

แบบฟอร์มขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ตามประกาศโรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๗
สำหรับหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค ในสังกัดโรงพยาบาลปากพนัง

แบบฟอร์มขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลปากพนัง	
ชื่อหน่วยงาน: โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช วัน/เดือน/ปี ตุลาคม ๒๕๖๗ หัวข้อ: ขออนุมัตินำ ผลการประเมินตนเองและการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ๔ มิติ ๑๕ ประเด็น ตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาล รายละเอียดข้อมูล : ผลการประเมินตนเองและการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ๔ มิติ ๑๕ ประเด็น ตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ตามเอกสารแนบ) Link ภายนอก: :http:// www.pknhospital.com หมายเหตุ: ...ลงหน้าเว็บ ระบบยา และกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ.....	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางศรีสุดา คีลาโชติ) เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วันที่ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายสมเกียรติ วรยุทธการ) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง วันที่ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบนำข้อมูลเผยแพร่  (นางสาวอภิรตี เป้าวงศ์สกุล) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	



ที่ นศ ๐๐๓๓.๐๐๔ / ๖ ๗/๐๕๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๐๐๐

โรงพยาบาลปากพนัง
เลขที่รับ 1312
วันที่รับ 2 ต.ค. 67
เวลา 13.13 น.

๒

ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ปิงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการดำเนินการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่คณะทำงานพัฒนาระบบมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล ซึ่งมีการ
ประเมินตนเองและการประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ซึ่งได้แจ้งผลการ
ดำเนินงานไปแล้วนั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอแจ้งให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ประเมิน
ตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ บนโปรแกรมระบบ
ประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของกองบริหารการสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๑ -๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗
รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิพงษ์ ขยณัฐพงษ์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

นศ ๘๐.๘๘๘

- ด.ก.ก.ก.ก.

17/10/67

เขียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง

- เพื่อไปตรวจ/พิจารณา

- เพื่อดำเนินการ/มอบกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- | | |
|---|---|
| ☐ ผู้อำนวยการ | ☐ กลุ่มงานบริหารทั่วไป |
| ☐ กลุ่มงานเภสัช | ☐ กลุ่มงานเภสัช |
| ☒ กลุ่มงานเภสัช | ☐ กลุ่มงานเภสัช |
| ☐ กลุ่มงานเภสัช | ☐ กลุ่มงานเภสัช |
| ☐ กลุ่มงานเภสัช | ☐ กลุ่มงานเภสัช |
| ☐ กลุ่มงานเภสัช | ☐ กลุ่มงานเภสัช |
| ☐ กลุ่มงานเภสัช | ☐ กลุ่มงานเภสัช |
| ☐ กลุ่มงานเภสัช | ☐ กลุ่มงานเภสัช |

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค

โทรศัพท์ : ๐๗๕-๓๔๓๔๐๙ ต่อ ๑๒๑

: ๐๘-๑๘๙๓-๘๗๔๘

๐ ทราบ ๐ ดำเนินการ
๐ อนุญาต ๐ อนุมัติ

(นายสมเกียรติ วรยุทธการ)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง

- 3 ต.ค. 2567

แนวทางการดำเนินการประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

คำชี้แจง

ขอความร่วมมือหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ
โรงพยาบาลชุมชน ประเมินตนเองด้านการดำเนินงานความปลอดภัยด้านยา ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
(ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ประเมินตนเองตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา โดยที่
 - การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๕
 - การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล ประเมินตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕
 ๒. นำผลการประเมินตนเองจากข้อ ๑ บันทึกเข้าสู่โปรแกรมระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของกองบริหารการสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนดังนี้
 - ๒.๑ เข้าสู่ระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
ทางเว็บไซต์ <http://phdb-service.moph.go.th/APP/PHARMACY>
Username: รหัสหน่วยงาน ๕ หลัก
Password: sar ตามด้วยรหัสหน่วยงาน ๕ หลัก
 - ๒.๒ อ่านวัตถุประสงค์ และคำชี้แจง โดยละเอียด จากนั้นกด “เข้าสู่การประเมิน”
 - ๒.๓ เพิ่มข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน
 - ๒.๔ บันทึกผลการประเมินตนเองด้านความปลอดภัยด้านยาให้ครบทุกข้อ (**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๔ ข้อ/โรงพยาบาล ๑๕ ข้อ**)
หมายเหตุ หากยังไม่กด “ส่งแบบประเมิน” หรือ ยังไม่เกินวันที่กำหนดส่ง จะสามารถแก้ไขข้อมูลได้
 - ๒.๕ ตรวจสอบข้อมูล และกด “ส่งแบบประเมิน”
หมายเหตุ โปรดตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งแบบประเมิน หากกดส่งแบบประเมินแล้วจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้
 - ๒.๖ เมื่อส่งแบบประเมินแล้ว จะขึ้นสถานะ “ส่งแล้ว”
หมายเหตุ ต้องขึ้นสถานะ “ส่งแล้ว” จึงจะถือว่าการประเมินตนเองฯ บนโปรแกรม เป็นอันเสร็จสมบูรณ์ ✓✓✓
- ***สามารถศึกษาวิธีการใช้โปรแกรมฯ โดยละเอียดจากคู่มือการใช้งานโปรแกรมประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุข
- ระยะเวลาดำเนินการ
- โปรดดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ระหว่างวันที่ ๑ – ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗
- ช่องทางการสอบถามข้อมูล
๑. โทรศัพท์ถึงกองบริหารการสาธารณสุข ๐ ๒๕๔๐ ๑๖๒๘
 ๒. LINE Open chat ตามคิวอาร์โค้ดที่แนบมาพร้อมนี้



โปรแกรมระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
<http://phdb-service.moph.go.th/APP/PHARMACY>



เอกสารประกอบการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
<https://moph.cc/DSA2568>



LINE Open chat "ประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา"

แบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.๒๕๖๕

วัตถุประสงค์

เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาระบบงานภายในหน่วยงานและประเด็นและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านยาประเทศรวม

คำชี้แจง

๑. แบบประเมินฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินตนเองและใช้ประเมินโดยองค์กรภายนอกด้านความปลอดภัยด้านยา และนำหลักเกณฑ์จากการประเมิน รวมทั้งผลการประเมินนำมาทบทวนการดำเนินการของโรงพยาบาลให้เกิดการพัฒนาองค์กรในการจัดการด้านความปลอดภัยด้านยา ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจแก่กระทรวงสาธารณสุข และผู้รับบริการ ว่าโรงพยาบาลสามารถดำเนินการจัดการด้านยาที่ปลอดภัยเหมาะสมและได้ผลพร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย
๒. แบบประเมินฉบับนี้แบ่งเป็น ๒ ตอน ประกอบด้วย
 - ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล และผู้ให้ข้อมูล
 - ตอนที่ ๒ แบบประเมินประเมินการดำเนินงานเพื่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ๔ มิติ และภายใต้แต่ละมิติประกอบไปด้วยมาตรฐานด้านต่างๆ ดังนี้

มิติด้านการบริหารระบบยา	มิติด้านการบริการและบริหารทางเภสัชกรรม
๑. การจัดการระบบด้านยา ๒. โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ๓. ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง ๔. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	๕. การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก ๖. การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน ๗. งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ๘. งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน
มิติด้านการจัดการระบบยา	มิติด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์
๙. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๑๐. การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ๑๑. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	๑๒. การผลิตและเตรียมยา ๑๓. การคัดเลือกยา ๑๔. การจัดซื้อจัดหา ๑๕. การบริหารคลังเวชภัณฑ์

การประเมินแต่ละประเด็นของระบบมาตรฐานความปลอดภัยจะประกอบไปด้วยกลุ่มตัวชี้วัดที่จะสะท้อนระดับของการปฏิบัติงานหรือศักยภาพของโรงพยาบาลในแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้

ระดับที่ ๐	ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าว
ระดับที่ ๑	เริ่มการดำเนินการวางแผน วางโครงสร้างเบื้องต้น
ระดับที่ ๒ (Limited Capacity)	เริ่มการดำเนินการบางส่วน เริ่มเรียนรู้การดำเนินการ
ระดับที่ ๓ (Developed Capacity)	ได้ดำเนินการในตัวชี้วัดนั้นแล้ว งานแล้วเสร็จ บางส่วนยังดำเนินการ
ระดับที่ ๔ (Demonstrated Capacity)	ได้ดำเนินการในตัวชี้วัดแล้วเสร็จ ยังมีความท้าทายด้านความยั่งยืน
ระดับที่ ๕ (Sustainable Capacity)	ระบบมีการดำเนินการอย่างยั่งยืน สามารถเป็นตัวอย่างการเรียนรู้

หลักการพื้นฐานคือ ความสำเร็จของแต่ละระดับเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนจากความสำเร็จและการประยุกต์ใช้ทรัพยากรและศักยภาพในระดับก่อนหน้านี้ และผู้ถูกประเมินต้องนำเสนอหลักฐานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ อย่างชัดเจน

แนวทางในการตอบแบบประเมินผู้ประเมินดำเนินการตรวจสอบว่าได้มีการดำเนินงานตามข้อกำหนดแล้วเสร็จในมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาครบถ้วนทุกข้อในแต่ละระดับ ถึงจะประเมินได้ว่าได้คะแนนในระดับนั้น และสามารถประเมินในระดับที่สูงขึ้นได้

