

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การประเมินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยา ที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2

An evaluation of the pilot program on drug-dispensing services in pharmacies to reduce hospital congestion phase II

โดย

ดร.รุ่งนภา คำผาง Roongnapa Khampang

ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส Sripen Tantivess

ดร.ภญ.พัทธรา ลีฬหวรงค์ Pattara Leelahavarong

นางสาวอารยา ญาณพิบูลย์ Araya Yanpiboon

นางสาวกุนที พลรักดี Kunntee Ponragdee

นายอรรถวิทย์ ยางธิสาร Atthawit Yangtisan

ภญ.ธนพร บุษบาวไล Thanaporn Bussabawalai

ภก.ดิศรณ์ กุลโกศิน Disorn Kulpokin

นายทรงยศ พิลาสันต์ Songyot Pilasant

นางสาวอภิญญา พูนชัย Akanittha Poonchai

ภญ.สุพัชฌ์ อังมณีภรณ์ Supatsiri Uengmaneeporn

ภก.จิรวีชัย ยาดี Jirawit Yadee





สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์
การประเมินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2
An evaluation of the pilot program on drug-dispensing services in pharmacies to
reduce hospital congestion phase II

โดย

ดร.รุ่งนภา คำผาง	Roongnapa Khampang
ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	Sripen Tantivess
ดร.ภญ.พัทธรา ลีฬหาวรงค์	Pattara Leelahavarong
นางสาวอารยา ญาณพิบูลย์	Araya Yanpiboon
นางสาวกุนที พลรักดี	Kunnatee Ponragdee
นายอรรถวิทย์ ยางธิสาร	Atthawit Yangtisan
ภญ.ธนพร บุษบาวไล	Thanaporn Bussabawalai
ภก.ดิศรณ์ กุลโกศิน	Disorn Kulpokin
นายทรงยศ พิลาสันต์	Songyot Pilasant
นางสาวอกนิษฐา พูนชัย	Akanittha Poonchai
ภญ.สุพัฒศิริ อังมณีภรณ์	Supatsiri Uengmaneepon
ภก.จิรวิชญ์ ยาดี	Jirawit Yadee

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

“โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)” ความเห็นและข้อเสนอแนะ
ที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤศจิกายน 2564

ผู้ร่วมประเมิน

เขตสุขภาพ	ชื่อผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานของผู้รับผิดชอบ
1	ดร.ภญ.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	ผศ.ดร.ภก.ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
4	ดร.ภญ.ดวงรัตน์ โโพธิ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5	ผศ.ดร.ภก.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย	มหาวิทยาลัยศิลปากร
7	รศ.ดร.ภญ.นุศราพร เกษสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ไชยสงค์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
9	ดร. นภชา สิงห์วีรธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุข กาญจนภิเษก
10	ผศ.ภก.พีรวัฒน์ จินาทองไทย	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
11	ภญ.ดร.ศิราณี ยงประเดิม	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
13	ทีมผู้ประเมินของโครงการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	กรมการแพทย์
13	รศ.ดร.ภญ. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว ทีมผู้ประเมินของโครงการประเมิน เทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	กรมการแพทย์
13	ทีมวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	กรมการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทีมผู้ประเมินขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำในการดำเนินโครงการวิจัยและบริหารจัดการโครงการวิจัยนี้อย่างดียิ่ง ขอขอบคุณคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและติดตามผลการดำเนินนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และ นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ คำแนะนำในการพัฒนาโครงการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการประเมินฯ ขอขอบคุณ ผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ทั้ง 13 เขตสุขภาพ สำหรับการสนับสนุนด้านวิชาการและเก็บข้อมูลภาคสนาม ขอขอบคุณ หน่วยบริการสุขภาพทั้งโรงพยาบาล ร้านยา และอาสาสมัครทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลอันมีคุณค่าต่อการประเมินนี้

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	3
สารบัญตาราง	6
สารบัญรูปภาพ.....	8
บทสรุปผู้บริหาร	9
บทที่ 1 บทนำ.....	15
1.1 หลักการและเหตุผล.....	15
1.2 การทบทวนวรรณกรรม	16
1.3 กรอบแนวคิดสำหรับการประเมิน (Conceptual framework)	21
1.4 วัตถุประสงค์.....	24
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีการดำเนินการประเมิน	25
2.1 การคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง.....	28
2.2 วิธีการเก็บข้อมูล	29
2.3 การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการในโรงพยาบาลและร้านยาที่ร่วมโครงการ (Unit cost analysis : cross sectional study)	32
2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	40
2.5 การควบคุม / ประกันคุณภาพของการประเมิน.....	41
2.6 ประเด็นเชิงจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์.....	42
บทที่ 3 ผลการศึกษา: ระบบอภิบาลของโครงการ	43
3.1 ระบบอภิบาลโครงการนำร่อง.....	43
บทที่ 4 ผลการศึกษา: ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินงาน	70
4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่อง.....	70
4.2 ปัจจัยนำเข้าของโครงการนำร่องในระดับโรงพยาบาล.....	74
4.3 กระบวนการและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน	78
4.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดำเนินโครงการนำร่อง.....	86

บทที่ 5 ผลการศึกษา: ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการนำร่องฯ.....	90
5.1 ผลผลิตของการดำเนินโครงการนำร่องฯ.....	90
5.2 ผลลัพธ์หลักของโครงการนำร่องฯ.....	95
5.3 ต้นทุนการดำเนินงาน.....	104
บทที่ 6 อภิปรายผลการศึกษา	108
บทที่ 7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	121
ภาคผนวก ก ตารางรูปแบบบริการเดมยาและเดมยาต่อเนื่อง การจ่ายชุดเซยค่ายา ค่าตอบแทนวิชาชีพ และการร่วมจ่ายของผู้ป่วยในแต่ละประเทศ	127
ภาคผนวก ข ข้อมูลที่ใช้คำนวณต้นทุน	132
ภาคผนวก ค แบบสอบถามเชิงลึก	136
ภาคผนวก ง แบบสอบถามความพึงพอใจ.....	156
ภาคผนวก จ ตารางแสดงรูปแบบบริการ	166

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์หลัก (Key outcomes) ของโครงการประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล	23
ตารางที่ 2 รูปแบบการศึกษาจำแนกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา.....	26
ตารางที่ 3 พื้นที่ศึกษาและผู้รับผิดชอบ	28
ตารางที่ 4 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกและผู้ให้ข้อมูล	30
ตารางที่ 5 รายละเอียดกิจกรรมบริการในร้านยา เวลาทำกิจกรรม และค่าแรงของบุคลากร แยกตามรูปแบบการดำเนินงานในโครงการนำร่องฯ.....	34
ตารางที่ 6 ต้นทุนค่าแรงบุคลากรของโรงพยาบาลแยกตามรูปแบบการดำเนินงาน	35
ตารางที่ 7 ต้นทุนค่าวัสดุและครุภัณฑ์ของโรงพยาบาลต่อ 1 ใบสั่งยาแยกตามรูปแบบการดำเนินงาน	36
ตารางที่ 8 เป้าหมาย อัตราจ่าย และงบประมาณที่ต้องใช้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566.....	44
ตารางที่ 9 ค่าใช้จ่ายของโครงการนำร่องฯ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 1 กันยายน พ.ศ. 2563.....	49
ตารางที่ 10 รูปแบบการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาในโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา	53
ตารางที่ 11 บทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการโครงการนำร่องฯ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....	55
ตารางที่ 12 สรุปบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำแนกตามการดำเนินงานของโครงการนำร่องฯ	60
ตารางที่ 13 ตัวอย่างบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานหลักในการดำเนินโครงการนำร่องฯ ของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา.....	75
ตารางที่ 14 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการนำร่องฯ	86
ตารางที่ 15 จำนวนสะสมของโรงพยาบาล ร้านยา ผู้ป่วย และใบสั่งยา ในโครงการรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล แยกตาม สปสช. เขต	91
ตารางที่ 16 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา จำแนกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก ณ 1 ม.ค. 64.....	94
ตารางที่ 17 ระดับผลการทำงานของโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ	95
ตารางที่ 18 ระยะเวลาการรับยาและระยะเวลาที่เภสัชกรอธิบายวิธีการใช้ยา	95
ตารางที่ 19 ระยะเวลาที่อยู่ที่ร้านยาและระยะเวลาเดินทาง.....	96
ตารางที่ 20 ค่าเดินทางและค่าอาหารเปรียบเทียบระหว่างการรับยาที่โรงพยาบาลและการรับยาที่ร้านยา.....	97
ตารางที่ 21 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	97
ตารางที่ 22 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	97
ตารางที่ 23 ปัญหาจากการใช้ยาจากการดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรมของเภสัชกรร้านยาในโครงการนำร่องฯ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 1 ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563.....	98
ตารางที่ 24 มูลค่ายาที่ประหยัดได้ จากการติดตามของเภสัชกรร้านยาในโครงการนำร่องฯ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 1 ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563.....	99
ตารางที่ 25 ระยะเวลาการรับยาที่โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา.....	100
ตารางที่ 26 สัดส่วนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรห้องยา (ต่อวัน)	100
ตารางที่ 27 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาต่อการรับยาเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการนำร่องฯ n = 241	102

ตารางที่ 28	ต้นทุนค่าแรงต่อใบสั่งยาจำแนกตามรูปแบบการดำเนินงาน จำนวนใบสั่งยา และกลุ่มโรค.....	104
ตารางที่ 29	ต้นทุนรวมค่าวัสดุและค่าลงทุนต่อใบสั่งยาจำแนกตามรูปแบบการดำเนินงาน จำนวนใบสั่งยา และกลุ่มโรค ...	105
ตารางที่ 30	ต้นทุนรวมต่อใบสั่งยาจำแนกตามรูปแบบการดำเนินงาน จำนวนใบสั่งยา และกลุ่มโรค.....	106
ตารางที่ 31	ต้นทุนรวมต่อครั้งจำแนกตามรูปแบบบริการ.....	107
ตารางที่ 32	จุดเด่นและประเด็นท้าทายของการดำเนินการรับยาที่ร้านยาทั้งสามรูปแบบ.....	115

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 กรอบแนวคิดสำหรับการประเมินโครงการฯ.....	22
รูปที่ 2 กระบวนการดำเนินโครงการนำร่องฯ และหน่วยงานที่รับผิดชอบ	65
รูปที่ 3 จำนวนสะสมของโรงพยาบาล ร้านยา ผู้ป่วย และใบสั่งยา ในโครงการรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระหว่างตุลาคม 2562- 1 มกราคม 2564.....	92
รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาจำแนกเป็นผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่า รายไตรมาส	93
รูปที่ 5 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยารายใหม่ รายไตรมาส	94
รูปที่ 6 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาแยกตามกลุ่มอายุ ณ 1 ม.ค. 64.....	94

บทสรุปผู้บริหาร

ความแออัดของโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยรอรับบริการนานเป็นปัญหาเรื้อรังในระบบสุขภาพไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย ใน พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่โดยใช้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ลดการเจ็บป่วยของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และพัฒนาศักยภาพสถานบริการ โดยหนึ่งในมาตรการลดความแออัดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาล แต่ให้นำใบสั่งยาไปรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) เนื่องจากร้านยาเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่กระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ มากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ และเภสัชกรร้านยาสามารถนำองค์ความรู้ทางด้านการบริหารเภสัชกรรมมาใช้ในการปฏิบัติงานและขยายบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น ต่อมาในเดือนตุลาคม 2562 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เริ่มดำเนินการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในระยะแรกดำเนินการพัฒนาระบบบริการโดยนำร่องในโรงพยาบาล 50 แห่ง และเครือข่ายร้านยาคุณภาพ 500 แห่งทั่วประเทศ โดยเน้นจ่ายยาให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช หอบหืด และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล รวมทั้งมอบหมายให้มีการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยให้ครอบคลุมการประเมินคุณภาพบริการด้านยา ผลประโยชน์ต่อประชาชน หน่วยบริการ และสังคม และต้นทุนและอัตราค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมทั้งส่วนของร้านยาและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนวทางการลดความแออัดในโรงพยาบาลในระยะต่อไป ทั้งนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนทุนวิจัยแก่ทีมวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรูปแบบการบริหารจัดการตามโครงการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประเมินนี้อ้างอิงกรอบการประเมินโครงการที่เรียกว่า CIPP model ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการประเมิน 4 กลุ่ม ได้แก่ ประเมินบริบทของโครงการ ประเมินปัจจัยนำเข้า ประเมินกระบวนการ และการประเมินผลที่ได้รับ ซึ่งส่วนหลังนี้เป็น 3 ด้านตาม ECHO Framework ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) ผลลัพธ์ด้านคลินิก (clinical outcomes) และผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcomes) วัดผลลัพธ์ทั้งสามด้านในกลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาล และร้านยา รวมถึงการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการทั้งส่วนของโรงพยาบาลและร้านยา รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study) ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2563 ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาเชิงปริมาณครอบคลุมการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการ การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล สปสช. และ ฐานข้อมูลโรงพยาบาล รวมทั้งการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการรับยาที่ร้านยา ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย การทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการนำร่องฯ การศึกษานี้เก็บข้อมูลในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ใน 13 เขตสุขภาพโดยเลือกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาแบบเจาะจงเขตละ 1 โรงพยาบาล ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่มีโรงพยาบาลเข้าร่วมการศึกษา 3 โรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า เป้าประสงค์หลักของนโยบาย คือ ลดความแออัดของโรงพยาบาล ซึ่งการประเมินนี้ไม่พบว่าความแออัดของโรงพยาบาลลดลง อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นโยบายนี้ควรเน้นที่การช่วยให้คุณภาพการให้คำปรึกษาด้านยาและการติดตามการใช้ยาเพิ่มขึ้น ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าโครงการนำร่องฯ มีความสำเร็จบางประการ เช่น เกิดการพัฒนารูปแบบบริการร่วมระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาในเครือข่าย เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และเภสัชกรร้านยาพัฒนาบทบาทไปเน้นที่งานบริหารเภสัชกรรมมากขึ้น ทั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการและประสบผลสำเร็จ ได้แก่ 1) การสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้กำหนดนโยบายระดับโรงพยาบาล 2) ปัจจัยด้านองค์ความรู้และประสบการณ์การดำเนินงาน 3) ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบข้อมูล 4) จำนวนและการกระจายตัวของร้านยา ในด้านประโยชน์ที่เกิดกับประชาชนพบว่า ผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาลใช้เวลารอรับยาเฉลี่ย 41.9 นาที ซึ่งมากกว่าการรอรับยาที่ร้านยา 6 เท่า ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 6.2 นาที ส่วนระยะเวลาที่เภสัชกรอธิบายวิธีการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาจะมีเวลามากกว่าผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล 2 เท่า (7.3 นาทีเทียบกับ 3.4 นาที) ค่าเดินทางและค่าอาหารส่วนเพิ่มของการไปรับยาที่โรงพยาบาลสูงกว่าการรับยาที่ร้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหากผู้ป่วย/ผู้ดูแลและญาติ เดินทางจากบ้านไปรับยาที่ร้านยาสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 41-50 บาท คิดเป็นร้อยละ 42-52 รวมทั้งหากผู้ป่วย/ผู้ดูแลและญาติไปรับยาที่ร้านยาสามารถประหยัดค่าอาหารได้ 54-58 บาทคิดเป็นร้อยละ 81-83 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรับยาที่ร้านยามากกว่าการรับยาที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยประเด็นที่พบว่ามีผลแตกต่างกันมาก ได้แก่ การใช้เวลารอรับยาไม่นาน การใช้เวลาไม่มากในการเดินทางมารับบริการที่ร้านยา การเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก เภสัชกรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ เภสัชกรใช้คำพูดและมีกิจกรรมการยาที่เหมาะสม และเภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนผู้ป่วยเข้าใจ ปัญหาอุปสรรคของโครงการนำร่องฯ 1) จำนวนผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยามีน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด และหากพิจารณาในภาพรวมทั้งประเทศความครอบคลุมของโรงพยาบาลที่มีการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาต่ำ และมีบางโรงพยาบาลเท่านั้นที่มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาจำนวนมาก ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ขาดการประชาสัมพันธ์โครงการ แพทย์ไม่ส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา ผู้ป่วยปฏิเสธรับยาที่ร้านยา เป็นต้น 2) การเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ด้วยรูปแบบในปัจจุบันไม่ได้ช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลแต่อาจเพิ่มภาระงานในส่วนการคัดกรองและเชิญชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา การประสานงานและการจัดทำข้อมูล รวมทั้งการขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปร้านยา 3) ระบบสารสนเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ยังไม่สนับสนุนการส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพ. กับร้านยา 4) การสนับสนุนค่าใช้จ่ายไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง 5) ระบบการกำกับติดตามและประเมินผลนโยบายมีข้อจำกัดและควรพัฒนาต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สปสช. กระทรวงสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรพัฒนาและดำเนินโครงการนี้ต่อไป ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะในการขยายโครงการในระยะสั้น คือ กระทรวงสาธารณสุขควรกระตุ้นและสนับสนุนให้ขยายการให้บริการรับยาที่ร้านยาของโรงพยาบาลในสังกัด เป็นร้อยละ 50 ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และเป็นร้อยละ 100 ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ ควรให้ผู้ป่วยเลือกรับบริการตามความสมัครใจ นอกจากนี้ ควรมีแผนการขยายโครงการในระยะยาว คือ การขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา

2. สปสช. พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ร้านยา และ สปสช. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้การบริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยและช่วยให้เกิดการใช้อย่างสมเหตุผล ภายในเดือนมกราคม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพื่อให้สอดคล้องกับการเริ่มการดำเนินการรูปแบบที่ 3

3. สปสช. สนับสนุนงบประมาณที่กระตุ้นให้เกิดการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา โดยสนับสนุนโรงพยาบาลและร้านยาตามจำนวนใบสั่งยา

4. สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นประชาสัมพันธ์โครงการให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้รับรู้เกี่ยวกับโครงการและประโยชน์ที่จะได้รับ

5. โรงพยาบาลควรมีการจัดอบรมหรือกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเภสัชกรร้านยาทุกปี ในประเด็นการสร้าง ความเข้าใจให้เภสัชกรร้านยาเกี่ยวกับระบบการให้บริการบำบัดรักษา และแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines) ของโรงพยาบาลสำหรับดูแลรักษาโรคที่ตกลงให้บริการรับยาที่ร้านยา การปรึกษา แพทย์ในกรณีที่เกิดความสงสัยในยาที่สั่งหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประสานงานกับห้องยา ของ รพ. / และ สปสช.เขต

6. ควรมีการพัฒนาและแผนการกำกับติดตามโครงการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดย สปสช. วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบข้อมูลเป็นประจำ รายไตรมาส สธ.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านอุปสรรคของการ ดำเนินงานและแนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ สสจ. กำกับติดตามร้านยาให้เป็นไปตามมาตรฐานร้านยา ผู้ ประเมินผลภายนอกประเมินผลกระทบระยะยาวของการดำเนินนโยบายต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้ง ในด้านการเจ็บป่วยและการควบคุมอาการ รวมไปถึงประเด็นด้านการสร้างแรงจูงใจให้ร้านยาเข้าร่วมจัดบริการ รูปแบบการจ่ายชดเชยที่เหมาะสม การขยายขอบเขตบริการ หรือแนวทางการทำการตลาด (marketing strategy) เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจรับบริการที่ร้านยา

7. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สปสช.ควรพิจารณาสนับสนุนการ ให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (tele-pharmacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบริการหนึ่งที่เภสัชกรร้านยา สามารถร่วมให้บริการควบคู่กับการจ่ายยาที่ร้านยาได้ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนา ระบบ tele-pharmacy และ พัฒนาการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตรวมถึงอุปกรณ์สำหรับรับบริการทางไกลของประชาชน

Executive summary

Congestion in large public hospitals resulting in long waiting times to receive services is a chronic problem in Thai health system. This affects the quality of service and patient satisfaction. In 2017, the Ministry of Public Health (MoPH) announced a policy to reduce congestion in large hospitals by using 3 strategies, namely, reducing people's illness, increasing service efficiency, and strengthening capacities of health facilities. One of the measures is to reduce waiting time for medicines at hospitals by allowing patients to bring their prescriptions and receive their medicines at drugstores. This initiative was designed because drugstores are the first point of contact that distribute in different areas allowing better access than public hospitals. In addition, pharmacists in drugstores can apply the knowledge of pharmaceutical care and expand their role in caring for patients. In October 2019, in response to the MoPH, the National Health Security Office (NHSO) initiated a pilot program to allow patients receiving care at hospitals to receive their medicines at community drugstores to reduce congestion in hospitals. In the early phase, the program aimed to develop service systems by piloting in 50 public hospitals and a network of 500 quality drugstores nationwide. Emphasis is placed on dispensing medications to patients with 4 disease groups, namely diabetes, high blood pressure, psychiatric disorders, asthma and other chronic diseases that is not complicated to care for. The NHSO also assigned Health System Research Institute (HSRI) to develop system to monitor and evaluate the pilot program. The monitoring points should cover the assessment of service quality, benefits of the program to patients, service providers and society, and reasonable reimbursement rate for both the drugstores and the hospitals as well as provide recommendations for reducing congestion in hospitals in the next phase. The HSRI has appointed and provided funding to HITAP research team for this work. The objectives are to evaluate the pilot program and develop policy recommendations for the expansion of the pilot program in the future.

This study used a program evaluation framework known as the CIPP model, which comprises four groups of assessment issues: assessing project context, inputs, process and the outcomes. The outcomes were divided into three aspects according to the ECHO Framework: economic outcomes, clinical outcomes, and humanistic outcomes, measuring across patients, hospitals and drugstores. In addition, the unit cost analysis of services was performed for both the hospitals and the drugstores. This research is a cross sectional study from October 2019 to September 2020, which collected data using both quantitative and qualitative methods. The quantitative method covered the analysis of unit cost of services, secondary data analysis of NHSO database and hospital database, as well as a survey of patients' satisfaction. The qualitative study consisted of document review and in-depth interviews with key stakeholders. This study collected data in participating hospitals located in 13 health regions by choosing one hospital in each region, except Bangkok, where 3 hospitals participated in the study.

The study found that the main objective of the policy was to reduce hospital congestion, which was not yet observed by this study. However, some stakeholders suggested that this policy should focus on improving the quality of drug counseling and pharmaceutical care. The study results showed that the pilot program had some successes such as a joint service model between hospitals and drugstores was developed, collaboration was initiated to provide good care for patients and pharmacists in drugstores expanded their roles in providing pharmaceutical care. Success factors include 1) policy support from hospital-level policy makers 2) knowledge and operational experiences of the program operators both hospitals and drugstores 3) readiness of infrastructure especially the information system 4) the number and distribution of drugstores. In addition, the study demonstrates that patients who received medicines at hospitals had an average waiting time of 41.9 minutes, which was 6 times longer than a waiting time at the drugstore, which was an average of 6.2 minutes. Patients who received their medicines at the drugstore had twice as much consulting time as those who received them at the hospital (7.3 minutes vs. 3.4 minutes). The cost of travel and food for visiting hospitals was significantly higher than that for the drugstores. If patients travelled from home to receive medicines at the drugstores, they could save 41-50 baht on average, or 42-52%, and if the patient went to drugstores, food costs could be saved 54-58 baht, accounting for 81-83 percent. Patients were statistically significantly more satisfied with medicine reception at the drugstores than at hospitals. The issues that were found to be very different were the short waiting time, short travel time and the convenience of travelling to drugstores. In addition, pharmacists were enthusiastic and attentive. Pharmacists used proper speech and manners and the pharmacist explains the drug use information until patients understood. Challenges of the program were 1) The number of patients receiving medicines at drugstores is very low compared to the total number of patients receiving services in hospitals. When considering the overall picture of the country, the coverage of hospitals that patients received medicines at drugstores is low. Only some hospitals have a large number of patients participating in the program. This is caused by many reasons, including a lack of publicity for the project, doctors did not refer patients to drugstores and patients refused to take part in the program. 2) Participating in the pilot program with the current model increased hospital's workload in screening and inviting patients to participate in the program, coordination and preparation of information to transfer to drugstores, and the logistic of medicines from hospitals to drugstores 3) Information systems in 2020 did not support the transfer of information between hospitals and drugstores 4) reimbursement rate did not reflect actual costs 5) Monitoring and evaluation systems was limited and should be continually developed.

Policy Recommendations

1. NHSO, MoPH and related parties should continue to develop and implement this program. The recommendation for the short-term expansion of the program is that MoPH should encourage and support the expansion of the dispensing service at the drugstores by

expanding the service to cover 50% of public hospitals by fiscal year 2021 and to 100% coverage by 2022. Patients should be allowed to receive services voluntarily. In addition, there should be a long-term plan to expand the project to cover patients with all 3 schemes.

2. NHSO should provide an information system to allow information exchange between hospitals, drugstores and NHSO for the benefit of providing pharmaceutical care to patients and rationale use of medicines by January 2021 to be in line with the commencement of the implementation of Model 3.

3. NHSO should encourage hospitals to refer patients to receive medicines at drugstores by reimbursing hospitals and drugstores according to the number of prescriptions sent to drugstores.

4. NHSO and the Ministry of Public Health focus on informing all stakeholders about the program and its benefits.

5. The hospital should organize training or capacity building activities for drugstore pharmacists every year. The issue may cover treatment service system and clinical practice guidelines of the hospital for treating diseases under this program. Consultation system with physicians in case of doubt about the prescribed drug or laboratory test results and how to coordinate with the pharmacy in hospital / and NHSO region.

6. There should be a development of a system and program monitoring plan by the responsible agencies. NHSO should analyze data from the information system on a quarterly basis. The MoPH organizes a forum to exchange knowledge and experiences as well as challenges. The provincial health office should monitor drugstores to provide services in accordance with drug store standards. External evaluators are needed for the long-term impact assessment as well as exploring how to motivate drugstores to join the program, appropriate model of compensation, models to expand the scope of services, or marketing strategy to attract patients to participation in the program.

7. In the situation of the Coronavirus 2019 outbreak, the NHSO should consider supporting long-distance pharmaceutical services (tele-pharmacy) for patients with chronic diseases which is one of the services that pharmacists at drugstores can provide together with dispensing medicines at the drugstore. In addition, the system for tele-pharmacy should be developed and ensure that patients can access the Internet and required devices.

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ความแออัดของโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยรอรับบริการนานทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงมากหรือน้อยเป็นปัญหาเรื้อรังในระบบสุขภาพไทย จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ที่วราขณาจักรมีจำนวน 152,428,645 ครั้ง/ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 และเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจนถึง 220,063,238 ครั้ง/ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (1) ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนเฉลี่ยวันละ 3,152 ราย โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่มีจำนวนเฉลี่ยวันละ 1,709 ราย และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กมีจำนวนเฉลี่ยวันละ 1,204 ราย (2) ความแออัดจากการที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และการรอรับบริการเป็นเวลานานส่งผลต่อการเข้าถึงการตรวจรักษา คุณภาพในการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพของผู้มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ นั้น สามารถดูแลได้โดยทีมงานบริการปฐมภูมิ/ทีมเวชปฏิบัติครอบครัวที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลเป็นเครือข่ายต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนการบริการผู้ป่วยนอกออกไปสู่ชุมชนด้วยการถ่ายโอนการบริการไปสู่คลินิกเอกชน ปรับรูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีขีดความสามารถมากขึ้น (3) นอกจากนี้ศูนย์แพทย์ชุมชนก็ยังเพิ่มความหลากหลายของรายการยาของศูนย์ให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับขีดความสามารถในการให้บริการที่เพิ่มขึ้น ร้านยาเป็นสถานบริการสาธารณสุขสำหรับดูแลสุขภาพในชุมชน และมีการจัดตั้งกระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ มากกว่าสถานพยาบาลของรัฐ ปัจจุบันการประกอบวิชาชีพของเภสัชกรในร้านยามีการพัฒนาแบบจากเดิมที่มีเพียงการจ่ายยา (Dispensing) ไปสู่การนำองค์ความรู้ทางด้านการบริหารเภสัชกรรมมาใช้ในการปฏิบัติงาน ช่วยให้เภสัชกรในร้านยา หรือที่เรียกว่า “เภสัชกรชุมชน” ขยายบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่ โดยใช้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ลดการเจ็บป่วยของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และพัฒนาศักยภาพสถานบริการ โดยหนึ่งในมาตรการลดความแออัดคือ การที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาล แต่ให้นำใบสั่งยาไปรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่ได้มาตรฐานหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ร้านยาในโครงการนำร่องฯ มีการประสานเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลและมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง ทั้งนี้ มีเงื่อนไขคือ การรับยาที่ร้านยาต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาชนิดเดียวกับที่จะได้รับจากโรงพยาบาล และต้องไม่เสียค่าบริการใดๆ เพิ่มขึ้น (4) มาตรการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยใช้เวลาอยู่ที่โรงพยาบาลน้อยลง ลดภาระการเดินทางหากเป็นการรับยาแบบเดิมยา และลดความแออัดของโรงพยาบาล รวมถึงได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ (5)

จากนโยบายดังกล่าว และจากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2562 วันที่ 2 กันยายน 2562 มีมติเห็นชอบให้มีโครงการนำร่อง “ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดใน

โรงพยาบาล” เพื่อตอบสนองต่อนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายลดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ต้องรอนานและได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้มอบหมายให้มีการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยให้ครอบคลุมการประเมินคุณภาพบริการด้านยา ผลประโยชน์ต่อประชาชน หน่วยบริการ และสังคม และต้นทุนและอัตราค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมทั้งส่วนของร้านยาและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนวทางการลดความแออัดในโรงพยาบาลในระยะต่อไป โดยคำนึงถึงปัจจัยความแตกต่างของบริการในเขตเมืองกับเขตชนบทด้วย (6)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนทุนวิจัยแก่ทีมวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program - HITAP) เพื่อดำเนินโครงการ “การประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรูปแบบการบริหารจัดการตามโครงการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการฯ ใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานค่อนข้างมาก ซึ่งรวมถึงค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยาและค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา นอกจากนี้มีแผนจะขยายบริการไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศ จึงควรมีการติดตามและประเมินผลโครงการฯ เพื่อให้ทราบว่าโครงการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ มีผลผลิตและผลลัพธ์อย่างไร รวมทั้งมีปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาอย่างไร เพื่อเป็นข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาโครงการให้ประสบความสำเร็จในอนาคต

1.2 การทบทวนวรรณกรรม

1.2.1 โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล เริ่มดำเนินการทั่วประเทศในเดือนตุลาคม 2562 ในระยะแรกจะดำเนินการพัฒนาระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนำร่องในโรงพยาบาล 50 แห่ง และเครือข่ายร้านยาคุณภาพ 500 แห่งทั่วประเทศ โดยเริ่มในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีความพร้อมในเดือนตุลาคม 2562 เน้นจ่ายยาให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช หอบหืด และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล เช่น ไขมันในเลือดสูง ต้อหิน ไทรอยด์ ข้ออักเสบเรื้อรัง ลมชัก เป็นต้น ทั้งนี้ให้เป็นไปตามข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ซึ่งลักษณะการดำเนินโครงการเป็นการจัดบริการเดิมาหลังพบแพทย์และเติมยาต่อเนื่องที่ร้านยาตามใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยร้านยาที่เข้าร่วมได้ต้องเป็นร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย. 1) ที่เปิดให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวันและมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการ เภสัชกรมีความพร้อมและเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการโดยสมัครใจ ส่งมอบยาตามใบสั่งยาด้วยมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมตามใบสั่งแพทย์ และมีความพร้อมในการดำเนินโครงการในวันที่ 1 ตุลาคม 2562

โครงการนี้ดำเนินงานโดยเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาใน 3 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจรับ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยา เพื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วย โดย สปสช. เป็นผู้จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ร้านยาและจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ

รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ โดยสปสช. (สปสช.) เป็นผู้จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ร้านยาและหน่วยบริการ

รูปแบบที่ 3 ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา รวมทั้งจัดยาและจ่ายยาให้กับผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ โดยโรงพยาบาลเป็นผู้จ่ายค่ายาให้ร้านยา และสปสช.เป็นผู้จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ร้านยาและหน่วยบริการ (7)

1.2.1 การประเมินผลการบริหารทางเภสัชกรรมและการรับยาในร้านยา

การประเมินผลโครงการนำร่องการให้บริหารทางเภสัชกรรมและการรับยาในร้านยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างร้านยาของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กับโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม แบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มได้รับมาตรการ (ผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการที่ร้านยา) และกลุ่มควบคุม (ผู้ป่วยเบาหวานรับบริการตามปกติของโรงพยาบาล) กลุ่มละ 59 คน (เมื่อสิ้นสุดการศึกษาเหลือกลุ่มละ 32 คน) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน 2545 ถึงกรกฎาคม 2546 ทั้งนี้สำหรับผู้ป่วยกลุ่มได้รับมาตรการ แพทย์เขียนใบสั่งยาสำหรับการรักษา 6 เดือน (รับยาจากโรงพยาบาล 1 เดือน และรับยาที่ร้านยาอีก 5 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง) เมื่อครบ 6 เดือน ผู้ป่วยถูกส่งกลับไปโรงพยาบาลอีกครั้ง เพื่อให้แพทย์ตรวจประเมินผล การศึกษานี้พบว่า หลังการศึกษา 1 ปี ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มได้รับมาตรการมีค่า HbA1C ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่า BUN ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนค่า serum creatinine ในกลุ่มได้รับมาตรการน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประเมินคุณภาพชีวิตพบว่า การรับรู้สุขภาพทั่วไปของกลุ่มได้รับมาตรการดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8)

การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันเลือดสูง และเลือดมีไขมันมากเกินไป) ที่โรงพยาบาลพระสมุทระเจติยาสวาทยานนท์กับที่ร้านยาคุณภาพ เก็บข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม 2548 ถึง พฤศจิกายน 2549 แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มได้รับยาที่ร้านยา (กลุ่มได้รับมาตรการ) 27 คน และกลุ่มได้รับยาที่โรงพยาบาล (กลุ่มควบคุม) 69 คน หลังจากศึกษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันเลือดของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยทุกรายพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดต่อความสะดวกและรวดเร็วของบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรับบริการโดยรวมในระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 63.5 นอกจากนี้ จากการสอบถามความพึงพอใจของเภสัชกรโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ประสานงานโครงการเห็นว่า โครงการช่วยลดภาระด้านการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ในการจ่ายยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่ โดยให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยาแทน ทำให้

แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีอาการเฉียบพลันเพิ่มขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงปริมาณงานด้านเภสัชกรรมของโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน เพราะจำนวนผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยามีจำนวนน้อย ผู้ป่วยได้ประโยชน์จากการซักถามพูดคุยกับเภสัชกรร้านยาได้อย่างต่อเนื่อง เภสัชกรร้านยาสามารถช่วยแก้ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการใช้ยาและการเจ็บป่วย หรือส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ได้ทันที ส่วนผู้ประกอบการร้านยามีความพึงพอใจเพราะเป็นการเพิ่มบทบาทของร้านยาและเภสัชกรชุมชนที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เภสัชกรร้านยาพอใจในโครงการที่ทำให้เภสัชกรสามารถใช้ความรู้ที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว อย่างไรก็ตาม เภสัชกรร้านยามีภาระงานด้านการบันทึกข้อมูลและการจัดทำเอกสารด้านธุรการเพิ่มมากขึ้น (9)

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับยาต่อเนื่องที่ร้านยาคุณภาพ (กลุ่มได้รับมาตรการ) กับศูนย์แพทย์ชุมชน (กลุ่มควบคุม) ในจังหวัดมหาสารคาม เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2551 ถึง กรกฎาคม 2554 โดยกลุ่มได้รับมาตรการได้รับยาและการดูแลเฉพาะรายโดยเภสัชกรร้านยาและนิสิตเภสัชศาสตร์ทุกเดือนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 เดือน และกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติจากศูนย์แพทย์ชุมชน พบว่า ในผู้ป่วย 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มได้รับมาตรการ 28 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน ผู้ป่วยที่คุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายในกลุ่มได้รับมาตรการคิดเป็นค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ 1.242 และ 0.675 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการส่งต่อผู้ป่วยไปศูนย์แพทย์เนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 1 ครั้ง และกลุ่มได้รับมาตรการมีความพึงพอใจสูงต่อบริการของเภสัชกร (10)

ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นที่ควรพิจารณาในการดำเนินโครงการรับยาที่ร้านยา เช่น ข้อจำกัดในการให้บริการของร้านยา กล่าวคือ ลูกค้านี่มาใช้บริการในร้านยามีจำนวนมาก ส่งผลต่อการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยที่มารับยาที่ร้านยาและความเป็นส่วนตัวในการให้บริการ (10) รวมถึงทัศนคติของผู้ป่วยที่เลือกรับยาในโรงพยาบาลมากกว่าร้านยาหรือช่องทางอื่นๆ (11) ซึ่งจะทำให้ไม่เห็นผลในการลดความแออัดในโรงพยาบาลเนื่องจากมีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาน้อย เป็นต้น

นอกเหนือจากการจ่ายยาต่อเนื่องในร้านยาดังกล่าว หลายพื้นที่ที่มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาคความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยใช้มาตรการต่างๆ และมีการประเมินผลสำเร็จของมาตรการ ตัวอย่างเช่น การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลบุรีรัมย์ มีการประเมินด้านต่างๆ ประกอบด้วย การประเมินสภาพแวดล้อม (เช่น ความพร้อมของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ และชุมชน เป็นต้น) การประเมินปัจจัยนำเข้า (เช่น การกำหนดนโยบาย/เป้าหมาย การจัดการทรัพยากร คน เงิน ของ เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น) การประเมินกระบวนการ (เช่น การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพบริการ การพัฒนาระบบรับส่งต่อ เป็นต้น) และการประเมินผลลัพธ์ (เช่น การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น) (12) การจัดทำโครงการคลินิกในฝันโดยเปิดให้คลินิกเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วย และรับยาที่ร้านยาชุมชน รวมทั้งมีการศึกษาประสิทธิผลของโครงการจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย และ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคลินิกและร้านยาชุมชน (เช่น ความสะดวกในการรับยาที่ร้านยา คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ร้านยา คุณภาพยาที่ได้รับ เป็นต้น) (13)

1.2.2 รูปแบบการสั่งยาโดยเภสัชกรร้านยาในต่างประเทศ

การให้ร้านยาเป็นผู้จ่ายยาเป็นเรื่องปกติในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว จากการศึกษาารูปแบบการสั่งยาโดยเภสัชกรในต่างประเทศ (14) พบว่ามีรูปแบบการสั่งยา 8 รูปแบบ ได้แก่

1. การสั่งยาโดยอิสระ (Independent prescribing) เภสัชกรเป็นผู้รับผิดชอบในการวินิจฉัยโรคสั่งยา และจ่ายยาให้กับผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว รวมถึงรับผิดชอบต่อผลการรักษาของผู้ป่วย

2. การสั่งยาโดยได้รับมอบอำนาจ (Dependent prescribing) ผู้สั่งยาได้รับมอบอำนาจจากผู้สั่งยาอิสระอีกทีหนึ่ง ภายใต้การกำหนดขอบเขตและความรับผิดชอบด้านการสั่งยาอย่างละเอียดและชัดเจน โดยการสั่งยารูปแบบนี้ประกอบไปด้วย

2.1 การสั่งยาตามแนวทางการรักษา (Prescribing by protocol) เป็นการสั่งยาภายใต้ระเบียบที่ครอบคลุมชนิดของโรค ยาที่ใช้รักษา แนวทางการเลือกใช้ยา การบันทึกผล และการติดตามผลการรักษา

2.2 การสั่งยาตามกลุ่มผู้ป่วย (Patient group directions) เภสัชกรสามารถสั่งยาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยได้ทันทีโดยไม่ต้องพบแพทย์ ภายใต้กลุ่มโรคและแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ โดยเน้นผู้ป่วยที่มีสภาวะเรื้อรังตัวนฉุกเฉิน

2.3 การสั่งยาตามบัญชียา (Prescribing by formulary) เป็นการสั่งยาภายใต้กรอบบัญชียาที่กำหนดอย่างจำกัด

2.4 การสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ (Prescribing by patient referral) แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรคแล้วส่งต่อให้เภสัชกรเป็นผู้ตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ยา มักพบในงานบริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล

2.5 การสั่งยาซ้ำ (Repeat prescribing) เภสัชกรมีอำนาจจ่ายยาเดิมต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยที่ยาใกล้หมดก่อนถึงกำหนดพบแพทย์ ประเมินปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงปรึกษาแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยในกรณีที่เกิดปัญหา ซึ่งการสั่งยารูปแบบนี้ถูกนำมาใช้ในการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานในโครงการนำร่องฯ ของประเทศไทย โดยกำหนดให้เภสัชกรร้านยามีอำนาจในการจ่ายยาต่อเนื่องและให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยมีแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยเป็นผู้มอบอำนาจ (15)

2.6 การสั่งยาในฐานะผู้สั่งยาเสริม (Supplementary prescribing) เป็นการตกลงร่วมกันระหว่างผู้สั่งยากับผู้ได้รับอำนาจในการสั่งยา ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยแพทย์มีหน้าที่ในการรักษา ส่วนเภสัชกรมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อจากแพทย์ตามแผนการรักษา

3. การสั่งยาร่วมกันเป็นทีม (Collaborative prescribing models) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร โดยแพทย์มีหน้าที่วินิจฉัยโรคและตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษาให้กับผู้ป่วย ส่วนเภสัชกรมีหน้าที่เลือกยา จ่ายยา และติดตามผลการรักษา กรณีที่มีเหตุจำเป็นเภสัชกรสามารถตัดสินใจสั่งจ่ายยาต่อเนื้อหรือหยุดยาได้ โดยการตัดสินใจดังกล่าวเป็นการรับรู้และรับผิดชอบผลการรักษาของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร

นอกจากนี้ มีการศึกษารูปแบบบริการเติมยาและเติมยาต่อเนื้อในร้านยา การจ่ายชดเชยค่ายา ค่าตอบแทนวิชาชีพ และการร่วมจ่ายของผู้ป่วยในแต่ละประเทศ จำนวน 5 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ และเยอรมนี พบว่าทุกประเทศมีบริการเติมยาตามใบสั่งแพทย์โดยมีเภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย และมีการแยกการสั่งยาโดยแพทย์และการจ่ายยาโดยเภสัชกรออกจากกัน อย่างชัดเจน ซึ่งในแต่ละประเทศมีรูปแบบบริการเติมยาและเติมยาต่อเนื้อ การจ่ายค่าชดเชยค่ายา การจ่ายค่าตอบแทนทางด้านวิชาชีพให้แก่เภสัชกรในร้านยา และการร่วมจ่ายค่าบริการในการไปรับยาของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน (16) (17) (18) (19) (20) โดยสรุปดังกล่าวของคณะผู้วิจัย และรายละเอียดเพิ่มเติมในรายงานรูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบัน ขย. 1, ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นรายงานย่อยเล่มหนึ่งภายใต้โครงการประเมินนี้

1.2.3 ปัจจัยสำคัญในการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการศึกษามุมมองของผู้กำหนดนโยบายต่อการนำร้านยาเข้าเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2552 ผู้กำหนดนโยบายมองว่ามีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ อย่างไรก็ตามต้องมีการพัฒนาร้านยาให้มีคุณภาพและมาตรฐานบริการตามเกณฑ์ เนื่องจากร้านยาในประเทศไทยมีคุณภาพและบริการที่แตกต่างกันมากถึงแม้จะได้รับการรับรองว่าเป็นร้านยาคุณภาพ รวมถึงยังมีปัญหาในการปฏิบัติตามข้อกำหนดในกฎหมาย สปสช. ต้องมีความชัดเจนเรื่องการจ่ายคืนค่าตอบแทนบริการแก่ร้านยา ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการนำร้านยาเข้าสู่ระบบ ได้แก่ ความตั้งใจจริงของร้านยาในการเข้าสู่ระบบ การสนับสนุนจากภาคีผู้ร่วมให้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์ โดยต้องมีการเชื่อมโยงกันระหว่างแพทย์และร้านยา ทั้งการส่งและรับส่งผู้ป่วยและข้อมูลของผู้ป่วย ความต้องการของประชาชนและความรับรู้ของสังคม รวมถึงความเห็นชอบและการดำเนินการของผู้กำหนดนโยบาย (21) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่จำเป็นในการนำร้านยาเอกชนเข้าร่วมเครือข่ายเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยคลินิกชุมชนอบอุ่น โดยศึกษาจากคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย และร้านสมบุญเภสัชกร อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ระบุว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จส่วนหนึ่งอยู่ที่วิสัยทัศน์ของผู้ริเริ่มโครงการ การเปิดใจกว้างของเภสัชกรร้านยาที่ยินดีทดลองให้ผู้ป่วยนำใบสั่งยาจากแพทย์มารับยาที่ร้านยา และทำเลที่ตั้งของร้านยาซึ่งอยู่ไม่ไกลจากคลินิก อย่างไรก็ตาม หากจะให้โครงการมีความยั่งยืน ควรมีการวางระบบเครือข่ายอย่างชัดเจน รวมถึงการจัดองค์กร การบริหารงาน การเชื่อมโยงข้อมูลและการจัดสรรค่าตอบแทน (22)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการรับยาในร้านยาให้ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่แตกต่างกันหรืออาจดีกว่าการรับยาที่โรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการมารับยาที่ร้านยา อย่างไรก็ตาม การที่โครงการจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน ทั้งการสนับสนุนของผู้กำหนดนโยบาย การวางระบบที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ การประสานการทำงานกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ความพร้อมของร้านยา รวมไปถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่สังคมถึงประโยชน์ของการรับบริการที่ร้านยา

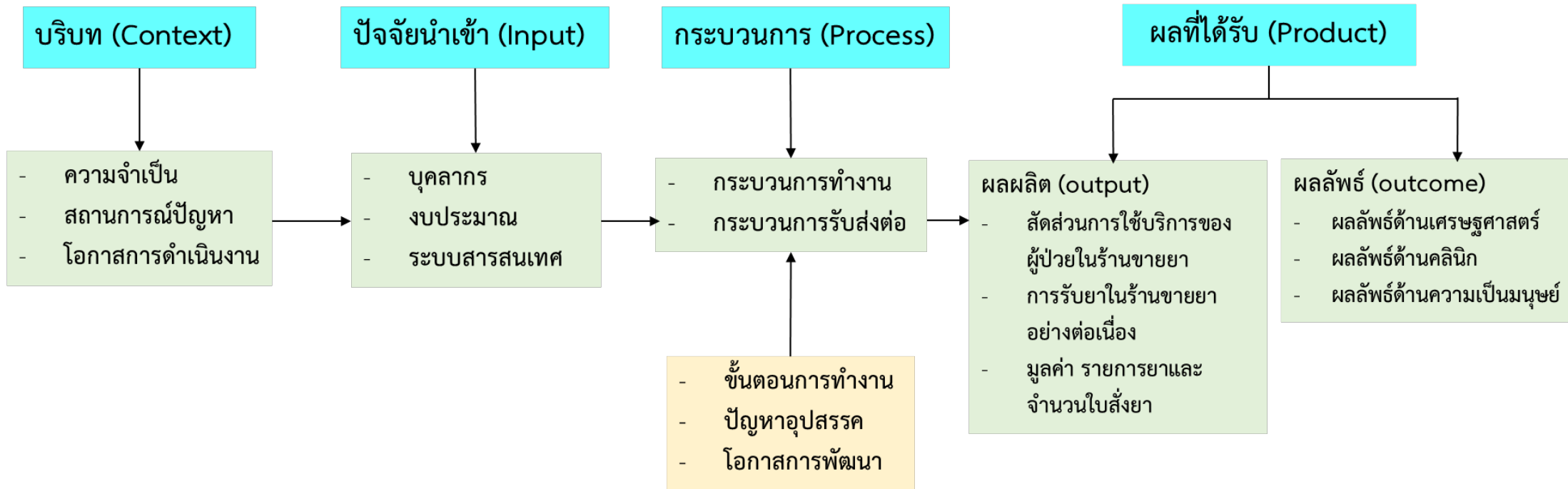
1.3 กรอบแนวคิดสำหรับการประเมิน (Conceptual framework)

กรอบแนวคิดสำหรับการประเมินนี้อ้างอิงกรอบการประเมินโครงการที่เรียกว่า CIPP model ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการประเมิน 4 กลุ่ม ดังนี้ (รูปที่ 1)

1. ประเมินบริบทของโครงการ (Context evaluation; C) โดยพิจารณาความจำเป็นของโรงพยาบาลหรือร้านยาในการเข้าร่วมโครงการ สถานการณ์ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล โอกาสในการดำเนินงาน
2. ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation; I) ได้แก่ การพิจารณาความเหมาะสมและความพอเพียงของทรัพยากรในโรงพยาบาลหรือร้านยาสำหรับการดำเนินงานตามแผน เช่น บุคลากร งบประมาณ ระบบสารสนเทศ
3. ประเมินกระบวนการ (Process evaluation; P) ได้แก่ การประเมินกระบวนการดำเนินโครงการ โดยเน้นที่การทำงานของโรงพยาบาลและร้านยา ได้แก่ รูปแบบการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา กระบวนการรับส่งต่อกรณีเกิดปัญหาจากการใช้ยา (Drug-related problems) โดยในแต่ละกระบวนการ ทีมผู้ประเมินพิจารณาขั้นตอนการทำงาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงโอกาสการพัฒนาในอนาคต
4. การประเมินผลที่ได้รับ (Product evaluation; P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิต/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่วางไว้ โดยผลที่ได้รับจากโครงการสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับผลผลิต (output) และระดับผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งจะมีรายละเอียดในลำดับต่อไป

นอกจากนี้ การประเมินนี้ยังครอบคลุมการศึกษาระบบอภิบาล (governance) ซึ่งหมายถึงแนวทางหรือกระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจนเป็นระบบในการตัดสินใจและนำผลการตัดสินใจไปปฏิบัติ (23) โดยทีมผู้ประเมินพิจารณาระบบอภิบาลทั้งในระดับประเทศและระดับโรงพยาบาล ในประเด็นการพัฒนาและการถ่ายทอดนโยบาย/แผนปฏิบัติการ การสร้างความร่วมมือ/เครือข่าย การจัดสรรค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลและร้านยา การติดตามประเมินผล

CIPP Evaluation Model



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดสำหรับการประเมินโครงการฯ

ในด้านผลผลิตของโครงการ พิจารณาจำนวนใบสั่งยาทั้งหมด หากผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเข้ารับยาในร้านยาอย่างต่อเนื่อง และได้รับบริการที่มีคุณภาพ จึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งจำแนกเป็น 3 ด้านตาม ECHO Framework (24) ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) ผลลัพธ์ด้านคลินิก (clinical outcomes) และผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (humanistic outcomes) ดังตารางที่ 1 และวัดผลลัพธ์ทั้งสามด้านในกลุ่มผู้ป่วย โรงพยาบาล และร้านยา

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์หลัก (Key outcomes) ของโครงการประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

	ผลลัพธ์หลัก		
	ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic Outcomes)	ผลลัพธ์ด้านคลินิก (Clinical Outcomes)	ผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ (Humanistic Outcomes)
ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาการเดินทาง - ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง - ระยะเวลารอยา 	<ul style="list-style-type: none"> - contact time (proxy ของคุณภาพการให้บริการ) ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่อง - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจในการรับบริการ (ความสะดวกสบายที่ได้รับ ลักษณะของผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูลของยา คุณภาพของบริการ)
โรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> - ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการ (unit cost) - ภาระงาน (workload) - อัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรในห้องยา - contact time (proxy ของคุณภาพการให้บริการ) ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล 	-	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจ (เวลาเพิ่มขึ้นสำหรับให้บริการและ pharm care)
ร้านยา	<ul style="list-style-type: none"> - ต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการ (unit cost) - ภาระงาน (workload) 	-	<ul style="list-style-type: none"> - ความพึงพอใจ (คุณภาพการให้บริการ)

1.4 วัตถุประสงค์

การประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไป ดังนี้

1. ประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ในประเด็น ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิต และผลลัพธ์ของโครงการ
2. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เช่น แนวทางการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตามโครงการฯ

การประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. ศึกษากระบวนการ (governance) ของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ทั้งระดับประเทศ จังหวัด และโรงพยาบาล
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของโรงพยาบาลและร้านยา เช่น บริบท ความคิดเห็น และความคาดหวังของผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าของร้านยา
3. ศึกษาปัจจัยนำเข้าของโครงการฯ ระดับโรงพยาบาล
4. ศึกษากระบวนการและปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบมาตรการ และการดำเนินโครงการฯ ในมุมมองของโรงพยาบาล ร้านยา และผู้ป่วย
5. ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการที่ร้านยาและโรงพยาบาล
6. ศึกษาผลผลิตของการดำเนินโครงการฯ
7. ศึกษาผลลัพธ์หลักของโครงการฯ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
8. ศึกษาผลลัพธ์หลักของโครงการฯ ที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล
9. ศึกษาผลลัพธ์หลักของโครงการฯ ที่เกิดขึ้นกับร้านยา

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีการดำเนินการประเมิน

เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการประเมินผลโครงการนำร่องฯ ผู้ประเมินเลือกใช้วิธีประเมินผลแบบผสมวิธี (mixed methods) กล่าวคือ ใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรูปแบบของการศึกษาดังนี้ (ตารางที่ 2)

