

# ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด SP-RDU ไตรมาสที่ 3/61

เป้าหมายการดำเนินงาน 2561 คือ

1) ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด

| RDU 1  | RDU 2   |
|--|---|
| <p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>Process</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีคณะกรรมการขับเคลื่อน RDU</li> <li>มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด</li> </ol> <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราการส่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</li> <li>รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ</li> <li>จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3</li> <li>การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</li> </ol> | <p>Output</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</li> </ol> |

|                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
|                          | ผ่านตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 |
| จำนวนรพ.ที่ผ่านตัวชี้วัด | 9                           |
| คิดเป็นร้อยละ            | 100                         |

เป้าหมายการดำเนินงาน 2561 คือ

2) ผ่าน RDU ชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมด และ ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

| RDU 1  | RDU 2   |
|--|---|
| <p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1</li> <li>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด</li> <li>3. การใช้ยาNSAIDsผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกิน ร้อยละ10</li> <li>4. การใช้ยา glibenclamideในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</li> <li>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</li> </ol> |

|                          | ผ่านตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 2 |
|--------------------------|-----------------------------|
| จำนวนรพ.ที่ผ่านตัวชี้วัด | 0                           |
| คิดเป็นร้อยละ            | 0                           |

# รายละเอียดผลงานตัวชี้วัด RDU ชั้นที่ 1 และ 2 Q 3/61

|            | RDU 1 (ชั้นที่1)           |        |                   |         |                | RDU1 (ชั้นที่ 2)                 |    |     |     |  |  |  | RDU 2           |
|------------|----------------------------|--------|-------------------|---------|----------------|----------------------------------|----|-----|-----|--|--|--|-----------------|
|            | 1) ยาใน<br>บัญชียา<br>หลัก | 2) PTC | 3) ยา<br>8 รายการ | 4) ฉลาก | 5)<br>จริยธรรม | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค |    |     |     | 5) Gliben<br>clamide ใน<br>DM สูงอายุ/<br>ไตรระดับ 3 | 6) การใช้<br>NSAIDs ใน<br>ผู้ป่วยไต<br>ระดับ 3 | 7.) สตรี<br>ตั้งครรภ์ที่<br>ใช้ยาห้าม<br>ใช้ | ≥ ร้อย<br>ละ 60 |
|            |                            |        |                   |         |                | URI                              | AD | FTW | APL |  |  |  |                 |
| ระยอง      | /                          | /      | /                 | /       | /              | X                                | X  | X   | X   | /  | /  | /  | X               |
| แก่ง       | /                          | /      | /                 | /       | /              | X                                | X  | /   | X   | /  | /  | /  | X               |
| ฉะเชิงเทรา | /                          | /      | /                 | /       | /              | X                                | X  | X   | /   | /  | /  | /  | X               |
| ปลวกแดง    | /                          | /      | /                 | /       | /              | /                                | /  | X   | /   | /  | /  | /  | /               |
| บ้านค่าย   | /                          | /      | /                 | /       | /              | X                                | X  | X   | X   | /  | /  | /  | /               |
| บ้านฉาง    | /                          | /      | /                 | /       | /              | X                                | X  | X   | X   | /  | /  | /  | /               |
| วังจันทร์  | /                          | /      | /                 | /       | /              | X                                | X  | X   | /   | /  | /  | /  | /               |
| เขาชะเมา   | /                          | /      | /                 | /       | /              | X                                | X  | X   | X   | /  | /  | /  | X               |
| นิคม       | /                          | /      | /                 | /       | /              | /                                | X  | X   | /   | /  | /  | /  | /               |

