คู่มือตัวชี้วัด
โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

โดย

คณะทำงานบริหารโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
และคณะผู้วิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2558

วิธีการใช้คู่มือตัวชี้วัดโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

คู่มือตัวชี้วัดฯ ใช้ร่วมกับเอกสารต่อไปนี้ ซึ่ง download ได้จากเว็บไซต์บัญชียาหลักแห่งชาติ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

1. คู่มือการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และเอกสารรายละเอียดกุญแจสำคัญ PLEASE โดยสามารถดูรายละเอียดเนื้อหาในเอกสาร จาก
2. แบบคำนวณตัวชี้วัด Defined Daily Dose (Excel)
3. แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัด (Excel)
4. รหัสวินิจฉัยโรคในคู่มือนี้ใช้รหัส ICD-10 version 2015 ของ WHO ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/
5. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องตัวชี้วัดฯ ได้ที่ อ.ดร.เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์ โทร 091-8528750 หรือ E-mail penkarn.k@cmu.ac.th

ตัวชี้วัดเพื่อการติดตามประเมินผล
โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

วัตถุประสงค์ของการใช้ตัวชี้วัด

1. เป็นเครื่องมือผลักดันให้เกิดการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
2. เพื่อเป็นเครื่องมือติดตามสถานการณ์และความก้าวหน้าในการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
3. เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของแสดงผลการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวม ระหว่างดำเนินการ และเมื่อสิ้นสุดโครงการนำร่อง

ลักษณะตัวชี้วัด

ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (process) ผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) โดยมุ่งเน้นการวัดผลการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลตามแนวทางของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (PLEASE) ซึ่งดำเนินการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เป็นหลัก การมีฉลากยามาตรฐานที่ให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน การใช้เครื่องมือส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ การทบทวนบัญชียาโรงพยาบาล คำแนะนำการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามกลุ่มโรค การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ คำแนะนำการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ การส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ในการสั่งยาและใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ และการส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา

ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการวัดกระบวนการและผลผลิต มากกว่าการวัดผลลัพธ์เชิงคลินิก โดยภาพรวมตัวชี้วัด ประกอบด้วยการประเมินเชิงคุณภาพแบ่งเป็นระดับคะแนน 0-5 และเชิงปริมาณด้วยการวัดเป็นตัวเลข เช่น ร้อยละ สัดส่วน จำนวน และการวัดเชิงกระบวนการ เช่น มีหรือไม่มี เป็นต้น

ประเภทของตัวชี้วัด

1. ตัวชี้วัดหลัก (Core Indicator) 10 ตัวชี้วัด

หมายถึง ตัวชี้วัดที่เป็นข้อตกลงเบื้องต้นของทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ที่จะนำไปผลักดันโครงการไปสู่เป้าหมาย ดำเนินการเก็บข้อมูล และเพื่อติดตามผล เพื่อแสดงถึงกระบวนการและผลผลิต และผลลัพธ์จากการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (เอกสารในภาคผนวก) ประกอบด้วย

1.1 ตัวชี้วัดพื้นฐาน (Basic Indicator) 3 ตัว หมายถึง ตัวชี้วัดที่แสดงผลการดำเนินการโดยภาพรวมของแต่ละโรงพยาบาล และภาพรวมทั้งโครงการฯ ในประเด็นที่สำคัญ 3 ประเด็น คือ การไม่สั่งยาเกินความจำเป็น การส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลัก และการลดการใช้ยาปฏิชีวนะในกรณีที่ไม่จำเป็น ตัวชี้วัดพื้นฐานนี้สามารถใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลกับนานาชาติได้

1.2 ตัวชี้วัดหลัก PLEASE 7 ตัว

2. **ตัวชี้วัดรอง PLEASE 25 ตัวชี้วัด**

   2.1 ตัวชี้วัดรอง P 9 ตัว (P-I-02 ถึง P-I-09) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจาก PTC จะเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการตามกุญแจสำคัญอื่น ๆ เพื่อให้ประสบผลสำเร็จในการดำเนินการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ประเมินจากการดำเนินงานตามเป้าหมายของแต่ละกุญแจ PLEASE

   2.2 **ตัวชี้วัดรอง L E A S 16 ตัว** เป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ผลผลิต หรือผลลัพธ์ ของการดำเนินการ ประกอบด้วย

   2.2.1 ตัวชี้วัดเรื่องฉลากยา (**L**abel) 1 ตัว

   2.2.2 ตัวชี้วัดการใช้เครื่องมือ RDU (**E**ssential RDU tools) 6 ตัว
   โดย<u>เลือก 6 ตัวชี้วัดนี้ จากทั้งหมด 14 ตัวชี้วัด</u> ดังต่อไปนี้
   - บัญชียาโรงพยาบาล (Formulary) 1 ตัว
   - กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6 กลุ่ม (NCD) 9 ตัว
   - การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (RUA) 4 ตัว

   2.2.3 ตัวชี้วัดการสร้างความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ (**A**wareness) 3 ตัว
   โดย<u>เลือก 3 ตัวชี้วัดนี้ จากทั้งหมด 5 ตัวชี้วัด</u>

   2.2.4 ตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (**S**pecial population) 6 ตัว
   โดย<u>เลือก 6 ตัวชี้วัดนี้ จากทั้งหมด 10 ตัวชี้วัด</u>

3. **ตัวชี้วัดเสริม** หมายถึง ตัวชี้วัดที่แต่ละโรงพยาบาลอาจเลือกเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดหลักและรอง จากรายการตัวชี้วัดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (RUA) ตัวชี้วัดการสร้างความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ (A) และตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (S) ตามความสมัครใจและความพร้อม ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลตามคำแนะนำในแต่ละกุญแจ หรือโรงพยาบาลอาจไม่เลือกตัวชี้วัดเสริมเลยก็ได้

4. **ตัวชี้วัดเฉพาะ** หมายถึง ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลอาจเสนอเพิ่มเติม โดยที่ตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มไม่มีอยู่ในรายการตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดรองหรือตัวชี้วัดเสริม เป็นตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลเห็นความสำคัญ เป็นอัตตลักษณ์ของโรงพยาบาล หรือได้ดำเนินการไปแล้วบางส่วนหรือทั้งหมด หรือกำลังมีแผนดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เช่น ตัวชี้วัดการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเอชไอวี

ความถี่และผู้รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด

คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของโรงพยาบาลรับผิดชอบเก็บข้อมูลตัวชี้วัดทุกตัว 3 ครั้ง ดังนี้

เก็บข้อมูลครั้งที่	รายละเอียด	วันที่ส่งข้อมูล
1	เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน 2557- 28 กุมภาพันธ์ 2558	30 มีนาคม 2558
2	เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มีนาคม 2558 – 31 สิงหาคม 2558	30 กันยายน 2558
3	เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน 2558 – 29 กุมภาพันธ์ 2559	31 มีนาคม 2558

กรุณาส่งข้อมูลโดยตรงด้วย Excel ให้ผู้ประสานงานทุกคนที่

คุณชยาภา ตุเทพ
สำนักยา กลุ่มนโยบายแห่งชาติด้านยา
โทร 02-5907155
Email: chayapanaa@gmail.com

แหล่งข้อมูล

ตัวชี้วัดหลักส่วนใหญ่สามารถเรียกทำรายงานได้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านการรักษาพยาบาลและฐานข้อมูลสำหรับการบริหารงานฝ่ายเภสัชกรรม สำหรับโรงพยาบาลที่ใช้โปรแกรม HosXP การดึงข้อมูลจะสามารถทำได้จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วย โรค ยา และห้องปฏิบัติการ สำหรับโรงพยาบาลที่ใช้โปรแกรมอื่นจะต้องปรึกษาเจ้าหน้าที่ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศในการทำรายงานตามตัวชี้วัด ตัวชี้วัดบางตัวอาจต้องดำเนินการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยหรือการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

ความถูกต้องของข้อมูลตัวชี้วัด

สำหรับตัวชี้วัดเชิงตัวเลข ความถูกต้องของรายงานตามตัวชี้วัด ขึ้นอยู่กับความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในฐานข้อมูล การทบทวนเกณฑ์ในการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ซ้ำ และความเชี่ยวชาญของผู้ที่เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย รวมถึงวิธีการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเป็นไปตามแนวทางที่กำหนด

ข้อจำกัดของตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรอง

ตัวชี้วัดชุดนี้ ไม่รวมการวัดผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตและด้านเศรษฐศาสตร์ของการดำเนินโครงการและไม่ครอบคลุมทุกโรคและกลุ่มพิเศษทุกกลุ่ม ไม่รวมการส่งเสริมการใช้ยาในร้านยาหรือสถานบริการสาธารณสุขประเภทอื่น

วิธีการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด

ในระยะแรกของการดำเนินงานโครงการฯ ให้เก็บข้อมูลตามคู่มือตัวชี้วัด ในกรณีที่ไม่สามารถดึงรายงานสำเร็จรูปได้ ให้บันทึกตัวตั้งและตัวหารตามสูตรคำนวณ หรือบันทึกจำนวน และการประเมินผลเชิงคุณภาพ โดยลงข้อมูลใน Excel file ซึ่งจะสามารถคำนวณค่าตัวชี้วัดได้ ถ้าทางโรงพยาบาลสามารถคำนวณตัวชี้วัดได้จากฐานข้อมูล ให้ใส่ค่าตัวเลขหรือจำนวนลงใน Excel file ได้เลยโดยไม่ต้องใส่ตัวตั้งและตัวหารจากสูตร จะมีการพัฒนาโปรแกรมรายงานสำเร็จรูปเพื่อทำรายงานตัวชี้วัดในระยะต่อไป

การใช้ข้อมูลตัวชี้วัด

ผู้ประสานงานตัวชี้วัดของโรงพยาบาลนำเสนอข้อมูลจากตัวชี้วัด ต่อ PTC ในการประชุมเป็นระยะพร้อมกับข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถวิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและหาแนวทางจัดการปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลได้ เช่น ข้อมูลการวิเคราะห์ในรายละเอียดตามผู้ให้บริการหรือผู้สั่งยา ตามสิทธิประกันสุขภาพของผู้รับบริการ ตามกลุ่มอายุ หรือการทบทวนระบบการให้บริการด้านยา

ผู้ประสานงาน RDU Indicator ของโรงพยาบาลส่งรายงานตัวชี้วัด (Excel file) พร้อมกับข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ทางอีเมล์ให้กับคณะทำงานบริหารโครงการฯ ตามกำหนดการที่ระบุไว้ข้างต้น

