

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)									
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)									
โครงการที่	๒. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล									
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ									
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๒๙. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ๒๙.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ๒๙.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)									
คำนิยาม	<p>๒๙.๑ RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU๑ และ RDU๒</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RDU ๑ หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์เป้าหมาย</li> <li>- RDU ๒ หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมายระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี ๓ ระดับ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RDU ขั้นที่ ๑ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="432 958 1465 1402"> <thead> <tr> <th>RDU ๑ (รพ.)</th> <th>RDU ๒ (รพ.สต.ใน CUP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           ๑. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด            ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓            ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ            ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓            ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓         </td> <td>           ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค         </td> </tr> </tbody> </table> </li> <li>▪ RDU ขั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="432 1464 1465 2031"> <thead> <tr> <th>RDU ๑</th> <th>RDU ๒</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ ๑            ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด            ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๐            ๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕            ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)         </td> <td>           ๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค         </td> </tr> </tbody> </table> </li> </ul> </li> </ul>		RDU ๑ (รพ.)	RDU ๒ (รพ.สต.ใน CUP)	๑. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓	๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค	RDU ๑	RDU ๒	๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค
RDU ๑ (รพ.)	RDU ๒ (รพ.สต.ใน CUP)									
๑. อัตราการสั่งจ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓	๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค									
RDU ๑	RDU ๒									
๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๔. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	๑. จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการจ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค									

■ RDU ขั้นที่ ๓ หมายถึง มีการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU ๑	RDU ๒
<p>โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p> <p>๑. ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด</p>	<p>๑. จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p>

๒๙.๒ AMR เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการทั้ง ๖ กิจกรรมสำคัญ ดังนี้

**กิจกรรม AMR**

๑ กำหนดนโยบายและมาตรการ โดยที่บริหารจัดการ AMR

โรงพยาบาลมีคณะกรรมการ AMR\* ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบอย่างน้อย คือ (๑) ผู้บริหารโรงพยาบาล (๒) แพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR (๓) ประธาน Patient Care Team (PCT) (๔) พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ (๕) เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา (๖) เภสัชกร (๗) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

หมายเหตุ

\* คณะกรรมการ AMR หมายถึง (๑) คณะกรรมการ AMR ที่โรงพยาบาลตั้งขึ้นใหม่ หรือ (๒) คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีอยู่เดิม แต่ปรับปรุงโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเดิมที่มีอยู่ให้ครอบคลุมองค์ประกอบข้างต้น โดยมีผู้บริหารโรงพยาบาล และแพทย์ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการในการจัดการ AMR เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ

**๒.การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ**

๒.๑ โรงพยาบาลจัดทำ (๑) antibiogram อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อใช้ในการวางแผนจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และ (๒) ผลการทดสอบความไวของเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล เดือนละ ๑ ครั้งและส่งข้อมูล (๑) และ (๒) มายังกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

๒.๒ โรงพยาบาลจัดทำ (๑) ระบบ Lab Alert กรณีพบเชื้อดื้อยาที่สำคัญของโรงพยาบาล (๒) รายงานการติดตามเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ๘ ชนิด ได้แก่ *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Enterococcus faecium* และ *Streptococcus pneumoniae* (ข้อมูลปีปฏิทิน ๑ ม.ค. – ๓๑ ธ.ค. ของทุกปี) และส่งมายังกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

	<p><b>๓.การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล</b></p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงานติดตามปริมาณและค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่สำคัญ เช่น กลุ่มยา Carbapenems, cephalosporins, fluoroquinolones, Colistin และ กลุ่ม Betalactam/Betalactamase Inhibitor (BLBI) เช่น Cefoperazone-Sulbactam, Piperacillin/tazobactam, Amoxicillin-Clavulanic acid</p>
	<p><b>๔.การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล</b></p> <p>โรงพยาบาลจัดทำรายงาน (๑) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (point prevalence surveillance) ปีละ ๑ ครั้ง (๒) อัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลักในโรงพยาบาล เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI เดือนละ ๑ ครั้ง และ (๓) รายการเชื้อก่อโรค และความไวยาของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่งที่เป็นปัญหาสำคัญ ปีละ ๑ ครั้ง และส่งข้อมูลในข้อ (๑)- (๓) มายังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค</p>
	<p><b>๕. การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ เชื่อมโยงสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการดำเนินงาน</b></p> <p>โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล</p>

