

รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาตัวชี้วัดการบริหารระบบยาสำหรับสถานพยาบาล

บทนำ

การบริหารระบบยาของสถานพยาบาลต่างๆ มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับ สังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการประกันและการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากการเคลื่อนไหวให้มีการพัฒนาคุณภาพในประเทศต่างๆ ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ในประเทศไทย ได้มีการนำเอากระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาใช้ ซึ่งได้รับความสนใจเข้าร่วมจากโรงพยาบาลต่างๆ มากขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงหลังจากการเริ่มระบบประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค

ในการติดตาม ประเมิน ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพ จะต้องมามีเครื่องมือการวัดและกลไกการติดตามที่เป็นมาตรฐาน มีการดำเนินการที่ต่อเนื่อง ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือที่ได้รับการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเป็นมาตรฐานของการวัดด้านต่างๆ ที่ต้องการประเมิน

ตัวชี้วัดการบริหารระบบยาสำหรับสถานพยาบาลชุดนี้ พัฒนาขึ้นโดยคณะทำงานพัฒนาตัวชี้วัดงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา โดยการสนับสนุนของสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

แนวคิดในการพัฒนาตัวชี้วัดการบริหารระบบยาสำหรับสถานพยาบาลของประเทศไทย

การตัดสินใจของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในระบบยาจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงประเด็น และทันสมัยมาสนับสนุน การรวบรวมข้อมูลเพื่อติดตามสถานะการณ์ และผลของมาตรการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง จำเป็นจะต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ การวางแผนต้องครอบคลุม ตั้งแต่การเก็บข้อมูลว่าต้องเก็บข้อมูลอะไร (ตัวแปร) เก็บอย่างไร บันทึกอย่างไร วิเคราะห์อย่างไร และแปลผลอย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้สามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ประเมินสถานการณ์ที่เป็นอยู่ วางแผนการดำเนินการในอนาคต ดำเนินการตามแผน และประเมินผลสำเร็จจากการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดำเนินงาน

ในหลายๆ ประเทศ และหลายๆ หน่วยงานใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินสถานะการณ์ต่างๆ เนื่องจาก ตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นอย่างเหมาะสม เป็นมาตรฐานที่สามารถนำไปใช้ในที่ต่างๆ และในเวลาต่างๆ กัน และสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบกันได้ จึงเป็นเครื่องมือหลักอย่างหนึ่งสำหรับการจัดการสารสนเทศ

คณะทำงานพัฒนาตัวชี้วัดงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลร่วมกับศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้จัดการประชุมระดมสมอง 3 ครั้งเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม, 4 พฤศจิกายน, และ 29 ธันวาคม 2548 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายงานการประชุม
คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ครั้งที่ 1
วันศุกร์ที่ 7 ตุลาคม 2548 เวลา 9:45 – 18:15 น.
ห้องประชุม 2 (ห้อง 1010) อาคารสถาบัน 3 ชั้น 10 วิทยาลัยการสาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการผู้เข้าร่วมประชุม

1. ภาญ.รศ.ธิดา	นิงสานนท์	ประธาน
2. ภาญ.เนาวนิตย์	ทฤษฎีคุณ	คณะกรรมการ
3. ภาญ.ผศ.อภิฤดี	เหมะจุฑา	คณะกรรมการ
4. ภาญ.อ.ดร.มังกร	ประพันธ์วัฒน์	คณะกรรมการ
5. ภาญ.สุพัทธรา	ศรีวณิชชาการ	คณะกรรมการ
6. ภาญ.ดร.อุไรวรรณ	พรทวิวุฒิ	คณะกรรมการ
7. ภาญ.วิมล	อนันต์สกุลวัฒน์	คณะกรรมการ
8. พ.ท.หญิงเพ็ญศรี	ธงภักดี	คณะกรรมการ
9. ภาญ.อ.ดร.สุรภิจ	นาทีสุวรรณ	คณะกรรมการ
10. ภาญ.จันทิมา	โยธาพิทักษ์	คณะกรรมการ
11. ภาญ.อ.ดร.ภูรี	อนันตโชติ	คณะกรรมการ
12. ภาญ.อ.อินทิรา	กาญจนพิบูลย์	คณะกรรมการ
13. ภาญ.ณัฐสุดา	อารีเปี่ยม	(แทน ภาญ.กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง)
14. ภาญ.จิราภรณ์	อุษณกรกุล	คณะกรรมการและเลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

15. รศ.ดร.เสาวคนธ์	รัตนวิจิตราศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
16. ภาญ.สรัญญา	สุนันต์๊ะ	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา

เปิดประชุม 9:45 น.

วาระที่ 1 เรื่องแจ้งเพื่อทราบ

วาระที่ 1.1 แนะนำคณะทำงาน

ประธานคณะทำงานเปิดการประชุมโดยให้คณะทำงานแต่ละท่านแนะนำตัว

วาระที่ 1.2 ที่มาและแนวคิดของโครงการ

ประธานคณะทำงานกล่าวถึงการพิจารณาคัดเลือกคณะทำงาน ที่มา แนวคิดและขั้นตอนการดำเนินโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการคือ เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและการบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน มีความหมาย รายละเอียด วิธีการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดที่ตรงกัน สามารถรวบรวมผลในภาพรวมระดับประเทศ หรือเปรียบเทียบ (benchmarking) ระหว่างสถานพยาบาลได้ ซึ่งการดำเนินงานของคณะทำงานจะมีการประชุม 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการประชุมระดมสมอง เพื่อเสนอกรอบแนวคิด กำหนดตัวชี้วัด ประเภท รูปแบบและรายละเอียดมาตรฐานการบันทึกข้อมูลทั้งรูปแบบและองค์ประกอบของข้อมูล แบ่งกลุ่มตัวชี้วัดให้คณะทำงานดำเนินการทำร่าง จากนั้นประชุมคณะทำงานครั้งที่ 2 เพื่อพิจารณารายละเอียดของร่างตัวชี้วัด และดำเนินการหาข้อสรุป จัดการประชุมเภสัชกรโรงพยาบาลในวงกว้างเพื่อขอข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่อร่างตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น และทดลองใช้ในโรงพยาบาลเครือข่าย จัดทำเอกสารตัวชี้วัดที่สมบูรณ์ จากนั้นจัดการอบรมเภสัชกรโรงพยาบาลก่อนนำตัวชี้วัดดังกล่าวไปใช้เป็นมาตรฐานระดับประเทศ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

วาระที่ 2 เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

วาระที่ 2.1 กำหนดขอบเขตและประเภทของตัวชี้วัด

กำหนดขอบเขตของตัวชี้วัดที่จะพัฒนา คือ ระบบยาของโรงพยาบาล

ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยาเสนอแบ่งประเภทตัวชี้วัดเป็น 3 ประเภท คือ

1. ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (structural indicators)
2. ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (process indicators)
3. ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (outcome indicators)

โดยผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ เกิดคุณภาพทั้งในด้านการใช้ยา (drug use) และการคัดเลือกผลิตภัณฑ์ยา (product) ที่มีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพ (efficiency) และก่อให้เกิดความเท่าเทียม (equity) ซึ่งการกำหนดตัวชี้วัดแต่ละประเภทอาจกำหนดจาก function ต่างๆในงานเภสัชกรรม เช่น การจ่ายยา (dispensing), การให้คำปรึกษา (counseling), การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา

(ADR monitoring), การประเมินการใช้ยา (drug use evaluation: DUE), การตอบคำถามและให้ข้อมูลทางยา (question & answer, drug information), การคัดเลือกยา (drug selection), การจัดซื้อจัดหา (procurement), คลังยาและการกระจายยา (inventory & distribution), การผลิตยา (production) ฯลฯ โดยในส่วนของ การจ่ายยา, การให้คำปรึกษา, การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา, การประเมินการใช้ยา, การตอบคำถามและให้ข้อมูลทางยา จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ ต้องมีโครงสร้างที่ดีเกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน (specialized personnel) แหล่งข้อมูล (information sources) มาตรฐานการปฏิบัติงาน (standard operating procedure) หรือในส่วนของ การคัดเลือกยา จำเป็นต้องมีคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee) เกณฑ์ในการคัดเลือกยา (selection criteria) เป็นต้น

คณะทำงานนำเสนอความคิดเห็นในการกำหนดกรอบตัวชี้วัด และเห็นชอบให้กำหนดตัวชี้วัดโดยใช้ function ตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นหลัก จากนั้นให้เสนอตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของแต่ละ function ก่อนที่จะคัดเลือกตัวชี้วัดหลัก (core indicator) ตัวชี้วัดเสริม (complementary indicator) ในแต่ละ function อีกครั้ง โดยแบ่ง function และเสนอตัวชี้วัดในแต่ละ function ดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวอย่างตัวชี้วัดในแต่ละ function ที่คณะทำงานนำเสนอ

function	ตัวชี้วัด
การจัดการ (management)	<ul style="list-style-type: none"> - การเงิน (financial): รายได้ รายจ่าย กำไร - ทรัพยากรบุคคล (human resources): turnover rate - ศักยภาพ (competency) - productivity: workload - PTC - risk management: เรื่องร้องเรียน ความคลาดเคลื่อนทางยา
จัดซื้อจัดหา (procurement)	<ul style="list-style-type: none"> - คุณภาพยา: กำหนดประเภทรายการยาที่ควรส่งตรวจ จำนวนรายการยาที่ตรวจ จำนวนรายการยาที่ตรวจผ่าน/ไม่ผ่าน - การประเมินผู้จัดจำหน่าย: GMP (process) - ชื่อไม่ทันสมัย (ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ยาขาด): จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยา - มียาใช้ ยามีคุณภาพ

