

สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผล เขตบริการสุขภาพที่ ๘

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐

วันพุธ ที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมทองกวาว ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุม

๑. นายณรงค์ ชาติาเดชนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธาน
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี	
๒. นางสาวกัญจน์ มีประเสริฐ	กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	
โรงพยาบาลสกลนคร	
๓. นางสาวณภัทร สิริศักดิ์	กรรมการ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	
๔. นายมนะโนตร์ นาคะวัจนะ	กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	
๕. นางอัจฉรา นินทรราช	กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกุมภวาปี	
๖. นางผ่องพรรณแมนเมือง	กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบ้านผือ	
๗. นายชวณวารีบุญมา	กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการ	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	
๘. นางเรืองรอง อินธิสิทธิ์	กรรมการ
เภสัชกรปฏิบัติการ	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	
๙. นายพนพล กิตติวรฤทธิ์	กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการ	
โรงพยาบาลสกลนคร	
๑๐. นางสาวระพีพร วงศ์ดาคาหม	กรรมการ
เภสัชกรกรรมการ	
โรงพยาบาลสกลนคร	
๑๑. นางสาวกัญญา นาชัยทศพล	กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร	
๑๒. นายสุเทพ สุวรรณไตร	กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	
โรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร	
๑๓. นางเรืองรอง อินธิสิทธิ์	กรรมการ
เภสัชกรปฏิบัติการ	
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร	
๑๔. นายสุริยา สุวรรณมา	กรรมการ
เภสัชกรปฏิบัติการ	
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม	
๑๕. นายศักดิ์นรินทร์ บุญเกื้อ	กรรมการ
เภสัชกรชำนาญการ	
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม	

๑๖. นางสาวณัฐวดี ธรเสนา	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๗. นางสาวสิริทิพย์ เจริญทอง	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๘. นางสาวอรรพรรณ โพธิ์เสนา	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๑๙. นางสาวกนิษฐา อ่อนประทุม	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย	กรรมการ
๒๐. นางสุพัตรา แข็งกลาง	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย	กรรมการ
๒๑. นางกมลรัตน์ ณ หนองคาย	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย	กรรมการ
๒๒. นางสาววิตรี ทรงศิลป์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย	กรรมการ
๒๓. นางสาวสาวิตรี บุตรเวียงพันธ์	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย	กรรมการ
๒๔. นายทินกร พันเพ็ชร	เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลภูหลวง จังหวัดเลย	กรรมการ
๒๕. นายณัฐปรีชา หมอกมีชัย	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๒๖. นายศิริปรัชญ์ จำปาหอม	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๒๗. นางสาวนันทนา เสี่ยงล้ำ	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลบึงกาฬ	กรรมการ
๒๘. นางสาวพนิดา ไชยอ้วน	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๒๙. นางวรรณิดา เกตะวันดี	สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต ๘	กรรมการ
๓๐. นางณัฐวี รักชัย	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๓๑. นางสาวจิราภรณ์ ผิวดำ	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๓๒. นางสาวณัฐวดี มูลที	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘	กรรมการ
๓๓. นางสาวกัญญรัตน์ ตั้งศิริโชค	เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลนครพนม	กรรมการ

๓๔. นางสาวภัทรชนม์ นนทจิตต์	เภสัชกรปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู	กรรมการ
๓๕. นางวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี	กรรมการ
๓๖. นายดวงสิทธิ์ จันทวี	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ	กรรมการ
๓๗. นายดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี	เลขานุการ
๓๘. นางสาววินัดดา ชูตินารา	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี	ผู้ช่วยเลขานุการ
๓๙. นางสาวขวัญชนก ราชชมภู	เภสัชกรปฏิบัติการ โรงพยาบาลอุดรธานี	ผู้ช่วยเลขานุการ

เริ่มการประชุมเวลา ๐๙.๐๐ น.

วาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

นพ.ณรงค์ ชี้แจงนโยบาย แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ ๒๐ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพสาขาที่กำหนดเพิ่มขึ้นใหม่ สาขาที่ ๑๕ คือสาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use หรือ RDU) เป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการประชุมหารือ เพื่อกำหนดแนวทางการทำงานเป้าหมาย ตัวชี้วัด และการกำกับติดตามผลในการพัฒนาระบบบริการร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเกิดแนวทางในการดำเนินงานในทิศทางเดียวกันทั้งเขตสุขภาพที่ ๘

วาระที่ ๒ เรื่องการรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๙ เอกสารหมายเลข ๓

มติที่ประชุม ๑. แก้ไข หน้า ๑ ตำแหน่ง ลำดับที่ ๑๓ จาก หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สกลนคร เป็น หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.นครพนม

