

สรุปรายงาน
การสังเคราะห์ บทบาทและโครงสร้างของระบบ
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทของวิชาชีพ
และลักษณะของสถานบริการสุขภาพ

กรณีศึกษา
ร้านเรือนยา
กรุงเทพมหานคร

โดย

อ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การสังเคราะห์บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบท ของวิชาชีพเภสัชกร และลักษณะของสถานบริการสุขภาพร้านยาชุมชน

โดย อ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบของการให้บริการระดับปฐมภูมิที่เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงมีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการเพื่อให้ได้คำตอบที่เหมาะสมต่อบริบทของประเทศไทย ในด้านของความหมาย โครงสร้าง รูปแบบ และบทบาทของแต่ละวิชาชีพรายงานการศึกษานี้จะนำเสนอกรณีศึกษาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกรร้านยาชุมชนในเขตที่มีประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่นแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

เนื่องจากใช้แนวคิดของหลักการบริหารเภสัชกรรม การให้บริการของร้านยาแห่งนี้จึงไม่ได้เน้นเพียงการจำหน่ายยาอย่างเดียว ดังนั้นนอกจากจะมีบทบาทในการจ่ายยาโดยตรงให้กับประชาชนผู้มาใช้บริการ (ด้วยโรคที่ไม่ซับซ้อน) และตามใบสั่งแพทย์แล้ว เภสัชกรประจำร้านแห่งนี้ยังมีบทบาทในการให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยการบริการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาและให้ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น (ทั้งที่ร้านและทางโทรศัพท์) คัดกรองโรค บริการเยี่ยมบ้าน ติดตามโรคและปัญหาการใช้ยา ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่เหมาะสม รณรงค์ป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพในชุมชน บันทึกลงและแจ้งข้อมูลยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆที่เป็นประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภค จากความพยายามให้บริการที่ครอบคลุมทางด้านจิตใจและสังคม ไม่มุ่งเน้นเฉพาะแต่เรื่องการจ่ายยา ทำให้เป็นที่ไว้วางใจ เสมือนเป็นผู้จัดการทางด้านสุขภาพของผู้มาใช้บริการส่วนหนึ่งในชุมชน

การให้บริการของร้านยาชุมชนแห่งนี้มีจุดมุ่งหมายที่ผลประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ จึงพยายามทำงานเป็นทีมในลักษณะที่เกื้อกูลกันกับวิชาชีพทางการแพทย์อื่นๆ ในปัจจุบัน ร้านยาแห่งนี้มีเครือข่ายความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และนักกายภาพบำบัด ส่วนความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ก็มีทั้งทั้งภาครัฐและเอกชนเช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกเอกชน ศูนย์X-ray และ Lab ตลอดจนโรงพยาบาลในบริเวณใกล้เคียง แต่ความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเหล่านี้ยังไม่เป็นทางการ เกิดขึ้นเองตามวาระและโอกาส ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ส่วนตัวเป็นสำคัญ ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องความยอมรับและความสะดวกรวดเร็วในการประสานงาน และการส่งต่อ-รับกลับผู้ป่วยในส่วนของการยศาสตร์ที่ทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการให้บริการนั้น ลำดับที่ทัศนคติและความมุ่งมั่นที่จะให้บริการ ความสัมพันธ์ที่เป็นกันเองและความหวังดีที่มีต่อผู้มาใช้บริการ ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความรู้สึกพึงพอใจ ไว้วางใจ และเลือกที่จะมาใช้บริการ

จะเห็นได้ว่าการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกรร้านยาแห่งนี้ มีจุดเน้นในเรื่องการจ่ายยาในชุมชน การบริการที่มีคุณภาพ เป็นองค์รวม และความต่อเนื่อง มีจุดแข็งที่เข้าถึง เภสัชกรเป็นคนในชุมชน มีกำลังคนเพียงพอในการร่วมดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในเชิงรุกและเชิงรับในลักษณะที่เกื้อกูลกัน

กับวิชาชีพทางการแพทย์อื่นๆ แต่ก็ยังมีจุดอ่อนที่ขาดระบบเครือข่ายเชื่อมโยงเป็นทางการที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ เนื่องจากร้านยาเป็นแหล่งที่เข้าถึงง่าย จึงมีโอกาสความเป็นไปได้ที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นเครือข่ายหนึ่งในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในอนาคตการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการทำงานชุมชนของเภสัชกรและระบบกำกับควบคุมคุณภาพบริการของร้านยาชุมชนจึงมีความสำคัญมาก

**ผลการวิเคราะห์บทบาทและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบท
ของวิชาชีพเภสัช:กรณีศึกษาร้านเรือนยา**

1. ความหมายของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร

◆ “บริการสุขภาพปฐมภูมิ คำว่า *Primary care* มันเป็นการให้บริการที่เน้นการแก้ปัญหาของคนที่อยู่ในชุมชนซึ่งปัญหาของคนในชุมชน มีหลากหลาย ไม่จำเป็นต้องเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพไข้ แต่ไม่ใช่การเจ็บป่วยอย่างเดียว มันอาจจะต้องรวมตั้งแต่ *Non care* กับ *care* *Non care* เป็นเรื่อง การทำอะไร คนในชุมชนจึงจะมีสถานะแวดล้อมที่ดี สุขภาพจิตดี ซึ่งมันก็จะส่งผลต่อ *care* ต่อสุขภาพ โดยรวมของร่างกาย ผมคิดว่า ที่เราทำ P&P จะเป็น *care* แต่เราทำอะไรที่ให้ได้ P&P ที่ไม่ใช่ *care* ... ถ้า P&P มันมีจุดเน้นที่ *Non care* แล้ว *Primary care* ก็เหมาะสำหรับความเจ็บป่วยพื้นฐาน แต่ *Primary care* ต้องมีศักยภาพพอที่จะคัดกรอง พอที่จะชี้แนะ ป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรง ไม่ใช่ปล่อยให้ การเป็นของโรคมันรุนแรงแล้วค่อยไปรักษา ฉะนั้น PC ต้องสามารถค้นหาปัญหาได้ก่อน ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาสุขภาพทางกาย โรค Communicable disease ต่างๆ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมต่างๆ ฉะนั้นต้อง รักษาโรคพื้นฐานเป็นโรคทั่วไปได้ คัดกรองโรคที่เรื้อรังได้ เพราะว่าถ้า *Primary care* ทำเองจะสำเร็จ ระดับหนึ่ง แต่ถ้า *Primary care* สามารถมีกลวิธีไปจุดประกาย ไปผลักดัน ให้คนลุกขึ้นมาช่วยในเรื่อง ของสุขภาพ นั่นคือ PC ทำในจุดของตัวเอง Success แล้วในเชิงรุก ผมยังคิดว่า PC ถ้าเราเน้นเรื่อง *care* อย่างเดียวยังเป็นฝ่ายรับ”

◆ “เนื่องจากเภสัชกรจะมี ความรู้เรื่องยาดี ส่วนความรู้เรื่องโรค เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพราะฉะนั้น บทบาทหลักก็คือ จะต้องใช้บทบาทความรู้เรื่องยา เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไปช่วยชุมชนก่อน เรื่องยาก็คือ ทำอย่างไรที่จะให้ชุมชนมีการใช้ยาที่เหมาะสม ฉะนั้นถ้ามองในเชิง P&P ที่เป็นภาพของเภสัช ก็ต้องลงไปเล่นในเรื่องของการใช้ยาในชุมชน ให้ยาไม่เหมาะสม ยาถูกกลอน ยาชุด ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น น้ำดื่ม อาหาร ที่ไม่เหมาะสม เครื่องสำอางค์เครื่องมือแพทย์ อะไรต่างๆ อันที่ 2 ก็คือ เนื่องจากคนที่อยู่ในชุมชน มันจะต้องทำ *Non drug* ที่นี้ *drug* คุณต้องทำเรื่องยาให้ดีที่สุด ไม่ว่าคุณ จะจ่ายยาตามใบสั่งยา ตัวคุณเองเป็นคนจ่ายยา ต้องถามตัวเองว่า ได้สร้างปัญหาการใช้ยาหรือไม่ ใช่ไหม เพราะเมืองไทยไม่เหมือนต่างประเทศ เราไม่ได้จ่ายยาตามใบสั่งยา ซึ่งถ้าเภสัชกรจ่ายยาตามใบสั่งยา จะต้องรับผิดชอบร่วมกับแพทย์ ในบริบทที่เภสัชกรเป็นคนจ่ายเอง ก็เหมือนกับแพทย์ จ่ายเอง 2 คนต้องถามตัวเองว่า เราสร้างปัญหาในการใช้ยาหรือไม่ สรุปอีกอย่างว่า ถ้าระบบเป็นเรื่องของธุรกิจการค้าที่ทำกำไร มักจะสร้างปัญหา เพราะว่ามันต้องทำกำไร แล้วลืมไป บทบาทในการที่จะต้องหาซึ่งมีคุณภาพ เพราะคุณมีความรู้ ฉะนั้นการคัดเลือกยามาใช้ คุณต้อง 1. คัดเลือกยาที่ดี 2. กระจายยาให้ดี 3. ติดตามให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม เข้าข่ายเลย คัดเลือก กระจาย Counseling ติดตาม ส่วนบทบาท *Non care* ผมเน้นมาก เภสัชกรต้องทำ ถ้าไม่สามารถทำนอกร้านได้ ต้องทำในร้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในร้านคุณ เครื่องสำอางค์ เครื่องมือแพทย์ อาหารเสริม อะไรต่างๆ 1. ต้องที่มีคุณภาพ มี *evident base* 2.

