เครือข่ายร้านยา-โรงพยาบาล
ในระบบบริการสาธารณสุขแบบครบวงจร

คำว่า "ระบบบริการสาธารณสุขครบวงจร (Integrated Health Service System)" เป็นแนวคิดใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นภายในทศวรรษนี้ หมายถึงรูปแบบบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยบริการหลากหลาย ซึ่งจัดโดยหน่วยบริการหลายหน่วยแต่มีการประสานเชื่อมต่อกันอย่างไม่ขาดช่วง บริการเภสัชกรรมชุมชน เป็นบริการสาธารณสุขรูปแบบหนึ่งที่จำเป็นจะต้องได้รับการผนวกเข้าสู่ระบบเครือข่ายนี้ด้วย สำหรับประเทศไทย ผู้เขียนได้พิจารณาถึงความเป็นไปได้ในขณะนี้พร้อมกับเสนอทางเลือกในนำแนวคิดนี้มาปรับใช้ว่า อาจจะใช้วิธีการผนวกร้านยาเข้าสู่เครือข่ายของสถานพยาบาลที่ได้รวมตัวกันเพื่อรับผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพ หรืออาจจะเปิดให้สถานพยาบาลเป็นหน่วยบริการด้านยาในชุมชน โดยที่ให้สถานพยาบาลแม่ข่าย (main contractor) เป็นเจ้าของและดำเนินการเอง ทั้งนี้หากจะให้ได้ผลดี ในระยะแรกจึงควรดำเนินการในลักษณะการจัดระบบควบคู่ไปกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ Ph. D. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การบริการสาธารณสุขของไทยที่พัฒนามาจวบจนถึงปัจจุบันเป็นระบบบริการแบบแยกส่วนและขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการจากแหล่งบริการสาธารณสุขแหล่งใดแหล่งหนึ่งหรือหลายๆ แหล่งสำหรับการเจ็บป่วยแต่ละครั้งก็ได้ และเลือกที่จะเริ่มใช้บริการสาธารณสุขในระดับใดก่อนก็ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยมีโอกาสจากทางเลือกหลากหลายที่เปิดให้นั้น ความต่อเนื่องในการให้บริการกลับอยู่ในระดับที่ต่ำมาก โดยทั่วไปในกรณีที่ผู้ป่วยใช้บริการจากสถานพยาบาลหลายแห่ง ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับจากสถานพยาบาลแห่งหนึ่งมักจะมิได้ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งถัดไป ถึงแม้ว่าในทางทฤษฎีการบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะในภาครัฐมีระบบส่งต่อจากระดับหนึ่งไปอีกระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติการส่งต่อยังคงเป็นส่วนน้อยเท่านั้น ลักษณะการขาดการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาเช่นนี้ อาจเป็นผลให้การตัดสินใจทางการแพทย์ (medical decisions) ขาดข้อมูลที่จำเป็นบางประการ เช่น ผู้ป่วยซึ่งไปซื้อยารับประทานจากร้านยา และไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลด้วยในกรณีการเจ็บป่วยครั้งเดียวกัน (same episode) อาจประสบปัญหาการใช้ยาซ้ำซ้อน หรือการใช้ยาหลายขนานซึ่งอาจมีปฏิกิริยาของยา ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ตลอดจนความสูญเปล่าสิ้นเปลืองในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขด้วย

พฤติกรรมแบบหนึ่งในการแสวงหาการรักษาพยาบาล (health-seeking behavior) ของคนไทยที่พบบ่อย คือการที่ผู้ป่วยมักจะไปซื้อยารับประทานเองจากร้านยา (หรือร้านชำ โดยเฉพาะในเขตชนบท) หรือไปปรึกษาปัญหาความเจ็บป่วยและรับการรักษาจากร้านยา เนื่องจากความ

สะดวกในการเข้าถึงและราคาของบริการที่ไม่แพงนักเมื่อเทียบกับแหล่งอื่น การสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสาธารณสุขจากข้อมูลหลายชิ้นในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2527-2540 พบว่า ร้อยละของผู้บริโภคที่เลือกใช้บริการที่ร้านยาเมื่อเจ็บป่วยมีช่วงระหว่าง 12-85.2 (ประเจิด, 2527 ; มัณฑนา, 2529 ; สุขุม, 2538 ; วิโรจน์, 2540 ; สุพัตรา, 2540) ตัวเลขที่แตกต่างกันนี้เกิดจากความแตกต่างของกลุ่มประชากรที่ศึกษาระเบียบวิธีการวิจัย หรือจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของคนไทย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของกำลังซื้อ (purchasing power) ภายใต้สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจที่ต่างกันในแต่ละยุคสมัย การเพิ่มความครอบคลุมของประกันสุขภาพ และสาเหตุจากปัจจัยอื่นๆ

ในส่วนของผู้ที่ใช้บริการนั้น การที่ใช้บริการร้านยาส่วนหนึ่งอาจจัดเป็นการดูแลรักษาตนเอง (self care) กล่าวคือ ผู้ใช้เข้าใจสาเหตุและวิธีการรักษาอาการที่เกิดขึ้น และไปร้านยาเพื่อหาซื้อยาขนานที่ตนต้องการ ในขณะเดียวกันการใช้บริการร้านยาอีกส่วนหนึ่งก็จัดเป็นการดูแลโดยบุคลากรวิชาชีพ (professional care) คือการซื้อยาตามใบสั่งหรือการที่ผู้ให้บริการเป็นผู้เลือกและแนะนำการดูแลรักษา การศึกษาโดยวิธีสังเกตการณ์ (observation) ผู้ที่มาใช้บริการร้านยา พบว่า ร้อยละ 47.5-52.8 ใช้บริการโดยการไปบอกอาการเพื่อขอปรึกษาและรับการรักษา (เสาวคนธ์ และคณะ, 2531 ; สถิตพงศ์, 2539) ซึ่งสะท้อนว่าจำเป็นต้องอาศัยการดูแลโดยบุคลากรวิชาชีพ