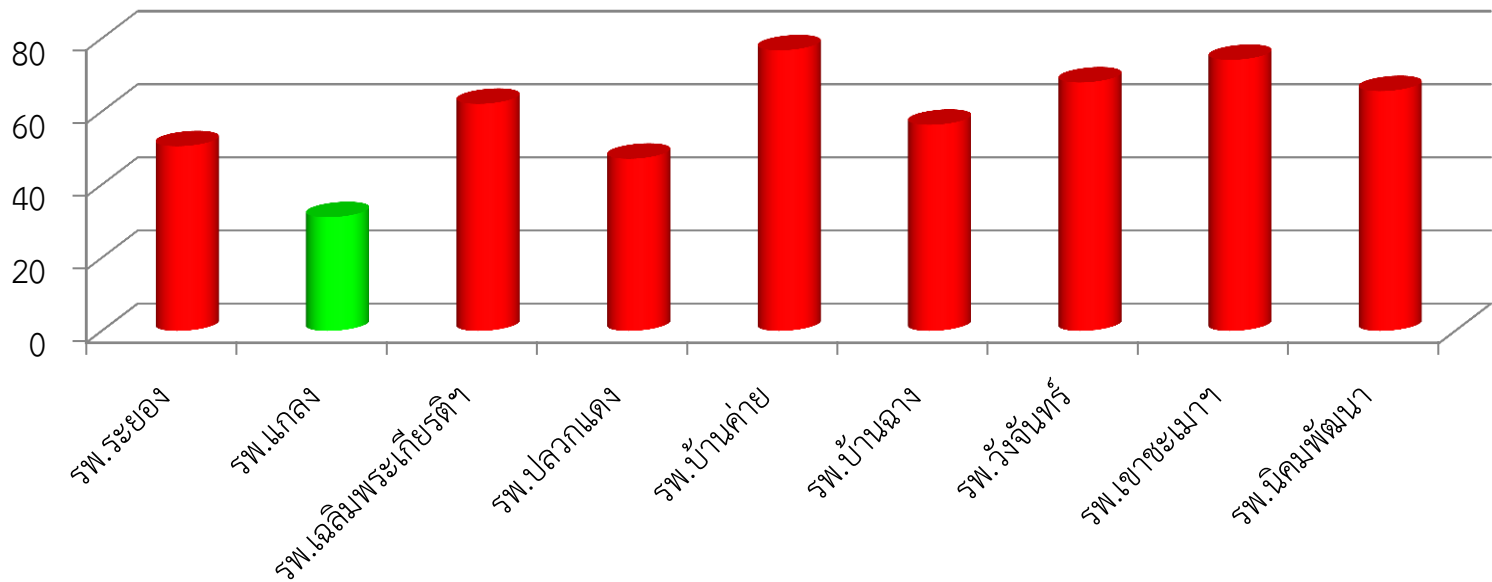
## ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด RDU ที่ผ่านทุกโรงพยาบาล Q 3/61

- 1. ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 2. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC
- 3. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน
- 4. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ
- 5. การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจรรยาบรรณในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา
- 11. ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร
- 13. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน
- 14. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs
- 17. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้



# KPI 8 : ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

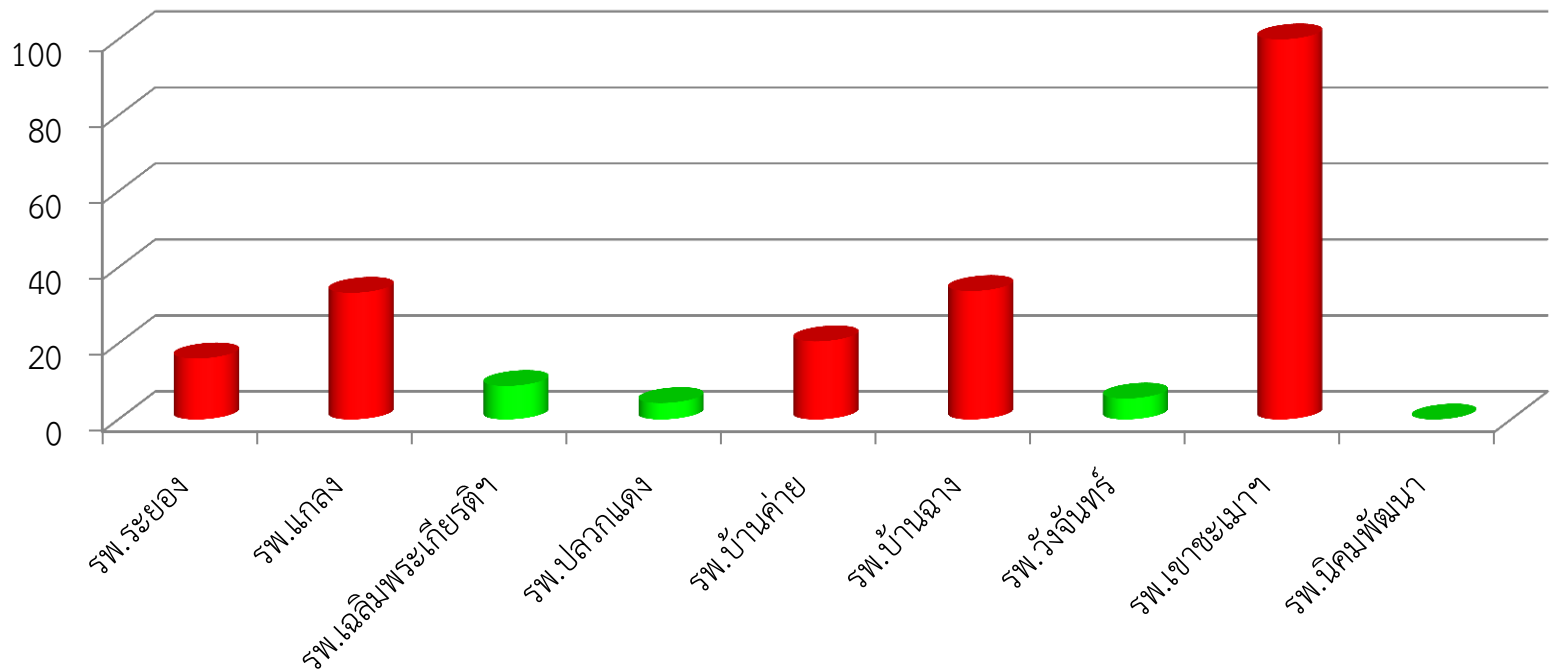
ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ จำแนกรายโรงพยาบาล