เฝ้าระวัง Surveillance ผลลัพธ์พวกนี้ในชุมชน ต้องปลุกระดมให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากผลลัพธ์สุขภาพ ผมถึงทำโครงการที่พยายามกระตุ้นให้เขารายงาน ถ้ามีปัญหา แต่ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร แล้วก็บทบาท *Non care* อีกอันหนึ่ง จริงเป็นบทบาท *care* แต่ทำนอกบ้าน ซึ่งก็มีเรื่องยาทำในบ้าน นอกบ้านอาจมีไปเฝ้าระวัง ไป *Home care* ไปดูการให้ยาให้เหมาะสม โดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คุณจะต้องไปคุยที่บ้าน คำว่าให้ยาที่เหมาะสม คือ เหมาะสมในกิจวัตรของคน ที่นอนบ้าน *Environment* เป็นยังไง เขาจะตื่นมากินยาตอนเช้าตามที่เรานำเสนอได้ไหม ถ้าไม่ได้ จะปรับขบวนการกินยาให้สอดคล้องได้ไหม แต่ถ้า *Non drug* ในชุมชน คุณก็ต้องไปสร้างสุขภาพแล้วทำ *Environment* ให้ดีขึ้นให้เขาตระหนักถึงการปรับ *Lifestyle* ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย เรื่องอาหาร เครื่องดื่มสุขภาพอะไรต่างๆ สรุปแล้ว บทบาททางเภสัชจะมีทั้งยาแล้วไม่ใช่ยา *care* ไม่ใช่ *care* ”

“เนื่องจากวิชาชีพเรานี้มันทำเรื่องยามากนะ ก็จะต้องให้เปอร์เซ็นต์สูงๆ ในเรื่องผลิตภัณฑ์ทางยา ก่อน แต่ต้องดูก่อนว่า บทบาทใน *PC* ที่จะทำให้เราเป็นเครือข่าย มีความรับผิดชอบมากขึ้นแค่ไหน เพราะฉะนั้นสำหรับเภสัชกรเรื่องยาจะต้องเป็นเรื่องใหญ่ เรื่องประกันสุขภาพเป็นเรื่องรองลงมา แล้วก็เรื่อง *P&P* แล้วก็เรื่อง *Non care* ตามลำดับ แล้วก็ *Home visit* ถ้ามีศักยภาพก็ออกนอกบ้านได้ ฉะนั้นไม่สามารถพูดว่า ทุกคนสามารถออกนอกบ้านได้ ถ้าคุณออกนอกบ้านไม่ได้ คุณก็ต้องทำอยู่ในร้าน ทำอย่างไร คุณจะมีทางสื่อสารกับชุมชนอย่างไร แต่ถ้าออกนอกบ้านได้ก็จะเป็นจุดแข็ง แล้วว่าคุณสามารถลงไปคลุกคลีกับชุมชนได้ คุณก็สร้างให้ชุมชน เขาารู้สึกว่าคุณเป็น *manager* อย่างที่ชุมชนแถวนี้เขารู้สึกว่าผมเป็นผู้จัดการเขาได้ ผมช่วยเขาได้ มันเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ”

2. บทบาทและขอบเขตของวิชาชีพเภสัชกร และฐานองค์ความรู้ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.1 บทบาทและขอบเขตของวิชาชีพเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2.1.1 บทบาทของเภสัชกรที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(ที่ร้านยาเภสัชกรชุมชน)

นอกจากคุณคหาจะจ่ายยาให้กับประชาชนผู้มาใช้บริการ(ด้วยโรคที่ไม่ซับซ้อน)โดยตรงแล้ว ยังมีบทบาทในการให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน บริการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาและให้ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น (ทั้งที่ร้านและทางโทรศัพท์) คัดกรองโรคที่ร้านและในชุมชน บริการเยี่ยมบ้าน ติดตามโรคและปัญหาการใช้ยา ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่เหมาะสม รณรงค์ป้องกันโรคในชุมชน บันทึกและแจ้งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

◆ “ร้านนี้ไม่ได้ตั้งใจจะขายยาอย่างเดียว เราเหมือนเป็น *manager* ของผู้ป่วยในชุมชนนี้ เพราะงั้นจึงมีหลายคนที่จะก่อนจะไปโรงพยาบาลก็จะแวะมาก่อน เช่นถามว่าลูกเป็นอย่างนี้จะไปโรงพยาบาลหรือไม่”

◆ “กิจกรรมทำเป็นประจำ ไปเยี่ยมบ้านกับติดโปสเตอร์ (หน้าร้านและในชุมชน) แต่ที่ออกหน่วย แล้วแต่เทศกาล ”

◆ “สิ่งที่เราให้เขา เขาไม่ได้เรียกร้อง มันเป็นการคืนกำไรสู่ประชาชน เช่น บริบาลเภสัชกรรม ในร้านเป็นที่ปรึกษา ปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำใบส่งตัว Refer ทำใบประวัติการใช้ยา”

บริการให้คำปรึกษา/แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาและให้ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น

◆ “มีหลายครั้งที่บางคนไปซื้อยาร้านอื่นเสร็จ ก็เอากลับมาถามเราว่า ยานี้มันกินได้ไหมเนี่ย สีสันไม่เหมือนกัน มันใช่ยาเดียวกันไหม ถ้าเขาเขียนชื่อมาเราก็บอกได้ ถ้าเขาไม่เขียนชื่อมาเราก็บอกไม่ได้”

◆ “หลายคนที่ก่อนจะไปโรงพยาบาลก็จะแวะมาก่อน เช่นถามว่าลูกเป็นอย่างนี้จะไปโรงพยาบาลหรือไม่”

◆ “มีคนหนึ่งสามีทิ้ง มีลูก 2 คน โตแล้ว ตัวเอง อายุ 30 ได้แฟนเด็ก เป็นทหารเกณฑ์ อายุ 20 มาปรึกษาเรื่องตั้งท้อง เราก็ว่าดีแล้วนี่รักกัน เขาบอกไม่ได้พ่อแม่รับไม่ได้ อายุคนอื่น เราก็ ให้คำปรึกษา convince เขาให้เก็บไว้”

◆ “เราจัดโปสเตอร์ให้ความรู้หน้าร้านเดือนละเรื่อง เคยทำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การคุมกำเนิด บางทีก็จะมีเด็กวัยรุ่นเข้ามาขอคำปรึกษา”

◆ “เรามีการจัดส่งจดหมายข่าวทางไปรษณีย์เพื่อเผยแพร่ความรู้และข่าวสารข้อมูลทางด้านสุขภาพ (ไม่มีโฆษณา) แก่สมาชิกของร้านซึ่งมีประมาณสามร้อยกว่าคน ทุกเดือน”

การคัดกรองโรค ทำทั้งที่ร้านและออกหน่วยในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นการซักประวัติอาการ และประเมินความเสี่ยง บริการวัดความดันโลหิต ในรายที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ก็จะเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดให้

◆ “ถ้าประเมินความเสี่ยง มีการประเมินความเสี่ยง 2 โรค คือเบาหวาน และความดันโลหิตสูง”

◆ “การคัดกรองเบาหวาน ถ้าเป็นคนไข้ที่มาที่ร้านเลยเราดูจาก อาการหรือ Complication เราจะมีแบบฟอร์ม ในการประเมินความเสี่ยงไม่ใช้อยู่เฉย ๆ ไปประเมินทุกคนนะ เราจะดูว่าคนนี้ เช่น ผู้หญิงมาด้วย การตกขาวบ่อย ๆ ก็จะเป็น Indicator ตัวหนึ่ง คนอ้วน มีอาการผื่นคันตามตัว ขาหนีบมีเชื้อรา เราถือว่าเป็นอันหนึ่ง อันที่ 2 มาด้วย Complication เช่นมีแผลเรื้อรัง... ถ้าคัดกรองคนจำนวนมาก ก็จะใช้วิธีดูญาติของผู้ป่วย หรือก็ให้ สอ. ไปประกาศ เพราะในชุมชนจะมี Health Center เป็นหน่วยบริการชุมชนในพื้นที่ เป็นศูนย์อาสาสมัครชุมชน จะมีไมโครโฟนตามบ้าน ก็จะบอกว่าวันนี้ร้านยามาจะคุยกับคนเป็นเบา

