



โรงพยาบาลสะเดา  
อ.สะเดา จ.สงขลา  
โทร. 074-379994-9

แนวทางปฏิบัติเรื่อง แนวปฏิบัติการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี

หมายเลขเอกสาร SD-RX-SOP-IMS-003

แก้ไขครั้งที่ 02

วันที่บังคับใช้ 1 มิถุนายน 2569

หน้าที่ 1 จาก 6


## แนวทางปฏิบัติ (SOP)

### เรื่อง แนวปฏิบัติการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

ผู้จัดทำ	(นางสาวสุวิมล เพชรขวัญ)
ตำแหน่ง	เภสัชกรชำนาญการ
ผู้ตรวจสอบ	(นายภทรชัย พรปัญญาคุณ)
ตำแหน่ง	เภสัชกรชำนาญการ
ผู้ทบทวน	(นางรุจิรา ฤทธิภักดี)
ตำแหน่ง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
ผู้อนุมัติ	(นายชัยวุฒิ สุขสมานวงศ์)
ตำแหน่ง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา

#### บันทึกการแก้ไข

แก้ไขครั้งที่	วันที่บังคับใช้	ผู้รับผิดชอบ	สาเหตุการแก้ไข
00	1 ต.ค. 2567	นางสาวสุวิมล เพชรขวัญ	ประกาศใช้ครั้งแรก
01	1 ต.ค. 2568	นางสาวสุวิมล เพชรขวัญ	ทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาเพิ่มเติม
02	1 มิ.ย. 2569	นางสาวสุวิมล เพชรขวัญ	ทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาเพิ่มเติม

	โรงพยาบาลสะเดา	แนวทางปฏิบัติเรื่อง แนวปฏิบัติการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี	
	อ.สะเดา จ.สงขลา	หมายเลขเอกสาร SD-RX-SOP-IMS-003	แก้ไขครั้งที่ 02
	โทร. 074-379994-9	วันที่บังคับใช้ 1 มิถุนายน 2569	หน้าที่ 2 จาก 6

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำหนดแนวทางการขอใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐาน
2. เพื่อให้การใช้ยานอกบัญชีเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และคุ้มค่า เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาผู้ป่วย

### ขอบข่าย

ใช้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยา การพิจารณาอนุมัติ และการจัดหายานอกบัญชียาโรงพยาบาล ในผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยเฉพาะรายในโรงพยาบาลสะเดา

### ความรับผิดชอบ

1. แพทย์ผู้สั่งใช้ยา
2. เภสัชกร
3. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC)
4. งานพัสดุ/จัดซื้อยา
5. หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

### คำจำกัดความ

ยานอกบัญชียาโรงพยาบาล หมายถึง ยาที่ไม่ได้อยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล แต่มีความจำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยเฉพาะรายตามข้อบ่งใช้ทางการแพทย์

### ขั้นตอนการปฏิบัติ

เมื่อมีเหตุการณ์ที่แพทย์มีความต้องการสั่งใช้ยานอกเหนือจากยาในบัญชีโรงพยาบาลสะเดา ควรปฏิบัติดังนี้

1. การยื่นขอใช้ยา: ความถี่ลดแบบฟอร์มขออนุญาตการสั่งใช้ยานอกบัญชียาในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลสะเดา
2. กรอกรายละเอียดในแบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี ระบุรายละเอียดต่างๆ เช่น ชื่อผู้ป่วย รายการยาที่แพทย์ต้องการ วิธีการสั่งใช้ยา และจำนวน เหตุผลในการเลือกใช้ยาที่มีในบัญชี และผลการรักษาที่ไม่เหมาะสม/ไม่ได้ผล เป็นต้น ให้ครบถ้วนสมบูรณ์
3. เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จสิ้น ให้ส่งเอกสารมายังกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
4. เภสัชกรหน่วยเภสัชสารสนเทศ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ดำเนินการดังนี้
  - ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร ข้อบ่งใช้ ขนาดยา อันตรกิริยาระหว่างยา และความเหมาะสม
  - ตรวจสอบรายการยาที่มีในบัญชีซึ่งสามารถใช้ทดแทนได้
  - ประเมินมูลค่าการใช้ยาและความคุ้มค่า
 เสนอหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง พิจารณาและดำเนินการประสานแจ้งไปยังหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมรับทราบและพิจารณาในเบื้องต้น
5. เมื่อหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมรับทราบและพิจารณาการอนุมัติ ดังนี้

	โรงพยาบาลสะเดา	แนวทางปฏิบัติเรื่อง แนวปฏิบัติการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี	
	อ.สะเดา จ.สงขลา	หมายเลขเอกสาร SD-RX-SOP-IMS-003	แก้ไขครั้งที่ 02
	โทร. 074-379994-9	วันที่บังคับใช้ 1 มิถุนายน 2569	หน้าที่ 3 จาก 6

- กรณีเร่งด่วน: หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม/ผู้ได้รับมอบหมาย สามารถอนุมัติเบื้องต้นได้ และนำเข้าที่ประชุม PTC เพื่อรับทราบภายหลัง

- กรณีทั่วไป: เสนอคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) พิจารณาอนุมัติ

