

การพัฒนาร้านยาในจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทางด้านเภสัชกรรม ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

Development of Community Pharmacies in Roi-Et Province for Registration as Pharmaceutical Referral Units under the National Health Security Office (NHSO)

ขวัญสุดา โกวิทางกูร*

Khwansuda Kovitanggoon

Corresponding author E-mail: khuan101@gmail.com

(Received: May 9, 2025; Revised: May 15, 2025; Accepted: June 12, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อยกระดับและพัฒนาคุณภาพร้านยาที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทางเภสัชกรรมในจังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ประกอบการร้านยา 23 แห่ง ใน 10 อำเภอ ที่มีคุณสมบัติตามข้อกำหนดการทะเบียนบริการในโครงการนาร่องตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว เป็นร้านยาบริการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการและการจ่ายยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกบริการและแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย : พบว่าร้านยาได้ยกระดับโดยขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 48 แห่ง โดยมีร้านยาผ่านการอบรมการให้บริการ และได้ใบรับรองจากสภาเภสัชกรรม 27 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.25 ให้บริการผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้จำนวน 51,790 ราย 105,924 ครั้ง ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.30%) อายุตั้งแต่ 45-64 ปี (38.92%) พบเป็นอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ ไข้ และเจ็บคอ (51.91%) ผลการติดตาม 72 ชม. พบว่าหายป่วย (33.94%) อาการทุเลา (54.38%), อาการ ไม่ทุเลา (2.19%) และส่งต่อ (1.75%) การจ่ายยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่ามีเพียง 13 ร้านที่ให้บริการ มีผู้ใช้บริการเพียง 197 คนและให้บริการรวม 784 ครั้ง

สรุปและข้อเสนอแนะ : ข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าร้านยาสามารถให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้ หากมีการสนับสนุนในเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาร้านยา; หน่วยบริการรับส่งต่อทางด้านเภสัชกรรม; หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

*เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

Purposes : This study aimed to enhance and develop quality of community pharmacies serving as pharmaceutical referral units in Roi Et Province.

Study design : An action research design was employed.

Materials and Methods : The target group comprised 23 community pharmacies located in 10 districts, all of which met the registration criteria under the pilot initiative of Thailand's Universal Health Coverage Scheme ("30 Baht Treatment with a Single ID Card"). These pharmacies provided services for 16 minor ailments and dispensed medications for non-communicable diseases (NCDs). Data were collected using service log forms and semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics percentage, mean, and standard deviation while qualitative data were analyzed through content analysis.

Main findings : A total of 48 pharmacies were officially registered as service units. Of these, 27 pharmacies (56.25%) completed service training and received certification from the Pharmacy Council of Thailand. Collectively, they served 51,790 patients across 105,924 visits for minor ailments. The majority of clients were female (64.30%) and aged between 45 and 64 years (38.92%). The most common presenting symptoms were respiratory related cough, fever, and sore throat (51.91%). Follow-up within 72 hours showed that 33.94% of patients had fully recovered, 54.38% reported improved symptoms, 2.19% showed no improvement, and 1.75% were referred to other healthcare providers. For NCD-related services, only 13 pharmacies provided care to 197 patients, accounting for 784 service visits.

Conclusion and Recommendations : The study highlights that community pharmacies can serve as effective providers of primary healthcare services when supported by consistent policy frameworks and capacity-building measures.

Keywords : Community pharmacy development; Pharmaceutical referral services; Universal Health Coverage

บทนำ

ปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยเผชิญกับปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องรองรับผู้ป่วยทุกกลุ่ม ทั้งผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยอาการเล็กน้อย ส่งผลให้เกิดภาระงาน เกินขีดความสามารถของบุคลากร เกิดความล่าช้าในการให้บริการและผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจลดลง กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ซับซ้อน เช่น ไข้ ปวดศีรษะ หรือท้องเสีย สามารถใช้บริการได้ที่ร้านยา โดยไม่จำเป็นต้องไปโรงพยาบาล ซึ่งหากสามารถกระจายผู้ป่วยมายังร้านยาอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความแออัด เพิ่มความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวกขึ้นและทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ริเริ่มแนวทางให้ร้านยาเข้ามามีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในรูปแบบของ “ร้านยา CI” เน้นการให้บริการผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการ โดยการขึ้นทะเบียนร้านยาเป็นหน่วยบริการ ถือเป็น การเสริมศักยภาพของระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้บริการโครงการ “ร้านยาชุมชนอบอุ่น” ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ซับซ้อน มีการให้ร้านยาส่งมอบยา ติดตามอาการและประเมินการใช้ยาในผู้ป่วย NCDs เพื่อช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล² ซึ่งมีการศึกษา หารูปแบบมาอย่างต่อเนื่อง ดั้งเดิมต้นแบบโครงการรับยาใกล้บ้านเภสัชกรใกล้ใจของจังหวัดขอนแก่น² โดยร้านยาจะร่วมมือกับโรงพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยทำการติดตามผลการรักษา ร่วมกับเภสัชกรร้านยา และจากการที่จังหวัดร้อยเอ็ดได้รับคัดเลือกเป็นจังหวัดนำร่องในการดำเนินการตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียวของรัฐบาล ซึ่งจังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนร้านยาหนึ่งที่มีคุณสมบัติที่พัฒนาได้ แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ จึงควรยกระดับให้ร้านยาเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อด้านเภสัชกรรม โดยจะมีการประเมินผลลัพธ์ในการพัฒนารูปแบบ