ตารางที่ 1 ตัวอย่างตัวชี้วัดในแต่ละ function ที่คณะทำงานนำเสนอ (ต่อ)

function	ตัวชี้วัด
คลังยาและการควบคุมยา (inventory control)	<ul style="list-style-type: none"> - inventory turn: จำนวนเดือนสำรองยา - ยาหมดอายุ/เสื่อมคุณภาพ - ยาที่มีอัตราการใช้มากกว่า x ปี - มูลค่ายาที่เปลี่ยนกับบริษัทยา - อัตราคลาดเคลื่อนระหว่างยากงคลังจริงกับ stock card - มูลค่ายากงคลัง substock ต่างๆ รวมถึง ward stock
เภสัชสนเทศ (drug information service: DIS)	<ul style="list-style-type: none"> - outcome: ถูกต้อง ทันเวลา นำไปใช้ประโยชน์ได้ (follow up case, จำนวนคำถามประเภท patient specific, positive/negative outcome) - การให้ข้อมูลเชิงรุก เช่น สืบสวนข้อมูลประกอบการนำเสนอยาเข้าใหม่ (สำหรับ PTC) - ผลงานสิ่งพิมพ์ (publication: content) - ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ - จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น รวบรวมจากการให้บริการเภสัชกรรมหรือคำถามที่เกิดขึ้นบ่อยจากการปฏิบัติงาน - จำนวนคำถามที่ซ้ำเดิม (ผู้ถามเป็น staff เดิมหรือใหม่)
บริการผู้ป่วยนอก-ใน- ความคลาดเคลื่อน ทางยา (OPD-IPD-Medication errors)	<ul style="list-style-type: none"> - ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing errors) - ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา (pre-dispensing errors) - turnaround (response) time - ระยะเวลารอคอย (waiting time) - ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (administration errors) - ความคลาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา (prescribing errors) - sentinel event: อุบัติการณ์ที่ไม่คาดคิดซึ่งนำไปสู่การตาย หรือบาดเจ็บรุนแรงทั้งต่อร่างกาย และจิตใจ หรือความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว เช่น เกิดหรือเกือบเกิดการผิดพลาดหรือสูญเสียจากยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs) - การรายงานอุบัติการณ์ที่รุนแรง

ตารางที่ 1 ตัวอย่างตัวชี้วัดในแต่ละ function ที่คณะทำงานนำเสนอ (ต่อ)

function	ตัวชี้วัด
การประเมินการใช้ยา (DUE) (เน้น process indicator)	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดนโยบายการใช้ยาของโรงพยาบาล (hospital drug use policy) - clinical practice guidelines (Outcome: conform/not-conform) - drug use guidelines: เกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ ยาที่มีราคาแพง เกิดอาการไม่พึงประสงค์บ่อยหรือรุนแรง เกิดการดื้ออย่างง่าย โอกาสเกิดการใช้ยาในทางที่ผิดสูง (abuse) - ผู้ให้ข้อมูล - utilization analysis (process) - ระดับการยอมรับของแพทย์ - potential saving/cost avoided
อาการไม่พึงประสงค์จากยา- ปฏิกิริยาระหว่างยา(ADR-DI)	<ul style="list-style-type: none"> - การแพ้ยาซ้ำ (เกณฑ์ควรเป็นศูนย์) - จำนวน ADR/DI ที่ป้องกันได้ (เน้น severity สูง) - จำนวนการตายจาก DI (เกณฑ์ควรเป็นศูนย์) - จำนวนการบาดเจ็บรุนแรงระดับ F ขึ้นไป (จาก NCCMERP) - Process: ระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ เป็น team work โดย กำหนดวิธีการ/ดู critical point - ค่าใช้จ่ายที่หลีกเลี่ยง / ป้องกัน ADR / DI ได้
ผลิตยาเตรียมเฉพาะรายและยา ปราศจากเชื้อ (extemporaneous & aseptic dispensary)	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความคลาดเคลื่อนในการเตรียมยา (ก่อนจ่าย) ซึ่งก่อให้เกิด ความสูญเสีย - จำนวนสูตรตำรับยาใหม่ที่พัฒนาตอบสนองต่อความต้องการของผู้สั่ง จ่ายยา - ความครอบคลุมโดยรวม (เช่น TPN, IV admixture, ยาเคมีบำบัด) เทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้
งานวิจัย (research)	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผลงานทางวิชาการที่นำเสนอออกหน่วยงานเภสัชฯ (รวมทั้ง ในและนอกโรงพยาบาล) ในรูปแบบ published paper / poster / oral presentation
บริบาลเภสัชกรรม (pharmaceutical care)	<p style="text-align: center;">---</p> <p style="text-align: center;">(เพิ่มเติมโดย ภก.อ.ดร.สุรกีจ)</p>

จากกลุ่มตัวชี้วัดในแต่ละ function คณะทำงานได้พิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดหลัก (core indicator) และ ตัวชี้วัดเสริม (complementary indicator) ดังนี้
(โดยกำหนดรายละเอียดของตัวชี้วัดดังกล่าวตามรูปแบบที่ระบุไว้ในวาระ 2.2)

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดหลักและเสริมในแต่ละ function ที่คณะทำงานเห็นชอบ

function	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดเสริม
การจัดการ (management)	- productivity: workload	- ศักยภาพ (competency)
จัดซื้อจัดหา (procurement)	- คุณภาพยา: กำหนดประเภทรายการยา ที่ควรส่งตรวจ จำนวนรายการยาที่ตรวจ จำนวนรายการยาที่ตรวจผ่าน/ไม่ผ่าน - ชื่อไม่ทันใช้ (ผู้ป่วยไม่ได้รับยา/ยาขาด): จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยา	---
คลังยาและการควบคุมยา (inventory control)	- inventory turn: จำนวนเดือนสำรองยา - อัตราคลาดเคลื่อนระหว่างยาคลังจริง กับ stock card	- มูลค่ายาคงคลัง substock ต่างๆ รวมถึง ward stock
เภสัชสนเทศ (drug information service: DIS)	- outcome: นำไปใช้ประโยชน์ได้ (follow up case, จำนวนคำถามประเภท patient specific, positive/negative outcome) - จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น รวบรวม จากการให้บริการเภสัชกรรม หรือคำถาม ที่เกิดขึ้นบ่อยจากการปฏิบัติงาน	- การให้ข้อมูลเชิงรุก เช่น สัดส่วนข้อมูลประกอบการ นำเสนอยาเข้าใหม่ (สำหรับ PTC)

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดหลักและเสริมในแต่ละ function ที่คณะทำงานเห็นชอบ (ต่อ)

function	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดเสริม
บริการผู้ป่วยนอก-ใน- ความคลาดเคลื่อน ทางยา (OPD-IPD- Medication errors)	<ul style="list-style-type: none"> - dispensing errors - pre-dispensing errors - turnaround (response) time - administration errors - prescribing errors - sentinel event: อุบัติการณ์ที่ไม่คาดคิดซึ่งนำไปสู่การตาย หรือบาดเจ็บรุนแรงทั้งต่อร่างกาย และจิตใจ หรือความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าว เช่น เกิดหรือเกือบเกิดการผิดพลาดหรือสูญเสียจากยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs) - การรายงานอุบัติการณ์ที่รุนแรง 	- waiting time
การประเมินการใช้ยา (DUE) (เน้น process indicator)	- utilization analysis (process)	- drug use guidelines: เกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ ยาราคาแพง เกิด ADR บ่อยหรือรุนแรง เกิดการติดต่อย่างง่าย เกิด abuse
อาการไม่พึงประสงค์จาก ยา-ปฏิกิริยาระหว่างยา (ADR-DI)	<ul style="list-style-type: none"> - การแพ้ยาซ้ำ (เกณฑ์ควรเป็นศูนย์) - จำนวน ADR/DI ที่ป้องกันได้ (เน้น severity สูง) - จำนวนการตายจาก DI - จำนวนการบาดเจ็บรุนแรงระดับ F ขึ้นไป (จาก NCCMERP) - Process: ระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำ เป็น team work โดย กำหนดวิธีการ/ดู critical point 	- ค่าใช้จ่ายที่หลีกเลี่ยง / ป้องกัน ADR / DI ได้

ตารางที่ 2 ตัวชี้วัดหลักและเสริมในแต่ละ function ที่คณะทำงานเห็นชอบ (ต่อ)

function	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดเสริม
ผลิตยาเตรียมเฉพาะราย และยาปราศจากเชื้อ (extemporaneous & aseptic dispensary)	- ความครอบคลุมโดยรวม (เช่น TPN, IV admixture, ยาเคมีบำบัด) เทียบ กับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้	- จำนวนสูตรตำรับยาใหม่ที่พัฒนา ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ สั่งจ่ายยา
งานวิจัย (research)	- จำนวนผลงานทางวิชาการที่ นำเสนอนอกหน่วยงานเภสัชฯ (รวมทั้งในและนอกโรงพยาบาล) ใน รูปแบบ published paper / poster / oral presentation	---
บริหารเภสัชกรรม (pharmaceutical care)	--- (เพิ่มเติมโดย ภก.อ.ดร.สุรภิจ)	--- (เพิ่มเติมโดย ภก.อ.ดร.สุรภิจ)

วาระที่ 2.2 กำหนดรูปแบบ (format) ของตัวชี้วัด และการบันทึกข้อมูล

คณะทำงานเห็นชอบให้กำหนดรูปแบบของตัวชี้วัดดังนี้

1. ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)
2. ประเภทตัวชี้วัด: ตัวชี้วัดหลัก (core indicator) หรือตัวชี้วัดเสริม (complementary indicator)
3. วัตถุประสงค์
4. หลักการและเหตุผล (goal/rationale)
5. วิธีการเก็บข้อมูล (เก็บอะไร/ ที่ไหน/อย่างไร/ช่วงเวลา)
6. สูตรการคำนวณ
7. รูปแบบการนำเสนอ/การนำไปใช้
8. ตัวอย่าง
9. ข้อจำกัด/ข้อยกเว้น (ถ้ามี)
10. เกณฑ์มาตรฐาน (ถ้ามี)