หวานหรือใครมีญาติเป็นเบาหวานในบ้านให้มาพูดคุยกันดูซิว่าตัวเองเป็นไหม ก็จะแห่กันมา 70 – 80 คน เราก็จะช่วยกันเจาะน้ำตาลบ้าง *Counselling* บ้าง คัดกรอง แต่ไม่ให้ยา”

◆ “เราจะไม่เน้นการเจาะน้ำตาล ไม่ใช่กิจกรรมหลักของเรา ส่วนใหญ่จะเอาประวัติเสี่ยงก่อน คือจะพยายามไม่ตามใจเขา ที่มาฟังให้เจาะ เราจะมีแบบฟอร์มมาใช้ในการให้คะแนน ถ้าอยู่ในความเสี่ยงเกิน 10 จัดอยู่ในความเสี่ยงมากจะต้องเจาะเบาหวานให้ ถ้าได้ Score 3 – 9 ไม่ตรวจ... ใช้เกณฑ์ของอเมริกา *American diabetes Association*”

ในการเยี่ยมบ้าน จะมีการช่วยประเมิน คัดกรอง และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลมากขึ้น (ยังไม่เกณฑ์ที่ชัดเจนในการคัดเลือกว่าจะเยี่ยมรายใด)

◆ “การเยี่ยมบ้านมีทั้งที่ ชาวบ้านมาตามที่บ้าน โทรมาตาม และที่เป็นกิจกรรมของนักศึกษาเภสัชที่มาสฝึกงาน”

◆ “ตอนนี้ยังไม่มีเกณฑ์ ก็จะใช้ ส่วนใหญ่เขาจะโทรมาตาม เช่น วันนี้แม่ตื่นมาตอนเช้า เวียนหัวมาก ลูกนั่งแล้วบ้านหมุนหมดเลย คุณคทาช่วยมาวัดความดันหน่อย อย่างนี้เราไป หรือสองคนใช้ *bed rest* กลับมาจากโรงพยาบาล เพิ่งผ่าตัด คนไข้มีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน คุณคทาช่วยมาดูแลหน่อยว่ายาที่หมอให้มามี *side effect* หรือเปล่า จริงๆแล้วคุณน่าจะเอามาให้ผมดูนะ เขาบอกว่า เปล่า อยากให้มาดูคุณแม่ด้วย อย่างนี้ก็ไป ไปดูยา ไปดูคุณแม่เขาด้วย”

◆ “การเยี่ยมบ้าน ก็ช่วยคัดกรองและให้เขาเข้าใจมากขึ้น ก็ช่วยดูอะไรต่างๆให้ เช่น เขาโทรมาบอกว่า ขาบวม เดินไม่ไหว มีแผล ไม่ไกลเท่าไรก็เลยไปดูให้ พอไปเจอก็เลยถาม ทำไมขาบวม และเริ่มดำ เขาตอบว่าไม่ได้กินยา เราารู้แล้วว่าต้องคุยกับลูกเขาแล้ว ต้องคอยดักเจอลูกสาวเขา เพราะแม่ไม่ยอมไปโรงพยาบาลแน่นอนคราวที่แล้วกว่าจะเซ็นกันไปได้ คราวที่แล้วเป็นแผลเรื้อรัง แล้วกินยาไม่หายซักที เราก็รู้แล้วว่าเบาหวานสูง ถ้าเขาไปหาหมอก็ต้องกินยาเบาหวาน กินครบก็ต้องกินต่ออีก คราวนี้ขาดแล้ว กับตัวคนไข้เราจะไม่พูดแรงๆ แต่กลับลูกสาวเขาเราจะพูดแรงๆว่า ถ้าปล่อยไว้เมื่อไหร่จะต้องเสียขาแน่ จะเอายังไง เลือกละแล้วกัน”

การติดตามประเมินความรุนแรงของโรคและการรักษา

◆ “ในระยะหลังมีการประเมินความรุนแรงของโรคด้วย 4 โรค คือ เบาหวาน ความดัน หอบหืด และ ไขมันในเลือดสูง”

◆ “เจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาล เพื่อที่จะ monitor คนไข้”

◆ “ทำทะเบียนประวัติ case ที่เป็นโรคเรื้อรังไว้ใน computer เมื่อผู้ป่วยมารับบริการในครั้งต่อไป ก็จะได้เปรียบว่าเหมือนเดิม คีขึ้น หรือแย่ง อย่างไร กลับไป follow up กับแพทย์ตามที่แนะนำหรือไม่ แพทย์ว่าอย่างไร ปรับหรือเปลี่ยนยา”

◆ “ทำปฏิทินการนัด follow up ที่ร้าน หากไม่มาตามนัด ก็จะโทรถาม ถ้าไม่มีโทรศัพท์ และอยู่ไม่ไกลก็จะให้นักศึกษาไปเยี่ยมบ้าน”

การติดตามดูแลการใช้ยาและปัญหาจากการใช้ยา

◆ “เราลงลึก concept อีกอันหนึ่ง การดูแลเรื่องยา แต่ยังไม่ได้เป็นเรื่องเป็นราวนะ เราไปดูแลยาให้เดือนละ1ครั้ง ในรายสมมติว่าคนไข้ กินยา Aspirin หรือ anti-platelet อะไรพวกนี้จะไปดูให้ มีเลือดไหลอะไรไหม”

การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับบริการที่เหมาะสม

◆ “แพทย์ที่อยู่แถวนี้ก็เข้าใจบทบาทเรา ว่าบทบาทของเราชัดเจน เราไม่ได้ไปรักษา หรือว่าบทบาทของเราไม่ทำให้ผู้ป่วยหนีออกจากระบบการดูแลรักษา เรายังผลักดันให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ระบบ จะเห็นว่าผมมี refer ผลักดันให้ผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ตามนัด”

การรณรงค์ป้องกันโรคในชุมชน

◆ “ตอนนี้พยายามสร้างกิจกรรมกับชุมชนอย่างที่เราจะมีโปสเตอร์ไปติดที่ชุมชน จะไปประเมินว่าเข้าได้ประโยชน์ไหม ถ้าเขาบอกได้ประโยชน์ ก็เอาไปติดบ้านไหม ต้องถามคนแถวนั้น ถ้าไม่มีประโยชน์ ก็ต้องไปประเมิน ถ้าทำไปแล้วไม่ได้ประโยชน์ คงต้องเปลี่ยนกระบวนการ”

บันทึกและแจ้งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

◆ “เราจะบันทึกรวบรวมเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์และอาการข้างเคียงต่างๆที่เกิดจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในชุมชน แล้วแจ้ง อ.ย. เพื่อเป็นประโยชน์ในการคุ้มครองผู้บริโภค”

2.1.2 ขอบเขตของวิชาชีพเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

คุณคทาปฏิบัติงานอยู่ขอบเขตของวิชาชีพเภสัชกรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ร้านเรียนยานข้อบังคับพื้นฐานของพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัช เนื่องจากมีการเน้นผลประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง คุณคทาจึงให้บริการประชาชนมากกว่าข้อบังคับของพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัช แต่ก็ระมัดระวังที่จะไม่ก้าวล่วงวิชาชีพอื่น

◆ “เราเอาประชาชนเป็นตัวตั้ง แล้วเราก็พยายามตีกรอบของเราเอง ไม่ได้ก้าวก่ายแพทย์ ถามว่าคุณจะน้ำตาลที่ร้าน คุณก้าวก่ายงานวิชาชีพไหม คำถามนี้ อยากจะบอกว่ามันอยู่ที่วัตถุประสงค์ ถ้าผมจะนำตาลผู้ป่วยที่มาจากที่ร้านแล้วผมจ่ายยานั้นคือ diagnosis แต่ผมแค่ตรวจน้ำตาล โดยการที่จะ monitor ผลประโยชน์อยู่ที่คนไข้ สมมติว่ามีคนไข้ hyperglycemia เจาะได้เลยไม่ต้องรูดอาหาร แต่ไปพบแพทย์ แพทย์ให้ลดอาหารมาก่อน มาผมเจาะเลย คนไข้มีอาการคลื่นไส้ เวียนหัว เราก็ส่งไปโรงพยาบาลตากสิน ซึ่งเป็น manager เป็นแม่ข่าย และเป็นคนจ่ายยาให้คนไข้คนนี้ โดยบทบาทวิชาชีพผมจะไม่สั่งยาให้ ถ้าฉันผมทำได้สบายเลย ผมบอกให้ผู้ป่วยถือยาไปหาหมอให้เป็นคนจัดการ ”

◆ “ผมจะบอกเสมอว่า อันที่ 1 ก็คือ เอาผลประโยชน์ของประชาชนเป็นตัวตั้ง อันที่ 2 ต้องการพินิจระ หน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ต้องเข้าใจว่ากรอบของเราอยู่แค่ไหน กรอบของวิชาชีพอื่นอยู่แค่ไหน อันที่เสริมและสำคัญที่สุดคือ การทำให้เกิดความร่วมมือการทำงานเป็นทีม ทุกๆ ฝ่าย แพทย์ พยาบาล เภสัช ผู้ป่วย เพราะว่าเราต้องร่วมดูแลซึ่งกันและกัน เพราะฉะนั้นตรงนี้ผมไม่ถือว่าเป็นปัญหา”

