



สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19: กรณีศึกษาเขตเมืองพัทยา

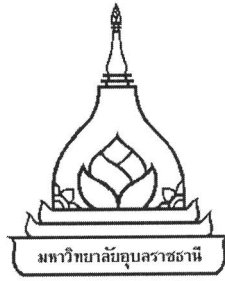
เชมณัฐ อัครศิwapงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

SITUATION OF PHARMACY'S LICENSE HANGING:
A CASE STUDY OF PATTAYA CITY

KHEMMANAT AKKHARASIWAPHONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCE
MAJOR IN HEALTH SERVICE MANAGEMENT
FACULTY OF PHARMACEUTICAL SCIENCES
UBON RATCHATHANI UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2017
COPYRIGHT OF UBON RATCHATHANI UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์

เรื่อง สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร: กรณีศึกษาเขตเมืองพัทยา

ผู้วิจัย นางสาวเขมณัฏฐ์ อัครศิวาพงษ์

คณะกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา ภัทรเบญจพล	ประธานกรรมการ
ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล	กรรมการ
รองศาสตราจารย์ ดร.สัมมนา มูลสาร	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภชัย วรณเลิศสกุล	กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

(ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินันท์ ประสิทธิ์จริพร)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.อริยาภรณ์ พงษ์รัตน์)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ปีการศึกษา 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร: กรณีศึกษาเขตเมืองพัทยา” สำเร็จ
ลุล่วงไปด้วยความอนุเคราะห์และความเมตตากรุณาของ ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล อาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และคณะผู้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้การทำวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ได้แก่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวรรณา ภัทรเบญจพล ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์สัมพันธ์ มุลสาร
และผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุภชัย วรรณเลิศสกุล กรรมการสอบ ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่าง
สูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือแบบสอบถาม ที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มี
ความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน คือ เภสัชกรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
เภสัชกรจากโรงพยาบาลบางละมุง เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง เจ้าของร้านยา
และเภสัชกรประจำร้านยาในเขตเมืองพัทยาที่ให้ความร่วมมือในการตอบสัมภาษณ์เชิงลึกและตอบ
แบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณครอบครัว พี่น้องร่วมรุ่นบริหารบริการสุขภาพรุ่นที่ 2 และตลอดจนผู้มีพระคุณที่
มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวได้หมด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและกำลังใจอันดียิ่ง
จากทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณ ณ โอกาสนี้ด้วย

เขมณัฏฐ์ อัครศิวาพงษ์

ผู้วิจัย

บทคัดย่อ

เรื่อง : สถานการณ์การแวนป้ายของเภสัชกร: กรณีศึกษาเขตเมืองพัทยา
 ผู้วิจัย : เชนณัฐ อัครศิลาพงษ์
 ชื่อปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชา : บริหารบริการสุขภาพ
 อาจารย์ที่ปรึกษา: ดร.อนุวัฒน์ วัฒนพิชญากุล
 คำสำคัญ : เภสัชกรแวนป้าย, ร้านขายยา, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การแวนป้ายของเภสัชกรร้านยาเป็นปัญหาเรื้อรังมายาวนานและขาดการวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้าน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา มาตรการควบคุมกำกับและปัญหาอุปสรรคในการแก้ปัญหาเภสัชกรแวนป้ายจากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คนประกอบด้วยเภสัชกรประจำร้านขายยา 11 คน เจ้าหน้าที่รัฐ 5 คน เจ้าของร้านขายยา 2 คน และพนักงานขายยา 2 คน และใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากเภสัชกรและผู้ประกอบการร้านขายยาในเขตพัทยา มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 161 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบแนวคิดวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ร้านขายยาในเขตเมืองพัทยามีการแวนป้ายประมาณร้อยละ 45 ของร้านยาทั้งหมด 260 ร้านสาเหตุสำคัญคือความต้องการของผู้ประกอบการและลูกค้าในเมืองท่องเที่ยว รวมทั้งการไม่เคร่งครัดในการคัดกรองคุณสมบัติเภสัชกรของเจ้าหน้าที่รัฐทำให้มีเภสัชกรทำงานนอกเขตพัทยาหรือชลบุรีแวนป้าย มาตรการควบคุมกำกับปัญหาของเจ้าหน้าที่รัฐมีดังนี้ 1) การตรวจร้านยาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งต่อร้าน 2) หากพบการแวนป้ายจะบันทึกตักเตือนความผิด หากพบความผิดอีกจะดำเนินการเปรียบเทียบปรับ และหากพบความผิดครั้งที่ 3 จะส่งเรื่องให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจารณาส่งเรื่องให้สภาเภสัชกรรมพิจารณาลงโทษพักใบประกอบวิชาชีพ 3) ยึดเกณฑ์มาตรฐานร้านยาใหม่เป็นแนวทางก่อนการอนุญาตเปิดร้านขายยาและการตรวจร้าน

มุมมองของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งเภสัชกรและเจ้าของร้านยามีความสำคัญต่อการแก้ปัญหา ส่วนใหญ่เห็นประโยชน์การมีเภสัชกรประจำร้านขายยา เช่น ร้อยละ 86.3 เห็นว่าการมีเภสัชกรประจำร้านช่วยคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยมากขึ้น ส่วนใหญ่มีความเห็นเชิงลบต่อประเด็นมาตรฐานร้านขายยาที่ดี เช่น ร้อยละ 60.9 เห็นว่า มาตรฐานร้านขายยาตาม GPP มีความยุ่งเหยิง ยุ่งยากในทางปฏิบัติ แต่เภสัชกรบางส่วนมีมุมมองที่แตกต่างกับเจ้าของร้านยาที่ไม่ใช่เภสัชกรในบางประเด็นเกี่ยวกับมาตรการตรวจเฝ้าระวังร้านขายที่เหมาะสมและการแก้ไขปัญหาการแวนป้ายของเภสัชกร

ปัญหาและอุปสรรคในการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรที่สำคัญคือ อุปสรรคเชิงโครงสร้าง เช่น การไม่ให้ความสำคัญต่อปัญหาเภสัชกรแขวนป้าย เมื่อเทียบกับปัญหาอื่นๆ การมีเจ้าหน้าที่รัฐที่มีความอ่อนอาวุโสและมีจำนวนน้อย การมีโทษที่เบาไปและไม่สามารถลงโทษได้จริง การไม่เอาจริงเอาจังในการคัดกรองคุณสมบัติเภสัชกรก่อนอนุญาตเปิดร้านในขณะที่การตรวจร้านหลังจากอนุญาตไปแล้วมีปัญหาการแก้ไขยากกว่า ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้คือ ควรยกระดับปัญหาการแขวนป้ายให้มีความสำคัญให้มากขึ้นจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และรณรงค์ให้ผู้บริโภคเห็นความสำคัญของการมีเภสัชกรร้านยา และหากสามารถปรับให้มีเจ้าหน้าที่รัฐที่มีความอาวุโสมีประสบการณ์ในการทำงานก็อาจจะทำให้ปัญหาได้รับการยกระดับและแก้ไขให้ดีขึ้น

ABSTRACT

TITLE : SITUATION OF PHARMACY'S LICENSE HANGING: A CASE STUDY OF PATTAYA CITY

AUTHOR : KHEMMANAT AKKHARASIWAPHONG

DEGREE : MASTER OF SCIENCE

MAJOR : HEALTH SERVICE MANAGEMENT

ADVISOR : ANUVADH VADHANAPIJAYAKUL, Ph.D.

KEYWORDS : PHARMACY'S LICENSE HANGING, DRUG STORE, STAKEHOLDER

The “pharmacists’ license hanging” in drug stores is long-standing and persistent problems, yet still lacks of holistic analysis in causes. This research aims to understand current state of this unsolved situation, which includes surveillances from authority and obstacles, by utilizing both quantitative and qualitative method. While the qualitative techniques, in-depth interview and observation were used to collect data from 20 informants composed of 11 pharmacists, 5 civil servants, 2 stakeholders and 2 pharmacist assistants, the quantitative technique were observed on 161 local pharmacy owner with questionnaires designed after the earlier qualitative study. Qualitative research method analyzed raw data according to conceptual framework. Quantitative research method examined, interpreted and analyzed raw data with descriptive statistics.

The result found that; approximately 45% of 260 pharmacies are performing “pharmacists’ license hanging”. The main cause is that supplies of local pharmacists doesn’t meet the needs of entrepreneurs and customers, the other reason is that state authorities aren’t strictly inspecting the qualification of pharmacist. Pharmacists from other provinces are having their license hanged due to this careless screening. Control measures from government official forcing upon pharmacies in order to prevent “pharmacists’ license hanging” are as follows: 1) Annual surveillance on every pharmacy 2) If one has been found transgressing the law, warning, fining and suspending the license would be processed upon the pharmacist. 3) Good Practice

Pharmacy (GPP) as a part of Product Liability Law sets a new standard as well as a new guideline to every pharmacy.

Perspective of those involved play an important role in resolving the problem. Majorities of the populations recognize the benefit of having pharmacist on-duty at all times. 86.3% said the absence of pharmacists could endanger the health of consumers since no one is present to advise members of the public about the medicines. However, 60.9% of the populations expressed negative attitude toward Good Pharmacy Practice (GPP), since they consider this new law as troublesome rules. But some pharmacists' point of view are quite opposite to non-pharmacist stakeholders' when it is on the issues of annual inspection, proper policy and law enforcement.

State officers prioritize illegal drug trafficking crimes over "pharmacists' license hanging" issue and hence carelessness filtering. Furthermore, Provincial Public Health Office doesn't have enough manpower or the certain enforcement regulation doesn't prescribe any penalty. However, officers' neglectedness is still the biggest structural obstacle.

Suggestions of this research are: 1) Emphasizing this problem to those pertained in pharmaceutical field 2) Campaigning and informing consumers to understand the importance of pharmacist on-duty at all times in pharmacy 3) Assigning some experienced or senior offices to the inspection team improve the situation holistically.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
คำอธิบายสัญลักษณ์ คำย่อหรือตัวอักษร	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามสำหรับงานวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 สถานการณ์การแขวนป้ายของเกสซักร	7
2.2 นโยบายและแนวทางในการดำเนินงานที่ผ่านมา	8
เพื่อแก้ไขปัญหการแขวนป้ายของเกสซักร	
2.3 ประวัติและความเป็นมาของวิชาชีพเกสซักรกรรม	9
2.4 กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการแขวนป้ายของเกสซักร	10
2.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ	19
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ	20
3.3 วิธีกรเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ	20
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ	22
3.5 การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.6 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ	23
3.7 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ	24
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ	25
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ	25
3.10 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย	26
3.11 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	27
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 บริบทของร้านยาในเขตเมืองพัทยาและกลุ่มตัวอย่าง	29
4.2 สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร	35
4.3 มาตรการกำกับร้านขายยาของหน่วยงานรัฐ	42
4.4 มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหา	49
4.5 อุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร	57
4.6 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรจากผู้ที่เกี่ยวข้อง	62
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา	65
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	70
5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	72
5.4 ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป	73
เอกสารอ้างอิง	75
ภาคผนวก	78
ประวัติผู้วิจัย	84

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	จำนวนร้านขายยาในจังหวัดชลบุรีจำแนกตามอำเภอและประเภทร้าน	30
4.2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของร้านขายยา	32
4.3	จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการจำหน่ายยาของร้านขายยา	33
4.4	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ตอบแบบสอบถาม	35
4.5	จำนวนและร้อยละของข้อมูลการจ้างเภสัชกรมาปฏิบัติงานร้านขายยา	40
4.6	จำนวนและร้อยละของข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในร้านขายยา	41
4.7	จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อประเด็นประโยชน์ของการมีเภสัชกรประจำร้านขายยา	50
4.8	จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อประเด็นมาตรฐานร้านขายยาที่ดี	51
4.9	จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อประเด็นมาตรการเฝ้าระวังร้านขายยาที่เหมาะสม	52
4.10	จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อประเด็นมาตรการแก้ไขปัญหาการฉวนปายของเภสัชกร	54

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1.1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

5

คำอธิบายสัญลักษณ์ คำย่อหรือตัวอักษร

สัญลักษณ์และอักษรย่อ	ความหมาย
กม.	กิโลเมตร
กพย.	การแผนงานพัฒนาไกลเฝ้าระวังระบบยา
พรบ.	พระราชบัญญัติ
พรบ.ยา	พระราชบัญญัติยา
อย.	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สสอ.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
GPP	Good Pharmacy Practice
GPP	หลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมชุมชน
ขย.1	ร้านขายยาแผนปัจจุบัน
ขย.2	ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุนสำเร็จ
จกก. 1	แบบแจ้งการเข้าปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ ขายยาแผนปัจจุบัน

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 กำหนดให้ร้านขายยาต้องมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการอยู่ปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดทำการโดยผู้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกร แต่ต้องจัดหาเภสัชกรเพื่อเป็นผู้มีหน้าที่ดังกล่าว หากพนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจแล้วไม่พบเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยาเภสัชกรจะมีความผิดตามพระราชบัญญัติยา มาตรา 39 มีโทษปรับตั้งแต่ 1,000 – 5,000 บาท และสภาเภสัชกรรมกำหนดโทษทางจรรยาบรรณสำหรับการแขวนป้ายหรือไม่อยู่ปฏิบัติการต้องโทษพักใช้ใบอนุญาตเป็นเวลา 1 ปี ถ้าเป็นข้าราชการ อาจารย์ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายต้องมีโทษพักใช้ใบอนุญาตสูงสุด 2 ปี (ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม ฉบับที่ 2, 2546)

ถึงแม้จะมีการกำหนดโทษแต่การแขวนป้ายของเภสัชกรก็ยังพบทั่วไป จากการตรวจสอบร้านขายยาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในปี 2551 พบเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ในขณะที่ตรวจเพียงร้อยละ 33 (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์, 2553) และจากผลการสำรวจโครงการผู้บริโภคปลอดภัย เภสัชกรไทยไม่แขวนป้ายใน 10 จังหวัด พบร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการถึงร้อยละ 76 (ชนะชัย ภูแสงสี, 2554) และจากการศึกษาสถานการณ์คดีจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นสำนวนคดีและบันทึกคำสั่งสภาเภสัชกรรมเกี่ยวกับจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2537 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 จำนวน 546 คดี คดีที่พบมากที่สุด คือ เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามเวลาที่แจ้งไว้ ร้อยละ 88 (นวลจันทร์ พันธุมธามาตย์, 2556)

สาเหตุของการแขวนป้ายของเภสัชกรมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) เภสัชกรที่ไม่ได้เป็นเจ้าของกิจการมักไม่มาปฏิบัติหน้าที่เพราะเจ้าของร้านมักไม่ยอมให้เภสัชกรเข้ามายุ่งในกิจการขายยาของทางร้าน 2) หากเภสัชกรไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือส่วนตัวที่ดีกับเจ้าของร้านเภสัชกรมักไม่มาปฏิบัติงานที่ร้านขายยาเป็นประจำ 3) เภสัชกรที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนพิเศษสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติ มักจะแขวนป้ายในร้านขายยาเพื่อชดเชยค่าตอบแทนดังกล่าว 4) เภสัชกรที่อยู่ห่างไกลจากร้านขายยา หรือมีภาระจากงานประจำมักไม่ไปร้านขายยาและ 5) เภสัชกรรู้สึกว่าการพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่เข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายจึงไม่ตื่นตัวในการไปปฏิบัติงานที่ร้านขายยา. (อชฎางค์. พลนอก, 2553)

จากการศึกษาปัญหาการบังคับใช้กฎหมายกับการแขวนป้ายของเภสัชกรกรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคใต้ พบว่าการแก้ปัญหาของแต่ละหน่วยงานนั้นมีหลายมาตรการและมีความเคร่งครัดแตกต่างกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ส่วนใหญ่จะยึดแนวทางบทลงโทษตามพรบ. ยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 และประกาศของ อย. เป็นหลักมี 3 วิธี คือ 1) การกำหนดเงื่อนไขในการขอเปิดร้านขายยาแห่งใหม่เพิ่มเติมจากที่กฎหมายกำหนดในประเด็นคุณสมบัติของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้รับใบอนุญาตและเวลาปฏิบัติการเพื่อป้องกันปัญหา เช่น หากเภสัชกรทำงานประจำอยู่

ไกลก็จะไม่อนุญาตให้เปิดร้าน 2) มาตรการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยา มีการตรวจสอบสม่ำเสมอมากขึ้น พร้อมกับการตรวจปัญหาการขายยาอื่น ๆ และ 3) มาตรการดำเนินการเมื่อพบการกระทำผิด เช่น การทำจดหมายตักเตือนและดำเนินคดี ส่วนใหญ่ไม่เน้นเรื่องการตรวจเฝ้าระวังปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรแต่จะดำเนินการเมื่อมีเรื่องร้องเรียน หากพบปัญหาจะใช้การตักเตือนและดำเนินคดีเมื่อพบการกระทำผิดซ้ำ ซึ่งบางแห่งไม่เคยดำเนินคดีในเรื่องการแขวนป้ายเลย (สุปราณี นิยมเดชาและสงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2556)

การที่ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติการที่ร้านขายยาก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับยาที่ไม่ปลอดภัย อย. จึงได้ร่วมกับสภาเภสัชกรรมกำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาการขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ โดยไม่มีเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการมีมาตรการดังนี้ 1) กำหนดให้ สสจ. จัดทำแผนการตรวจเฝ้าระวังเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ซึ่งกำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ออกตรวจอย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งวัน และสุ่มตรวจร้านขายยาประจำป้อน้อยร้านละหนึ่งครั้งต่อปี 2) สสจ. สามารถพิจารณาส่งเรื่องให้กับสภาเภสัชกรรมเพื่อลงโทษทางจรรยาบรรณแก่เภสัชกรได้ และ 3) นโยบายการบังคับใช้กฎหมายด้านยา หากตรวจพบความผิดครั้งแรกให้ดำเนินคดีต่อผู้รับอนุญาต กรณีผู้รับอนุญาตที่กระทำผิดเป็นเภสัชกรให้ส่งเรื่องสภาเภสัชกรรมพิจารณาโทษทางจรรยาบรรณ หากพบมีการกระทำความผิดให้ตรวจซ้ำภายใน 60 วัน หากถูกดำเนินคดีในข้อหาเดิมสามครั้งภายในหนึ่งปีปฏิทิน ให้ส่งข้อมูลแก่ อย. เพื่อเสนอคณะกรรมการยาพิจารณาพักใช้ใบอนุญาต นอกจากการพิจารณาโทษแล้วก็มี การเปิดเผยคดีการกระทำผิดจรรยาบรรณที่ถูกตัดสินจนถึงที่สุดแล้วลงในจดหมายข่าวสภาเภสัชกรรมเพื่อเป็นอุทาหรณ์ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมทุกคนจะไม่คิดกระทำผิด (สภาเภสัชกรรม, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรเป็นปัญหามานาน แม้จะมีมาตรการลงโทษและป้องกันชัดเจนแต่ปัญหายังคงพบอยู่ ศักยภาพและแนวทางการดำเนินงานควบคุมและแก้ไขปัญหาของแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกัน โดยยังขาดการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของข้อจำกัดในการแก้ไขปัญหาแขวนป้ายของเภสัชกรและมาตรการที่เหมาะสมอย่างรอบด้านจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าของร้านขายยา เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

เมืองพัตยาเป็นเมืองท่องเที่ยวที่อยู่ในเขตอำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรี จากข้อมูลทะเบียนร้านขายยาที่มาขอต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันในเขตจังหวัดชลบุรีประจำปี 2561 พบว่าร้านขายยาทั้งหมดในอำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรีมีจำนวน 412 ร้านและร้านขายยาทั้งหมดในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรีจำนวน 260 ร้าน ในขณะที่เมืองพัตยามีร้านขายยาจำนวน 260 ร้าน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนร้านขายยาทั้งหมดในอำเภอบางละมุงจังหวัดชลบุรีหรือจำนวนร้านขายยาเท่ากับอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี นอกเหนือจากการมีคลินิกแพทย์ทั้งโรคทั่วไปและศัลยกรรมความงามอีกกว่า 300 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561) มีผู้ประกอบการที่ต้องการเปิดร้านขายยาเพื่อสนองความต้องการของลูกค้าที่เป็นนักท่องเที่ยวจำนวนมาก ยาและสินค้าอื่น ๆ ในร้านขายยาเป็นที่ต้องการของนักท่องเที่ยว มีการจำหน่ายยาค่อนข้างเสรี ส่วนใหญ่เป็นร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรประจำร้านเพราะเภสัชกรที่ทำงานในพื้นที่มีไม่เพียงพอ ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรจึงมีค่อนข้างมาก มีเรื่องร้องเรียนทั้งการจำหน่ายยาปลอมและการขายยาโดยไม่มีเภสัชกร ในขณะที่พนักงานเจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัดจึงน่าจะเป็นตัวอย่างที่ดีของการศึกษาสถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับร้านขายยาให้ทำตามกฎหมายจะมีวิธีการจัดการกับปัญหาการฉวยปายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยาอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าของร้านขายยา เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เภสัชกรของรัฐในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่มีมุมมองอย่างไรต่อปัญหาการฉวยปายของเภสัชกร

1.2 คำถามสำหรับงานวิจัย

- 1.2.1 สถานการณ์การฉวยปายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยาคืออย่างไร
- 1.2.2 หน่วยงานรัฐมีวิธีการจัดการกับการฉวยปายของเภสัชกรอย่างไร ได้ผลหรือไม่
- 1.2.3 การบังคับใช้กฎหมายแก้ปัญหการฉวยปายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยามีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร
- 1.2.4 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าของร้านขายยา เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เจ้าพนักงานของรัฐมีมุมมองต่อการฉวยปายของเภสัชกรอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การฉวยปายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยา
- 1.3.2 เพื่อศึกษามาตรการควบคุมกำกับร้านขายยาและการแก้ปัญหการฉวยปายของเภสัชกรของรัฐ
- 1.3.3 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการแก้ปัญหการฉวยปายของเภสัชกร
- 1.3.4 เพื่อศึกษามุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฉวยปายของเภสัชกร

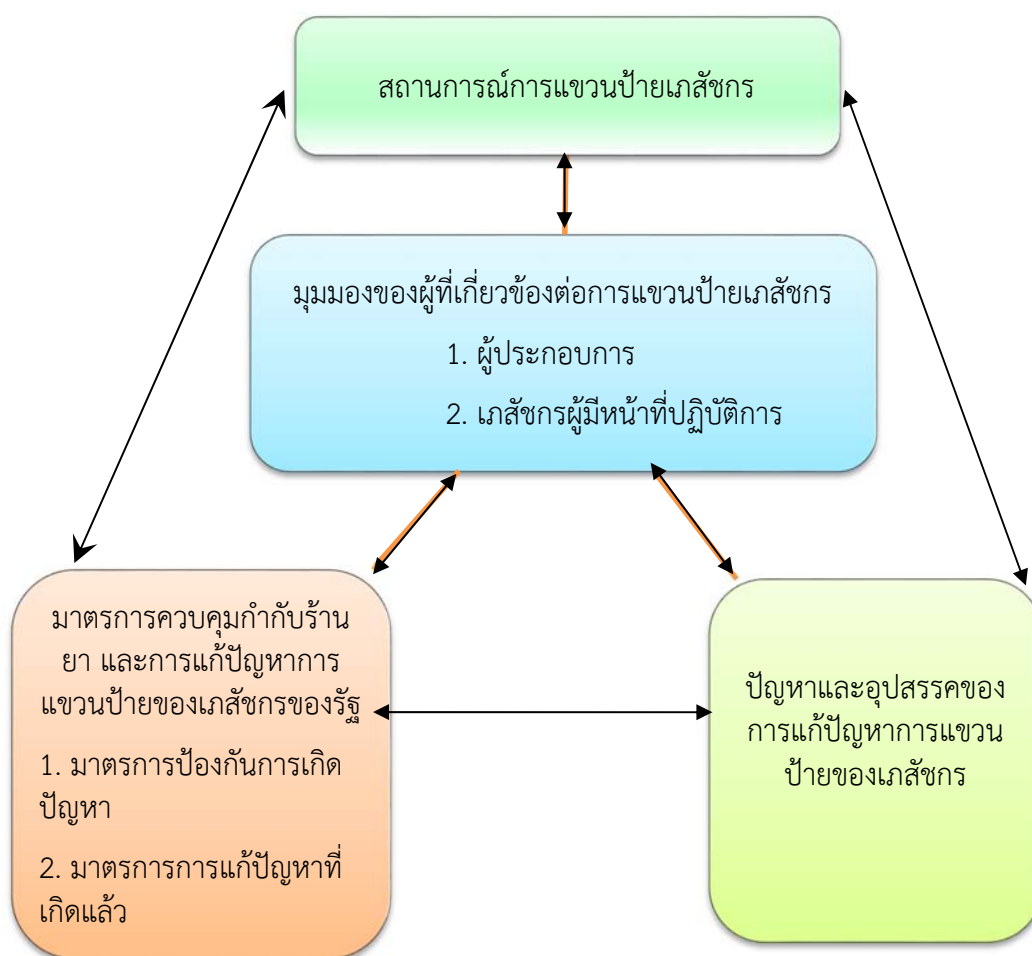
1.4 ขอบเขตของการวิจัย

- 1.4.1 ขอบเขตเชิงพื้นที่ : พื้นที่ร้านขายยาในเขตเมืองพัทยา
- 1.4.2 ขอบเขตเชิงเนื้อหา
 - 1.4.3.1 วิธีการจัดการกับปัญหาการฉวยปายของเภสัชกรประจำร้านขายยาในเขตเมืองพัทยา
 - 1.4.3.2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการแก้ไขปัญหการฉวยปายของเภสัชกรประจำร้านขายยา

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากประเด็นคำถามของผู้วิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฉวยปายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยา หน่วยงานรัฐมีวิธีการจัดการกับปัญหาการฉวยปายของเภสัชกรอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง ได้ผลหรือไม่ อย่างไร รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น เจ้าของร้านขายยา เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เภสัชกรงานคุ้มครองผู้บริโภค เจ้าพนักงานของรัฐต้องการแก้ไขปัญหการฉวยปายของเภสัชกรหรือไม่ อย่างไร และมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยอาศัยข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีในอดีตและช่วยกำหนดคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึก

กรอบแนวคิดมีดังนี้ วิธีการจัดการกับปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรที่พนักงานเจ้าหน้าที่ใช้แบ่งเป็นมาตรการป้องกันการเกิดปัญหาและมาตรการการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เงื่อนไขที่มีผลต่อการเลือกใช้มาตรการทางกฎหมายประกอบด้วยทัศนคติของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีต่อปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร ความเห็นและพฤติกรรมในเรื่องนี้ของบุคคลที่มีความสำคัญต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ และอุปสรรคในการใช้มาตรการตามกฎหมาย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 การแขวนป้ายของเภสัชกร หมายความว่า การไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในร้านขายยาตามเวลาทำการที่ระบุไว้ในใบอนุญาตซึ่งยื่นไว้กับ อย. หรือ สสจ. หากมีเจ้าหน้าที่ไปตรวจ แล้วไม่พบเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยา เภสัชกรจะมีความผิดฐานไม่อยู่ปฏิบัติการ ตาม พรบ. ยา มาตรา 39 (ตีความจาก พรบ. ยา ฉบับที่ 5 มาตรา 39 ให้เภสัชกรชั้นหนึ่งประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตลอดเวลาที่เปิดทำการ และมาตรา 109 ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการผู้ใดไม่ปฏิบัติตามต้อง

ระหว่างโทษปรับตั้งแต่ 1000-5000บาท) และพนักงานเจ้าหน้าที่จะส่งเรื่องไปยังสภาเภสัชกรรมเพื่อพิจารณาตัดสินรายาบรรณวิชาชีพเภสัชกรรมต่อไป

1.6.2 เวลาเปิดทำการ แม้ว่า พรบ. ยาจะไม่ได้นิยามคำนี้ไว้ แต่เป็นที่เข้าใจว่า เวลาเปิดทำการ หมายความว่าเวลาที่สถานที่ขายยา (ร้านขายยา) ให้บริการแก่ประชาชน (เหมือนกับคำว่าเวลาสถานที่ที่ราชการเปิดทำการ ก็คือเวลาที่สถานที่ราชการให้บริการแก่ประชาชน)

1.6.3 เวลาทำการ / เวลาปฏิบัติการของเภสัชกร หมายความว่า เวลาปฏิบัติการของเภสัชกรที่ยื่นขอไว้กับ สสจ.

1.6.4 ผู้ที่เกี่ยวข้อง หมายความว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร ได้แก่ เภสัชกรงานคุ้มครองผู้บริโภค เจ้าพนักงานของรัฐ เจ้าของร้านขายยา และเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

1.6.5 ผู้อนุญาต คือ ผู้ที่มีอำนาจอนุญาตให้เปิดร้านขายยาได้ซึ่งหมายถึงเลขาธิการ คณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือผู้ซึ่งเลขาธิการ อย. มอบหมายในที่นี้คือผู้ว่าราชการจังหวัด เพราะร้านขายยาที่จะขออนุญาตเปิดอยู่ต่างจังหวัด

1.6.6 ผู้รับอนุญาต คือ ผู้ที่จะขอเปิดร้านขายยา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือเจ้าของร้านขายยา (เจ้าของทุน) คนนี้จะเป็เภสัชกรหรือไม่ก็ได้ แต่ถ้าไม่ใช่เภสัชกรก็ต้องหาผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยาให้ได้

1.6.7 ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ หมายถึง เภสัชกรที่จะมาประจำร้านขายยาที่จะขออนุญาต หากเภสัชกรเป็นผู้รับอนุญาตหรือขอเปิดร้านเองก็สามารถใส่ชื่อตนเองเป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเองได้ หรือจะหาเภสัชกรคนอื่นมาเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการก็ได้ หรือจะใส่ชื่อทั้งตัวเองและคนอื่นมาเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการก็ได้ ถ้าผู้รับอนุญาต (เจ้าของร้านขายยาหรือเจ้าของทุน) ไม่ใช่เภสัชกร ก็จะต้องหาเภสัชกรมาประจำร้านให้ได้ ร้านขายยาที่จะเปิดแห่งหนึ่งสามารถมีรายชื่อเภสัชกรมาประจำกี่คนก็ได้ กฎหมายไม่ได้ห้าม แต่เมื่อเปิดร้านทุกช่วงเวลาจะต้องมีเภสัชกรมาประจำอยู่

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้ทราบสถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยา ทราบมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรร้านขายยา เช่น เจ้าของร้านขายยา เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เจ้าพนักงานของรัฐ และทราบปัญหาอุปสรรคในการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยสามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายอย่างมีส่วนร่วมได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อความเข้าใจต่อปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดหัวข้อในการศึกษา ดังนี้

- 2.1 สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร
- 2.2 นโยบายและแนวทางในการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร
- 2.3 ประวัติและความเป็นมาของวิชาชีพเภสัชกรรม
- 2.4 กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการแขวนป้ายของเภสัชกร
 - 2.4.1 พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530
 - 2.4.2 โทษทางจรรยาบรรณสำหรับการแขวนป้ายของเภสัชกร
 - 2.4.3 หลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) พ.ศ. 2557
 - 2.4.4 ระเบียบคณะกรรมการยาว่าด้วยการแจ้งเภสัชกรผู้เข้าปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2549
- 2.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร

การแขวนป้ายของเภสัชกรเริ่มมีขึ้นตั้งแต่สมัยที่มีการกำหนดโควตาร้านขายยา สาเหตุของการแขวนป้ายของเภสัชกรมีหลายปัจจัย ได้แก่ 1) เภสัชกรที่ไม่ได้เป็นเจ้าของกิจการมักไม่มาปฏิบัติหน้าที่เพราะเจ้าของร้านมักไม่ยอมให้เภสัชกรเข้ามายุ่งในกิจการขายยาของทางร้าน 2) หากเภสัชกรไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือส่วนตัวที่ดีกับเจ้าของร้านเภสัชกรมักไม่มาปฏิบัติงานที่ร้านขายยาเป็นประจำ 3) เภสัชกรภาครัฐที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนพิเศษสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติมักจะแขวนป้ายในร้านขายยาเพื่อชดเชยค่าตอบแทนดังกล่าว 4) เภสัชกรที่อยู่ห่างไกลจากร้านขายยาหรือมีภาระจากงานประจำมักไม่ไปร้านขายยาและ 5) พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่เข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย (อัษฎางค์ พลนอกและกิตติศักดิ์อ่อนปาน, 2553)

สำหรับร้านที่การแขวนป้ายของเภสัชกรหรือไม่มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติกรนั้นพบว่าการขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นเรื่องยุ่งยากในการควบคุมและก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ถ้าผู้บริโภคซื้อยาโดยไม่ได้รับการส่งมอบจากเภสัชกร อาจมีผลกระทบจากการใช้ยาไม่ถูกต้องได้ การส่งมอบยาที่เหมาะสมนั้นต้องถูกโรค ถูกคน ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา ซึ่งการใช้ยาไม่ถูกต้องตามหลักการข้างต้นก่อให้เกิดอันตรายแก่คนไข้ได้ เช่น การแพ้ยา การได้รับยาเกินขนาดจนเกิดอาการพิษ การเกิดอาการข้างเคียงจากยาหรือ พิษจากยาติดกัน หรือได้รับยาไม่ถูกโรคจนอาการป่วยไม่ทุเลา ซึ่งส่งผลเสียต่อคนไข้ทั้งเรื่องสุขภาพและเรื่องค่าใช้จ่ายรวมถึงเป็นสาเหตุให้ผู้บริโภคได้รับอันตรายถึงชีวิต นอกจากนี้การซื้อยาจากร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำหรือเภสัชกรไม่มาปฏิบัติตามเวลาที่กำหนดในใบอนุญาตขายยา

