

เภสัชกรรมปฐมภูมิ

PRIMARY PHARMACEUTICAL SERVICE

ระพีพรรณ ฉลองสุข*, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, น้ำฝน ศรีบัณฑิต และ ปานุพัฒน์ พุ่มพฤษ์
ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม
*ติดต่อผู้พิมพ์ : rapee@su.ac.th

RAPEEPUN CHALONGSUK, SURASIT LOCHID-AMNUAY, NAMFON SRIBUNDIT AND
PANOOPAT POOMPRUEK

Department of Community Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University,
Sanamchandra Palace, Nakhon Pathom

*Corresponding Author: rapee@su.ac.th

บทคัดย่อ

เภสัชกรรมเป็นวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลและปกป้องสุขภาพของประชาชนผ่านองค์ความรู้ ทักษะ และการสื่อสาร ด้านยา ลักษณะการให้บริการของงานเภสัชกรรมมีความเป็นพลวัตที่ต้องพร้อมปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมสังคม เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า บทบาทของเภสัชกรในงานปฐมภูมิเริ่มมีการดำเนินการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติงานในร้านยาที่ขยายบทบาทจากการดูแลการเจ็บป่วยของประชาชน เป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนตลอดเวลา ไม่เฉพาะเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น อย่างไรก็ตามบริการระดับปฐมภูมิที่เน้นบริบาลเภสัชกรรมนั้นยังเป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญไปยังผู้มารับบริการเฉพาะราย หากเภสัชกรขยายบริการปฐมภูมิด้วยการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาปรับใช้ในการบริการระดับปฐมภูมิ โดยเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพิ่มการประสานกับวิชาชีพอื่น ๆ รวมทั้งชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพของการใช้ยา บทบาทในลักษณะนี้อาจเรียกว่า งานบริการเภสัชสาธารณสุขหรืองานเภสัชกรรมสังคม เป็นบทบาทเชิงรุกของเภสัชกรซึ่งนอกจากจะทำให้ประชาชน/ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีประสิทธิภาพมากขึ้นแล้ว ยังจะทำให้ประชาชนรับทราบและเข้าใจบทบาทของเภสัชกรเพิ่มขึ้นด้วย

คำสำคัญ : เภสัชกรรมปฐมภูมิ, งานเภสัชกรรมสังคม, งานบริการเภสัชสาธารณสุข

Abstract

The profession of pharmacy contributes its responsibility to the health care and consumer protection through their knowledge, skills, and communication in medicines. In an era of rapid changes in social environments, pharmaceutical services should be dynamic and continuing in professional development for providing cost-effective services. The trend toward providing primary care services is increasing for pharmacist's professional functions, specifically in community pharmacy services. The scope of community pharmacy practice is expanded its

role from caring of sick people to wellness movement. Primary pharmaceutical care services only concern on individual health. Increasing quality of medication use, primary health care concept should be applied with pharmaceutical care services through patient-centered care, closer collaboration with other health care professionals and full community participation. The social pharmaceutical service is a more proactive practice than primary care services and will be the valuable practice of pharmacy for providing greater efficient services. This will make people to have more awareness and understanding of pharmacists' roles.

Keywords: primary pharmaceutical service, social pharmaceutical service, pharmaceutical public health service

บทนำ

ในยุคที่เทคโนโลยีเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ส่งผลกระทบให้สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วควบคู่กันไป รวมถึงสุขภาพของประชาชนที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ การดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เนื่องด้วยปัจจัยต่างๆ มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องเข้าใจและประยุกต์การใช้องค์ความรู้ของแต่ละวิชาชีพให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาวะแวดล้อมที่ปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะการปรับบทบาทในการทำงานจากการทำงานเชิงรับ เป็นการทำงานเชิงรุก เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของที่ต้องการ นั่นคือสุขภาพที่ดีของประชาชน

ระบบสุขภาพ (Health system)

ระบบสุขภาพ เป็น ระบบงานบริการ ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้บริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพ (health care services) ด้วยการประสานการนำทรัพยากรต่างๆ มาใช้ ดำเนินการจัดทำระบบสุขภาพ ได้แก่ คน หน่วยงาน งบประมาณและอุปกรณ์ (เครื่องมือและเทคโนโลยี)¹

เป้าหมายของการจัดระบบสุขภาพในระดับประเทศ² คือ

1. สุขภาพที่เหมาะสมของประชากร (optimize the health of the population)
2. สร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึง บริการสาธารณสุขของประชากรกลุ่มต่างๆ ในสังคม

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การลงทุนในสุขภาพอนามัยจัดเป็นรูปหนึ่งของการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ มีการศึกษาว่าการจัดสรรงบประมาณในด้านสาธารณสุขและการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเติบโตทางเศรษฐกิจ (GDP) ของประเทศ กำลังพัฒนา³ แต่อย่างไรก็ดีความเจริญทางเทคโนโลยีด้านสาธารณสุขทำให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น⁴ ประกอบกับราคาสินค้าและบริการด้านการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น⁵ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE) ของประเทศใน พ.ศ. 2545 เท่ากับ 2.01 แสนล้านบาท และเพิ่มเป็น 3.67

