

ค่าตอบแทนการบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยาตามใบสั่งยาภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษาร้านสมบุญเภสัชกรและคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา

นุศราพร เกษสมบุรณ์*

ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร**

พิมลศรี แสงสาร**

กรแก้ว จันทภาษา*

ชาญชัย จารุภาชน์*

วิวรรณ อัครวิเชียร*

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย นครราชสีมา ได้นำร้านยาเข้าเป็นเครือข่ายร่วมให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ต้นทุนงานบริการเภสัชกรรมที่ร้านยาเครือข่ายให้บริการแก่คลินิก และ 2) อัตราค่าตอบแทนบริการเภสัชกรรมในสองมุมมองคือ มุมมองของร้านยา และ มุมมองของคลินิก ศึกษาข้อมูลหลังจากข้อมูลของคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัยและร้านยาสมบุญเภสัชกร ร่วมกับศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อคำนวณหาต้นทุนโดยใช้หลัก ต้นทุนฐานกิจกรรม (activity-based costing) ในช่วงเวลา 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2548 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

พบว่าต้นทุนการให้บริการเภสัชกรรมต่อรายการยาที่จ่ายในกรณีการจ่ายเภสัชกรรมที่มีประสิทธิผลมาประจำคลินิกมีค่า 26.78 บาท ในกรณีให้ร้านยาสมบุญเภสัชกรดำเนินการให้มีค่า 23.80 บาท และในกรณีจ่ายเภสัชกรจบใหม่มาประจำคลินิกมีค่า 22.77 บาท ดังนั้นการให้ร้านยาเป็นเครือข่ายบริการเภสัชกรรม คุ่มค่ากว่าการที่คลินิกจัดให้บริการเภสัชกรรมเอง ทั้งนี้กลไกที่นำมาใช้จัดการด้านการเงินต้องเป็นธรรม ระบบค่าชดเชยต้องเหมาะสมและสะท้อนการดำเนินงานที่แท้จริง รวมทั้งจูงใจกระตุ้นให้ร้านยามีการพัฒนาคุณภาพบริการได้ด้วย นอกจากนี้ยังสนับสนุนแนวคิดและอัตราค่าตอบแทนบริการเภสัชกรรมที่กำหนดว่าค่าจ่ายยาควรเป็น 25 บาท/ใบสั่งยา (1-3 รายการ) และ 30 บาท/ใบสั่งยา (มากกว่า 3 รายการ) และค่าบริหารเวชภัณฑ์ ควรเป็นร้อยละ 20 ของต้นทุนยาที่จ่าย

คำสำคัญ:

ค่าตอบแทนบริการเภสัชกรรม, หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ค่าตอบแทนการบริหารเวชภัณฑ์, ค่าตอบแทนการจ่ายยาตามใบสั่งยา

บทนำ

ค่าตอบแทนบริการเภสัชกรรมในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน แต่อาจแบ่งได้เป็นสองกลุ่ม คือ ค่า

ตอบแทนที่เกี่ยวกับยา และค่าตอบแทนที่ไม่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับยา ตัวอย่างเช่น ในสหราชอาณาจักรร้านยาสามารถเบิกชดเชยค่าบริการจากระบบบริการสุขภาพ

แห่งชาติ (NHS) โดยยาต้นแบบ (original) จะสามารถเบิกคืนในราคา NHS price list รวมกับค่าบริการจ่ายยา (dispensing fee) ในกรณีของยาชื่อสามัญ (generic) จะสามารถเบิกคืนในราคาที่มีใน drug tariff ในทางปฏิบัติ ยาชื่อสามัญจะมีการลดราคาให้ร้านค่อนข้างสูงจึงทำให้ร้านยาได้กำไรเพิ่มจากส่วนต่างของราคาที่ซื้อกับราคาขายที่ปรากฏอยู่ใน drug tariff⁽¹⁾ ในประเทศนอร์เวย์ ร้านยาจะได้รับค่าบริการจ่ายยา (fixed dispensing fee) จำนวน 2.90 ยูโร ต่อหนึ่งหน่วยบรรจุ (package) และยังมีรายได้จากส่วนต่างราคาขายที่ซื้อกับราคาอ้างอิงที่กำหนดไว้ (ประมาณ 5%-8%)⁽²⁾ ในประเทศเนเธอร์แลนด์ร้านยาไม่ได้รับรายได้จากส่วนต่างราคาขายที่จ่ายให้ผู้ป่วย แต่ได้รับค่าตอบแทนเป็นอัตราคงที่ (fixed tariff) เท่ากับ 6 ยูโร สำหรับการจ่ายยาแต่ละใบสั่งยา โดยทบทวนอัตรานี้ทุก ๆ ปี กรณีที่ผู้ป่วยถูกคุ้มครองโดย public health insurance ร้านยาไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการจ่ายยาแต่ได้รับค่าตอบแทนคงที่รายปีซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการที่ถูกคุ้มครองโดย public health insurance ในปีนั้น ๆ⁽³⁾ ประเทศออสเตรเลียมีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ร้านยาสำหรับการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน (Home medicine review: HMR) ถึง 140 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อหนึ่งรายงานที่สมบูรณ์ และมีค่าตอบแทน 10 เซ็นต์ สำหรับการให้บริการข้อมูลด้านยา (Consumer medicine information: CMI)⁽⁴⁾ แก่ผู้ป่วย ประเทศแคนาดามีการจ่ายค่าตอบแทนการให้คำปรึกษาด้านยา 17.20 ดอลลาร์สหรัฐต่อครึ่งชั่วโมงที่ให้คำปรึกษา⁽⁵⁾

ในประเทศไทยยังไม่เคยกำหนดค่าตอบแทนบริการเภสัชกรรมสำหรับร้านยามาก่อน เนื่องจากรูปแบบบริการสาธารณสุขไทยไม่ได้เป็นแบบ prescribing - dispensing split มีเพียงการทดลองเชื่อมโยงบริการรูปแบบดังกล่าวในบางจังหวัด เช่น ในปี 2544 จังหวัดมหาสารคาม เชื่อมร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคามกับโรงพยาบาลมหาสารคาม รับผิดชอบผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กำหนด โดยร้านยาเบิกยา

