



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
CHULABHORN HOSPITAL

การประชุมนโยบาย การนำเข้าและจัดหา - เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ Supplier Day 2024

วันพฤหัสบดีที่ 14 มีนาคม 2567

เวลา 14:30 - 16:30

ณ ห้องประชุม 3A 301 อาคารวิทยาลัยแพทยศาสตร์ศรีสวางควัฒน ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์

แนะนำผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



อาคารศูนย์การแพทย์มะเร็ง
วิทยาจุฬาลงกรณ์ (100เตียง)



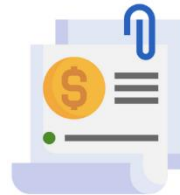
ผู้บริหารโรงพยาบาล



งานเภสัชกรรม



สำนักงานราชวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์



ฝ่ายจัดซื้อจัดจ้าง



คลังยาไปรษณีย์



ฝ่ายบริหารพัสดุ



งานคลังยา

งานเวชภัณฑ์
ทางการแพทย์

ผู้บริหาร โรงพยาบาลจุฬาภรณ์



รศ.นพ.สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



นพ.ดำรงค์ สุกิจปัญญาโรจน์
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล

กำกับดูแลระบบยา



นพ.อดิสร บุณญาภิบาล
ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

กำกับดูแลระบบเวชภัณฑ์ทางการแพทย์

งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



ภญ.ธาราริน นิมมล
หัวหน้างานเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์กลาง



ภญ.จิตติการ จันทร์สละ



ภก.ปັນทิตวงศ์ ตริเทสรนพมาศ



ภก.ชานนท์ จารูปักทรานนท์



ภญ.กมลพรรณ ธัญญชยะกุล

เภสัชกรหน่วยจัดซื้อยาและบริหารข้อมูล

บุคลากร โรงพยาบาลจุฬารัตน์

ฝ่ายจัดซื้อจัดจ้าง



คุณธนิกา เกิดศิลป์
หัวหน้าฝ่ายจัดซื้อจัดจ้าง



คุณจวีรัตน์ แก้วสะเทือน
หัวหน้างานจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์

งานเวชภัณฑ์ทางการแพทย์



คุณภาคภูมิ ลัดดาหอม
หัวหน้างานเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
ฝ่ายบริหารพัสดุ



คุณวิมลนา พวงแก้ว
เจ้าหน้าที่พัสดุ

งานคลังยา



คุณฉัจฉราภรณ์ ทฬีสริก



คุณชวีศา หอมแก่นจันทร์



คุณเบญญาพร เมตสินบุญ

การจัดหายาเข้าโรงพยาบาล

รายการ ยา ใหม่ ที่ไม่เคยมีในโรงพยาบาล

นโยบาย ไม่อนุญาตให้ยาที่ไม่อยู่ในบัญชี-ทะเบียนของโรงพยาบาล เข้าใช้ก่อนได้รับอนุญาต

1. ยาใหม่ เสนอโดยแพทย์และผ่านการรับรองโดยแพทย์หัวหน้างาน
2. รวมทั้ง ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)
3. ผ่านการพิจารณา โดยคณะกรรมการเภสัชภัณฑ์ ฯ จึงจะดำเนินการกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
4. มีช่องทางยาจำเป็นบางชนิด ที่โรงพยาบาลต้องการด่วน !!!

ยาไม่ด่วน : รอบการพิจารณา ยาใหม่ ปีละ 3 ครั้ง

➤ ไม่มีการยืมยา (โดยไม่จำเป็น)

* ไม่อนุญาตให้ผู้แทนพบแพทย์ที่ห้องตรวจ OPD หรือห้องตรวจต่าง ๆ*

** อนุญาตให้ผู้แทน นัดพบที่สำนักงานแพทย์ **

การพิจารณาวิธีการจัดซื้อยา

วิธีเฉพาะเจาะจง

ผู้ขายรายเดียว (Monopoly)

ยาต้นแบบจำเป็น ตามที่โรงพยาบาลกำหนด

วงเงินจัดซื้อจัดจ้าง ไม่เกิน 500,000 บาท

วิธีคัดเลือก

วงเงินจัดซื้อจัดจ้าง เกิน 500,000 บาท
และมีผู้ขายหลายราย

1. การจัดซื้อยาปีงบประมาณ 2567 >> อยู่ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
2. การจัดซื้อยาปีงบประมาณ 2568-2570
 - นโยบาย : ทำสัญญา 1-3 ปีงบประมาณ

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

หลักการในการรับโครงการ PAP เข้าโรงพยาบาล

1. การเข้าใช้ในโรงพยาบาล : ยาในโครงการทุกโปรแกรมจะต้องเสนอผ่านคณะกรรมการเภสัชภัณฑ์เท่านั้น ห้ามบริษัทประสานงานกับแพทย์/คลินิกโดยตรง
2. รูปแบบโปรแกรม : ขอให้มียellow 1 รูปแบบที่เหมือนกันและครอบคลุมสำหรับทุกสิทธิ์ทุกโรค
3. บริษัทต้องส่งยาให้โรงพยาบาลเท่านั้น ห้ามบริษัทส่งยาให้ผู้ป่วย/แพทย์โดยตรง
4. บริษัทจะต้องมีการบริหารจัดการยาที่ส่งมอบให้แก่โรงพยาบาลส่วนหน้าและเพียงพอ ไม่มีการยืมยาใน stock ของโรงพยาบาล
5. อาจจะมีหรือไม่มีบริษัทที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้ยา (Third party) มาช่วยบริหารจัดการก็ได้ โดยจะต้องมีการทำข้อตกลงด้านการดำเนินการและทางจริยธรรมตลอดจนการรักษาความลับ ระหว่างโรงพยาบาล-บริษัทยา-บริษัท 3rd party

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

โรงพยาบาลจะมีการจัดเก็บค่าบริการจัดการยาในโครงการ Patient Access Program

จำนวนผู้ป่วยรวม (ราย/รายการยา/ปี)	ค่าบริการจัดการยา (บาท/รายการยา/ปี)
≤ 5	10,000
6-10	15,000
11-20	20,000
21-30	30,000
ทุก 10 รายที่เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น 5,000

เริ่มดำเนินการ : มิถุนายน 2567

รายการเวชภัณฑ์ ใหม่ ที่ไม่เคยมีในโรงพยาบาล

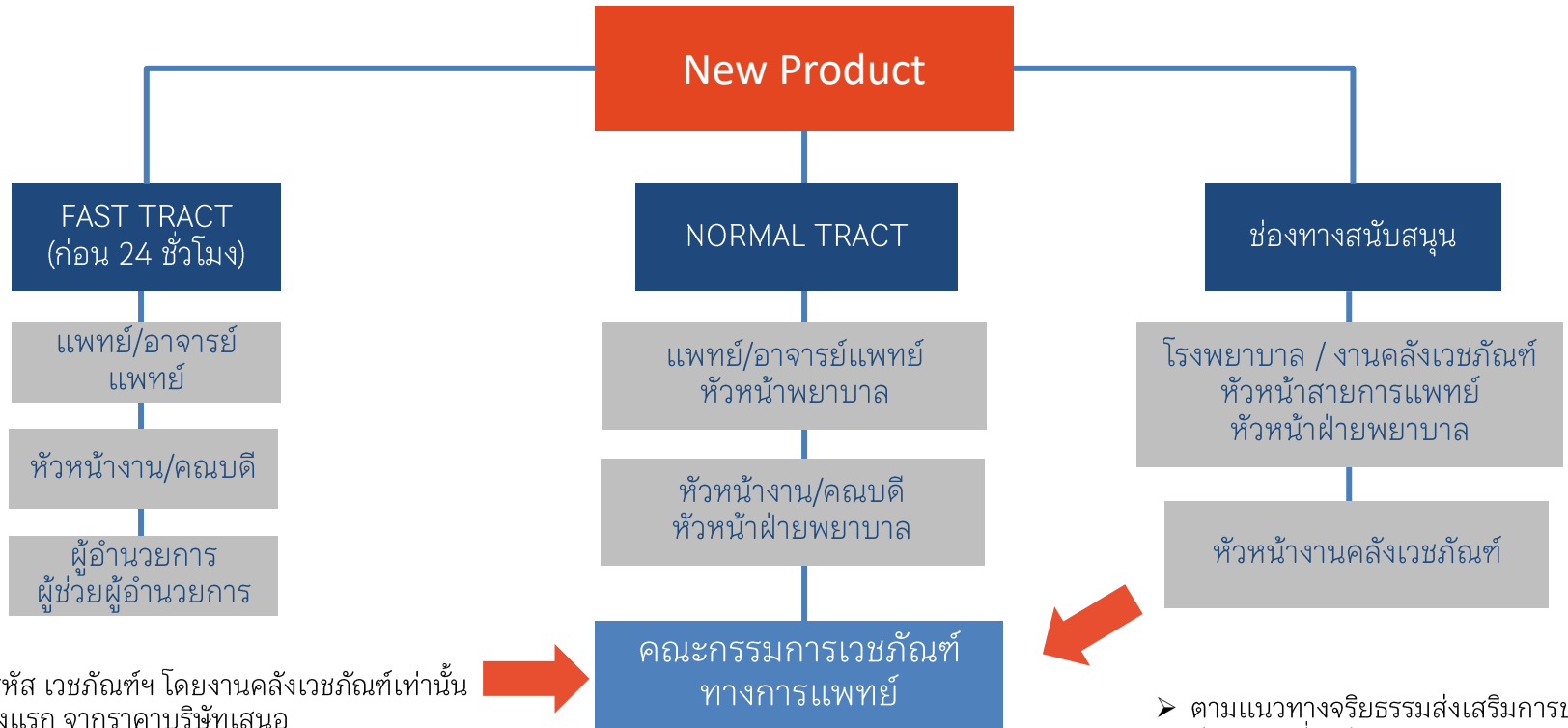
นโยบาย ไม่อนุญาตให้เวชภัณฑ์ ที่ไม่อยู่ในบัญชี-ทะเบียนของโรงพยาบาล เข้าใช้ก่อนได้รับอนุญาต

1. เวชภัณฑ์ใหม่ เสนอโดย แพทย์ และผ่านการรับรองโดยแพทย์หัวหน้างาน
2. ผ่านการพิจารณา โดย คณะกรรมการเวชภัณฑ์ จึงจะดำเนินการกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
3. มีช่องทาง เวชภัณฑ์ จำเป็นบางชนิด ที่โรงพยาบาลต้องการด่วน!!!

เวชภัณฑ์ทั่วไป : คณะกรรมการเวชภัณฑ์ ประชุมทุกเดือน

➤ ไม่มีการยืม เวชภัณฑ์ (โดยไม่จำเป็น)

แนวทางปฏิบัติการนำเข้าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/อวัยวะเทียมเข้าโรงพยาบาล



- รวมศูนย์ ออกฤทธิ์ เวชภัณฑ์ โดยงานคลังเวชภัณฑ์เท่านั้น
- ตั้งราคาขายครั้งแรก จากราคาบริษัทเสนอ
- ยังไม่ซื้อคืน จนกว่าคณะกรรมการต่อรองเสร็จ
- ซื้อคืน ราคาต่อรองแล้ว ตั้งราคาขายครั้งต่อไป ตามราคาต่อรอง

- ตามแนวทางจริยธรรมส่งเสริมการขาย
- มีเอกสารที่บริษัทฯ ลงนาม
- กรณีอวัยวะเทียม >> ไม่คิดราคาผู้ป่วย

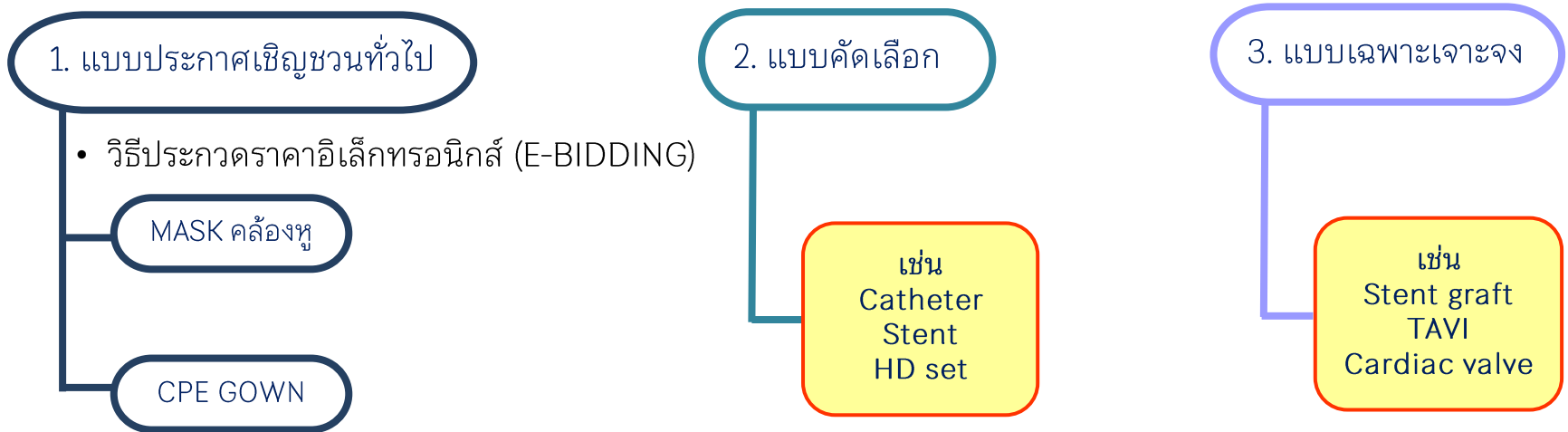
หากนำ "ผลิตภัณฑ์ใหม่" ไปใช้ในผู้ป่วยโดยไม่แจ้งโรงพยาบาล บริษัทต้องบริจาคเท่านั้น

* ไม่อนุญาตให้ผู้แทนพบแพทย์ที่ห้องตรวจ OPD หรือห้องตรวจต่าง ๆ*

**อนุญาตให้ผู้แทนที่บริษัทรับรอง เข้าช่วยแนะนำที่ห้องหัตถการในกรณีที่เครื่องมือไม่ได้มีความซับซ้อน

การจั้ดหาเวชภัณฑ์ทางการแพทยัโรงพยาบาล

พรบ.การจั้ดซื้อจั้ดจั้งและการบริหารพัสดุภาครฐั พ.ศ. 2560



1. การจั้ดซื้อ ปีงบประมาณ 2567 >> อยู่ในกระบวนการจั้ดซื้อจั้ดจั้ง
 2. การจั้ดซื้อ ปีงบประมาณ 2568-2570
- นโยบาย : ทำสัญญา 1-3 ปีงบประมาณ ขึ้นกับประเภทสินค้า