ผู้บริโภคอาจได้รับยา อาหารเสริม หรือสมุนไพรที่เกินความจำเป็น โดยที่ผู้ขายอาจเล็งเห็นกำไรจากการขายยา อาหารเสริมหรือสมุนไพรแล้วเกิดการกระทำที่เรียกว่า “ยิงยา” หรือจ่ายยาที่ไม่จำเป็นแก่คนไข้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งคนไข้เองและสังคมโดยรวม อย่างกรณีของยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อที่ปัจจุบันถูกสั่งใช้กันอย่างพร่ำเพรื่อจนเกิดเชื้อดื้อยาเป็นจำนวนมากอันส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของคนไข้และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอีกด้วย

จะเห็นได้ว่าเกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการจ่ายยาที่เกิดจากผู้จ่ายยาที่มีใบเภสัชกรซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อประชาชนทั้งทางด้านสุขภาพและความปลอดภัย ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยผู้บริโภคไม่ว่าจะเป็น พรบ. ยา พ.ศ. 2510 และ พรบ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 รวมทั้งบันทึกข้อตกลง เรื่องการส่งเสริมการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรในร้านขายยาของภาคีที่เกี่ยวข้องหรือล่าสุดกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 โดยหากพบว่าเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติในร้านขายยาท่านใดละเลยการไปปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายที่กำหนดให้เภสัชกรอยู่ประจำตลอดเวลาที่เปิดทำการ จะพิจารณาลงโทษพักใช้ใบอนุญาต ขั้นต่ำ 1 ปี รวมถึงมีการรณรงค์จัดทำโครงการหรือสร้างเงื่อนไข กฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวแต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ งานวิจัยฉบับนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อช่วยหาแนวทางและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.2 นโยบายและแนวทางในการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขการฝ่าฝืนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2554)

2.2.1 ปัญหาการขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษโดยไม่มีเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ กำหนดให้ สสจ. จัดทำแผนการตรวจเฝ้าระวัง ประกอบด้วยแผนการตรวจเฝ้าระวังเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ซึ่งกำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ออกตรวจอย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งวัน และสุ่มตรวจร้านขายยาประจำป้อน้อยร้านละหนึ่งครั้งต่อปี ทั้งนี้จะต้องจัดให้มีเภสัชกรอยู่ตลอดเวลาเปิดทำการจริงภายในห้าปี นอกจากการบังคับเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตาม พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) แล้ว สสจ. สามารถพิจารณาส่งเรื่องให้กับสภาเภสัชกรรมเพื่อลงโทษทางจรรยาบรรณแก่เภสัชกรผู้นั้นได้

2.2.2 นโยบายการบังคับใช้กฎหมายด้านยา เพื่อลดปัญหาการขายยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษโดยไม่มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ หากตรวจพบความผิดครั้งแรกให้ดำเนินคดีต่อผู้รับอนุญาต กรณีผู้รับอนุญาตที่กระทำผิดเป็นเภสัชกรให้ส่งเรื่องสภาเภสัชกรรมพิจารณาโทษทางจรรยาบรรณ กรณีพบมีการกระทำความผิดให้ตรวจซ้ำภายใน 60 วัน หากถูกดำเนินคดีในข้อหาเดิมตั้งแต่สามครั้งภายในหนึ่งปีปฏิทิน ให้ส่งข้อมูลแก่ อย. เพื่อเสนอคณะกรรมการยาพิจารณาพักใช้ใบอนุญาต

2.2.3 โครงการร้านขายยาสีขาวเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภคเป็นการประสานงานระหว่างผู้จัดการแผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา (กพย.) กับ สสจ. ต่าง ๆ จัดกิจกรรมรณรงค์มุ่งเน้นให้เภสัชกรในจังหวัดต่าง ๆ ทำงานประจำร้านขายยาตลอดเวลาทำการ ชื่อโครงการ "ร้านขายยาสีขาว" และได้รับเสียงตอบรับที่ดี โดยเฉพาะเครือข่ายผู้ป่วย เครือข่ายประชาชนว่าทำเช่นนี้ทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้รับความปลอดภัย

2.3 ประวัติและความเป็นมาของวิชาชีพเภสัชกรรม

เมื่อประเทศไทยมีการวางนโยบายการศึกษาและการสาธารณสุขแผนใหม่ของชาติใน พ.ศ. 2432 ก็มียาโอสธสภาขึ้นใน พ.ศ. 2445 (ภายหลังเรียกว่า ยาตำราหลวง) มี 8 ขนาน คือ ยาแก้ไข้ (ควินิน) ยาถ่าย ยาแก้ท้อง ยาแก้โรคไส้เลื่อน ยาแก้โรคบิด ยาบำรุงโลหิต ยาแก้คุดทะราดและเข้าข้อ และยาแก้จุกเสียด (โซดาไมท์) หลังจากนั้นมีการจัดตั้งแผนกแพทย์ปรุงยาในโรงเรียนแพทยาลัย พ.ศ. 2457 และสถาปนาการศึกษาเภสัชศาสตร์และวิชาชีพเภสัชกรรมแผนปัจจุบันแห่งกรุงสยาม ณ วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2456 ต่อมาเมื่อกฎหมายบังคับคุ้มครองขึ้นในปี พ.ศ. 2462 โดยจัดให้มีการแบ่งแยกหน้าที่ของแพทย์และเภสัชกรตามแบบแผนที่ถูกต้อง ตลอดจนการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของยาตามแบบยุโรป เพื่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของประชาชน และเพื่อรักษาระดับและการส่งเสริมวิชาชีพเภสัชศาสตร์ในประเทศไทยให้อยู่ในมาตรฐาน และเพื่อบำรุงการศึกษาด้านเภสัชกรรมในประเทศไทย จึงมีการก่อตั้งเภสัชกรรมสมาคมแห่งกรุงสยามขึ้น ในปี พ.ศ. 2472 (โศรดา หวังเมธิกุล , 2557)

จากอดีตจะเห็นว่าเภสัชกรรมสมาคมได้เสนอให้มีการควบคุมการขายยาโดยเภสัชกร และควบคุมการโฆษณาขายจนประสบความสำเร็จและรัฐบาลได้ตรา พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ และ พ.ร.บ. ควบคุมการขายยา พ.ศ. 2479 (ต่อมาแก้ไขเป็น พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510 และ พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537) มีการประกาศใช้ พ.ร.บ. ควบคุมการขายยา ใน พ.ศ. 2493 กำหนดให้ร้านขายยาต้องมีเภสัชกรควบคุม แต่เนื่องจากขณะนั้นมีเภสัชกรเพียง 327 คนเท่านั้น รัฐบาลจึงยอมผ่อนผันให้ร้านขายยาจำหน่ายยาได้โดยไม่ต้องมีเภสัชกรดูแลรับผิดชอบตลอดเวลา เมื่อมี “พรบ.ยา” ขึ้นใน พ.ศ. 2510 ก็มีการให้เหตุผลว่าเนื่องจากเกิดปัญหาการขาดแคลนเภสัชกรประจำร้านขายยา จึงมีการกำหนดจำนวนสถานที่ขายยาขึ้นใน พ.ศ. 2522 แต่ที่น่าแปลกใจที่สุดคือใน พ.ศ. 2524 ที่มีนโยบายแห่งชาติด้านยาฉบับแรกและบัญญัติหลักแห่งชาติฉบับแรก แต่มีการกำหนดจำนวนสถานที่ขายยาในกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดให้จำนวนสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) มีจำนวน 2,140 ร้าน สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) มีจำนวน 1,510 ร้าน นับแต่นั้นมา การเปิดร้านขายยาถูกคุมกำเนิดโดยทันที ซึ่งมีการคุมกำเนิดร้านขายยาลงถึง 10 ปี จึงมีการ “ยกเลิกโควตาร้านขายยา” ใน พ.ศ. 2534 และมี พรบ. วิชาชีพเภสัชกรรมจัดตั้งสภาเภสัชกรรมใน พ.ศ. 2537 (โศรดา หวังเมธิกุล, 2557)

จะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสภาเภสัชกรรมเริ่มจัดโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านขายยาเพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพร้านขายยา ใน พ.ศ. 2546 ภายใต้ชื่อ “ร้านขายยาคุณภาพ” และปัจจุบันนี้วิชาชีพเภสัชกรรมเริ่มเข้าสู่ศตวรรษที่ 2 ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา มีการขยายการศึกษาเภสัชศาสตร์ทั้งสิ้น 19 คณะ เภสัชกรร่วมสามหมื่นคนที่แยกย้ายกันปฏิบัติหน้าที่ตามสาขาวิชาชีพด้านต่างๆ ที่จะร่วมกันพัฒนาความรู้ ดำรงและจรรโลงไว้ซึ่งคุณธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเพื่อพัฒนาเภสัชกรรมให้มีความก้าวหน้าให้ทันตามยุคสมัยเพื่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของประชาชน (โศรดา หวังเมธิกุล, 2557)

2.4 กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการแขวนป้ายของเภสัชกร

2.4.1 พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530

พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 มีสาระสำคัญที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแขวนป้ายของเภสัชกร ดังนี้

2.4.1.1 ร้านขายยาแผนปัจจุบันจะต้องมีเภสัชกรชั้นหนึ่งประจำอยู่สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตลอดเวลา (ตามมาตรา 39 หมวด 4)

2.4.1.2 ผู้อนุญาตจะออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันได้ก็ต่อเมื่อปรากฏว่ามีเภสัชกรชั้น 1 ประจำอยู่สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตลอดเวลาที่เปิดทำการ (ตามมาตรา 14 หมวด 2)

2.4.1.3 ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันต้องมีเภสัชกรชั้นหนึ่งหรือเภสัชกรชั้นสองเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำอยู่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ (ตามมาตรา 21 หมวด 3)

2.4.1.4 ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันต้องจัดให้มีป้ายแสดงว่าเป็นสถานที่ขายยาและป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล และวิทยฐานะของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และเวลาที่ปฏิบัติการ ณ ที่เปิดเผยหน้าสถานที่ผลิตยาที่ระบุไว้ในใบอนุญาตซึ่งเห็นได้ง่ายจากภายนอกอาคาร (ตามมาตรา 26 หมวด 3)

2.4.1.5 ให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันจัดให้มีการแยกเก็บยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษและยาอื่นๆ ให้เป็นสัดส่วน (ตามมาตรา 26 หมวด 3)

2.4.1.6 ให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันจัดทำบัญชียาที่ซื้อและขายตามที่กำหนดในกฎกระทรวง (ตามมาตรา 26 หมวด 3)

2.4.1.7 เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องอยู่ประจำสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันได้เพียงแห่งเดียว (ตามมาตรา 39 หมวด 4)

2.4.1.8 ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการผู้ใดไม่อยู่ประจำสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตลอดเวลาในช่วงเวลาเปิดทำการที่แจ้งไว้ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 1000- 5000 บาท (ตามมาตรา 109 หมวด 14)

โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศเพื่อให้มีการดำเนินตามกฎหมายของผู้กระทำผิดกรณีไปตรวจสอบแล้วไม่พบเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการอยู่ปฏิบัติงานมีแนวทางอัตราเปรียบเทียบปรับ ดังนี้ ครั้งที่ 1 ปรับ 2000 บาท ครั้งที่ 2 ปรับ 4000 บาท ครั้งที่ 3 และครั้งต่อ ๆ ไป ปรับ 5000 บาท

2.4.2 โทษทางจรรยาบรรณสำหรับการแขวนป้ายของเภสัชกร

ข้อบังคับว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2538 มีสาระสำคัญที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแขวนป้ายของเภสัชกร คือการแขวนป้ายโดยไม่อยู่ปฏิบัติการเป็นความผิดตามข้อ 1 ข้อ 2 และข้อ 6 ดังนี้

ข้อ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ย่อมดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมายของบ้านเมือง

ข้อ 2 ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ย่อมไม่มีพฤติกรรมหรือกระทำการใดอันเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

ข้อ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในระดับที่ดี

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2554 บทลงโทษขั้นต่ำของสภาเภสัชกรรม สำหรับความผิดในเรื่องการแขวนป้าย คือ การพักใช้ใบอนุญาตเป็นเวลา 1 ปี ผู้ที่ถูกพักใบอนุญาตไม่สามารถประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ถ้าเป็นข้าราชการ อาจารย์ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ต้องมีโทษพักใช้ใบอนุญาตสูงสุด 2 ปี

2.4.3 หลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP)

จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 มีสาระสำคัญที่มีส่วนที่เกี่ยวกับการแขวนป้ายของเภสัชกร ดังนี้

2.4.3.1 เภสัชกรจะต้องแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาวติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรมและแสดงตนว่าเป็นเภสัชกรให้แตกต่างจากพนักงานร้านขายยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยา

2.4.3.2 การแต่งกายพนักงานร้านขายยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยาต้องใส่เสื้อสีขาวแสดงตนไม่สื่อไปในทางที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร

2.4.3.3 มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของเภสัชกร พนักงานร้านขายยา และบุคลากรอื่นภายในร้านขายยาในการให้บริการไว้อย่างชัดเจน โดยคำนึงถึงความถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม

2.4.3.4 จัดให้มีฉลากบนซองบรรจุยาหรือภาชนะบรรจุยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษที่ส่งมอบให้ผู้รับบริการโดยต้องแสดงข้อมูลดังนี้ ชื่อ-ที่อยู่ของร้านขายยาและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ วันที่จ่ายยา ชื่อผู้รับบริการ ชื่อยาที่เป็นชื่อสามัญทางยา หรือชื่อการค้า ความแรง จำนวนจ่าย ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ยาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ฉลากช่วย คำแนะนำ คำเตือน และลายมือชื่อเภสัชกร

2.4.3.5 การส่งมอบยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษให้กับผู้มารับบริการเฉพาะราย ต้องกระทำโดยเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเท่านั้น พร้อมให้คำแนะนำ ตามหลักวิชาการและ จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยต้องให้ข้อมูล ชื่อยา ข้อบ่งใช้ ขนาด และวิธีการใช้ ผลข้างเคียง (Side effect) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction) ที่อาจเกิดขึ้น ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาและการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา

2.4.3.6 การจัดวางสื่อให้ความรู้และสื่อโฆษณาสำหรับผู้มารับบริการจะต้องได้รับคำยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และให้ถือเป็นความรับผิดชอบที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจะต้องควบคุม โดยจะต้องไม่โอ้อวด ไม่บิดเบือนความจริง ไม่สร้างความเข้าใจผิดให้ผู้บริโภค และต้องผ่านการอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย

2.4.3.7 การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการในร้านขายยาโดยบุคลากรอื่นซึ่งมิใช่เภสัชกรหรือพนักงานร้านขายยาจะต้องได้รับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกร และให้ถือเป็นความรับผิดชอบที่เภสัชกรจะต้องควบคุมกำกับกับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในสถานที่ขายยาให้ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ นั้นๆ รวมทั้งกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม

2.4.4 ระเบียบคณะกรรมการยาว่าด้วยการแจ้งเภสัชกรผู้เข้าปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2549 (ราชกิจจานุเบกษา หน้า 96 เล่ม 125) มีสาระสำคัญที่มีส่วนที่เกี่ยวกับการแขวนป้ายของเภสัชกร ดังนี้

2.4.4.1 ให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันแจ้งชื่อเภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยา ซึ่งไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นการชั่วคราวไม่เกินหกสิบวัน โดยแจ้งต่อผู้อนุญาตและใช้แบบแจ้งการเข้าปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (แบบ จภก. 1)

2.4.4.2 การแจ้งให้แจ้งล่วงหน้าด้วยตนเองหรือไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับหรือกรณีแจ้งทางโทรสารหรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ให้ส่งแบบ จภก. 1 ภายใน 3 วัน นับจากวันที่แจ้ง ทั้งนี้ ผู้รับอนุญาตต้องแสดงรูป เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เวลาปฏิบัติการของเภสัชกรที่มาปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการให้เห็นอย่างชัดเจน ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันของตน

2.4.4.3 ผู้รับอนุญาตผู้ใดไม่แจ้งการจัดให้มีผู้ปฏิบัติการแทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (ตามมาตรา 33 ทวิ) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินห้าร้อยบาท (ตามมาตรา 107 ทวิ) ส่งผลให้เภสัชกรซึ่งมิได้มีชื่อเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการแล้วมาปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาฝ่าฝืนมาตรา 45 ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 1000 - 5000 บาท (ตามมาตรา 110)

2.4.4.4 ในกรณีที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นการชั่วคราวไม่เกิน 60 วัน ให้ผู้รับอนุญาตจัดให้มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่นั้น เข้าปฏิบัติหน้าที่แทนได้ ตามมาตรา 63 ทวิ โดยให้ผู้รับอนุญาตแจ้งเป็นหนังสือต่อผู้อนุญาตก่อน และให้ถือว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่แทนเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

2.4.4.5 ผู้รับอนุญาตผู้ใดไม่แจ้งการจัดให้มีผู้ปฏิบัติการแทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามมาตรา 63 ทวิ ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 500 บาท (ตามมาตรา 114 ทวิ) ส่งผลให้ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณซึ่งมิได้มีชื่อเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาฝ่าฝืนมาตรา 71 ต้องระวางโทษตามมาตรา 116 กล่าวคือ ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่ 500 - 2500 บาท

2.4.4.6 ผู้รับอนุญาตต้องแสดงรูป เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เวลาปฏิบัติการของเภสัชกรที่มาปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการให้เห็นอย่างชัดเจน ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันของตน

2.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมืองพญาเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษแห่งหนึ่งในจำนวนสองแห่งของประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี มีระดับเทียบเท่าเทศบาลนคร จัดตั้งขึ้นตามพรบ.ระเบียบบริหารราชการเมืองพญา พ.ศ. 2521 โดยแบ่งส่วนภายในของเมืองเป็น 4 ส่วนได้แก่ พญาเหนือ พญากลาง พญาใต้ และหาดจอมเทียน เป็นพื้นที่ที่ถูกประกาศเป็นพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน โดยองค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน ท้องที่เมืองพญาครอบคลุมพื้นที่อำเภอบางละมุงบางส่วนจำนวน 4 ตำบล 17 หมู่บ้าน ตามกฎหมายลักษณะปกครองท้องที่ดังต่อไปนี้

ตำบลหนองปรือ ครอบคลุมพื้นที่เฉพาะบางส่วนของหมู่ที่ 5, 6, 9 -13

ตำบลห้วยใหญ่ ครอบคลุมพื้นที่เฉพาะบางส่วนของหมู่ที่ 4

ตำบลหนองปลาไหล ครอบคลุมพื้นที่เฉพาะบางส่วนของหมู่ที่ 6 - 8

ตำบลนาเกลือ ครอบคลุมพื้นที่ทั้งตำบล หมู่ที่ 1 - 7 (หมู่ที่ 7 ได้แก่ เกาะล้าน)

(ราชกิจจานุเบกษาเรื่องกำหนดแนวเขตพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนเมืองพัทยาและพื้นที่เชื่อมโยง, 2552)

จากข้อมูลการต่ออายุใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันของจังหวัดชลบุรี ประจำปี 2561 พบว่ามีร้านขายยาแผนปัจจุบันทั้งหมด 1,016 ร้าน โดยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางละมุงจำนวน 412 ร้าน พื้นที่อำเภอเมืองจำนวน 260 ร้าน พื้นที่อำเภอศรีราชาจำนวน 198 ร้าน พื้นที่อำเภอสัตหีบจำนวน 39 ร้าน พื้นที่อำเภอบ้านบึงจำนวน 37 ร้าน พื้นที่อำเภอพานทองจำนวน 33 ร้าน พื้นที่อำเภอพนัสนิคมจำนวน 20 ร้าน พื้นที่อำเภอเกาะจันทร์จำนวน 9 ร้าน พื้นที่อำเภอหนองใหญ่จำนวน 4 ร้าน พื้นที่อำเภอบ่อทองจำนวน 3 ร้าน และพื้นที่อำเภอเกาะสีชังจำนวน 1 ร้าน ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าอำเภอบางละมุงมีร้านขายยามากที่สุด คือจำนวน 412 ร้าน และเฉพาะในเขตพื้นที่เมืองพัทยามีร้านขายยาทั้งหมด 260 ร้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2561)

จากการที่เมืองท่องเที่ยวอย่างพัทยามีร้านขายยาแผนปัจจุบันอยู่อย่างหนาแน่น ประกอบกับมีข่าวการบุกจับร้านขายยาอยู่บ่อยครั้ง เช่น กรณีข่าวการตรวจจับร้านยาที่ขายยาปลอมใน พ.ศ. 2559 สืบเนื่องจากสำนักงานพิทักษ์เขตแดนแห่งออสเตรเลีย (Australian Border Force: ABF) ได้ขอความร่วมมือให้ทางการไทยช่วยตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับพัสดุไปรษณีย์จำนวนมากที่ถูกส่งจากไทยไปยังออสเตรเลียพบมีการซุกซ่อนวัตถุต้องสงสัยว่าเป็นสารเพิ่มสมรรถภาพและภาพลักษณ์ของร่างกาย (Performance and Image Enhancing Drugs-PIED) เจ้าหน้าที่รัฐไทยหลายหน่วยงานจึงดำเนินการนำหมายค้นตรวจสอบร้านขายยาจำนวน 7 แห่งซึ่งจากการตรวจค้นพบความผิดมีการขายยาที่ได้ยกเลิกทะเบียนตำรับยาแล้ว ขายยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา ขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 ขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4 โดยไม่ได้รับอนุญาตขายวัตถุยาเสพติดให้โทษประเภท 3 โดยไม่ได้รับอนุญาต รวมทั้งผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ตามเวลาทำการ และผู้ขายไม่จัดทำบัญชียา (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) ซึ่งร้านขายยาทุกร้านที่โดนจับล้วนเป็นร้านที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติการทั้งสิ้น ผู้วิจัยจึงคิดว่าเมืองพัทยาเหมาะสมอย่างมากต่อการศึกษเกี่ยวกับสถานการณ์การแวนป้ายของเภสัชกร

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการไม่อยู่ปฏิบัติการของเภสัชกรประจำร้านขายยากรณีศึกษาจังหวัดหนึ่งพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่อยู่ปฏิบัติการในร้านขายยาของเภสัชกร ได้แก่ 1) ความเป็นเจ้าของกิจการ กล่าวคือ ร้านขายยาที่เจ้าของเป็นเภสัชกรจะพบปัญหาการแวนป้ายน้อยกว่าเพราะเจ้าของธุรกิจที่ไม่ใช่เภสัชกรมักไม่ยอมให้เภสัชกรเข้ามาอยู่ประจำร้าน 2) ความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ีระหว่างเจ้าของร้านกับเภสัชกร ทำให้มีเภสัชกรปฏิบัติงานที่ร้านขายยาเป็นประจำ 3) ค่าตอบแทนที่เหมาะสม นั่นคือ เภสัชกรโรงพยาบาลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนพิเศษสำหรับการไม่ทำเวชปฏิบัติมักแวนป้ายในร้านขายยาเพียงเพื่อต้องการค่าตอบแทนในส่วนที่ขาดเท่านั้น 4) ความห่างไกลระหว่างที่ทำงานกับร้านขายยา มีผลทำให้เภสัชกรไม่สามารถไปอยู่ร้านขายยาได้ทุกวันตามเวลาที่ระบุไว้ 5) ภาระจากงานประจำทำให้เภสัชกรไม่ยอมไปประจำในร้านขายยา และ 6) หากเภสัชกรรู้สึกว่าการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ไม่เข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย เภสัชกรก็จะไม่ตื่นตัวใน

การไปปฏิบัติงานที่ร้านขายยา (อัสฎากค์ ฟลอนอกและกิตติศักดิ์ อ่อนปาน, 2553) ซึ่งถึงแม้การศึกษานี้ทำให้เราทราบสาเหตุของการแวนป่วยแต่ยังขาดแนวทางการแก้ปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกรอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งจุดนี้เป็นคำถามงานวิจัยที่ผู้วิจัยจะทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกรอย่างมีส่วนร่วม

และจากการวิจัยเชิงคุณภาพถึงปัญหาการบังคับใช้กฎหมายกับการแวนป่วยของเภสัชกรกรณีศึกษา สสจ. ในภาคใต้ โดยสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นเภสัชกร 15 คนที่ปฏิบัติงานใน สสจ. ภาคใต้ อย.และสภาเภสัชกรรม ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีหน้าที่ควบคุมให้มีเภสัชกรปฏิบัติงานในร้านขายยา จากผลการวิจัย วิธีการจัดการปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกรที่ใช้โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมี 3 วิธี คือ 1) มาตรการป้องกัน หรือการกำหนดเงื่อนไขในการขอเปิดร้านขายยาแห่งใหม่เพิ่มเติมจากที่กฎหมายกำหนดในประเด็นคุณสมบัติของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้รับใบอนุญาต และเวลาปฏิบัติการ 2) มาตรการป้องปรามหรือการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยา หน่วยงานของผู้ให้ข้อมูลมีความถี่ในการออกตรวจร้านที่ต่างกัน โดยภาพรวมการดำเนินงานใน 14 จังหวัดภาคใต้ยังไม่เน้นเรื่องการตรวจเฝ้าระวังปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกร 3) มาตรการปราบปรามหรือการดำเนินการเมื่อพบการกระทำผิด มี สสจ. เพียง 1 แห่งใช้เฉพาะการตักเตือนเมื่อพบการกระทำผิด และไม่เคยดำเนินคดีในเรื่องการแวนป่วย มี สสจ. อีก 8 แห่งใช้การตักเตือนและการดำเนินคดีเมื่อพบการกระทำผิดซ้ำ และอีก 4 แห่งยึดแนวทางของ อย. หรือบทลงโทษตาม พรบ. ยา พ.ศ. 2510 เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการไม่บังคับใช้กฎหมายได้แก่ 1) ความเชื่อและความเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ใน 3 เรื่อง คือ ผลเสียต่อตนเองหากใช้มาตรการทางกฎหมาย ประสิทธิภาพของมาตรการทางกฎหมายและการไม่เห็นความสำคัญของปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกร 2) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ความไม่ชัดเจนของ อย. ต่อปัญหานี้ แนวทางของผู้บริหารใน สสจ. ที่ตึงเครียด แนวทางของ สสจ. อื่น ๆ การต่อรองของผู้ประกอบการ การดำเนินงานแบบตั้งรับของสภาเภสัชกรรมและการไม่ร้องเรียนของผู้บริโภค 3) ข้อจำกัดในการบังคับใช้กฎหมาย ได้แก่ ความไม่เอื้อของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากร และข้อจำกัดเรื่องงานข้อมูล และ 4) ผลประโยชน์ทับซ้อน จากงานวิจัยนี้จะเห็นว่า สสจ. ในภาคใต้เลือกที่จะใช้การบังคับใช้กฎหมายกับการแวนป่วยของเภสัชกร แต่มีผู้ให้ข้อมูล จำนวน 4 คน (จาก 13 คน) มองว่าปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกรเป็นปัญหาที่ไม่สำคัญหรือไม่ใช้สิ่งเร่งด่วนในการแก้ไขจึงทำให้มีการบังคับใช้กฎหมายน้อย เหตุที่พนักงานเจ้าหน้าที่รู้สึกเช่นนั้นเกิดจากความเห็นว่าปัญหาอื่นๆ มีความสำคัญกว่า เช่น ปัญหาการขายยาแก้ไอหรือยา pseudoephedrine ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับปัญหาความมั่นคงของประเทศและปัญหายาเสพติดหรือปัญหาการขายยาอันตรายที่ผิดกฎหมายในร้านขายยาบรรจุเสร็จๆ หรือร้านชำ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังมองว่าการแวนป่วยไม่ใช่ความผิดร้ายแรง เพราะการแวนป่วยมีมาช้านานจนมองว่าไม่ใช่ปัญหา การที่ปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกรมีมาช้านานและไม่ก่อผลกระทบอย่างเป็นรูปธรรมแก่ผู้ให้ข้อมูลทำให้เกิดความเชื่อว่าสิ่งนี้ไม่น่าเป็นปัญหา เช่น การไม่พบเรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภคในเรื่องการแวนป่วยหรือพบน้อยมากก็ทำให้เกิดความเชื่อว่าผู้บริโภคหรือสังคมไม่สนใจในปัญหาดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษาเพิ่มเติมประเด็นดังกล่าวในเขตเมืองพัทยาด้วยว่า ปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกร เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่หรือไม่ และจัดการแก้ปัญหาอย่างไร (สุปราณี นิยมเดชาและสงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2556)

เช่นเดียวกันกับการศึกษาประสิทธิผลการใช้กระบวนการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ. ยา ต่อผู้ประกอบการร้านขายยาจังหวัดราชบุรี คือ 1) จะทำหนังสือไปตักเตือนร้านขายยาที่กระทำผิดกฎหมายประเภทรุนแรงน้อย เช่น บัญชียาไม่เป็นปัจจุบัน 2) ทำหนังสือเรียกร้านขายยามาตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษรในร้านขายยาที่กระทำผิดกฎหมายประเภทรุนแรงปานกลาง 3) ดำเนินคดีร้านขายยาที่กระทำผิดกฎหมายประเภทรุนแรงมาก เช่น ขายยาไม่ตรงกับประเภทใบอนุญาต การศึกษานี้พบว่าประสิทธิผลการใช้กระบวนการบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ. ยา มีผลลดการกระทำผิดกฎหมายของร้านขายยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนและหลังการใช้กระบวนการมีการกระทำผิด ร้อยละ 40.44 และ 12.34 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกประเภทของการกระทำผิด พบว่า ก่อนการใช้กระบวนการฯ การกระทำผิดของกลุ่มตัวอย่างนั้นมีทั้ง 3 ประเภท คือ รุนแรงน้อย รุนแรง และ รุนแรงมาก พบร้อยละ 29.09 , 40.00 และ 31.91 ของกลุ่มที่กระทำผิดตามลำดับ แต่ภายหลังการใช้กระบวนการฯ การกระทำผิดเหลือเพียงประเภทเดียว คือ รุนแรงน้อย (สุรี เสงจิตตระกูล, 2556)

มีการศึกษาตีจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมประเทศไทยพบว่าเภสัชกรที่กระทำผิดมักทำงานในบริษัทฯ (ร้อยละ 22.9) คดีที่พบมากที่สุดคือเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการแต่ไม่ปฏิบัติหน้าที่ตามเวลาที่แจ้งไว้ (ร้อยละ 88.0) เภสัชกรมักกระทำผิดจรรยาบรรณวิชาชีพทั้งสามข้อ คือ ข้อ 1 (เคารพกฎหมายบ้านเมือง) ข้อ 2 (ไม่ทำให้วิชาชีพเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์) และข้อ 6 (รักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพให้ดีที่สุด) ร้อยละ 80.9 ซึ่งจากการศึกษาตีจรรยาบรรณนี้ก็เป็นแนวทางคำถามให้ผู้วิจัยสอบถามกับเภสัชกรผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคว่าในกรณีที่เภสัชกรที่เป็นผู้แทนยามาขอเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยานั้นทาง สสจ. หรือสสอ. มีแนวทางการบริหารจัดการอย่างไร อนุญาตหรือไม่ (นวลจันทร์ พันธุมธามาศย์และอภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย, 2556)

เมื่อทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการยกระดับร้านขายยาให้เป็นร้านขายยาคุณภาพ เพราะร้านขายยาคุณภาพต้องมีเภสัชกรตลอดเวลาที่เปิดทำการพบว่าปัญหาและอุปสรรคของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรีในการพัฒนาเป็นร้านขายยาคุณภาพตามมาตรฐานสภาเภสัชกรรม ปัญหาอันดับแรก คือ ผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติการเป็นเภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลาที่เปิดทำการ ซึ่งผู้วิจัยดังกล่าวได้เสนอแนะไว้ว่า สภาเภสัชกรรมควรมีการกำหนดโทษที่ชัดเจนและลงโทษอย่างจริงจังสำหรับร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรประจำตลอดเวลาที่เปิดทำการ รวมทั้งการออกตรวจร้านขายยาทุกร้านเป็นประจำ ไม่เว้นแม้แต่ร้านที่เปิดทำการมานานแล้ว แต่ด้วยปัญหาที่ผ่านมา พบว่าเภสัชกรชุมชนค่อนข้างขาดแคลนอย่างมาก เนื่องจากอัตราการขยายตัวของร้านขายยาในปัจจุบันสูงมาก จึงมีปัญหาในการจัดหาเภสัชกรมาประจำที่ร้านขายยา อีกทั้งเภสัชกรเองก็มีหลายหน้าที่ที่สามารถทำได้ ทางสภาเภสัชกรรมเองควรมีการตรวจสอบถึงรายชื่อเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวขณะที่ทำเรื่องขอเป็นผู้ปฏิบัติการในร้านขายยา มีหน้าที่การทำงานประจำที่ไหนหรือไม่ และเวลาในงานประจำซ้อนทับกับเวลาที่ร้านขายยาขออนุญาตในการเปิดหรือไม่ เพื่อเป็นการป้องกันการแขวนป้ายในร้านขายยา หรือการไม่มีเภสัชกรประจำตลอดเวลาที่เปิดทำการ (นฤมล จันทรธรรมาพิทักษ์, 2553)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นว่า พ.ร.บ.ยา กำหนดให้มีผู้ที่จะปฏิบัติการประจำอยู่ ณ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตลอดเวลาที่เปิดทำการ นั้นหมายความว่า ถ้าร้านขายยาเปิดเวลาใด เมื่อเข้าไปในร้านจะต้องพบเภสัชกรอยู่ตลอด จะไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำร้านแค่สามชั่วโมงจาก