1) การวางแผนและเตรียมการโครงการนำร่อง เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง

2) รูปแบบการให้บริการและการดำเนินกิจกรรมโดยผู้เกี่ยวข้องกลุ่มต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและในพื้นที่ รวมทั้งประสิทธิผลของการดำเนินโครงการนำร่อง เป็นการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective study) จนสิ้นสุดระยะเวลาการเก็บข้อมูลของการศึกษานี้

3) การศึกษาเชิงปริมาณ ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental design) ในบางผลลัพธ์ โดยวัดผลลัพธ์ที่สนใจก่อนและหลังการดำเนินโครงการนำร่อง ในการวัดผลลัพธ์ของผู้ป่วยจะมีการเปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการฯ รวมทั้งมีกลุ่มควบคุม รูปแบบการศึกษาจะขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ตารางที่ 2 รูปแบบการศึกษาจำแนกตามวัตถุประสงค์เฉพาะของการศึกษา

วัตถุประสงค์	1.การวิจัยเชิงคุณภาพ	2.การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการในโรงพยาบาลและร้านยาที่ร่วมโครงการ (Cross sectional study)	3.การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิหลังดำเนินโครงการจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล	4.Quasi-experimental study (โรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ ก่อนและหลังดำเนินโครงการ)	5.Quasi-experimental study (ผู้ป่วยที่ร่วมโครงการ vs ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมโครงการ)
1. ศึกษากระบวนการ (governance) ของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ทั้งระดับประเทศ จังหวัด และโรงพยาบาล (รายละเอียดบทที่ 3)	/				
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของโรงพยาบาลและร้านยา เช่น บริบทความคิดเห็น และความคาดหวังของผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าของร้านยา (รายละเอียดบทที่ 4.1)	/				
3. ศึกษาปัจจัยนำเข้าของโครงการระดับโรงพยาบาล (รายละเอียดบทที่ 4.2)	/				

วัตถุประสงค์	1.การวิจัยเชิงคุณภาพ	2.การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการในโรงพยาบาลและร้านยาที่ร่วมโครงการ (Cross sectional study)	3.การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิหลังดำเนินโครงการจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล	4.Quasi-experimental study (โรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ ก่อนและหลังดำเนินโครงการ)	5.Quasi-experimental study (ผู้ป่วยที่ร่วมโครงการ vs ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมโครงการ)
4. ศึกษากระบวนการและปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบมาตรการ และการดำเนินโครงการฯ ในมุมมองของโรงพยาบาล ร้านยา และผู้ป่วย (รายละเอียดบทที่ 4.3)	/				
5. ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการที่โรงพยาบาลและร้านยา (รายละเอียดบทที่ 5.2.3)		/			
6. ศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการ (รายละเอียดบทที่ 5.1)			/		
7. ศึกษาผลลัพธ์หลักของโครงการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (รายละเอียดบทที่ 5.2.1)					/
8. ศึกษาผลลัพธ์หลักของโครงการที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล (รายละเอียดบทที่ 5.2.2)	/			/	
9. ศึกษาผลลัพธ์หลักของโครงการที่เกิดขึ้นกับร้านยา (รายละเอียดบทที่ 5.2.3)	/				

2.1 การคัดเลือกพื้นที่ตัวอย่าง

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ใน 13 เขตสุขภาพโดยกำหนดให้มีหนึ่งโรงพยาบาลต่อเขตสุขภาพ รวมถึงร้านยาที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลนั้นๆ ยกเว้น ในกรุงเทพมหานคร ที่มีบริบทที่แตกต่างจากเขตสุขภาพอื่น ๆ ทีมผู้ประเมินได้คัดเลือกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ จำนวน 3 โรงพยาบาล การคัดเลือกโรงพยาบาลใช้การเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นพื้นที่ดำเนินการกระจายทุกเขต อยู่ไม่ไกลจากมหาวิทยาลัยที่ อ. สังกัด และเป็น โรงพยาบาลที่มีเครือข่ายวิจัยในพื้นที่เพื่อความเป็นไปได้ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ มีโรงพยาบาลที่ร่วมการศึกษารวม 15 โรงพยาบาล (12 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1-12 และ 3 โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร) โดยมีผู้รับผิดชอบในการดำเนินการเก็บข้อมูลสรุปผลรูปแบบการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และสรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พื้นที่ศึกษาและผู้รับผิดชอบ

เขตสุขภาพ	ชื่อผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานของผู้รับผิดชอบ
1	ดร.ภญ.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2	ผศ.ดร.ภก.ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
3	ทีมวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
4	ดร.ภญ.ดวงรัตน์ โพธิ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5	ผศ.ดร.ภก.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ	มหาวิทยาลัยศิลปากร
6	ภญ.ดร. ณิชฐิติณี อธิกุลกิตติพงศ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
7	รศ.ดร.ภญ.นุศราพร เกษสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ไชยสงค์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
9	ดร. นภชา สิงห์วีรธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
10	ผศ.ภก.พีรวัฒน์ จินาทองไทย	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
11	ภญ.ดร.ศิริภาณี ยงประเดิม	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
12	ผศ.ดร.ภญ. กุลจิรา อุดมอักษร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
13	ทีมวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	HITAP และกรมการแพทย์
13	รศ.ดร.ภญ. อุษา ฉายเกตุแก้ว ทีมวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	มหาวิทยาลัยมหิดล และกรมการแพทย์

เขตสุขภาพ	ชื่อผู้รับผิดชอบ	หน่วยงานของผู้รับผิดชอบ
13	ทีมวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และกรมการแพทย์

2.2 วิธีการเก็บข้อมูล

2.2.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้เป็นหลักในการประเมินนี้ ได้แก่ การทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ประเมินทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบถึงระบบการดำเนินงาน และแนวทางการบริหารจัดการต่างๆ ภายใต้โครงการนำร่องฯ โดยเอกสารที่ทบทวน ได้แก่ คู่มือการดำเนินงาน ข้อสั่งการ แนวทาง การปฏิบัติงาน เอกสารประกอบการประชุม รายงานการประชุม เป็นต้น ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ประเมินใช้แนวสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งพัฒนาโดยการทบทวนเอกสารทั้งในประเทศและต่างประเทศตามกรอบแนวคิดสำหรับการประเมินเพื่อเก็บข้อมูลในประเด็นต่างๆ ดังมีรายละเอียดดังตารางที่ 4 ในระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ประเมินบันทึกคำให้สัมภาษณ์โดยใช้เครื่องบันทึกเสียง ในกรณีที่ได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้ประเมินเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูล 115 คน นอกจากนี้ผู้ประเมินจดบันทึกข้อมูล (field note) จากการเข้าร่วมสังเกตการณ์การประชุมหรือเกี่ยวกับการดำเนินงานในโครงการนำร่องฯ และลงพื้นที่ศึกษาในสถานของผู้บริหารโครงการนำร่องฯ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ต้องเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายในส่วนกลาง ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการนำร่องและให้บริการในพื้นที่ เกษัชกร โรงพยาบาลและร้านยาในพื้นที่ศึกษาที่ยินยอมและ เข้าร่วมการศึกษา โดยจะต้องลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ตารางที่ 4 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกและผู้ให้ข้อมูล

ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
ระบบอภิบาลโครงการ ใน 3 ระดับ ได้แก่ระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาลและร้านยา โดยศึกษาในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกแบบข้อกำหนดด้านนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ บริหารจัดการกระบวนการนโยบายระดับปฏิบัติการ บริหารความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร ระบบสนับสนุนระบบข้อมูล การเบิกจ่ายค่าชดเชย และการติดตามและประเมินผลโครงการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้กำหนดนโยบายของ สปสช.และกระทรวงสาธารณสุข ● ผู้บริหารโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ● เจ้าของร้านยาและเภสัชกรร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ 	<p>9</p> <p>11</p> <p>23</p>
สภาพปัญหา ทศนคติและความคาดหวังต่อมาตรการ ความพยายามของ สปสช./กระทรวงสาธารณสุข ในการเชิญชวนให้โรงพยาบาลและร้านยาเข้าร่วมโครงการนำร่อง ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการ มาตรการอื่นๆ เพื่อลดความแออัดในพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้บริหารโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ● เจ้าของร้านยาและเภสัชกรร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ 	<p>11</p> <p>23</p>
การออกแบบมาตรการในระดับพื้นที่ เช่น การเลือกรูปแบบการให้บริการ เจ็อนไขของการรับยา เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา เกณฑ์และกระบวนการคัดเลือกร้านยาเพื่อเข้าร่วมโครงการฯ การกระจายตัวของร้านยา	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้รับผิดชอบโครงการระดับโรงพยาบาล ● เภสัชกรในโรงพยาบาล ● เจ้าของร้านยาและเภสัชกรร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ ● แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ● พยาบาลที่คัดกรองหรือซักขวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา 	<p>11</p> <p>17</p> <p>23</p> <p>11</p> <p>11</p>
ปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบมาตรการ เช่น ทรัพยากร เวลา ความเข้าใจและเห็นด้วยต่อวัตถุประสงค์ของมาตรการ การสื่อสารมาตรการ การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา การวางแผนและจัดการ ประสบการณ์ของโรงพยาบาลบริบทภายนอก	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้รับผิดชอบโครงการระดับโรงพยาบาล ● เภสัชกรในโรงพยาบาล ● เจ้าของร้านยาและเภสัชกรที่ร้านยา 	<p>11</p> <p>17</p> <p>23</p>

ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)
ปัจจัยนำเข้า (แผนการดำเนินงาน แผนการดำเนินงานกำลังคนแผนงบประมาณ) และการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลและร้านยาที่ร่วมโครงการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้รับผิดชอบโครงการระดับโรงพยาบาล ● เภสัชกรในโรงพยาบาล ● เจ้าของร้านยาและเภสัชกรร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ 	<p>11</p> <p>17</p> <p>23</p>
กระบวนการดำเนินโครงการนำร่อง (การส่งออกไปส่งยา การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปร้านยาและส่งจากร้านยากลับโรงพยาบาลกรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือสาเหตุอื่น ๆ การส่งต่อข้อมูล การเงินและการเบิกจ่าย ค่าชดเชย การขนส่งยาไปยังร้านยา Inventory การจัดการความเสี่ยง (Risk management) ปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินโครงการ และปัญหาอุปสรรค (กฎระเบียบ โครงสร้างราคา) ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้รับผิดชอบโครงการระดับโรงพยาบาล ● เภสัชกรในโรงพยาบาล ● เจ้าของร้านยาและเภสัชกรร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ 	<p>11</p> <p>17</p> <p>23</p>
ความพึงพอใจของโรงพยาบาลและร้านยาที่ร่วมโครงการนำร่อง	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้รับผิดชอบโครงการระดับโรงพยาบาล ● แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ● เภสัชกรในโรงพยาบาล ● เจ้าของร้านยาและเภสัชกรร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ 	<p>11</p> <p>11</p> <p>17</p> <p>23</p>
ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการนำร่อง	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาอย่างต่อเนื่อง ● ผู้ป่วยที่ร้านยาในช่วงแรกและเปลี่ยนกลับมารับยาที่โรงพยาบาล ● ผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาล 	<p>14</p> <p>7</p> <p>12</p>

2.3 การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการในโรงพยาบาลและร้านยาที่ร่วมโครงการ (Unit cost analysis : cross sectional study)

การประเมินนี้ทำการศึกษาค่าต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการในโรงพยาบาลและร้านยาที่ร่วมโครงการในแต่ละรูปแบบบริการ และจัดทำรายงานส่วนนี้แยกอีก 1 ฉบับ หลังจากนั้นทีมผู้ประเมินผลได้นำข้อมูลจากการศึกษาค่าต้นทุนต่อหน่วยฯ นี้ มาใช้ในการศึกษาค่าต้นทุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลและร้านยาในภาพรวมตามแนวคิดการประเมินผลต้นทุนที่อิงตามการปฏิบัติงานจริง (empirical costing approach) ในมุมมองของผู้ให้บริการโดยใช้วิธีคำนวณต้นทุนจุลภาค (micro-costing) (25) เพื่อคำนวณต้นทุนรายกิจกรรมที่ประกอบด้วย ทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อหนึ่งใบสั่งยา ได้แก่ แรงงานเป็นนาฬิกาของบุคลากรแต่ละประเภทที่ร่วมปฏิบัติงาน วัสดุที่ใช้ และปริมาณผลงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ในการศึกษาค่าต้นทุนการดำเนินงาน กิจกรรมบริการในร้านยาประกอบด้วย การตรวจสอบยาผู้ป่วยจากใบสั่งยาและจัดเก็บยา การตรวจสอบรายการยาที่ได้รับจาก โรงพยาบาล และ องค์การเภสัชกรรม (GPO) และจัดเก็บยาในคลังร้านยา จัดยาตามใบสั่งและตรวจสอบยาก่อนจ่ายยา โทรศัพท์นัดหมายผู้ป่วยมารับยา ตรวจสอบใบส่งตัว/ใบรับยา/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติและประเมินปัญหาจากการใช้ยา จ่ายยาและให้คำแนะนำ นัดหมายครั้งต่อไป กรอกแบบฟอร์มยืนยันการรับยาของผู้ป่วยเพื่อแจ้งโรงพยาบาล กรอกแบบฟอร์มข้อมูลการรับยาของผู้ป่วยให้ สปสช. ตรวจสอบยอดค่างานเหลือของคลังร้านยา และสั่งยาจาก GPO ทั้งนี้ ทีมผู้ประเมินผลนำข้อมูลที่เก็บได้จากแต่ละพื้นที่ (การศึกษาย่อยที่ 1) มาหาค่าเฉลี่ยเพื่อคำนวณต้นทุน 3 ส่วน คือ (ตารางที่ 5)

1) ต้นทุนค่าแรง จากการศึกษาย่อย พบว่า แต่ละร้านยาประกอบด้วยบุคลากร 2 ท่าน ได้แก่ 1) เภสัชกรซึ่งมีอัตราเงินเดือนเฉลี่ยที่ 40,000 บาท และ 2) เจ้าพนักงานเภสัชกรรมมีอัตราเงินเดือนเฉลี่ยที่ 15,000 บาท รายละเอียดของเวลาที่ดำเนินกิจกรรมแต่ละรายการดังตารางที่ 5

2) ต้นทุนค่าวัสดุ ประกอบด้วย 1. ค่ากระดาษและหมึกพิมพ์ของแบบฟอร์มสำหรับคัดกรองอาการซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 8Q และ 9Q 2. ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทรายปีซึ่งมีความจำเป็นสำหรับร้านยาที่ให้บริการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเวช 3. ค่าโทรศัพท์ประสานงานกับโรงพยาบาลและนัดหมายผู้ป่วย โดยคิดจากค่าโทรศัพท์รายเดือนรวมภาษี ราคา 212.93 บาท ได้ 600 นาที คิดเป็นนาทีละ 0.35 บาทคูณจำนวนนาทีที่ทำกิจกรรมโดยใช้โทรศัพท์ 4. ค่าบริการอินเทอร์เน็ต โดยคิดจากค่าบริการรายเดือนรวมภาษี เดือนละ 640 บาท คิดเป็นนาทีละ 0.01 บาท คูณจำนวนนาทีที่ทำกิจกรรมโดยใช้อินเทอร์เน็ต 5. ค่าสติ๊กเกอร์ทำฉลากยา ชั้นละ 1 บาท บาท จำนวนเฉลี่ย 5 ชั้น ต่อ 1 ใบสั่งยา 6. ซองยา ซองละ 0.5 บาท จำนวนเฉลี่ย 5 ซอง ต่อ 1 ใบสั่งยา

3) ครุภัณฑ์ ประกอบด้วย 1. ตู้เก็บยา ราคา 6,500 บาท กำหนดอายุการใช้งาน 5 ปี 2. โต๊ะจัดยา ราคา 1,000 บาท กำหนดอายุการใช้งาน 5 ปี 3. เครื่องพิมพ์ฉลากยา (thermal printer) ราคา 6,500 บาท กำหนดอายุการใช้งาน 5 ปี 4. คอมพิวเตอร์ กำหนดอายุการใช้งาน 5 ปี 5. ต้นทุนค่าสถานที่รวมค่าตกแต่ง

ภายใน 580,000 บาท กำหนดอายุการใช้งาน 10 ปี และค่าก่อสร้างอาคารจำนวน 6,200,000 บาท ใช้พื้นที่ 23% ในการดำเนินกิจกรรม กำหนดอายุการใช้งาน 20 ปี โดยครุภัณฑ์และการลงทุนดังกล่าวถูกคำนวณมาเป็นต้นทุนรายปีตาม annuity factor และหาต้นทุนต่อใบสั่งยาโดยหารกับจำนวนครั้งการให้บริการรวมของร้านยาที่กำหนดไว้ 20,592 ครั้งต่อปี เฉลี่ยร้านละ 66 ใบสั่งยาต่อวัน และร้านเปิด 26 วันต่อเดือน ส่วนผลลัพธ์ด้านจำนวนใบสั่งยาภายใต้โครงการนำร่องฯกำหนดเป็น 3 สถานการณ์ คือ 1. ร้านละ 1 คนต่อวัน รวม 26 ใบสั่งยาต่อเดือน 2. ร้านละ 2 คนต่อวัน รวม 52 ใบสั่งยาต่อเดือน และ ร้านละ 3 คนต่อวัน รวม 104 ใบสั่งยาต่อเดือน จากนั้นหาค่าเฉลี่ย

สำหรับกิจกรรมบริการในโรงพยาบาลประกอบด้วย 1. ประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนผู้ป่วยที่ OPD 2. แพทย์และพยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ 3. เกสซ์กรลงบันทึกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการและส่งต่อข้อมูล/ประสานงานกับร้านยา 4. Prescription analysis ขึ้นตอนต่อมาจะแตกต่างกันตามรูปแบบการดำเนินงาน โดยรูปแบบที่ 1 เกสซ์กรที่โรงพยาบาลจัดยารายบุคคล และให้รถ โรงพยาบาลไปส่งยาของผู้ป่วยที่ร้านยา รูปแบบที่ 2 เกสซ์กรโรงพยาบาลเตรียมยาเพื่อนำไปเก็บที่ร้านยา (initial stock) แล้วให้รถ โรงพยาบาลไปส่งยาที่คลังร้านยา หลังจากนั้น โรงพยาบาล ตรวจสอบยอดยาคงเหลืออย่างสม่ำเสมอ และจัดยา และเติมยาที่คลังร้านยาเดือนละครั้ง ทั้ง 3 รูปแบบกำหนดให้มีกิจกรรมนิเทศงานร้านยา (ไตรมาสละครั้ง ต่อ 1 ร้านยา) (ตารางที่ 6) ต้นทุนค่าวัสดุที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยค่าอินเทอร์เน็ตสำหรับประสานงาน กระดาษ น้ำมันรถ และค่าเสื่อมราคาของรถ โรงพยาบาล (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 รายละเอียดกิจกรรมบริการในร้านยา เวลาทำกิจกรรม และค่าแรงของบุคลากร แยกตามรูปแบบการดำเนินงานในโครงการนำร่องฯ

ลำดับที่	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3
1	ตรวจสอบยาผู้ป่วยจากใบสั่งยา และจัดเก็บยา	ตรวจสอบรายการยาจาก โรงพยาบาล และ จัดเก็บยาในคลังร้านยา	ตรวจสอบรายการยาจาก GPO และจัดเก็บยาในคลังร้านยา
2	-	จัดยาตามใบสั่งยา และตรวจสอบก่อนจ่ายยา	
3	โทรนัดหมายผู้ป่วยมารับยา		
4	ตรวจสอบใบส่งตัว / ใบรับยา / ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น		
5	ซักประวัติและประเมินปัญหาจากการใช้ยา		
6	จ่ายยาและให้คำแนะนำ นัดหมายครั้งต่อไป		
7	กรอกแบบฟอร์มยืนยันการรับยาของผู้ป่วยเพื่อแจ้งโรงพยาบาล		
8	กรอกแบบฟอร์มบันทึกการจ่ายยาให้ สปสช.		
9	-	-	ตรวจสอบยอดยาคงเหลือของคลังร้านยา
10	-	-	ซื้อยาจาก GPO
รวมเวลาทำกิจกรรมต่อ 1 ใบสั่งยา (นาที) และ(รวมค่าแรงของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง, บาท)	22-25 นาที (53.85 บาท)	34-37 นาที (55.94 บาท)	43-46 นาที (69.81 บาท)

ที่มา: รายงานวิจัยเรื่องการประเมินต้นทุนของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล, 2563

ตารางที่ 6 ต้นทุนค่าแรงบุคลากรของโรงพยาบาลแยกตามรูปแบบการดำเนินงาน

ลำดับที่	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3
1	ประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนผู้ป่วยที่ OPD		
2	แพทย์และพยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์		
3	เภสัชกรลงบันทึกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการและส่งต่อข้อมูล/ประสานงานกับร้านยา		
4	Prescription analysis		
5	เภสัชกรที่โรงพยาบาลจัดยา รายบุคคล รถ โรงพยาบาลไปส่งยา ของผู้ป่วยที่ร้านยา	เตรียมยาตามรายการที่กำหนด (เริ่มโครงการ)	-
6	-	รถ โรงพยาบาลไปส่งยาที่คลังร้านยา (เริ่มโครงการ)	-
7	-	โรงพยาบาล ตรวจสอบยอดยาคงเหลือ จัดยา และเติมยาที่ คลังร้านยา	-
8	นิเทศงานร้านยา (ไตรมาสละครั้ง ต่อ 1 ร้านยา)		
รวมเวลาต่อ 1 ใบสั่งยา (นาที) และ(รวม ค่าแรงของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ,บาท)	10 นาที (38.84 บาท)	11 นาที (40.84 บาท)	9 นาที (38.52 บาท)

ที่มา: รายงานวิจัยเรื่องการประเมินต้นทุนของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล, 2563

ตารางที่ 7 ต้นทุนค่าวัสดุและครุภัณฑ์ของโรงพยาบาลต่อ 1 ใบสั่งยาแยกตามรูปแบบการดำเนินงาน

รายการ	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3
ค่าอินเตอร์เน็ตสำหรับประสานงาน	0.45 บาท	0.45 บาท	0.45 บาท
กระดาษ	1 บาท	1 บาท	1 บาท
น้ำมันรถ โรงพยาบาล	5.39 บาท	2.71 บาท	1.35 บาท
ค่าเสื่อมราคาของรถ โรงพยาบาล	3.36 บาท	1.70 บาท	0.84 บาท
ค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าวัสดุต่อ 1 ใบสั่งยา	10.20 บาท	5.86 บาท	3.63 บาท

ที่มา: รายงานวิจัยเรื่องการประเมินต้นทุนของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล, 2563

2.3.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีหลังดำเนินโครงการจากฐานข้อมูล

ทีมผู้ประเมินรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ในโครงการรับยาที่ร้านยารายบุคคลจากฐานข้อมูลของสปสช. (สปสช.) เพื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาระดับประเทศ และคำนวณสัดส่วนการใช้บริการ (ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่รับยาในร้านยา จากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ของโครงการนำร่องฯ) มูลค่ายา และจำนวนใบสั่งยาในร้านยา การลดความแออัดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ประเมินผลหมายถึงสัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ในโรงพยาบาล โดยพิจารณาว่าหากผู้ป่วยที่มีอาการคงที่เข้าร่วมโครงการได้ทั้งหมดจะสามารถลดความแออัดของจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ 2) ข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เพื่อวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วย ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ รายโรงพยาบาล

2.3.2 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ในโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์หลักก่อนและหลังการดำเนินโครงการ

ทีมผู้ประเมินผลศึกษาผลลัพธ์หลักของการดำเนินโครงการนำร่องฯ คือ ระยะเวลารอรับยาที่โรงพยาบาล และระยะเวลาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ในโรงพยาบาล โดยการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ ในพื้นที่ศึกษาจำนวน 15 แห่ง ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินโครงการนำร่องฯ โดยในส่วนนี้คำถามงานวิจัย คือ การรับยาที่ร้านยาทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลลดลงหรือไม่ โดยสมมติฐานงานวิจัยคือ ระยะเวลารอยาในภาพรวมลดลงเมื่อมีมาตรการรับยาที่ร้านยา

สำหรับระยะเวลารอรับยาที่โรงพยาบาลในภาพรวม เก็บข้อมูลในหน่วยนาที เริ่มบันทึกเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นใบเสร็จรับเงินที่ห้องยา จนถึงเวลาที่เภสัชกรเรียกผู้ป่วยรับยา

นอกจากนี้ผู้วิจัยและอัตราส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรในห้องยา ระยะเวลาของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล (contact time) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎี จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

คัดเลือกโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ ในพื้นที่ศึกษา ที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลยินยอม เข้าร่วมการศึกษาเป็นลายลักษณ์อักษร โดยต้องลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3.3 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ร่วมโครงการนำร่องฯ

ในส่วนนี้คำถามงานวิจัย คือ 1. การรับยาที่ร้านยาทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจแตกต่างจากการรับยาที่โรงพยาบาลหรือไม่ (ก่อน-หลัง) 2. ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยากับผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล (กลุ่มได้รับมาตรการ-กลุ่มควบคุม) มีความพึงพอใจต่อการรับยาแตกต่างกันหรือไม่ โดยสมมติฐานงานวิจัยคือ 1. เมื่อผู้ป่วยรับยาที่

ร้านยาจะมีความพึงพอใจต่อบริการรับยาที่ร้านยามากกว่าการบริการรับยาที่โรงพยาบาล 2. ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามีความพึงพอใจต่อบริการรับยามากกว่าผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาลและรับยาที่ร้านยา เพื่อประเมินความพึงพอใจ (ภาคผนวก ข.) โดยใช้หลักของการประเมินการส่งมอบคุณค่า (value proposition) ประกอบด้วย การประเมินความเห็นและความสำคัญของบริการในมุมมองของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ (โรงพยาบาลและร้านยา) 4 ด้าน ได้แก่ ความสะดวกสบายต่อการรับบริการ ลักษณะของผู้ให้บริการ การได้รับข้อมูลยา และคุณภาพของบริการ ซึ่งการประเมินความสำคัญของบริการมีค่าคะแนนระดับความสำคัญ 5 ระดับ คือ 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่สำคัญ และ 4 คะแนน หมายถึง สำคัญมากที่สุด สำหรับการประเมินความเห็นต่อผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ มีตัวเลือก 5 ระดับเช่นกัน โดย 0 คะแนน หมายถึง ผลการทำงานแย่มาก และ 4 คะแนน หมายถึง ผลการทำงานดีมาก ผู้ประเมินได้ดัดแปลงคำถามส่วนหนึ่งมาจากการศึกษาของเชิดชัยและคณะ ใน พ.ศ. 2558 (26) ซึ่งเป็นการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการที่ได้รับจากเภสัชกรและสถานที่ให้บริการ นอกจากนี้มีคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับต้นทุนที่เกิดขึ้น ทั้งในแง่การเดินทาง ได้แก่ ระยะทาง/เวลาจากบ้านถึงโรงพยาบาล ระยะทาง/เวลาจากบ้านถึงร้านยา ระยะทาง/เวลาจากโรงพยาบาลถึงร้านยา และระยะเวลารอยาที่ร้านยา (นาฬิกา) ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการขาดงานเพื่อมารับบริการของผู้ป่วยและญาติทั้งในร้านยาและในโรงพยาบาล รวมทั้ง contact time ที่ร้านยา การซื้อผลิตภัณฑ์อื่นๆ ในร้านยา และเหตุผลที่รับบริการที่ร้านยา

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นได้รับการทดสอบหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (face validity และ content validity) โดยการขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจากคณะเภสัชศาสตร์ 8 ท่าน แก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ และได้รับการทดสอบความง่ายและความชัดเจนของแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามจากนั้นนำไปทดสอบ reliability (ค่าความเชื่อมั่น) โดยหา internal consistency จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 31 คน โดยมีค่า Cronbach's alpha ของความสำคัญ 0.89 และค่า Cronbach's alpha ของผลการดำเนินงาน 0.81 แบบทดสอบวัดระดับผลการดำเนินงานจำแนกเป็น ผลการทำงานดีมาก (4 คะแนน) ผลการทำงานดี (3 คะแนน) ผลการทำงานพอใช้ (2 คะแนน) ผลการทำงานแย่มาก (1 คะแนน) ผลการทำงานแย่มาก (0 คะแนน)

การศึกษานี้คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลความพึงพอใจและใช้สูตรคำนวณเพื่อทดสอบสมมติฐานโดยใช้สัดส่วนความพึงพอใจมากต่อการรับยาตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งพบทวนมาจากการศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ (9) โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตร

$$m_1 = \frac{n_1}{4} \left(1 + \sqrt{1 + \frac{2(r+1)}{n_1 r |p_2 - p_1|}} \right)^2$$

โดยกำหนดให้

Proportion in group1 (p_1) = 0.630 (9)

Proportion in group2 (p_2) = 0.731 (9)

ratio (r) = 1.00

Alpha (α) = 0.05, Z (0.975) = 1.959964

Beta (β) = 0.20, Z (0.800) = 0.841621

จากสูตรการคำนวณดังกล่าวจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 353 คน รวม 706 คน ทั้งนี้ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วย 30 คนที่รับยาที่โรงพยาบาล (กลุ่มควบคุม) และ 30 คน ที่รับยาที่ร้านยา (กลุ่มได้รับมาตรการ) โดยมีเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการประเมินฯ ดังนี้

1. กลุ่มได้รับมาตรการ

ผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกของโรงพยาบาลและเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่โรงพยาบาลเริ่มดำเนินโครงการ จนถึงวันที่ 90 ของการดำเนินโครงการนำร่องฯ หาก ณ วันที่ 90 ของการดำเนินโครงการ มีจำนวนกลุ่มได้รับมาตรการน้อยกว่า 30 คน ผู้ประเมินขยายระยะเวลาเลือกกลุ่มตัวอย่างจนครบ 30 คน ทั้งนี้หาก ณ วันที่ 90 ของการดำเนินโครงการ มีจำนวนกลุ่มได้รับมาตรการมากกว่า 30 คน ผู้ประเมินใช้วิธีการสุ่มเลือกอย่างง่าย (simple random sampling method) ให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

2 กลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกของโรงพยาบาล แต่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล หาก ณ วันที่ 90 ของการดำเนินโครงการนำร่องฯ มีจำนวนกลุ่มควบคุมน้อยกว่า 30 คน ผู้ประเมินขยายระยะเวลาเลือกกลุ่มควบคุมจนครบ 30 คน ทั้งนี้หาก ณ วันที่ 90 ของการดำเนินโครงการ มีจำนวนกลุ่มควบคุมมากกว่า 30 คน ผู้ประเมินทำการจับคู่กลุ่มได้รับมาตรการและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล (individual matching) ในอัตราส่วน 1:1 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาปัจจัยร่วม ได้แก่

1) เพศ

2) อายุ ณ วันที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ โดยใช้ข้อมูลอายุที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด

3) โรคหรือปัญหาสุขภาพเดียวกัน

โดยเก็บจากโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการในพื้นที่ศึกษาทั้งหมด 15 แห่ง รวม 900 คน ในการประเมินนี้ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ (รับยาที่ร้านยา)ทั้งสิ้น 254 คน และผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ (รับยาที่โรงพยาบาล) 193 คน รวม 447 คน

ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยรอรับยาและระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลทุกราย เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ของผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีจากฐานข้อมูลของ โรงพยาบาล ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลาต่างๆ ได้แก่ ก่อนเริ่มโครงการนำร่องฯและหลังเริ่มโครงการนำร่องฯ ส่วน ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ร่วมโครงการ พิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ ค่าความดันโลหิต และ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar) โดยใช้ข้อมูลทฤษฎีในฐานข้อมูลของ โรงพยาบาลก่อนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา และหลังผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา 12 เดือน รวมทั้งการเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ (adverse event) จากระบบรายงานข้อมูลให้ สปสช. หรือ application ที่โรงพยาบาลใช้ในโครงการ นำร่อง

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ตามกรอบการศึกษาในประเด็นบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมและทบทวนเอกสารด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จาก การสัมภาษณ์เชิงลึกนำไปถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) และวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์ เนื้อหา และภายหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีผู้ประเมินผลได้นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นให้แก่ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะผ่านการประชุมคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและ ติดตามผลการดำเนินนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล เพื่อให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและข้อเสนอแนะของการศึกษา

ในประเด็นต้นทุนการดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการประเมินผลต้นทุนที่อิงตามการ ปฏิบัติงานจริง (empirical costing approach) ในมุมมองของผู้ให้บริการโดยใช้วิธีคำนวณต้นทุนจุลภาค (micro-costing) (25) เพื่อคำนวณต้นทุนรายกิจกรรมที่ประกอบด้วย ทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อหนึ่ง ใบสั่งยา ได้แก่ แรงงานเป็นหน้าที่ของบุคลากรแต่ละประเภทที่ร่วมปฏิบัติงาน วัสดุที่ใช้ และปริมาณผลงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

ในด้านผลผลิต เช่น จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา การรับยาอย่างต่อเนื่องในร้านยา จำนวน ใบสั่งยา ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ในด้านผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลารอยาของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามซึ่งเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ผู้ประเมิน นำข้อมูลของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามาวิเคราะห์โดยด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ในด้านผลลัพธ์ที่เกิดกับโรงพยาบาลด้านการลดความแออัด ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล ของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาว่าระยะเวลารอยาในภาพรวมของโรงพยาบาลที่ศึกษาลดลงหรือไม่ สัดส่วน ผู้ป่วยต่อจำนวนเภสัชกรของโรงพยาบาลที่ศึกษาลดลงหรือไม่ ซึ่งวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ในด้านผลลัพธ์ด้านความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ผู้ประเมินวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจด้วยการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง (T-test) ระหว่างกลุ่มได้รับมาตรการและกลุ่มควบคุม รวมทั้งวิเคราะห์ก่อนและหลังการดำเนินโครงการนำร่องฯ

ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกในประเด็น contact time กับเภสัชกร เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามซึ่งเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ผู้ประเมินนำข้อมูลของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประเด็นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เช่นกัน โดยพิจารณาการควบคุมได้ของภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานเนื่องจากเป็นโรคที่มีผลทางห้องปฏิบัติการชัดเจน และเป็นโรคที่ สบสช. กำหนดในเบื้องต้นเมื่อเริ่มนโยบายนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของ สบสช. ผู้ประเมินผลวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสุขภาพเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ คือ ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ในช่วงที่มารับยาที่โรงพยาบาล โดยดึงข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ก.ค. 2562 ถึงวันที่ 31 ก.ค. 2562 หากไม่มีข้อมูลในช่วงเวลาดังกล่าว ให้ใช้ข้อมูลล่าสุดก่อนวันที่ 31 ก.ค. 2562 และหลังเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ครบ 1 ปี โดยดึงข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ก.ค. 2563 ถึงวันที่ 31 ก.ค. 2563 หากไม่มีข้อมูลในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้ประเมินใช้ข้อมูลล่าสุดก่อนวันที่ 31 ก.ค. 2563

หลังจากนั้นนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาจำแนกเป็นกลุ่มตามเกณฑ์การควบคุมได้ของโรค โดยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์การคุมได้ของโรคเบาหวาน คือ HbA1C น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือระดับความดันโลหิตสูง systolic blood pressure และ diastolic blood pressure น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท (27) จากนั้นจำแนกผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ

1. ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น อนุমানได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโครงการ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการฯ
2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพเท่าเดิม หากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระดับที่สามารถคุมได้หรือคุมไม่ได้เท่าเดิม ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ
3. ผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่ลง หากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ เปลี่ยนเป็นระดับที่ควบคุมไม่ได้หลังเข้าร่วมโครงการฯ

2.5 การควบคุม / ประกันคุณภาพของการประเมิน

การประเมินนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ประเมินได้ควบคุมคุณภาพโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการนำ

ร้องๆ ทุกระดับ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อความสอดคล้องขอข้อมูลการประเมิน ตลอดจนผู้ประเมินได้นำเสนอผลการประเมินในการประชุมคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและติดตามประเมินผลการดำเนินงานนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อรับฟังความเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เข้าร่วมประชุม รวมถึงการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะของผู้ทบทวนภายในของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) (Internal review) เพื่อการปรับแก้และจัดทำรายงานการประเมินฉบับสมบูรณ์ต่อไป

2.6 ประเด็นเชิงจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์

โครงการประเมินนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2562 ผู้ประเมินจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและจะนำเสนอผลการประเมินในรูปแบบภาพรวมเท่านั้น โดยผู้ประเมินมีกระบวนการบริหารจัดการรักษาข้อมูลตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์และการรายงานผลการประเมิน เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลที่ได้จากการประเมินจะถูกทำลายภายในระยะเวลา 5 ปี ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการ

บทที่ 3

ผลการศึกษา: ระบบอภิบาลของโครงการ

3.1 ระบบอภิบาลโครงการนำร่องฯ

3.1.1 นโยบาย

รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) ได้มอบนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) ลดความแออัดของโรงพยาบาล และเพิ่มความสะดวกในการบริการประชาชนที่ผ่านมา กสธ. ได้ดำเนินนโยบายต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คลินิกหมอครอบครัว เปิดคลินิกเฉพาะทางนอกเวลาราชการ (Special Medical Clinic: SMC) เป็นต้น การลดความแออัดในโรงพยาบาลด้วยการส่งผู้ป่วยบางส่วนที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ไปรักษาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่ได้มาตรฐาน GPP ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการทางเลือก โดย กสธ. ให้เริ่มดำเนินการในวันที่ 1 ตุลาคม 2562 (28)

ต่อมาในการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2562 วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2562 ผู้รับผิดชอบโครงการ จาก สปสช. ได้นำเสนอข้อเสนอแนวทางดำเนินการของ สปสช. กรณีสลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการขอใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ที่ไม่มีภาระผูกพันเพื่อรองรับนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยรายงานสถานการณ์ในขณะนั้นว่า มีร้านยาที่ขึ้นทะเบียนตามมาตรฐาน GPP ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 17,000 แห่ง (อ้างอิงจากสมาคมเภสัชกรรมชุมชน) และมีบริการต้นแบบการร่วมให้บริการโดยร้านยาที่ดำเนินการอยู่แล้วทั้งในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ (เฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) และต่างจังหวัดครอบคลุมทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ดังนั้น จึงควรมีโครงการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายลดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ต้องรอยาวนานและได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ ผู้รับผิดชอบโครงการของ สปสช. ได้มีข้อเสนอ ดังนี้

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เริ่มนำร่องดำเนินงานในโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการไม่เกิน 50 แห่ง ร้านยาที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการไม่เกิน 50 แห่ง และทยอยขยายเพิ่มเติมในปีถัดไป

- กำหนดขอบเขตและเงื่อนไขการบริการ

- ขอบเขตบริการโดยร้านยา ได้แก่ จ่ายยาให้กับผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด และจิตเวช หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล ทั้งนี้ให้เป็นไปตามข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา

- เงื่อนไขการบริการ

- เป็นความสมัครใจของผู้ป่วยที่จะรับยาที่ร้านยา (คาดว่าปีประมาณร้อยละ 30 ของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล)

- ยาที่ผู้ป่วยได้รับจากร้านยาต้องเป็นยาเดียวกับที่ได้รับจากโรงพยาบาลที่รับบริการอยู่
 - ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าบริการใดๆ เพิ่มขึ้น
- รูปแบบการบริการ: ดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา 3 รูปแบบ โดยโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบคัดเลือกและจัดซื้อยา โดยโรงพยาบาลได้รับการชดเชยค่ายาเหมือนเดิม
 - รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลจัดยารายบุคคลส่งให้ร้านยา (ไม่ลดภาระงานของโรงพยาบาล)
 - รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา (ลดภาระงานที่โรงพยาบาล แต่มีภาระการดูแลคลังยาย่อยที่ร้านยา)
 - รูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการจัดการด้านการคัดเลือกและจัดซื้อยาเอง (ต้องมีราคาขายมาตรฐานที่โรงพยาบาลจะจ่ายให้กับร้านยา)
 - ประมาณการงบประมาณสำหรับดำเนินโครงการนำร่องฯ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566 ซึ่งเป็นข้อเสนอจากผู้รับผิดชอบใน สปสช. โดยระบุอัตราจ่ายสำหรับโรงพยาบาลและร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณจัดสรรเป็นค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ (โรงพยาบาล) ร่วมกับร้านยาในอัตรา 33,000 ต่อร้านยาต่อปี และร้านยาจะได้รับงบประมาณจัดสรร 70 บาทต่อครั้งต่อราย (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เป้าหมาย อัตราจ่าย และงบประมาณที่ต้องใช้ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566

รายการ	2563 นำร่อง	2564	2565	2566
1. เป้าหมาย				
1.1 จำนวน โรงพยาบาล ที่จะดำเนินการ (แห่ง)	50	100	200	250
1.2 จำนวนร้านยาที่จะร่วมดำเนินการ (ร้าน)	500	2,000	4,000	5,000
1.3 จำนวนครั้งบริการที่จะไปร้านยา (ล้านครั้ง)	1.95	4.56	7.18	9.79
% บริการไปร้านยา (จากที่รับบริการ โรงพยาบาล)	6%	14%	23%	30%
2. อัตราจ่าย				
2.1 ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้าน ยา (บาทต่อครั้งต่อราย)	70	70	70	70
2.2 ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ร่วมกับร้านยา (บาทต่อร้านยาต่อปี)	33,000	33,000	33,000	33,000
3. คาดการณ์ค่าใช้จ่าย (ล้านบาท)	153	385	634	850
3.1 ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของร้านยา	137	319	502	685
3.2 ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ร่วมกับร้านยา	17	66	132	165

ในข้อเสนอนี้ได้ระบุว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สปสช.จะขอใช้งบประมาณทั้งสิ้น 153 ล้านบาท ซึ่งเป็นการจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยา 70 บาทต่อครั้ง โดยอ้างอิงตามประกาศ ค่าบริการของ กสธ. ปี 2560 และค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลร่วมกับร้านยา เหม่าจ่าย อัตรา 33,000 บาทต่อร้านยา 1 แห่งต่อปี ซึ่งประมาณการจากค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาลเดินทางไปร้านยา เป็นการจ่ายให้โรงพยาบาลตามจำนวนร้านยาที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งการกำหนดรายการค่าใช้จ่ายใน ครั้งนี้ได้อ้างอิงตามข้อ 3(1) แห่งคำสั่งหัวหน้ารักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 และข้อ 18(7) แห่งประกาศ กสธ. ที่ออกภายใต้คำสั่ง ดังกล่าว

ที่ประชุมมีมติ ดังนี้

1. รับทราบความเห็นและข้อเสนอของคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์
2. เห็นชอบตามข้อเสนอดำเนินงานเพื่อรองรับนโยบาย รมว.กสธ.กรณีลดความแออัดในโรงพยาบาล
3. เห็นชอบเสนอต่อ รมว.กสธ.ประกาศกำหนดค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยา และ ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา เป็นค่าใช้จ่ายอื่นตามข้อ 3(1) แห่งคำสั่ง คสช.ที่ 37/2559 และข้อ 18(7) แห่งประกาศ กสธ. ที่ออกภายใต้คำสั่ง คสช.ที่ 37/2559
4. อนุมัติในหลักการให้ใช้เงินกองทุน “รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม” ของเงินกองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวนไม่เกิน 399 ล้านบาท สำหรับดำเนินงานตามนโยบาย กรณี ลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาาระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการนำ ร่องดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
5. มอบคณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน กำหนด รายละเอียดหลักเกณฑ์ แนวทาง และเงื่อนไขการจัดสรรและให้ สปสช.ออกประกาศดำเนินการต่อไป
6. หากมีความพร้อมทุกด้าน ให้เริ่มดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562
7. มอบ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ตามนโยบายดังกล่าว ที่จะดำเนินการโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทั้งนี้ให้ครอบคลุมการประเมิน คุณภาพบริการด้านยา ผลประโยชน์ต่อประชาชน โรงพยาบาล ร้านยา และสังคม ต้นทุนและอัตราค่าใช้จ่ายที่ เหมาะสมทั้งส่วนของร้านยาและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนวทางการลดความ แออัดในโรงพยาบาลในระยะต่อไป โดยคำนึงถึงปัจจัยความแตกต่างของบริการในเขตเมืองกับเขตชนบทด้วย

3.1.2 เป้าหมาย

โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลมีเป้าหมายของการ ดำเนินงาน คือ การลดความแออัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน และได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างมี คุณภาพ ในเอกสารข้อเสนอโครงการฯ ที่นำเสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2562 ได้ระบุเป้าหมายในเชิงจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 50 โรงพยาบาล

ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ 500 ร้าน และจำนวนการออกไปสั่งยาที่ส่งไปรับยาที่ร้านยา จำนวน 1.95 ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

นอกจากนี้เอกสารรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยร้านยา ขย.1 ที่ดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบโครงการของ สปสช. เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ระบุว่า เป้าหมายลดความแออัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 คือ การส่งผู้ป่วยอาการคงที่ไปรับยาที่ร้านยา ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยอาการคงที่ทั้งหมด สปสช. ประมาณการจำนวนผู้ป่วยจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงต่อปีจากฐานข้อมูล OP/IP รวบรวม 1.2 ล้านคน ซึ่งจากจำนวนดังกล่าวคาดประมาณผู้ป่วยอาการคงที่ร้อยละ 30 คิดเป็น 364,504 คน และจำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะไปรับยาที่ร้านยาเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยอาการคงที่ จึงกำหนดเป้าหมายสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่ 109,351 คน จากนั้นผู้รับผิดชอบได้เขียนเป้าหมายการส่งผู้ป่วยอาการคงที่ไปรับยาที่ร้านยา ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยอาการคงที่ทั้งหมด ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ให้เป็นเป้าหมายการดำเนินงานของแต่ละปีงบประมาณ พ.ศ. โดยให้ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาที่ร้อยละ 10 คิดเป็น 36,450 คน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาสะสมที่ร้อยละ 20 คิดเป็น 72,901 คน และ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาสะสมที่ร้อยละ 30 คิดเป็น 109,351 คน สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 นั้นผู้รับผิดชอบระบุว่า เป็นการเริ่มดำเนินโครงการนำร่องและทดสอบแนวทางการดำเนินงานจึงไม่ได้กำหนดเป้าหมายในเชิงจำนวนผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา อย่างไรก็ตามเป้าหมายที่พบในเอกสารรายงานความก้าวหน้าฯ ดังกล่าวไม่ตรงกับเป้าหมายจำนวนใบสั่งยาที่ระบุในเอกสารการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2562 ที่ของบประมาณสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 1.95 ล้านครั้ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 4.56 ล้านครั้ง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 7.18 ล้านครั้ง และปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 9.79 ล้านครั้ง

3.1.3 ตัวชี้วัดการดำเนินงาน

จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ประเมินไม่พบว่าโครงการนำร่องฯ มีการกำหนดตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรม แต่มีเพียงเอกสารการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2562 วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2562 ที่กล่าวถึงการกำหนดเป้าหมายในเชิงจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ และเป้าหมายการลดความแออัดในโรงพยาบาลที่ร้อยละ 30 (29) จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง พบว่า การขาดตัวชี้วัดด้านจำนวนหรือร้อยละของผู้ป่วยรับยาที่ร้านยารวมถึงขาดการเชื่อมโยงตัวชี้วัดดังกล่าวกับการจ่ายค่าการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ฯ ให้โรงพยาบาล อาจไม่จูงใจให้โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยออกไปรับยาที่ร้านยาเท่าที่ควร ซึ่งส่งผลให้จำนวนผู้ป่วย/ใบสั่งยาที่ส่งไปร้านยาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

3.1.4 กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินโครงการนำร่องฯ อาจมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่

9/2562 วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2562 จึงมอบกระทรวงสาธารณสุข ทารือและขอยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 เสนอต่อคณะกรรมการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พิจารณา (29) ทั้งนี้คณะกรรมการฯ ได้ทำหนังสือตอบกลับการทารือและขอยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 (30) ดังนี้

1. กรณีการดำเนินการรูปแบบที่ 1 เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏว่า โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐเป็นผู้จัดซื้อ ตรวจจับ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล โดยส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วยซึ่งสพช.เป็นผู้จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ร้านยา และจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้โรงพยาบาล กรณีดังกล่าวโรงพยาบาลสามารถดำเนินการภายใต้พระราชบัญญัติได้

2. กรณีการดำเนินการรูปแบบที่ 2 ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ข้อ 203 (1) กำหนดว่า “เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับมอบพัสดุแล้วให้ทำการลงบัญชีหรือทะเบียนเพื่อควบคุมพัสดุ แล้วแต่กรณี แยกเป็นชนิด และแสดงรายการตามตัวอย่างที่คณะกรรมการนโยบายกำหนด โดยให้มีหลักฐานการรับบัญชีหรือทะเบียนไว้ประกอบรายการด้วย” และ (2) กำหนดว่า “เก็บรักษาพัสดุให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ปลอดภัย และให้ครบถ้วนถูกต้องตรงตามบัญชีหรือทะเบียน” ประกอบกับข้อ 204 กำหนดว่า “การจ่ายพัสดุ ให้หัวหน้าหน่วยพัสดุที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมพัสดุหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเป็นหัวหน้าหน่วยพัสดุ เป็นผู้สั่งจ่ายพัสดุ” วรรคสอง กำหนดว่า “ผู้จ่ายพัสดุต้องตรวจสอบความถูกต้องของใบเบิกและเอกสารประกอบ (ถ้ามี) แล้วลงบัญชีหรือทะเบียนทุกครั้งที่มีการจ่าย และเก็บใบเบิกจ่ายไว้เป็นหลักฐานด้วย” เมื่อโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างภายใต้พระราชบัญญัติฯ และระเบียบฯแล้ว จะต้องดำเนินการลงทะเบียนเพื่อควบคุมพัสดุตามระเบียบฯข้อ 203 และข้อ 205 เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏว่าโรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ กรณีดังกล่าวเป็นกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามระเบียบฯข้อ 203 ได้

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) และเพิ่มความสะดวกของประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพใกล้บ้านโดยการให้ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จิตเวช และหอบหืด หรือโรคเรื้อรังที่ไม่มี ความซับซ้อนในการดูแล ไปรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบันที่เข้าร่วมโครงการ จึงอนุมัติยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบข้อ 203 ได้เป็นกรณีเฉพาะราย ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ตามระเบียบฯ ข้อ 206 กำหนดว่า “หน่วยงานของรัฐใดมีความจำเป็นจะกำหนดวิธีการเบิกจ่ายพัสดุเป็นอย่างอื่นให้อยู่ในดุลยพินิจของหัวหน้าหน่วยงานของรัฐนั้น โดยให้รายงานคณะกรรมการวินิจฉัยฯ และสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินทราบด้วย” ดังนั้น หากโรงพยาบาลมีความจำเป็นจะต้องกำหนดวิธีการเบิกจ่ายพัสดุเป็นอย่างอื่น จะต้องรายงานให้คณะกรรมการวินิจฉัยฯ และสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินทราบด้วย

3. กรณีการดำเนินการรูปแบบที่ 3 เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏ ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา รวมทั้งจัดยาหรือจ่ายยาให้กับผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ โดยโรงพยาบาลเป็นผู้จ่ายค่ายาให้ร้านยานั้น การ

จัดซื้อจัดจ้างโดยร้านยาผู้ใช้กรณีที่หน่วยงานของรัฐเป็นผู้จัดซื้อจัดจ้าง จึงไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งพระราชบัญญัติฯ อย่างไรก็ตาม การที่โรงพยาบาลจะจ่ายเงินให้ร้านยาได้หรือไม่อย่างไรนั้น โรงพยาบาลจะต้องพิจารณาถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้วย

โดยสรุป การดำเนินการทั้งสามรูปแบบสามารถดำเนินการได้ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย รูปแบบที่ 1 สามารถดำเนินการได้ภายใต้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 รูปแบบที่ 2 ได้รับการยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบข้อ 203 ของพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 แต่ต้องมีลงบัญชีเพื่อควบคุมพัสดุและมีการเก็บรักษาให้เป็นระเบียบเรียบร้อย รวมทั้งโรงพยาบาลต้องรายงานวิธีการเบิกจ่ายที่กำหนดขึ้นให้คณะกรรมการวินิจฉัยฯ และสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินทราบด้วย รูปแบบที่ 3 ไม่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560

