



โรงพยาบาล
จุฬารัตน์

แนวทางการบริหารจัดการ
ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา
Patient Access Program (PAP)

วันพุธที่ 24 เมษายน พ.ศ.2567



OUTLINE

- นโยบายการจัดหายา โรงพยาบาลจุฬารัตน์
- ประเด็นปัญหาโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)
- รายการยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) ในโรงพยาบาลจุฬารัตน์
- แนวทางการรับโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) เข้าโรงพยาบาลจุฬารัตน์ และขั้นตอนในการทำงาน

การจัดหายาเข้าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รายการยาใหม่ที่ไม่เคยมีในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นโยบายไม่อนุญาต ให้ยาที่ไม่อยู่ในบัญชี-ทะเบียนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เข้าใช้ก่อนได้รับอนุญาต

- ยาใหม่เสนอโดยแพทย์ และผ่านการรับรองโดยแพทย์หัวหน้างาน
- รวมทั้ง ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)
- ผ่านการพิจารณา โดยคณะกรรมการเภสัชภัณฑ์ ซึ่งจะดำเนินการกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง
- มีช่องทางยาจำเป็นบางชนิด ที่โรงพยาบาลต้องการด่วน

ยาไม่ด่วน : รอบการพิจารณา ยาใหม่ปีละ 3 ครั้ง

- ไม่มีการยืมยา (โดยไม่จำเป็น)

* ไม่อนุญาตให้ผู้แทนพบแพทย์ที่ห้องตรวจ OPD หรือห้องตรวจต่าง ๆ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

** อนุญาตให้ผู้แทนนัดพบที่ห้องสำนักงานแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

มติการประชุม PTC ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ (๑๘ มี.ค. ๖๗)

ประเด็นปัญหา โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

ยังไม่มีแนวทางการจัดการโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) ระหว่างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และบริษัท อย่างชัดเจน
ในด้านต่าง ๆ เช่น

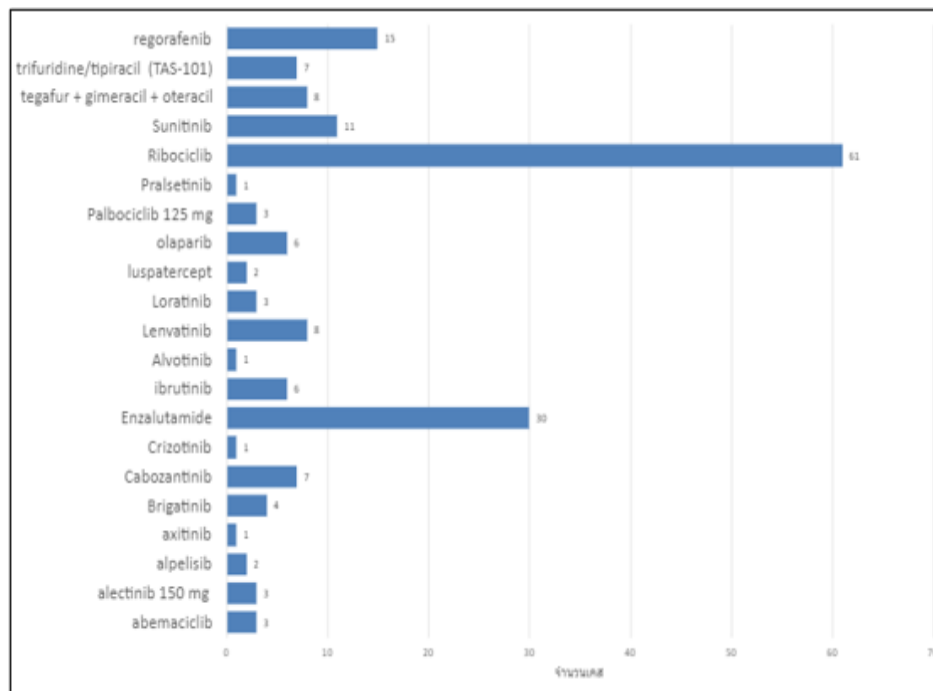
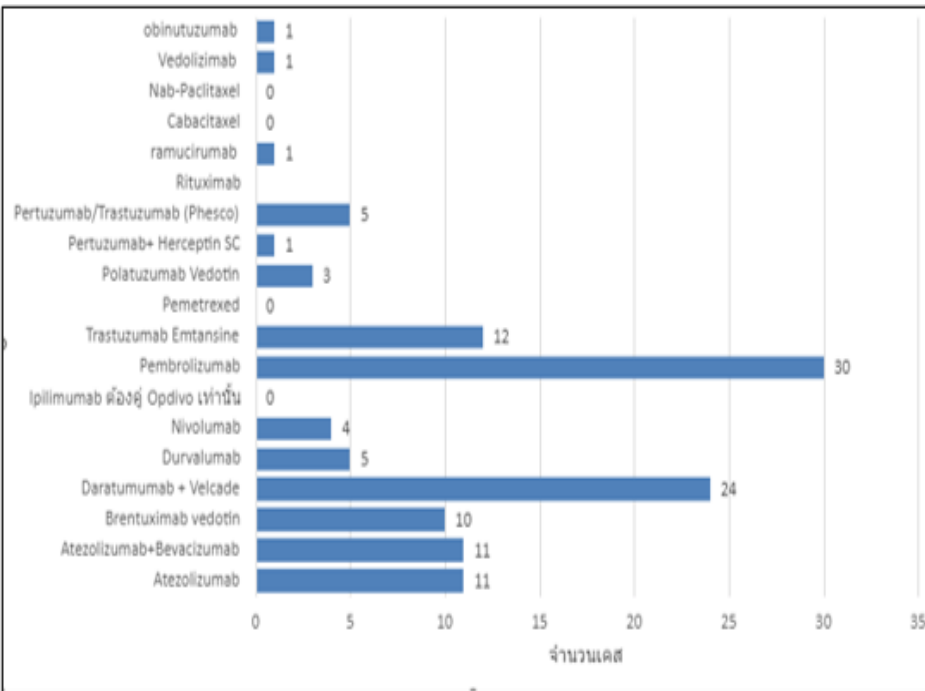
- การเสนอโครงการ(ใหม่)
- การปรับเปลี่ยนรายละเอียดของโครงการ(เดิม)
- รายละเอียดการรับยาสันับสนุน
- ผู้ประสานงานหลัก
- การติดตามข้อมูลผู้ป่วย