<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
	<b>ปีงบประมาณ ๖๑</b>	<b>ปีงบประมาณ ๖๒</b>	<b>ปีงบประมาณ ๖๓</b>	<b>ปีงบประมาณ ๖๔</b>
	RDU ชั้นที่ ๑ ๘๐% RDU ชั้นที่ ๒ ๒๐%	RDU ชั้นที่ ๒ ๘๐%	RDU ชั้นที่ ๒ ๘๐% RDU ชั้นที่ ๓ ๒๐%	RDU ชั้นที่ ๓ ๘๐%
	AMR: ร้อยละ ๗๐ ของโรงพยาบาลมีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ			การติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐ %
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>๑. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา</p> <p>๒. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา</p>			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ</p> <p>AMR : โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป</p>			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รายงาน			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
<b>รายการข้อมูล ๑</b>	A = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน (A๑ = RDU ชั้นที่ ๑ และ A๒ = RDU ชั้นที่ ๒)			
<b>รายการข้อมูล ๒</b>	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			
<b>รายการข้อมูล ๓</b>	C = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ดำเนินกิจกรรม AMR ตามที่กำหนด			
<b>รายการข้อมูล ๔</b>	D = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	<p>RDU : (A๑/B) x ๑๐๐ และ (A๒/B)</p> <p>AMR: (C/D) x ๑๐๐</p>			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส ๑ ๒ ๓ และ ๔ (แบบสะสม)			

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี ๒๕๖๑ :					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	RDU ชั้นที่ ๑ ๖๐%	RDU ชั้นที่ ๑ ๗๐%	RDU ชั้นที่ ๑ ๘๐%	RDU ชั้นที่ ๑ ๘๐%	
	RDU ชั้นที่ ๒ ๕%	RDU ชั้นที่ ๒ ๑๐%	RDU ชั้นที่ ๒ ๑๕%	RDU ชั้นที่ ๒ ๒๐%	
			AMR: ร้อยละ ๔๐ ของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	AMR: ร้อยละ ๗๐ ของ โรงพยาบาลที่มีระบบ การจัดการ AMR อย่าง บูรณาการ	
ปี ๒๕๖๒ :					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
				RDU ชั้นที่ ๒ ๘๐%	
ปี ๒๕๖๓ :					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
				RDU ชั้นที่ ๒ ๘๐%	
				RDU ชั้นที่ ๓ ๒๐%	
ปี ๒๕๖๔ :					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
				RDU ชั้นที่ ๓ ๘๐%	
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ข้อมูลไตรมาส ๓/๒๕๖๐	ร้อยละ	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
			-	-	RDU ชั้นที่ ๑ ร้อยละ ๔๑.๕๖ RDU ชั้นที่ ๒ ร้อยละ ๐.๕๖
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. ภญ.ไพร่า บุญญะฤทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๙๐๑๖๒๘ โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๑๖๓๔		เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๓๙๕๓๒๘๙ E-mail : praecu@gmail.com กองบริหารการสาธารณสุข (ตัวชี้วัด RDU และกิจกรรมข้อที่ ๑-๓ ของตัวชี้วัด AMR)		

	<p>๒. นางวารารณ์ เทียนทอง    พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๓๖๕๒                                  โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๔๖๕๕๘๐ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๓๔๔๓    E-mail : varaporn.thientong๒@gmail.com</p> <p><b>สถาบันบำราศนราดูร (กิจกรรมข้อที่ ๔ ของตัวชี้วัด AMR)</b></p> <p>๓. ดร.วันทนา ปวีณกิตติพร    นักวิทยาศาสตร์การแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๑๐๐๐๐ ต่อ ๕๕๓๐๒                                  โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๗๐๕๕๕๔๑ โทรสาร : ๐๒-๕๕๑๑๔๘๖    E-mail : wantana.p@dmsc.mail.go.th</p> <p><b>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (กิจกรรมข้อที่ ๕ ของตัวชี้วัด AMR)</b></p> <p>๔. นพ.ฐิติพงษ์ ยิ่งยง    นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๗๙๕    โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๔๕๔๓๕๙๓ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๗๘๔    E-mail : thity_๒๔@yahoo.com</p> <p><b>สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค (กิจกรรมข้อที่ ๖ ของตัวชี้วัด AMR)</b></p>
<p><b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</b></p>	<p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU/AMR)</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>๑. ภญ.ไพร่า บุญญะฤทธิ์    เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐๑๖๒๘    โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๓๙๕๓๒๘๘ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๖๓๔    E-mail : praecu@gmail.com</p> <p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (RDU/AMR)</p>