



## โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 ถ.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120  
โทร. 034-419555 โทรสาร. 034-482832 Email : bghosp@gmail.com

ที่ รพบ./

วันที่.....

### เอกสาร 1: แบบฟอร์มแสดงความจำนงในการเสนอเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

จัดจำหน่ายยา ชื่อสามัญ..... ชื่อการค้า (ระบุชื่อยา).....

กลุ่มรายการยา..... หมวดบัญชียา.....

ประเภทยา  ยาดั้งเดิม (Original)

เป็นรายการยาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงกว่า หรือไม่แตกต่าง จากรายการยาที่โรงพยาบาลมีอยู่ (ในข้อบ่งใช้ที่มีเอกสารประสิทธิภาพและความปลอดภัยยืนยัน และมีราคาใกล้เคียงหรือที่คุ้มทุนกับรายการยาที่เปรียบเทียบ)

ยาสามัญ/ยาสามัญใหม่ (Generic/New generic)

เป็นรายการยาที่ไม่มีรายการยาอื่นๆที่รายการยาภายในโรงพยาบาลไม่สามารถทดแทนได้

ยาดั้งเดิมหมดสิทธิบัตร และยังไม่มีการใช้ในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

สามารถให้ราคาถูกกว่า (ออกสัญญาด้านการรับรองราคา 2 ปี) ที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วใช้อยู่

ทางบริษัทมีความประสงค์จะขอเสนอเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลบ้านแพ้วโดยมีรายละเอียดของยาตามข้อกำหนดของโรงพยาบาลบ้านแพ้วทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้การรับรองดังนี้

ยอมรับเงื่อนไข ระเบียบ กฎเกณฑ์ ในการคัดเลือกยาเข้าการคัดเลือกยาเพื่อนำเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ตามที่กำหนดไว้ในเอกสารหมายเลข 2

ยอมรับเงื่อนไข การชำระค่าธรรมเนียมสำหรับการส่งวิเคราะห์คุณภาพของยา กรณีที่ต้องการเอกสารยืนยันคุณสมบัติของยา เพื่อความปลอดภัยและสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและโรงพยาบาล ตามรายการยาที่โรงพยาบาลเห็นสมควร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(.....)

ตำแหน่ง .....

ชื่อผู้ประสานงานของบริษัท.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail .....

แพทย์ผู้ร่วมเสนอพิจารณาฯ

(.....)

ตำแหน่ง.....

**เอกสาร 9 ข้อมูลจากแพทย์ผู้เสนอยาเข้า (แบบการเสนอพร้อมเอกสารฉบับที่ 1)**

1. ชื่อการค้า .....รูปแบบ<sup>A</sup> .....ขนาด/ความแรง / ปริมาตร .....
- ชื่อสามัญ .....กลุ่มยา .....
- ข้อบ่งใช้<sup>B</sup> .....

**1.1 เหตุผลในการนำเสนอยาเข้า<sup>C</sup>**

**1.2 ด้านประสิทธิภาพ**

.....

**1.3 ความปลอดภัย**

.....

**1.4 ค่าใช้จ่าย/วัน/เดือน**

.....

2. รายการยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกัน หรือ มีข้อบ่งใช้เทียบเคียงกัน หรือจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (ตามรายการยาของโรงพยาบาล) ทั้งหมดที่มีอยู่ในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
- .....

3. ข้อเสียหรือข้อจำกัดของยาที่เสนอ
- .....

**4. ประสพการณ์ในการใช้ยา**

[ ] เป็นที่น่าพอใจเนื่องจาก [ ] ประเมินไม่ได้เนื่องจาก [ ] ไม่เป็นที่พอใจเนื่องจาก

.....

**5. หากยารายการยาเข้าใช้ใน รพ. ข้าพเจ้าเห็นว่า**

(.....) ยาเดิมที่สามารถตัดออกจากบัญชียารพ. ได้แก่ .....

(.....) ไม่มียาที่มีอยู่เดิมสามารถตัดออกจากบัญชียารพ. ได้.....

**6. ข้อเสนอแนะหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการใช้ยา**

**6.1 การกำหนดกลุ่มแพทย์เฉพาะทางที่สามารถสั่งใช้ยาได้อย่างเหมาะสม**

คือ .....

**6.2 การกำหนดข้อบ่งใช้สำหรับยา**

ได้แก่.....

**6.3 การกำหนดสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล**

.....

**6.4 การควบคุมปริมาณการจ่ายยาต่อใบสั่งยาและการจำกัดการจ่ายยาเฉพาะผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก**

.....

A. กรณารูปแบบยาให้ละเอียดที่สุด

B. ตามแนวทางการรักษาสากล หรือ ตามแนวทางการรักษาที่หน่วยงานราชการกำหนด

C. กรณารูปประโชชน์ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยหรือนักศึกษาจะได้รับ



## โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

198 หมู่ 1 ถ.บ้านแพ้ว-พระประโทน ต.บ้านแพ้ว อ.บ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร 74120

โทร. 034-419555 โทรสาร. 034-482832 Email : bghhosp@gmail.com

ที่ รพบ./

วันที่.....

