

ระเบียบวาระการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
โรงพยาบาลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
ครั้งที่ ๑ /๒๕๖๖
วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ น
ณ ห้องประชุม ๙ โรงพยาบาลสิชล

ระเบียบวาระที่ ๑. เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

- ๑.๑.....
- ๑.๒.....
- ๑.๓.....

ระเบียบวาระที่ ๒. เรื่องรับรองและติดตามผลการประชุมครั้งที่แล้ว ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓. เรื่องเสนอพิจารณา

๓.๑ แผนการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีชีวะยาและวัสดุการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๓.๒ การนำเสนอรายการยาเข้า – ตัดรายการยาออกจากบัญชีโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๓.๓ การขอเปลี่ยนแปลงบัญชียา เงื่อนไข และผู้สั่งใช้บัญชียาโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๓.๔ นโยบายการจ่ายยาอย่างสมเหตุสมผล และค่าใช้จ่ายด้านยาที่เหมาะสม

๓.๔.๑ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดระดับเครือข่ายและระดับโรงพยาบาล

๓.๔.๒ มูลค่าเวชภัณฑ์ยาในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรคที่มีมูลค่ารวมในการใช้ยา

สูง (กลุ่มยา NCD) ในผู้ป่วยสิทธิ์ UC นอกเขต กับการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๔.๓ มูลค่าเวชภัณฑ์ยาในการดูแลรักษาผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วยใน กรณีสั่งยา เวชภัณฑ์

กลับบ้านที่เหมาะสมเพื่อสอดคล้องกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๕ การสืบราคาเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์มีชีวะยา วัสดุการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๓.๖ การพัฒนาระบบยา

มติที่ประชุม.....

ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่องอื่นๆ

๔.๑.....

๔.๒.....

บันทึกการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลสิชล

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖

วันพุธที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้องประชุม ๙ โรงพยาบาลสิชล

รายชื่อผู้มาประชุม

| | | |
|----------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| ๑. นายเอกโชติ พิธีธรรมานนท์ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล | ประธานที่ปรึกษา |
| ๒. นางอัจฉรา อักษรรัตน์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | ประธานกรรมการ |
| ๓. นายพิรุณ ปิตะหงษ์นันท์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๔. นางสาวปิยะดา ไทยราช | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๕. นางสาววิจิตต์วรรณ จันทร์ยะการ | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๖. นางอวิกา ชุมวรรฐายี | ทันตแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๗. นางกาญจนา เมธยาภิรมย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๘. นางสาวปิยพร ขนอม | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการ |
| ๙. นางจารุวรรณ จุลสัตย์ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๐. นางวิสุทธิ์ แซ่หลี่ | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

รายชื่อผู้ไม่เข้าร่วมประชุม เนื่องจากติดราชการ

| | | |
|--------------------------|----------------------------|---------|
| ๑. นายพัลลภ น้อยธิ | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๒. นายสมพงษ์ ทองใส | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๓. นายธนวัฒน์ พิมลศิริผล | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๔. นายธนาพร กীরติตระกูล | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๕. นางสาวฐปณี แสนพล | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๖. นางฉวีพงศ์ บุญกาญจน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| ๗. นายคัมภีร์ เทพอักษร | นายแพทย์ชำนาญการ | กรรมการ |
| ๘. นางสาวสาริตา สุภาวิมล | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |

ผู้เข้าร่วมประชุม

| | |
|----------------------------------|----------------------------|
| ๑. นายปิยนพ นุชนารถ | นายแพทย์ชำนาญการ |
| ๒. นางสาวธนยพร อรุณแสง | นายแพทย์ชำนาญการ |
| ๓. นายนฤตม สัตยาวุธ | นายแพทย์ชำนาญการ |
| ๔. นางสาวมนพร สุกใส | นายแพทย์ชำนาญการ |
| ๕. นางสาวรรณี ลีลาประดิษฐ์พงศ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๖. นางพัชรินทร์ ต่านกาญจนาคพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๗. นางกัตติมา เหมทานนท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๘. นางประทุม มีสุวรรณ | นักวิชาการสาธารณสุข |
| ๙. นางสนธยา ชีซ่าง | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ |
| ๑๐. นางไอรดา รักขพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| ๑๑. นางสาวจิตติมา บัวชื่น | เภสัชกรชำนาญการ |
| ๑๒. นางสาวอภิสรดา ขนอม | เภสัชกรปฏิบัติการ |

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการจัดเตรียมศูนย์ Cath. Lab ห้องปฏิบัติการตรวจ สอนหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผ่านการอนุมัติจากเขตสุขภาพที่ ๑๑ แล้ว กำลังอยู่ในขั้นตอนการเตรียมนำเสนอใน Service Plan ในสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับประเทศ ในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๖ นี้