วาระที่ 2.3 แบ่งกลุ่มตัวชี้วัดให้คณะกรรมการพิจารณาทำร่าง

คณะกรรมการเห็นชอบให้กำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการร่างตัวชี้วัดในแต่ละกลุ่มตามตารางที่ 2 ดังนี้

กลุ่มตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
การจัดการ (management)	ภญ.เนาวนิตย์ ภก.กมลศักดิ์
จัดซื้อจัดหา (procurement)	ภญ.เนาวนิตย์ พ.ท.หญิงเพ็ญศรี ภก.กมลศักดิ์
คลังยา (inventory control)	ภญ.เนาวนิตย์ พ.ท.หญิงเพ็ญศรี ภก.กมลศักดิ์
เภสัชสนเทศ (drug information service: DIS)	ภก.อ.ดร.มังกร ภญ.วิมล ภญ.จันทิมา
บริการผู้ป่วยนอก-ใน-ความคลาดเคลื่อนทางยา (OPD-IPD-Medication errors)	ภก.อ.ดร.มังกร ภญ.ดร.อุไรวรรณ ภญ.วิมล
การประเมินการใช้ยา-อาการไม่พึงประสงค์จากยา-ปฏิกริยาระหว่างยา (DUE-ADR-DI)	ภญ.วิมล ภญ.อ.อินทิรา ภญ.จันทิมา
ผลิตยาเตรียมพิเศษและยาปราศจากเชื้อ (extemporaneous & aseptic dispensary)	ภญ.เนาวนิตย์ ภญ.ศศ.อภิฤดี
บริหารเภสัชกรรม (pharmaceutical care)	ภก.อ.ดร.สุรภิจ
งานวิจัย (research)	ภญ.จิราภรณ์

โดยในส่วนตัวชี้วัดงานบริหารเภสัชกรรมให้พิจารณาเพิ่มตัวชี้วัดอื่นที่นอกเหนือจากตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเภสัชกรรมที่ระบุไว้แล้วในวาระ 2.1

วาระที่ 2.4 กำหนดส่งร่างตัวชี้วัดและแบบบันทึกข้อมูล

1. กำหนดการตามงานครั้งที่ 1 วันที่ 24 ตุลาคม 2548
2. กำหนดการตามงานครั้งที่ 2 วันที่ 30 ตุลาคม 2548
3. กำหนดส่งร่างตัวชี้วัดและแบบบันทึกข้อมูลให้ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยารวบรวมภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2548 จากนั้น ศสวย. ส่งร่างทั้งหมดให้คณะกรรมการทุกท่านพิจารณาอีกครั้ง เพื่อพร้อมนำเสนอปัญหาและข้อแก้ไขในการประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 2 ต่อไป

วาระที่ 2.5 กำหนดการประชุมครั้งที่ 2

ที่ประชุมมีมติกำหนดวันประชุมคณะทำงานครั้งที่ 2 เป็นวันศุกร์ที่ 4 พฤศจิกายน 2548 ตั้งแต่เวลา 9:30 น.

ปิดประชุมเวลา 18:15 น.

ภญ.จิราภรณ์ อุษณกรกุล

คณะทำงานและเลขานุการ ผู้บันทึกการประชุม

รายงานการประชุม
คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ครั้งที่ 2
วันศุกร์ที่ 4 พฤศจิกายน 2548 เวลา 9:30-17:15 น.
ห้องประชุม 2 (ห้อง 1010) อาคารสถาบัน 3 ชั้น 10 วิทยาลัยการสาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการผู้เข้าร่วมประชุม

1. ภญ.รศ.ธิดา	นิงสานนท์	ประธาน
2. ภญ.เนาวนิตย์	ทฤษฎีคุณ	คณะกรรมการ
3. ภก.อ.ดร.มังกร	ประพันธ์วัฒน์	คณะกรรมการ
4. ภญ.ดร.อุไรวรรณ	พรทวีวุฒิ	คณะกรรมการ
5. ภญ.วิมล	อนันต์สกุลวัฒน์	คณะกรรมการ
6. พ.ท.หญิงเพ็ญศรี	ธงภักดี	คณะกรรมการ
7. ภก.อ.ดร.สุรภิจ	นาทีสุวรรณ	คณะกรรมการ
8. ภญ.จันทิมา	โยธาพิทักษ์	คณะกรรมการ
9. ภญ.อ.ดร.ภูรี	อนันตโชติ	คณะกรรมการ
10. ภญ.อ.อินทิรา	กาญจนพิบูลย์	คณะกรรมการ
11. ภญ.ณัฐสุดา	อารีเปี่ยม	(แทน ภก.กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง)
12. ภญ.จิราภรณ์	อุษณกรกุล	คณะกรรมการและเลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

13. รศ.ดร.เสาวคนธ์	รัตนวิจิตราศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
14. พ.ต.หญิงศนิตา	หิรัญรัมย์	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
15. ภญ.สรัญญา	สุนันต์๊ะ	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา

คณะกรรมการผู้ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

1. ภญ.ผศ.อภิฤดี	เหมะจุฑา	คณะกรรมการ	ติตราชการ
2. พญ.สุพัตรา	ศรีวณิชชาการ	คณะกรรมการ	ติตราชการ

เปิดประชุม 9:30 น.

วาระที่ 1 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1 วันศุกร์ที่ 7 ตุลาคม 2548

ที่ประชุมทำการตรวจสอบรายงานการประชุม และรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 1

วาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา

วาระที่ 2.1 รายละเอียดร่างตัวชี้วัดแยกตาม function ต่างๆ

ที่ประชุมมีการทบทวนวัตถุประสงค์ของการจัดทำตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล คือ

- เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันในการวัดผล
- เพื่อกระตุ้นให้เกิด R2R2R (routine to research to routine) คือมีการนำผลการปฏิบัติงานมาทำงานวิจัย แล้วนำผลการวิจัยนั้นไปปรับปรุงการและพัฒนาทำงานให้ดีขึ้น

การติดตามวัดผล (monitor) มี 2 ส่วน คือ

- ภาพรวมภายในหน่วยงานหรือโรงพยาบาล การพัฒนาตัวชี้วัดครั้งนี้ ให้พิจารณากรอบระดับนี้ก่อน
- ภาพรวมระดับประเทศ โดยการประมวลข้อมูลทั้งหมดและทำการเปรียบเทียบ (aggregate & benchmark)

ประเภทตัวชี้วัด แบ่งเป็นตัวชี้วัดหลัก (core) และตัวชี้วัดเสริม (complementary) และให้กำหนดนิยามคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนั้นๆ

ที่ประชุมพิจารณาร่างรายละเอียดตัวชี้วัดแยกตาม function ต่างๆ ดังนี้

2.1.1 การจัดการ – จัดซื้อจัดหา – คลังยาและการกระจายยา (management – procurement – inventory control)

จากการประชุมคณะทำงานครั้งที่ 1 มีการกำหนดตัวชี้วัดใน function การจัดการ จัดซื้อจัดหา และคลังยา แยกออกจากกัน แต่เนื่องจากเป็น function ที่มีความเกี่ยวข้องกัน ที่ประชุมจึงมีมติให้รวม function ทั้ง 3 function เข้าเป็นหัวข้อเดียวกัน

ที่ประชุมสรุปประเด็นสำคัญในการพิจารณาตัวชี้วัดใน function หมวดนี้ ดังนี้

- ยาขาด ณ คลังยา / ห้องจ่ายยา อันเนื่องมาจาก ประสิทธิภาพในการจัดซื้อ จัดซื้อไม่ทัน และ/หรือมีคลังยาย่อย (sub-stock) มากเกินไป

- คุณภาพยา การเก็บรักษา การส่งตรวจ บรรจุภัณฑ์
- จำนวนเดือนสำรองคลัง (inventory turn) ขึ้นกับขนาดและที่ตั้งโรงพยาบาล การจัดซื้อรวม
- มูลค่าการสูญเสียจากยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ
- ความคลาดเคลื่อนของคลังยา / คลังย่อย (stock / sub-stock)
- การพิจารณาคัดเลือกยาเข้าเภสัชตำรับโรงพยาบาล จำนวนรายการยาเทียบ (benchmark) กับโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน การพิจารณาดัชนีรายการยาออกจากโรงพยาบาลตามที่ฝ่ายเภสัชกรรมเสนอ

สรุปตัวชี้วัดใน function นี้ โดยแบ่งตามประเด็นสำคัญ 2 ประเด็น ได้แก่ ยาขาด และ คุณภาพยา มีดังนี้

1. ยาขาด (สะท้อนการทำงานของคลัง)

ตัวชี้วัดหลัก (core)	ตัวชี้วัดเสริม (complementary)
<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนรายการของยาขาดต่อเดือน ● มูลค่าการสูญเสีย ● อัตราคลาดเคลื่อนของยาคลัง 	<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนรายผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาขาดต่อเดือน ● จำนวนวันเฉลี่ยในการปลดปล่อยปัญหาขาด ● จำนวน vital drugs ที่ขาด ● จำนวนเดือนสำรองคลัง (inventory turn)

รายละเอียดที่เกี่ยวข้องตามที่ประชุมกำหนดสำหรับตัวชี้วัดหลัก มีดังนี้

- จำนวนรายการของยาขาดต่อเดือน
การบันทึกข้อมูล ให้นับทุกเดือน ดูการขาดซ้ำ ระบุชื่อยาที่ขาด ขาดซ้ำกี่ครั้ง กำหนดการนับรายการยาที่มีการขาดในกรณีที่ยามาแล้วขาดอีก ให้นับเป็นอีก 1 รายการ
- มูลค่าการสูญเสีย
เป็นการวัดประสิทธิภาพของการกระจายยา คัดจากมูลค่ายาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ หน่วยเป็นบาทต่อปีงบประมาณ โดยให้มองทั้งระบบยาของโรงพยาบาล รวมหอผู้ป่วย ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน คลังยา จ่ายยาให้ผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ยาเหลือ และกำหนดให้เก็บรายละเอียดสาเหตุของการสูญเสีย
โดยกำหนดนิยามรวมมูลค่ายาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ยาที่ขาดหายไป กรณีที่ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพที่สามารถแลกกับบริษัทยาได้ แต่ได้คืนมาเพียง X% ให้นับมูลค่าการ

