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน (community medical unit; CMU) ซึ่งมีแพทย์ประจำให้บริการรวมทั้งรายการยาที่มีความหลากหลายมากขึ้น

ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของหลายๆ ประเทศทั่วโลก ทั้งนี้เนื่องจากร้านยาตั้งอยู่ใกล้ชิดและกระจายในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลอื่นๆ ได้ นอกจากนี้ ร้านยายังเป็นสถานที่ปฏิบัติการด้านวิชาชีพที่สำคัญของเภสัชกรหรือเภสัชกรชุมชน โดยร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่มีความสำคัญต่อประชาชนและเป็นสถานพยาบาลอันดับแรกที่ประชาชนนึกถึงเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ทั้งนี้ เนื่องจากความสะดวกในการใช้บริการ ไม่ต้องเสียเวลาในการรอรับบริการ มีค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่นๆ[2] สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลผลการสำรวจที่เกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนจะนิยมซื้อยาใช้เองจากร้านยามากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงเป็นอันดับสองรองจากการไปรับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ[3]

ร้านยาจึงเป็นสถานบริการสำหรับการดูแลสุขภาพในระบบสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการเข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า[4] ประกอบกับปัจจุบันเภสัชกรที่ประจำในร้านยามีจำนวนมากขึ้น ทำให้การประกอบวิชาชีพในร้านยามีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาบทบาทจากเดิมที่มีเพียงการจ่ายยา ไปสู่การนำองค์ความรู้ทางด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานในร้านยา[5] ช่วยให้เภสัชกรชุมชนขยายบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งปัจจุบันมีระบบการรับรองเรื่องคุณภาพของร้านยาโดยสภาเภสัชกรรม ทำให้มีความมั่นใจว่าร้านยาที่จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมาตรฐานและคุณภาพการบริการ[6] ประกอบกับข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกี่ยวกับมาตรฐานการบริการ และด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณของสถานพยาบาลภาครัฐ ทำให้การเพิ่มจำนวนบุคลากรสาธารณสุขทำได้ยากขึ้น

การศึกษาประโยชน์จากการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า[4] พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางคลินิกของการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยร้านยาเอกชนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการให้บริการโดยโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ร้านยาช่วยลดต้นทุนการให้บริการและค่าใช้จ่ายของประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการ โดยเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการหยุดหรือลางาน รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับบริการเนื่องจากร้านยาที่ศึกษาตั้งอยู่ใกล้กับบ้านพักของผู้ป่วย

ด้านความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการร้านยาที่เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมาทั้งหมด[4,7,8] ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อบริการที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากความสะดวกและความรวดเร็วในการรับบริการ รวมถึงความสะดวกในการเข้าถึงบริการที่มีมากกว่าสถานบริการอื่น

การลดปัญหาเนื่องจากการใช้ยา[4] จากการศึกษาการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า เภสัชกรชุมชนมีบทบาทในการค้นหาปัญหาเนื่องจากยาของผู้ป่วยแต่ละรายบุคคลได้ เนื่องจากเภสัชกรชุมชนมีความใกล้ชิดและมีเวลาในการซักถามมากกว่าการให้บริการในสถานพยาบาลอื่นๆ ทำให้การแก้ไขหรือประสานงานกับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งช่วยลดปัญหาการเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยา เช่น พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการได้รับ

ยากลุ่ม statin และมีอาการปวดกล้ามเนื้อ จึงดำเนินการแก้ปัญหาด้วยการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำยาที่ไม่ได้ใช้กลับมาปรึกษา เพื่อลดปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อนและเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาของหน่วยยบริการประจำ

ด้านการคัดกรองโรค[9] พบว่า เภสัชกรร้านยาสามารถคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดกรองเพื่อพบแพทย์จำนวน 58 ราย จากจำนวนผู้รับบริการทั้งสิ้น 928 ราย ซึ่งผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยและการรักษาทั้งด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยาจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.86

กล่าวได้ว่า รูปแบบการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมามีการดำเนินการแล้วในพื้นที่ต่างๆ เช่นจังหวัดสกลนคร[7] มหาสารคาม[10] นครราชสีมา[8,11] และสมุทรปราการ[4] เป็นการแสดงรูปธรรมของบริการสุขภาพของร้านยาที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ การเติมยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การตรวจคัดกรองโรค

