

สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)

และคณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา (MST)

วันที่ 28 มีนาคม 2565 ณ ห้องประชุมรวงผึ้ง ชั้น 4 อาคาร 5

เวลา 13.30 น-16.30 น

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.สุรัตน์ ส่งวิรุฬห์	ผู้อำนวยการ รพร.เดชอุดม	ประธาน PTC
2. นพ.อดิศักดิ์ ประวิทย์ธนา	รอง ผอ.ก.ด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ	รองประธาน
3. พญ.ธิติมา สายสุด	ผช. ผอ.ก.ด้าน service plan	กรรมการ
4. พญ.ทิพวัลย์ ลิ้มลิขิต	ผช. ผอ.ก.ด้าน ภารกิจพิเศษ	กรรมการ
5. พญ.ณัฐิกา วรรณแก้ว	ผช. ผอ.ก.ด้านกัญชาทางการแพทย์	กรรมการ
6. พญ.ดารณี คู่สกุลนิรันดร์	ผช. ผอ.ก.ด้านการเงินการคลัง	กรรมการ
7. พญ.ศิริวรรณ ทองวิเศษ	หัวหน้ากลุ่มงานโสต ศอ นาสิก แพทย์	กรรมการ
8. นพ.อรธณพ ศุภสุข	ผช. ผอ.ก.ด้านงานคุณภาพ	กรรมการ
9. นางวารารณ วรรณโท	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	กรรมการ
10. นส.จันท์ทิพย์ บัววัฒน์	หัวหน้าตึกศัลยกรรมกระดูก	กรรมการ
11. นางสุพรรณิ ถ้ำหิน	หัวหน้าตึกผู้ป่วยพิเศษทวิกันยา	กรรมการ
12. นส.ประภาพร ศุภสุข	หัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล	กรรมการ
13. นายพิทักษ์ชัย จิตรมัน	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	กรรมการ
14. นางปณยวีร์ ขจรฤทธิ์อนันต์	หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก	กรรมการ
15. นางปิ่นฉวีพรก เพื่องโพธิ์ทอง	หัวหน้าห้องยาผู้ป่วยนอก	กรรมการ
16. นายสุริยนต์ มิ่งขวัญ	เลขานุการทีม RM	กรรมการ
17. นายอภิชาติ ทองมนต์	เภสัชกร	กรรมการ
18. นส.รวีพรรณ หลักรัตน์	เภสัชกร	กรรมการ
19. นายอรรณพ สมดี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
20. นางอรุณ กลิ่นบัว	พยาบาลวิชาชีพตึกศัลยกรรมชาย	กรรมการ
21. นางวารารณ นามแก้ว	หัวหน้างานแพทย์แผนไทย	กรรมการ
22. นส.ศุภิชญา หลาทอง	หัวหน้าตึกผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก	กรรมการ
23. นางรัตนา รากทอง	หัวหน้าตึกกุมารชั้น 4	กรรมการ
24. นส.พรรณทิวา สีเสต	พยาบาลวิชาชีพตึกศัลยกรรมกระดูก	กรรมการ
25. นส.นงนุช วรรณโคตร	พยาบาลวิชาชีพตึกอายุรกรรมหญิง	กรรมการ
26. นส.เบญจมาศ เจริญศรี	เภสัชกร	กรรมการ
27. นายประมวล กำแก้ว	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	เลขานุการ
28. นส. สันทนา ทองผุย	หัวหน้างานบริหารเวชภัณฑ์	ผู้ช่วยเลขา