ในการประเมินตนเองต่อไปนี้ ขอความกรุณาท่านประเมินตามความจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันในหน่วยงานของท่าน เพื่อข้อมูลที่ได้จะสะท้อนสถานการณ์การจัดการระบบยาของสถานพยาบาลทั่วประเทศ ซึ่งจะถูกนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรม หรือสิ่งสนับสนุนเพื่อพัฒนาระบบยาของประเทศในภาพรวมต่อไป

ขอขอบพระคุณเภสัชกรผู้ตอบแบบประเมินทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล และผู้ให้ข้อมูล

ชื่อโรงพยาบาล...ปากพนัง เขตสุขภาพที่ ๑๑ อำเภอ ปากพนัง จังหวัด นครศรีธรรมราช

ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล

ตำแหน่ง ☒ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

/ผู้ที่หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมมอบหมาย (กรุณาระบุตำแหน่ง หรือหน้าที่รับผิดชอบในปัจจุบัน)

ข้อมูลเพื่อติดต่อเพิ่มเติม เบอร์โทรศัพท์.....๐๘๑-๐๘๑๕๔๘๘ ID LINE -

ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล

๑. จำนวนเตียง ๑๐๕ เตียง
๒. โปรตระบุ ขนาดโรงพยาบาล (A, S, M๑, M๒, F๑, F๒, F๓) M๒
๓. จำนวนบุคลากรปฏิบัติงานจริงภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม ทั้งหมด ๒๒ คน (ไม่รวมลาศึกษาต่อ Full time และ ไปช่วยราชการ) ประกอบด้วย
 - ๓.๑เภสัชกร (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน ๙ คน
 - ๓.๒เจ้าพนักงานเภสัชกรรม (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน ๗ คน
 - ๓.๓ตำแหน่งอื่นๆ (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน ๖ คน
๔. จำนวนบุคลากรภายในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม (ถ้ามี) ประกอบด้วย
 - ๔.๑เภสัชกร (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน.....-คน
 - ๔.๒เจ้าพนักงานเภสัชกรรม (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน.....-คน
 - ๔.๓ตำแหน่งอื่นๆ (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน..... -คน
๕. จำนวนบุคลากรภายในกลุ่มงานอื่นๆ เช่น แพทย์แผนไทย (ถ้ามี) โปรตระบุ หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.ปากพนัง ๒ (PCU๒) ประกอบด้วย
 - ๕.๑เภสัชกร (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน.....๑คน
 - ๕.๒เจ้าพนักงานเภสัชกรรม (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน.....-.....คน
 - ๕.๓ตำแหน่งอื่นๆ (ทุกรูปแบบการจ้าง) จำนวน.....-.....คน
๖. จำนวนผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการเภสัชกรรม/ปี (ปีงบประมาณ๒๕๖๗....)๑๓๙,๑๘๒....visit๙๖,๔๗๗.....ใบสั่งยา.....๓๙๓,๒๙๒.....ขนานยา
๗. จำนวนผู้ป่วยใน/ปี (ปีงบประมาณ ...๒๕๖๗.....).....๖,๗๘๗.....คน๒๖,๗๖๒.....วันนอน.....๔๘,๕๔๖.....ใบสั่งยา.....๒๘๖,๖๖๑.....ขนานยา

๘. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาล ๒๓ แห่ง (ที่เภสัชกรต้องออกไปดูแล/ปฏิบัติ)

๙. โครงสร้างภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม จำนวน.....๗.....งาน

งาน	มี	ไม่มี
งานบริการผู้ป่วยนอก	/	
งานบริการผู้ป่วยใน	/	
งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	/	
งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	/	
งานบริหารเวชภัณฑ์ (งานจัดซื้อและงานคลัง)	/	
งานพัฒนาเครือข่ายบริการเภสัชกรรม	/	
งานเภสัชกรรมผลิตยา และสมุนไพร	/	
งานเภสัชปฐมภูมิ	/	

○ งานอื่นๆ โปรดระบุ.....งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ.....

○ งานอื่นๆ โปรดระบุ.....

๑๐. เภสัชกรผู้รับผิดชอบเภสัชปฐมภูมิ สังกัดหน่วยงานใด

- กลุ่มงานเภสัชกรรม จำนวน...๘... คน
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จำนวน.....คน
- ไม่มีงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในโรงพยาบาล

ตอนที่ ๒ แบบประเมินประเมินการดำเนินงานเพื่อมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ๔ มิติ

๑. การจัดการระบบด้านยา (ระดับ ๔)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบาย จัดสรรงบประมาณและทรัพยากร และติดตามสนับสนุน การพัฒนาระบบการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงยาที่มีคุณภาพสูง และได้รับบริการด้านยาที่เป็นมาตรฐาน และมีความปลอดภัยด้านยา โดยมีการดำเนินการร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ

ระดับ	การจัดการระบบด้านยา	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย/ ยกตัวอย่างประกอบ)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการจัดการระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล			
๑	ดำเนินการจัดการระบบความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล เช่น จัดทำนโยบาย กำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง		/	
	จัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ^๑		/	
๒	PTC มีการประชุมสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง และมีกำหนดช่องทางการสื่อสารนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติ		/	
	มีนโยบายในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร		/	
	มีแผนการดำเนินงานที่ตอบสนองนโยบายด้านคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล และกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดระบบยาที่ครอบคลุมเป้าหมายคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย		/	

	มีระบบคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาที่สอดคล้องกับนโยบายของ โรงพยาบาลข้างต้น เช่น ระบบเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ระบบ ป้องกันการแพ้ยา/ ระบบป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยา ระบบ ตรวจสอบการแพ้ยา/ อันตรกิริยาของยา ระบบการรายงานอุบัติการณ์และ เหตุการณ์เกือบพลาด เป็นต้น		/	
๓	จัดทำคู่มือ/ แนวทางปฏิบัติความปลอดภัยด้านยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ สอดคล้องกับระบบในข้อ ๒ และ ถ่ายทอด เพื่อสร้างความตระหนักและความ เข้าใจให้ตรงกันกับเภสัชกรและสหวิชาชีพ		/	
	ติดตาม ดำเนินการ รวบรวมข้อมูลข้อมูลตัวชี้วัดที่กำหนดไว้จากทุกหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง		/	
	วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ เช่น ME/ADE คุณภาพยา การ ใช้ยาสมเหตุผล ฯลฯ ประกอบการพิจารณาเข้าออกโรงพยาบาล และปรับปรุง นโยบาย/แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง		/	
	มีแผนการจัดการด้านยาในสถานการณ์ฉุกเฉิน ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่		/	
๔	มีรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยด้านยา และผลการดำเนินการของระบบ คุณภาพและความปลอดภัยด้านยาอย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยทุกสามเดือน)		/	
	มีการพัฒนาระบบคุณภาพเพื่อความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลอย่าง ต่อเนื่อง โดยใช้ข้อมูลจากรายงานการดำเนินการข้างต้น และหลักฐานเชิง ประจักษ์อย่างเหมาะสม		/	
	สามารถชี้แนะ ประสานสหสาขาวิชาชีพ ให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบยา ไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้		/	
	ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากร และกำลังคน เพื่อการพัฒนาระบบ คุณภาพและความปลอดภัยด้านยาอย่างต่อเนื่อง		/	
	มีระบบการจัดการด้านยาในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ได้รับการทดสอบ และพร้อมใช้ งาน		/	

๕	มีการขยายระบบการจัดการด้านยาไปสู่โรงพยาบาลในเครือข่าย		/	
	มีการประเมินบทบาทหน้าที่ของ PTC และกรรมการที่เกี่ยวข้อง ในด้านชี้แนะ สนับสนุน และติดตาม อย่างสม่ำเสมอ	/		
	มีนวัตกรรมทางการบริหารจัดการที่เกิดจากการเรียนรู้ปัญหา นำมาสู่การพัฒนา ระบบยาเพื่อความปลอดภัย ที่เป็นต้นแบบได้	/		
	เกิดวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัยด้านยา (การรายงานเหตุการณ์ที่เป็น ความเสี่ยง การเรียนรู้จากความผิดพลาดที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบที่ดีขึ้น ด้วย ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน) ที่ทำให้มั่นใจได้ว่าโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มุ่ง พัฒนาให้เกิดความปลอดภัยด้านยากับผู้ป่วย		/	
	ไม่เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาที่ป้องกันได้ และ ไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในรอบ ๒ ปีที่ผ่านมา		/	
	มีการประเมิน Cost effectiveness / Hospitalize rate เพื่อนำไปสู่การ ตัดสินใจเชิงนโยบาย	/		

๑ บทบาทหน้าที่ของ PTC : การจัดทำบัญชียาและพัฒนาระบบความปลอดภัยโดยกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร

๒. โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม (ระดับ ๔)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลมีการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างทางกายภาพ สภาพแวดล้อมในการทำงานและเครื่องมืออุปกรณ์ที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่ อาจเกิดขึ้น และเพื่อเอื้อต่อการสร้างระบบคุณภาพเพื่อความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล

ระดับ	โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการใด ๆ			

ระดับ	โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๑	เริ่มมีการวางแผน ออกแบบการจัดการโครงสร้างทางกายภาพเพื่อเอื้อต่อความปลอดภัยของบุคลากร และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา		/	
๒	พื้นที่ห้องจ่ายยา คลังยา ผลิตยา มีความสะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่าง ระบบระบายอากาศที่เหมาะสม ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการ และคลาดเคลื่อนทางยาได้		/	
	จัดพื้นที่ให้คำปรึกษาด้านยา แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ และแยกพื้นที่สำหรับกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (หากมีการบริการ)		/	
	มีอุปกรณ์ที่เพียงพอสำหรับมาตรฐานการให้บริการด้านยาเบื้องต้น ที่สอดคล้องกับศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล		/	
	มีระบบการจัดการห่วงโซ่ความเย็นที่เหมาะสมสำหรับวัคซีน และยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ มีอุปกรณ์สำหรับระบบห่วงโซ่ความเย็นที่พร้อมใช้		/	
	กรณีการเตรียมยาเคมีบำบัด มีระบบจัดการตามมาตรฐาน (สถานที่ผลิต-อุปกรณ์ การเก็บ เคลื่อนย้าย จัดส่ง กำจัด และทำความสะอาด)			ไม่มี
๓	มีระบบตรวจสอบเพื่อประเมินความพร้อมของพื้นที่ และอุปกรณ์การปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยและป้องกันความคลาดเคลื่อนด้านยา เช่น การควบคุมอุณหภูมิ แสง ความชื้น เป็นต้น		/	
	มีระบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา และข้อจำกัดทางโครงสร้างกายภาพที่ส่งผลต่อความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วย		/	
๔	นำข้อมูลการตรวจสอบ และรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา มาใช้เพื่อพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันความคลาดเคลื่อนด้านยา อย่างสม่ำเสมอ		/	

ระดับ	โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	จัดสรรงบประมาณ ทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการมีโครงสร้างทางกายภาพที่เหมาะสมต่อการป้องกันอันตราย และลดความคลาดเคลื่อนด้านยา		/	
	มีแผนการซ่อมการเคลื่อนย้ายในห้องยา กรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง		/	
๕	มีนวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาล	/		
	ไม่พบรายงานความเสี่ยงทางยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เกิดความพิการ หรือต้องได้รับการช่วยชีวิตที่มีสาเหตุจากโครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ในรอบ ๒ ปีที่ผ่านมา		/	

๓. ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง (ระดับ ๓)

เป้าหมายโรงพยาบาลมีการจัดการข้อมูลเพื่อสนับสนุนการสร้างและพัฒนาระบบยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยมีการจัดการข้อมูลเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยา

การปฏิบัติงาน และการใช้ยาของผู้ป่วย นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อนำผลที่ได้ไปสู่การตัดสินใจอย่างเหมาะสม ได้อย่างรวดเร็ว และพัฒนาระบบยาอย่างต่อเนื่อง

ระดับ	ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ			
๑	เริ่มมีการวางแผน จัดเตรียมทรัพยากรเบื้องต้นสำหรับการจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านยา		/	
๒	มีระบบการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการบริหารจัดการด้านยาเพื่อความปลอดภัย ทั้งการคัดเลือก กำกับดูแล การใช้ยา การจัดหา การเก็บรักษา การกระจาย และการส่งใช้ยาเพื่อความปลอดภัย		/	
	มีแหล่งข้อมูลที่ทันสมัย และเข้าถึงได้ เพื่อใช้อ้างอิงในการตัดสินใจด้านยาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และการให้คำปรึกษาสำหรับประชาชน		/	
	มีระบบจัดการข้อมูลผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ที่สามารถใช้เพื่อการปฏิบัติงานของระบบคลังยา การวินิจฉัย และการติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย		/	

ระดับ	ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	
๓	มีระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูล คลังยา ข้อมูลของผู้ป่วย การวินิจฉัย การสั่งใช้ และการติดตามผลการใช้ยา		/	
	กำหนดโจทย์ปัญหา และข้อมูลที่ ต้องการที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบ คุณภาพเพื่อความปลอดภัยด้านยาใน โรงพยาบาล หรือพื้นที่รับผิดชอบ		/	
๔	ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้จากระบบข้อมูล ของโรงพยาบาล ร่วมกับข้อมูลรายงาน ความคลาดเคลื่อนด้านยา และข้อ ร้องเรียน เพื่อการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาระบบคุณภาพและความ ปลอดภัยด้านยาอย่างต่อเนื่อง		/	
	ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากร หรือกำลังคนเพื่อสนับสนุน การพัฒนาระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง	/		
๕	เกิดวัฒนธรรมองค์กรด้านการใช้ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจ โดยแนวปฏิบัติของ องค์กรที่ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจไม่ได้ ใช้ความเห็น	/		

ระดับ	ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	
	มีระบบข้อมูลที่ให้ข้อมูลได้ทันทั่วทั้งที่ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่ รวดเร็ว ไม่คาดคิด	/		

๔. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร (ระดับ ๓)

เป้าหมาย : ระบบการบริหารจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านยา มีความสอดคล้องกับการจัดการบริการด้านสุขภาพและด้านยาของโรงพยาบาล และโรงพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนด้านยา เพื่อพัฒนาระบบการจัดการด้านยาเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ระดับ	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรกำลังคนด้านยา			
๑	เริ่มมีการวางแผน จัดเตรียมทรัพยากรเบื้องต้นสำหรับการพัฒนากำลังคนด้านยา		/	
๒	มีการบันทึกข้อมูลกำลังคนบนฐานข้อมูล HROPS ให้ทันสมัยอยู่เสมอ และใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อจัดทำข้อมูลด้านกำลังคนของบุคลากรในกลุ่มงานเภสัชกรรม (เช่น คุณวุฒิ แผนการศึกษา หน้าที่รับผิดชอบหลัก ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา การฝึกอบรมเพิ่มเติม เป็นต้น)		/	
	มีแผนการบริหารจัดการกำลังคนในกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อให้บริการด้านยาของโรงพยาบาลตามระดับศักยภาพ และ Service plan รวมถึงนโยบายของประเทศ ด้านยาและสุขภาพ		/	
	มีแผนการพัฒนาบุคลากรในกลุ่มงานเภสัชกรรม ซึ่งเป็นเส้นทางความก้าวหน้าและความเชี่ยวชาญในวิชาชีพของแต่ละบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการบริหารจัดการกำลังคนของกลุ่มงานเภสัชกรรม และของโรงพยาบาล		/	

ระดับ	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๓	มีระบบเพื่อประเมินสถานการณ์กำลังคนในกลุ่มงาน (บุคลากรเพียงพอต่อการทำงาน มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานและ มีความสุขในการทำงาน) อย่างสม่ำเสมอ		/	
	บุคลากรของกลุ่มงานได้รับการสนับสนุนเพื่อพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติงานตามแผนพัฒนากำลังคนของกลุ่มงาน* อย่างน้อยคนละ ๑ ครั้งต่อปี		/	
	เกสัชกรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ปฏิบัติงานตรงตามคุณวุฒิความเชี่ยวชาญ ตามแผนการพัฒนากำลังคนของกลุ่มงาน*		/	
	มีแผนการพัฒนาหัวหน้างานด้านการพัฒนาศักยภาพการบริหารบุคคล และ/หรือองค์กร		/	
๔	เกสัชกรมีการศึกษาต่อเนื่องในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพที่สภาเกสัชกรรมรับรอง หรือ ปริญญาโท/เอก (ในสาขาที่เกี่ยวข้อง) หรือได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากสภาเกสัชกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของเกสัชกรที่อยู่ปฏิบัติราชการ		/	
	เกสัชกรไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ปฏิบัติงานตรงตามคุณวุฒิความเชี่ยวชาญ ตามแผนการพัฒนากำลังคนของกลุ่มงาน*		/	
	มีการนำข้อมูลจากการประเมินสถานการณ์กำลังคนในกลุ่มงาน (ในระดับ ๓) เพื่อใช้พัฒนากำลังคนของกลุ่มงาน เพื่อปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ	/		

ระดับ	การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	ตอบสนองต่อการบริการของโรงพยาบาล และสนับสนุนความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วย			
	มีการประยุกต์ใช้นวัตกรรม เทคโนโลยี การออกแบบระบบงาน หรือการจัดการกำลังคน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ลดภาระงานของเภสัชกรในการปฏิบัติงานพื้นฐาน และเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในการพัฒนาคุณภาพระบบยา และให้การบริบาลเพื่อเพิ่มความปลอดภัยด้านยา	/		
	มีสัดส่วนของหัวหน้างานที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการบริหารบุคคล และ/หรือ องค์กร ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐		/	
๕	เภสัชกรมีการศึกษาต่อเนื่องในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพที่สภาเภสัชกรรมรับรอง หรือ ปริญญาโท/เอก (ในสาขาที่เกี่ยวข้อง) หรือได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากสภาเภสัชกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของเภสัชกรที่อยู่ปฏิบัติราชการ		/	๘ คน ร้อยละ ๖๓.๖๓
	เภสัชกรทุกคนปฏิบัติงานตรงตามคุณวุฒิความเชี่ยวชาญ ตามแผนการบริหารจัดการกำลังคนของกลุ่มงาน*		/	
	หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม และหัวหน้างานทุกคนผ่านการฝึกอบรมด้านการบริหารบุคคล และ/หรือ องค์กร		/	จบโท เภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร ๖ คน
	เกิดวัฒนธรรมองค์กรด้านการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาระบบยาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยด้านยาแก่ผู้ป่วย	/		

