

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์
รูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยา
โดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัด
ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1



คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภก.พศ.ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวยการ

ภก.ดร.งศกร พลทอม

และ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

รายงาน

รูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัด
ของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ภก.ผศ.ดร.สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย

ภก.ดุรงค์กร พลทม

และ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

คำนำ

โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบัน ประเภท 1 นับเป็นหนึ่งในโครงการที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข โดยการกระจายการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลไปยังร้านยาซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนที่มีศักยภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่จะช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย แต่ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาด้วยการดูแลอย่างต่อเนื่องจากเภสัชกร

และเพื่อให้โครงการดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระของโรงพยาบาลและเพิ่มความคล่องตัวให้แก่ร้านยาด้วยการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านยาที่ให้ร้านยาดำเนินการด้วยตนเองได้ ภายใต้ข้อจำกัดด้านราคาและยี่ห้อที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อเสนอแนะของงานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการนี้ต่อไป

คณะผู้วิจัย

2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	1
สารบัญ	2
สารบัญภาพ	3
สารบัญตาราง	4
บทสรุปผู้บริหาร	5
บทที่ 1 หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดการวิจัย	6
วัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
บทที่ 3 การดำเนินงานวิจัย	18
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
การศึกษารูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ	21
ส่วนที่ 1 การศึกษาระบบเดิมยาและเติมยาต่อเนื่องในร้านยาในต่างประเทศ	21
ส่วนที่ 2 รูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง	40
การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ	44
บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	61
เอกสารอ้างอิง	69
ภาคผนวก	
ก.เอกสารแสดงข้อมูลเบื้องต้นประกอบแบบสอบถาม	75
ข. แบบสอบถามความคิดเห็น	78

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบการดำเนินงานวิจัย	9
2 แนวทางการให้บริการในโครงการ	15
3 การดำเนินการในรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชุดเซย	40
4 การดำเนินการในรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง	41
5 การดำเนินการในรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย	42

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 รูปแบบการบริหารจัดการด้านยาในโครงการ 3 รูปแบบ	13
2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	19
3 ค่าบริหารจัดการ (AHI fee)	26
4 แสดงการร่วมจ่ายของผู้ป่วยเมื่อใช้บริการร้านยาในประเทศเยอรมนี	35
5 ภาพรวมระบบชำระเงินคืน ค่าตอบแทนวิชาชีพและการร่วมจ่ายในแต่ละประเทศ	38
6 เปรียบเทียบรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการทั้ง 3 รูปแบบ	43
7 กลุ่มตัวอย่าง	44
8 ความคิดเห็นต่อบทบาทของร้านยาในโครงการ	46
9 ความคิดเห็นรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง	48
10 ความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง ทั้ง 3 รูปแบบ จำแนกตามกลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	49
11 แสดงสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาขาย	50
12 แสดงสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง	52
13 แสดงสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย	54
14 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจ่ายเงินในโครงการ	55

บทสรุปผู้บริหาร

ปัจจุบันประเทศไทยได้ดำเนินโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 โดยผลักดันให้เกิดรูปแบบการบริหารจัดการด้านยาที่ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง ซึ่งมีความคล่องตัว ลดภาระงานของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับบทบาทของร้านยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ และเยอรมนี พบว่าทั้ง 5 ประเทศจัดทำบัญชีรายการยาเพื่อจ่ายชดเชยค่ายาให้แก่ร้านยา ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาภายใต้ราคาชดเชยดังกล่าว มีการจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพให้แก่เภสัชกรร้านยาตามจำนวนรายการยาที่จ่าย และมีการร่วมจ่ายจากผู้ป่วยโดยมีวิธีการเหมาจ่ายหรือกำหนดเพดานร่วมจ่ายสูงสุดเพื่อกำหนดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาที่ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ ได้จำนวนทั้งสิ้น 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย โดยประกาศเป็นราคาสำหรับจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา และร้านยาเป็นผู้ซื้อยาเองภายใต้ราคาดังกล่าว ร้านยาสามารถเลือกซื้อกับผู้ขายแต่ละรายได้โดยอิสระ รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง ใช้การกำหนดราคาสำหรับจ่ายชดเชยค่ายาคืน แต่ให้มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่รวบรวมคำสั่งซื้อ จัดซื้อยาภายใต้ราคาชดเชย และจัดส่งยาให้แก่ร้านยาในประเทศ และรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลแต่ละแห่งกำหนดร้านยาเป็นหน่วยบริการในเครือข่าย ร้านยาเป็นผู้ซื้อยาในรายการยาเดียวกัน ผู้ขายเดียวกัน และในราคาเดียวกันกับที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดซื้อได้

การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้แทนวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานในร้านยา ได้ความเห็นว่ารูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในบริบทปัจจุบันคือรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง เนื่องจากการมีหน่วยงานกลางเข้ามาช่วยให้ไม่เป็นภาระต่อทั้งโรงพยาบาลและร้านยา จึงเหมาะกับการเริ่มต้นโครงการเพื่อพัฒนาไปสู่รูปแบบอื่นต่อไปในอนาคต ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญคือการคัดเลือกหน่วยงานกลางที่มีประสิทธิภาพในการจัดซื้อและจัดส่งยา และมีความโปร่งใส ไม่ขัดแย้งทางผลประโยชน์กับบริษัทยาอื่น กรณีที่มีการจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยาโดยตรงนั้นควรบวกส่วนเพิ่มค่าบริหารและมีช่องทางให้ร้านยาสามารถต่อราคาเพื่อทำกำไรได้ ค่าตอบแทนวิชาชีพต้องเหมาะสมกับภาระงานของเภสัชกรในร้านยาที่เพิ่มขึ้น ค่าตอบแทนโรงพยาบาลต้องสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการกระจายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปยังร้านยา ในขณะที่การเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายจากผู้ป่วยยังไม่เหมาะสมในปัจจุบันที่ผู้ป่วยยังไม่รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้

บทที่ 1

หลักการและเหตุผล

ความแออัดในโรงพยาบาลรัฐเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เพราะทำให้ผู้ป่วยต้องรอรับการบริการที่นานโดยไม่ขึ้นกับความรุนแรงของอาการที่เจ็บป่วย ความความแออัดในโรงพยาบาลรัฐเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ทั้งปัญหาความไม่มั่นใจของประชาชนที่มีต่อหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทำให้เกิดการข้ามขั้นตอนไปใช้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ปัญหาจากการบริหารจัดการภายในของโรงพยาบาลเอง รวมไปถึงการเพิ่มจำนวนขึ้นของประชาชนผู้เข้ารับบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽¹⁾ จากรายงานผลการสำรวจที่เกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560⁽²⁾ พบว่าแนวโน้มของการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลที่ร้อยละ 30.1 (ประมาณ 20.3 ล้านคน) มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับข้อมูลในปี 2549 และปี 2554 โดยมีกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 18.6 (ประมาณ 3.7 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2549 เช่นกัน โดยโรคเรื้อรังที่พบสูงสุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และโรคระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 89.9 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ประมาณ 3.4 ล้านคน) เลือกเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลัก โรงพยาบาลรัฐจึงยังคงเป็นสถานบริการสุขภาพอันดับหนึ่งที่ต้องรองรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหาความแออัดตามมา

เมื่อพิจารณาลักษณะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและต้องพบแพทย์เพื่อติดตามอาการเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ โดยความถี่ในการพบแพทย์นั้นขึ้นกับผลของการควบคุมอาการของโรค ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ไม่ดีส่วนใหญ่จะได้รับการปรับเปลี่ยนแนวทางของการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้อย่างคงที่ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาต่อยาเดิมเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง ร่วมกับการดูแลตนเองที่บ้านก่อนถึงนัดติดตามอาการในครั้งถัดไป อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐต้องใช้เวลาในการรอรับบริการเป็นเวลานานไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาใหม่หรือได้รับยาเดิมซึ่งอาจก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายและส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการดูแลตนเอง ทำให้การควบคุมอาการของโรคไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ดังนั้นการจัดระบบบริการที่สะดวกและรวดเร็วให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงไม่เพียงแต่เป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาความแออัด แต่ยังเพิ่มคุณภาพของการรักษาได้⁽³⁾ ตัวอย่างเช่น การจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อการกระจายผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เข้ารับบริการสุขภาพนอกโรงพยาบาลด้วยการไปรับบริการเติมยาต่อเนื่องที่ร้านยา (refill clinic)^(1,3,4)

ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เพราะเป็นสถานบริการสุขภาพอันดับต้น ๆ ที่ประชาชนนึกถึงเมื่อมีอาการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับการเลือกซื้อยากินเองเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่นิยมในประชาชนจำนวนมาก⁽⁵⁾ ข้อมูลผลการสำรวจที่เกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560⁽²⁾ พบว่าประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล จะนิยมซื้อยากินเองจากร้านยาร้อยละ 17.6 (ประมาณ 3.5 ล้านคน) ทั้งนี้อาจเพราะการใช้บริการร้านยาไม่ต้องเสียเวลาในการรอรับบริการนาน ร้านยายังมีการกระจายตัวของจุดให้บริการสูงกว่าสถานบริการสุขภาพอื่นโดยเฉพาะเขตพื้นที่ชนบท ทำให้ประชากรที่อยู่นอกเขตเมืองเข้าถึงได้ง่าย และใช้บริการมากกว่าประชากรที่อยู่ในเขตเมือง6 การใช้บริการร้านยายังมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับสถานบริการสุขภาพอื่น ร้านยาจึงเป็นที่พึงให้ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับยากจนให้เข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ข้อมูลสัดส่วนผู้ป่วยที่ซื้อยาแผนปัจจุบันใช้เองยังอาจสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงบริการและคุณภาพของการบริการของโรงพยาบาลรัฐ^(3,6)

นอกจากนี้ร้านยายังมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในชุมชน โดยมีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 40 มีปัญหาจากการใช้ยาที่บ้าน ได้แก่ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ได้รับยาในขนาดที่ต่ำหรือสูงเกินไป การบริหารยาเทคนิคพิเศษด้วยตนเองไม่ถูกต้อง การครอบครองยาเกินความจำเป็นทำให้เกิดปัญหายาเหลือใช้ ยาเสื่อมสภาพ และยาหมดอายุที่บ้านเป็นจำนวนมาก ซึ่งประมาณการความเสียหายทางการคลังเป็นมูลค่ากว่า 2.3 พันล้านบาทหรือร้อยละ 1.7 ของอัตราการบริโภคยาทั้งหมดของประเทศไทย⁽⁶⁾ แต่ด้วยในปัจจุบันเภสัชกรที่ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมประจำร้านยามีจำนวนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาบทบาททางวิชาชีพในร้านยาจากเดิมที่มีเพียงการจ่ายยา เป็นการนำองค์ความรู้ทางด้านการบริหารเภสัชกรรมมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน มีการรับรองมาตรฐานการให้บริการทางเภสัชกรรมตามกฎหมายกับที่บังคับใช้กับร้านยาทั่วประเทศ และมีระบบการรับรองคุณภาพเป็นร้านยาคุณภาพด้วยความสมัครใจโดยสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ สมาเภสัชกรรม ว่าเป็นร้านยาที่มีมาตรฐานการให้บริการด้านยาและสุขภาพที่ดี มีคุณภาพ และพัฒนามาตรฐานด้านต่าง ๆ มากกว่าเกณฑ์ที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดในกฎหมาย ทำให้มั่นใจในคุณภาพของการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ⁽⁷⁾ ช่วยให้เภสัชกรชุมชนสามารถขยายบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาการใช้ยาของชุมชน⁽³⁾

การให้บริการเต็มยาและเต็มยาต่อเนื่องที่ร้านยาเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลโดยการจัดหาสถานบริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย โดยการตั้งร้านยาซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนที่มีศักยภาพและสามารถเข้าถึงได้สะดวกเข้ามาร่วมให้บริการ ร่วมกับการติดตามอาการและค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาโดยเภสัชกรอย่างใกล้ชิด ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และบรรเทาความแออัดในโรงพยาบาลได้ ดังจะเห็นได้จากผลลัพธ์จากโครงการนำร่องในจังหวัดต่าง ๆ เช่น สมุทรปราการ⁽⁸⁾ และขอนแก่น⁽⁹⁾ เป็นต้น

โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1⁽¹⁰⁾ เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สมาเภสัชกรรม และ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) โครงการนี้นับเป็นหนึ่งในแนวคิดที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข โดยการถ่ายโอนภารกิจการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปสู่สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนหรือร้านยาซึ่งมีศักยภาพในการให้บริการด้านเภสัชกรรมแก่ประชาชน ผลลัพธ์ที่คาดหวังไม่เพียงแต่จะช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล ช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แต่ยังสามารถช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยด้วยการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเภสัชกร

ลักษณะการดำเนินงานของโครงการเป็นการจัดบริการเต็มยาหลังพบแพทย์และเต็มยาต่อเนื่องที่ร้านยาตามใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยร้านยาที่เข้าร่วมได้ต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้นเป็นร้านยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ที่เปิดให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวันโดยมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการ เภสัชกรมีความพร้อมและเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการโดยสมัครใจ ส่งมอบยาตามใบสั่งยาดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม โดยตกลงรูปแบบในการบริหารจัดการด้านยาร่วมกันกับหน่วยบริการหรือโรงพยาบาล โครงการนี้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคจิตเวช หรือโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบในขั้นตอนเบิกจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการแก่เภสัชกรประจำร้านยาที่อัตรา 70 บาทต่อใบสั่งและค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้แก่โรงพยาบาลที่อัตรา 33,000 บาทต่อจำนวนร้านยาที่ร่วมให้บริการ 1 แห่งต่อปี

สำหรับรูปแบบการบริหารจัดการด้านยาที่กำหนดไว้ด้วยกัน 3 model ได้แก่ โรงพยาบาลจัดยา รายบุคคลให้แก่ร้านยา (Model ที่ 1) โรงพยาบาลจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา (Model ที่ 2) และร้านยา ดำเนินการจัดการด้านยาเอง (Model ที่ 3) ซึ่งในปัจจุบันโครงการที่ดำเนินการมีอยู่มีเพียง 2 รูปแบบแรก เท่านั้น และด้วยลักษณะของการบริหารจัดการด้านยาที่ยังคงขึ้นกับโรงพยาบาล จึงอาจพบปัญหาในเรื่องของ ภาระงานของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและการขาดความคล่องตัวในการบริหารจัดการของร้านยา รูปแบบการ บริหารจัดการที่จะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้จึงเป็นโครงการในรูปแบบที่ 3 ที่ร้านยาดำเนินการบริหารจัดการ ด้านยาได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม โครงการในรูปแบบนี้มีอุปสรรคที่ทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น ปัญหาจากการที่รูปแบบที่ 3 นี้โรงพยาบาลจะต้องจ่ายค่ายาให้ร้านยาเองตามระบบและอัตราที่ตกลงร่วมกัน ซึ่งความแตกต่างของราคาขายที่ซื้อได้ระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาทำให้การกำหนดอัตราร่วมกันเป็นไปได้ ยาก รวมทั้งปัญหาจากยี่ห้อยาที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา เป็นต้น

จากอุปสรรคในข้างต้น จึงนำมาสู่งานวิจัยเพื่อการค้นหาและพัฒนาให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมของการ บริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุข

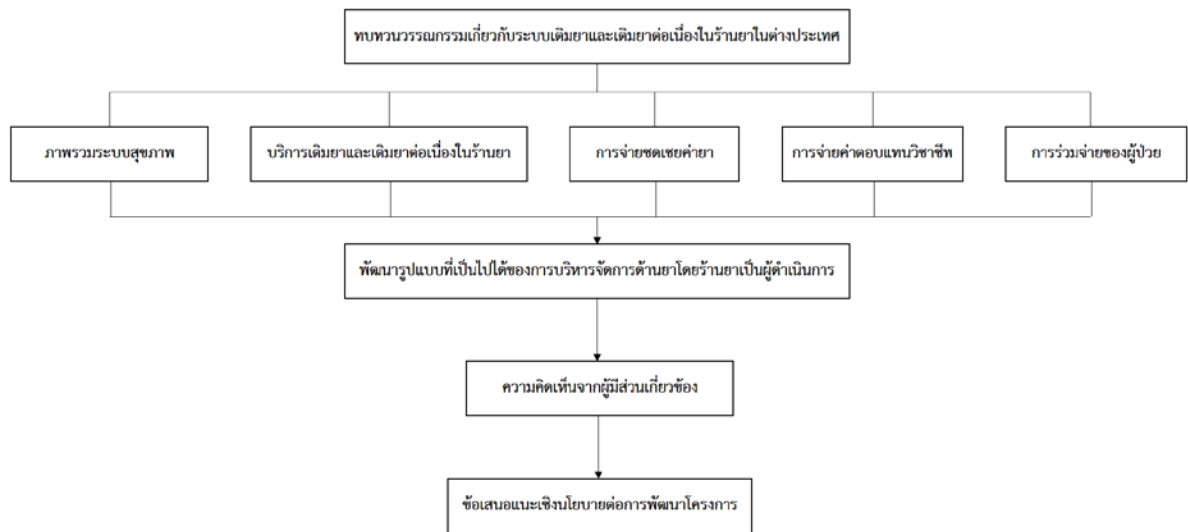
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการ ลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1

กรอบการดำเนินงานวิจัย

การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการ รับยาใกล้บ้านนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การพัฒนารูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ บนพื้นฐานของระบบ เติมยาและเติมยาต่อเนื่องในร้านยาจากต่างประเทศ และการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการ ด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ โดยสัมภาษณ์และรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการต่อ รูปแบบที่เป็นไปได้ที่พัฒนาขึ้น และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กรอบการดำเนินงานวิจัยแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบการดำเนินงานวิจัย



บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลักประกันสุขภาพจากภาครัฐสำหรับประชาชนทั่วไปของประเทศไทย เคียงคู่กับอีกสองระบบใหญ่ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่เป็นสวัสดิการแก่ผู้ทำงานภาครัฐ และระบบประกันสังคมสำหรับกลุ่มลูกจ้างภาคเอกชน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งขึ้นจากเจตจำนงที่ต้องการให้เป็นระบบสุขภาพของคนไทยทั้งประเทศหรือ “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ตามความหมายของคณะทำงานข้อเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ว่า เป็นสิทธิของชนชาวไทยทุกคนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่บุคคลจะได้รับสิทธินั้น⁽¹⁾ โดยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁽²⁾ เป็นแม่บทหลักในการดำเนินการบนหลักการที่สำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังต่อไปนี้

1) แนวคิดเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข เน้นความครอบคลุมบุคคลที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ และการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขผ่านระบบภาษี

2) เน้นความยั่งยืน ๓ ประการ ได้แก่ นโยบายยั่งยืน การเงินยั่งยืน และสถาบันยั่งยืน

3) เน้นการมีบทบาทของทุกฝ่าย รวมถึงภาคประชาชน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือสุขภาวะของคนไทยทุกคน

4) สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเป็นบริการด้านหน้า ที่ให้บริการผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

5) เน้นการกระจายอำนาจให้พื้นที่ในการบริหาร คือเขตและจังหวัดได้มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ แนวทาง และมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งทำให้ระบบมีการตรวจสอบควบคุมกำกับติดตาม และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6) ระบบต้องควบคุมการขยายตัวของค่าใช้จ่ายให้ได้ โดยเน้นการจ่ายเงินแบบปลายปิด รวมทั้งการจ่ายเงินตามผลการปฏิบัติงาน

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หน่วยงานของรัฐภายใต้กำกับของรัฐมนตรีเป็นผู้ดูแลและบริหารกองทุน โดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation rate) ในบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และงบประมาณจำกัดวงเงินรวมถ่วงน้ำหนักตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups; DRGs) และจ่ายตามปริมาณบริการหรือรายป่วยเฉพาะกรณีสำหรับบริการผู้ป่วยใน⁽¹⁾

ร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) เป็นสถานบริการสาธารณสุขอื่นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545⁽¹³⁾ โดยเล็งเห็นว่าร้านยาคุณภาพซึ่งเป็นร้านยาที่ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรมว่ามีมาตรฐานการให้บริการตามสภาเภสัชกรรมเป็นผู้กำหนด มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาทำการ มีการบริการให้ประชาชนในชุมชนมี เป็นกลไก

หนึ่งที่จะช่วยให้การบริการสุขภาพประชาชนเป็นไปอย่างทั่วถึง เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม เพื่อคุณภาพและสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน โดยเข้ามามีบทบาทในระบบบริการสาธารณสุขอย่างการคัดกรองโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเยี่ยมที่บ้าน

การเติมยาต่อเนื่องที่ร้านยา (Medication refill) ให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นหนึ่งในบทบาทที่ถูกลำเลียงให้แก่ร้านยาในระบบ เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระ ลดระยะเวลาการรับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามแผนการรักษา ด้วยการไปรับบริการเติมยาต่อเนื่องที่ร้านยาซึ่งมีเภสัชกรให้การดูแลเรื่องการใช้ยาและติดตามอาการของโรค จนกระทั่งได้รับการผลักดันและสนับสนุนโดยกระทรวงสาธารณสุขภายใต้นโยบายลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾

โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบัน ประเภท 1

โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบัน ประเภท 1 ⁽¹⁰⁾ มีเป้าหมายเพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล โดยให้มารับยาที่ร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สมาเภสัชกรรม และ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) โครงการนี้นับเป็นหนึ่งในแนวคิดที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข โดยการถ่ายโอนภารกิจการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปสู่สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนหรือร้านยาซึ่งมีศักยภาพในการให้บริการด้านเภสัชกรรมแก่ประชาชน ผลลัพธ์ที่คาดหวังไม่เพียงแต่จะช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล ช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แต่ยังสามารถช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยด้วยการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเภสัชกร

โดยร้านยาที่เข้าร่วมได้ต้องมีคุณสมบัติเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

1) เป็นร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

2) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561

เงื่อนไขสำหรับร้านยา ขย.1 ในการเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเภสัชกรรม

1) เปิดให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวันและมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดบริการ
2) จัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ร่วมกับหน่วยบริการ
3) มีเภสัชกรผู้ให้บริการซึ่งมีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ และให้บริการส่งมอบยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมตามใบสั่งยา

4) อื่น ๆ ตามที่หน่วยบริการกำหนด โดยให้คำนึงถึงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการ

ลักษณะการดำเนินงานของโครงการเป็นการจัดบริการเติมยาหลังพบแพทย์และเติมยาต่อเนื่องที่ร้านยาตามใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

1) เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจและมีความสะดวกในการมารับบริการที่ร้านยาใกล้บ้านและใกล้ที่ทำงาน

2) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และโรคจิตเวช หรือเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล

โครงการได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบในขั้นตอนเบิกจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการแก่เภสัชกรประจำร้านยาที่อัตรา 70 บาทต่อใบสั่งยาและค่าจัดบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ให้แก่โรงพยาบาลที่อัตรา 33,000 บาทต่อจำนวนร้านยาที่ร่วมให้บริการ 1 แห่งต่อปี

สำหรับรูปแบบการบริหารจัดการด้านยามีกำหนดไว้ด้วยกัน 3 รูปแบบ แสดงในตารางที่ 1 และแนวทางการให้บริการในโครงการแสดงในภาพที่ 2

ตารางที่ 1 รูปแบบการบริหารจัดการด้านยาในโครงการ 3 รูปแบบ

ลำดับ	กระบวนการ	รูปแบบที่ 1 รพ.จัดยารายบุคคล ส่งให้ร้านยา	รูปแบบที่ 2 รพ.จัดสำรองยา ไว้ที่ร้านยา	รูปแบบที่ 3 ร้านยาดำเนินการ จัดการด้านยาเอง
1.	การคัดเลือก และจัดซื้อ จัดหาสำหรับให้บริการ แก่ผู้ป่วย	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	ร้านยา
2.	การสำรองยาสำหรับ ผู้ป่วย (Sub stock)	โรงพยาบาล	ร้านยา	ร้านยา
3.	การจัดเตรียมยาให้แก่ ผู้ป่วยรายบุคคล	โรงพยาบาล	ร้านยา	ร้านยา
4.	การจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	ร้านยา	ร้านยา	ร้านยา

หมายเหตุ : กรณีเลือกรูปแบบที่ 3 รพ.จะต้องจ่ายค่ายาให้ร้านยาตามระบบและอัตราที่ตกลงร่วมกัน

1 โรงพยาบาลจัดยารายบุคคลให้แก่อร้านยา (Model ที่ 1)

ภายใต้รูปแบบการให้บริการนี้ ผู้ป่วยยังคงต้องเข้าพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาและสั่งยาเหมือนดังปกติ แต่ข้ามขั้นตอนรอรับยาที่โรงพยาบาลเป็นไปรับยาที่ร้านยาที่กำหนดตามนัดแทน โรงพยาบาลยังคงมีบทบาทหน้าที่ในการจัดซื้อจัดหา จัดสำรองยา รับใบสั่งยาจากแพทย์ตามที่ดำเนินการเป็นปกติ รวมถึงคงบทบาทในการจัดยาให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคล เพียงแต่แยกชุดยาของผู้ป่วยในโครงการไว้เพื่อส่งต่อให้แก่เภสัชกรร้านยาในเครือข่ายเป็นผู้ทำการจ่ายยาชุดเดียวกันนี้ให้แก่ผู้ป่วยในวันถัด ๆ ไป ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลารอรับยาที่โรงพยาบาลและยังได้รับการตรวจจากแพทย์ในทุกนัดติดตามการรักษา แต่หมายความว่าผู้ป่วยยังคงต้องเสียเวลาเดินทางและค่าใช้จ่ายเพื่อมายังโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลเป็นภาระงานในการจัดยาให้แก่ผู้ป่วยไม่ได้ลดลง และเป็นการเพิ่มภาระงานในการนัดรับส่งยาแต่ละชุดให้กับร้านยา เภสัชกรร้านยามีภาระในการรับยาแต่ละชุดกับทางโรงพยาบาล

2 โรงพยาบาลจัดสำรองยาไว้ที่ร้านยา หรือ Sub-stock (Model ที่ 2)

ในรูปแบบที่ 2 ผู้ป่วยต้องเข้าพบแพทย์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาและสั่งยาสำหรับช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน ตามการตัดสินใจของแพทย์หรือตามข้อตกลงของโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับใบสั่งยาเพื่อไปติดต่อรับยาที่ร้านยาที่กำหนดตามนัดตลอดช่วงระยะเวลานั้น โรงพยาบาลยังคงมีบทบาทหน้าที่ในการจัดซื้อจัดหา แต่ใช้วิธีแยก stock ยาไปจัดสำรองไว้ที่ร้านยาเครือข่ายแทนเป็นคลังยาย่อย (Sub stock) ทำให้บทบาทของการจัดยาให้แก่ผู้ป่วยรายบุคคลเป็นของเภสัชกรร้านยาในเครือข่าย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลารอรับยาที่โรงพยาบาล ลดจำนวนครั้ง ลด