สูญเสียของยาจำนวน (100-X)% นั้นด้วย หรือกรณีที่ผู้ป่วยซื้อยาไปแล้ว แต่ใช้ไม่หมด แล้วพบ
ขณะหมดอายุ ให้นำรวมในมูลค่าการสูญเสียนี้ด้วยเช่นกัน

- อัตราตลาดเคลื่อนของยาคงคลัง

คิดเป็นร้อยละของรายการยาที่ตลาดเคลื่อนต่อรายการทั้งหมด เสนอให้มีกระบวนการสุ่ม
ตรวจเป็นประจำ เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้น คือ จำนวนยาใน stock card อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง การสุ่มตรวจทำให้สามารถแก้ไขข้อผิดพลาดได้เร็วขึ้น หากเป็นไปได้ ควรมีการนับ
รายการยาที่เหลือนอกเหนือจากการสุ่มตรวจให้ตรงกับที่บันทึกจริงด้วย

รายละเอียดที่เกี่ยวข้องตามที่ประชุมกำหนดสำหรับตัวชี้วัดเสริม มีดังนี้

- จำนวนรายผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาขาดต่อเดือน

กำหนดกรณีที่ 1 ใบสั่งยามียาขาด 2 รายการ ให้นับเป็น 2 ราย

- จำนวนวันเฉลี่ยในการปลดเปลื้องปัญหาขาด

กำหนดการปลดเปลื้อง หมายถึงความสามารถแก้ปัญหาขาดได้

- จำนวน vital drugs ที่ขาด

ให้กำหนดคำจำกัดความของ “vital drugs” และตัวอย่างรายการยา

- จำนวนเดือนสำรองคลัง (inventory turn)

คำนวณจาก มูลค่ายาสำรองคงคลัง ณ สิ้นเดือน ต่อมูลค่ายาที่จ่ายออกจากห้องยาใน
เดือนนั้น

2. คุณภาพยา

ประเด็นคุณภาพยา ที่ประชุมมีมติให้พิจารณาที่โครงสร้าง และกระบวนการเป็นหลัก โดย
กำหนดตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัดหลัก

- โรงพยาบาลมีกลไกหรือเกณฑ์ในการนำยาเข้าโรงพยาบาล (ใช่/ไม่ใช่)

(เช่น โรงงานผลิตยาต้องมี GMP มีการกำหนด specification ของยาที่จะซื้อ กำหนดการ
วิเคราะห์ COA และมีการตรวจสอบ bioequivalent โดยเฉพาะยา generic ที่ผลิตขึ้น
หลังจากอายุสิทธิบัตรของยา original ที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นไปสิ้นสุดลง
การตรวจรับยาเป็นไปตามเกณฑ์ โดยดูจากสมุดบันทึก / เอกสาร)

- โรงพยาบาลมีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพยาที่ชัดเจน (ใช่/ไม่ใช่)
(มีการตั้งหน่วยสืบหาปัญหาที่แท้จริง และมีการตรวจสอบ)
- ร้อยละของยาที่ผ่านเกณฑ์ COA (โดยเฉพาะยาที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาประกาศ 32 รายการ)

ตัวชี้วัดเสริม

- จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องปัญหาคุณภาพยาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ภาคผนวก การวิเคราะห์ COA (มี/ไม่มี)

- ยาฉีด กำหนดให้มีการวิเคราะห์
 - % labeled amount
 - identification
 - sterility test
 - bacterial endotoxin
 - uniformity of dosage unit
 - particulate matter
 - related substance
- ยาเม็ด กำหนดให้มีการวิเคราะห์
 - % labeled amount
 - identification
 - dissolution, disintegration
 - uniformity of dosage unit
 - related substance (บางตัว)
- ยาครีม กำหนดให้มีการวิเคราะห์
 - % labeled amount
 - identification
 - microbial limit

- ยาน้ำ กำหนดให้มีการวิเคราะห์
 - % labeled amount
 - identification
 - microbial limit
- ยารูปแบบอื่นๆ อาจต้องมีการวิเคราะห์
 - moisture content
 - water content
 - stability data (กรณียาออกวางตลาดมากกว่า 2 ปี ต้องมี long term stability)
 - finished product specification
 - packaging
 - label

ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ ในหมวดนี้ ให้เปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม ดังนี้

- workload: เทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เช่น งานบริการ เภสัชกร 1 คนต่อใบสั่งยาที่ใบ แล้วคำนวณจำนวนเภสัชกรที่ต้องการ
- ศักยภาพ (competency) ให้ตัดออกก่อน รอใช้เกณฑ์ตามที่สมาคมวิชาชีพกำหนด
- เปลี่ยนตัวชี้วัด “มูลค่ายาคงคลัง substock ต่างๆ รวมถึง ward stock” เป็นตัวชี้วัดทางโครงสร้าง คือ “มีบัญชีรายการยาสำรองสำหรับคลังจ่ายย่อยและหอผู้ป่วย รวมทั้งกระบวนการสำรวจยาสำรอง อาจกำหนดความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 10 เป็นต้น (ใช่/ไม่ใช่)”

ผู้รับผิดชอบ คือ ภญ.เนาวนิตย์ และ พ.ท.หญิงเพ็ญศรี

2.1.2 เภสัชสนเทศ (Drug Information Service)

ประเด็นสำคัญที่ประชุมพิจารณาเกี่ยวกับงานด้านเภสัชสนเทศ มีดังนี้

1. โครงสร้าง (ขึ้นกับขนาดโรงพยาบาล)
 - บุคลากร ต้องผ่านการอบรมทางด้านบริการเภสัชสนเทศ DIS และการทบทวนวรรณกรรม (literature evaluation)

- แหล่งข้อมูล กำหนดรายการเอกสารอ้างอิง (references) ที่จำเป็นต้องมีสำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ

2. กระบวนการ

- การให้สารสนเทศทางยา ต้องมีการสอบถามข้อมูลภูมิหลัง (information background)

3. ผลลัพธ์

- การนำไปใช้ประโยชน์ มีการติดตาม (follow-up) ผู้ถาม
- จำนวนองค์ความรู้ที่นำไปเผยแพร่ ใช้ประโยชน์ที่สอดคล้องกับปัญหาขององค์กร

สรุปที่ประชุมกำหนดตัวชี้วัดด้านเภสัชสนเทศ ดังนี้

ตัวชี้วัดหลัก (วัตถุประสงค์ เพื่อบอกสถานการณ์การให้บริการเภสัชสนเทศในประเทศ เน้นตัวชี้วัดด้านโครงสร้างก่อน)

- การจัดตั้งเป็นไปตามเกณฑ์ที่สมาคมวิชาชีพกำหนดหรือไม่ (จัดทำเป็น checklist)
- มีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูลยาใน PTC (ใช่/ไม่ใช่) โดยนิยาม “ข้อมูลยา” ประกอบด้วยอะไรบ้าง ต้องผ่านการวิเคราะห์ กลั่นกรอง มีเอกสารอ้างอิง มีการเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียกับยากู่มอื่นที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาล เป็นต้น
- ความเร็วในการให้บริการตอบคำถาม แบ่งคำถามเป็น 2 ประเภท คือ emergency และ non-emergency กรณีคำถาม emergency ดู turnaround time
- อัตราการให้บริการเภสัชสนเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (patient-specific drug information) เป็นการวัด outcome โดยกำหนดคำถามต้องเป็นคำถามที่มาจากบุคลากรทางการแพทย์
- จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการเภสัชสนเทศที่นำไปเผยแพร่ ใช้ประโยชน์ที่สอดคล้องกับปัญหาขององค์กร เป็นการวัด outcome ให้นิยามคำว่า “องค์ความรู้” และ “เผยแพร่” ให้ชัดเจน

ตัวชี้วัดเสริม

- ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- การตรวจสอบซ้ำ เพื่อดูคุณภาพ (มี/ไม่มี)
- จำนวนคำถามทั้งหมด

ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้บริการเภสัชสนเทศจากที่ประชุม มีดังนี้

Drug Information Service (DIS) ควรมีทุกโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงได้ ดังนั้น ช่วงเวลาการให้บริการจึงเป็นปัญหาหลักในปัจจุบัน จึงควรมีการตั้ง Drug Information Center (DIC) ที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง (เป็น Poison Center ด้วย) เพื่อเสริม DIS นอกเวลาบริการ เป้าหมายในอนาคต คือจัดตั้ง National DIC สร้างฐานข้อมูลรวบรวมคำถาม คำตอบต่างๆ เพื่อใช้ในการสืบค้นได้ คล้ายฐาน CCIS สามารถให้บริการได้อย่างกว้างขวางตลอดเวลา

ผู้รับผิดชอบ คือ ภาณุ.จันทิมา

2.1.3 บริการผู้ป่วยนอก-ใน-ความคลาดเคลื่อนทางยา (OPD-IPD-Medication errors)

สปสช. พัฒนาตัวชี้วัดเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยา ประกอบด้วย prescribing errors, pre-dispensing errors, dispensing errors และ administration errors ที่ประชุมมีความเห็นว่าไม่ควรนำตัวชี้วัดในกลุ่มนี้มาเปรียบเทียบกับระหว่างโรงพยาบาล (benchmark) และเสนอให้วัดความคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs) ด้วย โดยให้เป็นตัวชี้วัดเสริม เนื่องจากสามารถสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการเกิดความคลาดเคลื่อนนี้อาจมีน้อยก็ตาม

