

การประชุมผ่าน VDO Conference Service Plan RDU ปี 2561

วันที่ 20 กันยายน 2560 เวลา 14.00 – 15.30 น.

ณ ห้องประชุม จปฐ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

โรงพยาบาลส่งเสริม

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

RDU HOSPITAL



PLEASE

Pharmacy
and
therapeutic
committee

คณะกรรมการ
เภสัชกรรม
และการบำบัด

Labeling
And
Leaflet

จัดทำฉลากยา
และข้อมูลยาสู่
ประชาชน

Essential
RDU tools

เครื่องมือ
ที่จำเป็น
เพื่อการใช้ยา
อย่างสมเหตุผล

Awareness

สร้างความ
ตระหนักรู้
ของบุคลากรทาง
การแพทย์
และผู้ป่วย

special
population
Care

การดูแล
ด้านยา
เพื่อความปลอดภัย
ในผู้ป่วย
กลุ่มพิเศษ

Ethics
in
Prescription

ส่งเสริม
จริยธรรม
ในการสั่งใช้ยา



ประเด็นคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข

และผู้ตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ 2561

PP&P Excellence



1 District Health Board



PP&P Excellence
Service Excellence

2 PCC

People Excellence

4 Happy MOPH
(Retention Rate)



Service Excellence

3 TB



Governance
Excellence

5 การเงินการคลัง



PP&P Excellence

6 Green & Clean Hospital

Service Excellence

7 RDU



Service Excellence

10 Herbal City



Service Excellence

8 ECS/EOC

Governance Excellence

11 องค์การคุณภาพ
(HA, SW.สท.ติดดาว, PMQA)



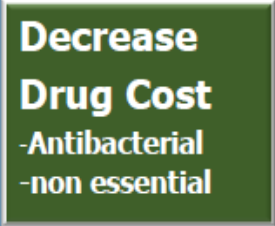
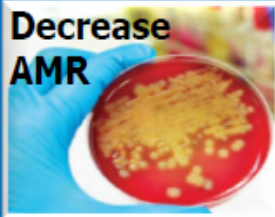
Service Excellence

9 One Day Surgery



12 ประเด็นเพิ่มเติมตาม
บริบทของเขตสุขภาพ

**นโยบาย
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
(Service Plan RDU - AMR)**

นโยบาย	เป้าหมาย	มาตรการ	M & E	Health Outcome
Service Plan RDU-AMR พัฒนาระบบ บริการสุขภาพ ให้มีการใช้ยา สมเหตุผล และ มีการจัดการ เชื้อดื้อยา	RDU1 : Hospital รพ.ใช้ยา อย่าง สมเหตุผล	PTC committee 1. Rational Drug Supply จัดให้ยาที่มีคุณภาพ และปลอดภัย และต้นทุนเหมาะสม 2. Rational Prescribe ให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3. Rational Use ส่งเสริมประชาชนใช้ยาถูกต้อง ปลอดภัย	RDU (รพ.ทุกแห่ง) ร้อยละของ รพ. ที่มีการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล	
	RDU2 : PCU รพ.สต. ใช้ยา ปฏิบัติอย่าง สมเหตุผล			
	AMR : รพ. A,S,M1 มีการจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	AMR committee 1. Policy and management 2. Detect AMR and Lab Alert 3. Fighting Spread of AMR 4. Antimicrobial Stewardship	AMR (รพ. A,S,M1) ร้อยละ ของรพ. ที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	ลดป่วย 

กิจกรรมดำเนินงาน

R D U	RDU ขั้นที่ 3		
	RDU ขั้นที่ 2		RDU1
	RDU ขั้นที่ 1	RDU1	RDU1
A M R	RDU1	RDU1	RDU1
	RDU2	RDU2	RDU2
	AMR	AMR	

RDU1

- พัฒนากลไกและระบบสนับสนุน
RDU- AMR
ลดการใช้ NED
PTC, Ethics, Label, Drug List

RDU2

จำนวน รพ.สต.
ร้อยละ 40
ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD

RDU1

เพิ่ม **Safety**
NSAIDs ใน CKD
Gliben ใน Eldery
ยาใน Pregnancy
- ลด **AMR**
ลด ATB ใน RI AD FTW APL