แหล่งที่มาของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดพัฒนาขึ้นสำหรับโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้กรอบแนวคิดกุญแจสำคัญ 6 ประการ PLEASE โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นักวิจัยทบทวนและรวบรวมตัวชี้วัด จากตัวชี้วัดเดิมของ สรพ. สปสช. และชุดตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศไทย ได้ร่างตัวชี้วัด version 1
2. พิจารณาปรับ ลด และเพิ่มเติมโดยคณะทำงานบริหารโครงการฯ ได้ร่างตัวชี้วัด version 2
3. รับฟังความเห็นและข้อเสนอแนะเบื้องต้นต่อจากโรงพยาบาลในสังกัด สปสช.เขต 1 ได้ร่างตัวชี้วัด version 3
4. รวบรวมตัวชี้วัดจากการพิจารณาคัดเลือกจาก
    1) คณะทำงานพัฒนาคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในระบบบริการสุขภาพ
    2) คณะทำงานพัฒนาฉลากสำหรับยาที่จ่ายในโรงพยาบาล
    3) คณะทำงานจัดทำเครื่องมือในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ
    4) คณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อจัดทำเครื่องมือจำเป็นสำหรับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ
    5) คณะทำงานส่งเสริมจริยธรรมและธรรมาภิบาลว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา
    6) คณะทำงานบริหารโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
    7) ผู้ทรงคุณวุฒิ
5. ทดลองเก็บข้อมูล (pilot test) รับฟังความเห็นและข้อเสนอแนะจากโรงพยาบาลที่ทำการทดลองเก็บข้อมูลตัวชี้วัด 10 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลชุมแพ โรงพยาบาลพระยืน โรงพยาบาลบางบ่อ และโรงพยาบาลเชียงแสน
6. คัดเลือกและให้ข้อเสนอแนะตัวชี้วัด Es และ S โดยคณะทำงานพัฒนาเครื่องมือส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล Version 4
7. คัดเลือกตัวชี้วัด โดยคณะทำงานบริหารโครงการฯ จนได้ Version 5 ตัวชี้วัดหลัก 10 ตัว และตัวชี้วัดรอง 25 ตัว

    พัฒนาคู่มือตัวชี้วัดและวิธีการคำนวณตัวชี้วัด

1. ตัวชี้วัดหลัก (Core Indicator) 10 ตัว

ตัวชี้วัดหลักเป็นตัวชี้วัดที่ครอบคลุมการดำเนินการตามกุญแจสำคัญทุกด้านที่โรงพยาบาลนำร่องในโครงการฯ แสดงสถานการณ์และผลการดำเนินงานโครงการฯ ของโรงพยาบาลโดยเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 เมื่อเริ่มโครงการ (ข้อมูล 6 เดือนย้อนหลังก่อนเริ่มโครงการ) ครั้งที่ 2 เมื่อดำเนินการไปแล้ว 6 เดือน และครั้งที่ 3 เมื่อดำเนินการไปแล้ว 12 เดือน

Core indicator	องค์ประกอบ	ตัวชี้วัดหลัก	เป้าหมาย ระดับ	0 ยังไม่ได้เริ่ม	1 ระยะเริ่มต้น	2 กำลังพัฒนา	3 พอใจกับผลงาน	4 โดดเด่นพร้อมเล่า	5 เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ
C-I-01	B	จำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก	≤ 3.0 รายการต่อการมารับบริการผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง						
C-I-02	B	ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลักในผู้ป่วยนอก	≥ 85.0%						
C-I-03	B	จำนวนยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานที่สั่งใช้ต่อผู้ป่วยนอก 1000 คนต่อวัน (หน่วยเป็นขนาดยาเฉลี่ยที่ใช้ในการรักษาสำหรับผู้ใหญ่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกเป็น Defined Daily Dose (DDD) ต่อประชากร 1000 คนต่อวัน)	จำนวนการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง 20.0% เมื่อเทียบกับก่อนเริ่มโครงการ						
C-I-04	P	PTC-I-01: ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำ สื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3						
C-I-05	L	LABEL-I-01: การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ 3						
C-I-06	Es	การดำเนินงานตามเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่ม NCD, RUA และการทบทวนบัญชียาโรงพยาบาลตามแนวทางคำแนะนำ	ระดับ 3						
C-I-07	A	การดำเนินงานในการส่งเสริมความตระหนักเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ	ระดับ 3						
C-I-08	S	การดำเนินงานตามแนวทางคำแนะนำเรื่องการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ	ระดับ 3						
C-I-09	Et	ETH-I-01: การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3						
C-I-10	Et	ETH-I-02: การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในระดับบุคลากรผู้สั่งใช้ยา	ระดับ 3						

<u>วิธีประเมินและเกณฑ์การประเมินด้วยตัวชี้วัดหลัก</u>

C-I-01 = (จำนวนรายการยาที่สั่งทั้งหมด) หารด้วย (จำนวนครั้งการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาอย่างน้อย 1 ชนิด สำหรับยาประเภทสูตรผสมให้นับเป็น 1 ชนิด)

C-I-02 = (จำนวนรายการยาในบัญชียาหลักที่สั่งในผู้ป่วยนอก คูณ 100) หารด้วย (จำนวนรายการยาที่สั่งทั้งหมดในผู้ป่วยนอก)

C-I-03 = ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอก หน่วยเป็น จำนวน DDDs ต่อ 1000 ประชากรต่อวัน

คำอธิบาย:

- DDD หมายถึง Defined Daily Dose หรือขนาดยาเฉลี่ยเพื่อใช้ในการรักษาในผู้ใหญ่ที่ WHO กำหนด (DDD ที่ WHO กำหนดมีหน่วยเป็นกรัม)
- ยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด หมายถึง chemical substance กำหนดด้วยรหัส ATC ระดับ 5 เช่น A10BA02 หมายถึง metformin
- ประชากรหมายความว่า จำนวนประชากรที่โรงพยาบาลรับผิดชอบในการให้บริการ
- **ตัวชี้วัด DDDs/1000 ประชากร/วัน (ปริมาณการใช้ยาปฏิชีวนะแบบรับประทานทุกประเภทต่อประชากร 1000 คนต่อวัน) =ผลรวมของ DDDs/1000 ประชากร/วัน ของยาปฏิชีวนะแต่ละชนิดที่จ่ายให้กับผู้ป่วยนอก**
- DDDs/1000 ประชากร/วัน ของการใช้ยาปฏิชีวนะแต่ละชนิด = [จำนวนหน่วยของยาปฏิชีวนะชนิดนั้นแต่ละความแรง ที่สั่งใช้กับผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในช่วง 6 เดือนที่เก็บข้อมูล) คูณ ความแรงของยาชนิดนั้น (มิลลิกรัม)] คูณ ประชากร 1000 คน หารด้วย [จำนวนประชากรที่โรงพยาบาลรับผิดชอบในพื้นที่การให้บริการในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล คูณ DDD (หน่วยเป็นมิลลิกรัม) คูณ จำนวนวันในรอบที่เก็บข้อมูล 6 เดือน]
- โรงพยาบาลสามารถหาข้อมูลขนาดยาที่กำหนดเพื่อการรักษาต่อวัน (DDD) ได้ที่ http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ จากชื่อยาในแต่ละรายการของโรงพยาบาล
- การตีความตัวชี้วัด เช่น 5 DDDs ต่อ 1000 ประชากรต่อวัน หมายความว่า ประชากร 5 คน จาก 1000 คน ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในขนาดยาเฉลี่ยเพื่อการรักษาต่อวัน หรือประชากร 1 คนจาก 1000 คน ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในขนาดยาเฉลี่ยเพื่อการรักษา 5 วัน

C-I-04 = **PTC-I-01** ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำ สื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แบ่งเป็น 5 ระดับ

รหัส	รายละเอียด				
- ตัวชี้วัดด้านคุณภาพ					
PTC-I-01	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ในการชี้นำ สื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
	ระดับ 1 ระยะเริ่มต้น	ระดับ 2 กำลังพัฒนา	ระดับ 3 พอใจกับผลงาน	ระดับ 4 โดดเด่น พร้อมเล่า	ระดับ 5 เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ
	1. คณะกรรมการฯ มีมติให้ดำเนินงานตามกรอบความคิดของโครงการฯ 2. แต่งตั้งทีม กำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน 3. วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค กำหนดแนวทางการทำงาน และ/หรือปรับปรุงโครงสร้างของคณะกรรมการฯ	1. ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เหมาะกับเป้าหมายของกุญแจแต่ละด้าน 2. สื่อสารทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการฯ กับบุคลากร 3. วางแผนและดำเนินการจัดการฝึกอบรม หรือแพร่กระจายข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับของบุคลากรต่อคำแนะนำต่าง ๆ ของโครงการฯ	1.ตรวจสอบการดำเนินงานว่าถูกต้องตามที่ออกแบบ 2.เห็นผลการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายเฉลี่ยระดับ 3.5 ขึ้นไปจากตัวชี้วัดหลักด้านปริมาณของกุญแจ P เฉพาะ 2 ข้อแรกคือ PTC-I-02 และ PTC-I-03	1.ประเมินผลการดำเนินงานในทุกตัวชี้วัดของกุญแจ PLEASE อย่างเป็นระบบ 2.ส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดต่าง ๆ 3.บูรณาการการปฏิบัติงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล 4.เห็นผลการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายเฉลี่ยระดับ 4.0 ขึ้นไป สำหรับตัวชี้วัด PTC-I-02 และ PTC-I-03	1.สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะ clinical outcome 2.มีรูปแบบการดำเนินงานที่แสดงถึงวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย และการเรียนรู้ สามารถใช้เป็นแบบอย่างได้ 3.เห็นผลการปฏิบัติที่บรรลุเป้าหมายเฉลี่ยระดับ 4.5 ขึ้นไป สำหรับตัวชี้วัด PTC-I-02 และ PTC-I-03

C-I05 = **LABEL-I-01** การดำเนินงานที่มีรายละเอียดครบถ้วน ในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยา สำหรับยา 13 กลุ่ม แบ่งเป็น 5 ระดับ

