

การประเมินผลลัพธ์การบริการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; รูปแบบร้านยาแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี

Evaluation of community pharmacy-based common illness services in Universal coverage Scheme. A drug store model Udon Thani Province.

(Received: June 23,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

ภาคภูมิ อินตายุว¹, สุมินทร เป้าธรรม²

Pakphum Intayuang¹, Sumintorn Baotham²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่รับบริการ วิเคราะห์ต้นทุน จุดคุ้มทุน รูปแบบการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและฐานข้อมูลของร้านยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการที่ร้านยาทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566- เดือนมิถุนายน 2567 ที่มีข้อมูลบันทึกบริการใน ฐานข้อมูลโปรแกรมสำเร็จรูปและข้อมูลในไฟล์ ที่ร้านยาเก็บรายการยาที่จ่ายกับต้นทุนค่ายา คัดเลือกร้านยาแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย มีผู้ป่วยรับบริการ 2,005 คน 3,982 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62) มาด้วยอาการสำคัญ ไข้/ไอ/เจ็บคอ มากสุด รองลงมาคือ ปวดข้อ/เจ็บกล้ามเนื้อ และอาการทางผิวหนัง (ร้อยละ 37, 25 และ 13 ตามลำดับ) ติดตามผลการรักษาเมื่อครบ 3 วันพบว่าผู้ป่วยหายเป็นปกติร้อยละ 84 ทุกเลวร้อยละ 15 ไม่ทุเลาร้อยละ 0.6 ต้นทุนในการจัดบริการ Common illness (CI) คิดเป็น 150.7 บาทต่อครั้ง จุดคุ้มทุนของร้านยาคือมีผู้มารับบริการ CI 262 ครั้งต่อเดือน หรือ 8.7 คนต่อวัน

คำสำคัญ: ร้านยาคุณภาพ, เจ็บป่วยเล็กน้อย,เภสัชกร, สปสช, ต้นทุน

Abstract

This study was survey research aimed at evaluating the health outcomes of patients receiving services. Cost analysis, break-even point, operating model success factors From in-depth interviews and drug store databases The sample group includes service recipients at all drug stores participating in the project. During February 2024 - June 2024 with service records in the packaged program database and information in the file. At the drug store, keep a list of the medicines dispensed and the cost of the medicines. Select specific drugstores Analyzed with descriptive statistics.

Results: There were 2,005 patients receiving services 3,982 times, most of whom were female (62 percent) with important symptoms. Fever/cough/sore throat were the most common, followed by joint pain/muscle pain. and skin symptoms (37%, 25%, and 13%, respectively). Following up on treatment after 3 days, it was found that 84% of patients were cured, 15% were relieved, 0.6% were not relieved. The cost of adding Common illness (CI) services is calculated as 150.7 baht per visit, the drug store's break-even point is that 262 people come to receive CI services per month, or 8.7 people per day.

Keywords: Quality drug store, common illness, Pharmacist, NHSO, Cost

บทนำ

การรับบริการของผู้ป่วยที่แออัดใน
โรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เป็นปัญหา

สาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อทั้งประสิทธิภาพการ
รักษา ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย
และครอบครัว ข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอก ปี

¹ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

² คณะอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร

2556 จำนวน 161 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นเป็น 294 ล้านครั้ง ในปี 2566¹ ปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบาย “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาเภสัชกรรม และสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ดำเนินโครงการลดความแออัด ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนในการรับยาที่ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากเภสัชกรอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้โครงการดังกล่าวยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เนื่องจากลดความถี่ของการเข้ารับบริการสถานพยาบาลของประชาชน²

ภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2567 คือ การยกระดับระบบบริการสาธารณสุข พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความมั่นคงทางสุขภาพคนไทยทุกมิติทั้งการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว นโยบายสำคัญที่ต้องเร่งรัดพัฒนา 1 ใน 5 ด้าน ได้แก่ การยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เชื่อมโยงระบบการรักษา เบิกจ่ายและการบริการทางสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล อำนวยความสะดวกให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ทุกที่ทั่วไทย ตลอดจนพัฒนาระบบ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เชิงพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น³

ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชกิจจานุเบกษา ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ เรื่อง จังหวัดที่ดำเนินงานตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว รวมทั้งได้กำหนดมาตรการในการดำเนินงาน เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการตามนโยบายดังกล่าว นำร่องใน 4 จังหวัดได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด และนราธิวาส โดยประกาศฉบับนี้ มีการเพิ่มจังหวัดอุดรธานี ให้ดำเนินการตามนโยบาย “โดยสปสช. ร่วมกับสภาเภสัชกรรม เพิ่มบริการ “เภสัชกรรมปฐมภูมิ” โดยเภสัชกรร้านยาในชุมชนร่วมดูแล ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง 30 บาท) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย สามารถปรึกษาเภสัชกรและรับยาตามอาการได้ที่ร้านยาที่เข้าร่วม โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ เป็นการพัฒนาระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิ ลดแออัดที่โรงพยาบาลมากเกินไป ความจำเป็น โครงการนี้เริ่มดำเนินการวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565⁴

