

## สรุปข้อมูลการดำเนินการติดตามความเหมาะสมในการใช้ยา ประจำปีงบประมาณ 2559

นางสาว สุวิชรินทร์ สฤกษ์กุล เกษัชกร

จากการประชุมองค์กรแพทย์ ได้มีการพิจารณามูลค่าการใช้ยาในโรงพยาบาลสอยดาว โดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม HosXP ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นมา ซึ่งที่ประชุมมีมติให้กำหนดเกณฑ์การสั่งใช้และติดตามปริมาณมูลค่าการใช้ยาตามรายการดังตารางต่อไปนี้

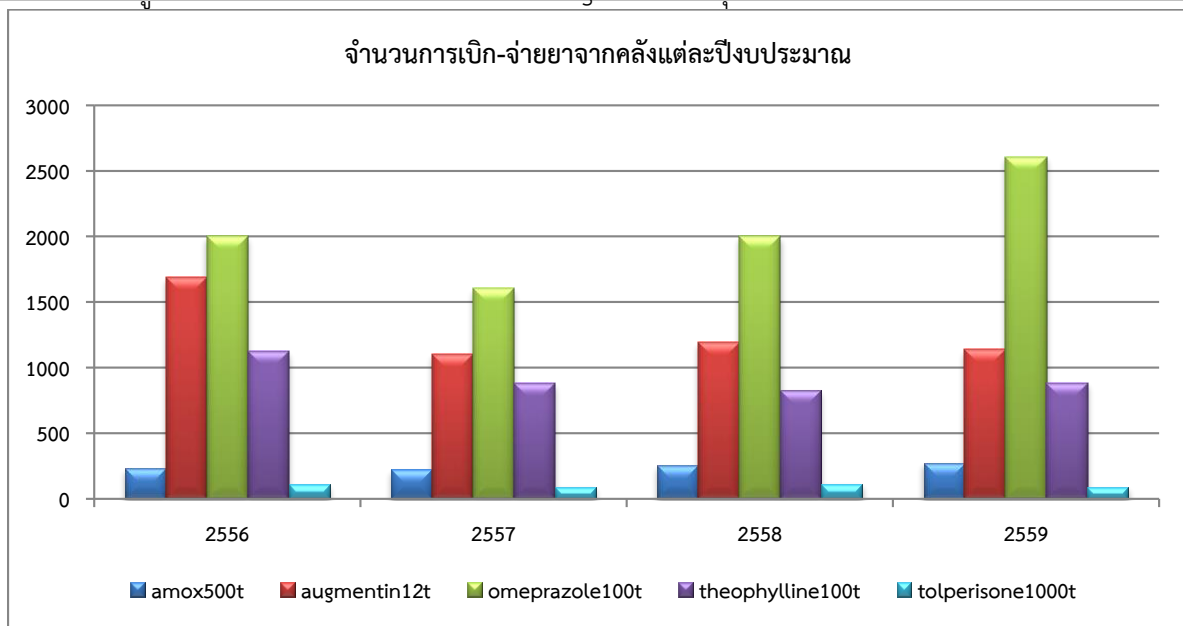
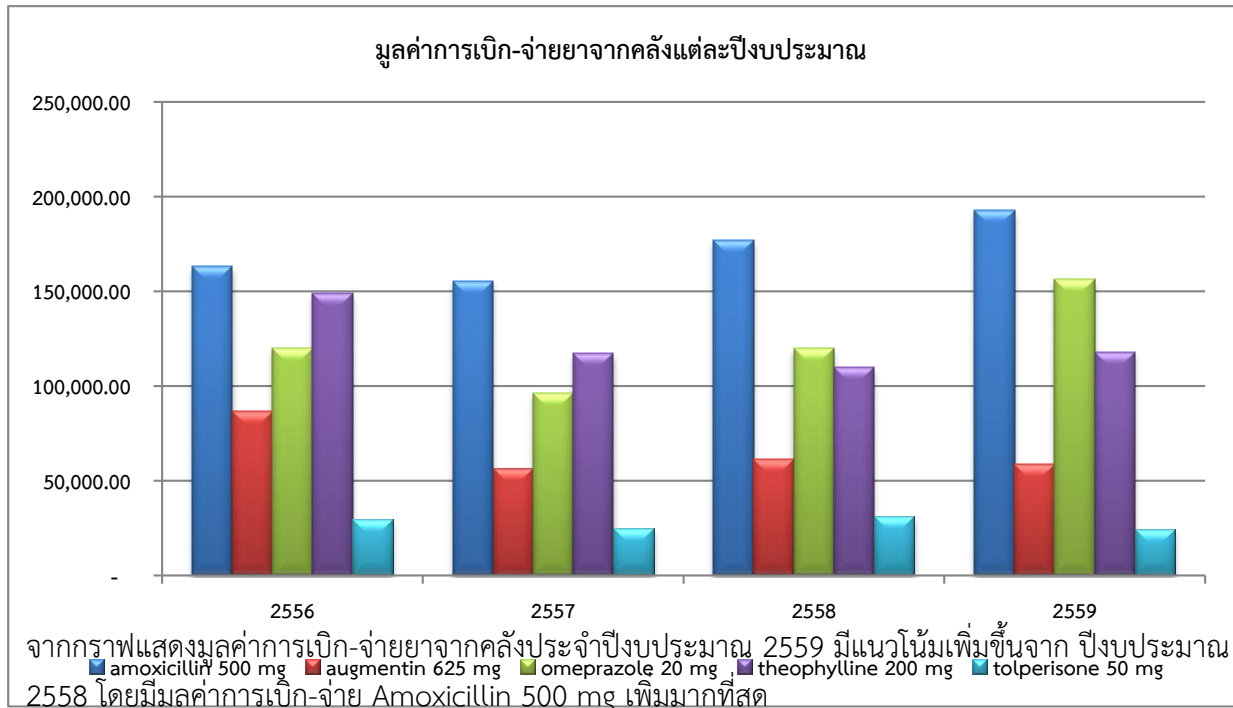
รายการยา	มติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556	มติเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2559
Berodual MDI	ให้จ่ายเฉพาะ COPD งดจ่ายใน Asthma	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 8.12 % จากปีงบประมาณ 2558 ยังคงไว้มติเดิม
Augmentin 625 mg	ในแผลสุ่มขັกดให้เลือกใช้ Amoxicillin ก่อน ในรายที่จำเป็นให้เลือกใช้เป็น Augmentin 625 mg + Amoxicillin 500 mg วันละ 2 ครั้งแทนการใช้ Augmentin 625 mg วันละ 3 ครั้ง	ยอดการใช้ยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 4.61% จากปีงบประมาณ 2558 1. ใช้ Augmentin 625 mg 1 tab+ Amoxicillin 500 mg tab q 12 hr แทน Augmentin 625 mg 1*3 pc 2. ข้อบ่งใช้ แผลเบาหวาน แผลติดเชื้อมาก แผลคนกัด ไม่ใช้ในแผลสัตว์กัดทั่วไป
Seretide evohaler	อาจพิจารณายา local made โดยให้ใช้ใน case COPD stage 3 ขึ้นไปทั้งในผู้ป่วยที่สูบและไม่สูบบุหรี่ และใช้ใน case asthma ที่เข้าเกณฑ์ uncontrolled จ่ายได้เฉพาะ IPD และใน clinic asthma/COPD เท่านั้น งดจ่ายใน case OPD ทั่วไป	ยอดการใช้ยามีแนวโน้มลดลง 5.20 % จากปีงบประมาณ 2558 และราคาถูกลงเนื่องจากเปลี่ยนมาใช้ local made อีกทั้งไม่มี complain จากผู้ป่วยในด้านประสิทธิภาพและ side effect ยังคงใช้มติเดิม (COPD เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการเป็น stage3 ขึ้นไปโดยใช้ทั้งในผู้ป่วยสูบและไม่สูบบุหรี่ใน case asthma ขอให้ใช้ใน selected case ที่เข้าเกณฑ์ uncontrolled งดจ่ายใน OPD ทั่วไป จ่ายเฉพาะ IPD และ clinic asthma/COPD) มติเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วย COPD ที่ยังสูบบุหรี่ จะเปลี่ยนจาก Seretide evohaler
รายการยา	มติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556	มติเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2559
Seretide evohaler (ต่อ)		ให้ Budesonide MDI แทน -เพิ่มกระบวนการ rehabilitation โดยปรับเวลากับกายภาพอีกครั้ง -มีการเยี่ยมบ้าน พุดคุยเรื่อง

