

บทความพิเศษ

Special Article

รูปแบบและการจัดการการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย

นิลวรรณ อยู่กักดี ปร.ด. (ระบบและนโยบายสุขภาพ)***

ธีรพล ทิพย์พยอม ภ.บ. (บริหารเภสัชกรรม), Ph.D.*

* ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

** ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สำคัญเนื่องจากความสะดวกในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ร้านยาในประเทศไทยยังคงไม่ได้รับการผนวกเข้าเป็นหน่วยให้บริการในชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์อย่างเป็นทางการ การทบทวนรูปแบบและแนวทางการให้บริการในประเทศที่สนับสนุนบริการในร้านยาจะช่วยเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการเภสัชกรรมชุมชนของประเทศไทยได้ ในประเทศออสเตรเลียการกำหนดข้อตกลงการให้บริการมีสมาคมร้านยาเป็นตัวแทนจัดทำข้อตกลงร่วมกับภาครัฐ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยร่วมกับการกำหนดกรอบทิศทางการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์เป็นแนวทางในการเจรจา โปรแกรมและบริการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนภายใต้ข้อตกลงฉบับที่ 5 ซึ่งเป็นฉบับล่าสุด ได้แก่ โปรแกรมบริหารจัดการด้านยา โปรแกรมสนับสนุนงานบริการในพื้นที่ชนบท โปรแกรมสำหรับชนเผ่าพื้นเมือง การสร้างแรงจูงใจและรับรองคุณภาพงานบริการ การวิจัยและพัฒนา และความต่อเนื่องในการใช้ยา สิ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทยได้ มีดังนี้ ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อกำหนดกรอบทิศทางการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์และเป็นตัวแทนเจรจาเพื่อบรรลุข้อตกลงกับภาครัฐ ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์การสนับสนุนการวิจัยสำหรับใช้ประกอบการเจรจากับภาครัฐ และควรมีการสนับสนุนงบประมาณให้กับร้านยาที่ได้รับการรับรองว่าสามารถให้บริการที่เพิ่มคุณภาพการใช้ยาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาและประกันคุณภาพบริการ

คำสำคัญ: บริการเภสัชกรรมชุมชน, ร้านยา, ออสเตรเลีย

บทนำ

หลายทศวรรษที่ผ่านมา วิชาชีพเภสัชกรรมมีการพัฒนาอย่างมาก บทบาทหน้าที่เภสัชกรเปลี่ยนจากการให้บริการกระจายยาเป็นการให้บริการหลายรูปแบบ โดยมุ่งเน้นประโยชน์ผู้รับบริการเป็นสำคัญ⁽¹⁾ การให้บริการเภสัชกรรมชุมชนที่ถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ปัจจุบันมีไม่กี่ประเทศที่ให้การสนับสนุนการให้บริการของเภสัชกรชุมชนนอกเหนือไปจากการ

จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ และรวมบริการเหล่านั้นเข้ามาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุน ประเทศดังกล่าวได้แก่ประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศออสเตรเลีย การเรียนรู้รูปแบบและแนวทางการจัดการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐของประเทศเหล่านี้ย่อมมีประโยชน์และสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดการสำหรับประเทศไทยได้ เนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการทบทวนการให้

บริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศสหราชอาณาจักรมาแล้ว⁽²⁾

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลรูปแบบการให้บริการและการบริหารจัดการการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพโดยทบทวนประสบการณ์ของประเทศออสเตรเลียซึ่งเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่ภาครัฐให้การสนับสนุนการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนเป็นอย่างดี⁽³⁻⁴⁾

1. ภาพรวมของระบบประกันสุขภาพ

ประเทศออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทุกคน คือ ระบบ Medicare โดยประชากรได้รับการคุ้มครองในสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุในชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ (Medical Benefits Scheme: MBS) และสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Benefits Scheme: PBS) โครงสร้างของระบบมีการแยกระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ ระบบ Medicare อยู่ภายใต้การบริหารของคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Committee: HIC) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ จ่ายค่าบริการพื้นฐานแก่ผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชน แหล่งเงินของระบบ Medicare มาจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภาครัฐมาจากงบประมาณรัฐบาล และภาคเอกชนมาจากการจ่ายภาษีสุขภาพ เนื่องจากมีระบบการเมืองเป็นแบบสหพันธรัฐ จึงมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างรัฐบาลกลาง (federal government) กับรัฐบาลของมลรัฐและเขตปกครอง (state/territory) ต่างๆ รัฐบาลกลางโดย Department of Health and Aging มีหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบาย สนับสนุนและกำกับดูแลหน่วยงานและกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพประชาชนในประเทศ ส่วนรัฐบาลมลรัฐทำหน้าที่กำกับดูแลการให้บริการด้านสุขภาพและสถานพยาบาลรัฐซึ่งเป็นผู้จ่ายเงินมีความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพในรูปแบบการทำสัญญาข้อตกลง (contractual model)⁽⁵⁻⁶⁾

สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนหรือร้านยาเป็นหน่วยบริการหนึ่งในระบบสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากร้านยาคิดเป็นร้อยละ 9.0 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ⁽⁷⁾ ยาที่รัฐบาลให้การอุดหนุนต้องได้รับการรับรองจาก Therapeutic Good Administration (TGA) ถือว่าเป็นยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลในการรักษาหรือป้องกันโรค และต้องอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม รัฐบาลจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรมขึ้นในปี ค.ศ. 1948 และในปี ค.ศ. 1960 มีการนำวิธีการจ่ายร่วม (co-payment) มาใช้ ปัจจุบันผู้ป่วยต้องจ่าย 33.3 เหรียญออสเตรเลียต่อหนึ่งรายการยาสำหรับยาที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม และรัฐบาลจ่ายส่วนที่เหลือ โดยทั่วไปเภสัชกรชุมชนจะจ่ายยาสามัญ (generic drug) ที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการยาต้นแบบ (original drug) ต้องจ่ายส่วนเกินเอง และในชุดสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรมยังมีการกำหนดเพดานขั้นสูงของค่าใช้จ่ายด้านยาเรียกว่า safety net เพื่อจำกัดไม่ให้ใช้ยามากเกินจำเป็น ซึ่งกำหนดไว้ที่ 1,281 เหรียญออสเตรเลียสำหรับประชาชนทั่วไป

แม้ประเทศออสเตรเลียและประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทุกคนเหมือนกัน แต่ก็มีข้อแตกต่างกันในส่วนของการจัดการที่เห็นได้ชัดคือ ประเทศออสเตรเลียจะให้ผู้ป่วยรับผิดชอบจ่ายร่วม (co-pay) ค่ารักษาพยาบาลและค่ายาจนถึงเพดานขั้นสูงของค่าใช้จ่ายด้านยา ในขณะที่ประเทศไทยผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์และได้รับยาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ การจัดการที่แตกต่างกันนี้ส่งผลต่อความเท่าเทียมในการได้รับบริการทางการแพทย์ที่ต่างกันไปด้วย ผลการศึกษาในประเทศออสเตรเลียพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งเห็นว่าการรับผิดชอบค่ายาเป็นภาระที่ส่งผลต่อสถานภาพทางการเงินของตน⁽⁸⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย⁽⁹⁾ ในขณะที่ผู้ป่วยในประเทศไทยระบุว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับทำให้มีความรู้สึกที่สามารถเข้าใช้บริการสุขภาพ

ได้เมื่อต้องการ⁽¹⁰⁾

2. การทำข้อตกลงกับภาครัฐ

การกำหนดข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน (Community Pharmacy Agreement) กับรัฐบาลสหพันธรัฐ มีสมาคมร้านยาแห่งประเทศไทย (The Pharmacy Guild of Australia) เป็นตัวแทนทำข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนร่วมกับภาครัฐ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ (1) เพื่อให้เภสัชกรได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมและให้บริการอย่างต่อเนื่อง (2) เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพประชาชนจากบริการ ที่มีประสิทธิภาพ และ (3) เพื่อให้เกิดเครือข่ายการให้บริการเภสัชกรรม-ชุมชนในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล การกำหนดข้อตกลงนี้มีขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) และมีผลใช้เป็นแนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 5 ปี โดยในช่วงแรกมีเป้าหมายหลักเพื่อเป็นการกำหนดการจ่ายค่าตอบแทนบริการของเภสัชกรในการจ่ายยา และการกระจายตัวของร้านยา⁽¹¹⁾ จากนั้นจึงได้มีการขยายขอบเขตของบริการที่รัฐยินยอมจ่ายค่าตอบแทนขึ้นเป็นลำดับ ข้อตกลงฉบับปัจจุบัน คือ ฉบับที่ 5 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2010 จนถึงปี ค.ศ. 2015 โดยแนวทางที่ใช้กำหนดข้อตกลงจะเป็นการนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประโยชน์และความคุ้มค่าของบริการ ร่วมกับการทำกลยุทธ์เพื่อไปสู่เป้าหมายของเภสัชกรชุมชน⁽¹²⁾ ซึ่งนับตั้งแต่ข้อตกลงฉบับที่ 2 เป็นต้นมา ก็มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง⁽¹³⁾ ในปี ค.ศ. 2010 ทางสมาคมร้านยาฯ ได้มีการจัดทำกรอบทิศทางการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ (roadmap) ซึ่งกำหนดหมวดของการให้บริการของเภสัชกรชุมชนที่กำลังดำเนินการและวางแผนจะดำเนินการในอนาคตออกเป็น 4 หมวด (ภาพที่ 1)

- หมวดบริการจ่ายยาที่ต้องใช้ใบสั่งยา (prescribed medicines services and programs) เป็นการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาจากแพทย์ เช่น medication continu-

ance, dose administration aids, opioid dependence treatment และ staged supply เป็นต้น

- หมวดบริการจ่ายยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา (pharmacy medicines and health products services and programs) เป็นการให้บริการเภสัชกรรม รวมถึงการจ่ายยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์ เช่น complementary and alternative medicine, minor ailments scheme และบริการเลิกบุหรี่ (smoking cessation) เป็นต้น

- หมวดบริการเชิงวิชาชีพภายในร้านยา (in-pharmacy health services and programs) เป็นการให้บริการเภสัชกรรมที่อาจไม่จำเป็นต้องมีการใช้ยา แต่จำเป็นต้องมีพื้นที่ให้บริการที่เป็นส่วนตัวภายในร้านยา เช่น การจัดการโรคเรื้อรัง การตรวจคัดกรองและติดตามผลด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การส่งเสริมและป้องกัน เป็นต้น

- หมวดบริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (outreach health services and programs) เป็นการให้บริการเภสัชกรรมนอกพื้นที่ร้านยา เช่น travel health, home medicines review และ social support networks เป็นต้น⁽¹²⁾

สำหรับบริการใดที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนภายใต้ข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนกับภาครัฐ สมาคมร้านยาแห่งประเทศไทยได้วางแผนดำเนินการเพื่อพัฒนาบริการ ทั้งการกำหนดรูปแบบบริการเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล การรับฟังความเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการนั้นๆ (ไม่ว่าจะเป็นองค์กรผู้บริโภค องค์กรวิชาชีพแพทย์และวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ หน่วยงานภาครัฐ หรือแม้แต่ผู้พัฒนาซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์) การส่งเสริมความรู้สำหรับให้บริการ (ครอบคลุมตั้งแต่การให้ความรู้ตามหลักสูตรให้กับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ไปจนถึงการอบรมเภสัชกรและผู้ช่วยเภสัชกร) การหาแหล่งทุนสนับสนุน และการกำหนดกรอบเวลาที่คาดว่าจะให้เกิดบริการดังกล่าวทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

ภาพที่ 1 รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนของประเทศออสเตรเลีย⁽¹²⁾



3. โปรแกรมและบริการ

โปรแกรมและบริการเป็นหนึ่งในหมวดเงินงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนภายใต้ข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ฉบับที่ 5 (The Fifth Community Pharmacy Agreement) โดยรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณสำหรับสนับสนุนโปรแกรมและบริการหลักตลอดการดำเนินงานไว้รวมทั้งสิ้น 386.4 ล้านเหรียญออสเตรเลีย คิดเป็นร้อยละ 2.5 ของงบประมาณภายใต้ข้อตกลงฉบับที่ 5 ทั้งหมด รูปแบบบริการและการจ่ายค่าตอบแทนของแต่ละบริการแสดงในตารางที่ 1

- โปรแกรมบริหารจัดการด้านยา (medication management programs) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่ใช้ยาจำนวนมาก บริการ

เหล่านี้ ได้แก่ การทบทวนการใช้ยาที่บ้านและบ้านพักคนชรา และการบริหารจัดการการใช้ยาเบาหวาน โดยตั้งงบประมาณสนับสนุนไว้ 163.9 ล้านเหรียญออสเตรเลีย คิดเป็นร้อยละ 42.4 ของงบประมาณหมวดโปรแกรมและบริการ

- โปรแกรมสนับสนุนงานบริการในพื้นที่ชนบท (rural support programs) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการเภสัชกรรมชุมชนที่มีคุณภาพในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล และเพิ่มสัดส่วนเภสัชกรผู้ให้บริการในพื้นที่ดังกล่าวเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี มีการสนับสนุนงบประมาณให้การดำเนินการ ต่อไปนี้ Rural pharmacy maintenance allowance และ Rural pharmacy workforce program โดยตั้งงบประมาณสนับสนุนไว้ 107.0 ล้านเหรียญออสเตรเลีย คิดเป็นร้อยละ 27.7 ของงบประมาณ