◆ “แพทย์ที่อยู่แถวนี้ก็เข้าใจบทบาทเรา ว่าบทบาทของเราชัดเจน เราไม่ได้ไปรักษา หรือว่าบทบาทของเราไม่ทำให้ผู้ป่วยหนีออกจากระบบการดูแลรักษา เรายังผลักดันให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ระบบ จะเห็นว่าผมมี refer ผลักดันให้ผู้ป่วยกลับไปพบแพทย์ตามนัด”

◆ “เคยมีเสียงสะท้อนจากอาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลแถวนี้ แต่หลังจากบทบาทเราชัดเจน ก็เข้าใจแล้ว แต่ก่อนไม่เข้าใจว่าทำวิชาชีพแพทย์ ก้าวก่ายงานของแพทย์หรือเปล่า แต่หลังจากเราทำไปส่งตัวไป เขาเห็นบทบาทเราชัดเจน ว่าเราไม่ได้หวังคนไข้ ไม่ได้คิดจะเก็บเงินอย่างเดียว ตอนนั้นก็เริ่มเข้าใจ ผมเข้าใจว่าถ้าเป็นโรงพยาบาลแถวนี้ ซึ่งเห็นบทบาทเราชัดเจนแม้กระทั่งแพทย์ชุมชน คลินิกต่างๆ เขาเข้าใจบทบาทผมชัดเจน ”

◆ “เราคงทำมากกว่าบทบาทตามของเภสัชสถานะ เภสัชสภาจะมองในเชิงของวิชาชีพ แต่เราจะออกในเชิงประโยชน์ของประชาชน แต่ก็ไม่ได้แปลว่ามันไม่สอดคล้องกันทีเดียว มันสอดคล้องกันอยู่ เพียงแต่เราลงลึกกว่า เช่น ในมาตรฐานของการให้บริการเภสัชชุมชนของสภานี้ อาจจะบอกเน้นว่าคุณต้องจ่ายยาด้วยตนเอง คุณต้องทำ Counseling ต้องเขียนชื่อยา ต้องบอกวิธีใช้ ละเอียดยิบ ต้องบอกผลข้างเคียงของยาต่าง ๆ ต้องทำประวัติเท่าที่ควรจะทำ ส่วนเชิงรุก ไม่ได้พูดเลย พูดแต่เชิงรับ มีเรื่องการจ่ายยาเป็นส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้น เราทำเชิงรุกซึ่งเรามองว่า จริง ๆ แล้วในบทบาทเภสัชกรซึ่งอยู่ในชุมชน มันต้อง ทำครบวงจร หรือเป็นองค์รวม ... ปฏิบัติงานในสถานที่ซึ่งเหมาะสม ก็ OK จัดให้มี เวชภัณฑ์ที่ถูกต้องตามกฎหมาย ก็ทำได้ เลือกสรรได้ยาเหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือคนที่มารับบริการ ซึ่งเราก็ ซัพพอร์ต เราก็เชื่อว่าเราได้จ่ายให้เหมาะสม มีการ แสดงชื่อยา ความแรง และขนาดการใช้ ของยา

ของผมมีตามนั้น ให้มากกว่านั้นอีก ให้ *Generic name* เต็มไปหมดเลย ในการจ่ายยาจะต้องบอกชื่อยา ขนาดวิธีใช้ ผลข้างเคียง ข้อควรระวัง การปฏิบัติตนเมื่อเกิดปัญหา จัดทำรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งก็ทำอยู่ จัดทำบันทึกประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยในกรณีที่พบว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับอาจก่อให้เกิดปัญหา เขาไม่เน้นที่ยานะ เขาเน้นที่โรค บันทึกประวัติการใช้ยาในกรณีที่ ยา ที่อาจก่อให้เกิดปัญหา นี่ก็คือ Requirement ของสภา เท่านั้นเองว่าเราต้องทำอะไรบ้าง แต่ของเราทำมากกว่านั้น ทำเรื่องโรค ทำเรื่องการใช้ยา เราเชื่อว่าเราทำมากกว่าที่สภา Require”

จะเห็นได้ว่าคุณคทาไม่เพียงมีบทบาทเภสัชกรตามข้อบังคับพื้นฐานของพระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัช แต่ยังแสดงบทบาทเชิงรุกที่ไม่เพียงแต่เป็นผู้ขายยา ยังเป็นที่พึ่งทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน โดยให้คำปรึกษา/แนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ให้ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการเข้าใจสถานะความเจ็บป่วยของตน การดูแลรักษา อาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค รวมทั้งมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันโรคในชุมชน ตลอดจนส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม

2.2 ฐานองค์ความรู้ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

องค์ความรู้พื้นฐานที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ นอกจากจะใช้การบริหารทางเภสัชกรรมแล้ว คุณคทายังให้ทัศนะว่า เภสัชกรชุมชนควรต้องใช้ความรู้ที่ผสมผสาน ความรู้เรื่องสุขภาพ เรื่องโรค ยา ผลลิตภัณฑ์สุขภาพ ความรู้ทางจิตวิทยาสังคม และพฤติกรรมของคน และชุมชนในการบริการ ตลอดจนใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสาร ในการซักประวัติ ค้นหาความต้องการของผู้มาใช้บริการ

◆ “บริหารเภสัชกรรมนี่นะ ถ้าเข้าใจ concept หรือนิยามของมัน มันหมายถึงคำว่าดูแล คือการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาให้เกิดการใช้ยาที่เหมาะสม ให้เหมาะสมกับตัวเขาด้วย แล้วก็ทำให้คุณภาพชีวิตเขาดีขึ้น”

◆ “ถ้าเราเอา concept ของคำว่า care , pharmaceutical care หรือ บริบาลเภสัชกรรมฐานองค์ความรู้ในการให้บริการสุขภาพ คนไข้ถือยาเบาหวานมาคุณแค่ซักประวัติเขาให้ดี หาให้เจอว่าคนไข้คนนี้มีปัญหาจากยาเบาหวานไหม หาให้เจอว่าเขาจะต้องไปหาแพทย์หรือยัง แทนที่คุณจะแค่ขายยาอย่างเดียว ซึ่งตรงนี้นั้นใช้เวลาไม่มากเลย ไม่น่าจะเกิน 5 นาที อย่างเมื่อกี้ก็ตั้งคำถามว่า 3 เดือนที่แล้วน้ำตาลเท่าไร สมมติว่าตอนนั้นน้ำตาล 230 แล้วหมอยาจ่ายมา ถามว่าหลังจาก 230 แล้วคุณได้เช็คน้ำตาลอีกไหม ไม่ได้เช็คเลย แล้วเขาบอกว่า 3 เดือนเจออที ก็ไม่เป็นไร บ้านเราโอกาสเช็ดยาก แล้วมีอาการ hyperglycemia ใหม่ กลางคืนตื่นมาฉี่บ่อยไหม ปากแห้งไหม เราก็สามารถเช็คได้ สิ่งเหล่านี้ ถ้าคุณตั้งใจที่จะดูแลจะแคร์ มันเกิดแล้ว บริบาลเภสัชกรรม”

◆ “บรรดาเภสัชกรมามีหลายระดับ ยกตัวอย่างง่าย ๆ ถ้าผมบอกว่าคนไข้เรื้อรัง เดินเข้ามาซื้อยา ขอซื้อยาความดัน หรือซื้อยาเบาหวานแผงหนึ่ง ถ้าเขาแค่ขายไป หรือให้คำแนะนำง่าย ๆ เช่น ทานก่อนอาหารครึ่งชั่วโมงนะคะ พยายามอย่าลืม ขอให้ทานทุกวัน ไปพบแพทย์ตามนัด มันก็ได้เล็กน้อย มันก็ได้เหมือนกัน แต่จริงๆ แล้วถ้าเขาลงลึกอีกนิดหนึ่ง ซึ่งมันจะใช้เวลาไม่มากเลย ก็ถามนิดหนึ่งว่า เบาหวานครั้งสุดท้ายวัดได้เท่าไร วัดนานแล้วหรือยัง มันก็จะเห็นปัญหาแล้ว ใช่มั้ย”

◆ “จริงๆ องค์ความรู้ทางเภสัชเนี่ย ก็ใช้ในการให้บริการยา การบริการกับผู้ป่วย องค์ความรู้ทางเภสัชจะทำกับผู้ป่วยคือ การบริหารเภสัชกรรมเพื่อให้รู้ปัญหาของการใช้ยา ความรู้ที่ไม่ใช้องค์ความรู้ทางเภสัชที่ต้องมาใช้ ก็คือต้องเข้าใจพฤติกรรมประชาชน ชัดเจนเลย ถ้าไม่มีความรู้ทางพฤติกรรมชุมชน ไม่มีทางที่จะได้เห็นชุมชนได้ นอกจากนี้ต้องมีองค์ความรู้ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการค้นหาปัญหา มีพื้นความรู้เรื่อง สุขศึกษา สุขภาพอนามัย และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ด้วย”