เวลาเปิดร้านทั้งหมด เพราะกฎหมายยกเลิกทุกกรณีที่อนุโลมไว้โดยสมบูรณ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2529 แล้ว ผู้วิจัยจึงเกิดความสงสัยและตั้งโจทย์ไว้ สมมติว่าร้านขายยาแห่งหนึ่งต้องการเปิดร้านขายยาเป็นเวลา 18 ชั่วโมงต่อวัน โดยเปิดช่วง 6.00 – 24.00 น. หากร้านขายยานี้ต้องการทำถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ ก็ควรจะต้องหาเภสัชกรมาประจำร้านให้ได้ 18 ชั่วโมงต่อวันทุกวัน แต่ในความเป็นจริงเภสัชกรที่ไม่ใช่ตัวเจ้าของร้านขายยาเองหรือไม่ใช่ญาติเจ้าของร้านขายยาไม่สามารถอยู่ได้ถึงติดต่อกันถึง 18 ชั่วโมงต่อวัน และขัดกับกฎหมายแรงงานในปัจจุบัน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาแวนปาย (มีชื่อเภสัชกรอยู่ประจำร้านแต่ไม่พบตัวเภสัชกรชื่อนั้น) ถ้าร้านขายยาเริ่มทำสิ่งที่ไม่ถูกกฎหมายในเรื่องเวลาเปิดร้าน เช่น ขอเปิดร้านในช่วง 12.00 – 24.00 น. แต่ขายยาจริงตั้งแต่ 6.00 – 24.00 น. ช่วงเวลา 6.00 – 12.00 น. คือการเปิดร้านโดยไม่ได้รับอนุญาต เป็นความผิดของผู้รับอนุญาตเท่านั้น พนักงานเจ้าหน้าที่อาจมองว่าเป็นการขายยาโดยไม่ได้รับอนุญาต (ไม่ได้รับอนุญาตในช่วงเวลา

6.00 – 12.00 น.) ต้องระวางโทษตามมาตรา 101 คือ ระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี และปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรืออาจตีความว่าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขในกฎกระทรวงว่าด้วยการขายยา ซึ่งรับเพียงโทษปรับเท่านั้น ประเด็นนี้ก็เป็นอีกคำถามหนึ่งที่ผู้วิจัยจะศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดเห็นของพนักงานเจ้าหน้าที่ว่าคิดว่าเป็นปัญหาสำคัญหรือไม่และจัดการอย่างไร แต่ถ้าช่วงเวลาที่ขออนุญาตเปิดร้าน ระหว่าง 12.00 – 24.00 น. ต้องหาเภสัชกรมาประจำให้ได้ตลอดช่วงเวลา 12 ชั่วโมงนี้ สมมติว่าเภสัชกรคนหนึ่งตกลงกับผู้รับอนุญาต (เจ้าของร้านขายยา) ว่าสามารถมาปฏิบัติงานได้ในช่วงเวลา 18.00 – 21.00 น. ผู้รับอนุญาต (เจ้าของร้านขายยา) จะต้องหาเภสัชกรมาประจำร้านในช่วงเวลา 12.00 – 18.00 น. และช่วงเวลา 21.00 – 24.00 น. ให้ได้ ถ้า 2 ช่วงเวลานี้ ไม่มีเภสัชกรประจำ เป็นความผิดของผู้รับอนุญาต (เจ้าของร้านขายยา) ที่ไม่สามารถหาเภสัชกรที่จะมาประจำร้านขายยาได้ ซึ่งจะมีผลต่อการขายยาด้วย ตามกฎหมายโดยเคร่งครัดแล้ว ช่วงที่ไม่มีเภสัชกรอยู่จะสามารถขายได้เพียง “ยาสามัญประจำบ้าน” และ “ยาสมุนไพร” (“ยาสมุนไพร” ไม่ใช่ “ยาแผนโบราณ”) แต่คงจะทำได้ยาก เพราะเพียงแค่มียาขอซื้อลูกอมฆ่าเชื้อก็มีความผิดฐานขายยาอันตรายในระหว่างเภสัชกรไม่อยู่ ปฏิบัติหน้าที่ (พ.ร.บ.ยา มาตรา 32) ทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ของรัฐก็อนุโลมและผ่อนผัน เคร่งครัดเฉพาะยาฆ่าเชือนับเม็ด ยาฆ่าเชื้อแบบผง หรือยาสำหรับโรคเรื้อรัง นอกจากนี้การปล่อยให้มีความผิดที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำร้านควรให้เป็นความผิดของผู้อนุญาต (อย.หรือผู้ว่าราชการจังหวัด) ที่ไม่ตรวจสอบหรือไม่ อย่างไร

ถ้าช่วงเวลาที่ขออนุญาตเปิดร้าน ระหว่าง 12.00 – 24.00 น. มีเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการซึ่งตกลงกับผู้รับอนุญาต (เจ้าของร้านขายยา) แล้วไปแจ้งต่อผู้อนุญาตว่า เภสัชกรสามารถอยู่ปฏิบัติการช่วง 18.00 – 21.00 น. ได้ หากมีพนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจในช่วงเวลา 18.00 – 21.00 น. แล้วไม่พบเภสัชกรอยู่ เภสัชกรมีความผิดฐานไม่อยู่ปฏิบัติการ ตาม พ.ร.บ.ยา มาตรา 39 (หรือที่ในวงการเภสัชกรรมเรียกว่า “แวนปาย”) ต้องระวางโทษตามมาตรา 109 คือ ปรับตั้งแต่ 1,000 – 5,000 บาท และพนักงานเจ้าหน้าที่จะส่งเรื่องไปยังสภาเภสัชกรรมเพื่อพิจารณาตัดสินรายบรรณวิชาชีพเภสัชกรรมต่อไป ส่วนผู้รับอนุญาต (เจ้าของร้านขายยา) มีความผิดที่ไม่สามารถหาเภสัชกรที่จะมาประจำร้านขายยาในช่วงที่เภสัชกรไม่อยู่ได้ และห้ามผู้รับอนุญาตขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษในระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา 32 หากมีการขายยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษใน

ระหว่างที่เภสัชกรไม่อยู่ต้องระวังโทษตามมาตรา 107 คือ ต้องระวังโทษปรับตั้งแต่ 1,000 – 5,000 บาท

ถ้าช่วงเวลา 18.00 – 21.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงานเกิดเหตุจำเป็นที่ทำให้เภสัชกรไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ เภสัชกรไม่ได้มีเจตนาหลีกเลี่ยง หรือเภสัชกรได้แจ้งผู้รับอนุญาต (เจ้าของร้านขายยา) ว่าไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวลานั้นได้ แม้พนักงานเจ้าหน้าที่มาตรวจร้านขายยานั้นแล้วไม่พบเภสัชกร เภสัชกรคนนั้นก็ไม่ต้องรับผิดชอบไม่อยู่ปฏิบัติกรตาม พ.ร.บ.ยาฯ มาตรา 39 และไม่ควรถูกต้องคดีจรรยาบรรณวิชาชีพเภสัชกรรม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบผสม (Mixed research) คือใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลตามกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักเพื่อศึกษาสถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยาในประเด็นมาตรการควบคุมกำกับร้านขายยาและการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรของรัฐ อุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร และเพื่อศึกษามุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการแขวนป้ายของเภสัชกร และใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณร่วมด้วยโดยใช้แบบสอบถามเพื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อประเด็นแนวทางการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรที่มีผู้เสนอจากการสัมภาษณ์ในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1

งานวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 2 กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ

ระยะที่ 1 กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยใช้การเลือกตัวอย่าง (Sampling) ในการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางของ Miles (1994) มี 2 แบบ คือ

3.1.1 การเลือกตัวอย่างแบบมีเกณฑ์ (Criterion Sampling)

เป็นการเลือกตัวอย่างการวิจัยตามเกณฑ์บางอย่างที่ถูกกำหนดขึ้นมาแล้วล่วงหน้า เป็นการประกันระดับหนึ่งถึงคุณภาพข้อมูลที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งการวิจัยนี้ศึกษาถึงสถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรร้านขายยาของหน่วยงานรัฐ และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรจากผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อควบคุมและแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลกลุ่มแรกจึงประกอบด้วยเภสัชกรจาก สสจ.ชลบุรี ที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลให้มีเภสัชกรประจำในร้านขายยา และเภสัชกรจากโรงพยาบาลบางละมุงที่รับผิดชอบงานด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคในเขตเมืองพัทยา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ทั้งหมด 5 ท่าน

3.1.2 การเลือกตัวอย่างแบบก้อนหิมะหรือแบบลูกโซ่ (Snowball or Chain Sampling)

เป็นการเลือกตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องค้นหาตัวอย่างเริ่มแรกให้ได้เสียก่อน โดยการเริ่มจากการค้นหาตัวอย่างที่ตรงกับเกณฑ์ในการวิจัยมากที่สุด เมื่อได้ข้อมูลจากตัวอย่างแรกแล้ว ผู้วิจัยจึงสอบถามถึงตัวอย่างถัดไปจากตัวอย่างแรกเกี่ยวกับการวิจัยทำให้ได้ตัวอย่างที่ 2 และใช้วิธีการเดียวกันนี้เพื่อหาตัวอย่างที่ 3 ทำเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จะพบว่าเมื่อเวลาผ่านไปข้อมูลที่ได้จะเพิ่มพูนเป็นลำดับคล้ายการปั้นก้อนหิมะที่ต้องเริ่มจากก้อนหิมะเล็ก ๆ จากนั้นก้อนหิมะจะมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ

ขณะกำลังทำแบบสอบถามก่อนหิมะ จนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (Data Saturation) ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้การเลือกตัวอย่างแบบนี้ คนแรกคือประธานชมรมร้านขายยาเมืองพญาซึ่งเป็นเภสัชกรและเป็นเจ้าของร้านขายยาด้วยหลังจากนั้นประธานชมรมร้านขายยาจะแนะนำผู้ให้ข้อมูลคนถัดไปและแนะนำคนถัดไปเรื่อยๆ คือเภสัชกรประจำร้านขายยาในเขตพญา และเจ้าของร้านขายยาในเขตเมืองพญา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์รวมทั้งหมด 15 ท่าน

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจนกว่าจะได้คำตอบครบตามวัตถุประสงค์และได้ผลการวิจัยที่อิ่มตัว (Data Saturation) คือข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนหลังสุดไม่ได้ให้มุมมองใหม่ที่ลึกซึ้งไปกว่าข้อมูลที่เคยได้ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เภสัชกรจากสสจ.ชลบุรี เภสัชกรจากโรงพยาบาลบางละมุงที่รับผิดชอบงานด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคในเขตเมืองพญา เภสัชกรประจำร้านขายยาในเขตพญาและเจ้าของร้านขายยาในเขตเมืองรวมทั้งหมด 20 ท่าน (ศิลปพร ศรีจันทร์เพชร, 2560)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ

3.2.1 คำโศรคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ระดับลึกที่พัฒนาขึ้นจากคำถามการวิจัย

3.2.2 เครื่องบันทึกเสียง

3.2.3 กล้องถ่ายรูป

3.2.4 สมุดบันทึก

3.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบซึ่งหน้าโดยเดินทางไปพบผู้ให้ข้อมูลและสัมภาษณ์ตามที่นัดหมายไว้ พร้อมทั้งแนะนำตัว และพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล และสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองหลังจากนั้นเปิดการสัมภาษณ์ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการสัมภาษณ์รวมทั้งการเก็บรักษาข้อมูล ขอความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์และบันทึกเทปการสัมภาษณ์แบบซึ่งหน้า ทำในสถานที่ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะดวกและเป็นส่วนตัวโดยไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย ทำให้ไม่เกิดความกังวลว่าผู้ร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชาจะได้ยินการให้สัมภาษณ์

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลการดำเนินงานด้านยาของหน่วยงานที่ผู้ให้ข้อมูลสังกัด โดยใช้แบบสอบถามและดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามที่ผู้วิจัยร่างคำถามการสัมภาษณ์ในประเด็นต่างๆที่อยู่ในกรอบแนวคิดการวิจัย การตรวจสอบเนื้อหาของคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทำโดยอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ที่มีประสบการณ์การวิจัยเกี่ยวกับร้านขายยาและการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.3.1 คำถามสำหรับเจ้าพนักงานของรัฐ ที่รับผิดชอบงานด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค

3.3.1.1 ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรเป็นปัญหาใหญ่แค่ไหนในพื้นที่ของท่านเพราะอะไร

3.3.1.2 หน่วยงานท่านมีแนวทางและขั้นตอนในการป้องกัน การควบคุมกำกับร้านขายยาเพื่อให้เภสัชกรอยู่ปฏิบัติงานตามข้อกำหนดอย่างไร

3.3.1.3 หากพบปัญหาข้อร้องเรียนปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรหน่วยงานท่านจะดำเนินการอย่างไร ในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

3.3.1.4 ในกรณีที่เภสัชกรที่เป็นผู้แทนยา มาขอเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในร้านขายยานั้น ทาง สสจ. หรือสสอ. มีแนวทางการบริหารจัดการอย่างไร อนุญาตหรือไม่

3.3.1.5 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรในกรณีที่เภสัชกรรัฐรับเงินไม่ทำเวชปฏิบัติจำนวน 5000 บาท แต่ยังไปรับจ้างทำงานร้านขายยา

3.3.1.6 ในการตรวจเฝ้าระวังการแขวนป้ายของเภสัชกรมีแรงสนับสนุนจากองค์กรหรือหน่วยงานใดบ้าง

3.3.1.7 อุปสรรคต่อการดำเนินงานที่ผ่านมาคืออะไรบ้าง มีอิทธิพลหรือสิ่งคุกคามจากองค์กรหรือหน่วยงานใดหรือไม่ที่มีผลต่อการตรวจเฝ้าระวังการแขวนป้ายของเภสัชกร

3.3.1.8 พรบ.ยาหรือแนวปฏิบัติทางกฎหมายใดเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานหรือไม่อย่างไร

3.3.2 คำถามสำหรับเภสัชกร เจ้าของร้านขายยาและประธานชมรมเภสัชกร

3.3.2.1 ท่านมีทัศนคติต่อการไม่อยู่ร้านของเภสัชกรร้านขายยาอย่างไร

3.3.2.2 ท่านมีแนวคิดอย่างไรต่อการตรวจร้านขายยาของราชการ การบังคับใช้กฎหมายเมื่อพบการกระทำผิดกรณีการแขวนป้ายของเภสัชกร

3.3.2.3 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อเกณฑ์การปฏิบัติของร้านขายยาคุณภาพใหม่ เช่น ต้องจัดให้มีวัสดุที่บ่งชี้ปิดบังบริเวณที่จัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษเมื่อเภสัชกรไม่อยู่ร้าน

3.3.2.4 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่ออัตราค่าตอบแทนการแขวนป้ายของเภสัชกร ควรมีการจำกัดให้ไม่เกินเท่าไรหรือปล่อยให้ตามกลไกตลาด

3.3.2.5 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการจัดหาเภสัชกรมาประจำร้านและเภสัชกรที่ทำงานล่วงเวลาให้เพียงพอ

3.3.2.6 ท่านมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

ผู้วิจัยตั้งคำถามชักต่อเมื่อพบประเด็นที่น่าสนใจในการสัมภาษณ์ดำเนินไปจนไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากเดิม ผู้วิจัยบันทึกเสียงและจดบันทึกประเด็นสำคัญระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อครั้ง หลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยถอดข้อความเสียงเป็นคำบรรยายแบบคำต่อคำและอ่านเพื่อทำความเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบถึงมาตรการที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ควบคุมกำกับเภสัชกรให้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ตลอดจนเงื่อนไขหรือข้อจำกัดที่มีผลต่อการบังคับใช้กฎหมายและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร เมื่อเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะเริ่มสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป โดยปรับเปลี่ยนคำถามใหม่ให้สามารถซักถามข้อมูลที่สนใจได้ลึกขึ้น

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยนี้ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของ Miles (1994) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

3.4.1 การจัดระเบียบข้อมูล

3.4.1.1 ถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค และขีดเกลากาษาหรือตัดคำบางส่วนเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และให้ข้อความมีความสละสลวยขึ้น แต่ยังคงความหมายเดิมและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุด

3.4.1.2 อ่านข้อความจากการสัมภาษณ์ซ้ำ ๆ จนเข้าใจ และเลือกประโยคที่เกี่ยวข้องประเด็นที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร มาตรการกำกับร้านขายยาของหน่วยงานรัฐ อุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร และข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

3.4.1.3 ลดทอนข้อมูล โดยคัดเลือกเฉพาะข้อความที่มีความหมายสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษา และพิจารณาความหมายของข้อความนั้น ๆ

3.4.2 การแสดงข้อมูล

ผู้วิจัยจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามความหมาย เพื่อให้ได้ประเด็นที่ต้องการบ่งบอกมาตรการที่ใช้ และเงื่อนไขที่ทำให้ใช้มาตรการทางกฎหมาย ข้อเสนอแนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร หลังจากนั้นนำข้อความที่อยู่ในหมวดหมู่เดียวกันมาปะต่อกันไว้อย่างเป็นระเบียบในที่เดียวกันทุกข้อความระบุถึงแหล่งที่มาหรือผู้ให้ข้อมูลหลังจากนั้นผู้วิจัยอ่านและพิจารณาข้อความดังกล่าว

3.4.3 การสรุป/การตีความ

ผู้วิจัยค้นหาประเด็นและความสัมพันธ์ที่ปรากฏในข้อมูล พร้อมทั้งสรุปผลโดยการบรรยายและตีความผลการวิจัย หลังจากนั้นส่งข้อมูลที่ได้ไปยังผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

ระยะที่ 2 กระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามเพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อข้อมูลที่ได้ และเพื่อหาข้อเสนอแนะจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.5 การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ

จากจำนวนร้านขายยาในเขตเมืองพัทยาทั้งหมด 260 ร้าน การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตร (Finite population) Yamane (1973)

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

e คือความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในรูปของสัดส่วน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{260}{1+260(.05)^2} = 158$$

จะต้องเลือกตัวอย่างจำนวน 158 ตัวอย่าง

3.6 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability sampling) สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มรวมกับการสุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ดังนี้

3.6.1 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling)

ผู้วิจัยแบ่งประชากรตามพื้นที่เส้นถนนสายหลักของเมืองพญาโดยไม่ได้จัดทำบัญชีรายชื่อของประชากร

3.6.1.1 กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญาเหนือ

3.6.1.2 กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญากลาง

3.6.1.3 กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญาใต้

3.6.1.4 กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญาสาย 1

3.6.1.5 กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญาสาย 2

3.6.1.6 กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญาสาย 3

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างประชากรร้านขายยาจากพื้นที่ถนนทั้ง 6 เส้นทาง โดยเขียนชื่อถนนทั้ง 6 เส้นทางบนกระดาษแล้วม้วนใส่แก้ว เขย่าและจับฉลากออกมา 4 ครั้งเพื่อเลือกที่จะไปแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนนั้น ๆ ผลการสุ่มจับฉลากคือได้กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญากลาง กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญาใต้ กลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญาสาย 1 และกลุ่มร้านขายยาที่ตั้งบนถนนพญาสาย 2

3.6.2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้จำนวนตามต้องการโดยผู้วิจัยเดินแจกแบบสอบถามให้ร้านขายยาทุกร้านตั้งแต่ต้นถนนถึงท้ายถนน โดยร้านขายยาที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะไม่ได้แจก หลังจากนั้นอีก 3 วันผู้วิจัยจึงไปเก็บแบบสอบถาม ได้กลับมาทั้งหมด 116 ฉบับ

3.6.3 เนื่องจากแบบสอบถามที่ได้ยังไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากประธานชมรมร้านยาจังหวัดชลบุรีให้ช่วยแจกแบบสอบถามให้สมาชิกในเขตเมืองพญาที่มาร่วมประชุมในงานประชุมแห่งหนึ่ง ได้แบบสอบถามมาอีก 60 ฉบับ รวมเป็น 176 ฉบับ

3.7 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามเรื่อง สถานการณ์การแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร กรณีศึกษาเขตเมืองพญา (ในภาคผนวก ก) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและร้านขายยา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการและการทำงานตามมาตรฐาน GPP

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของการแก้ปัญหาการแวนป้ายของเภสัชกร

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ

กลุ่มเป้าหมาย เภสัชกรประจำร้านขายยา ผู้ประกอบการร้านขายยา

ประเด็นคำถาม ความเห็นต่อมาตรการที่เหมาะสมในทางปฏิบัติต่อการแก้ปัญหาการแวนป้ายของเภสัชกรซึ่งเป็นคำถามที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ รวมถึงสอบถามข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ปัญหาการแวนป้ายของเภสัชกรตามแบบสอบถามในภาคผนวก

ผู้วิจัยเดินแจกแบบสอบถามให้ร้านขายยาทุกร้านตั้งแต่ต้นถนนถึงท้ายถนนตามที่ได้สุ่มเลือกถนนไว้แล้ว โดยร้านขายยาที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะไม่ได้แจก หลังจากนั้นอีก 3 วันผู้วิจัยจึงไปเก็บแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 116 ฉบับ ซึ่งแบบสอบถามที่ได้ ยังไม่เพียงพอผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากประธานชมรมร้านยาจังหวัดชลบุรีให้ช่วยแจกแบบสอบถามให้สมาชิกในเขตเมืองพัทยาที่มาร่วมประชุมในงานประชุมแห่งหนึ่ง ได้แบบสอบถามมาอีก 60 ฉบับ รวมเป็น 176 ฉบับ แต่มีผู้ตอบแบบสอบถามเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย. 1) จำนวน 161 ฉบับ ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ (ขย. 2) จำนวน 11 ฉบับ และไม่ระบุ 4 ฉบับ ผู้วิจัยจึงเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่เป็น ขย. 1 จำนวน 161 ฉบับมาวิเคราะห์เพราะเป็นร้านขายยาที่กฎหมายกำหนดให้มีเภสัชกรและเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแวนป้ายของเภสัชกร

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ

3.9.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บแบบสอบถามซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 161 ฉบับ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำมาวิเคราะห์ ดังนี้

3.9.1.1 การจัดกระทำข้อมูล

- 1) ตรวจสอบข้อมูล (editing) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบจำนวนและความถูกต้องสมบูรณ์ของ แบบสอบถามและแยกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกไป
- 2) ประมวลผลข้อมูลโดยหาความถี่
- 3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการใช้สถิติเชิงบรรยายและคำนวณหาค่าร้อยละเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป

3.9.1.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อใช้ในการอธิบายข้อมูลทางประชากรศาสตร์
- 2) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไป
- 3) สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
n แทน จำนวนกลุ่มประชากร

3.9.2 การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน เป็นเจ้าหน้าที่ สสจ. ชลบุรี และ สสอ.บางละมุงรวม 5 คน ประธานชมรมร้านขายยาเมืองพัทยาซึ่งเป็นเภสัชกรและเป็นเจ้าของร้านขายยาด้วย เจ้าของร้านขายยาร้านอื่น ๆ ในเขตเมืองพัทยาและเภสัชกรประจำร้านขายยาจำนวน 15 คน และจากการเก็บแบบสอบถามซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 161 ฉบับ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ใช้การวิเคราะห์หาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการและการทำตามมาตรฐาน GPP ใช้การวิเคราะห์หาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย.

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร ใช้การวิเคราะห์หาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร ใช้การวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วเรียงลำดับความถี่ (Frequency) และนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย

3.10 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

การกำหนดกระบวนการวิจัยในการศึกษานี้มุ่งให้เกิดความน่าเชื่อถือตามแนวคิดของ Lincoln และ Guba (2005) ซึ่งมีเกณฑ์ 4 ข้อดังนี้

3.10.1 ความเชื่อถือได้ (credibility)

หมายถึงการที่ผลการวิจัยสอดคล้องหรือสะท้อนกับความเป็นไปที่แท้จริงเพียงใด กระบวนการที่ทำให้เกิดความเชื่อถือได้ คือ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้เวลานานเพียงพอจนผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ในประเด็นที่ศึกษา และนำเทปบันทึกการสัมภาษณ์ออกมาถอดเป็นข้อความเชิงบรรยายในลักษณะคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค นอกจากนี้สถานที่สัมภาษณ์มีความเป็นส่วนตัวโดยไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย ผู้ให้ข้อมูลจึงกล้าเปิดเผยความจริง

3.10.2 การทำซ้ำได้ (dependability)

หมายถึงการทำวิจัยใหม่ในผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเดิมหรือคล้ายกลุ่มเดิมในบริบทที่คล้ายกัน จะให้ผลสรุปที่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยยังได้บันทึกสิ่งที่พบเห็นและคำสัมภาษณ์อย่างละเอียด สำหรับการวิจัยครั้งนี้อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูลและผลที่ได้โดยตรวจสอบตั้งแต่การสร้างเครื่องมือในการวิจัย แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ บันทึกที่เกิดระหว่างการเก็บข้อมูลทุกขั้นตอน (audit trail) ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบว่าวิธีการสามารถทำซ้ำได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่พบ

3.10.3 การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability)

เป็นความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังสถานการณ์ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน หรือในผู้ให้ข้อมูลคนอื่น ๆ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ คือ เกษตรกรใน สสจ.ชลบุรี เกษตรกรใน สสอ.บางละมุง ที่มีประสบการณ์และทำงานโดยตรงในเรื่องงานคุ้มครองของผู้บริโภคด้านยา เกษตรกรประจำร้านขายยาในเขตพัทยา เจ้าของร้านขายยาในเขตพัทยา และ ประธานชมรมร้านขายยาเมืองพัทยา จึงเชื่อว่าข้อสรุปสามารถประยุกต์ใช้ได้กับเกษตรกรท่านอื่นที่อยู่ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้อธิบายถึงบริบทที่ศึกษาลักษณะและการได้มาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านผลการวิจัยเข้าใจ และสามารถตัดสินใจว่าสามารถนำข้อสรุปจากการวิจัยไปใช้ในสถานการณ์ของตนได้หรือไม่

3.10.4 การยืนยันผลการวิจัย (confirmability)

คือการที่ผลการวิจัยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่พบโดยไม่ได้เกิดจากอคติของนักวิจัย งานวิจัยนี้ใช้วิธีการ audit trail คือ อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลผลเพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่พบ

3.11 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย อุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU – REC – 41 / 2560 วันที่ให้ใบรับรอง วันที่ 8 มกราคม 2561 ก่อนเริ่มการวิจัยผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์รวมทั้งรายละเอียดของการสัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปคำให้สัมภาษณ์พร้อมทั้งบอกให้ทราบถึงระยะเวลาในการสัมภาษณ์โดยประมาณ ผู้วิจัยแจ้งผู้ให้ข้อมูลให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้อธิบายเป็นความลับ รายงานการวิจัยจะไม่อ้างถึงชื่อของผู้ให้ข้อมูลรวมไปถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่อันอาจจะโยงกลับไปหาตัวผู้ให้ข้อมูลได้ การเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจะทราบเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น และจะทำลายไฟล์ข้อมูลเสียงที่อัดไว้เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วสองเดือน ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติในการอภิปรายผลต่าง ๆ และนำเสนอผลเป็นภาพรวมเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยา มาตรการควบคุมกำกับร้านขายยาของเจ้าหน้าที่รัฐ ปัญหาอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรและมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการแขวนป้ายของเภสัชกรโดยศึกษาร้านขายยาในเขตเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอเป็นลำดับเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

- 4.1 บริบทของร้านยาในเขตเมืองพัทยาและกลุ่มตัวอย่าง
 - 4.1.1 บริบทของร้านขายยาในเขตเมืองพัทยา
 - 4.1.2 บทบาทของชมรมร้านขายยาจังหวัดชลบุรี
 - 4.1.3 ข้อมูลพื้นฐานของร้านขายยา
 - 4.1.4 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ตอบแบบสอบถาม)
- 4.2 สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร
- 4.3 มาตรการกำกับร้านยาของหน่วยงานรัฐ
 - 4.3.1 โครงสร้างการทำงานของหน่วยงานรัฐที่กำกับดูแล
 - 4.3.2 วิธีการควบคุมกำกับกิจการร้านขายยาให้เป็นไปตามกฎหมาย
- 4.4 มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหา
 - 4.4.1 มุมมองภาพรวมของเภสัชกรและผู้ประกอบการที่ไม่ใช่เภสัชกร
 - 4.4.2 มุมมองของเภสัชกรต่อปัญหา
 - 4.4.3 มุมมองของผู้ประกอบการที่ไม่ใช่เภสัชกรต่อปัญหา
- 4.5 อุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร
 - 4.5.1 อุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่
 - 4.5.2 อุปสรรคจากการไม่ได้รับความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง
 - 4.5.3 อุปสรรคเชิงโครงสร้างของระบบร้านขายยา
- 4.6 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

4.1 บริบทของร้านยาในเขตเมืองพัทยาและกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 บริบทของร้านขายยาในเขตเมืองพัทยา

เมืองพัทยาคือเมืองท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงระดับโลก เป็นเมืองที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่และมีความสำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอยู่ในเขตอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เมืองพัทยามีระดับเทียบเท่าเทศบาลนคร แบ่งส่วนภายในของเมืองเป็น 4 ส่วนได้แก่ พัทยาเหนือ พัทยากลาง พัทยาใต้ และหาดจอมเทียน เมืองพัทยานั้นอาจจะแยกค่อนข้างยากว่าส่วนใดบ้างเป็นเมืองพัทยาสวนใดไม่ใช่เมืองพัทยา ผู้วิจัยจึงยึดตามประกาศคณะกรรมการบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน เรื่องกำหนดแนวเขตพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนเมืองพัทยาและพื้นที่เชื่อมโยงท้องที่เมืองพัทยามี 42 ชุมชน

ครอบคลุมพื้นที่อำเภอบางละมุงบางส่วนจำนวน 4 ตำบล 17 หมู่บ้าน ตามกฎหมายลักษณะปกครองท้องที่ดังต่อไปนี้

ตำบลหนองปรือ ครอบคลุมพื้นที่เฉพาะบางส่วนของหมู่ที่ 5 , 6 , 9 -13

ตำบลห้วยใหญ่ ครอบคลุมพื้นที่เฉพาะบางส่วนของหมู่ที่ 4

ตำบลหนองปลาไหล ครอบคลุมพื้นที่เฉพาะบางส่วนของหมู่ที่ 6 - 8

ตำบลนาเกลือ ครอบคลุมพื้นที่ทั้งตำบล หมู่ที่ 1 - 7 (หมู่ที่ 7 ได้แก่ เกาะล้าน)

(ราชกิจจานุเบกษาเรื่องกำหนดแนวเขตพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนเมืองพัทยาและพื้นที่เชื่อมโยง, 2552)

ร้านขายยาในเขตเมืองพัทยายูในความรับผิดชอบกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุงและโรงพยาบาลบางละมุง ซึ่งอำเภอบางละมุงนั้นมีร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนในปี 2561 จำนวน 437 ร้าน ผู้วิจัยจึงดูสถานที่ตั้งร้านยาทั้ง 437 ร้าน ว่าอยู่ในชุมชนอะไร หมู่อะไร ตำบลอะไร เพื่อแยกออกมาเฉพาะร้านขายยาที่ตั้งในเขตเมืองพัทยาเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ซึ่งพบว่ามียร้านขายยาที่ตั้งอยู่ในเขตเมืองพัทยาทั้งหมด 260 ร้าน

อำเภอบางละมุงมีร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนในปี 2561 จำนวน 437 ร้าน ในจำนวนนี้เป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) 412 ร้าน ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ (ขย.2) 25 ร้าน ซึ่งถือว่าอำเภอบางละมุงมีร้านขายยาที่หนาแน่นมากที่สุดเมื่อเทียบกับจำนวนร้านขายยาในอำเภอต่างๆ ทั้งจังหวัดชลบุรีที่มีร้านขายยา 1,149 ร้าน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้านขายยาในจังหวัดชลบุรีจำแนกตามอำเภอและประเภทร้าน

ที่	อำเภอ	จำนวนร้านขายยา แผนปัจจุบัน(ขย.1)	จำนวนร้านขายยาแผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจุเสร็จ (ขย.2)	รวม
1	บางละมุง	412	25	437
2	เมือง	260	22	282
3	ศรีราชา	198	14	212
4	สัตหีบ	39	22	61
5	บ้านบึง	37	18	55
6	พานทอง	33	10	43
7	พนัสนิคม	20	9	29
8	เกาะจันทร์	9	3	12
9	หนองใหญ่	4	4	8
10	บ่อทอง	3	4	7
11	เกาะสีชัง	1	2	3
รวม		1,016	133	1,149

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (2561)

เมืองพัทยามีร้านขายยาจำนวนมากถึง 260 ร้านอยู่ในความรับผิดชอบกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุงและโรงพยาบาลบางละมุง จำนวนร้านขายยาในเมืองพัทยาทียบเท่ากับจำนวนร้านขายยาในอำเภอเมืองชลบุรีซึ่งหนาแน่นมาก ร้านขายยาในเมืองพัทยามีอัตราเติบโตที่สูง โดยใน 2 ปีที่ผ่านมา แต่ละเดือนจะมีร้านเปิดใหม่ ประมาณ 15 ร้าน แต่ปัจจุบันร้านขายยาที่เปิดใหม่ในแต่ละเดือนจะมีประมาณ 5 ร้าน ในปี 2560 ที่ผ่านมา มีร้านขายยาที่มาขออนุญาตเปิดใหม่กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุงจำนวน 37 ร้าน ในขณะที่มีร้านขายยาที่มาแจ้งยกเลิกและไม่มาต่ออายุรวมเป็นปิดกิจการไป 48 ร้าน พบว่าร้านเก่าทยอยปิดตัวลงไปมากกว่าที่เปิดใหม่เล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจชะลอตัว แต่โดยภาพรวมจำนวนร้านขายยายังคงมีจำนวนค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา แนวโน้มร้านขายยาในพัทยาก็เพิ่มมากขึ้นจะเป็นร้านขายยาประเภทบริษัทขนาดใหญ่มีหลายสาขา และมักเปิดดำเนินการตามห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ บางแห่งมีถึง