เริ่มดำเนินการ มีนาคม 2567

การปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม ว่าด้วยการส่งเสริมการขาย

1. ไม่ให้การสนับสนุนใด ๆ เป็นการส่วนตัว ค่าตอบแทนวิทยากร ทู่นสนับสนุนวิจัย การสนับสนุนประชุมวิชาการ ดำเนินการผ่านโรงพยาบาล เท่านั้น
2. ไม่อนุญาตให้ผู้แทนบริษัท เข้าพบบุคลากรโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างปฏิบัติงาน (ณ ห้องตรวจ) ทั้งนี้ ให้เข้าพบได้เฉพาะสำนักงานแพทย์
3. การมอบตัวอย่างสินค้า ผ่านงานเภสัชกรรมและงานเวชภัณฑ์ เท่านั้น ไม่อนุญาตให้แก่บุคลากรโดยตรง
4. ไม่อนุญาตให้นิสิต/นักศึกษา¹รับเงิน สิ่งของ หรือการสนับสนุนใด ๆ จากบริษัทโดยตรง

“กระทำผิดเกณฑ์จริยธรรมฯ” เชิญผู้บริหารบริษัท

>> มีผลการนำยาและเวชภัณฑ์เข้าครั้งต่อไป

ขอความร่วมมือ

ผู้แทนหรือผู้ประสานงานของบริษัททุกท่าน

1. ไม่อนุญาตให้ ผู้แทน ติดต่อยืมยากับทางโรงพยาบาลเองโดยตรงทุกกรณี แต่สามารถช่วยประสานงานภายหลังจากโรงพยาบาลผู้ให้ยืม และโรงพยาบาลผู้ขอ ยืม ประสานงานเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว
2. กรณีปัญหาการสั่งยาของแพทย์ เช่น คีร์ยาในระบบไม่ได้ เป็นการบริหารจัดการ ภายในของโรงพยาบาลโดยแพทย์สามารถติดต่อประสานงานกับงานเภสัชกรรม ได้โดยตรง จึงไม่อนุญาตให้ ผู้แทน ติดต่อในกรณีนี้
2. ขอสงวนสิทธิ์ในการให้ข้อมูล อัตราการใช้ยา ยอดคงเหลือ และ ชื่อการค้าที่อยู่ใน บัญชียาโรงพยาบาล ยกเว้นกรณียาของบริษัทเข้าสู่กระบวนการพิจารณาเข้า บัญชียารพ อาจขอทราบชื่อการค้าที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลได้

โครงการจัดตั้ง Health Shop

ประเภทสินค้า

เวชสำอางค์ อาหารเสริมทางการแพทย์ เครื่องดื่มทางการแพทย์ เวชภัณฑ์
ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และอื่น ๆ (ตามที่โรงพยาบาลกำหนด)

เกณฑ์การคัดเลือกสินค้า

- คัดเลือกโดย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เสนอผ่าน คณะกรรมการเภสัชภัณฑ์ ทุกรายการ
- ต่อรองราคาโดยโรงพยาบาล
- สินค้าไม่ได้จดทะเบียนเป็นยา
- ไม่สามารถเบิกได้
- ไม่มีรายการซ้ำในห้องยาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เริ่มดำเนินการ : ภายในปี 2567

ช่องทางการติดต่อสื่อสาร : งานคลังยา



line ID: mainstorecra

- งานคลังยา
- โทร 02-576-6000 ต่อ 6128, 8624
- E-mail : pharmacy-medicalsupplies@cra.ac.th
- สถานที่ คลังยาเวชภัณฑ์ (คลังไปรษณีย์) ไปรษณีย์ไทยดิสทริบิวชั่น จำกัด เลขที่ 111 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

การเสนอและการจัดหาเข้า โรงพยาบาลจุฬารัตน์

การเสนอและการจัดหายาเข้า

รายการ ยา ใหม่ ที่ไม่เคยมีในโรงพยาบาล

นโยบาย ไม่อนุญาตให้ยาหรือเวชภัณฑ์ที่ไม่เคยมีในโรงพยาบาล/ไม่อยู่ในบัญชี-ทะเบียนของโรงพยาบาล เข้าใช้ก่อนได้รับอนุญาต

- เสนอโดยแพทย์และผ่านการรับรองโดยแพทย์หัวหน้างาน
- ตามแนวทางและแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลกำหนด
- ผ่านการพิจารณา โดย คณะกรรมการเภสัชภัณฑ์ และคณะกรรมการเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ จึงจะดำเนินการขออนุมัติการจัดซื้อจัดจ้าง

การเสนอयाเข้าใหม่

- รอบการนำเสนอयाเข้าใหม่ : เสนอได้ตลอดปี
- รอบการพิจารณาयाใหม่ ปีละ 3 ครั้ง

เมื่อเอกสารเรียบร้อยแล้ว สามารถยื่นเอกสารได้เลย ไม่ต้องรอวันปิดรับ
กรณีตรวจสอบแล้วพบว่าเอกสารไม่เรียบร้อย ในวันปิดรับเอกสาร
จะไม่พิจารณาจนกว่าแก้ไข จึงจะนำเข้าประชุมในรอบถัดไป

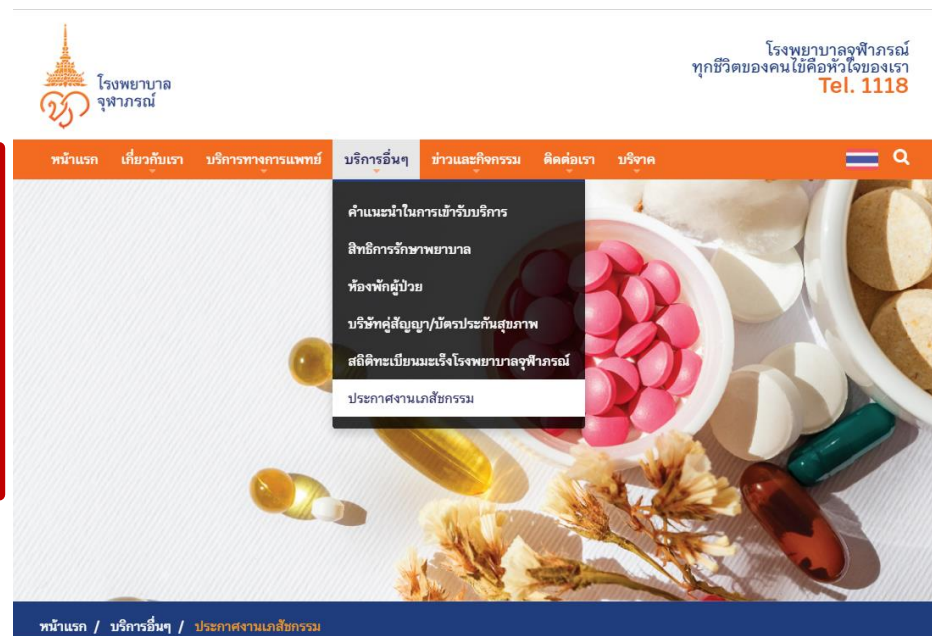
เอกสารเสนอยาเข้าใหม่

- แบบฟอร์มเสนอยาเข้าใหม่ ส่วนของแพทย์
- แบบฟอร์มเสนอยาเข้าใหม่ ส่วนของบริษัท
- เพิ่มเอกสารเสนอยาเข้าใหม่ (ตามข้อ2)
- แบบฟอร์ม บันทึกข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา เสนอโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ผ่าน Google form)

Download

แบบฟอร์มเสนอยาเข้าบัญชียาใน website โรงพยาบาล
https://chulabhornhospital.cra.ac.th/Detail_Page/

[ประกาศงานเภสัชกรรม](#)



แบบฟอร์มเสนอยาเข้าใหม่ : แพทย์

สำหรับแพทย์



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

แบบบันทึกเสนอยาเข้าบัญชียา โรงพยาบาลจุฬารัตน์

คำชี้แจง : โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ หากไม่มีข้อมูลในข้อใดโปรดกรอก "ไม่มีข้อมูล" หากกรอกไม่ครบถ้วนคณะกรรมการผู้เกี่ยวข้องตามกลุ่มยา/คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่พิจารณารายการนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลยาทั่วไป

- [] ยาใหม่ (new generic name)
[] ยารูปแบบ/ขนาดใหม่ (new dosage form/strength)
- ชื่อสามัญทางยา (Generic name) _____
 - ชื่อการค้า (Trade name) _____
 - บริษัทผู้จำหน่าย _____
 - รูปแบบและความแรง _____
 - บัญชียา (ตามบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน)
[] ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ระบุ) _____ [] ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ _____
 - ข้อบ่งใช้ของยาใหม่ที่เสนอ และวิธีใช้ยา

 - แนวทางกรใช้ยาในประเทศไทย (Thai Guideline)
[] ไม่มี [] มี (โปรดแนบเอกสาร)
 - แนวทางกรใช้ยาในต่างประเทศ (International Guideline)
[] ไม่มี [] มี (โปรดแนบเอกสาร)



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

ส่วนที่ 2 เหตุผลการเสนอยาเข้าบัญชีโรงพยาบาลและข้อเสนอมะกรใช้ยา

- ยาในกลุ่มเดียวกัน (มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเดียวกันหรือยาที่มีข้อบ่งใช้เดียวกันหรือเทียบเคียงกัน) ในบัญชียาโรงพยาบาล
[] ไม่มี
[] มี ได้แก่
1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____
- เหตุผลที่เสนอยา และข้อเปรียบเทียบกันยาอื่นในกลุ่มเดียวกันที่มีในบัญชียาโรงพยาบาล (ดูรายละเอียดประโยชน์ที่ผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลจะได้รับ)
2.2.1. ด้านประสิทธิภาพ

2.2.2. ด้านความปลอดภัย

2.2.3. ด้านความสะดวกในการบริหารหรือค่าใช้จ่าย

- ข้อควรระวังหรือข้อจำกัดของยาที่เสนอ

- คำชี้วัดสำหรับติดตามประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

- ยาใหม่ที่เสนอเข้าบัญชียาสามารถทดแทนยาเดิมหรือคิดยาเดิมออกจากบัญชียา ได้หรือไม่
[] ไม่สามารถทดแทนหรือคิดยาเดิมออกได้
[] สามารถทดแทนหรือคิดยาเดิมออกได้ (ระบุ) _____
- จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะใช้ยาต่อปี ประมาณ _____ คน
- ข้อเสนอมะกรเพื่อให้บริการใช้ยาสมเหตุผล (เงื่อนไขการสั่งใช้ยา)
2.7.1. กำหนดข้อบ่งใช้
[] ไม่กำหนด
[] กำหนดข้อบ่งใช้ดังนี้ _____
- กำหนดแพทย์ผู้สั่งใช้
[] ไม่กำหนด
[] กำหนด สั่งได้เฉพาะแพทย์สาขา _____
- เงื่อนไขการเบิกจ่าย (สิทธิการรักษา)
[] ไม่กำหนด
[] เฉพาะสิทธิ _____
[] เบิกไม่ได้ทุกกรณี _____
- ปริมาณการสั่งซื้อต่อใบสั่งยาหรือต่อคอร์สการรักษา
[] ไม่กำหนด
[] กำหนดให้สั่งได้ไม่เกิน _____
- เงื่อนไขอื่น ๆ (ระบุ) _____

รายการนี้เสนอผ่านการประชุมสาขา _____ เมื่อวันที่ _____
ความเห็นจากที่ประชุม _____

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้เสนอยา ลงชื่อ _____ แพทย์ร่วมผู้เสนอ
(_____) (_____)
วันที่ _____ วันที่ _____

ลงชื่อ _____ แพทย์หัวหน้าสาขา ลงชื่อ _____ เภสัชกรผู้รวบรวมข้อมูล
(_____) (_____)
วันที่ _____ วันที่ _____

แบบฟอร์มเสนอयाเข้าใหม่ : บริษัท

จัดเตรียมข้อมูลตามแบบฟอร์มตรวจเอกสาร




แบบฟอร์มตรวจเอกสารการขึ้นทะเบียนยาในบัญชี โรงพยาบาลจุกาภรณ์

ชื่อบริษัท: _____
 ชื่อผลิตภัณฑ์: _____
 รหัสการค้า: _____
 ผู้จัดทำแบบฟอร์ม: _____


ลำดับ	รายการ	Check list	หมายเหตุ
1	เลขขึ้นทะเบียนยาในบัญชี โรงพยาบาลจุกาภรณ์		
2	แบบฟอร์มตรวจเอกสารการขึ้นทะเบียนยาในบัญชีของโรงพยาบาลจุกาภรณ์		
3	รูปถ่ายผลิตภัณฑ์ รูปถ่ายสีข้างขึ้น ย่างให้เห็นข้อห้ามแยกขวดสีข้าง และข้อห้ามใช้สีข้างใน ซึ่งติดกับฝาขวด		
4	เอกสารชี้แจง - ภาชนะยา ชนิดเดิม - ภาชนะยา ชนิดใหม่		
5	ใบสำคัญขึ้นทะเบียนตำรับยา - ใบ พ.บ.จ. พ.บ. พ.บ. ๒.2 (สำหรับใบสมัคร) *กรณีมีการเปลี่ยนแปลงให้ยื่นรูปถ่ายชุดและเอกสารเดิมใหม่แทนค่าของเดิม เช่นใบสมัครการขึ้นทะเบียนตำรับยาแก้ไขข้อบกพร่อง (แบบ พ.บ. ๑) หรือ สำเนาใบแจ้งแก้ไขใบสมัครการขึ้นทะเบียนตำรับยาแก้ไขข้อบกพร่อง (แบบ พ.บ. ๒) หากพบข้อผิดพลาด		
6	ใบคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยา พ.บ. ๑ หรือ ๒ (สำหรับใบสมัคร)		

หน้า 4 / 10 รหัสใช้: EDC/00166 / IM-PHA-006-01




ลำดับ	รายการ	Check list	หมายเหตุ
7	เอกสารรับรองมาตรฐาน GMP ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ยื่นเอกสาร โดยต้องระบุสถานที่ 71. GMP ของบริษัทผู้ผลิตวัตถุดิบ (Certificate of GMP Active Pharmaceutical Ingredient) พabrikในประเทศ 72. GMP ของบริษัทผู้ผลิตสินค้า (Certificate of GMP Finished Product) พabrikในประเทศ 73. GMP ของบริษัทผู้ผลิตบรรจุภัณฑ์ (Certificate of GMP Packaging Material) พabrikในประเทศ 74. เอกสารรับรองว่าพนักงานปฏิบัติการได้รับการฝึกอบรม (PICs) 75. กรณีนำเข้าจากต่างประเทศต้องมี Certificate of free sale หรือ Certificate of Pharmaceutical product		
8	เอกสาร specification of raw material ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		
9	เอกสาร specification of finished product ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา		
10	สำเนาใบสมัคร (หรือผู้แก้ไข) หรือผลการขึ้นทะเบียนตำรับยา (ใบแจ้งแก้ไข) หรือผลการขึ้นทะเบียนตำรับยา (ใบแจ้งแก้ไข)		

