

ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

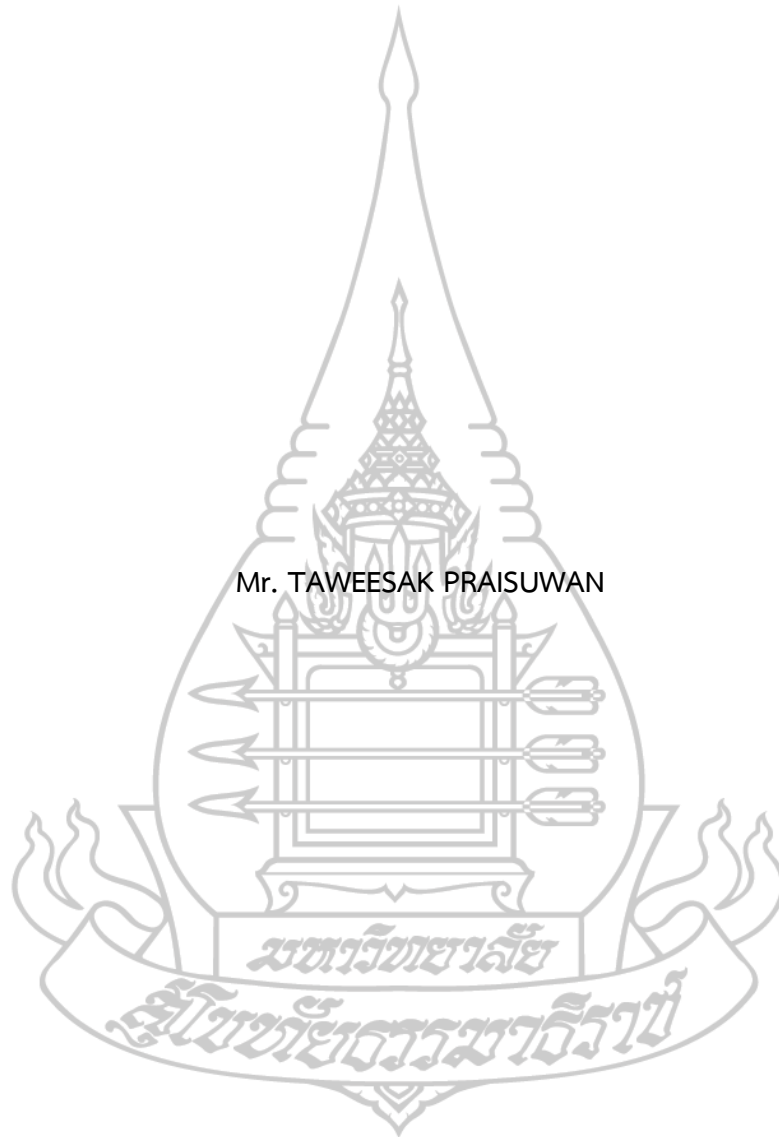


นายทวีศักดิ์ ไพรสวรรณ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

The Performance of Rational Drug Use at Hospitals under the Office of
the Permanent Secretary, Ministry of Public Health



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health

School of Health Science Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อและนามสกุล	นายทวีศักดิ์ ไพรสุวรรณ
แขนงวิชา / วิชาเอก	กลุ่มวิชาบริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พานี สีตกะลิน)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา คั่นคว่าอิสระ ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ในสังกัด
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ศึกษา นายทวีศักดิ์ ไพรสุวรรณ รหัสนักศึกษา 2645000684

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ 2) ศึกษาผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 110 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 705 แห่ง ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ การทดสอบที และไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มจำนวน 17 ตัวชี้วัด จากจำนวนทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 14 ตัวชี้วัด ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 ตัวชี้วัด และ 2) ผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการประเมินตามเกณฑ์ที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทำให้เห็นถึงความแตกต่างในการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาที่พบภายในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนเป้าหมายที่ดำเนินการอยู่ และกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในแต่ละระดับ

คำสำคัญ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

Independent Study title: “The Performance of Rational Drug Use at Hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health”

Author: “Mr. TAWEESAK PRAISUWAN”; ID: “2645000684”;

Degree: Master of Public Health

Independent Study Advisor: Associate Professor Dr. Araya Prasertchai; Academic year: 2023

Abstract

This study aimed to (1) compare performance results according to the indicators of rational drug use (RDU) and (2) explore the evaluation results according to the criteria for promoting RDU at regional/general hospitals with those at community hospitals under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.

This is a cross-sectional descriptive study using secondary data from performance outcome of 110 regional/general hospitals and 705 community hospitals under the Ministry of Public Health in the fiscal year 2020 (1 October 2019 – September 2020). Data were analyzed using percentages, t-test and Chi-square test.

The results showed that: (1) performance results according to the RDU indicators were found significantly different at the 0.05 level in 17 indicators out of total of 20 indicators; the community hospitals had better performance than the regional/general hospitals on 14 indicators; as for the regional/general hospitals performance indicators were better than the community hospitals on three indicators; and (2) evaluation results according to the criteria for promoting RDU hospitals show significant difference at the 0.05 level; the community hospitals had better results regarding evaluation criteria than the regional/general hospitals. This highlights the differences in drug utilization and common drug-related problems in hospitals. Therefore, the Ministry of Public Health should review the current objectives and establish policies tailored to the context of hospitals at each level.

Keywords : Rational Drug Use, Regional Hospitals, General Hospitals, Community Hospitals

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาครั้งนี้ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความถูกต้อง และติดตามการศึกษาค้นคว้าอิสระนี้อย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.พาณี สีตกะลิน ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย กรรมการสอบ และรองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม รักษาการประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ให้คำแนะนำแก้ไขให้การศึกษาครั้งนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนักศึกษา และเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ให้การสนับสนุน แนะนำ และเป็นที่ปรึกษาในการศึกษาค้นคว้าอิสระนี้



นายทวีศักดิ์ ไพรสุวรรณ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญรูปภาพ.....	๗
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	4
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	4
สมมติฐานในการศึกษา	5
ขอบเขตของการศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
สภาพปัญหาและผลกระทบของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล.....	9
การศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในโรงพยาบาล	11
การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล.....	12
โครงสร้างและระดับของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	22

บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	26
การเก็บรวบรวมข้อมูล	26
การวิเคราะห์ข้อมูล	27
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	28
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล.....	29
ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล.....	31
ตอนที่ 3 ผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	87
บทที่ 5 สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปการศึกษา.....	89
อภิปรายผล	92
ข้อเสนอแนะ	97
บรรณานุกรม	99
ภาคผนวก	104
ประวัติผู้วิจัย	111

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	ตัวชี้วัดโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	15
ตารางที่ 2.2	ระดับของประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC.....	17
ตารางที่ 2.3	ระดับของการดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม 13 กลุ่ม.....	19
ตารางที่ 2.4	ระดับของการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขาย	19
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล.....	29
ตารางที่ 4.2	การจำแนกระดับของโรงพยาบาลตามประเภทของกลุ่มโรงพยาบาล	30
ตารางที่ 4.3	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผลในภาพรวม	31
ตารางที่ 4.4	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผลในภาพรวม	36
ตารางที่ 4.5	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของรายการยาที่ส่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ	39
ตารางที่ 4.6	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของรายการยาที่ส่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ...	41
ตารางที่ 4.7	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 2 ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสม เหตุผล	42
ตารางที่ 4.8	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 2 ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสม เหตุผล	43
ตารางที่ 4.9	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 3 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสาร ข้อมูลยา 13 กลุ่ม.....	44
ตารางที่ 4.10	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 3 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสาร ข้อมูลยา 13 กลุ่ม	45

ตารางที่ 4.11 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 4 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	46
ตารางที่ 4.12 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 4 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	46
ตารางที่ 4.13 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 5 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและ ส่งเสริมการขายยา.....	47
ตารางที่ 4.14 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 5 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อ และส่งเสริมการขายยา	48
ตารางที่ 4.15 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการ หายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก.....	50
ตารางที่ 4.16 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	51
ตารางที่ 4.17 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน.....	52
ตารางที่ 4.18 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ..	53
ตารางที่ 4.19 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ.	54
ตารางที่ 4.20 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	Error! Bookmark not defined.
ตารางที่ 4.21 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนด ทางช่องคลอด.....	56
ตารางที่ 4.22 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนด ทางช่องคลอด.....	57
ตารางที่ 4.23 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง.....	58

ตารางที่ 4.24	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง.....	59
ตารางที่ 4.25	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร.....	60
ตารางที่ 4.26	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร	62
ตารางที่ 4.27	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้.....	63
ตารางที่ 4.28	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้.....	65
ตารางที่ 4.29	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	66
ตารางที่ 4.30	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	7 ... 6
ตารางที่ 4.31	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	68
ตารางที่ 4.32	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	69
ตารางที่ 4.33	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid.....	70
ตารางที่ 4.34	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid.....	71
ตารางที่ 4.35	ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine.....	72
ตารางที่ 4.36	ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine.....	73

ตารางที่ 4.37 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	74
ตารางที่ 4.38 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	75
ตารางที่ 4.39 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจและได้รับยา non-sedating antihistamine	76
ตารางที่ 4.40 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจและได้รับยา non-sedating antihistamine	77
ตารางที่ 4.41 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	78
ตารางที่ 4.42 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	80
ตารางที่ 4.43 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	81
ตารางที่ 4.44 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	82
ตารางที่ 4.45 ผลการดำเนินงานของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านเกณฑ์ 2 ทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20	84
ตารางที่ 4.46 ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายที่ผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20	86
ตารางที่ 4.47 ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายที่ผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20	86

ตารางที่ 4.48 ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน
เครือข่ายที่ผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20 87

ตารางที่ 4.49 ลำดับชั้นการผ่านตามเกณฑ์ RDU ของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน 88



สารบัญตาราง

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา 4



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ให้คำนิยามการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Use of Medicines) ไว้ว่า “ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ปริมาณยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายในระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและชุมชนน้อยที่สุด” (WHO, 2002) อย่างไรก็ตามการใช้ยาไม่สมเหตุผลเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบว่าการสั่งใช้ จ่ายยา หรือขายยามากกว่าร้อยละ 50 ของทั้งหมดทั่วโลก เป็นไปอย่างไม่สมเหตุผล (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) มีผลทำให้เกิดการบริโภคนยาเกินจำเป็น นำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์ไปสู่ผู้ป่วย ชักนำไปเกิดการดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก และก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรและการเงินการคลังของประเทศ โดยคิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจปีละกว่า 4,000-5,000 ล้านดอลลาร์ในสหรัฐอเมริกา และ 9,000 ล้านยูโรในยุโรป (คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2558)

ในประเทศไทย ปัญหาการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลถือเป็นปัญหามานานหลายทศวรรษ และพบได้ทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน (วีระศักดิ์ พุทธาศรี และวีโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2560) กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าประเทศไทยมีมูลค่าการบริโภคนยาสูงถึง 1.4 แสนล้านบาท ซึ่งเป็นการใช้ยาเกินความจำเป็นถึง 2,370 ล้านบาท และการใช้ยาไม่เต็มประสิทธิภาพอีก 4,000 ล้านบาท (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559ข) สาเหตุเกิดจากการใช้ยาเกินความจำเป็นหรือไม่ถูกต้อง หรือที่พบได้บ่อยที่สุดคือการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล โดยพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะกว่าร้อยละ 70 ของประชาชนได้รับมาจากสถานพยาบาล (สุณิชา ชานวาทิก และคณะ, 2561) แต่กลับพบการปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมในสถานพยาบาลทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก แม้กระทั่งโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ก็พบมากถึงร้อยละ 25-91 (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) นำไปสู่ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพที่เป็นวิกฤตทางสุขภาพร่วมกันของประชาคมโลก

ความครอบคลุมของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UC) ที่มีส่วนช่วยให้ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศเข้าถึงการรักษาพยาบาล และทำให้มีการบริโภคนยาที่สูงขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้หน่วยงานภาครัฐซึ่งเป็นผู้บริโภคนยาหลักในภาพรวมของทั้งประเทศ มีค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็นร้อยละ 29 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด (นรินทร์ ต้นไพบูลย์, วิจัยกรุงศรี, 2564) โดยเฉพาะเมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปี 2563 ทำให้มีความต้องการใช้ยามากขึ้น โดยพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศในไตรมาสแรกขยายตัวสูงขึ้นไปถึง 5.7 พันล้านบาท จากความต้องการที่เพิ่มขึ้นของยาในกลุ่มที่ใช้รักษาตามอาการ เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด ยาแก้ท้องเสีย รวมถึงวัคซีน นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังซื้อยาสำหรับโรคความดัน เบาหวาน และลดไขมันเพิ่มขึ้น เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบจำนวนการจ่ายยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงขึ้นกว่าเดิม 2-3 เท่า หรือจ่ายยาล่วงหน้าเป็นระยะเวลา 3-6 เดือน สำหรับควบคุมการแพร่ระบาดของโรค (นรินทร์ ต้นไพบูลย์, วิจัยกรุงศรี, 2564) ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของปริมาณการใช้ยาทั้งหมดและปริมาณการจ่ายยาต่อครั้งยิ่งทำให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทวีความสำคัญมากขึ้น

เนื่องจากปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลที่มีมาอย่างยาวนาน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล” อยู่ในนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565 ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประชาชนเข้าถึงยาจำเป็นที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ใช้ยาสมเหตุผล ประเทศมีความมั่นคงด้านยา อย่างยั่งยืน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมระบบการใช้ยาอย่าง สมเหตุผลในสถานพยาบาลและชุมชน รวมทั้งภาคเกษตรกรรม และระบุเป้าหมายการพัฒนาระบบคุณภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตั้งแต่การคัดเลือก จัดหา สั่งใช้ จนถึงการใช้ของสถานพยาบาล และชุมชน รวมทั้งภาคเกษตรกรรม โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักคือกระทรวงสาธารณสุข (มติคณะรัฐมนตรี, 2564) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศนโยบายให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 เพื่อให้โรงพยาบาลมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยกำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ 15 ซึ่งแบ่งเป้าหมายการดำเนินงานเป็นระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital) ออกเป็น 3 ชั้น และกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลเป็น 20 ตัวชี้วัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ฉุกเฉิน การจ่ายยาปฏิชีวนะและการใช้อื่น ๆ ในโรคที่พบปัญหาบ่อย เช่น โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจเรื้อรัง โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นต้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

