แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ Service Excellence

หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU)

จังหวัด.....แพร่.....เขตสุขภาพที่.....๑... รอบที่...๑...ตรวจราชการวันที่....๕-๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐....

๑. ประเด็นการตรวจราชการ : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU)

๒. สถานการณ์

การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ RDU , PTC และ PCT ระดับจังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่ง	การแต่งตั้งคณะกรรมการ RDU จังหวัดแพร่ และคณะกรรมการ RDU โรงพยาบาลแพร่	-	-	-
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ RDU จังหวัดแพร่ และคณะกรรมการ RDU โรงพยาบาลแพร่	-	-	-
ผลการดำเนินงาน	- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ RDU จังหวัดแพร่ (คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ ๑๓๖/๒๕๕๙) และคณะกรรมการ RDU โรงพยาบาลแพร่ (คำสั่งโรงพยาบาลแพร่ที่ ๒๘๖/๒๕๕๙)	-	-	-
ประกาศนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับจังหวัด	ประกาศนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลทุกแห่ง		-	-
มีการประกาศนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับจังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่ง	มีการประกาศนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลทุกแห่ง		-	-
มีการประกาศนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับจังหวัด (ประชุมคณะกรรมการ PTC)	-		-	-

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๓. สร้างความเข้าใจและการยอมรับของบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้อง	ชี้แจงการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU ๒๐ ตัวชี้วัดและการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ๑๓ กลุ่มยา	ชี้แจงและอบรมทำความเข้าใจเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้อง	จัดกิจกรรมรณรงค์สื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับบุคลากรที่มีความเกี่ยวข้อง	-
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สามารถจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU ๒๐ และดำเนินการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ๑๓ กลุ่มยา	บุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องมีความเข้าใจเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	บุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องมีความเข้าใจและตระหนักเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	-
ผลการดำเนินงาน	โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU ๒๐ และอยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ๑๓ กลุ่มยา	-	-	-
๔. บูรณาการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลใน service plan สาขาที่เกี่ยวข้อง (สาขาโรคหัวใจ , สาขา stroke , สาขาโรคไม่ติดต่อ , สาขาโรคไต , สาขาแม่และเด็ก)	วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด RDU ๒๐ ตัวชี้วัด (baseline data)	บูรณาการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลใน service plan สาขาที่เกี่ยวข้อง ตามตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	สามารถระบุตัวชี้วัด RDU ที่ต้องดำเนินการพัฒนาให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด	แนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ตัวชี้วัด RDU ที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถผ่านเกณฑ์ได้ ๑ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด RDU ที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถผ่านเกณฑ์ได้ ๒ ตัวชี้วัด
ผลการดำเนินงาน	ตัวชี้วัด RDU ที่ต้องดำเนินการพัฒนาให้ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตัวชี้วัดที่ ก-ค , ๑-๕ , ๑๙-๒๐)	-	-	-

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - **<u>รอบ ๑</u>** **ใช้ข้อมูล ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ตค.๕๙- ธค.๕๙) - **<u>รอบ ๒</u>** **ใช้ข้อมูล ไตรมาส ๒** (ข้อมูล มค.๖๐- มีค.๖๐)
๑	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล** (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์RDU๑ และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU๒) **เกณฑ์ตัวชี้วัด** : รพ.RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.ทั้งหมด)	**เป้าหมาย** (จำนวน รพ.ทั้งหมด)		๘ แห่ง
		ผลงาน (จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑*)		๓ แห่ง
		ร้อยละ		๓๗.๕๐

หมายเหตุ *รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ **และ** หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ IRDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑ ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ (SP-RDU) จำแนกตามโรงพยาบาล (ข้อมูลไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐)