กล่าวโดยภาพรวม ข้อมูลจากการศึกษาทั้งหลายยังคงบ่งชี้ว่าร้านยาเป็นแหล่งบริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ (primary care) ที่สำคัญ เป็นด่านแรกอันหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขไทย แต่ทว่าแหล่งบริการสาธารณสุขประเภทนี้มีลักษณะที่แยกส่วนออกจากระบบการส่งต่อภาคทางการกับสถานพยาบาลประเภทอื่นๆ ยังผลให้การบริการไม่มีความต่อเนื่องและเกิดความซ้ำซ้อนหรือขาดช่วง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบเช่นนี้เป็นทั้งปัญหาทางด้านคุณภาพ (quality) และปัญหาประสิทธิภาพ (efficiency) ของการให้บริการของระบบสาธารณสุขโดยรวม

บทความนี้มุ่งหมายที่จะเสนอแนวคิดการออกแบบระบบ (system design) แบบหนึ่งที่เป็นการจัดบริการสาธารณสุขแบบที่ยึดถือผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (client-centered approach) คือการจัดโครงสร้างของแหล่งที่ให้บริการสาธารณสุข (health care delivery) 2 ระดับ ได้แก่ ร้านยาและโรงพยาบาลในลักษณะเครือข่าย โดยเป็นแนวทางหนึ่งในการลดปัญหาความด้อยคุณภาพและด้อยประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข ในขณะเดียวกันก็เป็นการใช้จุดแข็งของจำนวนและการกระจายของร้านยาในการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข โดยที่บทความนี้จะวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ และเสนอแนวความคิดเกี่ยวกับรูปแบบ (model) ของการผนวก (integrate) ร้านยาซึ่งเป็นแหล่งบริการเภสัชกรรมชุมชนเข้าเป็นเครือข่ายการให้บริการสาธารณสุขกับโรงพยาบาล เป็นระบบบริการสาธารณสุขแบบครบวงจร (integrated health service system) ตลอดจนชี้ประเด็นปัญหาอุปสรรคบางประการของการผนวกเครือข่ายดังกล่าว

บริบทของการพัฒนา

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมของงานบริการเภสัชกรรมและระบบบริการสาธารณสุขหลายประการให้มีผลผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการไปในทิศทางที่เน้นคุณภาพ ความต่อเนื่อง และระบบที่เป็นองค์รวมมากขึ้น เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในประเทศไทย ปัจจัยหลักในบริบท (context) ของระบบบริการเภสัชกรรมและระบบบริการสาธารณสุขที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงได้แก่

1. การบริบาลเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care)

แนวคิดเรื่องการบริบาลเภสัชกรรมปรับเปลี่ยนมุมมองการบริการด้านยาจากการเน้นการจ่ายยา (dispensing) เป็นหลัก มาเป็นการปฏิบัติ (practice) ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และบริการที่มีคุณภาพ โดยมุ่งไปที่การจัดการเรื่องการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย (managing patient drug therapy) ในลักษณะองค์รวม แนวคิดดังกล่าวนี้ จึงขยายบทบาทของเภสัชกรออกจากขอบเขตที่จำกัดเฉพาะห้องยาให้รวมไปถึงสถานที่ต่างๆ ที่มีการใช้ยา

2. การพัฒนาคุณภาพการบริการ (Quality Care)

กระแสการพัฒนาคุณภาพ (quality movement) เริ่มต้นจากอุตสาหกรรมการผลิตสินค้า ต่อมาจึงได้แพร่เข้าสู่งานบริการ รวมทั้งทางด้านสาธารณสุข (Berwick, 1989), Jencks & Wilensky, 1992), (Blumental & Scheck, 1995) ในประเทศไทย ปัจจัยกระแสการพัฒนาคุณภาพทางด้านบริการสาธารณสุขส่วนที่ได้รับการดำเนินการในเชิงรูปธรรมไปบ้างแล้วยังมีในวงจำกัด เช่น โรงพยาบาลบางแห่งที่ได้นำระบบ total quality management ไปใช้ และได้พัฒนาไปจนเป็นแนวทางการจัดทำหลักเกณฑ์การให้การรับรองคุณภาพ (accreditation) ของโรงพยาบาล หลักการหนึ่งของแนวความคิด total quality management คือการให้ความสำคัญต่อความพึงพอใจของลูกค้า แนวคิดเช่นนี้เปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm) ที่เน้นมุมมองของผู้ให้บริการมาเป็นการเน้นมุมมองของผู้รับบริการ แต่ทว่าแนวคิดเรื่องคุณภาพในปัจจุบันยังมิได้ขยายไปถึงการมองคุณ ภาพที่เป็นองค์รวมในการบริการผู้ป่วยทั้งระบบ แนวคิดนี้หากมีการพัฒนาต่อไปน่าจะมีผลกระทบต่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของการจัดระบบบริการในระยะยาว

3. การก่อตัวและขยายตัวของระบบ Chain drugstores และ Franchised drugstores

ระบบร้านยาแบบลูกโซ่ chain drugstores และระบบ franchised drugstores ได้มีการพัฒนาในตลาดร้านยาไทยในช่วงของการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ในระยะไม่นานมานี้ ร้านยาในระบบทั้ง 2 นี้สร้างภาพปรากฏ (appearance) ของร้านยาแบบใหม่ซึ่งมีความสะอาดสว่าง เป็นระเบียบเรียบร้อยกว่าร้านยาในรูปแบบเดิม นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในเชิงภาพปรากฏแล้ว ระบบดังกล่าวยังได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในด้านการเป็นเจ้าของทุนและในด้านระบบบริหารของธุรกิจร้านยาด้วย ในเชิงบริหารนั้น สิ่งที่เกิดขึ้นใหม่คือระบบบริหารจัดการแบบเครือข่ายแทนที่จะเป็นการบริหารร้านเดี่ยวๆ และการขยายฐานในเชิงของเขตพื้นที่และส่วนแบ่งการตลาด และการสร้างจุดเด่นของการบริการ การจัดรูปแบบเครือข่ายในลักษณะนี้มีข้อดีที่สามารถบริหารการจัดซื้อ การจัดบริการ และการบริหารบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่าร้านยาเดี่ยวๆ แต่อย่างไรก็ตาม การบริการจะมีคุณภาพเพียงใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของร้านยาแต่ละเครือข่าย และแต่ละร้าน

