

## นโยบายด้านยาโรงพยาบาลราชบุรี ประจำปี 2566

### นโยบายการบริหารจัดการด้านยา

นโยบายบริหารจัดการระบบยา มีการกำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยด้านยา ดังนี้

การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutics Committee: PTC) มีบทบาทในการกำหนดนโยบายด้านยา ได้แก่

พัฒนาระบบ ยา ติดตาม ตรวจสอบ ส่งเสริม กำกับ ให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จัดทำเภสัชตำรับ (Hospital Formulary) สอดคล้องกับปรัชญาและหลักการของบัญชียาหลักแห่งชาติ

สร้างความมั่นใจต่อคุณภาพยา (Ensuring Drug Quality)

ติดตามความปลอดภัย & ดำเนินการป้องกันแก้ไข (Ensuring Drug Use Safety)

ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา (Expenditure Control)

ฝึกอบรมบุคลากร (Staff Education)

ควบคุมการส่งเสริมการขาย บริษัทฯ&อุปกรณ์การแพทย์

### นโยบายการคัดเลือกยา

เพื่อกำหนดรายการที่ควรมีใช้ในโรงพยาบาลตามความเหมาะสม ไม่น้อย หรือมากเกินไปจนความจำเป็น

1. กรอบบัญชียาโรงพยาบาลไม่เกิน 375 รายการ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (Good Health at Low Cost)

2 สัดส่วนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ED : NED ไม่น้อยกว่า 90 : 10 โดยจำนวนรายการยาสมุนไพรไม่น้อยกว่า 30 รายการ และเป็นสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่น้อยกว่า 20 รายการ

3 การมียาในชื่อสามัญในรูปแบบเดียวกันเพียง 1 ชื่อการค้า (One generic name One Trade name)

4 การคัดเลือกรายการยาพิจารณาจากความจำเป็นในแต่ละกลุ่มโรค โดยอ้างอิงตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติและข้อมูลยาตามหลักฐานทางวิชาการ

5 การพิจารณายาใหม่เข้าบัญชียาโรงพยาบาล ต้องมีการทบทวนข้อบ่งใช้ ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เปรียบเทียบราคา ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล กับยาในกลุ่มเดียวกันที่มีในโรงพยาบาล หรือคำนึงถึง ประสิทธิภาพ (Efficacy) ความปลอดภัยระดับสากล (Safety) และราคาที่เป็นธรรมและเหมาะสม (Suitable Cost)

6 การพิจารณาขาดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ต้องมีการทบทวนถึงข้อบ่งชี้ อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Event) ทั้งแง่ของ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Adverse Drug Reaction อุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) รวมทั้งยาในกลุ่ม (Look Alike Sound Alike LASA)

7 ยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกันต้องมีไม่เกิน 2 generic name

8 กำหนดเกณฑ์การใช้นอกบัญชียาของโรงพยาบาลรวิชัย กรณีแพทย์ประสงค์จะใช้ยาซึ่งอยู่นอกบัญชี ต้องทำบันทึกข้อความขออนุมัติใช้ยาเป็นกรณีพิเศษ โดยระบุชื่อผู้ป่วย เหตุผลความจำเป็นที่ต้องการใช้ จำนวนที่ต้องการใช้ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย

### นโยบายการจัดซื้อยา

1 มีการดำเนินการจัดทำแผนจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ประจำปี ตามนโยบายพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุขโดยต้องขออนุมัติต่อคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และต้องขออนุมัติแผนฯต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โดยต้องสอดคล้องกับแผนการเงินฯ (planfin) ของโรงพยาบาล กำกับติดตามแผนทุก 3 เดือน กรณีไม่สามารถดำเนินการตามแผนฯให้เสนอขออนุมัติปรับแผนหลังครบ 6 เดือน ตามขั้นตอน

2 การจัดซื้อจัดทำให้ปฏิบัติตามต้องมพรบ.จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐ ระเบียบกระทรวงการคลัง เรื่องการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ กฎกระทรวงฯ ฉบับออกตาม พรบ และประกาศเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหาและส่งเสริมการขาย ยาฯ ๒๕๖๔