ที่ประชุมกำหนดตัวชี้วัดตามประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา (medication errors) โดยมีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม ดังนี้

- ความคลาดเคลื่อนทางยา ให้ตัดอัตราความคลาดเคลื่อนรวมจากการสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการบริหารยาออก
- เปลี่ยนตัวชี้วัดหลัก “ร้อยละความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตรวจการจ่ายยาในผู้ป่วยนอก” เป็นตัวชี้วัดเสริม
- กำหนด อัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการบริหารยาในผู้ป่วยนอก โดยตัวหารเป็นจำนวนใบสั่งยา เป็นตัวชี้วัดหลัก และกรณีตัวหารเป็นจำนวนรายการยา ให้เป็นตัวชี้วัดเสริม
- กำหนด อัตราความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการบริหารยาของยาที่มีความเสี่ยงสูงเป็นตัวชี้วัดเสริม
- ตัวชี้วัด “ระยะเวลารอรับยา” นิยามให้นับเวลาตั้งแต่ห้องยาสามารถปฏิบัติงานได้จนถึงขั้นตอนจ่ายยา โดยแยกแนวทางการเก็บข้อมูลระหว่างระบบ manual และคอมพิวเตอร์

- ตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่ม คือ “คุณภาพและความพร้อมใช้ของเภสัชภัณฑ์” และ “การรักษาความลับของผู้ป่วย” ให้รวมอยู่ใน การจัดการ – จัดหา – คลังยาและการกระจายยา ส่วน “ความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วย” รวมอยู่ในนิยามของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) แล้ว
- ให้กำหนดนิยาม และตัวอย่างยาที่มีความเสี่ยงสูง นิยามของความคลาดเคลื่อนแต่ละประเภท เพื่อใช้เป็นมาตรฐานและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้มีการเสนอความเห็นในที่ประชุมให้โรงพยาบาลทำการสุ่มนับจำนวนรายการยาเฉลี่ยต่อหนึ่งใบสั่งยา (average number of items/prescription) บันทึกแผนกที่เกิดความคลาดเคลื่อนกรณีที่เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา และนิยามคำว่า “ผู้ป่วยนอก” “ผู้ป่วยใน” ว่าครอบคลุมแผนกใดบ้าง

ผู้รับผิดชอบ คือ ภก.อ.ดร.มังกร และ ภญ.วิมล

2.1.4 การประเมินการใช้ยา (drug use evaluation; DUE) มีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม ดังนี้

- มีข้อเสนอเกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านโครงสร้างและกระบวนการ คือ มีกรรมการหรือไม่ โดยดูจากคำสั่งแต่งตั้ง องค์ประกอบของกรรมการเป็นอย่างไร มีการประชุมบ่อยเพียงใด โดยดูจากรายงานการประชุม มีการกำหนดนโยบายหรือไม่ อย่างไร มีการจัดทำ DUE หรือไม่ มีการคัดเลือกยาที่จะทำอย่างไร มีการทำ utilization analysis หรือไม่ มีแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลหรือไม่ มีการแสดงผลการทำ DUE ให้กรรมการหรือไม่ บ่อยเพียงไร มีการนำผลไปใช้หรือไม่ ด้วยวิธีไหน ให้ความรู้ หาวิธีจัดการ หรือกำหนดเป็นกฎระเบียบ นโยบาย เป็นต้น
- เพิ่มตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง “มีเกณฑ์ในการคัดเลือกยามาทำ drug use guideline (ใช้/ไม่ใช้)”
- เพิ่มตัวชี้วัดหลักด้านผลลัพธ์ คือ “มูลค่ายาที่ใช้ไม่ตรงตามเกณฑ์” และ “ร้อยละของการสั่งยาที่ไม่ตรงตามเกณฑ์”

ผู้รับผิดชอบ คือ ภญ.วิมล และ ภญ.จันทิมา

2.1.5 อาการไม่พึงประสงค์จากยา-ปฏิกิริยาระหว่างยา (adverse drug reaction – drug interaction; ADR-DI) มีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม ดังนี้

- เพิ่มตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง คือ “มีระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล (ใช้/ไม่ใช้)” และ “ผู้ป่วยใหม่ทุกรายได้รับการซักประวัติการแพ้ยา (ใช้/ไม่ใช้)”
- ตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มที่ประชุมมีมติยอมรับ คือ “รายการยาที่ติดตาม ADR ด้วยวิธีอื่นนอกจากวิธี spontaneous report” ให้เป็นตัวชี้วัดเสริม “อุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจาก

ยา” เป็นตัวชี้วัดหลัก โดยแยกรายงานระหว่างการแพ้ยา (allergy) และ อาการไม่พึงประสงค์ อื่นๆ ส่วน “ประสิทธิภาพการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากยา” และ “จำนวน รายงานการแพ้ยาซ้ำ” กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดหลักเช่นกัน โดยนิยามการแพ้ยาซ้ำ คือ ต้องเป็น การแพ้ยาที่มีส่วนประกอบโครงสร้างทางเคมีเดียวกัน

- ตัดตัวชี้วัด “จำนวนรายงาน APR” ออก เนื่องจากเน้นเฉพาะยา รวมทั้งตัด “ค่าใช้จ่ายที่ หลีกเลียง/ป้องกัน ADR/DI ได้” ออกก่อน เนื่องจากการเก็บข้อมูลและการคำนวณค่อนข้างยาก

ผู้รับผิดชอบ คือ ภาณุ.วิมล และ ภาณุ.จันทิมา

2.1.6 ผลิตภัณฑ์พิเศษและยาปราศจากเชื้อ (extemporaneous and aseptic dispensary) มีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม ดังนี้

- นิยามของ aseptic dispensary ให้รวมยาเคมีบำบัด (chemotherapy) สารอาหารที่ให้ทาง หลอดเลือด (total parenteral nutrition; TPN) และ IV admixture ส่วน extemporaneous ให้ หมายรวมถึงยาที่ต้องบดและให้ทางสายยางให้อาหารด้วย
- เพิ่มตัวชี้วัดหลักทางโครงสร้าง คือ “สถานที่และเครื่องมือต้องเป็นไปตามมาตรฐานของ GTOP (กรณียาเคมีบำบัด)”
- ที่ประชุมมีมติยอมรับตัวชี้วัดหลักด้านกระบวนการที่เสนอ คือ “ความครอบคลุมโดยรวมเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้” และ “จำนวนรายการยาเตรียมที่เตรียมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย” ส่วนที่เสนอเพิ่ม คือ “ความครอบคลุมของการปฏิบัติตาม SOP” รวมถึง “ความพร้อมใช้ของ อุปกรณ์/เครื่องมือ (checklist)” ให้เป็นตัวชี้วัดหลัก
- ที่ประชุมมีมติเพิ่มตัวชี้วัดหลักด้านผลลัพธ์ คือ “มูลค่าการประหยัด” และกำหนดให้ตัวชี้วัดที่ เสนอ “คุณภาพยาเตรียมที่เตรียมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย” เป็นตัวชี้วัดหลัก โดยนิยาม คุณภาพยาเตรียม ให้หมายถึงรวมถึง ความคลาดเคลื่อนในการเตรียม ปัญหาของผลิตภัณฑ์ด้วย นอกจากนี้ที่ประชุมกำหนดให้ “จำนวนสูตรตำรับยาใหม่ที่พัฒนาตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้สั่งจ่ายยา” เป็นตัวชี้วัดเสริม

ผู้รับผิดชอบ คือ ภาณุ.เนาวนิตย์ และ ภาณุ.วิมล

2.1.7 บริบาลเภสัชกรรม (pharmaceutical care) มีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม ดังนี้

- กำหนดวัตถุประสงค์ในการบริบาลเภสัชกรรม 4 ข้อ คือ
 1. ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)
 2. เพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษา (improve quality of care)
 3. ลดค่าใช้จ่าย (reduce cost)
 4. เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย (increase patient satisfaction)

ซึ่งการพัฒนาตัวชี้วัดระยะนี้ มุ่งเน้นที่ 2 ข้อแรกก่อน โดยโครงสร้างของการให้บริบาลเภสัชกรรมมี 3 ด้านใหญ่ที่ต้องคำนึงถึง คือ

1. access การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้
 2. service hours ความครอบคลุมของเวลาที่ให้บริการ อาจไม่จำเป็นต้องให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แต่ต้องสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการรับบริการ เช่น ช่วงเวลาที่มีคลินิกเฉพาะ เป็นต้น
 3. documentation ต้องมีระบบการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นทางการ มีการตกลงกันก่อนในที่มสหสาขาวิชาชีพ
- เพิ่มตัวชี้วัดหลักด้านโครงสร้าง คือ “มีระบบการติดตามหรือเฝ้าระวังผู้ป่วย (ใช่/ไม่ใช่)” เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการให้บริบาลเภสัชกรรมทั้ง 4 ข้อ
 - กำหนดตัวชี้วัดด้านกระบวนการ “อัตราการได้รับยาที่มีประโยชน์ในการลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยตามมาตรฐานการรักษา” และเพิ่ม “ร้อยละของ intervention ที่ได้รับการตอบสนอง” เป็นตัวชี้วัดหลัก
 - กำหนดตัวชี้วัดหลักด้านผลลัพธ์ คือ “อัตราการเกิด potential pADE” (กรณีที่มีคลินิกเฉพาะ) และเพิ่ม “จำนวน pADE (กรณีมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วยทั่วไป)” โดยให้กำหนดนิยามของ preventable adverse drug event (pADE) ให้ชัดเจน ส่วน “อัตราการบรรลุเป้าหมายการรักษาสำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูงชนิดดัชนีการรักษาแคบ” และ “อัตราการบรรลุเป้าหมายการรักษาในโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย” กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดเสริม
 - การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด “อัตราการได้รับยาที่มีประโยชน์ในการลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยตามมาตรฐานการรักษา” “อัตราการเกิด potential pADE” “อัตราการบรรลุเป้าหมายการรักษาสำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูงชนิดดัชนีการรักษาแคบ” และ “อัตราการบรรลุเป้าหมายการรักษาในโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย” ให้เก็บ pre และ post intervention โดยเสนอให้มีการแก้ไขสูตรการคำนวณเป็น

