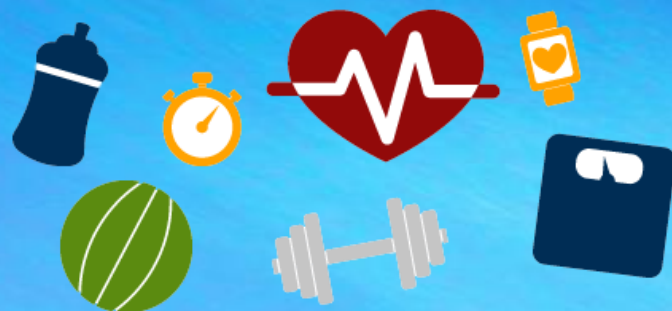


Service Plan **RDU** & **AMR**



KPI ปีงบประมาณ 2562

ผ่าน

ไม่ผ่าน

ร้อยละของ รพ. ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้น 1 $\geq 95\%$ RDU ชั้น 2 $\geq 20\%$



รพ. ระดับ A S และ M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Intermediate) $\geq 20\%$



กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
“ ชี้เป้า ฝ้าระวัง กำจัด จำกัดด้วยการสื่อสารกับประชาชน ”

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

RDU & AMR

เกณฑ์ใหม่ปีงบประมาณ 2562

RDU Hospital ชั้นที่ 1

Process : รพ. (3 ข้อ)

1. มีคณะกรรมการ
2. พัฒนาสารสนเทศ
3. มีแผน AMR

Output : รพ. (5 ข้อ)

1. PTC ระดับ 3
2. ยาหลัก (ED) 75-90%
3. ตัดยาไม่มีประสิทธิผลคงเหลือ ≤ 1 รายการ
4. Label ระดับ 3
5. Ethics ระดับ 3

Output : รพ.สต.

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD $\geq 40\%$

RDU Hospital ชั้นที่ 2

Output : รพ.

1. ผ่าน RDU ชั้นที่ 1
2. ใช้ ATB ใน 4 กลุ่มโรค RI $\leq 30\%$ (รพศ, รพท.), $\leq 20\%$ (รพช.), AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 50\%$, NL $\leq 15\%$
3. CKD : ใช้ NSAIDs $\leq 10\%$
4. DM ผู้สูงอายุ : ใช้ Glibenclamide $\leq 5\%$
5. Pregnancy : Warfarin, Statin, Ergot = 0%

Output : รพ.สต.

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD $\geq 60\%$

RDU Hospital ชั้นที่ 3

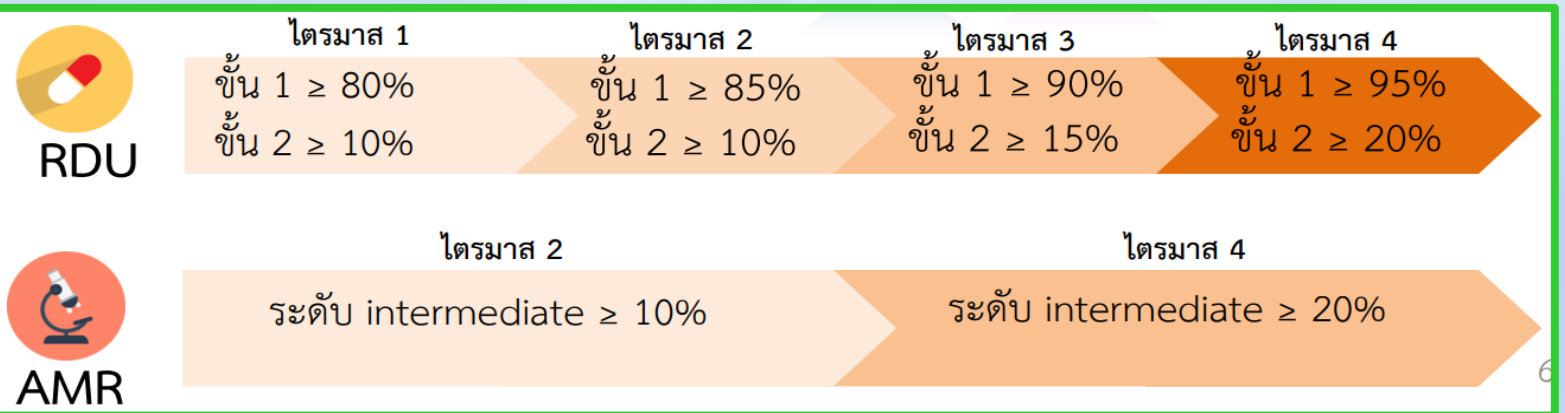
Output : รพ.

1. ผ่าน RDU ชั้นที่ 2
2. ใช้ ATB ใน 4 กลุ่มโรค RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, NL $\leq 10\%$
3. HTN : RAS Blockage ซ้ำซ้อน = 0%
4. DM : ใช้ MFM $\geq 80\%$
5. NSAIDs ซ้ำซ้อน $\leq 5\%$
6. Asthma : Inhale corticosteroid $\geq 80\%$
7. Pediatric : Non-sedating antihistamine $\leq 20\%$
8. Geriatrics : Long acting BZD $\leq 5\%$

Output : รพ.สต.

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD $\geq 80\%$

เป้าหมายการดำเนินงาน
ในปีงบประมาณ 2562



ผลการดำเนินงาน RDU Hospital เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2562

เป้าหมาย : RDU ชั้นที่ 1 \geq 95%, RDU ชั้นที่ 2 \geq 20%

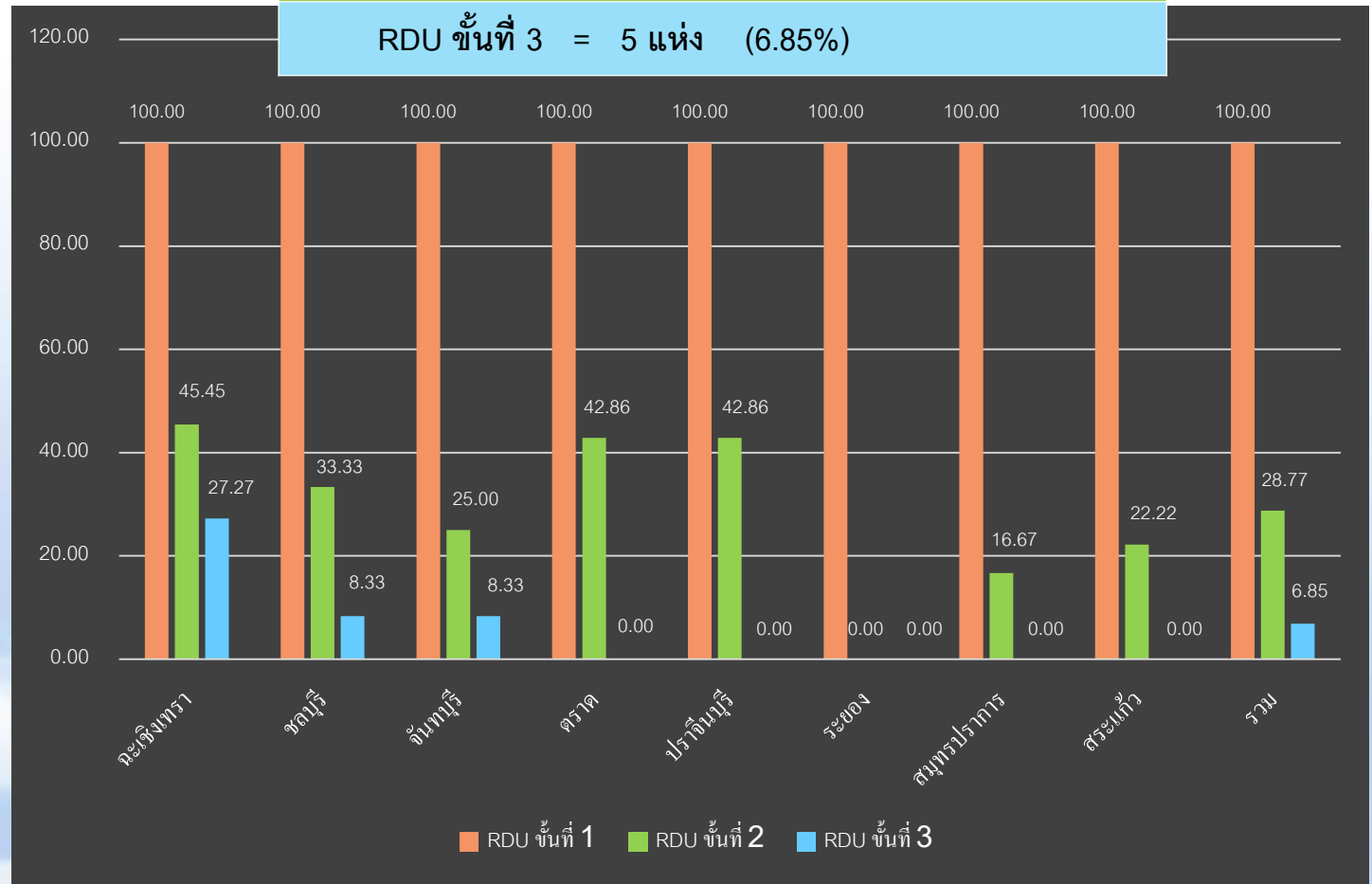
จังหวัด	สรุปผลการประเมิน RDU		
	ชั้นที่ 1	ชั้นที่ 2	ชั้นที่ 3
1.ฉะเชิงเทรา	11	5	3
2.ชลบุรี	12	4	1
3.จันทบุรี	12	3	1
4.ตราด	7	3	0
5.ปราจีนบุรี	7	3	0
6.ระยอง	9	0	0
7.สมุทรปราการ	6	1	0
8.สระแก้ว	9	2	0
รวม	73	21	5

เขตสุขภาพที่ 6 มีโรงพยาบาล 73 แห่ง

RDU ชั้นที่ 1 = 73 แห่ง (100.00%)

RDU ชั้นที่ 2 = 21 แห่ง (28.77%)

RDU ชั้นที่ 3 = 5 แห่ง (6.85%)



KPI ที่น่าเป็นห่วง : ภาพรวมผ่าน < 60%

รพ. \ KPI	6. URI	7. AD	8. FTW	12. Metformin	15. Inhaled corticosteroid
ระดับ A	2/6	3/6	4/6	0/6	1/6
ระดับ S	0/4	2/4	0/4	2/4	0/4
ระดับ M1	2/4	1/4	0/4	4/4	0/4
ระดับ M2	0/5	2/5	0/5	3/5	1/5
ระดับ F1	4/11	6/11	3/11	5/11	3/11
ระดับ F2	14/37	23/37	17/37	25/37	15/37
ระดับ F3	2/6	2/6	2/6	2/6	2/6
% ที่ผ่าน(ภาพรวม)	32.8	53.4	35.6	56.2	30.1

จำนวนรพ.ที่ผ่าน / จำนวนรพ.ทั้งหมด

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

RDU & AMR

เกณฑ์ปีงบประมาณ 2563

RDU Hospital ชั้นที่ 1

Process : รพ. (3 ข้อ)

1. มีคณะกรรมการ
2. พัฒนาสารสนเทศ
3. มีแผน AMR

Output : รพ. (5 ข้อ)

1. PTC ระดับ 3
2. ยาหลัก (ED) 75-90%
3. ตัดยาไม่มีประสิทธิผลคงเหลือ ≤ 1 รายการ
4. Label ระดับ 3
5. Ethics ระดับ 3

Output : รพ.สต.

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD $\geq 40\%$

เป้าหมายการดำเนินงาน
ในปีงบประมาณ 2563

RDU Hospital ชั้นที่ 2

Output : รพ.

1. ผ่าน RDU ชั้นที่ 1
2. ใช้ ATB ใน 4 กลุ่มโรค RI $\leq 30\%$ (รพศ, รพท.), $\leq 20\%$ (รพช.), AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 50\%$, NL $\leq 15\%$
3. CKD : ใช้ NSAIDs $\leq 10\%$
4. DM ผู้สูงอายุ : ใช้ Glibenclamide $\leq 5\%$
5. Pregnancy : Warfarin, Statin, Ergot = 0%

Output : รพ.สต.

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD $\geq 60\%$

RDU Hospital ชั้นที่ 3

Output : รพ.

1. ผ่าน RDU ชั้นที่ 2
2. ใช้ ATB ใน 4 กลุ่มโรค RI $\leq 20\%$, AD $\leq 20\%$, FTW $\leq 40\%$, NL $\leq 10\%$
3. HTN : RAS Blockage เข้าซ้อน = 0%
4. DM : ใช้ MFM $\geq 80\%$
5. NSAIDs เข้าซ้อน $\leq 5\%$
6. Asthma : Inhale corticosteroid $\geq 80\%$
7. Pediatric : Non-sedating antihistamine $\leq 20\%$
8. Geriatrics : Long acting BZD $\leq 5\%$

Output : รพ.สต.

รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ATB ใน RI, AD $\geq 80\%$

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 45 RDU ชั้นที่ 3 \geq ร้อยละ 15	RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 50 RDU ชั้นที่ 3 \geq ร้อยละ 15	RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 55 RDU ชั้นที่ 3 \geq ร้อยละ 20	RDU ชั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 60 RDU ชั้นที่ 3 \geq ร้อยละ 20 -ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีการ ดำเนินการ RDU Community อย่างน้อยจังหวัดละ 1 อำเภอ และผ่านเกณฑ์ระดับ 3

เป้าหมายการดำเนินงาน RDU Hospital เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2563

เป้าหมาย : RDU ชั้นที่ 2 \geq 60%, RDU ชั้นที่ 3 \geq 20%

จังหวัด	สรุปผลการประเมิน RDU ปี 2562			เป้าหมายในการผ่าน RDU ชั้นที่ 2 และชั้นที่ 3 ในปี 2563			
	ชั้นที่ 1	ชั้นที่ 2	ชั้นที่ 3	ชั้นที่ 2	รพ.เป้าหมาย	ชั้นที่ 3	รพ.เป้าหมาย
1.ฉะเชิงเทรา	11	5	3	9 (81.82%)	พุทธโสธร/บางน้ำเปรี้ยว/บ้านโพธิ์/พนมสารคาม/ สนามชัยเขต/แปลงยาว	3 (27.27%)	ราชสาส์น/บางคล้า/คลองเขื่อน
2.ชลบุรี	12	4	1	8 (66.37%)	บางละมุง/พนัสนิคม/สัตหีบฯ/บ่อทอง	4 (33.33%)	ชลบุรี/พานทอง/หนองใหญ่/เกาะสี ช้าง
3.จันทบุรี	12	3	1	6 (50.00%)	พระปกเกล้า/เขาสุกิม/ท่าใหม่	3 (25.00%)	นายายอาม/สองพี่น้อง/โป่งน้ำร้อน
4.ตราด	7	3	0	5 (71.43%)	ตราด/เขาสมิง	3 (42.86%)	คลองใหญ่/บ่อไร่/แหลมงอบ
5.ปราจีนบุรี	7	3	0	6 (85.71%)	กบินทร์/ศรีมหาโพธิ์/นาดี	3 (42.86%)	อภัยฯ/ศรีมโหสถ/บ้านสร้าง
6.ระยอง	9	0	0	6 (66.67%)	ระยอง/แกลง/เฉลิมฯ	3 (33.33%)	นิคมพัฒนา/ปลวกแดง/บ้านค่าย
7.สมุทรปราการ	6	1	0	5 (83.33%)	บางบ่อ/สมุทรปราการ	3 (50.00%)	บางพลี/บางจาก/พระสมุทรเจดีย์ฯ
8.สระแก้ว	9	2	0	9 (100.00%)	ทุกแห่ง	3 (33.33%)	โคกสูง/เขาฉกรรจ์/วัฒนานคร
รวม	73	21	5	54 (73.97%)		25 (34.25%)	

Service Plan **AMR**

(Antimicrobial resistance)

หยุดเป็นเหยื่อเชื้อดื้อยา ในปี 2564

No combat today

No cure tomorrow

เป้าหมายของประเทศไทย และ WHO



KPI ปีงบประมาณ 2562

ผ่าน

ไม่ผ่าน

รพ. ระดับ A S และ M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Intermediate) $\geq 20\%$



การประเมินระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System)

1. ประเด็นการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เป้าหมาย	กิจกรรมดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	เป้าหมาย
Integrated AMR Management	1. กลไกการจัดการซื้อตัวยาอย่างบูรณาการ	ติดตามการดำเนินการตามกิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรม	มี รพ.ที่ดำเนินการระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมดในเขตสุขภาพ
	2. การเฝ้าระวังซื้อตัวยาทางห้องปฏิบัติการ		
	3. การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ		
	4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล		
	5. การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ		

2. การแปลผล

โดยหัวข้อการประเมินมีทั้งสิ้น 5 กิจกรรมสำคัญ และในแต่ละกิจกรรม มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน รวมเป็น 500 คะแนนเต็ม ในการแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับ รายละเอียดตามตาราง

ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
ระดับ 1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	0 - 149 คะแนน
ระดับ 2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	150-249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน
ระดับ 3	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	250-349 คะแนน และข้อบังคับ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน
ระดับ 4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	350 - 500 คะแนน และข้อ Basic และ Intermediate > 0 คะแนน

สรุปการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 6 จากการประเมินตนเองครั้งที่ 2/2562

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวม
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ผลงาน จำนวนโรงพยาบาลผ่านระดับ Intermediate ขึ้นไป	14
	เป้าหมาย (จำนวน รพ. ระดับ A, S, M1 ทั้งหมด)	14
	ร้อยละ	100

เกณฑ์ตัวชี้วัด : ระดับ Intermediate ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20

Summary Q 3/62 : AMR เขต 6

กิจกรรม	จันทบุรี	ชลบุรี		ฉะเชิงเทรา	ตราด	ปราจีนบุรี		ระยอง			สมุทรปราการ		สระแก้ว	
	พระปกเกล้า	ชลบุรี	บางละมุง	พุทธโสธร	ตราด	กบินทร์บุรี	อภัยภูเบศร	ระยอง	แกลง	เจลิมา	สมุทร	บางพลี	สระแก้ว	อรัญ
1.กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	55	62	60	57	62	77	77	67	65	62	65	70	57	60
2.การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	72	90	78	60	70	70	68	67	52	60	73	60	55	52
3.การควบคุมกำกับการดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	64	73	43	54	51	59	66	74	71	27	41	41	54	44
4.การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.	85	83	85	81	60	83	90	80	80	85	80	75	70	65
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของรพ.และนำไปสู่มาตรการแก้ไขปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	50	50	30	60	30	60	55	70	50	20	40	30	40	30
Total	326	358	296	312	273	349	356	358	318	254	291	276	276	251
Basic	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Intermediate	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Advance		√					√	√						

ตัวเลขสีแดง หมายถึง ได้รับคะแนน < 50 คะแนนในหมวดนั้นๆ

ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ผู้บริหาร

- กลไกการจัดการAMR และการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบูรณาการ
 - เพิ่มช่องทางในการพัฒนาหรือฝึกอบรมบุคลากรที่ทำงานด้าน AMR โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รพ.ในระดับ M1
 - ควรมีการจัด education program แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องของทุกระดับใน รพ. อย่างครอบคลุมและทั่วถึง
- การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
 - **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์** ควรกำหนดแนวทางการในการคัดเลือกโปรแกรมรวบรวม รายงานผลทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา เพื่อให้สามารถนำไปใช้ใน รพ. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถ**เชื่อมต่อกับระบบข้อมูลจากห้องปฏิบัติการกับระบบการดูแลผู้ป่วยของ รพ. (HIS)**
- การกำกับดูแลการใช้ยาใน รพ.
 - พัฒนาระบบการประเมินความเหมาะสมการใช้ยาปฏิชีวนะให้เป็นการวัดผลลัพธ์อย่างแท้จริง และมีการพัฒนาระบบการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง
- การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - การปรับปรุงเชิงโครงสร้างเพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาได้รับการแยกเตียงห่างอย่างน้อย 1 เมตร

ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

- แนวทางการนิเทศที่ปรับปรุงใหม่เพื่อใช้ในการประเมิน มีความครอบคลุมในทุกมิติ
- ความมุ่งมั่นและร่วมมือกันในการพัฒนาระบบงานตามแนวทางของการนิเทศ และทีมปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ของทีมคณะกรรมการ AMR
- เป็นนโยบายแห่งชาติที่ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ รวมถึงองค์กรวิชาชีพระดับประเทศที่มีส่วนสำคัญในการจัดอบรมในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น Stewardship Program Training โดยสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล, Antimicrobial Resistance Bacteria โดยสมาคมเทคนิคการแพทย์ร่วมกับ ม.มหิดล

**การพัฒนาต่อยอดระบบการจัดการ AMR ให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน โดย
ใช้การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล**

- **ประสานความร่วมมือในทีม AMR เพื่อนำข้อมูลไปสู่การออกแบบ
กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบท**
- **จัดเรียงความสำคัญของปัญหาและทรัพยากรที่ต้องการให้
ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงาน AMR**
- **วิเคราะห์แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาใน
ชุมชน (community acquired infection, CAI) และขยายการ
จัดการให้ครอบคลุมอย่างแท้จริงตามแนวคิด One-Health**
- **เพิ่มการนำข้อมูลจากตัวชี้วัดและผลการวิเคราะห์ มาใช้ในการ
วางแผนงานตามแนวทางของการพัฒนาคุณภาพ เช่น
Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-
Do-Check-Act/Adjust) หรือ R2R/R2R2R (Routine to
Research/to Routine)**