จากโรงพยาบาลมหาสารคามตามจำนวนที่ใช้จริงกับผู้ป่วย⁽⁶⁾ และปี 2549 จังหวัดสมุทรปราการทดลองเชื่อมระหว่างร้านยาเอกชนกับโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ สวาทยานนท์ โดยเบิกยาจากโรงพยาบาลเพื่อจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งยาของแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาการคงที่⁽⁷⁾ ทั้งสองรูปแบบไม่มีกลไกการจ่ายชดเชยค่าบริการจากหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ มาร้านยาโดยตรง มีเพียงค่าธรรมเนียมร่วมจ่ายจากผู้รับบริการ (co-payment) 30 บาท เท่านั้น เนื่องจากเป็นการเชื่อมเครือข่ายร้านยา (เอกชน) กับหน่วยงานของรัฐ (โรงพยาบาล) ซึ่งมีระเบียบที่ไม่เอื้อต่อการจ่ายรายได้ให้เอกชน เพื่อให้เกิดการเชื่อมเครือข่ายเป็นรูปธรรม ร้านยาจึงไม่ขอรับค่าตอบแทนจากหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามเมื่อดำเนินการไประยะหนึ่ง พบว่าเกิดภาวะและมีผลกระทบต่อการทำงานของร้านยาพอสมควร อาทิเช่น การขยายเวลาเปิดบริการในช่วงเช้าเพิ่มขึ้น การจ้างลูกจ้างมาช่วยงานในช่วงขยายเวลา หรือแม้แต่การเพิ่มเภสัชกรหากมีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น⁽⁷⁾ ซึ่งส่งผลให้ร้านยามีต้นทุนเกิดขึ้น

ปลายปี 2547 เมื่อเกิดการเชื่อมบริการเภสัชกรรมของร้านยาคุณภาพกับคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา ให้ร้านยามีบทบาทจ่ายยาตามใบสั่งยาจากคลินิก ฯ และบริหารจัดการเวชภัณฑ์ให้คงคุณภาพและเพียงพอ คลินิกให้บริการผสมผสานทั้งในและนอกสถานบริการ ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ รับผิดชอบประชากรประมาณ 7,000 คน และรับจัดสรรเงินงบประมาณรายหัว (capitation) ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คลินิกและร้านยาได้ร่วมกันกำหนดค่าตอบแทนบริการเภสัชกรรม โดยยึดหลักการให้ระบบยาโปร่งใส ไม่คิดกำไรจากค่ายา มีการทบทวนเอกสารบริหารคลังยาโรงพยาบาลรัฐ สอบถามความเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง และปรับให้สอดคล้องกับบริบทร้านยา จึงกำหนดค่าชดเชยบริการเภสัชกรรมเป็น 2 ส่วนคือ 1) ค่าบริหารเวชภัณฑ์

ร้อยละ 20 ของต้นทุนยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย 2) ค่าจ่ายยาตามใบสั่งยา 25 บาท/ใบ (1-3 รายการ) และ 30 บาท/ใบ (มากกว่า 3 รายการ) อย่างไรก็ตามการเชื่อมโยงนี้เป็นการทดลองรูปแบบใหม่ คลินิกจึงไม่มั่นใจผลตอบแทนสุทธิว่าคุ้มทุนหรือไม่ คลินิกจึงขอจ่ายค่าจ่ายยาตามใบสั่งยา 15 บาท/ใบ (1-3 รายการ) และ 20 บาท/ใบ (มากกว่า 3 รายการ) ไปก่อน ส่วนค่าบริการเวชภัณฑ์จ่ายตามที่กำหนด

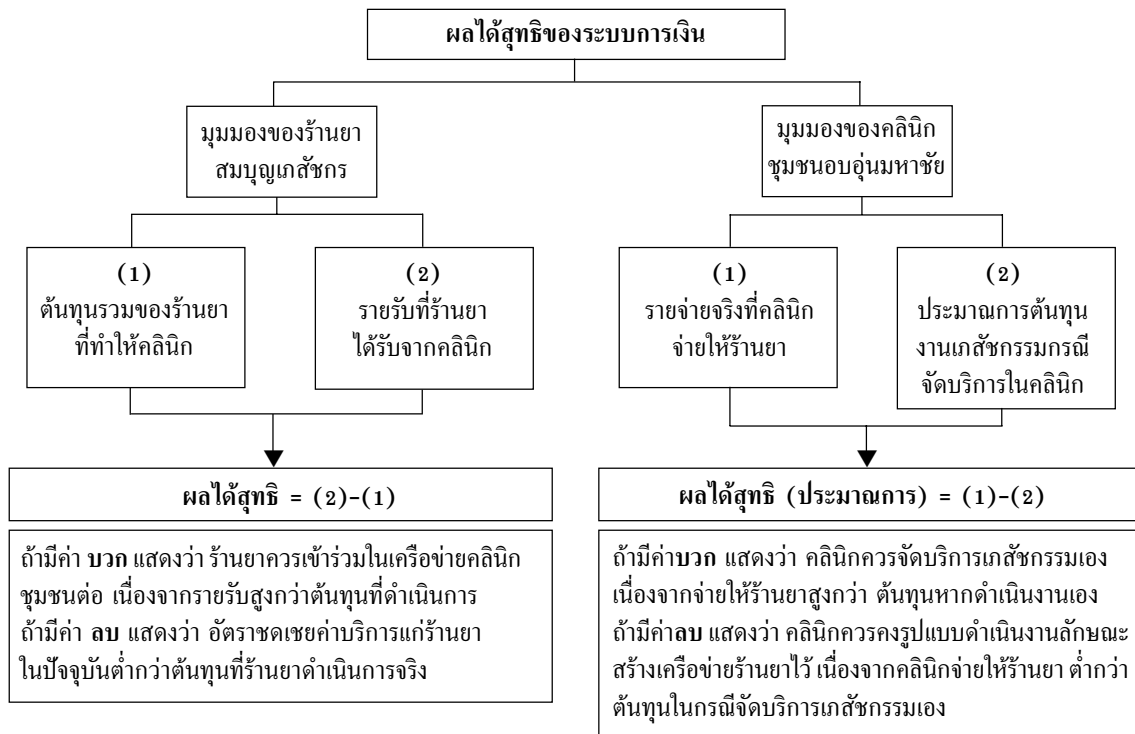
ภายใต้วิธีการงบประมาณที่เป็นแบบปลายปิด เหม้าจ่ายรายหัว ในขณะที่คลินิกมีการบริหารงานแบบเอกชน ผู้บริหารคลินิกจึงต้องตระหนักถึงวิธีการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีระบบการจัดสรรทรัพยากรที่สะท้อนต้นทุนการบริการที่แท้จริง ข้อมูลต้นทุนบริการจึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ควรทราบเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจต่าง ๆ เช่น การกำหนดอัตราค่าตอบแทนบริการที่เหมาะสม ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน 1) ต้นทุนงานบริการเภสัชกรรมที่ร้านยาเครือข่ายให้บริการแก่คลินิก

และ 2) อัตราค่าตอบแทนบริการเภสัชกรรมในสองมุมมองคือ มุมมองของร้านยา และ มุมมองของคลินิก

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) นี้เก็บข้อมูลย้อนหลัง 12 เดือน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2548 - 31 ธันวาคม 2548 จากคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย (คชอ.มหาชัย) นครราชสีมา ที่มีร้านสมบุญเภสัชกรร่วมให้บริการเภสัชกรรม วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยฐานกิจกรรม (Activity Based Costing: ABC) ในมุมมองของผู้ให้บริการ คือร้านยา และคลินิก (มุมมองของคลินิกคำนวณ 2 กรณี คือ 1. คิดค่าแรงเภสัชกรตามการสะสมประสบการณ์และ 2. คิดค่าแรงเภสัชกรอัตราจ่ายใหม่ตามตลาดแรงงาน) กรอบแนวคิดผลได้สุทธิของระบบการเงินของคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย แสดงตามรูปที่ 1