วาระที่ 1 ประธานแจ้งเพื่อทราบ

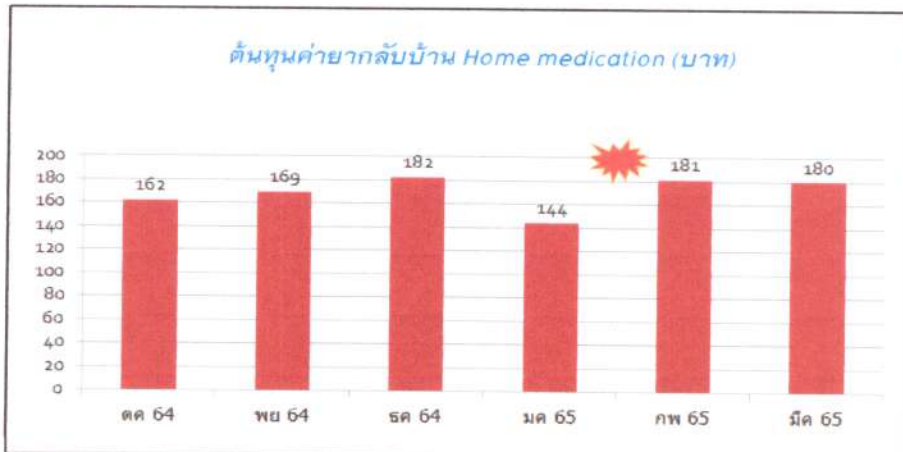
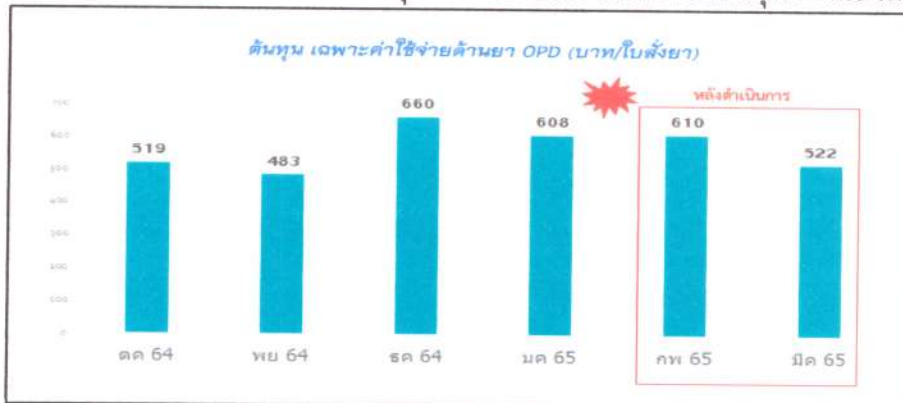
นพ.สุรัตน์ ส่งวิรุฬห์ ประธานในที่ประชุมแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการยาในสถานการณ์โควิดในปัจจุบัน ทุกโรงพยาบาลต้องเตรียมแนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องของการตรวจรักษาแบบเจอ-จ่าย-จบ จึงให้ทีมระบบยาเตรียมความพร้อมในเรื่องการสำรองยา ทั้ง Favipiravir ฟ้าทะลายโจร และยาที่เกี่ยวข้องต่างๆให้เพียงพอ

สำหรับระบบการจ่ายยา Favipiravir หากสามารถทำเป็นระบบจ่ายยาตั้งแต่ Day0 ที่ผู้ป่วยตรวจพบเชื้อได้ จะดีมาก และให้ทีมช่วยพิจารณาระบบการนำยาสำรองไปไว้ที่ รพสต.แต่ละแห่ง ว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยแค่ไหน ให้หาแนวทางดำเนินการโดยเร็วในช่วงนี้ และให้ติดตามการส่งรายงาน การคีย์ข้อมูลเพื่อเบิกยา Favipiravir ให้เป็นปัจจุบันที่สุด

มติที่ประชุม-ทราบ

วาระที่ 2 เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมที่ผ่านมา

ภญ.สันทนา ทองผุย ผู้ช่วยเลขานุการ PTC นำเสนอสรุปรายงานการประชุมครั้งที่ผ่านมามีเมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นการประชุมในเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา ทั้งระบบ Refer รับยา รพช.และ ระบบ Refill รับยาครั้งละ 1 เดือน ซึ่งในครั้งนี้ได้สรุปผลการดำเนินงานในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2565 ดังนี้



ประธานให้นโยบายในเรื่องความพร้อม ทั้งในส่วนของสถานที่ เครื่องมือ คอมพิวเตอร์ ต้องจัดหาให้เพียงพอ และในส่วนของอัตรากำลัง พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ให้เหมาะสม ถ้าอัตรากำลังไม่เพียงพอสามารถขอเพิ่มมาได้ เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ในระบบ refill ยา เป็นไปด้วยดี ซึ่ง ภญ.สันทนา เสนอว่าในช่วงนี้ระบบ refill หากจะดำเนินการครบทุกคลินิก อาจจะต้องขอปฏิบัติในช่วงนอกเวลาราชการโดยขออนุมัติเป็น OT ระหว่างที่รอเพิ่มคน