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

มติการประชุม PTC ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ (๑๘ มี.ค. ๖๗)

รายการยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- จำนวนรายการยา 40 รายการ (PAP IV = 19 รายการ และ PAP oral = 21 รายการ)
- จำนวนผู้ป่วย 302 ราย



ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

มติการประชุม PTC ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ (๑๘ มี.ค. ๖๗)

รายการยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) ที่มีปัญหาบ่อย คือ PAP with OCPA จำนวน 5 รายการ

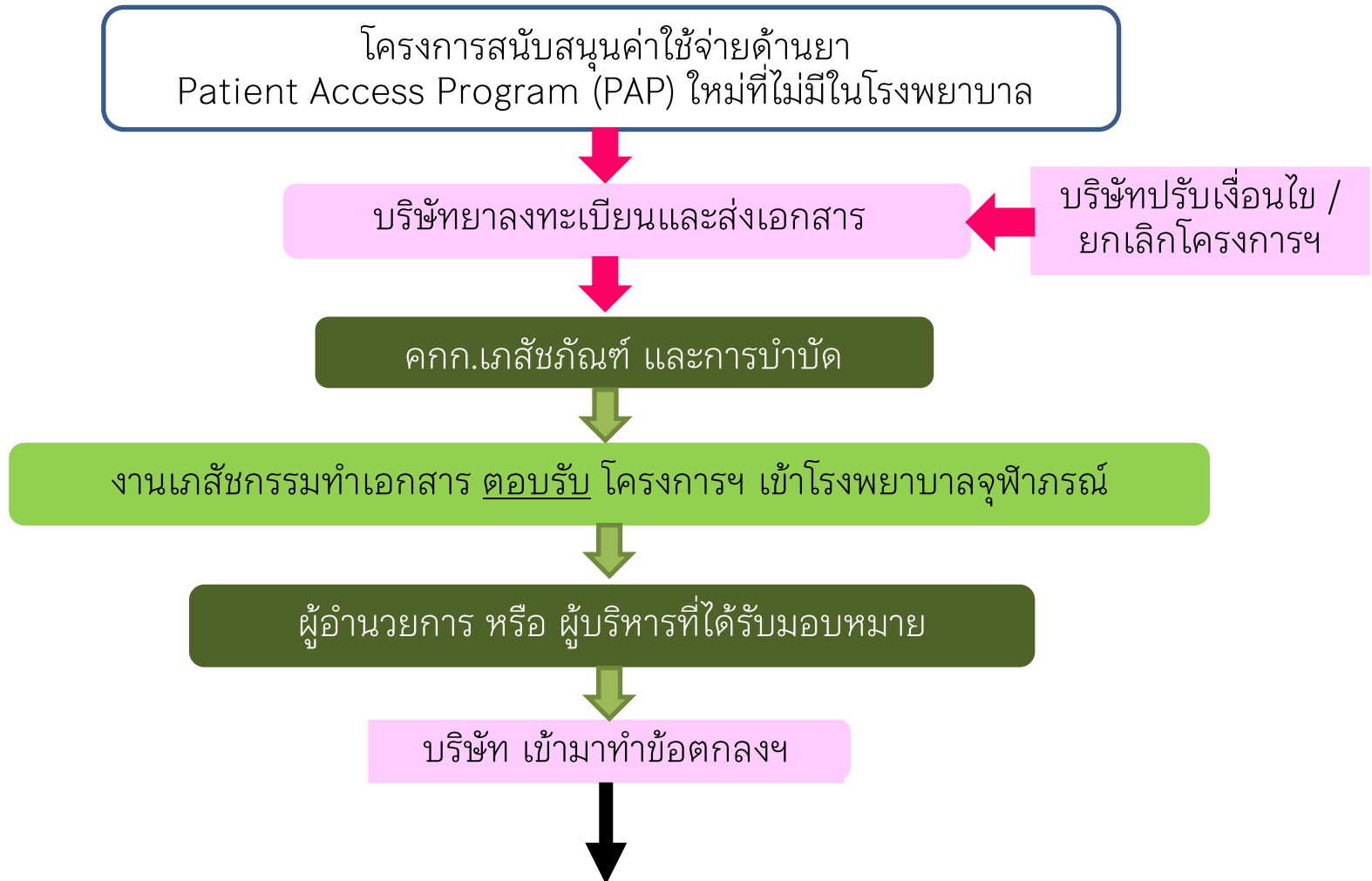
- Ribociclib
- Enzalutamide
- Lenvatinib
- Atezolizumab
- Pertuzumab + Trastuzumab SC

