

นโยบายและทิศทางการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการจัดการซื้อตัวยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (RDU-AMR) เขตสุขภาพที่ 8

นพ.สวัสด์ อภิวัจนีวงศ์
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 8



แผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์



❖ ความสำคัญ

1. ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial medicines)

- ใช้ในมนุษย์
- ใช้ในสัตว์
- การดื้อยาต้านจุลชีพรุนแรงมากขึ้นและเพิ่มสูงขึ้น
- การพัฒนาและค้นคิดยาใหม่น้อยลง

2. การเสียชีวิต

- ทั่วโลก 700,000 คนต่อปี
- ไทย ประมาณ 38,000 คนต่อปี

ประเทศไทยปี 2557

- วิเคราะห์กับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- พบว่าขาดความเป็นเอกภาพและทิศทาง
- ไม่มีนโยบายระดับประเทศ

ปี 2558

จึงแต่งตั้งกรรมการประสานและบูรณาการงานด้านการต่อต้านจุลชีพ ประกอบด้วย

- กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- ภาคการศึกษา
- สมาคมวิชาชีพ
- ภาคประชาสังคม

แผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย

พ.ศ. 2560-2564



วิสัยทัศน์

1. การป่วยจากเชื้อดื้อยาลดลงร้อยละ 50
2. การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับมนุษย์ลดลงร้อยละ 20
3. การใช้ยาต้านจุลชีพสำหรับสัตว์ลดลงร้อยละ 30
4. ตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20
5. ประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์สากล

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย



พ.ศ. 2560-2564





พบว่าทุกๆ **15 นาที** = มีคนเสียชีวิต จากเชื่อดื้อยา **1 คน**
ประเทศไทย

เสียชีวิตวันละ **100 คน**
ปีละ **20,000 - 38,000 คน**

สูญเสียทางเศรษฐกิจ สูงถึง **46,000** ล้านบาท > จำนวนผู้เสียชีวิตจาก โรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุ

ปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล

โรคไข้หวัด
 โรคไข้นิสอักเสบ
 บาดแผลถลอก
(ไม่จำเป็นต้องจ่ายยาปฏิชีวนะ)

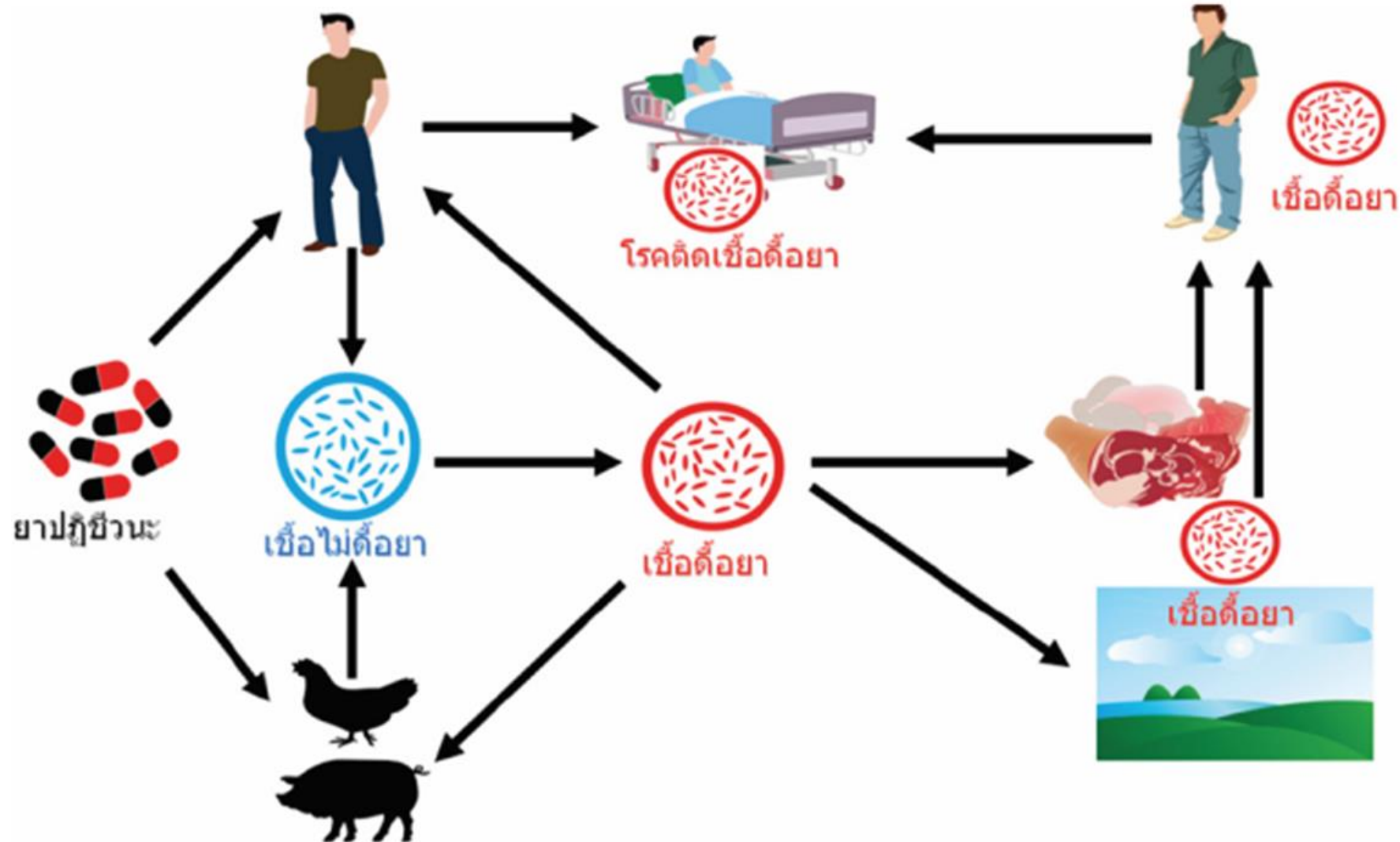
รพ.รัฐ รพ.มหาวิทยาลัย ร้านยา
 81% **25-91%** **64-80%**
ได้รับยาปฏิชีวนะมากกว่า

