

# ตัวชี้วัดโครงการโรงพยาบาล ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล



# วัตถุประสงค์ของการใช้ตัวชี้วัด

1. เป็นเครื่องมือ**ผลักดัน**ให้เกิดการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
2. เพื่อเป็นเครื่องมือ**ติดตามสถานการณ์และความก้าวหน้า**ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
3. เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของ**การแสดงผล**การดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวมระหว่างดำเนินการ และเมื่อสิ้นสุดโครงการนำร่อง

# RDU Hospital Indicators 35 ตัว

## หลัก 10

- ตัวชี้วัดพื้นฐาน 3 ตัว + ตัวชี้วัดกุญแจ PLEASE 7 ตัว
- ประเมินภาพรวมของการดำเนินงานตามกุญแจ PLEASE

## รอง 25+

- $P\ 9 + L\ 2 + Es\ 6 + A\ 2 + S\ 4 + Et\ 2 = 25$  ตัว
- แสดงการดำเนินงานตามกุญแจ PLEASE

## เสริม

- การดำเนินงานที่โรงพยาบาลทำได้ดี หรืออยากผลักดันเพิ่มเติม
- อาจเลือกเพิ่มจากตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ใน L, Es, A และ S

## เฉพาะ

- อัตลักษณ์ของโรงพยาบาล
- รพ. เสนอตัวชี้วัดเอง

ตัวชี้วัดด้าน

Process/Output/Outcome

# ตัวชี้วัดหลัก (Core Indicator)

| Core indicator      | องค์ประกอบ | ตัวชี้วัดหลัก   | เป้าหมาย   |
|---------------------|------------|---|------------|
| C-I-01              | B          | จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก  | ≤ 3 รายการ |
| C-I-02              | B          | ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลัก  | เพิ่มขึ้น  |
| C-I-03              | B          | จำนวนยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่สั่งใช้ต่อผู้ป่วยนอก 1000 คนต่อวัน   | ลดลง       |
| C-I-04 <sup>b</sup> | P          | ประสิทธิผล <b>การดำเนินงาน</b> ของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการชี้แนะสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | 3          |
| C-I-05 <sup>b</sup> | L          | <b>การดำเนินงาน</b> ในการปรับฉลากยาและเอกสารข้อมูลยาตามแนวทางฯ  | 3          |
| C-I-06 <sup>a</sup> | Es         | <b>การดำเนินงาน</b> ตามเครื่องมือส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การทบทวนบัญชียาโรงพยาบาล แนวทางการใช้ยาตามกลุ่มโรคและการสั่งยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ     | 3          |
| C-I-07 <sup>b</sup> | A          | <b>การดำเนินงาน</b> ในการส่งเสริมความตระหนักเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ   | 3          |
| C-I-08 <sup>a</sup> | S          | <b>การดำเนินงาน</b> ตามแนวทางคำแนะนำตามผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ  | 3          |
| C-I-09 <sup>b</sup> | Et         | <b>การดำเนินงาน</b> ในการส่งเสริมจริยธรรมและลดอิทธิพลการส่งเสริมการขาย  | 3          |
| C-I-10 <sup>b</sup> | Et         | <b>การดำเนินงาน</b> ในการส่งเสริมจริยธรรมในการสั่งยา  | 3          |

# ตัวชี้วัดรอง PLEASE 25 ตัวชี้วัด

1. ตัวชี้วัดรองในกฎหมาย P 9 ตัว
2. ตัวชี้วัดรอง ในกฎหมาย L Es A S Et 16 ตัว
  - 2.1 ตัวชี้วัดเรื่องฉลากยา (Label) 2 ตัว
  - 2.2 ตัวชี้วัดการใช้เครื่องมือ RDU (Essential RDU tools) 6 ตัว

โดยเลือก 6 ตัวชี้วัดนี้ จากทั้งหมด 12 ตัว ดังต่อไปนี้

    - บัญชียาโรงพยาบาล (Formulary) 1 ตัว
    - กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6 กลุ่ม (NCD) 7 ตัว
    - การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (RUA) 4 ตัว
  - 2.3 ตัวชี้วัดการสร้างความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการ (Awareness) 2 ตัว
  - 2.4 ตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (Special population) 4 ตัว

โดยเลือก 4 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 7 ตัว
  - 2.5 ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมจริยธรรม (Ethics in prescription) 2 ตัว

