



สภาเภสัชกรรม

สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม อาคาร 6 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทร 0-2590-1877, 0-2591-8298 โทรสาร 0-2590-2439
www.pharmacycouncil.org email : pharthaie@pharmacycouncil.org และ pharthaie@fda.moph.go.th

ประกาศสภาเภสัชกรรมที่ ๑/๒๕๔๖

เรื่อง การเยี่ยมสำรวจร้านยาตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา

ตามที่สภาเภสัชกรรมได้จัดทำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านยา เพื่อพัฒนาร้านยาให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด เป็นการยกระดับร้านยาให้สามารถบริการประชาชนที่มาใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเตรียมความพร้อมร้านยาในการที่จะเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการร่วมให้บริการในเครือข่ายการดูแลสุขภาพหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนและในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลตลอดจนโครงการประกันสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้การดำเนินการในเรื่องดังกล่าวของสภาเภสัชกรรมบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ สภาเภสัชกรรมจึงขอกำหนดรายละเอียดในการรับการเยี่ยมสำรวจและการประเมินรับรองคุณภาพร้านยา จากสภาเภสัชกรรมตามโครงการดังกล่าว ดังนี้

1. สภาเภสัชกรรมจะเริ่มการเยี่ยมสำรวจร้านยาตามโครงการดังกล่าว ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2546 เป็นต้นไป
2. ร้านที่จะขอรับการเยี่ยมสำรวจ จะต้องแจ้งชื่อสมัครเข้าร่วมโครงการพร้อมทั้งส่งแบบประเมินตนเองต่อสภาเภสัชกรรม และเมื่อร้านยามีความพร้อมในระดับหนึ่งแล้วให้แจ้งสภาเภสัชกรรมทราบ ตามแบบฟอร์มแนบท้าย พร้อมรายละเอียดแผนที่การเดินทางไปร้านยาของท่านโดยแสดงจุดสังเกตที่สำคัญให้ชัดเจน โดยส่งทางไปรษณีย์ไปยัง สภาเภสัชกรรม อาคาร 6 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 หรือทางโทรสาร 0-2590-2439 โดยวงเล็บที่ มุมของว่า "ร้านยาคุณภาพ"
3. สภาเภสัชกรรม จะจัดส่งคณะกรรมการออกไปเยี่ยมสำรวจเพื่อรับรองคุณภาพร้านยา โดยจะมีการประสานงานแจ้งกำหนดการเยี่ยมสำรวจให้ทราบเป็นลำดับต่อไป
4. หลังการเยี่ยมสำรวจร้านยาแล้วผู้ออกเยี่ยมสำรวจจะสรุปรายงานแจ้งให้ทางร้านทราบ และเตรียมนำเสนอคณะกรรมการพิจารณารับรองต่อไป และสภาเภสัชกรรมอาจจะมีการสุ่มตรวจสอบคุณภาพการให้บริการของร้านโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หลังจากการได้เข้าเยี่ยมประเมินแล้วเพื่อความมั่นใจและประกันในคุณภาพบริการของร้านยาด้วย

5. ร้านที่ผ่านการพิจารณารับรองของคณะกรรมการรับรองคุณภาพร้านยาแล้ว จะได้รับเกียรติบัตรและป้ายสัญลักษณ์ร้านยาคุณภาพ จากสภาเภสัชกรรม เพื่อติดแสดงให้ประชาชนและผู้รับบริการได้รับทราบ
6. กรณีพบในภายหลังว่าร้านยาของท่านได้มีการกระทำใด ๆ ที่เป็นการฝ่าฝืนข้อกำหนดต่าง ๆ ของกฎหมายว่าด้วยยา สภาเภสัชกรรมขอสงวนสิทธิที่จะเพิกถอนการรับรองคุณภาพร้านยาดังกล่าว และร้านจะต้องคืนเกียรติบัตรและป้ายสัญลักษณ์ร้านยาคุณภาพแก่สภาเภสัชกรรมโดยมิชักช้า
7. การรับรองคุณภาพร้านยาในแต่ละคราวจะมีระยะเวลารับรอง 2 ปี หรือตามที่คณะกรรมการรับรองคุณภาพร้านยากำหนดเงื่อนไขไว้
8. ในการขอประเมินรับรองคุณภาพร้านยา ร้านยาจะต้องเสียค่าธรรมเนียมเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการที่คณะอนุกรรมการออกไปตรวจเยี่ยม(ซึ่งเหมารวมถึงค่าเดินทาง) ค่าใช้จ่ายในการจัดพิมพ์เกียรติบัตรและป้ายสัญลักษณ์ที่จะได้รับ (กรณีผ่านการรับรอง) รวมถึงเป็นค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในโครงการนี้ สำหรับร้านที่ไม่ผ่านการรับรองในครั้งแรกกรณีที่จะขอการรับรองในครั้งต่อไป ต้องดำเนินการตามข้อ 2 ใหม่ โดยในครั้งต่อ ๆ ไปจะเสียค่าธรรมเนียมในอัตราครึ่งหนึ่งของอัตราค่าธรรมเนียมที่กำหนดไว้
9. กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการขอประเมินรับรองคุณภาพร้านยา เท่ากับ 3,000.00 บาท (สามพันบาทถ้วน) และสภาเภสัชกรรมมีสิทธิที่จะประกาศปรับอัตราค่าธรรมเนียมใหม่ที่เหมาะสมได้ โดยจะประกาศให้ทราบล่วงหน้าในจดหมายข่าวสภาเภสัชกรรม ไม่น้อยกว่า 60 วัน
10. ในการเยี่ยมสำรวจในงวดแรกนี้ สภาเภสัชกรรมกำหนดจะออกเยี่ยมสำรวจในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2546 โดยจะปิดรับการแสดงความจำนงขอรับการเยี่ยมสำรวจของร้านต่าง ๆ ในวันที่ 30 เมษายน 2546 และเพื่อเป็นการส่งเสริมโครงการในงวดแรกนี้ ร้านที่แสดงความจำนงเพื่อขอให้เข้าเยี่ยมสำรวจในงวดแรกนี้ ตามระยะเวลาที่กำหนด สภาเภสัชกรรมจะขอเก็บค่าธรรมเนียมในการขอประเมินรับรองคุณภาพร้านยาเพียง 1,000.00 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2546



(ภญ.รศ.ธิดา นิงสานนท์)

นายกสภาเภสัชกรรม

แบบแสดงความจำนง
ในการขอให้เข้าเยี่ยมชมสำรวจร้านยาเพื่อการรับรองคุณภาพร้านยา

ข้าพเจ้า..... ผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
ชื่อร้านยา.....
เลขที่..... หมู่/หมู่บ้าน..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
E-mail Address.....

ข้าพเจ้ามีความพร้อมและมีความประสงค์จะให้สภาเภสัชกรรม มาประเมินรับรอง
คุณภาพร้านยา และยินดีที่จะดำเนินการตามประกาศและข้อกำหนดของสภาเภสัชกรรมในเรื่องที่
เกี่ยวข้องกับการประเมินรับรองคุณภาพร้านยา

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

แผนที่รายละเอียดที่ตั้งร้านยา (กรุณาลงรายละเอียดจุดสังเกตที่ชัดเจนที่อยู่ใกล้กับร้านยาให้ทราบ)