* แผนการพัฒนากำลังคนของกลุ่มงานเภสัชกรรม ที่ได้ดำเนินงานในระดับที่ ๒

๕. การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก (ระดับ ๔)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลได้จัดการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ถูกต้องรวดเร็ว มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย สมเหตุผล และเป็นไปตามแผนการรักษา และสามารถป้องกันความเสี่ยงทางยาต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

ระดับ	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการพัฒนากการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก			
๑	เภสัชกรได้เห็นใบสั่งยาหรือเข้าถึงคำสั่งแพทย์โดยตรง เช่นผ่านระบบ CPOE		/	
	มีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ในขั้นตอนการตรวจสอบและจ่ายยา		/	
	ฉลากยามีข้อมูลครบถ้วนทั้งชื่อผู้ป่วย ชื่อยาขนาด วิธีการใช้ยา รวมถึงคำเตือนหรือฉลากช่วยที่สำคัญ		/	
	มีการส่งมอบยาโดยเภสัชกร ในช่วงเวลาที่ห้องยาเปิดทำการ		/	
๒	มีการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ Prime Question /Show and Tell ที่ชัดเจน		/	
	มีการค้นหาและมีการบันทึก Prescribing errors, Pre-dispensing errors, Dispensing errors และรวบรวม Administration errors นำเสนอข้อมูลในที่ประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาบริการอย่างเป็นระบบ		/	
๓	มีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาก่อนจัดเตรียมยา ตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น High alert drugs ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ (เด็ก ผู้สูงอายุ ตั้งครรภ์ ให้นมบุตร ดับและไตบกพร่อง)		/	

ระดับ	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	กรณีมีการปรึกษาแพทย์ มีการบันทึกคำปรึกษา หรือคำสั่งใหม่ลงในเวชระเบียนหรือบันทึกการส่งต่อระหว่างวิชาชีพหรือสำเนาใบสั่งยา		/	
๔	มีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลก่อนจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วย ครอบคลุมใบสั่งยาร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป		/	
	มีการออกแบบสารสนเทศเพื่อให้เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ในการทบทวนคำสั่งใช้ยา		/	
	มีการค้นหา Dispensing errors ในเชิงรุก อย่างเป็นระบบชัดเจน (ไม่เพียงเฉพาะการตั้งรับรอการแจ้งหรือรายงาน)		/	
๕	นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนด้านยามาใช้เพื่อการพัฒนางานเพื่อแก้ไขปัญหาคความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเป็นระบบ *		/	
	ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมาไม่พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ในระดับ E ขึ้นไป*		/	
	ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมาไม่มีอุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เกิดความพิการหรือต้องได้รับการช่วยชีวิต *		/	
	มีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาตามมาตรฐานก่อนจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วย ครอบคลุมใบสั่งยาร้อยละ ๑๐๐ ขึ้นไป	/		
	ผู้รับบริการร้อยละ ๘๐ ได้รับยาภายใน ๒๐ นาที นับแต่ยื่นใบสั่งยาที่ห้องจ่ายยา/ ได้รับคำสั่งใช้ยา		/	

ระดับ	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก เช่น - การลดปัญหาระยะเวลารอคอยและความแออัดในโรงพยาบาล เช่น ระบบอัตโนมัติทางเภสัชกรรม, ระบบบริการเติมยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อาคารคงที่, ระบบบริการจ่ายยาทางไปรษณีย์, โครงการรับยาร้านยาใกล้บ้าน - ด้านส่งเสริมการใช้ยา และความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น การส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์, ฐานข้อมูล หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจสั่งใช้ยา, ฉลากยาอัจฉริยะ	/		

หมายเหตุ ระดับที่ ๕ ต้องผ่านทุกข้อที่มีเครื่องหมาย * และทำได้ ๔ ข้อขึ้นไป

กรณีนวัตกรรมการสนับสนุนการบริการจ่ายยา มีการนำเสนอระบบและข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจากก่อนมีระบบ

๖. การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน (ระดับ ๔)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลจัดการบริการจ่ายยาผู้ป่วยในที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การกระจายยาสำหรับผู้ป่วยในมีระบบที่สามารถป้องกันความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น และผู้ป่วยใช้ และ/หรือ รับประทานอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเป็นไปตามแผนการรักษา

ระดับ	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการพัฒนาการบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน			
๑	เภสัชกรได้เห็นใบสั่งยาหรือเข้าถึงคำสั่งแพทย์โดยตรง เช่น ผ่านระบบ CPOE		/	
	มีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ในขั้นตอนการตรวจสอบและจ่ายยา		/	
	ฉลากยามีข้อมูลครบถ้วนทั้งชื่อผู้ป่วย ชื่อยาขนาด วิธีการใช้ยา คำเตือน รวมถึงข้อมูลที่จำเป็นเช่นชนิดของสารละลาย ความเข้มข้น อัตราเร็วในการบริหารยา ความคงตัวของยา		/	
	มีระบบการจัดการ Emergency drugs เช่น จัดเตรียม CPR BOX set		/	
๒	มีการค้นหาและบันทึก Prescribing errors, Pre-dispensing errors, Dispensing errors และ รวบรวม Administration errors นำเสนอข้อมูลในที่ประชุมเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาบริการอย่างเป็นระบบ		/	
	มีการกำหนดจำนวน และรายการยาสำรองประจำหอผู้ป่วย แต่ละหอที่เหมาะสมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ		/	
๓	มีระบบ Medication reconciliation ในกลุ่มผู้ป่วย เป้าหมายที่พัฒนาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อมีข้อมูล		/	

ระดับ	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	เปรียบเทียบคำสั่งใช้ยาหรือส่งต่อคำสั่งใช้ยาล่าสุดในทุก รอยต่อการรักษา (แรกรับ ระหว่างนอนโรงพยาบาล ส่งต่อ และจำหน่ายกลับ)			
	ดำเนินการ Medication reconciliation โดยระบบที่ พัฒนาขึ้น ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยเข้า (admit)		/	
	มีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาก่อนจัดเตรียม ยา ตาม เกณฑ์ที่กำหนด เช่น High alert drugs ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วย กลุ่มพิเศษ (เด็ก ผู้สูงอายุ ตั้งครรภ์ ให้นมบุตร ตับและไต บกพร่อง)		/	
	ผู้ป่วยหรือญาติทุกคนได้รับการส่งมอบยาและคำแนะนำการ ใช้ยาก่อนกลับบ้าน โดยเภสัชกร		/	
	มีการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้หลักการของ Prime Question		/	
	มีระบบการจัดการยาเดิม (ยาที่ผู้ป่วยนำมาใช้เองในระหว่าง ที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล)		/	
	จ่ายยาระบบ Unit dose หรือ One Day dose ในหอผู้ป่วย แต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล		/	
	จ่ายยา Stat dose ภายใน ๑๕ นาที (ผู้ป่วยควรได้รับยา Stat dose ภายใน ๓๐ นาทีตั้งแต่ แพทย์สั่งจ่ายยา)		/	
๔	ดำเนินการ Medication reconciliation โดยระบบที่ พัฒนาขึ้น ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยเข้ารักษาตัว และ มีข้อมูลเปรียบเทียบคำสั่งใช้ยาหรือส่งต่อคำสั่งใช้ยาล่าสุดใน		/	

ระดับ	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	ทุกรายต่อการรักษา (แรกรับ ระหว่างนอนโรงพยาบาล ส่งต่อ และจำหน่ายกลับ) ร้อยละ ๘๐			
	จ่ายยาระบบ Unit dose หรือ One Day dose ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล อย่างน้อยในยาเม็ด และ ยาฉีด		/	
	มีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาตามมาตรฐานก่อนจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วย ครอบคลุมใบสั่งยาร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป		/	
	มีระบบการตรวจสอบยาที่เหลือในหอผู้ป่วยที่ชัดเจนเพื่อการเรียกยาคืน		/	
	จ่ายยาทั่วไปที่เป็นคำสั่งใหม่ ภายใน ๑๒๐ นาที หลังจากที่ได้รับใบเบิกหรือคำสั่งใช้ยา		/	
	มีการนิเทศกำกับ และติดตามระบบการจัดการด้านยาบนหอผู้ป่วยอย่างน้อยทุก ๓ เดือน เช่น ยาสำรอง ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ ยาแชนะยีน การแบ่งใช้ยา การเตรียม การบริหารยา การติดตามยาความเสี่ยงสูง การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา		/	
๕	มีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาตามมาตรฐานก่อนจัดเตรียมยาให้แก่ผู้ป่วย ครอบคลุมใบสั่งยาร้อยละ ๑๐๐ ขึ้นไป*	/		
	ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมาไม่พบความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) ในระดับ E ขึ้นไป*		/	