# ตัวชี้วัดรอง P 9 ตัว

| รหัส     | ตัวชี้วัด  | เป้าหมาย                      |
|----------|--|-------------------------------|
| PTC-I-02 | อัตราการดำเนินการจัดทำและรายงานตัวชี้วัดหลักนอกเหนือจากกฎแฉ P  | 100%                          |
| PTC-I-03 | อัตราการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหลักนอกเหนือจากกฎแฉ P ที่เป็นไปตามเกณฑ์   | >50%                          |
| PTC-I-04 | อัตราการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเสริม (ที่โรงพยาบาลเป็นผู้เลือก) ที่เป็นไปตามเกณฑ์  | > 50%                         |
| PTC-I-05 | การดำเนินงานตามข้อเสนอแนะในการดำเนินงานฯ เชิงระบบในการกำหนดแนวทางการให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้ส่งยา และหน่วยบริการ (PTC-R-13) | มีการดำเนินงาน                |
| PTC-I-06 | การดำเนินงานเชิงระบบเพื่อความปลอดภัยและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับผู้ป่วยนอก (PTC-R-14)                                      | มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ข้อ |
| PTC-I-07 | การดำเนินงานเชิงระบบเพื่อความปลอดภัยและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับผู้ป่วยใน (PTC-R-15)                                       | มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ข้อ |
| PTC-I-08 | มีการดำเนินงานเชิงระบบเพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (PTC-R-16)             | มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ข้อ |
| PTC-I-09 | มีการดำเนินงานเชิงระบบเพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้ของผู้รับบริการต่อการใช้ยาสมเหตุผล (PTC-R-16)                               | มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ข้อ |
| PTC-I-10 | มีการดำเนินงานเชิงระบบเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาตามเกณฑ์จริยธรรม (PTC-R-17)  | มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ข้อ |

## ตัวชี้วัดรอง L 2 ตัว

| รหัสตัวชี้วัด | ตัวชี้วัด   | เป้าหมาย |
|---------------|---|----------|
| LABEL-I-01    | ร้อยละของรายการยาใน 13 กลุ่มที่มีรายละเอียดบนฉลากยาครบถ้วนแยกตามประเด็นดังนี้<br>ก. ชื่อยาภาษาไทย<br>ข. คำเตือน<br>ค. ฉลากยาเสริม<br>ง. เอกสารยาสำหรับประชาชน   | ระดับ 3  |
| LABEL-I-02    | ร้อยละของรายการยาใน 13 กลุ่มนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในสารบัญที่มีรายละเอียดบนฉลากยาครบถ้วนแยกตามประเด็นดังนี้ (ดูรายละเอียดในบทฉลากยา)<br>ก. ชื่อยาภาษาไทย<br>ข. คำเตือน<br>ค. ฉลากยาเสริม<br>ง. เอกสารยาสำหรับประชาชน | ระดับ 3  |

# ตัวชี้วัดรอง Es เลือก 6 จาก 12 ตัว

| รหัสตัวชี้วัด | ตัวชี้วัด  | เป้าหมาย (%) |
|---------------|--|--------------|
| E-FOR-I-01    | ร้อยละของรายการยาที่ควรตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาลตามคำแนะนำของโครงการฯ  | 100          |
| E-HT-I-01     | ร้อยละของการใช้ RAS blockage (ACEIs/ARBs/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง   | 0            |
| E-DM-I-01     | ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีหรือมี eGFR < 60 มล./นาที  | <5           |
| E-DM-I-02     | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < 30 มล./นาที)   | >80          |
| E-DLP-I-01    | ร้อยละของผู้ป่วยไขมันในเลือดสูงที่ใช้ statin สำหรับ primary prevention ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สามารถลดระดับ LDL-C ได้ต่ำกว่า 100 มก./ดล. และ secondary prevention ที่สามารถลดระดับ LDL-C ได้ต่ำกว่า 70 มก./ดล.(ยกเว้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มี eGFR < 60 มล./นาที) | >70          |
| E-OA-I-01     | ร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน  | <5           |
| E-CKD-I-01    | ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่เกิดผลข้างเคียงรุนแรงจนต้องเข้าโรงพยาบาลจากการให้ยา NSAIDs ไม่สมเหตุผล   | <1           |
| E-ASTH-I-01   | ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid   | >20          |
| E-RI-I-01     | อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (RI)  | ≤20          |
| E-AD-I-01     | อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD)   | ≤20          |
| E-STW-I-01    | อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (STW)  | ≤40          |
| E-APL-I-01    | อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (APL)  | ≤10          |