จากการวิจัยของสุณี และคณะ⁵ เภสัชกรผู้ให้บริการร้านยาในโครงการจากทุกเขตสุขภาพ ให้เหตุผลในการเข้าร่วมโครงการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยในร้านยาของเภสัชกรร้านยา ได้แก่ ความต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย การยกระดับมาตรฐานการให้บริการของร้านยาให้โครงการเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ให้ร้านยาตนเป็นที่รู้จัก ความต้องการสร้างความแตกต่างให้กับร้านตนเอง การพัฒนาตนเองให้กับประชากรเป็นช่องทางการเพิ่มรายได้ให้กับร้านยาและเพิ่มความมั่นคงให้กับร้านยาเมื่อมีการเชื่อมโยงกิจกรรมกับทางภาครัฐและเห็นว่าการเข้าร่วมโครงการเป็นการประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์ที่ดีให้กับวิชาชีพ ลดความแออัดให้กับโรงพยาบาล ซึ่งโครงการบริการอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ประชาชนได้รับประโยชน์ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด เพิ่มการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข

ปัจจุบัน จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา⁶ ร้านยาที่มีใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันชั้น 1 (ขย.1) มีจำนวน 386 ร้านยาในจังหวัดอุดรธานี ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรมเป็นร้านยาคุณภาพ 52 ร้าน⁷ เข้าร่วมโครงการเจ็บป่วย

เล็กน้อยกับสปสข. 42 ร้าน⁸ คิดเป็นร้อยละ 10.88 ของร้านยาทั้งจังหวัดอุดรธานีมีจำนวนประชากร 1,566,510 คนคิดเป็นอัตราส่วน 1 ร้าน: 37,297 คน กระจายในอำเภอเมือง 30 ร้าน ต่างอำเภอ 12 ร้าน เป้าหมายของสภาเภสัชกรรมคือมีร้านยาให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สัดส่วนต่อประชากร 1:10,000 ซึ่งต้องเพิ่มร้านยาที่ร่วมโครงการจาก 2,000 แห่งเป็น 5,000 แห่งในปี 2568⁹ อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าว ร้านยาจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน ซึ่งรวมถึงการจัดบริการด้านสถานที่ บุคลากร ยา เวชภัณฑ์ และการบริหารจัดการอื่น ๆ สำหรับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ จึงควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน จุดคุ้มทุนของโครงการ เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากร และพัฒนาโครงการให้ประสบความสำเร็จ พิจารณาเข้าร่วมโครงการนำระบบบริการดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยในร้านยา เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านเภสัชกรรมได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้ต้องการศึกษาประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ต้นทุน จุดคุ้มทุน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ ที่เกิดขึ้นกับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการของร้านยาชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. วิเคราะห์ต้นทุน จุดคุ้มทุน การให้บริการในโครงการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา
3. ศึกษารูปแบบการดำเนินงาน ประเมินความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ มุมมองของเภสัชกรประจำร้านยา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

1. การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของบริการเจ็บป่วยเล็กน้อยในร้านยาของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของจังหวัดอุดรธานี ที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลได้จากฐานข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกบริการโดยเภสัชกรในระบบ AMED CARE PHARMA (AMED) ได้แก่ จำนวนคน จำนวนครั้ง บริการ เพศ อายุ อาการทางคลินิก อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่มารับบริการ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่

1.1 การบริการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยอาการเล็กน้อยในร้านยา 16 กลุ่มอาการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁰ มีรหัสโรค (ICD-10) ตามข้อบ่งชี้ที่เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยสภาเภสัชกรรม ได้แก่ 1. ปวดหัว (headache) 2. เวียนหัว (dizziness) 3. ปวดข้อ (pain in joint) 4. เจ็บกล้ามเนื้อ (muscle pain) 5. ไข้ (fever) 6. ไอ (cough) 7. เจ็บคอ (sore throat) 8. ปวดท้อง (stomach ache) 9. ท้องเสีย (diarrhea) 10. ท้องผูก (constipation) 11. ปัสสาวะขัด/ปัสสาวะลำบาก/เจ็บ (dysuria) 12. ตกขาวผิดปกติ (vaginal discharge) 13. การทางผิวหนัง ผื่น คัน (skin rash/lesion) 14. บาดแผล (wound) 15. ความผิดปกติที่เกิดกับตา (eye disorder) 16. ความผิดปกติที่เกิดกับหู (ear disorder)

1.2 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU) ได้แก่ อัตราการส่งจ่ายยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น (Upper Respiratory Infection; URI) 2) โรคท้องร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea; AD) 3) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (Fresh Traumatic Wound; FTW)

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเภสัชกรเจ้าของร้านยา และเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในประเด็น การบริหารจัดการในการเข้าร่วมโครงการเจ็บป่วยเล็กน้อยกับสปสข. ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ SWOT เพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะ

3. วิเคราะห์ต้นทุนในการเข้าโครงการเจ็บป่วยเล็กน้อย วิเคราะห์จุดคุ้มทุน (break-even point) โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของร้านที่เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มารับบริการ อาการสำคัญ รายการยาที่จ่าย ต้นทุนราคาขายที่จ่ายแต่ละรายการ ต้นทุนราคาขายรวมต่อคน

การบริการตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ กำหนดโดยสภาเภสัชกรรม¹¹ กิจกรรมบริการหลักประกอบด้วย 1. บริการให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรม 2. บริหารยาและเวชภัณฑ์ 3. การติดตามอาการและผลการดูแล¹¹

