

การถ่ายโอนบริการด้านยาจากโรงพยาบาลสู่ร้านยาชุมชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

สมหมาย อุดมวิทิต*

ธนา สมพรเสริม*

พุดิพัฒน์ ทวีวีร์พัฒน์*

ปิยะพรรณ ช่างวัฒนชัย*

วรรณันต์ ตันติเวทย์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: วรรณันต์ ตันติเวทย์

บทคัดย่อ

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่ยังคงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง และจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 จึงต้องมีการลดการไปโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล รวมถึงลดการรับและแพร่เชื้อของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาคือ การเปิดบริการรับยาต่อเนื่องจากร้านยาคุณภาพนอกโรงพยาบาล การวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายหลักเพื่อ (1) ศึกษาความต้องการรับบริการของประชาชนจากการขยายขอบเขตการให้บริการด้านยา รวมถึง (2) การประเมินต้นทุนที่อาจเกิดขึ้นกับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการของร้านยาชุมชน การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติ chi-square เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติในการศึกษาความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาล และ ประเมินต้นทุนการให้บริการ อาศัยแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนตามกิจกรรม เพื่อประมาณการต้นทุนส่วนเพิ่ม (marginal cost) ที่เกิดขึ้นจากการขยายหรือปรับปรุงการให้บริการด้านยาเพิ่มเติมที่เกิดแก่ร้านยาชุมชน ผลการศึกษา พบว่า (1) บริการที่ประชาชนต้องการสูงสุด ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น การดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการดูแลฉุกเฉินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับยา และการฉีดวัคซีน (2) บริการที่ร้านยาสามารถถ่ายโอนหรือให้บริการเสริมจากโรงพยาบาลมาสู่ร้านยาในชุมชน มีทั้งหมด 8 บริการ คือ 1) การวัดความดัน 2) การวัดระดับน้ำตาลในเลือด 3) การจัดส่งยาถึงบ้าน 4) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยาและดูแลการจัดยาให้เหมาะสมกับคนไข้ 5) การอธิบายผลข้างเคียงของยาและการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา 6) การให้คำปรึกษาผ่านอีเมล/โทรศัพท์/ช่องทางอื่นๆ 7) การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น และ 8) การรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยต้นทุนส่วนเพิ่มกับร้านยา อยู่ในช่วง 822-1,378 บาทต่อวัน หรือ 187.50-312.50 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน ในการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณในส่วนนี้แก่ร้านยาชุมชนที่เข้าร่วมบริการ

คำสำคัญ: ร้านยา, ลดความแออัด, การถ่ายโอนบริการด้านยา

* ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

† ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ ศรีราชา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Received 17 March 2023; Revised 30 October 2023; Accepted 31 January 2024

Suggested citation: Udomwitid S, Sompornserm T, Thaweewachiraphat P, Changwatchai P, Tantiwat W. Transferring pharmacy service from hospital to community pharmacy: data from Bangkok and vicinity. Journal of Health Systems Research 2024;18(1):60-71. สมหมาย อุดมวิทิต, ธนา สมพรเสริม, พุดิพัฒน์ ทวีวีร์พัฒน์, ปิยะพรรณ ช่างวัฒนชัย, วรรณันต์ ตันติเวทย์. การถ่ายโอนบริการด้านยาจากโรงพยาบาลสู่ร้านยาชุมชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(1):60-71.

Transferring Pharmacy Service from Hospital to Community Pharmacy: Data from Bangkok and Vicinity

Sommai Udomwitid^{*}, Thana Sompornserm^{*}, Puttiphat Thaweevachiraphat^{*}, Piyaphan Changwatchai^{*}, Waranan Tantiwat[†]

^{*} Department of Economics, Faculty of Economics, Kasetsart University

[†] Department of Economics, Faculty of Economics at Sriracha, Kasetsart University

Corresponding author: Waranan Tantiwat, Waranan.d@gmail.com

Abstract

The problem of overcrowded large hospitals remains severe and ongoing, exacerbated by the COVID-19 pandemic. To alleviate hospital congestion and reduce hospital infections, one approach is to provide extended pharmaceutical services at quality community pharmacies outside the hospital. The main objectives of this research were: (1) to study the public's demand for pharmaceutical services that extended to participating community pharmacies, and (2) to assess the potential costs incurred. In this study, chi-square statistic was used to test statistical hypotheses regarding the public's demand for services at the pharmacies. The cost analysis was based on an activity-based costing concept to estimate the marginal cost of providing or improving additional pharmaceutical services at the community pharmacies. The results revealed that (1) the most highly demanded services included preliminary disease screening, chronic disease management, various urgent medication-related consultations, and vaccination services. (2) There were a total of 8 services that community pharmacies could offer as supplementary transferred services from hospitals, namely: 1) blood pressure measurement, 2) blood sugar monitoring, 3) home medication delivery, 4) medication counselling and appropriate medication delivery to patients, 5) medication side effects explanation and adverse drug reactions monitoring, 6) consultation through email/phone/other channels, 7) preliminary disease screening, and 8) chronic disease management. The marginal cost incurred by the pharmacies ranged from 822 to 1,378 baht per day, or 187.50 to 312.50 baht per patient visit. The government should consider compensating this marginal cost to community pharmacies offering these services.