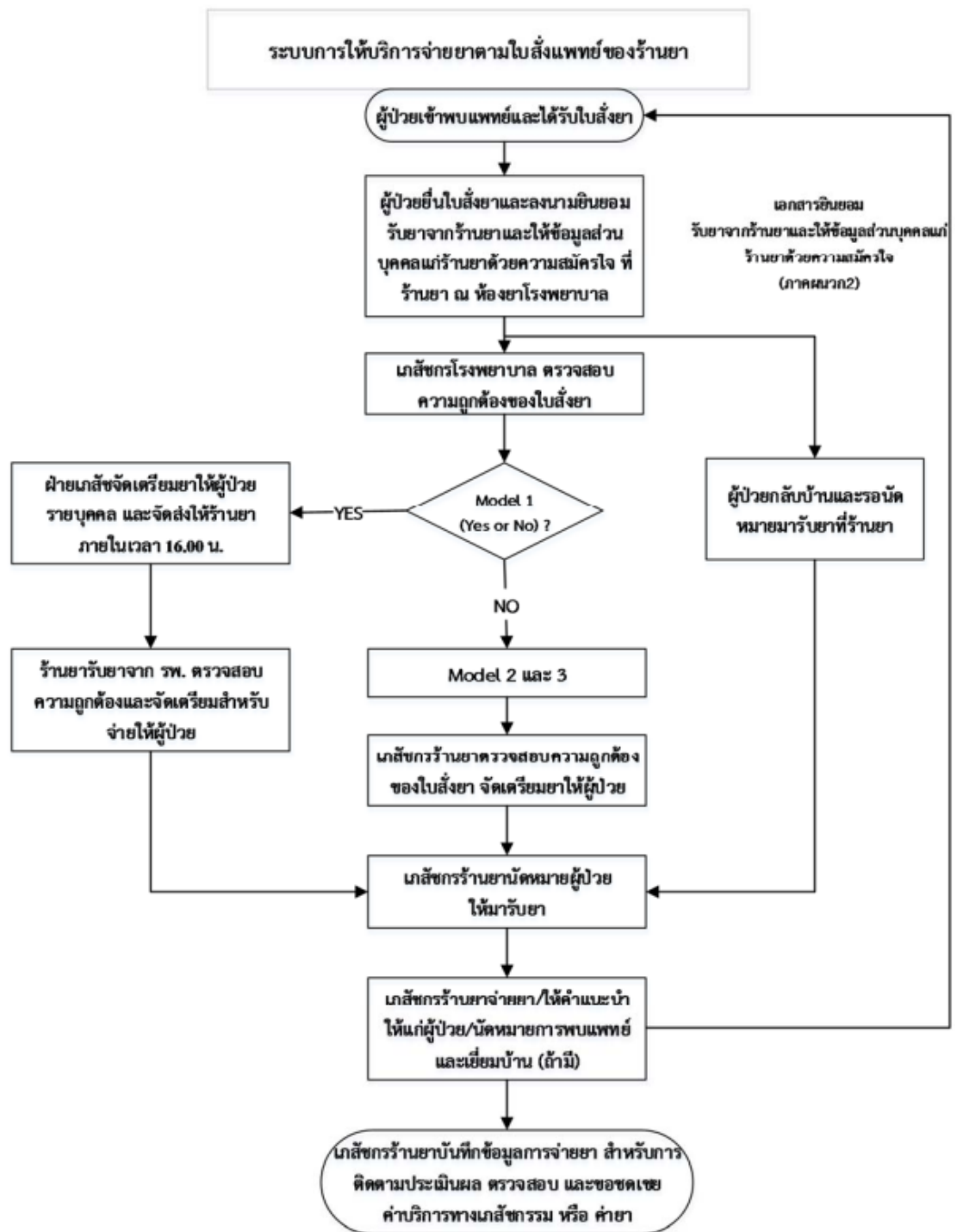
เวลาเดินทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางยังโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลสามารถลดภาระงานในการจัดยาให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายลงได้ แต่ยังคงมีภาระงานนัดรับส่งยาไปสำรองที่ร้านยาและการติดตามจำนวนยาในคลังยาย่อย ร้านยาต้องมีพื้นที่ในการจัดคลังยาย่อย แต่สำหรับเภสัชกรผู้ให้บริการอาจมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์

3 ร้านยาบริหารจัดการด้านยาเอง (Model ที่ 3)

ในรูปแบบที่ 3 นี้ การใช้บริการของผู้ป่วยจะคล้ายกับบริการในรูปแบบที่ 2 คือ เข้าพบแพทย์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาและสั่งยาสำหรับช่วงระยะเวลาหนึ่งตามแต่กำหนด หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับใบสั่งยาเพื่อไปติดต่อรับยาที่ร้านยาที่กำหนดตามนัดตลอดช่วงระยะเวลานั้น จุดที่แตกต่างคือร้านยาจะเป็นผู้บริหารจัดการยาเองทั้งหมด ตั้งแต่การจัดซื้อจัดหา ยา การจัดสำรองยา และจัดยาพร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรายบุคคล ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลารอรับยาที่โรงพยาบาล ลดจำนวนครั้ง ลดเวลาเดินทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางยังโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่มีการะงานเพิ่มขึ้นจากการจัดบริการนี้ รวมทั้งลดภาระงานลงจากจำนวนผู้ป่วยที่ไปรอรับยาที่ร้านยาเครือข่าย แต่อาจมีผลกระทบในแง่ของงบประมาณรายหัวที่อาจต้องแบ่งออกมาให้ร้านยาในการจัดซื้อจัดหา ยา แทน สำหรับร้านยา รูปแบบนี้จะมีความคล่องตัวสูงที่สุดในการบริหารคลังยาเพราะขั้นตอนไม่ผูกกับโรงพยาบาล แต่อาจมีอุปสรรคจากข้อตกลงในเรื่องของยี่ห้อยาที่ต้องเหมือนกันกับทางโรงพยาบาล ทั้งการจัดพื้นที่สำรองยาที่เพิ่มขึ้นหรือติดต่อกับบริษัทยาหรือผู้ค้าส่งเจ้าอื่นที่ไม่เคยติดต่อหรือรับยี่ห้อเดียวกันนี้มาก่อน แต่สิ่งที่เป็นประเด็นปัญหามากที่สุดคือการทำอย่างไรให้ร้านยาที่จะต้องใช้งบประมาณก่อนเดี๋ยวก่อนกับโรงพยาบาลที่แบ่งมาสามารถจัดซื้อจัดหา ยาได้ในราคาเดียวกันกับโรงพยาบาลเคยซื้อ เพราะโดยทั่วไปราคายาที่โรงพยาบาลซื้อได้และราคายาที่ร้านยาซื้อได้มีความแตกต่างกันมากเนื่องจากการกำลังการซื้อที่ต่างกันและไม่มีมาตรการควบคุมราคาขายในประเทศ⁽¹⁴⁾

ในปัจจุบันโครงการที่ดำเนินการมีอยู่มีเพียง 2 รูปแบบแรกเท่านั้น และด้วยลักษณะของการบริหารจัดการด้านยาที่ยังคงขึ้นกับโรงพยาบาล จึงอาจพบปัญหาในเรื่องของภาระงานของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและการขาดความคล่องตัวในการบริหารจัดการของร้านยา รูปแบบการบริหารจัดการที่จะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้จึงเป็นโครงการในรูปแบบที่ 3 ที่ร้านยาดำเนินการบริหารจัดการด้านยาได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม โครงการในรูปแบบนี้มีอุปสรรคที่ทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น ปัญหาจากการที่รูปแบบที่ 3 นี้โรงพยาบาลจะต้องจ่ายค่ายาให้ร้านยาเองตามระบบและอัตราที่ตกลงร่วมกัน ซึ่งความแตกต่างของราคาขายที่ซื้อได้ระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาทำให้การกำหนดอัตราร่วมกันเป็นไปได้ยาก รวมทั้งปัญหาจากยี่ห้อยาที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา เป็นต้น

ภาพที่ 2 แนวทางการให้บริการในโครงการ



รูปแบบการสั่งยาโดยเภสัชกร

ระบบบริการทางสุขภาพประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลายซึ่งมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน โดยมียาเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในบริการทางสุขภาพ โดยทั่วไปสิทธิในการสั่งยา (Prescribing rights) เป็นหนึ่งในบทบาทและความรับผิดชอบหลักของแพทย์ ที่จะต้องพิจารณาลักษณะอาการของผู้ป่วย ให้การวินิจฉัยโรค และสั่งยาเพื่อการรักษาในลักษณะของการเขียนใบสั่งยา ในขณะที่เภสัชกรจะมีบทบาทเป็นผู้รับคำสั่งและจ่ายยาตามที่ปรากฏในใบสั่งยา อย่างไรก็ตามได้มีการทบทวนวรรณกรรมถึงสิทธิในการสั่งยาและรูปแบบการสั่งยาโดยเภสัชกรในระดับสากล พบว่ามีด้วยกัน 8 รูปแบบ⁽¹⁵⁾ ดังต่อไปนี้

1) การสั่งยาโดยอิสระ (Independent prescribing)

เป็นการสั่งยาที่เภสัชกรมีอำนาจในการให้การวินิจฉัยโรค สั่งยา และจ่ายยาทุกชนิดด้วยตนเองทั้งหมด เป็นผู้รับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว โดยการสั่งยาโดยอิสระนี้เป็นบทบาทของแพทย์ ยังไม่พบว่ามีให้นำมาปฏิบัติจริงในเภสัชกร

2) การสั่งยาโดยได้รับมอบอำนาจ (Dependent prescribing)

เป็นการสั่งจ่ายยาที่ผู้สั่งยาได้รับมอบอำนาจจากผู้สั่งยาโดยอิสระอีกทอดหนึ่ง ภายใต้ข้อตกลงและเงื่อนไขที่กำหนดขึ้นระหว่างผู้สั่งยาอิสระและผู้สั่งยาที่ได้รับมอบอำนาจ โดยมีมาตรการหรือแนวทางในการรักษาที่ชัดเจนเป็นขอบเขตและความรับผิดชอบในการใช้อำนาจสั่งยาของผู้ได้รับมอบ เช่น เภสัชกรเป็นผู้ได้รับมอบอำนาจในการสั่งยาจากแพทย์ซึ่งเป็นผู้สั่งยาโดยอิสระ ทั้งนี้รูปแบบของการสั่งยาโดยได้รับมอบอำนาจประกอบไปด้วย

2.1) การสั่งยาตามมาตรการการรักษา (Prescribing by protocol)

การสั่งยาภายใต้มาตรการการรักษาที่กำหนดอย่างละเอียดและชัดเจนตั้งแต่ชนิดของโรค ยาที่ใช้ในการรักษา แนวทางการตัดสินใจ การตกลงกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร การกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละฝ่าย ระบบเอกสารและการบันทึกผล การติดตามการรักษา นโยบายสำหรับทบทวนแก้ไขมาตรการในอนาคต

2.2) การสั่งยาตามกลุ่มโรค (Patient group directions)

เป็นการสั่งยาภายใต้กลุ่มโรคที่มีการกำหนดไว้ล่วงหน้าให้เภสัชกรสามารถสั่งยาและจ่ายยาได้ทันทีโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยพบแพทย์ก่อน โดยมีการกำหนดกรอบรายการยา รูปแบบยา ปริมาณยา การบริหารยา ความถี่ในการให้ยา ระยะเวลาในการรักษา ข้อควรระวัง และแนวทางการติดตามการรักษา กลุ่มโรคเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยในสถานะเร่งด่วนฉุกเฉิน เช่น การสั่งใช้ยาฮอร์โมนคุมกำเนิดในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น รูปแบบการสั่งยานี้มีใช้ในสหราชอาณาจักร

2.2) การสั่งยาตามบัญชียา (prescribing by formulary)

อำนาจของการสั่งยาที่ตั้งขึ้นจากกรอบบัญชียาที่กำหนด โดยระบุโรคที่สามารถรักษาได้ ข้อจำกัดในการรักษา และเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วย โดยการสั่งยาตามบัญชียาจะมีความเข้มงวดที่น้อยกว่าการสั่งยาตามมาตรการการรักษา

2.3) การสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ (Prescribing by patient referral)

เป็นรูปแบบการสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากแพทย์ผู้วินิจฉัยมายังเภสัชกรเพื่อให้ดูแล ตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ยา ให้ได้ผลลัพธ์ในการรักษาตามที่ต้องการ โดยการสั่งยาในลักษณะของการรับการส่งต่อนี้มักปรากฏในงานบริการผู้ป่วยนอกเป็นหลัก

2.4) การสั่งยาซ้ำ (Repeat prescribing)

เป็นรูปแบบที่แพทย์กำหนดให้เภสัชกรมีอำนาจในการจ่ายยาเดิมต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยที่ยาใกล้หมด ก่อนถึงกำหนดนัดติดตามการรักษากับแพทย์ โดยนอกจากการจ่ายยาเดิมให้แก่ผู้ป่วยจนเพียงพอสำหรับนัด ครั้งถัดไป เภสัชกรยังมีบทบาทในการค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และปรึกษากับแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยในกรณีที่พบปัญหา

รูปแบบการสั่งยาซ้ำนี้ถูกนำมาใช้เป็นหลักในการบริการสำหรับโครงการลดแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย โดยกำหนดให้เภสัชกรร้านยาเป็นผู้มีอำนาจในการเติมยาต่อเนื่องและให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยมีแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเป็นผู้ให้อำนาจในฐานะของผู้สั่งยาอิสระ

2.5) การสั่งยาในฐานะผู้สั่งยาเสริม (Supplementary prescribing)

เป็นรูปแบบการสั่งยาที่เกิดขึ้นโดยการตกลงกันด้วยความสมัครใจระหว่างผู้สั่งยาอิสระหรือแพทย์กับผู้ที่ได้รับอำนาจในการสั่งยา เช่น เภสัชกร หรือพยาบาลในฐานะของผู้สั่งยาเสริมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายร่วมกัน โดยมีแผนการรักษาที่ออกแบบร่วมกันเพื่อผู้ป่วยเฉพาะรายนี้ (Patient-specific clinical management plan) เป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารระหว่างกัน ทั้งนี้ข้อมูลของผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกส่งต่อไปมาระหว่างผู้สั่งยาทั้งสอง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเริ่มสั่งยา แพทย์เป็นผู้เริ่มรักษา ส่วนเภสัชกรทำหน้าที่ในการการดูแลติดตามแผนการรักษาเฉพาะ อาจเสนอให้ปรับเปลี่ยนยา หรือส่งกลับผู้ป่วยไปยังแพทย์เมื่อจำเป็น

3) การสั่งยาร่วมกันเป็นทีม (Collaborative prescribing models)

เป็นลักษณะการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างวิชาชีพ โดยมีแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรคและตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา มีเภสัชกรทำหน้าที่ในการเลือกยา จ่ายยา ติดตามผลการรักษา สั่งให้ยาต่อหรือหยุดยาในกรณีที่จำเป็น การตัดสินใจต่าง ๆ มีการรับรู้ร่วมกัน ทั้งแพทย์และเภสัชกรมีความรับผิดชอบต่อการรักษาที่เท่ากัน

บทที่ 3 การดำเนินงานวิจัย

การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการรับยาใกล้บ้านนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การศึกษารูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ

ประกอบด้วยการศึกษาการศึกษาระบบเดิมยาและเติมยาต่อเนื่องโดยร้านยาในต่างประเทศเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการรับยาใกล้บ้าน

การศึกษาระบบเดิมยาและเติมยาต่อเนื่องโดยร้านยาในต่างประเทศจำนวน 5 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ และเยอรมนีด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง (literature review) ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ที่เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย ใน 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ภาพรวมของระบบสุขภาพ ระบบเดิมยาและเติมยาต่อเนื่องโดยร้านยา ระบบชำระเงินคืน ระบบค่าตอบแทนวิชาชีพ และระบบร่วมจ่ายของผู้ป่วย

หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และพัฒนาเป็นรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง

การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ

ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Structured in-depth interview) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการ เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีแต่รูปแบบที่เป็นไปได้ในแต่ละรูปแบบเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ (Stakeholders) จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) ผู้กำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบโครงการ ได้แก่ ผู้แทนจากกองบริหารการสาธารณสุข และผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) วิชาชีพ ได้แก่ ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)
- 3) ผู้ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้แทนฝ่ายบริหารและเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3 แห่ง
- 4) ผู้ปฏิบัติงานในระดับร้านยา ได้แก่ เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 3 แห่ง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
---------------	-------------------------

ผู้กำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบโครงการ	
1) ผู้แทนจากกองบริหารการสาธารณสุขในระดับผู้กำหนดนโยบาย	1
2) ผู้แทนจากกองบริหารการสาธารณสุขในระดับผู้รับผิดชอบโครงการ	1
3) ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับผู้กำหนดนโยบาย	1
4) ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับผู้รับผิดชอบโครงการ	1
ภาควิชาชีพ	
5) ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	1
6) ผู้แทนสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)	1
ผู้ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาล	
7) ผู้แทนจากฝ่ายบริหารในโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการ	3
8) เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการ	3
ผู้ปฏิบัติงานในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ	
9) เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ	3
รวม	15

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายเงินในโครงการ การวัดความคิดเห็นใช้เป็นมาตรวัด 6 ระดับ ประกอบด้วย “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)” “ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน)” “ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (3 คะแนน)” “ค่อนข้างเห็นด้วย (4 คะแนน)” “เห็นด้วย (5 คะแนน)” และ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน)” พร้อมทั้งขอให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้เหตุผลและรายละเอียดเพิ่มเติมในทุกข้อคำถาม แบบสอบถามแสดงในภาคผนวก

การวิเคราะห์ข้อมูลและเครื่องมือทางสถิติ

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์และนำเสนอความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และค่าสัมประสิทธิ์การแปรปรวน (Coefficient of Variation) ประกอบกับค่าฐานนิยม (Mode) และร้อยละของจำนวนผู้ให้ความคิดเห็น (Percentage) และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในการวิเคราะห์เหตุผลและรายละเอียดเพิ่มเติมประกอบ เครื่องมือที่ใช้ในการคำนวณทางสถิติคือ Microsoft Office Excel 2016

กรอบระยะเวลาในการดำเนินการ

กิจกรรม	เดือน (พ.ศ.2563)							
	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.
การศึกษารูปแบบที่เป็นไปได้ด้วยการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง	√	√	√	√	√	√		
การศึกษาแบบที่เหมาะสมด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก						√	√	√

วิเคราะห์และสรุปผล							√	√
นำเสนอผลงาน								√

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษาระบบเดมยาและเดมยาต่อเนื่องในร้านยาในต่างประเทศ

1. สหราชอาณาจักร

1.1) ภาพรวมระบบสุขภาพ

สหราชอาณาจักร (United Kingdom) หรือชื่อเต็มคือสหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) เป็นการรวมตัวของ 4 ดินแดน ได้แก่ อังกฤษ (England) สกอตแลนด์ (Scotland) เวลส์ (Wales) และไอร์แลนด์เหนือ (Northern Ireland) ซึ่งได้มีการจัดตั้งองค์กรที่ให้การดูแลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เรียกว่า National Health Service (NHS) ตั้งแต่ปีค.ศ. 1948 เนื่องจากทั้ง 4 ดินแดนมีระบบรัฐบาลเป็นของตนเองทำให้องค์กรและนโยบายการให้บริการทางสุขภาพมีความแตกต่างกันออกไปในรายละเอียด แต่ในภาพรวมประชาชนภายใต้ระบบ NHS จะต้องลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ (General practice) ซึ่งอาจประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล และเภสัชกรที่ช่วยกันให้บริการทางสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย สำหรับหน่วยบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาล จะมีหน้าที่ในการรับส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิในรายที่ความจำเป็นต้องการรับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ(16)

สำหรับร้านยานั้นเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจากภาคเอกชน ร้านยาทุกร้านต้องมีเภสัชกรประจำการ โดยอาจเป็นเจ้าของกิจการเองหรือได้รับการว่าจ้างให้มาประจำการ แม้เป็นหน่วยงานเอกชน แต่ร้านยาสามารถเลือกเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการในระบบสุขภาพแห่งชาติได้โดยขึ้นทะเบียนเป็นร้านยาผู้ทำสัญญากับทาง NHS โดยมีหน้าที่หลักในการให้บริการจ่ายยาให้ผู้ป่วยในระบบ NHS prescription ที่ประกอบไปด้วยการจ่ายยาตามใบสั่งยา (Prescription medications) และการจ่ายยานอกเหนือใบสั่งยา (Over-the-counter; OTC) สำหรับ OTC แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ ยาที่เภสัชกรจ่ายได้เท่านั้น (Pharmacy medicines; P) และยาที่สามารถขายได้ทั่วไป (General sales list product; GSL) ทั้งนี้ร้านยาในระบบจะได้รับเงินค่ายาคืน (Reimbursement) จากการจ่ายยาตามใบสั่งยา ทั้งในส่วนของคุณค่าและค่าธรรมเนียมวิชาชีพ(17) โดยเฉลี่ยรายได้ส่วนใหญ่ของร้านยาในระบบ 80% มาจากการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาโดย NHS(16)

1.2) รูปแบบบริการเดมยาและเดมยาต่อเนื่อง

สหราชอาณาจักรมีรูปแบบบริการเดมยาและเดมยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 รูปแบบ ได้แก่ การให้บริการสั่งยาต่อเนื่อง (Repeat prescription) และการจ่ายยาต่อเนื่อง (Repeat dispensing)(18) บริการสั่งยาต่อเนื่องนั้นมีลักษณะคล้ายกับรูปแบบที่ 1 ของโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของประเทศไทย คือ ผู้ป่วยรับใบสั่งยาใหม่ทุกครั้งที่ยังยา โดยผู้ป่วยลงทะเบียนเข้าร่วมใช้บริการสั่งยาต่อเนื่องกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อน จากนั้นเมื่อผู้ป่วยต้องการรับยาให้ผู้ป่วยเดินทางไปยังหน่วยบริการของตน แจ้งกับพนักงานเพื่อขอรับใบสั่งยา แพทย์มีหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูล หากไม่มีปัญหาที่จำเป็นต่อการติดตามผลการรักษาเพิ่มเติม ผู้ป่วยจะได้รับใบสั่งยาเพื่อนำใบสั่งยาที่ได้ไปรับยากับเภสัชกรที่ร้านยา ภายหลังมีการพัฒนาระบบบริการสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (The Electronic Prescription Service; EPS) และนำมาสู่การประยุกต์ใช้กับระบบสั่งยาต่อเนื่องโดยผู้ป่วยสามารถเลือกลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันเพื่อเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตนมีชื่อและเลือกร้านยาที่ตนต้องการไปรับยา จากนั้นผู้ป่วยจะสามารถทำการขอรับยาได้ผ่านทางเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันได้โดยตรง คำขอจะถูกตรวจสอบโดยแพทย์เจ้าของไข้ และอนุมัติหากไม่พบปัญหาที่จำเป็นต่อ

การติดตามผลการรักษา ข้อมูลของใบสั่งยาที่ได้รับการอนุมัติแล้วจะถูกส่งไปยังร้านยาที่ผู้ป่วยเลือกไว้ให้เภสัชกรประจำร้านยาเตรียมจ่ายยาเมื่อผู้ป่วยมาถึง ในเหตุจำเป็นที่ผู้ป่วยสะดวกไปรับยาที่ร้านยาอื่นที่ตนไม่ได้เลือกไว้แต่แรกสามารถพิมพ์ข้อมูลใบสั่งยาจากระบบ EPS ไปแสดงที่ร้านยานั้น ๆ ได้ หรือผู้ป่วยอาจเลือกใช้บริการรับส่งยาโดยผู้ให้บริการเอกชน(19) ด้วยระบบ EPS จึงทำให้ผู้ป่วยจะสามารถเข้าไปรับยาที่ร้านยาได้โดยไม่ต้องไม่ไปรับใบสั่งยาจากแพทย์ที่สถานพยาบาลก่อน

สำหรับบริการจ่ายยาต่อเนื่อง (Repeat dispensing) นั้นมีลักษณะคล้ายกับรูปแบบที่ 2 ของโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ของประเทศไทย คือ หนึ่งใบสั่งยาสามารถรับยาได้หลายครั้ง โดยเน้นบริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่แต่ต้องรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานานให้สามารถรับยาที่ร้านยาได้อย่างต่อเนื่องด้วยใบสั่งยาเพียงใบเดียวในระยะเวลาที่แพทย์กำหนด ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องขอรับใบสั่งยาทุกครั้งก่อนก็สามารถไปรับยาจากร้านยาได้โดยทันที ผู้ป่วยสามารถใช้บริการนี้ได้ผ่านทางระบบ Electronic Repeat Dispensing (eRD)(20) อย่างไรก็ตามแม้ว่า NHS จะพยายามผลักดันให้ผู้ป่วยใช้ระบบ EPS ในการสั่งรับยาแต่ยังมีปัญหาการเข้าถึงที่น้อยทั้งจากปัญหาของการเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตและปัญหาจากตัวผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่สะดวกในการใช้งานโดยพบว่า มีเพียง 30% ของผู้ป่วยที่รับรู้ระบบ EPS และมีเพียง 11% ที่ใช้งาน(18)

1.3) การจ่ายชดเชยค่ายา

การจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยาในสหราชอาณาจักรนั้น สำหรับยาต้นแบบ (Original medicines, Branded medicines) ใช้การอ้างอิงจากราคาที่ในบัญชียา NHS list price ที่บริษัทยาต้องเสนอราคาภายใต้กฎหมายระหว่าง Voluntary Pricing and Access Scheme (VPAS) หรือ Statutory Scheme สำหรับ VPAS นั้นเป็นข้อตกลงระหว่างกระทรวงสุขภาพและการดูแลสังคม (Department of Health and Social Care; DHSC) กับสมาคมอุตสาหกรรมยาแห่งบริติช (the Association of the British Pharmaceutical Industry) โดย DHSC เป็นผู้อนุมัติการเปลี่ยนแปลงราคา ยาควบคุมอัตราการเติบโตของยอดขายและส่วนต่างกำไรของบริษัทยา บริษัทยาที่ผลิตยาชนิดใหม่ได้จะสามารถตั้งราคาได้อย่างอิสระในช่วง 36 เดือนแรกของการปล่อยผลิตภัณฑ์สู่ท้องตลาด อย่างไรก็ตามหากบริษัทยาต้องการให้ยาได้เข้าสู่บัญชี NHS list price บริษัทยาจะต้องตั้งราคาที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ซึ่งจะถูกประเมินโดยสถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ (National Institute for Health and Clinical Excellence; NICE) สำหรับบริษัทยาที่ไม่เข้าร่วม VPAS จะถูกควบคุมภายใต้ข้อกำหนด Statutory Scheme ที่ไม่จำกัดอัตราการเติบโตของยอดขายและส่วนต่างกำไรบริษัท แต่บริษัทยาต้องจ่ายเงินคืนให้แก่กระทรวงในอัตราที่กำหนดตามยอดขายสุทธิแทน ส่วนการตั้งหรือปรับเปลี่ยนราคายังต้องอาศัยได้รับอนุมัติจาก DHSC เช่นเดิม สำหรับยาชื่อสามัญ (generic medicines) จะชดเชยค่ายาคืนให้ร้านยาตามราคาที่ระบุใน Drug tariff ที่ใช้การสำรวจข้อมูลของแต่ละบริษัทยาเพื่อกำหนดและปรับเปลี่ยนราคาทุกเดือน ราคาที่นำมาอ้างอิงคือค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักตามปริมาณที่บรรจุ (Volume-weighted average) ของราคาผู้ผลิตยาแต่ละยี่ห้อในกลุ่มยาเดียวกัน และบวกส่วนเพิ่มให้แก่ร้านยาตามข้อตกลงระหว่าง DHSC และ Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) ที่เป็นตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพ ที่มีการตกลงกันทุกปีเพื่อให้ร้านยาในประเทศได้กำไรที่เหมาะสม โดยทั่วไปราคา ยาแต่ละรายการจะบวกเพิ่มราว 100% จากราคาผู้ผลิต เช่น ยาราคา 1 ปอนด์สเตอร์ลิง ร้านยาจะได้รับเงินคืนที่ 2 ปอนด์สเตอร์ลิง ดังนั้นร้านยาจะได้กำไรมากขึ้นหากต่อรองราคาได้ถูกลง ราคาขายชื่อสามัญจึงถูกควบคุมผ่านกลไกการแข่งขันระหว่างบริษัทยาที่เสนอขายยาให้แก่ร้านยา (21,22)

1.4) การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ

เภสัชกรในร้านยาจะได้รับค่าตอบแทนการบริการ เรียก Single activity fee(23,24) โดยคิดตามจำนวนของยาที่จ่าย ในปัจจุบันมีอัตราค่าตอบแทนอยู่ที่ 1.29 ปอนด์สเตอร์ลิงต่อรายการยาที่จ่าย(25)