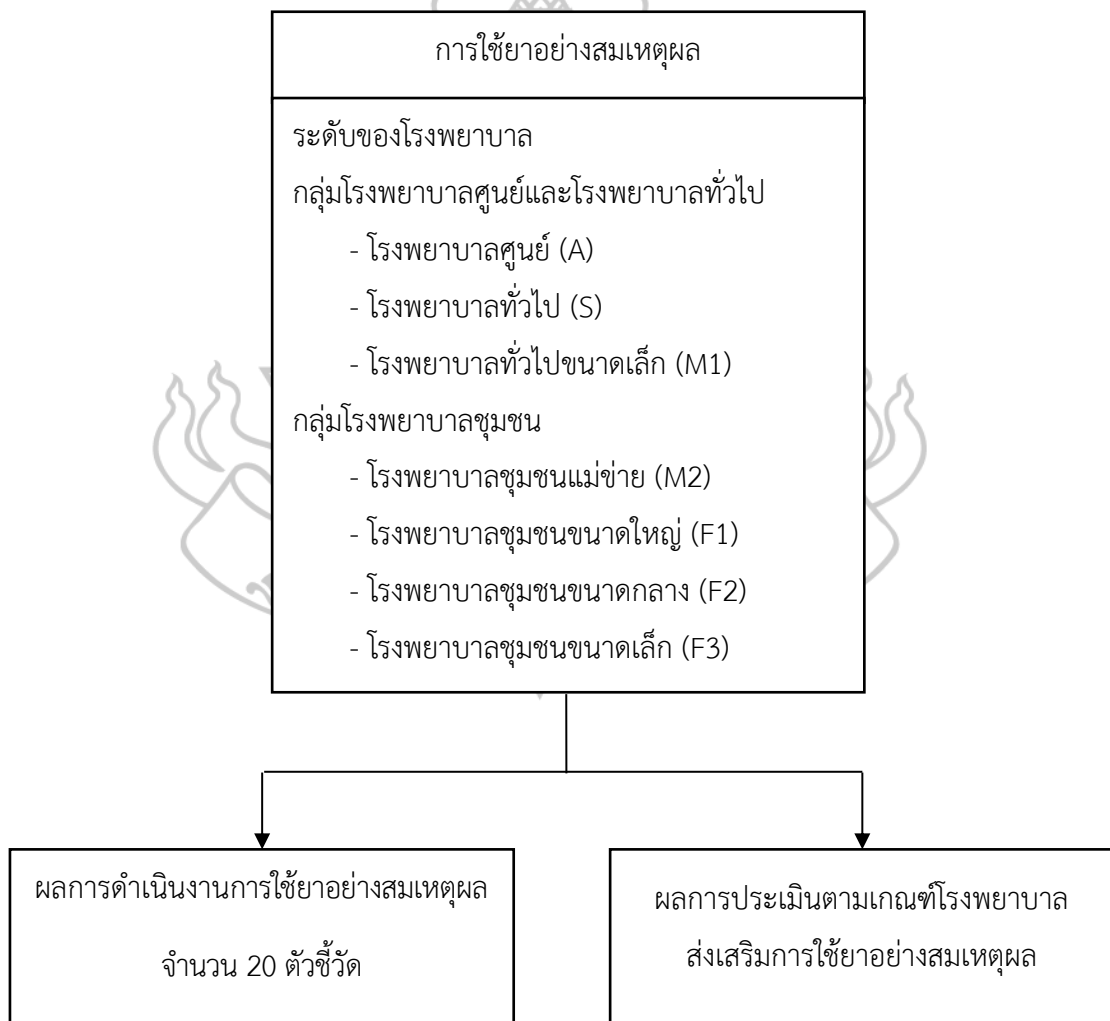
แม้ว่าโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จะมีการประเมินผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยตัวชี้วัดชุดเดียวกัน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) แต่โรงพยาบาลเหล่านี้มีความแตกต่างในหลายมิติตามระดับบริการสุขภาพ โดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถึงระดับทุติยภูมิ มีเป้าหมายในการรักษาโรคที่มีอาการไม่รุนแรงหรือโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เป็นต้น ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิ มีความสามารถในการรักษาโรคที่ซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเฉพาะทางหรือยาที่มีราคาสูง ตัวอย่างเช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น การแบ่งระดับบริการสุขภาพดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนใช้ยาสำหรับโรคที่มีอาการไม่รุนแรงหรือโรคเรื้อรัง เช่น ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เป็นต้น ซึ่งมีวิธีการใช้ยาที่ไม่ซับซ้อนมากนัก แต่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปต้องใช้ยาที่หลากหลายและต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในการรักษาโรคที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน เช่น ยาปฏิชีวนะชนิดรุนแรง ยาสำหรับรักษามะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น รวมถึงต้องมีการติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เนื่องจากบริบทที่แตกต่างกันของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแต่ละระดับอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเทียบกับกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 เพื่อให้สามารถเข้าใจความแตกต่างในการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลแต่ละระดับ และนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางการวางแผน ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานในการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยมากขึ้น รวมถึงพัฒนานโยบายและแนวทางการใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละระดับ สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในทุกระดับต่อไป

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา

2.1 เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

4. สมมติฐานในการศึกษา

4.1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน

4.2 ผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีความแตกต่างกัน

5. ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และ 2) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากฐานรายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use : RDU) หมายถึง การใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้เป็นยาที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาอย่างซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ในกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ในขนาดที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์เภสัชวิทยาคลินิกด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับและสามารถให้ยาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องเป็นการใช้ยาที่ไม่เลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้นานนี้ได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559ก) ในการศึกษาใช้เกณฑ์ 20 ตัวชี้วัด (บทที่ 2 หน้า 15 ตารางที่ 2.1)

6.2 เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ประกอบด้วย

6.2.1 โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 1 – 5 และรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ในเครือข่ายระดับอำเภอ มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

6.2.2 โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 1 – 9, 11, 14, 17 และรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ในเครือข่ายระดับอำเภอ มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

6.2.3 โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 1 – 18 และรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

6.3 ระดับของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เกวลิ้นชินเจริญสุข และคณะ, 2559) แบ่งเป็น

6.3.1 โรงพยาบาลศูนย์ (A) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น

6.3.2 โรงพยาบาลทั่วไป (S) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา

6.3.3 โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น

6.3.4 โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 – 5 คน และแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน

6.3.5 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 – 120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักรวม 3 – 10 คน

6.3.6 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 – 90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2 – 4 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

6.3.7 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1 – 2 คน

6.3.8 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแลในมิติของสุขภาพองค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน

6.4 เขตสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายที่มีความเชื่อมโยง ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ ด้วยระบบการส่งต่อ เน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด (เกวลิ้น ขึ้นเจริญสุข และคณะ, 2560) แบ่งเป็น

6.4.1 เขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน

6.4.2 เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ ตาก และสุโขทัย

6.4.3 เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท

6.4.4 เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี ลพบุรี อ่างทอง สระบุรี และนครนายก

6.4.5 เขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์

6.4.6 เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว

6.4.7 เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์

6.4.8 เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ บึงกาฬ หนองคาย เลย หนองบัวลำภู นครพนม สกลนคร และอุดรธานี

6.4.9 เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์

6.4.10 เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร

6.4.11 เขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง และสุราษฎร์ธานี

6.4.12 เขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

การศึกษานี้ช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างในการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการวางแผน ส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินงานในการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัยได้อย่างเฉพาะเจาะจงมากขึ้น รวมถึงพัฒนานโยบายและแนวทางการใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละระดับ สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงที่ต้องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในทุกระดับ



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาผลการดำเนินงานของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเทียบกับกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างในหลายมิติตามระดับของโรงพยาบาลที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการใช้การวิเคราะห์ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างในการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยในโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมการดำเนินงานในการใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงควบคุมปริมาณการใช้ยาและค่าใช้จ่ายด้านยาของสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ จากที่มาและความสำคัญของการศึกษาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สภาพปัญหาและผลกระทบของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล
2. การศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในโรงพยาบาล
3. การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
4. โครงสร้างและระดับของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1. สภาพปัญหาและผลกระทบของการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนิยามของนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563–2565 คือการใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้อาชีพทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน มีราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นการใช้ยาในกรอบบัญชียาอย่างผลอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการพิจารณาการใช้ยา โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการให้ยาและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยให้การยอมรับ และสามารถใช้อาหารดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กองทุนในระบบประกันสุขภาพ

หรือระบบสวัสดิการสามารถให้เบิกจ่ายค่ายาได้อย่างยั่งยืน เป็นการใช้จ่ายที่ไม่เลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถใช้จ่ายยาได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ (มติคณะรัฐมนตรี, 2564)

อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้จ่ายยาในประเทศกำลังพัฒนาเป็นการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่สั่งจ่ายยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ การรับประทานยาเองโดยไม่เหมาะสม การใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น การครอบครองยาเกินความจำเป็น โดยผลสำรวจในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าผู้ป่วยสะสมยาประมาณ 1,000 บาท ต่อเดือน/คน เฉลี่ย 6.7 รายการ/คน บางรายมียาเหลือใช้ในครอบครองมากถึง 20 รายการ และมีมูลค่าสูงถึง 70,000 บาท สะท้อนถึงระบบการจ่ายยาที่ซ้ำซ้อน และผู้บริโภคไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้จ่าย นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม ทั้งการใช้ขนาดยาที่ไม่เพียงพอ และการใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งพบได้บ่อยในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลันและท้องเสียจากเชื้อไวรัส (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) การใช้จ่ายที่ไม่สมเหตุผลจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรค นำไปสู่อาการไม่พึงประสงค์ไปสู่ผู้ป่วยและอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่าง ๆ เช่น ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) จากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ ซึ่งเชื้อแบคทีเรียดื้อยาสำคัญที่มักพบการติดเชื้อบ่อยของโรงพยาบาลในประเทศไทย ได้แก่ *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* และ *Staphylococcus aureus* (ภาณุมาศ ภูมาศ และสุพล ลิ้มวัฒนานนท์, 2555)

โรคติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิดต้องใช้ยารักษาที่มีราคาแพง รวมถึงบางชนิดยังไม่มียาที่มีประสิทธิผลดีและปลอดภัยสำหรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต นอกจากนี้ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสามารถแพร่กระจายไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น ชุมชน สิ่งแวดล้อม รวมถึงสามารถถ่ายทอดรหัสพันธุกรรมดื้อยาไปยังเชื้อสายพันธุ์อื่นได้ ซึ่งเป็นต้นเหตุของค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขและทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น โดยประเทศไทยมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมประมาณ 4.2 หมื่นล้านบาทต่อปีจากการมีผู้ติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 88,000 ราย ซึ่งมีผู้เสียชีวิตประมาณ 38,000 คนต่อปี (ภาณุมาศ ภูมาศ และสุพล ลิ้มวัฒนานนท์, 2555) และมีจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากถึง 700,000 คนต่อปี ซึ่งหากยังไม่มีการแก้ปัญหาอย่างจริงจังอาจมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาสูงถึง 10 ล้านคนใน พ.ศ. 2593 คิดเป็นผลกระทบเชิงเศรษฐกิจสูงถึง 3,500 ล้านล้านบาท โดยจะมีผู้เสียชีวิตจากทวีปเอเชียและแอฟริกามากที่สุด คิดเป็นจำนวนประมาณ 4.7 และ 4.2 ล้านคน ตามลำดับ (นิธิตา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ, 2558)

ข้อค้นพบที่น่าสนใจจากการสำรวจการใช้ยาปฏิชีวนะคือคนไทยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (สุณิชา ชานวาทิก และคณะ, 2561) ซึ่งจากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาที่ปลอดภัย (ร้อยละ 91.4) ช่วยรักษาอาการไข้ งาม น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ (ร้อยละ 90.3) และสามารถฆ่าเชื้อได้ทุกชนิด (ร้อยละ 77.4) (ทิพวรรณ วงเวียน, 2557) และยังพบว่าประชาชนเข้าถึงยาปฏิชีวนะจากสถานพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.3 ในขณะที่ได้รับยาจากร้านขายยาเพียงร้อยละ 26.7 (สุณิชา ชานวาทิก และคณะ, 2561) แต่ปัญหาในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมกลับพบได้ในสถานพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยที่อาจสูงถึงร้อยละ 25-91 (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลภาครัฐที่เป็นแหล่งการเข้าถึงยาของประชาชนส่วนใหญ่

2. การศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในโรงพยาบาล

จากรายงานการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในโรงพยาบาล พบปัญหาการสั่งใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้หรือไม่เหมาะสมกับโรค การสั่งจ่ายยาฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น การให้ยาที่มีขนาดและระยะเวลาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องและขาดการติดตามผล โดยเฉพาะในแผนกอายุรกรรมและแผนกศัลยกรรม (สุทธิณี เรืองสุพันธ์, วรวิมล สุพิชญ์ และสมพร พานสุวรรณ, 2563; กมลนัถ์ ม่วงยิ้ม และคณะ, 2560) จากการศึกษาการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาลจำนวนทั้งหมด 88 แห่ง (อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา และคณะ, 2555) ระบุว่าโรงพยาบาลกว่าครึ่งมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยโรคหวัดเจ็บคอ แม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนส่วนใหญ่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสหรือสาเหตุอื่น ๆ และเกิดจากแบคทีเรียน้อยกว่าร้อยละ 20 รวมถึงมีการใช้ยากลุ่มควิโนโลนในผู้ป่วยโรคท้องเสียไม่ติดเชื้อเกินกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วย การให้ยาพ่นสเตียรอยด์สำหรับที่จำเป็นในการควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคหืดน้อยกว่าที่ควร และการสั่งใช้ยา ACEIs/ARBs และ statins ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

การศึกษาการสั่งใช้ยาที่ไม่สมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 22 แห่ง พบการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาประมาณร้อยละ 30 ของการจ่ายยาทั้งหมด ซึ่งร้อยละ 81.30 เป็นการได้รับยาโดยไม่จำเป็น ร้อยละ 14.12 ได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตามแนวปฏิบัติ และร้อยละ 4.58 ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะที่ควรได้รับ (ปริญญญา ปุยะติ และทิพาพร กาญจนราช, 2558) นอกจากนี้ การสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงเรียนแพทย์พบว่ามียอดการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะที่สูงเกินจำเป็นในโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน คือ โรคหวัด

ไอ เจ็บคอ ร้อยละ 56 และอาจสูงถึงร้อยละ 80-90 ในบางโรงพยาบาล รวมถึงพบอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในโรคท้องร่วงเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 49 และอาจสูงถึงร้อยละ 75-80 ในบางโรงพยาบาล แม้จะมีการตั้งเป้าหมายอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นในโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนและโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ 20 เท่านั้น (กมลนัถ์ ม่วงยิ้ม และคณะ, 2560) จากการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงปัญหาการใช้จ่ายอย่างไม่สมเหตุผลและความแตกต่างของการสั่งใช้ยาระหว่างสถานพยาบาลต่าง ๆ ค่อนข้างมาก ดังนั้นสถานพยาบาลแต่ละแห่งควรส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยาเพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานและพัฒนาคุณภาพการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลต่อไป

3. การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล

การทำงานเพื่อแก้ปัญหาการใช้จ่ายในประเทศไทยมีมาอย่างยาวนานและมีกลไกที่หลากหลาย โดยเริ่มต้นจากการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติด้านยา การมีนโยบายแห่งชาติด้านการมีบัญชียาหลักแห่งชาติ จนยกระดับเป็นวาระแห่งชาติในยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การพัฒนากระบวนการสุขภาพเพื่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ 15 เพื่อคุ้มครองให้ประชาชนได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ (ยุพดี ศิริสินสุข, 2561) ต่อเนื่องมาจนถึงนโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565 ที่มีการกำหนดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลให้มีความชัดเจนมากขึ้น ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประชาชนเข้าถึงยาจำเป็นที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ใช้ยาสมเหตุผล ประเทศมีความมั่นคงด้านยา อย่างยั่งยืน” โดยในยุทธศาสตร์ที่ 4 กำหนดให้มีการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้เกิดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล มีกลวิธีคือการพัฒนากระบวนการสุขภาพเพื่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลตั้งแต่การคัดเลือก จัดหา สั่งใช้ จนถึงการใช้ยาของสถานพยาบาลและชุมชน ภาคเกษตรกรรม รวมถึงพัฒนาการศึกษาและการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายและประชาชน (มติคณะรัฐมนตรี, 2564)

