Special Article *บทความพิเศษ*

เรียนรู้บทบาทการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศอังกฤษ

ธีรพล ทิพย์พยอม
อิศราวรรณ ศกุนรักษ์
หน่วยวิจัยการบริบาลทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยได้มีการพัฒนาบทบาทและรูปแบบบริการเพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐเท่าที่ควร การทบทวนการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการจึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทย รูปแบบบริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศอังกฤษสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ 1) บริการจัดการด้านยา 2) บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา 3) บริการด้านสาธารณสุข และ 4) บริการอื่นๆ โดยรัฐบาลอังกฤษให้ความสำคัญและสนับสนุนบริการด้านสาธารณสุขของเภสัชกรเป็นอย่างมาก แนวทางการดำเนินการและรูปแบบบริการเภสัชกรรมชุมชนที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้มีดังนี้ ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเจรจาต่อรองกับภาครัฐเพื่อให้การสนับสนุนบริการต่าง ๆ รวมถึงประชาสัมพันธ์ให้เกิดการรับรู้ในวงกว้างถึงความสำคัญและประโยชน์ของบริการทางเภสัชกรรม ควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนบริการทางเภสัชกรรมแยกไว้อย่างชัดเจน หน่วยงานของภาครัฐควรให้การรับรองบริการรูปแบบต่าง ๆ สำหรับใช้เป็นแม่แบบให้หน่วยคู่สัญญาปฐมภูมินำไปใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาสนับสนุนบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละท้องถิ่น และควรมีการพัฒนาบทบาทด้านสาธารณสุขของเภสัชกรชุมชนนอกเหนือไปจากบริการเชิงวิชาชีพ เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้กับประชาชน

คำสำคัญ: **บริการเภสัชกรรมชุมชน, เภสัชกรรมชุมชน, เภสัชกรชุมชน, ร้านยา, ระบบบริการสุขภาพ**

บทนำ

เภสัชกรชุมชน (community pharmacist) คือ เภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านยาหรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า สถานประกอบการเภสัชกรรมชุมชน (community pharmacy) จัดเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชน ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา เภสัชกรชุมชนทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้มีการขยายบทบาทการดูแลผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนผู้ใช้ยาได้รับประโยชน์และความปลอดภัยจากการใช้ยาอย่างเหมาะสม จนถึงปัจจุบันมีการพัฒนาบริการโดยเภสัชกรชุมชนหลากหลายรูปแบบ อาทิเช่น การให้บริการทบทวนยาที่ใช้ (medicines use review: MUR) การเยี่ยมบ้าน บริการช่วยเลิกบุหรี่ บริการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นต้น[1] อย่างไรก็ตามแม้ว่าการให้บริการของเภสัชกรชุมชนในประเทศ

ไทยหลายบริการจะได้รับการพิสูจน์ และยอมรับว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขโดยรวม[2-4] แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวมักได้มาจากงานวิจัยหรือโครงการนำร่องต่าง ๆ ซึ่งการนำรูปแบบบริการเหล่านั้นมาใช้ในวงกว้างเป็นไปอย่างจำกัด ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุขไม่ได้ให้การสนับสนุนจากอย่างเป็นระบบ

โดยทั่วไปร้านยาในประเทศที่พัฒนาแล้วจะถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากรูปแบบการให้บริการของเภสัชกรชุมชนในการทำหน้าที่จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ การเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพทำให้เภสัชกรได้รับค่าตอบแทนการให้บริการและค่ายาที่จ่ายออกไป และเมื่อมีการขยายบทบาทการให้บริการของเภสัชกรชุมชนเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันก็จะยิ่งเห็นประโยชน์ของการที่ร้านยาเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ ทั้งในแง่เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การเข้าถึงและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างร้านยาและหน่วยให้บริการสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการสนับสนุนบริการทางเภสัชกรรมในร้านยาโดยระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการทบทวนการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศที่ดำเนินการประสบความสำเร็จจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งด้านรูปแบบการให้บริการ ผลลัพธ์ของการให้บริการ รวมถึงการดำเนินการเพื่อบรรลุข้อตกลงกับภาครัฐ สำหรับนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและขยายบทบาทการให้บริการทางเภสัชกรรมของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยต่อไป

แนวทางการทบทวนบทบาทการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศอังกฤษ

การที่เลือกเรียนรู้บทบาทการให้บริการในประเทศอังกฤษนั้นเนื่องจากบทบาทการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนในอังกฤษได้รับการพัฒนามายาวนาน มีความหลากหลายของรูปแบบบริการ อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากระบบประกันสุขภาพของรัฐอย่างเต็มที่ นอกจากนี้อังกฤษยังใช้ระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า (universal coverage) เช่นเดียวกับประเทศไทยอีกด้วย

ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากการสืบค้นฐานข้อมูลทางวิชาการต่าง ๆ เช่น MED-LINE, International Pharmaceutical Abstracts, Scopus และ Google Scholar และจากการสืบค้นงานวิจัยเพิ่มเติมจากรายนามเอกสารอ้างอิงของการศึกษา/บทความที่คัดเลือก นอกจากนี้ยังได้ศึกษาข้อมูลตามเวปไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศอังกฤษทั้งหน่วยงานราชการ เอกชน และสมาคมวิชาชีพ

ภาพรวมของระบบ

อังกฤษเป็นดินแดนหรือแคว้นในสหราชอาณาจักร ซึ่งประกอบด้วย อังกฤษ เวลส์ สก็อตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ มีระบบ “บริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS)” ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบการให้บริการด้านสุขภาพแบบถ้วนหน้าให้กับประชาชนหรือผู้ที่พำนักอาศัยอย่างถาวรในประเทศ และมีการบริหารจัดการแบบแบ่งส่วนชัดเจน คือแบ่งเป็นส่วนผู้ให้บริการ (provider) และส่วนที่เป็นผู้ซื้อบริการ (purchaser) โดยงบประมาณส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 75-85) จะถูกส่งมาให้กองทุนปฐมภูมิ (Primary Care Trust: PCT) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ และถือเป็นหน่วยงานสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร[5] ภายหลังการกระจายอำนาจการปกครองให้กับทั้ง 4 แคว้นใน ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540) ระบบ NHS ของทั้ง 4 แคว้นก็มีการดำเนินการที่แตกต่างกัน สำหรับการทบทวนครั้งนี้จะมุ่งเน้นรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนในอังกฤษเท่านั้น

ร้านยา หรือสถานประกอบการเภสัชกรรมชุมชนในอังกฤษที่สามารถให้บริการรับใบสั่งยาจากโรงพยาบาล