- กรณีรายการยาที่ต้องการมีมูลค่าสูง: จะต้องผ่านการลงนามเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

6. การจัดหาและจ่ายยา: หัวหน้าคลังยา/งานพัสดุ/จัดซื้อยา จะดำเนินการส่งต่อให้งานจัดซื้อและดำเนินการจัดหาตามระเบียบพัสดุ หรือยืมยากับโรงพยาบาลใกล้เคียงตามจำนวนที่ต้องการสั่งใช้จริง

### ตัวชี้วัดคุณภาพ

ร้อยละของการขอใช้ยานอกบัญชีที่ได้รับอนุมัติตามเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 80

### เอกสารแนบท้าย

แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชีโรงพยาบาลสะเดา



โรงพยาบาลสะเดา  
อ.สะเดา จ.สงขลา  
โทร. 074-379994-9

แนวทางปฏิบัติเรื่อง แนวปฏิบัติการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี

หมายเลขเอกสาร SD-RX-SOP-IMS-003

แก้ไขครั้งที่ 02

วันที่บังคับใช้ 1 มิถุนายน 2569

หน้าที่ 4 จาก 6

### แนวปฏิบัติการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี โรงพยาบาลสะเดา

เมื่อแพทย์มีความต้องการสั่งใช้ยานอกบัญชียาโรงพยาบาลสะเดา

ดาวน์โหลดแบบฟอร์มขออนุญาตการสั่งใช้ยานอกบัญชียา กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ส่งให้เภสัชกรหน่วยเภสัชสารสนเทศ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร

แจ้งไปยังหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค รับทราบและพิจารณา

แจ้งไปยังหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม รับทราบและพิจารณา

พิจารณาอนุมัติ

จัดซื้อ/จัดหาและดำเนินการจัดหายาตามระเบียบพัสดุ

	โรงพยาบาลสะเดา	แนวทางปฏิบัติเรื่อง แนวปฏิบัติการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี	
	อ.สะเดา จ.สงขลา	หมายเลขเอกสาร SD-RX-SOP-IMS-003	แก้ไขครั้งที่ 02
	โทร. 074-379994-9	วันที่บังคับใช้ 1 มิถุนายน 2569	หน้าที่ 5 จาก 6

### แบบฟอร์มขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี โรงพยาบาลสะเดา

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา ระบุข้อมูลให้ครบถ้วน ก่อนส่งเอกสารมายังกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา ..... วัน/เดือน/ปี.....

ผู้ป่วย (ระบุชื่อ) ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว/นาง ..... HN.....

สิทธิการรักษา  ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่าย  ไม่สามารถจ่ายเงิน)

ประกันสังคม (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่ายเงิน  ไม่สามารถร่วมจ่ายเงิน)

สวัสดิการข้าราชการ

อื่นๆ ..... (เฉพาะยา NED  ยินดีร่วมจ่ายเงิน  ไม่สามารถร่วมจ่ายเงิน)

ประเภทผู้ป่วย  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน AN .....

การวินิจฉัยโรค.....

มีความจำเป็นต้องใช้ยา .....

วิธีการสั่งใช้ยา.....ระยะเวลาในการใช้ยา .....จำนวนยา .....

เหตุผลความจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาในบัญชีของโรงพยาบาลได้ ดังนี้

- 1. เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา/แพ้ยา .....ซึ่งเป็นยาในบัญชีโรงพยาบาล
- 2. ผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมาย แม้ว่าได้ใช้ยาในบัญชีโรงพยาบาลจนครบตามมาตรฐาน
- 3. ไม่มีกลุ่มยาในบัญชีโรงพยาบาลให้สั่งใช้ แต่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาดังกล่าว ตามที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
- 4. ผู้ป่วยมีภาวะหรือโรคที่ห้ามใช้ยาในบัญชีโรงพยาบาลอย่างสัมบูรณ์ (absolute contraindication) หรือมีข้อห้ามใช้ ใช้ยาร่วมกับยาอื่น (serious / major drug interaction)
- 5. ยาในบัญชีโรงพยาบาลมีราคาแพงกว่า (ในเชิงความคุ้มค่า)
- 6. อื่นๆ (ระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

แพทย์ผู้สั่งใช้ยา .....

(.....)

	โรงพยาบาลสะเดา	แนวทางปฏิบัติเรื่อง แนวปฏิบัติการขออนุมัติใช้ยานอกบัญชี	
	อ.สะเดา จ.สงขลา	หมายเลขเอกสาร SD-RX-SOP-IMS-003	แก้ไขครั้งที่ 02
	โทร. 074-379994-9	วันที่บังคับใช้ 1 มิถุนายน 2569	หน้าที่ 6 จาก 6

สำหรับงานบริหารเวชภัณฑ์และคลังยา (\*\*ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม)

ชื่อยา .....

บริษัทยา/โรงพยาบาล ..... จำนวนที่จัดซื้อ/ยืม .....

ราคาที่จัดซื้อ/ยืมครั้งนี้ ..... ราคาที่เคยซื้อ..... ราคากลาง.....

ลงนาม..... (หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม) วันที่ .....

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงนาม ..... (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา) วันที่.....