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน

รหัส	ตัวชี้วัด (Indicator – I)	เกณฑ์	ระดับการดำเนินงาน				
			1	2	3	4	5
LABEL-I-01	ร้อยละของฉลากยาทั้งหมดใน 13 กลุ่มที่มีรายละเอียดบนฉลากยาครบถ้วน แยกตามประเด็น ดังนี้	ระดับ 3 ขึ้นไป	น้อยกว่า 45%	45 ถึง 59%	60 ถึง 74%	75 ถึง 90%	มากกว่า 90%
	ก. ชื่อยาภาษาไทย (39 ฉลาก)		<18	18-23	24-29	30-35	>35
	ข. คำเตือน (21 ฉลาก)		<10	10-12	13-15	16-18	>18
	ค. ฉลากยาเสริม (16 ฉลาก)		<8	8-10	11-12	13-14	>14
	ง. เอกสารยาสำหรับประชาชน (15 เอกสาร)		<7	7-9	10-11	12-13	>13
	วิธีวิเคราะห์ จำนวนฉลากยาใน 13 กลุ่มยา ที่มีรายละเอียดบนฉลากยาแยกตามประเด็น (เช่น มีชื่อยาภาษาไทย) x 100 หารด้วย จำนวนฉลากยาทั้งหมดใน 13 กลุ่มยา ดูได้จากตารางที่ 2 ในคู่มือการดำเนินโครงการฯ ซึ่งมีกลุ่มยาทั้งสิ้น 13 กลุ่ม จำนวนฉลากทั้งสิ้น 39 ฉลาก ยกตามความแรงของยา และวิธีใช้ยา) และมีฉลากยาเสริมทั้งสิ้น 21 ฉลาก ประเมินระดับการดำเนินงาน ใช้ระดับการดำเนินงานต่ำสุดในแต่ละข้อย่อยเป็นตัวชี้วัด ผลดำเนินงานรวมของตัวชี้วัดนี้ เช่น ข้อ ก. ข. และ ค. ได้ระดับ 4 แต่ ข้อ ง. ได้ระดับ 3 ถือว่าระดับการดำเนินงานคือระดับ 3 ดูได้จากตารางที่ 1 ในคู่มือการดำเนินโครงการฯ ซึ่งมีคำเตือนทั้งสิ้น 16 คำเตือน หมายเหตุ: กรณีที่โรงพยาบาลไม่มียารายการยาบางตัวใน 13 กลุ่ม ให้ใช้จำนวนตัวหารตามรายการยาใน 13 กลุ่มที่มีอยู่ ณ ขณะนั้นของโรงพยาบาล *** ส่วนหนึ่งเป็นเอกสารสำเร็จรูปจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถานพยาบาล จัดทำเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด โดยยาในแต่ละกลุ่มตามตารางที่ 2 ที่เป็นยาเดี่ยวจะมี เอกสารข้อมูลยาสู่ประชาชนรายการยาละ 1 ชุด รวมเป็น 12 ชุด ส่วนยาในกลุ่ม paracetamol combination มียา 3 รายการ จึงมีเอกสารยาทั้งสิ้น 15 ชุด						

หมายเหตุ รายการยาใน 13 กลุ่ม ดูได้จากเอกสารประกอบ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 31 รายการ ได้แก่ 1. Paracetamol, 2. Paracetamol combination, 3. Ibuprofen (NSAIDs), 4. Cetirizine (non-sedative antihistamines), 5. Amoxicillin (Antibiotics), 6. Domperidone, 7. Enalapril (ACE Inhibitors), 8. Amlodipine (Calcium Channel Blockers), 9. Metformin, 10. Sulfonylurea, 11. Simvastatin (Statins), 12. Colchicine และ 13. Allopurinol

C-I-06 ถึง C-I-08 สำหรับการประเมินในภาพรวมในกุญแจดอกที่ 3 ถึง 5 ตามลำดับ โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

ระดับการประเมินตนเอง	**การดำเนินการ**	**การบรรลุเป้าหมายผลการปฏิบัติ จากตัวชี้วัดรองในกุญแจที่ดำเนินการ**			
			C-I-06	C-I-07	C-I-08
0	ยังไม่มีการดำเนินการ		N/A	N/A	N/A
1	ก. คณะกรรมการฯ มีมติให้ดำเนินงานตามกรอบแนวคิดฯ ข. ตั้งทีม ผู้รับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ค. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อุปสรรค กำหนดแนวทางการทำงาน และ/หรือแนวทางปรับปรุง		1 ตัวจาก 6 ตัวชี้วัด	0	1 ตัว จาก 6 ตัวชี้วัด
2	ก. มีการปรับปรุงแนวทางการทำงานให้เหมาะกับเป้าหมาย ข. มีการสื่อสารทำความเข้าใจ กับบุคลากร ค. มีการจัดฝึกอบรมหรือแพร่กระจายข้อมูล เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับของบุคลากรต่อคำแนะนำต่าง ๆ		2 ตัวจาก 6 ตัวชี้วัด	1 ตัว จาก 3 ตัวชี้วัด	2 ตัว จาก 6 ตัวชี้วัด
3	ตรวจสอบการดำเนินงานว่าถูกต้องตามที่ออกแบบ		4 ตัวจาก 6 ตัวชี้วัด	2 ตัว จาก 3 ตัวชี้วัด	4 ตัว จาก 6 ตัวชี้วัด
4	ก. ประเมินผลการดำเนินงานทุกตัวชี้วัดรองในกุญแจที่ดำเนินการ ข. ประเมินผล และนำไปปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดรองในกุญแจด้านที่ดำเนินการ ค. บูรณาการการปฏิบัติงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		5 ตัวจาก 6 ตัวชี้วัด	3 ตัว จาก 3 ตัวชี้วัด	5 ตัว จาก 6 ตัวชี้วัด
5	ก. สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในภาพรวมของโรงพยาบาล ข. มีลักษณะที่แสดงถึงการมีวัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย และการเรียนรู้ สามารถใช้เป็นแบบอย่างแก่โรงพยาบาลอื่น		6 ตัวจาก 6 ตัวชี้วัด		6 ตัว จาก 6 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดหลักด้านจริยธรรมในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ETHICS) 2 ตัว

รหัสตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
C-I-09	ETH-I-01 การดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมและธรรมาภิบาล ว่าด้วยการส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3 ขึ้นไป
C-I-10	ETH-I-02 การดำเนินการเพื่อส่งเสริมการสั่งยาในกรอบจริยธรรมทางการแพทย์	ระดับ 3 ขึ้นไป

ETH-I-01 ตัวชี้วัดจริยธรรมและธรรมาภิบาลว่าด้วยการส่งเสริมการขาย (Ethics)

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการเพื่อสร้างความโปร่งใสและตรวจสอบได้ตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในระดับ 3 ขึ้นไป ครบถ้วน และมีแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนงานภายในปีงบประมาณ 2559

ระดับ	รายละเอียด	การดำเนินการ	
		มี	ไม่มี
ระดับ 1	มีการสื่อสารในองค์กรให้รับทราบเกณฑ์จริยธรรมฯ หรือมีประกาศนโยบายจากคณะกรรมการ/ผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่ได้กำหนดแนวปฏิบัติในการดำเนินการ		
ระดับ 2	มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ เป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินการได้ 1-2 ข้อ ดังต่อไปนี้ คือ 1.1 ระบบการจัดซื้อจัดหายาที่เปิดเผยและโปร่งใส 1.2 ระบบการรับตัวอย่างยาและยาแถม 1.3 แนวปฏิบัติในการรับสิ่งของ ของขวัญ และบริการที่เปิดเผยและโปร่งใส 1.4 แนวปฏิบัติในการไปประชุม สัมมนาที่จัดโดยบริษัทยา 1.5 แนวปฏิบัติในการจัดประชุมวิชาการที่บริษัทยาสนับสนุน 1.6 การจัดระบบการให้ข้อมูลแก่หน่วยงาน/สถานพยาบาลแก่บุคลากร		
ระดับ 3	มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมในระดับที่ 2 เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการดำเนินการได้ 3-5 ข้อ		
ระดับ 4	มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมในระดับที่ 2 เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการดำเนินการได้ครบถ้วนทั้ง 6 ข้อ และมีระบบรายงาน ติดตาม ประเมิน และปรับปรุงกระบวนงานเป็นบางข้อ		
ระดับ 5	มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมในระดับที่ 2 เป็นลายลักษณ์อักษรและมีการดำเนินการ มีระบบรายงาน ติดตาม ประเมิน และปรับปรุงกระบวนงานได้ครบถ้วนทั้ง 6 ข้อ และมีการยกย่องเชิดชู/บทลงโทษหน่วยงานที่ปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม		
	สรุประดับที่ประเมินได้	....	

หมายเหตุ: หากมีการดำเนินการให้มีหลักฐานเอกสารแนบ

ETH-I-02 การดำเนินการเพื่อส่งเสริมการสั่งยาในกรอบจริยธรรมทางการแพทย์

ระดับ	ตัวชี้วัด	ตัวอย่าง	มีการดำเนินการ	ไม่มีการดำเนินการ
1	มีนโยบายและมาตรการส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและธรรมาภิบาลในระบบยา	1. มีการจัดทำเป็นประกาศที่เป็นลายลักษณ์อักษรและกำหนดให้ประกาศในบริเวณที่เหมาะสม เห็นได้ชัด และพบได้บ่อย		
	มีการสื่อสารรูปแบบต่างๆเพื่อเผยแพร่แนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ	1. มีการประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำเป็นแนวปฏิบัติ 2. มีสมุดคู่มือหรือแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมวางประจำไว้ในสถานที่ที่มีการสั่งใช้ยา 3. มีข้อเตือนใจเพื่อส่งเสริมจริยธรรมการสั่งใช้ยาและธรรมาภิบาลในระบบยา		
2	มีระบบหรือแนวปฏิบัติในการป้องกันมิให้โรงพยาบาล ผู้สั่งใช้ยาตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของบริษัทยา	1. ระบบการจัดซื้อจัดหายา โปร่งใส และตรวจสอบได้ 2. ระบบการติดตาม ตรวจสอบและประเมินความสมเหตุผลของการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันมิให้มีการสั่งใช้ยาบางรายการสูงหรือต่ำกว่าปกติ แล้วรายงานกลับให้ผู้สั่งใช้ยาทราบและผู้เกี่ยวข้องทราบ 3. ระบบการรับตัวอย่างยาและยาแถม 4. ระบบการรับเงิน สิ่งของ ของขวัญ ที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ 5. แนวปฏิบัติในการอนุญาตให้ผู้แทนยาเข้าพบและการให้ข้อมูลของผู้แทนยา 6. แนวปฏิบัติสำหรับการไปประชุม สัมมนาที่สนับสนุนโดยบริษัทยา 7. แนวปฏิบัติในการจัดประชุมวิชาการที่สนับสนุนโดยบริษัทยา		
3	จัดให้มีการประเมินจริยธรรมตนเองของผู้สั่งใช้ยา	แบบประเมินที่ใช้ควรครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้ 1. การสั่งใช้ยาด้วยมาตรฐานการให้ยาเดียวกันในผู้รับบริการทุกกลุ่ม ไม่เลือกปฏิบัติ 2. การสั่งใช้ยาด้วยสัดส่วนตามบัญชียาหลักแห่งชาติ 3. การสั่งใช้ยาด้วยสัดส่วนยาสามัญและสั่งด้วยยาชื่อสามัญ 4. การสั่งใช้ยาตามแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาโรคที่กำหนดไว้ใน		