หนึ่งในกลไกสำคัญที่ประเทศไทยดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง คือโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital, RDU Hospital) เป็นโครงการที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยยึดแนวทางขององค์การอนามัยโลกไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมในระบบยาของโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดเลือกยา การ

จัดหา การสั่งยา การสั่งใช้ยา และการจ่ายยา (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559ก) โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เรียกว่ากฎแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2558) ซึ่งประกอบด้วย

กฎแจดอกที่ 1 Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) Strengthening หรือการสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เนื่องจากองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญของการมีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดที่เข้มแข็งในสถานพยาบาล และถือเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและคุ้มค่าในสถานพยาบาล จึงกำหนดเป็นเป้าหมายแรกในการสร้างเสริมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดให้เป็นหน่วยปฏิบัติงานที่มีความเข้มแข็ง สามารถชี้นำการจัดการด้านยาในองค์กรได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ โดยมีหน้าที่ดังนี้

- การพัฒนาระบบเพื่อการติดตาม ตรวจสอบ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และกำกับการปฏิบัติงานตามกรอบของแนวทางให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- การจัดทำเภสัชตำรับให้มีความสอดคล้องกับบัญชียาหลักแห่งชาติ
- การสร้างความมั่นใจต่อคุณภาพยาแก่ผู้ใช้ยา
- การติดตามความปลอดภัยด้านยาและดำเนินการป้องกันแก้ไข
- การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา
- การฝึกอบรมบุคลากร
- การควบคุมการส่งเสริมการขายของบริษัทยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์

กฎแจดอกที่ 2 Labeling and Leaflet for Patient Information หรือการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน เนื่องจากฉลากยาเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย และช่วยให้เภสัชกรให้คำอธิบายที่สำคัญเกี่ยวกับยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้แพทย์สั่งใช้ยาได้อย่างสมเหตุผลมากขึ้น จึงกำหนดเป้าหมายในการสนับสนุนให้ใช้ฉลากยามาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับยาได้อย่างสะดวก ครบถ้วน ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเภสัชกรให้คำแนะนำได้ง่ายขึ้นเนื่องจากสามารถใช้ข้อความบนฉลากยามาประกอบคำอธิบายได้โดยสะดวก แต่เนื่องจากฉลากยามาตรฐานในปัจจุบันมีขนาดเล็ก ไม่สามารถบรรจุข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยควรทราบของยาแต่ละชนิด ซึ่งอาจแก้ไขโดยใช้ฉลากยาเสริมซึ่งมีขนาดใหญ่ขึ้นและสามารถแนบหรือติดเป็นสติ๊กเกอร์บนของยาเพื่อเพิ่มข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้ป่วย

กฎแฉอดอกที่ 3 Essential RDU Tools การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประกอบด้วยเครื่องมือที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่

- เป้าหมายในการรักษาและคำแนะนำการใช้ยาในกลุ่มยาเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน และเหมาะสมกับบริบทในการปฏิบัติงาน
- เกสซ์ตำรับที่รายการยาถูกคัดเลือกอย่างโปร่งใส โดยใช้หลักเกณฑ์ที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ และหลักฐานด้านความคุ้มค่า
- แนวทางการส่งตรวจและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยโรคเป้าหมาย และการติดตามผลการรักษาที่สอดคล้องกับระดับของสถานพยาบาล
- จัดทำหรือจัดทำระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้านยาและการรักษาโรคที่จำเป็นต่อการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ระบบและวิธีการปฏิบัติในการประเมินและติดตามผลการใช้ยา รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สั่งใช้
- นโยบายด้านยาที่จำเป็นต่อระบบการใช้ยาที่สมเหตุผล ได้แก่ ใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ สั่งใช้ยาด้วยชื่อสามัญทางยา ใช้ยาในผู้ป่วยสิทธิรักษาพยาบาลกลุ่มต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกัน

กฎแฉอดอกที่ 4 Awareness of RDU Principle among Health Personnel and Patients หรือการสร้างความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นการสร้างความรู้ต่อการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เห็นถึงความสำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เป็นที่ยอมรับ และนำไปปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับเฉพะยาจำเป็นที่มีคุณภาพ เกิดประสิทธิผลของการรักษาตามแนวทางมาตรฐานอย่างครบถ้วน ปลอดภัย และคุ้มค่า จึงกำหนดเป้าประสงค์ให้เกิดการสร้างกลไก ระบบ และกิจกรรมของสถานพยาบาล ที่สนับสนุนการสร้างความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการให้มีความสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีเจตคติที่ดียอมรับเป็นวัฒนธรรมองค์กร เป็นบรรทัดฐานทางสังคมในหมู่ประชาชน รวมถึงผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนช่วยเหลือในการสั่งใช้ยา

กฎแฉอดอกที่ 5 Special Population Care หรือการดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ เป็นการดูแลให้มีการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาต่อผู้รับบริการ จึงกำหนดเป้าประสงค์ให้เกิดกลไก ระบบ และมาตรการในระบบยาของสถานพยาบาล ที่สนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างรอบคอบ ระมัดระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันอันตรายจากการใช้ยาในประชากรกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับมาตรฐานตามตัวชี้วัดที่ได้รับการกำหนดขึ้น

กฎแฉดอทที่ 6 Ethics in Prescription การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการ แพทย์ในการสั่งใช้ยา โดยกำหนดเป้าประสงค์ให้สถานพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการคัดเลือกยาและ สั่งใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย รวมถึงจัดให้เกิด กลไก ระบบ และมาตรการตามข้อกำหนดในการมีปฏิสัมพันธ์กับบริษัทยา ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือ กระบวนการนำยาเข้าและออกจากสถานพยาบาลมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ไม่ตกอยู่ในอิทธิพล ของการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม และมีการสั่งใช้ยาภายใต้แนวทางของการใช้ยาอย่างสม เหตุผลตรงตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงการสั่งใช้ยาที่เป็นประโยชน์ แก่ ผู้รับบริการจริง ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ความเท่าเทียมของผู้รับบริการ และการเคารพ ในสิทธิผู้ป่วย

การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจะมีการประเมินผลตาม ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วยการประเมินในระดับโรงพยาบาล จำนวน 18 ตัวชี้วัด และการประเมินใน ระดับรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 2 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น 20 ตัวชี้วัด รายละเอียดแสดงดัง ตารางที่ 2.1 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559ก)

ตารางที่ 2.1 ตัวชี้วัดโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
1.	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	โรงพยาบาลระดับ A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2 ≥ ร้อยละ 85 F1-F2 ≥ ร้อยละ 90
2.	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้แนะ สื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3 ขึ้นไป*
3.	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ 3 ขึ้นไป*

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
4.	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ**
5.	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3 ขึ้นไป*
6.	ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20
7.	ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20
8.	ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40
9.	ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10
10.	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0
11.	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ ร้อยละ 5
12.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียว หรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	≥ ร้อยละ 80
13.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5
14.	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ ร้อยละ 10
15.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80
16.	ร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5
17.	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0 คน

ตารางที่ 2.1 ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ 20
19	ร้อยละของรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 100
18.	ร้อยละของรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ 20	ร้อยละ 100

*เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 5 ระดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2.2 – 2.4

**รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ได้แก่ 1)Erythromycin estolate capsule 2)Furazolidone suspension, syrup, tablet 3)Nimesulide suspension, tablet 4)Serratiopeptidase tablet 5)Paracetamol intramuscular injection 6)ยาอมที่มียาปฏิชีวนะเป็นส่วนผสม 7)ยาพ่นคอที่มีสเตรปโทมัยซินเป็นส่วนผสม 8)Cloxacillin capsule, suspension

ตารางที่ 2.2 ระดับของประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC

ระดับ	รายละเอียด
1 ระยะเริ่มต้น	1. PTC มีมติให้ดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2. กำหนดทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน
2 กำลังพัฒนา	1. มีการดำเนินการระดับ 1 ครบถ้วน 2. มีกิจกรรมรณรงค์สื่อสารทำความเข้าใจแผนการดำเนินงานกับบุคลากร 3. วางแผนและดำเนินการ ฝึกอบรม สร้างความเข้าใจและการยอมรับของบุคลากร 4. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดเพื่อวิเคราะห์และรายงานผล

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

ระดับ	รายละเอียด
3 พอใจกับผลงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดำเนินการระดับ 1 และ 2 ครบถ้วน 2. มีมาตรการ/กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดต่างๆ 3. มีการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัดลำดับที่ 1, 3, 4, 5 4. ร้อยละ 40 ของรพ.สต. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้จ่ายปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่มโรค
4 โดดเด่น	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดำเนินการระดับ 1, 2 และ 3 ครบถ้วน 2. บูรณาการการพัฒนากระบวนการบริการกับทีม Service Plan สาขาอื่นๆ ในโรงพยาบาล 3. มีการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัด ไม่น้อยกว่า 16 ตัวชี้วัด 4. ร้อยละ 60 ของรพ.สต. ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้จ่ายปฏิชีวนะทั้ง 2 กลุ่มโรค 5. มีการวิจัยและพัฒนาด้านการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล
5 เป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการดำเนินการระดับ 1, 2, 3 และ 4 ครบถ้วน 2. มีการดำเนินงานบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายทุกตัวชี้วัด 3. มีรูปแบบการดำเนินงานที่มีคุณภาพและปลอดภัย สามารถใช้เป็นแบบอย่างได้

ตารางที่ 2.3 ระดับของการดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม 13 กลุ่ม

ระดับ	รายละเอียด
1	ชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนในยา 5 กลุ่ม
2	ชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนในยา 10 กลุ่ม
3	ชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนในยา 13 กลุ่ม
4	ชื่อยาภาษาไทย คำเตือนในยา 13 กลุ่ม และมีฉลากยาเสริมสำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติม
5	ชื่อยาภาษาไทย คำเตือนในยา 13 กลุ่ม และยารายการอื่น และมีฉลากยาเสริมสำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติม

หมายเหตุ : ยา 13 กลุ่ม ได้แก่ 1)Paracetamol tablet, syrup 2)Paracetamol combination 3)Ibuprofen 4)Cetirizine 5)Amoxicillin capsule, syrup 6)Domperidone 7)Enalapril 8)Amlodipine 9)Metformin 10)Sulfonylurea 11)Simvastatin 12)Colchicine 13)Allopurinol

ตารางที่ 2.4 ระดับของการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา

ระดับ	รายละเอียด
1	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประกาศเป็นนโยบายองค์กร - มีการสื่อสารให้บุคลากรรับทราบเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหา อย่างทั่วถึง
2	<ul style="list-style-type: none"> - มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม เป็นลายลักษณ์อักษร - มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานในระดับ 4 อย่างน้อยข้อ 1, 2 และ 3
3	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานในระดับ 4 อย่างน้อยข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5 - มีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนการเป็นบางข้อ

ตารางที่ 2.4 (ต่อ)

ระดับ	รายละเอียด
4	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการครบถ้วนทั้ง 8 ข้อ และมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. แนวปฏิบัติในการแสดงการมีส่วนร่วมได้ส่วนเสียในการประชุมคัดเลือกกรายการยา 2. แนวทางการพิจารณาคัดเลือกบริษัทในการจัดซื้อ กรณีตกลงราคา 3. แนวปฏิบัติในการรับสิ่งของ ของขวัญ และบริการจากบริษัท 4. แนวปฏิบัติในการคัดเลือกกรายการยาและติดตามประเมินความสมเหตุผลในการสั่งใช้ยา 5. แนวปฏิบัติในการคัดเลือกบุคลากรเพื่อรับทุนสนับสนุนไปประชุม สัมมนา ดูงาน 6. แนวปฏิบัติในการพิจารณานำตัวอย่างยามาจ่ายให้ผู้ป่วย 7. แนวปฏิบัติในการให้ผู้แทนยาเข้าพบ 8. แนวปฏิบัติในการจัดกิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัท - มีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนการเป็นบางข้อ
5	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการและมีระบบการรายงานเพื่อติดตามการปฏิบัติในระดับ 4 ครบถ้วนทั้ง 8 ข้อ - มีระบบประเมินและปรับปรุงกระบวนการทุกข้อ - มีการยกย่องเชิดชูหน่วยงานที่ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์จริยธรรม

การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) มีการแบ่งเป้าหมายและระดับการพัฒนาออกเป็น 3 ชั้น ดังนี้

RDU ชั้นที่ 1 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 1 – 5 และรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ในเครือข่ายระดับอำเภอ มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 1 – 9, 11, 14, 17 และรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ในเครือข่ายระดับอำเภอ มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 1 – 18 และรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

จากการศึกษาของ (จิตตวดี กมลพุทธ, 2563) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าการดำเนินงานการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะเพิ่มมากขึ้น และมีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลลดลงทั้งในโรคติดเชื้อระบบหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แม้ว่าผลการดำเนินงานของ รพ.สต. นี้จะไม่ผ่านเกณฑ์การใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล แต่ก็แสดงให้เห็นว่าการกำหนดเป็นตัวชี้วัดและมีการติดตามประเมินผลมีส่วนทำให้การดำเนินงานสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์ และคณะ, 2562) ซึ่งพบว่าในช่วงระยะเวลาที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบายการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล มีปัจจัยที่ทำให้มีการใช้จ่ายอย่างเหมาะสมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 580 เตียง ที่ได้ดำเนินงานตามนโยบายการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 พบว่าอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะและมูลค่าการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการตามนโยบาย ซึ่งปัจจัยความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของการดำเนินงานเป็นสิ่งสำคัญที่ควรมีการวิเคราะห์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งเพื่อนำมาพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

การศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในจังหวัดเพชรบุรี เขตสุขภาพที่ 5 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบทโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของการดำเนินงานตามนโยบายการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต (เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ, อารยา ประเสริฐชัย และธีระวุธ ธรรมกุล, 2565) ผลการศึกษาพบว่าจุดสำคัญด้านกระบวนการที่ทำให้ผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จคือ การสนับสนุนจากผู้บริหาร การขยายผล การรณรงค์ในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาเรื่องประสิทธิภาพของกลวิธีในการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพเพื่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล นอกจากนี้ การศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิภาพวิธีการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ที่สามารถกำหนดบทบาทสหสาขาวิชาชีพและมีรูปแบบแนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม (ชุติเดช ตาป-องครักษ์, 2563)

จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่าการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในเรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผลของกระทรวงสาธารณสุขนั้น ทำให้ทุกภาคส่วนเกิดความตื่นตัวในการใช้อย่างสมเหตุสมผล และส่งผลถึงการลดค่าใช้จ่ายด้านยาและช่วยลดการใช้ยา