4 - 5 ร้าน ในห้างเดียว รวมแล้วมีประมาณ 50 ร้าน ส่วนร้านขายยาที่ปิดตัวไปมักเป็นร้านขายยาขนาดเล็ก สาเหตุของการปิดตัวนอกจากภาวะเศรษฐกิจโดยรวมที่กระทบต่อยอดขายแล้ว ยังมีภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น เช่น ค่าเช่าที่ที่ค่อนข้างแพง ค่าสาธารณูปโภค ค่าใบประกอบวิชาชีพ ประมาณ 12,000-17,000 บาท ต่อเดือน ค่าจ้างพนักงานขายหรือเภสัชกรทำงานบางเวลา ค่าต่อใบอนุญาตร้านขายยา 2,000 บาทต่อปี ค่าภาษี นอกจากนี้หลายร้านมีการขายตัดราคา และมีการจ้างเภสัชกรมาทำงานที่ร้านขายยามากขึ้นทั้งในรูปแบบช่วงเวลาและเต็มเวลาที่เปิดทำการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าที่มีการแข่งขันกันค่อนข้างสูงขึ้น ดังนั้นหากยอดขายได้ต่ำกว่าวันละ 10,000 บาท หากคิดกำไรอยู่ที่ประมาณ 30% ก็จะได้รายได้เดือนละ 1 แสนบาท หักค่าใช้จ่ายแล้วอาจจะเหลือเดือนละ 20,000 - 30,000 บาท ซึ่งไม่คุ้มค่ากับการลงทุน แต่ถ้าเภสัชกรเปิดดำเนินการขายเองก็อาจจะพออยู่ได้

4.1.2 บทบาทของชมรมร้านขายยาจังหวัดชลบุรี

บทบาทของชมรมร้านขายยาจังหวัดชลบุรี พบว่าในจังหวัดชลบุรีมีชมรมอยู่ 2 ชมรม คือ ชมรมเภสัชกรร้านขายยาอันเป็นการรวมตัวกันของเภสัชกรร้านขายยาเท่านั้น และชมรมร้านขายยาที่สมาชิกเป็นทั้งเภสัชกรและไม่ใช่อเภสัชกร ประมาณ อย่างละครึ่ง บางร้านทั้งเภสัชกรและผู้ประกอบการต่างเข้ามาเป็นสมาชิก เป็นชมรมขนาดใหญ่มีสมาชิกกว่า 500 คน ไม่มีระบบสมาชิกที่ชัดเจน เพียงแต่มีการติดต่อกันสามารถรับข่าวสารจากชมรมได้ ประธานชมรมเป็นเภสัชกร เจ้าของกิจการขายยาส่งอยู่ในเขตอ.บางละมุง การเป็นผู้ขายยาส่งมีส่วนเอื้อต่อการเป็นประธานชมรมเพราะเป็นที่รู้จักของสมาชิกมากทั้งในพัทยาและนอกเขต ในขณะเดียวกันการเป็นประธานชมรมมีส่วนช่วยกิจการร้านขายยา ร้านของประธานชมรมจะรับการสั่งซื้อยาจากร้านขายยา โดยหากมียอดสั่งเกิน 3000 บาท จะมีรถไปส่งยาที่ร้านฟรี โดยทุกวันจะมีรถส่งยาไปตามพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับสมาชิก

กิจกรรมของชมรมที่จัดประจำคือการจัดประชุมสัมมนาทางวิชาการโดยบริษัทยาจะเป็นผู้จัดการและออกค่าใช้จ่าย เป็นการจัดประชุมตามโรงแรมต่างๆ เปลี่ยนสถานที่จัดไปเรื่อย บริษัทจะมีอาหารเย็นเลี้ยง โดยรับได้คราวละ 100 - 120 คน ผู้ที่เข้าประชุมไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ บทบาทอีกประการที่สำคัญ คือ การแจ้งข่าวสารโดยเฉพาะมาตรการทางกฎหมายที่จะดำเนินการบังคับใช้กับร้านขายยาและการเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อแก้ไขปัญหา เช่น การประสานกับคณะเภสัชศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อเตรียมหาเกษตรกรที่สนใจจะมาทำงานประจำที่ร้านขายยาซึ่งคาดว่าจะมีส่วนในการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเกษตรกรได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งว่า

“ชมรมก็มีพูดถึงกันนะครับ ว่าควรจ้างหรือไม่จ้างเกษตรกรดี เราก็จะพยายามช่วยร้านที่ยังหาเกษตรกรไม่ได้ มีการติดต่อไปยังมหาวิทยาลัยบูรพา ทำข้อตกลง เช่น จ่ายค่าตอบแทนให้ฟรีสำหรับนักศึกษาปี 4 - ปี 6 แล้วก็กลับมาทำงานใช้ทุน เป็นต้น ซึ่งก็ได้แจ้งกับสมาชิกไป ถ้าต้องการเกษตรกรจริง ๆ ทางชมรมสามารถช่วยติดต่อตรงนี้ได้”

ร้านขายยาหลายแห่งในเมืองพัทยามักจะเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมร้านขายยาในระดับจังหวัด แต่อีกหลายร้านก็ไม่สนใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก ที่ผ่านมาก็กิจกรรมที่เชื่อมโยงสมาชิกยังมีขอบเขตที่จำกัด หลายช่วงที่ชมรมร้านขายยามีความอ่อนแอ สมาชิกไม่ค่อยให้ความร่วมมือ และมีแตกแยกระหว่างกลุ่มร้านขายยาที่เป็นเกษตรกรกับกลุ่มร้านขายยาที่เจ้าของไม่ใช่เกษตรกรแต่ในปัจจุบันมีประธานชมรมเป็นเกษตรกร การแบ่งแยกจึงคลายตัวไป นอกจากนี้สมาชิกบางส่วนยังสนใจที่จะเข้าร่วมกับชมรมร้านขายยาในระดับประเทศ เพื่อติดตามข่าวสารข้อมูลต่าง ๆ ที่มีการประชุมสม่ำเสมอปีละ 1 - 2 ครั้ง ทั้งนี้ชมรมในระดับประเทศมีบทบาทในทางการเมืองและอำนาจต่อรองสูงกว่าระดับจังหวัด

4.1.3 ข้อมูลพื้นฐานของร้านขายยา

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามพบว่าร้านขายยาส่วนใหญ่ร้อยละ 78.9 เป็นร้านที่ไม่มีสาขา ที่มีสาขาคิดเป็นร้อยละ 21.1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.3 เป็นร้านขายปลีก ร้านที่ขายส่งมีเพียงร้อยละ 8.7 ระยะเวลาที่เปิดดำเนินการ ส่วนใหญ่ร้อยละ 34.8 เพิ่งเปิดร้านยาไม่ถึง 4 ปี นั่นคือเปิดหลัง GPP ใหม่ และเปิดมานานมากกว่า 4 ปี ร้อยละ 57.0 นั่นคือเปิดก่อน GPP ใหม่ ส่วนใหญ่เป็นร้านที่ทำตามมาตรฐานร้านขายยาที่ดีแล้วร้อยละ 51.6 กำลังปรับปรุงตามมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) ใหม่ ร้อยละ 38.5 นอกนั้น ร้อยละ 7.6 ระบุว่ายังไม่ทำตามเลย รายละเอียดข้อมูลตามตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของร้านขายยา

ข้อมูลของร้านขายยา		จำนวน	ร้อยละ (n=161)
มีสาขาหรือ ไม่มีสาขา	มีสาขา	34	21.1
	ไม่มีสาขา	127	78.9
ขายปลีกหรือขายส่ง	ขายปลีก	147	91.3
	ขายส่ง และขายปลีก	14	8.7
ระยะเวลาที่เปิดดำเนินการ	น้อยกว่า 4 ปี	56	34.8
	มากกว่า 4 ปี	92	57.0
	ไม่ระบุ	14	8.7
การทำตามมาตรฐานร้านขายยาใหม่ (GPP)	ทำตามครบแล้ว	83	51.6
	กำลังทำตามบางรายการ	62	38.5
	ยังไม่ทำตามเลย	12	7.6
	ไม่ระบุ	4	2.5

ด้านการจำหน่ายยา พบว่า ยาที่จำหน่ายส่วนใหญ่เป็นยาที่เภสัชกรหรือผู้ขายจัดให้ ร้อยละ 55.9 ส่วนยาที่ลูกค้าเรียกหา มีร้อยละ 18.5 ลูกค้าส่วนใหญ่ยังคงเป็นคนในพื้นที่ ร้อยละ 68.9 ที่เป็นนักท่องเที่ยวพบร้อยละ 23.6 สัดส่วนรายได้จากนักท่องเที่ยวเมื่อเทียบกับรายได้จากการขายทั้งหมด พบว่า มีความหลากหลาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 31.0 ระบุว่ามียาได้น้อยกว่าร้อยละ 30 รองลงมา ร้อยละ 21.1 ระบุว่า มียาได้จากส่วนนี้มากกว่า ร้อยละ 50 ร้านขายยาส่วนใหญ่ ยังเริ่มเปิดทำการตั้งแต่เช้าเวลา 6.00 - 09.00 น. จนถึง 18.00 - 24.00 น. พบร้อยละ 65.2 นอกนั้น เป็นการเปิดร้านช่วงสายเวลา 10.00 - 11.00 น. และช่วงบ่ายเวลา 12.00 - 17.00 น. พบร้อยละ 23.6 และ 11.2 ตามลำดับ รายละเอียดข้อมูลตามตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการจำหน่ายยาของร้านขายยา

ข้อมูลด้านการจำหน่ายยาของร้านขายยา		จำนวน	ร้อยละ (n=161)
กลุ่มยาส่วนใหญ่ที่จำหน่าย	เภสัชกร/ผู้ขาย เป็นผู้จัดจำหน่าย	90	55.9
	เป็นยาที่ถูกค้าเรียกหา	30	18.6
	เป็นยาทั้งสองกลุ่มพอๆกัน	41	25.5
ประเภทลูกค้าส่วนใหญ่	คนในพื้นที่	111	68.9
	นักท่องเที่ยว	38	23.6
	ทั้งคนในพื้นที่และนักท่องเที่ยว	12	7.5
รายได้ที่ขายนักท่องเที่ยว	น้อยกว่า 30 %	50	31.0
	30-50%	45	28.0
	มากกว่า 50%	34	21.1
	ไม่ระบุ	32	19.9
เวลาที่เริ่มเปิดร้านขายยา	เปิดตั้งแต่ 6.00 - 9.00 น.	105	65.2
	เปิดตั้งแต่ 10.00 - 11.00 น.	38	23.6
	เปิดตั้งแต่ 12.00 - 17.00 น.	18	11.2
	ไม่ระบุ	24	14.9

4.1.4 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ตอบแบบสอบถาม)

จากผลการสำรวจกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม เมื่อแจกแจงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความถี่ ค่าร้อยละ จำแนกตามตัวแปรต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 37.3 มีสถานะเป็นเจ้าของร้านขายยาที่ไม่ใช่เภสัชกร ร้อยละ 54.1 เป็นเภสัชกรโดยแยกย่อยเป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการร้อยละ 34.8 และเป็นเภสัชกรเจ้าของร้านขายยาร้อยละ 19.3 และร้อยละ 8.7 เป็นบุตร ทายาท สามีหรือภรรยาเจ้าของร้านขายยา

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 47.2 เป็นเพศชายร้อยละ 52.8 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ร้อยละ 31.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 41 - 50 ปี รองลงมาคือมีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี และอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 19.9 นอกนั้นร้อยละ 13.7 มีอายุมากกว่า 50 ปี

ระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สำเร็จระดับปริญญาตรีร้อยละ 70.2 รองลงมาร้อยละ 17.4 สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และร้อยละ 12.4 สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี

ด้านประสบการณ์การขายยาพบว่ามีความหลากหลาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 23.6 มีประสบการณ์ในการขายยาต่ำกว่า 4 ปี รองลงมาคือประสบการณ์ระหว่าง 11 - 20 ปี , 5 - 10 ปี และประสบการณ์การขายยามากกว่า 20 ปี ในสัดส่วนร้อยละ 36.6 , ร้อยละ 27.3 และร้อยละ 12.4 ตามลำดับ รายละเอียดข้อมูลตามที่ตาราง 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ (n=161)
สถานะ	เจ้าของร้านขายยาที่ไม่ใช่เภสัชกร	60	37.3
	เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	56	34.8
	เภสัชกรที่เป็นเจ้าของร้านขายยา	31	19.3
	อื่นๆ	14	8.7
เพศ	ชาย	76	47.2
	หญิง	85	52.8
อายุ	ต่ำกว่า 30 ปี	32	19.9
	31 – 40 ปี	48	29.8
	41 – 50 ปี	59	36.6
	51 – 60 ปี	14	8.7
	มากกว่า 60 ปี	8	5.0
ระดับการศึกษา สูงสุด	ประถมศึกษา	8	5.0
	มัธยมศึกษา	16	9.9
	ปวช. / ปวส.	4	2.5
	ปริญญาตรี	113	70.2
	สูงกว่าปริญญาตรี	20	12.4
ประสบการณ์ ขายยา	น้อยกว่า 4 ปี	38	23.6
	5-10 ปี	44	27.3
	11-20 ปี	59	36.6
	มากกว่า 20 ปี	20	12.4

4.2 สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร

จากสถิติของ สสจ. ชลบุรี พบว่าอำเภอบางละมุงมีร้านขายยาที่เจ้าของร้านเป็นเภสัชกรผู้ปฏิบัติการเองจำนวน 105 ร้าน หรือ ประมาณ 1 ใน 4 ของร้านขายยาทั้งหมดในอำเภอบางละมุง ดังนั้นประมาณการว่า 3 ใน 4 หรือร้อยละ 75 ของร้านขายยาเป็นร้านที่เจ้าของหรือผู้ประกอบการไม่ใช่เภสัชกร ในจำนวนนี้เจ้าหน้าที่รัฐในพื้นที่ประมาณการว่า มีเภสัชกรปฏิบัติงานอยู่จริงประจำร้านทั้งแบบเต็มเวลาและบางเวลา ประมาณร้อยละ 30 ดังนั้นร้านที่ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติการอยู่ประจำร้านตามเวลาทำการหรือที่เรียกว่าแขวนป้ายน่าจะมีประมาณร้อยละ 45 ของร้านขายยาทั้งหมด เมื่อนำมา

คิดกับจำนวนร้านขายยาในเขตเมืองพัทยาที่มีทั้งหมด 260 ร้าน จึงประมาณการได้ว่าน่าจะมีการแขวนป้ายประมาณ 117 ร้าน ซึ่งค่อนข้างเยอะ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลเองก็ให้ข้อมูลตรงกันว่าเมืองพัทยามีการแขวนป้ายค่อนข้างเยอะ ดังคำกล่าวว่า

“เรื่องการแขวนป้ายที่พัทยาถ้าถามว่าเยอะมั๊ย ก็เยอะนะครับ แต่ต่อไปที่มี GPP ใหม่เข้ามา ผมว่ามันจะช่วยให้เยอะนะ บางร้านก็อาจจะปิดร้านไปถ้าหาเภสัชกรประจำร้านไม่ได้”

สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยาพบปัญหามากมายจากการที่ผู้จ่ายยาไม่ใช่เภสัชกร เช่น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลายท่านที่ให้ข้อมูลตรงกัน ดังนี้

“ร้านตรงโน้นในเคที่คนขายไม่ใช่เภสัชกรมักจะจ่ายยาแรง ยาสเตรอยก็จะจ่ายง่าย ๆ เลย แต่ก็ไม่รู้จะทำยังไง”

“พี่คะถ้าลูกค้ามาขอซื้อยาแก้แสบ พอหนูไม่ขายแล้วแนะนำว่ายังไม่ต้องกินยาฆ่าเชื้อหรือยาแก้แสบก็ได้ บางคนก็ฟังก็เชื่อนะคะแต่บางคนก็จะบ่นและว่าไปซื้ออีกร้านก็ได้คะ”

“ยาที่ห้าม ๆ ขายกัน เภสัชกรเค้าก็ไม่ขายกันหรอกคะ เห็นแต่ร้านที่ไม่มีเภสัชกรนั่นแหละคะ ขายกัน แถมขายดีด้วย ทำไมไม่ไปจับ ไม่ไปตรวจร้านนั้นกัน”

“อ๊วย ที่นี้นะคะ วินมอเตอร์ไซค์ ร้านขายของชำ ร้านขายของฝาก ขายยาต้องห้าม ขายยาอันตราย ขายไวอากร้า กันเยอะแยะคะ พวกนี้หลบหนีเก่งมากคะ โน่นคล้องคอขายคาไมกร้าเจลกัณฑ์ริมหาดยังกะขายลูกอมคะ”

จากคำกล่าวนี้ทำให้ทราบข้อมูลว่าการขายยาปลอมระบาดมาก และทุกคนให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญมากกว่าการแขวนป้ายของเภสัชกร ถึงแม้ว่าการแขวนป้ายของเภสัชกรจะเป็นจุดเริ่มต้นให้มีการขายยาปลอม ขายยาควบคุมพิเศษให้บุคคลเหล่านั้นก็ตาม ซึ่งเจ้าหน้าที่รัฐก็ทราบสถานการณ์นี้ดี แต่ก็ยังไม่มียานาจที่จะไปจัดการ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐท่านหนึ่งว่า

“ตรงนี้ผมไม่ปฏิเสธนะ ก็รู้ว่ามีนะ แต่ผมก็ไม่รู้ว่าผมจะไปจัดการเขายังไง เพราะผมก็ไม่รู้ว่าจะเอาอำนาจตรงไหนไปจัดการเขา เพราะว่าเขาก็ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง เราก็ไม่มีหลักฐานว่าเขาขาย รวมถึงเราก็ไม่มีอำนาจในการเข้าไปตรวจค้น ขอตรวจค้นเขาก็ไม่ได้”

“ร้านขายของชำ ก็มีไปตรวจนะครับแต่ไม่ใช่เภสัชกร จะเป็นเจ้าหน้าที่อนามัยที่ลงไปดูไปแนะนำว่าอันไหนขายได้ ขายไม่ได้ และเคยให้เค้าทำรีพอร์ทมา แต่เขาก็ทำมาว่า 0 เคส ไม่มีปัญหา ศูนย์จริงหรือไม่อันนี้ก็ไม่รู้ครับ นอกจากนี้ก็มีที่เดินขายตามหาด เป็นไวอากร้าก็มี อันนี้ผมก็ไม่มีอำนาจรับตำรวจก็อาจจะไปตรวจได้ แต่ก็น่าจะมีเราไปด้วยถึงจะรู้ว่าอะไรขายได้ ขายไม่ได้ อะไรเป็นยา ไม่ใช่ยา”

“ผมคิดว่า การมีเภสัชกรมันดีกว่าไม่มีนะ ดีกว่าปล่อยให้ใครไม่รู้มาขายยาครับแล้วบางทีหยิบยาแล้วไม่ถูกกับอาการที่คนไข้มาเลยครับ แล้วให้กินยาแบบมากเกินไปครับ”

รวมถึงผู้บริโภคเองก็ยังไม่เห็นความสำคัญของการมีเภสัชกร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลหลายท่านที่ให้ข้อมูลตรงกัน ดังนี้

“บางทีผมว่าประชาชนเค้ายังไม่เห็นความแตกต่างสักเท่าไร ว่าระหว่างมีเภสัชกรกับไม่มีเภสัชกร การไปซื้อยามันจะหยิบบยาต่างกันยังไง”

“ตอนนี้เราบอกว่าร้านขายยาต้องมีเภสัชกรนั่นคือเราบอกผู้ประกอบการ แต่เราไม่เคยบอกประชาชนว่าเข้าไปในร้านขายยาแล้วดูยังงี้ว่าเป็นเภสัชกร แล้วต้องซื้อยากับคนนี้ แล้วประโยชน์ที่เค้าจะซื้อยากับเภสัชกรมันคืออะไร แล้วผมมองว่าการซื้อยาของคนไทยเหมือนเค้ามีความรู้อยู่แล้ว ถ้าเภสัชกรจะไปแนะนำเค้าก็จะไม่ฟังเราหรอก”

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ทำให้ทราบว่าการแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยายังไม่ใช่ปัญหาที่หน่วยงานรัฐให้ความสำคัญในลำดับต้น ๆ เมื่อเทียบกับปัญหาการขายยาปลอม แต่ผู้ให้ข้อมูลต่างก็เห็นความสำคัญของการมีเภสัชกรเป็นผู้จ่ายยาจะช่วยลดปัญหาได้หลายอย่าง เช่น การมีเภสัชกรประจำร้านช่วยให้การจ่ายยามีความเหมาะสมมากขึ้น ช่วยคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยมากขึ้น ช่วยลดปัญหาการขายยาปลอม ช่วยลดปัญหาการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาต ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างแบบสอบถามเพื่อสอบถามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องท่านอื่น ๆ อีกครั้งว่าเห็นด้วยหรือไม่

สาเหตุการแขวนป้ายที่เกิดขึ้นพอจะอธิบายจากสภาพบริบทของพื้นที่เนื่องจากมีความต้องการที่จะเปิดร้านขายยาจำนวนมาก แต่จำนวนเภสัชกรที่ทำงานในพื้นที่มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนร้านที่ต้องการเปิดกิจการ ร้านขายยาที่ต้องการเปิดจึงต้องพยายามหาเภสัชกรที่ทำงานนอกพื้นที่เพื่อขอใช้ใบประกอบวิชาชีพในการขออนุญาตเปิดกิจการร้านขายยา ทำให้อัตราค่าตอบแทนใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสำหรับกิจการร้านขายยาในเมืองพัทยาคือเป็นเมืองท่องเที่ยวค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับเมืองอื่นๆ โดยอยู่ที่ประมาณ 12,000 - 17,000 บาทต่อเดือน ส่วนอัตราค่าตอบแทนการทำงานบางช่วงเวลาประมาณ ชั่วโมงละ 140 - 250 บาท เพราะการจ้างเภสัชกรเต็มเวลานั้นอาจต้องจ้างถึง 40,000 บาทต่อเดือน จึงอาจไม่คุ้มค่าสำหรับร้านขายยาขนาดเล็ก การจ่ายเฉพาะค่าใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมเท่านั้น จึงจะทำให้ธุรกิจมีกำไรมากกว่า ซึ่งประเด็นนี้ก็มีผู้ให้ข้อมูลว่าร้านขายยาเล็กๆ ก็อาจต้องปิดตัวลงเพราะความไม่คุ้มค่ากับการจ้างเภสัชกร ดังคำกล่าวที่ว่า

“พีคิดว่า ปี 2565 นี้ร้านที่ไม่มีเภสัชก็อาจจะต้องปิดตัวลง มันไม่คุ้มค่าใช้จ่ายครับ ถ้าขายต่ำกว่าวันละ 10,000 บาท พี่ว่าก็อยู่ยากแล้วละ เพราะว่าทุกวันนี้ขายก็ไม่ได้กำไรเยอะ ถ้าคิดว่า กำไร 30% นะ ขายได้วันละ 10,000 เดือนนึงก็ได้กำไรประมาณ 100,000 บาท หักค่าเช่าค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเภสัชกรเดี๋ยวนี้อีก 4 - 5 หมื่นบาท มันก็ไม่คุ้มที่จะทำแล้ว แต่ถ้าเป็นเภสัชกรทำเองก็อาจจะพอได้นะ แต่ต้องไม่ขายตัดราคากันนะ ถ้าขายตัดราคา ก็เหมือนตัดกำไรตัวเอง”

ร้านขายยาที่นี้จึงมองหาเภสัชกรแขวนป้ายเพื่อลดต้นทุนซึ่งเภสัชกรที่รับแขวนป้าย ส่วนหนึ่งมาจากนอกพื้นที่พัทยา บางคนเป็นผู้แทนยาหรือทำงานในเขตจังหวัดใกล้เคียงโดยอาจย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาในเขตเมืองพัทยาหรือชลบุรี ทั้งนี้เจ้าหน้าที่รัฐไม่มีการตรวจสอบสถานที่ทำงานจริงของเภสัชกรก่อนหรือหลังให้ใบอนุญาตขายยาแล้ว และถึงแม้ตรวจสอบก็อาจได้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้ามีการกำหนดว่า เกสซ์กรต้องอยู่ในละแวกใกล้ๆ มาได้ภายในครึ่งชม. มันก็ไม่ได้ช่วยอะไรนะ เพราะก็ย้ายทะเบียนบ้านกันได้อยู่ มันก็แค่เพิ่มรายละเอียดเข้ามานิดนึง แต่ผมว่ามันก็เลียงได้”

นอกจากนี้ในการออกตรวจร้านขายยา เจ้าหน้าที่รัฐมีการผ่อนปรนให้มีเกสซ์กรที่ไม่ใช่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติประจำร้านตามที่ได้แจ้งไว้สามารถมาอยู่ประจำร้านแทนได้ ซึ่งหากเป็นร้านที่มีหลายสาขา (chain store) มักจะมีเกสซ์กรมาทำงานบางเวลาในลักษณะนี้มาก แต่ในร้านขายยาที่มีการแขวนป้าย เกสซ์กรประจำร้านจะไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่เลย ดังนั้นเมื่อมีการตรวจร้านของเจ้าหน้าที่รัฐหากไม่พบ เกสซ์กรปฏิบัติหน้าที่ เกสซ์กรและร้านขายยาก็จะมีความผิด เจ้าของร้านมักจะมีการจ้างเกสซ์กรในพื้นที่ที่ไม่ได้แขวนป้ายร้านใดมาอยู่แสดงตัวเพื่อรับการตรวจเท่านั้น เกสซ์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่จะรับจ้างไปรองรับการตรวจร้านขายยาของเจ้าหน้าที่รัฐ ทำให้การแขวนป้ายยังคงเป็นปัญหาที่เรื้อรังในเมืองใหญ่แห่งนี้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลเชิงลึก ดังนี้

“คือจริง ๆ ออ. เค้ก็รู้ละ ปัญหาเรื้อรังนี้ แต่ปัญหาคือ เจ้าหน้าที่เค้าไม่เพียงพอ ที่จะมาตรวจร้านให้ครบทุกร้าน ตอนนี้ ก็กำลังจะมีการว่าจ้างเอกชนให้มาตรวจร้าน ถึงจะไปต่อใบอนุญาตได้ แต่ก็นั่นแหละมันก็เป็นช่องทางการทุจริตได้นะ ผมว่า เราจะโดนเค้ซื้อเป็นชื้อตายได้ คาดว่า ออ. ก็จะมีมีการจัดตั้งองค์กรเอกชน แต่ต้องผ่านการอบรมนะ แต่มันหลายอย่างครับ อาจจะอันนั้นก็ไม่ผ่าน อันนี้ก็ไม่ได้ผ่าน อาจจะนะครับ จ่ายได้โตะกันได้ครับ ในเรื่องสถานที่ต้องผ่านก่อนครับ ตอนนี้ก็เริ่มประกาศรับสมัครแล้วนะครับเท่าที่รู้ สสอ. ก็อาจจะเข้ามาช่วยตรวจ ค่าต่อใบอนุญาต ในร่าง พรบ. ก็เพิ่ม จาก 2000 เป็น 10000 ตรวจไม่ผ่าน ก็ตรวจซ้ำ”

“มีคนบ่นเรื่องกติกาพวกนี้อยู่เหมือนกัน ว่าร้านยาเริ่มอยู่ยาก ถ้าทำไม่ไหวก็อาจต้องเปลี่ยนไปทำอย่างอื่นถึงจะคุ้มกว่า”

สำหรับการแขวนป้ายในร้านขายยาขนาดใหญ่ที่เป็นบริษัทมีหลายสาขา พบว่ามีปัญหาเกสซ์กรไม่อยู่ตามป้ายบ้าง แต่บริษัทมักจะจ้างให้มีเกสซ์กรคนอื่นมาปฏิบัติหน้าที่แทนเป็นประจำ การทำเช่นนี้ แม้จะไม่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่มีแนวโน้มที่จะได้รับการยอมรับทั้งในทางปฏิบัติและในทางกฎหมาย ด้วย ทั้งนี้ร้านขายยาแบบหลายสาขามักเปิดดำเนินการตามห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ บางแห่งมีถึง 4 - 5 ร้าน ในห้างเดียว รวมแล้วมีประมาณ 50 ร้านในเมืองพัทยา ดังนั้นแม้ร้านประเภทนี้จะไม่ถูกเพ่งเล็งในปัญหาการแขวนป้ายของเกสซ์กร แต่บางช่วงเวลาก็ไม่มีเกสซ์กรมาปฏิบัติงานเช่นกัน จนอาจถูกมองว่าสองมาตรฐานในการตรวจสอบกำกับร้านขายยา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลเชิงลึก ดังนี้

“ถ้าร้านยาจะต้องปิดตัวไปเพราะ GPP ใหม่ มันจะกระทบต่อเศรษฐกิจนะครับ คือ ถ้าปิดร้านเยอะ ๆ ประชาชนก็จะเข้าถึงยาได้ยากขึ้น แต่ขณะเดียวกัน พวกเฟรนไช ก็จะมาแทนที่ อย่าง พรบ. GPP ผมว่าเข้าทางเฟรนไช หมดเลย แล้วก็ร้านยาเล็ก ๆ ยาน้อย ๆ ก็จะอยู่ยากขึ้น แล้วความพร้อมของเฟรนไช ก็จะมีมากกว่า มีการคอนแทกกับมหาวิทยาลัย มีการให้ทุนการศึกษา และเด็กที่จบใหม่ก็อยากทำงานกับองค์กรที่ใหญ่ ถ้าเทียบกันแล้วกับร้านยาเดี่ยว ก็คงสู้ไม่ได้ถ้ามันเข้มงวดมาก ๆ เพราะ เฟรนไช เค้าทำตามได้หมด และ พรบ. ต่าง ๆ ก็เหมือนออกกฎหมายไปเข้าทางเขาด้วย เช่น ผู้ดำเนินการ ผู้ปฏิบัติการก็หมุนเวียนได้ คือ เกสซ์กรคนเดียวก็หมุนไปทำได้หลาย ๆ ร้านในแต่ละสาขา

ผมก็ยังไม่ค่อยเข้าใจเท่าไร ว่าเค้าตีความกันยังไง แล้วพูดถึง พรบ. ใหม่ ที่กำลังร่างกันอยู่ก็คลุมเครือมากไม่ชัดเจน”

จากการสำรวจด้วยแบบสอบถามพบข้อมูลการจ้างเภสัชกรมาปฏิบัติงานร้านขายยาที่น่าสนใจ ดังนี้ ร้านขายยาของกลุ่มตัวอย่างมีการจ้างเภสัชกรไปทำงาน ประมาณ ร้อยละ 67.7 และร้อยละ 23.6 ไม่มีการจ้างเภสัชกรไปทำงานที่ร้าน การจ้างเภสัชกรส่วนใหญ่เป็นการจ้างบางเวลา ร้อยละ 54.0 และจ้างเต็มเวลาร้อยละ 24.8 อัตราค่าจ้างเภสัชกรส่วนใหญ่ร้อยละ 28.6 จ้างเภสัชกรไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน รองลงมาคือ 20,001 – 30,000 บาท 30,001 – 40,000 บาท 40,001 – 50,000 บาท และมากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 20.5 , 19.9 ,14.9 และร้อยละ 13.7 ตามลำดับ รายละเอียดข้อมูลตามตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการจ้างเภสัชกรมาปฏิบัติงานร้านขายยา

ข้อมูลการจ้างเภสัชกรมาปฏิบัติงานร้านขายยา		จำนวน	ร้อยละ (n=161)
การจ้างเภสัชกรมาทำงานประจำร้าน	จ้างเภสัชกร	109	67.7
	ไม่จ้างเภสัชกร	38	23.6
	ไม่ระบุ	14	8.7
รูปแบบการจ้างเภสัชกร	จ้างเต็มเวลา (full time)	40	24.8
	จ้างบางเวลา (part time)	87	54.0
	ไม่ระบุ	17	10.6
อัตราค่าจ้างเภสัชกร	ไม่เกิน 10,000 บาท	46	28.6
	10,001 – 20,000 บาท	20	12.4
	20,001 – 30,000 บาท	33	20.5
	30,001 – 40,000 บาท	32	19.9
	40,001 – 50,000 บาท	24	14.9
	มากกว่า 50,000 บาท	6	3.7

ในแง่ของการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในร้านขายยา พบว่า ด้านระยะห่างจากที่ทำงานของเภสัชกรกับร้านขายยาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าเภสัชกรพักในร้านขายยา และมีระยะห่างจากที่ทำงานกับร้านยาไม่เกิน 10 กิโลเมตรร้อยละ 46.6 และ 36.0 ตามลำดับ นอกนั้นห่างจากร้าน 11 - 30 กม. และ 30 กม.ขึ้นไป ร้อยละ 8.7 และ 1.2 ตามลำดับ ด้านจำนวนวันที่มีเภสัชกรทำงานในร้านขายยาพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.8 ระบุว่ามีเภสัชกรทุกวัน รองลงมาร้อยละ 32.9 ระบุว่าไม่มีเภสัชกรสัปดาห์ละ 5 - 6 วัน นอกนั้นระบุว่าไม่มีเภสัชกรสัปดาห์ละ 1 - 3 วัน และเดือนละ 1 - 2 วัน ร้อยละ 12.4 และ 3.7 ตามลำดับ รายละเอียดข้อมูลตามตารางที่ 4.6

ด้านจำนวนชั่วโมงที่มีเกษตรกรในร้านขายยาต่อวัน พบว่า ส่วนใหญ่มีเกษตรกรทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง ถึงร้อยละ 65.8 โดยแยกย่อยได้เป็น 8 - 9 ชั่วโมงและ 10 - 14 ชั่วโมง ร้อยละ 47.2 และ 18.6 ตามลำดับ ร้านที่มีเกษตรกรทำงาน วันละ 3 - 5 ชม.พบร้อยละ 17.4 สำหรับเวลาทำการพบว่าที่ระบุไว้ส่วนใหญ่ระบุระยะเวลาตั้งแต่ 6.00 - 9.00 น.และ 12.00 - 17.00 น.เป็นต้นไปร้อยละ 40.4 และร้อยละ 37.3 ตามลำดับและร้อยละ 19.9 ระบุตั้งแต่ 10.00 - 11.00 น.เป็นต้นไป เวลาที่ปฏิบัติจริงของเกษตรกรตั้งแต่ 6.00 - 9.00 น.และ 10.00 - 11.00 น. เป็นต้นไปพบร้อยละ 40.4 และร้อยละ 37.3 ตามลำดับ แต่เวลาตั้งแต่ 12.00 - 17.00 น. เป็นต้นไปพบเพียงร้อยละ 22.4 แสดงว่า เกษตรกรมาปฏิบัติงานน้อยกว่าเวลาทำการที่ระบุไว้ รายละเอียดดังข้อมูลตามตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่ของเกษตรกรในร้านขายยา