3 มีการจัดทำบัญชีคู่ค้าและทบทวนบัญชีคู่ค้าอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4 การจัดซื้อต้องคำนึงถึงรูปแบบ ลักษณะของยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาให้มากที่สุด

5 มีแนวทางจัดซื้อยาเวลาเร่งด่วน ซึ่งครอบคลุมถึงแนวปฏิบัติการสั่งใช้ยาที่ไม่มีในบัญชีรายการยาโรงพยาบาล

6 ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

กฎกระทรวง หมวด ๖ พัสตส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุข จัดซื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่องค์การเภสัชกรรม สภาอากาศ โรงงานเภสัชกรรมทหาร ผลิตหรือมีจำหน่าย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60

กฎกระทรวง หมวด ๕ พัสตส่งเสริมวัฒนธรรม จัดซื้อยาในบัญชียานวัตกรรม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30

จัดซื้อยารวมเขต หรือ จังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของงบประมาณจัดซื้อยา

จัดซื้อยาจากบริษัทยาที่ผ่านมาตรฐาน GMP

การสนับสนุนยาโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมการแพทย์แผนไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผ่านระบบ Vender Managed Inventory (VMI) เช่น โครงการยาด่านไวรัส ยาวัณโรค วัคซีน ยาสมุนไพร ตามนโยบายคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ยาด่านไวรัส COVID-19 เป็นต้น

7 พิจารณาซื้อขายตามชื่อสามัญทางยาจากบริษัทที่ผ่านมาตรฐาน GMP คุณภาพยาเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด มีผลการวิเคราะห์ทุกรุ่นการผลิต และราคาเหมาะสมโดยอ้างอิงประกาศราคากลางยาและเวชภัณฑ์ ของกระทรวงสาธารณสุข

#### นโยบายด้านการสำรองยาและการกระจายยา

โดยครอบคลุมถึง

1 ควบคุมอัตราการสำรองยาในคลังไม่เกิน 2 เดือน ตามระเบียบการเงินและบัญชี และการนำ ABC – VEN Analysis มาใช้บริหารจัดการคลัง

2 การสำรองยาที่หน่วยบริการ (Fixed Floor Stock) ได้แก่ ห้องยาผู้ป่วยนอก-ใน หอพักฟื้นผู้ป่วยใน ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด ทันตกรรม แพทย์แผนไทย โดยกำหนดรายการยาช่วยชีวิต ยาสำหรับให้บริการพร้อมปริมาณ การสำรองให้สอดคล้องกับความจำเป็นต่อการบริการของหน่วยบริการ

3 ยาที่จำเป็นในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือเร่งด่วน กรณียาช่วยชีวิต เช่น Emergency Drug จะสำรองที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และมีการตรวจสอบปริมาณ วันหมดอายุ ทุกเดือน และมีการเบิกทดแทนทันทีที่มีการสั่งใช้ยา

4 กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ตรวจสอบการหมุนเวียนยาสำรอง พร้อมรายงานผลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเดือนละ 1 ครั้ง

#### นโยบายด้านการจัดเก็บรักษายาและเวชภัณฑ์

1 จัดเก็บยาตามหลักวิชาการ เช่น ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ ยาควบคุมอุณหภูมิ ยาที่ต้องเก็บให้พ้นแสง

2 จัดเก็บด้วยระบบ First Expired First Used (FEFU) หรือ First Expired First Out (FEFO) หรือ First In First Out (FIFO)

3 ระบบการป้องกันการหมดอายุ เช่น รหัสสีบอกปีที่ยาจะหมดอายุ ระบบรายงานรายการยาที่จะถึงวันหมดอายุใน 6 เดือนในโปรแกรมบริหารเวชภัณฑ์ INVS

4 การแยกเก็บยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug : HAD) ยาช่วยชีวิต ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ ออกจากยาทั่วไป และทำสัญลักษณ์ให้ผู้ปฏิบัติสังเกตเห็นได้ง่าย

5 มีระบบควบคุมการเบิกจ่ายยา การสั่งใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ที่รัดกุม

#### นโยบายการสั่งใช้ยา

การสั่งใช้ยาโดยให้คำนึงถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และความประหยัด เป็นหลัก

