



แนวทางปฏิบัติ

# เวชกรรมปฐมภูมิ



กองบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข





แนวทางปฏิบัติ  
เภสัชกรรมปฐมภูมิ



กองบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



# แนวทางปฏิบัติเกสรกรรมปฐมภูมิ

## ที่ปรึกษา

นายแพทย์กรฤช ลิ้มสมมติ  
เกสรกรรมหญิงวรรณัดดา ศรีสุพรรณ

## กองบรรณาธิการ และจัดทำโดย :

นางนุชน้อย ประภาโส  
นางจันทนา ลิ้มสวัสดิ์  
ศศ.(พิเศษ)ดร.ภญ.รุ่งทิพา หมิ่นปา  
นางสาวรศนา ศาสน์พิสุทธิกุล  
นางรัชนิทย์ ราชกิจ เนตรสุวรรณ  
นางวารภรณ์ ริมชัยสิทธิ์  
นางอารีวรรณ ทองขุนดำ  
นางเบญจมาศ บุตุดาวงค์  
นางสาวรัตติกาล แสนเย็น  
นางสาวรุจิรา ปัญญา  
นางสาวสุภาภรณ์ ปรารบหงส์  
นางสาวสุภาภรณ์ เจตະบุตร  
นายไพโรจน์ สุริฐนันท์ศิริ  
นางสาวนิตยา ศิริรัตน์ไพบูลย์  
นายศุภสิทธิ์ คุตตวัส  
นางสาวนิตินาถ เอื้อบัณฑิต  
นางวิลาสินี อ่อนเกตุ  
นายนพดล เทียมศักดิ์  
นางบุญทริกา ธนะสมบัติ  
นายนิธิศ สุธากุล

กองบริหารการสาธารณสุข  
กองบริหารการสาธารณสุข  
โรงพยาบาลลำปาง  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี  
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์  
โรงพยาบาลอุดรธานี  
โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง  
โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ  
โรงพยาบาลขอนแก่น  
โรงพยาบาลดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา  
โรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดลำปาง  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง  
โรงพยาบาลวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์  
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘  
โรงพยาบาลราชบุรี  
โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น  
โรงพยาบาลกำแพงเพชร  
โรงพยาบาลแพร่  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

## จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๒๘ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๖๓๔  
[www.http://phdb.moph.go.th](http://phdb.moph.go.th)

พิมพ์ครั้งที่ ๑ : กรกฎาคม ๒๕๖๖

จำนวน : ๑๕๐ เล่ม

ISBN : ๙๗๘-๖๑๖-๑๑-๕๒๓๕-๒

# คำนำ<sup>++</sup>

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้กำหนดกลไกการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดสัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

เภสัชกรปฐมภูมิเป็นหนึ่งในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ กองบริหารการสาธารณสุขจึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติเภสัชปฐมภูมิขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หน่วยงานมีแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน มีการพัฒนาระบบยา และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในกลุ่มคน ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนปกติทั่วไป กลุ่มคนที่เสี่ยงจะเป็นโรค และกลุ่มผู้ป่วย รวมถึงมีกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง (Self Care and Self Medication)

กองบริหารการสาธารณสุขขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านที่ทุ่มเทและสละเวลาอันมีค่า และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเภสัชกรปฐมภูมิจะนำแนวทางปฏิบัติเภสัชปฐมภูมิเล่มนี้ไปใช้ประโยชน์ในการค้นหา ป้องกัน แก้ไขและจัดการปัญหาด้านยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กองบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
กรกฎาคม ๒๕๖๖



# สารบัญ<sup>++</sup>

	หน้า
➤ คำนำ	ก
➤ นิยาม	ค
➤ บทที่ ๑ ความสำคัญและที่มา	๑
➤ บทที่ ๒ กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	๓
➤ บทที่ ๓ แนวทางการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	๖
➤ บทที่ ๔ บทบาทของบุคลากรสายงานเภสัชกรรม	๑๙
➤ ภาคผนวก	๒๑





# นิยาม<sup>++</sup>

“

**ระบบสุขภาพปฐมภูมิ** หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ การผสมผสานของบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

”

“

**หน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการหรือเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ อันได้แก่ (๑) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสมาคมกษัตริย์ไทย (๒) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (๓) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๔) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิประกาศกำหนด

”

“

**เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกัน และขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

”





“

**เภสัชกรรมปฐมภูมิ** หมายถึง การบริการเภสัชกรรมโดยเภสัชกร แบบองค์รวม ครอบคลุมมิติ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากยาและอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ

”

“

**ผลิตภัณฑ์สุขภาพ** หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตและเป็นผลิตภัณฑ์ที่มี วัตถุประสงค์การใช้ เพื่อสุขภาพอนามัย รวมถึงเป็นผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพด้านการ แพทย์และสาธารณสุขตลอดจนเป็นผลิตภัณฑ์ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข เครื่องมือแพทย์ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เป็นต้น (แหล่งที่มา)

”



รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ.๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช. (๕) ระบุไว้ว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” และเป็นที่มาของนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนา “คลินิกหมอครอบครัว” หรือ “หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ” (Network of Primary Care Units : NPCU) เพื่อเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพดูแลประชาชน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหนึ่งทีม มีแนวคิดการจัดระบบบริการโดยอาศัยหัวใจของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) มุ่งพัฒนาให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิ โดยจัดให้มีจำนวนประชากรในขนาดที่เหมาะสมเพื่อให้ทีมรู้จักประชากรและชุมชนเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดการดูแลได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ภายใต้แนวคิด “บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี” เพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป็นการเพิ่มความเข้มแข็งด้านสุขภาพภายในระบบสุขภาพของประเทศไทย

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการ สุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มาตรฐานและปลอดภัย ซึ่งระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกและกระบวนการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการบริการสุขภาพปฐมภูมิมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง ตั้งแต่แรก ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ทีมหมอครอบครัว) รวมทั้งเชื่อมโยงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ทั่วถึง และเท่าเทียม และได้มีการจัดทำแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี และเป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ นอกจากนี้ยังได้กำหนดนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ





(Service Plan) สาขาบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวม เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิกับหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับชุมชน

งานเภสัชกรรมปฐมภูมินั้นถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญทำให้ประชาชนไม่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาและไม่จำเป็นต้องใช้ยา รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาและบริการด้านยา เกิดความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเพื่อให้การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นไปในแนวทางเดียวกันและเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขขึ้น โดยมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบ แนวทางการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จัดทำข้อเสนอนโยบายการพัฒนาระบบบริการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พัฒนามาตรฐานและจัดทำแนวทางปฏิบัติให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง พัฒนากลไกการขับเคลื่อนงาน การควบคุมกำกับและติดตามการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ รวมถึงการวางแผนอัตรากำลัง ความก้าวหน้า นวัตกรรม ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งเริ่มมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิได้ ส่งผลต่อคุณภาพมาตรฐานการบริการ และมาตรฐานวิชาชีพที่ไม่สามารถดำเนินการตามกำหนดได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเพื่อเป็นแนวทางให้แก่เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ ทั้งในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐาน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยและประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็น สมเหตุผล รวดเร็ว ปลอดภัย และได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ



## กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบงาน เภสัชกรรมปฐมภูมิ

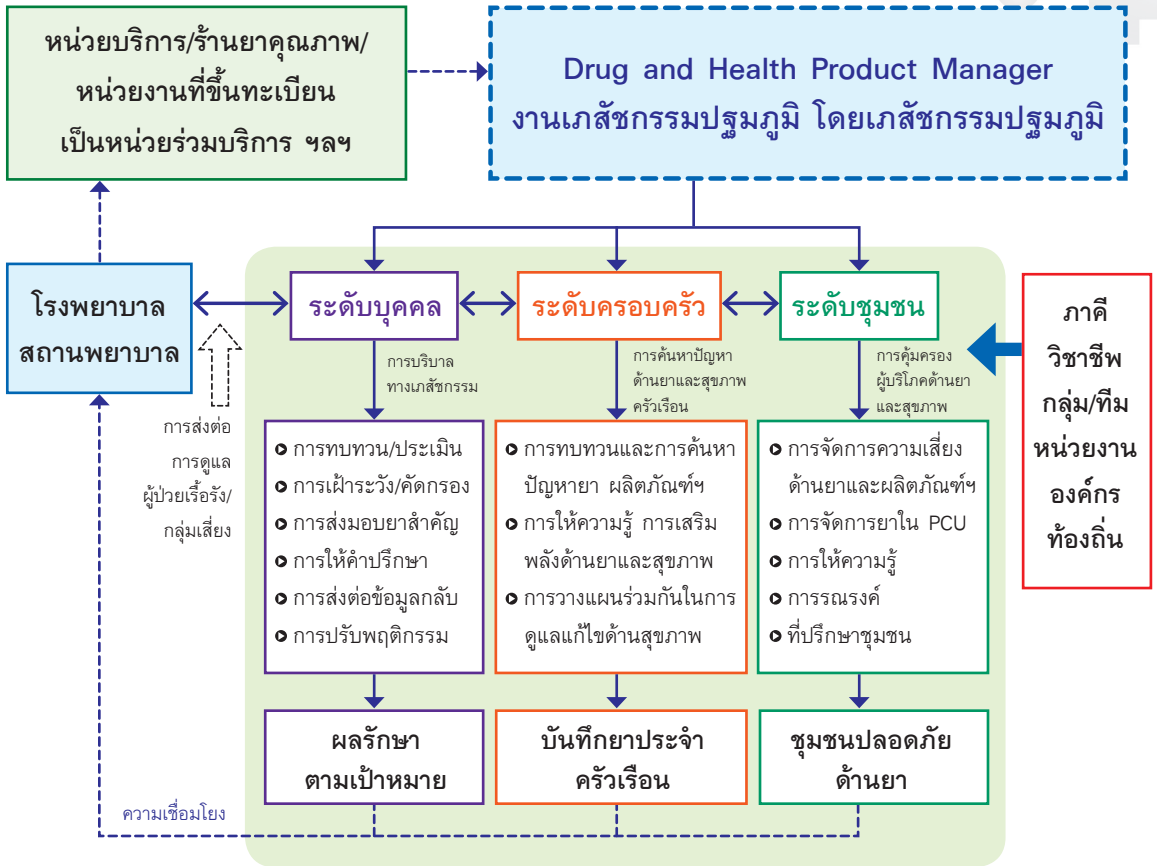
หลักแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีเป้าหมายให้แต่ละครอบครัวมีหมอประจำตัว เป็นหมอคนเดิมที่รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนโตในทุกมิติสุขภาพ ทั้งการดูแลรักษา ส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟู รวมไปถึงการประสานงานส่งต่อให้แพทย์เฉพาะทางในกรณีจำเป็น โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ที่มีความเชี่ยวชาญและมีความรู้เฉพาะทางในด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้กับคนทุกเพศทุกวัย ซึ่งมีการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมรอบด้านและต่อเนื่อง โดยทำงานร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice : GP) ซึ่งมีความเชี่ยวชาญโรคทั่วไป สามารถให้การรักษาเบื้องต้นในทุกโรค และทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพแขนงต่างๆ เช่น พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ฯลฯ เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกความต้องการด้านสุขภาพ ซึ่งเภสัชกร นับเป็นหนึ่งในสหวิชาชีพที่มีความสำคัญ ในการดูแลเรื่องความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเดิมเภสัชกรมีบทบาทหลักในการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล และงานบริหารเวชภัณฑ์ตั้งแต่การจัดซื้อ การเก็บรักษา การตรวจสอบคุณภาพ และการเตรียมยา รวมทั้งการบริหารเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่เชิงรับ ซึ่งจากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพและเอื้อต่อประชาชนให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างมีคุณภาพทั่วถึง และเท่าเทียม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทิศทางการดำเนินงานในการให้บริการเชิงรุกมากขึ้น ซึ่งเป็นโอกาสในการเปิดบทบาทของเภสัชกรปฐมภูมิในการดูแลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม จึงเสมือนเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของเภสัชกรในการปรับเปลี่ยนบทบาทวิชาชีพให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ผ่านมารูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นอยู่กับบริบทและความพร้อมของแต่ละพื้นที่รูปแบบกิจกรรมที่เกิดขึ้น จึงมีความหลากหลาย ทั้งในเรื่องการจัดอัตรากำลังของเภสัชกร และเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ในการดูแลระบบการจัดการ จัดเก็บ และบริหารเวชภัณฑ์ การจัดระบบบริการเภสัชกรรม การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน และงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จากรูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความหลากหลายดังกล่าวข้างต้น จึงมีแนวคิดในการสนับสนุนให้มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง โดยกำหนดให้มีเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ มาตรฐานให้ครอบคลุมหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง และคาดหวังให้มีเภสัชกรคนเดิมที่ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยคนเดิมอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้สามารถเข้าใจประวัติการเจ็บป่วยและ