๑.๒ การดำเนินงานตามนโยบาย การกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบในประเทศไทยและแนวทางการจัดบริการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งเป็นนโยบายระดับประเทศซึ่งต้องดำเนินการให้ครอบคลุมในประชาชนที่เกิดก่อนปี พ.ศ ๒๕๓๕ ทุกคน โดยงานชั้นสูงต้องดำเนินการตรวจหาการติดเชื้อด้วยวิธี Anti-HCV rapid test ในส่วนของกลุ่มงานเภสัชกรรม เตรียมความพร้อมด้านยา ซึ่งรักษาโดยใช้ยา Sofosbuvir/Velpastavir โดยต้องมีบัญชียาโรงพยาบาลให้พร้อม แต่ในปัจจุบันยังมีปัญหาขาดแคลน ซึ่งเมื่อมีความพร้อม ก็จะทำให้การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีทุกราย ที่เกิดก่อนปี พ.ศ ๒๕๓๕

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองและติดตามผลการประชุมครั้งที่แล้ว ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเสนอพิจารณา

๓.๑ แผนการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีโซยาและวัสดุทางการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม นำเสนอข้อมูล แผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์มีโซยา วัสดุทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีแผนจะจัดซื้อยา ในวงเงิน ๗๓,๘๐๐,๑๘๕.๓๒บาท และเวชภัณฑ์มีโซยา-วัสดุทางการแพทย์ในวงเงิน ๒๔,๒๕๖,๕๘๖.๑๒บาท

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

๓.๒ การนำเสนอรายการยาเข้า – ตัดรายการยาออกจากบัญชีโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ชี้แจงหลักเกณฑ์และข้อกำหนดของการกำหนดกรอบบัญชีรายการยา โดยบัญชี จำนวนรายการยาของโรงพยาบาลทั่วไป เป็นไปตามนโยบายการพัฒนา ประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ ซึ่งบัญชียาโรงพยาบาลทั่วไป ไม่เกิน ๕๕๐ รายการ ปัจจุบันบัญชียาของโรงพยาบาลสิชลมีจำนวนรายการยา ๕๕๖ รายการ แยกเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๕๒๓ รายการ และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ๓๓ รายการ และบัญชียาเฉพาะทางจำนวน ๘๗ รายการ

นายแพทย์พิรุณ ปิตะหงษ์นันท์ สอบถามในประเด็นข้อกำหนดของการคัดเลือกยาเข้า-ตัดยาออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ว่าใช้หลักเกณฑ์ใดในการกำหนดหรือพิจารณา หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมได้ตอบประเด็นคำถามนี้โดยอ้างอิงถึง นโยบายการพัฒนา ประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ ดังนี้

๑) การนำเสนอยาเข้าบัญชีรายการยาโรงพยาบาล ๑ รายการ ต้องพิจารณา ตัดออก ๑ รายการ ยกเว้นยากลับใหม่ที่ไม่มีเคยมีใช้

๒) นำเสนอยาเข้าบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลให้เสนอไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี ยกเว้นกรณีจำเป็นให้ขออนุมัติหัวหน้า ส่วนราชการเป็นกรณีไป

๓) ยาที่มีชื่อสามัญ (Generic name) เดียวกัน ให้ คัดเลือกไว้ในโรงพยาบาลเพียง

ชื่อสามัญละ ๑ รายการ (ตามรูปแบบยาและความแรง)

๔) ยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันและออกฤทธิ์ใกล้เคียงกันหรือ คล้ายคลึงกันหรือ ให้คัดเลือกไว้ใช้ไม่เกิน

๒ รายการ

๕) รายการยาของ สอ. เป็นส่วนหนึ่งของรายการยาของรพช.

๖) รายการยาของ รพช. เป็นส่วนหนึ่งของรายการยา ของ รพท. และ / หรือ รพศ.

การนำเสนอรายการยาเข้า – ตัดรายการยาออกจากบัญชีโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

โดยที่ประชุมมีการนำเสนอรายการยาเพื่อพิจารณา เข้าในบัญชียาโรงพยาบาลจำนวน ๒๑

รายการ และรายการวัสดุทางการแพทย์ ๑ รายการ ซึ่งรายการยาที่พิจารณานำเสนอเข้า เป็นกลุ่มยาใหม่ ในสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นกลุ่มยาที่พิจารณาคัดเลือกกรรายการให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การใช้ยาในปัจจุบัน เช่น ยาเฉพาะทางอายุรกรรม ,ยาเฉพาะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู และวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ในผู้ป่วยทางจักษุซึ่งผลการพิจารณาดังต่อไปนี้