นพ.อดิศักดิ์ ประวิทย์ธนา เสนอว่า ต่อไปจะมีการแยกต้นทุนค่ายา OPD เป็นรายคลินิก รายสาขา เพื่อให้เห็นผลการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น

พญ.ดารณี คู่สกุลนิรันดร์ เสนอว่า อยากให้มี Center ที่เห็นได้ชัดเจน และผู้ป่วยสามารถ walk in มาใช้บริการ Refill ยา ได้ โดยอาจลงทุนปรับบริการด้านนี้ ซึ่งผลลัพธ์น่าจะคุ้มค่า

ประธาน ให้วิเคราะห์เพิ่มในประเด็น ดังนี้

- วิเคราะห์ต้นทุนค่ายา แยกตามสิทธิ์ UC ประกันสังคม ข้าราชการ และวิเคราะห์ร่วมกับด้านรายรับว่ามีความสมดุลหรือไม่
- วิเคราะห์ในส่วนของ รพ.ลูกข่าย ว่าแต่ละแห่งมีต้นทุนเท่าไร เพื่อนำมาควบคุมในส่วนของผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนที่ รพ.เดชอุดม
- ฝากวิเคราะห์ในส่วนของต้นทุนค่ายา รพสต.แยกตามขนาด S M L
- วิเคราะห์ต้นทุนค่ายาแยก ED/NED

มติที่ประชุม-ทราบ

วาระที่ 3 เสนอเพื่อพิจารณา

ภญ.สันทนา ทองผุย ผู้ช่วยเลขาฯ นำเสนอวาระพิจารณา 3 เรื่อง ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญ ไตรมาส 1/2565

3.1.1 สรุปมูลค่าการใช้จ่าย

ตารางที่ 1 มูลค่าการใช้จ่ายเปรียบเทียบกับ planfin

ปี	แม่ข่าย (ใช้จริง)	แผนแม่ข่าย	ลูกข่าย (ใช้จริง)	แผนลูกข่าย
2562	75,741,557	75,854,477	4,876,404	4,713,116
2563	78,120,614	76,692,960	4,452,274	4,876,404
2564	100,395,408	78,345,497	4,863,167	4,735,057
2565 (5ด)	38,375,026	73,543,567	2,586,211	4,617,962

มูลค่าการใช้จ่ายในปีงบประมาณ 2565 ช่วง 5 เดือนแรกใช้ไป เกิน 50% จากแผนการจัดซื้อที่กำหนดสาเหตุเกิดจากสถานการณ์ covid-19 ที่ต้องมีการใช้ยารักษาการติดเชื้อโควิด-19 และรายการยาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโควิด มีปริมาณเพิ่มขึ้น เช่น Antibiotic ยาแก้ไอ ลดน้ำมูก ลดไข้ แก้แพ้ รวมทั้งฟ้าทะลายโจร เป็นต้น ดังนั้นในการปรับแผนกลางปี 2565 จึงขออนุมัติปรับเพิ่มค่ายาแม่ข่ายเป็น 82 ล้านบาท และลูกข่าย 5 ล้านบาท

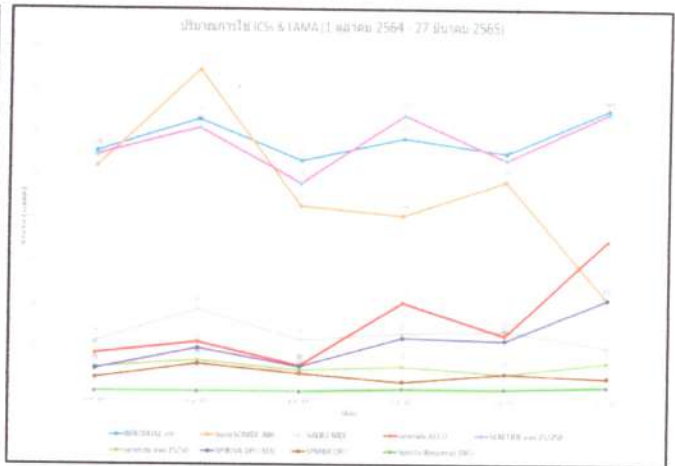
ตารางที่ 2 มูลค่าการใช้จ่ายแยกแต่ละประเภท

