



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ “บูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูล
การบริหาร ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย
จากหน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ”

โดย ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์และคณะ

ตุลาคม พ.ศ. 2558

สัญญาเลขที่ RDG565-0023

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ “บูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูล
การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย
จากหน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ”

คณะผู้วิจัย

1. ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์
2. ดร. อนุชัย อีระเรืองไชยศรี
3. ดร. จิรพรรณ เลี้ยงโรคาพาธ
4. ดร. สุนทรี วัชรดำรงกุล
5. รศ. สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล
6. ดร. วันชัย ตริยะประเสริฐ
7. ดร. ภูรี อนันต์โชติ
8. ดร. บุญชัย กิจสนาโยธิน
9. ดร. กุลวดี ศรีพานิชกุลชัย
10. ดร. ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ
11. ภญ. ไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง
12. ภก. สมชัย วงศ์ทางประเสริฐ

สังกัด

- คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย
ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ
สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)
กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข
สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)

ชุดโครงการ ระบบโลจิสติกส์และโซ่อุปทาน

สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย วช-สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณหน่วยงานและบุคคลดังต่อไปนี้

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่สนับสนุนทุนในการทำงานงานวิจัยชิ้นนี้

สำนักงานประสานงานโครงการวิจัยด้านโลจิสติกส์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคุณวิมล หงษ์ลอย เจ้าหน้าที่ประสานงานการวิจัย ที่ช่วยประสานงาน ให้ข้อมูล ติดตามและให้ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในด้านต่างๆ

องค์กรวิชาชีพและสถาบันต่างๆ เช่น สภาเกษตรกร สมาคมเกษตรกรชุมชน (ประเทศไทย) สมาคมเกษตรกรโรงพยาบาล (ประเทศไทย) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฯลฯ ที่ช่วยสนับสนุน ชี้แนะและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดทำวิจัย

บุคลากรผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล หรืออนุญาตให้ศึกษาเรียนรู้ในสถานที่จริง และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิสู่ระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมินั้น จำเป็นต้องการอาศัยการบูรณาการของข้อมูลในระบบ สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งในด้านการไหลของผู้ป่วย การไหลของข้อมูลสุขภาพและการ ไหลของข้อมูลการเบิกจ่าย ร่วมกับการพัฒนาให้มีมาตรฐานของการให้บริการในงานบริบาลทางเภสัชกรรม

โครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและบริบทของรูปแบบมาตรฐานงานบริการและระบบ สารสนเทศของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจาก หน่วยบริการทางสุขภาพ และ 2) ศึกษารูปแบบมาตรฐานและลักษณะงานบริบาลทางเภสัชกรรม พร้อมข้อมูล สุขภาพและข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วย บริการทางสุขภาพ

กรอบแนวคิดของโครงการวิจัย อาศัยกรอบกิจกรรมงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพ (สปสข.) ของประเทศไทย นั่นคือ 1) การดูแลและติดตามการใช้ยา 2) การคัดกรองความ เสี่ยงทางสุขภาพ 3) การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ และ 4) การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (หรือการคุ้มครอง ผู้บริโภค) และโครงการวิจัยนี้ยังมุ่งเน้นและประยุกต์การศึกษาเกี่ยวกับการไหลของผู้ป่วย การไหลของข้อมูล และการไหลของเงินในระบบการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย

วิธีการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงเอกสารเกี่ยวกับเอกสาร เกี่ยวกับรูปแบบ งาน กระบวนการและผลลัพธ์ของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) จัด สอนทบทวนกลุ่ม เพื่อกำหนดมาตรฐานงานบริการ รูปแบบงาน กระบวนการ และสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดหา สารสนเทศ และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศของการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและการส่ง ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสภาพและ/หรือบริบทของระบบการจัดหา และการเชื่อมโยง และแบ่งปันสารสนเทศ และ 4) จัดประชาพิจารณ์เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม อย่างต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในส่วนของมาตรฐานงานบริการ และระบบสารสนเทศที่พึงประสงค์

ข้อมูลการวิจัยเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เภสัชกร แพทย์ และพยาบาล ในหน่วย บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการวิจัยนี้จะเน้นบทบาทของเภสัชกรระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะเภสัช กรชุมชนหรือเภสัชกรร้านยา ตัวอย่างของหน่วยงานที่มีการเก็บข้อมูล ได้แก่ เช่น 1) สถานปฏิบัติการณ์เภสัช กรรมชุมชน (ร้านยา) 2) โรงพยาบาล (ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) 3) ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) 5) คลินิกอบอุ้น 6) บริษัทฯ และ 7) ผู้ จ่ายเงิน (เช่น สปสข. สนย.)

ผลการวิจัยเมื่อพิจารณาจากบทบาทของเภสัชกรปฐมภูมิ 4 บทบาทแล้ว พบว่า บทบาทของเภสัชกร ปฐมภูมิในประเทศไทยจะสนใจการให้บริการในกิจกรรมการดูแลและติดตามการใช้ยามากที่สุด โดยส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับ 1) การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย 2) การวางแผนการติดตามการใช้ยา และ 3) การ แก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา (เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ) ส่วนกิจกรรมที่มีการดำเนินการบ้าง คือ 1) การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย และ 2) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษา อย่างต่อเนื่อง

ส่วนกิจกรรมที่มีการดำเนินการรองลงไป คือ การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ จะมีแบบฟอร์มและการคัดกรองมากในโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและซึมเศร้า อาจเนื่องจากเภสัชกรชุมชนได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ในฐานะสมาชิกของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และได้รับค่าตอบแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามโครงการพิเศษนําร่อง

สำหรับกิจกรรมการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพจะเด่นในงานรณรงค์ตามโครงการเลิกสูบบุหรี่ การส่งเสริมการออกกำลังกายและการปรับพฤติกรรมการทานอาหาร ส่วนการคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชุมชนยังมีบทบาทในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก กิจกรรมที่มีการพบมาก คือ เมื่อมีการพบปัญหาเกี่ยวกับอันตรายจากยา จะมีการรายงานให้กับสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือการเฝ้าระวังยาหมดอายุในชุมชน (วัด โรงเรียน หรือหมู่บ้าน)

ในด้านระบบสารสนเทศเพื่อการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย โครงการวิจัยได้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อ แนวทางการเขียนและศัพท์ทางการแพทย์สำหรับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งได้มีการนำไปจัดพิมพ์และแจกจ่ายโดยสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) แล้ว

ในทำนองนี้ โครงการเสนอให้ผู้บริหารเชิงนโยบาย (เช่น สปสช. กระทรวงสาธารณสุข และกรมบัญชีกลาง) ควรมีการจัดทำข้อตกลงร่วมกันในระดับนโยบายเพื่อให้เกิดความชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงานทางด้านการแพทย์ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และในการอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยควรมีการคำนึงถึงการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลและการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลด้วย

ABSTRACT

Continuous pharmaceutical care and patient referral system from primary to secondary/tertiary healthcare institutions require the efficiency and effectiveness of health information technology concerning patient flow, data flow, and financial flow. They also need the development of standards for pharmaceutical care services.

The objectives of this research are: 1) to study current situations and context of standard models for primary healthcare services and information technology of continuous pharmaceutical care and referral system of chronic disease patients, and 2) to study the business models and attributes of continuous pharmaceutical care and referral system of chronic disease patients among healthcare institutions.

The research framework in this project focuses on four primary healthcare services based on the emphasis of the National Health Security Office (NHSO), Thailand. They are: 1) Medication Therapy Management (MTM), 2) Disease screening, 3) Behavioral modification, and 4) Health prevention and promotion (or health consumer protection). They are also concentrated and applied on patient flow, data flow, and financial flow of patient referral system in Thailand.

The methodology of this research includes: 1) documentary research related to business model, processes, and outcomes of pharmaceutical care services and referral system for chronic care patients, 2) focus group to explore the standard of business model, processes, and information associated with the knowledge acquisition (KA) and knowledge integration (KI) of pharmaceutical care services and referral system for chronic care patients, 3) in-depth interview to investigate content and context of knowledge acquisition, distribution, and sharing, and 4) public hearing to propose the potential standard model for primary healthcare services and information technology of pharmaceutical care services and referral system for chronic care patients.

The data were gathered from health providers such as pharmacists, physicians, and nurses who work in public or private healthcare institutions. This study is mainly focused on the role of pharmacists in primary care services especially community pharmacists. Examples of investigated institutions are: 1) community pharmacy (drugstore), 2) hospital (including primary, secondary, and tertiary), primary healthcare center under the administration of Bangkok Metropolitan Administration, 4) Tambon health promoting hospital (primary care unit, PCU), 5) clinic, 6) pharmaceutical company, and 7) reimbursement institution (e.g., NHSO, Bureau of Policy and Strategy).

The results regarding four primary healthcare services based on the emphasis of the NHSO show that community pharmacists pay the highest attention to the medication therapy management. Most activities are involved in: 1) medical therapy review (MTR), 2) medication-related action plan (MAP), and 3) health intervention (e.g., health education). Some pharmacists play their role in 1) personal medication record, PMR, and 2) documentation and patient follow-up.

The next primary service is health screening. There are screening forms and activities for hypertension, diabetes, and depression. The reasons are a community pharmacist gets knowledge support as a member of the Community Pharmacy Association (Thailand) (Thai CPA), and financial support from the special project of NHSO. The behavioral modification can be seen in smoking cessation, exercise, and food consumption. In consumer protection, primary pharmacist has a reactive role rather than an active role. Activities are ADR (Adverse drug reaction) monitoring report to the Bureau of Drug Control, Thai FDA, and drug expiration monitoring in their community (e.g., temple, schools, and village)

Regarding information technology for patient referral system, this project is developed a referral form, standard operating procedure, and medical terminology for hypertension and diabetes. This form is already distributed to community pharmacists by Thai CPA.

Finally, the research recommends that policy makers (e.g., NHSO, Ministry of Public Health, and Comptroller General's Department (CGD)) should make an agreement for health providers and administrators regarding the "Act on the Computer Crime Act 2550." With regard to the accessibility of patient information, the privacy and security should be concerned.

บทสรุปผู้บริหาร

การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสู่ระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมินั้น จำเป็นต้องการอาศัยการบูรณาการของข้อมูลในระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งในด้านการไหลของผู้ป่วย การไหลของข้อมูลสุขภาพและการไหลของข้อมูลการเบิกจ่าย ร่วมกับการพัฒนาให้มีมาตรฐานของการให้บริการในงานบริบาลทางเภสัชกรรม

การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของเภสัชกรชุมชนในระดับปฐมภูมิ อาศัยกรอบกิจกรรมงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ของประเทศไทย นั่นคือ 1) การดูแลและติดตามการใช้ยา 2) การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ และ 4) การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (หรือการคุ้มครองผู้บริโภค) โดยมุ่งเน้นและประยุกต์การศึกษาร่วมกับการไหลของผู้ป่วย การไหลของข้อมูล และการไหลของเงินในระบบการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย

วิธีการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงเอกสารเกี่ยวกับเอกสาร เกี่ยวกับรูปแบบงาน กระบวนการและผลลัพธ์ของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) จัดสนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดมาตรฐานงานบริการ รูปแบบงาน กระบวนการ และสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดหาสารสนเทศ และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศของการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสภาพและ/หรือบริบทของระบบการจัดหา และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ และ 4) จัดประชาพิจารณ์เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในส่วนของมาตรฐานงานบริการ และระบบสารสนเทศที่พึงประสงค์

ข้อมูลการวิจัยเก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เภสัชกร แพทย์ และพยาบาล ในหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการวิจัยนี้จะเน้นบทบาทของเภสัชกรระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะเภสัชกรชุมชนหรือเภสัชกรร้านยา ตัวอย่างของหน่วยงานที่มีการเก็บข้อมูล ได้แก่ เช่น 1) สถานปฏิบัติการณ์เภสัชกรรมชุมชน (ร้านยา) 2) โรงพยาบาล (ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ) 3) ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) 5) คลินิกอบอุ่น 6) บริษัทฯ และ 7) ผู้จ่ายเงิน (เช่น สปสช. สนย.)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล จึงขอเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้

1. กำหนดนโยบายด้านการส่งต่อตัวผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการอย่างชัดเจน

ปัจจุบันการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วย และระบบการเงินระหว่างหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐค่อนข้างมีการกำหนดนโยบายชัดเจนอยู่แล้ว ทั้งนี้หากเป็นการส่งต่อผู้ป่วยมาสู่จากหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชน เช่น ร้านยา คลินิกอบอุ่น อาจไม่ได้รับการตอบรับหรือการตอบสนองเท่าที่ควร ทั้งจากหน่วยบริการสุขภาพผู้ส่ง (โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) หน่วยบริการสุขภาพผู้รับ (เช่น ร้านยา คลินิกอบอุ่น) และผู้ป่วยเอง เนื่องจากการส่งตัวผู้ป่วยมายังหน่วยบริการสุขภาพเอกชนเหล่านี้ยังไม่เป็นที่รู้จัก หรือเข้าใจในภาคปฏิบัติ หรือความเต็มใจของบุคคล หรือยังไม่แน่ใจในด้านคุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการ ดังนั้นผู้บริหารเชิงนโยบาย (Policy maker) ต้องมีส่วนร่วมในการสร้างข้อตกลง และเชื่อมโยงประสานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อประชาชนในประเทศ

2. สร้างเครือข่ายของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

ในพื้นที่ชุมชนหนึ่งๆ อาจประกอบด้วยหน่วยบริการผู้ให้บริการทางสุขภาพตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งอาจเป็นผู้ให้บริการสังกัดภาครัฐหรือเอกชน จึงควรมีการสร้างเครือข่ายของผู้ให้บริการทางสุขภาพของพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งใน 1 เครือข่ายควรประกอบด้วยผู้ให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และประชาชนสามารถเข้าถึงง่ายที่สุด หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ทั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพควรมีการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการพบปะเพื่อร่วมกันกำหนดข้อตกลงเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

- 1) ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ
- 2) บทบาทและหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพผู้ส่งและผู้รับ
- 3) มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย
 - แนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วย
 - แนวทางในการประเมินและตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการกำหนดแนวทางในการตัดสินใจว่าในกรณีใดบ้างที่หน่วยบริการสุขภาพควรมีการส่งต่อผู้ป่วย
 - กระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการตกลงร่วมกันว่ากระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยหนึ่งรายไปยังหน่วยบริการปลายทางควรมีแนวทางภาคปฏิบัติอย่างไรบ้าง หน่วยบริการต้นทางควรติดต่อใครหรือหน่วยงานแผนกใดของหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง (มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและวิธีการติดต่ออย่างเหมาะสมในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ)
 - ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปยังแผนกใดหรือติดต่อใคร
 - ข้อมูลที่เครือข่ายเห็นว่าสำคัญและจำเป็นในการส่งต่อ เอกสารแบบฟอร์มที่ควรใช้ในการส่งต่อมีข้อมูลใดบ้าง ควรมีการทำการตกลงเกี่ยวกับคำศัพท์ (Terminology) ที่ใช้ในการกรอกข้อมูล มีการทำข้อตกลงเกี่ยวกับกระบวนการในการกรอกข้อมูลแต่ละหัวข้อหรือแต่ละส่วนเพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือสื่อสารข้อมูลได้ตรงกัน

3. แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย

แบบฟอร์มการส่งต่อที่ดี ควรมีองค์ประกอบดังนี้

- แบบฟอร์มควรเข้าใจง่าย บุคลากรทุกหน่วยบริการสุขภาพเข้าใจตรงกัน และควรออกแบบให้ประหยัดเวลาตอนเขียน
- แบบฟอร์มควรประกอบด้วยข้อมูลสำคัญอย่างครบถ้วนและจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการระบุระดับความรุนแรงของโรค/อาการและสาเหตุในการส่งต่ออย่างชัดเจน
- แบบฟอร์มควรออกแบบให้มีช่องทางขอรับข้อมูลตอบกลับ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ
 - เพื่อลดภาระงานของแพทย์และเพิ่มอัตราการตอบกลับ การกรอกข้อมูลควรให้เป็นช่องกรอกเครื่องหมายว่าต้องการให้เภสัชกรช่วยดูแลผู้ป่วยต่ออย่างไร

O ควรมีนโยบายหรือกลยุทธ์จากหน่วยงานส่วนกลางเพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับข้อมูลจากการส่งต่อผู้ป่วย

- ควรรอกข้อมูลโดยใช้คำศัพท์ที่บุคลากรผู้ให้บริการทุกฝ่ายหรือทุกหน่วยบริการสุขภาพเข้าใจตรงกัน มีรูปแบบในการกรอกข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน

สิ่งที่ควรมีในบันทึกทางการแพทย์และจดหมายส่งต่อ ตัวอย่างของข้อมูลที่ควรจะมีการเขียนในใบส่งต่อ ได้แก่

- (1) ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย
- (2) วัน-เวลาที่มารับบริการให้ถูกต้องแม่นยำ
- (3) บันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยที่จะส่งต่อ โดยครอบคลุมหัวข้อเหล่านี้
 - 3.1. อาการนำ (Chief complaint)
 - 3.2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of present illness, HPI)
 - 3.3. ประวัติโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต (Past medical history, PMH)
 - 3.4. ประวัติการใช้ยา (Medication history, MH)
 - 3.5. ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมีต่างๆ (Allergic history: All)
 - 3.6. ประวัติครอบครัวและประวัติทางสังคมที่เกี่ยวข้อง (Family & social history: F&SH)
- (4) ใช้ศัพท์ทางการแพทย์และคำเฉพาะที่เป็นสากล ระมัดระวังคำย่อ ซึ่งหากมีความจำเป็นควรใช้คำย่อที่เป็นสากล ไม่ใช่คำย่อที่เป็นที่รู้จักเฉพาะในองค์กรหรือในวิชาชีพเดียว (Jargon) ซึ่งอาจมีการแปลความหมายแตกต่างกันโดยบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่น
- (5) ให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง (Facts) หลีกเลี่ยงการแทรกสอดความเห็นที่เกิดจากการตีความของเภสัชกรเอง ตลอดจนคำที่มีโอกาสละเมิดสิทธิของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยน่าจะมีความผิดปกติทางจิต หรือขณะเกิดเหตุ ผู้ป่วยอาจเมาสุรา หรือผู้ป่วยอาจถูกข่มขืนกระทำชำเรา หรือผู้ป่วยอาจถูกทำร้ายร่างกายโดย... หรืออื่นๆ
- (6) หลีกเลี่ยงการใช้คำฟุ่มเฟือยไม่ตรงประเด็น ไม่เหมาะสม ไม่ถูกกาลเทศะ ไม่สุภาพ หรือมีเชิงออกคำสั่ง
- (7) หากจำเป็นต้องมีการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการในข้อเสนอต่างๆ ควรระบุแหล่งอ้างอิง (References) ที่ชัดเจน สามารถสืบค้นตรวจสอบได้
- (8) บันทึกบริการและคำแนะนำทุกประการที่ได้แนะนำให้กับผู้ป่วยไปแล้ว โดยลงนามพร้อมทั้งวันที่และเวลาที่ท้ายบันทึกหรือจดหมายส่งต่อ ผู้เขียนบันทึกควรจะเป็นคนเดียวกับผู้ที่ซักประวัติและให้บริการแก่ผู้ป่วย

ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) หรือสมช. และนักวิชาการจากหลายสถาบันจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญมาตรฐานงานบริการ พัฒนาการจัดหาเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศในโซ่อุปทาน ช่วยในการพัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อ (ในชื่อย่อว่า PhRF หรือ Pharmacist Referral Form) และแนวทางในการเขียนแบบฟอร์มส่งต่อ เพื่อนำไปใช้ในร้านยาในการส่งต่อผู้ป่วย แบบฟอร์มดังกล่าวปัจจุบันได้มีการจัดพิมพ์แจกจ่ายโดยสมช. ให้กับร้านยาที่เป็นสมาชิก และจะนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับร้านยาที่จะขอรับการตรวจหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Good Pharmacy Practice, GPP) ต่อไป อย่างไรก็ตาม แนวทางการเขียนแบบฟอร์มส่งต่อยังจำเป็นต้องจัดให้มีการอบรมเผยแพร่วิธีการเขียนและอธิบายคำศัพท์

ทางเทคนิคต่างๆ ให้กับเภสัชกร เนื่องจากปัญหาที่พบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า เภสัชกรไม่ทราบศัพท์เทคนิคที่ใช้ ทำให้การเขียนแบบฟอร์มเย็นเยื่อและผู้อ่าน (คือ แพทย์หรือพยาบาล) ไม่เข้าใจ อันส่งผลต่อประสิทธิภาพในการส่งต่อ

4. การพัฒนาบทบาทงานบริหารเภสัชกรรมชุมชน ให้เป็นที่ยอมรับ

ผลการวิจัยเมื่อพิจารณาจากบทบาทของเภสัชกรปฐมภูมิ 4 บทบาทแล้ว พบว่า บทบาทของเภสัชกรปฐมภูมิในประเทศไทยจะสนใจการให้บริการในกิจกรรมการดูแลและติดตามการใช้ยามากที่สุด โดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับ 1) การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย 2) การวางแผนการติดตามการใช้ยา และ 3) การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา (เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ) ส่วนกิจกรรมที่มีการดำเนินการบ้าง คือ 1) การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย และ 2) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ส่วนกิจกรรมที่มีการดำเนินการรองลงไป คือ การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ จะมีแบบฟอร์มและการคัดกรองมากในโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและซึมเศร้า อาจเนื่องจากเภสัชกรชุมชนได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ในฐานะสมาชิกของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และได้รับคำตอบแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามโครงการพิเศษนาร่อง

สำหรับกิจกรรมการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพจะเด่นในงานรณรงค์ตามโครงการเลิกสูบบุหรี่ การส่งเสริมการออกกำลังกายและการปรับพฤติกรรมการทานอาหาร ส่วนการคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกรชุมชนยังมีบทบาทในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก กิจกรรมที่มีการพบมาก คือ เมื่อมีการพบปัญหาเกี่ยวกับอันตรายจากยา จะมีการรายงานให้กับสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือการเฝ้าระวังยาหมดอายุในชุมชน (วัด โรงเรียน หรือหมู่บ้าน)

การจะดำเนินการให้มีการพัฒนาให้มีมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมในเภสัชกรรมชุมชน (ร้านยา) จะต้องคำนึงถึงคำนึงถึงสภาพแวดล้อมหรือบริบทการทำงานที่เป็นจริงในปัจจุบันด้วย เช่น

1) ส่วนของร้านยา

- ร้านยาบางร้านโดยเฉพาะในต่างจังหวัดไม่ได้มีเภสัชกรครบทุกร้าน
- ร้านยาในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากและกระจุกตัว ทำให้การให้การบริการทางเภสัชกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อการแข่งขันที่สร้างความแตกต่างกับคู่แข่ง แต่ในต่างจังหวัดยังเป็นระบบซื้อมาขายไป
- เภสัชกรชุมชนต้องยอมรับการตอบกลับทั้งดีและไม่ดี
- ในอดีตการทำงานของเภสัชกรยังไม่มีระบบ ขาดแบบฟอร์มในการทำงาน รวมถึงแบบฟอร์มในการส่งต่อผู้ป่วยด้วย
- ความมั่นใจของเภสัชกรชุมชนในการให้บริการ
- ธรรมชาติการรับรู้ของ ผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข ต่อบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรชุมชน เพราะยังไม่ทราบว่าเภสัชกรชุมชนทำอะไรได้บ้าง
- ร้านยาอาจจะช่วยในการดูแลประชาชนในชุมชนได้มากขึ้นเนื่องจากครอบคลุมพื้นที่มากกว่า

2) ส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาล

- ยังขาดการทำงานที่ประสานกันระหว่างเภสัชกรที่อยู่ต่างหน่วยบริการสุขภาพ
- ยังขาดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานระหว่างเภสัชกรที่อยู่ต่างหน่วยบริการสุขภาพ

3) ส่วนของผู้ป่วย

- ตัวของผู้ป่วยเองผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ได้ให้ความเชื่อถือหรือเห็นความสำคัญของการส่งตัว
- ความต้องการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ต้องการเสียเวลาไปพบแพทย์ อาจจะต้องมีซักถามความต้องการของผู้ป่วยก่อน ผู้ป่วยบางรายก็ยินดีที่จะทำหน้าที่ส่งและรับสารระหว่างร้านยากับหน่วยบริการสุขภาพอื่น แต่บางคนก็ไม่ซึ่งคงต้องมีการคิดระบบรองรับสำหรับกลุ่มนี้
- ผู้ป่วยบางรายเพียงต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่เขาสะดวกจะเข้าไปปรึกษาและช่วยดูแลสุขภาพของเขา
- ความแตกต่างของผู้ป่วยทำให้การยอมรับและความเข้าใจต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะเข้าใจและทำให้การส่งต่อเกิดได้และเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยบางรายไม่แสดงอาการเสี่ยงให้เห็น ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ

4) ส่วนของบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

- อาจจะต้องคำนึงถึงขอบเขตและหน้าที่ความรับผิดชอบว่างานบริการที่จะสร้างมาตรฐานนั้นจะต้องไม่ก้ำก๋ายงานของบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ
- ธรรมชาติการรับรู้ของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ
- ปัญหาความเข้าใจและการยอมรับ โดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้บริการ เพราะบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยถูกแพทย์ต่อว่ากลับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อไปส่งต่อ

นอกจากนี้ ควรจะมีการคำนึงถึงการลดความซ้ำซ้อนและแยกบทบาทงานบริการปฐมภูมิของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน (ตารางที่ 1) ที่แสดงให้เห็นความซ้ำซ้อนของบทบาทและทิศทางการพัฒนาเพื่อให้เกิดมาตรฐานของงานบริการปฐมภูมิได้

ตารางที่ 1 บทบาทงานบริการปฐมภูมิแต่ละงานแยกตามหน่วยบริการสุขภาพ

บทบาทงานบริการปฐมภูมิ	รพ.สต.	ศบส. (Non-RPh)	ศบส. (RPh)	คลินิกอบอุ่น (RPh)	ร้านยา
การดูแลติดตามการใช้ยา (MTM)	+	++	±±	±±	++++
- กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)	±±	++	±±	±±	++++
การคัดกรองโรค (Screening)	++++	++++	++	±	++++
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification)	(ชุมชน) +++	(ชุมชน/ รายบุคคล) +++	(ชุมชน) ++		(รายบุคคล) ++++
การคุ้มครองผู้บริโภค (Prevention & Promotion)	++++	++++	+++	±±	+ (DRPs)
การรักษา (Treatment)	++	++++	++++	++++	+

หมายเหตุ 1) + ปริมาณบทบาทงานในปัจจุบัน ± ปริมาณบทบาทงานปฐมภูมิที่ควรจะมีมากขึ้นในอนาคต

2) รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข; ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรมอนามัย กรุงเทพมหานคร; RPh = งานปฐมภูมิเฉพาะส่วนของเภสัชกรในงานบริบาลทางเภสัชกรรม; Non-RPh = บุคลากรทางการแพทย์อื่นที่ไม่ใช่เภสัชกร เช่น พยาบาล นักสาธารณสุข ฯลฯ; DRPs = ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems);

3) การรักษาพยาบาล (Treatment) ไม่นับเป็นงานปฐมภูมิ หากแต่เป็นงานบริการทางการแพทย์พื้นฐานที่จำเป็น แต่บรรจุไว้ในตารางเพื่อให้เห็นความแตกต่างของงานบริการทางสาธารณสุข

4) การคุ้มครองผู้บริโภค (Health Prevention and promotion) หมายรวมถึง การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะมีการให้บริการในระดับบุคคล (Individual) เช่น การฉีดวัคซีน การรายงานอันตรายจากการใช้ยา (ADRs) ฯลฯ และบริการในระดับชุมชน (Community-based activity services) เช่น การเฝ้าระวังยาหมอดำอยู่ในชุมชนทั้งวัด โรงเรียน หมู่บ้าน หรือการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม ยาปลอม ฯลฯ

5. การพัฒนาการจัดการระบบสารสนเทศผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์

การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ มีประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงหลายด้าน ได้แก่

5.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability)

สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงในการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ คือ **ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability)** ซึ่งมีการให้คำนิยามที่หลากหลาย เช่น “ความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบหรือหน่วยงานต่างกัน ซึ่งครอบคลุมไปถึงระบบสารสนเทศ ขั้นตอนการปฏิบัติ และวัฒนธรรมการทำงานขององค์กร ที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่ทิศทางที่จะเสริมสร้างโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลสารสนเทศร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพทั้งภายในและระหว่างองค์กร (Miller, 2000)” หรือคำนิยามของที่ให้ไว้โดย Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE) “การที่ระบบตั้งแต่สองระบบขึ้นไปสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและใช้ข้อมูลนั้นได้” (Benson, 2010; Stroetmann & Stroetmann, 2005)”

สหภาพยุโรปมีการตกลงเพื่อสร้างกรอบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานในการให้บริการทางสาธารณสุขเพื่อให้มีความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ โดยกรอบข้อตกลงนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาวิธีการในการสร้างระบบการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสำหรับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในยุโรป โดยกรอบนี้มีชื่อว่า The European Interoperability Framework (EIF) ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบระบบการให้บริการสาธารณสุขในยุโรป ประกอบด้วย ข้อกำหนดเพื่อแนะนำการบริหารการให้บริการสุขภาพสาธารณะ ทั้งนี้ถือว่า EIF เป็นกรอบเริ่มต้นที่ใช้ในการสร้างระบบการเชื่อมโยงข้อมูลที่ทำให้สามารถทำงานร่วมกันได้ในการให้บริการสุขภาพทางสาธารณสุข ซึ่งหากต้องการให้เกิดการเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ควรจะมีการดำเนินการตั้งแต่ต้นในระดับนโยบาย (Political context) เนื่องจากการให้บริการสุขภาพแก่สาธารณสุขเป็นผลลัพธ์จากการกำหนดนโยบายไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ดังนั้นการสนับสนุนด้านนโยบายจึงถือเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีขึ้นเพื่อก่อให้เกิดการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานได้เป็นอย่างดี

5.2 ระดับการสร้างความสามารถในการทำงานร่วมกัน

ในด้านการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อข้อมูลจะมีการเชื่อมโยงทั้งหมด เพื่อการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชนที่ติดนั้นควรมีการสร้าง และกำหนดข้อตกลงในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่ ในแง่กฎหมาย หน่วยงาน ข้อมูล และเชิงเทคนิค และควรมีการกำหนดให้มีความสอดคล้องกันในด้านวัตถุประสงค์และรายละเอียด บนพื้นฐานที่โปร่งใส (Transparency) และมีแนวทางในการดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดำเนินงาน โดย EIF ได้เสนอให้มีการเชื่อมโยงใน 4 ระดับ (layer) (European Commission, 2011) ได้แก่

1) ระดับกฎหมาย (Legal interoperability)

การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขต้องมีการกำหนดการให้บริการด้านสุขภาพอยู่ภายใต้กฎหมายหรือกฎระเบียบของประเทศนั้นๆ ทั้งนี้แม้ว่ากฎระเบียบของแต่ละรัฐอาจมีความแตกต่างกันหรือขัดแย้งกันได้ หรือมีความซับซ้อน ก็ควรหาวิธีในการทำให้หน่วยงานต่างๆ ปฏิบัติหรือดำเนินการอยู่ภายใต้กฎระเบียบเดียวกัน สามารถดำเนินงานร่วมกันได้ โดยอาจจัดทำเป็นข้อตกลงหรือร่างเป็นข้อตกลงทวิภาคีและพหุภาคี

- 2) ระดับหน่วยงาน/องค์กร (Organizational interoperability)
ความสามารถในการทำงานร่วมกัน ควรจะประสานให้เกิดความร่วมมือกันและทำงานร่วมกันได้ระหว่างหน่วยงาน เพื่อตอบสนองต่อการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน (Organizational relationships) การจัดการการเปลี่ยนแปลง (Change management) และกระบวนการในการทำงานของหน่วยงาน (Business process alignment) โดยมีคุณสมบัติที่สอดคล้องและมุ่งเน้นต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน (User-focused) เพื่อให้เกิดการบริการได้ (Making services available) เข้าถึงได้ (Accessible) และสามารถปฏิบัติหรือแยกแยะแจกแจงการทำงานของแต่ละแผนกได้จริง (Easily identifiable)
- 3) ระดับข้อมูลและความหมายของข้อมูล (Semantic interoperability)
เนื่องจากบริบทของสหภาพยุโรปจะมีความแตกต่างทางด้านภาษา วัฒนธรรม กฎหมาย และสภาพแวดล้อมในการบริหารงานที่ต่างกันมาก ดังนั้น จึงควรมีกระบวนการที่ช่วยในมั่นใจได้ว่าการส่งต่อข้อมูลระหว่างกันต้องสามารถส่งต่อข้อมูลที่เข้าใจกันได้ (Understood) และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการความหมายที่ถูกต้องในรูปแบบที่เหมาะสม (Preserved)
- 4) ระดับเทคนิค (Technical interoperability)
การจะทำให้ระบบมีความสามารถในการทำงานร่วมกัน ควรมีการทำข้อตกลงและข้อกำหนดว่าการบริการทางสุขภาพนั้นควรมีระบบมาตรฐานอย่างไร

5.3 การสร้างความเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกัน

นอกเหนือจากการคำนึงถึงระดับของการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ของระบบสารสนเทศแล้ว ยังควรมีการคำนึงถึงการสร้างความเชื่อมโยงด้วย โดย Health Information and Quality Authority ได้เสนอการสร้างความเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลแยกออกเป็น 4 ระดับตามความซับซ้อนในการเชื่อมโยง และความซับซ้อนในการกำหนดมาตรฐานที่แตกต่างกัน (2013) ดังนี้

- 1) การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลโดยไม่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Non-electronic information)
ถือเป็นระดับที่มีการใช้เทคโนโลยีในการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนข้อมูลน้อยที่สุด โดยมากมักดำเนินการผ่านกระดาษ ยกตัวอย่างเช่น การส่งต่อผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลผ่านแบบฟอร์มแบบกระดาษ
- 2) การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านเครื่องมือแบบไม่มีการจัดการ (Machine transportable information)
เป็นการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องโทรสาร อีเมล เป็นต้น โดยข้อมูลเหล่านั้นไม่มีการกำหนดมาตรฐานการกรอกข้อมูล หรืออาจพบว่าข้อมูลเหล่านั้นไม่สามารถบริหารจัดการใดๆ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์อย่างเป็นระบบได้ เป็นเพียงการส่งผ่านเท่านั้น
- 3) การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านเครื่องมือแบบมีการจัดการ (Machine organizable information)
เป็นการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลที่มีการกำหนดรูปแบบของข้อมูล ข้อมูลเหล่านี้จึงสามารถนำมาใช้ต่อได้และสามารถส่งต่อผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้ อย่างไรก็ตาม การส่งข้อมูลในระดับนี้ยังต้องมีการตกลงระหว่างหน่วยงานว่าโครงสร้างของข้อมูลที่ส่งระหว่างกันนั้นจะสามารถนำมาแปลงเป็นข้อมูลเพื่อนำไปใช้ต่ออย่างไร เช่น การส่งต่อข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างโรงพยาบาลไปยังศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data

center) ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการกำหนดว่าต้องมีการกรอกและบันทึกข้อมูลตามระบบ 43 แฟ้ม แต่ละแฟ้มประกอบด้วยข้อมูลอะไรบ้าง

4) **การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านเครื่องมือแบบมีความสามารถในการทำงานร่วมกันหรือโดยข้อมูลเหล่านั้นสามารถแปลได้ความหมายตรงกัน (Machine interpretable information)**

เป็นการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีการกำหนดโครงสร้างข้อมูล รูปแบบของข้อมูลและมาตรฐานของข้อมูล เป็นต้น เพื่อให้ในระบบมีรูปแบบของข้อมูล รหัส หรือคำศัพท์ที่สามารถแปลงกลับมาเป็นข้อมูลที่ทุกหน่วยงานเข้าใจตรงกันได้โดยไม่ต้องแปลความหมายใดๆ จากข้อมูลในระบบอีก เช่น การส่งข้อมูลระหว่างกันโดยใช้รหัสมาตรฐาน HL7 Clinical Document Architecture (CDA) หรือ SNOMED-CT ที่มีมาตรฐานสามารถแปลงกลับมาแล้วทุกหน่วยงานเข้าใจตรงกันได้

5.4 ขั้นตอนการสร้างการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกัน

ขั้นตอนในการสร้างการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบสารสนเทศ ประกอบด้วยหลักการ 3 หลักการใหญ่ๆ คือ การดูแลข้อมูลส่วนบุคคล ความปลอดภัยของข้อมูลและการจัดการข้อมูลที่กระทบความรู้สึกของบุคคล ดังนี้

1. หลักการในการดูแลข้อมูลส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักการในการดูแลข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า มีการจัดหมวดหมู่การดูแลสิทธิด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ

1) การรวบรวมข้อมูล (Collection)

- 1.1. ต้องดำเนินการจัดเก็บข้อมูลภายใต้ที่กฎหมายกำหนด พิจารณาจากข้อมูลที่รวบรวมนั้นต้องเกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือภารกิจที่หน่วยงานนั้นดูแลรับผิดชอบ รวมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลนั้นด้วย
- 1.2. ต้องมีการรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความถูกต้องในกระบวนการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลต้องมีวิธีที่เหมาะสม รวมถึงการปรับปรุง (Update) ให้ข้อมูลมีความทันสมัยและครบถ้วนอยู่เสมอ
- 1.3. หน่วยงานต้องเก็บข้อมูลจากบุคคลหรือเจ้าของข้อมูลโดยตรงเท่านั้น เว้นแต่ในกรณีที่จำเป็นต้องยากในเชิงการปฏิบัติ
- 1.4. ในกระบวนการเก็บข้อมูล องค์กรที่ขอรวบรวมข้อมูลต้องแจ้งข้อมูลต่อไปนี้
 - วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล
 - หน่วยงานที่ขอรวบรวมข้อมูลคือหน่วยงานใด รับผิดชอบด้านใด
 - หน่วยงานที่ต้องติดต่อและเปิดเผยข้อมูลด้วยคือหน่วยงานใดบ้าง
 - กระบวนการในการเข้าถึงข้อมูล
 - การแก้ไขข้อมูลของเจ้าของข้อมูล
 - ผลกระทบหากเจ้าของข้อมูลไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูล

2) การจัดเก็บข้อมูล (Storage)

ในการเก็บข้อมูล หน่วยงานนั้นต้องรับรองความปลอดภัยของข้อมูลของบุคคล โดยต้องมีการกำหนดว่าจะเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลาเท่าใด และเมื่อครบกำหนดจะทำลายข้อมูลนั้นโดยวิธีการที่เหมาะสม รวมถึงการกำหนดมาตรการในการจัดการ การป้องกันการเข้าถึงข้อมูลจากผู้ที่ไม่มีความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูล

3) การเข้าถึงข้อมูลและการดูแลความถูกต้องของข้อมูล (Access and Accuracy)

- ความโปร่งใส คือ หน่วยงานที่เก็บรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพต้องแจ้งรายละเอียดในการจัดเก็บข้อมูล วัตถุประสงค์ในการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล
- บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพของตนได้ทันที และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆเพิ่มเติม
- บุคคลสามารถเข้าไปแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลของตนให้มีความถูกต้องทันสมัยได้เมื่อจำเป็น
- หน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูลควรบริหารจัดการให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและถูกต้อง

4) การใช้ข้อมูล (Use)

หน่วยงานใดๆ สามารถนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น หากการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้นอกวัตถุประสงค์ตามที่แจ้งไว้ในตอนต้น จะต้องมีการขออนุญาตใช้ข้อมูล (Inform consent) นั้นๆ ด้วย

5) การเปิดเผยข้อมูล (Disclosure)

หน่วยงานใดๆ สามารถเปิดเผยข้อมูลทางสุขภาพเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น

6) การระบุตัวตนของบุคคล

- หน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูลสามารถใช้ข้อมูลที่ใช้ในการระบุตัวตนของบุคคลได้หากมีเหตุผลที่เหมาะสม หรือเพื่อให้มีการใช้ข้อมูลในการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ
- บุคคลสามารถเลือกที่จะปกปิดการระบุตัวตนในการรับบริการทางสุขภาพได้ ภายใต้กรอบของกฎหมาย และภายใต้การปฏิบัติที่เป็นไปได้

7) การเชื่อมต่อและการส่งต่อข้อมูล

การส่งต่อข้อมูลควรอยู่ในบริเวณที่กฎหมายของประเทศนั้นๆ ครอบคลุมถึง หากต้องส่งออกนอกเขตที่กฎหมายครอบคลุมจะต้องผ่านกระบวนการต่อไปนี้

- การขอความยินยอมจากบุคคลนั้น (Inform Consent)
- ข้อมูลในการส่งต่อนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการดำเนินการภายในหน่วยงานนั้นๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นหน่วยงานที่มีการจัดการเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล
- การส่งต่อข้อมูลนั้นๆ มีความจำเป็น เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าการส่งต่อนั้นเป็นไปตามความต้องการของบุคคลนั้น หรือเป็นไปเพื่อประโยชน์ของบุคคลนั้น

8) การจัดการข้อมูลที่กระทบความรู้สึกของบุคคล (Sensitive) (Consumer Partnership for eHealth, 2010)

หน่วยงานไม่ควรเก็บข้อมูลที่กระทบต่อความรู้สึกต่อบุคคล (Sensitive) ยกเว้น

- ได้รับการอนุญาตจากเฉพาะบุคคลแล้ว
- การรวบรวมข้อมูลนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

- การรวบรวมข้อมูลนั้นมีความจำเป็นเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่คุกคามต่อชีวิตโดยพิจารณาเป็นรายกรณี
- บุคคลนั้นบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือด้านกฎหมาย จนไม่สามารถให้อนุญาตในการเก็บข้อมูลได้
- ไม่สามารถสื่อสารเพื่อให้อนุญาตได้
- กรณีที่เป็นการเก็บข้อมูลจากองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร
- เป็นการเก็บข้อมูลที่จำเป็นเพื่อผลประโยชน์แก่สาธารณะหรือเพื่อการดำเนินการทางกฎหมาย

2. หลักด้านความปลอดภัยของข้อมูล (Security)

หลักด้านความปลอดภัย หมายถึง ระบบการป้องกันข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยมุมมอง 3 ด้าน (Office of the National Coordinator for Health Information Technology, 2008) ได้แก่

- 1) **การเป็นความลับ (Confidentiality)** คือ สิทธิส่วนตัวของบุคคลที่จะได้รับการปกป้องข้อมูลจากการจัดเก็บและแบ่งปันข้อมูล โดยกำหนดให้เฉพาะบุคคลที่มีอำนาจในการเข้าถึงข้อมูลที่กำหนดเท่านั้น
- 2) **ความสมบูรณ์ (Integrity)** คือ ความถูกต้องสมบูรณ์ในการรวบรวม บันทึก และแก้ไขข้อมูลจากผู้ที่มีอำนาจในการควบคุมแก้ไขข้อมูล เช่น ผู้ป่วยเจ้าของข้อมูล หรือแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งควรมีการจัดทำข้อกำหนดการบันทึกและทำลายข้อมูลไว้ด้วย
- 3) **ความพร้อมใช้งาน (Availability)** คือ คุณสมบัติของระบบข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายเมื่อมีความต้องการที่จะใช้ข้อมูลจากผู้ที่มีอำนาจในการเข้าถึง

3. หลักการจัดการข้อมูลที่เป็นความลับหรือสามารถกระทบความรู้สึกของบุคคล (Sensitive Data)

ข้อมูลของผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็น ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่กระทบต่อความรู้สึกของบุคคล คือ

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data) อาจหมายถึง ข้อมูลในบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลธรรมดาที่มีชีวิตอยู่ ซึ่งสามารถถูกระบุตัวบุคคลโดยอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยเองหรือโดยอาศัยข้อมูลอื่นที่ผู้ควบคุมข้อมูล (Data controller) ดูแลอยู่ เป็นข้อมูลสมควรได้รับการปกป้อง ซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคลตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และอนาคต แผนการจัดการสุขภาพของบุคคล และการบริหารค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของบุคคล
- 2) ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทที่กระทบต่อความรู้สึก (Sensitive data) หมายถึง ข้อมูลที่ถือว่าเป็นเรื่องเฉพาะตัว (Intimate) ของบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูลเฉพาะ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่พึงประสงค์ที่จะให้มีการเผยแพร่ จัดเป็นข้อมูลสำคัญที่ถือว่าเป็นความลับอย่างมาก ไม่สามารถแพร่กระจายออกสู่ภายนอกได้ เป็นข้อมูลที่อ่อนไหวได้ง่าย เสียหายหรือสามารถสร้างความเสียหายได้ง่าย ตัวอย่างเช่น ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านสุขภาพ ลักษณะพิการทางกาย พฤติกรรมหรือรสนิยมทางเพศ (ปรับจาก Marang, 2014; อติศรประเสริฐ, 2009) อาจเรียกว่า “ข้อมูลที่เป็นความลับ” หรือ “ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว” หรือ “ข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน”

การจะตัดสินว่าข้อมูลใดอ่อนไหว (Sensitive) หรือไม่ ขึ้นอยู่กับ บุคคล (subjective) รวมถึง สถานการณ์และ/หรือบริบทที่เกี่ยวข้องของบุคคล เช่น วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ชีวิตส่วนตัว สภาวะทางสุขภาพและอารมณ์ของบุคคลนั้นๆ ข้อมูลเหล่านี้ควรได้รับการป้องกันการรั่วไหลเพื่อธำรงความเป็น ส่วนตัว และความมั่นใจในความปลอดภัยของข้อมูลภายใต้กฎหมายระเบียบในระดับหน่วยงานและ ระดับประเทศ ตัวอย่างของข้อมูลที่สามารถกระทบความรู้สึกของบุคคล ได้แก่

- ประวัติการก่ออาชญากรรม การกระทำความผิดหรือถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิด การถูกดำเนินคดี
- ประวัติของการถูกทำร้ายร่างกาย มลทินทางสังคม
- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงถึงครอบครัว ผู้ว่าจ้าง สถานที่ทำงาน และอื่นๆ
- ความเป็นชนกลุ่มน้อย
- ความเชื่อทางศาสนา ลัทธิ ปรัชญา
- ความเห็นทางการเมือง ความเป็นสมาชิกพรรคการเมือง สหภาพแรงงาน สมาคมหรือองค์กรทาง ศาสนาหรือปรัชญา
- ข้อมูลเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetics)
- สภาวะทางจิต (Mental health)
- ประวัติการใช้สารเสพติด
- ข้อมูลที่บ่งชี้บุคคล (Identifiable Information)

ในการสร้างความเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกันควรมีการชี้แจงแก่ผู้ป่วยให้ ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการการส่งต่อและแบ่งปันข้อมูล บอกความเสี่ยงของการที่ข้อมูลจะรั่วไหล วิธีการ จัดเก็บและจัดการของระบบ โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นความลับหรือสามารถจะกระทบความรู้สึกของบุคคล (Sensitive data) จากนั้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะแบ่งปันข้อมูลส่วนไหน หรือในกรณีที่วิธีการจัดการ ของระบบไม่ทำให้ผู้ป่วยไวใจได้ ผู้ป่วยอาจตัดสินใจไม่แบ่งปันข้อมูลใดๆ เลยก็ได้ ซึ่งจัดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของ ผู้ป่วย

สำหรับหน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลที่มีความเสี่ยงดังกล่าว ควรมีการวางระบบการดูแลความปลอดภัยของ ข้อมูล โดยคำนึงถึงเรื่องสิทธิส่วนบุคคลในด้านข้อมูล (Privacy) และเรื่องการปกป้องความปลอดภัยของข้อมูล (Security) ควรมีการกำหนดกฎระเบียบในการดูแลข้อมูลภายใต้หน่วยงานของตนเอง เช่น หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลการใช้สารเสพติดมีการกำหนดกฎระเบียบในการดูแลข้อมูลภายใต้หน่วยงานของตน หรือ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะทางจิต ก็มีการกำหนด แนวทางในการดูแลเช่นกัน เนื่องจากหากใช้กฎระเบียบเดียวกัน อาจเกิดความเสี่ยงที่ไม่สามารถกำหนด ขอบเขตของการดูแลอย่างครบถ้วนครอบคลุม อีกทั้งในแต่ละหน่วยงานอาจมีแนวทางหรือกระบวนการทำงาน ที่ไม่สอดคล้องกัน ขอบเขตของการดูแลรับผิดชอบต่างกันตามบริบทที่ต่างกันไป (Consumer Partnership for eHealth, 2010)

ทั้งนี้ จากการสำรวจ พบว่า แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่พูดคุยให้คำแนะนำในการรักษากับ ผู้ป่วยโดยตรงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลนั้น ไวใจได้มากน้อยแค่ไหน (Allemann et al., 2014; Consumer Partnership for eHealth, 2010; University of Michigan, 2013) โดย Markle's Foundation ได้เสนอหลักการกว้างๆ เพื่อจัดการความเสี่ยง

ในการรั่วไหลของข้อมูลที่เป็นความลับหรืออาจจะกระทบต่อความรู้สึก (Sensitive) ของผู้ป่วยได้ เรียกว่า Fair Information Practice (FIP) (Consumer Partnership for eHealth, 2010) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 หลักการและตัวอย่างในการจัดการข้อมูลที่เป็นความลับ

หลักการ	ตัวอย่าง
เปิดเผยและโปร่งใส (Openness and transparency) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะทราบกระบวนการรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ สามารถที่จะขอทราบว่าใครเข้าไปดูข้อมูลเหล่านั้นได้บ้าง และผู้ป่วยมีสิทธิควบคุมบุคลากรและช่องทางเข้าถึงข้อมูลได้	- จัดหาบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลข้อมูลที่เป็นความลับ (Sensitive data) โดยเฉพาะ เพื่อเป็นผู้คอยให้คำแนะนำ และตอบคำถามเกี่ยวกับระบบการจัดการข้อมูล - ผู้ป่วยสามารถเข้าไปตรวจสอบได้ว่าใครเข้าถึง และสามารถแก้ไขข้อมูลของตนเองได้บ้าง
เพื่อวัตถุประสงค์ที่เจาะจง (Purpose specification) วัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลผู้ป่วยควรเจาะจงต่อเวลาที่เก็บข้อมูลนั้น และนำข้อมูลนั้นไปใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่เก็บข้อมูลนั้นมา หากจะมีการใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นควรมีเหตุผลในการนั้นด้วย	- ข้อมูลที่เป็นความลับไม่ควรถูกนำไปใช้ซ้ำ โดยผู้ป่วยไม่ยินยอม เช่น การใช้เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการซื้อประกันสุขภาพ - ข้อมูลที่เป็นความลับควรมีการสร้างรหัสบัญชี (User account) และรหัสผ่าน (Password) เพื่อให้สามารถระบุตัวบุคคลที่เข้าถึงข้อมูลได้ และสืบค้นได้ว่าบุคคลนั้นเข้าถึงข้อมูลได้มากน้อยเพียงใด
เก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น (Collection limitation and data minimization) การรวบรวมและเก็บรักษาข้อมูล ควรเก็บเฉพาะส่วนที่จำเป็นต้องใช้เพื่อวัตถุประสงค์นั้น ซึ่งเจ้าของข้อมูลควรรับรู้และยินยอมต่อการเก็บข้อมูลนั้นๆ ก่อน	ไม่ควรมีการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับ ยกเว้นเงื่อนไขบางประการ เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง บุคคลได้เพิ่มเงินเดือนซึ่งเป็นประโยชน์เฉพาะต่อบุคคลเจ้าของข้อมูลเอง
ใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น (Use limitation) โดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคล (Personal data)	
เพื่อความร่วมมือและการควบคุมส่วนบุคคล (Individual participation and control) ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ควบคุมการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองได้	- ผู้ป่วยต้องสามารถเป็นคนเปลี่ยนหรือตั้งค่าเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลของตนเองตลอดเวลา - เมื่อต้องการดูข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย ต้องมีการขออนุญาตและได้รับการยินยอมก่อนทุกครั้ง

หลักการ	ตัวอย่าง
เพื่อคุณภาพและความสมบูรณ์ของข้อมูล (Data quality and integrity) ข้อมูลส่วนบุคคลควรมีการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่สมบูรณ์ น่าเชื่อถือ และทันสมัยอยู่เสมอ	ผู้ป่วยต้องเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองได้ เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลถูกต้องจริงหรือไม่ และแก้ไขข้อมูลเพื่อความถูกต้องได้
เพื่อความน่าเชื่อถือและการควบคุมดูแล (Accountability and oversight) หน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลและควบคุมฐานข้อมูล ต้องควบคุมดูแลให้ข้อมูลส่วนบุคคลมีความน่าเชื่อถือและตรวจสอบได้	ควรมีการการบังคับใช้กฎหมายที่จะช่วยให้การใช้ข้อมูลที่เป็นความลับมีกลไกที่ดีพอ มีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ในกระบวนการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

5.5 ขั้นตอนในการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ในการเตรียมตัวเพื่อแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูล (Data flow) เพื่อการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทางโครงการฯ ขอเสนอให้มีการพัฒนาในอนาคตในประเด็นต่อไปนี้

1. มาตรฐานของกระบวนการบริหารและการส่งต่อ

ควรจัดเตรียมและมาตรฐานดังต่อไปนี้ เช่น

- มาตรฐานงานและมาตรฐานของผู้ปฏิบัติงาน ครอบคลุมบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในทุกวิชาชีพ
- มาตรฐานเครื่องมือและกระบวนการงาน เช่น พัฒนาแบบฟอร์มต่างๆ ที่จำเป็นให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งมีแนวทางการเขียน และคู่มือประกอบเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
- มาตรฐานข้อมูลที่จัดเก็บและใช้งาน มาตรฐานการจัดเก็บข้อมูล (เช่น ส่วนของสถานที่ บุคลากรและการทำงาน เป็นต้น)

2. มาตรฐานรหัสข้อมูลต่างๆ และการบังคับใช้รหัสข้อมูลสุขภาพ (Standard code) ควรมีการกำหนดให้ใช้มาตรฐานเดียวกันในการทำงานทั่วประเทศ

3. มาตรฐานของชุดข้อมูล (Dataset) และรูปแบบของข้อมูลในการแลกเปลี่ยนและส่งต่อ เช่น ในโครงการฯ ได้พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อ แนวทางการเขียน และคู่มือศัพท์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสำหรับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานไว้เป็นแนวทางแล้ว

4. กฎหมายเรื่องความปลอดภัย (Security) และความเป็นส่วนตัว (Privacy)

ควรมีการประชุมหาข้อตกลงร่วมกันให้มีความชัดเจนทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติ ความหมายของการเข้าถึงสิทธิและข้อปฏิบัติที่ชัดเจนในการเข้าถึง/เปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ดังตัวอย่างมาตรฐานต่อไปนี้ คือ

- 1) รักษาความปลอดภัย (Security)
 - แนวปฏิบัติในการสำรองและฟื้นคืนสภาพข้อมูล (Data backup and recovery)
 - แนวปฏิบัติในการเข้ารหัสข้อมูลเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต (Data encryption)
- 2) รักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย (Privacy)
 - ผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล ต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ลงทะเบียนในระบบ (มีการตรวจสอบตัวตนและสิทธิ) และต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการป้องกันความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและยึดถือแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
 - ผู้ป่วยเป็นเจ้าของและเป็นผู้อนุญาตสิทธิในการให้ข้อมูล
 - ทุกคนในระบบต้องระบุตัวตนด้วยวิธีการที่มั่นใจว่าสามารถพิสูจน์ตัวตนจริง เช่น การสแกนลายนิ้วมือ สแกนม่านตา และ/หรือร่วมกับการเซ็นเอกสารยืนยัน (Informed consent)
 - มีระบบบันทึกปฏิกิริยาการใช้และการดำเนินการทุกอย่างในระบบ

สารบัญ (Table of Contents)

	หน้า
หน้าปกใน	i
กิตติกรรมประกาศ	ii
บทคัดย่อ	iii
Abstract	v
บทสรุปผู้บริหาร	vii
สารบัญ	xxii
บทที่ 1 บทนำ	1-1
บทที่ 2 งานบริการและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ	2-1
บทที่ 3 มาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยา	3-1
บทที่ 4 การจัดการระบบสารสนเทศผู้ป่วย	4-1
บทที่ 5 การบูรณาการเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ	5-1
บทที่ 6 การออกแบบสถาปัตยกรรมสำหรับการเชื่อมโยงข้อมูล	6-1
บทที่ 7 บทสรุป	7-1

สารบัญบทที่ 1

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1-1
1 ระบบสารสนเทศ	1-2
2 การบริหารทางเภสัชกรรม	1-4
3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1-10
4 ทฤษฎี สมมติฐาน และ / หรือกรอบแนวความคิดของการวิจัย	1-10
5 ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ของระบบสารสนเทศ	1-11
6 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย	1-14
7 แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย	1-15
8 วิธีการดำเนินการวิจัย/หน่วยงานที่ดำเนินการวิจัย /พื้นที่ดำเนินการวิจัย	1-15
9 เป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัด	1-16
10 เป้าหมายของผลลัพธ์ (outcome) และตัวชี้วัด	1-17
บรรณานุกรม	1-18

รายการตารางประกอบ บทที่ 1

	หน้า
1.1 คำนิยามเชิงนามธรรมและเชิงปฏิบัติการในงานวิจัย	1-13

รายการแผนภาพประกอบ บทที่ 1

	หน้า
1.1 Healthcare logistics ระบบสาธารณสุข	1-3
1.2 การไหลของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ในโซ่อุปทานสุขภาพ	1-5
1.3 การไหลของข้อมูล ผู้ป่วย และเวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในโซ่อุปทาน	1-7
1.4 การไหลของการเบิกจ่ายเงินประกันสุขภาพระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในโซ่อุปทาน	1-8
1.5 แผนการวิจัย	1-9
1.6 กระบวนการจัดการสารสนเทศ (Knowledge management processes)	1-10

สารบัญ บทที่ 2

	หน้า
บทที่ 2 งานบริการและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ	2-1
เอกสารแนบ 2.1 การบริหารทางเภสัชกรรม	2-4
เอกสารแนบ 2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติในการรับรองคุณภาพร้านยา	2-15
เอกสารแนบ 2.3 หลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม	2-26
เอกสารแนบ 2.4 (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557	2-34
เอกสารแนบ 2.5 (ร่าง) กรอบการประเมินตรวจเยี่ยมร้านยา	2-41
เอกสารแนบ 2.6 งานบริการและงานวิจัยด้านบริหารทางเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทย	2-57
เอกสารแนบ 2.7 งานบริการและงานวิจัยด้านบริหารทางเภสัชกรรมชุมชนในต่างประเทศ กรณีศึกษาประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา บรรณานุกรม	2-89 2-112

รายการตารางประกอบ บทที่ 2

	หน้า
2.1.1 การจัดประเภทตามหลักการ PCNE	2-8
2.1.2 รายละเอียดของปัญหา (Problems) ตามหลักการ PCNE	2-9
2.1.3 รายละเอียดของสาเหตุของปัญหา (Causes) ตามหลักการ PCNE	2-10
2.1.4 รายละเอียดของวิธีการแก้ไขปัญหา (Interventions) ตามหลักการ PCNE	2-12
2.1.5 รายละเอียดของผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา (Outcome of intervention) ตามหลักการ PCNE	2-12
2.7.1 เปรียบเทียบงานบริการด้านการดูแลและรักษาด้วยยาในสี่ประเทศ	2-95
2.7.2 เปรียบเทียบโครงสร้างการให้บริการด้านการดูแลและรักษาด้วยยาในสี่ประเทศ	2-96
2.7.3 เปรียบเทียบการให้บริการด้านการคัดกรองในสี่ประเทศ	2-98
2.7.4 เปรียบเทียบการให้บริการด้านการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพในสี่ประเทศ	2-100
2.7.5 เปรียบเทียบการให้บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในสี่ประเทศ	2-102

รายการแผนภาพประกอบ บทที่ 2

	หน้า
2.6.1 ตัวอย่างแบบประเมินและส่งต่อผู้ป่วย	2-70
2.6.2 ตัวอย่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน/ความดันสูง/ภาวะอ้วนลงพุง/โรคซึมเศร้า	2-73
2.6.3 ตัวอย่างแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15 -34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป (เฉพาะผู้ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)	2-77
2.6.4 ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิก	2-82
2.7.1 MTM core elements service model	2-111

สารบัญบทที่ 3

	หน้า
บทที่ 3 มาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยา	3-1
3.1 มาตรฐานการดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)	3-2
3.1.1 การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication therapy review; MTR)	3-3
3.1.2 การจัดทำประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคล (Personal medical record; PMR)	3-8
3.1.3 การวางแผนติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication-related action plan, MAP)	3-11
3.1.4 การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (Intervention and referral system)	3-12
3.1.5 การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Documentation and follow-up)	3-12
3.1.6 ข้อเสนอจากโครงการเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)	3-15
3.2 มาตรฐานการคัดกรองโรค (Disease Screening)	3-18
3.3 มาตรฐานการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification)	3-23
3.4 มาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health consumer protection หรือ Health prevention and promotion)	3-28
3.5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	3-31
บรรณานุกรม	3-37
เอกสารแนบ 3.1 การบันทึกการให้บริหารทางเภสัชกรรมรูปแบบ SOAP note	3-40
เอกสารแนบ 3.2 แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสำหรับเภสัชกรชุมชน (พัฒนาโดยโครงการวิจัยฯ)	3-48

รายการตารางประกอบ บทที่ 3

	หน้า
3.1 เปรียบเทียบรายละเอียดของ WWHAM-AD และ ASMETHOD	3-5
3.2 แนวทางการซักถามรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย	3-6
3.3 รายละเอียดในบันทึกประวัติสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลจากแหล่งต่างๆ	3-10
3.4 รายละเอียดข้อมูลในแบบการคัดกรองในประเทศไทย	3-20
3.5 เทคนิค 5R เพื่อสำหรับขั้น Pre-contemplation และ Contemplation	3-26
3.6 ตัวอย่างกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในต่างประเทศ	3-27
3.7 สรุปกิจกรรมและความหมายของแต่ละมาตรฐานกิจกรรม	3-32
3.8 ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของแต่ละกิจกรรม	3-33
3.2.1 แนวทางการเขียนแบบฟอร์มการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (Pharmacist Referral Form)	3-51
3.2.2 หลักการการส่งผู้ป่วยกลับหน่วยบริการโดยเภสัชกรชุมชน	3-69

รายการแผนภาพประกอบ บทที่ 3

	หน้า
3.1 MTM core elements service model	3-2
3.2 แบบประเมินการใช้จ่ายของผู้ป่วยสำหรับเภสัชกรชุมชน	3-14
3.3 ขั้นตอนย่อยและเครื่องมือสนับสนุนในการดูแลและติดตามการใช้จ่าย	3-15
3.4 การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง Patient-Application Software-Smart Phone ที่ใช้ในการบันทึกและติดตามข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วยตนเอง	3-16
3.5 ขั้นตอนย่อยและเครื่องมือสนับสนุนในการคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยง	3-22
3.6 การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโดยกระบวนการทางเภสัชปฐมนูมิ	3-31
3.1.1 Problem prioritization	3-44
3.2.1 แบบฟอร์มส่งต่อสำหรับเภสัชกรชุมชน (พัฒนาโดยโครงการวิจัยฯ)	3-49

สารบัญบทที่ 4

	หน้า
บทที่ 4 การจัดการระบบสารสนเทศผู้ป่วย	4-1
4.1 คำนิยามของข้อมูลทางสุขภาพ	4-2
4.2 การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์	4-2
4.3 หลักการและแนวคิดในการจัดการระบบสารสนเทศผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์	4-3
4.4 ขอบเขตทางกฎหมายของระบบการบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย	4-12
4.5 กฎระเบียบสากลด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล	4-13
4.6 การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ	4-19
4.7 แผนภาพแสดงการไหลของข้อมูล (Data flow diagram, DFD)	4-26
4.8 ข้อเสนอเพื่อเตรียมข้อตกลงในการแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูล	4-34
บรรณานุกรม	4-42

รายการตารางประกอบ บทที่ 4

	หน้า
4.1 หลักการและตัวอย่างในการจัดการข้อมูลที่เป็นความลับ	4-11

รายการแผนภาพประกอบ บทที่ 4

	หน้า
4.1 Context Diagram ของบทบาทการให้บริการระดับปฐมภูมิในร้านยา	4-27
4.2 Data Flow Diagram ของกระบวนการ MTR level 1	4-28
4.3 Data Flow Diagram ของกระบวนการ MAP level 1	4-28
4.4 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Intervention level 1	4-30
4.5 Data Flow Diagram ของกระบวนการ PMR level 1	4-30
4.6 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Follow-Up level 1	4-31
4.7 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Screening level 1	4-32
4.8 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Behavioral Modification level 1	4-33
4.9 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Refer level 1	4-33
4.10 การเชื่อมโยงของการรักษาความปลอดภัยและรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย	4-35
4.11 รูปแบบการจัดส่ง/เชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้ม มาตรฐานเพื่อส่งเข้าสู่ส่วนกลาง	4-36
4.12 การเคลื่อนย้ายข้อมูลผู้ป่วย (Patient flow) ในสถานการณ์ปัจจุบัน	4-36
4.13 การเคลื่อนย้ายข้อมูลสุขภาพ (Data flow) ในสถานการณ์ปัจจุบัน	4-37
4.14 การเคลื่อนย้ายข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลสุขภาพ (Patient & data flow) ที่โครงการเสนอ	4-37

สารบัญบทที่ 5

	หน้า
บทที่ 5 การบูรณาการเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ	5-1
5.1 งานบริการปฐมภูมิ: สถานการณ์ปัจจุบัน	5-1
5.2 การนำร้านยาเข้าร่วมเครือข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ และในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-9
5.3 กระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยของประเทศไทยในปัจจุบัน	5-24
5.4 ระบบการส่งต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพในประเทศไทย	5-25
5.5 กระบวนการการจัดการข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย	5-28
5.6 โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเพื่อเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	5-42
5.7 ปัญหาที่พบจากการส่งต่อของประเทศไทยในปัจจุบัน	5-51
5.8 ข้อเสนอแนะการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและการแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูล	5-53
บรรณานุกรม	5-57

รายการตารางประกอบ บทที่ 5

	หน้า
5.1 บทบาทงานบริการปฐมภูมิแต่ละงานแยกตามหน่วยบริการสุขภาพ	5-1
5.2 จุดแข็งจุดอ่อนของงานบริการปฐมภูมิที่ให้บริการแยกตามหน่วยบริการสุขภาพ	5-10
5.3 สถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ	5-20
5.4 ข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพต้นทาง (หน่วยบริการผู้ส่ง)	5-33
5.5 ข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง (หน่วยบริการผู้รับ)	5-34
5.6 เปรียบเทียบลักษณะระบบสารสนเทศพื้นฐานในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน	5-43
5.7 องค์ประกอบของสารสนเทศในฐานะข้อมูล/โปรแกรมในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน	5-44
5.8 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ	5-53

รายการแผนภาพประกอบ บทที่ 5

	หน้า
5.1 กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย	5-24
5.2 ขั้นตอนการจัดการข้อมูลของ สปสช.	5-25
5.3 ตัวอย่างแบบฟอร์มส่งต่อ ยส.08	5-29
5.4 ตัวอย่างแบบฟอร์มส่งต่อที่พัฒนาโดย สปช. ตามโครงการเยี่ยมบ้าน	5-29
5.5 ตัวอย่างแบบฟอร์มส่งต่อตามโครงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	5-30
5.6 ตัวอย่างบัตรประจำตัวผู้ป่วย	5-31
5.7 ตัวอย่างสมุดประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5-31
5.8 ตัวอย่างสมุดประจำตัวผู้ป่วยของร้านยาคุณภาพ	5-32
5.9 ระบบโครงข่ายสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตของโปรแกรม Hosp-WAIS	5-37
5.10 ตัวอย่างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นเองเพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดสระแก้ว	5-49
5.11 รูปแบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ	5-49

สารบัญบทที่ 6

	หน้า
บทที่ 6 การออกแบบสถาปัตยกรรมสำหรับการเชื่อมโยงข้อมูล	6-1
6.1 ภาพรวมการเชื่อมโยงข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	6-1
6.2 ผู้ใช้งานระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม	6-3
6.3 กระบวนการทางเภสัชเภสัชกรรมปฐมภูมิในการให้บริการทางเภสัชกรรม	6-6
6.4 การออกแบบกระบวนการการเชื่อมโยงข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม	6-7
6.5 การออกแบบกรณีการใช้งานเชื่อมโยงข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรม	6-11
บรรณานุกรม	6-26

รายการตารางประกอบ บทที่ 6

	หน้า
6.1 คำอธิบายผู้รับผิดชอบกิจกรรมในกระบวนการ (Role Description)	6-10
6.2 คำอธิบายตัวแสดงภายนอกระบบเกี่ยวข้องด้วย (Actor Description)	6-13
6.3 คำอธิบายกรณีการใช้งาน (Use Case Description)	6-15

รายการแผนภาพประกอบ บทที่ 6

	หน้า
6.1 ภาพรวมการเชื่อมโยงข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย	6-2
6.2 กระบวนการใช้งานระบบแลกเปลี่ยนและจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ (Health Information Exchange Repository) และแอปพลิเคชันในการใช้งานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care Applications)	6-9
6.3 กรณีการใช้งานระบบแลกเปลี่ยนและจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ (Health Information Exchange Repository) และแอปพลิเคชันในการใช้งานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care Applications)	6-12

สารบัญบทที่ 7

	หน้า
บทที่ 7 บทสรุป	7-1
7.1 ความสำคัญและความจำเป็นของงานบริหารทางเภสัชกรรมปฐมภูมิ	7-5
7.2 สถานการณ์ปัจจุบันในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ	7-16
7.3 ปัญหาที่พบจากการส่งต่อของประเทศไทยในปัจจุบัน	7-25
7.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยงข้อมูล	7-28
7.5 ข้อเสนอการออกแบบระบบสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย	7-31
7.6 ข้อเสนอเชิงนโยบาย	7-34

รายการตารางประกอบ บทที่ 7

	หน้า
7.1 บทบาทงานบริการปฐมภูมิแต่ละงานแยกตามหน่วยบริการสุขภาพ	7-1
7.2 รายละเอียดข้อมูลในแบบการคัดกรองในประเทศไทย	7-8
7.3 สรุปกิจกรรมและความหมายของแต่ละมาตรฐานกิจกรรม	7-12
7.4 ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของแต่ละกิจกรรม	7-13
7.5 เปรียบเทียบลักษณะระบบสารสนเทศพื้นฐานในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน	7-19
7.6 องค์ประกอบของสารสนเทศในฐานะข้อมูล/โปรแกรมในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน	7-20
7.7 แนวทางการเขียนแบบฟอร์มการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (Pharmacist Referral Form)	7-40
บรรณานุกรม	7-45

รายการแผนภาพประกอบ บทที่ 7

	หน้า
7.1 การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโดยกระบวนการทางเภสัชปฐมนูมิ	7-15
7.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	7-27
7.3 องค์ประกอบของการจัดการสารสนเทศ	7-28
7.4 การออกแบบศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data Center) ในการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย	7-33
7.5 แบบฟอร์มส่งต่อสำหรับเภสัชกรชุมชน พัฒนาโดยโครงการวิจัย	7-38



บทที่ 1
บทนำ

โครงการ “บูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการ
บริหาร ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจาก
หน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ”

โดย ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์และคณะ
ตุลาคม พ.ศ. 2558

บทที่ 1

บทนำ

มากกว่ากึ่งหนึ่งของภาวะโรคที่ทำให้ประชาชนไทยสูญเสียปีสุขภาวนับจากปี พ.ศ. 2542 จนถึงปัจจุบัน เกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยในปี พ.ศ. 2554 สัดส่วนของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อก็คือร้อยละ 74.7 (7,907,184 จาก 10,578,221 คน) (Bureau of Policy and Strategy, 2014) โดย 3 ใน 5 อันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะในปี พ.ศ. 2554 ของชายไทย คือ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 6.6) โรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 4.4) และโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 4.3) โดยยกเว้นเพียงมะเร็งตับที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง ในขณะที่ทั้ง 5 อันดับแรกของหญิงไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อและเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมด คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 7.9) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 7.9) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 5.4) โรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 4.2) และโรคต่อกระຈ (ร้อยละ 3.7) ซึ่งหากมองย้อนไปกลับแล้ว ประเทศไทยต้องสูญเสียต้นทุนทางเศรษฐกิจจากปัจจัยทางพฤติกรรมด้านสุขภาพสูงถึง 5,977-113,690 ล้านบาทในช่วงปี 2 ปีเท่านั้น (พ.ศ. 2552-2553) ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค ตลอดจนไปจนถึงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพหรืออาการแย่ลงจึงเป็นบทบาทที่จำเป็นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในทุกหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะหากสามารถดูแลประชาชนไทยได้ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิก่อนที่จะต้องส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่สูงขึ้นไปต่อไป

การบริการปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง บริการที่ให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ ณ จุดเริ่มต้นสำหรับผู้มาขอรับบริการทุกรายภายใต้ระบบสุขภาพ (Hemachudha, 2013) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์นั้นอาจเป็นได้ทั้ง แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน เภสัชกร พยาบาล ฯลฯ ส่วนใหญ่จะเป็นงานบริการที่มุ่งเน้นงานในระดับชุมชน

ในส่วนของภาครัฐบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มีการกำหนดงานบริการปฐมภูมิไว้หลายประเภทกลุ่มโรคและสนับสนุนงบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลหรือการป้องกันส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันไป ซึ่งในรายงานวิจัยฉบับนี้จะศึกษาเพื่อหามาตรฐานของงานปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกับงานบริการหรือบริหารเภสัชกรรมเพียง 4 งานหลัก ได้แก่

- 1) การป้องกันปัญหาและส่งเสริมคุณภาพการใช้ยา (Medicines management)
- 2) การคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น (Disease screening)
- 3) การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (behavioral modification)
- 4) บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Health consumer protection)

โดยในงานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก คือ สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (หรือร้านยา) เปรียบเทียบเชื่อมโยงกับงานบริการบางส่วนจากหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และคลินิกอบอุ่น เป็นต้น

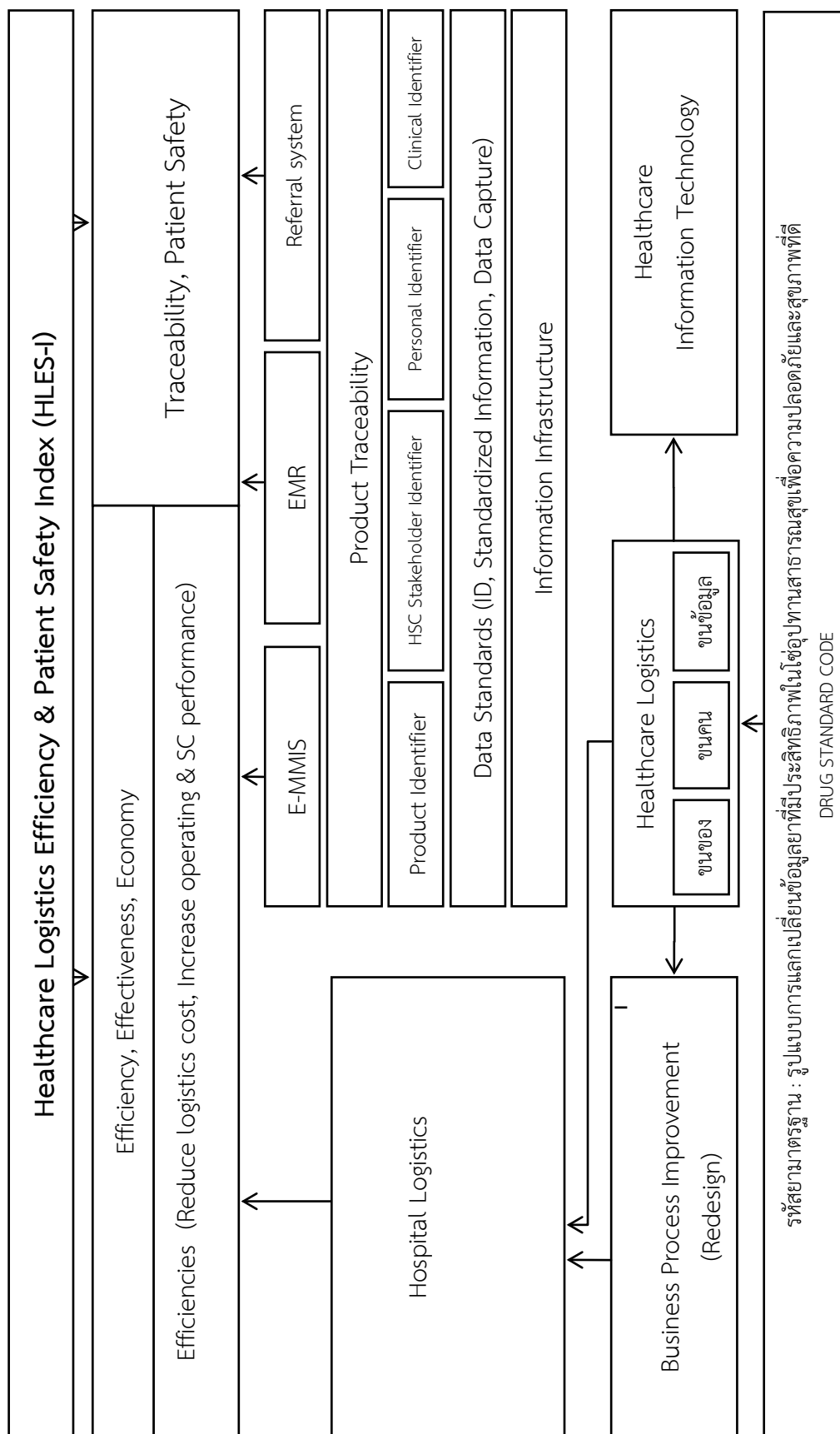
ในแต่ละงานบริการ ได้มีการทบทวนกรณีศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใน**บทที่ 2** และผลการศึกษหาแนวทางมาตรฐานของงานบริการปฐมภูมิทั้ง 4 งานใน**บทที่ 3** ดังรายละเอียดที่ปรากฏในแต่ละบท

1. ระบบสารสนเทศ

โครงสร้างการจัดการข้อมูลและทรัพยากรทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Healthcare logistics efficiency) และมีความปลอดภัย (Patient safety) จากมุมมองของระบบโลจิสติกส์และโซ่อุปทานภาพรวมในระดับประเทศ (ดังแผนภาพที่ 1.1) แสดงให้เห็นว่า โครงสร้างที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยการส่งต่อเชื่อมโยงของระบบสารสนเทศจากหน่วยงานในทุกกระดับที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางสุขภาพ

ซึ่งหลักการดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของประชาชนและ/หรือผู้ป่วยที่มีคุณภาพที่ต้องการการบูรณาการทุกระดับของงานบริบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล (Continuity of care) และระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ออกแบบเชิงโครงสร้างไว้แล้ว อย่างไรก็ตามระบบยังต้องการกลไกที่เชื่อมต่อกระบวนการในการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการให้สามารถรองรับความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง สารสนเทศเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการงานบริบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง การมีระบบสารสนเทศเพื่อการสื่อสารข้อมูลสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการจึงเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จที่สะท้อนประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบสุขภาพของประเทศได้

ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ถึงแม้จะได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลแล้ว ก็ยังไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยของโรคได้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง (Chronic disease) ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลสถิติโรคเรื้อรังชี้ให้เห็นว่า ประมาณร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคได้ เกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่พบว่า กว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมีปัญหาด้านยาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยไม่เข้าใจเรื่องการช้ยา วิธีการช้ยาอย่างยากซับซ้อน จึงทำให้ช้ยาไม่ถูกต้อง และ/หรือเกิดปัญหาหรือผลข้างเคียงจากการช้ยา ทั้งหมดนี้สะท้อนถึงปัญหาการขาดที่ปรึกษาและขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย



แผนภาพที่ 1.1 Healthcare logistics ระบบสาธารณสุขไทย (เมืองซู. โสภณ, 2556)

2. การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care)

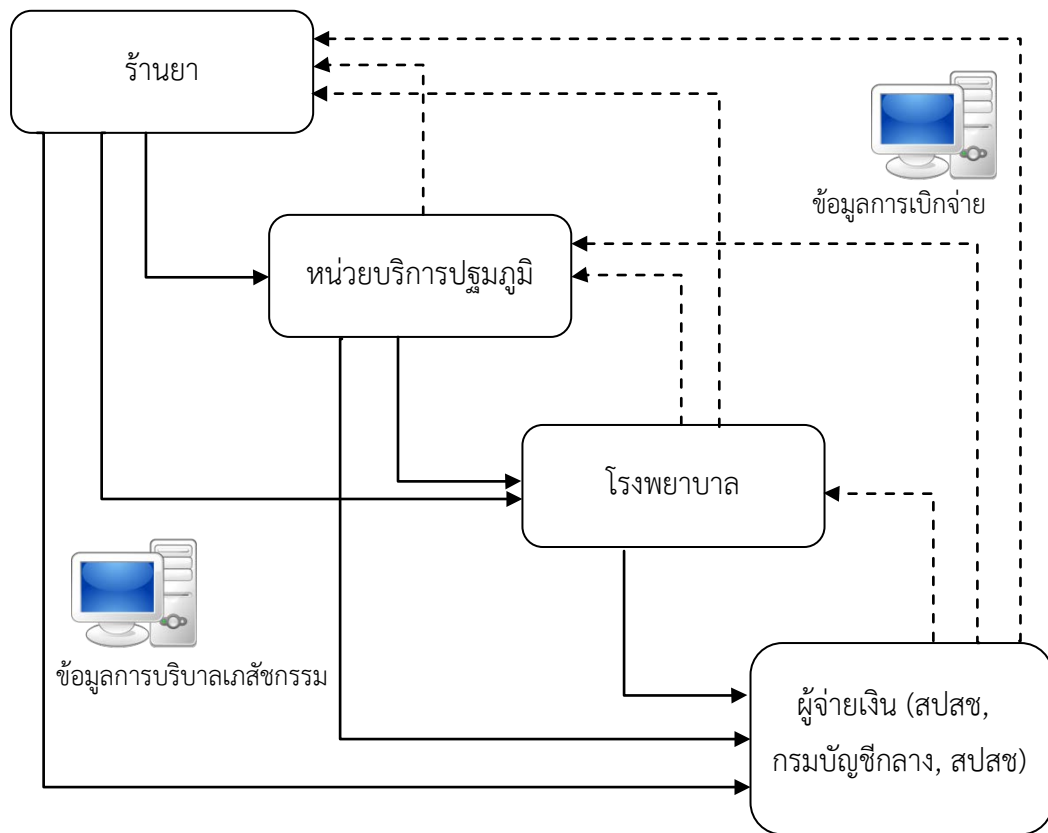
จากปัญหาการใช้ยาในด้านต่างๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ได้ริเริ่มงานบริการปฐมภูมิที่เน้นให้เกิดการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิและสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (หรือร้านยา) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับชุมชนที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาได้สะดวก ความสำเร็จของโครงการนำร่องดังกล่าว ได้นำไปสู่การขยายผลให้เภสัชกรชุมชนในบางพื้นที่ดูแลผู้ป่วยโรคไต และผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตันหลังจากออกจากโรงพยาบาลมาพักฟื้นที่บ้านแล้ว ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมของทิมสหสาขาที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร โดยด้านที่เกี่ยวข้องกับการใช้นั้นจะรู้จักกันในชื่อของ “การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care)” ซึ่งช่วยในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การรักษาโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แก่ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้มีความร่วมมือในการรักษา การประสานงานดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นการทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาและเพิ่มโอกาสให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขได้รับทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยในการจัดการปัญหาให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงและต่อสังคม แนวคิดการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลงานบริหารผู้ป่วยนี้ได้พัฒนาเป็นแนวนโยบายของรัฐบาลปัจจุบัน มีการเสนอให้ร้านยาเป็นหน่วยร่วมบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดการดูแลผู้ป่วยแบบแยกส่วน และเพิ่มคุณภาพประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

การเชื่อมโยงสารสนเทศระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในการให้การบริหารทางเภสัชกรรม

การพัฒนารูปแบบและแนวทางการทำงานระหว่างร้านยากับหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU) และโรงพยาบาล เป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic approach) มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการรักษา (Patient-centered) ซึ่งเป็นนโยบายการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพให้เกิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ระบบมาตรฐานดังกล่าวจะไม่สามารถขยายผลให้ครอบคลุมผู้ป่วยในวงกว้างระดับประเทศได้ หากไม่มีระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับย่อยของการให้บริการซึ่งก็คือ ร้านยาและ/หรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น (เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกอบอุ่น เป็นต้น) จนถึงระดับบนของการให้บริการ ซึ่งก็คือโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งหน่วยงานเบิกจ่ายเงิน (สปสช กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม) (แผนภาพที่ 1.2) ที่แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมต่อและการไหลของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ ในโซ่อุปทานสุขภาพ (Health supply-chain) เพื่อให้ผู้ให้บริการที่อยู่ต่างสถานบริการสามารถติดต่อสื่อสาร รับทราบ เชื่อมโยงและเข้าถึงสารสนเทศของผู้ป่วยที่ดูแลได้อย่างครบถ้วน รวดเร็ว และต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

เพื่อให้การให้การบริการแก่ผู้ป่วยเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง จำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบสารสนเทศจะต้องมีการไหลของข้อมูลจากร้านยาหรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่นๆ ไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และสปสช และมีการไหลของข้อมูลย้อนกลับจาก สปสช ไปยัง

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ไปยังร้านยาหรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่นๆ เพื่อให้เภสัชกรชุมชนหรือเภสัชกรในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัยได้ตลอดเวลา และเพิ่มความสะดวกของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยอีกด้วย ทั้งนี้การบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลด้านการบริหารทางเภสัชกรรมนี้ จะช่วยให้การไหลของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโซ่อุปทานสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมคุณภาพและเพิ่มความปลอดภัยกับผู้ป่วย เพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลรักษา เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยไปพร้อมๆ กับการจัดการการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง ลดความซ้ำซ้อน และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศโดยรวมด้วย



แผนภาพที่ 1.2 การไหลของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ในโซ่อุปทานสุขภาพ

- > ข้อมูลการบริหารเภสัชกรรม
- - - - -> ข้อมูลการเบิกจ่าย

การไหลของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในโซ่อุปทานสุขภาพ

การไหลของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมนั้น สามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ในโซ่อุปทานสุขภาพได้โดยผ่านทางศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data center) ต่างๆ อาทิเช่น ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศตามข้อเสนอโครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (อ่อนสุวรรณ, 2556) ดังแสดงให้เห็นเส้นทางการไหลของข้อมูล ผู้ป่วยและเวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ (แผนภาพที่ 1.3) และเส้นทางการไหลของการเบิกจ่ายเงินประกันสุขภาพ (แผนภาพที่ 1.4) เป็นต้น

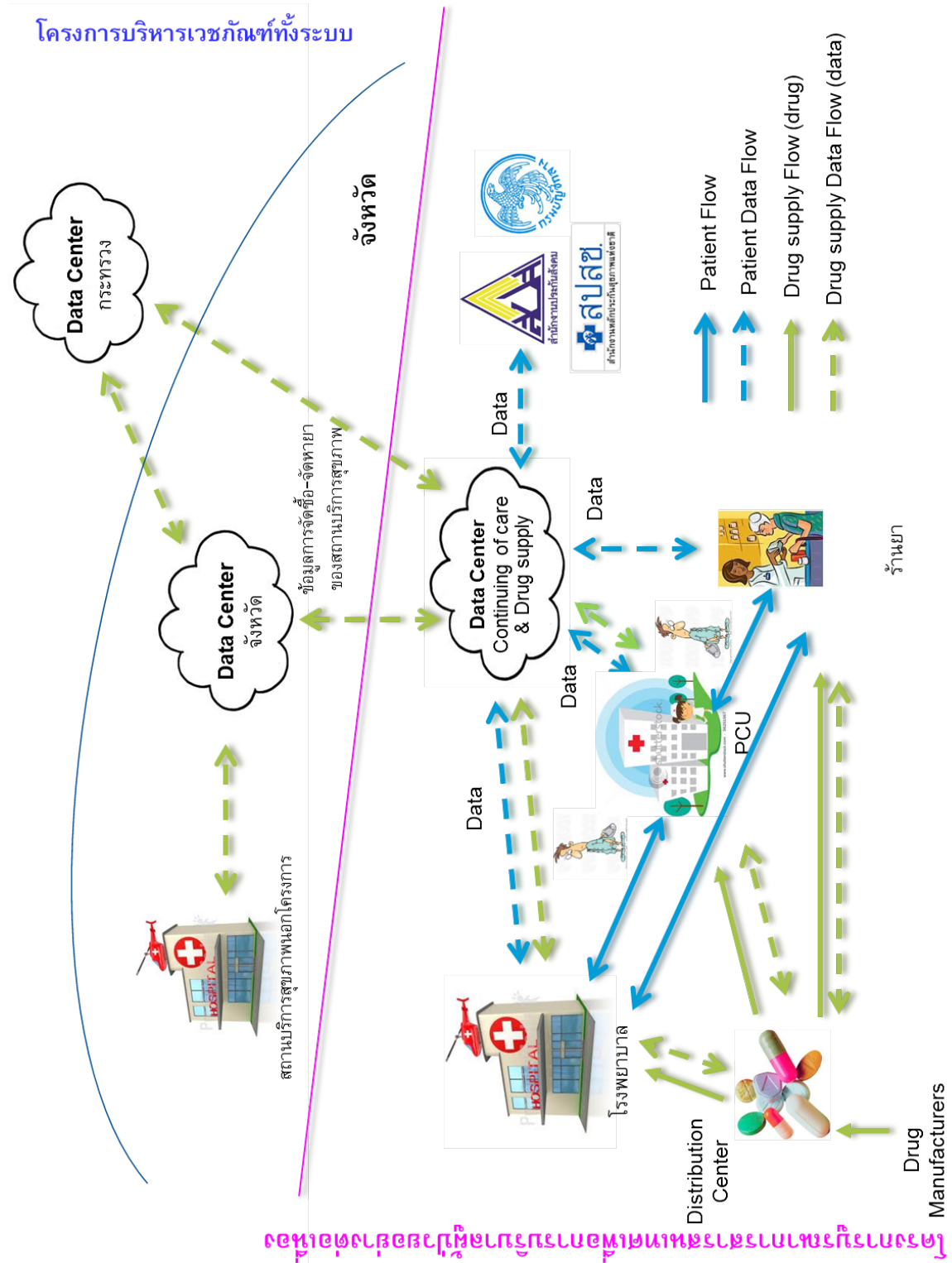
การศึกษาการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ

เพื่อให้การศึกษาและพัฒนาระบบสารสนเทศของการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ มีความต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงของข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและมีบูรณาการ แนวทางการวิจัยในงานวิจัยฉบับนี้จึงเน้นการหารูปแบบมาตรฐานงานบริการการส่งต่อและให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตามขอบเขตงานบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ

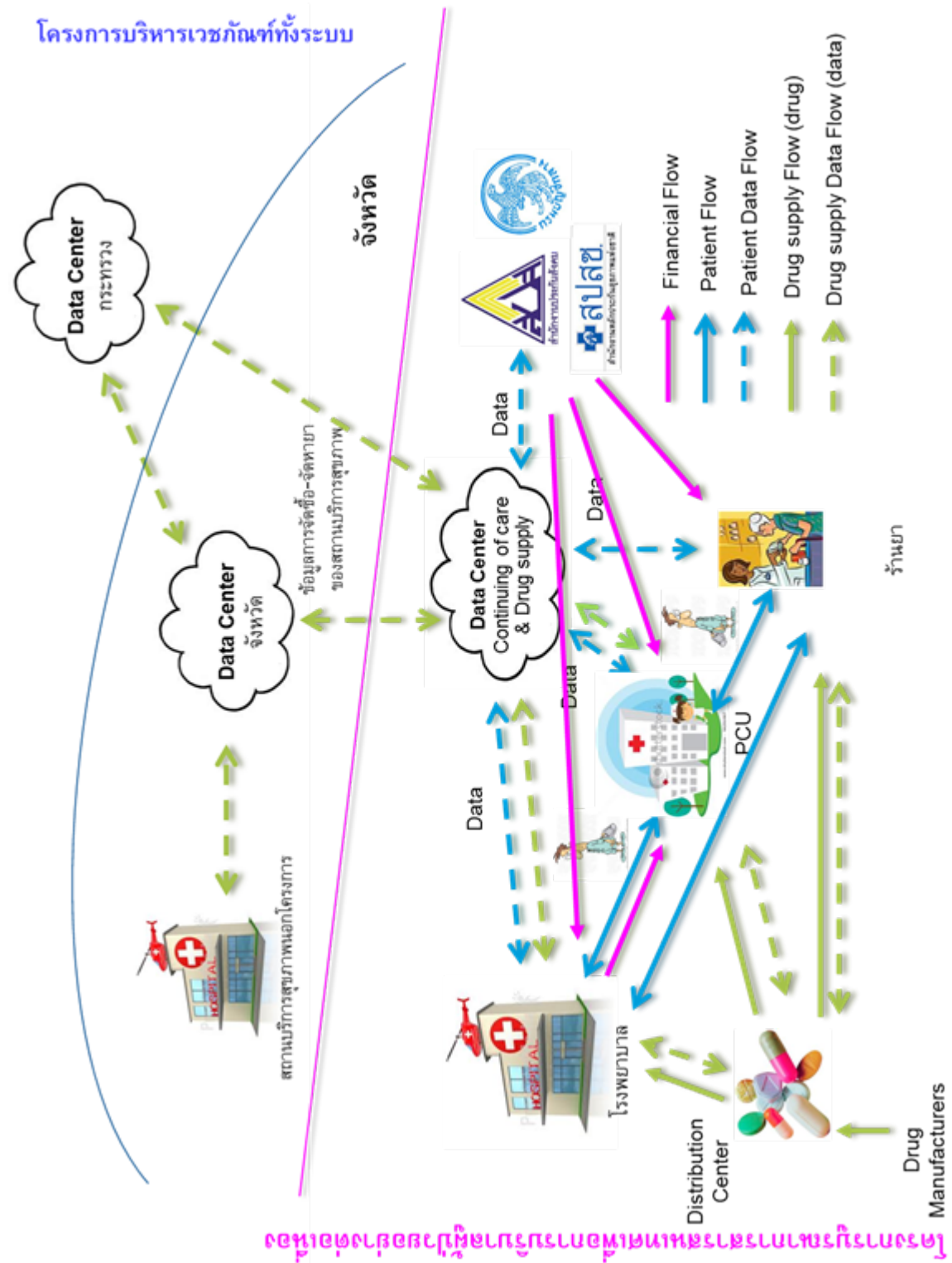
- การป้องกันปัญหาและส่งเสริมคุณภาพการใช้ยา (Medicines management)
- การคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น (Disease screening)
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (behavioral modification)
- บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Health consumer protection)

รวมทั้งศึกษารูปแบบงาน (Function) รูปแบบการสื่อสารของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ กระบวนการและผลลัพธ์การไหลของข้อมูล (Data flow) ผู้ป่วย (Patient flow) และการเบิกจ่าย (Financial flow) เพื่อออกแบบและพัฒนาต้นแบบที่พึงประสงค์ของมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับระบบสาธารณสุขไทย

การศึกษาในระยะนี้ตามกรอบ Healthcare logistics ของระบบสาธารณสุขไทยจะเน้นส่วนของการพัฒนากระบวนการทางธุรกิจ (Business process improvement) และข้อมูลเบื้องต้นของการชนของ-ชนคน-ชนข้อมูลใน Healthcare logistics เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record, EMR) และการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) (แผนภาพที่ 1.5)



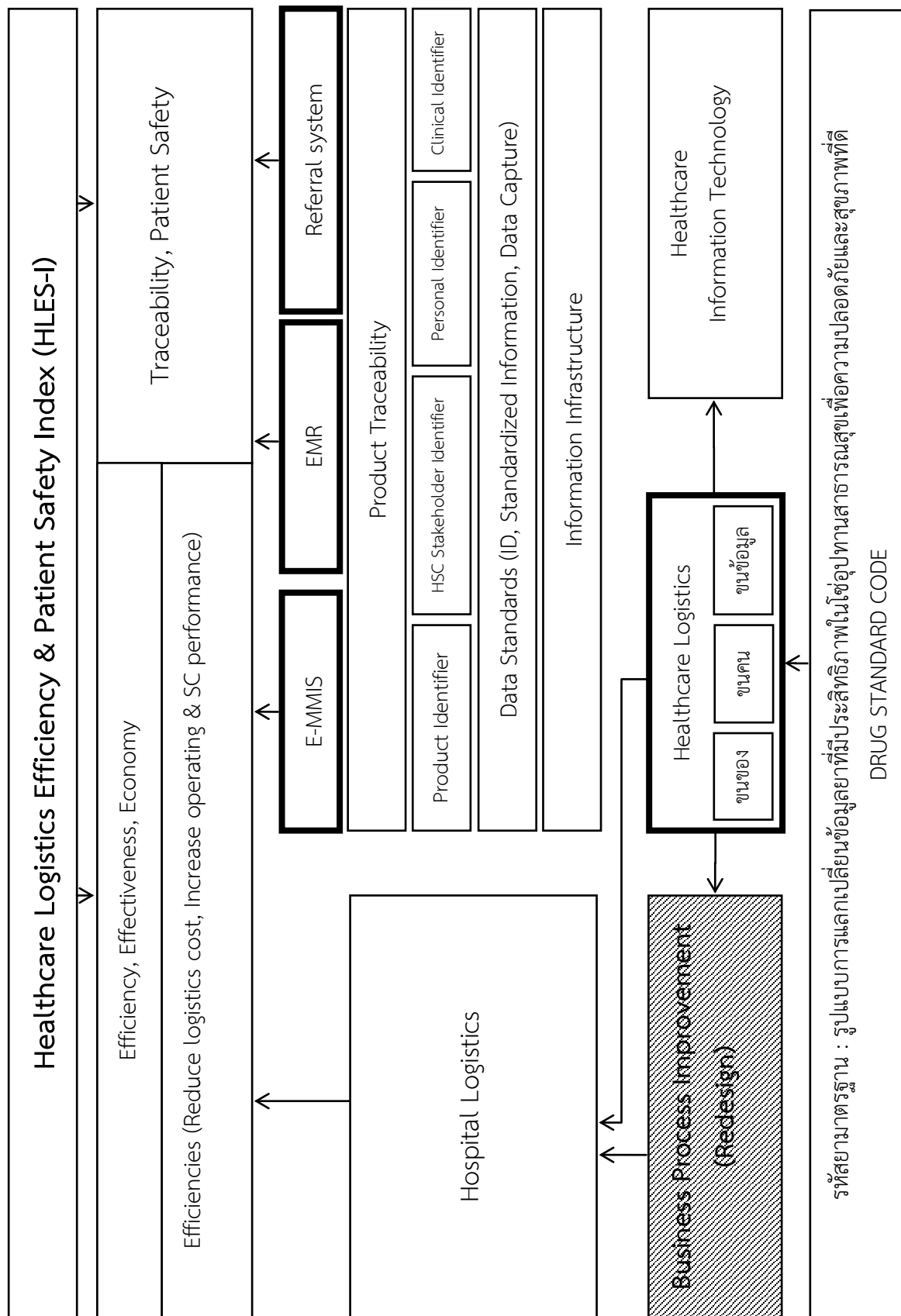
แผนภาพที่ 1.3 การไหลของข้อมูล ผู้ป่วย และเวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในโซ่อุปทาน



แผนภาพที่ 1.4 การไหลของการเบิกจ่ายเงินประกันสุขภาพระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในโซ่อุปทาน

แผนภาพที่ 1.5 แผนการวิจัย

(▨) ส่วนที่ศึกษา (□) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นบางส่วน



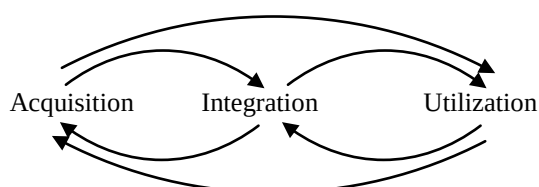
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและบริบทในการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละประเภทที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อวิเคราะห์สารสนเทศที่มีและความต้องการสารสนเทศเพื่อการบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละประเภทที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อหามาตรฐานของงานบริการของการส่งต่อและให้บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตามขอบเขตงานบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. เพื่อศึกษารูปแบบการทำงาน รูปแบบการสื่อสารของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ การไหลของข้อมูล ผู้ป่วย และการเบิกจ่าย เพื่อออกแบบและพัฒนาต้นแบบที่พึงประสงค์ของมาตรฐานงานบริการและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

4. ทฤษฎี สมมติฐาน และ / หรือกรอบแนวความคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษามาตรฐานงานบริการ และระบบสารสนเทศของการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในงานวิจัยนี้ ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้ (Knowledge management, KM) โดยนิยามของ การจัดการความรู้หรือสารสนเทศ¹ คือ กระบวนการที่เป็นระบบในการเก็บรวบรวม การจัดระเบียบ การแลกเปลี่ยนและการวิเคราะห์สารสนเทศจากทรัพยากรเอกสารและทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง [Knowledge management is defined as “A systematic process of gathering, organizing, sharing and analyzing knowledge in terms of resources, documents and people skills within and across an organization (Ma & Yu, 2010, p. 183)]

องค์ประกอบของการจัดการสารสนเทศ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจัดหาสารสนเทศ (Knowledge acquisition) การเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ (Knowledge integration) และการใช้สารสนเทศ (Knowledge utilization (Institutionalization)) (Watcharadamrongkun, 2012) ตามแผนภาพที่ 1.6 การจัดการความรู้ (Knowledge management processes) ที่แสดงให้เห็นว่า ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีการส่งต่อและเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกันกับการบริการทางเภสัชกรรมที่ให้กับผู้ป่วย



แผนภาพที่ 1.6 กระบวนการจัดการสารสนเทศ (Knowledge management processes)

¹ ในงานวิจัยนี้ จะใช้คำว่า “สารสนเทศ” เป็นตัวแทนของ Knowledge และคำต่อไปนี้สับเปลี่ยนในความหมายเดียวกัน คือ ข้อมูล (data), สารสนเทศ (Information), or ความรู้ (Knowledge)

King (2008) อธิบายองค์ประกอบของการจัดการสารสนเทศแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ การจัดหาสารสนเทศ (Knowledge acquisition, KA) ประกอบด้วยส่วนของการสร้าง (creation) การแสวงหาหรือจัดหา (acquisition) การประมวลและกลั่นกรอง (codification and refinement) และการจัดเก็บสารสนเทศ (storage) ซึ่งสารสนเทศที่จะมีการกระจายและแบ่งปันไปยังบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือต้องการ โดยใช้กระบวนการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ (Knowledge integration, KI) ซึ่งประกอบด้วย การกระจาย (Distribution) และการแลกเปลี่ยน (sharing) สารสนเทศ ในท้ายที่สุดแล้วสารสนเทศจะถูกจัดการ (manage) และนำไปใช้ (use) (Knowledge utilization หรือ institutionalization, KU) ตามวัตถุประสงค์ต่อไป

การศึกษาในรายละเอียดของการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ (KI) นั้น จะใช้แนวคิดของความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นข้อกำหนดพื้นฐาน (Fundamental requirement) สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระบบสารสนเทศและการเชื่อมโยงกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record, EMR) (Brailer, 2005) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5. ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ของระบบสารสนเทศ

ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) มีการนิยามได้หลายระดับ อาทิเช่น คำนิยามที่ให้ไว้โดย National Alliance for health Information technology (NAHIT) (Poungsombat, 2011) หมายถึงความสามารถในการส่งต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลและสารสนเทศระหว่างระบบสารสนเทศที่อาจจะมีโปรแกรมหรือโครงสร้างของข้อมูลที่แตกต่างกันได้ โดยที่ยังคงรักษาความหมายของข้อมูลเดิมได้อย่างถูกต้อง ในที่นี้ **ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability)** หมายถึง ความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบหรือหน่วยงานต่างกัน ซึ่งครอบคลุมไปถึงระบบสารสนเทศ ขั้นตอนการปฏิบัติ และวัฒนธรรมการทำงานขององค์กร ที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่ทิศทางที่จะเสริมสร้างโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูล สารสนเทศร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งภายในและระหว่างองค์กร (Miller, 2000)

จากนิยามจะเห็นได้ว่าความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) มีความสำคัญอย่างมากในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่มีการเคลื่อนย้ายไหลเวียนทั้งคน ของ เงิน และข้อมูลกันอย่างกว้างขวาง การที่จะช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกันทั้งภายในองค์กร ระหว่างองค์กร รวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้สามารถสื่อสาร ส่งต่อ แลกเปลี่ยน ข้อมูลเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำให้เกิดสารสนเทศเพื่อการจัดการ และตัดสินใจในทุกระดับตั้งแต่หน่วยเล็กที่สุดจนถึงองค์กรระหว่างประเทศนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแล แก้ไข และจัดการกับปัญหาต่างๆในเชิงมหภาค ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือ สารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และตัดสินใจในการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน รักษาเพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีนั้น เกิดจากการจัดเก็บ รวบรวม ส่งต่อ แลกเปลี่ยนของสารสนเทศที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานเกี่ยวข้องที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวม นำมาวิเคราะห์และประมวลผลให้เกิดสารสนเทศในระดับประเทศ เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพได้

องค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นของความสามารถในการทำงานร่วมกัน คือ

1. Syntactic Interoperability ความสามารถของระบบที่แตกต่างกันในการส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้อย่างถูกต้อง ซึ่งระบบที่สื่อสารกันจะต้องมีการตกลงให้ตรงกัน อย่างน้อยในด้านวิธีการสื่อสารข้อมูล (communication protocols) รูปแบบข้อมูล (data formats) ตำแหน่งของข้อมูล รหัสตัวอักษร (character set) เป็นต้น ความสามารถระดับ Syntactic Interoperability เป็นความสามารถที่จำเป็นต่อการทำงานร่วมกันในระดับที่สูงขึ้น
2. Semantic Interoperability ความสามารถของระบบที่แตกต่างกันในการส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้อย่างถูกต้อง และ "เข้าใจความหมายตรงกัน" ทั้งระบบที่เป็นผู้ส่งและระบบที่เป็นผู้รับ การจะเข้าใจความหมายตรงกันนั้น ระบบที่เป็นผู้ส่งข้อมูลและระบบที่เป็นผู้รับข้อมูลจะต้องมีการกำหนดและใช้ชุดการอ้างอิงความหมายข้อมูลที่ตรงกัน (common information exchange reference model)
3. Process Interoperability การเชื่อมโยงขั้นตอนการทำงานของสองหน่วยงานหรือสององค์กรให้เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน (Integration of business processes into work flow) เพื่อให้การส่งต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามจังหวะเวลา และความจำเป็นของการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

มาตรฐานสำคัญสำหรับการสร้างระบบที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน (Interoperable system) ได้แก่

- มาตรฐานข้อมูล (Data content standards) การกำหนดนิยามศัพท์ต่างๆ (terminology) สำหรับคำต่างๆ (concept) และความสัมพันธ์เพื่อการเชื่อมโยงอ้างอิงระหว่างคำ (relationship) เช่น มาตรฐาน ICD10, SNOMED-CT, LOINC, RxNorm เป็นต้น
- มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information Exchange Standards) ต้องมีการกำหนด มาตรฐานสำหรับการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เช่น messaging standards ที่นิยมกัน ในระบบข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ Health Level 7 (HL7)
- มาตรฐานในการยืนยันตัวบุคคลหรือข้อมูลที่ไม่ซ้ำกัน (Identifier standards) เพื่อใช้ในการอ้างอิงข้อมูล เช่น รหัสผู้ป่วย, รหัสหน่วยบริการ เป็นต้น
- มาตรฐานในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (Privacy and security standards)
- มาตรฐานในการทำงาน (Functional standards) เช่น การกำหนด workflow ของการทำงานที่เป็นรูปธรรม
- มาตรฐานในการใช้ระบบสารสนเทศ (Information technology standards) เช่น การกำหนดชนิดของเทคโนโลยีที่ใช้ หรือ Mobile technologies เป็นต้น

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ จะมุ่งเน้นศึกษาระบบสารสนเทศเพียงแค่วิธีทาง การจัดหาสารสนเทศ (Knowledge acquisition, KA) และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ (Knowledge integration, KI) ควบคู่ไปกับความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ในสภาพและบริบทปัจจุบัน และที่พึงประสงค์ต่อไป

ตารางที่ 1.1 คำนิยามเชิงนามธรรมและเชิงปฏิบัติการในงานวิจัย

คำนิยาม (Definition)	คำนิยามเชิงนามธรรม (Conceptualization)	คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operationalization)
การจัดหาสารสนเทศ (Knowledge acquisition, KA)	กระบวนการที่เป็นระบบในการสร้าง (creation) การ แสวงหาหรือจัดหา (acquisition) การประมวลและ กลั่นกรอง (codification and refinement) และการ จัดเก็บสารสนเทศ (storage) ในหน่วยงานต่างๆ โดยที่ - การสร้างสารสนเทศ (Creation) หมายถึง กระบวนการและ/หรือระบบที่เกี่ยวข้องในการสร้าง พัฒนาสารสนเทศใหม่ (Developing new knowledge) ปรับปรุงทดแทนสารสนเทศที่มีอยู่ (Replacing existing knowledge) - การแสวงหาหรือจัดหาสารสนเทศ (acquisition) หมายถึง กระบวนการและ/หรือระบบที่เกี่ยวข้องใน การค้นห (Search) การรับทราบเข้าใจ (Recognition) และการซึมซับ (Assibilation) ของ สารสนเทศ - การประมวลและกลั่นกรองสารสนเทศ (codification and refinement) หมายถึง กระบวนการและ/หรือระบบที่เกี่ยวข้องในเตรียมการ เพื่อจัดเก็บสารสนเทศในหน่วยความจำ (Organizational memory) และนำมาใช้ใหม่ใน ระยะยาวเพื่อประโยชน์สูงสุด (Maximal long- term reusability) ซึ่งรวมไปถึงการเตรียมการ การ ประมวล การสร้างสัญลักษณ์และมาตรฐานของ สารสนเทศ (Cleansing, labeling, indexing, sorting, abstracting, standardizing, integrating and recategorizing) สารสนเทศ - การจัดเก็บสารสนเทศ (storage) หมายถึง กระบวนการและ/หรือระบบที่เกี่ยวข้องในการ จัดเก็บสารสนเทศในหน่วยงานทั้งในส่วนของ กระบวนการ ผลิตภัณฑ์และบริการ (Processes, products and services)	กระบวนการที่เป็นระบบ ในการสร้าง (creation) การแสวงหาหรือจัดหา (acquisition) การ ประมวลและกลั่นกรอง (codification and refinement) และการ จัดเก็บสารสนเทศ (storage) ระหว่าง บุคลากรและ/หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง ภายในและภายนอก องค์กร
การเชื่อมโยงและ แบ่งปันสารสนเทศ (Knowledge integration, KI)	กระบวนการที่เป็นระบบในการกระจาย (Distribution) และการแลกเปลี่ยน (sharing) สารสนเทศระหว่าง บุคลากรและ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและ ภายนอกหน่วยงาน/องค์กร - การกระจาย (Distribution) หมายถึง กระบวนการ	กระบวนการที่เป็นระบบ ในการการกระจาย (Distribution) การส่ง ต่อ (Transfer) การ แลกเปลี่ยน (Sharing)

คำนิยาม (Definition)	คำนิยามเชิงนามธรรม (Conceptualization)	คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operationalization)
	และ/หรือระบบที่เกี่ยวข้องในการสื่อสาร ส่งต่อ สารสนเทศระหว่างบุคลากรและ/หรือหน่วยงาน - การแลกเปลี่ยน (Sharing) หมายถึง กระบวนการ และ/หรือระบบที่เกี่ยวข้องในการคิด ประมวลผลและ รับรู้สารสนเทศ รวมทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมและ ปัจจัยที่ส่งเสริมการส่งต่อและแลกเปลี่ยน สารสนเทศระหว่างบุคลากรและ/หรือหน่วยงาน	และการสร้างความ เชื่อมโยง (Networking) สารสนเทศระหว่าง บุคลากรและ/หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง ภายในและภายนอก องค์กร
การใช้สารสนเทศ (Knowledge utilization หรือ institutionalization, KU)	กระบวนการที่เป็นระบบในการจัดการสารสนเทศ (Manage) และนำสารสนเทศไปใช้ (Use) เพื่อการ เปลี่ยนแปลงและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Change and continuous improvement)	กระบวนการที่เป็นระบบ ในการจัดการสารสนเทศ (Manage) และนำ สารสนเทศไปใช้ (Use) เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง ระหว่าง บุคลากรและ/หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง ภายในและภายนอก องค์กร

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1. ได้มาตรฐานงานบริการสำหรับการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย (Business model for continuation of pharmaceutical care and referral system) ซึ่งจะเป็นมาตรฐานในการให้บริการของเภสัชกรในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ได้รูปแบบงาน (Function) รูปแบบการสื่อสารของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ กระบวนการและผลลัพธ์การไหลของข้อมูล (Data flow) ผู้ป่วย (Patient flow) และการเบิกจ่าย (Financial flow) เพื่อออกแบบและพัฒนาต้นแบบที่พึงประสงค์ของมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับระบบสาธารณสุขไทย
3. หน่วยงานระดับนโยบายได้ “มาตรฐานของงานบริการ (Business model)” เพื่อการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อนำไปพิจารณาดำเนินการบังคับใช้ในเชิงนโยบายอย่างเหมาะสม ซึ่งประโยชน์ระยะยาวจากการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ การเพิ่มประสิทธิภาพของโซ่อุปทานสุขภาพและการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศโดยรวมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

7. แผนถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัยจะนำไปทำประชาพิจารณ์เพื่อรับฟังความคิดเห็นในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder) ทุกด้านทุกระดับ ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ เภสัชกร นักเขียนโปรแกรม ผู้อนุมัติในการเบิกจ่ายเงิน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจะจัดพิมพ์บทสรุปมาตรฐานงานบริการของการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อ (ฉบับย่อ) แก่หน่วยงานที่มีส่วนในการผลักดันให้การนำมาตรฐานงานบริการไปใช้ในทางปฏิบัติ เช่น

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)
- สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

8. วิธีการดำเนินการวิจัย/หน่วยงานที่ดำเนินการวิจัย /พื้นที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) โดยการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary method) การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ได้แก่

1. วิจัยเชิงเอกสาร เกี่ยวกับรูปแบบงาน กระบวนการและผลลัพธ์ของการให้การบริการทางเภสัชกรรมและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดมาตรฐานงานบริการ
2. จัดสนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดมาตรฐานงานบริการ (Business model) รูปแบบงาน กระบวนการ และสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดหาสารสนเทศ (Knowledge acquisition, KA) และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ (Knowledge integration, KI) ของการบริหารทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งขั้นตอนเป็น

2.1. การสนทนากลุ่มในหน่วยงานประเภทเดียวกัน และต่างประเภท ต่างระดับ ได้แก่

2.1.1. รานยา

2.1.2. โรงพยาบาล (ทั้งภาครัฐ เช่น ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ มหาวิทยาลัย ทั่วไป)

รัฐวิสาหกิจ เอกชน)

2.1.3. ผู้จ่ายเงินและผู้ปฏิบัติงานวิจัยไปใช้ (สปสช. กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม สนย. สมาเภสัชกรรม)

2.1.4. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU) เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกอบอุ่น ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส) เป็นต้น

2.2. สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มข้างต้นเพื่อหาแนวทางของการสร้างมาตรฐานงานบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.3. สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มข้างต้นเพื่อหารูปแบบงาน กระบวนการ และสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดหาสารสนเทศ และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ ที่พึงประสงค์

3. สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสภาพและ/หรือบริบทของระบบการจัดการ และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสภาพปฏิบัติงานจริงในการให้การบริการทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วย
4. จัดประชุมพิจารณาเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับการให้การบริการทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในส่วนของ
 - 4.1 มาตรฐานงานบริการที่ยอมรับสำหรับวิชาชีพเภสัชกรรม รวมทั้งกลยุทธ์ในการผลักดันให้เกิดขึ้นในภาคปฏิบัติได้จริง
 - 4.2 ระบบสารสนเทศที่พึงประสงค์ของการจัดการ และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ

9. เป้าหมายของผลผลิต (output) และตัวชี้วัด

ผลการวิจัยตามโครงการนี้ จะได้แนวทาง “มาตรฐานงานบริการ ของการให้การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากหน่วยบริการปฐมภูมิ สู่สถานบริการตติยภูมิ (Pharmaceutical care and referral system)” ประกอบด้วย

1. มาตรฐานงานบริการ (Business model) ของงานปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ
 - การป้องกันปัญหาและส่งเสริมคุณภาพการใช้ยา (Medicines management)
 - การคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น (Disease screening)
 - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (behavioral modification)
 - บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Health consumer protection)
2. รูปแบบงาน (Function) รูปแบบการสื่อสารของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ กระบวนการและผลลัพธ์การไหลของข้อมูล (Data flow) ผู้ป่วย (Patient flow) และการเบิกจ่าย (Financial flow) ได้แก่
 - 2.1 กระบวนการงานบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย (Business logic layer) ประกอบด้วย
 - หน่วยงานที่อยู่ในระบบ
 - หน้าที่และการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางเภสัชกรรมฯ
 - กระบวนการภายในหน่วยงานและที่เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน
 - กฎเกณฑ์ ข้อกำหนดเงื่อนไขในกระบวนการและแนวปฏิบัติของกระบวนการ (Business rule and logic)
 - 2.2 จุดต่อประสานผู้ใช้ (Interface layer) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ
 - ฟังก์ชันการทำงานของแต่ละกระบวนการและผู้ใช้ที่เกี่ยวข้อง
 - การทำงานของผู้ใช้ หรือ ผู้เกี่ยวข้อง กับฟังก์ชันของระบบ (การป้อนข้อมูล การใช้ข้อมูล การประมวลผล)
 - รายงานและสารสนเทศในแต่ละฟังก์ชัน
 - ข้อกำหนดหรือเงื่อนไขและแนวปฏิบัติของการทำงาน

2.3 การเข้าถึงข้อมูล (Data access layer) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ

- แหล่งกำเนิด (source) การจัดเก็บ (Storage) และแหล่งใช้ประโยชน์ (Utilization) ของข้อมูล
- สิทธิและการเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศตามกระบวนการ (Rights and Permission)
- การรักษาความปลอดภัยและการรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูล (Security and Privacy)

10. เป้าหมายของผลลัพธ์ (outcome) และตัวชี้วัด

1. หน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับมีความตื่นตัว และเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการให้การบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย มีการส่งเสริมสนับสนุนความเข้าใจของบุคลากร (ผู้บริหารและปฏิบัติ) และเตรียมความพร้อมของระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์และระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง
2. มีการนำร่อง ในการบูรณาการสารสนเทศเพื่อการบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อศึกษาและขยายผลต่อไป

บรรณานุกรม

- Brailer, D. J. (2005). Interoperability: The key to the future health care system. *Health Affairs*, 24, W5-19 - 21.
- Bureau of Policy and Strategy. (2014, November 15-30). Thailand Health Profile Report. *Health fact sheet*. Retrieved from http://www.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/Issue%204_58.pdf
- Hemachudha, A. (2013). Pharmaceutical care. In A. Hemachudha, Aramwit, Pornanong (Ed.), *Ambulatory pharmaceutical care: Integration in daily pharmacy practice* (pp. 31-77). Bangkok: Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University.
- King, W. R., Chung, T. R., & Haney, M. H. (2008). Knowledge management and organizational learning. *Omega-International Journal of Management Science*, 36(2), 167-172. doi: 10.1016/j.omega.2006.07.004
- Ma, Z., & Yu, K. H. (2010). Research paradigms of contemporary knowledge management studies: 1998-2007. *Journal of Knowledge Management*, 14(2), 175-189.
- Miller, P. (2000). Interoperability. What is it and Why should I want it. *Ariadne*, 24(10).
- Poungsombat, S. (2011). Interoperability and its importance for surveillance of emerging and re-emerging vector-borne diseases. *Journal of the Vector-Borne Diseases*, 7(1), 48-52.
- Watcharadamrongkun, S. (2012). *Predictors and Effects of Knowledge Management in U.S. Colleges and Schools of Pharmacy*. (Ph.D. ProQuest Dissertations and Theses), University of Wisconsin-Madison, USA. Retrieved from <http://search.proquest.com.ezproxy.library.wisc.edu/docview/1212699157?accountid=465> (UMI 3543736)
- เมืองชู. โสภณ. (2556). แผนงานต้นแบบ Healthcare logistics ระบบสาธารณสุขไทย. In Research57-58_12.Feb.13(v.2) (Ed.), *Powerpoint*. กรุงเทพมหานคร: Loghealth, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อ่อนสุวรรณ, ด. (2556). โครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556-2557 (Vol. 488,469,900). กระทรวงสาธารณสุข: กระทรวงสาธารณสุข.