| ลำดับ | รายการยา | เหตุผลในการเสนอยาเข้า | ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม |
|-------|---|---|--|
| ๑ | Tizanidine ๔ mg (บัญชี ข) | ใช้รักษาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ (Muscle Spasticity) ในคนไข้ Stroke | -มติที่ประชุม :ไม่พิจารณายาเข้าในบัญชียาเฉพาะทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เนื่องจากข้อบ่งใช้ดังกล่าวมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก และแพทย์ซึ่งนำเสนอยาเข้า อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อ |
| ๒ | Febuxostat ๘๐ mg (บัญชี ง) | ใช้ในกรณีคนไข้แพ้ยา Allopurinol | -มติที่ประชุม :มีมตินำยาเข้าในบัญชียาเฉพาะทางอายุรกรรม แต่ต้องทำใบ DUE ประกอบการสั่งใช้ยา เนื่องจากยามีโอกาสเกิด ADR โดยเกิด MI ค่อนข้างสูง ต้องระมัดระวังในการใช้ยา -การ Start สั่งใช้ยา และ Remed. ยา โดยแพทย์ทางอายุรกรรมเท่านั้น |
| ๓ | Theophylline CR ๒๐๐ mg (บัญชี ก) | -รูปแบบยาเป็น Control Release ให้ยารวันละ ๑ ครั้ง และสามารถให้ยาทาง NG ได้ และ เกิดผลข้างเคียง tachycardia น้อยมาก | -มติที่ประชุม :มีมตินำยาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาลลิสต์ (Hospital Drug list) โดยตัดรายการยา Theophylline SR ๒๐๐ mg. และ Aminophylline ๑๐๐ mg. ออกจากบัญชียาโรงพยาบาล -ในผู้ป่วย New born ซึ่งใช้ Aminop. Solution ก็สามารรถเตรียมยาได้โดยใช้รูปแบบ injection form ในการเตรียม |
| ๔. | Tenofovir Alafenamide Fumarate (TAF) (บัญชี ง) | -ใช้เป็น First line Therapy ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบี -การใช้ในผู้ป่วย HIV ที่มีปัญหาไตวายจากTDF ยังไม่อยู่ในสิทธิ์ประโยชน์ | -มติที่ประชุม :มีมตินำยาเข้าในบัญชียาเฉพาะทางอายุรกรรม โดยใช้ในผู้ป่วยทุกสิทธิ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี(ผู้ป่วย HIV ที่มีปัญหาไตวายจากTDF ยังไม่อยู่ในสิทธิ์ประโยชน์นี้) |

| ลำดับ | รายการยา | เหตุผลในการเสนอยาเข้า | ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม |
|-------|----------------------------|---|--|
| ๕ | Prasugrel ๑๐ mg (NED) | -เป็น antiplatelet ในผู้ป่วย post CAG +PCI ใน โรคทาง ACS | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด -การ Start สั่งใช้ยา และ การ Re med. ยาโดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น -ผู้ป่วยต้องใช้ยา antiplatelet ตัวเดิม ตลอดช่วงระยะเวลาของการรักษา -ไม่มีนโยบายให้ผู้ป่วยชำระเงินในยานี้ |
| ๖ | Ticagrelor ๙๐ mg (บัญชี ก) | -เป็น antiplatelet ในผู้ป่วย post CAG +PCI ใน โรคทาง ACS | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด -การ Start สั่งใช้ยาโดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น -การ Re med. ยาโดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วย post CAG +PCI ใน โรคทาง ACS -สามารถ Re med. ยาได้โดยแพทย์อายุรกรรม ในผู้ป่วย NSTEMI -การสั่งใช้ให้เป็นไปตามเงื่อนไขและเกณฑ์ข้อกำหนดของการใช้ Ticagrelor -ไม่มีนโยบายให้ผู้ป่วยชำระเงิน |
| ๗ | Apixaban ๕ mg (NED) | -ใช้ทดแทน Warfarin ในกรณีมี Labile INR (ประวัติ INR ไม่คงที่) | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางอายุรกรรม -การ Start สั่งใช้ยา และ การ Re med. ยาโดยแพทย์ทางอายุรกรรมเท่านั้น -ในผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิจ่ายตรงถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอม ชำระเงินเอง |
| ๘ | Dabigatran ๑๕๐mg (NED) | -ใช้ในผู้ป่วยกรณีที่ใช้ Warfarin แล้วยังเกิดภาวะ stroke | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางอายุรกรรม -การ Start สั่งใช้ยา และ การ Re med. ยาโดยแพทย์ทางอายุรกรรมเท่านั้น -ในผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิจ่ายตรงถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอม ชำระเงินเอง |