RDU2

จำนวน
รพ.สต. ร้อยละ 60
ที่ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD

RDU1

- เพิ่ม **Quality**
-Metformin ใน DM
-Inhale Corticosteroid ใน asthma
-Long acting Histamine ในRI เด็ก
- ลด **Adv. Event** จากยา
ไม่ใช่ RAS ช้ำซ้อน
ไม่ใช่ NSAID ช้ำซ้อน
ลดการใช้ BZD ในสูงอายุ

RDU2

จำนวน
รพ.สต.ทุกแห่ง
ที่ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD

AMR

มีระบบการจัดการ **AMR** อย่างบูรณาการ รพ. A,S,M1
ติดตาม 6 กิจกรรม
1. มีโครงสร้างและกลไกการดำเนินงาน
2. มีการติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ
3. มีการติดตามการพบเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
4. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.
5. มีการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
6. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ **AMR** และมีมาตรการ **AMR** ของ รพ.

ขั้นตอนการดำเนินงาน 2560 - 2564

	ปีงบประมาณ				
	60	61	62	63	64
RDU Hosp ชั้นที่	1	2	2	3	3
เป้าหมาย (ร้อยละ)	> 80	> 50	> 80	> 50	> 80

P
L
E
A
S
E

A
M
R

รพ. RDU ชั้นที่ 1

3 process : รพ.

1. มี คกก.ขับเคลื่อน
2. พัฒนาสารสนเทศ
3. มีแผน AMR

5 output : รพ.

4. PTC ระดับ 3
5. ยาหลัก(ED) 75-90%
6. ดัชนีไม่มีประสิทธิภาพ
คงเหลือ ≤ 1 รายการ
7. Label ระดับ 3
8. Ethics ระดับ 3

1 output : รพ.สต.

9. ร้อยละ 40 ของรพ.สต. ใช้
ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โรค RI
& AD

รพ. RDU ชั้นที่ 2

output : รพ.

1. ผ่าน RDU ชั้นที่ 1
2. Infection: RI, AD, FTW, NL
ใช้ ATB ≤ 20, 20, 40, 10 %
3. CKD
ใช้ NSAID ≤ 10%
4. DM สูงอายุ
ใช้ Glibenclamide ≤ 5%
5. Pregnancy
warfarin, statin, Ergots = 0
6. AMR ลดลง

output : รพ.สต.

7. ร้อยละ 60 ของรพ.สต. ใช้ยา
ปฏิชีวนะสมเหตุผล โรค RI & AD

รพ. RDU ชั้นที่ 3

output : รพ.

1. ผ่าน RDU ชั้นที่ 2
2. Hypertension
RAS blockage เข้าซ้อน = 0%
3. DM
Metformin ≥ 80%
4. Asthma
inhaled corticosteroid ≥ 80%
5. NSAID เข้าซ้อน ≤ 5%
6. Pediatrics
nonsedating antihistamine ≤ 20%
7. Geriatrics
long acting benzodiazepine ≤ 5%

output : รพ.สต.

