



รูปแบบการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ร้านยาในต่างประเทศ

สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย¹, ดุรงค์กร พลคม^{1,2,*}

¹ สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพและการบริหารทางเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร นครปฐม

² กลุ่มวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี

* ติดต่อผู้พิมพ์: Durongkorn.po@gmail.com

บทคัดย่อ

การให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาเป็นการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กำหนดให้เภสัชกรมีอำนาจในการจ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์แก่ผู้ป่วยได้ก่อนถึงกำหนดนัดติดตามการรักษากับแพทย์ในครั้งถัดไป เปิดโอกาสให้เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำ ติดตามการใช้ยา ค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาร่วมกับแพทย์ได้ และเป็นการขยายบทบาททางวิชาชีพของเภสัชกรชุมชน จากข้อมูลการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาในร้านยาในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศเยอรมนี พบว่าเป็นแนวปฏิบัติทั่วไปที่แต่ละประเทศมีรูปแบบของการให้บริการที่คล้ายคลึงกัน จุดที่แตกต่างคือวิธีการที่ใช้ในการกำหนดบัญชียาที่สามารถจ่ายชดเชยค่ายาได้ กำหนดราคากลางสำหรับจ่ายชดเชยค่ายาให้แก่ร้านยา กำหนดค่าตอบแทนวิชาชีพต่อการให้บริการในแต่ละครั้ง และการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจ่ายจากผู้เข้ารับบริการ โดยมีการสนับสนุนเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยเชื่อมโยงให้เภสัชกรชุมชนกับระบบสุขภาพ ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นต่อการให้บริการได้

คำสำคัญ: จ่ายยาตามใบสั่งยา, เติมยาตามใบสั่งยา, โรคเรื้อรัง, เภสัชกรชุมชน, ร้านยาในต่างประเทศ

MODELS OF PRESCRIPTION FILLING AND REFILLING SERVICES FOR CHRONIC DISEASE PATIENTS AT COMMUNITY PHARMACIES IN FOREIGN COUNTRIES

Surasit Lochid-amnuay¹, Durongkorn Pontom^{1,2,*}

¹ Department of Health Consumer Protection and Pharmacy Administration, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University, Nakhon Pathom

² Division of Pharmacy Practice, Faculty of Pharmaceutical sciences, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani

* Corresponding author: Durongkorn.po@gmail.com

ABSTRACT

Prescription filling and refilling are pharmaceutical services for chronic disease patients that involve a pharmacist providing medication refill services for patients during the period before their next physician appointment. The pharmacist gives advice, monitors drug intake, searches and solves drug-related problems with the prescriber and expands community pharmacist roles. According to data on the services in community pharmacies in foreign countries, including the United Kingdom, Australia, South Korea, the United States, and Germany, it is general practice that each country has similar patterns of service provisions. They use different methods to set a list of reimbursable drugs, set a standard price for reimbursing the drug costs to the pharmacy, determine the professional fee for each service, and collect co-payments from patients. Additionally, information technology is supported to link community pharmacists to the health system, enabling access to necessary service information.

Keywords: fill prescription, refill prescription, chronic disease, community pharmacy, community pharmacy in foreign countries

Received: 31 January 2023; Revised: 1 June 2023; Accepted: 2 June 2023

บทนำ

การจ่ายยาตามใบสั่งยาและการเติมยาตามใบสั่งยาเป็นรูปแบบการให้บริการทางเภสัชกรรมที่กำหนดให้เภสัชกรมีอำนาจหน้าที่ในการจ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งโดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ก่อนจนกว่าจะถึงกำหนดนัดติดตามการรักษากับแพทย์ในครั้งถัดไป¹ แตกต่างกันที่การจ่ายยาตามใบสั่งยา (fill prescription) เป็นการให้บริการหนึ่งครั้งต่อหนึ่งใบสั่งยา กล่าวคือผู้ป่วยต้องเดินทางไปรับใบสั่งยาจากสถานพยาบาลของตนก่อนเพื่อนำใบสั่งยานั้นไปรับยากับเภสัชกร ในขณะที่การเติมยาตามใบสั่งยา (refill prescription) เป็นรูปแบบที่ให้บริการได้หลายครั้งต่อหนึ่งใบสั่งยา ผู้ป่วยสามารถนำใบสั่งยาเดิมที่ตนมีไปรับยาได้ตามจำนวนครั้งและระยะเวลาที่แพทย์กำหนดไว้ในใบสั่งยาจนกว่าถึงนัดติดตามการรักษากับแพทย์ในครั้งถัดไป การให้บริการทั้งสองรูปแบบนี้เน้นให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีสภาวะคงที่และแนวทางการรักษาคงเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ก่อนทุกครั้งเพื่อรับยาเดิม ลดเวลาการรอคอยของผู้ป่วย ลดภาระการทำงานของแพทย์และเปิดโอกาสให้เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับยาและการปฏิบัติตัว ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระหว่างที่รับการรักษา รวมทั้งค้นหาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและปรึกษากับแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ เดิมทีบริการในลักษณะนี้เน้นให้บริการในสถานพยาบาลเป็นหลัก เรียก medication refill clinic ก่อนจะมีการขยายจุดบริการให้สามารถส่งต่อใบสั่งยามายังร้านยาให้เภสัชกรชุมชนเป็นผู้ให้บริการได้ สะท้อนถึงบทบาทและมาตรฐานการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชนที่พัฒนาขึ้นจนเป็นที่ยอมรับ เกิดการเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการที่ได้รับทั้งความสะดวกสบายและคุณภาพการรักษาจากการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องโดยเภสัชกร^{2,3}

สำหรับประเทศไทย การให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาที่ร้านยาเป็นหนึ่งในรูปแบบการ

ให้บริการทางเภสัชกรรมที่มีการเสนอและผลักดันเพื่อให้ร้านยาได้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴ ในปัจจุบันได้มีโครงการลดความแออัดของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภทที่ 1 หรือโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน ที่ให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาให้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลรัฐเป็นเวลาต่อเนื่อง ให้สามารถรับยากับเภสัชกรชุมชนที่ร้านยาใกล้บ้านได้ โดยมีมุ่งหวังให้การบริการนี้ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยรับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและแบ่งเบาภาระของบุคลากรในโรงพยาบาล ช่วยให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามแผนการรักษา โดยมีเภสัชกรชุมชนคอยให้การดูแลเรื่องการใช้จ่ายและติดตามอาการของโรคอย่างใกล้ชิด โครงการนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน⁵