1 การสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติราคาแพง

2 การสั่งใช้ยา

- 3 การสั่งใช้วัตถุออกฤทธิ์ ต่อจิตและประสาท
- 4 การสั่งใช้ยาเสพติดฯ และยาออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น (Opioids)
- 5 การสั่งใช้ยา บัญชี จ1

#### นโยบายความปลอดภัยด้านยา

- 1 การลดและการป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)
- 2 การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug)
- 3 ระบบการเฝ้าระวังและติดตามคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน
- 4 การเฝ้าระวัง ติดตาม อาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Adverse product reaction : APR)
- 5 การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug event : ADE)
- 6 การประสานรายการยา (Medication reconciliation)

#### นโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ยา ป้องกันอันตรายจากการใช้ยา และการใช้ยาเกินความจำเป็น ลดความสูญเสียของยาและลดมูลค่าการใช้ยาโดยรวม ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

- 1 การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotic smart use : ASU)

กำกับ ควบคุม ให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางที่กำหนดใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลเลือดออกที่ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ตลอดจนการใช้ยาปฏิชีวนะในสตรีคลอดปกติรักษาทางช่องคลอด และกลุ่มโรคอื่นๆที่เป็นปัญหาในพื้นที่

ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทุกตัวที่มีการสั่งใช้ในผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาลให้มีการหยุดยาอัตโนมัติ (Auto Stop) ภายใน 14 วัน หากแพทย์ต้องการสั่งใช้ต่อให้ยืนยันการทบทวนการสั่งใช้ยาใหม่ ยกเว้น กรณีการใช้ยาปฏิชีวนะในบางโรคที่มีระยะเวลาในการใช้ยาวนานเกิน 14 วัน ให้แพทย์ผู้สั่งใช้ยาระบุในคำสั่งครั้งแรกว่า จำนวนวันที่สั่งใช้ยา เป็นเท่าไร เริ่มวันที่เท่าไร และหยุดยาเมื่อครบกำหนดวันที่เท่าไร ให้ชัดเจน

- 2 การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ง และ บัญชี จ

ต้องมีแนวทางกำกับการใช้ยาและแบบฟอร์มกำกับการใช้ยาโดยเฉพาะ กับผู้ป่วยทุกสิทธิ์การรักษา ได้แก่ การสั่งใช้ยา ขนาดยาที่ใช้ ระยะเวลาในการรักษา ต้องเป็นไปตามข้อกำหนดตามแนวทางกำกับการใช้ยา การติดตามและประเมินผลการรักษา ต้องเป็นไปตามข้อกำหนดตามแนวทางกำกับการใช้ยา

ให้มีการติดตามและประเมินการใช้ยาโดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ทบทวนการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดย  
ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยการประเมินการใช้ยาแบบ Prospective ,Concurrent หรือ Retrospective DUE

เสนอผลการประเมินต่อคณะกรรมการ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม และนำผลที่ได้มา  
ปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง

### 3 การประเมินละทบทวนการใช้ยา (Drug use evaluation : DUE)

ให้มีการประเมินและทบทวนการใช้ยา เช่น ยาที่มีการใช้งบประมาณในการจัดซื้อยามากที่สุด (Highest Cost) ยาที่มี  
มีความเสี่ยงสูง (High Risk) ความปลอดภัยต่ำ หรือยาที่มีปริมาณการใช้สูง (High Volume)ง

ให้มีการติดตามและประเมินการใช้ยาโดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ทบทวนการใช้ยาที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดย  
ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยการประเมินการใช้ยาแบบ Prospective ,Concurrent หรือ Retrospective DUE

เสนอผลการประเมินต่อคณะกรรมการ คณะทำงานที่เกี่ยวข้อง อย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม และนำผลที่ได้มา  
ปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง

## นโยบายความปลอดภัยด้านยา

### การลด/ป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error)

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา โดยมีระบบการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ที่มีประสิทธิภาพ สร้าง ความ  
ปลอดภัยในทุกขั้นตอน

#### 1. ให้มีการบันทึก เก็บข้อมูล ความเคลื่อนไหวในกระบวนการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในดังนี้

- การสั่งยา(Prescribing error)
- การคัดลอกคำสั่งใช้ยา (Transcribing error)
- การจัดเตรียมยา (Pre-dispensing error)
- การจ่ายยา (Dispensing error)
- การให้ยา (Administration error)