1.5) การร่วมจ่ายของผู้ป่วย

สหราชอาณาจักรใช้ระบบร่วมจ่าย (Co-payment) ในผู้ป่วยที่รับยาจากหน่วยบริการสุขภาพในอัตราคงที่ตามจำนวนชนิดของยาที่ถูกจ่าย(26) ปัจจุบันอยู่ที่ 9.15 ปอนด์สเตอร์ลิงต่อชนิดยาที่จ่าย(25) โดยยกเว้นการเรียกเก็บในผู้ป่วยบางกลุ่มหรือยาบางชนิด(27) ในกรณีของผู้ป่วยที่ต้องรับยาปริมาณมากและเป็นเวลานานต่อเนื่องสามารถเหมาจ่าย (Prescription Prepayment Certificate) ราย 3 เดือนที่ 29.65 ปอนด์สเตอร์ลิงและเหมาจ่ายรายปี 105.90 ปอนด์สเตอร์ลิง(28)

2. ออสเตรเลีย

2.1) ภาพรวมระบบสุขภาพ

ออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้ครอบคลุมประชากรทุกคน เรียก ระบบ Medicare โดยมีระบบประกันสุขภาพเอกชน (Private health insurance) เป็นทางเลือกเสริมให้แก่ประชาชนที่สนใจ ภายใต้ระบบ Medicare ประชาชนจะได้รับ Medicare card ที่ทำให้เข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพได้สองส่วนคือ ชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (Medical Benefits Scheme: MBS) ที่ดูแลค่าใช้จ่ายจากบริการทางการแพทย์ และชุดสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Benefits Scheme: PBS) ที่ดูแลค่าใช้จ่ายจากยาและเวชภัณฑ์ โดยมีคณะกรรมการให้คำแนะนำชุดสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม The Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขถึงยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ควรได้รับการบรรจุเข้าใน PBS การสั่งยาในระบบ PBS ต้องกระทำโดยแพทย์ ทันตแพทย์ หรือพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณสมบัติ เช่นเดียวกับเภสัชกรที่ต้องได้รับการรับรองคุณสมบัติเป็นผู้จ่ายยา ร้านยาจะได้รับเงินชดเชยค่ายาคืน และค่าธรรมเนียมปฏิบัติต่าง ๆ จากการให้บริการในระบบ โดยมีองค์กรวิชาชีพ (The Pharmacy Guild of Australia) ทำหน้าที่เจรจาต่อรองอัตราเงินคืนและค่าบริการที่เภสัชกรร้านยาจะได้รับจากรัฐบาล(29) ผลิตภัณฑ์ยาอยู่ภายใต้การดูแลของ Therapeutic Goods Administration (TGA) หน่วยงานกลางที่ดูแลเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยแบ่งยาออกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่ต้องมีใบสั่งยาเท่านั้น (Schedule 4 (S4); prescription only) ยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกรเท่านั้น (Schedule 3 (S3), pharmacist only) ยาที่จำหน่ายได้ในร้านยาเท่านั้น (Schedule 2 (S2); pharmacy medicine) และยาที่สามารถขายได้ทั่วไป (unscheduled) ยาในกลุ่ม S2 และ S3 อาจเรียก over-the-counter medicine ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจะต้องร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนด และคำนวณสะสมไว้ เมื่อยอดสะสมสูงถึงเพดานสูงสุดในแต่ละปี ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงยาได้ในอัตราร่วมจ่ายที่ถูกลงหรือเข้าถึงได้ฟรี (co-payment and safety-net)(30)

2.2) รูปแบบบริการเติมยาและเติมยาต่อเนื่อง

ออสเตรเลียมีการให้บริการสั่งยาต่อเนื่อง (Repeat prescription) โดยการสั่งยาในแต่ละครั้งแพทย์ต้องกรอกรายละเอียดลงในใบสั่งยา เช่น ชื่อแพทย์ผู้สั่ง ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา รูปแบบยา ขนาดความแรง จำนวนยา และจำนวนครั้งที่สั่งจ่าย เป็นต้น จำนวนยาที่จ่ายได้ในแต่ละครั้งและจำนวนครั้งที่สั่งจ่ายได้ในใบสั่งยาถูกกำหนดไว้เป็น 2 กรณี(31) ได้แก่

- กรณีแพทย์สั่งยาต่อเนื่องตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป แต่ละครั้งที่จ่ายยาต้องห่างกันอย่างน้อย 20 วัน
- กรณีอื่น ๆ แต่ละครั้งที่จ่ายยาต้องห่างกันอย่างน้อย 4 วัน

โดยแต่ละครั้งแพทย์สามารถสั่งจ่ายยาต่อเนื่องได้สูงสุดไม่เกิน 6 เดือน ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการรับยาต่อเนื่อง ก่อนถึงเวลาที่กำหนดจะต้องร่วมจ่ายเต็มจำนวนและการร่วมจ่ายนั้นจะไม่ถูกรวมเข้าในการคำนวณ สะสมเป็นเพดานสูงสุด(32)

2.3) การจ่ายชดเชยค่ายา

ยาและเวชภัณฑ์ในประเทศออสเตรเลียนั้นอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐผ่านระบบ PBS โดยมี คณะกรรมการให้คำแนะนำชุดสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม PBAC เป็นผู้ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีกระทรวง สาธารณสุขถึงความเหมาะสมของยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ควรบรรจุเข้าระบบ โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ทางคลินิก และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เมื่อเห็นว่ายานั้นเหมาะสมจะมีการต่อรองราคาระหว่างกระทรวง สาธารณสุขกับผู้ผลิต โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับยาที่มีราคาต่ำที่สุดในกลุ่มเดียวกัน (Reference pricing policy)(29)

สำหรับการจ่ายชดเชยค่ายาให้แก่เภสัชกรร้านยาจะมีการกำหนดเป็นบัญชียาในระบบ PBS ราคา ชดเชยมาจากราคาทุนจากผู้ผลิตบวกส่วนเพิ่มจากผู้ค้าส่ง (Wholesale mark-up) (10% สำหรับยาที่ราคาทุน ไม่เกิน 930.06 ดอลลาร์ออสเตรเลียและ 69.94 ดอลลาร์ออสเตรเลียสำหรับยาที่มีราคาทุนสูงกว่า 930.06 ดอลลาร์ออสเตรเลีย) รวมกับค่าบริการจัดการ (Administration, Handling and Infrastructure fee; AHI fee)(33) ซึ่งคิดจากราคายาหลังบวกส่วนเพิ่มจากผู้ค้าส่ง รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าบริหารจัดการ (AHI fee)

ลำดับ	ราคา (ราคาทุนบวกส่วนเพิ่มจากผู้ค้าส่ง)*	ค่าบริการจัดการ (AHI fee)*
1	ต่ำกว่า 180.00 ดอลลาร์ออสเตรเลีย	4.09 ดอลลาร์ออสเตรเลีย
2	ตั้งแต่ 180.00 ถึง 2,089.71 ดอลลาร์ออสเตรเลีย	4.09 ดอลลาร์ออสเตรเลีย บวก 3.5% จากส่วนที่เกิน 180.00 ดอลลาร์ออสเตรเลีย
3	สูงกว่า 2,089.71 ดอลลาร์ออสเตรเลีย	74.79 ดอลลาร์ออสเตรเลีย

* คิดต่อปริมาณผลิตภัณฑ์สูงสุดของแต่ละผลิตภัณฑ์ (maximum quantity of a listed brand)

2.4) ค่าตอบแทนวิชาชีพ

เภสัชกรได้รับค่าธรรมเนียมการจ่ายยา (Dispensing fee) คิดตามจำนวนใบสั่งยา แบ่งตามประเภท ได้แก่ ใบสั่งยาทั่วไป 7.39 ดอลลาร์ออสเตรเลีย ใบสั่งยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย 9.43 ดอลลาร์ออสเตรเลีย และใบสั่งยาอันตราย หรือยาที่มีฤทธิ์เสพติด 3.11 ดอลลาร์ออสเตรเลีย(34)

2.5) การร่วมจ่ายของผู้ป่วย

ภายใต้ระบบ Medicare ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่ายาในแต่ละครั้งที่รับยา โดยปริมาณที่เรียกเก็บจะ แตกต่างกันไปในแต่ละรายการยาตามที่กำหนด เรียก Dispensed Price for Maximum Quantity (DPMQ) ซึ่งแบ่งออกมาเป็นสองช่วงราคาสำหรับยาต้นแบบ (DPMQ for brand supplied) และยาชื่อสามัญ (DPMQ for base price brand) โดยยาต้นแบบจะมี DPMQ ที่สูงกว่ายาชื่อสามัญ เรียกส่วนต่างนั้นว่า Brand premium(35)

การคำนวณค่าร่วมจ่ายนั้นจะคิดจาก DPMQ ของยาชื่อสามัญรวมกันในหนึ่งใบสั่งยา โดยเรียกเก็บได้สูงสุด ไม่เกิน 41 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อใบสั่งยา แต่ในกรณีที่ค่าร่วมจ่ายนั้นไม่ถึงยอดสูงสุดที่กำหนด ผู้ป่วยอาจถูก เรียกเก็บเพิ่มเป็นค่า additional patient charge ที่เรียกเก็บได้สูงสุดไม่เกิน 4.60 ดอลลาร์ออสเตรเลีย เพื่อให้ถึงวงเงินสูงสุด สำหรับผู้ป่วยที่เลือกรับยาต้นแบบนอกจากค่าร่วมจ่ายแล้วผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่าส่วนต่าง brand premium เพิ่มเติมด้วยตนเอง (34,35)

ทุกการร่วมจ่ายของผู้ป่วยจะถูกคำนวณสะสมไว้เป็นเพดานสูงสุด (safety-net) โดยคำนวณรวมทั้งครอบครัว ได้แก่ ผู้ป่วย คู่สมรส และบุตร เมื่อยอดสะสมสูงถึงเพดานที่กำหนดผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงยาได้ในราคาการร่วมจ่ายที่ถูกลง ในปัจจุบันเพดานสูงสุดอยู่ที่ 1,486.80 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อปี เมื่อยอดสะสมสูงถึงเพดานสูงสุดผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงยาได้ในอัตราส่วนร่วมจ่ายสูงสุดที่ 6.60 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อใบสั่งยา เรียก concessional rate ภายในระยะเวลาที่เหลือในปีนั้น(34,36)

ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (concessional patients) เช่น ข้าราชการบำนาญ บุคคลวัยเกษียณ จะสามารถเข้าถึงยาได้ในอัตราส่วนร่วมจ่ายสูงสุดที่ 6.60 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อใบสั่งยา หรือ concessional rate ทุกการร่วมจ่ายจะถูกคำนวณสะสมเป็นเพดานสูงสุดที่ 316.80 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อปี เมื่อยอดสะสมสูงถึงเพดานสูงสุดผู้ป่วยกลุ่มพิเศษนี้จะสามารถเข้าถึงยาได้ฟรี โดยไม่รวมค่าใช้จ่ายพิเศษเช่น Brand premium(35)

3. สหรัฐอเมริกา

3.1) ภาพรวมระบบสุขภาพ

สหรัฐอเมริกาคือประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพหลากหลาย โดยมีประกันสุขภาพจากภาคเอกชนเป็นระบบใหญ่ที่ครอบคลุมประชากรราว 70% สหรัฐอเมริกามีประกันสุขภาพโดยจัดขึ้นโดยรัฐ 2 โครงการ ครอบคลุมประชากรราว 26% ได้แก่ Medicare ที่เป็นระบบหลัก และ Medicaid ที่เน้นให้ดูแลในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย(37) สำหรับ Medicare นั้นเน้นให้ความดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการไม่จำกัดช่วงอายุ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งแบ่งเป็น Part A ที่ดูแลการรักษาผู้ป่วยใน Part B สำหรับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก Part C ที่เป็นการทำข้อตกลงกับบริษัทประกันสุขภาพโดย Medicare จ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายต่อคนต่อปีให้แก่บริษัทประกัน แลกกับบริษัทประกันต้องให้การดูแลผู้มีสิทธิในระดับที่เทียบเท่าบริการจาก Part A, B และ D พร้อมกับมีบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกซื้อได้ และ Part D ที่เป็นชุดสิทธิประโยชน์ทางยาที่บริษัทประกันเอกชนหรือองค์กรที่เรียกว่า Pharmacy benefit manager (PBM) ที่เป็นองค์กรกลางระหว่างบริษัทประกัน ผู้ผลิตยา และร้านยาเป็นผู้จัดทำบัญชียาใน Part D เอง(38) ซึ่งครอบคลุมทั้งยาชื่อสามัญและยาดันแบบ แต่การเข้าถึงยาจะขึ้นกับระดับของบริการ (Tiers) ที่ผู้ป่วยเลือกซื้อ ยิ่งระดับของบริการสูง ค่าร่วมจ่ายจะยิ่งสูง แต่จะสามารถเข้าถึงยาดันแบบหรือในราคาสูงขึ้นได้มากขึ้น(39) โดยทั่วไปหลังจากผู้ป่วยได้รับใบสั่งยาจากแพทย์ ผู้ป่วยจะสามารถนำใบสั่งยานั้นไปรับยาได้จากเภสัชกรในร้านยาเป็นช่องทางหลัก ทางอีเมล (mail-order pharmacies) หรือทางอินเทอร์เน็ต (Online pharmacies)(40,41)

PBM นั้นเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางแทนบริษัทประกันในการเจรจาเพื่อคัดเลือกยาและจัดวางเข้าสู่แผนประกัน รวมถึงต่อรองราคายาหรือส่วนลดจากบริษัทโดยใช้อำนาจที่มีจากจำนวนของผู้เอาประกันในระบบ PBM ยังประสานกับร้านยาโดยทำหน้าที่ยื่นข้อเสนอให้ร้านยาเข้าร่วมให้บริการกับผู้ป่วยในแผนประกัน มอบโปรแกรมเพื่อรับเงินค่ายาคืนและค่าธรรมเนียมจ่ายยาให้แก่เภสัชกร PBM รายใหญ่อาจมีร้านยาในเครือข่ายของตนเอง รวมถึงให้บริการ mail-order pharmacies ด้วยตนเองด้วย

สำหรับยานั้นแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มคือ ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา (Prescription drugs) และยาที่จ่ายได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยา (Over-the-counter; OTC)

3.2) รูปแบบบริการเติมยาและเติมยาต่อเนื่อง

ขึ้นกับผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ให้บริการเติมยาตามใบสั่งยา (Refill prescription) โดยอาศัยช่องทางการสั่งยาผ่านทางอีเมลหรือร้านยาในเครือข่าย โดยแพทย์อาจกำหนดระยะเวลาต่อใบสั่งที่ 30-90 วัน(42)

3.3) การจ่ายชดเชยค่ายา

การกำหนดราคายาในสหรัฐอเมริกาไม่มีการควบคุมโดยรัฐแต่เป็นไปตามกลไกตลาด บริษัทยาจึงสามารถตั้งราคายาได้เอง โดยการจ่ายชดเชยนั้นมาจากบริษัทประกันสุขภาพหรือ Pharmacy benefit manager โดยมีราคาเฉลี่ยผู้ค้าส่ง (Average wholesale price; AWP)(38) ที่ได้จากราคาที่ผู้ผลิตยาขายให้ค้าส่ง (Wholesale acquisition cost; WAC) บวกเพิ่มขึ้นอีกราว 20-25% เป็นราคาตั้งต้นในการจ่ายชดเชย หลังหักลบกับส่วนลดตามที่มีการเจรจาในแต่ละแผนประกันแล้วจะถูกจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาคืนให้แก่รณยา โดยทั่วไปแล้วร้านยาจะได้ค่าชดเชยที่ประมาณ AWP ลบ 15%(41,43,44)

3.4) ค่าตอบแทนวิชาชีพ

เภสัชกรในร้านยาที่ให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยจะได้รับค่าธรรมเนียมการจ่ายยา (Dispensing fee) โดยขึ้นกับชนิดแผนประกันของผู้ป่วย(38,41,43)

3.5) การร่วมจ่ายของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีแผนประกันต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับบริษัทประกันที่ตนสมัครใช้ สำหรับการรับยาที่มีในแผนประกันของตนที่ร้านยานั้นผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายซึ่งมีการเรียกเก็บทั้งแบบคงที่ (Co-pays) และแบบอัตราร้อยละของราคายาที่ได้รับ (Co-insurance) ตามแต่แผนประกันที่เลือกใช้บริการ(38)

4. เกาหลีใต้

4.1) ภาพรวมระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพในประเทศเกาหลีใต้ดำเนินการภายใต้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนแห่งชาติ (the National Health Insurance; NHI) ที่ครอบคลุมประชากรกว่า 97% ในขณะที่อีกราว 3% เป็นกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาสจะได้รับการดูแลภายใต้โครงการ the Medical Aid program ทั้ง NHI และ Medical Aid program ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทันตกรรม และเภสัชกรรม ผู้ให้บริการสุขภาพทั้งสถาบันทางการแพทย์และร้านยาส่วนใหญ่เป็นบริการจากภาคเอกชนที่ทำงานภายใต้ระบบ NHI(45)

กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (the Ministry of Health and Welfare; MOHW) ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบระดับนโยบายในการกำหนดทิศทางของ NHI โดยมีสององค์กรที่เป็นผู้ขับเคลื่อนในภาคปฏิบัติ ได้แก่ National Health Insurance Service (NHIS) และ Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA) สำหรับ NHIS นั้นเป็นองค์กรที่บริหารจัดการโดยตรงต่อ NHI ทั้งกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และงบประมาณ เปรียบเทียบและจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และรวมทั้งเจรจาต่อรองราคายาและเวชภัณฑ์กับบริษัทยาในฐานะผู้ซื้อรายเดียวของประเทศ ส่วน HIRA เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประเมินคุณภาพของบริการทางการแพทย์ เป็นตรวจสอบคำร้องขอค่าตอบแทนจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ ก่อนจ่าย การพิจารณาประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของยาที่จะเข้าสู่ระบบ NHI ทั้งนี้ระบบตอบแทนค่าบริการเป็นการตอบแทนตามปริมาณบริการ (Fee-for-service; FFS) ยกเว้นในบางบริการ เช่น การผ่าตัดต่อมทอนซิล การผ่าตัดไส้ติ่ง การผ่าตัดมดลูก หรือการผ่าตัดที่เรียกเก็บตามกลุ่มโรควินิจฉัย (Diagnosis-related group; DRG)(45)

ยาและเวชภัณฑ์ในประเทศเกาหลีใต้อยู่ภายใต้การรับรองของกระทรวงความปลอดภัยของอาหารและยา (Ministry of Food and Drug Safety; MFDS) โดยแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มคือ ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา (Prescription drugs) และยาที่จ่ายได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยา (Non-prescription drugs)(46,47)

สำหรับผู้ให้บริการทางการแพทย์ มีการแยกบทบาทกันระหว่างแพทย์และเภสัชกรตั้งแต่ปีค.ศ. 2000 ภายใต้กฎหมาย Separation of Prescribing and Dispensing Act (SPD Act) ในปัจจุบันยาถูกแบ่งออกได้

เป็นสองกลุ่ม คือ ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา (Prescription drugs) และยาที่จ่ายได้โดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยา (Over-the-counter; OTC) โดยแพทย์มีหน้าที่สั่งจ่ายยา ส่วนเภสัชกรร้านยาเป็นผู้จ่ายยาตามใบสั่งยา(46)

4.2) รูปแบบบริการเติมยาและเติมยาต่อเนื่อง

เภสัชกรในร้านยาให้บริการการเติมยา โดยในการรับยาแต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาและรับใบสั่งยา จากนั้นจึงนำใบสั่งยามารับยากับเภสัชกรที่ร้านยา(46)

4.3) การจ่ายชดเชยค่ายา

การตั้งราคาขายแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือยาที่ได้รับเงินคืนได้ (Reimbursable) และยาที่รับเงินคืนไม่ได้ (Non-reimbursable) รัฐมีอำนาจในการควบคุมราคาเฉพาะกลุ่มแรกเท่านั้นผ่านการกำหนดค่าเงินคืนสูงสุดในแต่ละรายการยา (Maximum reimbursement price) โดยมีคณะกรรมการของ HIRA ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินและคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาที่จะสามารถได้รับเงินคืนได้ เรียกระบบ Positive list ด้วย 2 ขั้นตอนใหญ่ ได้แก่ 1) การพิจารณาเข้าสู่รายการยา Positive list และ 2) การเจรจาต่อรองค่าเงินคืนสูงสุด

ยาจะถูกพิจารณาเข้าสู่รายการยา Positive list โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการรักษาและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์กับยาอื่นในกลุ่ม ยาที่ได้รับการประเมินว่ามีคุณสมบัติเพียงพอจะถูกบรรจุอยู่ในรายการยา Positive list และเจรจาต่อรองค่าเงินคืนสูงสุด (Maximum reimbursement price) ระหว่างผู้ผลิตยากับ NHIS สำหรับยาต้นแบบ หากราคาของผู้ผลิตเสนอนี้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90-100% ของราคาเฉลี่ยยาอื่นในกลุ่มเดียวกัน (Weight average price; WAP) ยาจะได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาในระบบ NHI โดยไม่ต้องต่อรองเพิ่มเติมอีก แต่โดยทั่วไปราคาที่ยื่นเสนอจะสูงกว่านั้น ดังนั้นการกำหนดค่าเงินคืนสูงสุดจึงเป็นการเจรจาทกลงกันเป็นส่วนใหญ่ สำหรับยาชื่อสามัญราคาจะได้รับการตั้งตามสูตรคำนวณที่บังคับในกฎหมาย ไม่มีการเจรจาต่อรองราคา NHIS ทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายเงินชดเชยคืนให้แก่ร้านยา

ด้วยการที่เกาหลีใต้มีกลไกการควบคุมราคาโดยการกำหนดส่วนเพิ่มของผู้ค้าส่ง และควบคุมไม่ให้เภสัชกรบวกราคาเพิ่มอีกได้ ผู้ผลิตเองไม่สามารถให้ส่วนลดหรือเงินคืนแก่ร้านยาเพื่อกระตุ้นการจ่ายยาของตนได้ หากฝ่าฝืนจะส่งผลให้ยาถูกถอดออกจากบัญชีชดเชย ทำให้ราคาขายที่ร้านยาจ่ายและขอชดเชยคืนนั้นเป็นราคาที่ร้านยาซื้อได้จริง (Actual acquisition cost) เท่านั้น ไม่มีกำไรจากค่ายา(45,47)

4.4) ค่าตอบแทนวิชาชีพ

ค่าตอบแทนวิชาชีพเป็นช่องทางรายได้หลักของเภสัชกรนอกเหนือไปจากการจ่ายยา OTC โดยคิดตามกิจกรรมที่ทำ ได้แก่ ค่าธรรมเนียมการจ่ายยาเบื้องต้น ค่าตอบแทนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ค่าการบริหารจัดการร้านยา ซึ่งจ่ายให้อัตราคงที่ กรณีที่จ่ายยาหลายรายการเภสัชกรจะได้รับค่าจ่ายยาและค่าบริหารเวชภัณฑ์เพิ่มเติมอีกตามจำนวนผลิตภัณฑ์ที่จ่าย ค่าตอบแทนเหล่านี้มาจากการตกลงกันระหว่าง NHIS และองค์กรวิชาชีพ the Korea Pharmaceutical Association ในแต่ละปี(48)

นอกจากนี้เภสัชกรยังได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติมอีกสองช่องทาง คือ ค่าตอบแทนจากโครงการเปลี่ยนชนิดยาชื่อสามัญ (Generic substitution) โดยเภสัชกรสามารถสับเปลี่ยนยาที่ถูกสั่งจากแพทย์เป็นยี่ห้ออื่นที่มีชนิด ความแรง และรูปแบบเดียวกันได้โดยการแจ้งให้แพทย์ทราบก่อน หากยาที่สับเปลี่ยนมีราคาถูกกว่าเภสัชกรจะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเติมคิดเป็น 30% ของส่วนต่างราคาขายที่ถูกสั่งจ่ายและยาที่สับเปลี่ยน⁽⁴⁷⁾

4.5) การร่วมจ่ายของผู้ป่วย

ผู้ป่วยในระบบ NHI ต้องร่วมจ่ายทุกครั้งที่ได้รับบริการทางการแพทย์โดยจ่ายเป็นร้อยละของราคาขาย (Co-insurance) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 30% สำหรับราคาขายในบริการผู้ป่วยนอก 20% สำหรับผู้ป่วยใน 5-10% สำหรับผู้ป่วยบางกลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด

สมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มเด็กที่อายุน้อยกว่า 6 ปี สำหรับผู้สูงอายุร่วมจ่ายในอัตราคงที่ (Co-payment) ที่ 1,200 วอน โดยมีเพดานสูงสุดรายปีที่คำนวณสะสมจากการร่วมจ่าย

สำหรับผู้ป่วยในระบบ Medical aid program ร่วมจ่ายในอัตราคงที่ 500 วอนสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและจ่ายเป็นสัดส่วนร้อยละ 10% สำหรับบริการผู้ป่วยใน(45,49)

5. เยอรมนี

5.1) ภาพรวมระบบสุขภาพ

มีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Statutory health insurance; SHI) ที่แหล่งรายได้หลักมาจากการเก็บเงินสมทบจากลูกจ้างในฐานะผู้ประกันตนและนายจ้างของผู้ประกันตนนั้น โดยลูกจ้างที่มีรายได้รวมไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนดจะถูกบังคับให้เข้าร่วมกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness fund) ที่มีหลายกองทุนให้เลือกได้อย่างอิสระ (110 กองทุนโดยประมาณ) แต่สำหรับผู้ที่มีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและข้าราชการจะสามารถเลือกเข้าระบบประกันสุขภาพภาคบังคับหรือซื้อประกันสุขภาพจากภาคเอกชนก็ได้ หากเลือกใช้บริการประกันสุขภาพภาคเอกชนจะไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบหลักได้ในภายหลัง เพื่อป้องกันไม่ให้ระบบหลักต้องแบกรับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากคนที่ซื้อประกันเอกชนในช่วงที่ยังอายุน้อยและแข็งแรงซึ่งเบี้ยประกันต่ำแล้วเปลี่ยนเข้าสู่กองทุนการเจ็บป่วยในภายหลัง ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับครอบคลุมประชากรราว 90% ระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนครอบคลุมประชากร 10% ที่เหลือ(50,51)

หน่วยบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานของภาคเอกชนในลักษณะของคลินิกให้บริการเดี่ยวและแบบกลุ่ม สำหรับร้านยาเป็นกิจการของภาคเอกชนที่อนุญาตให้เฉพาะเภสัชกรที่มีใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเท่านั้นเป็นเจ้าของกิจการ โดยจำกัดให้เป็นเจ้าของกิจการได้ไม่เกินสี่ร้านต่อหนึ่งคน ประเภทตามกฎหมายแบ่งออกเป็น 3 ประเภทคือ ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยาเท่านั้น (Prescription-only) ยาที่เภสัชกรจ่ายได้เท่านั้น (Pharmacist-only) และยาที่ขายได้ทั่วไป (General sales list; GSL)(52)

5.2) รูปแบบบริการเติมยาและเติมยาต่อเนื่อง

เป็นบริการในลักษณะของการเติมยา โดยในการรับยาแต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาและรับใบสั่งยา จากนั้นจึงนำใบสั่งยามารับยากับเภสัชกรที่ร้านยา(52)

5.3) การจ่ายชดเชยค่ายา

ประเทศเยอรมนีใช้การสร้างบัญชียาที่สามารถได้รับเงินคืนโดยรวมเอายาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยาทุกรายการที่มีในประเทศเข้าสู่บัญชีแล้วใช้วิธีคัดออกเฉพาะยาบางรายการภายหลัง เรียก Negative list ยาที่ถูกคัดออก เช่น ยาที่ใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และยาในกลุ่ม lifestyle drugs เช่น ยาที่ใช้ควบคุมน้ำหนัก เลิกบุหรี่ หรือยารักษาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น สำหรับกลุ่มยา OTC จะไม่มีการชำระค่ายาคืนให้ยกเว้นใน 2 กรณี คือ การจ่ายยาให้เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี หรือเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่มี Developmental disorder และการจ่ายยา OTC ชนิดที่จำเป็นต่อการรักษาในโรคร้ายแรง (Standard treatment)