โดยแบ่งศูนย์กิจกรรมเป็น 5 ศูนย์ ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดผลได้สุทธิของระบบการเงินของคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย

1. ศูนย์กิจกรรมจัดซื้อ ทำกิจกรรมรวบรวมและประมวลข้อมูลประกอบการตัดสินใจซื้อยา สั่งซื้อยา ตรวจจับยา และเก็บยาเข้าชั้นตามสภาพที่เหมาะสมในการรักษาคุณภาพยา

2. ศูนย์กิจกรรมจ่ายยา ทำกิจกรรมทบทวนใบสั่งยาเพื่อประเมินความเหมาะสมยาตามใบสั่งยา จัดยาตามใบสั่งยา การเขียนซองยา การจ่ายยาตามใบสั่งยา และให้คำแนะนำการใช้ยา

3. ศูนย์กิจกรรมคลังยา ทำกิจกรรมสำรวจปริมาณยาในคลังยา รักษาสภาพการเก็บยา เก็บยาเข้าคลังยา ขนยาจากคลังยามาที่ห้องจ่ายยา

4. ศูนย์กิจกรรมสนับสนุนการบริการ ทำกิจกรรมจัดทำรายงานแก้ไขปัญหาการสั่งซื้อยา สรุปปริมาณยาที่จ่ายออกไป ปริมาณยาคงเหลือ และพักรับประทานอาหาร

5. ศูนย์กิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ ทำกิจกรรมขายส่งและอื่น ๆ (ไม่ได้นำต้นทุนที่ถูกแบ่งเข้าศูนย์นี้มาใช้คำนวณ แต่ได้เสนอเป็นสัดส่วนเวลาของศูนย์กิจกรรมไว้ เพื่อแสดงให้เห็นสัดส่วนระหว่างศูนย์กิจกรรมได้ดียิ่งขึ้น)

นิยามศัพท์

ต้นทุน (cost) หมายถึง ค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่สามารถวัดเป็นตัวเงินที่เสียไปในการทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อจัดบริการเภสัชกรรมแก่ผู้มารับบริการที่ คชอ.มหาชัย ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้มีองค์ประกอบคือ

1. ต้นทุนทางตรง (direct cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดกับงานเภสัชกรรมโดยตรง ได้แก่ ค่ายา ค่าของบรรจุยา ค่าฉลากยา

2. ต้นทุนจม (sunk cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นในอดีต ซึ่งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้เป็นอย่างอื่นไม่ได้ ถือเป็นต้นทุนที่ไม่มีผลต่อการพิจารณาตัดสินใจทางเลือกต่าง ๆ เช่น การสต็อกยาจำนวน 200,000 บาทต่อเดือน จะถือว่าเงินจำนวนนี้ไม่มีผลต่อการตัดสินใจใด ๆ ทั้งสิ้น เพราะร้านต้องมียาในคลัง 200,000 บาท ทุกเดือน

การศึกษานี้พิจารณาต้นทุนจกมูลค่ายาที่ให้บริการคลินิกสูงสุด 10 รายการแรกและระยะเวลาเก็บยาดังกล่าวไว้ในคลังยา

3. ต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) หมายถึง ต้นทุนที่เกิดจากการใช้ประโยชน์ร่วมกันของแต่ละศูนย์กิจกรรม ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน

3.1 ค่าแรง เป็นค่าใช้จ่ายที่จ่ายเป็นค่าตอบแทนการปฏิบัติงานให้แก่ เงินเดือน ค่าวิชาชีพ และสวัสดิการต่าง ๆ

3.2 ค่าวัสดุ เป็นค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ ค่าไฟฟ้าที่ใช้ปฏิบัติงาน

3.3 ค่าลงทุน เป็นค่าเสื่อมราคาของอาคาร สิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ คำนวณค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง คิดอายุอาคารสิ่งก่อสร้าง 20 ปี ครุภัณฑ์ 5 ปี

ต้นทุนต่อ 1 รายการยา หมายถึงสัดส่วนต้นทุนรวมของทุกศูนย์กิจกรรมยกเว้นศูนย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ ต่อ จำนวนรายการยาใน 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง ค่าวัสดุ สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ พื้นที่ของหน่วยต้นทุนต่าง ๆ สัดส่วนเวลาการปฏิบัติงาน สรุปมูลค่าและรายการยา นาฬิกาจับเวลา และคอมพิวเตอร์ช่วยคำนวณ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนการศึกษามี 6 ขั้นตอน รายละเอียดดังนี้

(1) การวิเคราะห์กิจกรรม

วิเคราะห์กิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายกันและใช้ทรัพยากรเดียวกัน รวบรวมเข้าเป็นศูนย์กิจกรรมเดียวกัน เพื่อให้เห็นความต่อเนื่องของกิจกรรม ได้ 5 ศูนย์กิจกรรม (กล่าวแล้วตอนต้น)

(2) การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ร้านยา

• ข้อมูลค่าแรงของเภสัชกรใช้การเทียบเคียงขั้นต่ำ (conservative) จากอัตราเงินเดือนราชการของเภสัชกรซึ่งมีอายุการทำงาน ประสบการณ์ และลักษณะงานใกล้เคียงกัน ซึ่งในที่นี้ใช้ฐานเงินเดือน

เภสัชกรประจำศูนย์แพทย์ชุมชน 3 วัดบูรพ์ ค่าแรงผู้ช่วยเภสัชกรเก็บจากเงินเดือนที่จ่ายจริง เวลาปฏิบัติงานของเภสัชกรและผู้ช่วย ๆ เก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริง โดยผู้ช่วยวิจัยบันทึกเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นเวลา 7 วัน (อาทิตย์-เสาร์) แล้วคำนวณเป็นเวลาปฏิบัติงาน ใน 1 ปี

- ข้อมูลค่าวัสดุ ค่าฉนวนอัตราค่าไฟจากอุปกรณ์ไฟฟ้าที่ใช้งานจริงขณะปฏิบัติงานของร้านยา บันทึกเวลาการใช้ไฟโดยผู้ช่วยนักวิจัยนับเป็นชั่วโมงที่ใช้ไฟฟ้า

- ข้อมูลค่าลงทุนที่เป็นสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ของร้านยาได้จากการสอบถาม เก็บพื้นที่การใช้งานจริงตามรายการกิจกรรม เก็บเวลาการใช้งานจริงขณะทำกิจกรรม

- ข้อมูลรายการและมูลค่ายาที่เกิดขึ้นเก็บข้อมูลจากรายงานสรุปรายการและมูลค่ายาที่ให้บริการทุกเดือน