บทเรียนจากหลายประเทศ แสดงถึงความสำคัญของบทบาทร้านยาโดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปด้วยความยากลำบาก ประชาชนในประเทศต่างๆ จะใช้บริการจากร้านยาเพื่อซื้อยาหรือเวชภัณฑ์สำหรับการรักษาตนเองจากอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก่อนการเข้าสู่ระบบบริการหลัก[12] ด้วยการใช้ยาสามัญประจำบ้านหรือยา over the counter (OTC) ซึ่งเป็นยากลุ่มที่มีความปลอดภัยสำหรับการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนในชุมชน เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่าย เภสัชกรร้านยาสามารถจ่ายยาและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ บางประเทศได้กำหนดหน้าที่ของเภสัชกรและขั้นตอนการจ่ายยาไว้อย่างชัดเจนในกฎหมาย โดยร้านยาทุกร้านจะจัดให้บริการพื้นฐานแก่ประชาชน เช่น บริการชั่งน้ำหนัก บริการวัดความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด[13] รวมถึงการเพิ่มบทบาทของร้านยาในการดูแลผู้ป่วยให้มากขึ้นตามลำดับ โดยทำหน้าที่บริการจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ โดยการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาผ่านการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาและผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะในออสเตรเลีย[14] สหราชอาณาจักร[15] แคนาดา[16] เป็นต้น ในสหรัฐอเมริกา การพัฒนาร้านยาในฐานะผู้จัดการด้านโรค (disease management)[17] ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของการป้องกันและการรักษาโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ดังนั้น การถ่ายโอนภารกิจการบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่ร้านยาซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน ที่มีศักยภาพในการให้บริการด้านเภสัชกรรมแก่ประชาชนที่มีสิทธิ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนารูปแบบบริการและแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในบางพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสมและเป็นไปได้ของการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาความเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและภาคประชาชนในประเด็นความเป็นไปได้และความสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า

วิธีวิจัย

การศึกษานี้ ใช้การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทและสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งองค์ความรู้ของการจัดบริการของร้านยาที่เข้าร่วม

ให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโครงการนำร่องที่ผ่านมา ร่วมกับการประชุมสนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 4 กลุ่ม จากกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและภาคประชาชน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (กรรมการสภาเภสัชกรรม) วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 12 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวน 14 คน กลุ่มที่ 3 ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและภาคประชาชน ครั้งที่ 1 วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวน 16 คน และกลุ่มที่ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและภาคประชาชน ครั้งที่ 2 วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 24 คน เพื่อรวบรวมความเห็นและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของทางเลือกแบบจำลอง ทั้งในด้านความสอดคล้องกับระบบปัจจุบัน นโยบายและทิศทางของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการร่วมจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. การทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและศึกษาการจัดบริการในพื้นที่นำร่อง พบว่า มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาความเป็นไปได้ของการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย บทบาทและกิจกรรมของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปแบบการเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของร้านยา และปัจจัยความเป็นไปได้ของการนำร้านยาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

*1.1 **บทบาทและกิจกรรมการให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ*** บทบาทของร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพนั้นแตกต่างกันไป ขึ้นกับความต้องการของชุมชนและความประเภทของบริการที่ร้านยาสามารถเข้าร่วมแบ่งเบาภาระงานของหน่วยบริการได้ บทบาทที่เป็นไปได้มี ดังนี้

1.1.1 การจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา เป็นบทบาทหลักที่ร้านยาทุกแห่งให้บริการมาตั้งแต่อดีต เป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรร้านยาโดยการสัมภาษณ์ประวัติ การเลือกยา การให้ข้อมูล คำแนะนำด้านยาที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชนและผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไป นอกจากนี้ ยังรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลระดับที่สูงขึ้น กิจกรรมในกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การจัดทำระบบข้อมูลการรับบริการ การให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยกรณีโรคทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา และการส่งต่อผู้ป่วยกรณีที่เกินจากความสามารถของร้านยา

1.1.2 การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ เป็นบทบาทสำคัญของเภสัชกรโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากการจ่ายยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องแล้ว เภสัชกรยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) รวมถึงการให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย และการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม นอกจากนี้ ร้านยาสามารถทำหน้าที่บริหารคลังยา แทนหน่วยบริการซึ่งเป็นแนวทางลดต้นทุนในการให้บริการ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ กิจกรรมในกลุ่มนี้ ได้แก่ การจัดทำระบบข้อมูลการบริการ การทำหน้าที่บริหารคลังยา การทบทวนใบสั่งแพทย์ การบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์พร้อมคำแนะนำ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย และการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพิ่มติดตามการใช้ยาและค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

1.1.3 การจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ จะแบ่งเบาภาระการรอรับบริการที่โรงพยาบาล ที่เดิมเป็นปัจจัยทำให้การควบคุมอาการของโรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เป็นไปตามแผนการรักษา การรับบริการเติมยา (เดิม) ต่อเนื่องที่ร้านยาซึ่งมีเภสัชกรให้บริการ จะเป็นระบบที่เอื้อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง มีการติดตามผลทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วย เพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้บริการและการส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่โรงพยาบาลตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยซึ่งได้มีการจัดทำไว้ โดยกิจกรรมต่างๆ มีดังนี้ การจัดทำระบบข้อมูลการบริการ การสำรวจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วย การติดตามการรักษา เช่น การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องอัตโนมัติ การวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (เฉพาะกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน) การบริการจ่ายยาเติมตามใบสั่งแพทย์พร้อมคำแนะนำ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยกรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด และการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพิ่มติดตามการใช้ยาและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