การขึ้นทะเบียนร้านยาเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมาตรา 3 วรรค 2 สถานบริการ หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของสภาวิชาชีพ หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม และมาตรา 44 การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ มาตรา 45 หน้าที่ของหน่วยบริการ มาตรา 46 การรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข มาตรา 41 การรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการ และมาตรา 57,58,59,60 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ (31) โดยคณะกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการกำกับคุณภาพฯ ภายใต้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพฯ ได้เสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นทะเบียนร้านยาแผนปัจจุบัน ขย.1 เป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ ซึ่งมีลักษณะเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่จัดตั้งขึ้นตาม พรบ.ยา และให้บริการสาธารณสุขภายใต้ พรบ.วิชาชีพเภสัชกรรม ทั้งนี้ ประเด็นดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบของ 1) คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานฯ เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน และ 2,19 ตุลาคม 2561 2) คณะอนุกรรมการด้านกฎหมาย เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2561 โดยมีมติว่า ร้านยา ไม่ถือเป็นสถานบริการโดยอัตโนมัติ เพราะร้านยามีหลายประเภท เห็นควรเสนอคณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม ตามมาตรา 3 และ 3) มติคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2561 เห็นชอบในการหลักการ การกำหนดให้ร้านขายยาแผนปัจจุบัน(ขย.1) เป็น สถานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 3 แห่ง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2545 และเสนอให้ปรับหลักเกณฑ์/เงื่อนไขและกำหนดขอบเขตบริการให้ชัดเจน เพื่อให้จัดบริการและประเมินผลได้จริง รวมทั้งควรมีกลไกที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทำหน้าที่กำกับ/ติดตามการดำเนินงานของร้านยาดังกล่าว ต่อมาการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒ คณะกรรมการได้มีมติเห็นชอบการกำหนด “ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) เป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม” ตามมาตรา 3 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ และเห็นชอบตามข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ ทั้งการกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไขของการเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ [ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1)] และขอบเขตบริการ รวมทั้งกลไกอภิบาลใน

การกำกับดูแลการดำเนินงาน ดังนั้นร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจึงสามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ หากได้รับการพิจารณาเห็นชอบและเป็นไปตามกฎเกณฑ์และเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

นอกจากนี้การดำเนินการนโยบายร้านยาเกี่ยวข้องกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 ทั้งนี้ งบประมาณที่ได้จากการดำเนินโครงการนำร่องฯ ถือเป็นเงินรายรับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งถูกกำหนดให้เป็นเงินบำรุง สำหรับเงินบำรุงนั้นมีหลักเกณฑ์ในการเก็บรักษาเงิน เบิกเงิน จ่ายเงิน และการนำเงินฝากคลัง ดังนั้นการใช้ประโยชน์จากเงินที่ได้รับเพื่อจ่ายเป็นค่าบริการขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปร้านยาให้กับขนส่งเอกชน/ร้านยารายใหญ่ในพื้นที่ จึงเป็นการจ่ายเงินบำรุงในลักษณะค่าตอบแทนหรือเงินตอบแทนพิเศษแก่บุคคลที่ให้บริการหรือสนับสนุนบริการในด้านการรักษาพยาบาลหรือการสาธารณสุขซึ่งต้องมีวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดซื้อ จัดจ้างให้เป็นไปตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง (32)

3.1.5 งบประมาณและค่าใช้จ่าย

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อนุมัติในหลักการให้ใช้เงินกองทุน “รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม” ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวนไม่เกิน 399 ล้านบาท สำหรับดำเนินงานตามนโยบาย กรณีลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนากระบวนการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการนำร่องดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ไปจนถึง 2566 ยังไม่พบเอกสารที่ระบุชัดเจนว่า สปสช. จะนำงบประมาณสำหรับดำเนินโครงการมาจากส่วนใด ประเด็นนี้จึงเป็นหนึ่งในข้อกังวลของโรงพยาบาลว่าอาจมีการหักงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวมาเพื่อดำเนินโครงการนี้หรือไม่ หากเป็นเช่นนั้นจริง โรงพยาบาลไม่เห็นด้วยและไม่เข้าร่วมโครงการ

ด้านค่าใช้จ่ายของโครงการนำร่องฯ พบว่า ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 1 กันยายน 2563 มีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นรวม 36.5 ล้านบาท (ตารางที่ 9) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 9 ของงบประมาณที่ได้รับอนุมัติทั้งหมด

ตารางที่ 9 ค่าใช้จ่ายของโครงการนำร่องฯ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 1 กันยายน พ.ศ. 2563

รายการ	จำนวน	อัตราจ่าย	รวมค่าใช้จ่าย
	ณ 1 ก.ย. 63		
การจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลร่วมกับร้านยา สปสช. จ่ายให้โรงพยาบาล	ร้านยา 1,033 แห่ง	33,000 บาท/ร้านยา	34,089,000 บาท
การจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของร้านยา สปสช. จ่ายให้ร้านยา	ใบสั่งยา 34,359 ใบ	70 บาท/ใบสั่งยา	2,099,020 บาท

รวม			36,494,130 บาท
-----	--	--	----------------

หมายเหตุ: คำนวณค่าใช้จ่ายเฉพาะปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 หลังจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบและอัตราจ่ายชดเชยให้โรงพยาบาลและร้านยา

สปสช. กำหนดค่าบริการการจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของร้านยา โดยอ้างอิงจากอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 อย่างไรก็ตาม การอ้างอิงตามอัตราค่าบริการนี้ ยังมีประเด็นกังวลจากผู้ประกอบการร้านยาบางส่วนว่า อาจจะไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของร้านยา เนื่องจากค่าบริการดังกล่าวเป็นการกำหนดสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนต้นทุนบางส่วนจากภาครัฐอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามเนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นปีแรกของการดำเนินโครงการนำร่องฯ จึงยังไม่มีข้อมูลว่าต้นทุนที่แท้จริงควรเป็นเท่าไร สปสช. จึงขอใช้การจ่ายค่าบริการในอัตรานี้ไปก่อน และเสนอให้มีการศึกษาต้นทุนและอัตราค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมทั้งส่วนของร้านยาและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับอัตราค่าบริการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งรายงานเล่มนี้จะมีการกล่าวถึงผลการศึกษาดังกล่าวในบทที่ 5.3

สปสช. เหม่าจ่ายชดเชยค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา ให้โรงพยาบาลตามจำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ ในอัตรา 33,000 บาท ต่อร้านยา ต่อปี อย่างไรก็ตามผู้ดำเนินงานในโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาสะท้อนว่า เงินที่จ่ายชดเชยให้โรงพยาบาลส่วนนี้ไม่ชัดเจนว่าครอบคลุมค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง ทำให้ในระดับผู้ปฏิบัติไม่ทราบว่าจะนำเงินที่ได้รับมาบริหารจัดการอย่างไร ความไม่ชัดเจนดังกล่าวสะท้อนออกมาเมื่อผู้ปฏิบัติงานกล่าวถึงปัญหาอุปสรรคด้านการจัดระบบขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปร้านยา เนื่องจากในบางพื้นที่ ร้านยาต้องอาสาดำเนินการให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ในประเด็นนี้ผู้กำหนดนโยบายแสดงความเห็นว่าการไม่ระบุรายละเอียดปลีกย่อยเกี่ยวกับงบประมาณและกิจกรรมมีข้อดีเรื่องความยืดหยุ่นของงบประมาณที่ใช้เพราะเป็นงบประมาณแบบเหม่าจ่ายและเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลมีอำนาจในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับร้านยา ทั้งนี้ โรงพยาบาลสามารถนำงบประมาณในส่วนนี้มาเป็นค่าบริหารจัดการในโครงการได้ เช่น จัดประชุมคณะทำงาน ค่าขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปยังร้านยา ค่าใช้จ่ายในการประชาสัมพันธ์โครงการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการฯ เป็นต้น โรงพยาบาลมีเสียงสะท้อนด้านงบประมาณ ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลที่สามารถนำเงินไปบริหารจัดการได้และโรงพยาบาลที่พบอุปสรรคเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนของงบประมาณ ดังนี้

“...มีงบ สปสช. มา...สปสช. จะให้เงินเรา 33,000 ค่าบริหารจัดการต่อปี เพราะฉะนั้นจะได้เงินส่วนนี้มาโรงพยาบาล ตามจำนวนร้านเราอ่า..ในการจัดส่งยาเราก็เลยทำจ้างเหม่า จัดให้แก่ร้านยาอะคะ”
เภสัชกรโรงพยาบาล

“ใช้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช.มาใช้ให้เป็นค่าตอบแทนบุคลากรที่ไปส่งยาที่ร้านยา (50 บาท/การส่ง 1 ร้าน)” เภสัชกรโรงพยาบาล

“สปสช. สนับสนุนงบประมาณ 33,000 บาท ต่อ 1 ร้อยยา แต่ไม่ได้ระบุว่าต้องนำงบประมาณไปใช้ใน ส่วนไหนบ้าง ให้ โรงพยาบาล จัดสรรงบประมาณเอง เช่น ประชาสัมพันธ์ จัดประชุมคณะกรรมการ”
เภสัชกรโรงพยาบาล

“ทาง สปสช. ไม่ได้แจ้งว่าให้เอางบไปทำอะไร อาจเป็นค่าจัดประชุม/บริหารจัดการภายใน โรงพยาบาล” เภสัชกรโรงพยาบาล

3.1.6 การสื่อสารนโยบายจากส่วนกลางสู่ผู้ปฏิบัติ

นโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) เริ่มมีการสื่อสารนโยบายอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2562 ที่โรงแรมปรี๊นท์พาเลซ กทม. โดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มอบหมายให้นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข” (28) มีวัตถุประสงค์เพื่อมอบนโยบายและชี้แจงหลักการดำเนินโครงการ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 300 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข สปสช. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานเภสัชกรรมโรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดสถาบันอุดมศึกษาของรัฐที่เป็นส่วนราชการ รวม 35 แห่ง ร้านยาแผนปัจจุบัน 141 แห่ง สภาเภสัชกรรม สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และคณะเภสัชศาสตร์ทุกคณะ

ต่อมา เมื่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบกับข้อเสนอการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สภาเภสัชกรรม และสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) จึงจัดทำแนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน และสื่อสารกับโรงพยาบาลและร้านยาที่จะเข้าร่วมโครงการ ซึ่งเอกสารนี้ (7) จัดทำขึ้นเพื่อให้เภสัชกรโรงพยาบาล และเภสัชกรร้านยาทราบแนวปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการ โดยเอกสารมีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการบริหารจัดการระบบ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ระบบการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ของร้านยา กิจกรรมให้บริการของร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) อัตราจ่ายค่าบริการ ขั้นตอนการรับบริการและการขอรับการชดเชยค่าบริการ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าใช้จ่าย ระบบสารสนเทศเพื่อการเบิกจ่ายชดเชยและติดตามประเมินผล และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกรโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา เป็นต้น

วันที่ 18 กันยายน 2562 กระทรวงสาธารณสุข มีหนังสือสั่งการที่ สธ. 0207.052ว.598 ถึงอธิบดีกรมต่างๆ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง เพื่อถ่ายทอดนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ให้หน่วยงานทุกแห่งทราบ และสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว

วันที่ 19 กันยายน 2562 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สปสช. (สปสช.) และสภาเภสัชกรรม ร่วมกันจัดการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ตามนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (28) ให้กับตัวแทนโรงพยาบาลและร้านยารับทราบ โดยมี นพ.ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเปิดการประชุม หลังจากนั้น สปสช. นำเสนอและอภิปรายเกี่ยวกับแนวทางการลดความแออัดในโรงพยาบาลโดยร้านยาแผนปัจจุบัน หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้แก่หน่วยบริการและร้านยาแผนปัจจุบันซึ่งเข้าร่วมโครงการ ระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจ่ายค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้แก่ร้านยา สภาเภสัชกรรมนำเสนอบทบาทของภาคีเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมในการสนับสนุนโครงการฯ และประสบการณ์ดำเนินโครงการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์โดยโรงพยาบาลและร้านยา

นอกจากนี้ ในแต่ละพื้นที่ที่มีการจัดประชุมย่อยสำหรับร้านยาและโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมโครงการเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการสมัครเข้าร่วมโครงการของร้านยาและโรงพยาบาล การขึ้นทะเบียนร้านยาเป็นหน่วยบริการร่วม โดยผู้จัดการ สปสช. เขต

ในด้านการประชาสัมพันธ์ สปสช.และผู้เกี่ยวข้องได้เผยแพร่แนวทางการดำเนินงานของโครงการนำร่องฯ และระเบียบที่เกี่ยวข้องผ่านหน่วยงาน เช่น สปสช. สปสช. เขต กระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข เป็นต้น รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์โครงการและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาผ่านสื่อออนไลน์ เช่น เว็บไซต์สมาคมเภสัชกรรมชุมชน

http://pharcpa.com/index.php?page=news&cat_id=14

<https://www.facebook.com/Thaiypg/photos/a.617709881602157/2782136941826096> เว็บไซต์ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=12603> หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <https://www.facebook.com/kkpho.go.th/posts/2744540768889304/> เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบายของ สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุขประชาสัมพันธ์โครงการให้โรงพยาบาล ร้านยา และประชาชนทั่วไปได้รับทราบในรูปแบบสื่อบทสัมภาษณ์ออนไลน์ เว็บไซต์

<https://www.hfocus.org/content/2019/08/17538>.

https://www.matichon.co.th/lifestyle/health-beauty/news_1692317

ในกรณีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีประเด็นสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินงานให้ติดต่อสอบถามผ่านผู้รับผิดชอบที่กองบริหารการสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบที่สำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์ สปสช. (สปสช.)

3.1.7 แนวทางการดำเนินงาน

รูปแบบบริการ

กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ได้กำหนดรูปแบบการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาในโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา 3 รูปแบบ (ตารางที่ 10) ดังนี้

รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อยา ตรวจสอบ เบิกจ่าย และจัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล และส่งยาไปที่ร้านยา เพื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วย โดยสปสช.เป็นผู้จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ร้านยาและจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้โรงพยาบาล

รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ โดยสปสช.เป็นผู้จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ร้านยาและจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้โรงพยาบาล

รูปแบบที่ 3 ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาและสำรองยา รวมทั้งจัดยาหรือจ่ายยาให้กับผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ โดยโรงพยาบาลเป็นผู้จ่ายค่ายาให้ร้านยา และสปสช.เป็นผู้จ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้ร้านยาและจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้โรงพยาบาล

ตารางที่ 10 รูปแบบการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาในโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา

กิจกรรม	รูปแบบที่ 1 รพ.จัดยารายบุคคล ส่งให้ร้านยา	รูปแบบที่ 2 รพ.จัดสำรองยา ไว้ที่ร้านยา	รูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการ จัดการด้านยาเอง
1. การคัดเลือก และจัดซื้อ จัดหายาสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วย	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ร้านยา
2. การสำรองยาสำหรับผู้ป่วย (Sub stock)	โรงพยาบาล	ร้านยา	ร้านยา
3. การจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล	โรงพยาบาล	ร้านยา	ร้านยา
4. การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	ร้านยา	ร้านยา	ร้านยา

ตั้งแต่ ตุลาคม 2562- มกราคม 2564 โรงพยาบาลภายใต้โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ (104 โรงพยาบาล) ดำเนินการตามรูปแบบที่ 1 และเลือกให้บริการในรูปแบบที่ 2 จำนวน 20 โรงพยาบาล นอกจากนี้ มีโรงพยาบาลที่แจ้งความประสงค์ว่าจะดำเนินการด้วยรูปแบบที่ 3 จำนวน 17 โรงพยาบาล แต่การดำเนินการด้วยรูปแบบที่ 3 มีอุปสรรคและความท้าทายคือ ร้านยามีต้นทุนการจัดซื้อยาที่สูงกว่าโรงพยาบาลมาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับยาที่ร้านยามีไม่มากพอที่จะสามารถต่อรองซื้อยาจากผู้จำหน่ายยาได้ในราคาที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล ร้านยาจึงไม่ยินดีดำเนินการตามรูปแบบที่ 3 ดังนั้น สปสช. จึงมีกลไกจัดการปัญหาต้นทุนยาและซื้อการค้ายาที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา โดยการขอให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ดำเนินการจัดหาและซื้อยาให้กับร้านยาที่จะเข้าร่วมโครงการด้วยรูปแบบที่ 3 ซึ่งองค์การเภสัชกรรมและ สปสช.เริ่มมีการเจรจาในช่วงปลายปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 อย่างไรก็ตาม จนถึงมกราคม 2564 องค์การเภสัชกรรมยังไม่สามารถส่งยาให้กับร้านยาได้ อันเนื่องมาจาก อุปสรรคในการดำเนินการ คือ

1) ผู้ผลิตยาบางรายการไม่ตอบรับเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เนื่องจากกังวลเกี่ยวกับความลับด้านราคาขายยาของบริษัท และบางบริษัทมีจำนวนยาไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถส่งยาให้ตามรอบได้ โดยประเด็นนี้สามารถบริหารจัดการได้ แต่ต้องเผื่อระวังอย่างต่อเนื่องหากมีจำนวนบริษัทที่ไม่เข้าโครงการนำร่องฯ มากขึ้น องค์การเภสัชกรรมต้องประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อขอเปลี่ยนบริษัท

2) แนวทางการชำระค่ายาสำหรับโครงการนำร่องฯ เนื่องจากกฎหมายไม่อนุญาตให้ สปสช. จ่ายค่ายาเป็นจำนวนเต็มตามจำนวนยาที่องค์การเภสัชกรรมจะส่งไปที่ร้านยา แต่ให้จ่ายตามจำนวนยาที่ร้านยาส่งจ่ายให้ผู้ป่วยตามจริง ซึ่งการแบ่งจ่ายดังกล่าวทำให้องค์การเภสัชกรรมมีความลำบากในการบริหารจัดการและการลงทุน เนื่องจากองค์การเภสัชกรรมต้องซื้อยาจากบริษัทเป็นกล่อง การรอให้ร้านยาจ่ายยาไปก่อนแล้วเบิกเงินทีหลังจะทำให้องค์การเภสัชกรรมขาดดุลในการบริหารงบประมาณ ซึ่งประเด็นนี้เป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้ องค์การเภสัชกรรมชะลอการส่งยาไปยังร้านยาทั้งที่องค์การเภสัชกรรมมีการจัดหายาเรียบร้อยแล้ว

3) ข้อกำหนดด้านอายุของยาที่จะจัดส่งให้ร้านยา ตามปกติองค์การเภสัชกรรมจะไม่ซื้อยาที่มีวันหมดอายุน้อยกว่า 2 ปี แต่ในโครงการนำร่องฯ นี้มียาบางตัวที่หมดอายุก่อน 2 ปี ดังนั้นองค์การเภสัชกรรมจึงจัดทำระบบ VMI smart stock ที่มีการแจ้งเตือนเมื่อยาใกล้หมดอายุ ซึ่งองค์การเภสัชกรรม สปสช. โรงพยาบาลและร้านยาจะจัดทำแนวทางการบริหาร stock และลดความความเสี่ยง เช่น การนำยาใกล้หมดอายุให้โรงพยาบาลหรือร้านยาใกล้เคียงใช้ก่อน อย่างไรก็ตามการดำเนินการในรูปแบบที่ 3 ยังต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสมมากขึ้นในอนาคต โดยที่มวิจัยจากมหาวิทยาลัยศิลปากรได้ทำการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (15) ซึ่งมีรายงานเกี่ยวกับรูปแบบบริการและการจ่ายเงินให้ร้านยาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

สำหรับการเลือกรูปแบบการดำเนินงานในโครงการนำร่องฯ นี้ เอกสารแนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2562 ระบุว่า โรงพยาบาลและร้านยาสามารถทำความเข้าใจเลือกรูปแบบใดก็ได้ โดยในแต่ละปีโรงพยาบาลและร้านยาในเครือข่าย สามารถเลือกรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเท่านั้น ทั้งนี้ โรงพยาบาลสามารถเปลี่ยนแปลงรูปแบบได้ในปีงบประมาณถัดไป ข้อกำหนดที่ระบุในแนวทางฉบับนี้เป็นอุปสรรคสำหรับบางโรงพยาบาลที่ต้องการใช้มากกว่า 1 รูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของโรคที่จะส่งผู้ป่วยไปรับยาและร้านยาที่เข้าร่วม จึงมีข้อเสนอให้ สปสช. อนุญาตให้ใช้มากกว่า 1 รูปแบบ ซึ่งในการปฏิบัติจริง สปสช. ก็มีความยืดหยุ่นให้โรงพยาบาลสามารถเลือกรูปแบบที่คละกันได้ เช่น โรงพยาบาลใช้รูปแบบที่ 1 กับร้านยาบางแห่ง และใช้รูปแบบที่ 2 กับร้านยาขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมด้านสถานที่จัดเก็บยา มีวัสดุครุภัณฑ์สำหรับทำฉลากยารวมทั้งมีบุคลากรเพียงพอสำหรับจัดยาและตรวจสอบการจัดยา ในขณะที่เดียวกันร้านยาแต่ละร้าน ก็สามารถรับผู้ป่วยจากหลายโรงพยาบาลในพื้นที่ได้ และสามารถเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ กับโรงพยาบาลหนึ่งๆ โดยรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกัน

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานเกี่ยวข้อง

เอกสารแนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2562 (33) ระบุบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สภาเภสัชกรรม โรงพยาบาล และร้านยา อย่างชัดเจน (ตารางที่ 11) และจำแนกบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการโครงการนำร่องฯ ได้ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 11 บทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการโครงการนำร่องฯ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
กระทรวงสาธารณสุข	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายแนวทาง แนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลโดยรื้อยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 คัดเลือก และสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ สนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และร้านยาแผนปัจจุบันในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาโครงการนำร่องฯ สนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงกฎระเบียบซึ่งเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโครงการนำร่องฯ อาทิ พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 และ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 กำกับติดตามประเมินผลโครงการนำร่องฯ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	<ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลโดยรื้อยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 ออกประกาศสปสช. ซึ่งสนับสนุนการดำเนินงานโครงการนำร่องฯ สนับสนุนให้โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม และจัดทำระบบทะเบียน กำหนดอัตราจ่าย วิธีการจ่าย และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการจ่ายชดเชยค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยา และค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ ซึ่งเชื่อมโยงกับข้อมูลด้านการจ่ายยาของผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯ กำกับติดตามประเมินผลโครงการนำร่องฯ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต	<ol style="list-style-type: none"> พิจารณาความเหมาะสมของการกำหนดหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรมระหว่าง โรงพยาบาล และร้านยา เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการเข้ารับบริการ

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
	<ol style="list-style-type: none"> 2. รับสมัครเครือข่ายหน่วยบริการที่สนใจเป็นเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรม 3. พิจารณาคุณสมบัติของเครือข่ายหน่วยบริการที่สมัครเป็นเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรม 4. ตรวจสอบประเมินเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรม 5. ดำเนินการด้านนิติกรรมสัญญาและข้อมูลคู่สัญญาเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรม 6. ประชุมนิเทศเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรม 7. ประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯ 8. กำกับติดตามประเมินผลโครงการนำร่องฯ
<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานงานกับโรงพยาบาลและรพช. ในพื้นที่ และ สปสช.เขต เพื่อ <ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการเข้ารับบริการ 2) กำหนดรูปแบบ (model) การดำเนินงาน 3) กำหนดกลุ่มโรคที่จะดำเนินงาน 4) กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา รับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน และประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการที่ร้านยา 5) กำหนดแผนการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรมในพื้นที่ โดยดำเนินงานร่วมกับ สปสช. เขต โรงพยาบาล และรพช. ในพื้นที่ ซึ่งเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ 2. เป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานให้แก่รพช. ในพื้นที่ ซึ่งเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ร่วมกับ สปสช. เขต และ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) 3. ประชาสัมพันธ์โครงการ 4. กำกับติดตามคุณภาพการให้บริการของรพช. ในพื้นที่ ซึ่งเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ
<p>สภาเภสัชกรรม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดแนวทางและขั้นตอนการทำงานของเภสัชกรในการตรวจสอบใบสั่งยา การจ่ายยา และติดตามผลการใช้ยา ตลอดจนการสื่อสารระหว่างเภสัชกรร้านยาและเภสัชกรโรงพยาบาล 2. กำหนดข้อมูลของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลใบสั่งยา ข้อมูลประวัติการรักษาที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ซึ่ง

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
	<p>โรงพยาบาลต้องส่งให้ร้านยา เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบใบสั่งยาและติดตามการใช้ยา</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. วางเครือข่าย และประสานงานกับเครือข่าย ชมรม ด้านวิชาชีพเภสัชกรรม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดำเนินงานในโครงการนำร่องฯ 4. เพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยการใช้ยาของผู้ป่วยโดยการกำหนดแนวทางปฏิบัติ และประสานงานกับเครือข่าย 5. กำกับติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของร้านยา 6. พัฒนาระบบสนับสนุน เช่น หลักสูตรการฝึกอบรม และระบบการศึกษาต่อเนื่องของเภสัชกรในร้านยาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโครงการนำร่องฯ
<p>สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม และระบบการศึกษาต่อเนื่อง ของเภสัชกรในร้านยา เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโครงการนำร่องฯ 2. วางระบบเครือข่ายการประสานงานของเภสัชกรในร้านยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานโครงการนำร่องฯ 3. เป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานให้แก่ร้านยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 ซึ่งเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ร่วมกับ สปสช.เขต และ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4. กำกับติดตามประเมินผลโครงการนำร่องฯ ซึ่งดำเนินการโดยการเป็นคณะกรรมการ คณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและติดตามผลการดำเนินงานนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
<p>สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข</p>	<p>วิจัยและประเมินประสิทธิผลของโครงการนำร่องฯ ในประเด็นต่าง ๆ อาทิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความสามารถในการลดความแออัดของโรงพยาบาลโดยร้านยาแผนปัจจุบัน 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ให้บริการ 3) ความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย 4) ผลการศึกษาค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยา และค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ 5) แนวทางการจัดการด้านโครงสร้างราคาขายที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา 6) แนวทางการขยายผลการลดความแออัดของโรงพยาบาลโดย คลินิกกายภาพบำบัด หน่วยงานเทคนิคการแพทย์ และสถานพยาบาล
<p>โรงพยาบาล</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานงานกับร้านยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในพื้นที่ และสปสช.เขต เพื่อ <ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ระหว่าง โรงพยาบาล และร้านยา เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการเข้ารับบริการ

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
	<p>2) กำหนดรูปแบบ (model) การดำเนินงาน</p> <p>3) กำหนดกลุ่มโรคที่จะดำเนินการ</p> <p>4) กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน และประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการที่ร้านยา</p> <p>5) กำหนดแผนการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรมในพื้นที่ โดยดำเนินงานร่วมกับ สปสช.เขต โรงพยาบาล และร่ำยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 ซึ่งเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ</p> <p>2. เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ และดำเนินการตามแนวทางซึ่งเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรมกำหนดร่วมกัน</p> <p>3. ตรวจสอบ Prescribing error และแก้ไขปัญหาให้แล้วเสร็จก่อนส่งใบสั่งยาไปที่ ร่ำยาแผนปัจจุบัน ขย. 1</p> <p>4. ในกรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรมเลือกการให้บริการตามรูปแบบที่ 1 (Model1) กลุ่มงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลต้องจัดยารายบุคคล และจัดส่งให้แก่ ร่ำยา ทั้งนี้ควรมีการตรวจสอบ และแก้ไขปัญหา Medication error ให้แล้วเสร็จก่อนส่งยาให้แก่ ร่ำยาแผนปัจจุบัน ขย. 1</p> <p>5. ในกรณีที่เครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรมเลือกการให้บริการตามรูปแบบที่ 2 (Model 2) กลุ่มงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาล และร้านยาแผนปัจจุบันในเครือข่าย ต้องกำหนดรายการยาที่จะสำรองไว้ที่ร้านยาแผนปัจจุบันสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ควรมีการตรวจสอบ และแก้ไขปัญหา Medication error ให้แล้วเสร็จก่อนส่งยาให้แก่ ร่ำยาแผนปัจจุบัน ขย. 1</p> <p>6. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการโครงการระหว่างหน่วยบริการและร้านยา ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) แนวทางการบริหารจัดการยาระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา 2) แนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาฯ 3) แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่ร้านยา และการรับกลับจากร้านยา ตลอดจนแนวทางการปรึกษาปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน <p>7. จัดเตรียมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการเบิกค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ จากสปสช.</p> <p>8. กำกับติดตามประเมินผลโครงการนำร่องฯ</p>
ร้านยา	<p>1. ประสานงานกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในพื้นที่ และสปสช.เขต เพื่อ</p>

หน่วยงาน	บทบาทหน้าที่
	<ol style="list-style-type: none"> 1) กำหนดหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม ระหว่างโรงพยาบาล และร้านยา เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการเข้ารับบริการ 2) กำหนดรูปแบบ (model) การดำเนินงาน 3) กำหนดกลุ่มโรคที่จะดำเนินการ 4) กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน และประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้ารับบริการที่ร้านยา 5) กำหนดแผนการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรมในพื้นที่ โดยดำเนินงานร่วมกับ สปสช.เขต โรงพยาบาล และร้านยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 ซึ่งเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ 2. เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ และดำเนินการตามแนวทางซึ่งเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรมกำหนดร่วมกัน 3. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการโครงการนำร่องฯระหว่างหน่วยบริการและร้านยาประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1) แนวทางการบริหารจัดการระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา 2) แนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาฯ 3) แนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่ร้านยา และการรับกลับจากร้านยา ตลอดจนแนวทางการปรึกษาปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน 4. ให้บริการตามกิจกรรมให้บริการของร้านยาแผนปัจจุบัน ขย. 1 5. ลงบันทึกข้อมูลการให้บริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยา จากสปสช. 6. จัดเก็บข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการตรวจสอบย้อนหลัง ได้แก่ ใบสั่งยาจากโรงพยาบาล 7. กำกับติดตามประเมินผลโครงการนำร่องฯ

ที่มา แนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 ฯ ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2562

นอกจากนี้ทีมผู้ประเมินได้จัดทำสรุปบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการสำคัญของการดำเนินงาน ดังนี้

ตารางที่ 12 สรุปบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำแนกตามการดำเนินงานของโครงการนำร่องฯ

หน่วยงาน	กำหนดนโยบาย	สนับสนุน	ประชาสัมพันธ์	กำกับคุณภาพ
กระทรวง สาธารณสุข	1. กำหนดนโยบาย แนวทาง แนวทางการ บริหารจัดการ โครงการนำร่องฯ	1. คัดเลือก และ สนับสนุนให้ โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมโครงการนำร่อง ฯ 2. สนับสนุนให้ผู้มีส่วน ได้เสียในพื้นที่มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานและ พัฒนาโครงการนำร่องฯ 3. สนับสนุนให้เกิดการ ปรับปรุงกฎระเบียบให้ สามารถดำเนินการได้ อย่างราบรื่น	1. ประชาสัมพันธ์ โครงการนำร่องฯ แก่ โรงพยาบาลในสังกัด	1. กำกับติดตาม ประเมินผลโครงการ นำร่องฯ
สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	1. ออกประกาศ สพสช. ซึ่งสนับสนุน การดำเนินงาน โครงการฯ 2. กำหนดอัตราจ่าย วิธีการจ่าย และ พัฒนาระบบ สารสนเทศเพื่อ สนับสนุนการจ่าย ชดเชยค่าจัดบริการ ด้านยาและเวชภัณฑ์	1. สนับสนุน งบประมาณในการ ดำเนินการ 2. ขึ้นทะเบียนหน่วย บริการร่วมให้บริการ ด้านเภสัชกรรม และ จัดทำระบบทะเบียน	1. สนับสนุนให้ โรงพยาบาลนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขเข้า ร่วมโครงการฯ 2. ประชาสัมพันธ์ โครงการนำร่องฯ แก่ โรงพยาบาล ร้านยา ประชาชน	1. กำกับติดตาม ประเมินผลโครงการ นำร่องฯ
สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เขต	1. พิจารณาความ เหมาะสมของการ กำหนดหน่วยบริการ ร่วมให้บริการด้าน เภสัชกรรม (ร้านยา)	1. รับสมัครเครือข่าย บริการ 2. พิจารณาคุณสมบัติ ของเครือข่ายหน่วย บริการที่สมัครเป็น เครือข่ายหน่วยบริการ ด้านเภสัชกรรม 3. ดำเนินการด้านนิติ กรรมสัญญาและข้อมูล คู่สัญญาเครือข่ายหน่วย บริการด้านเภสัชกรรม 4. ปฐมนิเทศเครือข่าย หน่วยบริการด้านเภสัช กรรม	1. ประชาสัมพันธ์ โครงการนำร่องฯ แก่ โรงพยาบาล ร้านยา ประชาชน	1. ตรวจสอบประเมิน เครือข่ายหน่วยบริการ ด้านเภสัชกรรม 2. กำกับติดตาม ประเมินผลโครงการ นำร่องฯ

หน่วยงาน	กำหนดนโยบาย	สนับสนุน	ประชาสัมพันธ์	กำกับคุณภาพ
กลุ่มงาน คุ้มครอง ผู้บริโภค สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด	1. ประสานงานกับ โรงพยาบาลและร้าน ยาในพื้นที่ และ สปสช. เขต เพื่อ 1) กำหนดหน่วย บริการร่วมให้บริการ ด้านเภสัชกรรม 2) กำหนดรูปแบบ (model) การ ดำเนินงาน 3) กำหนดกลุ่มโรค ที่จะดำเนินงาน 4) กำหนดแนวทาง การดำเนินงาน และ เกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา และประมาณการ จำนวนผู้ป่วยที่จะเข้า รับบริการที่ร้านยา 5) กำหนดแผนการ พัฒนาเครือข่าย หน่วยบริการด้าน เภสัชกรรมในพื้นที่	1. เป็นพี่เลี้ยงการ ดำเนินงานให้แก่ร้านยา ที่เข้าร่วมโครงการนำ ร่องฯ ร่วมกับ สปสช. เขต และ สมาคมเภสัช กรรมชุมชน (ประเทศ ไทย)	1. ประชาสัมพันธ์ โครงการนำร่องฯ ให้ โรงพยาบาลและร้านยา	1. กำกับติดตาม คุณภาพการให้บริการ ของร้านยาที่เข้า โครงการนำร่องฯ
สภาเภสัชกรรม	1. กำหนดแนวทาง และขั้นตอนการ ทำงานของเภสัชกรใน การตรวจสอบใบสั่ง ยา การจ่ายยา และ ติดตามผลการใช้ยา ตลอดจนการสื่อสาร ระหว่างเภสัชกรร้าน ยา และเภสัชกร โรงพยาบาล	1. สนับสนุน และ ประสานงานกับ เครือข่าย ชมรมวิชาชีพ เภสัชกรรม 2. พัฒนา ระบบสนับสนุน เช่น หลักสูตรการฝึกอบรม และระบบการศึกษา ต่อเนื่องของเภสัชกรใน ร้านยา	1. ประชาสัมพันธ์ โครงการนำร่องฯ ให้ร้าน ยา	1. กำกับติดตาม ประเมินผลการ ปฏิบัติงานของร้านยา
สมาคมเภสัช กรรมชุมชน (ประเทศไทย)		1. พัฒนาหลักสูตรการ ฝึกอบรม และระบบ การศึกษาต่อเนื่อง ของ เภสัชกรในร้านยา	1. ประชาสัมพันธ์ โครงการนำร่องฯ ให้ร้าน ยา	1. กำกับติดตาม ประเมินผลโครงการ นำร่องฯ 2. กำหนดข้อมูล มาตรฐานของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลใบสั่งยา ข้อมูลประวัติการ รักษาที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงาน	กำหนดนโยบาย	สนับสนุน	ประชาสัมพันธ์	กำกับคุณภาพ
		<p>2. วางระบบเครือข่ายการประสานงานของเภสัชกรในร้านยา</p> <p>3. เป็นพี่เลี้ยงการดำเนินงานให้แก่ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ร่วมกับ สปสช. เขต และ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>		<p>ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ประวัติผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ซึ่งโรงพยาบาลต้องส่งให้ร้านยาเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบใบสั่งยาและติดตามการใช้ยา</p>
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข				<p>1. วิจัยและประเมินประสิทธิผลของโครงการฯ ในประเด็นต่าง ๆ อาทิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ความสามารถในการลดความแออัดของโรงพยาบาลโดยร้านยาแผนปัจจุบัน 2) ความพึงพอใจของผู้ป่วย และผู้ให้บริการ 3) ความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย 4) ผลการศึกษา ค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับร้านยา และค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ 5) แนวทางการจัดการด้านโครงสร้างราคายาที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา
โรงพยาบาล		1. เข้าร่วมโครงการฯ และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด	1. ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรู้จักโครงการรับยา	1. ตรวจสอบ Prescribing error และแก้ไขปัญหาให้

หน่วยงาน	กำหนดนโยบาย	สนับสนุน	ประชาสัมพันธ์	กำกับคุณภาพ
		2. จัดเตรียมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการเบิกค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ จาก สปสช.	ที่ร้านยาและเข้าร่วมโครงการ	แล้วเสร็จก่อนส่งใบสั่งยาไปที่ร้านยา 2. ติดตามการได้รับยาจากร้านยาของผู้ป่วย 4. กำกับติดตามประเมินผลโครงการฯ
ร้านยา		1. เข้าร่วมโครงการฯ และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด 2. ให้บริการตามกิจกรรมให้บริการของร้านยา 3. ลงบันทึกข้อมูลการให้บริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วย	1. ประชาสัมพันธ์โครงการแก่ผู้มาใช้บริการที่ร้านยา	1. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยรับยาที่ร้านยากลับไปโรงพยาบาล 2. จัดเก็บข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการตรวจสอบย้อนหลัง

ที่มา แนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ฯ ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2562

คุณสมบัติของร้านยา

สปสช. ส่วนกลางโดยสำนักบริหารงานทะเบียน สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ และ สำนักกฎหมาย ได้กำหนด คุณสมบัติของร้านยาแผนปัจจุบันที่จะเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ดังนี้ (33)

1. เป็นร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 (34) โดยสรุป ร้านยาต้องมีพื้นที่ขาย ให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้อย่างไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร มีพื้นที่จัดเก็บยาที่เป็นมาตรฐาน มีบริเวณสำหรับให้คำปรึกษาที่แยกสัดส่วนชัดเจนและมีป้ายแสดง สถานที่ที่มีความมั่นคงแข็งแรงและถูกสุขลักษณะ มีแสงสว่างเพียงพอ รวมทั้งมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บและการควบคุมคุณภาพยา นอกจากนี้ยังกล่าวถึงบุคลากรในร้านยา เช่น เภสัชกร พนักงานร้านยา

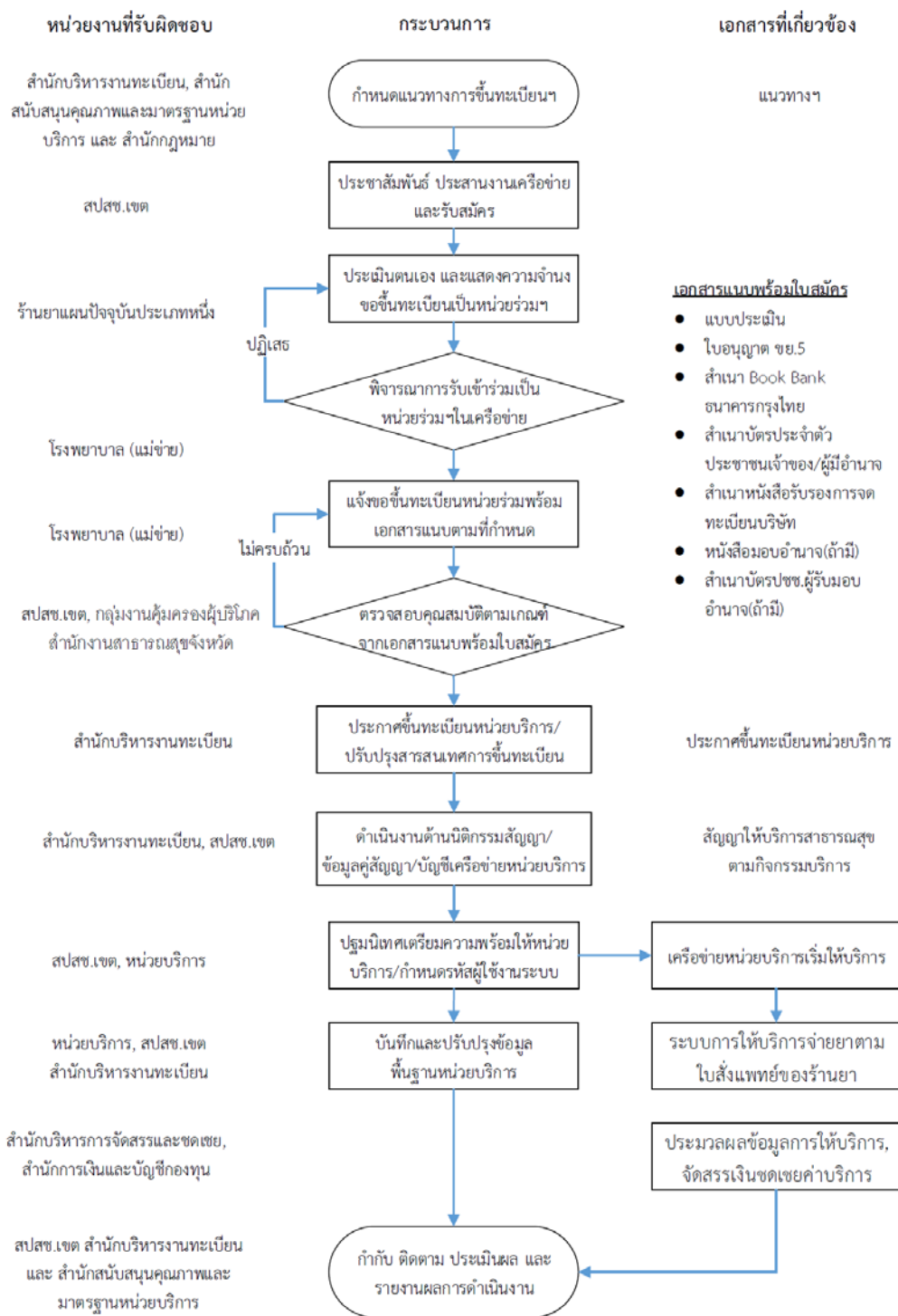
2. มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศ สปสช. เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 (35) โดยสรุป ร้านยาที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมต้องได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแล หรือมาตรฐานขององค์กรด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ และมีศักยภาพในการจัดบริการ โดยต้องมีผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามกฎหมายวิชาชีพ มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับการจัดบริการ มีระบบที่ทำให้

ผู้มีสิทธิได้รับความสะดวกในการใช้บริการ เช่น มีการแสดงวันเวลาที่ให้บริการ ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่เข้าถึงง่าย มีระบบติดต่อสื่อสารเพื่อขอรับคำปรึกษา มีระบบสารสนเทศที่จำเป็น และมีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน เป็นต้น

3. ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) เปิดให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวันและมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดบริการ
4. จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ร่วมกับหน่วยบริการ
5. มีเภสัชกรผู้ให้บริการซึ่งมีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ และให้บริการส่งมอบยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมตามใบสั่งแพทย์ (35) ซึ่งกำหนดมาตรฐานสำหรับการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยสรุป ให้มีการดำเนินงาน 1) ตรวจสอบความคลาดเคลื่อนและความเหมาะสมของใบสั่งยา และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาที่ส่งจ่าย 2) ตรวจสอบความถูกต้องของยาที่จะจ่าย และส่งมอบยาพร้อมคำแนะนำให้กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการ 3) ติดตามและประเมินปัญหา เพื่อวางแผนและประสานงานกับผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วย 4) ให้คำปรึกษาปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วยและประชาชนที่มาใช้บริการ 5) ประเมินยา ผสมยา ตามคำสั่ง (ใบสั่ง) ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ 6) ให้คำแนะนำ คำปรึกษา หรือข้อมูลด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ 7) จัดให้มีเวชภัณฑ์ที่ถูกต้องตามกฎหมายและมีคุณภาพตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาไว้บริการ 8) แสดงชื่อยา ความแรง ขนาดการใช้ ที่ชัดเจนทุกครั้งที่มีการจำหน่าย จ่ายหรือ ส่งมอบให้กับผู้มารับบริการ 9) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่จ่ายหรือส่งมอบให้กับผู้มารับบริการ 10) จัดทำรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามแบบฟอร์มที่กำหนด 11) ให้ข้อมูลด้านยาที่ถูกต้อง เป็นกลางและมีหลักฐานอ้างอิงที่ชัดเจน เชื่อถือได้ 12) จัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ในกรณีที่พบว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับอาจก่อให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา หรือเป็นยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการขึ้นทะเบียน

สปสช. เขตเป็นผู้ประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯ และคุณสมบัติของร้านยา รับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรม (โรงพยาบาลและร้านยา) ร้านยาที่สนใจเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เริ่มจากการประเมินตนเองตามคุณสมบัติที่กำหนด ในกรณีร้านยาที่จะจ่ายหรือส่งมอบยาด้านจิตเวช จะต้องขอใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก่อน จากนั้นร้านยาแสดงความจำนงขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หากโรงพยาบาลแม่ข่ายเห็นชอบจะแจ้งขอขึ้นทะเบียนร้านยานั้นเป็นหน่วยร่วมบริการ พร้อมแนบเอกสารตามที่กำหนดให้ สปสช. เขต โดย สปสช. เขต และกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ พิจารณาคุณสมบัติเครือข่ายโรงพยาบาลและร้านยา และตรวจประเมินเครือข่ายโรงพยาบาลและร้านยา ท้ายที่สุดสำนักบริหารงานทะเบียนของ สปสช. จะประกาศขึ้นทะเบียนร้านยา (ดังรูปที่ 2) จากการดำเนินการที่ผ่านมา ไม่พบว่ามีปัญหาอุปสรรคในขั้นตอนนี้



รูปที่ 2 กระบวนการดำเนินโครงการนำร่องฯ และหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ที่มา แนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 ฯ ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2562

ระบบข้อมูล

สปสช. พัฒนาระบบข้อมูลสำหรับโครงการนำร่องฯ โดยเฉพาะ ซึ่งแบ่งการพัฒนาออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ใช้เวลาพัฒนา 2 สัปดาห์ และเริ่มใช้ระบบข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 เน้นการพัฒนาโปรแกรมออนไลน์ (web application) “ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์” รองรับการใช้งานผ่านคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์เคลื่อนที่ เพื่อให้ร้านยาสามารถบันทึกข้อมูลการมารับยาของผู้ป่วยเพื่อให้โรงพยาบาลตรวจสอบสถานะการรับยาของผู้ป่วยในโครงการนำร่องฯ ได้ ข้อมูลที่ร้านยาต้องบันทึกประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลผู้ป่วย เช่น วันที่รับยา เลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยหรือผู้รับยาแทน เป็นต้น
- 2) บันทึกข้อมูลใบสั่งยา วันที่ โรงพยาบาลที่สั่งยา และแนบไฟล์ภาพของใบสั่งยา
- 3) ข้อมูลรายการยาตามใบสั่งแพทย์ เช่น รายการยา (ป้อนบางส่วนของชื่อยา โปรแกรมจะแสดงรายการยาที่สอดคล้อง) จำนวนที่จ่าย
- 4) ข้อมูลกลุ่มโรค
- 5) ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งบันทึกเป็นข้อความบรรยาย

ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สามารถแสดงรายงานผ่านเว็บไซต์ของ สปสช. ได้ โดยโปรแกรมจะแสดงข้อมูลภาพรวมการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และภาพย่อรายโรงพยาบาลและร้านยา และสามารถส่งออกข้อมูลในรูปแบบ excel เมื่อต้องการข้อมูลการจ่ายยารายวัน ข้อจำกัดของระบบข้อมูลในระยะที่ 1 คือ เป็นระบบที่พัฒนาแยกออกมาเพื่อโครงการนำร่องฯ นี้โดยเฉพาะ แต่ไม่ได้เชื่อมต่อกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ทำให้ทั้งโรงพยาบาลและร้านยาไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านระบบได้ซึ่งจะทำให้การดูแลผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาหากเภสัชกรร้านยามีข้อสงสัยในประเด็นที่เกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วยจะต้องติดต่อผ่าน line เท่านั้นระบบข้อมูลในระยะที่ 1 ให้ร้านยาเป็นผู้บันทึกข้อมูลเป็นหลัก ข้อมูลจึงไม่ real-time และเพิ่มภาระงานให้ร้านยา โดยเฉพาะข้อมูลชื่อยา ยี่ห้อยา ที่ต้องใช้เวลานานในการบันทึก โรงพยาบาลในบางพื้นที่แก้ปัญหาโดยการแจกรหัสยามาตรฐานของไทย (Thai Medicines Terminology: TMT) ให้ร้านยาเพื่อช่วยให้บันทึกข้อมูลได้สะดวกขึ้น

ผู้ให้บริการทั้งจากโรงพยาบาลและร้านยาให้ความเห็นเกี่ยวกับระบบข้อมูล ดังนี้

“... คิดว่าในเรื่องของระบบข้อมูลอาจจะมีการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน หากมีระบบข้อมูลที่ทำงานเป็นทีเดียวและสามารถดึงกันได้ก็จะลดเรื่องของระยะเวลา เพิ่มความสะดวกสบาย และลดความคลาดเคลื่อนได้ด้วย ถ้าเป็นไปได้ก็ต้องมีการพัฒนาทางด้านนี้ ...” เภสัชกรโรงพยาบาล

“ข้อมูลที่เราได้ก็ยังไม่พอกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยค่ะ อยากได้โปรแกรมที่เราสามารถกลับไปให้มันเสถียร สามารถดูค่า lab ที่จำเป็นได้ รายการยาเก่าได้” เภสัชกรร้านยา

“ไม่สามารถส่งผลทางห้องปฏิบัติการ/ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์ ได้ เนื่องจากข้อมูลอยู่ในระบบ HosXp ตามระเบียบของแนวทางการรักษาความลับของผู้ป่วย เภสัชกรร้านยาซึ่งไม่ใช่บุคลากรโรงพยาบาลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในระบบนี้ได้ แต่หากเภสัชกรร้านยามีข้อสงสัยในประเด็นต่าง ๆ ในเรื่องประวัติของผู้ป่วยจะต้องติดต่อผ่าน line” เภสัชกรโรงพยาบาล

เนื่องจากข้อจำกัดของระบบข้อมูลตั้งที่กล่าวข้างต้น ในระยะแรก โรงพยาบาลจึงออกแบบระบบข้อมูลขึ้นเอง เพื่อใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา สนับสนุนการกำกับติดตาม และดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ร้านยาบางแห่งจัดทำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยนำรูปแบบการดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Medication Therapy Management (MTM) มาปรับใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ติดตามการใช้ยา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือเกิดปัญหาจากการใช้ยา รวมถึงจัดเตรียมเอกสารสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับยาที่โรงพยาบาล ตามเกณฑ์การส่งตัวที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

“โรงพยาบาลได้จัดทำโปรแกรมสำหรับบันทึกข้อมูลนี้และติดตั้งให้กับร้านยา เมื่อเภสัชกรร้านยาให้บริการเสร็จก็จะต้องบันทึกข้อมูลการบริการลงในโปรแกรมนี้ ซึ่งฐานข้อมูลจะเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลด้วย” เภสัชกรร้านยา

“... ตัวแบบฟอร์ม MTM (Medication Therapy Management) เหมือนกับเป็นแบบฟอร์มการคัดกรองครบ ประวัติการใช้ยาผู้ป่วย คัดกรองโรคผู้ป่วยครบเบื้องต้น คล้ายๆกับการสร้าง patient profile ไว้ใช้สำหรับที่หน้าร้านเองครับ ว่าคนไข้คนนี้เขาเป็นอะไรไหม มีโรคประจำตัวอะไรไหม แพ้อะไรหรือเปล่า มีการใช้อาหารเสริมหรือสมุนไพรอะไรไหม ยาที่เขาใช้คืออะไร ... เหมือนเป็นการเอา MTM ไป adapt แล้วก็เพิ่มข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการ monitor ปัญหา DRP (drug-related problem - ผู้ประเมิน) จากผู้ป่วย ...” เภสัชกรร้านยา

การพัฒนาาระบบข้อมูลระยะที่ 2 เกิดขึ้นหลังจากมีข้อสรุปโครงสร้างข้อมูลมาตรฐานกลาง ใช้เวลาพัฒนานกว่า 1 ปี ตั้งอยู่บนหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ 1. ไม่เพิ่มภาระการบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ 2. เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลแบบ real time และ 3. ข้อมูลผู้ป่วยได้รับความคุ้มครองให้ปลอดภัย ไม่รั่วไหลออกสู่สาธารณะ ที่ผ่านมามีการประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลที่ดำเนินโครงการนำร่องฯ กระทรวงสาธารณสุข สภาเภสัชกรรม สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และ สปสช. เพื่อกำหนดชุดข้อมูลมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลใบสั่งยาจากโรงพยาบาล ข้อมูลการซักประวัติตรวจร่างกายจากโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (รวมจิตเวช) ข้อมูลความเจ็บป่วย (ICD 10) ข้อมูลการจ่ายยาจากร้านยา ข้อมูลการซักประวัติตรวจร่างกายจากร้านยา และข้อมูลปัญหาการใช้ยา (Drug Related Problem) ในปลายปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สปสช.ทดลองใช้ระบบข้อมูลที่พัฒนาขึ้นใน ระยะที่ 2 ในโรงพยาบาลนำร่องบางแห่ง การทดลองพบว่า ร้านยาบันทึกข้อมูลสะดวกมากขึ้น เนื่องจากระบบจะส่งใบสั่งยามาจากโรงพยาบาล ร้านยาจึงไม่ต้องกรอกข้อมูลยาที่จ่าย แต่ป้อนข้อมูลว่าจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้ว

เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 คือ ในระยะเปลี่ยนผ่านไปใช้ระบบข้อมูลใหม่ การรายงานผลจากระบบข้อมูลทั้ง 2 ระบบยังมีส่วนที่ซ้ำซ้อนกันอยู่ ทำให้ผู้รับผิดชอบต้องใช้เวลาในการจัดการข้อมูล