แม้จะเป็นเรื่องที่ยังค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย แต่การให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาที่ร้านยานั้นเป็นหนึ่งในบทบาททางวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนที่มีมาก่อนหน้านี้ในหลายประเทศ โดยมีการจ่ายชดเชยค่ายา (reimbursement) และค่าตอบแทน (remuneration) ให้แก่ผู้ให้บริการด้วย บทความนี้เป็นที่น่าเสนอรูปแบบการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาที่ร้านยาในต่างประเทศ จำนวน 5 ประเทศ ได้แก่ อังกฤษ ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ และเยอรมนี ครอบคลุมในส่วนของระบบสุขภาพกับร้านยา รูปแบบการให้บริการ การจ่ายชดเชยค่ายา การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ และการร่วมจ่ายของผู้รับบริการ ด้วยหวังให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาที่ร้านยาในประเทศไทยต่อไป

ระบบสุขภาพกับร้านยาในต่างประเทศ

ในด้านของระบบสุขภาพสามารถออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประเทศที่ระบบสุขภาพเป็นระบบสุขภาพ

ถ้วนหน้า ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ประเทศออสเตรเลีย และประเทศเกาหลีใต้ ประเทศที่ระบบสุขภาพนำโดยภาคเอกชน ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศที่ระบบสุขภาพเป็นระบบประกันสังคม ได้แก่ ประเทศเยอรมนี

กลุ่มประเทศที่เป็นระบบสุขภาพถ้วนหน้านั้นระบบสุขภาพจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ โดยมีประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นทางเลือกโดยสมัครใจ มีร้านยาเป็นหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนที่ต้องมีเภสัชกรชุมชนเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านยานั้นทำงานร่วมกันกับระบบของรัฐโดยการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในระบบและได้รับค่าตอบแทนจากรัฐ ดังเช่น ประเทศอังกฤษที่ร้านยาจะทำสัญญาเป็นผู้ให้บริการกับ National Health Service (NHS) องค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบสุขภาพของประเทศ โดยมีหน้าที่หลักในการจ่ายยาตามใบสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยในระบบ NHS Prescription⁶ ในประเทศออสเตรเลียมีระบบ Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐที่จัดให้ประชากรทุกคนสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพได้สองส่วนคือ Medical Benefits Scheme (MBS) สิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ดูแลค่าใช้จ่ายจากบริการทางการแพทย์ และ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) สิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรมที่ดูแลค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ ทั้งนี้เภสัชกรชุมชนที่ได้รับการรับรองคุณสมบัติจะสามารถจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในระบบ PBS ได้⁷ สำหรับประเทศเกาหลีใต้มี National Health Insurance (NHI) เป็นระบบสุขภาพหลักที่ครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ 97 และมี Medical Aid Program ครอบคลุมกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่เหลือ ทั้ง NHI และ Medical Aid Program ครอบคลุมการให้บริการสุขภาพทั้งเวชกรรมผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทันตกรรม และเภสัชกรรม โดยผู้ให้บริการสุขภาพในระบบ NHI ส่วนใหญ่มาจากภาคเอกชนทั้งสถานพยาบาลรวมถึงร้านยา⁸

แตกต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ระบบสุขภาพนำโดยประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นหลัก ครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ 70 และมีประกันสุขภาพของรัฐ 2 โครงการ ได้แก่ Medicare ที่ดูแลครอบคลุมผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปและผู้ที่มีโรคร่วมเรื้อรัง และ Medicaid ที่เน้นดูแลกลุ่มผู้มีรายได้น้อยครอบคลุมประชากรที่เหลือ โดยร้านยาจะเป็นผู้ให้บริการทางเภสัชกรรมในชุดแผนประกันสุขภาพที่สมัครเข้าร่วมซึ่งมี Pharmacy Benefit Manager (PBM) เป็นองค์กรตัวแทนประสานผลประโยชน์ระหว่างบริษัทประกัน บริษัทยา และร้านยาเข้าด้วยกัน PBM จะทำหน้าที่แทนบริษัทประกันในการคัดเลือกและเจรจายาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของแผนประกัน ต่อรองราคาหรือส่วนลดจากบริษัทยาอิงจากจำนวนของผู้เอาประกันในแผน และประสานกับร้านยาโดยยื่นข้อเสนอเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการในแผนประกันของตน เสนอเงินชดเชยค่ายาและค่าบริการจ่ายยาให้แก่ร้านยา ทั้งนี้ PBM บางรายจะมีร้านยาเครือข่ายของตนเองด้วย⁹

สำหรับประเทศเยอรมนีนั้นมี Statutory Health Insurance (SHI) เป็นระบบสุขภาพภาคบังคับในลักษณะของประกันสังคมคือมีแหล่งรายได้หลักมาจากเงินสมทบของลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตนและนายจ้างของผู้ประกันตนนั้น ลูกจ้างที่มีรายได้รวมไม่สูงจะต้องอยู่ในระบบสุขภาพภาคบังคับที่มีกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness Fund) หลายกองทุนให้เลือก สำหรับข้าราชการและผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเลือกได้ว่าจะเข้าระบบประกันสุขภาพภาคบังคับหรือระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนแต่ไม่สามารถเปลี่ยนกลับที่หลังได้ ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับนี้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 90 นอกนั้นอยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคเอกชน¹⁰ ทั้งนี้ผู้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยนอกในระบบ SHI ส่วนใหญ่มาจากภาคเอกชนรวมถึงร้านยาที่ตามกฎหมายบังคับให้เจ้าของร้านยาเป็นเภสัชกรเท่านั้น และเภสัชกรหนึ่งคนจะเป็นเจ้าของร้านยาได้ไม่เกิน 4 สาขา โดยทุกสาขาต้องมีเภสัชกรชุมชนปฏิบัติการ^{11,12}

รูปแบบการบริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเติมยาตามใบสั่งยาร้านยา