		สภาพแวดล้อมภายในท้องถิ่น -ยาร่วมโรงพยาบาลพระปกเกล้า ทำ specification non alcohol จะได้ Seretide evohaler ที่เป็น original ซึ่ง จะเพิ่มเงินในการซื้ออีกประมาณ 1.4 แสนบาท
Omeprazole 20 mg	มีมติให้ใช้ prophylaxis ในผู้ป่วยที่ได้รับ Aspirin 81 mg	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 30.40 % จากปี 2558 มติให้ใช้ prophylaxis ในรายที่ใช้ aspirin 81mg ใช้ตามข้อบ่งใช้ <b>มติเพิ่มเติม</b> -ให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป -ผู้ป่วยที่มีประวัติ GI bleeding
Theophylline SR 200 mg	มีมติให้ใช้ low dose โดยต้องการฤทธิ์ anti-inflammation ใน COPD และใช้ใน asthma กรณีหยุดใช้ controller	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 7 % จากปี 2558 มติใช้ low dose ½ tab 1*hs หรือ ½ *2 ใช้ฤทธิ์ antiinflammation ใน COPD มีการใช้อยู่ตามมติเดิม
Tolperisone 50 mg	มีมติลดปริมาณการใช้เนื่องจากเป็นยา NED และขอให้เป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่ม NSAIDs ไม่ได้	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง 20.87% จากปีงบประมาณ 2558 เป็นยา NED จะลดจำนวนการใช้ลงเนื่องจากจะลดการจ่าย Paracetamol ลง เพราะผู้ป่วยไม่ชอบใช้ แพทย์เสนอให้ใช้ Norgesic® (Paracetamol 500 mg+ Orphenadrine 35 mg) เป็นยา NED เหมือนกันหากจ่าย Norgesic® ผู้ป่วยจะพึงพอใจมากขึ้นและสามารถลดจำนวนการจ่าย Paracetamol 500
รายการยา	มติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556	มติเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2559
		mg ลงได้
Salbutamol MDI	ปริมาณการใช้ควรลดลง หากมีการใช้ intranasal steroid	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 8.44% จากปีงบประมาณ 2558 ยังต้องติดตามการใช้
Fluticasone furoate nasal spray	-นำเข้ากรอบโรงพยาบาล ให้ใช้ใน case uncontrolled allergic rhinitis impact on asthma โดยให้จ่าย เฉพาะในคลินิก asthma/COPD ในผู้ป่วย asthma ที่มี allergic rhinitis	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง 12.82% จากปีงบประมาณ 2558 ใช้ในกรณี Asthma ร่วมกับ Allergic rhinitis หรือ Allergic rhinitis ที่คุมอาการไม่ได้ มติเพิ่มเติม

	เท่านั้น และให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันในผู้ป่วยทุกสิทธิรวมถึงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	-กรณีเจ้าหน้าที่เบิกได้หรือข้าราชการที่เป็น Allergic rhinitis สามารถจ่าย Fluticasone furoate 27.5 mcg/spray เป็น OPD case ได้ -กรณีผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง 1. สอนพ่นยา รายใหม่ 2. มีการประเมินซ้ำ 3. ประเมินซ้ำทุก 6 เดือน
Budesonide MDI	-	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3.31% จากปีงบประมาณ 2558 ยังคงไว้มติดเดิม
Amoxicillin 500 mg	-	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 8.70% จากปีงบประมาณ 2558 มีปริมาณใช้เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว แต่ไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัดอัตราการใช้อнтиbiotic ใน URI ที่ลดลงจาก 34.02% เป็น 33.88% มติดำเนินการ -ให้แพทย์และพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งจ่ายยาตามเกณฑ์ ASU-โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน โดยฝ่ายเภสัชกรรมเอาเกณฑ์ติดที่ห้องตรวจแพทย์และห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
<b>รายการยา</b>	<b>มติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556</b>	<b>มติเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2559</b>
Dicloxacillin 250 mg	-	ยอดการใช้ยาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 1.52% จากปี 2558 มติดำเนินการ -ให้แพทย์และพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งจ่ายยาตามเกณฑ์ ASU-แผลเลือดออกโดยฝ่ายเภสัชกรรมเอาเกณฑ์ติดที่ห้องตรวจแพทย์และห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