Keywords: pharmacy, hospital congestion, pharmacy service transfer

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลใหญ่เกิดจากผู้รับบริการมากกว่าครั้งมีภูมิลาเนาอยู่ในเขตเมือง แม้มีปัญหาที่สถานพยาบาลและแพทย์ทั่วไปสามารถให้บริการได้ ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง แต่เมื่อไปรักษาที่หน่วยแพทย์ใกล้บ้านแล้วกลับไม่ทุเลาหรือไม่ศรัทธาในคุณภาพของการรักษา ประกอบกับในเขตเมืองยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ครอบคลุมเพียงพอ ดังนั้น วิธีแก้ปัญหาคือ

ความแออัดของโรงพยาบาลที่สำคัญ คือ การพัฒนาบริการปฐมภูมินอกโรงพยาบาลใหญ่ให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับและสามารถดูแลต่อเนื่องทดแทนโรงพยาบาลได้ สำหรับกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเรื้อรังที่มีสภาพเวชกรรมคงที่ ควรจัดระบบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะและมีประสิทธิภาพ เช่น จัดการดูแลร่วมกันกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจเปิดบริการรับยาต่อเนื่องจากร้านยาคุณภาพนอกโรงพยาบาล ก็เป็นอีกแนวทาง

หนึ่งที่ช่วยลดความแออัดได้⁽¹⁾

จากเหตุผลดังกล่าว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบาย เรื่องการลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 และจากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9/2562 วันที่ 2 กันยายน 2562 มีมติเห็นชอบโครงการลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบัน ตามข้อเสนอดำเนินงานเพื่อรองรับนโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สภาเภสัชกรรม และสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ได้เริ่มดำเนินโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้จะเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล ยังช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มีสิทธิในการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านอีกด้วย โดยผู้มีสิทธิมีความปลอดภัยในการใช้ยาและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศโรคดังกล่าวให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จึงจำเป็นต้องมีการลดการไปโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ไม่มี ความเร่งด่วนเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการรับ และแพร่เชื้อของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นการเตรียมทรัพยากรต่างๆ ให้พร้อมรับสถานการณ์การระบาดที่อาจรุนแรงขึ้น⁽⁴⁾

ที่ผ่านมา มีการศึกษาแนวทางการใช้ร้านยาเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล เช่น การสำรวจความต้องการช่องทางการเติมยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้วางแผนในการลดความแออัดของโรงพยาบาลพุทธชินราชโดยกระจายไปยังช่องทางเติมยาอื่นๆ โดยเฉพาะร้านยาใกล้เคียงอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾ เช่นเดียวกันกับการศึกษาผลลัพธ์ของโครงการเครือข่าย

เภสัชกรประจำครอบครัวให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพบว่า ร้านยาเป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดใน การลดความแออัด โดยมีต้นแบบมาจากต่างประเทศที่โรงพยาบาลจะมีหน้าที่ทำการรักษาและออกใบสั่งยาให้ มาซื้อที่ร้านยา⁽⁵⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยครั้งนี้ ยังได้ความร่วมมือกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น ในการพัฒนาต้นแบบสาธารณสุข ให้เภสัชกรทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการจ่ายยาโดยเภสัชกรในร้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกรวดเร็ว สอดคล้องกับ การศึกษารูปแบบของการนำร้านยาคุณภาพ เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้กำหนดนโยบายภาคประชาชนและกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพมีความเห็นสอดคล้องเห็นด้วยกับการรับร้านยาเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะทำให้คนไข้ลดต้นทุนค่าเดินทางมาในโรงพยาบาล ใช้เวลาในการรอนาน้อยลง ส่วนบุคลากรภาคเอกชน เช่น ร้านยาสามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้อย่างมีคุณภาพและได้ความเอาใจใส่จากเภสัชกรอย่างเต็มที่ ถึงแม้จะมีข้อจำกัดในการกระจายร้านยาคุณภาพ ในบางพื้นที่⁽⁶⁾

จากการตรวจสอบเอกสารเกี่ยวกับบทบาทการให้บริการของร้านยาในต่างประเทศ พบว่ามีการให้บริการในแต่ละประเทศแตกต่างกันออกไป (ตารางที่ 1) เช่น ร้านยาในประเทศอังกฤษ มีการให้บริการในด้านต่างๆ ดังนี้ ให้บริการจ่ายยา ดูแลกรณีฉุกเฉินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับยา ให้บริการการฉีดวัคซีน บริการคลินิกเลิกบุหรี่ วัดความดันโลหิต ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยาและดูแลการจัดยาให้เหมาะสมกับคนไข้ ทำการตรวจคัดกรองโรคต่างๆ เบื้องต้น ให้บริการในการทำยาเพื่อไม่ให้เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม และการจัดการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ⁽⁷⁾ คล้ายคลึงกับการให้บริการของร้านยาในประเทศเบลเยียม ที่มีการให้บริการในด้านต่างๆ ดังนี้ ให้บริการจ่ายยา ดูแลกรณีฉุกเฉิน

ในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับยา ฉีดวัคซีน บริการคลินิกเล็กบุหรี วัตความดันโลหิต ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยาและดูแลการ

จัดยาให้เหมาะสมกับคนไข้ การรักษาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ตรวจคัดกรองโรคต่างๆ เบื้องต้น⁽⁸⁾

ตารางที่ 1 บทบาทการให้บริการของร้านยาในต่างประเทศ

ประเทศ	อังกฤษ	เบลเยียม	นิวซีแลนด์	แคนาดา	สหรัฐอเมริกา	สิงคโปร์	ญี่ปุ่น	ออสเตรเลีย
จ่ายยา	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ให้คำปรึกษาและจัดยาให้เหมาะสม	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
การตรวจคัดกรองเบื้องต้น	✓	✓						
การจัดการโรคเรื้อรัง	✓	✓	✓					
ดูแลฉุกเฉิน	✓	✓						
ทำแผล								✓
ฉีดวัคซีน	✓	✓	✓		✓			
คลินิกเล็กบุหรี	✓	✓		✓		✓		
คลินิกบำบัดผู้ติดสารเสพติด								✓
รักษาการติดสารเสพติด				✓				
บริการวัดความดัน	✓	✓				✓		
บริการวัดน้ำตาลในเลือด								✓
รักษาภาวะแข็งตัวของเลือด			✓					✓
บริการทำลายยาและผลิตภัณฑ์ติดเชื้อ	✓		✓	✓				
บริการเจาะเลือดส่งแล็บ				✓				

ที่มา: National Health Service (2019)⁽⁷⁾; Pharmaceutical Group of the European Union (2020)⁽⁸⁾

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลสามารถดำเนินงานและมีแนวทางในการปรับตัวต่อความท้าทายที่เกิดขึ้น การวิจัยนี้จึงได้พัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายหลักในการศึกษา 2 ส่วนคือ (1) การศึกษาความต้องการในการรับบริการของประชาชน เพื่อขยายขอบเขตการให้บริการของร้านยา รวมถึง (2) การประเมินต้นทุนที่เกิดขึ้นกับร้านยาที่เข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการของร้านยาชุมชน ซึ่งการศึกษาในทั้ง 2 ส่วนนี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานของโครงการเพื่อรองรับความท้าทายใน 2 ประเด็นหลัก คือ ความครอบคลุมต่ำและกระจายไม่ทั่วถึง และการสนับสนุน

ค่าใช้จ่ายไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ซึ่งจะเป็นส่วนสนับสนุนให้การดำเนินงานของโครงการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการลดความแออัดในโรงพยาบาลและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้เพิ่มขึ้นต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากกลุ่มตัวอย่างใน 2 ลักษณะคือ

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนทั้งหมดที่อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 45,828,220

ราย⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นกรอบประชากรในการศึกษาครั้งนี้ โดยเมื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane⁽⁹⁾ แล้ว สามารถกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้เป็นจำนวนทั้งสิ้น 255 ราย โดยจำแนกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 125 ราย และอาศัยอยู่ในปริมณฑล (จังหวัดสมุทรปราการและนครปฐม) จำนวน 130 ราย ในลักษณะของการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) จากประชาชนที่เข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลหรือร้านยาเป็นประจำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกันอย่างเหมาะสม

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่และ/หรือผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 24 ราย โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้าน และดำเนินโครงการมาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี 2) เจ้าของร้านยาชุมชนที่อยู่ในกลุ่มที่มีสิทธิเข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้าน จำนวน 70 ร้าน ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งคัดเลือกจากร้านยาที่เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้าน และดำเนินโครงการมาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี จำนวนทั้งสิ้น 165 ร้านยา รวมถึง 3) เครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาเภสัชกรรม สมาคมร้านยา สมาคมเภสัชกรรมชุมชน โดยคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีตำแหน่งบริหาร เช่น นายกสมาคม เนื่องจากต้องการความคิดเห็นเชิงนโยบาย

การพัฒนาแบบสอบถามสำหรับการเก็บข้อมูลจากประชาชนและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มาตรการและกลไกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในการดูแลสุขภาพที่ปรากฏทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ความต้องการของประชาชนในส่วนของบริการของร้านยาชุมชน โดยนำมาเป็นข้อมูลในการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการบริหาร ข้อจำกัด และปัญหาและ

อุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแบบสอบถาม และเป็นข้อมูลในการจัดประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การวิจัยนี้ไม่ได้มีการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเนื่องจากเป็นแบบสอบถามและการรักษาความลับส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive analysis) ใช้ค่าความถี่และร้อยละเพื่ออธิบายถึงข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความต้องการบริการเพิ่มเติมจากร้านยา และข้อมูลเกี่ยวกับโครงการฯ และใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายถึงคะแนนความสำคัญหรือความต้องการของปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการฯ ทำให้ทราบถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับความต้องการเพิ่มเติมจากร้านยา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการในการให้บริการจากโรงพยาบาลไปสู่ร้านยาชุมชน นอกจากนี้การวิเคราะห์เชิงพรรณนายังนำไปใช้ในการสังเคราะห์ผลการศึกษาในส่วนของอุปทานในการให้บริการด้านยาของร้านยา และ 2) การวิเคราะห์เชิงปริมาณ (quantitative analysis) ใช้สถิติ chi-square เพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติในการศึกษาความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาล และการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการ ว่ามีความสัมพันธ์หรือเป็นผลมาจากตัวแปรด้านใด ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางในการขยายการให้บริการจากโรงพยาบาลไปสู่ร้านยาชุมชน