ระดับ	ตัวชี้วัด	ตัวอย่าง	มีการดำเนินการ	ไม่มีการดำเนินการ
		ประเทศหรือที่เป็นหลักสากล 5. การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาโรคเพื่อลดปัญหาการดื้อยา 6. ความพร้อมรับการตรวจสอบเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนเมื่อมีการสั่งใช้ยา		
4	มีการส่งเสริมยกย่องผู้สั่งใช้ยาและโรงพยาบาลที่ปฏิบัติตาม	จัดให้มีการประกาศรางวัลเชิดชูผู้มีจริยธรรมประจำปีที่รวมหลักเกณฑ์เรื่องจริยธรรมการสั่งใช้ยาไว้ด้วยและเสนอให้มีรางวัลระดับเขตและระดับประเทศ		
	มีวิธีการดำเนินการกับผู้ไม่ปฏิบัติตามจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาแต่ต้องกระทำด้วยความเข้าใจ ให้โอกาสและเวลาในการปรับเปลี่ยน	จัดให้มีระบบการตรวจสอบการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล เพื่อป้องกันมิให้มีการสั่งใช้ยาบางรายการสูงหรือต่ำกว่าปกติ เมื่อพบความผิดปกติ ควรมีระบบการจัดการเป็นลำดับขั้นและขอให้ผู้สั่งใช้ยาปรับแก้ไข โดยให้โอกาสและเวลาในการปรับเปลี่ยน		
5	มีการประเมินผลการพัฒนาธรรมาภิบาลระบบยาของโรงพยาบาลทุกไตรมาส	แบบประเมินที่ใช้ควรครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้ 1. การจัดให้มีนโยบายและมาตรการส่งเสริมจริยธรรม 2. การจัดให้มีการสื่อสารรูปแบบต่างๆ เพื่อเผยแพร่แนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ 3. การจัดให้มีระบบหรือแนวปฏิบัติในการป้องกันมิให้โรงพยาบาล ผู้สั่งใช้ยาตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของบริษัทยา 4. การจัดให้มีจัดให้มีการประเมินจริยธรรมตนเองของผู้สั่งใช้ยา 5. การจัดให้มีการส่งเสริมยกย่องผู้สั่งใช้ยาและโรงพยาบาลที่ปฏิบัติตาม 6. การจัดให้มีวิธีการดำเนินการกับผู้ไม่ปฏิบัติตามจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาที่กระทำด้วยความเข้าใจ ให้โอกาสและเวลาในการปรับเปลี่ยน		
		สรุประดับที่ประเมินได้	....	

หมายเหตุ: หากมีการดำเนินการให้มีหลักฐานเอกสารแนบ

ตัวชี้วัดรอง 25 ตัว

ตัวชี้วัดรอง เป็นตัวชี้วัดที่เป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโดยเก็บข้อมูลทุกตัวชี้วัด โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัด P 9 ตัว ฉลากยา 1 ตัว และเลือกตัวชี้วัดในกุญแจ E A S อีก 15 ตัว จาก 29 ตัว ใช้เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อสรุปผลตัวชี้วัดหลักแต่ละกุญแจ ควรรายงานผลต่อ PTC ทุกตัวชี้วัด และส่งรายงานให้กับผู้ประสานงานตามกำหนดการข้างต้น

1. ตัวชี้วัดรองด้านการดำเนินการของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) 9 ตัว

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
PTC-I-02	ร้อยละการดำเนินการจัดทำและรายงานตัวชี้วัดหลักและรอง	100%
PTC-I-03	ร้อยละการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหลักและรองที่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย	≥50%
PTC-I-04	ร้อยละการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเสริม (ที่โรงพยาบาลเป็นผู้เลือก) ที่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย หมายเหตุ: หาก รพ.ไม่ได้เลือกตัวชี้วัดเสริมเพิ่มเติม ให้ใส่ “ไม่ได้ดำเนินการ”	≥50%
PTC-I-05	การดำเนินงานตามข้อเสนอแนะเชิงระบบในการกำหนดแนวทางการให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้สั่งยา 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

2. ตัวชี้วัดด้านฉลากยา (LABEL) 1 ตัว

<table>
<tr><th rowspan="2">รหัส</th><th rowspan="2">ตัวชี้วัด (Indicator – I)</th><th rowspan="2">เกณฑ์</th><th colspan="5">ระดับการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr>
<tr><td>LABEL -I-02</td><td>ร้อยละของฉลากยาทั้งหมดใน 13 กลุ่มยา นอกเหนือจากที่ระบุชื่อยาไว้ในตารางที่ 2* ที่มีรายละเอียดบนฉลากยาครบถ้วน แยกตามประเด็นดังนี้</td><td>ระดับ 3 ขึ้นไป</td><td>น้อยกว่า 45%</td><td>45 ถึง 59%</td><td>60 ถึง 74%</td><td>75 ถึง 90%</td><td>มากกว่า 90%</td></tr>
<tr><td></td><td>ก. ชื่อยาภาษาไทย</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>ข. คำเตือน</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>ค. ฉลากยาเสริม</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>ง. เอกสารยาสำหรับประชาชน</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="7">วิธีวิเคราะห์ จำนวนฉลากยาใน 13 กลุ่มยานอกเหนือจากที่ระบุชื่อยาไว้ในตารางที่ 2 ที่มี รายละเอียดบนฉลากยาแยกตามประเด็น (เช่น มีชื่อยาภาษาไทย) x 100 หารด้วย จำนวนฉลาก ยาทั้งหมดใน 13 กลุ่มยานอกเหนือจากที่ระบุชื่อยาไว้ในตารางที่ 2
วิธีประเมินระดับการดำเนินงาน ใช้ระดับการดำเนินงานต่ำสุดในแต่ละข้อย่อยเป็นตัวชี้วัด ผลดำเนินงานรวมของตัวชี้วัดนี้ เช่น ข้อ ก. ข. และ ค. ได้ระดับ 4 แต่ ข้อ ง. ได้ระดับ 3 ถือว่าระดับการดำเนินงานคือระดับ 3
* หมายถึงรายการยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มยาเดียวกันนอกเหนือจากที่ได้ระบุ ชื่อยาตัวอย่างไว้ในตารางที่ 2 ในคู่มือการดำเนินโครงการฯ ตัวอย่างเช่น รายการยาในกลุ่ม ACE Inhibitors ใน ตารางที่ 1 แสดงตัวอย่างไว้เฉพาะ enalapril 5 และ 20 มิลลิกรัม (2 รายการ) รายการ ยาในกลุ่มนี้ที่โรงพยาบาลมีอาจหมายถึง lisinopril หรือ ramipril เป็นต้น
หมายเหตุ: หากไม่มียานอกเหนือจากรายการที่ระบุในตารางที่ 2 ให้ใส่ข้อมูลเป็น not available, N/A ในช่องรายงานผลการดำเนินงาน</td></tr>
</table>

3. ตัวชี้วัดการใช้เครื่องมือ (ESSENTIAL TOOLS) เลือก 6 จาก 14 ตัวชี้วัด

3.1 คำแนะนำการใช้ยาตามกลุ่มโรคเรื้อรัง (Es)

รหัส	ตัวชี้วัดรอง	เป้าหมาย
E-HT-I-01	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่ใช้ RAS blockage (ACEIs/ARBs/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาโรคความดันเลือดสูง	0%
E-DM-I-01	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีหรือมี eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ 5%
E-DM-I-02	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ ตามข้อแนะนำ E-DM-R-01	≥ 80%
E-DLP-I-01	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง/ผิดปกติที่ได้รับ statin ซึ่งเป็น moderate หรือ high intensity statin ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ (simvastatin 20-40 มก. หรือ atorvastatin 40 มก.)	≥ 80%
E-OA-I-01	ร้อยละของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ 5%
E-GOUT-I-01	ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาลดกรดยูริกที่ได้รับยาลดกรดยูริกในเลือดและปรับขนาดยาจนระดับกรดยูริกในเลือดน้อยกว่า 6 มก./ดล. ภายใน 1 ปี หลังจากเริ่มรักษา	≥ 60%
E-CKD-I-01	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ 10%
E-ASTH-I-01	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ 20%
E-COPD-I-01	โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการและการประเมินการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ครบวงจรเพื่อให้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้รับยาอย่างสมเหตุผล	≥ 80%

E-HT-I-01 ตัวชี้วัดการใช้ยาในโรคความดันเลือดสูง 1 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	ภาวะความดันเลือดสูง (Essential Hypertension)
รหัสตัวชี้วัด	E-HT-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคความดันเลือดสูงที่ใช้ RAS blockage (ACEIs/ARBs/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาโรคความดันเลือดสูง
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยนอกโรคความดันเลือดสูงตามรหัส ICD-10 I10 Essential (primary) hypertension 2) การใช้ยา RAS blockage 2 ร่วมกัน หมายถึง การสั่งยา RAS blockage ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ในการมาพบแพทย์ในครั้งนั้น ๆ
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	เพื่อประเมินความสมเหตุผลในการเลือกใช้ยากลุ่ม RAS blockage ในการรักษาความดันเลือดสูง
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่ใช้ ACEIs+ARBs หรือ ACEIs+Renin inhibitor หรือ ARBs+Renin inhibitor / จำนวนผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงทุกรายที่ได้รับยาลดความดันเลือดอย่างน้อย 1 ชนิด) ณ วันที่ทำการสำรวจ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่ได้รับการสั่งใช้ยากลุ่ม RAS blockage ≥2 ชนิด
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันเลือดสูงที่ได้รับยาลดความดันเลือดอย่างน้อย 1 ชนิด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 I10 และ รหัสยา ACEIs หมายถึง ATC Code C09A ACE INHIBITORS, PLAIN และ C09B ACE INHIBITORS, COMBINATIONS รหัสยา ARBs หมายถึง ATC Code C09C ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, PLAIN และ C09D ANGIOTENSIN II ANTAGONISTS, COMBINATIONS รหัสยา Renin inhibitor หมายถึง ATC Code C09XA Renin-inhibitors 2 ตัวขึ้นไป
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 I10 และ รหัสยาลดความดันเลือดอย่างน้อย 1 ชนิด
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	เท่ากับร้อยละ 0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่าเท่ากับศูนย์ = มีคุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

ตัวชี้วัดการใช้ยาในโรคเบาหวาน 2 ตัวชี้วัด

E-DM-I-01

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ชนิดที่ 2
รหัสตัวชี้วัด	E-DM-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีหรือมี eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึงผู้ป่วยในและนอก ตามรหัส ICD-10 E11* (Type 2 diabetes mellitus) 2) ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ณ วันที่เริ่มใช้ยา glibenclamide 3) eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ผลทางห้องปฏิบัติการ ก่อนหรือ ณ วันที่เริ่มสั่งยา 4) รหัสยา glibenclamide หมายถึง ATC Code A10BB01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การไม่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงทำให้ระดับน้ำตาลต่ำในกลุ่มเสี่ยง
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ glibenclamide และ (มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี หรือมี eGFR <60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ณ วันที่ทำการสำรวจ)/จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่ใช้ glibenclamide)X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ glibenclamide และ (มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีหรือมี eGFR <60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ณ วันที่สำเรวจ)
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่ใช้ glibenclamide
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 E11* และ (AGE มากกว่าหรือเท่ากับ 65 หรือ eGFR< <60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) และ Drug code A10BB01
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 E11* และ Drug code A10BB01
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = คุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-DM-I-02