บทที่ 2

งานบริการและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ

โครงการ “บูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการบริหาร
ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการ
ปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ”

โดย ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์และคณะ

ตุลาคม พ.ศ. 2558

บทที่ 2

งานบริการและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ

บทบาทงานเภสัชกรรมชุมชนของเภสัชกรทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิที่เด่นชัดและเป็นที่รู้จักกันนั้น เป็นบทบาทที่เกี่ยวกับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) (เอกสารแนบ 2.1) ซึ่งเป็นแนวคิดเสนอโดย Hepler and Strand ในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณเกือบ 25 ปีที่แล้ว (Allemann et al., 2014) ที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ป้องกันความพิการและการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากยา (drug-related morbidity and mortality) และเป็นแนวคิดที่ช่วยให้มั่นใจได้ว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นจะช่วยให้การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยที่บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องคำนึงถึงในด้านคุณภาพของการจ่ายหรือมอบยาต่อผู้ป่วยประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 4 ประการ (Hall, 2013) ได้แก่

- 1) มีประสิทธิผลสูงสุด (Maximize effectiveness)
- 2) มีอันตรายน้อยที่สุด (Minimize harm)
- 3) ค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (Minimize cost)
- 4) เคารพทางเลือกของผู้ป่วย (Respect patient choice)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดด้านการบริบาลทางเภสัชกรรมถูกมองว่าเป็นแนวคิดที่ไม่ก่อให้เกิดการให้บริการผู้ป่วยได้จริงในเชิงปฏิบัติ จึงได้มีการพัฒนาแนวคิดของการบริบาลทางเภสัชกรรมให้สู่ภาคปฏิบัติมากขึ้น ดังที่รู้จักกันในชื่อของ การดูแลและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication Therapy Management, MTM) (รายละเอียดในบทที่ 3)

ในส่วนของการบริบาลทางเภสัชกรรมในประเทศไทย ได้มีการปรับแนวคิดเข้าสู่บทบาทในทางปฏิบัติของเภสัชกรในการให้บริการแก่ผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ โดยในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้น เภสัชกรจะมีการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมควบคู่ไปกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ในส่วนของระดับปฐมภูมินั้น บทบาทของเภสัชกรจะมีทั้งในการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยควบคู่กับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น ในคลินิกอบอุ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และให้บริการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบเดี่ยวหรือคนเดียว เช่น ในสถานปฏิบัติการทางเภสัชกรรมชุมชน หรือร้านยา ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้ จุดมุ่งเน้นส่วนใหญ่จะอยู่ที่ร้านยาเป็นหลัก ดังนั้น ในบทของการทบทวนทางวรรณกรรมจะมุ่งเน้นงานบริบาลทางเภสัชกรรมในร้านยาเป็นหลัก และอาจจะมียานบริบาลทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ บ้าง

ในส่วนของร้านยานั้น ในปี 2546 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ร่วมกับสภาเภสัชกรรม ได้ถือกำเนิด “โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา” (สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา, 2014) เพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพของร้านยาที่มีคุณภาพ ให้ประชาชนได้มีความเชื่อมั่นในบริบาลทางเภสัชกรรมที่ได้รับจากร้านยาคุณภาพนั้นๆ ว่ามีการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการให้บริการด้านยาและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โดยมุ่งเน้นส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีประสิทธิภาพและปลอดภัย นับจนถึงปี 2556 มี

จำนวนร้านยาที่ได้รับการรับรองเป็นร้านยาคุณภาพจำนวน 892 ร้าน ในส่วนของการเยี่ยมสำรวจร้านยาตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ มีการจัดให้มีสำนักงานในสภาเภสัชกรรม ชื่อว่า สำนักรับรองคุณภาพร้านยา (ส.ร.ร.) หรือชื่อภาษาอังกฤษว่า The Office of Pharmacy Accreditation (Thailand) (P.A.) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นองค์กรที่จะประสาน และดำเนินการเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในการขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา โดยขั้นตอนการปฏิบัติในการรับรองคุณภาพร้านยามีการกำหนดไว้ (เอกสารแนบ 2.2)

ปัจจุบันผู้เยี่ยมประเมินคุณภาพร้านยาซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากสำนักรับรองคุณภาพร้านยา และทำหน้าที่เยี่ยมสำรวจมีจำนวนเพียง 12 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2557) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนกับจำนวนร้านยาที่สมัครเข้าร่วมโครงการเพื่อรับการประเมินรับรองคุณภาพ พบว่า มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการทำงาน ทางสำนักรับรองคุณภาพร้านยาจึงมีการวางแผนเพิ่มจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ และทำการอบรมเพื่อให้มีมาตรฐานในการตรวจเยี่ยม และลดปัญหาความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างร้านยา และผู้ตรวจเยี่ยม รวมทั้งหาแนวทางในการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันเพื่อให้ร้านยาสามารถดำเนินการแก้ไขตามมาตรฐานต่างๆ ที่กำหนด ซึ่งจะช่วยในการเพิ่มจำนวนร้านยาคุณภาพ และทำให้เภสัชกรชุมชนในร้านยาคุณภาพสามารถเพิ่มบทบาทในการบริการเชิงรุก เช่น มีการออกไปเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนใกล้เคียง ขยายขอบเขตความรับผิดชอบและงานบริการให้มากกว่าร้านยาในรูปแบบเดิมที่เน้นการให้บริการที่ร้านเพียงอย่างเดียว อันจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในท้ายที่สุด

ร้านยาคุณภาพที่ดำเนินตามมาตรฐานร้านยาจึงมีความแตกต่างจากร้านยาทั่วไป ในด้านภาพลักษณ์ สิ่งสนับสนุนการให้บริการ การจัดรูปแบบของร้าน และการบริการที่มีคุณภาพจากเภสัชกร โดยเภสัชกรจะทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีการสัมภาษณ์ การคัดกรองหรือการประเมินสภาพความเจ็บป่วยเบื้องต้น การแปลผลจากการตรวจร่างกายและการแปลผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ เพื่อให้มีการจ่ายยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตามหลักฐานทางวิชาการ มีการแนะนำที่ถูกต้องในการใช้ยา แนวทางการปฏิบัติตัว รวมถึงติดตามผลของการใช้ยา คำนึงถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของยา ปัญหาการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันของยากับยา ยากับอาหาร หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ช่วยเพิ่มบทบาทในการค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาจากการใช้ยา มีการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้มารับบริการที่จำเป็นต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกและให้คำแนะนำปรึกษาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การใช้ยามีประสิทธิภาพสูงสุด และกรณีที่ต้องมีการส่งต่อ ก็สามารถให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยอันส่งผลให้การส่งต่อมีคุณภาพ นอกจากนี้ร้านยาคุณภาพจะต้องมีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง มีการปฏิบัติที่เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ มีบริการอื่นๆ ที่ช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพ และมีบริการที่มีส่วนร่วมกับชุมชนที่ร้านยาตั้งอยู่ ทำให้ชุมชนมีความมั่นใจในคุณภาพและมาตรฐานของร้านยาและเภสัชกรที่ให้บริการ

ต่อมาในปี 2556 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จึงได้ออกกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 กำหนดให้ร้านยาทุกร้านต้องผ่านหลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Good Pharmacy Practice, GPP) (กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค, 2014) จึงจะต่ออายุ

ใบอนุญาตร้านยาได้ ซึ่งกฎกระทรวงดังกล่าวได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2556 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ร้านยามีการพัฒนาคุณภาพ และต้องการยกระดับมาตรฐานของร้านยาให้พร้อมต่อการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยมีการกำหนดรายละเอียดแนวทางของหลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมไว้แบ่งเป็นหมวดๆ โดยอิงเกณฑ์มาตรฐานร้านยาที่เสนอโดยสภาเภสัชกรรม (เอกสารแนบ 2.3)

สำหรับแนวทางในการตรวจประเมินร้านยาตามมาตรฐาน GPP นั้น มีดังต่อไปนี้ 1) ระบบรับรองคุณภาพรับรองระบบ (หนังสือรับรอง) 2) ระบบน้ำหนักระเบียง 3) ระบบการให้คำแนะนำ 4) เทคนิคและวิธีการตรวจ 5) Critical Defect 6) การตัดฐานกระเบียง 7) บันทึกการประเมิน 8) สิ่งสนับสนุนการตรวจประเมิน และ 9) การอุทธรณ์ผลการตรวจ โดยทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจะมีการประกาศหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขของหน่วยงานหรือองค์กรวิชาชีพ เพื่อเป็นผู้ตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนต่อไป สำหรับความคืบหน้าของกฎหมายลำดับรองๆ นั้น ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเติมภาคผนวก ก. และ ข. เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557 โดยในภาคผนวก ก. กล่าวถึง ข้อกำหนดของสถานที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บและการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ส่วนภาคผนวก ข. กล่าวถึง วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน หมวดบุคลากร หมวดการควบคุมคุณภาพยา และหมวดการให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย (สภช., 2014c) (เอกสารแนบ 2.4)

ความแตกต่างของการประเมินร้านยาคุณภาพและการประเมินหลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม คือ การขอประเมินรับรองคุณภาพร้านยาจะเป็นความสมัครใจของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในร้านยา (Non-mandatory action) แต่การปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 เป็นบทบัญญัติของกฎหมายที่บังคับให้ต้องปฏิบัติ (Mandatory action) แม้ว่าข้อกำหนดของทั้งสองการประเมินจะมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งเห็นได้จากกรอบการประเมินการตรวจเยี่ยมร้านยา (เอกสารแนบ 2.5) ในส่วนเจ้าหน้าที่ที่ตรวจเยี่ยมนั้น ส่วนของการรับรองคุณภาพร้านยา จะเป็นผู้ได้รับการแต่งตั้งจากสำนักรับรองคุณภาพร้านยา ส่วนของหลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมนั้น ปัจจุบันจะเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ดำเนินการในส่วนกลางและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจเยี่ยมและออกใบรับรองในส่วนภูมิภาค

งานด้านบริหารทางเภสัชกรรมของเภสัชกรนั้น ได้มีผู้ศึกษาและทำงานวิจัยในหลากหลายมุมมอง รวมทั้งการนำไปใช้ประโยชน์หรือการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ บทบาทของเภสัชกรในทุกระดับหน่วยบริการสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ สำหรับในรายงานวิจัยฉบับนี้ จะได้นำเสนองานบริการและงานวิจัยบางมุมมองจากภายในประเทศ (เอกสารแนบ 2.6) และจากต่างประเทศโดยมีกรณีศึกษาจากประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ แคนาดาและสหรัฐอเมริกา (เอกสารแนบ 2.7) เป็นต้น

เอกสารแนบ 2.1
การบริหารทางเภสัชกรรม
(Pharmaceutical Care)

การบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) นิยามเริ่มต้นไว้โดย Mikeal และคณะ (อ้างใน Hemachudha, 2013 หน้า 32) “เป็นการบริหารผู้ป่วยตามผู้ป่วยประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่แน่ใจว่าสมเหตุผลและปลอดภัย” และในปี 1993 สมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Hospital Pharmacists, ASHP) ได้ประกาศให้การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นเป้าหมายหลักแห่งวิชาชีพของเภสัชกรโรงพยาบาล สำหรับในประเทศไทยนั้น ได้มีการจัดอบรมเพื่อเสนอแนวคิดและวิธีการทำงานเกี่ยวกับการบริหารทางเภสัชกรรมมาตั้งแต่ปี 1996 ในงานเฉลิมฉลองปีกาญจนาภิเษกที่คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดของการบริหารทางเภสัชกรรมนั้น จะมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-oriented) ซึ่งมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่ดี โดยเภสัชกรจะมีหน้าที่หลัก 3 ประการที่เกี่ยวข้อง คือ

- 1) บ่งชี้ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสเกิดจากการใช้ยา
- 2) แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วจากการใช้ยา
- 3) ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา

กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care process) จะประกอบด้วยขั้นตอนทั้งหมด 9 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1) การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ป่วย เช่น การสัมภาษณ์ พูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อทราบข้อมูลในส่วนของผู้ป่วยและสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
- 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินข้อมูลและการแปลผลข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วย การใช้ยาและประเมินความจำเป็นในการใช้ยาของผู้ป่วย
- 3) การบันทึกและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการใช้ยาที่พบ
- 4) กำหนดเป้าหมายของการใช้ยาสำหรับการรักษา สำหรับปัญหาแต่ละปัญหา
- 5) กำหนดแนวทางเลือกอื่นๆ ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยาที่เป็นแนวทางเลือกแรกได้ และกำหนดแนวทางการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
- 6) เลือกแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม สำหรับปัญหาการใช้ยาแต่ละปัญหา
- 7) กำหนดแผนการติดตามผลการรักษา และปรับแผนเพื่อให้สามารถติดตามหรือตรวจสอบผลการรักษาได้ รวมทั้งแผนการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction, ADR)
- 8) ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด และบันทึกการตัดสินใจหรือการเลือกแนวทางในการดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ
- 9) ติดตามผลหลังดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดต่างๆ เพื่อประเมินความสำเร็จของการดำเนินการ

ในงานวิจัยฉบับนี้จะมีการปรับแนวคิดการบริหารทางเภสัชกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะหมายถึง การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง นั่นเอง

การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง (Continuous หรือ Seamless pharmaceutical care) หมายถึง การติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs) ของผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาและแก้ปัญหาด้านยา โดยการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและประวัติการรักษา ระหว่างทีมรักษาผู้ป่วยได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อให้ผลการรักษามีความต่อเนื่อง ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (Drug Related, Medication Related Problems, or Drug Therapy Problems, DRPs) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นผลเนื่องจากการรักษาด้วยยาหรือเวชภัณฑ์ และเป็นเหตุการณ์ทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้นซึ่งจะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ

สาเหตุของการเกิดปัญหาการใช้ยา (Hemachudha, 2013) อาจเกิดได้หลายสาเหตุ อาทิเช่น

- 1) การสั่งใช้ยาไม่เหมาะสม (Inappropriate prescribing) การสั่งใช้ยาที่เหมาะสมในด้านต่างๆ เช่น รูปแบบ ขนาด ปริมาณ ฯลฯ
- 2) การนำส่งยาไม่เหมาะสม (Inappropriate delivery) ซึ่งอาจเกิดจากอุปสรรคทางเศรษฐกิจ (เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ายาได้) อุปสรรคทางเภสัชกรรม (เช่น การเตรียมยาไม่เหมาะสม) อุปสรรคทางสังคม (เช่น ขาดผู้ดูแลผู้ป่วย) หรือจากความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาหรือการบริหารยา
- 3) พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่เหมาะสม (Inappropriate behavior) ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาด้านการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยจากการใช้ยา
- 4) การเกิดอาการแพ้ที่ไม่สามารถคาดการณ์โดยล่วงหน้า (Patient idiosyncrasy) ซึ่งอาจเกิดจากอันตรกิริยาของยา (Drug interaction) หรือการใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse)
- 5) การติดตามดูแลไม่เหมาะสม (Inappropriate monitoring) การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ในปี 1993 Hepler and Strand ได้จัดประเภทของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเป็น 8 ประเภท ซึ่งในปี 1996 The American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) ได้ปรับเพิ่มจำนวนเป็น 13 ประเภท เพื่อให้ครอบคลุมปัญหามากขึ้น (ASHP, 1996; Hanrinth, 2009) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (Medications with no medical indication)
- 2) การไม่ได้รับยาในการรักษาในภาวะหรือโรคที่เป็น (Medical conditions for which there are no medication prescribed)

3) การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับภาวะหรือโรคที่เป็น (Medications prescribed inappropriately for a particular condition) เช่น

- การใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ
- การใช้ยาที่เลิกใช้ไปนานแล้ว
- การใช้ยาแล้วทำให้ผู้ใช้เกิดการแพ้ยา หรือได้รับยาที่ผู้ป่วยแพ้
- การใช้ยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยบางราย
- การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพเท่ากัน แต่ราคาแพงกว่า
- การให้ยาผู้ป่วยหลายชนิดโดยไม่จำเป็น

- 4) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง แต่ขนาดหรือระยะเวลาหรือรูปแบบหรือวิธีการบริหารยาไม่เหมาะสม (Inappropriate medication dose, dosage form, schedule, route of administration, or method of administration)
- 5) ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อน (Therapeutic duplication)
- 6) แพทย์สั่งจ่ายยาผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ (Prescribing of medications to which the patient is allergic)
- 7) ผู้ป่วยเกิดหรือมีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Actual and potential adverse drug events)
- 8) ผู้ป่วยได้รับยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน หรือต่ออาหาร หรือต่อโรค หรือต่อผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (Actual and potential clinically significant drug-drug, drug-disease, drug-nutrient, and drug-laboratory test interactions)
- 9) ผู้ป่วยใช้ยาเพื่อผ่อนคลายหรือเพื่อเหตุผลทางสังคม แต่มีผลรบกวนการรักษาโรคหรือภาวะที่ผู้ป่วยเป็น (Interference with medical therapy by social or recreational drug use)
- 10) ความล้มเหลวในการใช้ยารักษา (Failure to receive the full benefit of prescribed medication therapy)
- 11) ปัญหาเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการใช้ยารักษาโรค (Problems arising from the financial impact of medication therapy on the patient)
- 12) ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา (Lack of understanding of the medication therapy by the patient)
- 13) ผู้ป่วยขาดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามสั่ง (Failure of the patient to adhere to the medication regimen)

แต่ในปี 2006 ได้มีการปรับลดเหลือ 11 ประเภเพื่อทำเป็น Drug Therapy Assessment Worksheet ซึ่งก็ยังพบว่าการแบ่งประเภทของปัญหาของ ASHP ยังไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างปัญหาและสาเหตุออกจากกันอย่างชัดเจน จึงได้มีการเสนอให้ใช้หลักการของ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) มาใช้ในการจัดประเภทแทน ซึ่งทำให้ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์อื่นนอกเหนือจากเภสัชกรในการระบุแยกสาเหตุและปัญหาที่พบในหอผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน และสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์หาต้นเหตุ-ประสิทธิผลได้อีกด้วย (Hanrinth, 2009) ประเด็นสำคัญของการจัดประเภทปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาตามหลักการของ PCNE นั้น คือ ความสามารถในการแยกความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากปัญหาและสาเหตุจากยาออกจากกันได้อย่างชัดเจน ปัจจุบันได้มีการพัฒนาปรับปรุงจนถึง version 6.2 (PCNE Working group on drug-related problems., 2010) ซึ่งการแบ่งประเภทปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาตามหลักการของ PCNE จะจัดแบ่งหมวดหมู่ของปัญหาออกเป็น 4 หมวดหลัก คือ 1) ปัญหาเกี่ยวกับยา (Problems) 2) สาเหตุของปัญหา (Causes) 3) วิธีการแก้ไขปัญหา (Interventions) และ 4) ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา (Outcome of intervention) (ตารางที่ 2.1.1-2.1.5)

ตารางที่ 2.1.1 การจัดประเภทตามหลักการ PCNE

	Code V6.2	Primary domains
Problems	P1	Treatment effectiveness There is a (potential) problem with the (lack of) effect of the pharmacotherapy
	P2	Adverse reactions Patient suffers, or will possibly suffer, from an adverse drug event
	P3	Treatment costs The drug treatment is more expensive than necessary
	P4	Others
Causes	C1	Drug selection The cause of the DRP can be related to the selection of the drug
	C2	Drug form The cause of the DRP is related to the selection of the drug form
	C3	Dose selection The cause of the DRP can be related to the selection of the dosage schedule
	C4	Treatment duration The cause of the DRP is related to the duration of therapy
	C5	Drug use/administration process The cause of the DRP can be related to the way the patient uses the drug or gets the drug administered, in spite of proper instructions (on the label, package or leaflet)
	C6	Logistics The cause of the DRP can be related to the logistics of the prescribing and dispensing process
	C7	Patient The cause of the DRP can be related to the personality or behaviour of the patient.
	C8	Other
Interventions	I0	No intervention
	I1	At prescriber level
	I2	At patient (or carer) level
	I3	At drug level
	I4	Other

	Code V6.2	Primary domains
Outcome of intervention	O0	Outcome intervention unknown
	O1	Problem totally solved
	O2	Problem partially solved
	O3	Problem not solved

ตารางที่ 2.1.2 รายละเอียดของปัญหา (Problems) ตามหลักการ PCNE

Primary Domain	Code V6.2	Problem
1.Treatment effectiveness There is a (potential) problem with the (lack of) effect of the pharmacotherapy	P1.1	No effect of drug treatment/ therapy failure
	P1.2	Effect of drug treatment not optimal
	P1.3	Wrong effect of drug treatment
	P1.4	Untreated indication
2. Adverse reactions Patient suffers, or will possibly suffer, from an adverse drug event	P2.1	Adverse drug event (non-allergic)
	P2.2	Adverse drug event (allergic)
	P2.3	Toxic adverse drug-event
3. Treatment costs The drug treatment is more expensive than necessary	P3.1	Drug treatment more costly than necessary
	P3.2	Unnecessary drug-treatment
4. Others	P4.1	Patient dissatisfied with therapy despite optimal clinical and economic treatment outcomes
	P4.2	<i>Unclear problem/complaint. Further clarification necessary (please use as escape only)</i>

หมายเหตุ: ปัญหาอาจแยกรายละเอียดเป็น 2 ประเภทย่อย คือ Potential problem และ Manifest problem

ตารางที่ 2.1.3 รายละเอียดของสาเหตุของปัญหา (Causes) ตามหลักการ PCNE

Primary Domain	Code V6.2	Cause
1. Drug selection The cause of the DRP is related to the selection of the drug	C1.1	Inappropriate drug (incl. contra-indicated)
	C1.2	No indication for drug
	C1.3	Inappropriate combination of drugs, or drugs and food
	C1.4	Inappropriate duplication of therapeutic group or active ingredient
	C1.5	Indication for drug-treatment not noticed
	C1.6	Too many drugs prescribed for indication
	C1.7	More cost-effective drug available
	C1.8	Synergistic/preventive drug required and not given
	C1.9	New indication for drug treatment presented
2. Drug form The cause of the DRP is related to the selection of the drug form	C2.1	Inappropriate drug form
3. Dose selection The cause of the DRP is related to the selection of the dosage schedule	C3.1	Drug dose too low
	C3.2	Drug dose too high
	C3.3	Dosage regimen not frequent enough
	C3.4	Dosage regimen too frequent
	C3.5	No therapeutic drug monitoring
	C3.6	Pharmacokinetic problem requiring dose adjustment
	C3.7	Deterioration/improvement of disease state requiring dose adjustment
4. Treatment duration The cause of the DRP is related to the duration of therapy	C4.1	Duration of treatment too short
	C4.2	Duration of treatment too long
5. Drug use process The cause of the DRP can be related to the way the patient uses the drug, in spite of proper dosage instructions (on the label)	C5.1	Inappropriate timing of administration and/or dosing intervals
	C5.2	Drug underused/ under-administered (deliberately)
	C5.3	Drug overused/ over-administered

Primary Domain	Code V6.2	Cause
		(deliberately)
	C5.4	Drug not taken/administered at all
	C5.5	Wrong drug taken/administered
	C5.6	Drug abused (unregulated overuse)
	C5.7	Patient unable to use drug/form as directed
6. Logistics The cause of the DRP can be related to the logistics of the prescribing and dispensing process	C6.1	Prescribed drug not available
	C6.2	Prescribing error (necessary information missing)
	C6.3	Dispensing error (wrong drug or dose dispensed)
7. Patient The cause of the DRP can be related to the personality or behaviour of the patient.	C7.1	Patient forgets to use/take drug
	C7.2	Patient uses unnecessary drug
	C7.3	Patient takes food that interacts
	C7.4	Patient stored drug inappropriately
8. Other	C8.1	Other cause; specify
	C8.2	No obvious cause

หมายเหตุ: One problem can have more causes

ตารางที่ 2.1.4 รายละเอียดของวิธีการแก้ไขปัญา (Interventions) ตามหลักการ PCNE

Primary Domain	Code V6.2	Intervention
No intervention	I0.0	No Intervention
1. At prescriber level	I1.1	Prescriber informed only
	I1.2	Prescriber asked for information
	I1.3	Intervention proposed, approved by Prescriber
	I1.4	Intervention proposed, not approved by Prescriber
	I1.5	Intervention proposed, outcome unknown
2. At patient/carer level	I2.1	Patient (medication) counselling
	I2.2	Written information provided only
	I2.3	Patient referred to prescriber
	I2.4	Spoken to family member/caregiver
3. At drug level	I3.1	Drug changed to
	I3.2	Dosage changed to
	I3.3	Formulation changed to
	I3.4	Instructions for use changed to
	I3.5	Drug stopped
	I3.6	New drug started
4. Other intervention or activity	I4.1	Other intervention (specify)
	I4.2	Side effect reported to authorities

หมายเหตุ: One problem can lead to more interventions

ตารางที่ 2.1.5 รายละเอียดของผลลัพธ์การแก้ไขปัญา (Outcome of intervention) ตามหลักการ PCNE

Primary Domain	Code V6.2	Intervention
0. Not known	O0.0	Outcome intervention not known
1. Solved	O1.0	Problem totally solved
2. Partially solved	O2.0	Problem partially solved
3. Not solved	O3.1	Problem not solved, lack of cooperation of patient
	O3.2	Problem not solved, lack of cooperation of prescriber
	O3.3	Problem not solved, intervention not effective
	O3.4	No need or possibility to solve problem

หมายเหตุ: One problem (or the combination of interventions) can only lead to one level of solving the problem

ผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่ผ่านมามักเน้นที่การวัดผลงานเชิงปริมาณ (Output) หรือการวัดผลงานในเชิงคุณภาพ (Outcome) และมักจะเน้นการวัดผลเป็นโรคๆ เช่น โรคหอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน (Debavalya et al., 2008; Kuwaairat, Mayases, & Thongdang, 2014; Siripan, Kerdchantuk, & Lertsinudom, 2013) เป็นต้น ซึ่งแนวคิดในปัจจุบันพยายามที่จะให้การวัดผลงานเปลี่ยนมุมมองจากการวัดผลงานประจำวันเป็นในเชิงคุณค่า (Value) ของเภสัชกรต่อผู้ป่วยผ่านกระบวนการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมต่างๆ (Hemachudha, 2013) เช่น การช่วยแก้ไข้ปัญหาการใช้ยาแก่ผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านอาหารและออกกำลังกาย เป็นต้น

ตัวอย่างของการวัดผลงานในเชิงคุณค่า (Hemachudha, 2013) จะวัดจาก

- 1) การป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำให้กับผู้ป่วย
- 2) การคัดกรองและปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจถึงตัวผู้ป่วย
- 3) การออกแบบวิธีการบริหารยาและแก้ไข้ปัญหาในการใช้ยาให้กับผู้ป่วย
- 4) การทบทวนและบันทึกประวัติการใช้ยาให้กับผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการ
- 5) การประเมินความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วย/ผู้ดูแล
- 6) การให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา
- 7) การเตรียมยาเฉพาะรายที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาดให้กับผู้ป่วย
- 8) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 9) การประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษเฉพาะราย

ในการแก้ไข้หรือพัฒนาการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมมีคุณภาพและประสิทธิผลต่อผู้ป่วยมากขึ้น ได้มีการนำแนวคิดหลากหลายมาใช้ เช่น การดูแลและติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM) ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดในบทอื่นๆ หรือความต่อเนื่องในการรักษาทางยา (Medication reconciliation) เป็นต้น ในที่นี้จะกล่าวถึงความต่อเนื่องในการรักษาทางยาพอสังเขปเนื่องจากเป็นบทบาทที่เน้นในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

ความต่อเนื่องในการรักษาทางยา (Medication reconciliation) (Paiboonvong & Montakantikul, 2007) เป็นกระบวนการจัดทำรายการการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยให้ครบถ้วนถูกต้องและต่อเนื่องตลอดการรักษา มีการระบุชื่อยา ขนาดยา ความถี่และวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยที่ได้รับก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งในขั้นตอนของการรักษา ส่งต่อ และ/หรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ณ จุดที่มีการส่งต่อหรือเปลี่ยนการรักษา โดยองค์ประกอบหลักของกระบวนการ (คณะทำงาน Medication Reconciliation, 2012) ประกอบด้วย

- 1) Verification บันทึกรายการยา อาหารเสริม สมุนไพร ที่ผู้ป่วยได้รับ
- 2) Clarification ทวนสอบความถูกต้องของรายการยาที่บันทึก เพื่อให้มั่นใจว่ายาและขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่นั้นเหมาะสม หากสงสัยควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่นๆ

- 3) Reconciliation เปรียบเทียบยาที่ผู้ป่วยได้รับใหม่กับรายการยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงในคำสั่งใช้ยาพร้อมเหตุผล (หากเป็นไปได้)
- 4) Transmission เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยให้สื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับกับตัวผู้ป่วยเองหรือกับผู้ดูแล และส่งตัวรายการยาดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อรับการรักษาต่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายแผนกหรือย้ายหอผู้ป่วยก็ควรส่งต่อข้อมูลรายการยาไปยังหน่วยงานใหม่ด้วย

ซึ่งแนวคิดของความต่อเนื่องในการรักษาทางยา จะช่วยในการเชื่อมรอยต่อของการให้บริการ โดยเฉพาะเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วย การเปลี่ยนสถานพยาบาล ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากเรื่องการสื่อสาร (Ningsanon, 2008) เช่น การสื่อสารที่ไม่ครบถ้วนประมาณร้อยละ 20 หรือข้อมูลต่างๆ ไม่มาพร้อมกับผู้ป่วย ทำให้การรักษาต้องชะลอออกไป เป็นต้น ซึ่งหากมีการจัดการด้านความต่อเนื่องในการรักษาทางยาอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยในการลดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้

เอกสารแนบ 2. 2

ขั้นตอนการปฏิบัติในการรับรองคุณภาพร้านยา

ร้านยาที่สนใจสมัครเข้าเป็นร้านยาคุณภาพ จะต้องมีการเตรียมการให้พร้อมรับการตรวจร้านยาว่ามีมาตรฐานในการให้บริการ 5 มาตรฐานและจะมีขั้นตอนในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ร้านยายื่นแบบแสดงเจตจำนง (ส.ส.ร.01) เพื่อการรับรองคุณภาพร้านยา พร้อมแบบประเมินตนเอง (ส.ส.ร.02) ตามมาตรฐานร้านยา (เอกสารต่างๆสามารถขอรับได้ที่ : สำนักงานรับรองคุณภาพร้านยา สภาเภสัชกรรม อาคาร 6 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2590-1877 , 0-2590-2439 โทรสาร 0-2590-2439 หรือที่สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา อาคาร 1 ชั้น 3 ตึกสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2590-7155 , 0-2589-7147 โทรสาร 0-2589-7148)
2. เมื่อร้านยามีความพร้อมในการให้เยี่ยมประเมินจากผู้เยี่ยมสำรวจ ให้ยื่นแบบแสดงความจำนงในการขอให้เข้าเยี่ยมสำรวจร้านยาเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยา และชำระค่าธรรมเนียม 3,000 บาท ต่อสภาเภสัชกรรม (โดยโอนเงินเข้าบัญชีของสภาเภสัชกรรม ชื่อบัญชี " สภาเภสัชกรรม" บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาซอย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่บัญชี 142-1-06705-6 หรือโอนเงินเข้าบัญชีของสภาเภสัชกรรม ชื่อบัญชี " สภาเภสัชกรรม" บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่บัญชี 340-2-01454-8 เป็นเงิน 3,000 บาท จากนั้นให้ Fax . สำเนาใบโอนเงินไปที่สภาเภสัชกรรม 0-2590-2439 พร้อมเขียนชื่อ ที่อยู่ร้าน และหมายเลขโทรศัพท์)
3. สภาเภสัชกรรมจัดคณะเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพร้านยา และมีหนังสือแจ้งให้ทราบถึงกำหนดการอย่างเป็นทางการ โดยร้านยาจะเป็นผู้แจ้งเมื่อพร้อมจะให้เยี่ยมสำรวจ ตามกำหนดการที่นัดหมายกันไว้
4. คณะเยี่ยมสำรวจส่งรายงานการเยี่ยมสำรวจให้ร้านยาที่เข้าเยี่ยม พร้อมนำเสนอรายงานต่อ **คณะกรรมการรับรองคุณภาพร้านยา** เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ เมื่อผ่านการตรวจรับรองตาม “มาตรฐานร้านยา” ที่สภาเภสัชกรรมกำหนดขึ้น ก็จะได้รับ การรับรองเป็น “ร้านยาคุณภาพ” พร้อมทั้งมอบแผ่นป้ายสัญลักษณ์ต่อไป

ใบแสดงเจตจำนงเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยา

ร้าน.....เลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....e-mail.....
 ใบประเภทใบอนุญาต.....เลขที่ใบอนุญาต.....
 ผู้รับอนุญาต.....ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มี.....ราย

(ระบุทุกรายทั้งที่เป็นผู้รับอนุญาตตามกฎหมาย และผู้ปฏิบัติงานห้วงเวลา โดยระบุชื่อและเลขที่ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม)

.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผู้
 ลงนามข้างท้ายขอแสดงเจตจำนงเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยา ตาม “มาตรฐานร้านยา” ที่สภาเภสัชกรรม
 เป็นผู้กำหนด ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบว่าจะต้องมีการปรับปรุงประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับข้อกำหนดทาง
 กฎหมาย กฎระเบียบ และการดำเนินการในประเด็นที่มีผลต่อคุณภาพชัดเจนในแต่ละมาตรฐาน ก่อนที่จะ
 สามารถแสดงเจตจำนง ข้าพเจ้าในนามร้านยาข้างต้นได้พิจารณาแล้ว และขอยืนยันว่าได้ดำเนินการหรือปฏิบัติ
 ในประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับที่ระบุไว้ต่อท้ายนี้เสร็จสิ้นแล้วทุกข้อ คือ

มาตรฐานที่ 1. สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ

1. สถานที่มีความมั่นคง แข็งแรง มีพื้นที่เพียงพอแก่การประกอบกิจกรรม มีอาณาบริเวณแยกจากสถานที่
 แวดล้อมเป็นสัดส่วน
2. สถานที่สะอาด มีแสงสว่างเหมาะสม อากาศถ่ายเท รวมถึงมีระบบหรืออุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย
3. มีบริเวณที่จัดวางเรียงยาที่ต้องปฏิบัติการโดยเภสัชกรเท่านั้น และเป็นที่รับรู้ของผู้รับบริการอย่างชัดเจน
4. มีส่วนให้คำแนะนำและคำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน และมีป้ายแสดงเห็นเด่นชัด
5. มีป้ายแสดงว่าเป็น “ร้านยา”
6. มีป้ายแสดงชื่อ รูปถ่าย เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการของเภสัชกรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ ไว้
 ในที่เปิดเผย
7. มีป้ายสัญลักษณ์ที่เป็นไปตามข้อกำหนดของใบอนุญาตและประเภทของยา
8. มีป้าย “รับใบสั่งยา” แสดงให้เห็นชัดเจนในบริเวณที่ปฏิบัติงานโดยเภสัชกร (professional service
 area)
9. ยาที่มีไว้เพื่อบริการ ควรอยู่ในภาชนะเดิมที่มีฉลากครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด ไม่ควรมีการเปลี่ยนถ่าย
 ภาชนะ

มาตรฐานที่ 2. การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นเภสัชกรที่สามารถประกอบวิชาชีพตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม อยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

มาตรฐานที่ 3. การบริการเภสัชกรรมที่ดี

1. มีระบบควบคุมยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาควบคุมพิเศษอื่นๆ ที่รัดกุมและสามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา
2. มีการสอบถามและได้รับความเห็นชอบของผู้ส่งจ่ายยาทุกครั้ง เมื่อมีการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขหรือการปรับเปลี่ยนใบสั่งยา
3. มีเภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยาให้แก่ผู้มารับบริการโดยตรง
4. ห้ามส่งมอบยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้กับเด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี ในทุกกรณี

มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม

1. ไม่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต หรืออยู่ในระหว่างการพักใช้ใบอนุญาตที่เกี่ยวข้อง
2. มีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบ สารในส่วนรวมถึงการจัดทำรายงานเอก (laws and regulations) ที่เกี่ยวข้อง
3. มียาที่ตรงกับประเภทที่ได้รับอนุญาต และถูกต้องตามกฎหมาย
4. เก็บใบสั่งยา และเอกสารที่เกี่ยวข้องไว้เป็นหลักฐาน ณ สถานที่จ่ายยาเป็นเวลาอย่างน้อย ปี 1 และทำบัญชีการจ่ายยาตามใบสั่งยา
5. ให้ความเคารพและเก็บรักษาความลับ ข้อมูลของผู้ป่วย)patient confidentialityโดยจัดระบบป้องกัน (ข้อมูลและรายงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
6. ไม่จำหน่ายยาที่อยู่ในความรับผิดชอบของเภสัชกร ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่
7. ไม่ประพฤติหรือปฏิบัติการใดๆ ที่ส่งผลกระทบในเชิงลบต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและวิชาชีพอื่นๆ

มาตรฐานที่ 5 การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม

ไม่มีผลิตภัณฑ์ที่บั่นทอนต่อสุขภาพอยู่ในส่วนที่รับอนุญาต เช่น บุหรี่ สุรา เครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ เป็นต้น

ลงชื่อผู้ให้คำรับรอง.....

()

การขอให้เข้าเยี่ยมชมสำรวจร้านยาเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยา

☐ ข้าพเจ้ามีความพร้อมและมีความประสงค์จะให้สภาเภสัชกรรม มาประเมินรับรองคุณภาพร้านยา และยินดีที่จะดำเนินการตามประกาศและข้อกำหนดของสภาเภสัชกรรมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประเมินรับรองคุณภาพร้านยา โดย:

☐ พร้อมให้เข้าเยี่ยมชมได้ทุกวัน

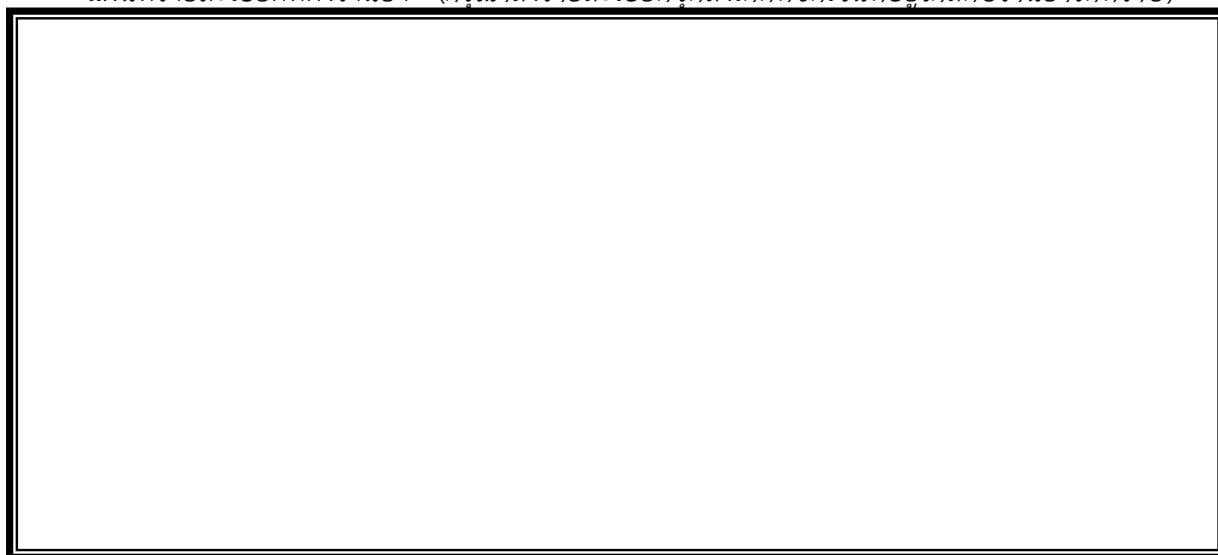
☐ สะดวกให้เข้าเยี่ยมชมประเมินในช่วงระหว่าง.....

☐ ยังไม่พร้อมให้เข้าเยี่ยมชมสำรวจ และคาดว่าจะพร้อมประมาณเดือน.....

(.....)

...../...../.....

แผนที่รายละเอียดที่ตั้งร้านยา (กรุณาลงรายละเอียดจุดสังเกตที่ชัดเจนที่อยู่ใกล้กับร้านยาให้ทราบ)



หมายเหตุ : การเข้าเยี่ยมชมสำรวจร้านยา ทางสำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม จะโทรศัพท์ประสานนัดเวลา และมีหนังสือแจ้งให้ทราบอย่างเป็นทางการอีกครั้ง

กรุณาส่งคืนกลับให้สภาเภสัชกรรม : ทางโทรสารหมายเลข 0-2590-2439 หรือ ส่งกลับทางไปรษณีย์ตอบรับ โดยไม่ต้องติดแสตมป์

แบบให้ข้อมูลและประเมินตนเองตามมาตรฐานร้านยาสภาเภสัชกรรม

ร้าน.....เลขที่.....ถนน.....ซอย.....

หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....e-mail.....

ประเภทใบอนุญาต ☐ ขยายแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง เลขที่ใบอนุญาต.....
☐ ขยายเสพติดให้โทษประเภทที่ 3 เลขที่ใบอนุญาต.....
☐ ขยายวัตถุออกฤทธิ์ฯ ประเภท 3 และ 4 เลขที่ใบอนุญาต.....

ผู้รับอนุญาต.....

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่ ภ.

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (เสริมหรือนอกเวลา) มี.....ราย (โปรดระบุชื่อและเลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ)

1)ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่ ภ.

2)ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่ ภ.

ลักษณะของร้านยา (บรรยายถึงลักษณะของอาคารที่ตั้งร้าน และขนาดพื้นที่ของร้าน และการแบ่งใช้ประโยชน์พื้นที่ รวมถึงระบบการควบคุมกำกับด้านความร้อน แสงสว่าง การหมุนเวียนของอากาศ เป็นต้น)

ลักษณะการให้บริการ (เลือกได้หลายข้อตามที่ร้านท่านจำหน่ายจริง)

☐ ขายยาอย่างเดียว ☐ ขายปลีก
☐ ขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ☐ ขายส่ง
☐ ขายเครื่องมือแพทย์ ☐ มินิมาร์ท
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลักษณะของผู้รับบริการ (สรุปว่ากลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่คือกลุ่มใด รวมถึงกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่คือกลุ่มใด และผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นชาวจังหวัดหรือต่างประเทศ รวมถึงปัญหาความเจ็บป่วยหรือปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในชุมชน)

ระบบสมาชิกของร้าน ☐ มี จำนวนสมาชิก.....ราย ☐ ไม่มีการรับสมาชิก

กรณีมีระบบสมาชิกกรุณาส่ง.....% สิทธิพิเศษอื่น ๆ

มาตรฐานที่ 1. สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ

1.1 **สถานที่** (ประเด็นที่ท่านคิดว่าเป็นจุดเด่นหรือมีการจัดการที่ดี สอดคล้องกับมาตรฐาน และน่าจะเป็นแบบอย่างที่ดีได้ และประเด็นใดที่ท่านยังเห็นว่าเป็นจุดอ่อนของร้านที่ท่านอยากที่จะแก้ไขปรับปรุงต่อไป)

1.2 การจัดร้าน ท่านมีแนวคิดอย่างไรในการจัดร้านยาในการให้บริการ รวมถึงแนวคิดในการจัดเรียงยาในร้าน

1.3 อุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนบริการอื่นๆ (สรุปว่าในร้านยา ท่านคิดว่าอุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนมีความสำคัญและจำเป็นในการให้บริการของร้านท่าน 5 อันดับแรก มีอะไรบ้างและมีวัตถุประสงค์หรือหลักสำคัญในการใช้งานอย่างไร)

1.4 เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับข้อมูลยาและการรักษาในการให้บริการ ท่านมีแนวทางหาคำตอบอย่างไรบ้าง และถ้าเป็นกรณีนี้ค้นจาก เอกสาร กรณาระบุเอกสารอ้างอิง ตำรา หรือแหล่งข้อมูลที่ใช้บ่อย 3 อันดับแรก สรุป กรณาสรุพบว่า แต่ละเอกสารมีการใช้ ประจำ (เกือบทุกวัน) บ่อยครั้ง (ทุกสัปดาห์หรือเกือบทุกสัปดาห์) หรือนาน ๆ ครั้ง (มากกว่า 1 เดือน)

1.5 ร้านยาของท่านมีการจัดทำหรือได้เอกสารสำหรับให้ความรู้ด้านยาและสุขภาพแก่ผู้มารับบริการจากแหล่งใดบ้าง และท่านมีแนวทางที่จะคัดเลือกเอกสารที่จะมีไว้แจกผู้มารับบริการอย่างไรหรือไม่

มาตรฐานที่ 2. การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ

2.1 ในกรณีที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้ ร้านยาท่านท่านมีวิธีดำเนินการอย่างไร

2.2 ผู้ช่วยปฏิบัติงาน (ถ้ามี) มีบทบาทอะไรในร้านยา มีกรณีใดบ้างที่ให้ผู้ช่วยปฏิบัติสามารถที่จะส่งมอบยาแทนเภสัชกรหรือช่วยส่งมอบยาให้ผู้รับบริการ

2.3 ท่านมีแนวทางปฏิบัติหรือกลวิธีใดบ้าง ที่จะทำให้ท่านมั่นใจว่าผู้รับบริการมีความต้องการใช้ยาจริง/หรือไม่จำเป็นต้องใช้ยา และถ้าท่านเห็นว่าไม่จำเป็นต้องใช้ยา ท่านมีการดำเนินการอย่างไร

2.4 ท่านมีความเห็นว่าผู้มารับบริการควรมีสิทธิในการรับทราบเกี่ยวกับการบริการอย่างไรบ้าง และร้านของท่านได้ตอบสนองในเรื่องดังกล่าวอะไรบ้าง

.....

.....

2.5 มีกรณีใดบ้างหรือไม่ ที่ท่านต้องมีการบันทึกประวัติหรือรายละเอียดการให้บริการด้านยาของผู้มารับบริการ

.....

.....

2.6 ปกติท่านได้เข้าร่วมประชุมอบรมทางวิชาการหรือไม่ และจัดโดยองค์กรใด มีความถี่ในการเข้าประชุมอบรมในแต่ละปี และประเด็นใดที่ท่านสนใจที่จะเข้าร่วมประชุมอบรม

☐ เข้าร่วมประชุมอบรมประจำ ☐ เข้าร่วมประชุมอบรมเป็นครั้งคราว ☐ ไม่เคยเข้าประชุมอบรม
องค์กรที่จัดประชุมอบรม.....

.....

ความถี่ในการเข้าร่วมประชุมอบรมประมาณ.....ครั้ง/ปี (ในปีที่ผ่านมา)

ประเด็นที่สนใจเข้าร่วมประชุม.....

- 1)
- 2)
- 3)

2.7 ท่านเคยศึกษาต่อเนื้อหาทางเภสัชศาสตร์ ผ่าน Web site หรือวารสารต่าง ๆ ของศูนย์การศึกษาต่อเนื้อหาทางเภสัชศาสตร์หรือไม่

☐ เคย ผ่าน Web site.....ครั้ง ☐ เคยผ่านทางวารสาร.....ครั้ง ☐ ไม่เคย

2.8 ร้านของท่านมีการจัดระบบหรือกำหนดแนวทางในการปฏิบัติในการป้องกันปัญหา ความเสี่ยง ต่าง ๆ อย่างไร

- 1) การจ่ายยาผิด.....
- 2) ยาหมดอายุ.....
- 3) การแพ้ยา.....
- 4) อุณหภูมิในการเก็บรักษายา.....
- 5)
- 6)

2.9 ท่านมีการประเมินความสำเร็จของร้านยาท่านจากเรื่องใดบ้าง และท่านเก็บข้อมูลในการประเมินอย่างไร (ทั้งในเชิงธุรกิจและเชิงคุณภาพการบริการ)

เชิงธุรกิจ.....

.....

เชิงคุณภาพบริการ(วิชาชีพ).....

.....

2.10 ท่านมีความต้องการที่จะพัฒนาหรือปรับปรุงการให้บริการของร้านยาท่านเพิ่มเติมอย่างไรบ้างเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน

.....

.....

.....

มาตรฐานที่ 3. การบริการเภสัชกรรมที่ดี

3.1 ท่านคิดว่าขั้นตอนการปฏิบัติที่ดีในการบริการเภสัชกรรมในร้านยาที่ท่านคาดหวังควรมีขั้นตอนอะไรบ้าง และร้านของท่านสามารถหรือมีการปฏิบัติในขั้นตอนใดได้บ้าง

.....

.....

.....

3.2 ท่านมีหลักการในการคัดเลือกผลิตภัณฑ์เพื่อมาบริการในร้านท่านอย่างไร ว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ดีและเหมาะสมในการมีไว้บริการ กรณีที่ต้องส่งผ่านยี่สิบท่านมีความมั่นใจในคุณภาพยาอย่างไร

.....

.....

.....

3.3 ในการส่งมอบยาแต่ละครั้ง ข้อมูลที่ท่านคิดว่ามีความสำคัญที่ต้องให้ผู้รับบริการทราบมีอะไรบ้าง และปัจจุบันท่านสามารถให้ข้อมูลดังกล่าวกับผู้มารับบริการครบถ้วนทุกรายหรือไม่ ถ้าไม่ครบถ้วนเนื่องจากปัญหา

.....

.....

.....

3.3 ท่านเคยมีการแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลบ้างหรือไม่ ถ้าเคยเป็นในกรณีใด และท่านมีการแจ้งรายละเอียดผู้ป่วยหรือความเห็นให้แพทย์ทราบอย่างไรหรือไม่ ท่านมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในกรณีที่ส่งต่อไว้อย่างไรหรือไม่

.....

.....

.....

3.4 ท่านเคยพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยที่มาใช้บริการจากร้านของท่านหรือไม่ ถ้าเคยพบเคยพบในลักษณะใด และท่านดำเนินการอย่างไร

.....

.....

.....

3.5 ร้านของท่านให้การให้ความสนใจหรือมีการติดตามปัญหาการใช้ยาของผู้มารับบริการในกลุ่มหรือโรคใดเป็นพิเศษหรือไม่

.....

.....

.....

มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม

4.1 กรณีที่ร้านยาของท่านมีการขอใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3 และ 4 ท่านมีเหตุผลความจำเป็นอย่างไรในการขอใบอนุญาตดังกล่าว

4.2 การกำหนดให้ ยาควบคุมพิเศษ และ วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3 และ 4 ต้องจ่ายเมื่อมีใบสั่งแพทย์เท่านั้น ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ถ้ามีความเห็นว่าควรมีแนวทางอย่างไรที่เหมาะสม

4.2 ร้านยาของท่านมีการจำหน่าย ยาควบคุมพิเศษ และ วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3 และ 4 โดยไม่มีใบสั่งยาในกรณีใดบ้าง

4.3 ในการปฏิบัติงานในร้านยาท่านมีประเด็นทางจรรยาบรรณเรื่องใดที่ท่านคิดว่าท่านสามารถยึดถือและปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

มาตรฐานที่ 5 การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม

5.1 ท่านคิดว่าประชาชนในชุมชนรอบข้างร้านยา มีความเชื่อถือในร้านยาท่านมากน้อยเพียงใด และท่านคิดว่าเนื่องจากสาเหตุใด

5.2 ท่านมีส่วนร่วมกับชุมชนในกิจกรรมต่าง ๆ และในเรื่องการสร้างสุขภาพอย่างไรบ้าง

5.3 ท่านคิดว่าปัญหาด้านยาในชุมชนที่ร้านยาท่านตั้งอยู่มีอะไรบ้าง และท่านคิดว่าร้านของท่านจะมีส่วนร่วมในการแก้ไขบรรเทาปัญหาดังกล่าวอย่างไร

5.4 ท่านคิดว่า การที่ไม่ให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ทำลายสุขภาพ เช่น สุรา เบียร์ บุหรี่ ในร้านยาคุณภาพ จะมีผลกระทบกับรายได้และความอยู่รอดของร้านยาหรือไม่อย่างไร

.....

.....

5.5 ท่านประเมินว่าร้านยาของท่านเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือในชุมชนมากน้อยเพียงใด กรุณายกเหตุการณ์ประกอบเพื่อให้เห็น (ถ้ามี) และประเด็นที่ท่านมีความภาคภูมิใจ

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ท่านได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลซึ่งจะสร้างความเข้าใจในแนวคิดและการดำเนินการร้านยาของท่าน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินรับรองคุณภาพร้านยาของท่านต่อไป

เอกสารแนบ 2.3
หลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม
(Good pharmacy practice: GPP)

หลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Good pharmacy practice: GPP)

แนวความคิดจัดทำหลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Good pharmacy practice, GPP) เริ่มพัฒนาจาก International Pharmaceutical Federation (FIP) ในปี ค.ศ.1991 ภายใต้ชื่อ Standards for quality of pharmacy services (WHO, 1997, 2011) ซึ่งมีใจความสำคัญเพื่อให้ผู้ขายยา ได้รับความปลอดภัย และลดปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยา นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี โดยหลักเกณฑ์ของ GPP ได้ใช้แนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมมากำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้ยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วย และการจ่ายยาตามใบสั่งยา โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้การรับรองหลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมแนวคิดนี้ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2537 ตามมติที่ WHA 47.12 และในปี พ.ศ. 2554 มีการออกฉบับปรับปรุงภายใต้ชื่อว่า “Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: Standards for quality of pharmacy services” ซึ่ง GPP นั้นจะมีความแตกต่างไปบ้างในแต่ละประเทศ ทั้งนี้องค์การวิชาชีพของประเศนั้นๆ จะเป็นผู้จัดทำขึ้นตามความเหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในประเทศของตน

สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำแนวคิดที่ได้รับการพัฒนามาจาก FIP/WHO เป็นแนวคิดหลักมาปรับใช้เป็น GPP ของประเทศไทยในปัจจุบัน (แม้ว่าหลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมในประเทศไทย ยังไม่มีการประกาศหลักเกณฑ์ในรายละเอียดอย่างเป็นทางการในปัจจุบันในวันที่จัดทำรายงานฉบับนี้)

เกณฑ์มาตรฐานร้านยา

สภาเภสัชกรรมได้จัดทำ หลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมสำหรับร้านยา ขึ้นในปี พ.ศ.2545 ในประเทศไทยภายใต้ชื่อ “มาตรฐานร้านยา” เพื่อเป็นแนวทางให้ร้านยาได้นำไปปฏิบัติตามความเหมาะสม โดย **เกณฑ์มาตรฐานร้านยา** ประกอบด้วยมาตรฐานต่าง ๆ ดังนี้

- มาตรฐานที่ 1 สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ
- มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ
- มาตรฐานที่ 3 การบริการเภสัชกรรมที่ดี
- มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม
- มาตรฐานที่ 5 การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม

มาตรฐานที่ 1 สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ

ความมุ่งหมายของมาตรฐานนี้เพื่อให้มีองค์ประกอบทางกายภาพที่เหมาะสมและสนับสนุนให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ โดยมีการจัดแบ่งพื้นที่เป็นส่วนที่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับการให้บริการ แสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดระหว่างพื้นที่ที่ต้องปฏิบัติการโดยเภสัชกร และพื้นที่บริการอื่น ๆ มีการจัดหมวดหมู่ของยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการเก็บรักษาที่เอื้อต่อการรักษาคุณภาพของผลิตภัณฑ์ ตลอดจนต้องจัดหาอุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนการให้บริการที่ดีแก่ประชาชน โดยมีรายละเอียดของมาตรฐานดังนี้

1.1 สถานที่

1.1.1 ต้องเป็นสถานที่มั่นคง แข็งแรง มีพื้นที่เพียงพอแก่การประกอบกิจกรรม มีอาณาบริเวณแยกจากสถานที่แวดล้อมเป็นส่วน

1.1.2 มีความสะอาด มีแสงสว่างเหมาะสม อากาศถ่ายเท รวมถึงมีระบบหรืออุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย

1.1.3 มีการจัดการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์

1.1.4 มีบริเวณที่จัดวางยาที่ต้องปฏิบัติการโดยเภสัชกรเท่านั้น และเป็นที่รับรู้ของผู้รับบริการอย่างชัดเจน

1.1.5 มีบริเวณให้คำแนะนำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน

1.1.6 มีบริเวณแสดงสื่อให้ความรู้เรื่องสุขภาพ ในกรณีจัดวางเอกสารหรือติดตั้งสื่อที่มุ่งการโฆษณาให้มีพื้นที่จัดแยกโดยเฉพาะ

1.1.7 มีป้ายสัญลักษณ์ต่าง ๆ ดังนี้

ก. ป้ายแสดงว่าเป็น ร้านยา

ข. ป้ายแสดงชื่อ รูปถ่าย เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการของเภสัชกรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ ไว้ในที่เปิดเผย

ค. ป้ายสัญลักษณ์ที่เป็นไปตามข้อกำหนดของใบอนุญาตและประเภทของยา

ง. ป้าย จดบริการโดยเภสัชกร แสดงบริเวณที่ปฏิบัติงานโดยเภสัชกร และกิจกรรมอื่น ๆ ตามความเหมาะสม เช่น รับใบสั่งยา ให้คำแนะนำปรึกษาโดยเภสัชกร

1.2 อุปกรณ์

1.2.1 มีอุปกรณ์ในการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการใช้ยา เช่น

- เครื่องชั่งน้ำหนัก
- ที่วัดส่วนสูง
- ที่วัดอุณหภูมิร่างกาย
- เครื่องวัดความดันโลหิต
- ชุดวัดระดับน้ำตาลในเลือด ฯลฯ

1.2.2 มีอุปกรณ์นับเม็ดยา จำแนกตามกลุ่มยาที่จำเป็นในการให้บริการ เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนนิซิลิน ยาซัลโฟนาไมด์ ฯลฯ

1.2.3 มีอุปกรณ์เครื่องใช้ในการให้บริการที่สะอาด และไม่เกิดการปนเปื้อนในระหว่างการให้บริการ

1.2.4 มีตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ที่เป็นสัดส่วนเพียงพอ และมีการควบคุมและบันทึกอุณหภูมิ อย่างสม่ำเสมอ

1.2.5 มีภาระบรรจุกาย โดยที่

ก. ยาที่มีไว้เพื่อบริการ ควรอยู่ในภาระเดิมที่มีฉลากครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด ไม่ควรมีการเปลี่ยนถ่ายภาระ

ข. ภาระบรรจุกายที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการต่อประชาชน ต้องคำนึงถึง ปริมาณ บรรจุกาย การป้องกันยาเสื่อมคุณภาพ เป็นต้น

1.3 สิ่งสนับสนุนบริการ

1.3.1 มีแหล่งข้อมูล ตำรา ที่เหมาะสมในการใช้อ้างอิงและเผยแพร่

1.3.2 มีฉลากช่วย เอกสารความรู้ สนับสนุนการบริการอย่างเหมาะสม

1.3.3 มีอุปกรณ์พิเศษที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (ในกรณีจำเป็น)

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ

ความมุ่งหมายของมาตรฐานนี้เพื่อเป็นการประกันว่า กระบวนการบริหารจัดการจะเป็นไปตาม กระบวนการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ และป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพ มาตรฐานนี้ครอบคลุม บุคลากร กระบวนการคุณภาพที่มุ่งเน้นให้ร้านยา มี กระบวนการและเอกสารที่สามารถเป็นหลักประกันคุณภาพบริการ โดยมีรายละเอียดของมาตรฐานดังนี้

2.1 บุคลากร

2.1.1 ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ก. เป็นเภสัชกรที่สามารถประกอบวิชาชีพ ตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม โดยอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ

ข. ต้องแสดงตนให้สาธารณชนทราบว่า เป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ โดยสวม เครื่องแบบตามข้อกำหนดของสภาเภสัชกรรม

ค. มีมนุษยสัมพันธ์ และมีทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสม

ง. มีสุขภาพอนามัยดี ไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อแก่ผู้รับบริการ

2.1.2 ผู้ช่วยปฏิบัติการ (ถ้ามี)

ก. แสดงตนและแต่งกายให้สาธารณชนทราบว่าเป็น ผู้ช่วยเภสัชกร

ข. ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ค. มีสุขภาพอนามัยดี ไม่เป็นแหล่งแพร่เชื้อแก่ผู้รับบริการ

2.2 กระบวนการคุณภาพ

2.2.1 มีเอกสารคุณภาพที่จำเป็นและเหมาะสม เช่น ใบสั่งยา กฎหมายข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเภท มาตรฐานหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่น่าเชื่อถือ (standard practice guidelines) เป็นต้น

2.2.2 มีระบบการจัดการเอกสารคุณภาพและข้อมูลที่จำเป็นและเหมาะสม

2.2.3 มีการประกาศสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับการบริการ

2.2.4 มีการวิเคราะห์และระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งแนวทางการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรม เช่น ความปลอดภัยของการให้บริการ การจ่ายยาผิด เป็นต้น

2.2.5 มีการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของลูกค้า เช่น

ก. ระบุผู้รับบริการที่แท้จริง

ข. ระบุความต้องการและความคาดหวัง

2.2.6 มีบันทึกการให้บริการสำหรับผู้รับบริการที่ต้องติดตามต่อเนื่อง เช่น แพ้ประวัติการใช้ยา หรือ เอกสารคุณภาพ เช่น รายงานอุบัติการณ์ รายงานการเฝ้าระวังอาการ อันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2.2.7 มีการตรวจสอบซ้ำ (double check) ในแต่ละขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น

2.2.8 มีตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ เช่น ความยอมรับหรือความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละของการค้นหาหรือระบุปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการที่เรียกหา ยา จำนวนผู้ป่วยที่มีการบันทึกประวัติการใช้ยา เป็นต้น

2.2.9 มีการเพิ่มเติมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน

มาตรฐานที่ 3 การบริการเภสัชกรรมที่ดี

ความมุ่งหมายของมาตรฐานนี้เพื่อให้ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการให้บริการเภสัชกรรมบนพื้นฐานมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมอย่างมีคุณภาพ และก่อให้เกิดความพึงพอใจเกินความคาดหวังของผู้รับบริการ โดยมีรายละเอียดของมาตรฐานดังนี้

3.1 การจัดหา การควบคุมยาและเวชภัณฑ์

การบริหารเวชภัณฑ์ทุกขั้นตอน นับตั้งแต่การจัดหา การเก็บ การควบคุม และการกระจาย จะต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย

3.1.1 มีเกณฑ์ในการเลือกสรรยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่นำมาจำหน่าย เช่น การจัดหาผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานการผลิตที่ดี (GMP) และมาจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ

3.1.2 มีการเก็บรักษาซึ่งมีเป้าหมายให้ยาคงประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี และปลอดภัยตลอดเวลา

3.1.3 มีบัญชีควบคุมและกำกับยาหมดอายุ

3.1.4 ต้องมีระบบควบคุมยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาควบคุมพิเศษอื่นๆ ที่รัดกุมและสามารถตรวจสอบได้ตลอดเวลา

3.1.5 มีการสำรองยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยชีวิต ยาต้านพิษที่จำเป็น หรือ การสำรองยาและเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับความจำเป็นของชุมชน

3.2 แนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรม

3.2.1 มีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม เช่น การไม่จำหน่ายยาชุด การคำนึงถึงคุณค่าในการใช้ยา

3.2.2 ต้องระบุผู้รับบริการที่แท้จริง และค้นหาความต้องการและความคาดหวังจากการซักถามอาการ ประวัติการใช้ยา รวมถึงศึกษาจากแพ้ประวัติการใช้ยา (ถ้ามี) ก่อนการส่งมอบยาทุกครั้ง เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

3.2.3 มีแนวทางการประเมินใบสั่งยา

ก. ต้องมีความสามารถในการอ่าน วิเคราะห์ และประเมินความเหมาะสมของใบสั่งยา

ข. มีการสอบถามและได้รับความเห็นชอบจากผู้ส่งจ่ายยาทุกครั้ง เมื่อมีการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข หรือการปรับเปลี่ยนใบสั่งยา

3.2.4 แนวทางการส่งมอบยา

- ก. มีเภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยาให้แก่ผู้มารับบริการโดยตรง
- ข. มีฉลากยาซึ่ง ประกอบด้วย ชื่อสถานบริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่าย ชื่อการค้า ชื่อสามัญ ทางยา ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ ข้อควรระวัง และวันหมดอายุ
- ค. ต้องอธิบายการใช้ยาและการปฏิบัติตัวของผู้มารับบริการอย่างชัดเจน ทั้งโดยวาจา และลายลักษณ์อักษร เมื่อส่งมอบยา
- ง. ไม่ควรส่งมอบยาให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี โดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ ในกรณี จำเป็นควรมีแนวทาง และวิธีปฏิบัติที่ชัดเจนและเหมาะสม
- จ. ห้ามส่งมอบยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้กับเด็กที่อายุ ต่ำกว่า 12 ปีในทุกกรณี

3.2.5 จัดทำประวัติการใช้ยา (patients drug profile) ของผู้รับบริการที่ติดตามการใช้ยา อย่างต่อเนื่อง

3.2.6 ติดตามผลการใช้ยาในผู้ป่วย ปรับปรุงและแนะนำกระบวนการใช้ยา ตามหลักวิชาและ ภายใต้อาณัติของจรรยาบรรณ ทั้งนี้เพื่อมุ่งให้ผลการใช้ยาเกิดขึ้นโดยสูงสุด

3.2.7 กำหนดแนวทางและขอบเขตการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม

3.2.8 มีแนวทางการให้คำแนะนำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่ติดตามอย่างต่อเนื่อง

3.2.9 เฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และรายงานอาการ อันไม่พึงประสงค์ที่พบไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ

3.2.10 ร่วมมือกับแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อเป้าหมายสูงสุดในการรักษา

มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ และจริยธรรม

ความมุ่งหมายของมาตรฐานนี้เพื่อเป็นการควบคุมกำกับให้ร้านยาเกิดการปฏิบัติที่สอดคล้องกับ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และมุ่งหมายให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยมีรายละเอียด ของมาตรฐานดังนี้

4.1 ต้องไม่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต หรืออยู่ในระหว่างการพักใช้ใบอนุญาตที่เกี่ยวข้อง

4.2 ต้องมีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบ (laws and regulations) รวมถึงการจัดทำรายงาน เอกสารในส่วนที่เกี่ยวข้อง

4.3 ต้องไม่มียาที่ไม่ตรงกับประเภทที่ได้รับอนุญาต ไม่มียาที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

4.4 ต้องเก็บใบสั่งยา และเอกสารที่เกี่ยวข้องไว้เป็นหลักฐาน ณ สถานที่จ่ายยาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี และทำบัญชีการจ่ายยาตามใบสั่งยา

4.5 ต้องให้ความเคารพและเก็บรักษาความลับข้อมูลของผู้ป่วย (patient confidentiality) โดย จัดระบบป้องกันข้อมูลและรายงานที่เป็นของผู้ป่วย

4.6 ไม่จำหน่ายยาที่อยู่ในความรับผิดชอบของเภสัชกร ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่

4.7 ต้องไม่ประพฤติดังต่อไปนี้ที่ส่งผลกระทบต่อวิชาชีพเภสัชกรรมและวิชาชีพ อื่น ๆ

มาตรฐานที่ 5 การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม

ความมุ่งหมายของมาตรฐานนี้เพื่อให้ร้านยาให้บริการแก่ชุมชน ตลอดจนให้เกิดการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการดำเนินการค้นหา และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องด้านยาและสุขภาพของชุมชนโดยตรง โดยมีรายละเอียดของมาตรฐานดังนี้

5.1 มีบริการข้อมูลและให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับ สารพิษ ยาเสพติด ทั้งในด้านการป้องกัน บำบัดรักษา รวมทั้งมีส่วนในการรณรงค์ต่อต้านยาและสารเสพติด

5.2 ให้ความร่วมมือกับราชการในการเจ็บป่วย หรือให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยาและสารเสพติด

5.3 มีบริการข้อมูลและให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องยาและสุขภาพให้กับชุมชน เพื่อประโยชน์ในการป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และบทบาทอื่น ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพศึกษาของชุมชน

5.4 ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมในชุมชน เช่น การร่วมในโครงการรณรงค์ด้านสุขภาพต่าง ๆ

5.5 มีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

5.6 จะต้องไม่มีผลิตภัณฑ์ที่บั่นทอนต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น อยู่ในบริเวณที่รับอนุญาต

เพื่อให้เกณฑ์มาตรฐานร้านยาได้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการทางเภสัชกรรมและสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) สมาพันธ์พัฒนาคุณภาพร้านยา และสถาบันการศึกษาด้านเภสัชศาสตร์ จึงได้ร่วมกันพัฒนา “คู่มือการพัฒนาตนเองสู่การมีวิถีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมในร้านยา” (ทองรอด et al., 2537) ขึ้นในปี พ.ศ.2553 เพื่อใช้เป็นแนวทางให้กับผู้ประกอบการและเภสัชกรชุมชนได้นำไปใช้ศึกษาทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง มีคำอธิบาย พร้อมทั้งยกตัวอย่าง รูปภาพ แผนภูมิ แบบฟอร์มต่างๆ ประกอบอย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพบริการของร้านยาตามแนวทางวิถีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม

สำหรับการพัฒนาและขยายบทบาทการให้บริการทางเภสัชกรรมของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทย ทางมูลนิธิเภสัชกรรมชุมชน ได้ให้ทุนสนับสนุนหน่วยวิจัยการบริการ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดทำรายงาน “รูปแบบของการให้บริการทางเภสัชกรรมในสถานประกอบการเภสัชกรรมชุมชน(ร้านยา) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ” (หน่วยวิจัยการบริการทางเภสัชกรรม, 2554) ขึ้นในปี พ.ศ.2554 เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและขยายบทบาทการให้บริการทางเภสัชกรรมของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต โดยมีข้อสรุปว่ารูปแบบของการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลียและไต้หวัน สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

- 1) การบริการจัดการด้านยา ได้แก่ บริการจัดการยาเพื่อการบำบัด (medication therapy management, MTM) ในสหรัฐอเมริกา การให้บริการทบทวนยาที่ใช้ (medication use review, MUR) ในอังกฤษ บริการต่างๆใน Medication management programs (เช่น Medicines use review, Home medicines review, Residential medication management review และ Diabetes medication management) ในออสเตรเลีย และบริการ Home pharmaceutical care ในไต้หวัน

- 2) บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยา สำหรับอังกฤษได้มีบริการหลายรูปแบบได้แก่ การเปิดให้บริการนอกเวลาทำการ การให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ การจ่ายยาคุมฉุกเฉิน ส่วนสหรัฐอเมริกามีการให้บริการวัคซีนของเฮอร์ซิง
- 3) บริการด้านสาธารณสุข อังกฤษให้การสนับสนุน ได้แก่ บริการช่วยเหลือฉุกเฉิน บริการคัดกรองและรักษา Chlamydia บริการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 4) บริการอื่นๆ อังกฤษได้ขยายบทบาทการให้บริการรูปแบบต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้บริการสุขภาพและเพื่อลดภาระการตรวจรักษาของแพทย์ ได้แก่ Minor ailment service (เภสัชกรให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อบรรเทาและรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ และสามารถเสนอขายยา OTC ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม หากผู้ป่วยไม่ต้องการซื้อยาเองแต่ประสงค์จะไปพบแพทย์เพื่อขอใบสั่งยาเภสัชกรสามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้เอง), Supplement prescribing by pharmacist (เภสัชกรสามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผลการตรวจ ให้การรักษา และปรับเปลี่ยนการรักษาได้ โดยอยู่ภายใต้ clinical management plan ที่ตกลงไว้กับแพทย์) และ Patient group direction (แนวปฏิบัติในการจ่ายยาที่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ให้กับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม) ทั้งนี้ผลการประเมินการให้บริการทางเภสัชกรรมของทั้ง 4 ประเทศ พบว่าบริการส่วนใหญ่มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ช่วยลดภาระของแพทย์ และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพโดยรวมได้ โดยคณะผู้จัดทำได้สรุปแนวทางในการพัฒนาสนับสนุนการให้บริการทางเภสัชกรรมในประเทศไทยว่าต้องอาศัยการดำเนินการอย่างเป็นระบบทั้งจากองค์กรวิชาชีพ นักวิชาการ และตัวเภสัชกรเอง เพื่อให้เกิดการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงประชาชนผู้รับบริการ

เอกสารแนบ 2. 4

(ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่
อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน
ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557



(ร่าง)

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา
พ.ศ. ๒๕๕๗

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ ข้อ ๗ และข้อ ๑๑ ของกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๖ ออกตามความในพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๒๒ และพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๓๐ อันเป็นกฎหมายที่มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบกับมาตรา ๓๓ มาตรา ๔๑ มาตรา ๔๓ และมาตรา ๔๕ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการยาในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๗ จึงออกประกาศไว้ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ให้ใช้บังคับนับแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันจัดให้มีสถานที่ขายยา อุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บและการควบคุม หรือการรักษาคุณภาพยาตามที่กำหนดในภาคผนวก ก ท้ายประกาศฉบับนี้

ข้อ ๓ ให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการดำเนินการขายยาโดยปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนตามที่กำหนดในภาคผนวก ข ท้ายประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่

()

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก. ก
แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา
พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อกำหนดของสถานที่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บและการควบคุมหรือรักษาคุณภาพยาในร้านขายยาแผนปัจจุบัน

ข้อ ๑ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันต้องเป็นไปตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

๑.๑ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ต้องมีพื้นที่ขาย ให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้อยา ติดต่อกัน ขนาดไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร ทั้งนี้ไม่รวมถึงพื้นที่เก็บสำรองยา โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า ๒ เมตร

๑.๒ กรณีมีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะจะต้องมีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการจัดเก็บรักษายาประเภทต่างๆ วัสดุและผลิตภัณฑ์อื่นๆ อย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง

๑.๓ บริเวณสำหรับให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้อยาต้องเป็นส่วนแยกออกจาก ส่วนบริการอื่นอย่างชัดเจนมีพื้นที่พอสำหรับการให้คำปรึกษาและการจัดเก็บประวัติ รวมทั้งจัดให้มีโต๊ะเก้าอี้สำหรับเภสัชกรและผู้มารับคำปรึกษาอยู่ในบริเวณดังกล่าวพร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน

๑.๔ สถานที่ขายยาต้องมีความมั่นคง มีทะเบียนบ้านที่ออกให้โดยส่วนราชการ ที่เกี่ยวข้องในกรณีที่เป็นอาคารชุด ต้องมีพื้นที่อนุญาตให้ประกอบกิจการไม่ใช่ที่พักอาศัย

๑.๕ สถานที่ขายยาต้องมีความแข็งแรงก่อสร้างด้วยวัสดุที่คงทนถาวรเป็นส่วนชัดเจน

๑.๖ สถานที่ขายยาต้องถูกสุขลักษณะ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณขายยา และอากาศถ่ายเทสะดวก

๑.๗ สถานที่ขายยาต้องมีสภาพเหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา โดยในพื้นที่ขายยาและเก็บสำรองยา ต้องมีการถ่ายเทอากาศที่ดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน ๓๐ องศาเซลเซียสและสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์ยา

๑.๘ สถานที่ขายยาต้องมีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านเอกสาร อ่านฉลากผลิตภัณฑ์ยา และป้ายแสดงต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน

๑.๙ บริเวณจัดวางยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษในพื้นที่ขายยา จะต้อง

๑.๙.๑ มีพื้นที่เพียงพอในการจัดวางยาแยกตามประเภทของยาและสามารถติดป้ายแสดงประเภทของยาได้ชัดเจนตามหลักวิชาการ

๑.๙.๒ จัดให้มีวัสดุทึบ ใช้ปิดบังบริเวณที่จัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษสำหรับปิดในเวลาที่ไม่เภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ และจัดให้มีป้ายแจ้งให้ผู้มารับบริการทราบว่าเภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่

ข้อ ๒ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันต้องมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการขายยา การเก็บและการควบคุมหรือการรักษาคุณภาพยาตามลักษณะและจำนวนไม่น้อยกว่าที่กำหนด ดังนี้

๒.๑ ตู้เย็น จำนวน ๑ เครื่อง

(เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดเป็นสัดส่วนเฉพาะไม่ใช่เก็บของปะปนกับสิ่งของอื่น

๒.๒ ถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย ๒ ถาด

ในสภาพใช้งานได้ดี และกรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ทั้งนี้อุปกรณ์นับเม็ดยาสำหรับยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ให้แยกใช้เด็ดขาดจากยาในกลุ่มอื่น ๆ

๒.๓ เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ) จำนวน ๑ เครื่อง

ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน

๒.๔ เครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้มารับบริการ จำนวน ๑ เครื่อง

ในสภาพที่ใช้งานได้ดี

๒.๕ อุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ จำนวน ๑ เครื่อง

ในสภาพที่ใช้งานได้ดี

๒.๖ อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง จำนวน ๑ เครื่อง

ในสภาพที่สามารถพร้อมใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพอยู่ในบริเวณสถานที่เก็บยา

ภาคผนวก. ข

แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน

ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา

พ.ศ. ๒๕๕๗

วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน

ข้อ ๑ นิยามศัพท์

“เภสัชกร” หมายความว่า เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยาและให้หมายความรวมถึงเภสัชกรที่มาปฏิบัติหน้าที่แทนด้วย

“พนักงานร้านยา” หมายความว่า ผู้ซึ่งเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรให้สนับสนุนการให้บริการทางเภสัชกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดยา การรักษาคุณภาพยา การให้ความรู้ด้านสุขภาพภายใต้ขอบเขตที่กำหนด และการกำกับดูแลของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

“ผลิตภัณฑ์สุขภาพ” หมายความว่า ยา อาหาร วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย และเครื่องมือแพทย์

หมวดบุคลากร

ข้อ ๒ เภสัชกรเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการทางเภสัชกรรมชุมชน

ข้อ ๓ พนักงานร้านยา ต้องมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายยา และงานที่ได้รับมอบหมายจนสามารถปฏิบัติงานได้ดี และผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ

ข้อ ๔ เภสัชกรจะต้องแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม และแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร ทั้งนี้เป็นไปตามสมควร เหมาะสมแก่ฐานะและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม แสดงตนให้แตกต่างจากพนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยา

ข้อ ๕ การแต่งกายพนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยา ต้องใส่เสื้อ ป้ายแสดงตน ไม่สื่อบนทางที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร

ข้อ ๖ มีการแบ่งแยกบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของเภสัชกร พนักงานร้านยา และบุคลากรอื่นภายในร้านขายยาในการให้บริการไว้อย่างชัดเจน โดยคำนึงถึงความถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม

หมวดการควบคุมคุณภาพยา

ข้อ ๗ ต้องมีการคัดเลือกยา และจัดหาจากผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จำหน่ายที่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยา และมีมาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต จัดเก็บ และการขนส่ง

ข้อ ๘ ต้องมีการเก็บรักษา ยา ภายใต้สภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงแสงแดด เป็นไปตามหลักวิชาการ เพื่อให้ยามีคุณภาพที่ดี

ข้อ ๙ ต้องมีระบบตรวจสอบยาที่หมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อไม่ให้มีไว้ ณ จุดจ่ายยา

ข้อ ๑๐ ต้องมีระบบการส่งคืนหรือทำลายยาที่หมดอายุ หรือยาเสื่อมคุณภาพให้ชัดเจน ถูกต้อง ตามหลักวิชาการ ไม่เป็นปัญหากับสิ่งแวดล้อมรวมถึงระบบการป้องกันการนำยาดังกล่าวไปจำหน่าย

ข้อ ๑๑ ต้องมีระบบการตรวจสอบคุณภาพ ยาคืนหรือยาเปลี่ยนก่อนกลับมาจำหน่าย โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพของยาและความปลอดภัยของผู้ใช้ยา

ข้อ ๑๒ ต้องจัดให้มีระบบเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดหา จัดการคลังสินค้าและการจำหน่ายให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สามารถสืบย้อนได้

ข้อ ๑๓ ต้องเลือกภาชนะบรรจุที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสื่อมสภาพก่อนเวลาอันสมควร พร้อมฉลากยา

หมวดการให้บริการทางเภสัชกรรมกับผู้ป่วย

ข้อ ๑๔ การให้บริการทางเภสัชกรรม ตามหน้าที่ที่กฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรมต้องปฏิบัติโดยเภสัชกร

ข้อ ๑๕ ต้องซักถามข้อมูลที่จำเป็นของผู้มารับบริการ เพื่อประกอบการพิจารณาก่อนเลือกสรรยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เหมาะสมกับผู้ป่วยตามหลักวิชาการ สมเหตุสมผลตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

ข้อ ๑๖ จัดให้มีฉลากบนซองบรรจุยาหรือภาชนะบรรจุยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษที่ส่งมอบให้ผู้รับบริการโดยต้องแสดงข้อมูลอย่างน้อย ดังต่อไปนี้

๑๖.๑ ชื่อ ที่อยู่ของร้านขายยาและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

๑๖.๒ ข้อมูลเพื่อให้ผู้รับบริการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ติดตามได้ ดังนี้

๑๖.๒.๑ วันที่จ่ายยา

๑๖.๒.๒ ชื่อผู้รับบริการ

๑๖.๒.๓ ชื่อยาที่เป็นชื่อสามัญทางยา หรือชื่อการค้า

๑๖.๒.๔ ความแรง

๑๖.๒.๕ จำนวนจ่าย

๑๖.๒.๖ ซื้อมาใช้

๑๖.๒.๗ วิธีใช้ยา ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย

๑๖.๒.๘ ฉลากช่วย คำแนะนำ คำเตือน หรือเอกสารให้ความรู้เพิ่มเติม (ถ้าจำเป็น)

๑๖.๒.๙ ฉลากมือชื่อเภสัชกร

ข้อ ๑๗ การส่งมอบยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ให้กับผู้มารับบริการเฉพาะราย ต้องกระทำโดยเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเท่านั้น พร้อมให้คำแนะนำ ตามหลักวิชาการและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยต้องให้ข้อมูลดังนี้

๑๗.๑ ชื่อยา

๑๗.๒ ข้อบ่งใช้

๑๗.๓ ขนาด และวิธีการใช้

๑๗.๔ ผลข้างเคียง (Side effect) (ถ้ามี) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction) ที่อาจเกิดขึ้น

๑๗.๕ ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติในการใช้ยา

๑๗.๖ การปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา

ข้อ ๑๘ มีกระบวนการในการป้องกันการแพ้ยาของผู้มารับบริการ ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม

ข้อ ๑๙ มีกระบวนการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม

ข้อ ๒๐ กรณีที่มีการผลิตยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือของผู้ประกอบโรคศิลปะที่สั่งสำหรับคนไข้เฉพาะราย หรือตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ สำหรับสัตว์เฉพาะราย และการแบ่งบรรจุยาในสถานที่ขายยา ให้คำนึงถึงการปนเปื้อน การแพ้ยา โดยต้องจัดให้มีสถานที่ อุปกรณ์ ตามที่กำหนดและเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการผลิตยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายของสภาเภสัชกรรม

ข้อ ๒๑ ต้องจัดให้มีกระบวนการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ พฏิกิริยาการใช้ยาไม่เหมาะสม ปัญหาคุณภาพยา และรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ

ข้อ ๒๒ จัดให้มีแหล่งข้อมูลอ้างอิงด้านยาที่เหมาะสมเชื่อถือได้ สำหรับใช้ในการให้บริการทางเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย รวมทั้งการให้บริการเภสัชสนเทศ

ข้อ ๒๓ การจัดวางสื่อให้ความรู้และสื่อโฆษณาสำหรับผู้มารับบริการจะต้องได้รับคำยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และให้ถือเป็นความรับผิดชอบที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจะต้องควบคุม โดยจะต้องไม่โอ้อวด ไม่บิดเบือนความจริง ไม่สร้างความเข้าใจผิดให้ผู้บริโภค และต้องผ่านการอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย

ข้อ ๒๔ การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการในร้านยาโดยบุคลากรอื่น ซึ่งมีใช่เภสัชกรหรือพนักงานร้านยา จะต้องได้รับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกร และให้ถือเป็นความรับผิดชอบที่เภสัชกรจะต้องควบคุมกำกับกับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในสถานที่ขายยาให้ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นๆ รวมทั้งกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม

ข้อ ๒๕ ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

เอกสารแนบ 2. 5
(ร่าง) กรอบการประเมินตรวจเยี่ยมร้านยา

แบบบันทึกการเยี่ยมประเมินร้านยา จังหวัด..... วันที่
 ที่อยู่ โทร อีเมล
 ผู้เยี่ยมสำรวจ 1. โทร อีเมล
 2. โทร
 สสจ. โทร

แนวทางการเยี่ยมประเมิน ในการเยี่ยมประเมินร้านยาได้ใช้เกณฑ์มาตรฐานร้านยา สภาเภสัชกรรม และ
 แนวทางการดำเนินงานตามกระบวนการคุณภาพเป็นแนวทาง

ความมุ่งหมายของการเยี่ยมประเมิน เพื่อยืนยันหลักฐานการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ความเข้าใจและ
 แนวทางการประกันคุณภาพ การปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมในชุมชน

วิธีการเยี่ยมประเมิน การสัมภาษณ์ การสังเกตขั้นตอนการปฏิบัติ การสนมูติบทบาท การสำรวจสถานที่
 การเก็บข้อมูล/การถ่ายภาพ/การอัดเสียง/การเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์

หมายเหตุ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา หรือตัวอย่างที่ให้ไว้จะเป็นเพียงแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งทางร้านยาสามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ของร้านเอง และข้อเสนอแนะนี้เป็นไปตามปัจจัยของร้าน อาจไม่สามารถปรับใช้กับร้านอื่นๆ ในประเด็นเดียวกัน
2. ข้อเสนอแนะจะแยกเป็น 2 ประเภท คือ สิ่งที่ต้องปรับปรุง ต้องดำเนินการแก้ไขให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีผลต่อการพิจารณารับรองคุณภาพร้านยา เนื่องจากจะต้องนำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการรับรองคุณภาพร้านยา และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง มีความสำคัญระดับรอง เป็นการต่อยอดการพัฒนาที่มีการดำเนินการอยู่แล้วให้ชัดเจนมากขึ้นหรือครอบคลุมมากขึ้น
3. การประเมินผลเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยานี้ เป็นไปเฉพาะเพื่อร้านยานี้เท่านั้น ไม่ขยายรวมถึงร้านหรือสาขาอื่นในเครือเดียวกัน และเป็นไปตามเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมและมีเภสัชกรที่ระบุในรายงานเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงใดๆ จะต้องแจ้งให้สภาเภสัชกรรมทราบ เพื่อทำการเยี่ยมสำรวจใหม่ต่อไป
4. การเยี่ยมประเมินครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของร้านยาและเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานของร้าน และได้ตกลงยอมรับผลการเยี่ยมประเมินที่สำคัญเป็นวาทะร่วมกันกับคณะผู้เยี่ยมสำรวจแล้ว ทั้งนี้ การแก้ไขเพื่อพัฒนาร้านเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยาจะเป็นไปตามที่ตกลงร่วมกัน โดยจะมีรายละเอียดในรายงานฯ ที่สภาเภสัชกรรมจะจัดส่งมา หรืออาจมีเพิ่มเติมตามที่คณะกรรมการฯ เสนอ
5. คณะผู้เยี่ยมสำรวจจะทำรายงานการเยี่ยมประเมินร้านยาส่งให้ร้าน ภายใน 30 วันหลังจากวันเยี่ยมประเมิน หากร้านยาของท่านได้มีการแก้ไขปรับปรุงตามรายละเอียดที่แจ้งแล้วนั้น ขอให้จัดส่งรายงานและรูปถ่ายก่อน-หลังสิ่งที่ได้แก้ไขปรับปรุง แล้วจัดส่งให้ สำนักงานรับรองคุณภาพร้านยา สภาเภสัชกรรมในทันที หรือส่งทาง E-mail address: papc@pharmacycouncil.org ทั้งนี้ภายในเวลา 30 วัน นับจากวันที่ได้รับรายงาน เพื่อส่งพิจารณารับรองต่อไป

(ส.ร.ร.03) แบบบันทึกการเยี่ยมประเมินร้านยา จังหวัด.....วันที่
ที่อยู่ โทร อีเมล
ผู้เยี่ยมสำรวจ 1. โทร อีเมล
2. โทร
สสจ. โทร

แนวทางการเยี่ยมประเมิน ในการเยี่ยมประเมินร้านยาได้ใช้เกณฑ์มาตรฐานร้านยา สภาเภสัชกรรม และ
แนวทางการดำเนินงานตามกระบวนการคุณภาพเป็นแนวทาง

ความมุ่งหมายของการเยี่ยมประเมิน เพื่อยืนยันหลักฐานการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ ความเข้าใจและ
แนวทางการประกันคุณภาพ การปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมในชุมชน

วิธีการเยี่ยมประเมิน การสัมภาษณ์ การสังเกตขั้นตอนการปฏิบัติ การสนมุตติบทบาท การสำรวจสถานที่
การเก็บข้อมูล/การถ่ายภาพ/การอัดเสียง/การเก็บหลักฐานเชิงประจักษ์

หมายเหตุ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา หรือตัวอย่างที่ให้ไว้จะเป็นเพียงแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งทางร้านยาสามารถ
ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ของร้านเอง และข้อเสนอแนะนี้เป็นไปตามปัจจัย
ของร้าน อาจไม่สามารถปรับใช้กับร้านอื่นๆ ในประเด็นเดียวกัน
2. ข้อเสนอแนะจะแยกเป็น 2 ประเภท คือ สิ่งที่ต้องปรับปรุง ต้องดำเนินการแก้ไขให้เสร็จสิ้นภายใน
ระยะเวลาที่กำหนด และมีผลต่อการพิจารณารับรองคุณภาพร้านยา เนื่องจากจะต้องนำเสนอข้อมูลต่อ
คณะกรรมการรับรองคุณภาพร้านยา และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง มีความสำคัญระดับรับรอง
เป็นการต่อยอดการพัฒนาที่มีการดำเนินการอยู่แล้วให้ชัดเจนมากขึ้นหรือครอบคลุมมากขึ้น
3. การประเมินผลเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยานี้ เป็นไปเฉพาะเพื่อร้านยานี้เท่านั้น ไม่ขยายรวมถึงร้าน
หรือสาขาอื่นในเครือเดียวกัน และเป็นไปตามเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมและมีเภสัชกรที่ระบุในรายงานเป็นผู้มี
หน้าที่ปฏิบัติการ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงใดๆ จะต้องแจ้งให้สภาเภสัชกรรมทราบ เพื่อทำการเยี่ยมสำรวจ
ใหม่ต่อไป
4. การเยี่ยมประเมินครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของร้านยาและเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานของร้าน และได้ตกลง
ยอมรับผลการเยี่ยมประเมินที่สำคัญเป็นวาทาร่วมกันกับคณะผู้เยี่ยมสำรวจแล้ว ทั้งนี้ การแก้ไขเพื่อ
พัฒนาร้านเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยาจะเป็นไปตามที่ตกลงร่วมกัน โดยจะมีรายละเอียดในรายงานฯ
ที่สภาเภสัชกรรมจะจัดส่งมา หรืออาจมีเพิ่มเติมตามที่คณะกรรมการฯ เสนอ
5. คณะผู้เยี่ยมสำรวจจะทำการรายงานการเยี่ยมประเมินร้านยาส่งให้ร้าน ภายใน 30 วันหลังจากวันเยี่ยม
ประเมิน หากร้านยาของท่านได้มีการแก้ไขปรับปรุงตามรายละเอียดที่แจ้งแล้วนั้น ขอให้จัดส่งรายงาน
และรูปถ่ายก่อน-หลังสิ่งที่ได้แก้ไขปรับปรุง แล้วจัดส่งให้สภาเภสัชกรรมในทันที หรือส่งทาง E-mail
address: papc@pharmacycouncil.org ทั้งนี้ภายในเวลา 30 วัน นับจากวันที่ได้รับรายงาน เพื่อส่ง
พิจารณารับรองต่อไป

ข้อมูลทั่วไป

1. ลักษณะร้านยา ☐ ร้านยาเดี่ยว ☐ Chain store ☐ Franchise ☐ อื่น ๆ
2. ชื่อผู้รับอนุญาต.....ชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....ภ.
เบอร์ติดต่อ อีเมล
- ชื่อผู้ประกอบการเสริม..... ภ..... วันที่มาทำงาน
- ชื่อผู้ประกอบการเสริม..... ภ..... วันที่มาทำงาน
3. ลักษณะร้านยา ☐ อาคารเดี่ยว.....ชั้น.....คูหา ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น.....คูหา
☐ พื้นที่เช่าในอาคาร ☐ shop in shop
☐ เป็นส่วนหนึ่งของ Mini-mart ขนาดพื้นที่ทั้งหมด ตร.ม.
4. ที่ตั้งและสิ่งแวดล้อมชุมชนโดยรอบ (บริเวณที่ตั้งร้านยา ชุมชนโดยรอบเป็นชุมชนลักษณะ
อย่างไร).....
☐ แหล่งชุมชน/ตลาด ☐ ห้างสรรพสินค้า/ศูนย์การค้า ☐ อาคารสำนักงาน ☐ อื่น.....
5. สินค้าที่จำหน่ายในร้าน ☐ ยา ☐ วัสดุการแพทย์ ☐ อุปกรณ์การแพทย์
☐ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ☐ ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร
☐เวชสำอาง ☐นมเด็ก ☐ของใช้เบ็ดเตล็ด
6. ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน เลขที่..... ใบอนุญาตวัตถุออกฤทธิ์ฯ เลขที่.....
ใบอนุญาตยาเสพติดให้โทษฯ เลขที่.....
7. เวลาแจ้งปฏิบัติการของเภสัชกร เวลาที่เภสัชกรมาทำงาน
เวลาที่เปิดร้าน
8. ระบบสมาชิก ☐ ไม่มี ☐ มีระบบสมาชิก.....ราย สิทธิพิเศษสมาชิก.....
สัดส่วนลูกค้าขาจร : ลูกค้าประจำ กลุ่มลูกค้าหลัก.....
9. แนวคิดหรือความเห็นที่สมควรเข้าโครงการร้านยาคุณภาพ
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

มาตรฐานที่ 1 สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนบริการ

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
1. ความมั่นคง แข็งแรง ความเพียงพอ ให้บริการ ความเป็น สัดส่วนจาก สิ่งแวดล้อม	สภาพโดยทั่วไปของร้านยา ☐ สถานที่มั่นคง แข็งแรง ก่อสร้างด้วยวัสดุมั่นคงแข็งแรง ☐ เป็นสัดส่วน กำหนดขอบเขตชัดเจน ไม่ถูกรบกวนจาก สิ่งแวดล้อม ☐ พื้นที่เพียงพอ เหมาะสมต่อการให้บริการ: ขนาดพื้นที่ [] 8-15 ตร.ม. [] > 15 ตร.ม. ☐ มีอย่างน้อยด้านหนึ่งของร้านติดกับผนังอาคาร หรือมีฉาก กำแพงกั้น (Partition) ที่ยึดตรึงกับพื้น โดยมีความสูงไม่น้อยกว่า 2 เมตร	
2. ความสะอาด เป็นระเบียบ	ดูในภาพรวมว่าเป็นที่น่าพึงพอใจหรือไม่เพียงใด เมื่อได้เห็นร้านยา ดังกล่าว ☐ หน้าร้าน สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ☐ ไม่มีการวางยา สัมผัสพื้นโดยตรง ☐ ไม่มีการวางของใช้อุปกรณ์ หรือสิ่งของ บนทางเดินของผู้มารับ บริการ ☐ ภายในร้านจัดเป็นระเบียบเป็นระบบ ☐ พื้นที่เก็บสำรองยา/คลังเวชภัณฑ์ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และการจัดเก็บ (พื้นที่จัดวาง) เหมาะสม – ไม่วางบนพื้น มีป้าย แสดงว่าเป็น “พื้นที่เก็บสำรองยา”	
3. การจัดสัดส่วน ในการปฏิบัติงาน ต่าง ๆ	การจัดพื้นที่ภายในร้าน ☐ มีส่วนบริการโดยเภสัชกร (บริเวณขายยาและให้คำปรึกษา) มี ขนาดไม่น้อยกว่า 8 ตร.ม. โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 2 เมตร ☐ ส่วนที่ต้องบริการโดยเภสัชกร สามารถปิดล็อก และ/หรือ ปิดบัง ได้ ☐ มีบริเวณให้คำปรึกษา (โต๊ะ/เก้าอี้) - มีป้ายระบุ “บริเวณให้ คำปรึกษาด้านยา” และมีพื้นที่เพียงพอเป็นสัดส่วนในการให้ คำปรึกษาแนะนำเป็นส่วนตัว ☐ มีการจัดสัดส่วนพื้นที่ป้องกันไม่ให้ผู้มารับบริการเข้าถึง ยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือ ยาที่ต้องควบคุมการจ่ายโดยเภสัช กร ได้ ☐ มีส่วนบริการตนเอง ☐ มีบริเวณสื่อเผยแพร่และให้ความรู้ /โฆษณาแยกกัน เห็นชัดเจน ☐ มีป้ายแสดงและแบ่งพื้นที่ชัดเจน	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
	☐ ผู้รับบริการเห็น รับรู้และเข้าใจง่าย	
4. การควบคุมสภาพแวดล้อม	สภาพแวดล้อมภายในร้าน ☐ แสงสว่างเพียงพอสามารถอ่านฉลากยาที่มีขนาดเล็กได้ ☐ แสงสีขาว ☐ อากาศถ่ายเทดี และความชื้นเหมาะสม ☐ การป้องกันแสงแดด (ร้าน/คลัง) – ไม่ให้แสงแดดส่องตรงยาและเวชภัณฑ์ ☐ อุปกรณ์ป้องกันอัคคีภัย (ขนาดบรรจุไม่น้อยกว่า 4 กิโลกรัม) และติดตั้งสูงจากพื้นไม่เกินกว่า 1.5 เมตร สามารถพร้อมใช้งาน ☐ มีเครื่องปรับอากาศ ☐ มีเทอร์โมมิเตอร์ และบันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ ตรวจสอบได้ [] ควบคุมจากส่วนกลาง [] ภายในร้าน ไม่เกิน 30°C อุณหภูมิ.....°C เวลา.....น. [] ควบคุมภายในร้าน [] คลังเวชภัณฑ์ ไม่เกิน 30°C อุณหภูมิ.....°C เวลา.....น. [] ตู้เย็น ในช่วง 2-8°C อุณหภูมิ.....°C เวลา.....น. ☐ ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณที่ขายยาไม่ว่าจะเป็น สุนัข แมว กระต่าย ปลาตู้ เป็นต้น ☐ ไม่มีแหล่งที่ก่อให้เกิดความชื้นในบริเวณที่จัดเก็บยา เช่น ตู้ปลา แอร์น้ำ พัดลมไอน้ำ หน้าห้องน้ำ เป็นต้น ☐ ใช้พาเลท (Pallet) ที่ทำจากพลาสติก หรือไม้เนื้อแข็ง รองพื้นก่อนจัดวางยา	
5. ป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ	☐ ป้ายแสดงใบอนุญาตขายยาตามกฎหมาย (ตามที่ขอรับอนุญาต) ☐ ป้ายสีน้ำเงินแสดงชื่อ-รูปและเวลาปฏิบัติงานของเภสัชกร ☐ ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ☐ ป้ายจุดบริการโดยเภสัชกร ☐ ป้ายบริเวณบริการตนเอง ☐ ป้ายบริเวณให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร ☐ ป้ายเตือนการแพ้ยา ☐ ป้ายอื่นๆ (ระบุ)	
6. การจัดหมวดหมู่ยา	☐ จัดหมวดหมู่ตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา [] อื่นๆ (ระบุ)..... ☐ ป้ายระบุหมวดหมู่ยา เป็นภาษาไทย ที่ผู้บริโภคเห็น-เข้าใจได้	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการ เยี่ยมประเมิน
	ชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วน ☐ ป้ายภาษาอังกฤษ หรือภาษาอื่นๆ..... ☐ ไม่พบยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร เช่น ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ นอกบริเวณให้บริการโดยเภสัชกร	
7. ตู้เย็นเก็บยา	☐ มีตู้เย็นเก็บยาและเวชภัณฑ์ [] แยกเฉพาะ ไม่รวมกับของอื่น ☐ การจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ ในช่องซีป/หุ้มท่อเหมาะสม หรือมีกล่องพลาสติกมีฝาปิดมิดชิดสำหรับใส่ยาก่อนวางในตู้เย็น ☐ วางเทอร์โมมิเตอร์ เพื่อวัดอุณหภูมิในตำแหน่งเดียวกับยาหรือเวชภัณฑ์ ☐ มีการบันทึกอุณหภูมิ อย่างสม่ำเสมอ และมีระบบในการกำกับดูแลอุณหภูมิ	
8. อุปกรณ์ในการติดตามผลการรักษา	☐ เครื่องชั่งน้ำหนัก ☐ ที่วัดส่วนสูง ☐ เครื่องวัดความดันโลหิต ☐ เครื่องเจาะปลายนิ้ววัดระดับน้ำตาลในเลือด ☐ ที่วัดอุณหภูมิร่างกาย ☐ การบันทึกประวัติ/บันทึกการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง ☐ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....	
9. อุปกรณ์นับเม็ดยา	☐ มีเฉพาะยาที่เป็นแผง ☐ มียานับเม็ดจำหน่าย ☐ ชุดทำความสะอาดอุปกรณ์นับยา ☐ มีถาดนับยา อย่างน้อย 2 ถาด สำหรับ [] ยาทั่วไป [] กลุ่มเพนนิซิลลิน [] กลุ่ม NSAIDs [] กลุ่มซัลฟา ☐ ใช้ช้อนนับยา แยกประเภท ☐ อุปกรณ์ต่างๆ มีการติดป้ายแสดง ไม่สับสน ☐ การจัดเก็บถาดนับยาเหมาะสม ไม่เสี่ยงต่อการปนเปื้อนหรือหยิบผิด	
10. ภาชนะบรรจุยา	☐ ยาอยู่ในภาชนะเดิม ไม่มีการเปลี่ยนถ่ายภาชนะ และฉลากยาครบถ้วน ☐ ซองบรรจุยาตามมาตรฐาน ☐ ซองสีขา ป้องกันแสง	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการ เยี่ยมประเมิน
	☐ ของบรรจยามีการเขียนชื่อยา ข้อมูลการใช้ยาที่จำเป็นครบถ้วน ☐ ของบรรจยามีชื่อร้านยา พร้อมเบอร์ติดต่อบนของยามีที่ให้เภสัชกรลงลายมือชื่อ ☐ อื่นๆ เช่น ขวดบรรจยยา.....	
11. ฉลากช่วย และเอกสารให้ความ ความรู้	☐ มีฉลากช่วย [] สำเร็จรูป [] จัดทำเอง ☐ จัดบอร์ดให้ความรู้แก่ผู้มารับบริการ ☐ แยกเอกสารให้ความรู้และเอกสารโฆษณาประชาสัมพันธ์ชัดเจน ☐ เอกสารหรือแผ่นพับให้ความรู้ ที่เหมาะสม น่าเชื่อถือ ☐ เอกสารโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ขออนุญาตถูกต้อง เหมาะสม ☐ การจัดวางสื่อให้ความรู้และสื่อโฆษณาสำหรับผู้มารับบริการได้ รับคำยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกรผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการ ☐ อื่นๆ.....	
12. ตำราและ แหล่งข้อมูลด้าน ยา	☐ Drug Information Handbook ☐ MIMS / MIMS Annual ☐ อื่นๆ..... ☐ Internet/website	
13. อุปกรณ์เพิ่ม ความร่วมมือการ ใช้ยา (ถ้ามี)	☐ มี	

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการเพื่อคุณภาพ

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
1. เกสัชกร	☐ สวมเสื้อกาวน์สีขาว แสดงตนว่าเป็นเกสัชกรต่อผู้รับบริการชัดเจน ☐ ป้ายแสดงตนของเกสัชกรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ มีรูปชื่อเกสัชกร เลขที่ใบอนุญาต และเวลาปฏิบัติการ ชัดเจน ☐ มีป้ายแสดงตนสำหรับเกสัชกรเสริมท่านอื่นไว้ชัดเจน ครบถ้วน ☐ มีสุขภาพอนามัยดี มีมนุษยสัมพันธ์ และทักษะการสื่อสารเหมาะสม ☐ มีการแสดงข้อความภาษาไทยแจ้งต่อผู้มารับบริการว่า “เกสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ ไม่สามารถขายยาในบริเวณนี้ได้” ในกรณีที่เกสัชกรไม่อยู่	
2. พนักงานร้านยา (ถ้ามี)	☐ มีพนักงานร้านยา คน ☐ สุขภาพอนามัยดี ☐ แต่งกายหรือแสดงตนแตกต่างกับเกสัชกรชัดเจน ไม่ทำให้สับสน ไม่ใช่ชุดฟอร์มสีขาว ☐ ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของเกสัชกร ☐ การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพนักงานร้านยาชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ☐ ผ่านการประเมิน และ/หรือ ผ่านการอบรม ตามที่ อย. กำหนด	
3. เอกสารคุณภาพ	☐ มีเอกสารแนวทางการปฏิบัติหรือมาตรฐานในการให้บริการหรือการดูแลผู้ป่วย ☐ มีระบบจัดการข้อมูลผู้ป่วย เช่น โปรแกรมคอมพิวเตอร์ หรือแฟ้มข้อมูล ☐ มีการจัดทำและควบคุมบัญชีรายการยาตามที่กฎหมายกำหนด ☐ มีการเก็บเอกสารทางด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับร้านยาและการประกอบวิชาชีพรวมถึงหนังสือแจ้งเวียนถึงร้านยา ไว้อ้างอิง ☐ มีการบันทึกการรับและจ่ายยาประเภทต่างๆ ☐ มีการจัดเก็บเอกสารคุณภาพ และเอกสารสำคัญในการปฏิบัติงาน ไว้อ้างอิง ☐ อื่นๆ	
4. บันทึกการให้บริการ	☐ มีการจัดทำบันทึกการให้บริการ [] บันทึกประวัติผู้รับบริการ และการเข้ารับบริการหรือปรึกษาด้านยาและสุขภาพ [] บันทึกประวัติการใช้ยาต่อเนื่อง	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการ เยี่ยมประเมิน
	☐ รายงาน ADR ☐ บันทึกการรับและจ่ายยาประเภทต่าง ๆ ☐ ใบส่งต่อผู้ป่วย ☐ อื่นๆ.....	
5. ระบบการจัด การ เอกสาร/ ข้อมูล	☐ มีระบบการจัดเก็บเอกสารข้อมูล [] แฟ้มเอกสาร [] คอมพิวเตอร์ [] อื่นๆ..... ☐ สะดวกต่อการสืบค้นหรือทวนสอบในภายหลัง	
6. แนวทางการ ป้องกันความ เสี่ยง	มีการจัดระบบการป้องกันความเสี่ยงในร้านและในเรือนยา ☐ การระบุผู้ขาย และการค้นหาความต้องการที่แท้จริง ☐ การจ่ายยาผิด (triple check) / ยาพ้องรูปเสียงคล้าย (LASA: Look-alike/Sound-alike) ☐ การควบคุมกำกับอายุยา การดำเนินการกับยาหมดอายุ [] สมุดบันทึก [] สติกเกอร์สี [] คอมพิวเตอร์ [] อื่นๆ..... [] การจัดเรียงยาแบบ FEFO (First Expired First Out) [] มีบริเวณหรือภาชนะเก็บยาหมดอายุ หรือยาเสื่อมคุณภาพ ที่ ไม่อยู่ในบริเวณที่ขายยา เพื่อรอการส่งคืน พร้อมทำป้ายแสดง ชัดเจน ☐ การเก็บรักษาคุณภาพยา (แสง ความชื้น อุณหภูมิ) ☐ การแพ้ยา ☐ การป้องกันอัคคีภัย ☐ การจัดการควบคุมฉลากยา ในกรณีที่มีการแบ่งบรรจุยา/ เปลี่ยน ภาชนะบรรจุ <u>เฉพาะยาผง</u> [] มีฉลากระบุชื่อยา เลขที่การผลิตและวันหมดอายุชัดเจน [] มีการแบ่งบรรจุในปริมาณที่เหมาะสม [] มีเอกสารกำกับยาของยานั้น พร้อมให้บริการ ☐ ในกรณีที่มีการจัดแสดงกล่องตัวอย่างยาอันตราย ในบริเวณส่วน บริการตนเอง [] มีป้ายระบุให้ปรึกษาเภสัชกร ก่อนการใช้ยา ☐ อื่น ๆ	
7. การศึกษา ต่อเนื่อง	☐ เภสัชกร มีการศึกษาต่อเนื่อง (5 ปี 100 เครดิต และไม่ต่ำกว่า ปี ละ 10 เครดิต) รูปแบบการศึกษาเรียนรู้	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการ เยี่ยมประเมิน
	☐ ศึกษาด้วยตนเองผ่านวารสาร / เว็บไซต์ ☐ เข้าประชุม อบรมสัมมนา ☐ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างเภสัชกรหรือประสบการณ์จริง ☐ อื่นๆ.....	
8. ตัวชี้วัด คุณภาพร้าน ยา	☐ ประเมินความสำเร็จในด้านการขาย ตัวชี้วัด..... ☐ ประเมินคุณภาพบริการของร้าน ตัวชี้วัด.....	

มาตรฐานที่ 3 การบริการเภสัชกรรมที่ดี

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
1. การคัดเลือกยาและผลิตภัณฑ์นำเข้าจำหน่ายในร้านยา การควบคุมคุณภาพยาและวันหมดอายุ	แหล่งจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ☐ บริษัทผู้ผลิต/ ผู้จัดจำหน่าย ☐ ยี่ปั้ว ☐ ผ่านสำนักงานใหญ่/ แผนกจัดซื้อ ☐ สั่งผลิตหรือนำเข้าเอง เกณฑ์การคัดเลือกผลิตภัณฑ์ต่างๆ ☐ ผลิตภัณฑ์ผ่านการรับรองตามมาตรฐานการผลิตที่ดี GMP ☐ มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ☐ ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย ☐ มีใบส่งของ บัญชีซื้อ บัญชีขายตามกฎหมายกำหนด ถูกต้อง (มีการลงลายมือชื่อที่ครบถ้วน)เป็นปัจจุบัน ☐ มีระบบเฝ้าระวังหรือบัญชีควบคุม กำกับ และจัดการยาหมดอายุ ☐ มีบันทึกการขายยาที่ส่งคืน หรือ ขอเปลี่ยนจากผู้ซื้อ ☐ มีบันทึก การตรวจสอบสภาพก่อนกลับเข้าคลังสินค้า โดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ☐ ไม่มียาหมดอายุ และ/หรือ ยาเสื่อมคุณภาพในพื้นที่ขาย/ให้บริการ	
2. การเก็บรักษายาในร้านและยาสำรอง	☐ เก็บยาในสภาวะอุณหภูมิที่สอดคล้องกับฉลากและเอกสารกำกับยา ☐ มีการจัดการหลีกเลี่ยงแสงแดด อย่างเป็นไปตามหลักวิชาการ เพื่อให้ยานั้นคงคุณภาพที่ดี ☐ พื้นที่เก็บสำรองยา สะอาด มีระเบียบและเหมาะสมกับผลิตภัณฑ์ ☐ มีการบันทึกและติดตามอุณหภูมิต่อเนื่องของยาที่เก็บในตู้เย็นภายในร้าน และคลังยา ☐ การควบคุมเก็บรักษายาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ฯ และยาเสพติดให้โทษฯ เป็นสัดส่วน รัศกุ่ม มีปริมาณพอเหมาะและสามารถตรวจสอบได้ ☐ มีการสำรองยาและเวชภัณฑ์ที่สอดคล้องกับความจำเป็นของชุมชน	
3. การส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม	☐ ไม่มีการจำหน่ายยาชุด ☐ ไม่มีการแบ่งบรรจุยาเตรียมไว้ขาย (pre-pack) ☐ ไม่มีการเปลี่ยนถ่ายภาชนะบรรจุยา ☐ มีคู่มือและแนวทางการจ่ายยาเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่าง	

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการ เยี่ยมประเมิน
	เหมาะสม (Rational Drug Use system) ☐ มีแนวทางในการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานกำหนด ☐ มีแนวทางในการจ่ายยาที่เหมาะสมอื่นๆ เช่น	
4. การให้บริการเภสัชกรรม	☐ มีแนวทางในการคัดกรองโรค (Screening) ☐ ชักประวัติเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้มารับบริการชัดเจน WHAAMAD ☐ มีแนวทางการส่งมอบยา [] การทำ SOAP Note [] การเลือกภาชนะบรรจุยาที่จ่ายอย่างเหมาะสม [] การเขียน “ชื่อยา” บนซอง/ภาชนะบรรจุยา [] การแนะนำการใช้ยาด้วยวาจา [] การแนะนำการใช้ยาเป็นลายลักษณ์อักษร [] การให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยาและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ ☐ ข้อมูลบนฉลากยาครบถ้วน [] ชื่อร้าน (ระบุสาขา) พร้อมเบอร์ติดต่อ [] ชื่อผู้ชื้อยา [] วันที่จ่ายยา [] วันหมดอายุ [] ชื่อยา [] ข้อบ่งใช้ [] วิธีชื้อยา [] ข้อควรระวังในการชื้อยา [] ข้อแนะนำเฉพาะยา [] ชื่อเภสัชกรผู้จ่ายยา ☐ มีแนวทางในการติดตามการใช้ยา (Drug Monitoring) ☐ มีแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกิดจากการชื้อยา (Drug-related Problem) ☐ มีแนวทางดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ชัดเจน เหมาะสม ☐ มีการให้คำปรึกษาแนะนำด้านยาในกลุ่มใดหรือไม่ ☐ มีการเฝ้าระวังการแพ้ยา [] แนวทางการประเมินการแพ้ยา [] บัตรแพ้ยา ☐ มีการเฝ้าระวังและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการชื้อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ APR (Adverse Product Reaction) ☐ มีการกำหนดขอบเขตการให้บริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน	

มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติตามกฎระเบียบและจริยธรรม

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
1. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	☐ ถูกต้อง (ตรวจสอบกับทะเบียนสภาเภสัชกรรมด้วย) ☐ ไม่เคยถูกดำเนินการเรื่องจรรยาบรรณ หรือเพิกถอนใบอนุญาตฯ ☐ ไม่อยู่ระหว่างพักใช้ใบอนุญาตฯ ☐ แจ้งเภสัชกรแทน (จกภ.1) กรณีเภสัชกรอื่นมาปฏิบัติงานแทน	
2. ใบอนุญาตขายยา	☐ มียาถูกต้องตรงตามใบอนุญาต ☐ ไม่มียาที่ต้องติดตามการใช้ (SMP) (กรณีถ้ามีต้องมี ADR Profile ที่ชัดเจน) ☐ จัดทำบัญชีชื่อ-ขายยาที่ถูกต้อง ตามกฎระเบียบ ☐ จัดเก็บใบสั่งยาและเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นหลักฐาน	
3. การจำหน่ายยาเมื่อเภสัชกรไม่อยู่	☐ ปิดบัง/ปิดล็อก บริเวณตู้เก็บยาอันตราย/ยาควบคุมพิเศษ/ยาที่ต้องจ่ายโดยเภสัชกร ☐ แสดงป้ายแสดงให้ผู้รับบริการทราบและเห็นชัดเจน ☐ มีระบบป้องกัน การจำหน่ายยาโดยพนักงานอื่นที่ไม่ใช่เภสัชกร	
4. สิทธิผู้ป่วย	☐ มีการติดประกาศสิทธิผู้ป่วยให้ผู้รับบริการทราบและเห็นได้ชัดเจน ☐ เก็บรักษาความลับและป้องกันข้อมูลของผู้ป่วย	
5. การจ่ายยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ ยาเสพติดให้โทษฯ	☐ มีการจัดเก็บรัดกุม มีกุญแจล็อก ป้องกันการเข้าถึงจากบุคคลที่ไม่ใช่เภสัชกร ☐ มีการกำหนดหลักเกณฑ์การจ่ายยากุ่มดังกล่าว ☐ มีใบสั่งยาหรือมีหลักเกณฑ์การจ่ายที่เป็นรูปธรรม ☐ มีบันทึกการให้บริการชัดเจน	
6. การไม่จำหน่ายสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	☐ ติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในร้านยา ตามที่กฎหมายกำหนด ☐ ไม่พบการจำหน่ายเหล้า สุรา เบียร์ ไวน์ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ ☐ ไม่พบผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น ยาไม่มีทะเบียนยาปลอม	

มาตรฐานที่ 5 การให้บริการและการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม

ประเด็นมาตรฐาน	กรอบการประเมิน	สิ่งที่พบจากการเยี่ยมประเมิน
1. การบริการข้อมูลและให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องยาและสุขภาพแก่ชุมชน	☐ ร้านยามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ด้านยาและสุขภาพแก่ประชาชน ☐ ประชาชนได้มารับบริการซักถามปรึกษาปัญหาด้านยาและสุขภาพ ☐ การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการในร้านยาโดยบุคลากรอื่นซึ่งมิใช่เภสัชกรหรือพนักงานร้านยา ได้รับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกร และเภสัชกรควบคุมกำกับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในร้านยาให้ถูกต้องตามกฎหมาย	
2. ร่วมในโครงการรณรงค์ด้านสุขภาพ	☐ มีส่วนร่วมในโครงการรณรงค์ด้านสุขภาพร่วมกับหน่วยงานและองค์กรด้านสาธารณสุข กิจกรรม.....	
3. ร่วมค้นหาและแก้ไขปัญหาด้านยาของชุมชน	☐ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านยาและสุขภาพของชุมชน กิจกรรม.....	