หน้า 5 / 10 รหัสใช้: EDC/00166 / IM-PHA-006-01




ลำดับ	รายการ	Check list	หมายเหตุ
11	ใบวิเคราะห์ (Certificate of analysis, COA) ที่ผ่านการตรวจสอบตาม specification		
11.1	ใบรับรองการวิเคราะห์วัตถุดิบจากผู้ผลิตวัตถุดิบ (Supplier)		
11.2	ใบรับรองการวิเคราะห์วัตถุดิบจากผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ (Manufacturer)		
11.3	ใบรับรองการวิเคราะห์วัตถุดิบจากผู้ผลิตบรรจุภัณฑ์ (PICs)		
11.4	ใบรับรองการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์จากผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ (Manufacturer)		
11.5	ใบรับรองการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์จากผู้ผลิตบรรจุภัณฑ์ (PICs)		
12	เอกสารข้อมูลพื้นฐานของผลิตภัณฑ์ระบุอย่างถูกต้องชื่อของผลิตภัณฑ์ (Drug substance) และชื่อของผลิตภัณฑ์ (Finished product)		
13	ผลการศึกษาคงตัวระยะยาว (Long term stability) ตามอายุของยาที่ยื่นขอขึ้นทะเบียน		
14	ผลการศึกษา On-going stability มีอายุอย่างน้อย 1 ปี		
15	ผลการศึกษาคงตัวในสภาวะเร่ง (Accelerated stability) เป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 3 จุด		

หน้า 6 / 10 รหัสใช้: EDC/00166 / IM-PHA-006-01



ลำดับ	รายการ	Check list	หมายเหตุ
16	เอกสารการศึกษาความคงตัวของยา (In-use stability) กรณีเป็นยาที่คิดและผลิตเองหรือไม่ หรือกรณีศึกษาความคงตัวไม่ได้ หมายความว่าต้องยื่นเอกสารที่เก็บมา จำนวน 3 จุด		
17	เอกสารความปลอดภัยข้อมูล ข้อ 171. ใบรับรองการวิเคราะห์วัตถุดิบจากผู้ผลิตวัตถุดิบ (Supplier) 172. เอกสาร MATERIAL SAFETY DATA SHEET (กรณี เป็นยาพิษ Cytotoxic drugs)		
18	ผลการวิเคราะห์ทางเภสัชจลนศาสตร์ (PK/PD) ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) หรือผลการวิเคราะห์ทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) หรือผลการวิเคราะห์ทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) หรือผลการวิเคราะห์ทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE)		
19	ใบกำกับยาและวิธีการควบคุมการกระจาย และการตรวจรักษา (หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง)		
20	เอกสารรับรองการขึ้นทะเบียนยาในบัญชี (หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง)		

หน้า 7 / 10 รหัสใช้: EDC/00166 / IM-PHA-006-01



ลำดับ	รายการ	Check list	หมายเหตุ
21	เอกสารหลักฐานการขึ้นทะเบียนยาในบัญชี		
22	เอกสารรายงานการติดตามผลของยา (Clinical study, Outcomes study, Landmark study, การศึกษาในประเทศไทย หรือกรณีศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้อง) จำนวนไม่เกิน 3 ฉบับ		
23	รายงานความปลอดภัยข้อมูล (กรณีมีผล BE) หรือเอกสารความปลอดภัยข้อมูล (กรณีมีผล BE) หรือเอกสารความปลอดภัยข้อมูล (กรณีมีผล BE) หรือเอกสารความปลอดภัยข้อมูล (กรณีมีผล BE)		
24	เอกสารขึ้นทะเบียนยาในบัญชี (กรณีมีผล BE)		
25	เอกสารขึ้นทะเบียนยาในบัญชี (กรณีมีผล BE)		
26	ผลการวิเคราะห์ทางเภสัชจลนศาสตร์ (PK/PD) ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) หรือผลการวิเคราะห์ทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) หรือผลการวิเคราะห์ทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE)		
27	ใบสมัคร		

*หมายเหตุ

- เอกสารที่ส่งมาต้องมีชื่อผลิตภัณฑ์และ Tag ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) Tag และสารที่ใช้ควบคุมการขึ้นทะเบียน (กรณีมีผล BE)
- เอกสารที่ส่งมาต้องมีชื่อผลิตภัณฑ์และ Tag ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) Tag และสารที่ใช้ควบคุมการขึ้นทะเบียน (กรณีมีผล BE)
- เอกสารที่ส่งมาต้องมีชื่อผลิตภัณฑ์และ Tag ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) Tag และสารที่ใช้ควบคุมการขึ้นทะเบียน (กรณีมีผล BE)
- ผู้ที่ส่งมาต้องมีชื่อผลิตภัณฑ์และ Tag ของยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว (กรณีมีผล BE) Tag และสารที่ใช้ควบคุมการขึ้นทะเบียน (กรณีมีผล BE)

ข้อมูลตรวจสอบเอกสารให้ตรงกับข้อมูลที่แจ้ง มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติม กรุณาแจ้งกลับมาทันที

หน้า 8 / 10 รหัสใช้: EDC/00166 / IM-PHA-006-01

เพิ่มเอกสารเสนอयाเข้าใหม่



แบบฟอร์มส่งพร้อมเอกสารเสนอयाเข้าในบัญชียา โรงพยาบาลจุฬารัตน์

แบบฟอร์มส่งพร้อมเอกสารเสนอयाเข้าในบัญชียา โรงพยาบาลจุฬารัตน์	
1.	ชื่อสามัญทางยา
2.	ชื่อการค้า/ขนาดยว้รูป/แบบยา
3.	บริษัทยา
4.	วันที่ส่งเอกสาร
5.	ชื่อผู้ส่งเอกสาร
6.	เบอร์ติดต่อผู้ส่งเอกสาร
ข้อมูล Distributor	
1.	ชื่อบริษัท
2.	ที่อยู่บริษัท (ที่อยู่สำหรับจัดส่งเอกสาร)
3.	เบอร์โทรศัพท์บริษัท
4.	ชื่อผู้ติดต่อ รับยื่นของ (ผู้รับมอบอำนาจจากบริษัท distributor)
5.	E-mail ผู้ที่จะมารับของ (E-mail สำหรับแจ้งให้มารับยื่น)

ตัวอย่างการติด
หน้าเพิ่มเอกสาร



ตัวอย่างการติดสัน
เพิ่มเอกสาร

ตัวอย่าง

4.1. รายละเอียดการส่งเอกสาร

- 4.1.1. จัดเตรียมข้อมูลตามแบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอयाเข้าในบัญชียา โรงพยาบาลจุฬารัตน์
- 4.1.2. กรุณาเตรียมเอกสารใส่เพิ่มเอกสารสันกว้างก้านยก เรียงเอกสารตามลำดับโดยใช้ติด Tag เพื่อแสดงว่าเอกสารในแต่ละหัวข้ออยู่ส่วนใดให้ชัดเจนพร้อมติดหน้าเพิ่มตามแบบฟอร์มส่งพร้อมเอกสารเสนอयाเข้าในบัญชียาโรงพยาบาลจุฬารัตน์ เพื่อความสะดวกในการพิจารณาข้อมูล
- 4.1.3. สันเพิ่ม ติดรายละเอียด ดังนี้ ชื่อสามัญยาชื่อการค้า-ความแรง-รูปแบบ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 48



ตัวอย่างการติด Tag ที่ถูกต้อง
ให้ติดเป็นชื่อหัวข้อเท่านั้น

การเสนอยาเข้าใหม่

การบันทึกข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา เสนอโรงพยาบาล (Google form)

แบบฟอร์ม บันทึกข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา เสนอ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ (Google form)

drugpurchasing.cra@gmail.com [Switch account](#)

The name, email, and photo associated with your Google account will be recorded when you upload files and submit this form

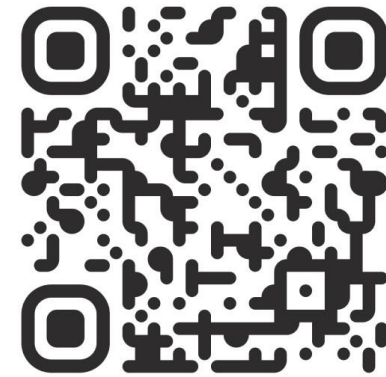
* Indicates required question

1.) เลขทะเบียนผลิตภัณฑ์ (ทะเบียน อย.) *
กรุณาระบุเลขทะเบียน ให้ตรงตามรูปแบบของการขึ้นทะเบียน
ตัวอย่าง ยา 1A xxx/67, สมุนไพร Kxx/67, เครื่องสำอาง 10-x-xxxxxxx, อาหาร 10-x-xxxxx-x-xxxx

Your answer

2.) ประเภทของผลิตภัณฑ์ *

- ยา
- วัตถุออกฤทธิ์
- ยาเสพติด
- ผลิตภัณฑ์สมุนไพร
- อาหารทางการแพทย์



แบบฟอร์ม บันทึกข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา
เสนอโรงพยาบาลจุฬารัตน์
(Google form)

การเสนอयाเข้าใหม่

สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร

- สำนักงานเกษัชกรรม ชั้น 4 อาคารหอพัก ตามวันและเวลาราชการ



คุณธันยธรณ์ ชวยบุญชุม

โทร 02-576-6692

นโยบายการจัดหายา

รายการใหม่

- จะเริ่มดำเนินการจัดหา รายการยา เมื่อผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการฯที่เกี่ยวข้อง

รายการยาที่อยู่ในบัญชีของโรงพยาบาล

- จะดำเนินการจัดหา ตาม พรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560
- (วิธีเฉพาะเจาะจง และ วิธีการคัดเลือก)

ไม่มีการยืมยา (โดยไม่จำเป็น)

>> ระบบ monitor/report

การพิจารณาวิธีการจัดซื้อยา

วิธีเฉพาะเจาะจง

ผู้ขายรายเดียว (Monopoly)

ยาต้นแบบจำเป็น ตามที่โรงพยาบาลกำหนด

วงเงินจัดซื้อจัดจ้าง ไม่เกิน 500,000 บาท

วิธีคัดเลือก

วงเงินจัดซื้อจัดจ้าง เกิน 500,000 บาท
และมีผู้ขายหลายราย

1. การจัดซื้อยาปีงบประมาณ 2567 >> อยู่ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
 2. การจัดซื้อยาปีงบประมาณ 2568-2570
- นโยบาย : ทำสัญญา 1-3 ปีงบประมาณ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. ใบเสนอราคา

- ขอให้ทางบริษัทดำเนินการตามแบบฟอร์มที่กำหนด (Download: <https://chulabhornhospital.cra.ac.th>)
- ขอให้ระบุ ชื่อบริษัทผู้จัดจำหน่ายด้วย
- ระยะเวลายืนยันราคา ตามระยะเวลาทำสัญญา
- ราคาที่เสนอต้องไม่เกินราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และราคาไม่มากกว่าโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์อื่น ๆ

ใบเสนอราคา

หมายเหตุ : -กลุ่มการขอยืมบุคลากรหรือบริการทางการแพทย์ โดยสามารถให้บริการในรูปแบบของบริษัทได้

-ใบเสนอราคา 1 ใบต่อ 1 รายการเท่านั้น

ได้กับบริษัทผู้ผลิตหรือนำเข้า

วันที่ _____

เรื่อง เสนอราคา

เรียน เลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

บริษัท (ผู้ผลิตหรือนำเข้า).....มีความยินดี ขอเสนอราคา ดังแสดงรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	GPU	TPU	ขนาดบรรจุ	ราคาต่อหน่วยย่อย(รวม VAT)	ราคาต่อขนาดบรรจุ (ไม่รวม VAT)	ราคาต่อขนาดบรรจุ (รวม VAT)
ชื่อการค้า						
ชื่อสามัญ						
ความแรงและรูปแบบยา						

- โดยแต่งตั้งให้บริษัท.....เป็นตัวแทนจำหน่ายในประเทศไทย
- กำหนดยืนยันเป็นเวลา...ปี (การยืนยันราคาขอขายถึงไม่สามารถขึ้นราคาในช่วงเวลาที่กำหนด แต่สามารถปรับลดราคาได้
- กำหนดส่งของภายใน...วัน

ลงชื่อ _____

(.....)