ปีงบประมาณ	ED	NED	สมุนไพร	วัสดุเภสัชกรรม
2562	72,638,194	6,119,103	1,860,663	2,854,249
2563	75,314,957	4,970,498	2,287,433	3,642,318
2564	74,683,110	30,452,157	2,468,699	3,745,810
2565 (5ด)	34,804,505	5,912,440	852,310	1,433,418

มูลค่าการใช้จ่ายโดยรวมทุกประเภทมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะยาในกลุ่ม NED โดยมูลค่ายา NED 5,912,440 มีแนวโน้มสูงขึ้น แบ่งเป็นมูลค่ายาโควิด ได้แก่ ยา favipiravir, remdesivir และวัคซีนป้องกันโควิด 2,910,506 บาท นอกนั้นเป็นยา NED ทั่วไปอยู่ในมูลค่าปกติ

ตารางที่ 3 มูลค่าการใช้จ่าย 20 อันดับแรก ปี 2565 และกราฟแสดงปริมาณการใช้จ่ายพ่นชนิดต่างๆ

มูลค่าการใช้ยา 20 อันดับแรก ปี 2565 (5 เดือน)				
ที่	รายการยา	จำนวน	มูลค่า	ประเภท
1	DIANEAL 1.5 % S 1*2 ชุด(เครื่อง)	49	1,074,537.87	ED
2	SERETIDE EVOHALER 25/250 MCG	1250	807,983.88	ED
3	0.9% NSS 100 ML	90	569,155.50	ED
4	SIMVASTATIN 20 MG TABLET (100*10'S)	70	557,940.00	ED
5	20 % ALBUMIN INJ. (50 ML)	94	535,800.00	NED
6	CEFTAZIDIME 1 G INJ	990	498,020.80	ED
7	ATORVASTATIN 40 MG TABLET (10*10'S)	130	467,590.00	ED
8	TAMSULOSIN HCL 0.4 MG (30'S)	444	459,993.00	นวัตกรรม
9	HYDRALAZINE 25 MG TABLET (50*10'S)	257	449,000.00	NED
10	MEROPENEM 1 GM INJ.	0	443,108.40	ED
11	EPREX 5000 IU/0.5ml	89	440,584.27	ED
12	RECOMBIN (Epo beta 5000 IU/0.3 ml)	28	439,717.63	ED
13	METFORMIN 500 MG TABLET (50*10'S)	408	421,917.05	ED
14	PHENYTOIN 100 MG (100')	388	415,575.16	ED
15	0.9% NSS 1,000 ML	1,045	400,254.00	ED
16	ALTEPLASE STERILE PWDR 50 MG INJ.	7	396,435.00	ED
17	HEMA-PLUS 4000 IU/Inj	36	390,849.60	นวัตกรรม
18	AMLODIPINE 10 MG TABLET (10*10'S)	2,514	365,155.00	นวัตกรรม
19	IMIPENEM+CLASTATIN 500 MG	258	361,125.00	ED
20	SODIUM VALPROATE 500 MG TABLET (30')	368	355,751.46	ED
21	INSULIN NPH 100 IU/ML, 10 ML INJ	23	305,398.40	ED
22	LERCARDIPINE (20mg) 28 s	402	291,303.22	ED
23	SALINE IRRIGATE 1,000 ML	150	283,993.50	ED
24	PIPERACILLIN 4 G.+TAZOBACTAM 500 MG	1,070	279,655.20	ED
25	SMOF KABIVEN 1300KCAL(1904ML)	33	268,463.00	ED