|          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ผลลัพธ์  | 50.53 | 31.11 | 62.12 | 47.10 | 76.76 | 56.39 | 67.97 | 74.14 | 65.60 |
| Target < | 40.00 | 40.00 | 40.00 | 40.00 | 40.00 | 40.00 | 40.00 | 40.00 | 40.00 |

# KPI 9 : ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดฯ

ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดฯ จำแนกรายโรงพยาบาล



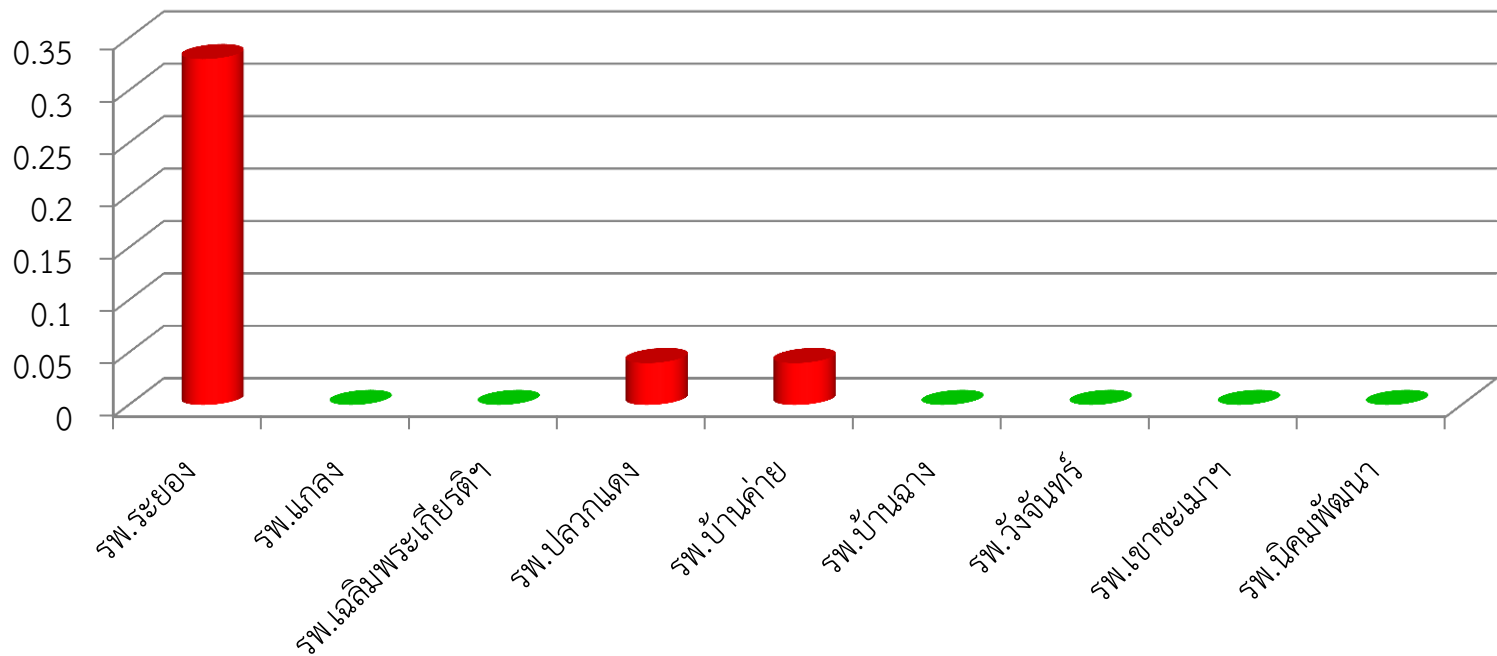
|          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ผลลัพธ์  | 16.06 | 33.33 | 8.82  | 4.34  | 20.56 | 33.80 | 5.52  | 100   | 0     |
| Target < | 10.00 | 10.00 | 10.00 | 10.00 | 10.00 | 10.00 | 10.00 | 10.00 | 10.00 |

ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงานเฉพาะกิจ สบรส.