แสนล้านบาท ใน พ.ศ. 2551 หรือเพิ่มขึ้น 1.8 เท่า ประมาณการรายจ่ายสุขภาพในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 10 ระหว่าง พ.ศ. 2550-2554 พบว่ารายจ่ายสุขภาพทั้งหมดเพิ่มเป็นลำดับ จาก 277,951 ล้านบาทใน พ.ศ. 2549 (ปลายแผน ฯ 9) เป็น 454,444 ล้านบาทใน พ.ศ. 2554 (ปลายแผน ฯ 10) คิดเป็นอัตราเพิ่ม (normal growth) ประมาณร้อยละ 10 ต่อปี โดยประมาณร้อยละ 80 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาอาการเจ็บป่วยของประชาชน⁶ จากการสำรวจในประเทศที่รายได้ประชาชนในระดับต่ำ 39 ประเทศ พบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุขของประชาชนส่วนใหญ่เป็นค่ายา ยกเว้นค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการภาคเอกชนที่ค่าบริการของแพทย์มีสัดส่วนสูง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ⁷ อย่างไรก็ตามในการให้บริการพื้นฐานทางสาธารณสุข (basic health service) ทั้ง 4 ประเภท ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันการเกิดโรค (disease prevention) การรักษาโรค (curative treatment) และการฟื้นฟูสมรรถนะ (rehabilitation) มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมแตกต่างกันมาก รายงานการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้จ่ายในด้านสุขภาพต่างสรุปว่า การดำเนินกิจกรรมเชิงรุกได้แก่ การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดำเนินการเชิงรับ (การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถนะ)⁸⁻¹⁴

ทิศทางการสาธารณสุข

การจัดระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีนั้น ต้องคำนึงถึงความเท่าเทียมและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการคุ้มครองความเสี่ยงด้าน

การเงินสำหรับที่จะใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วย¹ ดังนั้นการจัดการระบบสุขภาพจึงมีอาจที่จะปล่อยให้เป็นภาระหน้าที่เฉพาะของภาครัฐเพียงอย่างเดียว ในเดือนกันยายน ค.ศ. 1978 ที่เมืองอัลมาตา (Alma-Ata) ประเทศรัสเซีย ได้มีการประกาศในการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care, P.H.C.)¹ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

การสาธารณสุขมูลฐาน¹⁵ เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมของประชาชน ของชุมชน โดยรัฐเป็นเพียงฝ่ายสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร วิชาการ ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้ด้วยตนเองและสามารถช่วยตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยบริการสาธารณสุขมูลฐานต้องสอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชนในแต่ละท้องถิ่น รวมถึงเทคนิคและวิชาการต้องมีการ

¹The **Alma-Ata Declaration** defined Primary Health Care as

“essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination”

The ideology behind Primary Health Care

The ideology behind PHC is based on the recognition that health promotion and protection are essential for sustained economic and social development and contribute to better quality of life.

ประยุกต์ให้เหมาะกับท้องถิ่น อาทิเช่น การ
โภชนาการ การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ใน
หมู่บ้าน

หลักการที่สำคัญของการสาธารณสุขมูล
ฐาน คือ การให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ
ตำบลเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการมาเป็นผู้
กระตุ้น ให้คำแนะนำและผู้ให้การสนับสนุน
(supporter) ให้กับประชาชนและให้ประชาชน
เป็นผู้ริเริ่มดูแลสุขภาพหรือบริการพื้นฐานง่าย ๆ
ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการสาธารณสุขมูลฐาน คือ
ยุทธศาสตร์ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีถ้วน
หน้า ซึ่งต้องอาศัยกลยุทธ์ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนและ
ชุมชน (community participation) โดยการให้
ข้อมูล การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผนและ

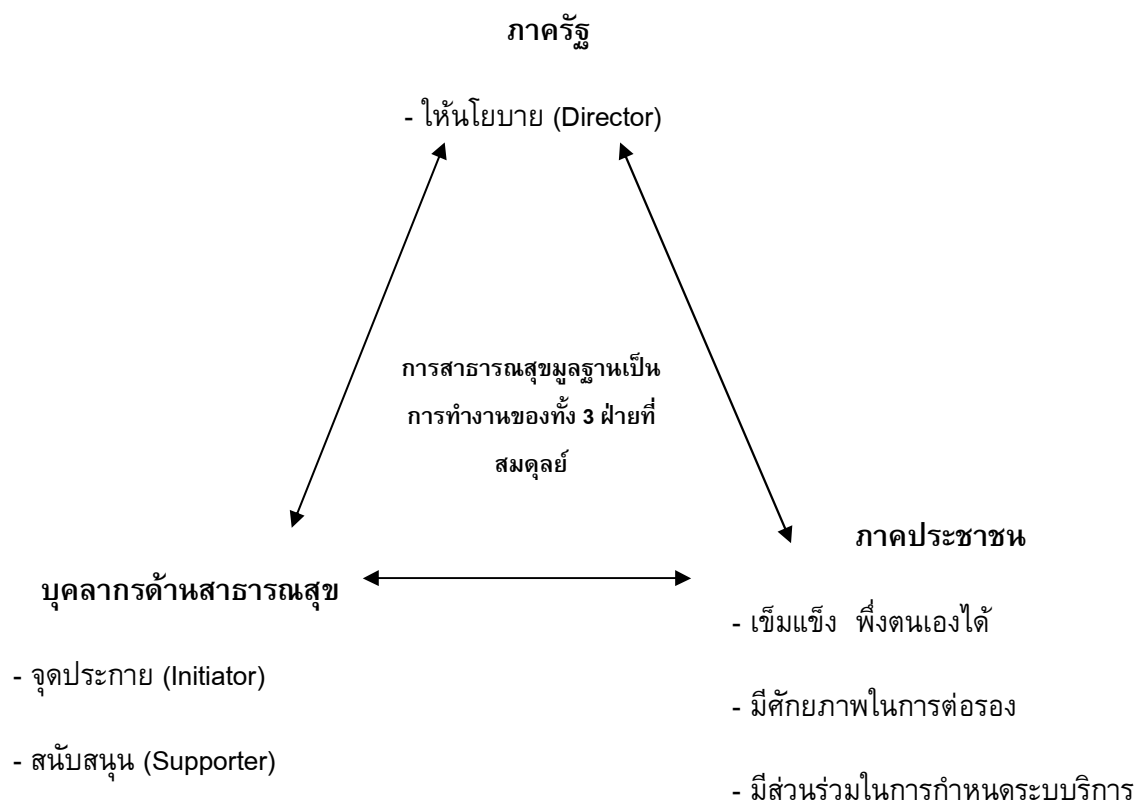
ดำเนินการ ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีความรู้สึกใน
การเป็นเจ้าของในกิจกรรมที่ดำเนินงาน

2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับ
ท้องถิ่น (appropriate technology) ประชาชน
สามารถดำเนินการได้เอง

3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของ
รัฐ เพื่อรองรับการเชื่อมต่อการสาธารณสุข
มูลฐาน (reoriented basic health service)

4. การผสมผสานเข้ากับระหว่าง
กระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (intersectoral
collaboration) เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย
กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม

หลักการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน



ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2523 จะให้การสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้น จึงได้บรรจุนโยบายด้านสาธารณสุขมูลฐานไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับ 4 ถึงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544) ทั้งนี้แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 เน้นที่การฝึกอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2529) มีการกำหนดองค์ประกอบที่สำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน 8 ประการ ได้แก่ การสุศึกษา การโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้การรักษายาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาสะอาด การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น นอกจากนี้มีการจัดตั้งกองทุนสาธารณสุขเฉพาะกิจ เช่นกองทุนยาและเวชภัณฑ์ กองทุนโภชนาการ กองทุนสุขาภิบาลฯ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) มีการเพิ่มองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานอีก 2 องค์ประกอบ คือ งานทันตสาธารณสุข และงานสุขภาพจิต เน้นการพัฒนาทางคุณภาพ ส่งเสริมและขยายโอกาสการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีระหว่างชุมชน ในส่วนของหน่วยงานวิชาการได้มีการปรับปรุงเทคโนโลยีที่นำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขให้ดียิ่งขึ้น เช่น การตรวจวัดเชื้อแบคทีเรียในน้ำอย่างง่าย ๆ การคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นต้น แผนพัฒนา

สาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – พ.ศ. 2539) เน้นให้ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง (self care) และคุณภาพชีวิต นำการสาธารณสุขมาใช้กับชุมชนในเขตเมือง เพิ่มองค์ประกอบอีก 4 องค์ประกอบ คือ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมและสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขในชุมชน

การขับเคลื่อนเรื่องสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยประสบความสำเร็จในระดับที่ไม่สูงนัก แต่เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544¹⁶ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดตั้ง “กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” มีฐานะเป็นนิติบุคคลมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัย เพื่อพัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณสุขประโยชน์ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐ ที่ให้ความสำคัญในการทำงานสาธารณสุขเชิงรุกมากขึ้น ซึ่งการให้บริการสุขภาพในลักษณะนี้ จำต้องอาศัยสมรรถนะที่จำเป็น¹⁷ ดังนี้

1. สมรรถนะในการดูแลสุขภาพของชุมชน
2. สมรรถนะการดูแลทางคลินิก
3. สมรรถนะในการทำงานร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ
4. สมรรถนะในการให้บริการที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ

5. สมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

6. สมรรถนะในการร่วมหารือกับผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการตัดสินใจสำหรับการดูแลปัญหาสุขภาพ

7. สมรรถนะในการจัดการกับข้อมูลสุขภาพ และนำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกัน

หลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) กับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Care)