****ผู้ป่วยเสียผลประโยชน์ในการประหยัดค่าใช้จ่าย****

แนวปฏิบัติในการบริหารจัดการ

โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) (1/2)

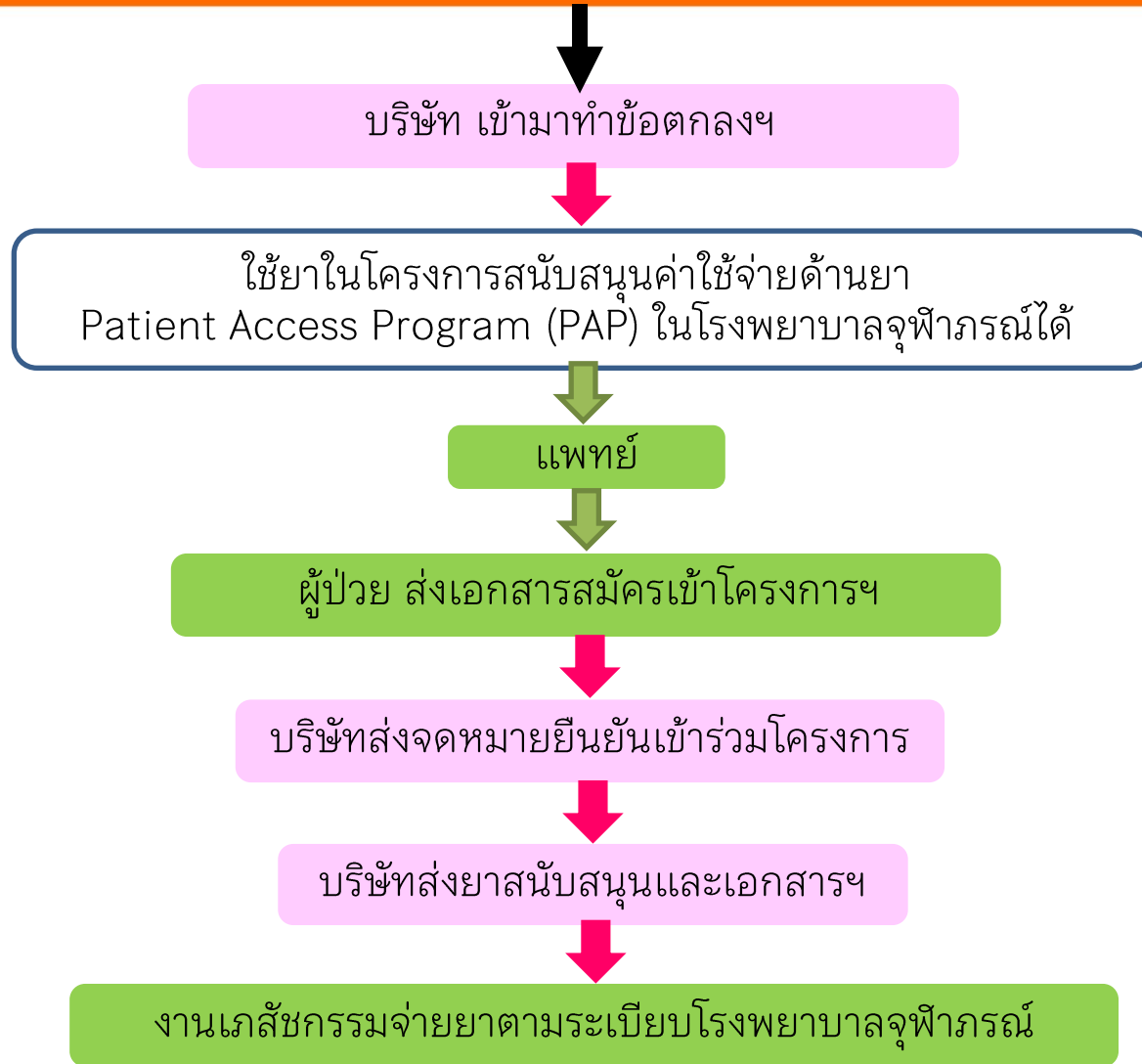
มติการประชุม PTC ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ (๑๘ มี.ค. ๖๗)