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่
รหัสตัวชี้วัด	E-DM-I-02
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ ตามข้อแนะนำ E-DM-R-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึงผู้ป่วยนอกนอก ตามรหัส ICD-10 E11* ข้อห้ามใช้ คือ ผู้ที่มี eGFR < 30 ml/min/1.73 m^2 2) รหัสยา metformin หมายถึง ATC Code A10BA02 Metformin และ A10BD02, 03, 05, 07, 08, 10, 11, 13-17 METFORMIN COMBINATIONS
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิภาพตามแนวทางการรักษา
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ /จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดที่ไม่มีข้อห้ามใช้) X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดที่ได้รับการสั่งยา โดยไม่มีข้อห้ามใช้
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 E11* และ (eGFR ≥ 30 ml/min/1.73 m^2) และ (Drug code metformin) หรือ (ยาเบาหวานชนิดอื่น ๆ)
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 E11* และ (eGFR ≥30 ml/min/1.73 m^2) และ Drug code ยาเบาหวานอย่างน้อย 1 ชนิด
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-DLP-I-01 ตัวชี้วัดการใช้ยาสำหรับโรคไขมันในเลือดสูง 1 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในโรคไขมันในเลือดสูง
รหัสตัวชี้วัด	E-DLP-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง/ผิดปกติ ที่ได้รับ statin ซึ่งเป็น moderate หรือ high intensity ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง/ผิดปกติ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10 E78* 2) statin ซึ่งเป็น moderate หรือ high intensity ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ หมายถึง simvastatin 20-40 มก. หรือ atorvastatin 40 มก.
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การเลือกใช้ยาที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง/ผิดปกติ ที่ได้รับ simvastatin 20-40 มล. หรือ atorvastatin 40 มก./จำนวนผู้ป่วยไขมันในเลือดสูง/ผิดปกติ)X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD10 E78* และ (Drug code simvastatin 20-40 มก. หรือ atorvastatin 40 มก.)
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD10 E78*
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-OA-I-01 ตัวชี้วัดการใช้ยาในโรคข้อเสื่อม 1 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในโรค Osteoarthritis (OA)
รหัสตัวชี้วัด	E-OA-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคข้อเสื่อมที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) โรคข้อเข่าเสื่อม (OA) หมายถึง ICD10 M15*-M19* 2) การใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน หมายถึง การได้รับยากลุ่ม NSAIDs ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ยกเว้นการใช้แอสไพรินขนาดต่ำร่วมกับ NSAIDs / cox-2 inhibitors
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การใช้ยาร่วมกันโดยไม่จำเป็นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วย OA ที่ได้รับยากลุ่ม NSAIDs ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป/จำนวนผู้ป่วย OA) X 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยนอก OA ที่ได้รับยากลุ่ม NSAIDs ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยนอก OA ทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD10 M15*-M19* และ (Drug code NSAIDs group ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป)
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD10 M15*-M19*
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-GOUT-I-01 ตัวชี้วัดการใช้ยาในโรคข้ออักเสบเกาต์ 1 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในโรคข้ออักเสบเกาต์ (Gout)
รหัสตัวชี้วัด	E-GOUT-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก ที่ได้รับยาลดกรดยูริกในเลือด และปรับขนาดยาจนระดับกรดยูริกในเลือดน้อยกว่า 6 มก./ดล. ภายใน 1 ปี หลังเริ่มการรักษา
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	การได้รับยาที่จำเป็นจนบรรลุเป้าหมายการรักษา
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) โรคข้ออักเสบเกาต์ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10 M10* 2) ยาลดกรดยูริกในเลือด หมายถึง ยา probenecid หรือ benzbromarone Sulfinpyrazone หรือ allopurinol
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การปรับขนาดยาจนได้ผลการรักษา
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก ที่ได้รับยาลดกรดยูริกในเลือด และปรับขนาดยาจนระดับกรดยูริกในเลือดน้อยกว่า 6 มก./ดล. ภายใน 1 ปี หลังเริ่มการรักษา/จำนวนผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก) X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก ที่ได้รับยาลดกรดยูริกในเลือด และปรับขนาดยาจนระดับกรดยูริกในเลือดน้อยกว่า 6 มก./ดล. ภายใน 1 ปี หลังเริ่มการรักษา
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเกาต์ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดกรดยูริก
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 M10* และ (Drug code probenecid หรือ benzbromarone หรือ sulfinpyrazone หรือ allopurinol) และมีรายงานการปรับขนาดยาใน chart และมีผล lab น้อยกว่า 6 มก./ดล. ภายใน 1 ปี หลังเริ่มการรักษา
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 M10* และ Drug code probenecid หรือ benzbromarone หรือ sulfinpyrazone หรือ allopurinol
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-CKD-I-01 ตัวชี้วัดการใช้ยาในโรคไตเรื้อรัง 1 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)
รหัสตัวชี้วัด	E-CKD-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10 N18.3, N18.4, N18.5, N18.6, N18.9 2) ยา NSAIDs หมายถึง ATC code M01AA, M01AB, M01AC, M01AE, M01AG, M01AH (NSAIDs and coxibs)
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การไม่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปได้รับยา NSAIDs)/จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป) X 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปได้รับยา NSAIDs
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 N18.3, N18.4, N18.5, N18.6, N18.9 และ Drug code ยากลุ่ม NSAIDs
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 N18.3, N18.4, N18.5, N18.6, N18.9
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-AST-I-01 ตัวชี้วัดการใช้ยาในโรคหืด 1 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคหืด Asthma
รหัสตัวชี้วัด	E-AST-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การใช้ยาที่มีประสิทธิผลในการป้องกันอาการกำเริบ
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid/จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดทั้งหมด) X 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 J45.0-J45.9, J46 และ Drug code ยากลุ่ม inhaled corticosteroid
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 J45.0-J45.9, J46
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-COPD-I-01 ตัวชี้วัดการใช้ยาในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยตามกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
รหัสตัวชี้วัด	E-AST-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลมีระบบการบริหารจัดการและการประเมินการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ครบวงจร เพื่อให้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้รับยาอย่างสมเหตุผล
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ระบบบริหารจัดการและการประเมินการรักษาโรคปอดอุดกันเรื้อรังที่ครบวงจร หมายถึง การดำเนินการตามแนวทางคำแนะนำของคู่มือโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีการสั่งยาและติดตามอาการที่จำเป็น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มี ICD-10 J44.0-J44.9
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การดำเนินการของโรงพยาบาลในการสร้างระบบเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรัง
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังที่ได้รับการดูแลและติดตามการใช้ยาให้สมเหตุผล)/ จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังที่สุ่มทำ chart review 30 คน) X 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังที่ได้รับการดูแลและติดตามการใช้ยาให้สมเหตุผล
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกันเรื้อรังที่สุ่มทำ chart review 30 คน
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	สุ่มตรวจ chart 30 ราย โดยมีหลักฐานการประเมินที่ชัดเจน ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 J44.0-J44.9 ประเมินประวัติการรักษาจากแฟ้มผู้ป่วยแล้วมีระบบการบริหารจัดการและการประเมินการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ครบวงจร
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 J44.0-J44.9 30 คน
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

3.2 การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (RUA) 4 ตัว

รหัสตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
กลุ่มโรคติดเชื้อ		ร้อยละ
E-RI-I-01	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (RI)	≤20
E-AD-I-01	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD)	≤20
E-STW-I-01	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (STW)	≤40
E-APL-I-01	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (APL)	≤10

E-RI-I-01 การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
รหัสตัวชี้วัด	E-RI-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (RI)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) โรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง โรคที่มี ICD10 ที่กำหนดข้างล่าง 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนครั้งการมารับบริการของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ)/ (จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันทั้งหมด) X 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนครั้งที่มารับบริการของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	(ICD-10 J00, J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J04.1, J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0, H72.1, H72.2, H72.8, H72.9) และ Drug code ATC01
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 J00, J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.8, J01.9, J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9, J04.0, J04.1, J04.2, J05.0, J05.1, J06.0, J06.8, J06.9, J10.1, J11.1, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J21.0, J21.8, J21.9, H65.0, H65.1, H65.9, H66.0, H66.4, H66.9, H67.0, H67.1, H67.8, H72.0, H72.1, H72.2, H72.8, H72.9
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-AD-I-01 การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
รหัสตัวชี้วัด	E-AD-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติตั้งแต่ 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอาจเกิดจากสารพิษของเชื้อโรค เชื้อโรค และสาเหตุอื่น ๆ ระบุโรคตาม ICD10 ที่กำหนด 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ)/(จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด) X 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	(ICD10 A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A09.0, A09.9, K521, K528, K529) และ Drug code ATC01
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD10 A000, A001, A009, A020, A030, A031, A032, A033, A038, A039, A040, A041, A042, A043, A044, A045, A046, A047, A048, A049, A050, A053, A054, A059, A080, A081, A082, A083, A084, A085, A09, A09.0, A09.9, K521, K528, K529
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-STW-I-01 การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
รหัสตัวชี้วัด	E-STW-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ หมายถึง บาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เกิดภายใน 6 ชั่วโมงก่อนได้รับการรักษา 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ) / (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด) X 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกบาดแผลสดจากอุบัติเหตุทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	(ICD-10 A00.0, A00.1, A00.9, A02.0, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.4, A04.5, A04.6, A04.7, A04.8, A04.9, A05.0, A05.3, A05.4, A05.9, A08.0, A08.1, A08.2, A08.3, A08.4, A08.5, A09, A09.0, A09.9, K52.1, K52.8, K52.9) และ Drug code ATC01
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 A00.0, A00.1, A00.9, A02.0, A03.0, A03.1, A03.2, A03.3, A03.8, A03.9, A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.4, A04.5, A04.6, A04.7, A04.8, A04.9, A05.0, A05.3, A05.4, A05.9, A08.0, A08.1, A08.2, A08.3, A08.4, A08.5, A09, A09.0, A09.9, K52.1, K52.8, K52.9
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