ตำแหน่ง _____

ผู้ประสานงาน(ผู้แทนยา)

ชื่อ - นามสกุล _____

เบอร์โทรศัพท์ _____

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. ราคากลาง

บัญชีกำหนดราคาคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลางยา ลงวันที่ 4 มกราคม 2567

ที่	ชื่อยา	รูปแบบยาและความแรง	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (รวมภาษีมูลค่า เพิ่ม)	หมายเหตุ
29	Ritonavir	tab 100 mg	1 เม็ด	23,54	
30	Stavudine (d4T)	cap 15 mg	1 ฝาปูลู	2,52	
31	Stavudine (d4T)	cap 20 mg	1 ฝาปูลู	3,02	
32	Stavudine (d4T)	cap 30 mg	1 ฝาปูลู	3,52	
33	Telbivudine	tab 600 mg	1 เม็ด	121,98	
34	Tenofovir disoproxil fumarate	tab 300 mg	1 เม็ด	11,05	
35	Zidovudine (AZT)	cap 100 mg	1 ฝาปูลู	2,55	
36	Zidovudine (AZT)	cap 250 mg	1 ฝาปูลู	8,02	
37	Zidovudine (AZT)	cap/tab 300 mg	1 ฝาปูลู/เม็ด	8,02	
38	Zidovudine (AZT)	syr 50 mg/5 ml (80 ml)	1 ขวด	50,29	
39	Tenofovir disoproxil fumarate + Lamivudine + Didanosine sodium	tab (300 + 300 + 50 mg)	1 เม็ด	23,33	
40	Cobicistat + Efavirenz + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	tab 150 mg + 150 mg + 200 mg + 10 mg	1 เม็ด	73,50	
41	Efavirenz + Emtricitabine + Tenofovir disoproxil fumarate	tab 600 mg + 200 mg + 300 mg	1 เม็ด	26,82	
42	Emtricitabine + Tenofovir disoproxil	tab 200 mg+300 mg	1 เม็ด	19,67	
43	Lamivudine + Nevirapine + Zidovudine	tab 150 mg+200 mg+250 mg	1 เม็ด	7,29	
44	Lamivudine + Zidovudine	tab 150 mg+300 mg	1 เม็ด	8,73	
45	Lopinavir and Ritonavir	oral sol (80 mg+20 mg)/1 ml (80 ml)	1 ขวด	304,50	
46	Lopinavir and Ritonavir	tab 100 mg+25 mg	1 เม็ด	20,33	
47	Lopinavir and Ritonavir	tab 200 mg+50 mg	1 เม็ด	11,66	
48	Tenofovir alafenamide fumarate	tab 25 mg	1 เม็ด	8,00	1
14.2 กลุ่มยา Non - Antiretroviral					
1	Aciclovir	cap/tab 200 mg	1 ฝาปูลู/เม็ด	1,80	
2	Aciclovir	tab 400 mg	1 เม็ด	2,57	
3	Aciclovir	tab 800 mg	1 เม็ด	5,84	
4	Aciclovir	oral sol 200 mg/5 ml (80 ml)	1 ขวด	32,66	
5	Aciclovir sodium	sterile sol/sterile powdr 250 mg/1 vial	1 ใสขวด	171,20	
6	Aciclovir sodium	sterile sol/sterile powdr 500 mg/1 vial	1 ใสขวด	342,40	
7	Cidofovir	sterile sol 375 mg/5 ml (5 ml)	1 ใสขวด	36,000,15	
8	Famciclovir	tab 250 mg	1 เม็ด	100,94	
9	Ganciclovir sodium	sterile powdr 500 mg/1 vial	1 ใสขวด	1,380,30	
10	Ibuprofen pranobex	tab 500 mg	1 เม็ด	15,00	
11	Osetamivir phosphate	cap 30 mg	1 ฝาปูลู	12,09	
12	Osetamivir phosphate	cap 45 mg	1 ฝาปูลู	15,09	
13	Osetamivir phosphate	cap 75 mg	1 ฝาปูลู	25,00	

หมายเหตุ 1 = ราคาขายปลีกที่มีกำไร 2 = ราคาขายปลีกที่มีกำไรตามอัตรา 3 = ราคาขายปลีกที่มีกำไรตามอัตรา

3 = ราคาขายปลีกที่มีกำไรตามอัตรา 4 = ราคาขายปลีกที่มีกำไรตามอัตรา 5 = ราคาขายปลีกที่มีกำไรตามอัตรา

- New!! ขอให้ทางบริษัทแนบข้อมูลราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติฉบับล่าสุด พร้อม highlight ชื่อยาในเอกสารให้ถูกต้อง
- แนบเอกสารราคากลางประกอบทุกครั้งที่มีการขอใบเสนอราคา ยกเว้น ไม่มีราคากลางตามประกาศฯ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

3. Monopoly (สำหรับวิธีเฉพาะเจาะจง ผู้ขายรายเดียว)

แบบเอกสารยืนยันการเป็นผู้จำหน่ายรายเดียว(Monopoly)

หมายเหตุ : กรุณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วนตามแบบฟอร์มนี้ โดยสามารถใช้แบบฟอร์มของบริษัท
ได้

โลโก้บริษัท

วันที่.....

เรื่อง ยืนยันการเป็นผู้จำหน่ายรายเดียว(Monopoly) ในประเทศไทย

เรียน เลขาธิการราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์

บริษัท.....โดยแต่งตั้งให้ บริษัท.....เป็นตัวแทนจำหน่ายใน

ประเทศไทย ขอยืนยันว่าผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบที่เป็น.....ระบุชื่อตัวยาสำคัญ ขนาด และ

รูปแบบยา.....ในชื่อการค้า..... เลขทะเบียนที่.....GPU..... เป็นทะเบียนที่

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการอาหารและยา

และผู้จำหน่ายรายเดียว (Monopoly) ในประเทศไทย

ขอรับรองว่าเอกสารนี้เป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

- ขอให้ทางบริษัทดำเนินการตามแบบฟอร์มที่กำหนด (Download :<https://chulabhornhospital.cra.ac.th>)
- Monopoly = เป็นผู้จำหน่ายรายเดียวในประเทศไทย ตาม GPU ที่กำหนด

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

4. Google form สำหรับแสดงความจำนงและบันทึกข้อมูลผลิตภัณฑ์ยา



- รายละเอียดและ Link ลงข้อมูล
ติดตามจากประกาศใน Website

[https://chulabhornhospital.cra.ac.th/Detail_Page/
ประกาศงานเภสัชกรรม](https://chulabhornhospital.cra.ac.th/Detail_Page/ประกาศงานเภสัชกรรม)

และ Line openchat ผู้แทนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์(หลักสี่)



การจัดซื้อยาปีงบประมาณ 2568-2570

บริษัท ส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้ งานเภสัชกรรม

ขอความร่วมมือบริษัท ดำเนินการตามแบบฟอร์มอย่างครบถ้วน และตามเวลาที่กำหนด
หากเกิดความล่าช้าในการดำเนินการ อาจมีผลในการพิจารณา

Email สำหรับส่งเอกสาร : drugpurchasing@cra.ac.th



งานจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ฝ่ายจัดซื้อจัดจ้าง (อาคารราชวิทยาลัยจุฬาราชมนตรี)

ดำเนินการเชิญเสนอราคา ขอให้บริษัทดำเนินการตามระเบียบฯ และจัดส่งเอกสารตามที่ฝ่ายจัดซื้อจัดจ้างกำหนดให้ครบถ้วน



สถานที่ส่งเอกสาร สำหรับทำสัญญาจะซื้อขาย



เอกสารที่เกี่ยวข้อง สำหรับทำสัญญาจะซื้อจะขาย

เพิ่มเอกสารคุณภาพยา

เอกสารที่ 2 แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาเข้าในบัญชียาโรงพยาบาลจุฬารัตน์

ชื่อการค้า

ชื่อสามัญ

บริษัทยา.....ผู้จัดทำนาย.....

ลำดับ	รายการ	Check list	หมายเหตุ
1.	แบบฟอร์มแสดงความจำเป็นในการเสนอยาคัดเลือกเข้าบัญชียาของโรงพยาบาลจุฬารัตน์		
2.	แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารการเสนอยาคัดเลือกเข้าในบัญชียาของโรงพยาบาลจุฬารัตน์		
3.	รูปภาพผลิตภัณฑ์ (รูปภาพสีเท่านั้น ถ่ายให้เห็นกล่องด้านนอกทุกด้าน และถ่ายผลิตภัณฑ์ ด้านใน ทั้งด้านหน้า และด้านหลัง)		
4.	เอกสารกำกับยา - ภาษาไทยฉบับเต็ม - ภาษาอังกฤษฉบับเต็ม		
5.	ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา - ใบ ทย.2 ทย.3 ทย.4 หรือ ย.2 (ทั้งด้านหน้าและหลัง) * กรณีมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขผู้รับอนุญาตและสถานที่ผลิต ให้แนบสำเนาคำขอแก้ไข เปลี่ยนแปลงรายการในทะเบียนตำรับยาเกี่ยวกับผู้รับอนุญาต (แบบ ท.ย.9) หรือ สำเนาคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในทะเบียนตำรับยาเกี่ยวกับผู้รับอนุญาตและสถานที่ผลิตในต่างประเทศ (แบบ ย.4) มาพร้อมด้วย		
6.	ใบคำขอขึ้นทะเบียนตำรับยา - ใบ ทย. 1 หรือ ย.1 (ทั้งด้านหน้าและหลัง) * กรณีมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้แนบสำเนาคำขอแก้ไข (แบบ ย.5) มาพร้อมด้วย		
7.	เอกสารรับรองมาตรฐาน GMP ที่ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่ส่งเอกสาร โดยต้องประกอบด้วย 7.1 GMP ของบริษัทผู้ผลิตวัตถุดิบ (Certificate of GMP Active Pharmaceutical Ingredient) พร้อมใบรับรอง API ที่เสนอ 7.2 GMP ของบริษัทผู้ผลิตยา (Certificate of GMP Finished Product)		

- ขอให้ทางบริษัทดำเนินการส่งเอกสารให้ครบถ้วนตาม checklist



ตัวอย่างประเด็นปัญหาเอกสารจัดซื้อที่พบ

- เอกสารไม่ครบตาม checklist เช่น GMP, CoA, On-going stability
- เอกสารไม่สมบูรณ์ เช่น GMP ไม่ระบุ ชื่อยา หรือ หมวดของยา ที่ได้รับการรับรอง
- เอกสารหมดอายุ ณ วันส่งเอกสาร
- เอกสารไม่ถูกต้อง เช่น ส่งผิดความแรง หรือ ส่งเอกสาร specification ของบริษัทผู้ผลิตวัตถุดิบ ซึ่งควรเป็นของบริษัทผู้ผลิตยาสำเร็จรูป

****บริษัทควรตรวจสอบเอกสารก่อนส่งทุกครั้ง****

กรณีเอกสารไม่ถูกต้อง จะไม่พิจารณา

เอกสารที่เกี่ยวข้อง สำหรับทำสัญญาจะซื้อจะขาย

ยาตัวอย่าง สำหรับกระบวนการจัดซื้อ

- ขอให้ทางบริษัท แนบเอกสารการจัดส่งยาตัวอย่างทุกครั้ง
- กรณีต้องการยาตัวอย่างคืน กรุณาแจ้งและระบุในเอกสารอย่างชัดเจน
- กรณีไม่แจ้งความประสงค์ในการคืนยา หน่วยงานจะดำเนินการทำลายยา ตามระเบียบของโรงพยาบาล



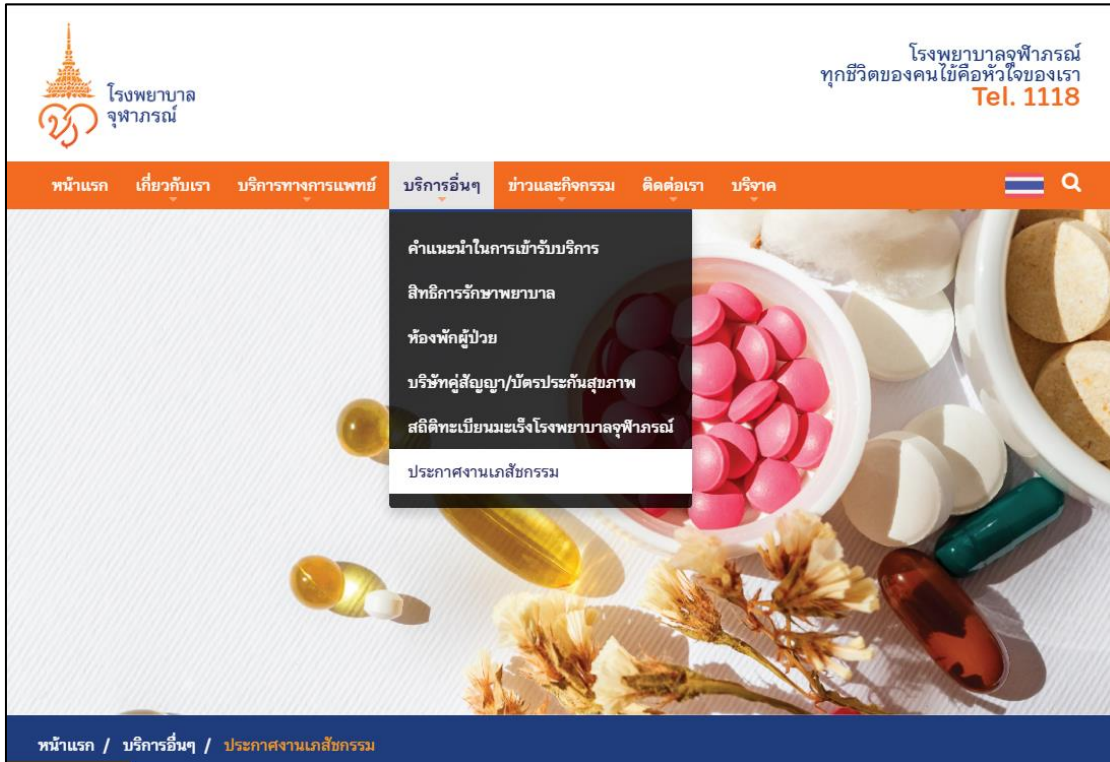
สถานที่นำส่ง

สำนักงานเภสัชกรรมชั้น 1 (ห้องคลังยาย่อยเต็ม ด้านหลังห้องยาOPDชั้น1)

อาคารโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ขนาด 100 เดียง

เบอร์โทรศัพท์ 02-576-6094

ช่องทางการรับข่าวสารจากโรงพยาบาล



Website โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

> บริการอื่นๆ > ประกาศงานเภสัชกรรม

https://chulabhornhospital.cra.ac.th/Detail_Page/ประกาศงานเภสัชกรรม

Line Openchat

ผู้แทนโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (หลักสี่)

Email: drugpurchasing@cra.ac.th



*หากโรงพยาบาลไม่ตอบกลับภายใน 48 ชั่วโมง กรุณาแจ้งใหม่อีกครั้ง


**ไม่รับนัดพบทุกกรณี หากทางโรงพยาบาลต้องการเชิญหารือจะติดต่อบริษัทเพื่อทำการนัดหมายก่อนเข้าพบทุกครั้ง

***ผ่าน Line โดยการพิมพ์ข้อมูลใน Line chat เท่านั้น (ไม่รับ Line call และทางโทรศัพท์)

ใบสั่งซื้อ (PO) ทาง Electronic (Auto Email)

การจัดส่งจากบริษัท

กำหนดส่งสินค้าให้ดูจากใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง



ราชวิทยาลัยจุฬาราชมนตรี
CHULABHORN ROYAL ACADEMY

หน้าที่ 1/1

ราชวิทยาลัยจุฬาราชมนตรี

906 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
0-2576-6000 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0-9940-01097-01-1

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

ผู้ขาย

ที่อยู่

โทรศัพท์

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ชื่อผู้ติดต่อ

อีเมลล์

เลขที่ใบสั่งซื้อ

เลขที่สัญญา


วันที่

สถานที่จัดส่ง

ผู้จัดซื้อ

กำหนดส่งภายใน

ผู้บอซื้อ



**กำหนดส่งสินค้า โดยทั่วไป
ภายใน 5 วันทำการ**

ตามใบเสนอราคา อ้างอิงใบเสนอราคาเลขที่ _____ วันที่ _____

อ้างอิงเลขที่ในระบบ Date _____

ลำดับ No.	รายการ Description	จำนวน Qty	หน่วย Unit	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (THB)