ผลการศึกษา

การศึกษาด้านอุปสงค์หรือความต้องการของการให้บริการรับยาใกล้บ้าน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากข้อมูลการสำรวจ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือมีจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 และเพศชาย จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 และมีอายุเฉลี่ย 44.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ

อายุ 8.6 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 62 ปี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชาชนหรือผู้รับบริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	124	48.6
หญิง	131	51.4
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	7.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	7.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	41	16.1
ปวส. หรือ อนุปริญญา	60	23.5
ปริญญาตรี	115	45.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.4
สถานภาพสมรส		
โสด	52	20.4
สมรส	179	70.2
หม้าย	16	6.3
หย่าร้าง	8	3.1
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	4.7
พนักงานบริษัทเอกชน	104	40.8
ธุรกิจส่วนตัว/เจ้าของกิจการ	91	35.7
เกษตรกร	2	0.8
รับจ้าง	38	14.9
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	7	2.7
เกษียณ	1	0.4
รายได้		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท	49	19.2
15,001-30,000 บาท	177	69.4
30,001-45,000 บาท	25	9.8
45,001-60,000 บาท	4	1.6
จำนวนตัวอย่าง	255	100

ความต้องการบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชน

ประเมินจากการให้ประชาชนหรือผู้ใช้บริการประเมินเป็นคะแนน โดยที่ 1 คะแนน หมายถึง ความต้องการน้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง ความต้องการมากที่สุด โดย

สอบถามถึงความต้องการบริการเพิ่มเติม 12 บริการ (ตารางที่ 3) โดยผลการประเมินระดับความต้องการของบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชนหรือผู้ใช้บริการดังนี้

ตารางที่ 3 คะแนนความต้องการบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชน และผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชนกับการเข้าร่วมโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล (n = 255 คน)

บริการที่ต้องการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชน	คะแนนความต้องการ				ค่า chi-square	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ต่ำกว่าระดับมากที่สุด จำนวน (คน)	ระดับมากที่สุด จำนวน (คน)		
1) การวัดความดัน	4.84	0.38	39	216	5.04	0.025**
2) การเจาะเลือด/ตรวจเลือด	4.48	0.63	113	142	1.91	0.167
3) การวัดระดับน้ำตาลในเลือด	4.46	0.62	123	132	0.37	0.544
4) การจัดส่งยาถึงบ้าน	4.57	0.53	106	149	0.02	0.893
5) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยาและดูแลการจัดยาให้เหมาะสม	4.65	0.56	78	177	2.11	0.147
6) การอธิบายผลข้างเคียงของยาและการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา	4.68	0.47	80	175	0.01	0.906
7) การให้คำปรึกษาผ่านอีเมล/โทรศัพท์/ช่องทางอื่นๆ	4.39	0.68	128	127	0.03	0.857
8) การตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น	4.92	0.27	20	235	4.30	0.038**
9) การดูแลฉุกเฉินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับยา	4.86	0.36	78	177	4.40	0.036**
10) การบริการทำแผล	4.69	0.47	78	177	0.56	0.452
11) การเติมยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน	4.87	0.35	32	223	0.97	0.324
12) การฉีดวัคซีน เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	4.85	0.44	30	225	1.81	0.179

หมายเหตุ: ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เมื่อนำเอาคะแนนความต้องการบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชนมาพิจารณาเปรียบเทียบกัน ปรากฏว่า การบริการที่ประชาชนหรือผู้รับบริการต้องการสูงสุด ได้แก่ การตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งได้รับคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 4.92 คะแนน รองลงมาได้แก่ การเติมยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาล การดูแลฉุกเฉินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับยาและการฉีดวัคซีน โดยมีคะแนนความ

ต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 4.87 คะแนน 4.86 คะแนน และ 4.85 คะแนน ตามลำดับ

การเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาล

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความต้องการบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชน (ระดับมากที่สุด/ต่ำกว่าระดับมากที่สุด) กับการเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาล พบว่า ความต้องการบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชน ด้านการวัดความดัน การตรวจคัดกรอง

และรักษาโรคเบื้องต้น และ การดูแลฉุกเฉินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับยา มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาล ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 หรืออาจกล่าวได้ว่า หากมีการขยายบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชนในบริการด้านการวัดความดัน การตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น และ การดูแลฉุกเฉินในด้านต่างๆ เกี่ยวกับยา จะเป็นส่วนช่วยสนับสนุนหรือเพิ่มโอกาสให้ประชาชนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลมากขึ้น ดังตารางที่ 3