คลินิกและ รพ.เอกชน คาดการณ์ว่า น่าจะพบปัญหา มากกว่าใน รพ.ภาครัฐ

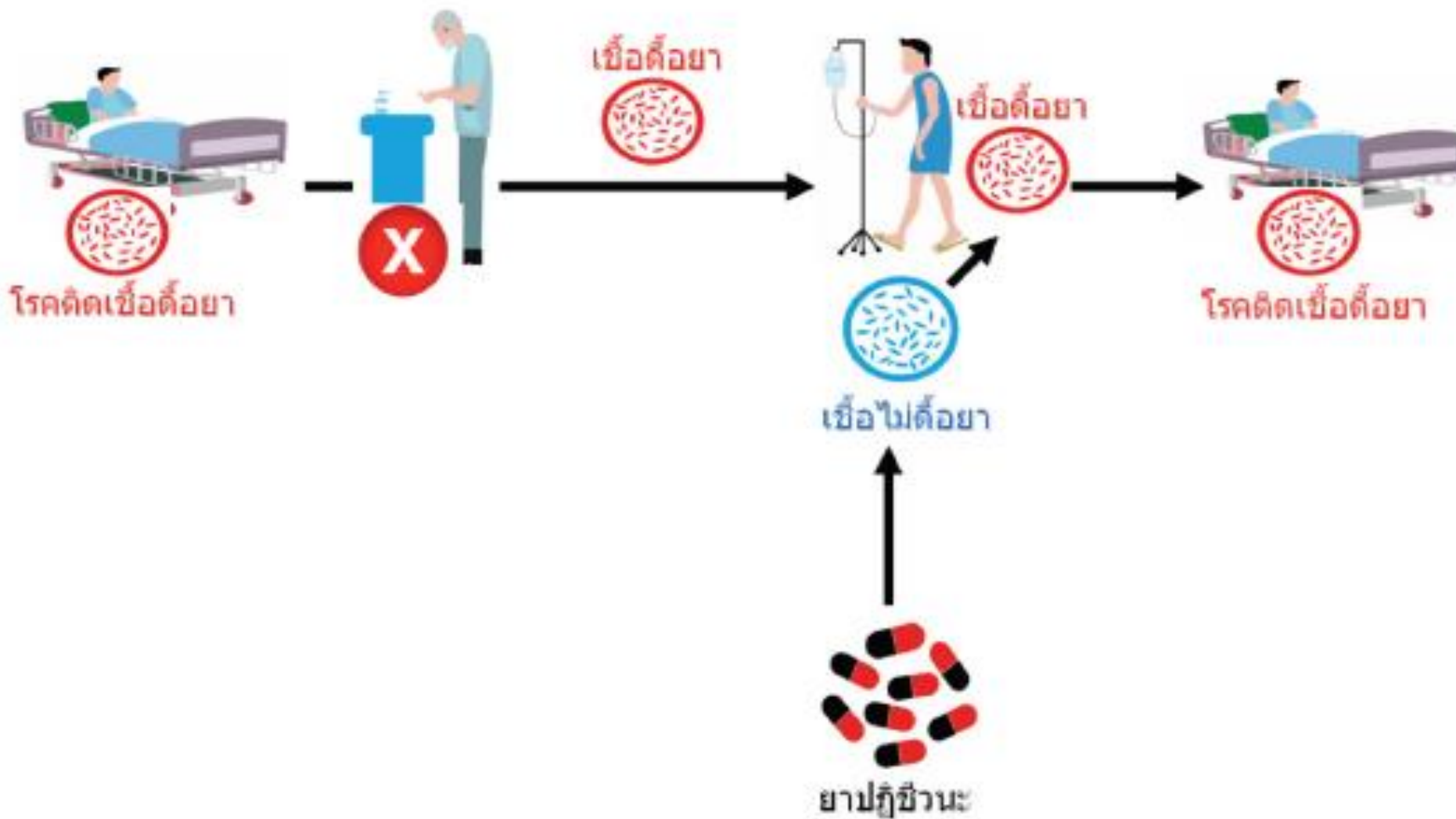
ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม > ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผล..!!