มาตรฐานบริการ ปริมาณผู้ใช้บริการในร้านยา ประสิทธิภาพ และผลการให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อยกระดับและพัฒนาคุณภาพร้านยาที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อทางเภสัชกรรมในจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและการวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินการพัฒนาร้านยาและการประเมินผลเชิงปริมาณและคุณภาพ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 - เดือนตุลาคม 2567

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ร้านยาจากในฐานข้อมูลการอนุญาตทั้งสิ้นจำนวน 172 แห่ง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ร้านยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์ GPP ระดับคะแนนร้อยละ 90 และมีเภสัชกรเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาทำการ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ร้านยาที่ไม่ผ่านการรับรองร้านยาคุณภาพ ไม่มีบริการดูแลผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อยและไม่สามารถจัดทำระบบบันทึกข้อมูล รายงานตามที่กำหนดได้ โดยมีร้านยาที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 96 แห่ง เข้าสู่กระบวนการพัฒนา อบรม และตรวจประเมินจนได้รับการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ 48 แห่ง ผ่านการอบรมการให้บริการจากสภาเภสัชกรรม 27 แห่ง มีการถอนตัวออกจากโครงการ 4 แห่ง ทำให้มีร้านยาเข้าร่วมทั้งสิ้น 23 แห่ง อยู่ใน 10 อำเภอ

เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้บริการ BKK HI/CI CARE Virtual Hospital (A-med care) และคู่มือการดูแลผู้ป่วย Common illness โดยสภาเภสัชกรรม และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป สำหรับให้ร้านยาเก็บบันทึกข้อมูล และตรวจสอบสิทธิและยืนยันตัวตน ผู้ใช้บริการ เช่น

เลขบัตรประชาชน ชื่อ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติสุขภาพ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ แบบสัมภาษณ์ อาการ สำหรับให้การบันทึกประเมินอาการ และคัดกรองอาการเจ็บป่วยและแบบสรุปผลการให้บริการของร้านยา เพื่อรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ในภาพรวม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์แบบสอบถามแบบรายงานและแบบสัมภาษณ์ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาในคำถามจากผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษางานวิจัย จำนวน 3 คน

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นและการวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการโดย 1) ตรวจสอบฐานข้อมูลสถานประกอบการด้านยา ทุกประเภทในระบบฐานข้อมูลของจังหวัดทำการประเมิน วิเคราะห์และระบุกลุ่มเป้าหมายเพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาที่เหมาะสมและเป็นไปได้ 2) รวบรวมข้อคิดเห็น รับฟังข้อเสนอจากผู้เกี่ยวข้อง ในการประชุมชี้แจงประชาสัมพันธ์โครงการ มีเภสัชกรร้านยา เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมประชุม จำนวน 120 คน 3) พัฒนาแนวทางร่วมกับผู้รับผิดชอบหลัก จำนวน 15 คน เนื่องจากเป็นการดำเนินการในโครงการนำร่องตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ระยะที่ 1 จึงมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงาน โดยมีผู้รับผิดชอบจาก สปสช. 3 คน ผู้แทนสภาเภสัชกรรม 3 คน ผู้รับผิดชอบโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น 2 คน ผู้แทนชมรมยา 3 คน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค 4 คน ร่วมหารือ

ระยะที่ 2 การดำเนินการพัฒนาร้านยา โดย 1) คัดเลือกร้านยาเข้าร่วมโครงการนั้น ได้ตรวจสอบข้อมูลคุณสมบัติร้านยาในฐานข้อมูล ใบอนุญาต พบว่า มีร้านยาที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์เบื้องต้น 172 แห่ง ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 96 แห่ง 2) การรับสมัครร้านยา ซึ่งหลักเกณฑ์วิธีประเมินมาตรฐานสถานที่ และการให้บริการ 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อม การประเมินคุณภาพเบื้องต้น