การเบิกจ่ายค่าชดเชย

ในโครงการนำร่องฯ นี้ การเบิกจ่ายค่าชดเชยแบ่งเป็น 2 ระบบ สำหรับร้านยา และสำหรับโรงพยาบาล ดังนี้

1) สำหรับร้านยา ภายหลังจากให้บริการจ่ายยาให้ผู้ป่วย ร้านยาบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สปสช. ตัดรอบข้อมูล คือการสรุปยอดจำนวนใบสั่งยาที่ร้านยาจ่ายให้ผู้ป่วย ทุก 15 วัน และร้านยาจะได้รับการโอนเงิน ภายใน 15 วันหลังตัดข้อมูล ทั้งนี้ ร้านยาจะได้รับการชดเชยค่าบริการ 70 บาท ต่อใบสั่งยา หากร้านยาพบว่าการจ่ายไม่เป็นไปตามผลการดำเนินงานหรือมีข้อผิดพลาด สามารถอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันหลังได้รับรายงานการจ่ายเงิน

2) สำหรับโรงพยาบาล ภายหลังจากลงทะเบียนร่วมเป็นหน่วยบริการในโครงการนำร่องฯ และจัดส่งเอกสารประกอบการรับค่าใช้จ่ายครบถ้วน โรงพยาบาลจะได้รับการชดเชยสำหรับการจัดบริการรับยาที่ร้านยาแบบเหมาจ่ายอัตรา 33,000 บาทต่อร้านยาที่อยู่ในเครือข่าย (จ่ายรอบเดียวทั้งหมด) ทั้งนี้โรงพยาบาลต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนร้านยาเป็นเครือข่ายหน่วยบริการด้านเภสัชกรรมให้แล้วเสร็จภายใน 31 มีนาคม 2563 ซึ่งหลังจากนี้จะไม่อนุญาตให้ร้านยาสมัครเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เพิ่มเติม

การกำกับติดตามและประเมินผล

ในส่วนของการกำกับติดตามและประเมินผล สปสช. ได้มอบหมายให้ สวรรส. เป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและติดตามผลการดำเนินนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยมี นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานกรรมการ และ สวรรส. เป็นฝ่ายเลขานุการ กรรมการประกอบด้วย สปสช. สำนักบริหารการสาธารณสุข กรมการแพทย์ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน ผู้แทนชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้แทนร้านยา สภาเภสัชกรรมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ โรงเรียนแพทย์ เครือข่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และตัวแทนภาคประชาสังคมผู้ประเมินผลโครงการนำร่องฯ ได้แก่ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ร่วมกับอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ ที่ผ่านมามีการจัดประชุมคณะกรรมการฯ อย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งการลงพื้นที่เพื่อศึกษาดูงานในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลรามาริบัติ องค์การเภสัชกรรม และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ สปสช. เขต โรงพยาบาลและร้านยาในพื้นที่ที่มีการประชุมเพื่อกำกับติดตามเสมอ โดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของโครงการนำร่องฯ ฝ่ายบริหาร โรงพยาบาล ได้จัดประชุมกำกับติดตามผลประมาณเดือนละ 1 ครั้ง แต่ยังมีข้อจำกัด คือ โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีการกำกับติดตามในประเด็นที่แตกต่างกัน และยังไม่พบเอกสารแนะนำตัวอย่างตัวชี้วัดที่ควรมีหากมีการดำเนินการ

บทที่ 4

ผลการศึกษา: ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินงาน

4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ

ปัจจัยที่มีผลทำให้โรงพยาบาล ร้านยา และผู้ป่วย ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ สามารถสรุปได้ดังนี้

โรงพยาบาล

การศึกษานี้ พบว่า โรงพยาบาลที่พบปัญหาความแออัดได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น 1) จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นรอบโรงพยาบาล หรือส่งผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้วกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ใกล้บ้าน 2) พัฒนาระบบคิวตรวจ/คิวอัตโนมัติ/นัดคิวล่วงหน้า 3) จัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วย 4) นัดเหลือมเวลาในห้องตรวจเพื่อลดความแออัดและจำนวนผู้ป่วยหน้าห้องตรวจ 5) เปิดบริการคลินิกนอกเวลา 6) กระจายห้องยาไปในแต่ละชั้นของ OPD 7) ใช้ระบบเติมยา (Refill) สำหรับผู้ป่วยนอก โดยแพทย์สั่งยาให้ล่วงหน้าและให้ผู้ป่วยที่อาการคงที่มารับยาที่โรงพยาบาลตามวันนัดโดยไม่ต้องพบแพทย์ นอกจากนี้ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บางโรงพยาบาลมีมาตรการเพิ่มเติม คือ ระบบ Drive Thru ได้แก่ การมารับยาโดยไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ให้เภสัชกรนำยามาให้ตรงจุดนัดพบ หรือการส่งยาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลถือเป็นหนึ่งมาตรการที่สอดคล้องกับนโยบายการแก้ไขปัญหาความแออัดของโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ เห็นประโยชน์และยินดีเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ดังที่ผู้บริหารโรงพยาบาลได้ให้เหตุผลของการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ดังนี้

“...โรงพยาบาลเองมีความคิดที่จะทำมาตั้งแต่ก่อนที่โครงการนี้จะเริ่มแล้ว ตั้งแต่ มกราคมปีพุทธศักราช 2562 เพราะเริ่มมีความแออัดที่โรงพยาบาล.. ส่วนหนึ่งที่พบเลยคือ คนไข้มีอาการคงที่ก็จริงแต่ต้องมีการมารับยาซ้ำๆ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 30% เลยคิดว่าถ้าสามารถลดจำนวนครั้งให้มันน้อยลงได้..เลยได้มีการคุยกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชนว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ จนได้รูปแบบออกมาในระดับหนึ่ง แต่ว่าการไปรับยาก็ต้องมีค่าใช้จ่ายให้กับทางร้านยาที่บริการให้กับโรงพยาบาล..จึงไปพูดคุยกับ สปสช. ว่ามีทางที่จะเป็นไปได้ไหมที่จะทำให้เกิดโครงการนี้ขึ้น จนมาถึงเดือนมิถุนายน 2562 โครงการนี้เลยได้ถูกพูดคุยในระดับประเทศในที่สุด เลยกลายเป็นนโยบายออกมา ทางโรงพยาบาลเลยได้เข้าร่วมตั้งแต่ตอนแรก ๆ เลย ...”ผู้บริหาร โรงพยาบาล

นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมองว่าการดำเนินโครงการนี้ ไม่ได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาผู้ป่วย หากแต่ปรับเปลี่ยนวิธีการรับยาเท่านั้น อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มเวลาให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร้านยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้ประโยชน์

“...ส่วนใหญ่ก็ทำกันไป เอาจริงๆ ถ้าพูดถึงมุมมองของหมอเรา เราก็ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงการรักษามากเท่าไรหรอก เราก็ต้องมีการตรวจคนไข้และสั่งยาอยู่ดีแค่เปลี่ยนกระบวนการรับยาเฉย ๆ เราก็ยังต้องนัดคนไข้มาเจอคือ มันก็ไม่ใช่ว่าปล่อยให้เขาออกไปเลย แต่ว่าครึ่งหน้าเขาก็ยังต้องมาตรวจกับเรา แค่มมีการเปลี่ยนวิธีการรับยาเฉย ๆ เพราะฉะนั้นในส่วนของเราผมคิดว่ามันกระทบน้อย ก็เลยไม่ค่อยมีปัญหาเท่าไร...” แพทย์

เหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ได้แก่ เป็นนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล และโรงพยาบาลมองว่าเป็นโอกาสในการเพิ่มคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย และเป็นช่องทางหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนระบบยาของประเทศให้มีระบบสั่งยาและจ่ายยาที่แยกกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบและลดความผิดพลาดในระบบ นอกจากนี้ วัตถุประสงค์ของโครงการนำร่องฯ ยังตรงกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาลที่จะลดความแออัดในโรงพยาบาล

บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นโครงการที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมีเวลาพูดคุยปรึกษากับเภสัชกรมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยให้ใช้ยาได้ตรงตามแพทย์สั่งมากขึ้น นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ยังมองว่า การรับยาจากร้านยาเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการรอรับยานาน รวมทั้งยังเป็นการสร้างเครือข่ายโดยการดึงร้านยาในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เภสัชกรร้านยาสามารถช่วยตรวจสอบความคาดเคลื่อนทางยา (Medication error) และได้รู้จักใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบโครงการนำร่องฯ ในโรงพยาบาลมีความคาดหวังให้มีผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ จำนวนมาก เพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถใช้ยาได้ถูกต้องปลอดภัย และเภสัชกรในร้านยาน่าจะมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า ทำให้สามารถพบปัญหาการใช้ยาได้มากขึ้น

ในทางตรงกันข้าม บุคลากรทางการแพทย์บางท่านไม่เห็นด้วยว่าโครงการนำร่องฯ นี้จะสามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้ เนื่องจากปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลของตนเองไม่ได้มีสาเหตุหลักที่การรอรับยานาน แต่เกิดจากการรอพบแพทย์หรือรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การกระจายผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาจึงไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ตรงสาเหตุ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบางแห่งมีความกังวลว่าการให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาจะเป็นการเพิ่มภาระการเดินทางให้แก่ผู้ป่วยและอาจมีผลกระทบต่อแนวทางดำเนินงาน One Stop Service ที่มีการดำเนินการมาจนประสบผลสำเร็จแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยยังมีข้อกังวลเรื่องภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นในการบริหารจัดการ รวมถึงข้อกังวลเกี่ยวกับงบประมาณที่จะใช้ในการดำเนินโครงการนำร่องฯ ในอนาคต เนื่องจากไม่แน่ใจว่าจะถูกกันเงินจากงบประมาณสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลได้รับจาก สปสช. แบบเหมาจ่ายรายหัวหรือไม่ อนึ่ง ในความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ โครงการนี้เหมาะกับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชน เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนใหญ่มีอาการไม่ซับซ้อน สามารถส่งออกไปรับยาที่ร้านยาได้โดยไม่เป็นกังวลมาก บุคลากรทางการแพทย์บางท่านมีข้อกังวลด้านคุณภาพการให้บริการของร้านยาที่อาจไม่เทียบเท่าบริการของโรงพยาบาล โดยแสดงความคิดเห็น ดังนี้

“...คนที่คัดค้านก็จะมีแพทย์ specialist (แพทย์เฉพาะทาง)...แพทย์จะรู้สึกว่ายากลัซที่โรงพยาบาลเนี่ยมีความเข้มแข็งด้านวิชาการมากกว่า เพราะฉะนั้นแล้วก็กลัซ หน้าทีกลัซในโรงพยาบาลเนี่ยเหมือนเราช่วยคัดกรอง ช่วย screen ไปสั่งยา ดูปฏิกิริยาของยา ดูแพ้ยา...ข้อมูลคนไข้ก็อยู่ในระบบของโรงพยาบาล คล้ายๆ กับว่ามัน support กัน เวลาเกลซเจอปัญหาเราก็จะเขียนใบถามแพทย์...เกิดความมั่นใจว่าเรามีทีมที่ช่วยดูแล แล้วทีนี้เรื่อยๆ ส่งคนไข้ไปร้านยา ก็อาจจะนึกภาพไม่ออกอะ และเขาอาจจะคิดว่าถ้าเกิดปัญหาอะไรขึ้นมาแล้ว ใครจะมาประสานเขา...เพราะฉะนั้นเขาก็เลยลังเลใจที่จะอาจไม่ส่งคนไข้ไปหรือว่าไม่ได้สนับสนุนมากทำนองนั้นค่ะ ส่วนเกลซเองก็กังวลใจว่าเอ๊ะมาเพิ่มงาน (เพิ่มงานในด้านการประสานงานกับร้านยา การบริหารจัดการ และการบันทึกข้อมูลเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา- ผู้ประเมินผล) ให้หรือเปล่า...” เกลซกรรโรงพยาบาล

ร้านยา

สำหรับร้านยา การเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการนำร่องฯ นี้ ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทสำคัญของวิชาชีพเภสัชกรในการให้บริการผู้ป่วย การเข้าถึงผู้ป่วย และเป็นส่วนหนึ่งในระบบสาธารณสุขไทย ดังที่เภสัชกรร้านยาได้ให้ความเห็น ดังนี้

“...ก็มันเป็นโครงการนี้ก็ถือว่าเป็นโครงการที่ดีในแง่ของการที่เราจะได้ใช้วิชาชีพพร้อมกันกับทุก ๆ องค์กรเท่าที่เราทำได้ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล แล้วเราก็ได้ปฏิบัติงานโดยตรงกับคนไข้ที่หน้าร้านอยู่แล้วอันนี้ก็แค่เพิ่ม Connection เพิ่มขึ้นที่เราจะได้ขยายหน้าที่หรือบทบาทของเภสัชกรชุมชนของเราที่เข้าถึงคนไข้มากขึ้น...” เกลซกรรร้านยา

“...ส่วนหนึ่งเพราะว่าทางบริษัทเอง ทางร้านยาเองก็จะได้แสดงเหมือนแสดงบทบาทวิชาชีพด้วยนะ ในบทบาทวิชาชีพเภสัชกร เราได้มีอะไรมากกว่าการขายยาด้วย ที่เราเป็นธุรกิจของการขายยานะครับ คือเราก็อยากจะมี การส่งเสริมในบทบาทวิชาชีพในการดูแลคนไข้ ซึ่งตรงนี้โครงการนี้มันแมทช์กับความ ต้องการของเรา พอดีเราก็เลยลองเข้าไปร่วมดู...” เกลซกรรร้านยา

นอกจากนี้เภสัชกรร้านยายังมองว่าเป็นการเพิ่มเครือข่ายการทำงานกับโรงพยาบาลมากขึ้น

“...โดยปกติเราก็ทำตามมาตรฐานวิชาชีพเราอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าก็คาดหวังว่าเราจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลคนไข้ในส่วนต่างๆมากขึ้น นอกจากแค่ว่าซื้อยาไปมาหน้าร้าน แต่เนี่ยเราก็ได้คอนแทคจากโรงพยาบาล มีส่วนร่วม อย่างน้อยๆก็ทำให้องค์กรยังมี Connection กัน ได้ดูแลร่วมกันไม่ใช่แค่ยื่นขายยาในร้านเป็นแคร์ร้านยาเฉยๆ...” เกลซกรรร้านยา

สิ่งสำคัญที่เภสัชกรร้านยาคาดหวังจากโครงการนำร่องฯ คือ ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์จากการรับบริการที่ร้านยา มีความสะดวก มีเวลาในการพูดคุยกับเภสัชกร ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

“...การคาดหวังเราก็ค่อนข้างคาดหวังที่จะให้โครงการประสบความสำเร็จ เพราะ...มันก็ดีกับหลายๆทุกส่วนนะ ทั้งรัฐบาลเองที่ช่วยดูแลคนไข้อย่างทั่วถึง แล้วก็โรงพยาบาล ร้านยาที่จะทำให้เหมือนเราช่วยกันดูแลคนไข้อย่างเป็นองค์รวมครับคือ ช่วยให้คนไข้ไม่ต้องไปโรงพยาบาลบ่อย คือคนไข้ก็สะดวกได้รับบริการใกล้บ้าน รับคำปรึกษาได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างถูกต้อง แล้วก็อาจจะละเอียดมากกว่าที่โรงพยาบาล...” เภสัชกรร้านยา

“...เพิ่มพื้นที่ร้านยาให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่บ้านอยู่ไกลไม่สะดวกไปโรงพยาบาลสามารถรับยาได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา...” เภสัชกรร้านยา

“...ความคาดหวังของผมคือ ความสัมพันธ์ระหว่างร้านยากับคนไข้ เพราะว่าบางที่โรงพยาบาลความแออัดเขาเยอะ ประกอบกับเวลาที่คนไข้เขามีปัญหาอะไรเขาไม่สามารถที่จะคุยกับหมอหรือเภสัชได้ตรงๆ คือบางที่การที่เขาแบบมาร้านยาแล้วมีเวลาคูระหว่างเภสัชหน้าร้านกับคนไข้ที่เพิ่มมากขึ้น บางที่เวลาเขามีปัญหาต่างๆ หรือมีข้อสงสัยต่างๆ เขาก็สามารถทักหาเราได้ตลอดเวลา...” เภสัชกรร้านยา

หากมองด้านธุรกิจของร้านยา การเข้าร่วมโครงการนี้เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการเพิ่มฐานลูกค้า ซึ่งอาจเพิ่มยอดขายให้ร้านยาได้โดยการแนะนำผลิตภัณฑ์อื่นๆ ให้ผู้ป่วยที่มารับยาที่ร้านยา ตลอดจนเป็นการประชาสัมพันธ์ร้านยา และสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและชุมชนที่มีต่อร้านยาด้วยเช่นกัน

“...ก็ถ้าในมุมมองของวิชาชีพอย่างที่เราไป อีกลมุมมองหนึ่ง ก็คือถ้าลูกค้ามาเลือกรับยาที่ร้านเราก็มีโอกาสที่จะได้แนะนำผลิตภัณฑ์อย่างอื่นที่ร้านด้วย ก็คือเพิ่มการเข้าร้านของประชาชนด้วยหรือว่าการที่ลูกค้ารู้จักร้านเราแล้วก็มียามาเหมือนกับร้านยาชุมชนผมว่าก็เลยน่าจะประมาณนี้ ทางธุรกิจด้วยและทางวิชาชีพปนกัน...” เภสัชกรร้านยา

“...อย่างแรกคือดีต่อร้านเรา ทำให้เป็นที่ไว้วางใจของชุมชน เปิดบทบาทของเภสัชให้สังคมรู้ว่าเรามีบทบาทตรงนี้ เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและเป็นประโยชน์ต่อทั้งเราเองและทางคนไข้ด้วย...” เภสัชกรร้านยา

“...อยากแสดงบทบาทของเภสัชกรชุมชน เพื่อสุขภาพของประชาชนทั่วไปให้เด่นชัดมากขึ้นครับ แล้วก็ร้านของเรามีเภสัชกรประจำสาขาจำนวนมาก มากกว่า 200 สาขาครับ ดังนั้นเภสัชกรร้านยาของเราจึงอยากเข้าไปมีส่วนร่วมช่วยเหลือระบบสาธารณสุขของไทยให้พัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้น แล้วก็ช่วยให้ประชาชนได้ตระหนักถึงกระบวนการในการที่จะมารับยาหน้าร้านนะครับ...” เภสัชกรร้านยา

ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา คือมีความคาดหวังว่าโครงการนำร่องนี้จะช่วยให้ลดระยะเวลาการรอคอยในโรงพยาบาล เพิ่มความสะดวกในการเดินทางและกำหนดช่วงเวลาในการไปรับยาได้ รวมถึงทุกกระบวนการมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น ดังที่ผู้ป่วยแสดงความเห็น ดังนี้

“...สะดวกสบายมากกว่า ประหยัดเวลาและมันสบายใจมากกว่า เพราะว่าที่นี่มันก็ต้องรอนาน แล้วก็คนคับคั่งเยอะ ต้องใช้เวลาคนเยอะเราก็ต้องรอคิว...” ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

“สะดวกในด้านการเดินทางเพราะไม่ต้องเสียเวลาเยอะ ถึงว่าไปรับยาเนี่ยเราก็ต้องออกแต่เช้าใช้ไหมคะ แล้วเราก็ต้องไปรอหมอ กว่าจะรับยาได้ก็เที่ยง บางทีก็หลังเที่ยงอย่างนี้ บางครั้งก็ก่อนเที่ยงมันไม่แน่นอนค่ะ...” ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

“...ความคาดหวัง: ดีตรงที่ว่าเราไปตอนไหนก็ได้ คือพอทางโรงพยาบาลส่งยามาที่ร้านขายยา ทางร้านยา ก็จะโทรมาบอกเราว่ายามาถึงแล้ว ให้ไปรับ แล้วเราจะไปรับตอนไหนก็ได้ เพราะว่าเช้า สาย บ่าย เย็นได้หมด...” ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

ในด้านคุณภาพการบริการ โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ มีความคาดหวังว่าการมารับยาที่ร้านยาทำให้ได้พูดคุย ซักถามกับเภสัชกรมากยิ่งขึ้น และได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการไปรับยาที่โรงพยาบาล

“...คนไม่เยอะ มันเงียบด้วย บางทีบางครั้งคนแก่คนเฒ่าหรืออย่างผมหูกก็ไม่ค่อยดี มันเงียบกว่ากัน อย่างโรงพยาบาลอาจจะเสียงเขาพูดเสียง คนก็เยอะ แล้วก็เสียงไมโครโฟนต่างๆ ทำให้เราสื่อสารกับเภสัชได้น้อย ไม่เข้าถึงเท่าไร...” ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

“ท่านคาดหวังอะไรจากการไปรับยา (ผู้ประเมินผล) คาดว่าได้รับบริการดีเหมือนกัน เนื่องจากมีเภสัชประจำร้าน และให้คำแนะนำให้กับเราได้...” ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

4.2 ปัจจัยนำเข้าของโครงการนำร่องฯในระดับโรงพยาบาล

สำหรับปัจจัยนำเข้าของโครงการพิจารณาความเหมาะสมและความพอเพียงของทรัพยากรในโรงพยาบาลหรือร้านยาสำหรับการดำเนินงานตามแผน เช่น บุคลากร งบประมาณ และระบบสารสนเทศ

บุคลากร

หลังจากกระทรวงสาธารณสุขประกาศนโยบายรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาได้จัดประชุมเพื่อแต่งตั้งคณะทำงาน/กลุ่มผู้รับผิดชอบในการดำเนินโครงการนำร่องฯ โดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ และวางแผนกำกับติดตามการดำเนินโครงการนำร่องฯในแต่ละกลุ่มงาน

(33) โดยคณะกรรมการในโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่ประกอบไปด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จากการเก็บข้อมูล โรงพยาบาล ในพื้นที่ศึกษาพบว่าโรงพยาบาลไม่ได้มีการจัดสรรอัตรากำลังคนเพิ่มเพื่อช่วยเหลือในการดำเนินโครงการนี้แต่อย่างใด แต่เป็นเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ปฏิบัติเดิมอยู่ก่อนแล้วให้มาดำเนินโครงการนี้เพิ่มเติม คณะทำงานสำหรับดำเนินโครงการมีองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ตามตัวอย่างในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ตัวอย่างบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานหลักในการดำเนินโครงการนำร่องฯ ของโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา

คณะทำงาน	บทบาทหน้าที่
ผู้บริหารโรงพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมร่วมกับคณะทำงานในโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการ พิจารณาร้านยาเข้าร่วมเป็นหน่วยร่วมๆ ในเครือข่าย กำหนดรูปแบบบริการ กลุ่มโรคที่จะดำเนินการ เสนอการคัดเลือกผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา การขนส่งยา ขั้นตอนการรับยาที่ร้านยา และการติดตามการได้รับยาของผู้ป่วย 2. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินโครงการนำร่องฯ
แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมร่วมกับคณะทำงานในโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการนำร่องฯ พิจารณาร้านยาเข้าร่วมเป็นหน่วยร่วมๆ ในเครือข่าย กำหนดรูปแบบบริการ กลุ่มโรคที่จะดำเนินการ เสนอการคัดเลือกผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา การขนส่งยา ขั้นตอนการรับยาที่ร้านยา และการติดตามการได้รับยาของผู้ป่วย 2. ประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯให้กับผู้ป่วยที่สนใจ 3. พิจารณานุมัติให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา
พยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชุมร่วมกับคณะทำงานในโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการนำร่องฯ พิจารณาร้านยาเข้าร่วมเป็นหน่วยร่วมๆ ในเครือข่าย กำหนดรูปแบบบริการ กลุ่มโรคที่จะดำเนินการ เสนอการคัดเลือกผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา การขนส่งยา ขั้นตอนการรับยาที่ร้านยา และการติดตามการได้รับยาของผู้ป่วย 2. ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมโครงการนำร่องฯบริเวณหน้าห้องตรวจ 3. ให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการนำร่องฯ ขณะผู้ป่วยรอเรียกเพื่อซักประวัติก่อนพบแพทย์

คณะทำงาน	บทบาทหน้าที่
	4. ชักประวัติเบื้องต้น และคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาฯ 5. ทำเครื่องหมายให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ได้ 6. ออกใบนัดพบแพทย์ครั้งถัดไป
เภสัชกรโรงพยาบาล	1. ประชุมร่วมกับคณะทำงานในโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการนำร่องฯ พิจารณาร้านยาเข้าร่วมเป็นหน่วยร่วมฯ ในเครือข่าย กำหนดรูปแบบบริการ กลุ่มโรคที่จะดำเนินการ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา การขนส่งยา ขั้นตอนการรับยาที่ร้านยา และการติดตามการได้รับยาของผู้ป่วย 2. ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนผู้ป่วยให้เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ 3. ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ (consent form) ของผู้ป่วย 4. อธิบายขั้นตอนการรับยาที่ร้านยาให้กับผู้ป่วยที่แจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ หรือผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาอนุมัติให้เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ 5. เภสัชกรลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา และส่งต่อข้อมูลให้กับร้านยา 6. คัดกรองใบสั่งยา และจัดยาตามมาตรฐานวิชาชีพ 7. จัดเตรียมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการเบิกค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ จาก สปสช. 8. กำกับติดตาม และนิเทศงานร้านยาตามไตรมาสละ 1 ครั้ง ต่อ 1 ร้านยา และประเมินผลโครงการนำร่องฯ

ที่มา แนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอาจมีความแตกต่างกันเล็กน้อย เช่น บางโรงพยาบาลให้แพทย์ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯ และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ บางโรงพยาบาลผู้ขอไปยินยอมเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ คือเภสัชกร นอกจากนี้ ในช่วงของการจัดทำรูปแบบการดำเนินงานและแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลหลายแห่งได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ในพื้นที่ โดยเฉพาะในประเด็นยาที่สามารถอนุญาตให้ผู้ป่วยไปรับที่ร้านยา วิธีการส่งต่อข้อมูล การกำกับติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นต้น ผู้รับผิดชอบหลักของโครงการนำร่องฯ มักจะเป็นหัวหน้าเภสัชกรหรือหัวหน้าห้องยา ซึ่งดูแลภาพรวมการดำเนินงาน และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ คณะทำงานดังกล่าวยังได้จัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินโครงการนำร่องฯ โดยจัดประชุม ระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลและร้านยา เพื่อร่วมกันกำหนดขั้นตอนการดำเนินการ ทั้งใน ส่วนของโรงพยาบาล และร้านยา โรงพยาบาลบางแห่งได้จัดทำคู่มือการดำเนินการสำหรับพยาบาล แพทย์ และเภสัชกร โรงพยาบาล และร้านยาเพื่อให้ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน

ผู้สัมภาษณ์ : ทางโรงพยาบาลชลบุรีตอนนี้ในขณะที่ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการคิดว่าจะต้องเตรียมการในเรื่องใดมากที่สุดก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการ

ผู้บริหารโรงพยาบาล : เตรียมคู่มือรายละเอียด เพื่อที่จะได้สื่อสารไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่เคยทำงานร่วมกันเลย ทำอย่างไรให้ทางโรงพยาบาลและร้านยาเข้าใจตรงกันตั้งแต่วัตถุประสงค์ และเป้าหมายคืออะไรและกระบวนการต่างๆก็ต้องมีการเผยแพร่และแบ่งปันให้ตรงกันและเข้ากันได้ ส่วนของทางร้านยาเองคิดว่าต้องการให้ส่วนของ IT ง่ายกว่านี้ เพราะทาง สปสช. ก็ใช้เวลาในการพัฒนามาในระดับหนึ่งแต่ก็ยังไม่สามารถตอบโจทย์การใช้งานเท่าไรนัก แต่ที่คิดว่าสำคัญก็คือส่วนของ guideline

ร้านยามีการจัดอบรมให้ความรู้กับเภสัชกรร้านยาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช ซึ่งจัดอบรมโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และ สปสช.เขต ในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ โรงพยาบาลได้จัดอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการส่งจ่ายยาของแพทย์และเภสัชกรในโรงพยาบาล รายการยาที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคในโครงการนำร่องฯ รวมถึงองค์ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้ในการกำกับติดตามและดูแลผู้ป่วยที่มารับยาที่ร้านยา และเพื่อให้เกิดการดำเนินการไปในทิศทางเดียวกับโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ซึ่งเภสัชกรร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ มีบทบาทในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชุมร่วมกับคณะทำงานในโรงพยาบาล และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินโครงการนำร่องฯ กำหนดรูปแบบบริการ กลุ่มโรคที่จะดำเนินการ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา การขนส่งยา ขั้นตอนการรับยาที่ร้านยา และการติดตามการได้รับยาของผู้ป่วย

2. รับยาและตรวจสอบรายการยาจากใบสั่งยา และจัดเก็บยา โดยแบ่งตามรูปแบบการดำเนินงาน ออกเป็น 2 รูปแบบ ทั้งนี้ในขณะที่ทำการประเมินที่วิจัยพบว่ายังไม่มีพื้นที่ศึกษาเลือกดำเนินการในรูปแบบที่

3

- 2.1 รูปแบบที่ 1 เภสัชกรร้านยารับยาของผู้ป่วยรายบุคคลจากโรงพยาบาลมาจัดเก็บไว้ที่ร้านยา เพื่อรอจ่ายยาให้กับผู้ป่วย

- 2.2 รูปแบบที่ 2 เภสัชกรร้านยารับยาจากโรงพยาบาลแล้วจัดเก็บยาไว้ที่คลังร้านยา แล้วจัดยาตามใบสั่งยา

3. นัดหมายผู้ป่วยให้มารับยาที่ร้านยา ตามวันและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก

4. ตรวจสอบใบส่งตัว ใบรับยา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5. ชักประวัติและประเมินปัญหาจากการใช้ยา
6. จ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย
7. นัดหมายการรับยาครั้งถัดไป
8. กรอกแบบฟอร์มยืนยันการรับยาของผู้ป่วยเพื่อแจ้งให้โรงพยาบาลทราบ และกรอกแบบฟอร์มข้อมูลการรับยาของผู้ป่วยให้ สปสช. เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์

4.3 กระบวนการและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน

4.3.1 การออกแบบมาตรการ

โครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยานับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขไทยครั้งสำคัญ เนื่องจากร้านยาภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการผู้ป่วยร่วมกับภาครัฐ และโรงพยาบาลไม่เคยมีประสบการณ์ในการส่งผู้ป่วยไปรับยาตามใบสั่งแพทย์กับร้านยา อย่างไรก็ตามมีร้านยาบางแห่งเคยมีประสบการณ์จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์จากพื้นที่ที่มีการทดลองดำเนินการรับยาที่ร้านยา หรือบางแห่งมีประสบการณ์จ่ายยาในกรณีที่โรงพยาบาลไม่มียาบางตัว หรือยาบางชนิดหมด นอกจากนี้การส่งผู้ป่วยออกไปรับยาข้างนอกบุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่มีความกังวลในเรื่องของความรู้ทางวิชาการ และไม่มั่นใจในเภสัชกรร้านยา หรือแม้แต่บางท่านยังขาดความเข้าใจในตัวโครงการนำร่องฯ รายละเอียดต่างๆ รวมไปถึงการมีเวลาเตรียมการน้อย ทำให้การสร้างความเข้าใจ การพัฒนารูปแบบบริการมีข้อจำกัด ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อการออกแบบมาตรการของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ ในระยะแรกจึงเริ่มด้วยรูปแบบการดำเนินการที่ 1 (โรงพยาบาลเป็นผู้จัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์) เนื่องจากเห็นว่าเป็นรูปแบบที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด ไม่ติดเรื่องกฎหมายและแพทย์ผู้รักษาไม่ต่อต้าน ถึงแม้โรงพยาบาลจะทราบดีว่ารูปแบบที่ 1 อาจจะไม่ลดภาระงานที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ การออกแบบมาตรการเกิดขึ้นจากการประชุมร่วมกันกับผู้แทนของสปสช. ระดับเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้านยาที่สนใจ รวมทั้งการหารือและทบทวนบทเรียนที่เคยมีการดำเนินการที่ผ่านมาเพื่อนำมาปรับใช้ในบริบทของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาทุกแห่งมีการประชุมหารือระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อกำหนดเป้าหมาย จัดสรรงบประมาณ วางแผนเชิงรุก และจัดทำเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการนำร่องฯของผู้ป่วย ทั้งนี้ แผนการจัดบริการเป็นหนึ่งผลงานที่ โรงพยาบาลต้องนำเสนอ สปสช. เพื่อใช้ในการเบิกจ่าย

4.3.2 รูปแบบการดำเนินงาน

โรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ ในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่ (12 จาก 15 แห่ง) ดำเนินโครงการนำร่องฯ โดยใช้รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลเป็นผู้จัดยาสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลและส่งยาไปที่ร้านยาเพื่อจ่ายยาให้กับผู้ป่วย และโรงพยาบาลอีก 2 แห่งดำเนินการโดยใช้รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลนำยาไปสำรองไว้ที่ร้านยา และให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยาให้ผู้ป่วยรายบุคคลตามใบสั่งแพทย์ ซึ่งหนึ่งแห่งในกลุ่มนี้เป็นโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยที่รับยาที่ร้านยาของคณะเภสัชศาสตร์ และโรงพยาบาล 1 แห่งดำเนินการโดยใช้ทั้งรูปแบบที่ 1 และ 2 อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีโรงพยาบาลใดเริ่มดำเนินการโดยใช้รูปแบบที่ 3

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ทุกรายเป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่หรือสามารถควบคุมอาการได้ ไม่มีการปรับยา และแพทย์มีความเห็นให้รับยากับโครงการนำร่องฯ ตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด โดยโรงพยาบาลบางแห่งกำหนดเกณฑ์เป็นตัวเลขของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไว้อย่างชัดเจน ส่วนบางโรงพยาบาลให้แพทย์ที่รับผิดชอบเป็นผู้ประเมิน ทั้งนี้โรคที่โรงพยาบาลเลือกสำหรับโครงการนำร่องฯ คือ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคทางจิตเวช หอบหืด และโรคไขมันในเลือดสูง บางแห่งเลือกโรคต่อมลูกหมากโต โรคปวดข้อปวดหลังเรื้อรัง โรคลมชัก ต่อมไทรอยด์ผิดปกติ โรคภูมิแพ้ อักเสบจากภูมิแพ้ โรคระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด

4.3.3 การรับสมัครผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา

โรงพยาบาลรับสมัครผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาฯ โดยเริ่มจากประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯ ให้กับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลด้วยสื่อรูปแบบต่างๆ เช่น ติดป้ายขนาดใหญ่บริเวณด้านหน้าโรงพยาบาล ติดป้ายตามจุดบริการผู้ป่วย ได้แก่ บริเวณหน้าห้องตรวจ หน้าห้องยา และบริเวณคลินิกเฉพาะอื่นๆ แจกโปสเตอร์ให้กับผู้ป่วยที่สนใจหรือติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม บางที่มีเภสัชกรจากร้านยาหมุนเวียนกันมาแนะนำโครงการนำร่องฯ วันละ 1 ร้าน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนที่อยากเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ และตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับร้านยา นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่ออื่นเช่น วิทยุ ประกาศเสียงตามสาย ภายในชุมชนเพื่อเพิ่มการรับรู้และสามารถผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งการประชาสัมพันธ์โดยพยาบาลหรือเภสัชกรขณะผู้ป่วยรอรับการตรวจบริเวณหน้าห้องตรวจ และขณะรอรับยาบริเวณหน้าห้องยา ส่วนร้านยาจะได้รับการสนับสนุนป้ายไว้นิลและสติ๊กเกอร์สำหรับติดหน้าร้านจาก สสจ. นอกจากนี้บางร้านได้มีการประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯ เพิ่มเติมด้วยตนเอง เช่น การแนะนำลูกค้าที่มาร้านยาเพื่อบอกต่อ การโพสต์ประชาสัมพันธ์ในสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นต้น

การรับสมัครผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การรับสมัครผู้ป่วยแบบเชิงรับ คือ ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์ขอเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ด้วยตนเองต่อเภสัชกรบริเวณห้องยา หรือพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยบริเวณหน้าห้องตรวจ ถือเป็นรูปแบบหลักที่ทุกโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาใช้ดำเนินการ

รูปแบบที่ 2 การรับสมัครผู้ป่วยแบบเชิงรุก คือ เภสัชกรโรงพยาบาลคัดเลือกผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ โดยคัดเลือกจากผู้ป่วย 4 กลุ่มโรคหลัก หรือโรคเรื้อรังอื่นๆที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล และพิจารณาจากที่פקอาศัยของผู้ป่วยที่อยู่ไม่ไกลจากที่ตั้งของร้านยา แล้วติดต่อสอบถามผู้ป่วยว่าสนใจเข้าร่วมโครงการนำร่องฯหรือไม่

ในช่วงเริ่มต้นโครงการนำร่องฯเภสัชกรให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯค่อนข้างมาก เหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรับยาที่ร้านยา คือ ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในเภสัชกรร้านยา เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีเทียบเท่ากับการรับยาที่โรงพยาบาล ประกอบกับผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการเพื่อรับการตรวจติดตามอาการ

“ผู้ป่วยไม่เชื่อมั่นร้านยาว่า ยาที่ร้านจะเหมือนยาที่โรงพยาบาล เค้ามึ perception ต่อร้านยากับโรงพยาบาลต่างกัน เคื่ก็เลยไม่เชื่อมั่น” เภสัชกรโรงพยาบาล

“รู้สึกสบายใจมารับยาที่โรงพยาบาลมากกว่าร้านยา เพราะมาโรงพยาบาลแล้วได้เจอหมอ รู้สึกสบายใจ” ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล

“ไม่มั่นใจนะว่ายาที่ได้จะเป็นยาตัวเดียวกัน คือมาจากโรงบาลมึ” ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล

“... คนไข้ของเราไม่มากนัก เพราะฉะนั้นความรู้สึกของประชาชนการมาพบหมอถึงแม้จะได้ยาเหมือนเดิม คุณหมอก็ไม่ค่อยได้คุย แต่ความเชื่อมั่นและความศรัทธาอาจจะเป็นส่วนนี้ที่มีประเด็นอยู่ จากพบหมอแล้วไปพบเภสัชอาจจะต้องคิดหนักอยู่ และเป็นเภสัชที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชอีก ก็เป็นเรื่องความเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการ ...” ผู้บริหารโรงพยาบาล

“... การเปลี่ยนพาราตาม (paradigm) ของผู้ป่วยหรือญาติไม่ง่ายเลยทีเดียว จนกว่าจะเชื่อมั่นว่าเภสัชที่นำเข้ามาร่วมโครงการจะมีคุณภาพที่ดีขนาดไหน ...” ผู้บริหารโรงพยาบาล

สาเหตุสำคัญอีกประการที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ คือ ผู้ป่วยมีความคุ้นชินกับระบบการให้บริการในโรงพยาบาลมากกว่าที่ร้านยา ผู้ป่วยมีความกังวลและไม่คุ้นชินกับการรับบริการจากร้านยาที่มีความทันสมัย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมองว่าการไปรับยาที่ร้านยาเป็นการบริการที่ไม่เบ็ดเสร็จในทีเดียว

“ความเคยชินของคนป่วยก็คือ เขาบอกว่าเขาลางานมาทั้งวันแล้ว ไหน ๆ ก็รออยู่แล้ว ก็รอรับยาไปเลย รู้สึกว่ามันจบ แต่การที่ไปรับยาที่ร้านยา รู้สึกว่าถ้ามันไม่ได้ใกล้บ้านมาก ผู้ป่วยคิดว่าเสียเวลา 2 รอบ” เภสัชกรโรงพยาบาล

“ผู้สูงอายุเองยังไม่คุ้นเคยกับร้านยายุคใหม่ เลยทำให้มีช่องว่างว่าผู้ป่วยไม่สนิทกับร้านยาซะทีเดียว จนบางครั้งเนี่ยไม่กล้าที่จะไปรับยาที่ร้านยาในครั้งแรก” เภสัชกรโรงพยาบาล

4.3.4 การส่งออกไปสั่งยา

โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษามีการส่งออกไปสั่งยาไปยังร้านยา 3 วิธีได้แก่ วิธีที่ 1 โรงพยาบาลส่งสำเนาเอกสารรายการยาไปพร้อมกับถุงยา ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลรายการยา จำนวนเม็ด และข้อบ่งชี้อื่น ๆ วิธีที่ 2 ส่งรายการยาผ่านทางระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเองไปที่ร้านยา เมื่อมีการส่งรายการยาไปที่ร้านยาแล้วจะมีระบบแจ้งเตือนในรูปแบบ SMS ไปยังเภสัชกรร้านยา เพื่อเตรียมจัดยาให้กับผู้ป่วย และวิธีที่ 3

โรงพยาบาลติดยาการยาใส่ในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นสมุดที่มีรายละเอียด ชื่อ ที่อยู่ อายุ เพศ โรค ที่เป็น อาการที่มี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันที่พบแพทย์ รวมถึงยาที่แพทย์สั่งจ่าย ซึ่งโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาหลายแห่งได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้สำหรับการรับยาที่ร้านยาโดยเฉพาะ ในขณะที่บางแห่งปรับใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวานที่ใช้ในการติดตามการรักษา โดยโรงพยาบาลขอให้ผู้ป่วยพกติดตัวมารับยาที่ร้านยา และพิมพ์ใบสั่งยาใส่ในถุงยาด้วย

4.3.5 การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปร้านยา และส่งต่อผู้ป่วยจากร้านยากลับมาโรงพยาบาล

โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่กำหนดขั้นตอนการรับบริการภายใต้โครงการนำร่องฯ ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้รับข้อมูลโครงการนำร่องฯ จากการประชาสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ
2. ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ แก่พยาบาลหรือแพทย์ในห้องตรวจ
3. แพทย์ตรวจรักษา และพิจารณาอนุมัติให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา
4. เกสเซอร์ประจำห้องยาอธิบายขั้นตอนการรับยาที่ร้านยา
5. ผู้ป่วยเลือกร้านยา ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ และรับเอกสารสำหรับไปรับยาที่ร้านยา เช่น สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยที่มีกำหนดนัดรับยาที่ร้านยา ใบนัดรับยาหรือบัตร refill ยา เป็นต้น
6. ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับยาที่โรงพยาบาลในครั้งแรก และรับยาที่ร้านยาในครั้งที่ 2 ตามวันและเวลาที่สะดวก

ในการส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ กลับมารับยาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลมีข้อกำหนดการงดจ่ายยาที่ร้านยา และการส่งตัวผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยต้องกลับมาพบแพทย์หากผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ใช้ยาแล้วไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาชนิดรุนแรง โดยร้านยามีวิธีแก้ไขสถานการณ์เบื้องต้นตามระดับความรุนแรงของปัญหา ดังนี้

- กรณีพบปัญหาร้ายแรงก่อนจ่ายยา เกสเซอร์ร้านยาจะระงับการจ่ายยา แล้วแจ้งข้อมูลผ่านไลน์หรือโทรศัพท์ติดต่อโดยตรงกับแพทย์ หรือเกสเซอร์ที่รับผิดชอบโครงการนำร่องฯ เพื่อยืนยันความถูกต้องของรายการยา
- กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ร้านยาประเมินอาการเบื้องต้น หากผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง/หรืออาการดีขึ้นหลังจากสังเกตอาการในร้านยา ร้านยาสามารถให้ยาเดิมต่อได้ แล้วแจ้งกลับโรงพยาบาล แต่หากสังเกตอาการแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือร้านยาประเมินว่าเป็นอาการรุนแรง ร้านยาประสานทีมโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางแก้ไขปัญหาเบื้องต้น หรือพิจารณาส่งกลับไปรับยาที่โรงพยาบาล

4.3.6 การส่งต่อข้อมูล

โรงพยาบาลมีรูปแบบการส่งต่อข้อมูลไปยังร้านยาที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่าน Application Line ทั้งแบบกลุ่มและแบบส่วนบุคคล โรงพยาบาลบางแห่งมีการส่งข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเอง เพื่อใช้รับส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ซึ่งเภสัชกรร้านยาสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับยาที่ร้านยา โรงพยาบาลบางแห่งจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ โดยเฉพาะ โดยมีข้อมูล เช่น ชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ ข้อมูลการแพ้ยา ประวัติการจ่ายยา ใบสรุปรายการยา วันนัดพบแพทย์และนัดรับยาที่ร้านยา แล้วให้ผู้ป่วยพกติดตัวเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลและเมื่อไปรับยาที่ร้านยา โรงพยาบาลบางแห่งส่งข้อมูลในรูปแบบไฟล์เอกสาร หรือ Hard Copy ประกอบด้วย ชื่อนามสกุล โรคพื้นฐาน ประวัติแพ้ยา และข้อควรระวังกรณีผู้ป่วยเคยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยานั้นๆ ภายหลังจากจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้ว ร้านยาแจ้งข้อมูลกลับมาที่เภสัชกรรับผิดชอบโครงการนำร่องฯของโรงพยาบาลรับทราบผ่านทางไลน์กลุ่มของโรงพยาบาล หรือส่วนตัว แต่มีบางแห่งที่ส่งข้อมูลผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น Google form โปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์แจ้งในกรณีที่เร่งด่วน ซึ่งข้อมูลที่ส่งกลับไปยังโรงพยาบาลเกี่ยวกับผลการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย การติดตามอาการ จำนวนยาเหลือ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ร้านยาบางแห่งมีการประเมินผู้ป่วยว่าสามารถมารับยาที่ร้านยาได้ในครั้งถัดไป หรือควรส่งกลับมารับยาที่โรงพยาบาลแทน

4.3.7 การขนส่งยาและบริหารคลังยา

สำหรับโรงพยาบาลที่เลือกรูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรายบุคคล โดยเภสัชกรโรงพยาบาลเป็นผู้จัดยาให้กับผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องของรายการยา จำนวนยา และเขียนใบสรุปข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เมื่อตรวจสอบเสร็จก็จัดยาลงถุงพร้อมกับสำเนาใบสั่งยา แล้วจัดส่งยาให้กับร้านยาในเครือข่ายในช่วงเย็นหลังจากที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยใช้รถของโรงพยาบาล หรือส่งทางไปรษณีย์ นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งส่งยาให้ร้านยาผ่านตัวแทนร้านยา ซึ่งเป็นร้านขายส่ง ซึ่งจะมารับยาทุกวันที่มีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา ซึ่งในส่วนนี้เภสัชกรร้านยาจะต้องดูแลจัดเก็บยาที่ถูกนำส่งมา stock ไว้โดยแยกออกจากยาภายในร้าน

ส่วนโรงพยาบาลที่เลือกรูปแบบที่ 2 มี 2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลกำหนด stock ยาและส่งล่วงหน้าให้กับร้านยา โดยคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่จะมารับยาที่ร้านยา โรงพยาบาลแรกจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา เมื่อผู้ป่วยมารับยาที่ร้านยาจะมีระบบตัด stock ออนไลน์มาที่คลังยาของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาล แล้วโรงพยาบาลโดยเภสัชกรจะตรวจสอบและนำยามาเติมให้ร้านยา 1 ครั้งต่อเดือน ในโรงพยาบาลที่สองจะกำหนดจำนวนยาที่จะสำรองไว้ที่ร้านยา แล้วกำหนดรอบส่งยาเดือนละครั้ง การกำกับติดตามสต็อกดำเนินการเป็นรายเดือนโดยเภสัชกรที่โรงพยาบาลประสานงานกับร้านยา

เนื่องจากในระหว่างการศึกษายังไม่มีการดำเนินรูปแบบที่ 3 อย่างเป็นรูปธรรม โดยอยู่ระหว่างการพัฒนาารูปแบบบริการจึงไม่มีข้อมูลในประเด็นเหล่านี้นำเสนอในรายงานฉบับนี้

4.3.8 การจัดการความเสี่ยง

ความเสี่ยงของการดำเนินโครงการนำร่องฯ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ด้านการขนส่งยา และส่งมอบยา

โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการประเมินความเสี่ยงเรื่องยาที่สูญหายระหว่างขนส่งจากโรงพยาบาลไปยังร้านยา มีการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงโดยการวางระบบติดตามยา (tracking) ส่วนกรณีผู้ป่วยไม่มารับยาตามวันและเวลาที่กำหนดไว้ ให้ร้านยาเป็นผู้ประสานงานและแจ้งให้โรงพยาบาลรับทราบทันทีเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

2. ด้านผลกระทบต่อผู้ป่วย

สำหรับความเสี่ยงต่อผู้ป่วยนั้น มีวางแผนการจัดการตั้งแต่การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา คือ คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการคงที่เท่านั้น ไม่มีการปรับเปลี่ยนยา และไม่มียาฉีดยาหรือยาที่ต้องแช่เย็น นอกจากนี้การจ่ายยาให้กับผู้ป่วย เภสัชกรร้านยาต้องตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาที่จัด และประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมด้วย หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่จะมีระบบปรึกษา และประเมินผู้ป่วยว่าสามารถมารับยาที่ร้านยาได้ในครั้งถัดไป หรือควรส่งกลับมารับยาที่โรงพยาบาลแทน

4.3.9 ปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินโครงการนำร่องฯ

จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการนำร่องฯ ทั้งผู้ให้บริการ เช่น โรงพยาบาลและร้านยา รวมถึงผู้ป่วยที่เป็นผู้รับบริการ พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินโครงการนำร่องฯ เพื่อให้เกิดความสำเร็จมี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการทำงานของทุกฝ่าย 2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล 3) ความเชื่อมั่นของผู้ป่วย 4) งบประมาณในการดำเนินงาน และ 5) การบริหารจัดการที่ดี โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการทำงานของทุกฝ่าย

การดำเนินโครงการนำร่องฯ ให้ประสบผลสำเร็จต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตั้งแต่หน่วยงานกลางที่รับผิดชอบโครงการนำร่องฯ โรงพยาบาล จนถึงร้านยา โดยแต่ละฝ่ายต้องทำหน้าที่ของตนเองเพื่อขับเคลื่อนโครงการนำร่องฯ ให้ดำเนินต่อไปได้ ดังที่แพทย์ และ เภสัชกรร้านยา ได้แสดงความเห็นไว้ ดังนี้

“...ความร่วมมือร่วมใจของทุกคนครับ ทั้งร้านยาเองหรือว่าทั้งส่วนกลาง บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในการประชาสัมพันธ์โครงการนี้ให้ผู้ป่วยรู้จัก และเรื่องของระบบการจัดส่งยา...”
เภสัชกรร้านยา

“...แน่นอนมันก็ต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลด้วยนะ หมอก็มีหน้าที่ตรวจคนไข้และให้คำแนะนำเราก็ต้องร่วมมือด้วยว่าเราให้คนไข้ไปรับยาที่ข้างนอกนะ แล้วก็เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายทั้งพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เป็นคนให้คำแนะนำคนไข้ก็ เภสัชกรที่เป็นคนจัดยา

ส่งไป เกสซ์ที่ร้านยา ปลายทางที่เป็นคนจ่ายยา ทุกคนจะต้องให้ความร่วมมือประมาณนี้...”
แพทย์

แม้ว่าความร่วมมือของทุกฝ่ายจะเป็นปัจจัยที่ช่วยขับเคลื่อนโครงการนำร่องฯให้เกิดความสำเร็จได้ แต่โรงพยาบาลถือเป็นหน่วยงานหลักที่มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นต่อการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และร้านยา โดยต้องประชาสัมพันธ์โครงการอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความน่าเชื่อถือให้กับกระบวนการรับยาที่ร้านยา ตลอดจนต้องสื่อสารให้เห็นประโยชน์ที่แท้จริงจากการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ

“...ทั้งหมด คือโรงพยาบาลเป็นปัจจัยหลัก ว่าโครงการนี้อาจจะไม่ได้อยู่แค่บทบาทของเกสซ์หรือว่าห้องยา อาจจะต้องเป็นคนที่มีความเกี่ยวข้องกับคนไข้จะต้องยอมรับว่าเป็นประโยชน์กับคนไข้จริงๆ ทั้งในด้านการดูแลและลดความแออัด มีประโยชน์มากกว่าการส่งยาไปทางไปรษณีย์มากกว่าการที่คนไข้ที่อาการคงที่จะไปรับยาเดิมที่โรงพยาบาลทุกครั้ง หากโครงการนำร่องสามารถชี้ประโยชน์บางอย่างให้บุคลากรที่มีอำนาจในการตัดสินใจทั้งผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลที่สามารถตัดสินใจ สามารถเห็นประโยชน์ได้ทั้งหมดโครงการนี้ก็ที่ยั่งยืนและไปได้ดีขึ้น...” เกสซ์กร
ร้านยา

2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล

เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักที่มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนโครงการนำร่องฯ ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเห็นประโยชน์ของโครงการนำร่องฯ จะส่งผลให้การดำเนินงานทำได้ง่าย