การใช้ยา บริบทของผู้ป่วย และครอบครัว มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีการประสานรายการยา (Medication reconciliation) ในกรณีที่มีการรับส่งต่อผู้ป่วยต่างสถานพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา เนื่องจากการบริการจ่ายยาและให้คำแนะนำที่ถูกต้องจากเภสัชกรที่ห้องยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว อาจจะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยทุกรายนำยาไปใช้ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อทั้งจากตัวผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตัว ฯลฯ หากมีเภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ทำหน้าที่คอยดูแลและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหา

กรอบแนวคิดในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ มีจุดเน้นในการพัฒนา คือ ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุสมผล ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัย คุ่มค่า ได้อย่างต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว ในครอบครัวสามารถพึ่งตนเองและจัดการตนเองด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมถึงชุมชนมีความตระหนักรู้และพึ่งตนเองในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย ภายใต้กรอบแนวคิดการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของ ผศ.ดร.ภก.มังกร ประพันธ์วัฒน์ อดีตคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรและอดีตเลขาธิการสภาเภสัชกรรม ซึ่งเป็นการประยุกต์ความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพในด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เข้ากับบริบทด้านปฐมภูมิที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่องโดยการจัดการบริการขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยและประชาชน และกิจกรรมเชิงรุกด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันต่อปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อเป้าหมายสูงสุดของวิชาชีพเภสัชกรรม คือ ประชาชนมีความปลอดภัยจาก การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนั้น การพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จึงสอดคล้องกับการดูแลปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาวะในทุกกระดับอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องและผสมผสานบนมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ดังแสดงในแผนภาพ





**เป้าประสงค์เฉพาะ** ▶ ความต่อเนื่องด้านยา ความครัวพึ่งตนเอง ชุมชนมีภูมิคุ้มกันต้านทาน

**เป้าประสงค์หลัก** ▶ ชุมชนสุขภาวะและความปลอดภัยด้านยา

ที่มา : ปรับปรุงจาก ผศ.ดร.ภก.มังกร ประพันธ์วัฒน์, มาตรฐานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙

การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการทำงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ในทุกสถานการณ์ ตัวอย่างสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีการระบาดของโรค เช่น โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙ (โควิด-19) เป็นต้น มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นการบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อลดความแออัดที่โรงพยาบาล มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในการบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) และการให้บริการที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร (Telecommunication) รวมถึงการส่งมอบยาในสถานการณ์ที่มีโรคระบาดโควิด-19 อีกด้วย



## แนวทางการดำเนินงาน เภสัชกรรมปฐมภูมิ

การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิมุ่งเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาที่จำเป็น สมเหตุผล รวดเร็ว ใกล้เคียงบ้าน รวมถึงความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัย คุ่มค่า ได้อย่างต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองและจัดการตนเองด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง ชุมชนมีความตระหนักรู้และพึ่งตนเองในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพตามมาตรฐานเภสัชกรรมในชุมชน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยแบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

### ๑. ระดับบุคคล มุ่งเน้นการพัฒนาในกลุ่มเป้าหมาย ๒ กลุ่ม ดังนี้คือ

๑ กลุ่มที่ ๑ ผู้ป่วย โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายทั่วไป และผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญหรือผู้ป่วยที่อาจจะมีปัญหาจากการใช้ไม่ถูกต้องหรือมีความเสี่ยงจากการได้รับยาหลายรายการ

กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
ผู้ป่วย	เป้าหมาย	ผู้ป่วยได้รับ (เข้าถึง) ยาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการควบคุมดูแลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่งผลให้การใช้ยามีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ปลอดภัย ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายการรักษาด้วยยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน อันตรายจากภาวะโรคและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและสถานบริการ
	กิจกรรมการพัฒนา	การบริหารทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการทบทวนการใช้ยา (medication reconciliation) และค้นหาปัญหา ดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Drug - Related Problems, DRP) ในกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ด้านยาและสุขภาพ และดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการออกแบบ การดูแลด้านยาที่บ้านร่วมกับ ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความร่วมมือในการใช้ยา และบรรลุเป้าหมายของการรักษาด้วยยาได้แก่ หลีกเลี่ยงโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ การดำเนินโรคล่าช้า (delay the disease progression) และการป้องกันโรค หรือภัยสุขภาพที่เกี่ยวกับยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ
	ตัวชี้วัด	๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย ๒. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา ๓. อัตราการเกิด serious ADR ๔. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยา

กลุ่มโรคสำคัญที่เป็นจุดเน้นในการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ กำหนดกลุ่มโรคสำคัญจำนวน ๕ กลุ่มโรคและ ๑ กลุ่มเป้าหมาย (ผู้สูงอายุ) รายละเอียดดังนี้

กลุ่มโรค/ กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
๑. กลุ่มโรค Non-communicable diseases (NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	เป้าหมาย	ผู้ป่วยโรค NCDs ที่ได้รับยา ควบคุมโรคได้ดี มีการใช้ยาถูกต้องและปลอดภัย รวมถึงการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
	กิจกรรม	๑. ทบทวน ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๒. ติดตามและจัดการปัญหาจากการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา ๓. การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย โดยดำเนินการทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายบริการสุขภาพในการร่วมติดตามผู้ป่วย ๔. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้เกิดความครอบคลุมและรวดเร็ว ตามความเร่งด่วนของประเภทผู้ป่วย
	ตัวชี้วัดทางเภสัชกรรม	๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย ๒. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา ๓. อัตราการเกิด Serious ADRs ๔. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
ตัวชี้วัดรายโรค	๑. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ๒. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ๓. อัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองลดลง ๔. ร้อยละผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่บ้านจากทีมหมอครอบครัว	
๒. โรคหอบหืด (Asthma) และโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	กิจกรรม	ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหอบหืดและโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาควบคุมอาการไม่ได้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยใช้ (medication reconciliation)</li> <li>- ประเมินความร่วมมือการใช้ยา / เทคนิคสูดพ่นยา</li> <li>- ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ทั้งแบบทั่วร่างกายและแบบเฉพาะที่ (แบบทั่วร่างกาย อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ใช้อยาสเตียรอยด์ชนิดกินบ่อยครั้งหรือใช้อยาสเตียรอยด์ชนิดสูดพ่นขนาดสูง, แบบเฉพาะที่ มักเกิดในผู้ป่วยที่ใช้อยาชนิดสูดพ่นชนิดวิวี)</li> <li>- ใช้หลักการ INHOMESSS เช่น ประเมินสภาวะแวดล้อมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรค</li> </ul>
	ตัวชี้วัดทางเภสัชกรรม	๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย ๒. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา ๓. อัตราการเกิด serious ADR ๔. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
	ตัวชี้วัดรายโรค	๑. อัตราการเกิด Exacerbation ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ <๖๐ปี ขึ้นไป) ๒. อัตราการ Re-admit ภายใน ๒๘ วันด้วย Asthma & COPD



กลุ่มโรค/ กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
๓.โรคจิตเวช	เป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเวชใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และต่อเนื่อง
	กิจกรรม	๑. ทบทวน ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและผลดีภักข์สุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๒. ติดตามและจัดการปัญหาจากการใช้ยาและผลดีภักข์สุขภาพ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลดีภักข์สุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาและผลดีภักข์สุขภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย ๓. การบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยดำเนินการทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและการส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายบริการสุขภาพในการร่วมติดตามผู้ป่วย ๔. พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้เกิดความครอบคลุมและรวดเร็ว ตามความเร่งด่วนของประเภทผู้ป่วย
	ตัวชี้วัดทางเภสัชกรรม	๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย ๒. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา ๓. อัตราการเกิด Serious ADRs ๔. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยาและผลดีภักข์สุขภาพ
	ตัวชี้วัดรายโรค	๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๓. อัตราการได้รับยาต่อเนื่อง
๔.กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)	เป้าหมาย	ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการใช้ยากลุ่ม opioids เพื่อควบคุมอาการปวดและอาการรบกวนอย่างปลอดภัย
	กิจกรรม	๑. มีระบบการบริหารจัดการยากลุ่ม opioids ในหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ๒. มีกิจกรรมการบริหารผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยปรับรูปแบบตามสถานการณ์ที่เหมาะสม เช่น การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีกิจกรรมดังนี้ ๒.๑ มีการติดตามผู้ป่วยระยะท้ายที่มีปัญหาการใช้ยาที่บ้าน - ปรับขนาดยากลุ่ม opioids และยาอื่นๆในผู้ป่วยร่วมกับทีมรักษา - ติดตามการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยา opioids ในผู้ป่วยระยะท้าย - จัดการแก้ไขปัญหาด้านยาที่พบในผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน - จัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยที่บ้าน - ให้ความรู้และทักษะการใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ๒.๒ ประสานงาน เชื่อมโยงการดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยระยะท้ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.และชุมชน
	ตัวชี้วัดทางเภสัชกรรม	๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย ๒. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา ๓. อัตราการเกิด Serious ADRs ๔. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยาและผลดีภักข์สุขภาพ
	ตัวชี้วัดรายโรค	๑. ร้อยละของการเข้าถึงยา opioids อย่างมีคุณภาพ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการปวดด้วยยา opioids ที่บ้าน ๓. ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายที่ Good death

กลุ่มโรค/ กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
๕. วัณโรค	เป้าหมาย	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคอย่างถูกต้อง เหมาะสม ผู้ป่วยรักษาหาย ไม่มีผู้ป่วยขาดยา และไม่เกิดผลข้างเคียงรุนแรงจากการใช้ยา
	กิจกรรม	<p>๑. มีระบบการรักษาเพื่อเข้าถึงยาต้านวัณโรคอย่างมีคุณภาพ</p> <p>๑.๑ มีแนวทางการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับสูตรยาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพ และมีการปรับขนาดยาที่เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมวัณโรคของประเทศไทย</p> <p>๑.๒ มีระบบพี่เลี้ยง (DOT) ทุกราย โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงต่อการขาดยาหรือรักษาไม่ครบ</p> <p>๒. มีระบบดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา</p> <p>๒.๑ มีแนวทางให้คำแนะนำ และความรู้ด้านยาต้านวัณโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ดูแลตนเองด้านยา และเฝ้าระวังการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้</p> <p>๒.๒ ค้นหา ประเมิน และจัดทำแผนการดูแลแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาที่พบรายบุคคล (Individual care plan) เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงที่ป้องกันได้และลดความรุนแรงของอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา</p> <p>๓. มีระบบการส่งต่อและวางแผนติดตามผลการรักษา ร่วมกับกลไกเครือข่ายในระดับพื้นที่</p> <p>๓.๑ มีระบบเฝ้าระวัง ติดตามประเมินความเสี่ยงด้านความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เช่น รูปแบบพี่เลี้ยง (DOT) รวมถึงการดูแลด้านยาต่อเนื่องที่บ้าน เยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>๓.๒ มีระบบข้อมูลรายบุคคล เพื่อกำกับ ติดตาม ประเมินผลการรักษา</p> <p>๓.๓ สร้างเครือข่ายหรือศูนย์กลางประสานการส่งต่อและติดตาม</p>
	ตัวชี้วัดทางเภสัชกรรม	<p>๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๒. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา</p> <p>๓. อัตราการเกิด Serious ADRs</p> <p>๔. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p>
	ตัวชี้วัดรายโรค	<p>๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>๒. อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>๓. อัตราการต้อยาของผู้ป่วยวัณโรคลดลง</p> <p>๔. ร้อยละความครอบคลุมการได้รับยาใหม่ในผู้ป่วยวัณโรคต้อยาหลายขนานที่มีข้อบ่งชี้</p>
๖. ผู้สูงอายุ	เป้าหมาย	ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย
	กิจกรรม	<p>๑. จัดทำประวัติการใช้ยาของผู้สูงอายุ ทั้งยาโรคเรื้อรัง ยาที่ใช้ประจำ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสมุนไพร</p> <p>๒. ทบทวนการใช้ยาของผู้สูงอายุ</p> <p>๓. ประเมินการใช้ยาจากผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล (Caregiver)</p> <p>๔. ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRP) ของผู้สูงอายุ</p> <p>๕. ติดตามความร่วมมือในการใช้ยา ความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมทั้งการได้รับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ</p> <p>๖. ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมดูแลสุขภาพที่ร่วมรับผิดชอบ</p>





กลุ่มโรค/ กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
	ตัวชี้วัดทาง เภสัชกรรม	๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย ๒. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา ๓. อัตราการเกิด Serious ADRs ๔. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
	ตัวชี้วัด รายโรค	๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care plan ๒. ร้อยละของ Healthy Aging ๓. ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๐ **กลุ่มที่ ๒ ประชาชนทั่วไป** เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้การใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุสมผล ในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาและไม่จำเป็นต้องใช้ยา รวมทั้งไม่เกิดความเจ็บป่วยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถป้องกันได้

กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
ประชาชนทั่วไป	เป้าหมาย	ผู้ป่วยได้รับ (เข้าถึง) ยาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการควบคุมดูแลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่งผลให้การใช้ยามีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ปลอดภัย ได้รับการร่วมมือจากผู้ป่วยบรรลุมเป้าหมายการรักษาด้วยยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน อันตรายจากภาวะโรคและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและสถานบริการ
	กิจกรรม การพัฒนา	การบริหารทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการทบทวนการใช้ยา (medication reconciliation) และค้นหาปัญหา ดำเนินการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Drug - Related Problems, DRP) ในกระบวนการใช้ยาของผู้ป่วย โดยการให้ความรู้ด้านยาและสุขภาพ และดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย รวมถึงการออกแบบ การดูแลด้านยาที่บ้านร่วมกับ ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความร่วมมือในการใช้ยา และบรรลุเป้าหมายของการรักษาด้วยยาได้แก่ หายจากโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ การดำเนินโรคช้าลง (delay the disease progression) และการป้องกันโรคหรือภัยสุขภาพที่เกี่ยวกับยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ
	ตัวชี้วัด	๑. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมาย ๒. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา ๓. อัตราการเกิด serious ADR ๔. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยา

**๒. ระดับครอบครัว** เป้าหมายการพัฒนาเพื่อให้บุคคลในครอบครัวสามารถดูแลและจัดการตนเอง ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย เมื่อเจ็บป่วยทั้งที่จำเป็นต้องใช้ยาและไม่จำเป็นต้องใช้ยา



กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
ครอบครัว	เป้าหมาย	ครอบครัวพึ่งตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use Literacy: RDU Literacy)
	กิจกรรม การพัฒนา	๑. ค้นหาปัญหา/ความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในครอบครัวและจัดการปัญหา อย่างเป็นระบบ ๒. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๓. การวางแผนร่วมกันในการดูแลด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๔. ส่งเสริมความรู้ การเสริมพลังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในครอบครัว
	ตัวชี้วัด	๑. ร้อยละของความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการป้องกัน ๒. ร้อยละของปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบแล้วได้รับการแก้ไข ๓. ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ๔. ร้อยละของครอบครัวมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุสมผล

**๓. ระดับชุมชน** เป้าหมายการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีภูมิคุ้มกันและตระหนักรู้ในการ เลือกใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย ส่งเสริมให้ชุมชนพึ่งตนเอง ด้านยาเมื่อเจ็บป่วย และสามารถดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาของชุมชน เพื่อให้ชุมชนปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ



กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
ชุมชน	เป้าหมาย	๑. ชุมชนปลอดภัย มีภูมิคุ้มกัน และตระหนักรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ชุมชนพึ่งตนเองด้านยาเมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้น ด้วยการเข้าถึงยาที่ปลอดภัยและการใช้ สมุนไพรอย่างเหมาะสมและปลอดภัย
	กิจกรรม การพัฒนา	๑. สื่อสาร แลกเปลี่ยน สร้างการมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยง เฝ้าระวังและคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ สถานบริการสุขภาพ หน่วยงานรัฐ เอกชน ภาคประชาชน และเครือข่ายอื่นในชุมชน รวมทั้ง RDU Coordinator ระดับอำเภอและตำบล ๒. วางระบบการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ บริการสุขภาพ ๓. สร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน และสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับหน่วยงานรัฐ เอกชน ภาคประชาชน และเครือข่ายอื่นในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน



กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
		<p>๔. เป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูล แก่ไข และป้องกันปัญหาด้านยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพในชุมชน</p> <p>๕. เสนอต่อคณะกรรมการที่มีอำนาจตัดสินใจระดับอำเภอ เช่น พชอ. คปสอ. เป็นต้น เพื่อพัฒนาช่องทางในการติดต่อสื่อสารและการให้คำปรึกษาด้านยา และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง โดยความร่วมมือกับเภสัชกรร้านยา และเภสัชกรโรงพยาบาล</p>
ตัวชี้วัด		<p>ระดับความสำเร็จของชุมชนปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนด</p> <p><b>ระดับที่ ๑ โครงสร้างทีม/ฐานข้อมูล</b></p> <p>มีโครงสร้างขององค์กร/มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ และระบบสนับสนุน ในการเฝ้าระวังแจ้งเตือนภัยเพื่อแก้ไขปัญหาและจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ และหมู่บ้านเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</p> <p>มีการค้นหาปัญหา รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลบริบทของชุมชน</p> <p><b>ระดับที่ ๒ สื่อสาร และวางระบบเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b></p> <p>มีการดำเนินงานผ่านระดับความสำเร็จที่ ๑ และ จัดให้มีกระบวนการสื่อสารปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลในชุมชนให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ และมีกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้องปลอดภัย ไม่สมเหตุผลร่วมกับชุมชน พร้อมมีการออกตรวจเฝ้าระวังร้านชำ ร้านขายของส่ง/รถเร่/คนเร่/สถานที่จำหน่ายอาหาร/ตลาดสด/ตลาดนัดเคลื่อนที่</p> <p><b>ระดับที่ ๓ สร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน และสร้างเครือข่าย และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน</b></p> <p>มีการดำเนินงานผ่านระดับความสำเร็จที่ ๑ และ ๒ และ มีการสร้างเครือข่ายเป็นรูปธรรมพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค/เครือข่ายในชุมชน/ผู้ประกอบการในพื้นที่ให้มีบทบาทกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายไม่สมเหตุผลร่วมกับชุมชน</p> <p>มีระบบการแจ้งเตือนภัย และการจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบปัญหาในพื้นที่หรือที่อาจสร้างผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน</p> <p><b>ระดับที่ ๔ เป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูล แก่ไข และป้องกันปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ</b></p> <p>มีการดำเนินงานผ่านระดับความสำเร็จที่ ๑, ๒ และ ๓ และ มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งที่ได้จากการตรวจสอบเฝ้าระวัง จากข้อร้องเรียนหรือจากการพบผู้บริโภคที่ได้รับอันตราย ร่วมกันตามแนวทางที่กำหนด</p> <p><b>ระดับที่ ๕ เสนอต่อคณะกรรมการที่มีอำนาจตัดสินใจระดับอำเภอ</b></p> <p>มีการดำเนินงานผ่านระดับความสำเร็จที่ ๑,๒,๓ และ ๔ และมีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและการวางแผนการดำเนินงานในระยะต่อไปร่วมกับชุมชน</p> <p>มีนวัตกรรม/รูปแบบการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนที่เป็นต้นแบบได้</p> <p>เครือข่ายมีความเข้มแข็งด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในชุมชน ดำเนินการเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านเภสัชกรรมและการบริหารจัดการแนวใหม่ ปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการ</p>



## 📌 การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ



การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบยา ระบบบริการเภสัชกรรม การบริหารเภสัชกรรม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย	เป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดการบริการเภสัชกรรม บริหารเวชภัณฑ์ การบริหารเภสัชกรรม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน
	กิจกรรมการพัฒนา	<p>จัดการบริการเภสัชกรรม คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเป็นไปตามมาตรฐาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. การบริหารจัดการระบบยา โดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลแม่ข่ายกับหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> <li>๒. จัดให้มีระบบการคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>๒.๑ จัดให้มียาใช้อย่างเพียงพอและเหมาะสม</li> <li>๒.๒ มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแพ้ยา ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น warfarin และอื่นๆ</li> </ol> </li> <li>๓. บริหารคลังจัดการยาและเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน <ol style="list-style-type: none"> <li>๓.๑ มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม</li> <li>๓.๒ มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด</li> <li>๓.๓ การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง</li> <li>๓.๔ มีการสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ</li> <li>๓.๕ มีระบบควบคุมยาหมดอายุ</li> <li>๓.๖ ตู้เย็นเก็บยาและวัคซีนเป็นไปตามมาตรฐาน</li> </ol> </li> <li>๔. จัดให้มีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและสมเหตุผล <ol style="list-style-type: none"> <li>๔.๑ มีการส่งมอบยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม, มีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย</li> <li>๔.๒ มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย</li> <li>๔.๓ มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> <li>๔.๔ มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน</li> </ol> </li> <li>๕. จัดให้มีการดำเนินกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>๕.๑ มีการบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร แม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> <li>๕.๒ มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ในร้านค้า ร้านชำ ตลาดนัด รถเร่ ในครัวเรือน</li> <li>๕.๓ ส่งเสริมให้ ร้านค้า/ร้านชำ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน มีองค์ความรู้ในการใช้ยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และไม่พบยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย</li> <li>๕.๔ มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค เช่น อสม ครู/นักเรียน อัย.น้อย ผู้ประกอบการ ร้านค้า แผงลอยจำหน่ายอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในอำเภอ</li> <li>๕.๖ ส่งเสริมให้เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้าน คุ้มครองผู้บริโภคที่สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่</li> </ol> </li> </ol>



กลุ่มเป้าหมาย	หัวข้อ	รายละเอียด
	ตัวชี้วัด	๑. มียาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพมาตรฐานให้บริการอย่างเพียงพอ ๒. ต้นทุนต่อหน่วย (unit cost) ๓. อัตราความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา ๔. อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ ๕. อัตราความครอบคลุมการให้คำปรึกษาด้านยาในกลุ่มเป้าหมาย ๖. อัตราความร่วมมือในการใช้ยา ๗. อัตราการเกิด serious ADR ๘. ร้อยละของการจัดการปัญหาด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๙. ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเภสัชกรรม ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

ตามแนวทางการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิข้างต้น พบว่า เป็นแนวทางที่ใช้ในการดำเนินของหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ มีการถ่ายโอน รพ.สต.ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเดิมโรงพยาบาลจะมีทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ฯลฯ เป็นต้น ร่วมทีมในการดูแลให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน และชุมชน

โดยงานบริการเภสัชกรรม การจัดการด้านยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ หน่วยงานควรจะมีการจัดตำแหน่งเภสัชกร มาปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนได้รับบริการเภสัชกรรมที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีความปลอดภัย รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ดังนั้นแนวทางการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในส่วนตัวไปนี้ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำไปปรับใช้ได้กับหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียด ดังนี้

## ๑. การบริหารจัดการงานเภสัชกรรม



การกำหนดโครงสร้างให้มีเภสัชกรรับผิดชอบและสัดส่วนที่เพียงพอกับการปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับอำเภอหรือหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเภสัชกรปฐมภูมิควรมีความรู้ ความเข้าใจงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ มีสมรรถนะความเป็นผู้นำ และทักษะในการบริหารจัดการงานเภสัชกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพ หากจำนวนเภสัชกรไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจำนวนที่เหมาะสมกับศักยภาพและอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของเภสัชกร สายบังคับบัญชาและกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานทางเภสัชกรรม



## แนวทางการบริหารจัดการงานเภสัชกรรม

๑. กำหนดนโยบายในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับทิศทางและนโยบายระดับหน่วยงาน ระดับจังหวัดและระดับกระทรวง โดยดำเนินการในรูปคณะกรรมการซึ่งมีองค์ประกอบจากตัวแทนที่มสวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง

๒. กำหนดแผนการพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทั้งในส่วนของอัตรากำลัง แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การใช้งบประมาณ รวมทั้งแผนการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนได้รับการบริการทางด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน สมเหตุสมผลและได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและหน่วยบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดำเนินงาน สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ความต้องการของผู้ป่วยและสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของพื้นที่

๓. การติดตามกำกับกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่กำหนด

๔. สรุปและประเมินผล

## ๒. การบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ



### ๒.๑ การบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าหมาย

▶ ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา แนวทางการดำเนินการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิ

▶ กำหนดผู้รับผิดชอบและกำหนดแนวทางที่ชัดเจน

▶ จัดระบบบริการเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย ลดความเสี่ยงในการจัดจ่ายยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว รวมทั้งได้รับคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม และได้รับข้อมูลจำเป็น ทำให้สามารถนำกลับไปใช้ได้ถูกต้อง ปลอดภัย

▶ จัดระบบให้มีการทบทวนการสั่งใช้ยา เพื่อป้องกันปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา ที่อาจเกิดขึ้นได้

▶ มีระบบเฝ้าระวังและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

▶ จัดระบบการส่งมอบยาอย่างถูกต้อง และเป็นตามที่มาตรฐานวิชาชีพกำหนดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

### ๒.๒ การเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกร

เป้าหมาย

▶ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาจากการใช้ยา หรือใช้ยาไม่ถูกต้อง ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลและติดตามโดยเภสัชกร



## แนวทางการดำเนินงานการเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกร

- ๑ กำหนดเป้าหมายผู้ป่วยที่ต้องมีการติดตามการใช้ยาที่บ้าน รวมทั้งในรายที่ได้รับการประสานจากทีมผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน
- ๒ เยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ๓ รวบรวมปัญหาและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา

## ๗. งานบริหารเวชภัณฑ์



การบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้หน่วยบริการมีการใช้งบประมาณด้านยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างประหยัดและคุ้มค่า มีรายการยาที่เหมาะสมสอดคล้องกับศักยภาพการรักษา มีการสำรองยาเพียงพอเหมาะสมกับการบริการผู้ป่วย

### แนวทางการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์

#### ๑) การกำหนดนโยบายด้านการบริหารเวชภัณฑ์

๑ ควรมีการกำหนดนโยบายด้านการบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย โดยอาจดำเนินการในรูปคณะกรรมการ /คณะทำงาน ซึ่งมีองค์ประกอบจากแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในระดับบริหารและระดับผู้ปฏิบัติ เพื่อให้ร่วมกันในการกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานในพื้นที่ได้ ทั้งนี้ควรมีการจัดประชุมอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามกำกับงานอย่างต่อเนื่อง

๒ กำหนดนโยบายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ ทั้งในเรื่องกรอบบัญชีรายการยา การจัดซื้อจัดหาและเวชภัณฑ์ การบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ การบริหารงบประมาณ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การติดตามกำกับ ฯลฯ

#### ๒) กรอบบัญชีรายการยา

๑ ควรดำเนินการในรูปคณะกรรมการ/คณะทำงานในการพิจารณาจัดทำกรอบบัญชีรายการยาสำหรับ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เหมาะสมกับศักยภาพในการรักษา และผู้สั่งใช้ยา (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ) โดยมีรายการยาที่สอดคล้องกับการบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อสนับสนุนต่อการส่งต่อผู้ป่วย

๒ ควรมีการปรับปรุงบัญชีรายการยาให้มีความเหมาะสม และทันสมัย อย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดเกณฑ์การเสนอยาเข้า-ตัดออกจากบัญชีที่ชัดเจน และกำหนดความถี่ในการปรับปรุง เพื่อให้มีบัญชียาที่ทันสมัย สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

#### ๓) การจัดซื้อ-จัดหา

๑ ควรมีการกำหนดแนวทางในการจัดซื้อจัดหา เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ปลอดภัย และคุ้มค่า



๑) วิธีการจัดซื้อจัดหายาถูกต้องตามระเบียบที่กำหนด โดยอาจพิจารณาใช้การจัดซื้อร่วมกันในระดับจังหวัดเพื่อลดภาระด้านการจัดซื้อ หรือจากแหล่งจำหน่ายยาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน โดยกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจน พิจารณาจากเอกสารหลักฐานและตัวอย่าง ชัดเจน โปร่งใส และเป็นธรรม อีกทั้งต้อง คำนึงถึงความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เช่น ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีลักษณะที่คล้ายกันทำให้มีความเสี่ยงในการใช้ยาผิดพลาด หรือกรณียาโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นยาที่ใช้ต่อเนื่อง อาจพิจารณาจัดซื้อร่วมกันเพื่อให้ได้ลักษณะเม็ดยาเหมือนกัน เพื่อลดความเสี่ยง ในการกินยาผิด กินยาซ้ำซ้อน เป็นต้น

๑) จัดซื้อยาให้ถูกต้องตามระเบียบและกฎหมายที่กำหนด

#### ๔) งานคลังเวชภัณฑ์

๑) กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน (อาจมอบหมายให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมรับผิดชอบ)

๑) จัดสถานที่เก็บรักษาให้เป็นระเบียบ ในสถานที่และสภาวะที่เหมาะสม ถูกต้องตามหลักวิชาการ มีการจัดหมวดหมู่ให้สามารถหยิบใช้งานได้อย่างสะดวก จัดแยกยาที่ลักษณะภายนอก ภาชนะบรรจุหรือฉลากมีลักษณะใกล้เคียงกัน เอาไว้แยกกันเพื่อลดความเสี่ยงในการหยิบยาผิดพลาด

๑) กำหนดผู้รับผิดชอบในการเบิกยาจากหน่วยเบิก

๑) ตรวจสอบจำนวนยาคงเหลือเทียบกับในรายงาน

๑) จัดให้มีการสำรองยาได้อย่างเหมาะสม ไม่มากเกินไป น้อยเกินไป ไม่มียาหมดอายุ หรือเสื่อมสภาพ

## ๔. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข



### เป้าหมาย

๑) ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ภายใต้ระบบการเฝ้าระวัง โดยการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

### แนวทางการดำเนินงาน

๑) วิเคราะห์ปัญหา และบริบทของพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนปฏิบัติการเพื่อให้การจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๑) จัดระบบการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๑) ตรวจสอบเฝ้าระวังการจำหน่าย การบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน รวมทั้งเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่โดยภาคีเครือข่าย





๑๑

- ๑๑ เผยแพร่ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีประโยชน์เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกซื้อ เลือกบริโภคได้อย่างปลอดภัย

- ๑๒ พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ บุคลากร ผู้ประกอบการ อสม. กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ รวมถึงประชาชน เพื่อให้มีความรอบรู้ ตระหนักในการผลิต จำหน่าย และบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย

- ๑๓ สื่อสารความเสี่ยง แจ้งเตือนภัย สำหรับผลิตภัณฑ์ที่พบปัญหา หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการบริโภค

- ๑๔ จัดระบบรับเรื่องร้องเรียน และจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

## ๕. การบริหารจัดการข้อมูลและการส่งต่อข้อมูล



### เป้าหมาย

- ๑๑ เพื่อเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการอื่น เช่น รพช. รพศ./รพท. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในการประกอบการพิจารณาในการวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาล ส่งใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยด้านยา

### แนวทางการดำเนินการ

#### ๕.๑ ข้อมูลที่จำเป็นด้านยาและสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ๑๑ ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง
- ๑๒ ข้อมูลประวัติการแพ้ยา
- ๑๓ ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง เช่น Vital sign, Blood sugar, Liver function test, Renal function test, Lipid profile, INR เป็นต้น
- ๑๔ ข้อมูลยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยาที่ใช้ วิธีการบริหารยา จำนวนยาที่ได้รับ จำนวนวันที่ต้องทานต่อเนื่อง เช่น กลุ่มยา Antibiotic (ถ้ามี) ข้อควรระวัง คำแนะนำพิเศษ เป็นต้น
- ๑๕ ข้อมูลการใช้ยาในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น การใช้ยา Warfarin เป็นต้น

#### ๕.๒ กระบวนการหรือวิธีการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่าย โดยส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่ายดังนี้

- ๑๑ วิธีการสามารถส่งผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์หรือผ่านช่องทางสื่อสารภายในเครือข่ายในรูปแบบต่างๆ
- ๑๒ กำหนดช่วงระยะเวลาในการส่งต่อข้อมูล เช่น แบบ real time หรือ ทุก ๑ หรือ ๓ เดือน ตามข้อตกลงระหว่างเครือข่าย
- ๑๓ หน่วยบริการปฐมภูมินำข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยลงบันทึกในระบบเวชระเบียนของหน่วยบริการ เพื่อสามารถสืบค้นเพื่อนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป



## บทบาทของบุคลากร สายงานเภสัชกรรม

การดำเนินงานระบบเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีเภสัชกรที่มีความรู้และสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานที่สภาเภสัชกรรมกำหนด (เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ) เพื่อดูแลความปลอดภัยด้านยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยและประชาชน หากเภสัชกรเป็นผู้มีผ่านการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับงานเภสัชกรรมปฐมภูมิตามที่สภาเภสัชกรรมรับรองและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย จะยิ่งทำให้การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพมากขึ้น

การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ ควรกำหนดจำนวนเภสัชกรปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างเพียงพอ โดยอย่างน้อยควรกำหนดสัดส่วนเภสัชกร ๑ คนต่อประชากร ๑๐,๐๐๐ คน เพื่อให้เภสัชกรสามารถดูแลความปลอดภัยด้านยา สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ผู้ป่วยและประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิเช่น การบริหารจัดการระบบงานเภสัชกรรม เพิ่มคุณภาพการรักษาด้วยยา (Quality of Care) การลดอัตราป่วยและอัตราการตายอันเกิดจากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม การลดการเกิด Serious ADR จากยา การลดการเกิดการใช้ยาที่ซ้ำซ้อนและฟุ่มเฟือย การลดปัญหาอันเกิดจากยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ PCU ที่บ้านและชุมชน เพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of care) รวมถึงการลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกินความจำเป็น (Cost Effectiveness)

### บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

#### ► เภสัชกรปฐมภูมิ : Drug and Health Product Manager.

๑. งานส่งมอบยา ให้คำแนะนำในการใช้ยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ ค้นหาปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Drug Related Problems) และจัดการและป้องกันปัญหาที่เกิดจากยาของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดี

๒. การบริหารจัดการระบบยา ส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ระบบ Medication Reconcile วางระบบป้องกันและแก้ไขความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ADR) การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ (DI) การประเมินและทบทวนการใช้ยา (DUE/DUR) ใน PCU ขนาดใหญ่ เป็นต้น

๓. งานดูแลต่อเนื่องด้านยาในชุมชน จัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น DM HT DLP Stroke CKD จิตเวช TB ผู้สูงอายุ และอื่นๆ โดยการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย



โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและสร้างให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในฐานะที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ในชุมชนที่มีกลุ่มผู้ป่วย ที่มีการเจ็บป่วยลักษณะเดียวกัน

๔. งานบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีประสิทธิภาพ เพียงพอ พร้อมใช้

๕. งานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการใช้ยาที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนตระหนักและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย สร้างความรอบรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัยและสมเหตุผลแก่ผู้ประกอบการ ประชาชน และชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๖. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพสื่อสารความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ภาคีเครือข่ายและประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังความเสี่ยงให้กับตนเอง ครอบครัว และชุมชน พัฒนาศักยภาพศักยภาพผู้บริโภคให้เข้มแข็ง พัฒนาผู้ประกอบการและสถานประกอบการ ให้มีมาตรฐานมากขึ้น

### ▶ **เจ้าพนักงานเภสัชกรรม :**

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมที่ปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ปฏิบัติงานช่วยเภสัชกรในงานเภสัชกรรม ซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการผสมยา การปรุงยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน การจัดซื้อจัดหาเก็บรักษา เบิกจ่ายยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ด้านเภสัชกรรม การให้คำแนะนำในการใช้ยา ภายใต้การควบคุมของเภสัชกร และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

๑. ให้บริการในงานเภสัชกรรม เภสัชสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ภายใต้การควบคุมกำกับของเภสัชกร เพื่อการบริการอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน เช่น ประสานการเบิกจ่ายยาระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่าย ร่วมจัดระบบและจัดการแก้ไขปัญหาขาดยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สอบถามประวัติเบื้องต้นเกี่ยวกับการแพ้ยาแพ้อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพรวมถึงลงข้อมูลในเวชระเบียน ให้บริการงานเภสัชกรรม เภสัชสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภคขั้นพื้นฐานแก่ผู้ใช้บริการภายใต้การควบคุมกำกับของเภสัชกรปฐมภูมิ เป็นต้น

๒. ควบคุม ดูแล บำรุงรักษา เครื่องมืออุปกรณ์ เพื่อให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และเป็นไปตามมาตรฐาน รวมถึงการเตรียมความพร้อมห้องยา โดยตรวจสอบให้มียาเพียงพอ เตรียมรายการยา prepack และเติมยาให้มีใช้ ตรวจสอบรายการยา เวชภัณฑ์หมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ การรายงานคงคลัง นำเสนอผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน

๓. บันทึก จัดเก็บ ตรวจสอบและรวบรวมข้อมูลทางเภสัชกรรม เภสัชสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อนำมาใช้อ้างอิง นำเสนอในหน่วยงาน เช่น จัดทำทะเบียนรับ-จ่าย จัดเก็บรักษา เบิกจ่ายยา วัคซีน เวชภัณฑ์ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ด้านเภสัชกรรม ให้เป็นปัจจุบันการบันทึกอุณหภูมิของคลังยา และห้องจ่ายยา เพื่อให้ยามีคุณภาพ



# ภาคผนวก<sup>++</sup>

- ▶ สถานการณ์และความสำคัญของการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
- ▶ ตัวอย่างการพัฒนาระบบยาและงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
- ▶ งานเภสัชกรรมปฐมภูมิตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



## สถานการณ์และความสำคัญของการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่สมเหตุผลของประชาชน นับเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ อาจทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการใช้ยา ประสิทธิภาพการรักษา และค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น จากข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาปฏิชีวนะพบว่าประชาชนรักษาโรคหวัด ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส ด้วยยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลาย ในต่างจังหวัดร้อยละ ๕๐-๖๐ ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๗๐-๘๐ การใช้ยาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการใช้ยา ร้อยละ ๒๐ ของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด ปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนหนึ่ง ได้รับการติดตามและจัดการจากเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