8. ร้อยละ 100 ของรพ.สต. ใช้ยา
ปฏิชีวนะสมเหตุผล โรค RI & AD

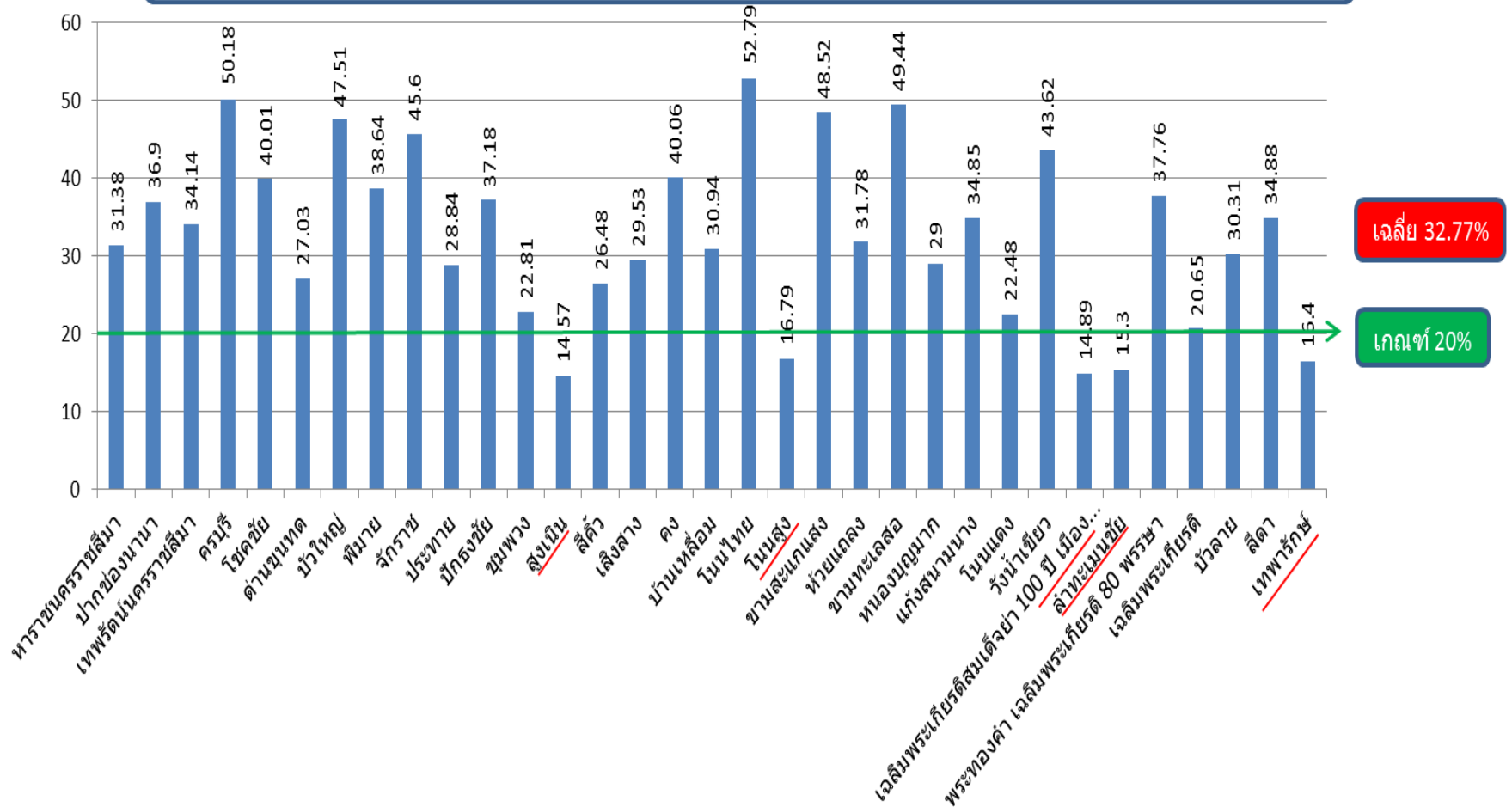
ประเด็น PA

RDU-AMR

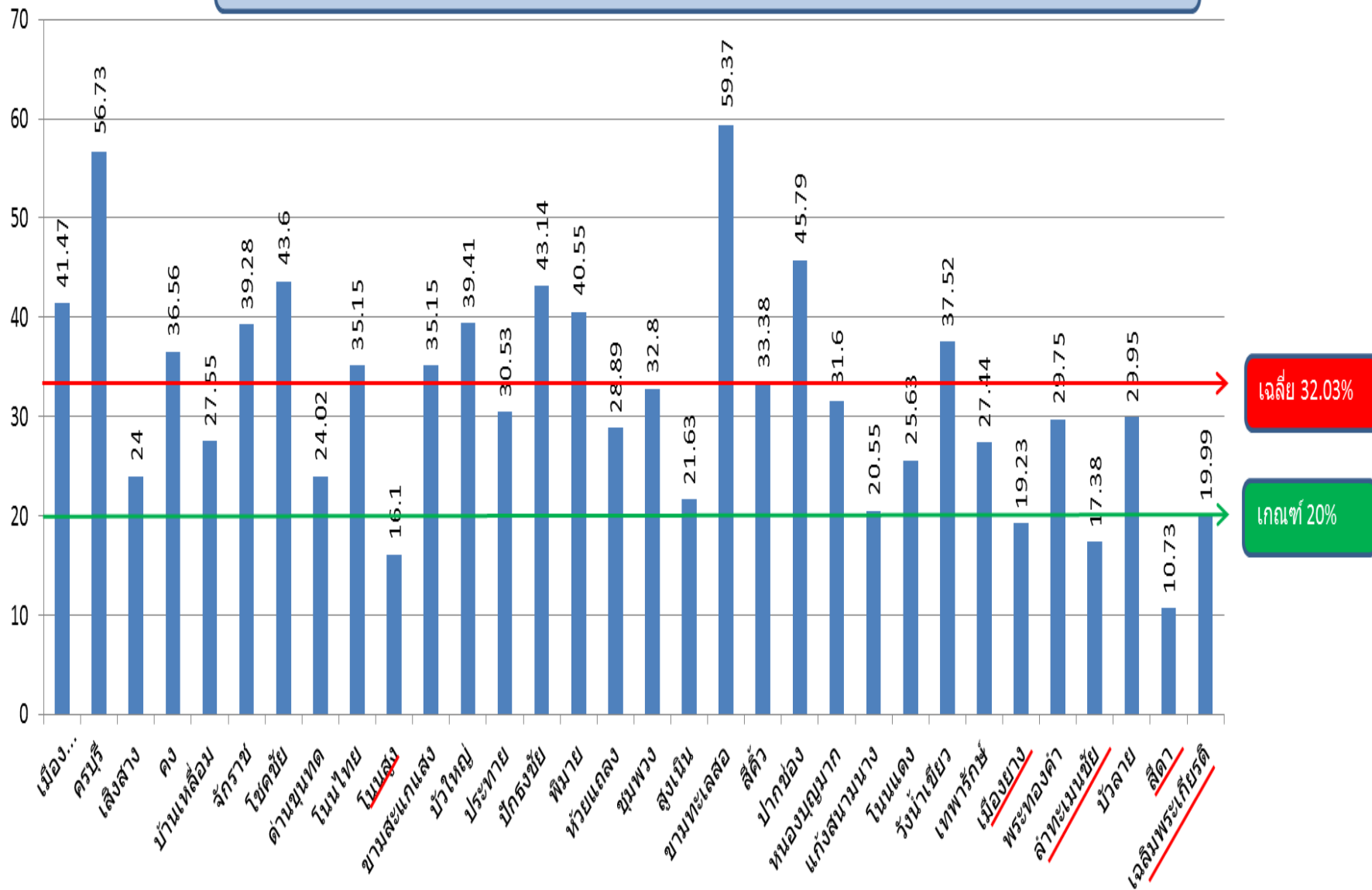
Objective KPI	Objectives: ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและความปลอดภัย และลดค่าใช้จ่ายด้านยา		Objective: ลดป่วยจากเชื้อดื้อยา และลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสม	
	KPI 1. ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)		KPI 2.ร้อยละของ รพ. ที่มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (AMR)	
Situation/ Baseline	ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 41.56 และ RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 0.56 (ณ ไตรมาส 3/2560)		ร้อยละ 91 ของ รพห/รพท..มีแผนการดำเนินงาน AMR ยังไม่มีข้อมูลประเมินการจัดการทั้งระบบ	
Strategy มาตรการ	มาตรการที่ 1 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รพ. (ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559)		มาตรการที่ 2 การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ (ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564)	
Key Activity กิจกรรมหลัก	1. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ PTC 2. ส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ ในศูนย์แ่ PLEASE โดยใช้ RDU markers โรคติดเชื้อ 4 โรค และประชากรกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม คือ CKD ผู้สูงอายุ และ สตรีตั้งครรภ์ 3. พัฒนาระบบสารสนเทศระดับกระทรวง เขต จังหวัด และรพ. 4.ส่งเสริมกิจกรรมการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสมใน รพ.สต.		1. ส่วนกลาง - จัดทำคู่มือ/แนวทางการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ - พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ AMR เรื่อง “ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ใน รพ.” 2. รพ. พัฒนาและดำเนินงานตาม “ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ”	
Small Success	Small success ไตรมาส 1 RDU : ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 60 ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 5	Small success ไตรมาส 2 RDU : ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 70 ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 10 AMR : ส่วนกลางมีแนวทางการจัดการ AMR อย่างบูรณาการของ รพ.	Small success ไตรมาส 3 RDU : ชั้นที่ 1 ≥ ร้อยละ 80 ชั้นที่ 2 ≥ ร้อยละ 15 AMR : ≥ ร้อยละ 40 ของรพ. มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณา	Small success ไตรมาส 4 RDU : ชั้นที่ 1≥ ร้อยละ 80 ชั้นที่ 2 ≥ร้อยละ 20 AMR : ≥ ร้อยละ 70 ของรพ. มีระบบจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ
หน่วยงานหลัก: อย./ สป. (กอง บส.) หน่วยงานร่วม: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค (สถาบันปาราศณราตร และสำนักกระบาดวิทยา) กรมการแพทย์				