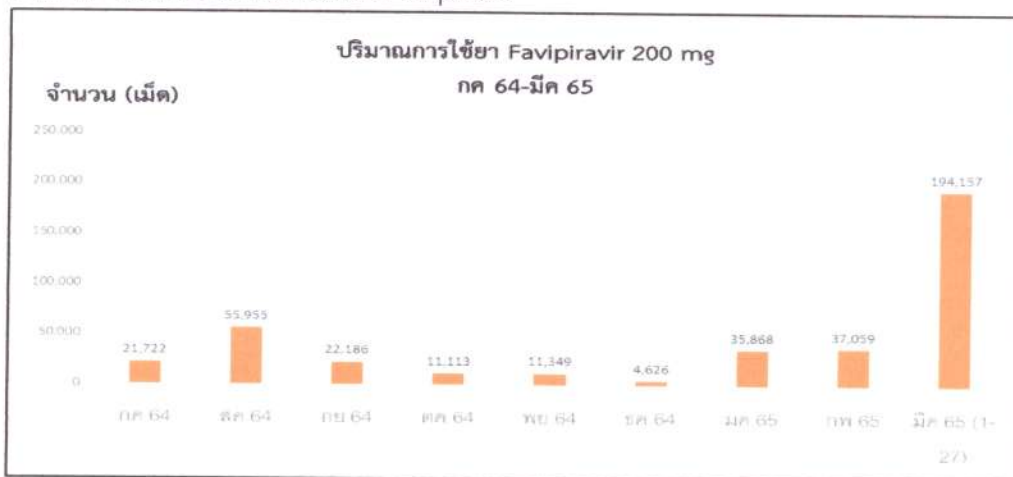
จากข้อมูลแสดงมูลค่าการใช้ยา 20 อันดับแรกปี 2565 พบว่า ยาพ่นที่ใช้รักษา Asthma/COPD มีอัตราการใช้สูงขึ้นมาก โดยเฉพาะยา Seretide evohaler 25/250, Seretide Accu 50/500, Spiriva ในขณะที่ปริมาณการใช้ ICS เช่น Budesonide มีแนวโน้มลดลง

พญ.จิตติมา สายสุด เสนอให้พิจารณาข้อมูลด้านจำนวนผู้ป่วยมีปริมาณเพิ่มขึ้นด้วยหรือไม่ ประกอบกับมีแพทย์เฉพาะทางสาขาทรวงอกเข้ามาทำให้ยากกลุ่มนี้ใช้เยอะขึ้น และขอให้มีข้อมูลเชิงคุณภาพเปรียบเทียบกับ Guideline การรักษามาประกอบความเหมาะสมด้วย

ประธานมีนโยบายให้ควบคุมมูลค่าการใช้ยา ให้มีสัดส่วนจำนวนยา ED:NED ไม่ต่ำกว่า 80: 20 รวมทั้งมูลค่ายาต้องไม่ตกเกณฑ์

มติที่ประชุม –รับทราบ และติดตามในครั้งถัดไป

ตารางที่ 4 แสดงปริมาณการใช้ยา Favipiravir

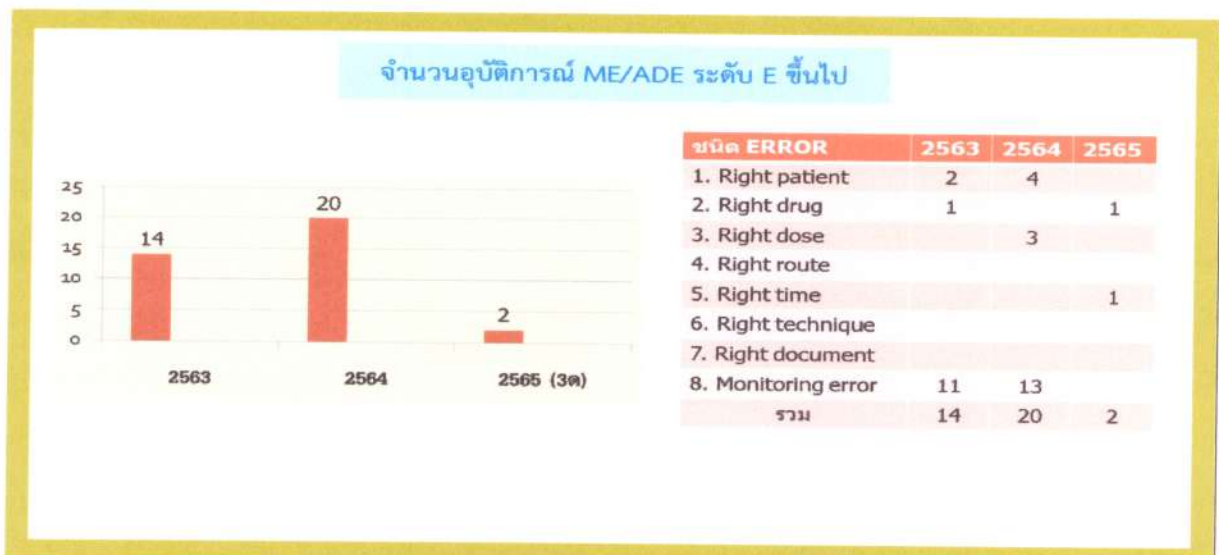


ปริมาณการใช้ยา Favipiravir ของ รพร.เดชอุดม มีปริมาณสูงสุดในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีผล ATK positive ก็อยู่ในสัดส่วนที่สูง เสี่ยงต่อการใช้ยา overuse