1.1.4 การคัดกรองโรคที่สำคัญ ทั้งโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังต่างๆ โรคติดต่อที่ต้องมีการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงทีที่หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับควรดำเนินงานร่วมกันในลักษณะเครือข่าย โดยร้านยาซึ่งมีการกระจายตัวในพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึงในชุมชนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงในการคัดกรองโรคต่างๆ ในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ โดยกิจกรรมต่างๆ เพื่อการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ การจัดทำระบบข้อมูลการบริการ การสัมภาษณ์ประวัติและการสำรวจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น การบริการเพื่อการคัดกรองผู้ป่วย (เช่น วัดความดันโลหิตด้วยเครื่องอัตโนมัติ วัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว เป็นต้น) และการส่งต่อผู้ป่วยกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรือภาวะอื่นๆ ที่จำเป็นต้องส่งต่อ

1.1.5 การส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทสำคัญในการช่วยลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วย การเกิดโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ที่บุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ร้านยาสามารถมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วยการเป็นแหล่งให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง อาทิ เช่น การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ โดยกิจกรรมต่างๆ ที่ร้านยาสามารถให้บริการมีดังนี้: การจัดทำระบบข้อมูลการบริการ การบริการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งเสริมสุขภาพ และการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพิ่มติดตามการใช้ยาและค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา

1.1.6 การให้บริการเยี่ยมบ้านในลักษณะการจัดการการรักษาด้านยาหรือ medication therapy management (MTM) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (medical therapy review) การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (patient medication record) การกำหนดการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ที่ดูแล (medication action plan) การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (intervention and referral) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (documentation and follow-up) ซึ่งเภสัชกรร้านยาสามารถนำแนวคิด MTM มาประยุกต์ใช้ในการใช้บริการเยี่ยม

บ้านผู้ป่วยได้ โดยนำข้อมูลมาวางแผนการรักษาและการใช้ยาโดยการประสาน งานร่วมกับสหวิชาชีพรวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยกิจกรรมดังนี้: การจัดทำระบบข้อมูลการบริการ การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เมื่อพบปัญหาที่ต้องการดูแลโดยการประสานงานกับแพทย์ และการวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง

1.2 รูปแบบการเข้าร่วมของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปแบบการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นไปได้มีหลายรูปแบบ ขึ้นกับปัจจัยและองค์ประกอบต่างๆ เช่น ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การกระจายตัวของร้านยา ความพร้อมและทรัพยากรของหน่วยบริการ รวมถึงความสอดคล้องระหว่างความต้องการของหน่วยบริการและกิจกรรมการให้บริการของร้านยา โดยรูปแบบจากโครงการนำร่องของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นไปได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1.2.1 เป็นร้านยาเอกชนร่วมบริการกับหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ การร่วมบริการกับหน่วยบริการประจำโดยตรง หรือการร่วมให้บริการในลักษณะของเครือข่ายบริการ เช่น คลินิกชุมชนอบอุ่น ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือศูนย์แพทย์ชุมชน ข้อดี คือ งบประมาณลงทุนน้อย เนื่องจากเป็นการร่วมให้บริการของร้านยาเอกชนซึ่งเปิดให้บริการอยู่แล้ว เป็นการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุด ข้อจำกัด คือ รูปแบบดังกล่าวอาจไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ถ้าพื้นที่นั้นไม่มีร้านยาคุณภาพตั้งอยู่เลย

1.2.2 เป็นร้านยาของหน่วยบริการเอง กรณีที่หน่วยบริการมีความพร้อมทั้งทางด้านงบประมาณและบุคลากร (เภสัชกร) หน่วยบริการอาจจัดตั้งร้านยาของหน่วยบริการเอง เพื่อให้บริการกับประชาชนในพื้นที่ให้บริการ การบริหารจัดการคลังยาสะดวก มีความคล่องตัว ทั้งการรับส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลการรักษา ความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการในมุมมองของผู้รับบริการ ทั้งนี้หน่วยบริการจะต้องจัดหางบประมาณสำหรับการลงทุนเพื่อเปิดดำเนินการร้านยา เช่น ด้านอาคารสถานที่ ค่าวัสดุ อุปกรณ์สำหรับร้านยา หน่วยบริการจะต้องจัดหาเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำที่ร้านยา

1.3 ปัจจัยความเป็นไปได้ของการนำร้านยาเข้าร่วมในการบริการสุขภาพ การวิเคราะห์ปัจจัยความเป็นไปได้ของการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ เทคนิควิธีการ กลไกการเงินการคลัง และระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.3.1 ความสอดคล้องกับระบบ พบว่า เดิมประชาชนส่วนใหญ่มีแนวโน้มในการไปใช้บริการที่ร้านยาก่อนการเข้าสู่ระบบบริการระดับอื่นๆ อยู่แล้ว