สำหรับยาประเภทที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยานั้น บริษัทยาสามารถตั้งราคาขายได้เองอย่างอิสระโดยไม่มีการกำหนดหรือแทรกแซงโดยตรงจากภาครัฐ แต่มีการควบคุมที่ราคาค้าส่งและราคาหน้าร้านยา ทำให้บริษัทยาสามารถคาดการณ์ราคาขายของตัวเองที่ถูกขายให้กับร้านยาและผู้ป่วยได้ และทำให้ยาชนิดเดียวกันมีราคาเท่ากันทั้งประเทศ แต่รัฐใช้วิธีควบคุมราคาขายทางอ้อมโดยการกำหนดค่าเงินคืนสูงสุดต่อรายการยาด้วยระบบราคาอ้างอิง (Reference price system) และหักเงินคืนบางส่วนจากบริษัทยากลับเข้ากองทุนเพื่อลด

ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของประเทศ สำหรับกลุ่มยา OTC นั้นทั้งบริษัทฯ ผู้ค้าส่ง และร้านยาสามารถตั้งราคาซื้อขายได้อย่างอิสระ ยกเว้นยาบางชนิดที่อยู่ภายใต้ระบบชำระเงินคืนของ SHI

ราคาอ้างอิงเป็นระบบที่ใช้กำหนดค่าเงินคืนสูงสุดที่กองทุนจ่ายให้ต่อรายการยา ภายใต้ระบบนี้ รายการยาแต่ละชนิดจะถูกจัดกลุ่มราคาอ้างอิง (Reference price groups) เข้าด้วยกันโดยคณะกรรมการร่วมของสหพันธ์รัฐ (G-BA) ภายใต้กฎเกณฑ์ 3 ข้อ 1) มีสารสำคัญออกฤทธิ์ชนิดเดียวกัน (Active ingredients) 2) มีกลไกการออกฤทธิ์ที่เทียบเคียงกันได้ (Pharmacological effects) 3) ยาสูตรผสมมีฤทธิ์ในการรักษาเทียบเคียงกันได้ (Therapeutic effects) ยาที่ถูกจัดกลุ่มไว้ด้วยกันจะได้รับการกำหนดค่าเงินคืนสูงสุดต่อยาในกลุ่มนั้นโดย The National Association of Statutory Health Insurance (GKV-SV) โดยใช้โมเดลทางเศรษฐมิติ (Econometric model)(53) โดยทั่วไปในแต่ละกลุ่มจะมีอย่างน้อยประมาณหนึ่งในสามที่ราคาไม่เกินราคาอ้างอิง กรณีที่ส่งจ่ายโดยแพทย์มีมูลค่าสูงกว่าราคาอ้างอิง ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบส่วนต่างนั้นด้วยตัวเอง แพทย์ผู้สั่งจ่ายจึงถูกกำหนดให้มีหน้าแจ้งผู้ป่วยทุกครั้งหากราคาขายสูงเกินกว่าราคาอ้างอิง และผู้ป่วยสามารถแจ้งแพทย์เพื่อขอเปลี่ยนเป็นยาอื่นแทนได้ ระบบราคาอ้างอิงจึงมีบทบาทอย่างยิ่งในการผลักดันให้เกิดการแข่งขันลดราคายาลงไม่เกินปริมาณเงินคืนสูงสุดที่ถูกกำหนด(50,51)

การอ้างอิงตามสารสำคัญออกฤทธิ์หรือฤทธิ์ทางยาทำให้ระบบมีข้อจำกัดหนึ่งคือยาบางชนิดอาจไม่สามารถถูกจัดกลุ่มได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่มีสารสำคัญออกฤทธิ์ชนิดใหม่ จึงมีระบบ AMNOG Process เข้ามาที่รองรับราคายาชนิดใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้น ทั้งนี้ผู้ผลิตยังคงมีอิสระในการตั้งราคายาของตนเองคงเดิม แต่ผู้ผลิตต้องส่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้แก่ G-BA เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ หากประเมินแล้วพบว่ายาชนิดใหม่นี้มีประสิทธิภาพไม่ต่างจากยาอื่นที่มีอยู่และสามารถถูกจัดเข้ากลุ่มราคาอ้างอิงได้ ยาชนิดนั้นจะถูกจัดเข้าระบบราคาอ้างอิงทันที ในกรณีที่ยาใหม่ได้รับการประเมินพบว่ามีความคุ้มค่ามากกว่าและไม่สามารถเทียบกับกลุ่มราคาอ้างอิงที่มีอยู่ ยาดังกล่าวจะถูกนำเข้าสู่กระบวนการต่อรองเพื่อกำหนดค่าเงินคืนราคาที่ี้จะถูกกำหนดให้ใช้เป็นราคาอ้างอิงสำหรับยาในกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต(50)

รายการยาที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มอ้างอิงได้จะถูกหักเงินคืนเข้ากองทุนที่ร้อยละ 7 ของราคาผู้ผลิต กรณีที่เป็นยาต้นแบบ และไม่เกินร้อยละ 10 สำหรับยาชื่อสามัญ ทั้งนี้กองทุนจะไม่เรียกเก็บเงินโดยตรงจากบริษัทฯ แต่ใช้วิธีหักออกจากเงินที่จ่ายคืนให้แก่ร้านยาพร้อมกับหักเงินคืนจากเภสัชกรและส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย(50,51)

5.4) ค่าตอบแทนวิชาชีพ

เภสัชกรจะได้รับค่าธรรมเนียมในทุกรายการยาตามใบสั่งยาที่จ่ายโดยคิดเป็นร้อยละ 3 ของราคาทุนที่เภสัชกรซื้อได้บวกส่วนเพิ่มอัตราคงที่ 8.35 ยูโรในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีค่าบริการในเวลาฉุกเฉิน (Emergency services) ที่ 0.16 ยูโรต่อรายการยา อย่างไรก็ตามกองทุนมีการหักเงินคืนจากเภสัชกรในอัตราคงที่ 1.77 ยูโรต่อรายการยาตามใบสั่งโดยหักออกจากเงินที่จ่ายคืนให้แก่ร้านยาพร้อมกับเงินคืนจากบริษัทฯ และส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย(54)

5.5) การร่วมจ่ายของผู้ป่วย

การร่วมจ่ายได้รับการยกเว้นในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี สำหรับผู้ใหญ่จะมีส่วนที่ต้องจ่ายร่วมให้แก่กองทุนผ่านทางร้านยาโดยคิดจากราคายา รายละเอียดดังตารางที่ 4 โดยยกเว้นการร่วมจ่ายให้ในกรณีที่ราคายาที่แพทย์สั่งต่ำกว่าราคาอ้างอิงที่ร้อยละ 30 เป็นต้นไป สำหรับยาตามใบสั่งยาที่ถูกยกเว้นจากการชดเชยคืน เช่น lifestyle drug ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ายาด้วยตัวเอง การรับยานอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เช่น ยา OTC ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ายาด้วยตัวเอง ยกเว้นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปีหรือน้อยกว่า 18 ปีที่มี Developmental disorders การร่วมจ่ายถูกกำหนดไว้ที่สูงสุดไม่เกิน 2% ของรายได้ต่อปี และ 1% ของรายได้ต่อปีในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง(51)

ตารางที่ 4 แสดงการร่วมจ่ายของผู้ป่วยเมื่อใช้บริการร้านยาในประเทศเยอรมนี

กลุ่มผู้ป่วยตามช่วงอายุ	ยาตามใบสั่งยา		ยาที่ไม่ได้รับตามใบสั่งยา	
	จ่ายค่ายาตามจริง	ร่วมจ่าย	จ่ายค่ายาตามจริง	ร่วมจ่าย
น้อยกว่า 12 ปี	-	-	-	-
น้อยกว่า 18 ปี	-	-	✓	-
น้อยกว่า 18 ปี และมี Developmental disorder	-	-	-	-
ผู้ใหญ่	-	ราคายา €0-5 ร่วมจ่าย 100% ของราคายา	✓	-
		ราคายา €5-50 ร่วมจ่าย คงที่ €5		
		ราคายา €50-100 ร่วมจ่าย 10% ของราคายา		
		ราคายาสูงกว่า €100 ร่วมจ่าย คงที่ €10		

สรุปประสบการณ์ต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องใน 5 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ และเยอรมนี พบว่าทุกประเทศมีระบบแยกการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์และการจ่ายยาโดยเภสัชกรออกจากกัน (Separation of prescribing and dispensing) เป็นพื้นฐาน มีบริการเติมยาตามใบสั่งยาโดยเภสัชกรในร้านยาเป็นผู้ให้บริการ สำหรับการเติมยาต่อเนื่องนั้นพบใน 3 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักรมี 2 ระบบร่วมกัน ได้แก่ Repeat prescription ที่ผู้ป่วยต้องรับใบสั่งยาก่อนทุกครั้งไปรับยาที่ร้านยา และ Repeat dispensing ที่ผู้ป่วยสามารถใช้ใบสั่งยาหนึ่งใบรับยาได้หลายครั้ง ประเทศออสเตรเลียมีบริการเติมยาต่อเนื่อง โดยมีมาตรการกำกับชัดเจนทั้งรายละเอียดที่ต้องระบุลงในใบสั่งยา เช่น แพทย์ผู้สั่ง ผู้ป่วย ชื่อยา รูปแบบ ความแรง จำนวนยา จำนวนครั้งที่สั่งจ่าย มีการกำหนดระยะห่างระหว่างการรับยาแต่ละครั้ง และกำหนดช่วงเวลาที่ใช้ใบสั่งยาเพื่อรับยาเดิมได้สูงสุดไม่เกิน 6 เดือนต่อ 1 ใบสั่งยา สำหรับสหรัฐอเมริกามีการให้บริการเติมยาต่อเนื่องซึ่งขึ้นกับแผนประกัน โดยทางช่องทางอีเมลหรือรับที่ร้านยา ระยะเวลาดាំใบสั่งอยู่ที่ 30-90 วัน

ระบบชำระเงินคืน ค่าตอบแทนวิชาชีพและการร่วมจ่ายในแต่ละประเทศแสดงในตารางที่ 5 โดยรวมทั้ง 5 ประเทศใช้การสร้างบัญชียาสำหรับจ่ายชดเชยคืนให้แก่ร้านยา โดยทุกประเทศใช้การควบคุมค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชี เรียก Positive list ยกเว้นประเทศเยอรมนีที่ตั้งต้นบัญชีจากรายการยาตามใบสั่งยาทุกรายการที่มีในประเทศแล้วใช้วิธีการคัดยบบางกลุ่มออกทีหลัง เรียก Negative list

สำหรับค่ายาแต่ละประเทศมีวิธีการกำหนดที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปอยู่บนการประกาศราคาชดเชยบวกส่วนเพิ่ม (Mark-up) ในสหราชอาณาจักรตั้งราคาจากราคาเฉลี่ยของราคาผู้ผลิตและบวกส่วนเพิ่มขึ้นอีกราว 100% เพื่อให้ยอดกำไรรวมต่อปีของร้านยาในประเทศสูงถึงตามที่รัฐและองค์กรวิชาชีพตกลงกัน สหรัฐอเมริกาใช้ราคาเฉลี่ยค้าส่ง (AWP) ซึ่งได้มาจากราคาผู้ผลิตที่บวกเพิ่มแล้วราว 20-25% หักลบส่วนลดราว

15% แล้วจ่ายคืนให้ร้านยา ออสเตรเลียใช้ราคาอ้างอิงต่ำสุดของยาในแต่ละกลุ่มบวกส่วนเพิ่ม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนเพิ่มจากค้าส่ง (Wholesale mark-up) และส่วนเพิ่มของค่าบริการจัดการ (AHI fee) ประเทศเยอรมนีใช้การจัดกลุ่มอ้างอิงแต่คำนวณราคาอ้างอิงด้วยโมเดลทางเศรษฐมิติ (Econometric model) โดยผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบส่วนต่างหากเต็มใจรับยาที่มีราคาสูงเกินกว่าราคาอ้างอิง โดยแพทย์มีหน้าที่แจ้งรายละเอียดของยาที่สั่งแก่ผู้ป่วย สำหรับประเทศเกาหลีใต้ใช้การกำหนดค่าเงินคืนสูงสุดของยาแต่ละรายการโดยเน้นการต่อรองราคายาระหว่างรัฐกับผู้ผลิตสำหรับยาต้นแบบ ในส่วนของยาซื้อสามัญจะตั้งตามสูตรคำนวณที่กำหนดโดยไม่ต่อรอง ค่ายาที่ร้านยาเบิกคืนได้เป็นราคาที่ร้านยาซื้อได้จริง (Actual acquisition cost) จึงไม่มีส่วนของการกำไรจากค่ายา รายได้ของเภสัชกรในระบบจึงมาจากค่าตอบแทนวิชาชีพเป็นหลัก

ค่าตอบแทนวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบของค่าธรรมเนียมการจ่ายยา คิดตามจำนวนรายการยาที่จ่ายด้วยอัตราคงที่ เช่นในสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา สำหรับออสเตรเลีย เภสัชกรได้ค่าธรรมเนียมจ่ายยาสูงขึ้นหากเป็นยาเตรียมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายและยาอันตรายตามกฎหมาย ร้านยาในเกาหลีใต้ได้ค่าตอบแทนวิชาชีพคิดจากกิจกรรมที่ทำ ได้แก่ ค่าธรรมเนียมการจ่ายยา ค่าการให้คำปรึกษา และค่าการบริหารจัดการร้านยา เยอรมนีให้ค่าตอบแทนวิชาชีพโดยคิดจากร้อยละของราคาที่ร้านยาซื้อได้บวกส่วนเพิ่มในอัตราคงที่ต่อรายการยา โดยมีการหักคืนจากกองทุนเล็กน้อย

ในการเข้ารับบริการผู้ป่วยมีหน้าที่ร่วมจ่ายค่าบริการทั้งการร่วมจ่ายด้วยค่าบริการคงที่ตามจำนวนรายการยาที่ได้รับและการร่วมจ่ายเป็นสัดส่วนร้อยละของค่ายาทั้งหมด สหราชอาณาจักรเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายด้วยอัตราคงที่พร้อมทั้งมีระบบเหมาจ่ายราย 3 เดือนและ 12 เดือนที่ช่วยให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าหากต้องรับยาต่อเนื่องหลายครั้งและเป็นเวลานาน สหรัฐอเมริกาเรียกเก็บแบบคงที่และเรียกเก็บเป็นร้อยละของราคายาตามแต่แผนประกัน ส่วนสำหรับเกาหลีใต้มีการร่วมจ่ายทั้งสองรูปแบบแต่แยกกันตามประเภทของผู้ป่วย มีระบบเพดานสูงสุดรองรับค่าร่วมจ่าย ประเทศออสเตรเลียมีการคำนวณค่าร่วมจ่ายที่ซับซ้อนกว่าโดยคิดจากราคาแต่ละรายการรวมกันต่อใบสั่งยาแต่เรียกเก็บสูงสุดได้ไม่เกิน 41 ดอลลาร์ออสเตรเลีย และมีระบบเพดานร่วมจ่ายสูงสุดช่วยให้ผู้ป่วยเสียค่าร่วมจ่ายที่ถูกลงหลังจากยอดรวมสูงถึงเพดานที่กำหนด ประเทศเยอรมนีมีการเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายโดยขึ้นกับราคาของยาแต่ละรายการที่กำหนดไว้เป็นช่วง ๆ ตั้งแต่การจ่ายเต็มราคาสำหรับยาที่มีราคาถูกมากและแต่สูงสุดไม่เกิน 10 ยูโรต่อรายการยาที่มีราคาสูง

ตารางที่ 5 ภาพรวมระบบชำระเงินคืน ค่าตอบแทนวิชาชีพและการร่วมจ่ายในแต่ละประเทศ

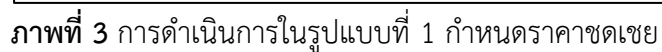
ประเทศ	การจ่ายชดเชยค่ายา	การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ	การร่วมจ่ายจากผู้ป่วย
สหราชอาณาจักร	สร้างบัญชียาสำหรับจ่ายชดเชย - NHS list price สำหรับยาต้นแบบ คัดเลือกโดยหลักความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ - Drug tariff สำหรับยาชื่อสามัญ ตั้งต้นจากค่าเฉลี่ยของราคาผู้ผลิต และบวกเพิ่มให้ยอดกำไรรวมต่อปีแก่ร้านยาในประเทศตามที่กำหนด (โดยทั่วไปจะคืนเงินที่สองเท่าของราคาผู้ผลิต)	Single activity fee: £1.29 รายการยา	Co-payment: £9.15 ต่อรายการยา ระบบเหมาจ่าย PPCs: 3 เดือน: £29.65 12 เดือน: £105.90.
ออสเตรเลีย	สร้างบัญชียาสำหรับจ่ายชดเชย - อิงจากราคาต่ำสุดของยาในกลุ่มเดียวกัน (Reference pricing) - เงินชดเชยคิดจากราคาผู้ผลิต + Wholesale mark-up + ค่าบริหารจัดการ (AHI fee) - 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 ต่อรายการยาโดยขึ้นกับราคาหลัง Wholesale mark-up	Dispensing fee: - ยาทั่วไป A\$7.39 ต่อใบสั่งยา - ยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย A\$9.43 ต่อใบสั่งยา - ยาอันตราย (ยาที่มีฤทธิ์เสพติด) A\$3.11 ต่อใบสั่งยา	Co-payment: - สูงสุดไม่เกิน A\$41 ต่อใบสั่งยา - สูงสุดไม่เกิน A\$6.60 หลังยอดสะสมรวมถึง Safety-net Safety-net: A\$1,486.80 ต่อปี
สหรัฐอเมริกา	สร้างบัญชียาสำหรับจ่ายชดเชย - กำหนดจากราคาเฉลี่ยค่าส่ง AWP ได้มาจากราคาผู้ผลิตบวกเพิ่มราว 20-25% - ร้านยาจะได้ชดเชยที่ AWP หักลบส่วนลดราว 15%	Dispensing fee ขึ้นกับองค์กรผู้ให้ประกัน หรือ PBM โดยทั่วไปเป็นอัตราคงที่ประมาณ \$4-5	เรียกเก็บโดยขึ้นกับองค์กรผู้ให้ประกันหรือ PBM มีทั้งแบบจ่าย fixed-cost (co-payment) เช่น \$10 และจ่ายเป็นร้อยละ (coinsurance) ที่ 20% เป็นต้น

ตารางที่ 5 ภาพรวมระบบชำระเงินคืน ค่าตอบแทนวิชาชีพและการร่วมจ่ายในแต่ละประเทศ (ต่อ)

ประเทศ	การจ่ายชดเชยค่ายา	การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ	การร่วมจ่ายจากผู้ป่วย
เกาหลีใต้	สร้างบัญชียาสำหรับจ่ายชดเชย - ผู้ผลิตเสนอราคาขายต้นแบบของตน โดยเลือกจากความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ หรือกรณีที่เสนอราคาในช่วง 90-100% ของราคาเฉลี่ยยาอื่นในกลุ่มเดียวกัน (Weight average price) จะได้รับการบรรจุเข้าบัญชีทันที หากไม่จะนำไปสู่ขั้นตอนการต่อรองราคา - ยาชื่อสามัญ ราคาตั้งตามสูตรคำนวณกำหนดตายตัว ไม่มีการเสนอราคาและต่อรอง	จ่ายในอัตราคงที่ - ค่าธรรมเนียมการจ่ายยาเบื้องต้น - ค่าการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย - ค่าการบริหารจัดการร้านยา คำนวณตามจำนวนผลิตภัณฑ์ - ค่าจ่ายยาเพิ่มเติม - ค่าบริการเวชภัณฑ์	Co-insurance: 30% ของค่ายา 5-10% ในผู้ป่วยบางกลุ่มโรค เช่น มะเร็ง หลอดเลือดสมอง และหัวใจ เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี Co-payment 1,200 วอนสำหรับผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป มีระบบเพดานร่วมจ่ายสูงสุดต่อปี
เยอรมนี	ยาตามใบสั่งยาทุกรายการสามารถได้รับเงินคืนได้ ยกเว้นยาบางชนิด (กลุ่ม Negative list) - จัดกลุ่มยาตาม Reference price group - ราคาอ้างอิงคำนวณด้วย Econometric model - ผู้ป่วยรับผิดชอบส่วนต่างหากราคาสูงกว่าราคาอ้างอิง สำหรับยาที่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้จะถูกหักเงินคืนเข้ากองทุน - ร้อยละ 7 ของราคาผู้ผลิตกรณีที่เป็นยาต้นแบบ - ร้อยละ 6-10 ของราคาผู้ผลิตสำหรับยาชื่อสามัญ เรียกเก็บโดยใช้วิธีหักออกจากเงินที่จ่ายคืนให้แก่ร้านยาพร้อมกับเงินคืนจากเภสัชกรและส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย	Pharmacist fee - ร้อยละ 3 ของราคาเภสัชกรซื้อได้บวกส่วนเพิ่มอัตราคงที่ €8.35 ต่อรายการยา - ค่า Emergency services ที่ €0.16 ต่อรายการยา อย่างไรก็ตามกองทุนมีระบบการหักเงินคืนจากเภสัชกรที่อัตราคงที่ €1.77 ต่อรายการยาตามใบสั่งโดยใช้วิธีหักออกจากเงินที่จ่ายคืนให้แก่ร้านยาพร้อมกับเงินคืนจากบริษัทฯ และส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดตามราคาขายในทุกรายการยาที่ได้รับ - ราคา €0-5 ร่วมจ่ายตามราคา - ราคา €5-50 ร่วมจ่ายคงที่ €5 - ราคา €50-100 ร่วมจ่าย 10% ของราคา - ราคาสูงกว่า €100 ร่วมจ่ายคงที่ €10

จากการทบทวนประสบการณ์การในต่างประเทศ ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาที่ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการจำนวน 3 รูปแบบ โดยมีรูปแบบและข้อดีข้อเสียที่เล็งเห็น ดังนี้

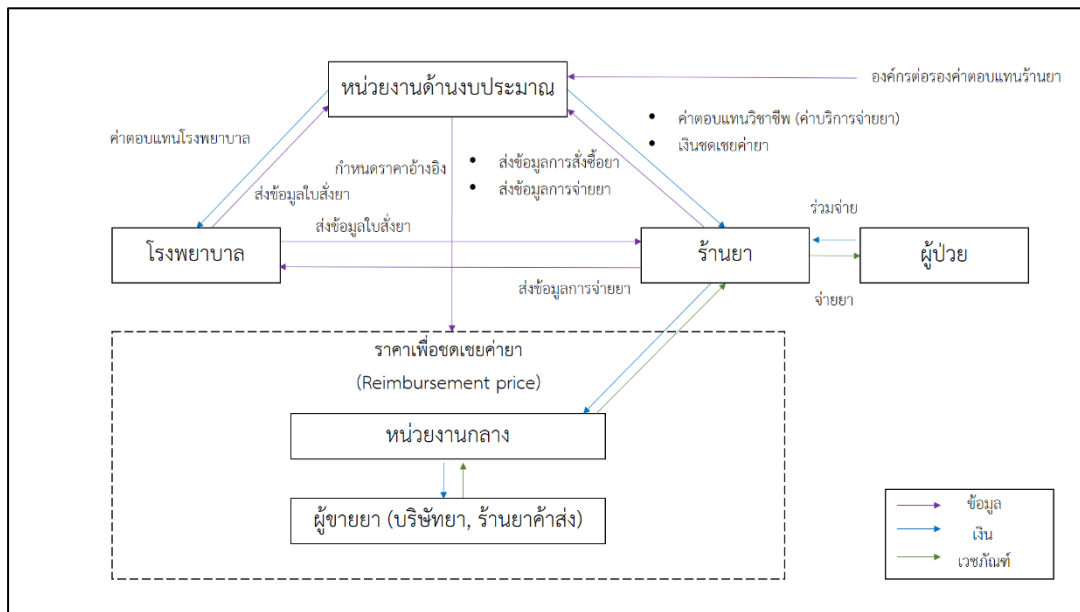
รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาขาย



ข้อดีคือมีความคล่องตัวสูงเนื่องจากร้านยาไม่มีอิสระในการเลือกซื้อยากับผู้ขาย ความเป็นไปได้ของการเกิดการแข่งขันระหว่างผู้ขายที่จะส่งผลให้ราคาขายปรับตัวลดลงตามกลไกตลาด นอกจากนี้ร้านยายังสามารถได้รับรายได้จากส่วนต่างของค่ายาหากสามารถต่อรองซื้อขายยากับผู้ขายได้ในราคาที่ต่ำกว่าราคาขดเซย เป็นแรงจูงใจให้กับร้านยาในการเข้าร่วมโครงการ

ข้อเสียคือราคาที่ประกาศหากต่ำเกินไปอาจทำให้ร้านยาบางร้านไม่สามารถจัดซื้อจัดหายาบางชนิด
ภายใต้ราคาที่ประกาศได้ หรือหาซื้อได้แต่เป็นยี่ห้ออื่นที่ไม่ตรงกับยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับจากโรงพยาบาล

รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง



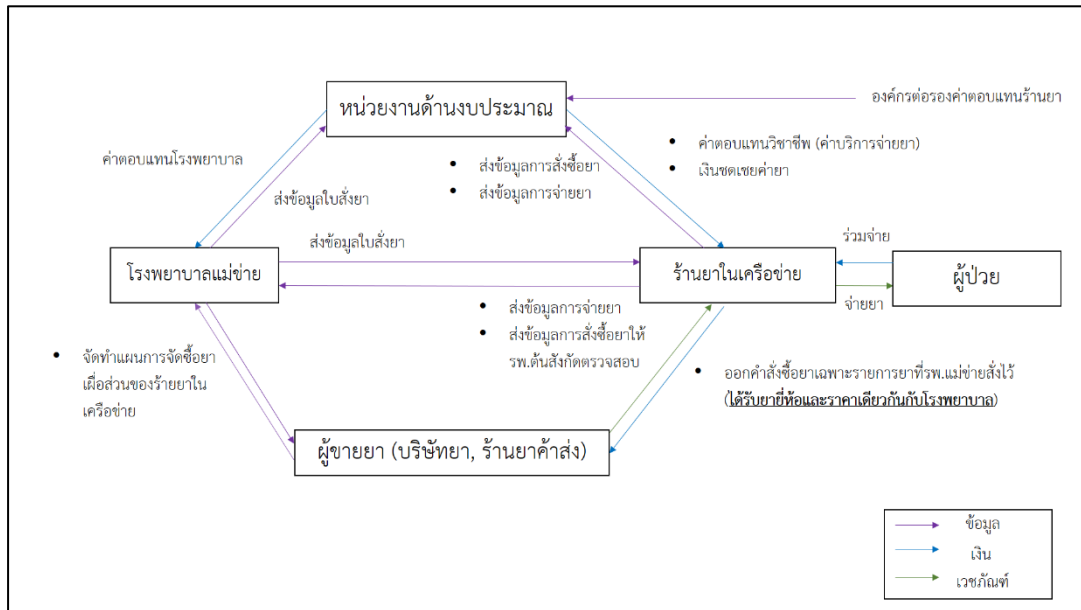
ภาพที่ 4 การดำเนินการในรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง

รูปแบบที่ 2 นี้พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาความยากของการจัดซื้อจัดหาภายใต้ราคาชดเชย โดยกำหนดให้มีหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่รวบรวมคำสั่งซื้อจากร้านยาในโครงการ จัดซื้อยาภายใต้ราคาชดเชย และจัดส่งยาให้แก่ร้านยาในโครงการทั้งหมด หน่วยงานด้านงบประมาณยังคงทำหน้าที่กำหนดกรอบบัญชียาที่สามารถชดเชยเงินคืน ประกาศราคาสำหรับจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา จ่ายค่าตอบแทนให้แก่โรงพยาบาล จ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพและจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา โรงพยาบาลมีหน้าที่ประสานกับร้านยาในการส่งต่อข้อมูลใบสั่งยาและข้อมูลผู้ป่วย ร้านยามีหน้าที่ส่งซื้อยากับหน่วยงานกลางและให้บริการเติมยา และเติมยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยที่ถูกส่งมาจากโรงพยาบาล อาจมีการกำหนดให้มีองค์กรที่ทำหน้าที่ต่อรองค่าตอบแทนวิชาชีพให้แก่ร้านยา และผู้ป่วยอาจร่วมจ่ายเมื่อเข้ารับบริการ