การให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาร้านยานั้นเป็นแนวปฏิบัติทั่วไปที่พบได้ในทั้ง 5 ประเทศ^{11,13-16} โดยมีลักษณะคือผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีสภาวะสุขภาพคงที่ลงทะเบียนเป็นผู้รับบริการผ่านสถานพยาบาลของตน เมื่อถึงเวลาที่ต้องการรับยาผู้รับบริการจะต้องเดินทางไปยังสถานพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ก่อนทุกครั้งเพื่อแจ้งขอรับใบสั่งยากับเจ้าหน้าที่ แพทย์จะตรวจสอบข้อมูลการรักษาจากฐานข้อมูล หากไม่มีเหตุจำเป็นให้ต้องประเมินติดตามผลการรักษาโดยตรงจะอนุมัติใบสั่งยาผ่านระบบให้เจ้าหน้าที่ส่งพิมพ์ใบสั่งยาและมอบให้แก่ผู้รับบริการเพื่อนำไปรับยากับร้านยาได้โดยไม่ต้องพบแพทย์ หลังจากนั้นผู้รับบริการจึงนำใบสั่งยาที่ได้รับมาที่ร้านยาเภสัชกรชุมชนจะให้บริการจ่ายยาตามมาตรฐานของวิชาชีพ โดยตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา ยืนยันตัวตนและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รับบริการ เช่น เวลาที่เข้าพบแพทย์ครั้งล่าสุด รายการยาที่ใช้ในช่วงนี้ ยาเดิมที่คงเหลือ หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นต้น เพื่อประกอบการจ่ายยาและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการ กรณีที่พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเภสัชกรชุมชนจะติดต่อกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรึกษาและหาทางแก้ไขร่วมกัน ในบางประเทศเภสัชกรชุมชนสามารถเข้าถึงประวัติการรักษาผ่านระบบฐานข้อมูลกลางเพื่อใช้ประกอบการจ่ายยาได้¹⁷ เช่น Summary Care Records (SCR) ของประเทศอังกฤษที่ประกอบไปด้วยข้อมูลยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ประวัติแพ้ยา อาการข้างเคียงจากยา ประวัติการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และประวัติการรักษาที่สำคัญในอดีต หรือ My Health Record (MyHR) ของประเทศออสเตรเลียที่นอกจากจะช่วยให้เภสัชกรชุมชนเข้าถึงข้อมูลในข้างต้นได้แล้ว ยังสามารถเข้าถึงข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ประวัติใบสั่งยาที่เคยส่งจ่ายในอดีต ประวัติการรักษาในโรงพยาบาลและประวัติการจำหน่ายตัวผู้ป่วย รายงานของการประสานรายการยา ผลตรวจทางพยาธิวิทยาและ

รังสีวินิจฉัย บันทึกจากบุคลากรทางการแพทย์ และบันทึกการส่งตัว เป็นต้น

สำหรับบริการเติมยาตามใบสั่งยาร้านยา มีตัวอย่างปรากฏใน 3 ประเทศ ได้แก่ บริการ repeat dispensing ของประเทศอังกฤษ¹³ repeat prescription ของประเทศออสเตรเลีย¹⁴ และ refill prescription ของประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁸ บริการนี้มีแนวปฏิบัติคล้ายกันกับการจ่ายยาตามใบสั่งยา แต่พัฒนาต่อยอดขึ้นจากแบบแรกให้แพทย์ผู้รักษากำหนดให้ใบสั่งยาหนึ่งใบสามารถนำไปรับยาเดิมต่อเนื่องที่ร้านยาได้ในจำนวนครั้งหรือในช่วงระยะเวลาที่แพทย์กำหนดโดยผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อรับใบสั่งยาใหม่ แต่สามารถนำใบสั่งยาเดิมไปรับยาที่ร้านยาได้จนกว่าจะถึงนัดติดตามการรักษา กับแพทย์ในครั้งถัดไป

นอกจากนี้ยังมีการนำเอาระบบอิเล็กทรอนิกส์มาประยุกต์ใช้กับการให้บริการ ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงใบสั่งยาได้สะดวกรวดเร็วและง่ายต่อการรวบรวมใบสั่งยาเพื่อการเบิกจ่าย ตัวอย่างเช่น ประเทศอังกฤษที่มีการผลักดันระบบ Electronic Prescription Service (EPS) สำหรับบริการจ่ายยาตามใบสั่งยา และ Electronic Repeat Dispensing (eRD) สำหรับบริการเติมยาตามใบสั่งยา แทนระบบเดิมที่ใช้กระดาษ โดยผู้รับบริการสามารถลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันเพื่อเลือกสถานพยาบาลและร้านยาเป็นจุดให้บริการหลักของตน และขอรับใบสั่งยาผ่านทางหน้าเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันได้เองโดยไม่ต้องไปที่สถานพยาบาล คำขอจะถูกส่งผ่านระบบแพทย์เจ้าของไข้ตรวจสอบและอนุมัติเมื่อไม่พบเหตุจำเป็นให้ต้องติดตามผลการรักษาโดยตรง ข้อมูลใบสั่งยาที่ได้รับการอนุมัติจะถูกส่งไปยังร้านยาที่ผู้รับบริการเลือกเพื่อให้เภสัชกรชุมชนประจำร้านยาเตรียมจ่ายยาตามมาตรฐานของวิชาชีพ โดยแพทย์สามารถตรวจสอบได้ว่าใบสั่งยานั้นอยู่ในสถานะเตรียมจ่ายหรือจ่ายยาให้แก่ผู้รับบริการแล้ว อย่างไรก็ตามภายใต้ระบบนี้ใบสั่งยาที่ถูกส่งจ่ายแล้วไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้ หากเภสัชกรชุมชน

พบปัญหาต้องติดต่อไปยังแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ยกเลิกใบสั่งยาเดิมและออกใบสั่งยาใหม่ ข้อมูลการจ่ายยาในแต่ละใบสั่งยาจะถูกรวบรวมในระบบเพื่อใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่ายาและค่าตอบแทนวิชาชีพให้กับร้านยา^{13,19} ในประเทศสหรัฐอเมริกาเองมีทั้งระบบการสั่งยาผ่านทางอีเมล (mail-order pharmacies) และทางอินเทอร์เน็ต (online pharmacies)²⁰ อย่างไรก็ตามการเข้าถึงเทคโนโลยีของกลุ่มผู้รับบริการที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การใช้บริการผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เต็มรูปแบบผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตหรือแอปพลิเคชันยังมีจำนวนน้อยดังเช่นที่มีรายงานในประเทศอังกฤษ¹³

ใบสั่งยาสำหรับเติมยาจะปรากฏข้อมูลตามมาตรฐานที่พินิจในใบสั่งยาปกติทั้งข้อมูลที่ระบุตัวตนของผู้รับบริการ โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา ข้อมูลระบุตัวตนแพทย์ผู้เขียนสั่งยา ชื่อชนิดรายการยาและจำนวนยาที่สั่ง แต่จะเพิ่มในส่วนระยะห่างของการเติมยาแต่ละครั้งและจำนวนครั้งที่เติมยาได้¹⁹ เช่น แพทย์อาจกำหนดระยะห่างของการเติมยาแต่ละครั้งเท่ากับ 28 วัน โดยเติมยาได้ 6 ครั้ง จะทำให้ผู้รับบริการสามารถใช้ใบสั่งยาใบเดิมนี้อีกเติมยาได้ในระยะเวลาประมาณ 6 เดือน โดยระยะเวลาที่กำหนดเติมยาได้ต่อหนึ่งใบสั่งยามีตั้งแต่ 1 เดือนถึง 6 เดือน ในประเทศออสเตรเลียนั้นมีการกำหนดระยะห่างระหว่างการไปรับยาแต่ละครั้งด้วยให้ต้องห่างกันอย่างน้อย 4 วัน และต้องห่างกันอย่างน้อย 20 วันหากสั่งเติมยาต่อเนื่องเกิน 5 ครั้งขึ้นไป¹⁴