ผลงาน HDC ณ 190960

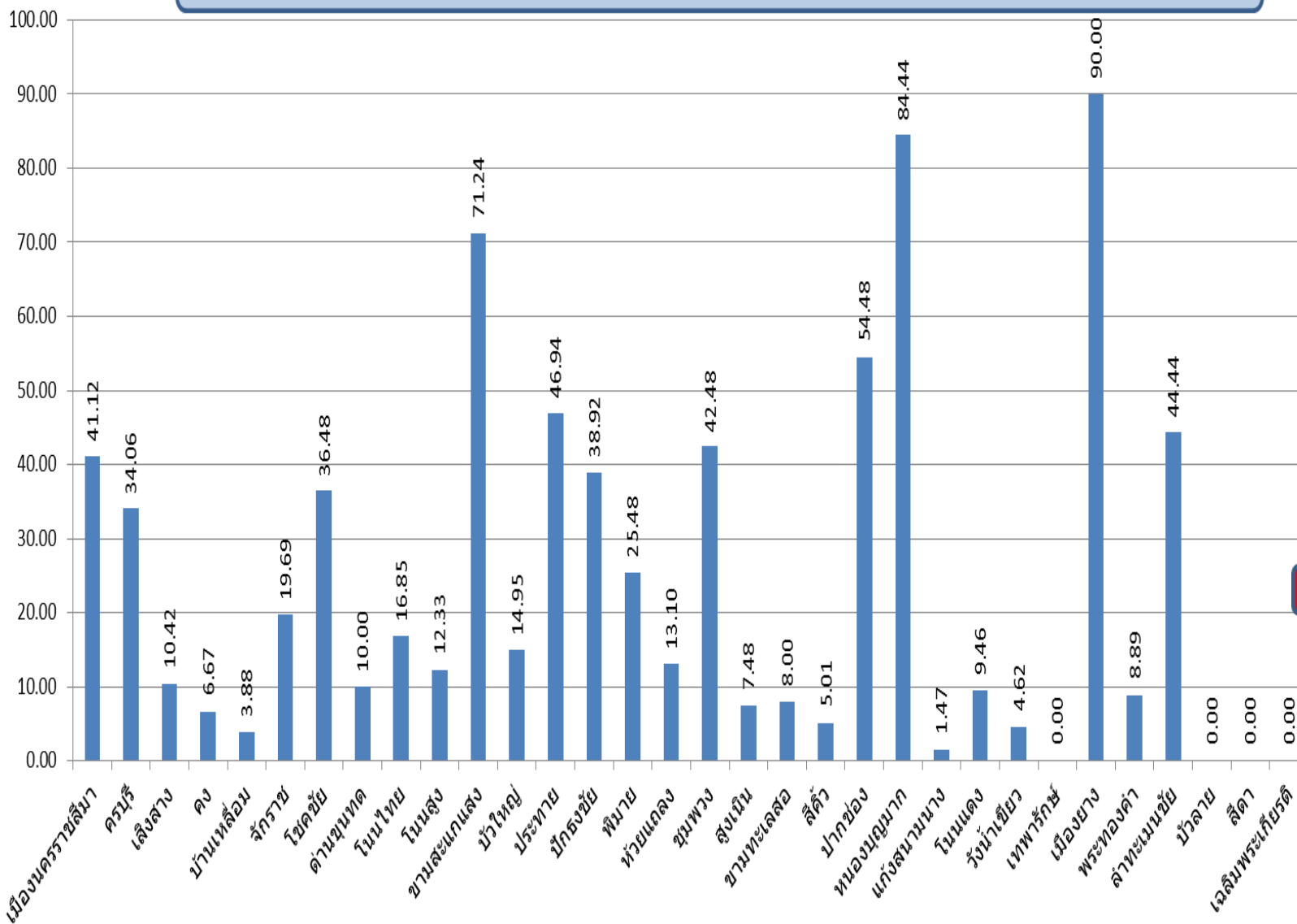
ร้อยละการใช้ยา ATB ในโรค ADของโรงพยาบาล จากรายงาน HDC ณ วันที่ 19 กันยายน 2560