สรุปการเยี่ยมชมประเมินโดยย่อ ของร้านยา.....จังหวัด

..... สรุปใน 3 ประเด็น คือ

(1) ประเด็นที่น่าชื่นชมของร้านยา

[illegible]

	(2) ประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ ผ่านการรับรอง Must	(3) ประเด็นที่สามารถพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้ เกิดคุณภาพที่สูงขึ้น Should
มาตรฐานที่ 1		
มาตรฐานที่ 2		
มาตรฐานที่ 3		
มาตรฐานที่ 4		
มาตรฐานที่ 5		

“การเยี่ยมประเมินครั้งนี้ ไม่มีเหตุการณ์หรือสิ่งเสียหายใดๆ กับทางร้าน และการสรุปนี้เป็นเพียงโดยย่อ โดยรายละเอียดจะอยู่ในรายงานฯ ที่สภาเภสัชกรรมส่งมา หรือแจ้งเพิ่มเติมเมื่อคณะกรรมการให้ข้อเสนอแนะ”

รับทราบเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เห็นชอบโดยผู้แทนคณะผู้เยี่ยมสำรวจ

วันที่

หมายเหตุ: ขอให้ทางร้านจัดส่งรายงานและรูปถ่ายก่อน-หลังสิ่งที่ได้แก้ไขปรับปรุง ให้สภาเภสัชกรรมทันที หรือภายใน 30 วันหลังได้รับรายงานฯ หรือส่งทาง E-mail address: papc@pharmacycouncil.org

เอกสารแนบ 2.6
งานบริการและงานวิจัยด้านบริหารทางเภสัชกรรมชุมชน
ในประเทศไทย

งานบริการและงานวิจัยด้านบริบาลทางเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทย

ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก โดยเฉพาะเมื่อไม่สามารถเข้าถึงหรือเมื่อไม่สะดวกในการเดินทางไปใช้สถานพยาบาลประเภทอื่นๆ โดยร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ที่มีความสำคัญต่อประชาชนและเป็นสถานพยาบาลอันดับแรกที่ประชาชนนึกถึงเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเมื่อต้องการยาสามัญประจำบ้าน ทั้งนี้เนื่องจากความสะดวกในการใช้บริการ ไม่ต้องเสียเวลาในการรอรับบริการ มีค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลอื่นๆ

การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในประเทศไทยยังมีการพัฒนากิจกรรมงานบริบาลและงานวิจัยอย่างช้าๆ และมีจำนวนน้อย เนื่องจากยังขาดเครื่องมือคุณภาพที่ช่วยในการสำรวจและบันทึกงานบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Awiphan & Thadapark, 2003) ในรายงานวิจัยฉบับนี้จะกล่าวถึงงานวิจัยตามขอบเขตงานบริการ 4 กิจกรรมที่เน้นโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) และเป็นกิจกรรมที่เน้นในงานวิจัยนี้ คือ

- 1) การดูแลและติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM)
- 2) การคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยง (Screening)
- 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral modification)
- 4) การคุ้มครองผู้บริโภค (Prevention and promotion)

ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมทั่วทั้งประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการสาธารณสุขของประเทศ เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการมุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและได้รับบริการทางเภสัชกรรมที่มีคุณภาพ (LochidAmnuay, Waiyakarn, Pongcharoensuk, Koh-Knox, & Keokitichai, 2009)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2548 ซึ่งได้เปิดโอกาสให้สถานบริการที่มีบริการไม่ครบเกณฑ์สามารถเข้าร่วมในการให้บริการในแบบจำลอง (รูปแบบโมเดล) หน่วยบริการร่วมให้บริการ ซึ่งหมายถึงหน่วยบริการที่จัดบริการสาธารณสุขไม่ครบเกณฑ์ระดับปฐมภูมิและได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง โดยมีข้อตกลงเป็นหนังสือกับหน่วยบริการสุขภาพประจำ ทำให้ภาคเอกชนที่ประกอบวิชาชีพต่างๆ สามารถเข้าร่วมโครงการโดยเป็นผู้ร่วมให้บริการได้ เช่น คลินิกอบอุ่น สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (หรือร้านยา) (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553)

ในส่วนของร้านยานั้น ปัจจุบันมีระบบการรับรองคุณภาพของร้านยา โดยสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสภาเภสัชกรรม ดำเนินการตรวจประเมินและรับรองร้านยาที่มีคุณภาพการบริการที่ดี ทำให้ประชาชนมั่นใจในคุณภาพของร้านยาที่ให้บริการว่าร้านยาที่จะเข้าร่วมในระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้านั้นๆ มีคุณภาพของงานบริการที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้ ดังปรากฏในรูปแบบของการให้การรับรองในชื่อว่า “ร้านยาคุณภาพ” (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553)

ด้วยคุณภาพมาตรฐานดังกล่าว สปสช. จึงได้ริเริ่มแนวคิดโดยทดลองโครงการนำร่องในการนำร้านยาเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพ เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ และเสนอเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในบางพื้นที่และบางโรค โดยมีสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) หรือเรียกย่อๆ ว่า “สภช.” รับหน้าที่เป็นตัวแทนองค์กรวิชาชีพในการประสานงานระหว่างเภสัชกรรมชุมชนและสปสช. (สภช., 2014c) โดยในปี พ.ศ. 2556 สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้สนับสนุนงบประมาณแก่เภสัชกรรมชุมชน ผ่าน สภช. ในการดำเนินการโครงการดูแลปัญหาการใช้ยาผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชนโดยพัฒนาการเชื่อมโยงงานเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร (Family pharmacists) กับประชาชนในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีการนำกิจกรรมปฐมภูมิ เช่น การคัดกรองโรคต่างๆ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ไปให้บริการจริงในร้านยาโดยเภสัชกรชุมชนในพื้นที่ และในร้านยาบางแห่งได้มีการทำงานเป็นทีมกับหน่วยบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ เช่น ร้านกนกฟาร์มาเซิน ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาโรงพยาบาลพร้อมมิตร ในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และผู้ป่วยทางโรคหลอดเลือดและสมองจากโรงพยาบาลตากสิน โดยมีการรับส่งข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และพัฒนาการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ) ร่วมกับทีมเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน จากโครงการดังกล่าว จะมีผลชี้แนะให้เห็นชัดเจนว่าเภสัชกรชุมชนมีศักยภาพและสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยในการแก้และลดปัญหาของผู้ป่วยได้หลายรูปแบบ เช่น การไม่ใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (Patient compliance) การเกิดอันตรกิริยาของยา (Adverse drug reaction) ปัญหาการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาจากความพิการหรือความไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นต้น

ต่อมาได้มีการขยายขอบเขตของโครงการออกไปสู่ สปสช. เขต 12 จังหวัดสงขลา และบางจังหวัดในภูมิภาคต่างๆ และสภช. ได้มีการจัดทำฐานข้อมูลเพื่อรวบรวมประวัติผู้ป่วยที่มารับการบริการ ผลผลิตจากกระบวนการ (Output) เช่น ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด หรือค่า BMI ของผู้มารับบริการ และผลลัพธ์ (Outcome) เช่น ผู้มารับบริการเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือโรคอ้วนหรือไม่ ฐานข้อมูลดังกล่าวได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากร้านยาที่เข้าโครงการฯ ทั้งหมดทั่วประเทศ เมื่อสิ้นสุดโครงการในระยะเวลา 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 1,424 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวนถึง 3,000 ครั้งจากร้านยาที่เข้าร่วมโครงการฯ 19 ร้าน (สภช., 2014b)

นอกจากนี้ ร้านยายังมีข้อตกลงกับหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิอื่นๆ ในการให้บริการด้านเภสัชกรรมร่วมกับได้รับคำตอบแทนจากหน่วยบริการสุขภาพนั้น ๆ โดยสามารถประมวลลักษณะการร่วมให้บริการของร้านยาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ในลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) ร่วมให้บริการกับหน่วยบริการสุขภาพประจำโดยตรง เช่น
 - ร้านยาเลิศโฮสคอลลีเยและโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
 - ร้านยามหาวิทยาลัยมหาสารคามและโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- 2) ร่วมให้บริการในลักษณะของเครือข่ายบริการ (Arkavichien, Hongsamout, Jarupach, & Sangkar, 2008b) เช่น ร้านยาร่วมมือกับหน่วยบริการต่อไปนี้
 - คลินิกชุมชนอบอุ่น (คชอ.) เช่น ร้านยาสมบุญเภสัชกรกับคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา
 - ศูนย์แพทย์ชุมชน (Community medical unit, CMU) เช่น ในจังหวัดนครราชสีมาและขอนแก่น
 - ศูนย์บริการเภสัชกรรมชุมชน เช่น ร้านเรือนยากับศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนที่ 28, 36, 47 และ 49

ตัวอย่างของการเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจากการที่ร้านยาเข้าร่วมในหลักประกันสุขภาพ จะเห็นได้จากการที่คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นำร้านยาเป็นผู้ให้บริการเติมยา (Prescription refill) สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การติดตามอาการและให้คำปรึกษา (Drug counseling) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและวัณโรค และจ่ายยาเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยทั่วไป (Keawkes, Sookaneknun, & See-in, 2010) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรได้ และร้อยละ 90 สามารถกินยาครบถ้วนตามสั่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยพึงพอใจสูงสุดด้านเวลา ความสะดวก และการบริการของเภสัชกร เมื่อรู้เรื่องต้นทุน พบว่า ต้นทุนประหยัดกว่าการให้บริการโดยโรงพยาบาล

การศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการเติมยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะทางคลินิกคงที่ที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ร่วมกับร้านยาเลิศโอสโกลังยา และมีรูปแบบการให้บริการการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ โดยศึกษาที่ร้านยาสมบุญเภสัชกรกับคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผลทางคลินิกระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่ร้านยาไม่ต่างกับการดูแลที่โรงพยาบาล และเภสัชกรโรงพยาบาลเห็นว่าร้านยาสามารถลดภาระของแพทย์ได้ ทำให้แพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยโรคอื่นได้มากขึ้น เนื่องจากร้านยามีเวลาพูดคุยให้คำแนะนำกับผู้ป่วยได้มากกว่า (Lochid-amnuay, Kessomboon, Puttasri, & Puangkantha, 2011) และในการศึกษาการบริการเภสัชภัณฑ์ที่ร้านยาสมบุญเภสัชกรกับคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ร้านยามีส่วนช่วยในการเพิ่มคุณค่า (Value added) และความปลอดภัย (Safety) ให้ผู้ป่วย โดยป้องกันปัญหาจากการใช้ยา หรือ Drug related problems (DRPs) ได้ร้อยละ 3 ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องได้รับยามากหรือน้อยกว่าที่ควรจะได้รับ (Over หรือ under dose) และผู้ป่วยพึงพอใจในระดับสูงสุดถึงร้อยละ 75 เนื่องจากได้ซักถามและประหยัดเวลาในการเข้ารับบริการ (Arkaravichien, Hongsamout, Jarupach, & Sangkar, 2008a)

บทบาทและกิจกรรมการให้บริการของร้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553)

จากโครงการ “การจัดทำข้อเสนอร้านยาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า” โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) (2553) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของร้านยาที่เข้าร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและบริการที่ร้านยาสามารถเข้าไปร่วมแบ่งเบาภาระงานของหน่วยบริการสุขภาพอื่น รวมทั้งการช่วยพัฒนาและยกระดับคุณภาพของการให้บริการ อาจมีได้ดังนี้

1. การจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา (Common ailments)

บทบาทการให้บริการดูแลและการจ่ายยาตามอาการของผู้ป่วย เป็นบทบาทหลักที่ร้านยาทุกแห่งให้บริการ จัดเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของร้านยาภายใต้การควบคุมดูแลโดยเภสัชกรที่มีหน้าที่ปฏิบัติการ ร้านยาเป็นสถานบริการสุขภาพด่านหน้าในการให้บริการด้านยาที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก เป็นสถานบริการที่รองรับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (Self-medication) บทบาทการดูแลและจ่ายยาตามอาการยังรวมถึงการเป็นแหล่งให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาแก่ประชาชนในเขตชุมชนที่รับผิดชอบ โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำด้านยาที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชนและผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทั่วไป (Common ailments) นอกจากนี้ยังรวมถึง การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลระดับที่สูงขึ้น ในกรณีที่เภสัชกรประเมินอาการหรือสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยแล้วมีความเห็น

ว่าการรักษาโดยใช้ยาและการแนะนำผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพยังไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือต้องใช้ในการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมร่วมด้วย ดังนั้น กิจกรรมหรือบทบาทของร้านยาในการให้บริการจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยประกอบด้วย

- 1) การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการ และระบบข้อมูลการบริการ
- 2) การให้บริการรักษาอาการเจ็บป่วยกรณีโรคทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา
- 3) การส่งต่อผู้ป่วย (Referral) กรณีที่เกินจากความสามารถของร้านยา
- 4) บริการคัดกรองด้านสุขภาพ (Health screening) การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต เพื่อช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาได้ทันเวลาที่
- 5) การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสร้างสุขภาพที่ดี (Health promotion) และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ (Self-care and self-medication)
- 6) การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Home visit) เพื่อติดตามการใช้ยาและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction, ADR)

2. การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ (Dispensing and review prescription)

การจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นบทบาทของเภสัชกรโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากการจ่ายยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องตรงตามที่แพทย์สั่งจ่ายแล้ว เภสัชกรยังช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการสั่ง จัดและจ่ายยา การให้คำแนะนำการใช้ยาที่ถูกต้อง การจ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์ รวมถึงการให้บริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) ได้แก่ การเก็บประวัติการใช้ยา ประเมินใบสั่งยา (Review prescription) การค้นหาปัญหาที่เกิดเนื่องจากการใช้ยาของผู้ป่วย (Drugs related problem) การตรวจสอบการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drugs interaction) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาเทคนิคพิเศษต่างๆ และการติดตามผลการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนั้น กิจกรรมที่ร้านยาให้บริการจ่ายยาและทบทวนใบสั่งยาของแพทย์ (Dispensing and review prescription) มีดังนี้

- 1) การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการและระบบข้อมูลการบริการ
- 2) การบริหารคลังยา (Inventory management) ซึ่งได้แก่ การคัดเลือก จัดซื้อ และการจัดการคลังยา
- 3) การทบทวนใบสั่งแพทย์ (Review prescription) เพื่อลดปัญหาเนื่องจากยา เช่น กรณีการแพ้ยา ซ้ำซ้อน
- 4) การบริการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (Dispensing) พร้อมคำแนะนำ
- 5) การให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling) แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (Compliance)
- 6) การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการใช้ยาและค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

3. การจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Refill prescription in chronic disease)

ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายๆ โรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งต้องมีการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและต้องพบแพทย์เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินผลของการรักษาว่าจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาหรือไม่อย่างไร โดยความถี่ของการมาพบแพทย์นั้นขึ้นกับผลการรักษาด้วยยาว่าสามารถควบคุมอาการของโรค หากอาการของโรคนั้นถูกควบคุมได้อย่างคงที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรับประทานดั่งเดิมที่เคยได้รับไปใช้ต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น 2-3 เดือน ซึ่งในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเองที่บ้านและนัดผู้ป่วยกลับมาประเมินผลการรักษาอีกครั้งเมื่อครบระยะเวลานัด

การรับบริการที่โรงพยาบาลต้องเสียเวลาค่อนข้างมากในการรอรับบริการ นอกจากนี้หลังจากการตรวจจากแพทย์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะได้รับยาชนิดเดิมมารับประทานต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมารับบริการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การควบคุมอาการของโรคของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ผลไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ดังนั้นหากมีการจัดระบบบริการเพื่ออำนวยความสะดวกและรวดเร็วให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมสภาวะทางคลินิกได้ด้วยการไปรับบริการเติมยา (เติม) ต่อเนื่องที่ร้านยา ซึ่งมีเภสัชกรให้การดูแลเรื่องการใช้ยาและมีการติดตามอาการของโรค จะเป็นระบบที่เอื้อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น และบรรเทาความแออัดในการรอรับบริการที่โรงพยาบาลได้มาก รวมถึงช่วยให้ระบบบริการของโรงพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยจะนำใบสั่งแพทย์เพื่อไปรับบริการเติมยา (Refill) ที่ร้านยาทุกเดือน ติดต่อกันเป็นเวลา 3-6 เดือน ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวนั้น เภสัชกรร้านยาจะเป็นผู้ดูแลให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผลทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ร้านยา เพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้บริการและการส่งผู้ป่วยรับบริการต่อที่โรงพยาบาลในกรณีที่ค่าทางคลินิกที่ติดตามนั้นสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ตามเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยซึ่งได้มีการจัดทำไว้ล่วงหน้า ในกรณีนี้เภสัชกรจะช่วยให้ข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็นโดยการเขียนในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อสื่อสารกับแพทย์ที่ทำการรักษาด้วย และเมื่อครบกำหนดเวลานัด เภสัชกรร้านยาจะทำการสรุปผลการติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อให้กับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนั้น

กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถมารับบริการที่ร้านยา ควรเป็นโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โดยกิจกรรมที่ร้านยาสามารถให้บริการมีดังนี้

- 1) การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการและระบบข้อมูลการบริการ
- 2) การสำรวจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย
- 3) การบริการวัดความดันเครื่องอัตโนมัติ เพื่อติดตามการรักษา

- 4) การบริการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วเพื่อติดตามการรักษา (เฉพาะกรณีผู้ป่วยเบาหวาน)
- 5) การบริการจ่ายยาเดิมตามใบสั่งแพทย์ พร้อมคำแนะนำ
- 6) การให้คำปรึกษา (Counseling) แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมทั้งการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Compliance)
- 7) การส่งต่อผู้ป่วย (Referral) กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 8) การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามการใช้ยาและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

4. การให้บริการของร้านยาในการคัดกรองโรค (Diseases screening)

อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือภาวะไขมันในเลือดสูง มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดอาการหรือภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ อาทิเช่น จอประสาทตาผิดปกติ โรคไตวายจากโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ดังนั้น การคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ทั้งโรคติดต่อที่ต้องมีการรายงานและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทันท่วงที และผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้านยาจึงเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพสูงในการคัดกรองโรคต่างๆ ในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งการบริการคัดกรองโรคเป็นบทบาทหนึ่งที่ร้านยาสามารถให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง การส่งต่ออย่างทันท่วงทีและเหมาะสมทั้งกรณีโรคติดต่อและโรคเรื้อรัง โดยการบริการนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อ
 - กลุ่มอาการไข้ ได้แก่ โรคมือ เท้า ปาก และไข้หวัดนก
 - กลุ่มโรคทางเดินอาหาร ได้แก่ อูจจาระร่วงเรื้อรัง อูจจาระร่วงรุนแรง
 - กลุ่มอาการทางเดินหายใจ ได้แก่ วัณโรคปอด โรคไข้หวัดใหญ่ โรคปอดอักเสบ
2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ (โรคเรื้อรัง)
 - โรคเบาหวาน
 - โรคความดันโลหิตสูง

โดยกิจกรรมต่างๆ ที่ร้านยาสามารถให้บริการเพื่อการคัดกรองผู้ป่วยมีดังนี้

- 1) การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการและระบบข้อมูลการบริการ
- 2) การซักประวัติและการสำรวจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติสุขภาพครอบครัว การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย
- 3) การบริการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องอัตโนมัติ เพื่อการคัดกรองผู้ป่วย
- 4) การบริการวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วเพื่อการคัดกรองผู้ป่วย (เฉพาะกรณีผู้ป่วยเบาหวาน)

- 5) การส่งต่อผู้ป่วย (Referral) กรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิต หรือระดับน้ำตาลในเลือด หรือภาวะอื่นๆ ที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

5. การให้บริการของร้านยาในการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นบทบาทสำคัญในการช่วยลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วย การเกิดโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ร้านยาสามารถมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ด้วยการเป็นแหล่งให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง เช่น การให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ (Smoking cessation counseling) ปัจจุบันในประเทศไทยเริ่มมีการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพในร้านยาบางแห่ง แต่อยู่ในลักษณะของบริการเสริมเพิ่มเติม (Value added) ของการให้บริการทั่วไป โดยกิจกรรมต่างๆ ที่ร้านยาสามารถให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้

- 1) การจัดทำแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการ และระบบข้อมูลการบริการ
- 2) การบริการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ (Smoking cessation)
- 3) การให้คำปรึกษา (Counseling) แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริมสุขภาพ
- 4) การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพิ่มเติมตามการใช้ยาและค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย

6. การให้บริการเยี่ยมบ้านโดยการดูแลและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยของร้านยา

การให้บริการการดูแลและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication therapy management หรือ MTM) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medical therapy review) การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Personal medical record) การกำหนดการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ที่ดูแล (A medication action plan) การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (Intervention and referral) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Documentation & follow-up)

โดยกิจกรรมต่างๆ ที่ร้านยาสามารถให้บริการเยี่ยมบ้านในลักษณะ (MTM) มีดังนี้

- 1) การจัดแฟ้มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Patient profile) ที่มารับบริการ และระบบข้อมูลการบริการ
- 2) การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านสหสาขา
- 3) การส่งต่อผู้ป่วยพบแพทย์เมื่อพบปัญหาที่ต้องการดูแลโดยการประสานงานกับแพทย์
- 4) การวางแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง

สำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ ในร้านยาในประเทศไทย ยังไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน แต่มีการใช้แบบฟอร์มเพื่อการส่งต่อ การคัดกรอง ดังตัวอย่างในเอกสารแนบท้าย โดยในการจัดกลุ่มในเรื่องของข้อกำหนด (Requirements) ในการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4 ด้าน (สภาเภสัชกรรม, 2556) คือ การทบทวนการใช้ยา คัดกรองโรคเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยง การปรับพฤติกรรม

สุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถจัดกลุ่มจากโครงการ การจัดทำข้อเสนอร้าน ยาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าให้เข้ากับข้อกำหนด 4 ด้านหรือกิจกรรม ได้ดังนี้

- 1) การทบทวนการใช้ยา (Medicines use review) ได้แก่
 - การจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา (Common ailments)
 - การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ (Dispensing and review prescription)
 - การจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Refills prescription in chronic disease)
 - การให้บริการเยี่ยมบ้านในลักษณะ Medication therapy management (MTM) ของร้านยา
- 2) การคัดกรองโรคเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยง (Disease screening and risk assessment)
- 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral modification)
- 4) การให้บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Health consumer protection) และส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

จากรายงานเบื้องต้นเรื่องข้อกำหนด (Requirements) ของบทบาททั้งสิ้นในการให้บริการเภสัชกรรม ปฐมภูมิเพื่อวางแผนและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบสารสนเทศที่เหมาะสม โดยสภาเภสัชกรรม (2556) ได้เสนอบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรร้านยาแบ่งตามประเภทของงานทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1.ระบบงานทบทวนการใช้ยา

การทบทวนการใช้ยาสามารถแบ่งการทำงานได้เป็น 8 กระบวนการ ได้แก่ การทบทวนข้อมูลผู้ป่วยการ รวบรวมข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การซักประวัติอาการเจ็บป่วย การค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมาย เพื่อแก้ไขปัญหา การกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา การติดตามผลการแก้ไขปัญหา และการรายงานส่วน ฐานข้อมูลที่ใช้ กับระบบงานทบทวนการใช้ยา คณะทำงานผู้วิจัยได้จัดทำฐานข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในส่วนนี้ไว้ด้วย โดยประกอบด้วย 15 ฐานข้อมูล ดังนี้

- | | |
|---|--|
| - ข้อมูลผู้แจ้งปัญหา | - ข้อมูลผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา |
| - ข้อมูลผู้ให้บริการ | - ข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับจากแพทย์สั่ง |
| - ข้อมูลผู้ป่วย | - ข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้จากการหามาใช้เอง |
| - ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ | - ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต |
| - ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย | - ข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหลือใช้ |
| - ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับยา | - ข้อมูลวิธีการแก้ไขปัญหา/ข้อแนะนำ |
| - ข้อมูลปัญหาจากอาการแสดงทางคลินิก | - ข้อมูลการวางแผนติดตามผู้ป่วย |
| - ข้อมูลผลการตรวจร่างกายเบื้องต้นและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ | |

รายงานผลการให้บริการมีจำนวน 8 รายงาน ดังนี้

- รายงานผู้ป่วยที่ทบทวนการใช้ยาประจำเดือนแยกตามโรค
- รายงานปัญหาของผู้ป่วยที่ดูแลประจำเดือนแยกตามโรค
- รายงานปัญหาของผู้ป่วยที่แก้ไขได้ประจำเดือนแยกตามโรค

- รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่ป้องกันได้
- รายงานผู้ป่วยที่มีค่าพารามิเตอร์เป็นไปตามเป้าหมายแยกตามโรค
- รายงานมูลค่ายาเหลือใช้
- รายงานผู้ป่วยและปัญหาที่ต้องส่งต่อพบแพทย์
- รายงานผลการทบทวนการใช้ยาแต่ละราย

2. ระบบงานคัดกรองโรคเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยง

ระบบงานคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น แบ่งการทำงานออกได้ 8 กระบวนการ ได้แก่

- การตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ
- การซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยง
- การประเมินปัจจัยเสี่ยง
- การส่งข้อมูล
- การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน
- การตรวจร่างกายเบื้องต้น
- การให้คำปรึกษาและปรับพฤติกรรม
- การส่งต่อผู้ป่วย

ส่วนฐานข้อมูลที่ใช้กับระบบงานคัดกรองโรคเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย 9 ฐานข้อมูล ดังนี้

- ข้อมูลผู้ให้บริการ
- ข้อมูลผู้ป่วย
- ข้อมูลการจัดการของผู้ประเมิน
- ข้อมูลการประเมินปัจจัยเสี่ยง
- ข้อมูลการส่งต่อ
- ข้อมูลการเจ็บป่วยของครอบครัว
- ข้อมูลประวัติพฤติกรรม สุขภาพ
- ข้อมูลผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น
- ข้อมูลผลการประเมินปัจจัยเสี่ยง

รายงานผลการให้บริการมี 4 รายงานดังนี้

- รายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการคัดกรองแยกตามโรครายเดือน
- รายงานผลการประเมินปัจจัยเสี่ยงแยกตามโรครายเดือน
- รายงานผลการดำเนินการของผู้ประเมินแยกตามความเสี่ยงของโรครายเดือน
- รายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยและการวินิจฉัยของแพทย์รายเดือน

3) ระบบงานปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ในกิจกรรมงานปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยในประเทศไทยมี 2 กิจกรรมที่มีการดำเนินการโดยร้านยาอย่างเป็นรูปธรรม คือ เลิกบุหรี่ และควบคุมน้ำหนัก

1) งานเลิกบุหรี่

งานปรับพฤติกรรมโดยร้านยาที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ สามารถแบ่งการทำงานแบ่งย่อยได้ 7 กระบวนการ ได้แก่

- การตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ
- การแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่
- การวางแผนการเลิกสูบบุหรี่
- การส่งข้อมูล
- การประเมินพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่
- การประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่
- การติดตามผลการเลิกบุหรี่

ส่วนฐานข้อมูลที่ใช้กับระบบงานเลิกบุหรี่ประกอบด้วย 8 ฐานข้อมูล ดังนี้

- ข้อมูลผู้ให้บริการ
- ข้อมูลผู้รับบริการ
- ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่
- ข้อมูลการประเมินภาวะเสพติดบุหรี่
- ข้อมูลการประเมินระดับการตินิโคติน
- ข้อมูลประเมินระดับความสนใจในการเลิกบุหรี่
- ข้อมูลการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม
- ข้อมูลการติดตามผลการเลิกบุหรี่

รายงานผลการให้บริการมี 3 รายงานดังนี้

- รายงานผู้เข้ารับบริการเลิกบุหรี่รายเดือน
- รายงานสัดส่วนผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จติดต่อกัน 1 เดือน
- รายงานสัดส่วนของผู้เข้ารับบริการเลิกบุหรี่ที่กลับไปติดบุหรี่อีก

2) งานควบคุมน้ำหนัก

กิจกรรมการปรับพฤติกรรมโดยช่วยควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยสามารถแบ่งการทำงานแบ่งย่อยได้ 7 กระบวนการ ได้แก่

- การตรวจสอบสิทธิผู้รับบริการ
- การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน
- การติดตามผล
- การส่งข้อมูล
- การประเมินพฤติกรรมการควบคุมอาหาร
- การประเมินความตั้งใจที่จะลดน้ำหนัก
- การให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรม

ส่วนฐานข้อมูลที่ใช้กับระบบงานควบคุมน้ำหนัก ประกอบด้วย 7 ฐานข้อมูล ดังนี้

- ข้อมูลผู้ให้บริการ
- ข้อมูลผู้รับบริการ
- ข้อมูลความพยายามในการควบคุมน้ำหนัก
- ข้อมูลผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น
- ข้อมูลความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนัก
- ข้อมูลวัดพฤติกรรมการควบคุมอาหาร
- ข้อมูลการติดตามผลการควบคุมอาหาร

รายงานผลการให้บริการมี 2 รายงาน ดังนี้

- รายงานผู้เข้ารับบริการควบคุมน้ำหนักรายเดือน
- รายงานสัดส่วนของผู้เข้ารับบริการที่มีผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น

4. ระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

กิจกรรมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสามารถแบ่งการทำงานได้ 7 กระบวนการ ได้แก่

- การรวบรวมข้อมูลผู้ใช้
- การรวบรวมข้อมูลผลิตภัณฑ์
- การประเมินความสัมพันธ์
- การส่งต่อ
- การรวบรวมข้อมูลปัญหาผลิตภัณฑ์
- การประเมินความร้ายแรงของปัญหา
- การแก้ปัญหา

ส่วนฐานข้อมูลที่ใช้กับระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วย 5 ฐานข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลผู้ให้บริการ
- ข้อมูลผู้รับบริการ
- ข้อมูลการแก้ไขปัญหา
- ข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่สงสัยมีปัญหา
- ข้อมูลปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
-

รายงานผลการให้บริการมี 3 รายงานดังนี้

- รายงานจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการเฝ้าระวังความปลอดภัย
- รายงานข้อมูลปัญหาของผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- รายงานวิธีการแก้ปัญหาและผลการแก้ไขปัญหา

โดยทางผู้วิจัย มีความเห็นว่า ข้อกำหนดความต้องการ (Requirement) ของบทบาททั้งสี่กิจกรรมในการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ สามารถใช้เพื่อวางแผนและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาระบบสารสนเทศที่เหมาะสม เนื่องจากมีข้อมูลการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ทั้งทางด้านเทคนิค การปฏิบัติงาน การเงิน เวลาและความพร้อมของบุคลากร

ภาพรวมของเภสัชกรร้านยาในประเทศไทย

ปัจจุบันสำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา (สสร.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ร่วมกับสภาเภสัชกรรมซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพในการยกร่าง ออกข้อกำหนดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมชุมชน เพื่อสร้างความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติสำหรับเภสัชกรในการให้บริการอย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และการจัดทำคู่มือหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Good Pharmacy Practice, GPP) ภายใต้การสนับสนุนของสหพันธ์เภสัชกรรมนานาชาติ (Federal of International Pharmaceutical, FIP) ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติของเภสัชกรร้านยาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและการใช้ยาปฏิชีวนะ (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2553)

การดำเนินงานของร้านยาคุณภาพที่ผ่านการรับรองเป็น “ร้านยาคุณภาพ” ได้ประสานความร่วมมือกับชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งระดับพื้นที่และระดับสถานพยาบาลเพื่อเชื่อมโยงการให้บริการหรือขยายบทบาทการให้บริการให้ใกล้ชิดประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการมากขึ้น และได้มีการกำหนดมาตรฐาน 4 ด้านของร้านยา คือ medicine management, disease screening, behavioral modification และ health consumer protection แต่ยังไม่มีการกำหนดเอกสารคู่มือการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure, SOP) ที่ชัดเจนในแต่ละมาตรฐานงาน แต่มีการใช้แบบฟอร์มในการส่งต่อและคัดกรอง ซึ่งพบว่าไม่มีแบบฟอร์มที่พัฒนามาจากหลากหลายหน่วยงานและมีการพัฒนาต่อเนื่องกันหลายรุ่น (Version) ดังตัวอย่างในท้ายภาคผนวกที่จะนำเสนอแบบประเมินหรือแบบบันทึกจากบางหน่วยงาน

ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการบริการของร้านยา ได้มีการเสนอแนวคิดเป็น 3 แบบ (บัณฑิตานุกูล, พูลสุวรรณ, & หาญสกุล, 2545) คือ

- แบบที่ 1 กองทุนสนับสนุนงบประมาณให้เครือข่าย โดยร้านยาเป็นหนึ่งในเครือข่าย
- แบบที่ 2 กองทุนสนับสนุนงบประมาณให้ร้านยา ในฐานะเป็นหน่วยปฐมภูมิหลัก
- แบบที่ 3 กองทุนสนับสนุนงบประมาณให้ร้านยา ในฐานะคู่สัญญา

ซึ่งแนวคิดทั้ง 3 แบบยังต้องมีการศึกษาประเมินถึงผลดี ผลเสียอย่างรอบคอบเพิ่มเติม เนื่องจากยังไม่สามารถหาข้อสรุปว่าแบบใดดีที่สุดได้

(ตัวอย่างแบบประเมินและส่งต่อผู้ป่วยจากความร่วมมือระหว่างสภ.และสปสช. หน้า 1)



ผลการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย



วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียนแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย

เรื่อง การส่งข้อมูลการประเมินความเสี่ยงโรคกลุ่มเมตาบอลิก

ผู้ถูกประเมิน ชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI.....กิโลกรัม/เมตร² เส้นรอบเอว.....เซนติเมตร

ที่อยู่.....

สิทธิการรักษาพยาบาล.....โทรศัพท์.....

ผลการประเมินความเสี่ยงภาวะโรคกลุ่มเมตาบอลิก

	ผลการตรวจร่างกาย	ค่าปกติ	ระดับความเสี่ยง	การดำเนินการที่ให้
โรคเบาหวาน				
โรคความดันโลหิตสูง				
โรคไขมันในเลือดสูง				

สาเหตุที่ส่งต่อ

.....

.....

.....

ลงชื่อเภสัชกรผู้ประเมิน.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

ชื่อร้าน.....เบอร์โทรศัพท์.....

(ตัวอย่างแบบประเมินและส่งต่อผู้ป่วยจากความร่วมมือระหว่างสภ.และสปสช. หน้า 2)



ใบตอบกลับ (Physician Responded Form: PRF)



วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามที่ได้ดำเนินการส่งผู้ถูกประเมิน ชื่อนามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

ผลการวินิจฉัย

โรคเบาหวาน

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: FBS =mg/dL, HbA1c =

โรคความดันโลหิตสูง

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

ผลการวัดระดับความดันโลหิต: BP =mmHg, HR =

ระดับไขมันในเลือด

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: TC = mg/dL

TG = mg/dL

LDL-C = mg/dL

HDL-C =mg/dL

แนวทางการรักษา / รายการยา / ความคิดเห็น

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อแพทย์

สถานพยาบาล

เบอร์โทรติดต่อ

แผนภาพที่ 2.6.1 ตัวอย่างแบบประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (สภ., 2014a)

(ตย.แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน/ความดันสูง/ภาวะอ้วนลงพุง/โรคซึมเศร้า หน้า 2)

2. ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ	
การสูบบุหรี่	☐ ไม่สูบ ☐ เลิกสูบ.....ปี (เคยสูบ.....ปี) ☐ สูบประจำ (.....มวน / วัน) เป็นเวลาปี
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว (...ครั้ง / สัปดาห์) ☐ ดื่มเป็นประจำ (...../ สัปดาห์)
การดื่มกาแฟ	☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว (...ครั้ง / สัปดาห์) ☐ ดื่มเป็นประจำ (...../ สัปดาห์)
การดื่มชา	☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว (...ครั้ง / สัปดาห์) ☐ ดื่มเป็นประจำ (...../ สัปดาห์)
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว (...ครั้ง / สัปดาห์) ☐ ดื่มเป็นประจำ (...../ สัปดาห์)
การดื่มน้ำอัดลม / น้ำหวาน	☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่มเป็นครั้งคราว (...ครั้ง / สัปดาห์) ☐ ดื่มเป็นประจำ (...../ สัปดาห์)
รสชาติอาหารที่รับประทานเป็นประจำ	☐ หวาน ☐ เค็ม ☐ มัน ☐ เผ็ด ☐ เปรี้ยว ☐ อื่นๆ...
การออกกำลังกาย	☐ ไม่ออกกำลังกาย ☐ ออกกำลังกาย โดย.....ประมาณ.....นาที / วัน
จำนวน.....	วัน / สัปดาห์
การพักผ่อน	เวลาเข้านอน.....น. เวลาตื่นนอน.....น. ระยะเวลา
รวม.....	ชั่วโมง
3. ประวัติการเจ็บป่วย และ ประวัติการแพ้ยา / อาหาร	
โรคประจำตัว	
☐ ไม่ทราบ ☐ Diabetes Mellitus (DM) ☐ Hypertension (HT) ☐ Dyslipidemia ☐ Cardiovascular disease ☐ อื่นๆ (ระบุ).....	
ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่แพ้ ☐ แพ้ยา (ระบุชื่อสามัญทางยาและอาการแพ้).....	
ประวัติการแพ้อาหาร ☐ ไม่แพ้ ☐ แพ้ (ระบุชื่ออาหารและอาการแพ้).....	
4. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (พ่อ, แม่ และญาติพี่น้องสายตรง)	
☐ ไม่ทราบ ☐ Diabetes Mellitus (DM) ☐ Hypertension (HT) ☐ Dyslipidemia ☐ Cardiovascular disease ☐ อื่นๆ (ระบุ).....	

(ตย.แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน/ความดันสูง/ภาวะอ้วนลงพุง/โรคซึมเศร้า หน้า 3)

5. แบบคัดกรอง / ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่ม Metabolic syndrome	
Diabetes Mellitus (DM)	Hypertension (HT)
1. เพศ (คะแนน.....) ☐ ชาย [2] ☐ หญิง [0] 2. อายุ= (ปี) (คะแนน.....) ☐ 34 – 44 ปี [0] ☐ 45 – 49 ปี [1] ☐ ≥ 50 ปี [2] 3. ประวัติคนในครอบครัวเป็น DM (คะแนน.....) ☐ มี [4] ☐ ไม่มี [0] 4. BMI = (kg/m²) (คะแนน.....) ☐ < 23 [0] ☐ 23 – 27.5 [3] ☐ > 27.5 [5] 5. เส้นรอบเอว..... (cm) (คะแนน.....) ☐ < 90 (ชาย), < 80 (หญิง) [0] ☐ ≥ 90 (ชาย), ≥ 80 (หญิง) [1] 6. ความดันโลหิตสูง (คะแนน.....) (BP ≥ 140 / 90 mmHg หรือได้รับยา Antihypertensive drug) ☐ ไม่มี [0] ☐ มี [2] คะแนนรวม =คะแนน	1. ประวัติคนในครอบครัวเป็น HT ☐ ไม่มี [0] ☐ มี [1] 2. มีประวัติ Dyslipidemia ☐ ไม่มี [0] ☐ มี [1] 3. BMI (kg/m²) ≥ 25 (ชาย), ≥ 23 (หญิง) ☐ ไม่มี [0] ☐ มี [1] 4. เส้นรอบเอว (cm) ≥ 90 (ชาย), ≥ 80 (หญิง) ☐ ไม่มี [0] ☐ มี [1] 5. ความดันโลหิตสูง (BP ≥ 140/90) ☐ ไม่มี [0] ☐ มี [1] คะแนนรวม =คะแนน <u>Obesity</u> - เส้นรอบเอว(cm)≥90(ชาย), ≥ 80(หญิง) ☐ ไม่มี [0] ☐ มี [1]
สรุปความเสี่ยงของการเกิดโรคกลุ่ม Metabolic syndrome	
Diabetes Mellitus (DM) คะแนนรวม =คะแนน ☐ มีความเสี่ยงต่ำ (≤ 2 คะแนน) ☐ มีความเสี่ยงปานกลาง (3 – 5 คะแนน) ☐ มีความเสี่ยงสูง (6 – 8 คะแนน) ☐ มีความเสี่ยงสูงมาก (≥ 9 คะแนน)	Hypertension (HT) คะแนนรวม =คะแนน ☐ มีความเสี่ยง (≥ 1คะแนน) ☐ ไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน) <u>Obesity</u> คะแนนรวม =คะแนน ☐ มีความเสี่ยง (≥ 1คะแนน) ☐ ไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน)

(ตย.แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน/ความดันสูง/ภาวะอ้วนลงพุง/โรคซึมเศร้า หน้า 4)

แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย (Pharmacist Screening Profile)

วัน / เดือน / ปีที่เยี่ยม			/...../.....		/...../.....	
รายละเอียด	หน่วย	ค่าปกติ	ร้าน	สถานพยาบาล	ร้าน	สถานพยาบาล
น้ำหนัก	kg	-				
ส่วนสูง	cm	-				
BMI	%	18 – 23				
BP	mmHg	< 120 / 80				
HR	Bpm	70 – 80				
FBS	mg / dl	70 – 110				
HbA1c	%	6 – 7				
อื่นๆ ระบุ 1.						
-						
2.						
-						
Clinical symptoms						
Action plans						
- ให้คำแนะนำออกกำลังกาย						
- ให้คำแนะนำควบคุมอาหาร						
- ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด						
- พบแพทย์						
- อื่นๆ (ระบุ)						
-						
-						
ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ (ระบุเหตุผล)						

(ตย.แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน/ความดันสูง/ภาวะอ้วนลงพุง/โรคซึมเศร้า หน้า 5)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9 คำถาม) โดยเภสัชกรชุมชน

ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้เข้ารับบริการแล้วรวมคะแนน

(เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเท่านั้น)

ลำดับ คำถาม	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (รวมทั้งวันนี้) ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน?	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็นทุก วัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตนเอง คิดว่าตนเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พุดซ้ำ หรือ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็น ได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้ เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

คะแนนรวมทั้งหมด

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	“ไม่มีอาการ” ของโรคซึมเศร้า หรือ มีอาการของโรคซึมเศร้า “ระดับน้อยมาก”
7 – 12	เป็นโรคซึมเศร้า “ระดับน้อย” (Major Depression, mild)
13 – 18	เป็นโรคซึมเศร้า “ระดับปานกลาง” (Major Depression, moderate)
> 19	เป็นโรคซึมเศร้า “ระดับรุนแรง” (Major Depression, severe)

เอกสารอ้างอิง: โครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า โครงการความร่วมมือระหว่าง
สาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพที่ 2.6.2 ตัวอย่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน/ความดันสูง/ภาวะอ้วนลงพุง/โรคซึมเศร้า
(สภข., 2014a)

**(ตัวอย่างแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15-34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป
เฉพาะผู้ที่ไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หน้า 1)**

แบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15-34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป

(เฉพาะผู้ที่ไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)

☐ ผู้ประกันตน ☐ ข้าราชการ ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 ผู้รับการตรวจชื่อนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 เลขบัตรประชาชน... .. การศึกษา.....
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่น ๆอาชีพ.....
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ จังหวัดเพชรบุรี
 ชื่อ อสม.ที่รับผิดชอบ.....หน่วยบริการ วันที่ตรวจ.....

1. ข้อมูลครอบครัว

1.1 บิดาหรือมารดาของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ เบาหวาน(DM) | ☐ ความดันโลหิตสูง (HT) | ☐ โรคเกาต์(GOUT) |
| ☐ ไตวายเรื้อรัง(CRF) | ☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย(MI) | ☐ เส้นเลือดสมอง(STROKE) |
| ☐ ถุงลมโป่งพอง (COPD) | ☐ ไม่ทราบ | ☐ อื่น ๆ เช่น ตับขาด ตาบอด |

1.2 พี่น้อง (สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ เบาหวาน(DM) | ☐ ความดันโลหิตสูง (HT) | ☐ โรคเกาต์ (GOUT) |
| ☐ ไตวายเรื้อรัง(CRF) | ☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) | ☐ เส้นเลือดสมอง(STROKE) |
| ☐ ถุงลมโป่งพอง (COPD) | ☐ ไม่ทราบ | ☐ อื่น ๆ เช่น ตับขาด ตาบอด |

2. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ด้วยโรคหรืออาการ

- | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 2.1 โรคเบาหวาน(DM) | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.2 โรคความดันโลหิตสูง (HT) | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.3 โรคตับ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.4 โรคอัมพาต | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.5 โรคหัวใจ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.7 แผลที่เท้า/ตัดขา(จากเบาหวาน) | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.8 คลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.9 ตึมน้ำบ่อยและมาก | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้ง ขึ้นไป | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.11 กินจุแต่ผอมลง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.12 น้ำหนักลดอ่อนเพลีย | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.14 คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.15 ตาพร่ามัวต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย | ☐ มี | ☐ ไม่มี | |
| 2.16 ขาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ | | ☐ มี | ☐ ไม่มี |

(ตัวอย่างแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15 -34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป
เฉพาะผู้ที่ไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หน้า 2)

3. กรณีท่านมีประวัติการเจ็บป่วยตามข้อ 2 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร

- ☐ รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ
- ☐ รับการรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอ
- ☐ เคยรักษาขณะนี้ไม่รักษา / หายาทานเอง

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ☐ สูบ จำนวน มวน/วัน ชนิดของบุหรี่.....ระยะเวลา.....ปี(ตั้งแต่เริ่มสูบจนถึงปัจจุบัน)
จำนวน Pack /year.....
- ☐ ไม่สูบ
- ☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว ชนิดของบุหรี่ที่เคยสูบ.....ระยะเวลา.....ปี(ตั้งแต่เริ่มสูบจนถึงปัจจุบัน)

5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

- ☐ ดื่ม.....ครั้ง/สัปดาห์ (ดื่มเหล้า > 45 CC ต่อวัน/ดื่มเบียร์>240 CC/ดื่มไวน์>120 CC ต่อวัน)
- ☐ ไม่ดื่ม
- ☐ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

6. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา

- ☐ ไม่ออกกำลังกาย
- ☐ ออกกำลังกายน้อยกว่า สัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- ☐ ออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ☐ ออกกำลังกาย สัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ☐ ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที

7. ท่านชอบอาหารรสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ หวาน ☐ เค็ม ☐ มัน ☐ ไม่ชอบทุกข้อ

8. ท่านขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์/รถยนต์

- ☐ ไม่ขับขี/ไม่โดยสาร
- ☐ ขับขี/โดยสาร และใส่หมวก กันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง
- ☐ ขับขี/โดยสาร และใส่หมวก กันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยบางครั้ง
- ☐ ขับขี/โดยสาร และใส่หมวก กันน็อก/คาดเข็มขัดนิรภัยนาน ๆ ครั้ง(ใส่เฉพาะมีด่านตรวจ)

9. คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2 Q)

9.1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ด้วย ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี

9.2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ด้วย ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

- ☐ มี ☐ ไม่มี

(ตัวอย่างแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15-34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป
เฉพาะผู้ที่ไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หน้า 3)

10. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม	สูง.....เซนติเมตร	BMI.....kg./m ²
ความดัน ครั้งที่ 1 ____ / ____	ความดัน ครั้งที่ 2 ____ / ____	mmHg.
ค่าความดันเฉลี่ย ____ / ____	mmHg.	
เส้นรอบเอว ____ ซม. ชายไม่เกิน 90 ซม) .หญิงไม่เกิน(ซม 80		
☐ ซีด	☐ ไม่ซีด	
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด Post pandail blood sugar ____ mg% หลังรับประทานอาหาร)		
(ซม.....หรือ กรณิตรวจ FBS ____ mg% หรือ กรณิตรวจCapillary blood ____ mg%		

ความเห็นของแพทย์/พยาบาล

- ☐ เป็นผู้ป่วยเก่า ระบุ.....
- ☐ กลุ่มปกติ ไม่พบความเสี่ยง
- ☐ กลุ่มเสี่ยงสูง PreDM (FBS=100 -125 mg%) ☐ กลุ่มเสี่ยงสูง PreHT (BP>=140/90 mmHg)
- ☐ กลุ่มสงสัยป่วย DM (FBS >=126 mg%) ☐ กลุ่มสงสัยป่วย HT(BP = 120/80 -139/89 mmHg)
- ☐ มีพฤติกรรมเสี่ยงด้าน
- ☐ คำแนะนำ.....
- ☐ แนะนำให้การตรวจเพิ่มเติม.....
- ☐ ส่งตัวไปรักษาเพิ่มเติม.....
- ☐ ไม่ส่งไปรักษาเพิ่มเติม เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(ตัวอย่างแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15 -34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป
เฉพาะผู้ที่ไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หน้า 4)

ข้อบ่งชี้/ ปัจจัยเสี่ยง เบาหวาน	15-34ปี	35ปีขึ้นไป
1. มีพ่อ แม่ พี่หรือน้อง เป็นโรคเบาหวาน		
2. มีภาวะอ้วน(ดัชนีมวลกาย>25กก/ตร.ม) หรือ เอวเกิน ชาย>90 ซม. หญิง>80 ซม.		
3. มีภาวะความดันโลหิตสูง BP > = 140/90 MmHg หรือเคยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
4. มีรอยพับรอบคอหรือใต้รักแร้ดำ		
5. มีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูง		
6. มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์) ≥ 250 มก./ดล. และ/หรือ เอส ดีแอล <35 มก./ดล.		
7. มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติการคลอดบุตรที่น้ำหนักตัวแรกคลอด > 4 กิโลกรัม		

หมายเหตุ: 1. อายุ 15-34 ปี เสี่ยง =>3 ข้อ (ข้อ 1- 4) ต้องตรวจน้ำตาลในเลือด
2. อายุ 35 ปี ขึ้นไป เสี่ยง => 1 ข้อ (ข้อ 1- 7) ต้องตรวจน้ำตาลในเลือด

**(ตัวอย่างแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15 -34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป
เฉพาะผู้ที่ไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง หน้า 5)**

การประเมินผล

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1.กลุ่มปกติ

- 1) อายุ 15 – 34 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกิน 2 ข้อ (ไม่ต้องตรวจน้ำตาล)
- 2) อายุ 35 ปี ขึ้นไป ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน
- 3) อายุ 15 – 34 ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน 3 ข้อขึ้นไป หรือ
 - i. อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่มีปัจจัยเสี่ยงเบาหวาน 1 ข้อขึ้นไป
 - ii. และตรวจน้ำตาล พบ FBS < 100 mg%
- 4) ค่าความดันโลหิต (< 120/80 mmHg)

2. กลุ่มเสี่ยงสูง: ให้เข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

1. PreDM (FBS = 100 -125 mg %)
2. PreHT (BP = 120/80 -139/89 mmHg)
3. PreDM และ PreHT

3.กลุ่มสงสัยป่วย: ให้ส่งตรวจซ้ำที่ รพ.สต. และโรงพยาบาล ตามลำดับ

- 1) Pre-DM (FBS >=126 mg %)
- 2) Pre-HT (BP >= 140/90 mmHg)

กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (3 ข้อ 2 ส.)

- 1) การบริโภคอาหาร (หวาน มัน เค็ม)
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) อารมณ์/ความเครียด (2 Q)
- 4) การสูบบุหรี่
- 5) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

จากการใช้แบบคัดกรอง พบปัจจัยเสี่ยง ให้ตรวจน้ำตาลในเลือด (FBS)

FBS < 100 ให้จัดอยู่ในกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงและให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

แผนภาพที่ 2.6.3 ตัวอย่างแบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15 -34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป
(เฉพาะผู้ที่ไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)

(ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ หน้า 1)



ร้านยาที่ให้บริการ

แบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่

เลขที่บัตรประชาชน - -
 ชื่อ-สกุล.....เพศ.....ที่อยู่.....อายุ.....ปี
 โทรศัพท์.....เวลาที่สะดวกให้ติดต่อ.....วัน/เดือน/ปี ที่ให้บริการ...../...../.....
 อาชีพ.....ประวัติการแพ้ยา (อธิบายลักษณะการแพ้)
 โรคประจำตัว.....ยาที่ใช้ในปัจจุบัน.....

1. ประวัติการสูบบุหรี่

- 1.1 จำนวนวันที่สูบบุหรี่ต่อวัน.....สูบนาน.....ปี สูบวันแรกของวัน
 ในเวลา.....
 1.2 เคยเลิกสูบ? ☐ ไม่เคย ☐ เคย.....ครั้ง เลิกได้นานสุด.....วัน/เดือน/ปี
 1.3 เคยเลิกโดยวิธี ☐ หักดิบ ☐ ค่อยๆ ลด ☐ ใช้ยา (ระบุ.....) ☐ อื่นๆ
 1.4 ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการเลิกครั้งที่ผ่านมา.....

2. การประเมินภาวะเสพติด

- ☐ 2.1 ติดนิโคติน
 ผลการประเมินภาวะติดนิโคติน ☐ น้อยกว่า 4 (ต่ำ) ☐ 4-6 (ปานกลาง) ☐ 7-10 (สูง)
☐ 2.2 ติดทางจิตใจ
☐ 2.3 ติดทางสังคมหรือความเคยชิน

3. ผลตรวจอื่นๆ (ถ้ามี) %PEFR..... ค่า pCO₂..... BP.....mmHg HR...../min

4. แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ☐ ครอบครัวยุ (ระบุ) ☐ สุขภาพ..... ☐ เศรษฐกิจ ☐ อื่นๆ.....

5. ระดับความสนใจที่จะเลิกบุหรี่ ในวันที่เข้ารับบริการ

- ☐ 5.1 Precontemplation ไม่ต้องการเลิกบุหรี่
☐ 5.2 Contemplation ยังลังเลใจในการเลิกบุหรี่ ไม่มีแผนการเลิกบุหรี่ที่ชัดเจน
☐ 5.3 Preparation คือ ตั้งใจจะเลิกบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า และมีประวัติเคยเลิกมาแล้วแต่ไม่สำเร็จ
☐ 5.4 Action เลิกบุหรี่ได้ ในช่วง 6 เดือน
☐ 5.5 Maintenance เลิกบุหรี่ได้นานกว่า 6 เดือน

(ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ หน้า 2)

6. การให้บริการที่ได้ทำในครั้งนี้ ☐ ให้คำแนะนำ/ปรึกษาเกี่ยวกับ.....

☐ จ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่คือ

☐ Nicotine Gum จำนวน.....แผ่น ▪ <25 มวน/วัน (or fagerstrom <7) ใช้ 2 mg ▪ >25 มวน/วัน (or fagerstrom >7) ใช้ 4 mg ▪ สัปดาห์ที่ 1-6: ใช้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 ชม. ▪ สัปดาห์ที่ 7-9: ใช้ 1 ชิ้น ทุก 2-4 ชม. ▪ สัปดาห์ที่ 10-24: ใช้ขนาด 2 mg 1 ชิ้น ทุก 4-8 ชม. ไม่เกินวันละ 15 ชิ้น ▪ ผู้ที่เสवनละ 25 มวน ขึ้นไป: ใช้ขนาด 4mg ไม่เกินวันละ 15 ชิ้น เคี้ยวช้าๆและอมไว้ ระหว่างกระพุ้งแก้มนาน 30 นาที ▪ ไม่ควรใช้>30ชิ้น(2mg) ต่อวัน หรือ 15ชิ้น(4mg) ต่อวัน และไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 12 สัปดาห์ อาการข้างเคียง ปวดกราม สะอึก ระคายเคืองช่องปากและทางเดินอาหาร ข้อห้าม –life threatening arrhythmia, angina pectoris, MI (ภายใน 4 สัปดาห์), stroke	☐ Nicotine Patch จำนวน.....แผ่น ▪ <20 มวน/วัน มี 2 ขั้นตอน ▪ ใช้แผ่นแปะขนาด 20 cm² 1 แผ่น/วัน 8 สัปดาห์ และขนาด 10 cm² 1 แผ่น/วัน ต่ออีก 4 สัปดาห์ ▪ >20 มวน/วัน มี 3 ขั้นตอน ▪ ใช้แผ่นแปะขนาด 30 cm² 1 แผ่น/วัน 4 สัปดาห์ และขนาด 20 cm² 1 แผ่น/วันต่ออีก 4 สัปดาห์ และขนาด 10 cm² อีก 4 สัปดาห์ ▪ ติดแผ่นแปะ 24 ชั่วโมง/เปลี่ยนข้างแปะทุกวัน/ติดบริเวณผิวหนังที่ไม่มีขน ไม่มีแผล ไม่ใช้ซอกพับ อาการข้างเคียง คัน แสบร้อน แดงบริเวณที่แปะ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ข้อห้าม –life threatening arrhythmia, angina pectoris, MI (ภายใน 4 สัปดาห์), stroke	☐ Bupropion HCl จำนวน.....เม็ด ▪ เริ่มใช้ที่ขนาด 150 mg OD x3 วัน ▪ และเพิ่มขนาดถึง 150mg BID x7-12 สัปดาห์ (แต่ละ dose ห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) ▪ ควรเริ่มยาก่อน quit date ประมาณ 1-2 สัปดาห์ ▪ ขนาดยาสูงสุด 300 mg/วัน อาการข้างเคียง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ข้อห้าม โรคลมชัก, bulimia, anorexia nervosa
--	---	---

☐ สมุนไพร เช่น หนั้วดอกขาว รูปแบบที่จ่าย จำนวน.....	☐ Nortriptyline จำนวน.....เม็ด เริ่มใช้ที่ขนาด 25mg/วัน และเพิ่มขนาดถึง 75-100 mg/วัน x12 สัปดาห์ เพิ่มขนาดทีละน้อยภายใน 1 สัปดาห์ และเริ่มหยุดบุหรี่ในวันที่ 10 -28 ของวันที่เริ่มใช้ยา และใช้ยาติดต่อกัน 6-12 สัปดาห์	☐ อื่นๆ ระบุ จำนวน.....
☐ น้ำยาบ้วนปาก Sodium nitrate จำนวน.....ขวด	อาการข้างเคียง ปากแห้ง ง่วงนอน ใจสั่น ปัสสาวะคั่ง หัวใจเต้นผิดปกติ ข้อห้าม โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคทางสมองและระบบประสาท	

ผู้รับบริการตั้งใจจะเลิกบุหรี่ (Quit date) ในวันที่/...../..... หรือลดปริมาณการสูบบุหรี่ เริ่มวันที่/...../.....

**ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลและให้ทีมให้คำปรึกษาโทรศัพท์ไปหา เพื่อให้คำปรึกษาเพิ่มเติมและติดตามผล

ลงชื่อ.....ผู้รับคำปรึกษา

(.....)

ลงชื่อผู้ให้คำปรึกษา

(.....)

นัดติดตามหลัง Quit Date เป็นเวลา 1 สัปดาห์ /1 เดือน/ 3 เดือน

(ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ หน้า 3)

หมายเหตุ: เพื่อใช้ประกอบการประเมินภาวะเสพติด ในข้อ 2

ข้อคำถามเพื่อประเมินภาวะติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

1. คุณสูบบุหรี่มานานแค่ไหนหลังตื่นนอนตอนเช้าเมื่อใด
 - ก. สูบทันทีหลังตื่นนอน (ภายในไม่เกิน 5 นาที) (3 คะแนน)
 - ข. สูบหลังตื่นนอนเกิน 5 นาที ไม่เกินครึ่งชั่วโมง (2 คะแนน)
 - ค. สูบหลังตื่นนอนเกินครึ่งชั่วโมง แต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง (1 คะแนน)
 - ง. สูบหลังตื่นนอนเกิน 1 ชั่วโมง (0 คะแนน)
2. คุณรู้สึกอย่างไร หากไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ในที่ที่ห้ามสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน เช่น ในห้องสมุด หรือโรงพยาบาล
 - ก. หงุดหงิด อึดอัด (1 คะแนน)
 - ข. เฉยๆ (0 คะแนน)
3. ในแต่ละวัน บุหรี่มวนใดที่คุณคิดว่าถ้าไม่ได้สูบแล้วจะหงุดหงิดมากที่สุด
 - ก. มวนแรกที่ สูบในตอนเช้า (1 คะแนน)
 - ข. มวนไหนๆ ก็เหมือนกัน (0 คะแนน)
4. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน
 - ก. มากกว่า 31 มวนขึ้นไป (3 คะแนน)
 - ข. 21-30 มวน (2 คะแนน)
 - ค. 11-20 มวน (1 คะแนน)
 - ง. ไม่เกิน 10 มวน (0 คะแนน)
5. โดยเฉลี่ยคุณสูบบุหรี่มากที่สุดในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงอื่นๆ ของวันใช่หรือไม่
 - ก. ใช่ (1 คะแนน)
 - ข. ไม่ใช่ (0 คะแนน)
6. ขณะที่คุณป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงเกือบตลอดเวลา คุณต้องการสูบบุหรี่หรือไม่
 - ก. ต้องการ (1 คะแนน)
 - ข. ไม่ต้องการ (0 คะแนน)

ข้อมูลจากผู้เสพติดบอก และจัดเป็นการติดทางจิตใจ หรือติดทางสังคมความเคยชิน

ข้อความใดที่ตรงกับคุณบ้าง (ทำเครื่องหมาย ✓ ข้อที่เลือก)	
☐ ■ ฉันรู้สึกอยากสูบบุหรี่อย่างมากถ้าฉันไม่ได้สูบบันมาประมาณ 2-3 ชั่วโมง	
☐ ■ ฉันต้องการสูบบุหรี่ทันทีหลังจากที่ฉันตื่นนอนในเวลาเช้า	
☐ ■ ถ้าฉันไม่ได้สูบบุหรี่ ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย ดังนั้นฉันจึงต้องสูบบันต่อไป	
☐ ■ เมื่อบุหรี่หมด มันทำให้ฉันเกือบจะทนไม่ได้จนกว่าจะได้มันเพิ่ม	
☐ ▲ ฉันสูบบุหรี่เมื่อฉันโกรธหรือทุกข์ใจ	
☐ ▲ ในเวลาที่ฉันรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย เป็นช่วงเวลาที่ฉันต้องการสูบบุหรี่มากที่สุด	
☐ ▲ การสูบบุหรี่ช่วยให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายในเวลาที่ยืนตึงเครียด	
☐ ● ฉันชอบสูบบุหรี่ระหว่างช่วงพักของวัน หรือหลังอาหาร	
☐ ● ฉันชอบที่จะมองควันบุหรี่เมื่อเวลาที่ฉันพ้นออกมา	
☐ ● บางครั้งฉันพบว่าตนเองกำลังสูบบุหรี่อยู่ โดยจำไม่ได้ว่าฉันได้จุดมันตั้งแต่เมื่อไหร่	
☐ ● ฉันรู้สึกสบายและผ่อนคลายมากเมื่อสูบบุหรี่อยู่ในมือ	

ความพยายามติดตามในนัดครั้งนี้ ☐ โทรติดตาม ครั้งที่ 1 เมื่อ..... ติดต่อ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ โทรติดตาม ครั้งที่ 2 เมื่อ..... ติดต่อ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ โทรติดตาม ครั้งที่ 3 เมื่อ..... ติดต่อ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ ☐ เลิกติดตาม เมื่อ.....	☐ ■ หมายถึง ภาวะเสพติดนิโคติน ☐ ▲ หมายถึง ภาวะเสพติดทางจิตใจ ☐ ● หมายถึง ภาวะเสพติดทางสังคม
---	--

(ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ หน้า 4)

แบบติดตามการให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์

ครั้งที่.....

ชื่อ-สกุล โทรศัพท์..... วันที่/...../

ชื่อร้านยา	ผู้ให้คำปรึกษา..... จำนวนวันที่สูบบุหรี่ที่เลิกแล้ว มวน/วัน
1. ติดตามการสูบบุหรี่ ในครั้งนี้ ☐ 1.1 ไม่สูบ เลิกสูบได้วัน/สัปดาห์/เดือน (หรือวันที่เลิกสูบ..../..../...) ค่า pCO ₂ %PEFR.....	☐ 1.2 สูบ ☐ สูบเท่าเดิม ☐ สูบลดลง เหลือ มวน/วัน มีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ต่อไปหรือไม่: ☐ มี ☐ ไม่มี
2. สาเหตุที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ☐ 2.1 มีอาการถอนยา ☐ กระสับกระส่าย/กระวนกระวาย ☐ หงุดหงิด ☐ นอนไม่หลับ ☐ มึนงง ☐ อยากสูบบุหรี่ ☐ อื่นๆ..... ☐ 2.2 ปัญหาด้านความเคยชิน คือ ☐ 2.3 อื่นๆ ระบุ	
3. กำหนดวันเลิกใหม่.....	
4. การใช้จ่าย/โรคร่วม	
5. มีการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่หรือไม่ ☐ 5.1 มีการให้ยา ระบุ..... ☐ 5.2 ไม่มีการให้ยา ☐ 5.1.1 ไม่มีอาการข้างเคียง ☐ 5.1.2 มีอาการข้างเคียง ระบุ.....	
6. ปัญหาอื่นๆ.....	
7. ผลการติดตามครั้งนี้ ☐ 7.1 ไม่ต้องการเลิก ☐ 7.2 มีความตั้งใจจะหยุดสูบ แต่ยังไม่หยุดสูบไม่ได้ (สูบเท่าเดิม) ☐ 7.3 มีความตั้งใจจะหยุดสูบ แต่ยังไม่หยุดสูบไม่ได้ (สูบลดลง) ☐ 7.4 หยุดสูบได้แล้ว (Action) ☐ 7.5 ส่งต่อ / แนะนำไปรักษาต่อที่อื่น ระบุ	
☐ 7.6 อื่นๆ.....	

(ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ หน้า 5)

8. กิจกรรมการให้บริการในครั้งนี้

- ☐ 8.1 การจัดการอาการขาดบุหรี่.....
- ☐ 8.2 การจัดการตัวกระตุ้นให้สูบบุหรี่.....
- ☐ 8.3 การจัดการปัญหาความเครียดในการสูบบุหรี่.....
- ☐ 8.4 เลือดยาและแนะนำการใช้ยา.....
- ☐ 8.5 ให้กำลังใจ.....
- ☐ 8.6 อื่นๆ.....

9. การนัดครั้งต่อไป

- ☐ 9.1 ไม่ติดตามต่อ ☐ 9.2 วางแผนการนัดครั้งต่อไปวันที่..... เวลา.....

หมายเหตุ: **นัดติดตามหลัง Quit Date เป็นเวลา 1 สัปดาห์ /1 เดือน/ 3 เดือน** (ครบเวลาแล้ว เลิกไม่ได้ ต้องการรับบริการต่อนับเป็น case ใหม่) และโทรติดตาม 3 ครั้งแล้ว ติดต่оไม่ได้ ให้ยุติการติดตาม

5A's: แนวทางการให้บริการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกร

Ask ถาม	ถามเกี่ยวกับสถานภาพการสูบบุหรี่ - คุณสูบบุหรี่หรือไม่ - มีใครในบ้านคุณสูบบุหรี่หรือไม่
Advise แนะนำ	แนะนำให้หยุดสูบบุหรี่ - ผม (ดิฉัน) คิดว่าคุณจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่ และผม (ดิฉัน) สามารถช่วยคุณได้ - การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดที่คุณสามารถทำได้ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งในขณะนี้ และอนาคต - ผม (ดิฉัน) ทราบดีว่าคุณกังวลใจกับอาการไอของคุณ และการที่ลูกของคุณเป็นหวัดบ่อย ถ้าคุณหยุดสูบบุหรี่คุณก็จะไอลดลง และลูกของคุณก็อาจป่วยเป็นหวัดน้อยลงด้วยเช่นกัน

(ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ หน้า 6)

Assess ประเมิน	การประเมินระดับการติดสารนิโคติน (ดัดแปลงจาก Fagerstrom Test) () คะแนน		
	คะแนนที่ได้คะแนน		
	1. หลังตื่นนอนตอนเช้า คุณสูบบุหรี่มวนแรกเมื่อไร ☐ ภายใน 5 นาที (3) ☐ ภายใน 6 – 30 นาที (2) ☐ ภายใน 31 – 60 นาที (1) ☐ > 60 นาทีหลังตื่น (0)	3. บุหรี่มวนใดที่คุณไม่ยากลื้มมากที่สุด ☐ มวนแรกในตอนเช้า (1) ☐ มวนอื่นๆ (0)	5. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงเช้าหลังตื่นนอนมากกว่าช่วงเวลาอื่นของวัน ☐ ใช่ (1) ☐ ไม่ใช่ (0)
	2. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากใจไหมที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงภาพยนตร์ ห้องสมุด ☐ รู้สึกลำบาก (1) ☐ ไม่รู้สึกลำบาก (0)	4. คุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน ☐ 10 มวนหรือน้อยกว่า (0) ☐ 11 – 20 มวน (1) ☐ 21 – 30 มวน (2) ☐ 31 มวนขึ้นไป (3)	6. คุณยังต้องสูบบุหรี่อยู่แม้จะเจ็บป่วยนอนพักตลอดบนเตียงนอน ☐ ใช่ (1) ☐ ไม่ใช่ (0)
หมายเหตุ: 7-10 คะแนน = ติดนิโคตินในระดับสูง, 4-6 คะแนน = ติดนิโคตินในระดับปานกลาง, คะแนน = ติดนิโคตินในระดับต่ำ			
การประเมินความสนใจในการเลิกบุหรี่ (ที่มา: ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ. บทบาทของเภสัชกรในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่. ใน: บุขบา จินดาวิจักษ์ณ์, สุวัฒนา จุฬาวรรณพล, ปรีชา มณฑาทิกุล และคณะ (บรรณาธิการ). ก้าวใหม่ของเภสัชกรในงานบริบาลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2546: 153-174.)			
<pre> graph TD Q1[คุณตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 6 เดือนหรือไม่] -- ใช่ --> Q2[คุณตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ภายใน 1 เดือนข้างหน้าหรือไม่] Q1 -- ไม่ใช่ --> Precontemplation[Precontemplation] Q2 -- ใช่ --> Q3[ในอดีตที่ผ่านมาคุณเคยพยายามเลิกบุหรี่หรือลดจำนวนบุหรี่ที่สูบลงหรือไม่] Q2 -- ไม่ใช่ --> Contemplation[Contemplation] Q3 -- ใช่ --> Preparation[Preparation] Q3 -- ไม่ใช่ --> Action[Action] Preparation --> Action Action --> Q4[คุณเลิกบุหรี่มานานเท่าไร] Q4 -- < 6 เดือน --> Action Q4 -- > 6 เดือน --> Maintenance[Maintenance] </pre>			

(ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ หน้า 7)

Assist ช่วยเหลือ	สร้างแรงจูงใจ 5R's - Relevance (ความสัมพันธ์ของการเลิกบุหรี่ต่อสุขภาพ) - Risks (ความเสี่ยง และผลเสียจากการสูบบุหรี่) - Rewards (ประโยชน์จากการเลิกสูบบุหรี่) - Roadblocks (อุปสรรคและวิธีแก้ปัญหาการเลิก)	- กำหนดแผนการเลิกบุหรี่ - การให้คำปรึกษาที่เหมาะสม - แนะนำวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมกับการให้คำปรึกษา	- ชื่นชมและให้กำลังใจ - แนะนำวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมกับการให้คำปรึกษา - ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่
Arrange ติดตาม	วางแผนติดตาม ครั้งที่ 1 ภายใน 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ภายใน 1 เดือน และในช่วง 1 ปี หรือติดตามทุกครั้งที่มารับบริการ - แสดงความยินดีกับผู้เลิกได้ - หากยังคงสูบบุหรี่ ให้ทบทวนสถานการณ์ที่ทำให้กลับมาสูบ ให้กำลังใจ ระบุปัญหา ความท้าทายที่คาดหวังในอนาคตอันใกล้ ประเมินผลการใช้ยา - ส่งต่อ ให้ได้รับการรักษาที่เน้นหนักมากกว่านี้		

ที่มา: จาก 1. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546. 2. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2546. 3. สมศรี เฝ้าสวัสดิ์ และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย. 2552

แผนภาพที่ 2.6.4 ตัวอย่างแบบบันทึกการให้บริการเลิกบุหรี่ (เครือข่ายร้านยา, 2013)

เอกสารแนบ 2.7

งานบริการและงานวิจัยด้านบริหารทางเภสัชกรรมชุมชนในต่างประเทศ
กรณีศึกษาประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา

งานบริการและงานวิจัยด้านบริหารทางเภสัชกรรมชุมชนในต่างประเทศ กรณีศึกษาประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา

รูปแบบงานบริการเภสัชกรรมชุมชนในต่างประเทศมีทั้งส่วนที่เป็นบริการพื้นฐานและบริการพิเศษ ซึ่งมีความเหมือนและความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เลือกที่จะทบทวนรูปแบบงานบริการเภสัชกรรมชุมชนในต่างประเทศ 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลและสืบค้นข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษได้ แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกานั้น งานบริการอาจจะกล่าวเพียงคร่าวๆ เท่านั้น เนื่องจากมีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ

ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกานั้น เป็นประเทศที่มีระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยมีแนวคิดที่ประชาชนทุกคนในประเทศมีสิทธิพื้นฐานในการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกันภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และยา ทั้ง 4 ประเทศผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่ต้องชำระค่าบริการหรือชำระเพียงบางส่วน ผู้ให้บริการจะเป็นผู้เรียกเก็บค่าบริการจากผู้ให้ประกันโดยตรง ผู้ป่วยมีหน้าที่ร่วมจ่ายบางส่วนของค่าบริการตามเงื่อนไขที่ระบบประกันสุขภาพกำหนด

แม้ทั้ง 4 ประเทศจะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในจำนวนนี้มีเพียงประเทศออสเตรเลียเท่านั้นที่รัฐจัดระบบประกันสุขภาพให้ประชาชนภายใต้ระบบเดียวกันทั้งประเทศ (Department of Health., 2013; กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค, 2014) โดยหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบมีชื่อว่า Medicare (ชื่อเดิมคือ Health Insurance Commission) (สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา, 2014) บริการที่ Medicare จัดให้ผู้เอาประกันหรือผู้รับสิทธิ ได้แก่ บริการการแพทย์สำหรับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และยา ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะทำหน้าที่เบิกค่ารักษาพยาบาลคืนจาก Medicare โดยรวบรวมส่งรายเดือนในภายหลัง ผู้รับสิทธิมีหน้าที่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการบางส่วน ณ จุดรับบริการ โดยผู้รับสิทธิแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ประชาชนทั่วไป (General group) และกลุ่มที่รัฐให้การช่วยเหลือ (Concessional group) เช่น ทหารผ่านศึกนอกประจำการ (ผู้รับบำนาญ) ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น ซึ่งคนทั้งสองกลุ่มนี้จะมีส่วนร่วมจ่ายแตกต่างกัน และรัฐมีการกำหนดว่าส่วนร่วมจ่ายสะสมสูงสุดสำหรับแต่ละกลุ่มจะเป็นเท่าใด เพื่อมิให้ผู้รับสิทธิต้องประสบปัญหาทางการเงินจากความเจ็บป่วย

สำหรับประเทศแคนาดามีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาลกลางกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติ และมีระบบกระจายอำนาจให้แต่ละเขตปกครองเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย โดยการบริการทางการแพทย์พื้นฐานที่ประชาชนทั้งประเทศจะได้รับจะไม่มีความแตกต่างกัน รัฐบาลกลางจะจัดสรรงบประมาณผ่านโครงการที่เรียกว่า Canadian Health and Social Transfer Program โดยให้งบประมาณเพื่อให้แต่ละเขตปกครองสามารถให้บริการพื้นฐานแก่ประชาชนของตนได้อย่างทั่วถึง บริการพื้นฐานที่รัฐบาลกลางกำหนด ได้แก่ บริการการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และยาสำหรับผู้ป่วยใน บริการการวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเอ็กซเรย์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ทั้งนี้แต่ละเขตปกครองสามารถที่จะกำหนดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์เพิ่มเติมให้กับประชาชนของตนเองได้ ทำให้แต่ละเขตปกครองมีความแตกต่างกันบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของผู้ป่วยนอก หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเรื่องการประกันสุขภาพของประเทศแคนาดามีชื่อเรียกว่า Medicare เช่นเดียวกัน ประชาชนทุกคนมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบ

กองทุนประกันสุขภาพรายเดือน และจ่ายในรูปของภาษี ประชาชนแคนาดาสามารถเลือกซื้อประกันสุขภาพเอกชนเสริมได้ ทั้งนี้ประกันสุขภาพเอกชนจะต้องไม่เสนอบริการที่ซ้ำซ้อนกับบริการที่ภาครัฐ (ทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น) ได้จัดสรรให้ประชาชนแล้ว (Keawkes et al., 2010)

สำหรับสหราชอาณาจักร ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ประเทศได้แก่ ประเทศอังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์และไอร์แลนด์เหนือ นั้น มีรูปแบบระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยมีหน่วยที่เรียกว่า National Health Service (NHS) เป็นผู้บริหารจัดการ สหราชอาณาจักรมีรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบายหลัก แต่ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพได้มอบหมายให้แต่ละพื้นที่ คือ อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือ บริหารจัดการการประกันสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบมีชื่อว่า National Health Service (NHS) ซึ่งแบ่งย่อยเป็น NHS England, NHS Scotland เป็นต้น ซึ่งการจัดชุดสิทธิประโยชน์ หรือการกำกับดูแลเรื่องต่างๆ อาจมีความแตกต่างในรายละเอียด บริการทางการแพทย์ที่ NHS ครอบคลุม ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน ยา เป็นต้น ผู้ป่วยสามารถรับบริการด้านการรักษาพยาบาลได้ฟรี ณ จุดให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายทั้งการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ยกเว้นการรักษาที่เฉพาะเจาะจงบางอย่างที่ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วย สำหรับค่าใช้จ่ายด้านยาผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายในอัตราค่าที่ £7.85 ต่อรายการ กรณีผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้ป่วยบางคนที่มีความเจ็บป่วยเฉพาะในการรักษา (Medical exemption certificates) และประชาชนผู้มีรายได้น้อยจะได้รับการยกเว้นไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายด้านยา (Jerez-Gomez, Cespedes-Lorente, & Valle-Cabrera, 2005; King, 2008; Ma & Yu, 2010; เมืองชู, 2556)

แหล่งเงินสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ

ในประเทศออสเตรเลีย เงินสนับสนุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้จากเงินภาษีและภาษีเฉพาะด้านสุขภาพ (Medicare levy) ซึ่งจัดเก็บภาษีเฉพาะเพื่อสมทบทุนกองทุน Medicare อัตราการจัดเก็บภาษี Medicare Levy นี้จะขึ้นอยู่กับเงินได้บุคคล โดยผู้ที่มียาได้สูงจะต้องเสียภาษีนี้ในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่มียาได้น้อย ซึ่งจะได้จ่ายภาษีในอัตราที่ต่ำกว่า หรืออาจจะได้รับการยกเว้นภาษีถ้าบุคคลมียาได้น้อยกว่าเพดานเงินได้ที่รัฐกำหนด (Hepler & Strand, 1990) โดยคิดเป็นส่วนที่รัฐสนับสนุนประมาณร้อยละ 70 และเป็นส่วนที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายอีกประมาณร้อยละ 30

สำหรับสหราชอาณาจักรเงินที่ใช้บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่มาจากภาษีเงินได้ของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้รับการอนุมัติเงินงบประมาณจากรัฐสภาเพื่อให้การสนับสนุนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ NHS เป็นจำนวนเงินถึง 108.9 พันล้านปอนด์ในปีงบประมาณ 2012-2013 (Jerez-Gomez et al., 2005)

ประเทศแคนาดา แหล่งเงินที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของ 13 เขตปกครองจากรัฐบาลกลาง ซึ่งรัฐบาลท้องถิ่นต้องจ่ายสมทบด้วยอีกส่วนหนึ่ง นอกจากนี้ยังเรียกเก็บจากประชาชนด้วยอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งถือได้ว่าประชาชนได้จ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อใช้บริการเมื่อมีความจำเป็น (prepaid) (BCMA, 2000)

สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (ร้านขายยา)

การขออนุญาตเปิดร้านยาในทั้งสี่ประเทศ มีเงื่อนไขว่าผู้ขอเปิดจะต้องเป็นเภสัชกรที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ หรือเป็นบริษัทที่มีเภสัชกรที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะเป็นหุ้นส่วน โดยในประเทศออสเตรเลีย และสกอตแลนด์อนุญาตให้เครือญาติของเภสัชกรสามารถเป็นผู้ขอรับอนุญาตเปิดร้านยาได้

หน่วยงานที่ทำหน้าที่พิจารณาอนุมัติการขอเปิดร้านยาของประเทศออสเตรเลียมีชื่อว่า Pharmacy Approval Authority ขณะที่ของประเทศแคนาดาเรียกว่า Pharmacy Regulatory Authority และ สหราชอาณาจักรเรียกว่า The General Pharmaceutical Council หน่วยงานทั้ง 3 ในแต่ละประเทศนอกจากทำหน้าที่พิจารณาอนุมัติใบอนุญาตให้ประกอบกิจการร้านยาแล้วยังมีหน้าที่ต่ออายุใบอนุญาต และเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการต่อใบอนุญาตรายปีอีกด้วย สำหรับในสหรัฐอเมริกา มีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อนกว่า เนื่องจากประเทศประกอบด้วยหลายรัฐ ทำให้ผู้ขออนุญาตต้องมีการเช็คหลายหน่วยงาน เช่น สภาหอการค้า (Chamber of Commerce), Department of Health and Human Services (HHS), Drug Enforcement Agency (DEA), Association of Boards of Pharmacy/National Council for Prescription Drug Programs (NABP/NCPDP) และต้องปฏิบัติตามกฎหมายทั้งระดับรัฐ (State) และประเทศ (Federal) ด้วย

ร้านยาจะสามารถให้บริการแก่ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพได้เมื่อร้านยาได้ขึ้นทะเบียนกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเป็นร้านยาคู่สัญญาแล้วเท่านั้น ซึ่งเมื่อมีการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ร้านยาคู่สัญญาจะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดต่างๆ ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา และเรียกเก็บเงินค่ายาคืนจากระบบประกันสุขภาพ ในประเทศออสเตรเลียผู้อนุญาตต้องมีทั้งข้อมูลร้านที่ได้รับอนุญาต (License pharmacy) และข้อมูลเภสัชกร (Registered Pharmacist) ประกอบกัน เพื่อประเมินคุณสมบัติของผู้สมัครและโดยเฉพาะตำแหน่งที่ตั้งของร้านยาเปิดใหม่และชั่วโมงการให้บริการของเภสัชกรตามแต่ละประเภทร้านยา ซึ่งจะต้องเป็นไปตามข้อกำหนดของ Pharmacy Location Rules ภายใต้ subsection 99L (1) of the National Health Act 1953 (กระทรวงสาธารณสุข, 2013) เพื่อเป็นการควบคุมจำนวนร้านยาที่ให้บริการจ่ายยาอย่างต่อเนื่องที่หนึ่งๆ ให้มีปริมาณที่เหมาะสมและมีการกระจายอย่างทั่วถึงในทุกชุมชน

ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นว่าการจะเปิดร้านได้ต้องมีเภสัชกรผู้มีใบประกอบวิชาชีพ สำหรับประเทศออสเตรเลียและสหราชอาณาจักร เภสัชกรจะต้องผ่านการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ และต้องทำการต่ออายุใบประกอบโรคศิลปะ พร้อมชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุทุกปี หน่วยงานที่ทำหน้าที่ขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพของประเทศออสเตรเลียเรียกว่า Pharmacy Board of Australia (Tansakul, 2007) หน่วยงานเดียวกันนี้ในสหราชอาณาจักรเรียกว่า The General Pharmaceutical Council (GPhC) (Pre-registration customer service team, 2013) สำหรับประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกานั้นมีข้อกำหนดที่แตกต่างไปจากประเทศออสเตรเลียและสหราชอาณาจักร กล่าวคือ การพิจารณาออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนั้น ขึ้นอยู่กับอำนาจของแต่ละรัฐที่เภสัชกรนั้นปฏิบัติงาน มิได้ขึ้นอยู่กับหน่วยงานกลางเหมือนประเทศออสเตรเลียและสหราชอาณาจักร โดยหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้พิจารณาออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้กับเภสัชกรคือ Pharmacy Regulatory Authority (PRA) ของแต่ละรัฐ (Canadian Pharmacists

Association., 2005) โดยมีเกณฑ์พิจารณาอ้างอิงมาจากมาตรฐานเดียวกันกับในประเทศสหรัฐอเมริกา คือ The National Model Licensing Program for Pharmacists (University of Michigan, 2013)

บริการที่ให้ภายใต้เภสัชกรรมชุมชน

บทบาทการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนสำหรับร้านยาในประเทศออสเตรเลีย แคนาดา สหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกา ที่รัฐบาลให้การสนับสนุนค่าบริการสำหรับร้านยาที่มีการให้บริการโดยสามารถเรียกเบิกจ่ายค่าบริการคืนได้นั้น สามารถจัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลักๆ คือ บริการหลัก (Core service) และบริการเสริม (Expanded service) รายละเอียด ดังนี้

1. บริการหลัก (Core service)

บริการหลัก (Core service) ที่ให้บริการโดยร้านยาเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับบริการการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย (Dispensing service) โดยบทบาทในส่วนนี้ถูกมองว่าเป็นการให้บริการที่ยังมีจุดเน้นในส่วนของการผลิตภัณฑ์ (Product-oriented) เภสัชกรชุมชนทั้งสี่ประเทศล้วนให้บริการพื้นฐานส่วนนี้ไม่แตกต่างกัน โดยมีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยตามใบสั่งแพทย์ รวมไปถึงการให้คำปรึกษาและแนะนำในการใช้ยา ซึ่งยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยจะเบิกจ่ายได้ต้องเป็นรายการยาที่ถูกระบุอยู่ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ระบบประกันของประเทศให้การสนับสนุน

2. บริการเสริม (Expanded Service)

บริการเสริมของเภสัชกรชุมชนที่ขยายเพิ่มเติมไปจากบริการพื้นฐาน จะมุ่งเน้นที่จะให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยาเพื่อให้ได้ผลการรักษาสูงสุด ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพในภาพรวม การให้บริการนี้เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-oriented) บทบาทของเภสัชกรชุมชนในส่วนนี้จะครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพของประชาชน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปรับพฤติกรรม การดูแลและจัดการโรคแบบองค์รวม เภสัชกรชุมชนจะให้บริการเสริมเหล่านี้ควบคู่ไปกับบริการขั้นพื้นฐานที่ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีกฎหมายที่เรียกกันย่อๆ ว่า OBRA '90 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990) เป็นกฎหมายบังคับให้เภสัชกรชุมชนต้องมีการให้คำปรึกษาแนะนำควบคู่ไปกับการจ่ายยาด้วยจึงจะได้รับค่าตอบแทนในการให้บริการแก่ผู้ป่วย (McGivney et al., 2007)

งานบริการทางเภสัชกรรมชุมชนที่ขยายเพิ่มเติมจากบทบาทพื้นฐาน

ในที่นี้จะกล่าวถึงบทบาทการให้บริการเภสัชกรรมชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านต่างๆ ที่น่าสนใจ สำหรับสหราชอาณาจักรจะกล่าวถึงเฉพาะส่วนของประเทศอังกฤษและเวลส์ ได้แก่

1. การทบทวนและจัดการด้านการใช้ยาของผู้ป่วย (Medicines Management)
2. การคัดกรองโรค (Disease screening)
3. การปรับพฤติกรรม (Behavioral modification)
4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health consumer protection)
5. งานบริการด้านอื่นๆ

ซึ่งบทบาทในการให้บริการเหล่านี้ ร้านยาและผู้ให้บริการสามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการจากรัฐบาลได้เนื่องจากเป็นการให้บริการที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ เหล่านี้ให้การสนับสนุนเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยภาพรวมสิ่งที่จะต้องพิจารณาในการให้บริการเหล่านี้สำหรับร้านยา เพื่อที่จะสามารถเรียกเบิกจ่ายเงินค่าบริการคืนจากรัฐบาลที่ให้การสนับสนุนนั้น ได้แก่

- เงื่อนไขในการเป็นร้านยาผู้ให้บริการ (Condition for pharmacy provider)
- เงื่อนไขในการเป็นเภสัชกรผู้ให้บริการ (Condition for pharmacist provider)
- การให้ความยินยอมในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย (Patient consent)
- ผู้ป่วยที่มีสิทธิในการเข้ารับบริการ (Patient eligibility)
- จำนวนหรือความถี่การให้บริการต่อปี (Number of serviced provided per year)
- การบันทึกรายละเอียดการให้บริการและการเก็บเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Data record/retention)
- การส่งรายงานการให้บริการแก่หน่วยงานรัฐที่กำกับดูแล (Provision of data)
- การเรียกเบิกจ่ายเงินค่าบริการ (Reimbursement)

ในที่นี้จะขอกล่าวถึงรายละเอียดการให้บริการเฉพาะที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย คือ งานบริการปฐมภูมิ 4 ด้านเท่านั้น

1. การดูแลและรักษาด้วยยา (Medication Therapy Management, MTM)

ทั้งสี่ประเทศมีการให้บริการด้านการดูแลและรักษาด้วยยา (Medicines Management) (APhA., 2014; Blenkinsopp, Paxton, & Blenkinsopp, 2009; Masys, 2004; NHS Employers and PSNC., 2013) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้บริการเพื่อช่วยส่งเสริมและจัดการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดปัญหาเรื่องอันตรกิริยาจากยาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน หรือผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการใช้ยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง อีกทั้งยังช่วยลดจำนวนยาที่เหลือใช้และไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยอีกด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยใช้อย่างมีประสิทธิภาพและได้รับผลการรักษาสูงสุด บริการจากเภสัชกรทั้งสี่ประเทศสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยภายในบริเวณที่เป็นสัดส่วนเฉพาะภายในร้านยา ที่บ้านของผู้ป่วย และมีการให้บริการในสถานดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุ (Nursing home) สำหรับสหราชอาณาจักร เช่น ในประเทศอังกฤษและเวลส์ เภสัชกรสามารถให้บริการผ่านทางโทรศัพท์หรือสถานที่อื่น ๆ นอกเหนือที่กำหนดได้อีกด้วย ในประเทศออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกาและแคนาดาเช่น รัฐ Ontario มีการให้บริการด้าน Medicines Management โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (APhA., 2014; Watcharadamrongkun, 2012) ในขณะที่สหราชอาณาจักร เช่น ในประเทศอังกฤษและเวลส์จะให้ความสนใจผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยาในกลุ่มเสี่ยงเป็นพิเศษ เช่น NSAIDs, Anticoagulants, Antipathalets และ Diuretics และผู้ป่วยที่ได้รับยาในระบบทางเดินหายใจ (respiratory drugs) ความถี่ในการให้บริการการดูแลและรักษาด้วยยาในทั้ง 3 ประเทศ (ยกเว้น

สหรัฐอเมริกา) จำกัดอยู่ที่ 1 ครั้งต่อปีสำหรับผู้ป่วย 1 ราย และอาจมีการให้บริการตรวจติดตามระหว่างปีแล้วแต่กรณี ซึ่งในประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกานั้น ร้านยาจะได้รับเงินค่าบริการตรวจติดตาม (monitoring services) ด้วย สำหรับการให้บริการในสหราชอาณาจักร มีการจำกัดจำนวนการให้บริการของร้านยาไม่เกิน 400 ครั้งต่อปี และครึ่งหนึ่งของจำนวนการให้บริการทั้งหมดจะต้องเป็นการให้บริการแก่กลุ่มผู้ป่วยที่กำหนด

ตารางที่ 2.7.1 เปรียบเทียบงานบริการด้านการดูแลและรักษาด้วยยาในสี่ประเทศ

งานบริการ	ความครอบคลุม	ประเทศ ¹			
		AUS	CAN	UK	US
MedsCheck / Medication Use Review	การให้บริการดูแลและรักษาด้วยยา ทบทวนการใช้ยา ค้นหาปัญหา ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ประเมินผลและตรวจติดตาม	✓	✓	✓	✓
Diabetes MedsCheck	การให้บริการดูแลและรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะ	✓	✓	-	✓
Home Medicine Review/MedsCheck at home	การให้บริการดูแลและรักษาด้วยยาที่บ้านของผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถมารับบริการที่ร้านยาได้	✓	✓	-	✓
Residential Medication Management Review (RMMR)/MedsCheck for LCT Home/Care home service	การให้บริการดูแลและรักษาด้วยยาในสถานดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	✓	✓	✓	✓
Quality Use of Medicine (QUM)	บริการให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่ในสถานดูแลผู้สูงอายุของรัฐโดยเฉพาะ เพื่อดูแลผู้สูงอายุในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง	✓	-	-	-

¹ อักษรย่อของประเทศ หมายถึง AUS = ออสเตรเลีย, CAN = แคนาดา, UK = สหราชอาณาจักร ในที่นี้ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์, US = สหรัฐอเมริกา

ตารางที่ 2.7.2 เปรียบเทียบโครงสร้างการให้บริการด้านการดูแลและรักษาด้วยยาในสี่ประเทศ

เงื่อนไขงานบริการ	รายละเอียด	ประเทศ ¹			
		AUS	CAN	UK	US
ร้านยาที่ให้บริการ (Licensed pharmacy)	ร้านยาคู่สัญญากับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	✓	✓	✓	✓
เภสัชกรที่ให้บริการ (Registered Pharmacist)	ผ่านการสอบและได้รับใบประกอบวิชาชีพ	✓	✓	✓	✓
สถานที่ให้บริการ	- ร้านยา	✓	✓	✓	✓
	- บ้านผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓
	- สถานดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	✓
	- สถานที่อื่นๆ หรือ ทางโทรศัพท์	-	-	✓	-
ผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิ (Patient eligibility)	- มีการใช้ยาพร้อมกันหลายตัว	✓	✓	✓	✓
	- ผู้ป่วยที่ได้รับยาในการรักษาโรคชนิดใหม่	✓	✓	✓	✓
	- เน้นให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะ	✓	✓	-	-
	- เน้นให้บริการผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ	-	-	✓	-
	- เน้นให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	-	-	-	✓
	- เน้นให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มเสี่ยง เช่น NSAIDs, Anticoagulants, Antipathalets, Diuretics	-	-	✓	-
การค้นหาผู้ป่วย	- ร้านยาเป็นผู้ค้นหาผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓
เพื่อเข้ารับบริการ	- แพทย์เป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓
	- ผู้ป่วยเสนอตัวเข้ารับบริการ	-	-	✓	-
ความถี่ในการให้บริการ	- บริการทุก 1 ปี	✓	✓	✓	✓
	- บริการตรวจติดตามประจำปี	-	✓	-	-
	- บริการตรวจติดตามเมื่อจำเป็น	✓	✓	✓	✓
การเบิกจ่ายเงิน	- มีลิสต์เหมาจ่าย (Fee schedule)	✓	✓	✓	✓
ค่าบริการ	- ค่าบริการตรวจติดตาม	-	✓	-	✓

¹ อักษรย่อของประเทศ หมายถึง AUS = ออสเตรเลีย, CAN = แคนาดา, UK = สหราชอาณาจักร ในที่นี้ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์, US = สหรัฐอเมริกา

นอกเหนือการให้บริการด้านการดูแลรักษาด้วยยาแก่ผู้ป่วยแล้ว ประเทศออสเตรเลียยังมีบริการที่เรียกว่า Quality Use of Medicine (ATO., 2014; IAPO., 2014) ซึ่งเป็นการให้บริการที่มุ่งเน้นการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิผลของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลของรัฐบาล (Government Funded Aged Care Facility, AFC) โดยผู้ที่เข้ารับบริการ คือ เจ้าหน้าที่ในสถานดูแลผู้สูงอายุของรัฐบาล ซึ่งจะได้รับการอบรมจากเภสัชกรผู้ให้บริการในด้านต่างๆ ที่กำหนดเพื่อจะได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรมไปพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดูแลการใช้ยาของผู้สูงอายุในสถานดูแลของรัฐบาลให้เกิดความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดอีกด้วย

2. การคัดกรองโรค (Disease Screening)

งานบริการคัดกรองโรคที่พบในต่างประเทศนั้น จะมีความหลากหลายของโรคที่แต่ละประเทศระบุหรือสนับสนุนการคัดกรอง เช่น งานบริการด้านการคัดกรองโรค (Disease screening) ที่ให้บริการโดยร้านยาในประเทศออสเตรเลีย ได้แก่ งานบริการด้านการคัดกรองและรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เชื้อ Chlamydia (Chlamydia screening & treatment) โรคที่ระบุใน The Fifth Community Pharmacy Agreement ได้แก่ โรคเบาหวาน ระบบทางเดินหายใจ ระบบหลอดเลือดและสุขภาพจิต (Diabetes, Respiratory disease, Cardiovascular disease และ Mental health conditions) เป็นต้น โดยงานบริการด้านการคัดกรองโรคในประเทศออสเตรเลียนี้ จัดเป็นงานด้านปฐมภูมิ (Primary health care) ที่รัฐบาลจะให้เงินตอบแทนการให้บริการแก่ร้านยาที่เป็นคู่สัญญากับ Medicare ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (Accreditation) ตามมาตรฐานของ Pharmacy Accreditation Program ซึ่งในปัจจุบัน Quality Care Pharmacy Program (QCPP) เป็นเพียงหน่วยงานเดียวที่ได้รับอนุญาตให้ทำการรับรองคุณภาพร้านยาในประเทศออสเตรเลีย (ACSQHC., 2014)

ในสหราชอาณาจักร (ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์) บริการที่พบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและจัดการโรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือด (Vascular risk assessment and management service) โดยเป็นบริการที่ให้ในระดับชุมชน (Locally commissioned pharmacy services) โดยร้านยาที่เป็นคู่สัญญากับ National Health Services (NHS) ที่เลือกที่จะให้บริการต่างๆ ตามความจำเป็นและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ และเมื่อร้านยาให้บริการแล้วก็สามารถเรียกเก็บเงินค่าบริการคืนจากผู้ให้ประกันได้ (Benson, 2010; Goundrey-Smith, 2012)

ในประเทศแคนาดาได้มีงานวิจัยหลายชิ้นที่สนับสนุนการให้บริการโดยร้านยาในด้านการคัดกรองโรคและการประเมินความเสี่ยงในการเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของประชากร ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง ผลจากการให้บริการ พบว่า เภสัชกรชุมชนมีความสนใจและตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในการให้บริการด้านคัดกรองและป้องกันโรค และสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การให้บริการด้านการคัดกรองโรคโดยเภสัชกรชุมชนในประเทศแคนาดาในปัจจุบันยังไม่ได้รับการสนับสนุนค่าบริการจากหน่วยงานภาครัฐบาลในรัฐใดทั้งสิ้น (Canadian Pharmacists Association., 2012)

ตารางที่ 2.7.3 เปรียบเทียบการให้บริการด้านการคัดกรองในสี่ประเทศ

งานบริการ	ความครอบคลุม	ประเทศ ^a			
		AUS	CAN	UK	US
การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ (Screening and risk assessment or Health check)	ตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น เบาหวาน ความดันและหลอดเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น	✓	-	✓	✓
	ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความรู้ ในการดูแลตัวเองในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค	✓	-	✓	✓
	ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาในรายที่มีความจำเป็นหรือมีความเสี่ยงสูงหรือเป็นโรค	-	-	✓	✓
	ตรวจคัดกรองและรักษาผู้ที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Chlamydia infection)	✓	-	-	-
เงื่อนไขงานบริการ	รายละเอียด	AUS	CAN	UK	US
ร้านยาที่ให้บริการ (Licensed pharmacy)	ร้านยาคู่สัญญากับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	✓	✓	✓	✓
	ร้านยาที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน (Accredited pharmacy)	✓	-	-	✓
สถานที่ให้บริการ	ให้บริการภายในร้านยาเท่านั้น	✓	-	✓	
ผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิ (Patient eligibility)	ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคที่กำหนด	✓	-	✓	✓
	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน	✓	-	-	-
การค้นหาผู้ป่วย	ร้านยาเป็นผู้ค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการ	✓	-	✓	-
ความถี่ในการให้บริการ	บริการทุก 1 ปี	✓	-	✓	-
	บริการตรวจติดตามประจำปี	-	-	-	-
	บริการตรวจติดตามเมื่อจำเป็น	✓	-	✓	✓
การเบิกจ่ายเงิน	กำหนดค่าใช้จ่าย (Fee schedule)	-	-	✓	✓
ค่าบริการ	ค่าใช้จ่ายรายปี (Annual payment)	✓	-	-	-

^a อักษรย่อของประเทศ หมายถึง AUS = ออสเตรเลีย, CAN = แคนาดา, UK = สหราชอาณาจักร ในที่นี้ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์, US = สหรัฐอเมริกา

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification)

จากการทบทวนการให้บริการของเภสัชกรชุมชนในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification) พบว่า ในประเทศออสเตรเลียมีการให้บริการด้านการอดบุหรี่ (Smoking cessation) ซึ่งจัดเป็นงานบริการในกลุ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นส่วนหนึ่งของงานปณณภูมิที่ให้บริการโดยร้านยาที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน (Accredited pharmacy) นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพแห่งชาติในด้านการป้องกันสุขภาพและการสาธารณสุขมูลฐานของ The National Preventative Health and Primary Health Care Strategies, National Tobacco Strategy, National Alcohol Strategy และ Acting on Australia's weight Strategy องค์การที่เป็นตัวแทนของร้านยาคู่สัญญา กับ Medicare คือ The Pharmacy Guild of Australia ได้จัดทำแผนงานเสนอให้รัฐบาลขยายขอบเขตสนับสนุนด้านการเงินให้แก่งานให้บริการด้าน Healthy lifestyle support ให้ครอบคลุมงานบริการเพิ่มขึ้น ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก (Weight loss program) และการเลิกดื่มสุรา (Alcohol withdrawal support) (Taitzman, Grimm, & Agrawal, 2013)

ในประเทศแคนาดา พบว่า เฉพาะในรัฐ Saskatchewan และรัฐ Ontario เท่านั้นที่ทางรัฐบาลให้เงินสนับสนุนแก่ร้านยาที่ให้บริการให้คำแนะนำในการอดบุหรี่ (Smoking cessation program) โดยเภสัชกรชุมชนสามารถให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำ ประเมินความพร้อมในการอดบุหรี่ แนะนำขั้นตอน นำเสนอทางเลือก และให้การสนับสนุนการอดบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในแต่ละรัฐมีข้อกำหนดด้านการฝึกอบรมแก่เภสัชกรผู้ให้บริการ คือ เภสัชกรในรัฐ Saskatchewan จะต้องผ่านการฝึกอบรม PACT training program และในรัฐ Ontario จะต้องผ่านการฝึกอบรม Smoking cessation program ด้วย อย่างไรก็ตามยังไม่พบข้อมูลในการให้เงินสนับสนุนค่าบริการแก่ร้านยาสำหรับงานบริการ Behavioral modification อื่นๆ (Canadian Pharmacists Association., 2005)

ในสหราชอาณาจักร (ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์) การให้บริการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภคถือเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการของร้านยาที่เป็นคู่สัญญากับ NHS ทั้งในระดับงานบริการหลัก (Essential services) และงานบริการเสริมในพื้นที่ (Locally commissioned services) (Pharmacy CPA, 2011) โดยระดับงานบริการหลักนั้น ประกอบด้วย งานส่งเสริมสุขภาพด้านสาธารณสุข (Promotion of Healthy Lifestyles (Public health)) ที่ให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพแก่ผู้ที่มารับยาที่ร้านยาจากโรคเบาหวาน หรือมีภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือมีน้ำหนักตัวมาก เป็นต้น ซึ่งร้านยาที่เป็นคู่สัญญากับ NHS จะต้องเข้าร่วมโครงการณรงค์และร่วมให้บริการระดับงานบริการหลักจำนวน 6 โครงการต่อปี (Pharmacy CPA, 2011) สำหรับงานบริการเสริมในพื้นที่ จะเป็นการให้บริการตามความจำเป็นและปัญหาที่พบในแต่ละพื้นที่ เช่น บริการ Stop smoking (Stroetmann & Stroetmann, 2005), บริการ Weight management services (PSNC., 2014) และบริการ Alcohol screening and brief intervention (European Commission, 2011) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าในทั้งสามประเทศนั้นรัฐบาลให้การสนับสนุนเงินค่าบริการแก่ร้านยาที่ให้บริการแนะนำในการเลิกบุหรี่ (Smoking cessation program) สำหรับการให้บริการที่เป็นที่น่าสนใจรองลงมา ได้แก่ งานบริการด้าน Weight management service และ Alcohol withdrawal program ซึ่งทั้งสองงานบริการนี้กำลังอยู่ในแผนการดำเนินการเพื่อผลักดันสู่นโยบายระดับชาติสำหรับการให้บริการของร้านยาทั้งในประเทศออสเตรเลีย และสหราชอาณาจักร

ตารางที่ 2.7.4 เปรียบเทียบการให้บริการด้านการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพในสี่ประเทศ

งานบริการ	ความครอบคลุม	ประเทศ ^๑			
		AUS	CAN	UK	US
Smoking cessation	ให้คำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น และติดตามผลการให้บริการเลิกบุหรี่	✓	✓	✓	✓
Weight management	บริการให้คำแนะนำเพื่อการลดน้ำหนักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่	-	-	✓	-
Alcohol screening and brief intervention	ให้คำแนะนำปรึกษาในการดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินความเสี่ยงและอันตรายที่เพิ่มขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์	-	-	✓	-
เงื่อนไขงานบริการ	รายละเอียด	AUS	CAN	UK	US
ร้านยาที่ให้บริการ (Licensed pharmacy)	- เป็นร้านยาคู่สัญญากับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	✓	✓	✓	✓
	- Accredited pharmacy	✓	-	-	✓
เภสัชกรที่ให้บริการ	ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้บริการ	✓	✓	✓	✓
สถานที่ให้บริการ	- ร้านยา	✓	✓	✓	✓
	- ให้บริการทางโทรศัพท์	✓	✓	-	-
ผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิ (Patient eligibility)	<u>Smoking cessation</u>				
	- ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่	✓	✓	✓	✓
	- ผู้ที่อาจเกิดโรคแทรกซ้อนจากการสูบบุหรี่	✓	✓	✓	✓
	<u>Weight management</u>				
	ผู้ที่มีน้ำหนักเยอะและเสี่ยงต่อการเกิดโรค	-	-	✓	-
	<u>Alcohol screening</u>				
	ผู้ที่ดื่มสุราและมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป	-	-	✓	-
การค้นหาผู้ป่วย	- ร้านยาเป็นผู้ค้นหาผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓
เพื่อเข้ารับบริการ	- ผู้ป่วยเสนอตัวเข้ารับบริการ	✓	✓	✓	✓
ความถี่ในการให้บริการ	- บริการทุก 1 ปี	-	✓	-	-
	- ตามเงื่อนไขการให้บริการ	✓	-	✓	✓
การเบิกจ่ายค่าบริการ	กำหนดค่าใช้จ่าย (Fee schedule)	-	✓	✓	✓
	ค่าใช้จ่ายรายปี (Annual payment)	✓	-	-	-

^๑ อักษรย่อของประเทศ หมายถึง AUS = ออสเตรเลีย, CAN = แคนาดา, UK = สหราชอาณาจักร ในที่นี้ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์, US = สหรัฐอเมริกา

4. การคุ้มครองผู้บริโภค (Health consumer protection)

สำหรับการให้บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health consumer protection) นั้น มีงานที่ให้บริการอยู่มากในต่างประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลียมีการให้บริการโดยร้านยาที่ได้รับการรับรองคุณภาพ หรือเรียกสั้นๆ ว่า “ร้านยาคุณภาพ (Accredited pharmacy)” (Pharmacy Guild of Australia., 2014) ให้บริการต่อไปนี้

- 1) บริการ Needle and Syringe Programs ที่ช่วยจัดหาเข็มและอุปกรณ์ที่ใช้ในการฉีดยาที่ปราศจากเชื้อ ทำลายเข็มที่ใช้แล้วเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค เช่น ไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อเอดส์
- 2) บริการ Opioid Substitution Programs บริการจ่ายยาเพื่อทดแทนการใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีนและสารเสพติดอื่นๆ เช่น ยา Buprenorphine และ Methadone
- 3) บริการ Return of Unwanted Medicines (RUM) บริการในการรับคืนยาที่ไม่ต้องการหรือยาที่หมดอายุจากประชาชนเพื่อนำไปทำลายทิ้งอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นการป้องกันการรับประทานยาเสื่อมสภาพหรือยาที่ไม่ต้องการใช้และป้องกันเด็กจากการเผลอรับประทานยา เป็นต้น

นอกจากนี้ บริการ National Immunization Program ฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค (Vaccine administration) โดยร้านยาคุณภาพในประเทศออสเตรเลียนั้น กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการเพื่อผลักดันให้สอดคล้องกับนโยบายแห่งชาติ

ในประเทศแคนาดา พบว่า มีบริการ ด้านการฉีดยาและให้วัคซีนป้องกันโรค (Medication injection & immunization) โดยเภสัชกรร้านยาที่ได้รับการฝึกอบรมในการฉีดวัคซีน และบริการ Methadone managed care ที่จ่ายยา Methadone แก่ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการติดยาเสพติดซึ่งเป็นบทบาทการให้บริการที่ได้รับการรับรองอย่างถูกต้องตามกฎหมายที่มีการเริ่มให้บริการแล้วในบางรัฐ และสามารถเรียกเบิกจ่ายค่าบริการได้ (reimbursement) เช่น ในรัฐ British Columbia และ รัฐ Ontario เป็นต้น (Canadian Pharmacists Association., 2013)

ในสหราชอาณาจักร (ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์) มีทั้งในระดับงานบริการหลัก (Essential services) จากร้านยาคู่สัญญา กับ NHS คือ บริการรับกำจัดยาที่ไม่ต้องการ (Disposal of unwanted medicine) (Coleman & Newton, 2005) และในระดับงานบริการเสริมในพื้นที่ (Locally commissioned services) ได้แก่ บริการแลกเข็มและกระบอกฉีดยา (Health Level Seven International, 2014) บริการรับกำจัดขยะแหลมคม เช่น เข็มฉีดยาหรืออุปกรณ์การทดสอบเลือด และบริการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาล หรือวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง (Health Information and Quality Authority, 2013) โดยเป็นการให้บริการภายใต้การทำสัญญาระหว่างร้านยากับหน่วยงานที่มีอำนาจในพื้นที่ให้บริการนั้นๆ (Local authority, LA)

ตารางที่ 2.7.5 เปรียบเทียบการให้บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในสี่ประเทศ

งานบริการ	ความครอบคลุม	ประเทศ ^า			
		AUS	CAN	UK	US
Needle & syringe exchange or sharp disposal services	บริการเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา รับทำลายของแหลมคมจากอุปกรณ์ตรวจวัดเลือดต่างๆ เช่น อุปกรณ์ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	✓	-	✓	✓
Opioid Substitution or Methadone managed care program	บริการจ่ายยา Methadone หรือ Buprenorphine เพื่อบำบัดอาการผู้ที่ติดยาเสพติด	✓	✓	-	✓
Return or disposal of unwanted medicine	บริการรับคืนและทำลายยาที่ไม่ต้องการใช้หรือยาที่หมดอายุ	✓	-	✓	✓
Medication injection & immunization	บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เช่น ไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี	-	✓	✓	-
	บริการฉีดยาให้ผู้ป่วยในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน การให้อาหารผู้ป่วยทางหลอดเลือด (parenteral nutrition) หรือ การรักษาอาการภูมิแพ้แบบ anaphylaxis	-	✓	-	-
เงื่อนไขงานบริการ	รายละเอียด	AUS	CAN	UK	US
ร้านยาที่ให้บริการ (Licensed pharmacy)	ร้านยาคู่สัญญากับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	✓	✓	✓	✓
	ร้านยาที่ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ (Accredited pharmacy)	✓	-	-	✓
เภสัชกรที่ให้บริการ (Registered Pharmacist)	ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้บริการ	✓	✓	✓	✓
สถานที่ให้บริการ	ร้านยา	✓	✓	✓	✓
การเบิกจ่ายเงิน	กำหนดค่าใช้จ่าย (Fee schedule)	-	✓	✓	✓
ค่าบริการ	ค่าใช้จ่ายรายปี (Annual payment)	✓	-	-	-

^าอักษรย่อของประเทศ หมายถึง AUS = ออสเตรเลีย, CAN = แคนาดา, UK = สหราชอาณาจักร ในที่นี้ได้แก่ ประเทศอังกฤษและเวลส์, US = สหรัฐอเมริกา

5. งานบริการอื่นๆ

นอกเหนือจากงานบริการ 4 งานหลักที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ยังมีบริการอื่นๆ ที่รัฐบาลได้ให้เงินสนับสนุนค่าให้บริการแก่ร้านยาด้วย ซึ่งมีทั้งการให้บริการระดับบุคคล (Individual) และระดับชุมชน (Community) ทั้งบริการภายในร้านยาและภายนอกร้านยา ซึ่งในที่นี้ไม่ขอกล่าวถึงงานบริการที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ (Dispensing related services) เนื่องจากในประเทศไทยนั้นเภสัชกรชุมชนสามารถวินิจฉัยโรคและจ่ายยาแก่ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์ในบางโรคหรือบางอาการ ซึ่งแตกต่างจากการทำงานของเภสัชกรชุมชนในสี่ประเทศข้างต้น ที่แพทย์มีหน้าที่ในการวินิจฉัยโรคและสั่งจ่ายยา (Diagnose and prescribe) ส่วนเภสัชกรทำหน้าที่จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ที่ได้รับเท่านั้น

ในประเทศออสเตรเลียมีงานบริการบางประเภทที่มีการให้บริการเฉพาะในร้านยาคุณภาพ (Accredited pharmacy) เท่านั้น หรือที่เรียกว่า Pharmacy Practice Incentive program (Pharmacy Guild of Australia., 2014) โดยรัฐบาลจะให้ค่าตอบแทนแก่ร้านที่มีการให้บริการที่ดีมีคุณภาพ ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลที่ช่วยปรับปรุงผลทางสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการใช้ยาของตนเองได้ดีขึ้น เช่น

- **Support for the Provision of Dose Administration Aids (DAA)** การให้บริการจัดเตรียมยาเป็นหน่วยรับประทานย่อยๆ ให้แก่ผู้ป่วย (unit-dose/multi-dose packing)
- **Clinical Interventions by Pharmacists (CI)** การให้บริการแนะนำ บ่งชี้ และแก้ไขปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งการจดบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบภายในร้านที่ให้บริการ
- **Staged Supply Support Allowance** การให้บริการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยเป็นช่วงตามที่คำสั่งแพทย์ผู้ทำการรักษา

ในประเทศแคนาดานั้นมีบริการ **Interpreting and Ordering Laboratory Tests** ที่เภสัชกรช่วยสั่งตรวจและแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นบริการเพิ่มเติมจากบริการดูแลและรักษาด้วยยาเพื่อให้สามารถวิเคราะห์และหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ในสหราชอาณาจักร (เช่น ประเทศอังกฤษและเวลส์) แบ่งงานบริการร้านยาออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) **งานบริการหลัก (Essential services)** เป็นงานบริการที่มีการให้บริการในร้านยาทุกแห่ง

- **Signposting to other Services** บริการจัดหาหรือแนะนำข้อมูลในการติดต่อหน่วยงานดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น สถานสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น
- **Clinical governance** ร้านยาของ NHS มีข้อกำหนดที่จะต้องปฏิบัติตามข้อตกลงที่ระบุไว้ใน Community Pharmacy Contractual Framework (CPCF) ที่จะต้องมีการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการอย่างต่อเนื่องโดยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีเพื่อส่งเสริมการให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย เช่น มีเอกสารคู่มือการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure, SOP) มีการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้า มีระบบตรวจวัดและควบคุมการติดเชื้อ (PSNC, 2014)

2) งานบริการแบบก้าวหน้า (Advanced services) (Keawkes et al., 2010) ร้านยาเภสัชกรที่ให้บริการส่วนนี้ได้จะต้องเป็นร้านยาที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามข้อกำหนด (Accreditation requirements) หรือเป็นร้านยาคุณภาพ ตัวอย่างงานบริการ ได้แก่

- **Appliance Use Review Service** บริการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับมาได้ดีขึ้น
- **Stoma Appliance Customisation Service** บริการเลือกใช้ถุงรองรับอุจจาระทางหน้าท้องที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยมีการใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยปรับปรุงระยะเวลาในการใช้ซึ่งส่งผลต่อการลดจำนวนขยะของเสีย เช่น การใช้ stoma appliances

3) งานบริการเสริมในพื้นที่ (Locally commissioned services) (สภาเภสัชกรรม, 2556)

ร้านยาสามารถให้บริการโดยการเป็นคู่สัญญากับหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ เช่น Local authorities, Clinical Commissioning Groups และ NHS England's area teams ซึ่งเป็นการให้บริการตามความต้องการและปัญหาด้านยาที่พบในชุมชน ตัวอย่างงานบริการ ได้แก่

- **Supervise administration** บริการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ณ จุดจ่ายยา โดยเฉพาะในกลุ่มยาที่มีความจำเป็น เช่น ยา Methadone ที่ใช้ในการบำบัดอาการติดยาเสพติด เป็นต้น
- **On demand availability of specialist drugs/Palliative care** บริการจัดหาหาพิเศษเฉพาะโรคเพื่อใช้ในการฉุกเฉิน เช่น ยาสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) ยารักษาวัณโรค ยารักษาโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ
- **Medicines assessment and compliance support** บริการให้คำแนะนำปรึกษาด้านการใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยที่พ้ออาศัยตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล
- **Medication review (full clinical review)** บริการทบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยและผลการทดสอบทางคลินิกต่างๆ เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ และให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมแก่แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาด้วย
- **Supplementary prescribing by pharmacists** เภสัชกรที่ได้รับการผ่านรับรองและขึ้นทะเบียนเป็น Supplementary prescriber สามารถให้บริการทบทวนการรักษา สั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจติดตามผลการรักษา ปรับขนาดยา สั่งจ่ายยา จัดบันทึกการรักษา โดยมีการทำงานร่วมกับแพทย์หรือทันตแพทย์อิสระ (Independent doctor or dentist) และทำการตกลงกับคนไข้เพื่อจัดการตามแผนการรักษา (clinical management plan (CPM))
- **Dry blood spot testing** บริการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโดยวิธี Dry blood spot testing
- **Anticoagulant management** บริการตรวจติดตามเวลาที่ใช้ในการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin เปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด (The International Normalised Ratio (INR)) รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการใช้ยาในกลุ่ม Anticoagulant และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องระหว่างการใช้อย่าง
- **Independent prescribing** เภสัชกรที่ได้รับการอบรม ผ่านการรับรองและขึ้นทะเบียนเป็น independent prescriber สามารถทำหน้าที่สั่งจ่ายยาที่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ จัดบันทึกการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์ ทั้งนี้ต้องเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ

- **Gluten free food supply** บริการจัดหาอาหารที่ปราศจาก Gluten สำหรับผู้ป่วยโรค Coeliac disease เป็นต้น

กิจกรรมงานบริการของเภสัชกรชุมชนในต่างประเทศ

กิจกรรมและรายละเอียดของงานบริการที่ให้บริการในต่างประเทศจะมีความหลากหลายแตกต่างกันไปดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น เช่น ในประเทศออสเตรเลียมีการพัฒนาระบบ Quality Care Pharmacy Program (QCPP) เพื่อปรับปรุงคุณภาพ และดูความสม่ำเสมอในการให้บริการแก่ลูกค้าของเภสัชกรประจำร้านยา โดยระบบ QCPP จะมีขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินหลายขั้นตอนโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น การสำมะโนประชากรร้านยา (Pharmacy census) การสนทนากลุ่ม (Focus group) การทบทวนงานบริการจัดการ (Administrative reviews) การสำรวจความคิดเห็นด้านต่างๆ ในร้านยา (Pharmacy survey) การสำรวจความคิดเห็นจากลูกค้า (Customer survey), การสำรวจความคิดเห็นจากแพทย์และพยาบาล (GPs and nurses survey) การสำรวจความคิดเห็นด้านการเงินจากผู้จัดการร้านยา (Pharmacy manager financial survey) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับมาตรฐานต่างๆ (Analysis of standards maintenance scores) โดย QCPP ถือเป็นระบบมาตรฐานที่สามารถนำมาปรับใช้เพื่อกำหนดมาตรฐานของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยได้ (Australian College of Pharmacy Practice and Management, 2005)

งานบริการของร้านยาในประเทศอังกฤษจะเป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยและการขยายแนวคิดเรื่องงานบริการผ่านองค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมของประเทศ (Silcock, Raynor, & Petty, 2004) ซึ่งร้านยาในประเทศอังกฤษได้รับการพัฒนาเป็นร้านยาที่ให้บริการงานปฐมภูมิหรือบริการพื้นฐานสำหรับประชาชน (Primary care pharmacy) เภสัชกรชุมชนสามารถให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน (Diabetes) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคหืด (Asthma) ทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกมากขึ้นในการใช้บริการ ลดภาระงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือแพทย์ประจำบ้าน ทำให้แพทย์มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลจากแพทย์มากขึ้น

ประเภทของยาในประเทศอังกฤษ แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 1) ยาที่ต้องจ่ายตามสั่งแพทย์ (Prescription Only Medicine, POMs)
- 2) ยาตามบัญชียาที่ขายได้ทั่วไป (General Sale list Medicines, GSLs) ส่วนใหญ่เป็นยาที่มีความปลอดภัยของการใช้สำหรับการรักษาตนเองเบื้องต้นและเป็นยาบรรจุเสร็จ มีปริมาณของยาไม่มาก เช่น ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาแก้ปวด เป็นต้น
- 3) ยาที่ต้องจ่ายในร้านยา (Pharmacy medicine, Ps) เป็นกลุ่มยาที่ต้องจ่ายในร้านยาภายใต้การควบคุมดูแลของเภสัชกร

ในทางปฏิบัติร้านยาที่จะให้บริการจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์จะต้องเป็นร้านยาที่เป็นคู่สัญญาของหน่วยบริการสุขภาพแห่งชาติ (Nation Health Service; NHS) และจะต้องผ่านการอบรมทั้งด้านการบริการจัดการระบบ ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมเพื่อการติดตามและการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยด้วย โดยเภสัชกรจะมี

มาตรฐานในการปฏิบัติงาน (SOP) ในแต่ละขั้นตอนและต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบการทำงานที่ชัดเจน ดังตัวอย่างรายละเอียดกิจกรรมและการกำหนดผู้รับผิดชอบใน 5 กิจกรรมต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความถูกต้อง (Accuracy Checking)

ขั้นตอน	ประเด็นหลัก/ผู้รับผิดชอบ ^๑	
1. ตรวจสอบรายการในแต่ละรายการ	- พยายามแบ่งรายการยาให้น้อยลง เพื่อทำการตรวจสอบได้อย่างถูกต้อง - ใส่ยาแต่ละรายการแยกในตะกร้าตามใบสั่งยา ป้องกันการปะปนของยา	[P] [T]
2. ตรวจสอบตัวยาให้ถูกต้องตามใบสั่งยา	ตรวจสอบซ้ำว่ารูปแบบยาถูกต้อง เช่น ตรวจสอบว่าคนไข้ไม่มีประเด็นในเรื่องชื่อการค้า ถ้าต้องเปลี่ยนยาที่เป็นยาสามัญหรือชื่อการค้าอื่น	[P] [T]
3. ตรวจสอบความถูกต้องของฉลากและตัวยา	ตรวจสอบซ้ำในเรื่องชื่อยา ข้อมูลที่จำเป็นในการใช้ยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน ไม่มีการพิมพ์ขาดไป	[P] [T]
4. ตรวจสอบภายในภาชนะบรรจุ	- ตรวจสอบวันหมดอายุ จำนวนบรรจุให้ตรงตามเอกสารกำกับยา - เมื่อตรวจสอบเรียบร้อยแล้วให้เซ็นชื่อกำกับแต่ละรายการ ซึ่งการเซ็นชื่อกำกับต้องสังเกตง่าย	[P] [T]
5. ตรวจสอบเพิ่มเติมโดยเภสัชกรท่านอื่นหรือผู้ช่วยเภสัชกร	ตรวจสอบความถูกต้องซ้ำ (หากจำเป็น)	[P] [T]
6. ตรวจสอบผู้รับยาให้ตรงกัน	ถามยืนยันที่อยู่ และถ้าสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวันเกิด หรือขอคู่มือประจำตัว	[P] [T] [A]

^๑ผู้รับผิดชอบ: [P] = เภสัชกร, Technician [T] = ผู้ช่วยเภสัชกร, Assistant [A] = ผู้ช่วยทั่วไปในร้าน

2. การจัดยาและการเขียนฉลากยา (Assembling and Labelling Prescriptions)

ขั้นตอน	ประเด็นหลัก/ผู้รับผิดชอบ ^า	
1. แต่งกายอย่างเหมาะสม ควรเป็นสีขาว แต่ถ้าไม่มีควรเป็นสี สุภาพ	การแต่งกายต้องสะอาด เหมาะสม และไม่ควรส่งมอบยาจากมือ โดยตรง	[P] [T] [A]
2. เลือกยาอย่างเหมาะสม อ่านจาก ใบสั่งยา (ไม่ใช่ฉลากยา) และหยิบยา อย่างถูกต้อง	- ยาสำหรับรับประทาน: เลือกรูปแบบยาให้ถูกต้อง - ยาใช้ภายนอก: เลือกรูปแบบให้เหมาะกับคนไข้ เช่น ยาครีม, ointment	[P] [T]
3. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวยาดู เอกสารกำกับยา และตัวยาว่าอยู่ใน สภาพดีก่อนวันหมดอายุ	ตรวจสอบซ้ำว่าจำนวนยาตรงตามภาชนะบรรจุ	[P] [T]
4. ตรวจสอบยาทั้งหมด จัดวางยาในภาชนะที่เหมาะสม เช่น ตะกร้า ถุงใส่ยา โดยแต่ละถุงต้องมีชื่อ คนไข้ และที่อยู่	- คำนวณจำนวนยาตามใบสั่งยาอย่างถูกต้อง - ระวังยาที่เป็น cytotoxic medicines เช่น methotrexate, finasteride - ถ้ามีการนำยาออกจากกล่อง ต้องระบุให้ชัดเจนว่าในกล่องมี ยาไม่เต็มจำนวน	[P] [T]
5. การติดฉลากยาอย่างเหมาะสม ควรติดฉลากให้เรียบร้อย อ่านง่าย และมีเครื่องหมายแสดงการตรวจแล้ว	- ตรวจสอบภาชนะบรรจุให้เหมาะสมกับคนไข้ - ระบุจำนวนและนับจำนวนยาครบถ้วน	[P] [T]

^าผู้รับผิดชอบ: [P] = เกสัชกร, Technician [T] = ผู้ช่วยเกสัชกร, Assistant [A] = ผู้ช่วยทั่วไปในร้าน

3. การตรวจสอบตัวยา (Pharmaceutical Assessment)

ขั้นตอน	ประเด็นหลัก/ผู้รับผิดชอบ ^๑	
1. การตรวจสอบเบื้องต้น ตรวจสอบความผิดพลาดในใบสั่งยา	ตรวจดูยาที่ไม่ได้รับอนุญาต ยาในบัญชีต้องห้าม	[P] [T] [A]
2. ตรวจสอบความถูกต้องตามกฎหมาย ตรวจสอบข้อมูลที่ต้องปฏิบัติตาม กฎหมายควบคุม	ตรวจสอบลายเซ็นของแพทย์ วันที่ การตรวจสอบการใช้ยา ผิดวัตถุประสงค์	[P] [T]
3. การตรวจสอบทางคลินิก ตรวจสอบชื่อยาว่าตรงกับใบสั่งยา	- ตรวจสอบว่ายาดตรงกับอาการคนไข้ เช่น เบาหวาน หอบ หืด - นอกจากนี้ต้องดูภาวะคนไข้ การตั้งครรภ์ ให้นมบุตร	[P] [T]
4. การตรวจสอบเภสัชภัณฑ์ ยาที่จ่ายต้องมีความปลอดภัย ไม่ ก่อให้เกิดอันตราย	ตรวจสอบรูปแบบ ขนาดยา การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา- ยา ยา-อาหาร (food/drugs interaction) และข้อห้ามใช้ (Contraindications)	[P] [T] [A]
5. การตรวจสอบการใช้ยาตามสั่งของ ผู้ป่วย (Compliance)	ตรวจให้แน่ใจว่าการจ่ายยามีการใช้ลักษณะที่เหมาะสม เช่น Dosset boxes สำหรับผู้สูงอายุ, ขวดที่ไม่สามารถเปิดได้ โดยเด็ก (CRC) สำหรับผู้ปกครอง	[P] [T]

^๑ผู้รับผิดชอบ: [P] = เภสัชกร, Technician [T] = ผู้ช่วยเภสัชกร, Assistant [A] = ผู้ช่วยทั่วไปในร้าน

4. การรับใบสั่งยา (Taking in Prescriptions)

ขั้นตอน	ประเด็นหลัก/ผู้รับผิดชอบ ^๑	
1. กล่าวต้อนรับคนไข้	ถ้าไม่แน่ใจ ควรขออนุญาตตรวจดูบัตรประจำตัว และดูว่าคนไข้มีความบกพร่อง หรือมีปัญหาเรื่องภาษาหรือไม่	[P] [T] [A]
2. ตรวจสอบว่าใบสั่งยามีข้อมูลครบถ้วน	ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนและมีการลงข้อมูลก่อนส่งให้เภสัชกร	[P] [T] [A]
3. ยืนยันข้อมูลสิทธิคนไข้	ตรวจสอบตามสิทธิของคนไข้ ในเรื่องการเบิกจ่าย	[P] [T] [A]
4. การให้คำแนะนำ ในกรณียาสามัญประจำบ้าน หรือยาที่มีราคาต่ำกว่า	ยาส่วนใหญ่ที่มีราคาถูก เช่น ยา Ibuprofen, Aspirin และ Paracetamol สามารถขอคำแนะนำจากเภสัชกรเพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง	[P] [T] [A]
5. การส่งต่อใบสั่งยาให้เภสัชกร ตรวจสอบเวลาในการเตรียมยาเพื่อแจ้งแก่คนไข้ในการคอยรับยา	ตรวจสอบซ้ำเพื่อความถูกต้องของข้อมูล	[P] [T] [A]

^๑ผู้รับผิดชอบ: [P] = เภสัชกร, Technician [T] = ผู้ช่วยเภสัชกร, Assistant [A] = ผู้ช่วยทั่วไปในร้าน

5. การส่งมอบยา (Transfer of medicine or product to the patient)

ขั้นตอน	ประเด็นหลัก/ผู้รับผิดชอบ ^๑	
1. กล่าวต้อนรับ ถ้ามีผู้รับยาแทนคนไข้ ให้ถามชื่อและที่อยู่	- ถ้ามีข้อสงสัย ให้ขอคู่มือประชาชน - ตรวจสอบว่าคนไข้มีความบกพร่องเรื่องการได้ยิน หรือการอ่านหรือไม่	[P] [T] [A]
2. ตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจสอบชื่อยาให้ตรงตามใบสั่งยา และไม่มีส่วนผสมผิดพลาด	- ตรวจสอบซ้ำว่ายายังไม่หมดอายุ และมีเอกสารกำกับยา - ถ้ามีข้อสงสัยให้ส่งกลับมาที่เภสัชกร หรือทีมที่ทำการจ่ายยา	[P] [T]
3. ข้อมูลเพิ่มเติม ตรวจสอบข้อมูลให้เหมาะสมต่อคนไข้	ตรวจสอบให้แน่ใจว่าคนไข้ให้ความร่วมมือ และมีความเข้าใจ ให้คนไข้มีโอกาสซักถามสิ่งที่ควรรู้เกี่ยวกับยา	[P] [T] [A]
4. ส่งมอบยา ในขณะที่ส่งมอบ ถามคนไข้ในสิ่งที่คนไข้ อยากได้ข้อมูลเพิ่มเติม	ตรวจสอบให้แน่ใจว่าภาชนะที่บรรจุยาเหมาะกับคนไข้ และมี อุปกรณ์ตวงยาที่เหมาะสม เช่น ช้อน, syringes	[P] [T]
5. การเก็บรักษาใบสั่งยา และเก็บแยก ใบสั่งยาอย่างเหมาะสม	ตรวจสอบซ้ำให้แน่ใจในใบสั่งยาว่ามีการเซ็นชื่อโดยเภสัชกร	[P] [T]

^๑ผู้รับผิดชอบ: [P] = เภสัชกร, Technician [T] = ผู้ช่วยเภสัชกร, Assistant [A] = ผู้ช่วยทั่วไปในร้าน

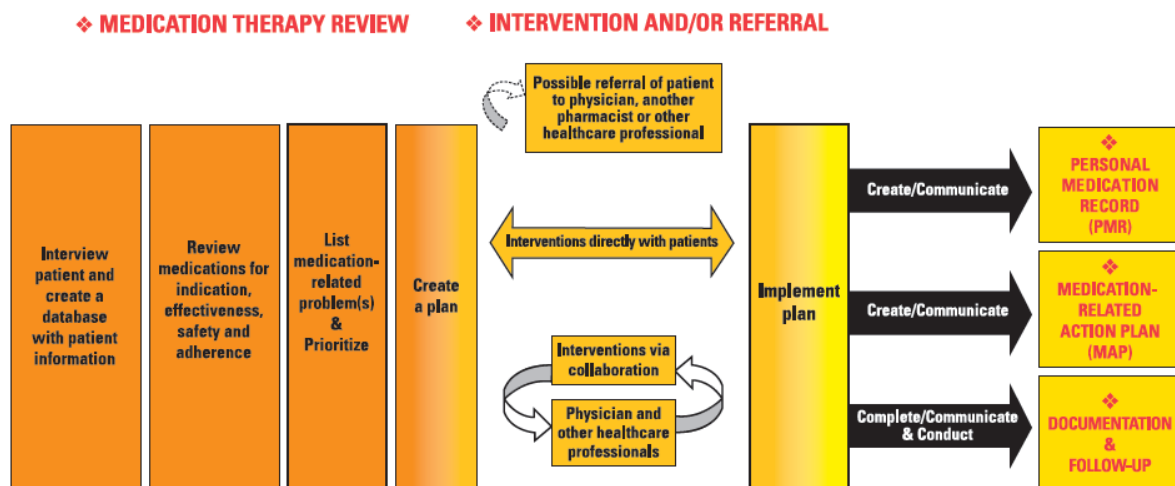
ในประเทศสหรัฐอเมริกา การพัฒนาร้านยาจะเน้นการจัดการด้านโรค (Disease Management) ในลักษณะองค์รวม (Comprehensive approach) ในด้านการป้องกัน (Preventing) และการรักษาโรค (Treating disease) โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการเลิกบุหรี่ เป็นต้น (Holdford, Kennedy, Bernadella, & Small, 1998) ซึ่งพบว่า เภสัชกรชุมชนเป็นวิชาชีพที่เหมาะสมที่สุดในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการด้านโรค (Diseases manager) เนื่องจากประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงในชุมชน ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ช่วยในการประเมินผลด้านเศรษฐศาสตร์ และในท้ายที่สุดสามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

ในด้านบทบาทหน้าที่ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลของสหรัฐอเมริกาได้มีประกาศเจตนารมย์ในการสนับสนุนให้เภสัชกรชุมชนมีหน้าที่และให้บริการในงานปฐมภูมิ (The statement on the pharmacist's role in primary care) (Pharmacy CPA, 2011) ในส่วนขององค์การอาหารและยาได้ริเริ่มแนวคิดในการขยายบทบาทของเภสัชกรชุมชนโดยการเพิ่มประเภทกลุ่มยาที่สามารถจ่ายโดยเภสัชกรชุมชน (Behind the counter, BTC) ซึ่งจะเป็นยาที่มีความปลอดภัยในการใช้ระดับหนึ่งแต่ยังไม่เพียงพอต่อการอนุญาตให้เป็นยาสามัญทั่วไป นอกเหนือจากประเภทยาที่มีอยู่เดิมเพียงสองกลุ่ม คือ ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น (Prescription only) และยาสามัญทั่วไป (Over the counter, OTC)

การดูแลและรักษาผู้ป่วยด้วยยา (MTM) ได้มีการเสนอรูปแบบและขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยว่าควรประกอบด้วยขั้นตอนการพบทวนการใช้ยา (เช่น ข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย) การสัมภาษณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถระบุ จัดลำดับของยาที่ก่อให้เกิดปัญหา วางแผนงานดูแล ให้การรักษาหรือคำแนะนำ (Intervention) และส่งต่อผู้ป่วยหากจำเป็น (แผนภาพที่ 2.7.1) (American Pharmacists Association & National Association of Chain Drug Stores Foundation, 2008)

The Medication Therapy Management Core Elements Service Model

The diagram below depicts how the MTM Core Elements (♦) interface with the patient care process to create an MTM Service Model.



แผนภาพที่ 2.7.1 MTM core elements service model (American Pharmacists Association & National Association of Chain Drug Stores Foundation., 2008)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่างานบริการในร้านยาในต่างประเทศมีรูปแบบการให้บริการ รายละเอียดกิจกรรมของแต่ละงานบริการ เงื่อนไขข้อจำกัดในการให้บริการที่หลากหลายแตกต่างกัน หากจะมีการคัดเลือกและนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย อาจจะต้องมีการพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้ที่มาขอรับบริการและสิ่งแวดล้อมของร้านยาเองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด คำนึงต่อร้านยา และได้รับผลการรักษาสูงสุดหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการมากที่สุดด้วย

บรรณานุกรม

- ACSQHC. (2014). National medication management plan. Retrieved July 12, 2014, from <http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/medication-safety/medication-reconciliation/nmmp/>
- Allemann, S. S., van Mil, J. F., Botermann, L., Berger, K., Giese, N., & Hersberger, K. E. (2014). Pharmaceutical Care: the PCNE definition 2013. *International journal of clinical pharmacy*, 36(3), 544-555.
- American Pharmacists Association, & National Association of Chain Drug Stores Foundation. (2008). Medication therapy management in pharmacy practice: core elements of an MTM service model (version 2.0). *Journal of the American Pharmacists Association*, 48(3), 341-353.
- American Pharmacists Association & National Association of Chain Drug Stores Foundation. (2008). Medication therapy management in pharmacy practice: Core elements of an MTM service model (version 2.0). *Journal of the American Pharmacists Association*, 48(3), 341-353.
- APhA. (2014). SOAP Note writing. Retrieved July 10, 2014, from http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/Rovers_Ch_6%20-%20SOAP%20Note%20Writing%20PPT.pdf
- Arkaravichien, W., Hongsamout, D., Jarupach, C., & Sangkar, P. (2008a). Activities reflecting quality of pharmacy services and satisfaction with the services: A case study of Mahachai community caring clinic, Nakornratchasima. *Journal of Health Science*, 17(VI), 1810-1812.
- Arkaravichien, W., Hongsamout, D., Jarupach, C., & Sangkar, P. (2008b). Co-ordination between community pharmacy and community caring clinic: the Essential factors. *Journal of Health Science*, 17, 706-711.
- ASHP. (1996). ASHP Guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 53(July 1), 1713-1716.
- ATO. (2014). Medicare levy. Retrieved July 11, 2014, from <https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-levy/>
- Australian College of Pharmacy Practice and Management. (2005). Final report on the evaluation of the quality care pharmacy program. In Tim Logan (Ed.), (pp. 37). Australia: University of Queensland.
- Awiphan, R., & Thadapark, U. (2003). Pharmaceutical care scales and Thai hospital pharmacists' attitude toward pharmaceutical care. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 27(1-2), 59-71.
- BCMA. (2000, July). Turning the tide - Saving medicare for Canadians. Retrieved December 22, 2014, from <http://tools.hhr->

rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=viewlink&link_id=7577&Itemid=109&lang=en

- Benson, T. (2010). *Principles of health interoperability HL7 and SNOMED*. London: Springer.
- Blenkinsopp, A., Paxton, P., & Blenkinsopp, J. (2009). *Symptoms in the Pharmacy: A Guide to the Management of Common Illness*: John Wiley & Sons.
- Canadian Pharmacists Association. (2005). The role of the pharmacist. from Canadian Pharmacists Association <https://www.opatoday.com/documents/RoleofPharmacist.pdf>
- Canadian Pharmacists Association. (2012). The role of pharmacists in screening and prevention. *Translator*, 6.
- Canadian Pharmacists Association. (2013). Pharmacists' medication management services (Environmental Scan of Activities across Canada., Trans.) (Vol. October 2013, pp. 19). Ottawa, Canada: Canadian Pharmacists Association.
- Coleman, M. T., & Newton, K. S. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72(8), 1503-1510.
- Debavalya, U., Moolasarn, S., Orossarum, J., Samangsri, K., Yenwijitsopa, A., & Jaipen, P. (2008). The impacts of home care pharmacy services in diabetic patients. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 18(1), 39-51.
- Department of Health. (2013). NHS Charges from April 2013 announced. Retrieved July 11, 2014, from <https://www.gov.uk/government/news/nhs-charges-from-april-2013-announced>
- European Commission. (2011). *European interoperability Framework (EIF): Towards interoperability for European Public Services*. Belgium: Shutterstock.
- Goundrey-Smith, S. (2012). *Information technology in pharmacy: An integrated approach*. London: Springer.
- Hall, J. (2013). *Pharmacy practice*. UK: Oxford University Press.
- Hanrinth, r. (2009). Classification for drug related problems. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 1(1 (Jan-Jun)), 84-96.
- Health Information and Quality Authority. (2013). *Overview of healthcare interoperability standards* (pp. 38). Retrieved from <http://www.hiqa.ie/publications/overview-healthcare-interoperability-standards>
- Health Level Seven International. (2014). Introduction to HL7 Standards. Retrieved January 19, 2014, from Health Level Seven International <http://www.hl7.org/implement/standards/index.cfm?ref=nav>
- Hemachudha, A. (2013). Pharmaceutical care. In A. Hemachudha, Aramwit, Pornanong (Ed.), *Ambulatory pharmaceutical care: Integration in daily pharmacy practice* (pp. 31-77). Bangkok: Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University.
- Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 47(3), 533-543.