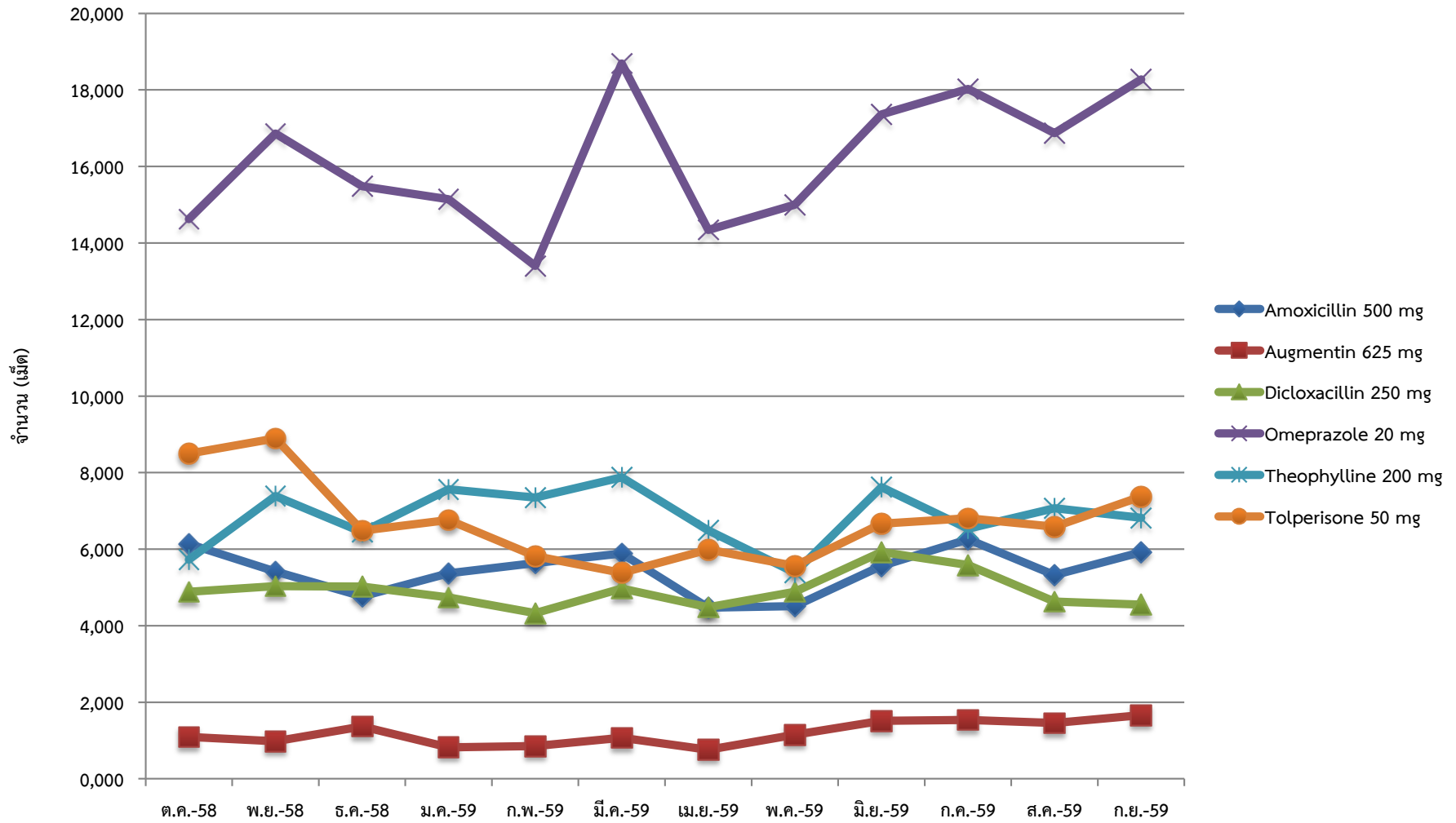
ในปีงบประมาณ 2559 ได้การดำเนินการติดตามความเหมาะสมในการใช้ยาที่มีมติเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่องจากปี 2557-2559 ได้ข้อมูลดังนี้

### 1. ยามูลค่าสูง



จากกราฟแสดงจำนวนการเบิก-จ่ายยาจากคลังประจำปีงบประมาณ 2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ปีงบประมาณ 2558 โดยมีจำนวนการเบิก-จ่าย Omeprazole 20 mg เพิ่มมากที่สุด

ปริมาณการสั่งยาเม็ดผ่าน HosXp ประจำปีงบประมาณ 2559



จากกราฟแสดงปริมาณการสั่งยาเม็ดผ่าน HosXp พบว่า

1. Omeprazole 20 mg มีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในปีงบประมาณ 2558 มติให้งด prophylaxis ในรายที่ใช้ aspirin 81mg โดยใช้ตามข้อบ่งใช้ แต่มีมติเพิ่มเติม ให้ใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีประวัติ GI bleeding

2. Tolperisone 50 mg มีแนวโน้มการใช้ลดลงในตอนแรกและในช่วงปลายปีงบประมาณมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากแพทย์มีการสั่งใช้ร่วมกับ Paracetamol NSAIDs ทั้งในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดแบบเฉียบพลันและปวดแบบเรื้อรัง(ผู้ป่วยกายภาพ)

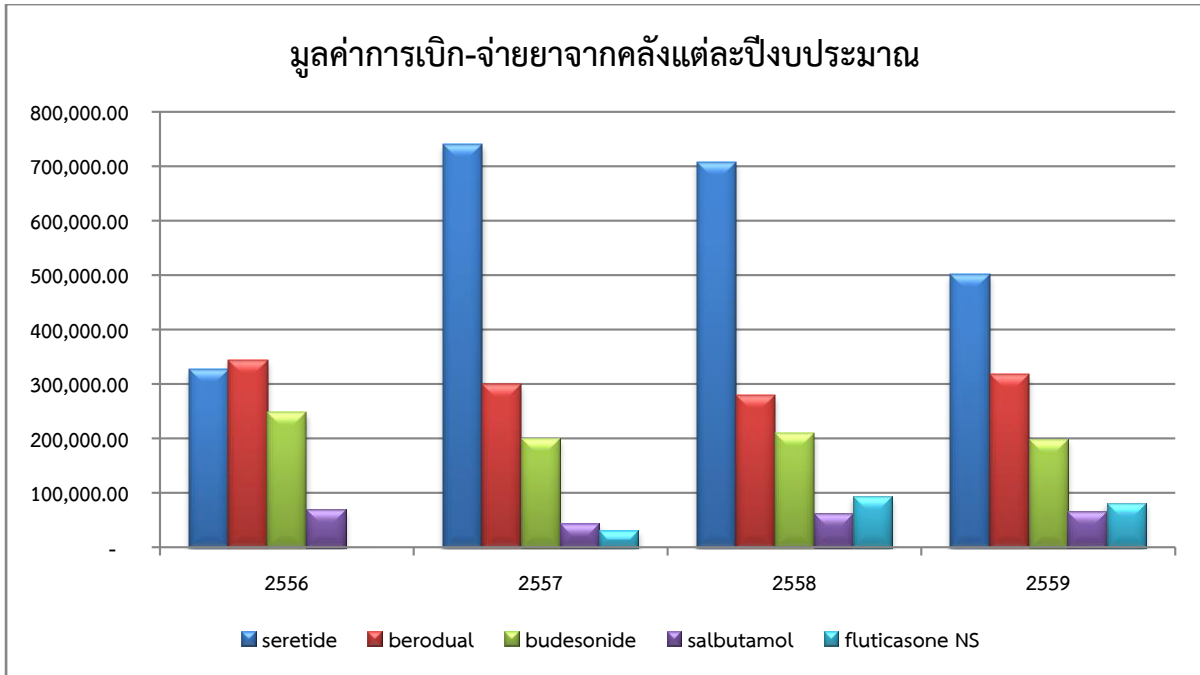
3. Thepohylline 200 mg มีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นไม่มากนัก จึงยังให้คงตามมติเดิม

4. Augmentin 625 mg มีแนวโน้มการใช้ลดลงในปี 59 โดยแพทย์ได้มีการสั่งใช้ Augmentin 625 mg 1 tab+ Amoxicillin 500 mg tab q 12 hr ใน Sinusitis, Otitis media และแผลเบาหวาน แผลติดเชื้อมาก ผลคนกัก ไม่ใช่ในแผลสัตว์กัดทั่วไปเพิ่มมากขึ้นแทน Augmentin 625 mg 1\*3 pc

5. Dicloxacillin 250 mg มีแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นไม่มากนัก จึงยังให้คงตามมติเดิม โดยให้แพทย์และพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งจ่ายยาตามเกณฑ์ ASU-แผลเลือดออกโดยฝ่ายเภสัชกรรมเอาเกณฑ์ติดที่ห้องตรวจแพทย์และห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