มติที่ประชุม - ขอให้แพทย์สั่งใช้ยา favipiravir ตามเกณฑ์อย่างเคร่งครัด และแยกประเภทผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาให้มีความให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันปัญหาขาด

3.1.2 ความคลาดเคลื่อนทางยา

- รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาทุกประเภทมีแนวโน้มลดลงในไตรมาส 1/2565 อาจเนื่องมาจากภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด
- ส่วนรูปแบบการรายงาน ขอใช้การลงผ่านระบบ google form ก่อน เนื่องจากมีความสะดวกและสามารถเก็บข้อมูลได้ง่าย สำหรับการลงใน HRMS จะนำไปพิจารณาในคณะกรรมการ MST อีกที



- จำนวนอุบัติการณ์ ADE/ME ระดับ E ขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้น พญ.จิตติมา เสนอว่าควรมีการนำเสนอเพิ่มเติมว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีสาเหตุมาจากสาเหตุเดิมที่เคยทบทวนไปแล้วหรือไม่ เพื่อนำมาแก้ไขว่าเราทบทวนถึง RCA หรือไม่
- คุณวรารภรณ์ วรรณโท ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า จากเหตุการณ์ Admin error ที่เกิดล่าสุด ทางหน่วยงานได้มีการทบทวนทันที และได้ข้อสรุปกำชับให้พยาบาลทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารยาด้วยหลัก 7R รวมทั้งจะมีการพิจารณาในเรื่องของภาระงาน อัตรากำลัง การมอบหมายงานในแต่ละเวรให้เหมาะสม
- ประธาน ได้ทบทวนค่านิยมของ Med error ทั้ง 5 ประเภท ว่าแต่ละคนเข้าใจได้ตรงกันหรือไม่ ควรมีการให้คำนิยามชัดเจน ถูกต้อง และเผยแพร่ให้ทุกคนทราบ ในปี 2565 รพร.ทุกแห่งให้เตรียมความพร้อมในการทำระบบ paperless ซึ่งน่าจะช่วยลด ME ของ IPD บางประเภทได้
- นพ.อดิศักดิ์ ได้ชี้แจงว่า เรื่องการให้คำนิยาม ME ทุกประเภท เป็นปัญหาของหลาย รพ.รวมทั้ง รพร.เดชอุดม จะมีการปรึกษารื้อกับทีมในการเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และจะมีการนำประเด็น ME เป็น KPI สำคัญของหัวหน้าทุกคน

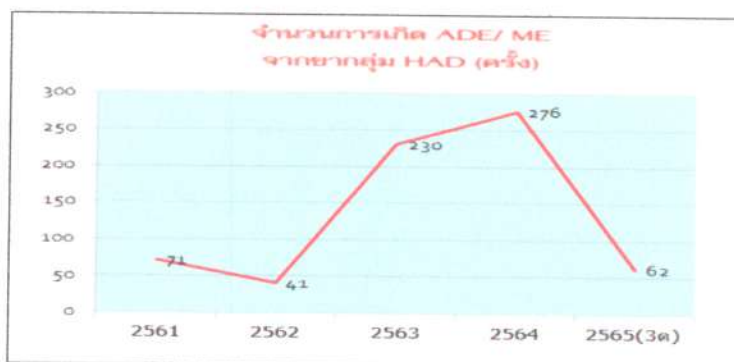
3.1.3 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา ยังไม่พบผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ทั้งที่แพ้จากในระบบโรงพยาบาล แพ้จากนอกระบบ และแพ้ยาข้ามกลุ่ม ส่วนหนึ่งเป็นจากระบบป้องกันที่วางไว้ ร่วมกับระบบป้องกันแพ้ยาซ้ำที่เชื่อมกับ รพ สต.ในเขตพื้นที่ อ.เดชอุดม