ขั้นตอนการรับใบสั่งซื้อ (PO) ทาง Electronic

การจัดส่งจากบริษัท

1

การรับใบสั่งซื้อ

- งานคลังยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ จะส่งใบสั่งซื้อ (PO) ทาง Line หรือ E-mail ตามที่บริษัทแจ้ง

2

สิ่งที่บริษัทต้องดำเนินการเมื่อได้รับใบสั่งซื้อ

- บริษัท Print ใบสั่งซื้อ (PO) ทุกแผ่น จำนวน 2 ชุด

3

การลงนามในใบสั่งซื้อ

- ผู้มีอำนาจที่มีหนังสือมอบอำนาจจากบริษัท ต้องลงนามในใบสั่งซื้อ (PO) ด้วยปากกาสีน้ำเงินทั้ง 2 ชุด พร้อมประทับตราด้านซ้ายตรงที่ว่าง (ยกเว้นกรณีที่มีบริษัทมีหนังสือยกเว้นใช้ตราประทับ)

4

ใบสั่งซื้อ ที่ลงนามแล้ว

- สแกนใบสั่งซื้อ PO ที่ลงนามผู้ขายแล้ว ส่งกลับ (Reply) ทาง E-mail เท่านั้น

กรณีบริษัทมีเปลี่ยนแปลง e-mail ในการรับใบสั่งซื้อ โปรดแจ้งมาที่
งานจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ <pharma-medical-supply@cra.ac.th>
งานคลังยาและเวชภัณฑ์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ <pharmacy-medicalsupplies@cra.ac.th>

ระยะเวลาที่กำหนดในการส่งยาและเวชภัณฑ์

การจัดส่งจากบริษัท

ภายใน 5 วันทำการ

DAY 0

DAY 1-5

โรงพยาบาลตรวจสอบ
รายการและทางตาม

DAY 5

บริษัทยืนยัน
ส่งของ

ส่งของ

DAY 5

DAY 6
ส่งเอกสาร
ยินยอมถูก
ปรับ

ส่งของ

โรงพยาบาลเตรียมเอกสารส่งตั้งหนี้
(ถ้าช้ากว่านี้จะกระทบรายการอื่นที่ควรจะได้รับส่วนลดค่ายา)

เอกสาร

โปรดตรวจสอบเอกสารให้ถูกต้อง เพื่อความรวดเร็วในการชำระเงิน

ประเด็นปัญหาเอกสารที่พบบ่อย

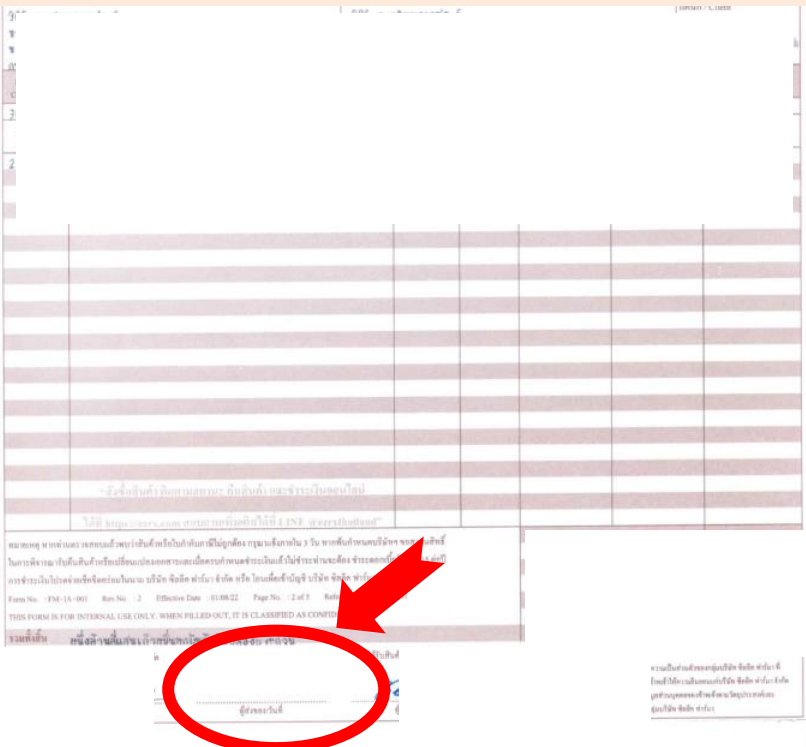
1. บริษัทไม่ลงนามผู้ขาย ในใบสั่งซื้อ (PO)
2. เอกสารไม่ครบถ้วน เช่น ไม่มีใบเสนอราคา, ใบผลวิเคราะห์ (COA)
3. บริษัทขนส่ง ลงนามในเอกสาร (บิล) ไม่ครบ และลงวันที่ผิด

การแก้ไขบิลหรือเอกสารต่างๆ

1. ให้บริษัทมาแก้ไข ภายใน 5 วันทำการหลังรับแจ้ง
2. ต้องเซ็นชื่อกำกับพร้อมตราประทับของบริษัท (ยกเว้นบริษัทแจ้งยกเลิกตราประทับ)

ตัวอย่างเอกสาร ที่ทำให้กระบวนการตรวจรับล่าช้า

บริษัทขนส่ง ลงนามในเอกสาร (บิล)
ไม่ครบ และลงวันที่ผิด

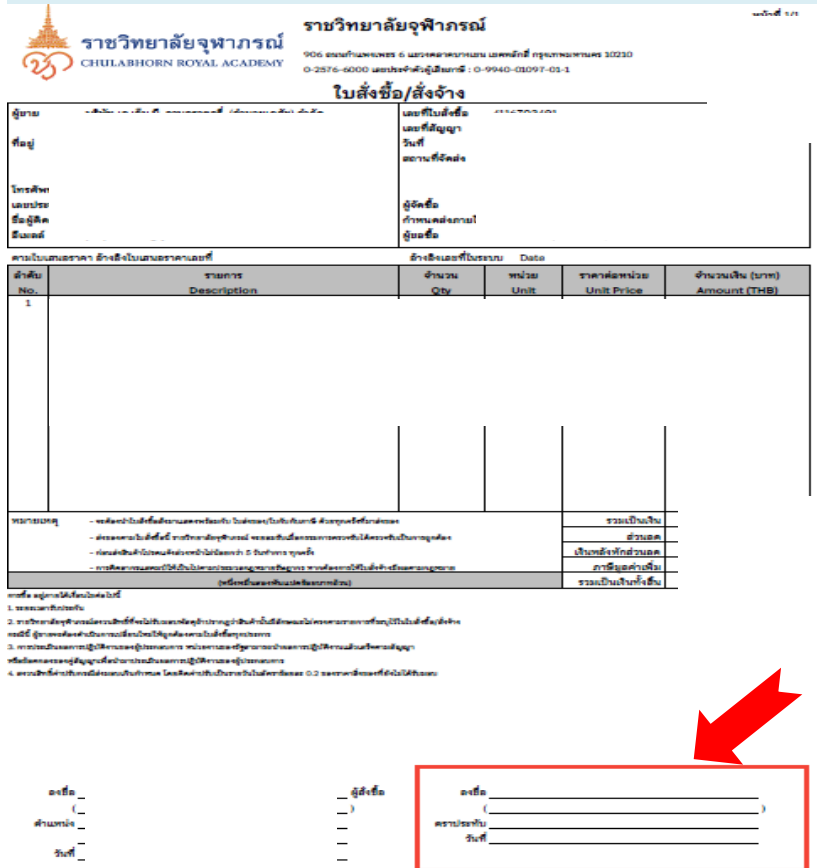


Form No. FM-1A-00 Rev.No. 2 Effective Date 01/08/22 Page No. 2 of 3 Ref: THIS FORM IS FOR INTERNAL USE ONLY. WHEN FILLED OUT, IT IS CLASSIFIED AS CONFIDENTIAL

ผู้ส่งมอบ

วันที่

บริษัทไม่ลงนามผู้ขาย ในใบสั่งซื้อ



ราชวิทยาลัยจุฬาราชมนตรี
CHULABHORN ROYAL ACADEMY
906 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10230
0-2576-6000 โทรสาร 0-2576-6111 โทรสาร 0-9940-03097-01-1

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

ผู้ขาย: บริษัทไม่ลงนามผู้ขาย

วันที่: _____

โรงเรียน: _____

ผู้จัดซื้อ: _____

กำหนดส่งมอบ: _____

ผู้ขอซื้อ: _____

ลำดับ No.	รายการ Description	จำนวน Qty	หน่วย Unit	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (THB)
1					

รวมเป็นเงิน: _____

บาทถ้วน

เป็นหลักประกัน: _____

ภาษีมูลค่าเพิ่ม: _____

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น: _____

ผู้ส่งมอบ: _____

วันที่: _____

การส่งยาที่มีอายุสั้น (อายุต่ำกว่า 1 ปี)

1. งานคลังยาขอแจ้งผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาว่าจะรับสินค้าหรือไม่
2. บริษัทจะต้องมีหนังสือรับแลกเปลี่ยนสินค้าทุกกรณีแนบมาด้วยทุกครั้ง และต้องรับแลกเปลี่ยนสินค้ากรณีใช้ไม่หมด

กรณี ยาขาดคราว/เลิกผลิต/ เปลี่ยนบรรจุภัณฑ์/เปลี่ยนแปลงราคา

เจ้าหน้าที่ทราบเมื่อออกใบสั่งซื้อเสร็จเรียบร้อยแล้ว
ทำให้ต้องดำเนินการจัดซื้อใหม่ทั้งหมด

การแจ้งยาขาดคราว

- ต้องแจ้งก่อนอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้โรงพยาบาลมีระยะเวลาในการบริหารจัดการ ในการหายาทดแทน, จำกัดปริมาณการจ่าย และวางแผนการรักษาด้วยยา
- (หากไม่ปฏิบัติตาม จะมีผลในการพิจารณา)

กรณีมีการปรับ ราคา หรือ มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลยา

- ต้องแจ้งโรงพยาบาลทันที
- หากตรวจพบภายหลังจะไม่รับพิจารณาจัดซื้อ

กรณี ยาขาดคราว/เลิกผลิต/ เปลี่ยนบรรจุภัณฑ์/เปลี่ยนแปลงราคา

ให้บริษัทมีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่ งานคลังยาและงานเภสัชกรรม
โดยส่งที่ E-mail มาที่

1. หน่วยจัดซื้อยา งานเภสัชกรรม

Email: drugpurchasing@cra.ac.th

2. งานคลังยาและเวชภัณฑ์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์

Email: pharmacy-medicalsupplies@cra.ac.th

ถ้าสินค้าขาดคราวบ่อย อาจจะยกเลิกสัญญา
หรือมีผลในการพิจารณาคัดเลือกในครั้งต่อไป

การแลกเปลี่ยน / การปรับระเบียบ

การแลกเปลี่ยนยา

การแลกเปลี่ยนสินค้าที่ไม่หมุนเวียน

- ขอความร่วมมือบริษัท ดำเนินการแลกเปลี่ยน ภายใน 30 วัน หลังจากรับแจ้ง

การแลกเปลี่ยนสินค้าชำรุด/สินค้ามีปัญหา

- ขอความร่วมมือบริษัท ดำเนินการแลกเปลี่ยน ภายใน 7 วัน หลังจากรับแจ้ง

การปรับตามระเบียบพัสดุ

ส่งสินค้าไม่ทัน
ระยะเวลาที่กำหนด/
สินค้าขาดคราว

ส่งสินค้าอายุ < 1 ปี
โดยไม่แจ้งล่วงหน้า

ส่งสินค้าเปลี่ยนรูปแบบ/
แหล่งผลิต/สูตร โดยไม่
แจ้งล่วงหน้า

กรณีส่งยา เกินเวลาที่กำหนดในใบสั่งซื้อ (PO) จะปรับ 0.2% ของหน้าบิลต่อวัน

- บริษัทสามารถรับเอกสารตัวจริงในการแจ้งปรับ ได้ ณ อาคารสำนักงานราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ ชั้น 3 โซน C

ขอความร่วมมือ ผู้แทนหรือผู้ประสานงานของบริษัททุกท่าน

1. ไม่อนุญาตให้ ผู้แทน ติดต่อยืมยากับทางโรงพยาบาลเองโดยตรงทุกกรณี แต่สามารถช่วยประสานงานภายหลังจากโรงพยาบาลผู้ให้ยืม และโรงพยาบาลผู้ขอยืม ประสานงานเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว
2. กรณีปัญหาการสั่งยาของแพทย์ เช่น คีร์ยาในระบบไม่ได้ เป็นการบริหารจัดการภายในของโรงพยาบาลโดยแพทย์สามารถติดต่อประสานงานกับงานเภสัชกรรมได้โดยตรง จึงไม่อนุญาตให้ ผู้แทน ติดต่อในกรณีนี้
3. ขอสงวนสิทธิ์ในการให้ข้อมูล อัตราการใช้ยา ยอดคงเหลือ และ ชื่อการค้าที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยกเว้นกรณียาของบริษัทเข้าสู่กระบวนการพิจารณาเข้าบัญชียาโรงพยาบาลอาจขอทราบชื่อการค้าที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลได้
4. ขอความร่วมมือบริษัท งดให้ ผู้แทนบริษัท โทรมาขอยกเว้นค่าปรับ โดยแจ้งว่า หากมีการปรับ บริษัทจะไม่ส่งของให้ หรือ จะรอจนกว่าของครบเต็มจำนวน PO ถึงจะส่ง

เชิญผู้บริหารบริษัท และมีผลการนำยาเข้าครั้งต่อไป

การปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม ว่าด้วยการส่งเสริมการขาย

การปฏิบัติตาม เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขาย



1. บริษัทจะต้องอบรมพนักงานเรื่องเกณฑ์จริยธรรมฯ
2. บริษัทต้องควบคุมและกำกับพนักงานที่มาทำปฏิบัติหน้าที่โรงพยาบาล

การปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม ว่าด้วยการส่งเสริมการขาย

การปฏิบัติตาม เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขาย

การสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์ ตาม
เกณฑ์จริยธรรมฯ **ไม่มีข้อผูกมัด** ไม่ให้การสนับสนุนใด ๆ เป็นการส่วนตัว

ค่าตอบแทน
วิทยากร

ทุน
สนับสนุน
วิจัย

การสนับสนุนประชุมวิชาการ

- สนับสนุน เฉพาะค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก และค่าเดินทาง
- สนับสนุน เฉพาะ ผู้เข้าร่วมประชุมเท่านั้น

