

ระเบียบวาระการประชุม
คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
ครั้งที่ ๒ /๒๕๖๗
วันพุธที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๐๐ น
ณ ห้องประชุม ๙ อาคารสนับสนุนบริการสุขภาพ ชั้น ๕ โรงพยาบาลสิชล

ระเบียบวาระที่ ๑. เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

- ๑.๑.....
- ๑.๒.....
- ๑.๓.....

มติ ที่ประชุม

ระเบียบวาระที่ ๒. เรื่องการรับรองรายงาน การประชุมครั้งที่แล้ว

รายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ ลงวันที่
๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ระเบียบวาระที่ ๓. เรื่องเสนอพิจารณา

- ๓.๑ เสนอรายการยาเข้า - ตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาลสิชล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗-๒๕๖๘
- ๓.๒ ผลการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มีชีวะและวัสดุทางการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ตุลาคม ๒๕๖๖-มิถุนายน ๒๕๖๗) ประกอบการพิจารณา วงเงิน
แผนจัดซื้อปีงบประมาณ ๒๕๖๘
- ๓.๓ มูลค่ายา NED๒ ที่มีการสั่งใช้ในผู้ป่วย แยกตามสิทธิ
มติที่ประชุม.....

ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่องอื่นๆ

- ๔.๑ การทบทวนปัญหาระบบยา
 - ๔.๑.๑ การติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา
 - ๔.๑.๒ การทบทวน ADR
 - ๔.๑.๓ การทบทวนความเสี่ยงในระบบยา
- ๔.๒ การดำเนินงาน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยรับยาผู้ป่วยนอก
 - ๔.๒.๑ การพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก
 - ๔.๒.๒ โครงการ Health Rider ใน NCD Clinic
- ๔.๓ การพัฒนาระบบยา
 - ๔.๓.๑ ระบบยาเสพติด
 - ๔.๓.๒ การติดตามการใช้ยาเสี่ยงสูง (Warfarin)

บันทึกการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลสิชล

ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗

วันพุธที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗ เวลา ๑๓.๐๐ น.

ณ ห้องประชุม ๙ โรงพยาบาลสิชล

รายชื่อผู้มาประชุม

๑. นายจรุง บุญกาญจน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธานที่ปรึกษา
๒. นางอัจฉรา อักษรรัตน์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการ
๓. นางสาวฐปนี แสนพล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นายพัลลภ น้อยธิ	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นายอนุภัทร ศรีเพชรใส	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางสาววิจิตต์วรรณ จันทร์ยะการ	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวสนธยา ชีช้าง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางจารุวรรณ จุลสัตย์	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการและเลขานุการ
๙. นางวิสุทธิ์ แซ่หลี่	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๐. นางสาวปิยพร ขนอม	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อผู้ไม่เข้าร่วมประชุม เนื่องจากติดราชการ

๑. นางสาวปิยะดา ไทยราช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๒. นางสาววิชาวราณ ลักษณา	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางสาวสาริศา สุภาวิมล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นายชนธิป อังคนานนท์	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๕. นายธนวัฒน์ พิมลศิริผล	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๖. นายธนาพร กิรติตระกูล	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางฉวีพงศ์ บุญกาญจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๘. นางกาญจนา เมธยาภิรมย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๙. นางกัตติมา เหมทานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ

ผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายพิรุณ ปิตะหงษ์นันท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๒. นายปิยนพ นุชนารถ	นายแพทย์ชำนาญการ
๓. นายคัมภีร์ เทพอักษร	นายแพทย์ชำนาญการ
๔. นางสาวธิดารัตน์ ชูเหมือน	นายแพทย์ชำนาญการ
๕. นางสาวโสพิศ ศรีพิลาภ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๖. นางกัญวิภา รัตนสมบูรณ์	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ
๗. นางสาวจิตติมา บัวชื่น	เภสัชกรชำนาญการ
๘. นางสาวจรินทร์ เกษรสิทธิ์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
๙. นางสาวนิศากร ทินวงศ์	นักเทคนิคการแพทย์

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

๑.๑ ระบบจัดยาอัตโนมัติ ขณะนี้การดำเนินงาน อยู่ในขั้นตอนการจัดทำข้อกำหนด เงื่อนไขการประกวดราคา (Terms of Reference) และมีแผนในการไปศึกษาดูงานระบบที่โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่

๑.๒ แผนจัดซื้อยา เนื่องจากในปัจจุบันมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการจัดซื้อยานอกเหนือรายการในแผนจัดซื้อ ให้ลดการจัดซื้อยาในรายการนอกแผนจัดซื้อ ยกเว้นกรณีจำเป็นฉุกเฉินเท่านั้น

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองและติดตามผลการประชุมครั้งที่แล้ว

รายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเสนอพิจารณา

๓.๑ เสนอรายการยาเข้า – ตักรายการยาออก จากบัญชีโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗-๒๕๖๘

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม ชี้แจงหลักเกณฑ์และข้อกำหนดของการกำหนดกรอบบัญชีรายการยาดำเนินการภายใต้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด โดยอ้างอิงนโยบายการพัฒนา ประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไข คือ

๑.การนำเสนอยาเข้าบัญชีรายการยา ๑ รายการ ต้องพิจารณาตัดออก ๑ รายการ ยกเว้นยากลุ่มใหม่ที่ไม่เคยมีใช้

๒.นำเสนอยาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลให้เสนอไม่เกิน ๑ ครั้งต่อปี ยกเว้นกรณีจำเป็น ให้ขออนุมัติหัวหน้าส่วนราชการเป็นกรณีไป

๓. ยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันให้คัดเลือกไว้ในโรงพยาบาลเพียง ๑ รายการ (ตามรูปแบบและความแรง)

๔. ยาที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันและออกฤทธิ์ใกล้เคียงกันหรือคล้ายคลึงกัน ให้คัดเลือกไว้ไม่เกิน ๒ รายการ

๕. รายการยาของ สอ. เป็นส่วนหนึ่งของรายการยา รพช.