2 ให้มีการรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาผ่านระบบความเสี่ยงของโรงพยาบาล โดยแยกชนิดและระดับ  
ความรุนแรง A ถึง I

3 ให้มีการทบทวนเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่มี  
ผลเสียต่อผู้ป่วยให้ทบทวนทุกครั้ง และเร็วที่สุด โดยมีการสรุปสาเหตุ และแนวทางการปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนา

4 มีการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของการลดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างชัดเจน

5 มีการสรุปผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง วิธีการปรับปรุง แก้ไข รายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

6 มีการค้นหาและจัดการความเสี่ยงเกี่ยวกับยาที่มีชื่อพ้อง มองคล้าย (Look Alike Sound Alike : LASA)

7 ส่งเสริมให้ใช้ชื่อสามัญทางยาแทนชื่อการค้า

8 ไม่ให้มีการบันทึกข้อมูลและการสั่งใช้ยาในลักษณะคำสั่ง “ยาเดิม” หรือ RM

#### ระบบการดักจับและป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

ขั้นตอนการคัดเลือก/ จัดซื้อ – จัดหา กำหนดยาชื่อพ้องมองคล้าย ( LASA ) เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาจัดซื้อยา โดยหลีกเลี่ยงการจัดซื้อยาที่มีรูปลักษณะคล้ายคลึงกัน

#### ขั้นตอนการสั่งใช้ยา

กรณีผู้ป่วยนอก การสั่งใช้ยากำหนดให้สั่งยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Computerized Physician Ordering Entry : CPOE) เพื่อให้ผู้ตรวจรักษาสามารถตรวจสอบข้อมูล ประวัติการสั่งใช้ยาผู้ป่วย ช่วยลดปัญหาความคลาดเคลื่อนจากการอ่านลายมือแพทย์ และใช้ตัวอักษรที่เป็น Tallman letter แยกให้เห็นความแตกต่างในรายการที่มีชื่อพ้อง

กรณีผู้ป่วยใน ใช้ doctor order sheet แล้วส่งให้เภสัชกรโดยระบบ Scan order ทำให้เภสัชกรได้อ่านลายมือแพทย์โดยตรง เป็นการทวนสอบระหว่างหน่วยงาน

หลีกเลี่ยงการสั่งยาผ่านทางโทรศัพท์แต่หากจำเป็นจะต้องมีการเซ็นชื่อกำกับโดยแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อเป็นการยืนยันคำสั่งการใช้ยา

ไม่ใช่ชื่อย่อของยาในการบันทึกข้อมูล การใช้สั่งยา หรือจัดทำฉลาก ยกเว้นเป็นชื่อที่ใช้แบบสากล

มีระบบเตือนเมื่อมีการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ หรือเป็นยาที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่น ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้, ยาที่ต้องระวังในผู้ป่วย G-6-PD, ผู้ป่วยที่ใช้ยา Warfarin ,ยาที่มี Fatal Drug Interaction ,ขนาดการใช้ยาในเด็ก ,ยาที่ต้องระวังในหญิงมีครรภ์ ,ข้อบ่งใช้และข้อควรระวังในการใช้ยา

#### ขั้นตอนการคัดลอกคำสั่ง การเก็บรักษา เตรียมยา และกระจายยา

ผู้ป่วยในจัดระบบการกระจายยาบนหอผู้ป่วย แบบ one day dose

จัดเก็บยาที่มีชื่อพ้องหรือรูปลักษณะคล้ายคลึงกันให้อยู่ห่างกันหรือจัดเก็บโดยไม่เรียงตามลำดับอักษร

ทำสัญลักษณ์บนป้ายหรือชั้นเก็บ ให้เป็นจุดสังเกตสำหรับยาที่มีชื่อพ้องมองคล้ายหรือยาที่มีหลายความแรง เช่น LASA ตัวอักษรตัวหนา หรือสีที่แตกต่าง เพื่อป้องกันความสับสน และทำป้ายเตือนสำหรับผู้ป่วยที่จัดผิดบ่อย