- แต่ประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมคือ การสร้างระบบค้นหา Type A ADR ต้องมีการออกแบบระบบ ดักจับ โดยเฉพาะ serious type A ADR เพื่อนำข้อมูลมาวางระบบป้องกัน

- ประธาน ขึ้นชมระบบที่วางไว้ และให้ช่วยพัฒนา โดยเฉพาะระบบ Pop alert และ Lock alert ใน คอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นระบบที่ช่วยป้องกันบุคลากรได้ดี

3.1.4 การจัดการยาเสี่ยงสูง (High Alert Drug)



- จากข้อมูลอุบัติการณ์ ADE/ME ที่เกิดจาก HAD มีจำนวนมาก โดยเฉพาะที่เป็นความรุนแรงระดับ D มีอัตราที่สูงขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการให้ยาไม่ผ่าน infusion pump ซึ่งก็ยังพบปัญหาความไม่เพียงพอ

- นพ.อดิศักดิ์ ให้ข้อมูลว่าทีมเครื่องมือแพทย์ได้มีระบบ sharing การใช้เครื่องมือ เพื่อให้มีการหมุนเวียน ไม่ให้มีการค้างสต็อกที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ซึ่งระบบนี้จะทำให้เครื่อง infusion pump มีความเพียงพอ แต่อย่างไรก็ตามฝากให้หัวหน้าหน่วยงานกำกับเรื่องการส่งคืน การยืม เครื่องมืออย่างเคร่งครัด ด้วย

3.1.5 การจัดการความต่อเนื่องทางยา (Medication reconciliation)

จากการปรับกระบวนการ MR ที่ให้แพทย์เป็นผู้ทบทวนรายการยา และปรีนรายการยาเดิมเพื่อใช้เป็น standing order ใช้เป็น doctor order จนถึงวัน discharge ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานคือผู้ป่วยได้รับยาที่ ควรได้รับทันเวลา แต่ยังมีปัญหาที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง คือ ระบบ MR เมื่อผู้ป่วยย้ายแผนก

ประธาน ขึ้นชมแพทย์ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการเรื่องนี้ แต่ฝากทีมให้ปรับระบบร่วมกับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ผ่าตัดให้มีการปรึกษาเรื่อง MR ข้ามแผนกระหว่างแพทย์แต่ละสาขา

3.1.6 การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและจัดการเชื้อดื้อยา (RDU&AMR)

การใช้ยาสมเหตุผล (RDU)

เกณฑ์	เป้าหมาย ชั้น 2	เป้าหมาย ชั้น 3	ผลการดำเนินงาน ไตรมาส 1/2565
1. ผ่านตัวชี้วัดตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
2. อัตราการใช้ยา ATB ในโรคติดเชื้อ ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ตัวชี้วัด	AD <20% RI <30% FTW <50% สตรีคลอดปกติ <10%	AD <20% RI <20% FTW <40% สตรีคลอดปกติ <10%	25.66% 30.58% 48.82% 6.1
3. การใช้ NSAID ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป	<10%	<10%	0.12
4. การใช้ glibenclamide ในผู้สูงอายุหรือไตบกพร่อง	<5%	<5%	0.00
5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์	0%	0%	0.00
6. จำนวน รพ.สต.ในเครือข่ายผ่านเกณฑ์ RI และ AD	>80%	>80%	82.14

- สถานการณ์ RDU ปัจจุบัน ผลการดำเนินงานอยู่ชั้นที่ 1 เพราะยังไม่ผ่านในเรื่องอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ อูจจาระร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลสด และปีนี้เราได้งบประมาณ 500,000 บาท สนับสนุนจากทาง อย. ซึ่งมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง 21 แห่ง ผ่านเกณฑ์ชั้นที่ 3 ของ RDU ภายในปีงบประมาณ 2565

- ประธาน ให้เตรียมแผนรองรับการดำเนินงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ ซึ่ง พญ.จิตติมา เสนอให้นำระบบรายงานตัวชี้วัดรายแพทย์ มาสะท้อนให้แพทย์ทราบเหมือนเดิม จะได้ผลดีขึ้น พญ.ศิริวรรณ เสนอให้มีการจัดทำรหัส ICD-10 ที่สามารถสั่งยาได้ เผยแพร่ให้แพทย์ทราบ