ร้อยละการใช้ยา ATB ในโรค URI ของโรงพยาบาล จากรายงาน HDC ณ วันที่ 19 กันยายน 2560



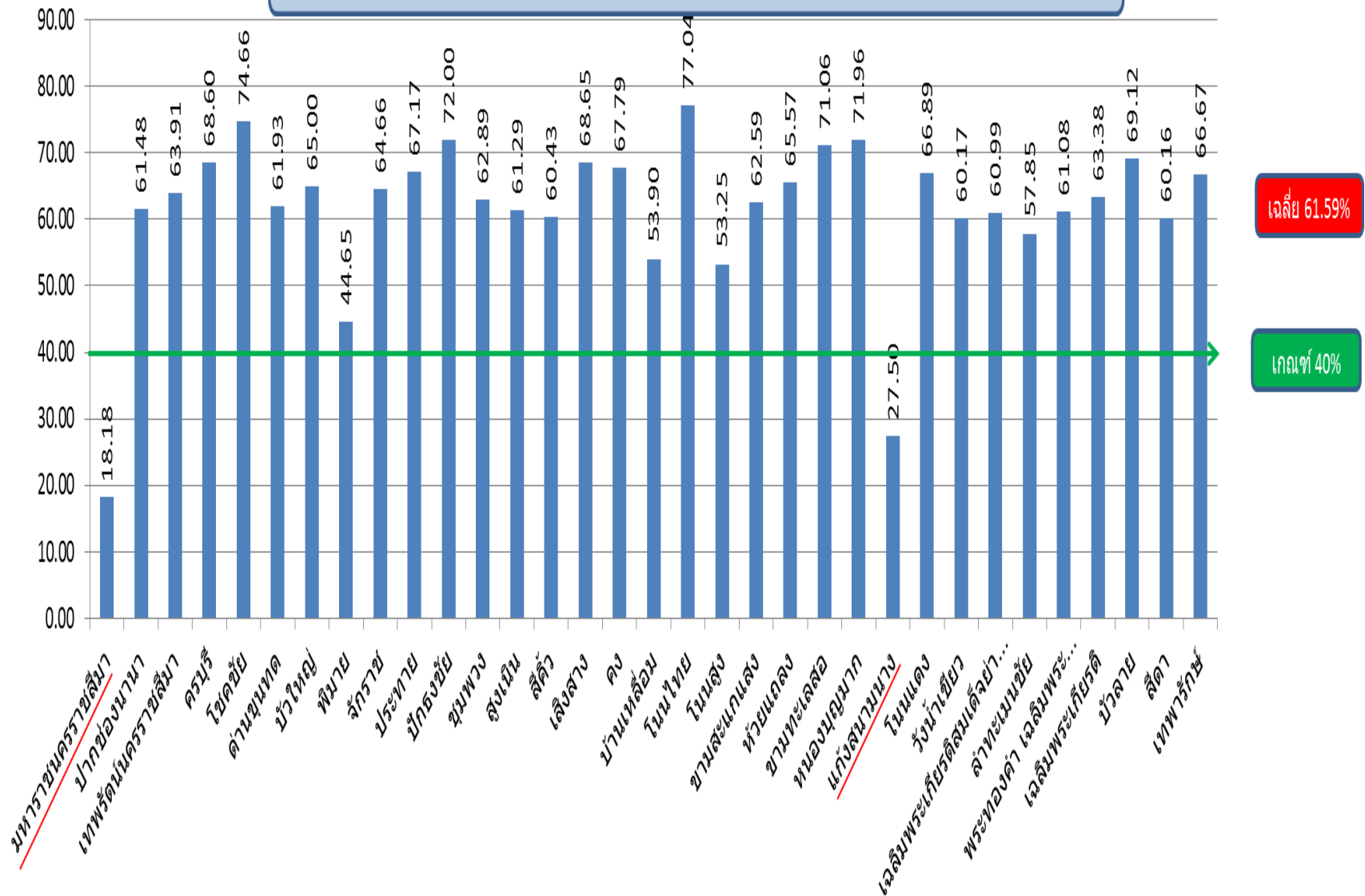
ร้อยละการใช้ยา ATB ในโรค PL ของโรงพยาบาล จากรายงาน HDC ณ วันที่ 19 กันยายน 2560