| ลำดับ | รายการยา | เหตุผลในการเสนอยาเข้า | ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม |
|-------|-------------------------|---|---|
| ๙ | Edoxaban ๖๐ mg (NED) | -เป็นบับัญชียาเฉพาะราย -ใช้ในข้อบ่งใช้เดียวกับ Wafarin -รับประทานยาวันละครั้ง -ยาสามารถแบ่ง ๔ ซีกได้ | -มติที่ประชุม :มีมติให้นำเข้าในบับัญชียาเฉพาะทางอายุรกรรม -การ Start สั่งใช้ยา และ การ Re med. ยาโดยแพทย์ทางอายุรกรรมเท่านั้น -ในผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิจ่ายตรงถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ผู้ป่วยเซนไบอินยอมชำระเงินเอง |
| ๑๐. | Telmisartan ๔๐ mg (NED) | -สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีตลอด ๒๔ ชั่วโมง | -มติที่ประชุม :มีมติให้นำเข้าในบับัญชียาเฉพาะทางอายุรกรรม -ให้ตัดรายการยา Valsartan ออกจากบับัญชียาเฉพาะทางอายุรกรรม เนื่องจาก Telmisartan มีข้อดีกว่ายา กลุ่ม ARBs คือลดความดันโลหิตสูงได้ และ Prevention of Cardiovascular Disease - การ Start สั่งใช้ยา โดยแพทย์ทางอายุรกรรมเท่านั้น ส่วนการ Re med. ยา แพทย์ทุกคนสามารถ Re med.ได้ -ในผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิจ่ายตรงถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ผู้ป่วยเซนไบอินยอมชำระเงินเอง |
| ๑๑. | Linagliptin ๕ mg (NED) | -ไม่ต้องปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไตและตับ และมีความปลอดภัยในผู้ป่วย CV -รับประทานยาวันละครั้ง | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบับัญชียาเฉพาะทางอายุรกรรม -ให้ตัดรายการยา Vildagliptin ออกจากบับัญชียาเฉพาะทางอายุรกรรม -ในผู้ป่วยรายเดิมที่ใช้ Vildagliptin ปรับมาใช้ Linagliptin -การ Start สั่งใช้ยา โดยแพทย์ทางอายุรกรรมเท่านั้น -ในผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิจ่ายตรงถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ผู้ป่วยเซนไบอินยอมชำระเงินเอง |
| ๑๒. | Empagliflozin๑๐mg (NED) | -ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานแ่ CVD รวมทั้งลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว | มติที่ประชุม: มีมติไม่ผ่านการนำเข้าในบับัญชียาโรงพยาบาล |

| ลำดับ | รายการยา | เหตุผลในการเสนอยาเข้า | ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม |
|-------|--|---|--|
| ๑๓ | Flecainide ๑๐๐mg (บัญชี ง) (เสนอเข้าบัญชียา เฉพาะราย) | -ใช้ตามข้อบ่งชี้ Anti-arrhythmic drugs ในผู้ป่วยที่ใช้ยาอื่นควบคุม อาการแล้วไม่ได้ผล | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด (เป็นยาเฉพาะราย) -การ Start สั่งใช้ยา และ การ Re med. ยาโดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและ หลอดเลือด |
| ๑๔ | Ivabradine ๗.๕ mg (NED) (เสนอเข้าบัญชียา เฉพาะราย) | -ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยัง มีอาการหลังได้รับยาตามมาตรฐาน อย่างเต็มที่แล้ว หรือไม่สามารถ ปรับยาในกลุ่ม beta- blockers ขนาดสูงสุดได้เนื่องจาก ADRหรือมี ข้อห้ามใช้ beta- blockers หรือผู้ป่วยที่ได้รับการปรับยา beta- blockers จนถึงขนาดยา สูงสุดแล้ว แต่อัตราการเต้นของ หัวใจยังมากกว่า ๗๐ ครั้ง/ นาที | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด (เป็นยาเฉพาะราย) -การ Start สั่งใช้ยา และ การ Re med. ยาโดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและ หลอดเลือดเท่านั้น |
| ๑๕ | Bisoprolol ๕ mg (NED) | -ใช้ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีโรค COPD และ Asthma ร่วมด้วย | -มติที่ประชุม มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด -ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกสิทธิไม่ต้องชำระเงิน -การ Start สั่งใช้ยา โดยแพทย์ อายุรกรรมและการ Re med. แพทย์ทุก คนสามารถ Re med. ได้ |
| ๑๖ | Trimetazidime ๓๕mg (NED) | -รักษาโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (Chronic Coronary Syndromes) ที่ไม่ตอบสนองต่อ การรักษาด้วยยาในกลุ่ม Nitrate หรือ Beta- blocker | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางอายุรกรรม -การ Start สั่งใช้ยาโดยแพทย์ทาง อายุรกรรม และ Re med. ได้โดย แพทย์ทุกคน -ในผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิจ่ายตรงถ้า จำเป็นต้องใช้ ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอม ชำระเงินเอง |
| ๑๗ | Sacubitril/Valsartan ๑๐๐ mg (NED) | -ใช้ร่วมกับยากกลุ่มอื่นในการรักษา ภาวะหัวใจล้มเหลว | -มติที่ประชุม มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางอายุรกรรม -การ Start สั่งใช้ยาโดยแพทย์ทาง อายุรกรรม และ Re med. ได้โดย แพทย์ทุกคน |