อย่างไรก็ดีในทางปฏิบัติยังมีความสับสนในเรื่องหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) กับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) เพราะทั้ง 2 คำมีหลักการที่ใกล้เคียงกันมาก กล่าวคือการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care; primary medical) คือ การจัดหาสินค้า/บริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็น สำหรับแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ โดยความร่วมมือของประชาชนภายใต้บริบทของชุมชนและครอบครัว^{18,19} ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้เป็นบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรด้านสาธารณสุข สิ่งจำเป็นในการจัดการในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ คือ ระบบการข้อมูล (information systems) และระบบประกันคุณภาพของบริการ (quality assurance system) เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มทุกสถานที่ สามารถที่จะเข้าใช้บริการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิได้โดยไม่มีอุปสรรคที่เนื่องจากเศรษฐกิจ ภาษา วัฒนธรรม การดูแลสุขภาพปฐมภูมิมีคุณค่าทั้งในต่อตัวประชาชนแต่ละคน และต่อสังคมโดยรวม ประโยชน์การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีต่อประชาชนแต่ละคน คือ

1. ปัญหาสุขภาพโดยรวมของแต่ละคนได้รับความใส่ใจอย่างใกล้ชิด

2. การแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละคนผ่านระบบการส่งต่อไปให้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

3. ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยมีผู้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเอง

4. เพิ่มโอกาสในการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน รวมทั้งสามารถตรวจพบอาการเจ็บป่วยได้แต่เนิ่นๆ

5. สร้างความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน ครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน

เป้าหมายของการให้บริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) คือ การได้รับบริการที่ดีในการดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง และค่าใช้จ่ายที่ไม่สูงเกินไป

แม้ว่าจุดเริ่มต้นในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเน้นที่การดูแลสุขภาพเบื้องต้นหรือการดูแลสุขภาพการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อย (acute or common illnesses) แต่หลักการนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น^{20,21}

การสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) คือ การดำเนินงานสาธารณสุขในลักษณะผสมผสานบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การรักษายาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนทั่วไปในชุมชน ทั้งนี้การดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานจะเชื่อมโยงกับกิจกรรมการพัฒนาท้องถิ่นอื่นๆ ไปพร้อมกัน โดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในลักษณะการส่งต่อและการพัฒนาระบบการสื่อสารภายในชุมชน²² ดังนั้น

อาจกล่าวได้ว่ารูปแบบของงานสาธารณสุขมูลฐาน และการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิแม้ว่าจะคล้ายคลึงกันแต่มีความแตกต่างกันในจุดเน้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบ Primary Health Care กับ Primary medical²³

	การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Medical/ Primary Care)	การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)
จุดเน้น	- สภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน (illness) - การรักษาอาการเจ็บป่วย (cure)	- สุขภาพโดยรวม (health) - การป้องกันการเจ็บป่วย (prevention) - การดูแลอาการเจ็บป่วย (care) - การรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง (cure)
รูปแบบ	- ให้การรักษาด้วยเทคโนโลยี (treatment) - การรักษาตามการเกิดอาการเจ็บป่วย (episodic care) - การเจ็บป่วยมีลักษณะพิเศษ (special problems)	- การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) - การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuous care) - การดูแลที่มีการเชื่อมโยงกับปัจจัยอื่นๆ (comprehensive care)
หน่วยงาน	- มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ (specialists) เช่น แพทย์ เภสัชกร - สามารถดูแลด้วยหน่วยงานเดียว (single-handed practice)	- มีความเชี่ยวชาญเบื้องต้น (general practitioners) - อาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานโดยการทำงานเป็นทีม
ผู้รับผิดชอบ	- เฉพาะหน่วยงานด้านสาธารณสุขเท่านั้น - ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นหลัก (professional dominance) - ให้บริการแบบตั้งรับ (passive reception)	- ความรับผิดชอบร่วมหลายหน่วยงาน (inter-sectoral collaboration) ทั้งชุมชน/สังคม (community participation) และผู้รับบริการ (self-responsibility)

ในปัจจุบันสังคมโดยรวมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพรูปแบบต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย โดยมีวัตถุประสงค์²⁴ คือ

1. เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการ และผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการ (quality and patient outcomes)²⁵

2. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ (cost savings) เช่น การใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างได้ผล (efficiently)

เภสัชกรกับระบบสุขภาพ

เภสัชกรรมเป็นวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลและปกป้องสุขภาพของประชาชนผ่านองค์ความรู้ ทักษะ และการสื่อสาร ด้านยา ลักษณะการให้บริการของงานเภสัชกรรมมีความเป็นพลวัต ปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมสังคม ดังจะเห็นได้จากการวิวัฒนาการของวิชาชีพเภสัชกรรม (re-professionalization) จากการทำให้อาชีพมีความสำคัญในตัวผลิตภัณฑ์ยา ด้วยการคิดค้นผลิตภัณฑ์ยาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการรักษา รูปแบบยาใหม่ที่สะดวกในการใช้ มาเน้นงานบริหารเภสัชกรรม ที่มุ่งเน้นในการดูแลผลการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย แทนการให้ความสำคัญในการจ่ายยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเท่านั้น²⁶⁻³⁰ อาจกล่าวได้ว่าเภสัชกรมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ดีจากการใช้ยา