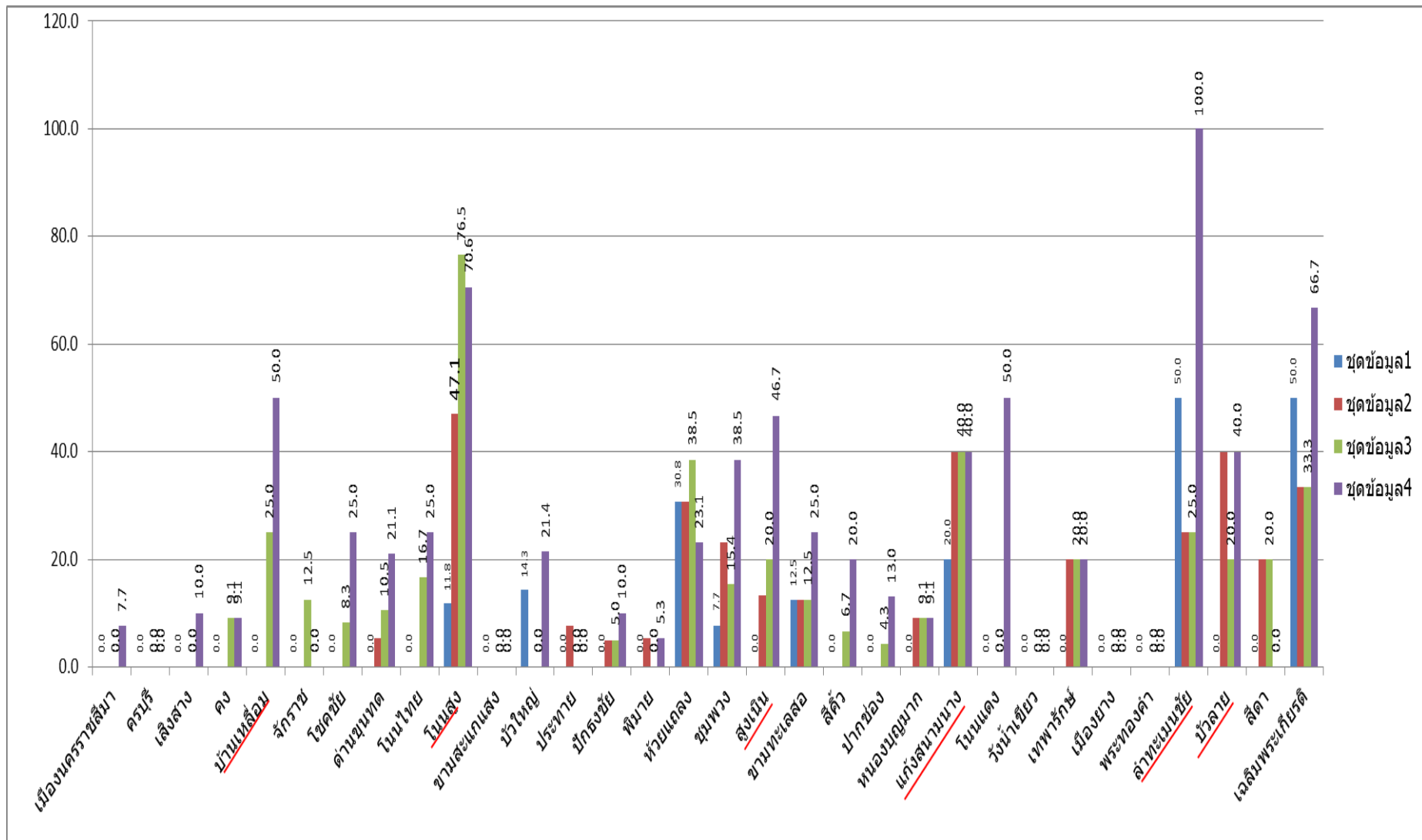
เฉลี่ย 23.84

เกณฑ์ 10%

ร้อยละการใช้ยา ATB ในโรค FTW ของโรงพยาบาล จากรายงาน HDC ณ วันที่ 19 กันยายน 2560



ร้อยละ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยา ATB ในโรค URI และ AD จากรายงาน HDC ณ วันที่ 19 กันยายน 2560