การจ่ายชดเชยค่ายา

การจ่ายชดเชยค่ายาจะเป็นลักษณะของการจัดทำบัญชียาที่รวบรวมรายการยาที่สามารถจ่ายชดเชยได้ (reimbursable list) และกำหนดมูลค่าของราคาชดเชยและบวกส่วนเพิ่ม (mark-up) ด้วยวิธีที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

ประเทศอังกฤษจะจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยาในระบบ NHS ตามประเภทของยาได้แก่ ยาต้นแบบ

(original หรือ branded medicine) และยาชื่อสามัญ (generic medicine) สำหรับยาต้นแบบจะอ้างอิงราคาใน NHS List Price ที่ได้จากการเสนอราคาโดยบริษัทยาและประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์โดยสถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการแพทย์ หรือ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) การเปลี่ยนแปลงราคา ยา อัตราการเติบโตของยอดขาย และส่วนต่างกำไรของบริษัทยาในแต่ละปีจะถูกควบคุมโดยรัฐ เฉพาะยาชนิดใหม่ที่พัฒนาขึ้นเท่านั้นที่บริษัทยาสามารถตั้งราคาได้อย่างอิสระในช่วง 36 เดือนแรกที่ปล่อยผลิตภัณฑ์สู่ท้องตลาด แต่ยังคงคำนึงถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์หากต้องการให้ยาได้บรรจุเข้าบัญชี NHS List Price สำหรับยาชื่อสามัญจะอ้างอิงจากราคาใน Drug Tariff ที่ได้ราคาจากการสำรวจตลาดยาในแต่ละเดือน ราคาแต่ละยี่ห้อที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันจะนำมาคำนวณเป็นราคาเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนักตามปริมาณที่บรรจุ (volume-weighted average) เพื่อใช้เป็นราคารฐาน และบวกส่วนเพิ่มให้อีกตามข้อตกลงระหว่างรัฐกับ Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) ที่เป็นตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน เพื่อให้ร้านยาภายในประเทศได้ส่วนต่างกำไรที่เหมาะสม ข้อตกลงนี้จะจัดทำขึ้นใหม่ทุก 5 ปี โดยทั่วไปนั้น ราคาแต่ละรายการจะได้บวกส่วนเพิ่มราวร้อยละ 100 จากราคาผู้ผลิต ร้านยาจึงได้กำไรมากขึ้นหากราคาที่รับมาถูกลง โดยราคาชื่อสามัญที่ถูกส่งมาจากการที่บริษัทยาต่างต้องแข่งขันกันเสนอขายยาในราคาถูกให้แก่ร้านยา^{21,22}

ประเทศออสเตรเลีย รายการยาที่ประเมินแล้วว่ามีประสิทธิภาพทางคลินิกและมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดย Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) จะถูกเสนอให้เข้าร่วมในบัญชียาของ PBS ยาที่ถูกเสนอชื่อจะผ่านการต่อรองราคายาระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับบริษัทยาโดยใช้วิธีเปรียบเทียบกับยาที่มีราคาต่ำที่สุดในกลุ่มการรักษาเดียวกัน เรียก reference pricing policy ราคาที่ได้จะใช้เป็นฐานในการจ่ายชดเชย

คืนให้แก่ร้านยาโดยบวกส่วนเพิ่มจากผู้ค้าส่ง (wholesale mark-up) และบวกค่าธรรมเนียมการจัดการ เรียก Administration, Handling and Infrastructure Fee (AHI) จากราคาที่บวกส่วนเพิ่มแล้ว มูลค่าของส่วนเพิ่มและค่าธรรมเนียมได้จากข้อตกลงระหว่างรัฐบาลกับสมาคมร้านยาแห่งประเทศออสเตรเลีย (The Pharmacy Guild of Australia) ที่เป็นตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนที่จัดทำขึ้นใหม่ทุก 5 ปี^{7,23}

สหรัฐอเมริกาไม่มีมาตรการควบคุมหรือแทรกแซงราคาขายโดยรัฐ บริษัทยาจึงสามารถกำหนดราคาขายได้เองผ่านกลไกการแข่งขันราคาในตลาดยา การจ่ายชดเชยค่ายานั้นมาจากบริษัทประกันสุขภาพเองหรือ PBM ที่ส่วนใหญ่จะอ้างอิงราคาเฉลี่ยจากผู้ค้าส่ง เรียก average wholesale price (AWP) ซึ่งได้จากราคาที่ผู้ผลิตยาขายให้ผู้ค้าส่ง หรือ wholesale acquisition cost (WAC) บวกเพิ่มขึ้นอีกราวร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 25 หลังหักลบกับส่วนลดตามที่มีการเจรจาในแต่ละแผนประกันแล้วจะถูกจ่ายเป็นค่าชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา^{9,24}

ประเทศเกาหลีใต้ ราคายาในประเทศแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือราคายาที่จ่ายชดเชยได้ (reimbursable) และราคายาที่จ่ายชดเชยคืนไม่ได้ (non-reimbursable) รัฐมีอำนาจในการควบคุมราคาเฉพาะกลุ่มแรกผ่านการกำหนดมูลค่าเงินชดเชยสูงสุดในแต่ละรายการยา (maximum reimbursement price) โดยมี Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA) เป็นผู้ประเมินและคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาจากประสิทธิภาพในการรักษาและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เทียบกับยาอื่นในกลุ่มการรักษาเดียวกัน เรียกว่าระบบ positive list สำหรับราคาของยาต้นแบบ หากบริษัทยาเสนอราคาไม่เกินราคาเฉลี่ยยาอื่นในกลุ่มเดียวกัน หรือ weight average price (WAP) ยาจะได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาในระบบ NHI แต่โดยทั่วไปราคายาที่เสนอมักสูงกว่าราคาเฉลี่ย รัฐกับบริษัทยาจึงต้องเจรจาต่อรองราคากัน ในขณะที่ราคายาซื้อสามัญจะถูกควบคุมตามที่กฎหมายกำหนด