◆ “เภสัชกรชุมชนต้องใช้ความรู้แบบผสมผสานที่ integrate ความรู้เรื่องสุขภาพ เรื่องโรค ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ความรู้ทางจิตวิทยาสังคม และพฤติกรรมของคน และชุมชน”

3. ความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ระดับปฐมภูมิระหว่างวิชาชีพและหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ และองค์กรในชุมชน

3.1 ความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ระดับปฐมภูมิระหว่างวิชาชีพและหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ

คุณคามีหลักการทำงานเป็นทีมร่วมกับสถาบันทางการแพทย์ โดยยึดผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก มีความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ระดับปฐมภูมิระหว่างแพทย์ (ทั่วไป เฉพาะทางสาขาต่างๆ) ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และนักกายภาพบำบัด ส่วนความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพพระคัมภีร์ระดับปฐมภูมิตั้งกับหน่วยบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน คลินิกเอกชน ศูนย์ X-ray และ Lab ต่างๆ โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน

◆ “เราก็พยายามประสานกับ สอ. (ศูนย์สุขภาพชุมชน) เขาจะเก่งในการเข้าสู่ชุมชน เราก็อาจจะไปกับเขาหรือทำกิจกรรมร่วมกับเขา”

◆ “สมมติว่ามีคนไข้ hyperglycemia ... มีอาการคลื่นไส้ เวียนหัว เราก็ส่งไปโรงพยาบาลตากสิน ซึ่งเป็น manager เป็นแม่ข่าย และเป็นคนจ่ายยาให้คนไข้คนนี้ โดยบทบาทวิชาชีพผมจะไม่สั่งยาให้ ถ้าฉันผมทำได้สบายเลย ผมบอกให้ผู้ป่วยถือยาไปหาหมอให้เป็นคนจัดการ หมอจัดการเสร็จ ยังบอกผู้ป่วยว่า กลับไปบอกเภสัชนะว่าขอบคุณที่ช่วยจัดการให้ผมด้วย นี่คือการร่วมมือ ”

◆ “ใครก็ตามที่มาดู *practice* ผม จะเข้าใจว่าผมไม่ได้ทำเกินบทบาทหน้าที่ หรือว่าจรรยาบรรณ หรือว่า ก้าวท้าววิชาชีพอื่น ผมใช้คำว่า เกื้อกูล จะเห็นได้ว่าไปส่งตัวของผม ผมบอกวัตถุประสงค์ชัดเจน “เรียน แพทย์ที่นับถือ ผมเป็นเภสัชกรชุมชนที่มีหลักการทำงานเป็นทีมร่วมกับสถาบันทางการแพทย์ โดยยึดผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก ฉะนั้นคนอ่านจะรู้เลยว่า ผมมีวัตถุประสงค์ชัดเจน ผมขอส่งรายละเอียดของผู้ป่วยมาให้ท่านดูแลดังต่อไปนี้...”

◆ “เคยมีเสียงสะท้อนจากอาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลแถวนี้ แต่หลังจากบทบาทเราชัดเจน ก็เข้าใจ แล้ว แต่ก่อนไม่เข้าใจว่าทำวิชาชีพแพทย์ ก้าวท้าวงานของแพทย์หรือเปล่า แต่หลังจากเราทำไปส่งตัวไป เขาเห็นบทบาทเราชัดเจน ว่าเราไม่ได้หวังคนไข้ ไม่ได้คิดจะเก็บเงินอย่างเดียว ตอนนั้นก็เริ่มเข้าใจ ผมเข้าใจว่าถ้าเป็นโรงพยาบาลแถวนี้ ซึ่งเห็นบทบาทเราชัดเจนแม้กระทั่งแพทย์ชุมชน คลินิกต่างๆ เขาเข้าใจ บทบาทผมชัดเจน ”

◆ “การ *refer* ว่าจะไปรักษาที่ไหน ขึ้นกับอันที่ 1 ก็คือ ความสัมพันธ์กับแพทย์ ทางด้านหัวใจกับความดันก็จะเป็นอาจารย์ที่ศิริราช หมอเบาหวานก็จะเป็นตากสิน ซึ่งเราไปพูดคุยกัน เห็นบทบาทกัน เข้าใจกัน ทางเดินอาหารก็จะเป็นอาจารย์ที่ศิริราช หมอ *asthma* ก็จะเป็นจุฬา ก็ได้ ศิริราชก็ได้ แล้วแต่คนไข้ สะดวก เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็คือ อันที่ 1 *connection* ส่วนตัว อันที่ 2 คือ แล้วแต่ผู้ป่วยว่าเขาเคยมีประวัติ เคยมีบัตรอยู่ที่ไหน และเขาพอใจที่ไหน เขาอาจจะถือใบของผมไปที่เอกชนที่ไหนก็ได้ ซึ่งก็มีบางคนถือบัตรของผมไปโรงพยาบาลธนบุรี แล้วก็เกิดความไม่พอใจ ไม่รู้ว่าทำไม”

◆ “เครือข่ายทางธรรมชาติ ไม่ใช่เครือข่ายที่เป็น *formal* เพราะว่า อันที่ 1 ก็คือ น้องๆเภสัชที่อยู่ในโรงพยาบาลจะเป็นคนเชื่อมเครือข่าย เช่นสมมติว่า เราพบผู้ป่วยที่เกิดปัญหาการใช้ยาจาก รพ.ศิริราช เรารู้ HN แต่เราไม่รู้ว่ามีหมอคนไหนดูแล เราก็ติดต่อไปที่แผนกเภสัชว่าคนไข้มีผลข้างเคียงของยารุนแรง หมอคนไหน พอรู้แล้วพอจะประสานได้ไหมว่าตอนนี้จะเอาอย่างไร เขาก็ช่วยประสานให้ เขาก็โทรมาบอกว่าให้หยุดตัวนั้นไปก่อน กินตัวนี้ไปก่อน แล้วอีก 1 อาทิตย์กลับไปพบ อย่างนี้ ส่วนที่คุยกับแพทย์ได้โดย โดยตรงก็จะมียู่ 2 ท่าน ก็จะมีแผนกสูติรพ.ตากสิน ซึ่งคนไข้ก็สบาย เราคอยประสานให้ ซึ่งตรงนี้หลาย คนมองว่าผมมี *connection* ดี เหมือนกับเราคอยติดต่อหมอ แม้กระทั่งบางครั้งเอกชน หมอเบาหวานที่ตากสิน มีคลินิกใหญ่มากถามคนไข้เลยว่าจะไปหาที่ตากสินหรือจะไปหาที่คลินิก ถ้าคนไข้พอมีเงินเราก็จะบอกเล็กๆน้อยๆ รวดเร็วดี คุณไปหาที่คลินิกเลย ถ้ามันจำเป็นต้องไปรพ.หมอก็จะแนะนำไปเองก็แล้วแต่คนไข้ เพราะฉะนั้น เครือข่ายที่เกิดขึ้นเป็นเครือข่ายตามธรรมชาติ ไม่ใช่เครือข่ายที่เป็น *formal*”

◆ “การแก้ปัญหาให้คนไข้ที่ได้ยาจากโรงพยาบาล ถ้าหมอที่เราไม่รู้จักเราจะใช้เภสัชเป็นคนกลาง ถ้าเขาบอกว่าหมอกคนนี้พูดไม่ได้นะ หมอกคนนี้เขาไม่ยอม ก็ตกลง แจ้งไปเลยว่าเรามีปัญหา เขาจะทำอะไรหรือไม่ก็ปล่อยเขาไป หมอ ร.พ. ... น่ารักมากเลย บอกเภสัชเลยว่าดีมากเลยครับ ทำไปเลย แล้วก็ปรึกษาไปเลย แล้วเดี๋ยวยังงี้ให้ผู้ป่วยมาตามนัดที่หลัง ให้ผมปรึกษาจริงๆ มันต้องมี paper แต่ก็ตกลง หากผิดพลาดอะไรขึ้นมา เราก็ต้องรับผิดชอบ ฉะนั้นวันหลังก็ต้องให้มี paper work”

◆ “ก็มีคลินิกทั่วไป เช่นที่เป็น GP ถัดไปเป็นหมอศัลย์ ถ้ายุ่งยงนะถ้าเขายินดี ผมแนะนำเลย ให้รับไปหาเลย คินนี้ทำได้เลย ทำที่คลินิกได้ เล็กๆ น้อยๆ เล็บขบ เล็บหลุด ไปหมอศัลย์ ก็จะมี แล้วก็ทำกายภาพบำบัดเราก็ refer ไปคลินิกกายภาพ สำหรับคนบางคนก็ไม่อยากไป รพ. ไม่แพงด้วยแล้วก็ไม่เสียเวลาอย่าง lab เอกชนมีอยู่ 2 แห่งคือ ที่วงเวียนใหญ่ กับที่พรานนก”