ระดับ	การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมาไม่มีอุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เกิดความพิการหรือต้องได้รับการช่วยชีวิต *		/	
	ดำเนินการ Medication reconciliation โดยระบบที่พัฒนาขึ้น ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยเข้ารักษาตัว และมีข้อมูลเปรียบเทียบคำสั่งใช้ยาหรือส่งต่อคำสั่งใช้ยาล่าสุดในทุกรายต่อการรักษา (แกร็บ ระหว่างนอนโรงพยาบาล ส่งต่อ และจำหน่ายกลับ) ร้อยละ ๑๐๐	/		
	มีนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน	/		

หมายเหตุ ระดับที่ ๕ ต้องผ่านทุกข้อที่มีเครื่องหมาย * และทำได้ ๔ ข้อขึ้นไป

กรณีนวัตกรรมการสนับสนุนการบริการจ่ายยา มีการนำเสนอระบบและข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจากก่อนมีระบบ

๗. งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก (ระดับ ๓)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลมีระบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยนอก เพื่อการติดตาม ค้นหา พร้อมเสนอแนวทางแก้ไข และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษา ด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถใช้ยาตามสั่ง ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย บรรลุแผนการรักษา

ระดับ	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
○	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก			
๑	มีการกำหนดเกณฑ์ในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรค กลุ่มยา ตามเกณฑ์ที่กำหนด (สอดคล้องตาม Service plan หลัก หรือปัญหาในพื้นที่)		/	
๒	มีการให้บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรค กลุ่มยา ตามเกณฑ์ที่กำหนด		/	
	มีการจัดทำ รวบรวมข้อมูลการใช้ยาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ให้การบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อติดตามปัญหา การแก้ไข ป้องกันและการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง		/	
	มีการจัดทำคู่มือ/ แนวทางการให้บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรค กลุ่มยา ตามเกณฑ์ที่กำหนด		/	
๓	มีการจัดทำ รวบรวมข้อมูลการใช้ยาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ให้การบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อติดตามปัญหา การแก้ไข ป้องกันเพื่อติดตามการใช้ยาและการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสหสาขาวิชาชีพ		/	

ระดับ	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีการปรับปรุงคู่มือ/ แนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรค กลุ่มยา ที่เป็นปัจจุบัน		/	
	มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยการกำหนดเป้าหมายและแผนการรักษาร่วมกัน		/	
๔	มีการประเมินความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยาและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ให้การบริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกอย่างเป็นระบบ และนำผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาระบบหรือกิจกรรมการบริการทางเภสัชกรรม	/		
	มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเภสัชกรในกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านยา เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไปทุก ๓ เดือน		/	
	มีการให้บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกครอบคลุมกลุ่มโรค กลุ่มยา หรือ Service plan หรือปัญหาในพื้นที่ ร้อยละ ๘๐	/		
๕	ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการบริการทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๓ ครั้งหรือจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมค่าเป้าหมายการรักษาให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ (มีหลักฐานที่ตรวจสอบได้ สรุปผลการดำเนินงานอย่างน้อยย้อนหลัง ๖ เดือน) *	/		
	มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล และ/หรือเครือข่าย*		/	

ระดับ	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังคลินิกเฉพาะโรค สามารถควบคุมอาการของโรคได้ บรรลุเป้าหมายทางคลินิกตามเกณฑ์มาตรฐาน (สอดคล้องตาม Service plan หลัก)*	/		
	ผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรังเป้าหมาย กลับเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลจาก ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่เกินร้อยละ ๑๐	/		
	มีระบบการประเมิน หรือประกันคุณภาพของเภสัชกรผู้ให้ข้อมูลที่ให้บริการที่ เป็นระบบชัดเจน	/		
	มีนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการ ในด้านส่งเสริมการใช้ยา และ ความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย	/		

หมายเหตุ ระดับที่ ๕ ต้องผ่านทุกข้อที่มีเครื่องหมาย * และทำได้ ๔ ข้อขึ้นไป

กรณีนวัตกรรมการสนับสนุนการบริการจ่ายยา มีการนำเสนอระบบและข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจากก่อนมีระบบ

๘.งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน (ระดับ ๓)

เป้าหมาย :โรงพยาบาลมีระบบการบริหารทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยใน เพื่อติดตาม ค้นหา พร้อมเสนอแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถใช้ยาตามสั่ง ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย บรรลุแผนการรักษา

ระดับ	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน			
๑	มีการกำหนดเกณฑ์ในการบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรค กลุ่มยา ที่เชื่อมโยงกับงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก หรือหอผู้ป่วย หรือสอดคล้องตาม Service plan หลัก หรือปัญหาในพื้นที่ตามเกณฑ์ที่กำหนด		/	
๒	มีการให้บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในตามเกณฑ์ที่กำหนด		/	
	มีการจัดทำ รวบรวมข้อมูลการใช้ยาและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ให้การบริการทางเภสัชกรรม เพื่อติดตามปัญหา การแก้ไข ป้องกันและการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง		/	
	มีการทำให้คำปรึกษาแนะนำการใช้ยาก่อนจำหน่าย (Discharge Counseling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด		/	
	มีการจัดทำคู่มือ/ แนวทางการให้บริการทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรค กลุ่มยา ตามเกณฑ์ที่กำหนด		/	
๓	เภสัชกรติดตาม ค้นหา พร้อมเสนอแนวทางแก้ไข และป้องกันปัญหา ตามเป้าหมายและแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Independent pharmacist round)		/	

ระดับ	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	เภสัชกรบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรมใน Pharmacist Note / Progress Note หรือใน Chart ผู้ป่วยเพื่อการสื่อสารร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ		/	
	มีการปรับปรุงคู่มือ/ แนวทางการให้บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในในกลุ่มโรค กลุ่มยาที่เป็นปัจจุบัน		/	
๔	มีการประเมินความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยาและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ให้การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในอย่างเป็นระบบ และนำผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาระบบหรือกิจกรรมการบริหารทางเภสัชกรรม	/		
	มีระบบการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเภสัชกรในกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านยาเพื่อการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อไป ทุก ๓ เดือน	/		
๕	มีการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์ของการให้การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่บ่งชี้ได้ว่าช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยด้านยาที่ชัดเจน *	/		
	ไม่พบปัญหาการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ในปีที่ผ่านมา *	/		
	มีเภสัชกรให้การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในประจำหอผู้ป่วยตามนโยบายโรงพยาบาล*	/		
	มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และ/หรือ เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	/		

ระดับ	งานบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีระบบการประเมินหรือประกันคุณภาพของเภสัชกรผู้ให้ข้อมูล ให้บริการที่เป็นระบบชัดเจน	/		
	มีการติดตามระดับยาในเลือดแก่ผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่นยา ที่มี Therapeutic Index แคบ ยากดภูมิคุ้มกัน ยาที่มีผลต่อผู้ป่วยโรค ไตหรือมีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง หรือมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาการใช้ยาในกลุ่มดังกล่าวที่ชัดเจน (มีคู่มือรายการยา มีเอกสารสรุปผลการดำเนินงาน)	/		
	ผู้ป่วยในกลุ่มโรคเป้าหมาย กลับเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล จากความสามารถใช้ยาตามสั่งหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ เกินร้อยละ ๑๐	/		
	มีนวัตกรรมในการสนับสนุนกระบวนการบริการ ในด้านส่งเสริมการ ใช้ยา และความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย เช่นพัฒนาสื่อต่างๆ ระบบเภสัชมาชีในผู้ป่วย COVID	/		

หมายเหตุ ระดับที่ ๕ ต้องผ่านทุกข้อที่มีเครื่องหมาย * และทำได้ ๔ ข้อขึ้นไป

กรณีนวัตกรรมการสนับสนุนการบริการจ่ายยา มีการนำเสนอระบบและข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจากก่อนมีระบบ

๙. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ระดับ ๓)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลมีระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก ระบบการเตือนเมื่อพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวางระบบจัดการป้องกันการเกิดและลดความรุนแรงของการเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับ	การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาล			
๑	เริ่มดำเนินการวางระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ		/	
๒	มีกรรมการที่เป็นสาขาวิชาชีพรับผิดชอบชัดเจน		/	
	มีนโยบายในเรื่องติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เป็นลายลักษณ์อักษร		/	
	มีคู่มือการดำเนินงาน แนวทางปฏิบัติในการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ฯ และระบบป้องกันการแพ้ยาซ้ำที่ชัดเจน		/	
	มีระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ แบบ spontaneous reporting system (SRS)		/	
	มีตัวชี้วัดระบบงานที่ชัดเจน		/	
๓	มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์แบบ spontaneous report อย่างสม่ำเสมอ		/	
	มีการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น Naranjo's algorithm, WHO's criteria หรือ Thai's algorithm		/	