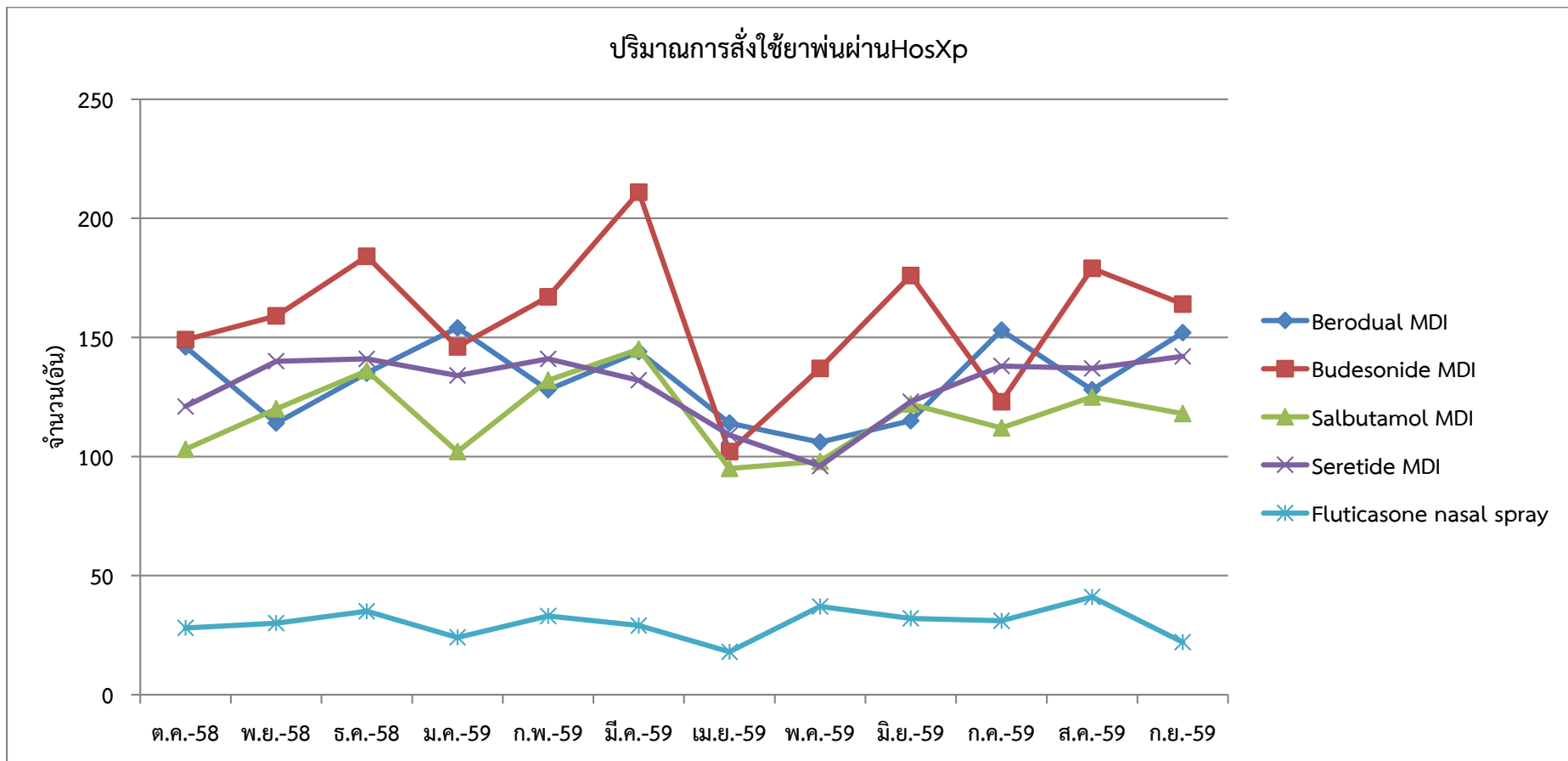
6. Amoxicillin 500 mg จะขอกล่าวในความเหมาะสมในการใช้ยาปฏิชีวนะต่อไป

## 2. ยาราคาแพง



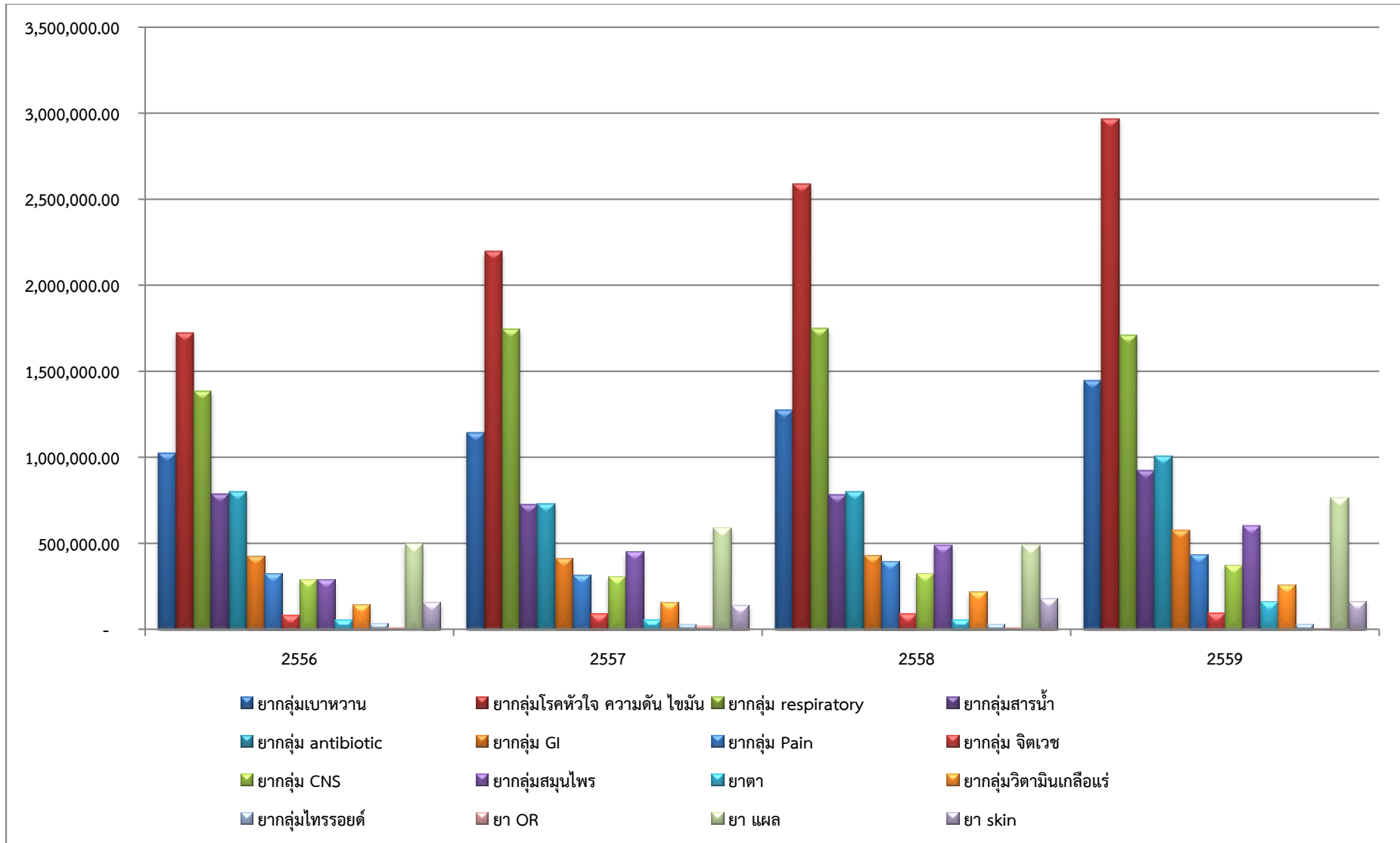
จากกราฟแสดงมูลค่าการเบิก-จ่ายยาจากคลังประจำปีงบประมาณ 2559 พบว่า