๑. ปัญหาการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจากปัญหาด้านยา ดังนี้ ผู้ป่วยมีจำนวนยาที่มากกว่า ๕ รายการ การได้รับยาใหม่ใน ๑ สัปดาห์ การได้รับยาใหม่ใน ๑ เดือน และ การได้รับยาจากหลายแหล่ง เช่น จากคลินิกเอกชนหรือร้านยา มีโอกาส ๒.๐๒, ๒.๔๖, ๒.๔๖ และ ๓.๕๗ เท่า ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับยาตามปัจจัยดังกล่าว ตามลำดับ (OR = ๒.๐๒, ๒.๓๕, ๒.๔๖, ๓.๕๗)

๒. ผู้สูงอายุที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (Non compliance) ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ๑) ยากลุ่มโรคเบาหวาน อาจเกิดภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia ๒) ยากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจเกิดภาวะ hypertensive urgency, ascites ๓) ยากลุ่มโรกระบบทางเดินหายใจ เช่น Corticosteroid, Bronchodilators, Beta agonist อาจเกิดภาวะ COPD exacerbation เป็นต้น

๓. ปัญหาจากการใช้ยาของผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน ๑๔๗ คน พบปัญหา ๓ อันดับแรก ได้แก่ ลืมรับประทานยา ๕๒.๔% รับประทานยาผิดเวลา ๒๑.๘% มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ๑๕.๐%

๔. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชพบปัญหาด้านการใช้ยา ๓๗๔ เหตุการณ์ โดยเป็นปัญหาจากความร่วมมือต่อการใช้ยา ๒๐๒ เหตุการณ์ (๕๕.๐๑%) ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ ได้แก่ การขาดนัด/ขาดยา ๙๓.๐๗% การใช้ยาไม่ถูกต้องตามขนาดที่แพทย์สั่ง และการใช้ยาไม่ถูกต้องตามขนาดที่แพทย์สั่ง และการขาดความรู้ในการแก้ไข/ป้องกันอาการข้างเคียงจากยา และยังพบผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ๖๕ เหตุการณ์ จาก ๓๗ เหตุการณ์ (๑๗.๓๘%) โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ Extrapyrimal symptoms พบ ๖๓ เหตุการณ์ จาก ๖๕ เหตุการณ์ (๙๖.๙๒%)

๕. ปัญหาการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioids ในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง พบผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยา ๑๕ เหตุการณ์ (๓๓.๓๓%) ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยา ๑๓ เหตุการณ์ (๒๘.๘๙%)

๖. ผู้ป่วยครอบครองยาเกินความจำเป็น (Polypharmacy) ๑๙.๒ ล้านคน คิดเป็น มูลค่าความสูญเสียทางการคลัง ๒,๓๔๙ ล้านบาท



นอกจากปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในระบบบริการปฐมภูมิยังพบปัญหาในเรื่องการพัฒนางานเภสัชกรรมไม่เป็นไปตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว โดยพบปัญหาในหมวดเภสัชกรรมและการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ใน ๔ หัวข้อหลัก ได้แก่ การบริหารจัดการระบบยาและงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข การตัดเลือกการส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ คลังยาและเวชภัณฑ์ การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ รพ.สต. เท่ากับ ๖๑.๗๕±๑๒.๕๑ (๗๗.๑๙%) โดยพบว่า หัวข้อ ๓ ลำดับแรก ที่มีจำนวน รพ.สต.ได้คะแนนน้อยที่สุด (๑ คะแนน) ได้แก่ หัวข้อการควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุมใบเบิกจ่ายและลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน (๒๔.๕๙%) หัวข้อตู้เย็นเก็บวัคซีน และหัวข้อการจัดหาเครื่องมือส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้ถูกต้องปลอดภัย (๒๒.๙๕%)

นอกจากนี้ยังมีปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ของผู้ป่วยและมีความไม่ปลอดภัยในการใช้ยาในชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ดังนั้นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อให้มีการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และคุ้มค่า และสามารถลดปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการ ซึ่งทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตลอดจนผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งรับผิดชอบการพัฒนากระบวนการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาเรื่องการบริหารจัดการ และอัตรากำลังของบุคลากรในสายงานเภสัชกรรม ทำให้การพัฒนากระบวนการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้ไม่เต็มที่

ปัญหาซึ่งโรงพยาบาลบางแห่ง ไม่สามารถส่งเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมออกปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพได้ เนื่องจาก อัตรากำลังเภสัชกรของโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัดตามกรอบภาระงานที่กำหนดไว้ ทำให้เภสัชกรไม่สามารถปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นประจำทุกวันได้ และไม่สามารถปฏิบัติงานตามภารกิจและบทบาทที่กำหนดไว้ ภาระงานจึงเป็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งลูกจ้างชั่วคราวที่ต้องมาทำหน้าที่จัดและจ่ายยา ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนด้านยา (Medication Error) ในการบริการผู้ป่วย อีกทั้งพบปัญหาการจัดระบบงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่งยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง เช่น การบริการเภสัชกรรม งานบริหารเภสัชกรรมและการเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนของยา (Medication Error) การเฝ้าระวังการแพ้ยาซ้ำ



## ตัวอย่างการพัฒนาาระบบยาและงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การพัฒนาาระบบยาและงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เภสัชกรเป็นหนึ่งในผู้ให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในการจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เป็นต้น ลดปัญหาการครอบครองยาเกินความจำเป็น (Polypharmacy) ตลอดจนยกระดับบริการมาตรฐานด้านยาในบริการปฐมภูมิ โดยมีตัวอย่างการดำเนินงานในพื้นที่ ดังนี้

### ๑. การพัฒนามาตรฐานระบบยาในบริการปฐมภูมิ

๐ **ยกระดับมาตรฐานด้านยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ** โดยการลดการเกิดปัญหาการใช้ยาแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยด้านยาทั้งผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยที่บ้าน ครอบครัว และชุมชน เภสัชกรปฐมภูมิได้จัดระบบงานบริการเภสัชกรรมใน PCU ให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังและป้องกันการแพ้ยาซ้ำโดยมีการแจ้งเตือนการแพ้ยา ณ จุดบริการ การบันทึกข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาล Alert ใน JHCIS และ family folder ตัวอย่างเช่น

- โรงพยาบาลยะหริ่งสามารถดักจับผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาจาก รพ.สต.เฉลี่ย ๒๘๔ คน/ปี ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ warfarin ปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยใช้ยา warfarin ๔๒ ราย ควบคู่กับการพัฒนาดังกล่าวข้างต้น เภสัชกรปฐมภูมียังต้องมีการสนับสนุนองค์ความรู้ด้านยาอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางออนไลน์ต่างๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาด้านยาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยใน รพ.สต. เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วยในชุมชน เภสัชกรปฐมภูมียังสามารถลดการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา(Medication error)

- โรงพยาบาลเชิงรายนครราชสีมา ในปี ๒๕๖๕ ดักจับและจัดการความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการได้ ๘๗๗ ครั้ง

- โรงพยาบาลลำปางดักจับและจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา ในหน่วยบริการได้ ๑,๙๙๖ ครั้ง จัดการปัญหา non compliance ในผู้ป่วย ๗๒๕ ครั้ง จัดการปัญหา Drug Interaction ในผู้ป่วย ๖๖ ครั้ง และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและผลข้างเคียงสุขภาพ (Adverse drug reaction) จำนวน ๑๒๕ ครั้ง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และลดค่าใช้จ่ายด้านยา(Cost) จากการทำ Medication reconciliation

๐ **เพิ่มการเข้าถึงยาอย่างมีคุณภาพ** โดยในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน PCU โดยมีการเพิ่มศักยภาพของ PCU กรอบรายการยาเพิ่มมากขึ้น มีเภสัชกรปฐมภูมิให้คำแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษ ยาที่ต้องระมัดระวังและติดตามการใช้ใน PCU ส่งผลให้ลดแออัดในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลอุดรธานีได้มีเภสัชกรปฏิบัติงานใน PCU ได้จัดบริการคลินิกเติมยา (Refill) ที่เกินกรอบยา

ของ รพ.สต. เกสัชกรปฐมภูมิจ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๙๙๔ ราย ผู้ป่วยจิตเวช ๑๘๑ รายในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาใกล้บ้านใจ ใช้ยาได้อย่างปลอดภัย ลดแออัดที่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายการเดินทางของผู้ป่วยได้ โรงพยาบาลเชิงรายประชาชนุเคราะห์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จัดบริการเติมยาโรคเรื้อรัง จำนวน ๕,๑๖๑ ราย และจัดบริการโรคเรื้อรังใน NPCU จำนวน ๘,๔๗๕ ราย

จากการสำรวจโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๕๐๙ แห่ง พบว่า มีการดำเนินการ Refill ยา NCD โดยเกสัชกรปฐมภูมิจำนวน ๒๑๔ แห่ง (ร้อยละ ๔๒.๐๔) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ Refill ยาโดยเกสัชกรในปี ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ จำนวน ๖๙๓,๖๓๓ รายและ ๗๕๕,๕๒๘ ราย Refill ยาจิตเวช โดยเกสัชกรปฐมภูมิจำนวน ๑๐๙ แห่ง (ร้อยละ ๒๑.๔๑) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ Refill ยาโดยเกสัชกรในปี ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕ จำนวน ๔๐,๔๘๙ รายและ ๔๕,๔๘๘ ราย โดยเกสัชกรปฐมภูมิ จัดยาเฉพาะราย จ่ายยา ให้คำแนะนำ จัดการ ADR DI food-drug interaction ทำ medication reconciliation ทบทวนการใช้ยา เช่นยาฉีดอินซูลิน ยาพ่น ยาจิตเวช เป็นต้น ซึ่งเกิดผลดีต่อผู้ป่วยคือผู้ป่วยได้รับยาใกล้บ้านใกล้ใจต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยาและสามารถลดค่าใช้จ่ายการเดินทางของผู้ป่วย

**ข้อมูลการ Refill ยาผู้ป่วยโดยเกสัชกรปฐมภูมิ (จากการสำรวจในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๕๐๙ แห่ง)**

หัวข้อ	จำนวนโรงพยาบาล ที่ทำ Refill	จำนวนผู้ป่วย Refill ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	จำนวนผู้ป่วย Refill ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๑. Refill NCD	๒๑๔ แห่ง	๖๙๓,๖๓๓ ราย	๗๕๕,๕๒๘ ราย
๒. Refill จิตเวช	๑๐๙ แห่ง	๔๐,๔๘๙ ราย	๔๕,๔๘๘ ราย

ที่มา : การสำรวจข้อมูลการดำเนินงาน Refill ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ณ วันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

๐ **เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการคลังให้ได้คุณภาพมาตรฐานและลดค่าใช้จ่ายด้านยา** บริหารคลังยาและเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน มียาเพียงพอ พร้อมใช้ ไม่เสื่อมสภาพ/หมดอายุ (รวมวัคซีน) สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ยาได้ เช่น ในโรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เกสัชกรปฐมภูมิเพิ่มระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม ในหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อให้มียาที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกการกำกับดูแลสนับสนุนโดยเกสัชกรปฐมภูมิ โดยเริ่มพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาในเครือข่ายตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ ทั้งระบบการเบิกจ่ายยาจากโรงพยาบาลสู่ รพ.สต. และการเพิ่มประสิทธิภาพด้านความสามารถประหยัดมูลค่าของคลังยาของ รพ.สต. และสนับสนุนการใช้โปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ประกอบการบริหารคลังยาใน รพ.สต.ให้สะดวก





ถูกต้องมากขึ้น เพื่อเพิ่มมูลค่าประหยัทยาในเครือข่าย จากการดำเนินงาน มี.ค. ๒๕๕๒-เม.ย. ๒๕๕๓ พบว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ ๓ ด้าน ได้แก่ เวลาที่ใช้ในระบบลดลงจากระบบเดิมได้ ๙๒.๒๕%, ค่าใช้จ่ายในระบบลดลงได้ ๕๗.๖๑% และอัตราความพึงพอใจโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต่อระบบการกระจายยา เพิ่มขึ้นจาก ๓๓.๓๓% เป็น ๙๕.๕๖% หลังจากที่มีการใช้โปรแกรมฯ ต่อเนื่อง พบว่าสามารถลดมูลค่าการเบิกยาเฉลี่ยต่อปี คิดเป็น ๑๓.๗๖% (ประมาณ ๓๔๔,๕๖๕ บาท)

๐ การพัฒนาคุณภาพระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชโคราช โดยเภสัชกรปฐมภูมิ พบว่าจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถบริหารจัดการยาก่อนยาหมดอายุล่วงหน้า ๘ เดือนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๑๐.๐ เป็นร้อยละ ๔๖.๗ การพัฒนาระบบการป้องกันการแพ้ยา พบว่าจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการปรับแบบบันทึกในแฟ้มประวัติผู้ป่วยแพ้ยา โดยใช้แบบบันทึกที่มีลายน้ำ “ผู้ป่วยแพ้ยา” ที่ชัดเจนเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๐ เป็นร้อยละ ๓๓.๓ การพัฒนาระบบควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พบว่า มีการจัดเก็บแยกจากยาอื่นมีระบบล็อกกุญแจที่ชัดเจน

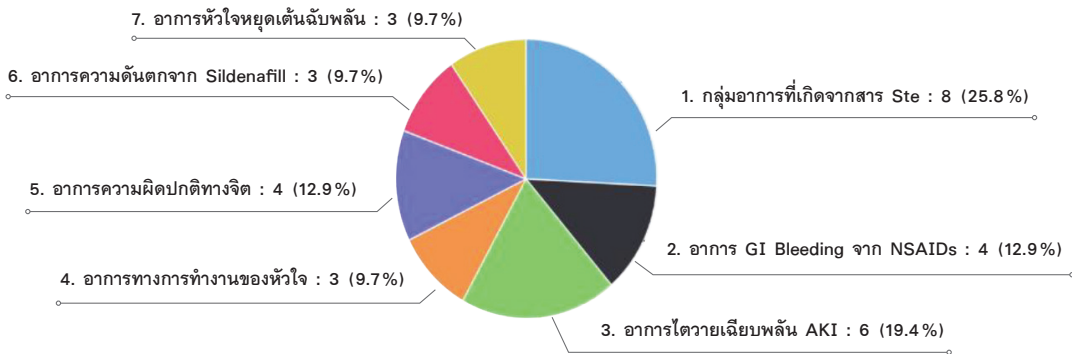
## ๒. การพัฒนาระบบการดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่ม เปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

๐ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเภสัชกรทำให้ ผู้ป่วยจิตเวชมีผลลัพธ์ทางมนุษยธรรมที่เป็นคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ด้านความ ร่วมมือในการใช้ยาดี พบว่าให้ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิต (SMD=๐.๘๒, ๙๕%CI ๐.๓๒, ๑.๓๒, p-value=๐.๐๐๐๑) คะแนนอาการทางคลินิก (SMD=-๐.๕๙, ๙๕%CI -๐.๙๘, ๐.๑๙, p-value=๐.๐๐๐๑) และความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งที่เป็นคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (SMD= ๐.๗๔, ๙๕%CI ๐.๒๙, ๑.๑๙, p-value=๐.๐๐๑) และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับดี(RR= ๑.๑๖, ๙๕%CI ๑.๐๖, ๑.๒๘, p-value=๐.๐๐๒) ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๐ บทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการความปวดนี้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วยในด้านการจัดการอาการปวด คุณภาพชีวิต ความรู้ และความร่วมมือ ในการใช้ยา ผู้ป่วยและทีม มีความพึงพอใจต่อบทบาทของเภสัชกร ผลการศึกษา ก่อนและหลัง การพัฒนาบทบาทเภสัชกร ๑ และ ๒ สัปดาห์ พบค่ามัธยฐานคะแนนความปวด (จากคะแนน ๑๐) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๖, ๔ และ ๔ ตามลำดับ ค่ามัธยฐานร้อยละคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการบันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย เท่ากับ ๗๕.๐๐, ๙๓.๗๕ และ ๙๒.๘๖ ตามลำดับ ค่ามัธยฐานความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกร การใช้ยาสำหรับคนไทย (จากคะแนน ๒๔) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ๑๙.๕, ๒๓ และ ๒๓ ตามลำดับ



## Adverse Event และความเสี่ยงเฉพาะ

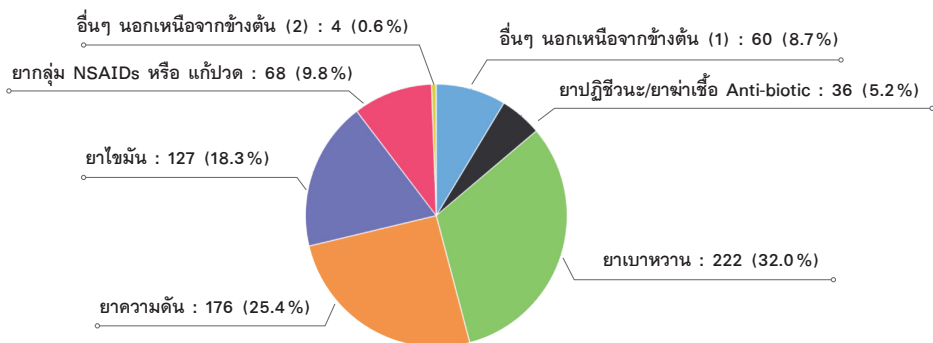


ที่มา : สรุปผลการดำเนินงานการเยี่ยมครัวเรือนด้านความปลอดภัยด้านยา โดยการประยุกต์ใช้ เครื่องมือ Nemocare KBS๑๐๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

## ๗. การพัฒนาระบบประสานรายการยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Medication reconciliation) เพื่อลดปัญหาการครอบครองยาเกินความจำเป็น และการแพ้ยาซ้ำ

โดยเภสัชกรปฐมภูมิสามารถจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิด Adverse event แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้ ยกตัวอย่างเช่น การสำรวจความปลอดภัยด้านยาในครัวเรือนในจังหวัดร้อยเอ็ด ๑,๕๖๐ ราย พบว่ามีปัญหาการใช้ยา Drug Related Problem; DRPs ทั้งสิ้น ๒๕๒ ราย แบ่งเป็น ปัญหาการไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ๘๙ ราย (ปัญหาการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ๕๙ ราย (ร้อยละ ๓.๘) ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น ๒๔ ราย (ร้อยละ ๑.๕) ปัญหาผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป ๒๒ ราย (ร้อยละ ๑.๕) และอื่นๆ ซึ่งเภสัชกรปฐมภูมิสามารถจัดการปัญหาและป้องกัน Adverse event ที่สำคัญได้ดังกราฟ

## พบยาที่เหลือใช้/เสื่อมสภาพ/หมดอายุ



ที่มา : สรุปผลการดำเนินงานการเยี่ยมครัวเรือนด้านความปลอดภัยด้านยา โดยการประยุกต์ใช้ เครื่องมือ Nemocare KBS๑๐๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด



๐ การสำรวจความปลอดภัยด้านยาในครัวเรือนในจังหวัดร้อยเอ็ด ยังมียาเหลือใช้/เสื่อมสภาพ/หมดอายุ ในครัวเรือน ได้แก่ ยากลุ่มเบาหวานคงค้างอยู่ จำนวน ๒๒๒ ราย (ร้อยละ ๑๔.๒๓) ยากลุ่มความดัน จำนวน ๑๗๖ ราย (ร้อยละ ๑๑.๒๘) และยากลุ่มลดไขมัน ๑๒๗ ราย (ร้อยละ ๘.๑๔) ซึ่งเป็นยากลุ่มโรคเรื้อรัง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วย มีการกินยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง มียาเหลือใช้ คงค้างอยู่ ซึ่งอาจเป็นผลให้การควบคุมอาการและผลลัพธ์การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นหากมีเภสัชกรปฐมนิเทศปฏิบัติงานใน PCU จะสามารถนำกระบวนการ Medication reconciliation มาใช้พัฒนาเพื่อลดปัญหายาเหลือใช้ในครัวเรือนได้ ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตเมือง ของ โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ปี งบประมาณ ๒๕๖๕ ได้ ๘๕,๓๐๙.๓๒ บาท

๐ เภสัชกรปฐมภูมิทำ Medication reconciliation สามารถช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เข้ายพ่นได้ร้อยละ ๖ (รพ.ปลวกแดง จ.ระยอง)

๐ ลดค่าใช้จ่ายด้านยาเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ PCU จากการทำ Medication reconciliation ได้ ๕,๕๗๕ บาท/เดือน/แห่ง (รพ.อรัญประเทศ)

๐ ลดค่าใช้จ่ายด้านยาโรคเรื้อรังและยาโรคทั่วไปโดยการทำ Medication reconciliation ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่ PCU ได้ถึง ๒๐๓,๑๐๗ บาท/ปี (รพ.สรรพสิทธิประสงค์)

๐ ลดค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาล เนื่องจากปัญหาการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตัวอย่าง เช่น ผู้ป่วยมา Admit ที่โรงพยาบาลด้วย GI bleeding และ Cushing syndrome จากการใช้ Steroid และ NSAIDs

### ข้อมูลเปรียบเทียบผลงานเภสัชกรปฐมภูมิต่ออัตรากำลัง ๑:๑๐,๐๐๐ และ ๑:๓๐,๐๐๐ ประชากร

ลำดับ	ผลงาน	อัตรากำลังเภสัชกรปฐมภูมิ ๑:๑๐,๐๐๐	อัตรากำลังเภสัชกรปฐมภูมิ ๑:๓๐,๐๐๐	หมายเหตุ
๑	บริการจ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย	๑๕,๖๒๙ ราย ๓๗,๐๑๙ ครั้ง	ทำได้ ๑๐ %	
๒	ประเมินและซักประวัติผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	๑๖๘ ราย	ทำได้ไม่ครอบคลุม	
๓	สอนและติดตามการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วย DM	๒๗๖ ครั้ง	ทำได้ไม่ครอบคลุม	
๔	สอนและติดตามการใช้ยาพ่นในผู้ป่วย Asthma&COPD	๑๐๖ ครั้ง	ทำได้ไม่ครอบคลุม	
๕	Refill ยาโรคเรื้อรังโดยเภสัชกร (เกินกรอบยาของ PCU)	๓๒๒ ราย	ทำไม่ได้	
๖	Refill ยาจิตเวชโดยเภสัชกร (เกินกรอบยาของ PCU)	๑๘๑ ราย	ทำไม่ได้	
๗	ป้องกันการเกิด Drug Interaction ในผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin	๑๑๔ ราย	ทำไม่ได้	
๘	การทำ Medication Reconciliation ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๖,๐๒๕ ครั้ง	ทำได้ไม่ครอบคลุม	
๙	การจัดการปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน	๑๑๘ ราย	ไม่สามารถทำได้	
๑๐	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	ผ่าน	ทำได้ไม่ครอบคลุม	



ลำดับ	ผลงาน	อัตรากำลัง เภสัชกรปฐมภูมิ ๑:๑๐,๐๐๐	อัตรากำลัง เภสัชกรปฐมภูมิ ๑:๓๐,๐๐๐	หมายเหตุ
๑๑	โครงการร้านชำคุณภาพโดยเภสัชกรปฐมภูมิ	๑๐๗ แห่ง	ไม่สามารถทำได้	
๑๒	หมู่บ้านต้นแบบ RDU	๑ แห่ง	ไม่สามารถทำได้	
๑๓	การจัดการความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	๑ เรื่อง	ไม่สามารถทำได้	

ที่มา: ข้อมูลจากสรุปผลการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลอุตรธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

## งานเภสัชกรรมปฐมภูมิตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.๒๕๖๕ เป็นมาตรฐานที่งานเภสัชกรรมปฐมภูมิสามารถหาโอกาสในการพัฒนาระบบงานภายในหน่วยงานและประเด็นและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาประเทศรวม โดยแบบประเมินดังกล่าวประกอบไปด้วยมาตรฐานด้านต่างๆ ดังนี้

มิติด้านการบริหารระบบยา	มิติด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม
๑. การจัดการระบบด้านยา ๒. โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ๓. ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง ๔. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	๕. การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ๖. การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ๗. งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ๘. งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน
มิติด้านการจัดการระบบยา	มิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์
๙. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๑๐. การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ๑๑. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	๑๒. การผลิตและเตรียมยา ๑๓. การคัดเลือกยา ๑๔. การจัดซื้อจัดหา ๑๕. การบริหารคลังเวชภัณฑ์

การประเมินแต่ละประเด็นของระบบมาตรฐานความปลอดภัยจะประกอบไปด้วยกลุ่มตัวชี้วัดที่จะสะท้อนระดับของการปฏิบัติงานหรือศักยภาพของโรงพยาบาลในแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้

ระดับที่ ๐	ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าว
ระดับที่ ๑	เริ่มการดำเนินการวางแผน วางโครงสร้างเบื้องต้น
ระดับที่ ๒ (Limited Capacity)	เริ่มการดำเนินการบางส่วน เริ่มเรียนรู้การดำเนินการ
ระดับที่ ๓ (Developed Capacity)	ได้ดำเนินการในตัวชี้วัดนั้นแล้ว งานแล้วเสร็จ บางส่วนยังดำเนินการ
ระดับที่ ๔ (Demonstrated Capacity)	ได้ดำเนินการในตัวชี้วัดแล้วเสร็จ ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืน
ระดับที่ ๕ (Sustainable Capacity)	ระบบมีการดำเนินการอย่างยั่งยืน สามารถเป็นตัวอย่างการเรียนรู้



## ๑. มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา หัวข้อที่ ๑๑. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

**เป้าหมาย:** โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบยา (Drug system management) ในเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ อันจะส่งผลให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล ผู้ป่วยเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่องและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองและจัดการตนเองด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมถึงชุมชนมีความตระหนักรู้และพึ่งตนเองในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ระดับ	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	การดำเนินการ		หมายเหตุ
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าว			
๑	มีคำสั่งแต่งตั้ง/มอบหมายเภสัชกรรับผิดชอบงานปฐมภูมิ และแผนการออกปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิ			
	มีแผนการอบรมเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ			
	มีกรอบบัญชีรายการยาหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงยาช่วยชีวิต ตามศักยภาพของผู้ส่งใช้ยา			
	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ			
๒	๒.๑ การส่งมอบยาและการบริการทางเภสัชกรรม			
	มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม			
	มีแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา			
	มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาใน ผู้ป่วยแพทย์ และผู้ที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin			
	มีแนวทางการใช้ยา และเครื่องมือสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ใช้ยากลุ่มเป้าหมาย <sup>๑</sup>			
	๒.๒ การจัดการระบบยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ			
	มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน			
	ตู้เย็นเก็บยาและวัคซีนเป็นไปตามมาตรฐาน			
	ควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง			
	สำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ มีระบบควบคุมยาหมดอายุ			
	๒.๓ การบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ			
	ให้การบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาล			
	ให้การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน <sup>๒</sup>			
	มีระบบการจัดการยาเดิมของผู้ป่วย (Medical Reconciliation)			

ระดับ	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	การดำเนินการ		หมายเหตุ
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	
	๒.๔ การส่งเสริมศักยภาพประชาชน ครอบครัว ชุมชน			
	มีกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ครอบครัว			
	มีกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชน			
๓	ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ RDU ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และ โรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ ๒๐			
	มีผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และป้องกันการแพ้ยาซ้ำ			
	มีผลลัพธ์การจัดการคลังเวชภัณฑ์ผ่านเกณฑ์ รพ.สต. ติดตาม/ตรวจสอบภายใน			
	มีรายงานผลสรุปการสำรวจและให้คำแนะนำร้านขายอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง			
	มีกิจกรรมที่แสดงให้เห็นว่ามี Home pharm care หรือ Community pharm care			
	มีการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น ภาวะโรคระบาด โดยการนำ Tele pharmacy, ระบบกระจายยา Home Isolation			
	มีแนวทางในการดำเนินการเพื่อผู้ป่วย NCD มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา			
๔	มีผลลัพธ์ในการดำเนินการเพื่อผู้ป่วย NCD มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา			
	ไม่พบปัญหาหายหมดอายุ ยาขาดจ่ายให้ผู้ป่วย และยาเหลือใช้จนไม่สามารถนำกลับมาใช้ต่อได้			
	มีผลลัพธ์การพัฒนาระบบยาที่ตอบสนองต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น การนำ Tele pharmacy, ระบบกระจายยา Home Isolation			
	มีโครงการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเรื่องยา เช่น ความรอบรู้เรื่องยา			
๕	มีการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบโครงการ วิจัย นวัตกรรม ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ			
	เภสัชกรที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิตั้งน้อยร้อยละ ๘๐ ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ที่สภาเภสัชกรรมให้การรับรอง			
	หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดตามในหมวดเภสัชกรรม			
	ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ มีศักยภาพในการดูแลตนเองในเรื่องยา และสุขภาพได้ดีขึ้น			
	เป็นศูนย์เรียนรู้ด้านงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ มีโครงการพัฒนากันเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ได้รับการคัดเลือกนำเสนอในระดับจังหวัดหรือเขต			

ที่มา: แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.๒๕๖๕



## ๒. มาตรฐานงานเภสัชกรรม RDU และคุ้มครองผู้บริโภค ตามพรบ.ปฐมภูมิ

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีแก่ประชาชน ผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ มีแนวปฏิบัติในการ ดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยหนึ่งในระบบงานที่สำคัญได้แก่งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งจัดอยู่ในหมวดที่ ๑ เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

### หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6		ต้องผ่านเกณฑ์ ทุกข้อ
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8		
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	5		
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9		
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60		ต้องผ่านเกณฑ์
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	40		ร้อยละ 80
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คปส.)	79		ทุกข้อ
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	65		
<b>รวมคะแนน</b>	<b>272</b>		

โดยรายละเอียดเกณฑ์แต่ละหมวด และหมวดที่ ๗ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม (RDU) และคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.) ดังแสดงใน QR code ดังนี้



คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2566

[https://drive.google.com/file/d/๑azy๔SfX&\\_DrUarmAoJHwYomD๓&-IGbi/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/๑azy๔SfX&_DrUarmAoJHwYomD๓&-IGbi/view?usp=sharing)

ที่มา : คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่ ๗ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

## ๗. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)

การพัฒนาสู่ประเทศใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Country) ส่วนหนึ่งต้องมีการดำเนินงานในชุมชน (Community) หมายถึงพื้นที่ระดับอำเภอ(หรือเขตในกรุงเทพมหานคร) ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาสู่ประเทศใช้อย่างสมเหตุผล โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกอำเภอของประเทศไทย ทั้งเขตเมืองหลวง เขตเมือง และเขตชนบท มีความปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งที่ไม่ใช้ยาหรือใช้ยาเท่าที่จำเป็น โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่หรือคณะกรรมการในชื่ออื่นในระดับอำเภอ กำหนดนโยบายหรือมาตรการ การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล เพื่อพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน โดยมีการออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล เชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ เชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลการใช้ยา/ข้อมูลการรักษาที่จำเป็นรวมถึงการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานการให้บริการตามแนวทางการใช้อย่างสมเหตุผล และการออกแบบเพื่อนำไปสู่การดูแลในระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล มีระบบจัดการความเสี่ยง เชื่อมโยงทั้งระบบบริการสุขภาพและชุมชน เพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การดำเนินงานจะต้องมีความเชื่อมโยงกันระหว่าง ๕ กิจกรรมหลัก (๕ key activities) อย่างเป็นระบบเริ่มจากการจัดทำระบบข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based Surveillance) เพื่อส่งข้อมูลให้กับชุมชนนำไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เกิดการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) ให้ประชาชนและชุมชนมีความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) รวมถึงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) โดยการดำเนินการดังกล่าวควรมีผู้รับผิดชอบทั้งในสถานบริการสุขภาพและชุมชนในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ที่เรียกว่า “RDU Coordinator” ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ และรับผิดชอบการบริหารจัดการด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมทั้งแก้ไขปัญหาเชิงระบบทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน

### การดำเนินงานระดับอำเภอ

โรงพยาบาลในพื้นที่และ/หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานทุกระดับ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งรัฐและเอกชน และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน เช่น ชมรมร้านขายยา ชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายผู้บริโภค ภายใต้อาเภอคณะกรรมการระดับอำเภอหรือองค์กร ที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ





คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นต้น เพื่อร่วมกันกำหนดนโยบายและแนวทางของอำเภอ ในการออกแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล โดยสถานบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ ซึ่งมีมาตรฐานการบริการ ตามแนวทางใช้อย่างสมเหตุผล มีการเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพชุมชน ครอบครัว และบุคคล รวมทั้งมีระบบจัดการความเสี่ยง เพื่อความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตลอดจนอาจเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยชุมชน ให้เป็นเทศบาลัญญัติหรือข้อบัญญัติรองรับ

## แนวทางการดำเนินการในระดับอำเภอดังนี้

๑. ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (Service plan) ระดับอำเภอ มีบทบาทในการดำเนินงานและขับเคลื่อนเพื่อส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลใน ๒ มิติ ได้แก่

๑) การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU hospital)

๒) การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) โดยออกแบบบริหารจัดการ ระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล ทั้งสถานบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชนทุกระดับ ให้มีคุณภาพการบริการตามแนวทางใช้อย่างสมเหตุผล เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพชุมชน ครอบครัว และบุคคล โดยนำเสนอให้คณะกรรมการระดับอำเภออื่น เพื่อกำหนดนโยบาย มาตรการที่เกี่ยวข้องต่อไป เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการประสานงาน คบส.ระดับอำเภอ

๒. แนวทางส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ของระดับอำเภอ มีดังนี้

๑) กำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยบูรณาการและขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมการใช้อย่าง สมเหตุผลในชุมชนกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP&P excellence) ในระดับอำเภอโดยการ มีส่วน ร่วมของทุกภาคส่วน

๒) พัฒนาระบบฐานข้อมูล และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องด้านยาเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน และการกำกับติดตาม ประเมินผล ในระดับอำเภอ

๓) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชนระดับอำเภอ ดังนี้

๐ โรงพยาบาล ใช้กระบวนการตรวจจับภัย (Risk detection) ค้นหาปัญหา สืบค้นข้อมูล ปัญหาการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพ (Proactive hospital base surveillance) ทั้งแบบ Concurrent Case Finding โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์/พยาบาล ค้นหาปัญหาจากผู้ป่วย ที่มารับบริการในหน่วยบริการด้วยอาการเจ็บป่วยตามประเด็นในการติดตาม (Trigger) เช่น Cushing's syndrome จาก Steroid, UGIH จาก NSAIDs และ Steroid เป็นต้น หรือแบบ Retrospective Case Finding ซึ่งเป็นการค้นหาปัญหาจากฐานข้อมูล Electronic health record ในระดับโรงพยาบาล (ฐานข้อมูลผู้รับบริการในโรงพยาบาล) หรือฐานข้อมูลระดับจังหวัด (Data center) โดยใช้รหัส ICD๑๐ หรือรหัส



การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) ที่เกี่ยวข้องที่เป็นความปลอดภัยในการใช้ยา (ซึ่งเป็นทั้งยาที่เกิดจากในโรงพยาบาล/ ยานอกโรงพยาบาล)

๐ ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการจัดการความเสี่ยงในชุมชนที่วางระบบร่วมกันในระดับอำเภอ ใช้กระบวนการตรวจจับความเสี่ยง (Risk detection) ค้นหาปัญหา สืบค้นข้อมูลปัญหาการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง ในชุมชน เพื่อให้ได้อุบัติการณ์ หรือสภาพปัญหา เช่น การแจ้งเมื่อพบรวดเร็ว พบประชาชนที่ได้รับผลกระทบ ด้านสุขภาพหรือเศรษฐกิจจากการบริโภคยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๔) สร้างการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงาน โดยคืนกลับข้อมูลปัญหาการบริโภคและการกระจายยา กลุ่มเสี่ยงในชุมชน และมีกระบวนการแก้ปัญหาของชุมชนรวมถึงเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในระดับอำเภอ

๕) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานประกอบการภาคเอกชน ในระดับ อำเภอ

๖) ขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนกับการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ (PP&P) กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ

๗) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิจัยและพัฒนาด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในชุมชนของอำเภอ

๘) กำหนดระบบกำกับติดตาม ตัวชี้วัด และสะท้อนผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ระดับอำเภอ ให้บรรลุเป้าหมาย

๓. กำหนดให้มี RDU Coordinator โดย “RDU Coordinator” ให้ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน ประสาน บูรณาการ ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ/คณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) และคณะกรรมการ/คณะทำงานส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU Hospital) ในระดับอำเภอ ให้เกิดความราบรื่นและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด RDU coordinator ระดับอำเภอ มีบทบาทดังนี้

๑) สื่อสาร ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU hospital) และในชุมชน (RDU Community) ระดับอำเภอสู่หน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒) วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา ความเสี่ยงจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บป่วยตามประเด็นในการติดตาม (Trigger) และข้อมูลปัญหาจากฐานข้อมูลผู้รับบริการในโรงพยาบาลหรือฐานข้อมูลระดับจังหวัด (Proactive hospital base surveillance) และในชุมชน (Active surveillance) โดยใช้กระบวนการประเมินภัย (risk assessment) มาวิเคราะห์ในด้านต่างๆ เช่น ขนาดของปัญหา ผลกระทบ ความรุนแรงของปัญหา ความตระหนักของผู้ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เห็นสภาพของปัญหาทั้งระบบเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาในระดับอำเภอ



๓) ประสานงานส่งต่อข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ทั้งในหน่วยบริการและชุมชนกับระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอและระดับจังหวัด เพื่อควบคุม และลดขนาดภัย (risk control and minimization) ปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

๔) แจ้งเตือน คืบข้อมูลอันตรายหรือผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ชุมชนค้นหา ผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในพื้นที่ (Active Surveillance) และคัดกรองผู้ป่วยที่มีประเมนภาวะโรค ของผู้ป่วยที่มี ความสัมพันธ์กับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ - UGIH จาก NSAIDs หรือ Steroid ที่ได้รับ จากแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสม - Skin Reactions จาก ยาที่ได้รับจากแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสม - Cushing syndrome จาก Steroid ที่ได้รับจากแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสม - Acute Renal Failure จาก NSAIDs หรือ Steroid ที่เป็นได้มาจากแหล่งกระจายยาที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพียงพอ ที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงในหน่วยบริการและชุมชนต่อไป