ข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่ของเภสัชกรในร้านขายยา		จำนวน	ร้อยละ (n=161)
ระยะห่างจากที่ทำงาน ของเภสัชกรกับร้าน ขายยา	พักที่ร้านขายยา	75	46.6
	ไม่เกิน 10 กม.	58	36.0
	11-30 กม.	14	8.7
	มากกว่า 30 กม.	2	1.2
	ไม่ระบุ	12	7.5
จำนวนวันที่มีเภสัชกร ทำงานในร้านขายยา	มีเภสัชกรทุกวัน	64	39.8
	มีเภสัชกรสัปดาห์ละ 5-6 วัน	53	32.9
	มีเภสัชกรสัปดาห์ละ 1-3 วัน	20	12.4
	มีเภสัชกรเดือนละ 1-2 วัน	6	3.7
	ไม่ระบุ	18	11.2
จำนวนชั่วโมงที่มีเภสัช กรทำงานในร้านขาย ยาต่อวัน	ไม่มีเภสัชกรทำงานในร้าน	4	2.5
	มีเภสัชกรวันละ 3-5 ชม.	28	17.4
	มีเภสัชกรวันละ 8-9 ชม.	76	47.2
	มีเภสัชกรวันละ 10-14 ชม.	30	18.6
	ไม่ระบุ	23	14.3
ช่วงเวลาปฏิบัติการ ตามป้ายของเภสัชกร	เริ่ม 6.00-9.00 น.เป็นต้นไป	65	40.4
	เริ่ม 10.00-11.00 น.เป็นต้นไป	32	19.9
	เริ่ม 12.00-17.00 น.เป็นต้นไป	60	37.3
ช่วงเวลาที่มีเภสัชกร ทำงานในร้านขายยา	เริ่ม 6.00-9.00 น.เป็นต้นไป	65	40.4
	เริ่ม 10.00-11.00 น.เป็นต้นไป	60	37.3
	เริ่ม 12.00-17.00 น.เป็นต้นไป	36	22.4

4.3 มาตรการกำกับร้านขายยาของหน่วยงานรัฐ

4.3.1 โครงสร้างการทำงานของหน่วยงานรัฐที่กำกับดูแล

สำหรับการควบคุมกำกับและตรวจสอบการดำเนินกิจการร้านขายยาในจังหวัดชลบุรีนั้น เป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี (สสจ.ชลบุรี) ในการดำเนินการที่ถูกต้องตามกฎหมายหรือระเบียบที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) กำหนดและสั่งการ ในทางปฏิบัติ สสจ.ชลบุรีได้มอบอำนาจให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางละมุง (สสอ.บางละมุง) ในการรับเอกสารเพื่ออำนวยความสะดวกในการขออนุญาตเปิดร้านขายยา การต่อใบอนุญาตในแต่ละปีและการ

ตรวจสอบการดำเนินการของร้านขายยาในการดูแลพื้นที่อำเภอบางละมุง โดยมีสาธารณสุขอำเภอบางละมุง เกษีกรและผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุงเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย

การควบคุมกำกับของรัฐมีลักษณะเป็นการทำงานประจำคือการดำเนินการรับเรื่องขอใบอนุญาตเปิดและต่อใบอนุญาตร้านขายยาในช่วงปลายปี การตรวจเฝ้าระวังร้านขายยาจะออกตรวจประจำเพียง 2 คน โดยปกติจะออกตรวจสัปดาห์ละ 2 วันในเวลาราชการ แต่ร้านขายยาจำนวนมากในเมืองพัทยาจะเปิดทำการส่วนใหญ่นอกเวลาราชการ เช่น ตั้งแต่เวลา 14.00 น. ถึง 24.00 น. หรือดีกว่านั้นทำให้การตรวจร้านไม่ทั่วถึง การสนับสนุนงบประมาณในการตรวจร้านในช่วงหลังเวลาราชการมีจำกัด

เนื่องจากจำนวนร้านขายยารวมทั้งคลินิกแพทย์และสถานประกอบการอื่น ๆ เช่นร้านนวด มีจำนวนมากแต่ในทางปฏิบัติคนทำงานมีเพียงไม่กี่คน เจ้าหน้าที่ที่ออกตรวจคือเกษีกรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคเพียง 1 คน จากโรงพยาบาลบางละมุง และเจ้าหน้าที่จาก สสอ.บางละมุงอีก 1-2 คน เป็นข้าราชการ 1 คน และเป็นลูกจ้างชั่วคราว 1 คน เจ้าหน้าที่ในการรับเอกสารต่อใบอนุญาตซึ่งมักทำกันช่วงปลายปีมีหลายคนช่วยกัน เกษีกรจากโรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานนี้จำเป็นต้องเข้ามาปฏิบัติงานนี้ประมาณ 3 ปี เนื่องจากเป็นผู้ชายคนเดียว และต้องทำงานเกษีกรกรมโรงพยาบาลด้วยเนื่องจากภาระงานที่มาก อย.จึงจัดสรรเงินกลับคืนให้ สสอ. เพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และ สสอ.จึงใช้เงินนี้จ้างลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่งธุรการ 1 คนเพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบเอกสารในการขออนุญาตและการออกตรวจร้านขายยา

4.3.2 วิธีการควบคุมกำกับกิจการร้านขายยาให้เป็นไปตามกฎหมาย

จากเดิมที่การควบคุมกำกับกิจการร้านขายยาใช้พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับแก้ไข (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2530 รวมถึงใช้บทลงโทษจากข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม แต่ที่ผ่านมาเป็นการลงโทษแบบตั้งรับจะตรวจสอบเฉพาะกรณีมีเรื่องร้องเรียน แต่ปัจจุบันจากการสัมภาษณ์พบว่าวิธีการควบคุมกำกับกิจการร้านขายยาให้เป็นไปตามกฎหมายในพื้นที่เมืองพัทยา มี 4 วิธี คือ

4.3.2.1 มาตรการในการอนุญาตการเปิดร้านขายยาที่ดีตามเกณฑ์ GPP ใหม่

เพื่อให้การดำเนินกิจการร้านขายยาเป็นไปตามกฎหมายให้สมบูรณ์แบบ ตามเกณฑ์ GPP เช่น การที่ต้องให้มีเภสัชกรประจำร้านขายยาตลอดเวลาที่เปิดทำการ การมีมาตรฐานการจัดเก็บยา การจ่ายยา การจัดทำรายงานต่างๆ การควบคุมการโฆษณาและผลิตภัณฑ์ แต่ในทางปฏิบัติพบว่ามีปัญหาการบังคับใช้กับร้านขายยาที่เปิดดำเนินการมาแล้วที่จะต้องใช้เวลาปรับตัว ทางหน่วยงานรัฐจึงมีการกำหนดบทเฉพาะกาลเพื่อให้เวลาในการบังคับใช้ไปถึง ปี 2565 และตั้งเงื่อนไขที่จะบังคับใช้กับร้านขายยาที่จะเปิดใหม่ไปพลางก่อน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐในพื้นที่ที่ว่า

“การที่มีเกณฑ์ GPP มาใหม่ มาตรฐานร้านขายยา 5 ด้าน ผมคิดว่าตรงนี้จะช่วยยกระดับร้านขายยาได้เยอะครับ เพราะเราตั้งใจจะให้เป็นไปตามกฎหมายใหม่ 100% ร้านเปิดใหม่ เกษีกรจะถูกระบุไว้เลยว่าคุณต้องอยู่ตลอดเวลาที่เปิดร้าน ซึ่งตรงนี้จะช่วยลดปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรได้อยู่แล้ว”

ส่วนร้านขายยาเดิม จะมีการบังคับใช้เมื่อพ้นระยะเวลาของบทเฉพาะกาล คือใน ปี พ.ศ.2565 ซึ่งก็ยังมีประเด็นว่าจะบังคับได้จริงไหม ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐคนเดิมที่ว่า

“ส่วนร้านขายยาเดิมก็ภายในปี 2565 และจะต้องรอดูด้วยว่าจะมีประกาศผ่อนผันไหม ถ้าไม่ผ่อนผัน ปี 2565 นี้ ต้องมีเภสัชกรประจำการตลอดที่เปิดร้าน GPP ใหม่ ให้เวลา 8 ปี ตอนนี้เหลืออีก 5 ปี มันก็จะเป็นไปตามเกณฑ์ครับ มีการตรวจตามมาตรฐานร้านขายยา ร้านที่ตรวจไม่ผ่านก็จะไม่ได้ขาย เขาก็ต้องหาเภสัชกรให้ได้ เพราะเราให้เวลาแค่ 8 ปี”

เนื่องจากเกณฑ์ Good Pharmacy Practice (GPP) ในการบังคับใช้กับร้านขายยาที่จะเปิดใหม่ค่อนข้างเข้มงวดจึงมีความชัดเจนในการบังคับใช้กฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่รัฐเชื่อว่าแค่ปฏิบัติตามเกณฑ์ก็สามารถป้องกันปัญหาต่างๆได้เยอะแล้ว ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐที่ว่า

“เกณฑ์การเปิดร้านขายยาเดี๋ยวนี๊ แทบไม่ต้องใช้ดุลยพินิจอะไรเลย แคตักเกณฑ์ไป 1 ข้อ ก็เปิดร้านขายยาไม่ได้แล้ว”

แต่การบังคับใช้เฉพาะร้านขายยาที่เปิดใหม่ นำไปสู่ปัญหาการเลือกปฏิบัติในสายตาของผู้ประกอบการและเภสัชกรร้านขายยาระหว่างร้านเก่าและร้านใหม่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ทำให้ทราบว่าการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยา เจ้าหน้าที่รัฐทุกท่านที่ให้ข้อมูลมีความเชื่อมั่นว่า มาตรฐานร้านยาตาม GPP จะช่วยเร่งรัดให้มีเภสัชกรมาประจำร้านยามากขึ้น ในขณะที่ผู้ประกอบการและเภสัชกรบางท่านมองว่ามาตรฐานร้านยาตาม GPP มีความยุ่งเหยิงเกินไป มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ ไม่เหมาะสมกับบริบทของร้านยาเดี๋ยวย่อย การบังคับให้ตั้งมานาน้ำดูยาอันตรายลงเมื่อเภสัชกรไม่อยู่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ และการกำหนดให้ทุกร้านต้องตามมาตรฐานร้านยาใหม่ (GPP) หลังปี 2565 อาจยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างแบบสอบถามเพื่อสอบถามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องท่านอื่นๆ อีกครั้งว่าเห็นด้วยหรือไม่

4.3.2.2 มาตรการในการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยา

มาตรการในการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยาในระดับอำเภอตามปกติจะมีผู้ออกรตรวจ 2 คน คือเภสัชกรจากโรงพยาบาลบางละมุง และลูกจ้างของ สสอ.ทั้งคู่อายุประมาณ 30 – 35 ปี โดยออกตรวจร้านขายยาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน หรือมากกว่านั้นเพื่อให้สามารถตรวจได้ครบทุกร้านในรอบ 1 ปี ซึ่งมากกว่าข้อกำหนดของ อย. ใน พ.ศ. 2553 ที่กำหนดให้พนักงาน เจ้าหน้าที่ ต้องออกตรวจอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน

ในการตรวจร้านขายยาจะตรวจสอบทุกประเด็นตามกฎหมายไม่เฉพาะการแขวนป้าย เช่น ตรวจสอบการจัดทำบัญชีการขายยา หากเป็นร้านที่มีข้อร้องเรียนจะไปตรวจพร้อมกันหลายคน และพยายามใช้เวลาในแต่ละร้านให้เท่าๆกัน หรือไม่เกินร้านละ 45 นาที ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐ 2 รายที่ว่า

“เวลาเราตรวจทีหนึ่ง เราจะดูทุกปัญหารวมกัน เพราะเราถือไป 20 พรบ.เลย ทั้งอาหารและยา ทุกพื้นที่จะเข้มงวดเหมือนกันหมด เราจะไม่ทำงานคนเดียว ป้องกันผู้ประกอบการฟ้องเราด้วย”

“การตรวจโดยมากจะเป็นเรื่องของเอกสาร การตรวจสอบของเราบางครั้ง เราจะได้อะไรที่ปลอม เช่น ยาที่ต้องทำบัญชีการขาย ถามว่าตรวจจริงได้ 100% ไหม ถ้าตรวจจริง ๆ คงได้ แต่ต้องใช้เวลาทั้งวัน แต่เราใช้เวลาตรวจจริง ๆ ร้านละประมาณ 45 นาที เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ป้องกันคำครหา คำร้องเรียน ว่าอำเภอตรวจแบบหนึ่ง เมืองตรวจแบบหนึ่ง”

ในการตรวจประจำปีนั้น เจ้าหน้าที่รัฐที่เป็นเภสัชกรมักจะสุ่มตรวจร้านที่มีความเสี่ยงที่จะพบปัญหาก่อน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐที่ว่า

“การตรวจเราจะตรวจทั้งหมด โดยจะให้เกียรติเจ้าของร้านที่เป็นเภสัชกรก่อน หรือร้านที่มีประวัติดี โดยจะตรวจท้าย ๆ เราจะตรวจร้านที่สุ่มเสี่ยงมากกว่า เป็นลำดับแรก ๆ”

กรณีที่พบเภสัชกรประจำร้าน แต่ไม่ใช่เภสัชกรที่เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้าน เจ้าหน้าที่รัฐก็มักจะไม่ได้ถือว่าเป็นปัญหา แต่พยายามที่จะให้เภสัชกรท่านนั้นแสดงตัว ลงลายชื่อในบันทึก และให้แจ้งทางเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมตามกฎหมายทราบล่วงหน้าว่าจะมาปฏิบัติงานที่ร้านใดบ้างในเวลาใด แต่มักจะไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ เพราะเภสัชกรบางท่านได้รับเงินค่าไม่ทำเวชปฏิบัติจากทางราชการเดือนละ 5,000 บาทแล้วเกรงว่าถ้าแจ้งชื่อมาปฏิบัติงานที่ร้านขายยาจะถูกตัดเงินดังกล่าว ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐที่ว่า

“แต่ก็จะมีเหมือนกัน เภสัชกรบางคนที่ได้รับเงินค่าไม่ทำเวช 5,000 บาท แล้วยังไปรับ part time ซึ่งพวกนี้จะหลบ ๆ ซ่อน ๆ เวลาไปตรวจก็จะไม่กล้าแสดงตัว ผมก็จะถามก่อนว่าเป็นเภสัชกรที่มีหน้าที่ปฏิบัติการที่ไหนหรือไม่ มีสัญญาผูกพันกับใครหรือไม่ และขอทราบชื่อและใบประกอบเพื่อลงประกอบบันทึกตรวจจะครับ แล้วน้องยืนยันจะแสดงตนเป็นเภสัชใหม่ ถ้าไม่แจ้งชื่อก็เป็นสิทธิของเขา จริง ๆ ตามกฎหมายผิดนะครับ แต่มาตรการนี้ เอาตามดุลยพินิจจะครับ ผมคิดว่าการมีเภสัชกรมันดีกว่าไม่มี ดีกว่าปล่อยให้ใครไม่รู้มาขายยาครับ คือ เรา อะลุ่มอล่วย ให้ได้ครับ ถ้าจะมีเภสัช part time ซึ่งจริง ๆ เราก็กำหนดให้ส่งชื่อแจ้งเรา แต่บางทีเค้าก็ไม่แจ้ง คือ เราก็ดูตามความรุนแรงครับ การมีเภสัชไม่ตรงป้าย ผมว่าไม่รุนแรง เท่ากับการไม่มีเภสัชเลยครับ”

สำหรับมาตรการในการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยานี้ ผู้ให้ข้อมูลบางท่านได้ให้ข้อมูลเชิงลบไว้ดังนี้

“ผมว่าบางทีการตรวจร้านยาปัจจุบันนี้ มันเพิ่มงานโดยไม่จำเป็น คือน่าจะเอาแบบว่าหลักๆ เช่นเภสัชกร มันจำเป็นก็ต้องมี แต่อย่าง การวัดอุณหภูมิบ่อยๆ ทุกที่ชั่วโมงผมไม่แน่ใจ ผมว่ามันยิบย่อยไป เรื่องการทำบัญชีก็เช่นกัน จริง ๆ เราก็มั่นใจรายงานจากคอม ไม่มีเวลาที่จะมาลงข้อมูลอะไรให้เพราะเราขายโดยใช้ระบบคอมอยู่แล้ว แต่สำหรับร้านที่ไม่ได้ใช้ระบบคอมก็จะมีปัญหาหน่อยเพราะต้องมาลงข้อมูลซึ่งค่อนข้างยิบย่อย ลูกค้าซื้อไปก็เม็ด ป่วยเป็นอะไร ซื้ออะไร แล้วบางทีทำไว้ก็ไม่เคยมาตรวจ มาตรวจแค่ว่าทำบัญชีมัย ถ้าไม่ทำก็ผิดอีก”

“มันยุ่งเหยิง ผมคิดว่าฝ้าม่านก็ได้ช่วยอะไร เท่าไหร่ คือดึงมันลงแล้วยังไงต่อ ก็ยังขายได้เหมือนเดิม นอกจากว่าจะมีการล่อซื้อ ซึ่งการล่อซื้อบางทีอาจจะมาเจอเภสัชกรที่อยู่

ร้านจริง ๆ แต่ดันไปเข้าห้องน้ำ ยังงี้ก็โดนอยู่ดี หรือบางร้านบอกไปกินข้าวจี้ ก็ไม่รู้ว่าเป็นข้ออ้างหรือป่าว แต่ว่าจริง ๆ แล้วถ้าไม่มีเภสัชก็ควรจะปิดร้าน”

“เรื่องผ้ามาไม่ให้ติดผ้ามาที่ติดไปยั้งนั่นแหละ มันช่วยมัย มันก็ไม่ได้ช่วยอะไรนะ ช่วยแค่ให้รู้ว่าตอนนี้เภสัชกรไม่อยู่นะก็เลยปิดผ้ามา แต่เวลาขายก็ยังแอบหยิบขายได้ ก็แค่เป็นกฎระเบียบที่เค้าตั้งขึ้นมาให้ทำ ก็เลยต้องทำ”

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ทำให้ทราบข้อมูลว่ามาตรการเฝ้าระวังร้านยาในเขตเมืองพัทยานี้ เจ้าหน้าที่รัฐใช้มาตรฐานเดียวกันในการตรวจร้านยาแต่ละร้าน ซึ่งเป็นงานหนักที่เภสัชกรของรัฐที่รับผิดชอบต้องทำงานปะทะกับความเห็นที่แตกต่างกันของร้านขายยาต่างๆ และต้องใช้ความพยายามให้ร้านขายยาเข้าใจ และให้ความร่วมมือตามกฎหมายแต่ก็จะมีปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ผู้ประกอบการและเภสัชกรบางท่านแสดงความคิดเห็นว่า เจ้าหน้าที่ควรตรวจร้านยาที่ขายยาด้วยให้ขายได้เฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น ควรกวัดขันร้านขาย.2 ที่ไม่ต้องมีเภสัชกรให้ขายยาตามกรอบเท่านั้น ควรผ่อนปรนให้ร้านยาสามารถจัดให้มีเภสัชกรคนอื่นที่ไม่ใช่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามป้ายมาประจำร้านได้ ควรจัดการอบรมพนักงานขายยาประจำร้านเพื่อช่วยลดปัญหาความไม่เหมาะสมจากการขายยา และไม่ควรมีการผ่อนปรนให้วิชาชีพอื่นทางสุขภาพเช่น พยาบาล สามารถคุมร้านยาได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างแบบสอบถามเพื่อสอบถามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องท่านอื่น ๆ อีกครั้งในประเด็นมาตรการเฝ้าระวังร้านยาว่าเห็นด้วยหรือไม่

4.3.2.3 มาตรการปราบปรามหรือการดำเนินการเมื่อพบการกระทำผิด

หากเจ้าหน้าที่รัฐมีการตรวจร้านขายยาแล้วไม่พบเภสัชกรตามรายชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ หรือที่เรียกว่าแขวนป้าย จะยึดบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2530 และบทลงโทษตามจรรยาบรรณสำหรับการแขวนป้าย โดยจะมีการบันทึกเป็นความผิดของเภสัชกรและทำหนังสือตักเตือนเภสัชกรท่านนั้นครั้งที่ 1 เพื่อให้แก้ไขภายใน 15 วันหากไปตรวจซ้ำและยังพบความผิดอีกเป็นครั้งที่สอง คือเภสัชกรไม่มาปฏิบัติหน้าที่ประจำร้านขายยา เจ้าหน้าที่รัฐผู้รับผิดชอบจะส่งบันทึกข้อความไปที่ สสจ. ชลบุรี เพื่อดำเนินการเปรียบเทียบปรับต่อไป และถ้าพบความผิดครั้งที่ 3 ทางเจ้าหน้าที่ในอำเภอจะส่งเรื่องไปสสจ.อีก ในครั้งนี้ทางสสจ.จะส่งเรื่องไปยังสภาเภสัชกรรมดังกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐที่ว่า

“ถ้าผิดครั้งที่ 3 เราจะส่งเรื่องเข้าสภาเภสัช เพื่อพิจารณาโทษทางจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งทั้งนี้ก็แล้วแต่สภาเภสัชเลยว่า จะพักใช้ จะเพิกถอน หรือจะทำอย่างไร แต่ที่ผ่านมายังไม่ถึงขั้นนั้น เพราะมีแค่ครั้งแรกหรือครั้งที่สอง ทุกคนก็ล้วนกันหมดแล้ว ก็มักจะทำเรื่องย้ายร้าน ซึ่งถ้าพบความผิดไม่อยู่ประจำร้านก็จะเท่ากับเป็นการนับความผิดเป็นครั้งแรกใหม่”

หากกรณีพบเภสัชกรมีพฤติกรรมที่เรียกว่า “วิ่งซ้อน วิ่งรับการตรวจ” ให้กับร้านขายยาต่างๆ ที่จะถูกตรวจในวันนั้นทางเจ้าหน้าที่รัฐก็จะส่งเรื่องเข้าสภาเภสัชกรรมโดยทางสสจ.จะดำเนินการอย่างไรก็ดีความผิดกรณีที่ไม่ใช่เภสัชกรประจำร้านในส่วนของผู้รับอนุญาตจะได้รับโทษปรับและคดีอาญาในส่วนของเภสัชกรจะเป็นโทษปรับซึ่งในทางปฏิบัติเจ้าของร้านขายยาจะเป็นผู้เสียค่าปรับแทนเภสัชกรเอง

กรณีทีเส้ชกรถูกพักใบอนุญาตแต่ยังทำหน้าที่ประจำร้านขายยาเจ้าหน้าที่มักจะอะลุ่มอล่วย ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐที่ว่า

“ที่นี้เคยมีคดีอาญา เมื่อ 3 - 4 ปีที่แล้ว ประเด็นยาปลอม กลุ่ม Viagra , Steroid, Anabal ที่ได้รับการร้องเรียนจากสถานทูตอเมริกาและสถานทูตออสเตรเลียเราก็จะประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อทำการล่อซื้อ ซึ่งที่เจอจะเห็นว่าคนขายมักจะไม่ใช่เภสัช ก็จะเป็นคดีอาญากับคนขาย เรื่องการขายยาปลอม การประกอบวิชาชีพโดยไม่มีใบอนุญาต เส้ชกรร้านจะโดนทำเรื่องพักใช้ใบอนุญาตทันที 1 ปี เจ้าของก็โดนปรับ แต่เภสัชที่โดนพักใช้ใบ ก็ยังมาทำงานนะครับ เพียงแต่เขาจะไม่แสดงตัวว่าเป็นเภสัชกร ถ้ามาตรวจเขาจะไม่มาเซ็นเอกสารใด ๆ ซึ่งผมจำได้ว่าเป็นเภสัชกรแต่ผมก็ให้เกียรติเขา มันเป็นสิทธิของเขาที่เขาจะไม่เซ็นระหว่างรอเภสัชเจ้าของป้าย”

หากพบความผิดกรณีอื่น ๆ ร่วมด้วย ถ้าเป็นความผิดครั้งแรกจะทำบันทึกเตือนพร้อมกับส่งเรื่องไปสสจ.ชลบุรีและการตรวจในปีถัดไปหากพบว่าเป็นร้านเดิมที่มีประวัติความผิดเจ้าหน้าที่จาก สสอ.จะแจ้งให้ทางสสจ.ทราบและลงมาตรวจเองก่อนดำเนินการเปรียบเทียบปรับ ซึ่งจะมีการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการจากโทษปรับเบาไปหาหนัก ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐที่ว่า

“เราจะเชิญคณะกรรมการโดยเชิญอัยการมาร่วมด้วยในการเปรียบเทียบปรับตามเกณฑ์ของ อย. โดยจะเชิญมาปีละ 1 ครั้ง เปรียบเทียบปรับพร้อมกันหมดทั้งยาทั้งอาหาร ถ้าโทษปรับไม่เกิน 1000 บาท จำคุกไม่เกิน 1 ปี อันนี้ ไม่รุนแรง แต่ถ้าโทษมากกว่านี้ ถือว่ารุนแรง จะไม่จบที่เรา จะส่งเรื่องไปต่อและเรื่องจะไปจบที่ศาล โดยคดีที่รุนแรงจะเริ่มจากการร้องเรียนก่อน หรือร้านเดิมมีปรับหลายรอบ ซึ่งจะมีหลายความผิด”

การดำเนินงานเมื่อพบความผิดจะมีมาตรฐานที่ค่อนข้างเข้มงวดมีตั้งแต่ตักเตือนปรับและดำเนินคดีตามกฎหมาย

4.3.2.4 มาตรการกำกับร้านขายยาด้วยการเร่งรัดมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP)

เดิม อย. ได้ประกาศใช้เกณฑ์มาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) เริ่มบังคับใช้กับร้านขายยาที่เปิดใหม่ หลังวันที่ 25 มิถุนายน 2557 ส่วนร้านขายยาที่เปิดอยู่ก่อนแล้ว ให้ผ่อนผันจนถึงสิ้นปี 2565 ทำให้เกิดปัญหาสองมาตรฐานในการออกตรวจกำกับ ล่าสุด อย.ได้ประกาศเร่งรัดให้ร้านขายยาทำตามมาตรฐานใหม่ให้เร็วขึ้น โดยกำชับให้ทุกจังหวัดดำเนินการเร่งรัดตามบันไดขั้นต่างๆที่ต้องดำเนินการกวดขันให้ได้ในแต่ละปีก่อนการต่อใบอนุญาต สสจ. ชลบุรี ได้จัดประชุมร้านขายยาเพื่อบังคับใช้กฎหมายตามประกาศมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) ใหม่ โดยขอให้ผู้ประกอบการร้านขายยาทุกร้านปรับปรุงการดำเนินการของร้านให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนด ที่จะให้ได้ตามเกณฑ์ดังกล่าวโดยกำหนดเป็นบันไดขั้นต่าง ๆ โดยในแต่ละปีจะทยอยเร่งรัดในด้านต่าง ๆ ปีแรก จะเคร่งครัดกวดขันด้านอุปกรณ์ในร้าน เช่น การมีเครื่องวัดความดัน ที่ซึ่งน้ำหนัก การมีป้ายต่าง ๆ เช่น ป้ายถาดนับเม็ดยา แยกถาดตามประเภทยาเพนนิซิลิน การมีตู้เย็นสำหรับจัดเก็บยา และมีการบันทึกอุณหภูมิอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ยังมีมาตรฐานด้านสถานที่ขายยา ต้องมีความแข็งแรงก่อสร้างด้วยวัสดุที่คงทน แบ่งพื้นที่เป็นสัดส่วน มีเครื่องวัดอุณหภูมิและแบบบันทึกอุณหภูมิ และแบบฟอร์มอื่น ๆ

เช่น บัตรแพทย์ แบบฟอร์มส่งต่อผู้ป่วย ป้ายบอกประเภทยา ป้ายเภสัชกร มีมันที่ระบุว่า ขอภัย
ขณะนี้เภสัชกรไม่อยู่ไม่สามารถขายยาอันตรายได้ ส่วนมาตรฐานด้านบุคลากรจะบังคับในปีต่อ ๆ ไป
คือ เภสัชกรผู้ปฏิบัติการ ต้องมีใบประกอบวิชาชีพ แต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาวมีตราสัญลักษณ์ของ
สภาเภสัชกรรม เป็นต้น ส่วนพนักงานหรือผู้ช่วยเภสัชกร ต้องไม่ใส่เสื้อกาวน์สีขาว ให้เข้าใจผิดว่าเป็น
เภสัชกร แต่ใส่เสื้อสีสุภาพ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่รัฐจะค่อนข้างเข้มงวดกับเรื่องนี้ ดังคำกล่าว
ที่ว่า

“ข้อนี้ผมก็ยังสตรึกอยู่นะครับ ถ้าไม่ใช่เภสัชกรผมไม่ให้ใส่เสื้อกาวน์ ให้ใส่ชุดสุภาพ
สีอะไรก็ได้ แต่ไม่ให้เหมือนเภสัช อันนี้ไม่ใช่เกณฑ์ของผมเอง แต่มี GPP รองรับด้วย”

หลังจากการประชุม ทางเจ้าหน้าที่ที่ดูแลจาก สสอ.บางละมุงก็ได้ออกตรวจร้าน
ขายยาตามมาตรฐานนี้ และแนะนำให้ทำตามที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่ให้ความเห็นในการ
กวดขันครั้งนี้ว่า

“แค่ประชุม มันไม่สามารถทำให้ทุกร้านเข้าประชุมได้ หรือถึงแม้เขาจะเข้า
ประชุม เราก็ไม่สามารถบังคับให้เขาปรับปรุงร้านได้ ถ้าไม่มีการตรวจ แล้วในส่วนของเรา ถึงจะมา
บังคับอีกทีปลายปีในช่วงต่อใบอนุญาต”

เนื่องจากการเป็นกระดมตรวจเพื่อแนะนำ โดยเน้นมาตรฐานด้านอุปกรณ์และ
สถานที่ก่อน จึงไม่ได้รับการต่อต้านมากนัก ได้รับความร่วมมือดี โดยเฉพาะร้านขายยาที่เปิดหลัง
ประกาศใช้เกณฑ์ GPP ใหม่ ที่ต้องทำให้ได้มาตรฐานก่อนการได้รับใบอนุญาตร้านขายยาอยู่แล้ว แต่
สำหรับร้านขายยาที่ดำเนินการก่อนประกาศใช้เกณฑ์ GPP ใหม่ แม้จะยังไม่บังคับทุกข้อ แต่เกณฑ์
ด้านอุปกรณ์และสถานที่ต้องทำให้ได้ภายในสิ้นปี 2561 มิฉะนั้นจะไม่ได้รับการต่อใบอนุญาต

โดยมาตรฐานที่จะต้องทำให้ได้ก่อนสิ้นปี เพื่อต่อใบอนุญาตขายยา คือ มาตรฐาน
ด้านสถานที่และอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดส่วนสูง น้ำหนัก เครื่องวัดความดัน ถังดับเพลิง เครื่องวัด
อุณหภูมิ การติดฉลาก การบันทึกอุณหภูมิยา การจัดแยกยาให้เป็นสัดส่วน เป็นยาอันตราย ยาควบคุม
พิเศษ ยาตามกลุ่มโรค เป็นต้น

ถึงแม้มาตรฐานด้านบุคลากรจะยังไม่เร่งรัดจริงจัง แต่เมื่อไปตรวจ พบว่าร้าน
ขายยาใดที่ไม่มีเภสัชกรมาปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ก็ไม่ละเว้น ยังคงดำเนินการเช่นเดียวกับที่ผ่านมาคือ
ทำบันทึกความผิดส่งไปให้ สสจ. ชลบุรีตามปกติ ซึ่งจะมีการลงโทษปรับและตักเตือนเภสัชกร ดังคำ
กล่าวที่ว่า

“ถ้าร้านที่เป็น GPP ใหม่แล้วพบปัญหาค่อนข้างน้อยส่วนใหญ่จะเจอเภสัชกร แต่
ถ้าเป็นร้านเก่า ก็จะเป็นปัญหาอยู่ คือไม่เจอเภสัช ทางร้านจะอ้างว่าเภสัชติดธุระ ลาป่วย แต่เราก็
ไม่ได้อะลุ่มอล่วย นะครับ ก็ทำไปตามขั้นตอน ทำบันทึกคำให้การส่งไปให้ สสจ. ชลบุรี แล้ว สสจ. ชลบุรี
ก็จะมีจดหมายส่งมาให้ไปเปรียบเทียบปรับ เรียกเภสัชเข้าไปคุยว่าสามารถเข้ามาปฏิบัติงานได้ช่วงเวลา
ไหน เพื่อให้ปรับเวลาที่ขออนุญาตให้ตรงกับที่เภสัชสามารถมาปฏิบัติงานได้จริง”

การต้องปฏิบัติตามกรอบของอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่รัฐ ก็ได้สร้างความอึดอัดให้กับผู้ปฏิบัติงานเองเช่นกัน เนื่องจากมีอาวุโสหน่อย โดยกลุ่มคนที่จะแสดงความไม่พอใจมากที่สุดคือ เกสัชกร โดยมักขอให้ไปตรวจเคร่งครัดกับร้านที่ไม่มีเกสัชกรประจำร้านมากกว่า ดังคำพูดว่า