และคลินิกคู่สัญญาของ NHS จะเรียกว่า ร้านยาคู่สัญญาของ NHS (NHS pharmacy contractor) ซึ่งร้านยาเหล่านี้จะต้องผ่านมาตรฐานและให้บริการด้านสุขภาพได้ตามที่ NHS กำหนด โดยร้านยาคู่สัญญาของ NHS จะต้องสามารถให้บริการที่จำเป็น (essential service) ได้ ซึ่งจะอธิบายโดยละเอียดในหัวข้อถัดไป

เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพของอังกฤษกับไทย

ในช่วงเริ่มต้นของการมี NHS ประชาชนทุกคนได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ต่อมาได้มีการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมจ่าย (co-payment) แต่มีข้อยกเว้นสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางชนิด สำหรับประเทศไทยการมีส่วนร่วมจ่ายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงเพื่อควบคุมพฤติกรรมของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ หากพิจารณาบริการสุขภาพในประเทศอังกฤษพบว่าประมาณร้อยละ 95 มีการบริหารจัดการผ่าน NHS ซึ่งเป็นของรัฐบาล ส่วนในประเทศไทยยังมีอีกถึงร้อยละ 30-40 ที่ประชาชนต้องจ่ายเงินเองโดยตรงให้กับภาคเอกชน[5]

ในประเทศอังกฤษ PCT เป็นหน่วยงานสำคัญที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (ประมาณ 3 แสนคน) ซึ่งเทียบได้กับหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (Contracting Unit of Primary Care: CUP) ของประเทศไทย นอกจากนี้ PCT ยังมีหน้าที่สร้างความร่วมมือกับรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อพัฒนาบริการเชิงสังคม โดยแผนงานของ PCT ต้องได้รับการรับรองจากหน่วยงานระดับเขตซึ่งก็คือ Health Authority โดยแต่ละเขตรับผิดชอบประชากรประมาณ 5 ล้านคนซึ่งเทียบเท่ากับเขตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ของไทย[5]

ในแง่ของการกำหนดนโยบาย ในประเทศอังกฤษมีข้าราชการประจำที่อยู่ในตำแหน่งบริหารสูงสุด 2 ตำแหน่งคือ Permanent Secretary ซึ่งเทียบเท่ากับปลัดกระทรวงสาธารณสุขของไทย และ Chief Executive of NHS ซึ่งเทียบได้กับเลขาธิการ สปสช. ของไทย ส่วนในท้องถิ่นระดับ PCT มีตัวแทนประชาชนซึ่งเป็นนักการเมืองท้องถิ่นหรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน[5]

การให้บริการของเภสัชกรชุมชนในประเทศอังกฤษมีลักษณะเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการอื่นที่อยู่ในชุมชนทั้งจากภาครัฐและเอกชน และใช้กลไกการบริหารจัดการเป็นเครื่องมือสำคัญ จนทำให้ผู้ให้บริการที่มีความหลากหลาย (interdisciplinary) มีการเชื่อมโยงจนเป็นทีมเดียวกัน เพื่อให้บริการร่วมกันในชุมชน[5] ต่างจากประเทศไทยที่จัดร้านยาหรือสถานประกอบการเภสัชกรรมชุมชนเป็นหน่วยบริการภาคเอกชนโดยเอกเทศและไม่ได้รวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพของรัฐ

กล่าวโดยสรุป โครงสร้างระบบประกันสุขภาพของไทยและอังกฤษไม่แตกต่างกันมากนักในแง่ของการให้บริการแบบครอบคลุมถ้วนหน้า โครงสร้างการบริหารและการจัดการในลักษณะให้มีผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการสุขภาพ ข้อแตกต่างสำคัญที่พบได้แก่การมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของประชาชนในท้องถิ่น การเชื่อมโยงผู้ให้บริการจากภาคเอกชน และสัดส่วนผู้รับบริการผ่านระบบประกันสุขภาพแบบครอบคลุมถ้วนหน้าซึ่งพบเป็นสัดส่วนค่อนข้างสูงในประเทศอังกฤษ ทำให้เกิดความแออัดในการเข้ารับบริการ และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้เกิดแนวคิดขยายการให้บริการสุขภาพไปยังบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นนอกเหนือจากแพทย์ ซึ่งสอดรับกับการขยายบทบาทการให้บริการผู้ป่วยของเภสัชกรดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

การดำเนินการเพื่อบรรลุข้อตกลงกับภาครัฐ

การกำหนดเงื่อนไขหรือกรอบข้อตกลง (contractual framework) กับ NHS นั้นมีผู้รับผิดชอบและดำเนินการโดยคณะกรรมการที่เรียกว่า คณะกรรมการเจรจาต่อรองการบริการทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Services Negotiating Committee: PSNC) ซึ่งได้รับการรับรองให้เป็นตัวแทนของ NHS pharmacy contractors ในการเจรจากรอบข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณ-

สุขและ NHS[6] โดยคณะกรรมการหลักของ PSNC มีทั้งสิ้น 32 คน ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนเภสัชกรชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกจากแต่ละภูมิภาค 14 คน ตัวแทนที่ได้รับการเสนอชื่อจากคณะกรรมการบริหารของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน 2 คน ตัวแทนที่ได้รับการเสนอชื่อจากสมาคมบริษัทร้านยา (Company Chemists' Association: CCA) 12 คน ตัวแทนที่ได้รับการคัดเลือกจากร้านยาที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสมาคมบริษัทร้านยา 3 คน และประธานกรรมการอีก 1 คน โดยมีวาระการดำรงตำแหน่ง 2 ปี

กลยุทธ์การดำเนินงานที่น่าสนใจของ PSNC คือ แนวทางการสร้างความเชื่อมต่อกับนักการเมือง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการพิจารณาข้อเสนอของ PSNC เกี่ยวกับการดำเนินการและการจ่ายค่าตอบแทนให้กับบริการของ NHS pharmacy contractors โดย PSNC ให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ดังกล่าวทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

ตัวอย่างการดำเนินงานสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ของ PSNC ได้แก่ การจัดงานเลี้ยงอาหารเย็นอย่างหรูหราปีละครั้ง โดยแขกรับเชิญประกอบไปด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นักการเมือง ตัวแทนจากวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรการกุศล และสื่อมวลชน นอกจากนี้ PSNC ยังเป็นผู้สนับสนุนให้กับกลุ่มนักการเมืองที่สนใจงานด้านเภสัชกรรม โดยนำเสนอข้อมูลการดำเนินการและประเด็นที่น่าสนใจต่างๆ ให้กับกลุ่มดังกล่าวทุกครั้งที่มีโอกาส

สำหรับการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับนักการเมืองในส่วนภูมิภาคจะดำเนินการโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมท้องถิ่น (Local Pharmacy Committee: LPC) ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนเภสัชกรชุมชนในพื้นที่ไม่เกิน 13 คน โดยคัดเลือกจากการแบ่งสัดส่วนตัวแทนของร้านยาแต่ละประเภท ได้แก่ ร้านยาเดี่ยว ร้านยาอิสระที่มีหลายสาขา และบริษัทร้านยา โดยมีวาระการดำรงตำแหน่ง 4 ปี PSNC มีหน้าที่ให้การสนับสนุนและเสนอแนวทางการจัดการต่างๆ ให้กับ LPC ตัวอย่างกิจกรรมที่ PSNC แนะนำให้ LPC ดำเนินการได้แก่

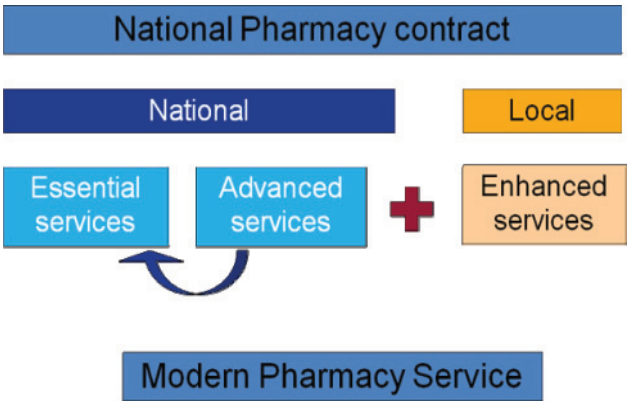
- การเชิญสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ส.ส.) เจ้าของพื้นที่มาที่ร้านยา เพื่อให้นักการเมืองเห็นความสำคัญและประโยชน์ของบริการที่ PSNC กำลังเสนอร่างกฎหมายอยู่
- การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การจัดอบรม สัมมนา เพื่อให้คนในชุมชนเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของกิจกรรมที่อยู่ในร่างการจัดกิจกรรมให้บริการ
- การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อท้องถิ่นเกี่ยวกับบริการที่อยู่ในร่างกฎหมาย หรือแจ้งให้ประชาชนทราบว่าบริการดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากนักการเมืองในพื้นที่

รูปแบบการให้บริการ

จนถึงปัจจุบัน PSNC ได้มีการพัฒนาข้อตกลงเงื่อนไข และรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพในร้านยามาถึงกรอบสัญญาฉบับล่าสุด (ค.ศ. 2011/2012) โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาให้เกิดการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองตามความต้องการของแต่ละท้องถิ่น ซึ่งแบ่งรูปแบบการให้บริการออกเป็น 3 ระดับ (รูปที่ 1) ได้แก่ บริการที่จำเป็น (essential) บริการขั้นสูง (advanced) และบริการเสริม (enhanced service) โดยในแต่ละระดับมีความแตกต่างกันทั้งในด้านรูปแบบการให้บริการ (range of services covered) ที่มาของแหล่งทุน (source of funding) และหน่วยงานที่กำกับดูแล (commissioning and governance arrangement)

บริการที่จำเป็น (Essential services)

เป็นการให้บริการพื้นฐานที่ร้านยาคู่สัญญาทุกร้านต้องปฏิบัติตามที่ NHS กำหนด ได้แก่



รูปที่ 1 ระดับการให้บริการของร้านยาคู่สัญญากับ NHS

- Dispensing/repeat dispensing and provision of compliance support: เป็นการให้บริการจัดหายาหรือเวชภัณฑ์ตามใบสั่งยา และยังครอบคลุมงานในส่วนของการเติมยาหลายครั้ง (repeat dispensing)
- Disposal of unwanted medicines: เป็นการให้บริการกำจัดยาเหลือใช้ โดย PCT จะเป็นผู้รับผิดชอบสถานที่ในการกำจัดยาเหลือใช้เหล่านี้
- Promotion of healthy lifestyles: เป็นการให้บริการที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการให้คำแนะนำเรื่องยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพให้เหมาะสม
- Sign-posting: เป็นรูปแบบการให้บริการในกรณีที่ร้านยาไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่เหมาะสม
- Support for self care: เป็นการให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาและการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือดูแล

บริการขั้นสูง (Advanced services)

เป็นบริการที่เภสัชกรที่ได้รับการรับรองสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

- Medicines use review (MUR) และ prescription intervention service
- Appliance use review (AUR)
- Stoma appliance customization (SAC)
- New medicine service (NMS)

โดยในที่นี้จะขอกล่าวถึง MUR และ prescription intervention service ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ยา โดยละเอียดเพียงอย่างเดียว ส่วน new medicine service เป็นรูปแบบบริการที่เพิ่มเข้ามาใหม่ใน ค.ศ. 2011/12 จึงอาจมีข้อมูลรายละเอียดไม่มากนัก

ลักษณะการให้บริการของ MUR และ prescription intervention service เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับ และประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยผ่านการซักประวัติจากผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยหลังจากที่ประเมินการใช้ยาแล้วเภสัชกรจะบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม MUR เพื่อส่งไปยังแพทย์ผู้รักษา โดยทั่วไปจะมีการทำ MUR อย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก ๆ 12 เดือน เป็นต้น

New medicine service เป็นบริการที่เพิ่มเข้ามาใหม่ ซึ่งเริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2011 โดยจะเป็นบริการให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสั่งจ่ายยาตัวใหม่เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เบื้องต้นจะให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยและเฉพาะกลุ่มโรคตามที่ได้กำหนดไว้ (ได้แก่ โรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานชนิด 2 ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย antiplatelet/anticoagulant และความดันโลหิตสูง) และให้บริการจนถึงเดือนมีนาคม ค.ศ. 2013 แล้วจึงประเมินประโยชน์ของบริการนี้ต่อ NHS หรือไม่

การให้บริการ advanced services ขึ้นกับความสมัครใจของร้านยาที่เข้าร่วม ไม่มีการบังคับให้ทำเหมือนกับ essential service อย่างไรก็ตามร้านยาที่ต้องการทำ advanced service จะต้องมีเภสัชกรที่ได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติการนี้ได้ นอกจากนี้จะต้องมีพื้นที่และเครื่องอำนวย

ความสะดวก เช่น ห้องให้คำปรึกษาที่เพียงพอในการให้บริการ

บริการเสริม (Enhanced services)

แม่แบบ (template) ของ enhanced services แต่ละบริการเกิดจากข้อตกลงร่วมกันระหว่าง PSNC กับกระทรวงสาธารณสุขและ NHS โดยรูปแบบการจัดการแต่ละบริการอาจได้มาจากประสบการณ์การดำเนินการให้บริการนั้น ๆ ในระดับท้องถิ่นมาก่อน คณะกรรมการเภสัชกรรมท้องถิ่น และ pharmacy contractors สามารถอ้างอิงบริการตามแม่แบบเพื่อบรรลุข้อตกลง กับ PCT ในการจัดบริการ enhanced services รูปแบบต่าง ๆ หรือจะร่วมกันสร้าง enhanced service รูปแบบใหม่เพื่อตอบสนองกับความต้องการในแต่ละท้องที่ก็ได้ จนถึงปัจจุบันมี แม่แบบที่ได้รับการรับรองจากส่วนกลางทั้งสิ้น 15 บริการ (ตารางที่ 1)