๖. รายการยาของ รพช. เป็นส่วนหนึ่งของรายการ รพท. และ/หรือ รพศ.

ภายใต้นโยบายดังกล่าว บัญชียาโรงพยาบาลทั่วไป กำหนดไม่เกิน ๕๕๐ รายการ ปัจจุบันบัญชียาของโรงพยาบาลสชมีจำนวนรายการยา ๖๕๖ รายการ แยกเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๕๖๖ รายการ และยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ๙๐ รายการ คิดสัดส่วนยา ED: NED ๘๖ : ๑๔

การนำเสนอรายการยาเข้า – ตักรายการยาออกจากบัญชีโรงพยาบาล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ – ๒๕๖๘ โดยที่ประชุมมีการนำเสนอรายการยาเพื่อพิจารณา เข้าในบัญชียาโรงพยาบาล ตามเอกสารแนบท้าย จำนวน ๑๘ รายการ และเสนอรายการเพิ่มเติมอีกจำนวน ๒ รายการ รวมเสนอรายการยาทั้งสิ้น ๒๐ รายการ ซึ่งรายการยาที่พิจารณานำเสนอเข้า เป็นกลุ่มยาเฉพาะทางจิตเวช ยาเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาเฉพาะทางอายุรกรรม ,ยาเฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ และยาเฉพาะทาง หู คอ จมูก ซึ่งผลการพิจารณาดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการยา	เหตุผลในการเสนอยาเข้า	ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม
๑	Alprazolam ๑ mg (NED)	-บริหารยาได้ง่ายในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้อาาขนาดสูง	-มติที่ประชุม : มีมตินำยาเข้าในบัญชียาเฉพาะทางจิตเวช และสั่งใช้โดยจิตแพทย์เท่านั้น
๒	Clonidine ๐.๑๕ mg (ED บัญชี ข ใช้สำหรับ heroin withdrawal)	- ใช้สำหรับรักษาโรคสมาธิสั้นมีโอกาาเกิดโรคกล้ามเนื้อกระตุกร่วมด้วย ในเด็กที่มีอาการช่น หุนหันพลันแล่น หงุดหงิดง่าย หรือมีอาการนิกรธรุนแรง และช่วยเพิ่มการหลับของเด็ก -ใช้ลดอาการ hypersalivation จากยา clozapine - Opioid Withdrawal	-มติที่ประชุม : มีมตินำยาเข้าในบัญชียาเฉพาะทางจิตเวช และสั่งใช้โดยจิตแพทย์เท่านั้น
๓	Quetiapine ๒๕ mg (NED)	-ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ delirium ที่มีความจำเป็นในการได้รับยาในขนาดที่ไม่สูงมาก	-มติที่ประชุม : มีมตินำยาเข้าในบัญชียาเฉพาะทางจิตเวช และสามารถสั่งใช้โดยแพทย์ทุกคน
๔.	Lorazepam ๒ mg (ED บัญชี ก)	-ใช้ในการรักษาภาวะ Alcohol withdrawal ที่มีอาการรุนแรงที่ต้องใช้อาาในขนาดสูง	-มติที่ประชุม : มีมตินำยาเข้าในบัญชียาเฉพาะทางจิตเวช และสั่งใช้โดยแพทย์ทุกคน
๕	Levetiracetam injection(๕๐๐ mg/๕ ml) (ED บัญชี ง) กำหนดเงื่อนไขในการสั่งใช้ ๑. ไม่ใช่เป็นยาตัวแรกในการรักษาต่อเนื่อง ยกเว้น มีประวัติแพ้อาหรือไม่ ตอบสนองต่อยาในกลุ่ม first generation คือ diazepam, lorazepam, phenytoin sodium, phenobarbital sodium และ sodium valproate ๒. สั่งใช้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาสรีรวิทยา สาขากุมารสาขาสรีรวิทยา และประสาทศัลยศาสตร์ เท่านั้น ในกรณีที่ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้ และอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) อนุญาตให้อาาแพทย์ และกุมารแพทย์รักษาได้	- ใช้ในกรณีผู้ป่วยแพ้อา Phenytoin sodium injection หรือ Sodium valproate injection -ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะดับอีกเสบจากการใช้อาา Phenytoin sodium injection หรือ Sodium valproate injection -ใช้ในการรักษาภาวะ status epilepticus ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Levetiracetam ชนิดรับประทานมาก่อน	-มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียาเฉพาะทางอายุรกรรม สั่งใช้โดยแพทย์อายุรกรรม พร้อมทำใบบันทึกการประเมินการใช้อาา (DUE)ทุกครั้ง (ทำใบ DUEย้อนหลัง แบบ Retrospective เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉิน)