ระดับ	การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีการจัดทำระบบประเมิน preventability ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยมีการเลือกใช้เกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน เช่น Schumock and Thornton preventability scale เป็นต้น		/	
	มีระบบการติดตาม ประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบ เปรียบเทียบตัวชี้วัด และเชื่อมโยงกับรายงานความเสี่ยงด้านยาอื่นๆ วิเคราะห์หาสาเหตุที่ราก (root cause analysis) เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ป้องกันได้ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร		/	
	มีการนำเสนอปัญหาที่พบในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ และเป็นรูปธรรม อย่างน้อยทุก ๓ เดือน		/	
๔	มีการพัฒนาระบบการใช้ตัวส่งสัญญาณเพื่อค้นหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Trigger Tool) ที่ไม่ได้รับรายงานเข้ามาตามระบบปกติ เป็นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและมีการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม		/	
	มีการพัฒนาระบบการค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สามารถทำนายได้ด้วยฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา โดยเชื่อมโยงกับปัญหาจากการใช้ยา (drug related problem: DRP) ที่พบในงานบริบาลผู้ป่วยทางเภสัชกรรม เช่น การเกิดภาวะเลือดออกจากการใช้ยา warfarin เป็นต้น	/		
	มีการพัฒนาระบบการป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ป้องกันได้ทั้งที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและปฏิกิริยา		/	

ระดับ	การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	จากภูมิคุ้มกัน เช่น ระบบเตือนการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ระบบการเตือนป้องกันการแพ้ยาซ้ำ/แพ้ยากลุ่มเดียวกัน ระบบการตรวจอัลลีลของยีนเพื่อป้องกันการแพ้ยา เป็นต้น			
๕	มีการบูรณาการระบบติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ เข้ากับนโยบายด้านยาอื่น ๆ ในโรงพยาบาลและในชุมชนอย่างสอดคล้อง เช่น นโยบายอำเภอ/จังหวัดเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	/		
	มีนวัตกรรมที่เกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาที่พบในโรงพยาบาล และนำไปสู่การสร้างเครื่องมือ นโยบาย แนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อป้องกันอันตรายจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	/		
	ไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ป้องกันได้ เช่น จากการแพ้ยาซ้ำในรอบปีที่ผ่านมา		/	
	มีผลงานวิจัย หรือ RbR เพื่อพัฒนางานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง	/		

๑๐. การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (ระดับ ๔)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลมีระบบทบทวน ประเมินการใช้ยา (drug utilization evaluation & drug utilization review) ที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผล เพิ่มคุณภาพการรักษาและประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ลดปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล เช่น การเกิดเชื้อดื้อยา เป็นต้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับ	การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล			
๑	เริ่มดำเนินการวางระบบเพื่อการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง		/	
๒	มีกรรมการที่เป็นสหวิชาชีพรับผิดชอบชัดเจน		/	
	มีนโยบายในเรื่อง การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ที่เป็นลายลักษณ์อักษร		/	
	มีการเลือกรายการยาที่ควบคุมกำกับอย่างเหตุผล และมีหลักฐานของปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน เช่น เป็นยาความเสี่ยงสูง (high risk) เป็นยาค่าใช้จ่ายสูง (high cost) ยาที่มีปริมาณการใช้สูง (high volume) หรือเป็นยาที่ใช้ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยา เช่น ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง (broad spectrum antibiotic) เป็นต้น มีการจัดทำแนวทางการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม คู่มือการดำเนินงาน และแนวทางปฏิบัติในสั่งใช้ยาที่ชัดเจน		/	
	มีการจัดทำตัวชี้วัดระบบงานที่ชัดเจน		/	
๓	มีการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติในงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล		/	

ระดับ	การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีระบบการรวบรวมข้อมูล ติดตาม ประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบตัวชี้วัด อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร		/	
	มีการนำเสนอปัญหาที่พบในคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ และเป็นรูปธรรม อย่างน้อยทุก ๓ เดือน		/	
๔	มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง		/	
	มีการทบทวนรายการยาเพื่อประเมินการใช้ยาอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง		/	
	มีการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง และสามารถบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐		/	
๕	มีการบูรณาการระบบส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล เข้ากับนโยบายด้าน ยาอื่น ๆ ในโรงพยาบาลและในชุมชนอย่างสอดคล้อง เช่น นโยบาย อำเภอ/จังหวัดเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	/		
	มีนวัตกรรมที่เกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาในโรงพยาบาล และนำไปสู่ การสร้างเครื่องมือ นโยบาย แนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อส่งเสริมการใช้ยา สมเหตุผล	/		
	บรรลุผลตามเป้าหมายของตัวชี้วัดการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลที่ได้ วางไว้ในทุกตัวชี้วัด	/		
	มีผลงานวิจัย หรือ R๒R เพื่อพัฒนางานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล อย่างต่อเนื่อง	/		

๑๑. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (ระดับ ๔)

เป้าหมาย: โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบยา (Drug system management) ในเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ อันจะส่งผลให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล ผู้ป่วยเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่องและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองและจัดการตนเองด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง รวมถึงชุมชนมีความตระหนักรู้และพึ่งตนเองในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

ระดับ	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าว			
๑	มีคำสั่งแต่งตั้ง/มอบหมายเภสัชกรรับผิดชอบงานปฐมภูมิ และแผนการออกปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิ		/	
	มีแผนการอบรมเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ		/	
	มีกรอบบัญชีรายการยาหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงยาช่วยชีวิต ตามศักยภาพของผู้ส่งใช้ยา		/	
	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ		/	
๒	๒.๑ การส่งมอบยาและการบริการทางเภสัชกรรม		/	
	มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม		/	
	มีแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา		/	
	มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาใน ผู้ป่วยแพ้ยา และผู้ที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin		/	

ระดับ	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีแนวทางการใช้ยา และเครื่องมือสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ ยากลุ่มเป้าหมาย ^๑		/	
	๒.๒ การจัดการระบบยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ			
	มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน		/	
	ตู้เย็นเก็บยาและวัคซีนเป็นไปตามมาตรฐาน		/	
	ควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง		/	
	สำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ มีระบบควบคุมยาหมดอายุ		/	
	๒.๓ การบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ			
	ให้การบริหารเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ ผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาล		/	
	ให้การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ^๒		/	
	มีระบบการจัดการยาเดิมของผู้ป่วย (Medical Reconciliation)		/	
	๒.๔ การส่งเสริมศักยภาพประชาชน ครอบครัว ชุมชน			
	มีกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ครอบครัว		/	
	มีกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชน		/	
๓	ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ RDU ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ และ โรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ ๒๐		/	
	มีผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และป้องกันการ แพ้ยาซ้ำ		/	

ระดับ	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีผลลัพธ์การจัดการคลังเวชภัณฑ์ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว/ ตรวจสอบภายใน		/	
	มีรายงานผลสรุปการสำรวจและให้คำแนะนำร้านขายยาอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง		/	
	มีกิจกรรมที่แสดงให้เห็นว่ามี Home pharm care หรือ Community pharm care		/	
	มีการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น ภาวะโรคระบาด โดยการทำ Tele pharmacy,ระบบกระจายยา Home Isolation		/	
	มีแนวทางในการดำเนินการเพื่อผู้ป่วย NCD มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา		/	
๔	มีผลลัพธ์ในการดำเนินการเพื่อผู้ป่วย NCD มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา		/	
	ไม่พบปัญหาขาดอายุ ยาขาดจ่ายให้ผู้ป่วย และยาเหลือใช้จนไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้		/	
	มีผลลัพธ์การพัฒนาระบบยาที่ตอบสนองต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น การทำ Tele pharmacy, ระบบกระจายยา Home Isolation		/	
	มีโครงการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเรื่องยา เช่น ความรอบรู้เรื่องยา		/	
๕	มีการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบโครงการ วิจัย นวัตกรรม ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ		/	

ระดับ	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	เภสัชกรที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิตั้งแต่อายุ ๘๐ ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ที่สภาเภสัชกรรมให้การรับรอง	/		
	หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวในหมวดเภสัชกรรม		/	
	ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ มีศักยภาพในการดูแลตนเองในเรื่องยา และสุขภาพได้ดีขึ้น	/		
	เป็นศูนย์เรียนรู้ด้านงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ มีโครงการพัฒนาด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิที่ได้รับการคัดเลือกนำเสนอในระดับจังหวัดหรือเขต		/	

๑๒. การผลิตและเตรียมยาในโรงพยาบาล (ระดับ ๑.๗๕)

เป้าหมาย : เพื่อให้มีการผลิตยาที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยา

การเตรียมยาในโรงพยาบาล

☐ ไม่มีการเตรียมยาในโรงพยาบาล (ให้ข้ามการประเมินในข้อนี้ไป)

☒ มีการเตรียมยาในโรงพยาบาล : โปรดระบุการผลิตและเตรียมยาในโรงพยาบาลของท่าน (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ ยาทั่วไป