การประเมินผลการให้บริการ

มีการประเมินผลการให้บริการ advanced และ enhanced services ในหลายบริบท เช่น ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ทางเศรษฐศาตร์ และความเห็นของผู้ปฏิบัติงาน แต่จากการสืบค้นไม่พบรายงานการประเมินผลการให้บริการ enhanced services ครบทุกบริการ ในที่นี้จะขอกล่าวถึงผลการศึกษาของการให้บริการ advanced และ enhanced services บางบริการพอสังเขปดังนี้

ตารางที่ 1 รูปแบบการให้บริการเสริม (enhanced services)

บริการเสริม (Enhanced services)	รูปแบบบริการ
Supervised administration (consumption of prescribed medicines)	• เภสัชกรมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน/ใช้ยาที่แพทย์สั่ง ณ จุดที่จ่ายยา เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาจริง • ตัวอย่างยาที่อยู่ในกลุ่มที่สามารถให้บริการนี้ได้ ได้แก่ methadone และยาอื่นที่ใช้ในการรักษา opiate dependence ยาที่ใช้รักษาความผิดปรกติทางจิต หรือยารักษาวัณโรค
Needle & syringe exchange	• เภสัชกรจัดเตรียมและส่งมอบเข็มและหลอดฉีดยาให้กับผู้รับบริการแลกกับเข็มและหลอดฉีดยาที่ใช้แล้วเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด • เภสัชกรให้คำแนะนำการใช้เข็มฉีดยาที่ถูกวิธี รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอดส์ ไวรัสตับอักเสบซี และข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี
On demand availability of specialist drugs	• ร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการนี้ต้องจัดเตรียมสต็อคยาพิเศษเฉพาะ (specialist medicines) ในจำนวนและปริมาณตามที่ได้ตกลงไว้กับ PCT เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ทันทีทุกเวลา • ยาพิเศษเฉพาะดังกล่าวได้แก่ยาบรรเทาปวด ยาสำหรับรักษาวัณโรค และยาสำหรับรักษา meningitis
Stop smoking	• เภสัชกรให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัวกับผู้รับบริการที่ต้องการเลิกบุหรี่เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสและทางเลือกในการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ของ NHS • เภสัชกรให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่ได้
Care home	• เภสัชกรให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในสถานพักฟื้น (care home) เพื่อเป็นหลักประกันว่ามีการใช้ยาอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า มีการเก็บรักษาอย่างปลอดภัย และมีการจดบันทึกการบริหารยาไว้เป็นหลักฐาน • หลังการให้คำแนะนำในครั้งแรกแล้ว เภสัชกรต้องเยี่ยมติดตามการดำเนินงานของสถานพักฟื้นอย่างน้อยทุกๆ 6 เดือน

ตารางที่ 1(ต่อ) รูปแบบการให้บริการเสริม (enhanced services)

บริการเสริม (Enhanced services)	รูปแบบบริการ
Medicines assessment & compliance support	• เภสัชกรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ การจัดทำบันทึกการใช้ยาให้ผู้ป่วยกรอก การจัดทำฉลากยาด้วยตัวหนังสือขนาดใหญ่ และการจัดเตรียมยาโดยใช้ตลับแบ่งยา เป็นต้น
Medication review (full clinical review)	• การประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อให้ได้รับประสิทธิภาพจากการรักษาอย่างเต็มที่ และช่วยลดปัญหาจากการใช้ยา • เภสัชกรให้บริการที่ใดก็ได้ไม่จำกัดว่าต้องเป็นที่ร้านยาเท่านั้นแต่ต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องได้
Minor ailment service	• เภสัชกรให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาและรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ และสามารถเสนอขายยา OTC ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม • หากผู้ป่วยไม่ต้องการซื้อยาเองแต่ประสงค์จะไปพบแพทย์เพื่อขอใบสั่งยาเภสัชกรสามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้เองและเภสัชกรเบิกค่ายาคืนจาก NHS ภายหลัง ทั้งนี้ยาที่จ่ายต้องเป็นยาในบัญชียาที่ได้ตกลงไว้กับ PCT และแพทย์ในพื้นที่
Out of hours (access to medicines)	• เภสัชกรให้บริการนอกเหนือจากเวลาเปิดทำการตามปรกติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้นอกเวลาทำการ
Supplementary prescribing by pharmacists	• บริการนี้ขึ้นกับการตกลงโดยสมัครใจระหว่าง independent prescriber (แพทย์) กับ supplementary prescriber (เภสัชกร) และผู้ป่วย • Supplementary prescriber สามารถสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผลการตรวจ ให้การรักษา และปรับเปลี่ยนการรักษาได้ โดยอยู่ภายใต้ clinical management plan ที่ตกลงไว้กับ independent prescriber
Emergency hormonal contraception	• เภสัชกรจ่ายยาคุมกำเนิดฉุกเฉินให้กับผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์การให้บริการตามที่กำหนด • เภสัชกรมีหน้าที่ให้คำแนะนำกับผู้รับบริการในด้านต่างๆ ได้แก่ วิธีการคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และหน่วยงานที่ให้บริการด้านการคุมกำเนิด
Seasonal influenza vaccination	• เภสัชกรค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีน และแนะนำให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฉีดวัคซีน • เภสัชกรทำการฉีดวัคซีนให้กับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ และรายงานให้แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยทราบ
Patient group directions (supply and/or administration of medicines under a PGD)	• Patient group direction (PGD) คือแนวปฏิบัติในการจ่ายยาที่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ (prescription only medicine: POM) ให้กับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกรภายใต้การรับรองของ PCT แต่ละพื้นที่ • ตัวอย่างยาที่มีการจ่ายได้ภายใต้โปรแกรม PGD ได้แก่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ยาต้านไวรัสชนิดรับประทาน orlistat และ sildenafil เป็นต้น
Chlamydia screening & treatment	• เภสัชกรส่งมอบชุดทดสอบ chlamydia ให้กับผู้รับบริการตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละ PCT เช่น ผู้รับบริการที่อายุน้อยกว่า 25 ปีที่มาซื้อถุงยางอนามัย และผู้รับบริการยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน เป็นต้น • เภสัชกรอาจทำหน้าที่แจ้งผลการทดสอบให้ผู้รับบริการทราบ และให้การรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดย PGD แต่ละพื้นที่ด้วย
NHS health check	• เภสัชกรใช้เกณฑ์ NHS health check มาประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้รับบริการที่มีอายุระหว่าง 40 ถึง 74 ปีที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคดังกล่าวมาก่อน • เภสัชกรมีหน้าที่บันทึกผลการประเมินที่ได้และแจ้งผลให้แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยทราบด้วย • เภสัชกรให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ และให้การรักษาหรือส่งต่อที่เหมาะสมตามแนวทางการรักษา