ยาแบ่งบรรจุต้องมีฉลากแสดง ชื่อยา ความแรง วันผลิตและวันหมดอายุกำกับชัดเจน โดยยาที่นำมาบรรจุกำหนดระยะเวลาให้มีอายุ 6 เดือน แต่ยาที่อายุสั้นกว่า 6 เดือน ให้นำมาตามอายุจริง และยาที่แบ่งบรรจุควรถูกใช้ภายใน 2 เดือนนับจากวันที่แบ่งบรรจุ (ตามมติคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายโรงพยาบาล HNQA บางตำรากำหนดให้มีอายุ 1 ปี และยาที่อายุต่ำกว่า 1 ปีให้นำมาอายุจริง)

ยา Multiple Dose ต้องระบุวันเวลา ที่เปิดใช้ครั้งแรก และวันหมดอายุ

จัดทำบัญชีรายการยาที่ต้องเก็บในอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส

จัดทำรายการยาห้ามบด ห้ามแบ่ง

กำหนดกรอบรายการยาที่ต้องทำการ pre-pack

### ขั้นตอนการจ่ายยา กรณีการจ่ายยาผู้ป่วยนอก

ทวนสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วยทุกครั้ง โดยการใช้คำถามแบบ Two-way communication ทวนสอบความถูกต้องทั้ง ชื่อ-สกุลจากตัวผู้ป่วย ใบสั่งยา และ ในฉลากยา ให้ครบทั้ง 3 จุด (กรณี ผู้ป่วยที่ได้มีการบันทึกภาพถ่ายลงในระบบ Hos Xp ให้ตรวจสอบเปรียบเทียบกับผู้แสดงตัวรับยา)

ทวนสอบประวัติแพ้ยาทุกครั้งก่อนจ่ายยา กรณีการจ่ายยาผู้ป่วยใน - การจ่ายยาแบบ one day dose

พยาบาลที่หิ้วผู้ป่วยตรวจสอบยาของผู้ป่วยแต่ละราย เปรียบเทียบกับ Medication Administration Records (MARs) หากพบว่ายาที่จ่ายไม่ตรงกับใบ MARs หรือพบข้อผิดพลาดพยาบาลจะประสานกับเภสัชกร เพื่อแก้ไข

### ขั้นตอนการบริหารยา

พยาบาลผู้รับผิดชอบตรวจสอบก่อนให้ยาทุกครั้ง ควร Double Check ขณะส่งมอบยากับผู้ป่วย หากมีญาติหรือผู้ดูแลให้ตรวจสอบร่วมกัน

ระบุผู้ป่วยให้ถูกต้อง โดยถามชื่อ สกุล ตรวจสอบป้ายข้อมือ และป้ายชื่อที่หัวเตียงผู้ป่วย

ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาลทันทีหากเป็นไปได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาต่อหน้า ให้พยาบาลนำยากลับมาก่อน และติดป้ายเตือนให้ผู้ป่วยติดต่อพยาบาลเมื่อกลับมา

ลงลายมือชื่อหลัง การบริหารยา หรือ ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาใน Medication Administration Records (MARs) ในแต่ละรายการโดยให้เซ็นชื่อกำกับทันทีในช่องเวลาของการให้ยาแบบ Real Time

กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ยา ให้แจ้งแพทย์ทราบทันที และประสานกับเภสัชกร เพื่อดำเนินการในระบบการติดตามผล อันไม่พึงประสงค์จากยาต่อไป

กรณีบริหารยาทาง Infusion pump มีระบบ IV round ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วย และตรวจสอบอัตราการให้ยา

### 2. การจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug : HAD)

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงหรือเสียชีวิต หากมีการใช้ผิดพลาด ผู้ใช้ยาจะต้องมีความระมัดระวังการใช้เป็นพิเศษ จึงกำหนดนโยบาย ดังนี้

1 กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีเกณฑ์ในการกำหนดที่ชัดเจน จำนวน 16 รายการ

2 มีการจัดทำแนวทางการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมกระบวนการรักษาด้วยยา : คัดเลือก จัดหา เก็บรักษา ส่งจ่าย ถ่ายทอดคำสั่ง การเตรียม การกระจาย การส่งมอบ การให้ยาและการติดตาม