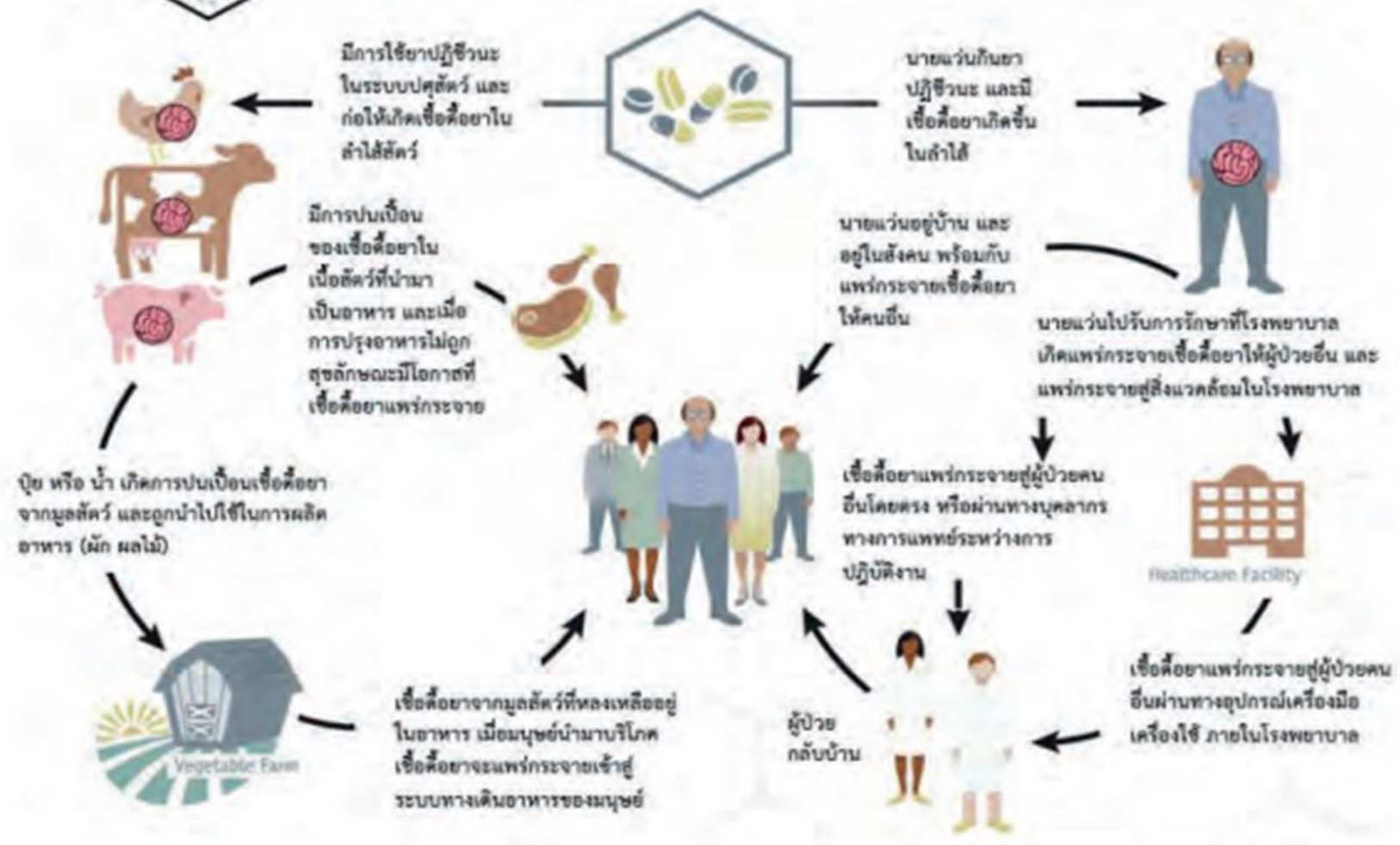
วงจรการดื้อยาต้านจุลชีพในชุมชน



วงจรการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล



ตัวอย่างการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียดื้อยา



ที่มา: adapted from <http://www.cdc.gov/drugresistance/about.html>





เชื่อดื้อยา มหันตภัยคุกคาม ศตวรรษที่ 21

ยุคก่อนยาปฏิชีวนะ
(pre-antibiotic era)

90 ปีก่อน

มนุษย์ยังไม่รู้จักยาปฏิชีวนะ
ทุกครั้งเมื่อเกิดโรคระบาด
โอกาสตายจึงมากกว่าหาย

ยุคยาปฏิชีวนะ
(antibiotic era)
ในปี พ.ศ. 2471

มีการค้นพบยาเพนิซิลลิน
ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะชนิดแรก

ต่อมามนุษย์สามารถผลิตยาปฏิชีวนะได้มากขึ้น
ก็ชะล่าใจว่าโรคติดเชื้อ จะไม่เป็นปัญหาสุขภาพอีกต่อไป
แต่หารู้ไม่ว่าแบคทีเรียสามารถพัฒนาตนเอง
ให้ดื้อต่อยาได้ทุกชนิด

ยุคหลังยาปฏิชีวนะ
(post-antibiotic era)

โลกกำลังเผชิญกับเชื่อดื้อยาที่ทำให้
การติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อย
ก็อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ขณะนี้โลกกำลัง
ภัยคุกคามรูปแบบใหม่ นั่นคือ เชื่อดื้อยา ซึ่งคร่าชีวิตประชากรโลก
สูงถึง 700,000 คน และหากไม่เร่งแก้ไขปัญหานี้ คาดว่าใน พ.ศ. 2564
การเสียชีวิตจากเชื่อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศไทยในปี 2564
จะมีคนเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจ
สูงถึงประมาณ 3.5 พันล้านบาท สำหรับประเทศไทยการศึกษาเบื้องต้น
พบว่า มีการเสียชีวิตจากเชื่อดื้อยาประมาณปีละ 30,000 คน คิดเป็น
การสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท

R8WAY
MOPH



แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564

ยุทธศาสตร์ 6 ด้าน

นำไปสู่

เป้าหมาย 5 ข้อ

บริหารและพัฒนากลไก
ระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงาน
แก้ปัญหาด้านการดื้อยา
ต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน

เน้นการขับเคลื่อน ติดตาม
และประเมินผลการดำเนินงาน
ตามแผนยุทธศาสตร์
ส่งเสริมการวิจัย และการทำงาน
ร่วมกับต่างประเทศ เพื่อให้
การแก้ปัญหาเชื่อดื้อยาของประเทศ
เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
และยั่งยืน

1

เฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ
ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

เพื่อตรวจจับเชื่อดื้อยา และป้องกันการระบาดทั้งในคน
สัตว์ สิ่งแวดล้อม แจ้งเตือนการระบาดได้อย่างทันทั่วถึง

2

ควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพ

สร้างและพัฒนาระบบควบคุมและติดตามการกระจาย
ยาต้านจุลชีพแบบบูรณาการทั้งยาสำหรับมนุษย์
และสัตว์ ร่วมกับมาตรการทางกฎหมาย

3

ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล
และควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม

เน้นการทำงานแบบบูรณาการของบุคลากรทางการแพทย์
และควบคุมการใช้ยาทั้งในสถานพยาบาล และร้านยา

4

ป้องกันและควบคุมเชื่อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้
ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง

เน้นการเฝ้าระวังและควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพในสัตว์เพื่อการ
บริโภค สัตว์เลี้ยง และพืช พร้อมสร้างองค์ความรู้ให้เกษตรกร
เพื่อลดการใช้ยาในกระบวนการผลิต

5

ส่งเสริมความรู้ด้านเชื่อดื้อยาและความตระหนัก
ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน

สื่อสารไปยังประชาชนกลุ่มต่างๆ ให้รู้เท่าทันอันตรายจากเชื่อดื้อยา
และเข้าใจว่ายาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ทุกโรค ห้ามใช้อย่างพร่ำเพรื่อ

1

การป่วยจากเชื่อดื้อยา
ลดลงร้อยละ 50

2

การใช้ยาต้านจุลชีพ
สำหรับมนุษย์
ลดลงร้อยละ 20

3

การใช้ยาต้านจุลชีพ
สำหรับสัตว์
ลดลงร้อยละ 30

4

ประชาชนมีความรู้เรื่องเชื่อดื้อยา
และตระหนักในการ
ใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม
เพิ่มขึ้นร้อยละ 20

5

ประเทศไทยมีระบบจัดการการดื้อยา
ต้านจุลชีพที่มีสมรรถนะ
ตามเกณฑ์สากล



นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.

R8WAY
MOPH



สุขภาพทุกกลุ่มวัย

- แม่และเด็ก
- ผู้สูงอายุ
- Health Literacy

4



พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- อสม. เป็นหมอครอบครัว
- ทีม PCC พชอ.
- รพ.สต. ติดดาว



โครงการพระราชดำริ



การควบคุมป้องกันโรค

5



ลดแออัด ลดยอดรอในโรงพยาบาล

- จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัด
- ห้องฉุกเฉินคุณภาพ

7



การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์

9



องค์กรคุณภาพ

- HA
- PMQA
- องค์กรแห่งความสุข



จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

- การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ
- ใช้ยาอย่างสมเหตุผล/จัดการเชื้อดื้อยา(RDU & AMR)

6



Fast Track

- Stroke
- STEMI

8



นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ

- สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

10



นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ

(Initiative Management)

RDU-AMR

RDU

RDU in hospital

RDU Community

Rational
drug use of
antibiotic

AMR

1.กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)

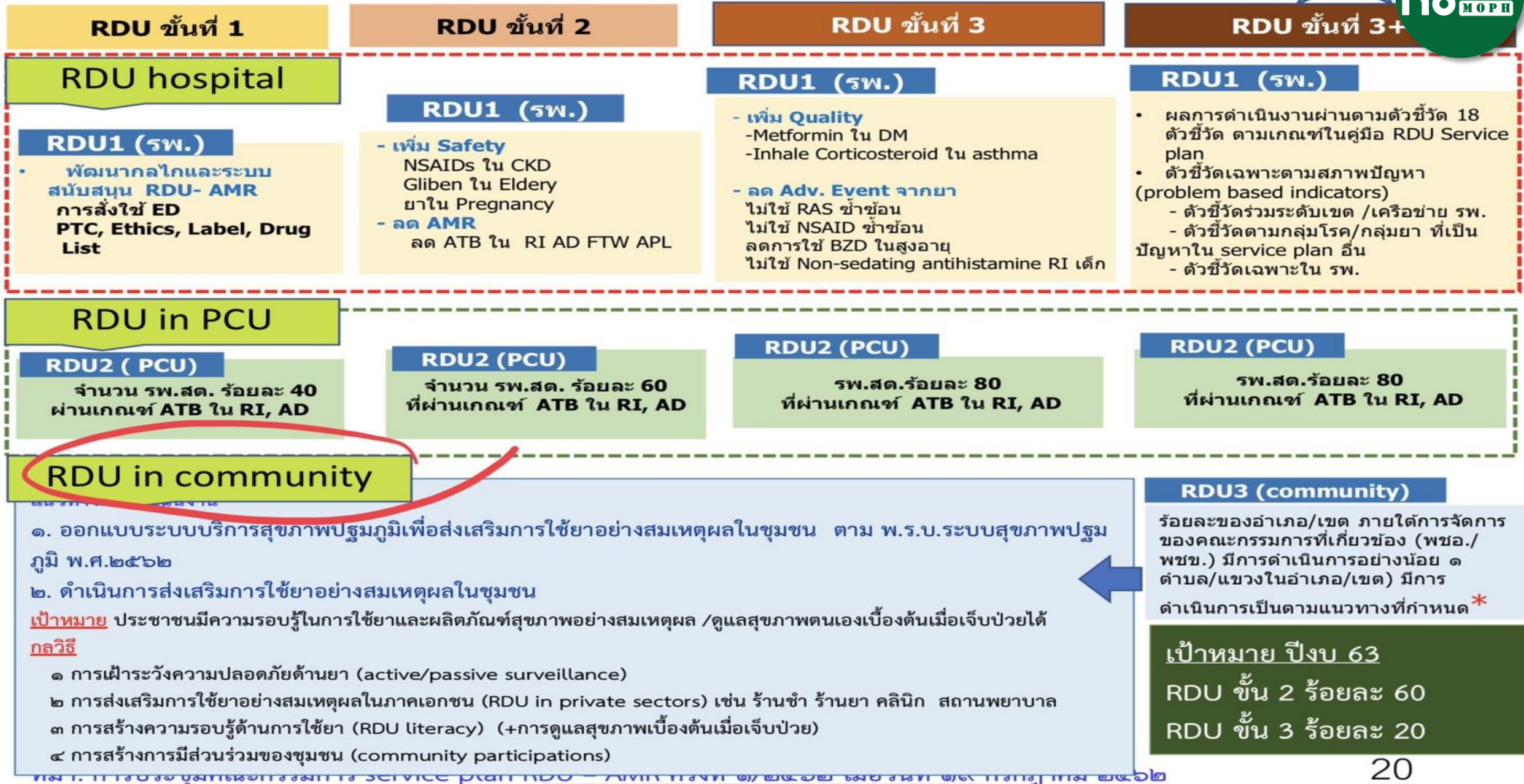
2.การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ

3.การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล

4.การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาล ในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ

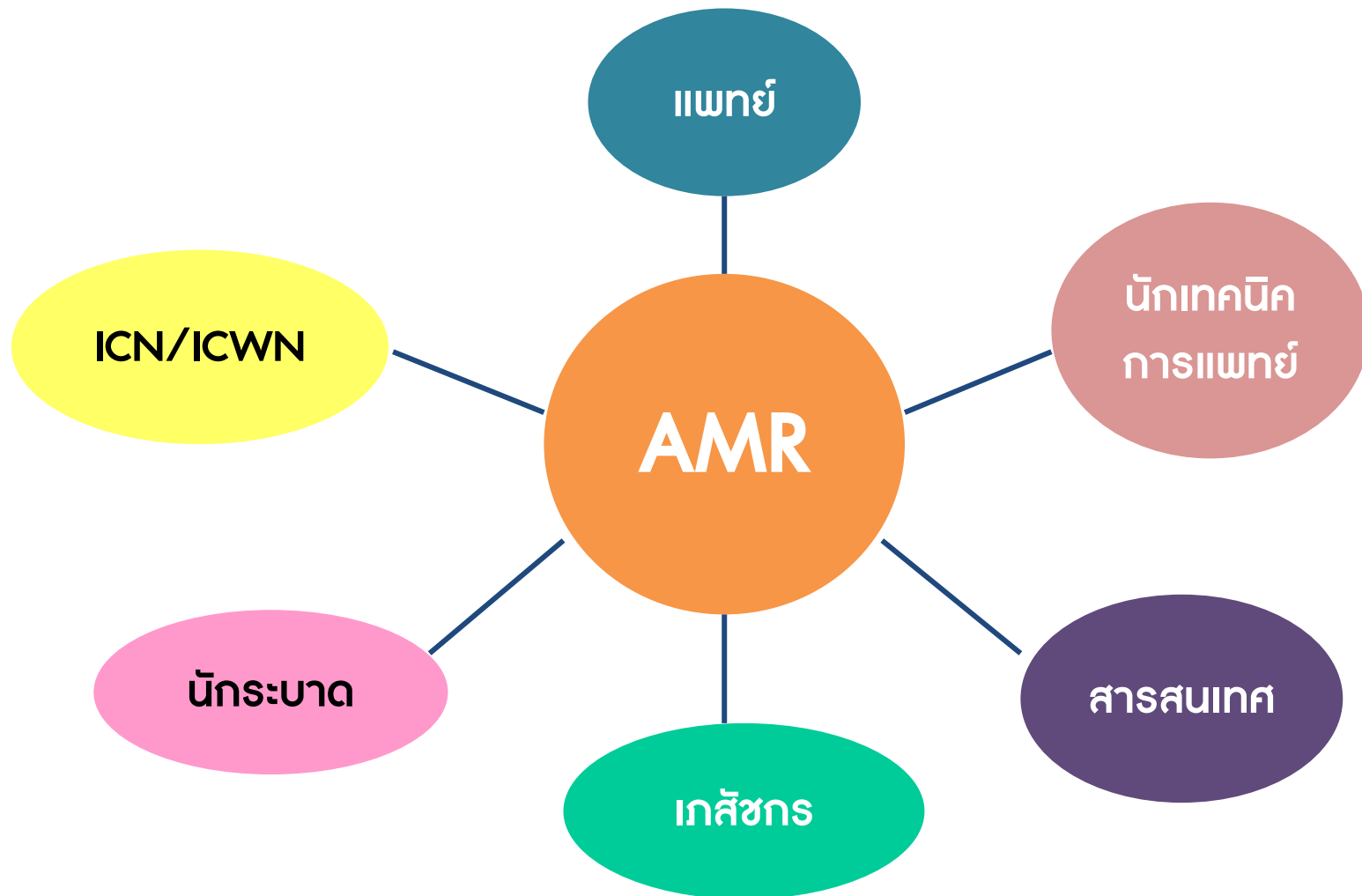
แนวทางการดำเนินงาน RDU ปี 2563



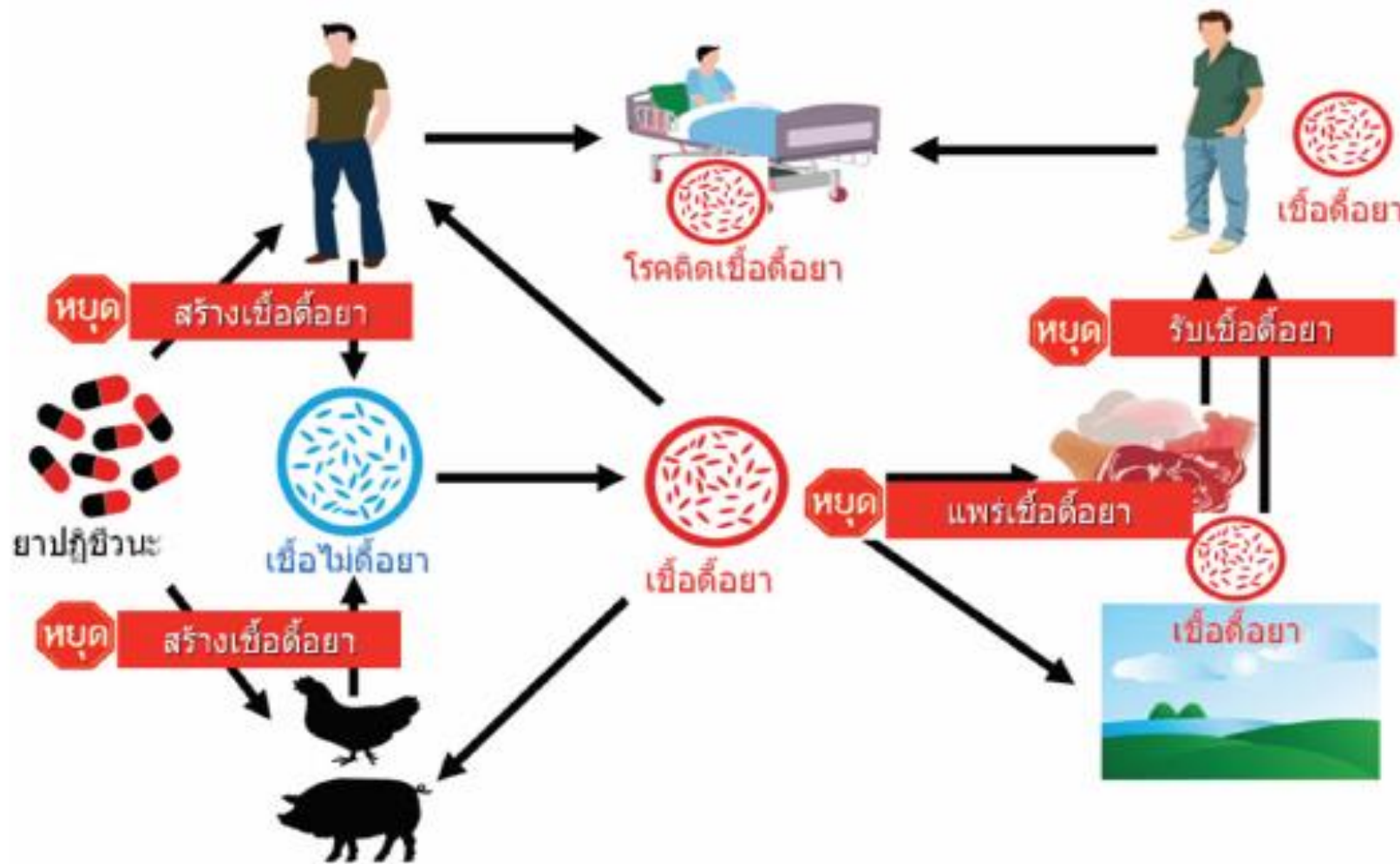
การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล



การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการในโรงพยาบาล



แนวทางการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในชุมชน



แนวทางการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล



จุดเน้นของการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 8

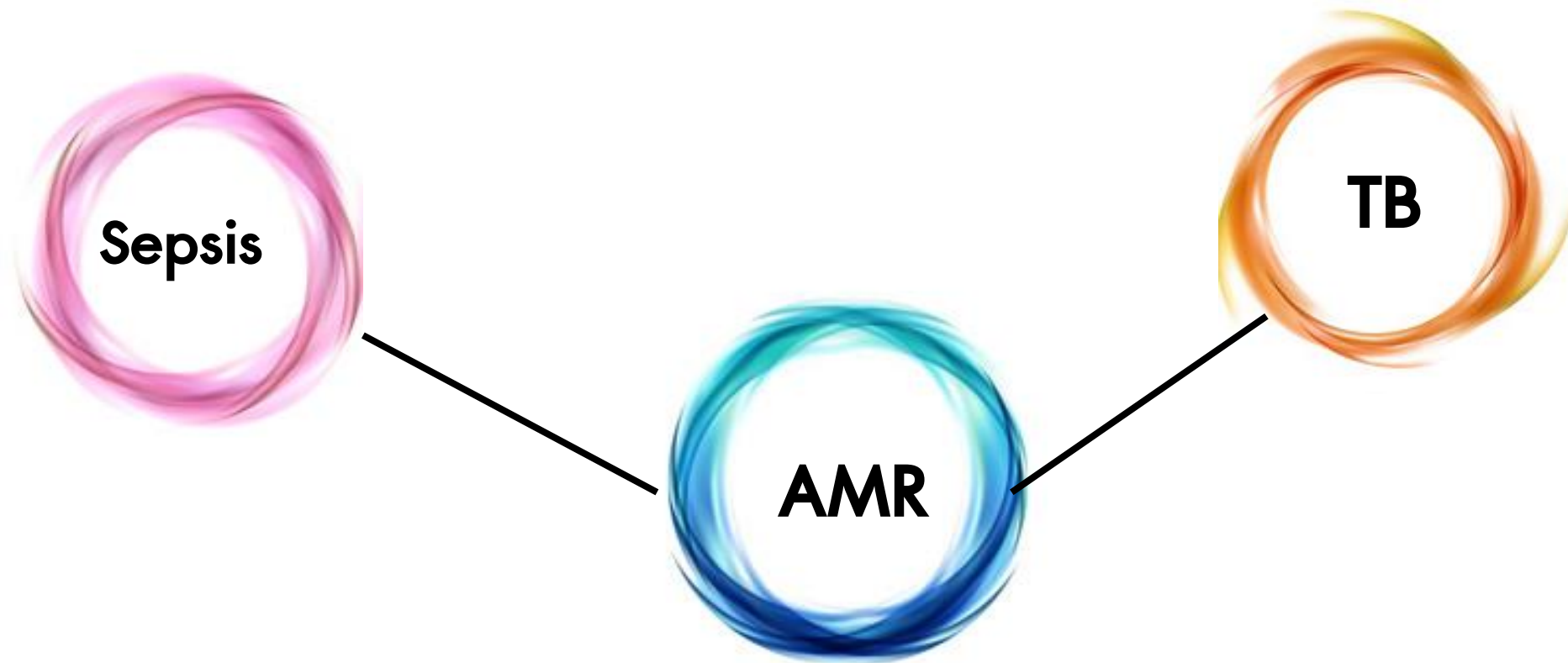


- จากในสถานบริการของรัฐไปสู่ชุมชน เอกชน
- จะค้นหาปัญหาการใช้ยาในชุมชนได้อย่างไร?
- ปัญหาของเขต 8 คืออะไร ?
- จะแก้ปัญหานั้นก่อน ?
- จะแก้ได้อย่างไร ?
- จะวัดผลอย่างไร ?
- จากกลุ่มยา Antibiotic ไปสู่ กลุ่ม NCD
- เป้าหมาย ลดดื้อยา ? ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ?

การพัฒนาภายใต้ข้อจำกัด

- ปรับ mindset
- ใช้ทรัพยากรร่วมกัน Lab IT
- โครงข่ายนักจัดการซื้อดี้อยา
- ขยายการดำเนินงานการจัดการซื้อดี้อยา

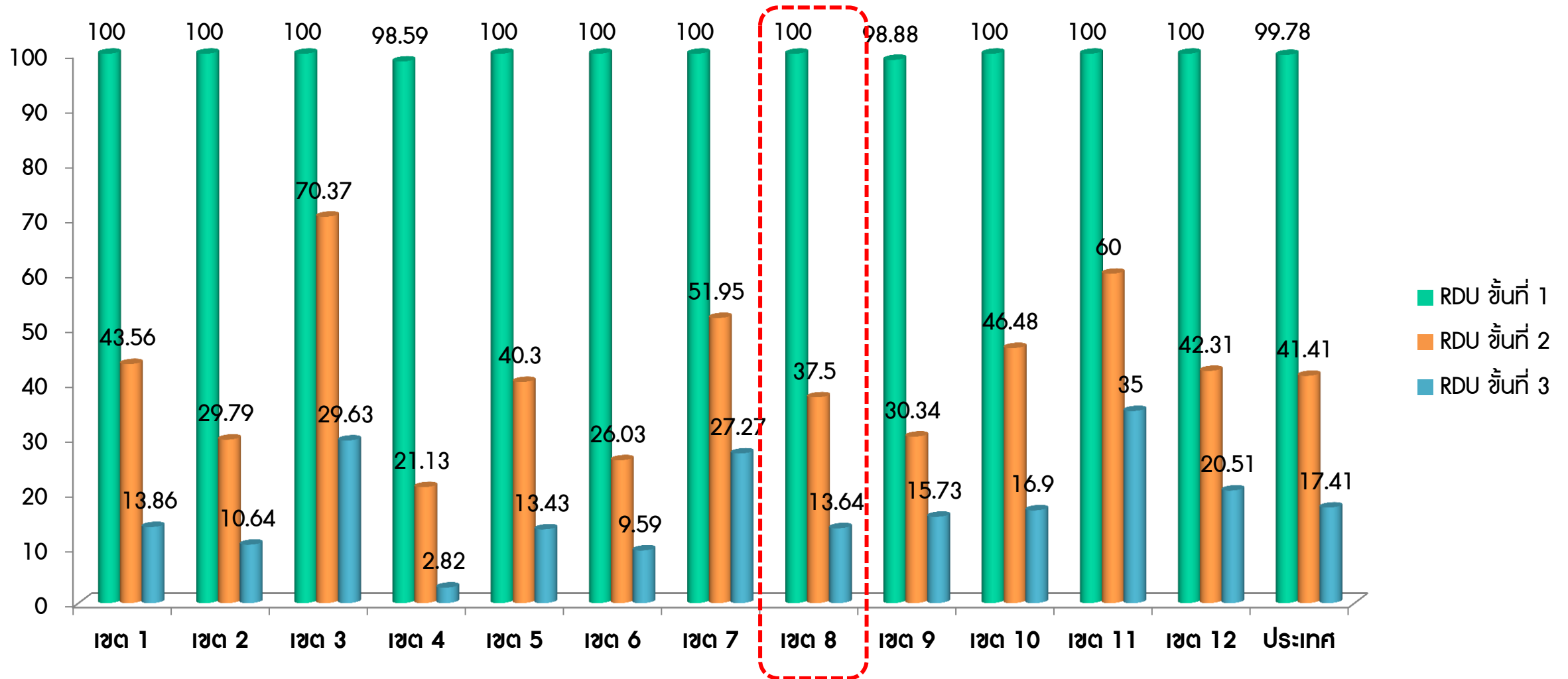
เราได้อะไรจาก AMR..???



สรุปผลการดำเนินการ RDU ไตรมาส 3 ปี 2562



เขต 8 : ชั้น 2 อันดับที่ 7
ชั้น 3 อันดับที่ 6



RDU เขต 8 ไตรมาส4 ปี62 (ข้อมูล ณ.วันที่ 2 ต.ค.62)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนอำเภอ	AMR (%) เป้า > 20 น.น.=3	RDUชั้น1(%) เป้า > 95 น.น.=2	RDUชั้น2(%) เป้า > 60 น.น.=4	RDUชั้น3(%) เป้า > 20 น.น.=5	Score Ranking
1	หนองคาย	9	100	100	55.6	33.3	8.889
2	สกลนคร	18	100	100	66.7	22.2	8.778
3	นครพนม	12	100	100	58.3	25.0	8.578
4	บึงกาฬ	8	100	100	50.0	12.5	7.625
5	หนองบัวลำภู	6	100	100	50.0	0.0	7.000
6	อุดรธานี	21	100	100	28.6	9.5	6.619
7	เลย	14	100	100	14.3	0.0	5.572
เฉลี่ยเขต8		88	100	100	44.3	14.8	ใช้ข้อมูล ณ 2 ก.ค.63
แผนปี63		เป้า	ดี้อยากด7.5%	100%	60%	20%	
Ranking		น้ำหนัก	3	2	4	5	

แก้ไข 18 ธ.ค.62