◆ “กรณีที่จะส่ง lab ก็มีคนไข้ไม่อยากไป รพ. เช่น สมมติว่าเรา convince เขาว่า 3 เดือนแล้วนะ คุณไม่ไป รพ. ลักก็ ผมอยากรู้ว่าตอนนี้ระดับไขมันของคุณเป็นอย่างไร คุณกินยา 2 เดือนแล้วควรจะไปตามผลหน่อย ว่ายามันได้ผลไหม ขนาดมันพอหรือยัง ไปหาหมอหน่อยดีไหม 3 เดือนแล้วน่าจะไป เขาบอกอย่าเลย ไม่มีเวลา งั้นขอให้ตรวจนะ ถ้าให้เราดูแลก็ต้องตรวจนะ เขาก็ตกลง ก็เขียนให้ไป ไม่ได้ใช้ official paper หรือก็เขียนขอความกรุณาช่วยตรวจเลือด 1)FBS, 2)cholesterol, 3)triglyceride, 4)HDL ผู้ชายก็เพิ่ม Uric acid กินเหล้าเก่งไหม ถ้ากินเก่ง เพิ่มดับหน่อย อันสำคัญ วงเวียนใหญ่ lab-X-ray เห็นลายมือก็รู้ว่าเป็นร้านนี้ ถ้าเป็นพรานนก lab ก็จะส่งผลมาให้ผมเลย...ก็จะมา evaluate ใส่ computer evaluate ดูเทียบกับของเก่าดีขึ้น เราอาจจะลองประวิงให้เขาลัก 1-2 เดือน เพราะบางคนไม่ยอมไปจริงๆ ที่จริงเราก็อยากให้เขาไป แต่เราก็รู้แล้วว่า มี complication ตรงไหน มีsign อะไรไหม มันมีข้อมูลเก่า risk factor ยังคืออยู่ใหม่ หรือมีอะไรเป็น risk factor เพิ่มใหม่ คือ บางครั้งผล lab มันคินะคือมีผลทางจิตวิทยา มันเป็นตัวกระตุ้นให้เขากลับไป รพ. ถ้าผล lab ไม่ดี LDL สูง มีผลต่อหัวใจนะ ควรไปคุยกับแพทย์โรคหัวใจ เขาก็จะไป ฉะนั้นเครือข่ายของผมก็คือเครือข่ายที่เป็น informal ทั้งหมด หมอพื้นก็จะมามีคลินิก หมอพื้นแถวๆแยกตากสิน หมอกระดูกที่ รพ. เชนหลุย ถึงแม้เป็นเอกชน แต่เป็นหมอที่ไว้ใจกัน รู้จักกัน รู้บทบาทเรา ถามคนไข้ยอมไปไหม เขาเป็นอาจารย์อยู่จุฬาฯ แต่ถ้าคุณไปหาที่จุฬาฯ โอ้อ้อ ไม่มีทาง”

◆ “เครือข่ายส่วนใหญ่ก็จะมีสถานพยาบาลต่างๆ ถ้าพูดถึงวิชาชีพทางสุขภาพ ก็จะมีหมอ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ ตอนนี้อยากได้อีกอย่างเดียวคือพยาบาล ไม่มีเลย ในพื้นที่ กำลังประสานกับ ร.พ. เครือข่ายกับพยาบาลคิดว่าเรื่องใหญ่ เพราะว่าเรายังติดต่อไม่ได้เลย”

◆ “จะขอไปดูผู้ป่วย bed rest บางทีแผลหวนจะหวนเขามาหาเราซื้ออุปกรณ์ไปทำ เรบอกแผลเบาหวาน คุณไปทำเองได้ไง คุณต้องใช้พยาบาล”

◆ “พูดถึงเรื่องการเป็นเครือข่ายนะ ต้องตอบปรัชญาได้ว่า อันที่ 1 ต้องพึ่ง efficiency ของระบบ ไม่ว่าจะ เป็นระบบส่งต่อ ระบบการคัดกรอง ระบบการให้บริการ จะต้องมีประสิทธิภาพดีขึ้นอันที่ 2 ผลประโยชน์ต้องเป็นของประชาชน อันที่ 3 ต้อง cost effective จะมองในเชิงเงินอย่างเดียวหรือจะมองใน เชิง quality of life ของประชาชนด้วย”

จะเห็นได้ว่าความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเหล่านี้เกิดขึ้นเองตามวาระและ โอกาส ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพส่วนตัวเป็นสำคัญ ยังไม่เป็นทางการ ไม่มีระบบที่ชัดเจน และมีข้อจำกัดใน เรื่องความยอมรับ การส่งต่อ-รับกลับข้อมูล นอกจากนี้ถึงแม้ว่าคุณทาจจะตระหนักถึงความสำคัญของการ ทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรต่างๆทางสุขภาพ ก็มีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าถึงแหล่ง/หน่วยงานที่จะ ประสานงาน เช่น ต้องการมี connection กับพยาบาลชุมชน แต่ไม่ทราบว่า จะติดต่อประสานงานที่ไหน คุณทาจยังให้ทัศนะว่าความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิระหว่างวิชาชีพและหน่วย บริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ที่มีเครือข่ายเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ มีความคุ้มค่ามาก ขึ้น เป็นประโยชน์กับประชาชน และมีผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นอีกด้วย

3.2 ความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับองค์กรในชุมชน

ความเชื่อมโยงในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกับองค์กรในชุมชน ส่วนใหญ่ก็จะเป็นการ ประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชุมชน และในบางครั้งก็จะมีกับองค์กรภาคเอกชนที่ทำงาน เฉพาะเรื่อง

◆ “ออกหน่วยแล้วแต่เทศบาล แล้วแต่การตกลงกัน....เป็นครั้งคราว อาจจะออกร่วมกับฝ่ายการเมือง ท้องถิ่น สมาชิกสภาเขต ... อย่างคราวที่แล้วเราไปออกหน่วยคัดกรองเบาหวาน วิธีการของเราไม่ใช่วิธี การให้ แต่เจตนาไปคัดกรองว่ามีใครเป็นเบาหวานบ้าง อะไรต่าง ๆ ”

◆ “ได้ก๊วยรุ่น 2 คนจะมาซื้อยาทำแท้ง เรบอกว่าน่าจะดูแลเองนะ เขาบอกว่าไม่ได้หรอกพ่อแม่ไม่ยอม ทำงานบาร์ แต่อยู่กับพ่อแม่ มีแฟนเป็นตัวตนบอกพ่อเด็กแล้ว เขาไม่เอา ถามคนไข้ว่าไปบอกว่าจะเอา ออก ก็เลยบอกอย่างนี้นั่นเกินความสามารถเราละ แล้วอีกอย่าง 2 เดือนแล้ว ยาไม่มีทางแล้ว มันก็ต้อง ไปพบแพทย์ ถามว่ามีที่ไหนแนะนำไหม เรบอกว่าไม่มีแพทย์ที่ไหนไปทำหรก แต่เรามีเครือข่ายอยาก ให้ไปพูดคุย เราก็แนะนำเขาไปเครือข่ายผู้หญิง”

4. โครงสร้าง และรูปแบบของระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิในร้านยา

◆ “ถ้าเอา *concept* ของปฐมภูมิเรื่องไถ่บ้านไถ่ใจมาจับเนี่ย เราถือว่าเราอยู่ใน *concept* นั้นแล้ว อันที่ 1 เรื่องไถ่บ้านไถ่ใจ อันที่ 2 *comprehensive care* คือดูแลผสมผสาน (ดูแลผสมผสาน คือ การส่งเสริมป้องกัน ดูแล เราอาจจะขาดฟื้นฟูเรื่องบุคลากร) อันที่ 3 คือ.....”

◆ “ทำได้ครบแล้ว *comprehensive* พอ เพราะฉะนั้นถามว่าเราเป็นเครือข่ายได้โดยไหม ตอนนี้เราพร้อมแล้ว พร้อมที่จะเป็น *sub-contract* ของ PCU ถามว่าเราพร้อมจะเป็น PCU ได้ไหม ในเชิงของการเป็น *manager* เราคิดว่าเราทำได้ แต่เรายังขาดการประสานที่เป็น *formal* เราขาดการประสานกับพยาบาล คลินิกแพทย์ ทันตแพทย์ ฉะนั้น *catchment area* ที่ผมจะดูแลผู้ป่วย ผมสามารถที่จะทำ P&P โดยร่วมกับ(co)พยาบาล ร่วมกับบุคลากรจากศูนย์ฯ เพราะเรารู้จักคนในพื้นที่ เพราะฉะนั้นถ้าใน *concept* ของ PCU เราว่าเราทำได้เยอะพอสมควร แต่ก็ยังไม่ครบ”