ข้อดีคือการรวบรวมคำสั่งซื้อจากร้านยาในโครงการทั้งหมดจะช่วยให้หน่วยงานกลางมีอำนาจในการต่อรองราคาได้ตามราคาที่ประกาศ แก้ปัญหาของร้านยาบางแห่งที่อาจไม่สามารถจัดซื้อจัดหาบางรายการเนื่องจากหาซื้อในราคาชดเชยไม่ได้

ข้อเสียคือภาระทั้งหมดตกอยู่กับหน่วยงานกลางทั้งการรวบรวมคำสั่งซื้อ สั่งซื้อ และจัดส่ง ซึ่งอาจส่งผลให้ร้านยาได้รับยาล่าช้าและยาขาด นอกจากนี้ยี่ห้อของยาแต่ละรายการขึ้นกับหน่วยงานกลางซึ่งอาจส่งผลให้ร้านยาและโรงพยาบาลบางแห่งยังคงมีปัญหาความแตกต่างของยี่ห้อยาอยู่

รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย



ภาพที่ 5 การดำเนินการในรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย

รูปแบบที่ 3 นี้พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาของการจัดซื้อยาภายใต้ราคาขดเซยไม่ได้และปัญหาเรื่องความแตกต่างของยี่ห้อยาที่แตกต่างกันระหว่างร้านยากับโรงพยาบาล โดยกำหนดการทำงานในลักษณะของเครือข่ายที่มีโรงพยาบาลเป็นแม่ข่าย คอยจัดทำแผนจัดซื้อจัดหายาและเจรจากับผู้ขายโดยเผื่อส่วนของร้านยาที่เป็นลูกข่าย ร้านยาเป็นผู้ออกคำสั่งซื้อยาเป็นรายครั้งตามปริมาณที่ต้องการใช้กับผู้ขายยาตามที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้ทำแผนจัดซื้อไว้

ข้อดีคือเป็นรูปแบบที่ร้านยาสามารถได้รับยาที่มียี่ห้อและราคาเดียวกันกับโรงพยาบาลแน่นอน

ข้อเสียคือการดำเนินการรูปแบบนี้ร้านยาจะไม่สามารถได้รับกำไรในส่วนของการขายยาได้เนื่องจากการสั่งซื้อเป็นไปในราคาเดียวกันกับโรงพยาบาล ต้องมีระบบที่ตรวจสอบรายการระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและร้านยาที่อยู่ในเครือข่าย โรงพยาบาลยังมีภาระหน้าที่ในช่วงต้นของการจัดทำแผนสั่งซื้อยา

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการทั้ง 3 รูปแบบ

หัวข้อ	รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาขดเซย	รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง	รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย
ลักษณะของรูปแบบ	-กำหนดราคาเพื่อจ่ายขดเซยค่ายาให้ร้านยา -ร้านยาเป็นผู้ซื้อยาเองภายใต้ราคาขดเซย -ร้านยาเลือกซื้อกับผู้ขายแต่ละรายได้โดยอิสระ	-กำหนดราคาขดเซย -หน่วยงานกลางทำหน้าที่รวบรวมคำสั่งซื้อ จัดซื้อ ภายใต้ราคาขดเซย และจัดส่งยาให้แก่ร้านยา	-กำหนดร้านยาเป็นหน่วยบริการในเครือข่าย รพ. -โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ทำแผนและเจรจากับผู้ขาย -ร้านยาเป็นผู้ออกคำสั่งซื้อยาตามปริมาณที่ต้องการใช้ เฉพาะรายการยาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดซื้อไว้
รูปแบบการซื้อขาย	ร้านยาเป็นผู้ซื้อภายใต้ราคาขดเซย	หน่วยงานกลางเป็นผู้ซื้อภายใต้ราคาขดเซย	โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ร้านยาเป็นผู้ออกคำสั่งซื้อ
การจัดซื้อจัดหา	-ร้านยาติดต่อกับผู้ขายยาโดยตรง	-ร้านยาติดต่อกับหน่วยงานกลาง	-ร้านยาออกคำสั่งซื้อกับผู้ขายยาโดยตรงภายใต้ แผนการจัดซื้อของโรงพยาบาล
ยี่ห้อของรายการยา	อาจแตกต่างจากโรงพยาบาล	อาจแตกต่างจากโรงพยาบาล แต่ทุกร้านยาอาจเหมือนกัน	เหมือนกับของโรงพยาบาล
ข้อดี	-ร้านยามีอิสระในการเลือกซื้อกับผู้ขาย -ร้านยาสามารถได้กำไรจากการสั่งซื้อยา	-ลดปัญหาร้านยาซื้อยาเองไม่ได้ตามราคาขดเซย	-ร้านยาได้ยี่ห้อรายการเดียวกันกับโรงพยาบาล -ร้านยาซื้อยาได้ในราคาเดียวกันกับโรงพยาบาล
ข้อเสีย	-ร้านยาอาจไม่สามารถซื้อยาตามราคาขดเซยได้	-ความเสี่ยงของปัญหาการจัดซื้อและจัดส่งมีสูง เนื่องจากภาระทั้งหมดขึ้นกับหน่วยงานกลางเพียง หน่วยเดียว -ยี่ห้อและราคาขึ้นกับหน่วยงานกลาง	- ต้องมีระบบในการตรวจสอบการสั่งซื้อที่ดี - โรงพยาบาลมีภาระงานมากขึ้นเมื่อเทียบกับรูปแบบ อื่น

การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้สัมภาษณ์คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ ประกอบด้วย ผู้แทนจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบโครงการจำนวน 4 คน ได้แก่ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขและผู้แทนสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผู้แทนกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม 2 คน ได้แก่ ผู้แทนสภาเภสัชกรรมและผู้แทนสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ตัวแทนกลุ่มผู้ปฏิบัติงานทั้งจากโรงพยาบาลและร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจากเขตสุขภาพที่แตกต่างกัน 3 แห่ง ได้แก่ ฝ่ายงานบริหารโรงพยาบาล เภสัชกรโรงพยาบาล และเภสัชกรประจำร้านยา รวมจำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งสิ้น 15 คน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้สัมภาษณ์	จำนวน (คน)
กลุ่มผู้กำหนดนโยบายและผู้รับผิดชอบโครงการ	
ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข	2
ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2
กลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม	
ผู้แทนสภาเภสัชกรรม	1
ผู้แทนสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)	1
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการ	
ผู้แทนฝ่ายงานบริหารโรงพยาบาล	3
ผู้แทนเภสัชกรโรงพยาบาล	3
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ	
เภสัชกรประจำร้านยา	3
รวม	15

ความคิดเห็นต่อบทบาทของร้านยาในโครงการ

ความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ต่อบทบาทของร้านยาในโครงการแสดงในตารางที่ 8 ในภาพรวมผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 15 คน (ร้อยละ 100) แสดงความคิดเห็นในทิศทางที่เห็นด้วย (ให้คะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ 4 คะแนน “ค่อนข้างเห็นด้วย” ขึ้นไป) กับบทบาทของร้านยาในการจ่ายยาและจ่ายยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล (คะแนนเฉลี่ย 5.40 ± 0.74) ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเป็นการแบ่งปันทรัพยากรบุคคลในระบบสุขภาพของประเทศ (resource-sharing) กระจายผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงออกไปให้เอกชน ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่ใกล้ชิดได้อย่างเต็มที่ ทั้งยังเป็นการยกระดับของเภสัชกรชุมชน โดยเภสัชกรประจำร้านยาได้แสดงบทบาททางวิชาชีพของตนในการดูแลผู้ป่วย และเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยในท้ายที่สุด

“การให้บริการของภาครัฐเป็นการให้บริการหลักของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสัดส่วนความต้องการของผู้ป่วยมีมากกว่าผู้ให้บริการในภาครัฐ ต่อให้ภาครัฐเพิ่มกำลังคนก็ยังไม่มากพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ในขณะที่ในระบบสาธารณสุขเรามีร้านยาอยู่ในระบบ ทำไมเราไม่ดึงเขาเข้ามาเป็นด่านหน้าหรือเป็นกำลังสำคัญเพื่อช่วยกัน”

“ทุกวันนี้ระบบราชการไม่เพิ่มอัตราค่าจ้างให้กับเภสัชกร ใครเข้ามาใหม่ก็เป็นลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งสิทธิประโยชน์ต่ำกว่า ดังนั้นการที่มีเภสัชกรร้านยามาช่วยโดยที่โรงพยาบาลไม่ต้องสร้างคนเอง ไม่ต้องจ้างเภสัชกรเอง แต่ได้การบริการที่ไม่แตกต่างกันเป็นสิ่งที่ดี ในขณะเดียวกันร้านยาก็ได้กลุ่มลูกค้าเพิ่มขึ้นด้วย ได้ประโยชน์ทุกฝ่าย”

“ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องยามากขึ้นจากเภสัชกรร้านยา ในขณะที่เภสัชกรโรงพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยในที่มีการใช้ยาหลายขนาน มีความซับซ้อนได้ดีขึ้น”

อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะบางประเด็นเกี่ยวกับการมีระบบที่สนับสนุนการทำงานของเภสัชกรประจำร้านยา เช่น ระบบที่ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลประวัติยาของผู้ป่วย ระบบในการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

“ถ้าไม่มีระบบที่เอื้อต่อการทำงาน เภสัชกรร้านยาจะทำงานได้ไม่เต็มที่ จะจ่ายยาไม่ได้ ที่ยังไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเพราะเภสัชกร (ร้านยา) ยังต้องใช้แรงตัวเองมากพอสมควร ถ้าจะเห็นด้วยอย่างยิ่งก็ต้องมีระบบที่เอื้อให้สามารถทำงานได้เลย”

ตารางที่ 8 ความคิดเห็นต่อบทบาทของร้านยาในโครงการ

หัวข้อ	คะแนนความคิดเห็น			สัดส่วนของผู้ที่เห็นด้วย* จำนวนคน (ร้อยละ)
	Mean	SD	CV	
บทบาทของร้านยาในการจ่ายยา และจ่ายยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาล	5.40	0.74	0.54	15 (100)
บทบาทของร้านยาในการเป็นผู้บริหารจัดการด้านยาด้วยตนเอง	4.67	1.18	1.38	13 (86.67)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน (N) 15 คน; * ผู้ให้คะแนนในทิศทางที่เห็นด้วยหมายถึงผู้ที่ให้คะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ 4 คะแนน “ค่อนข้างเห็นด้วย” ขึ้นไป

เมื่อสอบถามถึงบทบาทของร้านยาในการบริหารจัดการด้านยาด้วยตนเอง ผู้ให้สัมภาษณ์ให้คะแนนความคิดเห็นเฉลี่ย 4.67 ± 1.18 ในส่วนของผู้ที่แสดงความคิดเห็นในทิศทางที่เห็นด้วย (ร้อยละ 86.67) ให้เหตุผลว่าเป็นการลดภาระงานของโรงพยาบาลในการบริหารจัดการคลังยา และสะดวกต่อร้านยาที่มีจำนวนผู้ป่วยในโครงการจำนวนมาก

“ทุกวันนี้โรงพยาบาลเขาใช้ระบบตัดสต็อกในแต่ละวันเพื่อส่งยามาให้ร้านยา ถ้าร้านไหนมีผู้ป่วยเยอะ สต็อกยาจะกินพื้นที่เยอะมาก อย่างที่ร้านที่มี 500 visit ไปแล้ว ยาเต็มตู้ ไม่มีที่เก็บ แต่ถ้าเกิดมันหมุนมาเรื่อย ๆ มันจะใช้ที่เก็บลดลง แต่แน่นอนว่าถ้าจัดการเองมันจะยุ่งมากขึ้น เพิ่มภาระให้แก่ร้านเหมือนกัน”

อย่างไรก็ตาม ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 13.33) มองว่าต้องการให้ร้านยาเน้นที่งานบริการผู้ป่วยเป็นหลัก และรูปแบบดังกล่าวไม่สะดวกกับร้านยาขนาดเล็ก

“อยากให้ร้านยาจ่ายเงินเป็นค่าแรงจากดูแลผู้ป่วย โดยให้มีคนกลางเข้ามาจัดซื้อจัดหา ยา ให้แก่ร้านยา เพื่อให้ร้านยามีอิสระจากการจัดซื้อจัดหา ยา การจัดทำบัญชี การจัดทำภาษีต่าง ๆ เพราะทุกวันนี้ร้านยาส่วนใหญ่มีเภสัชกรคนเดียว หรือสองคนอย่างมาก เราอยากให้เขาเน้นงาน บริการเยอะ ๆ”

“สะดวกกับการที่โรงพยาบาลจัดยามาสต็อกให้ที่ร้านมากกว่า ไม่ต้องห่วงเรื่องปัญหาขาด ยาหมดก็เดินทางไปติดต่อกับโรงพยาบาลได้เลย”

ข้อดีของลักษณะโครงการที่ให้ร้านยาเป็นผู้บริหารจัดการด้านยาด้วยตนเอง ได้แก่ ลดภาระงานของ โรงพยาบาลในการบริหารจัดการคลังยา และสะดวกต่อร้านยาขนาดใหญ่ที่มีเภสัชกรมากกว่าหนึ่งคนหรือมี ผู้ช่วยเภสัชกร และจำนวนผู้ป่วยในโครงการจำนวนมาก

“ร้านยาแต่ร้านมีบริบทแตกต่างกัน บางร้านใหญ่ บางร้านเล็ก บางร้านผู้ป่วยเยอะ บางร้าน มีเภสัชกรคนเดียว บางร้านมีมากกว่าหนึ่งคน รูปแบบนี้จะเป็นประโยชน์ถ้าร้านยานั้นมีความพร้อม และสามารถทำได้ เพราะทุกวันนี้โรงพยาบาลจัดยาให้ ต้องเสียคนไปนั่งจัด แล้วต้องไปส่งยาให้อีก ส่วนร้านยาก็ก็นั่งที่สต็อกอีก ถ้าให้ร้านยาจัดการเองได้ก็ดีกว่า”

ข้อเสียคือจำเป็นต้องมีกลไกที่เข้ามาจัดการปัญหาต้นทุนยาและยี่ห้อยาที่แตกต่างกันระหว่าง โรงพยาบาลและร้านยา จำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนงานบริการที่ดี และอาจไม่เหมาะกับร้านยาขนาดเล็กที่มี เภสัชกรดูแลร้านเพียงคนเดียวหรือร้านยาที่มีผู้ป่วยในโครงการจำนวนน้อย ปัญหาการจัดการคลังยากรณีที่ส่ง ยาในโครงการที่เป็นยี่ห้อเดียวกันกับที่ร้านมีการซื้อขายอยู่ก่อน และประเด็นเรื่องภาษีซื้อขายที่ร้านยาต้อง แบกรับ

“ผู้ป่วยเรามากจะติดกับการที่ใช้ยี่ห้อเดิมเหมือนเดิม กล่องเหมือนเดิม กรณีที่ร้านยาไม่ สามารถจัดหาแบบเดิมมาให้ได้อาจเป็นปัญหากับผู้ป่วยในการกินยา”

“ถ้ากลุ่มผู้ป่วยเยอะขึ้น ยามันเยอะขึ้น ร้านยาเองต้องมีโปรแกรมที่ตรวจสอบเรื่อง drug interaction”

“เมื่อไหร่ที่ร้านยาต้องซื้อยาเองจะมีประเด็นเรื่องภาษีซื้อเข้ามา และเมื่อเราขายออกไปโดย ไม่มีกำไร สรรพากรจะมองอีกว่าทำไมขายไม่มีกำไร ซึ่งถ้าค่ายาไม่ผ่านร้านจะไม่มีปัญหา แต่ถ้าค่ายา ผ่านร้านยาจะมีปัญหา รวมถึงต้องมีเรื่อง VAT เรื่องฐานภาษีที่ยับยั้งสูงขึ้นอีก”

ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง

ความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็น ผู้ดำเนินการเองทั้ง 3 รูปแบบแสดงในตารางที่ 9 ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดให้คะแนนแก่รูปแบบที่ 2 หน่วยงาน กลางมากที่สุด (4.53 ± 0.64) ตามด้วยรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย (4.07 ± 1.62) และรูปแบบที่ 1 กำหนด ราคาชัดเจน (3.33 ± 1.59) ตามลำดับ สอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ให้คะแนนที่แสดงความคิดเห็นในทิศทางที่เห็น

ด้วยกับรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 100) ตามด้วยรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย (ร้อยละ 66.67) และรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชัดเจน (ร้อยละ 53.33) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ความคิดเห็นรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง

หัวข้อ	คะแนนความคิดเห็น			สัดส่วนของผู้ที่เห็นด้วย* จำนวนคน (ร้อยละ)
	Mean	SD	CV	
รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชัดเจน	3.33	1.59	2.52	8 (53.33)
รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง	4.53	0.64	0.41	15 (100)
รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย	4.07	1.62	2.64	10 (66.67)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน (N) 15 คน; * ผู้ให้คะแนนในทิศทางที่เห็นด้วยหมายถึงผู้ที่ให้คะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ 4 คะแนน “ค่อนข้างเห็นด้วย” ขึ้นไป

เมื่อพิจารณาคะแนนความคิดเห็นจำแนกตามกลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 4 กลุ่ม พบว่ารูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลางเป็นรูปแบบที่ได้คะแนนสูงที่สุดในทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยาที่ให้คะแนนรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่ายมากที่สุด (ตารางที่ 10)

ทั้งนี้ กลุ่มผู้กำหนดนโยบายเห็นด้วยกับรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลางมากที่สุด (5.00 ± 0.82) ตามด้วยรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชัดเจน (4.75 ± 1.26) และเห็นด้วยน้อยที่สุดกับรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย (4.25 ± 0.96)

สำหรับกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรมเห็นด้วยกับรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลางมากที่สุด (5.00 ± 0.00) ตามด้วยรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย (3.50 ± 3.54) และรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชัดเจน (3.00 ± 1.41) ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ให้คะแนนแก่รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลางมากที่สุด (4.00 ± 0.00) ตามด้วยรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย (3.50 ± 1.64) และรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชัดเจน (2.67 ± 1.51) ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยานั้นมีความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากกลุ่มอื่น คือ เห็นด้วยมากที่สุดกับรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย (5.33 ± 0.58) ตามด้วยรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง (4.67 ± 0.58) และรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชัดเจน (3.00 ± 1.73) ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการจำแนกตามกลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (n)	รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชัดเจน			รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง			รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย		
	Mean	SD	CV	Mean	SD	CV	Mean	SD	CV
กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (4)	4.75	1.26	1.58	5.00	0.82	0.67	4.25	0.96	0.92
กลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม (2)	3.00	1.41	2.00	5.00	0.00	0.00	3.50	3.54	12.50
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (6)	2.67	1.51	2.27	4.00	0.00	0.00	3.50	1.64	2.70
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยา (3)	3.00	1.73	3.00	4.67	0.58	0.33	5.33	0.58	0.33
ทั้งหมด (N=15)	3.33	1.59	2.52	4.53	0.64	0.41	4.07	1.62	2.64

ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชัดเจน

รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย ได้รับคะแนนเฉลี่ยจากผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับอีกสองรูปแบบด้วยคะแนนเฉลี่ย 3.33 ± 1.59 สอดคล้องกับคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้คะแนนแก่รูปแบบนี้น้อยที่สุดในกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม (3.00 ± 1.41) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (2.67 ± 1.51) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยา (3.00 ± 1.73) และให้คะแนนปานกลางในกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (4.75 ± 1.26) เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของผู้ให้สัมภาษณ์ ร้อยละ 53.33 จากผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดแสดงความคิดเห็นในทิศทางที่เห็นด้วยกับรูปแบบนี้ (รายละเอียดของแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงในตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 แสดงสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (n)	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ให้ความคิดเห็นในแต่ละระดับ						
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	สัดส่วนของผู้ที่เห็นด้วย*
กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (4)	1 (25)	2 (50)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	3 (75)
กลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม (2)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	1 (50)
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (6)	0 (0)	0 (0)	3 (50)	0 (0)	1 (16.67)	2 (33.33)	3 (50)
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยา (3)	0 (0)	1 (33.33)	0 (0)	0 (0)	2 (66.67)	0 (0)	1 (33.33)
ทั้งหมด (N=15)	1 (6.67)	3 (20)	4 (26.67)	1 (6.67)	4 (26.67)	2 (13.33)	8 (53.33)

* ผู้ให้คะแนนในทิศทางที่เห็นด้วยหมายถึงผู้ที่ให้คะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ 4 คะแนน “ค่อนข้างเห็นด้วย” ขึ้นไป

เหตุผลที่สนับสนุนรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย ได้แก่ การตั้งอยู่บนเงื่อนไขของราคาที่เป็นที่ยอมรับและเหมาะสม และอาจเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในอนาคตที่อาจนำไปสู่ระบบราคายามาตรฐานเดียวในประเทศ หรือชุดสิทธิประโยชน์ทางยา (Pharmaceutical Benefit Scheme) สำหรับเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยคือเป็นรูปแบบที่เป็นไปได้ยากในปัจจุบัน

“เห็นด้วยว่าถ้าเรามีข้อมูลรายชาติ ๆ มาวางเป็นราคาจ่ายชดเชยที่เหมาะสม เราจะสามารถทำให้ร้านยาอยู่รอดได้ อุตสาหกรรมยาอยู่รอดได้ และไม่เป็นภาระของหน่วยงานด้านงบประมาณด้วย ได้ประโยชน์กันสามฝ่าย คือร้านยา บริษัทฯ และภาครัฐ”

“มองว่าเหมาะสมกับเป็นเป้าหมายในระยะยาว ซึ่งจำเป็นที่รวบรวมข้อมูลใบสั่งยาทั้งหมดในฐานข้อมูลเพื่อที่จะประมวลว่ายาแต่ละตัวเราควรจ่ายที่ราคาเท่าไร”

ข้อดีของรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย คือ เป็นผลประโยชน์แก่ร้านยาที่สามารถได้กำไรจากค่ายาได้ ดีต่อร้านยาขนาดใหญ่ที่มีผู้ป่วยในโครงการจำนวนมากพอ และการประกาศราคาชดเชยอาจนำไปสู่ระบบราคายามาตรฐานเดียวในประเทศได้ ข้อเสียคือ ร้านยาขนาดเล็กได้รับผลกระทบจากการหาซื้อยาในราคาที่

ประกาศไม่ได้ หรือหาซื้อได้ไม่ตรงกับยี่ห้อเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ และอาจมีปัญหาได้ยาที่มีคุณภาพต่ำเพราะซื้อจำกัดจากราคา

ปัญหาและอุปสรรคจึงเป็นเรื่องของการหาราคาชดเชยที่เป็นที่ยอมรับและเหมาะสมกับทุกฝ่ายเพื่อลดปัญหาการสั่งซื้อยาไม่ได้โดยเฉพาะกับร้านยาขนาดเล็ก

“ต้องยอมรับว่าสถานการณ์บ้านเรามีการแข่งขันเรื่องราคายากันเยอะ ทำตามกันเยอะ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เรื่องคุณภาพของยาในด้านของผลลัพธ์ทางคลินิก เราดูกันแค่ผลวิเคราะห์ในห้องแล็บ แต่ไม่รู้ผลลัพธ์เมื่อกินไปเป็นอย่างไร เพราะแหล่งของสารเคมีที่ใช้ผลิทยาก็ต่างกัน สมมติแหล่งสารเคมีจากอินเดียกับจีน ใครบอกผมได้บ้างว่าคุณภาพในเหมือนกัน ผมไม่ได้สรุปว่ามันต่างกัน แต่เพราะมันยังบอกไม่ได้มันเลยยังไม่มีคำตอบ ดังนั้นเมื่อราคากำหนดขึ้นมา ถึงเวลาร้านยาอาจซื้อได้ในราคาที่กำหนดแต่เป็นยี่ห้ออื่น คุณภาพยาอาจต่างกันก็ได้ ส่งผลกระทบกับผู้ป่วย”

ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง

รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง ได้รับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดจากผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด (4.53 ± 0.64) สอดคล้องกันกับคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้คะแนนแก่รูปแบบนี้มากที่สุดในกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (5.00 ± 0.82) กลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม (5.00 ± 0.00) และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (4.00 ± 0.00) อย่างไรก็ตามรูปแบบที่ 2 นี้ได้คะแนนเฉลี่ยปานกลางจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยา (4.67 ± 0.58) โดยผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด (ร้อยละ 100) แสดงความคิดเห็นในทิศทางที่เห็นด้วยกับรูปแบบนี้ (รายละเอียดของแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงในตารางที่ 12) เหตุผลสนับสนุนได้แก่ เป็นระบบที่เหมาะสมกับระยะเริ่มต้นของโครงการ ไม่เป็นภาระทั้งโรงพยาบาลและร้านยา โดยเฉพาะร้านยาขนาดเล็ก อย่างไรก็ตามผู้ให้สัมภาษณ์บางส่วนมองว่าเป็นระบบที่เหมาะสมกับช่วงแรกเท่านั้น ในระยะยาวต้องมีการพัฒนาไปเป็นรูปแบบอื่น

“เท่าที่ลองทำมาหนึ่งปี กลายเป็นว่าร้านยาไม่อยากจะซื้อยาเอง เขาอยากยุ่งเกี่ยวเฉพาะการจัดการยาผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วย เลยคิดว่าน่าจะเหมาะกับรูปแบบที่สองนี้ ณ ตอนนี้ แต่ในอนาคตถ้ามีผู้ป่วยย้ายออกจากโรงพยาบาลไปฝั่งร้านยาเยอะขึ้นแล้วอยากให้ร้านยาซื้อหาขายเอง อาจต้องคุยกับสรรพากรเรื่องอนุญาตเรื่องการซื้อขายได้โดยไม่ต้องแต่เรื่องภาษี ถ้าตรงนี้ทำได้ ร้านยาอาจจะอยากเข้าร่วมในลักษณะนี้มากขึ้น”

ตารางที่ 12 แสดงสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (n)	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ให้ความคิดเห็นในแต่ละระดับ						
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	สัดส่วนของผู้ที่เห็นด้วย*
กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (4)	1 (25)	2 (50)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100)
กลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม (2)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (6)	0 (0)	0 (0)	6 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (100)
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยา (3)	0 (0)	2 (66.67)	1 (33.33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)
ทั้งหมด (N=15)	1 (6.67)	6 (40)	8 (53.33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (100)

* ผู้ให้คะแนนในทิศทางที่เห็นด้วยหมายถึงผู้ที่ให้คะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ 4 คะแนน “ค่อนข้างเห็นด้วย” ขึ้นไป

ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุข้อดีที่สังเกตเห็นจากรูปแบบนี้ ได้แก่ ความสะดวกในแง่ของการบริหารจัดการที่มีต่อทั้งโรงพยาบาลและร้านยา อำนาจการสั่งซื้อที่มากขึ้นจากการรวมคำสั่งซื้อไว้ที่หน่วยงานกลางองค์กรเดียวช่วยลดปัญหาการสั่งซื้อยาภายใต้ราคาที่กำหนด

“ถ้ามีหน่วยงานกลางขนาดใหญ่มาช่วยจะต่อราคายาได้มาก เพราะมีตัวเลขการสั่งซื้อจริงที่รวบรวมมาจากร้านยาทั่วประเทศ และสองหน่วยงานเหล่านี้มีความชำนาญเรื่องการจัดซื้อจัดหายา ทำให้ร้านยาเป็นอิสระจากการจัดซื้อโดยตรง”

ข้อเสีย ได้แก่ ความเสี่ยงจากปัญหาด้านศักยภาพของหน่วยงานกลาง เช่น การจัดส่งยาที่ล่าช้าหรือส่งยาผิด ผลกระทบต่อบริษัทยาขนาดเล็กที่เข้าสู่ระบบไม่ได้ ผลกระทบต่อร้านยาจากการสูญเสียช่องทางการติดต่อโดยตรงกับผู้แทนและบริษัทยา รวมทั้งความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นต่อบริษัทยาหากหน่วยงานกลางมีสถานะเป็นผู้ผลิตยาด้วยเช่นกัน

“เท่าที่เคยคุยกับผู้ผลิตในอุตสาหกรรมยา เขาไม่ค่อยไวใจหน่วยงานกลางว่าข้อมูลราคาที่ส่งให้กับหน่วยงานกลางจะเป็นความลับไหม ยิ่งถ้าเป็นคู่แข่งทางตลาดเหมือนกันจะมาตัดราคากันหรือไม่”

ปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ให้สัมภาษณ์ระบุเป็นเรื่องของระบบจัดการที่ดีของหน่วยงานกลางเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านการจัดซื้อจัดส่งยาให้แก่หน่วยบริการ เช่น มีระบบประกันว่าร้านยาจะได้รับยาตรงเวลานอกจากนี้หน่วยงานที่เข้ามารับหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางไม่ควรเป็นบริษัทยาเพราะอาจส่งผลให้เกิดการได้เปรียบในการแข่งขัน นำไปสู่ความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับบริษัทยาอื่น หรือกรณีที่เป็นบริษัทยาต้องแถลงนโยบายการผลิตยาที่ชัดเจน

ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย

รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับคะแนนเฉลี่ยปานกลางจากผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดเมื่อเทียบกับอีกสองรูปแบบ (4.07 ± 1.62) สอดคล้องกันกับคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยในกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม (3.50 ± 3.54) และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (3.50 ± 1.64) แต่แตกต่างออกไปจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายที่ให้คะแนนรูปแบบที่ 3 นี้ต่ำที่สุด (4.25 ± 0.96) ในขณะที่กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยาเห็นด้วยกับรูปแบบนี้มากที่สุด (5.33 ± 0.58)

เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) แสดงความคิดเห็นในทิศทางที่เห็นด้วยกับรูปแบบนี้ (รายละเอียดของแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแสดงในตารางที่ 13) เหตุผลสนับสนุน ได้แก่ เป็นระบบที่ช่วยแก้ปัญหาเรื่องยี่ห้อยาและราคายาที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาได้ สำหรับเหตุผลที่ไม่เห็นด้วย คือ ภาระงานของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอีกสองรูปแบบ

ข้อดีของรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ ควบคุมยี่ห้อยาของโรงพยาบาลและร้านได้ตรงกัน ราคาขายระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาไม่ต่างกัน และไม่เป็นการถ่วงงบประมาณ

“ข้อดีคือเราได้ยาในราคาเดียวกันกับโรงพยาบาล ซึ่งในระยะยาวค่ายาส่วนนี้ โรงพยาบาลจะจ่ายเองได้เพราะได้ค่าเหมาจ่ายรายหัว (capitation) มาอยู่แล้ว ส่วนผู้ป่วยก็ได้ยา รูปแบบเดียวกันกับที่เคยได้รับจากโรงพยาบาล ก็จะไม่มีปัญหาเรื่องการดูแลตัวเอง”

“รูปแบบนี้ น่าจะดีที่สุด เพราะว่ารายการยาที่ผู้ป่วยได้รับตรงกับยาที่กินอยู่ ส่วนเรื่องกำไร จากค่ายาที่ร้านยาอาจไม่ได้ตรงนี้ไม่ใช่เรียส เพราะถ้าต้องมานั่งอธิบายว่ายาเดียวกันแต่คนละบริษัท บางคนก็ไม่เข้าใจนะ”

ข้อเสีย ได้แก่ ภาระงานของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ความไม่สบายใจต่อ บริษัทยาจากการสูญเสียช่องทางการจัดจำหน่ายยา การที่ร้านยารับรู้ราคาขายในระดับโรงพยาบาล ปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่ายจากการจัดส่งยาที่อาจเพิ่มขึ้น และปัญหาการเปลี่ยนยี่ห้อยาของโรงพยาบาล

“ค่อนข้างยุ่งยากในเรื่องของการสั่งซื้อ การทำสัญญา การขึ้นโครงการ ต้องมีระบบสั่งซื้อและติดตามที่ โรงพยาบาลก็ยังมีส่วนต้องทำอยู่ ยังมีการทำงานที่ซ้ำซ้อนอยู่”

“ทุกขั้นตอนมีต้นทุน ทั้งครั้งที่ unit เพิ่มขึ้นเท่ากับต้องมีรถขนส่งยาเพิ่มขึ้นเพื่อวิ่งเพื่อเติมยาให้กับ ร้านยา ในพื้นที่หนึ่งอาจมีร้านยาหลายสิบ นั่นคือต้นทุน logistic ที่เพิ่มขึ้น ต้องหาคนแพ็คยาเพิ่มขึ้น กล่องใส่ เพิ่มขึ้น ต้องแบ่งฐานข้อมูลเพื่อติดตามข้อมูลยาเพิ่มขึ้น”

ปัญหาและอุปสรรคคือการต้องมีระบบจัดการข้อมูลที่ดีเพื่อช่วยควบคุมและตรวจสอบการสั่งซื้อ ระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา ต้องมีแนวทางจัดการปัญหาเรื่องการโรงพยาบาลเปลี่ยนยี่ห้อยา

ตารางที่ 13 แสดงสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (n)	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้ให้ความคิดเห็นในแต่ละระดับ						
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	สัดส่วนของ ผู้ที่เห็นด้วย*
กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (4)	0 (0)	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	3 (75)
กลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม (2)	1 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (50)
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (6)	1 (16.67)	0 (0)	2 (33.33)	2 (33.33)	0 (0)	1 (16.67)	3 (50)

กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยา (3)	1 (33.33)	2 (66.67)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)
ทั้งหมด (N=15)	3 (20)	4 (26.67)	3 (20)	3 (20)	0 (0)	2 (13.33)	10 (66.67)

* ผู้ให้คะแนนในทิศทางที่เห็นด้วยหมายถึงผู้ที่ให้คะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ 4 คะแนน “ค่อนข้างเห็นด้วย” ขึ้นไป

ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดไม่มีความคิดเห็นต่อรูปแบบที่เป็นไปได้อื่นนอกเหนือจากที่ผู้วิจัยนำเสนอ แต่ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการมีระบบเทคโนโลยีที่รองรับการทำงาน และการประสานงานกันกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นให้มากกว่านี้

ความคิดเห็นต่อโครงสร้างการจ่ายเงินในโครงการ

ตารางที่ 14 แสดงความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดต่อรูปแบบการจ่ายเงินในโครงการ ประกอบด้วยโครงสร้างการจ่ายเงินให้แก่ร้านยา รูปแบบของค่าตอบแทนวิชาชีพ รูปแบบของค่าตอบแทนโรงพยาบาล และการร่วมจ่ายจากผู้ป่วย

ตารางที่ 14 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการจ่ายเงินในโครงการ

หัวข้อ	คะแนนความคิดเห็น			สัดส่วนของผู้ที่เห็นด้วย* จำนวนคน (ร้อยละ)
	Mean	SD	CV	
โครงสร้างจ่ายเงิน 3 ส่วน (ค่ายา ค่าบริหารจัดการคลังยา และ ค่าตอบแทนวิชาชีพ)	5.00	1.00	1.00	14 (93.33)
รูปแบบค่าตอบแทนวิชาชีพ (70 บาทต่อครั้ง)	3.13	1.73	2.98	8 (53.33)
รูปแบบค่าตอบแทนโรงพยาบาล (50 บาทต่อครั้ง)	3.53	1.60	2.55	9 (60)
การร่วมจ่ายจากผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการที่ร้านยา	2.73	1.75	3.07	5 (33.33)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน (N) 15 คน; * ผู้ให้คะแนนในทิศทางที่เห็นด้วยหมายถึงผู้ที่ให้คะแนนความคิดเห็นตั้งแต่ 4 คะแนน “ค่อนข้างเห็นด้วย” ขึ้นไป

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.33) เห็นด้วยกับการจำแนกโครงสร้างการจ่ายเงินให้แก่ร้านยาในโครงการออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ค่ายา ค่าบริหารจัดการคลังยา และค่าตอบแทนวิชาชีพ ด้วยเหตุผลเรื่องความชัดเจนในการบริหารเงิน

“ต้องแยกเพื่อให้รู้ว่าค่าแรงของเภสัชกรในการจ่ายยามีต้นทุนเท่าไร ไม่อย่างนั้นจะหาที่ไปที่มาของการจ่ายไม่ได้ เช่น จ่ายยาไป 100 ครั้ง เภสัชกรต้องได้รู้ว่าได้ค่าแรงเท่าไร ค่ายาเท่าไร”

อย่างไรก็ตามผู้ให้สัมภาษณ์บางส่วนเห็นว่าควรยุบรวมค่าบริหารจัดการคลังยาเข้าไว้ด้วยกันกับค่ายา

“ในการงบประมาณ ถ้าแยก 3 ส่วนแบบนี้ค่าบริหารจัดการคลังยาจะถูกตัดออกทันทีเลยครับ เพราะเมื่อเราส่งบขึ้นไปการงบประมาณจะอนุมัติเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาคประชาชน อย่างค่าตอบแทนวิชาชีพมีผลต่อบริการซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประชาชน แต่ค่าบริหารจัดการ

การงบประมาณจะมองไม่เห็นว่ามีผลต่อประชาชนตรงไหน ความเห็นผมคือควรเอาค่ายากับค่าบริหารนี้ไปรวมกันในรูปของรายคาที่บวกเพิ่มค่าบริหารไปแล้ว”

ในด้านของการจ่ายเงินในโครงการ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่าสปช.เหมาะสมกับการเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการจ่ายเงินค่ายาให้แก่ร้านยา (ร้อยละ 80) จ่ายค่าบริการจัดการคลังยาให้แก่ร้านยา (ร้อยละ 93.33) และจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพให้แก่ร้านยา (ร้อยละ 93.33) ตามลำดับ โดยเห็นว่าเป็นหน้าที่ของกองทุนที่ดูแลผู้ป่วยตามสิทธิการรักษาซึ่งในปัจจุบันยังครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่ควรเป็นภาระด้านการงานและภาระด้านการเงินแก่โรงพยาบาล

“หน้าที่การจ่ายเงินตอนนี้อยู่ที่สปช. ดังนั้นเราจึงอยากให้สปช.เป็นคนจ่ายก่อน เพราะตรวจสอบได้ และไม่ยากเพิ่มภาระให้กับโรงพยาบาลอีก ถ้าโรงพยาบาลต้องมาจ่ายค่าแรงค่ายาให้แก่ร้านยาอีกคงถอนตัวหมด แะจ่ายยาก็น้อยแล้ว”

“เหตุผลหนึ่งที่ไม่อยากให้โรงพยาบาลต้องจ่าย นอกจากเรื่องภาระงานแล้ว คือเมื่อโรงพยาบาลได้รับเงินไปแล้ว โรงพยาบาลอาจมีความจำเป็นต้องใช้เงินในการบริหารจัดการด้านอื่นให้กับผู้ป่วย อาจจะทำให้เงินไปไม่ถึงร้านยาหรือไปถึงช้า”

อย่างไรก็ตามผู้ให้สัมภาษณ์อีกส่วนหนึ่งเห็นว่า โรงพยาบาลควรทำหน้าที่จ่ายเงินค่ายาให้แก่ร้านยา (ร้อยละ 20) จ่ายค่าบริการจัดการคลังยาให้แก่ร้านยา (ร้อยละ 6.67) และจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพให้แก่ร้านยา (ร้อยละ 6.67) โดยให้เหตุผลว่าโรงพยาบาลได้ได้รับค่าบริการในลักษณะของเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดนี้อยู่แล้ว จึงควรให้โรงพยาบาลเป็นผู้จ่าย

ความคิดเห็นต่อการจ่ายชดเชยค่ายา

เมื่อสอบถามความคิดเห็นถึงหน่วยงานที่ควรทำหน้าที่กำหนดราคาชดเชยเพื่อจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา เกินกว่าครึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด (ร้อยละ 53.33) ระบุว่าควรเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจตรง มีข้อมูล และประสบการณ์ เหมาะกับการทำหน้าที่เป็นคนกลางในการกำหนดราคาได้ ผู้ให้สัมภาษณ์ที่เหลือ (ร้อยละ 46.67) ระบุว่าควรเป็นหน่วยงานอื่นในลักษณะของการจัดตั้งร่วมกันโดยตัวแทนจากหลายภาคส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานงบประมาณ สปช. โรงพยาบาล รวมถึงภาคเอกชน ได้แก่ บริษัทยา ร้านยา และโลจิสติกส์ (หากมีหน่วยงานกลางเข้ามาช่วย) และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดราคาชดเชยเป็นที่ยอมรับและเหมาะสมต่อทุกฝ่าย

“ถ้ามีคณะกรรมการชดเชยรายคา เราจะได้ราคาที่ตอบคำถามได้ว่า หนึ่ง ภาครัฐอยู่รอดไหม สอง บริษัทยาอยู่รอดไหม และสาม โลจิสติกส์อยู่รอดไหม ถ้าเกิดว่ามีโลจิสติกส์กลางที่แยกออกมาจากผู้จำหน่าย และสี่ ร้านยาอยู่รอดไหม”

เมื่อสอบถามถึงรูปแบบของการจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.67) ระบุว่าควรจ่ายตามราคาชดเชยที่ประกาศ เพื่อเปิดโอกาสให้ร้านยาสามารถทำกำไรจากค่ายาหาก

ต่อรองราคาขายได้ต่ำกว่าราคาขดเซย ในขณะที่อีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 13.33) ระบุว่าควรจ่ายคืนในราคาทุนที่ร้านยาซื้อได้จริง

เมื่อสอบถามถึงความคิดเห็นที่มีต่อเกณฑ์กำหนดราคาขายซื้อสามัญและยาต้นแบบ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.67) ระบุว่าควรใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกันเพื่อให้สอดคล้องกับการลงทุนของบริษัทยาและคุณภาพของยา ผู้ให้สัมภาษณ์อีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 33.33) ระบุว่าควรเป็นเกณฑ์เดียวกันเพื่อให้มีราคาเดียวกันทั้งประเทศหากเป็นไปได้

“ใจจริงอยากได้ระบบราคาเดียวกันนะ แต่การรับรู้เรื่องคุณภาพยาต้องยอมรับว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังมองว่า Amlodipine จากแต่ละบริษัทไม่เหมือนกัน ทำให้เราต้องกำหนดราคาที่แตกต่างกัน”

ความคิดเห็นต่อการจ่ายค่าบริหารจัดการคลังยา

สำหรับรูปแบบการจ่ายค่าบริหารจัดการคลังยา ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.33) ระบุว่าเห็นด้วยกับการจ่ายเป็นส่วนเพิ่มจากค่ายา (mark-up) โดยอาจคิดเป็นร้อยละจากค่ายา (% mark-up) หรือกำหนดเป็นอัตราคงที่ตามราคาขาย (fixed mark-up) ก็ได้ เหตุผลสนับสนุนคือความตรงไปตรงมา สะท้อนกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากจำนวนรายการยาที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้สัมภาษณ์อีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 26.67) เห็นด้วยกับการเหมาจ่ายรายปี ด้วยเหตุผลเรื่องความเหมาะสมต่อการริเริ่มโครงการในระยะแรก และไม่มีประเด็นความเหลื่อมล้ำระหว่างร้านยาขนาดใหญ่และเล็ก

ความคิดเห็นต่อการจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ

เมื่อสอบถามถึงความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพในปัจจุบันที่ 70 บาทต่อครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ผู้ให้สัมภาษณ์ให้คะแนนเฉลี่ยที่ 3.13 ± 1.73 โดยร้อยละ 53.33 ของผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นในลักษณะที่เห็นด้วย โดยให้เหตุผลสนับสนุนว่าเป็นการจ่ายรายครั้งที่เข้ารับบริการเป็นรูปแบบที่สะดวก แต่มูลค่าที่ให้นั้นต้องเหมาะสมกับกิจกรรมที่เภสัชกรประจำร้านยาได้ทำ และต้องการข้อมูลทางวิชาการเพิ่มเติม ทั้งนี้ผู้ให้สัมภาษณ์บางส่วน (5 คน) ให้ความเห็นว่าโครงการที่มีร้านยาเป็นผู้บริหารจัดการด้านยาด้วยตนเองนั้น เภสัชกรประจำร้านยาควรได้รับค่าตอบแทนที่ 100 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 20) 120 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 40) และ 150 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 40) เฉลี่ย 128 บาท

“สิ่งที่ต้องทำมันเพิ่มขึ้นเยอะมาก ผู้ป่วยคนหนึ่งต้องโทรนัดอย่างน้อยสองครั้ง ใช้เวลาคุยกันแต่ละครั้งไม่ต่ำกว่าสิบนาที ไหนจะต้องจัดยา ต้องลงข้อมูลในระบบ ถ้าเจอปัญหาต้องขอคำปรึกษาแพทย์ บางครั้งถ้ามีปัญหาก็ต้องโทรไปบอกผู้ป่วยให้กลับไปหาแพทย์อีก”

สำหรับรูปแบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนวิชาชีพให้แก่ร้านยา ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.33) เห็นด้วยกับรูปแบบเหมาจ่ายรายครั้ง (per visit) เพราะสะดวกและสัมพันธ์กับการให้บริการ ผู้ให้สัมภาษณ์อีกส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 6.67) เห็นด้วยกับการจ่ายในอัตราคงที่ตามจำนวนรายการยาที่จ่าย (per item) เพราะสัมพันธ์กับการให้บริการมากที่สุด และอาจนำไปสู่ระบบให้ค่าตอบแทนเมื่อเภสัชกรสามารถลดจำนวนรายการยาซ้ำซ้อนของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามต้องมีระบบจัดการข้อมูลที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับการเหมาจ่ายรายครั้ง

เมื่อสอบถามความคิดเห็นถึงหน่วยงานที่ควรทำหน้าที่กำหนดหรือต่อรองจำนวนเงินค่าตอบแทนวิชาชีพ ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าควรเป็นหน่วยงานอื่นในลักษณะที่จัดตั้งเป็นคณะกรรมการเพื่อเจรจาต่อรองค่าตอบแทนวิชาชีพ (ร้อยละ 46.67) กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 40) และตัวแทนกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรรม เช่น สภาเภสัชกรรม หรือสมาคมร้านยา (ร้อยละ 13.33) ตามลำดับ

ความคิดเห็นต่อการจ่ายค่าตอบแทนโรงพยาบาล

สำหรับค่าตอบแทนโรงพยาบาลในปัจจุบันที่ 50 บาทต่อครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการนั้น ผู้ให้สัมภาษณ์ให้คะแนนเฉลี่ยที่ 3.53 ± 1.60 โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) แสดงความคิดเห็นในทิศทางที่เห็นด้วย โดยระบุว่า เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเป็นการจูงใจให้โรงพยาบาลเข้าร่วมและดำเนินโครงการ เป็นค่าใช้จ่ายบริการในการจัดตั้งโครงการ แต่ในระยะยาวอาจไม่จำเป็น

“ตรงนี้เป็นเรื่องของ incentive เหมือนบอกโรงพยาบาลว่ามาลองทำโครงการนี้กันเถอะ แต่ในอนาคตที่ระบบมันดำเนินการไปได้ข้อมูลของผู้ป่วยและใบสั่งยาอยู่ในคลาวด์หมดแล้วก็ไม่ควรจะมี”

“จริง ๆ มันมีการศึกษาต้นทุนมาว่าจ่ายให้โรงพยาบาลในโมเดลหนึ่ง 49 บาท โมเดลสอง 47 บาท โมเดลสาม 43 บาท ก็ประมาณ 50 บาท เพราะโรงพยาบาลก็ต้องมีภาระงานในการแยกโครงการนี้ออกมาบริหารจัดการเพิ่มเติม ก็ควรจะจ่าย แต่ในอนาคต เมื่อระบบมันคงที่เราไม่ควรใช้เงินทำงาน”

ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลโดยให้ความเห็นว่าเป็นภาระงานที่โรงพยาบาลต้องทำอยู่ก่อนแล้วแม้ไม่มีร้านยาเข้ามาช่วย และโรงพยาบาลได้ประโยชน์จากโครงการนี้ในการกระจายผู้ป่วย ลดภาระงาน จึงเห็นด้วยการจ่ายเงินส่วนนี้ไม่จำเป็น

“ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลอยู่แล้ว ไม่ได้บอกว่าไม่เพิ่มงาน แต่ต้องคิดในมุมกลับว่าการได้ร้านยามาเป็นเครือข่ายเพิ่มจะช่วยให้ทำงานได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยก็ได้ประโยชน์”

ผู้ให้สัมภาษณ์อีกกลุ่มไม่เห็นด้วยกับรูปแบบการจ่ายในปัจจุบัน โดยให้ความเห็นว่ารูปแบบการเหมาจ่ายรายครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการนั้นอาจทำให้โรงพยาบาลใช้วิธีไม่เหมาะสมในการเรียกเก็บผู้ป่วยเพิ่ม มีการเสนอว่าควรใช้ระบบการจ่ายที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ของผู้ป่วย เช่น Quality and Outcome Framework (QOF) มากกว่า

“โรงพยาบาลแทบไม่ได้อะไรเลยนะ เพราะโครงการนี้เราไม่ต้องการให้ผู้ป่วยมา visit ที่โรงพยาบาล อย่างที่โรงพยาบาลเดิมผู้ป่วยมาหาหมอ ทุก 4 เดือน ทุก 6 เดือน แต่ให้ไป refill ยาที่ร้านยาทุก 2 เดือนเพื่อไม่ให้ได้ยาเยอะจนเกินไปและได้ติดตามว่ากินยาแล้วเป็นอย่างไรโดยร้านยา เพราะฉะนั้นผู้ป่วยก็แทบไม่ได้มาโรงพยาบาลแล้ว หมายความว่าถ้าโรงพยาบาลทำงานกับร้านยาได้ดีลดความแออัดได้ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลแค่ปีละครั้ง แต่โรงพยาบาลได้แค่ 50 บาทเองนะ เลยไม่เห็นด้วย มันควรจะมีค่าตอบแทนในรูปแบบอื่น เช่น เป็นผลงานด้านคุณภาพ กำหนด QOF ตั้งเป้าไว้ ทำได้ถึงเป้าก็ได้เงินตอบแทน ไม่เช่นนั้นมันไม่จูงใจให้ทำงาน”

ความคิดเห็นต่อการร่วมจ่ายจากผู้ป่วย

ส่วนของการร่วมจ่ายจากผู้ป่วยนั้น ได้รับค่าคะแนนเฉลี่ยจากผู้ให้สัมภาษณ์น้อยที่สุด (2.73 ± 1.75) โดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายจากผู้ป่วย (ร้อยละ 66.67) เพราะไม่ควรเป็นภาระของผู้ป่วย เงินที่ใช้ในโครงการมาจากภาษีของประชาชน การเรียกเก็บอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เข้าร่วมโครงการได้ฝ่ายที่เห็นด้วย (ร้อยละ 33.33) ให้เหตุผลว่าเพราะผู้ป่วยได้รับยาเร็วขึ้นมากเมื่อเทียบกับการรอรับที่โรงพยาบาล เป็นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพตัวเอง อย่างไรก็ตามต้องมีความชัดเจนว่าหน่วยงานใดที่จะได้ค่าร่วมจ่ายนี้ และต้องมีการกำหนดเงื่อนไขยกเว้นในผู้ป่วยบางกลุ่ม และควรการเรียกเก็บแบบเหมาจ่ายรายครั้ง (per visit)

“ปกติสิทธิ์ UC ผู้ป่วยร่วมจ่าย 30 บาท เงินเข้าเป็นเงินบำรุงโรงพยาบาล แต่ถามว่ารูปแบบนี้เงินจะเข้าที่ใคร ถ้าถามว่าโดยไอเดียเขาควรจะร่วมจ่ายไหม เขาควรจะร่วมจ่าย มันไม่ควรจะฟรีทั้งหมด แต่ถ้าเกิดเราบอกว่าต้องจ่าย แต่ผู้ป่วยไปถึงร้านยาแล้วไม่จ่าย ร้านยาจะทำอะไรได้บ้าง ฟ้องเขาได้ไหม จะไม่ให้บริการได้ไหม ก็เป็นปัญหาที่ตามมา”

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องใน 5 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ และเยอรมนี พบว่าทุกประเทศมีบริการเติมยาตามใบสั่งแพทย์โดยเภสัชกรร้านยาเป็นผู้ให้บริการ สำหรับการเติมยาต่อเนื่องนั้นพบใน 3 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร มี 2 ระบบร่วมกัน Repeat prescription ที่ผู้ป่วยต้องเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อรับใบสั่งยาแล้วนำไปรับยาที่ร้านยาเป็นรายครั้ง และ Repeat dispensing ที่ผู้ป่วยสามารถใช้ใบสั่งยาเดียวกันในการรับยาได้หลายครั้ง ประเทศออสเตรเลียจัดให้การเติมยาต่อเนื่องเป็นหนึ่งในบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ทางยา (PBS) โดยมีมาตรการกำกับชัดเจนทั้งรายละเอียดที่ต้องระบุในใบสั่งยา เช่น แพทย์ผู้สั่ง ผู้ป่วย ชื่อยา รูปแบบ ความแรง จำนวนยา จำนวนครั้งที่สั่งจ่าย มีการกำหนดระยะห่างระหว่างการรับยาแต่ละครั้ง และกำหนดช่วงเวลาที่ใช้ใบสั่งยาเพื่อรับยาเต็มได้สูงสุดไม่เกิน 6 เดือนต่อ 1 ใบสั่งแพทย์ และสหรัฐอเมริกา มีการให้บริการเติมยาต่อเนื่องตามแต่แผนของผู้ให้ประกันหรือองค์กรกลาง Pharmacy benefit manager (PBM) โดยรับยาผ่านทางร้านยาในเครือข่าย ระยะเวลาดำเนินการใบสั่งยาอยู่ที่ 30-90 วัน

ระบบชำระเงินคืน โดยรวมทั้ง 5 ประเทศใช้การสร้างบัญชียาเพื่อการจ่ายชดเชยโดยกำหนดรายการยาและค่ายาในแต่รายการ ให้ร้านยาหาซื้อยาเองอย่างอิสระภายใต้ราคาที่ประกาศในบัญชี แต่ละประเทศมีการกำหนดราคาชดเชยที่บวกส่วนเพิ่ม (Mark-up) ให้แก่ร้านยาเพื่อทำกำไร โดยใช้วิธีตั้งต้นราคาชดเชยที่แตกต่างกัน สำหรับสหราชอาณาจักรตั้งต้นจากราคาเฉลี่ยของราคาผู้ผลิต สหรัฐอเมริกาใช้ราคาเฉลี่ยค้าส่ง (Average wholesale price) ประเทศที่ใช้ระบบราคาอ้างอิง (Reference price) ได้แก่ ออสเตรเลียที่กำหนดจากราคาอ้างอิงต่ำสุดของยาในแต่ละกลุ่ม และประเทศเยอรมนีที่กำหนดราคาจากโมเดลทางเศรษฐมิติ (Econometric model) สำหรับประเทศเกาหลีใต้ตั้งต้นที่ราคาที่ร้านยาซื้อได้จริง (Actual acquisition cost) จึงไม่มีส่วนของกำไรจากค่ายา รายได้ของเภสัชกรในระบบจึงมาจากค่าตอบแทนวิชาชีพเป็นหลัก

ค่าตอบแทนวิชาชีพในสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกาคำหนดด้วยอัตราคงที่ตามจำนวนรายการยาที่จ่าย ออสเตรเลียคิดตามใบสั่งแพทย์ ร้านยาในประเทศเกาหลีใต้ได้ค่าตอบแทนวิชาชีพโดยอ้างอิงจากกิจกรรมที่ทำทั้งการจ่ายยา ค่าการให้คำปรึกษา และค่าการบริหารจัดการร้านยา โดยตั้งต้นเป็นอัตราคงที่และบวกเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนตามจำนวนรายการยา เยอรมนีให้ค่าตอบแทนวิชาชีพโดยคิดจากมูลค่ายาของราคาขายที่จ่าย (ร้อยละ 3 ของราคาที่ร้านยาซื้อได้ บวกส่วนเพิ่มและหักลบกับส่วนลดตามที่กฎหมายกำหนด)

