

สาขาการใช้อย่างสมเหตุผลและการจัดการการติดยาต้านจุลชีพ
(RDU-AMR)

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)							
แผนที่	6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ							
โครงการที่	โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) และโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)							
ลักษณะ	เชิงปริมาณ(ร้อยละ) Leading Indicator							
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ							
ข้อตัวชี้วัด	1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 2. ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน 3 ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) 4. ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง							
คำนิยาม	(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (1) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community - RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.)/โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร - RDU PCU หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น - RDU community หมายถึง การดำเนินการเพื่อทำให้เกิด RDU ในระดับอำเภอ/เขตของกรุงเทพมหานคร 1.1 การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table><tr><th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr><tr><td>1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3</td><td>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr></table> RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table><tr><th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr></table>		RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)							
1. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค							
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)							

1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ชั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสด อุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. $\leq 30\%$ และ รพช. $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 50\%$, APL $\leq 15\%$) 3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10 4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$)				
RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้					
<table><tr><th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr><tr><td>ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$)</td><td>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr></table>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)				
ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, APL $\leq 10\%$)	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค				
RDU ชั้นที่ 3 plus หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้					
<table><tr><th>RDU Hospital (R1)</th><th>RDU PCU (R2)</th></tr><tr><td> 1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น </td><td>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr></table>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค	
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)				
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น	จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค				
1.2.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) (ดูคำนิยามในหมายเหตุท้ายเอกสาร) เกณฑ์ผ่านตัวชี้วัด: ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ หน่วยวัด ระดับจังหวัด คำอธิบาย แต่ละจังหวัด มีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสม					

เหตุผลในชุมชน อย่างน้อย 1 อำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอดำเนินการ อย่างน้อย ๑ ตำบล โดยกำหนดให้มีผู้ประสานงานระดับจังหวัด และอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า หน่วยงานระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จนถึงชุมชน และเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ภายใต้กลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการหัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นต้น

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ตามแผนการ ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)
2. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation)
3. การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance)
4. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน
5. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

ระดับความสำเร็จ	คำอธิบาย
ระดับ 1	1. จังหวัดออกแบบระบบบริหารจัดการ ได้แก่ กำหนดองค์ประกอบ โครงสร้าง การจัดการ ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบติดตามประเมินผล และระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง 2. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือหน่วยบริการสุขภาพสังกัดอื่น ที่สนใจ ดำเนินการ Proactive Hospital based surveillance
ระดับ 2	ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 และดำเนินการกิจกรรมหลัก Active Community based Surveillance
ระดับ 3	ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 และดำเนินการกิจกรรมหลัก community participation
ระดับ 4	ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 และมีการดำเนินการกิจกรรมหลักที่เหลือ อย่างน้อย 1 ข้อ
ระดับ 5	ดำเนินการครบ 5 กิจกรรมหลัก

รายละเอียดการประเมินการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมหลัก ดูในคู่มือดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จากเว็บไซต์ http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use

(2) การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)

1. โรงพยาบาลที่มีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ผ่านทาง <http://203.157.3.54/hssd1/>
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

	2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ 3. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล 4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ 2. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้ 1. <i>Acinetobacter baumannii</i> ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin 2. <i>Pseudomonas aeruginosa</i> ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin 3. <i>Klebsiella pneumonia</i> ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin 4. <i>Staphylococcus aureus</i> ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA) 5. <i>Escherichia coli</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือFluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 6. <i>Salmonella spp.</i> ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือExtended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) 7. <i>Enterococcus faecium</i> ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) 8. <i>Streptococcus pneumonia</i> ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) วิธีการคำนวณ $\frac{\text{ผู้ป่วยพบแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด}} \times 100$
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
RDU ชั้นที่ 1 80% RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 1 95 % RDU ชั้นที่ 2 20%	RDU ชั้นที่ 2 50% RDU ชั้นที่ 3 20% มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่าน เกณฑ์ระดับ 3	RDU ชั้นที่ 3 80% ร้อยละ 30 ของ อำเภอในแต่ละจังหวัด ผ่านเกณฑ์ RDU Community ระดับ 3
ร้อยละ 70 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (basic)	ร้อยละ 20 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	รพ.ระดับ A,S,M1 ทุกแห่งมีระบบการ จัดการ AMR อย่าง	การติดเชื้อ AMR ลดลง 15% จากปี ปฏิทิน 61

		(intermediate)	บุรณาการ ระดับ Intermediate การติดเชื้อมีอยู่ใน กระแสเลือด ลดลง 7.5 % จากปีปฏิทิน 61	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และ หน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ			
	AMR: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาด M1			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	RDU : ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน AMR : ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1			
รายการข้อมูล 1 (RDU)	A1 = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 2 , A2 = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่าน RDU ขั้น 3			
รายการข้อมูล 2 (RDU)	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3 (AMR)	C = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate			
รายการข้อมูล 4 (AMR)	D = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 จำนวน 10 แห่ง			
รายการข้อมูล 5 (AMR)	E = อัตราการติดเชื้อมีอยู่ในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 61			
รายการข้อมูล 6 (AMR)	F = อัตราการติดเชื้อมีอยู่ในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<u>RDU</u> : 1. $(A1/B) \times 100$ และ 2. $(A2/B) \times 100$			
	<u>AMR</u> : 1. $(C/D) \times 100$ และ 2. $(F-E) \times 100 / E$			
ระยะเวลาประเมินผล	RDU : ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ) AMR : ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน) ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อ ตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 62 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61) ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 63 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.-ธ.ค. 61)			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- RDU ^{ขั้นที่ ๒} $\geq 44 \%$ - RDU ^{ขั้นที่ ๓} $\geq 15 \%$	- RDU ^{ขั้นที่ ๒} $\geq 46 \%$ - RDU ^{ขั้นที่ ๓} $\geq 15 \%$	- RDU ^{ขั้นที่ ๒} $\geq 48 \%$ - RDU ^{ขั้นที่ ๓} $\geq 20 \%$	- RDU ^{ขั้นที่ ๒} $\geq 50 \%$ - RDU ^{ขั้นที่ ๓} $\geq 20 \%$ มีการดำเนินการ RDU 5 Community อย่าง น้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3
	- ร้อยละ 90 ของรพ. ทั้งหมดผ่านระดับ Intermediate - การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลง 5 %		- ร้อยละ 100 ของรพ. ผ่านระดับ Intermediate - การติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง 7.5%

วิธีการประเมินผล :

การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล

เอกสารสนับสนุน :

รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน

Baseline data (RDU)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2561		
		2560	2561	2562
2562	ร้อยละ	RDU ^{ขั้นที่ 1} ร้อยละ 61.49	RDU ^{ขั้นที่ 1} ร้อยละ 86.65 (77/88 แห่ง) และ RDU ^{ขั้นที่ 2} ร้อยละ 12.67 (10/88 แห่ง) (ข้อมูล 12 เดือน) (ไม่ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย ร้อยละ 20)	RDU ^{ขั้นที่ 1} ร้อยละ 100 RDU ^{ขั้นที่ 2} ร้อยละ 44.8 RDU ^{ขั้นที่ 3} ร้อยละ 14.8 (ณ 2/10/2562) (ข้อมูล 12 เดือน) (ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 20)
Baseline data (AMR)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2562		
		2560	2561	2562
2562	ร้อยละ	-	100 (ผ่านเกณฑ์)	- รพ.มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ

				เป้าหมายชั้น basic ร้อยละ 70)	Intermediate ร้อยละ 100 - อัตราการติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อ แบคทีเรีย 8 ชนิด เท่ากับ 35.62 (ปีพ.ศ. 61)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ภก.พิชิต บุตรสิงห์ เภสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย (ตัวชี้วัด RDU) 2. ญ.ปิยะมาศ ปรีชาภูก เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (ตัวชี้วัด RDU) 3. ญ.เพ็ญพร ส่งเมือง เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย (ตัวชี้วัด RDU) 4. ญ.ณัฐดี ธรเสนา เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู (ตัวชี้วัด RDU) 5. ญ.สุพัตรา แข็งกลาง เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : 088-5616590 โทรสาร : E-mail : กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย (ตัวชี้วัด AMR)					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	โรงพยาบาลหนองคาย (Focal point) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. ภก.พิชิต บุตรสิงห์ เภสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย (ตัวชี้วัด RDU)					

	2. ญ.สุพัตรา แข็งกลาง โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรสาร : กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย (ตัวชี้วัด AMR)	เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 088-5616590 E-mail :
--	---	---