รายชื่อรพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ ระดับ	RDU ๑								RDU ๒	สรุปผลการประเมินการเป็น RDU Hospital ขั้นที่๑ (RDU ๑ + RDU ๒)	
		RDU ๑ : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)			RDU ๑ : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)					ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)		
		มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU (ตัวชี้วัด ก)	มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU (ตัวชี้วัด ข)	มีแผนปฏิบัติการจัดการเชื้อดื้อยาใน รพ. เฉพาะ รพ. ระดับ A S และ M๑ (ตัวชี้วัด ค)	๑) ร้อยละรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ED (ตัวชี้วัดที่ ๑)	๒) ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ตัวชี้วัดที่ ๒)	๓) รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล (ตัวชี้วัดที่ ๔)	๔) การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน (ตัวชี้วัดที่ ๓)	๕) การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา (ตัวชี้วัดที่ ๕)	ร้อยละของ รพ. สต. /หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะ ใน ๒ โรค URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมาย (ตัวชี้วัดที่ ๑๙๒๐)		
					ร้อยละ	ระดับ	จำนวน ..... รายการ	ระดับ	ระดับ	ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
แพร่	S	มี	มี	มี	๘๘.๗๙	๒	๑ รายการ (Para Inj.)	๓	๓	๑๗.๒๔		/
สอง	F ๒	มี	มี		๙๙.๒๑	๓	๐	๓	๓	๔๓.๗๕	/	
ร้องกวาง	F ๒	มี	มี		๙๐.๒๓	๓	๑ รายการ (Para Inj.)	๓	๓	๔๗.๐๖	/	
หนองม่วงไข่	F ๒	มี	มี		๙๒.๖๗	๓	๐	๓	๓	๕๐.๐๐	/	
สูงเม่น	F ๒	มี	มี		๙๔.๔๑	๒	๑ รายการ (Para Inj.)	๓	๓	๒๙.๔๑		/
เด่นชัย	F ๑	มี	มี		๙๕.๒๐	๒	๐	๓	๓	๒๕.๐๐		/
ลอง	F ๒	มี	มี		๙๔.๑๖	๒	๐	๓	๓	๑๔.๒๙		/
วังชิ้น	F ๒	มี	มี		๙๒.๗๔	๒	๑ รายการ (Para Inj.)	๓	๔	๒๙.๔๑		/
เกณฑ์เป้าหมาย		มี	มี	มี	รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ ๗๕ S ≥ ร้อยละ ๘๐ M๑-M๒ ≥ ร้อยละ ๘๕ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐	ระดับ ๓	≤ ๑ รายการ	รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓	ระดับ ๓	≥ ร้อยละ ๔๐	รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่าย ในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	
าหมาย SP-RDUปีงบประมาณ ๒๕๖๐		รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ RDU ๒) ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.ทั้งหมด										

สรุปผลการดำเนินงาน

๑) A = จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ๐ แห่ง
(รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย)

๒) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน ๘ แห่ง

๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในจังหวัด (A / B) x ๑๐๐

คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๐

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ระดับจังหวัด

กิจกรรม	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
๑. คณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU จังหวัด	๑. การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	☐ ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการฯ ☑ มีคำสั่งคณะกรรมการ ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขตังหวัดแพร่ที่ ๑๓๖/๒๕๕๙ ชื่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดแพร่
๒. มีเป้าหมาย แผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัด การติดตาม ควบคุม กำกับ และการรายงานผลการดำเนินงาน SP-RDU ในระดับจังหวัด	๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน SP-RDU ๒. การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานขับเคลื่อน SP-RDU ๓. การกำหนดตัวชี้วัดในการขับเคลื่อน SP-RDU ๔. การควบคุม กำกับ กลวิธีในขับเคลื่อน SP-RDU อย่างมีประสิทธิภาพ ๕. การจัดทำระบบการรายงานผลการดำเนินงาน	☐ ไม่มีแผนปฏิบัติการหรืออยู่ระหว่างการจัดทำ ☑ มีแผนปฏิบัติการ **สรุปภาพรวมของแผนปฏิบัติการ** จังหวัดแพร่ได้กำหนดแผนปฏิบัติการ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล : RDU) ดังนี้ ๑) ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล : RDU) จังหวัดแพร่ เพื่อจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU) ของจังหวัดแพร่ (เดือนธันวาคม ๒๕๕๙) ๒) ประชุมพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU และฉลากยามาตรฐาน ๑๓ กลุ่ม เพื่อให้มีการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเดียวกันในจังหวัดแพร่ (เดือนมกราคม ๒๕๖๐) ๓) ประชุมวิเคราะห์ข้อมูล baseline ตัวชี้วัด RDU เพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (เดือนมีนาคม ๒๕๖๐) ๔) ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ และจัดทำแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ (เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม ๒๕๖๐) **เป้าหมายการดำเนินงาน** โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งผ่าน RDU ขั้นที่ ๑ **ตัวชี้วัด** ตัวชี้วัด RDU ๒๐ ตัวชี้วัด **รูปแบบหรือกลวิธีในการควบคุมกำกับ** คณะกรรมการ Service plan RDU จังหวัดแพร่ ดำเนินการติดตามจากผลการดำเนินงาน (รายไตรมาส) **การจัดทำรายงานส่งให้กับจังหวัด/ สบรส.** ☑ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน **สรุปผลการดำเนินงาน SP-RDU ระดับจังหวัด** จังหวัดแพร่ ผ่านส่วนของผลการประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process) แต่ไม่ผ่านผลการประเมินผลการดำเนินงาน (Output) ตามระดับความสำเร็จ RDU ขั้นที่ ๑
๓. การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการติดตามผลการดำเนิน SP-RDU ตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด	๑. การกำหนดผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU อย่างชัดเจน ๒. การจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU	☐ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ☑ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน คือ เจ้าหน้าที่งาน IT รพ.ทุกแห่ง ☑ ไม่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ☐ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบที่ใช้...RDU ๒๐๑๖..... **สรุปผลการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระดับจังหวัด** ๑) ระบบ/โปรแกรมการจัดเก็บและรายงานข้อมูลตัวชี้วัด RDU จังหวัดแพร่ใช้ระบบ/โปรแกรมการจัดเก็บและรายงานข้อมูลตัวชี้วัด RDU <u>ตัวชี้วัดที่ ๑ - ๑๘</u> (RDU ๑ : โรงพยาบาล) • โรงพยาบาลแพร่ : ดำเนินการจัดเก็บผ่านระบบ HIS ของโรงพยาบาล • โรงพยาบาลชุมชน : ดำเนินการจัดเก็บโดยใช้โปรแกรม RDU ๒๐๑๖ ของโรงพยาบาลบ้านม่วง จังหวัดสกลนคร เขตสุขภาพที่ ๘