ดังนั้นการพัฒนาบทบาทวิชาชีพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมจึงเป็นสิ่งที่เภสัชกรต้องตระหนักเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ³¹⁻³³

รูปแบบการให้บริการงานเภสัชกรรมที่พบโดยทั่วไปในประเทศต่างๆ³⁴ คือ

1. ความรับผิดชอบในการจัดหายาไว้สำหรับบริการของสถานพยาบาลต่างๆ (custodian of medicine)

2. การเตรียมยา ผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพตลอดจนการกระจายยาดังกล่าวไปถึงมือผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา

3. การให้คำแนะนำในการใช้ยาอย่างปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และมีความเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ

4. การให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้น รวมถึงการคัดกรองโรค และการส่งต่อกรณีที่มีอาการที่รุนแรง

5. การให้บริการข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการให้คำแนะนำอาการของความเจ็บป่วย คำแนะนำในการรักษาอาการเจ็บป่วย การประกันสุขภาพ (ในต่างประเทศ)³⁵

6. การให้บริการเภสัชกรรม (provider of pharmaceutical care)

7. การร่วมมือกับสหสาขาการแพทย์อื่นๆ เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน

ทั้งนี้ทุกรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมต้องตระหนักถึงความคุ้มค่าของการให้บริการ (cost-effective pharmaceutical services) เสมอ แม้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในแต่ละหน่วยงานให้น้ำหนักในแต่ละหน้าที่แตกต่างกัน อาทิเช่น เภสัชกรโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจะให้น้ำหนักในการบริหารเภสัชกรรมมาก ในขณะที่การปฏิบัติงานของเภสัชกรร้านยา หรือในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ จะเน้นที่การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ดีการให้บริการเภสัชกรรมใน

อนาคตจะต้องเชื่อมโยงและสอดคล้องกับกับให้บริการของสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ในงานสาธารณสุข ตลอดจนการประสานและร่วมมือกับผู้ป่วย ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม (optimal medication therapy outcomes) อันเป็นผลประโยชน์โดยรวมของผู้มารับบริการและสังคม³⁶⁻⁴²

เภสัชกรรมปฐมภูมิ

(Primary pharmaceutical service)

เมื่อพิจารณาจากกรอบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิพบว่าเภสัชกรสามารถมีบทบาทในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิได้เป็นอย่างดี จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศพบว่าในปัจจุบันมีการเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในงานปฐมภูมิมากขึ้น โดยเฉพาะการปฏิบัติงานในร้านยา ที่ขยายบทบาทจากการดูแลการเจ็บป่วยของประชาชน เป็นการดูแลสุขภาพของประชาชนตลอดเวลา (wellness movement) ไม่จำเพาะเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น^{35,43} อาทิเช่น

1. บทบาทในการดูแลผู้บำบัดการติดยาเสพติด ในหลายประเทศได้ให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดมารับยา เช่น เมทาโดน (methadone) ที่ร้านยาแทนการไปรับจากสถานพยาบาล ทำให้การบำบัดการติดยามีประสิทธิภาพมากขึ้น^{44,45} การให้บริการแลกเข็มฉีดยา (needle exchange services)⁴⁶⁻⁴⁸

2. การให้คำแนะนำในการใช้ยาเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาผิด หรือการใช้ยาไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มยาสามัญที่ประชาชนสามารถซื้อเองได้ (over-the-counter drug; OTC)⁴⁹

3. บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (health promotion and

disease prevention)⁵⁰ เช่น การให้ความรู้ข้อมูลต่างๆ สำหรับการดูแลสุขภาพ⁵² การให้บริการวัคซีน⁵³⁻⁵⁵ การคัดกรองโรค⁵⁶⁻⁵⁸

4. การให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก หรือ การใช้ยาสมุนไพร (herbal products)⁵⁹

5. การดูแล/ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน (preventive home visits) โดยเฉพาะการใช้ยาของผู้ป่วยสูงวัย ผู้ป่วยโรค ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ⁶⁰

ร้านยาในประเทศไทยเริ่มมีการให้บริการงานดังกล่าวบ้างแล้ว เช่น การคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน⁶¹ การให้บริการเลิกบุหรี่ และมีรายงานการศึกษาระบบการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยเบาหวานที่ร้านยา^{62,63} อย่างไรก็ตามบริการระดับปฐมภูมิที่เน้นงานบริหารเภสัชกรรมนั้นยังเป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญไปยังผู้มารับบริการเฉพาะราย มุ่งถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้มารับบริการ⁶⁴ ยังไม่ได้มีนำหลักของการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ ดังนั้นหากขยายบทบาทของเภสัชกรรมให้ครอบคลุมงานตามหลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเรียกงานลักษณะนี้ว่า “งานบริการเภสัชสาธารณสุข” (pharmaceutical public health service)^{52,65,66} หรือ “งานเภสัชกรรมสังคม” (social pharmaceutical service) จะเป็นแนวทางการพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมให้บริการเชิงรุกที่เป็นประโยชน์แก่สังคมมากขึ้น^{21,67-70} ทั้งนี้ งานบริการเภสัชสาธารณสุข (Pharmaceutical public health service)⁵² หมายถึง การประยุกต์องค์ความรู้และทักษะด้านเภสัชศาสตร์เพื่อใช้ในการป้องกันโรค การช่วยให้ประชาชนมีชีวิตที่

ยืนยาว ส่งเสริม สนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยความร่วมมือของสมาชิกในสังคม

งานบริการเภสัชสาธารณสุขเป็นการให้บริการโดยผสมผสานความรู้ ทักษะ และทัศนคติความเป็นวิชาชีพ เพื่อช่วยเพิ่มคุณภาพของการใช้ยา โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ในมุมมองของผู้ป่วย; patient-centered care) รวมทั้งการประสานกับวิชาชีพอื่น ๆ และชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน อาทิเช่น ผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านรวมตัวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: 2000; p. 5
2. Starfield B. Primary care: Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press, 1998; p. 3
3. Dao M.Q. Government expenditure and growth in developing countries. Progress in Development Studies. 2012;12(1):77-82.
4. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990;43:533-543.
5. สกิตกร พงศ์พานิช วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ นวลอนันต์ ตันติเกตุ จิตพรภาณี วาศวิท. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2539 และ 2541. [cited 2013 Jan 9]. Available from <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/1946>.

เพื่อดูแลการกินยาและการฉีดยาซึ่งกันและกัน โดยมีเภสัชกรเป็นผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนข้อมูลการใช้ยาแทนการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นงานบริการเภสัชสาธารณสุขจึงเป็นรูปแบบใหม่ที่ขยายบทบาทของเภสัชกรเพิ่มจากงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งนอกจากจะทำให้ประชาชน/ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี มีประสิทธิภาพมากขึ้นแล้ว ยังจะทำให้ประชาชนรับทราบและเข้าใจบทบาทของเภสัชกรเพิ่มขึ้นด้วย^{71,72}

6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สารสุขภาพ (Health Fact sheet) ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 , 25 ตุลาคม - 29 ตุลาคม 2553 [cited 2013 Jan 9]. Available from http://www.moph.go.th/ops/thp/images/stories/Report_pics/Thai_Report/HighLight/Y5_4 / Oct_Dec/ Issue_4.pdf
7. Saksena P., Xu K., Elovainio R. and Perrot J. Utilization and expenditure at public and private facilities in 39 low-income countries. Trop Med Int Health. 2012;17(1): 23-35.
8. Anderson, J.M. Achievable Cost Saving and Cost-Effective Thresholds for Diabetes Prevention Lifestyle Interventions in People Aged 65 Years and Older: A Single-Payer Perspective. J Acad Nutr Diet. 2012;112(11):1747-1754.
9. Baly A., Toledo M.E., Rodriguez K., Benitez J.R., Rodriguez M., Vanlerberghe M.B,V, and Van der

- Stuyft P. Costs of dengue prevention and incremental cost of dengue outbreak control in Guantanamo, Cuba *Trop Med Int Health*. 2012;17(1):123–132.
10. Lotan, Y, Buendia J I, Lenoir-Wijnkoop, I, Daudon, M, Molinier, L, Tack, I, Nuijten, M J.C. Primary prevention of nephrolithiasis is cost-effective for a national healthcare system. *BJU International*. 2012;110(11c):E1060-E1067.
 11. Underhill K. Paying for Prevention: Challenges to Health Insurance Coverage for Biomédical HIV Prevention in the United States. *Am J Law Med*. 2012;38:607-666.
 12. Cobiac LJ., Vos T. Cost-effectiveness of extending the coverage of water supply fluoridation for the prevention of dental caries in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(4):369-376.
 13. Kim D., Leonie S. Home visiting programmes for the prevention of child maltreatment: cost- effectiveness of 33 programmes. *Arch Dis Child* 2012;97 (9):787-798.
 14. Kahn J.G, Harris B., Mermin J.H, Clasen T., Lugada E., Grabowsky M, Frandsen M. V., Garg N. Cost of Community Integrated Prevention Campaign for Malaria, HIV, and Diarrhea in Rural Kenya. *BMC Health Serv Res* 2011;11:346.
 15. WHO. The Declaration of Alma-Ata [cited 2013 Jan 9]. Available from http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/index.html
พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.2544 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 118 ตอนที่ 102 ก วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 หน้า 6 – 18.
 16. Lim Z., Anderson C., McGrath S. Professional skills development in a resource-poor setting: the case of pharmacy in Malawi. *Int J Educ Dev* 2012;32:654–664.
 17. Donaldson MS, Yordt KD, Lohr KN, Vanselow NA, eds. Primary care: America's Health in a New Era. Washington, D.C., National Academy of Science. 1996:1-12
 18. Molla S. Donaldson, Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr, and Neal A. Vanselow, Editors. [cited 2013 Jan 9]. Available from http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=5152&page=R1
 19. Rothman A.A, Wagner E. H. Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? *Ann Intern Med*. 2003; 138:256-261.
 20. Chen C, Liao Y, Wu P. Inpatient satisfaction with TCM medication counseling services provided by pharmacists. *Eur J Integr Med* 2012;4:e281–e288.

21. Ministry of Public Health, Thailand. Report of the national seminar on Primary Health care. Chang Mai; 1977: 6-7.
22. Starfield B. Primary care: Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology New York: Oxford University Press, 1998: p. 13
23. Board on Health Care Services. Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce. THE NATIONAL ACADEMIES PRESS 500 Fifth Street, N.W. Washington; 2008:75.
24. Davis K, Schoenbaum S.C., Audet A.M. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. J GEN INTERN MED 2005;20:953–957.
25. Lin Y.Y. Evolution of Pharm D Education and Patient Service in the USA J Exp Clin Med. 2012;4(4):227-230.
26. Gilbert I. Pharmacy's attempts to extend its roles: a case study in South Africa. Soc. Sci. Med. 1998;47(2):53 -164.
27. Edmunds J, Calnan M.W. The reprofessionalisation of community pharmacy? An exploration of attitudes to extended roles for community pharmacists amongst pharmacists and General Practitioners in the United Kingdom. Social Science & Medicine 2001;53:943–955.
28. ระพีพรรณ ฉลองสุข ปลื้มจิตร โรจนพันธ์. การพัฒนาวิชาชีพเภสัชกรรมในประเทศไทยบนพื้นฐานแนวคิดแบบสหวิทยาการ. สหวิทยาการเพื่อการวิจัยและพัฒนา ปี 2553. ราชบัณฑิตยสถาน 2554: 51- 58.
29. World Health Organisation and International Pharmaceutical Federation. Developing pharmacy practice A focus on patient care. [serial on the Internet]. 2006. [cited 2012 Dec 10]: Available from: http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf
30. Roberts A.S., Benrimoj S.I., Chen T.F., Williams K.A., Hopp T.R., Aslani P. Understanding practice change in community pharmacy: A qualitative study in Australia. Res Social Adm Pharm 2005;1:546–564.
31. Manasse H.R., Speedie M.K. Pharmacists, Pharmaceuticals, and Policy Issues Shaping the Work Force in Pharmacy. Am J Health-Syst Pharm. 2007;64(12):e30-e48.
32. Carlsson J.R., Renberg T., Sporrang S.K. Drug experts of the future, today?- Depiction of the pharmacist profession in Swedish professional and lay print media. Res Social Adm Pharm. 2012;8(2):133–144.
33. Williams K.F. Re-examining 'professionalism' in pharmacy: a South African perspective. Soc Sci Med. 2007;64(6):1285–1296.

34. Simmons-Yon A, Roth MT, Vu M, Kavalieratos D, Weinberger M, Rao JK. Understanding pharmacists' experiences with advice-giving in the community pharmacy setting: A focus group study. *Patient Educ Couns* 2012;89:476–483.
35. Dolovich L, Pottie K, Kaczorowski J, Farrell B, Austin Z, Rodriguez C, et al. Integrating family medicine and pharmacy to advance primary care therapeutics. *Clin Pharmacol Ther* 2008;83:913–7.
36. Gilbert L. Pharmacist and nurse: a team approach towards primary health care or a convenient “therapeutic alliance”? *Int J Nurs Stud*. 1997;34(5):367-374.
37. Smith, F. J. The extended role of community pharmacist: Implications for the Primary Health Care team. *J Soc Admin Pharm* 1990;7:101-110.
38. Lustig, A. and Zusman, S. P. Pharmacists as members of the health care team in Israel: Sectoral Differences. *Ann Pharmacother* 1994;28(2):276-279.
39. Smith, F. J. Community pharmacists and health visitors. *Health Visitor* 1990;63:383-384.
40. Sutters, C.A., Nathan, A. The Community Pharmacist's Extended role : GPs' and Pharmacists' Attitudes towards Collaboration. *J Soc Admin Pharm* 1993;10(7):83.
41. Haines S.L., DeHart R.M., Hess K.M., Marciniak M.W, Mount J.K. Phillips B.B, Saseen J.J., Flynn A.A., Zatzkin S.W. Report of the 2009-2010 Professional Affairs Committee: Pharmacist Integration in Primary Care and the Role of Academic Pharmacy. *Am J Pharm Educ* 2010;74 (10) Article S5.
42. Farrell B, Ward N, Dore N, Russell G, Geneau R, Evans S. Working in interprofessional primary health care teams: What do pharmacists do? *Res Social Adm Pharm* 2012:1–14.
43. Luger L, Bathia N, Alcorn R, Power R. Involvement of community pharmacists in care of drug-misusers: pharmacy based supervision of methadone consumption. *Int J Drug Policy* 2000;11:227–234.
44. Winstock AR, Lea T, Sheridan J. Problems experienced by community pharmacists delivering opioid substitution treatment in New South Wales and Victoria, Australia. *Addiction* 2010;105:335–342.
45. Lawrie T, Matheson C, Bond C., Roberts K. Pharmacy customers' views and experiences of using pharmacies which provide needle exchange services in Aberdeen and

- Glasgow, Scotland. *Int J Drug Policy* 2003;14:445–447.
46. Editorial. Needle - exchange programmes in the USA: time to act now. *Lancet* 1998;351:75.
 47. Torrea C, Lucas R, Barros H. Syringe exchange in community pharmacies — The Portuguese experience. *Int J Drug Policy* 2010;21:514–517.
 48. Wazaify M, Hughes C.M., McElroy J.C. The implementation of a harm minimisation model for the identification and treatment of over-the-counter drug misuse and abuse in community pharmacies in Northern Ireland. *Patient Educ Couns* 2006;64: 136–141.
 49. Saramunee K, Krska J, Mackridge A, Richards J, Suttajit S, Phillips-Howard P. How to enhance public health service utilization in community pharmacy?: General public and health providers' perspectives. *Res Social Adm Pharm* 2012;1–13.
 50. Anderson C. Health promotion in community pharmacy: the UK situation *Patient Educ Couns* 2000; 39:285–291.
 51. Lamberts E.J.F., Bouvy M.L., van Hulten R.P. *Res Social Adm Pharm*. 2010;6:354–364.
 52. Westrick S.C., Watcharadamrongkun S., Mountb J.K., Breland M.L. Community pharmacy involvement in vaccine distribution and administration. *Vaccine* 2009;27:2858–2863.
 53. Taitel M., Cohen E, Duncan I, Pegus C. Pharmacists as providers: Targeting pneumococcal vaccinations to high risk populations. *Vaccine* 2011;29:8073– 8076.
 54. Westrick S.C. Forward and backward transitions in pharmacy-based immunization services *Res Social Adm Pharm* 2010;6:18–31.
 55. Lum BL, McWaters DS, Mergener A. Cancer detection and the community pharmacist. *Am Pharm.* 1989;NS29(7):482–487.
 57. Spruill WJ, Wade WE. Cancer awareness and prevention activities: assessment of pharmacists' knowledge and interest. *J Am Pharm Assoc* 2004;44:94–98.
 58. Odedina F.T., Warrick C., Vilme H., Young S. Pharmacists as health educators and risk communicators in the early detection of prostate cancer. *Res Social Adm Pharm* 2008; 4:59–66.
 59. Al-Arifi, M.N., Availability and needs of herbal medicinal information resources at community pharmacy, Riyadh region, Saudi Arabia, *Saudi Pharmaceutical Journal* 2012, doi:

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2012.11.004>
60. Board on Health Care Services. Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce. THE NATIONAL ACADEMIES PRESS 500 Fifth Street, N.W. Washington 2008:94
 61. สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย). รายงานโครงการดูแลปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2555. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
 62. ระพีพรรณ ฉลองสุข, สุรสิทธิ์ ล้อจิตร อำนวย และวิชัย สันติมาลีวรกุล. "การศึกษาเปรียบเทียบระบบบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลกับที่ร้านยาคุณภาพ" วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1 (4): 249-263.
 63. พยอม สุขเอนกนันท์ บุษบา ไทวรรณ พิรยา สมสะอาด และคณะ. "การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับยาต่อเนื่องระหว่างร้านยาคุณภาพและศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดมหาสารคาม" วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555; 6 (1):100-111.
 64. Walker R. Pharmaceutical public health: the end of pharmaceutical care? Pharm J 2000;264:340–341.
 65. Gilbert L. Community pharmacy in South Africa: A changing profession in a society in transition. Health & Place. 1998;4(3):273-285.
 66. Anderson C, Blenkinsopp A, Armstrong M. Pharmacists' perceptions regarding their contribution to improving the public's health: a systematic review of the United Kingdom and international literature 1990–2001. Int J Pharm Pract. 2003;11:111–120.
 67. Anderson C, Blenkinsopp A, Armstrong M. Feedback from community pharmacy users on the contribution of community pharmacy to improving the public's health: a systematic review of the peer reviewed and non-peer reviewed literature 1990- 2002. Health Expect. 2004;7:191–202.
 68. Krska J, Morecroft C. Views of the general public on the role of pharmacy in public health. J Pharm Health Serv Res. 2010;1:33–38.
 69. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: a systematic review of community pharmacist and consumer views. BMC Public Health 2011;11: 1–45.
 70. Bush J, Langley C.A., Wilson K.A.. The corporatization of community pharmacy: Implications for service provision, the public health function,

- and pharmacy's claims to professional status in the United Kingdom. *Res Social Adm Pharm* 2009;5:305–318.
71. Kennie-Kaulbach N., Farrell B., Ward N., Johnston S, Gubbels A., Eguale T., Dolovich L., Jorgenson D., Waite N., Winslade N. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. *BMC Family Practice* 2012;13:27.
72. Draugalis JR, Beck DE, Raehl CL, Speedie MK, Yanchick VA, Maine LL. Expansion of Pharmacy Primary Care Services in a Reformed Health System. *Am J Pharm Educ.* 2010 ;74(10):S4.