การศึกษาผลการให้บริการ advanced services: MUR

งานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการ MUR มีอยู่ค่อนข้างจำกัด งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ MUR ที่สืบค้นได้ ได้แก่ การศึกษาของ Blenkinsopp และคณะ[7] ที่แสดงให้เห็นว่าการให้บริการ MUR ในปีที่ 2 (เมษายน ค.ศ. 2006 ถึง มีนาคม ค.ศ. 2007) เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งจำนวนรายงานและผู้ให้บริการเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา โดยพบว่าร้านยาอิสระมีสัดส่วนการรายงาน MUR น้อยกว่าร้านยาที่บริหารงานโดยบริษัทหรือร้านยาที่มีหลายสาขาอย่างมาก ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bradley และคณะ[8] ที่พบว่าเจ้าของกิจการมีอิทธิพลในการผลักดันให้เภสัชกรให้บริการ MUR เป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาล่าสุด[9] แสดงให้เห็นว่านโยบายของบริษัทจะมีอิทธิพลต่อการทำ MUR ก็ต่อเมื่อมีการให้บริการ MUR ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ส่วนปัจจัยที่มีผลมากที่สุดต่อการให้บริการ MUR ก็คือวิจารณญาณของเภสัชกรเอง

การศึกษาผลการให้บริการ enhanced services: medication review

สำหรับการให้บริการ enhanced service การศึกษาเกี่ยวกับ medication review ในสหราชอาณาจักรหลายการศึกษาให้ผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน การศึกษาที่มีการกล่าวถึงค่อนข้างมากคือการศึกษาของ Holland และคณะ[10] ที่แสดงให้เห็นว่าการให้บริการ medication review ในสถานพักฟื้น (care-home) มีผลเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (hospital admission) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ ในขณะที่บางการศึกษาพบว่า medication review มีผลเปลี่ยนแปลงปริมาณการใช้ยาเล็กน้อย[11] และสัดส่วนของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไขแล้วเพิ่มขึ้น[12] อย่างไรก็ตามผลจากสองการศึกษาหลัง[11,12] สอดคล้องกันในแง่ที่ว่า medication review ไม่มีผลต่อ hospital admission นอกจากนั้น Holland และคณะ[13] ตั้งข้อสังเกตว่าบริการ medication review ที่ประสบความสำเร็จนั้นมักมีรูปแบบการดำเนินการโดยเภสัชกรจำนวนไม่มาก และมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับแพทย์ ในขณะที่บริการที่ดำเนินการโดยไม่ได้มีการประสานงานกับแพทย์นั้นอาจทำให้เกิดผลที่ไม่ต้องการตามมา[10] และไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์[14]

แม้การประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของบริการจะไม่ได้แสดงให้เห็นว่า medication review มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน แต่บริการดังกล่าวยังคงได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงได้มีความพยายามศึกษาทบทวนบริการดังกล่าวในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเพิ่มขึ้น โดยได้มีการศึกษาการให้บริการ medication review ในผู้ป่วยสูงอายุ (อายุเฉลี่ย 85 ปี) ใน care home และพบว่าการให้บริการดังกล่าวไม่มีผลต่ออัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล[15] ที่น่าสนใจคือผลลัพธ์รองที่พบว่าการให้บริการสามารถช่วยลดอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้วิจัยให้ความเห็นว่าผลดังกล่าวน่าจะเกิดจากการแนะนำของเภสัชกรให้หยุดใช้ยากลุ่ม CNS ที่ทำให้เกิด sedation, confusion และ hypotension ซึ่งมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม อีกหนึ่งงานวิจัยที่ศึกษาผลของ medication review ในผู้ป่วยสูงอายุ (อายุ 80 ปีขึ้นไป) คือการศึกษาของ Lenaghan และคณะ[16] โดยรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างจากในการศึกษาก่อนหน้านี้[15] คือสถานที่ให้บริการเป็นที่บ้านของผู้ป่วยเองซึ่งหลังจากการติดตามผลการให้บริการเป็นระยะเวลา 6 เดือน ไม่พบความแตกต่างของ hospital admission และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบริการเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับบริการ แต่พบว่าลดการสั่งใช้ยาลงอย่างมีนัยสำคัญในผู้ที่ได้รับบริการ อย่างไรก็ตามควรระมัดระวังการนำผลที่ได้จากการศึกษาข้างต้นไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง เนื่องจากผลลัพธ์ที่รายงานของทั้งสองการศึกษานี้ได้มาจากการให้บริการของเภสัชกรที่มีศักยภาพในการให้บริการสูงเพียงคนเดียว

งานวิจัยล่าสุดที่ศึกษาศักยภาพการให้บริการ medi-

cation review ของเภสัชกรชุมชน โดยให้เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมคลินิกประเมินข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากเภสัชกรชุมชนจำนวน 20 ราย พบว่าเภสัชกรผู้ให้บริการ medication review ค้นพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาร้อยละ 75 และให้ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมร้อยละ 58 เมื่อเทียบกับผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นมาตรฐานในการประเมิน (gold standard)[17] ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าประสิทธิภาพการให้บริการที่พบในการศึกษานี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเป็นการประเมินจากข้อมูลที่เภสัชกรเป็นผู้บันทึกไว้ และ gold standard ที่ใช้ในการเปรียบเทียบมาจากผู้เชี่ยวชาญเพียงคนเดียวเท่านั้น

การศึกษาผลการให้บริการ enhanced services: minor ailment service

Whittington และคณะ[18] ได้ศึกษาผลการให้บริการ minor ailment service ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง จำนวน 1,522 คน โดยผู้ป่วยที่ต้องการนัดพบแพทย์เพื่อรับการรักษาความผิดปกติที่ไม่รุนแรง 12 ประเภท (ได้แก่ ท้องผูก ไอ ท้องเสีย ไข้ละอองฟาง เหา ปวดหัว ท้องอืด คัดจมูก เจ็บคอ เป็นไข้ ติดเชื้อบริเวณช่องคลอด และติดเชื้อบริเวณทางเดินหายใจ) จะได้รับคำแนะนำว่าสามารถรับบริการรักษาและรับยาที่ร้านยาได้โดยตรง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าในช่วง 6 เดือนของการศึกษาผู้ป่วยประมาณร้อยละ 38 เลือกที่จะไปร้านยา โดยความผิดปกติที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกไปรับบริการ minor ailment service คือเป็นเหา และติดเชื้อบริเวณช่องคลอด แม้ว่าผลการศึกษาจะไม่ได้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมนี้ลดภาระงานรวมของแพทย์ แต่พบว่า minor ailment service ลดภาระงานในส่วนของความผิดปกติ 12 ประเภทข้างต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนด้านทัศนคติต่อ minor ailment service พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมนี้ เนื่องจากสามารถรับยาได้โดยไม่จำเป็นต้องนัดพบแพทย์เพื่อรับใบสั่งยา[19] นอกจากนี้ผลการศึกษาล่าสุดยังแสดงให้เห็นว่า minor ailment service สามารถลดค่าใช้จ่ายการให้บริการสุขภาพของ PCT ลงได้ 6,739 ปอนด์ต่อเดือนด้วย[20]