- ส่วนระบบ AMR ประธานมอบหมายให้ติดตาม Antibioqram ของปี 2564 จากทางห้องแล็บ ภายใน 31 พค 2565 และให้ใช้งบประมาณ 5 แสน จาก อย.มาใช้ในการดำเนินงาน AMR ด้วย

3.1 แผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ (Recommendation)

ผู้ช่วยเลขาฯ นำเสนอประเด็นขึ้นชม และแผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะของ สรพ. ล่าสุดที่เยี่ยมสำรวจในวันที่ 8-9 เมษายน 2565 ให้ทีม PTC ควบคุมกำกับประต่งๆเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังประเด็นต่อไปนี้

- การใช้ยา HAD ให้มีความชัดเจนรัดกุมมากขึ้น ตั้งแต่นโยบายคำสั่งใช้ยา การถ่ายทอดคำสั่ง การทบทวน การตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ (Independent double check) ในขั้นตอนการบริหารยา การติดตามการใช้ยา HAD ที่มีประสิทธิภาพ
- กระบวนการ medication reconcile ในขั้นตอน transmission เมื่อผู้ป่วยย้ายแผนก
- ADR type A monitoring โดยเฉพาะระบบรายงานและประเมิน การพัฒนาระบบค้นหาดักจับ serious ADR การนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการติดตามเพื่อให้เกิดการใช้ยาที่ปลอดภัย
- การพัฒนาความปลอดภัยในการใช้ยาใน IPD ทั้งการส่งมอบยาและการบริหารยาในประเด็นการให้ยาผิดชนิด และให้ยาผิดคน
- ควรร่วมกับทีมนำทางคลินิกต่างๆที่เกี่ยวข้องในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มต่างๆให้มีความชัดเจนและมีความปลอดภัยมากขึ้น โดยเฉพาะ CKD จิตเวช warfarin ผู้ป่วยได้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาเคมีบำบัด ทารกแรกเกิด

- ซึ่งทั้ง 5 ประเด็นได้จัดทำแผนพัฒนา และติดตามตัวชี้วัดไปแล้ว และจะนัดทีม MST เพื่อติดตามผลการดำเนินงานและปรับปรุงแก้ไขต่อไป
- ประธาน ให้นโยบายเรื่อง การทบทวนรายการยา HAD ควบคุมไปด้วย ถ้ารายการไหนไม่เกิดความเสี่ยงเคลื่อนอาจจะตัดออก ยารายการไหนมีปัญหา ก็ปรับเพิ่มเข้ามา
- และในประเด็นการพัฒนาตามแผนทั้ง 5 ข้อ มอบหมายให้ทางคณะกรรมการติดตามการดำเนินงานแบบเร่งด่วน และให้แก้ไขปรับปรุงให้เห็นผลลัพธ์ก่อนรับการเยี่ยมประเมิน post surveillance ในช่วงเดือนสิงหาคม 2565 นี้

ปิดประชุม เวลา 16.30 น

(นส.สันทนา ทองผุย)

ผู้ช่วยเลขานุการ PTC

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

(นายอดิศักดิ์ ประวิทย์ธนา)

รองผู้อำนวยการภารกิจบริการด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ

ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม

(นายสุรัตน์ ส่งวิรุฬห์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ผู้รับรองรายงานการประชุม

ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC/MST)

วันที่ 28 มีนาคม 2565 เวลา 13.30 น ห้องประชุมรวงผึ้ง

ที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ
1	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	ศสค. รพ.ร.	
2	พ.อ. อนันต์ ปุทธิรัตน์	รพ. ตติยภูมิ	
3	พ.อ. ทวีชัย สว่างจิต	รพ. ภูเก็ต	Dr
4	พ.อ. สุวิทย์ ทวีชัย	BNT	
5	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	รพ. ตติยภูมิ	Dr
6	พ.อ. ประจักษ์ สว่างจิต	รพ. ตติยภูมิ	Dr
7	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	Dr
8	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	Dr
9	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	Dr
10	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	Dr
11	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	IPD ortho	พ.อ. สุวิทย์
12	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	Immuno	Dr
13	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	IT	Dr
14	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	Dr
15	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	Dr
16	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	Dr
17	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	OPD	Dr
18	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	OPD	Dr
19	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	OPD	Dr
20	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	OPD (เภสัชกรรม)	Dr
	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	
	พ.อ. สุวิทย์ สว่างจิต	เภสัชกรรม	