ตารางที่ 1 รูปแบบการให้บริการและการจ่ายค่าตอบแทนภายใต้ข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ฉบับที่ 5

บริการ	รูปแบบบริการ	การจ่ายค่าตอบแทน
โปรแกรมบริหารจัดการด้านยา (Medication Management Programs)		
Medicines Use Review (MUR)	- MUR เป็นโปรแกรมใหม่ที่จะเริ่มดำเนินการประมาณกลางปี 2012 - เภสัชกรให้บริการทบทวนยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ปรับปรุงแก้ไขการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ให้คำปรึกษาและสอนเกี่ยวกับการใช้ยาและการเก็บยา	อยู่ระหว่างการพิจารณา
Home Medicines Review (HMR)	- เภสัชกรจะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อทบทวนการใช้ยา และรายงานให้แพทย์และผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ปฏิบัติตามแผนการบริหารจัดการด้านยา - เภสัชกรที่จะให้บริการนี้จะต้องได้รับการฝึกและสอบผ่านจาก AACP หรือ SHPA - ผู้ป่วยที่จะได้รับบริการนี้จะต้องมีความเสี่ยง เช่น ใช้ยามากกว่า 5 ชนิด กินยามากกว่า 12 doses ต่อวัน ใช้ยาที่มีช่วงการรักษา (therapeutic index) แคบ มีปัญหาทางด้านการเข้าใจภาษาหรือปัญหาทางการมองเห็น หรือพบแพทย์หลายคน เป็นต้น	เภสัชกรชุมชนจะได้รับค่าตอบแทน 194.1 เหรียญออสเตรเลียต่อครั้งของบริการ การทบทวนการใช้ยา หลังจากการส่งต่อจากแพทย์ทั่วไป
Residential Medication Management Review (RMMR)	- เป็นบริการที่ให้แก่วัยผู้ใหญ่ในบ้านพักคนชราซึ่งไม่เข้าเกณฑ์สำหรับการให้บริการทบทวนการใช้ยาที่บ้าน (home medicines review) - บริการ RMMR นี้ อาจทำโดยเภสัชกร (pharmacist RMMR) หรือโดยความร่วมมือกับแพทย์ทั่วไป (collaborative RMMR) - ความถี่ในการให้บริการ คือ ทุก 12 เดือน หรือจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงยาที่ใช้	เภสัชกรชุมชนจะได้รับค่าตอบแทนแต่ละครั้งของใบสั่งยาและค่าธรรมเนียม 130 เหรียญออสเตรเลียต่อครั้งของบริการ RMMR
Diabetes Medication Management Service	เป็นการให้บริการกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ หรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย	อยู่ระหว่างการพิจารณา
โปรแกรมสนับสนุนงานบริการในพื้นที่ชนบท (Rural Support Programs)		
Rural Pharmacy Maintenance Allowance (RPMA)	- RPMA เป็นเงินตอบแทนที่จ่ายเพิ่มเพื่อให้เกิดแรงจูงใจให้กับเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลในประเทศออสเตรเลีย - ผู้ที่ได้รับค่าตอบแทนนี้ต้องเปิดให้บริการในเขตชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล อย่างต่ำ 20 ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ อย่างต่ำ 48 สัปดาห์ต่อปี - จำนวนชั่วโมงการทำงานจะนำมาพิจารณาการจ่ายเงินในกรณีที่มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่าที่กำหนดไว้	อัตราค่าตอบแทนคำนวณจากความทุรกันดาร ค่าตอบแทนตั้งแต่ 3,281 ถึง 41,555 เหรียญออสเตรเลียต่อปี โดยพิจารณาจากดัชนีการเข้าถึงเภสัชกรในพื้นที่ทุรกันดารของออสเตรเลียและปริมาณใบสั่งยา
Startup and Succession Allowance	- Pharmacy Start-up Allowance เป็นโปรแกรมที่จัดทำขึ้นเพื่อกระตุ้นให้เภสัชกรรายใหม่ไปเปิดร้านให้บริการในพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดาร - Pharmacy Succession Allowance เป็นโปรแกรมที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เภสัชกรชุมชนที่เปิดให้บริการในชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลอยู่แล้วยังคงดำเนินการอยู่ต่อไป ซึ่งต้องอยู่ในพื้นที่ Pharmacy ARIA คือ moderately accessible, remote และ very remote	- Pharmacy Start-up Allowance: เภสัชกรชุมชนที่คุณสมบัติเข้าเกณฑ์จะได้รับค่าตอบแทนจนถึง 100,000 เหรียญออสเตรเลีย เป็นการจ่าย 3 ครั้ง ในช่วง 2 ปี - Pharmacy Succession Allowance: เภสัชกรชุมชนที่คุณสมบัติเข้าเกณฑ์จะได้รับค่าตอบแทนจนถึง 60,000 เหรียญออสเตรเลีย เป็นการจ่าย 3 ครั้ง ในช่วง 2 ปี

ตารางที่ 1 รูปแบบการให้บริการและการจ่ายค่าตอบแทนภายใต้ข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ฉบับที่ 5 (ต่อ)