ลำดับ	รายการยา	เหตุผลในการเสนอยาเข้า	ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม
๖	Ketorolac injection ๓๐ mg/ml (NED)	-ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ tramadol injection	-มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา โรงพยาบาล สามารถสั่งได้โดยแพทย์ ทุกคน
๗	Famotidine ๒๐ mg (ED บัญชี ก) ใช้กรณีผู้ป่วย functional dyspepsia และใช้เสริมยาลด กรดมาตรฐานเพื่อรักษาผู้ป่วย ที่มีภาวะกรดไหลย้อน	-ใช้เป็นยา premed ผู้ป่วยที่ให้ยา เคมีบำบัดสูตร Paclitaxel - Pregnancy Category B ใช้ใน คนท้องที่มีภาวะ dyspepsia	-มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา โรงพยาบาล สามารถสั่งได้โดยแพทย์ ทุกคน
๘	Cyproheptadine syrup ๒ mg/๕ ml (NED)	-ใช้ในเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ แทนการเตรียมยาเองโดยเภสัชกร โดยใช้ยาเม็ดบดผสมน้ำหวาน ซึ่งมี อัตราการสั่งใช้ยาสูงในคลินิกเด็ก	-มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียา โรงพยาบาล สามารถสั่งได้โดยแพทย์ ทุกคน
๙	Mirabegron ๕๐ mg (NED)	-เป็นยากลุ่ม Beta-๓ agonist ซึ่ง ใช้กรณีที่ไม่สามารถใช้ยากลุ่ม antimuscarinic agent ได้ narrow-angle glaucoma , severe gastro-intestinal condition หรือใช้กับผู้ป่วยที่ failed จาก efficacy ในการใช้ยา กลุ่ม antimuscarinic	-มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรกระบบทางเดินปัสสาวะ สั่งใช้ยาครั้งแรกและ Re-med โดยแพทย์ เฉพาะทางโรกระบบทางเดินปัสสาวะ เท่านั้น
๑๐.	Potassium citrate ๒๓๑.๕ mg and Sodium citrate tablet ๑๙๕ mg (NED)	-ตัวยาเป็นรูปแบบเม็ด สะดวกใน การใช้ และมีปริมาณ Sodium และ Potassium ต่ำกว่า Uralyte ซึ่งจะปลอดภัยกว่าคนไข้ที่เป็น โรคหัวใจและความดันโลหิตสูง	-มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ และสั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทางโรกระบบ ทางเดินปัสสาวะเท่านั้น และมีมติ ตัดรายการยา Uralyte ออก จากบัญชียาโรงพยาบาล
๑๑.	Docusate sodium ear drop ๕ mg (ยา ละลายขี้หู) (NED)	- แสบหูน้อยกว่า Sodium bicarb ear drop	-มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา โรงพยาบาล สามารถสั่งใช้โดยแพทย์ ทุกคน
๑๒.	Ranolazine prolong release ๕๐๐ mg (NED)	-ลดอาการ angina ทั้งในแง่ลด ความถี่และความรุนแรง และ สามารถเพิ่ม exercise duration ของผู้ป่วย	-มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด เริ่มการสั่งใช้ครั้งแรก และให้สั่งใช้โดย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด

ลำดับ	รายการยา	เหตุผลในการเสนอยาเข้า	ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม
๑๓	Nebivolol ๕ mg (NED)	-เป็นยาที่มีความจำเพาะต่อ beta-๑ มากที่สุด รวมทั้งมีฤทธิ์ vasodilator จึงทำให้ลด peripheral resistance ลงได้	-มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด เริ่มการสั่งใช้ครั้งแรก และให้สั่งใช้โดย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่านั้น
๑๔	Semaglutide ๗ mg (NED)	-เป็นยากลุ่ม GLP-๑-RA ในรูปแบบ รับประทานที่มีประสิทธิภาพในการลด HbA๑C และ body weight ได้ดี	-มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางอายุรกรรม การ Start สั่งใช้ยา และ การ Re med.ยาโดยแพทย์เฉพาะ อายุรกรรมเท่านั้นพร้อมทำใบบันทึกการ ประเมินการใช้ยา (DUE)
๑๕	Insulin Degludec / Liraglutide (NED)	ไม่ได้ระบุ	-มติที่ประชุม มีมติไม่นำเข้าบัญชี โรงพยาบาล
๑๖	Bempedoic acid +Ezetimibe ๑๘๐ mg (NED)	ใช้ร่วมกับยาลดไขมันกลุ่ม statin ในรายที่ใช้ยากลุ่ม Statinร่วมกับ ezetimibe แล้วยังไม่สามารถ บรรลุเป้าหมาย แม้ว่าจะใช้ statin ในขนาดสูงสุดแล้ว หรือใช้แทน statin ในรายที่มีข้อห้ามใช้	-มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด -เริ่มการสั่งใช้ยาครั้งแรก แล Re-Med โดย แพทย์ทางโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่านั้น
๑๗	Warfarin ๒ mg (ED)	เพื่อสามารถปรับขนาดยาได้ง่ายขึ้น เดิมมีการหักเม็ดยา ในแนวทางการ รักษาทางอายุรกรรม ไม่แนะนำให้ มีการหักเม็ดยา Warfarin เนื่องจากขนาดยาที่ได้ในการหักแต่ละครั้ง จะไม่เท่ากัน และขนาดยาที่ ถูกต้องมีผลต่อการรักษา	-มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียา โรงพยาบาล สั่งใช้ได้โดยแพทย์ทุกคน
๑๘	Gliclazide MR (NED)	ใช้กับผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับจาก รพ.อื่น ที่มีประวัติการใช้มาแล้ว	-มติที่ประชุม: มีมติให้นำเข้าในบัญชียา โรงพยาบาล สั่งใช้ครั้งแรกโดยแพทย์อายุรกรรม
๑๙.	Levosimendan (๑๒.๕ mg/๕ ml) (NED)	ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากเหตุ หัวใจ(Cardiogenic shock) โดย เพิ่มการไหลเวียนเลือดในร่างกาย (Inotropic effect)ลดปริมาณ เลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ ลดความ ต้านทานของหลอดเลือด	-มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียา เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด สั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและ หลอดเลือดเท่านั้น ให้มีสำรองในโรงพยาบาล ๑ Vial กำหนดแนวทางดังนี้ ๑.ให้แพทย์ผู้ช้ยา สรุปรูป chart ให้สมบูรณ์เพื่อ การเบิก DRG ที่เหมาะสม ๒.ใช้ในผู้ป่วยได้ทุกสิทธิ์ตามความจำเป็นโดย คำนึงถึงคุณค่าในการใช้ชีวิตที่ยาวนานของผู้ป่วย