3 มีสัญลักษณ์หรือเครื่องหมายที่รับรู้กันทั้งระบบว่าเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง

4 ไม่ให้มีการสำรองยาเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วย ยกเว้น ยาฉุกเฉิน

5 สร้างสื่อความรู้ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติในลักษณะ drug tips ที่ง่ายต่อการนำไปใช้หรือเพื่อให้ พยาบาลวางแผนติดตามผู้ป่วยเมื่อได้รับยาความเสี่ยงสูง

6 สร้างระบบการตรวจสอบอิสระซ้ำ (Double Independent Check) เป็นพิเศษ โดยเฉพาะใน ขั้นตอนของการรับคำสั่งใช้ยา การกระจาย การส่งมอบ การเตรียม การบันทึกและการให้ยา

7 มีแนวทางการในดูแลรักษาในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพื่อลดความรุนแรง

### 3. ระบบการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยที่เกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน

Fatal Drug Interaction หมายถึง Drug Interaction ที่มีความรุนแรง และอาจทำให้ถึงตายได้ในผู้ป่วยบางราย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจึงกำหนดให้คู่ยาที่ห้ามใช้ร่วมกัน โดยทำระบบตรวจสอบและแจ้งเตือนใน Hos Xp ซึ่งจะแจ้งเตือน หรือไม่อนุญาตให้สั่งใช้

กรณีแพทย์ที่ไม่ใช้ Hos Xp ให้มีการประสานแพทย์เพื่อพิจารณาทบทวนการสั่งใช้ยาทุกครั้ง

#### กรณีที่ 1 Fatal Drug Interaction

ยาที่ใช้ร่วมกันแล้วเกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ร่วมกันอย่างเด็ดขาด

ยาที่ 1	ยาที่ 2	Onset	Severity	Effect & Management
Amiodarone	Lopinavir/Ritonavir	delayed	major	เพิ่มระดับยา Amiodarone เสี่ยงต่อการเกิดพิษ
Carbamazepine	Clarithromycin Erythromycin	Rapid	major	เพิ่มระดับยาและพิษของ Carbamazepine
Ergotamine	Lopinavir/Ritonavir	delayed	major	เสี่ยงต่อการเกิด ergotamine toxicity โดยเฉพาะ peripheral vasospasm, ischemia
Propranolol	Thioridazine	delayed	major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด cardiac arrhythmia
Thioridazine	Fluoxetine	delayed	major	ทำให้เกิด Prolong QT interval

ยาที่ใช้ร่วมกันได้ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง และต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด

ยาที่ 1	ยาที่ 2	Onset	Severity	Effect & Management
Digoxin	Amiodarone Clarithromycin	delayed	major	เพิ่มระดับยา Digoxin เสี่ยงต่อการเกิดพิษ



	Erythromycin			
Dopamine	Phenytoin	rapid	major	อาจทำให้ BP ต่ำมาก จนเกิด cardiac arrest ได้
Gentamicin	Furosemide	rapid	major	เพิ่ม ototoxicity
Warfarin	NSAIDs	delayed	major	เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด bleeding
Simvastatin	Roxithromycin	delayed	major	เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด rhabdomyolysis

#### 4. การเฝ้าระวัง ติดตาม อาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Adverse product reaction : APR)

เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำและให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง จึงกำหนดนโยบาย ดังนี้