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ Common Illness แบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ตรงตามวัตถุประสงค์ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ Common Illness 1) เป็นร้านยาคุณภาพที่มีเภสัชกรตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ 2) ต้องเป็นหน่วยร่วมบริการกับ สปสช 3) ต้องเข้ารับการอบรมที่สภาเภสัชกรรมจัดขึ้นเพื่อให้งานบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน 4) สภาเภสัชกรรมตรวจสอบการทำงานได้ 5) ยินยอมให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากโปรแกรม AMED และข้อมูลที่ร้านยาส่งขึ้นเองเพื่อบันทึกข้อมูลต้นทุนราคาขายและเวชภัณฑ์ที่จ่าย การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ผู้รับบริการที่ร้านยาทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566- เดือนมิถุนายน 2567 ที่มีข้อมูลบันทึกบริการในฐานข้อมูลโปรแกรมสำเร็จรูปและข้อมูลในไฟล์ ที่ร้านยาเก็บรายการยาที่จ่ายกับต้นทุนค่ายา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การให้บริการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา 1) ประชาชนไทยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย รับประทานยาตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการฯ โดยสภาเภสัชกรรม 2)

ร้านยาที่ให้บริการต้องเป็นร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นร้านยาคุณภาพผ่านการรับรองโดยสภาเภสัชกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการทดสอบความตรงของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คนซึ่งเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยหัวข้อคำถามหลัก ต่อไปนี้

1. การบริหารจัดการ การดำเนินงานเข้าร่วมบริการด้านเภสัชกรรมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Time line) รวมถึงข้อมูลต้นทุนในการดำเนินงาน

2. ข้อมูลผู้รับบริการจากฐานข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปและฐานข้อมูลที่ร้านบันทึกไว้

3. ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานตามโครงการ ผลลัพธ์การให้บริการผู้ป่วย ปัจจัยความสำเร็จ จุดแข็ง จุดอ่อน จากสภาพแวดล้อมภายใน โอกาสและอุปสรรคจากสภาพแวดล้อมภายนอก ตลอดจนผลกระทบต่อธุรกิจของร้านยา (SWOT Analysis) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการให้บริการ การสนับสนุนจากภาครัฐ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ประเมินค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 3 ท่าน มีค่า IOC = 1.00 ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายลักษณะของร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ โดยใช้ร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงลักษณะ (categorical data) และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการรายงานข้อมูลเชิงปริมาณ (numerical data) ในส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจัดบันทึกขณะสัมภาษณ์ และถอดความจากการอัดเสียง นำมาประมวลผล เขียนและเรียบเรียงให้คงใจความสำคัญเดิม หากไม่เข้าใจประเด็นใดจะสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นเภสัชกร

ประจำร้านทางโทรศัพท์ โน้ต จกว่าข้อมูลจะอิมตัว การสัมภาษณ์เป็นต่อหน้าโดยผู้วิจัยขออนุญาตไปเก็บ ข้อมูลที่ร้านยา

การศึกษาต้นทุน จุดคุ้มทุน (break-even point) ในมุมมองของร้านยา

จุดคุ้มทุน (break-even point) หมายถึง ณ ระดับการผลิตหรือการขายระดับใดระดับหนึ่งที่ทำให้เกิดรายได้รวม (Total Revenue) เท่ากับต้นทุนรวม (Total cost) ต้นทุนรวมประกอบด้วยต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปร¹²

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ผลการวิจัย

ร้านยาที่ร่วมโครงการวิจัยที่ยินยอมให้ ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) และ อนุญาตให้ข้อมูลผู้ป่วยที่บันทึกในฐานข้อมูล AMED-CARE จำนวน 1 ร้าน สถานที่ตั้งร้านอยู่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ขนาดพื้นที่ร้านยา กว้าง 5 เมตร ลึก 10 เมตร แบ่งโซนพื้นที่ให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยบนพื้นที่ภายใน ร้านยา ขนาดกว้าง 2.5 เมตร ยาว 5 เมตร แยกจาก โซนลูกค้าที่ซื้อยาและเวชภัณฑ์หน้าร้าน บุคลากรมี เภสัชกรปฏิบัติงานรวม 2 คน (แบ่งเป็น 2 กะละ 1 คน) ผู้ช่วยเภสัชกร 2 คน (แบ่งเป็น 2 กะละ 1 คน) เปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่ 9.00-22.00 น. (13 ชั่วโมง ต่อวัน 91 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 390 ชั่วโมงต่อเดือน) ร้านยาได้รับใบอนุญาตและเปิดทำการเป็นเวลา 1.5 ปี มีลูกค้าเฉลี่ยวันละ 50 คน ร้านได้เข้าร่วมโครงการ Common Illness มาเป็นระยะเวลา 1 ปี ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และขั้นตอนการ ดำเนินงาน Common Illness ของร้านยา

1.1 ขั้นตอนก่อนเริ่มให้บริการ Common Illness (Pre-CI)

ร้านยา โดยเภสัชกรประจำร้านยา จัดร้านยา ตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice; GPP) ของสภาเภสัชกรรม (เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง ถึง ดับเพลิง เครื่องปรับอากาศ ฉลากยา เครื่องพิมพ์ ฉลากยา โปรแกรมขายยาหน้าร้าน เป็นต้น) และยื่น ขอประเมิน GPP กับงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ใช้เวลา 1 เดือนโดยประมาณ)