แนวปฏิบัติในการบริหารจัดการ

โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) (2/2)

มติการประชุม PTC ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ (๑๘ มี.ค. ๖๗)



ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

มติการประชุม PTC ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ (๑๘ มี.ค. ๖๗)

หลักการในการพิจารณารับโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP) เข้าโรงพยาบาลจุฬารัตน์

- จะต้องเสนอผ่านคณะกรรมการเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น
- มี 1 scheme/1 รายการยาและครอบคลุมสำหรับทุกสิทธิ์ทุกโรค
- บริษัทต้องส่งยาสนับสนุนให้โรงพยาบาลจุฬารัตน์เท่านั้น ห้ามบริษัทส่งยาให้ผู้ป่วย/แพทย์โดยตรง
- มีการบริหารจัดการยาให้เพียงพอ ไม่มีการยืมยาใน stock ของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ (PO หรือ Initial stock)
- มีบริษัทที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้ยา (Third party) มาช่วยบริหารจัดการ และต้องมีการทำข้อตกลงด้านการดำเนินการและทางจริยธรรมตลอดจนการรักษาความลับ

*สำหรับโครงการเดิม ที่มีในโรงพยาบาลจุฬารัตน์ แต่ไม่มี 3rd party ให้จัดหา 3rd party ภายใน 6 เดือน

**ส่วนโครงการใหม่ หากไม่มี 3rd party งดรับพิจารณา

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

มติการประชุม PTC ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ (๑๘ มี.ค. ๖๗)

- หน้าที่ของ บริษัทที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้ยา (Third party) ได้แก่
- เป็นผู้ดำเนินการ register ผู้ป่วยก่อนใช้ยา
 - ส่งเอกสารยืนยันการเข้าร่วมโครงการฯ (Approve) ก่อนเริ่มใช้ยา ภายในเวลา 7 วัน
 - ระบบติดตามการส่งเอกสาร เช่น ติดตามการส่งใบเสร็จ
 - ระบบติดตามยา โดยสามารถแสดง/ตรวจสอบได้ ว่ารอบไหนได้รับยา PAP (ฟรี) หรือ จ่ายเงิน
 - ประสานกับผู้ป่วยตามที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มอบหมาย รวมทั้งแจ้งผล ADR ให้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์รับทราบ

ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

มติการประชุม PTC ครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ (๑๘ มี.ค. ๖๗)

หลักการในการ ยกเลิก หรือปรับ scheme

1. โรงพยาบาลจุฬารัตน์จะมีการ ยกเลิก โครงการ PAP เมื่อ

- ยานั้นอยู่ในสิทธิประโยชน์ของทุกกองทุน
- แพทย์พิจารณาแล้วว่า PAP ไม่ effective
- บริษัทยาทำหนังสือแจ้งโรงพยาบาลจุฬารัตน์ยกเลิก โดยต้องแจ้งล่วงหน้าตามเวลาที่กำหนด

2. การปรับสิทธิประโยชน์ เช่น ยาปรับเข้าในบัญชี OCPA แต่ไม่ได้เข้าในสิทธิประโยชน์ของ กองทุน สปสช. ปกส. จะมีการดำเนินการทบทวนเงื่อนไขร่วมกัน โดย