1. Seretide มีแนวโน้มมูลค่าลดลง เนื่องจากราคายาในปีงบประมาณ 2558 ลดลงจาก 460.10บาท/หลอด เป็น 310.06บาท/หลอด ถึงแม้ยอดการเบิก-จ่ายจากคลังในปีงบประมาณ 2559 จะเพิ่มเป็น 1,619.00 หลอดจากเดิมในปีงบประมาณ 2558 จำนวน **1539 หลอด**
2. Berodual มีแนวโน้มมูลค่าเพิ่มขึ้น เนื่องจากยอดการเบิก-จ่ายจากคลังในปีงบประมาณ 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 1677 หลอด จากเดิมในปีงบประมาณ 2558 จำนวน **1551 หลอด** อีกทั้งราคาขายที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2559 ราคา **179.95บาท/หลอด** เป็น 189.39 บาท/หลอด ในปีงบประมาณ 2558
3. Budesonide มีแนวโน้มมูลค่าเพิ่มขึ้น เนื่องจากยอดการเบิก-จ่ายจากคลังในปีงบประมาณ 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 2,058 หลอด จากเดิมในปีงบประมาณ 2558 จำนวน **1992 หลอด** ถึงแม้ราคาขายจะถูกกลงโดยปีงบประมาณ 2558 จาก **105.20บาท/หลอด** เป็น 96.64บาท/หลอดในปีงบประมาณ 2559
4. Salbutamol มีแนวโน้มมูลค่าเพิ่มขึ้น เนื่องจากยอดการเบิก-จ่ายจากคลังในปีงบประมาณ 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 1644 หลอด จากเดิมในปีงบประมาณ 2558 จำนวน **1516 หลอด** ถึงแม้ราคาขายจะถูกกลงในปีงบประมาณ 2558 จาก **41.45 บาท/หลอด** เป็น 40.66 บาท/หลอด ในปีงบประมาณ 2559
5. Fluticasone NS มีแนวโน้มมูลค่าลดลง เนื่องจากยอดการเบิก-จ่ายจากคลังในปีงบประมาณ 2559 ลดลงเป็น 340 หลอด จากเดิมในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 390 หลอด



### 3. มูลค่าการใช้แยกตามกลุ่มยา

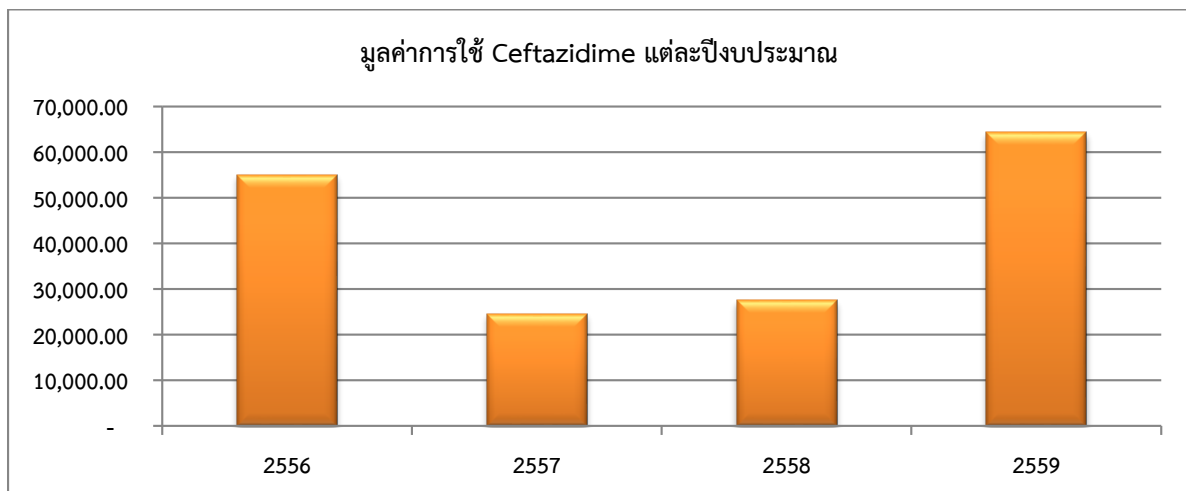
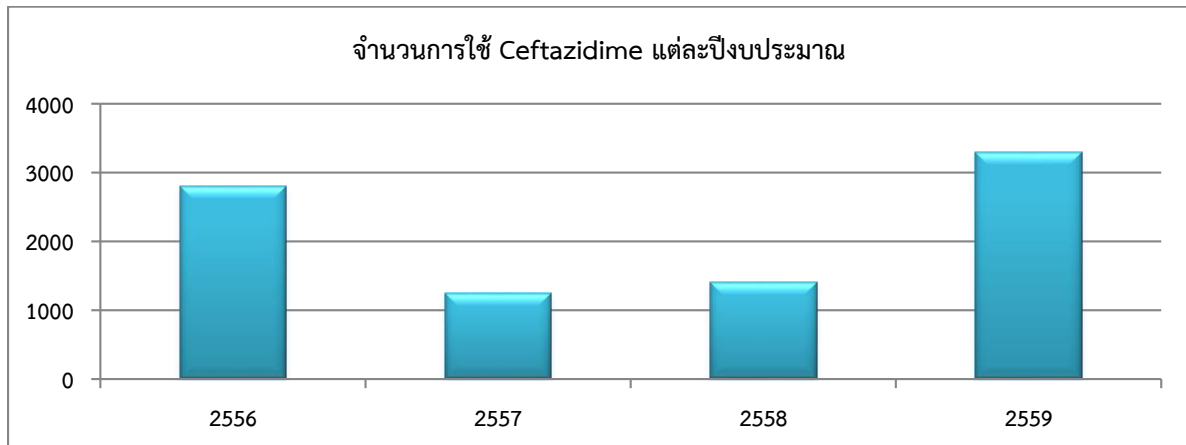