“...ผู้บริหารเองให้การสนับสนุนทุกเรื่อง คือ มีปัญหาอะไร คือ พร้อมจัดการให้หมด มันก็ง่าย... พยาบาลที่ดูแลคลินิก NCD ก็จะช่วยเรามากในการที่จะคุยกับคนไข้ คือ เหมือนกับว่า เข้าขึ้นมาคุยกับคนไข้แล้ว เรามีโครงการนี้อย่างนี้ละ ทำอย่างไร มันดีอย่างไร มีระบบบริการอย่างไร ก็ที่จะเจอคุณหมอ คุณหมอก็จะเป็นด่านที่สอง.. ร้านยา ตัวเกสซ์โรงพยาบาลสนับสนุนในการที่จะจัดยาส่งร้านยา แล้วก็มีติดตามให้มันเป็นไปตามที่ควรจะเป็น ตรงนี้ก็เป็นส่วนที่สำคัญ...” แพทย์

3) ความเชื่อมั่นของผู้ป่วย

สำหรับการดำเนินงานของโรงพยาบาล แพทย์เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่องฯของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อแพทย์ผู้รักษาสูงกว่าบุคลากรโรงพยาบาลฝ่ายอื่น เช่น พยาบาล หรือ เกสซ์กร ดังนั้น หากแพทย์เข้าใจกระบวนการดำเนินงานและให้ความร่วมมือในการแนะนำและคัดกรองผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา จะส่งผลให้สามารถขับเคลื่อนโครงการนำร่องฯได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อประสิทธิภาพของโครงการนำร่องฯอีกด้วย ดังความเห็นของ แพทย์ เกสซ์กรโรงพยาบาล และเกสซ์กรร้านยา ที่มีความสอดคล้องกัน ดังนี้

“...แพทย์คือผู้ที่มีอิทธิพลนะ จะให้คนไข้ทำอะไร หรือว่าแพทย์ส่งมาเรื่อย ๆ อะคนไข้ก็แน่นอนอะไรอย่างนี้คะ โรงพยาบาลอื่น ๆ ที่คนไข้เข้าร่วมเยอะ ๆ อะ ถ้าถามไปสัก ๆ แล้วแพทย์ส่งหมายถึงว่าแพทย์มายินดีว่าไปเถอะ ๆ...คือคนไข้เขาจะมั่นใจใจใจว่า อ้อแพทย์บอกว่าไม่มีปัญหานี้มัน ลองไปดูสิ มีร้านยาใกล้บ้านใหม่อะไรอย่างนี้คะ คนไข้ก็จะโอเค...” เกสซ์กรโรงพยาบาล

“...ทางโรงพยาบาลโดยเฉพาะแพทย์เข้าใจ และส่งผู้ป่วยเข้าโครงการ ซึ่งน่าจะมีประสิทธิภาพดีกว่าให้เภสัชกรเป็นคนคัดกรอง เพราะสุดท้ายแล้ว แพทย์ต้องเป็นผู้ตัดสินใจส่งผู้ป่วยเข้าโครงการอยู่ดี...” เกสซ์กรร้านยา

“...สำคัญที่สุดคือแพทย์ที่ต้องให้ความร่วมมือในการแนะนำคนไข้ และส่งคนไข้ไปรับบริการในระบบนี้...” แพทย์

“...ถ้าคุณหมอเข้าใจในกระบวนการแล้ว ก็เหมือนส่งคนไข้เค้ามารับเราอย่างงี้คะ มันก็จะทำให้โครงการนี้เดินหน้าไปได้เร็วขึ้นเนอะ การที่คุณหมอเนี่ยสามารถที่จะผลักดันโครงการนี้ออกมาได้เนี่ย มันก็จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ดีขึ้นมากกว่าตอนนี้นี้...” เกสซ์กรร้านยา

นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อร้านยาก็เป็นปัจจัยสำคัญด้วยเช่นกัน โดยผู้ป่วยต้องการรับบริการจากเภสัชกรเท่านั้น และยังขาดความมั่นใจกับระบบการให้บริการของร้านยา ดังคำกล่าวของผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล ได้กล่าวไว้ว่า

“...คือปัจจัยของร้านยาที่พบ ณ ปัจจุบันนะคะ โดยส่วนใหญ่ที่พบ คนที่อยู่ร้านบางส่วนจะเป็นเภสัชกรตัวจริง ซึ่งบางคนไม่ใช่ นี่คือปัญหาที่พี่ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะไปรับร้านยาดีไหม เพราะบางทีเราไม่กล้าไปถามเค้าตรงๆ ว่าคุณเป็นไหม...” ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม สปสช. หรือ กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ระบุบทลงโทษร้านยาที่ทำผิดเงื่อนไขการดำเนินงานไว้

4) งบประมาณในการดำเนินงาน

งบประมาณสำหรับดำเนินโครงการนำร่องฯเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินโครงการนำร่องฯที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง หากผู้ให้บริการได้รับงบประมาณที่เพียงพอจะสามารถลดความความกังวล และลดปัญหาระหว่างการดำเนินงานได้ดียิ่งขึ้น ดังคำกล่าวของแพทย์ ได้กล่าวไว้ว่า

“...เรื่องงบประมาณ เพราะทาง สปสช มีงบประมาณตรงนี้ให้ ทางโรงพยาบาลก็แค่ต้องบริหารให้ตีเท่านั้น ทางร้านยาเองก็ไม่ต้องกังวลในส่วนนี้ด้วย แต่ในระยะยาวก็ต้องดูกันอีกทีเนื่องจากค่าใช้จ่ายมีปริมาณสูง...” แพทย์

5) การบริหารจัดการที่ดี

การมีระบบการบริหารจัดการที่ดีเป็นปัจจัยที่ทำให้โครงการนำร่องฯ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ความรวดเร็วในการจัดส่งยาและการกระจายตัวของร้านยาให้ครอบคลุมพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ระบบข้อมูลสารสนเทศ อีกทั้งการสร้างเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยด้านคุณภาพการบริการว่าจะต้องไม่ต่างจากการรับยาที่โรงพยาบาล

“ปัจจัยที่ทำให้สำเร็จ คือ ความเร็วในการส่งยาไปที่ร้าน การประชาสัมพันธ์โครงการ การกระจายของร้านยา...” แพทย์

“โดยส่วนตัวคิดว่า หากสังเกตจะพบว่าร้านยาที่อยู่ไกลจากโรงพยาบาลมักจะได้เคลไปมากกว่า หากมีประเด็นเหล่านี้ที่อยู่ห่างไกลและมีความเชื่อมั่น เราน่าจะ convince ได้ง่ายกว่าในเรื่องความสะดวกของการเดินทาง และในขณะเดียวกันก็มีการกระตุ้นดีคุณภาพของร้านยา” ผู้บริหารโรงพยาบาล

“...สถานที่ที่ต้องครอบคลุม เพราะว่าผู้ป่วยบางคนก็อยากจะเข้าร่วมแต่ร้านยาใกล้บ้านไม่เข้าร่วม คิดว่าจุดกระจายน่าจะเพิ่มขึ้นให้ครอบคลุม” แพทย์

“...ถ้าจุดแข็งของที่โรงพยาบาล ณ จุดนี้น่าจะเป็น IT คัดกรองคนได้อย่างเบ็ดเสร็จมากหมายถึงว่า คัดกรองคนออกมาได้ตรงตามเงื่อนไข ไม่มีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง ตรงไปตรงมา...” เกสซ์กรโรงพยาบาล

“...ปัจจัยที่จะดำเนินการให้สำเร็จคือ การวางระบบที่ชัดเจน การสร้างความเชื่อมั่น กับแพทย์ ผู้รักษาและผู้ป่วยว่าจะได้รับยาที่มีคุณภาพไม่ต่างจากรอรับที่ โรงพยาบาล...” แพทย์

4.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการดำเนินโครงการนำร่องฯ

ตารางที่ 14 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการนำร่องฯ

ที่	กิจกรรมของโครงการนำร่องฯ	โรงพยาบาล	ร้านยา	ผู้ป่วย
1	ผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล		-	
2	พยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการนำร่องฯ ขณะ	- ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง	-	- รับรู้ถึงโครงการน้อย

ที่	กิจกรรมของโครงการนำร่องฯ	โรงพยาบาล	ร้านยา	ผู้ป่วย
	ผู้ป่วยรอเรียกเพื่อซักประวัติ	- บุคลากรขาดความเข้าใจโครงการนำร่องฯ - เพิ่มภาระงานพยาบาลเภสัชกร และแพทย์ในการอธิบายข้อมูลและซักชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยানাร่องฯ		- ไม่ทราบว่าตนเองมีสิทธิที่จะเลือกไปรับยาที่ร้านยาได้ - ไม่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา - ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค
3	พยาบาลซักประวัติเบื้องต้น และคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยในโครงการนำร่องฯ	- แพทย์ไม่มั่นใจคุณภาพการจ่ายยาที่ร้านยารวมทั้งการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาจึงไม่แนะนำโครงการนำร่องฯ		
4	แพทย์ตรวจรักษาและพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ อธิบายขั้นตอนการรับยาที่ร้านยา			
5	ผู้ป่วยแจ้งความประสงค์รับยาที่ร้านยา			
5.1	ผู้ป่วยไม่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ - เข้าสู่กระบวนการจัดจ่ายยาที่ห้องยาผู้ป่วยนอก		- การกระจายตัวของร้านยาไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัย ทำให้เดินทางไม่สะดวก - ผู้ป่วยไม่มั่นใจคุณภาพการให้บริการของร้านยา	- ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล เพื่อรับการตรวจติดตาม - ผู้ป่วยเคยชินกับการรับยาที่โรงพยาบาล
5.2	ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา - แพทย์จ่ายยา 1 เดือน และนัดรับยาแบบ refill ที่ร้านยา - ออกบัตรนัดและพบพยาบาล	- ขาดระบบเชื่อมต่อข้อมูลสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา	- ร้านยาไม่สามารถจ่ายยาบางชนิดตามกฎหมาย - ร้านยาไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้	- ผู้ป่วยไม่มารับยาด้วยตนเอง ร้านยาไม่สามารถจ่ายยาให้ผู้อื่นได้ - ผู้ป่วยลืมมารับยา

ที่	กิจกรรมของโครงการนำร่องฯ	โรงพยาบาล	ร้านยา	ผู้ป่วย
6	ครั้งที่ 1: รับยาที่โรงพยาบาล (เภสัชกรจ่ายยา 1 เดือน) เภสัชกรจัดยา refill ถึงวันนัดครั้งถัดไปของผู้ป่วย ครั้งถัดมา: รับยาที่ร้านยาใกล้บ้านตามนัด		<ul style="list-style-type: none"> - ร้านยาบางแห่งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยได้ - ระบบบันทึกข้อมูลเบิกจ่ายขัดข้อง - ยาบางรายการไม่ตรงกับข้อมูลในระบบของ สปสช. 	

เมื่อพิจารณาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการนำร่องฯตามขั้นตอนการรับบริการภายใต้โครงการนำร่องฯ พบปัญหาหลัก 3 ประเด็น (ตารางที่ 14) คือ

1) ปัญหาด้านการรับรู้ข้อมูล ซึ่งเกิดกับบุคลากรโรงพยาบาลที่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการนำร่องฯอย่างถ่องแท้ ส่งผลต่อการประชาสัมพันธ์โครงการที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งการเข้าถึงข้อมูลโครงการของผู้ป่วยที่ยังมีจำนวนไม่มาก ตลอดจนผู้ป่วยบางรายไม่ทราบถึงสิทธิของตนเองว่าสามารถเข้าร่วมโครงการนำร่องฯได้

2) ปัญหาด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาลและร้านยา พบว่า ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบข้อมูลที่ขาดความเชื่อมโยงกันและการบันทึกข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศ ข้อจำกัดด้านกฎหมายที่ทำให้บางร้านยาไม่สามารถจ่ายยาทางจิตเวชได้หากไม่ดำเนินการขออนุญาตก่อน ซึ่งเพิ่มต้นทุนการดำเนินงาน ตลอดจนการทำงานที่เพิ่มขึ้นในส่วนการแนะนำโครงการนำร่องฯให้ผู้ป่วยรับทราบและเชิญชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา การติดต่อประสานงานกับร้านยา เป็นการเพิ่มภาระงานให้บุคลากรโรงพยาบาล

3) ปัญหาด้านความเต็มใจของผู้รับบริการ การศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เนื่องจากยังขาดความเชื่อมั่นต่อการให้บริการของร้านยา อีกทั้งความเคยชินต่อการมารับยาที่โรงพยาบาลและมีความต้องการพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมารับบริการ เนื่องจากความกังวลว่าหากไปรับยาที่ร้านยาแล้วจะไม่ได้รับการตรวจติดตาม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯบางรายไม่ได้ไปรับยาด้วยตัวเอง และลืมไปรับยาในบางครั้ง

บทที่ 5

ผลการศึกษา: ผลผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการนำร่องฯ

5.1 ผลผลิตของการดำเนินโครงการนำร่องฯ

5.1.1 จำนวนโรงพยาบาล ร้านยา ผู้ป่วย ที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ (แยกตามรายเขตสุขภาพ)

จากรายงานผลการดำเนินงานโครงการนำร่องฯรับยาที่ร้านยาฯ โดย สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2564 (36) มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯทั้งหมด 141 โรงพยาบาล (ในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลด้านจิตเวช 17 โรงพยาบาล) และมีร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯทั้งหมด 1,302 ร้าน เมื่อพิจารณาเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด พบว่า จำนวนโรงพยาบาลและจำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เป็น 2.8 และ 2.1 เท่าของเป้าหมายจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนร้านยา ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ร้านยาแล้วมีจำนวน 112 โรงพยาบาล (คิดเป็นร้อยละ 78.72 ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ทั้งหมด) และมีร้านยาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโครงการนำร่องฯ แล้ว 811 ร้าน (คิดเป็นร้อยละ 62.29 ของร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ทั้งหมด) ในเดือนมกราคม 2564 มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา 29,299 คน และมีใบสั่งยาที่รับยาที่ร้านยารวม 54,730 ใบ เมื่อจำแนกรายเขตของ สปสช. พบว่า สปสช. เขต 1 มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาสูงสุด รองลงมาคือ สปสช. เขต 12 และ สปสช. เขต 5 ตามลำดับ ทั้งนี้ สปสช. เขต 8 มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาน้อยที่สุด คือ 263 ราย

เมื่อพิจารณาผลงานตามเป้าหมายการส่งผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพื่อไปรับยาที่ร้านยา พบว่าในภาพรวมมีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาร้อยละ 74 ของเป้าหมาย และ สปสช.หลายเขตสามารถส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ สปสช. เขต 1 มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาร้อยละ 198 ของเป้าหมาย สปสช. เขต 12 มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาร้อยละ 123 ของเป้าหมาย สปสช. เขต 7 มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาร้อยละ 122 ของเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลที่อยู่ใน สปสช. เขต 4 มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาร้อยละ 12 ของเป้าหมาย (ตารางที่ 15)

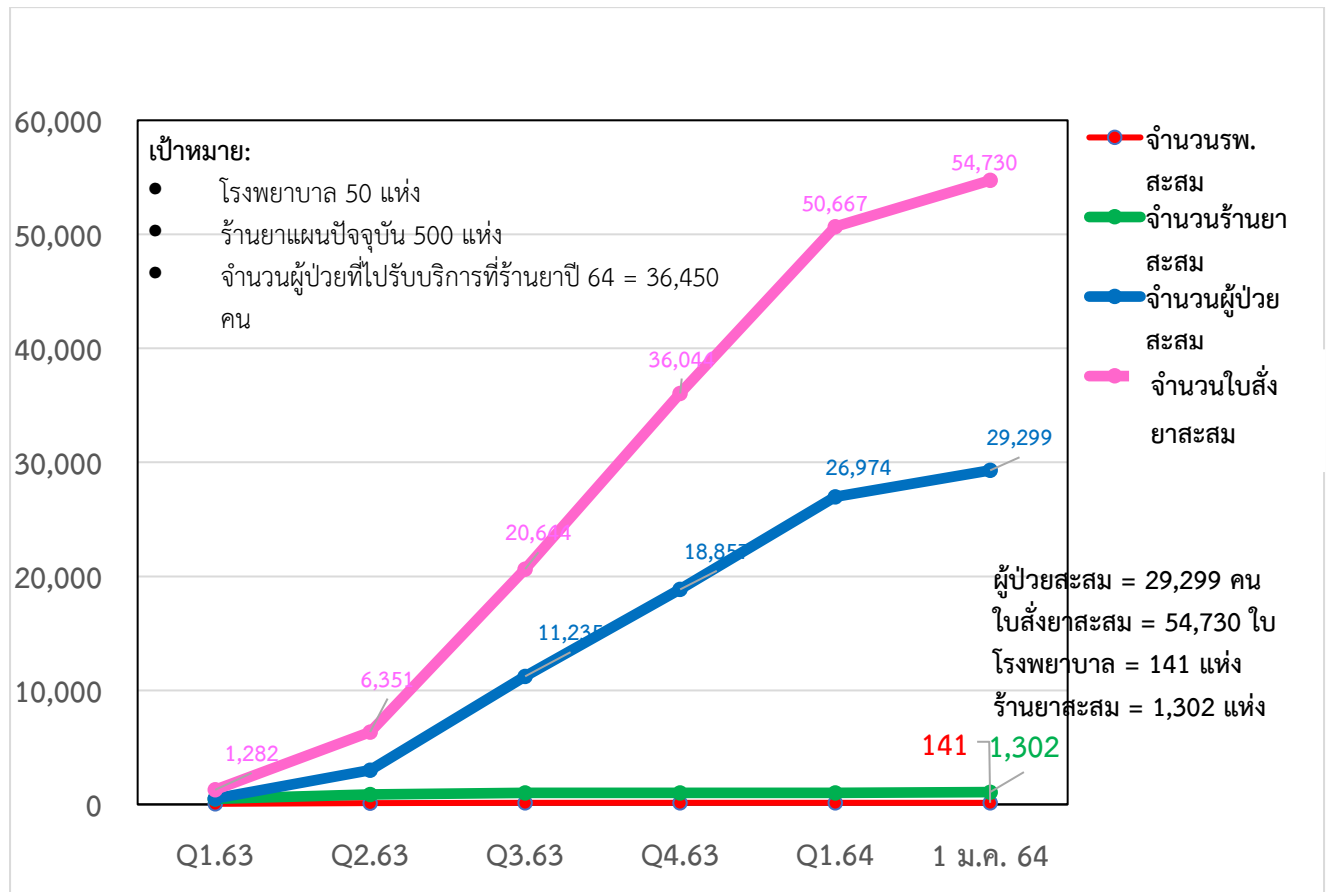
ตารางที่ 15 จำนวนสะสมของโรงพยาบาล ร้านยา ผู้ป่วย และใบสั่งยา ในโครงการรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล แยกตาม สปสช. เขต

สปสช. เขต	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล ที่เริ่ม ดำเนินการ	จำนวน ร้านยา	จำนวน ร้านยาที่ เริ่ม ดำเนินการ	เป้าหมาย จำนวน ผู้ป่วย ปีงบประมาณ พ.ศ. 64	จำนวน ผู้ป่วย รับยาที่ ร้านยา	% จำนวน ผู้ป่วย เทียบกับ เป้าหมาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 64	จำนวน ใบสั่ง ยา
สปสช.เขต 1	9	8	130	83	3,562	7,053	198.00	14,463
สปสช.เขต 2	7	6	60	40	2,701	3,021	111.86	4,219
สปสช.เขต 3	6	5	44	30	2,021	935	46.26	2,194
สปสช.เขต 4	23	15	175	52	5,897	757	12.84	1,274
สปสช.เขต 5	11	8	92	58	4,585	3,761	82.02	5,055
สปสช.เขต 6	14	13	135	100	4,629	3,416	73.80	6,179
สปสช.เขต 7	7	7	126	96	1,812	2,225	122.82	3,792
สปสช.เขต 8	6	4	32	18	1,663	263	15.82	384
สปสช.เขต 9	7	6	77	51	2,028	514	25.34	3,285
สปสช.เขต 10	12	10	84	70	2,979	1,831	61.47	3,952
สปสช.เขต 11	13	10	134	92	2,969	1,157	38.97	2,382
สปสช.เขต 12	12	9	118	67	3,124	3,870	123.89	6,438
สปสช.เขต 13	14	9	95	54	1,352	496	36.68	1,113
รวม	141	112	1,302	811	39,322	29,299	74.51	54,730

ที่มา: ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2564

5.1.2 จำนวนสะสมของโรงพยาบาล ร้านยา ผู้ป่วย และใบสั่งยา ในโครงการรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระหว่างตุลาคม 2562 - 1 มกราคม 2564

เดือนตุลาคม 2562 – 1 มกราคม 2564 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาและจำนวนใบสั่งยาในโครงการนำร่องฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถึงไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (รูปที่ 3)

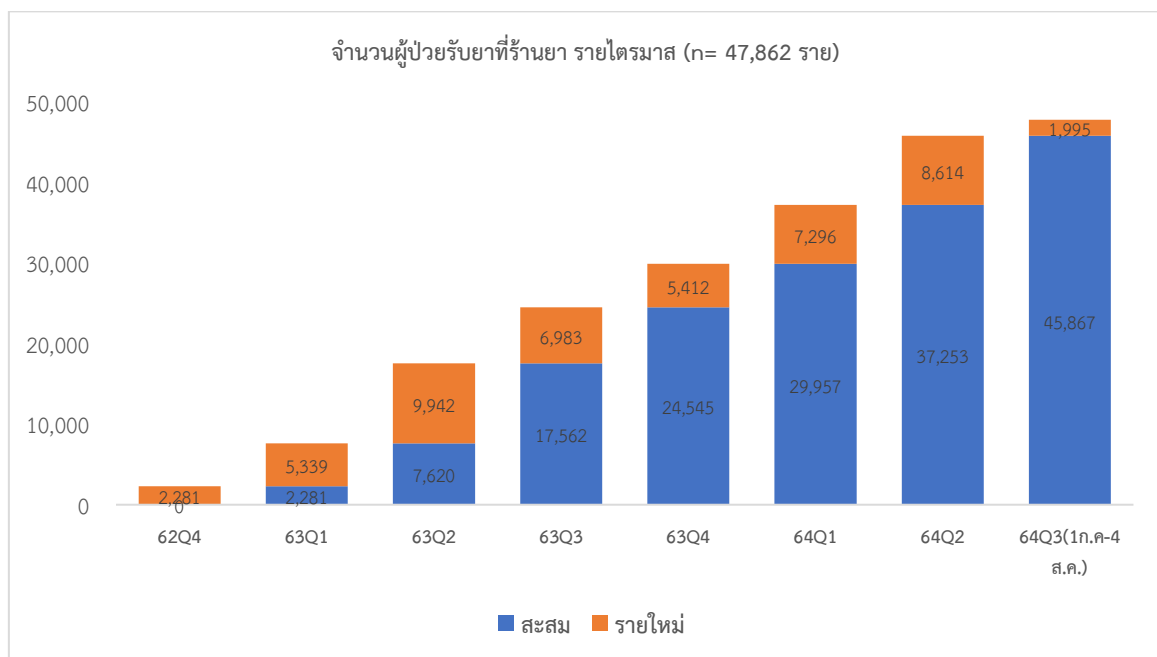


รูปที่ 3 จำนวนสะสมของโรงพยาบาล ร้านยา ผู้ป่วย และใบสั่งยา ในโครงการรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระหว่างตุลาคม 2562- 1 มกราคม 2564

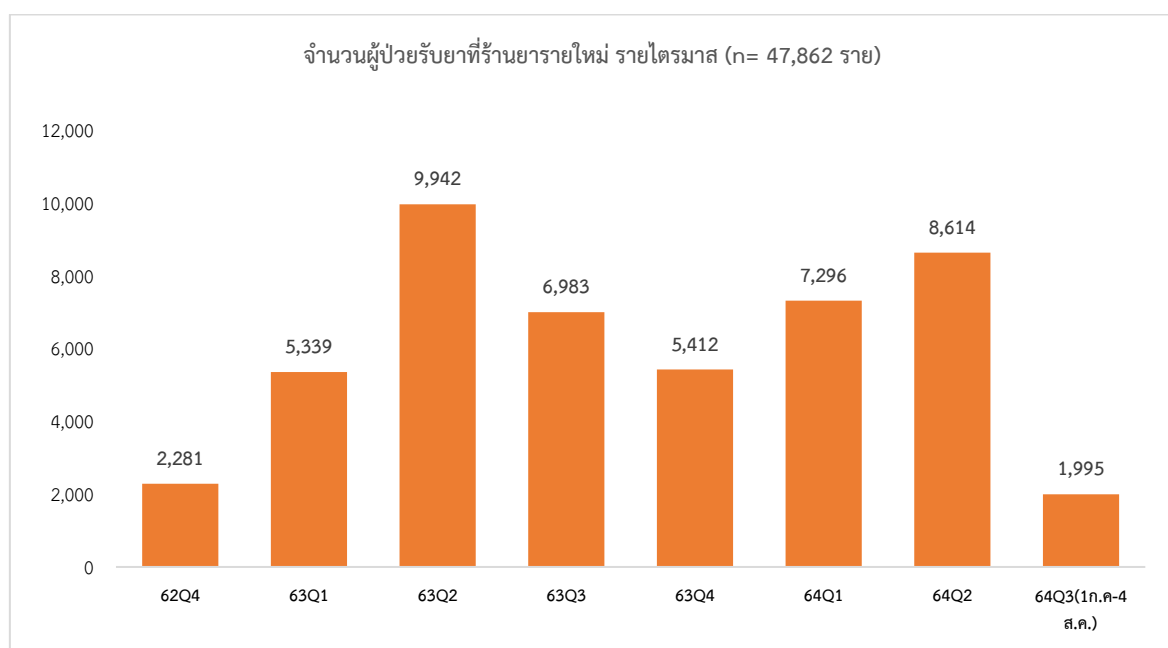
ที่มา ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2564

เดือนตุลาคม 2562 – 1 มกราคม 2564 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาและจำนวนใบสั่งยาในโครงการนำร่องฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถึงไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2564

เมื่อจำแนกผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าที่รับยาที่ร้านยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นและลดลงตามช่วงเวลา โดยมีจำนวนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไตรมาสที่ 2 ของปี 2563 ไตรมาสที่ 1 ของปี 2564 และ ไตรมาสที่ 2 ของปี 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังรูปที่ 4 และ 5



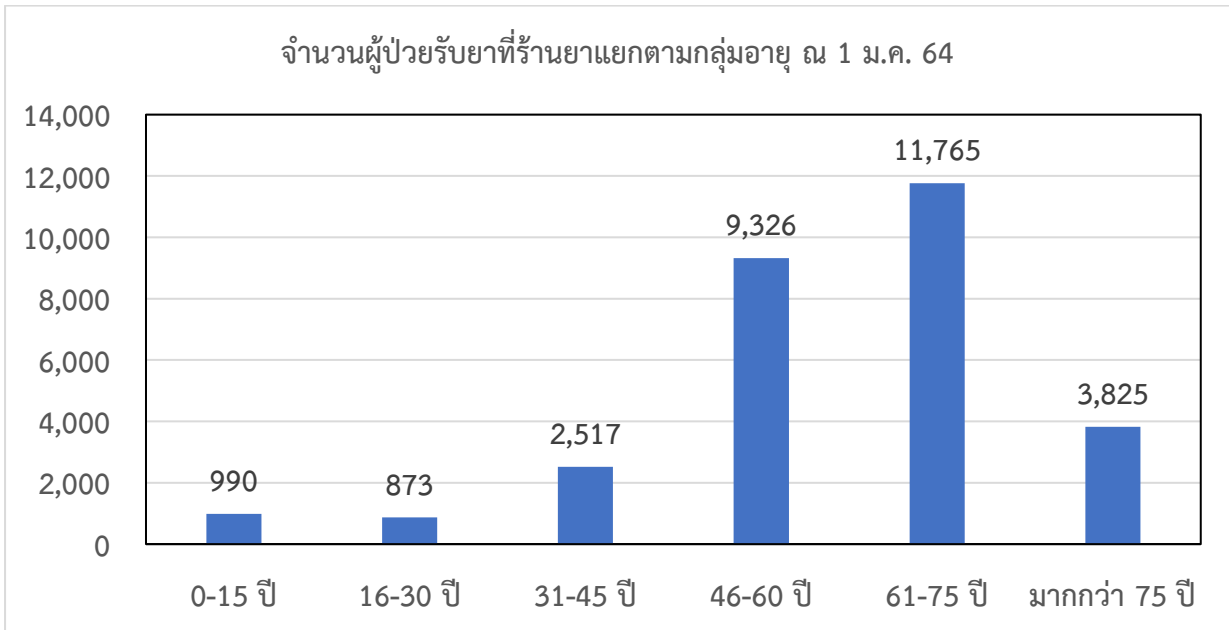
รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาจำแนกเป็นผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่า รายไตรมาส
ที่มา ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2564



รูปที่ 5 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยารายใหม่ รายไตรมาส

ที่มา ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม 2564

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 61-75 ไปรับยาที่ร้านยาสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 46-60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มโรคของผู้ป่วย (รูปที่ 6) โดยอันดับที่ 1 เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล ตามด้วยความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ (ตารางที่ 16)



รูปที่ 6 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาแยกตามกลุ่มโรค ณ 1 ม.ค. 64

ที่มา: ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2564

ตารางที่ 16 จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา จำแนกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก ณ 1 ม.ค. 64

กลุ่มโรค	จำนวนผู้ป่วย
โรคเรื้อรังอื่นๆที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล	12,896
ความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล	4,663
ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	4,085
ความดันโลหิตสูง	3,183
จิตเวช	1,329
เบาหวาน	1,096
เบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล	839

กลุ่มโรค	จำนวนผู้ป่วย
หอบหืด/COPD	591
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล	157
หอบหืด/COPD และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล	154

ที่มา: ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2564

เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในโครงการนำร่องฯ ทั้งหมด 141 โรงพยาบาล โดยจำแนกผลการดำเนินงานออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1. โรงพยาบาลที่ไม่มีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา 2. โรงพยาบาลที่มีจำนวนใบสั่งยาสะสม 1-100 ใบสั่งยา 3. โรงพยาบาลที่มีจำนวนใบสั่งยาสะสม 101-500 ใบสั่งยา และ 4. โรงพยาบาลที่มีจำนวนใบสั่งยาสะสมมากกว่า 500 ใบสั่งยา พบว่า ร้อยละ 40 ของโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ มีจำนวนใบสั่งยาสะสมจำนวน 1-100 ใบสั่งยา ร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ ยังไม่มีการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ระดับผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการนำร่องฯ

ระดับผลการดำเนินงาน	จำนวน โรงพยาบาล	ร้อยละ
1. โรงพยาบาลที่ไม่มีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา	29	21
2. โรงพยาบาลที่มีจำนวนใบสั่งยาสะสม 1-100 ใบสั่งยา	57	40
3. โรงพยาบาลที่มีจำนวนใบสั่งยาสะสม 101-500 ใบสั่งยา	30	21
4. โรงพยาบาลที่มีจำนวนใบสั่งยาสะสมมากกว่า 500 ใบสั่งยา	25	18
รวม	141	100

ที่มา: ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ สปสช. ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม 2564

5.2 ผลลัพธ์หลักของโครงการนำร่องฯ

5.2.1 ผลลัพธ์หลักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

เวลาและต้นทุนการรับบริการของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาลใช้เวลารอรับยาเฉลี่ย 41.9 นาที ซึ่งมากกว่าการรอรับยาที่ร้านยา 6 เท่า ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 6.2 นาที ส่วนระยะเวลาที่เภสัชกรอธิบายวิธีการใช้ยาพบว่าผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาจะมีเวลามากกว่าผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาล 2 เท่า (7.3 นาทีเทียบกับ 3.4 นาที) (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ระยะเวลาการรอรับยาและระยะเวลาที่เภสัชกรอธิบายวิธีการใช้ยา

ประเด็น	ผู้ป่วยรับยา ที่ โรงพยาบาล (n=192)	ผู้ป่วยรับ ยาที่ร้าน ยา (n=248)	ค่าเฉลี่ย เวลาที่ แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่ม	95% CI ของความ แตกต่าง	
				Lower	Upper
ระยะเวลาที่รอรับยา (นาที)	41.9	6.2	35.7*	-40.2	-31.3
ระยะเวลาที่เภสัชกรอธิบายวิธีการใช้ยา (นาที)	3.4	7.3	-3.9*	3	4.8

หมายเหตุ * P-Value < 0.01

ในประเด็นด้านระยะเวลาที่อยู่ที่ร้านยาและระยะเวลาเดินทาง ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เพียงกลุ่มเดียว โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้มีทั้งหมด 254 คน แต่ในประเด็นที่นำมาวิเคราะห์มีผู้ตอบแบบสอบถาม 248 251 และ 237 คน ดังตารางที่ 15 ซึ่งมีผู้ป่วย 6 3 และ 17 คน ไม่ตอบคำถามประเด็นนี้ โดยเมื่อผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาผู้ป่วยใช้เวลาเฉลี่ยอยู่ที่ร้านยา 16.8 นาที ผู้ป่วยกลุ่มนี้เดินทางจากบ้านไปถึงโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 39.8 นาที ซึ่งเป็นเวลานานกว่าการเดินทางจากบ้านไปถึงร้านยาที่ใช้เวลาเฉลี่ย 18.1 นาที (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 ระยะเวลาที่อยู่ที่ร้านยาและระยะเวลาเดินทาง

ประเด็น	จำนวนผู้ตอบ แบบสอบถาม	จำนวน missing	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ระยะเวลาที่อยู่ที่ร้านยา (นาที)	248	6	16.8	19.7
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไป โรงพยาบาล (นาที)	251	3	39.8	39.8
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านไปร้านยา (นาที)	237	17	18.1	19.3

เช่นเดียวกัน ค่าอาหารและค่าเดินทาง ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เพียงกลุ่มเดียว พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ พบว่า ค่าเดินทางและค่าอาหารส่วนเพิ่มของการไปรับยาที่โรงพยาบาลสูงกว่าการรับยาที่ร้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) โดยหากผู้ป่วย/ผู้ดูแลและญาติเดินทางจากบ้านไปรับยาที่ร้านยาสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 42-52 (41-50 บาท) เทียบกับการเดินทางจากบ้านไปรับยาที่โรงพยาบาล รวมทั้งหากผู้ป่วย/ผู้ดูแลและญาติไปรับยาที่ร้านยาสามารถประหยัดค่าอาหารได้ร้อยละ 81-83 (54-58 บาท) เทียบกับการเดินทางจากบ้านไปรับยาที่โรงพยาบาล (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ค่าเดินทางและค่าอาหารเปรียบเทียบระหว่างการรับยาที่โรงพยาบาลและการรับยาที่ร้านยา

ประเด็น	การรับยาที่โรงพยาบาล	การรับยาที่ร้านยา	ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน	95% CI ของความแตกต่าง	
				Lower	Upper
ค่าเดินทางจากบ้านไปหน่วยบริการ กรณีเดินทางไปคนเดียว (บาท)	78	37	41*	29	54
ค่าเดินทางจากบ้านไปหน่วยบริการ กรณีเดินทางไปพร้อมกับญาติ (บาท)	118	68	50*	17	83
ค่าอาหารส่วนที่เพิ่มขึ้นจากปกติของผู้ป่วยเมื่อมารับยา (บาท)	65	11	54*	44	62
ค่าอาหารส่วนที่เพิ่มขึ้นจากปกติของญาติเมื่อพาผู้ป่วยมารับยา (บาท)	71	13	58*	42	74

หมายเหตุ * P-Value < 0.01

คุณภาพบริการ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ เปรียบเทียบก่อนและหลังผู้รับยาที่ร้านยา 12 เดือน ในกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้นำมาแสดงในตารางที่ 21 และตารางที่ 22 ตามลำดับ การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นและเท่าเดิม คือสามารถควบคุมโรคได้ร้อยละ 85 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (ผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่ลง) หลังเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 19 และ 18 ในกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน		
ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีขึ้น	16	15
แย่ลง	21	19
เท่าเดิม	71	66
รวม	108	100

ตารางที่ 22 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีขึ้น	16	16
แย่ลง	18	18
เท่าเดิม	66	66
รวม	100	100

ปัญหาจากการใช้ยา

จังหวัดขอนแก่นได้พัฒนาระบบบันทึกข้อมูลปัญหาจากการใช้ยาใน google sheet โดยให้เภสัชกรที่ร้านยาเป็นผู้บันทึกข้อมูล จากการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรร้านยาในโครงการนำร่องฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 จนถึงเดือน กันยายน 2563 เภสัชกรพบปัญหาจากการใช้ยาร้อยละ 6 ของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับยาที่ร้านยาทั้งหมด (ตารางที่ 23) ทั้งนี้เภสัชกรร้านยาสามารถจัดการแก้ไขทุกปัญหาได้ทัน่วงทีก่อนที่จะเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ส่วนข้อมูลในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาอื่นๆ ผู้ประเมินผลไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

ตารางที่ 23 ปัญหาจากการใช้ยาจากการดำเนินงานบริหารเภสัชกรรมของเภสัชกรร้านยาในโครงการนำร่องฯ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 1 ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563

ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems: DRPs)	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
Non-compliance	33	61.11
Adverse drug reaction	10	18.52
Need therapy	6	11.11
Unnecessary drug therapy	1	1.85
Medication error	3	5.56
Drug interaction	1	1.85
Total DRPs (คิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาทั้งหมด 821 ครั้ง)	54	100

ที่มา: การประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น, 2563 (37)

5.2.2 ผลลัพธ์หลักที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล

รายการยาและมูลค่ายาที่ประหยัดได้

ผู้ประเมินวิเคราะห์รายการยาและมูลค่ายาเหลือที่บันทึกในระบบข้อมูลของจังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลยาที่ยังไม่ได้ใช้โดยเภสัชกรร้านยา เมื่อผู้ป่วยมารับยาที่ร้านยาผู้ป่วยจะถูกร้องขอให้นำยาเก่าติดตัวมาด้วย หลังจากนั้นเภสัชกรจะตรวจสอบจำนวนยาคงเหลือและคุณภาพของยา หากพบว่าผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับยาเพิ่มเพราะมียาคงเหลือที่ยังสามารถใช้ได้อยู่ เภสัชกรจะนำยาใหม่ที่รับมาจาก โรงพยาบาล ส่งคืนไปที่โรงพยาบาล แล้วนำปริมาณยาที่ส่งคืนมาคำนวณเป็นต้นทุนที่สามารถประหยัดได้ ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงเดือน 30 กันยายน 2563 พบว่ายาที่ร้านยาส่งคืนให้ โรงพยาบาล 3 อันดับแรก ได้แก่ Budesonide ขนาด 160 mcg + formoterol fumarate ขนาด 4.5 mcg Turbuhaler 120 puffs คิดเป็นมูลค่า 3,466 บาท รองลงมา คือ Salmeterol ขนาด 25 mcg + Fluticasone propionate ขนาด 250 mcg MDI คิดเป็นมูลค่า 1,134 บาท และ Fluticasone furoate nasal spray คิดเป็นมูลค่า 722 บาท ตามลำดับ ทั้งนี้โรงพยาบาล ได้รับยาคืนเป็นมูลค่าทั้งสิ้น 6,062 บาท ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 มูลค่ายาที่ประหยัดได้ จากการติดตามของเภสัชกรร้านยาในโครงการนำร่องฯ จังหวัดขอนแก่น วันที่ 1 ตุลาคม 2562 - กันยายน 2563

รายการยาเหลือใช้	มูลค่า (บาท)
Budesonide 160 mcg + formoterol fumarate 4.5 mcg Turbuhaler 120 puffs	3,466.00
Salmeterol 25 mcg + Fluticasone propionate 250 mcg MDI	1,134.00
Fluticasone furoate nasal spray	722.00
Budesonide 200 mcg MDI	262.00
Ipratropium 20 mcg+ fenoterol 50 mcg) MDI	189.00
Pioglitazone HCl 30mg	164.00
Isophane insulin (NPH; Isophane protamine insulin)	125.00
รวมมูลค่ายาทั้งสิ้น	6,062

ที่มา: การประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น, 2563 (37)

การลดความแออัด

ผู้ประเมินผลวิเคราะห์ข้อมูลความแออัดในภาพรวมของประเทศ ณ วันที่ 1 มกราคม 2564 โดยพิจารณาจากข้อมูลโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยานำร่องฯ ทั้งหมด 99 โรงพยาบาล (ไม่รวมโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลที่ยังไม่มีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน

และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่มีอาการคงที่แล้ว 336,617 ราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาทั้งหมด 28,564 ราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 8.5 ของผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ทั้งหมด โดยมีค่าต่ำสุดที่ร้อยละ 0.02 และค่าสูงสุดที่ร้อยละ 115.4 ซึ่งหมายความว่าบางโรงพยาบาลสามารถส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาได้มากกว่าเป้าหมาย จากข้อค้นพบเหล่านี้สามารถสรุปว่าในภาพรวมการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปรับยาที่ร้านยายังไม่สามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลได้

ระยะเวลาการรับยาที่โรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ พบว่า ระยะเวลาการรอรับยาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งมาจากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาลดลง โดยระยะเวลาการรอรับยาในโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เฉลี่ย 34 นาที และลดลงเหลือ 31 นาที หลังเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 ระยะเวลาการรับยาที่โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาล พื้นที่ศึกษา	ระยะเวลาการรับยา (นาที)	
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
1.	21	17
2.	34	30
3.	85	43
4.	24	20
7.	28	32
8.	42	25
9.	27	82
10.	18	15
13.	27	18
เฉลี่ย	34	31

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล 9 แห่งที่มีระบบบันทึกเวลาการให้บริการ

สัดส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรในท้องยา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรท้องยาต่อวันลดลง โดยก่อนเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ สัดส่วนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรท้องยาต่อวันเฉลี่ย 42:1 และลดลงเหลือ 36:1 หลังเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 สัดส่วนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรท้องยา (ต่อวัน)

เขตที่	สัดส่วนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรท้องยา (ต่อวัน)	
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
1.	11	10

เขตที่	สัดส่วนผู้ป่วยนอกต่อบุคลากรห้องยา (ต่อวัน)	
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	หลังเข้าร่วมโครงการ
2.	51	45
4.	29	31
5.	62	65
8.	65	25
6	63	54
10.	31	34
13.	20	24
เฉลี่ย	42	36

ที่มา: วิเคราะห์จากฐานข้อมูลโรงพยาบาล 8 แห่ง

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 241 ราย จากจำนวนอาสาสมัครรับยาที่ร้านยาที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 254 คน คิดเป็นร้อยละ 95 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการไปรับยาที่ร้านยามากกว่าการรับยาที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาตามรายประเด็นการบริการ พบว่า ผู้ป่วยพึงพอใจในประเด็น การใช้เวลารอรับยาไม่นาน มากที่สุด รองลงมาคือ การใช้เวลาไม่มากในการเดินทางมารับบริการที่ร้านยา และ การเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก ตามลำดับ นอกจากนี้ การให้บริการโดยเภสัชกรที่โรงพยาบาลและร้านยา ในประเด็น เภสัชกรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ เภสัชกรใช้คำพูดและมีกิริยามารยาทที่เหมาะสม และเภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนผู้ป่วยเข้าใจ ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 27)

การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงเหตุผลของความพึงพอใจในการรับยาที่ร้านยาว่า การเปลี่ยนสถานที่การรับยาจากโรงพยาบาลเป็นร้านยาไม่เพียงแต่เกิดความสะดวกต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่เภสัชกรยังมีเวลาในการอธิบายการใช้ยาให้กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ตลอดจนเป็นการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกด้วย

“...ผมว่าความสะดวกสบายแล้วก็ได้รับความรู้ ผมว่าเรามีเวลาคูยกับเภสัชกรก็เยอะอยู่นะ คนซื้อยาเขาร้านยาเขาก็ไม่ได้ขายคนมาเยอะแยะ เราก็มีเวลาคูยเยอะ ถ้าเราสงสัยนะ ผมว่ามันดี...” (ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา)

“...(ในโรงพยาบาล-ผู้ประเมินผล) ที่นั่งที่ยืนยังไม่พอ แน่นมาก เสี่ยงการติดเชื้อ อย่างนี้ก็ดีแล้ว (การรับยาที่ร้านยา-ผู้ประเมินผล) คนมาระบายมันโล่งขึ้นเยอะเลยถ้าทำลักษณะนี้...” (ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา)

ตารางที่ 27 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาต่อการรับยาเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินโครงการนำร่องฯ n = 241

ประเด็น	คะแนนเฉลี่ย ของ โรงพยาบาล	คะแนนเฉลี่ย ของร้านยา	ค่าเฉลี่ย คะแนนที่ แตกต่างกัน ระหว่าง กลุ่ม	95% CI	
				Lower	Upper
1. ใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน	2.39	3.75	1.36*	1.21	1.50
2. ใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการ ไม่นาน	2.78	3.66	0.88*	0.74	1.02
3. เดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก	2.97	3.74	0.77*	0.64	0.89
4. จุดให้บริการมีความสะดวกสบาย	2.87	3.48	0.61*	0.44	0.77
5. เภสัชกรมีความกระตือรือร้นและ เอาใจใส่	3.41	3.73	0.32*	0.22	0.42
6. เภสัชกรใช้คำพูดและมี กิริยามารยาทที่เหมาะสม	3.48	3.75	0.27*	0.18	0.36
7. ขั้นตอนการนัดหมายมีความชัดเจน	3.51	3.74	0.22*	0.12	0.32
8. เภสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจน ท่านเข้าใจ	3.55	3.69	0.15*	0.07	0.23

หมายเหตุ * P-Value < 0.01

5.2.3 ผลลัพธ์หลักที่เกิดขึ้นกับร้านยา

ความพึงพอใจของผู้ให้บริการทั้งโรงพยาบาลและร้านยา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรของโรงพยาบาลและร้านยา ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการฯ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรของโรงพยาบาล เภสัชกรร้านยา และเจ้าพนักงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาล เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการฯ มีข้อค้นพบดังนี้

ความพึงพอใจของบุคลากรของโรงพยาบาล

บุคลากรของโรงพยาบาลค่อนข้างพึงพอใจในการดำเนินโครงการฯ และให้ความเห็นว่า โครงการนี้ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ในบางพื้นที่มีร้านยาสนใจเข้าร่วม

โครงการจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโครงการในการทำงาน และเกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพสูงสุด

“...พึงพอใจ เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ จริง ๆ คือไปไกลกว่าเป้าหมายที่วางไว้อีก ได้เห็นความเสถียรของหลาย ๆ ฝ่าย เช่น ร้านยาซึ่งทำงานเกินไปกว่าที่เราคาดหวัง ได้มีการไปเยี่ยมบ้านให้เมื่อพบปัญหา ทางเภสัชกรในโรงพยาบาลเองก็มีการปรับตัวในการทำงานร่วมกันตรงนี้ ทั้ง ๆ ที่งานในส่วนที่ตนเองดูแลก็เยอะอยู่แล้ว แต่ก็เห็นความสำคัญ...” (แพทย์)

ปัจจัยสำคัญที่สร้างความพึงพอใจให้กับโรงพยาบาลจากการดำเนินโครงการนี้ คือ ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างสะดวกและทั่วถึง ซึ่งสามารถเห็นได้ชัดเจนจากการดำเนินงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการให้บริการสุขภาพได้ ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยกัน โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล ดังคำให้สัมภาษณ์ของเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่ได้กล่าวไว้ว่า

“...อย่างที่บอกไปตอนต้นว่าไม่ได้เพียงลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งในโรงพยาบาลก็อาจจะไม่ได้ลดลงเห็นชัดเจนขนาดนั้น แต่พอใจในส่วนที่ว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ด้วย บางคนไม่ใช่ว่าไม่อยากทานยาแต่ไม่สามารถเดินทางมาได้ ตรงนี้ก็คิดว่าจะตอบโจทย์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนั้นด้วย...” (เภสัชกรโรงพยาบาล)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า โครงการนำร่องฯ สามารถลดความแออัดได้ระดับหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยายังมีไม่มาก และผู้ป่วยบางกลุ่มอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากเครือข่ายร้านยาของโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ อีกทั้งบางโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นปกติอยู่แล้ว การมีผู้ป่วยหลักร้อยเข้าร่วมโครงการจึงไม่ส่งผลต่อความแออัดในภาพรวม ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากขาดการประชาสัมพันธ์โครงการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงข้อมูลการบริการของโครงการนี้ นอกจากนี้ บุคลากรบางส่วนมีความพึงพอใจน้อย เนื่องจากเภสัชกรและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้รับการระงับเพิ่มขึ้น และเกิดการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอีกด้วย ตลอดจนโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่สามารถลดความแออัดได้

“...มีความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการอยู่ในระดับหนึ่ง เนื่องจากจำนวนผู้ใช้บริการยังไม่มาก ร้านยาที่เข้าร่วมยังไม่ตอบโจทย์เรื่องลดความแออัดได้เท่าที่ควร เนื่องจากผู้ใช้บริการส่วนมากอยู่เขตต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด ซึ่งเกินขอบเขตของทางโครงการได้กำหนด...” (ผู้บริหารโรงพยาบาล)

“...ยังไม่พอใจต่อการดำเนินโครงการ เนื่องจากยังไม่เห็นผลการลดความแออัด นอกจากนี้ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการยังไม่ค่อยสะดวก เป็นการเพิ่มงานของเภสัชกรโรงพยาบาล...” (เภสัชกรโรงพยาบาล)

ความพึงพอใจของเภสัชกรร้านยา

ในด้านความพึงพอใจของเภสัชกรร้านยาต่อการดำเนินโครงการ เภสัชกรร้านยาได้สะท้อนความรู้สึกจากการเข้าร่วมโครงการ ดังนี้ 1) การเข้าร่วมโครงการนี้เป็นการเพิ่มบทบาทการทำงานของเภสัชกรร้านยาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้เภสัชกรร้านยาได้ทำหน้าที่ของวิชาชีพได้อย่างเต็มที่ เช่น การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย การให้คำปรึกษากรณีการเกิดผลกระทบบกจากการใช้ยา เป็นต้น 2) เพิ่มการมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลในการให้บริการผู้ป่วย กล่าวคือ เภสัชกรร้านยาได้ประสานงานกับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วย ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกันอีกด้วย

“...ได้แสดงในเรื่องของ บทบาทวิชาชีพเขา แล้วก็อาจจะเพิ่มงานก็อาจจะมึเหนื่อยบ้าง...แต่ว่ามันก็คือหนึ่งในหน้าที่ ที่เราจะได้แสดงบทบาททั้งในเรื่องของ ด้วยความที่ร้านเป็นร้านยาอยู่แล้ว และเป็นหนึ่งในวิชาชีพเภสัชที่เราจะต้องแสดงให้ผู้ป่วย...” เภสัชกรร้านยา

5.3 ต้นทุนการดำเนินงาน

ต้นทุนการดำเนินงานขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) จำนวนร้านยาที่เป็นเครือข่ายซึ่งการวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้ค่าเฉลี่ย 15 ร้านยาต่อโรงพยาบาล 2) จำนวนใบสั่งยาที่รับยาที่ร้านยาต่อเดือน ผู้ประเมินวิเคราะห์และนำเสนอเป็นช่วง ตั้งแต่ 26 ใบสั่งยาต่อเดือน 52 ใบสั่งยาต่อเดือน และ 104 ใบสั่งยาต่อเดือน 3) โรคที่เลือกดำเนินการ ได้แก่ โรคเรื้อรังทั่วไปและ/หรือโรคทางจิตเวช และ 4) รูปแบบการดำเนินงานที่ 1-3

สำหรับโรงพยาบาล ต้นทุน ค่าแรงต่อใบสั่งยา กรณีรูปแบบการดำเนินงานที่ 1 มีค่า 32.42 – 46.88 บาท กรณีรูปแบบการดำเนินงานที่ 2 มีค่า 33.27 – 50.29 บาท กรณีรูปแบบการดำเนินงานที่ 3 มีค่า 32.28 – 46.32 บาท (ตารางที่ 28) หากมีผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาจำนวนมากต้นทุนค่าแรงที่เกิดกับโรงพยาบาลต่อใบสั่งยาร้านยาจะยิ่งลดลง รูปแบบการดำเนินงานที่มีต้นทุนค่าแรงสูงสุด คือ รูปแบบที่ 2 รองลงมาคือรูปแบบที่ 1 และ 3 ตามลำดับ ซึ่งตรงข้ามกับต้นทุนค่าแรงที่ร้านยาที่พบว่าร้านยามีต้นทุนค่าแรงต่อใบสั่งยาสูงสุดหากดำเนินงานด้วยรูปแบบที่ 3 รองลงมาคือรูปแบบที่ 2 และ 1 ตามลำดับ โดยหากจ่ายยาสำหรับโรคทางจิตเวช รูปแบบการดำเนินงานที่ 1 ใช้ค่าแรง 61.19 บาท รูปแบบการดำเนินงานที่ 2 ใช้ค่าแรง 61.57 – 65.45 บาท และ รูปแบบการดำเนินงานที่ 3 ใช้ค่าแรง 67.51 – 89.22 บาท ทั้งนี้ ต้นทุนค่าแรงต่อใบสั่งยาสำหรับโรคจิตเวชมีค่ามากกว่าต้นทุนค่าแรงต่อใบสั่งยาสำหรับโรคเรื้อรังทั่วไป

ตารางที่ 28 ต้นทุนค่าแรงต่อใบสั่งยาจำแนกตามรูปแบบการดำเนินงาน จำนวนใบสั่งยา และกลุ่มโรค