กิจกรรมการดำเนินงาน ปี 2561

1. ประชุมคณะกรรมการ PTC ระดับ CUP ชี้แจงทำความเข้าใจการดำเนินงานปี 61
2. จัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรค URI, AD, FTW, NL
3. การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ที่ควรระวัง (Category X)
4. การใช้ยาพาราโดยคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักตัว 15 MKD และการใช้ยาแก้ปวดซ้ำซ้อน
5. การใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไตระยะที่ 3
6. การใช้ยากลุ่ม Bezodiazepine ในผู้ป่วยสูงอายุ
7. กำกับติดตามให้เกิดการสั่งใช้ยาตามแนวทางดังกล่าวจริงทั้งใน รพ. และ รพ.สต.
8. โรงพยาบาล เทพรัตน์,ปากช่อง จัดกิจกรรมเพื่อควบคุมเชื้อมาตรฐานการกักงาน IC
9. นิเทศติดตามด้าน RDU และควบคุมการเบิก-จ่าย ของ รพ.สต. ในเครือข่าย
10. จัดกิจกรรมสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนการสั่งใช้ยาและสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วย โดยร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ประกอบการ

ตัวชี้วัด RDU จังหวัดนครราชสีมา ปี 2561

ระดับโรงพยาบาล

1. ด้าน RDU1 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process) จำนวน 5 ตัวชี้วัด ตาม RDU ชั้นที่ 1 (5 คะแนน)
2. รายงานอัตราใช้ยาจากรายงานระบบ HDC ผ่านเกณฑ์ในกลุ่มโรคดังนี้ (10 คะแนน)
 - 2.1 โรคติดเชื้อทางเดินใจส่วนบน $\leq 20\%$ (2.5 คะแนน)
 - 2.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq 20\%$ (2.5 คะแนน)
 - 2.3 ผลสัดอุบัติเหตุ $\leq 40\%$ (2.5 คะแนน)
 - 2.4 สตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด $\leq 10\%$ (2.5 คะแนน)
3. การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปไม่เกินร้อยละ 10 (10 คะแนน)

ตัวชี้วัด RDU จังหวัดนครราชสีมา ปี 2561

4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 (10 คะแนน)
5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ (5 คะแนน)
6. การจัดการการดื้อยา (AMR) กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (10 คะแนน) หมายเหตุ ประเมินเฉพาะ รพ. ขนาด A,S,M1
 - 6.1 มีรายงานอัตราเชื้อดื้อยา (7.5 คะแนน)
 - 6.2 อัตราเชื้อยาลดลงร้อยละ 10 เทียบกับปี 2560 (2.5 คะแนน)

2. ด้าน RDU2 (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยา ATB ในกลุ่มอาการ/โรค URI และ AD ทั้ง 2 โรค ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่าย (50 คะแนน) หมายเหตุ ข้อมูลการใช้ยา ATB จากรายงานระบบ HDC

ตัวชี้วัด RDU จังหวัดนครราชสีมา ปี 2561

ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)

1. ด้านผลการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

คิดจากร้อยละคะแนนตามเกณฑ์เภสัชปฐมภูมิจังหวัดปี 60 ทุกหมวดรวมกันโดยกำหนดเงื่อนไข รพ.สต. ต้องได้คะแนนในหมวดงานบริการเภสัชกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของคะแนนเต็มในหมวดนี้

ร้อยละของคะแนน เภสัชกรรมปฐมภูมิทุกหมวด	คะแนน
> 80 %	50
71 -80 %	40
61 – 70 %	30
51 – 60 %	20
< 50 %	10

หมายเหตุ 1. ประเมินครั้งที่ 1 ปี 2561 ใช้ผลคะแนนเภสัชกรรมปฐมภูมิครั้งที่ 2 ปี 2560
2. ประเมินครั้งที่ 2 ปี 2561 ใช้ผลคะแนนเภสัชกรรมปฐมภูมิปีครั้งที่ 1 ปี 2561

ตัวชี้วัด **RDU** จังหวัดนครราชสีมา ปี 2561

2. ด้านการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (RUA) ใน รพ.สต. (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

ทั้งนี้ใช้ข้อมูลการใช้จ่าย ATB จากรายงานระบบ HDC

2.1 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มอาการ/โรค URI ไม่เกิน ร้อยละ 20 (คะแนน 25 คะแนน)

2.2 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มอาการ/โรค AF ไม่เกิน ร้อยละ 20 (คะแนน 25 คะแนน)

Thank you