ดำเนินการผ่าน โรงพยาบาล เท่านั้น

**** การคัดเลือกบุคคลให้เป็นไปตามที่ทางโรงพยาบาลกำหนด ยกเว้นกรณีวิทยากร ****

การปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรม ว่าด้วยการส่งเสริมการขาย

การเข้าพบบุคลากรโรงพยาบาล

การปฏิบัติตาม เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขาย

Do	Don't
<ul style="list-style-type: none"> • โรงพยาบาลจะจัดสถานที่เข้าพบ • สำนักงานแพทย์ • ขอให้นัดหมายล่วงหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่อนุญาตให้ผู้แทนบริษัทเข้าพบบุคลากรโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างปฏิบัติงาน (ณ ห้องตรวจ)

การมอบเงิน อาหาร สิ่งของ และอื่นๆ

Do	Don't
<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการตามระเบียบฯ • ต้องมีเอกสารหรือหนังสือมอบให้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ 	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่อนุญาตให้ผู้แทนบริษัท มอบให้แก่บุคลากร/นิสิต/นักศึกษา โดยตรง

การมอบตัวอย่างสินค้า

Do	Don't
<ul style="list-style-type: none"> • ดำเนินการผ่าน <u>โรงพยาบาล</u> เท่านั้น • ส่งมอบสินค้า ณ งานเภสัชกรรม / งานเวชภัณฑ์ • ต้องมีเอกสารหรือหนังสือมอบให้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ 	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่อนุญาตให้ผู้แทนบริษัท มอบให้แก่บุคลากรโดยตรง (ณ ห้องตรวจ)

“กระทำผิดเกณฑ์จริยธรรมฯ” เชิญผู้บริหารบริษัท >> มีผลการนำยาและเวชภัณฑ์เข้าครั้งต่อไป

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

ประเด็นปัญหา โครงการ Patient Access Program (PAP)

ยังไม่มีแนวทางการจัดการโครงการ PAP ระหว่างโรงพยาบาลและบริษัท อย่างชัดเจน ในด้านต่าง ๆ เช่น

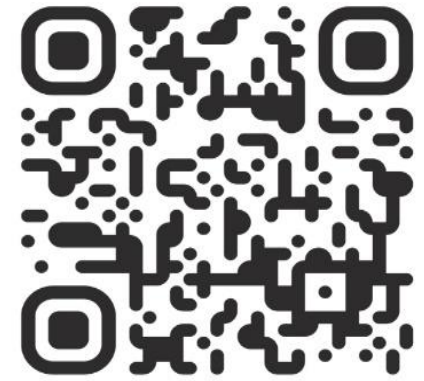
- การเสนอโครงการใหม่
- การปรับเปลี่ยนรายละเอียดของโครงการเดิม
- รายละเอียดการรับยาสันับสนุน

เริ่มดำเนินการทบทวน : มีนาคม – เมษายน 2567

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

ช่องทางการเสนอโครงการ

1. New!! แบบฟอร์ม ลงทะเบียน โครงการยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) (ผ่าน Google form)
2. บริษัท ทำหนังสือเสนอโครงการ พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดและเงื่อนไขของโครงการ ยื่นหนังสือฉบับจริงที่สำนักงานเภสัชกรรม ชั้น 4 อาคารหอพัก ตามวันและเวลาราชการ หรือส่งทาง Email : pharmacy@cra.ac.th



ลงทะเบียน โครงการ patient
access programe (PAP)

เริ่มดำเนินการ : ภายใน เมษายน 2567

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

หนังสือแจ้งรายละเอียดโครงการ ระบุเงื่อนไขโครงการให้ชัดเจน ดังนี้

1. สิทธิการรักษา : สำหรับทุกสิทธิการรักษา หรือเฉพาะบางสิทธิการรักษา
2. การนับรอบการเข้าร่วมโครงการ
 - หากผู้ป่วยเคยได้รับยาก่อนสมัครเข้าร่วมโครงการ มีผลนับย้อนหลังให้ผู้ป่วยหรือไม่
 - เริ่มนับตามวันที่ในใบสมัครเข้าร่วมโครงการ
3. ขั้นตอนการสมัครเข้าร่วมโครงการ และขั้นตอนการรับยาในโครงการของผู้ป่วย
4. แนบใบสมัครเข้าร่วมโครงการ และหนังสือขอรับยาในโครงการของผู้ป่วย
5. ผู้ดูแลและบริหารโครงการ : ระบุชื่อบริษัท ชื่อผู้ดูแล เบอร์โทรศัพท์ และอีเมล สำหรับติดต่อ
6. วันที่เริ่มโครงการ

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

หลักการในการรับโครงการ PAP เข้าโรงพยาบาล

1. การเข้าใช้ในโรงพยาบาล : ยาในโครงการทุกโปรแกรม จะต้องเสนอผ่าน คณะกรรมการเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น ห้ามบริษัทประสานงานกับแพทย์/คลินิกโดยตรง
2. รูปแบบโปรแกรม : ขอให้มียเพียง 1 รูปแบบที่เหมือนกันและครอบคลุมสำหรับทุกสิทธิ ทุกโรค
3. บริษัทต้องส่งยาให้โรงพยาบาลเท่านั้น ห้ามบริษัทส่งยาให้ผู้ป่วย/แพทย์โดยตรง
4. บริษัทจะต้องมีการบริหารจัดการยาที่ส่งมอบให้แก่โรงพยาบาลส่วนหน้าและเพียงพอ ไม่มีการยืมยาใน stock ของโรงพยาบาล
5. อาจจะมีหรือไม่มีบริษัทที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้ยา (Third party) มาช่วย บริหารจัดการก็ได้ โดยจะต้องมีการทำข้อตกลงด้านการดำเนินการและทางจริยธรรม ตลอดจนการรักษาความลับ ระหว่าง โรงพยาบาล-บริษัทยา-บริษัท 3rd party

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

การรับโครงการ PAP เข้าโรงพยาบาล

1. การเข้าใช้ในโรงพยาบาล : ยาในโครงการทุกโปรแกรม จะต้องเสนอผ่านคณะกรรมการเภสัชภัณฑ์เท่านั้น ห้ามบริษัทประสานงานกับแพทย์/คลินิกโดยตรง
2. บริษัทจะต้องกรอกแบบฟอร์มตามที่โรงพยาบาลกำหนด
3. บริษัทนำเอกสารหนังสือเสนอโครงการ พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดและเงื่อนไขของโครงการ ยื่นหนังสือฉบับจริงที่สำนักงานเภสัชกรรม ชั้น 4 อาคารหอพัก
4. เมื่อได้รับอนุมัติ งานเภสัชกรรมฯจะเป็นผู้แจ้งผลแก่บริษัทและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยส่งเอกสารสมัครเข้าร่วมโครงการฯแล้วขอความร่วมมือบริษัท จัดส่งเอกสาร ดังต่อไปนี้

1. จดหมายยืนยันการรับยาสนับสนุน พร้อมแนบตารางการใช้ยา
2. การส่งข้อมูลการจัดส่งยาสนับสนุน มาที่อีเมล pharmacy@cra.ac.th และ tararin.unj@cra.ac.th

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

การส่งข้อมูลการจัดส่งยาสนับสนุนทาง E-mail

1. บริษัทต้องส่งข้อมูลการจัดส่งยาสนับสนุนล่วงหน้าก่อนวันที่ผู้ป่วยรับยา อย่างน้อย 3 วัน
2. รายละเอียดข้อมูลที่ต้องระบุในรูปแบบตาราง โดยแสดงรายละเอียดดังนี้

ชื่อผู้ป่วย	HN	ชื่อยา	จำนวนยา	วันที่ส่งยา	วันที่ผู้ป่วยรับยา	สถานที่ผู้ป่วยรับยา

3. เอกสารไฟล์แนบ หนังสือขอรับยาในโครงการฯของผู้ป่วย (ถ้ามี)
4. ส่งข้อมูลมาที่ E-mail : pharmacy@cra.ac.th และ tararin.unj@cra.ac.th

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

โรงพยาบาลจะมีการจัดเก็บค่าบริการจัดการยาในโครงการ Patient Access Program

จำนวนผู้ป่วยรวม (ราย/รายการยา/ปี)	ค่าบริการจัดการยา (บาท/รายการยา/ปี)
≤ 5	10,000
6-10	15,000
11-20	20,000
21-30	30,000
ทุก 10 รายที่เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น 5,000

เริ่มดำเนินการ : มิถุนายน 2567

โครงการจัดตั้ง Health Shop

เริ่มดำเนินการ : ภายในปี 2567

ประเภทสินค้า

เวชสำอางค์ อาหารเสริม เครื่องดื่มทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และอื่น ๆ (ตามกำหนดโรงพยาบาล)

เกณฑ์การคัดเลือกสินค้า

- คัดเลือกโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เสนอผ่านคณะกรรมการเภสัชภัณฑ์ ทุกรายการ
- ต่อรองราคาโดยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- สินค้าไม่ได้จดทะเบียนเป็นยา
- ไม่สามารถเบิกได้
- ไม่มีรายการซ้ำในห้องยาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

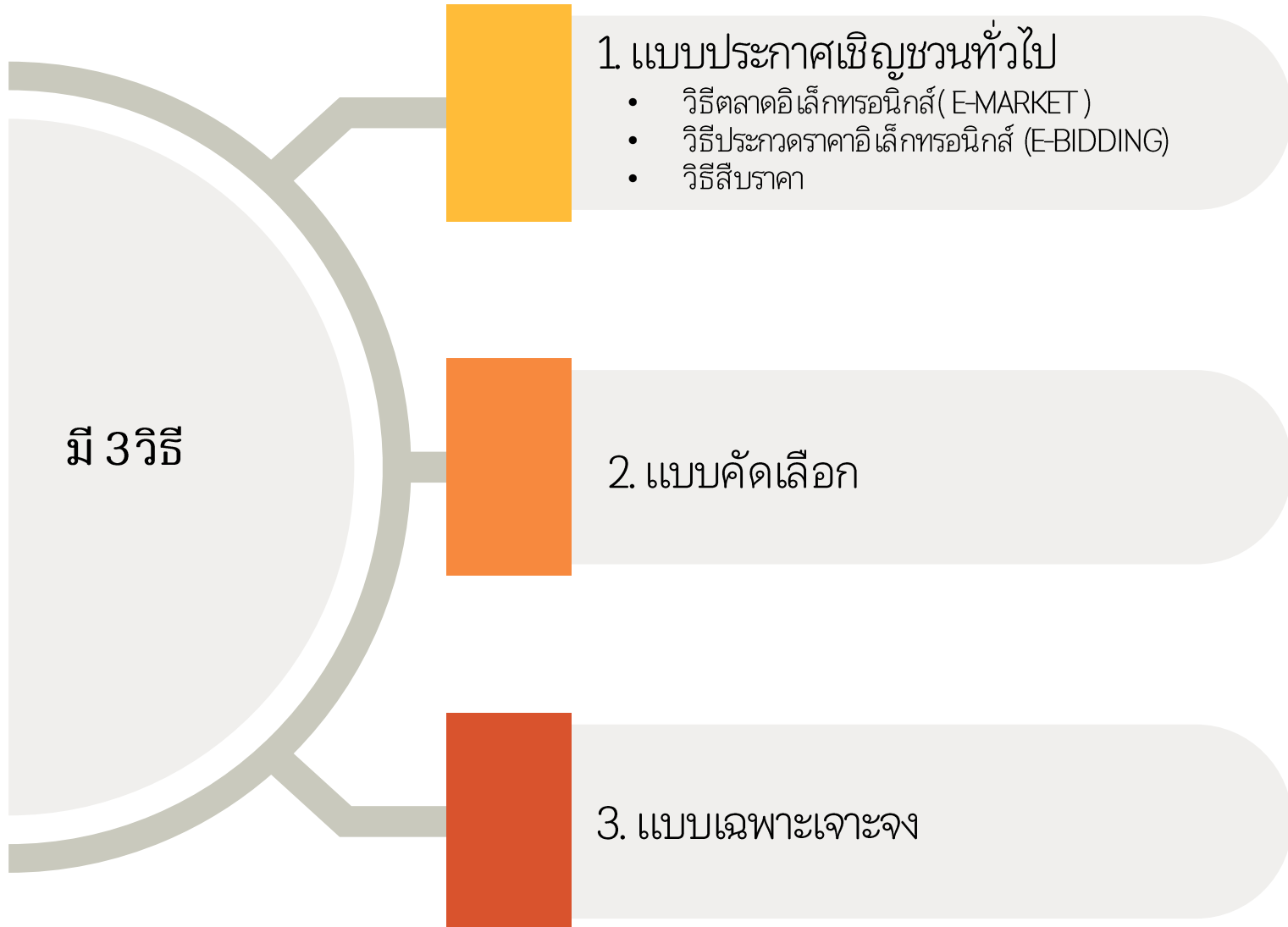
ช่องทางการติดต่อสื่อสาร : งานคลังยา



line ID: mainstorecra

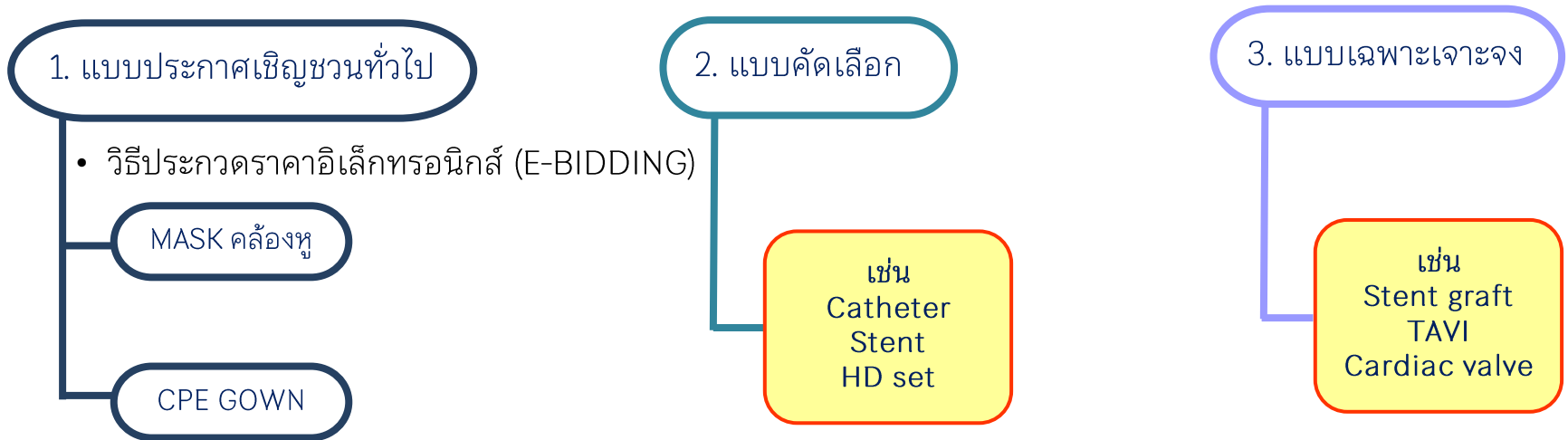
- งานคลังยา
- โทร 02-576-6000 ต่อ 6128, 8624
- E-mail : pharmacy-medicalsupplies@cra.ac.th
- สถานที่ คลังยาเวชภัณฑ์ (คลังไปรษณีย์) ไปรษณีย์ไทยดิสทริบิวชั่น จำกัด เลขที่ 111 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