E-APL-I-01 การใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ
รหัสตัวชี้วัด	E-APL-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) หญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด หมายถึง ผู้คลอดทารกครบกำหนดทางช่องคลอดด้วยวิธีปกติ (หมายเหตุ: ยาปฏิชีวนะอาจมีประโยชน์ในรายที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 3 หรือ 4 โดยให้ยาปฏิชีวนะฉีดก่อนการเย็บแผลที่ฉีกขาด) 2) ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยากลุ่ม ATC 01
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ / จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดทั้งหมด) X 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	(ICD10 O80.0) และ Drug code ATC01
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD10 O80.0
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	ค่าน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

3.3. บัญชียาโรงพยาบาล (Formulary) 1 ตัว

รหัสตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
E-FOR-I-01	จำนวนรายการยาที่ควรตัดออกซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาโรงพยาบาล	ไม่เกิน 1 รายการ

ตัวชี้วัดด้านความตระหนักในการใช้ยาสมเหตุผล (AWARENESS) 5 ตัว

A	เลือกรายงาน 3 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 5 ตัว	วิธีการคำนวณ	เป้าหมาย
AWA-I-01	มีโครงการเพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แก่บุคลากรทางการแพทย์ และมีการจัดเก็บตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	มีหลักฐานแสดงถึงโครงการและการวัดผลความสำเร็จของโครงการ	อย่างน้อย 1 โครงการต่อปี
AWA-I-02	มีกิจกรรมสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล แก่ผู้รับบริการ และมีการจัดเก็บตัวชี้วัดความสำเร็จของกิจกรรม	มีหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมและการวัดผลความสำเร็จของกิจกรรม	อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี
AWA-I-03	ร้อยละของแพทย์ที่รับรู้ เข้าใจ และมีพฤติกรรมเอื้อให้โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จ	จำนวนแพทย์และทันตแพทย์ที่ทำแบบประเมินที่ได้ 15 คะแนนขึ้นไป คูณ 100 หารด้วยจำนวนทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม	≥ 80%
AWA-I-04	ร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาล (ที่ไม่ใช่แพทย์) ที่รับรู้ เข้าใจ และ ตั้งใจที่จะช่วยให้โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จ	จำนวนบุคลากรโรงพยาบาล (ที่ไม่ใช่แพทย์) ที่ทำแบบประเมินได้ 10 คะแนนขึ้นไป คูณ 100 หารด้วยจำนวนทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม	≥ 80%
AWA-I-05	ร้อยละของประชาชนผู้รับบริการที่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลที่ใส่ใจถึงพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของแพทย์	จำนวนประชาชนผู้รับบริการที่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ที่ทำแบบประเมินได้ 15 คะแนนขึ้นไป คูณ 100 หารด้วยจำนวนทั้งหมดของประชาชนที่ตอบแบบสอบถาม	≥ 80%

วิธีการประเมิน AWA-I-03, AWA-I-04 และ AWA-I-05

ให้คำนวณคะแนนจากแบบสอบถาม 3 ชุด ต่อไปนี้

แบบประเมินชุดที่ 1 สำหรับแพทย์และทันตแพทย์ 16 ข้อใหญ่ 23 ข้อย่อย คะแนนเต็ม 23 คะแนน)

แบบประเมินชุดที่ 2 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (ที่ไม่ใช่แพทย์หรือทันตแพทย์) 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนน

แบบประเมินชุดที่ 3 สำหรับผู้รับบริการ 21 ข้อ คะแนนเต็ม 23 คะแนน

การคำนวณคะแนน

- ข้อคำถามที่ผู้ตอบเลือกตอบระดับปานกลางขึ้นไป (ปานกลาง มาก มากที่สุด หรือ ค่อนข้างบ่อย บ่อยครั้ง ทุกครั้ง) ในแต่ละข้อจะได้คะแนน 1 คะแนน หากเลือกตอบระดับน้อยที่สุด น้อย หรือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง จะได้ 0 คะแนน
- กรุณาระบุจำนวนบุคลากรที่เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ของโรงพยาบาล และจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามด้วยในแบบประเมินในส่วนหมายเหตุ
- สำหรับแบบประเมินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลชุดที่ 1 สำหรับแพทย์และทันตแพทย์นั้นมี 16 ข้อคำถาม โดยข้อ 9, 10 และ 13 มีข้อย่อย คะแนนเต็ม 23 คะแนน มีเกณฑ์การประเมินดังนี้
    - ข้อ 9 ซึ่งมี 2 ข้อย่อยนั้นหากแพทย์/ทันตแพทย์ตอบข้อ 9.1 หรือ/และ 9.2 ในระดับปานกลางขึ้นไปให้คิดคะแนนเพียงหนึ่งคะแนนเท่านั้น เพราะถือว่าหากแพทย์/ทันตแพทย์ใช้ guideline อันใดอันหนึ่งก็ถือได้ว่ามีมาตรฐานอ้างอิงในการเลือกใช้ยาแล้ว
    - ข้อ 10 ซึ่งมี 5 ข้อย่อย (10.1-10.5)
    - ข้อ 13 ซึ่งมี 4 ข้อย่อย (13.1-13.4) จะได้ข้อย่อยข้อละคะแนน หากแพทย์/ทันตแพทย์เลือกตอบระดับปานกลางขึ้นไป

แบบประเมิน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลชุดที่ 1 สำหรับแพทย์/ทันตแพทย์

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจ ความคิดเห็นของท่าน	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านเข้าใจคำว่า “การใช้ยาสมเหตุผล” (ตามนิยามของ WHO และ/หรือบัญชียาหลักแห่งชาติ)					
2. ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อประชาชน สังคม หน่วยงาน					
3. ท่านทราบถึง นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล					
4. ท่านเห็นด้วยกับ นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล					
5. ท่านตั้งใจ ที่จะช่วยผลักดันนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ให้ประสบความสำเร็จ					
6. ท่านทราบว่า จะมีส่วนช่วยให้นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ประสบความสำเร็จได้อย่างไร					
7. ท่านเห็นว่า แพทย์ควรสนใจเป็นพิเศษในการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล					
8. ท่านเห็นว่า การส่งเสริมการขายของบริษัทยา ไม่มีผลต่อวิธีการสั่งยาของท่าน					

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสถานการณ์จริงของท่าน	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง
9. ท่านเลือกใช้ยาตามข้อบ่งชี้ใน 9.1 standard guideline หรือข้อแนะนำเวชปฏิบัติของสมาคมวิชาชีพในประเทศ					
9.2 คำแนะนำของคู่มือการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ					
10. ในการสั่งยาแต่ละรายการ ท่านคำนึงถึง 10.1 ประสิทธิผลของยา ซึ่งสนับสนุนโดยฐานข้อมูลและหลักฐานที่เชื่อถือได้					
10.2 การใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งขนาด วิธีบริหาร ความถี่ และระยะเวลาในการให้ยา					
10.3 วามสะดวกในการใช้ยาของผู้ป่วย					
10.4 ความเสี่ยงที่อาจเกิด ทั้งข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง และอันตรกิริยาของยา					
10.5 ข้อควรระวังในประชากรกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก หญิงมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคตับ และผู้ป่วยโรคไต					
11. ท่านให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง และอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ เมื่อมีการสั่งยาชนิดใหม่					
12. ท่านรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามระบบ ทุกครั้งที่พบ					
13. ท่านคำนึงถึงความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายด้านยาที่เกิดขึ้น ในผู้ที่มีสิทธิการรักษา 13.1 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)					
13.2 ระบบประกันสังคม หรือระบบประกันสุขภาพ เอกชน					
13.3 ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ					
13.4 จ่ายเงินเอง					
14. ท่านสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยทุกคน ยกเว้นในบางกรณีที่จำเป็น					
15. ท่านเห็นว่า การสั่งยา original และ/หรือยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษา เป็นสิ่งที่กระทำได้					
16. ท่านศึกษาติดตามข้อมูลด้านยาเป็นประจำ เพื่อนำมาปรับปรุงการสั่งใช้ยา					

แบบประเมิน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลชุดที่ 2 สำหรับบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์และไม่ใช่ทันตแพทย์

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจ ความคิดเห็นของท่าน	**น้อยที่สุด**	**น้อย**	**ปานกลาง**	**มาก**	**มากที่สุด**
1. ท่านเข้าใจคำว่า "การใช้ยาสมเหตุผล" (ตามนิยามของ WHO และ/หรือบัญชียาหลักแห่งชาติ)					
2. ท่านตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อประชาชน สังคม หน่วยงาน					
3. ท่านทราบถึง นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล					
4. ท่านเห็นด้วยกับ นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล					
5. ท่านตั้งใจ ที่จะช่วยผลักดันนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ให้ประสบความสำเร็จ					
6. ท่านทราบว่า จะมีส่วนช่วยให้นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ประสบความสำเร็จได้อย่างไร					
7. ท่านเห็นว่า การส่งเสริมการขายของบริษัทยา ไม่มีผลต่อแนวทางการใช้ยาในโรงพยาบาลของท่าน					
โปรดตอบคำถามในส่วนที่ตรงกับวิชาชีพ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสถานการณ์จริงของท่าน	**ไม่เคย**	**นานๆ ครั้ง**	**ค่อนข้างบ่อย**	**บ่อยครั้ง**	**ทุกครั้ง**
8. ท่านมีส่วนในการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้สั่งใช้ยา ให้เกิดการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย เมื่อมีโอกาส					
9. ท่านมีส่วนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง และอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบ เมื่อมีโอกาส					
10. ท่านรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามระบบ ทุกครั้งที่พบ					
11. ท่านเห็นว่า ควรสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแก่ผู้ป่วยทุกคน ยกเว้นในบางกรณีที่จำเป็น					
12. ท่านเห็นว่า การสั่งยา original และ/หรือยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามสิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษา เป็นสิ่งที่กระทำได้					
13. ท่านศึกษาติดตามข้อมูลด้านยาเป็นประจำ					

แบบประเมิน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลชุดที่ 3 สำหรับผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจ ความคิดเห็นของท่าน	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านเข้าใจคำว่า "การใช้ยาสมเหตุผล"					
2. ท่านทราบว่า โรงพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล					
3. ท่านเห็นด้วย ที่โรงพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล					
4. ท่านรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตัวท่าน สังคม และประเทศชาติ หากโรงพยาบาลมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล					
5. ท่านมีความสนใจ และอยากมีส่วนร่วมให้นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ					
6. ท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ต้องใช้อย่างเพียงพอ และเข้าใจได้ชัดเจน					
7. ท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการอันไม่พึงประสงค์ และข้อควรระวัง เพื่อให้เกิดความมั่นใจก่อนใช้ยา					
8. ท่านทราบว่า การรักษาตามอาการมีความสำคัญ และไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะทุกครั้งเมื่อไม่สบาย (เช่น เป็นหวัด-เจ็บคอ ท้องเสีย เป็นแผล เป็นต้น)					
9. ท่านรู้จักบัญชียาหลักแห่งชาติ					
10. ท่านเห็นว่า การใช้ยาตามกำหนดในบัญชียาหลักแห่งชาตินั้น สมเหตุผลดีแล้ว					