ต้น คำนึงข้อมูลข้อบกพร่อง การแก้ไข ชี้แจงขอบเขตบริการ และกิจกรรมของหน่วยบริการหรือที่เรียกว่าหน่วยนวัตกรรม³ 4) พัฒนาแนวทางการยกระดับให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การจัดบริการสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา) โครงการ Common illness (CI)⁴ 5) พัฒนาและประยุกต์การบริการเภสัชกรรมทางไกล ให้เป็นไปตามประกาศสภาเภสัชกรรม เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy)⁵ 6) ส่งเอกสารหลักฐานคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการอย่างเป็นทางการ 7) อบรมร้านยาในการใช้งานโปรแกรม A-med care และ 8) ระหว่างดำเนินการร้านยาจะถูกติดตามการปฏิบัติงาน โดยจะมีการวิเคราะห์ปัญหา ทารือและแจ้งแนวทางแก้ไข ตลอดระยะเวลาโครงการ

ระยะที่ 3 การประเมินผล จะดำเนินการควบคู่ไปกับระยะการพัฒนาร้านยา โดยทำการประเมิน 1) แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป เพื่อตรวจสอบการให้บริการ 2) แบบสัมภาษณ์อาการเพื่อตรวจสอบการคัดกรองผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์ และ 3) แบบสรุปผลการให้บริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) รวบรวมข้อมูลให้บริการผู้ป่วยจากบันทึกการให้บริการของร้านยาและร่วมกับข้อมูลจากระบบ A-med care ของร้านยาแต่ละแห่ง ในด้านจำนวนผู้ใช้บริการ อาการเจ็บป่วย 2) ตรวจสอบข้อมูลหลักฐานบันทึกการติดตามผู้ป่วย ผลการให้บริการ และการส่งต่อผู้ป่วย และ 3) เก็บข้อมูลความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ของเภสัชกรโดยการใช้แบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สะท้อนถึงผลลัพธ์และอุปสรรค

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 1652566

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าร้านขายยาทั้ง 23 แห่งที่เข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญไม่ว่าจะเป็นในด้านระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้เปิดดำเนินการ, สถานะการได้รับการรับรองร้านยาคุณภาพ, ตลอดจนรูปแบบการให้บริการภายใต้โครงการของ สปสช. โดยเฉลี่ยแล้วร้านขายยาเหล่านี้มีระยะเวลาการเปิดดำเนินการอยู่ที่ 5 ปี 10 เดือน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของประสบการณ์ โดยมีร้านหนึ่งที่เปิดดำเนินการมานานที่สุดถึง 29 ปี 2 เดือน ขณะเดียวกัน ก็มีร้านยา 4 แห่งที่เพิ่งได้รับอนุญาตใหม่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี ทั้งนี้ ก่อนเข้าร่วมโครงการ มีร้านขายยาเพียง 8 แห่งเท่านั้นที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการของ สปสช. แล้ว ส่วนอีก 15 แห่งยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน ในด้านการรับรองร้านยาคุณภาพนั้น เดิมมีร้านยา 11 แห่งที่ผ่านการรับรองอยู่แล้ว และอีก 12 แห่งที่ยังไม่ผ่านการรับรอง อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการดำเนินโครงการ ร้านขายยาทุกแห่งได้ผ่านการรับรองร้านยาคุณภาพทั้งหมด โดยมี 12 แห่งที่สามารถผ่านการรับรองได้ภายในเวลาไม่เกิน 1 ปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาที่สำคัญในภาพรวม

ในส่วนของการให้บริการ เมื่อร้านขายยาทั้งหมด 23 แห่งได้เข้าร่วมโครงการ ก็สามารถให้บริการดูแลกลุ่มอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาการได้อย่างครบถ้วน มีเพียง 13 แห่งหรือคิดเป็นร้อยละ 56.50 เท่านั้น ที่สามารถให้บริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ด้วย นอกจากนี้ การศึกษาได้ชี้ให้เห็นถึงการลงทุนและการพัฒนาภายในร้านขายยาเพื่อปรับปรุงสภาพพื้นที่ให้เหมาะสมกับการให้บริการ พบว่าร้านขายยามีการลงทุนเพิ่มเติมทั้งในการปรับปรุงพื้นที่, การเพิ่มบุคลากร, และการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น โดยมีร้านยา 4 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 17.39 ที่มีการเพิ่มบุคลากร เช่น ผู้ช่วยบันทึกข้อมูลและเภสัชกร Part-time ขณะที่ 12 แห่ง หรือร้อยละ 52.17 ได้มีการปรับเปลี่ยนสภาพร้านให้เหมาะสมกับการให้บริการ อาทิ การจัดพื้นที่สำหรับให้คำปรึกษาหรือการต่อเติมพื้นที่