การศึกษาในส่วนของอุปทานหรือการให้บริการของบริการรับยาใกล้บ้าน

สรุปความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง

การสัมภาษณ์เชิงลึกเภสัชกรเจ้าของร้านยาชุมชนจำนวน 70 ร้าน และเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาเภสัชกรรม สมาคมร้านยา และสมาคมเภสัชกรรมชุมชน รวมไปถึงเจ้าหน้าที่และผู้บริหารโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 24 ราย ซึ่งได้มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยมีข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ เพื่อทดสอบความสอดคล้องกันของข้อมูลที่ได้รับจากทั้งร้านยาชุมชน เครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องและโรงพยาบาล พบว่า ทั้งร้านยาชุมชน เครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องและโรงพยาบาล มีความเห็นตรงกันว่าปัญหาความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลยังคงมีอยู่และควรได้รับการแก้ไข ซึ่งร้านยาชุมชนเห็นว่าโครงการนี้จะสามารถช่วยแก้ปัญหาความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ทางโรงพยาบาลกลับมีความเห็นว่าโครงการรับยาใกล้บ้านยังไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ แม้ว่าจะเป็นโครงการที่มีประโยชน์ก็ตาม ซึ่งแนวทางในการดำเนินโครงการที่น่าจะเกิดประโยชน์ต่อทุกภาคส่วนมากที่สุด คือ การสนับสนุนงบประมาณให้แก่ร้านยาชุมชนเพื่อการบริหารจัดการ

สต็อกยาเอง จะช่วยลดต้นทุนค่าขนส่งยาของโรงพยาบาลแม่ข่าย และร้านยาชุมชนจะมีความคล่องตัวในการบริหารงานมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ร้านยาชุมชนมีข้อสังเกตว่าภาครัฐควรเจรจากับบริษัทตัวแทนจำหน่ายยาให้ทางร้านยาชุมชนสามารถซื้อยาได้ในราคาเท่ากับที่ทางโรงพยาบาลจัดหา

นอกจากนี้ ทั้ง 3 ภาคส่วน มีความเห็นตรงกันว่าโครงการรับยาใกล้บ้านยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากมีประชาชนหรือผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการฯ ไม่มากนัก และหากภาครัฐต้องการให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จมากกว่านี้ ภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์โครงการฯ ให้ประชาชนรับทราบและเห็นถึงประโยชน์ของโครงการฯ มากขึ้น รวมไปถึงการประชาสัมพันธ์โครงการฯ ให้ทีมแพทย์ประจำโรงพยาบาลเข้าใจหลักการดำเนินงานและประโยชน์ของโครงการฯ ด้วย นอกจากนี้ภาครัฐควรสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานในโครงการรับยาใกล้บ้านให้กับร้านยา โดยมีการกำหนดค่าตอบแทนในการดำเนินงานอย่างชัดเจนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้าน

สำหรับประเด็นการปรับตัวของร้านยาชุมชนและโรงพยาบาลหากมีการถ่ายโอนบริการด้านยาหรือให้บริการเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลมาสู่ร้านยาชุมชนนั้น พบว่า ทั้ง 3 ภาคส่วน มีความเห็นตรงกันว่าร้านยาชุมชนจะต้องมีการปรับตัวมากกว่าทางโรงพยาบาล ทั้งในด้านการคิดคำนวณเรื่องสต็อกยา และการทบทวนความรู้ของเภสัชกรภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยการถ่ายโอนบริการด้านยาจากโรงพยาบาลมาสู่ร้านยาในชุมชนนั้นพบว่า การคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น ร้านยาชุมชนสามารถดำเนินการได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาล

การประเมินต้นทุนที่เพิ่มขึ้นในการขยายบริการด้านยาสู่ร้านยาชุมชน

การประเมินต้นทุนในส่วนนี้เป็นการแสดงให้เห็น

ต้นทุนส่วนเพิ่มหากร้านยาชุมชนมีการขยายบริการด้านยาตามผลการศึกษาในส่วนของอุปสงค์หรือความต้องการบริการเพิ่มเติมในร้านยาของประชาชนหรือผู้ป่วย มาสังเคราะห์ร่วมกับความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์เภสัชกรเจ้าของร้านยาชุมชนและเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านยาที่สามารถถ่ายโอนจากโรงพยาบาลมาสู่ร้านยาชุมชน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเภสัชกรเจ้าของร้านยาชุมชนที่เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้าน 70 ร้าน (จำนวน 26 ร้าน ที่ตัดสินใจหรือได้รับให้เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้าน และร้านยาชุมชนอีก 44 ร้าน ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการรับยาใกล้บ้านที่ดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา) ในข้อคำถามที่ว่า “กรณีถ้าต้องมีการขยายการให้บริการเพิ่มเติมนอกเหนือจากการจ่ายยาของร้านขายยาของท่าน อุปสรรคที่จำเป็นควรมีอะไรบ้าง และราคาประมาณเท่าไร”

ผลการศึกษา พบว่า บริการที่ร้านยาชุมชนสามารถถ่ายโอนจากโรงพยาบาลมาสู่ร้านยาในชุมชน มีทั้งหมด 8 บริการ คือ 1) การวัดความดัน 2) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยาและดูแลการจัดยาให้เหมาะสมกับคนไข้ 3) การอธิบายผลข้างเคียงของยาและการติดตามอาการไม่พึง