จากกราฟแสดงให้เห็นว่ามูลค่าการใช้แยกตามกลุ่มยาในปีงบประมาณ 2559 ส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ยาในกลุ่มโรคหัวใจ ความดัน ไชมัน มีมูลค่าการใช้เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 16.54%
  - Amlodipine 5mg, Losartan 50mg, Enalapril 5mg และ 20mg มีมูลค่าการใช้เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดัน และผู้ป่วยCKD เพิ่มมากขึ้น
  - Carvedilol 6.25mg มีมูลค่าการใช้เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีการใช้แทน Metoprolol ในผู้ป่วยHF รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น
  - Simvastatin 10mg และ 40mg มีมูลค่าการใช้เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีมติ ให้จ่าย Simvastatin ทุกรายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุ 40 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ที่มี LDL-C > 190 mg/dL รวมทั้งผู้ป่วยโรค Stroke ที่refer มาจากรพศ.
  - Clopidogrel มีมูลค่าการใช้ลดลงเนื่องจากมีมติ ให้หยุดยาหลังจากกลับรับการรักษาที่ รพ. สอยดาวนับเวลาไปอีก 1 ปีใน case NSTEMI แล PCI จาก รพศ.
2. ยาในกลุ่ม respiratory มีมูลค่าการใช้เพิ่มขึ้น 12.48% จากยา Seretide, Berodeol, Budesonide, Theophylline, Fucicason และ Salbutamol ตามลำดับ
3. ยาในกลุ่ม Antibiotic มีมูลค่าการใช้เพิ่มขึ้น 24.30%
  - Ceftriaxone มีมูลค่าการใช้เพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น
  - Ceftazidime มีมูลค่าการใช้เพิ่มขึ้น ขอกล่าวในหัวข้อยาที่เสี่ยงต่อการใช้ไม่เหมาะสมต่อยาต่อไป
4. ยาในกลุ่มสารน้ำ มีมูลค่าการใช้เพิ่มขึ้น 18.87% เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ admit เพิ่มขึ้น
5. ยาตามีมูลค่าการใช้เพิ่มขึ้น 64.60% เนื่องจากมีจักษุแพทย์มาประจำที่โรงพยาบาล ทำให้จำนวน case ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

#### 4. ยาที่เสี่ยงต่อการใช้ไม่เหมาะสมคือยาต่อไป



จากกราฟแสดงให้เห็นว่าจำนวนและมูลค่าการใช้ Cefazidime ในปีงบประมาณ 2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจาก มีการมีการใช้ยาจาก รพ. สอยดาวเองคิดเป็น 70.51 % โดยสังเกตพบว่าแพทย์สั่งใช้ในกรณี Bronchopneumonia, Lobar pneumonia เป็นส่วนใหญ่ ส่วนการรับ refer จาก รพศ. คิดเป็น 29.48%

## 5. การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

ในปีงบประมาณ 2559 การดำเนินงาน Antibiotic Smart Use ยังคงเป็นรูปแบบเดียวกับปี 2556-2558 ได้แก่การติดตามคุณภาพการสั่งใช้ยาและมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรคเป้าหมายได้แก่ กลุ่มโรค URI และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้เกณฑ์ประเมินจาก สปสช. แต่เนื่องจากโปรแกรม Electronic tool version 1.0 ไม่สามารถนำเข้าสู่ข้อมูลเพื่อนำไปประมวลผลได้ ในปี 2557 จึงปรับไปใช้ข้อมูลจากโปรแกรม HosXP แทน

โดยทาง สปสช.ได้กำหนดเกณฑ์การประเมินและให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ตาราง M2 คะแนนคุณภาพของการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 โรคเป้าหมาย

การประเมินร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วย 2 โรคเป้าหมาย ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ	คะแนน
≤ 20	5
21-30	3
31-40	1
> 40	0

สูตรการคำนวณ 1). ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

$$= \frac{\text{จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ที่ได้รับยาปฏิชีวนะ}}{\text{จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วย URI ทั้งหมด}} \times 100$$

ตัวตั้ง = จำนวนในสั่งยาของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการ ในกลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดใน ตาราง M2-1 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ

ตัวหาร = จำนวนในสั่งยาของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการ ในกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น ทั้งหมด ตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดใน ตาราง M2-1

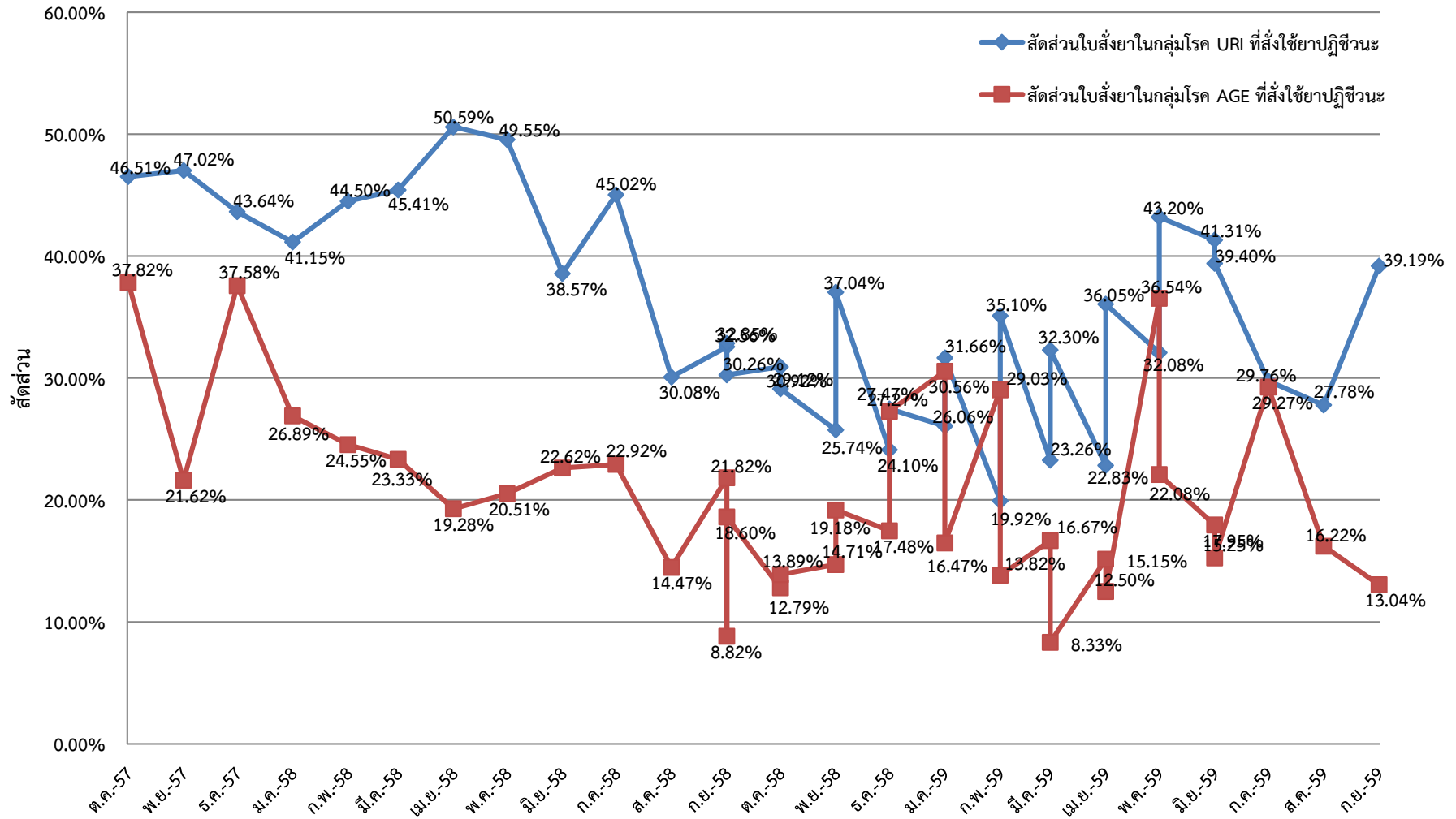
สูตรการคำนวณ 2). ร้อยละของใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ

$$= \frac{\text{จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาปฏิชีวนะ}}{\text{จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด}} \times 100$$