สมัครร้านยาคุณภาพ มาตรฐานการประกอบ วิชาชีพเภสัชกรรมในร้านยาสภาเภสัชกรรม ได้กำหนด มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในร้านยา เป็นแนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรมที่ดี ที่จะทำ ให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในการเข้ารับบริการที่ร้าน ยาจากผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมว่าจะได้รับการ ดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาได้รับยาอย่าง ที่ ถูกต้องเหมาะสม และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาที่ เพีย ยง พอ (<https://papc.pharmacycouncil.org/>) (ใช้เวลา 1 เดือนโดยประมาณ)

อบรมหลักสูตร “การดูแลอาการเจ็บป่วย เล็กน้อยในร้านยาโดยเภสัชกรชุมชน” ที่เว็บไซต์ ศูนย์ การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (<https://pharmacycouncilservice.org/>) (เภสัช กรที่เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ เข้าอบรมและทดสอบหลัง เรียน เกณฑ์ผ่านร้อยละ 70 ใช้เวลา 3 วัน)

ร้านยาขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับส่งต่อ เฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) กับสปสช. (ใช้เวลา 1 เดือนโดยประมาณ สามารถยื่นหัวเวลาย่อยกันกับ ขอประเมินร้านยาคุณภาพ)

เภสัชกรอบรมการใช้งานโปรแกรมและการลง โปรแกรมการใช้งานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ AMED, New authen, E-form agent (ดู youtube ย้อนหลัง ที่ สภาเภสัชกรรมร่วมกับสปสช https://www.youtube.com/watch?v=8_6-vEFBLRw ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง)

เตรียมสำรองยาและเวชภัณฑ์ใน 16 กลุ่มโรค ตามที่สภาเภสัชกรรมกำหนด

ติดตั้งเครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ 1 ชุด ลงโปรแกรมใช้งานให้ครบถ้วน

ติดตั้งเครื่องอ่านบัตรประชาชน smart card กล้องถ่ายรูป webcam เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบบริการย้อนหลังจากสปสช. (Audit)

จัดโซนให้บริการ เพิ่มเก้าอี้แถวนั่งรอรับบริการ 4 ตัว

เมื่อพร้อมให้บริการ จัดทำสื่อ/ป้ายประชาสัมพันธ์โครงการหน้าร้าน และช่องทางเพจ Facebook และ แจกใบปลิว เพื่อให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง

1.2 ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย (Service CI)

ขั้นตอนบริการผู้ป่วย เกสซ์กรรมปฐมภูมิ ระยะเวลาตั้งแต่แรกเริ่ม คัดกรอง วัดความดันโลหิต ชักประวัติ ประเมินอาการที่เข้ากับ 16 กลุ่มโรค จัดยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ติดตามกจ่ายยา พร้อมให้แนะนำการปฏิบัติตัว ถ่ายรูปหลักฐานการรับบริการ นัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์ หรือนัดหมายเพื่อมาติดตามอาการที่ร้านยา บันทึกข้อมูลบริการในโปรแกรม AMED care ใช้เวลารวม 15-30 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย

1.3 ขั้นตอนหลังให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย (Post-CI)

เกสซ์กรติดตามผู้ป่วย 3 วันหรือ 72 ชั่วโมงขึ้นไป ทางโทรศัพท์ และสรุปผลการติดตามใน AMED ทำการจำหน่ายผู้ป่วยในโปรแกรม AMED ซึ่งแบ่งเป็น 4 ประเภท หายป่วย หายป่วย และเสียชีวิต กรณีไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ บันทึกภาพโดยแคปหน้าจอโทรศัพท์ที่ติดต่อไม่ได้ ลงบันทึกใน AMED เกสซ์กรแนะนำส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์กรณีอาการไม่ดีขึ้น หากอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิทแนะนำให้กลับมาที่ร้านยาเพื่อรับยาเพิ่มเติม

แต่ละสัปดาห์ เกสซ์กรบริหารจัดการ ตรวจสอบคงคลังยา สั่งซื้อยาและเวชภัณฑ์ ให้เพียงพอ พร้อมจ่าย

ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม AMED และส่ง e claim สปสช.

สปสช. ชดเชยค่าบริการ 180 บาท/ครั้งบริการ ตรวจสอบการโอนเงินในบัญชีธนาคารที่ผูกกับสปสช. ไว้ (กรณีที่ไม่ได้รับจัดสรรเงินจากการส่งบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ มีช่องทางยื่นอุทธรณ์กับสปสช.)

ส่วนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.1 ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่รับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย จากฐานข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม AMED Care ตั้งแต่เริ่มให้บริการในเดือนพฤษภาคม 2566-มิถุนายน 2567 มีผู้รับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อยทั้งสิ้น 2,005 คน 3,982 ครั้ง (1.98 ครั้ง/คน) เป็นเพศชาย 758 ราย หญิง 1,247 ราย

2.2 ประเมินการส่งยาสมเหตุผล RDU

ผลการส่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจส่วนต้น อูจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ เก็บข้อมูลการจ่ายยาที่ร้านบันทึกไว้ เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2567 พบว่า

1. อัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เฉลี่ยร้อยละ 30.76

2. อัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลัน เฉลี่ยร้อยละ 50.87

3. อัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ เฉลี่ยร้อยละ 4.69

ส่วนใหญ่ เกสซ์กรส่งยา 2- 3 รายการ/คน (ร้อยละ 65.6) ในผู้ป่วยรับบริการเจ็บป่วยเล็กน้อย