% changes in achievement rate =

$(\% \text{ achievement rate at } T_1 - \% \text{ achievement rate at } T_0) \times 100 / \% \text{ achievement rate at } T_0$

โดย T_1 หมายถึง ณ เวลาที่วัดครั้งปัจจุบัน

T_0 หมายถึง ณ เวลาที่วัดครั้งก่อนหน้านี เพื่อให้เกิดการวัดอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ในการเก็บข้อมูล กรณีที่ค่าที่ต้องการมีมากกว่า 1 ค่า ให้ใช้ค่าครั้งหลังสุด (last visit)

- กำหนดตัวอย่างรายการยาพร้อมทั้งเป้าหมายในการรักษาสำหรับยาที่มีความเสี่ยงสูงชนิด
ดัชนีการรักษาแคบให้ชัดเจน

ผู้รับผิดชอบ คือ ภก.อ.ดร.สุรกิจ และ ภญ.จันทิมา

2.1.8 งานวิจัย (research) มีการเปลี่ยนแปลง เพิ่มเติม ดังนี้

“จำนวนผลงานทางวิชาการที่นำเสนอนอกหน่วยงานเภสัชกรรม” กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดเสริม โดยนิยามของผลงานวิชาการ หมายถึง ผลงานวิจัย รวมผลการทำงาน TQM CQI ด้วย ทั้งนี้เพื่อ กระตุ้นให้เกิดการนำผลงานประจำมาเป็นงานวิจัย (routine to research; R2R) ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่วนกรณีที่ผลงานวิชาการเดียวกัน แต่นำเสนอหลายรูปแบบ เช่น นำเสนอ ปากเปล่า รูปแบบโปสเตอร์ หรือตีพิมพ์ ให้นับเป็น 1 เรื่องเท่านั้น

ผู้รับผิดชอบ คือ ภญ.จิราภรณ์

หมายเหตุ ดูสรุปภาพรวมตัวชี้วัดทั้งหมดได้ใน “ตารางสรุปตัวชี้วัดจากการประชุมครั้งที่ 2” จากเอกสารแนบท้าย

วาระที่ 2.2 ภาพรวมตัวชี้วัดกับระบบงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล/สถานีนามัย

ให้คณะทำงานพิจารณาตัวชี้วัดทั้งหมดที่พัฒนาขึ้น โดยกำหนดประเภทของตัวชี้วัดแต่ละตัว ว่าควรเป็นตัวชี้วัดหลัก หรือตัวชี้วัดเสริมสำหรับโรงพยาบาลขนาดต่างๆ รวมถึงสถานีนามัย ส่วนตัวชี้วัดสำหรับสถานีนามัยที่มีอยู่ในปัจจุบัน มักเกี่ยวข้องกับงานคุ้มครองผู้บริโภค ที่ประชุมจึงเสนอให้พิจารณาในโอกาสต่อไปหลังจากที่ร่างตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลเสร็จสมบูรณ์

วาระที่ 2.3 กำหนดวันส่งงานร่างตัวชี้วัด

กำหนดวันตามงานร่างละเอียดตัวชี้วัด คือวันจันทร์ที่ 28 พฤศจิกายน 2548 และวันส่งงาน ภายในวันอังคารที่ 6 ธันวาคม 2548

วาระที่ 2.4 การจัดตั้งเครือข่ายเพื่อทดสอบและใช้ดัชนีชี้วัดและระบบข้อมูล

ที่ประชุมเสนอให้มีการเผยแพร่ตัวชี้วัดเบื้องต้นก่อน โดยจัดประชุมกลุ่มโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มในการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดอยู่แล้ว เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน จัดทำเป็นเครือข่ายเพื่อทำ pilot study โดยรายชื่อโรงพยาบาลที่นำเสนอในที่ประชุมมีดังนี้

โรงพยาบาล		
ขนาดใหญ่	ขนาดกลาง	ขนาดเล็ก
สงขลานครินทร์	พระพุทธบาท สระบุรี	ป่าแดด
ศิริราช	เสนา อยุธยา	บ้านตาก
สุราษฎร์ธานี	สมุทรสาคร	หนองบัวระเหว
เลิดสิน	ฉะเชิงเทรา	บ้านเหลื่อม
พระมงกุฎเกล้า	ประจวบคีรีขันธ์	ด่านซ้าย
สระบุรี	พระจอมเกล้า	สว่างแดนดิน
เชียงใหม่ประชานุเคราะห์	กระบี่	ภูเวียง
ขอนแก่น	พญาไท 2	บางมูลนาก
อุดรธานี	พระรามเกล้า	บ้านแพรง
หาดใหญ่	เกษมราษฎร์ประชาชื่น	ปากเกร็ด
บำรุงราษฎร์		

วาระที่ 2.5 โครงการพัฒนาระบบข้อมูลบริการเภสัชกรรมของโรงพยาบาล/สถานีนอมาัย

คณะทำงานสามารถเสนอโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบข้อมูลบริการเภสัชกรรมเพื่อของบประมาณดำเนินการในปีต่อไป

วาระที่ 2.6 ผลงานที่ต้องทำต่อ

- จัดทำร่างรายละเอียดตัวชี้วัดตามที่กำหนดในที่ประชุม แล้วนำนิยามตัวชี้วัดต่างๆมาพิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป เพื่อจัดทำคู่มือตัวชี้วัด
- ติดต่อโรงพยาบาลตามรายชื่อที่นำเสนอในวาระ 2.4 เพื่อจัดตั้งเครือข่ายพัฒนาระบบข้อมูลบริการเภสัชกรรม โดยสอบถามความต้องการในการเข้าร่วมเครือข่ายกับหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายเภสัชกรรมก่อน จากนั้นจึงทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อเชิญเข้าร่วมโครงการอย่างเป็นทางการ

วาระที่ 2.7 การประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 3

ที่ประชุมมีมติกำหนดวันประชุมคณะกรรมการครั้งที่ 3 วันพฤหัสบดีที่ 29 ธันวาคม 2548 ตั้งแต่เวลา 9:30 น. เป็นต้นไป โดยประเด็นหลักในการประชุมคือ นียามตัวชี้วัด

ปิดประชุมเวลา 17:15 น.

ภญ.จิราภรณ์ คุษณกรกุล

คณะกรรมการและเลขานุการ ผู้บันทึกการประชุม

รายงานการประชุม
คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล ครั้งที่ 3
วันพฤหัสบดีที่ 29 ธันวาคม 2548 เวลา 9:30-17:30 น.
ห้องประชุม 2 (ห้อง 1010) อาคารสถาบัน 3 ชั้น 10 วิทยาลัยการสาธารณสุข
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการผู้เข้าร่วมประชุม

1. ภาณุ.รศ.ธิดา	นิงสานนท์	ประธาน
2. ภก.อ.ดร.มังกร	ประพันธ์วัฒนะ	คณะกรรมการ
3. ภาณุ.ดร.อุไรวรรณ	พรทิวดี	คณะกรรมการ
4. ภาณุ.วิมล	อนันต์สกุลวัฒน์	คณะกรรมการ
5. พ.ท.หญิงเพ็ญศรี	ธงภักดี	คณะกรรมการ
6. ภาณุ.จันทิมา	โยธาพิทักษ์	คณะกรรมการ
7. ภาณุ.อ.ดร.ภูรี	อนันต์โชติ	คณะกรรมการ
8. ภาณุ.อ.อินทิรา	กาญจนพิบูลย์	คณะกรรมการ
9. ภาณุ.ณัฐธิดา	อารีย์เปี่ยม	(แทน ภก.กมลศักดิ์ เรืองเจริญรุ่ง)
10. ภาณุ.จิราภรณ์	อุษณกรกุล	คณะกรรมการและเลขานุการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

11. รศ.ดร.เสาวคนธ์	รัตนวิจิตราศิลป์	ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
12. พ.ต.หญิงศนิดา	หิรัญรัมย์	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา
13. ภาณุ.สรวิญญา	สุนันตี๊ะ	ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา

คณะกรรมการผู้ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

14. ภาณุ.เนาวนิตย์	ทฤษฎีคุณ	คณะกรรมการ	ติตราชการ
15. ภาณุ.ผศ.อภิฤดี	เหมะจุฑา	คณะกรรมการ	ติตราชการ
16. พญ.สุพัชรา	ศรีวณิชชาการ	คณะกรรมการ	ติตราชการ
17. ภก.อ.ดร.สุรกิจ	นาทีสุวรรณ	คณะกรรมการ	ติตราชการ

เปิดประชุม 9:30 น.