- เงื่อนไขประโยชน์ของผู้ป่วยเดิมที่อยู่ในโครงการต้องไม่น้อยลงและต่อเนื่อง
- เงื่อนไขประโยชน์ของผู้ป่วยใหม่ที่เหมาะสม

3. กรณีบริษัทประสงค์ยกเลิกโครงการฯ หรือ มีการเปลี่ยนแปลงความช่วยเหลือในโครงการฯ บริษัทจะทำหนังสือแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน และดำเนินการเมื่อโรงพยาบาลอนุมัติเห็นชอบ การเปลี่ยนแปลงหรือรับทราบการยกเลิกด้วยเท่านั้น

1. ขั้นตอนการเสนอ ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

1. ขั้นตอนการเสนอ ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา PAP

เอกสารสำหรับบริษัทเสนอโครงการ PAP เข้าโรงพยาบาล

- แบบฟอร์มโครงการ Patient Access program (PAP) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- แบบลงทะเบียนโครงการ ใน google form




ลงทะเบียน โครงการ patient
access programe (PAP)

ช่องทางการเสนอโครงการ

- แบบฟอร์ม(ใหม่) ลงทะเบียนโครงการยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา (ผ่าน Google form) <https://forms.gle/oMXyXf5ryzwjRRyS7>
- บริษัททำหนังสือเสนอโครงการฯ (รายละเอียดและเงื่อนไขของโครงการ) ยื่นหนังสือฉบับจริงได้ที่ สำนักงานเภสัชกรรม อาคารหอพักชั้น 4 วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.30-12.00น. และ 13.00-15.30น. หรือส่งทาง Email: pharmacy@cra.ac.th

1. ขั้นตอนการเสนอ ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา PAP

แบบฟอร์ม เสนอยาโครงการ Patient Access program (PAP) โรงพยาบาลจุกฬารณ์

 โรงพยาบาล จุกฬารณ์	แบบฟอร์ม: เสนอยาโครงการ Patient Access program (PAP) โรงพยาบาลจุกฬารณ์	
--	---	--

เกณฑ์การพิจารณา

1. ให้อายุยาไม่เกิน 5 ปี Access program
2. มี 1 scheme / 1 รายการ
3. สามารถยกพร้อม PO หรือมี Moving initial stock

ชื่อการค้า.....ทะเบียนยา ก่อน หรือ หลัง 1 ม.ค. 2561

ชื่อสามัญ.....

บริษัท..... ผู้รับผิดชอบ..... โทร.....

1. ให้อายุยาไม่เกิน 5 ปีทุกสิทธิ
 - ขอมรับ ไม่ยอมรับ
2. Scheme ที่กำหนด (แนบเอกสาร)
 -
3. ระบบการบริหารจัดการ
 - มี 3rd party (บริษัท..... ผู้รับผิดชอบ..... โทร(ติดต่อได้ 24hr).....
 - ไม่มี 3rd party
4. ระบบการลงทะเบียน
 - Online Manual คำแนะนำการโดย.....
5. ระบบการส่งเอกสาร (ในเสร็จ/ในรับยา)
 - E-mail ไปรษณีย์ Application (ชื่อ).....
6. ระบบการส่งยา Access
 - มาพร้อม PO Moving Initial Stock จำนวน.....กล่อง
 - ส่งยา Access ก่อนนัดพบแพทย์.....วัน
7. ระบบรองรับหากส่งยาไม่ทันกำหนด หรือ กรณีผู้ป่วยไม่ได้ส่งใบเสร็จ
 -
8. กรณีเปลี่ยนรูปแบบ Scheme
 - Scheme เดิม คือ.....
 - Scheme ใหม่ คือ.....
 - 1. สาเหตุที่เปลี่ยน.....
 - 2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอยู่เดิม.....ราย
 - 3. การจัดการกับผู้ป่วยรายเดิม.....

หมายเหตุ

- 1.กรณีเสนอยาใหม่ให้ผู้ป่วยก่อน บริษัทต้องทำหนังสือแจ้งให้โรงพยาบาลรับทราบก่อนจ่ายยาใหม่ให้ผู้ป่วย (โรงพยาบาลจะให้บริการรับทราบการจ่ายยาใหม่ไปยังแพทย์ทางโรงพยาบาลและสามารถจัดส่งยาได้ถูกต้องและพบแพทย์ตามนัดหมายการจ่ายยาใหม่และสามารถบริหารปัญหากรณี พ.ร.บ. 2560)
- 2.กรณีเปลี่ยนยาใหม่ moving initial stock กรุณาระบุจำนวนที่ส่งการทราบ stock
- 3.หากตรวจพบว่าบริษัทไม่ส่งยา access program ตามเวลาที่กำหนด หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ข้างต้น ทางโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาไม่รับยาเข้า หรือ ตัดยาออกจากโรงพยาบาล

รับทราบและยินยอมปฏิบัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....วันที่.....