- 1 มีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ก่อนสั่งยาโดย จุดขึ้นทะเบียนผู้ป่วย จุดซักประวัติ และแพทย์ ก่อนจ่ายยาโดยเภสัชกร ก่อนบริหารยาโดยพยาบาลทุกครั้ง
- 2 เมื่อแพทย์ ทันทแพทย์ พยาบาลพบหรือสงสัยว่าเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาให้แจ้งเภสัชกรทราบ
- 3 เภสัชกรเมื่อได้รับรายงานให้ติดตามและประเมินโดยใช้แบบประเมิน WHO ,Naranjo
- 4 กำหนดให้เภสัชกรเป็นผู้มีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลประวัติการแพ้ยาในระบบ Hos XP และออกบัตรแพ้ยา พร้อมติด sticker แพ้ยาใน OPD card (ซึ่งปัจจุบัน ได้ยกเลิกการใช้ OPD Card ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 แล้ว)
- 5 มีการกำหนด Tracer agents ซึ่งเป็นรายการที่ซึ่งบ่งว่าอาจเกิดการแพ้ยา เพื่อใช้ตรวจสอบ ทบทวนและติดตาม โดยเภสัชกร
- 6 ให้มีการเฝ้าระวังแบบ Intensive ADR monitoring ในยาที่มีความเสี่ยงสูง ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีการกำหนด รายการยาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างชัดเจน
- 7 ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา ที่ยังไม่เคยมีประวัติการแพ้ยาในโรงพยาบาล ทุกรายต้องได้รับการประเมิน/สืบค้นข้อมูล เพื่อลงบันทึกประวัติการแพ้ยาในระบบเวชระเบียนตามแนวทางที่กำหนดไว้ของโรงพยาบาลราชบุรี
- 8 ให้มีการจัดทำฐานข้อมูลแพ้ยา รวม ของจังหวัด และแจ้งเตือนผ่านระบบแจ้งเตือนการแพ้ยา จังหวัดร้อยเอ็ด

#### 5. การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug event : ADE) ในยา 4 กลุ่ม ได้แก่

- 5.1 การเฝ้าระวังภาวะ Hypo Na และ Hypo K จาก HCTZ
- 5.2 การเฝ้าระวังภาวะ Hyper K จากยากลุ่ม ACEI และ ARBs
- 5.3 การเฝ้าระวังภาวะ Bradycardia จากการใช้ยา Digoxin, Beta blocker, Amiodarone
- 5.4 การเฝ้าระวังภาวะ Metabolic Acidosis จากการใช้ยา Metformin

- การเฝ้าระวัง SJS จากการใช้ยา Allopurinol ในช่วง 6 เดือนแรกนับจากได้รับยาครั้งแรก
- การเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia จากยา Sulfonyl Ureas

## 6 การประสานรายการยา (Medication reconciliation)

ใช้ช่วยลดความคาดเคลื่อนในการสั่งจ่ายยา และสะดวกในการสืบค้นประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ หรือส่งต่อไปรับบริการระหว่างหน่วยบริการภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยมีแบบบันทึก Admission Medication Reconciliation Record สำหรับการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน และการบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยนอก และจัดทำคู่มือบริหารจัดการการประสานรายการยาเพื่อให้เข้าใจและปฏิบัติไปในทางเดียวกัน

### ระเบียบการเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล

ผู้ที่มีสิทธิเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล

การเสนอยาเข้าให้ใช้แบบฟอร์มตามที่คณะกรรมการ PTC กำหนด

ให้พิจารณานำเสนอยาเข้า ปีละ 1 ครั้ง ในเดือนกรกฎาคม

ยาที่ขอเสนอเข้า ต้องผ่านการทดลองใช้และติดตามผลการใช้ยาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 เดือน เว้นแต่ยาที่ rare case หรือมีอันตรายสูง ให้ใช้หลักฐานทางวิชาการสนับสนุนข้อมูลแทนได้ หรือ เป็นยาที่มีนโยบายให้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตาม Service Plan

ยาที่มีรูปแบบเดิมแต่มีขนาดความแรงต่างกันหรือรูปแบบยาต่างกันให้ดำเนินการเสนอเข้าเสมือน เป็น ยาใหม่ เกณฑ์ในการพิจารณาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาล

จำนวนรายการที่มีในโรงพยาบาลต้องมีไม่เกิน 375 รายการ (นโยบาย Good Health at Low Cost)

สัดส่วนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) ต่อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (NED) ต้องไม่เกิน 90:10 (ทั้งจำนวนรายการยาและมูลค่า)

ยาตัวเดียวกันแต่คนละความแรงหรือคนละรูปแบบ นับเป็น 1 รายการ

ยา 1 generic name ต้องมีเพียงชื่อการค้าเดียว

เมื่อพิจารณาเข้า 1 รายการ ต้องพิจารณาตัดยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกันออก 1 รายการ

กรณียาที่เสนอเข้าไม่มียาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยานั้นอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลให้ถือมติที่ประชุมเป็นหลัก

หลักเกณฑ์พิจารณาขอยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาล

ยาที่ไม่มีอัตราการใช้ติดต่อกัน 6 เดือน

ยาที่บริษัทเลิกผลิต/จำหน่าย

ยาที่มีประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าต่ำกว่าและเกินกรอบรายการยากำหนด

แบบฟอร์มการเสนอยาเข้า/ตัดยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาลราชบุรี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....กลุ่มงาน.....