การจัดการเวชภัณฑ์มิใช่ยา โรงพยาบาลจุฬาภรณ์



การจัดการเวชภัณฑ์ทางการแพทย์โรงพยาบาล

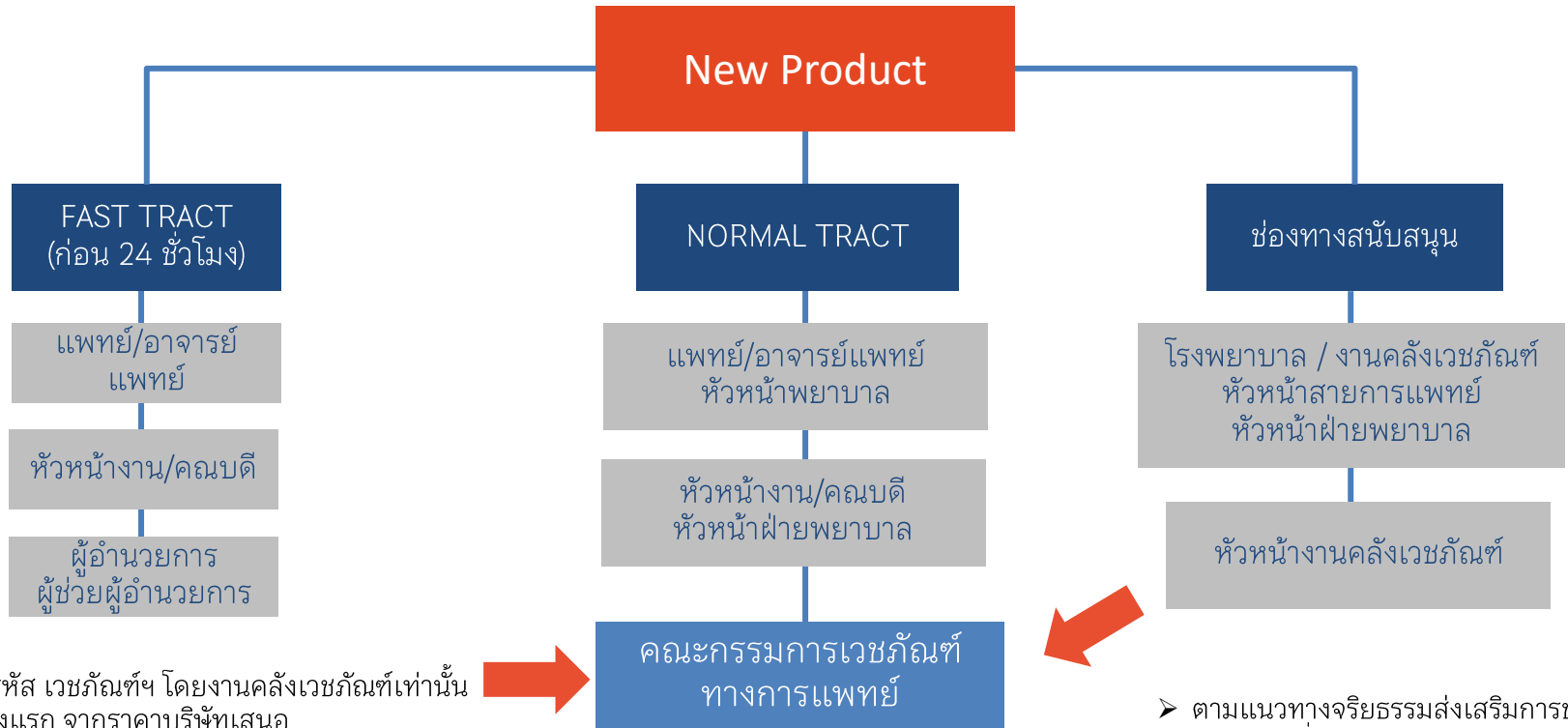
พรบ.การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560



1. การจัดซื้อ ปีงบประมาณ 2567 >> อยู่ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
 2. การจัดซื้อ ปีงบประมาณ 2568-2570
- นโยบาย : ทำสัญญา 1-3 ปีงบประมาณ ขึ้นกับประเภทสินค้า

เริ่มดำเนินการ มีนาคม 2567

แนวทางปฏิบัติการนำเข้าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/อวัยวะเทียมเข้าโรงพยาบาล



- รวมศูนย์ ออกฤทธิ์ เวชภัณฑ์ โดยงานคลังเวชภัณฑ์เท่านั้น
- ตั้งราคาขายครั้งแรก จากราคาบริษัทเสนอ
- ยังไม่ซื้อคืน จนกว่าคณะกรรมการต่อรองเสร็จ
- ซื้อคืน ราคาต่อรองแล้ว ตั้งราคาขายครั้งต่อไป ตามราคาต่อรอง

- ตามแนวทางจริยธรรมส่งเสริมการขาย
- มีเอกสารที่บริษัทฯ ลงนาม
- กรณีอวัยวะเทียม >> ไม่คิดราคาผู้ป่วย

หากนำ "ผลิตภัณฑ์ใหม่" ไปใช้ในผู้ป่วยโดยไม่แจ้งโรงพยาบาล บริษัทต้องบริจาคเท่านั้น

* ไม่อนุญาตให้ผู้แทนพบแพทย์ที่ห้องตรวจ OPD หรือห้องตรวจต่าง ๆ*

**อนุญาตให้ผู้แทนที่บริษัทรับรอง เข้าช่วยแนะนำที่ห้องหัตถการในกรณีที่เครื่องมือไม่ได้มีความซับซ้อน

แบบฟอร์มการนำเข้าเวชภัณฑ์มิใช่ยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แบบฟอร์มที่ ๑ คำเสนอขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ชนิดใหม่ (สำหรับแพทย์ / พยาบาล)

ชื่อเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ : บริษัท.....

๑. เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับที่เสนอเข้าใหม่ :

.....
๒. เหตุผลที่เสนอเวชภัณฑ์การแพทย์เข้าใหม่

๓. จำนวนที่คาดว่าจะใช้ต่อเดือน (ชิ้น/เครื่อง/ชุด)

๔. จัดอยู่ในประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ดังนี้
รหัสเบิก กบค. เบิกได้

๕. เวชภัณฑ์นี้เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องมีการบำรุงรักษาหรือตรวจสอบสภาพการทำงานประจำตามวงรอบ
หลังการสั่งใช้หรือ implantation หรือไม่

() **ไม่ต้อง**มีการบำรุงรักษาหรือตรวจสอบสภาพ โดยบริษัทผู้ผลิต หรือตัวแทนบริษัทฯ

() **ต้อง**มีการบำรุงรักษาหรือตรวจสอบสภาพ โดยบริษัทผู้ผลิต หรือตัวแทนบริษัทฯ

ข้าพเจ้าขอเสนอวิธีจัดการหาค่าตาม พรบ. จัดซื้อจัดจ้าง (ตามเอกสารแนบ) เห็นควรให้จัดหาค่าตาม พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธี

วิธีคัดเลือก โดยมีบริษัทที่สมควรเข้ารับการคัดเลือกอย่างน้อย ๓ บริษัท คือ

๑. ชื่อเวชภัณฑ์ บริษัท

๒. ชื่อเวชภัณฑ์ บริษัท

๓. ชื่อเวชภัณฑ์ บริษัท

๔. ชื่อเวชภัณฑ์ บริษัท

วิธีเฉพาะเจาะจง เหตุผล

มีผู้ประกอบการซึ่งมีคุณสมบัติโดยตรงเพียงรายเดียวหรือเป็นตัวแทนจำหน่ายโดยชอบด้วยกฎหมาย เพียงรายเดียวในประเทศไทย และไม่มีพัสดุอื่นที่จะใช้ทดแทนได้

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและลงนามรับรองเอกสารคุณลักษณะเฉพาะ (specification) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ

ผู้นำเสนอเข้า ชื่อผู้รับรอง

(.....) (.....)

อาจารย์แพทย์ / พยาบาลหัวหน้าหน่วย ตำแหน่งหัวหน้าสาขาวิชา / พยาบาลหัวหน้างาน

เบอร์โทรศัพท์

ชื่อผู้รับรอง.....

(.....)

หัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

หมายเหตุ : กรณีที่เป็น อวัยวะเทียม / เวชภัณฑ์ ที่ทางบริษัทต้องนำ “ชุดอุปกรณ์ช่วยผ่าตัด” มาให้โรงพยาบาลทำการ

แบบฟอร์มที่ ๒ คำเสนอขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ชนิดใหม่ กรณีเร่งด่วน (สำหรับแพทย์ / พยาบาล)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชมนิตรี

ข้าพเจ้าขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ชนิดใหม่ ชื่อ

..... ราคา (รวมVAT)..... บาท/หน่วย จำนวน.....หน่วย สำหรับการรักษาแก่ผู้ป่วยชื่อ

..... นามสกุล..... HN..... ซึ่งป่วยเป็นโรค..... อย่าง

เร่งด่วน มิฉะนั้นจะเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วย

โดยจะมีการใช้เวชภัณฑ์ฯ ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ที่หน่วยบริการ

.....
ข้าพเจ้าขอยืนยันในข้อมูลต่อไปนี้

๑. ไม่มีเวชภัณฑ์ทางการแพทย์อื่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงใช้อยู่ก่อนในโรงพยาบาลแล้ว

๒. เหตุผลที่ต้องใช้เวชภัณฑ์ฯ ในครั้งนี้อย่างเร่งด่วน ดัง

นี้.....

๓. ได้แจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องใช้เวชภัณฑ์ฯ นี้รวมทั้งราคาของเวชภัณฑ์ฯ อีกทั้งยังได้แจ้งผู้ป่วยว่า อาจมี
ปัญหาในการเบิกจ่ายตามสิทธิการรักษา

๔. หากนำเข้าไปใช้ในโรงพยาบาล คาดว่าจำนวนที่จะใช้.....หน่วย / เดือน

๕. จัดอยู่ในประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ดังนี้

รหัสเบิก กบค. เบิกได้

๖. เวชภัณฑ์นี้เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องมีการบำรุงรักษาหรือตรวจสอบสภาพการทำงาน
ประจำตามวงรอบ หลังการสั่งใช้หรือ implantation หรือไม่

() **ไม่ต้อง**มีการบำรุงรักษาหรือตรวจสอบสภาพ โดยบริษัทผู้ผลิต หรือตัวแทนบริษัทฯ

() **ต้อง**มีการบำรุงรักษาหรือตรวจสอบสภาพ โดยบริษัทผู้ผลิต หรือตัวแทนบริษัทฯ

ข้าพเจ้าได้รับทราบกระบวนการนำเข้าเวชภัณฑ์ฯ ชนิดนี้ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับราคาสูงกว่าปกติเพราะยังไม่มีกรณีพิจารณา
ต่อวงราคา จึงเห็นควรให้จัดหาค่าตาม พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธี

วิธีคัดเลือก โดยมีบริษัทที่สมควรเข้ารับการคัดเลือกอย่างน้อย ๓ บริษัท คือ

๕. ชื่อเวชภัณฑ์ บริษัท

๖. ชื่อเวชภัณฑ์ บริษัท

๗. ชื่อเวชภัณฑ์ บริษัท

๘. ชื่อเวชภัณฑ์ บริษัท

วิธีเฉพาะเจาะจง เหตุผล

มีผู้ประกอบการซึ่งมีคุณสมบัติโดยตรงเพียงรายเดียวหรือเป็นตัวแทนจำหน่ายโดยชอบด้วยกฎหมาย เพียงรายเดียวในประเทศไทย และไม่มีพัสดุอื่นที่จะใช้ทดแทนได้

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและลงนามรับรองเอกสารคุณลักษณะเฉพาะ (specification) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ

ผู้นำเสนอเข้า ชื่อผู้รับรอง.....

(.....)

(.....)

การจัดซื้อเวชภัณฑ์ปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

การจัดซื้อเวชภัณฑ์ปีงบประมาณ 2568-2570

- นโยบาย : ทำสัญญา 3 ปีงบประมาณ
- งานคลังเวชภัณฑ์จะขอเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากบริษัท เพื่อประกอบการอนุมัติหลักการ
- เพิ่มเติมการขอเอกสารยืนยันการเป็นผู้แทนจำหน่าย

กรณีเป็นภาษาต่างประเทศ ขอฉบับแปลภาษาไทย

* จากสำนักแปลเท่านั้น ใบเสนอราคา ยืนยันราคาอย่างน้อย 3 ปี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ถ้าส่งเอกสารไม่ครบ
ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณา

แผนการจัดการและทำสัญญาจะซื้อจะขาย เวชภัณฑ์มิใช่ยา ปีงบประมาณ 2568 - 2570

กิจกรรมปีงบประมาณ 2568 - 2570

งบประมาณ 2567

งบประมาณ 2568 - 2570

ต.ค.

พ.ย.

ธ.ค.

ม.ค.

ก.พ.

มี.ค.

เม.ย.

พ.ค.

มิ.ย.

ก.ค.

ส.ค.

ก.ย.