วาระที่ 1 รับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2 วันศุกร์ที่ 4 พฤศจิกายน 2548

ประธานแจ้งให้คณะทำงานตรวจสอบความถูกต้องของรายงานการประชุม หากมีข้อแก้ไข ให้แจ้งมายังเลขานุการ เพื่อทำการแก้ไขต่อไป

วาระที่ 2 เรื่องสืบเนื่อง

วาระที่ 2.1 สรุปภาพรวมตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมกับระบบยาโรงพยาบาล
 รศ.ดร.เสาวคนธ์กล่าวถึงภาพรวมการจัดการยา (drug management) ในโรงพยาบาล การทำให้บรรลุเป้าหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์ยาและการใช้ยาที่มีคุณภาพ ต้องมีองค์ประกอบดังนี้ คือ

1. functions
2. support mechanism
3. standard setting

โดยมีตัวชี้วัดเป็นตัวหนึ่งของ standard setting ซึ่งการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ควรดำเนินการแบบ R2R2R (routine to research to routine) กล่าวคือ มีการนำผลงานประจำมาทำการวิจัย แล้วนำผลงานวิจัยนั้นมาพัฒนาเป็นมาตรฐานใหม่ เพื่อนำกลับมาปรับปรุงงานประจำอีกครั้ง ทำเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง

จากการประชุมคณะทำงาน มีการแบ่ง function ของงานเภสัชกรรม เพื่อทำการพัฒนาตัวชี้วัด เป็น 8 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. management – procurement – inventory control
2. drug information service (DIS)
3. OPD-IPD-medication errors
4. drug use evaluation (DUE)
5. adverse drug reaction – drug interaction (ADR-DI)
6. extemporaneous & aseptic dispensary
7. pharmaceutical care
8. research

ที่ประชุมเสนอว่า เป้าหมายท้ายสุดของการจัดการยาในโรงพยาบาล ควรมุ่งเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety)

วาระที่ 3 เรื่องเพื่อพิจารณา

วาระที่ 3.1 นิยามตัวชี้วัดแยกตาม function ต่างๆ

1. management – procurement – inventory control มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดและข้อเสนอแนะดังนี้

ตัวชี้วัดเดิม	เปลี่ยนเป็น
1. มีกลไกหรือเกณฑ์ในการนำยาเข้าโรงพยาบาล (ใช่/ไม่ใช่)	1) รวมตัวชี้วัด 1 และ 11 เดิม เข้าด้วยกัน เป็น - เกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาล (มี/ไม่มี และมี การใช้เกณฑ์อย่างเหมาะสมหรือไม่) แยกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ 1.1 เกณฑ์การคัดเลือกยาเพื่อบรรจุในบัญชียา โรงพยาบาล 1.2 เกณฑ์การคัดเลือกยา generic/original 1.3 เกณฑ์การตรวจรับยา โดยกำหนด list ยาที่ต้องตรวจ bioequivalent (ภญ.จันทิมา มีเอกสารดังกล่าวจากสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา) 2) รวมตัวชี้วัด 2 และ 12 เดิม เข้าด้วยกัน เป็น - กระบวนการสืบหาและจัดการข้อร้องเรียน (มี/ไม่ มี) โดยแยกเป็น 2 ตัวชี้วัดย่อย คือ 2.1 จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด 2.2 จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข โดยกำหนดข้อร้องเรียนต้องเป็นลายลักษณ์อักษร อาจบันทึกโดยผู้ร้องเรียนเองหรือเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับ ข้อร้องเรียนนั้น พร้อมทั้งหลักฐานและยกตัวอย่าง 3) productivity: workload ใช้คู่มือรอกำลังในส่วน ของ dispensing ว่าเพียงพอหรือเหมาะสมหรือไม่ กำหนดเกณฑ์มาตรฐานโดยใช้อัตราส่วนระหว่าง
2. มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนเกี่ยวกับปัญหาคุณภาพยาที่ชัดเจน (ใช่/ไม่ใช่)	
3. productivity: workload	
4. มีปัญหารายการยาสำรองสำหรับคลังยาย่อยและหอผู้ป่วย รวมทั้งกระบวนการสำรวจยาสำรอง อาจกำหนดความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 10 เป็นต้น (ใช่/ไม่ใช่)	
5. มีระบบการรักษาความลับของผู้ป่วย (ใช่/ไม่ใช่)	
6. จำนวนรายการของยาขาดต่อเดือน ณ คลังยา	
7. อัตราความคลาดเคลื่อนของยาคลัง	
8. จำนวนวันเฉลี่ยในการปลดปล่อยปัญหาขาด	
9. จำนวน vital drugs ที่ขาด	
10. จำนวนเดือนสำรองคลัง	
11. ร้อยละของยาที่ผ่านเกณฑ์ COA (กำหนดเกณฑ์ COA ในภาคผนวก)	
12. จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องปัญหาคุณภาพยาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง	
13. มูลค่าการสูญเสีย	
14. จำนวนรายผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาขาดต่อเดือน ณ ห้องจ่ายยา	

	<p>เภสัชกรต่อผู้ช่วย อัตราส่วนระหว่างเภสัชกรต่อใบสั่งยา/รายการยา (ดูข้อมูลประกอบจาก ภก. กิตติ)</p> <p>4) ระบบการจัดการเรื่องยาสำรอง (มี/ไม่มี) กำหนดเป็น complementary indicator กำหนดให้มีการสุ่มตรวจโดยเภสัชกร/ผู้ช่วยเภสัชกร อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง แยกเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - คลังยาย่อย ดู turnover rate หรือความเคลื่อนไหวของยา และปริมาณยาสำรอง - หอผู้ป่วยและหน่วยงานอื่นที่มีการสำรองยา เช่น ER OPD ให้กำหนด list รายชื่อยาและปริมาณยาที่สำรอง ซึ่งไม่ควรมีความคลาดเคลื่อน <p>5) แนวทางการรักษาความลับของผู้ป่วย (มี/ไม่มี) ในประเด็น</p> <p>5.1 มีสถานที่เกี่ยวกับการให้บริการเพื่อการรักษาความลับผู้ป่วย</p> <p>5.2 นโยบาย</p> <p>5.3 การเข้าถึงข้อมูล กำหนดระดับข้อมูลที่สามารเข้าถึงได้</p> <p>6) รวมตัวชี้วัด 6, 8 และ 9 เดิม เข้าด้วยกัน เป็น “ปัญหาขาด” โดยนิยาม “ขาด” หมายถึง ยาที่คลังยาไม่มีจ่ายเมื่อมีการเบิกจากหน่วยย่อย ยกเว้นกรณี ยาที่เลิกจำหน่าย ยาที่ยกเลิกทะเบียน ยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่บริษัทขาดของชั่วคราว</p> <p>การเก็บข้อมูลให้ใช้แบบบันทึกข้อมูลมาตรฐาน (ระบุ วันที่ขาด ชื่อยาที่ขาด วันที่ยามา) แล้วแยกย่อยเป็น</p> <p>6.1 จำนวนรายการของขาดต่อเดือน ณ คลังยา</p> <p>6.2 ความเร็วในการปลดปล่อยปัญหาขาด (เก็บข้อมูล mean/min/max)</p>
--	---

	<p>6.3 จำนวน vital drugs ที่ขาด ให้แต่ละโรงพยาบาลกำหนดรายการยา vital drugs เอง</p> <p>7) การติดตามความคลาดเคลื่อนของยาคงคลัง (มี/ไม่มี) เพื่อเป็นการควบคุมตรวจสอบภายใน จัดให้มีการสุ่มตรวจเป็นประจำ อาจกำหนดรายการยาที่ต้องตรวจ หรือยาที่มีมูลค่าสูง</p> <p>8) จำนวนเดือนสำรองคลัง ใช้ค่าเฉลี่ย โดยกำหนดเกณฑ์ 1.5-2 เดือน แยกยาตามระบบ ABC มีข้อเสนอแนะอาจติดตามรายการยากลุ่ม A เป็นพิเศษ</p> <p>9) มูลค่าการสูญเสีย*</p> <p>10) จำนวนรายผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยาขาดต่อเดือน ณ ห้องจ่ายยา**</p>
--	---

* - กำหนดนิยามรวมมูลค่ายาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ยาที่ขาดหายไป กรณีที่ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพที่สามารถแลกเปลี่ยนกับบริษัทยาได้ แต่ได้คืนมาเพียง X% ให้นำมูลค่าการสูญเสียของยาจำนวน (100-X)% นั้นด้วย หรือกรณีที่ผู้ป่วยซื้อยาไปแล้ว แต่ใช้ไม่หมด แล้วพบขณะหมดอายุ ให้นำรวมในมูลค่าการสูญเสียนี้ด้วยเช่นกัน ให้ยกตัวอย่างให้ชัดเจน

- คิดจากมูลค่ายาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ หน่วยเป็นบาทต่อปีงบประมาณ โดยให้มองทั้งระบบยาของโรงพยาบาล รวมหอผู้ป่วย ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน คลังยา จ่ายยาให้ผู้ป่วยมากเกินไปทำให้ยาเหลือ และกำหนดให้เก็บรายละเอียดสาเหตุของการสูญเสีย

** กำหนดกรณีที่ใบสั่งยา 1 ใบมียาขาด 2 รายการ ให้นำเป็นผู้ป่วย 2 ราย

2. drug information service (DIS) มีข้อเสนอแนะจากร่างตัวชี้วัดเดิม ดังนี้

ตัวชี้วัด	ข้อเสนอแนะ
1. คุณภาพโครงสร้างของหน่วยงานบริการเภสัช-สนเทศ	กำหนดเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลแต่ละระดับ ในด้านโครงสร้างคุณสมบัติเภสัชกร เวลาให้บริการ แหล่งข้อมูลที่ต้อง/ควรมี โดย ญ.จันทิมา ส่งข้อมูลที่มีอยู่ให้ ภก.อ.ดร.มังกร ทำการปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง
2. การมีส่วนร่วมในการให้นำเสนอข้อมูลยาแก่คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด	- “มีส่วนร่วม” ดูว่า 2.1 DIS มีการนำเสนอ “ข้อมูลยา” หรือไม่ 2.2 PTC มีการนำ “ข้อมูลยา” ที่ DIS นำเสนอไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการนำยาเข้าโรงพยาบาลหรือไม่ 2.3 บันทึกเหตุผลของการรับ/ไม่รับ “ข้อมูลยา” ที่นำเสนอ - ยกตัวอย่างโครงสร้างองค์ประกอบของ “ข้อมูลยา” เพื่อใช้เป็นแนวทางในภาคผนวก
3. เวลาในการให้บริการเภสัชสนเทศกรณีคำถามเร่งด่วน	- “คำถามเร่งด่วน” ให้ถือคำถามแรกที่ตอบสนองได้เป็นเกณฑ์ กรณีที่คำถามนั้นเป็นคำถามต่อเนื่อง โดยแยกเป็น 2 ตัวชี้วัดย่อย คือ 3.1 เวลาเฉลี่ยในการตอบคำถามเร่งด่วน 3.2 ร้อยละของคำถามเร่งด่วนที่ตอบได้ภายใน 10 นาที หรือในเวลาที่กำหนด
4. ระบบการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลให้บริการ	มี/ไม่มี
5. จำนวนคำถามทั้งหมดที่ให้บริการ	-
6. อัตราการให้บริการเภสัชสนเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย	- เนื่องจากผลของตัวชี้วัดนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ขนาดสถานพยาบาล ระบบงาน บางโรงพยาบาลมีเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย ความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการ ดังนั้น ในระยะแรกไม่ควรกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน (เดิมในร่างฯ กำหนด “ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50”) แต่ให้เก็บเป็นสัดส่วนคำถามแต่ละประเภทก่อน เช่น patient-oriented : product-oriented โดยที่เกณฑ์มาตรฐานให้แต่ละสถานพยาบาลกำหนดเองไปก่อนตามความเหมาะสม เพื่อให้มีการพัฒนาการบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากขึ้น - ในคู่มือตัวชี้วัด ควรมีการใส่แบบฟอร์ม DIS หลักโดยใช้ฟอร์มของกระทรวง