รูปแบบการดำเนินงาน	ต้นทุนที่เกิดกับโรงพยาบาล (บาท)	ต้นทุนที่เกิดกับร้านยา (บาท)	
		การจ่ายยา สำหรับโรคเรื้อรัง ทั่วไป	การจ่ายยาสำหรับ โรคทางจิตเวช
รับยาที่ร้านยา 26 ใบสั่งยาต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	46.88	53.85	61.19

รูปแบบการดำเนินงาน	ต้นทุนที่เกิดกับโรงพยาบาล (บาท)	ต้นทุนที่เกิดกับร้านยา (บาท)	
		การจ่ายยา สำหรับโรคเรื้อรัง ทั่วไป	การจ่ายยาสำหรับ โรคทางจิตเวช
รูปแบบที่ 2	50.29	58.11	65.45
รูปแบบที่ 3	46.32	81.88	89.22
รับยาที่ร้านยา 52 ใบต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	37.24	53.85	61.19
รูปแบบที่ 2	38.94	55.52	62.86
รูปแบบที่ 3	36.96	67.40	74.74
รับยาที่ร้านยา 104 ใบต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	32.42	53.85	61.19
รูปแบบที่ 2	33.27	54.22	61.57
รูปแบบที่ 3	32.28	60.17	67.51

ต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนของรูปแบบการดำเนินงานที่ 1 สำหรับโรงพยาบาลมีค่า 4.94 – 16.77 บาทต่อใบสั่งยา ต้นทุนรวมค่าวัสดุและค่าลงทุนของรูปแบบการดำเนินงานที่ 2 สำหรับโรงพยาบาลมีค่า 3.08-9.33 บาทต่อใบสั่งยา ต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนของรูปแบบการดำเนินงานที่ 3 สำหรับโรงพยาบาลมีค่า 2.13 – 5.52 บาทต่อใบสั่งยา ยิ่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยามาก ต้นทุนค่าลงทุนยิ่งลดลง และรูปแบบการดำเนินงานที่มีต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนสูงสุด คือ รูปแบบที่ 1 รองลงมาคือรูปแบบที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ซึ่งตรงข้ามกับต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนที่ร้านยา ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานที่มีต้นทุนสูงสุด คือ รูปแบบที่ 3 รองลงมาคือรูปแบบที่ 2 และรูปแบบที่ 1 ทั้งนี้ ต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนต่อใบสั่งยาสำหรับโรคจิตเวชมีค่ามากกว่าต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนต่อใบสั่งยาสำหรับโรคเรื้อรังทั่วไป (ตารางที่ 29)

ตารางที่ 29 ต้นทุนรวมค่าวัสดุและค่าลงทุนต่อใบสั่งยาจำแนกตามรูปแบบการดำเนินงาน จำนวนใบสั่งยา และกลุ่มโรค

รูปแบบการดำเนินงาน	ต้นทุนที่เกิดกับโรงพยาบาล (บาท)	ต้นทุนที่เกิดกับร้านยา (บาท)	
		การจ่ายยา สำหรับโรคเรื้อรัง ทั่วไป	การจ่ายยาสำหรับ โรคทางจิตเวช
รับยาที่ร้านยา 26 ใบสั่งยาต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	16.77	14.32	16.42
รูปแบบที่ 2	9.33	17.20	24.34
รูปแบบที่ 3	5.52	17.36	24.51

รูปแบบการดำเนินงาน	ต้นทุนที่เกิดกับโรงพยาบาล (บาท)	ต้นทุนที่เกิดกับร้านยา (บาท)	
		การจ่ายยา สำหรับโรคเรื้อรัง ทั่วไป	การจ่ายยาสำหรับ โรคทางจิตเวช
รับยาที่ร้านยา 52 ใบสั่งยาต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	8.88	11.80	13.90
รูปแบบที่ 2	5.17	17.20	21.82
รูปแบบที่ 3	3.26	17.28	21.90
รับยาที่ร้านยา 104 ใบสั่งยาต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	4.94	10.54	12.64
รูปแบบที่ 2	3.08	17.20	20.56
รูปแบบที่ 3	2.13	17.24	20.60

ตารางที่ 30 และตารางที่ 31 แสดงต้นทุนรวมต่อใบสั่งยา โรงพยาบาลมีต้นทุนรวมต่อใบสั่งยาสำหรับดำเนินงานรูปแบบที่ 1 อยู่ระหว่าง 37 – 64 บาท/ใบสั่งยา รูปแบบที่ 2 36 – 60 บาท/ใบสั่งยา และรูปแบบที่ 3 34 – 52 บาท/ใบสั่งยา ร้านยามีต้นทุนรวมต่อใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปในรูปแบบที่ 1 ระหว่าง 64 – 68 บาท/ใบสั่งยา รูปแบบที่ 2 71 – 75 บาท/ใบสั่งยา และรูปแบบที่ 3 77 – 99 บาท/ครั้ง ร้านยามีต้นทุนการจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในรูปแบบที่ 1 ระหว่าง 74 – 78 บาท/ใบสั่งยา รูปแบบที่ 2 82 – 90 บาท/ใบสั่งยา และรูปแบบที่ 3 88 – 114 บาท/ใบสั่งยา ต้นทุนเฉลี่ยต่อใบสั่งยาสำหรับโรงพยาบาลที่ดำเนินงานรูปแบบที่ 1 คือ 49 บาท/ใบสั่งยา รูปแบบที่ 2 คือ 47 บาท/ใบสั่งยา และรูปแบบที่ 3 คือ 42 บาท/ใบสั่งยา ในขณะที่ร้านยามีต้นทุนต่อใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่สูงกว่าต้นทุนรวมต่อใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป โดยรูปแบบที่ 3 มีค่ามากที่สุด คือ 99 บาท/ใบสั่งยา รองลงมาคือ รูปแบบที่ 2 86 บาท/ใบสั่งยา และ รูปแบบที่ 1 คือ 76 บาท/ใบสั่งยา สำหรับร้านยาที่จ่ายยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป มีต้นทุนสำหรับดำเนินงานรูปแบบที่ 3 87 บาท/ใบสั่งยา รูปแบบที่ 2 73 บาท/ใบสั่งยา และรูปแบบที่ 1 66 บาท/ใบสั่งยา

ตารางที่ 30 ต้นทุนรวมต่อใบสั่งยาจำแนกตามรูปแบบการดำเนินงาน จำนวนใบสั่งยา และกลุ่มโรค

รูปแบบการดำเนินงาน	ต้นทุนที่เกิดกับโรงพยาบาล (บาท)	ต้นทุนที่เกิดกับร้านยา (บาท)	
		การจ่ายยา สำหรับโรคเรื้อรัง ทั่วไป	การจ่ายยาสำหรับ โรคทางจิตเวช
รับยาที่ร้านยา 26 ใบสั่งยาต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	63.65	68.17	77.61
รูปแบบที่ 2	59.62	75.30	89.79
รูปแบบที่ 3	51.83	99.24	113.73

รูปแบบการดำเนินงาน	ต้นทุนที่เกิดกับโรงพยาบาล (บาท)	ต้นทุนที่เกิดกับร้านยา (บาท)	
		การจ่ายยา สำหรับโรคเรื้อรัง ทั่วไป	การจ่ายยาสำหรับ โรคทางจิตเวช
รับยาที่ร้านยา 52 ใบสั่งยาต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	46.12	65.65	75.09
รูปแบบที่ 2	44.11	72.71	84.68
รูปแบบที่ 3	40.22	84.68	96.65
รับยาที่ร้านยา 104 ใบสั่งยาต่อเดือน/ร้านยา			
รูปแบบที่ 1	37.36	64.39	73.83
รูปแบบที่ 2	36.35	71.42	82.12
รูปแบบที่ 3	34.41	77.40	88.11

ตารางที่ 31 ต้นทุนรวมต่อครั้งจำแนกตามรูปแบบบริการ

รูปแบบการดำเนินงาน	ต้นทุนที่เกิดกับโรงพยาบาล (บาท)	ต้นทุนที่เกิดกับร้านยา (บาท)	
		การจ่ายยาสำหรับ โรคเรื้อรังทั่วไป	การจ่ายยาสำหรับ โรคทางจิตเวช
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด			
รูปแบบที่ 1	37-64	64-68	74-78
รูปแบบที่ 2	36-60	71-75	82-90
รูปแบบที่ 3	34-52	77-99	88-114
ค่าเฉลี่ย			
รูปแบบที่ 1	49	66	76
รูปแบบที่ 2	47	73	86
รูปแบบที่ 3	42	87	99

บทที่ 6 อภิปรายผลการศึกษา

การให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วรับยาที่ร้านยา มีการดำเนินการในบางพื้นที่มาแล้วก่อนเริ่มโครงการนำร่องฯ เช่น ในกรุงเทพมหานคร ขอนแก่น มหาสารคาม โดยส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปแบบของงานวิจัยและพัฒนา (10) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เรื่องนี้ได้ถูกประกาศเป็นหนึ่งในมาตรการลดความแออัดของโรงพยาบาลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง สปสช. ได้สนับสนุนนโยบายดังกล่าว โดยมีมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2562 ให้เริ่มดำเนินการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด จิตเวช หรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล เป้าประสงค์หลักของนโยบาย คือ ลดความแออัดของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นโยบายนี้ควรเน้นที่การช่วยให้คุณภาพการให้คำปรึกษาด้านยา และการติดตามการใช้ยาเพิ่มขึ้น

ผลประเมินครั้งนี้สามารถตอบวัตถุประสงค์ด้านระบบอภิบาล (governance) ของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ทั้งระดับประเทศ จังหวัด และโรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษา การประเมินทราบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ของโรงพยาบาลและร้านยา แต่ยังไม่สามารถตอบในประเด็นการตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของโรงพยาบาลและร้านยา เนื่องจากพื้นที่ศึกษาไม่ได้ครอบคลุมโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ นอกจากนี้ยังทราบกระบวนการและปัจจัยที่มีผลต่อการออกแบบมาตรการ และการดำเนินโครงการฯ ในมุมมองของโรงพยาบาล ร้านยา และผู้ป่วย รวมทั้งผลผลิตของการดำเนินโครงการนำร่องฯ ในระยะสั้นๆ อย่างไรก็ตามในประเด็นผลลัพธ์หลักของโครงการนำร่องฯ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในแง่ของผลลัพธ์ทางสุขภาพยังไม่สามารถตอบได้อย่างชัดเจนเนื่องจากมีจำนวนข้อมูลที่สามารถประมวลผลและวิเคราะห์ได้จำกัด ประเด็นสุดท้ายในด้านผลลัพธ์หลักของโครงการนำร่องฯ ที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลและร้านยาการประเมินนี้ให้ข้อมูลในประเด็นความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน และการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการรอของผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา และสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยต่อเภสัชกร มีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจอธิบายได้จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลลดลงเช่นเดียวกัน จึงอาจไม่สามารถสรุปได้ว่าเกิดจากนโยบายรับยาที่ร้านยาทั้งหมด

หากพิจารณาที่วัตถุประสงค์ของโครงการนำร่องฯ ซึ่งมี 3 ประการ พบว่า 1. ในด้านการลดความแออัดในโรงพยาบาล การศึกษานี้ยังไม่สามารถตอบได้ชัดเจนว่าแต่ละโรงพยาบาลลดสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยลงได้มากน้อยเพียงใดเนื่องจากข้อมูลที่มีในฐานข้อมูลเป็นข้อมูลการรับบริการที่ร้านยาเท่านั้น แต่ไม่มีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หากพิจารณาเฉพาะโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่มีอาการคงที่แล้วพบว่าในภาพรวมของประเทศ นโยบายนี้ยังไม่สามารถลดความแออัดของโรงพยาบาลได้ แต่หากพิจารณาเฉพาะโรงพยาบาลที่ทีมประเมินเลือกเป็นพื้นที่ศึกษา พบว่าสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยต่อเภสัชกร มีแนวโน้มลดลง 2. ประเด็นผู้ป่วยไม่ต้องรอนาน การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาสามารถระยะเวลาการรอที่โรงพยาบาลได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นการดำเนินงานในลักษณะการเติมยาหรือรับยาซ้ำโดยไม่ต้อง

พบแพทย์ผู้ป่วยประหยัดเวลาที่อยู่ที่ โรงพยาบาล ได้ ลดระยะเวลารอยา ลดระยะเวลาเดินทาง และลดต้นทุนค่าเดินทาง 3. ประเด็นผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการใช้ยาอย่างมีคุณภาพ การศึกษานี้พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรเพิ่มขึ้น 1 เท่า และผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยามีความพึงพอใจในแง่การมีเวลาพูดคุยปรึกษาด้านยาและการดูแลโรคเรื้อรังกับเภสัชกรมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมการประเมินคุณภาพของการบริการที่ร้านยา

โรงพยาบาลได้ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ดังนี้ 1. เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกับร้านยาในพื้นที่ 2. อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยในประเด็นช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องรอรับยานานที่โรงพยาบาล ลดการเดินทางมาที่โรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยได้รับยาและมีเวลามากขึ้นในการรับคำแนะนำด้านยาจากเภสัชกร 3. หากโรงพยาบาลมีระบบการคืนยาจากร้านยาสามารถช่วยประหยัดค่ายาของโรงพยาบาล 4. หากดำเนินการโดยรูปแบบ 3 คาดว่าภาระงานของเภสัชกรจะลดลง ทำให้เภสัชกรมีบทบาทในการดูแลด้านยาให้กับผู้ป่วยในมากขึ้น ร้านยาได้ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ดังนี้ 1. เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. สสจ. กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น 2. เพิ่มบทบาทการทำงานของเภสัชกรร้านยาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและทำหน้าที่ของวิชาชีพได้อย่างเต็มที่ 3. ได้ทำความรู้จักกับผู้ป่วยในชุมชนและเป็นที่รู้จักและไว้วางใจของประชาชน 4. มีโอกาสขยายบริการสุขภาพในร้านยามากกว่าการจ่ายยา เช่น ดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดูแลปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล

ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าโครงการนำร่องฯ มีความสำเร็จบางประการดังที่กล่าวมา สปสช. กระทรวงสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรพัฒนาและดำเนินโครงการนำร่องนี้ต่อไป จากเหตุผลดังนี้

1. การดึงเภสัชกรร้านยามาช่วยงานบริหารเภสัชกรรมจะช่วยแก้ไขข้อจำกัดด้านกำลังคนและจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐ เนื่องจากนโยบายจำกัดกำลังคนของภาครัฐ ทำให้ไม่มีการจัดสรรตำแหน่งใหม่เพิ่มให้แก่เภสัชกร ดังจะเห็นได้จากการประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2562 (38) ซึ่งมีมติไม่อนุมัติให้มีการเพิ่มอัตรากำลังสำหรับตำแหน่งเภสัชกร เนื่องจากจำนวนเภสัชกรที่มีอยู่นั้นใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จึงไม่ถือเป็นตำแหน่งที่มีความขาดแคลน แต่ผลการศึกษานี้จำนวนเภสัชกรที่จำเป็นต้องมีสำหรับการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย และการใช้ยาของประชาชนใน พ.ศ. 2560 (39) สะท้อนว่า เภสัชกรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนไม่เพียงพอต่อความต้องการ ในขณะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเพื่อดูแลสุขภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีการใช้ยาต่อเนื่องและซับซ้อน ประกอบกับโครงสร้างอายุของประชากรไทยที่มีผู้สูงอายุ อัตราการเกิดโรคเรื้อรัง และปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการเวลาของเภสัชกรในการดูแลและให้บริการทางเภสัชกรรม ทั้งนี้ จากภาระงานดังกล่าวส่งผลให้จำนวนเภสัชกรที่มีอยู่ไม่สามารถดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงทั้งในเรื่องผลการรักษาจากการใช้ยา ผลข้างเคียง หรือความเสี่ยงต่อการใช้ยาผิดพลาด (40) หากมีการบริหารจัดการด้านยาที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างสมเหตุผล เข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้ โดยในระยะยาวคาดว่าผู้ป่วยจะมีความรอบรู้ด้านยา (Drug literacy) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังจะช่วยลดความสูญเสียจากยาเหลือค้างที่บ้านผู้ป่วยในกรณีที่ไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์

สั่งแล้วมีระบบการตรวจสอบและสั่งจ่ายยาให้เหมาะสม นอกจากนี้ โรงพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาจะ
ได้ประโยชน์ในด้านการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ โดยบริหารจัดการเวลาของเภสัชกรที่มีอยู่ให้เน้นทำงานด้าน
การให้คำปรึกษาในแผนกผู้ป่วยในและดูแลการใช้ยาที่มีความซับซ้อน และมุ่งเน้นงานด้าน clinical
pharmacy ในส่วนของร้านยา บทบาทหน้าที่ของร้านยาจะเปลี่ยนไป โดยจะเป็นสถานที่ปฏิบัติวิชาชีพ ไม่มุ่ง
ขายยาเพียงอย่างเดียว แต่ยังให้บริการทางด้านการบริหารเภสัชกรรมร่วมด้วย ซึ่งทำให้เภสัชกรประจำร้านยา
ได้ปฏิบัติวิชาชีพและใช้ความสามารถด้านการบริหารเภสัชกรรม

2. สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งมี
มาตรการเพื่อลดจำนวนผู้รับบริการที่โรงพยาบาล เช่น 1) การรับยาที่ร้านยา 2) การจัดส่งยาทางไปรษณีย์/
ขนส่งเอกชน 3) การส่งมอบยาโดย อสม. และ 4) การจ่ายยาโดย รพ.สต. 5) บริการรับยาแบบ Drive Thru
เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้พบว่าการรับยาที่ร้านยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ส่วนหนึ่งเนื่องจากและประชาชนไม่ยอมมาโรงพยาบาลเพราะกลัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบ
กับกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ประกาศแนวทางปฏิบัติการปรับปรุงแบบบริการการบริการดูแล
รักษาผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 (41) สำหรับผู้ป่วยที่มารับยาโดยไม่ต้องพบ
แพทย์ สามารถรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านหรือจัดส่งยาทางไปรษณีย์หรือ จัดส่งยาโดย อสม. หรือรับยาแบบ
Drive-Thru ได้ โดยประสิทธิภาพ ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคของการรับยาแต่ละรูปแบบกำลังอยู่
ในระหว่างศึกษาโดยคณะผู้วิจัยอีกคณะที่ได้รับการสนับสนุนจาก สวรส.

การรับยาที่ร้านยาถือเป็นหนึ่งในมาตรการรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มี
การดำเนินการในหลายประเทศ จะเห็นได้ว่าแม้มีมาตรการ lock down แต่หลายประเทศยังให้ร้านยาเปิด
บริการตามปกติ และส่วนใหญ่ร้านยาจะเปิดบริการโดยไม่มีวันหยุด ร้านยาจึงเป็นเสมือนสถานพยาบาลด้าน
หน้าในชุมชนที่ให้บริการด้านการจัดยาหรือเติมยาตามใบสั่งแพทย์ รวมทั้งติดตามและจัดการด้านสุขภาพให้แก่
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้เภสัชกรที่อยู่ในร้านยาในต่างประเทศก็เป็นบุคลากรด้านหน้าที่ช่วยสนับสนุนการ
ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น แจกจ่ายหน้ากากอนามัยหรือเจลแอลกอฮอล์ที่
ได้มาตรฐาน ฉีดวัคซีนให้ประชาชน แจกจ่ายชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit (ATK) และให้คำแนะนำวิธีการ
ตรวจแก่ประชาชน การจ่ายยา Favipiravir แก่ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง รวมถึงการให้คำแนะนำและศึกษา
เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น (18) สำหรับประเทศไทย สปสช.ได้มีแนวคิด
เกี่ยวกับการดึงเภสัชกรร้านยาชุมชนมาช่วยสนับสนุนการแจกจ่ายชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit (ATK)
และให้คำแนะนำวิธีการตรวจแก่ประชาชน หากสามารถดำเนินการได้สำเร็จก็จะขยายไปยังการจ่ายยา
Favipiravir และการสนับสนุนการทำ home isolation ของประชาชนในกรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (42)
หากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ดีขึ้น บทบาทของเภสัชกรร้านยาในการ
ให้บริการอาจจะต้องเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน หนึ่งในข้อเสนอแนะจากพื้นที่ คือ การให้เภสัชกรร้านยาช่วย
ให้บริการแบบ tele-pharmacy ซึ่งโรงพยาบาลหลายแห่งมีการดำเนินการ tele-pharmacy แล้วแต่ความ
ครอบคลุมยังไม่สูงมาก การดึงเภสัชกรร้านยามาช่วยเติมเต็มช่องว่างส่วนนี้จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่ง ดังนั้นผู้

กำหนดนโยบายจึงควรมีการพัฒนาระบบ tele-pharmacy และพัฒนาการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตรวมถึงอุปกรณ์สำหรับรับบริการทางไกลของประชาชน

3. การมีนโยบายให้ร้านยาเข้ามามีส่วนร่วมในการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนบทบาทของร้านยาชุมชนและเภสัชกรร้านยาในประเทศไทย งานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าการขยายบทบาทให้เภสัชกรร้านยาช่วยจ่ายยา ดูแลและติดตามอาการผู้ป่วย มีประสิทธิผลดี หลายประเทศประสบความสำเร็จในการขยายบทบาทของเภสัชกรในด้านการบริการดูแลผู้ป่วย (43-45) แต่ประเด็นที่จะต้องพิจารณาเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน คือ ระบบการจ่ายค่าตอบแทนให้กับร้านยา การจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นการจ่ายตามจำนวนใบสั่งยาอาจจะไม่จูงใจให้ร้านยาจัดบริการและภาครัฐสามารถควบคุมงบประมาณได้ยาก กล่าวคือ เมื่อเวลาผ่านไปจำนวนใบสั่งยาจะเพิ่มมากขึ้นเป็นเส้นตรงแต่อาจไม่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ประเทศนิวซีแลนด์ได้พัฒนาการจ่ายค่าตอบแทนให้ร้านยาชุมชนโดยให้จ่ายเป็นค่าบริการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (long term condition service) ซึ่งครอบคลุมการจัดการด้านยาและการติดตามความสม่ำเสมอในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งร้านยาจะได้รับค่าตอบแทนเป็นรายเดือน ไม่ขึ้นกับใบสั่งยา ค่าตอบแทนส่วนนี้เป็นส่วนที่เพิ่มเติมมาจากการจ่ายยาตามใบสั่งยา เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ร้านยาชุมชนร่วมจัดบริการ และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (46) ในอนาคตประเทศไทยอาจมีการศึกษาความเป็นไปได้และปรับรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนให้เหมาะสม

4. หากพิจารณาในมุมมองของโรงพยาบาล การให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาเป็นหนึ่งในรูปแบบของการปรับเปลี่ยนบทบาท (task shifting) ของฝ่ายเภสัชกรรมในโรงพยาบาลไปใช้บริการจากระบบภายนอกโรงพยาบาล และเป็นการดำเนินงานในลักษณะการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในกิจการของรัฐ (public private partnership) ที่มีการดำเนินการมาแล้ว เช่น บริการซักกรีด บริการทำความสะอาด หรือบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การเปิดให้เอกชนลงทุนจัดตั้งเครื่องเอกซเรย์- เอ็มอาร์ไอ รวมถึงเข้ามาจัดการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (47) เป็นต้น

5. โครงการนำร่องที่มีความสำเร็จหลายประการ เช่น การประเมินนี้พบว่า การรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ทั้งในแง่ของการมีเวลาพูดคุยปรึกษาด้านยาและการดูแลโรคเรื้อรังกับเภสัชกรมากขึ้น การลดระยะเวลาการรับบริการที่โรงพยาบาล การลดเวลาเดินทาง การเลือกเวลารับยาตามความสะดวกของผู้ป่วยและญาติ และประหยัดต้นทุนการเดินทางเมื่อเทียบกับการรับบริการที่โรงพยาบาล ในกรณีการเติมยา (refill prescription) หรือ รับยาตามใบสั่งซ้ำ (repeat prescription) ที่ร้านยา ที่ผู้ป่วยไม่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อน แต่สามารถมารับยาตามใบสั่งแพทย์ที่ร้านยาได้เลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโครงการเครือข่ายเภสัชกรประจำครอบครัวของ สุณี เลิศสินอุดม และคณะ (2561) (34) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อรับบริการในโครงการเติมยาและการจัดการด้านยา (Medication Therapy Management : MTM) เนื่องจากเภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ประกอบกับมีเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา รวมถึงมีเวลาในการตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้เภสัชกรมองว่าการเข้าร่วม

โครงการนำร่องนี้ ทำให้ตนเองจะได้ใช้วิชาชีพในการปฏิบัติงานบริหารเภสัชกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น รวมทั้งได้สร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับโรงพยาบาล บางส่วนมองว่าได้เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รู้จักร้านยาตนเองมากขึ้น

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการนำร่องฯและประสบผลสำเร็จ ได้แก่

1) การสนับสนุนเชิงนโยบาย กล่าวคือ โครงการรับยาที่ร้านยาเป็นนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารโรงพยาบาลตอบสนองนโยบาย และมองว่าเป็นโอกาสในการเพิ่มคุณภาพการให้บริการผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ขับเคลื่อนงานหลักอย่างฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลมีทัศนคติเชิงบวกต่อโครงการนำร่องฯ โดยมองว่าโครงการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีเวลาพูดคุยปรึกษาหารือกับเภสัชกรมากขึ้น และเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการรอรับยานาน และยินดีดำเนินงานเพื่อให้โครงการนำร่องฯประสบผลสำเร็จ

2) ปัจจัยด้านองค์ความรู้และประสบการณ์การดำเนินงาน โดยพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งที่ดำเนินการได้ดี ล้วนเคยมีประสบการณ์ดำเนินการด้านนี้มาก่อนที่จะมีนโยบายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 หรือมีองค์ความรู้ในการดำเนินงานและได้รับการช่วยเหลือทางวิชาการจากมหาวิทยาลัยต่างๆ ในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีการขับเคลื่อนงานและระบบเดิมยามาก่อนปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 หรือโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่นทำงานอย่างใกล้ชิดกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลสวนปรุง ขับเคลื่อนงานร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นต้น

3) ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบข้อมูล จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลที่มีระบบข้อมูลที่ดีและสามารถเชื่อมระบบข้อมูลของตนเองกับร้านยาดำเนินงานได้ค่อนข้างราบรื่น โดยเฉพาะหากดำเนินการในรูปแบบบริการที่ 2 ที่จะต้องมีการกำกับติดตามคลังยาอย่างใกล้ชิด ระบบข้อมูลที่ดีจึงสำคัญมากและช่วยลดภาระการกรอกข้อมูลที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ โรงพยาบาลหลายแห่งยังจัดทำแอปพลิเคชันออนไลน์เพื่อใช้ติดตามสถานะการรับยาของผู้ป่วยและปัญหาจากการใช้ยา เนื่องจากระบบข้อมูลในระยะแรกไม่ได้ออกแบบมาเพื่อติดตามข้อมูลเหล่านี้ แต่เน้นที่จัดทำข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายเท่านั้น โรงพยาบาลและร้านยาจึงต้องหาวิธีเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

4) ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อการรับยาที่ร้านยา ส่วนหนึ่งเกิดจากการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามผู้ป่วยอย่างเพียงพอ หลายพื้นที่เริ่มต้นประชาสัมพันธ์โดยการให้เภสัชกรร้านยาหมุนเวียนมาที่โรงพยาบาลทุกวันเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับยาที่ร้านยา แนะนำร้านยา รวมทั้งวิธีการรับยาที่ร้านยา นอกจากนี้โรงพยาบาลยังจัดทำวิดีโอและป้ายประกาศแสดงขั้นตอนการรับยาที่ร้านยา การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์

5) จำนวนและการกระจายตัวของร้านยา โรงพยาบาลที่มีร้านยามากและกระจายตัวครอบคลุมแหล่งที่อยู่อาศัยของประชาชนมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามากกว่าโรงพยาบาลที่มีร้านยากระจุกตัวกันก่อนดำเนินการโรงพยาบาลหลายแห่งวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยพิจารณาว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วย

อาศัยอยู่ตำบลใด ใกล้ร้านยาใด จากนั้นจึงประสานงานกับร้านยาต่างๆ เพื่อประเมินคุณภาพและเชิญชวนมาเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ และมีการเชิญชวนร้านยาเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ เพิ่มเติมในระหว่างที่ดำเนินการ

ประเด็นท้าทายและสิ่งที่ควรพัฒนา

นอกจากความสำเร็จที่โครงการรับยาที่ร้านยาแสดงให้เห็นแล้ว มีประเด็นท้าทายและสิ่งที่โครงการนำร่องฯควรมีการพัฒนาต่อไป ได้แก่

1. การประเมินนี้พบว่า ร้านยาและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯมีจำนวนมากกว่าเป้าหมายที่ สปสช. กำหนด แต่โครงการนำร่องฯยังไม่ประสบผลสำเร็จในการลดความแออัด อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้ออกแบบนโยบายลดความแออัด โดยใช้ 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ลดการเจ็บป่วยของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล (4) ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่ต้องรอรับยาภายในโรงพยาบาล แต่ให้ผู้ป่วยนำใบสั่งยาไปรับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) เป็นเพียงหนึ่งมาตรการภายใต้ยุทธศาสตร์การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการเท่านั้น ดังนั้นผลสำเร็จจากการลดความแออัดจึงอาจไม่สามารถเห็นผลได้ชัดเจน ในแง่ความสำเร็จของโครงการนำร่องฯ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยามีน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด และหากพิจารณาในภาพรวมทั้งประเทศความครอบคลุมของโรงพยาบาลที่มีการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาต่ำ และมีบางโรงพยาบาลเท่านั้นที่มีจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาจำนวนมาก นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีนโยบาย ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุแตกต่างกัน ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์โรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่มีน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งรับส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยจึงเป็นรายที่มีความซับซ้อนในการดูแลทำให้ไม่เข้าเกณฑ์ของโครงการนำร่องฯ ซึ่งในตอนเริ่มโครงการนำร่องฯ โรงพยาบาลยังไม่ทราบว่าสามารถขยายขอบเขตของโรคที่จะส่งไปรับยาที่ร้านยาได้ ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีโรงพยาบาลศูนย์หลายแห่งที่สามารถส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาได้มากขึ้น เนื่องจากการขยายกลุ่มโรค เช่น โรคต่อมลูกหมากโต โรคปวดข้อปวดหลังเรื้อรัง โรคไทรอยด์ โรคภูมิแพ้จากภูมิแพ้ และโรกระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น 2) แพทย์ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นยังไม่เข้าใจและไม่มั่นใจในโครงการรับยาที่ร้านยา ทำให้ไม่ได้แนะนำโครงการนำร่องฯให้ผู้ป่วยหรือไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยในการดูแลของตนเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ซึ่งประเด็นนี้ จากการศึกษาเรื่องอำนาจแพทย์และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยพบว่า แพทย์เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความศรัทธาและเชื่อมั่นต่อความรู้และความเชี่ยวชาญของวิชาชีพนี้เป็นอย่างมาก (35) ดังนั้น แพทย์จึงมีความสำคัญต่อการเชิญชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา 3) ร้านยาไม่ครอบคลุมพื้นที่บริการ ทั้งในแง่ของจำนวนร้านยาและการกระจายตัว โดยส่วนใหญ่มีบริการรับยาที่ร้านยาเฉพาะในเขตอำเภอเมืองหรืออำเภอที่ตั้งของโรงพยาบาล 4) ผู้ป่วยไม่ทราบว่ามีการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาหรือบางคนทราบว่ามีการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาแต่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนำร่องฯด้วยสาเหตุ เช่น ต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่ได้รับบริการเพราะไม่เคยชินกับการเติมยา การเดินทางไปร้านยาไม่สะดวก ไม่รู้จักหรือไม่เชื่อมั่นในการบริการของร้านยา หรือมองว่าไม่เสียเวลามากในการรอรับยาที่โรงพยาบาล รวมทั้งประเด็นที่โครงการนำร่องฯ ยังไม่ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการและ

ประกันสังคมไม่สามารถเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ โดยที่ร้านยาได้รับการชดเชยจาก สปสช. ในหลายพื้นที่ โครงการนำร่องฯ นี้จึงจำกัดที่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ในขณะที่บางพื้นที่ร้านยาอาสา ดำเนินการให้สิทธิข้าราชการและประกันสังคมโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

2. ภาระงานที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาล การเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ด้วยรูปแบบบริการที่ 1 ใน ปัจจุบันไม่ได้ช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลแต่อาจเพิ่มภาระงานในหลายๆส่วน เช่น ภาระงานด้านการคัดกรองและเชิญชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา การประสานงานและการจัดทำข้อมูล เช่น บันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังร้านยา รวมทั้งการขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปร้านยา ดังนั้นจึงควรเร่งรัดให้มีการพัฒนารูปแบบบริการที่ช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลและร้านยา

3. ระบบสารสนเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ยังไม่สนับสนุนการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล กับร้านยา ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย และเป็นภาระต่อร้านยาในการบันทึกข้อมูลลงระบบข้อมูลเพื่อขอเบิกจ่ายค่าชดเชย และโรงพยาบาลก็มีภาระในการเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้ร้านยา เดิม สปสช. ตั้งเป้าหมายพัฒนาระบบข้อมูลระยะที่ 1 เพื่อใช้ในช่วงเริ่มต้นโครงการนำร่องฯ เท่านั้น แต่การพัฒนาข้อมูลระยะที่ 2 กินเวลามากกว่าเวลาที่คาดการณ์ไว้ จนกระทั่งในเดือน มกราคม พ.ศ. 2564 สปสช. ได้พัฒนาระบบข้อมูลระยะที่ 2 แล้วเสร็จ และในเดือนเมษายน 2564 อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านการใช้งานระบบข้อมูลระยะที่ 1 มาที่ระบบข้อมูลระยะที่ 2

4. การสนับสนุนค่าใช้จ่ายไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 สปสช. สนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลแบบเหมาจ่าย 33,000 บาท ต่อร้านยา ต่อปี โดยไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดในด้านจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา จากการดำเนินที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนงบประมาณลักษณะนี้ไม่กระตุ้นให้เกิดการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาและไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เกิดขึ้นจริงเพราะการดำเนินงานโดยใช้รูปแบบบริการที่ต่างกันมีต้นทุนต่างกัน อย่างไรก็ตามผู้กำหนดนโยบายให้ความเห็นว่าการสนับสนุนเป็นงบเหมาจ่ายเพื่อให้โรงพยาบาลมีความยืดหยุ่นในการบริหารงบประมาณเพื่อจัดตั้งเครือข่ายบริการร่วมกับร้านยา แต่ในปีที่ 2 เมื่อโรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการจนมีเครือข่ายบริการแล้ว ควรจะมีการจัดสรรงบประมาณขึ้นกับจำนวนใบสั่งยาเพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยามากขึ้น สำหรับร้านยาได้รับงบประมาณสนับสนุน 70 บาทต่อใบสั่งยา ซึ่งเป็นอัตราเดียวกันไม่ขึ้นกับรูปแบบบริการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับภาระงานและการลงทุน เนื่องจากหากดำเนินการในรูปแบบบริการที่ 2 และ 3 ร้านยาต้องมีการลงทุนเพิ่มเติมเรื่องครุภัณฑ์ สต็อกเกอร์และชงยา การชดเชยด้วยอัตรา 70 บาทต่อใบสั่งยาจึงน้อยกว่าต้นทุนจริง

5. ระบบการกำกับติดตามและประเมินผลนโยบาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562- 2563 การกำกับติดตามนโยบายระดับประเทศจะอยู่ในรูปแบบคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและติดตามผลการดำเนินนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และการประเมินผลโดยผู้ประเมินผลที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งการดำเนินงานวิจัยมีข้อจำกัดด้านกระบวนการวิจัยที่ต้องเป็นไปตามขั้นตอนต่างๆที่ระบุในกรอบการวิจัย และการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งทำให้การเข้าถึงข้อมูลบางอย่างมีความล่าช้าไม่ทันกับสถานการณ์ นอกจากนี้ในแนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ

ฉบับวันที่ 17 กันยายน 2562 ยังระบุว่าหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สมาเภัชกรรมสมาคมเภัชกรรมชุมชน โรงพยาบาลและร้านยา มีหน้าที่กำกับและติดตามประเมินผลโครงการนำร่องฯ ดังนั้นในอนาคตหน่วยงานเหล่านี้ควรดำเนินการด้านการกำกับติดตามโครงการนำร่องฯ ทั้งนี้ การกำกับติดตามสามารถดำเนินการได้เป็นประจำโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบข้อมูลระยะที่ 2 ที่รวบรวมข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยที่ร้านยาจากทั่วประเทศ และครอบคลุมประเด็นอัตราการรับบริการ อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาจากการใช้ยา ปริมาณยาเหลือ และการคงอยู่ของผู้ป่วยในการรับยาที่ร้านยาซึ่งสปสช.ควรเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนการกำกับติดตามในประเด็นด้านอุปสรรคของการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ควรจัดทำเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีส่วนช่วยกำกับติดตามในด้านจำนวนผู้ป่วยและจำนวนใบสั่งยาที่ไปรับยาที่ร้านยา รวมทั้งกำกับติดตามคุณภาพร้านยาให้เป็นไปตามมาตรฐานร้านยา และการสะท้อนข้อมูลด้านปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานให้กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ประเด็นที่จำเป็นต้องใช้ผู้ประเมินผลภายนอก คือ ประเด็นด้านการวัดผลกระทบระยะยาวของการดำเนินนโยบายต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านการเจ็บป่วย (morbidity) การควบคุมอาการและอัตราการเสียชีวิต mortality รวมไปถึงประเด็นทางด้านการสร้างแรงจูงใจให้ร้านยาเข้าร่วมจัดบริการ รูปแบบการจ่ายชดเชยที่เหมาะสม การขยายขอบเขตบริการ หรือแนวทางการสร้างทำการตลาดให้ผู้ป่วยสนใจรับบริการที่ร้านยา

เปรียบเทียบจุดเด่นและประเด็นท้าทายของ 3 รูปแบบบริการ

การที่ สปสช. ให้โรงพยาบาลและเครือข่ายร้านยาเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรูปแบบการดำเนินการเป็นสิ่งที่เหมาะสมแล้ว เนื่องจากทั้งสามรูปแบบมีจุดเด่นและประเด็นท้าทายที่แตกต่างกัน ทำให้มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลต่างกัน ตารางที่ 32 แสดงจุดเด่นและประเด็นท้าทายของการดำเนินการรับยาที่ร้านยาทั้งสามรูปแบบ

ตารางที่ 32 จุดเด่นและประเด็นท้าทายของการดำเนินการรับยาที่ร้านยาทั้งสามรูปแบบ

รูปแบบการดำเนินการ	จุดเด่น	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
รูปแบบที่ 1 โรงพยาบาลจัดยา รายบุคคล ส่งให้ร้านยา	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเสี่ยงด้านการจัดยาและความคลาดเคลื่อนทางยาไม่แตกต่างจากการให้บริการโดยฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล ● ร้านยาไม่ต้องลงทุนเพิ่มเติมด้านสถานที่หรือครุภัณฑ์ ● แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับยาเหมือนกับโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นยาที่มาจากโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ● ภาระงานของฝ่ายเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นด้านการประสานงานและกำกับดูแลร้านยา ● ต้องมีระบบขนส่งยาที่ดีและรอบการขนส่งยาบ่อยและสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรอรับยานาน

รูปแบบการดำเนินการ	จุดเด่น	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
	<ul style="list-style-type: none"> ● มีรายการยาที่หลากหลาย ขึ้นกับการตกลงของโรงพยาบาลและร้านยา และขยายรายการยาได้ง่าย 	
รูปแบบที่ 2 โรงพยาบาลจัด สำรองยา ไว้ที่ร้านยา	<ul style="list-style-type: none"> ● ภาระงานของฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลด้านการจัดยาน้อยกว่ารูปแบบที่ 1 ● ภาระงานด้านการขนส่งยาไปที่ร้านยาน้อยกว่ารูปแบบที่ 1 โดย โรงพยาบาลสามารถกำหนดรอบการขนส่งยา เช่น เดือนละครั้ง เป็นต้น ● แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับยาเหมือนกับโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นยาที่มาจากโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ● ภาระงานของฝ่ายเภสัชกรรมเพิ่มขึ้นด้านการตรวจสอบคลังยาย่อย และต้องมีระบบข้อมูลเพื่อบริหารคลังยาย่อยแบบ real time รวมทั้งสามารถตรวจสอบความผิดพลาดในการจัดและจ่ายยาได้ ● ร้านยาต้องมีความพร้อมหรือมีการลงทุนเพิ่มเติมเรื่องสถานที่เก็บยา เครื่องพิมพ์ฉลากยา และสติ๊กเกอร์ฉลากยา
รูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการ จัดการด้านยาเอง (ในระยะแรก องค์กรเภสัช กรรมเป็นผู้จัดซื้อ และจัดหายาให้)	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลลดภาระงานด้านการจัดหา การจัดซื้อ จัดเก็บ จัดและจ่ายยาให้กับผู้ป่วย สามารถลดงานฝ่ายเภสัชกรรมได้อย่างชัดเจน รวมทั้งไม่มีภาระด้านการขนส่งยาไปที่ร้านยา 	<ul style="list-style-type: none"> ● ร้านยาต้องมีความพร้อมหรือมีการลงทุนเพิ่มเติมเรื่องสถานที่เก็บยา เครื่องพิมพ์ฉลากยา และสติ๊กเกอร์ฉลากยา ● ร้านยาต้องมีเวลาและบุคลากรเพียงพอสำหรับบริหารคลังยา จัดยา และจ่ายยา

การดำเนินการโดยรูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบที่ดำเนินการมากที่สุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2563 เนื่องจากทั้งโรงพยาบาลและร้านยาไม่ต้องเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงานมากนัก และความเสี่ยงด้านการจัดยาและความคลาดเคลื่อนทางยาไม่แตกต่างจากการให้บริการโดยฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล จึงทำให้โรงพยาบาลและร้านยามีความเชื่อมั่นด้านคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ ร้านยาสามารถเข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ได้ทุกขนาดหากผ่านเกณฑ์การประเมินร้านยา ขย. 1 และเกณฑ์อื่นๆที่กำหนดโดยโครงการนำร่องฯ โดยไม่ต้องลงทุนเพิ่มเติมด้านวัสดุและครุภัณฑ์สำหรับจ่ายยา ทำให้การกระจายตัวของร้านยาก่อนข้างครอบคลุมพื้นที่ที่ประชาชนอยู่อาศัย รวมทั้งโรงพยาบาลสามารถกำหนดรายการยาที่หลากหลายและขยายรายการยาที่จะจัดส่งไปที่ร้านยาได้โดยง่ายเนื่องจากยาทุกอย่างอยู่ที่โรงพยาบาล การขยายบริการจึงสามารถหารือและตกลงกับร้านยาได้ง่าย เป็นรูปแบบบริการที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานมาก่อนและอยากทดลองระบบรับยาที่ร้านยา หรือเหมาะสมกับโรงพยาบาลที่กำหนดเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยไม่จำเป็นต้องอยู่ใน 4 กลุ่มโรคที่ถูกกำหนดมาแต่แรกโดย สปสช. นอกจากนี้รูปแบบบริการนี้ยังเหมาะสมกับโรงพยาบาลที่ต้องการส่งยาให้ผู้ป่วยข้ามจังหวัดหรือข้ามเขต

และเหมาะสมกับการส่งยาไปร้านยาที่มีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาไม่มาก เนื่องจากร้านยาไม่ต้องการลงทุนเพิ่มเติม และไม่มีการสำรองยาไว้จึงไม่ได้รับผลกระทบมากหากบางช่วงเวลาไม่มีผู้ป่วยมารับยาที่ร้านยา

การดำเนินการโดยรูปแบบที่ 2 มีจุดเด่นที่ภาระงานฝ่ายเภสัชกรรมในการจัดยารายบุคคลและภาระงานด้านการขนส่งยาไปที่ร้านยาน้อยกว่ารูปแบบที่ 1 แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยได้รับยาเหมือนกับโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นยาที่มาจากโรงพยาบาล แต่มีปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านระบบข้อมูลการบริหารคลังยาที่ย่อย ภาระงานของโรงพยาบาลด้านการตรวจสอบและดูแลคลังยาที่ย่อย รวมทั้งการลงทุนเพิ่มเติมของร้านยาในด้านสถานที่และครุภัณฑ์ รูปแบบบริการนี้จึงเหมาะสมกับโรงพยาบาลที่มีระบบข้อมูลที่ดีที่สามารถตรวจสอบการสั่งยาของร้านยาได้แบบ real time

การจ่ายยาโดยรูปแบบที่ 3 มีจุดเด่นด้านการภาระงานของโรงพยาบาลที่น้อยกว่ารูปแบบที่ 1 และ 2 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ร้านยาไม่สามารถจัดซื้อยาได้ในราคาเท่ากับโรงพยาบาล เนื่องจากยอดจัดซื้อและอำนาจการต่อรองราคาของร้านยาไม่มากเท่ากับโรงพยาบาล ในระยะเริ่มต้น สปสช. จึงแก้ปัญหาด้วยการจัดหาคู่มือกลาง คือ องค์กรเภสัชกรรมเพื่อทำหน้าที่จัดหา จัดซื้อ และกระจายยาให้ร้านยาที่ดำเนินการรูปแบบที่ 3 ในด้านปัจจัยความสำเร็จ คือ ร้านยาต้องมีความพร้อมหรือมีการลงทุนเพิ่มเติมเรื่องสถานที่เก็บยา เครื่องพิมพ์ฉลากยา และสติ๊กเกอร์ฉลากยา และมีความพร้อมด้านเวลาและบุคลากรสำหรับบริหารคลังยาที่ย่อย

การประเมินเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินการในเชิงว่ารูปแบบใดมีผลสำเร็จสูงสุดอาจจะไม่เหมาะสม หากพิจารณาที่ตัวชี้วัดของโครงการนำร่องฯ จะพบว่าสปสช. มีตัวชี้วัด 3 ตัว คือ 1. จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ 2. จำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ และ 3. จำนวนผู้ป่วยอาการคงที่ไปรับยาที่ร้านยา นโยบายรับยาที่ร้านยานุญาตให้โรงพยาบาลและร้านยาเป็นผู้เลือกรูปแบบการดำเนินการตามความสมัครใจ บางโรงพยาบาลสามารถเลือกรูปแบบการดำเนินการได้มากกว่า 1 รูปแบบ ขึ้นกับความเหมาะสมกับบริบทของทั้งโรงพยาบาลและร้านยา ดังนั้นรูปแบบการดำเนินการอาจไม่มีผลต่อจำนวนโรงพยาบาลและร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ หรือส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่องฯของผู้ป่วย เพราะเป็นเพียงรูปแบบการบริหารจัดการซึ่งผู้ป่วยยังคงได้รับยาเช่นเดิม

ความยั่งยืนของโครงการนำร่องฯ

ประเด็นความยั่งยืนของโครงการนำร่องฯ เป็นประเด็นหนึ่งที่ทำให้บางโรงพยาบาลไม่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ โดยแสดงข้อกังวลเกี่ยวกับแหล่งที่มาของงบประมาณ เนื่องจากในปัจจุบันโครงการนำร่องฯ ใช้งบประมาณเงินกองทุน “รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม” ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ทำให้โรงพยาบาลไม่แน่ใจว่าในอนาคตจะของงบประมาณได้จากแหล่งใด โดยเฉพาะการดำเนินการรูปแบบที่ 3 จะต้องมีงบประมาณแยกสำหรับซื้อยาให้แก่ร้านยา ผู้บริหาร โรงพยาบาลบางท่านแสดงความกังวลว่าในอนาคตอาจจะมีการกันงบประมาณค่ายาจากงบเหมาจ่ายรายหัว หากเป็นเช่นนั้นจริงเชื่อว่าหลายโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่จะขอถอนตัว เนื่องจากคาดหวังงบประมาณสำหรับการให้บริการดูแลรักษา อาจจะไม่เพียงพอหากตัดงบประมาณด้านยาออกมา และโรงพยาบาลสามารถซื้อยาได้ในราคาที่ถูกลงกว่าร้านยา

รวมทั้งประเด็นด้านอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมองว่าความยั่งยืนของโครงการนำร่องฯยังขึ้นกับประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ หากผู้ป่วยเห็นประโยชน์และยินดีรับยาที่ร้านยาอย่างต่อเนื่องจะเป็นแรงผลักดันและเสียงสะท้อนที่สำคัญที่ยังทำให้โครงการนำร่องฯขับเคลื่อนไปได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการรับยาที่ร้านยาพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผนวกกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่หลายส่วนยังคาดการณ์ไม่ได้ว่าจะเป็นไปได้ในทิศทางใด ทำให้มาตรการรับยาที่ร้านยายังเป็นมาตรการทางเลือกสำหรับลดจำนวนผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และลดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

การประเมินผลครั้งนี้มีจุดเด่นที่สำคัญ ได้แก่ เป็นการศึกษาขนาดใหญ่ที่มีกรอบแนวคิดครอบคลุมตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการนำร่องฯ และมีพื้นที่ศึกษาครอบคลุมทั้ง 13 เขตทั่วประเทศไทย โดยเป็นการดำเนินการประเมินผลร่วมกันระหว่างผู้ประเมินผลในโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพและคณาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ นอกจากนี้การประเมินผลในครั้งนี้พยายามศึกษามุมมองของ 3 ภาคส่วนที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักกับนโยบายรับยาที่ร้านยา ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ แพทย์ พยาบาลและเภสัชกรในโรงพยาบาล และเภสัชกรร้านยา รวมทั้งมีการศึกษาระบบอภิบาลของโครงการนำร่องฯร่วมด้วย การประเมินนี้ใช้การประเมินผลเชิงพัฒนา (Developmental evaluation) โดยคณะผู้ประเมินผลเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อค้นพบต่อคณะกรรมการวิเคราะห์ข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและติดตามผลการดำเนินนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งลงพื้นที่จริงเพื่อศึกษาดูงานบริการรับยาที่ร้านยา ปัจจัยเชิงบวก ปัญหาอุปสรรค และแนวแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาข้อเสนอแนะเสนอต่อการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน ในระดับพื้นที่การประเมินผลเชิงพัฒนาช่วยให้เกิดการพัฒนากระบวนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายของโครงการนำร่องฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 สปสช. ได้ปรับเปลี่ยนอัตราจ่ายชดเชยสำหรับร้านยาและโรงพยาบาลตามข้อเสนอแนะของการศึกษานี้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ 1) การเลือกพื้นที่ศึกษาคณะผู้ประเมินผลเลือกจากพื้นที่ที่ยินดีให้เก็บข้อมูลและเป็นเครือข่ายกับทีในพื้นที่ ดังนั้นพื้นที่ส่วนใหญ่จึงเป็นพื้นที่ที่มีมหาวิทยาลัยตั้งอยู่ จึงมีความเป็นไปได้ว่าพื้นที่เหล่านี้ย่อมมีปัจจัยสนับสนุนให้ดำเนินโครงการนำร่องฯ ได้มากกว่าพื้นที่อื่น อย่างไรก็ตามในด้านผลผลิตของโครงการนำร่องฯ ได้พิจารณาข้อมูลจากฐานข้อมูล สปสช. ประกอบทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมของประเทศได้ 2) จำนวนร้านยาที่เก็บข้อมูลต้นทุนมีจำกัด ซึ่งอาจทำให้ระยะเวลาดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมและต้นทุนที่เกิดขึ้นมีความคลาดเคลื่อน 3) ไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนใน 2 พื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจากยังไม่ดำเนินโครงการรับยาที่ร้านยาในพื้นที่ และโรงพยาบาลชลบุรี เนื่องจากข้อจำกัดด้านสรรหาทีมผู้ประเมินและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) ข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพสามารถเก็บได้เฉพาะกลุ่มที่รับยาที่ร้าน

ยาแต่ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะเหมือนกันแต่ไม่ไปรับยาที่ร้านยาได้ เนื่องจากการ matching ไม่สามารถทำได้ และเก็บข้อมูลได้น้อยกว่าที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ได้สุ่มอาจเกิดปัญหาด้าน selection bias ได้ 5) บางตัวแปรไม่สามารถดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลในโรงพยาบาลหรือระบบสารสนเทศ ของ สปสช. ได้ เช่น อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาจากการใช้ยาปริมาณยาเหลือ และการคงอยู่ของผู้ป่วยในการรับยาที่ร้านยา ซึ่งไม่สามารถสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ประเด็นเหล่านี้ได้ถูกรวบรวมไว้ในระบบข้อมูลระยะที่ 2 ที่กำลังดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 คณะผู้ประเมินผลจึงเสนอว่าควรมีการนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์ในอนาคต 6) การประเมินผลครั้งนี้วัดผลผลิตของโครงการนำร่องฯ ในเชิงปริมาณเป็นหลัก เช่น จำนวนผู้ป่วยและใบสั่งยา จำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ ระยะเวลาที่รับบริการ ค่าใช้จ่ายที่เกิดกับผู้ป่วย เป็นต้น แต่การประเมินนี้มีข้อจำกัดด้านคุณภาพการให้บริการของร้านยา เช่น การจัดยา การให้คำปรึกษาด้านยา และการจ่ายยา ตัวชี้วัดที่พอจะบ่งบอกคุณภาพบริการได้ คือ อัตราการเกิดปัญหาจากการใช้ยาและความคลาดเคลื่อนทางยา แต่มีบางพื้นที่เท่านั้นที่มีข้อมูลดังกล่าว 7) ในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ การวัดผลการควบคุมโรคได้ยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่าง บริบทของโรงพยาบาล และการขาดกลุ่มควบคุม จึงทำให้สรุปผลได้ยาก นอกจากนี้การควบคุมได้ของโรค อาจจะไม่ได้อธิบายได้ด้วยการไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือร้านยาเพียงอย่างเดียว อาจจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลอย่างมากต่อการควบคุมโรค เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น 8) การศึกษานี้ยังไม่ครอบคลุมประเด็น ผลประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในมิติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2562 วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2562 จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นนี้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