การจ่ายยาในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เกสซ์กรประเมินอาการ เลือกยาที่เหมาะสม และจ่ายยาเป็นระยะเวลา 3-7 วัน ขึ้นกับโรคและระดับอาการ โดยมีนัดหมายผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยสะดวก ได้แก่ ติดตามผลทางโทรศัพท์ line หรือนัดหมายให้มาที่ร้านยา ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสรุปผลที่บันทึกในโปรแกรม AMED

ส่วนที่ 3 ข้อมูลวิเคราะห์ต้นทุน จุดคุ้มทุน การให้บริการในโครงการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา

ต้นทุนสำหรับผู้ให้บริการ (ร้านยา)

1. ต้นทุนคงที่

1.1. ค่าเช่าอาคาร คำนวณจากค่าเช่าอาคารต่อเดือนหารด้วย 30 วันต่อเดือน คูณกับสัดส่วนของพื้นที่สำหรับให้บริการโครงการพื้นที่ทั้งหมดกับจำนวนผู้ป่วยต่อวัน

(ค่าเช่า 22,000 บาท / 30 วัน = วันละ 733.33 $\times$ (0.5/12.65 case เฉลี่ยต่อวัน) = 28.98 บาท)

1.2. ค่าน้ำค่าไฟ ค่า internet ค่าโทรศัพท์ คำนวณจากค่าน้ำค่าไฟเฉลี่ยต่อเดือนคูณด้วยสัดส่วนของพื้นที่สำหรับให้บริการโครงการต่อพื้นที่ทั้งหมดกับจำนวนผู้ป่วยต่อวัน (ค่าไฟฟ้าเฉลี่ยต่อเดือน 2,123+ค่าน้ำเหมาจ่ายรายเดือน 214+ ค่า internet 550+ค่าโทรศัพท์ 500=3,387 บาท/30 วัน = วันละ 112.90 $\times$ (0.5/12.65 case เฉลี่ยต่อวัน) = 4.46 บาท)

1.3. อุปกรณ์ตกแต่งร้านสำหรับการให้บริการ คำนวณจากต้นทุนค่าตกแต่งหารด้วยประมาณการจำนวนผู้ป่วยในโครงการต่อปี โดยประมาณการจากค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในโครงการต่อวัน คูณ 365 วัน โดยกำหนดให้อายุอุปกรณ์ตกแต่งร้านมีอายุการใช้งาน 5 ปี (ชุดเก้าอี้ 4 ตัว 4,000+ชุดคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ 16,000+ป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ 3,000 บาท = 23,000/ (12.18 $\times$ 365) = 4.98/5 ปี = 0.99 บาทต่อวัน)

1.4. ต้นทุนค่าแรง คำนวณจากค่าแรงเภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกร ตามระยะเวลาที่เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรใช้ในการบริการผู้ป่วยโครงการ โดยคำนวณตามระยะเวลาที่เภสัชกรใช้ในการบริการผู้ป่วยต่อ case ระยะเวลาที่เภสัชกรใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลเพิ่มเติมหลังการให้บริการ และระยะเวลาที่เภสัชกรใช้ในการติดตามผู้ป่วย คูณกับค่าแรงงานเฉลี่ยของเภสัชกรร้านยาที่สำรวจได้ โดยที่ค่าแรงเฉลี่ยของเภสัชกรต่อวันที่คำนวณจาก ค่าแรงเฉลี่ยต่อเดือนหารด้วยระยะเวลาที่ควรทำงานต่อเดือน (ทำงาน 13 ชั่วโมงต่อวันเป็นระยะเวลา 30 วันต่อเดือน)

คำนวณจากเงินเดือนเภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกร (รวมทั้งหมดต่อเดือน)

เภสัชกร (10+5+5= 20 นาที $\times$ (80,000/(13 ชม $\times$ 60 นาที $\times$ 30 วัน) = 68.37 บาทต่อ case)

ผู้ช่วยเภสัชกร (10 นาที $\times$ (24,000/(13 ชม $\times$ 60 นาที $\times$ 30 วัน) = 10.27 บาทต่อ case

ดังนั้น 1. ต้นทุนคงที่ต่อ case = 28.98+4.46+0.99+68.37+ 10.27 = 113.07 บาทต่อ case

2. ต้นทุนผันแปร

2.1 ราคาทุนยาเฉลี่ย 35.63 บาทต่อ case

2.2 ราคาของยา/ฉลากยาเฉลี่ย (1+2+3)/3 = 2 บาท ต่อ case

รวมต้นทุนต่อ case = 113.07 (ต้นทุนคงที่) +37.63 (ต้นทุนผันแปร) = 150.70 บาทต่อ case

การจ่ายชดเชยจากสปสช. เหมาจ่าย ในอัตรา 180 บาทต่อครั้ง (visit)

หากพิจารณาจากค่าบริการที่เบิกจ่ายจากสปสช (180 บาทต่อการให้บริการ 1 ครั้ง) พบว่า การให้บริการมีต้นทุนที่ต่ำกว่าค่าบริการ (180-150.7) 29.3 บาทต่อการให้บริการ 1 ครั้ง ถือว่ามีกำไรสุทธิต่อ case อยู่ที่ 29.3 บาท

เก็บข้อมูลต้นทุนของยาและเวชภัณฑ์ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 20 มิถุนายน 2567 รวม 141 วัน มีผู้ป่วยรับบริการ CI 1,758 ราย เฉลี่ย 12.65 รายต่อวัน