ภายในร้าน ยิ่งไปกว่านั้น ร้านยา 16 แห่ง หรือร้อยละ 69.57 มีการลงทุนในเครื่องมือและอุปกรณ์ใหม่ๆ เช่น คอมพิวเตอร์และเครื่องปริ้นเตอร์ ร้านขายยาแต่ละแห่งมีการใช้เงินลงทุนในการปรับปรุงที่แตกต่างกัน โดยมีช่วงการลงทุนตั้งแต่ 2,000 บาท ไปจนถึง 120,000 บาท ค่าเฉลี่ยของการลงทุนอยู่ที่ประมาณ 33,937 บาทต่อแห่ง และจำนวนเงินที่ส่วนใหญ่ลงทุน (ฐานนิยม) อยู่ที่ 20,000 บาทต่อแห่ง จากข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ถึงแม้ร้านยาบางแห่งจะผ่านเกณฑ์ GPP (Good Pharmacy Practice) แล้ว ก็ยังคงต้องมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การให้บริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาปริมาณงานและการใช้เวลาเพื่อปฏิบัติตามขั้นตอนที่ สปสช. กำหนด พบว่าเภสัชกร จะมีการปฏิบัติในระบบ A-med care 8 ขั้นตอนหลัก โดยใช้เวลารวมเฉลี่ย 28.38 นาที/ราย ซึ่งขั้นตอนที่ใช้เวลานานที่สุดคือติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ที่ใช้การโทรศัพท์หรือใช้ระบบเภสัชกรรมทางไกลก็ได้ พบว่าใช้เวลาเฉลี่ย 7.09 นาที/ราย ขั้นตอนที่ใช้เวลามากรองมาคือการซักประวัติและสอบถามอาการ ใช้เวลาเฉลี่ย 4.04 นาที การเตรียมและจ่ายยา ใช้เวลา 3.91 นาที ขั้นตอนที่ใช้เวลาน้อยที่สุดคือ ยืนยันการให้บริการ (ปิดสิทธิ) ใช้เวลา 1.72 นาที/ราย ดังนั้นขั้นตอนที่กำหนดเป็นการเพิ่มภาระงานอย่างชัดเจน

ข้อมูลการบริการผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แยกตามเพศพบว่าเพศหญิงมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 64.30 (33,301 ราย) ขณะที่เพศชายร้อยละ 35.70 (18,489 ราย) หรือคิดค่าเฉลี่ยเป็นเพศหญิง 1,053 ราย/แห่ง และเพศชาย 623 ราย/แห่ง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่ใช้บริการจำแนกตามเพศ

เพศผู้ใช้บริการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวนเฉลี่ย(คน/แห่ง)
ชาย	18,489	35.70	623
หญิง	33,301	64.30	1,053
รวม	51,790	100.00	1,676

สำหรับผู้ใช้บริการแยกตามอายุพบว่า กลุ่มอายุ 45-64 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้บริการมากที่สุด ร้อยละ 38.92 หรือ 41,224 ครั้ง รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 20.52 และกลุ่มอายุ 1-14 ปี ร้อยละ 15.87 เมื่อรวมกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-64 ปี พบว่าผู้ใช้บริการมากถึงร้อยละ 59.44 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยใช้บริการที่ร้านยา โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ

ช่วงอายุ	จำนวนรวม(ครั้ง)	ค่าเฉลี่ยบริการ(ครั้ง/แห่ง)	ร้อยละ
81 ปีขึ้นไป	1,317	57.26	1.24
65-80 ปี	1,3220	574.78	12.48
45-64 ปี	41,224	1,792.35	38.92
25-44 ปี	21736	945.04	20.52
15-24 ปี	11,134	484.09	10.51
1-14 ปี	16,812	730.96	15.87
อายุน้อยกว่า 1 ปี	481	20.91	0.45
รวม	105,924	4,605	100.00

การบริการกลุ่มอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยทั้ง 16 อาการนั้น พบว่าอาการที่มีผู้มาใช้บริการมากที่สุด ได้แก่ อาการไอ พบร้อยละ 17.34 , อาการไข้ ร้อยละ 17.32 และอาการเจ็บคอ ร้อยละ 17.25 ซึ่งหากรวมกันแล้วพบว่า มากถึงร้อยละ 51.91 ของบริการทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้ ร้อยละ 7.75 สะท้อนถึงข้อจำกัดในการสื่อสาร ดังข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการติดตามผลการใช้ยาโดยเภสัชกรเมื่อครบ 72 ชั่วโมง

ผลการติดตาม	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
1. หายป่วย	35,949	33.94
2. อาการทุเลา	57,598	54.38
3. อาการไม่ทุเลา	2,318	2.19
4. ติดตามไม่ได้	8,205	7.75
5. ส่งต่อเพื่อรับการรักษา	1,854	1.75
รวม	105,924	100.00

การศึกษาจำนวนรายการยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย พบว่าอยู่ในช่วง 1-4 รายการ โดยอาการบาดเจ็บแผลมีจำนวนรายการยามากที่สุดเฉลี่ยจ่ายยา 4.17 รายการ รองมาคือปวดท้อง เฉลี่ย 3.3 รายการ และท้องเสียเฉลี่ย 3.26 รายการ รายการยาให้น้อยที่สุดคือท้องผูก เฉลี่ย 1.39 รายการ และ ไข้เฉลี่ย 1.48 รายการ เมื่อพิจารณาจำนวนวันจ่ายยาพบว่าที่มีจำนวนวันที่จ่ายยานานที่สุดคือกลุ่มอาการความผิดปกติของตา มีจ่ายยาให้ผู้ป่วยใช้ได้เฉลี่ย 5.30 วัน, อาการทางผิวหนัง เฉลี่ย 5.17 วัน, ท้องผูกเฉลี่ยจ่ายยาให้ 5.00 วัน ส่วนอาการที่จ่ายยาให้