4. โครงสร้างและระดับของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการควบคุมระบบสาธารณสุขของประเทศ มีหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถแบ่งระดับบริการสุขภาพตามความสามารถในการให้บริการตามปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนต่างกันออกเป็น 3 ระดับ (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2563) ดังนี้

1. การบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (primary care) เป็นการบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยบูรณาการความรู้ทางด้านสุขภาพเข้ากับมิติทางสังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการเป็นองค์รวมเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ และกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกัน

2. การบริการสาธารณสุขทุติยภูมิ (secondary care) เป็นการบริการสาธารณสุขที่มีภารกิจในด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคพื้นฐานทั้งระดับที่ไม่ซับซ้อนมากนัก จนถึงระดับที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและจำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก

3. การบริการสาธารณสุขตติยภูมิ (tertiary care) เป็นการบริการสาธารณสุขที่มีภารกิจขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางอนุสาขา รวมทั้งการรักษาเฉพาะโรค

โดยการบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิจะเป็นการบริการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ขณะที่การบริการระดับตติยภูมิขึ้นไปจะดูแลจัดการปัญหาทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนสูง เนื่องจากข้อจำกัดของสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในด้านจำนวนเตียง ศักยภาพในการดูแลตรวจรักษาโรคที่มีความรุนแรงและซับซ้อน รวมถึงอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ การบริการสุขภาพแต่ละระดับจึงเชื่อมโยงด้วยระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของสถานพยาบาล ซึ่งสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถือว่ามียุทธศาสตร์สำคัญอย่างยิ่งในการเข้าถึงประชาชนอย่างทั่วถึง ซึ่งระดับโรงพยาบาล

สามารถแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาลและจำนวนเตียง ตั้งแต่ระดับ F : Fundamental, M : Middle, S : Standard และ A : Advance โดยมีการจัดประเภทของโรงพยาบาลออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) ดังนี้

1. โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) (ระดับ A) หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ เทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น รวมถึงมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ครบถ้วน จึงมักจะเป็นศูนย์กลางให้จังหวัดใกล้เคียงส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมาให้

2. โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วไปหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ที่มีขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) มีจำนวนเตียง 120 - 500 เตียง และสามารถแบ่งระดับย่อยได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่

- โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา

- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M1) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น

3. โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หมายถึง โรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วไปไม่มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) ในบางแห่งมีจำนวนเตียง 10 - 120 เตียง เป็นโรงพยาบาลระดับเล็กที่รับผิดชอบพื้นที่ในระดับอำเภอ และมีความใกล้ชิดกับชุมชนมากขึ้น สามารถแบ่งระดับย่อยได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่

- โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 - 5 คน และแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (ระดับ F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 - 120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก รวม 3 - 10 คน

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 - 90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2 - 4 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1 – 2 คน

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมายถึง หน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแลในมิติของสุขภาพองค์รวม การสร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวและชุมชน

สรุป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในหลายด้าน เช่น ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมีศักยภาพในการรักษา จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลทำให้มีความแตกต่างของการใช้ยาในโรงพยาบาลแต่ละระดับ เช่น ประเภทของยา วิธีการใช้ยา และการติดตามการใช้ยา โดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถึงระดับทุติยภูมิที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีการผ่าตัดที่ซับซ้อนหรือเป็นการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เป็นต้น ส่งผลให้มีการใช้ยาสำหรับโรคที่มีอาการไม่รุนแรงหรือโรคเรื้อรัง เช่น ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เป็นต้น ซึ่งมีวิธีการใช้ยาที่ไม่ซับซ้อนมากนัก ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิ มีศักยภาพ และทรัพยากรในการรักษาโรคที่ซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเฉพาะทางหรือยาที่มีราคาสูง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น จึงต้องใช้ยาที่หลากหลายและต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในการรักษาโรคที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน เช่น ยาปฏิชีวนะชนิดรุนแรง ยาสำหรับรักษามะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น รวมถึงต้องมีการติดตามการใช้ยาอย่างใกล้ชิด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ทั้งนี้ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีความแตกต่างในหลายมิติที่อาจส่งผลให้มีการสั่งใช้ยาในลักษณะที่ค่อนข้างต่างกัน แต่การประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกลับใช้ตัวชี้วัดชุดเดียวกันในการประเมินโรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งอาจไม่สะท้อนผลการดำเนินงานที่แท้จริงของโรงพยาบาล รวมถึงมีบางตัวชี้วัดที่อาจขึ้นอยู่กับระดับของโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ต้องมีการวินิจฉัยรักษาโรคที่ซับซ้อนด้วยการผ่าตัด มักพบการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปเกินความจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัด (Vippadapu et al., 2022) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การประเมินด้วยตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับยาปฏิชีวนะมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนน้อยกว่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเรื่องผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากฐานข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2563 รวมจำนวนทั้งสิ้น 894 แห่ง

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้คือ โรงพยาบาลที่มีการรายงานข้อมูลในฐานข้อมูลรายงานการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 (ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563) จำนวน 894 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 117 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 777 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ โรงพยาบาลที่ไม่รายงานข้อมูลในฐานรายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข หรือรายงานไม่ครบถ้วน จำนวน 79 แห่ง (ร้อยละ 8.84) ซึ่งเป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 7 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 72 แห่ง จึงทำการคัดออกจากการศึกษาและทำให้มีข้อมูล

ผลการดำเนินงานที่นำมาวิเคราะห์รวมทั้งสิ้น จำนวน 815 แห่ง เป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 110 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 705 แห่ง

2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อายอย่างสมเหตุผลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ประเภทของโรงพยาบาล จังหวัด เขตสุขภาพ และระดับของโรงพยาบาล โดยมีการวัดข้อมูลประเภทต่าง ๆ ดังนี้

- ประเภทของโรงพยาบาล (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน)
- จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล
- เขตสุขภาพ (เขตสุขภาพที่ 1 – 12)
- ระดับของโรงพยาบาล (A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3)

2.2 ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้อายอย่างสมเหตุผล รวมจำนวน 20 ตัวชี้วัด และผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อายอย่างสมเหตุผล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ลำดับชั้นโดยมีระดับการวัดข้อมูล ดังนี้

- ตัวชี้วัดที่ 1, 4 และ 6 – 20 (จำนวน, ร้อยละ)
- ตัวชี้วัดที่ 2, 3 และ 5 (ระดับ 1 – 5)
- ตัวชี้วัดที่ 1 – 20 (ผ่าน/ไม่ผ่าน)
- ลำดับชั้น (ชั้นที่ 1 – 3)

3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 3.1 ศึกษาตัวชี้วัดโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อายอย่างสมเหตุผล
- 3.2 สร้างแบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลตามตัวชี้วัดต่าง ๆ
- 3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานรายงานผลการดำเนินงานการใช้อายอย่างสมเหตุผลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3.4 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลรายตัวชี้วัดต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

- สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

4.2 ข้อมูลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

- สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) การทดสอบแมนวิทนียู (Mann-Whitney U test) และการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มอย่างอิสระกัน (Independent t-test) โดยใช้โปรแกรม SPSS for window เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการดำเนินงานรายตัวชี้วัดต่าง ๆ และการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการทดสอบสมมติฐานทางสถิติกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยการเปรียบเทียบข้อมูลประเภทนามบัญญัติจะใช้การทดสอบไคสแควร์ ในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจะใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) แทน การเปรียบเทียบข้อมูลประเภทอันดับจะใช้การทดสอบแมนวิทนียู และการเปรียบเทียบข้อมูลประเภทอัตราส่วนจะใช้การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มอย่างอิสระกัน ในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นจะใช้การทดสอบแมนวิทนียูแทน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่องผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และ 2) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ข้อมูลจากฐานรายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563) โดยพบว่าโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 894 แห่ง เป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 117 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 777 แห่ง แต่พบว่ามีโรงพยาบาลบางส่วนที่ไม่ได้รายงานข้อมูลผลการดำเนินงานหรือมีการรายงานแต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รวมจำนวน 79 แห่ง (ร้อยละ 8.84) ซึ่งเป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 7 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 72 แห่ง จึงทำการคัดออกจากการศึกษาทำให้มีข้อมูลผลการดำเนินงานที่นำมาวิเคราะห์จำนวนรวมทั้งสิ้น 815 แห่ง เป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 110 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 705 แห่ง โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล
- ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- ตอนที่ 3 ผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลจำนวนรวมทั้งสิ้น 815 แห่ง เป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 110 แห่ง (ร้อยละ 13.50) และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 705 แห่ง (ร้อยละ 86.50) โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 จำนวน 463 แห่ง (ร้อยละ 65.67) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลระดับ F3 จำนวน 83 แห่ง (ร้อยละ 10.18) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทของโรงพยาบาล (N=815)		
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป	110	13.50
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน	705	86.50
ระดับของโรงพยาบาล (N=815)		
โรงพยาบาลศูนย์ (A)	32	3.93
โรงพยาบาลทั่วไป (S)	45	5.52
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)	33	4.05
โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)	78	9.57
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)	81	9.94
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)	463	56.81
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)	83	10.18

เมื่อจำแนกระดับของโรงพยาบาลตามประเภทของกลุ่มโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับ S จำนวน 45 แห่ง (ร้อยละ 40.91) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 จำนวน 463 แห่ง (ร้อยละ 65.67) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 การจำแนกระดับของโรงพยาบาลตามประเภทของกลุ่มโรงพยาบาล

ระดับของโรงพยาบาล	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์ (A)	32	29.09	-	-
โรงพยาบาลทั่วไป (S)	45	40.91	-	-
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)	33	30.00	-	-
โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)	-	-	78	11.06
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)	-	-	81	11.49
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)	-	-	463	65.67
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)	-	-	83	11.77
รวม	110	100.00	705	100.00

ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผล

ในตอนที 2 เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผล โดยเป็นการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่าง 1) กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และ 2) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวนรวมทั้งสิ้น 20 ตัวชี้วัด โดยภาพรวมพบว่าผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 17 ตัวชี้วัด โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 14 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19 และ 20 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3, 5 และ 14 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.3 และตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้อย่างสมเหตุผลในภาพรวม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	
			Mean \pm SD	p-value
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	90.83 \pm 3.29	< 0.001 ^{2*}
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	94.27 \pm 2.57	
2	ร้อยละการใช้อาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่่วงบนและหลอด ลม อักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	32.81 \pm 8.67	< 0.001 ^{3*}
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	22.51 \pm 8.58	

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	
			Mean \pm SD	p-value
3	ร้อยละการใช้ยา ปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	23.72 \pm 8.25	< 0.001 ^{3*}
		และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	20.11 \pm 9.81	
4	ร้อยละการใช้ยา ปฏิชีวนะในบาดแผล สดจากอุบัติเหตุ	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	49.90 \pm 11.90	0.654 ³
		และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	50.37 \pm 13.63	
5	ร้อยละการใช้ยา ปฏิชีวนะในหญิง คลอดปกติครบ กำหนดทางช่องคลอด	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	20.38 \pm 17.02	< 0.001 ^{3*}
		และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	13.99 \pm 15.49	
6	ร้อยละของผู้ป่วย ความดันเลือดสูง ทั่วไปที่ใช้ RAS blockade(ACEI/ARB /Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการ รักษาภาวะความดัน เลือดสูง	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	0.11 \pm 0.17	< 0.001 ^{3*}
		และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	0.03 \pm 0.09	

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	
			Mean \pm SD	p-value
7	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	7.09 \pm 11.90	0.036 ^{3*}
		และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 41) ¹ กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 282) ¹	2.13 \pm 1.50	
8	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	74.21 \pm 10.15	< 0.001 ^{3*}
		และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	78.87 \pm 10.15	
9	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	0.40 \pm 1.06	< 0.001 ^{3*}
		และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	0.30 \pm 2.45	
10	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ที่ได้รับยา NSAIDs	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	2.29 \pm 3.25	0.001 ^{3*}
		และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	3.19 \pm 4.12	

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	
			Mean \pm SD	p-value
11	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืด เรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	62.73 \pm 15.82	< 0.001 ^{3*}
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	69.84 \pm 15.96	
12	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูง อายุที่ใช้ยากลุ่ม long- acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxi dediazepam, dipotassium chlorazepate	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	1.23 \pm 0.82	0.103 ³
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	1.21 \pm 1.08	
13	ร้อยละของผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคติดเชื้อทาง เดินหายใจและได้รับ ยา non-sedating antihistamine	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	13.14 \pm 8.30	< 0.001 ^{3*}
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	5.11 \pm 6.97	

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	
			Mean \pm SD	p-value
19	ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อ ที่ระบบการหายใจช่วง บนและหลอด ลม อักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	90.03 \pm 15.11	< 0.001 ^{3*}
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	95.94 \pm 9.45	
20	ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มี อัตราการใช้ยา ปฏิชีวนะในโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	80.44 \pm 17.61	< 0.001 ^{3*}
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	87.53 \pm 17.78	
	ร้อยละของรพ.สต. และหน่วย บริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่ผ่านตัวชี้วัด 19 และ 20	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	77.40 \pm 20.31	< 0.001 ^{3*}
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	86.33 \pm 17.91	

¹ ตัวชี้วัดที่ 11 กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 41) และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 282) เนื่องจากโรงพยาบาลบางส่วนมีการตัดยา glibenclamide ออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล

² ทดสอบด้วย Independent t-test

³ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.4 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาพรวม

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน	
			จำนวน (ร้อยละ)	p-value
1	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นาสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ 2	4 (3.64)	0.486 ¹
		และโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ 3	96 (87.27)	
		(N = 110) ระดับ 4	10 (9.09)	
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ระดับ 1	1 (0.14)	
		(N = 705) ระดับ 2	7 (0.99)	
		ระดับ 3	634 (89.93)	
		ระดับ 4	58 (8.23)	
		ระดับ 5	5 (0.71)	

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน						
			จำนวน (ร้อยละ)	p-value					
2	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ระดับ 3	40 (36.36)	< 0.001 ^{1*}				
			ระดับ 4	45 (40.91)					
			ระดับ 5	25 (22.73)					
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ระดับ 3	390 (55.32)					
			ระดับ 4	217 (30.78)					
			ระดับ 5	98 (13.90)					
3	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	0 รายการ	67 (60.91)	< 0.001 ^{1*}				
			1 รายการ	43 (39.09)					
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	0 รายการ	571 (80.99)					
			1 รายการ	134 (19.01)					
			4	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา		กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ระดับ 3	83 (75.45)	0.001 ^{1*}
							ระดับ 4	25 (22.73)	
ระดับ 5	2 (1.82)								
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ระดับ 1	1 (0.14)							
	ระดับ 3	615 (87.23)							
ระดับ 4	75 (10.64)								
ระดับ 5	14 (1.99)								