การคำนวณจุดคุ้มทุน

จุดคุ้มทุนของร้านยาพิจารณาจากต้นทุนค่าแรงเป็นรายเดือน ซึ่งคำนวณจากสัดส่วนจำนวนผู้มารับบริการรวมต่อวัน และต้นทุนงบลงทุนเป็นรายเดือนตามสัดส่วนพื้นที่ที่ใช้สำหรับบริการในโครงการต่อพื้นที่ให้บริการทั้งหมด พบว่าต้นทุนคงที่ เฉลี่ยต่อเดือนคือ 37,312 บาท ((80,000+24,000) $\times$ 12.65/50 + 22,000 $\times$ 1/2) และเมื่อวิเคราะห์จุดคุ้มทุนโดยใช้ต้นทุนผันแปรได้แก่ ค่ายาและค่าอุปกรณ์ต่อการให้บริการ 1 ครั้งคือ 37.63 จะได้ว่า 37,312/(180-37.63) = 262.07 ครั้งบริการ/เดือน หรือ 8.7 คน/วัน

สรุปและอภิปราย

จากการเก็บข้อมูลเชิงลึกและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานบริการดูแลการเจ็บป่วยเล็กน้อยของเภสัชกรชุมชนในร้านยา กรณีศึกษาร้านยาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี หลังจากเข้าร่วมโครงการ CI กับสปสช. 1 ปี มีข้อมูลและประสบการณ์เพียงพอที่จะสรุปผลลัพธ์และผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในมุมมองของเภสัชกรร้านยา ใน 3 ประเด็น การวิจัยนี้อ้างอิงงานวิจัยจากสุณิ และคณะ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁵ เป็นหลัก ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ของ CI

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-64 ปี จากอาการทั้งหมด 16 กลุ่มอาการ พบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยกลุ่มอาการไข้/ไอ/เจ็บคอ/หวัด มากสุด รองลงมาคือ ปวดข้อ/กล้ามเนื้อและอาการทางผิวหนัง ผื่นคัน ลักษณะทางประชากรและอาการแสดงทางคลินิกสอดคล้องกับสุณิและคณะ⁵ ที่สำรวจข้อมูลจากตัวแทนร้านยาทั้ง 13 เขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในเขตสุขภาพที่ 8 ในวิจัยดังกล่าวไม่มีร้านยาในจังหวัดอุดรธานีเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ผลการติดตามอาการหลังการรักษาครบ 3 วัน อาการหายเป็นปกติร้อยละ 84 ดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท ร้อยละ 15 อาการไม่ดีขึ้นร้อยละ 0.6 ต่างจากงานวิจัยของสุณิและคณะ⁵เล็กน้อย กล่าวคือ หายดีร้อยละ 49.31 ดีขึ้นแต่ยังไม่หายร้อยละ 40.44 ทั้งนี้ไม่มีเกณฑ์การให้คะแนนในการสรุปผลการจำหน่ายการบันทึกสรุปจำหน่ายจึงขึ้นกับความเห็นของเภสัชกรแต่ละร้านยา แต่โดยภาพรวมกลุ่มผู้ป่วยที่หายแล้วกับดีขึ้น (ร้อยละ 89.75) และผู้ป่วยที่ไม่หาย (ร้อยละ 0.6 กับ 1.57) ไกลเคียงกันโดยผู้ป่วย 9 รายที่ไม่ดีขึ้น เภสัชกรแนะนำการส่งต่อแพทย์

การส่งใช้ยาแก่ผู้รับบริการอย่างสมเหตุผล (RDU)

ผลการส่งใช้ยาปฏิชีวนะใน URI, AD, FTW ร้อยละ 30,50,5 ตามลำดับ บ่งชี้ว่าการให้บริการผู้ป่วย CI เภสัชกรให้ความสำคัญในการลดการจ่ายยาปฏิชีวนะพร่ำเพรื่อ ต่างจากระบบเดิมที่ลูกค้าขอซื้อยาปฏิชีวนะ หรือเรียกร้อง โดยเน้นผลกำไรเชิงธุรกิจ

มากกว่า โครงการนี้เน้นบริการเชิงมาตรฐานวิชาชีพ เนื่องจากมีระบบการตรวจสอบการจ่ายยาอย่างสมเหตุผลของร้านยา CI ของสภาเภสัชกรรมที่ควบคุมกำกับ นอกจากนี้ ร้านยา CI ยังส่งใช้สมุนไพรเป็น First line drug เพื่อลดแรงกดดันจากความต้องการยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ เช่นการส่งใช้ฟ้าทะลายโจรแทนยาปฏิชีวนะในไข้หวัดเจ็บคอ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อไวรัสตามฤดูกาล โครงการนี้ต้องมีการติดตามผลการรักษาเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยในระบบ การที่ผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพรแล้วผลการติดตามดีขึ้น ทำให้เภสัชกรมีความมั่นใจมากขึ้นในการหลีกเลี่ยงการจ่ายยาปฏิชีวนะที่เกินจำเป็น แต่ในกลุ่มโรค อุดรระร่วงเฉียบพลัน การจ่ายยาปฏิชีวนะยังสูงอยู่ (ร้อยละ 50) เนื่องจาก เภสัชกรยังขาดความมั่นใจในการส่งใช้ยาสมุนไพร อีกทั้งยาสมุนไพรมีต้นทุนสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน ส่วน FTW อัตราการส่งใช้ยาปฏิชีวนะน้อยเนื่องจากในระบบ AMED ไม่มีรายการยาปฏิชีวนะให้ส่งใช้ มีเฉพาะยาทา และถ้าแผลมีขนาดใหญ่ ลึก สกปรก หรือเกิดแผลนานเกิน 6 ชั่วโมง จะแนะนำให้ไปล้างแผลและพบแพทย์หรือพยาบาลที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้บ้าน