# ตัวชี้วัดรอง A 2 ตัว

| รหัสตัวชี้วัด | ตัวชี้วัด  | เป้าหมาย (%) |
|---------------|--|--------------|
| AWA-I-01      | อัตราของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับรู้ว่าโรงพยาบาลเข้าร่วมในโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล             | 100          |
| AWA-I-02      | อัตราของประชาชนผู้รับบริการที่ได้รับยาที่รับรู้ว่าโรงพยาบาลเข้าร่วมในโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล | > 80         |

# ตัวชี้วัดรอง S เลือก 4 จาก 7 ตัว

| รหัสตัวชี้วัด | ตัวชี้วัด   | เป้าหมาย (%) |
|---------------|---|--------------|
| S-GER-I-01    | ร้อยละการใช้ยา long acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate ในผู้สูงอายุ  | < 5          |
| S-GER-I-02    | ร้อยละการทบทวนรายการยา (medication reconciliation) ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับยามากกว่า 5 รายการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง   | >50          |
| S-PRG-I-01    | ร้อยละของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ยา Warfarin /Statins/ Ergot   | 0            |
| S-LAC-I-01    | ร้อยละของสตรีให้นมบุตรที่ได้รับการสั่งจ่ายยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม (galactagogue) ได้แก่ metoclopramide หรือ domperidone โดยไม่มีหลักฐานการกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมด้วยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ยาก่อน | 0            |
| S-PED-I-01    | ร้อยละการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ในโครงการ ASU)   | < 20         |
| S-HEP-I-01    | มีกระบวนการระบุตัวผู้ป่วยที่มีโรคตับอยู่เดิมก่อนพิจารณาเลือกใช้ยา   | มีระบบ       |
| S-CKD-I-01    | มีระบบที่แสดงให้เห็นแพทย์และเภสัชกรทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเพื่อให้พิจารณาก่อนสั่งยาให้ผู้ป่วย   | มีระบบ       |

# ตัวชี้วัดรอง Et 2 ตัว

| รหัสตัวชี้วัด | ตัวชี้วัด   | เป้าหมาย       |
|---------------|---|----------------|
| ETH-I-01      | การดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมและธรรมาภิบาล ว่าด้วย<br>การส่งเสริมการขายยา | ระดับ 3 ขึ้นไป |
| ETH-I-02      | การดำเนินการเพื่อส่งเสริมการส่งยาในกรอบจริยธรรมทาง<br>การแพทย์            | ระดับ 3 ขึ้นไป |

# การประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดหลัก

---

# ตัวชี้วัดหลัก (Core Indicator)

| Core indicator      | องค์ประกอบ | ตัวชี้วัดหลัก  | เป้าหมาย   |
|---------------------|------------|--|------------|
| C-I-01              | B          | จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก   | ≤ 3 รายการ |
| C-I-02              | B          | ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลัก   | เพิ่มขึ้น  |
| C-I-03              | B          | จำนวนยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่สั่งใช้ต่อผู้ป่วยนอก 1000 คนต่อวัน  | ลดลง       |
| C-I-04 <sup>b</sup> | P          | ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการชี้แนะสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | 3          |
| C-I-05 <sup>b</sup> | L          | การดำเนินงานในการปรับฉลากยาและเอกสารข้อมูลยาตามแนวทางฯ   | 3          |
| C-I-06 <sup>a</sup> | Es         | การดำเนินงานตามเครื่องมือส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การทบทวนบัญชียาโรงพยาบาล แนวทางการใช้ยาตามกลุ่มโรคและการสั่งยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ    | 3          |
| C-I-07 <sup>b</sup> | A          | การดำเนินงานในการส่งเสริมความตระหนักเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ  | 3          |
| C-I-08 <sup>a</sup> | S          | การดำเนินงานตามแนวทางคำแนะนำตามผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ   | 3          |
| C-I-09 <sup>b</sup> | Et         | การดำเนินงานในการส่งเสริมจริยธรรมและลดอิทธิพลการส่งเสริมการขาย   | 3          |
| C-I-10 <sup>b</sup> | Et         | การดำเนินงานในการส่งเสริมจริยธรรมในการสั่ง   | 3          |

# การประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดหลัก

ระดับ

<sup>b</sup>การประเมิน **P** (C-I-04), **L** (C-I-05), **A** (C-I-07), **Et** (C-I-09 และ C-I-10)