กิจกรรม	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
๓. การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการติดตามผลการดำเนิน SP-RDU ตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด	๒. การจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU	ตัวชี้วัดที่ ๑๙ - ๒๐ (RDU ๒ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ● HDC-Dashboard กระทรวงสาธารณสุข
๔. มีการติดตามการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	๑. การติดตามและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ	**สรุปผลการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ระดับจังหวัด** คณะกรรมการ service plan RDU โรงพยาบาลแพร่ ได้ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดการเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลแพร่ และติดตามการดำเนินงานตามแผนโดยคณะกรรมการ service plan RDU จังหวัดแพร่

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

- การสนับสนุนของผู้บริหาร
- คณะกรรมการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆที่มีส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงาน
- ความเข้าใจและความตระหนักของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- ความถูกต้องของข้อมูล (Baseline Data)

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
บุคลากรและคณะกรรมการ Service plan สาขาต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจและความตระหนักในการดำเนินงานโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	บูรณาการชี้แจงตั้งแต่ระดับประเทศ เขต จังหวัดและอำเภอ เพื่อทำความเข้าในบุคลากรและคณะกรรมการ Service plan สาขาต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ขาดความตระหนักในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	อบรมวิชาการเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และมอบให้คณะกรรมการ RDU ระดับอำเภอและเภสัชกรปฐมภูมิกำกับติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านตัวชี้วัด
การวินิจฉัยและลงข้อมูล ICD-๑๐ ไม่ถูกต้อง	มีการชี้แจงหรืออบรมการวินิจฉัยและลงข้อมูล ICD-๑๐ ให้ถูกต้อง
เครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ	พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ
ตัวชี้วัด RDU ขั้น ๑ (ตัวชี้วัดที่ ๒ : PTC) เป็นตัวชี้วัดที่มีตัวชี้วัดอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดได้	ตัวชี้วัด RDU ขั้น ๑ (ตัวชี้วัดที่ ๒ : PTC) ควรเป็นตัวชี้วัดที่วัดด้านประสิทธิภาพการดำเนินการของคณะกรรมการ ไม่ควรมีตัวชี้วัดอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้อง
Service plan RDU ระดับเขต ขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อน	Service plan RDU ระดับเขต ควรดำเนินการขับเคลื่อนและกระตุ้นการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ ตำบลและชุมชน

ผู้รายงาน นายประเสริฐ กิตติประภัสร์
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
วัน/เดือน/ปี ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๐
โทร ๐๘๑-๘๘๔๕๓๐๒ **e-mail :** pskt09@yahoo.com