| ลำดับ | รายการยา | เหตุผลในการเสนอเข้า | ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม |
|-------|---|--|---|
| | Sacubitril/Valsartan ๑๐๐ mg (NED) ต่อ | | -ผู้ป่วยสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิจ่ายตรงถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ผู้ป่วยชนเปิยินยอมชำระเงินเอง |
| ๑๘ | Nitroprusside injection ๕๐ mg (บัญชี ก) | -ใช้ใน No reflow ระหว่างทำ PCI -ใช้เป็นมาตรฐานการรักษาใน Hypertensive emergencies (ยกเว้นในหญิงตั้งครรภ์) และจัดเป็นยากำพร้า หาซื้อได้ยาก | -มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียาเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด -ใช้ได้ผู้ป่วยทุกสิทธิไม่ต้องชำระเงิน -การสั่งใช้ยา โดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น |
| ๑๙. | Eptifibatide injection (บัญชี ง) | -ใช้ใน high clot burden ในผู้ป่วย STEMI -ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยสายสวนขยายหลอดเลือดเท่านั้น -จัดเป็นยาสำรองเหมือนยาช่วยชีวิตขณะทำ CAT | -มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียาเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด -ใช้ได้ผู้ป่วยทุกสิทธิไม่ต้องชำระเงิน -การสั่งใช้ยา โดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น |
| ๒๐ | ๒ % Lidocaine ๑๐ml (บัญชี ก) | -ใช้สำหรับ Ventricular arrhythmias | -มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียาเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด -ใช้ได้ผู้ป่วยทุกสิทธิไม่ต้องชำระเงิน -แพทย์ทุกคนสามารถสั่งใช้ได้ -สำรองไว้เฉพาะจุด ICU เท่านั้น |
| ๒๑ | Entecavir ๐.๕ mg (บัญชี ง) | -Alternative Therapy ในการรักษาไวรัสตับอักเสบบีกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา TAFหรือ TDF ได้ | -มติที่ประชุม :มีมติให้นำเข้าในบัญชียาโรงพยาบาล (Hospital Drug list) และให้ทำ DUE |

สรุปรายการยา ๒๑ รายการ ผ่านการเสนอพิจารณาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาล (Hospital Drug list) , บัญชียาเฉพาะทาง และ บัญชียาผู้ป่วยเฉพาะราย จำนวน ๑๙ รายการ ไม่ผ่านการพิจารณา ๒ รายการ คือ Tizanidine ๔ mg และ Empagliflozin ๑๐ mg โดยมีรายการยาเดิมซึ่งตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ,บัญชียาเฉพาะทาง และบัญชียาเฉพาะราย จำนวน ๔ รายการ คือ Theophylline SR ๒๐๐ mg. , Aminophylline ๑๐๐ mg., Vildagliptin๕๐mg และ Valsartan ๑๖๐ mg

ในส่วนของวัสดุทางการแพทย์ ๑ รายการซึ่งจักษุแพทย์นำเสนอเข้าในบัญชีเวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุทางการแพทย์ คือ Ocusoft Lid Scrub Plus (Foam) ซึ่งใช้สำหรับทำความสะอาดตากรณีมีภาวะไขมันอุดตันเปลือกตา และตาแห้ง โดยประมาณการใช้ ประมาณ ๕๐๐ ขวดต่อปี และกำหนดให้ชำระเงินทุกสิทธิ โดยให้ผู้ป่วยชนเปิยินยอมชำระเงินเอง

มติที่ประชุม มีมติรับรองการนำวัสดุทางการแพทย์เข้าในบัญชีเวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุทางการแพทย์