การศึกษาผลการให้บริการ enhanced services: supplementary prescribing

การศึกษาการให้บริการ supplementary prescribing ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องกับบริการนี้ โดยการศึกษาความเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับบริการสั่งจ่ายยาโดยเภสัชกรในสถานบริการปฐมภูมิและร้านยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจกับบริการของเภสัชกร และมั่นใจว่าการสั่งจ่ายยาโดยเภสัชกรปลอดภัยไม่ต่างจากแพทย์ ผู้ป่วยบางส่วนยังคงต้องการปรึกษาแพทย์หากพบว่าอาการทรุดลง[21] อย่างไรก็ตามแม้ว่าการศึกษาดังกล่าวจะมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามจากผู้ป่วยสูง (73.4%) แต่จำนวนผู้ป่วยที่ทำการสำรวจที่ค่อนข้างน้อย (143 คน) อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่ได้รับบริการสั่งจ่ายยาโดยเภสัชกรทั้งหมดได้

สำหรับความเห็นของแพทย์ต่อการให้บริการ supplementary prescribing ของเภสัชกรนั้นพบว่าแพทย์ยอมรับบริการดังกล่าวของเภสัชกร ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขและแนวทางที่ตกลงร่วมกันอย่างชัดเจน[22] นอกจากนี้แพทย์ยังกังวลต่อการพัฒนาบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการ independent prescribing แม้ว่าจะเป็นเพียงการให้บริการในภาวะที่ไม่ซับซ้อนเช่น การสั่งจ่ายยาบรรเทาปวด หรือการเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจากการให้ทางหลอดเลือดดำมาเป็นแบบกิน

การศึกษาผลการให้บริการ enhanced services: บริการอื่น ๆ

การศึกษาผลการให้บริการ enhanced services อื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาการให้บริการยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (Emergency Hormonal Contraception: EHC) ใน

พื้นที่ชนบท[23] ที่แสดงให้เห็นว่าภายหลังการเริ่มให้บริการ EHC ในร้านยาในพื้นที่ชนบทของ North Yorkshire ไปแล้ว 2 ปี ร้านยาจัดเป็นแหล่งใหญ่ที่สุดที่ให้บริการ EHC และการเข้าถึง EHC โดยรวมเพิ่มขึ้น โดยมีการขอรับบริการที่ร้านยาในช่วง 2 ปีรวมทั้งสิ้น 1,412 ครั้ง และเภสัชกรได้จ่าย EHC ออกไปทั้งหมด 1,260 ชุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบริการดังกล่าวช่วยเพิ่มทางเลือกและการเข้าถึงยาคุมกำเนิดฉุกเฉินให้กับผู้มีความจำเป็นต้องใช้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท

การศึกษาของ Baraitser และคณะ[24] เกี่ยวกับการให้บริการทดสอบ chlamydia พบว่าผู้รับบริการยอมรับในบริการให้การทดสอบและรักษา chlamydia ในร้านยา เนื่องจากความรวดเร็วและความสะดวก และความเป็นมิตรของเภสัชกรผู้ให้บริการ โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่ทราบว่ามีบริการดังกล่าวจากเภสัชกรเมื่อมาขอรับยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน

โครงการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของ NHS (NHS health check) สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดในร้านยาเริ่มต้นอย่างเป็นทางการใน ค.ศ. 2009 อย่างไรก็ตามก่อนหน้านั้นได้มีการศึกษาความเป็นไปได้และผลลัพธ์ในโครงการนำร่องหลายโครงการ และพบว่าการประเมินความเสี่ยงในร้านยาเป็นบริการที่สามารถนำมาใช้ให้บริการได้ทั้งในร้านยาขนาดใหญ่ที่มีหลายสาขา หรือร้านยาที่มีเจ้าของคนเดียว อีกทั้งยังช่วยลดภาระงานในการให้บริการผู้ป่วยของแพทย์ได้ประมาณร้อยละ 30[25]

แนวทางการประยุกต์สำหรับประเทศไทย

จากข้อมูลที่ได้จากการทบทวนการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศอังกฤษ ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำมาประยุกต์ใช้โดยอาศัยการวิเคราะห์ประกอบกับบริบทของประเทศไทย โดยแบ่งเป็นการดำเนินการเพื่อบรรลุข้อตกลงกับภาครัฐ และรูปแบบการให้บริการ ดังนี้

การบรรลุข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนกับภาครัฐในประเทศอังกฤษเกิดจากการผลักดันของคณะกรรมการเจรจาต่อรองการบริการทางเภสัชกรรม (PSNC) ซึ่งเป็นตัวแทนของร้านยาคู่สัญญาของ NHS โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เภสัชกรชุมชนสามารถเพิ่มรูปแบบการให้บริการที่มีคุณภาพและได้รับค่าตอบแทนจากบริการนั้นอย่างเหมาะสม ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพิสูจน์ให้เห็นว่าการดำเนินการเจรจากับภาครัฐประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เนื่องจากคณะกรรมการดังกล่าวจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการกำหนดเป้าหมาย วางกลยุทธ์และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน สำหรับประเทศไทยแม้ว่าจะมีองค์กรที่เป็นตัวแทนของเภสัชกรชุมชน เช่น สมาคมเภสัชกรรมชุมชน และสมาคมร้านขายยา แต่องค์กรดังกล่าวมีพันธกิจการดำเนินงานค่อนข้างกว้าง จึงขับเคลื่อนเพื่อผลักดันให้เกิดข้อตกลงร่วมกันกับภาครัฐได้ไม่เต็มที่ หากในประเทศไทยมีการจัดตั้งคณะกรรมการเจรจาต่อรองการบริการทางเภสัชกรรมเช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ หรือองค์กร/สมาคมที่เกี่ยวข้องกำหนดให้การบรรลุข้อตกลงการให้บริการกับภาครัฐเป็นหนึ่งในพันธกิจหลัก ย่อมทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปได้อย่างเต็มที่ ซึ่งการดำเนินการจัดให้มีผู้รับผิดชอบหลักดังกล่าวถือว่ามีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นการจัดการภายในองค์กรวิชาชีพเอง