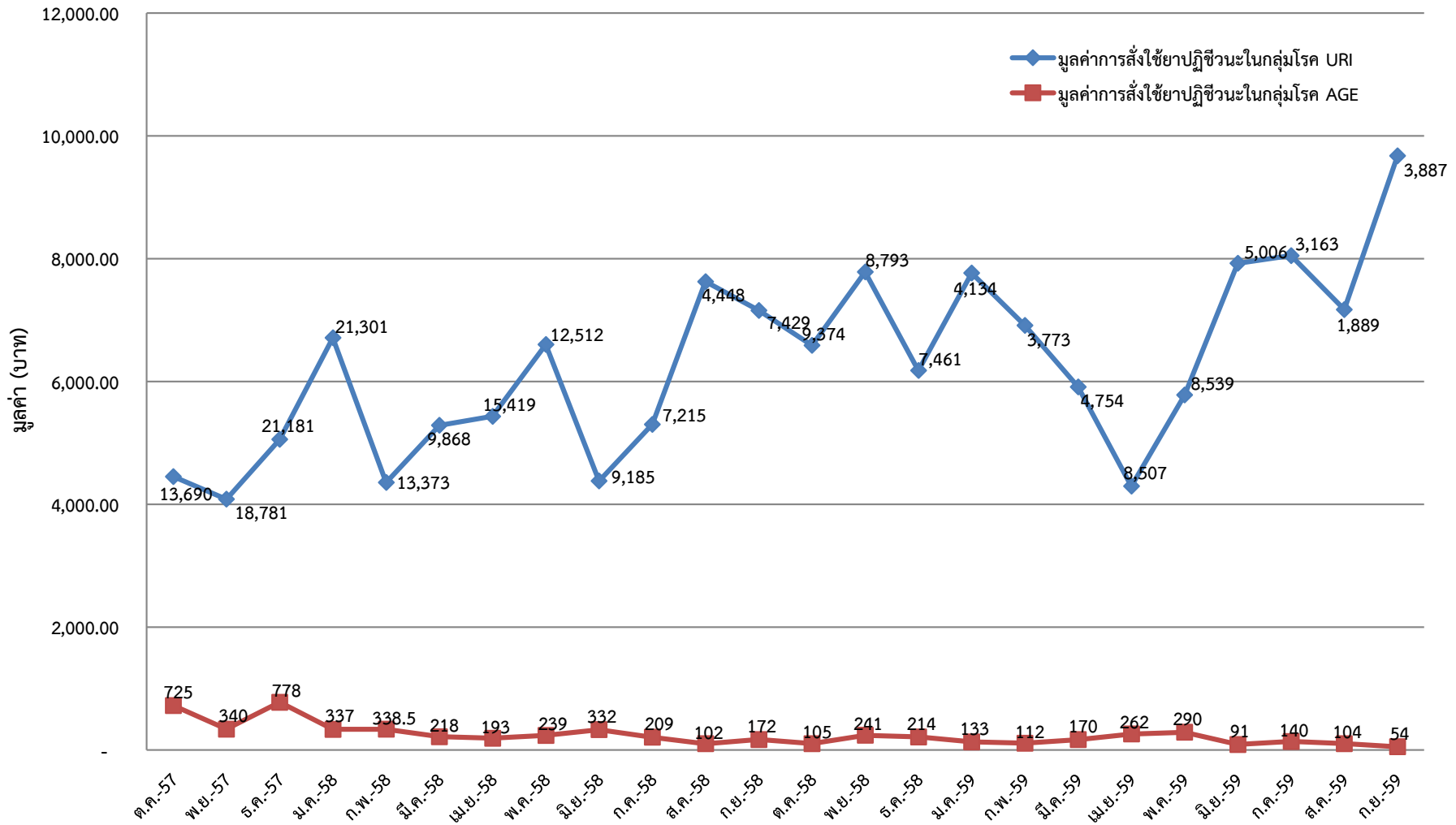
ตัวตั้ง = จำนวนในสั่งยาของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการ ในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดใน ตาราง M2-2 และ มีการให้ยาปฏิชีวนะ

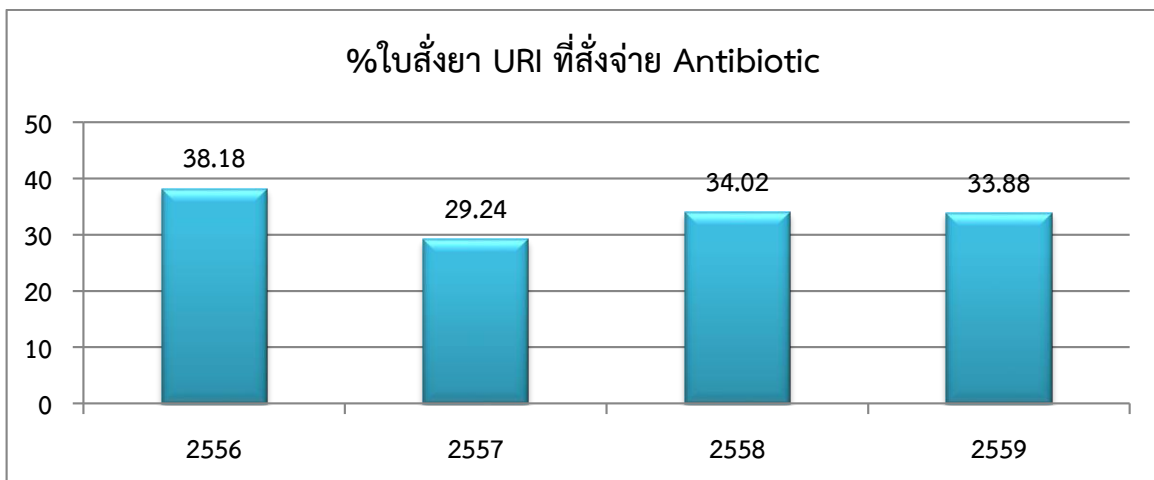
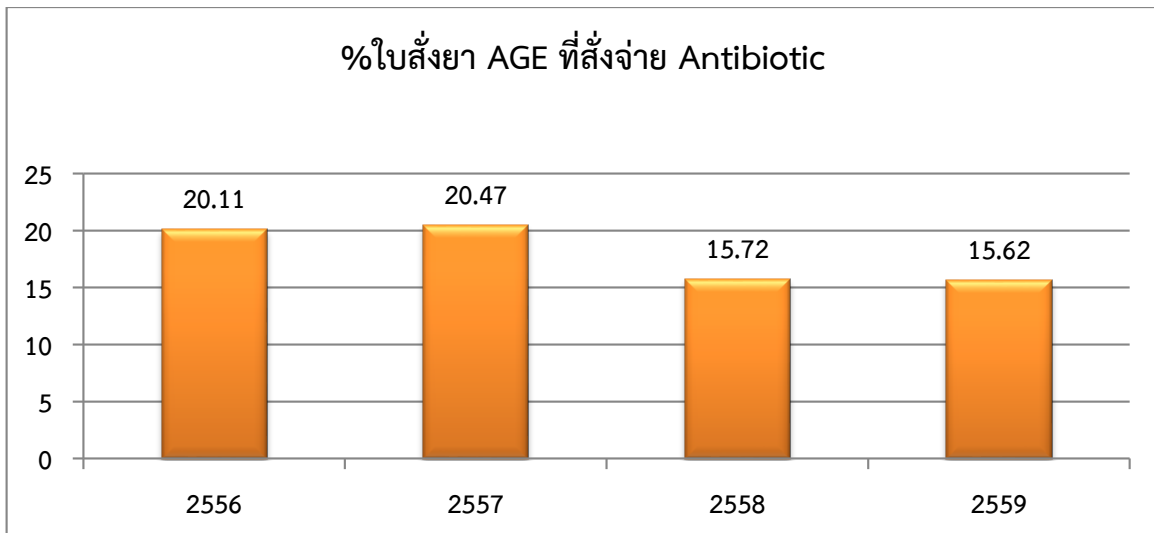
ตัวหาร = จำนวนในสั่งยาของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในหน่วยบริการในกลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ทั้งหมด ตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดใน ตาราง M2-2