◆ “ระบบที่เป็นเครือข่ายที่เป็น *informal* ที่ทำอยู่ มีแนวทางที่จะทำให้มัน *formal* ขึ้นมาได้ ถ้าขึ้นกับ รพ. ซึ่งเป็น *tertiary care* คงจะยากเพราะระบบมันซับซ้อน แต่ถ้าระบบ *primary care* สมมติว่าต่อไป รพ.ศิริราช มี *primary care* ข้างนอก หรือ รพ.ตากสินมี *primary care* เราาร่วมกับ รพ. ตากสินเป็นเครือข่าย *formal* แล้ว สมมติว่าเขาอาจจะไม่มีแผนกเภสัชกรรมเลย หมอตรวจ พยาบาลตรวจ ทำอะไรเสร็จ ก็เอาใบสั่งยาไปที่คลังยา PCU ไม่มีคนไขใน มีคนไข้นอกอย่างเดียว ผมอาจเป็นคลังยาให้ เขาก็ไม่ต้องยุ่งเรื่องคลังยา เรื่องบุคลากรทางเภสัช ผมอาจจะ *provide* จ่ายยาตามใบสั่งยาให้ P&P ในเขตนี้ผมอาจจะช่วยเสริมให้ ฉะนั้นมันต้องตกลงกันว่า PCU อยากให้เราทำบทบาทอะไร PCU อาจใช้บทบาทที่เราเข้าชุมชนอยู่แล้ว ไปเสริมบทบาทเขา ผังเครือข่ายเราก็ทำได้ เราคิดทำผังเครือข่ายอยู่แล้ว ต่อไปเด็ก (นักศึกษาเภสัชที่มาฝึกงาน) ไปเยี่ยมจะให้เริ่มทำ ใครอยู่ตรงไหน มีญาติพี่น้องก็คน ใครเป็นโรคอะไรต่างๆ”

◆ “ตอนนี้เราสับสนอยู่ไง เราไปเอาพันธกิจของตอนนี้มาพูด แต่การเงินมันเป็นอีกเรื่องหนึ่งไม่ได้ ถ้าการเงินเป็น *contract direct* กับกองทุน คือผมคิดว่าระบบที่ควรเป็นในอนาคต ที่เป็น PCU แล้วเพิ่มประสิทธิภาพคือ ระบบเครือข่าย สมมติ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ทันตแพทย์ แพทย์ทางเลือก เทคนิค เป็นตายร่วมกัน อาจจะตั้งใครเป็น *manager* คนหนึ่งก็ได้ พยาบาลก็ได้ ”

◆ “ถ้าเป็น PCU ต้องมีบุคลากรครบ หลากหลาย คำว่า *comprehensive* มันอาจจะมองในเชิงเภสัชกรรมเพียงอย่างเดียว *comprehensive* อีกมุมมองหนึ่งก็คือความหลากหลายของวิชาชีพ”

◆ “PC Unit มันอาจจะหลากหลาย มีหลายระดับ PC Unit ที่เรานับว่าอยู่ในชุมชน อาจจะมี *Primary phamachutical care unit* , *Primary nursing care unit* , *primary medical care unit* ทุกคนจะมีบทบาทใน *Primary* อย่างไร ฉะนั้นผมพยายามบอกว่า เครือข่ายอาจจะต้องตกลงกัน”

◆ “อาจจะไม่ต้องตั้งอยู่ใน *area* เดียวกัน ผมไม่ค่อยชอบอะไรที่ถือสถานที่เดียวกัน น่าจะอยู่คนละแห่ง แต่อยู่ในชุมชนในพื้นที่เดียวกัน”

◆ “ผมอาจตกลงกับแพทย์ว่าผมขอดูแลโรคง่ายๆ ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนนะ อย่างชาวบ้านมาหา ผม ผม คัดกรองให้ คุยกันเรื่อง *guideline* อย่างใช้วัคซีนธรรมดา ที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ผมดูแลเอง ถ้ามีโรคแทรกซ้อนผม *refer* ให้หมอ คนมาหาหมอ มี *side effect* จากยา มี *complication* สงสัย เรื่องยา คทาจัดการหน่อย ADR คนนี้มี *care* ต้องมี *tube* ที่บ้าน ต้องไปให้ IV เอาคทาไปส่งยาหน่อย พยาบาลไปแทงเข็ม *on IV* คนนี้มีฟันฟู เอาพยาบาลทำ เอาจัดการเป็นเครือข่าย เยี่ยมบ้านเอาเภสัชไปพร้อมพยาบาล คนนี้ *severe* มากๆ เอาแพทย์ไปด้วย คนนี้มีปัญหาเรื่องฟันเอาทันตแพทย์ไปทำ *promotion* เทคนิคการแพทย์ ไปสอนวิธีนวดชาวบ้าน เครือข่ายก็อยู่กันทำงาน ”

◆ “ผมจะทำบทบาทอะไร ชัดเจนที่สุดผมคงเป็นคลังยาให้ทุกคน อันนั้นเห็นอย่างโป่งใสเลยว่า เภสัช จะต้องทำคลังยาไป แพทย์ก็ไม่ต้องมีคลัง พยาบาลก็ไม่ต้องมีคลัง มีการศึกษาว่า พอเภสัชเป็นคนทำเรื่อง จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ ต้นทุนถูกลงไป 5 เท่า”

◆ “ผมคิดว่า ชุมชนเค้าอาจบริหารจัดการเองได้ อาจจะมีตัวชุมชนเองอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบ *Care* ชุมชนอาจจะช่วยดูแลคนในชุมชน เค้ามีความแข็งแรง มีเครือข่ายกันดี เค้าอาจจะเป็น *manager* เอง แล้วคอยส่งต่อมาหาพวกเรา หรืออาจจะให้คนใดคนหนึ่งในทีมก็ได้ เป็น *manager* ให้พยาบาล เป็น *manager* หรือร้านยา ที่อยู่ใกล้เค้า เป็น *manager* กำหนดตายตัวไม่ได้ ขึ้นกับความสัมพันธ์ของชุมชน นั้น”

◆ “PCU บางแห่งไม่ต้องการแพทย์ พยาบาล, เภสัช ก็เก่งพอแล้ว ถ้าเกินจากนี้เดียวส่งไปหา แพทย์เอง PCU บางแห่งก็บอกต้องการแต่ทันตกรรม เพราะแถวนี้มีทุกอย่างหมดแล้ว ผมว่ามันขึ้นอยู่กับชุมชน แต่ เห็นด้วยว่า มันต้องมีความชัดเจน เรื่อง *Non Care* คนที่จะมาเป็น *manager* และ PCU ตรงนั้นต้อง ตระหนัก มีทัศนคติเรื่องของ *Non care* และ *Care* (*Non care* คือเน้นอะไรก็ตามที่ไม่ใช่การรักษาสุขภาพ โดยตรง เป็นเรื่องสังคม เศรษฐกิจ ความเข้มแข็งของชุมชน การพึ่งตนเอง ออกกำลังกาย ไม่พึ่งพึ่งวัฒนธรรมยา และวัฒนธรรมรักษา)”

5. การบริหารการเงิน การคลังของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในร้านยา

◆ “ที่ทำอยู่ตอนนี้ มีค่าถ่ายเอกสาร 800 แสตมป์อีก 700 ตีคร่าวๆ 1500 / เดือน ค่าทำ Poster ในร้าน หน้าร้าน ตีละ 200-300 เหมมาเลย ทางตรงซั๊ก 2000 / เดือน และที่ร้านผม เกือบ 100% ของเวลาทำการ จะต้องมีเภสัชกรประจำร้าน อย่างน้อย 1 คน ในช่วงเย็นจะมี 2 คน จ้าง part time มาช่วย ผมจะได้มีเวลา ให้ คำปรึกษา/แนะนำแก่ผู้มาใช้บริการทั้งที่หน้าร้านและทางโทรศัพท์ ค่าจ้างวันละ 400 บาท วันไหนผมไม่ อยู่ร้าน ต้องจ้าง full time วันละ 1,100 บาท นี่ก็เป็นค่าใช้จ่าย เพราะฉะนั้นค่าใช้จ่ายของผม โดยรวมแล้ว เป็น 16% ของยอดขาย... ไม่รวมต้นทุนยา เพราะฉะนั้นผมต้องกำไรจากต้นทุนยา 20% จึงจะอยู่ได้”

◆ “มีงานวิจัยออกมาแล้วว่า ร้ายยาที่เจ้าของไม่ใช่เภสัช จะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 8 หรือ 9 % จากยอดขายเท่านั้นเอง ร้านที่เป็นเภสัชคนเดียว ให้บริการคนเดียว ก็จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 11% ของยอดขายเท่านั้นเอง ร้านทั่วไปเขาตั้งราคายา 12% เค้าอยู่ได้แล้ว ร้านเภสัชตั้งราคายา 15% อยู่ได้แล้ว”

◆ “ในอนาคตร้านยาเข้ามาเป็นคลังยา หรือเป็นเครือข่ายของ PCU ผมว่าถ้าค่ายาเกิน 100 บาท คน ใช้ absorb ร้อยหนึ่งก่อน ร้าน 150 คน ใช้ไปเบิก 100 บาท ร้านเบิก 150 บาท ถ้าให้ร้าน hold หก 250 เลยเนี่ย บางร้านจะรับไม่ได้ เพราะว่า 250 บาทต่อคน ถ้ามา 1,000 คน สองแสนกว่าบาท”