นอกจากนี้รัฐยังมีกลไกควบคุมราคาโดยการควบคุมราคาส่วนเพิ่มของผู้ค้าส่ง ควบคุมไม่ให้มีส่วนเพิ่มของราคายาหน้าร้านยา ควบคุมไม่ให้บริษัทยามอบส่วนลดหรือเงินคืนแก่ร้านยาเพื่อกระตุ้นการจ่ายยาของตน ทำให้ราคายาที่ร้านยาจ่ายและยื่นขอชดเชยคืนนั้นเป็นราคาที่ร้านยาซื้อได้จริง หรือ actual acquisition cost ซึ่งไม่มีกำไรจากค่ายา^{8,25}

ประเทศเยอรมนีใช้ระบบ negative list หรือวิธีการคัดออกสำหรับการกำหนดรายการยาที่จ่ายชดเชยได้โดยตั้งต้นคัดออกจากรายการยาทั้งหมดที่มีในประเทศ ตัวอย่างของกลุ่มยาที่ถูกคัดออก เช่น ยาที่ใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย และยากลุ่ม lifestyle drugs เช่น ยาที่ใช้ควบคุมน้ำหนัก ยาเลิกบุหรี่ หรือยารักษาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น สำหรับกลุ่มยาที่ขายได้ทั่วไป จะไม่มีการชดเชยค่ายาคืนให้ยกเว้นใน 2 กรณี คือ จ่ายยาให้เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปีหรือเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่มีโรคทางพัฒนาการ และยาที่จำเป็นต่อการรักษาโรคร้ายแรงสำหรับยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา บริษัทยาสามารถตั้งราคาขายได้เองโดยไม่มีมาตรการควบคุมหรือแทรกแซงโดยตรงจากรัฐ แต่รัฐจะควบคุมราคาค้าส่งและราคาหน้าร้านยาทำให้ยาชนิดรายการเดียวกันมีราคาเท่ากันทั่วประเทศ และราคายาของบริษัทยายังถูกแทรกแซงทางอ้อมผ่านเงินชดเชยที่รัฐจะจ่ายคืนให้แก่ร้านยาตามราคาอ้างอิงของยาในกลุ่มการรักษาเดียวกัน กล่าวคือ หากยาที่แพทย์สั่งจ่ายมีมูลค่าเกินราคาอ้างอิงผู้รับบริการจะต้องรับผิดชอบส่วนต่างนั้นด้วยตัวเอง โดยที่ผู้รับบริการสามารถแจ้งขอเปลี่ยนเป็นยาอื่นที่ไม่เกินราคาอ้างอิงแทนได้ ทำให้เกิดการกดราคาบริษัทยาต้องแข่งขันลดราคายาลงให้ไม่เกินราคาอ้างอิงที่รัฐจะจ่ายคืน นอกจากนี้ยังมีมาตรการหักเงินคืนจากบริษัทยากลับเข้ากองทุนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพของประเทศ^{10,26}

การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ

ในแต่ละประเทศมีรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพให้แก่เภสัชกรรมชุมชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในระบบ

สุขภาพของประเทศที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดการจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพพร้อมตัวเลขรายได้อ้างอิงได้แก่ อัตราค่าครองชีพก่อนหักภาษีและตัวเลขรายได้ของเภสัชกร^{27,28} แสดงในตารางที่ 1)

ในประเทศอังกฤษ เภสัชกรชุมชนในร้านยาที่ให้บริการในระบบ NHS จะได้รับค่าตอบแทนแบบค่าธรรมเนียมเดียวในทุกการให้บริการ เรียกว่า Single Activity Fee โดยคิดอัตราค่าธรรมเนียมแบบคงที่ (fixed-rate) ต่อจำนวนรายการยาที่จ่ายไป²² ประเทศออสเตรเลีย เภสัชกรได้รับค่าธรรมเนียมการจ่ายยา (dispensing fee) โดยคิดต่อใบสั่งยา (per-script) ซึ่งจะมีมูลค่าที่แตกต่างกันตามแต่ละชนิดของใบสั่งยา¹⁴ ทั้งนี้มูลค่าของค่าตอบแทนวิชาชีพในประเทศอังกฤษและประเทศออสเตรเลียจะเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามข้อตกลงระหว่างรัฐกับองค์กรตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนในประเทศที่จัดทำขึ้นทุก 5 ปี ในขณะที่สหรัฐอเมริกา เภสัชกรชุมชนในร้านยาที่ให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาแก่ผู้ป่วยจะได้รับค่าธรรมเนียมการจ่ายยาโดยขึ้นกับชนิดแผนประกันของผู้รับบริการ²⁰

เนื่องจากร้านยาในประเทศเกาหลีใต้จะไม่ได้รับกำไรส่วนต่างจากเงินชดเชยค่ายาทำให้ค่าตอบแทนวิชาชีพเป็นรายได้หลักของการให้บริการในระบบ ซึ่งคำนวณตามกิจกรรมที่ได้ทำ (activity-based) แบ่งเป็นส่วนใหญ่ในอัตราคงที่ ได้แก่ ค่าธรรมเนียมการจ่ายยาเบื้องต้น ค่าตอบแทนการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ ค่าการบริหารจัดการร้านยา และส่วนที่บวกเพิ่มสมทบให้เมื่อจ่ายยาในปริมาณมาก ค่าตอบแทนเหล่านี้มาจากการตกลงกันระหว่างรัฐกับ The Korea Pharmaceutical Association ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพในแต่ละปี นอกจากนี้ยังมีค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากโครงการพิเศษ เช่น โครงการ Generic Substitution ที่กระตุ้นให้เภสัชกรชุมชนปรึกษาแพทย์เพื่อขอเปลี่ยนจากยาต้นแบบที่ถูกสั่งโดยแพทย์ซึ่งมีราคาสูงเป็นยาชื่อสามัญที่มีชนิด ความแรง และรูปแบบเดียวกันแต่มีราคาต่ำกว่า โดยเภสัชกรจะได้รับ

ค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากส่วนต่างราคายาต้นแบบกับยาที่สับเปลี่ยน²⁹

และสำหรับประเทศเยอรมนี เภสัชกรชุมชนจะได้รับค่าธรรมเนียมคิดเป็นสัดส่วนจากราคาทุนของรายการยาที่มีใบสั่งยาบวกส่วนเพิ่มในอัตราคงที่ อย่างไรก็ตามกองทุนมีการหักเงินคืนกลับเข้ากองทุนในอัตราคงที่ต่อรายการยาตามใบสั่งโดยหักออกจากเงินที่จ่ายคืนให้แก่ร้านยาพร้อมกับเงินคืนจากบริษัทยาและส่วนร่วมจ่ายของผู้รับบริการ³⁰