4. การประกันสุขภาพ (Health Insurance)

การขยายตัวของการประกันสุขภาพในประเทศไทยในระยะใกล้นี้ เกิดจากการผลักดันที่มีภาครัฐเป็นตัวหลัก เช่น ในโครงการบัตรสุขภาพ และโครงการประกันสังคม เป็นต้น ระบบบริหารของโครงการประกันสังคมที่ใช้ contractor และการจ่ายเงินผู้ให้บริการ (provider) ในแบบจ่ายเป็นรายหัว (capitation) นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงสำคัญหลายประการในระบบบริการสาธารณสุขของไทย เช่น ในเรื่องการจัดโครงสร้างการบริการการคลังสาธารณสุข หากพิจารณาเฉพาะในด้านโครงสร้าง ผลกระทบจากการจัดระบบของโครงการประกันสังคมคือ การก่อเกิดของเครือข่ายผู้ให้บริการสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก สถานพยาบาลหลายระดับและหลายแห่งรวมตัวกันเป็นเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อให้บริการที่ง่ายต่อการเข้าถึงแก่ผู้เอาประกันที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลแม่ข่าย (main contractor) รูปแบบเครือข่ายที่แพร่หลายมีในลักษณะของเครือข่ายโรงพยาบาลและคลินิกแพทย์ และเมื่อเร็วๆ นี้เริ่มมีการจัดเครือข่ายซึ่งรวมคลินิกทันตกรรม เนื่องจากประกันสังคมเริ่มให้การครอบคลุมในเรื่องบริการทันตกรรม

5. การปฏิรูประบบสาธารณสุข (Health Care Reform)

การปฏิรูปคือการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างขององค์ประกอบต่างๆ ของระบบ

ในหลายๆ ประเทศ กระแสการปฏิรูประบบสาธารณสุขเกิดขึ้นจากแรงกดดันในเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นหลัก ผลจากกระแสดังกล่าวก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบโครงสร้างองค์กรการให้บริการและการจัดระบบการคลัง ทั้งในส่วนที่เกิดจากการริเริ่มของรัฐและเอกชนในประเทศไทยนั้น แรงกดดันจากปัญหาค่าใช้จ่ายประกอบกับการผลักดันให้มีการสร้างความเท่าเทียมและคุณภาพเพิ่มขึ้น นำไปสู่ความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบบางส่วน แม้ว่ากระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงนัก

6. ระบบการจัดเครือข่ายบริการแบบ Integrated System และแนวคิด Seamless Care

ระบบที่มีการเชื่อมต่อของการบริการสาธารณสุขที่ใช้ชื่อ integrated care และ seamless care เป็นการจัดองค์กรที่พัฒนาขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขแบบพหุนิยมในทวีปอเมริกาเหนือเป็นหลัก และมีในรูปแบบที่หลากหลายมาก (Gold, 1991 ; Hudson, 1993 ; Morrison & Hacker, 1994)

การจัดระบบเครือข่ายในลักษณะของระบบการให้บริการครบวงจร (integrated delivery system) เป็นระบบที่ผนวกรวมบริการสาธารณสุขหลายๆ ประเภทเข้าในเครือข่ายเดียวกัน เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถที่จะเลือกใช้และแพทย์สามารถที่จะส่งต่อผู้ป่วยในความดูแลของตนไปยังหน่วยให้บริการเฉพาะด้านเฉพาะระดับภายในเครือข่ายเดียวกันให้เหมาะสมกับความจำเป็นและให้เกิดประสิทธิภาพของระบบ ส่วนแนวคิดเรื่องการรักษาพยาบาลแบบไร้ตะเข็บ (seamless care) เป็นแนวคิดการจัดบริการที่เน้นความต่อเนื่อง โดยจัดให้มีระบบส่งต่อที่ดี ให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการใช้บริการในรูปแบบต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องไม่ขาดตอน และประกันคุณภาพการให้บริการ

ร้านยาในเครือข่ายบริการสาธารณสุขครบวงจร

การออกแบบโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข คือ การจัดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายในระบบ ได้แก่ การบริการลักษณะต่างๆ และในระดับต่างๆ กัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร จำนวนประชากรที่สามารถครอบคลุมได้ คุณภาพบริการ ตลอดจนความสอดคล้องกับพฤติกรรมในการใช้และการให้บริการ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะกำหนดประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเท่าเทียมซึ่งระบบจะให้ได้

คำว่าระบบบริการสาธารณสุขครบวงจร (Integrated Health Service System) หมายถึง รูปแบบบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยบริการหลากหลายซึ่งจัดให้โดยหน่วยบริการหลายๆ หน่วย แต่มีการประสานเชื่อมต่อกันโดยที่ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อในการรับบริการจากบริการประเภทหนึ่งหรือระดับหนึ่งไปยังอีกประเภทหนึ่งหรืออีกระดับหนึ่งได้อย่างไม่ขาดช่วงหรือไร้ตะเข็บ (seamless) กล่าวคือ เป็นระบบที่จัดบริการแบบครบวงจร ระบบดังกล่าวนี้มีลักษณะเฉพาะหลัก 2 ประการคือ

1. เครือข่ายเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานบริการสาธารณสุขด้านต่างๆ ที่จัดโดยหน่วยย่อยแต่ละหน่วยในเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