๓.๓ การขอเปลี่ยนแปลงบัญชียา เจือปนไข และผู้สั่งใช้บัญชียาโรงพยาบาล

จากข้อมูลการกำหนดเงื่อนไขการสั่งใช้ยาจากมติที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จนถึงปัจจุบัน พบว่าการสั่งใช้ยาตามมติที่ประชุมดังกล่าว ยาบางรายการมีการปรับเปลี่ยนประเภทของ บัญชียา และเงื่อนไขในการใช้ยา เพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องปรับเงื่อนไขการสั่งใช้ยาของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและเพิ่มความเหมาะสมในการสั่งใช้ยา ดังนี้

| รายการยา | เงื่อนไขเดิม | การขอเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขใหม่ |
|---------------------------------|---|--|
| Esomeprazole | -สั่งใช้ครั้งแรกโดยแพทย์อายุรกรรม และศัลยกรรม -Re med. ได้เฉพาะคลินิกข้าราชการ | -สั่งใช้ครั้งแรกโดยแพทย์อายุรกรรม ,ศัลยกรรม ,แพทย์ ENT, แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว -การ Re med. โดยแพทย์อายุรกรรม, ศัลยกรรม ,แพทย์ ENT, แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และ คลินิกข้าราชการ |
| MTV drop | ยาบัญชีย ก.(ผู้ป่วยร่วมจ่ายจากมติที่ประชุม PTC ปี ๒๕๖๐ เนื่องจากเป็นยาเกินบัญชียโรงพยาบาล | -เนื่องจากเป็นยาบัญชีย ก ให้บรรจุเข้าบัญชียาโรงพยาบาล และผู้ป่วยใช้สิทธิได้โดยไม่ต้องชำระเงิน -กำหนดใช้ได้ตั้งแต่แรกเกิด- ๖ เดือนแล้วจึงเปลี่ยนเป็น MTV Syrup โดยผู้ป่วยไม่ต้องชำระเงิน |
| Fluticasone Furoate nasal Spray | ยาบัญชีย ค.(ผู้ป่วยร่วมจ่ายจากมติที่ประชุม PTC ปี ๒๕๖๐ เนื่องจากเป็นยาเกินบัญชียโรงพยาบาล | -เนื่องจากเป็นยาบัญชีย ค ให้บรรจุเข้าบัญชียาโรงพยาบาล และผู้ป่วยใช้สิทธิได้โดยไม่ต้องชำระเงิน -สั่งใช้ครั้งแรกโดยแพทย์ ENT ,กุมารแพทย์ |
| Progesterone Capsule | ยา NED ผู้ป่วยชำระเงินเอง | -เป็นยาบัญชีย ง. : ใช้ป้องกัน Preterm birth ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด หรือ มี short cervical length น้อยกว่า ๒๕ mm. -ผู้ป่วยไม่ต้องชำระเงิน |
| Tiotropium bromide DPI | สั่งใช้ครั้งแรก โดยแพทย์อายุรกรรม และมีใบ DUE | -ยกเลิกใบ DUE -สั่งใช้ครั้งแรก โดยแพทย์อายุรกรรม และ Re med. ได้โดยแพทย์ทุกคน |

| รายการยา | เงื่อนไขเดิม | การขอเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขใหม่ |
|---|---|--|
| Fluticasone propionate + Salmeterol Accuhaler | สั่งใช้ครั้งแรก โดยแพทย์อายุรกรรม และมีใบ DUE | - ยกเลิกใบ DUE - สั่งใช้ครั้งแรก โดยแพทย์อายุรกรรม และ Remed ได้โดยแพทย์ทุกคน |
| Smofkabiven/ B-fluid | มีใบ DUE | ยกเลิกใบ DUE |
| Betahistine ๒๔ mg | สั่งใช้ครั้งแรก โดยแพทย์แพทย์ ENT | สั่งใช้ครั้งแรก โดยแพทย์ ENT และ อายุรกรรม |

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

๓.๔ นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และค่าใช้จ่ายด้านยาที่เหมาะสม

๓.๔.๑ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดระดับเครือข่ายและระดับโรงพยาบาล

กำหนดให้ RDU hospital ต้องผ่านตัวชี้วัด ๑๐ ข้อจาก ๑๒ ข้อ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

โรงพยาบาล

ลิซล ผ่านตัวชี้วัด ๑๐ ข้อจาก ๑๒ ตัวชี้วัด โดยในไตรมาสที่ ๒-๓ ช่วงต้นปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โรงพยาบาลลิซล ผ่านตัวชี้วัด ๑๐ ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่าน คือ

- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในขนาดแผลสดจากอุบัติเหตุ \leq ร้อยละ ๕๐
- ร้อยละครั้งบริการ (Visit) ผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจและได้รับยาต้าน

อิสตามีนชนิด non- sedating \leq ร้อยละ ๒๐

และจากข้อมูลปัจจุบันในไตรมาสที่ ๔ โรงพยาบาลลิซล ผ่านตัวชี้วัดเพียงแค่ ๘ ตัวชี้วัดจาก ๑๒ ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดที่เคยผ่านเกณฑ์ในช่วงต้นปีงบประมาณเริ่มมีแนวโน้มไม่ผ่านในช่วงปลายปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจส่วนบน และการใช้ยา Inhaled Corticosteroids (ICS) ในผู้ป่วยโรคหอบ เนื่องจากมีรายละเอียดในการดำเนินงานที่ค่อนข้างซับซ้อนและยุ่งยาก จึงขอนำเข้าที่ประชุม Service plan สาขาต่างๆ เพื่อดำเนินการต่อไป

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

๓.๔.๒ มูลค่าเวชภัณฑ์ยาในการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรคที่มีมูลค่ารวมในการใช้ยามูลค่าสูง (กลุ่มยา NCD) ในผู้ป่วยสิทธิ UC นอกเขต กกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มงานเภสัชกรรมได้นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งรับการส่งต่อมารักษาจากโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลอื่นๆ ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ มกราคม ๒๕๖๖- กรกฎาคม ๒๕๖๖ ซึ่งมีมูลค่า ค่าใช้จ่ายสูงจำนวน ๕๒๒,๕๐๔.๐๐ (ห้าแสนสองหมื่นสองพันห้าร้อยสี่บาทถ้วน) ซึ่งจากการประสานกับหน่วยจัดเก็บรายได้ของโรงพยาบาลลิซล พบว่า การรับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ตามการส่งต่อดังกล่าว ไม่สามารถเรียกเก็บค่าบริการคืนจากโรงพยาบาลต้นสังกัดได้เนื่องจากไม่เข้าข่ายภาวะฉุกเฉินที่กำหนดไว้ และหน่วยจัดเก็บรายได้ได้ให้ข้อมูลหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่าย OP Anywhere ซึ่งหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะใช้ในกรณีผู้ป่วยวิกฤติ – ฉุกเฉินเท่านั้น โดยจะสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ได้ ๑๒๐๐ บาท / Visit ส่วนในผู้ป่วยนอกที่มีการส่งต่อตามที่นัดไว้ล่วงหน้า จะไม่สามารถเบิกในกรณี OP Anywhere ได้ จากกรณีดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลลิซล มีภาระค่าใช้จ่าย

ด้านยาเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลใกล้เคียงอื่น ก็มีรายการยากลุ่มโรคเรื้อรังดังกล่าว อยู่แล้ว

มติที่ประชุม กำหนดให้มีข้อตกลงเบื้องต้น ในการแก้ปัญหาในประเด็นดังกล่าวนี้คือ

- ๑) ให้แพทย์สั่งยาในผู้ป่วยไม่เกิน ๑๔ วัน และผู้ป่วยต้องกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลเดิมต่อเนื่องสำหรับ รายการยาซึ่งมีในบัญชียาโรงพยาบาลเดิม ส่วนรายการยาซึ่งไม่มีในบัญชียาโรงพยาบาลเดิม จะสั่งยา ดังกล่าวให้ผู้ป่วยถึงวันนัด
- ๒) สามารถนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาได้ตามสาขาแพทย์เฉพาะทางนั้นๆ
- ๓) ประสานงานสารสนเทศ เพื่อจัดทำแบบฟอร์ม รายการยาที่แพทย์สั่งใช้เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปรายการยา ดังกล่าว

กลับไปรับยาที่โรงพยาบาลเดิมต่อเนื่อง

- ๔) มอบหมายให้งานจัดเก็บรายได้จัดทำหนังสือราชการชี้แจง และแจ้งไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น เรื่อง แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษายังโรงพยาบาล สิชล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๓.๔.๓ มูลค่าเวชภัณฑ์ยาในการดูแลรักษาผู้ป่วยใน กรณีสั่งยา เวชภัณฑ์ กลับบ้านที่เหมาะสมเพื่อ สอดคล้องกับการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากข้อมูลการนำเสนอ ผู้ป่วยใน ซึ่งนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๖- กรกฎาคม ๒๕๖๖ พบว่ามีมูลค่ายากลับบ้าน ๑๖๒,๖๑๖.๙๖ บาท (หนึ่งแสนหกหมื่นสองพันหกร้อยสิบหกบาทเก้าสิบหกสตางค์) โดยโรงพยาบาลสิชลยังไม่มีแนวทางการเบิกค่ายาคืนในผู้ป่วยในกลับบ้าน ซึ่งสามารถเบิกคืนได้ตาม ข้อกำหนด รวมทั้งยังขาดแนวทางการสั่งยาผู้ป่วยกลับบ้านที่เหมาะสม

มติที่ประชุม โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดให้มีแนวทางในการสั่งยาผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วยในกลับบ้านดังนี้

- ๑) กำหนดให้มีการสั่งยาผู้ป่วยกลับบ้านไม่เกิน ๑๔ วัน

คณะกรรมการในที่ประชุมชี้แจงถึงปัญหาการนัดผู้ป่วย เข้าในระบบวันนัดไม่ได้ หรือนัดยากเนื่องจากมี ผู้ป่วยจำนวนมาก นายแพทย์พิรุณ ปิตะหงษ์นันท์ จึงเสนอแนะให้มีการประชุมร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้องกับการนัด และการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาต่อไป