รายละเอียดการเสนอโครงการ Patient Access Program (PAP)

ช่องทางการเสนอโครงการ

1. รายการยาเสนอเข้าใหม่ : เสนอข้อมูลและรายละเอียดโครงการพร้อมการลงทะเบียนเสนอเข้าใหม่
2. รายการยาในบัญชีโรงพยาบาล : บริษัททำหนังสือเสนอโครงการ พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดและเงื่อนไขของโครงการ ยื่นหนังสือที่สำนักงานเภสัชกรรม อาคารหอพักและงานจอร์น ชั้น 4

ข้อมูลโครงการที่บริษัทเสนอ จะมาเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

หนังสือแจ้งรายละเอียดโครงการ ระบุเงื่อนไขโครงการให้ชัดเจน ดังนี้

1. สิทธิการรักษา : สำหรับทุกสิทธิการรักษา หรือเฉพาะบางสิทธิการรักษา
2. การันรับรอบการเข้าร่วมโครงการ :
 - หากผู้ป่วยเคยได้รับยาก่อนสมัครเข้าร่วมโครงการ มีผลนับย้อนหลังให้ผู้ป่วยหรือไม่
 - เริ่มนับตามวันที่ในใบสมัครเข้าร่วมโครงการ
3. ขั้นตอนการสมัครเข้าร่วมโครงการ และขั้นตอนการรับยาในโครงการของผู้ป่วย
4. แบบใบสมัครเข้าร่วมโครงการ และหนังสืออธิบายในโครงการของผู้ป่วย
5. ผู้ดูแลและบริหารโครงการ : ระบุชื่อบริษัท ชื่อผู้ดูแล เบอร์โทรศัพท์ และอีเมลสำหรับติดต่อ
6. วันที่เริ่มโครงการ

การส่งข้อมูลการจัดส่งยาสนับสนุนทางอีเมล

1. ส่งอีเมลข้อมูลการจัดส่งยานับสนุนล่วงหน้า ก่อนวันที่ผู้ป่วยรับยาอย่างน้อย 3 วัน
2. รายละเอียดข้อมูลที่ต้องระบุในอีเมล เป็นรูปแบบตาราง โดยแสดงรายละเอียดดังนี้

ชื่อผู้ป่วย	HN	ชื่อยา	จำนวนยา	วันที่ส่งยา	วันที่ผู้ป่วยรับยา	สถานที่ผู้ป่วยรับยา

3. แนบไฟล์หนังสืออธิบายในโครงการของผู้ป่วย (ถ้ามี)

4. ส่งข้อมูลที่อีเมล

- pharmacy@cra.ac.th
- tararin.uni@cra.ac.th

*** หากมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการ PAP ***

โปรดติดต่อประสานงานที่ คุณ..... โทร อีเมล

1. ขั้นตอนการเสนอ ยาที่มีโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา PAP

หนังสือแจ้งรายละเอียดโครงการ ระบุเงื่อนไขโครงการให้ชัดเจน ดังนี้

1. สิทธิการรักษา : สำหรับทุกสิทธิการรักษา หรือเฉพาะบางสิทธิการรักษา
2. การนับรอบการเข้าร่วมโครงการฯ
 - หากผู้ป่วยเคยได้รับยาก่อนสมัครเข้าร่วมโครงการฯ มีผลนับย้อนหลังให้ผู้ป่วยหรือไม่
 - เริ่มนับตามวันที่ในใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ
3. ขั้นตอนการสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และขั้นตอนการรับยาในโครงการของผู้ป่วย
4. แนบใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และหนังสือขอรับยาในโครงการของผู้ป่วย
5. ผู้ดูแลและบริหารโครงการฯ : ระบุชื่อบริษัท ชื่อผู้ดูแล เบอร์โทรศัพท์ และอีเมล
สำหรับติดต่อ
6. วันที่เริ่มโครงการ

2. เมื่อ คณะกรรมการฯ ตอบรับ
โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา
Patient Access Program (PAP)

2. เมื่อคณะกรรมการฯ ตอบรับโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา PAP