# KPI 10 : ร้อยละการใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันใน HT

ร้อยละการใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันฯ จำแนกรายโรงพยาบาล

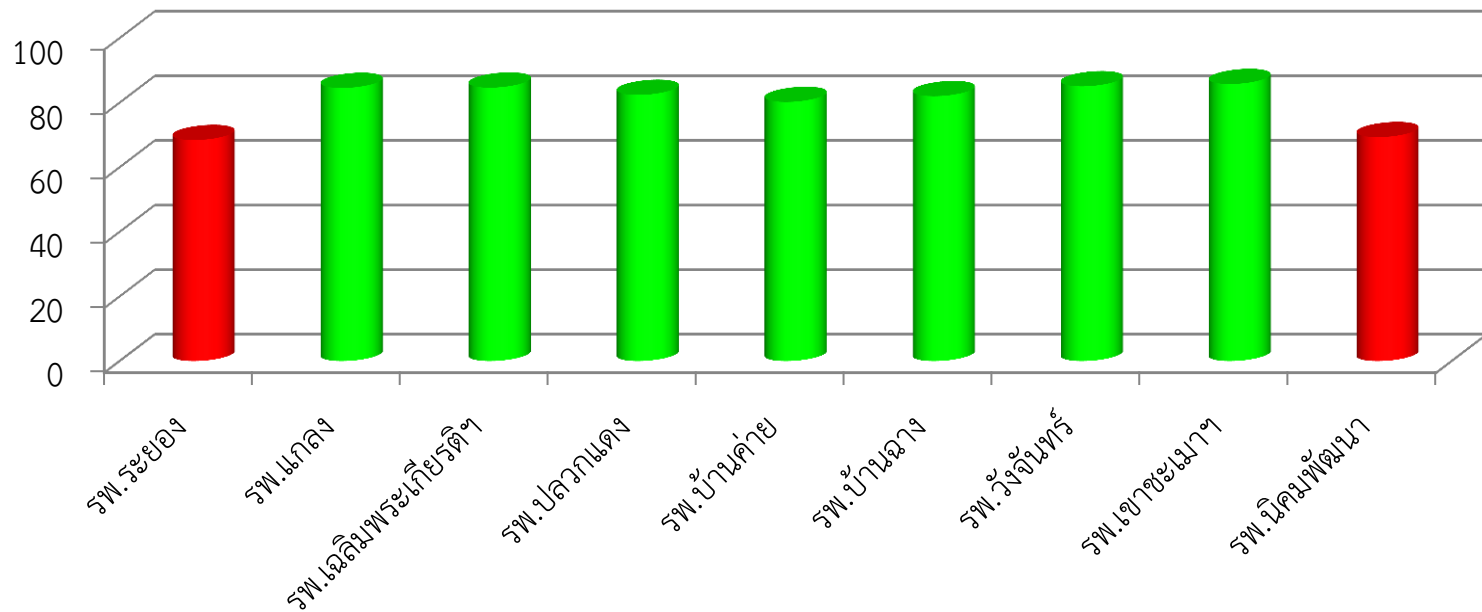


|         |      |   |   |      |      |   |   |   |   |
|---------|------|---|---|------|------|---|---|---|---|
| ผลลัพธ์ | 0.33 | 0 | 0 | 0.04 | 0.04 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Target  | 0    | 0 | 0 | 0    | 0    | 0 | 0 | 0 | 0 |

ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงานเฉพาะกิจ สปสรส.