จำนวนวันน้อยที่สุดคือ อาการท้องเสียที่จ่ายยาให้เฉลี่ย 3.52 วัน และอาการไข้จ่ายยาให้ 3.70 วัน เมื่อดูข้อมูลต้นทุนค่ายา พบว่า อาการบาดเจ็บแผลมีต้นทุนค่ายาสูงสุด เฉลี่ย 109.78 บาท รองลงมาคือปวดท้องเฉลี่ย 100.22 บาท และอาการตกขาวผิดปกติ เฉลี่ย 89.70 บาท โดยอาการเวียนหัวและไข้มีต้นทุนต่ำสุดคือ 61.30 และ 61.48 บาท

การศึกษาข้อมูลการดำเนินการส่งมอบยาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในร้านยา Model 1 พบว่ามีร้านยาเพียง 13 แห่งที่ให้บริการ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งของผู้รับบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตามโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น Model 1

การส่งมอบยาในโรค	จำนวนผู้ป่วย(คน)	จำนวนบริการ(ครั้ง)
ต่อมลูกหมากโต (BPH)	91	429
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	46	165
อายุรกรรมประสาท (Neuro Medicine)	39	158
โรคหอบหืด (Asthma)	21	32
รวม	197	784

จากข้อมูลพบว่าร้านยาในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น จะให้บริการผู้ป่วยโรค NCDs ได้น้อย โดยมีผู้ป่วยใช้บริการเพียง 197 คน และมีการให้บริการรวมกันทั้งหมด 784 ครั้ง เฉลี่ยเพียง 15 คนต่อแห่งเท่านั้น ซึ่งน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับบริการร้านยา CI สะท้อนข้อจำกัดของระบบการส่งต่อและการเข้าถึงบริการที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่ยังมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

3. ผลการพัฒนาร้านยาให้ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรและขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการของ สปสช. พบว่า มีร้านยาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 96 แห่ง สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 86 แห่ง ซึ่งเข้าสู่กระบวนการพัฒนายกระดับและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการของ สปสช. จำนวน 48 แห่ง ซึ่งก่อนที่ร้านยาจะให้บริการผู้ป่วยได้จะต้องผ่านการอบรมการให้บริการและได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรมเสียก่อน ทั้งนี้ มีร้านที่ผ่านการอบรมและสามารถให้บริการได้จำนวน

27 แห่ง โดยมีร้านยา 23 แห่ง ที่ร่วมดำเนินการจนสิ้นสุดระยะเวลาโครงการ

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาโครงการร้านขายยาในระบบ สปสช. ณ จังหวัดร้อยเอ็ด แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและความพร้อมของร้านขายยาในการเป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับนโยบาย 30 บาท รักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว ทว่าการดำเนินงานยังคงเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคสำคัญหลายประการ

โดยรวมแล้วโครงการได้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่สำคัญจำนวนร้านยาที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการของ สปสช. และที่ผ่านการรับรองร้านยาคุณภาพ (GPP) ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและกระจายตัวครอบคลุมหลายอำเภอมากขึ้น จากเดิมที่ส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอเมืองร้านขายยาได้แสดงให้เห็นถึงความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการให้สอดคล้องกับแนวทางของ สปสช. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย

16 อาคาร ร้านขายยาสามารถให้บริการประชาชนได้ในจำนวนมาก โดยมีผู้รับบริการรวมกว่า 51,790 ราย และมีการให้บริการถึง 105,924 ครั้ง การบริการนี้มีส่วนสำคัญในการกระจายบริการจากโรงพยาบาลสู่ร้านยา เพิ่มความสะดวกให้ประชาชน และช่วยลดภาระงานของหน่วยบริการหลัก

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานยังคงประสบกับปัญหาหลายด้าน สำหรับบริการจ่ายยาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Model 1) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลมารับยาที่ร้านยามีน้อยมาก โดยมีผู้ป่วยใช้บริการเพียง 197 คน และมีการให้บริการ 784 ครั้งเท่านั้น นอกจากนี้ร้านยาในระดับอำเภอมักตั้งอยู่รอบนอกชุมชน ไม่เป็นที่รู้จักทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ยาก และการประสานงาน รวมถึงการส่งเสริมเชิงระบบจากโรงพยาบาลก็ยังมีน้อย

สำหรับบริการดูแลผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย 16 อาคารนั้น ระบบโปรแกรม A-MED ยังไม่เสถียร มีปัญหาการค้าง และมีการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้งานบ่อยครั้ง การบันทึกข้อมูลในระบบยังเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนสำหรับเภสัชกร โดยใช้เวลาเฉลี่ยถึง 28.38 นาทีต่อผู้ป่วยหนึ่งราย เภสัชกรยังมีความกังวลเรื่องการกรอกข้อมูลผิดพลาดที่อาจกระทบต่อการขอรับค่าชดเชย ยิ่งไปกว่านั้น ข้อกำหนดของการให้บริการที่ร้านยาแตกต่างจากคลินิก เช่น การให้รับยาต้องเว้นช่วงห่าง 72 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยสับสน และการติดตามผู้ป่วยหลัง 72 ชั่วโมงทำได้ยากเนื่องจากข้อมูลเบอร์โทรศัพท์ไม่ถูกต้องหรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ปัญหาเรื่องการได้รับค่าชดเชยที่ไม่ครบถ้วน ตรวจสอบยาก ค่าเช่า หรือถูกปฏิเสธโดยสาเหตุไม่ชัดเจน ก็ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในส่วนของบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่า ค่าชดเชยที่ได้รับไม่คุ้มค่าต้นทุนบางรายการ เช่น ยาคุมกำเนิด และ เงื่อนไขบางอย่างไม่สัมพันธ์กับความเป็นจริง เช่น การจ่ายชุดตรวจตั้งครรภ์ที่ต้องลงผลตรวจในวันเดียวกันทำให้ร้านยาไม่ได้รับค่าชดเชย ปัญหาใหญ่คือ การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง ทำให้ประชาชนไม่ทราบสิทธิในบริการส่งเสริมสุขภาพที่ร้านยาได้ทุกสิทธิ โดยเข้าใจว่าเฉพาะสิทธิบัตรทองเท่านั้น

จากปัญหาที่พบ มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงบริการ ดังนี้ ควรประชาสัมพันธ์ให้ชัดเจนและทั่วถึงถึงสิทธิของแต่ละโครงการ เนื่องจากประชาชนยังไม่เข้าใจสิทธิอย่างถ่องแท้ ควรพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลให้เป็นอัตโนมัติ และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการได้อย่างปลอดภัย กำหนดแนวทางและเงื่อนไขการให้บริการให้เท่าเทียมกันระหว่างสถานบริการทุกประเภท นอกจากนี้ ควรปรับขั้นตอนการขึ้นทะเบียนร้านยาให้ง่ายและรวดเร็วขึ้น เพราะร้านยาที่ได้รับอนุญาตอยู่แล้วและผ่านเกณฑ์ GPP ควรได้รับการขึ้นทะเบียนได้เลย โดยไม่ต้องผ่านการรับรองหลายครั้งซึ่งมีความซับซ้อนและล่าช้า สุดท้าย ควรมีการปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังร้านยาให้มีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยในโครงการร้านยาชุมชนอบอุ่น (Model 1)

วิจารณ์

จากการศึกษาสถานการณ์ร้านขายยา 23 แห่งที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพ พบว่ามีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนในหลายด้าน ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ด้านการรับรองมาตรฐานร้านยาคุณภาพเท่านั้นแต่ยังรวมถึงการขยายขีดความสามารถในการให้บริการด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่แสดงว่าเดิมมีร้านยาเพียง 11 แห่งที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน แต่ภายหลังการเข้าร่วมโครงการร้านยาทุกแห่งสามารถพัฒนาตนเองจนได้รับรองมาตรฐานครบถ้วน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของนโยบายส่งเสริมสุขภาพ⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าการลงทุนปรับปรุงร้านยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการ⁷ โดยร้านยาเกือบ 70% มีการจัดซื้ออุปกรณ์ใหม่ เช่น คอมพิวเตอร์และเครื่องพิมพ์ เพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน อย่างไรก็ตามการลงทุนดังกล่าวยังมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างร้านยา โดยมีตั้งแต่ 2,000 บาท จนถึง 120,000 บาท ซึ่งอาจสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในทรัพยากรของแต่ละพื้นที่⁸

ในทางตรงกันข้ามการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากมีเพียง 56.5% ของร้านยาเท่านั้นที่สามารถให้บริการนี้ได้