การร่วมจ่ายของผู้รับบริการ

ในแต่ละประเทศมีการเรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายจากผู้รับบริการที่เข้ารับบริการทั้งลักษณะของการเรียกเก็บในอัตราคงที่ (co-payment) และเรียกเก็บตามสัดส่วนราคา (co-insurance) และมีมาตรการป้องกันผลกระทบจากภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ดังต่อไปนี้ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

ประเทศอังกฤษ ผู้รับบริการในระบบ NHS ต้องร่วมจ่ายเป็น prescription charge คิดตามจำนวนรายการยาที่ได้รับในอัตราคงที่ต่อรายการยา ยกเว้นในผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะทางการแพทย์ระยะยาว หรือผู้มีรายได้น้อย และมีระบบ Prescription Prepayment Certificate (PPC) เป็นระบบเหมาจ่ายราย 3 เดือนและ 12 เดือน ช่วยให้ผู้รับบริการที่จำเป็นต้องได้รับยาเป็นจำนวนมากและรักษาเป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้³¹ มีข้อสังเกตเพิ่มเติมว่าในกลุ่มประเทศอื่นที่อยู่ภายใต้ระบบ NHS เหมือนกัน ได้แก่ ประเทศเวลส์ ประเทศสกอตแลนด์ และประเทศไอร์แลนด์เหนือจะไม่มีการเรียกเก็บ prescription charge เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายจากการส่งจ่ายยาที่ยังไม่สูงมากและมีมุมมองที่ดีต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพว่าแสดงถึงการเข้าถึงยาของประชาชนในประเทศ ต่างจากประเทศอังกฤษมีค่าใช้จ่ายจากการส่งจ่ายยาสูงจึงมีมุมมองต่อ prescription charge ว่าเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของระบบ อย่างไรก็ตามมีรายงานในปี 2019 ว่าจากข้อยกเว้น

ตารางที่ 1 ภาพรวมระบบการจ่ายชดเชยค่ายา ค่าตอบแทนวิชาชีพ การร่วมจ่ายในแต่ละประเทศ และตัวเลขรายได้อ้างอิง

ประเทศ	การจ่ายชดเชยค่ายา	การจ่ายค่าตอบแทนวิชาชีพ	การร่วมจ่ายจากผู้ป่วย	ตัวเลขรายได้อ้างอิง*
อังกฤษ	NHS list price สำหรับยาต้นแบบ Drug tariff สำหรับยาซื้อสามัญ ค่าเฉลี่ยของราคาผู้ผลิตบวกส่วนเพิ่มร้อยละ 100	Single activity fee: £1.27 รายการยา	Co-payment: £9.35 ต่อรายการยา ระบบเหมาจ่าย: 3 เดือน £30.25, 12 เดือน £108.10	- ค่าแรงขั้นต่ำ £9.5 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเฉลี่ย £19.86 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเริ่มต้นเฉลี่ย £33,148 ต่อปี
ออสเตรเลีย	ตั้งราคาแบบ Reference pricing และจ่ายชดเชย 3 ส่วน คือ ราคาผู้ผลิต + Wholesale mark-up + AHI fee Wholesale mark-up = A\$0.41 เมื่อราคา ≤ A\$5.5, 7.52% ของราคาเมื่อราคา > A\$5.5 แต่ ≤ 720 และ A\$54.14 ต่อราคา > 720) AHI fee แบ่งเป็น 3 tier ตามช่วงราคาที่ร้านยาซื้อได้; tier 1 = A\$4.32, tier 2 = tier 1 + 5% ของราคา > 100 และ tier 3 = tier 1 + A\$95	Dispensing fee (ต่อใบสั่งยา): - ยาทั่วไป A\$7.82 - ยาเตรียมพิเศษเฉพาะราย A\$9.86 - ยาอันตราย A\$4.84	Co-payment: - ผู้ป่วยทั่วไป ไม่เกิน A\$30 ต่อใบสั่งยา - Concession rate: A\$7.30 ต่อใบสั่งยา - Safety-net Thresholds: A\$1,563.50 ต่อปี - Concession Safety-net Thresholds: A\$262.80 ต่อปี	- ค่าแรงขั้นต่ำ A\$21.38 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเฉลี่ย A\$35.35 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเริ่มต้นเฉลี่ย A\$61,573 ต่อปี
สหรัฐอเมริกา	ราคาเฉลี่ยค้าส่ง (AWP) = ราคาผู้ผลิต + Mark-up Mark-up ประมาณ 20-25% ร้านยาจะได้จริงที่ประมาณ AWP -15% (หักลบส่วนลด)	Dispensing fee ขึ้นกับองค์กรผู้ให้ประกันหรือ PBM โดยทั่วไปเป็นอัตราคงที่ประมาณ \$4-5	มีทั้งแบบจ่าย fixed-cost (co-payment) เช่น US\$10 และจ่ายเป็นร้อยละ (coinsurance) ที่ 20% เป็นต้น	- ค่าแรงขั้นต่ำ US\$7.25 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเฉลี่ย US\$58.38 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเริ่มต้นเฉลี่ย US\$94,438 ต่อปี
เกาหลีใต้	แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) ยาต้นแบบ ใช้ Weight average price ของยาในกลุ่มเดียวกัน 2) ยาซื้อสามัญ ราคาตั้งตามสูตรคำนวณที่กฎหมายกำหนด	Activity-based แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) Fixed-rate ประกอบด้วยค่าธรรมเนียมการจ่ายยาเบื้องต้น ค่าการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และค่าการบริหารจัดการร้านยา 2) Additional-rate (Per-items) ประกอบด้วยค่ายาเพิ่มเติมและค่าบริการเวชภัณฑ์	Co-insurance ตามประเภทบริการ 30-50% ในบริการผู้ป่วยนอก, 35-40% ในบริการร้านยา, 20% บริการผู้ป่วยใน และ 5-10% ในบางกลุ่มโรค เช่น มะเร็ง มีระบบ safety-net เรียก co-payment ceiling ต่อปี	- ค่าแรงขั้นต่ำ ₩9160 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเฉลี่ย ₩28,000 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเริ่มต้นเฉลี่ย ₩2,870,000 ต่อปี
เยอรมนี	Reference price ตามราคาขายในกลุ่มรักษาเดียวกัน ผู้ป่วยรับผิดชอบส่วนต่างหากราคาสูงกว่าราคาอ้างอิง	Pharmacist fee - 3% ของราคาซื้อได้ + Mark-up €8.35 ต่อรายการยา - กองทุนมีการหักเงินคืนจากเภสัชกรที่อัตราคงที่ €1.77 ต่อรายการยา	ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนด - ราคา €0-5 ร่วมจ่ายตามราคา - ราคา €5-50 ร่วมจ่ายคงที่ €5 - ราคา €50-100 ร่วมจ่าย 10% ของราคา - ราคาสูงกว่า €100 ร่วมจ่าย คงที่ €10	- ค่าแรงขั้นต่ำ €12 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเฉลี่ย €25 ต่อชั่วโมง - รายได้เภสัชกรเริ่มต้นเฉลี่ย €35,756 ต่อปี