# KPI 12 : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

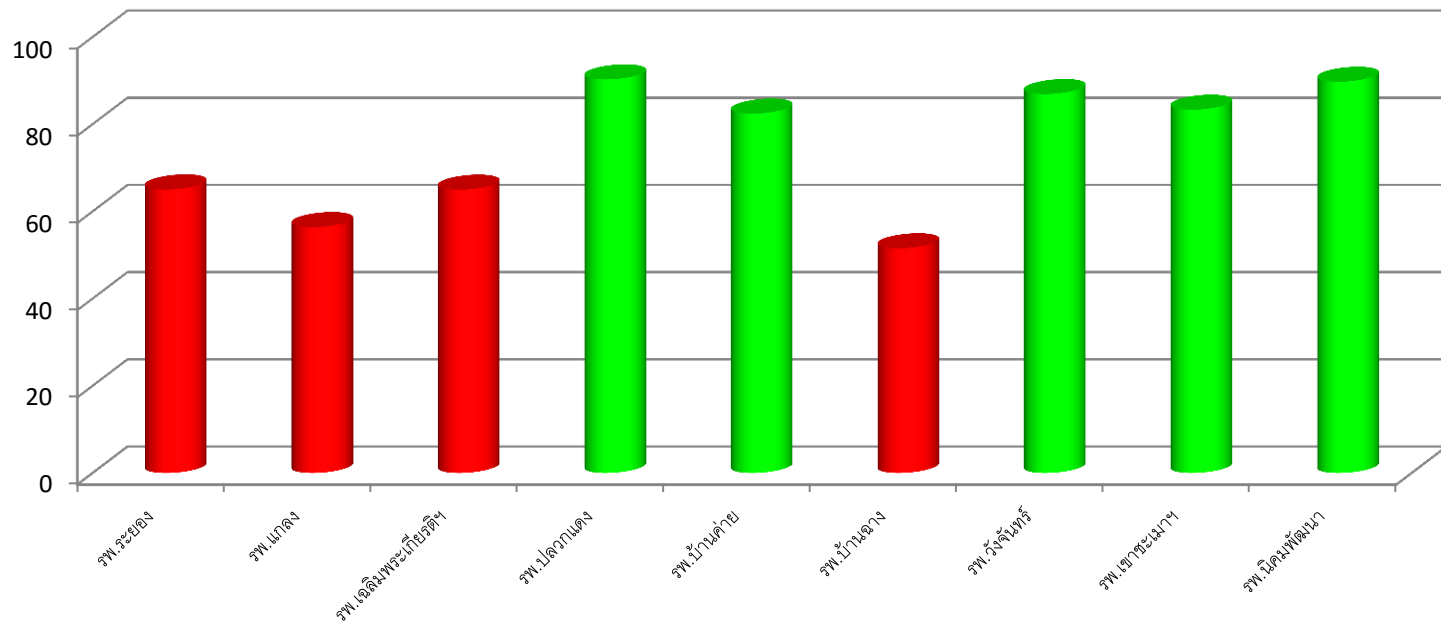
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin ๓ จำแนกรายโรงพยาบาล



|          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ผลลัพธ์  | 68.44 | 84.58 | 84.67 | 82.43 | 80.24 | 82.04 | 85.09 | 85.79 | 69.35 |
| Target > | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 |

# KPI 15 : ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid

ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับ inhaled corticosteroid จำแนกรายโรงพยาบาล