2.2 คลินิก

เนื่องจากรูปแบบบริการของคลินิกปัจจุบันไม่มีงานเภสัชกรรมในคลินิก ดังนั้นการคำนวณต้นทุนงานเภสัชกรรมในคลินิกจึงประมาณการโดยอาศัยข้อมูลบางส่วนจากศูนย์แพทย์ชุมชน 3 วัดบูรพ์ เนื่องจากขนาดสถานบริการใกล้เคียงกัน (รับผิดชอบประชาชนประมาณ 7,000 คน)

- ข้อมูลค่าแรงเป็นค่าแรงเภสัชกร 1 คน (คลินิกไม่จ้างผู้ช่วยฯ) เนื่องจากค่าแรงเภสัชกรมีได้หลายระดับผู้วิจัยจึงทดลองคำนวณ 2 กรณี คือ 1) ใช้ค่าแรงของเภสัชกรศูนย์แพทย์ชุมชน 3 วัดบูรพ์ ซึ่งมีอายุงานและประสบการณ์สูง และ 2) ใช้ค่าแรงอัตราเภสัชกรจบใหม่ชั่วโมงละ 100 บาท เวลาปฏิบัติงานใช้ข้อมูลจากการปฏิบัติงานจริงของร้านยา

- ข้อมูลค่าวัสดุ ค่าฉนวนอัตราค่าไฟจากอุปกรณ์ไฟฟ้าและเวลาใช้ไฟจากงานเภสัชกรรมศูนย์แพทย์ชุมชน 3 วัดบูรพ์

- ข้อมูลค่าลงทุน ครุภัณฑ์เก็บข้อมูลจาก

ทะเบียนครุภัณฑ์ฝ่ายบริหารของศูนย์แพทย์ชุมชน 3 วัดบูรพ์ เก็บข้อมูลค่าเสื่อมราคาอาคารสิ่งก่อสร้างจากคลินิก เก็บพื้นที่การทำงาน พื้นที่ใช้ครุภัณฑ์ และเวลาการใช้งานจากศูนย์แพทย์ชุมชน 3 วัดบูรพ์

2.3 รายรับที่ร้านยาได้จากคลินิก และรายจ่ายที่คลินิกจ่ายให้ร้านยา

- เก็บข้อมูลจากสรุปรวมมูลค่ายา (ราคาทุน) ค่าบริหารเวชภัณฑ์ และค่าจ่ายยาตามใบสั่งยา 15 บาท/ใบ (1-3 รายการ) 20 บาท/ใบ (มากกว่า 3 รายการ) ที่คลินิกจ่ายให้ร้านยาทุกเดือน

ข้อสังเกต รายรับที่ร้านยาได้จากคลินิก มีมูลค่าเท่ากับ รายจ่ายจริงที่คลินิกจ่ายให้ร้านยา

(3) การรวบรวมต้นทุนเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม

ปันส่วนต้นทุนทางอ้อมเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม โดยใช้ตัวหลักต้นทุนทรัพยากรที่เหมาะสม คือ สัดส่วนเวลาทำงาน (ค่าแรง) และสัดส่วนการใช้งาน (ค่าวัสดุและค่าลงทุน) เป็นตัวแบ่งต้นทุนเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม แล้วหาต้นทุนรวมแต่ละศูนย์กิจกรรม โดยต้นทุนรวมของศูนย์จ่ายยาจะรวมต้นทุนทางตรง คือ ค่ายา ค่าของบรรจุกา ค่าฉลากยา และต้นทุนรวมของศูนย์คลังยาจะรวมต้นทุนจมนด้วย

(4) การคำนวณต้นทุนเภสัชกรรมรวม ใน 1 ปี

โดยรวบรวมต้นทุนจากทุกศูนย์กิจกรรม ยกเว้นศูนย์ที่ไม่เกี่ยวกับการบริการ

(5) ค่าต้นทุนต่อ 1 รายการยา

เท่ากับ สัดส่วนของต้นทุนบริการเภสัชกรรมรวม ใน 1 ปี และ รายการยา ใน 1 ปี

(6) ค่าต้นทุนผลได้สุทธิ

ผลได้สุทธิมุมมองร้านยา = รายรับที่ได้จากคลินิก - ต้นทุนรวมของร้านยา

ผลได้สุทธิมุมมองคลินิก = รายจ่ายจริงที่จ่ายให้ร้านยา - ประมาณการต้นทุนงานเภสัชกรรมหากจัดบริการเองในคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1. ผลได้สุทธิในมุมมองร้านยา

บุคลากรในร้านยามี 2 คน คือ เภสัชกร 1 คน และผู้ช่วยเภสัชกร 1 คน ในช่วง 1 มกราคม 2548 ถึง 31 ธันวาคม 2548 ร้านยาเปิดให้บริการแก่คลินิกทุกวัน ตั้งแต่วันอาทิตย์ - วันเสาร์ เวลา 08:00 - 16:00 น. หยุดวันนักขัตฤกษ์ คิดเป็นทำงานรวม 343 วัน ทำงานวันละ 8 ชั่วโมง คิดเป็น 2,744 ชั่วโมง หรือ 164,640 นาที ข้อมูลเวลาทำงานแต่ละศูนย์กิจกรรม แสดงดังตารางที่ 1

1.1 องค์ประกอบต้นทุน

1.1.1 ต้นทุนทางตรง ประกอบด้วย ค่ายา (317,017.78 บาท/ปี) ค่าชองยา (2,900.88 บาท/ปี) และ ค่าฉลากยา (2,026.80 บาท/ปี)

1.1.2 ต้นทุนจม เท่ากับ 21,101.26 บาท/ปี

1.1.3 ต้นทุนทางอ้อม ประกอบด้วย ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน ดังนี้

1.1.3.1 ต้นทุนค่าแรง ค่าแรงเภสัชกร 38,200 บาท/เดือน คิดเป็น 458,400 บาท/ปี ค่าแรงผู้ช่วยเภสัชกร 10,000 บาท/เดือน คิดเป็น 120,000 บาท/ปี

1.1.3.2 ต้นทุนค่าวัสดุ ค่าวัสดุคำนวณจากอุปกรณ์ไฟฟ้าของร้านยาและเวลาใช้งาน

ได้แก่หลอดไฟฟ้า 2 ชุด คอมพิวเตอร์ พัดลม เครื่องปรับอากาศ และตู้เย็น ได้ค่าไฟรวม 41,415.19 บาท/ปี

1.1.3.3 ต้นทุนค่าลงทุน ค่าลงทุนคำนวณจากค่าเสื่อมราคาอาคารและครุภัณฑ์ พื้นที่ทำงานของร้านยา พื้นที่ใช้งานครุภัณฑ์ และเวลาบริการผู้ป่วย จากอาคารร้านยา ตู้ยา คอมพิวเตอร์ เครื่องปรับอากาศ ตู้เย็นโต๊ะและเก้าอี้ ได้ค่าลงทุนรวม 21,917.55 บาท/ปี