บริการ	รูปแบบบริการ	การจ่ายค่าตอบแทน
โปรแกรมสำหรับชนเผ่าพื้นเมือง (Aboriginal and Torres Strait Islander Programs)		
Aboriginal Health Services Program (AHS)	- บริการ Aboriginal Health Services (AHS) ได้แก่ - การบริหารจัดการด้านยา (medicine management) - การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นชาวพื้นเมืองในการจัดการด้านยา - ดูแลการบริหารจัดการยา เช่น ยาหมดอายุ เป็นต้น	วงเงินการจ่ายอยู่ระหว่าง 6,000 ถึง 10,500 เหรียญออสเตรเลียต่อปี
การสร้างแรงจูงใจและรับรองคุณภาพงานบริการ (Pharmacy Practice Incentives Programs: PPI)		
Dose Administration Aids (DAAs)	- เป็นบริการจัดเตรียมยาให้กับผู้ป่วยในรูปแบบ unit dose packing หรือ multi-dose packing โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผิดพลาด และ ช่วยลดค่าใช้จ่ายจากยาเหลือค้าง - ในการจัดเตรียม DAA นั้นเภสัชกรต้องจัดให้มีพื้นที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม และสะอาด ทั้งพื้นที่ในการจัดเตรียมและพื้นที่ในการล้างทำความสะอาด	- เภสัชกรชุมชนที่ได้รับการรับรองโดย QCPP จะได้รับค่าตอบแทนเริ่มต้น 1,800 เหรียญออสเตรเลียในปีแรกที่ลงทะเบียน - หลังจากนั้นจะได้รับค่าตอบแทนทุก 3 เดือนเมื่อส่งรายงานการให้บริการ
Clinical Interventions	เป็นโปรแกรมสนับสนุนการให้บริการทางคลินิก ได้แก่ การค้นหา แก้ไข และ บันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการใช้ยาของผู้ป่วย โดยจะเป็นการผนวกเข้าร่วมไว้กับโปรแกรมและบริการอื่นของเภสัชกรชุมชน ได้แก่ dose administration aids, medicines use reviews และ home medicines review เป็นต้น	- เภสัชกรชุมชนที่ได้รับการรับรองโดย QCPP จะได้รับค่าตอบแทนเริ่มต้น 3,400 เหรียญออสเตรเลียในปีแรกที่ลงทะเบียน - หลังจากนั้นจะได้รับค่าตอบแทนทุก 3 เดือนเมื่อส่งรายงานการให้บริการ
Staged Supply	- เภสัชกรให้บริการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเป็นช่วงระยะเวลาตามที่แพทย์สั่ง โดยช่วงระยะเวลาการจ่ายยาอาจเป็นรายวัน หรือรายสัปดาห์ - บริการนี้จะมีประโยชน์กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการยาของตนเองได้อย่างปลอดภัย เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ผู้ป่วยที่ติดยา หรือผู้ป่วยอื่นตามที่แพทย์พิจารณา เป็นต้น	- เภสัชกรที่ได้รับการรับรองโดย QCPP จะได้รับค่าตอบแทนเริ่มต้น 1,300 เหรียญออสเตรเลียในปีแรกที่ลงทะเบียน - หลังจากนั้นจะได้รับค่าบริการเป็นรายปี
Primary Health Care	เภสัชกรจะได้รับค่าตอบแทนหากให้บริการอย่างน้อย 2 ใน 5 บริการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ ต่อไปนี้ โรคเบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด สภาวะสุขภาพจิต และการส่งเสริมสุขภาพ	ค่าตอบแทนเป็นรายปี (รายละเอียดอยู่ระหว่างการพิจารณา)
Community Services Support	เภสัชกรชุมชนจะได้รับค่าตอบแทนหากให้บริการอย่างน้อย 2 ในบริการ 5 ด้าน ต่าง ๆ ดังนี้ Needle and Syringe Program, Opioid Substitution Program, Return Unwanted Medicines (RUM), Staff Training และ E-health	ค่าตอบแทนเป็นรายปี (รายละเอียดอยู่ระหว่างการพิจารณา)
Working with Others	โปรแกรมที่สนับสนุนการให้บริการร่วมกับบุคลากรสุขภาพด้านอื่น ๆ โดยเภสัชกรชุมชนจะได้รับค่าตอบแทนเมื่อส่งบันทึกผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขด้านอื่นอย่างน้อย 2 สาขาวิชาชีพ	ค่าตอบแทนเป็นรายปี (รายละเอียดอยู่ระหว่างการพิจารณา)
ความต่อเนื่องในการใช้ยา (Medication Continuation)		
Medication Continuation	อีกชื่อหนึ่ง คือ “repeat prescribing” เป็นการจดหายาที่ได้มาตรฐานในระบบ PBS ให้แก่ผู้ป่วยโดยเภสัชกรชุมชนที่ขึ้นทะเบียนในการให้บริการจดหายา ในช่วงแรกของโครงการจะใช้เฉพาะยากลุ่มลดไขมันในเส้นเลือด statins และยาคุมกำเนิดชนิดกิน	อยู่ระหว่างการพิจารณา

หมายเหตุ: AACP = Australian Association of Consultant Pharmacy; SHPA = Society of Hospital Pharmacist Australia

QCPP = Quality Care Pharmacy Program

หมวดโปรแกรมและบริการ

- โปรแกรมสำหรับชนเผ่าพื้นเมือง (Aboriginal and Torres Strait Islander programs) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการเภสัชกรรมชุมชนที่มีคุณภาพให้กับชาวอะบอริจินและชาวเกาะทอร์เรสเทรต โดยตั้งงบประมาณสนับสนุนไว้ 28.9 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของงบประมาณหมวดโปรแกรมและบริการ

- การสร้างแรงจูงใจและรับรองคุณภาพงานบริการ (pharmacy practice incentive and accreditation programs) เป็นการสนับสนุนงบประมาณให้กับร้านยาที่ได้รับการรับรองว่าสามารถให้บริการที่เพิ่มคุณภาพการใช้ยา (quality use of medicines) โดยตั้งงบประมาณสนับสนุนไว้ 75.0 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย คิดเป็นร้อยละ 19.4 ของงบประมาณหมวดโปรแกรมและบริการ

- การวิจัยและพัฒนา (research and development) เป็นการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับการให้บริการอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ได้หลักฐานทางวิชาการมาสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยตั้งงบประมาณสนับสนุนไว้ 10.6 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย คิดเป็นร้อยละ 2.7 ของงบประมาณหมวดโปรแกรมและบริการ

- ความต่อเนื่องในการใช้ยา (medication continuance) เป็นบริการด้านยาในโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยา โดยตั้งงบประมาณสนับสนุนไว้ 1.0 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย คิดเป็นร้อยละ 0.3 ของงบประมาณหมวดโปรแกรมและบริการ⁽¹⁴⁾

ข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่ารัฐบาลออสเตรเลียให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลและชนพื้นเมือง จึงมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมให้มีการกระจายตัวของสถานประกอบการเภสัชกรรมชุมชนไปยังพื้นที่ชนบทหรือบริการที่ให้กับชนพื้นเมือง นอกจากนี้ แนวทางการให้การสนับสนุนบริการต่าง ๆ นั้น อาศัยหลักฐานทางวิชาการ ดังนั้น จึงมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับ

การวิจัยและพัฒนาเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพิจารณาสนับสนุนบริการต่าง ๆ ในข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน

4. การประเมินผลการให้บริการ

สมาคมร้านยาแห่งประเทศไทยใช้กลยุทธ์การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อแสดงให้เห็นถึงประโยชน์และความคุ้มค่าของบริการที่ยื่นขอรับการสนับสนุนจากภาครัฐ แต่การประเมินผลดังกล่าวมักอยู่ในรูปของรายงาน ซึ่งการทบทวนครั้งนี้ไม่สามารถเข้าถึงทุกรายงาน การประเมินผลการให้บริการที่จะแสดงต่อไปนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่คณะผู้จัดทำสามารถเข้าถึงข้อมูลการศึกษาได้

4.1 ผลการให้บริการในโปรแกรมบริหารจัดการด้านยา (medication management programs)

- ผลการให้บริการทบทวนการใช้ยาที่บ้านและสถานพักอาศัย (home medicines review และ residential medication management review)