สำหรับการร่วมจ่ายของผู้ป่วย สหราชอาณาจักรเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายด้วยอัตราคงที่ตามรายการยา และมีระบบเหมาจ่ายราย 3 เดือนและ 12 เดือนสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่องเป็นเวลานานซึ่งประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า สหรัฐอเมริกามีการเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายตามรายการยาเป็นหลัก ทั้งในอัตราคงที่และร้อยละของราคาขาย ตามแต่แผนประกัน เกาหลีใต้มีการร่วมจ่ายที่แตกต่างกันตามประเภทของผู้ป่วย มีระบบเพดานสูงสุดรายปีรองรับค่าร่วมจ่าย เช่นเดียวกับกับประเทศออสเตรเลีย สำหรับประเทศเยอรมนีมีการเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายคิดตามราคาของยาซึ่งกำหนดไว้เป็นช่วงที่แตกต่างกัน

การพัฒนาแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาที่ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาที่ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการในโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 โดยเริ่มจากรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้น โดยใช้การประกาศราคาชดเชยเพื่อจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา การซื้อขายนั้นให้ร้านยาเป็นผู้ซื้อยาเองภายใต้ราคา

ชดเชยดังกล่าว ร้านยาสามารถเลือกซื้อกับผู้ขายแต่ละรายได้อย่างอิสระ อย่างไรก็ตามเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่อง การหาซื้อยาในราคาที่ประกาศไม่ได้ จึงพัฒนามาสู่รูปแบบที่ 2 บริหารและจัดซื้อโดยหน่วยงานกลาง ที่ กำหนดให้มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่รวบรวมคำสั่งซื้อ จัดซื้อยาภายใต้ราคาชดเชย และจัดส่งยาให้แก่ร้านยาใน ประเทศ อย่างไรก็ตาม ด้วยปัญหาเรื่องยี่ห้อยาที่ร้านยาอาจได้ไม่ตรงกันกับโรงพยาบาลในโครงการที่ร้านยา สังกัดอยู่ จึงได้พัฒนาเป็นรูปแบบที่ 3 บริหารและจัดซื้อตามโรงพยาบาลแม่ข่าย บนหลักการให้โรงพยาบาล ทำงานร่วมกับร้านยาในลักษณะของเครือข่าย โรงพยาบาลแม่ข่ายมีหน้าที่จัดทำแผนซื้อแลติดต่อกับเจรจากับ ผู้ขาย ให้ร้านยาเป็นผู้ออกคำสั่งซื้อยาในแผนการสั่งซื้อนั้น ซึ่งจะช่วยให้ร้านยาได้รับยาที่ยี่ห้อเดียวกันและ ราคาเดียวกันกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

ความคิดเห็นต่อบทบาทของร้านในโครงการ

ความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ตัวแทนวิชาชีพ เภสัชกรรม ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและร้านยาในโครงการ พบว่าทั้งหมดเห็นด้วยกับโครงการที่ร้านยาเข้า มามีบทบาทจ่ายยาและจ่ายยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมองว่าเป็นการแบ่งปันทรัพยากรบุคคลใน ระบบสุขภาพของประเทศ คล้ายกับการยืมมือเอกชนเข้ามาช่วยบริการผู้ป่วยในระบบ ช่วยให้โรงพยาบาล สามารถดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาที่ใกล้ชิดได้อย่างเต็มที่ เภสัชกรประจำร้านยาได้แสดงบทบาททาง วิชาชีพของตน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

เมื่อสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบของโครงการที่ให้ร้านยาจัดซื้อจัดหาด้วยตนเองนั้น ส่วนใหญ่ เห็นด้วยในแง่ของการลดภาระงานของโรงพยาบาล และสะดวกต่อร้านยาในเรื่องการการจัดการสต็อก แต่หนึ่ง ในกลุ่มของผู้กำหนดนโยบายมองว่าต้องการให้ร้านยาเน้นที่งานบริการเป็นหลัก เพราะการให้ร้านยาบริหาร จัดการด้านยาด้วยตนเองนั้นจะเป็นภาระต่อร้านยามากเกินไปโดยเฉพาะร้านยาขนาดเล็กที่มีเภสัชกรเพียงคน เดียว ซึ่งความเห็นนี้สอดคล้องกับหนึ่งในผู้ปฏิบัติงานในร้านยาที่มาจากร้านยาขนาดเล็กและตั้งอยู่ใกล้กับ โรงพยาบาล ซึ่งมองว่าการได้รับยาจากที่จัดมาจากโรงพยาบาลยังคงสะดวกกว่าการไปซื้อยาเอง อีกปัญหาที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบางส่วนให้ความกังวลคือเรื่องผลกระทบจากภาษีต่อร้านยา จึงเสนอว่าต้องมีการเจรจาระหว่าง โครงการกับกรมสรรพากรเพื่อลดผลกระทบจากภาษีให้แก่ร้านยาที่เข้ามาช่วยเหลือภาครัฐในการให้บริการที่ เป็นประโยชน์แก่ประชาชน

ความคิดเห็นต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ทั้ง 3 รูปแบบ

โดยเฉลี่ยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเห็นว่ารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน มากที่สุด คือ รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง ตามด้วยรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย และเห็นด้วยน้อยที่สุดกับ รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย ตามลำดับ

รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง

ในภาพรวมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเห็นด้วยว่าในบริบทของประเทศไทยในปัจจุบันควรมีหน่วยงาน กลางเข้ามาทำหน้าที่บริหารจัดการด้านยาให้แก่ร้านยา เพราะการมีหน่วยงานกลางจะลดความซับซ้อนของ ระบบ ลดภาระของทั้งโรงพยาบาลและร้านยา ช่วยให้โครงการดำเนินไปได้ในระยะเริ่มต้นเพื่อรวบรวมข้อมูล และพัฒนาระบบต่อไป

การมีหน่วยงานกลางเข้ามาช่วยรวบรวมคำสั่งซื้อยาจากร้านยาในระดับประเทศจะช่วยให้ผู้ซื้อ มีอำนาจมากขึ้น เป็นประโยชน์ต่อร้านยาโดยเฉพาะร้านยาขนาดเล็กที่มีจำนวนผู้ป่วยในโครงการไม่มาก ในด้าน ของการจัดการก็เป็นระบบที่สะดวกที่โรงพยาบาลและร้านยาเป็นอิสระจากระบบการจัดซื้อจัดจ้าง ทำให้ มุ่งเน้นไปทำงานบริการได้เต็มที่

อย่างไรก็ตามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นต่อคุณสมบัติของหน่วยงานกลางไว้เป็นประเด็นสำคัญ หนึ่งคือความสามารถในการบริหารจัดการของหน่วยงานกลางที่ต้องมีประสิทธิภาพ มีระบบเทคโนโลยีที่รองรับการรวบรวมคำสั่งซื้อ การจัดซื้อ และการจัดส่งยา เพื่อประกันว่าร้านยาจะได้รับยาตามเวลาที่เหมาะสม ไม่มีปัญหาขาด หรือยาผิด สองคือสถานะของหน่วยงานกลางที่ไม่ควรเป็นหนึ่งในบริษัทโดยตรง เพราะจะมีสถานะเป็นหนึ่งในคู่แข่งทางการตลาดกับบริษัทอื่น ก่อให้เกิดความไม่สบายใจเนื่องจากการต้องมีการเปิดเผยข้อมูลบางส่วนเกี่ยวกับรายการยา ราคา และส่วนแบ่งทางการตลาดให้แก่บริษัทที่เข้ามาเป็นหน่วยงานกลาง เป็นปัญหาเรื่องความขัดแย้งกันของผลประโยชน์ทางการค้าในอุตสาหกรรมยา โดยเสนอว่าอาจเป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการด้านการจัดซื้อจัดส่ง หรือกรณีที่เป็นบริษัทยาต้องมีการแสดงความโปร่งใสของหน่วยงาน เช่น การประกาศนโยบายการผลิตและจัดจำหน่ายสินค้าของตน เป็นต้น

รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย

รูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นอีกรูปแบบที่ได้รับความนิยมความคิดเห็นเป็นอันดับที่สอง รองลงมาจากรูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่าได้รับคะแนนจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายน้อยที่สุด ตรงกันข้ามกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยาที่ให้คะแนนแก่รูปแบบนี้มากที่สุด

เหตุผลที่สนับสนุน ได้แก่ เป็นระบบที่ช่วยแก้ปัญหาเรื่องยี่ห้อยาและราคาที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลและร้านยาได้ ซึ่งความแตกต่างของยี่ห้อยานั้นเป็นหนึ่งในประเด็นที่สำคัญที่มีการกล่าวถึง โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานในร้านยาที่มองว่าการที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงกับยาเดิมที่เคยได้รับจากโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อการทำงานของเภสัชกรเองที่ต้องใช้เวลาและความพยายามในการอธิบายมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยด้วย หนึ่งในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในร้านยาให้ความเห็นว่าด้วยการที่ร้านยาของตนให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชทำให้เข้าใจว่าเรื่องยี่ห้อยาเป็นประเด็นสำคัญเพราะบางครั้งอธิบายไปผู้ป่วยก็จะไม่เข้าใจและไม่เชื่อใจในตัวยานใหม่ที่ได้รับ จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานร้านยาเห็นด้วยกับรูปแบบที่ 3 นี้มากที่สุด

สำหรับเหตุผลที่ไม่เห็นด้วย คือ เรื่องของภาระงานของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอีกสองรูปแบบ เนื่องจากโรงพยาบาลยังต้องเข้ามาทำหน้าที่วางแผนจัดซื้อจัดจ้างอยู่ซึ่งมีความยากและซับซ้อน และต้องพัฒนาระบบขึ้นมารองรับคำสั่งซื้อและกำกับติดตามร้านยา แตกต่างจากรูปแบบที่เป็นไปได้อื่นที่โรงพยาบาลเป็นอิสระจากกระบวนการดังกล่าว ซึ่งประเด็นเรื่องภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้ขัดแย้งกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้กำหนดนโยบายที่มองว่าโครงการควบรวมภาระงานของโรงพยาบาลได้เพื่อให้บุคลากรสามารถทุ่มเทกำลังให้กับงานบริการผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

นอกจากนี้รูปแบบดังกล่าวอาจสร้างความไม่สบายใจให้แก่บริษัทยาเรื่องการกดยาเนื่องจากร้านยารู้ราคาของโรงพยาบาล ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจากการจัดส่งยาที่เพิ่มขึ้น และปัญหาการเปลี่ยนยี่ห้อยาของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่าลักษณะของการดำเนินการในรูปแบบที่ 3 ไม่น่าจะส่งผลกระทบต่อราคายาเนื่องจากการให้บริการยังคงจำกัดเฉพาะในผู้ป่วยในโครงการเท่านั้น ร้านยาไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยทั่วไปได้ จึงไม่แตกต่างกับการที่ร้านยารับยาจากโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน สำหรับปัญหาค่าจัดส่งที่เพิ่มขึ้นโดยอาจเสนอเป็นการชดเชยให้ในส่วนเพิ่มของราคา ยา ส่วนปัญหาการเปลี่ยนยี่ห้อยาของโรงพยาบาลนั้นต้องมีการทำการตกลงกันระหว่างโรงพยาบาล บริษัทยา และร้านยาในพื้นที่เกี่ยวกับการคินยา เป็นต้น

รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย

โดยเฉลี่ยผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดเห็นว่ารูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย เป็นรูปแบบที่เหมาะสมน้อยที่สุดในบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยมองว่าการที่จะประกาศราคาแล้วให้ร้านยาแต่ละร้านซื้อยาเอง

ภายใต้ราคาที่ประกาศนั้นเป็นไปได้ยาก เนื่องจากประเทศไทยไม่กลไกควบคุมราคา ทำให้ราคายาระหว่างโรงพยาบาลกับร้านยามีความแตกต่างกันมาก ทั้งยังไม่ทราบต้นทุนแท้จริงของยาแต่ละรายการ ไม่มีระบบราคายามาตรฐานในประเทศจึงทำให้การประกาศราคาชัดเจนเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งราคาที่ต้องเป็นที่ยอมรับและเหมาะสมกับทุกฝ่ายให้การซื้อขายเกิดขึ้นได้จริง

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มองว่าหากใช้ราคาที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อการซื้อขายของร้านยา อาจทำให้ร้านยาโดยเฉพาะร้านยาที่มีจำนวนผู้ป่วยในโครงการไม่มากซื้อขายไม่ได้ หรือซื้อได้ในยี่ห้ออื่นที่ไม่ตรงกันกับโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษา จากการที่ผู้ป่วยไม่ใช้ยา และรับประกันไม่ได้ว่ายาจะมีคุณภาพเหมือนกัน

อย่างไรก็ตามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบางส่วนให้ความเห็นว่ารูปแบบที่หนึ่งนี้อาจเป็นรูปแบบที่เป็นไปได้ในอนาคต โดยกลุ่มผู้กำหนดนโยบายให้ข้อมูลว่าลักษณะของการประกาศราคาแล้วให้เกิดการซื้อขายกันเองนั้นเป็นหนึ่งในเป้าหมายระยะยาวโดยอาจพัฒนาเป็นระบบราคายามาตรฐานในประเทศ หรืออาจนำไปสู่ชุดสิทธิประโยชน์ทางยา (Pharmaceutical Benefit Scheme) เช่นเดียวกับที่มีในประเทศออสเตรเลีย เพียงแต่ในระยะเริ่มต้นนี้จำเป็นต้องใช้รูปแบบอื่นที่สะดวกกว่าเพื่อรวบรวมข้อมูลจากใบสั่งแพทย์มาพัฒนาต่อไป

ความคิดเห็นต่อการจ่ายเงินในโครงการ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจำแนกโครงสร้างการจ่ายเงินให้แก่ร้านยาในโครงการออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ค่ายา ค่าบริหารจัดการคลังยา และค่าตอบแทนวิชาชีพ ด้วยเรื่องความชัดเจนในการบริหารเงิน อย่างไรก็ตาม บางส่วนมองว่าในท้ายที่สุดค่าบริหารจัดการควรบวกเป็นส่วนเพิ่มเข้าไปในค่ายาเลย เพื่อลดปัญหาของระบบการจัดสรรงบประมาณของรัฐ

สำหรับค่ายานั้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่าควรเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดราคา ในขณะที่อีกครึ่งหนึ่งเห็นว่าควรจัดตั้งเป็นลักษณะของคณะกรรมการกำหนดราคาชัดเจนค่ายาที่มาจากหลายภาคส่วน โดยรูปแบบการจ่ายเงินให้แก่ร้านยานั้นควรจ่ายตามราคาที่กำหนดเพื่อให้มีช่องว่างให้ร้านยาได้ทำกำไร หน่วยงานที่จ่ายเงิน ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรเป็นหน้าที่ของกองทุนที่ดูแลผู้ป่วยในสิทธิการรักษานั้น ๆ ไม่ควรกระทบกับภาระงานของโรงพยาบาล ส่วนน้อยที่มองว่าโรงพยาบาลควรต้องจ่ายเนื่องจากค่ายานี้เดิมถูกรวมอยู่ในเงินจากกองทุนที่โรงพยาบาลได้แบบเหมาจ่ายรายหัวอยู่แล้ว

ค่าบริหารคลังยา ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรเป็นลักษณะของการบวกส่วนเพิ่มจากราคายาเพราะสอดคล้องกับกิจกรรมที่เภสัชกรร้านยาต้องทำ โดยจ่ายส่วนเพิ่มเป็นร้อยละของค่ายาหรือกำหนดเป็นอัตราคงที่ก็ได้ ขึ้นกับตัวเลขที่จะกำหนด ส่วนน้อยที่มองว่าควรให้ในลักษณะเหมาจ่ายรายปีเพื่อลดปัญหาเรื่องร้านยาที่มีจำนวนผู้ป่วยในโครงการแตกต่างกัน หน่วยงานที่จ่ายเงินควรเป็นกองทุนที่ดูแลผู้ป่วยในสิทธิการรักษานั้น ๆ

ค่าตอบแทนวิชาชีพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นว่าหน่วยงานที่จ่ายควรกองทุนที่ดูแลผู้ป่วยในสิทธิการรักษานั้น ๆ โดยเห็นด้วยว่าควรจ่ายเป็นรายครั้งที่ให้บริการ (per visit) เพราะสะดวกและสอดคล้องกับจำนวนครั้งที่ให้บริการ แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนเงินต้องสอดคล้องกับกิจกรรมที่เภสัชกรต้องทำ โดยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าที่ 70 บาทต่อครั้งเป็นมูลค่าต่ำเกินไปสำหรับการที่เภสัชกรร้านยาต้องเพิ่มเติมในส่วนของการบริหารจัดการคลังยาเอง โดยมูลค่าที่มีการเสนอเฉลี่ยคือ 128 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นว่าควรมีการกำหนดจำนวนเงินค่าตอบแทนวิชาชีพโดยคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นมาใหม่ อีกส่วนหนึ่งเห็นว่าให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนด ในขณะที่ส่วนน้อยเห็นว่าควรตัวแทนจากวิชาชีพเภสัชกรรมที่เข้าไปรักษาสินสิทธิให้กับเภสัชกร

ค่าตอบแทนโรงพยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกินกว่าครึ่งให้ความเห็นว่าจำเป็นต้องมีเพื่อบูชใจโรงพยาบาลให้ดำเนินโครงการจนกว่าระบบจะมีความพร้อมได้ด้วยตนเอง แต่ส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับลักษณะ

การจ่ายเงินที่ 50 บาทต่อครั้งเพราะเป้าหมายของโครงการคือการลดจำนวนนัดโรงพยาบาลของผู้ป่วยลง ซึ่งถ้าทำได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลน้อยลง ดังนั้นโรงพยาบาลจะได้ค่าตอบแทนที่น้อยลงตรงกันข้ามกับผลลัพธ์ที่สำเร็จ จึงมีการเสนอว่าอาจใช้รูปแบบการตั้งเป้าที่ผลลัพธ์ เช่น ลดจำนวนนัดโรงพยาบาลลงได้ถึงกำหนดเพื่อให้ค่าตอบแทน ในขณะที่อีกส่วนหนึ่งเห็นว่าไม่ควรจ่ายเพิ่มในส่วนนี้ตั้งแต่ต้นเพราะเป็นผลประโยชน์ของโรงพยาบาลอยู่แล้ว

การร่วมจ่ายของผู้ป่วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ควรมีการเรียกเก็บเพิ่มจากผู้ป่วยอีก เนื่องจากเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้ และเป็นเงินภาษีของประชาชนอยู่แล้ว ทั้งยังจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมเข้ารับบริการ ยกเว้นจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากบริการได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ส่วนที่เห็นว่าควรมีการเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายนั้นเพราะเป็นไปตามหลักการที่ผู้ป่วยควรได้จ่ายบางส่วนเพื่อลดการใช้บริการเกินจำเป็น (moral hazard) ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ทบทวนวรรณกรรมระบบจ่ายยาและจ่ายยาต่อเนื่องในต่างประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ และเยอรมนีนั้นเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจงบนความต้องการที่จะเห็นความแตกต่างของแต่ละประเทศที่มีระบบสุขภาพที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมในข้างต้นไม่สามารถครอบคลุมระบบจ่ายยาและจ่ายยาต่อเนื่องที่มีทั้งหมดได้

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเองบนพื้นฐานของการแก้ไขปัญหาความแตกต่างของราคาและยี่ห้อเป็นหลัก จึงอาจมีรูปแบบที่เป็นไปได้อื่นในมิติอื่น อย่างไรก็ตามผลวิจัยชี้ว่ารูปแบบทั้งสามที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมเพียงพอจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการที่ไม่มีใครเสนอรูปแบบที่เป็นไปได้อื่น

คะแนนความคิดเห็นของผู้ส่วนเกี่ยวข้องตั้งอยู่บนข้อจำกัดของมาตรวัดแบบ Ordinal scale ดังนั้นในส่วนของคุณค่าเฉลี่ยจึงไม่ได้กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายเนื่องจากไม่ได้ใช้เพื่อสะท้อนความคิดเห็นที่แท้จริงของผู้ให้สัมภาษณ์ แต่ใช้เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นหลัก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้แสดงข้อมูลที่เป็นฐานนิยมและร้อยละของผู้ให้ความคิดเห็นในแต่ละระดับความคิดเห็น ซึ่งพบว่าสอดคล้องกันกับทิศทางความแตกต่างของคุณค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละประเด็นคำถาม

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นก่อนหน้าที่จะมีการเปลี่ยนแปลงค่าตอบแทนวิชาชีพจริงจาก 70 บาทต่อครั้งที่ให้บริการเป็น 90 บาทต่อครั้งที่ให้บริการ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจส่งผลต่อค่าคะแนนความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่าไม่ได้กระทบกับผลลัพธ์ในหลักการของค่าตอบแทนวิชาชีพที่ต้องสอดคล้องกับกิจกรรมที่เภสัชกรต้องทำมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยมีร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเองภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ที่พัฒนาทั้ง 3 รูปแบบ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งโครงการทั้ง 4 ภาคส่วน ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้แทนวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานในร้านยา มีความเห็นว่ารูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในบริบทปัจจุบัน ได้แก่ รูปแบบที่ 2 หน่วยงานกลาง ตามด้วยรูปแบบที่ 3 โรงพยาบาลแม่ข่าย และรูปแบบที่ 1 ราคาชดเชย ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า การจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยาต้อง

พิจารณาถึงการบวกส่วนเพิ่มจากค่าบริหารและมีช่องว่างให้ร้านยาสามารถทำกำไรเมื่อต่อรองราคาขายได้ต่ำกว่าราคาที่ย่ำชดเชย ค่าตอบแทนวิชาชีพต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นของเภสัชกรร้านยา ในขณะเดียวกันค่าตอบแทนโรงพยาบาลยังจำเป็นและควรสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการกระจายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปยังร้านยาเพื่อให้เกิดความสนใจในการทำงานของโรงพยาบาล ในขณะที่การเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายจากผู้ป่วยยังไม่เหมาะสมในปัจจุบันที่เริ่มต้นโครงการที่ผู้ป่วยยังไม่รับรู้ถึงประโยชน์ที่ได้ จึงเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 4 ภาคส่วน ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้แทนวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานในร้านยา นำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 6 ข้อ ได้แก่

1. รูปแบบของการบริหารจัดการด้านยาโดยมีร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเองภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน คือการมีจัดตั้งหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่รวบรวมคำสั่งซื้อ ยา จัดซื้อยา และจัดส่งยาให้แก่ร้านยาในโครงการทั้งประเทศ ทั้งนี้การคัดเลือกหน่วยงานกลางต้องคำนึงถึงสถานะและความพร้อมขององค์กร ได้แก่ ไม่ควรเป็นบริษัทฯ เพื่อลดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างบริษัทฯด้วยกัน กรณีเป็นบริษัทฯต้องมีความโปร่งใสด้วยการประกาศนโยบายการผลิตและจัดจำหน่ายยาที่ชัดเจน ไม่ใช่ข้อมูลคำสั่งซื้อที่ได้เพื่อประโยชน์ทางการค้าของตน ในขณะเดียวกันต้องเป็นองค์กรที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดซื้อจัดหายา มีระบบเทคโนโลยีที่รองรับการรวบรวมและติดตามคำสั่งซื้อ และมีความพร้อมในการจัดส่งยาให้แก่ร้านยาได้ทันเวลา
2. รูปแบบการจัดซื้อตามโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาในโครงการ ซึ่งมีข้อดีในเรื่องของการการควบคุมให้ผู้ป่วยได้รับยาที่หือเดิมที่เคยได้รับจากโรงพยาบาล ขณะเดียวกันยาที่ได้เป็นราคาเดียวกันกับโรงพยาบาลจะช่วยลดผลกระทบด้านงบประมาณได้ แต่การพัฒนาต้องคำนึงกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง และต้องมีระบบที่ตรวจสอบติดตามการสั่งซื้อยาได้
3. รูปแบบการจัดซื้อโดยอิสระภายใต้ราคาชดเชย เป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่เป็นไปได้ในอนาคตในระยะยาว โดยต้องคำนึงถึงการกำหนดราคาชดเชยเพื่อจ่ายชดเชยค่ายาที่เป็นที่ยอมรับและเหมาะสม สามารถสั่งซื้อยาได้จริง ไม่เป็นปัญหาแก่ร้านยาที่มีขนาดเล็กหรือมีอำนาจการสั่งซื้อต่ำจากจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มากพอ
4. การจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยาต้องพิจารณาถึงการบวกส่วนเพิ่มจากค่าบริหาร และมีช่องว่างให้ร้านยาสามารถทำกำไรเมื่อต่อรองราคาขายได้ต่ำกว่าราคาที่ย่ำชดเชย ทั้งนี้รูปแบบมีการจ่ายเงินค่ายาผ่านไปยังร้านยาโดยตรงต้องมีระบบที่ช่วยให้เภสัชกรร้านยาได้รับผลกระทบน้อยที่สุดจากภาษีซื้อและภาษีขาย ซึ่งต้องอาศัยการพูดคุยกันระหว่างหน่วยงานทางภาครัฐ
5. ค่าตอบแทนวิชาชีพต้องคำนึงถึงความเหมาะสมกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นของเภสัชกรร้านยา ในขณะเดียวกันค่าตอบแทนโรงพยาบาลควรสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการกระจายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปยังร้านยาได้
6. การเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายจากผู้ป่วย อาจยังไม่เหมาะสมในช่วงเริ่มต้นของโครงการ แต่ในระยะยาวต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมของการเรียกเก็บ โดยสิ่งที่สำคัญคือต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการในโครงการนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยคงอยู่ในโครงการและยินดีที่จะจ่ายค่าร่วมจ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1:216-23.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจที่เกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 [Internet]. สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561. Available from: <http://www.nso.go.th>
3. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการจัดทำข้อเสนอร้านยาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า. 2552. [Internet]. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ; 2552. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachgovernance/155/Full-text.pdf>
4. สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, นุศราพร เกษสมบุรณ์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วราภรณ์ ปวงกันทา. นำเสนอรูปแบบของการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2554;21:189-202.
5. ซาฮิดา วิริยาทร, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, กัญญา ติชยาธิคม, วลัยพร พัทธณมุล, สุลลิมวัฒนานนท์, จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์, et al. การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ ของประชากรไทย พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11:155-69.
6. รังสรรค์ ศรีภิรมย์, ภาณุมาศ ภูมาศ, กรแก้ว จันทภาษา, กัญญา ติชยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช. การดูแลรักษาพยาบาลตนเองของประชาชนไทยโดยการซื้อยาจากร้านยาแผนปัจจุบัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11:369-77.
7. ปาริชาติ แก้วอ่อน, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. ร้านยาที่ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรมและร้านยาแผนปัจจุบันทั่วไปมีคุณภาพแตกต่างกันหรือไม่. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2555;4:39-64.
8. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, วิชัย สันติมาลีวรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. 2550;1:. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1:249-61.
9. สุนี เลิศสินอุดม, นิรัชรา ถวิลการ, ญัฐธิดา หาญสุริย์, อัจฉรา นาสถิตย์. ผลลัพธ์ของโครงการเครือข่ายเภสัชกรประจำครอบครัวร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2561;10:382-91.
10. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1 ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. 2562.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย [Internet]. 2555. 93-110 p. Available from: <https://www.hsri.or.th/researcher/media/printed-matter/detail/4531>
12. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.
13. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสถานบริการสาธารณสุขอื่นเป็นสถานบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พ.ศ.2562.