2. ต้นทุน/visit จุดคุ้มทุน

ด้านการวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุน ของร้านยาที่ร่วมจัดบริการ CI กับสปสช.ซึ่งได้รับจัดสรรชดเชยบริการในอัตรา 180 บาท/visit เท่ากันทั้งประเทศ ต้นทุนทั้ง 2 ประเภท ต้นที่คงที่ (ต้นทุนงบลงทุน ต้นทุนค่าแรง) กับต้นทุนผันแปร แต่ละร้านไม่เท่ากัน กรณีศึกษาของร้านยาใน อุดรธานีนี้ มีบริบทคือเป็นร้านยาเดี่ยว เช้าอาคารพาณิชย์ กว้าง 5 เมตร ลึก 10 เมตร เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเต็มเวลาให้บริการ CI รวม 13 ชั่วโมงต่อวัน (เภสัชกร 2 คน ผู้ช่วยเภสัชกร 2 คน) ผู้รับบริการหน้าร้านเฉลี่ย 50 คนต่อวัน เป็นผู้ป่วยรับบริการ CI เฉลี่ยวันละ 12.65 คน ลักษณะของร้านยาใกล้เคียงกับงานวิจัยสุณิ⁵ (วันละ 52.2 คน)

ต้นทุนการบริการ CI ต่อครั้งจากการวิจัยนี้คือ 150.7 บาท ซึ่งทำให้ร้านยามีจุดคุ้มทุนที่ 262 ครั้งต่อเดือนหรือวันละ 8.7 คน มีต้นทุนต่ำกว่าข้อมูล

ระดับประเทศ⁵ ซึ่งมีต้นทุนบริการ CI เฉลี่ย 263 ± 86.9 บาท /visit จุดคุ้มทุน 282 ครั้งต่อเดือนหรือวันละ 9.4 ครั้ง ต้นทุนของงานวิจัยนี้ที่ต่ำกว่า เนื่องจากร้านใช้วิธีให้บริการที่เร็วขึ้นเพื่อลดเวลาของเภสัชกร โดยให้ผู้ช่วยเภสัชกรบันทึกข้อมูลการยืนยันตัวตน ยืนยันสิทธิการรักษา วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ถ่ายรูปการรับบริการ รวมถึงการตรวจนับยาคงคลัง ซึ่งผู้ช่วยเภสัชกรจะมีต้นทุนค่าแรงต่ำกว่าลดค่าแรงในส่วนของการให้บริการ CI ของเภสัชกร เภสัชกรจะตรวจ รักษา จ่ายยา ให้คำปรึกษาด้านยาและสุขภาพ และบันทึกบริการในโปรแกรม AMED เป็นหลัก และคัดเลือดยาที่มีคุณภาพ ผลิตในประเทศเพื่อลดต้นทุน โดยที่ให้ผลการรักษาหายหรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ต้นทุนในส่วนค่าเช่าอาคารต่อ visit สูงกว่างานวิจัยที่ผ่านมา (28.98 กับ 8.1 บาท) เนื่องจากร้านมีทำเลที่ตั้งใจกลางเมือง การประชาสัมพันธ์แก่ลูกค้าทุกรายที่มาซื้อยาจึงมีความสำคัญและเป็นกลยุทธ์หลักในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ CI โดยพบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามียาบริการนี้ แต่เคยได้ยินบ้างในสื่อต่างๆ เมื่อทราบว่าสิทธิของตนใช้บริการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้ทุกรายจะยินดีเข้าร่วมโครงการ ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่ได้นำบัตรประชาชนหรือสำเนาสูติบัตรมา ยังเป็นช่องว่างของการบริการนี้

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับโครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ของ ศิริพรและคณะ¹³ ศึกษาต้นทุนและผลได้ของโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน เปรียบเทียบกับการรับยาที่โรงพยาบาล พบว่าโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน (Model1,2,3) มีความคุ้มค่า เป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาล ร้านยา และผู้ป่วย กล่าวคือ เป็นการลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ลดความแออัดของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล ร้านยาได้เพิ่มศักยภาพของเภสัชกร ผู้ป่วยลดระยะเวลารอคอยรับยา แต่การ