กราฟแสดงสัดส่วนของใบสั่งยาที่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ



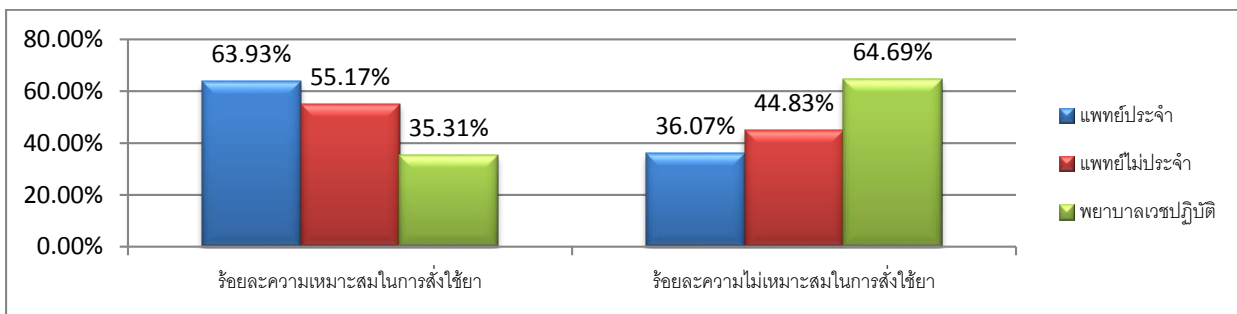
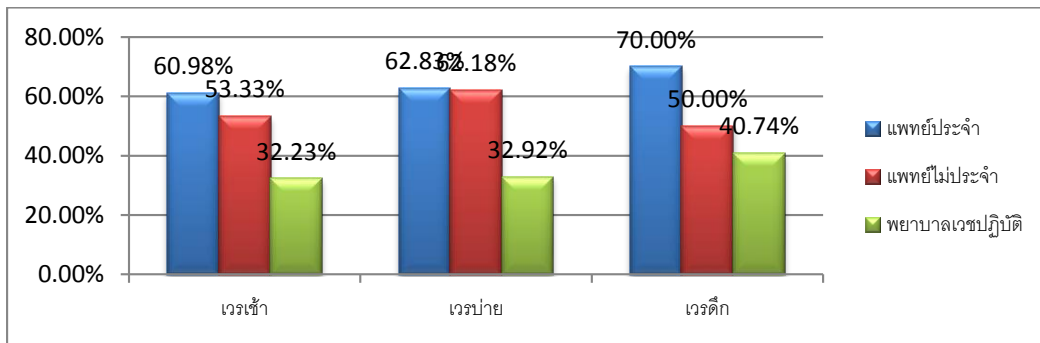
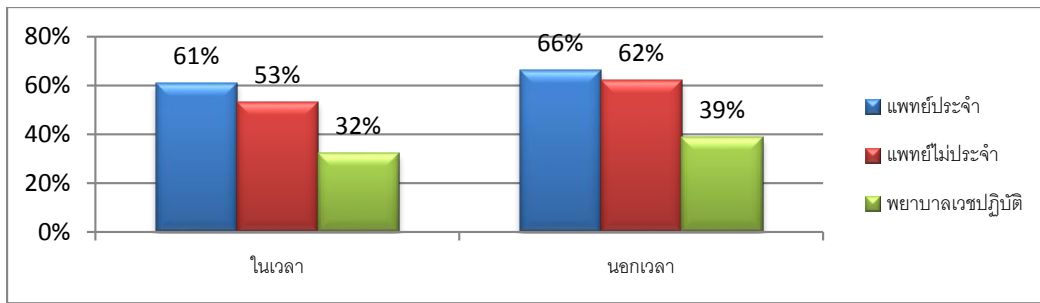
กราฟแสดงมูลค่าการสั่งซื้อยาปฏิชีวนะทั้งหมดเปรียบเทียบกับ 2 กลุ่มโรค





จากกราฟแสดงข้อมูลในปีประมาณ 2559 พบว่า ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค AGE เท่ากับ 15.62 มีแนวโน้มลดลงจากเดิมเล็กน้อย แต่ยังไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 20 ตามที่ สปสช. ได้กำหนดไว้ ส่วนร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI เท่ากับ 33.88 มีแนวโน้มลดลงจากเดิม แต่เกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 20 ตามที่ สปสช. ได้กำหนดไว้ จึงได้มีการพิจารณาหาสาเหตุของการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI ดังต่อไปนี้

1. %การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเหมาะสมในกลุ่มโรค URI มีแนวโน้มอยู่ในช่วงใน/นอกเวลา
2. %การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเหมาะสมในกลุ่มโรค URI มีแนวโน้มอยู่ในช่วงเวรใด
3. %การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค URI การวินิจฉัยสัมพันธ์กับยาที่ได้หรือไม่



จากกราฟพบว่าช่วงนอกเวลาร้อยละความเหมาะสมในการส่งยามากกว่าในช่วงในเวลา ส่วนในช่วงเวรดึกจะมีร้อยละความเหมาะสมในการส่งยามากกว่า เวรบ่าย และเวรดึก ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบร้อยละของความเหมาะสมในการส่งยา พบว่าแพทย์ประจำมีร้อยละในการส่งยาได้เหมาะสมได้มากกว่า แพทย์ไม่ประจำ พยาบาลเวชปฏิบัติ ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบการส่งไข้ยาที่ไม่เหมาะสมพบใน Acute nasopharyngitis, Acute pharyngitis, Acute bronchitis เป็นส่วนใหญ่อาจส่งผลให้เกิดการไข้ยาปฏิชีวนะที่เกินจำเป็นได้ ควรมีการนำเสนอข้อมูลการใช้ยาแต่ละหน่วยหรือมีการทบทวนความรู้ในการส่งยาปฏิชีวนะในกลุ่มของแพทย์ประจำ แพทย์ไม่ประจำ และพยาบาลเวชปฏิบัติ เมื่อให้มีการไข้ยาให้เป็นไปตามเกณฑ์การไข้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตาม สปสช. กำหนดต่อไป