บริการหนึ่งที่เภสัชกรรมชุมชนดำเนินการมานาน คือการทบทวนการใช้ยา การศึกษาของ Bell และคณะแสดงให้เห็นการให้บริการทบทวนการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (Home Medicines Reviews: HMRs) เป็นการสนับสนุนต่อเนื่องจากข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนฉบับที่ 3 บริการนี้เป็นเครือข่ายความร่วมมือระหว่างแพทย์ทั่วไป เภสัชกรรมชุมชน และผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ เภสัชกรรมชุมชนจะค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและประชุมร่วมกันเพื่ออภิปรายวิธีการจัดการปัญหา⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ การศึกษาของ Stafford และคณะ เพื่อทบทวนการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยที่สถานพักอาศัย (Residential Medication Management Review: RMMR) ในช่วงปี ค.ศ. 1998–2005 ในการทบทวนการใช้ยาเภสัชกรจะเป็นผู้เลือกและดำเนินการส่งให้แก่องค์กรที่เกี่ยวข้อง พบว่าในการทบทวนการใช้ยา 234 ครั้ง มีปัญหาเกี่ยวกับยา 1,038 ปัญหา ปัญหาเกี่ยวกับยาพบในผู้ป่วยที่พักอาศัยที่บ้าน

มากกว่าผู้ป่วยที่พิกในสถานที่พักอาศัย⁽¹⁶⁾

- ผลการให้บริการจัดการด้านยาในโรคเบาหวาน (diabetes medication management service)

การศึกษาของ Krass และคณะ เพื่อประเมินผล การให้บริการโรคเบาหวานโดยเภสัชกรชุมชน บริการ ทั้งหมดจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองด้านการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความรู้ ความร่วมมือในการ ใช้ยา และการเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ ได้รับบริการจัดการด้านยาในโรคเบาหวาน จะควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม⁽¹⁷⁾ และการ ศึกษาของ Krass และคณะ ถึงผลของบริการช่วยทางยา ในโรคเบาหวาน (Diabetes Medication Assistance Ser-vice: DMAS) พบว่าบริการดังกล่าวมีผลต่อระดับ HbA1c ระดับคลอเลสเทอรอลและไตรกรีเซอร์ไรด์ที่ลดลง รวมถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางระบบ หลอดเลือดและหัวใจ บริการ DMAS เป็นบริการพิเศษ สำหรับโรคเบาหวานที่มุ่งเน้นให้เภสัชกรชุมชนออกเยี่ยม และให้การสนับสนุนการดูแลตนเองกับผู้ป่วยเบาหวาน ผลจากบริการนี้เป็นระยะที่ 1 ของการดำเนินการนำร่อง เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของบริการ⁽¹⁸⁾

- ผลการให้บริการโรคหอบหืด (Pharmacy Asthma Care Program)

การพัฒนาและดำเนินโปรแกรมนำร่อง Pharmacy Asthma Care Program (PACP) ในประเทศออสเตรเลียตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 หลายการศึกษาแสดงให้เห็นถึง ประโยชน์ของบริการดังกล่าว ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Armour และคณะ ในผู้ป่วยที่รับบริการจากเภสัชกรชุมชน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ให้บริการโรคหอบหืดและกลุ่มควบคุม ที่ให้บริการตามปกติ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการโรค-หอบหืดสามารถควบคุมอาการของโรค และอาการดีขึ้น จากระดับรุนแรงเป็นระดับไม่รุนแรงได้มากกว่ากลุ่ม-ควบคุม ถึง 2.7 เท่า นอกจากนี้โปรแกรمدังกล่าวยัง มีส่วนช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต ผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคหืดได้ แม้ว่าจะไม่พบการ เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญจากการวัดด้วยเครื่องวัด

การทำงานของปอดในทั้งสองกลุ่ม⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาอื่นที่สนับสนุนประสิทธิผลของการให้ บริการในโรคหอบหืดโดยเภสัชกรชุมชน เช่น การศึกษา ของ Bereznicki และคณะ ที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ ทางด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽²⁰⁾ โดยบริการตามโปรแกรม ดังกล่าวจะดำเนินการไปได้ดีถ้าการวิจัยนั้นสามารถ ผนวกเข้าไปในกระบวนการทำงานของเภสัชกรชุมชน ได้⁽²¹⁾ และข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงต้นทุน- ประสิทธิผลของการให้บริการในโปรแกรม PACP เมื่อเปรียบเทียบกับบริการไม่ได้รับบริการ พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการใช้ยา ปัจจัยกระตุ้น การใช้ยาสูดพ่น ความร่วมมือในการใช้ยา และการตั้ง เป้าหมายการรักษา การได้รับบริการจะทำให้ผู้ป่วยมี จำนวนปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น (quality-adjusted life years: QALYs)⁽²²⁾

นอกจากบริการที่ได้รับการสนับสนุนภายใต้ข้อตกลง การให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ฉบับที่ 5 แล้ว ยัง มีบริการอีกหลายรูปแบบที่อยู่ระหว่างการพัฒนาควบคู่ ไปกับการศึกษาประเมินผลของโปรแกรมหรือบริการ เหล่านั้น เพื่อนำผลที่ได้มาพิจารณาขอรับการสนับสนุน จากภาครัฐต่อไป ตัวอย่างการศึกษาผลการให้บริการอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาของ Jackson และคณะ เพื่อประเมิน ผลลัพธ์การให้บริการตรวจติดตามระดับ INR (interna-tional normalized ratio) ในผู้ที่ได้รับยาแอสไพรีนโดย เภสัชกรชุมชนในเขตชนบท เมื่อนำผลการตรวจโดย เภสัชกรชุมชนไปเทียบกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ค่าที่ได้มีความใกล้เคียงกับผลตรวจทางห้อง-ปฏิบัติการ และจากผลตรวจโดยเภสัชกรชุมชนทำให้ มีการปรับเปลี่ยนขนาดยาแอสไพรีน (ร้อยละ 8.5) บริการนี้ทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกและเลือก ที่จะรับบริการที่ร้านยา⁽²³⁾ นอกจากนี้ บริการเภสัชกรรม โดยเภสัชกรชุมชนยังพบว่าช่วยเพิ่มความร่วมมือในการ ใช้ยาโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะเห็นได้ จากการศึกษานี้ของ Lau และคณะ ที่ประเมินผลโปรแกรม เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง (Hy-

pertension Adherence Program in Pharmacy: HAPPY) โดยเภสัชกรชุมชนจาก 3 รัฐในประเทศออสเตรเลีย⁽²⁴⁾

4.2 ผลการให้บริการในโปรแกรมสนับสนุนงานบริการในพื้นที่ชนบทและโปรแกรมสำหรับชนเผ่า-พื้นเมือง (rural support and Aboriginal and Torres Strait Islander programs)

มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรชุมชนในพื้นที่ชนบทสามารถให้บริการเพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้ เช่น การศึกษาของ Hourihan และคณะ ที่ศึกษาการให้บริการส่งเสริมและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อโรคระบบหลอดเลือดหัวใจในผู้เข้าร่วมโครงการ 204 ราย ที่ร้านยาในพื้นที่ชนบทในรัฐนิวเซาท์เวลส์ พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ 80.0 ได้รับข้อมูลการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ร้อยละ 30.0 ถูกส่งต่อไปพบแพทย์ทั่วไป และร้อยละ 28.0 ไม่เคยได้รับการตรวจคลอเลสเทอรอลมาก่อน⁽²⁵⁾ นอกจากนี้ การศึกษาของ Kellow ยังแสดงให้เห็นว่าการให้คำแนะนำของเภสัชกรชุมชนมีส่วนทำให้ผู้รับบริการมีน้ำหนักและรอบเอวลดลง มีการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น และดำเนินกิจกรรมการเคลื่อนไหวตัววันเพิ่มมากขึ้น⁽²⁶⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบริการส่งเสริมและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโดยเภสัชกรในพื้นที่ชนบทนี้จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในชุมชนได้

การศึกษาของ Saini และคณะ เปรียบเทียบและประเมินผลลัพธ์การให้บริการ rural asthma management service (RAMS) และการให้บริการแบบมาตรฐาน (standard care) จากเภสัชกรในชนบท ซึ่งการให้บริการดังกล่าวใช้แนวทางตามแนวปฏิบัติที่ได้รับการรับรองจาก Australian National Asthma Council โดยปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ชนบท ผลการดำเนินการภายหลังให้บริการไปแล้ว 6 เดือนพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการดังกล่าวมีระดับความรุนแรงของโรคที่ลดลง คะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลง และรู้สึกมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการแบบ

มาตรฐาน⁽²⁷⁾

การศึกษาของ Crockett และคณะ เพื่อประเมินผลลัพธ์การบริหารจัดการผู้ที่มีภาวะเครียดโดยเภสัชกร-ชุมชนในพื้นที่ชนบทในรัฐนิวเซาท์เวลส์ที่ได้รับการฝึกอบรมจากนักจิตวิทยาในการจ่ายยาและให้คำปรึกษาหรือการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบกับเภสัชกรที่ให้บริการตามปกติ พบว่าการให้บริการตามปกติกับการให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกรชุมชนต่างก็มีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและลดระดับอาการซึมเศร้า⁽²⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวอาจเนื่องจากการเก็บข้อมูลในระยะสั้นเพียง 2 เดือน ซึ่งหากเพิ่มระยะเวลาในการให้บริการ และติดตามผลอาจเห็นผลลัพธ์ที่แตกต่างกันของบริการทั้งสองแบบก็เป็นได้

4.3 ผลจากบริการสร้างแรงจูงใจและรับรองคุณภาพงานบริการ (pharmacy practice incentive and accreditation)

- ผลการให้บริการ Dose Administration Aids

ผลของบริการ Dose Administration Aids (DAAs) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคงตัวของยาในบรรจุภัณฑ์ (package) ที่จัดเตรียมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การศึกษาของ Haywood และคณะ ที่ประเมินความคงตัวของยาพาราเซตามอลหลังจากทำการบรรจุภัณฑ์ใหม่ (repackaging) ให้อยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย⁽²⁹⁾ นอกจากนี้ยังมีอีกหลายการศึกษาที่แสดงถึงความคงตัวของยาหลาย ๆ ตัวที่ได้ทำการบรรจุภัณฑ์ใหม่ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ furosemide⁽³⁰⁾, ยารักษาอาการทางจิต prochlorperazine⁽³¹⁾ และยากันชัก sodium valproate⁽³²⁾

- ผลการให้บริการปฐมภูมิ (Primary Health Care)

การศึกษาของ Peterson และคณะ เพื่อประเมินความต่อเนื่องของเภสัชกรชุมชนในการคัดกรองความเสี่ยงโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจและการให้ความรู้แก่ประชาชน พบว่าประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงเมื่อได้รับการตรวจคัดกรองและมารับการติดตามผลในเวลาถัดมา

จะมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ลดลง รวมถึงการเริ่มการรักษาโดยแพทย์ประจำตัว แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรชุมชนมีบทบาทและศักยภาพในการคัดกรองโรคหลอดเลือดและหัวใจ และส่งต่อผู้ป่วยในรายชื่อที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา⁽³³⁾

มีหลายบริการที่รัฐบาลให้การสนับสนุนภายใต้ข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ฉบับที่ 4 แต่ได้ยุติการสนับสนุนในข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ฉบับที่ 5 ซึ่งบางบริการอาจมีการผนวกไปอยู่กับการคิดค่าตอบแทนรูปแบบอื่น หรือบางบริการอาจไม่มีความจำเป็น หรือไม่พบประโยชน์ที่ชัดเจนของบริการจึงไม่ได้รับการสนับสนุนต่อ ได้แก่ Medication Review (MR) accreditation incentives และ Pharmacy Connectivity Incentive (PCI) เป็นต้น

อย่างไรก็ตามแม้ว่า Pharmacy Asthma Care Program (PACP) จะได้รับการพิสูจน์ว่ามีประโยชน์และมีความคุ้มค่า แต่บริการดังกล่าวก็ไม่ได้รับการรวมอยู่ในบริการที่ได้รับการสนับสนุนภายใต้ข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ฉบับที่ 5 ซึ่งค่อนข้างขัดแย้งกับแนวทางการให้การสนับสนุนของภาครัฐที่เน้นการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประกอบการพิจารณาจากการสอบถามทางอีเมลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 Dr Emmerton จากมหาวิทยาลัยควีนแลนด์ (University of Queensland) ซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยโครงการ PACP ให้ความเห็นต่อเรื่องนี้กับทีมผู้นิพนธ์ว่า การที่ข้อตกลงการให้บริการเภสัชกรรมชุมชน ฉบับที่ 5 ไม่ได้ให้การสนับสนุน PACP ต่อ อาจเป็นเพราะข้อตกลงฉบับนี้มีแนวโน้มที่จะสนับสนุนด้านงบประมาณให้กับบริการลักษณะที่เป็นการกระจายยาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาของประชาชน และให้ความสนใจไม่มากนักต่อโครงการให้บริการทางคลินิก

สำหรับในประเทศไทย ความพยายามในการที่จะนำร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่เริ่มนโยบาย มีการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับร้านยาในหลายด้าน ทั้งความคิดเห็นของเภสัชกร-

ชุมชน^(34,35) ความคิดเห็นของประชาชนต่อบริการต่าง ๆ^(36,37) รูปแบบการดำเนินงาน⁽³⁸⁻⁴²⁾ ผลกระทบด้านงบประมาณ⁽⁴³⁾ ผลลัพธ์จากบริการต่างๆ^(44,45) เป็นต้น แต่อาจยังไม่มีกำหนดทิศทางและแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาใช้ในการประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม

สรุป

บริการทางเภสัชกรรมชุมชนในประเทศออสเตรเลียมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง นอกเหนือไปจากการจ่ายยาตามใบสั่งยาแล้ว บริการหลักที่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐ คือ การบริหารจัดการด้านยา เช่น บริการทบทวนการใช้ยา (medication use review) บริการจัดการด้านยา (medication management) และการบริการสนับสนุนความต่อเนื่องในการใช้ยา (medication continuance) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยหลักฐานจากงานวิจัยพบว่าบริการดังกล่าวมีประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย บริการอื่นที่รัฐบาลให้ความสำคัญ ได้แก่ การบริการในพื้นที่ชนบท การบริการให้กับชนพื้นเมือง นอกจากนี้ รัฐบาลยังส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องอีกด้วย การเจรจากับภาครัฐเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อตกลงการให้บริการ (contractual agreement) นั้น ดำเนินการผ่านตัวแทนผู้ประกอบการร้านยาซึ่งก็คือ สมาคมร้านยาฯ โดยจากประสบการณ์การทำข้อตกลงในอดีตที่ผ่านมา สมาคมร้านยาฯ ได้มีการนำหลักฐานผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยเข้ามาเป็นหนึ่งในกลไกหลักในการขับเคลื่อนให้บรรลุข้อตกลงกับภาครัฐ

รูปแบบบริการและแนวทางการดำเนินการที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทของประเทศไทยได้มีดังนี้

1) ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อกำหนดกรอบทิศทางการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์และเป็นตัวแทนเจรจาเพื่อบรรลุข้อตกลงกับภาครัฐ โดยสมาคมเภสัช-

กรรมชุมชน (ประเทศไทย) ซึ่งมีพันธกิจหลักในการส่งเสริม กิจกรรมทางวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนน่าจะมี ความเหมาะสมที่สุดในการทำหน้าที่ดังกล่าว

(2) ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์การสนับสนุน การวิจัยเพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อแสดง ให้เห็นถึงประโยชน์และความคุ้มค่าของบริการสำหรับ ใช้ประกอบการเจรจากับภาครัฐ และ

(3) ควรมีการสนับสนุนงบประมาณให้กับร้านยา ที่ได้รับการรับรองว่าสามารถให้บริการที่เพิ่มคุณภาพ การใช้ยาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาและประกัน คุณภาพบริการสำหรับผู้ซื้อบริการสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็สามารถนำ ข้อมูลที่ได้จากหลักฐานการวิจัยมาประกอบการพิจารณา จัดลำดับความสำคัญรวมถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ จากการให้งบประมาณสนับสนุนได้

เอกสารอ้างอิง

- Farris KB, Fernandez-Limos F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. *Ann Pharmacother* 2005; 39:1539-41.
- ธีรพล ทิพย์พยอม, อิศราวรรณ ศกุนรักษ์. เรียนรู้บทบาท การให้บริการเภสัชกรรมชุมชนในประเทศอังกฤษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2555;21:1252-65.
- ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ. ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย มองบทเรียน ต่างประเทศ. *พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความ เป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์*; 2545.
- Grant C, Lapsley HM. *The Australian health care system 1992*. Sydney: University of New South Wales, School of Health Services Management; 1993.
- Chan P, Grindrod KA, Bougher D, Pasutto FM, Wilgosh C, Eberhart G, et al. A systematic review of remuneration systems for clinical pharmacy care services. *Can Pharm J* 2008;141:102-12.
- Bernsten C, Andersson K, Garipey Y, Simoens S. A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. *Health Policy* 2010;95: 1-9.
- Benrimoj SI, Roberts AS. Providing patient care in community pharmacies in Australia. *Ann Pharmacother* 2005; 39:1911-7.
- Searles A, Doran E, Faunce TA, Henry D. The affordability of prescription medicines in Australia: are copayments and safety net thresholds too high? *Aust Health Rev* 2013;37:32-40.
- Kemp A, Preen DB, Glover J, Semmens J, Roughead EE. Impact of cost of medicines for chronic conditions on low income households in Australia. *J Health Serv Res Policy* 2013; 18: 21-7.
- Mee-Udon F. Universal Health Coverage Scheme impact on well-being in rural Thailand. *Int J Health Care Qual Assur* 2014;27:456-67.
- The Fifth Community Pharmacy Agreement. About 5CPA [Internet]. Canberra: The Pharmacy Guild of Australia; 2014 [cited 2014 Oct 16]. Available from: <http://5cpa.com.au/about-5cpa/>
- The Pharmacy Guild of Australia. The roadmap: the strategic direction for community pharmacy. Strategic direction [Internet]. 2014 July [cited 2014 July 8]. Available from: <http://www.guild.org.au/the-guild/strategic-direction>
- The Fifth Community Pharmacy Agreement. Research & development: overview [Internet]. Canberra: The Pharmacy Guild of Australia; 2014 [cited 2014 Oct 16]. Available from: <http://5cpa.com.au/programs/research-and-development/>
- Australian Government and the Pharmacy Guild of Australia. The fifth community pharmacy agreement between the Commonwealth of Australia and the Pharmacy Guild of Australia [Internet]. 2014 [cited 2014 July 8]. Available from: <http://www.guild.org.au/docs/default-source/public-documents/tab-the-guild/Community-Pharmacy-Agreements/fifth-community-pharmacy-agreement.pdf?sfvrsn=0>
- Bell JS, Whitehead P, Aslani P, McLachlan AJ, Chen TF. Drug-related problems in the community setting: pharmacists' findings and recommendations for people with mental illnesses. *Clin Drug Investig* 2006;26:415-25.
- Stafford AC, Tenni PC, Peterson GM, Jakson SL, Hejlesen A, Villesen C, Rasmussen M. Drug-related problems