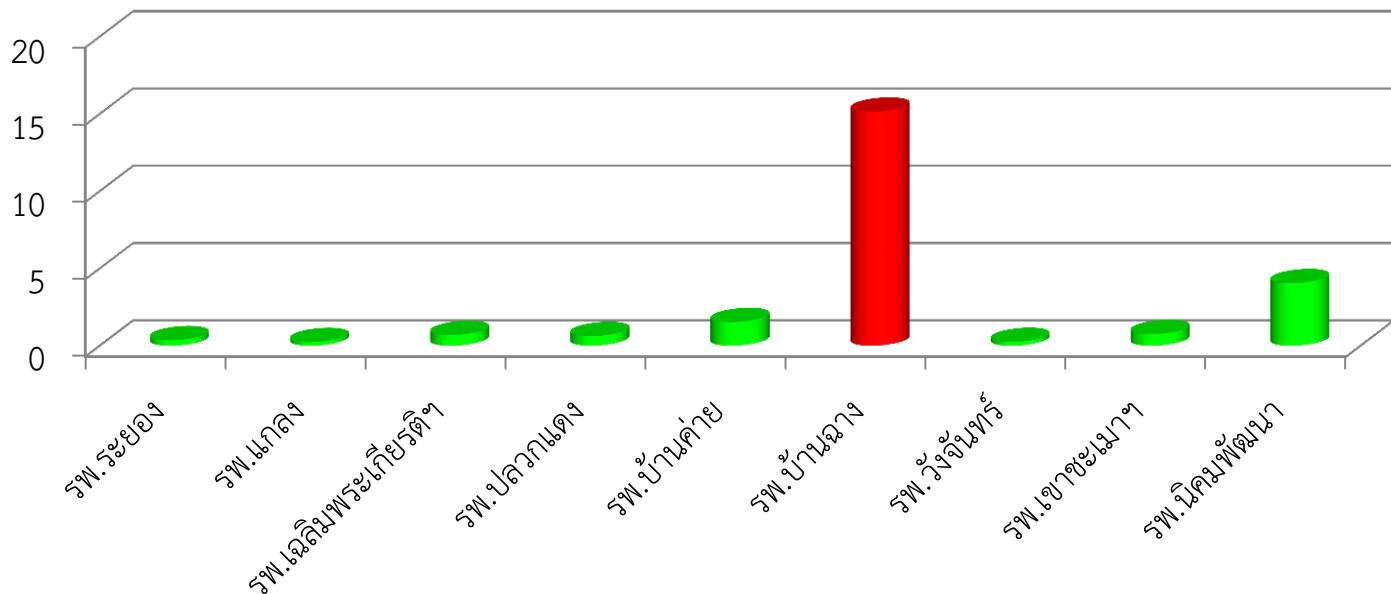


|          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ผลลัพธ์  | 65.06 | 56.41 | 65    | 90.28 | 82.43 | 51.55 | 86.92 | 83.33 | 89.74 |
| Target > | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 | 80.00 |

ที่มา : ข้อมูลจากระบบรายงานเฉพาะกิจ สปสรส.

# KPI 16 : ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine

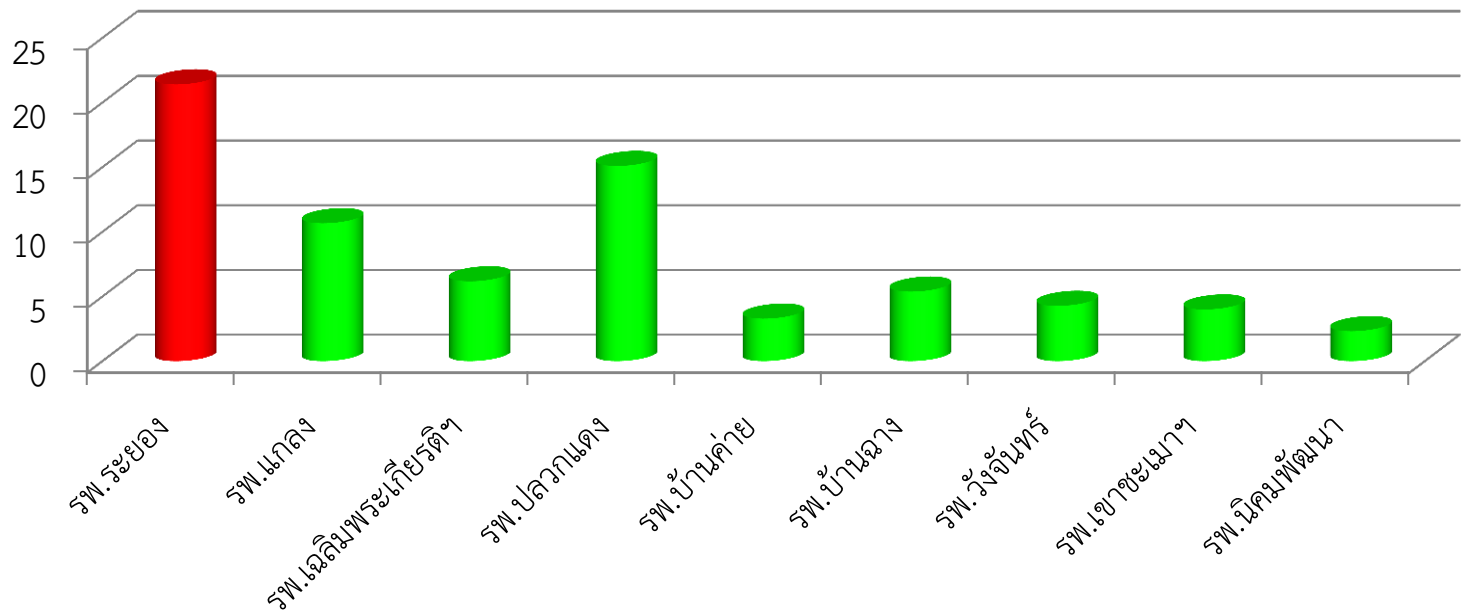
ร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ได้รับ long acting benzodiazepine จำแนกรายโรงพยาบาล



|          |      |      |      |      |      |       |      |      |      |
|----------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|
| ผลลัพธ์  | 0.35 | 0.23 | 0.69 | 0.62 | 1.52 | 15.14 | 0.24 | 0.75 | 4.04 |
| Target < | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00  | 5.00 | 5.00 | 5.00 |