ประสงค์ของยา 4) การให้คำปรึกษาผ่านอีเมล/โทรศัพท์/ช่องทางอื่นๆ 5) การตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น 6) การเติมยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน 7) การวัดระดับน้ำตาลในเลือด และ 8) การจัดส่งยาถึงบ้าน

สำหรับต้นทุนส่วนเพิ่มจากการขยายบริการด้านยาที่สามารถถ่ายโอนจากโรงพยาบาลมาสู่ร้านยาในชุมชนทั้งหมด 8 บริการ พบว่า ร้านยาชุมชนทุกร้านเห็นตรงกันว่าต้นทุนที่เพิ่มขึ้นมีไม่มากนักและเป็นต้นทุนผันแปร (variable cost) ทั้งหมด โดยต้นทุนที่เพิ่มขึ้นหลักๆ คือ ต้นทุนทางด้านเวลาหรือค่าเสียโอกาส (opportunity cost) ของร้านยาชุมชน เนื่องจากทางร้านยาชุมชนต้องเสียเวลาในการดูแลหรือขายยาให้กับลูกค้าของทางร้าน เพื่อมาให้บริการด้านอื่นๆ ที่ถ่ายโอนจากโรงพยาบาลมาสู่ร้านยาชุมชน

ดังนั้น หากภาครัฐต้องการผลักดันให้เกิดการถ่ายโอนบริการด้านยาจากโรงพยาบาลมาสู่ร้านยาชุมชนในอนาคต ภาครัฐควรพิจารณาถึงค่าตอบแทนดังกล่าวให้กับร้านยาด้วย โดยรายละเอียดและการคาดประมาณต้นทุนส่วนเพิ่มที่จะเกิดขึ้นจากการขยายหรือปรับปรุงการให้บริการเพิ่มเติมที่เกิดแก่ร้านยาชุมชน แสดงในตารางที่ 4

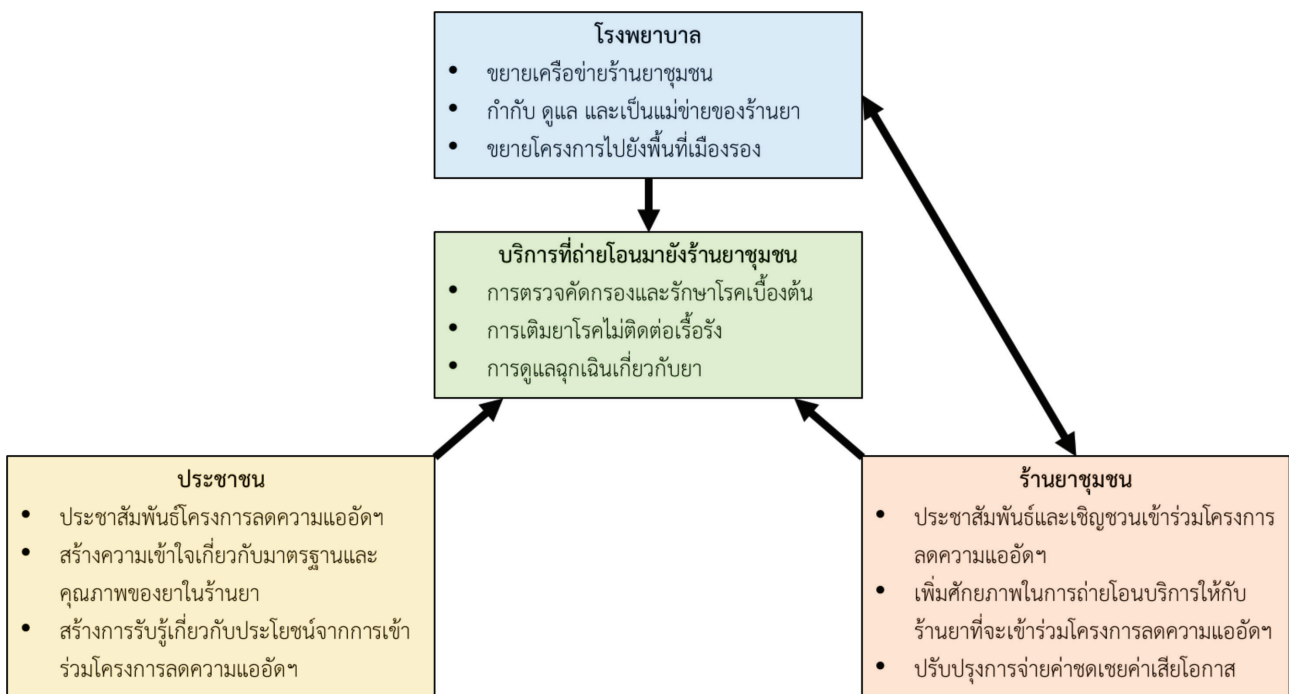
ตารางที่ 4 ประมาณการต้นทุนส่วนเพิ่มที่เกิดขึ้นจากการถ่ายโอนบริการสู่ร้านยา