วิเคราะห์ต้นทุนในการวิจัยนี้ต่ำกว่า การศึกษาของวรานันต์ และคณะ¹⁴ ที่ประเมินต้นทุนการถ่ายโอนบริการด้านยาจากโรงพยาบาลสู่ร้านยาชุมชน โดยต้นทุนส่วนเพิ่มของร้านยาอยู่ในช่วง 822-1,378 บาทต่อวัน หรือ 187.50-312.50 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน/ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นต้นทุนที่เกิดจากค่าเสียโอกาสหรือเวลาในการให้บริการลูกค้าปกติของร้าน ค่าแถบวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว ค่าบริการให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ aramunee K และคณะ¹⁵ ศึกษาร้านขายยาชุมชน เภสัชกรชุมชนทำหน้าที่หลายอย่าง รวมถึงการสัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วย การเลือกการรักษาและการจ่ายยาที่เหมาะสม ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของการรักษาอยู่ระหว่าง 54.16 บาท สำหรับอาการปวด ถึง 82.71 บาท สำหรับโรคผิวหนัง สองในสามของการไปร้านขายยา (77.9%, 539/692) รายงานว่าหายดีแล้ว เปรียบเทียบกับการจัดการความเจ็บป่วยทั่วไปใน PCU ดำเนินการโดยผู้ช่วยพยาบาล พยาบาล แพทย์ และเภสัชกร ค่ารักษาต่อหน่วยอยู่ระหว่าง 85.39 บาท สำหรับตา/หู ไปจนถึง 245.93 บาทเพื่อสุขภาพทางเพศ การจัดการความเจ็บป่วยทั่วไปที่ร้านขายยาในชุมชนแสดงให้เห็นประสิทธิภาพที่น่าพอใจด้วยต้นทุนต่อหน่วยที่ต่ำกว่า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การที่เภสัชกรเข้าร่วมบริการ CI กับสถานเภสัชกรรมและสปสข. ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการรักษาในการป้องกัน ควบคุม ปลอดภัย ประหยัด คุ้มค่า ได้มาตรฐาน เป็นธรรม ประชาชนเชื่อมั่นภาครัฐ ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ควรเข้าสู่การประเมินเป็นร้านยาคุณภาพ และเข้าร่วมโครงการ CI กับสปสข. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมปฏุมภูมิในระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- 1.การใช้บริการสาธารณสุข [Internet]. Moph.go.th. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

- 2.สปสช.เผยแพร่โครงการรับยาใกล้บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาล [Internet]. Nhso.go.th. 25 สิงหาคม 2563 [cited 2024 Apr 26]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/2865>
- 3.เปิดนโยบายสาธารณสุข (ปี 2567-2568) 5+5 เร่งรัดพัฒนาสามต่อ [Internet]. Hfocus.org. [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2024/05/30622>
- 4.คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดที่ดำเนินงานตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว [Internet]. Hfocus.org. 17 มิถุนายน 2567 [cited 2024 Jun 17]. Available from: https://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/31448.pdf
- 5.เลิศสินอุดม ส, Lertsinudom S, ดิลกธรสกุล ป, Dilokthornsakul P, อำนวยพรเลิศ อ, Umnuaypornlert A, et al. การประเมินผลการให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [Internet]. 2567 Jan [cited 2024 Jun 3]; Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6056>
- 6.สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (ระบบค้นหาข้อมูลสถานที่ด้านยา) [Internet]. Moph.go.th. [cited 2024 May 26]. Available from: https://pertento.fda.moph.go.th/FDA_SEARCH_DRUG/SEARCH_DRUG/FRM_SEARCH_LOCATION_DRUG_OPERATOR.aspx
- 7.ค้นหาร้านยาคุณภาพ สำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ สมาเภสัชกรรม [Internet]. Acc-pharm.com. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.acc-pharm.com/Pharmacy>
- 8.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายชื่อหน่วยบริการเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [Internet]. Nhso.go.th. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.nhso.go.th/page/drug-store-list>
- 9.บัวบาง ร. สมาเภสัชกรรมประเมิน '30 บาทรักษาทุกที่ที่ร้านยา' ตั้งเป้าขยายให้ได้ 5,000 แห่งในปี 68 [Internet]. สมาเภสัชกรรมประเมิน '30 บาทรักษาทุกที่ที่ร้านยา' ตั้งเป้าขยายให้ได้ 5,000 แห่งในปี 68 | TheCoverage.info. [cited 2024 Jun 18]. Available from: https://www.thecoverage.info/news/content/69167fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR2xu1gwBlqt1SckZwHe9L_mTp_nbzFrsPRbLLk03P_V0JfL5YYUgiZ5xwk_aem_2tiYOCbttVjGTJCSPhwzw
- 10.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ร้านยาดูแลเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ [Internet]. Nhso.go.th. [cited 2024 May 26]. Available from: https://www.nhso.go.th/page/List_of_retail_pharmacies
- 11.เลิศสินอุดม ส. แนวทางการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) ปีงบประมาณ 2567 [Internet]. Moph.go.th. [cited 2024 Jun 16]. Available from: <https://cloud-atg.moph.go.th/ins/sites/default/files/2.2%20%E0%B8%AA%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%A0%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1%20Pharmacy%20%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B9%83%E0%B8%9A%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%A7%20061266%281%29.pdf>
- 12.Vaitayawongsakhun P, Jaipradisttham C. Strategy for The Analysis of Break Even Point and Profit Planning in Energy Saving Equipment Purchasing Investment. 2011.
- 13.Tao-in S, Kaewsaeenmuang S, Tohche A. Cost-Benefit Analysis of Drug-dispensing Services at Community Pharmacies Comparing Drug-dispensing Services at Burapha University Hospital [Internet]. Buu.ac.th. 25 มีนาคม 2564 [cited 2024 Jun 10]. Available from: <https://opac1.lib.buu.ac.th/medias3/b00332017/59210206.pdf>
- 14.Udomwitid S, Sompornserm T, Thaweewachiraphat P, Changwatchai P, Tantiwat W. Transferring pharmacy service from hospital to community pharmacy: data from Bangkok and vicinity. Journal of Health Systems Research 2024;18(1):60-71

- 15.Saramunee K, Ploylearmsang C, Chaiyasong S, Phimarn W, Sookaneknun P. Unit cost of common illness management: a comparison between a primary care unit and a community pharmacy in Thailand. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2017;18(04):376–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s1463423617000172>