- identified in medication reviews by Australian pharmacists. *Pharm World Sci* 2009;31:216–23.
17. Krass I, Armour C, Mitchell B, Brilliant M, Dienaar R, Hughest J, et al. The Pharmacy Diabetes Care Program: assessment of a community pharmacy diabetes service model in Australia. *Diabet Med* 2007;24:677–83.
18. Krass I, Mitchell B, Song YJC, Stewart K, Peterson G, Hughes J, et al. Diabetes Medication Assistance Service Stage 1: impact and sustainability of glycaemic and lipids control in patients with type 2 diabetes. *Diabet Med* 2011;28:987–93.
19. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brilliant M, Burton D, Emmerton L, Krass I, et al. Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax* 2007;62:496–502.
20. Bereznicki BJ, Peterson GM, Jackson SL, Walters H, Fitzmaurice K, Gee P. Pharmacist-initiated general practitioner referral of patients with suboptimal asthma management. *Pharm World Sci* 2008;30:869–75.
21. Bereznicki BJ, Peterson G, Jackson S, Walters EH, George J, Stewart K, et al. Uptake and effectiveness of a community pharmacy intervention programme to improve asthma management. *J Clin Pharm Ther* 2013;38:212–8.
22. Gordis A, Armour C, Brilliant M, Bosnic-Anticevich S, Burton D, Emmerton L, et al. Cost-effectiveness analysis of a pharmacy asthma care program in Australia. *Dis Manage Health Outcomes* 2007;15:387–96.
23. Jackson SL, Peterson GM, Bereznick LR, Misan GM, Jupe DML, Vial JH. Improving the outcomes of anticoagulation in rural Australia: an evaluation of pharmacist-assisted monitoring of warfarin therapy. *J Clin Pharm Ther* 2005;30:345–53.
24. Lau R, Stewart K, McNamara KP, Jackson SL, Hughes JD, Peterson GM, et al. Evaluation of a community pharmacy-based intervention for improving patient adherence to antihypertensives: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2010;10:34.
25. Hourihan F, Krass I, Chen T. Rural community pharmacy: a feasible site for a health promotion and screening service for cardiovascular risk factors. *Aust J Rural Health* 2003;11:28–35.
26. Kellow N. Evaluation of rural community pharmacy-based waist management project: bringing the program to the people. *Australian J Primary Health* 2011;17:16–22.
27. Saini B, Filipovska J, Bosnic-Anticevich S, Taylor S, Krass I, Armour C. An evaluation of a community pharmacy-based rural asthma management service. *Aust J Rural Health* 2008;16:100–8.
28. Crockett J, Taylor S, Grabham A, Stanford P. Patient outcomes following an intervention involving community pharmacists in the management of depression. *Aust J Rural Health* 2006;14:263–9.
29. Haywood A, Mangan M, Glass BD. Stability implications of repackaging paracetamol tablets into Dose Administration Aids. *J Pharm Prac Res* 2006;36:21–4.
30. Bowen L, Mangan M, Haywood A, Glass BD. Stability of frusemide tablets repackaged in Dose Administration Aids. *J Pharm Prac Res* 2007;37:178–81.
31. Glass B, Mangan M, Haywood A. Prochlorperazine tablets repackaged into dose administration aids: can the patient be assured of quality? *J Clin Pharm Ther* 2009;34:161–9.
32. Llewelyn VK, Mangan MF, Glass BD. Stability of sodium valproate tablets repackaged into dose administration aids. *J Pharm Pharmacol* 2010;62:838–43.
33. Peterson GM, Fitzmaurice KD, Kruup H, Jackson SL, Rasiiah RL. Cardiovascular risk screening program in Australian community pharmacies. *Pharm World Sci* 2010;32:373–80.
34. จันทิมา ทยากร, รัตนา วัฒนาไพศาล, ไพศาล ชอบประดิธ, นิลวรรณ อยู่ภักดี. ความคิดเห็นของเภสัชกรชุมชนต่อการเชื่อมร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข* 2547;7:31–9.
35. ภัญญา เปลี่ยนบางช้าง, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร. ความคิดเห็นของเจ้าของร้านยาทั่วประเทศต่อมาตรฐานร้านยาของสภาเภสัชกรรม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2549;15:111–22.
36. จิตตะวัน จิตระกุล, พัชรวิพรรณ ทองลา, สุทินันท์ หอมเลิศ, นิลวรรณ อยู่ภักดี. ความเต็มใจที่จะจ่ายค่าบริการให้ค่าปรึกษาของเภสัชกรชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข* 2546;6:1–14.
37. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษา ณ ร้านยาเภสัชกรรมชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์* 2549;20:41–58.

38. วิวรรณ อัครวิเชียร, ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, ชัญชัย จารุภานัน, พิมลศรี แสงคาร. การนำร้านยาเอกชนเข้าร่วมเครือข่ายเพื่อให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยคลินิกชุมชนอบอุ่น: ปัจจัยที่จำเป็น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551;17:706-11.
39. สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, สมเจตน์ ไวยาการณ์, เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข, Cynthia P. Koh-Knox, สันธิชัย แก้วกิตติชัย. รูปแบบร้านยาภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2552; 19:110-22.
40. สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, นุศราพร เกษสมบุรณ์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วราภรณ์ ปวงกันทา. นำเสนอรูปแบบของการนำร้านยาคุณภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2554;21: 189-202.
41. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). โครงการการจัดทำข้อเสนอร้านยาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2552.
42. ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร, พิมลศรี แสงคาร. การนำร้านยาคุณภาพเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2554;20:708-17.
43. นุศราพร เกษสมบุรณ์, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, วราภรณ์ ปวงกันทา, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. ผลกระทบด้านงบประมาณในการผนวกร้านยาเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2553;4:220-30.
44. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนาจ, วิชัย สันติ-มาลีวรกุล. การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;1:249-61.
45. เฉลิมศรี ภูมิมางกูร, ปิยวัฒน์ ประภูชะกา, พยอม สุขเอนก-นันท์, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, หนึ่งฤทัย สุกใส, แสงว วัชรธนกิจ, และคณะ. การทบทวนงานวิจัยด้านเภสัชกรรม-ชุมชนอย่างเป็นระบบ. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2555; 8:76-93.

Abstract: Community Pharmacy Service under the National Health Insurance in Australia

Nilawan Upakdee, Ph.D. (Health Systems and Policy)*, **; Teerapon Dhippayom, Pharm.D., Ph.D.*

* Department of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phitsanulok;

** Centre for Health Equity Monitoring, Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok

Journal of Health Science 2015;24:182-94.

Community pharmacy is deemed as one of the main primary healthcare units due to the convenience in accessing the services. However, community pharmacies in Thailand have not yet been encompassed in the formal health care benefit schemes. A review of service arrangement in countries that support community pharmacy services will help directing the development of community pharmacy services in Thailand. A Community Pharmacy Agreement in Australia was achieved through negotiation between the Pharmacy Guild of Australia and the Federal Government, which has been guided by research evidences and the Guild's roadmap. Programs and services that received financial support in the current Fifth Agreement are medication management programs, rural support programs, Aboriginal and Torres Strait Islander programs, pharmacy practice incentive and accreditation, research development, and medication continuance. The following are key findings learnt from Australia which can be adapted to support the development of community pharmacy services in Thailand: a dedicated organization should be apportioned to responsible for the development of the profession roadmap and the negotiation with the government to achieve the Pharmacy Agreement; a strategic plan to support related research should be established to generate evidence to back-up the negotiation with the government; and a financial support should be allocated as part of a service accreditation and as an incentive to pharmacies that provide services that improve the quality use of medicine.

Key words: community pharmacy service, drugstore, Australia