☐ ยาปราศจากเชื้อ

☐ ยาเตรียม Extemporaneous

☐ ยาเคมีบำบัด

☐ สารอาหารทางหลอดเลือดดำ

☐ ยาสมุนไพร

☒ อื่น ๆ (กรุณาระบุ) แบ่งบรรจุ Adrenaline Prefill

ระดับ	การผลิตและเตรียมยาในโรงพยาบาล	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/ คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ			
๑	มีการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบและคุณสมบัติ ทักษะที่ชัดเจนของบุคลากร		/	
	มีสถานที่เตรียมยาและอุปกรณ์ที่สะอาด เป็นไปตามมาตรฐานการผลิตยา		/	
๒	มีการจัดทำ Master formula ของยาเตรียมทุกรายการตามเภสัชตำรับโรงพยาบาล		/	
	มีการทำ Working formula ทุกขั้นตอนการผลิต และสามารถตรวจสอบย้อนกลับได้		/	
๓	มีระบบบ่งชี้ และเตรียมยาเตรียมเฉพาะราย (Extemporaneous preparation)	/		
	มีการจัดทำ SOP ในกระบวนการหลักของการผลิตยาที่ชัดเจนและมีการปรับปรุงให้ทันสมัยสม่ำเสมอ	/		
	มีระบบควบคุมคุณภาพยาเตรียมเบื้องต้น เช่น pH น้ำ การปนเปื้อนเชื้อ	/		
๔	เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานได้รับประกาศนียบัตร หรือผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง เช่น การเตรียมยาเคมีบำบัด	/		
	มีระบบการติดตามคุณภาพ และ/หรือ ความของตัวของยาหรือผลิตภัณฑ์ที่ผลิต	/		
	มีระบบติดตามผลของยาที่ผลิตต่อผู้ป่วย เช่น ADR/pADE (preventable ADE) ที่เกิดจากยา	/		
	มีการนำข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ที่รพ.ผลิต มาพัฒนาปรับปรุงผลิตภัณฑ์ให้ดีขึ้น	/		
๕	กระบวนการเตรียมยามีการดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีการผลิตที่ดีในโรงพยาบาล (Good preparation practice)	/		
	มีการทบทวนวิจัย หรือนำเทคโนโลยี หรือนวัตกรรม มาใช้ในงานผลิตยา	/		
	ไม่มีรายงานอุบัติการณ์ ADE ที่มีสาเหตุจากยาเตรียมที่ผลิต		/	
	ในกรณีที่มีการเตรียมเคมีบำบัด หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ มีการติดตามให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด/ สารอาหารทางหลอดเลือดดำเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ของการรักษา (ผู้ทำหน้าที่บริบาลทางเภสัชกรรมอาจเป็นเภสัชกรงานเภสัชกรรมการผลิต หรือเภสัชกรงานบริบาลทางเภสัชกรรมหรืองานที่ได้รับมอบหมาย)	/		

๑๓. การคัดเลือกยา (ระดับ ๓)

เป้าหมาย :โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายในการจัดการเภสัชตำรับของโรงพยาบาล ให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น คัดเลือกยาที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ มีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยา และมีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อให้มียาที่มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า และปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ระดับ	การคัดเลือกยา	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการเชิงระบบใด ๆ เพื่อการจัดการบัญชียาโรงพยาบาล			
๑	มีการจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ดูแล กำกับ การเสนอยาเข้า และตัดยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาล		/	
๒	PTC กำหนดเกณฑ์และแนวทาง ในการเสนอยาเข้า และ ตัดยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาล		/	
	PTC ประชุมเพื่อพิจารณา เสนอยาเข้า และ ตัดยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง		/	
๓	PTC จัดทำระเบียบปฏิบัติ ในการคัดเลือกยาเข้า และตัดยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาล โดยครอบคลุมถึงการจำกัดรายการยาให้มีเท่าที่จำเป็นพิจารณาถึงความปลอดภัยและความคุ้มค่า		/	
	การพิจารณาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล มีการจัดทำข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างยาที่เสนอกับยาที่มีในบัญชียาโรงพยาบาลในข้อบ่งชี้เดียวกัน		/	

ระดับ	การคัดเลือกยา	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	โดย เปรียบเทียบในด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย ผลข้างเคียง รวมถึงความคุ้มค่า			
	มีแนวทางในการขอใช้ยา ที่อยู่นอกบัญชีเมื่อจำเป็น โดยใช้หลักวิชาการ และสถานการณ์ ฉุกเฉิน		/	
	มีแนวทางการตัดยาออกจากบัญชีโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยพิจารณาถึงข้อมูลทางวิชาการในด้าน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และ ความคุ้มค่า		/	
	มีแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการใช้ยา เช่น เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยา อันตรปฏิบัติยาของยา ความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างเป็นระบบ		/	
	จำนวนและรายการยาในบัญชียาโรงพยาบาลมีความเหมาะสมกับขนาดโรงพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วย และ สอดคล้องกับสัดส่วน บัญชียาในหลักแห่งชาติ		/	
๔	มีคณะกรรมการสาขาต่างๆ พิจารณาคัดเลือก หรือตัดยาจาก บัญชียา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเสนอ PTC		/	
	มีการทบทวนเภสัชตำรับโรงพยาบาล อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน		/	
	วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับใช้ยา (จากระดับที่ ๓) เพื่อการบริหารจัดการยาในบัญชีโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัย		/	

ระดับ	การคัดเลือกยา	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	เภสัชตำรับโรงพยาบาล มีข้อมูลจำเป็น ครบถ้วน และง่ายต่อการเข้าถึง	/		
๕	คณะกรรมการสาขาต่างๆ พิจารณาคัดเลือกยา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการนำหลักการคิดคะแนน IsafE, EMCI และ Cost effectiveness มาประเมิน	/		
	นำเสนอข้อมูลเภสัชตำรับของโรงพยาบาล เช่น ผ่าน Application เพื่อให้ข้อมูล ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ อาการข้างเคียง ข้อควรระวัง การจัดเตรียมยา ความคงตัว และ แนวทางการติดตามที่จำเป็นครบถ้วน ที่ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุกปี	/		
	มีการวิเคราะห์ปรับปรุง แนวทางการคัดเลือกยา อย่างสม่ำเสมอ	/		
	มีการประเมิน วางแผน จัดการ เภสัชตำรับโรงพยาบาลให้พร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือ โรคอุบัติใหม่	/		

๑๔ การจัดซื้อ และการบริหารคลังเวชภัณฑ์ (ระดับ ๔)

เป้าหมาย : โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบการจัดซื้อ และบริหารคลังเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ทำถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบที่กำหนด มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้
 ยามีเพียงพอและมีคุณภาพจนกว่าจะส่งมอบให้ผู้ป่วย

ระดับ	การจัดซื้อ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าว			
๑	การดำเนินการ การจัดซื้อยา ถูกต้องตามระเบียบพัสดุ		/	
๒	หน่วยจัดซื้อยา แยกจากงานคลังยาอย่างชัดเจน เพื่อมีการตรวจสอบ (Cross-check)		/	
	มีการจัดทำแผนจัดซื้อ และดำเนินการตามแผนจัดซื้อที่จัดทำขึ้น		/	
๓	มีแนวทางการคัดเลือกบริษัทในการจัดซื้อ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและ ป้องกันความคลาดเคลื่อน เช่น การพิจารณารายการยาที่เป็น look-alike- sound-alike		/	
	มีแนวทางการคัดเลือกบริษัทในการจัดซื้อ โดยคำนึงถึง มาตรฐานโรงงานผลิต และการจัดส่งโดยจัดซื้อจากบริษัทที่ผ่านมาตรฐานโรงงาน GMP/PICS และ มาตรฐานการเก็บรักษาและกระจายยา GDP/GSP		/	
	ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการดำเนินการจัดซื้อ ติดตาม และ บริหารให้มีคง คลังที่เหมาะสมและลดปัญหาขาดคลัง หรือ ยาเกินกว่าปริมาณที่กำหนด		/	
	การจัดซื้อเป็นไปตามแผน กรณีที่มีการใช้ไม่เป็นไปตามแผน มีการรายงาน และขออนุมัติถูกต้องตามระเบียบพัสดุ		/	
	การดำเนินการจัดซื้อ ถูกต้องตามระเบียบพัสดุ มีการ E-bidding ตาม ระเบียบ และ มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม		/	

ระดับ	การจัดซื้อ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยาที่จัดซื้อ โดยเฉพาะยาที่สำคัญ เช่น ยา ความเสี่ยงสูง ยาช่วยชีวิต		/	
	มีปัญหาช่วยชีวิต (life saving) และยาสำคัญที่ห้ามขาดคลัง ยกเว้นกรณีที่ยาขาดจาก ผู้ผลิต		/	
	กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้ขาย มีแนวทางการแจ้งเตือนไปที่คลังยา และ หน่วยบริการจ่ายยา รวมถึงการ ขอข้อมูล รายละเอียดจากบริษัทยา กรณีที่มีความแตกต่างในการใช้ และมีการตรวจสอบใบวิเคราะห์เทียบกับเภสัชตำรับ ที่ใช้อ้างอิง		/	
	จัดทำ รวบรวมรายงานการจัดซื้อ นำเสนอ ปัญหา ในเรื่อง การจัดซื้อ หรือ ปัญหาคุณภาพยา รวมถึงปัญหาทาง งบประมาณ ในการจัดซื้อต่อ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด		/	
	มีการประกาศเกณฑ์จริยธรรมสำหรับผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดซื้อ ปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม และมีแนวทางกำกับในการเข้าทำงานของ ผู้แทน จากบริษัทยา		/	
	มีระบบการรับรายงานปัญหาจากคุณภาพยา จากหน่วยบริการจ่ายยาและหอผู้ป่วย รวบรวมรายงานและนำเสนอต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการ บำบัด		/	
๔	มีการทำทะเบียนผู้ขาย (Approved vender list) โดยกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจน และมีการจัดลำดับโดย ประเมินจาก มาตรฐานต่างต่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ยา เช่น มาตรฐานห้องแลป ISO ๑๗๐๒๕ ,มาตรฐาน ISO ๙๐๐๑ ,มาตรฐาน เกณฑ์ จริยธรรม ฯ		/	