# KPI 18 : ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วย URI และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating

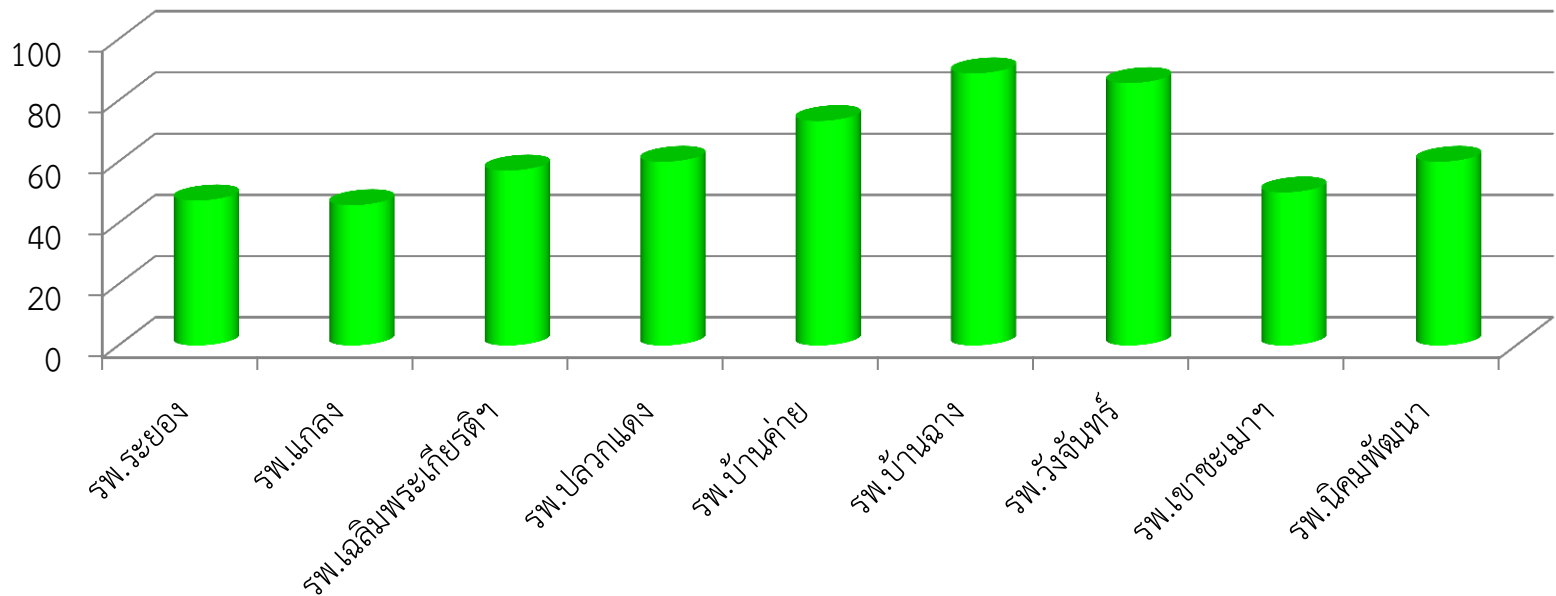
ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วย URI ได้รับ non-sedating antihistamine จำแนกรายโรงพยาบาล



|          |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ผลลัพธ์  | 21.41 | 10.67 | 6.18  | 15.1  | 3.29  | 5.38  | 4.28  | 4     | 2.32  |
| Target < | 20.00 | 20.00 | 20.00 | 20.00 | 20.00 | 20.00 | 20.00 | 20.00 | 20.00 |