ตรวจสอบข้อมูลจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยา ที่มีมูลค่า > 5 แสนบาท/ปี



จัดทำคุณลักษณะเฉพาะ ของเวชภัณฑ์หมวด 5 และพิจารณาวิธีการจัดหา



ส่งคุณลักษณะเฉพาะให้ผู้ที่เกี่ยวข้องขอทบทวนวิธีการจัดหา



อนุมัติหลักการจัดหา



จัดทำแผนและโครงการจัดซื้อ จัดจ้าง



จัดทำ TOR และรายงานขอซื้อ



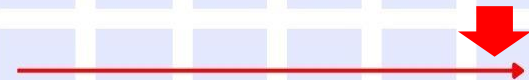
ประกาศเชิญชวนหรือออกหนังสือเชิญชวน (กรณีคัดเลือก)



พิจารณาการจัดหาและรายงานผล



จัดทำสัญญา



ขั้นตอนการรับใบสั่งซื้อ (PO) ทาง ELECTRONIC ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์จะส่งใบสั่ง ซื้อ/สั่งจ้างทาง E-mail

1. กรุณาลงชื่อในช่องผู้ขาย (ด้านล่างขวา) พร้อมประทับตราบริษัท(ถ้ามี) แล้วส่ง E-mail ตอบกลับทุกคน (Reply All) เนื่องจากจำเป็นต้องใช้ประกอบเอกสาร ตรวจสอบพัสดุและการเบิกจ่ายเงิน หากไม่ตอบกลับจะไม่สามารถดำเนินการตรวจรับได้
2. กรุณาส่งพัสดุภายใน นับจากวันที่ได้ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง *หลังจากได้รับใบสั่งซื้อ กรณีส่งสินค้าไม่ได้ตามวันที่กำหนดกรุณาแจ้งกลับที่ E-mail ตอบกลับ (Reply All)
3. แนบสำเนาใบสั่งซื้อทุกครั้งเมื่อจัดส่งสินค้า
4. เว็บไซต์และปฏิทิน สำหรับการวางบิล กรณี มีการตรวจรับ พัสดุแล้วและกรุณา ตรวจสอบรายชื่อ ก่อนเข้าไปวางบิลทุกครั้ง
https://www.cra.ac.th/th/procurement/biller_announcement
5. ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ขอสงวนสิทธิ์ให้สัญญาามีผล ตั้งแต่วันที่ส่งใบสั่ง ซื้อ/สั่งจ้างทาง E-mail เป็นต้นไป

ขั้นตอนการรับใบสั่งซื้อ (PO) ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ส่งใบสั่งซื้อให้กับบริษัท

เรียน บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด

ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ขอส่งใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง เลขที่ 4116704358 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2567 (รายละเอียดตามเอกสารแนบ)

หน่วยงานผู้ซื้อ งานคลังเวชภัณฑ์

สถานที่ส่ง คลังเวชภัณฑ์ อาคารไพรัชณีย์

เรื่องจัดส่งสินค้า โทร. 02-5766000 ต่อ 8619

1. กรุณาลงชื่อในช่องผู้ขาย (ด้านล่างขวา) พร้อมประทับตราบริษัท (ถ้ามี) แล้วส่งอีเมลตอบกลับทุกคน (Reply All) เนื่องจากจำเป็นต้องใช้ประกอบเอกสาร ตรวจสอบพัสดุและการเบิกจ่ายเงิน หากไม่ตอบกลับจะไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบได้
2. กรุณาส่งพัสดุภายใน 14 มีนาคม 2567 นับจากวันที่ได้ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง
*หลังจากได้รับใบสั่งซื้อ กรณีส่งสินค้าไม่ได้ตามวันที่กำหนดกรุณาแจ้งกลับ ที่ อีเมลตอบกลับทุกคน (Reply All)
3. แนบสำเนาใบสั่งซื้อทุกครั้งเมื่อจัดส่งสินค้า
4. ***เว็บไซต์และปฏิทิน สำหรับการวางบิล กรณี มีการตรวจรับ พักแล้วและกรุณา ตรวจสอบรายชื่อ ก่อน เข้าไปวางบิลทุกครั้ง
https://www.cra.ac.th/th/procurement/biller_announcement
5. ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ขอสงวนสิทธิ์ให้สัญญาามีผล ตั้งแต่วันที่ส่งใบสั่งซื้อ/สั่งจ้างทางอีเมลเป็นต้นไป

การคิดอากรแสตมป์ (ใบสั่งจ้าง)

- วงเงินไม่เกิน 2 แสนบาท กรุณานำอากรแสตมป์ติดที่ใบสั่งจ้าง โดยนำมาส่งที่ ฝ่ายจัดซื้อจัดจ้าง

(ทุกจำนวน 1,000 บาท หรือเศษ ของ 1,000 บาท ของวงเงินจ้าง ค่าอากร แสตมป์ 1 บาท ผู้รับจ้างเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย และยื่นค่าอากรแสตมป์)

- เกิน 2 แสนบาท รับใบสั่งจ้างไปติดตราสารที่กรมสรรพากร

กำหนดส่งสินค้าให้ดูจากใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง



ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์
CHULABHORN ROYAL ACADEMY

ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์

906 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
0-2576-6000 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0-9940-01097-01-1

หน้าที่ 1/1



ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

ผู้ขาย	เลขที่ใบสั่งซื้อ
ที่อยู่	เลขที่สัญญา
โทรศัพท์	วันที่
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	สถานที่จัดส่ง
ชื่อผู้ติดต่อ	ผู้จัดซื้อ
อีเมลล์	กำหนดส่งภายใน
	ผู้ขอซื้อ

ตามใบเสนอราคา อ้างอิงใบเสนอราคาเลขที่

อ้างอิงเลขที่ในระบบ Date

ลำดับ No.	รายการ Description	จำนวน Qty	หน่วย Unit	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (THB)

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

1. ระยะเวลาประกัน
2. ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์สงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบพัสดุถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง
3. กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
4. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญา
5. หรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ
6. สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ 0.2 ของราคาสินค้าที่ยังไม่ได้รับมอบ

คำใบ้ในเอกสาร คำชี้แจงในเอกสารแนบ		วันที่และปีการงบประมาณ Date			
ลำดับ No.	รายการ Description	จำนวน Qty	หน่วย Unit	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (THB)
หมายเหตุ <ul style="list-style-type: none"> - รายละเอียดสินค้าและเอกสารแนบ: โปรดดูใบชี้แจงที่แนบมา - ราคากลางที่เสนอ: ราคากลางที่เสนอจะต้องเป็นราคาที่เสนอโดยผู้ขาย - ราคากลางที่เสนอ: ราคากลางที่เสนอจะต้องเป็นราคาที่เสนอโดยผู้ขาย - ราคากลางที่เสนอ: ราคากลางที่เสนอจะต้องเป็นราคาที่เสนอโดยผู้ขาย 					ราคากลาง ราคากลาง ราคากลาง ราคากลาง
เงื่อนไข <ul style="list-style-type: none"> 1. ผู้ขายต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในใบชี้แจงที่แนบมา 2. ผู้ขายต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในใบชี้แจงที่แนบมา 3. ผู้ขายต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในใบชี้แจงที่แนบมา 4. ผู้ขายต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในใบชี้แจงที่แนบมา 5. ผู้ขายต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในใบชี้แจงที่แนบมา 					ราคากลาง ราคากลาง ราคากลาง ราคากลาง

เงื่อนไข ให้ดูจากใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

ใบสั่งซื้อ

หมายเหตุ :

1. จะต้องนำใบสั่งซื้อส่งมาแสดงพร้อมกับ ใบส่งของ/ใบกำกับภาษี ด้วยทุกครั้งที่มาส่งของ
2. ส่งของตามใบสั่งซื้อนี้ ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ จะยอมรับเมื่อกรรมการตรวจรับได้ตรวจรับเป็นการถูกต้อง
3. ก่อนส่งสินค้าโปรดแจ้งล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 5 วันทำการ ทุกครั้ง
4. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากรหากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย

หมายเหตุ ให้ดูจากใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

ตามใบเสนอราคา อ้างอิงใบเสนอราคาเลขที่		อ้างอิงเลขที่ในระบบ		Date	
ลำดับ No.	รายการ Description	จำนวน Qty	หน่วย Unit	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (THB)
หมายเหตุ - ขอสงวนใบสั่งซื้อสินค้าและขอรับใบส่งของ/ใบกำกับภาษี ด้วยทุกครั้งที่มาส่งของ - ส่งของตามใบสั่งซื้อนี้ ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ จะยอมรับเมื่อกรรมการตรวจรับได้ตรวจรับเป็นการถูกต้อง - ก่อนส่งสินค้าโปรดแจ้งล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 5 วันทำการ ทุกครั้ง - การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย				รวมเป็นเงิน	
				ส่วนลด	
				เงินสุทธิที่ส่วนลด	
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	

การนี้ ออกให้ใช้ได้ต่อไปนี้

1. หมดอายุประทับ
2. ราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับของจากผู้ขายที่ส่งมอบมาโดยไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อดังกล่าว กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเป็นของตนเองโดยผู้ส่งมอบใบสั่งซื้อผู้ขายทราบ
3. การรับเงินโดยการปฏิบัติตามเงื่อนไขของสัญญา หรือจะดำเนินการตามเงื่อนไขของสัญญาตามที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อดังกล่าว
4. ราคาสินค้าที่ระบุในใบสั่งซื้อดังกล่าว ไม่สามารถปรับเป็นรายวันได้หรือร้อยละ 0.2 ของราคาสั่งซื้อที่ส่งมอบ

การแก้ไข / การส่งสินค้า

การแก้ไขบิลหรือเอกสาร

1. การแก้ไขบิลหรือเอกสารต่างๆ ให้บริษัทมาแก้ไขภายใน 5 วันทำการหลังรับแจ้ง
2. เซ็นชื่อกำกับพร้อมตราประทับของบริษัท (ยกเว้นบริษัทแจ้งยกเลิกตราประทับ)

การส่งสินค้า Short Expire (รับสินค้าไม่ต่ำกว่า 2 ปี)

1. แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาว่าจะรับสินค้าหรือไม่
2. ให้มีหนังสือแนบยืนยันตีรับแลกเปลี่ยนทุกครั้ง และบริษัทรับประกันใช้ไม่หมด

สินค้า

สินค้าขาดคราว, เลิกผลิต, เปลี่ยนบรรจุภัณฑ์, เปลี่ยนแปลงราคา

1. ต้องมีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรที่งานคลังเวชภัณฑ์ อาคารคลังยาและเวชภัณฑ์ไปรษณีย์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์ หรือส่งมาที่ Email : wattana.pun@cra.ac.th, saksit.sen@cra.ac.th
2. การเปลี่ยนแปลงราคา ให้มีหนังสือแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร ล่วงหน้า 1 เดือน (ในกรณีที่ไม่ได้เป็นสัญญา)
3. ถ้าสินค้าขาดคราวบ่อย อาจจะยกเลิกสัญญาหรือมีผลในการพิจารณาคัดเลือกในครั้งต่อไป

การแลกเปลี่ยนสินค้า

1. การแลกเปลี่ยนสินค้าที่ไม่เคลื่อนไหว ดำเนินการแลกเปลี่ยนภายใน 30 วัน หลังจากบริษัทได้รับแจ้ง
2. การแลกเปลี่ยนสินค้าชำรุด/สินค้ามีปัญหา ดำเนินการแลกเปลี่ยนภายใน 7 วัน หลังจากบริษัทได้รับแจ้ง

แผนที่อาคารคลังยาและเวชภัณฑ์ไปรษณีย์ ราชวิทยาลัยจุฬารัตน์



การประเมิน Vendor

รายละเอียดการประเมิน vendor	ค่าน้ำหนัก	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. การจัดส่งสินค้า			
1.1 จัดส่งสินค้าครบตามจำนวนในใบสั่งซื้อ	4	5	20
1.2 สภาพสินค้าไม่มีความเสียหายชำรุด	4	5	20
1.3 การจัดส่งอยู่ในระยะเวลาที่กำหนด	2	5	10
2. เอกสารประกอบการนำส่งครบ เช่น สำเนาใบสั่งซื้อ บิลส่งสินค้า ใบ certificate (ถ้ามี)	2	5	10
3. ความสะดวกในการติดต่อ(ความรวดเร็วในการติดต่อ บริษัทหรือผู้แทน)	3	5	15
4. การแก้ปัญหาของvendor(สินค้าชำรุด สินค้าขาดคราว สินค้าอายุสั้น)	5	5	25
รวมคะแนนทั้งหมด (คะแนนเต็ม 100)			100

การจัดลำดับ Vendor

ระดับ A : มีคะแนนตั้งแต่ 80-100

ระดับ B : มีคะแนนตั้งแต่ 55-79

ระดับ C : มีคะแนนน้อยกว่า 54

- ❖ หากได้ระดับ C ติดต่อกัน 2 ครั้งขึ้นไป จะพิจารณาให้ตัดออกจากทะเบียนรายชื่อผู้รับจัดหา
- ❖ หากได้คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน จะพิจารณาตัดออกจากทะเบียนรายชื่อผู้รับจัดหา

ประเด็นปัญหาสำคัญ ที่ขอความร่วมมือบริษัท แก้ไขด่วน!

1. ส่งสินค้าจำนวนไม่ตรงตามกำหนด สินค้าขาดบ่อย
2. บริษัทไม่แจ้งยกเลิกจำหน่าย ส่งรายการใกล้เคียงกัน โดยไม่แจ้งล่วงหน้าและไม่มีหนังสือแจ้ง
3. การดำเนินการแลกเปลี่ยนสินค้าล่าช้า
4. เอกสารนำส่งมาไม่ครบ เช่น ขาดใบ CERFICATE
5. ระบุ Lot. และวันหมดอายุในบิลผิด
6. สินค้ามี Lot. อื่น ๆ ปนมาไม่ตรงตามบิลระบุ
7. สินค้าขาดไม่มีการแจ้งล่วงหน้า
8. บริษัทมีความซับซ้อนในการนำส่งใบสั่งซื้อ เช่น ส่งใบสั่งซื้อเข้าบริษัทโดยตรงไม่ได้ต้องผ่านผู้แทน
9. ผู้แทนบริษัทติดต่อยากเมื่อต้องการให้ CONFIRM ORDER (บริษัท DISTRIBUTOR ที่มีหลาย PRINTCIPLE)

หัวหน้างานคลังเวชภัณฑ์

คุณภาคนุณี ลัดดาหอม (เปิ้ล) 02-576-8605

การนำเข้าเวชภัณฑ์ฯ ชนิดใหม่ การเตรียมเอกสารในการทำสัญญา การส่งสินค้าตัวอย่าง

คุณอมรรัตน์ อินทร์นุพัฒน์ (อ้อย) 02-576-6097

คุณสุพัชรา โทศลวุฒิ (จอย) 02-576-6098

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง (แจ้งสินค้าขาดคราว เลิกผลิต เปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ เปลี่ยนแปลงราคา)

คุณวัฒนา พวงแก้ว (รุ่ง) 02-576-8619

คุณศักดิ์สิทธิ์ เล็งขำ (เต้ย) 02-576-8651



โรงพยาบาลจุฬากรณ์
CHULABHORN HOSPITAL

การประชุมนโยบาย
การนำเข้าและจัดหายา - เวชภัณฑ์ทางการแพทย์
Supplier Day 2024