1.3.2 เทคนิควิธีการ การเข้าร่วมให้บริการของร้านยามีความสอดคล้องกับข้อกำหนดของ สปสช. เกี่ยวกับองค์ประกอบของหน่วยบริการที่ว่า ต้องมีการบริการเภสัชกรรมด้วย นอกจากนี้ มีระบบประเมินด้านคุณภาพของร้านยาผ่านโครงการร้านยาคุณภาพหรือร้านยาที่มีเภสัชกรประจำ ซึ่งรับรองโดยสภาเภสัชกรรม แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีปัญหาการกระจายตัวของร้านยาในพื้นที่ต่างๆ ที่ยังไม่เพียงพอในบางพื้นที่

1.3.3 กลไกการเงินการคลัง ร้านยาสามารถได้รับค่าตอบแทนการให้บริการจากหน่วยบริการประจำได้ตามประกาศของสปสช. แต่ต้องมีการจัดทำข้อตกลงเกี่ยวกับค่าตอบแทนการให้บริการ

ระหว่างร้านยาและหน่วยบริการที่ร้านยาเข้าร่วมให้บริการ ซึ่งปัจจุบันยังขาดต้นแบบหรือการกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการของร้านยา

1.3.4 ระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับประกาศของสปสช.และสนับสนุนหลักการการร่วมให้บริการระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

2. ความเห็นจากการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ผลการจัดประชุมนำเสนอและการจัดประชุมสนทนากลุ่มจำนวน 4 ครั้ง จากกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและภาคประชาชน ได้ให้ความเห็นต่อกิจกรรม รูปแบบ และแนวทางการดำเนินการของการนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (กรรมการสภาเภสัชกรรม) วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 เพื่อรับฟังความเป็นไปได้ของข้อเสนอประเด็นเชิงปฏิบัติและทางกฎหมาย รวมทั้งความสอดคล้องกับบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพ

ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่า การพัฒนาร้านยาเข้าเป็นเครือข่ายระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าต้องเน้นการใช้ข้อมูลที่มีหลักฐานวิชาการสนับสนุนที่ชัดเจน โดยเฉพาะผลจากการทดลองนำร่องรูปแบบ (model) ต่างๆ ที่ผ่านมา เนื่องจากปัจจุบันการบริการของหน่วยบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยเฉพาะด้านบริการเภสัชกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานวิชาชีพในเงื่อนไขของจำนวนเภสัชกรที่ให้บริการ ดังนั้น กรณีที่หน่วยงานไม่คุ้มทุนในการจ้างเภสัชกรมาปฏิบัติงานประจำ น่าจะพิจารณาใช้หน่วยงานเอกชนเข้าร่วมให้บริการทดแทน หรือเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยในการเลือกรับบริการจากร้านยาเอกชนทดแทนการบริการของหน่วยบริการ

สำหรับบทบาทของร้านยาผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่า ควรดำเนินการตามลำดับ โดยเริ่มจากการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ซึ่งเป็นบทบาทพื้นฐานและเพิ่มเติมบทบาทการจ่ายยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการคัดกรองโรค จากนั้นพัฒนาบทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการปรับพฤติกรรม และควรวิจัยพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อศึกษาบทบาทของร้านยาในการให้บริการจ่ายยาตามอาการของผู้ป่วยโรคทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา (common diseases) โดยการเก็บข้อมูลและศึกษารูปแบบที่เน้นความประหยัดและความปลอดภัยของผู้ป่วย

นอกจากนี้ ค่าตอบแทนบริการควรปรับให้สอดคล้องกับความยากง่ายของบริการ โดยควรศึกษาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ประกอบ โดยควรจ่ายค่ายาตามต้นทุนจริงรวมกับค่าบริหารจัดการประมาณร้อยละ 20 และค่าบริการการจ่ายยาต่อใบสั่งแพทย์ซึ่งที่ผ่านมากำหนดให้เท่ากับ 20 ถึง 35 บาทต่อใบสั่งแพทย์ สำหรับรูปแบบการจัดการ ควรพัฒนาระบบการจัดการภาพรวม เช่น พัฒนาระบบการเชื่อมโยงระหว่าง สปสช. กับ ศูนย์ประสานงานของเครือข่ายร้านยา โดยเฉพาะเรื่องการจัดทำสัญญา ระบบการเบิกจ่าย การพัฒนาคุณภาพของร้านยา รวมทั้งพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2 กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2552 (เวลา 09.00-12.00 น.) เพื่อรับฟังความเห็นความเป็นไปได้ของข้อเสนอในทางปฏิบัติและศักยภาพของผู้ประกอบวิชาชีพ

ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่า ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยายามดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนของร้านยาคุณภาพให้มากขึ้นและครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งสนับสนุนความเป็นไปได้ของการนำร้านยาเข้าสู่