“ถ้าเป็นร้านที่เจ้าของไม่ใช่เกสัช เค้าจะไม่ค่อยพูดอะไร เค้าก็จะยินยอมให้เราตรวจ แต่ถ้าเป็นร้านที่เจ้าของเป็นเกสัช บางทีพอเค้าโดนตรวจซ้ำ ตรวจบ่อย เค้าก็จะเริ่มบ่น ว่าน้องร้านที่ไม่มีเกสัชทำไมไม่ไปตรวจบ้างเลย เหมือนร้านชั้นโดนตรวจตลอดเลย แต่จริง ๆ คือเราไปตรวจนะครับ แต่เค้าไม่ทราบ เค้าจะบอกว่า เหมือนเลือกปฏิบัติ สองมาตรฐาน อะไรแบบนี้ครับ”

4.4 มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหา

ผู้ที่เกี่ยวข้องในที่นี้หมายถึง ผู้ประกอบการร้านขายยาทั้งที่เป็นเกสัชกรและไม่ใช่เกสัชกร รวมถึง เกสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านขายยาด้วย มุมมองในที่นี้มุ่งหมายถึง ประเด็นปัญหาการแขวนป้าย ความสำคัญของการมีเกสัชกรประจำร้านขายยา แนวทางการแก้ไขปัญหารวมทั้งประเด็นการควบคุมกำกับร้านขายยาเช่น มาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) ใหม่

4.4.1 มุมมองภาพรวมของเกสัชกรและผู้ประกอบการที่ไม่ใช่เกสัชกร

จากการสำรวจความเห็นของเจ้าของร้านยาและเกสัชกร ต่อประเด็นต่างๆ แบ่งเป็น 4 ประเด็นดังนี้

4.4.1.1 ความเห็นต่อประเด็นประโยชน์การมีเกสัชกรประจำร้านขายยา

ความเห็นต่อประเด็นประโยชน์การมีเกสัชกรประจำร้านขายยาของเกสัชกรและผู้ประกอบการที่ไม่ใช่เกสัชกรพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อประโยชน์ของการมีเกสัชกรอยู่ประจำร้านยา ในประเด็น ต่างๆ คือ 1) การมีเกสัชกรประจำร้านช่วยให้การจ่ายยามีความเหมาะสมมากขึ้นเห็นด้วยร้อยละ 82.6 ไม่แน่ใจร้อยละ 12.4 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 5.0 2) การมีเกสัชกรประจำร้านช่วยคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยมากขึ้นเห็นด้วยร้อยละ 86.3 ไม่แน่ใจร้อยละ 11.2 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 2.5 3) การมีเกสัชกรประจำร้านช่วยลดปัญหาการขายยาปลอมเห็นด้วยร้อยละ 71.4 ไม่แน่ใจร้อยละ 23.6 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 5.0 และ 4) การมีเกสัชกรประจำร้านช่วยลดปัญหาการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตเห็นด้วยร้อยละ 70.2 ไม่แน่ใจร้อยละ 19.9 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 9.9 รายละเอียดข้อมูลตามตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อประเด็นประโยชน์การมีเภสัชกรประจำร้านยา

ประเด็นการมีเภสัชกรประจำร้านขายยา	จำนวน (ร้อยละ) N = 161		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. การมีเภสัชกรประจำร้านช่วยให้การจ่ายยามีความเหมาะสมมากขึ้น	133 (82.6)	8 (5.0)	20 (12.4)
2. การมีเภสัชกรประจำร้านช่วยคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยมากขึ้น	139 (86.3)	4 (2.5)	18 (11.2)
3. การมีเภสัชกรประจำร้านช่วยลดปัญหาการขายยาปลอม	115 (71.4)	8 (5.0)	38 (23.6)
4. การมีเภสัชกรประจำร้านช่วยลดปัญหาการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาต	113 (70.2)	16 (9.9)	32 (19.9)

4.4.1.2 ความเห็นต่อประเด็นมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) ใหม่

สำหรับความเห็นต่อประเด็นมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) ใหม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการตรวจร้านที่ผ่านมาช่วยเร่งรัดให้มีเภสัชกรมาประจำร้านขายยามากขึ้น ร้อยละ 66.5 ไม่แน่ใจร้อยละ 26.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 7.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ามาตรฐานร้านขายยาตาม GPP ช่วยเร่งรัดให้มีเภสัชกรมาประจำร้านขายยามากขึ้นร้อยละ 68.9 ไม่แน่ใจร้อยละ 26.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 5.0

สำหรับประเด็นในแง่ลบพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นต่อเชิงลบต่อประเด็นมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) ใหม่ในแง่ลบ ดังนี้ 1) มาตรฐานร้านขายยาตาม GPP ไม่เหมาะสมกับบริบทของร้านขายยาเดี่ยวรายย่อยมีความเห็นด้วยร้อยละ 54.3 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 31.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 14.3 2) มาตรฐานร้านขายยาตาม GPP มีความยุ่งเหยิงเกินไปมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติมีความเห็นด้วยร้อยละ 60.9 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 24.8 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 14.3 3) การบังคับให้ตั้งมานาน้ำตุ๋ยาอันตรายลงเมื่อเภสัชกรไม่อยู่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือมีความเห็นด้วยร้อยละ 54.7 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 31.7 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 13.7 และ 4) การกำหนดให้ทุกร้านต้องตามมาตรฐานร้านขายยาใหม่ (GPP) หลังปี 2565 อาจยังมีปัญหาในทางปฏิบัติมีความเห็นด้วยร้อยละ 65.8 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 28.0 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 6.2 รายละเอียดดังข้อมูลตามตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อประเด็นมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP)

ความเห็นต่อประเด็นมาตรการ GPP ร้าน ขายยาใหม่	จำนวน (ร้อยละ) N = 161		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
5. การตรวจร้านที่ผ่านมาช่วยเร่งรัดให้มีเภสัชกร มาประจำร้านขายยามากขึ้น	107 (66.5)	12 (7.5)	42 (26.1)
6. มาตรฐานร้านขายยาตาม GPP ช่วยเร่งรัดให้มี เภสัชกรมาประจำร้านขายยามากขึ้น	111 (68.9)	8 (5.0)	42 (26.1)
7. มาตรฐานร้านขายยาตาม GPP ไม่เหมาะกับ บริบทของร้านขายยาเดี่ยวรายย่อย	88 (54.7)	23 (14.3)	50 (31.1)
8. มาตรฐานร้านขายยาตาม GPP มีความ เหมาะสมไป มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ	98 (60.9)	23 (14.3)	40 (24.8)
9. มาตรการดึงม่านหน้าต่างยาอันตรายลงเมื่อเภสัช กรไม่อยู่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ	88 (54.7)	22 (13.7)	51 (31.7)
10. การกำหนดให้ทุกร้านต้องตามมาตรฐานร้าน ขายยาใหม่(GPP) หลังปี 2565 อาจยังมีปัญหา ในทางปฏิบัติ	106 (5.8)	10 (6.2)	45 (28.0)

4.4.1.3 ความเห็นต่อประเด็นมาตรการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยาที่เหมาะสม

ด้านความเห็นต่อมาตรการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยมาตรการต่างๆ ดังนี้ 1) การตรวจร้านขายยาแต่ละร้านใช้มาตรฐานเดียวกันมีความเห็นด้วยร้อยละ 52.8 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 33.5 และมีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 13.7 2) กวดขันให้ร้านขายยาเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้นมีความเห็นด้วยร้อยละ 66.5 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 31.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 2.5 3) กวดขันร้านขายยา 2 ให้ขายยาตามกรอบเท่านั้นมีความเห็นด้วยร้อยละ 75.2 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 19.9 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 5.0 4) ผ่อนปรนให้ร้านขายยาสามารถจัดให้มีเภสัชกรคนอื่นที่ไม่ใช่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามป้ายมาประจำร้านได้มีความเห็นด้วยร้อยละ 77.6 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 11.2 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 11.2 และ 5) รัฐควรจัดการอบรมพนักงานขายยาประจำร้านเพื่อช่วยลดปัญหาความไม่เหมาะสมจากการขายยาที่มีความเห็นด้วยร้อยละ 70.2 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 16.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 13.7

สำหรับมาตรการผ่อนปรนให้วิชาชีพอื่นทางสุขภาพ เช่น พยาบาลสามารถคุมร้านขายยาได้นั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.6 ไม่เห็นด้วย มีความเห็นไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยในสัดส่วนที่เท่าๆ กันคือร้อยละ 11.2 รายละเอียดดังข้อมูลตามตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของความเห็นต่อประเด็นมาตรการเฝ้าระวังร้านขายยาที่เหมาะสม

ความเห็นต่อมาตรการเฝ้าระวังร้านขายยาที่เหมาะสม	จำนวน (ร้อยละ) N = 161		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
11. การตรวจร้านขายยาแต่ละร้านใช้มาตรฐานเดียวกัน	85 (52.8)	54 (33.5)	22 (13.7)
12. กวดขันให้ร้านขายยาเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น	107 (66.5)	4 (2.5)	50 (31.1)
13. กวดขันร้านขาย.2 ให้ขายยาตามกรอบเท่านั้น	121 (75.2)	8 (5.0)	32 (19.9)
14. ผ่อนปรนให้ร้านขายยาสามารถจัดให้มีเภสัชกรคนอื่นที่ไม่ใช่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามป้ายมาประจำร้านได้	125 (77.6)	18 (11.2)	18 (11.2)
15. ควรผ่อนปรนให้วิชาชีพอื่นทางสุขภาพเช่น พยาบาล สามารถคุมร้านขายยาได้	18 (11.2)	125 (77.6)	18 (11.2)
16. รัฐควรจัดการอบรมพนักงานขายยาประจำร้านเพื่อช่วยลดปัญหาความไม่เหมาะสมจากการขายยา	113 (70.2)	22 (13.7)	26 (16.1)

4.4.1.4 ความเห็นต่อประเด็นมาตรการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

ด้านความเห็นต่อประเด็นมาตรการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรที่ได้มีผู้เสนอจากการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยกับมาตรการต่างๆ ดังนี้ 1) จรรยาบรรณของเภสัชกรและการกวดขันเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพของมหาวิทยาลัยมีความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 31.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 11.2 2) การรณรงค์ให้ผู้บริโภคถามหาเภสัชกรที่ร้านขายยามีความเห็นด้วยร้อยละ 76.4 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 14.9 และมีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 8.7 3) เจ้าของร้านขายยาเห็นความสำคัญของการมีเภสัชกรอยู่ประจำร้านมีความเห็นด้วยร้อยละ 77.6 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 13.7 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 8.7 4) การมีหน่วยงานกลางในการจัดหาเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาหรือบางเวลามีความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 34.8 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 7.5 5) การมีระเบียบเปิดให้เภสัชกรที่อยู่ร้านบางเวลาไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้านมีความเห็นด้วยร้อยละ 60.2 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 26.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 13.7 6) การมีโครงการโควตาลูกหลานร้านขายยาไปเรียนเภสัชได้มีความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 33.5 และไม่เห็นด้วยร้อยละ

ละ 8.7 7) ชมรมร้านขายยามีส่วนช่วยให้ร้านขายยามีเภสัชกรประจำตลอดเวลาหรือบางช่วงเวลาได้มีความเห็นด้วยร้อยละ 51.6 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 29.8 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 18.6

ส่วนประเด็นเกี่ยวกับการเพิ่มโทษหรือการจำกัดสิทธิเภสัชกรหรือผู้ประกอบการพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลับมีความเห็นที่แตกต่างกันไปโดยมีความเห็นด้วยในสัดส่วนที่ต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการข้างต้น คือ ประเด็น 1) การเพิ่มโทษปรับเภสัชกรเมื่อตรวจพบว่าแขวนป้ายหรือไม่อยู่ประจำร้านมีความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 21.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 21.1 2) การเพิ่มโทษปรับเจ้าของร้านกรณีไม่พบเภสัชกรอยู่ประจำร้านมีความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 26.1 และมีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 16.1 3) การกำหนดให้การเดินทางจากที่ทำงานของเภสัชกรมาถึงร้านขายยาไม่ควรใช้เวลาเกิน 30 นาทีที่มีความเห็นด้วยร้อยละ 48.4 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 28.0 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 23.6 4) หลังปี 2565 ร้านขายยาที่ไม่สามารถจัดให้มีเภสัชกรประจำร้านได้ตามเวลาทำการให้ปิดกิจการไปมีความเห็นด้วยร้อยละ 51.6 มีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 31.1 และไม่เห็นด้วยร้อยละ 17.4 แต่สำหรับข้อเสนอที่กำหนดให้เภสัชกรต้องมีทะเบียนบ้านในพื้นที่รับผิดชอบจากร้านไม่เกิน 50 กม.นั้นไม่เห็นด้วยร้อยละ 46.0 มีความเห็นด้วยร้อยละ 33.5 และมีความเห็นไม่แน่ใจร้อยละ 20.5 รายละเอียดดังข้อมูลตามตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ความเห็นต่อประเด็นมาตรการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

ความเห็นต่อมาตรการแก้ไขปัญหาการ แขวนป้ายของเภสัชกร	จำนวน (ร้อยละ) N = 161		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
17. จรรยาบรรณของเภสัชกรและการกวดขันเรื่อง จรรยาบรรณวิชาชีพของมหาวิทยาลัย	93 (57.8)	18 (11.2)	50 (31.1)
18.การรณรงค์ให้ผู้บริโภคถามหาเภสัชกร	123 (76.4)	24 (14.9)	14 (8.7)
19.การกำหนดให้เภสัชกรต้องมีทะเบียนบ้านใน พื้นที่รัศมีจากร้านไม่เกิน 50 กม.	54 (33.5)	74 (46.0)	33 (20.5)
20.การกำหนดให้การเดินทางจากที่ทำงานของ เภสัชกรมาถึงร้านขายยาไม่เกิน 30 นาที	78 (48.4)	38 (23.6)	45 (28.0)
21.เจ้าของร้านขายยาเห็นความสำคัญของการมี เภสัชกรอยู่ประจำร้าน	125 (77.6)	14 (8.7)	22 (13.7)
22.การมีหน่วยงานกลางในการจัดหาเภสัชกร ประจำร้านตลอดเวลาหรือบางเวลา	93 (57.8)	12 (7.5)	56 (34.8)
23. การมีระเบียบเปิดให้เภสัชกรที่อยู่ร้านบางเวลา ไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ประจำร้าน	97 (60.2)	22 (13.7)	42 (26.1)
24.การมีโครงการโควตาลูกหลานร้านขายยาไป เรียนเภสัชได้	93 (57.8)	14 (8.7)	54 (33.5)
25.ชมรมร้านขายยามีส่วนช่วยให้ร้านขายยามี เภสัชกรประจำตลอดเวลาหรือบางช่วงเวลาได้	83 (51.6)	30 (18.6)	48 (29.8)
26.การเพิ่มโทษปรับเภสัชกรเมื่อตรวจพบว่าแขวน ป้ายหรือไม่อยู่ประจำร้าน	93 (57.8)	34 (21.1)	34 (21.1)
27. การเพิ่มโทษปรับเจ้าของร้านกรณีไม่พบเภสัช กรอยู่ประจำร้าน	93 (57.8)	42 (26.1)	26 (16.1)
28. หลังปี 2565 ร้านขายยาที่ไม่จัดให้มีเภสัชกร ประจำร้านได้ตามเวลาทำการให้ปิดกิจการไป	83 (51.6)	28 (17.4)	50 (31.1)

4.4.2 มุมมองของเภสัชกรต่อปัญหา

สำหรับมุมมองของเภสัชกรร้านขายยาต่อปัญหาในประเด็นต่าง ๆ เช่น มาตรการที่จะช่วยลดปัญหาความไม่ปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน มาตรการที่จะช่วยเพิ่มการมีเภสัชกรอยู่ประจำร้านขายยา หรือช่วยลดปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร พบว่ามีมุมมองต่างจากเจ้าของร้านที่ไม่ใช่เภสัชกรค่อนข้างชัดเจนคือ เภสัชกรร้านขายยาทั้งที่เป็นเจ้าของร้านและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงาน เห็นว่ามาตรการเพิ่มช่องทางให้ประชาชนซื้อยาจากเภสัชกรมากขึ้นและลดหรือปิดช่องทางอื่น ๆ ในการเข้าถึงยาจะช่วยให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน เช่น เห็นว่าควรให้มีเภสัชกรอยู่ประจำร้านตลอดเวลาทำการ และรณรงค์หรือสร้างจิตสำนึกให้ผู้บริโภคถามหาเภสัชกรที่ร้านขายยา รวมทั้งไม่ให้พนักงานประจำร้านขายยาขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติงาน จำกัดขอบเขตในการขายยาให้ยาทุกประเภทขายได้ในร้านขายยาเท่านั้น ไม่ให้ร้านชำขายยา และห้ามร้านขายส่งขายยาให้กับร้านชำโดยเด็ดขาด โดยให้เจ้าหน้าที่เพิ่มการกวดขันในการตรวจตราร้านชำเหล่านี้ หรือร้านขายยาที่ไม่ใช่เภสัชกรเป็นผู้ดำเนินการหรือปฏิบัติงานให้มากขึ้น ดังคำพูดที่สะท้อนความไม่ปลอดภัยในการใช้ยาว่า

“เพราะร้านชำบางร้านมียาชุดเยอะมาก”

สำหรับข้อเสนอสำหรับมาตรการที่จะช่วยเพิ่มการมีเภสัชกรอยู่ประจำร้านขายยาเภสัชกรมีความเห็นว่าผู้ประกอบการร้านขายยาต้องเห็นความสำคัญและจัดหาเภสัชกรมาประจำให้ได้ และควรมีมาตรการจูงใจด้านค่าตอบแทนเภสัชกรมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เจ้าของร้านขายยาต้องเห็นความสำคัญของการมีเภสัชกรประจำร้าน”

“น่าจะเพิ่มค่าจ้างหรือสวัสดิการสำหรับเภสัชกรให้สูงขึ้น เช่น เพิ่มค่าตอบแทนการทำงานบางเวลา โบนัส”

และเห็นว่าการกำหนดให้มีมาตรการกำกับการมีเภสัชกรที่เคร่งครัดจะช่วยให้ หรือเพิ่มมาตรการจริงจังกับมาตรฐานร้านขายยา ซึ่งหมายถึงการมีเภสัชกรประจำร้านด้วยและเพิ่มมาตรการตรวจตราร้านยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“เพิ่มบทลงโทษทั้งเภสัชกรและเจ้าของกิจการถ้าหากไม่สามารถจัดหาเภสัชกรมาอยู่ประจำได้” หรือ “เพิ่มโทษเมื่อเภสัชกรไม่อยู่ เช่น เพิ่มโทษปรับ ถอนป้ายเภสัช ระบุเลขใบประกอบ”

“GPP ต้องผ่านทุกร้าน”

“เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจร้านขายยาที่ไม่ได้มีเภสัชกรเป็นเจ้าของร้าน ไม่ใช่มาเข้มงวดตรวจร้านขายยาที่เภสัชกรเป็นเจ้าของ” หรือมีฉะนั้นก็ “สงวนให้ร้านขายยามีเจ้าของกิจการเป็นเภสัชกรเท่านั้น” เช่น คลินิกแพทย์

4.4.3 มุมมองของผู้ประกอบการที่ไม่ใช่เภสัชกรต่อปัญหา

ในขณะที่เภสัชกรมองว่าการเข้าถึงหรือส่งมอบยาโดยเภสัชกรมากขึ้น ประชาชนก็จะมีความปลอดภัยมากขึ้นแต่เจ้าของร้านขายยาที่ไม่ใช่เภสัชกรมีมุมมองที่ต่างออกไปโดยเห็นว่าการให้ความรู้กับประชาชนผ่านสื่อต่างๆ จะช่วยทำให้ประชาชนมีความรู้ในการใช้ยา ลดปัญหาการใช้ยาที่ไม่

เหมาะสมได้ เช่น ธรรมชาติของความเชื่อเดิม ๆ ที่ฝังลง เช่น ความเชื่อที่ว่า อะไร ๆ ก็ต้องกินยาแก้แค้นเสบ และการมีมาตรการควบคุมกับที่ดี เช่น การมีมาตรการตักเตือนและดำเนินการตามลำดับของความหนักเบาของปัญหาหรือบางคนเสนอว่าควรกำหนดห้ามขายกลุ่มยาอันตรายที่มีโอกาสนำไปใช้เป็นยาเสพติด

สำหรับมาตรการที่จะช่วยเพิ่มการมีเภสัชกรอยู่ประจำร้านขายยามากขึ้น เจ้าของร้านขายยาที่ไม่ใช่เภสัชกรเห็นว่าควรมีหน่วยงานที่ประสานและติดต่อจัดหาเภสัชกรให้กับร้านต่าง ๆ โดยจัดหาเภสัชกรมาทำงานบางเวลาในกรณีที่เภสัชกรประจำร้านไม่อยู่ ควรเพิ่มการส่งลูกหลานร้านขายยาไปเรียนเภสัชตามโครงการ ผ่อนผันให้เภสัชกรสามารถคุมได้ไม่เกิน 2 แห่ง คือ ร้านตัวเอง และที่อื่นอีก 1 แห่ง และไม่ให้บังคับใช้กฎหมายเคร่งครัดจนเกินไปนัก

บางคนมีประเด็นในการลดภาระค่าใช้จ่ายในการจ้างเภสัชกร เช่น “ควรลดค่าจ้างเงินเดือนของเภสัชกรร้านขายยาลงบ้าง” และเห็นว่า “ควรให้ร้านขายยาต่าง ๆ สามารถรับนักศึกษาเภสัชกรฝึกงานได้” เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการจ้างเภสัชกร

ในขณะที่บางร้านที่จ้างเภสัชกรเต็มเวลาแล้ว มีความเห็นว่า ควรเพิ่มมาตรการลงโทษ เช่น ระบุว่า “หากร้านขายยาที่ไม่สามารถจัดให้มีเภสัชกรได้ ให้ปิดกิจการไป” หรือ “การบังคับตามมาตรฐาน GPP ใหม่”

เจ้าของร้านที่จ่ายค่าใบประกอบวิชาชีพให้เภสัชกรแล้ว เห็นว่าเภสัชกรก็ควรมาทำงานประจำร้านตามเวลาทำการที่ระบุไว้ โดยเห็นว่า เป็นเรื่อง “จรรยาบรรณของเภสัชกร” หรือความเห็นไม่ให้มีการแขวนป้าย เช่น คำพูดว่า “ออกกฎหมายห้ามแขวนป้าย”

มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง หลายกรณีเป็นมุมมองเดียวกัน ที่ถูกบังคับใช้กฎหมายเดียวกัน ยินดีให้ความร่วมมือ แต่บางกรณีก็มีมุมมองที่แตกต่างกัน เช่น เจ้าของร้านที่ไม่ใช่เภสัชกร ต้องการลดภาระค่าจ้างเภสัชกรเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายหรือผ่อนปรนมาตรการการมีเภสัชกรประจำร้าน ในขณะที่เภสัชกรต้องการให้เพิ่มค่าจ้างเภสัชกร และบังคับให้มีเภสัชกรประจำร้าน

4.5 อุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

อุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรเป็นปัญหาที่สั่งสมมายาวนาน จากการศึกษาพบว่า สามารถแบ่งได้เป็นส่วน ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ อุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่ ทาที่และมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนอุปสรรคเชิงโครงสร้างของระบบร้านขายยาทั้งหมดแยกเป็นประเด็น ๆ ได้ดังนี้

4.5.1 อุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่

เนื่องจากสสจ.ชลบุรีมีมาตรการที่ค่อนข้างชัดเจนในการกำกับให้เภสัชกรอยู่ประจำร้านขายยาตามเวลาทำการ หากมีการตรวจร้านแล้วพบว่าเภสัชกรไม่อยู่ประจำร้านก็จะทำบันทึกความผิดและเรียกให้เภสัชกรไปเสียค่าปรับและตักเตือน หากเป็นความผิดครบสามครั้งจะส่งสภาเภสัชกรรมเพื่อดำเนินการความผิดจรรยาบรรณ ซึ่งอาจมีโทษถึงขั้นระงับการใช้ใบประกอบวิชาชีพชั่วคราว การตรวจร้านขายยาและบันทึกความผิดเช่นนี้เป็นมาตรการที่ค่อนข้างเข้มงวดเมื่อเทียบกับบางจังหวัด แต่ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตพัทธาก็ไม่ได้ลดลงไปอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพราะกลไกการบังคับใช้กฎหมายยังมีช่องว่าง ดังนี้

4.5.1.1 จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย หรือจัดสรรให้กับภาระหน้าที่ในการตรวจร้านขายยาน้อย อำเภอบางละมุงมีเจ้าพนักงานตามกฎหมายในการตรวจกำกับร้านขายยา 4 คน คือเภสัชกรโรงพยาบาลบางละมุงที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชปฐมภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางละมุง สาธารณสุขอำเภอและหัวหน้างานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แต่ในทางปฏิบัติมีเพียงคนเดียวที่ทำหน้าที่ในการตรวจร้านขายยา คือเภสัชกรโรงพยาบาล ในขณะที่อีก 3 คน ซึ่งมีความอาวุโสกว่า ในทางปฏิบัติมักจะไม่ได้ทำหน้าที่ตามกฎหมาย ในทางปฏิบัติจึงมีเภสัชกร 1 คน และลูกจ้างชั่วคราวที่รับมาเพิ่มเพื่อภาระหน้าที่นี้ จากเงินที่ทางอย.ให้คืนกลับมาที่สาธารณสุขอำเภอบางละมุง อีก 1 คน ซึ่งไม่น่าจะเพียงพอในการตรวจร้านให้ได้ตามมาตรฐานที่ถูกต้อง เมื่อเทียบกับจำนวนร้านขายยาที่มีทั้งหมดกว่า 400 ร้าน รวมทั้งการตรวจคลินิกแพทย์อีก 500 แห่ง และสถานประกอบการอื่น ๆ ตามกฎหมายอีก ซึ่งเจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการเองต่างก็เข้าใจถึงข้อจำกัดนี้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมว่าเค้าเจ้าหน้าที่เค้าก็เข้มงวดนะ แต่เหมือนคนเขาไม่เพียงพอ ทุกที่ก็นโยบายมาจาก อย. ถ้า อย.เข้มงวด ทุกที่ทุกจังหวัดก็คงเข้มงวดขึ้นตามนโยบาย อย.”

4.5.1.2 งานตรวจสอบกำกับร้านขายยาเป็นงานที่กีดกันไม่ค่อยมีคนอยากทำ อาจเป็นเพราะเป็นสาขาที่ไม่ตรงกับที่เรียนมาโดยตรง แต่มักหาเหตุผลอื่นมาใช้ในการปฏิเสธงาน ดังที่พบว่าเภสัชกรโรงพยาบาลบางละมุงที่อาวุโสกว่าหลายคนต่างก็ไม่รับงานนี้โดยอ้างว่าเป็นผู้หญิง และผลการให้กับเภสัชกรผู้ชายทั้งที่อ่อนอาวุโส รับงานนี้หลังจากจบเภสัชมาได้เพียง 2 - 3 ปี แต่สาเหตุที่มีคนรับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคคนน้อยนั้นคือ เป็นงานที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันจากผู้ประกอบการทั้งที่เป็นและไม่ใช่เภสัชกร ต้องเจอคำต่อว่า การข่มขู่ จนเจ้าหน้าที่มีความท้อ และไม่อยากทำหน้าที่นี้ ดังกรณีที่ได้ไปตรวจร้านขายยาแต่ไม่เจอเภสัชกร เมื่อเภสัชกรกลับมาที่ร้าน ก็มีกรณีการต่อว่าเจ้าหน้าที่ที่เป็นรุ่นน้อง ดังคำพูดของเจ้าหน้าที่ว่า

“บางทีก็เจอนะครับ ไปตรวจร้านเภสัชกันเอง แล้วเค้าก็มาโวยวาย ว่ามาตรวจทำไมวันนี้ นี่ก็รับมา ยังซื้อของไม่เสร็จเลย ผมก็จะแนะนำ บอกว่าถ้าพี่ไปนาน พี่ปิดร้านดีกว่าครับ แต่ก็ไม่ได้รับความร่วมมือ บางทีก็เจอ เพื่อน พี่เพื่อน คนรู้จัก บางทีมันก็เหนื่อยใจครับ”

4.5.1.3 บริบทของร้านขายยาในเมืองพัทยาที่มักจะเปิดให้บริการในเวลากลางคืน เป็นข้อจำกัดของการตรวจร้านขายยา คือ เวลาที่ทำการตรวจกับเวลาที่ร้านขายยาเปิดทำการไม่สอดคล้องกันเนื่องจากพัทยาคือเมืองกลางคืน ร้านขายยาที่ขอเปิดมักจะขอเปิดกลางคืนซึ่งเป็นเวลานานเวลาราชการ ทำให้เจ้าหน้าที่ไปตรวจได้ไม่เต็มที่ ตารางออกตรวจของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะเป็นเวลากลางวันในเวลาราชการ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายและออกตรวจเป็นทีม การตรวจนอกเวลาราชการมีบ้างแต่ไม่มากนักเพราะงบประมาณที่สนับสนุนมีจำกัดและเป็นภาระเพิ่มให้กับเจ้าหน้าที่ด้วย

4.5.1.4 ขั้นตอนในการดำเนินการค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อน ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่รัฐท่านหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“ข้อติดขัดคือ เวลาเราดำเนินการจริง ๆ มันก็เกินไปตามขั้นตอนครับ ตรวจก่อน แล้วก็เปรียบเทียบปรับ บางคนจะบอกว่า ร้านนั้นทำไมไม่เอาตำรวจไปจับเลยละ ปิดไปเลย แต่

ว่าความเป็นจริงมันทำไม่ได้การหาตำราจากร้านยาอันตรายมากนะครับ และเรื่องของการทำคดี ก็ต้องอาศัย สสจ เป็นคนทำ เพราะจะมีความชำนาญในการเก็บหลักฐานมากกว่า ถ้าทางอำเภอไปทำพอเรื่องไปถึงอัยการก็จะโดนตีตกอีก เพราะพยานหลักฐานไม่พอ แล้วก็ในเรื่องการตรวจ ใน พรบ. ยา ก็ระบุว่า การขายยาโดยไม่มีเภสัชกรเป็นความผิด การที่เราเข้าไปตรวจแล้วเจอยา มันน่าจะผิดแล้ว แต่ ที่เคยส่งไป บันทึกไปอัยการเค้าไม่ยอมรับกับข้อนี้ จะว่าเขายาย น่าจะมีพฤติกรรมการแลกเปลี่ยนนะ ระหว่างเงินกับยา ถึงจะเข้าข่ายความผิดว่าขายนะ อะไรแบบนี้ครับ โทษก็เลยยังเป็นแค่ปรับเภสัชกรไม่มาปฏิบัติหน้าที่”

“เราก็ทำตามหน้าที่ได้ดีที่สุดคือ บันทึกตามความเป็นจริงครับ ว่า ไม่พบเภสัชกร ไม่ทำบัญชี เสร็จแล้วกส่ง สสจ. สสจ. ก็ทำตามขั้นตอนของเขาต่อไป”

“ช่วงหลัง ก็มีตำรวจจากกรุงเทพ มาจับเรื่องเภสัชกรด้วยครับ เป็น บังคับการปราบปรามคุ่มครองผู้บริโภค เขาก็ลงมาใช้วิธีการล่อซื้อยา แล้วก็ทำบันทึกจับกุม ซื้อยาเดี๋ยวนี ก็ขอซื้อยาธรรมดาเลยครับ ไม่จำเป็นต้องเป็น Viagra, kamigra แล้ว ขอซื้อ amoxy ยาแก้อักเสบ ถ้าไม่ใช่เภสัชกร แต่ขายยาไปก็มีความผิดเลยครับ เอาไปขึ้นศาลเลยครับ มันสมบูรณ์เลยครับว่า ขายยาอันตรายโดยไม่ใช้เภสัชกร แต่ไม่แน่ใจว่าแจ้งข้อหาอะไรบ้าง แต่ต้องเสียเวลาไปขึ้นศาล เขาอาจจะยินดีเสียค่าปรับ ดีกว่า ไปขึ้นศาลครับ”

4.5.2 อุปสรรคจากการไม่ได้รับความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของร้านขายยาทั้งที่เป็นเภสัชกรและไม่เป็นเภสัชกรบางครั้งก็มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร การไม่ให้ความร่วมมือและข้อร้องเรียนของเจ้าของร้านขายยาบางคนกลายเป็นอุปสรรคของการแก้ปัญหา ดังเช่น ผู้ประกอบการร้านขายยาบางร้านมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการตรวจร้านที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้ไม่เต็มที่ เช่น เดิมร้านที่มีปัญหาเยอะ เจ้าหน้าที่มักใช้เวลาตรวจนานมากกว่าร้านอื่น ๆ เมื่อใช้เวลาตรวจนานก็ได้รับการร้องเรียนว่ากระทบต่อเวลาประกอบกิจการขายยาของร้าน และร้องเรียนว่าทำไมแต่ละร้านใช้เวลาไม่เท่ากัน เลือกปฏิบัติหรือไม่ บางร้านอาจร้องเรียนว่าถูกตรวจบ่อยเกินไป เพื่อลดข้อครหาในการเลือกปฏิบัติทำให้หน่วยงานจำเป็นต้องกำหนดเวลาในการตรวจและจำนวนครั้งที่ตรวจเท่ากันทุกร้าน ประกอบกับจำนวนร้านที่มาก ทำให้บางครั้งทางเจ้าหน้าที่ไม่สามารถตรวจร้านขายยาเจาะจงซ้ำ ๆ เมื่อมีข้อสงสัยในปัญหาเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริงได้

ข้อร้องเรียนอีกประการคือความไม่เป็นธรรมในมาตรฐานร้านขายยาที่แตกต่างกันระหว่างร้านขายยาที่เปิดหลังปี 2557 ที่ต้องทำตามเกณฑ์มาตรฐานร้านขายยาที่ดี ในขณะที่ร้านเก่าได้รับการผ่อนผันให้ทำตามมาตรฐานเดิม ความเข้มงวดที่แตกต่างกัน ทั้งที่เป็นร้านขายยาเหมือนกันกลายเป็นอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายประการหนึ่ง