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสถานการณ์จริงของท่าน	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง	ทุกครั้ง
11. ท่านถามแพทย์ เกี่ยวกับผลการวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษา					
12. ท่านถามแพทย์/เภสัชกร เกี่ยวกับอาการข้างเคียงหรือข้อควรระวัง เมื่อได้รับยาชนิดใหม่					
13. ท่านถามแพทย์/เภสัชกรเพิ่มเติมว่า ยาที่ท่านได้รับอยู่ทั้งหมดนั้นดีกันหรือไม่					
14. โรงพยาบาลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับยาและวิธีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกับท่าน					
15. โรงพยาบาลมีแนวทางส่งเสริมให้ท่านอ่านฉลากยาหรือฉลากยาเสริมจนเข้าใจ					
16. เมื่อสงสัยว่ามีอาการผิดปกติจากยาที่ใช้ ท่านมีช่องทางแจ้งแก่แพทย์/เภสัชกร					
17. กรณีที่ท่านเป็นโรคหัวใจ โรคตับ โรคไต ท่านได้ซักถามแพทย์/เภสัชกร เพื่อขอคำยืนยันว่ายานั้นสามารถใช้ได้ในโรคที่ท่านเป็น					
18. ท่านมีความมั่นใจถึงประสิทธิภาพของยาที่สั่งใช้ในโรงพยาบาล					
19. ท่านซื้อยาเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่มาก					
20. ท่านรับประทานยาเอง เสริมจากยาปกติที่สั่งโดยแพทย์ เพื่อช่วยบำรุงร่างกาย					
21. ท่านติดตามข้อมูลด้านยาเป็นประจำ					

5. ตัวชี้วัดการใช้ยาสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (SPECIAL POPULATIONS)

วิธีการเลือกตัวชี้วัด: เลือก 6 จาก 10 ตัวชี้วัด

รหัสตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
S-GER-I-01	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ 5%
S-GER-I-02	ร้อยละของผู้ป่วยในสูงอายุที่ได้รับยามากกว่า 5 รายการและได้รับการประสานรายการยา (medication reconciliation)	≥ 50%
S-PRG-I-01	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin*,Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว *ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve	0 คน
S-LAC-I-01	ร้อยละของสตรีให้นมบุตรที่ได้รับการสั่งจ่ายยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม ได้แก่ metoclopramide หรือ domperidone ภายใน 10 วันหลังคลอด	0%
S-PED-I-01	ร้อยละการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ของโครงการ Antibiotic Smart Use, ASU)	≤ 20%
S-HEP-I-01	โรงพยาบาลมีกระบวนการระบุตัวผู้ป่วยที่มีโรคตับอยู่เดิม เพื่อให้พิจารณาก่อนสั่งยาหรือจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	มีระบบ
S-HEPI-02	ร้อยละของผู้ป่วยโรคตับที่ได้รับรายการยา/กลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ	≤ 20%
S-CKD-I-01	โรงพยาบาลมีกระบวนการระบุตัวผู้ป่วยที่มีโรคไตอยู่เดิม เพื่อให้พิจารณาก่อนสั่งยาหรือจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย	มีระบบ
S-CKD-I-02	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ metformin associated lactic acidosis	≤ 10%
S-CKD-I-03	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับรายการยา/กลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยง ในผู้ป่วยโรคไต	≤ 20%

ตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้สูงอายุ 2 ตัว

S-GER-I-01

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ: ผู้สูงอายุ
รหัสตัวชี้วัด	S-GER-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	% out-patients prescribed with long-acting benzodiazepine, i.e., chlordiazepoxide,diazepam,dipotassium chlorazepate
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยนอกอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีความเสี่ยงในผู้สูงอายุ
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ได้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide หรือ diazepam หรือ dipotassium chlorazepate /จำนวนผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก)X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ Chlordiazepoxide หรือ diazepam หรือ dipotassium chlorazepate
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	AGE ≥65 และ Drug code chlordiazepoxide หรือ diazepam หรือ dipotassium chlorazepate
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	AGE ≥65
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

S-GER-I-02

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ: ผู้สูงอายุ
รหัสตัวชี้วัด	S-GER-I-02
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยในสูงอายุที่ได้รับยามากกว่า 5 รายการและได้รับการประสานรายการยา (medication reconciliation)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยในสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี 2) ได้รับยามากกว่า 5 รายการ หมายถึง จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ณ วันที่รับเข้าในแผนกผู้ป่วยใน มากกว่า 5 รายการ อาจเป็นรายการยาเดิมหรือยาที่ได้รับเพิ่มเติม 3) การประสานรายการยา (medication reconciliation) หมายถึง เป็นกระบวนการเปรียบเทียบและประสานรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่อย่างต่อเนื่องก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลกับรายการ ยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อแรกรับ รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยย้ายแผนก ย้ายหอผู้ป่วย หรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้าน ให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ ทั้งยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล สถานพยาบาล ร้านยา อาหารเสริมทุกชนิด รวมทั้งส่งต่อข้อมูลยาไปยังโรงพยาบาลอื่นเมื่อ ผู้ป่วยเปลี่ยนที่รักษา เป็นการช่วยหลีกเลี่ ยงปัญหาทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การมีกระบวนการทบทวนตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความปลอดภัยในการใช้ยา
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในที่ได้รับ ยามากกว่า 5 รายการ และได้รับการประสานรายการยา/จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยในที่ได้ยามากกว่า 5 รายการ)X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในที่ได้รับ ยามากกว่า 5 รายการ และได้รับการประสานรายการยา
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในที่ได้รับยามากกว่า 5 รายการ
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	AGE ≥65 และ medication reconciliation record และ Total drug code prescribed in one hospitalization >5 รายการ
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	AGE ≥65 และ Total drug code prescribed in one hospitalization >5 รายการ
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : ๕แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

การใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร 2 ตัวชี้วัด

S-PRG-I-01

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสตรีตั้งครรภ์
รหัสตัวชี้วัด	S-PRG-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin†หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว †ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	สตรีตั้งครรภ์ หมายถึง ตั้งครรภ์ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ICD-10 Z32*-Z35* O00*-O08* ยาที่ห้ามใช้ หมายถึง ยาในรายการยาที่กำหนดห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่ระบุอยู่ในคู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การได้รับยาที่มีความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือ ยากลุ่ม ergots/จำนวนสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด)X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือ ยากลุ่ม ergots ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve (ยกเว้นสตรีที่ใส่ mechanical heart valve และได้รับยา warfarin)
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	นอก ICD-10 Z32*-Z35* O00*-O08* และ (Drug code warfarin หรือ ยากลุ่ม statins หรือ ยากลุ่ม ergots) และ (ยกเว้น ICD-10 **Z95.2)**
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	Z32*-Z35* O00*-O08*
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	เท่ากับ 0 คน
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

S-LAC-I-01

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหญิงให้นมบุตร
รหัสตัวชี้วัด	S-LAC-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของสตรีให้นมบุตรที่ได้รับการสั่งจ่ายยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม ได้แก่ metoclopramide หรือ domperidone ภายใน 10 วันหลังคลอด
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	สตรีให้นมบุตร หมายถึง สตรีให้นมบุตรที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกนมแม่ ยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม ได้แก่ metoclopramide หรือ domperidone ยกเว้น สตรีให้นมบุตรที่มีบันทึกการกระตุ้นน้ำนมด้วยวิธีอื่นมาก่อนการใช้ยาและไม่ได้ผล ยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม หมายถึง metoclopramide หรือ domperidone
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การใช้ยาโดยไม่จำเป็นในกลุ่มเสี่ยง
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนสตรีให้นมบุตรที่ได้รับการสั่งจ่ายยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม (Galactagogue) ได้แก่ Metoclopamide หรือ Domperidone ภายใน 10 วัน หลังคลอด ลบ จำนวนหญิงให้นมบุตรที่มีบันทึกการกระตุ้นน้ำนมด้วยวิธีอื่นและไม่ได้ผล / จำนวนสตรีให้นมบุตรที่มารับบริการทั้งหมด)x100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนสตรีให้นมบุตรที่ได้รับการสั่งจ่ายยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม (Galactagogue) ได้แก่ Metoclopamide หรือ Domperidone ภายใน 10 วัน หลังคลอด ลบ จำนวนหญิงให้นมบุตรที่มีบันทึกการกระตุ้นน้ำนมด้วยวิธีอื่นและไม่ได้ผล
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนสตรีให้นมบุตรที่มารับบริการทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	(ICD-10 O92*, Z39.1, Z39.2) (ยกเว้นจำนวนหญิงให้นมบุตรที่มีบันทึกการกระตุ้นน้ำนมด้วยวิธีอื่นและไม่ได้ผล) และ (metoclopramide หรือ domperidone) และ ≤ 10 วัน หลังคลอด
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 O92*, Z39.1, Z39.2
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	เท่ากับร้อยละ 0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

ตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก 1 ตัวชี้วัด

S-PED-I-01

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยเด็ก
รหัสตัวชี้วัด	S-PED-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ของโครงการ Antibiotic Smart Use, ASU)
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ผู้ป่วยอายุไม่เกิน 12 ปี ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก 2) โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หมายถึง โรคที่มีรหัสโรคตาม ICD10 ดังนี้ J00, J010, J011, J012, J013, J014, J018, J019, J020, J029, J030, J038, J039, J040, J041, J042, J050, J051, J060, J068, J069, J101, J111, J200, J201, J202, J203, J204, J205, J206, J207, J208, J209, J210, J218, J219, H650, H651, H659, H660, H664, H669, H670, H671, H678, H720, H721, H722, H728, H729 3) ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating หมายถึง cetirizine, desloratadine, fexofenadine, levocetirizine และ loratadine ทั้งชนิดยาเดี่ยวและยาผสม
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedative antihistamine /จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลันทั้งหมด)x 100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedation antihistamine
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นหรือหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD10 ตามที่กำหนดข้างต้น และ Drug code ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD10 ตามที่กำหนดข้างต้น
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

ตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับ 2 ตัวชี้วัด

S-HEP-I-01

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคตับ
รหัสตัวชี้วัด	S-HEP-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลมีกระบวนการระบุตัวผู้ป่วยที่มีโรคตับอยู่เดิมเพื่อให้พิจารณาก่อนสั่งยาหรือจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	กระบวนการระบุตัวผู้ป่วยที่มีโรคตับอยู่เดิม หมายถึง โรงพยาบาลหรือคลินิกมีการค้นหา ระบุตัว บันทึก แสดงหรือสามารถเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยที่มีโรคตับอยู่เดิม เช่น ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากยา หรือผู้ป่วยโรคตับอักเสบจาก alcohol
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การมีกระบวนการระบุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	ไม่มี
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	ไม่มี
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	ไม่มี
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ประเมินตนเองทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ไม่มี
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ไม่มี
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	มี/ไม่มีระบบ ประกอบคำอธิบายหรือเอกสารแสดงกระบวนการ
เป้าหมายของโครงการ	มีระบบ
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