### เอกสาร 2 : เกณฑ์การคัดเลือกกรายการยาเข้าโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

1. ในกระบวนการคัดเลือกยา คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) จะพิจารณาคัดเลือกยาบริษัทที่เสนอเงื่อนไขที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและโรงพยาบาลเป็นสำคัญ ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องพิจารณาที่ราคาต่ำสุดเสมอไป
2. การตัดสินใจของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด
3. การส่งตัวอย่างยาและเอกสารประกอบการพิจารณา เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณา หากมีเงื่อนไข ให้ทำหนังสือระบุ เช่น ต้องการตัวอย่างหรือเอกสารคืนหลังการคัดเลือก หรือเงื่อนไขการเก็บรักษา เช่น ต้องเก็บที่ 2-8 องศาเซลเซียสหรือต้องส่งให้ถึงมือเภสัชกรเท่านั้น กรณีไม่ระบุข้อมูลดังกล่าวถือเป็นทรัพย์สินของโรงพยาบาลทั้งสิ้นและไม่สามารถเรียกคืนได้
4. การเสนอราคาขายต้องสามารถยืนยันราคาและเงื่อนไขการขายได้อย่างน้อย 2 ปี หากบริษัทไม่สามารถยืนยันราคาทางโรงพยาบาลอาจไม่รับพิจารณารายการยาเข้าโรงพยาบาล โดยราคาขายสามารถปรับลดราคาลงได้ แต่ไม่สามารถปรับราคาขึ้นได้
5. กรณีทางโรงพยาบาลต้องการตรวจสอบคุณภาพยาเพิ่มเติมก่อนรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล โดยการส่งส่งตรวจวิเคราะห์ยา ทั้งที่เสนอเข้าและยาที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อเป็นการประกันคุณภาพยา บริษัทฯต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งวิเคราะห์และชดเชยยาให้ทางโรงพยาบาล
6. บริษัทที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาต้องสามารถปฏิบัติหลังการนำเข้าใช้ในโรงพยาบาลบ้านแพ้วแล้วดังต่อไปนี้
  - 6.1 หากบริษัทมีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงใดใด ที่เกี่ยวกับยาไม่ว่าจะเป็นด้านการ supply ยา ขนาดการบรรจุ ความคงตัวของยาการเก็บรักษา ยามีแนวโน้มที่จะขาดตลาด หรือข้อมูลทางวิชาการที่มีผลต่อความปลอดภัยในการใช้ยา เช่น การเรียกคืน ระงับการใช้ ถอนทะเบียนทั้งในและต่างประเทศ ฯลฯ ให้บริษัทฯ ทำหนังสือแจ้ง หัวหน้าหน่วยงานเภสัชกรรมและคลังยาโดยทันที (ภายใน 15 วัน) เพื่อกระจายข้อมูลต่อ และนำส่งเอกสาร โดย E-mail (maneerut.p@hotmail.com, rxslr@hotmail.com) และส่งเอกสารฉบับจริงที่ฝ่ายเภสัชกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 1 เพื่อประกาศแจ้งทีมแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย และแก้ไขในฐานข้อมูลยาของโรงพยาบาล
  - 6.2 ยาที่จัดส่งต้องมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า 12 เดือน (รวมยาตัวอย่างและของแถมจากบริษัท) หรือต้องแนบหนังสือยืนยันคืนเงินหากโรงพยาบาลใช้ไม่ทันตามตัวอย่างซึ่งสามารถขอคืนได้ที่คลังยา พร้อมระบุเงื่อนไขกรณี
  - 6.3 หากยาที่ได้รับเกิดความเสียหาย/บกพร่องอันเกิดเนื่องมาจากบริษัท เช่น สีเปลี่ยน แตก ตัวยาสำคัญไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น บริษัทฯต้องรับผิดชอบในการเปลี่ยนยาใหม่ทั้งหมดที่มีในโรงพยาบาล
  - 6.4 ต้องแนบใบวิเคราะห์ของยาที่จัดส่งทุกรายการ ไม่ว่าจะเป็ยยาที่ส่งตามใบสั่งซื้อหรือยาที่ส่งเพื่อแลกเปลี่ยนอายุหรือปัญหาคุณภาพยา ณ หน่วยงานเภสัชกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น 1
  - 6.5 หากยาที่จัดส่งเป็นยาแช่เย็นต้องมีเทอร์โมมิเตอร์ควบคุมอุณหภูมิระหว่างขนส่งแนบมาให้กรรมการรับยาได้ตรวจสอบก่อนรับยา Lot. นั้นเข้าสู่คลังยาของโรงพยาบาล
  - 6.6 ยาที่จัดส่งหากเป็นขวดแก้วมีน้ำหนักค่อนข้างมากและบรรจุในกล่องกระดาษต้องมีเทปปิดกั้นกล่องป้องกันขวดหลุดออกทางก้นกล่อง
  - 6.7 ยาส่วนแถมต้องเป็นรุ่นการผลิตเดียวกับยาที่จัดส่งให้โรงพยาบาล เพื่อไม่ให้มีปัญหาที่ระบบจัดการของคลังยาและเวชภัณฑ์ของทางโรงพยาบาล
  - 6.8 กรณียาสามัญ บริษัทฯ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบคุณภาพยาหลังการขาย ตามเกณฑ์กำหนดตลอดที่เข้าใช้อยู่ในโรงพยาบาลบ้านแพ้ว
7. โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สงวนสิทธิ์ในการที่จะปรับเกณฑ์ข้อกำหนดการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาลตามมาตรฐานการแพทย์หรือความปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือตามระเบียบพัสดุของทางโรงพยาบาลบ้านแพ้ว หรือประกาศคำสั่งจากคณะกรรมการฝ่ายบริหาร

ข้าพเจ้ารับทราบและพร้อมปฏิบัติตามเงื่อนไขทุกรายการ

ลงชื่อ (.....)

ตำแหน่ง .....

ผู้ประสานงานของบริษัทฯ