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 0                                    | ยังไม่มี การดำเนินการใด ๆ   |
| 1 ระยะเริ่มต้น                       | ก. คณะกรรมการฯ มีมติให้ดำเนินงานตามกรอบความคิดของโครงการฯ<br>ข. ตั้งทีมได้แก่กำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน<br>ค. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อุปสรรค กำหนดแนวทางการทำงาน และ/หรือปรับปรุงโครงสร้างของคณะกรรมการฯ  |
| 2 กำลังพัฒนา                         | ก. ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เหมาะกับเป้าหมายของ PLEASE แต่ละด้าน<br>ข. สื่อสารทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการฯ กับบุคลากรในโรงพยาบาล<br>ค. วางแผนและดำเนินการจัดการฝึกอบรมหรือแพร่กระจายข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับของบุคลากรต่อคำแนะนำต่าง ๆ ของโครงการฯ   |
| 3 พอใจกับผลงาน                       | ก. ตรวจสอบการดำเนินงานว่าถูกต้องตามที่ออกแบบ<br>ข. เห็นผลการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายเฉลี่ยระดับร้อยละ 50 ขึ้นไปจากทุกชี้วัดรองในกลยุทธ์ที่ดำเนินการ  |
| 4 โดดเด่น พร้อม<br>เล่า              | ก. ประเมินผลการดำเนินงานในทุกตัวชี้วัดรองอย่างเป็นระบบ<br>ข. ส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดรองในกลยุทธ์ด้านที่ดำเนินการ<br>ค. บูรณาการการปฏิบัติงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล<br>ง. เห็นผลการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายเฉลี่ยระดับร้อยละ 75 ขึ้นไปจากตัวชี้วัดรองในกลยุทธ์ที่ดำเนินการ |
| 5 เป็นแบบอย่างที่ดี<br>ของการปฏิบัติ | ก. สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะ clinical outcome<br>ข. มีรูปแบบการดำเนินงานที่แสดงถึงการมีวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย และการเรียนรู้ สามารถใช้เป็นแบบอย่างแก่โรงพยาบาลอื่น<br>ค. เห็นผลการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายเฉลี่ยระดับร้อยละ 90 ขึ้นไปจากทุกชี้วัดรองในกลยุทธ์ที่ดำเนินการ                       |

# การประเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดหลัก

| ระดับ   | การใช้เครื่องมือ <b>E</b> ssential tools (C-I-06) และ <b>S</b> pecial population (C-I-08) |
|---------|---|
| ระดับ 0 | ไม่มีการดำเนินการใด ๆ   |
| ระดับ 1 | มีการดำเนินการและได้ผลตามเป้าหมาย $\leq 20\%$   |
| ระดับ 2 | มีการดำเนินการและได้ผลตามเป้าหมาย $> 20\%$ ของตัวชี้วัด                                   |
| ระดับ 3 | มีการดำเนินการและได้ผลตามเป้าหมาย $> 40\%$ ของตัวชี้วัด                                   |
| ระดับ 4 | มีการดำเนินการและได้ผลตามเป้าหมาย $> 60\%$ ของตัวชี้วัด                                   |
| ระดับ 5 | มีการดำเนินการและได้ผลตามเป้าหมาย $> 80\%$ ของตัวชี้วัด                                   |