S-HEP-I-02

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคตับ
รหัสตัวชี้วัด	S-HEP-I-02
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคตับที่ได้รับรายการยาหรือกลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคตับ หมายถึง ICD-10 K70*-K77* รายการยาหรือกลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ มีรายการยาดังตารางแนบข้างล่าง
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การมีกระบวนการระบุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยโรคตับที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับรายการยาหรือกลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ/จำนวนผู้ป่วยโรคตับ)X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยโรคตับที่มารับบริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับรายการยาหรือกลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยโรคตับที่มารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ประเมินตนเองทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	(ICD-10 K77*-K77*) และ Drug code ยาที่ควรหลีกเลี่ยง ดังตารางแนบ
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	(ICD-10 K70*-K77*)
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

ตารางแนบ

รายการยา/กลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคตับ*		
รหัส	**ยาที่ควรหลีกเลี่ยง**	**เหตุผล**
S-HEP-A-01	ยาที่มีฤทธิ์ sedation ทั้ง major และ minor tranquillizers	เพิ่มโอกาสเกิดอาการโรคสมองจากตับ (hepatic encephalopathy
S-HEP-A-02	หลีกเลี่ยงยาตามรายการด้านล่าง	พบรายงานความเป็นพิษต่อตับ

พยาธิสภาพ	รายการยาที่ควรหลีกเลี่ยงเมื่อผู้ป่วยมีพยาธิสภาพต่างๆ ตาม S-HEP-A-02 **			
Hepatocellular injury: ระดับเอนไซม์ ALT เพิ่มขึ้น	• Paracetamol • Amiodarone • ARBs	• Antiretrovirals • Azole antifungals • Isoniazid • Losartan • Methotrexate	• Minocycline • NSAIDs • Propylthiouracil • Proton pump inhibitors	• Pyrazinamide • SSRIs • Thiazolidinediones • Topiramate • Valproate
Cholestasis: ระดับ alkaline phosphatase และ total bilirubin เพิ่มขึ้น	• Allopurinol • Amoxicillin/ clavulanate • Anabolic steroids • Azathioprine • Chlorpromazine	• Cephalosporins • Cyproheptadine • Diltiazem • Erythromycin estolate • Griseofulvin	• Hydralazine • Irbesartan • Methimazole • Methyldopa • Phenothiazines • Risperidone	• Sex steroids • Terbinafine • Tetracyclines • Tricyclic anti-depressants
Mixed-type hepatotoxicity ระดับ alkaline phosphatase และเอนไซม์ ALT เพิ่มขึ้น	• ACEIs • Carbamazepine • Clindamycin	• Fluoroquinolones • Hydralazine • Methyldopa	• Nitrofurantoin, • Phenobarbital • Phenytoin	• Rifampin • Statins • Sulfonamides • Trazodone

* หมายถึง ไม่ควรใช้ ยกเว้นในกรณีที่ประโยชน์ที่ได้รับจากยามากกว่าความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และไม่มียาอื่นทดแทน โดยใช้ด้วยความระมัดระวัง และติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ตัวชี้วัดการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง 3 ตัวชี้วัด

S-CKD-I-01

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
รหัสตัวชี้วัด	S-CKD-I-01
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	โรงพยาบาลมีระบบที่แสดงให้แพทย์และเภสัชกรทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังเพื่อให้พิจารณาก่อนสั่งยาให้ผู้ป่วย
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	หมายถึง โรงพยาบาลหรือคลินิกมีการค้นหา ระบุตัว บันทึกประวัติ ที่แพทย์และเภสัชกรสามารถเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยที่มีโรคไตได้ โปรดเขียนอธิบายและแนบเอกสารประกอบ
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	การมีกระบวนการระบุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	ไม่มี
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	ไม่มี
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	ไม่มี
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ประเมินตนเองทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ไม่มี
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ไม่มี
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	มี/ไม่มีระบบ ประกอบคำอธิบายและเอกสารแสดงกระบวนการ
เป้าหมายของโครงการ	มีระบบ
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

S-CKD-I-02

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
รหัสตัวชี้วัด	S-CKD-I-02
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ขึ้นไป ที่ได้รับยา metformin และเกิดภาวะ metformin associated lactic acidosis
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1) ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปหมายถึง ICD-10 [E11* และ (N18.3 หรือ N18.4 หรือ N18.5 หรือ N18.6 หรือ N18.9)] หรือ [N08.3] หรือ [E11* และค่า lab มี eGFR ระดับ 3 ขึ้นไป ดังตารางข้างล่าง] 2) Metformin associated lactic acidosis หมายถึง ICD-10 code E87.2 และมีรายงานการประเมิน ADR ว่าเกี่ยวข้องกับยา metformin ระดับ probable
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา metformin และเกิด metformin associated lactic acidosis/จำนวนผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไตระยะที่ 3 ขึ้นไปและได้รับยา metformin)x100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา metformin และมีภาวะ metformin associated lactic acidosis
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ที่ได้รับยา metformin
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ICD-10 [E11* และ (N18.3 หรือ N18.4 หรือ N18.5 หรือ N18.6 หรือ N18.9)] หรือ [N08.3] หรือ [E11* และค่า lab มี eGFR ระดับ 3 ขึ้นไป ดังตารางข้างล่าง] และ Drug code metformin และ [ICD-10 E87.2 และมีรายงานการประเมิน ADR ว่าเกี่ยวข้องกับยา metformin ระดับ probable]
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ICD-10 [E11* และ (N18.3 หรือ N18.4 หรือ N18.5 หรือ N18.6 หรือ N18.9)] หรือ [N08.3] หรือ [E11* และค่า lab มี eGFR ระดับ 3 ขึ้นไป ดังตารางข้างล่าง] และ Drug code metformin
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จัดแบ่งเป็น 5 ระยะ ตามความรุนแรง โดยใช้ National Kidney Foundation K/DOQI Staging System ดังนี้

ระยะ	eGFR*	คำจำกัดความ
1	$\geq$90	อัตราการกรองของไตปกติ แต่พบมีความผิดปกติจากการตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ และ/หรือพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อไต
2	60–89	อัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อย
3a	45–59	อัตราการกรองของไตลดลงปานกลาง
3b	30–44	
4	15–29	อัตราการกรองของไตลดลงมาก
5	<15 (หรือรับการบำบัดทดแทนไต)	ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

* ค่า eGFR หรือ estimated glomerular filtration rate หน่วยเป็น มล./นาที/1.73 ตารางเมตร คำนวณด้วยสูตร CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) จากระดับครีอะตินีนในเลือด (serum creatinine, SCr) ที่วัดด้วย enzymatic method (หรือ modified kinetic Jaffe reaction) ดังนี้

สูตร	เพศ	Serum creatinine	Estimated GFR (eGFR)
CKD-EPI	ชาย	<0.9 มก./ดล.	$141 \times (SCr/0.7)^{-0.411} \times (0.993)^{Age}$
		>0.9 มก./ดล.	$141 \times (SCr/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{Age}$
	หญิง	<0.7 มก./ดล.	$144 \times (SCr/0.7)^{-0.329} \times (0.993)^{Age}$
		>0.7 มก./ดล.	$144 \times (SCr/0.7)^{-1.209} \times (0.993)^{Age}$

S-CKD-I-03

องค์ประกอบ	ความหมาย
กลุ่มตัวชี้วัด	การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
รหัสตัวชี้วัด	S-CKD-I-03
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับรายการยาหรือกลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยง ในผู้ป่วยโรคไต
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10 N18.0-N18.9 กลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไต หมายถึง รายการยาหรือกลุ่มยาที่ระบุอยู่ในคู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ที่แนะนำให้ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไต ดังตารางแนบ
วัตถุประสงค์ของการมีตัวชี้วัดตัวนี้	
สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับรายการยาหรือกลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยง/จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล)X100
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	ICD-10 N18*-N18.9 และ Drug code ยาที่ควรหลีกเลี่ยง ดังตารางแนบ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	ICD-10 N18*-N18.9*
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุก 6 เดือน
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวตั้ง	ไม่มี
รหัสโรค/รหัสหัตถการที่เกี่ยวข้อง: ตัวหาร	ไม่มี
หน่วยวัดของตัวชี้วัด	ร้อยละ
เป้าหมายของโครงการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20.0
Benchmark (ที่ระบุที่มาพร้อมปี)*	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน : แบ่งเป็น 5 ระดับ *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 2 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 3 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 4 (มีค่าเป็นช่วง .... - ....)	ยังไม่ได้กำหนด
ระดับ 5 (มีค่าเดียว)	ยังไม่ได้กำหนด
วิธีการแปลผล	
ที่มาของตัวชี้วัด/ Reference	
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้ตัวชี้วัด	
หมายเหตุ	

6.2 รายการยา/กลุ่มยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

รหัส	รายการยาที่ควรหลีกเลี่ยง	ระยะของโรค	เหตุผล
S-CKD-A-01	การใช้ยาลดความดันเลือดกลุ่ม RAS blockade ร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด หรือร่วมกับยาขับปัสสาวะกลุ่ม K-sparing	ทุกระยะ	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด serious hyperkalemia และไตวายเฉียบพลัน (ACEIs ร่วมกับ ARBs)
S-CKD-A-02	ยาขับปัสสาวะกลุ่ม K-sparing (amiloride, aldosterone receptor antagonists)	ระยะที่ 4 ขึ้นไป	ประสิทธิผลต่ำ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด hyperkalemia
S-CKD-A-03	ยารักษาเบาหวาน metformin	ระยะที่ 4 ขึ้นไป หรือระยะที่ 3b ที่มีความเสี่ยงอื่นๆ	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด lactic acidosis
S-CKD-A-04	ยารักษาเบาหวานกลุ่ม sulfonylurea ที่ขับทางไต และกลุ่ม alpha-glucosidase inhibitors	ระยะที่ 3 ขึ้นไป	ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ และเพิ่มความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยา
S-CKD-A-05	ยาระงับปวดกลุ่ม NSAIDs และ COX-2 inhibitors	ระยะที่ 4 ขึ้นไป	ทำให้เกิดไตวายเฉียบพลัน ร่วมกับการคั่งของน้ำและเกลือ
S-CKD-A-06	ยาระงับปวดกลุ่ม opioids	ระยะที่ 4 ขึ้นไป	ทำให้เกิด neurotoxicity ชัก