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน	
				จำนวน (ร้อยละ)	p-value
5	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin* statins ergots (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	0 คน	99 (90.00)	< 0.001 ^{1*}
			1 คน	7 (6.36)	
			2 คน	1 (0.91)	
			3 คน	1 (0.91)	
			4 คน	1 (0.91)	
			6 คน	1 (0.91)	
		กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	0 คน	694 (98.44)	
			1 คน	10 (1.42)	
			2 คน	1 (0.14)	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลรายตัวชี้วัด พบว่าตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (เกณฑ์ : โรงพยาบาลระดับ A \geq ร้อยละ 75, โรงพยาบาลระดับ S \geq ร้อยละ 80, โรงพยาบาลระดับ M1-M2 \geq ร้อยละ 85 และโรงพยาบาลระดับ F1-F3 \geq ร้อยละ 90) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติในสัดส่วนที่สูงจะแสดงถึงมีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 90.65 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 93.90 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยา

ในบัญชียาหลักแห่งชาติ การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.5

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 1 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัดทุกแห่ง (ร้อยละ 100.00) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 99.01 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 1 การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม ($P = 0.602$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของรายการยาที่ส่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

		ผลการดำเนินงาน			
		จำนวน	จำนวนรายการ	ร้อยละ	p-value
ประเภทของโรงพยาบาล		จำนวน	จำนวนรายการ	ร้อยละ	p-value
		รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่ส่งให้ผู้ป่วยนอก	ยาที่สั่งทั้งหมดของผู้ป่วยนอกในช่วงที่เก็บข้อมูล		
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	รวม	85,783,667	94,627,466	90.65	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป	Max	323,7720	335,8320	98.62	
(N = 110)	Min	89,216	94,316	80.07	
	Mean	779,851.52	860,249.69	90.83	
	SD	479,220.23	526,173.85	3.29	

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน รายการยาใน บัญชียาหลัก แห่งชาติที่สั่ง ให้ผู้ป่วยนอก ให้ผู้ป่วยนอก ข้อมูล	จำนวนรายการ ยาที่สั่งทั้งหมด ของผู้ป่วยนอก ในช่วงที่เก็บ ข้อมูล	ร้อยละ
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	140,736,694	149,876,991	93.90
	Max	738,740	796,898	99.99
	Min	6,683	7,304	80.36
	Mean	199,626.52	212,591.48	94.27
	SD	125,419.69	135,531.04	2.57

¹ ทดสอบด้วย Independent t-test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 4.6 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ผ่าน	110	100.00	0.602 ¹
	ไม่ผ่าน	0	0.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	698	99.01	
	ไม่ผ่าน	7	0.99	

¹ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 2 ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (เกณฑ์ : ระดับ 3 ขึ้นไป) โดยโรงพยาบาลที่มีระดับของการดำเนินงานที่มากขึ้นจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 87.27) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 มากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 89.93) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบระดับของผลการดำเนินงาน การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม (P = 0.486) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.7

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 2 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 96.36 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 98.87 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 2 การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม (P = 0.066) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.7 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 2 ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการ
 ชี้นำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ระดับ 1	0	0.00	0.486 ¹
	ระดับ 2	4	3.64	
	ระดับ 3	96	87.27	
	ระดับ 4	10	9.09	
	ระดับ 5	0	0.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ระดับ 1	1	0.14	0.99
	ระดับ 2	7	0.99	
	ระดับ 3	634	89.93	
	ระดับ 4	58	8.23	
	ระดับ 5	5	0.71	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

ตารางที่ 4.8 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 2 ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการ
 ชี้นำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	106	96.36	0.066 ¹
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	4	3.64	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	697	98.87	
	ไม่ผ่าน	8	1.13	

¹ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 3 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสาร
 ข้อมูลยา 13 กลุ่ม (เกณฑ์ : ระดับ 3 ขึ้นไป) โดยโรงพยาบาลที่มีระดับของการดำเนินงานที่มากขึ้นจะ
 แสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่มีผล
 การดำเนินงานอยู่ในระดับ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 40.91) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่
 มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 55.32) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney
 U test เพื่อเปรียบเทียบระดับของผลการดำเนินงาน การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการ
 ดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการ
 ดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.9

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 3 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป
 ผ่านตัวชี้วัดทุกแห่ง (ร้อยละ 100.00) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนก็ผ่านตัวชี้วัดทุกแห่งเช่นกัน
 (ร้อยละ 100.00) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.9 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 3 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสาร
ข้อมูลยา 13 กลุ่ม

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ระดับ 1	0	0.00	< 0.001 ^{1*}
	ระดับ 2	0	0.00	
	ระดับ 3	40	36.36	
	ระดับ 4	45	40.91	
	ระดับ 5	25	22.73	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ระดับ 1	0	0.00	
	ระดับ 2	0	0.00	
	ระดับ 3	390	55.32	
	ระดับ 4	217	30.78	
	ระดับ 5	98	13.90	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.10 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 3 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสาร
ข้อมูลยา 13 กลุ่ม

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ผ่าน	110	100.00	-
	ไม่ผ่าน	0	0.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	705	100.00	
	ไม่ผ่าน	0	0.00	

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 4 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล (เกณฑ์ : ≤ 1 รายการ) โดยโรงพยาบาลที่ไม่มีจำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออกคงเหลืออยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ไม่มีรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออกคงเหลืออยู่ในบัญชีของโรงพยาบาล ร้อยละ 60.91 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็ไม่มีรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออกคงเหลืออยู่ในบัญชีของโรงพยาบาลเช่นกัน ร้อยละ 80.99 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบจำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออกซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.11

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 4 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัดทุกแห่ง (ร้อยละ 100.00) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนก็ผ่านตัวชี้วัดทุกแห่งเช่นกัน (ร้อยละ 100.00) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.11 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 4 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	0 รายการ	67	60.91	< 0.001 ^{1*}
	1 รายการ	43	39.09	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	0 รายการ	571	80.99	
	1 รายการ	134	19.01	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.12 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 4 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	110	100.00	-
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	0	0.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	705	100.00	
	ไม่ผ่าน	0	0.00	

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 5 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา (เกณฑ์ : ระดับ 3 ขึ้นไป) โดยโรงพยาบาลที่มีระดับของการดำเนินงานที่มากขึ้นจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 75.45) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็มีผลการดำเนินงานอยู่ในระดับ 3 มากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 87.23) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบระดับของผลการดำเนินงาน การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ($P = 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.13

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 5 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านตัวชี้วัดทุกแห่ง (ร้อยละ 100.00) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 99.86 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 5 การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม ($P = 1.000$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.13 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 5 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา

ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน			
	จำนวน	ร้อยละ	p-value	
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ระดับ 1	0	0.00	0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ระดับ 2	0	0.00	
	ระดับ 3	83	75.45	
	ระดับ 4	25	22.73	
	ระดับ 5	2	1.82	

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ระดับ 1	1	0.14	
	ระดับ 2	0	0.00	
	ระดับ 3	615	87.23	
	ระดับ 4	75	10.64	
	ระดับ 5	14	1.99	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.14 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 5 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	110	100.00	1.000 ¹
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	0	0.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	704	99.86	
	ไม่ผ่าน	1	0.14	

¹ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (เกณฑ์ : \leq ร้อยละ 20) โดยโรงพยาบาลที่มี ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยนอกในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 33.81 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 23.43 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละการใช้จ่าย ปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก การ ทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่ม โรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.15

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 6 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านตัวชี้วัดเพียงร้อยละ 7.27 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 44.68 เมื่อวิเคราะห์ โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 6 การทดสอบทางสถิติ พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผล การผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดัง ตารางที่ 4.16



ตารางที่ 4.15 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ
ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			p-value
		จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอกโรค ติดเชื้อที่ระบบ การหายใจช่วงบน ที่ได้รับยา ปฏิชีวนะ	จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอกโรคติด เชื้อที่ระบบการ หายใจช่วงบน ทั้งหมด	ร้อยละ	
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	606,960	1,795,359	33.81	< 0.001 ^{1*}
	Max	20,634	62,652	54.14	
	Min	315	1,820	12.15	
	Mean	5,517.82	16,321.45	32.81	
	SD	3,794.78	9,525.65	8.67	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	1,062,384	4,533,503	23.43	
	Max	13,506	83,760	56.36	
	Min	29	413	2.12	
	Mean	1,506.93	6,430.50	22.51	
	SD	1,369.37	5,344.72	8.58	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.16 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ
ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	8	7.27	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	102	92.73	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	315	44.68	
	ไม่ผ่าน	390	55.32	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (เกณฑ์ : \leq ร้อยละ 20) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 24.57 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 20.67 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.17

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 7 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัดร้อยละ 33.64 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 57.73 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 7 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.17 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			p-value
		จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอกโรค อุจจาระร่วง เฉียบพลันที่ได้รับ ยาปฏิชีวนะ	จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอกโรค อุจจาระร่วง เฉียบพลัน ทั้งหมด	ร้อยละ	
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	125,184	509,418	24.57	< 0.001 ^{1*}
	Max	545	16,721	51.22	
	Min	57	406	2.82	
	Mean	1,138.04	4,631.07	23.72	
	SD	944.77	2,886.41	8.25	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	207,000	1,001,331	20.67	
	Max	3,063	22,510	60.99	
	Min	1	46	0.94	
	Mean	293.62	1,420.33	20.11	
	SD	307.58	1,319.38	9.81	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.18 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	37	33.64	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	73	66.36	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	407	57.73	
	ไม่ผ่าน	298	42.27	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (เกณฑ์ : \leq ร้อยละ 40) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 49.76 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 52.01 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม (P = 0.654) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.19

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 8 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 21.82 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 25.53 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 8 การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม (P = 0.403) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.19 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			p-value
		จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอกบาดแผล สดจากอุบัติเหตุ ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนครั้งของ ผู้ป่วยนอก บาดแผลสดจาก อุบัติเหตุทั้งหมด	ร้อยละ	
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	491,387	987,474	49.76	0.654 ¹
	Max	13,247	23,247	70.43	
	Min	447	846	15.39	
	Mean	4,467.15	8,977.04	49.90	
	SD	2,420.18	4,292.53	11.90	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	1,148,370	2,207,881	52.01	
	Max	18,960	32,540	80.65	
	Min	77	221	10.39	
	Mean	1,628.89	3,131.75	50.37	
	SD	1,352.12	2,225.88	13.63	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

ตารางที่ 4.20 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	24	21.82	0.403 ¹
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	86	78.18	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	180	25.53	
	ไม่ผ่าน	525	74.47	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (เกณฑ์ : \leq ร้อยละ 10) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 19.76 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 14.85 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.21

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 9 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 24.55 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 54.04 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 9 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.21 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			p-value
		จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	จำนวนครั้งของสตรีคลอดปกติครบกำหนดทั้งหมด	ร้อยละ	
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	23,932	121,135	19.76	< 0.001 ^{1*}
	Max	1,632	3,529	93.79	
	Min	0	73	0.00	
	Mean	217.56	1,101.23	20.38	
	SD	254.71	700.62	17.02	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	18,104	121,881	14.85	
	Max	390	2,753	100.00	
	Min	0	0	0.00	
	Mean	25.68	172.88	13.99	
	SD	41.71	212.70	15.49	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.22 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	27	24.55	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	83	75.45	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	381	54.04	
	ไม่ผ่าน	324	45.96	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง (เกณฑ์ : ร้อยละ 0) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูงในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 0.13 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 0.03 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (P < 0.001) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.23

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 10 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 30.91 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 73.05 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 10 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่าน

ตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.23 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง

ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน			
		จำนวนครั้งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสั่งใช้ยากลุ่ม RAS blockade ≥ 2 ชนิด	จำนวนครั้งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสั่งใช้ยากลุ่ม RAS blockade อย่างน้อย 1 ชนิด	ร้อยละ p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	2,634	1,985,877	0.13 < 0.001 ^{1*}
	Max	314	59,480	0.81
	Min	0	562	0.00
	Mean	23.95	18,053.43	0.11
	SD	49.44	10,967.31	0.17
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	1,544	4,920,635	0.03
	Max	480	48,960	1.35
	Min	0	298	0.00
	Mean	2.19	6,979.62	0.03
	SD	18.60	5,528.81	0.09

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.24 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	34	30.91	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	76	69.09	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	515	73.05	
	ไม่ผ่าน	190	26.95	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร (เกณฑ์ : ≤ ร้อยละ 5) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี (หมายเหตุ : กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 41) และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 282) เนื่องจากโรงพยาบาลบางส่วนมีการตัดยา glibenclamide ออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล) โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 4.71 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 4.36 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (P = 0.036) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.25

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 11 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 41.46 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 55.32 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 11 การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม ($P = 0.096$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.25 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร

		ผลการดำเนินงาน			
		จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ glibenclamide มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.	จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด และมีผล eGFR > 30 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.	ร้อยละ	p-value
ประเภทของโรงพยาบาล					
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	รวม	5,058	107,313	4.71	0.036 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 41)	Max	1,229	29,567	81.43	
	Min	0	1	0.00	
	Mean	123.37	2,617.39	15.79	
	SD	238.60	6,019.87	18.99	

ตารางที่ 4.25 (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน			
	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ glibenclamide มี อายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อย กว่า 60 มล./นาที่/ 1.73 ตร.ม.	จำนวนผู้ป่วยนอก โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด และมีผล eGFR > 30 มล./ นาที่/1.73 ตร.ม.	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 282)	รวม	4,478	102,645	4.36
	Max	439	36,348	100.00
	Min	0	1	0.00
	Mean	15.88	363.99	10.64
	SD	42.77	2,276.10	14.73

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 4.26 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	17	41.46	0.096 ¹
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 41)	ไม่ผ่าน	24	58.54	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 282)	ผ่าน	156	55.32	
	ไม่ผ่าน	126	44.68	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้ (เกณฑ์ : \geq ร้อยละ 80) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้ในสัดส่วนที่สูงจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 72.02 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 76.69 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้ การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.27

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 12 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 32.73 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 54.61 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 12 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่าน

ตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.27 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			
		จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยา metformin และมีผล eGFR > 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.	จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด และมีผล eGFR > 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	รวม	491,998	683,100	72.02	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	Max	17,524	28,566	91.03	
	Min	508	765	44.85	
	Mean	4,472.71	6,210	74.21	
	SD	3,226.77	4,789.44	10.15	

ตารางที่ 4.27 (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวนผู้ป่วยนอก โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยา metformin และมี ผล eGFR > 30 มล./นาที/1.73 ตร. ม.	จำนวนผู้ป่วยนอก โรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ทั้งหมด และ มีผล eGFR > 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.	ร้อยละ
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน	รวม	1,011,196	1,318,466	76.69
(N = 705)	Max	15,490	20,331	100.00
	Min	1	70	1.43
	Mean	1,434.32	1,870.16	78.87
	SD	1,590.25	2,161.92	10.15

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.28 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใชยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	36	32.73	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	74	67.27	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	385	54.61	
	ไม่ผ่าน	320	45.39	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน (เกณฑ์ : ≤ ร้อยละ 5) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อนในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 0.41 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 0.24 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (P < 0.001) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.29