คณะผู้ประเมินมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต ดังนี้

- การดำเนินการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) โดยรูปแบบที่ 3
- การศึกษาผลประโยชน์ของโครงการรับยาที่ร้านยาต่อสังคมในภาพรวม
- การวิเคราะห์เชิงภูมิศาสตร์ของร้านยา โรงพยาบาล และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ
- การศึกษาราคายาที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการรับยาที่ร้านยาโดยรูปแบบที่ 3
- การศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการให้บริการของร้านยาที่มีบริการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา
- การศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพและปัญหาจากการใช้ยาจากการเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา
- การประเมินเปรียบเทียบกับนโยบายอื่นๆ ที่ดำเนินการเพื่อลดความแออัด เช่น การกระจายผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันไปยังสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ การส่งยาทางไปรษณีย์ การส่งมอบยาโดย อสม.
- การประเมินความคุ้มค่าของมาตรการรับยาที่ร้านยา

- การศึกษาความเป็นไปได้การขยายบริการในร้านยาให้ครอบคลุม บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การเลิกบุหรี่ การคัดกรองความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

บทที่ 7

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าโครงการนำร่องฯมีความสำเร็จบางประการ เช่น เกิดการพัฒนา รูปแบบบริการร่วมระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาในเครือข่าย เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการรับบริการและมีเวลาปรึกษาเภสัชกรมากขึ้น เป็นต้น สปสช. กระทรวงสาธารณสุขและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรพัฒนาและดำเนินโครงการนี้ต่อไป ทั้งนี้ข้อเสนอแนะในการขยายโครงการนำร่องฯในระยะสั้น คือ กระทรวงสาธารณสุขควรกระตุ้นและสนับสนุนให้ขยายการให้บริการรับยาที่ร้านยาของโรงพยาบาลในสังกัด เป็นร้อยละ 50 ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และเป็นร้อยละ 100 ภายในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ ควรให้ผู้ป่วยเลือกรับบริการตามความสมัครใจ นอกจากนี้ควรมีแผนการขยายโครงการในระยะยาว คือ การขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา อย่างไรก็ตาม ก่อนการขยายควรมีการแก้ไข ประเด็นท้าทายที่เกิดขึ้น เช่น ระบบข้อมูล การประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯแก่ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ การกระตุ้นให้แพทย์ส่งผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปรับยาที่ร้านยามากขึ้น รวมถึงการกำกับติดตาม ด้านคุณภาพการบริการ เมื่อประเมินว่าความท้าทายเหล่านี้ได้รับการแก้ไขแล้ว จึงพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะขยายไปสู่สิทธิการรักษาอื่น

2. สปสช. พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ร้านยา และ สปสช. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้การบริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยและช่วยให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายในเดือนมกราคม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 เพื่อให้สอดคล้องกับการเริ่มการดำเนินการรูปแบบที่ 3

2.1. โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการนำร่องฯใหม่เป็นครั้งแรก ควรสนับสนุนในปีแรก เช่นเดียวกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในอัตรา 33,000 ต่อร้านยา งบประมาณ 33,000 เป็นงบเหมาจ่ายที่คำนวณมาจากค่าใช้จ่ายการนิเทศร้านยาและการขนส่งยาไปร้านยาของโรงพยาบาล ซึ่งงบเหมาจ่ายนี้ทำให้โรงพยาบาลมีความยืดหยุ่นในการบริหารงบประมาณเพื่อจัดตั้งเครือข่ายบริการร่วมกับร้านยา

2.2. สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ.ถัดไปควรสนับสนุนตามใบสั่งยา Model 1: 49 บาทต่อใบสั่งยา Model 2: 47 บาทต่อใบสั่งยา Model 3: 42 บาทต่อใบสั่งยา ตามผลการวิเคราะห์ต้นทุน เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยา

2.3. ร้านยา ควรสนับสนุนตามใบสั่งยา Model 1: 70 บาทต่อใบสั่งยา Model 2: 80 บาทต่อใบสั่งยา Model 3: 90 บาทต่อใบสั่งยา ตามผลการวิเคราะห์ต้นทุน

3. สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นประชาสัมพันธ์โครงการนำร่องฯให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนได้รับรู้เกี่ยวกับโครงการนำร่องฯและประโยชน์ที่จะได้รับ ได้แก่ ผู้ป่วย แพทย์ บุคลากรในโรงพยาบาล เจ้าของร้านยา เภสัชกรร้านยา และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เห็นความสำคัญของโครงการนำร่องฯ มากยิ่งขึ้นและเพิ่มการประชาสัมพันธ์จากส่วนกลางในระดับประเทศ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ของผู้มารับบริการ

4. โรงพยาบาลควรมีการจัดอบรมหรือกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเภสัชกรร้านยาทุกปี ในประเด็นการสร้างความเข้าใจให้เภสัชกรร้านยาเกี่ยวกับระบบการให้บริการบำบัดรักษา และแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines) ของโรงพยาบาลสำหรับดูแลรักษาโรคที่ตกลงให้บริการรับยาที่ร้านยา การปรึกษาแพทย์ในกรณีที่เกิดความสงสัยในยาที่สั่งหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประสานงานกับห้องยาของ โรงพยาบาล / และ สปสช.เขต ซึ่งอาจทำให้มีต้นทุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้น จึงควรมีการพิจารณาปรับอัตราค่าขายให้เหมาะสมเป็นระยะ

5. ควรมีการพัฒนาาระบบและแผนการกำกับติดตามโครงการนำร่องฯโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดสำคัญของการกำกับติดตามที่ครอบคลุมประเด็นคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้การกำกับติดตามสามารถดำเนินการได้เป็นประจำโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบข้อมูลระยะที่ 2 โดยสปสช. ส่วนการกำกับติดตามในประเด็นด้านอุปสรรคของการดำเนินงานและแนวทางแก้ไขปัญหาในพื้นที่ควรจัดทำเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีส่วนช่วยกำกับติดตามในด้านจำนวนผู้ป่วยและจำนวนใบสั่งยาที่ไปรับยาที่ร้านยา รวมทั้งกำกับติดตามร้านยาให้เป็นไปตามมาตรฐานร้านยา และการสะท้อนข้อมูลด้านปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานให้กระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ประเด็นที่จำเป็นต้องใช้ผู้ประเมินผลภายนอก คือ ประเด็นด้านการวัดผลระยะระยะยาวของการดำเนินนโยบายต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งในด้านการเจ็บป่วย (morbidity) และการควบคุมอาการ รวมไปถึงประเด็นทางด้านการสร้างแรงจูงใจให้ร้านยาเข้าร่วมจัดบริการ รูปแบบการจ่ายชดเชยที่เหมาะสม การขยายขอบเขตบริการ หรือแนวทางการทำการตลาด (marketing strategy) เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจรับบริการที่ร้านยา และความคุ้มค่าของโครงการนำร่อง ฯ

6. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สปสช.ควรพิจารณาสนับสนุนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (tele-pharmacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบริการหนึ่งที่เภสัชกรร้านยาสามารถร่วมให้บริการควบคู่กับการจ่ายยาที่ร้านยาได้ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาาระบบ tele-pharmacy และพัฒนาการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตรวมถึงอุปกรณ์สำหรับรับบริการทางไกลของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 กรุงเทพฯ; 2561.
2. สำนักสารนิเทศ ก. สธ. ใช้ 3 ยุทธศาสตร์ลดแออัดโรงพยาบาลใหญ่ 2561 [Available from: <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/04/117764/>].
3. สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, นุศราพร เกษสมบุรณ์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วราภรณ์ ปวงกันทา. นำเสนอรูปแบบของการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2554;21(3):189-202.
4. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สธ. ใช้ 3 ยุทธศาสตร์ลดแออัดโรงพยาบาลใหญ่ 2561 [Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/117764/>].
5. อนุชิต ไกรวิจิตร. สธ. นำร่องร้านขายยา 500 แห่งเป็นเครือข่ายจ่ายยาให้ผู้ป่วยใกล้บ้าน ลดความแออัดใน รพ. เริ่ม 1 ตุลาคมนี้ 2562 [Available from: <https://thestandard.co/hospital-congestion-reduction-policy/>].
6. สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อเสนอแนะทางดำเนินการของ สปสช. กรณีลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาาระบบบริการ
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการขอใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562 ที่ไม่มีภาระผูกพันเพื่อรองรับนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. 2562.
7. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สภาเภสัชกรรม, สมาคมเภสัชกรรมชุมชน. คู่มือการดำเนินงานโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสำหรับ สปสช.เขต. 2562.
8. วิลาวัลย์ ทุนดี, ปวีตรา พูลบุตร, สายทิพย์ สุทธิรักษา, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ, ปาริโมก เกิดจันทิก, สมคิด เจนกลาง, et al. การบริหารทางเภสัชกรรมและจ่ายยาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในร้านยามหาวิทยาลัย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2560;9(1):192-203.
9. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, วิชัย สันติมาลีวรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1(3-4):249-61.
10. พยอม สุขเอนกนันท์, บุชบา ไทวรรณ, พีรยา สมสะอาด, อภิสรา คำวัฒน์, ธนนรงค์ รัตนโชติพานิช, รัตนา เสนาหนอก, et al. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องระหว่างร้านยาคุณภาพ และศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(1):100-11.
11. ชวนชม ธนานิธิศักดิ์, ศุจิรัตน์ ถาดิ, สุพิชฌาย์ อังกาบสุวรรณ, เหม่ยเสียน พงศ์วิไลรัตน์, อีรพล ทิพย์พยอม. การสำรวจความต้องการช่องทางเพิ่มเติมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562;11(3):504-14.
12. วราภรณ์ เขมโชติกูร, เพ็ญพิศ นุกุลสวัสดิ์. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายแบบมีส่วนร่วมเพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2554;26(2):319-29.

13. วชิรญา จึ้งเจริญรสขุ. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกในฝัน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2556;28(3):183-96.
14. Emmerton L, Marriott J, Bessell T, Nissen L, Dean L. Pharmacists and prescribing rights: Review of international developments. J Pharm Pharm Sci Publ Can Soc Pharm Sci Société Can Sci Pharm. 2005 Feb 1;8:217-25.
15. สุรสิทธิ์ ล้อจิตระอานวย, ดุรงค์กร พลทม. รูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1; 2563.
16. Petty D. Repeat Prescription Report Date filed. 11/17 - Pharmacy2U; 2017.
17. Health AGD of. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). Frequently asked questions [Internet] Australian Government Department of Health [2020 May 27]. Available from: <http://www.pbs.gov.au/info/general/faq#WhoiseligibletoreceivebenefitsunderthePBS>.
18. Blank C. Pharmacies Brace for Increased Refills Due to Coronavirus [Internet] 2020 [2021 May 27]. Available from: <https://www.drugtopics.com/article/pharmacies-brace-increased-refills-due-coronavirus>.
19. Roh KS, Choi KK. In: Global legal insights - pricing & reimbursement. 2nd ed ed. United Kingdom: GLOBAL LEGAL Group LTD; 2019.
20. Reese U, Kemmer C. In: Global legal insights - pricing & reimbursement. 2nd ed ed. United Kingdom: GLOBAL LEGAL Group LTD; 2019.
21. วิวรรณ์ อัครวิเชียร, จิรสุดา คำสีเชียว, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์, พยอม สุขเอนกนันท์. มุมมองของผู้บริหารต่อการนำร้านยาเข้าเชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2552;3(4):573-80.
22. วิวรรณ์ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, ชาญชัย จารุภาชนัน, พิมลศรี แสงคาร์. การนำร้านยาเอกชนเข้าร่วมเครือข่ายเพื่อให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยคลินิกชุมชนอบอุ่น: ปัจจัยที่จำเป็น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2551;17(5):706-11.
23. Institute on Governance. Defining Governance [cited 2019 March 26]. Available from: <https://iog.ca/what-is-governance/>.
24. Gunter MJ. The role of the ECHO model in outcomes research and clinical practice improvement. The American journal of managed care. 1999;5(4 Suppl):S217-24.
25. อاهر รุ่งไพบูลย์. การวิเคราะห์ต้นทุนในการพัฒนาระบบสุขภาพ. 1, editor. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภาการพิมพ์; 2561.
26. เชิดชัย สุนทรภาส, สิรินทิพย์ วัฒนอุดมโรจน์, รัชฎาพร สุนทรภาส. ความรู้เรื่องสิทธิและความพึงพอใจของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มารับบริการ : กรณีหน่วยบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2558;30(4):344-51.
27. ตัวชี้วัดงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2561 [Internet]. [cited 17 พฤษภาคม 2564]. Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/180123151667786245.pdf.
28. สำนักสารนิเทศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อนุทิน ให้ร้านขายยาแผนปัจจุบันเป็นเครือข่ายบริการ ลดความแออัด เริ่ม 1 ตุลาคมนี้ 2562 [Available from:

https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/131313/&fbclid=IwAR0HVJTijgh7ZutHvC9F-fA_XgzK43e3j7H8G9epHk6BTERXfnLAqg7ki_c

29. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2562 2562.

30. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การหารือและขอยกเว้นการปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 2562.

31. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การกำหนดให้ร้านขายยาแผนปัจจุบัน เป็นสถานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒) โดย สปสช. 2562 [Available from:

https://www.nhso.go.th/storage/downloads/boardresolution/1182/131946743472161756_Board%201_7%E0%B8%A1%E0%B8%8462_8.pdf.

32. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 โดย กระทรวงสาธารณสุข 2562 [Available from:

http://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&Itemid=0&func=select&id=26&orderby=4&page=1.

33. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ. 2562.

34. กระทรวงสาธารณสุข. การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 2557.

35. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2). 2561.

36. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สปสช. จ่อประสาน 'ร้านขายยา' เป็นหน่วยกระจายชุด ATK ให้ประชาชนตรวจโควิดด้วยตนเอง 2564 [Available from: <https://www.nhso.go.th/news/3213>.

37. นุศราพร เกษสมบุรณ์, วรณีย์ ชัยเฉลิมพงษ์, อรุณฯ ทองจันดี, สุกัญญา หมวดทอง, กิตติยา ปิยะศิลป์, นิสรา ศรีสุระ. การประเมินผลเชิงพัฒนาโครงการนำร่องผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น. 2563.

38. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. กรม.อนุมัติ ชรก.ตั้งใหม่ให้ สธ. 1,308 อัตรา 'แพทย์-หมอพื้น' ส่วนเภสัชไม่อนุมัติ ให้ใช้ตำแหน่งว่าง 2563 [Available from:

<https://www.hfocus.org/content/2019/03/16980>.

39. สภาเภสัชกรรม และคณะกรรมการอำนวยการศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย. จำนวนเภสัชกรที่จำเป็นต้องมีสำหรับการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย และการใช้ยาของประชาชน 2560 [Available from:

https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=0&itemid=1091&catid=1.

40. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. เภสัชกรภาครัฐขาดแคลนขั้นวิกฤต จี้ สธ.เพิ่มตำแหน่งเพื่องานปฐมภูมิเดือนหน้า 2560 [Available from: <https://www.hfocus.org/content/2017/09/14623>.

41. กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติการปรับรูปแบบบริการการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 2563 [Available from:

https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25631105220235PM_1.New%20normal%20OPD.pdf.

42. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สภาเภสัชกรรมทำแนวทางดูแลผู้ติดเชื้อโควิดที่บ้านโดยร้านยา รองรับแจก ATK ให้ ปชช.ตัวเอง. 2564.
43. Armour CL, Smith L, Krass I. Community pharmacy, disease state management, and adherence to medication. *Disease Management & Health Outcomes*. 2008;16(4):245-54.
44. Blenkinsopp A, Anderson C, Armstrong M. Systematic review of the effectiveness of community pharmacy-based interventions to reduce risk behaviours and risk factors for coronary heart disease. *Journal of Public Health*. 2003;25(2):144-53.
45. Hatah E, Braund R, Tordoff J, Duffull SB. A systematic review and meta-analysis of pharmacist-led fee-for-services medication review. *British journal of clinical pharmacology*. 2014;77(1):102-15.
46. Smith AJ, Scahill SL, Harrison J, Carroll T, Medlicott NJ. Service provision in the wake of a new funding model for community pharmacy. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):307.
47. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สธ.ดึงเอกชนร่วมลงทุนร.พ.รัฐเปิดทางทุกรูปแบบ-คลังต้นเต็มสูบตีเดียร์1ต.ค. 2556 [Available from: <https://www.hfocus.org/content/2013/08/4570>].

ภาคผนวก ก

ตารางรูปแบบบริการเต็มยาและเต็มยาต่อเนื่อง การจ่ายชดเชยค่ายา ค่าตอบแทนวิชาชีพ และการร่วม
จ่ายของผู้ป่วยในแต่ละประเทศ

ตารางที่ 1 รูปแบบบริการเดมยาและเดมยาต่อเนื่อง การจ่ายชดเชยค่ายา ค่าตอบแทนวิชาชีพ และการร่วมจ่ายของผู้ป่วยในแต่ละประเทศ

ประเทศ	รูปแบบบริการเดมยาและเดมยาต่อเนื่อง	การจ่ายชดเชยค่ายา	การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ	การร่วมจ่ายของผู้ป่วย
สหราชอาณาจักร	<p>มีบริการเดมยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วย 2 รูปแบบ ได้แก่</p> <p>1. การสั่งยาต่อเนื่อง (Repeat prescription)</p> <ul style="list-style-type: none"> คล้ายกับรูปแบบที่ 1 ของโครงการนาร์องฯ คือผู้ป่วยต้องรับใบสั่งยาใหม่ทุกครั้งจากหน่วยบริการ เพื่อไปรับยาที่ร้านยา โดยมีขั้นตอนการรับบริการ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยลงทะเบียนเข้าร่วมใช้บริการสั่งยาต่อเนื่องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และเดินทางไปหน่วยบริการเพื่อแจ้งความประสงค์ขอรับใบสั่งยา แพทย์ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย หากไม่ต้องติดตามผลการรักษาเพิ่มเติม จึงอนุมัติใบสั่งยาให้ผู้ป่วยนำไปรับยาที่ร้านยา <p>2. การจ่ายยาต่อเนื่อง (Repeat dispensing)</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยสามารถใช้ใบสั่งยาหนึ่งใบรับยาที่ร้านยาได้หลายครั้ง ภายในระยะเวลาที่แพทย์กำหนด เน้นบริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่แต่ต้องรักษาต่อเนื่องเป็นนาน ผู้ป่วยไม่ต้องขอรับใบสั่งยาก่อนทุกครั้งก็สามารถไปรับยาที่ร้านยาได้ 	<p>สร้างบัญชียาสำหรับจ่ายชดเชย</p> <ul style="list-style-type: none"> National Health Service list price สำหรับยาต้นแบบ คัดเลือกโดยหลักความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ Drug tariff สำหรับยาชื่อสามัญ ตั้งต้นจากค่าเฉลี่ยของราคาผู้ผลิต และบวกเพิ่มให้ยอดกำไรรวมต่อปีแก่ร้านยาในประเทศตามที่กำหนด (โดยทั่วไปจะคิดเงินที่สองเท่าของราคาผู้ผลิต) 	<ul style="list-style-type: none"> เภสัชกรร้านยาได้รับค่าตอบแทนการบริการ (Single activity fee) โดยคิดตามจำนวนยาที่จ่าย อัตราค่าตอบแทนอยู่ที่ £1.29 ต่อรายการยาที่จ่าย 	<p>Co-payment: £9.15 ต่อรายการยา หรือจ่ายเป็นระบบเหมาจ่าย:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 เดือน: £29.65 12 เดือน: £105.90
ออสเตรเลีย	<p>มีบริการสั่งยาต่อเนื่อง (Repeat prescription)</p> <ul style="list-style-type: none"> แพทย์ต้องระบุรายละเอียดลงในใบสั่งยา เช่น ชื่อแพทย์ผู้สั่ง ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา รูปแบบยา ขนาด 	<p>สร้างบัญชียาสำหรับจ่ายชดเชย</p> <ul style="list-style-type: none"> อิงจากราคาต่ำสุดของยาในกลุ่มเดียวกัน (Reference pricing) 	<p>Dispensing fee:</p> <ul style="list-style-type: none"> ยาทั่วไป A\$7.39 ต่อใบสั่งยา 	<p>Co-payment:</p> <ul style="list-style-type: none"> สูงสุดไม่เกิน A\$41 ต่อใบสั่งยา

ประเทศ	รูปแบบบริการเติมยาและเติมยาต่อเนื่อง	การจ่ายชดเชยค่ายา	การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ	การร่วมจ่ายของผู้ป่วย
	<p>ความแรง จำนวนยา และจำนวนครั้งที่สั่งจ่าย เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> จำนวนยาที่จ่ายและจำนวนครั้งที่สั่งจ่าย แบ่งออกเป็น 2 กรณี ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> กรณีแพทย์สั่งยาต่อเนื่องตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป แต่แต่ละครั้งที่จ่ายยาต้องห่างกันอย่างน้อย 20 วัน กรณีอื่นๆ แต่ละครั้งที่จ่ายยาต้องห่างกันอย่างน้อย 4 วัน แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาต่อเนื่องได้สูงสุดไม่เกิน 6 เดือน ต่อ 1 ใบสั่งยา 	<ul style="list-style-type: none"> เงินชดเชยคิดจากราคาผู้ผลิต + Wholesale mark-up + ค่าบริหารจัดการ (AHI fee) <p>Wholesale mark-up 10% จากราคาผู้ผลิตในยาที่ราคาไม่เกิน A\$930.06 และ A\$69.94 ในยาที่มีราคาสูงกว่า A\$930.06 ค่าบริหารจัดการ (AHI fee) A\$4.09 ถึง A\$74.79 ต่อรายการยา โดยขึ้นกับราคาหลัง Wholesale mark-up</p>	<ul style="list-style-type: none"> ยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย A\$9.43 ต่อใบสั่งยา ยาอันตราย (ยาที่มีฤทธิ์เสพติด) A\$3.11 ต่อใบสั่งยา 	<ul style="list-style-type: none"> สูงสุดไม่เกิน A\$6.60 หลังยอดสะสมรวมถึง Safety-net Safety-net: A\$1,486.80 ต่อปี
สหรัฐอเมริกา	<p>มีบริการเติมยาตามใบสั่งยา (Refill prescription) ตามแต่แผนของผู้ให้ประกัน Pharmacy benefit manager (PBM)</p> <ul style="list-style-type: none"> PBM ทำหน้าที่เป็นตัวกลางแทนบริษัทประกัน ในการเจรจาคัดเลือกยาและจัดวางเข้าสู่แผนประกัน ต่อรองราคา และประสานกับร้านยา เพื่อยื่นข้อเสนอให้เข้าร่วมให้บริการกับผู้ป่วยในแผนประกัน แพทย์กำหนดระยะเวลาต่อใบสั่งยาอยู่ที่ 30-90 วัน 	<p>สร้างบัญชีสำหรับจ่ายชดเชย</p> <ul style="list-style-type: none"> กำหนดจากราคาเฉลี่ยค่าส่ง AWP ได้มาจาก ราคาผู้ผลิตบวกเพิ่มราว 20-25% ร้านยาจะได้ชดเชยที่ AWP หักกลับส่วนลดราว 15% 	<p>Dispensing fee ขึ้นกับองค์กรผู้ให้ประกันหรือ PBM โดยทั่วไปเป็นอัตราคงที่ประมาณ \$4-5</p>	<p>เรียกเก็บโดยขึ้นกับองค์กรผู้ให้ประกันหรือ PBM มีทั้งแบบจ่าย fixed-cost (co-payment) เช่น \$10 และจ่ายเป็นร้อยละ (coinsurance) ที่ 20% เป็นต้น</p>
เกาหลีใต้	<ul style="list-style-type: none"> มีบริการเติมยาโดยเภสัชกรร้านยา โดยการรับยาแต่ละครั้ง ผู้ป่วยต้องเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและรับใบสั่งยาจากสถานพยาบาล จากนั้นจึงนำใบสั่งยามารับยากับเภสัชกรร้านยา 	<p>สร้างบัญชีสำหรับจ่ายชดเชย</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้ผลิตเสนอราคาขายต้นแบบของตน โดยเลือกจากความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ หรือกรณีที่เสนอราคาในช่วง 90-100% ของราคาเฉลี่ยยาอื่นในกลุ่มเดียวกัน (Weight average 	<p>จ่ายในอัตราคงที่</p> <ul style="list-style-type: none"> ค่าธรรมเนียมการจ่ายยาเบื้องต้น ค่าการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ค่าการบริหารจัดการร้านยา 	<p>Co-insurance:</p> <ul style="list-style-type: none"> 30% ของค่ายา 5-10% ในผู้ป่วยบางกลุ่มโรค เช่น มะเร็ง

ประเทศ	รูปแบบบริการเดมยาและเดมยาต่อเนื่อง	การจ่ายชดเชยค่ายา	การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ	การร่วมจ่ายของผู้ป่วย
	<ul style="list-style-type: none"> แพทย์มีหน้าที่สั่งจ่ายยา ส่วนเภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยาตามใบสั่งยา 	<p>price) จะได้รับการบรรจุเข้าบัญชีทันที หากไม่จะนำไปสู่ขั้นตอนการต่อรองราคา</p> <ul style="list-style-type: none"> ยาชื่อสามัญ ราคาตั้งตามสูตรคำนวณกำหนดตายตัว ไม่มีการเสนอราคาและต่อรอง 	<p>คำนวณตามจำนวนผลิตภัณฑ์</p> <ul style="list-style-type: none"> ค่าจ่ายยาเพิ่มเติม ค่าบริหารเวชภัณฑ์ 	<p>หลุดเลือดสมองและหัวใจ เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี</p> <p>Co-payment</p> <ul style="list-style-type: none"> 1,200 วอนสำหรับผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป <p>มีระบบเพดานร่วมจ่ายสูงสุดต่อปี</p>
เยอรมนี	<ul style="list-style-type: none"> มีบริการเดมยาโดยเภสัชกรร้านยา โดยการรับยาแต่ละครั้ง ผู้ป่วยต้องเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและรับใบสั่งยาจากสถานพยาบาล จากนั้นจึงนำใบสั่งยามารับยากับเภสัชกรร้านยา แพทย์มีหน้าที่สั่งจ่ายยา ส่วนเภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยาตามใบสั่งยา 	<ul style="list-style-type: none"> ยาที่จ่ายตามใบสั่งยาทุกรายการสามารถได้รับเงินคืนได้ ยกเว้นยาบางชนิด (กลุ่ม Negative list) จัดกลุ่มยาตาม Reference price group ราคาอ้างอิงคำนวณด้วย Econometric model ผู้ป่วยรับผิดชอบส่วนต่างหากราคาสูงกว่าราคาอ้างอิง <p>สำหรับยาที่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้จะถูกหักเงินคืนเข้ากองทุน</p> <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ 7 ของ ราคาผู้ผลิตกรณีที่เป็นยาต้นแบบ ร้อยละ 6-10 ของราคาผู้ผลิตสำหรับยาชื่อสามัญ 	<p>Pharmacist fee</p> <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ 3 ของราคาเภสัชกรซื้อได้บวกส่วนเพิ่มอัตราคงที่ €8.35 ต่อรายการยา ค่า Emergency services ที่ €0.16 ต่อรายการยา <p>อย่างไรก็ตามกองทุนมีระบบการหักเงินคืนจากเภสัชกรที่อัตราคงที่ €1.77 ต่อรายการยาตามใบสั่งโดยใช้วิธีหักออกจากเงินที่จ่ายคืนให้แก่ร้านยาพร้อมกับเงินคืนจากบริษัทยาและส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย</p>	<p>ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดตามราคาขายในทุกรายการยาที่ได้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> ราคาขาย €0-5 ร่วมจ่ายตามราคาขาย ราคาขาย €5-50 ร่วมจ่ายคงที่ €5 ราคาขาย €50-100 ร่วมจ่าย 10% ของราคาขาย <p>ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดตามราคาขายในทุกรายการยาที่ได้รับ</p>

ประเทศ	รูปแบบบริการเดมยาและเดมยาต่อเนื่อง	การจ่ายชดเชยค่ายา	การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ	การร่วมจ่ายของผู้ป่วย
				<ul style="list-style-type: none"> ● ราคายา €0-5 ร่วมจ่ายตามราคา ● ราคายา €5-50 ร่วมจ่ายคงที่ €5 ● ราคายา €50-100 ร่วมจ่าย 10% ของราคา

ที่มา : อ้างถึงในรายงานเรื่อง รูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1, 2563 (15)

ภาคผนวก ข ข้อมูลที่ใช้คำนวณต้นทุน

ตารางที่ 2 รายละเอียดของเวลาที่ใช้ดำเนินกิจกรรมในร้านยา รูปแบบการดำเนินงานที่ 1

Work	Activity	Detail	Person	Minute per visit
Back office	รับยา	รับยาและตรวจสอบยา	เภสัชกร 1	1
Back office	เช็คยา	ตรวจสอบยาจากใบสั่งยา และจัดเก็บยา	เภสัชกร 1	1
Back office	นัดรับยา	โทรนัดหมายผู้ป่วยมารับยา	เภสัชกร 1	1
Dispensing	ยืนยันตัวผู้ป่วย	ตรวจสอบใบส่งตัว / ใบรับยา / ค่า lab เบื้องต้น	เภสัชกร 1	2
Dispensing	ประเมินผู้ป่วย	ประเมิน 8Q 9Q	เภสัชกร 1	3
Dispensing	DRP	ประเมิน Drug related problems	เภสัชกร 1	3
Dispensing	จ่ายยา	จ่ายยา	เภสัชกร 1	2
Dispensing	Counseling	แนะนำยาและวิธีปฏิบัติตัว	เภสัชกร 1	3
Dispensing	ลงสมุดประจำตัว	เภสัชกรเซ็นสมุดนัดของผู้ป่วย และเน้นย้ำเรื่องการนัดหมายครั้งหน้ากับผู้ป่วย	เภสัชกร 1	1
Dispensing	รายงานข้อมูล 1	กรอกแบบฟอร์มยืนยันการรับยาของผู้ป่วยเพื่อแจ้งโรงพยาบาล	เภสัชกร 1	4
Dispensing	รายงานข้อมูล 2	กรอกแบบฟอร์มให้ สปสช.	เภสัชกร 1	4
		รวมเวลา		25

หมายเหตุ : Back office หมายถึงรวมถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมารับยาที่ร้านยา

Dispensing หมายถึงรวมถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับยาที่ร้านยา รับยา และหลังรับยาเสร็จ

ที่มา: รายงานฉบับสมบูรณ์การประเมินต้นทุนของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 รายละเอียดของเวลาที่ใช้ดำเนินกิจกรรมในร้านยา รูปแบบการดำเนินงานที่ 2

Work	Activity	Detail	Person	Minute per visit
Back office	รับยา	รับยาและตรวจสอบยาจากโรงพยาบาล	เภสัชกร	1.54
Back office	จัดเก็บยา	จัดเก็บยาใน stock	ผู้ช่วย	1.54
Back office	ตรวจสอบใบสั่งยา	เข้าโปรแกรมตรวจสอบใบสั่งยาและประวัติการใช้ยา / ค่า lab	เภสัชกร	2
Back office	จัดยา	จัดยาตามใบสั่งยา	ผู้ช่วย	5

Work	Activity	Detail	Person	Minute per visit
Back office	ตรวจสอบยา	ตรวจสอบยาที่ผู้ช่วยจัดยา	เภสัชกร	1
Back office	นัดรับยา	โทรนัดหมายผู้ป่วย	เภสัชกร	1
Dispensing	ยืนยันตัวผู้ป่วย	ตรวจสอบใบส่งตัว / ใบรับยา	เภสัชกร	1
Dispensing	ประเมินผู้ป่วย	ประเมิน 8Q 9Q	เภสัชกร	3
Dispensing	DRP	ประเมิน Drug related problems	เภสัชกร	3
Dispensing	จ่ายยา	จ่ายยา	เภสัชกร	2
Dispensing	Counseling	แนะนำยาและวิธีปฏิบัติตัว	เภสัชกร	5
Dispensing	ลงสมุดประจำตัวผู้ป่วย	เภสัชกรเซ็นสมุดนัดของผู้ป่วย และเน้นย้ำเรื่องการนัดหมายครั้งหน้ากับผู้ป่วย	เภสัชกร	1
Dispensing	รายงานข้อมูล 1	กรอกแบบฟอร์มยืนยันการรับยาของผู้ป่วยเพื่อแจ้งโรงพยาบาล	ผู้ช่วย	5
Dispensing	รายงานข้อมูล 2	กรอกแบบฟอร์มให้ สปสช.	ผู้ช่วย	5
		รวมเวลา		37

หมายเหตุ : Back office หมายถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมารับยาที่ร้านยา

Dispensing หมายถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับยาที่ร้านยา รับยา และหลังรับยาเสร็จ

ที่มา: รายงานฉบับสมบูรณ์การประเมินต้นทุนของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 รายละเอียดของเวลาที่ใช้ดำเนินกิจกรรมในร้านยา รูปแบบการดำเนินงานที่ 3

Work	Activity	Detail	Person	Minute per visit
Back office	บริหารคลังยา	ตรวจสอบยอดยาคงเหลือของร้านยา (ในร้านยา)	เภสัชกร	5
Back office	บริหารคลังยา	ตรวจสอบยอดยาคงเหลือของร้านยา (ตรวจสอบในระบบ)	เภสัชกร	5
Back office	บริหารคลังยา	Key เบิกยา	เภสัชกร	0.769
Back office	บริหารคลังยา	รับยาและตรวจสอบยาจาก GPO	เภสัชกร	0.769
Back office	บริหารคลังยา	เก็บยาใน stock	ผู้ช่วย	0.769
Back office	ตรวจสอบใบสั่งยา	เข้าโปรแกรมตรวจสอบใบสั่งยาและประวัติการใช้ยา / ค่า lab	เภสัชกร	2
Back office	จัดยา	จัดยาตามใบสั่งยา	ผู้ช่วย	5

Work	Activity	Detail	Person	Minute per visit
Back office	ตรวจสอบยา	ตรวจสอบยาที่ผู้ช่วยจัดยา	เภสัชกร	1
Back office	นัดรับยา	โทรนัดหมายผู้ป่วย	เภสัชกร	1
Dispensing	ยืนยันตัวผู้ป่วย	ตรวจสอบใบส่งตัว / ใบรับยา	เภสัชกร	1
Dispensing	ประเมินผู้ป่วย	ประเมิน 8Q 9Q	เภสัชกร	3
Dispensing	DRP	ประเมิน Drug related problems	เภสัชกร	3
Dispensing	จ่ายยา	จ่ายยา	เภสัชกร	2
Dispensing	Counseling	แนะนำยาและวิธีปฏิบัติตัว	เภสัชกร	5
Dispensing	ลงสมุดประจำตัวผู้ป่วย	เภสัชกรเซ็นสมุดนัดของผู้ป่วย และเน้นย้ำเรื่องการนัดหมายครั้งหน้ากับผู้ป่วย	เภสัชกร	1
Dispensing	รายงานข้อมูล 1	กรอกแบบฟอร์มยืนยันการรับยาของผู้ป่วยเพื่อแจ้งโรงพยาบาล	ผู้ช่วย	5
Dispensing	รายงานข้อมูล 2	กรอกแบบฟอร์มให้ สปสช.	ผู้ช่วย	5
		รวมเวลา		46

หมายเหตุ : Back office หมายถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมารับยาที่ร้านยา

Dispensing หมายถึงกิจกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับยาที่ร้านยา รับยา และหลังรับยาเสร็จ

ที่มา: รายงานฉบับสมบูรณ์การประเมินต้นทุนของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ตารางที่ 5 ต้นทุนค่าวัสดุและครุภัณฑ์ของร้านยาแยกตามรูปแบบการดำเนินงาน

รายการ	ราคาต่อหน่วย	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3
วัสดุ				
8Q&9Q form	2 บาท	√	√	√
ใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท	1,500 บาท	√	√	√
ค่าโทรศัพท์	นาทีละ 0.35 บาท	√	√	√
Internet	นาทีละ 0.01 บาท	√	√	√
สติ๊กเกอร์ (ทำฉลากยา)	ชิ้นละ 1 บาท	-	√	√
ซองยา	ซองละ 0.50 บาท	-	√	√

รายการ	ราคาต่อหน่วย	รูปแบบที่ 1	รูปแบบที่ 2	รูปแบบที่ 3
ครุภัณฑ์ (คำนวณต้นทุนเฉพาะค่าเสื่อมราคา)		ราคาจัดซื้อ		
ตู้เก็บยา	6,500 บาท	-	√	√
โต๊ะจัดยา	1,000 บาท	-	√	√
เครื่องพิมพ์ฉลากยา (Thermal Printer)	6,500 บาท	-	√	√
คอมพิวเตอร์	18,000 บาท	-	√	√
ค่าสร้างอาคาร	6,200,000			
ค่าตกแต่งภายใน	580,000 บาท			
ต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุนต่อ 1 ใบสั่งยา		12.22 บาท	17.20 บาท	20.31 บาท

ที่มา: รายงานฉบับสมบูรณ์การประเมินต้นทุนของโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ภาคผนวก ค
แบบสอบถามเชิงลึก

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วยประเด็นคำถามจำแนกตามผู้ให้สัมภาษณ์ดังตารางที่ 1
2. กระบวนการสัมภาษณ์ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้
 - a. ผู้สัมภาษณ์แนะนำโครงการแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ตามรายละเอียดใน “เอกสารแนะนำโครงการ”
 - b. ผู้ให้สัมภาษณ์ต้องยินยอมให้สัมภาษณ์โดยลงนามให้การยินยอมใน “ใบยินยอมให้ข้อมูล” ก่อนเริ่มสัมภาษณ์
 - c. ผู้ให้สัมภาษณ์จ่ายค่าตอบแทนผู้ให้สัมภาษณ์ตามอัตราที่ระบุไว้ใน “เอกสารแนะนำโครงการ”

ตารางที่ 6 รายละเอียดผู้ให้สัมภาษณ์

ลำดับ	ผู้ให้สัมภาษณ์	เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์	หน้า
1	ผู้บริหารโรงพยาบาล	ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่รับผิดชอบหลักในการให้นโยบายและกำกับดูแลโครงการนำร่องฯ	1	2-3
2	เภสัชกรโรงพยาบาล	เภสัชกรของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการนำร่องฯ โดยตรง	1-2	4-5
3	แพทย์	แพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยาที่ร้านยา	1	6
4	พยาบาล	พยาบาลที่มีหน้าที่คัดกรอง/ซักชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยานำร่องฯ	1	7
5	เจ้าของร้านยา/เภสัชกรร้านยา	เจ้าของร้านยาหรือเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในร้านยาที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา โดยเป็นร้านยาที่มีบทบาทในการขนส่งยาจากโรงพยาบาลไปยังร้านยาอื่นๆ หรือร้านยาที่มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ มากที่สุด	1-2	8
6	ผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาอย่างต่อเนื่อง	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ และเป็นผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือนนับจากวันที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ	1	9
7	ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาในช่วงแรกและเปลี่ยนกลับมารับยาที่โรงพยาบาล	ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ และได้รับยาที่ร้านยาอย่างน้อย 2 ครั้งแต่แจ้งขอกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง (ไม่ใช่ผู้ป่วยที่คุมอาการไม่ได้และแพทย์แจ้งให้กลับไปรับยาที่โรงพยาบาล)	1	10
8	ผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาล (ผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วมโครงการนำร่อง)	ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยาที่ร้านยาและแพทย์ระบุให้ไปรับยาที่ร้านยาได้แต่ปฏิเสธและขอรับยาที่โรงพยาบาล	1	11

ประเด็นคำถาม ผู้บริหารโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนำร่องฯ

1. ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง/หน้าที่ในปัจจุบันของท่าน
2. โรงพยาบาลของท่านเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ตั้งแต่เมื่อใด ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงการนำร่องนี้อย่างไรบ้าง
3. สภาพปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลของท่านเกิดขึ้นที่จุดใดมากที่สุด มีปัญหาเรื่องความแออัดที่หน้าห้องยาหรือไม่?
4. นอกเหนือจากโครงการนี้ โรงพยาบาลมีมาตรการเกี่ยวกับการลดความแออัดของโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง? (เช่น มาตรการให้วิชาชีพอื่นส่งยาแทนแพทย์ ส่งยาทางไปรษณีย์ การจัดตั้ง PCU และหน่วยบริการ/คลินิกพิเศษนอก OPD/นอกโรงพยาบาล เป็นต้น) เริ่มดำเนินมาตรการดังกล่าวมาตั้งแต่เมื่อใด? มีประสิทธิผลผลสัมฤทธิ์มากน้อยเพียงใด? โรงพยาบาลท่านมีผลงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการลดแออัดและลดรอคอยในโรงพยาบาลอย่างไร มาตรการที่ให้ความสำคัญมากที่สุดคือมาตรการใด? เพราะเหตุใด?
5. โรงพยาบาลของท่านมีประสบการณ์เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามาก่อนหรือไม่? อย่างไร? มีปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง?
6. โรงพยาบาลของท่านได้รับข้อมูล/การเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการนำร่องอย่างไร จากหน่วยงานใด?
7. อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านหรือคณะผู้บริหารโรงพยาบาลตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่อง? ท่านหรือคณะผู้บริหารโรงพยาบาลมีความคาดหวังอย่างไรจากการเข้าร่วมโครงการนำร่อง? มีบุคลากรของโรงพยาบาลที่แสดงความคิดเห็นสนับสนุน/คัดค้าน/ไม่เห็นด้วยกับการเข้าร่วมโครงการนำร่อง หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด?
8. โรงพยาบาลของท่านมีระบบอภิบาลของโครงการอย่างไร: การวางแผน กำหนดเป้าหมาย จัดสรรงบประมาณ สื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ฝึกอบรม ระบบกำกับดูแล รายงาน M&E; feed back จากพื้นที่ และระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น IT ฯลฯ)
9. เนื่องจากคุณภาพบริการของร้านยาเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก ท่านมีเกณฑ์การคัดเลือกร้านยาเข้าร่วมโครงการฯ กับโรงพยาบาลของท่านอย่างไร? คณะเภสัชศาสตร์ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลของท่านรับผิดชอบมีบทบาทสนับสนุนการดำเนินโครงการหรือไม่ อย่างไร?
10. ในขณะที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ โรงพยาบาลของท่านมีความพร้อมในการดำเนินโครงการมากน้อยเพียงใด - ต้องเตรียมการเรื่องใดมากที่สุด? ใช้เวลาเตรียมการประมาณกี่สัปดาห์? ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง สสจ. และหน่วยงานอื่นๆ หรือไม่ ในเรื่องใดบ้าง? ในปัจจุบัน ท่านคิดว่าควรมีการปรับเปลี่ยนภายในโรงพยาบาลเพื่อที่สนับสนุนการดำเนินโครงการนี้ เช่น ระบบข้อมูลผู้ป่วย ระบบ logistic ระบบบริหารจัดการ/เบิกจ่าย เป็นต้น

11. ก่อนดำเนินโครงการ หน่วยงานของท่านได้มีการระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับโครงการหรือไม่ มีแผนในการบริหารความเสี่ยงอย่างไรและมีช่องทางในการแจ้งความเสี่ยงอย่างไร (Risk management and risk signal)
12. ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการจนถึงปัจจุบัน ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการนำร่องในโรงพยาบาลของท่านมากน้อยเพียงไร? เพราะเหตุใด? ผลการดำเนินงานเป็นไปตามที่ท่านคาดหวัง/กำหนดเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร? การเข้าร่วมโครงการฯ ได้ช่วยให้โรงพยาบาลของท่านประสบผลสำเร็จในการลดความแออัด หรือไม่เพราะเหตุใด?
13. ในการดำเนินโครงการนำร่องในโรงพยาบาลของท่าน อะไรเป็นปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จ? อะไรบ้างเป็นอุปสรรคที่สำคัญ? การดำเนินโครงการส่งผลกระทบต่อทำให้บริการตามปกติของโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร? ท่านมีข้อเสนอเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหา/จัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นต่อผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานในส่วนกลางอย่างไร? ท่านหรือโรงพยาบาลของท่านมีโอกาสได้นำเสนอความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะดังกล่าวหรือไม่ ผ่านช่องทางใด?
14. หากในอนาคตจะมีการขยายโครงการนำร่อง (เพิ่มกลุ่มโรค เพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ) ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร? ท่านคิดว่า นโยบาย/โครงการนี้มีความยั่งยืนหรือไม่ เพราะเหตุใด?
15. ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น การ refill ยา การจ่ายยานานขึ้น การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ การจัดส่งยาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) การให้อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดส่งยาถึงบ้าน Telepharmacy รับยาที่ร้านยา เป็นต้น) ?

ประเด็นคำถาม เกณฑ์กรในโรงพยาบาล

1. ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง/หน้าที่ในปัจจุบันของท่าน
2. โรงพยาบาลของท่านเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ตั้งแต่เมื่อใด ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงการนี้อย่างไรบ้าง (เช่น ประสานงานกับร้านยา เครือข่าย แพทย์กับผู้ป่วย จัดทำระบบเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง โรงพยาบาล และร้านยา เชิญชวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา กระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย)
3. สภาพปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลของท่านเกิดขึ้นที่จุดใดมากที่สุด มีปัญหาเรื่องความแออัดที่หน้าห้องยาหรือไม่?
4. นอกเหนือจากโครงการนี้ โรงพยาบาลมีมาตรการเกี่ยวกับการลดความแออัดของโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง? (เช่น มาตรการให้วิชาชีพอื่นสั่งยาแทนแพทย์ ส่งยาทางไปรษณีย์ การจัดตั้ง PCU และหน่วยบริการ/คลินิก พิเศษนอก OPD/นอกโรงพยาบาล เป็นต้น) เริ่มดำเนินมาตรการดังกล่าวมาตั้งแต่เมื่อใด? มีประสิทธิผลผลสัมฤทธิ์มากน้อยเพียงใด? มาตรการที่ให้ความสำคัญมากที่สุดคือมาตรการใด? เพราะเหตุใด?
5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
6. โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้อย่างไร เพราะเหตุใด มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่อย่างไร
 - การเตรียมความพร้อมในการดำเนินการโครงการ เช่น การคัดเลือกร้านยา
 - การเลือกรูปแบบการบริหารจัดการ (หากเป็น model 1 ถามวิธีการจัดยาและการขนส่งยาไปยังร้านยา หากเป็น model 2 ถามวิธีการบริหารคลังยาที่โรงพยาบาล และคลังยาย่อยที่ร้านยารวมถึงการบริหารปริมาณคงคลังสำรองของแต่ละร้านยา)
 - การประชาสัมพันธ์โครงการให้ผู้ป่วย
 - การคัดเลือกผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา (เกณฑ์)
 - การส่งข้อมูลใบสั่งยาไปยังร้านยา (พิมพ์ใบสั่งยา/ฉลากยา ให้ผู้ป่วยถือไปยังร้านยา หรือ ส่งข้อมูลให้ร้านยาพิมพ์เอง)
 - ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังร้านยา
 - การส่งข้อมูลประวัติการรักษาระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา
 - ระบบการติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - การคืนยาเหลือของผู้ป่วย

- ระบบอภิบาล: การวางแผน กำหนดเป้าหมาย จัดสรรงบประมาณ สื่อสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ฝึกอบรม ระบบกำกับดูแล รายงาน M&E; feed back จากพื้นที่ และระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น IT ฯลฯ)
7. ท่านคิดว่าระบบสนับสนุนเพียงพอหรือไม่ (งบประมาณ ระบบข้อมูล/โปรแกรมของ สปสช.) ต้องการการสนับสนุนอะไรเพิ่มเติมจากหน่วยงานส่วนกลาง
 8. หน่วยงานต่าง ๆ เช่น สสจ. สปสช.เขต คณะเภสัชศาสตร์ในพื้นที่ เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุน/กำหนดรูปแบบการให้บริการอย่างไรบ้าง (เช่น การพัฒนาเครือข่าย รพ/ร้านยา การกำหนด model กลุ่มโรค)
 9. ก่อนดำเนินโครงการ หน่วยงานของท่านได้มีการระบุความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับโครงการหรือไม่ มีแผนในการบริหารความเสี่ยงอย่างไรและมีช่องทางในการแจ้งความเสี่ยงอย่างไร (Risk management and risk signal)
 10. ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการนำร่องมากน้อยเพียงไร เพราะเหตุใด
 11. ที่ผ่านมากการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร (มีเป้าหมายอย่างไร ณ ปัจจุบันมีผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาแล้วกี่คน รับยาสำเร็จกี่คน ออกจากโครงการกี่คน ปฏิเสธกี่คน) หากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เพราะอะไร และมีวิธีในการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างไรบ้าง
 12. ในการดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอะไรเป็นจุดแข็งที่จะทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จ? อะไรบ้างเป็นอุปสรรคที่สำคัญ? และมีแนวทางการแก้ไขปัญหา/จัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร?
 13. หากในอนาคตจะมีการขยายโครงการนำร่อง (เพิ่มกลุ่มโรค เพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ) ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร
 14. ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น การ refill ยา การจ่ายยานานขึ้น การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ การจัดส่งยาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) การให้อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดส่งยาถึงบ้าน Telepharmacy รับยาที่ร้านยา เป็นต้น) ?
 15. ร้านยาในเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 อย่างไร? เหมือนเดิมหรือแตกต่างจากบทบาทเดิม?
 16. ร้านยาในเครือข่ายมีการปรับการทำงานอย่างไรเพื่อรับมือกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19?

ประเด็นคำถามแพทย์

1. ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง/หน้าที่ในปัจจุบันของท่าน
2. โรงพยาบาลของท่านเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลตั้งแต่เมื่อใด ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงการนี้อย่างไรบ้าง
3. สภาพปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลของท่านเกิดขึ้นที่จุดใดมากที่สุด มีปัญหาเรื่องความแออัดที่หน้าห้องยาหรือไม่?
4. ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรการลดความแออัดในโรงพยาบาลอย่างไร (เช่น มาตรการให้วิชาชีพอื่นส่งยาแทนแพทย์ ส่งยาทางไปรษณีย์ การจัดตั้ง PCU และหน่วยบริการ/คลินิกพิเศษนอก OPD/นอก โรงพยาบาล เป็นต้น) เริ่มดำเนินมาตรการดังกล่าวมาตั้งแต่เมื่อใด? มีประสิทธิผล ผลสัมฤทธิ์มากน้อยเพียงใด?
5. ท่านรับทราบนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลได้อย่างไร ข้อมูลที่ได้เพียงพอให้ท่านตัดสินใจปฏิบัติตามนโยบายหรือไม่
6. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ท่านส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาแล้วกี่คน ท่านพบปัญหา (เช่น การกินยาไม่ตรงเวลา ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการได้) เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ท่านส่งไปรับยาที่ร้านยาหรือไม่ อย่างไร
7. ท่านคิดว่า ในการดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของท่าน อะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จ? อะไรบ้างเป็นอุปสรรคที่สำคัญ? การดำเนินโครงการส่งผลกระทบต่อการให้บริการตามปกติของโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร? และมีแนวทางการแก้ไขปัญหา/จัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร?
8. หากในอนาคตจะมีการขยายโครงการนำร่องฯ (เพิ่มกลุ่มโรค เพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ)ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร? ท่านคิดว่า นโยบาย/โครงการนี้มีความยั่งยืนหรือไม่ เพราะเหตุใด?
9. ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น การ refill ยา การจ่ายยานานขึ้น การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ การจัดส่งยาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) การให้อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดส่งยาถึงบ้าน Telepharmacy รับยาที่ร้านยา เป็นต้น) ?

ประเด็นคำถามพยาบาล

1. ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง/หน้าที่ในปัจจุบันของท่าน
2. โรงพยาบาลของท่านเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ตั้งแต่เมื่อใด ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับโครงการนี้อย่างไรบ้าง ตั้งแต่เมื่อใด
3. สภาพปัญหาความแออัดใน โรงพยาบาล ของท่านเกิดขึ้นที่จุดใดมากที่สุด มีปัญหาเรื่องความแออัดที่หน้าห้องยาหรือไม่?
4. ท่านมีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรการลดความแออัดในโรงพยาบาลอย่างไร (เช่น มาตรการให้วิชาชีพอื่นส่งยาแทนแพทย์ ส่งยาทางไปรษณีย์ การจัดตั้ง PCU และหน่วยบริการ/คลินิกพิเศษนอก OPD/นอก โรงพยาบาล เป็นต้น) เริ่มดำเนินการมาตรการดังกล่าวมาตั้งแต่เมื่อใด? มีประสิทธิผล ผลสัมฤทธิ์มากน้อยเพียงใด?
5. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
6. ท่านคิดว่า ในการดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของท่าน อะไรเป็นปัจจัยสำคัญจุดแข็งที่จะทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จ? อะไรบ้างเป็นอุปสรรคที่สำคัญ? การดำเนินโครงการฯ ส่งผลกระทบต่อการให้บริการตามปกติของ โรงพยาบาล หรือไม่ อย่างไร? และมีแนวทางการแก้ไขปัญหา/จัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร?
7. หากในอนาคตจะมีการขยายโครงการนำร่องฯ (เพิ่มกลุ่มโรค เพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ)ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร? ท่านคิดว่า นโยบาย/โครงการนี้จะมีคามยั่งยืนหรือไม่ เพราะเหตุใด?
8. ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โรงพยาบาลของท่านมีมาตรการอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น การ refill ยา การจ่ายยานานขึ้น การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ การจัดส่งยาให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) การให้อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จัดส่งยาถึงบ้าน Telepharmacy รับยาที่ร้านยา เป็นต้น) ?