2. เครือข่ายรับความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ (Morrison & Hacker, 1994) การรวมตัวเป็นเครือข่ายนั้น มีทั้งการรวมในแนวดิ่ง (vertical integration) และในแนวราบ (horizontal integration) การรวมตัวในแนวราบ มักเป็นการรวมตัวเพื่อกระจายสถานพยาบาลในลักษณะเดียวกันหรือคล้ายกัน เพื่อให้มีการเข้าถึงได้ง่ายขึ้น เช่น การมีคลินิกหลายๆ แห่งเข้าร่วมเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก สามารถเข้าใช้บริการในสถานที่ต่างๆ ส่วนการรวมตัวในแนวดิ่ง เป็นการรวมตัวของสถานบริการสาธารณสุขที่มีลักษณะงานบริการที่แตกต่างกัน หรือมีระดับความซับซ้อนของการให้บริการที่แตกต่างกัน เพื่อให้บริการที่หลากหลาย เช่น การรวมตัวของโรงพยาบาล คลินิก คลินิกทันตกรรม ร้านยา สถานกายภาพบำบัด nursing home, fitness center, hospice เป็นต้น การจัดระบบบริการที่ครบวงจรเน้นการรวมตัวในแนวดิ่งเป็นหลัก เนื่องจากความหลากหลายของบริการที่มีให้แตกต่างกันไประดับของ "ความครบวงจร" ในแต่ละระบบจึงมีแตกต่างกันไปด้วย

ในบางประเทศ บริการเภสัชกรรมชุมชนเป็นบริการสาธารณสุขแบบหนึ่งซึ่งมักได้รับการจัดเข้าเป็นส่วนหนึ่งในโครงสร้างเครือข่ายด้วย ที่ผ่านมาร้านยาในเครือข่ายของระบบบริการสาธารณสุขครบวงจรนั้น นอกจากจะมีบทบาทในการบริการทางด้านยาแล้ว ยังมีบทบาทอื่นๆ เช่น การช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านยาโดยการเป็นตัวกลางสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Knowlton & Knapp, 1994) นอกจากนั้นร้านยายังเป็นช่องทางสำคัญที่เครือข่ายใช้ในการดำเนินมาตรการทางด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย เช่น โครงการอดบุหรี่ (Baluch, 1995) เนื่องจากร้านยาเข้าใกล้กับสมาชิกในชุมชนมากกว่าหน่วยอื่น

ทางเลือกโรงพยาบาลและร้านยาเข้าร่วมเครือข่ายสำหรับประเทศไทย

การให้บริการภายใต้ประกันสุขภาพระบบหลักในประเทศไทยคือประกันสังคมนั้น ส่วนใหญ่จัดเป็นเครือข่ายอยู่แล้ว แต่โดยที่ยังไม่มีส่วนของร้านยาที่ให้บริการเภสัชกรรมในชุมชนร่วมในเครือข่ายต่างๆ ที่มีอยู่ในขณะนี้ ดังนั้น ทางเลือกในการผนวกร้านยาเข้าสู่ระบบเครือข่ายที่มีความเป็นไปได้มากในขณะนี้ คือ

1. เครือข่ายของสถานพยาบาลที่ได้รวมตัวกันขึ้นเพื่อรับผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะของสถานพยาบาลประกันสังคม การจัดเครือข่ายในสถานการณ์ปัจจุบัน อาจใช้รูปแบบที่จัดร้านยาเป็น sub-contractor ของเครือข่ายที่เชื่อมกับ main contractor ซึ่งเป็นโรงพยาบาล และ sub-contractor ในลักษณะอื่นๆ เช่น คลินิก

2. เปิดเป็นหน่วยบริการด้านยาในชุมชน โดย main contractor เป็นเจ้าของเอง

สถานพยาบาลแต่ละแห่งที่เข้าร่วมเครือข่ายนั้น ย่อมต้องทำความตกลงในเรื่องการจัดบริการร่วมกัน แต่นั่นมิได้หมายความว่า สถานพยาบาลที่เป็นสมาชิกเครือข่ายจำเป็นจะต้องให้บริการเฉพาะแก่ผู้ป่วยของเครือข่ายเท่านั้น โรงพยาบาลและร้านยาที่เข้าร่วมเครือข่ายอาจเลือกที่จะให้บริการผู้ป่วยอื่นๆ ได้

โรงพยาบาลแม่ข่ายที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคมหลายแห่งมีประสบการณ์ในการบริหารเครือข่ายมาระยะหนึ่งแล้ว การผนวกร้านยาเข้าในเครือข่ายเหล่านี้จึงเป็นการขยายความครอบคลุมของบริการทางด้านเภสัชกรรมชุมชนที่ให้แก่สมาชิก

ในส่วนของร้านยาที่เข้าร่วมเครือข่ายนั้น ในขณะนี้น่าจะมีรูปแบบที่เป็นทางเลือกหลัก 6 ประการคือ

1. ร้านยาเดี่ยวๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน (Independent Drugstores)

ร้านยาเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นธุรกิจประเภทเจ้าของคนเดียว และเจ้าของมักเป็นผู้ให้บริการเองด้วย การคัดเลือกร้านยาเดี่ยวที่เปิดบริการแล้วในชุมชนที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเข้าร่วมเครือข่าย ประเด็นหลักที่ผู้บริหารเครือข่ายต้องพิจารณาก็คือ คุณภาพบริการของร้านยา กลุ่มลูกค้า หรือ catchment area ของร้านยา การทำข้อตกลงกับร้านยาแต่ละร้าน และการกระจายของร้านต่างๆ หากมีสมาชิกมากกว่าหนึ่งร้าน เป็นต้น

2. Chain Drugstores และ Franchised Drugstores

การทำความตกลงกับ chain drugstores หรือ franchised drugstores ของเอกชนเพื่อร่วมเป็นเครือข่ายเป็นทางเลือกที่สะดวกกับผู้บริหารเครือข่ายในแง่ของการทำความตกลงกับร้านยา การดูแลมาตรฐาน และการบริหารจัดการ เนื่องจากร้านยามีการจัดระบบเป็นเครือข่ายอยู่แล้ว แต่เครือข่ายของร้านยาจะมีอำนาจต่อรองมากกว่าร้านยาเดี่ยว