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 13 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 99.09 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 99.72 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 13 การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม (P = 0.353) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.29 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			
		จำนวนผู้ป่วยนอก ที่ได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs ตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป	จำนวนผู้ป่วยนอก ทั้งหมดที่ได้รับยา กลุ่ม NSAIDs อย่างน้อย 1 ชนิด	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	12,212	2,970,858	0.41	< 0.001 ^{1*}
	Max	2,233	89,792	9.04	
	Min	0	228	0.00	
	Mean	111.02	27,007.80	0.40	
	SD	300.59	20,131.52	1.06	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	15,228	6,265,940	0.24	
	Max	2,346	46,721	63.75	
	Min	0	101	0.00	
	Mean	21.60	8,887.86	0.30	
	SD	100.28	7,316.53	2.45	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.30 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	109	99.09	0.353 ¹
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	1	0.91	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	703	99.72	
	ไม่ผ่าน	2	0.28	

¹ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs (เกณฑ์ : \leq ร้อยละ 10) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs ในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 2.67 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 2.79 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ($P = 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.31

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 14 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 94.55 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 94.61 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 14 การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม ($P = 0.978$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.32

ตารางที่ 4.31 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			p-value
		จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยาอย่างน้อย 1 ชนิด	ร้อยละ	
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	11,057	414,735	2.67	0.001 ^{1*}
	Max	3,223	33,942	20.47	
	Min	0	535	0.00	
	Mean	100.52	3,770.32	2.29	
	SD	323.93	4,251.48	3.25	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	17,980	643,924	2.79	
	Max	483	14,015	42.86	
	Min	0	12	0.00	
	Mean	25.50	913.37	3.19	
	SD	45.02	1,242.72	4.12	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.32 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	104	94.55	0.978 ¹
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	6	5.45	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	667	94.61	
	ไม่ผ่าน	38	5.39	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid (เกณฑ์ : \geq ร้อยละ 80) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid ในสัดส่วนที่สูงจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 60.07 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 63.46 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.33

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 15 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัดเพียงร้อยละ 12.73 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 31.63 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 15 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.33 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			p-value
		จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	จำนวนผู้ป่วยนอกโรคหืดทั้งหมด	ร้อยละ	
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	114,586	190,751	60.07	< 0.001 ^{1*}
	Max	5,883	11,717	98.62	
	Min	97	217	4.81	
	Mean	1,041.69	1,734.10	62.73	
	SD	919.39	1,608.82	15.82	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	190,015	299,341	63.48	
	Max	3,643	21,720	100.00	
	Min	0	12	0.00	
	Mean	269.52	424.60	69.84	
	SD	334.51	1,040.12	15.96	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.34 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	14	12.73	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	96	87.27	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	233	31.63	
	ไม่ผ่าน	482	68.37	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate (เกณฑ์ : ≤ ร้อยละ 5) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 1.13 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 1.15 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม (P = 0.103) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.35

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 16 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัดทุกแห่ง (ร้อยละ 100.00) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 98.72 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 16 การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม (P = 0.617) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.36

ตารางที่ 4.35 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine

ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน				p-value
	จำนวนครั้งของผู้ป่วย นอกสูงอายุที่ได้ยา chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	จำนวนครั้ง ของผู้ป่วย นอกสูงอายุ ใน ช่วงเวลา ที่เก็บข้อมูล	ร้อยละ		
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	91,431	8,104,954	1.13	0.103 ¹
	Max	4,726	230,529	4.13	
	Min	0	7,164	0.00	
	Mean	831.19	73,681.40	1.23	
	SD	787.49	50,222.47	0.82	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	136,044	11,820,919	1.15	
	Max	2,460	268,739	7.21	
	Min	0	317	0.00	
	Mean	192.97	16,767.26	1.21	
	SD	245.15	14,927.87	1.08	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

ตารางที่ 4.36 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 16 ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	110	100.00	0.617 ¹
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	0	0.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	696	98.72	
	ไม่ผ่าน	9	1.28	

¹ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve) statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (เกณฑ์ : 0 คน) โดยโรงพยาบาลที่ไม่มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้วจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ไม่พบสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ร้อยละ 90.00 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ก็ไม่พบสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เช่นกัน ร้อยละ 98.44 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.37

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 17 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 90.00 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 98.44 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 17 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.38

ตารางที่ 4.37 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ที่ตั้งครรภ์แล้ว

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	0 คน	99	90.00	< 0.001 ^{1*}
	1 คน	7	6.36	
	2 คน	1	0.91	
	3 คน	1	0.91	
	4 คน	1	0.91	
	6 คน	1	0.91	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	0 คน	694	98.44	
	1 คน	10	1.42	
	2 คน	1	0.14	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.38 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	99	90.00	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	11	10.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	694	98.44	
	ไม่ผ่าน	11	1.56	

¹ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและได้รับยา non-sedating antihistamine (เกณฑ์ : \leq ร้อยละ 20) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและได้รับยา non-sedating antihistamine ในสัดส่วนที่ต่ำจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 14.08 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 5.98 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและได้รับยา non-sedating antihistamine การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.39

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 18 พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 80.91 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 96.03 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 18 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่าน

ตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.40

ตารางที่ 4.39 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและได้รับยา non-sedating antihistamine

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			
		จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและได้รับยา non-sedating antihistamine	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	รวม	103,425	734,339	14.08	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป	Max	4,397	24,909	39.78	
(N = 110)	Min	0	866	0.00	
	Mean	940.23	6,675.81	13.14	
	SD	917.25	3,907.36	8.30	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน	รวม	125,651	2,101,791	5.98	
(N = 705)	Max	2,411	31,004	67.30	
	Min	0	123	0.00	
	Mean	178.23	2,981.26	5.11	
	SD	315.32	2,321.17	6.97	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.40 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและได้รับยา non-sedating antihistamine

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	89	80.91	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	21	19.09	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	677	96.03	
	ไม่ผ่าน	28	3.97	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 (เกณฑ์ : ร้อยละ 100) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 ในสัดส่วนที่สูงจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่า รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงานร้อยละ 90.93 ส่วนรพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 95.50 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน มีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.41

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 19 พบว่า รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 40.00 ส่วน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 75.46 เมื่อวิเคราะห์ โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 19 การทดสอบทางสถิติ พบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.42

ตารางที่ 4.41 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20

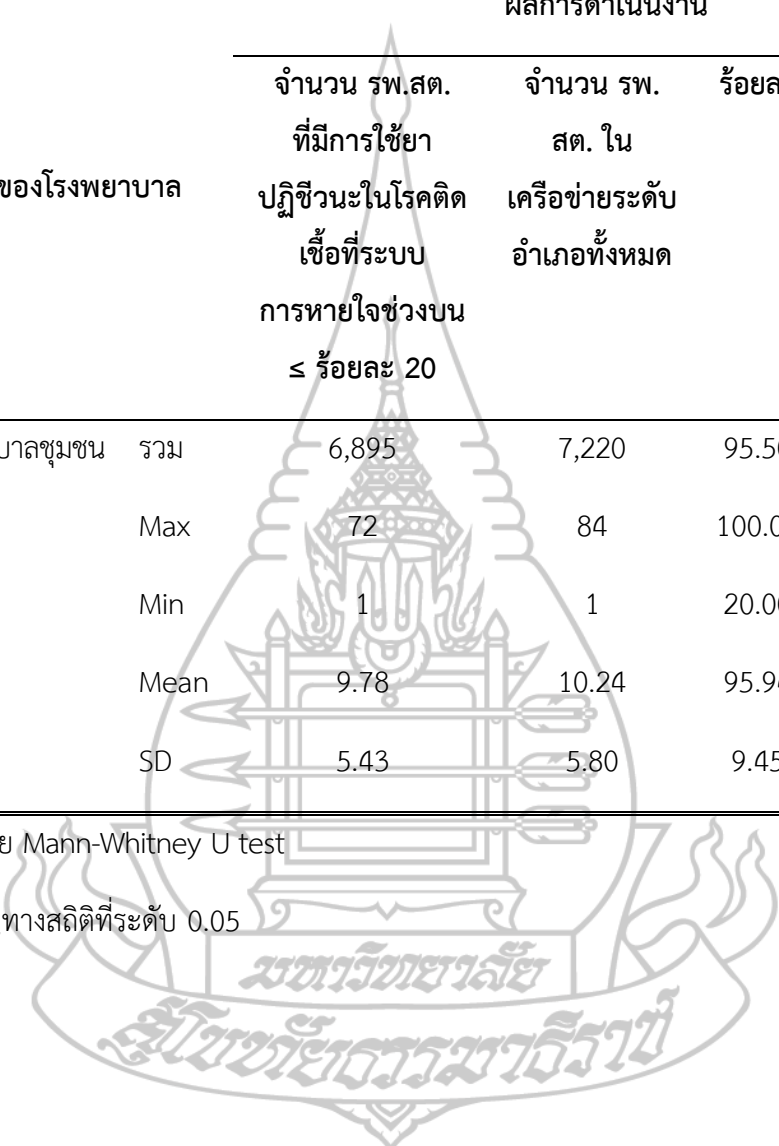
		ผลการดำเนินงาน			
		จำนวน รพ.สต. ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน \leq ร้อยละ 20	จำนวน รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอทั้งหมด	ร้อยละ	p-value
ประเภทของโรงพยาบาล	รวม	2,015	2,216	90.93	$< 0.001^{1*}$
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	Max	35	37	100.00	
	Min	1	5	14.29	
	Mean	18.32	20.15	90.03	
	SD	6.65	6.59	15.11	

ตารางที่ 4.41 (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน รพ.สต. ที่มีการใช้ยา ปฏิชีวนะในโรคติดต่อ เชื้อที่ระบบ การหายใจช่วงบน ≤ ร้อยละ 20	จำนวน รพ. สต. ใน เครือข่ายระดับ อำเภอทั้งหมด	ร้อยละ
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	6,895	7,220	95.50
	Max	72	84	100.00
	Min	1	1	20.00
	Mean	9.78	10.24	95.94
	SD	5.43	5.80	9.45

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่ 4.42 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	44	40.00	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	66	60.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	532	75.46	
	ไม่ผ่าน	173	24.54	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 (เกณฑ์ : ร้อยละ 100) โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 ในสัดส่วนที่สูงจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่า รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 80.55 ส่วน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 86.15 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.43

ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 20 พบว่า รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตัวชี้วัดเพียงร้อยละ 16.36 ส่วน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตัวชี้วัด ร้อยละ 50.35 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการผ่านตัวชี้วัดที่ 20 การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.44

ตารางที่ 4.43 ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของ รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			
		จำนวน รพ.สต. ที่มีการ ใช้ยาปฏิชีวนะในโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	จำนวน รพ. สต. ใน เครือข่ายระดับ อำเภอทั้งหมด	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	รวม	1,785	2,216	80.55	$< 0.001^{1*}$
และโรงพยาบาลทั่วไป	Max	34	37	100.0	
(N = 110)	Min	1	5	4.76	
	Mean	16.23	20.15	80.44	
	SD	6.23	6.59	17.61	

ตารางที่ 4.43 (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล	ผลการดำเนินงาน			
	จำนวน รพ.สต. ที่มีการ ใช้ยาปฏิชีวนะในโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20	จำนวน รพ. สต. ใน เครือข่ายระดับ อำเภอทั้งหมด	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	6,220	7,220	86.15
	Max	71	84	100.00
	Min	0	1	0.00
	Mean	8.82	10.24	87.53
	SD	5.17	5.80	17.78

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.44 ผลการผ่านตามตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย
ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตัวชี้วัด		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ผ่าน	18	16.36	< 0.001 ^{1*}
	ไม่ผ่าน	92	83.64	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	355	50.35	
	ไม่ผ่าน	350	49.65	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เป้าหมายในการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) แบ่งลำดับออกเป็น 3 ชั้น โดยการที่โรงพยาบาลจะผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1, 2 และ 3 นั้น โรงพยาบาลจะต้องมี รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านเกณฑ์ทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40, 60 และ 100 ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลที่มีร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัดนี้ในสัดส่วนที่สูงจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่า รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัดมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 78.02 ส่วน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัดมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 84.93 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.45

ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1, 2 และ 3 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20 (เกณฑ์ : \geq ร้อยละ 40, 60, 100 ตามลำดับ) พบว่า รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัดของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 95.45 ส่วน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัดของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 98.44 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัด การทดสอบทางสถิติไม่พบความแตกต่างของการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม ($P = 0.052$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.46

ส่วนการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 และ 3 พบว่า รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัดของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 และ 3 ร้อยละ 82.73 และ 15.45 ตามลำดับ ส่วนรพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายที่ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัดของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 และ 3 ร้อยละ 91.35 และ 47.09 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบร้อยละ

การผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 และ 3 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัด การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 และ 3 ระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 และ 3 ที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P = 0.005$ และ $P < 0.001$ ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.47 และ 4.48

ตารางที่ 4.45 ผลการดำเนินงานของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านเกณฑ์ ทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน			
		จำนวน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ 19 และ 20	จำนวน รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอทั้งหมด	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	รวม	1,729	2,216	78.02	< 0.001 ^{1*}
	Max	32	37	0	
	Min	0	5	0.00	
	Mean	15.72	20.15	77.40	
	SD	6.32	6.59	20.31	

ตารางที่ 4.45 (ต่อ)

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน รพ.สต. และหน่วยบริการ ปฐมภูมิในเครือข่าย ที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ที่ 19 และ 20	จำนวน รพ.สต. และหน่วย บริการปฐมภูมิ ในเครือข่าย ระดับอำเภอ ทั้งหมด	ร้อยละ
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	รวม	6,132	7,220	84.93
	Max	66	84	100.0
	Min	0	1	0.00
	Mean	8.70	10.24	86.33
	SD	5.03	5.80	17.91

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.46 ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน
เครือข่ายที่ผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ผ่าน	105	95.45	0.052 ¹
	ไม่ผ่าน	5	4.55	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	694	98.44	
	ไม่ผ่าน	11	1.56	

¹ ทดสอบด้วย Fisher's exact test

ตารางที่ 4.47 ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน
เครือข่ายที่ผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ผ่าน	91	82.73	0.005 ^{1*}
	ไม่ผ่าน	19	17.27	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	644	91.35	
	ไม่ผ่าน	61	8.65	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.48 ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 ของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน
เครือข่ายที่ผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20

ประเภทของโรงพยาบาล		ผลการผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์	ผ่าน	17	15.45	< 0.001 ^{1*}
และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน	93	84.55	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ผ่าน	332	47.09	
	ไม่ผ่าน	373	52.91	

¹ ทดสอบด้วย Chi-square test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 3 ผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล

การประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU) ประกอบด้วยการประเมินในระดับโรงพยาบาล จำนวน 18 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่ 1 - 18) และการประเมินในระดับ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ จำนวน 2 ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่ 19 - 20) รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ตัวชี้วัด โดยแบ่งลำดับขั้นในการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลออกเป็น 3 ชั้น ได้แก่

RDU ชั้นที่ 1 หมายถึง ผ่านตัวชี้วัดที่ 1 - 5 และ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40

RDU ชั้นที่ 2 หมายถึง ผ่านตัวชี้วัดที่ 1 - 9, 11, 14, 17 และ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง ผ่านตัวชี้วัดที่ 1 - 18 และ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายผ่านทั้งตัวชี้วัดที่ 19 และ 20 ร้อยละ 100