แนวทางการรับโครงการ PAP เข้าโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1. การเข้าใช้ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ : ยาในโครงการฯ ทุกโปรแกรม จะต้องเสนอผ่านคณะกรรมการเภสัชภัณฑ์ (PTC) เท่านั้น
2. บริษัทจะต้องกรอกแบบฟอร์มตามที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กำหนด
3. บริษัทนำเอกสารหนังสือเสนอโครงการฯ พร้อมทั้งแจ้งรายละเอียดและเงื่อนไขของโครงการฯ ยื่นหนังสือฉบับจริงที่ สำนักงานเภสัชกรรม อาคารหอพักชั้น 4
4. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ (PTC) งานเภสัชกรรมฯ จะเป็นทำบันทึกผ่านระบบ E-sarabun และแจ้งผลอนุมัติแก่บริษัทและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. เมื่อคณะกรรมการฯ ตอบรับโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา PAP

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ (PTC) งานเภสัชกรรมฯ จะเป็นทำ
บันทึกผ่านระบบ E-sarabun และ
แจ้งผลอนุมัติแก่บริษัทและบุคลากร
ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรื่อง ขออนุมัติโครงการ Patient Access Program (PAP) ของรายการยาในกลุ่มยารักษามะเร็ง จำนวน 9 รายการ
เรียน ประธานคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและ

17

อันวาคม 2564 เรื่อง พิจารณาโครงการสนับสนุนยาจากบริษัท Patient Access Program (PAP) จำนวน 9 รายการยา ให้สอบถามความคิดเห็นของคณะทำงานยามะเร็งทุกท่าน และหากมีมติเห็นควรให้รับโครงการฯ ด้วยคะแนนเสียงเกินกึ่งหนึ่ง ให้ฝ่ายเภสัชกรรมดำเนินการได้เลย โดยฝ่ายเภสัชกรรมได้เสนอเรื่องพิจารณาในที่ประชุมคณะทำงานยารักษามะเร็ง ครั้งที่ 1/2565 เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 มีมติเห็นควรให้รับโครงการสนับสนุนยาจากบริษัท Patient Access Program (PAP) ของรายการยาในกลุ่มยารักษามะเร็ง จำนวน 9 รายการ โดยมีรายละเอียดรายการยา และเงื่อนไขโครงการ PAP ตามเอกสารแนบ

ในการนี้ งานจัดซื้อและคลังเวชภัณฑ์ ฝ่ายเภสัชกรรม ขออนุมัติโครงการ Patient Access Program (PAP) ของรายการยาในกลุ่มยารักษามะเร็ง จำนวน 9 รายการ โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 7 เมษายน 2565 เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และกรุณาส่งกลับ ฝ่ายเภสัชกรรม เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

รายละเอียดโครงการ Patient Access Program (PAP) ของรายการยาในกลุ่มยารักษามะเร็ง จำนวน 9 รายการ

เอกสารแนบ

ที่	รหัส SAP	รหัส HIS	ชื่อสามัญ	รายการยา	ราคาขาย	ปัญหา	สิทธิการเบิก						เงื่อนไข	รายละเอียดโครงการ Patient Access Program สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง
							สิทธิผู้ป่วย	สิทธิประกัน	สิทธิข้าราชการ	สิทธิอื่น	สิทธิอื่น	สิทธิอื่น		
1	20014836	FREEINLT1	Axitinib	Inlyta Tab 1 mg Free for PAP	0.00	NED	X	X	X	X	X	D	-	เมื่อชำระเงินค่ายา 2 กล่อง จะได้รับยาฉบับสมบูรณ์ 2 กล่อง ในรอบถัดไป โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
2	20014837	FREEINLT5	Axitinib	Inlyta Tab 5 mg Free for PAP	0.00	NED	X	X	X	X	X	D	-	เมื่อชำระเงินค่ายา 2 กล่อง จะได้รับยาฉบับสมบูรณ์ 2 กล่อง ในรอบถัดไป โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
3	20014838	FREEEXALT20	Crizotinib	Xalkori Cap 200 mg Free for PAP	0.00	NED	X	X	X	X	X	D	-	เดือนที่ 1 ได้รับยาฉบับสมบูรณ์ 6 กล่อง
4	20014839	FREEEXALT25	Crizotinib	Xalkori Cap 250 mg Free for PAP	0.00	NED	X	X	X	X	X	D	-	เดือนที่ 2 เป็นต้นไป ชำระเงินค่ายา 1 กล่อง ได้รับยาฉบับสมบูรณ์ 1 กล่อง และเมื่อชำระเงินค่ายาครบครบ 18 กล่อง จะได้รับยาฉบับสมบูรณ์ในรอบถัดไป จนกว่าแพทย์จะหยุดยา
5	20014605	FREEEXTATD	Enzalutamide	Xtandi Cap 40 mg (112's) Free for PAP	0.00	NED	X	X	X	X	X	D	-	1. ชีพไม่มี tHSPC, mCRPC, Pre-CT mCRPC และ Post-CT mCRPC เมื่อชำระเงินค่ายาครบ 5 กล่อง จะได้รับยาฉบับสมบูรณ์ 1 กล่อง ในรอบถัดไป โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย 2. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรับยาฉบับสมบูรณ์เต็ม ในข้อบังคับ Post-CT mCRPC จะยังคงมีสิทธิประโยชน์ตามแผนการสนับสนุนเต็ม เมื่อชำระเงินครบ 8 กล่อง จะได้รับยาฉบับสมบูรณ์ตั้งแต่ กล่องที่ 9 เป็นต้นไป
6	20014843	FREEESUTT	Sunitinib	Sutin Cap 12.5 mg Free for PAP	0.00	NED	X	X	X	X	X	D	-	เมื่อชำระเงินค่ายา 1 กล่อง จะได้รับยาฉบับสมบูรณ์ 1 กล่อง ในรอบถัดไป โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