บริการที่มีความเป็นไปได้ในการถ่ายโอน	ต้นทุนส่วนเพิ่มจากการขยายบริการ		ต้นทุนส่วนเพิ่ม (บาท/คน/ครั้ง)
	ต้นทุนคงที่	ต้นทุนผันแปร	
1) การวัดความดัน	ไม่มี	• เวลาที่ใช้ในการวัดความดันประมาณ 5 นาที	31.25-52.08
2) การวัดระดับน้ำตาลในเลือด	ไม่มี	• เวลาที่ใช้ในการวัดระดับน้ำตาลในเลือดประมาณ 5 นาที • แล็บวัดระดับน้ำตาลในเลือด	31.25-52.08 7-8
3) การจัดส่งยาถึงบ้าน	ไม่มี	• ค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยา	50-100
4) การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยาและดูแลการจัดยาให้เหมาะสมกับคนไข้	ไม่มี	• เวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษา 15 นาที	93.75-156.25
5) การอธิบายผลข้างเคียงของยาและการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ของยา	ไม่มี	• เวลาที่ใช้ในการอธิบายและติดตามอาการ 15 นาที	93.75-156.25
6) การให้คำปรึกษาผ่านอีเมล/โทรศัพท์/ช่องทาง อื่นๆ	ไม่มี	• เวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษา 20 นาที	125-208.33
	ไม่มี	• ค่าโทรศัพท์	15-20
7) การตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น	ไม่มี	• เวลาที่ใช้ในการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น 30 นาที	187.50-312.50
8) การเติมยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ไม่มี	• เวลาที่ใช้ในการจ่ายยาและให้คำปรึกษา 30 นาที	187.50-312.50

วิจารณ์

ผลการสำรวจระดับความต้องการบริการเพิ่มเติมของร้านยาชุมชน และการเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลสามารถสรุปได้ว่า ความต้องการบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชนที่ประชาชนหรือผู้รับบริการต้องการสูงสุด ได้แก่ ด้านการวัดความดัน การตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น และการดูแลฉุกเฉินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับยา มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาล กล่าวคือ หากมีการขยายบริการเพิ่มเติมจากร้านยาชุมชนในบริการดังกล่าวข้างต้น จะเป็นส่วนช่วยสนับสนุนหรือเพิ่มโอกาสให้ประชาชนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้

นี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกคณะผู้จัดทำเห็นว่า ร้านยามีศักยภาพอย่างมากในการช่วยแบ่งเบาบริการการตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้นมาจากโรงพยาบาล เนื่องจากความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเกิดขึ้นตั้งแต่จุดการคัดกรองเบื้องต้น ดังนั้น ภาครัฐจึงควรพิจารณาถ่ายโอนบริการดังกล่าวเป็นอันดับแรก อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอนบริการการตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้นจากโรงพยาบาลมาสู่อร้านยา ควรต้องให้ร้านยาดำเนินการภายใต้การกำกับของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีจำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาชุมชนจะสามารถทำได้โดยสะดวก (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการวิจัย

สำหรับผลการประมาณการต้นทุนส่วนเพิ่มที่จะเกิดขึ้นจากการขยายหรือปรับปรุงการให้บริการเพิ่มเติมที่เกิดขึ้นจากร้านยาชุมชน โดยการขยายบริการด้านยาที่สามารถถ่ายโอนหรือให้บริการเสริมจากโรงพยาบาลมาสู่อร้านยาใน

ชุมชนนั้น ไม่ก่อให้เกิดต้นทุนคงที่เพราะเป็นเพียงแต่การพูดคุยสอบถามอาการ หรือการชั่งน้ำหนักและวัดความดัน ซึ่งทางร้านยาชุมชนมีอุปกรณ์เบื้องต้นเหล่านี้อยู่แล้ว (อ้างอิงจากบทสัมภาษณ์เภสัชกรเจ้าของร้านยาชุมชน) ดังนั้น การ

ประมาณการต้นทุนส่วนเพิ่มในการศึกษานี้ จึงเป็นการประมาณการในส่วนของต้นทุนผันแปรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับค่าเสียโอกาสของร้านยาชุมชนอันเนื่องมาจากเวลาที่เกิดขึ้นจากการให้บริการเพิ่มเติมอื่นๆ ที่ร้านยาชุมชนรับถ่ายโอนมาจากโรงพยาบาล ทั้ง 8 บริการ เพื่อช่วยลดปัญหาความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

โดยจากการสัมภาษณ์เภสัชกรเจ้าของร้านยาชุมชนพบว่า ร้านยาชุมชนจะมีรายได้จากการให้บริการประมาณ 3,000–5,000 บาทต่อวัน จากระยะเวลาการเปิดให้บริการของร้าน จำนวน 8 ชั่วโมงต่อวัน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของรายได้จากการบริการของร้านยาขึ้นอยู่กับขนาดและทำเลที่ตั้งของร้าน ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวทำให้สามารถประมาณการค่าเสียโอกาสทางด้านเวลา หรือต้นทุนด้านเวลา อันเนื่องจากทางร้านยาชุมชนต้องสละเวลาในการบริการหรือจำหน่ายยาให้กับลูกค้าของทางร้าน เพื่อมาให้บริการเพิ่มเติมอื่นๆ โดยพบว่าทางร้านยาชุมชนมีต้นทุนด้านเวลา ประมาณ 6.25–10.42 บาทต่อนาที แยกวัดระดับน้ำตาลในเลือด ประมาณ 17–18 บาทต่อ 1 ครั้งของการตรวจ และการให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ ประมาณครั้งละ 15–20 บาท จากการประมาณการต้นทุนผันแปรทั้งหมดปรากฏว่า ร้านยาชุมชนจะมีต้นทุนส่วนเพิ่มที่จะเกิดขึ้นจากการถ่ายโอนบริการ อยู่ในช่วง 822–1,378 บาทต่อวัน หรือ 24,660–41,340 บาทต่อเดือน