ลำดับ	รายการยา	เหตุผลในการเสนอเข้า	ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม
๒๐	Milrinone (๑๐mg/ml) (ED)	ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ(Cardiogenic shock) ในผู้ป่วยที่ไม่ Response ต่อ Dobutamine เนื่องจากผลของการใช้ยา Beta blocker	-มติที่ประชุม : มีมติให้นำเข้าในบัญชียาเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด สั่งใช้โดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่านั้น

สรุปรายการยานำเสนอเข้าบัญชียาโรงพยาบาลและบัญชียาเฉพาะทางดังนี้

- นำเสนอรายการเข้าบัญชีโรงพยาบาล จำนวน ๒๐รายการ ผ่านการเสนอพิจารณาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาล และบัญชียาเฉพาะทาง จำนวน ๑๙ รายการ ไม่ผ่านการพิจารณา ๑ รายการ คือ Insulin Degludec/Liraglutide (NED)

การเสนอรายการยาตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล ตามรายละเอียดดังนี้

ลำดับ	รายการยา	เหตุผลในการเสนอตัดออก	ข้อพิจารณาและมติที่ประชุม
๑	Diclofenac eye drop	จักษุแพทย์เสนอตัดออกเนื่องมีการสั่งใช้น้อย	มติที่ประชุม มีมติรับรอง
๒	Betaxolol eye drop	บริษัทผู้ผลิต ยกเลิกการผลิตยา	มติที่ประชุม มีมติรับรอง
๓	Prazosin tab ๑ mg	ปริมาณการใช้น้อยและไม่มีบริษัทผู้ผลิต	มติที่ประชุม มีมติรับรอง
๔	Trifluoperazine tab ๕ mg	ปริมาณการใช้น้อยและไม่มีบริษัทผู้ผลิต	มติที่ประชุม มีมติรับรอง
๕	Atorvastatin (๒๐mg)	บริษัทผู้ผลิตแจ้งขาดครวนานเกิน ๖ เดือน และในบัญชียาโรงพยาบาลมี Atorvastatin (๔๐mg)	มติที่ประชุม มีมติรับรอง
๖	Clopidogrel (Berlin)	-มีปริมาณการใช้น้อย และในบัญชียาโรงพยาบาลมี Clopidogrel (GPO) ซึ่งมีการสั่งใช้ปริมาณมาก บริษัทผู้ผลิตแจ้งขาดครวนาน	เพื่อให้ถูกต้องตามข้อกำหนดยาที่มีชื่อสามัญเดียวกันให้เลือกไว้ใช้ในโรงพยาบาลเพียง ๑ รายการ มติที่ประชุม มีมติรับรอง
๗	Uralyte	ลักษณะยาเป็น Powder ผู้ป่วยไม่สะดวกในการใช้ และแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะมีการนำเสนอรายการยา Potassium citrate ๒๓๑.๕ mg and Sodium citrate tablet ๑๙๕ mg (NED) ซึ่งเป็นรูปแบบยาเม็ดใช้ทดแทนแล้ว	มติที่ประชุม มีมติรับรอง

สรุปมีการนำเสนอรายการยาตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล จำนวน ๗ รายการ