	สาธารณสุข และอาจมีตัวอย่างของโรงพยาบาลสุราษฎร์ฯ ซึ่งเพิ่มการสำรวจความพึงพอใจร่วมด้วย
7. จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการเภสัชสนเทศที่นำไปเผยแพร่ ใช้ประโยชน์ที่สอดคล้องกับปัญหาขององค์กร	ให้ยกตัวอย่างของ “องค์ความรู้” เพิ่มเติมในนิยามด้วย เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน
8. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	- กำหนดให้ทำเป็นระยะๆ ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน/ครั้ง - จัดทำตัวอย่างแบบประเมินความพึงพอใจ เป็น short survey กำหนดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ

3. OPD-IPD-medication errors มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

3.1 กรณีเกิดอุบัติเหตุการที่ผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาอันเนื่องมาจากไม่ใช้ยาตามสั่ง หรือผู้ป่วยใช้ยาผิดโดยไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยานั้นจากเภสัชกรอย่างถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ ไม่ถือว่าเป็น dispensing error แต่ให้เน้นเป็นประเด็นสำคัญไว้ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความคลาดเคลื่อนดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นได้ และทำการพัฒนาปรับปรุงระบบ ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาผิดอันเนื่องมาจากการให้ข้อมูลที่ผิด เช่น ยาแคปซูลพ่น Spiriva® แต่ไม่ให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าใช้สำหรับพ่น หรือให้ข้อมูลผู้ป่วยผิดว่าเป็นยารับประทาน ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาผิดวิธี ถือเป็น dispensing error

3.2 กรณีแพทย์สั่งวิธีใช้ยาผิด เภสัชกรจ่ายยาไปโดยไม่ทักท้วง ให้ถือเป็น prescribing error และ dispensing error ด้วย แต่หากเภสัชกรทำการทักท้วงแล้ว แพทย์ยืนยันคำสั่งเดิมและเภสัชกรทำการบันทึกข้อทักท้วงนั้นแล้ว ไม่ถือว่าเป็น dispensing error

3.3 กรณี administration error ให้จัดว่าอยู่ใน category ใดจาก category A-I ไม่ใช่คำว่า “near miss” ช่วงเตรียมยาก่อนถึงผู้ป่วย

3.4 pre-dispensing error เป็น dispensing error category A ให้รวมไว้ด้วยกัน ปรับนิยาม dispensing error ใหม่ โดยกำหนด category A-I

3.5 กรณี error ประเภทต่างๆที่เกิดขึ้นกับยาที่มีความเสี่ยงสูง กำหนดให้เป็น core indicator

3.6 การนิยาม OPD/IPD ให้แยกโดยใช้ HN/AN ตัดสิน ดูสถานะผู้ป่วยขณะนั้นเป็นหลัก

3.7 ควรแยก OPD/IPD ออกจาก medication error และเพิ่มตัวชี้วัดในส่วนของกระบวนการกระจายยาและการส่งมอบยา ร่างโดย ภก.อ.ดร.มังกร

4. drug utilization evaluation (DUE) มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดและข้อเสนอแนะดังนี้

ตัวชี้วัดเดิม	เปลี่ยนเป็น
<p>1. การประเมินการใช้ยาในรูปแบบของ คณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>2. การมีแนวทางในการคัดเลือกยาเพื่อทำการ ประเมินการใช้</p> <p>3. การนำปัญหาจากการใช้ยามาเป็นแนวทาง ในการคัดเลือกยาเพื่อทำการประเมินการใช้</p> <p>4. การวิเคราะห์ผลการประเมินการใช้ยา (utilization analysis)</p> <p>5. การจัดทำแนวทางการใช้ยาที่มีการประเมิน การใช้</p> <p>6. มูลค่ายาที่ใช้ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด (ในมุมมองของผู้จ่ายเงิน)</p> <p>7. ร้อยละของการสั่งยาที่ไม่ตรงตามแนว ทางการใช้ยาที่กำหนด</p>	<p>1) รวมตัวชี้วัด 1 ถึง 5 เดิมเข้าด้วยกัน เป็น - การประเมินการใช้ยาอย่างเป็นระบบ (มี/ไม่มี) เกณฑ์ประเมิน คือ</p> <p>1.1 มีการทำงานเป็นแบบคณะกรรมการสหสาขา วิชาชีพ</p> <p>1.2 มีแนวทางในการคัดเลือกยาเพื่อทำการประเมิน การใช้</p> <p>1.3 มีการนำปัญหาจากการใช้ยามาเป็นแนวทางใน การคัดเลือกยา</p> <p>1.4 มีการวิเคราะห์ผลการประเมินการใช้ยา</p> <p>1.5 มีการนำผลการวิเคราะห์มาจัดทำแนวทางการ ใช้ยา</p> <p>2) ความครอบคลุมของการประเมินการใช้ยา คิด เป็นร้อยละ ควรกำหนดเกณฑ์ในการเก็บตัวอย่าง อย่างน้อยก็ % ของผู้ป่วยที่ใช้ยาทั้งหมดในช่วง ระยะเวลาหนึ่ง เป็น process indicator</p> <p>3) มูลค่ายาที่ใช้ไม่ตรงตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>4) ร้อยละของการสั่งยาที่ไม่ตรงตามแนวทางการใช้ ยาที่กำหนด</p>

5. adverse drug reaction-drug interaction (ADR-DI) มีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดและข้อเสนอแนะดังนี้

ตัวชี้วัดเดิม	เปลี่ยนเป็น
1. มีระบบการป้องกันการแพ้ยาซ้ำเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 2. การซักประวัติการแพ้ยาในผู้ป่วยใหม่ทุกราย 3. รายการยาที่ติดตาม ADR ด้วยวิธีอื่นนอกจากวิธี spontaneous report 4. อุบัติการณ์ ADR ที่รุนแรงจากยา 5. จำนวนรายงานการแพ้ยาซ้ำ 6. ประสิทธิภาพการป้องกัน ADR ที่รุนแรงจากยา	(ดูรายละเอียดจากร่างตัวชี้วัดงานติดตาม ADR ฉบับใหม่ที่แนบมาประกอบ) 1) รวมตัวชี้วัด 1 และ 2 เดิม เข้าด้วยกันเป็น - การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเชิงระบบ (มีระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ) 2) รายการยาที่ติดตาม ADR ด้วยวิธีอื่นนอกจากวิธี spontaneous report 3) อุบัติการณ์เกิด ADR ที่รุนแรง 4) อุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ (ตัดตัวชี้วัดที่ 6 เดิมออก และกรณีที่เป็นตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง ให้ตัดสูตรคำนวณออก)

6. research ไม่มีการแก้ไขในส่วนนิยามและข้อเสนอแนะ

ส่วนตัวชี้วัดใน function Extemporaneous & Aseptic dispensary และ Pharmaceutical care ยังไม่มีการพิจารณา เนื่องจากร่างตัวชี้วัดอยู่ระหว่างการแก้ไขปรับปรุง เก็บไว้พิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป

วาระที่ 3.2 การกำหนดประเภทตัวชี้วัดสำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล
เลื่อนพิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป

วาระที่ 3.3 โครงการพัฒนาระบบข้อมูลงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล/สถานีนอมนัย
และทดสอบการใช้ตัวชี้วัด

แผนการดำเนินโครงการประกอบด้วย

1. จัดทำแบบบันทึกข้อมูลมาตรฐาน (standard form) สำหรับเก็บข้อมูลตัวชี้วัด
2. จัดทำคู่มือตัวชี้วัด
3. จัดอบรมการใช้คู่มือและการเก็บข้อมูลตัวชี้วัด

4. การทำ pilot study ในโรงพยาบาล/สถานีนอนามัย โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วม อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ
 - สถานพยาบาลเป้าหมาย
 - สถานพยาบาลที่สนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ

วาระที่ 3.4 การประชุมคณะทำงานครั้งที่ 4

ที่ประชุมมีมติกำหนดวันประชุมคณะทำงานครั้งที่ 4 เป็นเวลา 2 วัน คือ วันเสาร์และอาทิตย์ที่ 25-26 กุมภาพันธ์ 2549 เพื่อพิจารณารายละเอียดตัวชี้วัดให้เสร็จสมบูรณ์และครอบคลุมระบบยาทั้งหมดในโรงพยาบาล สำหรับสถานที่ประชุมจะกำหนดและแจ้งให้คณะทำงานทราบในภายหลัง

ปิดประชุมเวลา 17:30 น.

ภญ.จิราภรณ์ อุษณกรกุล

คณะทำงานและเลขานุการ ผู้บันทึกการประชุม