อีกกรณีคือการไม่ให้ความร่วมมือต่อการตรวจร้าน ดังเช่นเมื่อมีการตรวจร้านขายยาเจ้าของร้านขายยาเกรงจะถูกตรวจพบความผิดเช่น ไม่มีเภสัชกรประจำร้าน หลายร้านจะทำการปิดร้านทันทีที่ทราบข่าวการลงตรวจของเจ้าหน้าที่ที่มาตรวจในสัปดาห์ใกล้เคียง โดยอาศัยสื่อออนไลน์ โดยเฉพาะกลุ่มไลน์ ตามคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่ว่า

“คือทันทีที่เจ้าหน้าที่ลงตรวจร้านขายยาร้านแรก ก็จะมีการส่งข้อมูลในกลุ่มไลน์ทันที”

การตรวจร้านขายยาจึงถูกกำกับจากอิทธิพลของเจ้าของร้านขายยา ทำให้การตรวจร้านขายยาลดความศักดิ์สิทธิ์ลงไปเป็นเพียง “พิธีกรรม” ที่ต้องทำตามกฎหมาย ซึ่งทำได้เพียงการป้องปรามหรือตักเตือนเท่านั้น

4.5.3 อุปสรรคเชิงโครงสร้างของระบบร้านขายยา

อุปสรรคเชิงโครงสร้างมีหลายลักษณะ ประการแรกเป็นอุปสรรคในการลงโทษที่เบาไป มาตรการลงโทษเภสัชกรเมื่อพบความผิดไม่สามารถทำได้จริงจัง อีกประการคือ การทำให้ปัญหาการแขวนป้ายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญน้อยกว่าปัญหาอื่น ๆ ซึ่งเป็นโครงสร้างที่ อย. กำหนดเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ไม่สามารถกำหนดได้เอง

4.5.3.1 บทลงโทษการแขวนป้ายของเภสัชกรเบาไป

ปกติหากพบปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรเมื่อเจ้าหน้าที่ไปตรวจที่ร้าน จะบันทึกความผิดและเภสัชกรจะถูกเรียกไปพบเพื่อตักเตือน และเปรียบเทียบปรับ บทลงโทษที่มากกว่านี้ทำได้ยาก เพราะจะต้องมีการบันทึกความผิด 3 ครั้งในรอบ 1 ปี โดยต้องส่งบันทึกความผิดส่งไปสภาเภสัชกรรม เพื่อลงโทษความผิดทางจรรยาบรรณ คือการพักใช้ใบประกอบวิชาชีพของเภสัชกร แต่การลงโทษความผิดนี้ไม่เคยเกิดขึ้นเลย

เพราะการที่จะส่งเรื่องปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรให้สภาเภสัชกรรมนั้น ต้องเป็นการตรวจพบความผิดครบ 3 ครั้ง ใน 1 รอบปีปฏิทินต่อร้าน ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นยาก เพราะความเป็นจริงในทางปฏิบัติเมื่อเภสัชกรที่แขวนป้ายถูกตรวจพบความผิด และตักเตือนหรือปรับครั้งแรก หรือครั้งที่ 2 แล้ว ก็มักจะย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ที่ร้านอื่น ทำให้หากพบการแขวนป้ายอีก ก็จะเป็นความผิดใหม่ ครั้งที่ 1 ของร้านใหม่ ทำให้ไม่สามารถเอาผิดเภสัชกรถึงขั้นพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม กรณีพบการแขวนป้ายเกิน 3 ครั้งต่อปีต่อร้านได้ ดังคำกล่าวเจ้าหน้าที่รัฐที่กล่าวว่า

“ดังนั้นการส่งเรื่องไปยังสภาเภสัชกรรมกรณีพบความผิดกรณีแขวนป้ายครบ 3 ครั้ง จึงไม่เคยเกิดขึ้น”

จนอาจถูกมองว่า บทลงโทษกรณีความผิดเภสัชกรที่แขวนป้ายเป็นโทษที่เบาไปทำได้เพียงการตักเตือน การปรับ ซึ่งอาจจะถูกมองว่าเป็นมาตรการที่ไม่ส่งผลต่อการแก้ปัญหาได้จริงจัง แต่ก็ยังเป็นโครงสร้างของกฎหมายซึ่งถูกกำหนดไว้ในระดับนโยบายประเทศ เกินขอบเขตของเจ้าหน้าที่รัฐในระดับปฏิบัติจะทำได้

4.5.3.2 ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรถูกมองว่าไม่เป็นปัญหาสำคัญในลำดับต้นๆ

ประการต่อมา คือ ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรเป็นปัญหาที่ อย. หรือ สสจ. ไม่ได้ให้ความสำคัญในลำดับต้น ๆ โดยปัญหายาปลอม ยาชุด มีความสำคัญกว่าปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร ส่วนหนึ่งเป็นแรงกดดันจากบริษัทยาที่มียาปลอมระบาดจนกระทบต่อผลประโยชน์ทางการค้าของบริษัทดังกล่าว ดังคำกล่าวเจ้าหน้าที่รัฐที่กล่าวว่า

“ทุกปัญหาเราให้ความสำคัญหมด เราไม่อยากจะเกิด แต่เรื่องยาปลอมจะดูรุนแรงกว่าแขวนป้ายเยอะ”

“ปัญหาขาดปลอมเป็นปัญหาที่ถือว่าค่อนข้างรุนแรงเพราะคนส่วนใหญ่คิดว่าการขายยาใคร ๆ ก็ขายได้ ส่วนปัญหาขาดก็ยังเป็นปัญหาอยู่เพราะประชาชนเรียกร้อง อยากได้ ก็ใช้แล้วมันหาย พวกนี้จะเป็นปัญหามากกว่า ประเด็นที่จะเจอว่าเภสัชแขวนป้าย ไม่แขวนป้าย”

“เทียบปัญหาการไม่มีเภสัช กับปัญหาการขายยาห้ามขายในร้านยา ดูเหมือนปัญหาการขายยาไวอากร้าจะได้รับความสนใจมากกว่า เพราะมันเกี่ยวกับลิขสิทธิ์ เกี่ยวกับยาปลอมอย่างไฟเซอร์ ทำหนังสือมา ก็ได้รับความสนใจมากกว่า ไปจับ แป๊ป ๆ ก็ส่งฟ้องศาลได้เลย แบบนี้การดำเนินการก็จะเร็วกว่าครับ”

นอกจากนี้ยังพบปัญหาคลินิกที่ไม่มีแพทย์ตรวจรักษาคนไข้ ที่เจ้าหน้าที่รัฐให้ความสำคัญและต้องรีบแก้ไขเร่งด่วนกว่าปัญหาการแขวนป้าย ดังคำกล่าวเจ้าหน้าที่รัฐที่กล่าวว่า

“ที่นี่เคยมีคลินิกหมอที่พยาบาลวิชาชีพเป็นเจ้าของร้าน แล้ว คนไข้เค้าเยอะมาก เราก็ส่งเรื่องไปสสจ. ทำให้ สสจ. ตื่นตัว ส่งคนมาตรวจ มาล่อซื้อ ทำให้เรารู้เครือข่ายเค้าว่ามีเยอะแค่ไหน ที่ไม่มีแพทย์อยู่ ซึ่งจะมีทั้งหมด 3 เครือข่าย เราก็จะจับตาดูเป็นพิเศษเพราะถือว่าสร้างความเดือดร้อนมากกว่า คลินิกกลุ่มเสี่ยงเราก็จะไปตรวจเกือบทุกเดือนครับ ในขณะที่คลินิกที่มีแพทย์ประจำเราก็จะไม่ค่อยได้ไปตรวจครับ เพราะให้เกียรติด้วยครับ ในทางกฎหมาย เหมือนจะความผิดเท่าๆ กันระหว่างไปร้านยาไม่เจอเภสัช กับไปคลินิกไม่เจอหมอแต่ในความรู้สึก ไม่เจอหมอ จะรุนแรงกว่ารวมถึงความคิดผมครับ ไปหาหมอ ไม่เจอหมอ มันรุนแรงกว่าครับ เค้าสั่งเจาะเลือด เจาะแลป เราได้และเราไม่สามารถให้ข่าวได้ครับ เค้าจะกำหนดว่า การให้ข่าวจากหน่วยงานราชการ จะกำหนดว่าตำแหน่งไหนสามารถให้ข่าวได้ อีกอย่างที่นี่เป็นเมืองท่องเที่ยวครับ ค่อนข้าง sensitive เกี่ยวกับความเชื่อมั่นด้วย”

“อีกประเด็นล่าสุดตอนนี้ ก็คือร้านขายของฝาก ก็ยังมีขายยาครับ ยาไม่มีทะเบียนด้วย อันนี้เราก็ต้องไปตรวจ แล้วทำเรื่องส่ง สสจ. ไปแล้วรอดูว่า สสจ. เค้าจะมีแผนว่ายังไงต่อไป”

4.5.3.3 การตรวจร้านขายยามีความหมายเป็นเพียงพิธีกรรม

ข้อจำกัดของระบบการตรวจร้านขายยาทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถตรวจรายละเอียดได้อย่างจริงจัง เพราะเวลา กำลังคน ในการตรวจไม่เพียงพอ เมื่อเป็นเช่นนี้ หลายร้านอาจมีการเตรียมเอกสารรองรับการตรวจที่ไม่ตรงกับความจริง ทำให้การตรวจแต่ละครั้งอาจจะได้อะไรที่ปลอม บางร้านมีระบบบัญชีที่ดีแต่เก็บอยู่ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งในการตรวจเจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถตรวจสอบได้ครบถ้วน การตรวจร้านขายยาจึงมีความหมายเป็นเพียงสิ่งที่จะต้องดำเนินการให้ตามมาตรฐานของงาน หรือเป็นเพียง “พิธีกรรม” เท่านั้น

4.6 ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรจากผู้เกี่ยวข้อง

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 20 ท่าน และจากแบบสอบถาม 161 ฉบับ มีข้อเสนอต่าง ๆ ดังนี้

4.6.1 ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านมีข้อเสนอเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพเภสัชกรว่าควรปลูกฝังจากมหาวิทยาลัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมว่ายากนะ เพราะมันเป็นปัญหาเรื้อรังมานาน มันต้องไปปลูกฝังจริยธรรมกันตั้งแต่แรก”

“ผมว่ามันอยู่ที่จริยธรรมของเภสัชอย่างเดียวเลยครับ”

“หนูว่ามันขึ้นกับจรรยาบรรณเภสัชกรเลยคะพี่”

“แต่จริง ๆ ผมว่า มันก็จริยธรรมล้วน ๆ ก็คือเภสัชกรจะอยู่ หรือไม่อยู่”

“อันนี้พูดยากเนาะบางที่มันก็ขึ้นกับจริยธรรมของเภสัชกรนะ”

4.6.2 เจ้าหน้าที่รัฐท่านหนึ่งเสนอว่าน่าจะมีหน่วยงานกลางเพื่อเปิดโอกาสให้เภสัชกรและร้านยาสามารถแจ้งความต้องการได้ เช่นเภสัชกรต้องการทำงานร้านยาประจำหรือบางเวลาหรือร้านยาต้องการเภสัชกรเพื่อการใด เหมือนบริษัทจัดหางาน เพื่อช่วยเชื่อมต่อระหว่างผู้ประกอบการร้านยาและเภสัชกร ลดปัญหาขาดแคลนเภสัชกรในเมืองพัทยา

4.6.3 เจ้าหน้าที่รัฐบางท่านหนึ่งเสนอว่าควรมีบทลงโทษที่ชัดเจน ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้กฎหมาย ระบุให้ชัดเจนไปเลยว่า เวลาทำการคืออะไร เพราะมันเป็นปัญหามากในการปฏิบัติหน้าที่ แล้วก็การเปิดร้านยานอกเวลาทำการ ควรมีบทลงโทษที่ชัดเจนไปเลย ว่าลงโทษยังไงบ้าง บางร้านขออนุญาตช่วงเย็น แต่ตอนเปิดก็เปิดทั้งวัน มันกระทบแผนการตรวจด้วย ถึงแม้ว่าเปิดร้าน แต่ดึกมัน ก็ไม่พินิจนะครับ เพราะแยกเป็น 2 ส่วน คือ เรื่องของ พรบ. ยา กับ จรรยาบรรณวิชาชีพ พรบ. ยา กำหนดไว้ว่า ถ้าเภสัชกรไม่อยู่ประจำ ไม่มาปฏิบัติหน้าที่ อันนี้ผิด พรบ. ยา แต่ผิดจรรยาบรรณ คือ สนับสนุนให้ขายยาโดยไม่มีเภสัช”

“อีกอันคือ ดึกมันลง พินิจจรรยาบรรณ แต่ผิด พรบ. ยา ครับ แต่ทุกวันนี้ เรื่องการดึกมัน สภายังไม่มีแอกชั่นอะไร ให้ชัดเจน โทษยังไม่ชัดเจน ในตัวของ พรบ. ยา ระหว่างดึกมันลง กับไม่ดึกมันลง มันไม่มีความแตกต่าง ที่ชัดเจนสมมติว่าตรวจร้านขายยาไม่มีเภสัชกรแต่ดึกมันลงโดนปรับ 5000 บาท ขอลาเภสัชไม่มาปฏิบัติหน้าที่ และผมไปอีกร้านนึง ร้าน ก เภสัชกรไม่อยู่ มันไม่ดึกลง ก็โดนปรับเท่ากัน 5000 บาทเหมือนกัน”

4.6.4 เภสัชกรร้านขายยา เสนอว่า ควรมีการปรับแนวปฏิบัติให้สามารถรองรับให้มีเภสัชกรบางเวลา (Parttime) ได้โดยให้มีชื่อ มีรูปของเภสัชกรบางเวลาให้สามารถปฏิบัติงานแทนเภสัชกรประจำได้

4.6.5 เภสัชกรและเจ้าของร้านยาบางคนเสนอว่า ควรอนุญาตให้เภสัชกรที่รับเงินค่าตอบแทนกรณีไม่ทำเวชปฏิบัติสามารถมาปฏิบัติงานเป็นเภสัชกรบางเวลาของร้านยาได้อย่างเป็นทางการ เนื่องจากเป็นแนวทางที่ถือปฏิบัติหรืออะลุ่มอล่วยกันอยู่แล้ว เพราะการมีเภสัชกรทำงานบางเวลาน่าจะเป็นมาตรการที่ดีที่จะช่วยให้ร้านยามีเภสัชกรมากขึ้น และค่าตอบแทนกรณีไม่ทำเวชปฏิบัติ 5000 บาทถือว่าต่ำมากเมื่อเทียบกับค่าแวนป้าย

4.6.6 หลายท่านเสนอให้มีการให้ความรู้แก่ประชาชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“น่าจะมี สปอตโฆษณา แทรกออกมา ให้ประชาชนรู้ ว่าควรถามหาเภสัชกร”

4.6.7 หลายท่านเสนอให้มีการอบรมผู้ช่วยในร้านขายยา ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันปฏิเสธไม่ได้เลยนะครับที่จะไม่ให้ผู้ช่วยหยิบยาให้ อย่างลองไปดูร้านขายยาใหญ่ๆ นะครับ ร้านใหญ่มากลูกค้าเยอะ เกสซ์กรคนเดียว แต่ผู้ช่วยเยอะมากเลย มันเป็นไปได้อยู่แล้วครับที่ เกสซ์กรจะหยิบยาให้ลูกค้าทุกคน ก็ต้องมีผู้ช่วยมาช่วยหยิบ ช่วยขายยาบางรายการ ยาพวกนี้ก็จะไม่ผ่านการแนะนำจากเกสซ์”

ถึงแม้ใน GPP จะกำหนดว่า ผู้ช่วยต้องมีความรู้ แต่ที่ผ่านมายังไม่มีนโยบายอะไรเกี่ยวกับเรื่องนี้ และในการตรวจร้านยาเจ้าหน้าที่รัฐก็จะยังไม่ถามถึงการจ่ายยา ดังคำกล่าวเจ้าหน้าที่รัฐท่านหนึ่งที่ว่า

“ที่ผ่านมาก็มี เราก็จะถามผู้ช่วยตอนตรวจร้าน เช่น ทราบหรือไม่ว่า ร้านยาที่ขายยาโดยไม่ มีผู้ช่วยนั้นผิดกฎหมาย แล้วกรณีแบบนี้ร้านท่านทำอย่างไร เป็นต้นครับ แต่ไม่ได้ประเมินความรู้ของการขายยาครับ หรือ อุณหภูมิที่ใช้ในการเก็บรักษายาควรจะเท่าไร พื้นที่ที่ใช้เก็บยารอบเปลี่ยน รอทำลายอยู่ตรงไหน แล้วจะรู้ได้อย่างไรว่ายานี้ผ่าน อย. หรือยัง มีเลขทะเบียนแล้วหรือยัง ก็ยังไม่มีคำถามเกี่ยวกับว่าจ่ายยาถูก ไม่ถูก หรือว่า วิธีการรับประทานยาเป็นอย่างไร”

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลทั้ง 20 ท่าน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่รัฐ เจ้าของร้านยา และเกสซ์กรเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเกสซ์กรแขวนป้าย ทั้ง 20 ท่านต่างตอบว่าขึ้นกับจรรยาบรรณของ เกสซ์กรและการกวดขันเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพของมหาวิทยาลัย และมีข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพิ่มเติมว่า ควรณรงค์ให้ผู้บริโภคถามหาเกสซ์กรที่ร้านยา ควรกำหนดให้เกสซ์กรมีทะเบียนบ้านในพื้นที่รัศมีจากร้านไม่เกิน 50 กม. ควรกำหนดให้การเดินทางจากที่ทำงานของเกสซ์กรมาถึงร้านยาไม่ควรใช้เวลาเกิน 30 นาที เจ้าของร้านยาควรเห็นความสำคัญของการมีเกสซ์กรอยู่ประจำร้าน ควรมีหน่วยงานกลางในการจัดหาเกสซ์กรประจำร้านตลอดเวลาหรือบางเวลา ควรมีระเบียบเปิดให้เกสซ์กรที่อยู่ร้านบางเวลา ไม่จำเป็นต้องเป็นเกสซ์กรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้าน ควรมีโครงการโคเวตาลูกหลานร้านยาไปเรียนเกสซ์กรได้ ควรเพิ่มโทษปรับเกสซ์กรเมื่อตรวจพบว่าแขวนป้ายหรือไม่อยู่ประจำร้าน ควรเพิ่มโทษปรับเจ้าของร้านกรณีไม่พบเกสซ์กรอยู่ประจำร้าน และมาตรการหลังปี 2565 ร้านยาที่ไม่สามารถจัดให้มีเกสซ์กรประจำร้านได้ตามเวลาทำการได้ ให้ปิดกิจการไป ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลนี้ไปสอบถามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องท่านอื่น ๆ อีกครั้งในประเด็นการแก้ปัญหาเกสซ์กรแขวนป้ายว่าเห็นด้วยหรือไม่รวมถึงเพื่อหาข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพิ่มเติม

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลการศึกษา

5.1 สรุปผลการศึกษา

การวิจัยเรื่องสถานการณ์การแวนป่วยของเภสัชกร กรณีศึกษาเขตเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การแวนป่วยของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยาในประเด็นมาตรการควบคุมกำกับร้านขายยาและการแก้ปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกรของรัฐ อุปสรรคในการแก้ปัญหาการแวนป่วยของเภสัชกร และเพื่อศึกษามุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการแวนป่วยของเภสัชกร การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบผสม (Mixed research) คือใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลตามกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักและใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณร่วมด้วย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึกเจ้าหน้าที่รัฐ 5 คน เภสัชกรและผู้ประกอบการจำนวน 15 คน เป็นเจ้าของร้านขายยา 2 คน และเภสัชกรประจำร้านขายยา 11 คน พนักงานขายยา 2 คนรวมทั้งสิ้น 20 คน และใช้แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อประเด็นต่างๆ ที่มีผู้เสนอจากการสัมภาษณ์ในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเภสัชกรและผู้ประกอบการร้านขายยาจำนวน 161 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2561 ผลการศึกษาพบว่า

5.1.1 บริบทของเมืองพัทยา

จังหวัดชลบุรีมีร้านขายยาจำนวน 1,149 ร้าน เฉพาะเขตเมืองพัทยานั้นมีร้านขายยาจำนวนมากถึง 260 ร้าน ซึ่งมีจำนวนเท่ากับจำนวนร้านขายยาในอำเภอเมืองชลบุรี รายได้หลักของร้านขายยาบางย่านมาจากนักท่องเที่ยวเป็นส่วนใหญ่ เช่น วอคกิ้งสตรีท ที่เปิดให้บริการในยามค่ำคืน บางร้านอาจจะเปิดถึงเช้า ร้านขายยาในเมืองพัทยานั้นการแข่งขันสูง มีการขายตัดลดราคา มีร้านขายยาเปิดใหม่ทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละ 5 ร้าน ในขณะที่ร้านเก่าก็ปิดตัวไปในจำนวนที่เท่า ๆ กันกับที่ขอเปิดใหม่ จำนวนร้านขายยาที่มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับจำนวนเภสัชกรที่มีอยู่ในพื้นที่ไม่เพียงพอ จึงมีการนำเภสัชกรจากนอกพื้นที่มาคุมร้าน เช่นกลุ่มอาชีพผู้แทนยา โดยย้ายทะเบียนบ้านมาอยู่ในเขตอำเภอบางละมุง การแวนป่วยของเภสัชกรในร้านขายยาจึงเป็นสิ่งที่พบได้ทั่วไป

5.1.2 สถานการณ์การแวนป่วยของเภสัชกร

ร้านขายยาที่ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติการอยู่ประจำร้านตามเวลาทำการหรือที่เรียกว่าแวนป่วยน่าจะมีประมาณ 117 ร้าน (ร้อยละ 45) ของร้านขายยาเขตเมืองพัทยานี้ทั้งหมด 260 ซึ่งค่อนข้างเยอะ สถานการณ์การแวนป่วยของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยาพบปัญหามากมายจากการที่ผู้จ่ายยาไม่ใช่เภสัชกร เช่น จ่ายยาไม่ถูกโรค บริหารยาไม่ถูกเวลา จ่ายยาเกินความจำเป็น จ่ายยา Antibiotic โดยไม่จำเป็น รวมถึงจ่ายยาในกลุ่มที่ผู้ป่วยให้ประวัติแพ้ยา

จากสภาพบริบทของพัทยานี้มีความต้องการที่จะเปิดร้านขายยาจำนวนมาก แต่จำนวนเภสัชกรที่ทำงานในพื้นที่มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนร้านที่ต้องการเปิดกิจการ ร้านขายยาที่ต้องการเปิดจึงต้องพยายามหาเภสัชกรที่ทำงานนอกพื้นที่เพื่อขอใช้ใบประกอบวิชาชีพในการขออนุญาตเปิดกิจการร้านขายยา ทำให้อัตราค่าตอบแทนใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสำหรับกิจการร้านขายยาในเมือง

พืชมูลค่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับเมืองอื่น ๆ โดยอยู่ที่ประมาณ 12,000 - 17,000 บาทต่อเดือน ส่วนอัตราค่าตอบแทนการทำงานบางช่วงเวลา (Part Time) ประมาณชั่วโมงละ 140 - 250 บาท และค่าจ้าง เกษตรกรเต็มเวลาประมาณ 30,000-50,000 บาทต่อเดือน ผู้วิจัยจึงสรุปสาเหตุการแขวนป้ายในเมืองพญา ดังนี้ 1) จำนวนเกษตรกรที่มีในเมืองพญาน้อยกว่าจำนวนร้านขายยาที่ต้องการเปิด 2) พนักงานเจ้าหน้าที่ไม่เข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย และ 3) ผลตอบแทนของค่าใบประกอบวิชาชีพค่อนข้างสูงเป็นแรงจูงใจในการแขวนป้าย

5.1.3 มาตรการกำกับร้านขายยาของหน่วยงานรัฐ

มาตรการกำกับร้านขายยาในเขตพญา มี 4 มาตรการ

5.1.3.1 แผนการตรวจเฝ้าระวังเกษตรกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขการฝ่าฝืนกฎหมายที่เกี่ยวกับยา คือ กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ออกตรวจอย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งวัน และสุ่มตรวจร้านขายยาประจำปีอย่างน้อยร้านละหนึ่งครั้งต่อปี

5.1.3.2 การดำเนินการเมื่อพบการกระทำผิด มีการใช้กฎหมายด้านยาบังคับเกษตรกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยา คือบันทึกตักเตือนความผิดในครั้งที่ 1 หากพบความผิดอีกจะดำเนินการเปรียบเทียบปรับ และหากพบความผิดครั้งที่ 3 จะส่งเรื่องให้สสจ. และสสจ.สามารถพิจารณาส่งเรื่องให้สภาเกษตรกรสอบสวนและลงโทษพักใบประกอบวิชาชีพเกษตรกรผู้นั้นได้

5.1.3.3 มาตรการในการอนุญาตการเปิดร้านขายยาที่ดีตาม GPP ใหม่ มาตรการกำกับร้านขายยามีระบบการควบคุมตั้งแต่ก่อนการอนุญาตเปิดร้าน ซึ่งปัจจุบันมีการใช้ตามมาตรฐาน GPP ร้านขายยาใหม่ เพราะเกณฑ์ค่อนข้างชัดเจนและเข้มงวด เจ้าหน้าที่จึงมีความสบายใจเพราะไม่ต้องใช้ดุลยพินิจใดๆ มากนัก

5.1.3.4 มาตรการกำกับร้านขายยาด้วยการเร่งรัดมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) จากเดิม อย. ได้ประกาศใช้เกณฑ์มาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) เริ่มบังคับใช้กับร้านขายยาที่เปิดใหม่หลังวันที่ 25 มิถุนายน 2557 ส่วนร้านขายยาที่เปิดอยู่ก่อนแล้ว ให้ผ่อนผันจนถึงสิ้นปี 2565 ล่าสุด อย.ได้ประกาศเร่งรัดให้ร้านขายยาทำตามมาตรฐานใหม่ให้เร็วขึ้น โดยกำชับให้ทุกจังหวัดดำเนินการเร่งรัดตามบันไดขั้นต่าง ๆ โดยมาตรฐานที่จะต้องทำให้ได้ก่อนสิ้นปี พ.ศ. 2561 เพื่อต่อใบอนุญาตขายยา คือ มาตรฐานด้านสถานที่และอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดส่วนสูง น้ำหนัก เครื่องวัดความดัน ถังดับเพลิง เครื่องวัดอุณหภูมิ การติดตั้ง การบันทึกอุณหภูมิยา การจัดแยกยาให้เป็นสัดส่วน เป็นยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาตามกลุ่มโรค เป็นต้น

5.1.4 มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อปัญหา

5.1.4.1 มุมมองภาพรวมของเกษตรกรและผู้ประกอบการที่ไม่ใช่เกษตรกร

1) ความเห็นต่อประเด็นประโยชน์การมีเกษตรกรประจำร้านขายยาของเกษตรกรและผู้ประกอบการที่ไม่ใช่เกษตรกรพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อประโยชน์ของการมีเกษตรกรอยู่ประจำร้านยาในประเด็น ต่าง ๆ คือ 1)การมีเกษตรกรประจำร้านช่วยให้การจ่ายยามีความเหมาะสมมากขึ้นเห็นด้วยร้อยละ 82.6 2) การมีเกษตรกรประจำร้านช่วยคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยมากขึ้นเห็นด้วยร้อยละ 86.3 3) การมีเกษตรกรประจำร้านช่วยลดปัญหาการขายยาปลอมเห็นด้วยร้อยละ 71.4 4) การมีเกษตรกรประจำร้านช่วยลดปัญหาการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาตเห็นด้วยร้อยละ 70.2

2) ความเห็นต่อประเด็นมาตรฐานร้านขายยาที่ดีพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในประเด็น ต่าง ๆ คือ 1) การตรวจร้านที่ผ่านมาช่วยเร่งรัดให้มีเภสัชกรมาประจำร้านขายยา มากขึ้นร้อยละ 66.5 2) มาตรฐานร้านขายยาตาม GPP ช่วยเร่งรัดให้มีเภสัชกรมาประจำร้านขายยา มากขึ้นร้อยละ 68.9

3) สำหรับประเด็นเชิงลบต่อประเด็นมาตรฐานร้านขายยาที่ดี (GPP) ใหม่พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.3 เห็นด้วยว่ามาตรฐานร้านขายยาตาม GPP ไม่เหมาะกับบริบทของร้านขาย ยาเดี่ยวรายย่อย 2) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.9 เห็นด้วยว่ามาตรฐานร้านขายยาตาม GPP มีความ หยุ่มหิมนเกินไปมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ 3) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.7 เห็นด้วยว่าการบังคับให้ตั้ง ม่านหน้าต่างยื่นอันตรายลงเมื่อเภสัชกรไม่อยู่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ และ 4) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.8 เห็นด้วยว่าการกำหนดให้ทุกร้านต้องตามมาตรฐานร้านขายยาใหม่ (GPP) หลังปี 2565 อาจยังมีปัญหา ในทางปฏิบัติ

4) ความเห็นต่อมาตรการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็น ด้วยมาตรการต่างๆ ดังนี้ 1) การตรวจร้านขายยาแต่ละร้านใช้มาตรฐานเดียวกันมีความเห็นด้วยร้อย ละ 52.8 2) กวดขันให้ร้านขายยาเฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้นมีความเห็นด้วยร้อยละ 66.5 3) กวดขันร้านขาย.2 ให้ขายยาตามกรอบเท่านั้นมีความเห็นด้วยร้อยละ 75.2 4) ผ่อนปรนให้ร้านขาย ยาสามารถจัดให้มีเภสัชกรคนอื่นที่ไม่ใช่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามป้ายมาประจำร้านได้มีความเห็นด้วย ร้อยละ 77.6 และ 5) รัฐควรจัดการอบรมพนักงานขายยาประจำร้านเพื่อช่วยลดปัญหาความไม่ เหมาะสมจากการขายยาที่มีความเห็นด้วยร้อยละ 70.2

5) สำหรับมาตรการผ่อนปรนให้วิชาชีพอื่นทางสุขภาพ เช่น พยาบาลสามารถ คุมร้านขายยาได้นั้นส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 77.6

6) ความเห็นต่อประเด็นมาตรการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรที่ได้ มีผู้เสนอจากการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยกับมาตรการ ต่าง ๆ ดังนี้ 1) จรรยาบรรณของเภสัชกรและการกวดขันเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพของมหาวิทยาลัยมี ความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 2) การรณรงค์ให้ผู้บริโภคถามหาเภสัชกรที่ร้านขายยามีความเห็นด้วยร้อย ละ 76.4 3) เจ้าของร้านขายยาเห็นความสำคัญของการมีเภสัชกรอยู่ประจำร้านมีความเห็นด้วยร้อยละ 77.6 4) การมีหน่วยงานกลางในการจัดหาเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาหรือบางเวลาเห็นด้วย ร้อยละ 57.8 5) การมีระเบียบเปิดให้เภสัชกรที่อยู่ร้านบางเวลาไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติการประจำร้านมีความเห็นด้วยร้อยละ 60.2 6) การมีโครงการโคเวตาถูกหลานร้านขายยาไป เรียนเภสัชได้มีความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 7) ชมรมร้านขายยามีส่วนช่วยให้ร้านขายยามีเภสัชกร ประจำตลอดเวลาหรือบางช่วงเวลามีความเห็นด้วยร้อยละ 51.6

7) ส่วนประเด็นที่เกี่ยวกับการเพิ่มโทษหรือการจำกัดสิทธิเภสัชกรหรือ ผู้ประกอบการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลับมีความเห็นที่แตกต่างกันไป โดยมีความเห็นด้วยในสัดส่วนที่ ต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการข้างต้นคือประเด็น 1) การเพิ่มโทษปรับเภสัชกรเมื่อตรวจพบว่า แขวนป้ายหรือไม่อยู่ประจำร้านมีความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 2) การเพิ่มโทษปรับเจ้าของร้านกรณีไม่ พบเภสัชกรอยู่ประจำร้านมีความเห็นด้วยร้อยละ 57.8 3) การกำหนดให้การเดินทางจากที่ทำงานของ เภสัชกรมาถึงร้านขายยาไม่ควรใช้เวลาเกิน 30 นาทีมีความเห็นด้วยเพียงร้อยละ 48.4 4) หลังปี 2565

ร้านขายยาที่ไม่สามารถจัดให้มีเภสัชกรประจำร้านได้ตามเวลาทำการให้ปิดกิจการไปมีความเห็นด้วยร้อยละ 51.6 แต่สำหรับข้อเสนอที่กำหนดให้เภสัชกรต้องมีทะเบียนบ้านในพื้นที่รัศมีจากร้านไม่เกิน 50 กม.นั้นไม่เห็นด้วยร้อยละ 46.0 มีความเห็นด้วยร้อยละ 33.5

5.1.4.2 มุมมองของเภสัชกรต่อปัญหา

สำหรับมุมมองของเภสัชกรร้านขายยาต่อปัญหาในประเด็นต่างๆพบว่า มุมมองต่างจากเจ้าของร้านที่ไม่ใช่เภสัชกรค่อนข้างชัดเจนคือ เภสัชกรร้านขายยาทั้งที่เป็นเจ้าของร้านและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงาน เห็นว่ามาตรการเพิ่มช่องทางให้ประชาชนซื้อยาจากเภสัชกรมากขึ้นและลดหรือปิดช่องทางอื่น ๆ ในการเข้าถึงยาจะช่วยให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน เช่น เห็นว่าควรให้มีเภสัชกรอยู่ประจำร้านตลอดเวลาทำการ และรณรงค์หรือสร้างจิตสำนึกให้ผู้บริโภคถามหาเภสัชกรที่ร้านขายยา รวมทั้งไม่ให้พนักงานประจำร้านขายยาขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติงาน จำกัดขอบเขตในการขายยาให้ยาทุกประเภทขายได้ในร้านขายยาเท่านั้น ไม่ให้ร้านขายยา และห้ามร้านขายส่งขายยาให้กับร้านชำโดยเด็ดขาด โดยให้เจ้าหน้าที่เพิ่มการกวดขันในการตรวจตราร้านชำเหล่านี้หรือร้านขายยาที่ไม่ใช่เภสัชกรเป็นผู้ดำเนินกิจการหรือปฏิบัติงานให้มากขึ้น