๕) สนับสนุนส่งเสริม การขับเคลื่อนและบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และท้องถิ่น สร้างมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เพื่อ ร่วมกันดำเนินการจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงตั้งแต่กระบวนการ ในการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติรวมทั้งติดตามประเมินผล และส่งเสริมการดำเนินงานการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในสถานประกอบการด้านยาภาคเอกชน (Good Private Sector)

๖) กระตุ้น ติดตาม และรายงานสถานการณ์ ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค การแก้ไขปัญหา ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดการแก้ไข้ปัญหาเชิงระบบ ต่อผู้มีอำนาจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง

ที่มา: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พฤษภาคม ๒๕๖๓

## ๔. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน : แบบฟอร์มเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร รายละเอียดแบบฟอร์ม ดัง QR code นี้



แบบฟอร์มเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

[https://docs.google.com/document/  
d/1Z2QuaBvc8tbUyK0\\_cq5sXOqrdB\\_zhZCC/  
edit?usp=sharing&oid=1148528454145627  
76552&rtpof=true&sd=true](https://docs.google.com/document/d/1Z2QuaBvc8tbUyK0_cq5sXOqrdB_zhZCC/edit?usp=sharing&oid=114852845414562776552&rtpof=true&sd=true)

## ๕. การนำ Telepharmacy มาใช้ในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กระตุ้นให้เกิดระบบการรักษา รูปแบบใหม่ๆ โดยนำเทคโนโลยีมาช่วยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่กันคนละพื้นที่ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ.๒๕๖๔ ให้ค่านิยามการบริการการแพทย์ทางไกลว่า “การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ ด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกลเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข” การให้บริการ และบริหารทางเภสัชกรรมก็ต้องปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่กระทรวงกำหนด

สภาเภสัชกรรมได้ออกข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ เภสัชกรรม พ.ศ.๒๕๖๑ แก้ไขเพิ่มเติมโดยข้อบังคับสภาเภสัชกรรม ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๕ และประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๖๒/๒๕๖๕ เรื่อง แนวทางเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม/๒๕๖๕ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิจะต้องทำการศึกษารายละเอียดตามที่สภาเภสัชกรรมประกาศ เกี่ยวกับ Telepharmacy เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

การนำ Telepharmacy มาใช้ในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จำเป็นต้องให้คณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัดระดับอำเภอ เห็นชอบในหลักการและขั้นตอนปฏิบัติงาน เนื่องจากการทำ Telepharmacy มีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุขหลากหลาย ตัวอย่างเช่น แพทย์ พยาบาล ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ อสม. ประจำครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาล

### ตัวอย่างรูปแบบการปฏิบัติงาน Telepharmacy ของเภสัชกรปฐมภูมิ

- เภสัชกรปฐมภูมิกับผู้ป่วย : เภสัชกรปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยปฐมภูมิ ทำ Telepharmacy กับผู้ป่วยที่บ้าน โดยทำกับผู้ป่วยโดยตรง หรือผ่านบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรม เช่น อสม. พยาบาล
- เภสัชกรปฐมภูมิกับบุคลากรทางการแพทย์ : เภสัชกรปฐมภูมิออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแล้ว ต้องการปรึกษา ทีม (หน่วยปฐมภูมิ หรือทีมระดับ รพ.) ก็สามารถ ทำ Telepharmacy ได้

### ตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการทำ Telepharmacy จากเภสัชกรปฐมภูมิ

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับยาด้วยตัวเอง เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่มีญาติมารับยาแทน บ่อยๆ
- ผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนยา และต้องมีการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วย Palliative Care ผู้ป่วย NCD ผู้ป่วยที่มีค่า LAB ผิดปกติ
- ผู้ป่วยที่สงสัยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และยังอยู่ในขั้นตอนการติดตามผลการรักษา





Telepharmacy

### ประกาศสภาเภสัชกรรมเรื่อง Telepharmacy

([https://drive.google.com/file/d/1mqHgFGC8EtCILRRrXtcPrncs\\_2OLLz-/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1mqHgFGC8EtCILRRrXtcPrncs_2OLLz-/view?usp=sharing))



แนวทางมาตรฐาน Telepharmacy

### ประกาศสภาเภสัชกรรมเรื่อง แนวทางมาตรฐาน Telepharmacy

([https://drive.google.com/file/d/1guf0mhSnLRiAYxAp0ziaCsHaPCsHy\\_0y/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1guf0mhSnLRiAYxAp0ziaCsHaPCsHy_0y/view?usp=sharing))

## ๒. ผลงานเชิงประจักษ์

ตัวอย่างผลงานเชิงประจักษ์ของเภสัชกรที่พัฒนางานด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงระบบที่เชื่อมโยงกับงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

๒.๑ การศึกษา/การวิจัยด้านบทบาทและผลงานของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ จำนวน ๑๐๐ เรื่อง



[https://drive.google.com/drive/folders/๑JFfnXOZYiw-ijAcsfGMeTVBrWcRPII๒๑?usp=share\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/๑JFfnXOZYiw-ijAcsfGMeTVBrWcRPII๒๑?usp=share_link)

(ตัวอย่างผลงานของเภสัชกรปฐมภูมิ)

เภสัชกรปฐมภูมิทุกท่านสามารถเพิ่มเติมผลงาน

ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิใน google drive นี้

เพื่อรวบรวมเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับเรียนรู้งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ



# เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย (Clinical Practice Guideline (CPG) of Tuberculosis Treatment in Thailand). นนทบุรี: 2561
- กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand, 2018). กรุงเทพฯ, 2561.
- กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนต์ดีไซน์. กรุงเทพฯ, 2560.
- คณะกรรมการผู้จัดทำแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับย่อ) พ.ศ. 2563-2564.
- เครือข่ายดูแลต่อเนืองที่บ้าน. สรุปรายงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน. [ โปรแกรม Smart COC]. เข้าถึงได้จาก: <https://pcclink.net/smartcoc/bi/allbi.php>
- จิตพล กันทะมูล. ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลปลวกแดง จังหวัดระยอง, ๒๕๖๕
- ชินจิตกร กองแก้ว, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, ชไมพร กาญจนกิจสกุล. การใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือ ตอนล่างประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2557. หน้า 1-36[วันที่อ้างถึง 1 พฤษภาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4306/hs2181.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์, นววรรณ เจียรพิรพงษ์ และ ปิยะเมธ ดิลกธรสกุล. การศึกษาขนาดและผลกระทบทางการคลังของการครอบครองยาเกินจำเป็นและการแก้ปัญหาเชิงนโยบาย [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2553. หน้า 1-84[เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3641?show=full/>]
- ทิพย์สุนันท์ เจริญพันธ์, จันทรัตน์ สิทธิวรนนท์. การพัฒนาบทบาทเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดการอาการปวดด้วยยาในผู้ป่วยโรคเมเร็งระยะลุกลาม อย่างต่อเนื่องจนถึงที่บ้าน โรงพยาบาลหนองเสือจังหวัดปทุมธานี. วารสารไทยเภสัชวิทยนิพนธ์ (Thai Bull Pharm Sci.) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [วันที่อ้างถึง 19 พฤษภาคม 2566]; ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565: หน้า 1-21. เข้าถึงได้จาก: <https://i01.tci-thaijo.org/index.php/TBPS/article/view/253505/174026>
- ธัญญา สองเมือง, อนัญญา สองเมือง. ความร่วมมือในการใช้ยาและการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท หลังถูกส่งตัวรักษาต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [วันที่อ้างถึง 19 พฤษภาคม 2566]; ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2565. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/JHS>
- ยุภาพรรณ มั่นกระโทกและคณะ. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบยาของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา, 2565
- โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. กลุ่มงานเภสัชกรรม. สรุปรผลการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิปีงบประมาณ 2565. เชียงราย, 2565.
- โรงพยาบาลยะหริ่ง. กลุ่มงานเภสัชกรรม. สรุปรผลการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิปีงบประมาณ 2565. ปัตตานี, 2565.
- โรงพยาบาลลำปาง. กลุ่มงานเภสัชกรรม. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. Unit profile. เอกสารอัดสำเนา, 2565.
- โรงพยาบาลอุตรธานี. กลุ่มงานเภสัชกรรม. สรุปรผลการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2565. อุตรธานี, 2565.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, ปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. มาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (quality standard for palliative care). ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2564. พิมพ์ครั้งที่ 3. ตุลาคม.



ศุคราภรณ์ สามประดิษฐ์, คชาพล นิ่มเดช, ศิวาภรณ์ โมคภิรมย์ และ สุนทร แก้วอำไพ. รพ.สต.ติดดาว : ภาวะหรือโอกาสการพัฒนา  
งานเภสัชกรรมปฐมภูมิในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ Thai Journal of Public Health and Health  
Sciences. [อินเทอร์เน็ต]. 2563; ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2563. เข้าถึงได้จาก: [https://heo๒.tci-thaijo.org/  
index.php/tjph](https://heo๒.tci-thaijo.org/index.php/tjph)

สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล  
(Telepharmacy). [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [วันที่อ้างถึง 2 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: [https://www.pharmacycouncil.  
org/index.php?option=content\\_detail&menuid=68&itemid=1846&catid=0](https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=1846&catid=0)

สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ 2565. [อินเทอร์เน็ต]  
กรุงเทพ; 2565 [วันที่อ้างถึง 19 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก [https://www.tac.or.th/wp-content/uploads/2022/  
03/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%AB%E0%B8%B7%E0%B8%94%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2-TAC-2022-TK-edited.pdf](https://www.tac.or.th/wp-content/uploads/2022/03/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%AB%E0%B8%B7%E0%B8%94%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2-TAC-2022-TK-edited.pdf)

สุทธาสิณี ราตรี. การศึกษาสาเหตุแหล่งที่มา มูลค่ายาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยนำมาคืนในคลินิกหอบหืดครอบครัว (PCU) เครือข่ายโรงพยาบาล  
สรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี, 2565

สรลัชชา การเกษ. การทบทวนปริมาณการจ่ายยาและการจัดการปัญหาเหลือใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านยา ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน  
เมืองอรัญประเทศ โรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว, 2565.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒. ประกาศราชกิจจานุเบกษา, ๓๐ เมษายน  
๒๕๖๒ หน้า 2, 8-12. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [วันที่อ้างถึง 2 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: [http://web.krisdika.go.th/  
lawHeadPDF.jsp?formatFile=pdf&hID=0](http://web.krisdika.go.th/lawHeadPDF.jsp?formatFile=pdf&hID=0)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองตรวจราชการ. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561  
(Inspection Guideline). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี, 2561. [วันที่อ้างถึง 1 พฤษภาคม 2565] เข้าถึงได้จาก: [http://bie.moph.  
go.th/e-insreport/index.php](http://bie.moph.go.th/e-insreport/index.php)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผล.  
นนทบุรี, 2563. กรกฎาคม. หนังสือนี้มีหรือไม่

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผลใน  
ชุมชน. นนทบุรี, 2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. พฤษภาคม.

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองบริหารการสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง  
(palliative care) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. สิงหาคม

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักบริหารการสาธารณสุข. กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ. การพัฒนาระบบบริการ  
สุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล. (Service Plan: Rational Drug Use).  
นนทบุรี, 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน หน้า 1, 5-7, 10-11.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สรุปผลการดำเนินงานการเยี่ยมครัวเรือนด้านความปลอดภัยด้านยา. [โปรแกรม Nemocare  
KBS 101]. เข้าถึงได้จาก:[https://www.nemocare.net/nemocare\\_  
v2/form\\_login.php](https://www.nemocare.net/nemocare_v2/form_login.php)

สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลการขึ้นทะเบียน PCU และ NPCU. [อินเทอร์เน็ต]. [วันที่อ้างถึง  
2 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/regist1>

หทัยรัตน์ สุขศรี, เพ็ญญา ศรีหริ่ง, ทิพาพร กาญจนราช. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในการรักษาตนเองที่บ้านในเขตชุมชนอำเภอเมือง  
จังหวัดขอนแก่น.การประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปี 2554การพัฒนาอนาคตชนบทไทย: ฐานรากที่มั่นคง  
เพื่อการพัฒนาประเทศไทยอย่างยั่งยืน" 27-29 มกราคม 2554

มังกร ประพันธ์วัฒน์. กรอบแนวคิดการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. มาตรฐานเภสัชกรรมโรงพยาบาล, ๒๕๕๕-๒๕๕๙.



**NOTE**



Lined writing area with horizontal lines for notes.









กองบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