3. ร้านยาองค์การเภสัชกรรม

สาขาของร้านยาองค์การเภสัชกรรมที่มีอยู่แล้วหรือเปิดใหม่ ก็เป็นทางเลือกหนึ่ง โดยที่มีลักษณะคล้ายกับ chain drugstores แต่มีข้อได้เปรียบในแง่ที่ยาขององค์การเภสัชกรรมได้รับความเชื่อถือจากผู้ซื้อในภาคร้านยาแล้ว ในขณะเดียวกัน องค์การเภสัชกรรมก็เป็นผู้ผลิตด้วย เป็นการรวมตัวในแนวดิ่งไม่เฉพาะภาคบริการสาธารณสุข หากรวมถึงภาคอุตสาหกรรมยาด้วย อย่างไรก็ตาม ความเป็นรัฐวิสาหกิจขององค์การเภสัชกรรมอาจมีผลด้านลบต่อความคล่องตัวในการดำเนินงานลักษณะเครือข่าย

4. ร้านยามหาวิทยาลัย

ขณะนี้คณะเภสัชศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ ได้มีการเปิดสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนขึ้น เพื่อให้บริการทางด้านยาแก่ชุมชนในบริเวณคณะ และเป็นแหล่งฝึกงานให้แก่นิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ร้านยามหาวิทยาลัยต่างๆ มักเป็นร้านยาตัวอย่างในการให้บริการ การขยายสาขาของร้านยาสู่เครือข่ายจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะขยายบริการยาและบริการทางวิชาการสู่ชุมชน รวมถึงเปิดบริการยาชุมชนเชื่อมสู่ระบบครบวงจร แต่ทั้งนี้ความพร้อมในการลงทุน และการบริหารจัดการ ตลอดจนประเด็นของข้อตกลงการบริการและข้อตกลงธุรกิจยังเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาอีกมาก

5. สาขาของแผนกเภสัชกรรมโรงพยาบาล

ทางเลือกอีกทางหนึ่งคือ การเปิดสาขาบริการเภสัชกรรมชุมชนซึ่งเป็นส่วนขยายจากเภสัชกรรมโรงพยาบาล

ในลักษณะ extended pharmacy รูปแบบ extended hospital pharmacy ได้เคยมีการทำมาแล้วในอดีต การปรับเป็น extended community pharmacy เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ การดำเนินการในรูปแบบนี้ โรงพยาบาลเป็นเจ้าของร้านยา การจัดความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับร้านยาจึงเป็นไปได้ง่ายกว่าในรูปแบบอื่น

6. ศูนย์บริการสาธารณสุข และ/หรือสถานีอนามัย

สถานพยาบาลในชุมชนที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร และสถานีอนามัยในต่างจังหวัด ทั้ง 2 ประเภทนี้มีการบริการด้านยาด้วย การปรับโครงสร้างให้มาทำหน้าที่บริการเภสัชกรรมชุมชนเป็นสิ่งที่อาจทำได้ และมีข้อดีในการที่สถานพยาบาลทั้ง 2 ประเภทมีการกระจายตัวสู่ระดับชุมชนดีกว่าสถานพยาบาลแบบอื่นๆ

การจัดให้สถานีอนามัยบริการเภสัชกรรมชุมชนด้วยนั้น อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการลดปัญหาเรื่องยาจากร้านขำในหมู่บ้านได้ด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ยังต้องมีการพิจารณาความเป็นไปได้ทางด้านบุคลากร การบริหารจัดการ การป้องกันไม่ให้กลายสภาพเป็นแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสมดังที่เกิดขึ้นในกองทุนยาบางแห่ง ตลอดจนต้องพิจารณานโยบายต่อบทบาทของสถานบริการเหล่านี้ในระบบสาธารณสุขโดยรวม ส่วนศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครน่าจะมีความเป็นไปได้ในการเป็นแหล่งบริการยากับชุมชนในกรุงเทพมหานครแหล่งหนึ่ง โดยต้องพิจารณาระบบการบริหารจัดการ และนโยบายต่อบทบาทการบริการ

ทางเลือกต่างๆ ทั้ง 6 นี้เป็นเพียงข้อเสนอสำหรับพิจารณาความเป็นไปได้ในสถานการณ์ปัจจุบัน ทางเลือกแต่ละทางที่กล่าวข้างต้นนี้ มีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของทางเลือกแต่ละทางย่อมแตกต่างกันไป นอกจากนี้ทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่หนึ่งหรือจังหวัดหนึ่ง อาจไม่เหมาะสมสำหรับพื้นที่อื่นๆ ทั้งนี้ต้องพิจารณาเป็นกรณีไป

การจัดระบบโรงพยาบาล-ร้านยาในเครือข่าย

ไม่ว่าการรวมตัวเป็นเครือข่ายจะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลหรือร้านยาประเภทใด และเป็นการเข้าร่วมในรูปแบบใดก็ตาม สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงในเรื่องของการจัดระบบเครือข่ายก็คือ ความสัมพันธ์ทางด้านบริการ ทางด้านการเงิน และทางด้านการบริหารจัดการ (service, financial, and management arrangements) โดยมีประเด็นหลักที่จะต้องพิจารณาแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การจัดระบบภายในโรงพยาบาลและร้านยา และการจัดระบบระหว่างร้านยากับเครือข่าย

1. การจัดระบบภายในโรงพยาบาลและร้านยา

การดำเนินงานของเครือข่ายใดๆ ก็ตามจำเป็นจะต้องมีระบบบริหารจัดการ และเกณฑ์มาตรฐานการทำงานในการผนวกร้านยาเข้าสู่ระบบเครือข่ายจึงจำเป็นจะต้องมีการทำความตกลงเกี่ยวกับรายละเอียดของการจัดระบบภายในโรงพยาบาลและภายในร้านยาเพื่อรองรับการเชื่อมต่อในการให้บริการ การบริหารจัดการ และการบริหารการเงิน

ในส่วนของร้านยานั้น ร้านที่เป็นสมาชิกเครือข่ายแต่ละร้านต้องได้รับการดูแลให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์เดียวกัน ฉะนั้น จึงต้องมีการกำหนดรายละเอียดการจัดระบบในร้านยา และพัฒนาคุณภาพการจ่ายยาให้เกิดความต่อเนื่อง และเพิ่มประสิทธิภาพของการเชื่อมต่อภายในเครือข่าย เครือข่ายควรจัดทำข้อกำหนดหลักเกณฑ์ทางด้านคุณภาพ (quality requirements) ซึ่งครอบคลุมด้านต่างๆ ดังนี้