ระดับ	การจัดซื้อ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/ กำลังดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	มีการจัดทำคุณลักษณะเฉพาะของยาที่จัดซื้อ โดยอ้างอิงตามตำราอ้างอิงที่ ประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือ ICH guideline		/	
	ในกรณีที่เป็นการจัดซื้อครั้งแรก มีการตรวจสอบข้อมูลขึ้นทะเบียน ข้อมูล คุณภาพของยา วิธีใช้ และการเก็บรักษาอย่าง ครบถ้วน เพื่อให้มั่นใจใน คุณภาพ		/	
๕	มีการรวบรวมปัญหาจากผลิตภัณฑ์ยาในด้านคุณภาพ เพื่อการวิเคราะห์และ ใช้ข้อมูลในการคัดเลือกบริษัท หรือแจ้งกลับ บริษัทเพื่อจัดการแก้ไข รวมถึงมี กระบวนการจัดทำ black list กรณีพบข้อผิดพลาดร้ายแรง	/		
	มีการทบทวนและปรับปรุงทะเบียนผู้ขาย และคุณลักษณะเฉพาะของยา อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง		/	

๑๕ การบริหารคลังเวชภัณฑ์ (ระดับ ๔)

ระดับ	การบริหารคลังเวชภัณฑ์	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
๐	ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ ในการจัดการบริหารคลังเวชภัณฑ์			
๑	คลังยามีชั้นจัดเก็บ ชั้นเรียงยา พร้อมทั้งจัดทำป้ายบ่งชี้ และมีกุญแจ ที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน		/	
	มีการควบคุมอุณหภูมิ และความชื้น ให้เหมาะสมกับการจัดเก็บยาแต่ละประเภท		/	
๒	มีพื้นที่จัดเก็บยาแยกจากเวชภัณฑ์ และแบ่งประเภทการจัดเก็บอย่างเป็นหมวดหมู่ มีการระบุตำแหน่งที่เก็บอย่างชัดเจน จัดเรียงเป็นระเบียบ กำหนดผู้รับผิดชอบกุญแจและผู้ที่สามารถเข้าไปในพื้นที่คลังยา		/	
	มีการติดตามบันทึกอุณหภูมิ และความชื้นของคลังยา ทั้งยาที่จัดเก็บในอุณหภูมิปกติ และ ยาที่อุณหภูมิ ๒-๘ องศา		/	
	มีเครื่องมือในการบริหารจัดการคลัง ที่สามารถกำหนดปริมาณสำรอง ค่าต่ำสุด สูงสุด รวมถึงการตรวจสอบยอดคงเหลือได้อย่างถูกต้อง		/	
๓	มีกุญแจล็อคสองชั้น และกล้องวงจรปิด กำหนดผู้รับผิดชอบกุญแจเป็นลายลักษณ์อักษร และมีมาตรการในการป้องกันผู้ไม่ได้รับอนุญาตเข้ามาในคลัง		/	
	มีเครื่องดับจับควัน และเครื่องดับเพลิง รวมทั้งแผนปฏิบัติการกรณีเกิดอัคคีภัย		/	
	การจัดเก็บยา มีการแยกหมวดหมู่อย่างเป็นระบบ จัดเรียงยาแบบ First expire-First out ดังนี้		/	

ระดับ	การบริหารคลังเวชภัณฑ์	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	ยาความเสี่ยงสูง ยาlook-alike-sound-alike มีการจัดเก็บแยกจากกัน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการเบิกจ่าย ยาเคมีบำบัด มีการจัดเก็บแยกจากยาทั่วไป และมี วิธีปฏิบัติเมื่อตกแตก ยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพ ยารอค้นบริษัท ยาเรียกคืน มีพื้นที่เฉพาะ แยกจากยาทั่วไป ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ ยาที่มีโอกาสใช้ในทางที่ผิด มีพื้นที่เก็บแยก ป้องกันการเข้าถึง มีผู้รับผิดชอบชัดเจน มีวิธีปฏิบัติในการเบิก จ่าย และมี บันทึกการทำลาย ถูกต้องตามข้อกำหนด และมีการตรวจสอบสม่ำเสมอ			
	สภาพแวดล้อมการจัดเก็บยา ต้องสอดคล้องกับข้อกำหนดบนฉลากยา มี การตรวจสอบ (อุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น) อย่างเป็นระบบ มีการ บันทึกอุณหภูมิและความชื้น วันละสองรอบ โดยอุปกรณ์ที่ใช้วัดควรมีการ สอบเทียบ ปีละ๑ครั้ง และมีแนวทางปฏิบัติกรณีอุณหภูมิและความชื้น ไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด		/	
	การบริหารจัดการคลังใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการบริหารจัดการ ที่ ทำงานเป็นปัจจุบัน เพื่อกำหนดค่าต่ำสุด สูงสุด ยอดคงเหลือ และมี รายงานวันหมดอายุยา		/	
	การรับยา มีการตรวจสอบการจัดส่งจากบริษัทขนส่ง โดยเฉพาะยาที่ต้อง ควบคุมอุณหภูมิในระบบห่วงโซ่ความเย็น การตรวจรับยามีการตรวจสอบ ความถูกต้อง ทั้งรายการ จำนวน บรรจุภัณฑ์ และใบวิเคราะห์ยาก่อนการ รับเข้าคลัง และเป็นไปตามระเบียบพัสดุ		/	

ระดับ	การบริหารคลังเวชภัณฑ์	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	การเบิกจ่ายยาเป็นไปตามระเบียบพัสดุ มีการตรวจสอบ ข้ามหน่วยงานระหว่างหน่วยเบิก และ คลังยา เอกสารการรับ-จ่ายเป็นปัจจุบัน		/	
	การกระจายยาไปยังหน่วยเบิกมีการควบคุมอุณหภูมิ ให้เหมาะสมตามฉลากยา ยาที่ต้องเก็บที่ ๒-๘ องศา ต้องมีกล่องโฟมในการควบคุมอุณหภูมิ รวมถึงแนวทางปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพ และป้องกันการสูญหายระหว่างนำส่ง		/	
	การเรียกคืนยา สามารถเรียกคืนยาจากหน่วยบริการจ่ายยาเมื่อได้รับแจ้งข้อมูล และมีวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ในการเรียกเก็บ และการจัดการยาเรียกคืน		/	
	มีการสุ่มตรวจสอบยอดคงเหลือ และ ยาคงเหลือจริง อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง กรณีพบความคลาดเคลื่อน มีการหาสาเหตุ และทบทวนระบบ		/	
	มีการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส รายงานแผนจัดซื้อและรายงานที่เกี่ยวข้องตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ครบถ้วนและทันเวลา		/	
	มูลค่ายาคงคลัง ไม่เกิน ๒ เดือน และไม่มียาหมดอายุ เสื่อมสภาพที่ไม่ใช่ Life saving หรือ vital drug ในคลังยา		/	
๔	คลังมีระบบรักษาความปลอดภัยโดยใช้ระบบ scan หน้า หรือนิ้วมือ และสัญญาณกันขโมย		/	
	ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการบริหารจัดการคลังเพื่อกำหนดค่าต่ำสุด สูงสุด ยอดคงเหลือ และรายงานวันหมดอายุยา ที่ทำงานเป็นปัจจุบัน และ		/	

ระดับ	การบริหารคลังเวชภัณฑ์	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ ดำเนินการ/ กำลัง ดำเนินการ	ดำเนินการ แล้ว	
	สามารถติดตาม lot no. ยาที่จ่ายไปในหน่วยบริการ มีระบบรายงานที่ จำเป็นอย่างครบถ้วน			
	มีระบบแจ้งเตือน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ หรือ ขนาด บรรจุ ความ แรง หรือ ความเข้มข้นของยา		/	
	การเรียกคืนยา สามารถเรียกคืนยากลับจากหน่วยบริการจ่ายยา ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เมื่อได้รับแจ้งข้อมูล และมีวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ใน การเรียกเก็บ และการจัดการยาเรียกคืน	/		
๕	โปรแกรมบริหารจัดการคลังสามารถเชื่อมต่อกับคลังย่อยของหน่วยบริการ จ่ายยา เพื่อบริหารจัดการยาคลังย่อยโดย ระบบ VMI ที่สามารถ ตรวจสอบยอดคงคลังยาทั้งโรงพยาบาลแบบ real time	/		
	กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงบริษัทยา มีแนวทางการแจ้งเตือนและเฝ้าระวัง ปัญหาคุณภาพยารวมถึงการส่งตรวจ วิเคราะห์ ในบางกรณีที่เป็น		/	
	การเรียกคืนยา คลังยาสามารถเรียกคืนยาจากผู้ป่วยได้ ในกรณีที่มีความ เสี่ยงร้ายแรง และมีวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ในการเรียกเก็บ และ การจัดการยาเรียกคืน	/		