โดยโรงพยาบาลที่มีลำดับขั้นของการผ่านเกณฑ์ RDU ที่สูงจะแสดงถึงว่ามีผลการดำเนินงานที่ดี โดยพบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 94.55) ผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 เพียงร้อยละ 0.91 และไม่มีโรงพยาบาลที่ผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 เลย (ร้อยละ 0.00) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 มากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 84.68) ผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 8.51 และผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 4.40 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยใช้ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบลำดับขั้นของการผ่านตามเกณฑ์ RDU การทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างของลำดับขั้นของการผ่านตามเกณฑ์ RDU ระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีลำดับขั้นของการผ่านตามเกณฑ์ RDU ที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ($P < 0.001$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4.49

ตารางที่ 4.49 ลำดับขั้นการผ่านตามเกณฑ์ RDU ของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน

ประเภทของ โรงพยาบาล	ลำดับขั้น	ผลการดำเนินงาน		
		จำนวน	ร้อยละ	p-value
กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (N = 110)	ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่ 1	5	4.55	< 0.001 ^{1*}
	RDU ชั้นที่ 1	104	94.55	
	RDU ชั้นที่ 2	1	0.91	
	RDU ชั้นที่ 3	0	0.00	
กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน (N = 705)	ไม่ผ่าน RDU ชั้นที่ 1	17	2.41	< 0.001 ^{1*}
	RDU ชั้นที่ 1	597	84.68	
	RDU ชั้นที่ 2	60	8.51	
	RDU ชั้นที่ 3	31	4.40	

¹ ทดสอบด้วย Mann-Whitney U test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องผลการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และ 2) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างในการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลแต่ละระดับ และใช้ข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล รวมถึงสอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ

1. สรุปการศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาลในแต่ละระดับมีบริบทที่แตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลถึงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล การศึกษานี้จึงศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลจากฐานรายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563) ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือโรงพยาบาลที่มีการรายงานข้อมูลในฐานรายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขครบถ้วนรวมจำนวนทั้งสิ้น 815 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 91.16 ของโรงพยาบาลทั้งหมด) แบ่งเป็นกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 110 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 705 แห่ง จากการศึกษาสามารถสรุปผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลจำนวนรวมทั้งสิ้น 815 แห่ง ซึ่งแบ่งเป็น 1) กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 110 แห่ง (ร้อยละ 13.50) และ 2) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 705 แห่ง (ร้อยละ 86.50) พบว่าผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 17 ตัวชี้วัด จากจำนวนทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 14 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19 และ 20 ดังนี้

- ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ตัวชี้วัดที่ 4 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล
- ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก
- ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
- ตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด
- ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิด ร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง
- ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร
- ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้
- ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน
- ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid

- ตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว
- ตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับยา non-sedating antihistamine
- ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20
- ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20

ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3, 5 และ 14 ดังนี้

- ตัวชี้วัดที่ 3 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยา 13 กลุ่ม
- ตัวชี้วัดที่ 5 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา
- ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs

เมื่อเปรียบเทียบผลการผ่านตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลระหว่าง 1) กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และ 2) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน พบว่าการผ่านตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 10 ตัวชี้วัด จากจำนวนทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 10 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัด 6, 7, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 19 และ 20 ส่วนตัวชี้วัดอื่น ๆ แม้ว่าผลการผ่านตามตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบมี 5 ตัวชี้วัด ที่กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการผ่านตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ ตัวชี้วัด 2, 8, 11, 13 และ 14

2.2 ผลการเปรียบเทียบผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) แบ่งลำดับขั้นในการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลออกเป็น 3 ขั้น พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปผ่านตามเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 ร้อยละ 94.55

ผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 เพียงร้อยละ 0.91 และไม่มีโรงพยาบาลที่ผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 (ร้อยละ 0.00) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 ร้อยละ 84.68 ผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 ร้อยละ 8.51 และผ่านตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 ร้อยละ 4.40

เมื่อเปรียบเทียบลำดับชั้นของการผ่านตามเกณฑ์ RDU ระหว่าง 1) กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และ 2) กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน พบว่าลำดับชั้นการผ่านตามเกณฑ์ RDU ระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีลำดับชั้นการผ่านตามเกณฑ์ RDU ที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

2. อภิปรายผล

จากการสรุปผลการศึกษาศาสามารถอภิปรายผลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ผลการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 14 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19 และ 20 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และตัวชี้วัดที่ 4 รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิซึ่งรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยหรือโรคพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อนมากนัก ต่างจากกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการระดับตติยภูมิและทุติยภูมิซึ่งจัดการปัญหาทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนสูงหรือที่ต้องรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทาง (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2563) จึงต้องใช้อย่าที่มีความหลากหลายมากกว่าเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ซึ่งอาจรวมไปถึงการใช้รายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการรายงานว่ามีพบการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัด วินิจัยรักษาโรค (Vippadapu et al., 2022) ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาเชื้อดื้อยาที่สูงขึ้นด้วย

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และตัวชี้วัดที่ 9 ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่รับผิดชอบพื้นที่ในระดับอำเภอ มีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่มากนัก ต่างจากกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและมีบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก (เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) อาจส่งผลทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทำได้ยากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง โดยพบว่าการแทรกแซงในหลายรูปแบบ เช่น นโยบายผู้บริหาร การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร การประชุมร่วมกัน การใช้สื่อเทคโนโลยี ร่วมกับวิธีอื่น ๆ เป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถช่วยลดการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางระบบหายใจได้ร้อยละ 16 และในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ร้อยละ 18 รวมถึงสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาในโรงพยาบาลได้ (ยอดพร โปธิคอกไม้, 2560)

ตัวชี้วัดที่ 10 ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade 2 ชนิด ร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง และตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ซึ่งโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีผลการดำเนินงานที่ดีทั้ง 2 ตัวชี้วัด โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการดำเนินงานในตัวชี้วัดที่ 10 และ 13 คิดเป็นร้อยละ 0.03 และ 0.24 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงานในตัวชี้วัดที่ 10 และ 13 คิดเป็นร้อยละ 0.13 และ 0.41 ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดทำระบบแจ้งเตือนในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ส่งจ่ายยาของโรงพยาบาล รวมถึงมีเภสัชกรเป็นผู้มีหน้าที่ตรวจสอบอีกครั้งก่อนมีการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยเพื่อลดโอกาสเกิดการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน แต่ความแตกต่างระหว่างกลุ่มอาจเกิดจากปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มารับบริการในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่งผลให้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยลงตามไปด้วย

ตัวชี้วัดที่ 11 ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร ตัวชี้วัดที่ 17 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว และตัวชี้วัดที่ 18 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและได้รับยา non-sedating antihistamine ทั้ง 3 ตัวชี้วัดนี้สอดคล้องกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลตามแนวทางองค์การอนามัยโลกในเรื่องกุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ในส่วนของกุญแจดอกที่ 5 Special Population Care หรือการดูแล

ด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยา (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2558) ซึ่งความแตกต่างของผลการดำเนินงานในทั้ง 3 ตัวชี้วัดนี้อาจเกิดจากปริมาณของผู้ป่วยกลุ่มพิเศษที่มารับบริการในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนน้อย ทำให้มีการติดตามและเฝ้าระวังได้อย่างครอบคลุมมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มพิเศษในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ตัวชี้วัดที่ 12 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้ และตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid เป็นตัวชี้วัดที่ต้องอาศัยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของแต่ละโรงพยาบาลในการขับเคลื่อนการจัดการด้านยาในองค์กรได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ รวมถึงส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและกำกับการปฏิบัติงานตามกรอบแนวทางให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559ก) อาจเนื่องด้วยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีบุคลากรทางการแพทย์มีไม่มาก ต่างจากกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และประกอบด้วยบุคลากรจำนวนมาก ซึ่งอาจส่งผลให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลประสบความสำเร็จได้ยากกว่า

ตัวชี้วัดที่ 19 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้อาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 และตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้อาปฏิชีวนะในโรคคออักเสบเฉียบพลัน \leq ร้อยละ 20 จากการศึกษาของ (ศุภรัชต์ แห่งพิษ, 2561) พบว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีความตระหนักรู้สูงในด้านนโยบายการใช้อาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การให้ความสำคัญกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การรายงานผลการใช้ยา และการติดตามวิชาการความรู้ด้านยา รวมถึงมีความตระหนักรู้ในส่วนของหลักการในการเลือกใช้อายาอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้รับบริการขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้อาปฏิชีวนะและอยากได้รับยาปฏิชีวนะโดยไม่สัมพันธ์กับอาการของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับจะไม่พึงพอใจและร้องเรียนเจ้าหน้าที่ ก่อให้เกิดความขัดแย้งในการดำเนินงานระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ โดยผลการสำรวจพบว่าคนไทยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้อาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม (สุณิชา ชานวาทิก และคณะ, 2561) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาที่ปลอดภัย (ร้อยละ 91.4) ช่วยรักษาอาการไอ จาม น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ (ร้อยละ 90.3) และสามารถฆ่าเชื้อได้ทุกชนิด (ร้อยละ 77.4) (ทิพวรรณ วงเวียน, 2557) ดังนั้น ผลการดำเนินงานที่ดีกว่าของ รพ.สต. ในเครือข่ายกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนอาจสืบเนื่องมาจากความใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีความเป็นชุมชนที่ช่วยให้ขับเคลื่อนการ

ดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ประสบความสำเร็จมากกว่า รพ.สต. ในเครือข่ายกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นสังคมเมืองและมีความเชื่อมโยงกับชุมชนน้อย

ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลการดำเนินงานที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3, 5 และ 14 ดังนี้

ตัวชี้วัดที่ 3 การจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยา 13 กลุ่ม โดยตัวชี้วัดนี้สอดคล้องกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามแนวทางกฎแฉสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ในส่วนของกฎแฉดอกที่ 2 Labeling and Leaflet for Patient Information หรือการจัดทำฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2558) อาจเนื่องด้วยโครงสร้างการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มีความพร้อมและงบประมาณในการดำเนินงานของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีมากกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน จึงส่งผลให้มีการดำเนินงานที่ครอบคลุมกว่า

ตัวชี้วัดที่ 5 การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา โดยตัวชี้วัดนี้สอดคล้องกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามแนวทางกฎแฉสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ในส่วนของกฎแฉดอกที่ 6 Ethics in Prescription การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2558) อาจเนื่องด้วยกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจำนวนมาก จึงทำให้มีปริมาณรายการยาที่ต้องทำการจัดซื้อมูลค่าสูงต้องมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการคัดเลือกยาเข้าและออกจากบัญชียาของโรงพยาบาล รวมถึงการรับบริการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่สนับสนุนจากบริษัทฯ

ตัวชี้วัดที่ 14 ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs อาจเนื่องด้วยกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีความพร้อมด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึงการจัดบริการคลินิกโรคไต ส่งผลให้มีการติดตามและเฝ้าระวังได้ครอบคลุมกว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างเป็นระบบในระดับโรงพยาบาลชุมชน แม้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในพื้นที่ (เกรียง ตั้งสง่า และคณะ, 2561)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (Jianqian et al., 2018) ซึ่งได้ทำการศึกษาความแตกต่างของการใช้ยาก่อนและหลังการดำเนินนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน 3 จังหวัดของมณฑล Jiangsu สาธารณรัฐประชาชนจีนที่มีขนาดพื้นที่แตกต่างกัน โดยพบว่าแม้ในแต่ละจังหวัดมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการสั่งใช้ยาในสถานพยาบาล แต่การดำเนินนโยบายการใช้ยาอย่างสม

เหตุผลประสพผลดีในสถานพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เนื่องด้วยสถานพยาบาลชุมชนมีโครงสร้างที่เล็ก มีรายการยาน้อย สามารถควบคุมการส่งจ่ายและค่าใช้จ่ายได้ ทำให้สามารถดำเนินการได้ลุล่วง

2.2 ผลการเปรียบเทียบผลการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลของกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กับกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบลำดับขั้นของการผ่านตามเกณฑ์ RDU พบว่าลำดับขั้นการผ่านตามเกณฑ์ RDU ระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีลำดับขั้นการผ่านตามเกณฑ์ RDU ที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป อาจเนื่องด้วยโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในหลายด้าน เช่น ศักยภาพในการดูแลตรวจรักษาโรคที่มีความรุนแรง จำนวนของบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ งบประมาณของโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลทำให้มีความแตกต่างของการใช้จ่ายในโรงพยาบาลแต่ละระดับ เช่น ประเภทของยา วิธีการใช้จ่าย และการติดตามการใช้จ่าย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

แม้ว่ากลุ่มโรงพยาบาลชุมชนจะมีลำดับขั้นการผ่านตามเกณฑ์ RDU ที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป แต่จากการศึกษาของ (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, 2551) ที่ศึกษาประสิทธิภาพและต้นทุนของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยการเก็บข้อมูลและแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ พบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีการดำเนินการในลักษณะการใช้ทรัพยากรเต็มที่ (เกินกว่าร้อยละ 90) และมีต้นทุนต่อหน่วยต่ำที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยของงบประมาณรายจ่ายเท่ากับ 1,330 ล้านบาทต่อปี ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนยังใช้ทรัพยากรของสถานพยาบาลไม่เต็มที่ ยังสามารถมีช่องทางเพิ่มผลผลิตและลดต้นทุนต่อหน่วยได้อีก โดยมีค่าเฉลี่ยของงบประมาณรายจ่าย 499 ล้านบาทต่อปีในโรงพยาบาลทั่วไป และ 65 ล้านบาทต่อปีในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสถานะแวดล้อมของโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีจำนวนประชากรไม่หนาแน่น อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนถือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ประชาชนในทุกพื้นที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง และมีบทบาทในการสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืนในชุมชน

การศึกษาค้างนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนในการดำเนินงานการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผลระหว่างโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีผลการประเมินผลตามตัวชี้วัดที่ดีกว่ากลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 14 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด และมีลำดับขั้นการผ่านตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่าง

สมเหตุผลที่ดีกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบริบทที่แตกต่างกันของโรงพยาบาลแต่ละระดับในการบริหารจัดการงานเภสัชกรรม โดยกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนมีการให้บริการจ่ายยาที่ไม่ซับซ้อนสำหรับปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย อาจทำให้สามารถดำเนินงานการจ่ายยาอย่างสมเหตุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้จะมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และงบประมาณที่จำกัด รวมถึงต้นทุนรวมสูงสุดของโรงพยาบาลชุมชนคือห้องจ่ายยา (สุชาติ เปี่ยมปรีชา และคณะ, 2563) จึงต้องมีการควบคุมต้นทุนในการจ่ายยาให้อยู่ในงบประมาณ ซึ่งอาจเป็นการลดโอกาสในการสั่งจ่ายยาซ้ำซ้อนหรือการใช้กลุ่มยานอกบัญชียาหลักที่มีมูลค่าสูง ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนจึงต้องจ่ายยาที่มีความหลากหลายมากกว่า เพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ซึ่งอาจรวมถึงการใช้รายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาปฏิชีวนะมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการศึกษาที่พบว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะที่แตกต่างกันและโรงพยาบาลบางแห่งมีนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะน้อยเกินไป (สัมมนา มูลสาร, วีระพันธ์ เชื้อดวงผุย และสมพร สังข์ฤกษ์, 2558) ซึ่งอาจส่งผลให้มีผลการประเมินการจ่ายยาอย่างสมเหตุผลตามตัวชี้วัดชุดเดียวกันที่ต่ำกว่า โดยบริบทที่แตกต่างเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการพัฒนานโยบายและแนวทางที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการยาของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาไปสู่การให้บริการด้านยาที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลทุกระดับ

3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างของผลการดำเนินงานการจ่ายยาอย่างสมเหตุผลระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ศึกษามีข้อเสนอเพื่อการพัฒนา ดังนี้

3.1 กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาทบทวนเป้าหมายและการกำหนดตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลในแต่ละขนาด เนื่องด้วยการใช้ตัวชี้วัดชุดเดียวกันในการประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกแห่งอาจไม่สามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจงกับพื้นที่ หรือความละเอียดของข้อมูลไม่มากพอในการพิจารณาความสมเหตุสมผล เช่น ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการจ่ายยาปฏิชีวนะในขนาดผลสดจากอุบัติเหตุ เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่ชนบทประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมทำให้มีโอกาสเกิดบาดแผลติดเชื้อได้ง่าย และอาจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจากความห่างไกลของพื้นที่ ซึ่งอาจส่งผลต่อปัจจัยอื่น ๆ ที่แพทย์ต้องพิจารณาในการจ่ายยาปฏิชีวนะที่

เพิ่มขึ้น เช่น ชนิดของบาดแผลที่แบ่งตามความสะอาด ระยะเวลาการเกิดแผล หรือการดูแลรักษาความสะอาดหลังทำแผล เป็นต้น รวมถึงในกรณีของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ให้บริการทางการแพทย์ในโรคที่มีความรุนแรงและซับซ้อน อาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาที่มีความหลากหลายหรือรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก

3.2 โรงพยาบาลทุกแห่งควรมีการพัฒนากระบวนการจ่ายยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีระบบแจ้งเตือนเพื่อแก้ไขปัญหาการสั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน ลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการจัดหรือจ่ายยา รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มพิเศษที่มีความเสี่ยงหรือมักจะต้องรับยาหลายชนิด เช่น ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคตับ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

3.3 กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดให้การดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นหนึ่งในหัวข้อในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) เพื่อให้มีการติดตามตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกส่งผลให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และขยายการดำเนินงานไปถึงเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อประเมินผลการสร้างความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนจากการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล โดยเฉพาะหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด เช่น การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย มีระบบให้คำปรึกษาการใช้ยาแก่ผู้ป่วย การให้ความรู้ประชาชนในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน รวมถึงขยายการดำเนินงานไปถึงภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา ร้านชำ การใช้ยาปฏิชีวนะในภาคการเกษตร ประมง และปศุสัตว์ เป็นต้น

3.4 จากการศึกษาที่พบว่าในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีผลการดำเนินงานไม่ผ่านตามตัวชี้วัดมากกว่าในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลในการดำเนินงาน ประสิทธิภาพในระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยที่แตกต่างกันที่มารับบริการในโรงพยาบาลแต่ละระดับ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการใช้ยา ส่งผลต่อการปฏิบัติตามตัวชี้วัดของสถานพยาบาลหรือไม่



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณานุกรม

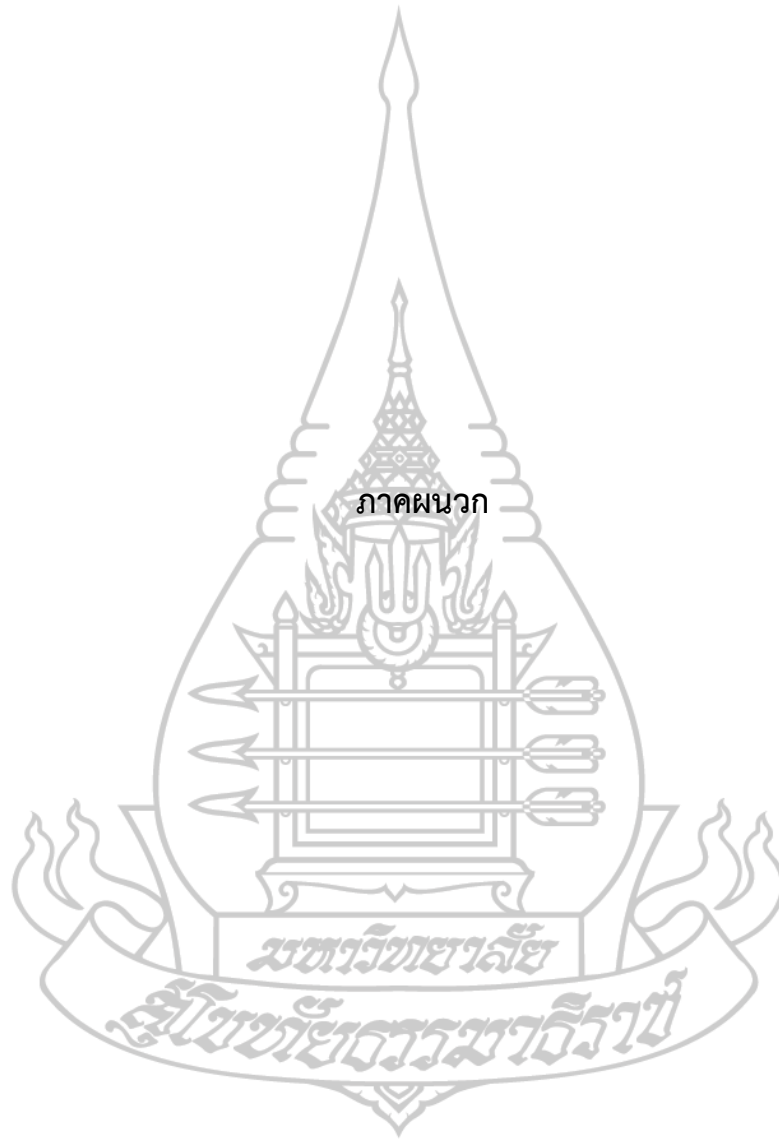
- กมลนันท์ ม่วงยิ้ม และคณะ. (2560). ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในบุคลากรทางการแพทย์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- เกรียง ตั้งสง่า และคณะ. (2561). การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลอำเภอ และโดยพยาบาลชุมชนของ รพ.สต. สืบค้นจาก <http://www.brkidney.org/download/ESCORT-2Study.pdf>
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557) *Thailand Medical Services Profile 2011-2014* (การแพทย์ไทย 2554-2557). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ. (2559). *แผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) พ.ศ. 2561 – 2565*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ. (2560). *การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) พ.ศ. 2560 – 2564*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ, อารยา ประเสริฐชัย, และธีระวุธ ธรรมกุล. (2565). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(1), 110-122.
- คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. (2558). *คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- จิตตวดี กมลพุท. (2563). การดำเนินงานการใช้ยาสมเหตุผล ตาม RDU Hospital PLEASE ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอช้องชัย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(3), 51-59.
- ชุติมาภรณ์ ไชยสงค์, พิริยา ติยาภักดิ์, สุภาพร สุภาทวีวัฒน์, ศรารุช มิทะลา และสุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2562). ผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในหญิงคลอดปกติ โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 13(3), 261-270.

- ชูติเดช ตาบ-องครักษ์. (2563). ประสิทธิภาพของกลวิธีในการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนากระบวนการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลมหาราชธานี วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(1), 657-669.
- ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2551). *ประสิทธิภาพและต้นทุนของสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2243?locale-attribute=th>
- ทิพวรรณ วงเวียน. (2557). ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคดังกล่าวในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. *เภสัชกรรมไทย*, 6(2), 106-114.
- นรินทร์ ต้นไพบูลย์, วิจัยกรุงศรี. (2564). *แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรม ปี 2564-2566: อุตสาหกรรมยา*. สืบค้นจาก <https://www.krungsri.com/th/research/industry/industry-outlook/chemicals/pharmaceuticals/io/io-pharmaceuticals-21>
- นิธิตา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ. (2558). *ภูมิทัศน์ของสถานการณ์และการจัดการการτιάต้านจุลชีพในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.
- ปฎิญา ปุยะติ และทิพาพร กาญจนราช. (2558). ความชุกและลักษณะของการใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียในโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน: การศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วยคู่สัญญาบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*. 11(ฉบับพิเศษ): 253-260
- ภาณุมาศ ภูมาศ และสุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2555). *รายงานการวิจัยผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์ จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย*. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มติคณะรัฐมนตรี. (2564). *นโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565*. กลุ่มนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สืบค้นจาก http://ndi.fda.moph.go.th/ndi_home
- ยอดพร โพธิ์ดอกไม้. (2560). รูปแบบการควบคุมการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล เชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 26(1). 97-105.
- ยุพดี ศิริสินสุข. (2561). *นโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติของไทย ในรายงานสถานการณ์ระบบยา พ.ศ.2555-2559*. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา คณะเภสัชศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กทม.: บจก.มาตาการพิมพ์.

- วีระศักดิ์ พุทธาศรี และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2560). การขับเคลื่อนโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผลโรงพยาบาลทั่วไทย ใช้ยาคุ้มค่า ปลอดภัย ไม่ซ้ำซ้อน. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4694/hs2332.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2559). สถานการณ์การใช้ยาเหตุผล สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. สืบค้นจาก http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/policy_file/20170801152053.pdf
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559ก). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan: Rational Drug Use). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559ข). สธ.กำหนดให้นโยบาย การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาที่ 15. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/84841>
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2563). การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ของคณะอนุกรรมการศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. สืบค้นจาก https://www.senate.go.th/book_shelf/index2.php
- สุชาติ เปี่ยมปรีชา, ธวัชชัย ยิงทวีศักดิ์, อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และนิลวรรณ อยู่ภักดี. (2563). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อสิทธิการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลท่าสองยาง. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5227?locale-attribute=th>
- สุณิชา ขานวาทิก, อังคณา เลชะกุล, วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, วลัยพร พัชรนฤมล, อภิชาติ ัญญาหาร และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2561) สถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพและความรู้เรื่องยาต้านจุลชีพ ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.; (3): 421-436.
- สุทธิณี เรื่องสุพันธ์ุ, วรวุฒิ สุพัชญ์ และสมพร พานสุวรรณ. การจัดการเชิงระบบสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก 2563; 26:61-78.
- สัมมนา มูลสาร, วีระพันธ์ เชื้อดวงผุย และสมพร สังข์ฤกษ์. (2558). นโยบายยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในมุมมองของเภสัชกรโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 24 (3). 510-520.

- ศุภรัชต์ แห่งพิษ (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแพร่. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา และคณะ. (2555). คุณภาพการสั่งจ่ายผู้ป่วยนอก: ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล 18 แห่งมาตรฐานของโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(2): 167-175
- Jianqian, C. H. A. O., Jiangyi, G. U., Hua ZHANG, H. C., & Zhenchun, W. U. (2018). The impact of the national essential medicines policy on rational drug use in primary care institutions in Jiangsu Province of China. *Iranian journal of public health*, 47(1), 24.
- Vippadapu, P., Gillani, S. W., Thomas, D., Ahmed, F., Gulam, S. M., Mahmood, R. K., ... & Rathore, H. A. (2022). Choice of antimicrobials in surgical prophylaxis-overuse and surgical site infection outcomes from a tertiary-level care hospital. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 849044.
- World Health Organization. (2002). *Promoting rational use of medicines: core components*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf?sequence=1





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมาธิราช

แบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

เขตสุขภาพที่	
จังหวัด	
ประเภทของโรงพยาบาล	
ระดับของโรงพยาบาล	
ชื่อโรงพยาบาล	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			
			ตัวตั้ง	ตัวหาร	ร้อยละ	ผ่าน/ไม่ผ่าน
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	โรงพยาบาลระดับ A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2 ≥ ร้อยละ 85 F1-F2 ≥ ร้อยละ 90				
2	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล	ระดับ 3 ขึ้นไป				
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐานฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม	ระดับ 3 ขึ้นไป				

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			
			ตัวตั้ง	ตัวหาร	ร้อยละ	ผ่าน/ไม่ผ่าน
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ				
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3 ขึ้นไป				
6	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20				
7	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20				
8	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40				
9	ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ 10				
10	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิด	ร้อยละ 0				

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			
			ตัวตั้ง	ตัวหาร	ร้อยละ	ผ่าน/ไม่ผ่าน
	ร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง					
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ <u>glibenclamide</u> ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม.	≤ ร้อยละ 5				
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้	≥ ร้อยละ 80				
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ 5				
14	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ ร้อยละ 10				
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80				

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			
			ตัวตั้ง	ตัวหาร	ร้อยละ	ผ่าน/ไม่ผ่าน
16	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ ที่ใช้ยากลุ่ม long- acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ 5				
17	จำนวนสตรี้ดิงครรร์ ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ warfarin* statins ergots (*ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0 คน				
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และได้รับยา non- sedating antihistamine	≤ ร้อยละ 20				
19	ร้อยละของรพ.สต. และหน่วยบริการปฐม ภูมิในเครือข่ายที่มีอัตรา การจ่ายปฏิชีวนะ ในโรคติดเชื้อที่ระบบ การหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบ	ร้อยละ 100				

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			
			ตัวตั้ง	ตัวหาร	ร้อยละ	ผ่าน/ไม่ผ่าน
	เจ็บพลัน \leq ร้อยละ 20					
20	ร้อยละของรพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วง เจ็บพลัน \leq ร้อยละ 20	ร้อยละ 100				
	ร้อยละของรพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่ผ่านตัวชี้วัด 19 และ 20	รพ.สต.ผ่าน RDU ขั้นที่ 1 \geq ร้อยละ 40 ขั้นที่ 2 \geq ร้อยละ 60 ขั้นที่ 3 \geq ร้อยละ 100				
สรุปภาพรวมผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 - 3						

การจัดประเภทโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เกลวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) แบ่งเป็นดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) (ระดับ A) หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียง มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขา เป็นศูนย์กลางให้จังหวัดใกล้เคียงส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมาให้

โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) หมายถึง โรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วไปหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอขนาดใหญ่ที่มีขีดความสามารถระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) มีจำนวนเตียง 120 – 500 เตียง สามารถแบ่งเป็นระดับย่อย ได้แก่

- โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา

- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M1) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น

โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หมายถึง โรงพยาบาลประจำอำเภอทั่วไปมีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary Care) หรือระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) มีจำนวนเตียง 10 – 120 เตียง สามารถแบ่งเป็นระดับย่อย ได้แก่

- โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 – 5 คน และแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย 2 คน

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (ระดับ F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 – 120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก รวม 3 – 10 คน

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 – 90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2 – 4 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว รวม 1 – 2 คน

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อสกุล	นายทวีศักดิ์ ไพรสุวรรณ
วัน เดือน ปี เกิด	23 เมษายน พ.ศ. 2523
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต
ที่อยู่ปัจจุบัน	จังหวัดนนทบุรี
ประวัติการศึกษา	เกสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร พ.ศ. 2545
ประวัติการทำงาน	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จังหวัดนนทบุรี เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