ก. การปฏิบัติ: การกำหนดมาตรฐานการบริการตามหลักเกณฑ์เภสัชกรรมปฏิบัติที่ดี (Good Pharmacy Practice) (FIP, 1993 ; WHO, 1996)

ข. บุคลากร: ต้องมีเภสัชกรเพื่อจะให้บริการยาที่ถูกต้องและดำเนินการตามมาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนดไว้ได้

ค. กายภาพ: การจัดกายภาพของร้าน เช่น ความสะอาด ความเรียบร้อยในการจัดหมวดหมู่ผลิตภัณฑ์และความถูกต้องในวิธีการเก็บยาประเภทต่างๆ การมีชื่อผู้ปฏิบัติการให้เห็นชัดเจน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือสำหรับการดำเนินการตามหลักเกณฑ์อื่นๆ ตามข้อตกลงในความสัมพันธ์ระหว่างร้านยากับเครือข่ายซึ่ง

จะกล่าวในหัวข้อต่อไป เช่น ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบในการส่งข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

สิ่งที่จำเป็นในเรื่องของคุณภาพนอกจากตัวหลักเกณฑ์ที่ต้องมีความชัดเจนแล้ว ยังต้องมีกลไกการประกันคุณภาพ (quality assurance mechanisms) คือมาตรการที่จะใช้ตรวจสอบการดำเนินการให้มีมาตรฐานคุณภาพด้วย

2. การจัดระบบระหว่างร้านยากับเครือข่าย

หมายถึงการจัดรายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างร้านยากับศูนย์กลางของเครือข่ายและกับสมาชิกอื่นๆ ของเครือข่าย การเข้าเป็นสมาชิกของระบบ ร้านยาอาจเข้าร่วมในระดับหลวมหรือระดับที่มีข้อผูกพันมากก็ได้ แล้วแต่ข้อตกลงที่มีร่วมกับองค์ประกอบอื่นของเครือข่าย การจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างร้านยากับโรงพยาบาลของเครือข่ายมี 4 ประเด็นหลักที่ต้องพิจารณา ในที่นี้ขอเรียกว่า the four flows ดังต่อไปนี้

ก. **Flow of Service** เกี่ยวข้องกับการจัดความรับผิดชอบการบริการของแต่ละระดับ หรือแต่ละสถานพยาบาลภายในเครือข่าย ขอบเขตการให้บริการ บทบาทและขั้นตอนในการส่งต่อขึ้นและส่งต่อลง (refer up and refer down)

เครือข่ายต้องกำหนดชัดเจนว่า ร้านยาทำหน้าที่ให้บริการใดบ้าง และเชื่อมต่อกับหน่วยอื่นของเครือข่ายอย่างไร เช่น จ่ายยาตามใบสั่งยา (refill หรือจ่ายครั้งแรกด้วย) ให้คำแนะนำทางด้านยาแก่ผู้ป่วย ตรวจสอบความถูกต้องในใบสั่งยา ตรวจสอบประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเพื่อป้องกัน drug-drug interaction, drug-food interaction ให้การปรึกษาและรักษาโรคหรืออาการบางกลุ่ม ส่งต่อผู้ป่วย ให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านยาและสุขภาพแก่ชุมชน และร่วมมือในการรณรงค์ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ทั้งนี้เครือข่ายควรจะกำหนดรายการว่ากลุ่มอาการหรือโรคประเภทใดที่ร้านยาให้การดูแลรักษาและปรึกษาได้เลย ประเภทใดให้ส่งต่อ (refer) ไปยังคลินิกหรือโรงพยาบาลในเครือข่าย ในบทบาทนี้ร้านยาทำหน้าที่เป็น gatekeeper ให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ และ screen ผู้ป่วยเข้าสู่การบริการระดับต่อไป หากบทบาทนี้ทำได้ดี จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรของเครือข่ายทั้งหมด และของระบบสาธารณสุขของประเทศด้วย

ข. **Flow of Information** การจัดระบบสารสนเทศของผู้ป่วยและการให้บริการข้อมูลแก่ผู้ป่วย และแก่สถานพยาบาลหน่วยอื่นในเครือข่าย เพื่อการเชื่อมต่อของข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งส่งขึ้นและส่งลง ทั้งนี้ เพื่อให้การบริการในแต่ละจุดภายในเครือข่ายเป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ลดปัญหาการซ้ำซ้อนและอันตรายจากการใช้ยา

ระบบข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยต้องมีการออกแบบอย่างน้อยใน 2 ด้านคือ

(1) ประเภทของข้อมูลที่จะใช้ คือ ใน record ของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีข้อมูลใดบ้าง เช่น ข้อมูลโรค/อาการ การตรวจ ยา และการรักษาอื่นๆ ที่ได้รับความถี่ในการใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการให้บริการ เป็นต้น สมาชิกเครือข่ายแต่ละแห่งอาจมีสิทธิ์ที่จะเรียกใช้ (access) ข้อมูลในระดับที่ไม่เท่ากันก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับความจำเป็นในการให้บริการและข้อคำนึงในเรื่องของ privacy ของผู้ป่วย

(2) ระบบเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยต่างๆ ในเครือข่าย

การใช้และการบันทึกข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย ณ จุดต่างๆ ภายในเครือข่ายอาจจะจัดทำในรูปแบบต่างๆ เช่น อาจใช้วิธีง่ายๆ โดยการส่งข้อมูลข่าวสารทางโทรสาร หรืออาจจัดระบบ online ซึ่งสามารถติดต่อตรวจสอบผ่านระบบคอมพิวเตอร์ได้ทันทีตลอดเวลา หรือเก็บข้อมูลไว้ในแต่ละจุดและ upload สู่ศูนย์ข้อมูลเครือข่ายวันละครั้ง เป็นต้น ในแบบที่ใช้เครือข่ายคอมพิวเตอร์ทั้งในโรงพยาบาลและร้านยาจะต้องมีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยเก็บไว้เองหรือมีเครื่องมือที่จะ login เข้าสู่ศูนย์ข้อมูลของเครือข่ายเพื่อใช้งาน ทั้งนี้ วิธีการจัดระบบข้อมูลจะเป็นแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับข้อพิจารณาในเรื่องการกระจายของสมาชิกเครือข่าย และการลงทุนระบบ เป็นต้น

ค. **Flow of Fund** การจัดสรรการเงินและระบบการเบิกจ่ายภายในเครือข่าย

ระบบการเงินของเครือข่ายขึ้นอยู่กับแหล่งและวิธีการจ่ายเงินในการใช้บริการสาธารณสุขในระบบที่จัด

สถานพยาบาลแบบเครือข่าย โดยเครือข่ายมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการ และการบริหารความเสี่ยงทางการเงิน การจ่ายเงินของสถานพยาบาลแม่ข่ายให้แก่สถานพยาบาลอื่นที่เป็นสมาชิกในเครือหรือลูกข่ายอาจมีรูปแบบต่างๆ กันไป ซึ่งอาจเป็นการจ่ายตามรายการ รายครั้ง หรือรายหัว ทั้งนี้ขึ้นกับนโยบายและข้อตกลง หากมีการจ่ายตามรายหัวแก่ร้านยา นั่นหมายความว่าต้องมีระบบการขึ้นทะเบียนการใช้บริการจากร้านยาแต่ละแห่งด้วย วิธีนี้แม้จะเพิ่มงานบริหารภายในร้าน แต่จะเป็นระบบที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน สามารถจัดทำระบบข้อมูล เช่น patient drug profile และให้การบริการต่อเนื่องได้ดี เกิดความคุ้นเคยระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ ทั้งยังเป็นการทำให้มีลูกค้าประจำของร้านยาด้วย หากเป็นระบบการจ่ายเงินประกันที่ไม่ใช่ capitation เครือข่ายจะต้องกำหนดว่าในการใช้บริการแต่ละครั้ง จะใช้วิธีให้ผู้ป่วยจ่ายเงินแก่ร้านก่อน เบิกจากเครือข่ายทีหลัง หรือร้านยาจ่ายยาก่อน โดยไม่เก็บเงินจากผู้ป่วย แต่เบิกจากเครือข่ายภายหลัง เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องมีการตกลงในเรื่องของการคิดค่ายา และค่าบริการในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย

ระบบการจ่ายเงินแต่ละวิธีมีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง โดยเฉพาะผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายรวมของเครือข่ายและคุณภาพการให้บริการ ระบบประกันคุณภาพที่กล่าวข้างต้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องออกแบบให้เหมาะสม

ง. Flow of Goods การจัดระบบรายการยาและการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์อื่นๆ มีประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงดังนี้

(1) ชนิดและประเภทของยาที่จะจ่ายให้กับผู้ป่วยของเครือข่าย การพิจารณาความจำเป็นของการมีรายการยาในระดับต่างๆ ซึ่งอาจกำหนดเป็นบัญชีรายการยาสำหรับจ่ายแก่ผู้ป่วย และอนุญาตให้เบิกเงินค่ายาได้ บัญชีรายการยาอาจใช้แบบ inclusive list คือ จ่ายได้เฉพาะยาที่มีในรายการที่กำหนด หรือ exclusive list คือ จ่ายยาใดก็ได้ ยกเว้นยาในรายการที่กำหนด

(2) การใช้ brand หรือ generic products จะมีผลต่อค่าใช้จ่ายของเครือข่าย การตัดสินต้องพิจารณาองค์ประกอบทั้งทางด้านราคาและคุณภาพ

นอกจากนี้เครือข่ายที่ต้องการป้องกันความสับสนของผู้ป่วยในเรื่องรูปร่างและสียา อาจกำหนดว่าจะซื้อยาใดจากบริษัทใดเพื่อให้ได้ยารูปร่างเดียวกันและใช้ในสถานพยาบาลทุกแห่งทั้งเครือข่าย หรืออาจต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

(3) การจัดซื้อยา ระบบจัดซื้อที่ดีจะเป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายในด้านต้นทุนค่ายาและคุณภาพยา เครือข่ายสามารถเพิ่มอำนาจต่อรองในการซื้อยาโดยการพัฒนาระบบจัดซื้อรวมศูนย์ หรือการใช้ข้อมูลข่าวสารการจัดซื้อร่วมกัน เครือข่ายอาจจะพิจารณาความร่วมมือในการซื้อยาของสมาชิกในเครือในระดับต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นระบบใดระบบหนึ่งดังนี้

- การแยกซื้อ ต่างคนต่างซื้อ แต่แลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านราคาและคุณภาพในระหว่างสมาชิก
- รวมศูนย์ในการบริหารการประมูล มีหน่วยงานกลางทำหน้าที่ต่อรองหรือประมูลเพื่อจัดการเรื่องราคาและแหล่งซื้อให้สมาชิก แต่สมาชิกกำหนดความต้องการและสั่งซื้อเอง
- รวมศูนย์จัดซื้อแต่แยกระบบคลังยา มีหน่วยงานกลางประมูล จัดซื้อ แต่ไม่มีคลังยาเอง ให้บริษัทส่งไปตามสถานพยาบาลของสมาชิก
- รวมศูนย์จัดซื้อและระบบคลังยากลาง มีหน่วยงานกลางประมูล จัดซื้อ และเก็บไว้ที่คลังกลาง แล้วเบิกจ่ายหรือขายให้แก่สมาชิก

การเชื่อมต่อระหว่างร้านยาและโรงพยาบาลในเครือข่ายใดเครือข่ายหนึ่งอาจมีทั้ง 4 ด้านข้างต้น คือ บริการ (service) ข้อมูลข่าวสาร (information) การบริหารการเงิน (fund) และการบริหารผลิตภัณฑ์ (goods) หรืออาจมีเพียงบางด้าน เช่น บริการและข้อมูลข่าวสารก็ได้ โดยเฉพาะในระยะเบื้องต้นซึ่งทั้งร้านยาและโรงพยาบาลต้องทดลองปรับระบบงานเพื่อเชื่อมต่อกัน