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ท้าทาย คือ แรงจูงใจให้ร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบและการพัฒนาร้านยาคุณภาพที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดอบรมความรู้เรื่องโรคที่สำคัญ การให้คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งถ้าร้านยาคุณภาพทุกร้านได้เชื่อมเข้าสู่ระบบจะทำให้เกิดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพที่เข้มงวดมากขึ้น

ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่า บทบาทของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเริ่มต้นควรเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาในระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน และควบคุมสภาวะทางคลินิกได้ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจรจากเครือข่ายบริการ ร้านยาควรจะทำหน้าที่จ่ายยาต่อเนื่องและดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่รอพบแพทย์ครั้งต่อไป สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ยังควบคุมสภาวะทางคลินิกไม่ได้ ร้านยาควรดูแลร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์และพยาบาล เป็นต้น สำหรับผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเรื้อรัง ร้านยาสามารถทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไป

นอกจากนี้ ร้านยาในแต่ละพื้นที่อาจให้บริการในบทบาทที่แตกต่างกันก็เป็นไปได้ โดยควรพิจารณาจากความเหมาะสมของบริบทแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย เช่น บางพื้นที่มีปัญหาของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีร้านยาคุณภาพตั้งอยู่ สามารถดำเนินการบทบาทดังกล่าวได้ทันที โดยควรมีระบบการจัดการร้านยาของทั้งประเทศเพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการ

สำหรับรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบริการอาจดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) จ่ายค่าตอบแทนภายหลังการตรวจสอบซึ่งเหมาะสำหรับบทบาทการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ (refill) และ 2) เหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับบทบาทการจ่ายยาเพื่อรักษาโรคทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและเภสัชกรร้านยามีความรับผิดชอบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนมีความเห็นแย้งว่า การเหมาจ่ายรายหัว อาจไม่เหมาะกับงานบริการเภสัชกรรม โดยเฉพาะกรณีร้านยา เนื่องจากการบริการผู้ป่วยของร้านยาไม่ได้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่เท่านั้น แต่อาจมีผู้ป่วยนอกพื้นที่มารับบริการด้วย รวมทั้งจะมีความเสี่ยงสูงถ้าผู้ป่วยมาขึ้นทะเบียนน้อย เพราะร้านยามีศักยภาพไม่ครอบคลุมเหมือนโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนมีข้อกังวลเกี่ยวกับการจ่ายค่าตอบแทนบริการ เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบข้อตกลงที่ชัดเจน การดำเนินการที่ผ่านมา จะเป็นลักษณะการจัดการแบบโครงการวิจัยและการตกลงระดับพื้นที่ระหว่างหน่วยบริการและร้านยา ซึ่งอาจจะเป็นปัญหาในอนาคตเมื่อมีการดำเนินการระดับประเทศ

2.3 กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบายและภาคประชาชน ครั้งที่ 1 วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2552 (เวลา 13.00-16.00 น.) เพื่อรับฟังความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของข้อเสนอ และความสอดคล้องในการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่า การเข้าร่วมให้บริการของร้านยาน่าจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยในเรื่องการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการด้านเภสัชกรรม แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วน โดยเฉพาะจากภาคประชาชนเห็นว่า คุณภาพของบริการสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน การบริการจ่ายยาจะ

ดำเนินการภายในโรงพยาบาลซึ่งมีระบบการติดตามมีมาตรการควบคุมการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือฟุ่มเฟือย แต่ถ้าการบริการดังกล่าวถูกถ่ายโอนไปให้กับร้านยา จะมีการดำเนินการติดตามควบคุมอย่างไร

ผู้เข้าร่วมประชุมจากกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพเห็นว่า ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยายามส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของร้านยา โดยการกำกับและพัฒนาเกณฑ์ต่างๆ เพื่อให้ร้านยามีคุณภาพ ซึ่งถ้าร้านยาเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะช่วยทำให้การตรวจสอบควบคุมคุณภาพของร้านยามีมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคประชาชนและจากกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพบางส่วนมองว่า การดำเนินการควบคุมตรวจสอบคุณภาพของร้านยาในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมือง สามารถดำเนินการตรวจสอบได้ ในขณะที่ต่างจังหวัด จะดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ร้านยาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านกำลังคนในการตรวจสอบ กำกับและติดตาม

2.4 กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้องเชิงนโยบาย และภาคประชาชน ครั้งที่ 2 วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2552 เพื่อรับฟังความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องความเป็นไปได้ของการดำเนินงานที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและนโยบายในภาพรวม และแนวทางการดำเนินนโยบาย

ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่า ร้านยาควรเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะหน่วยบริการหลักหรือเครือข่ายชุมชนอบอุ่นที่ยังมีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ หรือต้องการลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยรูปแบบการพัฒนาร้านยามีตั้งแต่การเพิ่มเติมบริการของโรงพยาบาล หรือทำหน้าที่แทนหรือหน้าที่คล้ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแบบจำลองของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรเน้นประเด็นที่ร้านยาสามารถลดปัญหาหรือช่วยให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจากการอภิปรายรูปแบบหรือกิจกรรมสำคัญที่มีความเป็นได้ของการนำร้านยามาเสริมบริการปฐมภูมิดังนี้

ก. ร้านยาอยู่ภายใต้หน่วยบริการหลักหรือเครือข่ายชุมชนอบอุ่น โดยให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์และบริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ (refill prescription and dispensing) โดยการจัดบริการเน้นที่โรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ เช่น โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

ข. เพิ่มเติมการตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อผู้ป่วย

ค. เพิ่มเติมการตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อผู้ป่วยและกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) และการเยี่ยมบ้าน

ง. ร้านยาอยู่ภายใต้หน่วยบริการหลักหรือเครือข่ายชุมชนอบอุ่น โดยทำหน้าที่เสมือนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองที่ดูแลและจ่ายยารักษาโรคพื้นฐานได้ด้วย

จ. ร้านยาทำหน้าที่เสมือนหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองที่ดูแลและจ่ายยารักษาโรคพื้นฐานได้ด้วย โดยทำสัญญาตรงกับ สปสช.

การจ่ายค่าบริการควรเป็นการบริหารจัดการภายในระหว่างหน่วยบริการประจำ (contracting unit for primary care; CUP) และร้านยา ไม่ใช่การจ่ายตรงจาก สปสช. นอกจากนี้ ควรพิจารณาการร่วมจ่ายบริการของผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ประเด็นด้านคุณภาพบริการ ผู้เข้าร่วมประชุมยังมีความห่วงใย จึงควรวางรูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการรับรองคุณภาพทั้งทางกายภาพและบริการ โดยเริ่มต้นจากร้านยาคุณภาพในจังหวัดหรือพื้นที่ซึ่งมีความพร้อมและมีการอบรมเพิ่มเติมความรู้ จากนั้น ขยายโครงการให้สอดคล้อง

กับนโยบายการเพิ่มร้านยาคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยควรมีองค์กรส่วนกลางที่จะทำหน้าที่ควรคุม กำกับคุณภาพ และการพัฒนาศักยภาพ

สรุปและวิจารณ์ผล

การนำร้านยาเข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นทางเลือกหนึ่งของการพัฒนารูปแบบบริการในลักษณะของการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนเพิ่มเติมจากการใช้บริการรูปแบบเดิมซึ่งสามารถใช้บริการได้เฉพาะโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่กำหนดไว้เท่านั้น

จากการทบทวนองค์ความรู้ของการจัดบริการของร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การรับบริการที่ร้านยา สามารถลดต้นทุนค่าเดินทางและค่าเสียเวลาของผู้ป่วย ลดภาระของโรงพยาบาล ส่งผลให้บุคลากรภาครัฐมีเวลาสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการอื่น ในขณะที่ผู้ป่วยยังคงมีผลการรักษาทางคลินิกเช่นเดียวกับการรับบริการที่โรงพยาบาล รวมทั้งผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ ถ้าการนำร้านยาเอกชนเข้าร่วมให้บริการจะเป็นการสนับสนุนหลักการการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และเป็นการใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยไม่ต้องลงทุนเพิ่มเติม รวมทั้งเป็นการยกระดับคุณภาพบริการโดยเฉพาะบริการเภสัชกรรม ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ สามารถรับบริการด้านยาจากเภสัชกรในทุกระดับของหน่วยบริการ ภายใต้การกำกับของหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล ซึ่งยังคงต้องทำหน้าที่ประสานงานติดตามผู้ป่วยเช่นเดิม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อป้องกันการใช้บริการเกินความจำเป็น แต่อย่างไรก็ตาม อาจมีข้อกังวลเรื่องความเป็นธรรมของการเข้าถึงบริการจากร้านยา ด้วยข้อจำกัดของการกระจายร้านยาคุณภาพที่มีอยู่ในบางพื้นที่เท่านั้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดเช่นเดียวกับหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่บางแห่งไม่มีแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ให้บริการ

ความเห็นของผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพและภาคประชาชน มีความเห็นสอดคล้องกันว่าร้านยาควรเข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ยังมีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องการลดความแออัดของการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการที่อยู่ในเขตเมืองและมีร้านยาคุณภาพอยู่ในบริเวณใกล้เคียง สำหรับประชาชนที่มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ควรได้รับบริการด้านเภสัชกรรมที่มีคุณภาพเหมือนกัน ไม่ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐ ภาคเอกชน หรือเครือข่ายคลินิกชุมชนอบอุ่นตามสิทธิของประชาชนในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ[18] ที่ผ่านมา ภาครัฐเป็นผู้มีบทบาทหลักในการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทยในทุกระดับ ทั้งในเขตเมืองและชนบท ยกเว้นร้านยา ซึ่งการดำเนินงานเกือบทั้งหมดเป็นของภาคเอกชน การมีส่วนร่วมของระบบการบริการส่วนใหญ่ จะมีเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐ ระบบการบริการของภาคเอกชนดูเหมือนจะถูกแยกส่วนออกไป แม้ว่าภาครัฐจะมีแนวคิดสนับสนุนการเพิ่มบทบาทการให้บริการของภาคเอกชน แต่การสนับสนุนส่วนใหญ่เน้นไปที่โรงพยาบาลเอกชน[19] กล่าวได้ว่า ร้านยาแทบจะไม่มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นใด ทั้งๆ ที่ร้านยาเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากกว่าสถานบริการสาธารณสุขอื่น

กิจกรรมหรือบทบาทของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นไปได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การเพิ่มเติมบริการของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ ทำหน้าที่ทดแทนหรือเป็นทางเลือกให้กับประชาชนที่มีสิทธิ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีปัญหาทั้งจำนวนผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแล รูปแบบบริการอาจเริ่มตั้งแต่การตรวจคัดกรองโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง และส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา การบริการจ่ายยาต่อเนื่อง (เติมยา) รวมทั้งการติดตามผลการรักษาหรือผลการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยซึ่งอยู่ในระบบการรักษาแล้วและสามารถควบคุมโรคได้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกของโรคได้ ร้านยาสามารถร่วมดำเนินการได้โดยประยุกต์แนวคิดของการให้บริการการจัดการการรักษาด้านยา หรือ MTM โดยเพิ่มคุณภาพของการดูแลการใช้ยาและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งกิจกรรมนี้ ไม่จำเป็นจะต้องดำเนินการในลักษณะของการเยี่ยมบ้านเท่านั้น สามารถให้บริการได้ทั้งในร้านยาและโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินความต้องการและค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นเพิ่มเติม

การพัฒนาคุณภาพบริการของร้านยาคุณภาพนั้น ควรวางรูปแบบการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการรับรองคุณภาพทั้งทางกายภาพและบริการ โดยเริ่มจากการพัฒนาโครงการร้านยาคุณภาพที่ดำเนินการอยู่แล้วสำหรับหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพของร้านยาอาจเป็นหน่วยงานภายนอกในลักษณะเช่นเดียวกับสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ผลของการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินการ ดังนี้

1. สปสช. ควรจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะที่เป็นศูนย์ประสานงานและสนับสนุนวิชาการ เพื่อทำหน้าที่ 1) กำหนดแนวคิดและมาตรฐานของร้านยาเข้าสู่ระบบทั้งด้านกายภาพและการบริการ 2) จัดกระบวนการเตรียมความพร้อมของบุคลากร (เภสัชกร) เพื่อป้อนเข้าสู่ระบบผ่านหลักสูตรหรือระบบการฝึกอบรมอื่นๆ 3) จัดทำคู่มือหลักการและการปฏิบัติงาน 4) พัฒนาและสนับสนุนการประกันหรือรับรองคุณภาพร้านยา 5) เสนอมาตรการที่จะทำให้ประชาชนได้รับบริการเภสัชกรรมที่มีคุณภาพเสมอกัน 6) เป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างร้านยา หน่วยบริการ และ สปสช. ในการกำหนดจำนวนและรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน 7) ติดตามประเมินผลระบบด้วยดัชนีต่างๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง 8) ศึกษา ทบทวนหรือเพิ่มเติมสิทธิประโยชน์

โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงานที่จะจัดตั้งควรประกอบด้วยกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรหรือสภาวิชาชีพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มสนับสนุนงานวิชาการ ภาคประชาชน ผู้แทน สปสช.

2. เพิ่มจำนวนของร้านยาคุณภาพที่ได้มาตรฐานพร้อมเข้าสู่ระบบได้ ในปี พ.ศ.2552 มีร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองทั้งประเทศจำนวน 316 ร้าน กระจายใน 50 จังหวัด รวมถึงการพัฒนาร้านยาที่มีเภสัชกรอยู่ประจำที่เป็นสมาชิกของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน จำนวน 959 ร้านกระจายใน 68 จังหวัด ให้เข้าสู่การเป็นร้านยาคุณภาพหรือผ่านเกณฑ์ที่คณะกรรมการจะกำหนด นอกจากนี้ ยังมีร้านยาอีกจำนวนหนึ่งที่อาจเป็นทางเลือก คือ ร้านยาที่มีผู้ขออนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นบุคคลเดียวกัน 4,949 แห่ง กระจายใน 74 จังหวัด