มีความประสงค์จะขอ [ ] เสนอยาเข้า [ ] ตัดยาออก จากบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล

ดังรายละเอียด และเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ชื่อยาสามีญ (Generic name).....

รูปแบบยา ( Dosage Form ).....

2. ชื่อการค้า (Trade name).....

ชื่อบริษัทผู้ผลิต/จำหน่าย.....

3. ตำรับยาและส่วนผสมของยา.....

4. ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาพร้อมหลักฐาน.....

.....

5. ข้อบ่งใช้.....

6. ราคา.....

7. รายการยาในโรงพยาบาล ที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเหมือนกัน จำนวน.....รายการ ได้แก่

.....

.....

8. เหตุผลที่เสนอยาเข้า/ตัดออก จากบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล

.....

.....

9. ใช้แทนยารานานใด/มียารานานใดที่ใช้นั้นได้ เพราะเหตุใด (เปรียบเทียบข้อดีข้อเสีย)

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการ

.....

.....

.....

.....

.....



หนังสือรับรองของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

(กรณีมียาอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลราชบุรี)

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นพ./พญ. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
ตำแหน่ง..... โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด  
ได้ให้การตรวจรักษาผู้ป่วยชื่อ..... HN..... AN.....  
อายุ..... ปี เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการประเภท ( ) ผู้ป่วยนอก ห้องตรวจโรคที่ ..... เมื่อวันที่.....  
( ) ผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย..... เมื่อวันที่.....

โดยใช้สิทธิ .....  
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย คือ .....  
มีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามแผนการรักษา โดยมีเหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติได้  
ดังรายการต่อไปนี้

รายการที่	ชื่อยาและความแรง	จำนวน	มูลค่า	เหตุผล * (ระบุ หัวข้อ A - F)

- \*\* เหตุผลที่ไม่สามารถชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจาก (ระบุหัวข้อ A-F) (ต้องระบุเหตุผลแยกแต่ละรายการยา)
- A. เกิดอาการข้างเคียงในการชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ADR) หรือ แพ้ยา
  - B. ผู้ป่วยชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย
  - C. ไม่มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้ใช้แต่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้การชื้อยานี้ตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนด
  - D. มี Contraindication หรือ Drug Interaction กับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
  - E. ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมีราคาแพงกว่า
  - F. ผู้ป่วยแสดงความจำนงต้องการ (ยินดีชำระเงินเอง เบิกไม่ได้)

ข้าพเจ้าได้พิจารณาโดยรอบคอบตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติของหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๒๒.๒/ ว.๑๑๑ ลงวันที่ ๒๔ กันยายน ๒๕๕๕ แล้ว ขอรับรองว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งมีการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และการชื้อยานี้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่ อย.กำหนด โดยข้าพเจ้าได้บันทึกข้อบ่งชี้ ใน เวชระเบียนผู้ป่วยและใบสั่งยาแล้ว

ลงชื่อ.....

( นพ./พญ..... )

ลงชื่อ.....

( นพ.ประกาศ เจริญราษฎร์ )

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

วันที่.....

แบบฟอร์มการขอนำยาตัวอย่างเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลราชบุรี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

ข้าพเจ้า นพ./พญ. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
ตำแหน่ง..... โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ขออนุมัตินำยา.....ซึ่งเป็นยาตัวอย่างของ  
บริษัท.....เข้ามาใช้ในแผนก.....โรงพยาบาลราชบุรี

เพื่อรักษาผู้ป่วยโรค/อาการ.....ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลราชบุรี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ.....

(นพ./พ.ญ. ....)

[ ] อนุมัติ

[ ] ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายประกาศ เจริญราษฎร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี