

ระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ : กรณีศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าแห่งชาติ : เขต 5 ราชบุรี

PHARMACIST'S PRIMARY CARE SERVICE: A CASE STUDY FROM NATIONAL HEALTH SECURITY OFFICE REGION 5 RATCHABURI

ระพีพรรณ ฉลองสุข*, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, น้าฝน ศรีบัณฑิต และ สุวิดา ตั้งตระกูลธรรม

ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม

*ติดต่อผู้พิมพ์ : chalongsuk_r@su.ac.th

RAPEEPUN CHALONGSUK*, SURASIT LOCHID-AMNUAY, NAMFON SRIBUNDIT AND SUWIDA TANGTRAKULTHAM

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

*Corresponding Author: chalongsuk_r@su.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการระดับปฐมภูมิ และกำหนดรูปแบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับสถานบริการในเขตรับผิดชอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี โดยการสำรวจ ข้อมูล วิเคราะห์รายงานต่าง ๆ การประชุมกลุ่ม การเข้าถึงเหตุการณ์ในการประชุมที่เกี่ยวข้องในช่วงเวลากรกฎาคม 2556 – มกราคม 2557 ด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีการดำเนินการในเขต 5 มี 4 กิจกรรมหลักคล้ายกัน ได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม งานคุ้มครองผู้บริโภค ยังไม่มีรายงานกิจกรรมที่เกิดจากการวิเคราะห์ชุมชน หรือกิจกรรมที่สนองความต้องการของชุมชนอย่างชัดเจน ทั้งนี้รูปแบบงานทั้ง 4 กิจกรรมมีการดำเนินการเหมือนกันในสถานพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการส่วนใหญ่จึงเป็นเรื่องบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะรูปแบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่เหมาะสมต้องสอดคล้องกับเป้าหมายงานบริการเภสัชกรรม คือ ความปลอดภัยจากการใช้ยา และการเพิ่มคุณภาพการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนั้นแม้จะเป็นกิจกรรมเดียวกัน แต่จุดเน้นของกิจกรรมสำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิควรแตกต่างกัน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ ความคุ้มค่าของการให้บริการ และการทำงานเป็นทีม บนพื้นฐานบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทั้งนี้การกำหนดกิจกรรมและตัวชี้วัดของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จึงต้องสอดคล้องและสะท้อนกับ 2 เป้าหมายภายใต้บริบทของชุมชน นอกจากนี้เงื่อนไขสำคัญของการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ 3 ประการ คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการต้องมีความเข้าใจในหลักการของงานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเปลี่ยนกรอบในการประเมินตัวชี้วัดและการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับ

แนวคิดนี้ด้วย การจัดทำฐานข้อมูลของการให้บริการที่สมบูรณ์ มีความเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยในทุกสถานบริการและเป็นปัจจุบัน และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขจากการเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ: เกสัชกรรมปฐมภูมิ, เกสัชกร, บริการปฐมภูมิ

Abstract

The purpose of this study were to analyze the situation of pharmacy in the primary care service, to analyse factors related to primary care pharmacy services and to design a model for pharmacy in primary care that is practicable in health setting of the National Health Security Office: region 5 Ratchaburi. The study was conducted between July 2013 and January 2014. Data were collected by surveys, meetings of focus groups, analyzing the minutes and attending any related conferences. Descriptive statistics were used to analyze the data. The result showed that primary care service had been done in 4 activities: pharmaceutical product management, dispensing of prescriptions and counseling of patients, community based pharmaceutical care and consumer protection. Community activities that corresponded with community needs were not obviously reported. The 4 of activities in primary care setting were same as in secondary care and tertiary care setting. An unbalance of staffs and workload is the most common problems which were reported.

The model for primary care service should be appropriately correlated with the goal of pharmacy services (safety of drug use and improving quality of patient's drug use). Although the activities in primary, secondary and tertiary care setting had the same interventions, the approaches should be flexible and suitable for each setting. All activities should consider the safety of patient, and the cost-effectiveness of activities and teamwork based on the context of patients, families and communities. Thus, identifying activities and key performance indicators must be related to these two goals and the context of community. In addition, three important conditions to be considered regarding the primary care service development are administrators and pharmacists need to understand the principles of primary care service, especially the Ministry of Public Health and National Health Security Office. They should adjust the framework of indicators and budget allocation to be suitable for these concepts. There should be a complete and current database which provides information on patient from all setting. Modifying the attitudes of healthcare professionals from providing health services to supporting patients in health care.

Keywords: pharmacy primary care, pharmacist, primary health services

บทนำ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยเริ่มปฏิรูประบบสาธารณสุข¹ จนประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550² และธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552³ ทำให้ได้กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่เน้นบริการเชิงรุก ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ “แผนการพัฒนารองพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2552-2555”⁴ โดยยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล⁵ เพื่อพัฒนาให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการดูแลและให้บริการครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งให้ชุมชนในการจัดระบบสุขภาพตนเอง ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมชุมชน⁶ หรือก่อให้เกิดผลดีต่อชุมชน/ประเทศ ที่จะได้นคนที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นต้นทุนทางสังคมที่สำคัญของประเทศต่อไป⁷ ในทางปฏิบัติพบว่าจำนวนสถานบริการสาธารณสุขในทุกจังหวัดมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้สัดส่วนประชากรที่แต่ละหน่วยบริการต้องรับผิดชอบมีจำนวนลดลง แต่ระบบบริการปฐมภูมิยังไม่เข้มแข็ง⁸ เนื่องด้วยศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัด ไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตและมีความซับซ้อนมากขึ้น การทำงานเชิงรุกด้านการส่งเสริมและป้องกันยังเป็นงานที่บุคลากรสาธารณสุขยังไม่คุ้นชิน บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลยังให้ความสำคัญไม่มากนักกับกิจกรรมที่ชุมชนมีส่วนร่วม รวมถึงงานเภสัชกรรมปฐมภูมิก็ยังขาดความชัดเจน ดังนั้นการพัฒนาระบบงานบริการเภสัชกรรมที่ชัดเจนในการปฏิบัติและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน จะช่วยให้ระบบงานบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน พื้นที่ 8 จังหวัดที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 5 ราชบุรี มีความหลากหลายในเชิงภูมิศาสตร์ และเศรษฐกิจจึงเหมาะสมที่จะเป็นเขตการศึกษาการพัฒนาระบบงานบริการเภสัชกรรม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์การให้บริการระดับปฐมภูมิของสถานบริการในเขตรับผิดชอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี (เขต 5) ซึ่งรับผิดชอบในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร
2. กำหนดรูปแบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่เหมาะสมสำหรับสถานบริการในเขตรับผิดชอบ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาการให้บริการระดับปฐมภูมิของสถานบริการในเขต 5 ช่วงเดือนกรกฎาคม 2556 ถึงเดือนมกราคม 2557 โดยวิธีการดังต่อไปนี้

1. ทบทวนเอกสาร รายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการปฐมภูมิ งานเภสัชกรรม

ปฐมภูมิทั้งของต่างประเทศ และประเทศไทย

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสำรวจสถานการณ์การให้บริการระดับปฐมภูมิของสถานบริการในเขตรับผิดชอบเขต 5 ด้วยการแบบสำรวจในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ, งานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ และแนวทางการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยจัดส่งแบบสำรวจจำนวน 73 ฉบับ ไปถึงหัวหน้างานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในเขต 5 เมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2556 และขอรับกลับวันที่ 26 สิงหาคม 2556 เมื่อครบกำหนดมีการติดตามแบบสอบถามทางโทรศัพท์ และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ณ วันที่ 22 ตุลาคม 2556 ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งสิ้น 41 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 56.2

3. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1 การเข้าสังเกตการณ์ในการประชุม คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ครั้งที่ 2/2556 วันที่ 8 กรกฎาคม 2556 ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขต 5

3.2 การเข้าสังเกตการณ์ในการประชุม เรื่อง การพัฒนากำลังคนด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในวันที่ 30 สิงหาคม 2556 ห้อง 201 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์ราชการฯ ถ.แจ้งวัฒนะ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาล สภาเภสัชกรรม สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล เภสัชกรรมสมาคมและคณาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ จำนวน 23 คน เพื่อประเมินนโยบายเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน กิจกรรมงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

3.3 การร่วมสังเกตการณ์การนิเทศ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของโรงพยาบาล นครปฐม 2 ครั้ง ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2556 เพื่อประเมินการปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

3.4 การประชุมกลุ่ม (focus group) วันที่ 19 พฤศจิกายน 2556 ห้องมนตรีพจนกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกในประเด็นสำคัญ ๆ ข้อมูลจากแบบสอบถามยังไม่ชัดเจน โดยมีตัวแทนจากโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ทั้งในเขต 5 และนอกเขต 5 ที่มีการดำเนินงานปฐมภูมิชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลท่าสาย โรงพยาบาลมวกเหล็ก โรงพยาบาลห้วยกระเจา และโรงพยาบาลสนามชัยเขต

3.5 การนำเสนอผลสรุปข้อมูลเบื้องต้น ในการประชุมการพัฒนาเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี วันที่ 27 มกราคม 2557 ณ โรงแรมโกลเด้นท์ซิตี ราชบุรี เพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและใช้ Thematic analysis สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การพัฒนารูปแบบการใช้การสังเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ นำรูปแบบที่สังเคราะห์ได้เสนอที่ประชุมการพัฒนาเภสัชกรรมปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี วันที่ 27 มกราคม 2557 ณ โรงแรมโกลเด้นท์ซิตี ราชบุรี

ผลการศึกษาและอภิปรายผลการศึกษา

พื้นที่ความรับผิดชอบของ เขต 5 ราชบุรี ประกอบด้วย 8 จังหวัด มีประชาชนทั้งหมด 5,162,495 คน (ข้อมูลปีงบประมาณ 2556) โดยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 เป็นประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ⁹ นอกจากนี้ในเขต 5 นี้ยังมีคนต่างด้าวมาอาศัยทั้งในรูปแบบแรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายและแรงงานที่ลักลอบเข้าเมืองจำนวน 160,625 คน¹⁰ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างในระบบอุตสาหกรรม

สถานะสุขภาพของประชาชน

สาเหตุการเจ็บป่วยของประชาชนในแผนกผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ของเขต 5 พ.ศ. 2555 พบว่า อันดับหนึ่ง คือ โรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมาจะเป็นโรคทางระบบไหลเวียนโลหิต ต่อมาไร้ท่อ โภชนาการและเมแทบอลิซึม แต่อย่างไรก็ตามโรคทางระบบกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเสริมจะมีอัตราการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกสูงในจังหวัดที่มีจำนวนผู้ใช้แรงงานมาก เช่น นครปฐม สมุทรสงคราม และเพชรบุรี⁹ สาเหตุการเจ็บป่วยของประชาชนในแผนกผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ของเขต 5 คือ โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมแทบอลิซึม โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด และความผิดปกติบางชนิดเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน และโรคเบาหวานตามลำดับ⁹ แสดงให้เห็นถึงภาระงานที่มีความต่อเนื่องของการให้บริการในผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งนี้จำนวนครั้งของการพบแพทย์ปี 2555 ของหน่วยบริการทุกจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2554 ทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน

โลหิตสูง แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานให้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

สถานบริการภาครัฐในพื้นที่เขต 5 มีหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิทั้งหมด 15 แห่ง ประกอบด้วยหน่วยบริการระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง หน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลทั่วไป 12 แห่ง ใน พ.ศ. 2553 มีแพทย์จำนวน 1,581 คน ทันตแพทย์จำนวน 383 คน เภสัชกรจำนวน 670 คน (ร้อยละ 7.5 ของทั้งประเทศ) และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9,562 คน¹² เมื่อพิจารณาภาระงานพบว่าสัดส่วนของประชากร (เฉพาะคนไทย) ต่อเภสัชกรทั้งหมด (ทุกสังกัด) 7,502 คนต่อเภสัชกร 1 คนและลดลงเหลือ 7,059 ต่อเภสัชกร 1 คน ในปี 2554 ในขณะที่ภาพรวมของทั้งประเทศ คือ 7,087 คนต่อเภสัชกร 1 คน และลดลงเหลือ 6,425 คนต่อเภสัชกร 1 คน ในปี 2554¹³ แสดงให้เห็นถึงภาระงานของเภสัชกรในเขต 5 มีมากกว่าระดับเฉลี่ยของประเทศ แสดงถึงการกระจายตัวของเภสัชกรยังไม่สอดคล้องกับจำนวนประชาชนที่ต้องรับผิดชอบในพื้นที่ อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์นอกจากมีภาระงานในการดูแลสุขภาพของคนไทยแล้ว ยังต้องดูแลสุขภาพของคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในเขตพื้นที่นี้ซึ่งมีจำนวนไม่น้อย สัดส่วนของประชากรต่อหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 5 ราชบุรีปี 2556 เท่ากับ 3,898.90 คนต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่ง โดยจังหวัดสมุทรสงครามมีสัดส่วนประชากรต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ 2,417.60 คน และจังหวัดสมุทรสาครมีสัดส่วนประชากรต่อหน่วยบริการปฐมภูมิสูงสุด 6,137.72 คน โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบประชากรต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 คน

หน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ 10,000 ถึง 30,000 คน มีจำนวน 33 แห่ง และมีหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดใหญ่ที่รับผิดชอบประชากรตั้งแต่ 30,000 ถึง 50,000 คน และมากกว่า 50,000 คนขึ้นไปอย่างละ 1 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดสมุทรสาครและสุพรรณบุรี ตามลำดับ¹² จากค่าเฉลี่ยของสัดส่วนประชากรต่อหน่วยปฐมภูมิยิ่งเน้นให้เห็นว่าการกระจายประชากรในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยปฐมภูมิแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันมาก ส่งผลต่อภาระงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยบริการที่แตกต่างกัน

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

จากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามกลับคืนทั้งสิ้น 41 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 56.2 โดยร้อยละ 71.8 มาจากโรงพยาบาลชุมชน รองลงมาได้จากโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 20.5) ที่เหลือ 3 ฉบับ (ร้อยละ 7.7) เป็นข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.5) มีหน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่า 10 แห่ง โดยเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน 10 แห่ง กลุ่มงานเภสัชกรรมร้อยละ 51.3 ได้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิโดยตรงซึ่งส่วนใหญ่จะกำหนดผู้รับผิดชอบ 1 คน แต่มีกลุ่มงานเภสัชกรรม 1 แห่งที่กำหนดผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ 2 คน ค่ามัธยฐานชั่วโมงการทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ คือ 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทั้งนี้มี 4 แห่งที่ระบุชั่วโมงการทำงานเป็นเพียงการนิเทศงานประมาณ ปีละ 2 ครั้ง เป็นที่น่าสังเกตว่าโรงพยาบาลชุมชนมีชั่วโมงการปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิน้อยกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพราะโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 62.5 ระบุว่าระยะเวลาที่ใช้ในการทำงาน

ปฐมภูมิประมาณน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 75 ระบุว่าระยะเวลาที่ใช้ในการทำงานปฐมภูมิประมาณ มากกว่า 17 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

การดำเนินงานระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิแบ่งออกเป็น

1) งานบริหารเวชภัณฑ์

กิจกรรมที่เภสัชกรดำเนินการส่วนใหญ่ ได้แก่ การนิเทศงานบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 97.5 จากผู้ให้ข้อมูล 40 คน) รองลงมาคือ การกำหนดกรอบรายการยาให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ (ร้อยละ 90.0)

2) งานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.4 จากผู้ให้ข้อมูล 36 คน) ดำเนินกิจกรรมส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกร และจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย เช่น มีฉลากอธิบายการใช้ยาเพิ่มเติม เอกสารความรู้

3) งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม

กิจกรรมนี้ คือ การเยี่ยมผู้ป่วย ณ บ้านพักอาศัยของผู้ป่วย แต่รูปแบบการเยี่ยมแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.5 จากผู้ให้ข้อมูล 40 คน) เป็นการออกไปเยี่ยมผู้ป่วยพร้อมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบางแห่งให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมออกเยี่ยมบ้านกับสหสาขาวิชาชีพ อย่างไรก็ตามก็ยังมีกลุ่มงานเภสัชกรรมร้อยละ 35.0 ที่ยังไม่มีกิจกรรมนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมงานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรมมีหลากหลาย เช่น

1. ใช้เกณฑ์ของหน่วยเวชกรรม หรือ เกณฑ์ของทีมสหสาขาวิชาชีพ คัดเลือกผู้ป่วยที่จะออกไปเยี่ยมบ้าน

2. สภาพปัญหาคนไข้ เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ระดับน้ำตาลสูงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่กลับมาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบ่อย มีปัญหาด้านการใช้ยา ผู้ที่ต้องใช้ยาหลายชนิด ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้หลังการใช้ยาจิตเวช ผู้พิการ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่ต้องดูแลพิเศษ เช่น ใส่สายสวน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาล

3. การคัดกรองโดยเภสัชกรผู้จ่ายยาของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ของหอพักผู้ป่วยที่ให้ผู้ป่วยกลับบ้าน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4) งานคุ้มครองผู้บริโภค

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.6 จากผู้ให้ข้อมูล 23 คน) ดำเนินกิจกรรมลงพื้นที่ดำเนินกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขร่วมกับเครือข่าย รองลงมาคือ กิจกรรมจัดทำแผน/กิจกรรมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขร่วมกับเครือข่าย (ร้อยละ 56.5)

5) งานอื่น ๆ ในการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

นอกจาก 4 งานหลักแล้วยังมีงานอื่น ๆ เช่น การเป็นวิทยากรให้ความรู้ด้านยาแผนปัจจุบัน ยาสมุนไพร และยาแผนโบราณ การให้บริการคัดกรองหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การรับให้คำปรึกษาด้านยาทางโทรศัพท์ งานที่สำนักงานสาธารณสุขมอบหมายเป็นครั้งคราว เช่น การ

ร่วมตรวจสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาต

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเขต 5 คือ

1. อัตรากำลังของเภสัชกรมีไม่เพียงพอในการออกให้บริการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทำให้บางแห่งมอบหมายให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมไปปฏิบัติหน้าที่ในงานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือการนิเทศงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลไม่ได้ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ หรือการเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้านในรายที่จำเป็นไม่สามารถดำเนินการได้ทุกราย

2. ข้อจำกัดด้านเวลาในการให้คำแนะนำเรื่องยา เวลาไปให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้การให้คำแนะนำการใช้ยาไม่ได้เต็มที่

3. พบความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ในการจ่ายยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจำนวนมาก เพราะบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่ชำนาญ เช่น จัดยาผิด ความแรง ผิดตัว พิมพ์ฉลากวิธีใช้ผิด จำนวนการสั่งยาไม่สอดคล้องกับจำนวนวันนัด

4. ผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยาก่อนใช้ยา ทำให้พบการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะรายที่แพทย์ปรับเปลี่ยนยา/วิธีการใช้ยา หรือคนอ่านหนังสือไม่ออก คนสายตาไม่ดี

5. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ยังไม่สามารถบริหารคลังยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลได้ ทำให้มียาบางรายการไม่พอใช้ ขาดสต็อก บางรายการยาล้นสต็อก และหมดอายุ ระบบคอมพิวเตอร์ที่ใช้ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ข้อมูลที่แสดงจากคอมพิวเตอร์

ยังไม่เป็นที่เชื่อถือ จึงต้องทำระบบบัตรควบคุมสินค้า (stock card) ควบคุมไปด้วย ทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้น

6. การขาดความเชื่อมโยงข้อมูลการรักษาระหว่างผู้ให้บริการระดับต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลของทีมเยี่ยมบ้าน

7. การสนับสนุนทรัพยากรในการทำกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เช่น ยานพาหนะ ยังไม่เพียงพอ

8. การประสานงานระหว่างทีมที่ใช้ออกหน่วยไม่เพียงพอ

9. การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เป็นงานที่ต้องใช้ประสบการณ์สูง ทำให้เภสัชกรที่บรรจุใหม่ไม่สามารถดำเนินการได้

ลำดับความเป็นไปได้ของกิจกรรมงานปฐมภูมิในทัศนะของกลุ่มงานหรือฝ่ายเภสัชกรรม

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทุกรูปแบบพบว่าภายใต้บริบทปัจจุบันกลุ่มงานหรือฝ่ายเภสัชกรรมเห็นว่า กิจกรรมเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน คือ งานส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา งานบริหารเวชภัณฑ์ และงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางเภสัชกรรม ตามลำดับ

การวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและอุปสรรค (SWOT)

จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและอุปสรรค (SWOT) ของการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในเขต 5 ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การสำรวจ และการประชุมระดมความคิด มีดังนี้

จุดอ่อน

1. ขาดการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาประกอบการกำหนดนโยบายการทำงานมีลักษณะเชิงรับตามนโยบาย

2. การดำเนินงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่จำกัดขอบเขตเฉพาะเครือข่ายหน่วยงานสาธารณสุข การสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ร้านยา หรือ ชมรม/กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ยังมีไม่มาก

3. เกสัชกรขาดความชัดเจนในหลักการบริการปฐมภูมิ การตีความเพื่อปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิจึงหลากหลายส่งผลต่อรูปแบบการปฏิบัติที่แตกต่างกันมาก

4. ข้อจำกัดของจำนวนเภสัชกรในการรองรับงานประจำและงานบริการปฐมภูมิ เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีนโยบายให้มีเภสัชกรอย่างน้อย 1 คนปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง/สัปดาห์ ต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 1,000 คน หรือในพื้นที่ที่ขาดแคลนเภสัชกรพิจารณาให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงานภายใต้การกำกับของเภสัชกรได้ โดยเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 2 คน ต่อเภสัชกร 1 คน หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง/สัปดาห์ต่อผู้มีสิทธิไม่เกิน 1,000 คน¹³ จึงทำให้สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีเภสัชกรทำงานปฐมภูมิประมาณ 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยเภสัชกรหมุนเวียนมาให้บริการปฐมภูมิ มีไม่กี่แห่งที่กำหนดให้เภสัชกรคนใดคนหนึ่งรับผิดชอบงานปฐมภูมิโดยตรง

5. ข้อจำกัดของประสบการณ์เภสัชกรรมปฐมภูมิ ทำให้สิ่งเลที่จะดำเนินการอย่างเต็มที่

6. เภสัชกรที่รับผิดชอบงานปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นเภสัชกรที่เพิ่งเข้ารับราชการยังขาดความรู้เกี่ยวกับระบบบริหารราชการและประสบการณ์ในการบริหารจัดการ ซึ่งจำเป็นมากต่อการดำเนินงานบริการปฐมภูมิ

7. ทีมทำงานบริการปฐมภูมิยังขาดการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การทำงานมีลักษณะเฉพาะกิจ บุคลากรฝ่ายต่าง ๆ มาร่วมตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายแต่ขาดการเป็นเจ้าภาพร่วม ส่วนใหญ่เภสัชกรไม่ได้มีบทบาทหลักในคณะทำงานบริการปฐมภูมิ

8. เภสัชกรส่วนใหญ่ไม่ได้เกี่ยวข้องหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับงานบริการปฐมภูมิ อาทิเช่น นโยบายด้านงบประมาณ กองทุนสุขภาพประจำตำบล จัดระบบสุขภาพอำเภอ

9. นโยบายในการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เช่น รถ งบประมาณ สำหรับการบริการปฐมภูมิเชิงรุกในชุมชน ยังไม่มีความชัดเจนในบางหน่วยงาน ทำให้ขาดความคล่องตัว หรือขาดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน

จุดแข็ง

1. เภสัชกรมีความพยายามในการปฏิบัติงานตามกรอบงานที่ได้รับมอบหมาย

2. เภสัชกรมีศักยภาพในการเป็นผู้ประสานงานที่ดี

โอกาส

1. การปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมไทยทำให้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้น เป็นโอกาสของการดำเนินงานบริการปฐมภูมิ เพราะเป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดเรื่องสุขภาพเสียใหม่ที่สำคัญ คือ การขยายกรอบคิดเรื่องสุขภาพจากที่เน้นชีวการแพทย์ หรือการเน้นอวัยวะและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลไปสู่สุขภาพะ ที่กินความกว้างไปถึงมิติทางสังคม วัฒนธรรม และปัญญา

2. ทิศทางสังคมในชุมชนที่เอื้อต่อการสนับสนุนงานบริการปฐมภูมิ เช่น ชมรมผู้สูงอายุที่จดทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ อยู่ในเขตพื้นที่ 5 จำนวน 1,133 ชมรม¹⁴

3. กระทรวงสาธารณสุขมีเครือข่ายบริการปฐมภูมิในการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ชื่อเรียกว่า CUP (contracting unit of primary care)¹⁵ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีอนามัย ทั้งนี้มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ ทำการประสานการปฏิบัติงานสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยใช้งบประมาณของ CUP ในการบริการแบบเครือข่าย

4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีกองทุนสุขภาพประจำตำบล ที่เอื้อต่อการทำงานปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ได้มีการจัดตั้งกองทุนตำบล เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อันเชื่อมโยงกับหลักการกระจายอำนาจ เป็นเครื่องมือในการไปเสริมพลังอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง^{16,17}

5. กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบสุขภาพอำเภอ คือ ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคี เน้นเป้าหมายการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในปี 2556 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/ตสม. และโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกันพัฒนาและออกแบบให้มีระบบฐานข้อมูลกลางของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ประกอบด้วยข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยทั้งระดับบุคคลและ

ครอบครัว ที่ครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วยและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การบริการการรักษา และการรับบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเชื่อมโยงข้อมูล มีการปรับให้เป็นปัจจุบัน สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจน เป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 5 ปี (2555-2559)¹⁸ เพื่อมุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และเป็นเครือข่ายระดับประเทศ

6. สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ปัญหาของสังคมผู้สูงอายุ คือ การใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีมูลค่าสูง การไม่ร่วมมือในการใช้ยา ต้นทุนการรักษา ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปสู่แนวทางที่จะไม่เป็นโรคอย่างจริงจัง รวมทั้งการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่เนิ่น เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค

7. ตัวชี้วัดที่สถานพยาบาลของรัฐต้องดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2554 เช่น การมีเกณฑ์อัตราความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน ทำให้เอื้อต่อการวางแผนงานการให้บริการระดับปฐมภูมิ

8. ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (pay for performance : P4P) ในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวความคิดในการทบทวนหลักการและเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุขใหม่ และขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี

เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2554 ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน เป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ที่ผันแปรตามผลการปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของงาน เพื่อเพิ่มผลผลิตการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมของการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นรูปธรรม¹⁹

อุปสรรค

1. ระบบการสนับสนุนงบประมาณโดยยึดลักษณะกิจกรรมงาน ทำให้ขาดการพัฒนางานปฐมภูมิให้เหมาะสมกับศักยภาพของบุคลากรในแต่ละระดับของสถานพยาบาล

2. ระบบการสนับสนุนงบประมาณโดยยึดลักษณะกิจกรรมงาน ทำให้ขาดความเชื่อมโยงงานการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระดับ

3. กรอบปฏิบัติงานสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิภาครัฐมีหลายกรอบ แต่ตัวชี้วัดของแต่ละกรอบไม่สอดคล้องกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีภาระงานเพิ่มขึ้น อาทิเช่น เกณฑ์ประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ²⁰ ซึ่งเป็นของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่เป็นสายบังคับบัญชาโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนงานเภสัชกรรมตามเกณฑ์ได้ถูกกำหนดว่าเป็นการสนับสนุนระบบยาและเวชภัณฑ์ โดยเน้นที่การจัดซื้อจัดหาผลิตภัณฑ์ ไม่ได้กำหนดงานด้านบริหารเภสัชกรรม ในขณะที่แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการปฐมภูมิ” ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้จัดสรรงบประมาณสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ¹³ ได้กำหนดเกณฑ์สำหรับงานเภสัชกรรมไว้ 3 ข้อ ซึ่งมีทั้งการจัดซื้อ จัดหา ยา เวชภัณฑ์ และการจ่ายยา คือ

ก. การจัดหายาและเวชภัณฑ์เป็นมาตรฐานเดียวกันภายในเครือข่ายหน่วยบริการประจำ และไม่มีการขาดยา หรือมียามากเกินไป (out of stock / over stock) ตามเกณฑ์สำรองยาของมาตรฐานเภสัชกรรม (90วัน)

ข. การจัดเก็บ มีระบบการเก็บรักษายาแยกเป็นสัดส่วน เช่น ยาเม็ด ยาฉีด ยาภายนอก มีการเก็บยาแบบจ่ายยาที่วันหมดอายุน้อยก่อน (first expire - first out) และไม่มียาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ มีการแยกเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิไว้ในที่ที่เหมาะสม

ค. การจ่ายยา มีการให้ข้อมูลบนฉลากยา/ซองยา อย่างครบถ้วน (ชื่อคนไข้ วันที่ ชื่อยา วิธีใช้ คำเตือน) มีการตรวจสอบยาก่อนจ่าย (double check) และมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นด้วยวาจาในขณะส่งมอบยา

นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดว่าหน่วยบริการปฐมภูมิต้องจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน และบริการเชิงรุกในชุมชนไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แต่ไม่ได้ระบุว่าต้องเป็นงานของฝ่ายเภสัชกรรม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังมี เกณฑ์คุณภาพบริการและแนวทางการประเมิน²¹ ที่ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถที่จะมีตัวชี้วัดเฉพาะปี เช่น การกำหนดให้มีระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา เกณฑ์การใช้จ่ายยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพื่อใช้ในการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้หน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละเขตพื้นที่บริการ²² เช่น ในปี 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานีได้กำหนดเกณฑ์การประเมินคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเป็นเกณฑ์คุณภาพบริการ²³ การมีกรอบปฏิบัติงานที่หลากหลาย แม้จะเป็นงานบริการ

ปฐมภูมิอย่างเดียวกัน แต่เป้าหมายที่แตกต่างทำให้เพิ่มภาระงานในการจัดเก็บและสรุปข้อมูลเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานในช่วงที่มีเวลาและบุคลากรจำกัด

4. ระบบการบริหารงานระหว่างจังหวัดมีการจัดแบ่งกลุ่มจังหวัดของกระทรวงมหาดไทย แตกต่างจากการจัดแบ่งกลุ่มของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ คณะกรรมการนโยบายการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ ได้จัดตั้งกลุ่มจังหวัดและกำหนดจังหวัดที่เป็นศูนย์ปฏิบัติการของกลุ่มจังหวัดเป็น 18 กลุ่มโดยกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง 1 ประกอบด้วย จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี โดยให้จังหวัดนครปฐมเป็นศูนย์ปฏิบัติการของกลุ่มจังหวัด และกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนล่าง 2 ประกอบด้วย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดสมุทรสาคร โดยให้จังหวัดเพชรบุรีเป็นศูนย์ปฏิบัติการของกลุ่มจังหวัด²⁴ ทำให้การประสานงานและนโยบายต่าง ๆ ในด้านสาธารณสุขมีความซ้ำซ้อนกัน เพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน

บทวิเคราะห์และข้อเสนอแนะรูปแบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานกิจกรรมเภสัชกรรมปฐมภูมิทั้งต่างประเทศ²⁵ ในประเทศไทยและในเขต 5 ราชบุรี ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะดังนี้

หน่วยให้บริการปฐมภูมิ (PCU: primary care unit) กับงานบริการปฐมภูมิ

จากข้อมูลต่าง ๆ พบว่าเภสัชกรยังมีความสับสนระหว่างคำ 2 คำ คือ หน่วยให้

บริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสถานที่ที่จัดให้มีบริการปฐมภูมิ กับงานบริการปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นบริการเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วย หรือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนระดับของโรคได้ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้นหรือมีโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้งานบริการปฐมภูมิสามารถที่จะให้บริการได้ทั้งในหน่วยให้บริการปฐมภูมิหรือในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ หากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิมาให้บริการปฐมภูมิจะทำให้เกิดการเสียโอกาสของคนที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ต้นทุนการให้บริการปฐมภูมิของบุคลากรเฉพาะทางจะสูงเกินความจำเป็น ดังนั้นการให้บริการปฐมภูมิในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ จึงต้องพิจารณารูปแบบให้เหมาะสมและมีความเชื่อมโยงกับหน่วยให้บริการปฐมภูมิ โดยเน้นที่ความต่อเนื่อง ครอบคลุมและร่วมประสาน²⁵ แต่ในปัจจุบันจากข้อกำหนดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ต้องมีการจัดตั้งหน่วยให้บริการปฐมภูมิ และมีกิจกรรมภาคบังคับบางส่วนที่เหมือนกันทุกแห่ง เช่น กำหนดจำนวนเภสัชกร และระยะเวลาที่ต้องปฏิบัติงาน¹⁴ ทำให้ผู้บริหารในหลายหน่วยงานมองเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น ต้องการบุคลากรเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับงานบริการปฐมภูมิ เช่น การไปตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาล และผลักดันให้คนไข้ไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยคาดหวังว่าจำนวนคนไข้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจะลดลง แต่ในทางปฏิบัติยังมีคนไข้บางส่วนมีความพึงพอใจในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเพราะความสะดวกในการเดินทาง และภาระงานในโรงพยาบาลไม่ได้ลดลง

ตามที่คาดหวัง การจัดสรรบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพและเพียงพอกับผู้มารับบริการจึงค่อนข้างยาก และการให้บริการปฐมภูมิจึงมีลักษณะแบบเดิม ๆ คือรูปแบบที่ผู้ให้บริการจัดให้ ขาดการนำบริบทของชุมชนมาพิจารณาร่วมด้วย การให้งานบริการเภสัชกรรมจึงเสมือนการเพิ่มจุดบริการสำหรับผู้มารับบริการ มิได้มีการปรับรูปแบบให้เป็นงานปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

กรอบงานของเภสัชกรรมปฐมภูมิ

กรอบของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิประกอบด้วย 2 ส่วน คือ กรอบของงานบริการปฐมภูมิและกรอบของการให้บริการเภสัชกรรมบริการระดับปฐมภูมิ “การจัดหาบริการสุขภาพที่มีลักษณะผสมผสาน ครอบคลุม เข้าถึงได้ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ เพื่อแก้ไขปัญหาความจำเป็นด้านการดูแลสุขภาพของบุคคล การพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และดำเนินการในบริบทของครอบครัวและชุมชน” เน้นการประสานงานและความต่อเนื่องของการดูแล ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ²⁷

กรอบงานบริการเภสัชกรรม คือ การรับผิดชอบในความจำเป็นที่ต้องใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ การเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การวิเคราะห์ยา การควบคุมและประกันคุณภาพ การปรุงยาและจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมหรือผู้ประกอบการบำบัดโรคสัตว์ การปรุงยาและการขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา²⁸ โดยเป้าหมายงานบริการเภสัชกรรม คือ

1. ความปลอดภัยจากการใช้ยา โดยเภสัชกรต้องตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ใช้

ยาทุกขั้นตอน การประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม รวมถึงการติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วย ผลลัพธ์ คุณภาพของการใช้ยาดีขึ้น วัดในรูปของปัญหาจากการใช้ยาลดลง ความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้ ความพึงพอใจของผู้ป่วย²⁹

2. เพิ่มคุณภาพการใช้ยาของผู้ป่วย โดยเน้นที่พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องใช้ยาตามที่แพทย์สั่งจ่าย (ทั้งจำนวนและช่วงเวลา) มีความร่วมมือในการใช้ยา การใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย โรคเรื้อรัง ดังนั้นเภสัชกรไม่เพียงแค่คัดสรรยาที่มีคุณภาพและจ่ายยาให้ครบจำนวนแก่ผู้ป่วยเท่านั้น แต่ต้องประเมินความจำเป็นของบริการอื่น ๆ ที่คนไข้ต้องได้รับเพิ่มเติม เพื่อให้การใช้ยาของคนไข้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ดังนั้นการกำหนดกิจกรรมและตัวชี้วัดของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จึงต้องสอดคล้องและสะท้อนถึงเป้าหมายของทั้ง 2 กรอบของการดำเนินงานภายใต้บริบทของชุมชน เช่น

- ตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา จำนวนผู้เกิดอาการแพ้ยา

- ตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการลดลงของปัญหาจากการใช้ยา เช่น จำนวนผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (ผิดขนาด ผิดเวลา ผิดวิธีการ)

- ตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการประหยัดค่าใช้จ่ายในการใช้ยา หรือการรักษาโดยรวมทั้งในมุมมองของหน่วยงานและมุมมองของผู้ป่วย

- ตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการจัดหายาที่จำเป็น เช่น อัตราการสำรองยา ร้อยละของการส่งเบิกยานอกเวลากำหนด

ร้อยละของรายการยาในคลังเวชภัณฑ์ที่ไม่มี การเบิกจ่ายภายใน 1 เดือน

- ตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพของงานบริการ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (ในหน่วยงาน และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง) และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย

การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

กิจกรรมงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีการดำเนินการในเขต 5 อยู่ในกรอบกิจกรรมที่แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเสนอในพ.ศ. 2553³⁰ และส่วนใหญ่กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นหน่วยงานสนับสนุนไม่ใช่หน่วยงานหลักในการดำเนินกิจกรรมปฐมภูมิ ดังนั้นการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในเขต 5 ส่วนใหญ่จึงเป็นงานเชิงรับ ไม่ได้เป็นผู้กำหนดเป้าหมายของกิจกรรม เช่น กลุ่มงานเวชกรรมเป็นผู้กำหนดผู้ป่วยที่ต้องไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หากผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาอยู่นอกเส้นทางไปเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานเวชกรรมก็ทำให้ไม่สามารถร่วมเป็นทีมไปปฏิบัติงานในเวลาเดียวกันได้ ต้องประสานการใช้รถเพื่อไปปฏิบัติงานต่างหาก ทำให้มีความล่าช้า

เมื่อพิจารณาจากกรอบของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิสามารถนำไปจัดกิจกรรมของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิได้หลากหลายแบบ แต่ต้องดำเนินการเฉพาะกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและตามศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงาน โดยเกณฑ์การพิจารณาสำหรับจัดลำดับกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ คือ

1. เกณฑ์ความปลอดภัยของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สำคัญสำหรับการดูแล

รักษาผู้ป่วย กล่าวคือ กิจกรรมที่ดำเนินการต้องไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยจากการได้รับการดูแลต่ำกว่ามาตรฐาน หรือขาดการเข้าถึงบริการที่จำเป็น เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ต้องเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้คงที่ในระดับหนึ่ง และมีเกณฑ์ชัดเจนในการที่ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจจากแพทย์เฉพาะทาง ในระยะเวลาที่เหมาะสม

ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญในการพิจารณาประกอบเกณฑ์ความปลอดภัยของผู้รับบริการ คือ ศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ เช่น การจัดให้เภสัชกรบริการจ่ายยาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจจากบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน จะช่วยให้มีการตรวจสอบความเหมาะสมของยาที่ผู้ป่วยได้รับ หรือการจำกัดบัญชีรายการยาที่ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) หรือการจำกัดจำนวนยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิจึงต้องนำหลักการบริหารความเสี่ยงมาใช้ด้วย

2. เกณฑ์ความคุ้มค่า (cost effectiveness) ของการให้บริการ ซึ่งเป็นความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรในแต่ละหน่วยงาน จากผลการสำรวจข้อมูลพบว่ารูปแบบกิจกรรมที่หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการเป็นรูปแบบที่เหมือนกันทุกแห่ง โดยไม่มีการประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการ และไม่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการจัดกิจกรรม ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากการพิจารณา 2 เกณฑ์หลักแล้ว มีปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินกิจกรรมให้

ประสบความสำเร็จ คือ การทำงานเป็นทีม และการประสานงาน เนื่องจากความจำกัดของทรัพยากร (บุคลากรและงบประมาณ) ดังนั้นการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิให้บรรลุวัตถุประสงค์จึงจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรสาขาต่าง ๆ และบุคลากรในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในสถานบริการเดียวกันและต่างสถานบริการ เพื่อให้มีการใช้ประโยชน์สูงสุดตามศักยภาพและงบประมาณที่มี อย่างไรก็ตามที่ดีคณะทำงานบริการปฐมภูมิควรมีความรู้ ความสามารถในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. มีความเข้าใจแนวคิดแบบองค์รวมในการประเมินสภาวะสุขภาพและกำหนดกลวิธีการดำเนินการแก้ไข มีลักษณะประสานการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและส่วนที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. มีความสามารถในการประเมินสภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในมิติต่าง ๆ ได้อย่างรอบด้าน ครอบคลุม และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้

3. สามารถให้บริการเบื้องต้นทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างผสมผสาน สามารถดูแลผู้รับบริการที่ยังไม่แสดงอาการชัดเจนได้ดี

4. สามารถดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ที่ประยุกต์วิธีการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. สามารถส่งต่อและประสานงานให้กับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

6. มีทักษะในการสอน ให้ความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. สามารถวางแผนระดับปฏิบัติการ และการประเมินผลเฉพาะในระดับพื้นที่ได้

กล่าวโดยสรุปบุคลากรที่มาทำงาน บริการปฐมภูมิต้องเป็นผู้นอกจากจะมีพื้นความรู้เฉพาะทางแล้ว ต้องเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดี รวมถึงการตระหนักว่าบทบาทของงานบริการปฐมภูมิ คือ การเป็นเพื่อนและผู้สนับสนุนผู้ป่วย ในการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้คณะทำงานปฐมภูมิต้องมีการประชุมและวางแผนร่วมกัน

รูปแบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การบริการของเภสัชกร คือ ความปลอดภัยจากการใช้ยา ผ่านกระบวนการจ่ายยา และการประเมินความจำเป็นเพิ่มเติมที่คนไข้ต้องได้รับ ไม่ใช่เป็นเพียงแค่จ่ายยา แต่ต้องประเมินว่าคนไข้ควรได้รับบริการเพิ่มเติมเรื่องอะไรบ้าง²⁹

จากการสำรวจพบว่ากิจกรรมงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีการดำเนินการในเขต 5 มี 4 กิจกรรมหลักคล้ายกัน ได้แก่ งานบริหารเวชภัณฑ์ งานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม งานคุ้มครองผู้บริโภค แต่การดำเนินงานยังไม่มีรายงานกิจกรรมที่เกิดจากการวิเคราะห์ชุมชน หรือกิจกรรมที่สนองความต้องการของชุมชนอย่างชัดเจน ทั้ง 4 กิจกรรมนี้อาศัยพื้นฐานความรู้ด้าน

เภสัชกรรมเป็นพื้นฐาน แต่ต้องใช้ทักษะและองค์ความรู้อื่น ๆ ที่แตกต่างกันมาประกอบในการดำเนินงาน อาทิเช่น

1) งานบริหารเวชภัณฑ์ต้องใช้ความรู้ในเรื่องการออกฤทธิ์ของยาเพื่อจัดหายาได้ตรงตามความจำเป็นของการเจ็บป่วยในชุมชนแล้วยังต้องทราบว่า ยาใดสามารถใช้ทดแทนกันได้ เพื่อไม่ให้เกิดการสำรองยาที่มากเกินไป

2) งานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ เภสัชกรต้องตรวจสอบความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับทั้งตัวยา ขนาดยาที่ต้องใช้ และปริมาณยาที่ต้องจ่าย นอกจากนี้ต้องใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือที่ดีในการใช้ยา

3) งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม องค์ความรู้ที่ต้องใช้เพิ่มเติม คือ ความรู้ด้านจิตวิทยา และสังคมศาสตร์ เพื่อทำความเข้าใจในปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ยา โดยเฉพาะการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

4) งานคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรต้องมีความสามารถในการเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะประเด็นปรากฏการณ์ที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อป้องกัน หรือแก้ไขอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านั้น ดังนั้นเภสัชกรจึงต้องใช้อองค์ความรู้ด้านระบาดวิทยา ด้านการตลาด และด้านสังคมศาสตร์มาช่วยในการทำกิจกรรมนี้

อย่างไรก็ดีในการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 อย่างนี้ในปัจจุบันยังเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน โดยแต่ละหน่วยบริการเป็น

ผู้ดำเนินการเอง มีการประสานความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายกับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนค่อนข้างน้อย

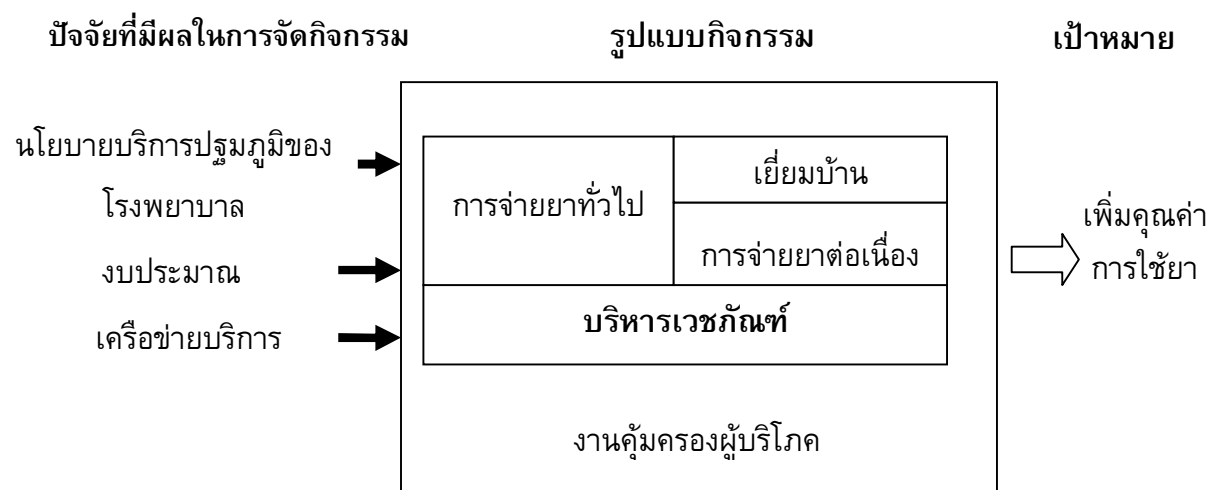
เมื่อพิจารณาจากกิจกรรมทั้ง 4 อย่างนี้ สามารถปรับปรุงแบบการดำเนินการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเพื่อให้สอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละหน่วยงาน โดยเพิ่มการประสานความร่วมมือในลักษณะเครือข่ายกับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ (ภาพที่ 1) ดังนี้

1. งานบริหารเวชภัณฑ์ ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิมีการบริหารเวชภัณฑ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มียาที่จำเป็น และเพียงพอสำหรับบริการงานปฐมภูมิ ดังนั้นจึงมีตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบการจัดหายาที่จำเป็นเหมือนกัน เช่น อัตราการสำรองยา ร้อยละของการส่งเบิกยานอกเวลากำหนด ร้อยละของรายการยาในคลังเวชภัณฑ์ที่ไม่มีการเบิกจ่ายภายใน 1 เดือน แต่ค่าตัวชี้วัดอาจแตกต่างกันตามสภาพที่ตั้งของหน่วยบริการ (ระยะทางในการจัดส่งยา)

2. งานบริการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างถูกต้อง ไม่เกิดอันตรายจากการใช้ยา ปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงคือ ประสิทธิภาพของบุคลากรที่ทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วย ประเภทของรายการยาที่มีจ่ายในหน่วยบริการ ในหลักการที่ถูกต้องยาที่ถูกสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจสอบความถูกต้องจากเภสัชกรอีกครั้งจึงจะเป็นระบบที่สร้างความมั่นใจในความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ข้อกำหนดที่ให้เภสัชกรปฏิบัติหน้าที่ไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง ในหน่วยบริการ

ปฐมภูมิจึงทำให้เกิดจุดอ่อนของระบบความปลอดภัยจากการสั่งจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้ เพราะความปลอดภัยจากการใช้ยามิใช่เพียงข้อมูลเกี่ยวกับยาที่จ่ายเท่านั้น แต่ยังมีประเด็นการเกิดอันตรกิริยากับยาที่ผู้ป่วยใช้ร่วม หรืออาหารได้ด้วย อย่างไรก็ตามการลดความเสี่ยงในประเด็นนี้อาจใช้การทำประสานรายการยา (medication reconciliation) ได้

3. งานดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ต่อเนื่องด้านเภสัชกรรม โดยวัตถุประสงค์ของกิจกรรมเยี่ยมบ้าน คือ การดูแลการใช้ยาต่อเนื่องของผู้ป่วย การแก้ปัญหาการใช้ยาให้กับผู้ป่วยเฉพาะราย และการไปหาข้อมูลที่ไม่สามารถดำเนินการได้จากการซักถามที่โรงพยาบาล หรือไม่สามารถหาข้อมูลได้เพียงพอที่จะแก้ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคนไม่ได้เป็นกลุ่มเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน เพราะฉะนั้นกลุ่มงานเภสัชกรรมต้องมีเกณฑ์ประเมินกลุ่มเป้าหมายสำหรับการเยี่ยมบ้านอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยาที่ไม่ได้ผลโดยไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายรายการ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการใช้ยาด้วยตนเองได้ ต้องพึ่งพิงคนอื่น ดังนั้นรูปแบบของการเยี่ยมบ้านจึงมี 2 ระดับ คือระดับที่เภสัชกรต้องลงไปทำการประเมินสาเหตุหลักของปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยกับระดับที่หาข้อมูลสำหรับประกอบการแนะนำการใช้ยาของผู้ป่วยให้เหมาะสม ซึ่งในระดับการหาข้อมูลอาจใช้การประสานความร่วมมือกับบุคลากรสาขาอื่นให้ดำเนินการแทนได้ โดยเภสัชกรต้องมีกรอบที่ชัดเจนในการรายงานข้อมูล



ภาพที่ 1 งานเภสัชกรรมปฐมภูมิสำหรับโรงพยาบาล

อย่างไรก็ดีการลงพื้นที่ในชุมชนของเภสัชกร ทำให้ได้ผลประโยชน์เพิ่มสำหรับการทำกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภคคือ ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ในชุมชน เช่น พฤติกรรมสุขภาพของชุมชน การกระจายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความสัมพันธ์ของหน่วยงานและคนในชุมชน การสร้างเครือข่ายกับองค์กรส่วนท้องถิ่น

3. งานคุ้มครองผู้บริโภค มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน ด้วยการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาโดยตรง หรือการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีผลต่อยาที่ผู้ป่วยบริโภค รวมถึงการถูกเอาเปรียบ หลอกลวงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การดำเนินงานด้านนี้ต้องอาศัยการเฝ้าระวัง และการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น เภสัชกรโรงพยาบาลทั่วไปที่ดูแลการเบิกจ่ายยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสามารถนำข้อมูลการใช้ยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมาวิเคราะห์หาค่า defined daily dose (DDD)³¹ จะช่วยให้ทราบความเหมาะสมของการใช้ยาในชุมชนได้ หรือ

ทราบความเสี่ยงของสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยาในชุมชนได้

เงื่อนไขสำคัญของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การให้บริการปฐมภูมิที่เหมาะสมจะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง ลดการพึ่งพิงบริการจากหน่วยบริการ ดังนั้นหน่วยบริการจึงต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชนและวางกลยุทธ์ในการดูแลป้องกันที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชน แต่การให้บริการในลักษณะนี้มีเงื่อนไขที่สำคัญ ดังนี้

1) ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องมีความเข้าใจในหลักการของงานบริการปฐมภูมิทั้งในส่วนของผู้บริหารและปฏิบัติการ ดังนั้นนอกจากเภสัชกรต้องปรับแนวคิดมุมมองในการให้บริการให้เป็นการเพิ่มคุณค่าการใช้ยาของผู้ป่วยบนพื้นฐานของผลิตภัณฑ์ยาที่ดีมีคุณภาพแล้ว ผู้บริหารทั้งในระดับชาติ ระดับโรงพยาบาล และระดับงานต้องมีมุมมองในการให้บริการปฐมภูมิเช่นกัน โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้อง

เปลี่ยนกรอบในการประเมินตัวชี้วัดและการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับแนวคิดนี้ด้วย เช่น กิจกรรมเภสัชกรรมปฐมภูมิหนึ่งนั้นควรมีตัวชี้วัดตามกระบวนการที่สอดคล้องกับศักยภาพของหน่วยบริการแทนการประเมินจำนวนครั้งของการทำกิจกรรม

ตัวอย่าง กิจกรรมเยี่ยมบ้าน มีกระบวนการตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การเลือกกลุ่มเป้าหมาย การลงไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งในทุกขั้นตอนต้องมีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจน จะช่วยให้สามารถจัดการในแต่ละขั้นตอนได้ด้วยอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายโดยเภสัชกรเป็นพี่เลี้ยงกำกับดูแลในกรณีที่อัตรากำลังของเภสัชกรไม่เพียงพอที่จะไปดำเนินการด้วยตนเองได้

นอกจากนี้กรอบการประเมินการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ นอกจากการประเมินกิจกรรมระยะสั้นในรอบปีแล้ว ควรที่จะให้ความสำคัญในการพัฒนางานในระยะยาวเพิ่มขึ้น โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงพัฒนางานอย่างยั่งยืน เช่น การพัฒนาระบบงาน การมีนวัตกรรมบริการใหม่ ๆ

2) การจัดทำฐานข้อมูลของการให้บริการที่สมบูรณ์ มีความเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยในทุกสถานบริการและเป็นปัจจุบัน อันจะช่วยในการวิเคราะห์วางแผนกลยุทธ์สำหรับการให้บริการที่ตรงตามความจำเป็นของคนในชุมชน และลดความซ้ำซ้อนในการทำงานของแต่ละหน่วยงาน ตลอดจนการดูแลแบบไร้รอยต่อของระบบส่งต่อ ในปัจจุบันการจัดทำฐานข้อมูลที่สมบูรณ์ถูกต้องยังไม่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดสำหรับการประเมินผลการดำเนินงาน ทั้ง ๆ ที่ฐานข้อมูลที่สมบูรณ์ เป็นปัจจุบันจะมีประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน ทั้งในงานบริการปฐมภูมิ และงานบริการระดับที่สูง การกำหนดหน่วยงานแต่ละงานให้รับผิดชอบข้อมูลในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบโดย

บุคลากรในหน่วยงานทุกคนมีหน้าที่ต้องเก็บข้อมูล เช่น การทำการประสานรายการยาที่ต้องเก็บข้อมูลการใช้ยาทุกชนิด อาหาร อาหารเสริม ต้องเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกฝ่ายที่ให้บริการผู้ป่วย จุดแรกในสถานบริการต้องเก็บข้อมูลดังกล่าวแล้วเชื่อมโยงให้หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ใช้ข้อมูลร่วมกัน จะช่วยลดภาระในการจัดเก็บข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและลดความผิดพลาดของข้อมูลได้

3) การปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขจากการเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพฝ่ายเดียว เป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และคนในครอบครัว ในชุมชนด้วย

สรุปผลการศึกษา

เป้าหมายงานบริการเภสัชกรรม คือ ความปลอดภัยจากการใช้ยา และการเพิ่มคุณภาพการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนั้นแม้จะเป็นกิจกรรมเดียวกัน แต่จุดเน้นของกิจกรรมสำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทertiary และ tertiary ภูมิควรแตกต่างกัน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ ความคุ้มค่าของการให้บริการ และการทำงานเป็นทีม บนพื้นฐานบริบทของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้การกำหนดกิจกรรมและตัวชี้วัดของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จึงต้องสอดคล้องและสะท้อนทั้ง 2 เป้าหมายภายใต้บริบทของชุมชน นอกจากนี้ เงื่อนไขสำคัญของการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ 3 ประการ คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการต้องมีความเข้าใจในหลักการของงานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเปลี่ยนกรอบในการประเมินตัวชี้วัดและการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับแนวคิดนี้ด้วย การจัดทำฐาน

ข้อมูลของการให้บริการที่สมบูรณ์ มีความเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยในทุกสถานบริการ และเป็นปัจจุบัน และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขจากการเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Regulation of Prime Minister's office: National Health System Reform B.E. 2543. Government Gazette 2000; 117 (75, July.31, 2000):8.
2. National Health Act, B.E. 2550 (A.D. 2007). Government Gazette 2000; 124 (16, March. 19, 2000):1.
3. Conceptual framework of National Health Strategy B.E. 2552 [internet]. Nontaburi: National Health Commission office. [Cited 2014 March 24]. Available from: http://library.parliament.go.th/giventake/content_sn/2552/d090752-02.pdf
4. Supawongse C, Chunharas S, Sirilak S, Damrikarnlerd L, Srivanichakorn S, Wetsutthanon K. (editors) handbook of Health service in Tambon Health Promotion Hospital 2nd Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King office of Printing Mill; 2009:13.
5. Ministry of Public Health. Report on the implementation of government policy and strategy. [internet]. Nontaburi. [cited 2014 Jan 3]. Available from: http://ict4.moph.go.th/reportm/index.php?option=com_content&view=article&id=51:2010-09-16-18-24-34&catid=36:2010-09-16-18-04-44&Itemid=57
6. Ministry of Public Health. Report on the implementation of government policy and strategy: social policy and quality of life in Health [internet]. Nontaburi. [cited 2014 Jan 3]. Available from: http://ict.moph.go.th/reportm/index.php?option=com_content&view=article&id=62:2010-09-20-03-37-23&catid=41:2010-09-17-07-08-48&Itemid=73
7. Ministry of Public Health. Project of Strong Thai agenda 2012 – Public Health: Project of Tambon Health Promotion Hospital [internet]. Nontaburi. [cited 2014 March 23]. Available from: <http://goo.gl/LfdNHZ>
8. Health insurance system research office. Article: Primary care [internet]. Nontaburi. [cited 2013 April 26]. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=18>
9. Provincial Public Health Office: region 5. General Information [internet]. [cited 2014 Jan 20]. Available from: http://www.region5.pbro.moph.go.th/HealthData/MainPage_HealthData.htm
10. Office of Foreign Workers Administration, Department of

- Employment Ministry of Labour. Monthly statistical data. [Updated Dec. 2, 2013; cited 2014 Jan 18]. Available from: <http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sm/56/sm1056.pdf>
11. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Health Resource [internet]. Nonthaburi. [cited 2014 Feb 15]. Available from: <http://hrm.moph.go.th/res3/res-rep2553.html>
12. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Health Resource: Pharmacist in each province 2011 [internet]. Nonthaburi. [cited 2014 Feb 15]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/hos/hos.html>
13. National Health Security Office. Registration criteria to be a health contractor unit . [internet]. Nontaburi. [cited 2014 Feb 2]. Available from: <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx? CatID=NTU=>
14. Office of Promotion and Protection of Children, Youth, the Elderly and Vulnerable Groups, Ministry of Social Development and Human Security. Directory of elderly clubs B.E. 2555: Central region. Bangkok:The Agricultural Co-operative Federation of Thailand., Limited.; 2012.
15. Burea of Health Service System Development, Department of Health Service Support. Administration and Development Standard of Primary care service network. 1st ed. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand., Limited.;2008.
16. Health Insurance System Research Office. Do National health security local fund have an effect on management of Community Health? [internet]. [cited 2013 April 26]. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=33>
17. Health Insurance System Research Office. Health promotion by National health security local fund [internet]. [cited 2013 April 26]. Available from: <http://www.hisro.or.th/main/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=17>
18. Group of Planning and Evaluation, Department of Health Service Support. The 5 years Service Plan of Ministry of Public health (2012-2016) [internet]. [cited 2013 Nov 17]. Available from: http://plan.hss.moph.go.th/display_document.jsp?id=D00000000637
19. Committee of preparing a guide to pay for performance. Pay for performance (P4P) Handbook [internet]. [cited 2014 Feb 4]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20131016151652_1_.pdf

20. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Primary care award : PCA. Office of the Permanent Secretary: Nontaburi. 2011.
21. National Health Security Office. Criteria of Quality service and assessment. [internet]. Nontaburi. [cited 2014 Jan 10]. Available from: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-fund_qservice.aspx
22. Pitsachat N, Prayoonsirisak N, Tanglakmankhong K, Odklun P. A study of potential development of primary care units according to the on top payment requirements of the National Health Security Office Region 8 ,Thailand in the fiscal year 2012 [internet]. [cited 2014 March 1]. Available from http://223.25.197.100/manage/Research_pic/20130120152342.PDF
23. National Health Security Office:region 10 ubonratchathani. Manual of budget management base on quality and service services of health care unit (Fiscal Year 2013) [internet].[cited 2014 Jan 5]. Available from: <http://110.164.197.130/hospital/document/Region.pdf>
24. Notification of the committee of Provincial Integrated Administrative Policy on Povincial group arrangement and determination of the operating province-center. Government Gazette 2000; 126 (28, Feb.18, 1999): 33.
25. Chalongsuk R, Lochid-amnuay S, Sribundit N, Poompruek P. Primary Pharmaceutical Service. *Thai Bull Pharm Sci.* 2013;8(2):81-96.
26. Rothman AA, Wagner EH. Chronic Illness Management: what is the Role of Primary care. *Ann Intern Med.* 2003;138:256-61.
27. Office of Health service reform. Primary Helath Care Service: Primary Medical care in community. Office of the Permanent Secretary. Nontaburi.; 2545.
28. Pharmacy Council regulation of the Limitations and conditions in the practice of pharmacy (1997) *Government Gazette* 1997;114(26, April.1, 1997):76.
29. Trapskin K, Johnson C, Cory P, Sorum S, Decker C. Forging a novel provider and payer partnership in Wisconsin to compensate pharmacists for quality-driven pharmacy and medication therapy management services. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2009;49(5):642-51.
30. Health Consumer Protection Program. Orientation of Pharmacy service in Primary care unit. (PCU) among Pharmacists participating in collaboration project between National

Health Security Office and Health
Consumer Protection Program.
[internet]. [cited 2013 July10].
Available from: [http://www.thaihealth
consumer.org/](http://www.thaihealth
consumer.org/)

31. Chalongsuk R, Umrumpai Y. Defined
daily dose (DDD). Drug Bulletin.
1997;11(5-6):3-6.