ประเด็นคำถาม เจ้าของร้านยา/เภสัชกรร้านยา

1. ร้านยาของท่านเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลตั้งแต่เมื่อใด นับถึงปัจจุบันมีผู้ป่วยในโครงการมารับยาทั้งหมดกี่ราย แจ้งยกเลิกกี่ราย
2. ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง/หน้าที่ในปัจจุบันของท่าน ร้านของท่านดำเนินกิจการมาแล้วกี่ปี? ได้รับการรับรองคุณภาพ หรือเข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพร้านยาในโครงการใดบ้าง? ปัจจุบันเป็นแหล่งฝึกนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์หรือไม่?
3. ท่านได้รับข้อมูล/การเชิญชวนให้ร้านยาของท่านเข้าร่วมโครงการนำร่องอย่างไร ผ่านช่องทางใด? โรงพยาบาลมีเกณฑ์การเลือกร้านยาเข้าร่วมโครงการอย่างไร? ท่านคิดว่า เพราะอะไรร้านของท่านจึงได้รับการคัดเลือก?
4. อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านหรือเจ้าของ/ผู้จัดการร้านยาตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล?
5. ท่านหรือเจ้าของ/ผู้จัดการร้านยามีความคาดหวังอย่างไรจากการเข้าร่วมโครงการนำร่อง
6. ร้านยาของท่านมีประสบการณ์เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมโครงการหรือไม่? อย่างไร? มีปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง?
7. ร้านยาของท่านมีการเตรียมการอย่างไรบ้าง หรือต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานหรือไม่เพื่อให้สามารถเข้าร่วมโครงการนำร่องได้ และอะไรที่คาดว่าจะจะเป็นความเสี่ยงในการดำเนินโครงการและแนวทางในการจัดการความเสี่ยง
8. ขอให้ท่านอธิบายขั้นตอนและวิธีการให้บริการของท่านเมื่อมีผู้ป่วยในโครงการนำใบสั่งยามารับยา? โรงพยาบาลกำหนดขั้นตอนและวิธีการให้บริการของร้านยาไว้อย่างชัดเจนหรือไม่? ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนและวิธีการดังกล่าว และข้อกำหนด/เงื่อนไขอื่น ๆ ในโครงการหรือไม่ อย่างไร?
9. การรับและส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลทำอย่างไร ท่านส่งข้อมูลอะไรบ้างไปที่โรงพยาบาล
10. หากมีกรณีที่ท่านพบว่า อาจเกิดปัญหาที่ร้ายแรงจากการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง (ก่อนการจ่ายยา) หรือได้เกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยากับผู้ป่วย (หลังการจ่ายยา) ท่านจะต้องดำเนินการอย่างไร
11. ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการจนถึงปัจจุบัน ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการนำร่องมากน้อยเพียงไร เพราะเหตุใด? มีอะไรบ้างที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข?
12. ท่านคิดว่า ในการดำเนินโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอะไรเป็นปัจจัยที่จะทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จ? อะไรบ้างเป็นอุปสรรคที่สำคัญ? และมีแนวทางการแก้ไขปัญหา/จัดการกับอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร?
13. หากในอนาคตจะมีการขยายโครงการนำร่อง (เพิ่มกลุ่มโรค เพิ่มจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ) ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างไร? ท่านคิดว่า นโยบาย/โครงการนี้จะมีความยั่งยืนหรือไม่ เพราะเหตุใด?
14. ร้านยาของท่านมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 อย่างไร? เหมือนเดิมหรือแตกต่างจากบทบาทเดิม?
15. ร้านยาของท่านมีการปรับการทำงานอย่างไรเพื่อรับมือกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19?

ประเด็นคำถาม ผู้ป่วยที่รับยาที่ร้านยาอย่างต่อเนื่อง

1. ขอให้ท่านเล่าถึงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับท่าน (เช่น โรคที่เป็น ระยะเวลาที่รับการรักษาโรคนี้ที่โรงพยาบาล แห่งนี้) ท่านเริ่มเข้าโครงการฯ (รับยาที่ร้านยา) ตั้งแต่เมื่อใด (เดือน ... พ.ศ. ...) ได้รับยาตามใบสั่งแพทย์จากร้านยา มาแล้วกี่ครั้ง?
2. ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อการที่โรงพยาบาลต่างๆ อนุญาตให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับการไปรับยาที่ร้านยาหรือไม่ อย่างไร?
3. แพทย์หรือบุคลากรในโรงพยาบาลเชิญชวนให้ท่านไปรับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ที่ร้านยาด้วยวิธีใด? ท่านได้รับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ/มีโอกาสได้ซักถามเพิ่มเติมจนเข้าใจประโยชน์และขั้นตอนวิธีการในโครงการหรือไม่? ท่านได้รับแจ้งหรือไม่ว่า ท่านสามารถเลือกเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่ก็ได้ (เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน)?
4. ก่อนเข้าร่วมโครงการ ท่านมีประสบการณ์รับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ที่ร้านยาหรือไม่? อย่างไร? มีปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง? อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่องนี้ ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา?
5. ท่านมีความคาดหวังอย่างไรจากการไปรับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ที่ร้านยา? ท่านมีโอกาสเลือกร้านยาที่ไปรับยาหรือไม่? ถ้าเลือกได้ ท่านจะเลือกร้านยาที่มีลักษณะอย่างไร?
6. ท่านมีความพึงพอใจต่อการรับยาที่ร้านยาน้อยเพียงไร เพราะเหตุใด? บริการใดที่ได้รับจากร้านยาที่ท่านเห็นว่าเป็นประโยชน์และทำให้ท่านรู้สึกพึงพอใจมากที่สุด? หลังจากได้เข้าร่วมโครงการ ท่านเคยมีความคิดที่จะกลับไปรับยาจากห้องยาของโรงพยาบาลตามเดิมหรือไม่ เพราะเหตุใด? ท่านจะแนะนำให้บุคคลที่ท่านรู้จักเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยาหรือไม่ เพราะเหตุใด?
7. ท่านมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงโครงการอย่างไร?
8. สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาของท่าน? (เช่น ตัดสินใจไปรับยาที่ร้านยาหรือรับยาที่บ้าน)

ประเด็นคำถาม ผู้ป่วยที่รับยาร้านยาในช่วงแรกและเปลี่ยนกลับมารับยาที่โรงพยาบาล

1. ขอให้ท่านเล่าถึงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับท่าน (เช่น โรคที่เป็น ระยะเวลาที่รับการรักษาโรคนี้ที่โรงพยาบาล แห่งนี้) ท่านเริ่มเข้าโครงการฯ (รับยาที่ร้านยา) ตั้งแต่เมื่อใด (เดือน ... พ.ศ. ...) ได้รับยาตามใบสั่งแพทย์จากร้านยามาแล้วกี่ครั้ง? ท่านกลับไปรับยาจากห้องยาที่โรงพยาบาลตั้งแต่เมื่อใด (เดือน ... พ.ศ. ...)
2. ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อการที่โรงพยาบาลอนุญาตให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับการไปรับยาที่ร้านยาหรือไม่ อย่างไร
3. ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ท่านมีประสบการณ์รับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ที่ร้านยา หรือไม่? อย่างไร? มีปัจจัยสนับสนุน และปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง? อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา?
4. อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านตัดสินใจรับยาที่ร้านยา ตั้งแต่วันที่ ... แต่ต่อมาหยุดรับยาที่ร้านยา? ท่านแจ้งปัญหาอุปสรรคที่พบแก่โรงพยาบาล/ร้านยาหรือไม่ อย่างไร โรงพยาบาล/ร้านยามีการดำเนินการอย่างไร
5. แพทย์หรือบุคลากรของโรงพยาบาลได้เชิญชวนให้ท่านไปรับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ที่ร้านยาด้วยวิธีการใด? ข้อมูลที่ท่านได้รับเพียงพอให้ท่านตัดสินใจหรือไม่? ท่านได้รับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ/มีโอกาสดูซักถามเพิ่มเติมจนเข้าใจประโยชน์และขั้นตอนวิธีการในโครงการหรือไม่? ท่านได้รับแจ้งหรือไม่ว่า ท่านสามารถเลือกเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่ก็ได้ (เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน)?
6. ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่จะทำให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยามากขึ้น?
7. สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบอย่างไรต่อการรับยาของท่าน? (เช่น ตัดสินใจไปรับยาที่ร้านยาหรือมารับยาที่บ้าน)

ประเด็นคำถาม ผู้ป่วยที่รับยาที่โรงพยาบาล

1. ขอให้ท่านเล่าถึงข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับท่าน (เช่น โรคที่เป็น ระยะเวลาที่รับการรักษาโรคนี้ที่โรงพยาบาล แห่งนี้)
2. ท่านได้ทราบเรื่องโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยามาก่อนการสัมภาษณ์นี้หรือไม่? ได้รับข้อมูลมาจากแหล่งใดบ้าง? ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อการที่โรงพยาบาลต่างๆ อนุญาตให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา? ท่านมีประสบการณ์รับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ที่ร้านยาก่อนเข้าร่วมโครงการฯ หรือไม่? อย่างไร? มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง? ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อการรับยาที่ร้านยา
3. แพทย์หรือบุคลากรของโรงพยาบาลได้เชิญชวนให้ท่านไปรับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ที่ร้านยาหรือไม่ ด้วยวิธีการใด? ข้อมูลที่ท่านได้รับเพียงพอให้ท่านตัดสินใจหรือไม่? ท่านได้รับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ/มีโอกาสได้ซักถามเพิ่มเติมจนเข้าใจประโยชน์และขั้นตอนวิธีการในโครงการหรือไม่? ท่านได้รับแจ้งหรือไม่ว่าท่านสามารถเลือกเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่ก็ได้ (เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน)?
4. อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา? การตัดสินใจของท่านเป็นผลจากประสบการณ์ในข้อ 2. หรือไม่ อย่างไร?
5. หากในอนาคตมีโครงการให้ไปรับยาที่ร้านยา ท่านคิดว่าปัจจัยใดที่จะทำให้ท่านไปรับยาที่ร้านยา ถ้าเลือกร้านยาได้ ท่านจะเลือกร้านยาที่มีลักษณะอย่างไร?
6. สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบอย่างไรต่อการรับยาของท่าน? (เช่น ตัดสินใจไปรับยาที่ร้านยาหรือรอรับยาที่บ้าน)

ประเด็นคำถาม ผู้กำหนดนโยบายสปสช./กระทรวงสาธารณสุข

1. ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนา/ดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง (เช่น การเป็นกรรมการ/อนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง การได้รับมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย) ตั้งแต่เมื่อใด
2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลคือใครบ้าง มีกระบวนการกำหนดนโยบายดังกล่าวอย่างไร? (เช่น รมว.กระทรวงสาธารณสุข ปรีक्षा/ขอความคิดเห็นจากใครบ้าง? นำเสนอเรื่องนี้ในการประชุมคณะกรรมการอะไร? หรือที่ประชุมอะไร?) ใช้เวลากี่สัปดาห์ในการเตรียมการ? มีการอ้างอิงข้อมูล/หลักฐานทางวิชาการ/ประสบการณ์สนับสนุนนโยบาย (รายละเอียดของโครงการ) อย่างไร? มีบุคคล/หน่วยงานภายใน - ภายนอก สธ./สปสช. ที่สนับสนุน หรือ คัดค้านไม่เห็นด้วยหรือไม่ - มีเหตุผลอย่างไร? มีการกำหนดเป้าหมายของโครงการนำร่องหรือไม่ (เช่น ความครอบคลุมของโรงพยาบาล รายการยา จำนวนผู้ป่วยในโครงการ)? มีแผนขยายโครงการจากโครงการนำร่อง ให้ครอบคลุมทั่วประเทศอย่างไร (เช่น ภายในระยะเวลากี่ปี; แหล่งงบประมาณ; ใช้ model ใด)?
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล (เช่น คาดการณ์ประสิทธิผลของนโยบาย ความเป็นได้ในการดำเนินงาน การดำเนินงานในระยะยาว ฯลฯ) เพราะเหตุใด?
4. ในการดำเนินงานโครงการนำร่องปี 2563 งบประมาณมาจากกองทุน “รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม” ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562 ในอนาคต สปสช.มีแผนในการสนับสนุนงบประมาณในระยะยาวอย่างไร
5. ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับระบบการจ่ายค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาลและร้านยา
 - ร้านยาเดี่ยว/ร้านยาที่มีหลายสาขา (chain store) ควรได้รับการชดเชยค่าจัดบริการ (70 บาทต่อใบสั่งยา) เท่ากันหรือไม่
 - ร้านยาควรได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการบริหารจัดการ (เช่น จัดหาที่วางยา/ตู้ยา จัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมในการให้บริการ) ในช่วงเริ่มต้นโครงการหรือไม่
 - การจัดสรรค่างบประมาณให้โรงพยาบาลซึ่งเป็นค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา (เดิมเป็นอัตราเหมาจ่าย 33,000 บาทต่อ 1 ร้านยา) ควรเป็นแบบเหมาจ่าย (จ่ายเป็นก้อนไม่ขึ้นกับผลงาน) หรือการจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (ตามจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา) Pay for Performance (P4P) หรือไม่

6. ภายหลังจากดำเนินโครงการนำร่อง คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องมีการประชุมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานนี้หรือไม่ อย่างไรบ้าง คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการมีความเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานหรือแผนในอนาคตเกี่ยวกับโครงการนี้อย่างไร
7. ท่านมีความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะในการขยายโครงการนำร่องอย่างไร (เช่น การขยายกลุ่มเป้าหมายจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปยังสิทธิการรักษาอื่นๆ การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาล/ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ)? ท่านคิดว่า นโยบาย/โครงการนี้จะยั่งยืนหรือไม่ เพราะเหตุใด?
8. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการดำเนินงานโครงการนำร่องอย่างไร

ประเด็นคำถามผู้จัดการโครงการนำร่องของสปสช./กระทรวงสาธารณสุข

1. ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนา/ดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง (เช่น การเป็นกรรมการ/อนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง การได้รับมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย) ตั้งแต่เมื่อใด
2. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลคือใครบ้าง มีกระบวนการกำหนดนโยบายดังกล่าวอย่างไร? (เช่น รวบรวมกระทรวงสาธารณสุข ปรีกษา/ขอความคิดเห็นจากใครบ้าง? นำเสนอเรื่องนี้ในการประชุมคณะกรรมการอะไร? หรือที่ประชุมอะไร?) ใช้เวลาที่สัปดาห์ในการเตรียมการ? มีการอ้างอิงข้อมูล/หลักฐานทางวิชาการ/ประสบการณ์สนับสนุนนโยบาย (รายละเอียดของโครงการ) อย่างไร? มีบุคคล/หน่วยงานภายใน - ภายนอก สปส./สปสช. ที่สนับสนุน หรือ คัดค้านไม่เห็นด้วยหรือไม่ - มีเหตุผลอย่างไร? มีแผนขยายโครงการจากโครงการนำร่อง ให้ครอบคลุมทั่วประเทศอย่างไร (เช่น ภายในระยะเวลาที่ปี; แหล่งงบประมาณ; ใช้ model ใด)?
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล (เช่น คาดการณ์ประสิทธิผลของนโยบาย ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน การดำเนินงานในระยะยาว ฯลฯ) เพราะเหตุใด?
4. ท่านมีการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้อย่างไร เพราะเหตุใด
 - การกำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการจ่ายชดเชย เช่น ขอบเขตและเงื่อนไขการบริการ (การกำหนดกลุ่มโรค 4 โรค เพราะเหตุใดถึงเลือกโรคดังกล่าว และ อื่น ๆ หมายถึงโรคอะไรบ้าง) การกำหนด model อัตราการจ่ายค่าบริการ (*ถามเฉพาะ สปสช.*)/การกำหนดนโยบายหรือแนวทางการบริหารจัดการโครงการ (*ถามเฉพาะ สปส.*)
 - การกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัด
 - การถ่ายทอดนโยบาย (รวมถึงการเชิญชวน) ไปยังโรงพยาบาลและร้านยา
 - การประชาสัมพันธ์ถึงผู้รับบริการ
 - การสนับสนุนการดำเนินงานในด้านต่างๆ เช่น การปรับปรุงระเบียบที่เกี่ยวข้อง (*ถามเฉพาะ สปส.*) การพัฒนาระบบสารสนเทศและการเบิกจ่ายชดเชย (*ถามเฉพาะ สปสช.*) แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น สภาวิชาชีพ
 - การติดตามและประเมินผลโครงการ (นอกเหนือจากงานของ HITAP)
5. จากระบบติดตามประเมินผลโดยหน่วยงานของท่าน การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่อย่างไร หากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เพราะอะไร และมีวิธีในการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างไรบ้าง

6. หากจะพัฒนาการบริการไปสู่การดำเนินงานตามรูปแบบ model 3 หน่วยงานของท่านได้มีการเตรียมการอย่างไรบ้าง? คาดว่าจะมีปัญหาอุปสรรคที่ต้องการการแก้ไขโดยหน่วยงานอื่นอย่างไรบ้าง (เช่น โครงสร้างราคาขายของประเทศ)?
7. ในการดำเนินงานโครงการนำร่องปี 2563 งบประมาณมาจากกองทุน “รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสะสม” ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2562 ในอนาคต สปสช.มีแผนในการสนับสนุนงบประมาณในระยะยาวอย่างไร
8. ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับระบบการจ่ายค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาลและร้านยา
 - ร้านยาเดี่ยว/ร้านยาที่มีหลายสาขา (chain store) ควรได้รับการชดเชยค่าจัดบริการ (70 บาทต่อใบสั่งยา) เท่ากันหรือไม่
 - ร้านยาควรได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการบริหารจัดการ (เช่น จัดหาที่วางยา/ตู้ยา จัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมในการให้บริการ) ในช่วงเริ่มต้นโครงการหรือไม่
 - การจัดสรรค่างบประมาณให้โรงพยาบาลซึ่งเป็นค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา (เดิมเป็นอัตราเหมาจ่าย 33,000 บาทต่อ 1 ร้านยา) ควรเป็นแบบเหมาจ่าย (จ่ายเป็นก้อนไม่ขึ้นกับผลงาน) หรือการจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (ตามจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา) Pay for Performance (P4P) หรือไม่
9. ท่านนิยามคำว่าโครงการนำร่องประสบผลสำเร็จอย่างไร อะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้โครงการนำร่องประสบความสำเร็จ
10. ท่านคิดว่าอะไรคือปัญหาอุปสรรคของโครงการนำร่อง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการแก้ไขปัญหามหาอุปสรรคนั้นอย่างไรบ้าง? ท่านคิดว่า นโยบาย/โครงการนี้จะมีคามยั่งยืนหรือไม่ เพราะเหตุใด?
11. ท่านมีความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะในการขยายโครงการนำร่องอย่างไร (เช่น การขยายกลุ่มเป้าหมายจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปยังสิทธิการรักษาอื่นๆ การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาล/ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ เป็นต้น)
12. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการดำเนินงานโครงการนำร่องอย่างไร

ประเด็นคำถาม เจ้าหน้าที่สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช.

1. ขอให้ท่านเล่าถึงตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันของท่าน และประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง ตั้งแต่เมื่อใด
2. ขอให้อธิบายลักษณะของ “ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์” โดยย่อ เช่น เก็บข้อมูลอะไร ระบบปฏิบัติการอะไร (โรงพยาบาล มีความคุ้นเคยอยู่แล้ว?); มีวัตถุประสงค์การใช้งานอย่างไร? สำหรับใช้โดยใคร? เป็นระบบใหม่ทั้งหมด หรือพัฒนาขึ้นบน platform ที่มีอยู่เดิม? คล้ายกับระบบใดที่ สปสช. และโรงพยาบาล เคยใช้มาก่อน?
3. การพัฒนา “ระบบข้อมูลการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์” มีการดำเนินงานอย่างไร (ระยะที่ 1 และ 2)? เริ่มพัฒนา และแล้วเสร็จเมื่อใด? ใครบ้างเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ (ตัวแทนโรงพยาบาล/ร้านยา?) มีปัญหาในการพัฒนาระบบอย่างไรบ้าง
4. สปสช. มีช่องทางในการสื่อสาร/ถ่ายทอดการใช้งานระบบข้อมูลฯ ไปยังโรงพยาบาลและร้านยา รวมถึงช่องทางที่โรงพยาบาลและร้านยาสะท้อนปัญหาหรือซักถามเกี่ยวกับระบบข้อมูลฯ อย่างไรบ้าง
5. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ท่านพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้งานระบบข้อมูลฯ รวมถึงการเบิกจ่ายผ่านทางระบบข้อมูลฯ อย่างไรบ้าง และมีการแก้ไขอย่างไร
6. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการดำเนินงานโครงการนำร่องอย่างไร

ประเด็นคำถาม ผู้จัดการโครงการนำร่องของ สปสช. ระดับเขต และผู้จัดการโครงการนำร่องระดับจังหวัด
(เจ้าหน้าที่ สปสช. เขต/สสจ.)

1. ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนา/ดำเนินงานเกี่ยวกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง (เช่น การเป็นกรรมการ/อนุกรรมการ การได้รับมอบหมายงานที่เกี่ยวกับนโยบาย) ตั้งแต่เมื่อใด
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับนโยบายให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล (เช่น คาดการณ์ประสิทธิผลของนโยบาย ความเป็นได้ในการดำเนินงาน การดำเนินงานในระยะยาว ฯลฯ) เพราะเหตุใด?
3. การถ่ายทอดนโยบายมายังหน่วยงานของท่านมีการดำเนินการอย่างไร ท่านคิดว่าการดำเนินการดังกล่าวมีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านมีการดำเนินงานในประเด็นดังต่อไปนี้อย่างไร เพราะเหตุใด
 - การขึ้นทะเบียน/รับสมัครร้านยาและโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ (ถามเฉพาะ สปสช. เขต)
 - การพิจารณาคุณสมบัติและความเหมาะสมของเครือข่ายร้านยา เช่น การกำหนดจำนวน/การกระจายของร้านยาให้ครอบคลุมความต้องการของผู้รับบริการในพื้นที่
 - การถ่ายทอดนโยบาย (รวมถึงการเชิญชวน) ไปยังโรงพยาบาลและร้านยา
 - การประชาสัมพันธ์ถึงผู้รับบริการ
 - การประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ
 - การติดตามและประเมินผลโครงการ/คุณภาพการให้บริการ
5. ท่าน (ถามเฉพาะ สสจ.) เข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุนหรือกำหนดรูปแบบการให้บริการแก่โรงพยาบาลและร้านยาอย่างไรบ้าง (เช่น การพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาล/ร้านยา การกำหนด model กลุ่มโรค)
6. หน่วยงานของท่านกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัด (ในระดับพื้นที่) หรือไม่ หากมี ที่ผ่านมากการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร หากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เพราะอะไร และมีวิธีในการจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างไรบ้าง
7. ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับระบบการจ่ายค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาลและร้านยา
 - ร้านยาเดี่ยว/ร้านยาที่มีหลายสาขา (chain store) ควรได้รับการชดเชยค่าจัดบริการ (70 บาทต่อใบสั่งยา) เท่ากันหรือไม่
 - ร้านยาควรได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการบริหารจัดการ (เช่น จัดหาที่วางยา/ตู้ยา จัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมในการให้บริการ) ในช่วงเริ่มต้นโครงการหรือไม่

- การจัดสรรค่างบประมาณให้โรงพยาบาลซึ่งเป็นค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการร่วมกับร้านยา (เดิมเป็นอัตราเหมาจ่าย 33,000 บาทต่อ 1 ร้านยา) ควรเป็นแบบเหมาจ่าย (จ่ายเป็นก้อนไม่ขึ้นกับผลงาน) หรือการจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (ตามจำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา) Pay for Performance (P4P) หรือไม่

8. ท่านนิยามคำว่าโครงการนำร่องประสบผลสำเร็จอย่างไร อะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้โครงการนำร่องประสบความสำเร็จ
9. ท่านคิดว่าอะไรคือปัญหาอุปสรรคของโครงการนำร่อง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการแก้ไขปัญหามันอย่างไรบ้าง
10. ท่านมีความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะในการขยายโครงการนำร่องอย่างไร (เช่น การขยายกลุ่มเป้าหมายจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปยังสิทธิการรักษาอื่น ๆ การเพิ่มจำนวนโรงพยาบาล/ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ เป็นต้น)
11. ท่านมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการดำเนินงานโครงการนำร่องอย่างไร

ภาคผนวก ง
แบบสอบถามความพึงพอใจ

แบบบันทึกข้อมูลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

แบบสอบถาม ชุดที่ 1 : สำหรับผู้ป่วย รับยาที่โรงพยาบาล

วัน เดือน ปี (พ.ศ.) ที่ตอบแบบสอบถาม cc/cc/cccc

เริ่มสัมภาษณ์เวลา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	
1. เพศ q1. ชาย q2. หญิง	
2. วัน/เดือน/ปี เกิด cc/cc/cccc	
3. อาชีพ	
q 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	q 2. เกษตรกร (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์)
q 3. ผู้ใช้แรงงาน (เช่น รับจ้างทั่วไป กรรมกร)	q 4. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
q 5. พนักงานเกษียณอายุ	q 6. อื่น ๆ ระบุ.....
4. ท่านใช้เวลาในการรับการรักษาครั้งนี้ (ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยา) รวมประมาณ ชั่วโมง นาที	
5. ท่านใช้เวลาในการรอรับยานานเท่าไร?	นาที
6. เกสเซอร์ใช้เวลาในการอธิบายวิธีการใช้ยาแก่ท่านเป็นระยะเวลาานานเท่าไร?	นาที
7. เพราะเหตุใดท่านจึงไม่สนใจเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
q1. เดินทางไม่สะดวก	
q2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง	
q3. สถานที่ไม่สะดวกสบาย	
q4. การรับยาไม่สามารถเสร็จสิ้นภายใน 1 วัน	
q5. ระยะเวลารอคอยรับยาที่โรงพยาบาลไม่นาน	
q6. ต้องการพบแพทย์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ	
q7. ไม่มั่นใจในคุณภาพการให้บริการ	
q8. อื่น ๆ	

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสำคัญและความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของแผนกเภสัชกรรม (ห้องจ่ายยา)

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบว่า ในการมารับยาที่แผนกเภสัชกรรม (ห้องจ่ายยา) ท่านให้ความสำคัญในเรื่องต่าง ๆ ตามคำถามต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด และ ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินงานในเรื่องต่าง ๆ ตามคำถามต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมายถูก b ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์ดังนี้

<u>ระดับความสำคัญ</u>	<u>ระดับผลการทำงาน</u>	<u>ค่าประเมิน</u>
สำคัญมากที่สุด	ผลการทำงานดีมาก (4 ดาว)	4
สำคัญมาก	ผลการทำงานดี (3 ดาว)	3
สำคัญปานกลาง	ผลการทำงานพอใช้ (2 ดาว)	2
สำคัญน้อย	ผลการทำงานแย่ (1 ดาว)	1
ไม่สำคัญ	ผลการทำงานแย่มาก (0 ดาว)	0

หมายเหตุ ในคำถามที่ผู้ป่วยตอบไม่ได้หรือไม่ตอบให้ระบุ N/A ในข้อนั้น

คะแนนระดับความสำคัญ					ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ	ระดับผลการทำงานที่โรงพยาบาล (ก.ค.-ก.ย. 2562)					ระดับผลการทำงานที่โรงพยาบาล (ปัจจุบัน)				
0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
					8. ท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน										
					9. จุดให้บริการมีความสะดวกสบาย เช่น มีเก้าอี้นั่งรอรับยา										
					10. ขั้นตอนการนัดหมายมีความชัดเจน										
					11. ท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก										
					12. ท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นาน										
คะแนนระดับความสำคัญ					ลักษณะของผู้ให้บริการ	ระดับผลการทำงานที่โรงพยาบาล (ก.ค.-ก.ย. 2562)					ระดับผลการทำงานที่โรงพยาบาล (ปัจจุบัน)				
0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
					13. เภสัชกรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่										
					14. เภสัชกรใช้คำพูดและมีกิริยามารยาทที่เหมาะสม										
					15. เภสัชกรแต่งกายสุภาพ เหมาะสม										
					16. เภสัชกรมีความน่าเชื่อถือ										

คะแนนระดับ ความสำคัญ					การได้รับข้อมูลของยา	ระดับผลการ ทำงาน ที่โรงพยาบาล (ก.ค.-ก.ย. 2562)					ระดับผลการ ทำงานที่ โรงพยาบาล (ปัจจุบัน)				
0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
					17. เกสซ์กรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนท่านเข้าใจ										
					18. ข้อมูลที่ได้มีประโยชน์										
					19. เกสซ์กรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหาข้อใจจน ท่านหมดข้อสงสัย										
					20. เกสซ์กรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน										
					21. เกสซ์กรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยาและสุขภาพ เช่น มีแผ่นพับเกี่ยวกับยาและสุขภาพแจก										
คะแนนระดับ ความสำคัญ					คุณภาพของบริการ	ระดับผลการ ทำงาน ที่โรงพยาบาล (ก.ค.-ก.ย. 2562)					ระดับผลการ ทำงานที่ โรงพยาบาล (ปัจจุบัน)				
0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
					22. เกสซ์กรซักถามประวัติการใช้ยาของท่าน เช่น ใน เดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยาอย่างไร ตรงตามที่หมอสั่ง หรือไม่										
					23. เกสซ์กรติดตามผลการใช้ยา เช่น ปัญหาจากการใช้ยา จำนวนยาเหลือ										
					24. เกสซ์กรจ่ายยาที่ถูกต้องตรงกับตัวผู้ป่วย										

สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา

แบบบันทึกข้อมูลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

แบบสอบถาม ชุดที่ 2 : สำหรับผู้ป่วย รับยาที่ร้านยา

วัน เดือน ปี (พ.ศ.) ที่ตอบแบบสอบถาม cc/cc/cccc

เริ่มสัมภาษณ์เวลา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	
25. เพศ q1. ชาย q2. หญิง	
26. วัน/เดือน/ปี เกิด cc/cc/cccc	
27. ที่อยู่อาศัยปัจจุบันของผู้ป่วย	
3.1 หมู่/หมู่บ้าน	
3.2 ตำบล	
3.3 อำเภอ	
3.4 จังหวัด	
28. อาชีพ	
q 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	q 2. เกษตรกร (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ ประมง เลี้ยงสัตว์)
q 3. ผู้ใช้แรงงาน (เช่น รับจ้างทั่วไป กรรมกร)	q 4. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
q 5. พนักงานเกษียณอายุ	q 6. อื่น ๆ ระบุ.....
29. โรงพยาบาลที่ท่านรับการรักษา	
30. ในครั้งนี้ท่านเดินทางมารับยาด้วยตนเองหรือไม่ หากท่านไม่ได้เดินทางมารับยาด้วยตนเองกรุณาระบุผู้ที่มารับยาแทน	
q1. ใช่	q2. ไม่ใช่ ระบุผู้รับยาแทน มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น
31. ท่านใช้เวลาในการรับยา (ตั้งแต่มาถึงร้านยาจนได้รับยา) รวมประมาณ ชั่วโมง นาที	
32. ท่านใช้เวลาในการรอรับยานานเท่าไร? นาที	
33. เภสัชกรใช้เวลาในการอธิบายวิธีการใช้ยาแก่ท่านเป็นระยะเวลาานานเท่าไร? นาที	
34. เพราะเหตุใดท่านจึงสนใจเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
q1. ระยะเวลาารอคอยยาไม่นาน	q6. สถานที่สะดวกสบาย
q2. สะดวกในด้านเวลาที่มารับยา เช่น นัดหมายเวลาล่วงหน้า หรือ รับยานอกเวลาราชการ	q7. ได้รับคำแนะนำให้เข้าร่วมโครงการโดยแพทย์
q3. เดินทางสะดวก	q8. ได้รับคำแนะนำให้เข้าร่วมโครงการโดยพยาบาล/เภสัชกร
q4. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	q9. ได้รับการประชาสัมพันธ์ทางสื่อ (โทรทัศน์/สื่อออนไลน์)
q5. มีโอกาสพูดคุยหรือสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาหรือความเจ็บป่วยมากขึ้น	q10. ได้รับคำแนะนำจากผู้ที่เคยเข้าร่วมโครงการ
	q11. อื่น ๆ
35. ท่านจะเชิญชวนผู้อื่นเข้าร่วมโครงการด้วยหรือไม่	

q1. ใช่	q2. ไม่ใช่
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเดินทางของผู้ป่วย	
ข้อมูลการเดินทาง ก่อนเข้าร่วมโครงการ	
36. ระยะเวลาจากบ้านท่านไปถึงโรงพยาบาล cc ชั่วโมง cc นาที	
37. จากบ้านของท่าน ท่านเดินทางไปโรงพยาบาลกับผู้ใด	
q1.เดินทางด้วยตนเอง	q2.มีคนพามา/มากับคนอื่น q2.1 สามี-ภรรยา q2.2 ลูก q2.3ญาติ q2.4 เพื่อนบ้าน q2.5 อื่น ๆ ระบุ
38. จากบ้านของท่าน ท่านเดินทางไปโรงพยาบาลด้วยวิธีการใด	
q1. เดินเท้า	q4. ขับรถยนต์
q2. ปั่นจักรยาน	q5. มาด้วยรถประจำทาง
q3. ขับรถมอเตอร์ไซด์	q6. รถรับจ้าง
ข้อมูลการเดินทาง หลังเข้าร่วมโครงการ	
39. ระยะเวลาจากบ้านท่านไปถึงร้านยา cc ชั่วโมง cc นาที	
40. จากบ้านของท่าน ท่านเดินทางไปร้านยากับผู้ใด	
q1.เดินทางด้วยตนเอง	q2.มีคนพามา/มากับคนอื่น q2.1 สามี-ภรรยา q2.2 ลูก q2.3ญาติ q2.4 เพื่อนบ้าน q2.5 อื่น ๆ ระบุ
41. จากบ้านของท่าน ท่านเดินทางไปร้านยากับวิธีการใด	
q1. เดินเท้า	q4. ขับรถยนต์
q2. ปั่นจักรยาน	q5. มาด้วยรถประจำทาง
q3. ขับรถมอเตอร์ไซด์	q6. รถรับจ้าง
42. ระยะเวลาจากโรงพยาบาลไปถึงร้านยา cc ชั่วโมง cc นาที	
43. จากโรงพยาบาล ท่านเดินทางไปร้านยากับผู้ใด	
q1.เดินทางด้วยตนเอง	q2.มีคนพามา/มากับคนอื่น q2.1 สามี-ภรรยา q2.2 ลูก q2.3ญาติ

q2.4 เพื่อนบ้าน
q2.5 อื่น ๆ ระบุ

44. จากโรงพยาบาล ท่านเดินทางไปร้านยาด้วยวิธีการใด

- q1. เดินเท้า
- q2. ปั่นจักรยาน
- q3. ขับรถมอเตอร์ไซด์
- q4. ขับรถยนต์
- q5. มาด้วยรถประจำทาง
- q6. รถรับจ้าง

ส่วนที่ 3 ต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติในช่วงที่มารักษา

ต้นทุนของผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโครงการ

45. การเดินทางไป-กลับโรงพยาบาล

- q 1. ผู้ป่วยมาคนเดียว ค่าเดินทางของผู้ป่วยรวม c , ccc บาทต่อวัน (ไปและกลับ)
- q 2. ผู้ป่วยมีญาติ/ผู้ดูแล โดย
 - m2.1 ผู้ป่วยและญาติเดินทางพร้อมกัน ค่าเดินทางรวม c , ccc บาทต่อวัน (ไปและกลับ)
 - m2.2 ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเดินทางไม่พร้อมกัน (ต่างคนต่างมา) ค่าเดินทางของผู้ป่วยรวม c , ccc บาทต่อวัน (ไปและกลับ)

46. ค่าอาหารส่วนที่เพิ่มขึ้นจากปกติของผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาล เท่ากับ c , ccc บาทต่อวัน

47. ค่าที่พักที่มารักษาที่โรงพยาบาล

- q 1. มีค่าที่พัก
 - m 2.1 ผู้ป่วยมาคนเดียว ค่าที่พักของผู้ป่วยรวม c , ccc บาทต่อวัน
 - m 2.2 ผู้ป่วยมีญาติ/ผู้ดูแล โดย
 - m 2.2.1 ผู้ป่วยและญาติพักห้องเดียวกัน ค่าที่พักรวม c , ccc บาทต่อคืน
 - m 2.2.2 ผู้ป่วยและญาติพักคนละห้อง ค่าที่พักเฉพาะผู้ป่วย c , ccc บาทต่อคืน
- q 2. ไม่มีค่าที่พัก

ต้นทุนของญาติ/ผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโครงการ

48. การมารักษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยต้องมีญาติเพื่อพามารักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่

- q 1. ไม่มี
- q2. มี จำนวน คน

ข้อมูล	จำนวน (ในครั้งนี้)		
	คนที่ 1 (หลัก)	คนที่ 2	คนที่ 3
24.1 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่)			
24.2 อายุญาติ (ปี)			
24.3 ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดเพื่อพาผู้ป่วยมารักษา เช่น 2 ชั่วโมง			
24.4 ค่าที่พัก (บาท/วัน)			
24.5 ค่าเดินทางไป-กลับ (บาท/วัน)			

24.6 ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้น (บาท/วัน)			
24.7 อื่น ๆ ระบุ			

ต้นทุนของผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโครงการ

49. การเดินทาง ไป-กลับ ร้านยา

q 1. ผู้ป่วยมาคนเดียว ค่าเดินทางของผู้ป่วยรวม c , ccc บาทต่อวัน (ไปและกลับ)

q 2. ผู้ป่วยมีญาติ/ผู้ดูแล โดย

m2.1 ผู้ป่วยและญาติเดินทาง พร้อมกัน ค่าเดินทางรวม c , ccc บาทต่อวัน (ไปและกลับ)

m2.2 ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเดินทาง ไม่พร้อมกัน (ต่างคนต่างมา) ค่าเดินทางของผู้ป่วยรวม c , ccc บาทต่อวัน (ไปและกลับ)

50. ค่าอาหารส่วนที่ เพิ่มขึ้น จากปกติของผู้ป่วยที่มารับยาที่ร้านยา เท่ากับ c , ccc บาทต่อวัน

ต้นทุนของญาติ/ผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโครงการ

51. การมารับยาในครั้งนี้ ผู้ป่วยต้องมีญาติเพื่อพามารับยาที่ร้านยาหรือไม่

q 1. ไม่มี q2. มี จำนวน c คน

ข้อมูล	จำนวน (ในครั้งนี้)		
	คนที่ 1 (หลัก)	คนที่ 2	คนที่ 3
27.1 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (เช่น สามี ภรรยา พ่อ แม่)			
27.2 อายุญาติ (ปี)			
27.3 ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดเพื่อพาผู้ป่วยมารับยา (ชั่วโมง)			
27.4 ค่าเดินทางไป-กลับ (บาท/วัน)			
27.5 ค่าอาหารที่เพิ่มขึ้น (บาท/วัน)			
27.6 อื่น ๆ ระบุ			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสำคัญและความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการทำงานของการรับยาที่โรงพยาบาลและร้านยา

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ ต้องการทราบว่า ในการมารับยาที่ร้านยา ท่านให้ความสำคัญในเรื่องต่าง ๆ ตามคำถามต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด และ ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการทำงานที่โรงพยาบาลและร้านยาในเรื่องต่าง ๆ ตามคำถามต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมายถูก p ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วยมากที่สุดเพียงช่องเดียว

โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ระดับความสำคัญ

สำคัญมากที่สุด

สำคัญมาก

ระดับผลการทำงาน

ผลการทำงานดีมาก (4

ดาว)

ค่าประเมิน

4

3

สำคัญปานกลาง	ผลการทำงานดี (3 ดาว)	2													
สำคัญน้อย	ผลการทำงานพอใช้ (2 ดาว)	1													
ไม่สำคัญ	ผลการทำงานแย่มาก (0 ดาว)	0													
	ผลการทำงานแย่มาก (0 ดาว)														
หมายเหตุ ในคำถามที่ผู้ป่วยตอบไม่ได้หรือไม่ตอบให้ระบุ N/A ในข้อนี้															
คะแนนระดับความสำคัญ					ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ	ระดับผลการดำเนินงานที่โรงพยาบาล					ระดับผลการดำเนินงานที่ร้านยา				
0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
					52. ท่านใช้เวลาคอยรับยาไม่นาน										
					53. จุดให้บริการมีความสะดวกสบาย เช่น มีเก้าอี้นั่งรอรับยา										
					54. ขั้นตอนการนัดหมายมีความชัดเจน										
					55. ท่านสามารถเดินทางมารับยาได้อย่างสะดวก										
					56. ท่านใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการไม่นาน										
คะแนนระดับความสำคัญ					ลักษณะของผู้ให้บริการ	ระดับผลการดำเนินงานที่โรงพยาบาล					ระดับผลการดำเนินงานที่ร้านยา				
0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
					57. เกสซ์กรมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่										
					58. เกสซ์กรใช้คำพูดและมีกิริยามารยาทที่เหมาะสม										
					59. เกสซ์กรแต่งกายสุภาพเหมาะสม										
					60. เกสซ์กรมีความน่าเชื่อถือ										
คะแนนระดับความสำคัญ					การได้รับข้อมูลของยา	ระดับผลการดำเนินงานที่โรงพยาบาล					ระดับผลการดำเนินงานที่ร้านยา				
0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4						0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
					61. เกสัชกรอธิบายข้อมูลการใช้ยาจนท่านเข้าใจ														
					62. ข้อมูลที่ได้มีประโยชน์														
					63. เกสัชกรตอบข้อซักถามเมื่อท่านมีปัญหา ข้อใจจนท่านหมดข้อสงสัย														
					64. เกสัชกรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน														
					65. เกสัชกรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับยา และสุขภาพ เช่น มีแผ่นพับเกี่ยวกับยาและ สุขภาพแจก														
คะแนนระดับ ความสำคัญ					คุณภาพของบริการ					ระดับผลการ ทำงานที่ โรงพยาบาล					ระดับผลการ ทำงานที่ร้านยา				
0	1	2	3	4						0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
					66. เกสัชกรซักถามประวัติการใช้ยาของท่าน เช่น ในเดือนที่ผ่านมาท่านใช้ยาอย่างไร ตรงตามที่หมอสั่งหรือไม่														
					67. เกสัชกรติดตามผลการใช้ยา เช่น ปัญหา จากการใช้ยา จำนวนยาเหลือ														
					68. เกสัชกรจ่ายยาที่ถูกต้องตรงกับตัวผู้ป่วย														
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับบริการอื่น ๆ จากร้านยา																			
69. ในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา นอกเหนือจากการที่ท่านมารับยาที่ร้านยา ท่านได้ซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเองเพื่อการรักษา หรือบรรเทา อาการที่เกิดจากโรคเองหรือไม่ q1. ใช่ โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง q2. ไม่ใช่																			
รายการ	ชื่อหรือชนิดของยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร				ระยะเวลาที่ใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร				ราคา										
1.																			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			

สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา

ภาคผนวก จ
ตารางแสดงรูปแบบบริการของโรงพยาบาลที่ร่วมการศึกษา

ตารางที่ 7 รูปแบบบริการ

เขต	model	จำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ	โรค	รูปแบบการให้บริการ	มีเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่กำหนดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างชัดเจน	มีแนวทางการส่งกลับเพื่อปรึกษาแพทย์	รูปแบบการประชาสัมพันธ์โครงการ	จำนวนผู้ป่วยรับยาที่ร้านยา
1	1	10	จิตเวช (Schizophrenia, Major depressive disorder (MDD), Bipolar disorder, Anxiety, Insomnia)	รับยาที่โรงพยาบาลในครั้งแรกและรับยาที่ร้านยาในครั้งที่ 2 โดยผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ตามนัดทุก 6 เดือน	ไม่มี	มี	ป้ายประชาสัมพันธ์ ตามจุดต่างๆ ในโรงพยาบาลและผ่านทางบุคลากรทางการแพทย์	49 (1 ม.ค. 64)
2	1	17	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด และโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคลมชัก โรคระบบกระดูกและข้อ เป็นต้น	ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาในครั้งที่พบแพทย์ โดยรับยาที่ร้านยาในวันถัดไป หรือ ไม่เกิน 7 วัน	มี	มี	ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบโปสเตอร์ตามจุดรับบริการในโรงพยาบาล ทาง Facebook และประชาสัมพันธ์เชิงรุกโดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ได้รับมอบหมาย	733 (1 ม.ค. 64)
3	1	23	โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคต่อมลูกหมากโต โรคปวดข้อปวดหลังเรื้อรัง โรคลมชัก และ โรค	- ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลในครั้งแรก และรับยาที่ร้านยาตามวันที่กำหนด โดยทั่วไปแล้วจะใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 2 วัน	ไม่มี	มี	วิทยุชุมชน ป้ายประกาศในแผนกผู้ป่วยนอก แผ่นพับแจกผู้ป่วย และการประชาสัมพันธ์โครงการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยเภสัชกรร้านยา	118 (1 ม.ค. 64)

เขต	model	จำนวน ร้านยาที่ เข้าร่วม โครงการ	โรค	รูปแบบการให้บริการ	มีเกณฑ์ คัดเลือกผู้ป่วยที่ กำหนดผลการ ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ อย่างชัดเจน	มีแนวทาง การส่งกลับ เพื่อปรึกษา แพทย์	รูปแบบการประชาสัมพันธ์ โครงการ	จำนวน ผู้ป่วยรับ ยาที่ร้านยา
			เรื่องอื่นๆ ที่ควบคุม อาการได้	- กรณีที่ผู้ป่วยเหลือยาไม่เพียงพอสำหรับ 2 วัน ก่อนถึงกำหนดรับยาที่ร้านยา หรือ ผู้ป่วยต้องการรับยาภายในวันที่มาพบ แพทย์ ห้องยาจะจัดยาให้ผู้ป่วยรับยาที่ โรงพยาบาลใน visit แรก และ นัดให้ไป รับยาที่ร้านยาใน visit ถัดไปแทน				
4	2	15	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน จิตเวช	มีระบบคอมพิวเตอร์ match รายการยาที่ ผู้ป่วยได้รับเทียบกับรายการยาที่กำหนด (29 รายการ) หากพบว่ามียามากกว่า 1 รายการต่อ 1 ใบสั่งยา ระบบจะแจ้งเตือน ให้พยาบาลทำการคัดเลือกผู้ป่วย ผู้ป่วยไป รับยาที่ร้านยาได้ทันทีที่ออกจาก โรงพยาบาล หรือภายใน 3 วัน	มี	ไม่มี	ลงข่าวหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ประชาสัมพันธ์ออนไลน์ จัดทำ ป้ายประกาศหน้าห้องตรวจ	93 (1 ม.ค. 64)
5	1	2	โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาในครั้งที่พบแพทย์ ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านยาภายใน 3 วัน	ไม่มี	มี	ประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์ของ โรงพยาบาล Facebook ของ โรงพยาบาล ประกาศเสียงตาม สาย และมีสไลด์แจ้งบน จอมอนิเตอร์ในโรงพยาบาลให้ ผู้ป่วยเห็นเป็นระยะ	1 (1 ม.ค. 64)

เขต	model	จำนวน ร้านยาที่ เข้าร่วม โครงการ	โรค	รูปแบบการให้บริการ	มีเกณฑ์ คัดเลือกผู้ป่วยที่ กำหนดผลการ ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ อย่างชัดเจน	มีแนวทาง การส่งกลับ เพื่อปรึกษา แพทย์	รูปแบบการประชาสัมพันธ์ โครงการ	จำนวน ผู้ป่วยรับ ยาที่ร้านยา
6	1	27	โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	แพทย์ส่งจ่ายยาโดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้ง แรก 1 เดือนสำหรับรับที่โรงพยาบาล และ อีก 3 เดือน สำหรับรับยาที่ร้านยา	มี	มี	ป้ายประกาศในแผนกผู้ป่วย นอก แผ่นพับแจกผู้ป่วย มีเอกสาร ประชาสัมพันธ์ในระหว่าง ผู้ป่วยนั่งรอรับยาทุกเช้า และ ประชาสัมพันธ์ในแผนกผู้ป่วย นอกโดยเภสัชกรร้านยา	718 (1 ม.ค. 64)
8	1,2	10	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด	ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลในครั้งแรกและ รับยาที่ร้านยาใกล้เคียงครั้งที่ 2	มี	มี	ป้ายประชาสัมพันธ์ใน โรงพยาบาล มีพยาบาลคอย ประกาศเชิญชวนหน้าห้องตรวจ และมีแพทย์ช่วยเชิญชวนด้วย	68 (1 ม.ค. 64)
9	1	16	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด จิต เวช และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีอาการคงที่ (ไม่ใช่ การเข้ารับการรักษาใน ครั้งแรก)	หลังจากที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถนัดรับยาที่ร้านยาได้ในช่วง บ่ายวัดถัดไป	ไม่มี	มี	ไม่สามารถโฆษณาร้านยาซึ่ง เป็นภาคเอกชน ในสถานที่ ราชการได้ จึงได้แต่แนะนำ เบาๆ เท่านั้น ไม่สามารถที่จะไป โรมท์โดยตรงได้ ซึ่งมีเภสัชกร และพยาบาลหน้าห้องตรวจเป็น ผู้ประชาสัมพันธ์โครงการฯ	9 (1 ม.ค. 64)
10	1	28	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด และ ไทรอยด์	หลังจากที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถนัดรับยาที่ร้านยาได้ หลังจากนั้น 2-3 วัน	มี	มี	จัดทำแผ่นพับและป้าย ประชาสัมพันธ์ที่ห้องตรวจโรค จัดทำ VDO แนะนำโครงการ และร้านยา การแนะนำ	114 (1 ม.ค. 64)

เขต	model	จำนวน ร้านยาที่ เข้าร่วม โครงการ	โรค	รูปแบบการให้บริการ	มีเกณฑ์ คัดเลือกผู้ป่วยที่ กำหนดผลการ ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ อย่างชัดเจน	มีแนวทาง การส่งกลับ เพื่อปรึกษา แพทย์	รูปแบบการประชาสัมพันธ์ โครงการ	จำนวน ผู้ป่วยรับ ยาที่ร้านยา
							ประชาสัมพันธ์โครงการจาก พยาบาลและเภสัชกรห้องยา	
11	1	13	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด จิต เวช ต่อมไทรอยด์ ผิดปกติ ภาวะไขมันใน เลือดสูง โรคจุกอกอักเสบ จากภูมิแพ้ และโรค ระบบทางเดินปัสสาวะ	ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาในครั้งที่พบแพทย์ โดยผู้ป่วยติดต่อยากับเภสัชกรที่ร้านยา ภายใน 7 วัน	ไม่มี	ไม่มี	จัดทำแผ่นพับ ป้ายไว้นิล วาง ตามจุดต่าง ๆ ในโรงพยาบาล แจ้งให้บุคลากรภายในทราบ ผ่านองค์กรแพทย์และพยาบาล แจ้งข่าวผ่านระบบ line ของ โรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์ ผ่านทีวีท้องถิ่น	53 (1 ม.ค. 64)
13	1	8	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน	รับยาที่โรงพยาบาลในครั้งแรกและรับยาที่ ร้านยาใกล้บ้านในครั้งที่ 2 (จ่ายยาที่ร้าน ยาไม่เกิน 2 เดือน)	มี	มี	ป้ายประกาศในแผนกผู้ป่วย นอก	33 (1 ม.ค. 64)
13	1	4	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด และ โรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ ควบคุมอาการได้	รับยาที่โรงพยาบาลในครั้งแรกและรับยาที่ ร้านยาในครั้งที่ 2 ผู้ป่วยต้องรับยาตาม วันที่โรงพยาบาลออกใบนัดให้ (ยาของ ผู้ป่วยจะเก็บไว้ที่ร้านยา 3 วันหลังวันนัด รับยาเท่านั้น)	มี	กำลังจัดทำ แนวทางฯ	ป้ายประชาสัมพันธ์หน้า โรงพยาบาลและหน้าห้องยา แผ่นพับ สื่อวีดิทัศน์ และเภสัช กรประชาสัมพันธ์ในระหว่าง ผู้ป่วยนั่งรอรับยาทุกเช้า	63 (1 ม.ค. 64)
13	1	13	โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด สูง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ควบคุมอาการได้	ผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลในครั้งแรก และ รับยาที่ร้านยาในครั้งที่ 2	มี	มี	แผ่นพับ การประกาศเสียงตาม สาย ป้ายประชาสัมพันธ์แบบ แขวนและแบบตั้ง	134 (1 ม.ค. 64)