- Holdford, D., Kennedy, D. T., Bernadella, P., & Small, R. E. (1998). Implementing disease management in community pharmacy practice. *Clinical therapeutics*, 20(2), 328-339.
- IAPO. (2014). What is patient-centered healthcare? A review of definition and principle. Retrieved July 10, 2014, from <http://iapo.org.uk/our-impact>
- Jerez-Gomez, P., Cespedes-Lorente, J., & Valle-Cabrera, R. (2005). Organizational learning capability: A proposal of measurement. *Journal of Business Research*, 58(6), 715-725.
- Keawkes, A., Sookaneknun, P., & See-in, T. (2010). Satisfaction and opinion of Mahasarakham University population toward the university pharmacies. *Journal of Science and Technology*, 29(4), 428-438.
- King, W. R. (2008). Knowledge management and organizational learning. *Omega*, 36, 167-172.
- Kuwaairat, P., Mayases, P., & Thongdang, A. (2014). Assessment of pharmaceutical care outcomes on the patients with chronic obstructive pulmonary disease attending community hospital in Thailand. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences (IJPS)*, 10(1), 80-92.
- Lochid-amnuay, S., Kessomboon, N., Puttasri, W., & Puangkantha, W. (2011). Recommendations on incorporating accredited community pharmacy into universal coverage in Thailand. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 21(3), 189-201.
- LochidAmnuay, S., Waiyakarn, S., Pongcharoensuk, P., Koh-Knox, C. P., & Keokitichai, S. (2009). Community pharmacy model under the universal coverage scheme in Thailand. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 19(2), 110-122.
- Ma, Z., & Yu, K.-H. (2010). Research paradigms of contemporary knowledge management studies: 1998-2007. *Journal of Knowledge Management*, 14(2), 175-189.
- Masys, D. (Producer). (2004, February 16, 2014). Medical data: It's only sensitive if it hurts when you touch it. Retrieved from http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkOFjAA&url=http%3A%2F%2Fcrypto.stanford.edu%2Fportia%2Fworkshops%2F2004_7_slides%2Fmasys.ppt&ei=hIEAU9WNMPGTiOee0YGIaw&usq=AFOjCNEhyMud46GNLjnxbdMuWmMoH6lC5g
- McGivney, M. S., Meyer, S. M., Duncan-Hewitt, W., Hall, D. L., Goode, J., & Smith, R. B. (2007). Medication therapy management: Its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *Journal of the American Pharmacists Association*, 47(5), 620-628.
- NHS Employers and PSNC. (2013). *Guidance on the medicines use review service*. London, UK: NHS Confederation (Employers) Company Ltd Retrieved from <http://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2013/06/MUR-Guidance-Oct-2013.pdf>.
- Ningsanon, T. (2008). *Medication reconciliation*. Paper presented at the 9th HA National Forum, IMPACT Arena, Exhibition & Convention Center, Nonthaburi.

http://www.si.mahidol.ac.th/km/admin/add_information/document/document_files/10_1.pdf

- Paiboonvong, T., & Montakantikul, P. (2007). Medication reconciliation. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 17(3 (September-December)), 185-192.
- PCNE Working group on drug-related problems. (2010, January 14). The PCNE Classification V 6.2. *Classification for drug related problems*. Retrieved December 23, 2014, from http://www.pcne.org/upload/files/11_PCNE_classification_V6-2.pdf
- Pharmacy CPA. (2011). *Ultimate GPhC Registration Assessment Exam Guide* (11 ed.): Lulu.com.
- Pharmacy Guild of Australia. (2014). Programme specific guidelines: Pharmacy practice incentives (PPI) (Department of Health., Trans.) *5th Community Pharmacy Agreement* (Vol. February 2014). Barton, Australia: Australian Government Department of Health.
- Pre-registration customer service team. (2013). *GPhC pharmacist registration guidance 2013*. London: General Pharmaceutical Council Retrieved from http://www.pharmacyregulation.org/sites/default/files/2013%20Registration%20Guidance%20and%20Application%20Form_Nov2013.pdf.
- PSNC. (2014). Community pharmacy contractual framework. Retrieved October 7, 2014, from <http://psnc.org.uk/contract-it/the-pharmacy-contract/>
- PSNC. (2014). Weight management services. *Services and commissioning*. Retrieved October 7, 2014, from <http://psnc.org.uk/services-commissioning/locally-commissioned-services/weight-management-services/>
- Silcock, J., Raynor, D., & Petty, D. (2004). The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom. *Health Policy*, 67(2), 207-214.
- Siripan, N., Kerdchantuk, P., & Lertsinudom, S. (2013). Outcome of in-depth pharmaceutical care to quality of life and clinical outcome in uncontrolled asthma patients. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences (IJPS)*, 9(2), 11-22.
- Stroetmann, K. A., & Stroetmann, V. N. (2005). *Towards an Interoperability Framework for a European e-Health Research Area-Locating the Semantic Interoperability Domain*. Paper presented at the EC Workshop on semantic interoperability, Brussels, Feb.
- Taitsman, J. K., Grimm, C. M., & Agrawal, S. (2013). Protecting Patient Privacy and Data Security. *New England Journal of Medicine*, 0(0), null. doi: doi:10.1056/NEJMp1215258
- Tansakul, S. (2007). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. *Journal of Health Education*, 30(105, January-April). <http://phhe.ph.mahidol.ac.th/JOURNAL/no105.html>
- University of Michigan. (2013). Private Personal Information (PPI) *Sensitive data guide to IT services*. Ann Arbor: MI: Information and Infrastructure Assurance (IIA).
- Watcharadamrongkun, S. (2012). *Predictors and Effects of Knowledge Management in U.S. Colleges and Schools of Pharmacy*. (Ph.D.), University of Wisconsin-Madison, Madison,

- WI., USA. Retrieved from
<http://search.proquest.com.ezproxy.library.wisc.edu/docview/1212699157?accountid=465> ProQuest Dissertations and Theses database.
- WHO. (1997). Good Pharmacy Practice (GPP) in community and hospital pharmacy settings. In WHO technical report series (Ed.), *the thirty-fifth report of the WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations* (Vol. annex 7, pp. 93-101). Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- WHO. (2011). Good Pharmacy Practice: Standards for quality of pharmacy services. In WHO technical report series (Ed.), *The forty-fifth Report of the WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations* (Vol. annex 8, pp. 310-323). Geneva, Switzerland: Joint International Pharmaceutical Federation (FIP)/World Health Organization (WHO).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2013). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน (Vol. 1). นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, .
- กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค. (2014). อย. ออกกฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานให้ร้านขายยาต้องปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (GPP) เพื่อให้ผู้บริโภคผู้ไ้ยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปลอดภัยมากขึ้น ชาวเพื่อสื่อมวลชน (Vol. 33). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะทำงาน Medication Reconciliation. (2012). ความต่อเนื่องในการรักษาทางยา (Medication reconciliation). Retrieved December 23, 2014, from
http://www1.si.mahidol.ac.th/km/group_by_mr
- เครือข่ายร้านยา. (2013). แบบบันทึกการให้บริการเภสัชกร. In สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (Ed.). กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย).
- ทองรอด, ว., แก้วจินดา, ส., รุจิณากุล, ภ., ไผ่ตรีมิตร, ช., อรุณไพโรจน์, อ., ต้นปิชาติ, ศ., & คณะ. (2537). คู่มือการพัฒนาตนเองสู่การมีวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมในร้านยา (*Self development manual on Good Pharmacy Practice in community pharmacy settings*) (วิรัตน์ ทองรอด Ed. 2 ed.). กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย).
- บัณฑิตานุกุล, ค., พูลสุวรรณ, ว., & หาญสกุล, ท. (2545). การศึกษาระบบเครือข่ายร้านยาเภสัชกรชุมชนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. (เภสัชศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมชุมชน), คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก. Retrieved from
http://www.pha.nu.ac.th/GradCommunity/commu_ResLink.html
- เมืองชู, ส. (2556). แผนงานต้นแบบ Healthcare logistics ระบบสาธารณสุขไทย. In Research57-58_12.Feb.13(v.2) (Ed.), *Powerpoint*. กรุงเทพมหานคร: Loghealth, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภช. (2014a). คู่มือปฏิบัติงาน โครงการการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ เขต กรุงเทพมหานคร. Retrieved November 11, 2014, from
<http://www.pharcpa.com/cpaproject.html>
- สภช. (2014b). ระบบฐานข้อมูลการให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษา (CPA Project) Retrieved 7, September from <http://www.cpaproject.com/#>

- สภช. (2014c). รายงานสรุปการดำเนินงานและถอดบทเรียน โครงการดูแลปัญหาการใช้ยาผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน พื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2557. In ศิริรัตน์ ตันปิชาติ (Ed.). กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย).
- สภาเภสัชกรรม. (2556). รายงานเบื้องต้น ข้อกำหนดของบทบาททั้งสี่ในการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเพื่อวางแผนและเตรียมความพร้อมในการพัฒนาสารสนเทศที่เหมาะสม. นนทบุรี: สภาเภสัชกรรม.
- สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา. (2014). สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา. Retrieved 10 พฤศจิกายน, 2014, from <http://newsser.fda.moph.go.th/advancepharmacy/2009/index.php>
- สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). โครงการการจัดทำข้อเสนอร้านยาคุณภาพกับระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า. In วีระศักดิ์ พุทธาศรี, นุศราพร เกษสมบุรณ์, สุรสิทธิ์ ล้อจิตรอำนวย, & วราภรณ์ ปวงกันทา (Eds.), (pp. 65). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- หน่วยวิจัยการบริบาลทางเภสัชกรรม. (2554). การให้บริการทางเภสัชกรรมในสถานประกอบการเภสัชกรรมชุมชน (ร้านยา) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ (pp. 48). พิษณุโลก: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.



บทที่ 3

มาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยา

โครงการ “บูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการบริหาร ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ”

โดย ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์และคณะ
ตุลาคม พ.ศ. 2558

บทที่ 3

มาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยา

ปัจจุบันพบปัญหาในระบบสุขภาพที่สำคัญเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการเป็นจำนวนมากมีการใช้บริการเกินความจำเป็น เกินกว่ากำลังอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ของหน่วยบริการสุขภาพจะรองรับได้ และถึงแม้จะได้รับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพแล้วก็พบว่ายังไม่สามารถควบคุมภาวะโรคของผู้ป่วย และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้วควรได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยสาเหตุของปัญหาดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งวิธีการใช้ยา ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการขาดคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย จึงได้มีการริเริ่มงานบริหารทางเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิ คือ ร้านยาในชุมชนขึ้น ซึ่งจัดเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขที่เน้นความเชื่อมโยงในการดูแลรักษาพยาบาล ทำให้เกิดระบบการส่งต่อการบริการที่มีคุณภาพ เป็นการให้บริการที่มุ่งเน้นประชาชน ครอบครัว และชุมชนเป็นสำคัญ ทั้งยังสามารถแก้ไขปัญหาของระบบสุขภาพดังกล่าวขึ้นต้นได้

เนื่องจากเภสัชกรปฐมภูมิเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน รับรู้ถึงปัญหารวมถึงมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับยามากที่สุด นอกจากนี้ยังมีเวลาที่จะอธิบายให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ แต่ปัจจุบันพบว่า การให้บริการด้านนี้ยังทำได้ไม่ครอบคลุมในหลายๆ ด้าน และยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างชัดเจน หรืออาจกล่าวได้ว่า ยังขาดมาตรฐานการให้บริการ ดังนั้น โครงการวิจัยนี้จึงต้องการมีส่วนร่วมในการเชื่อมโยงข้อมูลการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ โดยการเสนอรูปแบบมาตรฐานงานบริการการส่งต่อและการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตามขอบเขตงานบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 ด้าน โดยได้ปรับการจัดกลุ่ม ได้แก่

- 1) การดูแลและติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management)
- 2) การคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น (Disease screening)
- 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral modification)
- 4) บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Health consumer protection)

โดยได้มีการศึกษาทบทวนมาตรฐานของงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาทั้ง 4 ด้าน สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

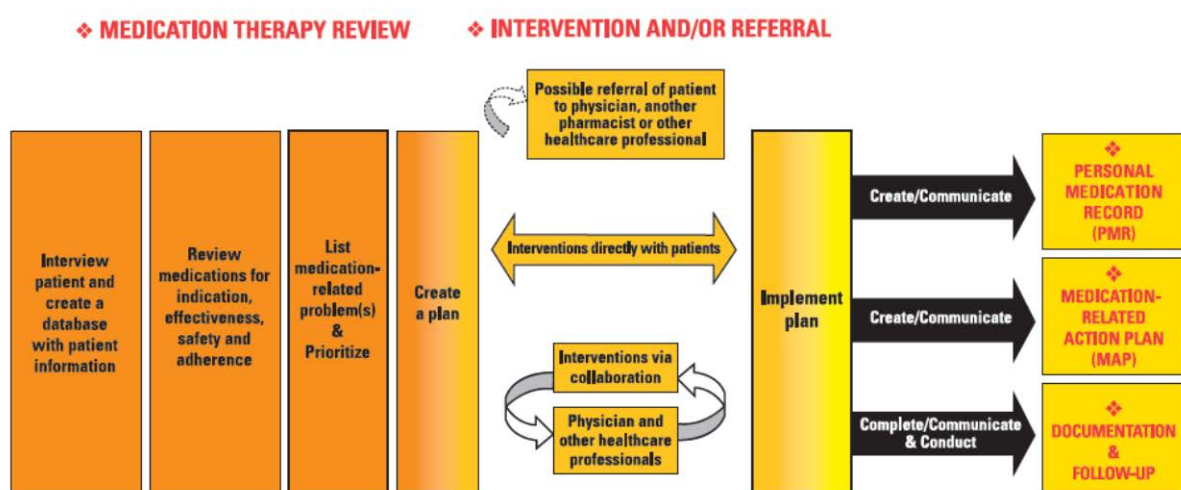
3.1. มาตรฐานการดูแลและติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM)

การดูแลและติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM) หมายถึง รูปแบบการดูแลที่นำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยมีจุดมุ่งหมายให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้ การให้บริการในการดูแลและติดตามการใช้ยาตามหลักการ MTM นั้น เกษัชกรผู้ให้บริการควรผ่านมาตรฐานการรับรองคุณภาพทางวิชาชีพ จึงได้มีข้อเสนอว่าในสถานการณ์ปัจจุบัน MTM เป็นหนึ่งในสมรรถนะหรือขีดความสามารถ (competency) ขั้นพื้นฐานที่เภสัชกรทุกคนต้องมี เนื่องจากเภสัชกรผู้ที่จะสามารถให้บริการดูแลและติดตามการใช้ยาควรมีความชำนาญในการจัดการปัญหาเชิงคลินิกของผู้ป่วยตามความจำเป็นได้ ซึ่งขั้นตอนของการดูแลและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยจะประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (แผนภาพที่ 3.1) ดังนี้

- (1) การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medical therapy review, MTR)
- (2) การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล(Personal medication record, PMR)
- (3) การวางแผนติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication-related action plan, MAP)
- (4) การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (Intervention and referral)
- (5) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Documentation and follow-up)

The Medication Therapy Management Core Elements Service Model

The diagram below depicts how the MTM Core Elements (♦) interface with the patient care process to create an MTM Service Model.



แผนภาพที่ 3.1 MTM core elements service model

การดูแลและติดตามการใช้ยา ครอบคลุมถึงการบริหารทางเภสัชกรรมดังต่อไปนี้

- การจ่ายยาตามอาการทั่วไปที่พบบ่อยในร้านยา
- การจ่ายยาและทบทวนใบสั่งแพทย์ (Drug dispensing and review prescription)
- การเติมยาหรือจ่ายยาต่อเนื่องตามใบสั่งแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Refill prescription in chronic disease)
- การให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home Healthcare)

การดูแลและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยจะพบว่าการดำเนินการในโรคต่อไปนี้

- โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดในสมอง, โรคเกาต์ เป็นต้น
- ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) หรือ ยาที่มีช่วงการรักษาแคบ (narrow therapeutic drug) เช่น ยา Warfarin
- ยาเทคนิคพิเศษ เช่น ยาพ่น ยาฉีด ยาอมใต้ลิ้น เป็นต้น
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีการใช้ชนิดของยาจำนวนมาก
- กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้พิการ เป็นต้น
- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้
- ผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางสายยาง (Total Parenteral Nutrition, TPN)
- ผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องการการดูแลการใช้ยาเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยเอดส์, ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น

American Pharmacy association ร่วมกับ National Association of Chain Drug Stores Foundation ได้พัฒนาคู่มือการดูแลและติดตามการใช้ยาตามหลักการ MTM (Medication Therapy Management) ในปี พ.ศ. 2551 โดยในคู่มือเสนอว่าการให้บริการทางเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพนั้นควรออกแบบและมีขั้นตอนกระบวนการบริการเป็นไปตามกรอบแนวคิดของ MTM Core Elements Service Model (แผนภาพที่ 3.1) อย่างครบถ้วน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ช่วยในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ (Perara, 2011) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1.1 การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication therapy review; MTR)

การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication therapy review, MTR) เป็นกระบวนการเชิงระบบในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ยาหรือไม่ โดยปัญหาในการใช้ยาสามารถแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

(1) ปัญหาด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการปรับการรักษาให้เหมาะสมตรงตามเกณฑ์การรักษา

(2) ปัญหาด้านการเข้าถึงยาในส่วนของสิทธิการรักษาพยาบาล

ทั้งนี้การรวบรวมข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยควรจะมีการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วย เภสัชกรควรซักถามถึงโรคประจำตัว ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ หากเภสัชกรพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาก็ควรมีการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และแก้ปัญหาเรียงตามความจำเป็นเร่งด่วน การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) เพิ่มความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ตนใช้
- 2) ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยได้บอกเล่าปัญหาในการใช้ยาที่ตนประสบมา
- 3) เพื่อช่วยให้เภสัชกรได้สอบถามความกังวลใจในการใช้ยาของผู้ป่วย

โดยกระบวนการประเมินการใช้ยาผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลการใช้ยาของตนเองจะประกอบด้วยขั้นตอนย่อยดังต่อไปนี้

- 1) รวบรวมข้อมูลยา สมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผู้ป่วยใช้ (Interviewing patient to gather data)

เภสัชกรวิเคราะห์หาปัญหาจากการใช้ยา (Drug related problems, DRPs) ของผู้ป่วยจากการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลทางประชากร (Demographic data) ข้อมูลสุขภาพทั่วไป (general health data) ประวัติการใช้ยาหรือยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ประจำ ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว อาการที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือรับรู้จากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพอื่นๆ ผลตรวจจากห้องปฏิบัติการ (Laboratory test) แพทย์ประจำตัวหรือสถานพยาบาลที่ไปเป็นประจำ เป้าหมายการรักษา ความสามารถในการใช้ยาตามสั่ง โดยอาจเป็นการพูดถึงปัญหาในการใช้ยาทั้งหมดที่เคยผ่านมา (Comprehensive Medication Review, CMR) หรือกล่าวถึงเฉพาะปัญหาที่พบในปัจจุบันหรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต (actual or potential problems) (American Pharmacists Association & National Association of Chain Drug Stores Foundation., 2008; National Prescribing Centre, 1999; Perara, 2011)

2) แยกแยะปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย และเรียงลำดับตามความสำคัญเร่งด่วนกรณีผู้ป่วยมีปัญหาการใช้ยาหลายปัญหาร่วมกัน (Assessing patient data to identify and prioritize medication related problems)

3) สร้างแผนในการดูแลแก้ไขปัญหแต่ละปัญหาที่พบ (Developing a plan for resolving each medication-related problem identified) โดยเริ่มจากขั้นตอนการประเมินปัญหาผู้ป่วย การลำดับความสำคัญของปัญหา และสร้างแผนเพื่อดูแลแก้ไขปัญหาที่พบในผู้ป่วย ซึ่งการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยเภสัชกรอาจตัดสินใจแก้ไขปัญหผู้ป่วยโดยการเลือกจ่ายยาหรือไม่ก็ได้

4) ให้ความรู้และอบรมการใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย (Providing education and training on the appropriate use of medications)

5) ติดตามและประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งความปลอดภัยและประสิทธิผลของการรักษา (Monitoring and evaluating the patient's response to therapy including safety and effectiveness)

6) สื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เหมาะสมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น (Communicating appropriate information to the physician or other healthcare professionals)

จากหลักการทำ MTR จะพบว่ากระบวนการในการทำ MTR ต้องการข้อมูล คือ ข้อมูลเพื่อระบุตัวผู้ป่วย โรคประจำตัว รายการยาทั้งหมด (รวมถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร) ที่ผู้ป่วยใช้ สิ่งที่ต้องระวังในการใช้ยา (เช่น ประวัติการแพ้ยา อันตรกิริยาระหว่างยา-ยา อาหาร-ยา ปฏิกริยาระหว่างยา) จากนั้นเภสัชกรควรมีกระบวนการในการประเมินปัญหาจากการใช้ยา และจากแต่ละปัญหาจากการใช้ยาเภสัชกรจะให้คำแนะนำหรือดูแลแก้ไขปัญหแก่ผู้ป่วยอย่างไร

ข้อสรุปที่ได้รับจากเภสัชกรชุมชนทั้งจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับกระบวนการในการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (MTR) พบว่า หลักการที่เภสัชกรชุมชนในประเทศไทยนำมาใช้

เป็นแนวทางในการซักถามรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ได้แก่ WWHAM AD (หรือบางส่วนใช้เฉพาะ WWHAM), IESAC, AS-METHOD ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม จะแสดงรายละเอียดและการเปรียบเทียบดัง ตารางที่ 3.1-3.2 (Purvis & Gallagher, 2013; Resource Pharm., 2014; Rutter, 2013; Watson, Bond, Grimshaw, & Johnston, 2006; Watson, Bond, Johnston, & Mearns, 2006; ทองอ้อม, n.d.; บัณฑิตานุกูล, 2007)

นอกจากนี้ แล้วการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทั้งการซักถามรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและการให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยยังมีหลักการอื่นอีก เช่น ENCORE, SIT DOWN SIR ที่มีการใช้ในต่างประเทศ หรือ INHOMESS ที่มีการใช้ในเภสัชกรครอบครัว (Family pharmacists) บางส่วนในประเทศไทย เช่น ในศูนย์บริการสาธารณสุข (Rutter, 2013; ทองอ้อม, n.d.) เป็นต้น

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบรายละเอียดของ WWHAM-AD และ ASMETHOD

ประเด็นหลัก	แนวทางการซักถามรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย	
	WWHAM AD	ASMETHOD
อักษรย่อ	<u>W</u> ho, <u>W</u> hat, <u>H</u> ow, <u>A</u> ction taken before, <u>M</u> edication, <u>A</u> llergy, and <u>D</u> isease	<u>A</u> ge/ <u>A</u> pppearance, <u>S</u> elf, <u>M</u> edication, <u>E</u> xtra medicines, <u>T</u> ime persisting, <u>H</u> istory, <u>O</u> ther symptoms, and <u>D</u> anger symptoms
ข้อมูลผู้ป่วย	Who: สอบถามเพื่อระบุว่าผู้ป่วย/ ผู้ใช้ยาใคร รวมถึงการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ <u>ผู้</u> ใช้ยาเพื่อประกอบการตัดสินใจในการจ่ายยา	Age/(Appearance): อายุของผู้ป่วย Self or someone else: ระบุ ว่าผู้ป่วยคือใคร
ประวัติการเจ็บป่วย	Allergy: ผู้ป่วยมีประวัติการแพ้ ยาอาหาร หรือไม่ Medication: ยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ Disease: ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือไม่	History: ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ประวัติการใช้ยา (อาจได้จาก PMR) Medication: ยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ Extra medicines: ยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้
อาการสำคัญที่มาหน่วยบริการสุขภาพ	What: อาการสำคัญ หรือปัญหาที่มาหน่วยบริการสุขภาพคืออะไร How long: ผู้ป่วยมีอาการนี้มานานหรือยัง Action taken before: ก่อนหน้านี้ได้รับรักษาอะไรก่อนมาพบเภสัชกรหรือไม่	(Age/(Appearance): (อาการทั่วไปที่สังเกตเห็น) โดยเภสัชกรสังเกตอาการเพื่อวิเคราะห์ว่ามีอาการของโรครุนแรงหรือไม่ Time persisting: ระยะเวลาที่มีอาการ History: ลักษณะการดำเนินของอาการ/โรค Other symptoms: อาการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยอาจมี Danger symptom: สัญญาณอันตรายเพื่อตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย

ตารางที่ 3.2 แนวทางการซักถามรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย

Mnemonics		จุดเด่น	จุดด้อย
WWHAM AD			
W	Who is it for? (Who is the patient?)	Establishes presenting complaint	- Fails to consider general appearance of patient - No social/lifestyle factors taken into account - No family history sought - Not specific or in-depth enough - No history of previous symptoms
W	What are the symptoms?		
H	How long has the patient been suffering from the symptoms?		
A	Action that has been taken to date		
M	Medicines (prescribed or otherwise) taken for other reasons and any other medical conditions		
A	Allergy		
D	Disease		
ASMETHOD			
A	Age/Appearance	Establishes the nature of problem and if patient has suffered from previous similar episodes	- Exact symptoms and severity social/lifestyle factors not taken into account - No family history sought
S	Self or Someone else		
M	Medication		
E	Extra medicines		
T	Time persisting		
H	History		
O	Other symptoms		
D	Danger symptoms		
ENCORE			
E	Explore	- “Observe” section suggest taking into account the appearance of the patient - Does he or she look poorly?	- Sections on “No medication” and “Refer” add little to the differential diagnosis process - No social/lifestyle factors taken into account - No family history sought
N	No medication		
C	Care		
O	Observe		
R	Refer		
E	Explain		
SIT DOWN SIR			
S	Site or location?	Establishes the severity and nature of problem and if the patient has	- Fails to consider general appearance of patient - No social/lifestyle factors taken into account - No family history sought
I	Intensity or severity?		
T	Type or nature?		
D	Duration?		
O	Onset?		

Mnemonics		จุดเด่น	จุดด้อย
W	With (other symptoms)?	suffered from previous similar episodes	
N	Annoyed or aggravated?		
S	Spread or radiation?		
I	Incidence or frequency pattern?		
R	Relieved by?		
IESAC			
I	Indication (ความเหมาะสมของข้อบ่งชี้)		
E	Efficacy (ประสิทธิภาพของยาที่ใช้)		
S	Safety (ความปลอดภัยจากยาที่ใช้)		
A	Adherence (ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย)		
C	Cost (ความเหมาะสมของราคา)		
INHOMES			
I	Immobility (การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน)		
N	Nutrition (ภาวะโภชนาการ)		
H	Housing (สภาพบ้าน ภายใน ภายนอก เพื่อนบ้าน)		
O	Other people (สมาชิกในบ้านคนอื่นๆ หรือเพื่อนบ้าน)		
M	Medications (ยาที่ผู้ป่วยกินหรือใช้จริง)		
E	Examination (การตรวจร่างกายและประเมินสภาพจริง)		
S	Spiritual health (ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ค่านิยม) จะประกอบด้วย S1 = Service, S2 = Safety และ S3 = Spirituality		

3.1.2 การจัดทำประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคล (Personal medical record; PMR)

คือ กระบวนการในการบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและรายการการใช้ยา สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งควรประกอบด้วยข้อมูล ดังต่อไปนี้

- 1) ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย
- 2) วันเดือนปีเกิด
- 3) เบอร์โทรติดต่อ
- 4) ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน (ชื่อ, เบอร์โทร, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)
- 5) สถานพยาบาลหลักที่มีสิทธิ
- 6) รายการยา/อาหารที่แพ้ สำหรับรายการยาแต่ละรายการควรประกอบด้วยข้อมูล คือ
 - ชื่อยา (ชื่อยาและขนาดยา)
 - ข้อบ่งใช้ (Indication)
 - วิธีการกินยา
 - วันที่เริ่มยา
 - วันที่หยุดยา
 - ข้อควรระวัง/ คำเตือนพิเศษ
 - ผู้สั่งยา
- 7) อาการเมื่อแพ้
- 8) ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs)
- 9) คำถามเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยเคยถาม
- 10) วันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด
- 11) ประวัติการเจ็บป่วย

ทั้งนี้ตามหลักการในการจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล (PMR) เกสัชกรจะร่วมกับผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ในการรวบรวมรายการยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพรทุกรายการที่ผู้ป่วยรายนั้นๆ ใช้เพื่อทำการบันทึกรายการผลิตภัณฑ์เหล่านั้น จากนั้นเกสัชกรจะมอบบันทึกรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นให้ผู้ป่วยเก็บรักษาไว้ การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (PMR) นี้ถือว่าเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) โดยผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเกสัชกรสามารถปรับปรุง (Update) รายการผลิตภัณฑ์สุขภาพ หากมีผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงรายการที่ผู้ป่วยใช้ได้ ข้อมูลในประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอาจมาจากหลากหลายแหล่งข้อมูล เช่น หน่วยบริการสุขภาพ ร้านขายยา ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น เริ่มต้นจากเกสัชกรและผู้ป่วยร่วมกันบันทึกรายการต่างๆ หรือผู้ป่วยได้รับในช่วงที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Discharge) เป็นต้น

วัตถุประสงค์ในการจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ และดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยที่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย เกสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ต้องร่วมมือกัน แก้ไขบันทึกอย่างต่อเนื่องให้เป็นปัจจุบันเสมอ ทั้งนี้ผู้ป่วยควรแก้ไขประวัติการใช้ยาของตนเมื่อ

- 1) ได้รับยารายการใหม่
- 2) แพทย์ให้ผู้ป่วยหยุดยาที่ใช้อยู่
- 3) ผู้ป่วยเริ่มใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพร
- 4) แพทย์ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิธีการใช้ยา (Dose regimen)

บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยพกบันทึกประวัติการใช้ยารายบุคคลของตนเสมอและควรแสดงบันทึกนี้แก่บุคลากรทางการแพทย์เมื่อไปตรวจรักษาเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์รับรู้รายการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นปัจจุบันที่ผู้ป่วยใช้ เนื่องจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการรักษาอาจจำเป็นต้องใช้ข้อมูลบางส่วนเพื่อช่วยในการตัดสินใจวางแผนในการรักษาผู้ป่วย และทำให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วยได้

การใช้บันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคลอย่างแพร่หลายจะช่วยให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ สนับสนุนให้เกิดชุดข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน (uniformity of information) เพื่อการแลกเปลี่ยน ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (continuity of care)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา รูปแบบการทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคลนิยมจัดทำบนแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic) เนื่องจากเป็นรูปแบบที่สะดวกที่สุด แต่ก็พบการบันทึกลงแฟ้มข้อมูลกระดาษได้ (Manual) โดยไม่ว่าแฟ้มข้อมูลรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นจะอยู่ในรูปแบบใด เกสซ์ควรเลือกใส่ข้อมูลที่เหมาะสมและใช้ภาษาเขียนที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้

ในประเทศไทย รูปแบบของประวัติการใช้ยารายบุคคลที่มีการใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ มีการจัดทำรวบรวมประวัติสุขภาพและการใช้ยาของผู้ป่วยเก็บไว้ 2 รูปแบบ ได้แก่

- 1) เก็บไว้ที่หน่วยบริการสุขภาพ
- 2) เก็บไว้กับตัวผู้ป่วย บางแห่งเรียกว่า “สมุดประจำตัวผู้ป่วย” ซึ่งส่วนมากผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีสมุดนี้พกติดตัวเมื่อต้องพบบุคลากรทางการแพทย์

ตัวอย่างแบบบันทึกจากหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ จะนำเสนอไว้ในส่วนของภาคผนวกจากที่ได้จากการสนทนากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก

อย่างไรก็ตาม รายละเอียดในการบันทึกประวัติสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลก็จะมีรูปแบบที่ต่างกันไป (ตารางที่ 3.3) หลังจากการสังเคราะห์แล้ว ทางโครงการวิจัยฯ จึงขอเสนอรายละเอียดที่ควรจะมีไว้ในช่อง “โครงการฯ เสนอ” สำหรับรายนายาหากต้องการจัดทำบันทึกประวัติสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคล

ตารางที่ 3.3 รายละเอียดในบันทึกประวัติสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลจากแหล่งต่างๆ

รายละเอียด	โครงการฯ เสนอ	สมุดประจำตัวผู้ป่วยจากแหล่งต่างๆ		
		รพ.สต.	ร้านยา	กระทรวงสาธารณสุข
ชื่อ-สกุล	/*	/	/	/
วันเดือนปีเกิด	/*		/	/
อายุ	/*	/	/	/
ที่อยู่ติดต่อได้	/*	/	/	/
กลุ่มเลือด	(ถ้ามีข้อมูล)			/
เพศ	/*	/	/	/
อาชีพ	/	/		
สถานภาพการสมรส	/		/	/
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	/*			/
เลขประจำตัว 13 หลัก	/*		/	/
สิทธิการรักษา	/*		/	/
สถานบริการหลัก (ปฐมภูมิ/ไปทีไหนที่แรก)		/	/	/
สถานบริการรอง (ทุติยภูมิ/ตติยภูมิ)			/	/
ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน (ชื่อและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย)	/*	/	/	/
เบอร์โทรกรณีฉุกเฉิน	/*			
การแพ้ยา	/*	/	/	/
ข้อมูลวันเดือนปีที่นัด/เข้ารับบริการ)	/	/	/	/
ประวัติการรับยา	/	/	/	/
ชื่อยา (ชื่อสามัญยา ชื่อทางการค้ายา ขนาด และรูปแบบเภสัชภัณฑ์)	/*			
ข้อบ่งใช้ (Indication)	/			
วิธีการใช้ยา	/*			
วันที่เริ่มยา	/			
วันที่หยุดยา	/			
ข้อควรระวัง/ คำเตือนพิเศษ				
ข้อมูลโรคประจำตัว	/*	/	/	/
รายชื่อบุคคลในครอบครัว		/		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		/		
ปัญหาสุขภาพของบุคคลในเครือญาติ		/		

/ หมายถึง (ควร) มีข้อมูล

* หมายถึง จำเป็นต้องระบุ

3.1.3 การวางแผนติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication-related action plan, MAP)

การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (MAP) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำหนดแผนการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยบริหารจัดการการใช้ยาด้วยตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง อาจถือได้ว่า MAP เป็นองค์ประกอบหลักหนึ่งในกระบวนการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วย จัดเป็นเอกสารที่เน้นสำหรับผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient-centered documentation)

การวางแผนติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (MAP) ต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งด้านผู้ป่วยและเภสัชกรร่วมกัน เพื่อให้สามารถใช้ MAP เป็นเอกสารรวบรวมรายการที่ผู้ป่วยได้รับการรับบริการทางสุขภาพ รายการสิ่งที่ผู้ป่วยควรกระทำภายใต้การแนะนำของเภสัชกร หรือคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถใช้ MAP เป็นแนวทางติดตามความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพของตนเอง (self-management) ทั้งนี้ การวางแผนติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (MAP) มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ใช้เป็นหลัก (American Pharmacists Association and National Association of Chain Drug Stores Foundation, 2008) ข้อมูลที่ควรจะมีการจัดเก็บใน MAP ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

- 1) ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย
- 2) แพทย์ผู้ดูแลในระดับปฐมภูมิ (ชื่อแพทย์ และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ)
- 3) เภสัชกรผู้ดูแลในระดับปฐมภูมิ (ชื่อเภสัชกร และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ)
- 4) วันที่บันทึกหรือรับสมุด MAP
- 5) รายการแนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเจอสถานการณ์ต่างๆ
- 6) แบบบันทึกช่วยจำของผู้ป่วย โดยระบุว่า ผู้ป่วยได้กระทำการใดๆ เมื่อใด และอย่างไรบ้าง
- 7) บันทึกช่วยจำเรื่องการนัดหมายแพทย์หรือเภสัชกรครั้งต่อไป

รายการที่ระบุให้ผู้ป่วยปฏิบัติควรอยู่ภายใต้การรับรองของเภสัชกร หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีความถูกต้องตามหลักวิชาการและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหากปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นๆ เภสัชกรควรมอบ MAP ให้ผู้ป่วยและติดตามทุกครั้งที่ได้พบกับผู้ป่วย โดยอาจทำในกระบวนการส่งผู้ป่วยกลับบ้านหลังจากผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล (Discharge) หรือเมื่อมีการไปพบเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home healthcare visit)

MAP จะประกอบด้วยหัวข้อเกี่ยวกับ สุขภาพของผู้ป่วย (บันทึกเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปอ่านและทำความเข้าใจในสุขภาพของตน) รายการสิ่งที่ผู้ป่วยพึงปฏิบัติ บันทึกว่าตนเองทำอะไรบ้างและเมื่อไหร่ แผนกำหนดและบันทึกช่วยจำว่ามีนัดหมายกลับมาติดตามสุขภาพของตนเมื่อใดและจดคำถาม (ถ้ามี)

MAP เป็นเครื่องมือที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีบทบาทมากขึ้นในการดูแลตนเอง ทั้งนี้ในการดูแลตนเอง หมายความว่ารวมถึงการดูแลจัดการการใช้ยา การจัดการทางด้านอารมณ์ และการดูแลจัดการบทบาทของตน เภสัชกรหรือบุคลากรทางการแพทย์ควรสนับสนุนและตกลงร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการด้านโรคและปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วย จากนั้นควรร่วมกันตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ รวมถึงแนวทางในการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาทางสุขภาพของตน แนวทางในการปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ และมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลสุขภาพของตนด้วย (American Pharmacists Association & National Association of Chain Drug Stores Foundation., 2008; Coleman & Newton, 2005; Siecker, 2010)

3.1.4 การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (Intervention and referral system)

การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (Intervention and referral system) เป็นกระบวนการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เหมาะสมระหว่างสหวิชาชีพ รวมถึงการแนะนำเรื่องการคัดเลือดยา การระบุปัญหาจากการใช้ยาและเสนอวิธีแก้ไขเมื่อพบปัญหาเกิดขึ้น การเสนอ ติดตามดูแลและช่วยแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วย รายละเอียดในส่วนนี้จะปรากฏในบทที่ 4 เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย (American Pharmacists Association and National Association of Chain Drug Stores Foundation, 2008)

3.1.5 การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Documentation and follow-up)

กระบวนการในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Documentation and follow-up) มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ตั้งแต่การจัดทำตารางการนัดติดตามผู้ป่วย เก็บบันทึกและจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ข้อมูลในการรักษา และข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งนี้ การจัดเก็บข้อมูลเพื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย อาจเป็นการจัดเก็บข้อมูลทุกอย่างเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย หรืออาจจัดเก็บเฉพาะโรคบางโรคที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเรื้อรัง ทั้งนี้รูปแบบของการจัดเก็บข้อมูลควรอยู่ในรูปแบบมาตรฐานในการให้บริการทางสุขภาพที่สหวิชาชีพยอมรับ เช่น เขียนในรูปแบบ SOAP note การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่มาพบเภสัชกรที่ร้านยาไม่ได้เป็นการเก็บข้อมูลทุกราย แต่เป็นการเลือกเก็บข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะบางราย เช่น ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่มีประวัติการแพ้ยา ลูกค้ายอดประจำ เป็นต้น

ในการจัดเก็บข้อมูลอาจเก็บในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์หรือในรูปกระดาษ หรือใช้ทั้งสองรูปแบบร่วมกันก็ได้ (American Pharmacists Association and National Association of Chain Drug Stores Foundation, 2008)

1) จัดเก็บในรูปแบบกระดาษ (Paper-based)

รูปแบบการจัดเก็บที่พบในประเทศไทย จะมีการจัดเรียงเป็นแฟ้มเอกสารตามตัวอักษร และหมวดหมู่แตกต่างกันไปแต่ละร้าน เช่น แยกตามเพศ (ชาย-หญิง) หรือแยกตามรายปีโดยเรียงตามปี พ.ศ.

2) จัดเก็บในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์หรือในคอมพิวเตอร์ (Computer-based)

รูปแบบการจัดเก็บอาจจัดเก็บโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่แตกต่างกันไป ตามความสะดวกหรือศักยภาพการดำเนินงานของร้านยาเอง เช่น

- ใช้โปรแกรม Excel ซึ่งจากการสัมภาษณ์ พบว่า เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับร้านยาขนาดเล็ก และมีจำนวนบริการไม่มากนัก
- ใช้โปรแกรม Host-ware ที่มีจำหน่ายทั่วไป ซึ่งสามารถบันทึกและรายงานทั้งรายรับ-รายจ่าย ใช้บริหารจัดการคลังสินค้า งานบริการทางสุขภาพ แต่พบปัญหาว่าไม่ตรงความต้องการของร้านยาเท่าใดนัก โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางเภสัชกรรม

- โปรแกรมที่ทางร้านพัฒนาเอง เช่น DrugstoreRx ซึ่งเริ่มมีการสร้างเครือข่ายช่วยในการพัฒนา แลกเปลี่ยนปัญหาและแก้ไขปัญหามาจากการใช้ ซึ่งพบว่าสามารถตอบโจทย์ได้ตรงตามความต้องการของร้านยามากกว่าในเรื่องการบริหารทางเภสัชกรรม

3) จัดเก็บในรูปแบบผสม (Mixed-method)

การจัดเก็บในรูปแบบผสม เกิดขึ้นเนื่องจากพบว่าการกรอกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ทันทีหลังจากให้บริการนั้นทำได้ช้า เสียเวลาในการบริการ เภสัชชุมชนจึงแก้ปัญหาโดยการจดบันทึกลงในกระดาษก่อน จากนั้นจึงค่อยนำมารอกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ในภายหลัง อย่างไรก็ตาม พบว่าการกรอกข้อมูลในภายหลัง จะเกิดการสะสมข้อมูลที่ยังไม่ได้กรอกไปเรื่อยๆ และมีปัญหาด้านการจัดระบบข้อมูลที่ไม่ดี บางครั้งลืมนบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ภายหลัง หรือข้อมูลสูญหายเป็นต้น

การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยในร้านยาจะเป็นรูปแบบใดในเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบที่แน่ชัด เนื่องจากขึ้นอยู่กับศักยภาพ ทุนทรัพย์ ความสะดวกและการบริหารจัดการของแต่ละร้านยาเป็นหลัก

นอกจากนี้ในประเทศไทย ได้มีการปรับเครื่องมือ แบบฟอร์มและแนวทางปฏิบัติของโครงการ Team Education and Adherence Monitoring (TEAM) Trial ของทีมนักวิจัยจาก School of Pharmacy, University of Wisconsin-Madison สหรัฐวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institutes of Health (NIH) ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Bonnie L. Svarstad et al., 2014) มาใช้โครงการเยี่ยมบ้านของสมาคมเภสัชกรรมชุมชน ซึ่งเป็นโครงการที่เน้นการประเมินความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (Adherence) และช่วยเภสัชกรชุมชนในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือและแนวทาง คือ การนัดหมายติดตามเป็นระยะๆ (Scheduled visits) แบบสอบถามประเมินการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (Brief Medication Questionnaires, BMQs) และเครื่องมือที่สนับสนุนการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยและใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย-เภสัชกร-แพทย์ (Novel toolkits for facilitating medication adherence and pharmacist feedback to patients and physicians) (Bonnie L Svarstad et al., 2013)

หลักสำคัญของ BMQ จะประกอบด้วย 3 หัวข้อใหญ่ ได้แก่

- Regimen screen การประเมินความสามารถในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Patient adherence)
- Effectiveness and safety screen ประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ยาที่ผู้ป่วยมีการใช้ เช่น สอบถามเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา ความปลอดภัย อาการข้างเคียงหรืออาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือสิ่งที่ผู้ป่วยมีความกังวลจากยาที่มีการใช้อยู่ในปัจจุบัน
- Recall screen การประเมินเพื่อบ่งชี้ความสามารถในการจำหรือการใช้ยาของผู้ป่วย เป็นต้น

ต่อมาสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ได้นำแนวคิดของ BMQ และแบบฟอร์มในโครงการดังกล่าวมาพัฒนาใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานในโครงการการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ (สภช., 2014) เพื่อช่วยในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย และช่วยในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยของเภสัชกรชุมชนในปัจจุบัน โดยเรียกแบบประเมินที่มีภาพพัฒนานี้ว่า “แบบประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Patient Medication Questionnaire Assessment (PMA))” (แผนภาพที่ 3.2) ซึ่งจะประกอบด้วยหัวข้อหลัก คือ รายการยา (ชื่อยา ความแรง และลักษณะเม็ดยา) วิธีการใช้ยาหรือ Regimen (เช่น ทานยาวันละกี่ครั้ง ครั้งละกี่เม็ด จำนวน

ยาที่ลืมหาน) ผลการรักษา และปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งแบบฟอร์มนี้ยังคงมีการใช้ในปัจจุบัน โดยเฉพาะในงานเยี่ยมบ้าน (Home healthcare) ของเภสัชกรชุมชน

กล่าวโดยสรุปในภาพรวมเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาและส่งเสริมคุณภาพการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM) ของเภสัชกรชุมชนในประเทศไทยแล้ว ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานเพียงหนึ่งเดียวที่เภสัชกรชุมชนยึดปฏิบัติอยู่ ยังไม่มีผู้นำที่สามารถยึดเป็นแบบอย่างได้ในทุกกิจกรรมในส่วนนี้ และยังเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจะต้องมีการสร้างร่วมมือระหว่างหน่วยงานทางการศึกษา องค์กรวิชาชีพและหน่วยบริการสุขภาพ ในการสร้างกระบวนการหรือแนวทางปฏิบัติ (Standard Operating Procedure, SOP) ที่เป็นมาตรฐาน พัฒนาแบบฟอร์มต่างๆ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา กำลังทรัพย์ และทรัพยากรบุคคลในด้านความรู้จากหลากหลายสาขาความเชี่ยวชาญมาร่วมกันในการพัฒนาต่อไป



รหัสผู้ป่วย □□-□□□□□□-□□□□□□

แบบประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Patient Medication Questionnaire Assessment: PMA)*

PMA: บอกรายการยาที่รับประทานเป็นประจำ "ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา" และตอบคำถามต่อไปนี้สำหรับรายการแต่ละรายการ

• ท่านมียาที่ท่านต้องรับประทาน จำนวน _____ ชนิด

ผู้ตอบคำถาม: ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้จัดหา

ลำดับ	a. ชื่อยา / ความแรง / ลักษณะเม็ดยา		b. ท่านรับประทานยาได้ตรงตามคำแนะนำหรือไม่	c. ท่านรับประทานยาในเวลาที่ตรง		d. ท่านรับประทานยาในปริมาณที่ตรง**		e. ท่านขาดยาที่ตรง / ไม่ได้รับประทานยาที่ตรง**		f. ท่านรู้ชื่อและใช้ยาได้ถูกต้องหรือไม่	g. ท่านรับประทานยาแล้วได้ผลหรือไม่ (หากไม่รับประทานยา-ไม่ต้องตอบ)	
	ชื่อยา / ความแรง	ลักษณะเม็ดยา		จำนวนครั้ง/วัน	เวลาที่รับประทาน	จำนวนครั้ง/วัน	1. ขาดวัน 2. วันเว้นวัน 3. อื่นๆ (ระบุ)	จำนวน (ครั้ง)	สาเหตุ 1. ลืม 2. ขาดยา 3. พลาดหมด		1. ได้ผลดี 2. ได้ผลพอใช้ได้ 3. ไม่ได้ผล 4. ไม่รู้	ความรุนแรง: a. ไม่มีปัญหา 1. ไม่รุนแรง 2. รบกวนบ้าง 3. รบกวนปานกลาง 4. รบกวนมาก
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

*Adapted from: Svanstad et al (1998), ** บันทึกข้อมูลเป็นตัวเลข, *** บันทึกข้อมูลเป็นตัวเลขหรือกรอกระโดดของรายการที่เกิดซ้ำบันทึก

วันที่บันทึก //

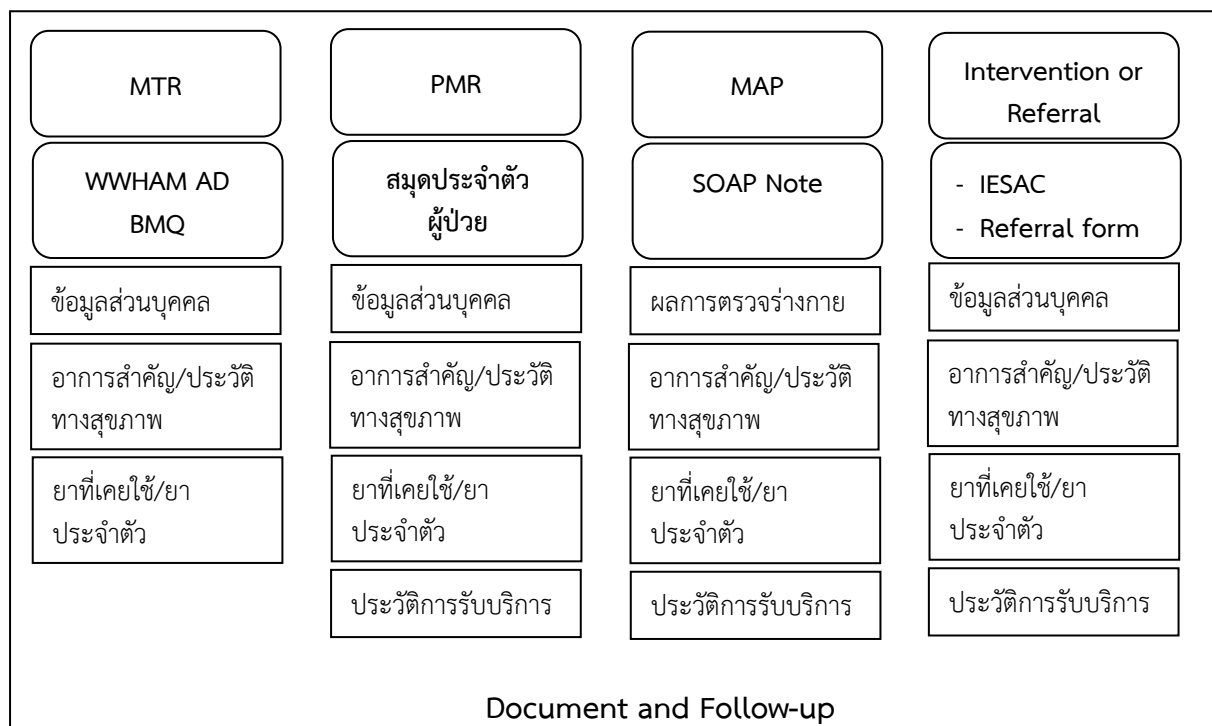
MTM2013

แผนภาพที่ 3.2 แบบประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยสำหรับเภสัชกรชุมชน

3.1.6 ข้อเสนอจากโครงการเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)

ในส่วน of โครงการวิจัยฯ จะขอเสนอกระบวนการและ/หรือเครื่องมือเพื่อให้เป็นแนวทางในการพัฒนา มาตรฐานการให้บริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับเภสัชกรชุมชนในอนาคต แยกตามรายการกิจกรรม ดังนี้

เนื่องจากมาตรฐานการดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM) จะประกอบด้วยขั้นตอนย่อยและเครื่องมือที่ มีการใช้อยู่หลากหลายในงานเภสัชกรรมชุมชนปัจจุบัน โครงการฯ ขอเสนอรายละเอียดขององค์ความรู้ ข้อมูล ที่ควรจะมีการบันทึกรวบรวม และเครื่องมือที่เหมาะสมแยกตามขั้นตอนย่อย (แผนภาพที่ 3.3) ดังนี้



แผนภาพที่ 3.3 ขั้นตอนย่อยและเครื่องมือสนับสนุนในการดูแลและติดตามการใช้ยา

(1) การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medical therapy review, MTR)

โครงการฯ เสนอให้มีการนำหลักการ WWHAM AD มาใช้ในการซักถามรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยสำหรับเภสัชกรชุมชน เนื่องจากได้มีการอบรมโดยมหาวิทยาลัยบางแห่งแก่คณาจารย์แหล่งฝึก (Preceptor) และนิสิต/นักศึกษาเภสัชศาสตร์ รวมทั้งมีเภสัชกรชุมชนบางแห่งได้นำไปใช้ในทางปฏิบัติอยู่แล้ว ในเภสัชกรชุมชนที่ยังไม่มีการนำไปใช้หรือยังไม่รู้จัก จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการอบรม ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในอนาคต

(2) การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล (Personal medication record, PMR)

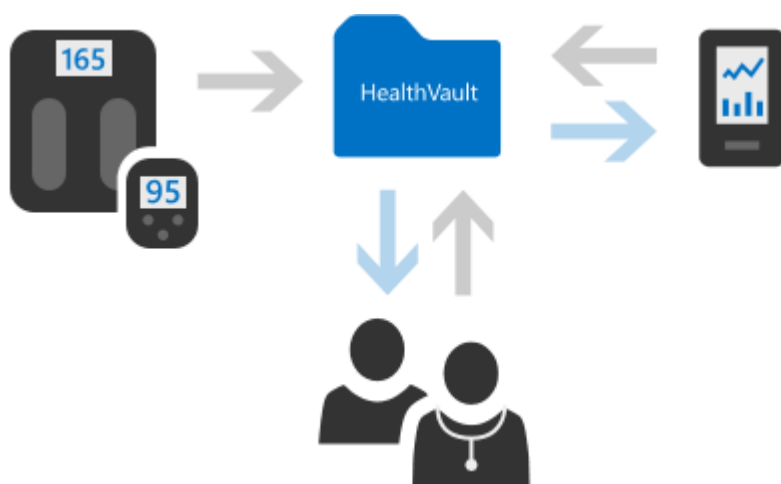
ในส่วนนี้ โครงการเสนอให้ร้านยามีการจัดเก็บประวัติผู้ป่วย แต่จะอยู่ในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกและความพึงพอใจของทั้งเภสัชกรชุมชนและผู้ป่วย อาทิเช่น

- รวบรวมและจัดเก็บข้อมูลในร้านยา ในรูป eMR (Electronic Medical Record) ในคอมพิวเตอร์ หรือในรูปกระดาษ ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่มีความสมบูรณ์หรือมีรายละเอียดมาก (รายละเอียดเสนอในบทที่ 4)
- รวบรวมและจัดทำเป็นสมุดให้ผู้ป่วยพกติดตัว ซึ่งจะมีรูปแบบกะทัดรัด พกพาได้ง่าย ในส่วนนี้มีการจัดทำอยู่ในร้านยาหลายแห่ง รพ.สต.หรือหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ในที่นี้จะเรียกว่า PMR (Personal Medical Record) ซึ่งพบว่าบางส่วนก็มีการเก็บในร้านยาหรือเก็บโดยผู้ป่วยควบคู่กันไป

นอกจากนี้ ในปัจจุบัน ยังมีรูปแบบ Application จากหลากหลายผู้ให้บริการ ทั้งในรูปแบบฟรีหรือเสียค่าธรรมเนียม เช่น Health Vault[®] ของบริษัท Microsoft[®] (Microsoft., 2014) ที่ผู้ป่วยสามารถเก็บบันทึกประวัติสุขภาพ รวมทั้งกิจกรรมการออกกำลังกาย จำนวนแคลอรีในอาหารที่ตนเองทานต่อวัน และค่าทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ของตนเองไว้ในมือถือ Smart Phone แล้วนำมาเชื่อมต่อแลกเปลี่ยนกับเภสัชกรชุมชนได้ด้วย (โดยผู้ป่วยสามารถเป็นผู้กำหนดสิทธิผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลของตนเองภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดได้) ทำให้เภสัชกรชุมชนสามารถติดตามและวางแผนการใช้ยาหรือสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่ง Application นี้ยังสามารถนำมาสนับสนุนขั้นตอน MAP ได้อีกด้วย ดังที่ได้มีการกล่าวไว้ว่าการใช้ Application ติดตามสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยนับเป็น 1 ใน 9 เรื่องยอดนิยมทางสุขภาพของชาวอเมริกันปัจจุบัน และมีการพบจำนวน Application ถึง 65 apps ยอดนิยม เช่น Headache Diary[®], NIKE Training Club[®], Sworkit Pro[®] เป็นต้น (Gupta, 2015; The Greatist Team., 2015)

(3) การวางแผนติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication-related action plan, MAP)

การวางแผนการใช้ยาของผู้ป่วยโดยเภสัชกรชุมชนในปัจจุบันใช้หลักการเขียน SOAP Note อาทิเช่น แนวทางและวิธีการเขียนที่นำเสนอโดย กิตติยศ ยศสมบัติ เป็นต้น (เอกสารแนบ 3.1)



แผนภาพที่ 3.4 การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง Patient-Application Software-Smart Phone ที่ใช้ในการบันทึกและติดตามข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วยตนเอง

(4) การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (Intervention and referral)

โครงการฯ เสนอให้มีการนำหลักการ IESAC มาใช้ในการชักถามปัญหาจากการใช้ยาร่วมกับการใช้เครื่องมือและแนวทางในขั้นตอนก่อนหน้านี้ กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรือความจำเป็นจนถึงระดับที่ต้องส่งต่อแพทย์หรือหน่วยบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นไป ทางโครงการฯ ได้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อสำหรับเภสัชกรชุมชน พร้อมกับแนวทางการเขียนใบส่งต่อที่สอดคล้องกับแนวทางของการกรอกข้อมูลในแฟ้มข้อมูลจำนวน 43 แฟ้มที่มีการใช้ในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในปัจจุบัน แบบฟอร์มดังกล่าวได้มีการตีพิมพ์และแจกจ่ายให้กับเภสัชกรชุมชนที่เป็นสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) ได้ใช้แล้ว (เอกสารแนบ 3.2) โดยแบบฟอร์มส่งต่อนี้ ได้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) และความเที่ยงตรง (Validity) จากเภสัชกร แพทย์และพยาบาลแล้ว

(5) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Documentation and follow-up)

โครงการฯ เสนอให้มีการนำหลักการของโครงการ TEAM Trials มาใช้ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการแปลปรับปรุงและพัฒนามาใช้โดย ญญ.ศิริรัตน์ ตันปิชาติและภก.ธนวัฒน์ ศศิเจริญชัย เพื่อใช้เป็นคู่มือปฏิบัติงานเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้านแล้ว (ตันปิชาติ & ศศิเจริญชัย, 2012)

ถึงแม้ว่า ทางโครงการฯ จะมีการนำเสนอแนวทาง หลักการหรือแบบฟอร์มที่มีการใช้ หรือแบบฟอร์มที่โครงการฯ พัฒนาขึ้นมาเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยแล้ว แต่การนำไปใช้ในวงกว้างนั้น จำเป็นที่จะต้องมีการประชาสัมพันธ์ อบรม และเผยแพร่อย่างสม่ำเสมอต่อไป

3.2 มาตรฐานการคัดกรองโรค (Disease Screening)

การคัดกรองโรค (Disease screening) หมายถึง การตรวจคัดกรองโรค หรือความผิดปกติที่ยังไม่ปรากฏให้เห็น โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการทดสอบอื่นๆ ทำให้สามารถแยกผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความผิดปกติในร่างกายได้ เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน การตรวจปัสสาวะเพื่อคัดกรองโรคเมเร็งปัสสาวะ (กลูโคโนสเทรียส, n.d.)

รูปแบบการตรวจคัดกรองโรคแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การตรวจคัดกรองโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง (Selective screening) ทำการค้นหาโรคหรือผู้เสี่ยงใหม่ (Incidence) ในประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง (High risk population) ประกอบด้วย
 - การตรวจคัดกรองโรคอย่างเดี่ยว (Single screening) เช่น ฉายเอกซเรย์ปอดในประชากรที่สูบบุหรี่เพื่อค้นหาโรคมะเร็งปอด เจาะน้ำตาลในเลือดในญาติผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - การตรวจคัดกรองหลายอย่าง (Multiple screening) การตรวจสุขภาพหลังเข้าทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม การตรวจสุขภาพของมารดา ในคลินิกฝากครรภ์
2. การตรวจคัดกรองโรคในประชากรทั่วไป (Mass screening) การค้นหาโรคในประชากรทั่วไปหรือประชากรในชุมชนทั้งหมด ประกอบด้วย
 - การตรวจคัดกรองโรคอย่างเดี่ยว (Single screening) เช่น การตรวจแมมโมกราฟี (mammography) เพื่อค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในหญิงวัยเจริญพันธุ์
 - การตรวจคัดกรองโรคหลายอย่าง (Multiple screening) การตรวจเลือดทางชีวเคมี (Biochemical profile) ในการสำรวจอนามัยชุมชน

การคัดกรองโรคมีการกำหนดให้เป็นงานขั้นพื้นฐานสำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุข และปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีโครงการร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน ในการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ โดยมีการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่ม Metabolic (โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน) ซึ่งมีการกำหนดค่าตอบแทนในการให้บริการ คือ การคัดกรอง 40 บาทต่อราย และการให้ความรู้ครั้งละ 40 บาท (จำนวน 2 ครั้ง)ต่อราย ในกรณีพบความเสี่ยง หากมีการส่งต่อและมีเอกสารกลับมายืนยันการรับเข้าสู่ระบบการรักษาของหน่วยบริการสุขภาพอื่นจะได้รับค่าบริการเพิ่มอีกรายละ 100 บาท จากระบบการคัดกรองในส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิจะช่วยให้มีการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดอัตราเสี่ยงในประชากร และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิและทันตังที่

กิจกรรมคัดกรองโรคที่ร้านยามีการดำเนินการในปัจจุบัน ได้แก่

- การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวดท้ายทอย หากพบว่ามีความดันโลหิตสูงกว่าปกติหรือมีความเสี่ยง ก็จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีแพทย์ให้การวินิจฉัย
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension, HTN)
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคอ้วน โดยการแนะนำการรับประทานธัญพืชหรือไฟเบอร์ควบคุมน้ำหนัก และวิธีการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิด Anabolic Syndrome ในภายหลัง

เนื่องจากการคัดกรองมีการใช้แบบคัดกรองหลายแบบขึ้นอยู่กับสถานพยาบาล เช่น

- 1) แบบคัดกรองในโครงการการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่ม metabolic (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน)
- 2) แบบฟอร์มการคัดกรองและติดตามความเสี่ยง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเมตาบอลิก สมรรถภาพปอด และกระดูกพรุน เครือข่ายร้านยาสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิกสำหรับ อสส อสม
- 4) แบบบันทึกการคัดกรองความเสี่ยงประชากรอายุ 15 -34 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป (เฉพาะผู้ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง)

ซึ่งในส่วนข้อมูลที่มีในแบบคัดกรองทั้งหมด แบ่งออกเป็น

- 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เพศ วัน-เดือน-ปีเกิด อายุ เลขที่บัตรประชาชน ที่อยู่ สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับการศึกษา อาชีพ
- 2) ประวัติครอบครัว ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
- 3) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย อาหารที่รับประทานเป็นประจำ การพักผ่อน
- 4) ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน
- 5) แบบคัดกรองประเมินความเสี่ยง โดยจะมีการลงข้อมูลในส่วนของปัจจัยเสี่ยง คือ เพศ อายุ
- 6) ประวัติคนในครอบครัว และค่าความเสี่ยงต่างๆ เช่น BMI เส้นรอบเอว ความดันโลหิตโดยเฉลี่ย
- 7) สรุปผลการคัดกรอง โดยมีการสรุปความเสี่ยงจากคะแนน ในเรื่องความเสี่ยงเบาหวาน ความเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุง ความเสี่ยงความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3.4 รายละเอียดข้อมูลในแบบการคัดกรองในประเทศไทย

โครงสร้าง	หน่วยบริการสุขภาพ		
	รพ.สต.	ศบส	ร้านยา
สังกัด	กระทรวง สาธารณสุข	กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร	เอกชน
โรคที่คัดกรอง	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน	แบบที่ 1: โครงการ สปสช การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน แบบที่ 2: เครือข่ายร้านยา สร้างเสริมสุขภาพ การคัด กรองโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง โรคทางเมตาบอลิก สมรรถภาพปอด และกระดูก พรุน
ผู้คัดกรอง	พยาบาล	-พยาบาล -อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เช่น ใน กทม. -อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	เภสัชกร
การส่งต่อข้อมูล	สสจ	สปสช	สปสช
ค่าตอบแทน	คิดเป็นคะแนนเพื่อ ส่งข้อมูล 21 แฟ้ม ต่อ สปสช.	คิดเป็นคะแนนเพื่อส่งข้อมูล 21 แฟ้มต่อ สปสช.	- การคัดกรอง 40 บาทต่อราย - การให้ความรู้ 40 บาทต่อ รายต่อครั้งจำนวน 2 ครั้ง - การส่งต่อและมีใบตอบรับ กลับ 100 บาทต่อราย
การติดตาม	การเข้าตรวจรับ การรักษา	การเข้าตรวจรับการรักษา	การโทรศัพท์ติดตาม จำนวน 2 ครั้ง

หมายเหตุ: รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข, สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, และ สสจ = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การคัดกรองโรคถือเป็นบทบาทของผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) ฯลฯ โดยเภสัชกรชุมชนก็ถือเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค โดยการช่วยคัดกรองโรคในเบื้องต้นซึ่งช่วยในการส่งเสริมการป้องกันโรค ให้คำปรึกษาแนะนำและให้ความรู้แก่ประชาชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยง นอกจากนี้การคัดกรองจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยโดยเร็วที่สุดเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพต่างๆ เช่น อัมพฤกษ์หรืออัมพาต เป็นต้น

ปัจจุบันการคัดกรองโรค ในส่วนของการติดตามดูแล ยังไม่มีการระบุกระบวนการในการดำเนินงานอย่างชัดเจน ขาดข้อกำหนดในเรื่องของการติดตามหลังจากการคัดกรอง และไม่มีการระบุผู้ทำหน้าที่ในการคัดกรองอย่างชัดเจนหรือขาดการแยกบทบาทหน้าที่ในบุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล และเภสัชกรว่ามีหน้าที่ต่างกันอย่างไร จึงมีการพัฒนาแบบฟอร์มคัดกรองที่มีความแตกต่างหลากหลายกันจากหลายวิชาชีพ ข้อมูลอาจมีความซ้ำซ้อน และเกิดข้อขัดแย้งกันทั้งในด้านการปฏิบัติงานและข้อมูล ขาดการประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างวิชาชีพ ทำให้ท้ายที่สุดแล้วไม่สามารถหาข้อสรุปภาพรวมในระดับประเทศได้

สำหรับส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) เพื่อสนับสนุนโครงการคัดกรองโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเมตาบอลิก และโรคซึมเศร้า) เพื่อส่งเสริมงานคัดกรองและบริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยเภสัชกรชุมชนในร้านยาคุณภาพ ซึ่งมีการดำเนินโครงการตั้งแต่ปี 2557 เริ่มต้นจาก สปสช. เขต 13 (กรุงเทพมหานคร) แล้วขยายไปยัง สปสช. เขต 12 (สงขลา) และในปัจจุบันได้มีการขยายครอบคลุมพื้นที่เพิ่มขึ้น และมีการพิจารณาปรับเปลี่ยนค่าบริการสำหรับร้านยาเพิ่มขึ้นด้วย (สภช., 2014)

การดูแลในภาพรวมควรเป็นลักษณะของ ทีมสหสาขา ประกอบด้วย เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด เพื่อให้มีการดูแลอย่างครอบคลุมมากขึ้น ควรมีการใช้แบบฟอร์มคัดกรองที่เหมือนกัน เพื่อเป็นประโยชน์ในการเก็บ และส่งต่อข้อมูล ระบบการจัดการเรื่องคำตอบแทน ควรเป็นระบบเดียวกัน เป็นการสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล เพื่อจ่ายคำตอบแทน ในการเยี่ยมบ้าน ควรมีการกำหนดเภสัชกรที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน เช่น ในประเทศไต้หวันมีการจ้างเภสัชกร เพื่อทำการเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะ เพื่อให้จำนวนบุคลากรเพียงพอในการทำงาน

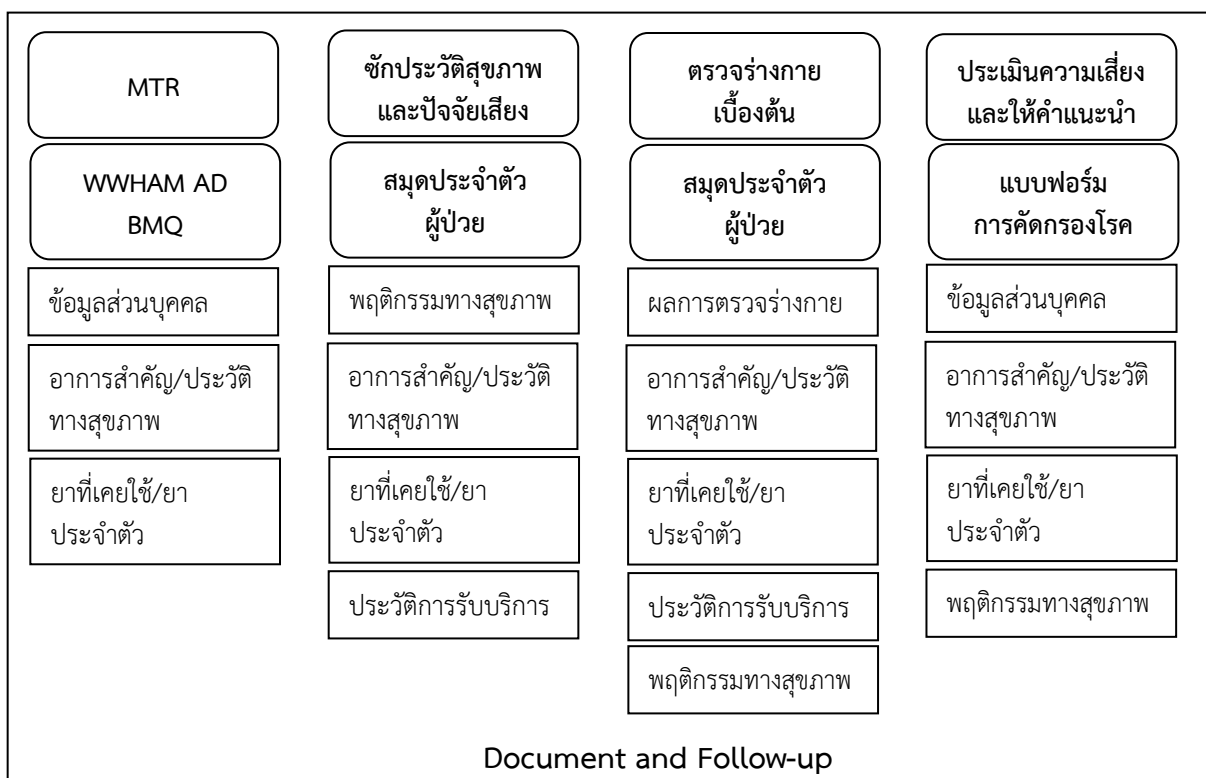
กิจกรรมที่ร้านยาในปัจจุบันได้มีการทำ ได้แก่

- การคัดกรองจากผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวดท้ายทอย หากพบว่าความดันสูงผิดปกติหรือมีอาการเสี่ยงก็จะเขียนใบส่งต่อ
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension, HTN) เช่น การตรวจความดัน
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เช่น การเจาะเลือดหลังอาหาร
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคเมตาบอลิกหรืออ้วนลงพุง เช่น การแนะนำการใช้ธัญพืชหรือไฟเบอร์ ควบคุมน้ำหนัก และการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิด Anabolic syndrome ในอนาคต
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคหอบหืด เช่น มีการทดสอบสมรรถภาพของปอด (COPD)
- การคัดกรองเฝ้าระวังโรคกระดูกพรุน เป็นต้น

ขั้นตอนย่อยและเครื่องมือสนับสนุนในการคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยง (Screening) (แผนภาพที่ 3.5) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการคัดกรองโรคจะประกอบด้วยกิจกรรมหลายขั้นตอน และมีข้อมูลที่ต้องมีการเก็บอย่างต่อเนื่อง หากมีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ข้อมูลที่ร้านยาสามารถช่วยคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของโรคเบื้องต้น ก็จะช่วยให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแล

รักษาพยาบาลก่อนที่จะมีพยาธิสภาพที่รุนแรงมากขึ้น และป้องกันการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่เป็นช่วงอายุแรงงานของประเทศได้

ในด้านการคัดกรองโรค เนื่องจากปัจจุบันมีหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น สปสช. สภช. และร้านยาให้ความร่วมมือในการสนับสนุนอยู่แล้ว บทบาทงานในด้านนี้เพียงแค่ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการคัดกรองโรคอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสำคัญสำหรับมาตรฐานการคัดกรองโรค คือ การมีแบบฟอร์มการคัดกรองหลากหลายแตกต่างกันจากหลากหลายวิชาชีพ จึงควรมีการจัดประชุมหรือจัดทำข้อตกลงร่วมกันในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จัดสรรหรือกำหนดบทบาทแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน เพื่อช่วยในการแบ่งเบาภาระงานและส่งเสริมการทำงานร่วมกัน รวมทั้งการประชุมเพื่อคัดเลือกและพัฒนาแบบคัดกรองกลางที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมมากที่สุด เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศได้ นอกจากนี้จำนวนร้านยาที่สามารถคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของโรคต่างๆ ยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากยังมีจำนวนร้านที่ผ่านการอบรมไม่มาก ดังนั้น ควรจะมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนที่จะช่วยเพิ่มศักยภาพของร้านยาให้มากยิ่งขึ้น



แผนภาพที่ 3.5 ขั้นตอนย่อยและเครื่องมือสนับสนุนในการคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยง

3.3 มาตรฐานการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification)

การมีสุขภาพดี เริ่มต้นที่การดำเนินพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยตนเองและการมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะให้ความสำคัญกับกรอบแนวความคิด การมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน (กระทรวงสาธารณสุข, 2013)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการให้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรโดยรวมลดลง และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการศึกษาวิจัยหรือแนวทางที่จะนำมาเป็นกรอบแนวคิดในทางปฏิบัติอาจอาศัยกรอบแนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถช่วยในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ โมเดลการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model, TTM หรือ Stages of change) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล (Panidchakul & Samranbua, 2013)

ขั้นตอนหรือกระบวนการตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำมาใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลง หรือเป็นแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง จะนำมาใช้มาในการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ (Smoking cessation) เนื่องจากโมเดลนี้มองบุคคลว่ามีความพร้อมหรือระดับของการถูกจูงใจ (Readiness or levels of motivation) ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนกลยุทธ์ กลวิธีที่จะใช้ในการจูงใจให้ผู้บริโภคเลิกสูบบุหรี่จึงต้องสอดคล้องกับระยะของบุคคลนั้นๆ อาทิเช่น ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ๆ มักเกิดจากการขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้บริโภคมักเลิกปฏิบัติกลางคัน เนื่องมาจากขาดแรงจูงใจที่หนักแน่น ขาดความอดทนที่จะต้านทานต่อความต้องการ ขาดการสนับสนุนให้กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจจะสรุปได้ว่าลักษณะของปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่นั้นมีความยุ่งยากซับซ้อน TTM จึงถูกพัฒนาขึ้นโดยแบ่งระยะของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นระยะๆ หรือเป็นขั้นๆ ซึ่งบุคคลที่อยู่ในขั้นของกระบวนการที่แตกต่างกัน ก็ควรจะใช้กลวิธีที่ต่างกัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลมากที่สุด (ตันสกุล, 2007)

โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (TTM) แบ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็น 5 ระดับขั้น คือ

- 1) ขั้นไม่สนใจ (Pre-contemplation หรือ Ignorance) เป็นขั้นที่บุคคลไม่คิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่คิดว่าตนมีปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น เช่น คนที่สูบบุหรี่จะคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการสูบได้ จะหยุดเมื่อไรก็ได้ทันทีที่ต้องการหยุด และยังมีความสุขจากการได้สูบ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้น จึงไม่คิดที่เลิกหรือหยุดสูบบุหรี่
- 2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation หรือ Learning) เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มรับรู้ปัญหาหากยังดำเนินพฤติกรรมแบบเดิมอยู่ เช่น ผู้บริโภคเริ่มเห็นว่าหากตนเองยังคงสูบบุหรี่ต่อไปย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าเป็นโรคจะเกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนและคนใกล้ชิด เริ่มประเมินประโยชน์ที่จะได้รับและปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น แต่ก็ยังเชื่อว่าบุหรี่หรือสารเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ
- 3) ขั้นตัดสินใจ (Preparation หรือ Planning) เป็นขั้นที่บุคคลหรือผู้บริโภคคิดจะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเริ่มวางแผนดำเนินกิจกรรมหรือโปรแกรมในทางปฏิบัติขึ้น (Action-oriented Program) เช่น ซื้อหนังสือเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ หรือหาวิธีออกกำลังกายเพื่อช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ หรือไปพบแพทย์ เป็นต้น
- 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action หรือ Doing) เป็นการลงมือปฏิบัติจริง เช่น หยุดหรือลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบ ซึ่งอาจจะทำได้ไม่สม่ำเสมอ

- 5) **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance หรือ Habit)** เป็นขั้นที่เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจจะเริ่มทำจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ที่เลิกบุหรี่ได้หรือเลิกใช้สารเสพติดอื่นๆ ได้ อาจไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก (Relapse)

จากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ แสดงให้เห็นว่าขั้นตอนแรกของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรจะต้องวิเคราะห์ก่อนว่าบุคคลนั้นอยู่ในระดับขั้นไหน เพื่อที่จะให้คำแนะนำหรือจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับระดับขั้นของบุคคลนั้นได้เหมาะสม และสามารถจะสนับสนุนให้บุคคลนั้นขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไปได้ เมื่อสามารถระบุระดับขั้นของผู้ป่วยได้แล้ว โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (TTM) เสนอกระบวนการในการเปลี่ยนแปลง (Process of Change) ไว้ 10 กระบวนการ ได้แก่

- 1) **การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Conscious raising)** โดยการให้ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่อันตรายต่อตนเอง เป็นการให้ข้อมูลเรื่องโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงที่เกิดจากพฤติกรรมเดิม
- 2) **การแสดงออกด้านอารมณ์ (Dramatic relief)** เป็นการจัดกิจกรรมกระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ให้อ่านภาพยนตร์ ดูภาพ พุดคุยเรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ เพื่อจะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3) **การประเมินตนเอง (Self re-evaluation)** เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นให้บุคคลได้สะท้อนข้อดี ข้อเสีย ปัญหาอุปสรรคของพฤติกรรมเสี่ยงนั้น เพื่อให้เกิดความคาดหวังในประโยชน์จากการเลิกพฤติกรรมเสี่ยง
- 4) **การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental re-evaluation)** เป็นกิจกรรมที่ให้บุคคลได้สะท้อนถึงผลของการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงที่กระทบ หรือมีผลเสียต่อบุคคลอื่นที่มีความสำคัญสำหรับเขา รวมทั้งสร้างบรรทัดฐานทางสังคม เช่น การสูบบุหรี่มีผลกระทบกับสุขภาพของคนในครอบครัว ถ้าเลิกสูบจะช่วยทำให้คนที่รักไม่เสี่ยงต่อการรับควันพิษจากบุหรี่ และสังคมก็เห็นด้วยกับการไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น
- 5) **ความสมดุลในการตัดสินใจ (Counter conditioning)** หมายถึง การให้บุคคลได้พิจารณา ประเมินน้ำหนักของประโยชน์หรือข้อดี (Pros) ข้อเสีย (Cons) หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำมาสู่การตัดสินใจ
- 6) **การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)** เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมใหม่ได้ และถ้าทำแล้วจะเกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (การสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้ เป็นแนวคิดของทฤษฎีปัญหาทางสังคมของ Bandura)
- 7) **ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationship)** การมีความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ จะเป็นการช่วยเอื้อให้พฤติกรรมใหม่เกิดง่ายขึ้น เช่น คนที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ต้องการคนที่เข้าใจ ยอมรับให้กำลังใจ ซึ่งได้แก่ ครอบครัว เพื่อนสนิท รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข
- 8) **การจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency management)** เป็นการให้ตัวเสริมแรงทางบวก หากทำพฤติกรรมใหม่ได้
- 9) **การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control)** เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ลดโอกาสของการถูกกระตุ้นให้มีพฤติกรรมเสี่ยงนั้น

10) การประกาศอิสรภาพต่อสังคม เป็นการสัญญา เจตนารมณ์หรือแสดงตนต่อสังคมว่า ตนจะยืนหยัดทำพฤติกรรมใหม่นี้อย่างต่อเนื่อง เช่น ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งแสดงตนว่ายินดีจะช่วยคนที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในอดีตเช่นตนเอง (ตันสกุล, 2007)

ในประเทศไทยเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ (Thai Pharmacist Network on Tobacco Control หรือ Thai PNTC) เป็นเครือข่ายการทำงานที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อส่งเสริมให้เกิดบทบาทใหม่ที่เภสัชกรสามารถมีโอกาเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยร้านยาที่มีเภสัชกรที่ยินดีให้บริการในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่แก่ประชาชนหรือผู้บริโภคที่สนใจ จะได้รับการสนับสนุนให้มีป้าย “เภสัชอาสา พาเลิกบุหรี่” ติดแสดงอยู่ที่หน้าร้าน เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบ โดยเภสัชกรจะให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้สูบบุหรี่ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการในการเลิกบุหรี่ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ หรือพิจารณาให้การรักษาด้วยการใช้ยาในผู้ที่ไม่สามารถที่จะเลิกได้ด้วยตนเองเนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการถอนนิโคตินได้ ซึ่งเภสัชกรก่อนให้บริการเลิกบุหรี่ต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จากทางเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบก่อน

สำหรับแนวทางการช่วยเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรนั้นมีอยู่สองแนวทาง แนวทางแรก คือ การเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยา ซึ่งเภสัชกรจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนอีกแนวทางหนึ่ง คือ การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ โดยยาช่วยเลิกบุหรี่ที่มีการจ่ายได้ในร้านยาที่มีเภสัชกร ได้แก่ ยากลุ่มนิโคตินทดแทน เช่น หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine polacrilex gum) และแผ่นแปะนิโคติน (Transdermal nicotine patch) ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ในการรักษาอาการขาดนิโคตินโดยการทดแทนสารสื่อประสาท เช่น ยาบูโพรพ็อน (Bupropion) ยานอร์ทริปไทลีน (Nortriptyline) เป็นต้น ซึ่งเภสัชกรจะทำหน้าที่ในการเลือกและปรับขนาดการใช้ยาให้มีความเหมาะสมกับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่แต่ละราย โดยมีแบบทดสอบเพื่อประเมินความรุนแรงของการติดบุหรี่ และให้คำปรึกษาขณะใช้ยาเลิกบุหรี่ โดยทั้งสองแนวทางที่กล่าวมานี้ เภสัชกรจะมีหน้าที่ในการให้คำปรึกษา และติดตามเพื่อให้กำลังใจ พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางเพื่อแก้ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะอยู่ในช่วงที่เลิกบุหรี่ (สุวรรณประทีป, 2011)

แนวทางการให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อเลิกสูบบุหรี่จะใช้หลักการ 5A+5R+5D ได้แก่ แนวทางส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ยั่งยืนจะใช้หลักการ 5A คือ

- | | |
|------------------------|---|
| A1 = Ask | ถามเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่ให้สังเกตจากอาการ และยาที่ได้รับ |
| A2 = Advise | ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ ชี้ให้เห็นประโยชน์และโทษของบุหรี่ |
| A3 = Assess | การประเมินผู้ป่วยตามหลัก TTM ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนย่อย <ul style="list-style-type: none">- Pre-contemplation: ไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า- Contemplation: คิดจะเลิกบุหรี่ แต่ยังไม่มีความชัดเจน- Preparation: กำลังวางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า- Action: กำลังเลิกสูบบุหรี่มาได้ไม่เกิน 6 เดือน- Maintenance: เลิกสูบบุหรี่มานานกว่า 6 เดือน |
| A4 = Assist | การช่วยเหลือให้คำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ |
| A5 = Arrange follow-up | การติดตาม |

แนวทางที่ให้คำปรึกษา (Counseling) และวิธีการจูงใจ (Motivation) ให้เลิกบุหรี่จะใช้หลักการ 5R (ตารางที่ 3.5)

ตารางที่ 3.5 เทคนิค 5R เพื่อสำหรับขั้น Pre-contemplation และ Contemplation

เทคนิค 5R	การปฏิบัติ
Relevance	กระตุ้นผู้สูบบุหรี่ โดยอ้างถึงสิ่งที่ตรงหรือสัมพันธ์กับปัญหาของเขา
Risk (ความเสี่ยง)	กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักว่าตนเองหรือผู้ใกล้ชิดมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากบุหรี่
Reward (รางวัล)	กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่พิจารณาถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่
Roadblock (อุปสรรค)	กระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่ระบุค้นหาอุปสรรคปัญหาและหาวิธีแก้ปัญหา
Repetition (ทบทวน)	กระตุ้นผู้สูบบุหรี่ให้ทำตามนัดหรือปฏิบัติตามคำแนะนำซ้ำๆ

แนวทางในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral change) ใช้หลักการ 5D ได้แก่

Delay	การอย่าสูบบุหรี่ในทันทีที่อยากสูบ โดยการกระตุ้นให้ผู้บริโภคนับ 1-10, 11-20, ... นับไปเรื่อยๆ เพื่อใช้เป็นวิธี delay ให้ตัวเองไม่นึกอยากสูบบุหรี่
Deep breath	การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ทำบ่อยๆ จำนวน 5-10 ครั้ง คล้ายกับการทำสมาธิเพื่อเอาชนะใจตนเอง
Drink water	การดื่มหรือจิบน้ำอย่างช้าๆ หรืออมน้ำสลับกับการดื่มน้ำ จะช่วยให้หายหิวหรือลดความอยากสูบบุหรี่
Do something else	การหากิจกรรมอื่นทำทดแทนการสูบบุหรี่ เช่น เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ ซักของ
Destination	การกระตุ้นให้ผู้บริโภคนึกถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง COPD มะเร็งปอด และมีเงินเหลือเก็บ

กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในร้านยาปัจจุบัน ได้แก่

- การสร้างความตระหนักเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจูงใจ (Motivation) อย่างต่อเนื่อง เช่น การงดสูบบุหรี่ แนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามหลัก 5A
- การซักถามกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทานอาหาร ขนม นอกเหนือจากยาที่ทาน การเก็บรักษา (วิธีการเก็บ ที่เก็บ การใช้ยา) พร้อมให้คำแนะนำปรึกษาการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
- การซักถามเกี่ยวกับปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs) และพฤติกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติตามสั่งของผู้ป่วย (Non-compliance) ด้วย เพราะบางครั้งอาจเกิดจากอันตรกิริยาของยา (Adverse Drug Reaction, ADR) หรือผู้ป่วยเลิกใช้ยาเนื่องจากปัญหาจากการใช้ยานั้นๆ
- สอนวิธีการออกกำลังกาย และวิธีการบริหารร่างกายอย่างถูกวิธี
- การแนะนำการควบคุมแคลอรีจากอาหาร หรือแนวทางการเลือกทานอาหารที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยบางโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคเกาต์ เป็นต้น

เทคนิคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ต้องไม่ตำหนิ ผู้ป่วย จะทำสำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ได้ อย่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร้านยาคาดหวังกับเขา อย่าให้รู้สึกเหมือนโดนบังคับ เปิดโอกาสให้เขาเห็นว่ายังมีทางเลือก อันไหนเป็น Priority ที่ผู้ป่วยต้องการจัดการปัญหา และต้องให้คำแนะนำ แบบกระชับ ตรงจุดตรงประเด็นหรือโดนใจผู้ป่วย ใช้เวลาอย่างคุ้มค่ามากที่สุด

- สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ส่วนที่จำเป็นต้องมีการพัฒนา โครงการเสนอฯ ให้มี
- 1) การอบรมให้ความรู้แก่เภสัชกรชุมชนเพื่องานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การคำนวณ ให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนอาหารและการคัดเลือกอาหารเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน หรือโรคเรื้อรัง อื่นๆ
 - 2) การจัดทำคู่มือหรือแนวทางในการคำนวณและให้คำแนะนำทางด้านอาหาร การออกกำลังกาย หรือ กิจกรรมอื่นๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือพฤติกรรมอื่นๆ
 - 3) ส่งเสริมบทบาท อบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่เภสัชกรชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เภสัชกรชุมชนมีความทันสมัยของข้อมูลและความรู้ เช่น การใช้วิตามินเกลือแร่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพรที่ถูกต้องเหมาะสม
 - 4) การขยายบทบาทกิจกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การจัดการความเครียด (Stress management) การคัดกรองมะเร็งเต้านม (mammography screening) การปรับพฤติกรรมให้ผู้ป่วยโรค ป้องกันแสงแดด (Sun protection behaviors) การทานอาหารที่มีไฟเบอร์สูง (Dietary fiber) (Velicer et al., 2000) ดังตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 ตัวอย่างกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในต่างประเทศ (Lach, Everard, Highstein, & Brownson, 2004; Velicer et al., 2000)

Smoking cessation	Sun protection behaviors
Exercise	HIV medication compliance
Low fat diet	Seat belt use
Radon testing	Quitting cocaine
Alcohol abuse	Organ donation
Weight control	Dietary fiber
Condom use	Stress management
Organizational change	Birth control compliance
Needle sharing	Mammography screening
Hypertension medication compliance	Preventing domestic violence
Bone density testing	Screening on intake of dietary calcium

ซึ่งในประเทศไทยมีการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเภสัชกรชุมชนบ้างบางกิจกรรมยังไม่แพร่หลาย ควรจะมีการจัดอบรมให้ความรู้เพื่อขยายบทบาทมากขึ้น เช่น โครงการแลกเข็ม (Needle sharing) การคุมกำเนิด (Birth control compliance) เป็นต้น

3.4 มาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health consumer protection หรือ Health prevention and promotion)

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health prevention and promotion) เป็นงานสาธารณสุขที่ครอบคลุมหลายมิติจึงมีผู้ให้คำจำกัดความไว้อย่างหลากหลาย เช่น ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้โดยกฎบัตรออกตาวา คือ “กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะเป็นผลต่อสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม”

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ “กิจกรรมหรือการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดสุขภาพะ ไม่เพียงแต่เฉพาะแต่ละบุคคล เช่น สุขภาพและการดำเนินชีวิต แต่ยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคม”

จากการศึกษาและการทำงานโดยสปสช. (2014) พบว่า กิจกรรมป้องกันโรค (Health Prevention) เป็นงานที่ต้องทำควบคู่กับงานสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมบางอย่างไม่สามารถจำแนกได้อย่างเด็ดขาดว่าเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคหรือกิจกรรมสร้างสุขภาพ แต่โดยส่วนใหญ่จะเห็นตรงกันว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) นั้นเน้นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ส่วนกิจกรรมป้องกันโรค (Health prevention) นั้นเน้นที่ความพยายามไม่ให้เกิดโรค ซึ่งองค์การอนามัยโรคให้ความหมายของการป้องกันโรค คือ “การลด การจำกัด ป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนและผลที่ตามมาของโรค (สปสช., 2014)”

ในประเทศไทย กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีรูปแบบการทำงานจำแนกได้เป็น 2 ระดับ

- **ระดับบุคคล** มุ่งหมายที่จะพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของระดับบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งและความสามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนสามารถเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- **ระดับชุมชน** มุ่งหมายต่อการสร้างและเพิ่มศักยภาพของระบบนิเวศน์ทางสังคมให้ดีขึ้น อันจะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่หวังผลให้แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนยิ่งขึ้น มุ่งเน้นการทำให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เน้นการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกิจกรรมที่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพยายามกระตุ้นให้เกิดขึ้น โดยมีการจัดสรรงบประมาณรองรับที่ชัดเจนสำหรับใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับ ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ

ตามมาตรา 47 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบุไว้ว่า เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน ซึ่งมาตราดังกล่าวถือเป็นการกระจายอำนาจด้าน

สุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว และการเข้ามามีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่างๆ ตั้งแต่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นลักษณะพิเศษอย่างกรุงเทพมหานคร ล้วนมีการเจริญเติบโตและมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมากขึ้น (สปสช., 2014)

ในประเทศไทยมีกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ซึ่งมีการกำหนดกระบวนการทำงานชัดเจน คือ กระบวนการ 3 ช. (งานเชิงรุก-งานเชื่อมโยง-งานชุมชน) ส่วนการดูแลความปลอดภัยในเรื่องการใช้ยา สถานบริการสาธารณสุขมีระบบการรายงานอันตรกิริยาที่เกิดจากยา (Adverse Drug Reactions, ADR) ที่เกิดขึ้นต่อสำนักยา โดยความรับผิดชอบนี้รวมถึงบริษัทที่เป็นเจ้าของสินค้าเภสัชภัณฑ์ด้วย

เนื่องจากในส่วนของ รพ.สต. บทบาทของเภสัชกรไม่มีการกำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่ไม่มีเภสัชกรเป็นผู้ดูแลในการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในเรื่องยาอาจเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น Drug related problems ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การใช้ยาที่ไม่ถูกขนาด ไม่ครบตามเวลา เป็นต้น ส่วนของชุมชนที่มี อสส. อสม. ช่วยดูแลในเรื่องสุขภาพของชุมชน ความเสี่ยงของการใช้ยาอาจพบได้จาก ตู้ยาโรงเรียน ตู้ยาชุมชน ในหมู่บ้าน และเวชภัณฑ์ในของถวายสังฆทาน เป็นต้น โดยจะพบปัญหามากเกี่ยวกับเรื่องรายการยาที่จำเป็นต้องมี จำนวนยาที่ต้องใช้ การดูแลเรื่องยาหมดอายุหรือยาเสื่อมคุณภาพจากการจัดเก็บไม่ถูกต้อง ฯลฯ

ปัจจุบันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดให้มีงบประมาณรองรับที่ชัดเจน สำหรับใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการกำหนดประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลพึงมีสิทธิได้รับ เช่น โครงการการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ โดยร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจะมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ และได้รับค่าตอบแทน (สภช., 2014) ดังนี้

- 1) การให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
 - 1.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 14 ปี ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 1.2 ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด การป้องกันและอธิบายการใช้ยาปน ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 1.3 ความรู้เรื่องการฝากครรภ์ สิทธิประโยชน์สปสช. ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
- 2) การให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส
 - 2.1 การให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 2.2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องยาคุมฉุกเฉิน ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 2.3 การให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องการใช้อย่างอนามัย ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
- 3) การให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.1 การให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 3.2 การให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 3.3 การให้ความรู้และคำปรึกษากรณีท้องไม่พร้อม ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท

กิจกรรมที่ร้านยาในปัจจุบันได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่

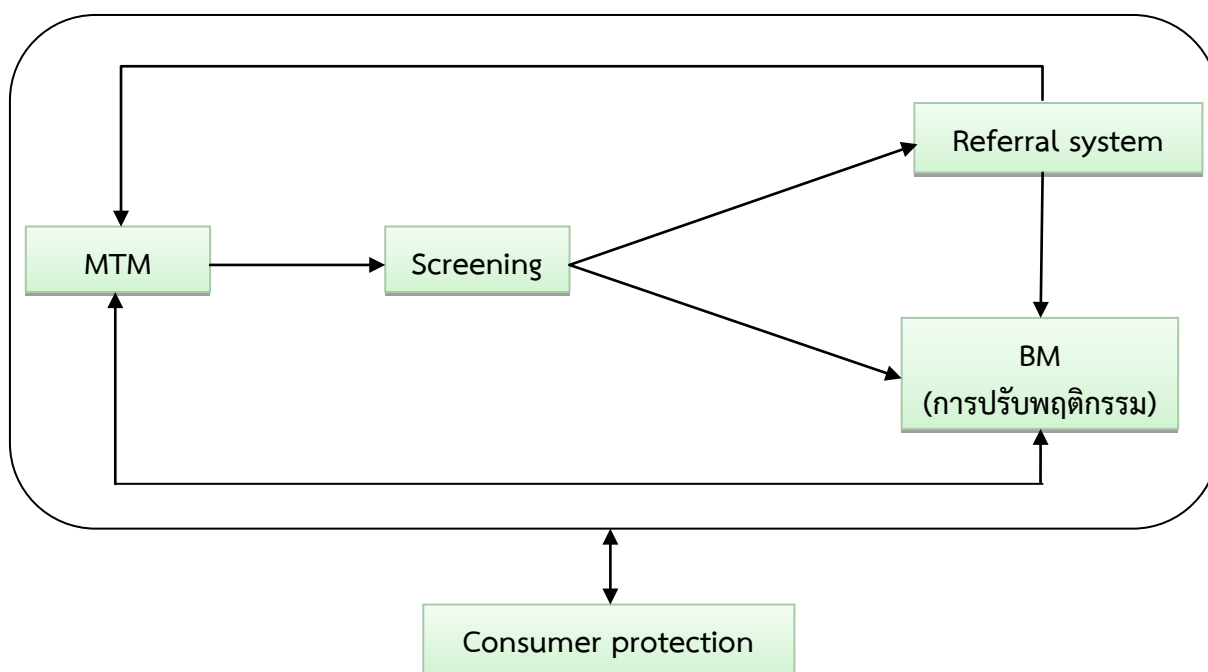
- งานเฝ้าระวังจากสำนักยา กระทรวงสาธารณสุข สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และสำนักอนามัย กำหนดให้มีการทำบันทึก (Record) และรายงานว่าประชาชนมีอาการแพ้ยาอย่างไร อะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด
- แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกรณีพบปัญหา เช่น การแจ้งกรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ) เมื่อพบว่ามีกรณีนำยาสูตรมาใช้เพศชาย Drug abuse เช่น Tramol[®] ยาปลอม ยาชุด การโฆษณาเกินจริง แจ้งที่อยู่ไม่ตรงกับที่จดแจ้งทะเบียนไว้ ผลลัพธ์ที่ไม่มีฉลาก กฎหมายที่มีปัญหาในทางปฏิบัติ
- การให้ความรู้ เช่น การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคเอดส์อย่างถูกวิธี
- การกระตุ้นให้ประชาชนมีการดูแลตนเอง (Self-care)
- การมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการ ก็เป็นงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคแบบหนึ่ง
- การจัดทำรายงานตนเอง (Self-report) เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs (และมีการติดตามการเกิด ADRs) Steroids, Antibiotics และยาที่มีช่วงการใช้แคบ (Narrow therapeutic drugs)
- การจำหน่ายชุดตรวจผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ Steroid
- การให้บริการตรวจผลิตภัณฑ์ว่ามีส่วนผสมของ Steroids หรือไม่ มีการประสานส่งผลไปตรวจที่ห้องแลปที่มีศักยภาพในการตรวจเพิ่มเติม
- การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่นิยมในท้องตลาด การแก้ไขความเชื่อที่ผิดหลักวิชาการต่างๆ
- การทำวิจัยเพื่อตอบคำถามเรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภค
- การให้ความรู้ข้อมูลเรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแก่ผู้ป่วย
- การอธิบายและความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาที่ได้รับจากที่อื่นๆ ช่วยเขียนชื่อยาที่ได้รับ เช่น จากคลินิก
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลเรื่องสิทธิผู้บริโภค สรรพคุณยา การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ การให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลป้องกันตัวเอง โดยการอ่านฉลาก ดูยาและยาหมดอายุ
- การเฝ้าระวังอันตรายจากยาหรือผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพสำหรับชุมชน เช่น การให้ความรู้ อบรมหรือร่วมตรวจสอบยาในตู้ยาโรงเรียน วัดหรือหมู่บ้าน

สำหรับบทบาทในด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคของเภสัชกรชุมชนในงานระดับปฐมภูมิ ยังเป็นงานเชิงรับ (Reactive) มากกว่าเชิงรุก (Proactive) อาจเนื่องจากหลายปัจจัย เช่น ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้อง การขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของเภสัชกรชุมชน ความซ้อนทับกับวิชาชีพอื่นในงานคุ้มครองผู้บริโภค งบประมาณสนับสนุน ฯลฯ หากจะกล่าวเพียงแค่การพัฒนาบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ โครงการเสนอให้มีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปและเสนอบทบาทที่จำเป็นพื้นฐานด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคของเภสัชกรชุมชน ก่อนที่จะพัฒนาคู่มือและ/หรือเอกสารคู่มือการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (SOP) ต่อไป

3.5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ในปัจจุบันมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาหรือการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ได้เริ่มมีการกำหนดอย่างชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของวิชาชีพต่างๆ มากขึ้น ในฐานะที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพหนึ่งในหน่วยบริการปฐมภูมิ เภสัชกรชุมชนมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยา ลดปัญหาการใช้ยาเกินจำเป็นหรือผิดวัตถุประสงค์ (Drug abuse) การเฝ้าระวังยาหมดอายุหรือการใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ฯลฯ โดยมีกระบวนการในการดูแลสุขภาพของประชาชนมีคุณภาพและความต่อเนื่อง (ใกล้บ้าน ใกล้ใจ)

แผนภาพที่ 3.6 แสดงให้เห็นภาพของกระบวนการการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในงานระดับปฐมภูมิ โดยภายในกรอบจะแสดงบทบาทของงานบริหารทางเภสัชกรรมที่ดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนในชุมชนในระดับจุลภาค (Micro-level) เช่น การให้การดูแลและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยรายบุคคล (MTM) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของโรค (Screening) การปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย (Behavioral modification, BM) และการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีจำเป็น (Referral system) ส่วนภายนอกกรอบจะเน้นงานในระดับมหภาค (Macro-level) เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นงานเฝ้าระวังอนามัยในโรงเรียน เป็นต้น โดยรายละเอียดของกิจกรรมและผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมแสดงในตารางที่ 3.7-3.8



แผนภาพที่ 3.6 การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโดยกระบวนการทางเภสัชปฐมภูมิ

MTM = การดูแลติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management); Screening = การคัดกรองโรค; Referral system = ระบบการส่งต่อผู้ป่วย; BM = การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification); Consumer protection = การคุ้มครองผู้บริโภค

ตารางที่ 3.7 สรุปกิจกรรมและความหมายของแต่ละมาตรฐานกิจกรรม

การดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)	การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health screening)	การส่งต่อ (Referral system)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification, BM)
MTM: ประกอบด้วย 5 กระบวนการ MTR: ทบทวนรายการยาที่ใช้ PMR: จัดทำสมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย (สมุดบันทึก) MAP: วางแผนในการดูแล/ให้การรักษารักษาผู้ป่วย Intervention: ทำการรักษา/ ส่งตัวผู้ป่วย F/U: ติดตามผลการดูแล	เป็นกระบวนการในการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลเบื้องต้นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงมาก/น้อยต่อการเกิดโรคต่างๆ เพียงใด ในปัจจุบัน ร้ายยามีศักยภาพในการคัดกรองในบางโรค เช่น - ความดันโลหิตสูง (Hypertension) - เบาหวาน (Diabetes Mellitus) - โรคซึมเศร้า (Depression) - หอบหืด (Asthma) - สมรรถภาพของปอด (COPD) - โรคทางเมตาบอลิซึมหรือโรคอ้วนลงพุง - โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) - การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล - การปรึกษาและตรวจเชื้อ HIV	เป็นกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการในระดับสูงขึ้นไป มี 2 กรณี ได้แก่ - ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจเพิ่มเติม (Further investigation) หรือรับการรักษาเพิ่มเติมในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีศักยภาพในการดูแลในด้านนั้นๆ หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องในโรคที่จำเป็น (Loss follow-up) - ส่งต่อผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อสนับสนุนให้มีการติดตามผล ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	เป็นกระบวนการให้ความรู้ คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เช่น - การงดสูบบุหรี่ (Smoking cessation) - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทานอาหาร โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - การออกกำลังกาย - การงดดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์

หมายเหตุ: กิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพ (Health prevention and promotion) ไม่ได้รวมไว้ในแผนภาพนี้ เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพหรือ เป็นกิจกรรมที่ทำกับกลุ่มใหญ่ (Mass activities) เช่น ให้ความรู้แก่นักเรียนและครูในโรงเรียน (Health education) การให้ความรู้แก่ชุมชน (Community education) ช่วยตรวจสอบยาหมดอายุในชุมชน พกหมู่บ้าน วัด โรงเรียน เป็นต้น

ตารางที่ 3.8 ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของแต่ละกิจกรรม

ผลลัพธ์ของกระบวนการ (Potential Outcomes)			
การดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)	การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health screening)	การส่งต่อ (Referral system)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification, BM)
รักษาหรือกิจกรรมตาม MTM - ส่งจ่ายยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา/สุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพ - เขียน SOAP Note เพื่อวางแผนรักษาดูแล - เขียนสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย - บันทึกข้อมูลและจัดทำระเบียบประวัติผู้ป่วย - ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การโทรศัพท์ถาม การเยี่ยมบ้าน การนัดหมายกลับมาที่ร้าน	คัดกรองผู้ป่วย - คัดกรองผู้ป่วยตามโดยใช้แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง - บันทึกแบบคัดกรอง	ส่งต่อผู้ป่วย - เขียนใบส่งต่อให้ผู้ป่วยนำติดตัวไปยังหน่วยบริการระดับสูงต่อไป - ชี้แจงความจำเป็นในการส่งต่อ ให้คำแนะนำขั้นตอนการส่งต่อแก่ผู้ป่วย - โทรนัดหมาย (ถ้ามี) กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรมตาม BM - คัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย - ให้คำแนะนำ ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
Screening: กรณีที่พิจารณาพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงทางสุขภาพ พิจารณาคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรค	Refer: กรณีที่คัดกรองความเสี่ยงแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่จะเป็นโรค, มีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น, มีโรคร่วมการไม่สามารถควบคุมโรคได้ (Complication, Comorbidity) (ในกิจกรรมที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีศักยภาพเพียงพอ)	MTM: กรณีที่หน่วยบริการส่งต่อผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการใกล้บ้านหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนสามารถควบคุมอาการ ควบคุมโรคได้แล้ว หน่วยบริการอาจส่งผู้ป่วยกลับมาเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามดูแลผู้ป่วยด้านยา, ติดตามดูแลอาการของผู้ป่วย, ติดตามดูแลการดำเนินโรค	MTM: ทำการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางพฤติกรรมของผู้ป่วยแล้วต้องมีกระบวนการในการติดตามผลการดูแล ให้คำแนะนำ โดยผ่านกระบวนการ MTM อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ผลลัพธ์ของกระบวนการ (Potential Outcomes)			
การดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)	การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health screening)	การส่งต่อ (Referral system)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification, BM)
Refer: กรณีที่ทำการศึกษาประวัติหรือพบทวนประวัติของผู้ป่วยแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนการรักษาหรือกลับไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินและรักษาต่อไป (ในกิจกรรมที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีศักยภาพเพียงพอ) หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	BM: กรณีที่คัดกรองความเสี่ยงแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับนี้ แต่ไม่ได้เสี่ยงสูงมาก ขนาดที่ควรได้รับส่งต่อเพื่อการรักษา จะทำการให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงก่อน	BM: กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อมาเพื่อตรวจร่างกาย วินิจฉัยเพิ่มเติมแล้วพบว่าผู้ป่วยควรได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมทางสุขภาพเพิ่มเติม หรือควบคู่ไปด้วย	
BM: กรณีที่ศึกษาประวัติ พบทวนการใช้ยาแล้วพบว่าผู้ป่วยควรได้รับความรู้ คำแนะนำเพิ่มเติมในการใช้ยา หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพสุขภาพ		Loss of follow-up คือ มีการส่งต่อผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ไปยังหน่วยบริการที่ได้รับ การส่งต่อ, เกสซ์กรไม่ได้เขียนใบส่งต่อให้ เนื่องจากขาดความรู้หรือช่องทางแนะนำผู้ป่วย, ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน	

กิจกรรมที่ร้านยาในปัจจุบันได้มีการทำ ได้แก่

- การจ่ายยาและติดตามอาการใช้ยาของผู้ป่วย
- หากเป็นผู้ป่วยมาขอ Refill ยา จะมีการบันทึก DRP รายการยาและอาการ พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วย
- การทำประวัติผู้ป่วย (Patient profile)
- การจัดยาให้กับผู้ป่วย อาจจะทำเป็น Unit dose (ซึ่งในต่างประเทศจะมีการคิดค่าใช้จ่ายส่วนนี้เพิ่มเติม)
- การติดตามผลการใช้ยาเมื่อมีโอกาส (อาจจะเป็นแบบไม่เป็นทางการ) บางครั้งต้องติดตามทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล (Caregiver) บางร้านมีการบันทึกด้วยว่าเมื่อติดตามแล้วสำเร็จหรือไม่ และมีการตั้ง criteria ของการติดตามไว้ด้วย เช่น ติดตามเฉพาะลูกค้าขาประจำ ที่มีโรคเรื้อรัง
- การเยี่ยมบ้าน มีการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย นั่งคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช็ค Exp.date และวิธีการเก็บยา
- การเก็บข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระเบียบเพื่อใช้ในการค้นหา อาจจะใช้แบบ Manual หรือคอมพิวเตอร์
- ทำใบส่งตัวตามสิทธิ

การจัดมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาจะต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมหรือบริบทการทำงานที่เป็นจริงในปัจจุบันด้วย เช่น

1. ส่วนของร้านยา

- ร้านยาบางร้านโดยเฉพาะในต่างจังหวัดไม่ได้มีเภสัชกรครบทุกร้าน
- ร้านยาในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากและกระจุกตัว ทำให้การให้การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อการแข่งขันที่สร้างความแตกต่างกับคู่แข่ง แต่ในต่างจังหวัดยังเป็นระบบซื้อมาขายไป
- เภสัชกรชุมชนต้องยอมรับการตอบกลับทั้งดีและไม่ดี
- ในอดีตการทำงานของเภสัชกรยังไม่มีระบบ ขาดแบบฟอร์มในการทำงาน รวมถึงแบบฟอร์มในการส่งต่อผู้ป่วยด้วย
- ความมั่นใจของเภสัชกรชุมชนในการให้บริการ
- ธรรมชาติการรับรู้ของ ผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข ตอบบาทหน้าที่ของเภสัชกรชุมชน เพราะยังไม่ทราบว่าเภสัชกรชุมชนทำอะไรได้บ้าง
- ร้านยาอาจจะช่วยในการดูแลประชาชนในชุมชนได้มากขึ้นเนื่องจากครอบคลุมพื้นที่มากกว่า

2. ส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาล

- ยังขาดการทำงานที่ประสานกันระหว่างเภสัชกรที่อยู่ต่างหน่วยบริการสุขภาพ
- ยังขาดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานระหว่างเภสัชกรที่อยู่ต่างหน่วยบริการสุขภาพ

3. ส่วนของผู้ป่วย

- ตัวของผู้ป่วยเองผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ได้ให้ความเชื่อถือหรือเห็นความสำคัญของการส่งตัว
- ความต้องการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ต้องการเสียเวลาไปพบแพทย์ อาจจะต้องมีซักถามความต้องการของผู้ป่วยก่อน ผู้ป่วยบางรายก็ยินดีที่จะทำหน้าที่ส่งและรับสารระหว่างร้านยากับหน่วยบริการสุขภาพอื่น แต่บางคนก็ไม่ซึ่งคงต้องมีการคิดระบบรองรับสำหรับกลุ่มนี้
- ผู้ป่วยบางรายเพียงต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่เขาสะดวกจะเข้าไปปรึกษาและช่วยดูแลสุขภาพของเขา
- ความแตกต่างของผู้ป่วยทำให้การยอมรับและความเข้าใจต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะเข้าใจและทำให้การส่งต่อเกิดได้และเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยบางรายไม่แสดงอาการเสี่ยงให้เห็น ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ

4. ส่วนของบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

- อาจจะต้องคำนึงถึงขอบเขตและหน้าที่ความรับผิดชอบว่างานบริการที่จะสร้างมาตรฐานนั้นจะต้องไม่ก้าวกายงานของบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ
- ธรรมชาติการรับรู้ของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ
- ปัญหาความเข้าใจและการยอมรับ โดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้บริการ เพราะบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยถูกแพทย์ต่อว่ากลับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อไปส่งต่อ

บรรณานุกรม

- American Pharmacists Association & National Association of Chain Drug Stores Foundation. (2008). Medication therapy management in pharmacy practice: Core elements of an MTM service model (version 2.0). *Journal of the American Pharmacists Association*, 48(3), 341-353.
- Coleman, M. T., & Newton, K. S. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72(8), 1503-1510.
- Gupta, S. (2015, January 5). America's 9 biggest health issues, iReport. *CNN.com*. Retrieved from <http://edition.cnn.com/2015/01/02/opinion/gupta-health-challenges-2015/index.html>
- J.P., R., & Currie, J. D. (Eds.). (2007). *A practical guide to pharmaceutical care: a clinical skills primer* (3th ed.). Washington, DC: American Pharmacists Association.
- Lach, H. W., Everard, K. M., Highstein, G., & Brownson, C. A. (2004). Application of the transtheoretical model to health education for older adults. *Health promotion practice*, 5(1), 88-93.
- Microsoft. (2014). Health Vault. Retrieved December 8, 2014, from <https://www.healthvault.com/th/en>
- National Prescribing Centre. (1999). Signposts for prescribing nurses: General principles of good prescribing. *Prescribing Nurse Bulletin*, 1, 1-4.
- Panidchakul, k., & Samranbua, A. (2013). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 19(1, January-June), 67-76.
- Perara. (2011). A Telephone-based Medication Therapy Management (MTM) Center: Program development and observations over five years. *Arizona Journal of Pharmacy*, 3(2), 24-30.
- Purvis, J., & Gallagher, C. (2013). Responding to symptoms and history-taking. In B. W. Evans, L. Kravitz, N. Walker, & K. Lefteri (Eds.), *Pharmacy OSCEs: A revision guide* (pp. 25). London: Pharmaceutical Press.
- Resource Pharm. (2014). Pharmacy mnemonics: WWHAM, ASMETHOD, ENCORE and SIT DOWN SIR. Retrieved September 20, 2014, from <http://www.resourcepharm.com/pre-reg-pharmacist/pharmacy-mnemonics.html>
- Rutter, P. (2013). *Community pharmacy: Symptoms, diagnosis and treatment* (3 ed.). China: Churchill Livingstone Elsevier.
- Siecker, B. R. (2010). Fundamentals of Medication Therapy Management (MTM) Services. Retrieved November 11, from E.L.F. Publications http://elf.procampus.net/refs/CP9008EX_Lesson.pdf
- Svarstad, B. L., Kotchen, J. M., Shireman, T. I., Brown, R. L., Crawford, S. Y., Mount, J. K., . . . Wilson, D. A. (2013). Improving refill adherence and hypertension control in black

- patients: Wisconsin TEAM trial. *Journal of the American Pharmacists Association*, 53(5), 520-529.
- Svarstad, B. L., Kotchen, J. M., Shireman, T. I., Vivian, E. M., Crawford, S. Y., & Mount, J. K. (2014). TEAM Study Home. Retrieved July 8, from School of Pharmacy, University of Wisconsin-Madison <https://pharmacy.wisc.edu/team-study>
- The Greatist Team. (2015, January). 65 Best Health & Fitness Apps of 2014. Retrieved January 3, 2015, from <http://greatist.com/fitness/best-health-fitness-apps>
- Tomechko, M. A., Strand, L. M., Morley, P. C., & Cipolle, R. J. (1995). Q and A from the Pharmaceutical Care Project in Minnesota. *Am Pharm*, NS35(4), 30-39.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G., & Robbins, M. L. (2000). Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40(5), 174-195.
- Watson, M. C., Bond, C. M., Grimshaw, J. M., & Johnston, M. (2006). Factors predicting the guideline complaint supply (or non-supply) of non-prescription medicines in the community pharmacy setting. *Quality & Safety in Health Care*, 15, 53-57.
- Watson, M. C., Bond, C. M., Johnston, M., & Mearns, K. (2006). Using human error theory to explore the supply of non-prescription medicines from community pharmacies. *Quality & Safety in Health Care*, 15, 244-250.
- Zierler-Brown, S., Brown, T. R., Chen, D., & Blackburn, R. W. (2007). Clinical documentation for patient care: models, concepts, and liability considerations for pharmacists. *Am J Health Syst Pharm*, 64(17), 1851-1858. doi: 10.2146/ajhp060682
- กระทรวงสาธารณสุข. (2013). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน (Vol. 1). นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, .
- เกษมเกียรติกร, อ. (n.d.). การคัดกรองโรค (Screening for disease). Retrieved July 10, from คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร <http://www.health.nu.ac.th/epidemiology/5.%20%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84.ppt>.
- ตันปิชาติ, ศ., & ศศิเจริญชัย, ธ. (2012). คู่มือปฏิบัติงานเภสัชกรชุมชนเยี่ยมบ้าน (*Home health care practice*) (ศิริรัตน์ ตันปิชาติ Ed.). กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรชุมชน (ประเทศไทย).
- ตันสกุล, ส. (2007). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ : แนวทางการดำเนินงานในงานสุศึกษา และส่งเสริมสุขภาพ. *Journal of Health Education*, 30(105), 15.
- ทองอิม, จ. (n.d.). ทักษะและการปฏิบัติของเภสัชกรครอบครัวกับงานเยี่ยมบ้าน. Retrieved December 22, 2014, from <http://www.thaihp.org/index2.php?option=showfile&tbl=home&id=860>
- บัณฑิตานุกูล, ค. (2007). หลักการใช้ยาทั่วไปในสหวิชาชีพ. หมอชาวบ้าน. Retrieved October 9, 2014, from <http://www.doctor.or.th/ask/detail/7259>

สปสช. (2014, March 31). องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น. Retrieved November 11, 2014, from http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-services_downloadnew.aspx

สภช. (2014). คู่มือปฏิบัติงาน โครงการการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ เขตกรุงเทพมหานคร. Retrieved November 11, 2014, from <http://www.pharcpa.com/cpaproject.html>

สุวรรณประทีป, ส. (2011). รายงานการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ "เทคนิคการให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือ บุหรี่" (Vol. 1-2 ตุลาคม). กรุงเทพมหานคร: โรงแรมเดอะเฮอริทจ.