ส่วนในประเด็นการเบิกคืนค่ายากลับบ้านในผู้ป่วยใน ให้งานจัดเก็บรายได้ค้นหาข้อมูลจากหนังสือ ราชการที่กำหนดให้เบิกค่ายาคืนในยาในกลุ่มไหนบ้าง เพื่อที่งานเภสัชกรรมจะได้ดำเนินการต่อในการใส่ฐานข้อมูลยา เพื่อให้หน่วยงานจัดเก็บรายได้ สามารถเบิกค่ายาคืนได้ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล

๓.๕ การสืบราคาเวชภัณฑ์ยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา วัสดุทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

กลุ่มงานเภสัชกรรม แจ้งเรื่องการวางแผนในการสืบราคาเวชภัณฑ์ยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา วัสดุทาง การแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยจะขอความร่วมมือจากแพทย์เฉพาะทาง และพยาบาล มาช่วยพิจารณา คัดเลือกเวชภัณฑ์ยา และเวชภัณฑ์มีใช้ยา วัสดุทางการแพทย์

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

๓.๖ การพัฒนาระบบยา

๓.๖.๑ กลุ่มงานเภสัชกรรมได้มีการพัฒนา แบบฟอร์ม Med Reconcile เพื่อให้สามารถใช้งานได้สะดวกและชัดเจน ครอบคลุม มากขึ้น โดยเดิมใช้ร่วมกับ ใบ Profile chart ทำให้บางครั้งแพทย์มองไม่เห็นรายการยาเดิมของผู้ป่วย โดยจัดทำแบบฟอร์มให้ครอบคลุมการใช้งาน ในรูปแบบสีฟ้าซึ่งมองเห็นได้ชัดเจน ซึ่งแพทย์หญิง อัจฉรา อักษรรัตน์ ประธานในที่ประชุม ได้เพิ่มเติม ในประเด็นการสั่งยาเดิมของผู้ป่วย ให้แพทย์ระบุให้ชัดเจน ว่ารายการยาใดมีการใช้ต่อ รายการยาใดไม่ใช้ต่อ ขนาดยาที่ใช้ต้องชัดเจน และต้องระบุวันที่ และเวลาในการบันทึกยาเดิมของผู้ป่วย และการเรียง chart ของพยาบาลให้เรียงตามลำดับวันที่ให้ถูกต้อง

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

๓.๖.๒ การเปลี่ยนแปลงการจ่ายยาในผู้ป่วยใน กรณีที่แพทย์สั่งยาครบ course เช่น ยา Oseltamivir capsule ๕ days, Magnesium sulfate injection ๓ days , ฯลฯ

จากข้อมูลการสั่งยาดังกล่าว พบเกิดความเสี่ยงจากการให้ยา ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจึงหาแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว โดยให้จ่ายยากลับดังกล่าว แบบ ๑ day เหมือนกับรายการยาอื่นๆ และวางระบบการ off ยาดังกล่าว เมื่อจ่ายยาครบจำนวนวันตามที่แพทย์สั่งในระบบ Hos-xp.

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

๓.๖.๓ การทบทวนคำสั่งการใช้ยาในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD)

จากการเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา ในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) พบว่ามีอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาสูงขึ้นในช่วงที่มีการหมุนเวียนแพทย์จบใหม่ ทั้งเรื่องจำนวนเม็ดยา ยาฉีดอินซูลิน ไม่ถึงนัด และเกินวันนัด รวมทั้งการไม่ส่งรายการยาผู้ป่วยออกพิมพ์สติ๊กเกอร์ยา ในระบบ Auto print ทำให้ผู้ป่วยรอนานขึ้น รวมทั้งระบบการ Re med. ยา ที่มีการ save ข้อมูลรายการยาในครั้งแรกทำให้มีการสั่งพิมพ์ฉลากยาออกไปอัตโนมัติแล้ว แต่แพทย์มีการแก้ไขการสั่งใช้ยาใหม่ ทำให้ข้อมูลในฉลากยาไม่ตรงกับข้อมูลใน Hos-xp. ที่มีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในขนาดยาที่ใช้ในผู้ป่วย แพทย์อัจฉรา อักษรรัตน์ แจ้งว่าจะนำปัญหาเข้าในที่ประชุมขององค์การแพทย์ และสอนแพทย์หมุนเวียนจบใหม่ให้เข้าใจระบบการสั่งยาในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD)

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่องอื่นๆ
ไม่มี

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๓๐ น.

วิสุทธิ์ แซ่หลี่ บันทึก/พิมพ์
...../ตรวจทาน