แนวทางการพัฒนาร้านยาให้ได้มาตรฐานพร้อมเข้าสู่ระบบ คือ กำหนดมาตรฐานของร้านยาที่จะอนุญาตให้เข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีความสอดคล้องกับโครงการร้านยาคุณภาพ เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในทางปฏิบัติของการขับเคลื่อนนโยบาย และมาตรฐานสำคัญของร้านยาที่จะเข้าร่วม ต้องมีประเด็นการจัดบริการด้วย ซึ่งระยะแรก จำเป็นต้องมีหลักสูตรสำหรับพัฒนาตัวบุคลากร รวมทั้งการจัดการให้เป็นข้อกำหนดพื้นฐานสำหรับเข้าสู่ระบบเพื่อจูงใจให้ร้านยาเข้าสู่ระบบมากขึ้น จากนั้น สนับสนุนให้มีการพัฒนามาตรฐานอื่นๆ ต่อไป

ทั้งนี้ควรเริ่มต้นดำเนินการจากกิจกรรมที่มีความซับซ้อนน้อยและเริ่มต้นได้ง่าย ได้แก่ การบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ในลักษณะเพิ่มทางเลือกให้กับผู้รับบริการ เสริมระบบบริการของโรงพยาบาล โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระบบการรักษาอยู่แล้ว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีสภาวะทางคลินิกคงที่ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ยังควบคุมสภาวะทางคลินิกไม่ได้ ควรมีลักษณะการดูแลร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์และพยาบาล นอกจากนี้ สำหรับผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเรื้อรัง ร้านยาควรทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไป

ในทางปฏิบัติ อาจดำเนินการในพื้นที่ที่มีความพร้อมหรือมีศักยภาพก่อน เช่น เขตเมืองที่มีร้านยาคุณภาพรองรับเพื่อประเมินผล จากนั้น จึงขยายไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีศักยภาพ โดยอาจมีความแตกต่างกันของบทบาทหรือรูปแบบบริการ เช่น บางพื้นที่ มีความพร้อมด้านบริการคัดกรองโรค หรือบางพื้นที่มีความพร้อมด้านการจ่ายยาต่อเนื่องเพื่อดูแลผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการจัดตั้งหน่วยงานประสานงานกลาง ซึ่งจะช่วยสนับสนุนและแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ ในระยะยาวจำเป็นต้องวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับความเหมาะสมและความปลอดภัยของการบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยผู้สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รวมทั้งเครือข่ายทางวิชาการที่สนับสนุนข้อมูลและให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2553. นนทบุรี, 2553.
2. Goel P, Ross-Degnan D, Berman P, et al. Retail pharmacies in developing countries: a behavior and intervention framework. Soc Sci Med 1996; 42: 1155-61.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552. สืบค้นจาก: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/healthyExc_52.pdf. วันที่เข้าสืบค้น วันที่ 2 พฤศจิกายน 2553.
4. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, วิชัย สันติมาลีวรกุล. การเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1: 249-61.
5. หฤทัย คุโณทัย, สุวิมล วรเกษมสุข, สุดนธิศ สุขเณศกุล. การสำรวจกิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรมในร้านยาเภสัชกรชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2544.
6. สภาเภสัชกรรม. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา. สืบค้นจาก : http://www.pharmacycouncil.org/main/drug_store.php วันที่เข้าสืบค้น วันที่ 15 ตุลาคม 2553.

7. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษา ณ ร้านยาเภสัชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2549; 20: 41-58.
8. ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์, วิวรรธน์ อัครวิเชียร และคณะ. การให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยร้านยา: กรณีศึกษาคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
9. จิริสุดา คำสีเขียว, วิวรรธน์ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร และคณะ. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยร้านยาคุณภาพจังหวัดขอนแก่น ภายใต้โครงการนำร่องกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2552; 24: 21 -30.
10. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุนันทา โอศิริ, วิลาสินี หิรัญพานิช และคณะ. การบริการปฐมภูมิของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ: กรณีศึกษา ร้านยามหาวิทยาลัยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2548.
11. นุศราพร เกษสมบูรณ์, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์ และคณะ. ค่าตอบแทนการบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยาตามใบสั่งยา ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษา ร้านสมบุญเภสัชกรและคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17: 884-95.
12. Farris KB, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. Ann Pharmacother 2005; 39: 1539-41.
13. Costa S, Santos C, Silveira J. Community pharmacy services in Portugal. Ann Pharmacother 2006; 40: 2228-34.
14. Benrimoj SI, Roberts AS. Providing patient care in community pharmacies in Australia. Ann Pharmacother 2005; 39: 1911-7.
15. Silcock J, Raynor DK, Petty D. The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom. Health Policy 2004; 67: 207-14.
16. Jones EJ, Mackinnon NJ, Tsuyuki RT. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Canada. Ann Pharmacother 2005; 39: 1527-33.
17. Holdford D, Kennedy DT, Bernadella P, et al. Implementing disease management in community pharmacy practice. Clin Ther 1998; 20: 328-39.
18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค. คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน. นนทบุรี; 2547.
19. สมศักดิ์ ชุณหรัศมี. รัฐและเอกชนเพื่อสุขภาพ: แนวคิด ข้อควรระวังและข้อเสนอ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2540; 5: 271-81.