1.2 รวบรวมต้นทุนเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม

กระจายต้นทุนของทรัพยากรทุกอย่างที่ใช้เข้าสู่ศูนย์กิจกรรม แสดงในตารางที่ 2

ต้นทุนเภสัชกรรมรวมใน 1 ปี
= ต้นทุนรวมสุทธิ - ศูนย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ
= 984,779.46 - 463,342.28 = 521,437.18 บาท

ต้นทุนต่อ 1 รายการยา
= 521,437.18 บาท/ 21,905 รายการ
= 23.80 บาท/ รายการ

รายรับที่ร้านยาได้จากคลินิก ในปี พ.ศ. 2548 คลินิกจ่ายเงินค่ายา (ราคาทุน) คืนให้ร้านยา 317,017.78 บาท ค่าบริหารเวชภัณฑ์ 63,403.56 บาท และค่าจ่ายยาตามใบสั่งยา 15 บาท (4380 ใบ) 20 บาท (1192 ใบ) รวม 89,540 บาท สามรายการเป็นเงินทั้งสิ้น 469,961.34 บาท

ตารางที่ 1 รายการยาต่อปีและเวลาทำงานของเภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกรในร้านยา

ศูนย์กิจกรรม	รายการยา/ปี	เวลาที่ใช้ (นาที/ปี)	
		เภสัชกร	ผู้ช่วยเภสัชกร
จัดซื้อ	2,893	10,406.33	2,192.26
จ่ายยา	15,484	21,023.45	0.00
คลังยา	3,528	4,238.68	4,238.99
สนับสนุนการบริการ	-	15,903.14	20,580.00
ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ	-	113,068.40	137,628.75
รวม	21,905	164,640.00	164,640.00

ตารางที่ 2 ต้นทุนเภสัชกรรมรวมของร้านยากระจายเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม 5 ศูนย์

	ต้นทุนรวมแต่ละศูนย์กิจกรรม (บาท/ปี)					รวม
	จัดซื้อ	จ่ายยา	คลังยา	สนับสนุน การบริการ	ไม่เกี่ยวข้องกับ การบริการ	
ค่าแรง	30,571.76	58,534.68	14,891.20	59,278.43	415,123.93	578,400.00
ค่าวัสดุ	1,584.59	2,644.22	1,066.28	4,588.67	31,531.43	41,415.19
ค่าลงทุน	838.59	1,399.36	564.29	2,428.39	16,686.92	21,917.55
รวม	32,994.94	62,578.26	16,521.77	66,295.49	463,342.28	641,732.74
ต้นทุนจม	-	-	21,101.26	-	-	21,101.26
ค่ายา	-	317,017.78	-	-	-	317,017.78
ค่าชงยา	-	2,900.88	-	-	-	2,900.88
ค่าฉลากยา	-	2,026.80	-	-	-	2,026.80
รวมสุทธิ	32,994.94	384,523.72	37,623.03	66,295.49	463,342.28	984,779.46

ผลได้สุทธิ = รายรับที่ได้จากคลินิก - ต้นทุนรวมของร้านยา

ผลได้สุทธิ = 469,961.34 - 521,437.18 = - 51,475.84 บาท/ปี

แสดงว่า ร้านยาทำงานโดยได้รับค่าตอบแทนจากคลินิกต่ำกว่าต้นทุน 51,475.84 บาท/ปี

2. ผลได้สุทธิในมุมมองคลินิก (ประมาณการ)

หากคลินิกจัดบริการเภสัชกรรมในคลินิก คลินิกจะจ้างบุคลากรคนเดียว คือเภสัชกรไม่จ้างผู้ช่วยฯ ทำให้เภสัชกรต้องทำงานในส่วนของผู้ช่วยฯ ด้วย เวลาทำงานและรายการยาต่อปีของเภสัชกรในคลินิก แสดงในตารางที่ 3

2.1 องค์ประกอบต้นทุน ต้นทุนทางตรงและ

ต้นทุนจม เท่ากับการคำนวณในมุมมองของร้านยา ส่วนต้นทุนทางอ้อมแบ่งการคำนวณตามค่าแรงเภสัชกรได้ 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 ค่าแรงอัตราเภสัชกรประสบการณ์สูง

ก) ต้นทุนค่าแรง ใช้อัตราเงินเดือนของเภสัชกรศูนย์ 3 เป็นตัวเทียบคือ 38,200 บาท/เดือน (ซึ่งหาก คชช.มหาชัยจ้างเภสัชกร 25,000 บาท/เดือน + ค่า

วิชาชีพ 5,000 บาท/เดือน + สวัสดิการอื่น ๆ จะมีค่าใช้จ่ายประมาณนี้) หรือเท่ากับ 458,400 บาท/ปี

ข) ต้นทุนค่าวัสดุ คำนวณจากอุปกรณ์ไฟฟ้าและเวลาใช้งาน ของงานเภสัชกรรมศูนย์แพทย์ 3 วัดบูรพ์ ได้แก่ หลอดไฟฟ้า 2 ชุด คอมพิวเตอร์ พัดลม เครื่องปรับอากาศ เครื่องพิมพ์ และตู้เย็น 2 เครื่อง ได้ต้นทุนค่าไฟรวม 44,176.20 บาท/ปี

ค) ต้นทุนค่าลงทุน ค่าเสื่อมอาคารคิดจากอาคารคลินิก ครุภัณฑ์และพื้นที่ใช้งานเก็บจากศูนย์แพทย์ 3 วัดบูรพ์ ได้แก่ ชั้นยา ตู้ยา เครื่องปรับอากาศ คอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ ตู้เย็น 2 เครื่อง โต๊ะและเก้าอี้ ได้ต้นทุนค่าลงทุนรวม 7,615.74 บาท/ปี

ง) รวบรวมต้นทุนเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม กระจายต้นทุนของทรัพยากรทุกอย่างที่ใช้เข้าสู่ศูนย์กิจกรรม แสดงในตารางที่ 4

ต้นทุนเภสัชกรรมรวมในคลินิก 1 ปี
= ต้นทุนรวมสุทธิ - ศูนย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ
= 853,238.66 - 266,676.77 = 586,561.89 บาท

ค่าตอบแทนการบริหารเวชภัณฑ์และการจ่ายยาตามใบสั่งยาภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษาร้านสมบุญเภสัชกร

ตารางที่ 3 เวลาทำงานและรายการยาต่อปีของเภสัชกรกรณีจัดบริการเภสัชกรรมในคลินิก

ศูนย์กิจกรรม	รายการยา/ปี	เวลาที่ใช้ (นาท/ปี)
จัดซื้อ	2,893	12,598.59
จ่ายยา	15,484	21,023.45
คลังยา	3,528	8,477.67
สนับสนุนการบริการ	-	36,483.14
ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ	-	86,057.15
รวม	21,905	164,640.00

ตารางที่ 4 ต้นทุนเภสัชกรรมรวมกรณีจ้างเภสัชกรประสบการณ์สูงกระจายเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม

	ต้นทุนรวมแต่ละศูนย์กิจกรรม (บาท/ปี)					รวม
	จัดซื้อ	จ่ายยา	คลังยา	สนับสนุนการบริการ	ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ	
ค่าแรง	35,077.71	58,534.68	23,604.01	101,578.42	239,605.18	458,400.00
ค่าวัสดุ	3,380.45	5,641.01	2,274.73	9,789.16	23,090.85	44,176.20
ค่าลงทุน	582.77	972.48	392.15	1,687.60	3,980.74	7,615.74
รวม	39,040.93	65,148.17	26,270.89	113,055.18	266,676.77	510,191.94
ต้นทุนจม	-	-	21,101.26	-	-	21,101.26
ค่ายา	-	317,017.78	-	-	-	317,017.78
ค่าชองยา	-	2,900.88	-	-	-	2,900.88
ค่าฉลากยา	-	2,026.80	-	-	-	2,026.80
รวมสุทธิ	39,040.93	387,093.63	47,372.15	113,055.18	266,676.77	853,238.66

ต้นทุนต่อ 1 รายการยา
 = 586,561.89 บาท / 21,905 รายการ
 = 26.78 บาท/ รายการ

รายจ่ายจริงที่คลินิกจ่ายให้ร้านยา (เท่ากับรายรับที่ร้านยาได้จากคลินิก) เท่ากับ 469,961.34 บาท/ปี

ผลได้สุทธิ (ประมาณการ) = รายจ่ายจริงที่จ่ายให้ร้านยา - ประมาณการต้นทุนรวมของงานเภสัชกรรมกรณีคลินิกดำเนินงานเอง

ผลได้สุทธิ (ประมาณการ) = 469,961.34 -

586,561.89 = - 116,600.55 บาท/ปี

แสดงว่าหากคลินิกจ้างเภสัชกรทำงานในคลินิก จะมีรายจ่ายสูงกว่าให้ร้านยาทำให้ 116,600.55 บาท/ปี

กรณีที่ 2 ค่าแรงอัตราเภสัชกรจบใหม่

ก) ต้นทุนค่าแรง เนื่องจากค่าแรงเภสัชกรในกรณีที่ 1 ใช้อัตราเภสัชกรที่มีประสบการณ์สูง ผู้วิจัยจึงทดลองคำนวณโดยใช้ค่าแรงอัตราเภสัชกรจบใหม่ 100 บาท/ชั่วโมง ทำงานวันละ 8 ชั่วโมง จำนวน 343 วัน เท่ากับ 274,400 บาท/ปี

ที่ 1	ข) ต้นทุนค่าวัสดุ ค่าวัสดุ อัตราเดียวกับกรณี	= 498,738.19 บาท
		ต้นทุนต่อ 1 รายการยา
ที่ 1	ค) ต้นทุนค่าลงทุน ค่าลงทุน อัตราเดียวกับกรณี	= 498,738.19 บาท / 21,905 รายการ
		= 22.77 บาท/ รายการ
	ง) รวบรวมต้นทุนเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม	รายจ่ายจริงที่คลินิกจ่ายให้ร้านยา (เท่ากับรายรับที่ร้านยาได้จากคลินิก) เท่ากับ 469,961.34 บาท/ปี
	กระจายต้นทุนของทรัพยากรทุกอย่างที่ใช้เข้าสู่ศูนย์กิจกรรม แสดงในตารางที่ 5	ผลได้สุทธิ (ประมาณการ) = รายจ่ายจริงที่จ่ายให้ร้านยา - ประมาณการต้นทุนรวมของงานเภสัชกรรม
	ต้นทุนเภสัชกรรมรวมในคลินิก 1 ปี	กรณีคลินิกจัดบริการเอง
	= ต้นทุนรวมสุทธิ - ศูนย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ	ผลได้สุทธิ (ประมาณการ) = 469,961.34 - 498,738.19 = - 28,776.85 บาท/ปี
	= 669,238.66 - 170,500.47	

ตารางที่ 5 ต้นทุนเภสัชกรรมรวมกรณีจ้างเภสัชกรจบใหม่กระจายเข้าสู่ศูนย์กิจกรรม

	ต้นทุนรวมแต่ละศูนย์กิจกรรม (บาท/ปี)					รวม
	จัดซื้อ	จ่ายยา	คลังยา	สนับสนุนการบริการ	ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการ	
ค่าแรง	20,991.60	35,040.88	14,131.60	60,807.04	143,428.88	274,400.00
ค่าวัสดุ	3,380.45	5,641.01	2,274.73	9,789.16	23,090.85	44,176.20
ค่าลงทุน	582.77	972.48	392.15	1,687.60	3,980.74	7,615.74
รวม	24,954.82	41,654.37	16,798.48	72,283.80	170,500.47	326,191.94
ต้นทุนจม	-	-	21,101.26	-	-	21,101.26
ค่ายา	-	317,017.78	-	-	-	317,017.78
ค่าของยา	-	2,900.88	-	-	-	2,900.88
ค่าฉลากยา	-	2,026.80	-	-	-	2,026.80
รวมสุทธิ	24,954.82	363,599.83	37,899.74	72,283.80	170,500.47	669,238.66

ตารางที่ 6 สรุปผลได้สุทธิของระบบการเงินของคชอ.มหาชัย ตามวิธีการคิดทั้งสามแบบ

วิธีการคิด	ต้นทุนต่อรายการยา	ผลได้สุทธิ	
		ค่าจ่ายยาใบสั่งยาละ 15 บาท และ 20 บาท แล้วแต่กรณี	ค่าจ่ายยาใบสั่งยาละ 25 บาท และ 30 บาท แล้วแต่กรณี
ให้ร้านยาเป็นเครือข่าย	23.80	- 51,475.84	+ 4,244.16
คลินิกจ้างเภสัชกรประสบการณ์สูง	26.78	- 116,600.55	- 60,880.55
คลินิกจ้างเภสัชกรจบใหม่	22.77	- 28,776.85	+ 26,943.15

แสดงว่า แม้จะจ้างเภสัชกรอัตราจบใหม่ ชั่วโมงละ 100 บาท คลินิกก็ยังมีต้นทุนดำเนินการสูงกว่าที่ให้ร้านยาเป็นเครือข่ายอยู่ 28,776.85 บาท/ปี

หากคลินิกจ่ายค่าจ่ายยาตามใบสั่งยาตามอัตราที่กำหนดจากการทบทวนเอกสาร คลินิกต้องจ่ายค่าจ่ายยาตามใบสั่งยา 25 บาท (4,380 ใบ) 30 บาท (1,192 ใบ) รวม 145,260 บาท ค่ายา (ราคาทุน) 317,017.78 บาท และค่าบริหารเวชภัณฑ์ 63,403.56 บาท สามรายการเป็นเงิน 525,681.34 บาท/ปี ผลได้สุทธิจะมีค่าเปลี่ยนเป็นดังนี้