๒. แก้ไขหน้า ๔ บรรทัดที่ ๗ จาก ๕ กลุ่มพิเศษที่กำหนด เป็น ๖กลุ่มพิเศษที่กำหนด

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง (ถ้ามี)

ไม่มี

วาระที่ ๔ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมทราบ

๑. ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ วันศุกร์ที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม VDO Conference สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ ๘ วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ ได้มีมติกำหนดให้ Focal point ในแต่ละสาขาคือเอกสารหมายเลข ๑ (แยกตามสาขา) และเอกสารหมายเลข ๒ (แยกรายจังหวัด) สาขาการพัฒนาระบบการใช้อย่างสมเหตุผล มี Focal point คือ โรงพยาบาลอุดรธานีโดย กำหนดให้

ประธานสาขา	นพ.ณรงค์	ธาดาเดช	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รพ.อุดรธานี
รองประธาน	นพ.สมน	ตั้งสุนทรวิวัฒน์	หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม รพ.อุดรธานี

เลขานุการ ภก.ดำรงเกียรติ ตั้งเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.อุดรธานี

๒. กรอบการดำเนินงานของคณะกรรมการ RDU ระดับเขตบริการสุขภาพที่ ๘ (ตามแนวทางการดำเนินงานเป้าหมายตัวชี้วัดและการกำกับติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลปีงบประมาณ ๒๕๖๐ สำหรับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เอกสารหมายเลข ๓)

๒.๑ กำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับเขต

๒.๒ กำหนดเป้าหมายระดับเขต และพัฒนากลไกขับเคลื่อนมาตรการและเร่งรัดให้หน่วยบริการในเครือข่ายดำเนินการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๒.๓. พัฒนาระบบสารสนเทศการรายงานตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจากข้อมูล ๔๓ แฟ้มของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัด (HDC) หรือเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS)

๒.๔ ขับเคลื่อนและบูรณาการตัวชี้วัดการส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในทุก Service Plan ที่เกี่ยวข้อง

๒.๕ ติดตามและควบคุมกำกับกับการดำเนินงานของหน่วยงานบริการในเครือข่ายทุกระดับ

๓. กรอบการดำเนินงานของคณะกรรมการ RDU ระดับจังหวัด

๓.๑ กำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับจังหวัด

๓.๒ กำหนดเป้าหมาย และจัดทำแผนปฏิบัติการในการขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด

๓.๓ ขับเคลื่อนและบูรณาการตัวชี้วัดการส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในทุก Service Plan ที่เกี่ยวข้อง

๓.๔ ติดตามและควบคุมกำกับกับการดำเนินงานของสถานพยาบาลทุกแห่ง และรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เพื่อประเมินผลการดำเนินงานระดับจังหวัด และรายงานให้กับสำนักงานสาธารณสุข

๓.๕ เฝ้าระวัง กำกับ ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานสถานที่ผลิต กระจาย และจำหน่ายยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๔. กรอบการดำเนินงานของคณะกรรมการ RDU ระดับโรงพยาบาล

๔.๑ กำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๔.๒ ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

๔.๓ พัฒนามาตรการและขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังนี้

๔.๓.๑ ทบทวนบัญชียาของโรงพยาบาลให้มีรายการยาที่ควรมีและไม่ควรมีในบัญชียาของโรงพยาบาลตามคู่มือดำเนินงาน

๔.๓.๒ ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

๔.๓.๓ พัฒนาฉลากยาและฉลากยาเสริม ให้มีชื่อยาภาษาไทย ขนาดยา วิธีใช้

ข้อควรระวัง และข้อบ่งใช้อย่างน้อย ๑๓ กลุ่มยา ตามคู่มือดำเนินงาน

๔.๓.๔ มีการดำเนินการให้เกิดจริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยาและส่งเสริมจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา

๔.๓.๕ ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และในสตรีคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

๔.๓.๖ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อมและโรคข้ออักเสบเกาต์ โรคไตเรื้อรัง โรคหอบหืด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๔.๓.๗ พัฒนาการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มพิเศษที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคตับ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากยา และในผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์หรือยาต้านวัณโรค

๔.๓.๘ สร้างความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๔.๔ ให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ และองค์กรแพทย์จัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ในสถานพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา และการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และให้มีระบบติดตามและรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อต้านจุลชีพ

๔.๕ รายงานผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน ให้สสจ. และสำนักบริหารการสาธารณสุขตามลำดับชั้น

๕. กรอบการดำเนินงานของคณะกรรมการ RDU ระดับ รพ.สต.