การสร้างองค์ความรู้ในระดับปฏิบัติ

บทความนี้นำเสนอกรอบแนวคิดและประเด็นหลักในการจัดรูปแบบเครือข่ายร้านยา-โรงพยาบาล ยังมีรายละเอียดอีกจำนวนมากที่มิได้กล่าวถึง และมีประเด็นอีก

มากที่ต้องการการศึกษาวิจัยในระดับปฏิบัติ โดยเฉพาะในเรื่องของความเป็นไปได้ในการสร้างระบบดังกล่าวในประเทศ ตัวอย่างที่ชัดเจน ได้แก่ การพิจารณาข้อดีข้อเสียในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใช้บริการจากร้านยา จากมุมมองของผู้ให้บริการโดยเฉพาะโรงพยาบาล เนื่องจากการขายยาถือเป็นแหล่งรายได้สำคัญของโรงพยาบาล นอกจากนี้ประเด็นระดับมหภาคก็เป็นเรื่องสำคัญ เช่น ผลกระทบของการรวมตัวเป็นเครือข่ายต่อสถานพยาบาล (รวมถึงร้านยา) เดี่ยวๆ และผลกระทบต่อ public-private mix ของการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ เป็นต้น

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึง และยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง จำเป็นต้องมีการคิดค้น ปรับโครงสร้าง และวิธีการของการจัดบริการ รูปแบบต่างๆ ที่นำเสนอข้างต้นเป็นแนวคิดของการออกแบบระบบการบริการสาธารณสุขแบบครบวงจรในส่วนของบริการทางด้านยาระดับปฐมภูมิ ระบบที่กล่าวนี้เป็นระบบที่ค่อนข้างใหม่ เพิ่งเกิดขึ้นภายในทศวรรษนี้ในบางประเทศ โดยที่ประเทศไทยยังไม่มีการใช้ระบบนี้ ในระยะแรกจึงควรดำเนินการจัดระบบควบคู่กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ จุดแข็งจุดอ่อนของวิธีการในประเด็นต่างๆ เพื่อสร้างชุดประสบการณ์ในบริบทของประเทศไทย

หมายเหตุ: บทความนี้ปรับจากเอกสารซึ่งนำเสนอในการประชุมเวทีวิชาการเรื่อง "ร้านยาในยุคปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข" จัดโดย คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540

เอกสารอ้างอิง

1. ประเจิด สินทรัพย์, ศรีอร สมบูรทรัพย์, มานวิกา อินทรทัต. (2527) *ความต้องการเภสัชกรในร้านขายยาแผนปัจจุบันของประเทศไทย.* รายงานการวิจัย คณะเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
2. มัณฑนา ภาณุมาภรณ์, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, นริศรา ตุณฑกิจ, สมปอง ตั้งมั่นในกิจ, อภิชัย ศรีสุวรรณาภรณ์. (2529) *"เภสัชกร--ผู้บริโภคต้องการหรือไม่"* บทความนำเสนอในการประชุมวิชาการเภสัชกรรมประจำปี 2529. เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ, กรุงเทพฯ.
3. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จงกล เลิศเธียรดำรง, สุคนธา คงศีล, สุวพันธ์ แสงประกาย, วันทนา ศุภชุติกุล. (2540) *"ผลกระทบทางการเงินของทางเลือกการปฏิรูปวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยนอก 7 วิธี"* เอกสารประกอบการประชุมกรรมการที่ปรึกษาโครงการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540, กรุงเทพฯ.
4. สถิตพงศ์ ธนวิริยกุล, เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ยุพดี ศิริสินสุข, วรรณา ศรีวิริยานุภาพ. (2539) การพัฒนาค่าบ่งชี้การใช้ยาในร้านยา. *วารสารไทยเภสัชสาร* 20(4), 247-259.
5. สุขุม เฉลยทรัพย์ และคณะ (2538) สรุปผลการสำรวจ สวนดุสิตโพล *"คนไทยใช้ยาอย่างไร"*. สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.
6. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2540) *พฤติกรรม ประสบการณ์ และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองพระนครศรีอยุธยา และความคิดเห็นต่อบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยา.* รายงานการวิจัย (ฉบับร่าง).
7. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ และคณะ (2531) *พฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนกับการบริการเภสัชกรรมชุมชน.* รายงานการวิจัย กลุ่มเภสัชกรชุมชน, กรุงเทพฯ.
8. Baluch, W.M. (1995) Pharmacists' role in a smoking-cessation program at a health maintenance organization. *American Journal of Health-System Pharmacists* 52(Feb), 287-296.
9. Berwick, D.M. (1989) Continuous improvement as an ideal in health care. NEJM 320(1), 53-56.
10. Blumenthal, D.; Scheck, A. (editors) (1995) *Improving clinical practice: total quality management and the physician.* Jossey Bass, San Francisco.
11. Gold, M. (1991) Health maintenance organization: structure, performance, and current issues for employee health benefits design. *Journal of Occupational Medicine* 33(3). 288-296.

12. Hudson, T. (1993) Three Major Models. *Hospital & Health Networks.* (June), 31-34.
13. International Pharmaceutical Federation (FIP). (1993) *Tokyo Declaration on Standards for Quality of Pharmacy Services.* Tokyo.
14. Jencks, S.F.; Wilensky, G.R. (1992) The health care quality Improvement Initiative, *JAMA.* 268(7), 900-903.
15. Knowlton, C.H.; Knapp, D.A. (1994) Community pharmacists help HMO Cut Drug Costs. *American Pharmacy.* NS34(1), 36-42.
16. Morrison, E.; Hacker, J. (1994) *Integrated medical systems: emerging models of health care financing and delivery.* In: Blendon R.J.; Brodie M.B. (editors) Transforming the system: building a new structure for a new century. Faulkner & Gray, New York.
17. World Health Organization. (1996) *Good pharmacy practice (GPP) in community and hospital settings.* World Health Organization, Geneva.