อย่างไรก็ตาม ภาครัฐอาจพิจารณาให้ค่าตอบแทนแก่ร้านยาชุมชนตามจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ โดยอาจจะสนับสนุนค่าเสียเวลาในการให้คำปรึกษาและให้บริการ ประมาณ 187.50–312.50 ต่อผู้ป่วย 1 คน ในการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ซึ่งการกำหนดค่าตอบแทนในการดำเนินงานอย่างชัดเจนนี้ จะเป็นแรงสนับสนุนให้ร้านยาชุมชนเข้าร่วมโครงการลดความแออัดของโรงพยาบาลมากขึ้น ประกอบกับผลการสำรวจความต้องการของประชาชนจากการให้บริการของร้านยาที่ว่า บริการที่ประชาชนต้องการมากที่สุดจากการขยายบริการของโรงพยาบาลไปสู่ร้านยา คือ การ

ตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งบริการดังกล่าวมีต้นทุนที่สำคัญคือค่าเสียเวลาในการให้คำปรึกษาและให้บริการของร้านยา

ข้อเสนอแนะ

1) การเพิ่มบริการในด้านการวัดความดัน การตรวจคัดกรองและรักษาโรคเบื้องต้น และการดูแลฉุกเฉินในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับยา เป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกของการให้บริการเพิ่มเติมนอกเหนือจากการจ่ายยาของร้านยาชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

2) ภาครัฐควรพิจารณาค่าตอบแทนดังกล่าวให้กับร้านยาประมาณ 822–1,378 บาทต่อวัน หรือ 24,660–41,340 บาทต่อเดือน หรือภาครัฐอาจพิจารณาให้ค่าตอบแทนแก่ร้านยาตามจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ โดยอาจสนับสนุนค่าเสียเวลาในการให้คำปรึกษาและให้บริการ ประมาณ 187.50–312.50 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน ในการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตาม ร้านยาที่มีขนาดธุรกิจต่างกันย่อมมีต้นทุนในการดำเนินการต่างกัน ดังนั้นในการพิจารณาสนับสนุนค่าเสียเวลาในการให้คำปรึกษาและให้บริการควรมีการกำหนดค่าตอบแทนตามขนาดธุรกิจของร้านยาอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยแนวทางและความเป็นไปได้ในการถ่ายโอนบริการด้านยาจากโรงพยาบาลสู่ร้านยาชุมชนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ประชาชนซึ่งเป็นเป้าหมายในการศึกษา เภสัชกรที่ประกอบกิจการร้านยา รวมถึง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนพร้อมทั้งอำนวยความสะดวกและการประสานงานอย่างดียิ่ง คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและพื้นที่สำหรับดำเนินการวิจัยครั้งนี้

References

1. Chuanchom T, Sujirat T, Supitcha A, Mei Sian P, Teeraphon T. Compiling the need for medication refill channels for patients with chronic diseases. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2019;11(3):505-14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171617>. (in Thai)
2. Health Technology and Policy Assessment Project. Getting medicine at the drugstore. Help to reduce congestion in the hospital?. Final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021 [cited 2022 Apr 22]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5445>. (in Thai)
3. National Health Security Office. NHSO reveals a project to receive medicine near home through the target, reducing the threat of congestion in hospitals by 10-20%. Bangkok: National Health Security Office; 2020. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/2865>. (in Thai)
4. Department of Medicine. Guidelines to reduce congestion in hospitals to reduce the spread of COVID-19. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.thainapci.org/2021/wp-content/uploads/2020/05/%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%AD%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%9E.-edited-250363.pdf>. (in Thai)
5. Sunee L, Niratchara T, Natthida H, Atchara N. Outcomes of the family pharmacist network in universal health care coverage. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018;10(2):383-91. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171158>. (in Thai)
6. Lochid-amnuay S, Waiyakarn S, Pongcharoensuk P, Koh-Knox CP, Keokittichai S. Community pharmacy model under the universal coverage scheme in Thailand. *Thai Journal of Hospital Pharmacy* 2009;19(2):110-22. Available from: <http://mis.pharm.su.ac.th/web/sites/default/files/Community%20Pharmacy%20Model%20under%20the%20Universal%20Coverage%20Scheme%20in%20Thailand.pdf>. (in Thai)
7. Pantasri T. Expanded roles of community pharmacists in COVID-19: a scoping literature review. *J Am Pharm Assoc (2003)* 2022 [cited 2022 May 20];62(3):649-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8704729/>.
8. Pharmaceutical Group of the European Union. PGEU annual report 2020: the role of community pharmacists in the fight against COVID-19. 2020 [cited 2022 May 20]. p 20-21. Available from: <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2021/02/PGEU-Annual-Report-2020-Web.pdf>.
9. Yamanae T. *Statistic: an introduction analysis*. Singapore: Harper International Education; 1973.