ค่าตอบแทนบริการเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวแปรหนึ่งที่จะทำให้การให้บริการมีความต่อเนื่องและยั่งยืน ในประเทศอังกฤษมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนในระดับต่าง ๆ จาก NHS และคณะกรรมการกองทุนปฐมภูมิ (PCT) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการเสริม (enhanced services) ที่คณะกรรมการเภสัชกรรมท้องถิ่น (LPC) ได้หารือและวางกรอบแนวทางการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณร่วมกับ PCT สำหรับประเทศไทย บริการเสริมส่วนใหญ่ของเภสัชกรชุมชนจะอยู่ในรูปงานวิจัยหรือโครงการนำร่อง การสนับสนุนงบประมาณสำหรับเป็นค่าตอบแทนบริการจึงมักยุติลงเมื่อสิ้นสุดโครงการ อย่างไร

ก็ตามพบว่ามีบางบริการที่ยังคงดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่อง เช่น การให้บริการ “เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่” ของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ (คภยส.) ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยเภสัชกรชุมชนที่ให้บริการและส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์ติดตามการให้บริการเลิกบุหรี่จะได้รับค่าตอบแทนอย่างต่อเนื่องจาก คภยส. ซึ่งมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับใช้เป็นค่าตอบแทนให้กับบริการดังกล่าวของเภสัชกร จากแนวทางการจัดการในประเทศอังกฤษและประสบการณ์การจัดการในประเทศไทย จะเห็นว่าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการของเภสัชกรมีส่วนให้เกิดการพัฒนาการให้บริการ และทำให้สามารถดำเนินการให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง โดยการจัดสรรงบประมาณนี้อาจจะพิจารณาจากงบประมาณส่วนกลางของ สปสช. หรือจากงบประมาณที่หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ได้รับก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับข้อจำกัดในการกระจายงบประมาณ และความต้องการบริการของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตามเพื่อให้ใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า ควรต้องมีโครงสร้างกรอบงานที่ชัดเจน และมีระบบติดตามและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ในการจัดการค่อนข้างน้อยและต้องใช้เวลานาน เนื่องจากเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายซึ่งมีผลกระทบในวงกว้าง อีกทั้งยังมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาจำนวนมาก

ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่าการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทยส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปงานวิจัยหรือโครงการนำร่อง ผลการดำเนินโครงการดังกล่าวจึงมักกระจัดกระจายและไม่ได้รับการเผยแพร่ในวงกว้าง ทำให้การนำมาประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบและพัฒนาต่อยอดเป็นไปอย่างจำกัด และบางกรณีในบางพื้นที่ข้อเสนอในการจัดบริการทางเภสัชกรรมชุมชนอาจไม่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาแนวทางการจัดการในประเทศอังกฤษพบว่ามีการดำเนินการให้การรับรองบริการเสริมต่าง ๆ โดย NHS เพื่อใช้เป็นแม่แบบให้กับแต่ละ PCT ทำให้การผลักดันการให้บริการทางเภสัชกรรมในระดับท้องถิ่นได้รับการพิจารณาและสนับสนุนด้วยดี หากประเทศไทยมีการดำเนินการในลักษณะเดียวกันโดยพัฒนาแม่แบบการให้บริการจากงานวิจัยหรือโครงการนำร่องต่าง ๆ ที่มีอยู่ ย่อมสามารถสร้างความน่าเชื่อถือให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้กำหนดนโยบายในแต่ละระดับ อีกทั้งยังทำให้เห็นความชัดเจนถึงแนวทางการดำเนินการ รวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับได้เป็นอย่างดี การพัฒนาแม่แบบบริการดังกล่าวในประเทศไทยมีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูง โดยในช่วงแรกอาจเป็นการให้การรับรองบริการแม่แบบโดยองค์กรวิชาชีพก่อน จากนั้นจึงค่อยผลักดันโครงการแม่แบบดังกล่าวให้ได้รับการรับรองจากหน่วยงานส่วนกลางของรัฐ หรือ สปสช. ต่อไป

เภสัชกรชุมชนในประเทศอังกฤษมีการพัฒนาบทบาทการให้บริการด้านสาธารณสุขค่อนข้างมาก ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการให้การสนับสนุนโดยภาครัฐที่เล็งเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคจะเกิดผลดีในระยะยาวแก่ประชาชน และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้ สำหรับประเทศไทยแม้รัฐบาลจะเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่การดำเนินงานโดยทั่วไปจะผ่านบุคลากรและหน่วยงานของรัฐ เช่น โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุข ซึ่งในบางกรณีอาจให้บริการได้ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนเมือง เมื่อพิจารณาจุดเด่นของสถานประกอบการเภสัชกรรมชุมชนหรือร้านยาในแง่สถานที่ตั้งที่ใกล้ชิดกับชุมชน และระยะเวลาเปิดให้บริการที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก หากมีการขยายบทบาทการให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยก็ย่อมส่งผลเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับประชาชน และเกิดประโยชน์ต่อ

ระบบสาธารณสุขโดยรวมในที่สุด การดำเนินการดังกล่าวมีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูง เนื่องจากผลการดำเนินโครงการในหลายพื้นที่พิสูจน์ให้เห็นถึงประโยชน์และแนวทางการให้บริการของเภสัชกรชุมชนที่เป็นไปได้ในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ การคัดกรองโรค และการให้บริการเลิกบุหรี่ อย่างไรก็ตามการให้บริการด้านสาธารณสุขของเภสัชกรชุมชนจะเกิดประโยชน์อย่างเต็มที่หากสถานประกอบการเภสัชกรรมชุมชนได้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบให้บริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนร่วมกันในภาพรวม และเพื่อให้เกิดเครือข่ายการส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการให้กับหน่วยให้บริการสุขภาพอื่นที่เหมาะสม

สรุป

รัฐบาลของประเทศอังกฤษให้การสนับสนุนบริการเภสัชกรรมชุมชนที่หลากหลาย ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) บริการจัดการด้านยา; 2) บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา; 3) บริการด้านสาธารณสุข; และ 4) บริการอื่น ๆ โดยให้ความสำคัญและสนับสนุนบริการด้านสาธารณสุขของเภสัชกรเป็นอย่างมาก เช่น บริการส่งเสริมสุขภาพ บริการช่วยเลิกบุหรี่ บริการคัดกรองและรักษา chlamydia และบริการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น นอกจากนี้เภสัชกรในประเทศอังกฤษยังได้รับการสนับสนุนการขยายบทบาทการให้บริการรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ และเพื่อลดภาระการตรวจรักษาของแพทย์อีกด้วย บริการดังกล่าวได้แก่ minor ailment service, supplement prescribing และ patient group direction เป็นต้น

ผลการประเมินบริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศอังกฤษพบว่า บริการส่วนใหญ่มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพโดยรวมได้ และแม้ว่าบริการเภสัชกรรมชุมชนบางบริการในอังกฤษจะขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของบริการอย่างชัดเจน แต่บริการดังกล่าวก็ยังคงได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะเฉพาะของประเทศอังกฤษเองที่รัฐบาลค่อนข้างเห็นความสำคัญกับบทบาทของเภสัชกรที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพื่อลดภาระงานของแพทย์รวมถึงลดระยะเวลาที่ต้องใช้ในการนัดหมายและรอเข้าพบแพทย์

แนวทางการดำเนินการและรูปแบบบริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศอังกฤษที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้มีดังนี้ 1) ควรมีองค์กรหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย และดำเนินการเจรจาต่อรองกับภาครัฐเพื่อให้การสนับสนุนบริการต่าง ๆ รวมถึงประชาสัมพันธ์ให้เกิดการรับรู้ในวงกว้างถึงความสำคัญและประโยชน์ของบริการทางเภสัชกรรม 2) ควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนบริการทางเภสัชกรรมแยกไว้อย่างชัดเจน 3) หน่วยงานของภาครัฐควรให้การรับรองบริการรูปแบบต่าง ๆ สำหรับใช้เป็นแม่แบบให้หน่วยคู่สัญญาปฐมภูมินำไปใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาสนับสนุนบริการให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละท้องถิ่น และ 4) ควรมีการพัฒนาบทบาทด้านสาธารณสุขของเภสัชกรชุมชนนอกเหนือไปจากบริการเชิงวิชาชีพ เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้กับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. Farris KB, Fermandez-Limos F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. Ann Pharmacother 2005;39:1539-41.
2. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, วิชัย สันติมาลีวรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;1:249-61.

3. จิริสุดา คำสีเขียว, วิวรรธน์ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยร้านยาคุณภาพ จังหวัดขอนแก่น ภายใต้โครงการนำร่องกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2552;24:215-23.
4. สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, สมเจตน์ ไวยาการณ์, เพชรัตน์ พงษ์เจริญสุข, Koh-Knox CP, สินธุ์ชัย แก้วกิติชัย. รูปแบบร้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2552;19:110-22.
5. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษสู่การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 1). วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552;1:56-66.
6. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. About PSNC [serial online]. 2011. [cited 2011 May 12]; Available from: URL: http://www.psnc.org.uk/.
7. Blenkinsopp A, Bond C, Celino G, Inch J, Gray N. Medicines use review: adoption and spread of a service innovation. Int J Pharm Pract 2008;16:271-6.
8. Bradley F, Wagner AC, Elvey R, Noyce PR, Ashcroft DM. Determinants of the uptake of medicines use reviews (MURs) by community pharmacies in England: a multi-method study. Health Policy 2008;88:258-68.
9. Harding G, Wilcock M. Community pharmacists' perceptions of medicines use reviews and quality assurance by peer review. Pharm World Sci 2010;32:381-5.
10. Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomized controlled trial. BMJ 2005;330:293-5.
11. Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. BMJ 2001;323:1340-3.
12. Mackie CA, Lawson DH, Maclaren AG. A randomized controlled trial of medication review in patients receiving polypharmacy in general practice. Pharm J 1999;263 (suppl):R7.
13. Holland R, Smith R, Harvey I. Where now for pharmacist led medication review? J Epidemiol Community Health 2006;60:92-3.
14. Pacini M, Smith RD, Wilson EC, Holland R. Home-based medication review in older people: is it cost effective? Pharmacoeconomics 2007;25:171-80.
15. Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Eastaugh J, et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes - randomized controlled trial. Age Ageing 2006;35:586-91.
16. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care - the POLYMED randomized controlled trial. Age Ageing 2007;36:292-7.
17. Laaksonen R, Duggan C, Bates I. Performance of community pharmacists in providing clinical medication reviews. Ann Pharmacother 2010;44:1181-90.
18. Whittington Z, Cantrill JA, Hassell K, Bates F, Noyce PR. Community pharmacy management of minor conditions in the "Care at the chemist" scheme. Pharm J 2001;266:425-8.
19. Vohra S. A community pharmacy minor aliment scheme-effective, rapid and convenient. Pharm J 2006;266:425-8.
20. Baqir W, Learoyd T, Sim A, Todd A. Cost analysis of a community pharmacy 'minor ailment scheme' across three primary care trusts in the North East of England. J Public Health 2011;33:551-5.
21. Stewart DC, MacLure K, Bond C, Cunningham S, Diack L, George J, et al. Pharmacist prescribing in primary care: the views of patients across Great Britain who had experienced the service. Int J Pharm Pract 2011;19:328-32.
22. Buckley P, Grime J, Blenkinsopp A. Inter-and intra-professional perspectives on non-medical prescribing in an NHS trust. Pharm J 2006;277:394-8.
23. LLoyd K, Gale E. Provision of emergency hormonal contraception through community pharmacies in rural area. J Fam Plann Reprod Health Care 2005;31:297-300.
24. Baraitser P, Pearce V, Holmes J, Horne N, Boynton PM. Chlamydia testing in community pharmacies: evaluation of a feasibility pilot in south east London. Qual Saf Heatlh Care 2007;16:303-7.
25. Horgan JMP, Blenkinsopp A, McManus RJ. Evaluation of a cardiovascular disease opportunistic risk assessment pilot ('Heart MOT' service) in community pharmacies. J Public Health 2010;32:110-6.

Abstract **Community Pharmacy Services: Lessons Learned from England**

Teerapon Dhippayom, Itsarawan Sakunrak
Pharmaceutical Care Research Unit (PRU), Facutly of Pharmaceutical Science, Naresuan University, Phitsanulok

Journal of Health Science **2012; 21:1252-65.**

Community pharmacists in Thailand have increasingly expanded their roles and services over the past decades, but still received modest support from the Government. A review of community pharmacy services in a successful country is important and can be used as a guidance for developing and expanding community pharmacy services in Thailand. Community pharmacy services in England can be classified into 4 major groups: 1) medication management services, 2) supply-type services, 3) public health services and 4) other services. It appeared that community pharmacy public health services get very well support from the Westminster. The following are key findings learnt from England which can be adapted to support the development of community pharmacy services in Thailand. In that connection, a dedicated committee or organization should be established and should be responsible for negotiating with the Government to get their support for the services proposed and for promoting the services to the public. In addition, a specific fund for pharmacy services should be split off from other resource funds. Moreover, services with positive evidences should be accredited as a template so that the Contracting Unit for Primary Care (CUP) are able to consider funding such services in response to the local need. In conclusion, public health roles and services should be developed in addition to professional services in order to promote health and prevent diseases.

Key words: **community pharmacy service, community pharmacy, community pharmacist, drugstore, health service system**