1. ผลได้สุทธิมุมมองร้านยา = $525,681.34 - 521,437.18 = 4,244.16$ บาท/ปี

2. ผลได้สุทธิมุมมองคลินิก กรณี 1 = $525,681.34 - 586,561.89 = -60,880.55$ บาท/ปี

3. ผลได้สุทธิมุมมองคลินิก กรณี 2 = $525,681.34 - 498,738.19 = 26,943.15$ บาท/ปี

จะเห็นว่ารายได้ที่ร้านยาได้รับและต้นทุนค่าบริการเภสัชกรรมของร้านยามีค่าใกล้เคียงกันหากคลินิกปรับอัตราชดเชยค่าจ่ายยาตามใบสั่งยาเป็น 25 บาท และ 30 บาทต่อใบสั่งยา ในขณะที่คลินิกก็ยังคงคุ้มทุนอยู่ ผลได้สุทธิของระบบการเงินของคชอ.มหาชัยสรุปได้ดังตารางที่ 6

วิจารณ์

ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพที่ไม่มีหน่วยงานซับซ้อน หน่วยรับและจ่ายต้นทุนเกิดภายในหน่วยเดียวกันและไม่มีหน่วยต้นทุน (cost center) ที่ชัดเจน ดังนั้นจึงวิเคราะห์ต้นทุนในร้านยาโดยใช้ระบบการคิดต้นทุนฐานกิจกรรม โดยกำหนดกลุ่มต้นทุนในรูปของกิจกรรมได้ 5 ศูนย์กิจกรรม ซึ่งนอกจากจะช่วยให้การคิดต้นทุนงานเภสัชกรรมมีความถูกต้องใกล้เคียงความเป็นจริงแล้ว ยังให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้บริหารในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ถูกต้องมากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบต้นทุนงานเภสัชกรรมระหว่างสามฉากทัศน์ คือการจ้างเภสัชกร

ประสบการณสูง การจ้างเภสัชกรอัตราจบใหม่ และการให้ร้านยาเป็นเครือข่าย พบว่าต้นทุนการให้บริการต่อรายการยา เรียงตามลำดับมากไปน้อยคือ การจ้างเภสัชกรประสบการณสูงมาประจำที่คลินิก (26.78 บาท) ให้ร้านยาสมบุญเภสัชกรดำเนินการ (23.80 บาท) และการจ้างเภสัชกรจบใหม่มาประจำคลินิก (22.77 บาท) จะเห็นว่าต้นทุนของการให้ร้านยาดำเนินการไม่สูงเพราะเภสัชกรร้านยามีผู้ช่วยทำงานและมีการให้บริการอื่น ๆ นอกเหนือจากการบริการให้คลินิก ทำให้ต้นทุนลดลง แต่การจ้างเภสัชกรจบใหม่ ที่ต้นทุนใกล้เคียงกับการให้ร้านยาดำเนินการ มีข้อควรพิจารณากล่าวคือเภสัชกรจบใหม่มีประสบการณน้อย อาจมีปัญหาการจัดหาให้ได้ยาคดี มีคุณภาพและราคาเหมาะสม หรือหากเป็นการจ้างแบบไม่อยู่ประจำ หรือหมุนเวียนมาปฏิบัติหน้าที่ อาจมีปัญหาเรื่องความผูกพัน (commitment) ต่อผู้ป่วยและการติดตามอาการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของงานบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาของคลินิกชุมชนอบอุ่น เขตกรุงเทพมหานคร ที่ใช้ระบบหมุนเวียนเภสัชกรมาปฏิบัติงานตามข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวกับงานเภสัชกรรม⁽¹⁵⁾

ในมุมมองของร้านยาพบว่าการชดเชยค่าบริการที่ได้รับจากคลินิกในอัตราปัจจุบัน (15 และ 20 บาท/ใบสั่งยา) ยังต่ำกว่าต้นทุนที่ใช้ดำเนินงานจริง ร้านยาควรมีการบริหารกิจกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ เช่น การใช้ระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยในการจัดทำรายงานต่าง ๆ เพื่อลดระยะเวลาในการทำงานโดยเฉพาะในศูนย์กิจกรรมสนับสนุนการบริการ ขณะเดียวกันอาจพิจารณาเสนอขอเพิ่มค่าตอบแทนบริการจากคลินิกหากการบริหารกิจกรรมดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จ

พิจารณาในมุมมองของคลินิก พบว่าควรคงรูปแบบการดำเนินงานในลักษณะร้านยาเครือข่ายไว้ การจัดบริการเภสัชกรรมเองในคลินิกมีต้นทุนการดำเนินงานสูงกว่าซื้อบริการร้านยา อีกทั้งโครงสร้างอาคารของคลินิกไม่เหมาะสมในการจัดบริการเภสัชกรรม ห้อง

ยาอาจต้องอยู่ชั้น 2 หรือ 3 ซึ่งไม่สะดวกกับผู้ป่วยในการเดินขึ้นไปรับยา หากห้องยาอยู่ชั้นล่างคลินิกต้องเช่าห้องเพิ่มอีก 1 คูหา ต้นทุนค่าลงทุนอาจเพิ่มมากกว่าที่ประมาณไว้ (ค่าเช่า 1 คูหา เดือนละ 15,000 บาท) แม้การจ้างเภสัชกรไว้ที่คลินิกจะมีข้อดีคือสามารถให้เภสัชกรทำบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ได้ เช่น เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การติดตามผู้ป่วยหรือการเยี่ยมบ้าน แต่อาจมีข้อด้อย คืออาจทำให้สมดุลของการตรวจรักษาและจ่ายยาเสียไป

การให้ร้านยาเอกชนเข้ามาร่วมให้บริการนั้นประเด็นที่จะเป็นผลดีที่สุดต่อผู้ป่วย คือความเป็นอิสระ (independence) ของเภสัชกรร้านยา ที่ไม่ต้องทำงานในฐานะ “ลูกจ้าง” ของคลินิก ซึ่งเป็นหลักการที่จะทำให้มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพที่ดี เพราะแต่ละวิชาชีพใช้วิจารณญาณ (discretion) ได้เต็มที่ตามหลักการของวิชาชีพ จะเห็นว่าร้านสมบุญเภสัชกรมีระบบงานที่สะท้อนคุณภาพหลายประการ เช่น การคัดกรองหาความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา (prescribing error) คัดกรองหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (drug related problem) ในใบสั่งยาทุกใบ⁽¹⁶⁾ และระบบการจ่ายยาที่ประกันความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย ประเทศญี่ปุ่น⁽¹⁷⁾ และไต้หวัน⁽¹⁸⁾ เองจึงพยายามสนับสนุนให้คลินิกไม่จ้างเภสัชกรมาทำงานประจำในขณะที่กฎหมายของประเทศเกาหลี⁽¹⁹⁾ มีข้อกำหนดให้คลินิกและร้านยามีหน้าที่ต่างกัน นอกจากนั้นร้านยายังมีชั่วโมงเปิดร้านยาว และระยะทางระหว่างคลินิกและร้านยาไม่ไกลกัน (ห่างกัน 2 คูหา) ทำให้สะดวกและรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้นหากจะมีกิจกรรมพิเศษเพิ่มขึ้นเช่น การให้บริการส่งเสริมสุขภาพ