◆ “เราอยาก direct กับกองทุน (กองทุนประกันสุขภาพ) ... จะไม่เรียกว่า main contractor ก็ได้ เราเป็น คู่สัญญาดีกว่า แต่จริงๆ ก็ใช้ main contractor นั้นแหละ ”

◆ “ถ้าทีมพยาบาลออกไป P & P แล้ว คนไข้มีสุขภาพดีขึ้น คนก็มารับบริการน้อยลง เครือข่ายก็จะ เหลืออยู่ ฉะนั้นเงินจะมีอยู่ 2 ระดับ คือ 1 จ่ายตาม work load จ่ายตามงานก่อน ปลายปีเหลือเท่าไร ให้ incentive ไป”

6. ยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในด้านของวิชาชีพ และ สถานบริการสุขภาพ

◆ “มีแะคุยกับชุมชน เพื่อจะประเมินปัญหาต่าง ๆ ประเมินภาพของเราด้วยเช่น มีใครบ่นถึง Practice ของเราไหม ก็จะพบว่าเพราะเราไม่ขาย เมื่อถ้าจะมาขอซื้อยา Antibiotic ที่ร้าน 3 – 4 เม็ด ไปซื้อที่อื่น แต่ถ้าจะไปปรึกษาต้องไปร้านเรือนยา เราจะให้คำปรึกษาเราไม่ยอมเขาแบบไม่มีเหตุผลนะ ต้องปรับ กระบวนการใหม่คุยกันใหม่อะไรต่างๆ แต่ผมจะเป็นคนขายยา Antibiotic ยากมากนะ คนแถวนี้จะรู้”

◆ “ในกรณีที่เรากำ P+P นะ ชาวบ้านเขาจะเห็นความโปร่งใส ของเราว่าเราไม่ได้ประกอบธุรกิจการค้า เพราะเขาจะเห็นว่า เราไม่ได้มุ่งแต่การขายยา แต่เรามุ่งสร้างสุขภาพให้เขา ผมเชื่อว่า คนที่เราทำ Counseling เนี่ย เขาค่อนข้างรับรู้ได้ว่าร้านนี้ไว้ใจได้ ต้องมองว่าการทำแบบนี้มันไม่ได้เห็นผลกำไร หรือ

ผลคืนกลับในระยะสั้น แต่มันคืนกลับระยะยาว และยั่งยืน คือ เราจะมีฐานลูกค้าที่เป็นสมาชิกของเรา ไว้ใจเรา แม้ว่าเราจะ แพงกว่าคนอื่นก็ยอมซื้อเรา "

◆ “จริงๆ แล้ว เนี่ย จากเราเป็นภาคเอกชน ความยั่งยืนของเราก็คือมีฐานลูกค้า ฐานคนที่มารับบริการจะเป็นลูกค้า เป็นประชาชน หรืออะไรก็ตาม เพราะฉะนั้น ยุทธศาสตร์ ก็คือสร้างตามพึงพอใจ ยุทธศาสตร์ให้เขาเห็นบทบาทว่า วิชาชีพช่วยเขาได้อย่างไร ไม่ใช่เรื่องราคา เพราะ อันที่ 1 เราจะเห็นว่า ค่าใช้จ่ายของเราค่อนข้างสูง ถ้าเราจะไปลดราคา เราก็มียกข้อสงสัย เพราะฉะนั้น การขายบริการ การทำให้ผู้มารับบริการมีความรู้สึกที่เรารับรู้ทุกข์สุขของเขา ร่วมทุกข์กับเขา อยากจะแก้ปัญหาให้เขา ผมว่าอันนี้เป็นจุดหนึ่ง แล้วผมทำของผมมา 20 ปี ผมเชื่อว่าทฤษฎีนี้ไม่ผิด แม้มันจะไม่ถูก 100% เพราะว่าคนส่วนหนึ่งเนี่ย เขาก็เข้าใจนะว่า พอระบบเศรษฐกิจมันไม่ดี คนมีรายได้น้อย คนก็ต้องดิ้นรนไปซื้อสิ่งที่ถูก ฉะนั้นคนที่เขาไม่ได้ใส่ใจ เรื่องคุณภาพการให้บริการ เขาก็จะไม่ซื้อผม เพราะว่า ผมค่อนข้างแพง เมื่อเทียบกับร้านอื่น แต่คนที่ใส่ใจในคุณภาพเนี่ย เขายังยังซื้อผม ทีนี้อีกอันหนึ่งก็คือ การที่เราใช้ กลไกอันนี้ เนี่ย ในการเก็บประวัติ ในการที่เราลงไปดูเขาเนี่ย เขารู้สึกว่าเรารู้ปัญหาเขาเยอะ การที่มาหาเราเนี่ย น่าจะได้รับการบริการที่ดีกว่า การไปหาที่อื่นที่ไม่รู้ปัญหา เช่น เขารู้ว่าเรารู้ว่าเขาใช้จ่ายอะไรบ้าง เราว่าเขาเป็นโรคอะไรบ้าง เขาแพ้ยาอะไรบ้าง มีหลายครั้งที่บางคนไปซื้อยาร้านอื่นเสร็จเนี่ย ก็เอากลับมาถามเราว่า เนี่ยมันกินได้ไหมเนี่ย สีสันไม่เหมือนกัน มันใช่ยาเดียวกันไหม ถ้าเขาเขียนชื่อมาเราก็บอกได้ ถ้าเขาไม่เขียนชื่อมาเราก็บอกไม่ได้ แล้วมันเกิดวัฒนธรรมแล้วนะ วัฒนธรรมหนึ่งซึ่งไม่เกรงใจกันแล้ว โทรมาเลย คุณคหาอยู่ไกลนะวันนี้ เป็นอย่างเงี้ย คุณคหาช่วยแนะนำยาหน่อยได้ไหม เกรงใจจังเลย ไม่ได้ซื้อยาร้านคุณคหา มันเกิดวัฒนธรรมว่า ถามได้ เออคนนี้เขาไม่เป็นไรน่า ไม่หวง แต่ตรงนี้ก็มีความว่า โทรมาถาม เกรงใจจังเลยแต่บ้านอยู่ไกลเนี่ย จะชดเชยคุณคหาอย่างไรดี เออสมัครเป็นสมาชิกเลย ค่าสมาชิกปีละ 100 เขายินดี เราก็ส่งไป เขาก็ส่งค่าสมัครมาเลย”

◆ “มันอยู่ที่ทัศนคติที่อยากจะดูแลผู้ป่วย เป็นประเด็นสำคัญตรงนี้นะ ผมคิดว่ามันเป็นจุดแข็งที่ผมเข้ามาตั้งแต่เปิดร้าน จนแถวนี้ถึงยอมรับว่า ร้านนี้ไม่ได้ตั้งใจจะขายยาอย่างเดียว เราเหมือนเป็น *manager* ของผู้ป่วยในชุมชนนี้ เพราะงั้นจึงมีหลายคนที่จะก่อนจะไปโรงพยาบาลก็จะแวะมาก่อน เช่นถามว่าลูกเป็นอย่างนี้จะไปโรงพยาบาลหรือ”

◆ “ใช้ *contract* โดยตรงกับแหล่งเงิน กองทุนชุมชนก็ได้ เพราะฉะนั้นการประเมินต้องเป็นการประเมินรวมออกมา *Performance evaluate* ถ้า *Performance* ของทั้งเครือข่ายดี *outcome* ดี เราก็ได้รับเงินตอบประชาชน *satisfy* เข้ามา ก็ *register* ประชาชนไม่ *satisfy* และ *outcome* ไม่ดี เอาแต่กินเงิน ไม่ดูแลดีๆ ประชาชนก็ไม่เลือก ที่นี้ก็.....ตายไปเอง การประเมิน 2 ทาง การประเมินจากแหล่งเงินเองมา

ประเมิน อาจจะมีพารามิเตอร์มาประเมิน อันที่2 คือประเมินจากตัวประชาชนเอง จะมา register หรือไม่ อันนี้คือสิ่งที่ผมมองว่าในอนาคต PCU ควรจะเป็น ”

◆ “ ”

◆ “ ”

◆ “ ”

.....

มีงานวิจัยอันหนึ่งให้นักศึกษาลงไปเก็บข้อมูล ที่ร้านเภสัชกรที่ทำงานคนเดียว พบว่าเภสัชใช้เวลากับคนไข้แค่ 51% อีก 49% ใช้กับอย่างอื่น กับการบริหารจัดการ ไปธนาคาร สั่งยา ตรวจเช็คสต็อก ที่ไม่ใช่งานของคุณ ถ้าคุณเอางานพวกนี้ให้กับผู้ช่วยคุณสามารถให้เวลากับผู้ช่วย คุณสามารถให้ผู้ป่วยได้มากขึ้น 60 – 70% ก็ได้ อาจารย์เห็นด้วยกับประเด็นนี้ไหม ฉะนั้นยังยืนยันว่าถึงแม้ร้านอื่นที่เป็นเภสัชกรถ้าเขามีทัศนคติที่ดีในการที่จะใช้วิชาชีพก็ได้ มันทำได้หลายระดับ