

โครงการร้านยาพิทักษ์สิทธิ

ขอเชิญชวนสมาชิกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน(ประเทศไทย) เข้าร่วม โครงการร้านยาพิทักษ์สิทธิ

ที่มาและเหตุผล

การบริการในร้านยาที่ดี มีองค์ประกอบหลายอย่าง ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ การมีเภสัชกรอยู่ปฏิบัติหน้าที่ตลอดเวลา การให้ข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน ในชองยา ฉลาก หรือ ภาชนะบรรจุ เพื่อให้ผู้ใช้ยาได้รับข้อมูลในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง มีการระมัดระวังในคำเตือน หรือปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจน สามารถติดต่อกลับในการสอบถาม ขอคำปรึกษาจากเภสัชกรได้ โดยทั้งหมดนี้ ผู้ใช้ยาในฐานะผู้บริโภคควรจะได้รับข้อมูลตามสิทธิอันพึงมี เนื่องจากปัจจุบันผู้บริโภคเริ่มมีความตื่นตัวต่อการเรียกร้องสิทธิของตนเองมากขึ้น ดังนั้นสมาคมเภสัชกรรมชุมชนในฐานะองค์กรหลักของวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชนจึงเห็นสมควรรณรงค์ ให้ร้านยาปฏิบัติในการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคเพื่อ สร้างค่านิยมต่อการเคารพสิทธิต่อผู้บริโภค เป็นการให้ผู้บริโภครับรู้และเห็นคุณค่าต่อบทบาทและหน้าที่ของเภสัชกรรมชุมชน ในขณะเดียวกัน ร้านยาที่ปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าวได้ดี เห็นควรที่จะได้รับผลตอบแทนเป็นรางวัล คำชื่นชม จากสมาคมฯและองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค ตลอดจนการประกาศให้ สังคมรับทราบต่อไป เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ แก่ผู้ที่ทำหน้าที่ได้ดีและกระตุ้นให้ร้านยาในวงกว้างตื่นตัวและเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ โดยเคารพสิทธิของผู้บริโภคให้มากขึ้น

วัตถุประสงค์ของโครงการ

- เพื่อส่งเสริม ร้านยาเภสัชกรรมชุมชน ให้ทำหน้าที่อย่างเหมาะสมต่อการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค
- เพื่อให้ประชาชนตื่นตัวในการรักษาสิทธิของตน และเห็นคุณค่าของร้านยาที่ทำหน้าที่ในการรักษาสิทธิของผู้บริโภค
- ให้รางวัลแก่ ร้านยาเภสัชกรรมชุมชนที่สามารถทำหน้าที่ได้ดีในการรักษาสิทธิผู้บริโภค เป็นการสร้างกำลังใจและแรงจูงใจในการรักษามาตรฐานวิชาชีพ และ สนับสนุนร้านยาที่มีความพร้อมพัฒนาให้เป็นร้านยาคุณภาพ

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ

- ร้านยามีความตระหนักต่อการทำหน้าที่ในการรักษาสิทธิของผู้บริโภคมากขึ้น
- ผู้บริโภคตื่นตัว และเห็นความสำคัญต่อการทำหน้าที่ ของร้านยา และสามารถเลือกใช้บริการกับร้านที่ให้ความสำคัญต่อการรักษาสิทธิผู้บริโภค
- ประชาชนมีความปลอดภัยมากขึ้น ลดการสูญเสีย จากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง
- ได้ทราบร้านที่มีความพร้อมที่จะพัฒนาให้เป็นร้านยาคุณภาพ

การสมัครเข้าโครงการ

ผู้สนใจสามารถรอบสมัครและตอบแบบสอบถาม และส่งกลับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน(ประเทศไทย) เพื่อให้กรรมการพิจารณาโดยไม่จำเป็นต้องไปตรวจที่ร้านเนื่องจากเป็นระบบการให้เกียรติผู้ประเมินตนเอง(Honor system) ทางร้านสามารถส่งหลักฐานที่แสดงถึงการพิทักษ์ เช่น รูปถ่ายร้าน ที่มีการแสดงรูปเภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่, ชองหรือสลากรยาของร้าน เป็นต้น (ดูรูปตัวอย่างประกอบ) เพื่อประกอบการพิจารณา

เงื่อนไขผู้เข้าร่วมโครงการ

ร้านยาที่สามารถให้ข้อมูลในการพิทักษ์ผู้บริโภค ตามรายละเอียดในใบสมัคร

ระยะเวลาการเปิดรับสมัคร ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2554 ถึง มีนาคม 2555

สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ

- ✓ ได้รับเกียรติบัตรร้านยาพิทักษ์สิทธิ์จากสมาคมเภสัชกรรมชุมชน
- ✓ ได้รับสื่อประชาสัมพันธ์การรณรงค์พิทักษ์สิทธิ์ผู้บริโภคของร้านยา เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ บ้าย เป็นต้น
- ✓ ได้เผยแพร่ชื่อร้านที่ได้ผ่านรับการรับรองในสื่อขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภคต่างๆ
- ✓ ร้านที่สนใจพัฒนาเป็นร้านยาคุณภาพจะได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆจากสมาคม

การประกาศรายชื่อร้านที่ได้รับการรับรอง

เมื่อร้าน ได้ผ่านการรับรอง ทางสมาคมจะแจ้งให้ทราบต่อไป (อนึ่งในกรณีมีข้อสงสัยบางประเด็นทางสมาคมขออนุญาต สอบถามจากทางร้านโดยตรง)

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการสามารถติดต่อไปที่สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

โทรศัพท์ 02-7135262-3 Website: www.pharcpa.com email: pharcpa@gmail.com

หรือ ติดต่อที่ ภก.ภิญโญ รุจิณากุล มือถือ 081-670-0738 หรือ email: pinyo40000@gmail.com

ตัวอย่าง การแสดงรูปเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน ของยา



ร้านยาคุณภาพ ดีดีเภสัช	
๑๑ ถนนดีดี เขตพระนคร กรุงเทพฯ โทร. 02-222-2222	
โดย เภสัชกร ดีดี ดีที่สุด ภ.0000	
ชื่อ	
ชื่อยา	
สรรพคุณ	
รับประทานครั้งละ	เมื่อ วันละ ครั้ง
ก่อน / หลังอาหาร (เช้า) (เที่ยง) (เย็น) (ก่อนนอน)	
หรือทุก	ชั่วโมง เวลามีอาการ
วันจ่ายยา	วันหมดอายุ
ข้อควรระวัง / คำแนะนำ.....	
.....	
คำเตือน ยานี้ใช้สำหรับบุคคลที่ระบุชื่อไว้เท่านั้น ห้ามมิให้ผู้อื่นใช้ยานี้	

แบบสอบถามและใบสมัคร โครงการร้านยาพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค

โปรดส่งแบบสอบถามที่สมาคมเภสัชกรรมชุมชน(ประเทศไทย) โทรสาร 02-713-5541 หรืออีเมลล์ pharcpa@gmail.com

ข้อมูลของร้านยาเบื้องต้น

ชื่อร้าน.....ที่อยู่.....

.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

Email address.....

 ประเภทร้านยา ร้านเดี่ยว ร้านขายส่ง ร้านเช่า

จำนวนเภสัชกรประจำร้าน จำนวน.....คน ร้านเปิดดำเนินการมาแล้วเป็นเวลา.....ปี

ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นเจ้าของกิจการ เป็นเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

ข้อมูลที่จำเป็นในส่วนโครงการร้านยาพิทักษ์สิทธิ

- ร้านของท่านมีเภสัชกรประจำและอยู่ปฏิบัติงานตลอดเวลาหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
- กรณีที่เภสัชกรประจำร้านมีภารกิจที่ไม่สามารถอยู่ปฏิบัติงานได้ชั่วคราว ทางร้านได้แสดงป้ายหรือสัญลักษณ์บอกผู้บริโภคให้ทราบว่าเป็นขณะนั้นเภสัชกรไม่อยู่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ปิดร้าน กรณีเภสัชไม่อยู่
- ร้านของท่านได้แสดงรูปถ่ายของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานหน้าให้ผู้บริโภคเห็นอย่างชัดเจนหรือไม่
 มีรูปแสดง ไม่มีรูปแสดง
- ซองยาหรือฉลากยาของร้านได้ระบุชื่อร้าน ที่อยู่ ตลอดจนเบอร์โทรศัพท์ให้ติดต่อกลับได้หรือไม่
 มี ไม่มี
- ในการจ่ายยา ได้มีการระบุชื่อยา วิธีการใช้ และคำเตือน/คำแนะนำที่จำเป็น ทุกครั้งที่จ่ายยาหรือไม่
 ระบุทุกครั้ง ระบุเป็นบางครั้ง ไม่ระบุ
- ท่านยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการร้านยาพิทักษ์สิทธิหรือไม่
 ยินดีเข้าร่วม ไม่ยินดีเข้าร่วม ไม่แน่ใจ
- ❖ หากท่านตอบว่ายินดีเข้าร่วมโครงการ ท่านได้ยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ไปแล้วนั้นเป็นความจริง และขอให้ปฏิบัติในการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภคอย่างสม่ำเสมอ และจริงจัง

หากท่านมีข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อบทบาทของเภสัชกรในการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค โปรดระบุ

.....
.....

*** ขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล ขออวยพรให้กิจการของท่านเจริญรุ่งเรือง ตลอดไป ***

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dHJqZUJlR016TElMlNjEtdlc3BtWHc6MQ>