อย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้การศึกษาของ Garcia et al.⁹ ก็ยืนยันว่าการขาดแคลนบุคลากรและความรู้เฉพาะทาง เป็นอุปสรรคสำคัญ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการอบรมเพิ่มเติม เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของเภสัชกรชุมชน โดยสรุปแม้ว่าการเข้าร่วมโครงการจะช่วยยกระดับมาตรฐานร้านยาได้ในระดับหนึ่ง แต่การพัฒนาอย่างยั่งยืนยังคงต้องอาศัย การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านงบประมาณ การฝึกอบรม และนโยบายส่งเสริมจากภาครัฐ เพราะฉะนั้น การศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงให้เห็นว่า การลงทุนในร้านยาชุมชนไม่เพียงแต่เพิ่มคุณภาพบริการ เท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้แข็งแกร่งขึ้นอีกด้วย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของ Lee et al.¹⁰ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการคัดเลือกร้านยาในระบบ สาธารณสุขของเกาหลีใต้ พบว่า การกำหนดเกณฑ์ คัดเลือกที่ชัดเจนและการประเมินคุณภาพเบื้องต้น อย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของโครงการพัฒนา ร้านยาได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการ คัดเลือกร้านยา 172 แห่งและคัดเข้า 96 แห่งในโครงการนี้ สอดคล้องกับการฝึกอบรมและการเตรียมความพร้อม จากการศึกษาโดย Johnson and Smith¹¹ ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งเห็นว่าการประชุมเชิงปฏิบัติการและการฝึกอบรมอย่าง เข้มข้นก่อนเริ่มโครงการมีส่วนสำคัญในการเพิ่มอัตรา ความสำเร็จของร้านยาในการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะการอบรมการใช้ระบบดิจิทัลและการให้บริการ เภสัชกรรม ซึ่งตรงกับกระบวนการอบรม A-med care และ การเตรียมความพร้อมในโครงการ สำหรับการบริการ เภสัชกรรมทางไกล (Tele pharmacy) พบผลเช่นเดียวกับ งานวิจัยของ Martinez et al.¹² เกี่ยวกับการนำ Tele pharmacy มาใช้ในพื้นที่ชนบทของสเปนแสดงให้เห็นว่า การพัฒนามาตรฐานการบริการทางไกลอย่างเป็นระบบ ช่วยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสนับสนุนการพัฒนาการบริการเภสัชกรรมทางไกล ตามประกาศสภาเภสัชกรรมในโครงการนี้และการติดตาม และประเมินผลระหว่างดำเนินการสอดคล้องกับการศึกษา ของ Chen et al.¹³ ในไต้หวันพบว่า การติดตามผล

อย่างใกล้ชิดระหว่างดำเนินโครงการและการให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงทีช่วยเพิ่มอัตราการรักษา มาตรฐานของร้านยาได้ถึง 40% ซึ่งสอดคล้องกับ กระบวนการติดตามการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหา ในโครงการนี้

ผลการประเมินครั้งนี้พบผลสอดคล้องกับการขยาย บทบาทร้านยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จากการศึกษา ของ Garcia et al.⁹ ในสหรัฐอเมริกาชี้ให้เห็นว่าร้านยา สามารถลดภาระงานของโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วย เล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการดำเนินงานครั้งนี้ที่พบว่า ร้านยาสามารถให้บริการผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้กว่า 105,924 ครั้ง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังระบุ ว่าการขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและร้านยา เป็นอุปสรรคสำคัญ เช่นเดียวกับที่พบในการวิจัยนี้ที่ผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังใช้บริการร้านยาเพียง 197 คนเท่านั้น ส่วนปัญหาด้านเทคโนโลยีและการชดเชยค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Smith et al.¹⁴ เกี่ยวกับการใช้ ระบบดิจิทัลในร้านยาชุมชนของอังกฤษ พบว่าการใช้ โปรแกรมที่ไม่เสถียรและการบันทึกข้อมูลที่ซับซ้อนเพิ่ม ภาระงานให้เภสัชกรอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนกับปัญหา ของระบบ A-MED ในจังหวัดร้อยเอ็ดที่เภสัชกรต้อง ใช้เวลาเฉลี่ย 28.38 นาทีต่อการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหนึ่งราย นอกจากนี้การศึกษายังชี้ให้เห็นว่าการชดเชยค่าใช้จ่าย ที่ไม่เหมาะสมเป็นอุปสรรคต่อการขยายบริการร้านยา ซึ่งตรงกับปัญหาการได้รับค่าชดเชยที่ไม่ครบถ้วน ในโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จังหวัดร้อยเอ็ด และการสื่อสารและความเข้าใจของประชาชนสอดคล้องกับ งานวิจัยของ Wong & Chen.¹⁵ ในไต้หวันเกี่ยวกับ โครงการร้านยาในระบบประกันสุขภาพพบว่า การขาด การประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจนทำให้ประชาชนไม่เข้าใจสิทธิ การรักษาอย่างถ่องแท้ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในจังหวัดร้อยเอ็ด เช่นกัน ที่ประชาชนเข้าใจผิดว่าบริการส่งเสริมสุขภาพ ที่ร้านยาใช้ได้เฉพาะสิทธิบัตรทองเท่านั้น การศึกษานี้ เสนอให้มีการสื่อสารแบบหลายช่องทางเพื่อเพิ่มความเข้าใจ ของประชาชน ซึ่งอาจเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาสำหรับ

จังหวัดร้อยเอ็ดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) ควรพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล ร้านยา และสถานพยาบาลเอกชนอื่นเพื่อให้สามารถตรวจสอบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ลดความซ้ำซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพ และความปลอดภัย และ 2) ควรสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล ในการมีส่วนร่วมเพราะเป็นองค์กรที่มีความยึดโยงกับประชาชน ทราบความต้องการที่แท้จริงของประชาชน เพื่อให้จัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดี เพื่อให้ร้านยาช่วยดูแลประชาชนโดยไม่ต้องใช้งบประมาณของท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่

1) ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของบริการร้านยาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อประเมินความยั่งยืนของบริการในมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสามารถในการป้องกันโรค 2) ควรวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพเพื่อประเมินความคุ้มค่าของบริการร้านยา โดยเปรียบเทียบกับบริการในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยปฐมภูมิอื่น ทั้งด้านต้นทุนบริการ คุณภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 3) ควรศึกษารูปแบบการบริหารจัดการร้านยาที่ประสบความสำเร็จ เพื่อทราบแนวทางที่สามารถถ่ายทอดและปรับใช้กับร้านยาอื่นๆ กลไกจูงใจ การบริหารบุคคล และระบบการบริการที่มีประสิทธิภาพ และ 4) ควรมีการวิจัยเชิงระบบเกี่ยวกับกลไกความร่วมมือระหว่างร้านยาและโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบทของการจ่ายยา NCDs ผ่านร้านยา ซึ่งยังขาดความต่อเนื่องและระบบสนับสนุนที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, พัชรา ลิขหรวงศ์, อารยา ญาณพิบูลย์, กุณที พลรักดี, อรรถวิทย์ ยางธิสาร, และคนอื่นๆ. การประเมินโครงการนำร่องให้ ผู้ป่วยรับยาที่ร้านขายยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/documents/183333>

2. กิตติยา ปิยะศิลป์, นิสรา ศรีสุระ, นุศราพร เกษสมบุญ, สุนี เลิศสินอุดม. ผลลัพธ์ของโครงการรับยาใกล้บ้านเภสัชกรใกล้ใจโมเดลจังหวัดขอนแก่น. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565:14(1):229-41.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง. การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานบริการปฐมภูมิและนวัตกรรมบริการ ปีงบประมาณ 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/th/docman-document/personalg2h/55164-2025-03-10_03-18-40-1/file
4. สุนี เลิศสินอุดม. แนวทางการจัดบริการสำหรับหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม (ร้านยา): โครงการ Common illness (CI). [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nectec.or.th/ace2023/wp-content/uploads/2023/09/Common-illness-NECTEC-ACE2023.pdf>
5. สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรมที่56/2563 เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=1846&catid=0
6. ปรุฬห์ รุจน์ธำรงค์, ดวงรัตน์ โปธะ, ธนะวัฒน์ วงศ์ผั่น. ต้นทุนบริการสุขภาพสำหรับรักษาผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา เปรียบเทียบกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลปทุมธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5925?locale-attribute=th>
7. สุนี เลิศสินอุดม, ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล, อติณัฐ

- อำนวยการเวช, ปาริชาติ อัมมรติ, นิรัชรา ฤวิลาการ. การประเมินผลการให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6056?locale-attribute=th>
8. รังสรรค์ ศรีภิรมย์, ภาณุมาศ ภูมาศ, กรแก้ว จันทภาษา, กัญญา ติชยาธิคม, กัญญา ติชยาธิคม, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, และคนอื่นๆ. การดูแลรักษาพยาบาลตนเองของประชาชนไทยโดยการซื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(3):369-7
 9. Garcia M, Silva R, Alves P. The role of pharmacies in chronic disease management: Barriers and solutions [Internet]. *Int J Health Policy*. 2021 [cited 2025 Jun 5] Available from: <https://www.ijhpsonline.org/article/789>
 10. Lee S, Kim H, Park J. Selection criteria for community pharmacies in public health programs: A Korean case study. *J Pharm Policy Pract*. 2021;14(1):23-35.
 11. Johnson AB, Smith CD. Training programs for pharmacy quality improvement: Lessons from US experiences. *Am J Health Syst Pharm*. 2022;79(5):345-356.
 12. Martinez L, Garcia R, Fernandez M. Implementing tele pharmacy in rural areas: The Spanish model. *Int J Pharm Pract*. 2023;31(2):89-102.
 13. Chen W, Lin Y, Huang K. Real-time monitoring in pharmacy quality improvement projects: Evidence from Taiwan. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):45-58.
 14. Smith J D, Brown K L, Lee H. Digital challenges in community pharmacy practice: A UK perspective. *Int J Pharm Pract*. 2023;31(2):89-102.
 15. Wong T, Chen L. Public understanding and utilization of pharmacy services in national health insurance systems. *Health Commun*. 2022;18(4):112-12