14. Hassali MA, Alrasheedy AA, McLachlan A, Nguyen TA, Al-Tamimi SK, Ibrahim MIM, et al. The experiences of implementing generic medicine policy in eight countries: A review and recommendations for a successful promotion of generic medicine use. *Saudi Pharm J SPJ Off Publ Saudi Pharm Soc.* 2014 Dec;22(6):491–503.
15. 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.
16. Noyce PR. Providing Patient Care Through Community Pharmacies in the UK: Policy, Practice, and Research. *ANN PHARMACOTHER.* 2007;41:861–8.
17. Hindi AMK, Schafheutle EI, Jacobs S. Patient and public perspectives of community pharmacies in the United Kingdom: A systematic review. *HEALTH EXPECT.* 2017;21.
18. Petty D. Repeat Prescription Report Date filed: 11/17 - Pharmacy2U. 2017.
19. NHS. How to order repeat prescriptions online [Internet]. *nhs.uk.* 2020 [cited 2020 May 19]. Available from: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/pharmacies/how-to-order-repeat-prescriptions-online/>
20. NHS England. Electronic Repeat Dispensing - Guidance [Internet]. 2015. Available from: <https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/wp-content/uploads/sites/31/2015/06/electronic-repeat-dispensing-guidance.pdf>
21. Castle G, Kelly B, Gathani R. United Kingdom. In: *Global legal insights - pricing & reimbursement.* 2nd ed. United Kingdom: GLOBAL LEGAL Group LTD; 2019. p. 215–26.
22. Oxera study on the supply of generic medicines in the UK [Internet]. Oxera. [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.oxera.com/publications/oxera-study-supply-generic-medicines-uk/>
23. PSNC. Essential Service payments [Internet]. PSNC Main site. [cited 2020 May 31]. Available from: <https://psnc.org.uk/funding-and-statistics/funding-distribution/essential-service-payments/>
24. PSNC. Understanding the Single Activity Fee [Internet]. 2019. Available from: <https://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2019/04/Dispensing-and-Supply-Factsheet-Understanding-the-Single-Activity-Fee-updated.pdf>
25. NHS Electronic Drug Tariff [Internet]. [cited 2020 May 30]. Available from: <http://www.drugtariff.nhsbsa.nhs.uk/#/00786378-DD/DD00786373/Home>
26. PSNC. What does the patient pay? [Internet]. PSNC Main site. [cited 2020 May 30]. Available from: <https://psnc.org.uk/dispensing-supply/receiving-a-prescription/patient-charges/>
27. Get help with prescription costs - NHS [Internet]. *nhs.uk.* 2018 [cited 2020 May 31]. Available from: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/help-with-health-costs/get-help-with-prescription-costs/>

28. Save money with a prescription prepayment certificate (PPC) - NHS [Internet]. nhs.uk. 2018 [cited 2020 May 31]. Available from: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/help-with-health-costs/save-money-with-a-prescription-prepayment-certificate-ppc/>
29. Williams G, Loveday C, McKie S. Australia. In: Global legal insights - pricing & reimbursement. 2nd ed. United Kingdom: GLOBAL LEGAL Group LTD; 2019. p. 9–22.
30. Health AGD of. The Australian health system [Internet]. Australian Government Department of Health. Australian Government Department of Health; 2018 [cited 2020 May 26]. Available from: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>
31. Health AGD of. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) | Frequently asked questions [Internet]. Australian Government Department of Health; [cited 2020 May 27]. Available from: <http://www.pbs.gov.au/info/general/faq#WhoiseligibletoreceivebenefitsunderthePBS>
32. Health AGD of. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) | 4. Patient Charges [Internet]. Australian Government Department of Health; [cited 2020 May 27]. Available from: http://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/section1/Section_1_4_Explanatory_Notes
33. PBS for pharmacists - About - Services Australia [Internet]. [cited 2020 May 31]. Available from: <https://www.servicesaustralia.gov.au/organisations/health-professionals/services/medicare/pbs-pharmacists/about#a4>
34. Health AGD of. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) | Fees & Patient Contributions [Internet]. Australian Government Department of Health; [cited 2020 May 31]. Available from: <http://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/front/fee>
35. Health AGD of. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) | Patient Charges for PBS Prescriptions: Example Calculations [Internet]. Australian Government Department of Health; [cited 2020 May 31]. Available from: <http://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/section1/patient-charges-for-pbs-prescriptions-example-calculations>
36. Health AGD of. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) | 5. The Safety Net Scheme [Internet]. Australian Government Department of Health; [cited 2020 May 31]. Available from: http://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes/section1/Section_1_5_Explanatory_Notes
37. Ridic G, Gleason S, Ridic O. Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Mater Socio-Medica*. 2012;24(2):112–20.
38. Dougherty EJ. USA. In: Global legal insights - pricing & reimbursement. 2nd ed. United Kingdom: GLOBAL LEGAL Group LTD; 2019. p. 227–68.

39. What Medicare Part D drug plans cover | Medicare [Internet]. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/what-medicare-part-d-drug-plans-cover>
40. Getting a prescription filled: MedlinePlus Medical Encyclopedia [Internet]. [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/001956.htm>
41. Brooks J, Doucette W, Wan S, Klepser D. Retail Pharmacy Market Structure and Performance. *Inq J Med Care Organ Provis Financ*. 2008 Mar 1;45:75–88.
42. Blank C. Pharmacies Brace for Increased Refills Due to Coronavirus [Internet]. Drug Topics. 2020 [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.drugtopics.com/article/pharmacies-brace-increased-refills-due-coronavirus>
43. Congressional Budget Office. Prescription Drug Pricing in the Private Sector [Internet]. 2007. Available from: <https://www.cbo.gov/publication/18275>
44. Patricia M. Danzon, Sean Nicholson, Ernst R. Berndt, Joseph P. Newhouse. Pricing and Reimbursement in US Pharmaceutical Markets. 2012 Sep 18; Available from: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199742998.001.0001/oxfordhb-9780199742998-e-8>
45. Jang S, Byun J, Song I, Cho H. PPRI Pharma Profile South Korea [Internet]. PPRI; 2017. Available from: https://ppri.goeg.at/South_Korea
46. Hwang M, Young H. Pharmacists' Roles and Factors Affecting Patient Care in Korea. *Innov Pharm*. 2015 Jan 1;6.
47. Roh KS, Choi KK. Korea. In: *Global legal insights - pricing & reimbursement*. 2nd ed. United Kingdom: GLOBAL LEGAL Group LTD; 2019. p. 145–50.
48. Mathauer I, Xu K, Carrin G, Evans DB. An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance [Internet]. WHO; 2009. Available from: https://www.who.int/health_financing/documents/cov-hsfr_e_09-korea/en/
49. Yoo S-L, Kim D-J, Lee S-M, Kang W-G, Kim S-Y, Lee JH, et al. Improving Patient Access to New Drugs in South Korea: Evaluation of the National Drug Formulary System. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jan 21;16(2):288.
50. Reese U, Kemmner C. Germany. In: *Global legal insights - pricing & reimbursement*. 2nd ed. United Kingdom: GLOBAL LEGAL Group LTD; 2019. p. 84–98.
51. Stargardt T, Busse R, Dauben HP. PPRI Pharma Profile Germany 2008. [Internet]. PPRI; 2008. Available from: https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/Germany_PPRI_2008_6.pdf
52. Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Germany. *Ann Pharmacother*. 2006 Apr 1;40:729–35.
53. Dylst P, Vulto A, Simoens S. Reference pricing systems in Europe: Characteristics and consequences. *GaBi J*. 2012 Aug 15;1:127–31.

54. Federal Union of German Associations of Pharmacists. German Pharmacies: Figures Data Facts 2019 [Internet]. Federal Union of German Associations of Pharmacists; 2019. Available from: <https://www.abda.de/en/pharmacies-in-germany/drug-discount-contracts>

ภาคผนวก ก.

เอกสารแสดงข้อมูลเบื้องต้นประกอบแบบสอบถามรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยา โดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน

ปัจจุบันประเทศไทยได้ดำเนินโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน เพื่อลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมทั้งผลักดันให้เกิดรูปแบบการบริหารจัดการด้านยาที่ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่มีความคล่องตัว ลดภาระงานของโรงพยาบาลและสอดคล้องกับบทบาทของร้านยามากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการด้านยาที่ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการในต่างประเทศ จำนวน 5 ประเทศ ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ และเยอรมนี พบว่าทั้ง 5 ประเทศดำเนินการโดยการกำหนดราคาชดเชยและกำหนดรายการยาเพื่อชดเชยค่ายาให้แก่ร้านยา ร้านยาเป็นผู้จัดซื้อยาภายใต้ราคาชดเชยดังกล่าว รวมถึงการจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพให้แก่เภสัชกรร้านยาตามจำนวนรายการยาที่จ่าย และส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการต้องร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการทั้งแบบคงที่ (co-payment) และจ่ายเป็นร้อยละตามค่ายา (co-insurance) ตามจำนวนรายการยาที่ได้รับ แต่รวมแล้วไม่เกินเพดานร่วมจ่ายสูงสุดต่อปี

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาที่ร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ โดยอาศัยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์บริบทของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย สามารถสรุปรูปแบบที่เป็นไปได้จำนวนทั้งสิ้น 3 รูปแบบ (รายละเอียดดังเอกสารแนบ) ได้แก่

รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย โดยประกาศเป็นราคาชดเชยสำหรับจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา และร้านยาเป็นผู้ซื้อยาเองภายใต้ราคาชดเชยดังกล่าว ร้านยาสามารถเลือกซื้อกับผู้ขายแต่ละรายได้โดยอิสระ

รูปแบบที่ 2 บริหารและจัดซื้อโดยหน่วยงานกลาง ใช้การกำหนดราคาชดเชยเพื่อประกาศเป็นราคาสำหรับจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา แต่มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่รวบรวมคำสั่งซื้อ จัดซื้อยาภายใต้ราคาชดเชย และจัดส่งยาให้แก่ร้านยาในประเทศ

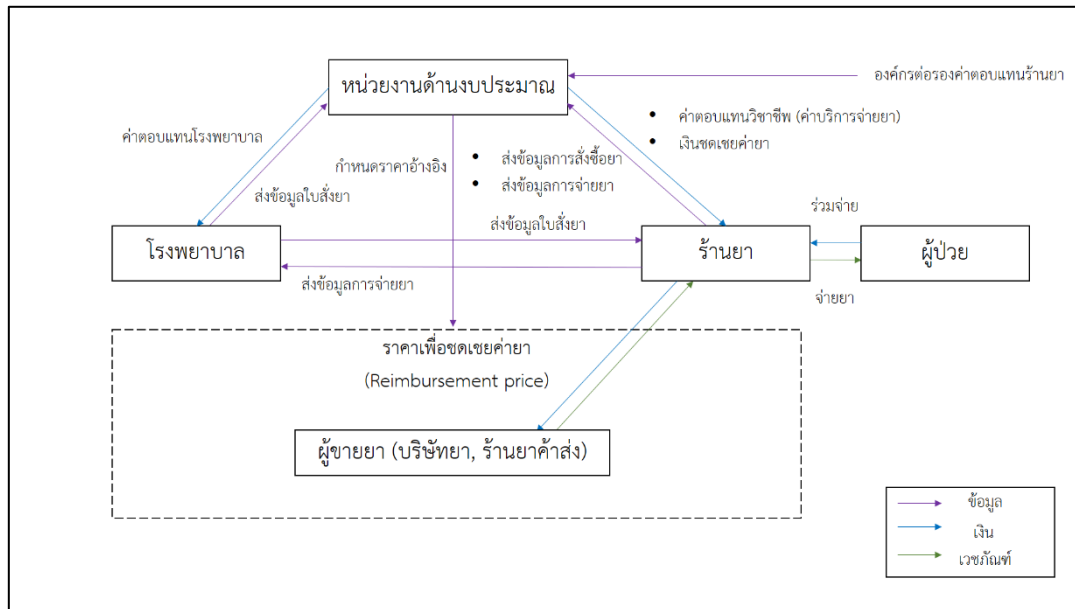
รูปแบบที่ 3 บริหารและจัดซื้อตามโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลแต่ละแห่งกำหนดร้านยาเป็นหน่วยบริการในเครือข่าย ร้านยาเป็นผู้ซื้อยาในรายการยาเดียวกัน ผู้ขายเดียวกัน และในราคาเดียวกันกับที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดซื้อได้

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านเป็นสิ่งใหม่ ยังไม่มีการศึกษาถึงรูปแบบที่เหมาะสมในบริบทของประเทศไทยมาก่อน จึงนำมาสู่การศึกษาเพื่อศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียต่อรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับบริบทของประเทศไทย ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน เพื่อให้โครงการดำเนินไปอย่างยั่งยืน ลดภาระงานของโรงพยาบาล เพิ่มความคล่องตัวในการบริหารคลังยาของร้านยา เป็นประโยชน์ต่อประชาชนผู้รับบริการ และเป็นก้าวอย่างที่สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย

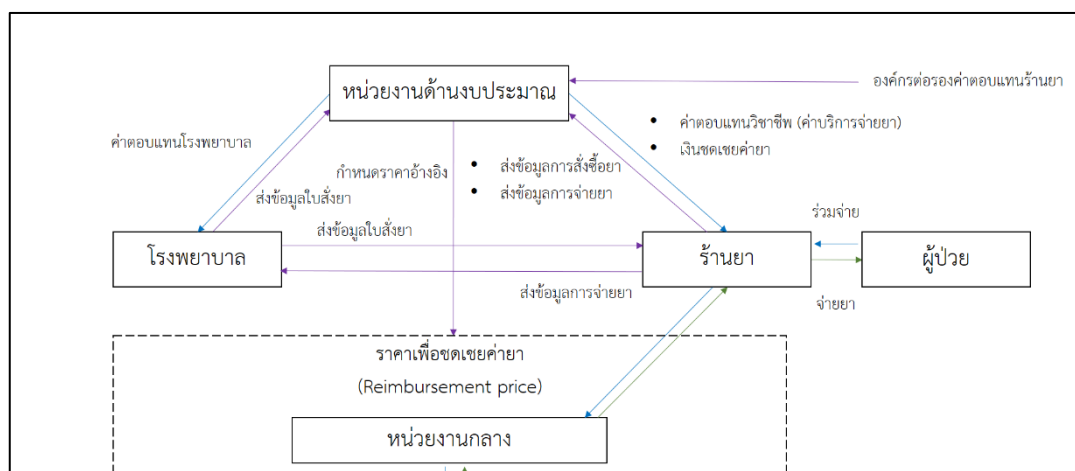
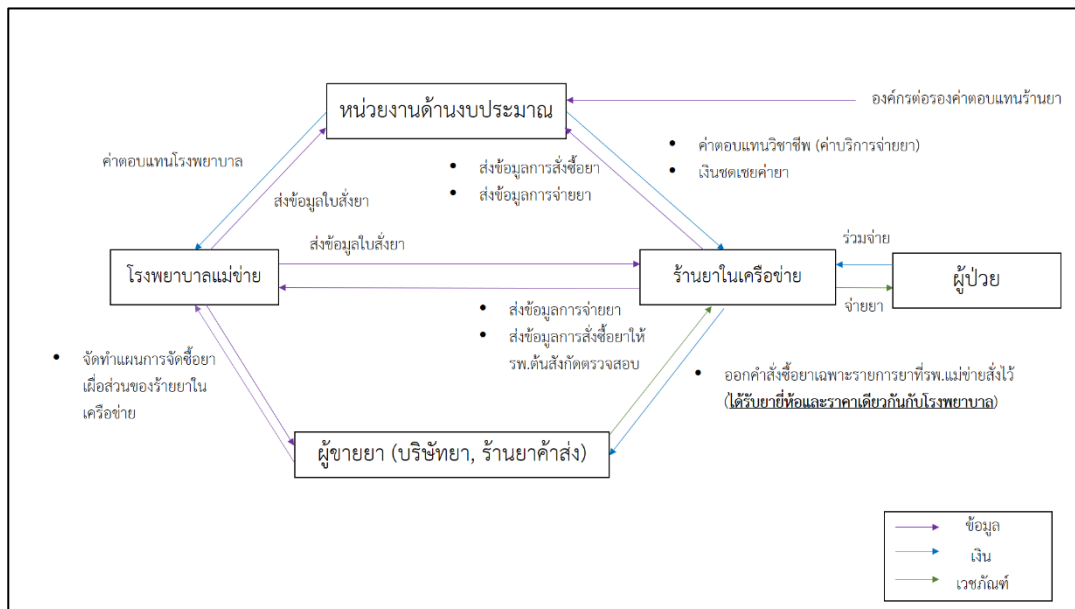
ตารางเปรียบเทียบรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการทั้ง 3 รูปแบบ

หัวข้อ	รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาขดเซย	รูปแบบที่ 2 บริหารและจัดซื้อโดยหน่วยงานกลาง	รูปแบบที่ 3 บริหารและจัดซื้อตามโรงพยาบาลแม่ข่าย
ลักษณะของรูปแบบ	-กำหนดราคาขดเซย เพื่อจ่ายขดเซยค่ายาให้ร้านยา -ร้านยาเป็นผู้ซื้อยาเองภายใต้ราคาขดเซย -ร้านยาเลือกซื้อกับผู้ขายแต่ละรายได้โดยอิสระ	-กำหนดราคาขดเซย เพื่อจ่ายขดเซยค่ายาให้ร้านยา -หน่วยงานกลางทำหน้าที่รวบรวมคำสั่งซื้อ จัดซื้อภายใต้ราคาขดเซย และจัดส่งยาให้แก่ร้านยา	-กำหนดร้านยาเป็นหน่วยบริการในเครือข่าย รพ. -โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ทำแผนและเจรจากับผู้ขาย -ร้านยาเป็นผู้ออกคำสั่งซื้อยาตามปริมาณที่ต้องการใช้ เฉพาะรายการยาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายจัดซื้อไว้
รูปแบบการซื้อยา	ร้านยาเป็นผู้ซื้อภายใต้ราคาขดเซย	หน่วยงานกลางเป็นผู้ซื้อภายใต้ราคาขดเซย	โรงพยาบาลเป็นผู้จัดซื้อ ร้านยาเป็นผู้ออกคำสั่งซื้อ
การจัดซื้อจัดหา	-ร้านยาติดต่อกับผู้ขายยาโดยตรง	-ร้านยาติดต่อกับหน่วยงานกลาง	-ร้านยาออกคำสั่งซื้อกับผู้ขายยาโดยตรงภายใต้แผนการจัดซื้อของโรงพยาบาล
ยี่ห้อของรายการยา	อาจแตกต่างจากโรงพยาบาล	อาจแตกต่างจากโรงพยาบาล แต่ทุกร้านยาอาจเหมือนกัน	เหมือนกับของโรงพยาบาล
ข้อดี	-ร้านยามีอิสระในการเลือกซื้อกับผู้ขาย -ร้านยาสามารถได้กำไรจากการส่งซื้อยา	-ลดปัญหาร้านยาซื้อยาเองไม่ได้ตามราคาขดเซย	-ร้านยาได้ยี่ห้อรายการเดียวกันกับโรงพยาบาล -ร้านยาซื้อยาได้ในราคาเดียวกันกับโรงพยาบาล
ข้อเสีย	-ร้านยาอาจไม่สามารถซื้อยาตามราคาขดเซยได้	-ความเสี่ยงของปัญหาการจัดซื้อและจัดส่งมีสูง เนื่องจากภาระทั้งหมดขึ้นกับหน่วยงานกลางเพียงหน่วยเดียว -ยี่ห้อและราคาขึ้นกับหน่วยงานกลาง	- ต้องมีระบบตรวจสอบการส่งซื้อยาของร้านยา - โรงพยาบาลมีภาระงานมากขึ้นเมื่อเทียบกับรูปแบบอื่น

รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาอ้างอิง



รูปแบบที่ 2 บริหารและจัดซื้อโดย



ภาคผนวก ข.

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ
ภายใต้โครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมความคิดเห็นต่อรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน ในงานวิจัย เรื่อง รูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยร้านยาแผนปัจจุบันประเภท 1
2. ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแสดงข้อมูลเบื้องต้นของรูปแบบที่เป็นไปได้ของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการภายใต้โครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านมีความเข้าใจในประเด็นคำถามที่ตรงกัน
3. แบบสอบถามนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 10 หน้า (รวมหน้าปก) แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่
ตอนที่ 1 รูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ
ตอนที่ 2 รูปแบบการจ่ายเงินในโครงการ
4. คำถามแต่ละข้อต้องการทราบว่าท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อประเด็นคำถามในข้อนั้น ๆ โดยแบ่งความคิดเห็นออกเป็น 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. ขอให้ผู้ให้ข้อมูล
 - 1) ทำเครื่องหมาย X ในช่องที่กำหนดให้ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
 - 2) ระบุเหตุผล ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมโดยเขียนลงในพื้นที่ที่กำหนดให้
6. ข้อคิดเห็นของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและถูกใช้เพื่อประโยชน์การศึกษาวิจัยเท่านั้น

ตอนที่ 1 รูปแบบที่เหมาะสมของการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการ

- 1.1. “เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาล ร้านยาควรมีบทบาทในการจ่ายยาและจ่ายยาต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาล”
ท่าน เห็นด้วย กับประโยคข้างต้นหรือไม่ อย่างไร

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

--	--	--	--	--	--

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

- 1.2. “โครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านควรมีการบริหารจัดการด้านยาโดยมีร้านยาเป็นผู้ดำเนินการเอง”
ท่าน เห็นด้วย กับประโยคข้างต้นหรือไม่ อย่างไร

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

- 1.3 ท่านคิดว่าการบริหารจัดการด้านยาโดยร้านยาเป็นผู้ดำเนินการมี ข้อดี และ ข้อเสีย อย่างไร
ข้อดี.....

ข้อเสีย.....

.....

รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย

- 1.1. “รูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชย เป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทประเทศไทยในปัจจุบัน”
ท่าน เห็นด้วย กับประโยคข้างต้นหรือไม่ อย่างไร

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

- 1.2. ท่านคิดว่าการรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชยนี้มี ข้อดี และ ข้อเสีย อย่างไร
ข้อดี.....

ข้อเสีย.....

.....

- 1.3. ท่านคิดว่าการรูปแบบที่ 1 กำหนดราคาชดเชยนี้มี ปัญหาหรืออุปสรรค ในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร

รูปแบบที่ 2 บริหารและจัดซื้อโดยหน่วยงานกลาง

- 1.4. “รูปแบบที่ 2 บริหารและจัดซื้อโดยหน่วยงานกลาง เป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทประเทศไทยในปัจจุบัน”

ท่าน เห็นด้วย กับประโยคข้างต้นหรือไม่ อย่างไร

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

- 1.3. ท่านคิดว่ารูปแบบที่ 2 บริหารและจัดซื้อโดยหน่วยงานกลางนี้มี ข้อดี และ ข้อเสีย อย่างไร
ข้อดี.....

ข้อเสีย.....

- 1.4. ท่านคิดว่ารูปแบบที่ 2 บริหารและจัดซื้อโดยหน่วยงานกลางมี ปัญหาหรืออุปสรรค ในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร

รูปแบบที่ 3 บริหารและจัดซื้อตามโรงพยาบาลแม่ข่าย

- 1.5. “รูปแบบที่ 3 บริหารและจัดซื้อตามโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดกับบริบทประเทศไทยในปัจจุบัน”

ท่าน เห็นด้วย กับประโยคข้างต้นหรือไม่ อย่างไร

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

- 1.6. ท่านคิดว่ารูปแบบที่ 3 บริหารและจัดซื้อตามโรงพยาบาลแม่ข่ายนี้มี ข้อดี และ ข้อเสีย อย่างไร
ข้อดี.....

ข้อเสีย.....
.....

- 1.7. ท่านคิดว่ารูปแบบที่ 3 บริหารและจัดซื้อตามโรงพยาบาลแม่ข่ายนี้มี **ปัญหาหรืออุปสรรค** ในการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....

รูปแบบอื่น ๆ

- 1.8. ในความคิดเห็นของท่านมีรูปแบบอื่นที่เป็นไปได้อีกหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....

- 1.9. ท่านคิดว่ารูปแบบดังกล่าวนี้จะมี **ข้อดี** และ **ข้อเสีย** อย่างไร

ข้อดี.....

.....
ข้อเสีย.....
.....

ตอนที่ 2 รูปแบบการจ่ายเงินในโครงการ

- 2.1. กำหนดให้โครงสร้างของการจ่ายเงินให้แก่ร้านยาในโครงการประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ค่ายา	+	ค่าบริหารจัดการ	+	ค่าตอบแทน
-------	---	-----------------	---	-----------

ท่าน เห็นด้วย กับโครงสร้างทั้ง 3 ส่วนนี้หรือไม่ อย่างไร

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....
.....
.....

ส่วนที่ 1 ค่ายา

- 1.1. กรณีใช้การกำหนดราคาขดเซยเพื่อย่อยขดเซยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา (รูปแบบที่เป็นไปได้ 1 และ 2)
ท่านคิดว่าการกำหนดราคาขดเซยควรเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานใด

☐ กระทรวงสาธารณสุข

☐

☐

กรมบัญชีกลาง
 อื่น ๆ โปรดระบุ
 โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

- 1.2. ท่านคิดว่ารูปแบบการจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยาควรเป็นแบบใด
- ☐ จ่ายในราคาต้นทุนยาที่ร้านยาซื้อได้ แต่ไม่เกินราคาชดเชย (ร้านยาไม่ได้กำไรจากการซื้อยา)
 - ☐ จ่ายที่ราคาชดเชยที่ประกาศ (ร้านยาได้กำไรหากซื้อยาได้ในราคาต่ำกว่าราคาชดเชย)
 - อื่น ๆ โปรดระบุ
 - ☐

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

- 1.3. ท่านคิดว่าราคาชดเชยระหว่างยาชื่อสามัญและยาดันแบบควรใช้เกณฑ์ที่ต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 2 ค่าบริหารจัดการคลังยา

- 1.4. ท่านคิดว่าค่าบริหารคลังยาควรเป็นรูปแบบใด
- ☐ จ่ายเป็นส่วนเพิ่มในอัตราร้อยละของค่ายาที่จ่ายชดเชย (% mark-up)
 - ☐ จ่ายเป็นส่วนเพิ่มในอัตราคงที่ตามจำนวนรายการยาที่มีการจ่าย (fixed mark-up) เหมาะจ่ายรายปีในอัตราคงที่
 - ☐ ไม่จำเป็น สามารถรวมเข้าในส่วนค่าตอบแทนวิชาชีพได้
 - ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ
- โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ส่วนที่ 3 ค่าตอบแทนวิชาชีพ (ค่าบริการจ่ายยา)

- 1.5. “ในปัจจุบันมีร้านยาได้รับค่าตอบแทนจากโครงการ 70 บาทต่อครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ร้านยา (per visit)”

ท่าน เห็นด้วย กับข้อเสนอข้างต้นหรือไม่ อย่างไร

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

1.6. ท่านคิดว่าค่าตอบแทนวิชาชีพควรเป็นรูปแบบใด

- ☐ เหมจ่ายรายหัวต่อปี (per capita)
- ☐ เหมจ่ายต่อครั้งที่ให้บริการ (per visit)
- ☐ จ่ายในอัตราคงที่ตามจำนวนรายการยาที่จ่ายให้แก่ผู้ป่วย (per item)
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

1.7. ท่านคิดว่าคิดว่าการกำหนดจำนวนเงินค่าตอบแทนวิชาชีพควรเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานใด

- ☐ กระทรวงสาธารณสุข
- ☐ องค์การวิชาชีพ เช่น สมาเภสัชกรรม
- ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

2.2. ท่านคิดว่าการจ่ายเงินในโครงการให้แก่ร้านยาควรอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานใด

- ค่ายา ☐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ☐ โรงพยาบาลแม่ข่าย ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
- ค่าบริหารคลังยา ☐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ☐ โรงพยาบาลแม่ข่าย ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
- ค่าตอบแทนวิชาชีพ ☐ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ☐ โรงพยาบาลแม่ข่าย ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
- โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี) ☐ ☐

.....

.....

.....

ค่าตอบแทนโรงพยาบาล

2.3. “ในปัจจุบันมีการเสนอให้โรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนจากโครงการ 50 บาทต่อครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ร้านยา (per visit)”

ท่าน เห็นด้วย กับข้อเสนอข้างต้นหรือไม่ อย่างไร

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

--	--	--	--	--	--

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

การร่วมจ่ายจากผู้ป่วย

2.4. “ผู้ป่วยในโครงการควรต้องร่วมจ่ายทุกครั้งที่ได้รับบริการที่ร้านยา”

ท่าน เห็นด้วย กับข้อเสนอข้างต้นหรือไม่ อย่างไร

(1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(2) ไม่เห็นด้วย	(3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	(4) ค่อนข้างเห็นด้วย	(5) เห็นด้วย	(6) เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....

2.5. ท่านคิดว่าควรมีรูปแบบการร่วมจ่ายจากผู้ป่วยเป็นแบบใด

☐ จ่ายในอัตราคงที่ต่อครั้งที่ให้บริการ (per visit)

☐ จ่ายในอัตราคงที่ตามจำนวนรายการยาในโครงการที่ได้รับ (per item)

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

โปรดให้เหตุผลเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

.....

.....