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

๓.๒ ผลการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์มิใช่ยาและวัสดุทางการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๗ (ตุลาคม ๒๕๖๖-มิถุนายน ๒๕๖๗) ประกอบการพิจารณา วงเงินแผนจัดซื้อปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ผลการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ตุลาคม ๒๕๖๖-มิถุนายน ๒๕๖๗) จำนวน ๗๐,๑๔๐,๔๙๔.๐๗ บาท (มูลค่าตามแผนจัดซื้อวงเงินรวม ๗๗,๕๕๐,๕๒๒.๓๓ บาท) และผลการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยาและวัสดุทางการแพทย์ จำนวน ๑๖,๑๓๑,๔๐๖.๕๒ บาท (มูลค่าตามแผนจัดซื้อวงเงิน ๒๔,๒๕๖,๐๓๘.๗๕ บาท) และจากมูลค่าการเบิกใช้ยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔- ๒๕๖๗ (ต.ค๒๕๖๖-มิ.ย ๒๕๖๗) พบว่ามีมูลค่าเบิกใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อตอบสนอง การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย สู่โรงพยาบาลทั่วไประดับ S ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคที่ยุ่ยากและซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น กลุ่มงานเภสัชกรรมจำเป็นในการจัดทำแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ในจำนวนวงเงิน ๘๐,๔๕๐,๗๑๘.๑๔ บาท (แปดสิบล้านสี่แสนห้าหมื่นเจ็ดร้อยสิบแปดบาทสิบสี่สตางค์) ในส่วนของ เวชภัณฑ์มิใช่ยาและวัสดุทางการแพทย์ ขอจัดทำแผนจัดซื้อปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ในวงเงินเดิมคือ ๒๔,๒๕๖,๐๓๘.๗๕ บาท (ยี่สิบล้านสองแสนห้าหมื่นหกพันสามสิบแปดบาทเจ็ดสิบห้าสตางค์)

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

๓.๓ มูลค่ายา NED๒ ที่มีการสั่งใช้ในผู้ป่วย แยกตามสิทธิ

เภสัชกรหญิง จารุวรรณ จุลสัตย์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม นำเสนอมูลค่าการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ กลุ่มที่ ๒ (NED๒) อ้างถึงมติที่ประชุม คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ มีมติให้มีการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลสิทธิที่ชัดเจนและกำหนดให้ยารายการ NED๒ เป็นรายการยาที่มีเงื่อนไขในการสั่งจ่ายโดยแพทย์ จากผลการให้บริการผู้ป่วยในเดือน มีนาคม - มิถุนายน ๒๕๖๗ มีมูลค่าการใช้ยา NED๒ ในช่วง ๔ เดือนดังกล่าว รวมจำนวน ๓,๔๓๐,๓๖๓.๗๕ บาท (สามล้านสี่แสนสามหมื่นสามร้อยหกสิบสามบาทเจ็ดสิบห้าสตางค์) โดยเฉพาะยา Parecoxib Na มีการสั่งใช้สูงเป็นอันดับแรกในวงเงิน ๒๗๖,๑๙๓.๐๐ บาท(สองแสนเจ็ดหมื่นหกพันหนึ่งร้อยเก้าสิบสามบาทถ้วน)

นายแพทย์จรัส บุญกาญจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้ให้เหตุผลว่า จากข้อมูล มูลค่าการใช้ ยา NED๒ ที่สูง ในช่วงเวลาเพียง ๔ เดือน ทำให้กระทบต่อต้นทุนการรักษาพยาบาลด้วยยากลุ่มดังกล่าว มอบหมายให้กลุ่มงานเภสัชกรรม รวบรวม รายการยา NED ทั้งหมด และจัดทำเป็นนโยบายโรงพยาบาล ผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด และประกาศใช้นโยบายอย่างเป็นทางการ

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

เภสัชกรหญิง จารุวรรณ จุลสัตย์ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม นำเสนอ รายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ED) บางรายการที่มีแนวโน้ม การใช้ที่สูงขึ้น คือ ยา Budesonide Nebulizer ซึ่งกำหนดมูลค่าจัดซื้อตามแผนจัดซื้อปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เพียง ๒๕๖,๕๐๐.๐๐ บาท มูลค่าการใช้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เป็น ๕๘๒,๒๕๕.๐๐ บาท เกินวงเงินในแผนจัดซื้อ ๓๒๕,๗๕๕.๐๐ บาท โดยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งใช้ยา พบว่า มีการสั่งใช้ยาโดยแพทย์เฉพาะทาง หู คอ จมูก ในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น และจากการประสานกับแพทย์ดังกล่าว แพทย์แจ้งว่า มีข้อมูลการวิจัยสนับสนุนในการใช้ Budesonide Nebulizer หยดผสมใน NSS สำหรับล้างจมูก ซึ่ง ความเป็น Steroid อ่อนๆ ของ Budesonide ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย โดยแพทย์จะได้พิจารณาเลือกใช้ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางโพรงจมูก และผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง และใช้ตามความจำเป็น

เภสัชกรหญิง ปิยพร ขนอม นำเสนอรายการยาที่มีการสั่งจ่ายสำหรับผู้ป่วยนอก ทั้งจำนวนและมูลค่าที่สูง ดังนี้