๕.๑ จัดทำแผนขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต. และหน่วยปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ

๕.๒ กำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในกลุ่มโรค URI และ Acute Diarrhea

๕.๓ ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการรักษาโรคติดเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรทางการแพทย์

๕.๔ สร้างความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและประชาชน

๕.๕ เฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ และยาลดการอักเสบกลุ่ม NSAIDs และผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตราย เช่น ผลิตภัณฑ์ยาลดน้ำหนักร ยาสมุนไพรผสมยาสเตียรอยด์หรือ NSAIDs ในร้านชำ

๕.๖ รายงานผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน ให้ รพ.แม่ข่าย

๖. การกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ความถี่ : ทุก ๓ เดือน และให้ส่งรายงานหลังสิ้นไตรมาสภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป

หน้าที่ ๖./รูปแบบ....

รูปแบบการกำกับติดตาม :ระดับรพ.สต.ระดับอำเภอ และระดับจังหวัดให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ เช่น ติดตามพร้อมกับการประเมิน คสอ.หรือ CUP หรือจะจัดทีมลงไปประเมินติดตามเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในพื้นที่ที่กำหนดเอง

รูปแบบการกำกับติดตาม: ระดับเขตให้เป็นไปตามรอบการตรวจราชการ ปีละ ๒ ครั้ง

มิติที่ประชุม รับทราบ

๗. ตัวชี้วัดกำหนดให้มี Service Delivery ๒ กิจกรรม โดยมีข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลในเขตฯ

ลำดับ	กิจกรรมบริการ (Service Delivery)	A	S	M๑	M๒	F๒	F๓	รพ.สต
๑	RDU๑ -โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use; RDU hospital)	๒แห่ง	๕แห่ง	๒แห่ง	๑๓ แห่ง	๕๔ แห่ง	๑๓ แห่ง	
	กิจกรรมการจัดการจัดการดื้อยาด้านจุลชีพสำหรับรพ.รพ.ร. RDU-AMR การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพ(Antimicrobial Resistance ; AMR)	๒แห่ง	๕แห่ง	๒แห่ง				
๒	RDU ๒ - การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ (Responsible Use of Antibiotics ; RUA PCU/CMU)							๘๗๔ แห่ง

๘. ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU Hospital)

ขั้นที่ ๑ หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้

RDU ๑ : ประเมิน (Process)	RDU ๒ :
๑. มีการกำหนดนโยบายเป็น RDU Hospital ๒. มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ๓. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU ๒๐ ตัวชี้วัด ๔. มีการติดตามประเมินผล ๕. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M๑ ต้องมีแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	-
RDU ๑ : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU ๒ : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ ๑. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม ๑๓ กลุ่มยา ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง ๒ โรค

ขั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้

RDU ๑ : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU ๒ : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)
โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้ ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนด คลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) ๖. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A,S,M ๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด	รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง ๒ โรค

หน้าที่ ๗./ ขั้นที่๓.....

ขั้นที่ ๓ หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้

RDU ๑ : ประเมินผลดำเนินงาน (Output)	RDU ๒ : ประเมินผลดำเนินงาน(Output)
<p>โรงพยาบาล ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <p>๑. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด</p> <p>๒. การจัดการการดื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ.ระดับ A, S, M๑ ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ ๕๐ จาก Baseline data</p>	<p>รพ.สต. ต้องผ่านเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p>

เป้าหมายการดำเนินการ ภายในระยะเวลา ๕ ปี (ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ดังนี้

ประเด็น	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
RDU	รพ. RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ. ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ ๑ ทุกแห่ง และ ขั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของ รพ. ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ ๑ ทุกแห่ง และ ขั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ. ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ ๒ ทุกแห่ง และ ขั้นที่ ๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของ รพ. ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ ๒ ทุกแห่ง และ ขั้นที่ ๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ. ทั้งหมด
AMR	- รพ. ระดับ A, S และ M๑ มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ในโรงพยาบาล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ ๑๐ จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ ๒๐ จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ ๓๐ จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ จาก Baseline Data

มิติที่ประชุม มีรายละเอียดกำหนดให้เป็นไปตามมติดังนี้

๑. ตาม RDU ๑:ให้ รพ.ทุกแห่งดำเนินการ RDU ทั้ง ๑๘ ตัว+๒ ตัว

๑.๑ เป้าหมายปี ๒๕๖๐ คือ ผ่าน RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ ๑๐๐: โดยจะมีการประเมิน Process และ ประเมิน Output ตามตารางข้างต้น (กระทรวงกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.ทั้งหมด)

๑.๒ ในปี ๒๕๖๐ มีโรงพยาบาลหลายแห่ง ที่มีผลการดำเนินงานเกินตามเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด จึงขอประเมินตัวชี้วัดที่ ๖-๙ เพิ่มเติมไว้ เพื่อความท้าทาย ในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมหรือได้มีการดำเนินการแล้ว โดยตั้งเป้าไว้ที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด

๑.๓ ให้ทุกรพ.ระดับ A, S และ M๑ ดำเนินงาน AMR ตาม ที่กระทรวงกำหนดคือ

ขั้นที่ ๑ บูรณาการระบบงานและการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC/PCT/ICC/Lab กำหนดนโยบายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ

ขั้นที่ ๒ มีแผนปฏิบัติการรองรับยุทธศาสตร์ (เพิ่มเติมความชัดเจน/เป้าหมาย และเทียบการลดลงของการดื้อยาในแต่ละ รพ.) : lab alert, ป้องกันและควบคุม AMR, ATB stewardship

ขั้นที่ ๓ จัดทำ Baseline Data ของอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดในหน่วยบริการของตัวเอง เพื่อเป็นฐานในการเทียบผลการดำเนินงานในปีถัดไปและรายงานสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับ AMR ของ รพ. : AMR report, antibiogram, DDD, DUE/DUR

ขั้นที่ ๔ อัตราการเกิดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ จาก baseline data

ขั้นที่ ๕ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ จาก baseline data

มติที่ประชุม เป้าหมายในปี ๒๕๖๐ ผ่านขั้นที่ ๒ ร้อยละ ๑๐๐ เป้าหมายในปี ๒๕๖๑ ผ่านขั้นที่ ๓ ร้อยละ ๕๐
๒. ตาม RDU ๒: ให้ทุก รพ.สต. ดำเนินการตามตัวชี้วัด ที่เกี่ยวข้อง (ตัวชี้วัดที่ ๑๔ และ ๒๐) ร้อยละ ๑๐๐ ร้อยละเอียดยกในหนังสือ ที่ สธ ๐๒๘๘.๐๕/๗๒๙ ลงวันที่ ๘ พ.ย.๕๙

๓. RDU ในชุมชน: เนื่องจาก เป็นประเด็นที่อยู่นอกเหนือจากแนวทาง RDU ของกระทรวงฯ แต่ควรให้ความสำคัญ จึงรอมติจากหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ในประเด็น ต่อไปนี้

- ๑).เนื้อหาการประเมินและ Template
- ๒).รูปแบบการประเมิน
- ๓).เครื่องมือการประเมิน
- ๔).วิธีการประเมิน
- ๕).การรายงานข้อมูลในภาพรวม

กำหนดการส่ง baseline data ให้กับเขตในวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

วาระที่ ๕ เรื่องที่เสนอให้ที่ประชุมพิจารณา

๕.๑ นำเสนอการลงข้อมูล ในโปรแกรม HOS XP โดย ภก.สุเทพ นายสุเทพสุวรรณไตรรพ.บ้านม่วง จ.สกลนครและ ภก.ศักดิ์รินทร์ บุญเกื้อ รพ.ธาตุพนม จ.นครพนม โดยทั้งนี้จะมีเวที ย่อยในการประชุมครั้งหน้า เพื่อสอนผู้ปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่ IT ให้ทำงานได้สะดวก รวดเร็วขึ้น

๕.๒ ความถี่ในการรายงานข้อมูล : รายไตรมาส

๕.๓ ช่องทางการรายงานข้อมูลในแต่ละจังหวัด : จะมีโปรแกรมที่ทางทีมข้างต้น จัดทำไว้ ในการดึงรายงานผล และจะทำพร้อมไปกับการรายงานข้อมูลในรูปแบบ การศึยข้อมูล Cockpit ที่ให้ผู้รับผิดชอบของจังหวัดลงข้อมูลผ่านโปรแกรมดังกล่าว

๕.๔ วิธีการตรวจประเมิน ติดตามผล

๕.๔.๑ ในระดับจังหวัด: ตามบริบทของแต่ละจังหวัด

๕.๔.๒ ในระดับเขต (๗ จังหวัด): มีทีมประเมินในรูปแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘

ดำเนินการตามรอบการตรวจราชการ

วาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ(ถ้ามี)

พญ.ณภัทร แจ้งเรื่องงบประมาณในการดำเนินงาน โครงการ RDU ในปีนี้ทางส่วนกลางแจ้งว่า ได้จัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานลงยังแต่ละจังหวัดแล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอำนาจการตัดสินใจของ ทางจังหวัดว่าจะจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานแต่ละสาขาเป็นจำนวนเท่าใด ซึ่งทางสำนักงานเขตสุขภาพมิได้รับการจัดสรรงบประมาณไว้เพื่อการดำเนินงานให้สาขาใดๆ เช่นปีที่ผ่านมาแต่หากส่วนกลางมีงบสนับสนุนมาจะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง

ภก.ดำรงเกียรติ สำหรับ Focal point สาขา RDU ของ จังหวัดอุดรธานี ได้รับอนุมัติงบประมาณจำนวน ๓๐,๐๐๐ บาทเพื่อการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

นางวรรณิดา (สปสช.) ๑. แจ้งที่ประชุมว่า ทาง สปสช. มีงบประมาณสนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับระบบยา มี ๓ โครงการ ได้แก่ หน้าที่ ๙./๑.งบสนับสนุน.....