เอกสารแนบ 3.1
การบันทึกการให้บริบาลทางเภสัชกรรมรูปแบบ SOAP note

การบันทึกการให้บริบาลทางเภสัชกรรมรูปแบบ SOAP note

เภสัชกรกิตติยศ ยศสมบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การบันทึก SOAP เป็นรูปแบบการบันทึกที่ได้รับความนิยมและเป็นที่รู้จักโดยทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุข โดยวัตถุประสงค์ของการบันทึก SOAP คือเพื่อให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคลากรการแพทย์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ทั้งในวิชาชีพเดียวกันและระหว่างวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การบันทึก SOAP ยังเป็นการแสดงถึงความรู้ความเข้าใจของผู้เขียน ทำให้ผู้อื่นได้ทราบว่าผู้เขียน SOAP นั้นพบอะไร คิดเห็นอย่างไรและปฏิบัติอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การเขียน SOAP จึงทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และทัศนคติในการด้านการดูแลผู้ป่วย อาทิเช่นในการนำเสนอกรณีศึกษาของนิสิตต่อหน้าอาจารย์เภสัชกร นอกจากนี้ SOAP ยังเป็นเครื่องมือสำคัญที่แสดงถึงการปฏิบัติงานของเภสัชกรซึ่งในบางประเทศได้มีการใช้แบบบันทึก SOAP นี้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายเงินตอบแทนแก่เภสัชกรที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเช่นในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น(Zierler-Brown, Brown, Chen, & Blackburn, 2007)

รูปแบบการบันทึก SOAP

S, O, A และ P เป็นคำย่อของ subjective data, objective data, assessment และ plan ซึ่งแสดงให้เห็นกระบวนการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา คือเริ่มจากการรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วน แบ่งตามระดับความเชื่อได้ของข้อมูล จากนั้นจึงประมวลผลจากข้อมูลที่ได้ เพื่อระบุเป็นปัญหาซึ่งเป็นความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ประเมินปัญหาที่พบว่ามีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด เหตุและปัจจัยของปัญหา รวมถึงแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นจึงกำหนดเป็นแนวทางแก้ไข ควบคู่ไปกับการติดตามผลการแก้ปัญหาและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาอื่นเนื่องจากวิธีการแก้ปัญหาเดิม นอกจากนี้ยังต้องมีการวางแผนสำหรับกรณีที่การแก้ปัญหาที่วางไว้เดิมไม่สัมฤทธิ์ผล หรือการดำเนินการต่อไปเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย โดยรายละเอียดของ SOAP มีดังนี้(Tomechko, Strand, Morley, & Cipolle, 1995)

Subjective data หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของตัวผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลซึ่งไม่สามารถพิสูจน์หรือตรวจสอบความถูกต้องได้ มีความเชื่อได้ของข้อมูลไม่แน่นอน ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถทำให้เกิดซ้ำ (non-reproducible data) ข้อมูลที่มักปรากฏในส่วนนี้ ได้แก่ CC (chief complaint)¹ HPI (history of present illness)² PMH (past medical history)³ MH (medication history)⁴ และ All (allergy)⁵ S&FH (social and family history)⁶ และ ROS (review of system)

¹ อาการนำ (chief complaint: CC) คืออาการสำคัญที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่ร้านยาในครั้งนี้ การบันทึกอาการนำมักใช้คำศัพท์ทางอาการวิทยา ร่วมกับคำคุณศัพท์เพื่อระบุรายละเอียดโดยอ้างอิงกับช่วงเวลา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการประเมินโรคและวินิจฉัยของแพทย์ผู้รับส่งต่อผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น “CC: progressive ankle edema, both side เป็นๆ หายๆ สามวันมานี้บวมมากขึ้นจนใส่รองเท้าไม่ได้”

² ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (history of present illness: HPI) คือรายละเอียดข้อมูลที่สัมพันธ์กับ CC ซึ่งอาจมีรายละเอียดค่อนข้างมาก ดังนั้นนิยมนำเสนอตามลำดับขั้นเวลา เช่น “HPI: (2555) เริ่มมี ankle edema หลังเริ่มยา amlodipine ได้ 3 สัปดาห์ แต่อาการไม่รุนแรง ไม่รบกวน (มค. 2557) ผู้ป่วยแจ้งว่านอกจาก ankle edema แล้วมีอาการปวดตึงด้วย ระยะเวลามีอาการนานขึ้น (ตค. 2557 [3 วันก่อนหน้า]) ผู้ป่วยสังเกตว่าบวมมากจนรองเท้าคับ เดินลำบาก ปวดและตึงตลอดเวลา”

³ ประวัติโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต (past medical history: PMH) คือรายละเอียดโรคประจำตัวหรือประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต รวมถึงประวัติการผ่าตัด อุบัติเหตุ และการได้รับวัคซีนต่างๆ การระบุ PMH นิยมนำเสนอตามลำดับขั้นเวลาแบบเดียวกับ HPI

⁴ ประวัติการให้ยา (medication history: MH) คือรายละเอียดยา สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่หรือเคยใช้เมื่อไม่นานมานี้ การระบุ MH นิยมนำเสนอตามลำดับรายการยาที่ได้รับก่อนหลัง เพื่อความสะดวกเมื่อต้องการพิจารณาเฉพาะรายการที่

Objective data หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากแฟ้มประวัติ ยาที่ผู้ป่วยได้รับตามใบสั่งแพทย์ ผลการตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลตรวจวัดหรือประวัติอื่นที่มีความน่าเชื่อถือสูง ข้อมูลที่ปรากฏในส่วนนี้จะมีความเชื่อได้สูงกว่าในส่วนของ subjective data ข้อมูลที่ปรากฏในส่วนนี้ที่พบได้บ่อยในเวชกรรมชุมชน คือ VS (vital sign) และ PE (physical examination) ในขณะที่เวชกรรมที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลอาจเข้าถึง objective data อื่นๆ เช่นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory results) และผลจากการตรวจวินิจฉัยหรือการตรวจยืนยันต่างๆ (diagnostic and confirmatory tests)

ข้อมูลจากส่วน S และ O ควรมีความสอดคล้องเป็นไปในทางเดียวกัน ในกรณีที่เกิดความคลาดเคลื่อนไม่ตรงกันของข้อมูล ข้อมูลในส่วน O จะเป็นข้อมูลที่เราควรเลือกใช้ในการวิเคราะห์แก้ไขปัญหา มากกว่าข้อมูลในส่วน S (Zierler-Brown et al., 2007)

การพิจารณาแบ่งว่าข้อมูลที่ได้เป็น S หรือ O นั้น บางกรณีระบุได้ยากและไม่มีหลักการตายตัวที่เป็นที่ยอมรับโดยสากล เช่น PMH, MH, All ซึ่งหากได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย อาจพิจารณาให้เป็น S แต่ถ้าได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วยอาจพิจารณาให้เป็น O อย่างไรก็ตามประวัติที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหากสามารถตรวจสอบพบว่ามีที่น่าเชื่อถือสูงก็อาจจัดเป็น O ได้ เช่นเมื่อพบผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ามีประวัติแพ้ยา โดยสามารถระบุได้โดยละเอียดถึงชื่อยา ขนาดยา เหตุผลที่ได้รับยา อาการผิดปกติหลังการแพ้ยา อีกทั้งมีการประเมินโดยบุคลากรวิชาชีพแล้ว ขาดแต่เพียงบัตรแพ้ยาและบันทึกในเวชระเบียน ในกรณีเช่นนี้ตำราบางเล่มก็จัดให้เป็น O ได้เช่นกัน

Assessment หมายถึงการประเมินปัญหาของผู้ป่วย อาจเป็นปัญหาทางการแพทย์ (medical problems) หรือปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug therapy problems; DTPs) หรืออาจพบปัญหาทั้งสองชนิดควบคู่อยู่ด้วยกัน

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (DTPs) เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของเภสัชกร ประกอบด้วยหลายประการและมีผู้แจกแจงให้ความหมายพร้อมทั้งคำเรียกที่แตกต่างกันไป ระบบหนึ่งซึ่งเป็นที่นิยมใช้คือ Cipolle, Strand & Morley (1998) ซึ่งระบุว่า DTPs ที่พบได้บ่อยประกอบด้วย

ผู้ป่วยยังคงใช้ในปัจจุบัน ยาและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ต้องประกอบด้วยชื่อยา (หรือผลิตภัณฑ์) องค์ประกอบสำคัญ ความแรง รูปแบบ วิธีใช้ ระยะเวลาในการใช้ เป็นอย่างน้อย และควรบันทึกผลตอบสนองด้วยหากเป็นไปได้

⁵ **ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมีต่างๆ (allergic history: All)** คือรายละเอียดปฏิกิริยาตอบสนองอันไม่พึงประสงค์ของร่างกายผู้ป่วยต่อยาหรือสารเคมีต่างๆ ทั้งนี้หมายรวมการแพ้ที่เกิดผ่านระบบภูมิคุ้มกัน (true allergy, hypersensitivity) และอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงซึ่งควรระวังป้องกันไม่ให้เกิดอาการขึ้นอีก ในกรณีที่สัมภาษณ์แล้ว ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่เคยมีประวัติแพ้ยามาก่อน นิยมระบุว่า “ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา” หรือ “NKDA” ซึ่งย่อจาก no known drug allergy แต่หากผู้ป่วยแจ้งว่าไม่ขอให้ข้อมูล ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยปฏิเสธให้ข้อมูลการแพ้ยา” ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาแต่จำชื่อยาไม่ได้ ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยแพ้ยา ไม่ทราบชื่อ” หรือ “allergy to unspecified drug” ทั้งนี้ควรพยายามให้ข้อมูลรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่เป็นได้ เช่น “เป็นยาเม็ดแคปซูล สีฟ้าขาว รับประทานบรรเทาปวด เกิดผื่นแบบ urticaria หลังรับประทานแล้ว 20 นาที รับประทานยาแก้แพ้ร่วมกับหยุดยาอาการดีขึ้น หลังจากนั้นไม่เคยเกิดอาการอีก”

⁶ **ประวัติครอบครัวและประวัติทางสังคม (family & social history: F&SH)** คือรายละเอียดด้านพันธุกรรมและข้อมูลของญาติลำดับที่ 1 (first-degree relation) ซึ่งเป็นปัจจัยของโรคทางกรรมพันธุ์ รวมถึงข้อมูลการประกอบอาชีพ พฤติกรรมความเป็นอยู่ การบริโภค เศรษฐฐานะทางสังคม การดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่ เป็นต้น การสัมภาษณ์และบันทึก F&SH นั้น ต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบ ระมัดระวัง เพราะเป็นประเด็นอ่อนไหว การบันทึกควรใช้คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์เพื่อลดโอกาสที่ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องจะทราบถึงข้อมูลเหล่านั้นด้วย ยกตัวอย่างเช่น เมื่อสัมภาษณ์ทราบว่าผู้ป่วยเป็นชายรักชาย ควรบันทึกโดยใช้คำว่า MSM ซึ่งมีความหมายสากลย่อจาก male who have sex with male แทนที่จะบันทึกว่าเป็น ตู๊ด เกย์ กระเทย หรือเพศที่สาม ซึ่งไม่เป็นการให้เกียรติผู้ป่วยและเสี่ยงต่อปัญหาการรักษาความลับของผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น (unnecessary drug therapy) เช่น
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น
 - ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาภาวะที่สามารถใช้ยาชนิดเดียวได้
 - ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การใช้ยา
 - ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาชนิดอื่นซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้
 - ผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่ หรือผู้ป่วยใช้ยาเพื่อทำร้ายตัวเอง
2. ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (Need for additional drug therapy) เช่น
 - ผู้ป่วยมีปัญหาทางอายุรกรรมเกิดขึ้นซึ่งต้องการการรักษาด้วยยาชนิดใหม่
 - ผู้ป่วยต้องการยาป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางอายุรกรรมขึ้นใหม่
 - ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อหวังผลในการเสริมฤทธิ์กัน
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Wrong or inappropriate drug) เช่น
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ให้ประสิทธิผลสูงสุดสำหรับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่สามารถรักษาภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้นได้อีกต่อไป
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่มีรูปแบบของยาไม่เหมาะสม
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ให้ประสิทธิผลในการรักษาโรคหรืออาการ
4. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป (dosage too low) เช่น
 - ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไปที่จะให้ผลตอบสนองทางการรักษาได้ตามต้องการ
 - ระยะห่างระหว่างมื้อยยานานเกินไปที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่ต้องการ
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้ลดปริมาณยาที่จะออกฤทธิ์ได้ลง
 - ระยะเวลาการได้รับยาในการรักษาสั้นเกินไปที่จะทำให้เกิดผลการรักษาตามต้องการ
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (adverse drug reaction)
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์แม้ว่าจะได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม อัตราเร็วและวิธีทางการให้ยาถูกต้อง
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยที่พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการได้รับยาอยู่ก่อนแล้ว
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยมีสาเหตุจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาผู้ป่วยในอัตราที่เร็วเกินไป
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นจากการที่ผู้ป่วยแพ้ยาที่ได้รับ
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้

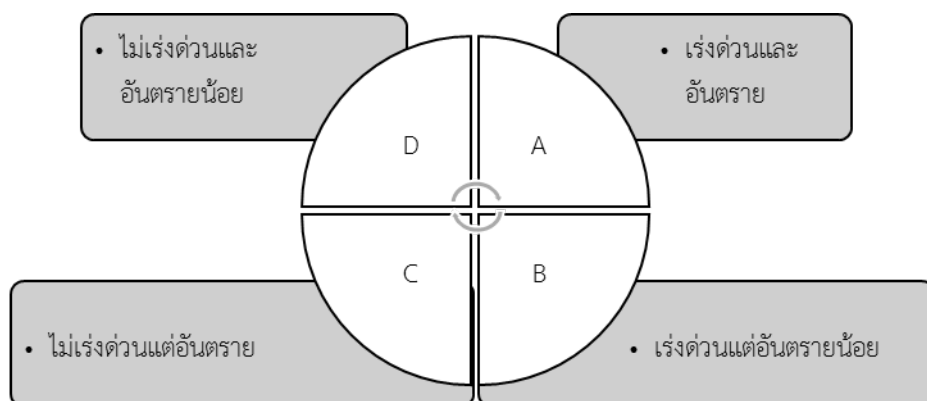
6. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป (dosage too high) เช่น

- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไปสำหรับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยในขณะนั้น
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากระยะห่างระหว่างมื้อยาสั้นเกินไป
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากระยะเวลาการได้รับยาในการรักษานานเกินไป
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่ส่งผลให้เกิดพิษจากยาที่ได้รับ
- ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากการปรับเพิ่มขนาดยาเร็วเกินไป

7. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ หรือไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (non-compliance, non-adherence) เช่น

- ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยา
- ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยา
- ผู้ป่วยลืมรับประทานยา
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเนื่องจากยานั้นมีราคาแพง
- ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาหรือใช้ยาด้วยตัวเองได้
- ไม่มียานั้นในประเทศไทย หรือหาซื้อได้ยาก

หลังจากที่มีการระบุ (identification) ปัญหาของผู้ป่วยได้แล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (prioritization) โดยเมื่อพิจารณาจากรูปที่ 1 จะสามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขตามลำดับคือ A – B – C – D (J.P. & Currie, 2007)



แผนภาพที่ 3.1.1 Problem prioritization (J.P. & Currie, 2007)

เมื่อลำดับความสำคัญของปัญหาได้แล้ว เกสซ์กรอาจเลือกเพียงปัญหาหลักของผู้ป่วยมาทำการแก้ไขก่อน หรืออาจแก้ไขปัญหทั้งหมดไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหแต่ละปัญหานั้นมีลำดับขั้นตอนเหมือนกัน เพียงแต่หากเกสซ์กรเลือกแก้ไขทีละปัญหาก็จะบันทึกเฉพาะ S และ O เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ในขณะที่ถ้าเลือกแนวทางการแก้ปัญหทั้งหมดไปด้วยกัน ก็สามารถระบุ S และ O ที่เกี่ยวข้องกับปัญหทั้งหมดไว้ด้วยกันทีเดียว

ขั้นตอนต่อมาใน assessment คือการพิจารณาถึงแผนการรักษาเดิมและพัฒนาแผนการรักษาของผู้ป่วยขึ้นใหม่จากข้อมูล S และ O ที่รวบรวมได้ ดังนั้นสิ่งที่ต้องประเมินในส่วนนี้คือปัจจัยเหตุ (etiology) ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ความรุนแรงของปัญหาและการแก้ไขหรือรักษาที่ควรได้รับโดยอ้างอิงตามตำราแหล่งข้อมูลต่างๆ และแนวทางมาตรฐานในการรักษาที่ทันสมัยเป็นปัจจุบันโดยอาจใช้การประเมินตามหลัก IESAC คือการใช้ยาต้องมีข้อบ่งชี้ (indication) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี (efficacy) มีความปลอดภัยสูง (safety) มีมาตรการที่จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) และเหมาะสมคุ้มค่า (cost-effectiveness) สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

การจะเลือกยาและแนวทางรักษาที่ดีเพื่อแนะนำให้กับผู้ป่วยนั้น เภสัชกรต้องใช้การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (systematic critical thinking) โดยใช้ความรู้พื้นฐานทางเภสัชศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่นความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา พยาธิวิทยาและสมมุติฐานการเกิดโรค เภสัชวิทยา เภสัชเคมี เภสัชจลนศาสตร์ ฯลฯ ร่วมกับความรู้อย่างประยุกต์เช่นเภสัชบำบัดบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based pharmacotherapy) ซึ่งเลือกใช้โดยไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วนแล้วว่าจะมีความเหมาะสมกับตัวผู้ป่วยเฉพาะราย นอกจากนี้เภสัชกรควรประยุกต์ใช้ศาสตร์แขนงอื่นเข้าร่วมในการกำหนดแผนการรักษา ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น เช่นการประยุกต์ใช้หลักจิตวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยร่วมด้วย เป็นต้น

Plan หมายถึง แผนการที่วางไว้เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบ เช่นแผนการรักษา คำแนะนำในการปฏิบัติตน หรือการส่งต่อผู้ป่วย เภสัชกรควรเสนอแนะแผนการรักษาต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยสอดคล้องกับเป้าหมายที่วางไว้ แผนการที่ระบุควรเข้าใจง่าย จำเพาะเจาะจง กระชับ ครบถ้วน และปฏิบัติได้จริง

สิ่งสำคัญที่จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึ่งปรากฏใน plan คือ goal of therapy (เป้าหมายการรักษา) ซึ่งต้องสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและปฏิบัติได้จริงในบริบทนั้นๆ โดยปกติ goal of therapy จำแนกได้เป็น

1. บำบัดโรค เช่นให้ยาด้านเชื้อราแก่ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคกลาก
2. ขจัดหรือบรรเทาอาการของโรค เช่นให้ยา antihistamine แก่ผู้ป่วยที่มาด้วยโรคกลากเพื่อบรรเทาอาการคัน
3. หยุดหรือชะลอการดำเนินโรค เช่นควบคุมความดันโลหิตเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
4. ป้องกันการเกิดโรค เช่นการให้ aspirin แก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหรือการแนะนำให้ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นที่มีการดำเนินโรคอยู่ในขั้นรุนแรง

หลังจากกำหนดเป้าหมายการรักษาสำหรับผู้ป่วยแล้ว องค์ประกอบต่อมาของ plan คือ therapeutic plan (แผนการรักษา) patient education (การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย) efficacy monitoring (การติดตามประสิทธิผล) safety monitoring (การเฝ้าระวังด้านความปลอดภัย) adherence monitoring (การติดตามความร่วมมือในการรักษา) follow-up และ future plan (แผนการในอนาคต เช่นการนัดกลับมาพบ หรือแผนการรักษาเพิ่มเติมหากพบว่าผลการรักษาไม่เป็นตามเป้าหมายหรือเกิดความไม่ปลอดภัยขึ้นกับผู้ป่วย) ตามลำดับ

การประเมินความเหมาะสม ครบถ้วน ถูกต้องของแบบบันทึก SOAP

Checklist ดังรายละเอียดต่อไปนี้เป็นตัวช่วยในการประเมินความเหมาะสม ครบถ้วน ถูกต้องของแบบบันทึก SOAP ทั้งนี้แม้จะประเมินตาม checklist ว่าครบถ้วนแล้วก็มีอาจประกันได้ว่าแบบบันทึก SOAP นั้นจะถูกต้อง เหมาะสมเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์ กาลเทศะและวัตถุประสงค์ในการนำแบบบันทึก SOAP นั้นไปใช้

Basic component of note			
Beginning of note		End of note	
	Note title		Writer's name/signature
	Date and time written		Writer's title and contact
	No grammatical errors (incomplete sentences allowed)		
	Succinct phrases used		
	No spelling errors		
	Appropriate medical terminology		
	Only approved abbreviations		
	No patient identifiable information		
	Information appropriately labeled (mg/dl, mmHg, etc.)		
	Use appropriate interprofessional language		
	Clear, clean and legible		
Subjective & Objective information allocated in appropriate position			
	Demographic information		
	CC (chief complaint)		All (allergy)
	HPI (history of present illness)		S&FH (social and family history)
	PMH (past medical history)		ROS (review of system)
	MH (medication history)		PE (physical examination)
	Current medication list		Lab (laboratory results)
	Medication adherence		Other diagnostic and confirmatory tests
Assessment			
	Statement of medical problems and drug therapy problems		
	Etiology and risk factors of problem		
	Pertinent therapeutic alternative(s) including pros and cons of each alternative (IESAC may be applied)		
Plan			
	Goals of therapy related to selected drug therapy problem		
	Action taken/recommendation		
	Medication recommendations include drug, dose, route, directions and, if applicable, duration		

	Patient education: Brief description of any counseling points/patient education provided
	Efficacy monitoring: specific parameters to monitor therapeutic efficacy with suitable timeframe
	Safety monitoring: specific parameters to monitor medication safety
	Adherence monitoring: specific parameters to monitor medication understanding and adherence
	Follow-up component includes: purpose of follow-up, method of contact, person responsible and timeframe
	Future plan if goal of therapy not reached

เอกสารอ้างอิง

1. Zierler-Brown S, Brown TR, Chen D, Blackburn RW. Clinical documentation for patient care: models, concepts, and liability considerations for pharmacists. Am J Health Syst Pharm 2007;64:1851-8.
2. Tomechko MA, Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ. Q and A from the Pharmaceutical Care Project in Minnesota. Am Pharm 1995;NS35:30-9.
3. J.P. R, Currie JD, eds. A practical guide to pharmaceutical care: a clinical skills primer. 3th ed. Washington, DC: American Pharmacists Association; 2007.

เอกสารแนบ 3.2
แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสำหรับเภสัชกรชุมชน
(พัฒนาโดยโครงการวิจัยฯ)

รหัสประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□-□□-□

แบบฟอร์มการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (Pharmacist Referral Form: PhRF)

ชื่อผู้ป่วย.....เพศ.....อายุ.....ปี
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ UC ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ สถานพยาบาล.....
เหตุผลในการส่งต่อ ☐ Further investigation/management ☐ Drug-related problems (DRPs) ☐ Loss of follow-up

รายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(โปรดระบุรายละเอียด เช่นชื่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขนาด
ความแรง รูปแบบ วิธีการใช้ และพฤติกรรมการใช้เช่นต่อเนื่อง
หรือเฉพาะบางเวลา เป็นต้น)

รายละเอียดของการส่งต่อ

ประวัติการเจ็บป่วย (HPI):

โรคประจำตัว (PMH):

ประวัติแพ้ยา/อื่นๆ:

ข้อมูลเพิ่มเติม:

ปัญหาที่พบ และข้อสังเกตของเภสัชกร :

การดำเนินการเบื้องต้นของเภสัชกร

☐ ให้การรักษาเบื้องต้น ได้แก่

☐ ให้คำแนะนำการใช้ยา/การดูแลตนเอง ดังนี้

☐ อื่นๆ

เภสัชกรผู้ส่งต่อ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

วันที่

ร้านยา โทรศัพท์.....

ที่อยู่

สำคัญ! โปรดตอบกลับข้อมูลในเอกสารอีกฉบับที่แนบมาด้วยนี้ (ใบตอบกลับการส่งต่อ: PRF) แล้วส่งคืนให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำกลับมามอบให้แก่เภสัชกรผู้ส่งต่อ

(แผ่นที่ 1)

ใบตอบกลับการส่งต่อ (Physician Respond to Referral Form: PRF)

วันที่.....

ถึง เกษตรผู้เกี่ยวข้อง

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วย ชื่อ เพศ..... อายุ ปี
มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

ผลการตรวจวินิจฉัย

.....
.....
.....
.....
.....

การรักษาที่ให้

.....
.....
.....
.....
.....

ขอให้เกษตรกรดูแลหรือติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในเรื่องต่อไปนี้.....

☐ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

☐ ให้คำแนะนำการใช้ยา/ ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

☐ เฝ้าระวังอาการต่อไปนี้ (โปรดระบุอาการ)

แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย

สถานพยาบาล.....

เบอร์โทรหรือ e-mail address ที่สะดวกในการติดต่อ.....

(แผ่นที่ 2)

แผนภาพที่ 3.2.1 แบบฟอร์มส่งต่อสำหรับเกษตรกรชุมชน (พัฒนาโดยโครงการวิจัยฯ)

ตารางที่ 3.2.1 แนวทางการเขียนแบบฟอร์มการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (Pharmacist Referral Form)

หัวข้อตามแบบฟอร์ม	ข้อมูลที่ต้องกรอก	หมายเหตุ
ประวัติส่วนบุคคล		
รหัสประจำตัวประชาชน	รหัสประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วย	กรอกตัวเลขแต่ละหลักลงในช่องสี่เหลี่ยม
ชื่อผู้ป่วย	ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย	กรอกชื่อและสกุลของผู้ป่วย โดยมีคำนำหน้าชื่อ เช่น นาย นาง นางสาว ดช. ดญ. หรือคำนำหน้าอื่นๆ ตามความเหมาะสม
เพศ	เพศของผู้ป่วย	กรอกคำว่า “ชาย” หรือ “หญิง” ตามเพศสภาพของผู้ป่วย
อายุ	อายุของผู้ป่วย ณ วันที่ให้บริการ (หน่วยปี)	กรอกอายุของผู้ป่วย ณ วันที่ให้บริการในหน่วยปี โดยนับเฉพาะอายุที่เป็นปีเต็ม เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดวันที่ 18 มีนาคม 2527 และวันที่ให้บริการคือวันที่ 26 เมษายน 2558 ผู้ป่วยจะมีอายุเท่ากับ 31 ปี 1 เดือน 9 วัน ให้กรอกว่าอายุเท่ากับ 31 ปี
ที่อยู่	ที่อยู่ของผู้ป่วยที่ติดต่อได้	กรอกที่อยู่ของผู้ป่วยที่สะดวกแก่การติดต่อ โดยระบุข้อมูลเหล่านี้เป็นอย่างน้อย โดยเขียนเรียงตามลำดับ ได้แก่ เลขห้อง(ถ้ามี) ชั้น(ถ้ามี) ชื่ออาคารชุด(ถ้ามี) บ้านเลขที่ ซอยแยก(ถ้ามี) ซอยหลัก(ถ้ามี) ถนน ชื่อหมู่บ้าน(ถ้ามี) หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขตและจังหวัด
โทรศัพท์	หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยที่ติดต่อได้	กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยที่ติดต่อได้ โดยเป็นหมายเลขที่ผู้ป่วยใช้เป็นหมายเลขหลัก - หากเป็นหมายเลขโทรศัพท์บ้านหรือสำนักงาน ให้ระบุหมายเลขจังหวัดด้วยเสมอโดยไม่ต้องใส่เครื่องหมายวงเล็บ แล้วตามด้วยหมายเลขต่อ(ถ้ามี) โดยคั่นด้วยคำว่า “ต่อ” เช่น 0 3532 5674 ต่อ 317 - หากเป็นหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ให้ระบุหมายเลข 10 หลัก โดยไม่ต้องใส่เครื่องหมายวงเล็บ เช่น 08 3003 4182
สิทธิการรักษาพยาบาล	สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย	ทำเครื่องหมายถูก (/) ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าตัวเลือกสิทธิการรักษา - UC (Universal coverage): ผู้ป่วยใช้สิทธิ

		หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - ข้าราชการ: ผู้ป่วยใช้สิทธิสำหรับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว - ประกันสังคม: ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคม - อื่นๆ: ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากที่ระบุข้างต้น โดยต้องกรอกข้อมูลชื่อสิทธิที่ผู้ป่วยรายนั้นใช้อยู่ด้วย
สถานพยาบาล	สถานพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย	สถานพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย
เหตุผลในการส่งต่อ	เหตุผลของเภสัชกรในการส่งต่อผู้ป่วย	ทำเครื่องหมาย (/) ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าตัวเลือกเหตุผลในการส่งต่อ - Further investigation/management ในกรณีที่เภสัชกรประเมินว่าผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อ เนื่องจากต้องการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาซึ่งร้านยาไม่มีความพร้อม - Drug-related problems (DRPs) ในกรณีที่เภสัชกรประเมินพบว่าปัญหาจากการใช้ยาโดยระบุรายละเอียดของปัญหาตามการจัดแบ่งประเภทแบบ Cipolle, Strand & Morley (2012) - Loss of follow-up ในกรณีที่เภสัชกรพบว่าผู้ป่วยขาดช่วงการรักษาหรือขาดการพบแพทย์เป็นเวลานานจึงไม่ได้รับการตรวจติดตามผลการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ณ ปัจจุบัน
การทบทวนรายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ		
รายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	รายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้ป่วยใช้ภายใต้การสั่งใช้และดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ และที่ผู้ป่วยตัดสินใจหาซื้อมาทดลองใช้ด้วยตนเอง	กรอกรายละเอียด โดยระบุข้อมูลเหล่านี้เป็นอย่างน้อย โดยเขียนเรียงตามลำดับ ดังนี้ ชื่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ระบุทั้งชื่อการค้าและ/หรือชื่อสามัญ) ความแรงของตัวยาหรือองค์ประกอบสำคัญ(ถ้ามี) รูปแบบทางเภสัชภัณฑ์ของยาหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ วิธีการใช้ และพฤติกรรมการใช้เช่นต่อเนื่องหรือเฉพาะบางโอกาส เป็นต้น
รายละเอียดของการส่งต่อ		
ประวัติการเจ็บป่วย (HPI)	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงข้อมูล	กรอกรายละเอียดของอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน โดยขยายความจากอาการสำคัญ ทั้งนี้หากรายละเอียดของประวัติ

	รายละเอียดที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญ	การเจ็บป่วยปัจจุบัน มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ให้นำเสนอโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ล่าสุดขึ้นก่อน ตามด้วยเหตุการณ์ก่อนหน้าไปจนถึงเหตุการณ์แรก ที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ ตัวอย่างเช่น [อาการสำคัญ (CC) คือปวดท้องและอาเจียนเป็นเลือดมาแล้ว 1 วัน] - 1 วันก่อน ปวดท้องรุนแรงมาก มีไข้ ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียนเป็นเลือด - 3 วันก่อน อาการปวดท้องรุนแรงมากขึ้นเป็นตลอดเวลา - 1 สัปดาห์ก่อนผู้ป่วยเริ่มปวดท้องด้านซ้ายส่วนล่าง เป็นๆ หายๆ
โรคประจำตัว (PMH)	รายละเอียดโรคประจำตัว หรือประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต	กรอกรายละเอียดโรคประจำตัวหรือประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต รวมถึงประวัติการผ่าตัด อุบัติเหตุ และการได้รับวัคซีนต่างๆ ให้นำเสนอโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ล่าสุดขึ้นก่อน ตามด้วยเหตุการณ์ก่อนหน้าไปจนถึงเหตุการณ์แรก ที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ เช่นเดียวกับการกรอกข้อมูลในประวัติการเจ็บป่วย (HPI)
ประวัติแพ้ยา/อื่นๆ	รายละเอียดปฏิกิริยาตอบสนองอันไม่พึงประสงค์ของร่างกายผู้ป่วยต่อยาหรือสารเคมีต่างๆ	กรอกรายชื่อยาหรือสารเคมีที่คาดว่าจะป็นสาเหตุโดยระบุทั้งชื่อการค้า ชื่อสามัญ และความแรงของตัวยาหรือองค์ประกอบสำคัญ พร้อมรายละเอียดลักษณะอาการ ความรุนแรง การแก้ไขและผลตอบสนอง ทั้งนี้รวมการแพ้ที่เกิดผ่านระบบภูมิคุ้มกัน (True allergy, Hypersensitivity) และอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงซึ่งควรระวังป้องกันไม่ให้เกิดอาการขึ้นอีกด้วย
ข้อมูลเพิ่มเติม	ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย	กรอกรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย สภาวะทางจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคและเศรษฐฐานะทางสังคม เป็นต้น
ปัญหาที่พบ	ปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็นเหตุให้ต้องมีการส่งต่อ	กรอกปัญหาที่พบในผู้ป่วยซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล PI, PH, ประวัติการแพ้ยา และข้อมูลเพิ่มเติม ยกตัวอย่างเช่น - Medical problems ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพซึ่งต้องการการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาซึ่งร้านยาไม่มีความพร้อม - Drug Related Problems ในกรณีที่เกี่วข้อง

		ประเมินพบว่าปัญหาจากการใช้ยาโดยระบุรายละเอียดของปัญหาตามการจัดแบ่งประเภทแบบ Cipolle, Strand & Morley (2012) หรือในกรณีที่เภสัชกรพบว่าผู้ป่วยขาดช่วงการรักษาหรือขาดการพบแพทย์เป็นเวลานานจึงไม่ได้รับการตรวจติดตามผลการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ณ ปัจจุบัน เภสัชกรอาจเสนอแนะเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาจากอะไร
การดำเนินการเบื้องต้นของเภสัชกร (เลือกกรอกในส่วนที่ดำเนินการ)		
การทบทวนรายการยา พบปัญหาทางยา	ทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้และระบุปัญหาจากการใช้ยา	กรอกรายละเอียด โดยระบุข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่เป็นปัญหา เช่น - ปัญหาทางยาที่พบ เช่น การแพ้ยา ADRs เป็นต้น - ชื่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ระบุทั้งชื่อการค้าและ/หรือชื่อสามัญ) - ความแรงของตัวยาหรือองค์ประกอบสำคัญ (ถ้ามี) - รูปแบบทางเภสัชภัณฑ์ของยาหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ - วิธีการใช้ - พฤติกรรมการใช้เช่นต่อเนื่องหรือเฉพาะบางโอกาส
ให้การรักษาเบื้องต้น	รายละเอียดของการรักษาเบื้องต้นที่เภสัชกรดำเนินการ	กรอกรายละเอียดของการให้การรักษ โดยระบุข้อมูล เช่น - หยุดผลิตภัณฑ์ที่สงสัยว่าผู้ป่วยแพ้ - ลงรายละเอียดการแพ้ผลิตภัณฑ์ในบัตรแพ้ยาและมอบให้ผู้ป่วย - จ่ายยาเพื่อควบคุมอาการเบื้องต้น (ระบุข้อมูลผลิตภัณฑ์) - ปฐมพยาบาลเบื้องต้น
ให้คำแนะนำการใช้ยา/การดูแลตนเอง	รายละเอียดคำแนะนำการใช้ยาหรือการดูแลตนเองที่เภสัชกรชุมชนให้บริการแก่ผู้ป่วย	กรอกรายละเอียด โดยระบุข้อมูลคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย - แนะนำให้ยืมบัตรแพ้ยาทุกครั้งเมื่อพบบุคลากรทางการแพทย์ - แนะนำให้ความรู้เรื่องเบื้องต้นในการควบคุมอาการก่อนพบแพทย์ เช่น ให้อมลูกอมหากมีอาการน้ำตาลตก
อื่นๆ	รายละเอียดอื่นๆ ที่ไม่อยู่	กรอกรายละเอียดการดำเนินการอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในรายการ

	ในรายการเลือก ดำเนินการเบื้องต้นโดย เภสัชกร	ดำเนินการข้างต้น
ลงชื่อเภสัชกรผู้ ส่งต่อ	เขียนชื่อและนามสกุลที่ ชัดเจนของเภสัชกรผู้ ให้บริการ	กรอกชื่อและนามสกุลของเภสัชกร โดยมีคำนำหน้าชื่อ เช่น ภก. ภญ. ตามความเหมาะสม
เลขที่ใบประกอบ วิชาชีพ	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของเภสัชกร	กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพของเภสัชกรผู้ส่งต่อ
วันที่	วันเดือนปีที่เภสัชกร ให้บริการ	กรอก วัน เดือน ปี พ.ศ.
ร้านยา	ชื่อร้านยาที่เภสัชกร ดำเนินการ	กรอกชื่อร้านยา
โทรศัพท์	หมายเลขโทรศัพท์ของ เภสัชกรผู้ให้บริการที่ สามารถติดต่อได้	กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของเภสัชกรที่ติดต่อได้ โดยเป็น หมายเลขที่เภสัชกรใช้เป็นหมายเลขหลัก - หากเป็นหมายเลขโทรศัพท์บ้านหรือสำนักงาน ให้ ระบุหมายเลขจังหวัดด้วยเสมอโดยไม่ต้องใส่ เครื่องหมายวงเล็บ แล้วตามด้วยหมายเลขต่อ (ถ้ามี) โดยค้นด้วยคำว่า “ต่อ” เช่น 0 3532 5674 ต่อ 317 - หากเป็นหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ให้ระบุ หมายเลข 10 หลัก โดยไม่ต้องใส่เครื่องหมายวงเล็บ เช่น 08 3003 4182
ที่อยู่	ที่อยู่ของร้านยา	กรอกที่อยู่ของร้านยาที่สะดวกแก่การติดต่อ โดยระบุ ข้อมูลเหล่านี้เป็นอย่างน้อย โดยเขียนเรียงตามลำดับ ได้แก่ เลขห้อง(ถ้ามี) ชั้น(ถ้ามี) ชื่ออาคารชุด(ถ้ามี) บ้านเลขที่ ซอยแยก(ถ้ามี) ซอยหลัก(ถ้ามี) ถนน ชื่อ หมู่บ้าน(ถ้ามี) หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต และ จังหวัด

การพัฒนาและทดสอบความน่าเชื่อถือแบบฟอร์มและแนวทางการเขียนใบส่งต่อ

จากการจัดสนทนากลุ่มอันประกอบด้วยเภสัชกรและพยาบาล และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรเกี่ยวกับใบส่งต่อ พบว่า ปัจจุบันเภสัชกรชุมชนยังไม่มีใบส่งต่อที่เป็นมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมทั้งเภสัชกรชุมชนไม่ทราบการเขียนศัพท์เทคนิค (Technical term) ที่แพทย์ใช้ในการสื่อสาร ทำให้การเขียนใบส่งต่อที่ผ่านมา อยู่ในรูปแบบกระดาดเปล่า หรือจดหมาย และเขียนลักษณะบรรยายความ บางครั้งมีความยืดยาวขาดความกระชับและความเข้าใจในการสื่อสารระหว่างแพทย์และเภสัชกรไม่ตรงกัน ส่งผลให้เกิดการขาดประสิทธิภาพในการส่งต่อ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้น เช่น แพทย์ฉีกใบส่งต่อหรือไม่อ่าน แพทย์ต้องเริ่มทำการตรวจใหม่ทั้งหมดเนื่องจากไม่เข้าใจ ไม่มีการส่งผู้ป่วยกลับซึ่งบางครั้งขาดความต่อเนื่องในการรักษาจากสาเหตุต่างๆ ฯลฯ

งานวิจัยนี้จึงได้มีการจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อช่วยในการพัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อสำหรับเภสัชกรชุมชน รวมทั้งแนวทางการเขียนใบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การที่จะต้องมีการพัฒนาแบบฟอร์มใหม่นั้น เนื่องจาก ร้ายมีการพบปัญหา หรือผลิตภัณฑ์ที่ไม่พบในการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร หรือการไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย ทำให้แบบฟอร์มที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในหน่วยงานต่างๆ ไม่สามารถประยุกต์นำมาใช้ได้

แนวทางการพัฒนาแบบฟอร์มและแนวทางการเขียนใบส่งต่อ ดำเนินการดังนี้

- 1) ประชุมผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ช่วยในการพัฒนาแบบฟอร์มและแนวทางการเขียนใบส่งต่อ
- 2) นำใบส่งต่อและแบบฟอร์มไปทดสอบความเข้าใจ ความตรงของเนื้อหา (Content validity) กับบุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ หลากหลายระดับและหน่วยงาน เช่น แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกอบอุ้น อาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 3) ปรับปรุงพัฒนาใบส่งต่อและแนวทางการเขียนใบส่งต่อ

แนวทางการเขียนใบส่งต่อ

ในปัจจุบันบทบาทของเภสัชกรชุมชนมีความสำคัญและมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการที่ร้านยาหรือการลงชุมชนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการป่วยมากเกินขอบเขตที่เภสัชกรจะสามารถดูแลได้ การส่งตัวผู้ป่วยไปรับบริการทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้นไม่ว่าจะเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งจำเป็น ในการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลนั้นการเขียนใบส่งตัวผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถสื่อสารและส่งต่อข้อมูลไปให้แพทย์เพื่อทำการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง แต่การเขียนใบส่งตัวผู้ป่วยนั้นอาจยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับเภสัชกรชุมชน ในช่วงแรกจึงยังมีปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น

- ไม่เคยมีรูปแบบของการเขียนมาก่อน และยังไม่เคยมีการเรียนการสอนเพื่อการเขียนแบบฟอร์มที่เป็นรูปแบบเดียวกัน
- แพทย์ไม่อ่านหรือไม่สนใจ เนื่องจากรูปแบบการเขียนของเภสัชกรมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ไม่เป็นสากล และไม่เป็นรูปแบบเดียวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่แพทย์ใช้อยู่
- มีการใช้คำที่ไม่เหมาะสม ไม่สุภาพ หรือออกคำสั่ง (บางครั้งขึ้นกับความรู้สึกของแพทย์ผู้อ่านบันทึก) ทำให้เภสัชกรผู้บันทึกกลัวการใช้คำในการเขียน
- การเขียนใช้คำฟุ่มเฟือย ไม่ตรงประเด็น แพทย์ต้องใช้เวลาในการอ่านซึ่งแพทย์ไม่มีเวลา
- ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ใบส่งตัว

จากสาเหตุเบื้องต้นทำให้การส่งตัวผู้ป่วยจากร้านยาไปที่สถานพยาบาลอื่นๆ ด้วยใบส่งตัวนั้นไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรและได้การตอบรับจากแพทย์ที่น้อยมาก แพทย์มักไม่สนใจใบส่งตัวที่เภสัชกรเขียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีและรูปแบบการเขียนที่ค่อนข้างแตกต่างกันของแพทย์และเภสัชกร ถ้าได้สังเกตวิธีการเขียนของแพทย์นั้นจะพบว่าแพทย์จะมีหลักการในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่มีรูปแบบที่เหมือนกันเกือบทั้งหมดซึ่งจะมีการบันทึกอาการของผู้ป่วยเป็น คำสำคัญ (key word) เป็นภาษาอังกฤษในรูปแบบของคำศัพท์ทางอาการวิทยาที่มีความสั้น กระชับ และเข้าใจความหมายได้ทันทีและไม่ใส่ความคิดเห็นส่วนตัวลงไป แต่เภสัชกรนั้นส่วนใหญ่จะเขียนใบส่งต่อในลักษณะของรายงานเป็นภาษาไทยเหมือนเขียน A (assessment) ใน SOAP note⁷ ที่จะต้องอ่านให้ครบถ้วนทุกประโยคก่อนจึงจะสามารถเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดได้ และการเขียน

⁷ SOAP note หรือแบบบันทึก SOAP คือการเขียนบันทึกกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบสั้นๆ โดยบุคลากรวิชาชีพ SOAP ย่อจากขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอนคือ 1) Subjective data หมายถึงการรวบรวมข้อมูลเชิงจิตพิสัยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เป็นสำคัญ 2) Objective data หมายถึงการรวบรวมข้อมูลเชิงวัตถุพิสัยโดยการประเมินสภาพร่างกาย การสังเกตโดยบุคลากรวิชาชีพ การวัดด้วยเครื่องมือต่างๆ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงมาแล้ว 3) Assessment หมายถึงการวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการแพทย์ (medical problems) ซึ่งแสดงออกทางอาการและอาการแสดงต่างๆ หรือมีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (drug-related problems: DRPs, drug therapy problems: DTPs) ไตๆ หรือไม่ รวมถึงวิเคราะห์ถึงสาเหตุ กลไก และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาเหล่านั้น จัดลำดับความสำคัญและสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหาระบุได้ 4) Plan หมายถึงการระบุรายละเอียดเพื่อที่จะดำเนินการตามที่ได้วิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์แนวทางการแก้ไขใน A โดยกำหนดเป้าหมายการรักษาซึ่งอาจจะเป็นการรักษาให้หายขาด การบรรเทาอาการ การชะลอโรคหรือป้องกัน จากนั้นจึงเป็นรายละเอียดการรักษา และแผนการติดตามผลการรักษาตามประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความร่วมมือในการใช้ยาและแผนในอนาคต โดยปกติแล้ว SOAP note ที่ใช้ในทางปฏิบัติมีความยาวจำกัดเพียงครึ่งถึงหนึ่งหน้ากระดาษ เรียกว่า Practical หรือ Field SOAP note ส่วนที่นิสิต/นักศึกษาต้องเตรียมเพื่อนำเสนออาจารย์เภสัชกรนั้นอาจมีความยาวและรายละเอียดมากกว่า เรียกว่า Academic SOAP note

ข้อความที่มีเนื้อหาปริมาณมากในลักษณะนี้หากผู้เขียนไม่มีความชำนาญหรือเลือกใช้คำไม่ถูกต้องอาจทำให้แพทย์เข้าใจเจตนาในการสื่อสารที่ผิดพลาดได้

อย่างไรก็ตามการปรับวิธีการเขียนให้เป็นรูปแบบเดียวกับแพทย์เลยนั้นอาจเป็นเรื่องที่เภสัชกรไม่คุ้นชิน แต่อาจปรับใช้เป็นแนวทางในการเขียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันได้ง่ายขึ้น สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้แบบฟอร์มและลดการปัญหาความขัดแย้งลงได้ แนวทางการเขียนบันทึกทางการแพทย์และจดหมายส่งต่อถึงแพทย์โดยเภสัชกรชุมชน โดยสรุปมีหลักการ ดังนี้

ข้อแนะนำการเขียนบันทึกทางการแพทย์และจดหมายส่งต่อ

1. บันทึกชื่อผู้ป่วย นามสกุล วัน-เวลาที่มาใช้บริการให้ถูกต้องแม่นยำ
2. บันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยที่จะส่งต่อ โดยครอบคลุมหัวข้อเหล่านี้
 - 2.1 อาการนำ (chief complaint)⁸
 - 2.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (history of present illness: HPI)⁹
 - 2.3 ประวัติโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต (past medical history: PMH)¹⁰
 - 2.4 ประวัติการใช้ยา (medication history: MH)¹¹
 - 2.5 ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมีต่างๆ (allergic history: All)¹²

⁸ อาการนำ (chief complaint: CC) คืออาการสำคัญที่เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่ร้านยาในครั้งนั้น การบันทึกอาการนำมักใช้คำศัพท์ทางอาการวิทยา ร่วมกับคำคุณศัพท์เพื่อระบุรายละเอียดโดยอ้างอิงกับช่วงเวลา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการประเมินโรคและวินิจฉัยของแพทย์ผู้รับส่งต่อผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น “CC: progressive ankle edema, both side เป็นๆ หายๆ สามวันมานี้บวมมากขึ้นจนใส่รองเท้าไม่ได้”

⁹ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (history of present illness: HPI) คือรายละเอียดข้อมูลที่สัมพันธ์กับ CC ซึ่งอาจมีรายละเอียดค่อนข้างมาก ดังนั้นนิยมนำเสนอตามลำดับขั้นเวลา เช่น “HPI: (2555) เริ่มมี ankle edema หลังเริ่มยา amlodipine ได้ 3 สัปดาห์ แต่อาการไม่รุนแรง ไม่รบกวน (มค. 2557) ผู้ป่วยแจ้งว่านอกจาก ankle edema แล้วมีอาการปวดตึงด้วย ระยะเวลามีอาการนานขึ้น (ตค. 2557 [3 วันก่อนหน้า]) ผู้ป่วยสังเกตว่าบวมมากจนรองเท้าคับ เดินลำบาก ปวดและตึงตลอดเวลา”

¹⁰ ประวัติโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต (past medical history: PMH) คือรายละเอียดโรคประจำตัวหรือประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต รวมถึงประวัติการผ่าตัด อุบัติเหตุ และการได้รับวัคซีนต่างๆ การระบุ PMH นิยมนำเสนอตามลำดับขั้นเวลาแบบเดียวกับ HPI

¹¹ ประวัติการใช้ยา (medication history: MH) คือรายละเอียดยา สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่หรือเคยใช้เมื่อไม่นานมานี้ การระบุ MH นิยมนำเสนอตามลำดับรายการยาที่ได้รับก่อนหลัง เพื่อความสะดวกเมื่อต้องการพิจารณาเฉพาะรายการที่ผู้ป่วยยังคงใช้ในปัจจุบัน ยาและผลิตภัณฑ์ต่างๆ ต้องประกอบด้วยชื่อยา (หรือผลิตภัณฑ์) องค์ประกอบสำคัญ ความแรง รูปแบบ วิธีใช้ ระยะเวลาในการใช้ เป็นอย่างน้อย และควรบันทึกผลตอบสนองด้วยหากเป็นไปได้

¹² ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมีต่างๆ (allergic history: All) คือรายละเอียดปฏิกิริยาตอบสนองอันไม่พึงประสงค์ของร่างกายผู้ป่วยต่อยาหรือสารเคมีต่างๆ ทั้งนี้หมายรวมการแพ้ที่เกิดผ่านระบบภูมิคุ้มกัน (true allergy, hypersensitivity) และอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงซึ่งควรระวังป้องกันไม่ให้เกิดอาการขึ้นอีก ในกรณีที่สัมผัสภาวะแล้ว ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่เคยมีประวัติแพ้ยามาก่อน นิยมระบุว่า “ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยา” หรือ “NKDA” ซึ่งย่อจาก no known drug allergy แต่หากผู้ป่วยแจ้งว่าไม่ขอให้ข้อมูล ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยปฏิเสธให้ข้อมูลการแพ้ยา” ในกรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยาแต่จำชื่อยาไม่ได้ ให้ระบุว่า “ผู้ป่วยแพ้ยา ไม่ทราบชื่อ” หรือ “allergy to unspecified drug” ทั้งนี้ควรพยายามให้ข้อมูลรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่เป็นได้ เช่น “เป็นยาเม็ดแคปซูล สีฟ้าขาว รับประทานบรรเทาปวด เกิดผื่นแบบ urticaria หลังรับประทานแล้ว 20 นาที รับประทานยาแก้แพ้ร่วมกับหยุดยาอาการดีขึ้น หลังจากนั้นไม่เคยเกิดอาการอีก”

- 2.6 ประวัติครอบครัวและประวัติทางสังคม (family & social history: F&SH)¹³ ที่เกี่ยวข้อง
3. ใช้ศัพท์ทางการแพทย์และคำเฉพาะที่เป็นสากล ระวังการใช้คำย่อโดยหากจำเป็นต้องใช้คำย่อที่เป็นสากล ไม่ใช่คำย่อที่เป็นที่รู้จักเฉพาะในองค์กรหรือในวิชาชีพเดียวซึ่งอาจถูกแปลความหมายแตกต่างกันไปโดยบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่น
 4. ให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง (facts) หลีกเลี่ยงการแทรกสอดความเห็นที่เกิดจากการตีความของตัวเอง เกสซ์กรเอง ตลอดจนคำที่มีโอกาสละเมิดผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยน่าจะมีความผิดปกติทางจิต, ขณะเกิดเหตุผู้ป่วยอาจเมาสุรา, ถูกข่มขืนกระทำชำเรา, ถูกทำร้ายร่างกายโดย...
 5. หลีกเลี่ยงการใช้คำฟุ่มเฟือยไม่ตรงประเด็น ไม่เหมาะสมกาลเทศะ ไม่สุภาพ หรือมีเชิงออกคำสั่ง
 6. ข้อมูลเชิงวิชาการในข้อเสนอต่างๆ ควรระบุแหล่งอ้างอิง (references) ที่ชัดเจน สืบค้นตรวจทานได้
 7. บันทึกบริการและคำแนะนำทุกประการที่ได้แนะนำให้กับผู้ป่วยไปแล้ว โดยลงนามพร้อมทั้งวันที่และเวลาที่ท้ายบันทึกหรือจดหมายส่งต่อ ผู้เขียนบันทึกควรจะเป็นคนเดียวกับผู้ที่ซักประวัติและให้บริการแก่ผู้ป่วย

ตัวอย่างคำศัพท์ทางอาการวิทยา (symptomatology terms)

ทั่วไป

- ภาวะผอมหนังหุ้มกระดูก (cachexia)
- เบื่ออาหาร (loss of appetite)
- ไข้ (fever)
- อาการปวด (pain)
- เป็นลมหน้ามืด (syncope)
- เจ็บหน้าอก (chest pain)
- การบวม / บวมน้ำ (edema)
- สั่น (tremor)
- น้ำหนักเพิ่ม (weight gain)
- น้ำหนักลด (weight loss)
- การตกเลือดกำเดา (epistaxis)
- เชียวคล้ำ (cyanosis)
- เต้านมโตในเพศชาย (gynecomastia)

¹³ ประวัติครอบครัวและประวัติทางสังคม (family & social history: F&SH) คือรายละเอียดด้านพันธุกรรมและข้อมูลของญาติลำดับที่ 1 (first-degree relation) ซึ่งเป็นปัจจัยของโรคทางกรรมพันธุ์ รวมถึงข้อมูลการประกอบอาชีพ พฤติกรรมความเป็นอยู่ การบริโภค เศรษฐฐานะทางสังคม การดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่ เป็นต้น การสัมภาษณ์และบันทึก F&SH นั้น ต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบ ระมัดระวัง เพราะเป็นประเด็นอ่อนไหว การบันทึกควรใช้คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์เพื่อลดโอกาสที่ผู้อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องจะทราบถึงข้อมูลเหล่านั้นด้วย ยกตัวอย่างเช่น เมื่อสัมภาษณ์ทราบว่าผู้ป่วยเป็นชายรักชาย ควรบันทึกโดยใช้คำว่า MSM ซึ่งมีความหมายสากลย่อยจาก male who have sex with male แทนที่จะบันทึกว่าเป็น คู่เกย์ กระเทย หรือเพศที่สาม ซึ่งไม่เป็นการให้เกียรติผู้ป่วยและคุ้มครองสิทธิการรักษาความลับของผู้ป่วย

- ประจำเดือนมากกว่าปกติ (hypermenorrhea)
- ประจำเดือนมาบ่อยกว่าปกติ (menorrhagia)
- เนื้อเยื่อไขมันเจริญผิดปกติ/ ย้ายที่ (lipodystrophy)
- เนื้อเยื่อไขมันสลายตัว (lipoatrophy)
- เยื่อพังผืด (fibrosis)
- โลหิตจาง (anemia)
- ซีด (pale)
- ชา (numbness)
- ซากครึ่งซีก (hemiparesis)
- กดเจ็บ (tenderness)
- กดปล่อยเจ็บ (rebound tenderness)
- ฝี (abscess)
- หูหนวก (deafness)
- อ่อนเพลีย (fatigue)
- อ่อนแรง (motor weakness)
- ภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis)
- ภาวะเลือดเป็นด่าง (alkalosis)
- ภาวะขาดน้ำ (dehydration)
- ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia)
- ภาวะหมดสติ (coma)
- อาการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัว (alteration of consciousness)
- อาการทางสมองจากภาวะตับแข็ง (hepatic encephalopathy)
- อาการทางสมองจากภาวะตัวเหลือง (kernicterus)
- แพ้ยาล (drug hypersensitivity)
- อาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)
- อาการข้างเคียง (side effect)
- ขาดช่วงการรักษา (loss of follow-up)
- ขาดยา (loss of drug therapy continuation)
- ควบคุมอาการ/โรคไม่ได้ (uncontrolled symptom/uncontrolled disease)
- วิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง (incorrect administration technique)

ระบบประสาทและจิตเวช

- วิตกกังวล (anxiety)
- เห็นภาพหลอน (visual hallucination)
- หลงผิด (delusion)

- หูแว่ว (auditory hallucination)
- เอะอะอาละวาด (delirium)
- หวาดระแวง (paranoid)
- ฝันประหลาด (vivid dream)
- ฝันร้าย (nightmare)
- สับสน (confusion)
- อาการเวียนศีรษะ (dizziness)
- อาการเวียนศีรษะบ้านหมุน (vertigo)
- ง่วงซึม (drowsiness)
- นอนไม่หลับ (insomnia)
- เสียงก้องในหู (tinnitus)
- ชัก (seizure)
- ตะคริว (muscle cramps)
- อัมพาต (paralysis)
- ความรู้สึกสัมผัสเพี้ยน (paresthesia)
- เคลื่อนไหวช้า (bradykinesia)
- เดินเซ (ataxia)

ระบบผิวหนัง

- ปากแห้ง (dry mouth)
- คัน (itch)
- ดีซ่าน (jaundice)
- ผื่นผิวหนัง (rash)
- ตุ่มพอง (vesicle/ blister)
- ตุ่มแดง (papule)
- ผื่นเรียบสีผิดปกติ (macule)
- ลมพิษ (urticaria)
- จ้ำเขียว (bruise)
- จ้ำเลือด (purpura)
- เกื้อน (tinea versicolor)
- กลาก (dermatophytosis)
- เล็บติดเชื้อรา (onychomycosis)
- เริมริมฝีปาก (herpes labialis)
- เริมอวัยวะเพศ (herpes genitalis)
- งูสวัด (herpes zoster)
- เริ้น (leprosy)
- เหา (pediculosis capitis)

- แผลเป็นนูน (keloid)
- แผลเปื่อยที่เท้า (foot ulcer)
- แผลแตก (fissure)
- ผลแห้งตกสะเก็ด (crust)
- แผลกดทับ (bed sore)
- แผลพุพองเป็นหนอง (impetigo)
- ตาปลา (callus)
- หูด (warts)
- หูดหงอนไก่ (condyloma acuminata)
- ผมร่วง ผมบาง (alopecia)
- ผิวแห้ง แห้ง (dry skin)
- ผิวหนังอักเสบจากการแพ้ (atopic dermatitis)
- ผื่นแพ้จากการสัมผัส (contact dermatitis)
- ฝ้า (melasma)
- ผิฝักบัว (ผิฝักบัว)
- สะเก็ดเงิน (psoriasis)

ระบบทางเดินอาหาร

- ภาวะเบื่ออาหาร (anorexia)
- มีลมในท้อง (bloating)
- ขย้อน (belching)
- มีเลือดในอุจจาระ: อุจจาระดำ (melena)
- มีเลือดในอุจจาระ: อุจจาระเป็นเลือดแดง (hematochezia)
- ถ่ายกระปริดกระปอย/ ถ่ายไม่สุด (tenesmus)
- ท้องผูก (constipation)
- ท้องร่วง (diarrhea)
- กลืนลำบาก (dysphagia)
- อาการไม่สบายท้อง (dyspepsia)
- อาการท้องอืด (flatulence)
- อาการคลื่นไส้ (nausea)
- อาการแสบร้อนกลางอก (heartburn)
- แผลทางเดินอาหาร (peptic ulcer)
- อาเจียน (vomiting)
- อาเจียนเป็นเลือด (hematemesis)
- ปวดท้อง (abdominal pain)
- เจ็บปาก (sore mouth)
- เลือดออกตามไรฟัน (gum bleeding)

- เหงือกหนา/เหงือกงอก (gingival hyperplasia)
- ฝ้าขาวในปาก (oral thrush/ oral leukoplakia)
- เยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis)
- แผลปริที่ปากทวาร (anal fissure)
- ทวารหนักอักเสบ (proctitis)
- ตับแข็ง (cirrhosis)
- ท้องมาน (ascites)
- ตับอักเสบ (hepatitis)
- ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- เจ็บหน้าอก (chest pain)
- อาการปวดน่องเนื่องจากการไหลเวียนเลือดผิดปกติ/กะเผลกเหตุปวด (claudication)
- ใจสั่น (palpitation)
- หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia)
- หัวใจเต้นช้า (bradycardia)
- หัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia)
- ความดันโลหิตต่ำ (hypotension)
- ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension, orthostatic hypotension)
- ความดันโลหิตสูง (hypertension)

ระบบทางเดินปัสสาวะ (urologic)

- ปัสสาวะแสบขัด (dysuria)
- ภาวะปัสสาวะมาก (polyuria)
- ภาวะปัสสาวะมีโลหิต (hematuria)
- ปัสสาวะบ่อย (urinary frequency)
- ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (nocturia)
- ปัสสาวะรดที่นอน (enuresis)
- ปัสสาวะคั่ง (urinary retention)
- ปัสสาวะน้อย (oliguria)
- ไม่มีปัสสาวะ (anuria)
- กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urine incontinence)
- อาการปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia)
- ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (impotence)

ปอด

- หายใจช้า (bradypnea)
- ไอ (cough)

- หายใจลำบาก, หอบเหนื่อย (dyspnea)
- หายใจลำบากเมื่อนอนราบ (orthopnea)
- หายใจลำบากเมื่อออกกำลังกาย (exertional dyspnea)
- ไอเป็นเลือด (hemoptysis)
- เจ็บหน้าอกตามการหายใจ (pleuritic chest pain)
- มีเสมหะ (sputum)
- อัตราหายใจเร็ว (tachypnea)
- หายใจมีเสียงวี๊ด (wheezing)

จักษุวิทยา

- ตาгүйยง (Eye sty)
- ต้อเนื้อ (Pterygium)
- ต้อลม (Pinguecula)
- ต้อกระจก (Cataract)
- ต้อหิน (Glaucoma)
- สายตาวาว (Hypermetropia)
- สายตาสั้น (Myopia)
- สายตาเอียง (Astigmatism)
- มองเห็นไม่ชัด (blurred vision)
- มองเห็นภาพซ้อน (double vision)
- เลือดออกในเยื่อบุตา (conjunctival hemorrhage)
- ตาเหลือง (icteric sclera)
- ตาดำกระตุก (nystagmus)
- ตาบอด (blindness)

การแบ่งประเภทของปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา

ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug-related problems: DRPs, drug therapy problems: DTPs) เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของเภสัชกร ประกอบด้วยหลายประการและมีผู้แจกแจงให้ความหมายพร้อมทั้งคำเรียกที่แตกต่างกันไป ระบบหนึ่งซึ่งเป็นที่นิยมใช้คือ Cipolle, Strand & Morley (2012) ซึ่งระบุว่า DTPs ที่พบได้บ่อยประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่จำเป็น (unnecessary drug therapy) เช่น
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งใช้ที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น
 - ผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาภาวะที่สามารถใช้ยาชนิดเดียวได้
 - ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การใช้ยา

- ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อรักษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาชนิดอื่น ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้
 - ผู้ป่วยใช้ยาในทางที่ผิด สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่ หรือผู้ป่วยใช้ยาเพื่อทำร้ายตัวเอง
2. ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (Need for additional drug therapy) เช่น
- ผู้ป่วยมีปัญหาทางอายุรกรรมเกิดขึ้นซึ่งต้องการการรักษาด้วยยาชนิดใหม่
 - ผู้ป่วยต้องการยาป้องกันเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางอายุรกรรมขึ้นใหม่
 - ผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อหวังผลในการเสริมฤทธิ์กัน
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีเหมาะสม (Wrong or inappropriate drug) เช่น
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ให้ประสิทธิผลสูงสุดสำหรับสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่สามารถรักษาภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้นได้อีกต่อไป
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่มีรูปแบบของยาไม่เหมาะสม
 - ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่ให้ประสิทธิผลในการรักษาโรคหรืออาการ
4. ผู้ป่วยได้รับยาขนาดต่ำเกินไป (dosage too low) เช่น
- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำเกินไปที่จะให้ผลตอบสนองทางการรักษาได้ตามต้องการ
 - ระยะห่างระหว่างมื้อยานานเกินไปที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่ต้องการ
 - การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาทำให้ลดปริมาณยาที่จะออกฤทธิ์ได้ลง
 - ระยะเวลาการได้รับยาในการรักษาสั้นเกินไปที่จะทำให้เกิดผลการรักษาตามต้องการ
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (adverse drug reaction)
- ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์แม้ว่าจะได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม อัตราเร็วและวิธีทางการให้ยาถูกต้อง
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยที่พบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการได้รับยาอยู่ก่อนแล้ว
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์โดยมีสาเหตุจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาผู้ป่วยในอัตราที่เร็วเกินไป
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขึ้นจากการที่ผู้ป่วยแพ้ยาที่ได้รับ
 - ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาที่มีข้อห้ามใช้
6. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดสูงเกินไป (dosage too high) เช่น
- ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่สูงเกินไปสำหรับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยในขณะนั้น
 - ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากระยะห่างระหว่างมื้อยาสั้นเกินไป
 - ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากระยะเวลาการได้รับยาในการรักษานานเกินไป
 - ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่ส่งผลให้เกิดพิษจากยาที่ได้รับ
 - ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องมาจากการปรับเพิ่มขนาดยาเร็วเกินไป
7. ผู้ป่วยไม่ร่วมมือ หรือไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง (non-compliance, non-adherence) เช่น
- ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยา
 - ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยา
 - ผู้ป่วยลืมรับประทานยา

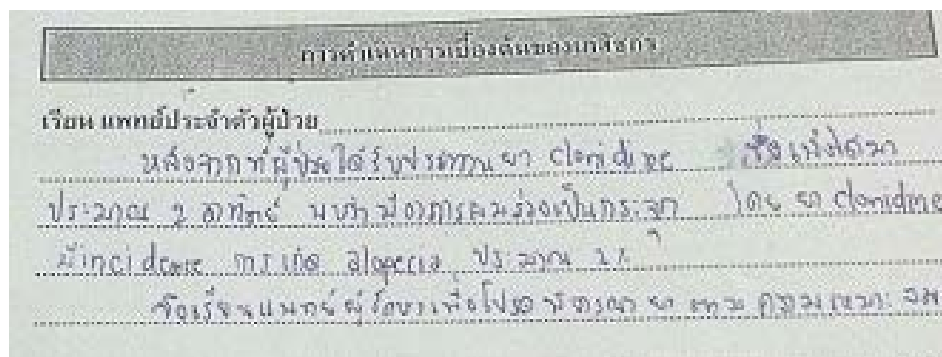
- ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเนื่องจากยานี้มีราคาแพง
- ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาหรือใช้ยาด้วยตัวเองได้
- ไม่มียานี้ในประเทศไทย หรือหาซื้อได้ยาก

วิธีการเขียน การรับประทาน/การบริหารยา

- ให้ระบุเป็นตัวเลขของจำนวนเม็ด x เวลาที่ทาน โดยไม่ต้องระบุเวลาของมื้ออาหาร แต่ให้เข้าใจตรงกัน ดังนี้
 - 1x1 pc: รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า
 - 1x2 pc: รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - เย็น
 - 1x3 pc: รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น
 - 1x1 ac: รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า
 - 1x1 hs: รับประทานยาครั้งละ 1 ก่อนนอน
- หากมีวิธีการรับประทานที่เป็นกรณีพิเศษ เช่น เข้า - เทียง หรือ จำนวนยาที่รับประทานในแต่ละมื้อไม่ตรงกัน ให้ระบุตัวเลขจำนวนเม็ดยาที่รับประทานตามเวลาเป็นสัญลักษณ์
 - 1-1-0 pc: รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เที่ยง
 - 1/2 -1 -1: รับประทานยา ครั้งเม็ด หลังอาหารเช้า 1 เม็ด หลังอาหารเที่ยงและเย็น
- ขนาดยา insulin ให้ใส่ปริมาณของ unit ที่ผู้ป่วยฉีดตามระยะเวลา โดยใส่คำว่า unit ต่อท้าย
 - 5-5-5-15 unit: ฉีดอินซูลินครั้งละ 5 unit ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น และ 15 unit ก่อนนอน
- ถ้าเป็นยาที่ต้องรับประทานโดยระยะเวลา ให้ใส่เวลากำกับ โดยใช้ระบบเวลา 24 ชั่วโมง
 - 1 tab at 20.00 n.: รับประทานยาครั้งละ 1 เม็ด เวลา 20.00น.
- ถ้าเป็นยาที่มีระยะห่างเป็นช่วงเวลา ให้ระบุด้วยสัญลักษณ์ "q" / เวลามีอาการ "prn"
 - 1 tab q 8 hr: ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมง
 - 1 tab q 6 hr prn for pain: ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อปวด
- การเขียนชื่อยาให้เขียนด้วย generic name ตามด้วยวงเล็บ Trade name โดยเฉพาะยา original ที่มีรูปแบบพิเศษและกลุ่มยาดัชนีการรักษาแคบ ตามด้วยขนาดยา โดยใส่หน่วยกำกับทุกครั้ง เช่น
 - metformin (Glucophage®) 850 mg 1x3 pc
- ระบุจำนวนของยา โดยลงท้ายด้วยหน่วยของยานั้นๆ ต่อท้ายจากวิธีการรับประทานยา
 - ยาเม็ด (เม็ด/ แผง/ กล่อง)
 - ยาน้ำ (ขวด)
 - turbuhaler (อัน)
 - ยาทา (หลอด/ กระปุก)
 - อินซูลิน (vial/ cartridge)

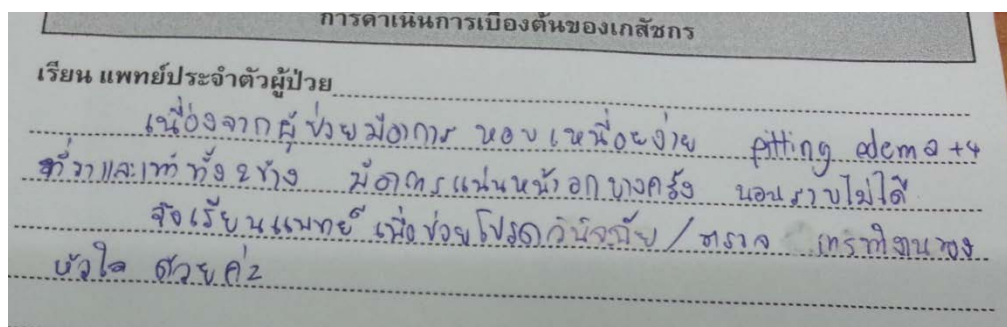
ตัวอย่างการเขียนจดหมายส่งต่อในสถานการณ์ต่างๆ

กรณีตัวอย่างที่ 1



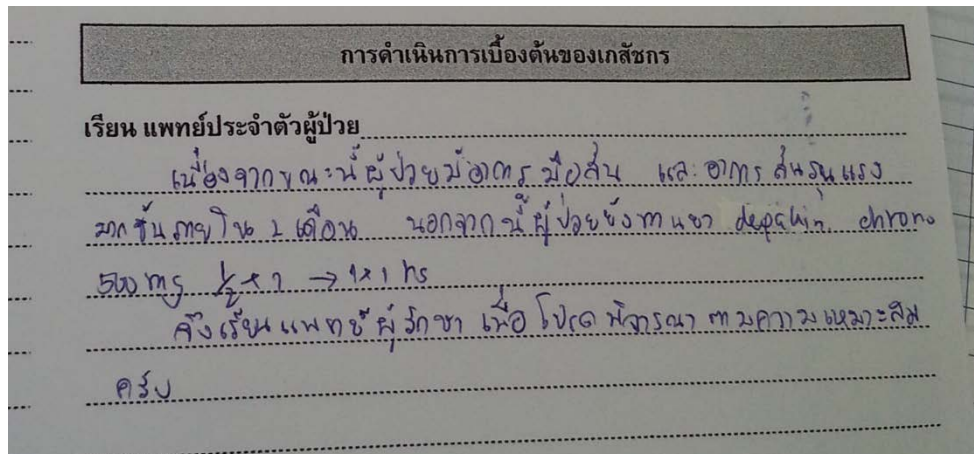
ควรปรับเป็น: “เนื่องจากผู้ป่วยมีผื่นร่วงเป็นกระจุกลหลังจากเริ่มรับประทานยา clonidine มา 2 สัปดาห์ (incidence การเกิด alopecia 1%; Drug information handbook 2012) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงรายการยาเดิมอื่นๆของผู้ป่วย จึงเรียนแพทย์มาเพื่อพิจารณา”

กรณีตัวอย่างที่ 2



ควรปรับเป็น: “เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการ chest pain, dyspnea, orthopnea และ pitting edema 4+ at both legs จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา”

กรณีตัวอย่างที่ 3



ควรปรับเป็น: “เนื่องด้วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมี resting tremor ซึ่งรุนแรงมากขึ้นที่มือทั้งสองข้าง และรับประทาน Sodium valproate (Depakin® chrono) 500 mg ครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน ต่างไปจากที่แพทย์สั่ง 1/2 x 1 pc จึงเรียนแพทย์มาเพื่อพิจารณา”

ตารางที่ 3.2.2 หลักการการส่งผู้ป่วยกลับหน่วยบริการโดยเภสัชกรชุมชน

ระดับความเร่งรีบ	สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง	- ภาวะน้ำตาลต่ำ (plasma glucose ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการแก้ไข - ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (casual plasma glucose สูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) และมีอาการทางคลินิกบ่งชี้ถึงภาวะเบาหวานที่คุมไม่ได้ - มีอาการเข้าได้กับโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ หน้ามืดเป็นลมหรือหมดสติโดยไม่ทราบสาเหตุ ปวดน่องเวลาเดิน และ/หรือมีปวดขาขณะพักร่วมด้วย หรือปวดในเวลากลางคืน สายตามัวผิดปกติทันที การชาหรืออ่อนแรงของบริเวณใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นข้างใดข้างหนึ่ง มีอาการสับสน หรือความผิดปกติของการพูด หรือไม่เข้าใจคำพูด มีความผิดปกติเรื่องการทรงตัว การเดิน การควบคุมการเคลื่อนไหวอื่นๆ - มีอาการบ่งบอกว่าอาจจะเกิดการติดเชื้อ เช่น มีไข้ และมีอาการที่บ่งบอกว่ามีภาวะ hyperglycemia หรือ hypoglycemia ร่วมด้วย - มีอาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรกิริยาระหว่างยาที่ต้องการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ - พบว่าขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นต่ำหรือสูงเกินไป หรือยังขาดยาที่จำเป็นเพื่อรักษาอาการ ซึ่งต้องการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์	- ภาวะความดันโลหิตต่ำ (systolic BP ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทหรือ diastolic BP ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอทหรือทั้งคู่) และผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติจากความดันโลหิตต่ำ - ความดันโลหิต 180/110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า ทั้งที่มีและไม่มีอาการผิดปกติ - มีอาการเข้าได้กับโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ หน้ามืดเป็นลมหรือหมดสติโดยไม่ทราบสาเหตุ ปวดน่องเวลาเดิน และ/หรือมีปวดขาขณะพักร่วมด้วย หรือปวดในเวลากลางคืน สายตามัวผิดปกติทันที การชาหรืออ่อนแรงของบริเวณใบหน้า แขนหรือขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นข้างใดข้างหนึ่ง มีอาการสับสน หรือความผิดปกติของการพูด หรือไม่เข้าใจคำพูด มีความผิดปกติเรื่องการทรงตัว การเดิน การควบคุมการเคลื่อนไหวอื่นๆ - มีอาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรกิริยาระหว่างยาที่ต้องการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ - พบว่าขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นต่ำหรือสูงเกินไป หรือยังขาดยาที่จำเป็นเพื่อรักษาอาการ ซึ่งต้องการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์
ภายใน 1 สัปดาห์	- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (casual plasma	- ความดันโลหิตสูงกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า

ระดับความเร่งรีบ	สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
	glucose สูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) และมีอาการทางคลินิกบ่งชี้ถึงภาวะเบาหวานที่คุมไม่ได้ - ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน - ผู้ป่วยไม่สามารถร่วมมือในการรักษาได้ซึ่งเกี่ยวข้องกับแผนการรักษา เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ทนไม่ได้ หรือวิธีการใช้ยาซับซ้อนจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการ - มีอาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรายระหว่างยาที่ต้องการการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ - พบว่าขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นต่ำหรือสูงเกินไป หรือยังขาดยาที่จำเป็นเพื่อรักษาอาการ ซึ่งต้องการการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์	ติดต่อกันมากกว่า 2 ครั้งเมื่อวัดในวันและเวลาที่แตกต่างกัน - ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน - ผู้ป่วยไม่สามารถร่วมมือในการรักษาได้ซึ่งเกี่ยวข้องกับแผนการรักษา เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ทนไม่ได้ หรือวิธีการใช้ยาซับซ้อนจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการ - มีอาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรายระหว่างยาที่ต้องการการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ - พบว่าขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นต่ำหรือสูงเกินไป หรือยังขาดยาที่จำเป็นเพื่อรักษาอาการ ซึ่งต้องการการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์
ภายใน 1 เดือน	- ภาวะน้ำตาลต่ำ (plasma glucose ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) บ่อยครั้ง แต่ตอบสนองดีต่อการแก้ไข - ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (casual plasma glucose สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการทางคลินิกบ่งชี้ถึงภาวะเบาหวานที่คุมไม่ได้ หรือ fasting plasma glucose สูงกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) - ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเป้าหมายการรักษาติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน - มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานซึ่งยังไม่ได้รับการรักษาจนอยู่ในระดับควบคุมได้ เช่น แผลเรื้อรังที่ขาหรือที่เท้า - ผู้ป่วยไม่สามารถร่วมมือในการรักษาได้ซึ่งเกี่ยวข้องกับแผนการรักษา เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ทนไม่ได้ หรือวิธีการใช้ยาซับซ้อนจำเป็นต้อง	- ภาวะความดันโลหิตต่ำที่รบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเช่น orthostatic hypotension - ความดันโลหิตสูงกว่าเป้าหมายการรักษาติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน - ผู้ป่วยไม่สามารถร่วมมือในการรักษาได้ซึ่งเกี่ยวข้องกับแผนการรักษา เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่ทนไม่ได้ หรือวิธีการใช้ยาซับซ้อนจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการ - มีอาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรายระหว่างยาที่ต้องการการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ - พบว่าขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นต่ำหรือสูงเกินไป หรือยังขาดยาที่จำเป็นเพื่อรักษาอาการ ซึ่งต้องการการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์

ระดับความเร่งรีบ	สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน	สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
	ปรับเปลี่ยนวิธีการ - มีอาการไม่พึงประสงค์หรืออันตรายระหว่างยาที่ต้องการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ - พบว่าขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นต่ำหรือสูงเกินไป หรือยังขาดยาที่จำเป็นเพื่อรักษาอาการ ซึ่งต้องการการวินิจฉัยและการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ - ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และคุมอาการแทรกซ้อนได้ดีซึ่งไม่ได้พบแพทย์นานกว่า 6 เดือน	- ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งไม่ได้พบแพทย์นานกว่า 6 เดือน



บทที่ 4

การจัดการระบบสารสนเทศผู้ป่วย

โครงการ “บูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการ
บริหาร ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจาก
หน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ”

โดย ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์และคณะ

ตุลาคม พ.ศ. 2558

บทที่ 4

การจัดการระบบสารสนเทศผู้ป่วย

การให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยปกติแล้วจะมีการบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพตั้งแต่ ข้อมูลส่วนตัว ผลการตรวจร่างกาย ประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และยาที่ใช้อยู่ปัจจุบัน เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งประกอบด้วยหลายสาขาวิชาชีพจะมีกระบวนการในการรวบรวมจัดเก็บข้อมูลข้อมูลทางสุขภาพเพื่อใช้ในการสนับสนุนการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล เพื่อคุณภาพของการรักษา เพื่อช่วยสนับสนุนการจัดการการบริการผู้ป่วย และเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย โดยบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขามีเป้าหมายในการให้บริการทางสุขภาพอย่างเดียวกัน คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยสูงสุด

การให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือประชาชนจากบุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาวิชาชีพนั้นต้องการการสื่อสารระหว่างกันอย่างเหมาะสม ความท้าทายในการจัดการบริหารระบบการสื่อสารระหว่างบุคลากรที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ ระบบการทำงานของแต่ละหน่วยงานมีความซับซ้อนแตกต่างกัน การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์มีหลากหลายวิธี ข้อมูลและความละเอียดของข้อมูลที่แต่ละสาขาวิชาชีพต้องการและคำนึงถึงมีขอบเขตแตกต่างกัน คำศัพท์หรือศัพท์เฉพาะทางแตกต่างกัน บริบทและสถานการณ์ในการพบคนไข้และความสามารถในการรวบรวมข้อมูลแตกต่างกัน นอกจากนี้ระบบสุขภาพยังควรมองรวมถึงผู้วางแผนนโยบายเชิงสุขภาพ ผู้จัดการกองทุนเพื่อสุขภาพ ผู้บริหารจัดการทรัพยากรแก่โรงพยาบาล และอื่นๆ ซึ่งต้องการข้อมูลในภาพรวมเพื่อการวางแผนและดำเนินงานในองค์กรแตกต่างกัน ปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยจัดการและสนับสนุนก่อให้เกิดระบบจัดการข้อมูลทางสุขภาพรวดเร็วมากขึ้น โดยมุ่งหวังให้เป็นระบบที่ช่วยสนับสนุนให้การบริการทางสุขภาพมีคุณภาพสูงขึ้น (Benson, 2010; Goundrey-Smith, 2012; WHO, 2014)

โดยข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยนั้น ประกอบด้วย ข้อมูลหลายมิติมาจากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์หลายสาขา หลายแผนก หลายหน่วยงาน รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่ต้องพิจารณาข้อมูลในระดับประเทศหรือใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการวางแผนนโยบายทางสุขภาพ ระบบการจัดการข้อมูลจึงควรมีการจัดระบบให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างแผนกหรือหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความถูกต้อง ครบถ้วนมากขึ้น และมีค่าใช้จ่ายน้อย โดยการออกแบบระบบการส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยควรคำนึงถึงคุณสมบัติต่างๆ ในการเชื่อมโยงระบบข้อมูล ซึ่งเรียกว่า Interoperability ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การสร้าง ส่งต่อข้อมูลที่มีความหมายและความเข้าใจในข้อมูลที่ตรงกัน มีความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล มีการป้องกันข้อมูลที่สำคัญทั้งในด้านความปลอดภัยและการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ (Benson, 2010; Goundrey-Smith, 2012; WHO, 2014)

ในบทนี้จะได้มีการกล่าวถึงคำนิยามที่หลากหลาย การพัฒนา การจัดการ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลและการจัดการ ความปลอดภัยของข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลตามลำดับต่อไป

4.1 คำนิยามของข้อมูลทางสุขภาพ

การจัดระบบสารสนเทศของข้อมูลผู้ป่วยจะเก็บบันทึกในแบบบันทึกที่มีชื่อเรียกต่างๆ เช่น

1) E-Health (หรือ Health Information Technology (Health IT หรือ HIT))

คือ การออกแบบ พัฒนา ใช้ และดูแลรักษาระบบข้อมูลสุขภาพด้วยเทคโนโลยี หรือเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ ตามคำนิยามที่ให้ไว้โดย Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) ภายใต้การควบคุมของ U.S. Department of Health and Human Services (USHHS) (2014) และได้เสนอความเห็นว่าการใช้ Health IT ในการสนับสนุนการบริการทางสุขภาพจะช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการ ลดปัญหาจากการใช้ยา ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดภาระการทำงานเอกสาร และมีการใช้ทรัพยากรเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างคุ้มค่า ทั้งนี้การออกแบบระบบ Health IT ควรมีการคำนึงถึงปัจจัยด้านความปลอดภัยของข้อมูลในการดำเนินการผ่านอิเล็กทรอนิกส์ด้วย (Office of Civil Rights, 2003)

2) เวชระเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record, EHR) หรือ เวชระเบียนการแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record, EMR)

คือ การบันทึกข้อมูลทางสุขภาพหรือแหล่งข้อมูลทางสุขภาพในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งได้รับการสร้าง บันทึก บริหารจัดการโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้สามารถเข้าถึงและจัดการกับเวชระเบียนของผู้ป่วยได้โดยสามารถสร้างและแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ (Conover, 2013; Goundrey-Smith, 2012)

3) แบบบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record, PHR)

คือ บันทึกข้อมูลทางสุขภาพ ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยจากข้อมูลหรือหน่วยบริการสุขภาพหลายแหล่ง รวมถึงแหล่งข้อมูลอื่นๆ เช่น ตัวผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย ซึ่งแบบบันทึกนี้ได้รับการสร้าง บันทึกและบริหารจัดการโดยผู้ป่วยเอง แล้วมีการสร้างและแบ่งปันข้อมูลกับระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ หรืออาจจะเริ่มต้นสร้างโดยหน่วยบริการสุขภาพแล้วแบ่งปันข้อมูลกับผู้ป่วย (Conover, 2013)

4.2 การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์

การรวบรวม บันทึก จัดเก็บ และค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยนั้นได้รับการพัฒนาควบคู่กับการพัฒนาทางเทคโนโลยี (Technology) โดยหากเทคโนโลยีมีราคาเหมาะสมและมีขนาดเล็กมากพอที่จะได้รับการพิจารณานำมาใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งนี้กระบวนการการพัฒนาระบบการบันทึก ค้นหา และแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับการสื่อสาร รวมถึงเครือข่ายการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย ทั้งภายในหน่วยบริการสุขภาพเดียวกัน (การรวบรวมและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแผนก) และภายนอกหน่วยบริการสุขภาพซึ่งต้องคำนึงถึงการวางโครงสร้างของระบบบันทึกข้อมูล การกำหนดขอบเขตข้อมูลในแต่ละส่วนที่จะให้มีการเชื่อมโยงกันได้ โปรแกรมที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลและความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งระบบการจัดการข้อมูลเหล่านี้อาจมีข้อจำกัดทั้งในด้านการบันทึก จัดเก็บจนถึงการเชื่อมโยง เช่น

- 1) การบันทึกเพื่อการลงทะเบียนของผู้ป่วย (Patient Administration System, PAS) เป็นการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติโดยทั่วไปของผู้ป่วย (Demographic Data) เช่น ชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ และสิทธิการรักษา แต่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับบริการทางการแพทย์ (Goundrey-Smith, 2012)
- 2) การบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Health Record, EHR) เป็นระบบที่มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ และสามารถนำมาสนับสนุนการทำงานในระบบการให้บริการทางสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น การสั่งจ่ายยา (E-prescribing) สนับสนุนการตัดสินใจในการรักษาจากข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (Clinical decision support) สนับสนุนระบบการตัดสินใจ (Decision support system, DSS) สนับสนุนกระบวนการใช้ยา (Medicines use process) สนับสนุนการให้บริการทางคลินิกและอื่นๆ (Clinical and enhanced services) เป็นต้น (Goundrey-Smith, 2012) โดยการพิจารณาใช้ระบบการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยควรพิจารณาทั้งในด้าน ความเข้ากันของ โปรแกรมภายในหน่วยบริการสุขภาพ กระบวนการการทำงานภายในหน่วยงาน (Workflow) และความยินยอมหรือการให้ความร่วมมือของบุคลากรภายในหน่วยบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การแลกเปลี่ยนข้อมูลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่แลกเปลี่ยนเฉพาะข้อมูลเรื่องยาของผู้ป่วย ไปจนถึงข้อมูลส่วนอื่นๆ (เช่น ข้อมูลการวินิจฉัย ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการรักษา และแผนการรักษา) ซึ่งการแลกเปลี่ยนสามารถที่จะขยายขอบเขตออกไปเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่าง หน่วยบริการสุขภาพได้ ซึ่งขึ้นกับข้อตกลงด้านการใช้ เครือข่าย และหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ

4.3 หลักการและแนวคิดในการจัดการระบบสารสนเทศทางอิเล็กทรอนิกส์

การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ มีประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงหลายด้าน ได้แก่

4.3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability)

สิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงในการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ คือ **ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability)** ซึ่งมีการให้คำนิยามที่หลากหลาย เช่น “ความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบหรือหน่วยงานต่างกัน ซึ่งครอบคลุมไปถึงระบบสารสนเทศ ขั้นตอนการปฏิบัติ และวัฒนธรรมการทำงานขององค์กร ที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่ทิศทางที่จะเสริมสร้างโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลสารสนเทศร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพทั้งภายในและระหว่างองค์กร (Miller, 2000)” หรือคำนิยามของที่ให้ไว้โดย Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE) “การที่ระบบตั้งแต่สองระบบขึ้นไปสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและใช้ข้อมูลนั้นได้” (Benson, 2010; Stroetmann & Stroetmann, 2005)”

สหภาพยุโรปมีการตกลงเพื่อสร้างกรอบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานในการให้บริการทางสาธารณสุขเพื่อให้มีความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ โดยกรอบข้อตกลงนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาวิธีการในการสร้างระบบการเชื่อมโยงข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสำหรับการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในยุโรป โดยกรอบนี้มีชื่อว่า The European Interoperability Framework (EIF) ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบระบบการให้บริการสาธารณสุขในยุโรป ประกอบด้วย ข้อกำหนดเพื่อแนะนำการบริหารการให้บริการสุขภาพสาธารณะ ทั้งนี้ถือว่า EIF เป็นกรอบเริ่มต้นที่ใช้ในการสร้างระบบการเชื่อมโยงข้อมูลที่ทำให้สามารถ

ทำงานร่วมกันได้ในการให้บริการสุขภาพทางสาธารณสุข ซึ่งหากต้องการให้เกิดการเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ควรจะมีการดำเนินการตั้งแต่ในระดับนโยบาย (Political context) เนื่องจากการให้บริการสุขภาพแก่สาธารณสุขชนเป็นผลลัพธ์จากการกำหนดนโยบายไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ดังนั้นการสนับสนุนด้านนโยบายจึงถือเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีขึ้นเพื่อก่อให้เกิดการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานได้เป็นอย่างดี

4.3.2 ระดับการสร้างความสามารถในการทำงานร่วมกัน

ในด้านการเชื่อมโยงระบบการส่งต่อข้อมูลจะมีการเชื่อมโยงทั้งหมด เพื่อให้การให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชนที่ด้นั้นควรมีการสร้าง และกำหนดข้อตกลงในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่ ในแง่กฎหมาย หน่วยงาน ข้อมูล และเชิงเทคนิค และควรมีการกำหนดให้ความสอดคล้องกันในด้านวัตถุประสงค์และรายละเอียด บนพื้นฐานที่โปร่งใส (Transparency) และมีแนวทางในการดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดำเนินงาน โดย EIF ได้เสนอให้มีการเชื่อมโยงใน 4 ระดับ (layer) (European Commission, 2011) ได้แก่

1) ระดับกฎหมาย (Legal interoperability)

การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขต้องมีการกำหนดการให้บริการด้านสุขภาพอยู่ภายใต้กฎหมายหรือกฎระเบียบของประเทศนั้นๆ ทั้งนี้แม้ว่ากฎระเบียบของแต่ละรัฐอาจจะมี ความแตกต่างกันหรือขัดแย้งกัน ได้ หรือมีความซับซ้อน ก็ควรหาวิธีในการทำให้หน่วยงานต่างๆ ปฏิบัติหรือดำเนินการอยู่ภายใต้กฎระเบียบเดียวกัน สามารถดำเนินงานร่วมกันได้ โดยอาจจัดทำเป็นข้อตกลงหรือร่างเป็นข้อตกลงทวิภาคี และพหุภาคี

2) ระดับหน่วยงาน/องค์กร (Organizational interoperability)

ความสามารถในการทำงานร่วมกัน ควรจะประสานให้เกิดความร่วมมือกันและทำงานร่วมกันได้ระหว่างหน่วยงาน เพื่อตอบสนองต่อการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน (Organizational relationships) การจัดการการเปลี่ยนแปลง (Change management) และกระบวนการในการทำงานของหน่วยงาน (Business process alignment) โดยมีคุณสมบัติที่สอดคล้องและมุ่งเน้นต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน (User-focused) เพื่อให้เกิดการบริการได้ (Making services available) เข้าถึงได้ (Accessible) และสามารถปฏิบัติหรือแยกแยะแจกแจงการทำงานของแต่ละแผนกได้จริง (Easily identifiable)

3) ระดับข้อมูลและความหมายของข้อมูล (Semantic interoperability)

เนื่องจากบริบทของสหภาพยุโรปจะมีความแตกต่างทางด้านภาษา วัฒนธรรม กฎหมาย และสภาพแวดล้อมในการบริหารงานที่ต่างกันมาก ดังนั้น จึงควรมีกระบวนการที่ช่วยในมั่นใจได้ว่าการส่งต่อข้อมูลระหว่างกันต้องสามารถส่งต่อข้อมูลที่เข้าใจกันได้ (Understood) และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการความหมายที่ถูกต้องในรูปแบบที่เหมาะสม (Preserved)

4) ระดับเทคนิค (Technical interoperability)

การจะทำให้ระบบมีความสามารถในการทำงานร่วมกัน ควรจะมีการทำข้อตกลงและข้อกำหนดว่าการบริการทางสุขภาพนั้นควรมีระบบมาตรฐานอย่างไร

ในขณะที่คณะทำงาน Health Level Seven International (HL7) ก็มีการวางกรอบสำหรับการสร้างความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ของระบบเช่นกัน โดยเสนอว่าควรพิจารณาเพียง 3 ระดับ ซึ่งบางมุมมองจะคล้ายกับการกำหนดของสหภาพยุโรป (Benson, 2010; Health Level Seven International, 2014) รายละเอียดดังนี้

- 1) ระดับข้อมูลและความหมายของข้อมูล (Semantic interoperability)
ความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ของระบบในระดับนี้ หมายถึง การสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลที่ส่งต่อหรือเคลื่อนย้ายระหว่างหน่วยงานนั้น แต่ละหน่วยงานสามารถเข้าใจ แปลหรือตีความ และใช้ข้อมูลในทิศทางความหมายที่ตรงกัน ซึ่งเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับการจัดการระบบใดระบบหนึ่ง
- 2) ระดับเทคนิค (Technical interoperability)
ความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ของระบบในระดับนี้ หมายถึง การส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง 2 ระบบขึ้นไป โดยไม่คำนึงถึงความไกลระหว่างหน่วยงาน ระบบการจัดเก็บข้อมูลของแต่ละหน่วยงาน และความหมายของข้อมูลจากแต่ละหน่วยงาน แต่ก็ยังต้องคิดถึงระบบการแบ่งปันข้อมูลที่มีความปลอดภัย
- 3) ระดับกระบวนการ (Process interoperability)
ความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ของระบบในระดับนี้ หมายถึง การจัดการให้หน่วยงาน 2 หน่วยงานที่แลกเปลี่ยนข้อมูลกันนั้นสามารถประสานงานกันและเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ โดยต้องอาศัยการประเมินระบบการทำงานของแต่ละหน่วยงานและปรับปรุงระบบการทำงานของแต่ละหน่วยงานเพื่อให้เกิดการประสานงานของแต่ละขั้นตอนการทำงานอย่างสอดคล้องกันได้

4.3.3 การสร้างความเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกัน

นอกเหนือจากการคำนึงถึงระดับของการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ของระบบสารสนเทศแล้ว ยังควรมีการคำนึงถึงการสร้างความเชื่อมโยงด้วย โดย Health Information and Quality Authority ได้เสนอการสร้างความเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลแยกออกเป็น 4 ระดับตามความซับซ้อนในการเชื่อมโยง และความซับซ้อนในการกำหนดมาตรฐานที่แตกต่างกัน (2013) ดังนี้

- 1) การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลโดยไม่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Non-electronic information)
ถือเป็นระดับที่มีการใช้เทคโนโลยีในการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนข้อมูลน้อยที่สุด โดยมากมักดำเนินการผ่านกระดาษ ยกตัวอย่างเช่น การส่งต่อผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลผ่านแบบฟอร์มแบบกระดาษ
- 2) การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านเครื่องมือแบบไม่มีการจัดการ (Machine transportable information)
เป็นการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องโทรสาร อีเมล เป็นต้น โดยข้อมูลเหล่านั้นไม่มีการกำหนดมาตรฐานการกรอกข้อมูล หรืออาจพบว่าข้อมูลเหล่านั้นไม่สามารถบริหารจัดการใดๆ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์อย่างเป็นระบบได้ เป็นเพียงการส่งผ่านเท่านั้น
- 3) การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านเครื่องมือแบบมีการจัดการ (Machine organizable information)
เป็นการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลที่มีการกำหนดรูปแบบของข้อมูล ข้อมูลเหล่านี้จึงสามารถนำมาใช้ต่อได้และสามารถส่งต่อผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้ อย่างไรก็ตาม การส่งข้อมูลในระดับนี้ยังต้องมีการตกลงระหว่างหน่วยงานว่าโครงสร้างของข้อมูลที่ส่งระหว่างกันนั้นจะสามารถนำมาแปลเป็นข้อมูลเพื่อนำไปใช้ต่ออย่างไร เช่น การส่งต่อข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างโรงพยาบาลไปยังศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data center) ของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการกำหนดว่าต้องมีการกรอกและบันทึกข้อมูลตามระบบ 43 แฟ้ม แต่ละแฟ้มประกอบด้วยข้อมูลอะไรบ้าง

- 4) การเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านเครื่องมือแบบมีความสามารถในการทำงานร่วมกันหรือโดยข้อมูลเหล่านั้นสามารถแปลได้ความหมายตรงกัน (Machine interpretable information)

เป็นการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีการกำหนดโครงสร้างข้อมูล รูปแบบของข้อมูลและมาตรฐานของข้อมูล เป็นต้น เพื่อให้ในระบบมีรูปแบบของข้อมูล รหัส หรือคำศัพท์ที่สามารถแปลงกลับมาเป็นข้อมูลที่ทุกหน่วยงานเข้าใจตรงกันได้โดยไม่ต้องแปลความหมายใดๆ จากข้อมูลในระบบอีก เช่น การส่งข้อมูลระหว่างกันโดยใช้รหัสมาตรฐาน HL7 Clinical Document Architecture (CDA) หรือ SNOMED-CT ที่มีมาตรฐานสามารถแปลงกลับมาแล้วทุกหน่วยงานเข้าใจตรงกันได้

4.3.4 ขั้นตอนการสร้างการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกัน

ขั้นตอนในการสร้างการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบสารสนเทศ จะประกอบด้วยหลักการ 3 หลักการใหญ่ๆ คือ การดูแลข้อมูลส่วนบุคคล ความปลอดภัยของข้อมูลและการจัดการข้อมูลที่กระทบความรู้สึกของบุคคล ดังนี้

1. หลักการในการดูแลข้อมูลส่วนบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักการในการดูแลข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า มีการจัดหมวดหมู่การดูแลสิทธิด้านข้อมูลส่วนบุคคล คือ

1) การรวบรวมข้อมูล (Collection)

- 1.1. ต้องดำเนินการจัดเก็บข้อมูลภายใต้ที่กฎหมายกำหนด พิจารณาจากข้อมูลที่รวบรวมนั้นต้องเกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือภารกิจที่หน่วยงานนั้นดูแลรับผิดชอบ รวมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลนั้นด้วย
- 1.2. ต้องมีการรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความถูกต้องในกระบวนการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลต้องมีวิธีที่เหมาะสม รวมถึงการปรับปรุง (Update) ให้ข้อมูลมีความทันสมัยและครบถ้วนอยู่เสมอ
- 1.3. หน่วยงานต้องเก็บข้อมูลจากบุคคลหรือเจ้าของข้อมูลโดยตรงเท่านั้น เว้นแต่ในกรณีที่จำเป็นต้องยากในเชิงการปฏิบัติ
- 1.4. ในกระบวนการเก็บข้อมูล องค์การที่รวบรวมข้อมูลต้องแจ้งข้อมูลต่อไปนี้
 - วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล
 - หน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลคือหน่วยงานใด รับผิดชอบด้านใด
 - หน่วยงานที่ต้องติดต่อและเปิดเผยข้อมูลด้วยคือหน่วยงานใดบ้าง
 - กระบวนการในการเข้าถึงข้อมูล
 - การแก้ไขข้อมูลของเจ้าของข้อมูล
 - ผลกระทบหากเจ้าของข้อมูลไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูล

2) การจัดเก็บข้อมูล (Storage)

ในการเก็บข้อมูล หน่วยงานนั้นต้องรับรองความปลอดภัยของข้อมูลของบุคคล โดยต้องมีการกำหนดว่าจะเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลาเท่าใด และเมื่อครบกำหนดจะทำลายข้อมูลนั้นโดยวิธีการที่เหมาะสม รวมถึงการกำหนดมาตรการในการจัดการ การป้องกันการเข้าถึงข้อมูลจากผู้ที่ไม่มีความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูล

3) การเข้าถึงข้อมูลและการดูแลความถูกต้องของข้อมูล (Access and Accuracy)

- ความโปร่งใส คือ หน่วยงานที่เก็บรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพต้องแจ้งรายละเอียดในการจัดเก็บข้อมูล วัตถุประสงค์ในการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงสิทธิของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล
- บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพของตนได้ทันที และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆเพิ่มเติม
- บุคคลสามารถเข้าไปแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลของตนให้มีความถูกต้องทันสมัยได้เมื่อจำเป็น
- หน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูลควรบริหารจัดการให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและถูกต้อง

4) การใช้ข้อมูล (Use)

หน่วยงานใดๆ สามารถนำข้อมูลทางสุขภาพไปใช้เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น หากการนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้นอกวัตถุประสงค์ตามที่แจ้งไว้ในตอนต้น จะต้องมีการขออนุญาตใช้ข้อมูล (Inform consent) นั้นๆ ด้วย

5) การเปิดเผยข้อมูล (Disclosure)

หน่วยงานใดๆ สามารถเปิดเผยข้อมูลทางสุขภาพเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเท่านั้น

6) การระบุดัตถ์ของบุคคล

- หน่วยงานผู้จัดเก็บข้อมูลสามารถใช้ข้อมูลที่ใช้ในการระบุดัตถ์ของบุคคลได้หากมีเหตุผลที่เหมาะสม หรือเพื่อให้มีการใช้ข้อมูลในการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ
- บุคคลสามารถเลือกที่จะปกปิดการระบุดัตถ์ในการรับบริการทางสุขภาพได้ ภายใต้กรอบของกฎหมาย และภายใต้การปฏิบัติที่เป็นไปได้

7) การเชื่อมต่อและการส่งต่อข้อมูล

การส่งต่อข้อมูลควรอยู่ในบริเวณที่กฎหมายของประเทศนั้นๆ ครอบคลุมถึง หากต้องส่งออกนอกเขตที่กฎหมายครอบคลุมจะต้องผ่านกระบวนการต่อไปนี้

- การขอความยินยอมจากบุคคลนั้น (Inform Consent)
- ข้อมูลในการส่งต่อนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการดำเนินการภายในหน่วยงานนั้นๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นหน่วยงานที่มีการจัดการเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล
- การส่งต่อข้อมูลนั้นๆ มีความจำเป็น เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าการส่งต่อนั้นเป็นไปตามความต้องการของบุคคลนั้น หรือเป็นไปเพื่อประโยชน์ของบุคคลนั้น

8) การจัดการข้อมูลที่กระทบความรู้สึกของบุคคล (Sensitive) (Consumer Partnership for eHealth, 2010)

หน่วยงานไม่ควรเก็บข้อมูลที่กระทบต่อความรู้สึกต่อบุคคล (Sensitive) ยกเว้น

- ได้รับการอนุญาตจากเฉพาะบุคคลแล้ว
- การรวบรวมข้อมูลนั้นเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

- การรวบรวมข้อมูลนั้นมีความจำเป็นเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่คุกคามต่อชีวิตโดยพิจารณาเป็นรายกรณี
- บุคคลนั้นบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือด้านกฎหมาย จนไม่สามารถให้อนุญาตในการเก็บข้อมูลได้
- ไม่สามารถสื่อสารเพื่อให้อนุญาตได้
- กรณีที่เป็นการเก็บข้อมูลจากองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร
- เป็นการเก็บข้อมูลที่จำเป็นเพื่อผลประโยชน์แก่สาธารณะหรือเพื่อการดำเนินการทางกฎหมาย

2. หลักด้านความปลอดภัยของข้อมูล (Security)

หลักด้านความปลอดภัย หมายถึง ระบบการป้องกันข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยมุมมอง 3 ด้าน (Office of the National Coordinator for Health Information Technology, 2008) ได้แก่

- 1) **การเป็นความลับ (Confidentiality)** คือ สิทธิส่วนตัวของบุคคลที่จะได้รับการปกป้องข้อมูลจากการจัดเก็บและแบ่งปันข้อมูล โดยกำหนดให้เฉพาะบุคคลที่มีอำนาจในการเข้าถึงข้อมูลที่กำหนดเท่านั้น
- 2) **ความสมบูรณ์ (Integrity)** คือ ความถูกต้องสมบูรณ์ในการรวบรวม บันทึก และแก้ไขข้อมูลจากผู้ที่มีอำนาจในการควบคุมแก้ไขข้อมูล เช่น ผู้ป่วยเจ้าของข้อมูล หรือแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งควรมีการจัดทำข้อกำหนดการบันทึกและทำลายข้อมูลไว้ด้วย
- 3) **ความพร้อมใช้งาน (Availability)** คือ คุณสมบัติของระบบข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายเมื่อมีความต้องการที่จะใช้ข้อมูลจากผู้ที่มีอำนาจในการเข้าถึง

3. หลักการจัดการข้อมูลที่เป็นความลับหรือสามารถกระทบความรู้สึกของบุคคล (Sensitive Data)

ข้อมูลของผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็น ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่กระทบต่อความรู้สึกของบุคคล คือ

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data) อาจหมายถึง ข้อมูลในบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลธรรมดาที่มีชีวิตอยู่ ซึ่งสามารถถูกระบุตัวบุคคลโดยอาศัยข้อมูลจากผู้ป่วยเองหรือโดยอาศัยข้อมูลอื่นที่ผู้ควบคุมข้อมูล (Data controller) ดูแลอยู่ เป็นข้อมูลที่สามารถได้รับการปกป้อง ซึ่งรวมถึง ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางร่างกายและจิตใจของบุคคลตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และอนาคต แผนการการจัดการสุขภาพของบุคคล และการบริหารค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของบุคคล
- 2) ข้อมูลส่วนบุคคลประเภทที่กระทบต่อความรู้สึก (Sensitive data) หมายถึง ข้อมูลที่ถือว่าเป็นเรื่องเฉพาะตัว (Intimate) ของบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูลเฉพาะ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่พึงประสงค์ที่จะให้มีการเผยแพร่ จัดเป็นข้อมูลสำคัญที่ถือว่าเป็นความลับอย่างมาก ไม่สามารถแพร่กระจายออกสู่ภายนอกได้ เป็นข้อมูลที่อ่อนไหวได้ง่าย เสียหายหรือสามารถสร้างความเสียหายได้ง่าย ตัวอย่างเช่น ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ข้อมูลส่วนบุคคลทางด้านสุขภาพ ลักษณะพิการทางกาย พฤติกรรมหรือรสนิยมทางเพศ (ปรับจาก Marang, 2014; อดิสรประเสริฐ, 2009) อาจเรียกว่า “ข้อมูลที่เป็นความลับ” หรือ “ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว” หรือ “ข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน”

การจะตัดสินว่าข้อมูลใดอ่อนไหว (Sensitive) หรือไม่ ขึ้นอยู่กับ บุคคล (subjective) รวมถึง สถานการณ์และ/หรือบริบทที่เกี่ยวข้องของบุคคล เช่น วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ชีวิตส่วนตัว สภาพทางสุขภาพและอารมณ์ของบุคคลนั้นๆ ข้อมูลเหล่านี้ควรได้รับการป้องกันการรั่วไหลเพื่อธำรงความเป็น ส่วนตัว และความมั่นใจในความปลอดภัยของข้อมูลภายใต้กฎหมายระเบียบในระดับหน่วยงานและ ระดับประเทศ ตัวอย่างของข้อมูลที่สามารถกระทบความรู้สึกของบุคคล ได้แก่

- ประวัติการก่ออาชญากรรม การกระทำความผิดหรือถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิด การถูกดำเนินคดี
- ประวัติของการถูกทำร้ายร่างกาย มลทินทางสังคม
- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงถึงครอบครัว ผู้ว่าจ้าง สถานที่ทำงาน และอื่นๆ
- ความเป็นชนกลุ่มน้อย
- ความเชื่อทางศาสนา ลัทธิ ปรัชญา
- ความเห็นทางการเมือง ความเป็นสมาชิกพรรคการเมือง สหภาพแรงงาน สมาคมหรือองค์กรทาง ศาสนาหรือปรัชญา
- ข้อมูลเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetics)
- สภาพทางจิต (Mental health)
- ประวัติการใช้สารเสพติด
- ข้อมูลที่บ่งชี้บุคคล (Identifiable Information)

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยให้รวบรวมข้อมูลในชีวิตประจำวันของบุคคลมีความสะดวกรวดเร็ว และมีการนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในหลายวัตถุประสงค์ เช่น ส่งเสริมการขายของกลุ่มธุรกิจ การให้บริการด้าน ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกส่วนบุคคล ดังนั้น การรวบรวมและเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเหล่านี้ในระบบจึงมี ความเสี่ยงในการนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในทางที่ผิดหรือรั่วไหลออกไปยังบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง เนื่องจากข้อมูลทาง สุขภาพนั้นเป็นข้อมูลที่มีอ่อนไหวและเป็นเรื่องส่วนบุคคลของผู้ป่วย แต่ก็มีความสำคัญต่อการตัดสินใจในการ ให้การรักษาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ การบันทึกข้อมูลสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถ เข้าถึงจากหลายๆ หน่วยบริการสุขภาพ จึงสร้างความกังวลกับผู้ออกแบบพัฒนาระบบและมีปัจจัยที่ควร คำนึงถึงเกี่ยวกับความปลอดภัยของข้อมูลและสิทธิขอบเขตในการเข้าถึงข้อมูล ต้องมีการกำหนดว่าใครเป็นผู้มี สิทธิในการแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูล และจะบ่งชี้ตัวบุคคลนั้นอย่างไร

ในการสร้างความเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกันควรมีการชี้แจงแก่ผู้ป่วยให้ ชัดเจนเกี่ยวกับกระบวนการการส่งต่อและแบ่งปันข้อมูล บอกความเสี่ยงของการที่ข้อมูลจะรั่วไหล วิธีการ จัดเก็บและจัดการของระบบ โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นความลับหรือสามารถจะกระทบความรู้สึกของบุคคล (Sensitive data) จากนั้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะแบ่งปันข้อมูลส่วนไหน หรือในกรณีที่วิธีการจัดการ ของระบบไม่ทำให้ผู้ป่วยไวใจได้ ผู้ป่วยอาจตัดสินใจไม่แบ่งปันข้อมูลใดๆ เลยก็ได้ ซึ่งจัดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของ ผู้ป่วย

สำหรับหน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลที่มีความเสี่ยงดังกล่าว ควรมีการวางระบบการดูแลความปลอดภัยของ ข้อมูล โดยคำนึงถึงเรื่องสิทธิส่วนบุคคลในด้านข้อมูล (Privacy) และเรื่องการปกป้องความปลอดภัยของข้อมูล (Security) ควรมีการกำหนดกฎระเบียบในการดูแลข้อมูลภายใต้หน่วยงานของตนเอง เช่น หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลการใช้สารเสพติดมีการกำหนดกฎระเบียบในการดูแลข้อมูลภายใต้หน่วยงานของตน หรือ

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะทางจิต ก็มีการกำหนดแนวทางในการดูแลเช่นกัน เนื่องจากหากใช้กฎระเบียบเดียวกัน อาจเกิดความเสี่ยงที่ไม่สามารถกำหนดขอบเขตของการดูแลอย่างครบถ้วนครอบคลุม อีกทั้งในแต่ละหน่วยงานอาจมีแนวทางหรือกระบวนการทำงานที่ไม่สอดคล้องกัน ขอบเขตของการดูแลรับผิดชอบต่างกันตามบริบทที่ต่างกันไป (Consumer Partnership for eHealth, 2010)

ทั้งนี้ จากการสำรวจ พบว่า แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่พูดคุยให้คำแนะนำในการรักษากับผู้ป่วยโดยตรงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลนั้นไวใจได้มากน้อยแค่ไหน (Allemann et al., 2014; Consumer Partnership for eHealth, 2010; University of Michigan, 2013) โดย Markle's Foundation ได้เสนอหลักการกว้างๆ เพื่อจัดการความเสี่ยงในการรั่วไหลของข้อมูลที่เป็นความลับหรืออาจจะกระทบต่อความรู้สึก (Sensitive) ของผู้ป่วยได้ เรียกว่า Fair Information Practice (FIP) (Consumer Partnership for eHealth, 2010) (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 หลักการและตัวอย่างในการจัดการข้อมูลที่เป็นความลับ

หลักการ	ตัวอย่าง
เปิดเผยและโปร่งใส (Openness and transparency) ผู้ป่วยมีสิทธิ์จะทราบกระบวนการรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของตนเองได้ สามารถที่จะขอทราบว่าใครเข้าไปดูข้อมูลเหล่านั้นได้บ้าง และผู้ป่วยมีสิทธิควบคุมบุคลากรและช่องทางเข้าถึงข้อมูลได้	- จัดหาบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลข้อมูลที่เป็นความลับ (Sensitive data) โดยเฉพาะ เพื่อเป็นผู้คอยให้คำแนะนำ และตอบคำถามเกี่ยวกับระบบการจัดการข้อมูล - ผู้ป่วยสามารถเข้าไปตรวจสอบได้ว่าใครเข้าถึง และสามารถแก้ไขข้อมูลของตนเองได้บ้าง
เพื่อวัตถุประสงค์ที่เจาะจง (Purpose specification) วัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลผู้ป่วยควรเจาะจงต่อเวลาที่เก็บข้อมูลนั้น และนำข้อมูลนั้นไปใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่เก็บข้อมูลนั้นมา หากจะมีการใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นควรมีเหตุผลในการนั้นด้วย	- ข้อมูลที่เป็นความลับไม่ควรถูกนำไปใช้ซ้ำ โดยผู้ป่วยไม่ยินยอม เช่น การใช้เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการซื้อประกันสุขภาพ - ข้อมูลที่เป็นความลับควรมีการสร้างรหัสบัญชี (User account) และรหัสผ่าน (Password) เพื่อให้สามารถระบุตัวบุคคลที่เข้าถึงข้อมูลได้ และสืบค้นได้ว่าบุคคลนั้นเข้าถึงข้อมูลได้มากน้อยเพียงใด
เก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น (Collection limitation and data minimization) การรวบรวมและเก็บรักษาข้อมูล ควรเก็บเฉพาะส่วนที่จำเป็นต้องใช้เพื่อวัตถุประสงค์นั้น ซึ่งเจ้าของข้อมูลควรรับรู้และยินยอมต่อการเก็บข้อมูลนั้นๆก่อน	ไม่ควรมีการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับ ยกเว้นเงื่อนไขบางประการ เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง บุคคลได้เพิ่มเงินเดือนซึ่งเป็นประโยชน์เฉพาะต่อบุคคลเจ้าของข้อมูลเอง
ใช้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น (Use limitation) โดยเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคล (Personal data)	
เพื่อความร่วมมือและการควบคุมส่วนบุคคล (Individual participation and control) ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ควบคุมการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองได้	- ผู้ป่วยต้องสามารถเป็นคนเปลี่ยนหรือตั้งค่าเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลตนเองได้ตลอดเวลา - เมื่อต้องการดูข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย ต้องมีการขออนุญาตและได้รับการยินยอมก่อนทุกครั้ง
เพื่อคุณภาพและความสมบูรณ์ของข้อมูล (Data quality and integrity) ข้อมูลส่วนบุคคลควรมีการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่สมบูรณ์ น่าเชื่อถือ และทันสมัยอยู่เสมอ	ผู้ป่วยต้องเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองได้ เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลถูกต้องจริงหรือไม่ และแก้ไขข้อมูลเพื่อความถูกต้องได้
เพื่อความน่าเชื่อถือและการควบคุมดูแล (Accountability and oversight) หน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลและควบคุมฐานข้อมูล ต้องควบคุมดูแลให้ข้อมูลส่วนบุคคลมีความน่าเชื่อถือและตรวจสอบได้	ควรมีการการบังคับใช้กฎหมายที่จะช่วยให้การใช้ข้อมูลที่เป็นความลับมีกลไกที่ดีพอ มีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ในกระบวนการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

4.4 ขอบเขตทางกฎหมายของระบบการบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลที่เป็นความลับ เป็นข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อนต่อการแพร่กระจายออกสู่สาธารณชน ดังนั้น หน่วยบริการทางสุขภาพควรดำเนินการโดยคำนึงถึงประเด็นด้านกฎหมายที่สำคัญ 3 ประเด็น ในการจัดการเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ (Goundrey-Smith, 2012) ได้แก่

4.4.1 การรักษาความลับของข้อมูล (Confidentiality)

ผู้ป่วยคาดหวังให้กระบวนการเก็บข้อมูลของตนโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นความลับ ซึ่งอาจมาจากเวชระเบียนในระหว่างการให้ข้อมูลพูดคุยกับแพทย์นั้นเป็นไปอย่างปลอดภัย และมั่นใจได้ว่าข้อมูลเหล่านั้นจะไม่รั่วไหลออกมา ไม่ว่าจะเป็นการรั่วไหลจากระบบ การรั่วไหลจากการบุคลากรที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการข้อกำหนดของหน่วยงาน หรือการรั่วไหลจากบุคคลอื่นๆ ที่ไม่มีอำนาจที่จะเข้าถึงข้อมูลเหล่านั้น เมื่อมีความจำเป็นต้องส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยจะต้องมีกระบวนการในการส่งต่อที่มีมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลรองรับ รวมถึงมาตรการรักษาความปลอดภัยนั้นต้องสอดคล้องตามที่กฎระเบียบของประเทศกำหนด ทั้งนี้การตัดสินใจของหน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลว่าจะแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยหรือไม่ ต้องมาจากการพิจารณาทั้งในด้านข้อดีคือการเพิ่มคุณภาพของการรักษา และข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นหากไม่แบ่งปันข้อมูลนั้นๆ โดยมุ่งเน้นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

4.4.2 การขอความยินยอมเจ้าของข้อมูลก่อนใช้ข้อมูล (Consent)

มีกฎระเบียบหลายฉบับที่กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเก็บข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้น แม้จะทำเพื่อนำข้อมูลมาสนับสนุนการให้บริการทางสาธารณสุข โดยการขอความยินยอมนั้นควรทำเป็นกระบวนการตั้งแต่การเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูล ตัวอย่างเช่น โดยในสหราชอาณาจักรมีกฎหมายที่เรียกว่า The Data Protection Act 1998 ที่กำหนดให้มีการขอความยินยอมจากคนไข้ โดยหลักการในการขอความยินยอมนั้นกำหนดให้ใช้ตามมาตรฐานที่สภาวิชาชีพแต่ละวิชาชีพกำหนด กรณีเภสัชกรให้ยึดตามที่สภาเภสัชกรรมอังกฤษกำหนด คือ The General Pharmaceutical Council Professional Standards เภสัชกรควรมีกระบวนการที่ชัดเจนในการขอความยินยอมเพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการบริการทางเภสัชกรรมซึ่งควรเป็นข้อมูลที่อยู่ในขอบเขตที่สมควรไม่ละเมิดกฎหมาย ตัวอย่างเช่น เมื่อเภสัชกรจ่ายยาแก่ผู้ป่วย เภสัชกรมีความรับผิดชอบทางกฎหมายในการสร้างบันทึกการจ่ายยาแต่ละครั้ง และต้องแสดงใบสั่งยาแก่ผู้ป่วยตามสิทธิของประชาชนซึ่งอ้างอิงตามหลักการกระบวนการขอความยินยอม อย่างไรก็ตามการบริการทางเภสัชกรรมใดๆ นอกจากการจ่ายยาที่ต้องบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ (ซึ่งมักต้องใช้ข้อมูลในการระบุตัวผู้ป่วย) ต้องมีกระบวนการในการขอความยินยอมในการบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยด้วย

4.4.3 การแสดงความรับผิดชอบ (Liability)

การบันทึกข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยถือเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้มั่นใจในคุณภาพของการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปัจจุบันเวชกรรมมีบทบาทใหม่ๆ เพิ่มขึ้นในการบริหารทางเวชกรรมแก่ผู้ป่วย มีการตัดสินใจเชิงคลินิกมากขึ้น และต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้น เวชกรรมบางส่วนอาจยังไม่เคยชินต่อการบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เวชกรรมควรเข้าใจว่าการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาอันถือว่ามีความผิดเช่นกัน เพราะข้อมูลถือเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย และเป็นข้อมูลในการนำมาประกอบการพิจารณาตีความการฟ้องร้องเกิดขึ้น

ประเด็นหลักเกี่ยวกับเรื่องการแสดงความรับผิดชอบนี้ คือ ความกังวลเรื่องการใช้ข้อมูลจากบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย หากมีข้อมูลในบันทึกสุขภาพหรือเวชระเบียนที่เก็บที่ส่วนกลางก็ควรมีการเข้าถึงโดยบุคลากรทางการแพทย์ได้ตลอดเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการข้อมูล เพื่อช่วยในการประกอบการตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาล โดยเวชกรรมผู้ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอาจจะเข้าถึงข้อมูลส่วนนี้ได้ยาก หรืออาจมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงในเชิงเทคนิค ในขณะเดียวกัน ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพก็ควรมีการกำหนดแนวทางในการประเมินเรื่องการรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ในการเข้าถึงหรือใช้ข้อมูลด้วย เพื่อเป็นการป้องกันรักษาความลับของผู้ป่วย (Goundrey-Smith, 2012)

4.5 กฎระเบียบสากลด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล

การเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยให้เป็นความลับ มีการกล่าวถึงหลักการเรื่องสิทธิส่วนบุคคลในด้านข้อมูล (Privacy) และการวางมาตรการเพื่อดูแลความปลอดภัยด้านข้อมูลในระดับสากลไว้ด้วย ได้แก่

4.5.1 Health Insurance Portability and Accountability Act

(HIPAA Law) 1996 (ประเทศสหรัฐอเมริกา)

หน่วยงาน Health and Human Services (HHS) ได้จัดทำพระราชบัญญัติ “Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)” เพื่อคุ้มครองข้อมูลทางสุขภาพของบุคคลภายในสหรัฐอเมริกา มีประเด็นที่สำคัญเรียกว่า Privacy Rule ซึ่งมีเป้าหมายในการคุ้มครองการแลกเปลี่ยน หรือส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพของบุคคลเพื่อการรักษาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังคำนึงถึงคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลด้านข้อมูลด้วย โดยมาตรการการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลนี้หน่วยงาน (Covered entities) ที่อยู่ภายใต้มาตรการนี้ต้องมีข้อกำหนดในการใช้ และการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่เรียกว่า “ข้อมูลทางสุขภาพที่ต้องได้รับการคุ้มครอง (Protected Health Information)” โดยหน่วยงานต้องมีมาตรฐานในการจัดการสิทธิในการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อให้บุคลากรเกิดความเข้าใจและเพื่อควบคุมการใช้ข้อมูล โดยมีหน่วยงาน Office for Civil Rights (OCR) ทำหน้าที่กำกับดูแลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ (Masys, 2004; Office of Civil Rights, 1996, 2003)

วัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัตินี้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจว่าข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลจะได้รับการปกป้องตามหลักสิทธิส่วนบุคคลในระหว่างการแลกเปลี่ยนของข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลเหล่านี้ช่วยสนับสนุนการให้บริการทางสุขภาพที่ดี โดยพระราชบัญญัตินี้จะช่วยรักษาสมดุลระหว่างการอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลเพื่อใช้ข้อมูล (Accessibility) และการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลและการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (Privacy & Security) อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัตินี้ยังออกแบบให้มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่หลากหลายของการใช้ข้อมูลอีกด้วย (Office of Civil Rights, 2003)

โดย HIPAA Act ได้กำหนดมาตรการเรื่องสิทธิส่วนบุคคลในด้านข้อมูล (Privacy rule) และมาตรการเรื่องการปกป้องความปลอดภัยของข้อมูล (Security rule) (Masys, 2004; Office of Civil Rights, 2003) ไว้ดังนี้

มาตรการเรื่องสิทธิส่วนบุคคลในด้านข้อมูล (Privacy rule) HIPPA Act ได้กำหนดรายละเอียดสำหรับผู้ป่วยและหน่วยงานไว้ คือ

- 1) การมอบสิทธิส่วนบุคคล HIPPA มีการให้สิทธิส่วนบุคคลในเรื่องต่อไปนี้
 - 1.1. การจดข้อความเกี่ยวกับแผนการรักษาสุขภาพของตน (ซึ่งอาจเป็นข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือจากผู้วางแผนค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพ)
 - 1.2. การตรวจสอบ และคัดลอกข้อมูลทางสุขภาพของตน
 - 1.3. การได้รับบันทึกเอกสารข้อมูลสุขภาพของตนที่มีการเปิดเผย
 - 1.4. การขอเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเพื่อแก้ไขข้อมูล
 - 1.5. การขอเข้าระบบเพื่อแก้ไขบทสนทนา (ในกรณีที่คำร้องมีเหตุผลเพียงพอ)
 - 1.6. การขอให้มีการจำกัดการใช้ การเปิดเผยข้อมูลทางสุขภาพของตน
 - 1.7. การเสนอแนะหน่วยงานถึงความบกพร่องในหน้าที่แก่ HHS
- 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางสุขภาพ HIPPA กำหนดให้หน่วยงานต้องปฏิบัติ ดังนี้
 - 2.1. มีระบบการแจ้งเตือนของผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลส่วนที่ควรต้องปกปิด เพื่อใช้ในการรักษา การจัดการค่าใช้จ่าย และการผ่าตัดใดๆ
 - 2.2. มีระบบการจัดการเกี่ยวกับอำนาจพิเศษในการเข้าถึงข้อมูลส่วนที่ต้องปกปิด
 - 2.3. มีแผนเฉพาะขององค์กรในการดูแลสิทธิส่วนบุคคลด้านข้อมูล
 - 2.4. มีนโยบายและแผนงานรองรับการคุ้มครองสิทธิด้านข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการรับฟังคำติชม และข้อเสนอแนะจากผู้ให้บริการ
 - 2.5. จัดการอบรมพนักงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิทธิส่วนบุคคลด้านข้อมูลแก่พนักงานที่เกี่ยวข้อง
 - 2.6. มีการกำหนดบทลงโทษแก่ผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามหลักการ หรือบกพร่องในหน้าที่ ในการควบคุมสิทธิส่วนบุคคลด้านข้อมูลสุขภาพ
 - 2.7. มีระบบการบริหารจัดการที่เหมาะสม เพื่อรองรับการรักษาสิทธิส่วนบุคคลด้านข้อมูล ทั้งในเชิงเทคนิคและเชิงโครงสร้าง
 - 2.8. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กล่าวมาข้างต้นได้ครบทุกประการ

มาตรการเรื่องการปกป้องความปลอดภัยของข้อมูล (Security rule)

โดย HIPAA Act ได้กำหนดหน้าที่ของหน่วยงานที่ต้องมีการเก็บรวบรวม จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลทางสุขภาพว่าควรมีหน้าที่ต่อไปนี้ คือ

- 1) มีข้อมูลพร้อมเมื่อมีความต้องการใช้ (Information Availability)
- 2) ป้องกันผู้ที่ไม่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล (Protection against unauthorized) ไม่ให้เข้าถึง แก้ไข ลบ หรือส่งต่อข้อมูล ดังรายละเอียด

2.1. เข้าถึงข้อมูล (Access)

HIPPA Act ได้อนุญาตว่านอกเหนือจากเจ้าของข้อมูลผู้ที่มีสิทธิในการเข้าถึง คัดลอก และแก้ไขข้อมูลของตนแล้ว หน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลสามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนที่หน่วยงานใช้เพื่อการตัดสินใจในการรักษา หรือเพื่อจัดการบริหารกองทุนเพื่อสุขภาพของบุคคลได้ โดยยกเว้นข้อมูลส่วนที่สามารถกระทบต่อความรู้สึกของบุคคล (Sensitive data) ได้แก่ แบบบันทึกเกี่ยวกับสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์บางอย่างตามที่ถูกระเบียบ Clinical Laboratory Improvement Act (CLIA) ห้ามเข้าถึง ทั้งนี้ หน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลมีอำนาจในการเป็นผู้พิจารณาให้อนุญาตหรือไม่อนุญาตแก่ผู้ขอใช้ข้อมูล กรณีที่การเข้าถึงข้อมูลนั้นอาจมีผลเสียต่อบุคคลนั้นเอง หรือบุคคลรอบข้าง บุคคลเจ้าของข้อมูลต้องเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะให้ผู้ขอใช้ข้อมูลเข้าถึงข้อมูลนั้นๆ หรือไม่

2.2. แก้ไขข้อมูล (Alteration)

บุคคลสามารถเข้าไปแก้ไขข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ถูกต้องได้ โดยต้องมีการแสดงความจำนงพร้อมทั้งเหตุผลในการเข้าไปแก้ไขข้อมูลก่อน หากหน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลให้สิทธิแก่บุคคลใดๆ ในการเข้าไปแก้ไขข้อมูล ต้องมีกระบวนการในการระบุตัวตนของบุคคลผู้เข้าไปแก้ไขข้อมูล โดยผู้ที่เข้าไปแก้ไขข้อมูลต้องเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้อมูลนั้นๆ หากหน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลปฏิเสธการอนุญาตแก่บุคคลใดในการแก้ไขข้อมูลอาจมีกระบวนการการชี้แจงเหตุผลเป็นลายลักษณ์อักษรและยินยอมให้บุคคลนั้นส่งเรื่องเข้ามาร้องเรียนหน่วยงานได้ (หากบุคคลไม่เห็นด้วยกับเหตุผลที่หน่วยงานชี้แจง) ในกรณีที่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องแจ้งเรื่องการแก้ไขข้อมูลของบุคคลเข้ามา หน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลจะทำการแก้ไขข้อมูลเฉพาะในส่วน of ข้อมูลที่ตนถือครองอยู่เท่านั้น

2.3. ลบหรือทำลายข้อมูล (Deletion)

2.4. ส่งหรือแลกเปลี่ยนข้อมูล (Transmission)

- 3) ตรวจสอบข้อมูล (Monitoring; Audit trails) หน่วยงานผู้เก็บข้อมูลทางสุขภาพ ควรดำเนินการต่อไปนี้
 - ประเมินความเสี่ยงของระบบสารสนเทศของตน
 - ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จากความไม่ปลอดภัยในข้อมูล และจากการเข้าถึงข้อมูลของผู้ที่ไม่มีสิทธิในการเข้าถึง
 - ระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของหน่วยงานนั้นๆ
 - ควรปลูกฝังให้บุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติตามขั้นตอนและระเบียบในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล

หลักการในการขอใช้และขอเปิดเผยข้อมูล

วัตถุประสงค์หลักของมาตรการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล คือ เพื่อระบุและจำกัดขอบเขตในการปกป้องข้อมูลทางสุขภาพของบุคคล โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เว้นจาก

- เมื่อมีเงื่อนไขที่สมควร หรือมีเงื่อนไขตามที่กำหนดให้เปิดเผยได้
- เมื่อเจ้าของข้อมูลอนุญาต

ทั้งนี้หน่วยงานสามารถเปิดเผยข้อมูลแก่หน่วยงานผู้ขออนุญาตและมีอำนาจในการเข้าถึงข้อมูลนั้นเท่านั้น (Office of Civil Rights, 2003)

หลักการในการส่งต่อข้อมูล

หน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลของบุคคล (Covered entity) เป็นหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตในการใช้ และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของบุคคลได้โดยไม่จำเป็นต้องขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลจากผู้ป่วย โดยการนำข้อมูลไปใช้ควรอยู่ภายใต้วัตถุประสงค์ (Office of Civil Rights, 2003) คือ

- 1) เพื่อให้ข้อมูลแก่บุคคลเจ้าของข้อมูลเอง
- 2) เพื่อใช้ในการรักษาและการจัดการระบบกองทุนสุขภาพ

หน่วยงานผู้ดูแลข้อมูล อาจใช้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อสนับสนุนกระบวนการการรักษา การจัดการกองทุนสุขภาพของบุคคลภายในหน่วยงานตนเอง หรืออาจเปิดเผยข้อมูลแก่หน่วยงานที่ให้บริการทางสุขภาพ หรือหน่วยงานอื่นที่จัดการกองทุนสุขภาพของบุคคลได้ หากกระทำเพื่อเพิ่มคุณภาพในการรักษา เพื่อตรวจสอบการนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิด เพื่อสนับสนุนให้บุคคลเพิ่มความร่วมมือในการดูแลตนเอง โดยบุคคลเจ้าของข้อมูลต้องรู้จัก หรือทราบว่าหน่วยงานเหล่านี้อาจมาขอเพื่อใช้หรือได้รับข้อมูลของตนได้

แต่การเปิดเผยข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้เพื่อการรักษาเกี่ยวข้องกับข้อมูลที่สามารถกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลได้ (Sensitive data) เช่น ข้อมูลการรักษาหรือสุขภาพจิต ต้องมีการขออนุญาตเพื่อใช้หรือเพื่อเปิดเผยข้อมูลก่อน โดยแนวทางการขออนุญาตอาจเป็นได้ดังนี้

- 1) ภายใต้สถานการณ์ที่คาดว่าจะได้รับอนุญาตในการเข้าถึงข้อมูล

การขออนุญาตเพื่อเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล อาจเป็นการขออย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ การขอด้วยปากเปล่า หรือในบางสถานการณ์ที่คาดว่าบุคคลนั้นๆ น่าจะอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลได้ เนื่องจากบุคคลนั้นอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถให้อนุญาตได้ หรืออยู่ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นต้น

- 2) หน่วยงานผู้ดูแลข้อมูล (Covered entity) สามารถใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลได้หากมีการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลด้านข้อมูลตามหลักการของ HIPAA Act และมีเหตุที่เหมาะสมตามที่กำหนด (minimum necessary) ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ผู้ดูแลข้อมูลส่วนบุคคลต้องใช้ เปิดเผย หรือ ขอใช้ข้อมูลในปริมาณที่น้อยที่สุดที่จำเป็นเพื่อปกป้องสิทธิส่วนบุคคลในด้านข้อมูล ทั้งนี้หน่วยงานผู้ดูแลข้อมูลต้องมีการกำหนดนโยบาย หลักการ ในการใช้ แลกเปลี่ยน ข้อมูลตามหลักการของการใช้ข้อมูลตามเหตุที่เหมาะสม โดยการใช้ข้อมูลนี้ต้องมีการระบุวัตถุประสงค์ในการใช้ ขอบ่งใช้หรือการเปิดเผยข้อมูลอย่างครบถ้วนชัดเจน ยกเว้นกรณี (Office of Civil Rights, 1996, 2003)

- การส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพเพื่อการรักษา
- ส่งต่อข้อมูลแก่เจ้าของข้อมูล หรือผู้รับมอบอำนาจ
- เป็นการดำเนินการตามคำสั่งของผู้ที่มีอำนาจในการสั่งการ
- ส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานกำกับดูแล เช่น หน่วยงาน HHS ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในกรณีมีการร้องเรียนหน่วยงานเพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้อง หรือแก้ไขข้อบกพร่องของระบบ
- กระทำตามกระบวนการทางกฎหมายตามคำสั่งของศาลยุติธรรม

3) เพื่อประโยชน์สาธารณะ

การเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ หรือประเด็นที่เป็นที่สนใจต่อสาธารณะ อาจไม่ต้องขออนุญาตในการเปิดเผยข้อมูล ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องพิจารณาเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ผลประโยชน์สาธารณะและสิทธิส่วนบุคคลก่อนการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ

4) การใช้ข้อมูลบางส่วนในการทำการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางสาธารณสุข

ในประเทศสหรัฐอเมริกาอนุญาตให้นักวิจัยใช้ข้อมูลทางสุขภาพของบุคคลในการศึกษาวิจัยได้ หากมีใช้วิทยาการวิจัย (Research design) ในการทำให้ข้อมูลนั้นไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้โดยตรง ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยนั้นควรเป็นงานที่มีประโยชน์ต่อสาธารณชนในเชิงสุขภาพ นโยบายการจัดการทางสุขภาพ (Health policy) รวมถึงการออกแบบงานวิจัยให้มีระบบการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ นักวิจัย หน่วยงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ต้องตัดสินใจและใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจอนุญาตให้ผู้ใด หรือหน่วยงานใดเข้าถึงเพื่อใช้หรือเปิดเผยข้อมูลบนรากฐานของจริยธรรมของการวิจัยและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ด้วย (Benson, 2010; Office of Civil Rights, 2003)

4.5.2 Data Protection Act 1998 (ประเทศอังกฤษ)

การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลในประเทศอังกฤษ อาศัยหลักการ 8 หลักการ ได้แก่

- ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกประมวลผลอย่างเป็นธรรมและถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงเงื่อนไขที่สามารถประมวลผลได้ (The Official Home of UK Legislation, 1998; ยอดมณี, 2548) คือ
 - ข้อมูลส่วนบุคคล (Personal data) ต้องเป็นไปตามเงื่อนไข (ข้อใดข้อหนึ่ง)
 - 1.1.1. เจ้าของข้อมูลยินยอมในกระบวนการ
 - 1.1.2. กระบวนการนั้นมีความจำเป็นทางกฎหมาย เพื่อการปฏิบัติตามข้อผูกพันทางกฎหมายของผู้ดูแลข้อมูล
 - 1.1.3. กระบวนการนั้นกระทำเพื่อคุ้มครองประโยชน์สำคัญต่อชีวิตของเจ้าของข้อมูล หากเจ้าของข้อมูลไม่สามารถให้ความยินยอมได้ หรือเพื่อเป็นประโยชน์ต่อชีวิตของผู้อื่นซึ่งคาดหมายได้ว่าเจ้าของข้อมูลอาจไม่ยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล
 - 1.1.4. กระบวนการนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อการดำเนินคดีตามกฎหมาย หรือเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ทางกฎหมาย
 - 1.1.5. เพื่อวัตถุประสงค์อันชอบธรรมของกฎหมายของผู้ดูแลข้อมูล เว้นแต่จะเป็นการก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิเสรีภาพของเจ้าของข้อมูล

- 1.2. กรณีข้อมูลที่กระทบความรู้สึก (Sensitive data) ต้องเป็นไปตามเงื่อนไข (ข้อใดข้อหนึ่ง)
 - 1.2.1. ได้รับการยินยอมอย่างชัดแจ้งจากเจ้าของข้อมูล
 - 1.2.2. เป็นประโยชน์เพื่อคุ้มครองชีวิตเจ้าของข้อมูล หากเจ้าของข้อมูลไม่สามารถให้ความยินยอมได้ หรือเพื่อเป็นประโยชน์ต่อชีวิตของผู้อื่นซึ่งคาดหมายได้ว่าเจ้าของข้อมูลอาจไม่ยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล
 - 1.2.3. เป็นการปฏิบัติภายใต้กฎหมาย เพื่อวัตถุประสงค์ในการใช้หรือการดำเนินการตามสิทธิ หน้าที่ ซึ่งกฎหมายให้อำนาจแก่ผู้ดูแลข้อมูล
 - 1.2.4. เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่เจ้าของข้อมูลเป็นผู้เปิดเผยแก่สาธารณะด้วยเจตนาของเจ้าของข้อมูลเอง
 - 1.2.5. การดำเนินการของข้อมูลนั้นมีความจำเป็นทางกฎหมาย
 - 1.2.6. การดำเนินการนั้นมีวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ เพื่อการวิจัย การวินิจฉัยโรค การเตรียมการดูแลรักษา การป้องกันทางการแพทย์ และเพื่อการจัดการให้การบริการทางสุขภาพ

โดยในการเข้าสู่กระบวนการใดเจ้าของข้อมูลต้องได้รับการแจ้งข้อมูล ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลนั้น ข้อมูลที่สามารถระบุถึงบุคคลได้ ข้อมูลเกี่ยวกับตัวตนของหน่วยงานผู้ดูแลข้อมูล และข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ยกเว้นกรณีและผู้ดูแลข้อมูลไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าของข้อมูลโดยตรง หรือเมื่อการดำเนินการแจ้งข้อมูลแก่เจ้าของข้อมูลต้องใช้ความพยายามเกินสมควร โดยพิจารณาเปรียบเทียบจากค่าใช้จ่ายและเวลาของผู้ดูแลข้อมูลกับความเสียหายที่จะเกิดหากเจ้าของข้อมูลไม่ได้รับแจ้งข้อมูลเบื้องต้นก่อนดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับข้อมูล

- 2) ข้อมูลส่วนบุคคลต้องได้มาโดยวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ (หนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งวัตถุประสงค์) และดำเนินการสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลดังกล่าว ทั้งนี้ผู้ดูแลข้อมูลต้องทำให้เจ้าของข้อมูลรับรู้ เข้าใจวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลโดยการทำหนังสือชี้แจงแจ้งไปยังเจ้าของข้อมูล
- 3) ข้อมูลส่วนบุคคลต้องเพียงพอ และไม่มากเกินไปกว่าวัตถุประสงค์ของการดำเนินการข้อมูล โดยผู้ดูแลข้อมูลต้องไม่เก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าของข้อมูลเกินความจำเป็น หรือเกินวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้การดำเนินการนั้นมีความถูกต้อง ทั้งนี้ผู้ดูแลควบคุมข้อมูลควรพิจารณารูปแบบการเก็บข้อมูลกรณีต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลของบุคคลนั้นเพียงพอ และตอบสนองวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
- 4) ข้อมูลส่วนบุคคลต้องมีความเที่ยงตรง และทันสมัยหากจำเป็น โดยผู้ดูแลข้อมูลต้องกำหนดวิธีการและมาตรการในการตรวจสอบข้อมูล และมีการปรับปรุง (update) ข้อมูลอยู่เสมอเพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ
- 5) การจัดเก็บข้อมูลไม่นานเกินความจำเป็นหรือนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในครั้งแรก โดยผู้ควบคุมข้อมูลอาจพิจารณาว่าข้อมูลแต่ละประเภทควรมีการตรวจสอบความถูกต้องอย่างไร และเก็บไว้นานเท่าไร เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการปฏิบัติ (Standard operating procedure, SOP) ในหน่วยงาน กรณีที่ผู้ดูแลข้อมูลต้องการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลไว้นานกว่าที่กำหนดไว้ ต้องมีเอกสารชี้แจงเหตุผลในการเก็บข้อมูลที่เพิ่มเติมของระยะเวลานั้นๆ ไว้

- 6) ข้อมูลส่วนบุคคลต้องเข้าสู่การดำเนินการ หรือได้รับการประเมินผลอย่างสอดคล้องกับสิทธิของเจ้าของข้อมูลภายใต้กฎหมาย Data Protection Act 1998 คือ ผู้ควบคุมข้อมูลจะต้อง
 - 6.1. ไม่ละเมิดสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล
 - 6.2. ปฏิบัติตามคำร้องขอของเจ้าของข้อมูลอย่างสมเหตุสมผลเมื่อมีคำร้องให้ยุติการประมวลผลใดๆ
 - 6.3. ปฏิบัติตามคำร้องขอของเจ้าของข้อมูลเพื่อการประมวลผลทางการตลาด
 - 6.4. ปฏิบัติตามการตัดสินใจโดยอาศัยการประมวลผลของเครื่องมือ และแจ้งเจ้าของข้อมูลให้ทราบถึงการตัดสินใจนั้น
- 7) วางมาตรการทางเทคนิคอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันและจัดการไม่ให้เกิดการประมวลผลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือมีการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย เพื่อป้องกันการสูญหาย ความเสียหาย แก่ข้อมูลและเจ้าของข้อมูล ผู้ดูแลข้อมูลต้องมีความระมัดระวังในการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล รวมถึงมีมาตรการรองรับเพื่อให้เจ้าของข้อมูลมั่นใจได้ว่าข้อมูลส่วนบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
- 8) ข้อมูลส่วนบุคคลต้องไม่ถูกส่งต่อไปยังประเทศที่อยู่นอกเขตอำนาจ European Economic Area (EEA) เว้นแต่ประเทศหรือดินแดนนั้นได้มีการรับรองว่ามีการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของเจ้าของข้อมูลเพียงพอ หรือยกเว้นกรณีต่อไปนี้
 - 8.1. ได้รับการยินยอมจากเจ้าของข้อมูลเอง
 - 8.2. การส่งต่อข้อมูลนั้นมีความจำเป็น เพื่อการดำเนินการตามสัญญา การดำเนินการภายใต้กฎหมาย หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะ

4.6 การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ขอให้หน่วยบริการสุขภาพที่มีบุคลากรผู้ที่มีทักษะเหมาะสม มีทรัพยากรเครื่องมือเพียงพอมาช่วยบริหารจัดการผู้ป่วยให้มีอาการคงที่หรือดีขึ้น และเพื่อตอบสนองต่อจุดมุ่งหมายสูงสุด คือ มีการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2014)

1. ลักษณะของระบบการส่งต่อผู้ป่วย มี 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การส่งต่อจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปยังระดับที่สูงขึ้น (ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีเครื่องมือที่เพียงพอและเหมาะสมมากกว่า มักจะกระทำในกรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยมีอาการหรือมีแนวโน้มอาการที่จะรุนแรงมากขึ้น และหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมเพียงพอ
- 2) การส่งต่อจากหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงกว่า (ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ) ไปยังระดับปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามดูแลอาการของผู้ป่วยต่อจากบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงของการพักฟื้น (Rehabilitation) หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือสภาวะของโรคที่สามารถควบคุมให้คงที่ได้ ทั้งนี้ ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลควรได้รับคำแนะนำด้านการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่บ้านบางส่วนเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เหมาะสม ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนการใช้ยาอย่างถูกต้อง และได้รับการติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ในแต่ละประเทศอาจแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่อไปนี้ (WHO, 2014)

- 1) ปัจจัยด้านระบบสุขภาพของประเทศ (Health systems determinants) ได้แก่
 - ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Capabilities of lower levels)
 - ความเพียงพอของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเฉพาะด้าน (Availability of specialized personnel)
 - ศักยภาพในการฝึกอบรมและสร้างบุคลากร (Training capacity)
 - โครงสร้างองค์กรที่ให้บริการในระบบสุขภาพนั้นๆ (Organizational arrangements)
 - ข้อควรคำนึงอื่นๆ ในด้านวัฒนธรรม การเมือง และประเพณีของประเทศนั้นๆ (Cultural issues, political issues, and traditions)
- 2) ปัจจัยทั่วไป (General determinants) เช่น
 - จำนวนประชากรและความหนาแน่นของประชากร
 - ภูมิประเทศ การกระจายตัวของหน่วยบริการสุขภาพ และระยะทางระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล
 - รูปแบบการระบาดของโรค
 - ศักยภาพในการเสียค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วย

3. องค์ประกอบของระบบการส่งต่อ

องค์ประกอบของระบบการส่งต่อ จะประกอบด้วย ระบบสุขภาพของประเทศ หน่วยบริการผู้ส่ง หน่วยบริการผู้รับ กระบวนการส่งต่อผู้ป่วย และโครงสร้างการควบคุมดูแล รายละเอียดดังนี้

1) ระบบสุขภาพของประเทศ

1.1. หน่วยบริการสุขภาพและคุณภาพของการบริการ (ภาครัฐและภาคเอกชน)

ความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการระหว่างหน่วยงานผู้ดูแลสุขภาพ กระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นที่ยอมรับระหว่างหน่วยงาน และการดำเนินการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการการส่งต่อสามารถทำงานได้ดี ระบบที่ดีควรมีลักษณะดังนี้

- หน่วยงานแต่ละระดับ แต่ละประเภทหน่วยงาน ต้องมีความเข้าใจในบทบาท ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดของหน่วยงานตนอย่างชัดเจน
- บุคลากรทางการแพทย์รับทราบเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามทรัพยากรที่หน่วยงานตนมี
- หน่วยงานผู้ดูแลผู้ป่วยมีกระบวนการการสื่อสาร และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกันอย่างเหมาะสม

ปัญหาที่มักพบในระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ คือ การที่ผู้ป่วยข้ามระดับ หรือไม่เข้ารับบริการการรักษาพยาบาลเริ่มต้นจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แต่ไปเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในระดับที่สูงกว่าแทน ทำให้หน่วยบริการสุขภาพระดับสูงมีผู้เข้ารับบริการจำนวนมากและอาจมีผลกระทบต่อนักป่วยที่ได้รับการส่งต่อมา ทำให้ไม่มีเตียงเพียงพอที่จะรับผู้ป่วย (Patient admission) เข้ารับการรักษา หรือต้องรอนานขึ้น ทั้งนี้ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ตามสถานการณ์ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยไม่เชื่อมั่นใน

คุณภาพของการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงเข้ามาขอรับการรักษายาบาลที่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมินั้น ภาครัฐต้องหาวิธีการในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้น สร้างความเข้าใจในกลุ่มประชาชนโดยการอธิบายกระบวนการในการเข้ารับบริการ และอาจต้องมีการจัดลำดับความสำคัญที่จะให้บริการผู้ป่วย โดยให้การรักษายาบาลเรียงตามความสำคัญเร่งด่วน เช่น ให้ความสำคัญกับกรณีผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะฉุกเฉิน มีความรุนแรงของอาการ/โรค และผู้ป่วยที่มีใบส่งตัวก่อน พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยท่านอื่นเข้าใจในความจำเป็นนั้นและกระบวนการการเข้ารับบริการในระบบอย่างเหมาะสม

1.2. ความคาดหวังด้านผลงาน (Performance expectation)

กระบวนการการส่งต่อที่ดีควรมีการดำเนินการตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติและมีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามผลงานที่ได้คาดหวังหรือตั้งไว้ (Performance expectation) นั่นคือ หลักการในการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการจัดทำและพัฒนาคู่มือการดำเนินงาน มีการดำเนินการ และมีระบบการประเมินที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ที่มีหน้าที่ตัดสินใจในการดูแลระบบสุขภาพส่วนมากในทุกประเทศ คือ กระทรวงสาธารณสุข จึงควรมีหน้าที่ในการติดตามประเมินประสิทธิผลของระบบการส่งต่อ และพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และมีการประกาศหลักเกณฑ์กลาง เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับปฏิบัติตามเพื่อประโยชน์ของประชาชน และประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในภาพรวม

นอกจากนี้ สถาบันการศึกษาที่ทำหน้าที่ในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ (ทั้งแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ ฯลฯ) ควรมีการจัดกระบวนการสอน การฝึกอบรมให้บุคลากรและนิสิตนักศึกษาในวิชาชีพเห็นความสำคัญและเข้าใจมาตรฐานกระบวนการการส่งต่อของประเทศตนด้วย

2) หน่วยบริการผู้ส่ง (Initial facility)

เมื่อผู้ป่วยเข้ามาขอรับบริการ หน่วยบริการสุขภาพควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักการพื้นฐาน ได้แก่ ดูแลอย่างเอาใจใส่ ให้เกียรติ เก็บรักษาความลับของผู้ป่วย (privacy and confidentiality) เข้าใจในความเชื่อตามขนบธรรมเนียมของผู้ป่วย และสามารถระบุความต้องการของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้หน่วยบริการสุขภาพควรปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็น แนวทางการรักษา แนวทางพิจารณาส่งต่อผู้ป่วย หากจำเป็น (เช่น อาการอย่างไรจึงควรส่งต่อผู้ป่วย กระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยควรทำอะไร ควรสื่อสารข้อมูลใดบ้างแก่หน่วยงานที่จะส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อไป) ทั้งนี้กระบวนการพื้นฐาน ได้แก่

- รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจาก คำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย และประวัติการรักษา
- ประเมินอาการของผู้ป่วย หากสามารถดูแลรักษาในหน่วยบริการสุขภาพของตนได้ก็ทำการดูแลรักษา หากพิจารณาแล้วเห็นว่าหน่วยบริการสุขภาพของตนไม่มีทรัพยากรเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการดูแลรักษายาบาลเบื้องต้น พร้อมทั้งดำเนินการตามกระบวนการที่เป็นมาตรฐานของประเทศนั้นๆ ในเบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพที่มีความพร้อมมากกว่าต่อไป
- กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน หน่วยบริการสุขภาพผู้รับผู้ป่วยเป็นหน่วยแรกต้องทำหน้าที่รักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ ลดภาวะเสี่ยงต่อชีวิต และลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยให้ได้มากที่สุด (maintain all vital function)

3) กระบวนการการส่งต่อผู้ป่วย (Referral practicality)

ในการออกแบบหรือปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วยรายหนึ่งๆ นั้นมีข้อควรคำนึงถึงดังต่อไปนี้

3.1 แบบฟอร์มที่ใช้ในการส่งต่อ

เป็นเอกสารที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งๆ เพื่อให้รับทราบข้อมูลสำคัญและจำเป็นของผู้ป่วยและสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ตรงกัน โดยแบบฟอร์มการส่งต่อนั้น ถือเป็น การสื่อสารกัน 2 ทาง (Two-way communication) ผู้ส่งต่อผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลเบื้องต้นที่ได้ตรวจประเมินซึ่งควรจะประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ ผลการตรวจร่างกายทางคลินิกเบื้องต้น (Clinical finding) การดูแลรักษาขั้นต้นก่อนส่งต่อ (Treatment providing before referral) และเหตุผลที่ตัดสินใจส่งต่อ ทั้งนี้ เอกสารแบบฟอร์มที่ใช้ในการส่งต่อควรจะต้องติดตัวไปพร้อมกับผู้ป่วย รวมถึงการระบุอย่างชัดเจนว่าจะส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการสุขภาพใดและแผนกใด

3.2 เอกสารที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อ (Register of referral document)

ในกระบวนการการส่งต่อที่ดี เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยแล้ว หน่วยบริการผู้ส่งควรมีการติดตามสถานะของผู้ป่วยหรือติดตามการตอบกลับจากหน่วยบริการสุขภาพที่ส่งไป (หรือหน่วยบริการผู้รับ) กระบวนการนี้ควรมีเอกสารที่ใช้เป็นเครื่องมือที่จะช่วยติดตาม 2 เอกสาร ได้แก่

(1) แบบฟอร์มการส่งต่อ

ควรมีส่วนที่ให้ข้อมูลแก่หน่วยบริการผู้รับ เช่น สถานะหรืออาการของผู้ป่วยปัจจุบัน เหตุผลของการส่งต่อ และควรมีส่วนที่ให้หน่วยบริการผู้รับที่รับผู้ป่วยตอบกลับมาว่าได้ทำการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างไร และต้องติดตามดูแลผู้ป่วยรายนี้ต่อไปอย่างไรหากมีการส่งกลับมายังหน่วยบริการผู้ส่ง เป็นต้น

(2) เอกสารที่ใช้ติดตามผู้ป่วย

เป็นเอกสารที่หน่วยงานผู้ส่งผู้ป่วยออกไปใช้ในการติดตามผู้ป่วย โดยควรมีข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยเช่น ส่งผู้ป่วยออกไปช่วงเวลาใด ส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพใด เพื่อใช้ในการติดตามผลของการส่งต่อผู้ป่วย และติดตามสถานะของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร เช่น ผู้ป่วยได้รับการรักษาและกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยกำลังอยู่ในขั้นตอนของการรับการดูแลในโรงพยาบาล เป็นต้น

3.3 การติดต่อสื่อสารโดยตรงระหว่างหน่วยบริการ

ในกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วย หน่วยบริการผู้ส่งตัวผู้ป่วยอาจต้องมีการติดต่อไปยังหน่วยบริการผู้รับล่วงหน้า โดยเฉพาะกรณีฉุกเฉิน โดยบอกข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยและสาเหตุของการส่งต่อ เพื่อให้หน่วยบริการผู้รับมีเวลาในการเตรียมเครื่องมือและบุคลากรในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง

3.4 กระบวนการในการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในกรณีที่มีการส่งต่อ

เมื่อผู้ให้บริการตัดสินใจว่าจะต้องมีการส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการให้ข้อมูลที่จำเป็นดังต่อไปนี้

- เหตุผลและความจำเป็นในการส่งต่อ และความเสี่ยงที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการส่งต่อ
- สถานที่รับดูแลผู้ป่วยต่ออยู่ที่ใด สามารถเดินทางไปได้อย่างไร ต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร
- บุคลากรที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยต่อไปคือใคร เมื่อไปถึงหน่วยบริการผู้รับจะต้องติดต่อใคร และกระบวนการการรักษาต่อเนื่องที่น่าจะเป็นไปได้จะเป็นแบบใด เช่น อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องมีการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
- เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจากหน่วยบริการผู้รับเรียบร้อยแล้ว กระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการผู้รับจะมีกระบวนการอย่างไร เป็นต้น

3.5 ปัจจัยของผู้ป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงในการทำการส่งต่อผู้ป่วย

เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยตกใจหรือเครียดได้ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรแสดงความเห็นใจ เอาใจใส่สภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง สร้างความเข้าใจหรือให้ความช่วยเหลือตามกำลังและศักยภาพของหน่วยงาน เช่น

- สภาวะจิตใจ บุคลากรทางการแพทย์ควรสังเกตอาการของผู้ป่วย เช่น อาการตกใจหรือเครียดเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับอาการป่วย หรืออันตรายจนถึงแก่เสียชีวิต ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ต้องแสดงความเห็นใจ เข้าอกเข้าใจและอธิบายให้ข้อมูลเพื่อลดความกังวลของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง
- ค่าใช้จ่ายในการเดินทางหรือการเข้ารับการรักษาในหน่วยงานอื่นๆ เช่น หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายหรือการเดินทาง อาจช่วยประสานงานกับหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ (ถ้ามี)
- ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยอาจต้องลาพักงานออกมาเพื่อมารักษาตัวหรือมาดูแลผู้ป่วย ควรมีการอธิบายและข้อมูลที่จำเป็นให้ครบถ้วน

3.6 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยควรมีข้อมูลที่ช่วยสืบค้นติดตามตัวผู้ป่วยได้

4) หน่วยบริการผู้รับตัวผู้ป่วย (Receiving facility)

หน่วยบริการที่เป็นผู้รับตัวผู้ป่วย ควรจะได้รับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในเวลานั้นในรูปแบบของแบบฟอร์มการส่งต่อ เพื่อใช้ในการตัดสินใจตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือเพื่อการวางแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้ในการตรวจรักษาและการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นควรเป็นไปตามแนวทางมาตรฐานในการตรวจรักษาโรคนั้นๆ เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัวหรือหายจากอาการป่วย หน่วยบริการผู้รับจะต้องเป็นผู้วางแผนในการติดตามดูแล ทำกายภาพบำบัด ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมอื่นๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย พร้อมทั้งประสานงานกับหน่วยบริการชุมชนที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย หรือหน่วยบริการผู้ส่งที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพตั้งต้นที่ส่งผู้ป่วยมายังหน่วยบริการผู้รับ ให้รับผู้ป่วยกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

กระบวนการในการประสานงานกับหน่วยบริการผู้ส่งที่เป็นหน่วยงานตั้งต้นในการส่งผู้ป่วยมาในตอนแรกนั้น เป็นกระบวนการในการส่งตัวผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการใกล้บ้านซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญ

เนื่องจากเป็นช่องทางที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ควรจะมีการสื่อสารส่งข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการผู้ส่งด้วย ข้อมูลที่ควรมีการส่งกลับ ประกอบด้วย

- กระบวนการการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (special investigation)
- ผลการตรวจร่างกายเพิ่มเติม (finding)
- ข้อสรุปจากการวินิจฉัย (Diagnosis)
- การรักษาที่ให้กับผู้ป่วย
- คำแนะนำต่อหน่วยบริการผู้ส่ง เพื่อให้ช่วยติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

5) โครงสร้างการควบคุมดูแล (Supervision and capacity building)

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลหน่วยบริการสุขภาพในทุกหน่วยบริการ ควรมีการสร้างระบบโครงสร้างในการประเมินศักยภาพ และควบคุมดูแลกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ มีคำแนะนำว่า ระบบการประเมินที่มีประสิทธิภาพนั้น ควรจัดให้มีการประเมินผลกระบวนการทุก 1 เดือน ต่อจากนั้นควรมีการจัดประชุมผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกันในระยะต่อไป

- ผู้ป่วยลักษณะใดบ้างที่หน่วยบริการสุขภาพของตน สามารถให้การรักษาได้อย่างเหมาะสมโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วย
- ผู้ป่วยลักษณะใดบ้างที่ควรพิจารณาส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับที่สูงกว่า หรือมีศักยภาพมากกว่าที่สามารถที่จะรับดูแลรักษาผู้ป่วยต่อได้
- ข้อมูลที่ส่งต่อออกไปและข้อมูลที่ได้รับกลับมาจากการส่งต่อ ควรมีการประเมินว่ามีความครบถ้วน และความเพียงพอที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไปหรือไม่อย่างไร หรือจะพัฒนาปรับปรุงกระบวนการอย่างไร
- ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อออกไปแล้วมีกี่รายที่ยังไม่ได้รับข้อมูลตอบกลับว่าสถานะของผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง และมีการมอบหมายให้มีการติดตามสอบถามไปยังหน่วยบริการที่รับผู้ป่วยต่อไป
- พิจารณาเกี่ยวกับเรื่องการส่งผู้ป่วยให้ทันเวลา ความพร้อมในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย และความครบถ้วนของข้อมูลที่ส่งต่อผู้ป่วยออกไป ว่าหน่วยบริการสุขภาพของตนยังต้องปรับปรุงประเด็นใดบ้าง และมีวิธีการใดที่เสนอให้เกิดการปรับปรุง หรือพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิทยาการวิจัยหลากหลายรูปแบบ จากหน่วยงานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน และจากบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ โครงการวิจัยนี้ ขอเสนอแผนภาพการไหลของข้อมูล (Data flow) สำหรับเป็นแนวทางเบื้องต้นในการพัฒนาการเชื่อมโยงของข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยในส่วนถัดไป

4.7 แผนภาพแสดงการไหลของข้อมูล (Data flow diagram, DFD)

การให้บริการทางเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิของเภสัชกรชุมชน ประกอบด้วยบทบาทหลัก 4 บทบาท เพื่อให้มีการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในร้านยา ควรมีกระบวนการในการบันทึกข้อมูล ส่งต่อและเชื่อมต่อข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำมาสู่การใช้ข้อมูลอย่างเกิดประโยชน์อย่างสูงสุด เช่น เพิ่มคุณภาพในการให้บริการ มีการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยด้านการใช้ยา เป็นต้น

กระบวนการการได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการให้บริการ ควรประกอบด้วยชุดข้อมูลที่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการอย่างเพียงพอและครบถ้วนในการตัดสินใจ ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงเสนอร่างแผนผังแสดงการไหลของข้อมูลเพื่อการให้บริการผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องตามแผนภาพ 4.1-4.9 โดยแผนภาพนี้จะมียอดประกอบของงานบริการ 3 งานหลัก และเพิ่มการส่งต่อผู้ป่วยเป็นอีก 1 งาน คือ

- 1) การดูแลและติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM)
- 2) การคัดกรองโรคและประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น (Disease screening)
- 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral modification, BM)
- 4) บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Health consumer protection) – ยกเว้นงานนี้ เนื่องจากมีการให้บริการทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งสามารถสอดแทรกหรือร่วมกับการให้บริการในงานอื่นๆ รวมทั้งงานในส่วนนี้ในประเทศไทยยังเป็นการให้บริการมากกว่าเชิงรุก ยังขาดกิจกรรมการให้บริการที่เป็นรูปธรรมและมาตรฐานการให้บริการที่ชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงไม่ได้บรรจุงานส่วนนี้ลงในแผนภาพการไหลของข้อมูล

ในการเขียนแผนภาพแสดงการไหลของข้อมูล จะประกอบด้วยการเขียนแบบจำลอง (Diagram) 2 ระดับ คือ

- 1) แผนภาพระดับสูงสุดหรือแผนภาพบริบท (Context diagram) เป็นแผนภาพกระแสข้อมูล (หรือแผนภาพการไหลของข้อมูล) ระดับบนสุดที่แสดงภาพรวมการทำงานของระบบที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบทบาท (แผนภาพที่ 4.1)
- 2) แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1) เป็นแผนภาพที่นำรายละเอียดของ context diagram มาแตกรายละเอียด (Exploded) เพื่อแสดงถึงกระบวนการ (Process) หลักๆ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบ รวมทั้งข้อมูลในระดับปฐมภูมิ (Primary data) (แผนภาพที่ 4.2-4.9)

เนื่องจากการให้บริการทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกร อาจจะได้พบได้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหลายหน่วยงาน เช่น ศบส. ร้านยา คลินิกอบุ๋น หรือรพ.สต. สำหรับงานวิจัยนี้ที่มุ่งเน้นบทบาทของเภสัชกรชุมชนในร้านยา จึงมุ่งเน้นอธิบายแผนภาพการไหลของข้อมูลในบริบทของร้านยาหรือเภสัชกรชุมชนเป็นหลัก

4.7.1 แผนภาพหลักหรือแผนภาพการไหลของข้อมูลระดับบนสุด

(Context diagram)

แผนภาพบริบทหรือแผนภาพระดับบนสุด (แผนภาพที่ 4.1) เป็นแผนภาพแสดงการไหลของข้อมูลในระดับบนสุดที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการในทุกบทบาทและฐานข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า แผนภาพการไหลนี้จะแสดงความเชื่อมโยงของบทบาทหลัก 3 บทบาท คือ การดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM) คัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Screening) การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral modification; BM) ร่วมกับการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) โดยละบทบาทการคุ้มครองผู้บริโภค (Prevention & promotion, P&P) ที่ไม่รวมอยู่ในแผนภาพการไหล

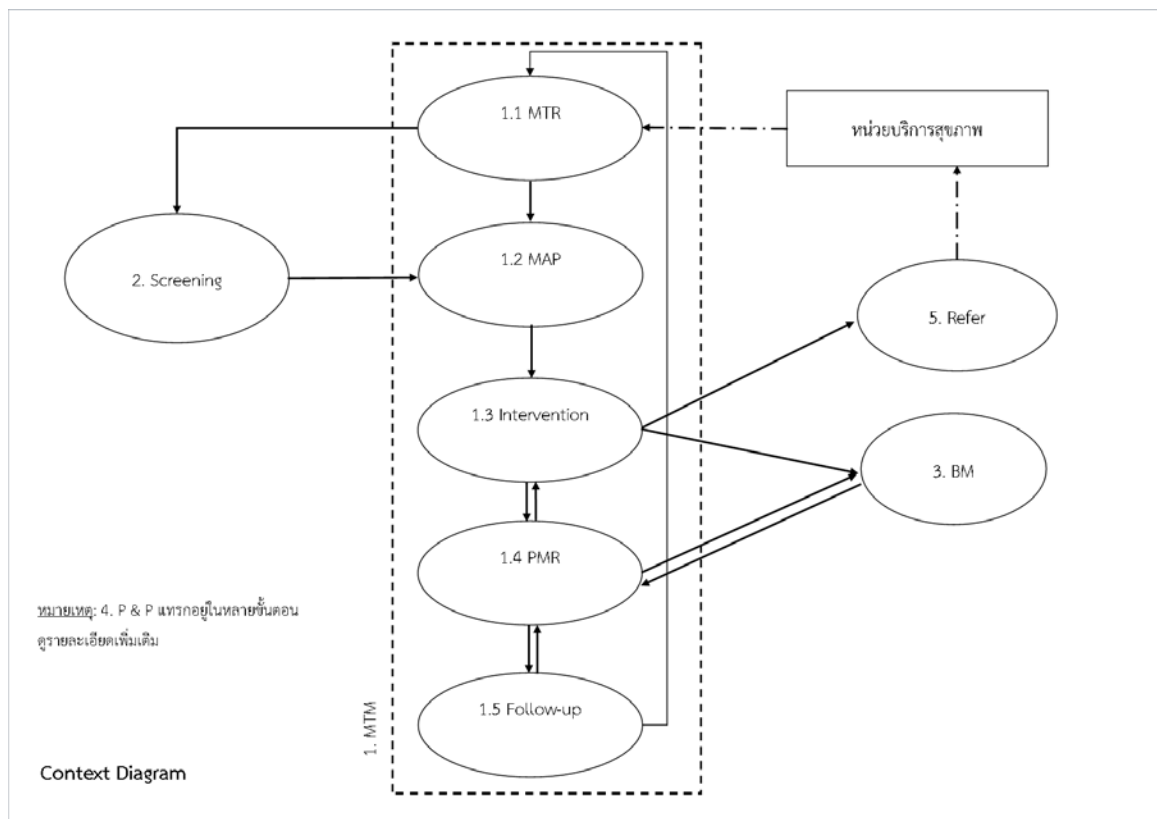
ในส่วนของการดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM) ของผู้ป่วย จะแบ่งกระบวนการหลักออกเป็นกระบวนการย่อย 5 กระบวนการ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่

- 1) การประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication Therapy Review, MTR)
- 2) การกำหนดแผนการติดตามการใช้ยาร่วมกับแพทย์ (Medication Action Plan, MAP)
- 3) การจัดทำประวัติการใช้ยาผู้ป่วยรายบุคคล (Personal Medication Record, PMR)
- 4) การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยา (Intervention & Referring)
- 5) การติดตามผลการใช้ยา (Monitoring or Follow-Up)

ทั้งนี้ ในการดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM) ของผู้ป่วย มักจะเริ่มด้วยกระบวนการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (MTR) ซึ่งจะเริ่มกระบวนการการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพเพื่อทบทวนการใช้ยา เมื่อดำเนินการทบทวนการใช้ยาแล้ว เภสัชกรจะจัดบันทึกข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (ถ้ามี) จากนั้นเภสัชกรจะวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการดูแลและติดตามผู้ป่วยตามหลักการ SOAP (Subjective, Objective, Assessment and Plan) ซึ่งเภสัชกรอาจจะวางแผนดูแลและติดตามการใช้ยาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ อื่นหากหน่วยบริการสุขภาพมีบุคลากรวิชาชีพอื่นทำงานร่วมด้วย กรณีที่เภสัชกรสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพของตนเองได้ก็จะมีผลการดำเนินการ [เช่น การจ่ายยาเพื่อการดูแลผู้ป่วย (Intervention) การให้คำแนะนำเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพให้มีความเหมาะสม (Behavioral modification) เป็นต้น] แต่หากเภสัชกรพิจารณาแล้วว่าไม่มีศักยภาพหรือทรัพยากรเพียงพอในการดูแลวินิจฉัยในหน่วยบริการสุขภาพของตนเองได้ อาจดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม (Refer) ยังหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงกว่าต่อไป

ทั้งนี้ในการให้ดูแลและติดตามสุขภาพของผู้ป่วยทุกกระบวนการควรมีการบันทึกข้อมูลเพิ่มเติม (ถ้ามี) หรือข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูลเดิมในสมุดประจำตัวผู้ป่วย (PMR) เมื่อสิ้นสุดกระบวนการการดูแลรักษาหรือติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย (Follow-up) แล้ว

ต่อจากส่วนของแผนภาพการไหลของข้อมูลระดับบนสุดแล้ว จากนั้นไปจะแสดงแผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1) ที่เป็นรายละเอียดย่อยของ Context diagram เพิ่มเติม โดยเรียงขั้นตอนย่อยตามกระบวนการข้างต้นที่กล่าวมาแล้ว



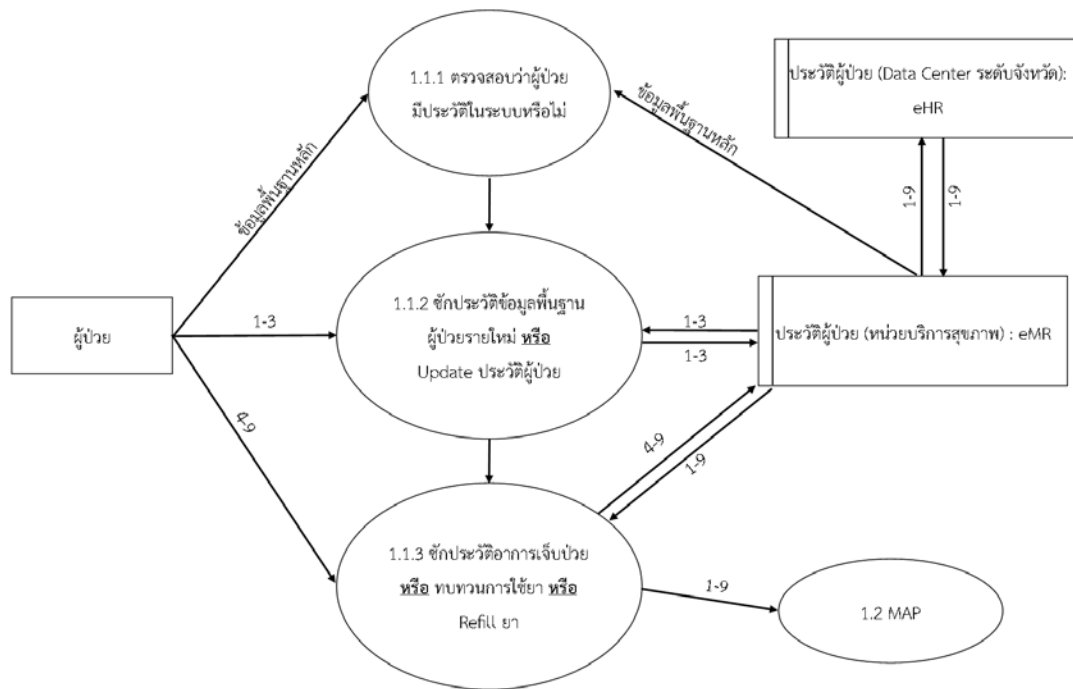
แผนภาพที่ 4.1 Context Diagram ของบทบาทการให้บริการระดับปฐมภูมิในร้านยา

4.7.2 แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1): MTR

กิจกรรมย่อยกิจกรรมแรกภายใต้ MTM คือ กระบวนการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication Therapy Review) (แผนภาพที่ 4.2) เมื่อสอบถามข้อมูลพื้นฐานเพื่อระบุตัวตนผู้ป่วยแล้ว เภสัชกรจะเปรียบเทียบเพื่อดึงประวัติข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดจากฐานข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่มีการจัดเก็บสำหรับการทบทวนการใช้ยา หากมีข้อมูลใดๆ เปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมเภสัชกรควรกรอกข้อมูลลงฐานข้อมูลเพิ่มเติมหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีข้อมูลประวัติในฐานข้อมูลอาจมีกระบวนการการซักประวัติข้อมูล ทบทวนการใช้ยา และกรอกข้อมูลลงในฐานข้อมูล

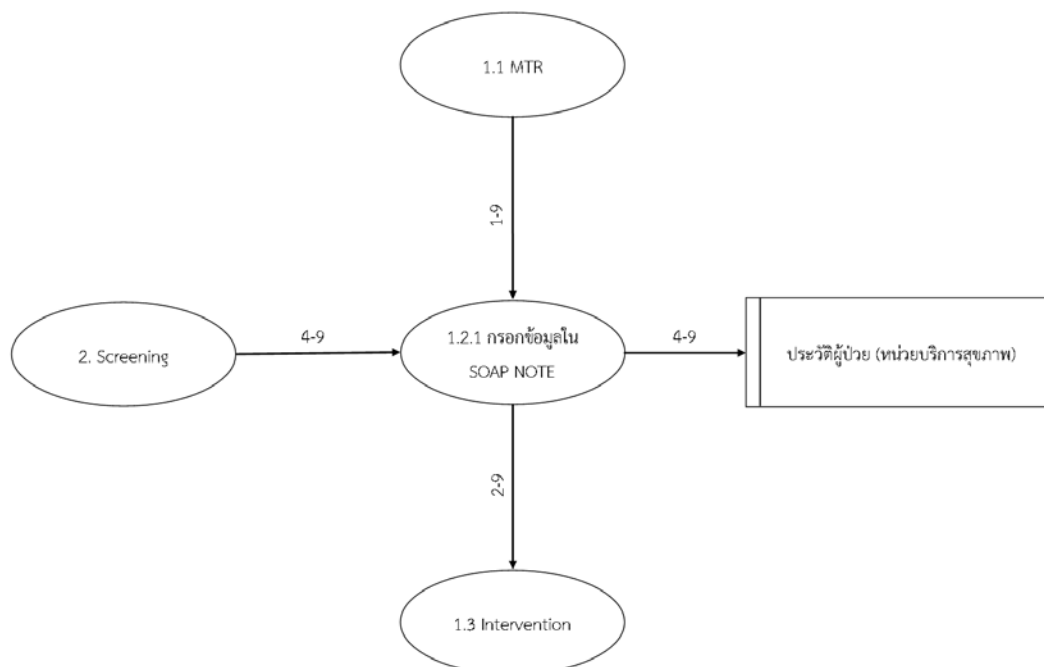
4.7.3 แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1): MAP

กิจกรรมย่อยกิจกรรมที่ 2 ของ MTM คือ กระบวนการกำหนดแผนการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication Action Plan, MAP) (แผนภาพที่ 4.3) เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลต่อการประเมินการใช้ยา (MTR) และเภสัชกรอาจมีการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพร่วมด้วย เมื่อทำการวิเคราะห์และวางแผนบนหลักการของ SOAP เพื่อวางแผนในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว เภสัชกรจะมีการวิเคราะห์วางแผนกำหนดการติดตามการใช้ยาผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลประวัติของป่วยเพื่อเก็บไว้ในหน่วยบริการสุขภาพ



1.1 MTR: Data Flow Diagram level 1

แผนภาพที่ 4.2 Data Flow Diagram ของกระบวนการ MTR level 1



1.2 MAP: Data Flow Diagram level 1

แผนภาพที่ 4.3 Data Flow Diagram ของกระบวนการ MAP level 1

4.7.4 แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1):

Intervention

กิจกรรมย่อยกิจกรรมที่ 3 ของ MTM คือ การแก้ปัญหาของการใช้ยาโดยการให้สิ่งสอดแทรก (Intervention) (แผนภาพที่ 4.4) อาจเป็นกระบวนการการดูแลผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ (Health education) การให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling) การจ่ายยา (Dispensing) หรือการส่งต่อผู้ป่วย (Referring) ไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ (โดยในกระบวนการจ่ายยาอาจจะประกอบด้วยขั้นตอนย่อยที่ดำเนินการโดยเภสัชกรชุมชนเอง เช่น การคัดเลือดยา การประเมินคุณภาพของเภสัชภัณฑ์ การจ่ายยาฯ)

เช่นเดียวกัน คือ ในทุกกระบวนการที่ดำเนินการควรมีการบันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลผู้ป่วย และ/หรือสมุดประจำตัวผู้ป่วย กรณีที่เป็นกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยจะมีการกรอกข้อมูลลงในใบส่งต่อเพื่อส่งต่อไปหน่วยบริการสุขภาพผู้รับต่อไป

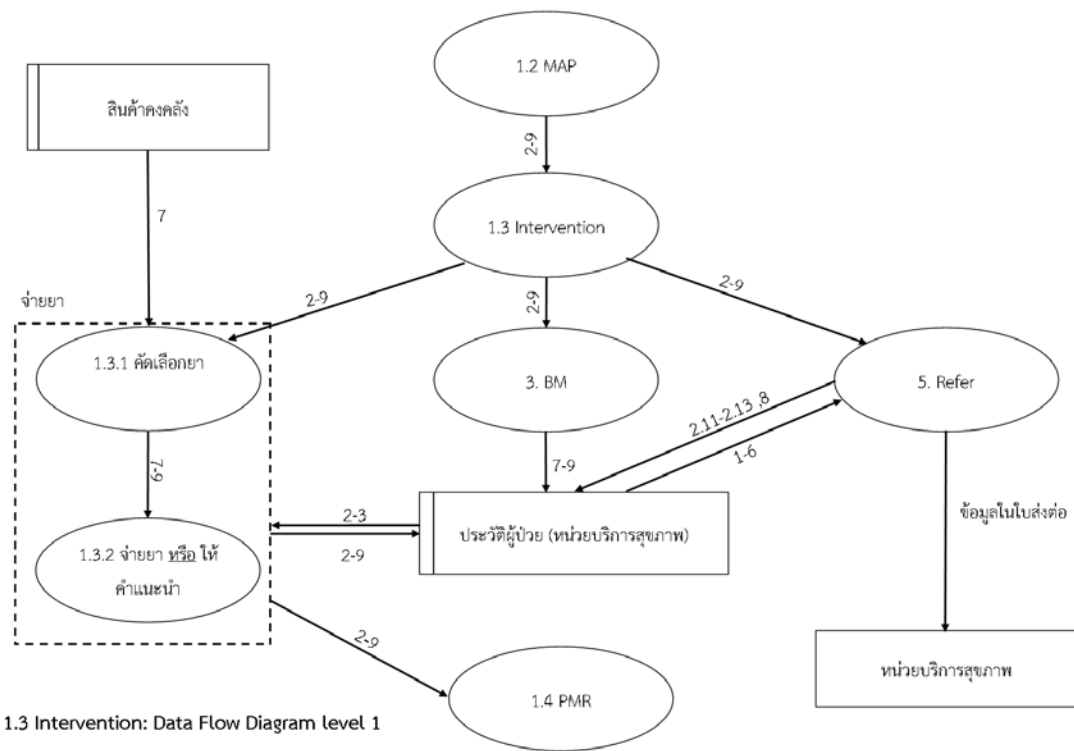
4.7.5 แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1): PMR

กิจกรรมย่อยกิจกรรมที่ 4 ของ MTM คือ กระบวนการการบันทึกเอกสารประจำตัวผู้ป่วย (PMR) (แผนภาพที่ 4.5) เป็นการบันทึกข้อมูลเพื่อปรับปรุง (Update) ข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงในเอกสารประจำตัวผู้ป่วยและ/หรือประวัติผู้ป่วยในหน่วยบริการสุขภาพ

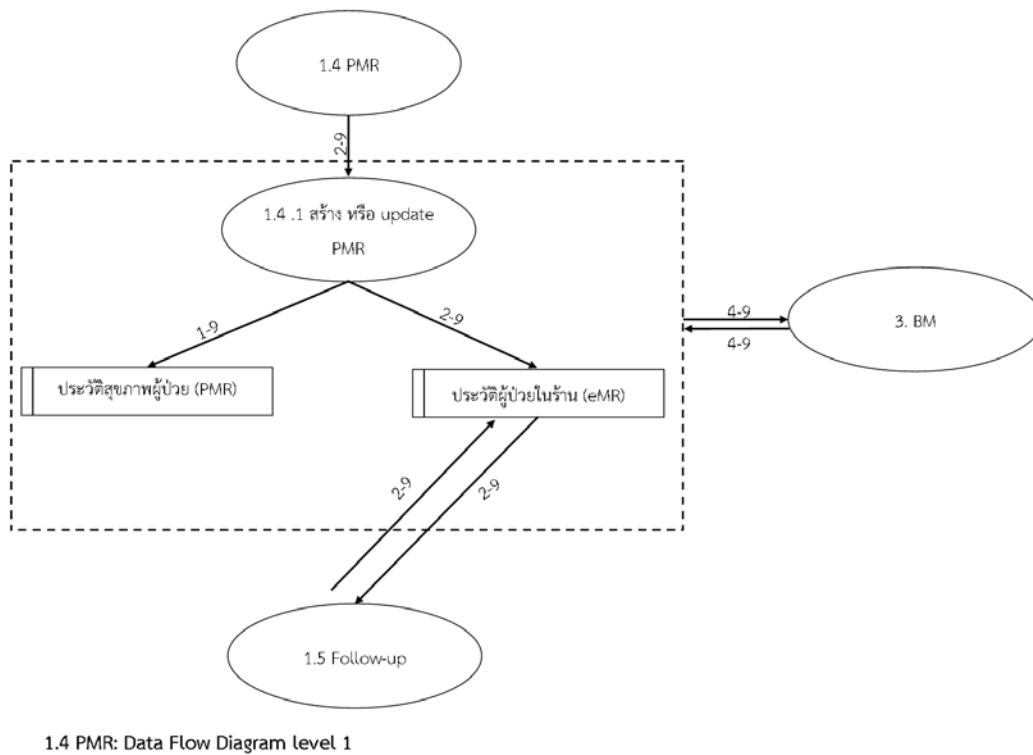
4.7.6 แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1):

Follow-up

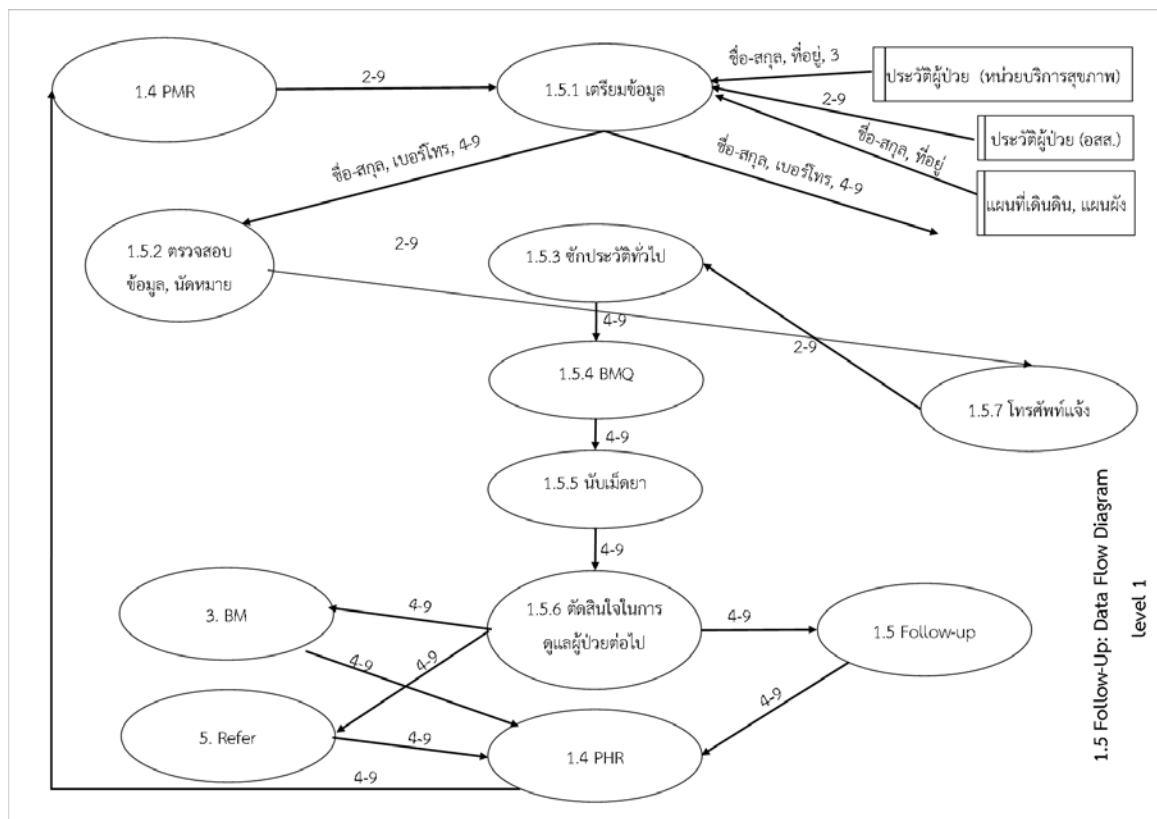
กิจกรรมย่อยกิจกรรมที่ 5 ของ MTM คือ กระบวนการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Follow-up หรือ monitoring) ของผู้ป่วย (แผนภาพที่ 4.6) ซึ่งเป็นกระบวนการย่อยกระบวนการสุดท้ายของ MTM จะประกอบด้วยกระบวนการการติดตามผลเมื่อผู้ป่วยไปพบเภสัชกรที่ร้าน การโทรศัพท์เพื่อติดตามผล หรือการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit) ซึ่งในทุกวิธีการติดตามผลการรักษานั้นจะต้องเตรียมข้อมูลผู้ป่วยให้พร้อมก่อน จากนั้นโครงการเสนอให้ติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Brief Medication Questionnaire (BMQ) เพื่อติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ที่มีการพัฒนาโดยเภสัชกรชุมชนไทยแล้ว นอกจากนี้ อาจจะมีการนับเม็ดยาเพื่อตรวจทานระดับความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย เมื่อทราบผลการรักษาและระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยแล้ว เภสัชกรสามารถใช้ข้อมูลส่วนนี้ร่วมด้วยเพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยอาจเป็นการติดตามผลการใช้ยา (Follow-Up) ต่อเนื่อง หรือมีคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Screening) และปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (BM) ของผู้ป่วยตามความเหมาะสมต่อไป



แผนภาพที่ 4.4 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Intervention level 1



แผนภาพที่ 4.5 Data Flow Diagram ของกระบวนการ PMR level 1



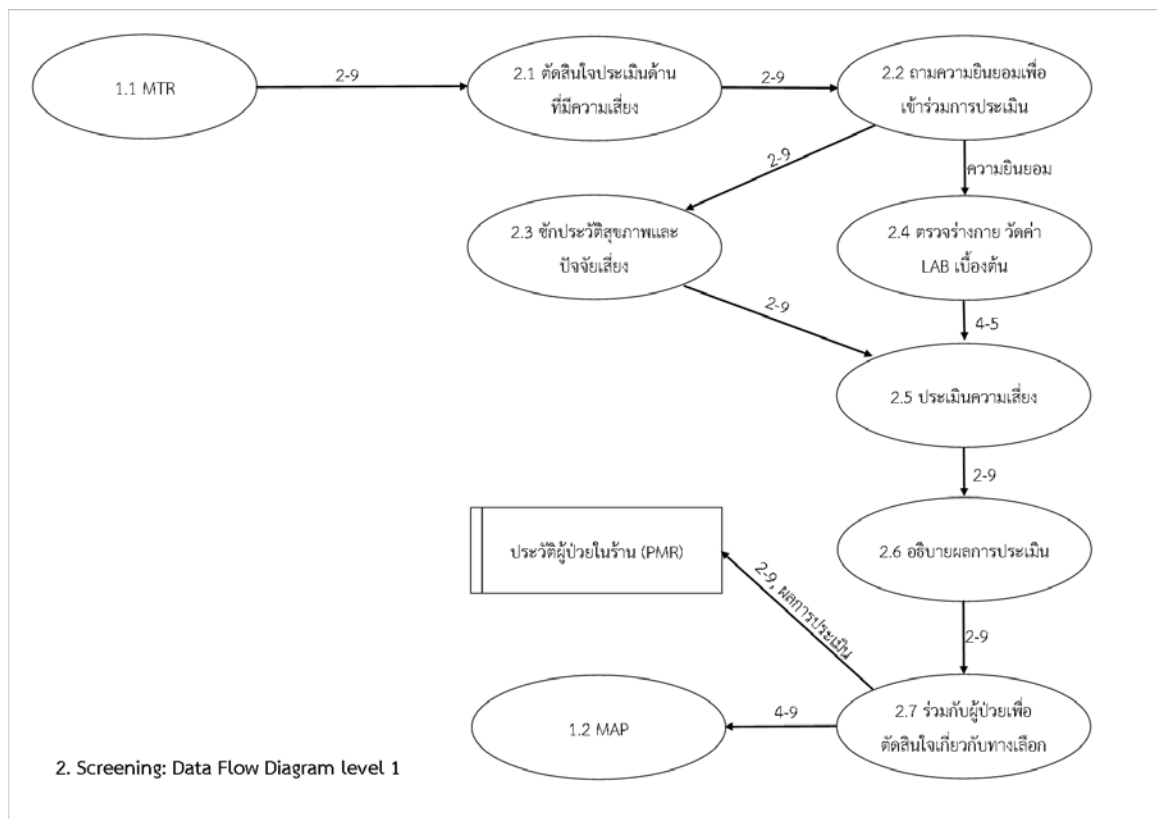
แผนภาพที่ 4.6 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Follow-Up level 1

4.7.7 แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1):

Health Screening

ต่อเนื่องจากกิจกรรม MTM งานบริการในระดับปฐมภูมิในขั้นตอนถัดไป คือ การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health screening) (แผนภาพที่ 4.7) กระบวนการนี้จะเริ่มจากการที่เภสัชกรตัดสินใจประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนที่จะดำเนินการเภสัชกรควรสอบถามความยินยอมของผู้ป่วยก่อน (Informed consent)

หากผู้ป่วยยินยอมหรือให้ความร่วมมือ เภสัชกรอาจขอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) เบื้องต้น (ถ้ามี) ชักประวัติทางสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย เภสัชกรอาจจะอธิบายผลการประเมินและทางเลือกในการแก้ไขความเสี่ยงแก่ผู้ป่วยเพื่อตกลงขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ผลการตรวจประเมินและผลที่ได้เพิ่มเติมจากการซักประวัติควรมีการบันทึกเพิ่มเติมในฐานข้อมูลประวัติสุขภาพผู้ป่วยด้วย



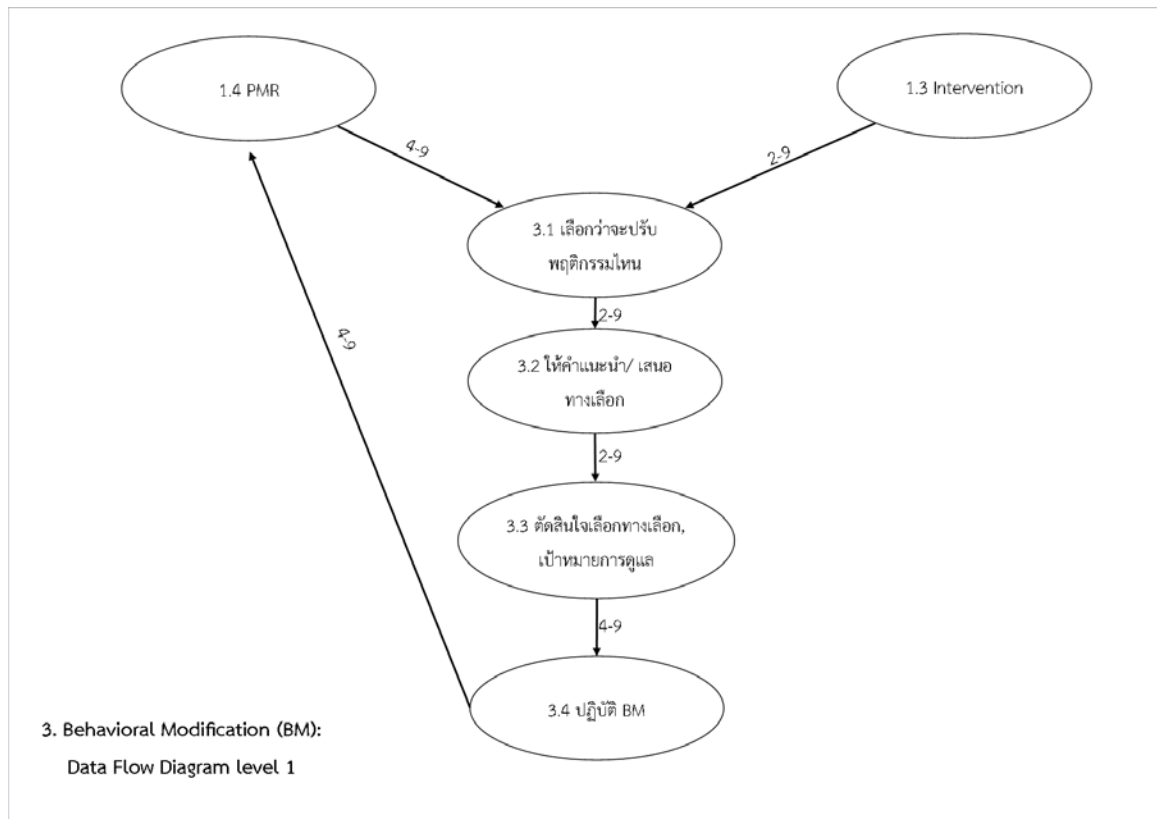
แผนภาพที่ 4.7 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Screening level 1

4.7.8 แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1): BM

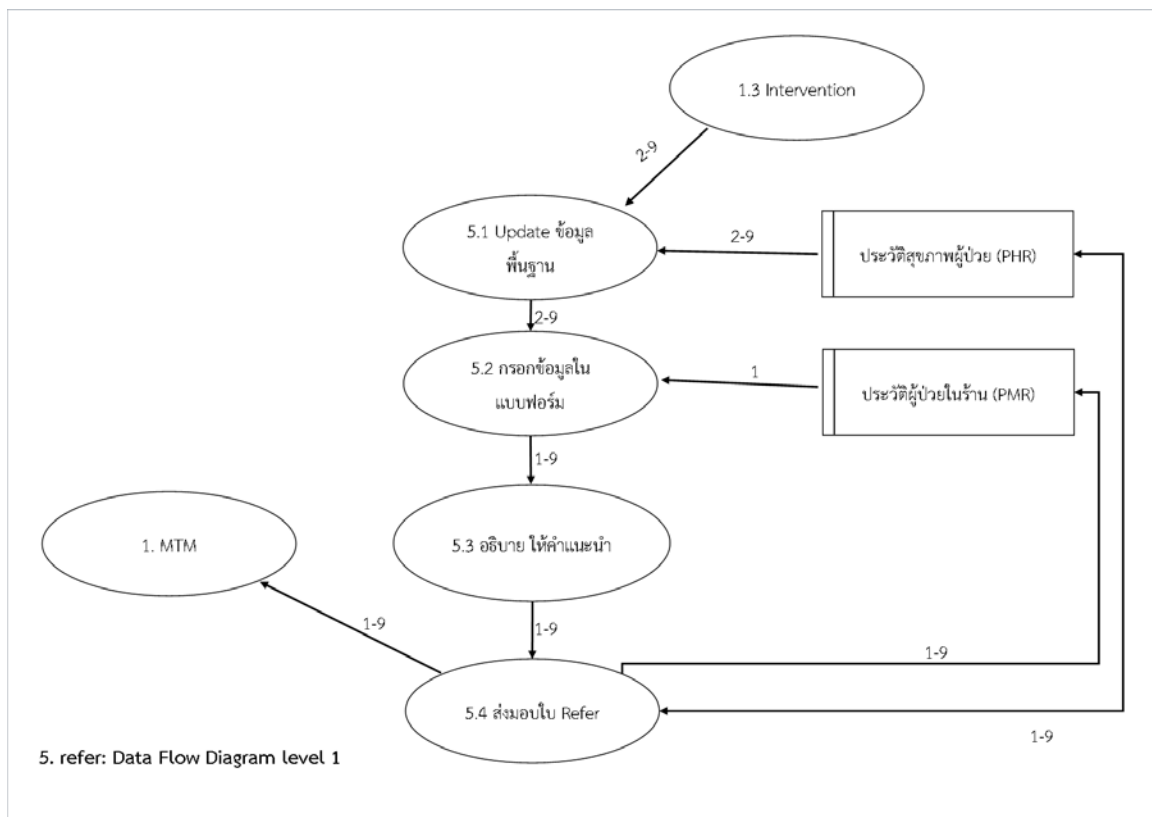
เมื่อเภสัชกรประเมินแล้วคิดว่าผู้ป่วยควรมีการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทานอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ การลดอัตราการดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ อาจเสนอให้ดำเนินการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral modification, BM) (แผนภาพที่ 4.8) ซึ่งกระบวนการนี้จะเริ่มโดยการเรียงลำดับความสำคัญของพฤติกรรมใดที่เภสัชกรเห็นว่ามีความสำคัญ/จำเป็นที่สุดที่ควรเสนอให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนเป็นลำดับแรก จากนั้นให้คำแนะนำ เสนอทางเลือกในการปรับพฤติกรรม และเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมหรือดูแลสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้แล้ว เภสัชกรจะให้ข้อมูลและคำแนะนำ พร้อมทั้งติดตามผลการปรับพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ หลังจากปรับพฤติกรรมทางสุขภาพแล้ว ควรจะมีการบันทึกปรับปรุง (Update) ประวัติผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้มีการติดตามผลการปรับพฤติกรรมต่อไป

4.7.9 แผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1): Referring

ในกรณีที่เภสัชกรประเมินพิจารณาแล้ว เห็นว่าควรต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น เพื่อทำการดูแลรักษาต่อไป (แผนภาพที่ 4.9) เภสัชกรต้องบันทึกข้อมูลประวัติส่วนบุคคลเบื้องต้น อาการในการเจ็บป่วยในปัจจุบันเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยบริการผู้รับ ทั้งนี้ควรต้องมีการอธิบายขั้นตอนการส่งตัวแก่ผู้ป่วย เพื่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงต่อไป และติดตามเพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารการส่งตัวกลับ เพื่อนำข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงมาบันทึกในฐานข้อมูลของผู้ป่วยต่อไป



แผนภาพที่ 4.8 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Behavioral Modification level 1



แผนภาพที่ 4.9 Data Flow Diagram ของกระบวนการ Refer level 1

4.8 ข้อเสนอเพื่อเตรียมข้อตกลงในการแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูล

ในการเตรียมตัวเพื่อแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูล (Data flow) เพื่อการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทางโครงการฯ ขอเสนอให้มีการพัฒนาในอนาคตในประเด็นต่อไปนี้

1. มาตรฐานของกระบวนการบริหารและการส่งต่อ

ควรจัดเตรียมและมาตรฐานดังต่อไปนี้ เช่น

- มาตรฐานงานและมาตรฐานของผู้ปฏิบัติงาน ครอบคลุมบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในทุกวิชาชีพ
- มาตรฐานเครื่องมือและกระบวนการ เช่น พัฒนาแบบฟอร์มต่างๆ ที่จำเป็นให้เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งมีแนวทางการเขียน และคู่มือประกอบเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
- มาตรฐานข้อมูลที่จัดเก็บและใช้งาน มาตรฐานการจัดเก็บข้อมูล (เช่น ส่วนของสถานที่ บุคลากรและการทำลาย เป็นต้น)

2. มาตรฐานรหัสข้อมูลต่างๆ และการบังคับใช้รหัสข้อมูลสุขภาพ (Standard code) ควรมีการกำหนดให้ใช้มาตรฐานเดียวกันในการทำงานทั่วประเทศ

3. มาตรฐานของชุดข้อมูล (Dataset) และรูปแบบของข้อมูลในการแลกเปลี่ยนและส่งต่อ เช่น ในโครงการฯ ได้พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อ แนวทางการเขียน และคู่มือศัพท์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสำหรับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานไว้เป็นแนวทางแล้ว

4. กฎหมายเรื่องความปลอดภัย (Security) และความเป็นส่วนตัว (Privacy)

ควรมีการประชุมหาข้อตกลงร่วมกันให้มีความชัดเจนทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติ ความหมายของการเข้าถึงสิทธิและข้อปฏิบัติที่ชัดเจนในการเข้าถึง/เปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ดังตัวอย่างมาตรฐานต่อไปนี้ คือ

1) รักษาความปลอดภัย (Security)

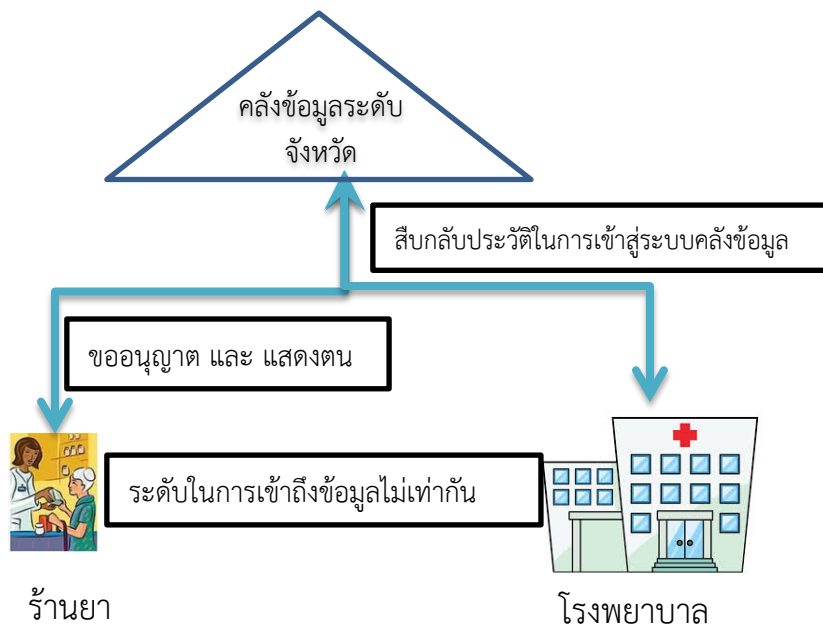
- แนวปฏิบัติในการสำรองและฟื้นคืนสภาพข้อมูล (Data backup and recovery)
- แนวปฏิบัติในการเข้ารหัสข้อมูลเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต (Data encryption)

2) รักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย (Privacy)

- ผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล ต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ลงทะเบียนในระบบ (มีการตรวจสอบตัวตนและสิทธิ) และต้องได้รับการอบรมให้มีความรู้ในการป้องกันความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและยึดถือแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
- ผู้ป่วยเป็นเจ้าของและเป็นผู้อนุญาตสิทธิในการให้ดูข้อมูล
- ทุกคนในระบบต้องระบุตัวตนด้วยวิธีการที่มั่นใจว่าสามารถพิสูจน์ตัวตนจริง เช่น การสแกนลายนิ้วมือ สแกนม่านตา และ/หรือร่วมกับการเซ็นเอกสารยินยอม (Informed consent)
- มีระบบบันทึกปูมการเข้าใช้และการดำเนินการทุกอย่างในระบบ

ซึ่งการรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูล (Privacy) จะให้สิทธิในการเข้าดูข้อมูลได้มากน้อยเพียงใดขึ้นกับ

- Profession-based (วิชาชีพของผู้ให้บริการที่เป็นผู้เข้าถึงข้อมูล)
- Institution-based (ประเภทของหน่วยบริการสุขภาพ)
- Area-based (ขอบเขตของพื้นที่ของผู้ป่วยที่จะดูข้อมูลได้)

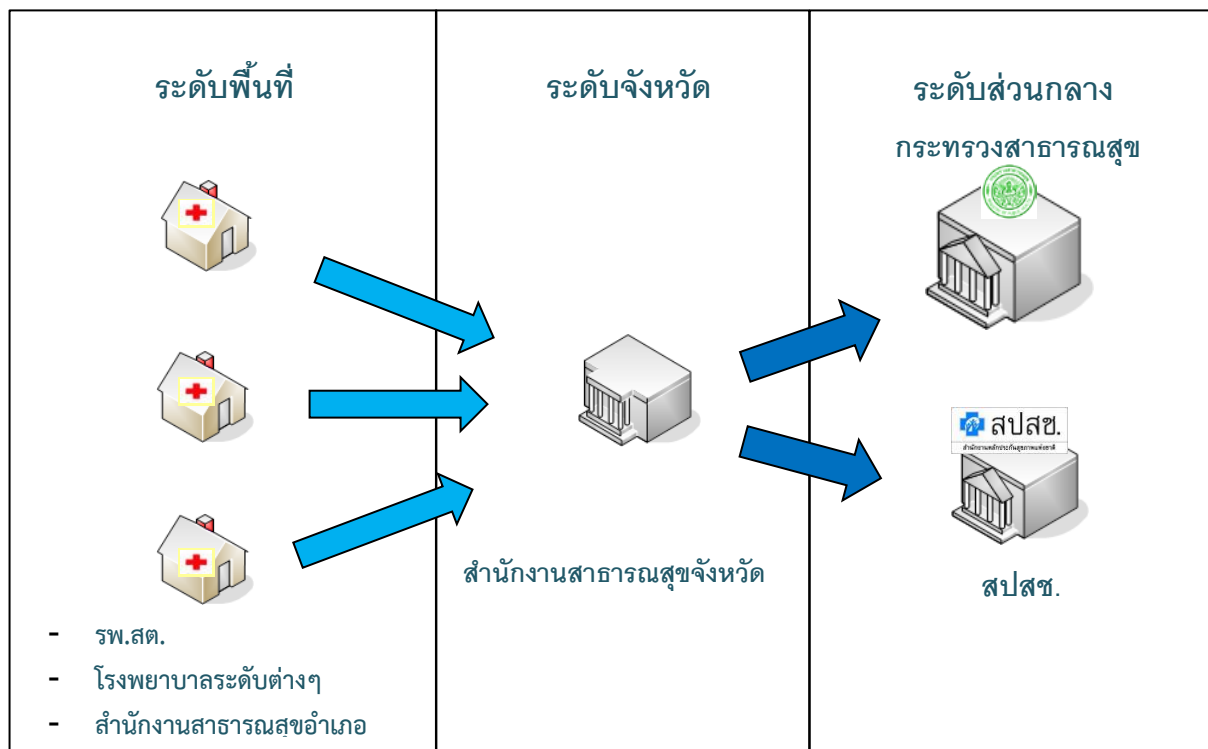


แผนภาพที่ 4.10 การเชื่อมโยงของการรักษาความปลอดภัยและรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย

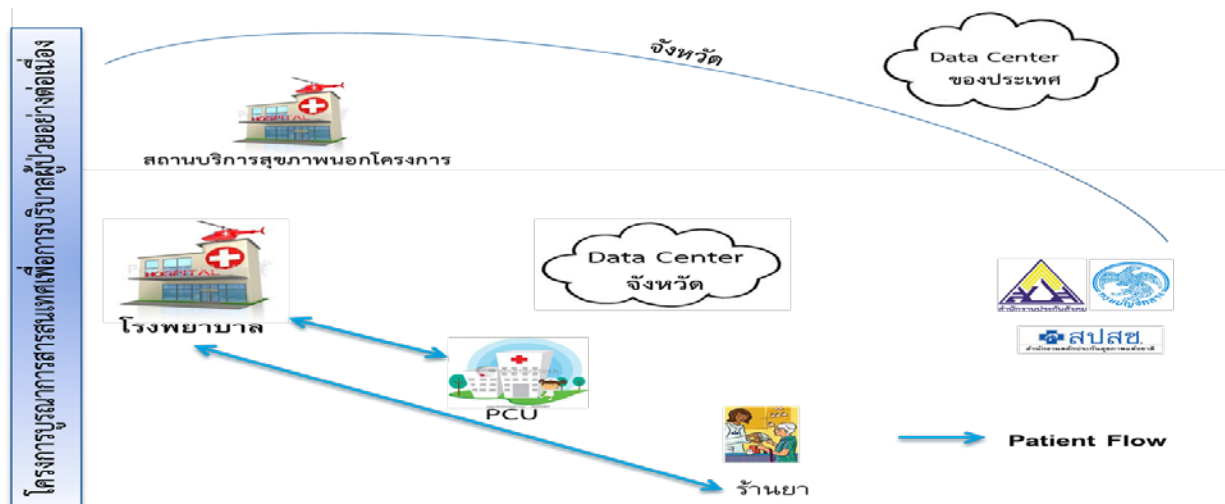
5. สถาปัตยกรรมของการประมวลผลข้อมูลในระดับประเทศ

ควรมีการกำหนดและเตรียมสถาปัตยกรรมให้มีความชัดเจน ในระยะเริ่มต้น อาจจะเน้นส่วนของศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ/คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Data Center) ก่อน โดยอาศัยเป้าหมายการพัฒนาคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพระดับจังหวัดของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบได้ในอนาคต ซึ่งเป้าหมาย คือ ในระยะแรกให้คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Data center) ระดับจังหวัดและส่วนกลาง มีข้อมูลตามโครงสร้างเป็น 43 และ 17 แฟ้มมาตรฐานเป็นอย่างน้อย มีระบบทะเบียนโรคเรื้อรัง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งแบบผู้ป่วยทั่วไปและเร่งด่วน มีระบบการเผยแพร่ข้อมูลสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย หน่วยบริการสุขภาพต้นทางมีข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพรายบุคคลใช้ในการกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพของประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เป็นต้น (แผนภาพที่ 4.11)

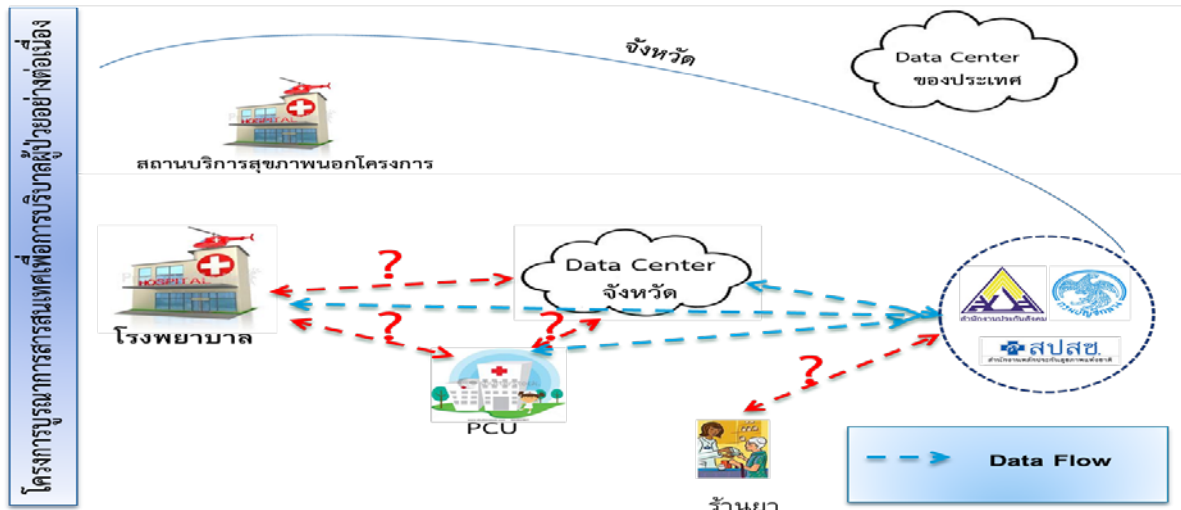
จากเส้นทางการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยและการเคลื่อนย้ายของข้อมูลสุขภาพ (Patient flow & Data flow) (แผนภาพที่ 4.12-4.13) จะพบข้อสังเกตหนึ่งสำคัญ คือ กระบวนการจัดการข้อมูลของแต่ละจังหวัดอาจแตกต่างกัน ทำให้เกิดการขาดความเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลและสถาปัตยกรรมของการประมวลผลข้อมูลในระดับประเทศ ดังนั้น โครงการเสนอแนวทางการเคลื่อนย้ายข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลสุขภาพ (Patient & data flow) ในภาพรวม (แผนภาพที่ 4.14) เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของภาพใหญ่ในระดับประเทศ สำหรับส่วนของการเคลื่อนย้ายด้านการเงิน (Financial flow) นั้น ไม่ได้บรรจุรายละเอียดไว้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลและการสังเคราะห์แล้ว พบว่า ยังมีประเด็นเรื่องข้อกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน และข้อจำกัดทางการเงิน ซึ่งต้องขึ้นกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงเป็นผู้ตัดสินใจและดำเนินการทั่วประเทศ เช่น สปสช. กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น โดยหน่วยบริการสุขภาพหรือหน่วยงานต้นสังกัดอื่นๆ มีหน้าที่เพียงรับผิดชอบดำเนินการตามข้อปฏิบัติที่ได้มีการประกาศตามระเบียบหรือข้อกฎหมายที่กำหนดเท่านั้น



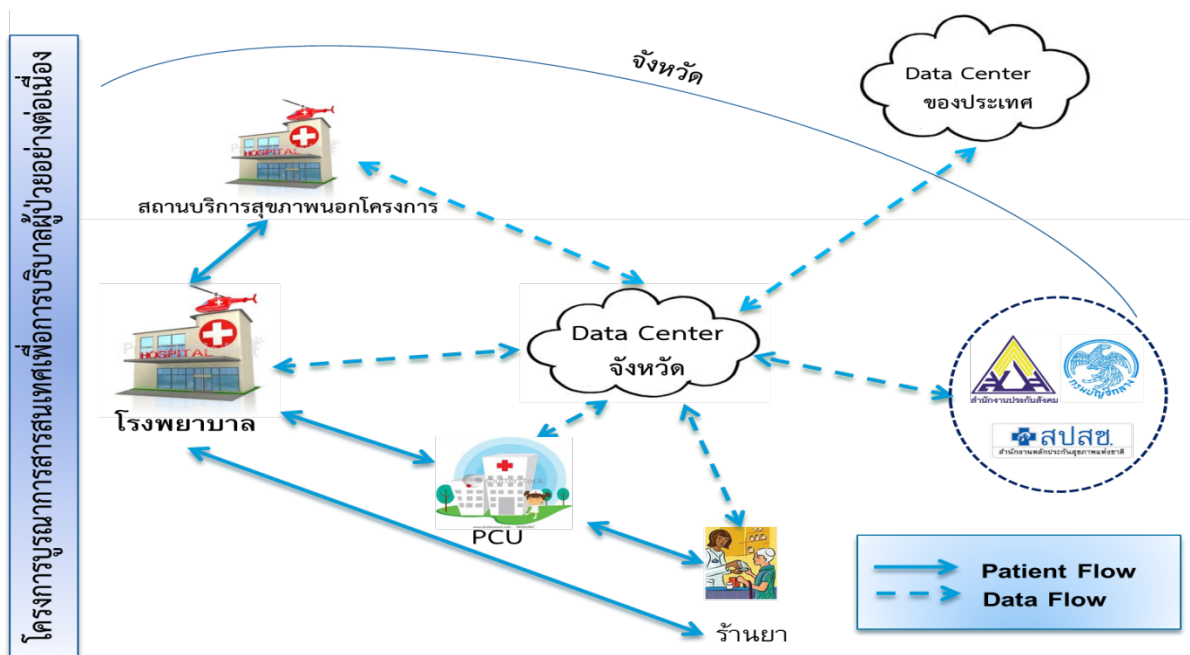
แผนภาพที่ 4.11 รูปแบบการจัดส่ง/เชื่อมโยงฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้ม มาตรฐานเพื่อส่งเข้าสู่ส่วนกลาง



แผนภาพที่ 4.12 การเคลื่อนย้ายข้อมูลผู้ป่วย (Patient flow) ในสถานการณ์ปัจจุบัน



แผนภาพที่ 4.13 การเคลื่อนย้ายข้อมูลสุขภาพ (Data flow) ในสถานการณ์ปัจจุบัน



แผนภาพที่ 4.14 การเคลื่อนย้ายข้อมูลผู้ป่วยและข้อมูลสุขภาพ (Patient & data flow) ที่โครงการเสนอ

กล่าวโดยสรุปแล้ว การจัดการด้านระบบสารสนเทศ มีหลายส่วนที่เกี่ยวข้องและต้องคำนึงถึง เช่น ประเภทของสารสนเทศด้านสุขภาพ ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ของระบบและโปรแกรม การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ความพร้อมของหน่วยบริการสุขภาพและบุคลากร กฎหมายที่เกี่ยวข้องและแนวทางปฏิบัติต่างๆ เรื่องสิทธิส่วนบุคคลในด้านข้อมูล (Privacy) การปกป้องความปลอดภัยของข้อมูล (Security) และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาถึงรายละเอียดของแต่ละส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาในระยะต่อไป โดยโครงการวิจัยฯ ได้เก็บข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันบางส่วนของประเทศไทยไว้บ้างแล้ว ซึ่งสามารถพิจารณาในเอกสารแนบเพิ่มเติม

พร้อมนี้ โครงการฯ ได้นำเสนอแผนภาพเพื่อแสดงการไหลของข้อมูล (Data flow diagram) ทั้งในแผนภาพบริบท (Context diagram) และแผนภาพกระแสข้อมูลระดับที่ 1 (Data flow diagram level 1) ของงานบริหารทางเภสัชกรรมในบริบทของเภสัชกรชุมชนใน 3 งานหลัก คือ การดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM) การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health screening) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral modification) ร่วมกับระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเชื่อมโยงและส่งต่อผู้ป่วย (Patient flow) ข้อมูลทางสุขภาพ (Data flow) และการเบิกจ่าย (Financial flow) ในรายละเอียดในโครงการวิจัยในอนาคตต่อไป

6. กลไกเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลในการจัดทำระบบฐานข้อมูลกลาง

หากในอนาคต จะมีการจัดทำระบบฐานข้อมูลกลาง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ระบบฐานข้อมูลกลาง ที่จะจัดทำขึ้นควรเป็นระบบที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในหลายๆ ฝ่าย และมีประเด็นสำคัญอย่างน้อย 5 ประการที่ควรคำนึงถึง คือ

- 1) ต้องมีนโยบายระดับชาติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ระบบฐานข้อมูลกลาง ทั้งในด้านของทะเบียน (Registry) เช่น ทะเบียนบุคลากรสุขภาพ ทะเบียนหน่วยงานสถานบริการสุขภาพ ทะเบียนประชาชน เป็นต้น และการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลการบริหารและประวัติผู้ป่วย
- 2) มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องรองรับ ได้แก่ กฎหมายเรื่องความปลอดภัย รักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลและการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดีที่ขณะนี้มีความสำคัญของรัฐบาล คือ นโยบายเศรษฐกิจดิจิทัลที่จะสร้างเสาหลัก 5 ด้าน โดยมี 1 ใน 5 คือ นโยบายการพัฒนากฎหมายระเบียบและกฎเกณฑ์ต่างๆ เพื่อรองรับเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการจัดทำระบบฐานข้อมูลกลาง
- 3) ต้องมีหน่วยงานดูแลพัฒนาและส่งเสริมการใช้มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ
- 4) ต้องมีมาตรฐานทั้งการมุ่งใจในระยะแรก และการบังคับใช้กฎหมายหลังจากผ่อนปรนให้ระยะเวลาเตรียมตัวเพื่อใช้งานระบบฐานข้อมูลกลาง เช่นเดียวกับนโยบาย HER และ Meaningful Use ของสหรัฐอเมริกา
- 5) มีกลไกการควบคุมการใช้ข้อมูล เนื่องจากข้อมูลด้านสุขภาพจัดเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถนำมาเปิดเผยได้หากมิได้ได้รับความยินยอม จึงควรมีการกำหนดเงื่อนไขสำหรับการจัดเก็บ การเข้าถึงข้อมูล และการส่งต่อข้อมูล ซึ่งกฎหมายคุ้มครองส่วนบุคคลที่มีผลบังคับในปัจจุบันนั้นไม่ได้ระบุเน้นความสำคัญของข้อมูลด้านสุขภาพโดยตรง ทำให้สร้างความสับสนใน

ระดับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ดังเช่นที่ปรากฏจากการเก็บข้อมูล ซึ่งรัฐบาลปัจจุบันเห็นความสำคัญต่อข้อมูลด้านสุขภาพ มีการร่างกฎหมายฉบับใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับยุคปัจจุบันที่เป็นการใช้อิเล็กทรอนิกส์มาช่วยในการส่งข้อมูลสุขภาพย่อมเป็นสิ่งสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพในอนาคต

- 6) มีหน่วยงานกำกับดูแล พัฒนาทั้งระบบเทคโนโลยี ประสานงาน สื่อสารและสนับสนุนแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ด้านต่างๆ

ในปัจจุบัน หน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลพัฒนาและส่งเสริมการใช้ข้อมูลมาตรฐานและข้อมูลสุขภาพ ยังขาดหน่วยงานกลางในการดูแลและมองในภาพรวม แต่มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 1) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานข้อมูลสุขภาพเพื่อให้หน่วยงานในสังกัดใช้ในชุดข้อมูลมาตรฐานส่งมาประมวลผลภาพรวมในระดับประเทศ
- 2) ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (ศมสท.) ภายใต้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเป็นหน่วยงานวิชาการที่มีพันธกิจหลักในการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพของไทย ขณะนี้ได้พัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพเสร็จและเผยแพร่แล้ว อย่างน้อย 3 มาตรฐาน คือ มาตรฐานระบบบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานของไทย (TMT), มาตรฐานระบบรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LOINC) และมาตรฐานสากลทางการแพทย์ (SNOMED-CT) และได้เผยแพร่ใช้งานกันกว้างขวาง จนขณะนี้ได้รับการยอมรับนำมาตรฐานไปใช้โดยหน่วยงานที่ทำหน้าที่รวมข้อมูล เช่น สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลระบบประกันสุขภาพ ทั้งในส่วนของการชำระค่า และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น
- 3) หน่วยงานบริหารจัดการข้อมูลและมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ควรมีการจัดตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพโดยตรง กล่าวคือ
 - ด้านข้อมูลระบบสุขภาพของประเทศกำลังมีการจัดตั้งหน่วยงานกลางของรัฐบาล ชื่อ “ศูนย์สารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลหลักประกันสุขภาพ (National Data Clearing House)” เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดการข้อมูลสุขภาพของประชาชนทุกสิทธิการรักษาพยาบาลในประเทศไทย
 - หน่วยงานที่เกี่ยวกับการจัดมาตรฐานของระเบียบ กระบวนการการจัดส่งข้อมูล ทางภาครัฐบาลจะมีการดำเนินการจัดตั้ง “สำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ (Healthcare Information System Standards and Processing Administration (HISPA) ซึ่งเป็นรูปแบบของ องค์กรมมหาชน ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ โดยมีอำนาจและหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ พร้อมทั้งจัดการกระบวนการรับส่งข้อมูลการเบิกจ่ายและสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย

เนื่องจากโครงการงานวิจัยที่เสนอและได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการนั้น มุ่งเน้นเรื่องของร้านยาเป็นหลัก ไม่ได้ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกสังกัด หรือทุกระดับ อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้เพิ่มความครอบคลุมในหน่วยบริการสุขภาพระดับอื่นๆ ด้วย คือ

- ควรมีการศึกษาริจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ (Health Information Exchange) โดยสร้างระบบมาตรฐานข้อมูลเฉพาะด้านของเภสัชกร ซึ่งกำหนดโดยสภาเภสัชกรรม เพื่อสร้างมาตรฐานของเภสัชกร พร้อมกับการสร้างความเชื่อมโยงกับวิชาชีพอื่น ทั้งนี้เนื่องจากด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมีหลายระดับ โดยฐานข้อมูลด้านสุขภาพมีมิติความลึกของข้อมูลต่างกัน ระหว่างข้อมูลจากชุมชน จากร้านยา (Community-based) และระดับโรงพยาบาล (Hospital-based)
- เสนอให้มีการสร้างต้นแบบการเชื่อมต่อระบบงานบริการระหว่างร้านยาและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอื่นๆ และหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ
- ควรมีการศึกษาระบบและโปรแกรมพื้นฐาน (System & software requirements) ต่างๆ ที่จำเป็นในการเชื่อมโยง และส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ เป็นต้น
- ควรมีหน่วยงานคอยทำหน้าที่และรับผิดชอบกำกับดูแลการให้บริการแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม อาทิเช่น
 - สภาเภสัชกรรม เป็นหน่วยงานที่สำคัญในการกำหนด บทลงโทษทางจรรยาบรรณและจริยธรรม ในการประกอบวิชาชีพของเภสัชกร (อาจรวมถึงสภาวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) และการกระทำที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อการเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อสร้างความมั่นใจในงานบริการของเภสัชกรต่อประชาชน รวมทั้ง
 - จัดทำมาตรฐานของเภสัชกรในการให้บริการข้อมูลสุขภาพให้สอดคล้องกับกฎหมายฉบับใหม่ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูลเป็นความลับและสร้างความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพของประชาชนที่มาใช้บริการ
 - ทำระบบจัดการความเสี่ยง (Risk Management) ของเภสัชกรในการให้บริการด้านข้อมูลสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย
 - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 - ในส่วนของเภสัชกร ควรจะมีการทำงานร่วมกับสภาเภสัชกรรม และ/หรือสำนักรับรองคุณภาพร้านยา (สสร) ในการกำหนดและจัดทำวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice, GPP) ในด้านการจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ ทั้งในส่วนของคุณภาพของร้านยาหรือหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการ คุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของเภสัชกร เนื้อหาข้อมูล และระบบการจัดเก็บที่เป็นระบบตามมาตรฐานของกฎหมายด้านข้อมูลส่วนบุคคล
 - จัดระบบการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ
 - สร้างระบบการขึ้นทะเบียนร้านยากับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก อพูน หรือศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อสร้างความมั่นใจในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการด้านสุขภาพ

- องค์การวิชาชีพอื่นๆ

ควรจะมีการจัดทำข้อตกลงร่วมกันในระดับวิชาชีพ เช่น แพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล ฯลฯ ในการกำหนดและจัดทำวิธีปฏิบัติที่ดีในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น

- การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ
- จัดระบบการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ
- คุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพ
- คุณภาพและมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์
- ระบบการจัดเก็บที่เป็นระบบตามมาตรฐานของกฎหมายด้านข้อมูลส่วนบุคคล
- ระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการ และสามารถสืบค้นและเชื่อมโยงฐานข้อมูลกันได้ เป็นต้น

ดังนั้น ในด้านการจัดการระบบสารสนเทศสำหรับผู้ป่วยนั้น ยังมีส่วนที่จำเป็นต้องศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและชัดเจน สามารถสร้างความเชื่อมโยง แบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเก็บรักษาและป้องกันความลับของผู้ป่วย ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ทั้งในหน่วยงานกำกับดูแล และหน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ ก่อนที่จะปฏิบัติได้จริงในภาพรวมของประเทศต่อไป

บรรณานุกรม

- Allemann, S. S., van Mil, J. F., Botermann, L., Berger, K., Griesse, N., & Hersberger, K. E. (2014). Pharmaceutical Care: the PCNE definition 2013. *International journal of clinical pharmacy*, 36(3), 544-555.
- Benson, T. (2010). *Principles of health interoperability HL7 and SNOMED*. London: Springer.
- Conover, K. (2013). EMR vs EHR vs PHR. *Healthcare IT in a nutshell*. Retrieved July 9, 2014, from <http://ed-informatics.org/healthcare-it-in-a-nutshell-2/emr-vs-ehr-vs-phr/>
- Consumer Partnership for eHealth. (2010). Protecting sensitive health information in the context of health information technology. Retrieved February 16, 2014, from National Partnership for Women & Families and the Consumer Partnership for eHealth <http://www.nationalpartnership.org/issues/health/HIT/consumer-resources.html>
- European Commission. (2011). *European interoperability Framework (EIF): Towards interoperability for European Public Services*. Belgium: Shutterstock.
- Goundrey-Smith, S. (2012). *Information technology in pharmacy: An integrated approach*. London: Springer.
- Health Information and Quality Authority. (2013). *Overview of healthcare interoperability standards* (pp. 38). Retrieved from <http://www.hiqa.ie/publications/overview-healthcare-interoperability-standards>
- Health Level Seven International. (2014). Introduction to HL7 Standards. Retrieved January 19, 2014, from Health Level Seven International <http://www.hl7.org/implement/standards/index.cfm?ref=nav>
- Marang, U. (2014). Internet security In BT 454 Electronic Commerce. Chiang Mai: Faculty of Business Administration, Maejo University. Retrieved from http://coursewares.mju.ac.th:81/e-learning46/bt454/Chapter5/C1T5_01.htm.
- Masys, D. (Producer). (2004, February 16, 2014). Medical data: It's only sensitive if it hurts when you touch it. Retrieved from http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkOFjAA&url=http%3A%2F%2Fcrypto.stanford.edu%2Fportia%2Fworkshops%2F2004_7_slides%2Fmasys.ppt&ei=hIEAU9WNMPGTiOee0YGIaw&usq=AFOjCNEhyMud46GNLjnxbdMuWmMoH6lC5g
- Miller, P. (2000). Interoperability. What is it and Why should I want it. *Ariadne*, 24(10).
- Health insurance portability and accountability act of 1996, 104-191 C.F.R. (1996).
- Office of Civil Rights. (2003). *Summary of the HIPAA Privacy Rules*. Washington, D.C.: Office for Civil Rights Retrieved from <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/summary/index.html>.

- Office of the National Coordinator for Health Information Technology. (2008). *Nationwide privacy and security framework for electronic exchange of individually identifiable health information*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services Retrieved from <http://www.healthit.gov/policy-researchers-implementers/nationwide-privacy-and-security-framework-electronic-exchange>.
- ONC. (2014, November 14). Consumer eHealth Program. *Policy researchers and implementers: Policymaking, regulation and strategy*. Retrieved November 30, 2014, from <http://www.healthit.gov/policy-researchers-implementers/consumer-ehealth-program>
- Stroetmann, K. A., & Stroetmann, V. N. (2005). *Towards an Interoperability Framework for a European e-Health Research Area—Locating the Semantic Interoperability Domain*. Paper presented at the EC Workshop on semantic interoperability, Brussels, Feb.
- Data Protection Act 1998 (1998).
- University of Michigan. (2013). Private Personal Information (PPI) *Sensitive data guide to IT services*. Ann Arbor: MI: Information and Infrastructure Assurance (IIA).
- WHO. (2014). Issues in health information. In Health Metrics Network (Ed.), *National and Subnational Health Information Systems* (Vol. 1, pp. 30). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ยอดมณี, พ. (2548). กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของประเทศสหราชอาณาจักร (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, Trans.) (pp. 148). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
- อดิสรประเสริฐ, ส. (2009). มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล: ศึกษาเฉพาะกรณีการแยกแยะประเภทข้อมูลส่วนบุคคล. (มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพมหานคร. Retrieved from <http://www.research.rmutt.ac.th/archives/5606>



บทที่ 5
การบูรณาการเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ

โครงการ “บูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการ
บริหาร ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจาก
หน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ”

โดย ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์และคณะ
ตุลาคม พ.ศ. 2558

บทที่ 5

การบูรณาการเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ

โครงการวิจัยฯ เรื่องนี้ มุ่งเน้นเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ด้วยเหตุดังกล่าว จึงขอ
นำเสนอสถานการณ์ปัจจุบัน กระบวนการ ระบบและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่มีการใช้ในการเก็บข้อมูลหรือ
บริหารจัดการเกี่ยวกับระบบการส่งต่อและการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

5.1 งานบริการปฐมภูมิ: สถานการณ์ปัจจุบัน

งานบริการปฐมภูมิ เป็นงานที่มีการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพหลากหลายหน่วยงานในหลายสังกัด จาก
การสังเคราะห์เปรียบเทียบงานบริการและระดับของบทบาทงานบริการปฐมภูมิที่มีการให้บริการปัจจุบัน และ
ทิศทางการให้บริการในอนาคต พบว่า บทบาทและงานบริการปฐมภูมิมีความซ้ำซ้อนทั้งในระดับวิชาชีพ ระดับ
หน่วยบริการสุขภาพ และระดับกระทรวงต้นสังกัด (ตารางที่ 5.1) โดยในส่วนของนี้ จะขอแยกบทบาทงานเยี่ยมบ้าน
(Home healthcare) ออกมาจากการดูแลติดตามการใช้ยา (MTM) เพื่อชี้ให้เห็นถึงบทบาทงานเชิงรุกที่ชัดเจน
มากยิ่งขึ้นของเภสัชกรชุมชน

ตารางที่ 5.1 บทบาทงานบริการปฐมภูมิแต่ละงานแยกตามหน่วยบริการสุขภาพ

บทบาทงานบริการปฐมภูมิ	รพ.สต.	ศบส. (Non-RPh)	ศบส. (RPh)	คลินิกอบอุ่น (RPh)	ร้านยา
การดูแลติดตามการใช้ยา (MTM)	+	++	+±	+±	+++±
กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (Home Healthcare)	+±	++	±±	±±	++++
การคัดกรองโรค (Screening)	++++	++++	++	±	+++±
การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification)	(ชุมชน) +++	(ชุมชน/ รายบุคคล) +++	(ชุมชน) ++		(รายบุคคล) +++±
การคุ้มครองผู้บริโภค (Prevention & Promotion)	++++	++++	+++	±±	+ (DRPs)
การรักษา (Treatment)	++	++++	++++	++++	+

หมายเหตุ 1) + ปริมาณบทบาทงานในปัจจุบัน ± ปริมาณบทบาทงานปฐมภูมิที่ควรจะมีมากขึ้นในอนาคต

2) รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข; ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรมอนามัย กรุงเทพมหานคร; RPh = งานปฐมภูมิเฉพาะส่วนของเภสัชกรในงานบริหารทางเภสัชกรรม; Non-RPh = บุคลากรทางการแพทย์อื่นที่ไม่ใช่เภสัชกร เช่น พยาบาล นักสาธารณสุข ฯลฯ; DRPs = ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems);

3) การรักษาพยาบาล (Treatment) ไม่นับเป็นงานปฐมภูมิ หากแต่เป็นงานบริการทางการแพทย์พื้นฐานที่จำเป็น แต่บรรจุไว้ในตาราง เพื่อให้เห็นความแตกต่างของงานบริการทางสาธารณสุข

4) การคุ้มครองผู้บริโภค (Health Prevention and promotion) หมายรวมถึง การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะมีการให้บริการในระดับบุคคล (Individual) เช่น การฉีดวัคซีน การรายงานอันตรายจากการใช้ยา (ADRs) ฯลฯ และบริการในระดับชุมชน (Community-based activity services) เช่น การเฝ้าระวังภัยคุกคามในชุมชนทั่วทั้งด เมือง หมู่บ้าน หรือการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม ยาปลอม ฯลฯ

ในภาพรวมจากการสังเคราะห์แล้ว พบว่า งานบริการปฐมภูมิมีการให้บริการในหลายหน่วยบริการ สุขภาพจากหลายบุคลากรทางสาธารณสุขมากน้อยแตกต่างกันไป ความแตกต่างนั้นพบได้ทั้งในด้าน องค์ประกอบของบุคลากรวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่ให้บริการปฐมภูมิหลัก ในด้านการกำหนดระดับบทบาท ของแต่ละวิชาชีพที่ให้บริการ และในด้านงานบริการปฐมภูมิแต่ละงาน ดังนี้

1) ด้านบุคลากร

บุคลากรที่มีบทบาทหลักในงานบริการปฐมภูมิ 4 งาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ พยาบาลหรือนักสาธารณสุข เนื่องจากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ยังขาดแคลนแพทย์และ เภสัชกรไปประจำ ในส่วนของร้านยา คือ เภสัชกรชุมชน จัดเป็นการให้บริการปฐมภูมิโดยบุคลากรวิชาชีพ (Professional) เดียว ในขณะที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกอบอุ่นจะเป็นทีมบุคลากรสาธารณสุขที่ร่วม ทำงานเป็นทีมในการให้บริการปฐมภูมิ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2) ด้านการกำหนดบทบาทของงานบริการปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ

มีเพียงเภสัชกรชุมชนในร้านยาที่เป็นผู้กำหนดบทบาทของตนเอง อาจสืบเนื่องจากเป็นหน่วยบริการ สุขภาพของเอกชนทำให้มีอิสระในการเลือกและการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาบทบาทของเภสัชกร ชุมชนก็จะถูกจำกัดสืบเนื่องจากความเป็นเอกชนเช่นกัน อันเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร ข้อมูล และบุคลากรอื่นจากภาครัฐ ในส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ ศูนย์บริการสาธารณสุขจะถูกกำหนดบทบาทและรายละเอียดงานบริการปฐมภูมิตามนโยบายทั้งจากระดับ รัฐบาล กระทรวงทบวงกรม หรือหน่วยงาน ทำให้ขาดอิสระในการเลือกและการตัดสินใจในงานหรือบทบาทใน การให้บริการปฐมภูมิ แต่ก็ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจากภาครัฐ ในส่วนของคลินิกอบอุ่น บทบาทของงานปฐมภูมิจะไม่โดดเด่นอันเนื่องจากการมุ่งเน้นงานด้านการรักษาพยาบาลและการติดตาม ผลการรักษาเป็นหลัก

3) ด้านการกำหนดบทบาทของงานบริการปฐมภูมิในแต่ละวิชาชีพที่ให้บริการงานปฐมภูมิ

ในด้านรายละเอียดของบทบาทการให้บริการงานปฐมภูมิ งานคุ้มครองผู้บริโภค (Prevention & Promotion หรือ consumer protection) จะมีงานทั้งในระดับบุคคลและชุมชน งานในระดับบุคคล (Individual) เช่น การฉีดวัคซีน การรายงานอันตรายจากการใช้ยา (ADRs) หรือปัญหาการใช้ยาผิด วัตถุประสงค์ (Drug abuse) ไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฯลฯ และบริการในระดับชุมชน (Community-based activity services) เช่น การเฝ้าระวังยาหมอดอายุในชุมชนทั้งวัด โรงเรียน หมู่บ้าน หรือ การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม ยาปลอม ฯลฯ

5.1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยงานที่ให้บริการปฐมภูมิในปัจจุบัน หากพิจารณาแถวในแนวนอน (Column) ในตารางที่ 5.1 จะ ประกอบด้วย 4 หน่วยบริการสุขภาพหลัก (ตารางที่ 5.1) ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
- 2) ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.)
- 3) คลินิกอบอุ่น
- 4) สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน หรือเภสัชกรรมชุมชน หรือร้านยา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) งานปฐมภูมิจะมุ่งเน้นงานคัดกรองโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับ 4 บวก (++++). มีการปรับปรุงกิจกรรมทางสุขภาพเน้นในงานบริการชุมชนหมู่บ้านในระดับ 3 บวก (+++) โดยผู้ให้บริการมักจะไม่ใช่เภสัชกรเนื่องจากขาดแคลนเภสัชกร งานปฐมภูมิ ใน รพ.สต.จะมุ่งเน้นงานคัดกรองโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับ 4 บวก (++++) มีการปรับปรุงกิจกรรมทางสุขภาพเน้นในงานบริการชุมชนในระดับ 3 บวก (+++) ในส่วนของงานเยี่ยมบ้าน เนื่องจากได้รับนโยบายและ/หรือการกำหนดให้เป็นลักษณะงานจำเพาะของผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่เภสัชกร อย่างไรก็ตามบทบาทนี้มีข้อจำกัดที่บุคลากรไม่สามารถให้คำแนะนำที่ครอบคลุมไปถึงยาหรือผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ และมักจะให้บริการ ณ จุดบริการที่กำหนด ไม่ได้ลงไปที่บ้านผู้ป่วยเฉพาะราย ในภาพรวม รพ.สต.ไม่ได้มุ่งเน้นงานด้านนี้เท่ากับงานอนามัยแม่และเด็ก

ในส่วนของศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่เภสัชกร (Non-registered pharmacist, NonRPh) คือ พยาบาลหรือนักสาธารณสุข ซึ่งงานบริการปฐมภูมิมุ่งเน้นความโดดเด่นชัดเจน (ยกเว้นการดูแลติดตามการใช้ยา เนื่องจากมีเภสัชกรประจำศูนย์รับผิดชอบหลัก) โดยเฉพาะในส่วนของงานคัดกรอง การปรับปรุงกิจกรรมทางสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและชุมชน และการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ ที่มีการงานบริการทั้งในเชิงรุกและเชิงรับเนื่องจากมีผู้รับผิดชอบหลักและมีคำบรรยายลักษณะงาน (Job description) ที่ชัดเจน ร่วมกับการประเมินผลการทำงาน (Performance appraisal) ในส่วนของงานเยี่ยมบ้าน จะเป็นบทบาทหลักหนึ่งในการให้บริการเนื่องจากได้รับนโยบายและ/หรือการกำหนดให้เป็นลักษณะงานจำเพาะของผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่เภสัชกร จะมีการวางแผนและออกเยี่ยมบ้านตามแผนอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ผลงานที่ชัดเจน ทำให้มีการระบุบทบาทนี้ในระดับ 2 บวก (++) เช่นเดียวกับใน รพ.สต. คือ บทบาทนี้มีข้อจำกัดที่บุคลากรไม่สามารถให้คำแนะนำที่ครอบคลุมไปถึงยาหรือผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ ประเมินผลทางสุขภาพอันเนื่องมาจากยาหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

โดยที่เภสัชกรประจำศูนย์บริการสาธารณสุขจะมีงานบริหารทางเภสัชกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานบริการเภสัชกรรมชุมชนที่แตกต่างจากส่วนอื่นๆ ได้แก่ งานดูแลติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย งานในส่วนนี้ปัจจุบันระดับของการให้บริการยังอยู่ที่ระดับ 1 บวก (+) ซึ่งเภสัชกรสามารถที่จะเพิ่มบทบาทงานของตนเองได้เพิ่มขึ้น เช่น การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อดูแลติดตามผลการใช้ยา อาจจะออกเยี่ยมเดี่ยวหรือร่วมกับทีมบุคลากรทาง การแพทย์อื่น การประเมินความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยร่วมกับการแก้ไขปัญหาด้านยาที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น แต่บทบาทส่วนนี้ยังให้ในระดับน้อยเนื่องจาก ศบส. ส่วนใหญ่มีเภสัชกรประจำเพียงคนเดียว ทำให้ยากที่จะออกนอกหน่วยบริการเพื่อไปให้บริการนอกสถานที่ แต่อาจจะดำเนินกิจกรรมนี้ในผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีความจำเป็น (เช่น ไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่ ศบส.ได้เอง) เนื่องจากผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า บทบาทที่เกี่ยวกับการดูแลการใช้ยาในชุมชนยังต้องการเภสัชกรจาก ศบส. ไปร่วมทีมกับ พยาบาลหรือสส./อสม. ในชุมชน ในด้านงานคัดกรองโรคและการปรับปรุงกิจกรรมทางสุขภาพโดยเภสัชกรประจำศูนย์บริการสาธารณสุข อาจจะเป็นงานที่ไม่เด่นชัดเมื่อเทียบกับงานบุคลากรวิชาชีพอื่น ในปัจจุบันมีระดับ การให้บริการในระดับ 2 บวก (++) ตัวอย่างงานที่พบ เช่น การคัดกรองโรคต่างๆ และการปรับปรุงกิจกรรมทางสุขภาพในระดับชุมชน ที่มีการรณรงค์และอธิบายการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การเลือกและใช้ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพอื่นๆ และในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพนั้น เภสัชกรประจำศูนย์บริการสาธารณสุขจะเด่นชัดในด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน เช่น การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ยาที่หมดอายุในโรงเรียนหรือวัด การให้ความรู้และการเก็บรักษาผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health education) เป็นต้น

ในส่วนของคลินิกอบอุ่น ดังที่ได้กล่าวไว้ว่าบทบาทของงานปฐมภูมิจะไม่โดดเด่นอันเนื่องมาจากงานส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นงานด้านการรักษาพยาบาลและการติดตามผลการรักษาเป็นหลัก โดยในงานดูแลติดตามการใช้ยาของเภสัชกรยังอยู่ในระดับ 1 บวก (+) ซึ่งส่วนนี้เภสัชกรอาจจะเพิ่มบทบาทของตนเองได้เพิ่มขึ้นเป็นระดับ 2 บวก (++) เช่น การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งแพทย์ประจำคลินิกอบอุ่นบางแห่งให้การสนับสนุนหากแต่คลินิกอบอุ่นส่วนใหญ่ยังขาดเภสัชกรร่วมทีมให้บริการ

ในส่วนของร้านยา งานปัจจุบันของเภสัชกรชุมชนยังมีน้อยทั้งในบทบาทของการดูแลติดตามการใช้ยา การคัดกรองโรค การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพที่มุ่งเน้นงานบริการในระดับบุคคล จากการสังเคราะห์บทบาทงานจะอยู่ระดับ 2 บวก (++) ซึ่งบทบาททั้งสามด้านนี้เป็นบทบาทที่ควรจะสามารถที่สนับสนุนให้มากขึ้นถึงระดับ 4 บวก (+++++) ยกตัวอย่างเช่น

- **การดูแลติดตามการใช้ยา** ในร้านยาจำนวนไม่น้อยที่ยังมีการทำกิจกรรมในบางส่วนน้อยซึ่งอาจจะสนับสนุนให้เพิ่มบทบาทโดยการเพิ่มกิจกรรมในร้านยา เช่น การจัดทำและเก็บรักษาประวัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient profile) การประเมินการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (Patient compliance) หรือการส่งต่อผู้ป่วย (Patient referral) เป็นต้น โดยในงานวิจัยนี้ได้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อและแนวทางการเขียนศัพท์เทคนิคเพื่อช่วยในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นที่เป็นผู้ได้รับแบบฟอร์มเพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่จำเป็นอย่างรวดเร็ว โดยแบบฟอร์มที่จัดทำเบื้องต้นนี้ได้นำไปพิมพ์แจกจ่ายแก่เภสัชกรชุมชนโดยสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) แล้ว พร้อมนี้ได้มีการจัดทำแนวทางการกรอกแบบฟอร์ม และตัวอย่างการเขียนศัพท์เทคนิคเพื่อลดระยะเวลาและเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เนื่องจากจากการสนทนากลุ่ม พบว่าเภสัชกรชุมชนยังขาดองค์ความรู้และทักษะในการเขียนแบบฟอร์มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือบางครั้งต้องเสียเวลาในการอ่านทำความเข้าใจนาน ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือในการส่งต่อ
- **กิจกรรมเยี่ยมบ้าน** ในกรอบแนวคิดด้านการดูแลติดตามการใช้ยา (MTM) จัดงานเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในงานย่อยภายใต้กรอบ MTM ซึ่งบทบาทนี้ยังจัดได้ว่าเป็นงานใหม่ที่เริ่มต้นไม่นานในเภสัชกรรมชุมชนในประเทศไทยที่ให้บริการกับลูกค้าของร้านที่มีโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถเดินทางมาร้านได้ หรือต้องการติดตามประเมินการใช้ยา ฯลฯ โดยเฉพาะผู้ป่วยนอนติดเตียง ในปัจจุบันจัดได้ว่ากิจกรรมเยี่ยมบ้านเป็นงานบริการปฐมภูมิและเป็นบทบาทเชิงรุกของเภสัชกรชุมชน แต่เนื่องจากเภสัชกรจำเป็นต้องออกจากร้านยาไปให้บริการที่บ้านของลูกค้า ดังนั้นจึงมีร้านยาจำนวนน้อยที่สามารถให้บริการนี้ได้ เนื่องจากต้องมีหรือจัดหาเภสัชกรห้วง/ล่วงหน้า (Part-time pharmacist) มาประจำร้านในช่วงที่เภสัชกรออกเยี่ยมบ้านหรือต้องมีการวางแผนออกไปในช่วงเวลาที่มีลูกค้าน้อย หรือให้บริการกับลูกค้าบางกลุ่มโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก (Stroke) ผู้ป่วยล้างไตที่บ้าน เป็นต้น บทบาทงานในส่วนนี้เสนอว่าควรมีการสนับสนุนให้เพิ่มขึ้นถึงระดับ 4 บวก (+++++) เนื่องจากเภสัชกรชุมชนสามารถช่วยเพิ่มพื้นที่ในการให้บริการ เพิ่มบริการผ่านทางยาและผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพแก่ประชาชนได้เพิ่มขึ้น และเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Access to care) อย่างไรก็ตาม บทบาทส่วนนี้ เภสัชกรชุมชนยังต้องการการสนับสนุนการเพิ่มความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ เช่น องค์ความรู้ เอกสารให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ทักษะด้านการสื่อสาร อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น กล่าวโดยสรุป โครงการฯ เสนอให้มี

การกำหนดให้งานเยี่ยมบ้านเป็นบทบาทเชิงรุกของเภสัชกรชุมชน เนื่องจากเป็นงานที่สามารถช่วยติดตาม ประเมิน แก้ไขปัญหาจากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ยาและการดูแล ผู้ป่วย (เช่น การใช้ยาตามสั่ง) การป้องกันและลดความเสี่ยงหรือปัญหาจากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์ทาง สุขภาพ รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยกรณีที่เป็น

- การคัดกรองโรค ในปัจจุบันมีแบบฟอร์มและการดำเนินการคัดกรองโรคเรื้อรังบางโรคเท่านั้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมหรืออ้วนลงพุง โรคซึมเศร้า ในงานบริบาลด้านนี้นั้น เภสัชกรชุมชนอาจจะเพิ่มบทบาทโดยการขยายกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต หรือทางเดินปัสสาวะ หรือโรคติดเชื้อในชุมชน เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การ พัฒนาแบบคัดกรองและอบรมวิธีการคัดกรองยังต้องอาศัยนักวิชาการเข้าไปช่วยพัฒนาเพิ่มเติมอีกมาก
- การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ ในปัจจุบันจะมีการปรับพฤติกรรมทานอาหาร การออกกำลังกาย การ สูบบุหรี่หรือดื่มสุราบ้าง แต่บทบาทในส่วนนี้ยังมีน้อย เนื่องจากเภสัชกรชุมชนเองยังขาดความรู้และทักษะ เบื้องต้นในการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ ดังนั้น จุดเริ่มต้นของการขยายบทบาทในส่วนดังกล่าวของเภสัช กรชุมชน คือ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยต่างๆ ช่วยในการพัฒนาแนวทางการอบรมและการประเมินให้ ความรู้แก่เภสัชกรชุมชนเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพ
- ในส่วนของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพยังมีน้อยมาก (ในระดับ 1 บวก, +) และยังคงเป็นงานเกี่ยวกับ ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา (Drug-related problems, DRPs) บทบาทของเภสัชกรชุมชนในงานบริบาลนี้ยัง เป็นบทบาทเชิงรับ (Reactive role) มากกว่าเชิงรุก (Proactive role) เช่น การรายงานอาการอันไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions, ADRs) ให้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือการให้ความรู้อบรมแก่นักเรียนในโรงเรียน (Health education) เป็นต้น ดังนั้น การขยายบทบาทใน ด้านนี้ให้เป็นรูปธรรม ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายร่วมกับการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เภสัชกร ชุมชนขยายบทบาทของตนในชุมชนทั้งในรูปแบบการให้บริการระดับบุคคลและระดับชุมชน เช่น โครงการ แลกเปลี่ยนยาที่มีการดำเนินการในบางร้านยา การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยหรือการคุมกำเนิดที่มีการ รณรงค์เป็นช่วงๆ เป็นต้น

5.1.2 งานบริการปฐมภูมิ

5.1.2.1 การดูแลติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM)

การดูแลติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM) ในงานบริการปฐมภูมิ เนื่องจากงานนี้เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยา งานนี้จึงอยู่ภายใต้ศักยภาพและความเชี่ยวชาญของเภสัชกร แม้ว่าปัจจุบัน บทบาทด้านนี้ของเภสัชกรยังมีไม่มากนัก แต่เป็นส่วนที่สามารถพัฒนาและเพิ่มเติมงานบริการที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว ในส่วนนี้เภสัชกรชุมชนในร้านยาสามารถที่จะเพิ่มได้มากกว่าหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดด้านนโยบายหรือความเหลื่อมล้ำกับงานบริการของบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ งานวิจัยจึงเสนอให้มีการพัฒนางานส่วนนี้ในเภสัชกรชุมชนร้านยาจาก 2 บวก (++) เป็น 4 บวก (+++++) และในเภสัชกรประจำศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกอบอุ่นจาก 1 บวกเป็น 2 บวก (++) งานบริการในส่วนนี้ที่สามารถส่งเสริมสนับสนุนให้เพิ่มขึ้นได้ เช่น การทำประวัติผู้ป่วย การติดตามและประเมินความสามารถในการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการส่งต่อผู้ป่วย (กรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น)

5.1.2.2 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (Home healthcare)

กิจกรรมเยี่ยมบ้าน งานบริการปฐมภูมิในส่วนนี้เสนอให้เน้นเป็นบทบาทหลักของเภสัชกรชุมชน ซึ่งอาจจะออกเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรจากหน่วยบริการสุขภาพอื่น (เช่น ศบส.) ทำให้เภสัชกรชุมชนสามารถมุ่งเน้นบทบาทเกี่ยวกับยาหรือผลิตภัณฑ์ทางด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ หรือทำงานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นในการแบ่งขอบเขตความรับผิดชอบ ทำให้สามารถเพิ่มความครอบคลุมของพื้นที่ที่ให้บริการมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มบทบาทของเภสัชกรชุมชนในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในมิติของการป้องกันและดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนในเชิงรุกในบริบทสำหรับในอนาคต

ปัจจุบันงานเยี่ยมบ้านของเภสัชกรในระดับปฐมภูมิจะพบในร้านยาเป็นหลัก ซึ่งสมาคมเภสัชกรรมชุมชนประเทศไทย (สภช.) ได้พยายามผลักดันและกระตุ้นให้เภสัชกรชุมชนมีการดำเนินการมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม บทบาทนี้จำเป็นต้องมีการผลักดันเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรมโดยสภาเภสัชกรรม และ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยบริการสุขภาพภายในสังกัดกระทรวงอื่นๆ โดยกำหนดให้กิจกรรมเยี่ยมบ้านเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพของเภสัชกร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาทิเช่น สปสช. เพื่อบริการให้ทุนสนับสนุนร้านยาที่ดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน สะท้อนให้เห็นถึงการเห็นความสำคัญของหน่วยงานภาครัฐต่อบทบาทของเภสัชกรชุมชน ดังนั้น หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจึงควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

5.1.2.3 การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของโรค (Disease screening)

การคัดกรองโรค (Disease screening) บทบาทส่วนนี้จะเป็นภารกิจหลักของพยาบาลในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข อยู่ในระดับ 4 บวก (++++). อย่างไรก็ตาม การคัดกรองในปัจจุบันยังเน้นที่การคัดกรองโรคและยังไม่สามารถคัดกรองโรคในประชาชนได้ครอบคลุม 100% ของประชากรทั้งประเทศ เนื่องจากประชาชนบางส่วนยังไม่นิยมเข้าสู่หน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐ เนื่องด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ความไม่สะดวกจากการทำงาน ระยะเวลาเดินทาง หรือข้อจำกัดของเวลาการให้บริการ ในส่วนนี้ในงานวิจัยนี้เสนอให้มีการเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองเข้าสู่บทบาทของเภสัชกรชุมชน เพื่อให้ระดับของบทบาทการให้บริการงานปฐมภูมิเพิ่มจากระดับ 2 บวก (++) เป็น 4 บวก (++++). เนื่องจากร้านยามีเวลาเปิดให้บริการนานกว่าหน่วยบริการทางด้านสุขภาพของภาครัฐ บางแห่งใกล้กับที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ทำงานของประชาชน รวมทั้งสามารถช่วยกลั่นกรองและคัดกรองผลกระทบอันที่ส่งผลต่อสุขภาพที่อาจเกิดจากผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่างๆ ที่มีการโฆษณาและประชาชนอาจหลงเชื่อ อันตรกิริยาจากยา-อาหาร หรืออาการข้างเคียงหรือปัญหาจากการใช้ยา ร่วมด้วยได้ แต่ก็ยังต้องการงบประมาณสนับสนุนในกิจกรรมอยู่มาก เนื่องจากยังมีต้นทุนของอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการคัดกรอง หากมีการดำเนินการในหลายโรค ร้านยาไม่สามารถที่จะรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชนจำนวนมากได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ไม่เสนอให้เพิ่มบทบาทการคัดกรองในเภสัชกรประจำศูนย์บริการสาธารณสุขหรือคลินิกอบอุ่น เนื่องจากมีบุคลากรทางการแพทย์อื่นทำหน้าที่ส่วนนี้อยู่แล้ว

5.1.2.4 การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral modification)

การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral modification) ในปัจจุบันส่วนใหญ่พบการปรับพฤติกรรมในชุมชนหรือกลุ่มคน โดยผู้ทำหน้าที่นี้ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ในระดับ 2-3 บวก (++ ถึง +++). ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข การปรับพฤติกรรมรายบุคคลจะมีการพบน้อย เช่น จากการเยี่ยมบ้านของพยาบาลหรือนักสาธารณสุขเป็นครั้งคราว แต่ในโรคเรื้อรังบางโรค เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง ฯลฯ ควรจะได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมทางด้านการบริโภคอาหาร สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ถูกต้อง รวมทั้งการออกกำลังกาย ซึ่งในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือไปพบบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานภาครัฐได้หรือไม่บ่อยครั้งนัก ดังนั้น งานวิจัยเสนอให้เพิ่มบทบาทในส่วนนี้แก่เภสัชกรชุมชนในร้านยา เนื่องจากร้านยาบางแห่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. (แม้ปัจจุบันจะเน้นที่กรุงเทพมหานครและบางจังหวัดของประเทศ แต่มีแนวโน้มจะขยายไปสู่ภูมิภาคมากขึ้น) เพื่อให้เพิ่มความครอบคลุมแก่ประชาชน รวมทั้งเภสัชกรชุมชนสามารถให้คำแนะนำด้านสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารควบคู่ไปด้วย ซึ่งจะส่งผลให้บทบาทในส่วนนี้เพิ่มจากระดับ 2 บวก (++) ไปสู่ระดับ 4 บวก (++++). ช่วยในการเพิ่มความครอบคลุมแก่ประชาชนในระดับบุคคลมากขึ้น

5.1.2.5 การคุ้มครองผู้บริโภค (Health consumer protection)

การคุ้มครองผู้บริโภค (Prevention and Promotion หรือ Health consumer protection) งานบริการส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุข เนื่องจากกิจกรรมในประเทศไทย ยังเน้นการให้ความรู้ (Health education) แก่ประชาชนในกลุ่มใหญ่ หรือเป็นกิจกรรมแบบเชิงรับมากกว่า เช่น การรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์ (Adverse Drug Reactions, ADRs) หรือปัญหาจากการใช้ยา (Drug-related problems, DRPs) โดยความสมัครใจ (Voluntary) ไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา งานวิจัยนี้เสนอให้มีนโยบายในการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ให้ชัดเจน มีการกำหนดขอบเขตและภาระงาน และมีงบประมาณสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ สำหรับในส่วนของเภสัชกรนั้น ในร้านยา มีเภสัชกรชุมชนประจำเพียงคนเดียว อาจจะไม่สามารถออกนอกสถานที่ได้บ่อยครั้งนัก และในส่วนของเภสัชกรประจำศูนย์บริการสาธารณสุขก็ยังไม่มีการกำหนดและประเมินให้เป็นภาระงาน ปัจจุบันจึงเป็นการทำกิจกรรมโดยความสมัครใจตามแต่ระยะเวลาจะเอื้ออำนวย ซึ่งขึ้นอยู่กับความเต็มใจและความสามารถของเภสัชกรประจำศูนย์นั้นๆ มากกว่า เช่น งานเฝ้าระวังอนามัยในโรงเรียน การให้ความรู้ด้านการใช้ยา อาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแก่ประชาชน และการเฝ้าระวังยาหมอมายในโรงเรียน วัดหรือโรงงานต่างๆ ก่อให้เกิดความแตกต่างและความครอบคลุมในแต่ละพื้นที่ค่อนข้างมาก

อย่างไรก็ตาม ในด้านบทบาทการดูแลรักษาพยาบาล (Treatment) นั้น เนื่องจากปัจจุบันมีแพทย์ประจำอยู่เฉพาะในศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกอบอุ่น ทำให้ทั้งสองหน่วยบริการสุขภาพมีความโดดเด่นในงานด้านการรักษาพยาบาลถึงระดับ 4 บวก (++++). ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในบางครั้งจะมีแพทย์จากหน่วยบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายไปช่วยดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย หรือบางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีแพทย์อยู่ประจำ ทำให้บทบาทในส่วนนี้อยู่ในระดับ 2 บวก (++) แต่ในร้านยานั้น ไม่มีแพทย์อยู่ประจำซึ่งเภสัชกรสามารถช่วยดูแลรักษาพยาบาลได้ในเบื้องต้นเท่านั้น ทำให้งานในส่วนนี้อยู่ในระดับ 1 บวก (+) ดังนั้น จากการวิเคราะห์ด้านการดูแลรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ งานวิจัยจึงเสนอให้เป็นความรับผิดชอบหลักของคลินิกอบอุ่น ร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุข (ในเขตกรุงเทพมหานคร) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ในต่างจังหวัด)

5.2 การนำร้านยาเข้าร่วมเครือข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ และในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในด้านบทบาทงานบริการปฐมภูมินั้น การสร้างความเชื่อมโยง (Mapping) ของงานบริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิมีความจำเป็น เนื่องจากในปัจจุบันแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิมีจุดแข็งจุดอ่อนที่แตกต่างกันไป (ตารางที่ 5.2) ดังนั้น จึงควรมีการคำนึงถึงจุดแข็งจุดอ่อนดังกล่าวในการสร้างความเชื่อมโยงของงานบริการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพด้วย ได้แก่