๑) การสั่งใช้ยา Enoxaparin injection ในผู้ป่วยมะเร็ง ที่รับการส่งตัวกลับเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้เคียง จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าตามใบส่งตัวกลับ พบว่ามีการสั่งยา Enoxaparin injection ครั้งเดียวในปริมาณมาก ตามที่แพทย์เฉพาะทางระบุในใบส่งตัวกลับ โดยใช้ยาต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลา ๓ เดือน ซึ่งรายการยาดังกล่าว ในโรงพยาบาลมีการสำรองไว้ในจำนวนจำกัดตามอัตราการใช้ปกติของโรงพยาบาล ในภาวะโรคที่ไม่ซับซ้อน ทำให้เกิดอัตราและมูลค่าการสั่งยาในผู้ป่วย ๑ ราย ที่สูงมาก กระทบต่อการสำรองยาในภาพรวมของโรงพยาบาล แม้ว่ากลุ่มงานเภสัชกรรมจะแบ่งจ่ายยาและให้ผู้ป่วยมารับยาเป็นรอบๆ สัปดาห์ก็ตาม แต่ในข้อมูลเวชระเบียน จะเป็นการสั่งใช้ยาจำนวนมาก

นายแพทย์จรัส บุญกาญจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้ชี้แจงว่า กรณีดังกล่าว แพทย์ผู้สั่งใช้ ไม่ควรสั่งใช้จำนวนมากในคราวเดียว ควรสั่งใช้ไม่เกิน ๔ สัปดาห์ และต้องประเมิน ติดตาม อาการของผู้ป่วย เป็นระยะๆ ตามนโยบายการติดตาม ความปลอดภัย ในการใช้ยาในผู้ป่วย

ในส่วนของการสั่งจ่ายยาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และคลินิกอื่นๆ ก็ควรสั่งยาไม่เกิน ๔ เดือน เช่นเดียวกัน

๒) รายการยา ที่แพทย์สั่งใช้ในผู้ป่วย ที่มีจำนวนหน่วย เช่นจำนวนซอง , ขวด , หลอด โดยมีการสั่งใช้ จำนวนหน่วยที่มาก ได้ขอมติที่ประชุมพิจารณาจำนวนหน่วยสูงสุดที่ให้แพทย์สั่งได้ ดังนี้

- ORS กำหนดสั่งได้ ไม่เกิน ๑๐ ซอง / ครั้ง
- Acetin Powder สั่งได้ไม่เกิน ๑๐ ซอง/ ครั้ง ยกเว้นในผู้ป่วยที่เป็น COPD/ Asthma
- M.Carminative สั่งได้ไม่เกิน ๒ ขวด/ครั้ง
- Alum milk สั่งได้ไม่เกิน ๒ ขวด /ครั้ง
- Selenium sulfide (สิทธิประกันสังคมไม่ต้องชำระเงิน) สั่งได้ ไม่เกิน ๒ ขวด /ครั้ง
- Chloramphenicol ointment สำหรับป้ายแผล ขนาด ๑๕ กรัม สั่งจ่ายได้ไม่เกิน ๒ หลอด /ครั้ง
- Mupirocin ป้ายแผล หลอด ๕ กรัม สั่งได้ไม่เกิน ๒ หลอด/ครั้ง
- Beth-cream กำหนดสั่งได้ไม่เกิน ๒ หลอด/ครั้ง ยกเว้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง
- TA. Cream กำหนดสั่งได้ไม่เกิน ๒ หลอด/ครั้ง ยกเว้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง
- Smecta กำหนดให้ชำระเงินทุกสิทธิ สั่งได้ไม่เกิน ๓ ซอง/ครั้ง

มติที่ประชุม มีมติรับรอง

ระเบียบวาระที่ ๔. เรื่องอื่นๆ

๔.๑ การทบทวนปัญหาระบบยา

๔.๑.๑ การติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) ผู้ป่วยนอก

เภสัชกรหญิง วิสุทธิ์ แซ่หลี่ รายงานการรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) พบว่าส่วนของ Prescribing error เกิดอุบัติการณ์สูงสุด โดยเฉพาะส่วนของวิธีการใช้ยา และจำนวนยาไม่สอดคล้องกับวันนัด และส่วนของข้อมูลการรักษาด้านยา เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) ขั้นตอนการสั่งใช้ยา โดยเภสัชกรขอคำปรึกษาเพิ่มเติมจากแพทย์ผู้ตรวจรักษา พบปัญหา ๕ อันดับแรกคือ

- ๑) ขนาดยาไม่เหมาะสม ในยาเสี่ยงสูง คือ Warfarin ,Metformin และ ขนาดยาในเด็ก
- ๒) การ Re-med ยา ผิด Visit
- ๓) การสั่งยาไม่พอถึงวันนัด หรือเกิน วันนัด
- ๔) การสั่งยาไม่ครบถ้วนตามรายการที่ผู้ป่วยควรได้รับ
- ๕) การสั่งยาซ้ำซ้อน เช่น ซ้ำซ้อนในยาในกลุ่มเดียวกัน

กลุ่มงานเภสัชกรรม ขอประสานกับแพทย์หญิง อัจฉรา อักษรรัตน์ เน้นย้ำทีมองค์กรแพทย์ โดยแพทย์หญิงอัจฉรา อักษรรัตน์ ขอให้กลุ่มงานเภสัชกรรม ได้รวบรวมข้อมูลปัญหาที่พบและแนวทางการพัฒนาระบบยา ร่วมกับองค์กรแพทย์ นำเสนอแนวทางการใช้ข้อมูลการสั่งใช้ที่ถูกต้อง แนวทางการใช้ยา ตามนโยบายของโรงพยาบาล โดยเข้าร่วมในที่ประชุมองค์กรแพทย์เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

๔.๑.๒ การทบทวนความเสี่ยงในระบบยา

๑) การสั่งยา stat ในปัจจุบันการสั่งใช้ยา stat ในผู้ป่วยนอก ยังคงเป็นปัญหา แพทย์ผู้สั่งใช้ยา stat ไม่ได้มีการสั่งใช้เข้าในระบบ Hos-xp. แพทย์หญิงอัจฉรา อักษรรัตน์ เน้นจะแจ้งในที่ประชุมองค์กรแพทย์ ให้แพทย์คียา stat ลงในระบบทุกราย แต่ถ้ามีผู้ป่วยรายใดที่หลุดหรือพลาดการการคียา ฝากให้เภสัชกรโทรประสานไปที่แพทย์ผู้ตรวจ ให้คียาข้อมูลลงในระบบให้เรียบร้อย โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยเดินไปพบแพทย์อีก ก่อนที่เภสัชกรจะจ่ายยาให้ผู้ป่วย และให้เภสัชกร รวบรวมข้อมูลปัญหา เข้าร่วมชี้แจง แนะนำ ในที่ประชุมองค์กรแพทย์

นางสาวโสพิศ ศรีวิลาภ หัวหน้าหน่วยจัดเก็บรายได้ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า นับจากวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๗ การใช้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) กำหนดการเบิกจ่ายตามอัตราค่าบริการ ต้องเบิกภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังให้บริการเสร็จ ดังนั้นข้อมูลในเวชระเบียนต้องสมบูรณ์ ครบถ้วน ไม่เช่นนั้นโรงพยาบาล จะได้รับการจ่ายค่าบริการการรักษา ที่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากไม่สามารถปรับเพิ่มข้อมูลการรักษาได้อีก

๒) การสั่งยาในระบบ Auto Print ยังคงพบปัญหาจากการสั่งใช้ยา เช่น การ Re-med ยา และการกดบันทึกข้อมูล ซ้ำๆ หลายรอบ ทำให้สั่นเปลืองสต็อกเกอร์ในส่วนของการสรุปรายการของผู้ป่วย แพทย์หญิงอัจฉรา อักษรรัตน์ ขอให้เภสัชกร ร่วมกับงานสารสนเทศ และผู้ดูแลระบบ Hos-xp. ได้สอนการใช้ Program Hos-xp. ในองค์กรแพทย์ เพื่อเตือนย้ำการใช้งานที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

นายแพทย์พิรุณ ปิตะหงษ์นันท์ เสนอแนะให้ลองวางระบบใหม่ เช่นเมื่อแพทย์สั่งยาเสร็จสิ้นแล้ว จึงค่อยให้มีการ Regist ลงทะเบียน ณ จุดพยาบาล หน้าห้องตรวจ และให้สั่ง Auto print ต่อไป

๔.๑.๓ การทบทวน Adverse Drug Reaction (ADR)

รายงานผลการติดตาม Adverse Drug Reaction (ADR) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (กันยายน ๒๕๖๖-มิถุนายน ๒๕๖๗)

- ๑) ADR type A พบการรายงานมากที่สุด ๕ อันดับแรก จากยา Amlodipine (๑๒ราย), Enalapril (๖ราย) , Manidipine (๖ราย) , Tramadol (๖ราย) และ Warfarin (๖ราย)
- ๒) ADR type B พบผู้ป่วยแพ้ยาทั้งหมด ๑๕ ราย แยกเป็น แพ้ยาในผู้ป่วยนอก ๑๐ ราย และในผู้ป่วยใน ๕ ราย ไม่พบการพบการแพ้ยาซ้ำ

ในส่วนของ ADR type B พบยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดการแพ้ยา ๒ อันดับแรก คือ Ultravist ๕ ราย รองลงมาคือ Ceftriaxone injection และ Molnupiravir อย่างละ ๒ ราย ในส่วนของสารทึบรังสี (Ultravist) กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับกลุ่มงานรังสีการแพทย์ได้วางระบบการบันทึกข้อมูลการแพ้ในระบบ Hox-xp เพื่อป้องกันการแพ้สารทึบรังสีซ้ำในผู้ป่วยทุกรายที่มีการแพ้

๔.๒ การดำเนินงาน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยรับยาในผู้ป่วยนอก

๔.๒.๑ การพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยนอก

กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับองค์กรแพทย์และงานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาล ปรับปรุงระบบงาน เพื่อลดระยะเวลาการรอคอยรับยาผู้ป่วยนอกดังนี้

- ๑) การใช้ระบบดึงคิว เมื่อแพทย์ตรวจเสร็จ เภสัชกรดึงคิว เพื่อตรวจสอบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (drug related problems ,DRPs) ประเมินความเหมาะสมคำสั่งใช้ยาของแพทย์ พร้อมส่งพิมพ์สติกเกอร์ เพื่อจัดยาไว้รอ ก่อนที่ผู้ป่วยจะยื่นใบนำทางหรือใบคิวยังห้องยา แล้วจึงจับคู่ตะกร้ายาและใบนำทาง เรียงคิวตามลำดับของผู้ป่วย
- ๒) เพิ่มช่องทางการจ่ายยา จาก ๓ ช่องทางเป็น ๔ ช่องทางการจ่ายยา

ผลการดำเนินงาน ระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ย ลดลงจากเดิม ๒๒.๗ นาที เป็น ๑๙.๖๙ นาที นายแพทย์พิรุณ ปิตะหงษ์นันท์ ให้ความเห็นว่า ผลการดำเนินงานของระยะเวลาการรอคอยรับยาก่อนและหลังการปรับระบบยังไม่ได้แตกต่างกัน ควรแบ่งวิเคราะห์ข้อมูลตามช่วงเวลาต่างๆ หรือระยะเวลาการรอคอยที่เกิน ๒๐ มีกี่รายและคิดเป็นกี่เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยทั้งหมด นอกเหนือจากระยะเวลาการรอคอยเฉลี่ย เพื่อสะท้อนปัญหาที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และในประเด็นปัญหาที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาหลังดึงคิวเสร็จ มีกี่เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยที่ดึงคิวทั้งหมด ประธานองค์กรแพทย์ โดยทีมเภสัชกรรม งานสารสนเทศ และผู้ดูแลระบบ Hos-xp เพื่อแก้ปัญหาการส่งต่อข้อมูลการสั่งยาจากห้องตรวจต่างๆ ที่ยังไม่ถูกต้อง

๔.๒.๒ โครงการ Health Rider ใน NCD Clinic

ผลการดำเนินงาน โครงการ Health Rider ในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๗ (ข้อมูลวันที่ ๑-๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗) มีการจัดส่งยาที่บ้าน โดย Rider จำนวน ๑๔๑ ราย และจัดส่งโดยระบบพัสดุ จำนวน ๓๒ ราย รวมการจัดส่งยาที่บ้านทั้งหมด ๑๗๓ รายและพบปัญหา จากการดำเนินงานดังนี้

- ๑) ผู้ป่วยไม่มียาเหลือที่บ้าน จึงไม่สามารถจัดส่งยาได้
- ๒) พบมีรายการยาที่ห้ามส่ง เช่นยาฉีด
- ๓) Rider ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ขณะนำส่งยา จึงไม่สามารถจัดส่งยาภายในวันนั้นได้
- ๔) เภสัชกรไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยเพื่อให้คำปรึกษาได้ในบางราย
- ๕) มีการสั่งยาใน Visit เดียวกัน เช่น Visit ที่รับบริการ Health Rider กับ Visit คลินิกอื่น

๔.๒.๓ การเข้าระบบบริหารและจัดยาสำหรับผู้ป่วย อัตโนวัติ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) เพิ่มความปลอดภัยด้านยาให้กับผู้ป่วยและลดระยะเวลาการคอยรับยา (อยู่ในขั้นตอน กำลังดำเนินงาน)

๔.๓ การพัฒนาระบบยา

๔.๓.๑ ระบบยาเสพติด

กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับองค์กรแพทย์ ,องค์กรพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานทางการพยาบาล ปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท ๒ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆในเชิงระบบ ดังนี้

- ๑) ปรับปรุงแบบฟอร์มใบเบิกยาเสพติดฯ ให้สอดคล้องกับจำนวนรายการยา ,ความแรง และขนาดบรรจุของยาที่มีอยู่ในบัญชียาเสพติดฯของโรงพยาบาล
- ๒) ปรับสต็อกยาเสพติดฯ ในหน่วยงาน ให้เหมาะสมตามความจำเป็น ในการใช้งานจริง
- ๓) ยกเลิกการเบิกยาเสพติดฯ เฉพาะราย
- ๔) วางแนวทางติดตาม ตรวจสอบ การเก็บรักษายาเสพติดฯของหน่วยงานต่างๆร่วมกับกลุ่มการพยาบาล
- ๕) ปรับปรุงแนวทางการเบิกยาเสพติดฯ กรณีเบิกคืนในสต็อกของหน่วยงานในระบบเบิกปกติ และแนวทางการเบิกยาเสพติดฯ กรณีฉุกเฉิน

นายแพทย์พิรุณ ปิตะหงษ์นันท์ ได้ให้ข้อเสนอแนะ ในการควบคุมการใช้ยาเสพติดฯที่สมเหตุสมผลและตรวจสอบได้ เช่นการแนบคำสั่งแพทย์ หรือ สำเนา chart คำสั่งแพทย์เป็นต้น

๔.๓.๒ การติดตามการใช้ยาเสี่ยงสูง (Warfarin)

เนื่องจากยา Warfarin เป็นยากลุ่มยาเสี่ยงสูง และพบความเสี่ยงจากการสั่งใช้ยาใน Case Consult พบปัญหาในเรื่องการปรับขนาดยาบ่อยครั้ง และยังไม่มีการจัดตั้ง Clinic Warfarin ที่ชัดเจน ในโรงพยาบาล การติดตามการใช้ยาเสี่ยงสูง (Warfarin) โดยใช้แบบฟอร์ม แบบประเมินและติดตามการใช้ยา Warfarin ซึ่งมีค่า INR นอกช่วงการรักษา โดยการติดตามการใช้ยาจะสามารถเฝ้าระวังความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มี ค่า INR อยู่นอกช่วงค่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยามากขึ้นตามเอกสารแนบ (แบบประเมินและติดตามการใช้ยา Warfarin ซึ่งมีค่า INR นอกช่วงการรักษา)

ปิดประชุมเวลา ๑๖.๔๕ น.

วิสุทธิ์ แซ่หลี่ บันทึกร/พิมพ์
...../ตรวจทาน