หมายเหตุ. ข้อมูลการจ่ายชดเชยค่ายา ค่าตอบแทนวิชาชีพ การร่วมจ่ายจากปีพ.ศ. 2565 โดยสัญลักษณ์ £ = ปอนด์สเตอร์ลิง, A\$ = ดอลลาร์ออสเตรเลีย, US\$ = ดอลลาร์สหรัฐ, ₩ = วอน, และ € = ยูโร

* ตัวเลขรายได้อ้างอิงปีพ.ศ. 2565 ประกอบด้วยอัตราค่าแรงขั้นต่ำก่อนหักภาษี มีฐานของรายได้เภสัชกรต่อชั่วโมง และมีฐานของรายได้เภสัชกรเริ่มต้น (เภสัชกรที่มีประสบการณ์การทำงานไม่เกิน 1 ปี) ต่อปี

การเรียกเก็บ prescription charge ในผู้ป่วยบางกลุ่มที่กำหนดไว้ทำให้มีรายการยาในระบบ NHS กว่าร้อยละ 89 ที่ได้รับการยกเว้นการเรียกเก็บ³²

ประเทศออสเตรเลีย ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายค่ายาทุกครั้งที่ได้รับยาโดยปริมาณที่เรียกเก็บจะคิดจาก dispensed price for maximum quantity (DPMQ) ของยาแต่ละรายการรวมกันในหนึ่งใบสั่งยา โดยเรียกเก็บได้สูงสุดไม่เกิน 41 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อใบสั่งยา ในกรณีที่ค่าร่วมจ่ายนั้นไม่ถึงยอดสูงสุดที่กำหนด ผู้รับบริการอาจถูกเรียกเก็บเพิ่มเป็นค่า additional patient charge เพื่อให้ถึงยอดเรียกเก็บสูงสุด กรณีที่ผู้รับบริการต้องการได้ยาต้นแบบแทนยาชื่อสามัญ ผู้รับบริการจะต้องจ่ายส่วนต่างของราคาขายต้นแบบกับยาชื่อสามัญ เรียก brand premium ด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตามทุกยอดของการร่วมจ่ายของผู้รับบริการจะถูกคำนวณไว้เป็นยอดสะสม เรียก safety-net โดยคำนวณรวมทั้งครอบครัว ได้แก่ ผู้รับบริการ คู่สมรส และบุตร เมื่อยอดสะสมสูงถึงเกณฑ์ที่กำหนดผู้รับบริการจะสามารถเข้าถึงยาได้ในอัตราพิเศษ เรียก concessional rate ซึ่งเป็นราคาที่ถูกลงในระยะเวลาที่เหลือในปีนั้น นอกจากนี้ผู้รับบริการกลุ่มพิเศษ (concessional patients) เช่น ข้าราชการบำนาญ หรือ บุคคลวัยเกษียณ จะสามารถเข้าถึงยาได้ใน concessional rate ตั้งแต่ต้น และทุกการร่วมจ่ายจะถูกคำนวณสะสมไว้ เมื่อยอดสะสมสูงถึงเกณฑ์ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะสามารถเข้าถึงยาได้โดยไม่เสียค่าร่วมจ่ายตลอดระยะเวลาที่เหลือในปีนั้น ยกเว้นค่าใช้จ่ายพิเศษอย่าง brand premium¹⁴

ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้รับบริการที่มีแผนประกันต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับบริษัทที่ตนสมัคร สำหรับการรับยาที่ร้านยานั้นผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายซึ่งมีทั้งการเรียกเก็บทั้ง แบบคงที่และแบบอัตราร้อยละของราคาขายที่รับตามแต่แผนประกันที่สมัครไว้⁹ ประเทศเกาหลีใต้ ผู้รับบริการในระบบ Medicare ต้องร่วมจ่ายทุกครั้งที่ได้รับบริการทางการแพทย์โดยคิดสัดส่วนราคาขายแตกต่างกันไปตามประเภทของการรักษาและกลุ่มของผู้รับบริการ มี

ระบบ safety-net ที่คำนวณยอดการร่วมจ่ายสะสมต่อปีสำหรับผู้ป่วยในระบบ Medical Aid Program ร่วมจ่ายในอัตราคงที่สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและจ่ายเป็นสัดส่วนร้อยละในบริการผู้ป่วยใน³³ สำหรับประเทศเยอรมนี ผู้รับบริการทุกคนต้องร่วมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์คืนให้แก่กองทุนการเจ็บป่วยผ่านทางร้านยาจากราคาขายที่ได้รับ ยกเว้นในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี การร่วมจ่ายมีทั้งแบบจ่ายเต็มราคาสำหรับยาที่มีราคาถูกและร่วมจ่ายในอัตราคงที่สำหรับยาที่มีราคาสูง มีการยกเว้นการเรียกเก็บในยาบางรายการที่ราคาขายต่ำกว่าราคาอ้างอิงที่ร้อยละ 30 เป็นต้นไป สำหรับยาตามใบสั่งยาที่ชดเชยค่ายาคืนไม่ได้ เช่น lifestyle drug ผู้รับบริการต้องจ่ายค่ายาด้วยตัวเอง ยกเว้นในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปีหรือน้อยกว่า 18 ปีที่มี developmental disorders ที่ไม่มีค่าใช้จ่าย และมีระบบ safety-net คำนวณยอดการร่วมจ่ายสะสมต่อปี²⁶

บทสรุป

การให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและเดิมยาตามใบสั่งยาที่ร้านยานั้นเป็นบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ยังคงมีภาวะสุขภาพคงที่และไม่มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาสามารถเข้าถึงยาได้อย่างสะดวกและได้รับการติดตามดูแลการใช้ยาอย่างต่อเนื่องใกล้ชิดมากขึ้น จะเห็นได้ว่าเพื่อให้ร้านยาสามารถให้บริการนี้ร่วมกับระบบสุขภาพของประเทศได้นั้น จะต้องมีการสนับสนุนเชิงระบบทั้งระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศที่ช่วยเชื่อมโยงให้เกิดการส่งต่อใบสั่งยาระหว่างสถานพยาบาลกับร้านยาให้เภสัชกรชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นต่อการให้บริการได้ มีระบบชดเชยค่ายาที่ต้องอาศัยกระบวนการที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การกำหนดบัญชียาที่สามารถจ่ายชดเชยค่ายาคืนได้ กำหนดราคากลางสำหรับจ่ายชดเชยค่ายาคืนให้แก่ร้านยา และระบบคำตอบแทนในรูปแบบคำตอบแทนวิชาชีพสำหรับการให้บริการในแต่ละครั้ง และอาจต้องพิจารณาถึงความจำเป็นในการเรียกเก็บค่าร่วมจ่ายจากผู้เข้ารับบริการด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ควรต้องคำนึงถึง