# การเก็บรวบรวมและส่งข้อมูล

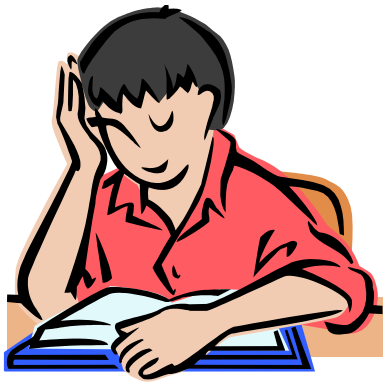
| ตัวชี้วัด                      | ความถี่ในการวัด   | กำหนดการเก็บข้อมูล   | กำหนดวันส่งข้อมูล (โดยประมาณ)                                     | ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด | ผู้ประสานงาน RDU Indicator |
|--------------------------------|-------------------|--|---|-----------------------|----------------------------|
| ตัวชี้วัดหลัก และ ตัวชี้วัดรอง | 3                 | 1) เก็บข้อมูล 6 เดือนก่อนดำเนินโครงการ<br>2) ภายในเดือนสิงหาคม 2558 (ดำเนินการแล้ว 6 เดือน)<br>3) ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2559 (ดำเนินการแล้ว 12 เดือน)<br>พร้อมเยี่ยม พูดคุยกับทางโรงพยาบาล โดย รพ.แม่ข่าย +/- ส่วนกลาง ทุกครั้ง | 31 มีนาคม 2558;<br><br>31 สิงหาคม 2558;<br><br>29 กุมภาพันธ์ 2559 | PTC                   | คณะทำงานบริหารโครงการฯ     |
| ตัวชี้วัดเสริม                 | 3                 | เหมือนตัวชี้วัดหลักและรอง  | เหมือนตัวชี้วัดหลักและรอง   | PTC                   | คณะทำงานบริหารโครงการฯ     |
| ตัวชี้วัดเฉพาะ                 | อย่างน้อย 2 ครั้ง | 1) เก็บข้อมูล 6 เดือนก่อนดำเนินโครงการ;<br>2) ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2559 (ดำเนินการแล้ว 12 เดือน)   | 31 มีนาคม 2558;<br><br>29 กุมภาพันธ์ 2559                         | PTC                   | คณะทำงานบริหารโครงการฯ     |



# ข้อมูลตัวชี้วัด RDU Hospital

- ผู้ประสานงานตัวชี้วัดของโรงพยาบาล
  - อบรมวิธีการเก็บตัวชี้วัดพร้อมคู่มือ
  - นำเสนอข้อมูลจากตัวชี้วัด ต่อ PTC ในการประชุมเป็นระยะ พร้อมกับข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและหาแนวทางจัดการ ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลได้
  - ส่งรายงานตัวชี้วัด (Excel file) พร้อมกับข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นทางอีเมลให้กับ คณะทำงานบริหารโครงการฯ ตามกำหนด

# การเข้าร่วมเป็น RDU Hospital



ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง



ปรึกษาในทีมPTC  
และผู้บริหาร รพ.



กรอกใบสมัคร



สร้างระบบ RDU ใน รพ.  
ตามเกณฑ์ **PLEASE**



ร่วมในกิจกรรมเครือข่าย  
ของโครงการฯ



วัด ติดตาม ประเมินผล  
P - D - C - A





รายงานผล  
เมื่อครบ 1 ปี



system specific  
accreditation for  
RDU Hospital

# รายละเอียดโครงการ




 http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/node/10362  โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) x

ขนาดตัวอักษร  

# NLEM

## บัญชียาหลักแห่งชาติ

National List of Essential Medicines

 [หน้าหลัก](#)  [แผนผังเว็บไซต์](#)  [บัญชียาและหลักฐานเชิงประจักษ์](#)  [ราคา](#)  [ข่าวสาร](#)  [คลังเอกสาร](#)  [ถาม-ตอบ](#)



หน้าหลัก » โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)

### โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital)

- คู่มือการดำเนินงานโครงการฯ (ฉบับวันที่ 29 ตุลาคม 2557)
- ข้อมูลกุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) (ดูในคู่มือฯ ข้อ 1)
  - + กุญแจที่ 1 คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (P)
    - + แบบประเมินตนเอง
  - + กุญแจที่ 2 ฉลากยาและข้อมูลสู่ประชาชน (L)
  - + กุญแจที่ 3 เครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล (E)
    - E1 คำแนะนำการใช้ยารักษา hypertension
    - E2 คำแนะนำการใช้ยารักษา diabetes mellitus
    - E3 คำแนะนำการใช้ยารักษา...

# การประสานติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

- สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

โทรศัพท์ 02-5907191, 02-590 7155 โทรสาร. 02 – 590 7341

อีเมล [nlem.center1@gmail.com](mailto:nlem.center1@gmail.com)

- ผู้ประสานงาน

- ญ.อัญชลี จิตรภนที โทรศัพท์มือถือ 089-4410150

e-mail: [ajrn218@gmail.com](mailto:ajrn218@gmail.com)

- ญ.นภาพรณ ภูริปัญญวานิช โทรศัพท์มือถือ 081 – 952 9663

e-mail: [pharmui30@hotmail.com](mailto:pharmui30@hotmail.com)

- นางสาวชยาภา ตูเทพ โทรศัพท์ 02- 590 7191

e-mail: [chayapanaa@gmail.com](mailto:chayapanaa@gmail.com)

- เว็บไซต์โครงการ <http://www.nlem.in.th/node/1036>