5.2.1 รูปแบบการให้บริการ

งานวิจัยเสนอรูปแบบการให้บริการใน 2 ทางเลือก คือ

1) ประชาชนมีโอกาสนในการเลือกลงทะเบียนในงานบริการปฐมภูมิทั้งสี่ด้านที่หน่วยบริการสุขภาพแห่งใดแห่งหนึ่งที่ตนเองสะดวกและพึงพอใจในการรับบริการ โดยให้ทุกหน่วยบริการสุขภาพพัฒนางานบริการปฐมภูมิในทุกด้านและให้มีผู้รับผิดชอบให้บริการที่ชัดเจน เนื่องจากแต่ละหน่วยบริการสุขภาพจะมีความโดดเด่นของงานบริการและความพร้อมของบุคลากรแตกต่างกันปัจจุบัน และหากมีการย้ายภูมิลำเนาหรือการย้ายที่อยู่ชั่วคราวเพื่อการปฏิบัติงานก็สามารถขอย้ายหน่วยบริการสุขภาพได้

2) หน่วยบริการสุขภาพ มีการตกลงร่วมกันในการแบ่งงานความรับผิดชอบหรือจุดเน้นในการให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งทางเลือกนี้ต้องอาศัยข้อตกลงระหว่างหน่วยงานและแนวนโยบายจากระดับสูงไปยังหน่วยบริการสุขภาพแต่ละแห่งแต่ละระดับ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการปฐมภูมิจากหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพชำนาญการเฉพาะด้านและดูแลพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งคำนึงถึงจุดแข็งจุดอ่อน ความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์ สถานที่ให้บริการและงานบริการร่วมด้วย

บทบาทเชิงรุกของเภสัชกรชุมชน อาจมีลักษณะและรูปแบบ ดังนี้

1) ลักษณะการดูแล

- การเยี่ยมบ้านโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต หรือผู้ป่วยมีรายการยาหลายรายการ เป็นต้น
- การเยี่ยมบ้านโรคเฉพาะทาง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและสมอง, ผู้ป่วยลำไส้ใหญ่ทางช่องท้อง (CAPD) ซึ่งมีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

2) รูปแบบ

- จัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายของกลุ่มร้านยา เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการด้านข้อมูลร่วมกันและสามารถนำเสนอในภาพรวมได้ และร่วมกันจัดหาสิ่งสนับสนุนพร้อมทั้งองค์ความรู้และทีมงาน
- จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยในพื้นที่ใกล้ร้านยา โดยเชื่อมกับโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดสรรสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสมกับร้านยา
- จัดเตรียมระบบข้อมูล โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการลงชุมชน โดยประสานงานกับ อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลเยี่ยมบ้าน หรือผู้นำชุมชน
- ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยกับร้านยาอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความปลอดภัยการให้ยาและติดตามอย่างต่อเนื่อง
- บริหารจัดการเยี่ยมบ้านในพื้นที่รัศมีไม่เกิน 20 กิโลเมตร เพื่อลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลา และความสม่ำเสมอในการดูแล

ตารางที่ 5.2 จุดแข็งจุดอ่อนของงานบริการปฐมภูมิที่ให้บริการแยกตามหน่วยบริการสุขภาพ

จุดแข็ง/จุดอ่อน	รพ.สต.	ศบส.	คลินิกอบอุ่น	ร้านยา
แยกตามลักษณะโครงสร้างและส่วนสนับสนุน				
มีแพทย์ร่วมให้บริการ	มีบางแห่งหรือเป็นบางเวลา - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากด้วยความขาดแคลนของบุคลากร	มี - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากประชาชนได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ในเบื้องต้น	มี - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากประชาชนได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ในเบื้องต้น	ไม่มี - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากไม่สามารถยืนยันหรือวินิจฉัยโรคได้
มีเภสัชกรร่วมให้บริการ	มีบางแห่งหรือเป็นบางเวลา - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากด้วยความขาดแคลนของบุคลากร	มีบางแห่ง - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากด้วยความขาดแคลนของบุคลากร	มีบางแห่งหรือเป็นบางเวลา - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากด้วยความขาดแคลนของบุคลากร	มี - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากมีเภสัชกรให้บริการประชาชนด้านยาและ/หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ
มีบุคลากรทางการแพทย์อื่นร่วมให้บริการ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ	มี - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากมีบุคลากรให้บริการหลากหลาย และเนื่องจากงานที่ได้รับมอบหมายตามนโยบายเน้นงานด้านปฐมภูมิทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	มี - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากมีบุคลากรให้บริการหลากหลาย และเนื่องจากงานที่ได้รับมอบหมายตามนโยบายเน้นงานด้านปฐมภูมิทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	- มี - เป็นจุดแข็ง ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล เนื่องจากเน้นงานด้านปฐมภูมิ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีประสิทธิภาพ	- ไม่มี - เป็นจุดอ่อน ทำให้ขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้หรือทักษะที่เป็นส่วนเสริมได้ เช่น นักโภชนาการที่ให้ความรู้ด้านอาหารหรือพยาบาลที่ให้คำแนะนำด้านการดูแลหรือทำความสะอาดเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	มีบางแห่ง	มีบางแห่ง	มีบางแห่ง	ไม่มี - ทำให้ไม่สามารถยืนยันหรือวินิจฉัยโรค

จุดแข็ง/จุดอ่อน	รพ.สต.	ศบส.	คลินิกอบอุ่น	ร้านยา
งบประมาณและระบบสนับสนุน	มีงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ - เป็นจุดแข็ง ทำให้สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ - มีระบบสนับสนุน เช่น คอมพิวเตอร์ และซอฟต์แวร์ ระบบเอกสาร - บุคลากรได้รับงบประมาณสนับสนุนองค์ความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง	มีงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ - เป็นจุดแข็ง ทำให้สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ - มีระบบสนับสนุน เช่น คอมพิวเตอร์ และซอฟต์แวร์ ระบบเอกสาร - บุคลากรได้รับงบประมาณสนับสนุนองค์ความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง	มีงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบางส่วน - เป็นจุดอ่อน ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครบทุกประเภทงานบริการปฐมภูมิ เนื่องจากส่วนใหญ่ร้านยามีเภสัชกรเพียงคนเดียว - บางร้านไม่มีงบประมาณเพียงพอ ทำให้บุคลากรขาดแคลนระบบสนับสนุน หรือการศึกษาต่อเนื่อง	ไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ - เป็นจุดอ่อน ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครบทุกประเภทงานบริการปฐมภูมิ เนื่องจากส่วนใหญ่ร้านยามีเภสัชกรเพียงคนเดียว - บางร้านไม่มีงบประมาณเพียงพอ ทำให้ขาดแคลนระบบสนับสนุน หรือการศึกษาต่อเนื่อง
พื้นที่ให้บริการ	จำกัดในต่างจังหวัดและขอบเขตตามนโยบายของต้นสังกัด - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากให้บริการในพื้นที่จำกัดที่ได้รับการจัดสรร และปฏิบัติงานภายใต้ นโยบายที่กำหนด - บางแห่งอยู่ไกลจากบริเวณที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ทำงานทำให้ประชาชนไม่สะดวกในการใช้	จำกัดในกรุงเทพมหานครและขอบเขตตามนโยบายของต้นสังกัด - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากให้บริการในพื้นที่จำกัดที่ได้รับการจัดสรร และปฏิบัติงานภายใต้ นโยบายและงบประมาณที่กำหนด - บางแห่งอยู่ไกลจากบริเวณที่อยู่อาศัยหรือ	ให้บริการประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากใกล้ชิดกับชุมชน ทำให้รู้จักและประชาชนสามารถมาใช้บริการได้อย่างสะดวก	ให้บริการประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากใกล้ชิดกับชุมชน ทำให้รู้จักและประชาชนสามารถมาใช้บริการได้อย่างสะดวก

จุดแข็ง/จุดอ่อน	รพ.สต.	ศบส.	คลินิกอบอุ่น	ร้านยา
	บริการ	สถานที่ทำงาน ทำให้ประชาชน ไม่สะดวกในการ ใช้บริการ		
เวลาในการ ให้บริการ	เวลาราชการ - เป็นจุดอ่อน ทำให้ประชาชนที่ ทำงานมีโอกาส จะใช้บริการ น้อยลง	เวลาราชการ - เป็นจุดอ่อน ทำให้ประชาชนที่ ทำงานมีโอกาส จะใช้บริการ น้อยลง	ในหรือนอกเวลา ราชการ - อาจจะเป็นจุด แข็งหรือจุดอ่อน เนื่องจากขึ้นกับ เวลาทำการของ คลินิก และ ประชาชนที่ใช้ บริการ	ในหรือนอกเวลา ราชการ - อาจจะเป็นจุดแข็ง หรือจุดอ่อน เนื่องจากขึ้นกับเวลา ทำการของร้านยา และประชาชนที่ใช้ บริการ แต่โดยส่วน ใหญ่จะเปิดให้บริการ นานกว่าหน่วย บริการสุขภาพ ประเภทอื่น

แยกตามประเภทงานบริการปฐมภูมิ

การดูแลติดตาม การใช้ยา (MTM)	มีบ้างบางส่วน แต่ ยังขาดความ ชัดเจนและขาด ประสิทธิภาพ - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากยังขาด เภสัชกร ยัง จำเป็นต้องได้รับ การสนับสนุนใน เชิงนโยบาย งบประมาณและ กำลังคน	มีบ้างบางส่วน แต่ ยังขาดความ ชัดเจนและขาด ประสิทธิภาพ - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากยังขาด เภสัชกร ยัง จำเป็นต้องได้รับ การสนับสนุนใน เชิงนโยบาย งบประมาณและ กำลังคน เพราะ ส่วนใหญ่มีเภสัช กรเพียงคนเดียว ทำให้กิจกรรมใน ด้านนี้เน้นหนัก เพียงงานบาง ด้านเท่านั้น	ยังน้อยมาก - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากยังขาด เภสัชกร	มี และเป็นบทบาท หลักของเภสัชกร ชุมชน - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากเป็นงานที่ เภสัชกรชุมชนทำ เป็นประจำ - แต่ยังมีจุดอ่อนที่ ต้องการการ สนับสนุน เช่น ระบบการจัดเก็บ ข้อมูล การส่งต่อ ผู้ป่วยเมื่อจำเป็น การส่งเสริมด้านองค์ ความรู้และทักษะ เพิ่มเติม
---------------------------------	--	---	---	---

จุดแข็ง/จุดอ่อน	รพ.สต.	ศบส.	คลินิกอบอุ่น	ร้านยา
งานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care)	มีการวางแผน แต่ ดำเนินการ ณ หน่วยบริการที่ กำหนด	มีการวางแผนและ ดำเนินการอย่าง สม่ำเสมอ โดย บุคลากรทาง การแพทย์อื่นที่ ไม่ใช่เภสัชกร งาน บริการปฐมภูมิจะ ขาดส่วนองค์ ความรู้เกี่ยวกับ ยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพ	ไม่มี - เป็นจุดอ่อน แต่ เนื่องจากไม่ใช่ บทบาทเน้นของ หน่วยบริการ	มีในร้านยาบางแห่ง และบางช่วงเวลา - เนื่องจากข้อจำกัด เรื่องบุคลากรที่ต้อง หาเภสัชกรล่วงหน้า มาทำงานทดแทน หรือต้องมีเภสัชกร ประจำร้านมากกว่า 1 ราย ทำให้อาจขาด ความต่อเนื่องหรือ สม่ำเสมอ - เป็นบทบาทเชิงรุก ใหม่สำหรับเภสัชกร ชุมชนที่ควร สนับสนุนในเชิง นโยบายที่ชัดเจน
การคัดกรองโรค (Screening)	จำกัดในบางโรค - เนื่องจาก ข้อจำกัดของ ความพร้อมใน ห้องปฏิบัติการ ความพร้อมของ หน่วยบริการ และ/หรือ บุคลากร และ นโยบายของต้น สังกัด	จำกัดในบางโรค - เนื่องจาก ข้อจำกัดของ ความพร้อมใน ห้องปฏิบัติการ ความพร้อมของ หน่วยบริการ และ/หรือ บุคลากร และ นโยบายของต้น สังกัด	ไม่มี - เป็นจุดอ่อน แต่ เนื่องจากไม่ใช่ บทบาทเน้นของ หน่วยบริการ	มีในร้านยาบางแห่ง บางช่วงเวลา และบาง โรค - เป็นจุดแข็ง ร้านยา เป็นช่องทางในการ เข้าถึงการคัดกรอง เนื่องจากร้านยามี ช่วงเวลาการ ให้บริการเหมาะสม กับประชาชนกลุ่มที่ ประกอบอาชีพใน ชุมชน และเป็นการ เพิ่มการเข้าถึงงาน บริการโดยเฉพาะ กลุ่มประชาชนที่มี ความเสี่ยงต่อโรค เรื้อรัง

จุดแข็ง/จุดอ่อน	รพ.สต.	ศบส.	คลินิกอบอุ่น	ร้านยา
การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification)	มีบทบาทงานที่เด่นชัด ครอบคลุมและปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากด้วยนโยบายการกำหนดบทบาทงานและผู้ที่ปฏิบัติงานที่ชัดเจน เช่น การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ	มีบทบาทงานที่เด่นชัด ครอบคลุมและปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากด้วยนโยบายการกำหนดบทบาทงานและผู้ที่ปฏิบัติงานที่ชัดเจน เช่น การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ	ไม่มี - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากไม่ใช่บทบาทเน้นของหน่วยบริการ	มีในร้านยาบางแห่งและบางกิจกรรม เช่น การให้ความรู้เรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากร้านยาเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งร้านยาสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่อง
การคุ้มครองผู้บริโภค (Health Prevention & Promotion)	มีบทบาทงานที่เด่นชัด ครอบคลุมและปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากด้วยนโยบายการกำหนดบทบาทงานและผู้ที่ปฏิบัติงานที่ชัดเจน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก	มีบทบาทงานที่เด่นชัด ครอบคลุมและปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากด้วยนโยบายการกำหนดบทบาทงานและผู้ที่ปฏิบัติงานที่ชัดเจน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก	ไม่มี - เป็นจุดอ่อน เนื่องจากไม่ใช่บทบาทเน้นของหน่วยบริการ	มีบทบาทงานที่ครอบคลุม - เป็นจุดแข็ง เนื่องจากร้านยามีการกระจายตัวในชุมชน ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้สะดวก ซึ่งบทบาทการเฝ้าระวังโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อในชุมชน รวมทั้งผลิตภัณฑ์ สิ้นค้าที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน โดยการเชื่อมกับหน่วยงานของราชการที่รับผิดชอบ

5.2.2 การสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการนำร้านยาเข้าร่วมในเครือข่ายหรือในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพ หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมใหม่ๆ หรือโครงการที่มีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านทรัพยากรและเงินทุน ฯลฯ
- สภาเภสัชกรรม และหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแล ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนบทบาทด้านนี้อย่างชัดเจน เช่น
 - การให้อนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร สำหรับเภสัชกรชุมชนที่เข้ารับการอบรมเพื่อเตรียมพร้อมให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานเยี่ยมบ้าน
 - การสร้างมาตรฐาน กำหนดคุณภาพ ดัชนีชี้วัด หรือสมรรถนะ (Competency) ของเภสัชกรชุมชนในงานเยี่ยมบ้าน
 - กำหนดสาขาความเชี่ยวชาญด้านเภสัชกรชุมชน นอกเหนือจากด้านบริหารทางเภสัชกรรมเภสัชอุตสาหกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค ที่มีอยู่แล้ว
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ อาทิเช่น คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีนโยบายและกิจกรรมสนับสนุนการสร้างเครือข่ายและความเข้มแข็งของบทบาทนี้อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนและผลักดันผ่านโครงการอบรมนวัตกรรมสำหรับเภสัชกรชุมชน รวมทั้งเป็นสื่อกลางสร้างเครือข่าย (Network) การทำงานร่วมกัน

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. กรมอนามัย กทม. สภาเภสัชกรรม สภช. กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ควรมีการกำหนดเป็นนโยบายร่วมกันในการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือการทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรชุมชนกับเภสัชกรในหน่วยบริการสุขภาพที่สังกัดหน่วยงานต่างๆ เช่น เภสัชกรโรงพยาบาล รพ.สต. ศบส. โดยเภสัชกรชุมชนช่วยในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชนและส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิในภาวะที่จำเป็น ในขณะที่เภสัชกรโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการรับการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูล เชื่อมประสานกับหน่วยบริการสุขภาพระดับที่สูงกว่าหรือเฉพาะทาง ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายหลักในขอบเขตพื้นที่หนึ่งๆ เนื่องจากปัญหาหนึ่งที่พบจากการเก็บข้อมูล คือ บุคลากรทางการแพทย์ไม่กล้าปฏิบัติงานหรือส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานเนื่องจากปัญหาด้านนโยบายและแนวคิดที่ต่างกันของผู้บริหารต้นสังกัด

5.2.3 ประโยชน์ของการนำร้านยาเข้าร่วมในเครือข่ายกับหน่วยบริการอื่นๆ

การนำร้านยาเข้าร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอื่นๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบบริการปฐมภูมิและผู้ป่วยในภาพรวมอย่างน้อย 3 ระดับ ดังนี้

1) ระดับบุคคล

- สามารถหวังผลในการรักษาให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา โดยเภสัชกรชุมชนสามารถช่วยในส่วนของการกิจกรรมทบทวนและประเมินการใช้ยาทั้งโรคเรื้อรังและโรคเจ็บป่วยเบื้องต้นที่ร้านยาได้ ช่วยในการติดตามภาวะของโรค การใช้ยาต่อเนื่องและการใช้ยาตามสั่งเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา ช่วยป้องกันอันตรกิริยาระหว่างยา-อาหาร-ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และป้องกันอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หากผู้ป่วยมีสภาวะทางร่างกายหรือโรคที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย เภสัชกรชุมชนสามารถชี้แนะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลป้องกันตนเอง ช่วยในการให้ความรู้และแนะนำให้กลับเข้ารับการรักษา ตลอดจนประสานงานส่งต่อผู้ป่วย/ข้อมูลที่สำคัญไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น ทำให้การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยดีขึ้น และลดอันตรายหากปล่อยทิ้งไว้
- ช่วยในการคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง และ/หรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ เมื่อร้านยาประเมินพบความเสี่ยง หรือภาวะผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วย จะสามารถทำหน้าที่ช่วยประสาน ส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อรักษาอย่างทันทั่วถึง พร้อมทั้งได้รับข้อมูล และ/หรือปัญหาที่ถูกต้อง สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ได้ตรงจุดตรงประเด็น กระชับ และช่วยประหยัดเวลาในการวินิจฉัยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งรับทราบข้อมูลพฤติกรรม หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ร่วมด้วย
- ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดโรคหรือภาวะอันไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพของประชาชน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือทำให้ผู้ป่วยมีอาการ/โรคมีภาวะแย่ลง เช่น การรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

2) ระดับครอบครัว

- เนื่องจากร้านยา เป็นหน่วยบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก เนื่องจากตั้งอยู่ในชุมชนที่ใกล้กับที่พักอาศัยของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งสามารถให้บริการทางด้านสุขภาพที่นอกเหนือเวลาราชการได้ ทำให้สามารถหวังผลในการค้นหาปัญหาด้านการใช้ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ และเฝ้าติดตามประเมินสุขภาพของประชาชนในครัวเรือนได้อย่างสะดวกและสม่ำเสมอ
- เภสัชกรชุมชนสามารถช่วยในการบันทึกประวัติประจำครัวเรือนในด้านสุขภาพ การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และพฤติกรรมต่างๆ ได้ในภาพรวม พร้อมทั้งสามารถให้คำแนะนำ ตรวจสอบและให้ความรู้เพื่อให้ครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเอง และดูแลตนเอง (Self-care & Self-medication) ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ
- เภสัชกรชุมชนสามารถช่วยลดภาระของเภสัชกรปฐมภูมิหรือเภสัชกรโรงพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ในการติดตามการใช้ยาและภาวะของโรค เช่น ในงานเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกรชุมชนอาจมีการแบ่งเขตความรับผิดชอบและส่งต่อข้อมูลซึ่งกันและกัน ทำให้สามารถครอบคลุมพื้นที่ในการรักษาพยาบาล การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพได้

- เกสักรชุมชนสามารถร่วมทำงานเป็นทีมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นในกิจกรรมต่างๆ เช่น แบ่งหน้าที่รับผิดชอบหากมีการเยี่ยมบ้านร่วมกันกับพยาบาล นักโภชนาการ เป็นต้น มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในครัวเรือน ช่วยสนับสนุนกันในการให้ความรู้และเป็นองค์กรรวมครบทุกด้านทุกมิติ และทำให้ประหยัดเวลาด้วย
- ทำงานร่วมกับบุคลากรอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ อสส./อสม. ในการส่งต่อข้อมูลในการดูแลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3) ระดับชุมชน

- หวังผลการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ มุ่งเป้าประสงค์เฉพาะชุมชนปลอดภัยด้านยา อันนำไปสู่การได้ต้นทุน-ประสิทธิผลสูงสุดด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมของประเทศ เช่น
- การเฝ้าระวังโรคติดต่อในชุมชน
- เฝ้าระวังการใช้ยาในทางที่ผิด (Drug abuse) ยาเถื่อนหรือยาที่นำเข้าผิดกฎหมาย เฝ้าระวังอาหารผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพที่จำหน่ายในชุมชนที่เป็นอันตรายหรือมีสารเสพติดหรือสารที่ก่ออันตรายแก่คนในชุมชน
- การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เช่น การร่วมออกหน่วยพื้นที่ในชุมชน เพิ่มกำลังคน ครอบคลุมพื้นที่และเพิ่มความถี่ในการดูแลประชาชนในชุมชน
- การให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน เช่น การให้สุศึกษา ความรู้ด้านโรคและยา การดูแลสุขภาพ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย แก่นักเรียน พระ คนในชุมชน
- การเฝ้าระวังการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การตรวจยาหมดอายุในวัด/โรงเรียน/กองทุนหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นต้น

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การนำร้านยาเข้าร่วมหรือเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประโยชน์ คือ

1. ร้านยาเป็นหน่วยหลัก เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งร้านยาเป็นหน่วยย่อยของระบบสาธารณสุขที่มีการกระจายอยู่ในชุมชน โดยพัฒนาร้านยาเป็นศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Information Center) จัดระบบการส่งข้อมูลกลับ (Refer up) สู่วินิจฉัยแพทย์ประจำโรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่พบ เช่น เฝ้าระวังโรคติดต่อ หรือปัญหาการใช้ยาในชุมชน มีการประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ เพื่อสร้างสภาวะสุขของสุขภาพและความปลอดภัยด้านยาของประชาชน
2. สร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขที่มีการทำงานเป็นภาคีเครือข่ายระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (Public-Private Partnership: PPP) เพื่อสร้างความยั่งยืนของงานบริการสาธารณสุข

ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้มีการนำร้านยาเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพด้วย เนื่องจากจะก่อให้เกิดประโยชน์ดังต่อไปนี้ ได้แก่

1) เพิ่มการเข้าถึงบริการ (Accessibility) และความครอบคลุม (Coverage) และมีความยั่งยืน (Sustainability) ในบริการและการส่งต่อข้อมูล

- เนื่องจากร้านยาแผนปัจจุบันมีจำนวนถึง 12,000 ร้าน มีกระจายอยู่ในชุมชน เป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของประชาชน และเภสัชกรมีความพร้อมในการให้คำปรึกษาเรื่องการ用药ที่เหมาะสมกับโรค
- ประชาชนมีความสะดวกต่อการเข้ารับบริการ เนื่องจากร้านยามีช่วงเวลาเปิด-ปิดสะดวกต่อการเข้ารับบริการของประชาชน ซึ่งสามารถเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมของแต่ละคน
- ประชาชนสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและลดการใช้เวลาในรอรับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งร้านยาเป็นทางเลือกของการรับบริการด้านยา โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง โดยการจัดระบบการเติมยาที่ร้านยา
- ร้านยาที่เข้าร่วมกับ สปสช. สามารถช่วยในการเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการของประชาชน รวมทั้งสามารถช่วยในการสร้างระบบเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นปัจจุบันได้ในเวลาอันสั้น และในภาวะฉุกเฉินหรือผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับสูงขึ้นได้ ก็สามารถช่วยให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลในการพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่จำเป็นหรืออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยในการส่งต่อข้อมูลหรือสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยเขียนใบส่งต่อที่ช่วยกระชับระยะเวลาในการวินิจฉัยหรือสืบหาสาเหตุหรือสิ่งที่สร้างปัญหาให้กับผู้ป่วยได้
- ร้านยาที่สามารถสร้างเครือข่ายที่เป็นพันธมิตรกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น คลินิกอบอุ่น รพ.สต. ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส) ฯลฯ จะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย ช่วยในการส่งต่อหรือการติดตามการใช้ยาหรือสุขภาพของผู้ป่วยได้ และเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยได้ เช่น โครงการสร้างเครือข่ายระหว่างร้านยากับ ศบส. เกี่ยวกับการเฝ้าระวังความเสี่ยงและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ โครงการแลกเข็มฉีดยา เป็นต้น
- ร้านยามีรายการยาหลากหลายที่ครอบคลุมต่อโรคต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับบริการรับยาได้อย่างต่อเนื่องหรือกลุ่มยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งเภสัชกรสามารถช่วยแนะนำเพื่อใช้ในการดูแลตนเองและครอบครัวได้ (Self-care & Self-medication)
- ร้านยาสามารถสร้างระบบติดตามการใช้ยาของผู้รับบริการ โดยการจัดทำแฟ้มประวัติ เพื่อสร้างความปลอดภัยการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย และสามารถลงชุมชนเพื่อติดตามผลรายบุคคลได้
- ร้านยาเป็นศูนย์กลางของข้อมูลสุขภาพชุมชน (Health Information Center) เป็นที่พึ่งของประชาชนในการสอบถามด้านยา สมุนไพร และการดูแลตนเอง และให้ความรู้กับหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงเรียน สถานีตำรวจ ผู้นำชุมชน

2) ด้านคุณภาพ (Quality)

- เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน เภสัชกรประจำร้านยาให้บริการในรูปแบบ การจัดการด้านยา (Medication Therapy Management: MTM) มีขั้นตอนการบริการ โดยประเมินค้นหาปัญหาจากการใช้ยา ติดตามผลจากการใช้ยา บันทึกข้อมูล และส่งข้อมูลกลับสู่ระบบ ประสานงานการแก้ปัญหาด้านยาร่วมกับผู้ป่วยและแพทย์
- การสนับสนุนให้ร้านยาเป็นร้านยาคุณภาพ มีมาตรฐานรับรองโดย สมาเภสัชกรรม ช่วยในการประกันคุณภาพของยา โดยมีการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่ดีในการให้บริการทางเภสัชกรรม โดยมีการตรวจสอบ และควบคุมการเก็บรักษาเวชภัณฑ์ต่างๆ ให้มีคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ
- เภสัชกรชุมชนที่ขึ้นทะเบียนกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และผ่านการอบรมเพิ่มศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการประกันคุณภาพของเภสัชกรที่ให้บริการในร้านยา
- สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) เป็นสมาคมวิชาชีพที่กำกับดูแลเภสัชกรที่เป็นสมาชิกที่สมัครใจให้บริการในระบบประกันสุขภาพ เพื่อสร้างความมั่นใจกับภาครัฐในการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพของงานบริการ

5.3 กระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยของประเทศไทยในปัจจุบัน

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบันยังคงพบปัญหาในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านนโยบาย ด้านการปฏิบัติ หรือระบบสารสนเทศ ดังสรุปได้ตามตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 สถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ

ระบบ/ด้านที่เกี่ยวข้อง	ปัญหาที่พบในปัจจุบัน
ด้านนโยบาย	ไม่มีนโยบายการส่งต่อจากร้านยาอย่างชัดเจน
	ไม่มีการกำหนดนโยบายการเบิกจ่ายระหว่างการส่งต่อระหว่างร้านยาและหน่วยบริการสุขภาพ
	ไม่มีการกำหนดกฎระเบียบความปลอดภัยในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ (Privacy and Security)
	ไม่มีการกำหนดแบบฟอร์มมาตรฐาน คำศัพท์/ภาษาที่ใช้สื่อสาร (Terminology) ในการส่งต่อผู้ป่วย
ด้านการปฏิบัติ	ในบางพื้นที่ยังไม่มีการจัดทำข้อตกลง/สร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในการส่งต่อ
	หน่วยบริการสุขภาพบางหน่วยยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยทำให้การส่งต่อข้อมูลระหว่างกันเป็นไปได้ลำบาก
	ยังไม่มีกำหนดรูปแบบมาตรฐาน มาตรฐานข้อมูลในการจัดเก็บข้อมูล ทำให้กระบวนการการส่งต่อข้อมูลอาจเป็นไปได้ลำบาก
	เภสัชกรยังขาดทักษะในการเขียนคำศัพท์ทางการแพทย์ในการสื่อสาร
ด้านระบบสารสนเทศ	ขาดศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data center)
	ขาดระบบการตรวจสอบความถูกต้องของสารสนเทศ
	ขาดความพร้อมด้านบุคลากรและระบบสารสนเทศ เช่น Hardware, software และกระบวนการ
	ความหลากหลายของระบบ Software ที่ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพ เช่น HOSxP, JHCIS, Abstract เป็นต้น
	ความหลากหลายขององค์ประกอบในระบบสารสนเทศที่เก็บข้อมูล
	ขาดระบบ Security & Privacy
	ขาดความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability)
	ขาดมาตรฐานในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เช่น - มาตรฐานข้อมูล (Data content standards) - มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information Exchange Standards) - มาตรฐานในการยืนยันตัวบุคคลหรือข้อมูลที่ไม่ซ้ำกัน (Identifier standards) - มาตรฐานในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (Privacy and security standards) - มาตรฐานในการทำงาน (Functional standards)

เพื่อให้กระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยสำเร็จลุล่วง กระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยต้องมีการเคลื่อนย้ายองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

1) **ผู้ป่วย** เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการยังหน่วยบริการหนึ่งๆ จะต้องมีการบวนการในการเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง หากหน่วยบริการสุขภาพประเมินพิจารณาแล้วเห็นว่าหน่วยบริการของตนเองนั้นมีทรัพยากร ได้แก่ อุปกรณ์ เครื่องมือ หรือ บุคลากรผู้ให้บริการ ไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยกรณีนั้นได้ เห็นควรต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการอื่นๆ เพิ่มเติม บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีการอธิบายเหตุผลในการส่งต่อผู้ป่วย การเดินทาง การติดต่อบุคลากรปลายทางที่ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยควรไปติดต่อเพื่อเข้ารับบริการต่อไป

2) **ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย** ในการส่งตัวผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นเพื่อให้เข้ารับการรักษาต่อไปนั้น บุคลากรจากหน่วยบริการผู้ส่งที่มีข้อมูลทางสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วยควรส่งข้อมูลของผู้ป่วยนั้นไปยังบุคลากรผู้ดูแลที่หน่วยบริการปลายทางหรือหน่วยบริการผู้รับ เพื่อที่บุคลากรผู้ทำการดูแลที่ปลายทางจะมีข้อมูลที่จำเป็นในการประเมิน ตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) **การเบิกจ่าย** ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ระบบสิทธิการรักษาพยาบาลเพื่อการเบิกจ่ายของภาครัฐ หน่วยบริการผู้ส่งต้องดูแลค่าใช้จ่ายต้นทุนในการรักษาที่หน่วยบริการผู้รับที่รับผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อ (เฉพาะกรณีผู้ป่วยได้รับการดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการผู้รับ)

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้อง 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ให้บริการ (Providers) และกองทุนผู้ดูแลระบบการเบิกจ่าย (Purchasers)

1. กองทุนผู้ดูแลระบบการเบิกจ่าย (Purchasers)

ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายเพื่อดูแลการให้บริการทางสุขภาพ มีหน้าที่ดูแลเรื่องการบริหารจัดการทางการเงิน และการหากลยุทธ์กระตุ้นการบริการให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการ ปัจจุบันมีกองทุนจำนวน 3 กองทุน ได้แก่

- 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดูแลผู้มีสิทธิภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณ 48 ล้านคน
- 2) กรมบัญชีกลาง ดูแลผู้มีสิทธิภายใต้กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และเจ้าหน้าที่รัฐวิสาหกิจ ซึ่งดูแลครอบคลุมครอบครัวของผู้มีสิทธิโดยรวม ประมาณ 5-6 ล้านคน
- 3) สำนักงานประกันสังคม ดูแลผู้ประกันตนภายใต้กองทุนประกันสังคม ประมาณ 9 ล้านคน

2. ผู้ให้บริการ (Providers) ประกอบด้วย

ผู้ให้บริการจะประกอบด้วยหน่วยงานจากทั้งภาครัฐและเอกชน

- 1) ภาครัฐ เป็นหน่วยงานผู้ให้บริการทางสุขภาพอยู่ภายใต้การสังกัดของกระทรวง ทบวง หรือกรมต่างๆ โดยหน่วยบริการสุขภาพจะประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพหลายระดับ ตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไปจนถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ แบ่งหน่วยงานต้นสังกัดใหญ่ๆ คือ

- หน่วยบริการโดยส่วนใหญ่ของประเทศไทยอยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยบริการในสังกัดกระจายอยู่ทั่วประเทศ
 - หน่วยบริการซึ่งสังกัดกระทรวง ทบวง หรือกรม อื่นๆ เช่น กระทรวงกลาโหม (เช่น โรงพยาบาลภูมิพล) กระทรวงมหาดไทย (เช่น โรงพยาบาลตำรวจ) หรือกระทรวงศึกษา (เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย)
- 2) ภาคเอกชน เป็นหน่วยบริการซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้สังกัดของภาครัฐ ประกอบด้วยหน่วยบริการสุขภาพหลายระดับตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น ร้านยา คลินิก เป็นต้น ไปจนถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ
- ปัจจุบันการส่งต่อในระบบสุขภาพของไทย มี 2 ลักษณะ ได้แก่
- **Refer up** เป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการสุขภาพในระดับสูงขึ้นไป ในกรณีที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่สามารถดูแลผู้ป่วยกรณีนั้นๆ ได้ ทั้งนี้ การส่งต่อจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ทำหน้าที่เป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยอาจเป็นทั้งหน่วยบริการของภาครัฐหรือภาคเอกชน (เช่น ร้านยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน) ก็ได้
 - **Refer down** เป็นการส่งต่อของผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิกลับมายังหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (เช่น ร้านยา ศูนย์บริการทางสุขภาพ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)) ทั้งนี้การส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจจะไม่ได้ส่งผู้ป่วยกลับทุกราย แต่แพทย์อาจเลือกส่งผู้ป่วยเพื่อให้ช่วยติดตามภาวะทางสุขภาพหรือด้านการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ามานอนที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Readmission) ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีปัญหาเรื่องการใช้ยาตามสั่ง (Adherence) และจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavior modification) ด้านต่างๆ

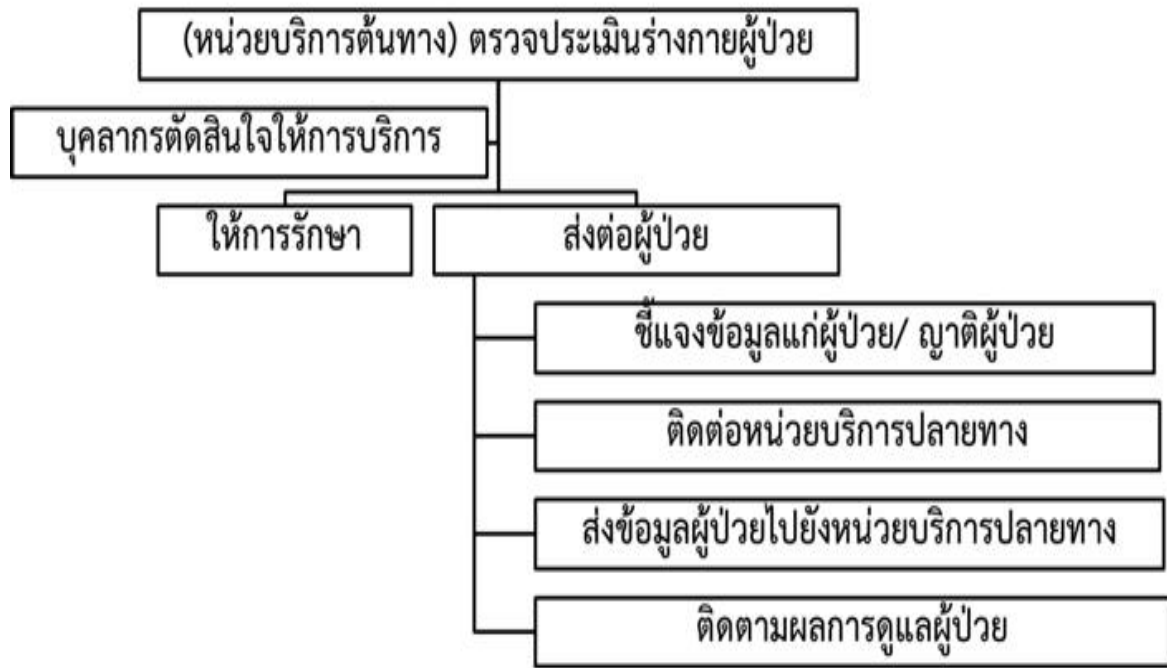
จากการเก็บข้อมูล พบว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทยประกอบด้วยองค์ประกอบหลักๆ ทั้ง 3 องค์ประกอบ (คือ มีการส่งต่อทั้งผู้ป่วย ข้อมูลผู้ป่วยและการเบิกจ่าย) แต่อาจมีการบริหารจัดการ หรือออกแบบระบบแตกต่างกันออกไป ตามแต่ละสภาพแวดล้อมของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพของตน ซึ่งโดยส่วนใหญ่ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทยมีการดำเนินกิจกรรม (แผนภาพที่ 5.1) ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยทั่วไป

- 1) ผู้ป่วยเข้ามารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพที่ตนเองสะดวกซึ่งอาจเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใกล้บ้าน (เช่น ร้านยา รพ.สต. ศบส.) หรือหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ
- 2) หน่วยบริการสุขภาพจัดทำเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนั้นๆ เพื่อบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย รวมถึงกิจกรรมการให้บริการที่ให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ
- 3) บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพตรวจประเมินร่างกายผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- 4) บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพประเมินเพื่อตัดสินใจในการให้การรักษา (บันทึกกิจกรรมการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย) หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ดำเนินการการรักษาอย่างต่อเนื่อง
2. ในกรณีที่ตัดสินใจจะทำการส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น หน่วยบริการสุขภาพที่เริ่มรับผู้ป่วยจะดำเนินการต่อไปนี้
 - 1) อธิบายเหตุผลของการส่งตัวผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่น รวมถึงการอธิบายกระบวนการขั้นตอนในการเดินทาง ที่ตั้งของหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง (หรือหน่วยบริการผู้รับ) ผู้รับผิดชอบปลายทาง ขั้นตอนกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรกระทำเมื่อไปยังหน่วยบริการผู้รับ และตอบข้อกังวลสงสัยของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย
 - 2) ติดต่อไปยังหน่วยบริการปลายทางว่ามีภาระส่งตัวผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพของตน รวมถึงการระบุสถานะของผู้ป่วยว่าร้ายแรงหรือไม่
 - 3) ส่งข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง ทั้งนี้อาจเป็นการส่งไปในรูปแบบเอกสารการส่งตัวผู้ป่วยไปพร้อมกับผู้ป่วย (ผู้ป่วยถือไป) หรืออาจส่งข้อมูลของผู้ป่วยไปทางเอกสารแบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีการพัฒนาแตกต่างกันออกไปตามแต่สภาพแวดล้อมของหน่วยบริการสุขภาพของตน
 - 4) มีกระบวนการในการติดตามว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อไปนั้นได้รับการบริการใด โดยอาจได้รับข้อมูลจากเอกสารการส่งตัวผู้ป่วยกลับจากหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง สอบถามจากตัวผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย หรือโทรศัพท์ติดตามจากหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง
 - 5) ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง หน่วยบริการสุขภาพต้นทางที่เป็นผู้ส่งตัวผู้ป่วยไปจะต้องรับผิดชอบเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยรายนั้นๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง กรณีที่ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในบางกรณี จะพบการส่งต่อจากหน่วยบริการสุขภาพต้นทาง จากการที่บุคลากรทางการแพทย์ไปพบผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีการส่งต่อจากการเยี่ยมบ้าน หรือลงกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน (เช่น เกษตรกรชุมชนจากร้านยา เกษตรกรจาก ศบส. พยาบาลหรืออสส.หรืออสม. จากศบส หรือรพ.สต. เป็นต้น) จากนั้นบุคลากรทางการแพทย์จะมีการประสานงานติดต่อส่งผู้ป่วยจากบ้านผู้ป่วยเองไปยังหน่วยบริการสุขภาพปลายทางด้วย ซึ่งรูปแบบดังกล่าวยังไม่มีการพัฒนาเป็นกระบวนการหรือเป็นมาตรฐานในทางปฏิบัติ แต่ก็เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นจุดที่ควรมีการพัฒนาให้เป็นรูปธรรมชัดเจนต่อไป

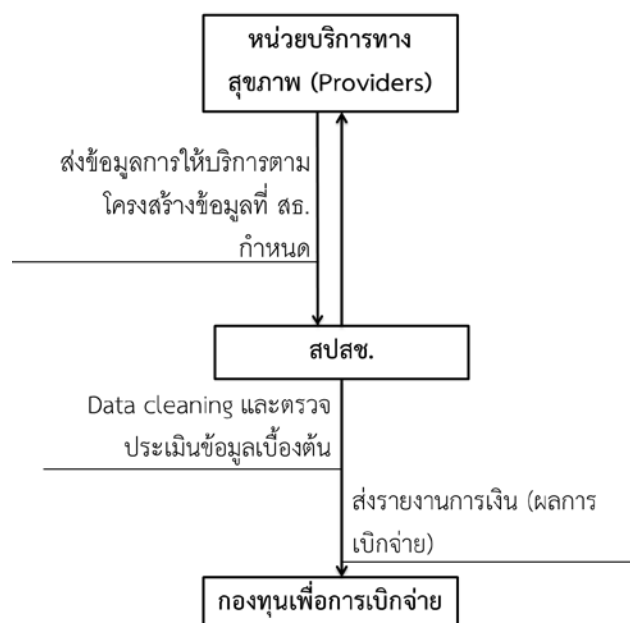


แผนภาพที่ 5.1 กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย

5.4 ระบบการส่งต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพในประเทศไทย

ในปัจจุบันระบบการให้บริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปจนถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับที่สูงกว่า ทั้งนี้อาจเป็นหน่วยงานในสังกัดของภาครัฐหรือเอกชน ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วย 1 รายต้องการรับบริการทางสุขภาพอาจไปขอรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพหลายหน่วยงานซึ่งทำให้เกิดการบันทึกข้อมูลจากการรับบริการเก็บที่หน่วยบริการสุขภาพผู้ให้บริการหลายหน่วยงาน ทั้งนี้ เมื่อต้องการให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ อาจต้องมีกระบวนการในการบริหารจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น จากการเก็บข้อมูลการทำงานจาก สปสช. พบว่า มีระบบในการจัดการข้อมูลที่ได้รับดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้บริการทางสุขภาพ
 - 1) ผู้ให้บริการทางสุขภาพต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการสุขภาพกับ สปสช.
 - 2) ผู้ให้บริการทางสุขภาพต้องส่งข้อมูลการให้บริการตามโครงสร้างข้อมูลที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ รายงานข้อมูลตามโครงสร้าง 21/50 แพ้ม หรือตามที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนด
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
 - 1) เป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลการให้บริการทางสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ
 - 2) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากหน่วยบริการสุขภาพโดยบุคลากรผู้มีความรู้ในการให้บริการ หรือความรู้ทางคลินิก (Knowledge-based inspection) โดยจะแบ่งประเภทผลของการตรวจสอบข้อมูล คือ
 - การทำความสะอาดข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลจากบุคลากรที่มีองค์ความรู้ (Data cleaning) และตรวจสอบความถูกต้องในการเบิกจ่ายตามเงื่อนไขของแต่ละกองทุน
 - ระบบการเตือนข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Warning)
 - ระบบการแก้ไขหรือส่งกลับไปให้หน่วยบริการสุขภาพผู้ส่งข้อมูลแก้ไขอีกครั้ง (Deny)
 - 3) หากข้อมูลมีความถูกต้อง สปสช. จะทำการเบิกจ่ายเงินให้กับหน่วยงานผู้รายงานต่อไป



แผนภาพที่ 5.2 ขั้นตอนการจัดการข้อมูลของ สปสช.

นอกจากกระบวนการจัดการด้านข้อมูลที่ได้รับแล้ว ควรมีการคำนึงถึงระบบที่มีประสิทธิภาพเมื่อต้องมีการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อให้มีความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ (Interoperability) ของแต่ละหน่วยงาน ระบบที่ควรคำนึงถึง ได้แก่

- 1) ระบบการบริหารจัดการฐานข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพ (Health Information System, HIS) ของแต่ละหน่วยงานควรมีพื้นฐานของฐานข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน ถึงแม้จะมีโครงสร้าง Software ที่แตกต่างกัน
- 2) มาตรฐานการส่งต่อข้อมูล (Health information standards) เพื่อให้การส่งต่อข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่นและเข้าใจความหมายที่ตรงกัน เนื่องจากการใช้รหัสของข้อมูลที่ตรงกัน
- 3) ควรมีการสร้างข้อตกลงหรือระเบียบปฏิบัติที่เป็นไปตามข้อกำหนดทางกฎหมายในเรื่องความเป็นเจ้าของข้อมูล คือ ผู้เป็นเจ้าของข้อมูลจะเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจและอนุญาตให้มีการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานอื่นๆ ได้ ผู้สร้างและบันทึกข้อมูลทางสุขภาพควรเป็นเจ้าของข้อมูลที่ตนบันทึก ผู้ป่วยก็ควรเป็นเจ้าของข้อมูลสุขภาพของตน ทั้งนี้ผู้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนใดๆ จึงควรมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะส่งต่อข้อมูลที่ตนเป็นเจ้าของไปยังที่ใดบ้าง เพื่อวัตถุประสงค์ใดบ้าง

และผู้บริหารจัดการข้อมูลส่วนกลาง เช่น สปสช. หรือ data center นั้นอาจไม่ใช่เจ้าของข้อมูล จึงไม่มีสิทธิในการส่งต่อข้อมูลใดๆ ไปยังหน่วยงานอื่น

- 4) ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยด้านข้อมูล (Privacy and security) การเชื่อมต่อระบบ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันนั้นควรมีการวางมาตรการการดูแลความปลอดภัยตามสิทธิของเจ้าของข้อมูล และป้องกันด้านความปลอดภัยให้กับข้อมูล
- 5) ความทันเวลาในการส่งข้อมูลตามเวลาจริงที่เกิดขึ้น (Real time) ควรมีการคำนึงถึงความจำเป็นว่าระบบการเชื่อมโยงข้อมูลในประเทศไทยต้องการการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับใด มีความจำเป็นระดับใด และสามารถทำให้ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลทันเวลาได้เพียงใด (เนื่องจากในหลายพื้นที่หรือหลายหน่วยงาน ไม่สามารถทำให้การรับส่งข้อมูลเป็นไปด้วยความรวดเร็วแบบ Real time จากอุปสรรคต่างๆ เช่น ความเร็วของอินเทอร์เน็ต ความจุของพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ช่วงเวลาในการบันทึกข้อมูลของบุคลากร)
- 6) การกำหนดกระบวนการดำเนินการส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันอย่างชัดเจน เข้าใจตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติทุกฝ่าย และสามารถปฏิบัติได้จริง โดยควรมีการตกลงในประเด็นต่างๆ ได้แก่
 - การจัดทำโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) ทางเทคโนโลยี (Technology) ในการบริหารจัดการข้อมูลและฐานข้อมูล
 - การกำหนดข้อมูลส่วนที่มีความจำเป็นต้องแลกเปลี่ยนส่งต่อระหว่างกันในแต่ละภาคส่วน
 - ความเป็นเจ้าของข้อมูล
 - ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยด้านข้อมูล (Privacy and security)

ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการส่งข้อมูลการให้บริการทางสุขภาพที่สามารถจัดกลุ่มข้อมูลการส่งเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ 3 กลุ่ม ได้แก่

1) การส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย

หน่วยบริการสุขภาพต้องเก็บข้อมูลการให้บริการและปรับรูปแบบข้อมูลให้เป็นไปตามมาตรฐานหรือตามที่หน่วยงานต้นสังกัดหรือผู้เบิกจ่ายกำหนด เช่น สปสช. กรมบัญชีกลาง จากนั้นจึงตรวจสอบข้อมูล แล้วไปส่งไปเบิกจ่ายยัง สปสช. และกองทุนที่เกี่ยวข้อง

2) การส่งข้อมูลไปยังหน่วยบริการสุขภาพเพื่อการบริหารจัดการ วางแผนการให้บริการ เช่น การส่งข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ (รพ.สต./รพช./รพท./รพศ.) ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานต้นสังกัด

3) การส่งข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีกระบวนการการแลกเปลี่ยนข้อมูลหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านเอกสารกระดาษไปจนถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งขึ้นกับศักยภาพและความพร้อมของแต่ละหน่วยงาน

5.5 กระบวนการการจัดการข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย

ปัจจุบัน หน่วยบริการสุขภาพส่วนมากต้องเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการข้อมูลในกระบวนการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย เช่น ประวัติพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยา ประวัติในการได้รับการรักษาของผู้ป่วยในแต่ละราย ทั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพ มีระบบในการบริหารจัดการข้อมูลที่สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ แบบกระดาษและอิเล็กทรอนิกส์

1. ระบบการบริหารจัดการด้วยเอกสาร (กระดาษ)

โดยส่วนมากหน่วยบริการสุขภาพ ที่ยังไม่ใช่ระบบคอมพิวเตอร์จะบันทึกและจัดเก็บเอกสารการให้บริการในรูปแบบเอกสารหรือกระดาษ เช่น รายนาม หน่วยบริการสุขภาพของรัฐบางแห่งจะจัดเก็บเอกสาร 2 ลักษณะ ได้แก่

- เอกสารที่จัดเก็บโดยผู้ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพ จะมีการบันทึกรายละเอียดการให้บริการ ร่วมกับใช้ในการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ด้วย นอกจากนี้บางหน่วยบริการสุขภาพยังจัดเก็บเอกสารที่ใช้ในการบันทึกประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วยรายหนึ่งๆ เพื่อการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น แฟ้มประจำตัวผู้ป่วย (Patient profile) แฟ้มสุขภาพครอบครัว (Family folder) เอกสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย (Referral document) เป็นต้น
- เอกสารที่ผู้ให้บริการสร้างหรือพัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจัดเก็บไว้กับตัวผู้ป่วยเอง โดยมีวัตถุประสงค์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ร่วมกัน เช่น บัตรประจำตัวผู้ป่วย สมุดประจำตัวผู้ป่วย บัตรแพทย์ เป็นต้น ซึ่งในบางกรณี บัตรนี้ผู้ป่วยอาจจะขอให้เก็บไว้ที่หน่วยบริการสุขภาพ

เมื่อมีความจำเป็นในการส่งต่อ หน่วยบริการสุขภาพจะส่งข้อมูลพื้นฐานผ่านเอกสารกระดาษโดยผ่านทางผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย (ให้ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ถือเอกสารหรือเดินเอกสารจากหน่วยบริการสุขภาพหนึ่งไปยังหน่วยบริการสุขภาพอีกแห่งหนึ่ง) เอกสารและข้อมูลที่ใช้ในกระบวนการการส่งต่อ เช่น

1. เอกสารแบบฟอร์มการส่งต่อ ปัจจุบันมีเอกสารแบบฟอร์มที่ใช้ในการส่งต่อที่หลากหลาย ได้แก่
 - 1.1. เอกสารแบบฟอร์ม ยส.08 ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐ (แผนภาพที่ 5.3)
 - 1.2. แบบฟอร์มที่พัฒนาโดยสมาคมเภสัชกรรมชุมชนประเทศไทย (สภช.) เป็นเอกสารที่ใช้ในร้านยาเพื่อเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มีการพัฒนามาหลายครั้ง (แผนภาพที่ 5.4) ฉบับปัจจุบันที่มีการใช้ตั้งแต่กลางปี 2556 จะเป็นแบบฟอร์มที่ได้รับการพัฒนาจากโครงการวิจัยนี้
 - 1.3. เอกสารที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้ในโครงการนำร่องต่างๆ เช่น
 - 1.3.1. แบบฟอร์มในโครงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร (แผนภาพที่ 5.5)
 - 1.3.2. แบบฟอร์มของโครงการการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองอย่างต่อเนื่อง (โครงการนำร่องระหว่างร้านยาคุณภาพและโรงพยาบาลตากสิน)

รับแล้ว

HN.....
AN.....

แบบฟอร์มการส่งผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจรักษาต่อ

สิทธิการรักษา..... 0-12 ๙..... สถานบริการผู้สูงอายุหลัก..... สอ.รัตนราชฯ

เลขที่บัตรประชาชน [1] - [1] [4] [9] [9] - [0] [0] [7] [8] [5] - [8] [0] - [8]..... สอ.รัตนราชฯ

เลขที่บัตรทอง..... ๓-๗๒๙๓๖๒๑๙..... เรียกเก็บค่าบริการที่..... สอ.รัตนราชฯ

เลขที่..... ๘๖	วันที่..... ๕ เดือน..... ๓๒ พ.ศ..... ๘๖
จาก..... สอ.รัตนราชฯ	ถึง..... สอ.๑๐๘๓

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ชื่อ..... ๐๓. ปณณัน..... เพศ..... ๓..... อายุ..... ๑๕ ปี

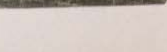
ที่อยู่บ้านเลขที่..... ๓๖๖ หมู่..... ๓ ตำบล..... รัตนฯ อำเภอ..... รัตนฯ จังหวัด..... ๔

ข้อมูลสุขภาพ

1. ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติครอบครัว	2. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน
.....	 3 dpf๔ ปฐมพยาบาล.

แผนภาพที่ 5.3 ตัวอย่างแบบฟอร์มส่งต่อ ยส.08

20

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3 1012 02034 563

ชื่อผู้ป่วย พ.น. ๐๖๘๙ 115๐๓๐ เพศ. น. อายุ 35 ปี
 ที่อยู่ 598/66 ซ. ลาด 45 ก. ลาดพร้าว เขต บางเขน กรุงเทพฯ 1081-4928619
 สิทธิการรักษาพยาบาล UC ชำนาญการ ปกติ อื่นๆ..... สถานพยาบาล เวช ๙๖
 เหตุผลในการส่งต่อ Further investigation/management Drug-related problems Loss of follow-up

อาการสำคัญ:.....

ประวัติการเจ็บป่วย:.....

โรคประจำตัว:.....

12/iae ตรวจ pap smear

no

no

แผนภาพที่ 5.4 ตัวอย่างแบบฟอร์มส่งต่อที่พัฒนาโดย สกข. ตามโครงการเยี่ยมบ้าน

23/87/2826 15:19 8229199888 CHAOKRANG HOS PAGE 04

แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วยต่อเมืองที่...

ในพิธีที่กรุงเทพมหานคร

วันที่ส่งต่อ ๗ ม.ค. ๖๕๖๖ เวลา ๑๖.๐๐ น. วันที่รับ ๖ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอส่งต่อผู้ป่วยที่ดูแลโดยแพทย์ที่...

เรียน ผู้รับต่อการส่งต่อเพื่อรับดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รพ./สถานพยาบาล ชื่อ...

ผู้รับ ชื่อ-สกุล นาง ทอริช นามสกุล นามสกุล

หมายเลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) HN...

นายแพทย์/นางพยาบาล...

ผลการดำเนินการส่งต่อ...

() พบ ... จำนวนการส่งต่อ...

แผนภาพที่ 5.5 ตัวอย่างแบบฟอร์มส่งต่อตามโครงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. เอกสารอื่นๆ ที่แนบพร้อมใบส่งต่อ

ในการส่งต่อ ในบางครั้งจำเป็นต้องแนบข้อมูลเพิ่มเติมไปกับผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลไปพร้อมกับแบบฟอร์มการส่งต่อด้วย เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยหรือประวัติส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประวัติทางการแพทย์ เจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ ใช้ยา เป็นต้น เอกสารนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่หน่วยบริการปลายทางเพิ่มเติมเพื่อให้หน่วยบริการปลายทางสามารถพิจารณาผลการดำเนินโรค ประวัติทางสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ ใช้เภสัชภัณฑ์ เพื่อให้สามารถดำเนินการต่อไปอย่างรวดเร็ว ได้แก่

- 2.1. บัตรประจำตัวผู้ป่วย เป็นเอกสารประจำตัวผู้ป่วยประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย รวมถึงบันทึกการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพ (แผนภาพที่ 5.6)
- 2.2. สมุดประจำตัวผู้ป่วยเป็นเอกสารประจำตัวผู้ป่วย โดยสมุดประจำตัวผู้ป่วยได้รับการพัฒนาออกมาหลากหลาย version จากหลายหน่วยงาน ในแต่ละ version มีวัตถุประสงค์คล้ายกัน คือ เพื่อเก็บข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย ข้อมูลในเอกสารประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้เภสัชภัณฑ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น ค่าระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (ปลายนิ้ว) เป็นต้น (แผนภาพที่ 5.7)
- 2.3. เอกสารอื่นๆ จากบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพผู้ส่งหรือหน่วยงานต้นทาง เช่น จดหมายย่อขนาดเล็กเพื่อสื่อสารกับหน่วยบริการปลายทาง (แผนภาพที่ 5.8)

นอกเหนือจากการสื่อสารกันระหว่างเอกสารแล้วบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพอาจมีการสื่อสารระหว่างกันผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ โทรสาร การสนทนาผ่านอินเทอร์เน็ตหรือเครือข่ายทางสังคม เช่น LINE เพื่อระบุสถานะของผู้ป่วย รวมถึงการสื่อสารให้รับรู้ว่ามี การส่งต่อจากหน่วยบริการต้นทางไปยังปลายทาง

ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วยเบื้องต้น

ประวัติส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

วัน/เดือน/ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี สถานภาพ _____

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - -

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ _____ หมู่บ้าน _____ ซอย _____

ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

สิทธิในการรักษาพยาบาล

☐ บัตรทอง ประถมภูมิ ส่งต่อ _____

☐ ประกันสังคม สถานพยาบาล _____

ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วยเบื้องต้น

วัน/เดือน/ปี (วันนัด)	สถานพยาบาล/ บุคลากรทางการแพทย์	วัน/เดือน/ปี (วันนัด)	สถานพยาบาล/ บุคลากรทางการแพทย์

ลดยาโรคยา ปรีกษาเภสักร

วัน/เดือน/ปี ที่รับยา _____

รายการยา (ชื่อการค้า, ชื่อสามัญ, รูปแบบยา, ความแรง, ขนาด/ครั้ง, ความถี่ของการใช้ยา, จำนวนที่ใช้ยา)

2 1w56 FBG 128 mg/dl

 BP 136/75

แผนภาพที่ 5.8 ตัวอย่างสมุดประจำตัวผู้ป่วยของร้านยาคุณภาพ

เมื่อนำเอกสารแบบฟอร์มที่ใช้ในกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยในปัจจุบันมาเปรียบเทียบกับองค์ประกอบของข้อมูล พบว่า ข้อมูลที่มีในการการสื่อสารเบื้องต้นในแบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้ (ตารางที่ 5.3-5.4)

ตารางที่ 5.4 ข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพต้นทาง (หน่วยบริการผู้ส่ง)

รายละเอียดข้อมูลในใบส่งต่อ	แบบฟอร์มจากแหล่งต่างๆ			
	โครงการฯ เสนอ	ร้านยา 1	ร้านยา 2	ยส.08
รหัสประจำตัวประชาชน 13 หลัก	/	/	/	/
รหัสประจำตัวผู้ป่วย		/		/
ชื่อ-นามสกุล	/	/	/	/
เพศ	/	/	/	/
อายุ	/	/	/	/
ที่อยู่	/	/	/	/
เบอร์โทรศัพท์	/	/	/	
อาชีพ		/		
อาการสำคัญ	/			/
ประวัติการเจ็บป่วย	/	/	/	/
โรคประจำตัว	/			
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ				/
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร	/	/		
อาการในการแพ้		/		
สิทธิการรักษา	/	/	/	/
หมายเลขบัตรสิทธิการรักษา				/
โรงพยาบาลหลักในการใช้สิทธิ				/
ชื่อผู้ส่ง	/	/	/	
เลขใบประกอบวิชาชีพผู้ส่ง	/	/	/	
ชื่อสถานที่ผู้ส่ง	/	/	/	/
เบอร์โทรผู้ส่ง	/	/	/	
สถานที่ผู้รับ	/	/	/	/
รายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ใช้	/	/	/	
การดำเนินการเบื้องต้นของผู้ส่ง	/	/	/	/
ปัญหาที่พบ	/			/
สาเหตุที่ส่งต่อ	/	/	/	/
เลขที่การส่งต่อ				/
วันที่ส่ง	/	/	/	/

/ หมายถึง มีข้อมูลปรากฏอยู่

ตารางที่ 5.5 ข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง (หน่วยบริการผู้รับ)

รายละเอียดข้อมูลในใบส่งต่อ	แบบฟอร์มจากแหล่งต่างๆ			
	โครงการฯ เสนอ	ร้านยา 1	ร้านยา 2	ยส.08
รหัสประจำตัวประชาชน 13 หลัก		/	/	
รหัสผู้ป่วย		/		
ชื่อ-นามสกุล	/	/	/	/
เพศ	/	/	/	/
อายุ	/	/	/	/
เบอร์โทรศัพท์		/	/	
ประวัติการเจ็บป่วย			/	
สิทธิการรักษา			/	
ความคิดเห็นของแพทย์	/	/	/	/
การดำเนินการของแพทย์	/	/	/	/
สิ่งที่ต้องการให้ติดตามเพิ่มเติม	/	/	/	/
ลงชื่อแพทย์ผู้รับผู้ป่วย	/	/	/	/
หน่วยบริการสุขภาพที่แพทย์สังกัด	/			/
เลขที่การส่งต่อ				/
วันที่ตอบกลับ	/	/	/	/
เบอร์โทรเพื่อติดต่อแพทย์	/	/	/	/

/ หมายถึง มีข้อมูลปรากฏอยู่

2. ระบบการบริหารจัดการด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

หน่วยบริการสุขภาพส่วนมากในปัจจุบัน มีคอมพิวเตอร์พร้อมด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์รวมถึงกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ในการจัดเก็บ และบริหารจัดการข้อมูลการให้บริการทางสุขภาพ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในโครงการฯ พบว่า หน่วยบริการสุขภาพมีหลากหลายระดับ มีความซับซ้อนของหน่วยงาน และความซับซ้อนของการให้บริการที่หลากหลายแตกต่างกัน เป็นสาเหตุให้แต่ละหน่วยงานเลือกใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Software) ในการบริหารข้อมูลการให้บริการในหน่วยงานที่แตกต่างกัน ตัวอย่างโปรแกรมที่พบมีการใช้ในประเทศ เช่น HOSxP, JHCIS, DrugstoreRx, และ POSMED เป็นต้น

2.1 โปรแกรม HOSxP

แหล่งข้อมูล: สสจ.สระแก้ว, บริษัท Bangkok Medical Software (BMS)

เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยบริษัทเอกชน ชื่อว่า บริษัทบางกอกเมดิคอลซอฟต์แวย์ จำกัด (Bangkok Medical Software, BMS) เป็นระบบสารสนเทศที่พบการใช้ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทางบริษัท BMS มีส่วนแบ่งการตลาดของโปรแกรมการจัดการข้อมูลในหน่วยบริการสุขภาพ (Market share) ประมาณร้อยละ 80 ของหน่วยงานผู้ให้บริการทางสุขภาพทั้งหมดทั่วประเทศ (Suratemekul, 2014) สามารถแบ่งประเภทหน่วยงานผู้ให้บริการเป็นภาครัฐและ

ภาคเอกชน โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งหมดประมาณ 600 โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ประมาณ 3,000 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 20 จังหวัด

ในมุมมองทางบริษัท BMS ซึ่งมีผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้หลักๆ 2 ผลิตภัณฑ์ คือ โปรแกรม HOSxP ในโรงพยาบาลทั่วไป และ HOSxP-PCU ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. เป็นต้น ทางบริษัทเห็นว่าเนื่องจากโปรแกรมทั้ง 2 มีพื้นฐานของการเขียนโปรแกรมและการกำหนดรูปแบบข้อมูลเหมือนกัน จึงเป็นการง่ายที่จะบูรณาการเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนข้อมูลภายใน CUP (Contracting Unit for Primary Care) กันเองได้ง่ายกว่า หรือทำให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ได้ง่ายกว่าการเชื่อมโยงโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ต่างกัน

ปัจจุบันการเชื่อมโยงข้อมูล (Synchronize) ระหว่างโปรแกรม HOSxP, HOSxP-PCU และโปรแกรมจัดการข้อมูลจากบริษัทอื่นๆ สามารถเชื่อมโยงผ่านอินเทอร์เน็ต โดยจะเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันผ่านศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data Center) แบบการสื่อสารสองทาง (Two-way communication (Bi-direction)) ซึ่งจะมีการเรียกส่งข้อมูลอย่างอัตโนมัติวันละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย (หน่วยบริการสุขภาพสามารถกำหนดความถี่ในการส่งเองได้ตั้งแต่ทุกๆ 1 ชั่วโมงขึ้นไป) ทั้งนี้อาจมีกระบวนการอื่นๆ เพิ่มเติม คือ หากต้องขอข้อมูลจากบริษัทอื่นๆ จำเป็นต้องมีกระบวนการในการติดต่อขอเข้าไปดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลนั้นๆ หลังจากนั้นข้อมูลจากทุกฐานข้อมูลจะเข้าสู่กระบวนการในการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และรูปแบบของข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เพื่อนำข้อมูลมารวมกันและนำไปใช้ต่อไป นั่นคือ จำเป็นต้องเพิ่มขั้นตอนในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างฐานข้อมูลที่แตกต่างกันเพื่อให้เกิดความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) ของทั้งระบบสุขภาพ

นอกจากโรงพยาบาลจะติดต่อเชื่อมโยงข้อมูลกันระหว่างศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data Center) แล้ว ยังจำเป็นต้องมีการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพผ่านกระบวนการต่างๆ อีกด้วย ได้แก่

- การส่งต่อผู้ป่วย
- การตรวจสอบความครอบคลุมของการให้บริการที่ต้องการความต่อเนื่อง เช่น การให้วัคซีน ที่อาจมีการรับจากหลายๆ หน่วยบริการสุขภาพ จำเป็นต้องมีการตรวจสอบระหว่างกันว่าในผู้ป่วยแต่ละรายได้รับวัคซีนครอบคลุมหรือไม่ ได้รับจำนวนเข็มที่ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด
- การผดุงครรภ์ ซึ่งอาจมีการฝากครรภ์ที่ รพ.สต. และต้องนัดทำคลอดที่โรงพยาบาล
- การตรวจสอบคลังเวชภัณฑ์ระหว่าง รพ.สต. และ โรงพยาบาลในเครือข่ายเดียวกัน

ทั้งนี้แต่ละกระบวนการอาจใช้โปรแกรมที่แตกต่างกันได้ (แต่อาจทำให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันช้าไปบ้าง) สำหรับโปรแกรม HOSxP ในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เรียกดูประวัติผู้ป่วยบางส่วนระหว่างกัน และส่งต่อข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกันได้

ข้อมูลที่เก็บในฐานข้อมูลของโปรแกรม HOSxP สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้ในการระบุตัวตนผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติทางสุขภาพและประวัติการรักษา
2. ข้อมูลเกี่ยวกับฐานข้อมูลประชากร ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงโปรแกรมกับฐานข้อมูลประชากร รวมถึงการจัดเก็บข้อมูลเชิงสถิติเพื่อรายงานทางระบาดวิทยา

2.2 โปรแกรมระบบฐานข้อมูลสถานีนอนามัย (Java Health Center Information System, JHCIS)

แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

JHCIS เป็น โปรแกรมระบบงานสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ที่พัฒนาโดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นโดยอิงกับโปรแกรม HCIS เดิม โดยระบบมีรายการ (Menu) หน้าจอ ตลอดจนขั้นตอนในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลที่เกือบจะไม่แตกต่างจาก HCIS เดิมเลย และมีระบบงานครอบคลุมข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ได้อย่างเป็นระบบ สะดวกรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนอง และสรุปรายงานต่างๆ ตามที่หน่วยงานจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต้องการได้

โปรแกรมพัฒนาขึ้นโดยใช้ภาษา JAVA ใช้ฐานข้อมูล MySQL เป็นตัวจัดเก็บข้อมูล และพัฒนาขึ้นโดยใช้เทคโนโลยี Open Source Technology ทั้งหมด และสามารถทำงานได้ดีในทุกระบบปฏิบัติการทั้ง Windows หรือ Linux ในปัจจุบันมีหลายจังหวัดได้นำร่องและทดลองใช้ไปบ้างแล้ว โปรแกรม JHCIS นี้จะประกอบด้วยข้อมูลหลายส่วนที่เกี่ยวข้องและต้องใช้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ในการบันทึกข้อมูลจะต้องทำการบันทึกในหลายส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐาน
2. ข้อมูลการให้บริการ
3. ข้อมูลการตรวจสอบ ประมวลผลและสำรองข้อมูล
4. ข้อมูลรายงานและสอบถามข้อมูล
5. ข้อมูลระบบคลังยา-เวชภัณฑ์

2.3 โปรแกรม Abstract

แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลกลาง

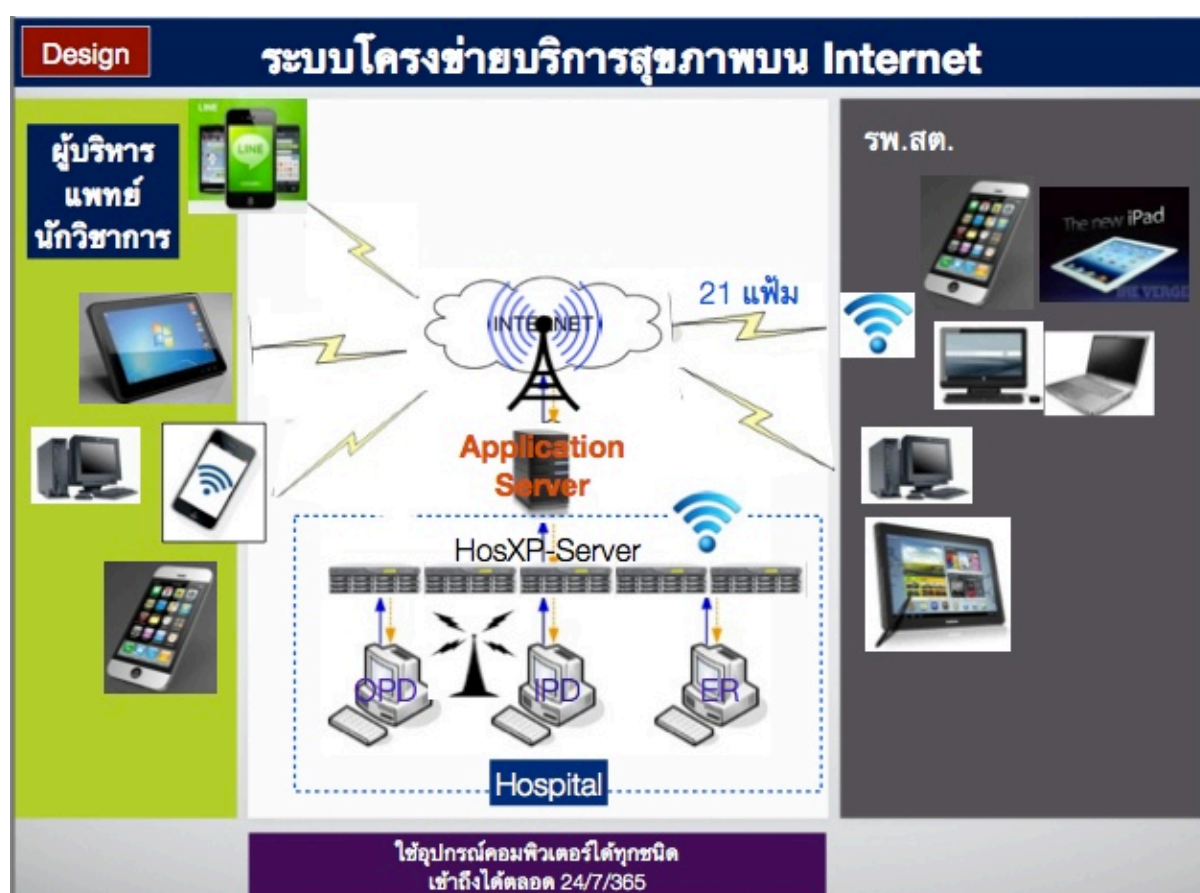
เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Software) ที่พัฒนาเพื่อบริหารจัดการระบบข้อมูลภายในหน่วยบริการสุขภาพที่พัฒนาโดย บริษัท แอ็บสแตรค คอมพิวเตอร์ จำกัด ซึ่งบริษัทนี้จะดำเนินการดูแลการจัดการด้านข้อมูลสารสนเทศให้กับทุกๆ แผนกของหน่วยบริการสุขภาพ โดยจะมีเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการวางระบบและการจัดการด้านสารสนเทศของบริษัทมาประจำที่หน่วยบริการสุขภาพเลย เพื่อออกแบบ แก้ไขหรือพัฒนาปรับปรุงและให้คำแนะนำการใช้โปรแกรมให้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ทุกแผนกในโรงพยาบาล (Custom Made) มากที่สุด ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพที่จัดซื้อโปรแกรมนี้ไปใช้ เนื่องจากถึงแม้จะมีโครงสร้างพื้นฐานเริ่มต้นที่เหมือนกันแต่จะมีการพัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในภายหลังทำให้โครงสร้างลักษณะของโปรแกรมต่างกันไป ขึ้นกับสถานการณ์ การดำเนินการและความต้องการของผู้ใช้ภายในหน่วยบริการสุขภาพ

โปรแกรมมักออกแบบตามส่วนงานหรือแผนกของการให้บริการ ได้แก่ แผนกห้องยาผู้ป่วยใน แผนกห้องยาผู้ป่วยนอก แผนกธุรการการเงิน แผนกพยาบาล เป็นต้น รวมถึงกระบวนการในการดำเนินการในแต่ละแผนกต่างๆ ด้วย ตัวอย่างเช่น แผนกห้องยาผู้ป่วยนอก จะออกแบบโปรแกรมตั้งแต่กระบวนการการบันทึกข้อมูลจากใบสั่งยา การตรวจสอบใบสั่งยาโดยเภสัชกร การจัดยา และตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนส่งมอบ การจ่ายยา และให้คำปรึกษาด้านยา รวมถึงการเบิกยาหรือระบบสินค้าคงคลังที่เบิกเข้าสู่แผนกห้องยาผู้ป่วยนอก เป็นต้น

2.4 โปรแกรม POFF3 (Program of Family Folder) version 3

เป็นโปรแกรมสำหรับการบันทึกข้อมูลสุขภาพสำหรับครอบครัว พัฒนาโดยโครงการการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ เพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพครอบครัวและบุคคล รวมถึงการบันทึกข้อมูลที่สามารถได้ โดยแบ่งการบันทึกข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

- 1) การสำรวจข้อมูลสุขภาพครอบครัว เป็นการรวบรวมข้อมูลของการบันทึกจากผลการสำรวจข้อมูลสุขภาพของครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร
- 2) การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน เป็นข้อมูลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวที่ต้องการบริการเยี่ยมบ้าน
- 3) การบันทึกข้อมูลการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care, HHC) เป็นการรวบรวมและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งได้รับการประเมินว่าควรได้รับการพยาบาลที่บ้าน



แผนภาพที่ 5.9 ระบบโครงข่ายสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตของโปรแกรม Hosp-WAIS (ตริณาคพันธ์, 2014)

2.5 Hosp-WAIS (Hospital Web Application System for Healthcare Network)

เป็น Website application ที่ใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศและแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) โดยเชื่อมข้อมูลจากฐานข้อมูลที่อยู่โรงพยาบาลแม่ข่ายกับข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วนำเสนอผ่านอินเทอร์เน็ต ทำ

ให้สะดวกต่อการเข้าถึง และสามารถนำข้อมูลสารสนเทศไปใช้เพื่อประกอบกับการดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพได้ ปัจจุบันมีหน่วยงานที่มีการใช้ระบบนี้แล้วประมาณ 30 แห่ง (ตริ นาคพันธ์, 2014)

โดยรายละเอียดข้อมูลในการส่งต่อผ่าน Application มีรายละเอียดเหมือนแบบฟอร์มการส่งต่อ แจ้ง เรื่องสถานะของผู้ป่วยเกี่ยวกับ 1). หน่วยบริการสุขภาพส่วนปลายรับผู้ป่วยหรือไม่ 2). มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง หน่วยบริการสุขภาพใดต่อไปอีกหรือไม่ นอกจากนี้ยังสามารถจัดทำรายงานสรุปภาพรวมของการส่งต่อและการ ต่อรับการส่งต่อของหน่วยบริการสุขภาพได้ ทั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพที่ต้องการใช้ระบบนี้จะต้องลงทะเบียน เพื่อรับชื่อผู้ใช้ (Username) และรหัสผ่าน (Password) เพื่อทำการ login เข้าสู่หน้าฐานข้อมูลออนไลน์เพื่อดู ข้อมูลผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2.6 โปรแกรม DrugstoreRx

แหล่งข้อมูล: ร้านยาพรประสิทธิ์

เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยเจ้าของกิจการร้านยาเอง คือร้านยาพรประสิทธิ์ มีวัตถุประสงค์ของการ พัฒนาและใช้โปรแกรมเพื่อการจัดการซื้อ-ขายเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์หน้าร้าน การจัดการสินค้า คงคลังภายในร้าน บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการในร้านซึ่งดูแลให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การดูแลยาผู้ป่วย การบันทึกผลการตรวจสุขภาพ เป็นต้น

โปรแกรมนี้พัฒนาโดยใช้ภาษา Microsoft Visual Basic ที่สามารถทำงานร่วมกับอุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น อุปกรณ์สแกนบาร์โค้ด กล้องถ่ายรูป (เพื่อบันทึกทำประวัติผู้ป่วย และระบุตัวผู้ใช้บริการ) ทั้งนี้ โปรแกรม นี้ยังสามารถใช้ในการให้ข้อมูลความรู้เพื่อสนับสนุนการให้บริการ บันทึกข้อมูลผู้ป่วย บริหารจัดการคงคลังสินค้า รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการบริหารจัดการสินค้าคงคลัง นโยบายในการบริการ และสถิติ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในร้านยาได้ ปัจจุบันโปรแกรมนี้มีการแจกจ่ายให้กับร้านยาอื่นโดยไม่คิด ค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งมียอดผู้ใช้อยู่ประมาณ 300 ราย

2.7 โปรแกรม POS-MED

โปรแกรมที่พัฒนาโดยหน่วยงานเอกชนซึ่งมี 2 รุ่น คือรุ่นใช้ DOS และ Microsoft โดยโปรแกรมนี้ สามารถทำงานร่วมกับอุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น อุปกรณ์สแกนบาร์โค้ด กล้องถ่ายรูป ได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ POSMED สามารถรายงานยอดการขาย และยอดของสินค้าคงคลังในแต่ละวันได้ ข้อมูลที่เก็บในฐานข้อมูลของ หน่วยบริการสุขภาพเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้ในการระบุตัวตนผู้ป่วย ข้อมูล เกี่ยวกับประวัติทางสุขภาพ และประวัติการรักษา เป็นต้น

2.8 โปรแกรม Inno Pharma 2.0

แหล่งข้อมูล: สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (โอสถศาลา)

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับการทำงานในร้านยา โดยสามารถช่วยบริหารจัดการในด้านการสั่งซื้อ สินค้า ระบบการจัดการคงคลังสินค้า และระบบการขายหน้าร้าน

รายละเอียดของข้อมูลในด้านผู้ป่วยที่มาใช้บริการ มีหลาย function ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ข้อมูลประวัติการใช้ยา ข้อมูลการแพ้ยา ข้อมูลการให้คำปรึกษาการใช้ยา และบันทึกเพื่อเตือนความจำ เป็นต้น

3. ระบบการบริหารจัดการด้วยระบบผสม (ทั้งระบบเอกสารและระบบอิเล็กทรอนิกส์)

เป็นระบบที่ใช้การผสมผสานระหว่างระบบเอกสารและระบบอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นระบบที่หน่วยบริการสุขภาพส่วนมากใช้ในการดำเนินการเพื่อให้บริการ โดยเฉพาะการแยกระหว่างการให้บริการและการจัดการสินค้าคงคลัง

กระบวนการการบริหารจัดการทรัพยากรในหน่วยงาน

กระบวนการการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการสุขภาพ มักมีการเชื่อมโยงของข้อมูลภายในฐานข้อมูลของการให้บริการสำหรับผู้รับบริการแต่ละราย กับฐานข้อมูลคลังเวชภัณฑ์ที่มีในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อตรวจรายการเวชภัณฑ์ที่ใช้ออกจากคลังสินค้า (หรือคลังเวชภัณฑ์) ทั้งนี้ อาจมีกระบวนการในการดำเนินการที่แตกต่างกันขึ้นกับสถานการณ์ของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ

สถานการณ์ปัจจุบันจากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ยังมีปัญหาในเรื่องของความทันเวลา หรือความสามารถในการใช้เวลาจริง (real-time) ในการตรวจรายการสินค้าออกจากคลังสินค้า ขึ้นตอนและกระบวนการในการตรวจรายการออกจากคลังสินค้า ส่งผลให้สถิติและสถานการณ์ของของแต่ละหน่วยงานแตกต่างกันไป สาเหตุเกิดจากปัจจัยต่างๆ ที่แตกต่างกัน อาทิเช่น บางหน่วยงานใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการให้บริการและการจัดการสินค้าคงคลังแตกต่างกัน ทำให้ต้องมีการแยกส่วนของการจัดการ หรือบางหน่วยงานต้องตอบสนองนโยบายที่มีการระบุให้ใช้โปรแกรมเพื่อการเบิกจ่ายต่างกัน เช่น โปรแกรมการเบิกจ่ายสำหรับ สปสช. ประกันสังคม หรือกรมบัญชีกลาง หรือโปรแกรมที่ใช้ในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ควบคุมหรือสวัสดิการสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ HIV หรือยาเสพติด/ยาควบคุมพิเศษ เป็นต้น ซึ่งส่วนนี้เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระดับนโยบายที่จะต้องมีการสร้างความเชื่อมโยงและรวมศูนย์ของข้อมูลในอนาคต

กรณีเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิขนาดเล็ก กระบวนการการให้บริการจะไม่ซับซ้อน จำนวนผู้รับบริการไม่มากนัก การดำเนินการตรวจรายการสินค้าออกจากคลังสินค้าจะมีความทันเวลามากกว่า สำหรับร้านยาเดี่ยว (independent community pharmacy) การตัดสินค้าออกจากคลังสินค้านั้นมักจะทำได้ทันทีที่มีการจ่ายสินค้านั้นๆ

กรณีที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพขนาดใหญ่ มีความซับซ้อน มีหลายสาขา หรือมีผู้รับบริการจำนวนมาก ความทันเวลาของการตรวจรายการสินค้าออกจากคลังสินค้าไม่รวดเร็วนัก เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น จำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอหรือยังไม่มีเวลาบันทึก หน่วยความจำ ความเร็วของอินเทอร์เน็ต เป็นต้น โดยส่วนใหญ่แล้วหน่วยงานที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก (ซึ่งทำให้รายการการให้บริการ รายการสินค้ามีจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย) จะมีการกำหนดความถี่ในการรายงานรายการสินค้าที่ต้องตัดออกจากคลังสินค้าเป็นช่วงเวลา หรือขยายเวลาในการบันทึกสินค้าให้ห่างออกไป แม้กระทั่งใน รพ.สต. ในบางแห่งยังต้องประวิงเวลาในการบันทึก เนื่องจากไม่สามารถบันทึกข้อมูลในทันทีหลังจากให้บริการ

ข้อมูลที่มีการบันทึกเพื่อการจัดการคลังเวชภัณฑ์

- ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเวชภัณฑ์ หรือสินค้านั้นๆ เช่น ชื่อสามัญ ชื่อทางการค้า บริษัทผู้ผลิตหรือจัดส่งสรรพคุณ ราคาสินค้า วันหมดอายุ เป็นต้น
- ข้อมูลที่ใช้เพื่อการสนับสนุนการบริหารคลัง เช่น รหัสสินค้า/เวชภัณฑ์ จำนวนขั้นต่ำที่คลังสินค้าต้องมี (Minimum stock) จุดต่ำสุดที่ควรจะมีการสั่งซื้อสินค้า (Reorder point)

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ปัจจุบันที่มีการใช้เพื่อการจัดการสินค้าคงคลัง ได้แก่

3.1 โปรแกรม POS-MED

POS-MED สามารถเป็นโปรแกรมที่มี function ช่วยในการจัดการคลังสินค้าได้ โดยตัดยอดสินค้า (Stock) จากการขายหน้าร้านแบบเวลาจริง (Real time) ได้ มักจะใช้ในร้านยาเป็นส่วนใหญ่ โดยมีตัวแปรในการจัดการคลังสินค้าที่จะช่วยให้การค้นหาและจัดการเป็นไปด้วยความสะดวกจะประกอบด้วย

- รหัสยา (ทางร้านสามารถกำหนดขึ้นเองได้)
- กลุ่มสินค้า
- ชื่อสินค้า (Trade name)
- ขนาดความแรงของยา
- จำนวนการขาย ฯลฯ

3.2 โปรแกรม SeniorSoft™

เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยบริษัท ซีเนียร์ซอฟท์ ดีเวลลอปเม้นท์ จำกัด เพื่อใช้ในการจัดการข้อมูลด้านการบริหารจัดการบัญชี และรวบรวมข้อมูลด้านการเงินและภาษีอากรส่งกรมสรรพากร มักจะใช้ในร้านยาเป็นส่วนใหญ่ ระบบใช้งานมีการจัดเรียงเมนูการใช้งานไว้ให้ตามลำดับขั้นตอน โดยมีข้อมูล 3 ส่วนหลัก ได้แก่

- 1) ข้อมูลบริษัท (ร้านยา)
- 2) ข้อมูลคลังสินค้า ใช้ในการกำหนดหมวดหมู่ของสินค้า เพื่อให้สามารถค้นหาสินค้าได้ง่ายและสะดวก รวดเร็ว ทั้งนี้สามารถกำหนดระดับย่อยของกลุ่มสินค้าได้ไม่จำกัด สามารถกำหนดหรือปรับราคาขายสินค้าได้ทั้งกลุ่ม หรือตามกลุ่มสินค้าที่ได้ทำการเลือกไว้ และสามารถปรับระดับราคาขายของสินค้าในกลุ่ม ที่เคยตั้งระดับราคาไว้แล้วได้ด้วย
- 3) ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นส่วนของการจัดเก็บประวัติลูกค้า และประวัติผู้จำหน่าย โดยระบบสามารถกำหนดสถานะของประเภทสมาชิก โดยการกำหนด สถานะสมาชิก รหัสสมาชิก และส่วนลดสำหรับสมาชิกที่แตกต่างกัน

ผู้ใช้งาน (หรือเภสัชกรชุมชน) มีความเห็นว่า โปรแกรม SeniorSoft™ สามารถช่วยบริหารจัดการงานในด้านบัญชีได้ดีกว่าโปรแกรมอื่นๆ ในด้านต่อไปนี้

- ด้านการสามารถจัดประเภทบิลที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม และบิลขา
- ความสามารถในการแยกแหล่งที่มาของสินค้า (โดยการกำหนดบริษัทได้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น)
- ช่วยบริหารจัดการความซับซ้อนเรื่องแหล่งที่มาของยา (โดยเฉพาะกรณีที่ร้านยาซื้อยาเดียวกันมาจากหลายแหล่ง)
- สามารถตั้งชื่อ รหัสยา รหัสกลุ่มยาแบ่งย่อยได้หลายระดับ
- แบ่งระดับราคาและการตั้งราคาสินค้าได้

3.3 โปรแกรม DrugstoreRx

โปรแกรม DrugstoreRx สามารถช่วยจัดการคลังสินค้าได้ โดยตัด stock จากการขายหน้าร้านแบบเวลาจริง (Real time) โดยทางร้านสามารถเพิ่มรายการสินค้าเข้าและตัดรายการสินค้าออกจากฐานข้อมูลของคลังสินค้าของร้านได้เอง เป็นโปรแกรมฟรีที่แจกจ่ายให้กับเภสัชกรชุมชน

ตัวแปรในการจัดการคลังสินค้าประกอบด้วย รหัสยา (ทางร้านตั้งขึ้นมาเอง), ชื่อสินค้า (Trade name), ประเภทยา, หมวดสินค้า, ชื่อสามัญ, ทะเบียนยา, สถานที่เก็บยาหน้าร้าน, ราคาขาย (กำหนดได้หลายระดับราคา)

เมื่อสินค้าเข้าร้านจะมีการตรวจสอบสินค้า นับจำนวนสินค้า จากนั้นจะมีการบันทึกข้อมูลเรื่องจำนวนสินค้า วันหมดอายุของสินค้า เข้าโปรแกรมผ่านหน้าจอการบริหารจัดการคลังสินค้า หากมีการสแกนบาร์โค้ดขายสินค้าหน้าร้านโปรแกรมจะตัดจำนวนจากข้อมูลของสินค้าในโปรแกรมอัตโนมัติ ทั้งนี้สามารถตรวจสอบจำนวนสินค้าคงคลังจากโปรแกรมได้ หรือสามารถกำหนดให้โปรแกรมรายงานสินค้าเมื่อถึงจุดสั่งซื้อ (Reorder point) รายงานรายการสินค้าไม่เคลื่อนไหว (ภายในระยะเวลาที่ทางร้านกำหนด) รายงานสรุปยอดการขาย (ภายในระยะเวลาที่ทางร้านกำหนด) และรายการสินค้าที่ขายดี (ภายในระยะเวลาที่ทางร้านกำหนด) เป็นต้น

3.4 โปรแกรม Inno Pharma 2.0

สามารถช่วยจัดการคลังสินค้าได้ โดยตัดยอดสินค้า (Stock) จากการกำหนดรายละเอียดข้อมูลผลิตภัณฑ์โดยผู้ใช้ ตั้งแต่รหัสสินค้า รหัสบาร์โค้ดสินค้า ชื่อสามัญของยา ชื่อทางการค้า เป็นต้น ทั้งนี้สามารถใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบจำนวนสินค้าคงคลังจากโปรแกรมได้ หรือสามารถกำหนดให้โปรแกรมรายงานสินค้าเมื่อถึงจุดสั่งซื้อ จัดทำรายงานสรุปยอดการขาย (ภายในระยะเวลาที่ทางร้านกำหนด) และรายงานการเคลื่อนไหวของสินค้าแต่ละตัว เป็นต้น

3.5 โปรแกรม Standard Application Processing (SAP)

เป็นโปรแกรมที่ช่วยในการป้อนคำสั่งซื้อผลิตภัณฑ์จากลูกค้าโดยตรงผ่าน เว็บไซต์ หรือ Web Application ทำให้การส่งคำสั่งซื้อเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้บริษัท DKSH ใช้โปรแกรม SAP เพื่อบริหารจัดการกระบวนการการรับคำสั่งซื้อ การจัดส่งสินค้าแก่ผู้รับบริการ โดยมีการกำหนดให้ใช้ EDI (Electronic Data Interchange) ในกระบวนการการสั่งซื้อสินค้า

กระบวนการการสั่งซื้อมีหลากหลายช่องทางตั้งแต่ การส่งคำสั่ง (input) จากลูกค้า หรือผู้แทนขาย ไปจนถึงการรับคำสั่งซื้อสินค้าทางโทรศัพท์ โทรสาร (fax) หลังจากการได้รับคำสั่งซื้อสินค้าแล้วจะมีกระบวนการการยืนยันคำสั่งสินค้า (Order) และทำการพิมพ์เอกสารเรียกเก็บค่าสินค้าและบริการ (invoice)

เมื่อลูกค้าส่งคำสั่งซื้อสินค้าทางระบบ EDI คำสั่งซื้อจะตรงเข้าสู่ SAP จากนั้นทางศูนย์กระจายสินค้า จะทำการดึงข้อมูลเพื่อจัดส่งสินค้าดังกล่าว บรรจุสินค้าลงกล่องเพื่อนำส่ง ทันทีที่สินค้าบรรจุลงกล่อง หรืออยู่ระหว่างการขนส่ง ระบบจะส่งไฟล์ข้อมูล ให้ลูกค้ารับรู้ล่วงหน้าก่อนสินค้าจะมาถึง โดยลูกค้าสามารถเข้าระบบ ASN (Advance Shipment Notification) เพื่อตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับสินค้า เช่น ชื่อสินค้า จำนวนสินค้า Lot number และวันสิ้นอายุ (expired date) ได้

ข้อดีของการใช้โปรแกรม SAP ได้แก่

1. สามารถช่วยลดปัญหาความผิดพลาดจากการทำงานของคน (Human error)
2. มีระบบรักษาความปลอดภัย (Security) ของข้อมูล
3. เพิ่มความรวดเร็วในการจัดทำเอกสาร
4. ป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากการส่งคำสั่งซื้อ (Key) ซ้ำ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ Supply chain ระหว่าง DKSH และลูกค้า

5.6 โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพื่อเข้าร่วมระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยทางด้านงานบริการทางเภสัชกรรม ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ริเริ่มโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศของการให้บริการทางเภสัชกรรมปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยร่วมมือกับสภาเภสัชกรรม ได้ทำการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับข้อมูลจำเป็นพื้นฐานเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลในการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ 4 ด้าน (ได้แก่ การทบทวนการใช้ยา คัดกรองโรคเบื้องต้นและประเมินความเสี่ยง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ) จากนั้นนำโปรแกรมที่เขียนขึ้นมาทดลองใช้กับเภสัชกรร้านยาและเภสัชกรโรงพยาบาล แต่พบว่ายังได้รับความร่วมมือจากเภสัชกรในการเข้าร่วมการทดลองน้อย จึงมีการจัดทำโครงการอย่างต่อเนื่อง โครงการนี้ นับเป็นโครงการนำร่องเพื่อการเชื่อมต่อข้อมูลของหน่วยบริการสุขภาพกับข้อมูลกลางของ สปสช. ปัจจุบันกำลังอยู่ในขั้นตอนการเตรียมเป็นแบบจำลองเพื่อรอเปิดรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสารสนเทศการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่

- 1) การให้บริการ
- 2) การเข้าถึงยา โดยเฉพาะยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เนื่องจากมีผู้ป่วยในโรคดังกล่าวจำนวนมาก
- 3) ความต่อเนื่องในการรักษาทางยา (Medication reconciliation) (ทั้งนี้ยังมีหัวข้อที่ที่ประชุมยังถกเถียงกัน คือ เรื่องการแบ่งประเภทของปัญหาจากการใช้ยา Drug Related Problems, DRGs)

จากวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาระบบเพื่อการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิ รพ.สต./สบส. และร้านยา จากการศึกษา พบว่า ยังพบปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก คือ ร้านยามีมุมมองว่าไม่ใช่หน่วยงานราชการ ย่อมเสี่ยงหากมีการแบ่งปันข้อมูลและอาจทำให้ความลับของข้อมูลรั่วไหล ดังนั้น การจะให้เกิดการยอมรับร้านยา ควรจะมีการเสนอแก้ไขโดยสร้างเครือข่ายในพื้นที่ที่ รพ.และร้านยามีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน น่าจะเป็นแนวทางให้เกิดการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลได้

คณะผู้วิจัยเมื่อได้เก็บข้อมูลโดยการลงพื้นที่เพื่อวิเคราะห์ความต้องการ (Requirement) จากแบบฟอร์มของโครงการวิจัยหลายๆ โครงการที่มีการทดลองการให้บริการบริบาลในร้านยา จะได้แบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลเพื่อสอบถามว่าข้อมูลอะไรในแบบฟอร์มที่ควรเก็บไว้ ข้อมูลส่วนใดควรตัดทิ้ง หลังจากรวบรวมผลของ Requirement มาแล้ว จึงนำข้อมูลที่เหมาะสมในการให้บริการบริบาลทางเภสัชกรรมมาเทียบกับโปรแกรมที่มีอยู่แล้วตลาด สรุปได้ว่า หากจะมีการพัฒนาโปรแกรมขึ้นมาก็ไม่น่าจะมีคนนิยมใช้เนื่องจากแบบฟอร์มในการให้บริการบริบาลทางเภสัชกรรมยังไม่นิ่ง มีความหลากหลายสูง หากโปรแกรมใช้แบบฟอร์มไม่เหมือนกับแบบฟอร์มที่ผู้ใช้เลือกใช้ ผู้ใช้งานน่าจะจะไม่เลือกใช้โปรแกรมนั้น จึงเกิดการพัฒนาโปรแกรมนำร่อง (Pilot project) เพื่อนำความคิดเห็นจากการใช้งานบางส่วน (Feedback) เพื่อนำไปพัฒนาต่อไป

ตารางที่ 5.6 เปรียบเทียบลักษณะระบบสารสนเทศพื้นฐานในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน

ระบบสารสนเทศพื้นฐาน	HOSxP/ HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POSMED	SeniorSoft™	InnoPharma Service 2.0
ระดับ	1° / 2° / 3°	2° / 3°	1°	1°	1°	1°	1°
ตัวอย่าง	รพ.สต., รพช./ รพท./รพศ. สังกัด กระทรวง สาธารณสุข	รพ.ศิริราช, ราชวิถี, ตำรวจ, กลาง, และ ภูมิพล	รพ.สต. ศบส.	ร้านยา		ร้านยา	ร้านยา
ผู้พัฒนา	BMS	แอ็บสแตรค คอมพิวเตอร์	สนย. (ภาครัฐ)	เจ้าของ ร้านยาพร ประสิทธิ์	ภาคเอกชน	ภาคเอกชน	ภาคเอกชน
ลักษณะโปรแกรม	สำเร็จรูป	ออกแบบ เฉพาะ	สำเร็จรูป	สำเร็จรูป	สำเร็จรูป	สำเร็จรูป	สำเร็จรูป
ระบบการรองรับ	Window	Window	Linux Window	Window	DOS Window	Window	Window
สถานที่เก็บข้อมูล	- Server ของหน่วย บริการ สุขภาพ - Cloud	Server ของ หน่วยบริการ สุขภาพ	Server ของหน่วย บริการ สุขภาพ	Server ของหน่วย บริการ สุขภาพ	Server ของ หน่วยบริการ สุขภาพ	Server ของ หน่วย บริการ สุขภาพ	Server ของหน่วย บริการ สุขภาพ
การเชื่อมโยงข้อมูล	ฐานข้อมูล ศูนย์กลาง ออนไลน์/ เชื่อมโยงกัน โดยตรง	(ไม่มีข้อมูล)	เชื่อมโยง ระหว่าง หน่วย บริการ โดยตรง	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

หน่วยบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1°=หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ; 2°=หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ; และ 3°=หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ

ตารางที่ 5.7 องค์ประกอบของสารสนเทศในฐานข้อมูล/โปรแกรมในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/ HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft TM	InnoPharma Service 2.0
ความปลอดภัยด้านข้อมูล								
การกำหนดสิทธิบุคลากรในการเข้าถึงข้อมูล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
กระบวนการสืบกลับการเข้าใช้โปรแกรม (Trace back)	✓	✓	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	✓
กระบวนการการขอผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงข้อมูล	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)
การจัดทำโครงสร้างมาตรฐาน 21/50 แพ้ม	✓	✓	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)
ข้อมูลส่วนบุคคล								
ชื่อ-สกุล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
รหัสประชาชน 13 หลัก	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
รูปถ่ายประจำตัว	✓	✓		✓	✓		✓	
อายุ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
วันเดือนปีเกิด	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
เพศ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
หมู่เลือด	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
เชื้อชาติ	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓	✓	✓		
สัญชาติ	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓	✓	✓		
ศาสนา	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓	✓	✓		
เบอร์โทรศัพท์	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
อีเมลล์	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ที่อยู่	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
สถานภาพสมรส	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	✓				✓
อาชีพ	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓				✓
รายได้								✓
การศึกษา	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓				
ชื่อ-สกุลคู่สมรส	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓				
เลขประจำตัวประชาชนผู้สมรส	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓				

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSP/ HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft TM	InnoPharma Service 2.0
จำนวนบุตร-ธิดา	✓							✓
ชื่อบิดา	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
ชื่อมารดา	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓	✓			
สิทธิการรักษา	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
หน่วยบริการสุขภาพที่สามารถใช้ สิทธิ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
การรับบริการผู้ป่วยนอก								
Hospital Number (HN)		✓	✓	✓	รหัส สมาชิก	รหัส สมาชิก	รหัส สมาชิก	รหัส สมาชิก
วันเดือนปีที่มารับบริการ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
แผนกที่มารับบริการ	✓	✓	✓	✓				
รหัสแพทย์ผู้ให้บริการ	✓	✓	✓	✓	เภสัชกรผู้ ให้บริการ	เภสัชกรผู้ ให้บริการ		เภสัชกรผู้ ให้บริการ
ประเภทของการเข้ารับบริการ	✓	✓		✓				
การรับบริการผู้ป่วยใน								
Admit Number (AN)		✓	✓	✓				
วันที่/เวลา ที่เข้ารับการรักษาตัวใน แผนกผู้ป่วยใน	✓	✓	✓	✓				
รหัสตึกผู้ป่วยใน	✓	✓	✓	✓				
รหัสแพทย์ผู้ให้บริการ	✓	✓	✓	✓				
วันที่/เวลา ที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge)	✓	✓	✓	✓				
รหัสสถานการณ์จำหน่ายผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓				
รหัสประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓				
รหัสแพทย์ผู้ส่งจำหน่ายผู้ป่วย	✓	✓		✓				
ด้านส่งจ่ายและใช้เวชภัณฑ์								

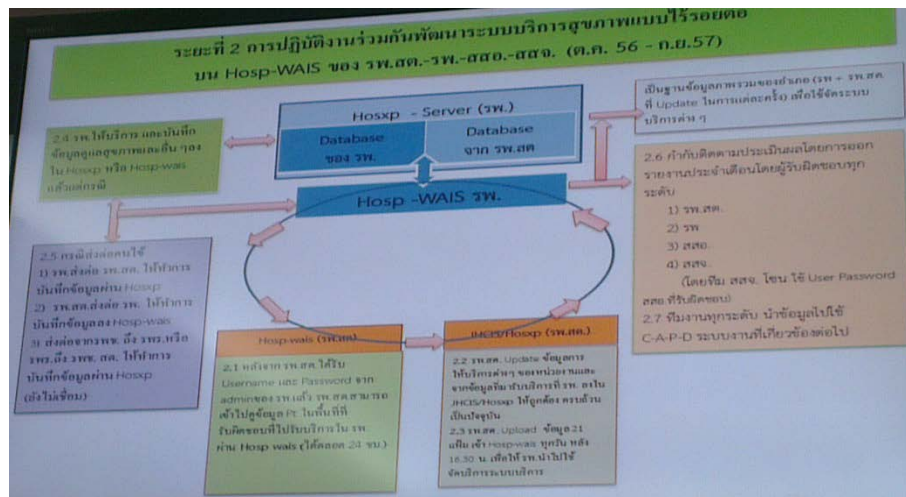
องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/ HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft TM	InnoPharma Service 2.0
วันที่/เวลา ที่ส่งรายการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
รหัสของรายการยา/เวชภัณฑ์/ ค่าบริการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ชื่อผลิตภัณฑ์	✓							✓
จำนวนที่สั่ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
คำอธิบายวิธีการใช้ (กรณีที่เป็นยา)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ข้อบ่งใช้	✓							✓
ประเภทยา (บัญชียาหลัก)	✓		✓					
ราคารวมของรายการที่สั่ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
รายการยา/สารเคมี/อาหารที่แพ้	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
อาการที่แพ้	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ปัญหาจากการใช้ยา	✓		✓					
รหัสแพทย์ผู้สั่ง	✓	✓	✓	✓				
รหัส/ชื่อเภสัชกรผู้จ่ายยา					✓ (ชื่อ)	✓ (ชื่อ)		✓ (รหัส)
การตรวจร่างกาย/ชีพจร								
ความดันโลหิต systolic	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ความดันโลหิต diastolic	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ความสูง (เซนติเมตร)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
BMI			✓					
อุณหภูมิร่างกาย	✓	✓	✓	✓				
ผลระดับน้ำตาลในเลือด	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
อัตราการเต้นของหัวใจ	✓	✓	✓	✓				
อัตราการเต้นของชีพจร	✓	✓	✓	✓				
อัตราการหายใจ	✓	✓	✓	✓				
อาการสำคัญ (Text)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
การตรวจร่างกาย (Text)	✓	✓	✓	✓				
การวินิจฉัย								

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/ HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft™	InnoPharma Service 2.0
มาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่ใช้อ้างอิง		ICD10		ICD10				
รหัส ICD10 ของผลการวินิจฉัย	✓	✓	ผลการ วินิจฉัย	✓	ประวัติ เจ็บป่วย/ โรค ประจำตัว	ประวัติ เจ็บป่วย/ โรค ประจำตัว		
จำแนกประเภทของผู้ป่วย								
สภาพ/ความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเอง								
รหัสแพทย์ผู้วินิจฉัย	✓	✓	✓	✓				
ข้อมูลของห้องปฏิบัติการ								
วันที่/เวลา ที่ส่งตรวจ Lab	✓	✓	✓	✓				
รหัสแพทย์ผู้ส่งตรวจ Lab	✓	✓		✓				
ผลการตรวจ Lab	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ผลที่เป็นค่าปกติ	✓	✓	✓	✓				
วันที่/เวลา ที่ยืนยันผลการอ่าน	✓	✓		✓				
มีการยืนยันผลการอ่านผลแล้ว (Y/N)	✓	✓		✓				
ข้อมูลของการตรวจ X-ray								
วันที่/เวลา ที่ส่ง	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
รหัสแพทย์ผู้ส่ง	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
รหัสของรายการ X-Ray	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
วันที่/เวลาที่แพทย์อ่านผล	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
รหัสแพทย์ผู้อ่านผล	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
ผลการอ่าน (Text)	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
การทำหัตถการ								
รหัสหัตถการ ICD9CM	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
รหัสแพทย์ผู้ทำหัตถการ	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
วันที่/เวลาเริ่มทำหัตถการ	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
วันที่/เวลาทำหัตถการเสร็จ	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/ HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft™	InnoPharma Service 2.0
			ข้อมูล)					
การนัดหมาย								
วันที่/เวลา ที่นัดมา	√	√	√	√	√	√		
ปัญหาของการเยี่ยมติดตาม	√							
กิจกรรมการดูแลที่จำเป็น	√							
ความยินยอมให้เยี่ยมติดตาม	√							
รหัสแพทย์ผู้นัด	√	√		√				
รหัสแผนกที่นัด	√	√		√				
หมายเหตุการนัดหมาย	√	√		√	√	√		
ข้อมูลส่วนเวชภัณฑ์								
รหัสสินค้า/รหัสเวชภัณฑ์	√		√					
รหัสบาร์โค้ด	√		√					
ชื่อสามัญ	√		√					
ชื่อทางการค้า	√		√					
กลุ่มประเภทเวชภัณฑ์	√		√					
รูปภาพเวชภัณฑ์	√							
รูปแบบผลิตภัณฑ์	√		√					
ขนาดบรรจุ	√		√					
ข้อมูลด้านคงคลัง								
จำนวนยอดคงคลัง	√		√					
อัตราการใช้	√		√					
ยอดสูงสุด	√		√					
ยอดต่ำสุด	√		√					
จำนวนคงคลังที่ต้องสั่งซื้อ	√		√					
ข้อมูลด้านการตัดเบิกจ่าย								
วันเวลาที่เบิกจ่ายเวชภัณฑ์	√		√					
วันเวลาที่จ่ายเวชภัณฑ์	√		√					
ประเภทการจ่าย	√		√					
เลขที่การขอเบิก	√		√					
เลขที่การจ่าย	√		√					
หน่วยงานที่ขอเบิก	√		√					
วันเวลาที่รับเวชภัณฑ์	√		√					
ผู้จัดการการเบิกจ่าย	√		√					
ผู้ตรวจสอบ	√		√					
หน่วยการจ่าย	√		√					

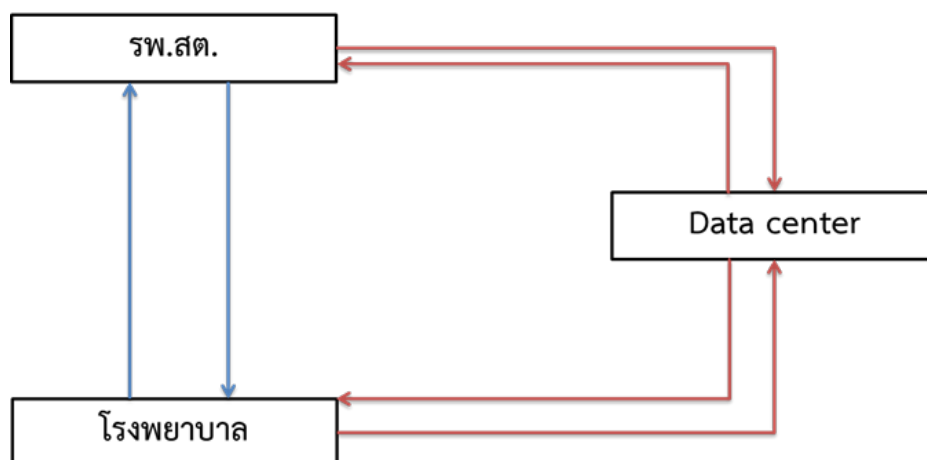
ในระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในบางพื้นที่ พบว่า มีการสร้างข้อติดขัดระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างกันผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยเป็นการออกแบบระบบการเชื่อมโยงข้อมูลที่แตกต่างกัน รูปแบบที่พบ ได้แก่

1) หน่วยบริการปลายทางสามารถเข้าสู่ระบบออนไลน์เพื่อขออนุญาตเจ้าของข้อมูล (หน่วยบริการต้นทาง) เพื่อเข้าดูบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยรายหนึ่ง ทั้งนี้หน่วยบริการสุขภาพทั้ง 2 หน่วย จำเป็นต้องใช้โปรแกรมสารสนเทศจัดการข้อมูลเดียวกัน หรือเป็นโปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงเข้าดูข้อมูลระหว่างกันได้ หรือหมายถึงมีความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) นั้นเอง



แผนภาพที่ 5.10 ตัวอย่างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่พัฒนาขึ้นเองเพื่อใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในจังหวัดสระแก้ว

2) หน่วยบริการสุขภาพในเครือข่ายส่งข้อมูลบันทึกทางสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยมาเก็บยังศูนย์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลกลาง (Data Center) เพื่อให้หน่วยบริการปลายทางสามารถเข้าถึงข้อมูลได้



แผนภาพที่ 5.11 รูปแบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ (Suratemekul, 2014)

กรณีที่ต้องมีการออกแบบการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ควรมีการคำนึงถึง มาตรการการป้องกันความปลอดภัย หรือจัดการความเสี่ยงของข้อมูลของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากจากการเก็บ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า หน่วยงานที่มีการพัฒนาระบบดังกล่าวนี้ยังมีความกังวลต่อ มาตรการการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) ด้านข้อมูลของผู้ป่วย โดยมีข้อสังเกตว่าอย่าง น้อยควรมีระบบป้องกันความปลอดภัยในเรื่องต่อไปนี้

1. การขึ้นทะเบียนบุคลากรผู้มีสิทธิเข้าสู่ระบบ เป็นการขึ้นทะเบียนเพื่อการระบุตัวตนของบุคลากรผู้มีสิทธิ เข้าถึงข้อมูลตามบทบาทวิชาชีพ เช่น แพทย์มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในด้านใดบ้างควรสามารถ เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนในด้านนั้นๆ เกสซ์กรมีบทบาทดูแลผู้ป่วยเฉพาะเรื่องการใช้ยาควร เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาและประวัติการเจ็บป่วยบางส่วนที่จำเป็น เป็นต้น
2. ออกแบบกระบวนการการติดตามการเข้าสู่ระบบ และติดตามข้อมูลของผู้เข้าสู่ระบบเข้าถึงข้อมูล เป็น กระบวนการการออกแบบเพื่อติดตามได้ว่าบุคลากรคนหนึ่งเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยรายไหน เมื่อไหร่ มี ประโยชน์เพื่อการตรวจสอบความผิดปกติในการเข้าถึงข้อมูล และการสอบกลับของกระบวนการการ เข้าถึงข้อมูล เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อข้อมูล และสร้างความปลอดภัยของข้อมูลด้วย
3. ออกแบบระบบการขออนุญาตหน่วยบริการสุขภาพเจ้าของข้อมูลเพื่อเข้าสู่ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data center)

5.7 ปัญหาที่พบจากการส่งต่อของประเทศไทยในปัจจุบัน

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้เข้าร่วมประชุม และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ได้สรุปปัญหาต่างของระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยได้ดังนี้

1. ขาดมาตรฐานแนวทางการส่งต่อ

การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนหรือร้านยา ยังขาดแนวทางมาตรฐานที่จะช่วยให้เภสัชกรชุมชนตัดสินใจได้ว่าเมื่อไหร่ควรส่งต่อผู้ป่วย และกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยควรมีขั้นตอนอย่างไร การส่งต่อผู้ป่วยจากร้านยาไปที่หน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ด้วยใบส่งต่อนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร และได้รับการตอบรับจากแพทย์ที่น้อยมาก แพทย์มักไม่สนใจใบส่งต่อที่เภสัชกรชุมชนเขียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีและรูปแบบการเขียนที่ค่อนข้างแตกต่างกันของแพทย์และเภสัชกร ถ้าได้สังเกตวิธีการเขียนของแพทย์นั้นจะพบว่า แพทย์จะมีหลักการในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่มีรูปแบบที่เหมือนกันเกือบทั้งหมดซึ่งจะมีการบันทึกอาการของผู้ป่วยเป็น คำสำคัญ (Key word) เป็นภาษาอังกฤษในรูปแบบของคำศัพท์ทางพยาธิวิทยาที่มีความสั้น กระชับ และเข้าใจความหมายได้ทันที และไม่ใส่ความคิดเห็นส่วนตัวลงไป แต่เภสัชกรชุมชนนั้นส่วนใหญ่จะเขียนใบส่งต่อในลักษณะของการเขียนรายงานเป็นภาษาไทยเหมือนเขียน A (assessment) ใน SOAP note ที่จะต้องอ่านให้ครบถ้วนทุกประโยคก่อนจึงจะสามารถเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดได้ และการเขียนข้อความที่มีเนื้อหาปริมาณมากในลักษณะนี้ หากผู้เขียนไม่มีความชำนาญหรือเลือกใช้คำไม่ถูกต้องอาจทำให้แพทย์เข้าใจเจตนาในการสื่อสารที่ผิดพลาดได้ ซึ่งปัญหานี้ยังพบว่าเป็นปัญหาการสื่อสารในแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากเภสัชกรไม่ได้ถูกฝึกหรือได้เรียนรู้ทักษะด้านนี้มาจากคณะเภสัชศาสตร์ ดังนั้น มหาวิทยาลัยหรือองค์กรวิชาชีพจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาส่วนนี้เพื่อให้มีการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่เป็นมาตรฐานในการให้บริการ

ปัจจุบันเภสัชกรชุมชนในร้านยามีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลากหลายรูปแบบ จากการศึกษา พบว่าเภสัชกรชุมชนโดยส่วนมากมีหลักการพื้นฐานในการประเมินผู้ป่วย โดยการประเมินจากผลหรือค่าจากการตรวจจากห้องปฏิบัติการ (Laboratory) หรืออาการทางคลินิกที่สอดคล้องของอาการอันตรายหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีแนวทางมาตรฐานในการให้บริการสำหรับเภสัชกรชุมชนในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ จึงอาจทำให้การตัดสินใจแตกต่างกัน บางหน่วยบริการสุขภาพอาจส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเห็นว่ามีความเสี่ยงอันตรายแล้ว บางหน่วยบริการอาจส่งต่อผู้ป่วยเมื่อไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยคืออะไร และต้องการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเพื่อความมั่นใจ ทั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ทั้งที่ไม่แสดงอาการสำคัญที่จำเป็น อาจทำให้บุคลากรอื่นๆ ไม่เชื่อถือต่อคุณภาพการให้บริการและการส่งต่อของเภสัชกรชุมชน

เมื่อเภสัชกรตัดสินใจว่าต้องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติม นั้น อาจมีกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยหลากหลาย ตั้งแต่การบอกปากเปล่าให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือไปยังหน่วยบริการสุขภาพปลายทางเอง การแนบข้อความย่อให้ผู้ป่วยถือไปพบแพทย์ ตลอดจนถึงการออกแบบฟอร์มการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยถือไปพบแพทย์ เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาส่วนหนึ่ง โครงการนี้จึงได้พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อที่มีการทดสอบความเที่ยง (Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ตามหลักวิชาการจากแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรแล้ว เพื่อให้เภสัชกรชุมชนได้มีการนำไปใช้ในเบื้องต้น พร้อมกับแนวทางการเขียนใบส่งต่อและคำศัพท์ทางการแพทย์ (Medical terminology) สำหรับโรคความดันโลหิตสูง

และเบาหวาน เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการให้บริการ และสามารถชี้เพื่อสื่อสารกับบุคลากรอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การเชื่อมโยงด้านงบประมาณและการส่งข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

แพทย์จากหน่วยบริการสุขภาพของรัฐในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิบางส่วนยังมีการส่งผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านในจำนวนน้อย เนื่องจากแพทย์พอจะรู้ว่าคลังเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการสุขภาพของตนมียาใดบ้าง แต่ไม่รู้ว่าคลังยาของร้านยามียาใดบ้าง มียาที่แพทย์สามารถสั่งให้ผู้ป่วยไปรับเพื่อใช้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ (ถึงแม้ว่าบางส่วนจะเห็นประโยชน์ในด้านความสะดวกของผู้ป่วย)

แพทย์บางท่านยังเห็นว่าการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเป็นอีกประเด็นที่ยังเป็นปัญหา เนื่องจากร้านยาบางส่วนในปัจจุบันยังไม่มีระบบเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดังนั้น แพทย์จึงเห็นว่าการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพรัฐและเอกชนจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ลำบาก และไม่แน่ใจว่าร้านยามีข้อมูลผู้ป่วยมากหรือน้อยเพียงใด เพียงพอต่อการให้บริการหรือไม่ และยังคงกังวลว่าการส่งข้อมูลของผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐมายังหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนอาจเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในด้านการเข้าถึงข้อมูล จึงไม่แน่ใจว่าการส่งข้อมูลบางส่วนของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลมาให้ร้านยานั้นเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือไม่ ผิดกฎหมายหรือไม่ ดังนั้น ประเด็นสำคัญ คือ บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตีความตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดทางคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 ซึ่งประเด็นนี้ยังพบว่าเป็นปัญหาสำหรับเภสัชกรในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขด้วย เนื่องจากความเกรงกลัวต่อการรับผิดในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง

นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยบริการสุขภาพบางแห่งยังมองว่าการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐด้วยกันจะมีผลดีมากกว่า เพราะระบบการเบิกจ่ายสะดวกมากกว่าการส่งผู้ป่วยกลับมาให้เภสัชกรชุมชนในร้านยาดูแลต่อ เนื่องจากระบบการเบิกจ่ายที่ไม่เชื่อมโยงกัน ด้วยเหตุนี้ ทำให้แพทย์มักส่งผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐมากกว่าร้านยาเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3. กฎระเบียบในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย

ปัจจุบันกฎหมายในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพในประเทศไทยยังไม่มีกำหนดหรือตีความอย่างแน่ชัด หน่วยบริการสุขภาพของรัฐที่มีการเก็บบันทึกข้อมูลจึงพยายามไม่แบ่งปันข้อมูลกับหน่วยงานอื่นๆ หากไม่จำเป็นเนื่องจากไม่แน่ใจว่าการกระทำใดที่หน่วยงานนั้นกระทำจะเป็นความผิดหรือไม่ ทั้งนี้ประเทศไทยอาจดำเนินการเหมือนต่างประเทศซึ่งมีกฎหมายที่ควบคุมการแบ่งปันข้อมูลทางสุขภาพของบุคคล โดยมีการกำหนดหลักการและกระบวนการในการขอเปิดเผยข้อมูลบางส่วนจากผู้ป่วยไปยังบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่มีการควบคุมการปฏิบัติงานด้วยกฎหมาย ร่วมกับจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพว่าจะเข้าถึงและใช้ข้อมูลนั้นเท่าที่จำเป็นและเพื่อประโยชน์ต่อเจ้าของข้อมูล คือ ผู้ป่วยเท่านั้น

5.8 ข้อเสนอแนะการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและการแลกเปลี่ยนส่งต่อข้อมูล

กระบวนการการส่งต่อในประเทศไทย ประกอบด้วยองค์ประกอบของการส่งต่อ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย (Patient flow) ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย (Data flow) และการเบิกจ่าย (Financial flow) จากการเก็บข้อมูลพบว่ายังมีปัญหาเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ ซึ่งทางคณะวิจัยเสนอแนะการแก้ไข ดังนี้

1. กำหนดนโยบายด้านการส่งต่อตัวผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการอย่างชัดเจน

ปัจจุบันการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วย และระบบการเงินระหว่างหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐค่อนข้างมีการกำหนดนโยบายชัดเจนอยู่แล้ว ทั้งนี้หากเป็นการส่งต่อผู้ป่วยมาสู่จากหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชน เช่น ร้านยา คลินิกเอกชน อาจไม่ได้รับการตอบรับหรือการตอบสนองเท่าที่ควร ทั้งจากหน่วยบริการสุขภาพผู้ส่ง (โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ) หน่วยบริการสุขภาพผู้รับ (เช่น ร้านยา คลินิกเอกชน) และผู้ป่วยเอง เนื่องจากการส่งตัวผู้ป่วยมายังหน่วยบริการสุขภาพเอกชนเหล่านี้ยังไม่เป็นที่รู้จัก หรือเข้าใจในภาคปฏิบัติ หรือความเต็มใจของบุคคล หรือยังไม่แน่ใจในด้านคุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการ ดังนั้นผู้บริหารเชิงนโยบาย (Policy maker) ต้องมีส่วนร่วมในการสร้างข้อตกลง และเชื่อมโยงประสานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อประชาชนในประเทศ

ในส่วนของโครงการฯ จึงขอเสนอข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อในส่วนของนโยบายและการปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังตารางที่ 5.8

ตารางที่ 5.8 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ

ระบบ/ด้านที่เกี่ยวข้อง	ปัญหาที่พบในปัจจุบัน
ด้านนโยบาย	กำหนดให้มีการสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการ โดยกำหนดให้ร้านยาเป็นหนึ่งในเครือข่าย
	มีข้อตกลงและกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่ชัดเจน
	กำหนดวิธีการในการเบิกจ่ายเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ
	กำหนดกฎระเบียบความปลอดภัยในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ (Privacy and Security) ให้ชัดเจน
ด้านการปฏิบัติ	เครือข่ายในหน่วยบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ควรมีการจัดทำข้อตกลงมาตรฐานวิธีการในการส่งต่อผู้ป่วย เช่น กำหนดบุคคล/แผนกรับผิดชอบในการส่งต่อ/ รับตัวผู้ป่วย
	กำหนดเลือกแบบฟอร์มมาตรฐานที่ใช้ในการส่งต่อ คำศัพท์ที่ใช้สื่อสาร (Terminology) รวมถึง เกณฑ์มาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน
	หน่วยบริการสุขภาพในเครือข่ายมีการจัดเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลตามรูปแบบมาตรฐาน (Standard Format) เช่น 21/50 แฟ้ม และ รหัสมาตรฐาน (Standard Code)

2. สร้างเครือข่ายของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

ในพื้นที่ชุมชนหนึ่งๆ อาจประกอบด้วยหน่วยบริการผู้ให้บริการทางสุขภาพตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งอาจเป็นผู้ให้บริการสังกัดภาครัฐหรือเอกชน จึงควรมีการสร้างเครือข่ายของผู้ให้บริการทางสุขภาพของพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งใน 1 เครือข่ายควรประกอบด้วยผู้ให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และประชาชนสามารถเข้าถึงง่ายที่สุด หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ทั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพควรมีการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการพบปะเพื่อร่วมกันกำหนดข้อตกลงเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

- 1) ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ
- 2) บทบาทและหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพผู้ส่งและผู้รับ
- 3) มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย
 - แนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วย
 - แนวทางในการประเมินและตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการกำหนดแนวทางในการตัดสินใจว่าในกรณีใดบ้างที่หน่วยบริการสุขภาพควรมีการส่งต่อผู้ป่วย
 - กระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการตกลงร่วมกันว่ากระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยหนึ่งรายไปยังหน่วยบริการปลายทางควรมีแนวทางภาคปฏิบัติอย่างไรบ้าง หน่วยบริการต้นทางควรติดต่อใครหรือหน่วยงานแผนกใดของหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง (มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและวิธีการติดต่ออย่างเหมาะสมในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ)
 - ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปยังแผนกใดหรือติดต่อใคร
 - ข้อมูลที่เครือข่ายเห็นว่าสำคัญและจำเป็นในการส่งต่อ เอกสารแบบฟอร์มที่ควรใช้ในการส่งต่อมีข้อมูลใดบ้าง ควรมีการทำการตกลงเกี่ยวกับคำศัพท์ (Terminology) ที่ใช้ในการกรอกข้อมูล มีการทำข้อตกลงเกี่ยวกับกระบวนการในการกรอกข้อมูลแต่ละหัวข้อหรือแต่ละส่วนเพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือสื่อสารข้อมูลได้ตรงกัน
 - ควรมีการนำรายละเอียดของข้อมูลที่เป็นจะใช้ส่งต่อระหว่างหน่วยบริการสุขภาพมาปรับปรุง System architect แล้วนำไปสร้าง model ในทางปฏิบัติและทดสอบการใช้งานในโครงการนำร่องการแลกเปลี่ยนและส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ก่อนที่จะนำไปปฏิบัติจริงทั่วประเทศ เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความรู้ความเข้าใจหรือทักษะการใช้งานของผู้ให้บริการ/รับ-ส่งข้อมูล ระบบสารสนเทศทั้ง Hardware & Software ที่จำเป็น เป็นต้น

3. แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย

แบบฟอร์มการส่งต่อที่ดี ควรมีองค์ประกอบดังนี้

- แบบฟอร์มควรเข้าใจง่าย บุคลากรทุกหน่วยบริการสุขภาพเข้าใจตรงกัน และควรออกแบบให้ประหยัดเวลาตอนเขียน
- แบบฟอร์มควรประกอบด้วยข้อมูลสำคัญอย่างครบถ้วนและจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการระบุระดับความรุนแรงของโรค/อาการและสาเหตุในการส่งต่ออย่างชัดเจน

- แบบฟอร์มควรออกแบบให้มีช่องทางขอรับข้อมูลตอบกลับ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ
 - เพื่อลดภาระงานของแพทย์และเพิ่มอัตราการตอบกลับ การกรอกข้อมูลควรให้เป็นช่องกรอกเครื่องหมายว่าต้องการให้เภสัชกรช่วยดูแลผู้ป่วยต่ออย่างไร
 - ควรมียกยบายหรือกลยุทธ์จากหน่วยงานส่วนกลางเพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับข้อมูลจากการส่งต่อผู้ป่วย
 - ควรกรอกข้อมูลโดยใช้คำศัพท์ที่บุคลากรผู้ให้บริการทุกฝ่ายหรือทุกหน่วยบริการสุขภาพเข้าใจตรงกัน มีรูปแบบในการกรอกข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน
- สิ่งที่ควรมีในบันทึกทางการแพทย์และจดหมายส่งต่อ ตัวอย่างของข้อมูลที่ควรจะมีการเขียนในใบส่งต่อ ได้แก่
- 1) ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย
 - 2) วัน-เวลาที่มารับบริการให้ถูกต้องแม่นยำ
 - 3) บันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยที่จะส่งต่อ โดยครอบคลุมหัวข้อเหล่านี้
 - 3.1. อาการนำ (Chief complaint)
 - 3.2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of present illness, HPI)
 - 3.3. ประวัติโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต (Past medical history, PMH)
 - 3.4. ประวัติการใช้ยา (Medication history, MH)
 - 3.5. ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมีต่างๆ (Allergic history: All)
 - 3.6. ประวัติครอบครัวและประวัติทางสังคมที่เกี่ยวข้อง (Family & social history: F&SH)
 - 4) ใช้ศัพท์ทางการแพทย์และคำเฉพาะที่เป็นสากล ระบุงการยืมคำย่อ ซึ่งหากมีความจำเป็นควรใช้คำย่อที่เป็นสากล ไม่ใช่คำย่อที่เป็นที่รู้จักเฉพาะในองค์กรหรือในวิชาชีพเดียว (Jargon) ซึ่งอาจมีการแปลความหมายแตกต่างกันโดยบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่น
 - 5) ให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง (Facts) หลีกเลี่ยงการแทรกสอดความเห็นที่เกิดจากการตีความของเภสัชกรเอง ตลอดจนคำที่มีโอกาสละเมิดสิทธิของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยน่าจะมีความผิดปกติทางจิต หรือขณะเกิดเหตุผู้ป่วยอาจเมาสุรา หรือผู้ป่วยอาจถูกข่มขืนกระทำความชำเรา หรือผู้ป่วยอาจถูกทำร้ายร่างกายโดย... หรืออื่นๆ
 - 6) หลีกเลี่ยงการใช้คำฟุ่มเฟือยไม่ตรงประเด็น ไม่เหมาะสม ไม่ถูกกาลเทศะ ไม่สุภาพ หรือมีเชิงออกคำสั่ง
 - 7) หากจำเป็นต้องมีการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการในข้อเสนอต่างๆ ควรระบุแหล่งอ้างอิง (References) ที่ชัดเจน สามารถสืบค้นตรวจทานได้
 - 8) บันทึกบริการและคำแนะนำทุกประการที่ได้แนะนำให้กับผู้ป่วยไปแล้ว โดยลงนามพร้อมทั้งวันที่และเวลาที่ท้ายบันทึกหรือจดหมายส่งต่อ ผู้เขียนบันทึกควรจะเป็นคนเดียวกับผู้ซึ่งกประวัติและให้บริการแก่ผู้ป่วย

ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) หรือสมช. ร่วมกับนักวิชาการจากหลายสถาบันจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญมาตรฐานงานบริการ พัฒนาการจัดหาเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศในโซ่อุปทาน ช่วยในการพัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อ (ในชื่อย่อว่า PhRF หรือ Pharmacist Referral Form) และแนวทางในการเขียนแบบฟอร์มส่งต่อ (โดยพัฒนาจากแบบฟอร์มเยี่ยมบ้านที่มีการใช้อยู่ในร้านยาบางแห่ง) (ดังแสดงในบทที่ 3) เพื่อนำไปใช้ในร้านยาในการส่งต่อผู้ป่วย แบบฟอร์กดังกล่าวปัจจุบันได้มีการจัดพิมพ์

แจกจ่ายโดยสมช. ให้กับร้านยาที่เป็นสมาชิก และจะนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับร้านยาที่จะขอรับการตรวจหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Good Pharmacy Practice, GPP) ต่อไป

อย่างไรก็ตาม แนวทางการเขียนแบบฟอร์มส่งต่อยังจำเป็นต้องจัดให้มีการอบรมเผยแพร่วิธีการเขียนและอธิบายคำศัพท์ทางเทคนิคต่างๆ ให้กับเภสัชกร เนื่องจากปัญหาที่พบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า เภสัชกรไม่ทราบศัพท์เทคนิคที่ใช้ ขาดทักษะด้านการเขียนที่ดี ทำให้การเขียนแบบฟอร์มเฝ้าระวังและผู้อ่าน (คือ แพทย์หรือพยาบาล) ไม่เข้าใจ อันส่งผลต่อประสิทธิภาพในการส่งต่อ ทั้งนี้ โครงการวิจัยฯ ได้พัฒนาและเสนอแนวทางการเขียนไว้ในงานวิจัยชิ้นนี้ด้วย

ดังนั้น ในการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ควรจะมีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัยทางข้อมูลของผู้ป่วย (Privacy & Security) ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพในเครือข่ายควรมีการตกลงทำความเข้าใจและทำข้อตกลงเกี่ยวกับแนวทางในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ว่าควรดำเนินการอย่างไร หากต้องมีการอนุญาตให้หน่วยบริการสุขภาพปลายทางให้สามารถเข้ามาดูข้อมูลประวัติทางสุขภาพของผู้ป่วยได้นั้น ใครและอย่างไรที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ควรต้องมีการตกลงสิทธิและระดับในการเข้าถึงข้อมูลของบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ จากหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นเจ้าของใช้และหน่วยบริการสุขภาพอื่น โดยยึดประโยชน์ของผู้ป่วย การปกป้องความลับของผู้ป่วย และป้องกันความเสี่ยงในการโดนขโมยข้อมูลหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

นอกจากนี้แล้ว ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น

- ศึกษาสถานะในการจัดเก็บ คุณภาพของผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านยา และการส่งมอบยาในระบบ logistics and supply chain จนถึงมือผู้บริโภคสุดท้าย เช่น เมื่อยาส่งมอบจาก Distributor แล้ว ร้านยามีระบบการจัดเก็บและตรวจสอบคุณภาพ วันหมดอายุของผลิตภัณฑ์อย่างมีมาตรฐาน มีขั้นตอน วิธีการ บรรจุภัณฑ์หีบห่อ ฉลาก ของยาที่จะส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐาน โดยเฉพาะยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น มีข้อกำหนดในการจัดเก็บเป็นพิเศษหรือระมัดระวังในการส่งมอบ เป็นต้น
- ระบบ VMI (Vendor Managed Inventory) ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยบริการสุขภาพต่างระดับ และผู้ผลิต/Distributor ตามมาตรฐานของ logistics and supply chain

บรรณานุกรม

- Suratemekul, C. (2014). Products and services of Bangkok Medical Software Co.,Ltd (S. Adirektawon, Trans.). In S. Thanaviriyakul (Ed.), *BMS HOSxP*. Bangkok: Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University.
- ตริณาคพันธ์, ว. (2014). Hosp-WAIS community. Retrieved December 20, 2014, from <https://sites.google.com/site/hoswaiscommunity/>



บทที่ 7 บทสรุป

โครงการ “บูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการ
บริหาร ทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจาก
หน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ”

โดย ผศ.ภญ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์และคณะ

ตุลาคม พ.ศ. 2558

บทที่ 7

บทสรุป

นับตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นมา ประเทศไทยสูญเสียต้นทุนทางเศรษฐกิจจากโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases) อันเนื่องมาจากปัจจัยทางพฤติกรรมด้านสุขภาพสูงถึงปีละประมาณ 140,000 ล้านบาทต่อปี ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวสามารถลดค่าใช้จ่ายหรือลดจำนวนผู้ป่วยลงได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ ทุกสาขาวิชาชีพจากทุกระดับของหน่วยบริการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลรักษาพยาบาล และหากสามารถมีการดำเนินการจากสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จะทำให้การลดความสูญเสียและต้นทุนต่างๆ

งานบริการปฐมภูมิ เป็นงานที่มีการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพหลากหลายหน่วยงานในหลายสังกัด จากการสังเคราะห์เปรียบเทียบงานบริการและระดับของบทบาทงานบริการปฐมภูมิที่มีการให้บริการ ปัจจุบัน และทิศทางการให้บริการในอนาคต พบว่าบทบาทและงานบริการปฐมภูมิมีความซับซ้อนทั้งในระดับวิชาชีพ ระดับหน่วยบริการสุขภาพ และระดับกระทรวงต้นสังกัด (ตารางที่ 7.1)

ตารางที่ 7.1 บทบาทงานบริการปฐมภูมิแต่ละงานแยกตามหน่วยบริการสุขภาพ

บทบาทงานบริการปฐมภูมิ	รพ.สต.	ศบส. (Non-RPh)	ศบส. (RPh)	คลินิกอบอุ่น (RPh)	ร้านยา
การดูแลติดตามการใช้ยา (MTM)	+	++	+±	+±	+++±
กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (Home Healthcare)	+±	++	+±	+±	++++
การคัดกรองโรค (Screening)	++++	++++	++	±	+++±
การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification)	(ชุมชน) +++	(ชุมชน/ รายบุคคล) +++	(ชุมชน) ++		(รายบุคคล) +++±
การคุ้มครองผู้บริโภค (Prevention & Promotion)	++++	++++	+++	+±	+ (DRPs)
การรักษา (Treatment)	++	++++	++++	++++	+

หมายเหตุ 1) + ปริมาณบทบาทงานในปัจจุบัน ± ปริมาณบทบาทงานปฐมภูมิที่ควรจะมีมากขึ้นในอนาคต

2) รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข; ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร; RPh = งานปฐมภูมิเฉพาะส่วนของเภสัชกรในสถานบริการทางเภสัชกรรม; Non-RPh = บุคลากรทางการแพทย์อื่นที่ไม่ใช่เภสัชกร เช่น พยาบาล นักสาธารณสุข ฯลฯ; DRPs = ปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems);

3) การรักษาพยาบาล (Treatment) ไม่นับเป็นงานปฐมภูมิ หากแต่เป็นงานบริการทางการแพทย์พื้นฐานที่จำเป็น แต่บรรจุไว้ในตารางเพื่อให้เห็นความแตกต่างของงานบริการทางสาธารณสุข

4) การคุ้มครองผู้บริโภค (Health Prevention and promotion) หมายรวมถึง การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะมีการให้บริการในระดับบุคคล (Individual) เช่น การฉีดวัคซีน การรายงานอันตรายจากการใช้ยา (ADRs) ฯลฯ และบริการในระดับชุมชน (Community-based activity services) เช่น การเฝ้าระวังภัยคุกคามในชุมชนทั่วทั้ง โรงเรียน หมู่บ้าน หรือการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม ยาปลอม ฯลฯ

ในภาพรวมแล้วพบว่า งานบริการปฐมภูมิมีการให้บริการในหลายหน่วยบริการสุขภาพจากหลายบุคลากรทางสาธารณสุขมากน้อยแตกต่างกันไป ความแตกต่างนั้นพบได้ทั้งในด้านองค์ประกอบของบุคลากรวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขที่ให้บริการปฐมภูมิหลัก ในด้านการกำหนดระดับบทบาท ของแต่ละวิชาชีพที่ให้บริการ และในด้านการบริการปฐมภูมิแต่ละงาน ดังนี้

1) ด้านบุคลากร

บุคลากรที่มีบทบาทหลักในงานบริการปฐมภูมิ 4 งาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ พยาบาลหรือนักสาธารณสุข เนื่องจากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ยังขาดแคลนแพทย์และเภสัชกรไปประจำ ในส่วนของร้านยา คือ เภสัชกรชุมชน จัดเป็นการให้บริการปฐมภูมิโดยบุคลากรวิชาชีพ (Professional) เดียว ในขณะที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกอบอุ่นจะเป็นทีมบุคลากรสาธารณสุขที่ร่วมทำงานเป็นทีมในการให้บริการปฐมภูมิ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

2) ด้านการกำหนดบทบาทของงานบริการปฐมภูมิ

มีเพียงเภสัชกรชุมชนในร้านยาที่เป็นผู้กำหนดบทบาทของตนเอง อาจสืบเนื่องจากเป็นหน่วยบริการสุขภาพของเอกชนทำให้มีอิสระในการเลือกและการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาบทบาทของเภสัชกรชุมชนก็จะถูกจำกัดสืบเนื่องจากความเป็นเอกชนเช่นกัน อันเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุนด้านทรัพยากร ข้อมูล และบุคลากรอื่นจากภาครัฐ ในส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุขจะถูกกำหนดบทบาทและรายละเอียดงานบริการปฐมภูมิตามนโยบายทั้งจากระดับรัฐบาล กระทรวงทบวงกรม หรือหน่วยงาน ทำให้ขาดอิสระในการเลือกและการตัดสินใจในงานหรือบทบาทในการให้บริการปฐมภูมิ แต่ก็ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรจากภาครัฐ ในส่วนของคลินิกอบอุ่นบทบาทของงานปฐมภูมิจะไม่โดดเด่นอันเนื่องจากการมุ่งเน้นงานด้านการรักษาพยาบาลและการติดตามผลการรักษาเป็นหลัก

3) ด้านกำหนดระดับบทบาทของแต่ละวิชาชีพที่ให้บริการงานปฐมภูมิ

ในด้านรายละเอียดของบทบาทการให้บริการงานปฐมภูมิ งานคุ้มครองผู้บริโภค (Prevention & Promotion หรือ consumer protection) จะมีงานทั้งในระดับบุคคลและชุมชน งานในระดับบุคคล (Individual) เช่น การฉีดวัคซีน การรายงานอันตรายจากการใช้ยา (ADRs) หรือปัญหาการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (Drug abuse) ไปยังสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ฯลฯ และบริการในระดับชุมชน (Community-based activity services) เช่น การเฝ้าระวังยาหมอยาในชุมชนทั้งวัด โรงเรียน หมู่บ้าน หรือการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม ยาปลอม ฯลฯ

ในส่วนของร้านยา มีทั้งในบทบาทของการดูแลและติดตามการใช้ยา การคัดกรองโรคหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพที่มุ่งเน้นงานบริการในระดับบุคคล ยกตัวอย่างคือ

- การดูแลและติดตามการใช้ยา เช่น การจัดทำและเก็บรักษาประวัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient profile) การประเมินการใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย (Patient compliance) หรือการส่งต่อผู้ป่วย (Patient referral)

เป็นต้น โดยในงานวิจัยนี้ได้มีการศึกษาแบบฟอร์มการส่งต่อและแนวทางการเขียนศัพท์เทคนิคเพื่อช่วยในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นที่ เป็นผู้ได้รับแบบฟอร์มเพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่จำเป็นอย่างรวดเร็ว โดยแบบฟอร์มที่จัดทำเบื้องต้นนี้ได้นำไปพิมพ์แจกจ่ายแก่เภสัชกรชุมชนโดยสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (แห่งประเทศไทย) แล้ว แม้ว่าแบบฟอร์มนี้อาจจะต้องมีการพัฒนาปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อประสิทธิภาพในอนาคต

- การคัดกรองโรค ในปัจจุบันมีแบบฟอร์มและการดำเนินการคัดกรองในโรคเรื้อรังบางโรคเท่านั้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมหรืออ้วนลงพุง โรคซึมเศร้า ในงานบริบาลด้านนี้นั้นเภสัชกรชุมชนอาจจะเพิ่มบทบาทโดยการขยายกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตหรือทางเดินปัสสาวะ หรือโรคติดเชื้อในชุมชน เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การพัฒนาแบบคัดกรองและอบรมวิธีการคัดกรองยังต้องอาศัยนักวิชาการหลากหลายสาขาเข้าช่วยพัฒนาในระยะเริ่มต้นด้วย
- การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ ในปัจจุบันจะมีการปรับพฤติกรรมทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่หรือดื่มสุราบ้าง แต่บทบาทในส่วนนี้ยังมีน้อย เนื่องจากเภสัชกรชุมชนเองยังขาดความรู้และทักษะเบื้องต้นในการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ ดังนั้น จุดเริ่มต้นของการขยายบทบาทในส่วนดังกล่าวของเภสัชกรชุมชน คือ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยต่างๆ ช่วยในการพัฒนาแนวทางการอบรมและการประเมินให้ความรู้แก่เภสัชกรชุมชนเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมทางสุขภาพแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภคหรือการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในร้านยายังมีน้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการใช้ยา (Drug-related problems, DRPs) และยังเป็นบทบาทในเชิงรับ (Reactive role) มากกว่าบทบาทในเชิงรุก (Active role)

สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชน (หรือรู้จักกันในชื่อสั้นๆ ว่า “เภสัชกรรมชุมชน” หรือ “ร้านยา”) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก โดยเฉพาะในกลุ่มคนทำงาน และสามารถให้บริการได้นอกเหนือจากเวลาที่สถานบริการของรัฐไม่ได้ให้บริการตามปกติ และในปัจจุบัน ร้านยาได้มีการพัฒนาและให้บริการงานบริบาลทางเภสัชกรรมในระดับปฐมภูมิที่เพิ่มมากขึ้น อาทิเช่น การคัดกรองโรค (Diseases screening) การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Home healthcare services) และการรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ (Smoking cessation) ซึ่งโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครก็ได้การยอมรับและได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช.ในเขตกรุงเทพมหานครมาเป็นอย่างดีน้อย 2 ปีต่อเนื่องกัน และในโครงการรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ก็เป็นโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งในและต่างประเทศ เช่น WHO หรือ สสส. เป็นต้น ทำให้บทบาทของเภสัชกรชุมชนในปัจจุบันมีการขยายขอบเขตงานบริบาลทางเภสัชกรรมปฐมภูมิมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นข้อสงสัยและคำถามเกี่ยวกับสภาพ บริบทและระบบสารสนเทศของร้านยารวมทั้งงานบริการปฐมภูมิของเภสัชกรชุมชนว่าเป็นอย่างไร มีคุณภาพและมาตรฐานระดับใด ระบบสารสนเทศในปัจจุบันที่มีการใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ สามารถที่จะเชื่อมโยงและมีความสามารถในการทำงาน

ร่วมกัน (Interoperability) ของระบบสารสนเทศในร้านยาได้หรือไม่ และมีปัจจัยใดที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันของระบบสารสนเทศได้ในอนาคต อันจะนำไปสู่การบูรณาการการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ กันได้ จากประเด็นคำถามเหล่านี้ ยังขาดงานวิจัยและผลงานเชิงประจักษ์ที่จะบ่งชี้และตอบทุกประเด็นข้อสงสัยอย่างชัดเจน อันนำมาสู่วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้ คือ

- 1) เพื่อศึกษาสภาพและบริบทในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละประเภทที่เกี่ยวข้อง
- 2) เพื่อวิเคราะห์สารสนเทศที่มีและความต้องการสารสนเทศเพื่อการบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละประเภทที่เกี่ยวข้อง
- 3) เพื่อหามาตรฐานของงานบริการของการส่งต่อและให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตามขอบเขตงานบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 4) เพื่อศึกษารูปแบบการทำงาน รูปแบบการสื่อสารของผู้ให้บริการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ การไหลของข้อมูล ผู้ป่วย และการเบิกจ่าย เพื่อออกแบบและพัฒนาต้นแบบที่พึงประสงค์ของมาตรฐานงานบริการและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) โดยการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary method) การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ได้แก่

- 1) วิจัยเชิงเอกสาร เกี่ยวกับรูปแบบงาน กระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดมาตรฐานงานบริการ
- 2) จัดสนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดมาตรฐานงานบริการ (Business model) รูปแบบงาน กระบวนการ และสารสนเทศเกี่ยวกับการจัดหาสารสนเทศ และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศของการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยโครงการวิจัยฯ ได้จัดให้มีสนทนากลุ่มขึ้นทั้งสิ้น 8 ครั้ง จากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่เป็นแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จากหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิเช่น โรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU) เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกอบอุ่น ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส) และร้านยา เป็นต้น
- 3) สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสภาพและ/หรือบริบทของระบบการจัดหา และการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสภาพปฏิบัติงานจริงในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วย โดยที่ผ่านมาโครงการวิจัยฯ ได้สัมภาษณ์เชิงลึกทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 11 แห่ง และต่างจังหวัดจำนวน 4 แห่ง

ผลการศึกษารูปได้ดังต่อไปนี้

7.1 ความสำคัญและความจำเป็นของงานบริหารทางเภสัชกรรมปฐมภูมิ

จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากและแนวโน้มที่จะมากขึ้น รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมสภาวะของโรคและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ปัจจุบันมีหลักฐานมากมายสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์หลากหลายสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค ตลอดไปจนถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพหรืออาการแย่ลง จึงเป็นบทบาทที่จำเป็นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในทุกหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะหากสามารถดูแลประชาชนไทยได้ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ก่อนที่จะต้องส่งต่อให้หน่วยบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิต่อไป

แนวคิดของการบริหารทางเภสัชกรรมนั้น จะมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-oriented) ซึ่งมีการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยตรงเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต (Quality of life) ที่ดี โดยเภสัชกรจะมีหน้าที่หลัก 3 ประการที่เกี่ยวข้อง คือ

- 1) บ่งชี้ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสเกิดจากการใช้ยา
- 2) แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วจากการใช้ยา
- 3) ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา

การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง (Continuous pharmaceutical care) หมายถึง การติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs) ของผู้ป่วย ให้คำแนะนำปรึกษาและแก้ปัญหาด้านยา โดยการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการรักษา ระหว่างทีมรักษาผู้ป่วยได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เพื่อให้ผลการรักษามีความต่อเนื่อง ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เภสัชกรปฐมภูมิเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน รับรู้ถึงปัญหารวมถึงมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับยามากที่สุด นอกจากนี้ยังมีเวลาที่จะอธิบายให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ แต่ปัจจุบันพบว่า การให้บริการด้านนี้ยังทำได้ไม่ครอบคลุมในหลายๆ ด้าน และยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างชัดเจน ดังนั้น โครงการวิจัยเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิของสภาเภสัชกรรม จึงได้มีการทบทวนศึกษารูปแบบมาตรฐานงานบริการการส่งต่อและให้บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตามขอบเขตงานบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การดูแลและติดตามการใช้ยา (หรือการทบทวนการใช้ยา) (2) การคัดกรองโรคเบื้องต้น (3) การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ (4) บริการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยได้มีการศึกษาทบทวนมาตรฐานของงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาทั้ง 4 ด้าน สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

7.1.1 มาตรฐานการดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)

การดูแลและติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management, MTM) หมายถึง เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่นำข้อมูลของผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยมีจุดมุ่งหมายให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากงานนี้เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยา งานนี้จึงอยู่ภายใต้ศักยภาพและความเชี่ยวชาญของเภสัชกร ในส่วนนี้เภสัชกรชุมชนในร้านยาสามารถที่จะมีบทบาทได้มากกว่าหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดด้านนโยบายหรือความเหลื่อมล้ำกับงานบริการของบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ

ทั้งนี้การให้บริการในการดูแลและติดตามการใช้ยาตามหลักการ MTM เภสัชกรผู้ให้บริการควรต้องผ่านมาตรฐานการรับรองคุณภาพทาง ประกอบด้วย

- (1) ประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย (Medical therapy review)
- (2) การจัดทำประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Individual medical record)
- (3) การกำหนดการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ที่ดูแล (A medication action plan)
- (4) การแก้ปัญหาเมื่อพบปัญหาจากการใช้ยาและการส่งต่อแพทย์ (Intervention and referral)
- (5) การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Documentation and follow-up)

7.1.2 มาตรฐานการคัดกรองโรค (Disease Screening)

การตรวจคัดกรองโรค (screening) หมายถึง การตรวจคัดกรองโรค หรือความผิดปกติที่ยังไม่ได้ปรากฏให้เห็น โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการทดสอบอื่นๆ ทำให้สามารถแยกผู้ป่วยหรือผู้ที่มีสิ่งผิดปกติในร่างกายได้ เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน การตรวจปากมดลูกเพื่อคัดกรองโรคมะเร็ง

การคัดกรองโรคถือเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยเภสัชกรชุมชนก็ถือเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การบริการในการส่งเสริมการป้องกันโรค มีการให้คำแนะนำ คำปรึกษา เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยง นอกจากนี้การคัดกรองจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยโดยเร็วที่สุดเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมทำให้ลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การคัดกรองในปัจจุบัน ยังไม่สามารถคัดกรองโรคในประชาชนได้ครอบคลุม 100% ของประชากรทั้งประเทศ เนื่องจากประชาชนบางส่วนยังไม่นิยมเข้าสู่หน่วยบริการทางด้านสุขภาพของภาครัฐ เนื่องจากเหตุผลหลายประการ เช่น ความไม่สะดวกจากการทำงาน ระยะเวลาเดินทาง หรือข้อจำกัดของเวลาการให้บริการ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรชุมชน เนื่องจากร้านยามีเวลาเปิดให้บริการนานกว่าหน่วยบริการทางด้านสุขภาพของภาครัฐ บางแห่งใกล้กับที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ทำงานของประชาชน รวมทั้งสามารถช่วยกลั่นกรองและคัดกรองผลกระทบอันที่ส่งผลต่อสุขภาพที่อาจเกิดจากผลิตภัณฑ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่างๆ ที่มีการโฆษณาและประชาชนอาจหลงเชื่อ อันตรกิริยาจากยา-อาหาร หรืออาการข้างเคียงหรือปัญหาจากการใช้ยา ร่วมด้วยได้

กิจกรรมคัดกรองโรคที่ร้านยามีการดำเนินการในปัจจุบัน ได้แก่

- การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวดท้ายทอย หากพบว่ามีความดันโลหิตสูงกว่าปกติหรือมีอาการเสี่ยง ก็จะดำเนินการเขียนใบส่งต่อ
- การคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension, HTN)
- การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)
- การคัดกรองผู้ป่วยโรคอ้วน โดยการแนะนำการใช้ธัญพืชหรือไฟเบอร์ควบคุมน้ำหนัก และการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิด Anabolic Syndrome

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีโครงการร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน ในการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ โดยมีการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่ม Metabolic (โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน) ซึ่งมีการกำหนดให้ร้านยาได้รับค่าบริการ คือ การคัดกรอง 40 บาทต่อราย การให้ความรู้ครั้งละ 40 บาท (จำนวน 2 ครั้ง) ต่อราย ในกรณีพบความเสี่ยง หากมีการส่งต่อและมีเอกสารกลับมายืนยันการเข้าสู่ระบบการรักษา ร้านยาจะได้รับค่าบริการเพิ่มอีกรายละ 100 บาท จากระบบการคัดกรองในส่วนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิช่วยให้มีการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น เป็นการลดความเสี่ยง และทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลตามสิทธิ

ตารางที่ 7.2 รายละเอียดข้อมูลในแบบการคัดกรองในประเทศไทย

โครงสร้าง	หน่วยบริการสุขภาพ		
	รพ.สต.	ศบส	ร้านยา
สังกัด	กระทรวง สาธารณสุข	กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร	เอกชน
โรคที่คัดกรอง	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน	แบบที่ 1: โครงการ สปสช การคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน แบบที่ 2: เครือข่ายร้านยา สร้างเสริมสุขภาพ การคัด กรองโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง โรคทางเมตาบอลิก สมรรถภาพปอด และกระดูก พรุน
ผู้คัดกรอง	พยาบาล	-พยาบาล -อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) เช่น ใน กทม. -อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	เภสัชกร
การส่งต่อข้อมูล	สสจ	สปสช	สปสช
ค่าตอบแทน	คิดเป็นคะแนนเพื่อ ส่งข้อมูล 21 แพ้ม ต่อ สปสช.	คิดเป็นคะแนนเพื่อส่งข้อมูล 21 แพ้มต่อ สปสช.	- การคัดกรอง 40 บาทต่อราย - การให้ความรู้ 40 บาทต่อ รายต่อครั้งจำนวน 2 ครั้ง - การส่งต่อและมีใบตอบรับ กลับ 100 บาทต่อราย
การติดตาม	การเข้าตรวจรับ การรักษา	การเข้าตรวจรับการรักษา	การโทรศัพท์ติดตาม จำนวน 2 ครั้ง

หมายเหตุ: รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศบส. = ศูนย์บริการสาธารณสุข, สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, และ
สสจ = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

7.1.3 มาตรฐานการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification)

การมีสุขภาพดี เริ่มต้นที่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยตัวเราเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับกรอบแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการให้ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรโดยรวมลดลง และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพที่พบว่ามีประสิทธิภาพในงานสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ได้แก่ โมเดลการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Trans-theoretical Model) และการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล (Panidchakul & Samranbua, 2013)

ในโรคเรื้อรังบางโรค เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง ฯลฯ ผู้ป่วยควรจะได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรมทางด้านการบริโภคอาหาร สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ถูกรวมทั้งการออกกำลังกาย ซึ่งในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือไปพบบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานภาครัฐได้หรือไม่บ่อยครั้งนัก จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรชุมชนในการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง

ในประเทศไทยเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ (Thai Pharmacist Network on Tobacco Control หรือ Thai PNTC) เป็นเครือข่ายวิชาชีพที่มีการทำงานที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่เภสัชกรได้มีโอกาสเข้ามาช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ โดยร้านยาที่มีเภสัชกรให้บริการในการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จะมีป้าย “เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่” แสดงอยู่ โดยจะให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้สูบบุหรี่ และให้คำแนะนำในเกี่ยวกับวิธีการในการเลิกบุหรี่ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ หรือพิจารณาให้การรักษาด้วยการใช้ยาในผู้ที่ไม่สามารถที่จะเลิกได้ด้วยตนเองเนื่องจากไม่สามารถทนต่ออาการถอนนิโคตินได้ ซึ่งเภสัชกรก่อนให้บริการเลิกบุหรี่ต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จากทางเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ

กิจกรรมที่ร้านยาในปัจจุบันได้มีการทำ ได้แก่

- การสร้างความตระหนักเรื่องการปรับพฤติกรรม เช่น การงดสูบบุหรี่ การจูงใจ (Motivation) อย่างต่อเนื่อง
- การชักจูงวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การทานอาหารขนมด้วยนอกเหนือจากยาที่ทาน การเก็บรักษายา (วิธีการเก็บ ที่เก็บ การใช้ยา)
- การชักเกี่ยวกับปัญหาจากการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs) และพฤติกรรมที่ไม่สามารถใช้อยาตามสั่งของผู้ป่วย (Non-adherence) ด้วย เพราะบางครั้งอาจเกิดจากอันตรกิริยาของยา
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ตามหลัก 5As
- สอนวิธีการออกกำลังกาย และวิธีการบริหารร่างกายอย่างถูกวิธี

เทคนิคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิด ต้องไม่ตำหนิ สำเร็จก็ดีไม่สำเร็จก็ได้ อย่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าร้านยาคาดหวังกับเขา อย่าให้รู้สึกเหมือนโดนบังคับ เปิดโอกาสให้เขาเห็นว่ายังมีทางเลือก อันไหนเป็นปัญหาอันดับแรกที่ต้องจัดการปัญหา และต้องให้คำแนะนำแบบกระชับ ตรงจุดตรงประเด็นหรือโดนใจผู้ป่วย ใช้เวลาอย่างคุ้มค่า

7.1.4 มาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (Health consumer protection หรือ Health prevention and promotion)

ในประเทศไทยมีกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ซึ่งมีการกำหนดกระบวนการทำงานชัดเจน คือกระบวนการ 3 ช. (งานเชิงรุก-งานเชื่อมโยง-งานชุมชน) ส่วนการดูแลความปลอดภัยในเรื่องการไ้ยา สถานบริการสาธารณสุขมีระบบการรายงาน Adverse Drug Reactions ที่เกิดขึ้นต่อสำนักยา กระทรวงสาธารณสุข โดยความรับผิดชอบนี้รวมถึงบริษัทที่เป็นเจ้าของสินค้า

เนื่องจากในส่วนของ รพ.สต. บทบาทของเภสัชกรไม่มีการกำหนดชัดเจน ส่วนใหญ่ไม่มีเจ้าหน้าที่เภสัชกรเป็นผู้ดูแลในการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในเรื่องยาอาจเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น ปัญหาจากการไ้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การไ้ยาที่ไม่ถูกขนาด ไม่ครบตามเวลา เป็นต้น ส่วนของชุมชนที่มี อสส. อสม. ช่วยดูแลในเรื่องสุขภาพของชุมชน ความเสี่ยงของการไ้ยา อาจพบได้ทั้งในตั้ยาโรงเรียน ตั้ยาชุมชนในหมู่บ้าน ตั้ยาในวัด และเวชภัณฑ์ในของถวายสังฆทาน โดยเฉพาะในเรื่องรายการยาที่จำเป็น จำนวนยาที่ต้องใช้ การดูแลเรื่องยาหมดอายุ

ปัจจุบันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดให้มีงบประมาณรองรับที่ชัดเจน สำหรับใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครวมทั้งประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับ เช่น โครงการการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ โดยร้านยาที่เข้าร่วมโครงการจะมีการกำหนดกิจกรรมต่างๆ และได้รับค่าตอบแทน (สภข., 2014) ดังนี้

- 1) การให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
 - 1.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุ 14 ปี ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 1.2 ให้ความรู้เรื่องยาเสพติด การป้องกันและอธิบายการไ้ยาพ่น ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 1.3 ความรู้เรื่องการฝากครรภ์ สิทธิประโยชน์สพสข. ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
- 2) การให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส
 - 2.1 การให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 2.2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องยาคุมฉุกเฉิน ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 2.3 การให้คำแนะนำและคำปรึกษาเรื่องการไ้ถุงยางอนามัย ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
- 3) การให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.1 การให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 3.2 การให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท
 - 3.3 การให้ความรู้และคำปรึกษากรณีท้องไม่พร้อม ได้รับค่าให้บริการ 40 บาท

กิจกรรมที่ร้านยาในปัจจุบันได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่

- งานเฝ้าระวังจากสำนักยา กระทรวงสาธารณสุข สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) และสำนักอนามัย กำหนดให้มีการทำบันทึก (Record) และรายงานว่าประชาชนมีอาการแพ้ยาอย่างไร อะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด
- แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกรณีพบปัญหา เช่น การแจ้งกรมอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ) เมื่อพบว่ามี การนำยาเสพติดมาใช้เพศชาย Drug abuse เช่น Tramol[®] ยาปลอม ยาชุด การโฆษณาเกินจริง แจ้งที่อยู่ไม่ตรงกับที่จดแจ้งทะเบียนไว้ ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีฉลาก กฎหมายที่มีปัญหาในทางปฏิบัติ
- การให้ความรู้ เช่น การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคเอดส์อย่างถูกวิธี
- การกระตุ้นให้ประชาชนมีการดูแลตนเอง (Self-care)
- การมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการ ก็เป็นงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคแบบหนึ่ง
- การจัดทำรายงานตนเอง (Self-report) เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs (และมีการติดตามการเกิด ADRs) Steroids, Antibiotics และยาที่มีช่วงการใช้แคบ (Narrow therapeutic drugs)
- การจำหน่ายชุดตรวจผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ Steroid
- การให้บริการตรวจผลิตภัณฑ์ว่ามีส่วนผสมของ Steroids หรือไม่ มีการประสานส่งผลไปตรวจที่ห้องแลปที่มีศักยภาพในการตรวจเพิ่มเติม
- การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่นิยมในท้องตลาด การแก้ไขความเชื่อที่ผิดหลักวิชาการต่างๆ
- การทำวิจัยเพื่อตอบคำถามเรื่องงานคุ้มครองผู้บริโภค
- การให้ความรู้ข้อมูลเรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแก่ผู้ป่วย
- การอธิบายและความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาที่ได้รับจากที่อื่นๆ ช่วยเขียนชื่อยาที่ได้รับ เช่น จากคลินิก
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลเรื่องสิทธิผู้บริโภค สรรพคุณยา การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ การให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลป้องกันตัวเอง โดยการอ่านฉลาก ดูยาและยาหมดอายุ
- การเฝ้าระวังอันตรายจากยาหรือผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพสำหรับชุมชน เช่น การให้ความรู้ อบรบหรือร่วมตรวจสอบยาในตู้ยาโรงเรียน วัดหรือหมู่บ้าน

จากงานบริหารทางเภสัชกรรมทั้ง 4 ด้าน สามารถสร้างความเชื่อมโยงของงานบริหารในระดับปฐมภูมิได้ดัง **แผนภาพที่ 7.1** และตารางที่ **7.3-7.4** อย่างไรก็ตาม งานคุ้มครองผู้บริโภค ไม่ได้นำมารวมอยู่ในแผนภาพ เนื่องจากเป็นงานที่สามารถดำเนินการควบคู่ไปกับงานบริหารทางเภสัชกรรมอีก 3 ด้านได้ตลอดเวลา

ตารางที่ 7.3 สรุปกิจกรรมและความหมายของแต่ละมาตรฐานกิจกรรม

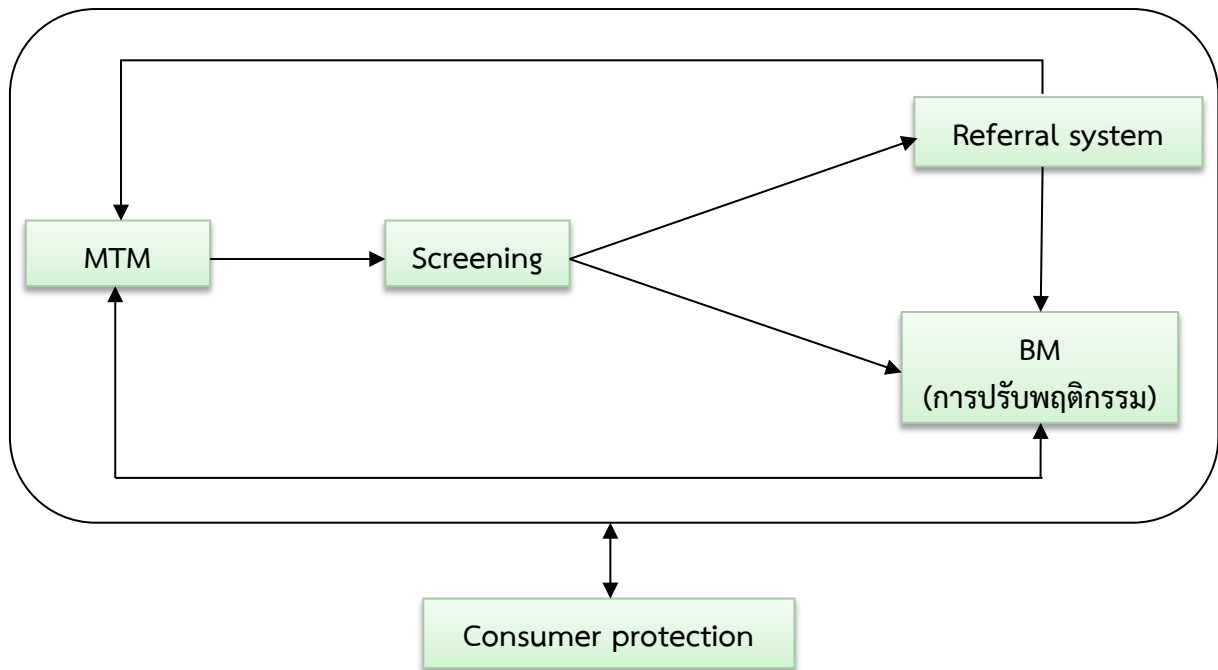
การดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)	การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health screening)	การส่งต่อ (Referral system)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification, BM)
MTM: ประกอบด้วย 5 กระบวนการ MTR: ทบทวนรายการยาที่ใช้ PMR: จัดทำสมุดบันทึกการใช้ยาประจำตัวผู้ป่วย (สมุดบันทึก) MAP: วางแผนในการดูแล/ ให้การรักษาผู้ป่วย Intervention: ทำการรักษา/ส่งตัวผู้ป่วย F/U: ติดตามผลการดูแล	เป็นกระบวนการในการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินผลเบื้องต้นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงมาก/น้อยต่อการเกิดโรคต่างๆ เพียงใด ในปัจจุบัน ร้ายยามีศักยภาพในการคัดกรองในบางโรค เช่น - ความดันโลหิตสูง (Hypertension) - เบาหวาน (Diabetes Mellitus) - โรคซึมเศร้า (Depression) - หอบหืด (Asthma) - สมรรถภาพของปอด (COPD) - โรคทางเมตาบอลิซึมหรือโรคอ้วนลงพุง - โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) - การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล - การปรึกษาและตรวจเชื้อ HIV	เป็นกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการในระดับสูงขึ้นไป มี 2 กรณี ได้แก่ - ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจเพิ่มเติม (Further investigation) หรือรับการรักษาเพิ่มเติมในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีศักยภาพในการดูแลในด้านนั้นๆ หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องในโรคที่จำเป็น (Loss follow-up) - ส่งต่อผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อสนับสนุนให้มีการติดตามผล ให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	เป็นกระบวนการให้ความรู้ คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เช่น - การงดสูบบุหรี่ (Smoking cessation) - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทานอาหาร โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - การออกกำลังกาย - การงดดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์

หมายเหตุ: กิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพ (Health prevention and promotion) ไม่ได้รวมไว้ในแผนภาพนี้ เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพหรือ เป็นกิจกรรมที่ทำกับกลุ่มใหญ่ (Mass activities) เช่น ให้ความรู้แก่นักเรียนและครูในโรงเรียน (Health education) การให้ความรู้แก่ชุมชน (Community education) ช่วยตรวจสอบยาหมดอายุในชุมชน พกหมู่บ้าน วัด โรงเรียน เป็นต้น

ตารางที่ 7.4 ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของแต่ละกิจกรรม

ผลลัพธ์ของกระบวนการ (Potential Outcomes)			
การดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)	การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health screening)	การส่งต่อ (Referral system)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification, BM)
รักษาหรือกิจกรรมตาม MTM - ส่งจ่ายยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นๆ - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา/สุขภาพ การดูแลส่งเสริมสุขภาพ - เขียน SOAP Note เพื่อวางแผนรักษาดูแล - เขียนสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย - บันทึกข้อมูลและจัดทำระเบียนประวัติผู้ป่วย - ติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การโทรศัพท์ถาม การเยี่ยมบ้าน การนัดหมายกลับมาที่ร้าน	คัดกรองผู้ป่วย - คัดกรองผู้ป่วยตามโดยใช้แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง - บันทึกแบบคัดกรอง	ส่งต่อผู้ป่วย - เขียนใบส่งต่อให้ผู้ป่วยนำติดตัวไปยังหน่วยบริการระดับสูงต่อไป - ชี้แจงความจำเป็นในการส่งต่อ ให้คำแนะนำขั้นตอนการส่งต่อแก่ผู้ป่วย - โทรนัดหมาย (ถ้ามี) กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง	กิจกรรมตาม BM - คัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย - ให้คำแนะนำ ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
Screening: กรณีที่พิจารณาพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงทางสุขภาพ พิจารณาคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรค	Refer: กรณีที่คัดกรองความเสี่ยงแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่จะเป็นโรค, มีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น, มีโรคร่วมการไม่สามารถควบคุมโรคได้ (Complication, Comorbidity) (ในกิจกรรมที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีศักยภาพเพียงพอ)	MTM: กรณีที่หน่วยบริการส่งต่อผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการใกล้บ้านหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนสามารถควบคุมอาการ ควบคุมโรคได้แล้ว หน่วยบริการอาจส่งผู้ป่วยกลับมาเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามดูแลผู้ป่วยด้านยา, ติดตามดูแลอาการของผู้ป่วย, ติดตามดูแลการดำเนินโรค	MTM: ทำการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางพฤติกรรมของผู้ป่วยแล้วต้องมีกระบวนการในการติดตามผลการดูแล ให้คำแนะนำ โดยผ่านกระบวนการ MTM อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ผลลัพธ์ของกระบวนการ (Potential Outcomes)			
การดูแลและติดตามการใช้ยา (MTM)	การคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health screening)	การส่งต่อ (Referral system)	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification, BM)
Refer: กรณีที่ทำการศึกษาประวัติหรือพบทวนประวัติของผู้ป่วยแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนการรักษาหรือกลับไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจประเมินและรักษาต่อไป (ในกิจกรรมที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่มีศักยภาพเพียงพอ) หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	BM: กรณีที่คัดกรองความเสี่ยงแล้วพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในระดับนี้ แต่ไม่ได้เสี่ยงสูงมากขนาดที่ควรได้รับส่งต่อเพื่อการรักษา จะทำการให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงก่อน	BM: กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวมาเพื่อตรวจร่างกาย วินิจฉัยเพิ่มเติมแล้วพบว่าผู้ป่วยควรได้รับการปรับปรุงพฤติกรรมทางสุขภาพเพิ่มเติม หรือควบคู่ไปด้วย	
BM: กรณีที่ศึกษาประวัติ พบทวนการใช้ยาแล้วพบว่าผู้ป่วยควรได้รับความรู้ คำแนะนำเพิ่มเติมในการใช้ยา หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพสุขภาพ		Loss of follow-up คือ มีการส่งต่อผู้ป่วย แต่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ไปยังหน่วยบริการที่ได้รับ การส่งต่อ, เกสซ์กรไม่ได้เขียนใบส่งต่อให้ เนื่องจากขาดความรู้หรือช่องทางแนะนำผู้ป่วย, ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน	



แผนภาพที่ 7.1 การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโดยกระบวนการทางเภสัชปฐมภูมิ

MTM = การดูแลติดตามการใช้ยา (Medication Therapy Management); Screening = การคัดกรองโรค; Referral system = ระบบการส่งต่อผู้ป่วย; BM = การปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Behavioral Modification); Consumer protection = การคุ้มครองผู้บริโภค

7.2 สถานการณ์ปัจจุบันในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ

หากจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพตามสังกัด สามารถจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพได้ 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) หน่วยบริการสุขภาพภายใต้สังกัดของรัฐ คือ หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลจากภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (อยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงศึกษาธิการ) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) (อยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ศูนย์บริการสาธารณสุข(ศบส.) (อยู่ภายใต้สังกัดกรุงเทพมหานคร) เป็นต้น
- 2) หน่วยบริการที่ไม่ได้อยู่ภายใต้สังกัดของภาครัฐ หน่วยบริการสุขภาพที่ดำเนินกิจการเป็นอิสระ บริหารจัดการโดยภาคเอกชน แต่ได้รับการควบคุมดูแลจากภาครัฐ ได้แก่ ร้านยา คลินิกแพทย์ เป็นต้น

ประเทศไทยมีระบบการส่งข้อมูลในการให้บริการทางสุขภาพ โดยสามารถจัดกลุ่มข้อมูลการส่งเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) การส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย หน่วยบริการสุขภาพต้องเก็บข้อมูลการให้บริการและปรับรูปแบบข้อมูลให้เป็นไปตามมาตรฐาน ไปยัง สปสช. และกองทุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบข้อมูลและเบิกเงินทางการเบิกจ่าย
- 2) การส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อการบริหารจัดการ วางแผนการให้บริการ เป็นการส่งข้อมูลไปยัง สสจ. หรือ กระทรวงสาธารณสุข
- 3) การส่งข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีกระบวนการการแลกเปลี่ยนข้อมูลหลากหลายรูปแบบตั้งแต่การแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านเอกสาร กระดาษไปจนถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

7.2.1 การเชื่อมต่อข้อมูลในหน่วยบริการสุขภาพระดับเดียวกัน (Horizontal)

การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในระดับเดียวกันนั้นโดยส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพเอกชนไปยังหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งเหตุผลในการส่งต่อประกอบด้วยหลายด้าน อาทิเช่น

- 1) ด้านการเบิกจ่าย เมื่อหน่วยบริการผู้ส่ง (หรือหน่วยบริการต้นทาง) ประเมินแล้ว พบว่า ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อให้คำแนะนำ สอบถามตกลงกับผู้ป่วยแล้ว และพบว่า ผู้ป่วยไม่สะดวกที่จะรับบริการภายใต้การดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพเอกชน หน่วยบริการสุขภาพก็จะดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยมายังหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการและได้สิทธิการเบิกจ่ายได้
- 2) ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หน่วยบริการผู้ส่งอาจพบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหลายที่ เช่น ผู้ป่วยอาจเข้ารับบริการจากร้านยา และ รพ.สต. ทั้งนี้หากผู้ให้บริการพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ได้รับยาซ้ำซ้อน มีอาการแพ้ยา อาจมีการส่งต่อผู้ป่วย หรือส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อสื่อสารระหว่างกัน เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของการให้บริการ รวมถึงเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการการส่งต่อและตอบกลับข้อมูลการให้บริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (HHCRefer) โดยมีหลักการว่าการบริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ได้ผลดีนั้นต้องมีความเชื่อมโยงกันหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งควรได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการหลายวิชาชีพจึงจะทำให้การบริการได้คุณภาพ โดยโครงการ HHCRefer เป็นโครงการที่ผู้ให้บริการ 3 วิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เป็นผู้ลงพื้นที่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเพื่อให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทั้งนี้ ศูนย์บริการสาธารณสุขอาจมีบุคลากรในการลงพื้นที่เยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านไม่เพียงพอ จึงมีการสร้างเครือข่ายให้เภสัชกรจากร้านยาคุณภาพที่ขึ้นทะเบียน และนักกายภาพจากหน่วยงานอื่น เข้าร่วมเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ให้บริการแต่ละวิชาชีพจะส่งต่อข้อมูลเพื่อสื่อสารระหว่างกันผ่านฐานข้อมูลออนไลน์ที่หน้า web page

7.2.2 การเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างระดับของหน่วยบริการสุขภาพ (Vertical)

เป็นการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการให้บริการแตกต่างกัน เช่น การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงกว่า (ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ) หรือการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงกว่า (ทุติยภูมิหรือตติยภูมิ) กลับมายังหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

หน่วยบริการสุขภาพภาครัฐโดยส่วนใหญ่มีทรัพยากรในการบริหารจัดการข้อมูลเพียงพอ ทั้งด้านบุคลากร ระบบสารสนเทศในการบริหารจัดการข้อมูล ได้แก่ คอมพิวเตอร์ (hardware) โปรแกรม (software) และกระบวนการการบริหารจัดการข้อมูล เช่น กระบวนการในการจัดทำเวชระเบียน กระบวนการในการจัดเก็บข้อมูลโดยมีการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบมาตรฐาน (standard format) คือ 21/50 แฟ้ม กระบวนการในการจัดเก็บข้อมูลตามรหัสมาตรฐาน (standard code) ทั้งนี้หน่วยบริการสุขภาพระดับสูงกว่ามักเลือกที่จะส่งผู้ป่วยกลับลงมายังหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้สังกัดของภาครัฐมากกว่าการส่งต่อไปยังร้านยา เนื่องจากเห็นว่าการดำเนินการด้านธุรกรรมหรือการเบิกจ่ายสะดวกกว่า เอกสารในการจัดเก็บอยู่ในรูปแบบเดียวกัน เข้าใจในกระบวนการการทำงานมากกว่าเนื่องจากรูปแบบการทำงานคล้ายคลึงกัน เข้าใจว่าชนิดหรือประเภท (item) ของเวชภัณฑ์ที่หน่วยบริการสุขภาพน่าจะเป็นอย่างไร และทราบว่ามีระบบการจัดการสารสนเทศคล้ายคลึงกันสามารถส่งต่อข้อมูลระหว่างกันได้ อย่างไรก็ดี การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ 2 หน่วยบริการสุขภาพนั้นมีการส่งต่อข้อมูล 2 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การส่งต่อข้อมูลระหว่างกันโดยตรง โดยหากหน่วยบริการผู้รับ (หน่วยบริการสุขภาพปลายทาง) ต้องการข้อมูลสุขภาพใดๆ เพิ่มเติม ต้องติดต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพต้นทางโดยตรงเพื่อให้ส่งข้อมูลของผู้ป่วยเพิ่มเติมไปให้ โดยอาจเป็นการส่งผ่านเอกสาร เช่น โทรสาร หรือ การส่งผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ เช่น อีเมลล์
- 2) การส่งต่อฐานข้อมูลผู้ป่วยไปเก็บไว้ที่ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data center) หน่วยบริการสุขภาพปลายทางสามารถเข้าสู่ระบบเพื่อเข้าไปดู แก้ไข หรือกรอกข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อส่งต่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งนี้ผู้บริหารจัดการฐานข้อมูลกลางในปัจจุบันแต่ละจังหวัดจะทำหน้าที่เป็นผู้

บริการจัดการศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งอาจเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) หรือโรงพยาบาล (แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของตน) และ/หรือหน่วยงานเอกชน

ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าการส่งต่อสารสนเทศระหว่างหน่วยบริการสุขภาพได้สังกัดของภาครัฐด้วยกันนั้นค่อนข้างราบรื่น และมีระบบสารสนเทศรองรับ แต่การส่งต่อสารสนเทศระหว่างร้านยาซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพเอกชนกับหน่วยบริการสุขภาพของรัฐนั้นยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง โดยความยากลำบากอยู่ที่ร้านยาที่มักถูกมองว่าไม่ใช่หน่วยงานราชการ เกิดความเสี่ยงของการแบ่งปันข้อมูล ความลับของข้อมูล รวมถึงการขาดการยอมรับ ทั้งนี้ เมื่อมีการส่งต่อข้อมูลจากร้านยา จึงทำให้โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐอาจไม่พิจารณาตรวจสอบข้อมูล หรือส่งข้อมูลสื่อสารตอบกลับ และดำเนินการเริ่มตรวจประเมินผู้ป่วยใหม่ เนื่องจากไม่แน่ใจในผลการตรวจประเมินจากร้านยา อาจทำให้เกิดการตรวจรักษาซ้ำซ้อน ได้รับข้อมูลของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ทั้ง 2 ฝ่าย หรือเกิดความล่าช้าในการให้บริการผู้ป่วย

7.2.3 ความหลากหลายด้วยระบบจัดการทางอิเล็กทรอนิกส์

หน่วยบริการสุขภาพส่วนมากมักมีคอมพิวเตอร์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ รวมถึงกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ในการจัดเก็บ และบริหารจัดการข้อมูลในการให้บริการที่หลากหลายมาตรฐาน หลากหลายระดับ มีความซับซ้อนของหน่วยงาน และความซับซ้อนของการให้บริการที่หลากหลายแตกต่างกัน อันเป็นสาเหตุให้แต่ละหน่วยงานเลือกใช้โปรแกรม (software) ในการบริหารข้อมูลการบริการในหน่วยงานที่แตกต่างกัน เช่น โปรแกรม HOSxP โปรแกรม JHCIS โปรแกรม DrugstoreRx โปรแกรม POSMED เป็นต้น ซึ่งแต่ละโปรแกรมก็จะมีข้อดี-ข้อจำกัดที่ต่างกัน จึงทำให้การเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลต้องมีการบริหารจัดการที่ซับซ้อนตามไปด้วย (ตารางที่ 7.5-7.6)

ตารางที่ 7.5 เปรียบเทียบลักษณะระบบสารสนเทศพื้นฐานในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน

ระบบสารสนเทศพื้นฐาน	HOSxP/ HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft™	InnoPharma Service 2.0
ระดับ	1° / 2° / 3°	2° / 3°	1°	1°	1°	1°	1°
ตัวอย่าง	รพ.สต., รพช./ รพท./รพศ. สังกัด กระทรวง สาธารณสุข	รพ.ศิริราช, ราชวิถี, ตำรวจ, กลาง, และ ภูมิพล	รพ.สต. ศบส.	ร้านยา		ร้านยา	ร้านยา
ผู้พัฒนา	BMS	แอ็บสแตรค คอมพิวเตอร์	สนย. (ภาครัฐ)	เจ้าของ ร้านยาพร ประสิทธิ์	ภาคเอกชน	ภาคเอกชน	ภาคเอกชน
ลักษณะโปรแกรม	สำเร็จรูป	ออกแบบ เฉพาะ	สำเร็จรูป	สำเร็จรูป	สำเร็จรูป	สำเร็จรูป	สำเร็จรูป
ระบบการรองรับ	Window	Window	Linux Window	Window	DOS Window	Window	Window
สถานที่เก็บข้อมูล	- Server ของหน่วย บริการ สุขภาพ - Cloud	Server ของ หน่วยบริการ สุขภาพ	Server ของหน่วย บริการ สุขภาพ	Server ของหน่วย บริการ สุขภาพ	Server ของ หน่วยบริการ สุขภาพ	Server ของ หน่วย บริการ สุขภาพ	Server ของหน่วย บริการ สุขภาพ
การเชื่อมโยงข้อมูล	ฐานข้อมูล ศูนย์กลาง ออนไลน์/ เชื่อมโยงกัน โดยตรง	(ไม่มีข้อมูล)	เชื่อมโยง ระหว่าง หน่วย บริการ โดยตรง	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

หน่วยบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1°=หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ; 2°=หน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ; และ 3°=หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ

ตารางที่ 7.6 องค์ประกอบของสารสนเทศในฐานข้อมูล/โปรแกรมในหน่วยบริการสุขภาพในปัจจุบัน

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft™	InnoPharma Service 2.0
ความปลอดภัยด้านข้อมูล								
การกำหนดสิทธิบุคลากรในการเข้าถึงข้อมูล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
กระบวนการสืบกลับการเข้าใช้โปรแกรม (Trace back)	✓	✓	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	✓
กระบวนการการขอผู้ป่วยเพื่อเข้าถึงข้อมูล	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)
การจัดทำโครงสร้างมาตรฐาน 21/50 แพ้ม	✓	✓	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)
ข้อมูลส่วนบุคคล								
ชื่อ-สกุล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
รหัสประชาชน 13 หลัก	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
รูปถ่ายประจำตัว	✓	✓		✓	✓		✓	
อายุ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
วันเดือนปีเกิด	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
เพศ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
หมู่เลือด	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
เชื้อชาติ	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓	✓	✓		
สัญชาติ	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓	✓	✓		
ศาสนา	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓	✓	✓		
เบอร์โทรศัพท์	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
อีเมล	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ที่อยู่	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
สถานภาพสมรส	✓	(ไม่มีข้อมูล)	(ไม่มีข้อมูล)	✓				✓
อาชีพ	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓				✓
รายได้								✓
การศึกษา	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓				
ชื่อ-สกุลคู่สมรส	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓				
เลขประจำตัวประชาชนผู้สมรส	✓	✓	(ไม่มีข้อมูล)	✓				

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft TM	InnoPharma Service 2.0
จำนวนบุตร-ธิดา	✓							✓
ชื่อบิดา	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
ชื่อมารดา	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓	✓			
สิทธิการรักษา	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
หน่วยบริการสุขภาพที่สามารถใช้ สิทธิ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
การรับบริการผู้ป่วยนอก								
Hospital Number (HN)		✓	✓	✓	รหัส สมาชิก	รหัส สมาชิก	รหัส สมาชิก	รหัส สมาชิก
วันเดือนปีที่มารับบริการ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
แผนกที่มารับบริการ	✓	✓	✓	✓				
รหัสแพทย์ผู้ให้บริการ	✓	✓	✓	✓	เภสัชกรผู้ ให้บริการ	เภสัชกรผู้ ให้บริการ		เภสัชกรผู้ ให้บริการ
ประเภทของการเข้ารับบริการ	✓	✓		✓				
การรับบริการผู้ป่วยใน								
Admit Number (AN)		✓	✓	✓				
วันที่/เวลา ที่เข้ารับการรักษาตัวใน แผนกผู้ป่วยใน	✓	✓	✓	✓				
รหัสตึกผู้ป่วยใน	✓	✓	✓	✓				
รหัสแพทย์ผู้ให้บริการ	✓	✓	✓	✓				
วันที่/เวลา ที่จำหน่ายผู้ป่วย (Discharge)	✓	✓	✓	✓				
รหัสสถานการณ์จำหน่ายผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓				
รหัสประเภทการจำหน่ายผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓				
รหัสแพทย์ผู้ส่งจำหน่ายผู้ป่วย	✓	✓		✓				
ด้านส่งจ่ายและใช้เวชภัณฑ์								

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft™	InnoPharma Service 2.0
วันที่/เวลา ที่ส่งรายการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
รหัสของรายการยา/เวชภัณฑ์/ ค่าบริการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ชื่อผลิตภัณฑ์	✓							✓
จำนวนที่สั่ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
คำอธิบายวิธีการใช้ (กรณีที่เป็นยา)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ข้อบ่งใช้	✓							✓
ประเภทยา (บัญชียาหลัก)	✓		✓					
ราคารวมของรายการที่สั่ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
รายการยา/สารเคมี/อาหารที่แพ้	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
อาการที่แพ้	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
ปัญหาจากการใช้ยา	✓		✓					
รหัสแพทย์ผู้สั่ง	✓	✓	✓	✓				
รหัส/ชื่อเภสัชกรผู้จ่ายยา					✓ (ชื่อ)	✓ (ชื่อ)		✓ (รหัส)
การตรวจร่างกาย/ชีพจร								
ความดันโลหิต systolic	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ความดันโลหิต diastolic	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ความสูง (เซนติเมตร)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
BMI			✓					
อุณหภูมิร่างกาย	✓	✓	✓	✓				
ผลระดับน้ำตาลในเลือด	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
อัตราการเต้นของหัวใจ	✓	✓	✓	✓				
อัตราการเต้นของชีพจร	✓	✓	✓	✓				
อัตราการหายใจ	✓	✓	✓	✓				
อาการสำคัญ (Text)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
การตรวจร่างกาย (Text)	✓	✓	✓	✓				
การวินิจฉัย								

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft™	InnoPharma Service 2.0
มาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่ใช้อ้างอิง		ICD10		ICD10				
รหัส ICD10 ของผลการวินิจฉัย	✓	✓	ผลการ วินิจฉัย	✓	ประวัติ เจ็บป่วย/ โรค ประจำตัว	ประวัติ เจ็บป่วย/ โรค ประจำตัว		
จำแนกประเภทของผู้ป่วย								
สภาพ/ความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเอง								
รหัสแพทย์ผู้วินิจฉัย	✓	✓	✓	✓				
ข้อมูลของห้องปฏิบัติการ								
วันที่/เวลา ที่ส่งตรวจ Lab	✓	✓	✓	✓				
รหัสแพทย์ผู้ส่งตรวจ Lab	✓	✓		✓				
ผลการตรวจ Lab	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
ผลที่เป็นค่าปกติ	✓	✓	✓	✓				
วันที่/เวลา ที่ยืนยันผลการอ่าน	✓	✓		✓				
มีการยืนยันผลการอ่านผลแล้ว (Y/N)	✓	✓		✓				
ข้อมูลของการตรวจ X-ray								
วันที่/เวลา ที่ส่ง	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
รหัสแพทย์ผู้ส่ง	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
รหัสของรายการ X-Ray	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
วันที่/เวลาที่แพทย์อ่านผล	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
รหัสแพทย์ผู้อ่านผล	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
ผลการอ่าน (Text)	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
การทำหัตถการ								
รหัสหัตถการ ICD9CM	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
รหัสแพทย์ผู้ทำหัตถการ	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
วันที่/เวลาเริ่มทำหัตถการ	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				
วันที่/เวลาทำหัตถการเสร็จ	✓	✓	(ไม่มี ข้อมูล)	✓				

องค์ประกอบสารสนเทศ	โครงการเสนอ	HOSxP/HOSxP PCU	Abstract	JHCIS	DrugstoreRx	POS MED	SeniorSoft™	InnoPharma Service 2.0
			ข้อมูล)					
การนัดหมาย								
วันที่/เวลา ที่นัดมา	√	√	√	√	√	√		
ปัญหาของการเยี่ยมชมติดตาม	√							
กิจกรรมการดูแลที่จำเป็น	√							
ความยินยอมให้เยี่ยมชมติดตาม	√							
รหัสแพทย์ผู้นัด	√	√		√				
รหัสแผนกที่นัด	√	√		√				
หมายเหตุการนัดหมาย	√	√		√	√	√		
ข้อมูลส่วนเวชภัณฑ์								
รหัสสินค้า/รหัสเวชภัณฑ์	√		√					
รหัสบาร์โค้ด	√		√					
ชื่อสามัญ	√		√					
ชื่อทางการค้า	√		√					
กลุ่มประเภทเวชภัณฑ์	√		√					
รูปภาพเวชภัณฑ์	√							
รูปแบบผลิตภัณฑ์	√		√					
ขนาดบรรจุ	√		√					
ข้อมูลด้านคงคลัง								
จำนวนยอดคงคลัง	√		√					
อัตราการใช้	√		√					
ยอดสูงสุด	√		√					
ยอดต่ำสุด	√		√					
จำนวนคงคลังที่ต้องสั่งซื้อ	√		√					
ข้อมูลด้านการตัดเบิกจ่าย								
วันเวลาที่เบิกจ่ายเวชภัณฑ์	√		√					
วันเวลาที่จ่ายเวชภัณฑ์	√		√					
ประเภทการจ่าย	√		√					
เลขที่การขอเบิก	√		√					
เลขที่การจ่าย	√		√					
หน่วยงานที่ขอเบิก	√		√					
วันเวลาที่รับเวชภัณฑ์	√		√					
ผู้จัดการการเบิกจ่าย	√		√					
ผู้ตรวจสอบ	√		√					
หน่วยการจ่าย	√		√					

7.3 ปัญหาที่พบจากการส่งต่อของประเทศไทยในปัจจุบัน

จากการประชุมกลุ่ม (Focus group) ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐ และร้านยา ได้สรุปปัญหาต่างของระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยได้ดังนี้

7.3.1 ขาดมาตรฐานแนวทางการส่งต่อ

การส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนหรือร้านยา ยังขาดแนวทางการส่งต่อที่จะช่วยให้เภสัชกรชุมชนตัดสินใจได้ว่าเมื่อไหร่ควรส่งต่อผู้ป่วย และกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยควรมีขั้นตอนอย่างไร การส่งตัวผู้ป่วยจากร้านยาไปที่หน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ด้วยใบส่งต่อนั้นยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร และได้การตอบรับจากแพทย์ที่น้อยมาก แพทย์มักไม่สนใจใบส่งต่อที่เภสัชกรชุมชนเขียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีและรูปแบบการเขียนที่ค่อนข้างแตกต่างกันของแพทย์และเภสัชกร ถ้าได้สังเกตวิธีการเขียนของแพทย์นั้นจะพบว่า แพทย์จะมีหลักการในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ที่มีรูปแบบที่เหมือนกันเกือบทั้งหมดซึ่งจะมีการบันทึกอาการของผู้ป่วยเป็น คำสำคัญ (Key word) เป็นภาษาอังกฤษในรูปแบบของคำศัพท์ทางพยาธิวิทยาที่มีความสั้น กระชับ และเข้าใจความหมายได้ทันที และไม่ใส่ความคิดเห็นส่วนตัวลงไป แต่เภสัชกรชุมชนนั้นส่วนใหญ่จะเขียนใบส่งต่อในลักษณะของการเขียนรายงานเป็นภาษาไทยเหมือนเขียน A (assessment) ใน SOAP note ที่จะต้องอ่านให้ครบถ้วนทุกประโยคก่อนจึงจะสามารถเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดได้ และการเขียนข้อความที่มีเนื้อหาปริมาณมากในลักษณะนี้ หากผู้เขียนไม่มีความชำนาญหรือเลือกใช้คำไม่ถูกต้องอาจทำให้แพทย์เข้าใจเจตนาในการสื่อสารที่ผิดพลาดได้ ซึ่งปัญหานี้ยังพบว่าเป็นปัญหาการสื่อสารในแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากเภสัชกรไม่ได้ถูกฝึกหรือได้เรียนรู้ทักษะด้านนี้มาจากคณะเภสัชศาสตร์ ดังนั้น มหาวิทยาลัยหรือองค์กรวิชาชีพจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาส่วนนี้เพื่อให้มีการให้การบริการทางเภสัชกรรมที่เป็นมาตรฐานในการให้บริการ

ปัจจุบันเภสัชกรชุมชนในร้านยามีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลากหลายรูปแบบ จากการศึกษ พบว่าเภสัชกรชุมชนโดยส่วนมากมีหลักการพื้นฐานในการประเมินผู้ป่วย โดยการประเมินจากผลหรือค่าจากการตรวจจากห้องปฏิบัติการ (Laboratory) หรืออาการทางคลินิกที่สอดคล้องของอาการอันตรายหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีแนวทางการส่งต่อในการให้บริการสำหรับเภสัชกรชุมชนในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ จึงอาจทำให้การตัดสินใจแตกต่างกัน บางหน่วยบริการสุขภาพอาจส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเห็นว่ามีสัญญาณอันตรายแล้ว บางหน่วยบริการสุขภาพอาจส่งต่อผู้ป่วยเมื่อไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยคืออะไร และต้องการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเพื่อความมั่นใจ ทั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ทั้งที่ไม่แสดงอาการสำคัญที่จำเป็น อาจทำให้บุคลากรอื่นๆ ไม่เชื่อถือต่อคุณภาพการให้บริการและการส่งต่อของเภสัชกรชุมชน

เมื่อเภสัชกรตัดสินใจว่าต้องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติม นั้น อาจมีกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยหลากหลาย ตั้งแต่การบอกปากเปล่าให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือไปยังหน่วยบริการสุขภาพปลายทางเอง การแนบข้อความย่อให้ผู้ป่วยถือไปพบแพทย์ ตลอดจนถึงการออกแบบฟอร์มการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยถือไปพบแพทย์ เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาส่วนหนึ่ง โครงการนี้จึงได้พัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อที่มีการทดสอบความเที่ยง (Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ตามหลักวิชาการจากแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรแล้ว เพื่อให้เภสัชกรชุมชนได้มีการนำไปใช้ในเบื้องต้น พร้อมกับแนวทางการเขียนใบส่งต่อและคำศัพท์ทางการแพทย์ (Medical terminology) สำหรับโรคความดันโลหิตสูง

และเบาหวาน เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการให้บริการ และสามารถชี้เพื่อสื่อสารกับบุคลากรอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.3.2 การเชื่อมโยงด้านงบประมาณและการส่งข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

แพทย์จากหน่วยบริการสุขภาพของรัฐในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิบางส่วนยังมีการส่งผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านในจำนวนน้อย เนื่องจากแพทย์พอจะรู้ว่าคลังเวชภัณฑ์ของหน่วยบริการสุขภาพของตนมียาใดบ้าง แต่ไม่รู้ว่าคลังยาของร้านยามียาใดบ้าง มียาที่แพทย์สามารถส่งให้ผู้ป่วยไปรับเพื่อใช้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ (ถึงแม้ว่าบางส่วนจะเห็นประโยชน์ในด้านความสะดวกของผู้ป่วย)

แพทย์บางท่านยังเห็นว่าการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเป็นอีกประเด็นที่ยังเป็นปัญหา เนื่องจากร้านยาบางส่วนในปัจจุบันยังไม่มีระบบเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ดังนั้น แพทย์จึงเห็นว่าการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพรัฐและเอกชนจึงเป็นสิ่งที่ทำได้ลำบาก และไม่แน่ใจว่าร้านยามีข้อมูลผู้ป่วยมากหรือน้อยเพียงใด เพียงพอต่อการให้บริการหรือไม่ และยังกังวลว่าการส่งข้อมูลของผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐมายังหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนอาจเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในด้านการเข้าถึงข้อมูล จึงไม่แน่ใจว่าการส่งข้อมูลบางส่วนของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลมาให้ร้านยานั้นเป็นสิ่งที่เหมาะสมหรือไม่ ผิดกฎหมายหรือไม่ ดังนั้น ประเด็นสำคัญ คือ บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตีความตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดทางคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 ซึ่งประเด็นนี้ยังพบว่าเป็นปัญหาสำหรับเภสัชกรในหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขด้วย เนื่องจากความเกรงกลัวต่อการรับผิดในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง

นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยบริการสุขภาพบางแห่งยังมองว่าการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐด้วยกันจะมีผลดีมากกว่า เพราะระบบการเบิกจ่ายสะดวกมากกว่าการส่งผู้ป่วยกลับมาให้เภสัชกรชุมชนในร้านยาดูแลต่อ เนื่องจากระบบการเบิกจ่ายที่ไม่เชื่อมโยงกัน ด้วยเหตุนี้ ทำให้แพทย์มักส่งผู้ป่วยกลับมายังหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐมากกว่าร้านยาเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

7.3.3 กฎระเบียบในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย

ปัจจุบันกฎหมายในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพในประเทศไทยยังไม่มีกำหนดหรือตีความอย่างแน่ชัด (แผนภาพที่ 7.2) หน่วยบริการสุขภาพของรัฐที่มีการเก็บบันทึกข้อมูลจึงพยายามไม่แบ่งปันข้อมูลกับหน่วยงานอื่นๆ หากไม่จำเป็นเนื่องจากไม่แน่ใจว่าการกระทำใดที่หน่วยงานนั้นกระทำจะเป็นความผิดหรือไม่ ทั้งนี้ประเทศไทยอาจดำเนินการเหมือนต่างประเทศซึ่งมีกฎหมายที่ควบคุมการแบ่งปันข้อมูลทางสุขภาพของบุคคล โดยมีการกำหนดหลักการและกระบวนการในการขอเปิดเผยข้อมูลบางส่วนจากผู้ป่วยไปยังบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่มีการควบคุมการปฏิบัติงานด้วยกฎหมายร่วมกับจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพว่าจะเข้าถึงและใช้ข้อมูลนั้นเท่าที่จำเป็นและเพื่อประโยชน์ต่อเจ้าของข้อมูล คือ ผู้ป่วยเท่านั้น

ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ: กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

20 มิถุนายน 2554

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล

- เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคล นั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย (ม.๗)
- แต่ไม่ว่าในกรณีใดๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้ (ม.๗)
- เมื่อมีการแจ้งหรือมีผลกระทบต่องานของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่องานของประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว โดยต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ (ม.๑๐)
- ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๗ หรือมาตรา ๙ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ (ม. ๔๙)

พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

- มาตรา ๑๕ ข้อมูลข่าวสารของราชการ ที่หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจมีคำสั่งมิให้เปิดเผยได้ ...
 - (๕) การเปิดเผยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต หรือความปลอดภัยของบุคคลหนึ่งบุคคลใด
 - (๕) ราชอาณาจักรแพทยหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ซึ่งการเปิดเผยจะเป็นการรบกวนสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควร
 - มาตรา ๑๖ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติว่าข้อมูลข่าวสารของราชการจะเปิดเผยต่อบุคคลใดได้หรือไม่ภายใต้เงื่อนไขเช่นใด และสมควรมีวิธีการอย่างไรให้หน่วยงานของรัฐกำหนดวิธีการคุ้มครองข้อมูลข่าวสารนั้น ...
 - มาตรา ๒๐ การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารใดแม้จะเข้าข่ายต้องมีความระมัดระวังตามกฎหมายว่าด้วยการรักษาความลับของรัฐไม่ถือเป็นความผิดหากโดยสุจริตไม่กระทำความผิด
- (๑) ข้อมูลข่าวสารตามมาตรา ๑๕ ถ้าเจ้าหน้าที่ของรัฐใดดำเนินการโดยถูกต้องตามระเบียบตามมาตรา ๑๖
- (๒) ข้อมูลข่าวสารที่มีคำสั่งให้เปิดเผยเป็นกรณีเฉพาะเฉพาะบุคคลใดแต่มีประโยชน์สำคัญยิ่งกว่าที่เกี่ยวพันประโยชน์สาธารณะ หรือมีลักษณะพิเศษ หรือประโยชน์อื่นของบุคคล และคำสั่งนั้นได้กระทำโดยสมควรแก่เหตุ ...

พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

- มาตรา ๑๕ หน่วยงานของรัฐจะเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความควบคุมดูแลของหน่วยงานของรัฐหรือในอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐมิได้ เว้นแต่ในกรณีต่อไปนี้ ...
 - (๑) ถ้าเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานของรัฐนั้นได้ขออำนาจหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐเพื่อ
 - (๒) เพื่อการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในวัตถุประสงค์ของการให้บริการข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล
 - (๓) เมื่อหน่วยงานของรัฐที่ทำงานด้านสาธารณะหรือการสาธารณสุขหรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล
 - (๔) เมื่อการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในลักษณะดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของบุคคลใด
 - (๕) เมื่อการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในลักษณะดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของบุคคลใด
- มาตรา ๑๖ วัตถุประสงค์ของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในการให้บริการสาธารณะ การขอรับ หรือการฟ้องคดี ไม่ว่าเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญา
- มาตรา ๑๗ วัตถุประสงค์ของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในการให้บริการสาธารณะ การขอรับ หรือการฟ้องคดี ไม่ว่าเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญา
- มาตรา ๑๘ วัตถุประสงค์ของการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในการให้บริการสาธารณะ การขอรับ หรือการฟ้องคดี ไม่ว่าเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญา

แผนภาพที่ 7.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

รายชื่อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติ ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติ ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550

- มาตรา ๑๘ ... เพื่อประโยชน์ในการสืบสวนและสอบสวนในกรณีที่มีเหตุอันควรเชื่อได้ว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้ เฉพาะที่จำเป็นเพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นหลักฐานเกี่ยวกับการกระทำความผิดและหาตัวผู้กระทำความผิด ...
 - (๕) ทำสำเนาข้อมูลคอมพิวเตอร์ ข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ จากระบบคอมพิวเตอร์ที่มีเหตุอันควรเชื่อได้ว่ามีการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ในกรณีที่มีระบบคอมพิวเตอร์นั้นยังมิได้อยู่ในความครอบครองของพนักงานเจ้าหน้าที่
 - (๖) ถอดรหัสลับของข้อมูลคอมพิวเตอร์ หรือส่งให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารหัสลับของข้อมูลคอมพิวเตอร์ ทำการถอดรหัสลับ หรือให้ความร่วมมือกับพนักงานเจ้าหน้าที่ในการถอดรหัสลับดังกล่าว

พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

- มาตรา ๒๑ หน่วยงานของรัฐต้องปฏิบัติตามการพิจารณาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลดังต่อไปนี้ ...
 - (๑) ต้องจัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลขึ้นเพื่อใช้ในการดำเนินการตามหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ
 - (๒) พิจารณาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลโดยพิจารณาจากเจตนาของข้อมูลข่าวสารนั้น
 - (๓) จัดให้มีการคุ้มครองข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในกรณีที่ข้อมูลข่าวสารนั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตหรือสุขภาพของบุคคล
- มาตรา ๒๒ หน่วยงานของรัฐจะเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความควบคุมดูแลของหน่วยงานของรัฐหรือในอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐมิได้ เว้นแต่ในกรณีต่อไปนี้ ...
 - (๑) ถ้าเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานของรัฐนั้นได้ขออำนาจหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐเพื่อ
 - (๒) เพื่อการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในวัตถุประสงค์ของการให้บริการข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล
 - (๓) เมื่อหน่วยงานของรัฐที่ทำงานด้านสาธารณะหรือการสาธารณสุขหรือด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล
 - (๔) เมื่อการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในลักษณะดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของบุคคลใด
 - (๕) เมื่อการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลในลักษณะดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของบุคคลใด

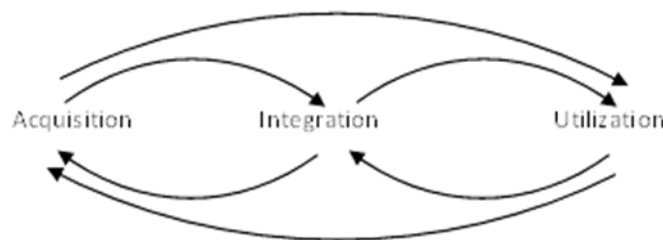
พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

- มาตรา ๒๔ ภายใต้บังคับมาตรา ๑๕ และมาตรา ๑๖ บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน และเมื่อบุคคลนั้นมีค่าความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับหน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลนั้น หรือผู้กระทำการแทนบุคคลนั้นได้ตรวจหรือได้รับสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นแล้ว ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐมีหน้าที่ในการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น
- มาตรา ๒๕ ภายใต้บังคับมาตรา ๑๕ และมาตรา ๑๖ บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน และเมื่อบุคคลนั้นมีค่าความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับหน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลนั้น หรือผู้กระทำการแทนบุคคลนั้นได้ตรวจหรือได้รับสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นแล้ว ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ของรัฐมีหน้าที่ในการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น

ให้บุคคลตามที่กำหนดในกฎกระทรวงมีสิทธิดำเนินการตาม มาตรา ๒๓ มาตรา ๒๔ และมาตรา ๒๕ ได้

7.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยงข้อมูล

องค์ประกอบของการจัดการสารสนเทศ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจัดหาสารสนเทศ (Knowledge acquisition), การเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ (Knowledge integration) และการใช้สารสนเทศ (Knowledge utilization (Institutionalization)) (Watcharadamrongkun, 2012) (แผนภาพที่ 7.3)



แผนภาพที่ 7.3 องค์ประกอบของการจัดการสารสนเทศ

การจัดการความรู้ (Knowledge management processes) ที่แสดงให้เห็นว่า ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการส่งต่อและเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับการบริหารทางเภสัชกรรมที่ให้กับผู้ป่วย King (2008) อธิบายองค์ประกอบของการจัดการสารสนเทศแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

การจัดหาสารสนเทศ (Knowledge acquisition, KA) จะประกอบด้วยส่วนของการสร้าง (creation) การแสวงหาหรือจัดหา (acquisition) การประมวลและกลั่นกรอง (codification and refinement) และการจัดเก็บสารสนเทศ (storage) ซึ่งสารสนเทศที่มีจะมีการกระจายและแบ่งปันไปยังบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือต้องการโดยใช้กระบวนการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ (Knowledge integration, KI) ซึ่งประกอบด้วย การกระจาย (Distribution) และการแลกเปลี่ยน (sharing) สารสนเทศ ในท้ายที่สุดแล้วสารสนเทศจะถูกจัดการ (manage) และนำไปใช้ (use) (Knowledge utilization หรือ institutionalization, KU) ตามวัตถุประสงค์ต่อไป

การศึกษาในรายละเอียดของการเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศ (KI) นั้น จะใช้แนวคิดของความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นข้อกำหนดพื้นฐาน (Fundamental requirement) สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระบบสาธารณสุขและการเชื่อมโยงกับเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record, EMR) (Brailer, 2005) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) มีการนิยามได้หลายระดับ เช่น จากคำนิยามที่ให้ไว้โดย National Alliance for health Information technology (NAHIT) (Poungsombat, 2011) หมายถึง ความสามารถในการส่งต่อ แลกเปลี่ยนข้อมูลและสารสนเทศระหว่างระบบสารสนเทศที่อาจจะมีโปรแกรมหรือโครงสร้างของข้อมูลที่แตกต่างกันได้ โดยที่ยังคงรักษาความหมายของข้อมูลเดิมได้อย่างถูกต้อง

ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) หมายถึง ความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบหรือหน่วยงานต่างกัน ซึ่งครอบคลุมไปถึงระบบสารสนเทศ ขั้นตอนการปฏิบัติ และวัฒนธรรมการทำงานขององค์กร ที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่ทิศทางที่จะเสริมสร้างโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูล สารสนเทศร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งภายในและระหว่างองค์กร (Miller, 2000)

จากนิยามจะเห็นได้ว่าความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability) มีความสำคัญอย่างมากในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่มีการเคลื่อนย้าย ไหลเวียนทั้งคน ของ เงิน และข้อมูลกันอย่างกว้างขวาง การที่จะช่วยให้เกิดการทำงานร่วมกันทั้งภายในองค์กร ระหว่างองค์กร รวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้สามารถสื่อสาร ส่งต่อ แลกเปลี่ยน ข้อมูลเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำให้เกิดสารสนเทศเพื่อการจัดการ และตัดสินใจในทุกระดับตั้งแต่หน่วยเล็กที่สุดจนถึงองค์กรระหว่างประเทศนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแล แก้ไข และจัดการกับปัญหาต่างๆในเชิงมหภาค ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือ สารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และตัดสินใจในการเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกัน รักษาเพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีนั้น เกิดจากการจัดเก็บ รวบรวม ส่งต่อ แลกเปลี่ยนของสารสนเทศที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานเกี่ยวข้องที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวม นำมาวิเคราะห์และประมวลผลให้เกิดสารสนเทศในระดับประเทศ เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพได้

องค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นของความสามารถในการทำงานร่วมกัน คือ

- 1) Syntactic Interoperability ความสามารถของระบบที่แตกต่างกันในการส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้อย่างถูกต้อง ซึ่งระบบที่สื่อสารกันจะต้องมีการตกลงให้ตรงกัน อย่างน้อยในด้านวิธีการสื่อสารข้อมูล (communication protocols) รูปแบบข้อมูล (data formats) ตำแหน่งของข้อมูล รหัสตัวอักษร (character set) เป็นต้น ความสามารถระดับ Syntactic Interoperability เป็นความสามารถที่จำเป็นต่อการทำงานร่วมกันในระดับที่สูงขึ้น
- 2) Semantic Interoperability ความสามารถของระบบที่แตกต่างกันในการส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้อย่างถูกต้อง และ "เข้าใจความหมายตรงกัน" ทั้งระบบที่เป็นผู้ส่งและระบบที่เป็นผู้รับ การจะเข้าใจความหมายตรงกันนั้น ระบบที่เป็นผู้ส่งข้อมูลและระบบที่เป็นผู้รับข้อมูลจะต้องมีการกำหนดและใช้ชุดการอ้างอิงความหมายข้อมูลที่ตรงกัน (common information exchange reference model)
- 3) Process Interoperability การเชื่อมโยงขั้นตอนการทำงานของสองหน่วยงาน หรือสององค์กรให้เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน (Integration of business processes into work flow) เพื่อให้การส่งต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามจังหวะเวลา และความจำเป็นของการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

มาตรฐานสำคัญสำหรับการสร้างระบบที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน (Interoperable system) ได้แก่

- มาตรฐานข้อมูล (Data content standards) การกำหนดนิยามศัพท์ต่างๆ (terminology) สำหรับคำต่างๆ (concept) และความสัมพันธ์เพื่อการเชื่อมโยงอ้างอิงระหว่างคำ (relationship) เช่น มาตรฐาน ICD10, SNOMED-CT, LOINC, RxNorm เป็นต้น
- มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information Exchange Standards) ต้องมีการกำหนด มาตรฐานสำหรับการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เช่น messaging standards ที่นิยมกัน ในระบบข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ Health Level 7 (HL7)
- มาตรฐานในการยืนยันตัวบุคคลหรือข้อมูลที่ไม่ซ้ำกัน (Identifier standards) เพื่อใช้ในการอ้างอิงข้อมูล เช่น รหัสผู้ป่วย, รหัสหน่วยบริการสุขภาพ เป็นต้น
- มาตรฐานในการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (Privacy and security standards)
- มาตรฐานในการทำงาน (Functional standards) เช่น การกำหนด workflow ของการทำงานที่เป็นรูปธรรม
- มาตรฐานในการใช้ระบบสารสนเทศ (Information technology standards) เช่น การกำหนดชนิดของเทคโนโลยีที่ใช้ หรือ Mobile technologies เป็นต้น

7.5 ข้อเสนอการออกแบบระบบสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

การออกแบบพัฒนาระบบสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพควรมีการออกแบบพัฒนาตามหลักการการเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อแบบ Interoperability ซึ่งกล่าวว่าควรมีการสารสนเทศเชื่อมโยงกันใน 3 ระดับ ได้แก่

7.5.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกัน (Interoperability)

- 1) หน่วยบริการสุขภาพควรมีการใช้ software เพื่อบริหารจัดการข้อมูลในหน่วยบริการสุขภาพที่สามารถส่ง/ แบ่งปันเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆได้ ทั้งนี้ภาครัฐอาจมีการดำเนินการดังนี้
 - ก. กำหนด software มาตรฐาน ให้หน่วยบริการสุขภาพใช้ software เดียวกันเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างกันได้
 - ข. เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยมีการใช้ software ที่หลากหลายแตกต่างกัน ภาครัฐอาจกำหนดให้มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนกันโดยให้ผู้รับขบวนการดูแลเรื่อง software เขียนส่วนของโปรแกรม (software) เพื่อให้ software ที่แตกต่างกันสามารถเชื่อมโยงแบ่งปันข้อมูลกันได้
- 2) ภาครัฐควรกำหนดให้รูปแบบมาตรฐาน (Standard format) ของข้อมูลว่าข้อมูลแต่ละส่วนควรมีการเก็บข้อมูลในรูปแบบใด เพื่อให้อำนวยความสะดวกในการส่งข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ
- 3) ภาครัฐควรมีการกำหนดมาตรฐานของรหัสข้อมูล (Standard code) เพื่อให้ข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันนั้นสามารถสื่อความหมายเดียวกันได้ เช่น รหัส ICD-10TM รหัสยาTMT รหัสยามาตรฐาน 24 หลัก เป็นต้น

7.5.2 การออกแบบด้าน Privacy & Security

ภาครัฐควรมีการคำนึงถึงระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย โดยควรมีการออกแบบกระบวนการที่ใช้ป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลที่ไม่จำเป็น หรือ การนำข้อมูลไปใช้อย่างไม่สมเหตุสมผล โดย

- 1) ผู้ให้บริการผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลทุกคนในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพต้องขึ้นทะเบียนเพื่อรับรหัสในการเข้าสู่ระบบเพื่อเข้าดูข้อมูลจากฐานข้อมูล
- 2) ผู้ให้บริการผู้ที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลนั้นต้องมีความเข้าใจในกระบวนการการป้องกันความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด
- 3) ผู้ให้บริการผู้เป็นเจ้าของข้อมูลมีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยมากกว่าผู้ให้บริการผู้ที่ไม่ได้เป็นเจ้าของข้อมูล
- 4) ผู้ให้บริการต่างวิชาชีพมีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลไม่เท่ากัน โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลเท่าที่จำเป็นเพื่อใช้ในการให้เป็นประโยชน์แก่การบริการเท่านั้น

5) เมื่อผู้ให้บริการต้องการเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลเพื่อดูข้อมูลผู้ป่วยต้องมีการขออนุญาต หรือ ขออนุญาตยินยอมจากผู้ป่วยเพื่อขอเข้าสู่ข้อมูลส่วนบุคคลรวมถึงต้องมีการแสดงหลักฐานว่าผู้ป่วยอนุญาต หรือ ยินยอมให้ดำเนินการ ยกตัวอย่างเช่น

- ก. ผู้ป่วยลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมให้สามารถเข้าสู่ข้อมูลประจำตัวได้
- ข. ผู้ป่วยสแกนลายนิ้วมือ
- ค. ผู้ป่วยสแกนบัตรประจำตัวประชาชน

6) เมื่อผู้ให้บริการจะเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลเพื่อดูข้อมูลของผู้ป่วยต้องมีการแสดงตัว ยกตัวอย่างเช่น

- ก. แสดงรหัสประจำตัว (Username และ Password) เพื่อเข้าสู่ระบบ
- ข. สแกนลายนิ้วมือ
- ค. สแกนบัตรประจำตัวผู้ให้บริการ

ทั้งนี้การใช้การสแกนลายนิ้วมือเป็นการใช้ลักษณะทางชีวภาพที่แตกต่างกันซึ่งติดตัวมนุษย์มาในการแสดงยืนยันตัวตน (biometrics) มีข้อดีคือไม่สามารถปลอมแปลงเอกสารได้ต้องใช้ตัวจริงของผู้ป่วยจริงๆในการให้ความยินยอม ทั้งนี้วิธีนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณที่ต้องใช้ในการลงทุน รวมถึงบริบทในการให้บริการด้านอื่นๆ เช่น บางกรณีผู้ป่วยอาจไม่ได้มารับการบริการด้วยตัวเองให้ญาติ หรือครอบครัวมาดำเนินการให้อาจไม่สามารถสแกนลายนิ้วมือได้

- 7) ระบบฐานข้อมูลต้องสามารถจดจำ และช่วยให้สืบค้นย้อนหลัง (trace back) ได้ว่าในการเข้าสู่ระบบครั้งหนึ่งๆ ผู้เข้าสู่ระบบเข้าสู่ระบบในวัน เดือน ปี เวลาใด และ เข้าสู่ข้อมูลส่วนใดบ้าง
- 8) ในการส่งต่อข้อมูลระหว่างกันควรมีกระบวนการในการเข้ารหัสข้อมูล (encryption) ที่มีความปลอดภัยบางชนิด (sensitivity data) เช่น รหัสประจำตัวประชาชน ผลการตรวจวินิจฉัยโรคบางชนิดที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ เป็นต้น

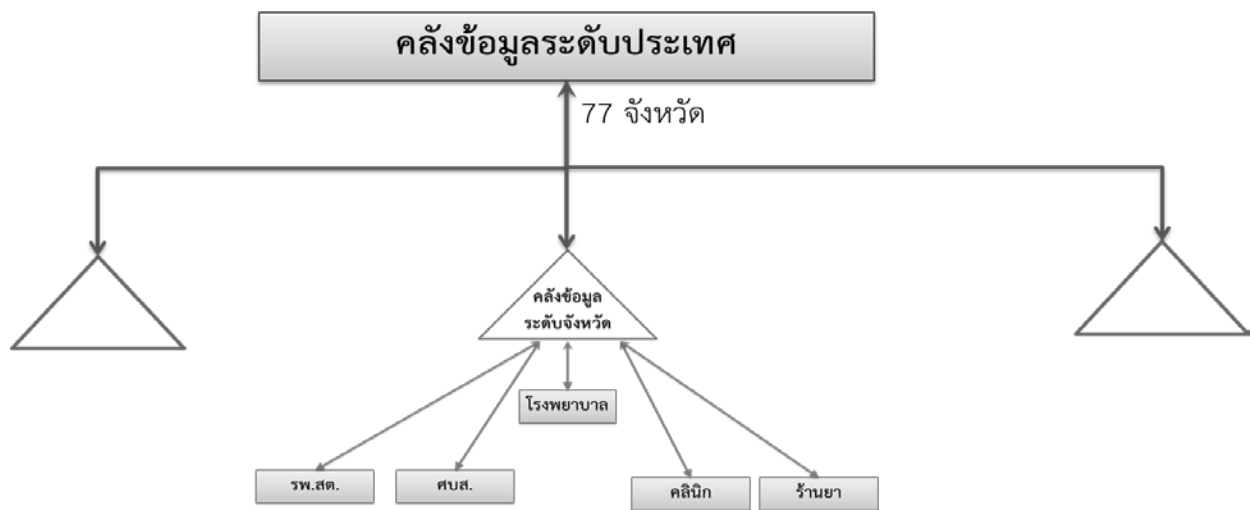
7.5.3 คลังข้อมูลสุขภาพกลางหรือศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data Center)

การออกแบบในการเชื่อมต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ จำเป็นต้องมีศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data Center) ในการบริหารจัดการข้อมูลกลาง ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเป็นปัจจุบันมากที่สุด เนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพมีความหลากหลาย หลายพื้นที่ อีกทั้งยังไม่สามารถกำหนดให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิได้ทั้งหมด ในการศึกษาจึงเสนอให้มีการรวมศูนย์เป็นศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับประเทศ และ/หรือระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย (ภาครัฐและภาคเอกชน) ดังแสดงใน

แผนภาพที่ 7.4

1. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต. ศบส. คลินิก ร้านยา) จะส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ของตนเองตรงไปยังศูนย์ข้อมูลสารสนเทศในระดับจังหวัด
2. หน่วยบริการสุขภาพทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (โรงพยาบาล) จะส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน ของตนเองตรงไปยังศูนย์ข้อมูลสารสนเทศในระดับจังหวัดเช่นเดียวกัน
3. หน่วยบริการสุขภาพทุกหน่วยบริการสุขภาพต้องมีการสำรองข้อมูลผู้ป่วยที่ลงทะเบียนในหน่วยบริการสุขภาพของตนเพื่อให้มีข้อมูลผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องในกรณีที่มีปัญหาในการเชื่อมต่อข้อมูล

4. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับจังหวัดจะประสานแลกเปลี่ยนข้อมูล (Synchronize) ให้เป็นปัจจุบัน กับหน่วยบริการสุขภาพภายในจังหวัดวันละ 1 ครั้ง
5. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับจังหวัดจะประสานแลกเปลี่ยนข้อมูล (Synchronize) ให้เป็นปัจจุบัน กับศูนย์ข้อมูลสารสนเทศระดับประเทศวันละ 1 ครั้ง
6. ในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการสุขภาพต้องกำหนดให้มีการประสานข้อมูล (Synchronize) อย่างทันทีทันใด พร้อมกับมีการแจ้งเตือนสถานะการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานผู้รับการส่งต่อ และอนุญาตให้มีการเรียกข้อมูลหน่วยบริการสุขภาพผู้ส่งตัวได้



แผนภาพที่ 7.4 การออกแบบศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ (Data Center) ในการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย

7.6 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

การบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสู่สถานบริการตติยภูมิ เป็นกระบวนการพัฒนาเชิงคุณภาพให้เท่าทันกับการพัฒนาทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้การบูรณาการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องดำเนินการเชิงนโยบายดังนี้

7.6.1 กำหนดนโยบายด้านการส่งต่อตัวผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการอย่างชัดเจน

ปัจจุบันการเคลื่อนย้ายส่งต่อผู้ป่วย ข้อมูลของผู้ป่วย และระบบการเงินระหว่างหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐค่อนข้างมีการกำหนดนโยบายชัดเจนอยู่แล้ว ทั้งนี้หากเป็นการส่งต่อผู้ป่วยมาสู่จากหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชน เช่น ร้านยา คลินิกเอกชน อาจไม่ได้รับการตอบรับหรือการตอบสนองเท่าที่ควร ทั้งจากหน่วยบริการสุขภาพผู้ส่ง (โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ/ตติยภูมิ) หน่วยบริการสุขภาพผู้รับ (เช่น ร้านยา คลินิกเอกชน) และผู้ป่วยเอง เนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วยมายังหน่วยบริการสุขภาพเอกชนเหล่านี้ยังไม่เป็นที่รู้จัก หรือเข้าใจในภาคปฏิบัติ หรือความเต็มใจของบุคคล หรือยังไม่แน่ใจในด้านคุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการ ดังนั้นผู้บริหารเชิงนโยบาย (Policy maker) ต้องมีส่วนร่วมในการสร้างข้อตกลง และเชื่อมโยงประสานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจต่อประชาชนในประเทศ

7.6.2 สร้างเครือข่ายของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

ในพื้นที่ชุมชนหนึ่งๆ อาจประกอบด้วยหน่วยบริการผู้ให้บริการทางสุขภาพตั้งแต่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งอาจเป็นผู้ให้บริการสังกัดภาครัฐหรือเอกชน จึงควรมีการสร้างเครือข่ายของผู้ให้บริการทางสุขภาพของพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งใน 1 เครือข่ายควรประกอบด้วยผู้ให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน และประชาชนสามารถเข้าถึงง่ายที่สุด หน่วยบริการสุขภาพระดับตติยภูมิหรือตติยภูมิ ทั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพควรมีการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน มีการพบปะเพื่อร่วมกันกำหนดข้อตกลงเกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้

- 1) ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละระดับ
- 2) บทบาทและหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพผู้ส่งและผู้รับ
- 3) มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย
 - แนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วย
 - แนวทางในการประเมินและตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการกำหนดแนวทางในการตัดสินใจว่าในกรณีใดบ้างที่หน่วยบริการสุขภาพควรมีการส่งต่อผู้ป่วย
 - กระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการตกลงร่วมกันว่ากระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยหนึ่งรายไปยังหน่วยบริการปลายทางควรมีแนวทางภาคปฏิบัติอย่างไรบ้าง หน่วยบริการต้นทางควรติดต่อใคร หรือหน่วยงานแผนกใดของหน่วยบริการสุขภาพปลายทาง (มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและวิธีการติดต่ออย่างเหมาะสมในแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ)

- ควรแนะนำให้ผู้ป่วยไปยังแผนกใดหรือติดต่อใคร
- ข้อมูลที่เครือข่ายเห็นว่าสำคัญและจำเป็นในการส่งต่อ เอกสารแบบฟอร์มที่ควรใช้ในการส่งต่อมีข้อมูลใดบ้าง ควรมีการทำการตกลงเกี่ยวกับคำศัพท์ (Terminology) ที่ใช้ในการกรอกข้อมูล มีการทำข้อตกลงเกี่ยวกับกระบวนการในการกรอกข้อมูลแต่ละหัวข้อหรือแต่ละส่วนเพื่อให้เกิดความเข้าใจหรือสื่อสารข้อมูลได้ตรงกัน

7.6.3 แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วย

แบบฟอร์มการส่งต่อที่ดี ควรมีองค์ประกอบดังนี้

- แบบฟอร์มควรเข้าใจง่าย บุคลากรทุกหน่วยบริการสุขภาพเข้าใจตรงกัน และควรออกแบบให้ประหยัดเวลาตอนเขียน
- แบบฟอร์มควรประกอบด้วยข้อมูลสำคัญอย่างครบถ้วนและจำเป็นในการส่งต่อผู้ป่วย ควรมีการระบุระดับความรุนแรงของโรค/อาการและสาเหตุในการส่งต่ออย่างชัดเจน
- แบบฟอร์มควรออกแบบให้มีช่องทางขอรับข้อมูลตอบกลับ โดยมีวัตถุประสงค์ คือ
 - เพื่อลดภาระงานของแพทย์และเพิ่มอัตราการตอบกลับ การกรอกข้อมูลควรให้เป็นช่องกรอกเครื่องหมายว่าต้องการให้เภสัชกรช่วยดูแลผู้ป่วยต่ออย่างไร
 - ควรมีนโยบายหรือกลยุทธ์จากหน่วยงานส่วนกลางเพื่อเพิ่มอัตราการตอบกลับข้อมูลจากการส่งต่อผู้ป่วย
- ควรกรอกข้อมูลโดยใช้คำศัพท์ที่บุคลากรผู้ให้บริการทุกฝ่ายหรือทุกหน่วยบริการสุขภาพเข้าใจตรงกัน มีรูปแบบในการกรอกข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน

สิ่งที่ควรมีในบันทึกทางการแพทย์และจดหมายส่งต่อ ตัวอย่างของข้อมูลที่ควรจะมีการเขียนในใบส่งต่อ ได้แก่

 - (1) ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วย
 - (2) วัน-เวลาที่มารับบริการให้ถูกต้องแม่นยำ
 - (3) บันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยที่จะส่งต่อ โดยครอบคลุมหัวข้อเหล่านี้
 - 3.1. อาการนำ (Chief complaint)
 - 3.2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (History of present illness, HPI)
 - 3.3. ประวัติโรคประจำตัวและการเจ็บป่วยในอดีต (Past medical history, PMH)
 - 3.4. ประวัติการใช้ยา (Medication history, MH)
 - 3.5. ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมีต่างๆ (Allergic history: All)
 - 3.6. ประวัติครอบครัวและประวัติทางสังคมที่เกี่ยวข้อง (Family & social history: F&SH)
 - (4) ใช้ศัพท์ทางการแพทย์และคำเฉพาะที่เป็นสากล ระบุงานใช้คำย่อ ซึ่งหากมีความจำเป็นควรใช้คำย่อที่เป็นสากล ไม่ใช่คำย่อที่เป็นที่รู้จักเฉพาะในองค์กรหรือในวิชาชีพเดียว (Jargon) ซึ่งอาจมีการแปลความหมายแตกต่างกันโดยบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่น
 - (5) ให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง (Facts) หลีกเลี่ยงการแทรกสอดความเห็นที่เกิดจากการตีความของเภสัชกรเอง ตลอดจนคำที่มีโอกาสละเมิดสิทธิของผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยน่าจะมีความผิดปกติทางจิต หรือขณะเกิดเหตุผู้ป่วยอาจเมาสุรา หรือผู้ป่วยอาจถูกข่มขืนกระทำชำเรา หรือผู้ป่วยอาจถูกทำร้ายร่างกายโดย ... หรืออื่นๆ

- (6) หลีกเลี่ยงการใช้คำฟุ่มเฟือยไม่ตรงประเด็น ไม่เหมาะสม ไม่ถูกต้องเทศะ ไม่สุภาพ หรือมีเชิงออกคำสั่ง
- (7) หากจำเป็นต้องมีการใช้ข้อมูลเชิงวิชาการในข้อเสนอต่างๆ ควรระบุแหล่งอ้างอิง (References) ที่ชัดเจน สามารถสืบค้นตรวจสอบได้
- (8) บันทึกบริการและคำแนะนำทุกประการที่ได้แนะนำให้กับผู้ป่วยไปแล้ว โดยลงนามพร้อมทั้งวันที่และเวลาที่ท้ายบันทึกหรือจดหมายส่งต่อ ผู้เขียนบันทึกควรจะเป็นคนเดียวกับผู้ที่ซักประวัติและให้บริการแก่ผู้ป่วย

ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย) หรือสภช. ร่วมกับนักวิชาการจากหลายสถาบันจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญมาตรฐานงานบริการ พัฒนาการจัดหาเชื่อมโยงและแบ่งปันสารสนเทศในโซ่อุปทาน ช่วยในการพัฒนาแบบฟอร์มการส่งต่อ (ในชื่อย่อว่า PhRF หรือ Pharmacist Referral Form) และแนวทางในการเขียนแบบฟอร์มส่งต่อ (โดยพัฒนาจากแบบฟอร์มเยี่ยมบ้านที่มีการใช้อยู่ในร้านยาบางแห่ง) (แผนภาพที่ 7.5 และตารางที่ 7.7) เพื่อนำไปใช้ในร้านยาในการส่งต่อผู้ป่วย แบบฟอร์มดังกล่าวปัจจุบันได้มีการจัดพิมพ์แจกจ่ายโดยสภช. ให้กับร้านยาที่เป็นสมาชิก และจะนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับร้านยาที่จะขอรับการตรวจหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรม (Good Pharmacy Practice, GPP) ต่อไป

อย่างไรก็ตาม แนวทางการเขียนแบบฟอร์มส่งต่อยังจำเป็นต้องจัดให้มีการอบรมเผยแพร่วิธีการเขียนและอธิบายคำศัพท์ทางเทคนิคต่างๆ ให้กับเภสัชกร เนื่องจากปัญหาที่พบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า เภสัชกรไม่ทราบศัพท์เทคนิคที่ใช้ ทำให้การเขียนแบบฟอร์มเยิ่นเย้อและผู้อ่าน (คือ แพทย์หรือพยาบาล) ไม่เข้าใจ อันส่งผลต่อประสิทธิภาพในการส่งต่อ ทั้งนี้ โครงการวิจัยฯ ได้พัฒนาและเสนอแนวทางการเขียนไว้ในงานวิจัยชิ้นนี้ด้วย

7.6.4 การพัฒนาบทบาทงานบริหารเภสัชกรรมชุมชน ให้เป็นที่ยอมรับ

การจัดมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมในร้านยาจะต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมหรือบริบทการทำงานที่เป็นจริงในปัจจุบันด้วย เช่น

1) ส่วนของร้านยา

- ร้านยาบางร้านโดยเฉพาะในต่างจังหวัดไม่ได้มีเภสัชกรครบทุกร้าน
- ร้านยาในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากและกระจุกตัว ทำให้การให้การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อการแข่งขันที่สร้างความแตกต่างกับคู่แข่ง แต่ในต่างจังหวัดยังเป็นระบบซื้อขายไป
- เภสัชกรชุมชนต้องยอมรับการตอบกลับทั้งดีและไม่ดี
- ในอดีตการทำงานของเภสัชกรยังไม่มีระบบ ขาดแบบฟอร์มในการทำงาน รวมถึงแบบฟอร์มในการส่งต่อผู้ป่วยด้วย
- ความมั่นใจของเภสัชกรชุมชนในการให้บริการ
- ธรรมชาติการรับรู้ของ ผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข ต่อบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรชุมชน เพราะยังไม่ทราบว่าเภสัชกรชุมชนทำอะไรได้บ้าง
- ร้านยาอาจจะช่วยในการดูแลประชาชนในชุมชนได้มากขึ้นเนื่องจากครอบคลุมพื้นที่มากกว่า

2) ส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาล

- ยังขาดการทำงานที่ประสานกันระหว่างเภสัชกรที่อยู่ต่างหน่วยบริการสุขภาพ
- ยังขาดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานระหว่างเภสัชกรที่อยู่ต่างหน่วยบริการสุขภาพ

3) ส่วนของผู้ป่วย

- ตัวของผู้ป่วยเองผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ได้ให้ความเชื่อถือหรือเห็นความสำคัญของการส่งตัว
- ความต้องการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ต้องการเสียเวลาไปพบแพทย์ อาจจะต้องมีซักถามความต้องการของผู้ป่วยก่อน ผู้ป่วยบางรายก็ยินดีที่จะทำหน้าที่ส่งและรับสารระหว่างร้านยากับหน่วยบริการสุขภาพอื่น แต่บางคนก็ไม่ซึ่งคงต้องมีการคิดระบบรองรับสำหรับกลุ่มนี้
- ผู้ป่วยบางรายเพียงต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่เขาสะดวกจะเข้าไปปรึกษาและช่วยดูแลสุขภาพของเขา
- ความแตกต่างของผู้ป่วยทำให้การยอมรับและความเข้าใจต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะเข้าใจและทำให้การส่งต่อเกิดได้และเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยบางรายไม่แสดงอาการเสี่ยงให้เห็น ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญ

4) ส่วนของบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ

- อาจจะต้องคำนึงถึงขอบเขตและหน้าที่ความรับผิดชอบว่างานบริการที่จะสร้างมาตรฐานนั้นจะต้องไม่ก้าวก่ายงานของบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ
- ธรรมชาติการรับรู้ของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ
- ปัญหาความเข้าใจและการยอมรับ โดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้บริการ เพราะบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยถูกแพทย์ต่อว่ากลับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อไปส่งต่อ

รหัสประจำตัวประชาชน -

แบบฟอร์มการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (Pharmacist Referral Form: PhRF)

ชื่อผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ..... ปี
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
สิทธิการรักษาพยาบาล ☐ UC ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ สถานพยาบาล.....
เหตุผลในการส่งต่อ ☐ Further investigation/management ☐ Drug-related problems (DRPs) ☐ Loss of follow-up

รายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(โปรดระบุรายละเอียด เช่นชื่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ขนาด
ความแรง รูปแบบ วิธีการใช้ และพฤติกรรมการใช้เช่นต่อเนื่อง
หรือเฉพาะบางเวลา เป็นต้น)

รายละเอียดของการส่งต่อ

ประวัติการเจ็บป่วย (HPI):

โรคประจำตัว (PMH):

ประวัติแพ้ยา/อื่นๆ:

ข้อมูลเพิ่มเติม:

ปัญหาที่พบ และข้อสังเกตของเภสัชกร :

การดำเนินการเบื้องต้นของเภสัชกร

☐ ให้การรักษาเบื้องต้น ได้แก่

☐ ให้คำแนะนำการใช้ยา/การดูแลตนเอง ดังนี้

☐ อื่นๆ

เภสัชกรผู้ส่งต่อ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

วันที่

ร้านยา โทรศัพท์.....

ที่อยู่

สำคัญ! โปรดตอบกลับข้อมูลในเอกสารอีกฉบับที่แนบมาด้วยนี้ (ใบตอบกลับการส่งต่อ: PRF) แล้วส่งคืนให้ผู้ป่วยเป็นผู้นำกลับมามอบให้แก่เภสัชกรผู้ส่งต่อ

(แผ่นที่ 1)

ใบตอบกลับการส่งต่อ (Physician Respond to Referral Form: PRF)

วันที่.....

ถึง เกสเซอร์ผู้เกี่ยวข้อง

ตามที่ท่านได้ส่งผู้ป่วย ชื่อ เพศ..... อายุ ปี
มาเพื่อดำเนินการตามประสงค์นั้น ขอส่งรายละเอียดมาเพื่อทราบ ดังนี้

ผลการตรวจวินิจฉัย

.....
.....
.....
.....
.....

การรักษาที่ให้

.....
.....
.....
.....
.....

ขอให้เกสเซอร์ดูแลหรือติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในเรื่องต่อไปนี้.....

☐ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

☐ ให้คำแนะนำการใช้ยา/ ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

☐ เฝ้าระวังอาการต่อไปนี้ (โปรดระบุอาการ)

แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย

สถานพยาบาล.....

เบอร์โทรหรือ e-mail address ที่สะดวกในการติดต่อ.....

(แผ่นที่ 2)

แผนภาพที่ 7.5 แบบฟอร์มส่งต่อสำหรับเกสเซอร์ชุมชน พัฒนาโดยโครงการวิจัย

ตารางที่ 7.7 แนวทางการเขียนแบบฟอร์มการประเมินและส่งต่อผู้ป่วย (Pharmacist Referral Form)

หัวข้อตามแบบฟอร์ม	ข้อมูลที่ต้องกรอก	หมายเหตุ
ประวัติส่วนบุคคล		
รหัสประจำตัวประชาชน	รหัสประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วย	กรอกตัวเลขแต่ละหลักลงในช่องสี่เหลี่ยม
ชื่อผู้ป่วย	ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย	กรอกชื่อและสกุลของผู้ป่วย โดยมีคำนำหน้าชื่อ เช่น นาย นาง นางสาว ดช. ดญ. หรือคำนำหน้าอื่นๆ ตามความเหมาะสม
เพศ	เพศของผู้ป่วย	กรอกคำว่า “ชาย” หรือ “หญิง” ตามเพศสภาพของผู้ป่วย
อายุ	อายุของผู้ป่วย ณ วันที่ให้บริการ (หน่วยปี)	กรอกอายุของผู้ป่วย ณ วันที่ให้บริการในหน่วยปี โดยนับเฉพาะอายุที่เป็นปีเต็ม เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดวันที่ 18 มีนาคม 2527 และวันที่ให้บริการคือวันที่ 26 เมษายน 2558 ผู้ป่วยจะมีอายุเท่ากับ 31 ปี 1 เดือน 9 วัน ให้กรอกว่าอายุเท่ากับ 31 ปี
ที่อยู่	ที่อยู่ของผู้ป่วยที่ติดต่อได้	กรอกที่อยู่ของผู้ป่วยที่สะดวกแก่การติดต่อ โดยระบุข้อมูลเหล่านี้เป็นอย่างน้อย โดยเขียนเรียงตามลำดับ ได้แก่ เลขห้อง(ถ้ามี) ชั้น(ถ้ามี) ชื่ออาคารชุด(ถ้ามี) บ้านเลขที่ ซอยแยก(ถ้ามี) ซอยหลัก(ถ้ามี) ถนน ชื่อหมู่บ้าน(ถ้ามี) หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขตและจังหวัด
โทรศัพท์	หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยที่ติดต่อได้	กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยที่ติดต่อได้ โดยเป็นหมายเลขที่ผู้ป่วยใช้เป็นหมายเลขหลัก - หากเป็นหมายเลขโทรศัพท์บ้านหรือสำนักงาน ให้ระบุหมายเลขจังหวัดด้วยเสมอโดยไม่ต้องใส่เครื่องหมายวงเล็บ แล้วตามด้วยหมายเลขต่อ(ถ้ามี) โดยคั่นด้วยคำว่า “ต่อ” เช่น 0 3532 5674 ต่อ 317 - หากเป็นหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ให้ระบุหมายเลข 10 หลัก โดยไม่ต้องใส่เครื่องหมายวงเล็บ เช่น 08 3003 4182
สิทธิการรักษาพยาบาล	สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย	ทำเครื่องหมายถูก (/) ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าตัวเลือกสิทธิการรักษา - UC (Universal coverage): ผู้ป่วยใช้สิทธิ

		หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า - ข้าราชการ: ผู้ป่วยใช้สิทธิสำหรับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว - ประกันสังคม: ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคม - อื่นๆ: ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาอื่นๆ นอกเหนือจากที่ระบุข้างต้น โดยต้องกรอกข้อมูลชื่อสิทธิที่ผู้ป่วยรายนั้นใช้อยู่ด้วย
สถานพยาบาล	สถานพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย	สถานพยาบาลตามสิทธิผู้ป่วย
เหตุผลในการส่งต่อ	เหตุผลของเภสัชกรในการส่งต่อผู้ป่วย	ทำเครื่องหมาย (/) ในช่องสี่เหลี่ยมหน้าตัวเลือกเหตุผลในการส่งต่อ - Further investigation/management ในกรณีที่เภสัชกรประเมินว่าผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อ เนื่องจากต้องการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาซึ่งร้านยาไม่มีความพร้อม - Drug-related problems (DRPs) ในกรณีที่เภสัชกรประเมินพบว่าปัญหาจากการใช้ยาโดยระบุรายละเอียดของปัญหาตามการจัดแบ่งประเภทแบบ Cipolle, Strand & Morley (2012) - Loss of follow-up ในกรณีที่เภสัชกรพบว่าผู้ป่วยขาดช่วงการรักษาหรือขาดการพบแพทย์เป็นเวลานานจึงไม่ได้รับการตรวจติดตามผลการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ณ ปัจจุบัน
การทบทวนรายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ		
รายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	รายการยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้ป่วยใช้ภายใต้การสั่งใช้และดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ และที่ผู้ป่วยตัดสินใจหาซื้อมาทดลองใช้ด้วยตนเอง	กรอกรายละเอียด โดยระบุข้อมูลเหล่านี้เป็นอย่างน้อย โดยเขียนเรียงตามลำดับ ดังนี้ ชื่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ระบุทั้งชื่อการค้าและ/หรือชื่อสามัญ) ความแรงของตัวยาหรือองค์ประกอบสำคัญ(ถ้ามี) รูปแบบทางเภสัชภัณฑ์ของยาหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ วิธีการใช้ และพฤติกรรมการใช้เช่นต่อเนื่องหรือเฉพาะบางโอกาส เป็นต้น
รายละเอียดของการส่งต่อ		
ประวัติการเจ็บป่วย (HPI)	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงข้อมูล	กรอกรายละเอียดของอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน โดยขยายความจากอาการสำคัญ ทั้งนี้หากรายละเอียดของประวัติ

	รายละเอียดที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญ	การเจ็บป่วยปัจจุบัน มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ให้นำเสนอโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ล่าสุดขึ้นก่อน ตามด้วยเหตุการณ์ก่อนหน้าไปจนถึงเหตุการณ์แรก ที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ ตัวอย่างเช่น [อาการสำคัญ (CC) คือปวดท้องและอาเจียนเป็นเลือดมาแล้ว 1 วัน] - 1 วันก่อน ปวดท้องรุนแรงมาก มีไข้ ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียนเป็นเลือด - 3 วันก่อน อาการปวดท้องรุนแรงมากขึ้นเป็นตลอดเวลา - 1 สัปดาห์ก่อนผู้ป่วยเริ่มปวดท้องด้านซ้ายส่วนล่าง เป็นๆ หายๆ
โรคประจำตัว (PMH)	รายละเอียดโรคประจำตัวหรือประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต	กรอกรายละเอียดโรคประจำตัวหรือประวัติการรักษาพยาบาลในอดีต รวมถึงประวัติการผ่าตัด อุบัติเหตุ และการได้รับวัคซีนต่างๆ ให้นำเสนอโดยเรียงลำดับเหตุการณ์ล่าสุดขึ้นก่อน ตามด้วยเหตุการณ์ก่อนหน้าไปจนถึงเหตุการณ์แรก ที่ผู้ป่วยมีอาการสำคัญ เช่นเดียวกับการกรอกข้อมูลในประวัติการเจ็บป่วย (HPI)
ประวัติแพ้ยา/อื่นๆ	รายละเอียดปฏิกิริยาตอบสนองอันไม่พึงประสงค์ของร่างกายผู้ป่วยต่อยาหรือสารเคมีต่างๆ	กรอกรายชื่อยาหรือสารเคมีที่คาดว่าจะป็นสาเหตุโดยระบุทั้งชื่อการค้า ชื่อสามัญ และความแรงของตัวยาหรือองค์ประกอบสำคัญ พร้อมรายละเอียดลักษณะอาการ ความรุนแรง การแก้ไขและผลตอบสนอง ทั้งนี้รวมการแพ้ที่เกิดผ่านระบบภูมิคุ้มกัน (True allergy, Hypersensitivity) และอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงซึ่งควรระวังป้องกันไม่ให้เกิดอาการขึ้นอีกด้วย
ข้อมูลเพิ่มเติม	ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย	กรอกรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ข้อมูลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การออกกำลังกาย สภาวะทางจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคและเศรษฐฐานะทางสังคม เป็นต้น
ปัญหาที่พบ	ปัญหาที่พบในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งเป็นเหตุให้ต้องมีการส่งต่อ	กรอกปัญหาที่พบในผู้ป่วยซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล PI, PH, ประวัติการแพ้ยา และข้อมูลเพิ่มเติม ยกตัวอย่างเช่น - Medical problems ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพซึ่งต้องการการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาซึ่งร้านยาไม่มีความพร้อม - Drug Related Problems ในกรณีที่เฝ้าระวัง

		ประเมินพบว่าปัญหาจากการใช้ยาโดยระบุรายละเอียดของปัญหาตามการจัดแบ่งประเภทแบบ Cipolle, Strand & Morley (2012) หรือในกรณีที่เภสัชกรพบว่าผู้ป่วยขาดช่วงการรักษาหรือขาดการพบแพทย์เป็นเวลานานจึงไม่ได้รับการตรวจติดตามผลการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ณ ปัจจุบัน เภสัชกรอาจเสนอแนะเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาจากอะไร
การดำเนินการเบื้องต้นของเภสัชกร (เลือกกรอกในส่วนที่ดำเนินการ)		
การทบทวนรายการยา พบปัญหาทางยา	ทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้และระบุปัญหาจากการใช้ยา	กรอกรายละเอียด โดยระบุข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่เป็นปัญหา เช่น - ปัญหาทางยาที่พบ เช่น การแพ้ยา ADRs เป็นต้น - ชื่อยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ระบุทั้งชื่อการค้าและ/หรือชื่อสามัญ) - ความแรงของตัวยาหรือองค์ประกอบสำคัญ (ถ้ามี) - รูปแบบทางเภสัชภัณฑ์ของยาหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆ - วิธีการใช้ - พฤติกรรมการใช้เช่นต่อเนื่องหรือเฉพาะบางโอกาส
ให้การรักษาเบื้องต้น	รายละเอียดของการรักษาเบื้องต้นที่เภสัชกรดำเนินการ	กรอกรายละเอียดของการให้การรักษา โดยระบุข้อมูล เช่น - หยุดผลิตภัณฑ์ที่สงสัยว่าผู้ป่วยแพ้ - ลงรายละเอียดการแพ้ผลิตภัณฑ์ในบัตรแพ้ยาและมอบให้ผู้ป่วย - จ่ายยาเพื่อควบคุมอาการเบื้องต้น (ระบุข้อมูลผลิตภัณฑ์) - ปฐมพยาบาลเบื้องต้น
ให้คำแนะนำการใช้ยา/การดูแลตนเอง	รายละเอียดคำแนะนำการใช้ยาหรือการดูแลตนเองที่เภสัชกรชุมชนให้บริการแก่ผู้ป่วย	กรอกรายละเอียด โดยระบุข้อมูลคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย - แนะนำให้ยืมบัตรแพ้ยาทุกครั้งเมื่อพบบุคลากรทางการแพทย์ - แนะนำให้ความรู้เรื่องเบื้องต้นในการควบคุมอาการก่อนพบแพทย์ เช่น ให้อมลูกอมหากมีอาการน้ำตาลตก
อื่นๆ	รายละเอียดอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในรายการเลือก	กรอกรายละเอียดการดำเนินการอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในรายการดำเนินการข้างต้น

	ดำเนินการเบื้องต้นโดย เภสัชกร	
ลงชื่อเภสัชกรผู้ ส่งต่อ	เขียนชื่อและนามสกุลที่ ชัดเจนของเภสัชกรผู้ ให้บริการ	กรอกชื่อและนามสกุลของเภสัชกร โดยมีคำนำหน้าชื่อ เช่น ภก. ภญ. ตามความเหมาะสม
เลขที่ใบประกอบ วิชาชีพ	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ของเภสัชกร	กรอกเลขที่ใบประกอบวิชาชีพของเภสัชกรผู้ส่งต่อ
วันที่	วันเดือนปีที่เภสัชกร ให้บริการ	กรอก วัน เดือน ปี พ.ศ.
ร้านยา	ชื่อร้านยาที่เภสัชกร ดำเนินการ	กรอกชื่อร้านยา
โทรศัพท์	หมายเลขโทรศัพท์ของ เภสัชกรผู้ให้บริการที่ สามารถติดต่อได้	กรอกหมายเลขโทรศัพท์ของเภสัชกรที่ติดต่อได้ โดยเป็น หมายเลขที่เภสัชกรใช้เป็นหมายเลขหลัก - หากเป็นหมายเลขโทรศัพท์บ้านหรือสำนักงาน ให้ ระบุหมายเลขจังหวัดด้วยเสมอโดยไม่ต้องใส่ เครื่องหมายวงเล็บ แล้วตามด้วยหมายเลขต่อ (ถ้ามี) โดยค้นด้วยคำว่า “ต่อ” เช่น 0 3532 5674 ต่อ 317 - หากเป็นหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ให้ระบุ หมายเลข 10 หลัก โดยไม่ต้องใส่เครื่องหมายวงเล็บ เช่น 08 3003 4182
ที่อยู่	ที่อยู่ของร้านยา	กรอกที่อยู่ของร้านยาที่สะดวกแก่การติดต่อ โดยระบุ ข้อมูลเหล่านี้เป็นอย่างน้อย โดยเขียนเรียงตามลำดับ ได้แก่ เลขห้อง(ถ้ามี) ชั้น(ถ้ามี) ชื่ออาคารชุด(ถ้ามี) บ้านเลขที่ ซอยแยก(ถ้ามี) ซอยหลัก(ถ้ามี) ถนน ชื่อ หมู่บ้าน(ถ้ามี) หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต และ จังหวัด

บรรณานุกรม

- Brailer, D. J. (2005). Interoperability: The key to the future health care system. *Health Affairs*, 24, W5-19 - 21.
- King, W. R., Chung, T. R., & Haney, M. H. (2008). Knowledge management and organizational learning. *Omega-International Journal of Management Science*, 36(2), 167-172. doi: 10.1016/j.omega.2006.07.004
- Miller, P. (2000). Interoperability. What is it and Why should I want it. *Ariadne*, 24(10).
- Panidchakul, k., & Samranbua, A. (2013). การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกาย. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 19(1, January-June), 67-76.
- Pounsombat, S. (2011). Interoperability and its importance for surveillance of emerging and re-emerging vector-borne diseases. *Journal of the Vector-Borne Diseases*, 7(1), 48-52.
- สภช. (2014). คู่มือปฏิบัติงาน โครงการการบริการงานส่งเสริมสุขภาพในร้านยาคุณภาพ เขตกรุงเทพมหานคร. Retrieved November 11, 2014, from <http://www.pharcpa.com/cpaproject.html>