# RUA : ร้อยละรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง URI & AD (มีผลต่อ KPI 2)

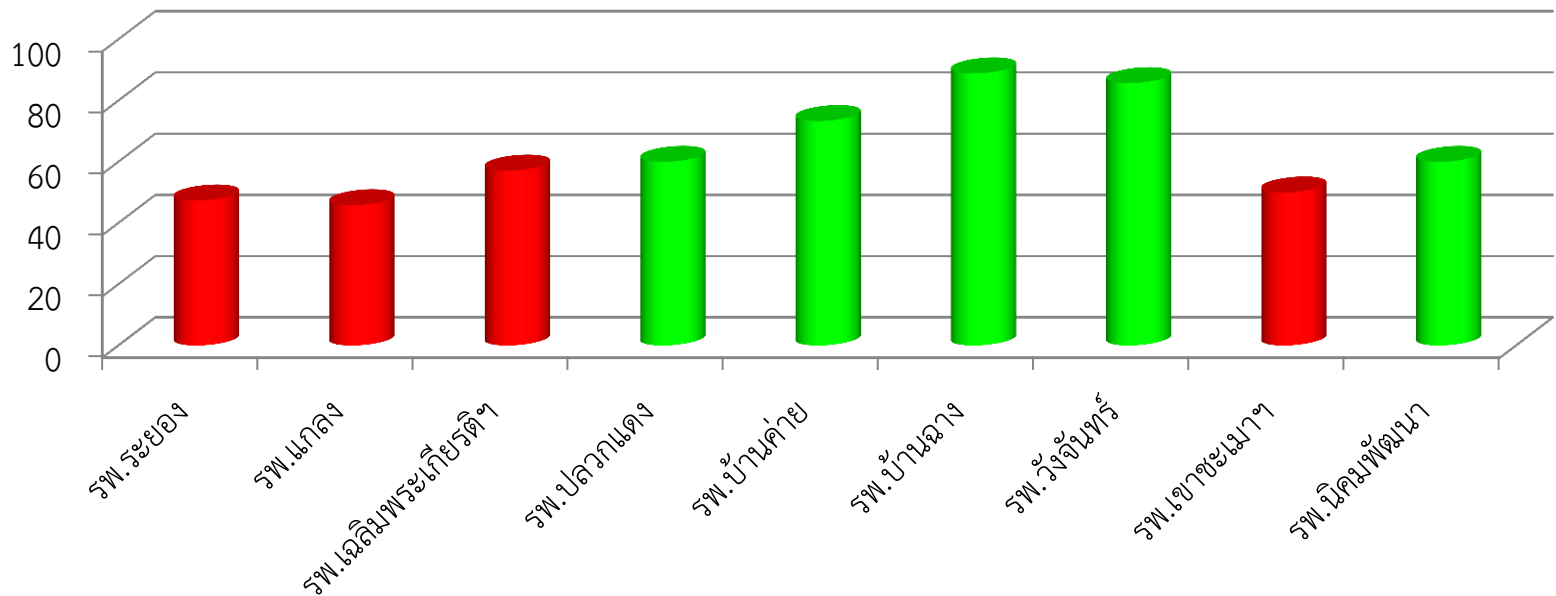
ร้อยละรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะใน URI & AD ผ่านเกณฑ์  
จำแนกราย CUP



|          |                       |       |       |    |       |       |       |    |    |
|----------|-----------------------|-------|-------|----|-------|-------|-------|----|----|
| ผลลัพธ์  | 47.37                 | 45.83 | 57.14 | 60 | 73.33 | 88.89 | 85.71 | 50 | 60 |
| Target > | 40.00 (RDU ชั้นที่ 1) |       |       |    |       |       |       |    |    |

# RUA : ร้อยละรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง URI & AD (มีผลต่อ KPI 2)

ร้อยละรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะใน URI & AD ผ่านเกณฑ์  
จำแนกราย CUP



|          |                       |       |       |    |       |       |       |    |    |
|----------|-----------------------|-------|-------|----|-------|-------|-------|----|----|
| ผลลัพธ์  | 47.37                 | 45.83 | 57.14 | 60 | 73.33 | 88.89 | 85.71 | 50 | 60 |
| Target > | 60.00 (RDU ชั้นที่ 2) |       |       |    |       |       |       |    |    |



# ตัวชี้วัด Antimicrobial Resistance : AMR

## จำนวน 1 ตัวชี้วัด สำหรับรพ.ระดับ A, S และ M1

### การประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System)



1. กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR



2. การควบคุม กำกับ และดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล  
- จัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยา ATB



3. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล



4. โรงพยาบาลจัดทำรายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด 8 ชนิด



5. วิเคราะห์/สังเคราะห์ ข้อมูลอย่างบูรณาการ





การประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ  
(Integrated AMR Management System)

| ผลการดำเนินงาน                        | ผ่าน  | ไม่ผ่าน |
|---------------------------------------|-------|---------|
| จำนวน รพ.                             | 1     | 2       |
| คิดเป็นร้อยละ<br>(เป้าหมาย ร้อยละ 70) | 33.33 |         |

“ ไม่ผ่านตัวชี้วัด Antimicrobial Resistance : AMR ”