ในการพัฒนาระบบการให้บริการจ่ายยาตามใบสั่งยาและ เติมยาตามใบสั่งยาที่ร้านยาในประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Emmerton L, Marriott J, Bessell T, Nissen L, Dean L. Pharmacists and prescribing rights: review of international developments. *J Pharm Pharm Sci.* 2005;8(2):217-25.
- Goldstein R, Hulme H, Willits J. Reviewing repeat prescribing - general practitioners and community pharmacists working together. *Int J Pharm Prac.* 1998;6(2):60-6.
- Witry MJ, Doucette WR. Community pharmacists, medication monitoring, and the routine nature of refills: a qualitative study. *J Am Pharm Assoc (2003) .* 2014;54(6):594-603.
- Lochid-amnuay S, Waiyakarn S, Pongcharoensuk P, Koh-Knox C, Keokitichai S. Community pharmacy model under the Universal Coverage Scheme in Thailand. *Thai J Hosp Pharm.* 2010;19.
- Thailand Ministry of Public Health. Administration of overcrowding reduction for Universal Health Coverage Service Unit by Type 1 Community Pharmacy Project-Guideline. Conference on Guidelines for Overcrowding Reduction for Universal Health Coverage Service Unit by Type 1 Community Pharmacy Project; 2019; Miracle Grand Convention Hotel. Bangkok.
- Noyce PR. Providing patient care through community pharmacies in the UK: policy, practice, and research. *Ann Pharmacother.* 2007;41(5):861-8.
- Williams G, Loveday C, McKie S. Australia. In: Dougherty E, editor. *Global legal insights - pricing & reimbursement.* 2 ed. London Global Legal Group; 2019. p. 9-22.
- Roh K, Choi K. Korea. In: Dougherty E, editor. *Global legal insights - pricing & reimbursement.* 2 ed. London Global Legal Group; 2019. p. 145-50.
- Dougherty E. USA. In: Dougherty E, editor. *Global legal insights - pricing & reimbursement.* 2 ed. London Global Legal Group; 2019. p. 227-68.
- Reese U, Kemmner C. Germany. In: Dougherty E, editor. *Global legal insights - pricing & reimbursement.* 2 ed. London Global Legal Group; 2019. p. 84-98.
- Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. *Ann Pharmacother.* 2006;40(4):729-35.
- Eickhoff C, Giese-Mammen N, Müller U, Said A, Schulz M. Primary healthcare policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Germany. *Pharm Pract (Granada).* 2021;19(1):2248.
- Petty D. Repeat prescription report 2017. [cited 2022 Dec 1]. Available from: <https://www.pharmacy2u.co.uk/prescription-report.html>.
- Australian Government Department of Health and Aged Care. Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) explanatory notes. [cited 2022 Dec 1] . Available from: <https://www.pbs.gov.au/info/healthpro/explanatory-notes>.
- A. D. A. M. Medical Encyclopedia. Getting a prescription filled. [cited 2022 Dec 1]. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/001956.htm>.
- Hwang M, Young H. Pharmacists' roles and factors affecting patient care in Korea. *Innov Pharm.* 2015;6.
- Pires C. Medical records in community pharmacies: the cases of UK and Australia. *Foundations.* 2022;2(2):399-408.
- Blank C. Pharmacies brace for increased refills due to Coronavirus: drug topics. [cited 2022 Dec 12]. Available from: <https://www.drugtopics.com/view/pharmacies-brace-increased-refills-due-coronavirus>.
- National Health Service. Electronic repeat dispensing - guidance 2015. [cited 2022 Dec 1]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/wp-content/uploads/sites/31/2015/06/electronic-repeat-dispensing-guidance.pdf>.
- Brooks JM, Doucette WR, Wan S, Klepser DG. Retail pharmacy market structure and performance. *Inquiry.* 2008 Spring;45(1):75-88.
- Castle G, Kelly B, Gathani R. United Kingdom. In: Dougherty E, editor. *Global legal insights - pricing & reimbursement.* 2 ed. London Global Legal Group; 2019. p. 215-26.
- Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Pharmacy funding. [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://psnc.org.uk/funding-and-reimbursement/pharmacy-funding/>.
- Services Australia. Detailed information on how prescription medicines are priced under the PBS and RPBS for

- pharmacists. [cited 2023 Jan 3] . Available from: <https://www.servicesaustralia.gov.au/about-pbs-for-pharmacists?context=22861#a4>.
24. Berndt ER, Newhouse JP. Pricing and Reimbursement in US Pharmaceutical Markets. In: Danzon PM, Nicholson S, editors. *The Oxford Handbook of the Economics of the Biopharmaceutical Industry*: Oxford University Press; 2012.
25. Jang S, Byun J-h, Song I, Cho H. PPRI Pharma Profile of South Korea. 2018.
26. Stargardt T, Busse R, Dauben H. PPRI Pharma Profile of Germany. 2008.
27. WageIndicator Foundation. Minimum wages per country 2023. [updated 2023 may 30] . Available from: <https://wageindicator.org/salary/minimum-wage/minimum-wages-per-country>.
28. PayScale. Salary Data & Career Research Center 2023. [updated 2023 May 30. Available from: <https://www.payscale.com/research/Country>.
29. World Health Organization, Mathauer I, Xu K, Carrin G, Evans DB. An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance Geneva: World Health Organization; 2009 [updated 2009. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341163>.
30. Federal Union of German Associations of Pharmacists. German pharmacies: figure data facts 2022. [cited 2022 Dec 21]. [Available from: <https://www.abda.de/en/pharmacies-in-germany/drug-discount-contracts>.
31. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. What does the patient pay? [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://psnc.org.uk/dispensing-supply/receiving-a-prescription/patient-charges/>.
32. Powell T, Parkin E, Kulakiewicz A. NHS charges 2022. [cited 2022 Dec 21] . Available from: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7227/>.
33. National Health Insurance Service. Insurance benefits [cited 2022 Dec 21] . Available from: <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02600m01.do>.