ผลที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้อาจจะยังไม่สามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการศึกษากรณีเดียวในจังหวัดนครราชสีมา อาจจำเป็นที่จะต้องดำเนินการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ อีก อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ร้านยาเป็นเครือข่ายบริการเภสัชกรรมคุ้มค่ากว่าการจัดบริการเภสัชกรรมเองในคลินิก ทั้งนี้

กลไกที่นำมาใช้ในการจัดการด้านการเงินต้องมีความเป็นธรรม ระบบค่าชดเชยบริการต้องเหมาะสมสะท้อนการดำเนินงานที่แท้จริง รวมทั้งจูงใจกระตุ้นให้ร้านยามีการพัฒนาคุณภาพบริการได้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณนายแพทย์สำเร็จ แหงกระโทก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ว่าที่ ร.ต.วิศิษฐ์ ประวิณวงศ์วุฒิ ภก.นิวัฒน์ ตั้งกิจเกียรติกุล และ ภญ.วัลภา คงฉันทมิตรกุล ที่ช่วยประสานงาน ขอขอบคุณบุคลากรจาก ศูนย์แพทย์ชุมชน 3 วัดบูรพ์ คลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย และร้านยาสมบุญเภสัชกร ที่ช่วยให้ข้อมูลและร่วมดำเนินงานตลอดโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. Barry M, Tilson L, Ryan M. Pricing and reimbursement of drugs in Ireland. *Eur J Health Econ* 2004; 5:190-4.
2. Haga A, Sverre JM. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Norway. *Eur J Health Econ* 2002; 3:215-20.
3. Van Mil JWF. Pharmaceutical care in community pharmacy: practice and research in Netherlands. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 1720-5.
4. Benrimoj SI, Roberts AS. Providing patient care in community pharmacies in Australia. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 1911-7.
5. Jones EJM, Mackinnon NJ, Tsuyuki RT. Pharmaceutical care in community pharmacy: practice and research in Canada. *Ann Pharmacother* 2005; 39: 1527-33.
6. สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุนันทา โอศิริ, วิลาสินี หิรัญพานิช, สมศักดิ์ อากาศทองสกุล, พุฒิพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์. การบริการปฐมภูมิของร้านยาในระบบประกันสุขภาพ: กรณีศึกษาร้านยา มหาวิทยาลัย ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2548.
7. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, วิชัย สันติมาลีวรกุล. ศึกษาเปรียบเทียบการให้บริการปฐมภูมิมิระหว่างร้านยาเอกชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีการให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.

8. โกศล ดีศีลธรรม. การบริหารต้นทุนสำหรับนักบริหารยุคใหม่ (Modern cost management system for executive). กรุงเทพมหานคร: อินฟอร์มีเดียบุ๊กส์; 2547.
9. จักรกฤษณ์ ดุยสิมมา. ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาเชือก: เปรียบเทียบการใช้ต้นทุนฐานกิจกรรมและต้นทุนตามแนวทาง IHPP [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
10. จันทรเพ็ญ อนุรัตน์านนท์, วิชัย รุ่งเรืองอนันต์, ชัยวัฒน์ หาญชาลญาณิชย์. การจัดทำระบบต้นทุนฐานกิจกรรมเพื่อการบริหารในอุตสาหกรรมเครื่องประดับ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2545.
11. จีรวรรณ ดนัยตั้งตระกูล. การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมงานบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น; 2546.
12. บุญรัตน์ ไชยชนะ. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการบริการพยาบาล ตามระบบต้นทุนกิจกรรม: หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
13. ประพริมพร สิงห์ทอง. ต้นทุนต่อหน่วยงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลภูเขียว: เปรียบเทียบการวิเคราะห์ต้นทุนตามแนวทาง International Health Policy Program และฐานกิจกรรม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
14. วรศักดิ์ ทุมมานนท์. ระบบบริหารต้นทุนกิจกรรม. กรุงเทพมหานคร: ไอออนิค; 2544.
15. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, วรากรณ์ จิรพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม, พรพิมล จันทรคณาภาส, อังสนา บุญธรรม และคณะ. โครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคลินิกเอกชนคู่สัญญา ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2546.
16. ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร์, วิวรรณ อัครวิเชียร, ชาลชัย จารุภาชนี่, นุศราพร เกษสมบูรณ์. การให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยร้านยา: กรณีศึกษาคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
17. Kobayashi D. GPP development and implementation in Japan. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการองค์การอนามัยโลกร่วมกับ International Pharmaceutical Federation ครั้งที่ 1 เรื่อง A Conference on GPP Policy and Plans for The South East Asia Region; 27-29 มิถุนายน 2550; ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์. กรุงเทพมหานคร: WHO; 2550.
18. Chou Y, Yip W, Lee CH, Huang N, Sun YP, Chang HJ. Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behavior: Taiwan's experience. Health Policy Plan 2003; 18(3):316-29.
19. Kwon S. Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing. Soc Sci Med 2003; 57:529-38.

Abstract **Payment for Providing Pharmacy Administration and Pharmacy Dispensing under the National Health Security Scheme: A case study of Sombunpharmacy Contracted to Maha Chai Community Caring Clinic Nakhon Ratchasima**

Nusaraporn Kessomboon*, **Duangtip Hongsamout****, **Pimolsri Sangkar****, **Kornkaew Chanthapasa***, **Chanchai Jarupach***, **Wiwat Arkaravichien***

*Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, **The Food and Drug Administration, Ministry of Public Health

Journal of Health Science **2008; 17:884-96.**

Community caring clinic at Maha Chai community in Nakhon Ratchasima let a community pharmacy to provide pharmacy administration and dispensing for them. This retrospective study was aimed to determine the cost of pharmacy services of the community pharmacy connected to the clinic as well as to analyze the rate of payment for the services to clinic in pharmacy's aspect and in clinic's aspect during 1 January 31 December 2005. Data from clinic and pharmacy as well as from documentary study was used to calculate pharmacy service cost by activity based costing technique. Data were analyzed by descriptive statistics.

The results showed that the costs of pharmacy services for each medicine dispensed by the clinic were: a) 26.78 baht based on an experienced pharmacist, b) 23.80 baht based on a pharmacist of the connected pharmacy and c) 22.77 baht based on an in-experienced pharmacist. The study showed that cost saving resulting from collaborating service with community pharmacy was attractive. It should be borne in mind that the payment mechanism and system had to be fair, efficient and providing an incentive for services improvement. This study also supported the priority estimated figures that dispensing fee should be 25 baht per prescription (1-3 drug items), 30 baht per prescription (>3 drug items) and administration fee should be 20 percent of the medicine cost.

Key words: **payment to pharmacy services, National Health Security Scheme, payment for pharmacy administration, dispensing fee.**