5.1.4.3 มุมมองของผู้ประกอบการที่ไม่ใช่เภสัชกรต่อปัญหา

ในขณะที่เภสัชกรมองว่าการเข้าถึงหรือส่งมอบยาโดยเภสัชกรมากขึ้นประชาชนก็จะมีความปลอดภัยมากขึ้นแต่เจ้าของร้านขายยาที่ไม่ใช่เภสัชกรมีมุมมองที่ต่างออกไปโดยเห็นว่าการให้ความรู้กับประชาชนผ่านสื่อต่างๆจะช่วยให้ประชาชนมีความรู้ในการใช้ยา ลดปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น รณรงค์ลดความเชื่อเดิม ๆ ที่ผิดลง เช่น “ความเชื่อที่ว่า อะไร ๆ ก็ต้องกินยาแก้แค้น” และการมีมาตรการควบคุมกับที่ดี เช่น การมีมาตรการตักเตือนและดำเนินการตามลำดับของความหนักเบาของปัญหา

สำหรับมาตรการที่จะช่วยเพิ่มการมีเภสัชกรอยู่ประจำร้านขายยามากขึ้นเจ้าของร้านขายยาที่ไม่ใช่เภสัชกรเห็นว่าควรมีหน่วยงานที่ประสานและติดต่อจัดหาเภสัชกรให้กับร้านต่าง ๆ โดยจัดหา เภสัชกรมาทำงานบางเวลาในกรณีที่เภสัชกรประจำร้านไม่อยู่ ควรเพิ่มการส่งลูกหลานร้านขายยาไปเรียนเภสัชตามโครงการ ผ่อนผันให้เภสัชกรสามารถคุมได้ไม่เกิน 2 แห่ง คือร้านตัวเองและที่อื่นอีก 1 แห่ง และไม่ให้บังคับใช้กฎหมายเคร่งครัดจนเกินไปนัก บางคนมีประเด็นในการลดภาระค่าใช้จ่ายในการจ้างเภสัชกร เช่น “ควรลดค่าจ้าง เงินเดือนของเภสัชกรร้านขายยาลงบ้าง” และเห็นว่า “ควรให้ร้านขายยาต่าง ๆ สามารถรับนักศึกษาเภสัชกรฝึกงานได้” เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการจ้างเภสัชกร ในขณะที่บางร้านที่จ้างเภสัชกรเต็มเวลาแล้วมีความเห็นว่า ควรเพิ่มมาตรการลงโทษ เช่น ระบุว่า “หากร้านขายยาที่ไม่สามารถจัดให้มีเภสัชกรได้ ให้ปิดกิจการไป” หรือ “การบังคับตามมาตรฐาน GPP ใหม่”

5.1.5 อุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

จากประวัติศาสตร์ของเภสัชกรรมจะเห็นว่าการแขวนป้ายของเภสัชกรเป็นปัญหาที่สะสมมานาน เริ่มมีมาตั้งแต่ พ.ศ. 2493 ที่มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.ควบคุมการขายยากำหนดให้ร้านขายยาต้องมีเภสัชกรควบคุมแต่รัฐบาลยอมผ่อนผันให้ร้านขายยาจำหน่ายยาได้โดยไม่ต้องมีเภสัชกรดูแลรับผิดชอบตลอดเวลาเนื่องจากขณะนั้นมีเภสัชกรน้อยมาก จนถึงปัจจุบันการแขวนป้ายของเภสัชกรก็

ยังพบปัญหาอยู่ในหลายพื้นที่ พัทธาก็เช่นกันโดยอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยา ได้แก่

5.1.5.1 จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อยไม่เพียงพอในการตรวจร้านให้ได้ตามมาตรฐานที่ถูกต้อง

5.1.5.2 งานตรวจสอบกำกับร้านขายยาเป็นงานที่กีดกันไม่ค่อยมีคนอยากทำ ต้องเผชิญกับแรงกดดันจากผู้ประกอบการทั้งที่เป็นและไม่ใช่เภสัชกร ต้องเจอคำต่อว่า การข่มขู่ จนเจ้าหน้าที่มีความท้อ และไม่อยากทำหน้าที่นี้

5.1.5.3 บริบทของร้านขายยาในเมืองพัทยาที่มักจะเปิดให้บริการในเวลากลางคืน ร้านขายยาที่ขอเปิดมักจะขอเปิดกลางคืนซึ่งเป็นเวลานานเวลาราชการ ทำให้เจ้าหน้าที่ไปตรวจได้ไม่เต็มที่ ตารางออกตรวจของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะเป็นเวลากลางวันในเวลาราชการ

5.1.5.4 ขั้นตอนในการดำเนินการปฏิบัติตามกฎหมายค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อน การทำคดี ก็ต้องอาศัย สสจ. เป็นคนทำ เพราะจะมีความชำนาญในการเก็บหลักฐานมากกว่า

5.1.5.5 การไม่ได้รับความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีข้อร้องเรียนของเจ้าของร้านขายยาบางคนกลายเป็นอุปสรรคของการแก้ปัญหา เช่น ผู้ประกอบการร้านขายยาบางร้านมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการตรวจร้านที่ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานได้ไม่เต็มที่

5.1.5.6 บทลงโทษการแขวนป้ายของเภสัชกรเบาไป ปรับเพียง 1,000 - 5,000 บาท

5.1.5.7 การเลียงโทษทางจรรยาบรรณโดยเภสัชกรย้ายที่ทำงานทำร้านใหม่ เพราะการที่จะส่งเรื่องปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรให้สภาเภสัชกรรมนั้น ต้องเป็นการตรวจพบความผิดครบ 3 ครั้ง ใน 1 รอบปีปฏิทินต่อร้าน ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นยาก เพราะความเป็นจริงในทางปฏิบัติเมื่อเภสัชกรที่แขวนป้ายถูกตรวจพบความผิด และตักเตือนหรือปรับครั้งแรก หรือครั้งที่ 2 แล้ว ก็มักจะย้ายไปปฏิบัติหน้าที่ที่ร้านอื่น ทำให้หากพบการแขวนป้ายอีก ก็จะเป็นความผิดใหม่ ครั้งที่ 1 ของร้านใหม่ ทำให้ไม่สามารถเอาผิดเภสัชกรถึงขั้นพักใช้ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม กรณีพบการแขวนป้ายเกิน 3 ครั้งต่อปีต่อร้านได้

5.1.5.8 ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรถูกมองว่าไม่เป็นปัญหาสำคัญในลำดับต้น ๆ ในพื้นที่เมืองพัทยา ปัญหาที่ให้ความสำคัญในระดับต้น คือ การขายยาปลอม การขายวัตถุออกฤทธิ์

5.1.5.9 การตรวจร้านขายยามีความหมายเป็นเพียงพิธีกรรม หลายร้านอาจมีการเตรียมเอกสารรองรับการตรวจที่ไม่ตรงกับความจริง ทำให้การตรวจแต่ละครั้งอาจจะได้อะไรที่ปลอม ซึ่งในการตรวจเจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถตรวจสอบได้ครบถ้วน การตรวจร้านขายยาจึงมีความหมายเป็นเพียงสิ่งที่ต้องดำเนินการให้ตามมาตรฐานของงาน

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการแขวนป้ายในเมืองพัทยา คือ 1) จำนวนเภสัชกรที่มีในเมืองพัทยาน้อยกว่าจำนวนร้านขายยาที่ต้องการเปิดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล จันธรรมาพิทักษ์ (2553) ที่พบว่าอุปสรรคของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีนั้น ปัญหาอันดับแรกคือเภสัชกรชุมชนค่อนข้างขาดแคลนอย่างมาก เนื่องจากอัตราการขยายตัวของร้านขายยาในปัจจุบันสูงมากจึงมีปัญหาในการจัดหาเภสัชกรมาประจำที่ร้านขายยา 2) เจ้าหน้าที่ไม่เข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัษฎางค์ พลนอกและกิตติศักดิ์ อ่อนปาน (2553)

ที่พบว่าสาเหตุของการแขวนป้ายของเภสัชกรคือเภสัชกรรู้สึกว่าการกำหนดหน้าที่ไม่ชัดเจนในการบังคับใช้กฎหมายจึงไม่ตื่นตัวในการไปปฏิบัติงานที่ร้านขายยา และ 3) ผลตอบแทนของค่าใบประกอบวิชาชีพค่อนข้างสูงเป็นแรงจูงใจในการแขวนป้าย ซึ่งปัจจัยที่สำคัญนี้สำหรับเมืองพัทยาที่ดึงดูดเภสัชกรให้มาแขวนป้ายเป็นปัจจัยที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ

การแขวนป้ายของเภสัชกรในเขตเมืองพัทยายังไม่ใช่ปัญหาที่หน่วยงานรัฐให้ความสำคัญในลำดับต้น ๆ เมื่อเทียบกับปัญหาการขายยาปลอม การดำเนินคดีเภสัชกรแขวนป้ายมักจะถูกพ่วงไปกับปัญหาอื่น ๆ ในร้านยาเท่านั้นสอดคล้องกับกรณีข่าวการตรวจจับร้านยาที่ขายยาปลอมในปี 2559 สืบเนื่องจากสำนักงานพิทักษ์เขตแดนแห่งออสเตรเลีย (Australian Border Force: ABF) ได้ขอความร่วมมือให้ทางการไทยช่วยตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับพัสดุไปรษณีย์จำนวนมากที่ถูกส่งจากไทยไปยังออสเตรเลียพบมีการซุกซ่อนวัตถุต้องสงสัยว่าเป็นสารเพิ่มสมรรถภาพและภาพลักษณ์ของร่างกาย (Performance and Image Enhancing Drugs-PIED) เจ้าหน้าที่รัฐไทยหลายหน่วยงานจึงดำเนินการนำหมายค้นตรวจสอบร้านขายยาจำนวน 7 แห่ง ซึ่งจากการตรวจค้นพบความผิดมีการขายยาที่ได้ยกเลิกทะเบียนตำรับยาแล้ว ขายยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา ขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2 ขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 4 โดยไม่ได้รับอนุญาต ขายวัตถุยาเสพติดให้โทษประเภท 3 โดยไม่ได้รับอนุญาต รวมทั้งผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ตามเวลาทำการ และผู้ขายไม่จัดทำบัญชียา โดยความผิดกรณีเภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติงานมีโทษเบาที่สุด (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559)

การดำเนินการเมื่อพบการกระทำผิดมีการบังคับใช้กฎหมายด้านยาบังคับเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติยาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพการใช้กระบวนการบังคับใช้กฎหมายของสุริ เสงจิตตระกูล (2556) และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุปราณี นิยมเดชา และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2553) ที่ระบุวิธีการจัดการปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรที่ใช้โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภาคใต้มี 3 วิธี คือ 1) มาตรการป้องกัน 2) มาตรการป้องปรามหรือการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยา 3) มาตรการปราบปรามหรือการดำเนินการเมื่อพบการกระทำผิด แต่ความเข้มงวดจะแตกต่างกัน ดังนี้ 1) มาตรการป้องกัน สสจ.ภาคใต้มีการกำหนดเงื่อนไขในการขอเปิดร้านขายยาแห่งใหม่เพิ่มเติมจากที่กฎหมายกำหนดในประเด็นคุณสมบัติของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้รับใบอนุญาต และเวลาปฏิบัติการ เช่น เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่จะเปิดร้านขายยา เวลาปฏิบัติการเป็นเวลาเดียวกันกับเวลาที่เปิดร้านขายยา และผู้รับใบอนุญาตต้องไปตรวจสอบประวัติอาชญากรรมที่สถานีตำรวจ แต่สำหรับเมืองพัทยานั้นไม่ได้กำหนดประเด็นคุณสมบัติเหล่านี้ และมีคนกลุ่มหนึ่งแสดงความคิดเห็นไม่เห็นด้วยกับเงื่อนไขดังกล่าวเพราะมองว่าสามารถเลี่ยงได้เป็นเพียงฉากที่ทำให้เหมือนเข้มงวดเท่านั้น 2) มาตรการป้องปรามหรือการตรวจเฝ้าระวังร้านขายยานั้นเมืองพัทยานั้นมีความถี่การสุ่มตรวจน้อยกว่าทางภาคใต้ และ 3) มาตรการการดำเนินการเมื่อพบการกระทำผิดพบว่าเข้มงวดเหมือนกันคือเจ้าหน้าที่รัฐเมืองพัทยานั้นบันทึกเตือนความผิดในครั้งที่ 1 หากพบความผิดอีกจะดำเนินการเปรียบเทียบปรับ และหากพบความผิดครั้งที่ 3 จะส่งเรื่องให้สสจ. และสสจ.สามารถพิจารณาส่งเรื่องให้สภาเภสัชกรรมสอบสวนและลงโทษพักใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรผู้นั้นได้

ข้อเสนอที่ให้หน่วยงานกลางจัดหาเภสัชกรให้กับร้านขายยาเพื่อเปิดโอกาสให้เภสัชกรและร้านขายยาสามารถแจ้งความต้องการได้ เช่น เภสัชกรต้องการทำงานร้านขายยาประจำหรือบางเวลาหรือ

ร้านขายยาต้องการเภสัชกรเพื่อการใด เหมือนบริษัทจัดหางานเพื่อช่วยเชื่อมต่อระหว่างผู้ประกอบการร้านขายยาและเภสัชกร ลดปัญหาขาดแคลนเภสัชกรในเมืองพัทยา

ข้อเสนอที่ว่าควรมีการปรับแนวปฏิบัติให้สามารถรองรับให้มีเภสัชกรบางเวลา (Parttime) ได้โดยให้มีชื่อและมีรูปของเภสัชกรบางเวลาให้สามารถปฏิบัติงานแทนเภสัชกรประจำได้ซึ่งในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ก่อนหน้าอยู่แล้ว โดยใช้แบบแจ้งการเข้าปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (แบบจก. 1) แต่อาจจะไม่เป็นที่รับทราบทั่วไป ข้อเสนอนี้สอดคล้องกับข้อเรียกร้องที่มีก่อนหน้านี้ โดยเฉพาะเป็นสิ่งที่ร้านขายยาของคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยต่างๆ ดำเนินการอยู่ ซึ่งตรงกับผลการวิจัย ที่มีข้อเสนอที่ต้องการให้กำหนดว่า ร้านขายยาหนึ่ง ๆ สามารถมีเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการได้มากกว่า 1 คน (ปรุฬห์ รุจนาณรงค์, 2554)

อุปสรรคของการดำเนินงานกำกับร้านขายยาที่ภาครัฐให้ความสำคัญคือจำนวนกำลังเจ้าหน้าที่น้อย และภาระในการตรวจ และสิ่งสำคัญที่พบในการวิจัยครั้งนี้ คือ งานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นงานที่ไม่ค่อยมีคนอยากทำ เพราะต้องเผชิญกับแรงกดดันจากผู้ประกอบการที่อาจใส่ก๊วน ปัญหาที่น่าไปสู่มาตรการที่จะปรับใหม่ในปีหน้า คือ การจ้างให้หน่วยงานเอกชนทำหน้าที่ตรวจกำกับร้านขายยาแทนเจ้าหน้าที่รัฐ โดยค่าใช้จ่ายในการจ้างเหล่านี้ จะให้ร้านขายยาเป็นผู้เสีย เช่น ค่าตรวจร้านแต่ละครั้งให้เก็บ 2,000 บาท ต่อการตรวจร้านแต่ละครั้ง และถ้าไม่ผ่านก็ต้องตรวจซ้ำและเสียค่าตรวจอีก 2,000 บาท ซึ่งเป็นการผลักภาระให้กับร้านขายยา ผู้วิจัยไม่แน่ใจจะเป็นมาตรการที่ได้รับความร่วมมือในทางปฏิบัติหรือไม่

5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย มีดังนี้

5.3.1 กลไกการควบคุมกำกับร้านขายยาควรปรับรูปแบบจากที่มีผู้ตรวจร้านขายยาที่อ่อนอาวุโสไปสู่รูปแบบใหม่ เช่น จัดให้มีเจ้าหน้าที่รัฐที่มีความอาวุโสมีประสบการณ์ในการทำงานในพื้นที่เป็นหลัก ควรอาศัยความร่วมมือจากผู้ประกอบการในหลายรูปแบบ เช่น กรรมการร่วมตรวจร้านขายยามาจากตัวแทนชมรมร้านขายยาที่สลับกันเข้ามาทำงานเพื่อจูงใจให้ร้านขายยาต่าง ๆ ปฏิบัติตามกฎหมายแบบมีส่วนร่วม

5.3.2 ควรมีกลไกที่จะทำให้การทำให้งานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับพื้นที่มีความน่าสนใจ ทำลายทำให้คนอยากเข้ามาทำ เช่น การเพิ่มค่าตอบแทน การกำหนดคุณสมบัติ ประสบการณ์ในการทำงาน การไม่มีธุรกิจร้านขายยาที่อาจเป็นผลประโยชน์ทับซ้อน

5.3.3 ควรมีเวทีเกี่ยวกับปัญหาร้านขายยาเพื่อยกระดับความสำคัญให้มากขึ้น เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อปัญหาเพราะจากการศึกษาพบว่ามีความเห็นหรือมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจอาจมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาได้ดังนั้นก็ควรจะนำความเห็นของผู้ประกอบการเข้ามาพิจารณาในการบังคับใช้

แต่ข้อเสนอแนะดังกล่าวนี้สวนทางกับนโยบายที่กำลังจะทำในตอนนี้เป็นคือการจัดให้เอกชนเป็นผู้มาตรวจสอบ ซึ่งผู้วิจัยมองว่าในอนาคตอาจจะเกิดความขัดแย้งที่มากขึ้นและก่อให้เกิดการทุจริตได้ง่าย ดังนั้นเมื่อจำเป็นต้องปรับวิธีแก้ไขข้อเสนอแนะนี้อาจจะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่นำมาแก้ไขได้

5.4 ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่น้อยดังนั้นหากสามารถทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้นขยายพื้นที่ออกไปน่าจะได้ผลการศึกษาที่มีความน่าสนใจมากขึ้น โดยปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกรร้านขายยาน่าจะมีลักษณะปัญหาาร่วมกันของหลายพื้นที่

5.4.1 เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษากับผู้ที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่รัฐเท่านั้น การวิจัยครั้งต่อไปหากสามารถทำการศึกษากับกลุ่มผู้บริโภคยาหรือผู้ที่มาซื้อยาร่วมด้วย อาจจะได้ประเด็นเรื่องความสำคัญของการมีเภสัชกรประจำร้านขายยาชัดเจนและการคุ้มครองความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้น

5.4.2 หากสามารถเพิ่มเทคนิคการเก็บข้อมูลที่หลากหลายขึ้น เช่น การจัดสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกขึ้นและสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาจะทำให้การศึกษามีความน่าสนใจมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

- กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. “สภาเภสัชกรรมจับมือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเข้มงวดการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการของเภสัชกร”, *จดหมายข่าวสภาเภสัชกรรม*. 14(1): 3-4; มกราคม, 2553.
- กระทรวงสาธารณสุข. *หลักวิธีปฏิบัติที่ดีทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice: GPP) เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2557.
- ข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2546. *ราชกิจจานุเบกษาฉบับพิเศษ*. เล่ม 120 ตอนที่ 126 ง. หน้า 68-70, 2546.
- ปรุพห์ รุจนธำรงค์. (2554). “เภสัชกรประจำร้านขายยาแผนปัจจุบันประเภท ขย.1”, *ร้านขายยาแผนปัจจุบัน*. <http://rparun.blogspot.com/2011/05/1.html>. 3 กุมภาพันธ์, 2560.
- ชนะชัย ภูแสงสี. (2554). “โครงการผู้บริโภคลดภัยเภสัชกรไทยไม่แฉวนป้าย”, *โครงการผู้บริโภคลดภัยเภสัชกรไทยไม่แฉวนป้ายออนไลน์*. <http://www.pharmacafe.com/board/viewtopic.php?f=1&t=29703&start=90>. 2 มกราคม, 2560.
- ชาย โพธิ์สิตา. *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง, 2550.
- นวลจันทร์ พันธุ์ธำมาตย์และอภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย. *การศึกษาคดีจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556.
- นฤมล จันทรมาพิทักษ์. *ปัญหาและอุปสรรคของผู้ประกอบการร้านยาแผนปัจจุบันในอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรีในการพัฒนาเป็นร้านยาคุณภาพตามมาตรฐานสภาเภสัชกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553.
- ประกาศคณะกรรมการบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน. “เรื่องกำหนดแนวเขตพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนเมืองพัทยาและพื้นที่เชื่อมโยง” พุทธศักราช 2552. *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 126 ตอนพิเศษ 71 ง. หน้า 37-39, 2552.
- ระเบียบคณะกรรมการยาว่าด้วยการแจ้งเภสัชกรผู้เข้าปฏิบัติหน้าที่แทนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน พุทธศักราช 2549. *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 หน้า 96, 2549.
- สภาเภสัชกรรม. “สรุปประเด็นสำคัญการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมจากเลขาธิการสภาเภสัชกรรม”, ใน *จดหมายข่าวสภาเภสัชกรรม*. 12(1): 15; มกราคม, 2551.
- สภาเภสัชกรรม. “สรุปประเด็นสำคัญการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมจากเลขาธิการสภาเภสัชกรรม”, ใน *จดหมายข่าวสภาเภสัชกรรม*. 14(2): 4; พฤษภาคม, 2553.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สุปราณี นิยมเดชา และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายกับการแขวนป้ายของ
เภสัชกรกรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2556.
- สุรี เสงจิตตระกูล. “ประสิทธิภาพการใช้กระบวนการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติยาต่อ
ผู้ประกอบการร้านขายยาจังหวัดราชบุรี”, วารสารอาหารและยา. 9: 37 – 47; กันยายน
, 2556.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 5) พุทธศักราช 2530. กรุงเทพฯ:
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2530.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานประจำปี 2554. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข,
2554.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. “อย.ลุยร่วมกับ DSI และสสจ.ชลบุรีบุกจับร้านขายยาครั้ง
ใหญ่ย่านพญา”, ใน ข่าว อย.เพื่อสื่อมวลชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2559
- สำนักงานโครงการพัฒนาร้านยา. การสำรวจข้อมูลพื้นฐานร้านขายยาแผนปัจจุบัน สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. ข้อมูลทะเบียนร้านขายยาแผนปัจจุบันประจำปี 2561, 2561.
ศิลปพร ศรีจันทเพชร. “การวิจัยเชิงคุณภาพ”, วารสารวิชาชีพบัญชี. 13(37): 92 – 103; มกราคม,
2560.
- ไศรดา หวังเมธีกุล. “ย้อนหาอดีตเภสัช 100 ปี”, วารสารเภสัชกรการอุตสาหกรรม. 2(2): 66 – 71;
พฤษภาคม, 2557.
- อัษฎางค์ พลนอก และกิตติศักดิ์ อ่อนปาน. “ปัจจัยที่มีผลต่อการไม่อยู่ปฏิบัติการของเภสัชกรประจำ
ร้านยา กรณีศึกษาจังหวัดหนึ่ง”, ใน การประชุมสมัชชาเภสัชกรไทย 97 ปี.
สภาเภสัชกรรม: กระทรวงสาธารณสุข, 2553.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. *The Sage Handbook of Qualitative Research* 3rd ed.
p.191 - 215, 2005.
- Mile MB, Huberman AM. “Qualitative data analysis”, *An expanded sourcebook*
2 nd ed, 1994.
- Yamane. *Finite population*, 1973

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

เรื่อง สถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร: กรณีศึกษาเขตเมืองพัทยา

.....

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในหลักสูตรบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เรื่องสถานการณ์การแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร กรณีศึกษาเขตเมืองพัทยา
 2. ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ผู้ประกอบการและเภสัชกรที่ปฏิบัติงานที่ร้านยา
 3. แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การแขวนป้ายของเภสัชกร ปัญหาและอุปสรรคของการแก้ปัญหาดังกล่าวเพื่อหาข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ท่านได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเพราะเป็นผู้ประกอบการและหรือเภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับการประกอบการร้านยาในเมืองพัทยาและจังหวัดชลบุรี
 4. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและร้านยา
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการและการทำตามมาตรฐาน GPP
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นของการแก้ปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร
- แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อประกอบการวิจัย ต้องการทราบความคิดเห็นของท่านเท่านั้น โดยไม่ต้องลงชื่อเพื่อเก็บเป็นความลับและประโยชน์ในการวิเคราะห์คำตอบ กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริง

.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และร้านยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ท่านมีฐานะเป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ เจ้าของร้านยา ☐ เกษีกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้าน ☐ อื่นๆ.....
3. อายุ ☐ น้อยกว่า 30 ปี ☐ 31 – 40 ปี ☐ 41 – 50 ปี ☐ 51 - 60 ปี
☐ มากกว่า 60 ปี
4. ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ปวช. ปวส.สาขา..... ปริญญาตรี สาขา..... สูงกว่าปริญญาตรี สาขา.....
5. ท่านมีประสบการณ์ขายยา มาแล้วกี่ปี ปี
6. ท่านทำงานขายยาประจำร้านยาโดยเฉลี่ย ☐ ทุกวัน ☐ สัปดาห์ละ....วัน
7. โดยปกติ ท่านทำงานที่ร้านยาเฉลี่ย วันละ.....ชั่วโมง
8. ประเภทร้านขายยาท่าน ☐ ขย.1 ☐ ขย.2
9. ร้านยาของท่านมีสาขาหรือไม่ ☐ ไม่มีสาขา ☐ มีจำนวน.....สาขา
10. ร้านของท่านขายปลีกหรือขายส่ง ☐ ขายปลีก ☐ ขายส่ง
11. ร้านขายยาของท่านเริ่มเปิดดำเนินการมาเป็นระยะเวลากี่ปีแล้ว.....ปี
12. ร้านท่านส่วนใหญ่ขายยาที่ท่านแนะนำจัดจำหน่ายให้ หรือ ยาเรียกหาจากลูกค้า
☐ ยาที่ท่านจัดจำหน่ายให้ ☐ ยาที่ลูกค้าเรียกหา ☐ 50 / 50
13. สัดส่วนยาที่ลูกค้าเรียกหาคิดเป็นในสัดส่วนเท่าไรของจำนวนครั้งที่ขาย..... %
14. ลูกค้าของท่านส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่หรือนักท่องเที่ยว
☐ คนในพื้นที่ ☐ นักท่องเที่ยว ☐ 50 / 50
15. รายได้จากการขายให้นักท่องเที่ยวคิดเป็นในสัดส่วนเท่าไร %.
16. ร้านขายยาของท่านเปิดทำการตั้งแต่เวลา ถึงเวลา
17. ร้านยาของท่านทำตามมาตรฐานร้านยาใหม่ (GPP) หรือยัง
☐ ทำแล้ว ตั้งแต่เปิดร้าน ☐ กำลังทำตามบางอย่าง ☐ ยังไม่ทำตามเลย
18. ร้านของท่านจ้างเภสักรเพิ่มให้ทำงานนอกจากเจ้าของร้านหรือไม่
☐ ไม่จ้าง (ไม่ต้องตอบข้อ19) ☐ จ้าง
19. หากจ้างเภสักรเพิ่ม จ้างในรูปแบบใด
☐ full time ☐ part time
20. อัตราค่าจ้างเภสักรของร้านท่านทั้งหมด ประมาณเดือนละกี่บาท บาท
21. เวลาทำการตามที่ระบุของเภสักรผู้ปฏิบัติงานที่ร้าน คือ เวลา.....
22. เภสักรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการทำงานในพื้นที่ห่างจากร้านกี่กิโลเมตร.....กม.

23. ปกติร้านของท่านมีเภสัชกรทำงานประจำร้าน บ่อยเพียงใด (โดยประมาณ)

☐ ทุกวัน ☐ สัปดาห์ละ....วัน ☐ เดือนละ.....วัน

24. ปกติร้านของท่านมีเภสัชกรทำงานประจำร้าน วันละกี่ชั่วโมง วันละ.....ชั่วโมง

25. ปกติร้านของท่านมีเภสัชกรทำงานประจำร้าน ตั้งแต่เวลา.....

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของท่านต่อการมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการ และการทำตามมาตรฐาน GPP

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประเด็นการมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการและ การทำตามมาตรฐาน GPP	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ
1. การมีเภสัชกรช่วยให้การจ่ายยามีความเหมาะสมมากขึ้น			
2. การมีเภสัชกรประจำร้านช่วยคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยมากขึ้น			
3. การมีเภสัชกรประจำร้านช่วยลดปัญหาการขายยาปลอม			
4. การมีเภสัชกรช่วยลดปัญหาการขายยาที่ไม่ได้รับอนุญาต			
5. การตรวจร้านที่ผ่านมาช่วยเร่งรัดให้มีเภสัชกรมาประจำร้านยา			
6. มาตรฐานร้านยาตาม GPP ช่วยเร่งรัดให้มีเภสัชกรประจำร้านยา			
7. มาตรฐานร้านยาตาม GPP ไม่เหมาะกับบริบทของร้านยารายย่อย			
8. มาตรฐานร้านยาตาม GPP มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ			
9. การบังคับให้ตั้งร้านหน้าตู้ยาอันตรายลงเมื่อเภสัชกรไม่อยู่ไม่ค่อย ได้รับความร่วมมือ			
10. การกำหนดให้ทุกร้านต้องตามมาตรฐานร้านยาใหม่(GPP)หลังปี 2565 อาจยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ			

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของท่านต่อการมีเภสัชกรประจำร้านตลอดเวลาทำการ
และการทำตามมาตรฐาน GPP (ต่อ)

ความเห็นต่อมาตรการเฝ้าระวังร้านยาที่เหมาะสม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
11. การตรวจร้านยาแต่ละร้านใช้มาตรฐานเดียวกัน			
12. เจ้าหน้าที่ควรตรวจร้านชำที่ขายยาด้วยให้ขายได้เฉพาะยาสามัญประจำบ้านเท่านั้น			
13. เจ้าหน้าที่ควรกวัดขึ้นร้าน ขย.2 ที่ไม่ต้องมีเภสัชกรให้ขายยาตามกรอบเท่านั้น			
14. ควรผ่อนปรนให้ร้านยาสามารถจัดให้มีเภสัชกรคนอื่นที่ไม่ใช่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการตามป้ายมาประจำร้านได้			
15. ควรผ่อนปรนให้วิชาชีพอื่นทางสุขภาพเช่น พยาบาล สามารถคุมร้านยาได้			
16. หน่วยงานรัฐควรจัดการอบรมพนักงานขายยาประจำร้านเพื่อช่วยลดปัญหาความไม่เหมาะสมจากการขายยา			

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของท่านต่อการแก้ปัญหาเภสัชกรแขวนป้าย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ท่านเห็นว่ามาตรการต่อไปนี้จะช่วยแก้ไขปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายได้หรือไม่	ได้	ไม่ได้	ไม่แน่ใจ
17. จรรยาบรรณของเภสัชกรและการกวัดขึ้นเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพของมหาวิทยาลัย			
18. การณรงค์ให้ผู้บริโภคถามหาเภสัชกรที่ร้านยา			
19. การกำหนดให้เภสัชกรต้องมีทะเบียนบ้านในพื้นที่รัศมีจากร้านไม่เกิน 50 กม.			
20. การกำหนดให้การเดินทางจากที่ทำงานของเภสัชกรมาถึงร้านยาใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที			
21. เจ้าของร้านยาเห็นความสำคัญของการมีเภสัชกรอยู่ประจำร้าน			
22. การมีหน่วยงานกลางในการจัดหาเภสัชกรประจำร้าน			

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของท่านต่อการแก้ปัญหาเภสัชกรแขวนป้าย (ต่อ)

ท่านเห็นว่ามาตรการต่อไปนี้จะช่วยแก้ไขปัญหาเภสัชกรแขวนป้ายได้หรือไม่	ได้	ไม่ได้	ไม่แน่ใจ
23. การมีระเบียบเปิดให้เภสัชกรที่อยู่ร้านบางเวลาไม่จำเป็นต้องเป็นเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำร้าน			
24. การมีโครงการโควตาถูกหลานร้านยาไปเรียนเภสัชได้			
25. ชมรมร้านยามีส่วนช่วยให้ร้านยามีเภสัชกรประจำตลอดเวลาหรือบางช่วงเวลาได้			
26. การเพิ่มโทษปรับเภสัชกรเมื่อตรวจพบว่าแขวนป้ายหรือไม่อยู่ประจำร้าน			
27. การเพิ่มโทษปรับเจ้าของร้านกรณีไม่พบเภสัชกรอยู่ประจำร้าน			
28. มาตรการหลังปี 2565 ร้านยาที่ไม่สามารถจัดให้มีเภสัชกรประจำร้านได้ตามเวลาทำการได้ ให้เข้มงวดโดยปิดกิจการไป			

29. ท่านคิดว่า มาตรการใดบ้าง จะช่วยลดปัญหาความไม่ปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน

30. ท่านคิดว่า มาตรการใดบ้าง จะช่วยเพิ่มการมีเภสัชกรอยู่ประจำร้านยา

31. ท่านคิดว่า มาตรการใดบ้าง จะสามารถช่วยลดปัญหาการแขวนป้ายของเภสัชกร

ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม
นักวิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวเชมณัฐ อัครศิวาพงศ์
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2542-2547 มหาวิทยาลัยขอนแก่น เภสัชศาสตรบัณฑิต สาขาคลินิก
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2547 – 2555 แผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2555 – 2558 แผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2559 – 2560 ร้านยาแคร์แอนด์คลีน จังหวัดภูเก็ต พ.ศ. 2560 – ปัจจุบัน แผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่ง	เภสัชกร
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	แผนกเภสัชกรรม โรงพยาบาลเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี