|  |  |
| --- | --- |
| **หมวด** | **ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)** |
| **แผนที่** | **6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ** |
| **โครงการที่** | **12. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** |
| **ระดับการแสดงผล** | **จังหวัด/เขต/ประเทศ** |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **27. ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)** |
| **ตัวชี้วัดย่อย** | **ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง**  |
| **คำนิยาม** |  **การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)**1. โรงพยาบาลที่มีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง 5 กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง ผ่านทาง <http://203.157.3.54/hssd1/>
2. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ
3. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
4. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล
5. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
6. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ
7. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้

1. *Acinetobacter baumannii* ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin 2. *Pseudomonas aeruginosa* ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin (Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin3. *Klebsiella pneumonia* ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin4. *Staphylococcus aureus* ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin (VISA and VRSA)5. *Escherichia coli* ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือFluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)6. *Salmonella spp.* ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือExtended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)7. *Enterococcus faecium* ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE)8. *Streptococcus pneumonia* ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)วิธีการคำนวณ X 100 ผู้ป่วยพบแบคทีเรีย 8 ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด  ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย 8 ชนิดในกระแสเลือด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปีงบประมาณ 61** | **ปีงบประมาณ 62** | **ปีงบประมาณ 63** | **ปีงบประมาณ 64** |
| ร้อยละ 70 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (basic) | ร้อยละ 20 ของ รพ.ระดับ A,S,M1 ระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (intermediate) | * รพ.ระดับ A,S,M1 ทุกแห่งมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับIntermediate

การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลง 7.5 % จากปีปฏิทิน 61 | การติดเชื้อ AMR ลดลง 15% จากปีปฏิทิน 61 |

 |
| **วัตถุประสงค์** | เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาด M1 |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานกองบริหารการสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูล** | ข้อมูลจากโรงพยาบาล ระดับ A,S,M1 |
| **รายการข้อมูล 1 (AMR)** | A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate |
| **รายการข้อมูล 2 (AMR)** | B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 จำนวน 121 แห่ง |
| **รายการข้อมูล 3 (AMR)** | C = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน 61 |
| **รายการข้อมูล 4 (AMR)** | D = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด**  | 1. (A/B) x 100 และ
2. (D-C) x 100 /C
 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน) ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อตรวจราชการ 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 12เดือน** |
|  | * ร้อยละ 90 ของรพ.ทั้งหมดผ่านระดับ Intermediate
* การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลง 5 %
 |  | * ร้อยละ 100 ของรพ.ผ่านระดับ Intermediate
* การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 7.5%
 |

 |
| **วิธีการประเมินผล :**  | การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล |
| **เอกสารสนับสนุน :**  | รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล |
| **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Baseline data (AMR)** | **หน่วยวัด** | **ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.** |
| **2560** | **2561** | **2562** |
| 2562 | ร้อยละ | - | **Basic 88.98**(ผ่านเกณฑ์เป้าหมายระดับ basic ร้อยละ 70) | **Intermediate 96.64**(ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 20) และอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 7.49 |

 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **1. ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการ** โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289 โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com **สำนักบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และ AMR)** **2. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ** โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-9510000 ต่อ 99302 โทรศัพท์มือถือ : 087-7059541 โทรสาร : 02-5910343 E-mail :wantana.p@dmsc.mail.go.th **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตัวชี้วัด AMR)****3. นางวราภรณ์ เทียนทอง** โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903652 โทรศัพท์มือถือ : 081-3465980 โทรสาร : 02-5903443 E-mail : varaporn.thientong2@gmail.com**สถาบันบำราศนราดูร (ตัวชี้วัด AMR)** |
| **หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล**  | กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (AMR) |
| **ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน** | 1. นางสาวคริสติน่า ลี้สุรพลานนท์ เภสัชกรปฏิบัติการโทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5903792 โทรศัพท์มือถือ : 081-264-9910โทรสาร : 02-5918486 E-mail : Christina.lee@fda.moph.go.th**กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**2.ภญ.ไพรำ บุญญะฤทธิ์ เภสัชกรชำนาญการโทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5901628 โทรศัพท์มือถือ : 092-3953289โทรสาร : 02-5901634 E-mail : praecu@gmail.com**กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |

**คำอธิบายเพิ่มเติม**

**การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง** การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม[[1]](#endnote-1)

**การส่งเสริมใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)** **หมายถึง** ระบบของพื้นที่ (ระดับอำเภอหรือเขต กรณีกรุงเทพมหานคร) ที่มีการออกแบบระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับทั้งรัฐและเอกชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัย และมีการเชื่อมโยงสู่การเฝ้าระวังสู่ครัวเรือนและชุมชน โดยมีการรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และจัดการข้อมูล เพื่อวางระบบจัดการปัญหาในหน่วยบริการสุขภาพ รวมถึงมีการนำข้อมูลคืนกลับให้ประชาชน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและเกิดการแก้ปัญหาในชุมชนด้วยชุมชน โดยมีการจัดการความเสี่ยง ในรูปแบบต่างๆ ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของประชาชนด้านการใช้ยาอย่างมีส่วนร่วม การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยา การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะภาคเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รวมถึงการกำกับดูแลแหล่งกระจายยา โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

ชุมชน[[2]](#endnote-2) หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน หรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อหรือความสนใจร่วมกัน

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การ มหาชน), 2561. [↑](#endnote-ref-1)
2. พระราชกฤษฏีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ.2543 [↑](#endnote-ref-2)