2. เมื่อคณะกรรมการ ตอบรับโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา PAP

เอกสารสำหรับบริษัท เมื่อโรงพยาบาลอนุมัติโครงการฯ PAP เข้าโรงพยาบาลจุฬาภรณ์

- แบบฟอร์ม ใบแสดงเจตนาการเป็นบริษัท
ตัวแทน ประสานงานโครงการฯ เพิ่มการ
เข้าถึงยาของผู้ป่วย




แบบฟอร์ม ใบแสดงเจตนาการเป็นบริษัทที่สนับสนุนโครงการ
เพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์ในการประสานโครงการฯ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

ในฐานะ ของบริษัท มีที่อยู่ และเลขที่
ผู้จัดทำ นามสกุล ขอแสดงเจตนาขอเข้าร่วม
"โครงการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย" และขอพิจารณาถึงโครงการฯ ได้โดยขอขายให้กับบริษัท
เป็น "บริษัทตัวแทน" ในการประสานงานโครงการฯ ที่กับโครงการฯ ดังนี้แล้วที่ เดือน พ.ศ.
..... หากมีการเปลี่ยนแปลง "บริษัทตัวแทน" บริษัทขอแจ้งให้ทราบต่อไป

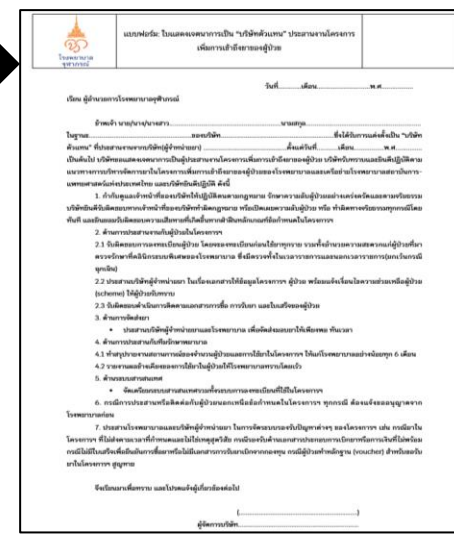
บริษัทที่ทราบและยินยอมให้ปฏิบัติงานบริหารจัดการยาในโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย
ขอเรียนขออนุญาตและขอใช้ชื่อโรงพยาบาลกับเอกสารสนับสนุนโครงการฯ และขอใช้ชื่อบริษัท ดังนี้

1. ขอรับสิทธิขอความช่วยเหลือในการเข้าถึงยาขอลดราคายาในโครงการฯ หากยกเลิกโครงการฯ
บริษัทขอทำหนังสือแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน
2. หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อในโครงการฯ บริษัทขอทำหนังสือแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน และ
ดำเนินการแจ้งโรงพยาบาลอนุมัติเปลี่ยนแปลงชื่อตัวแทน
3. ขอจัดการระบบ "ซัพพลายเชน" ให้โรงพยาบาลได้ผลโดยเร็วที่สุด เพื่อให้สามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วย
ได้ทัน โดยไม่มีการล่าช้าในราคา (stock) ของโรงพยาบาล
4. ขอไม่เปิดเผยต่อสื่อผู้ที่เกี่ยวข้องในโครงการฯ โดยไม่ให้ข้อมูลแก่โรงพยาบาล
5. บริษัทขอทำกิจการด้านอื่นๆ "บริษัทตัวแทน" รวมถึงรับสิทธิบัตรในกรณี "บริษัทตัวแทน" ดำเนินการ
ดำเนินการตามกฎหมายและข้อบังคับกรม

จึงเรียนขอทราบและโปรดส่งผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ
.....
ผู้จัดการบริษัท

- แบบฟอร์ม ใบแสดงเจตนาการเป็นบริษัทที่
เสนอขายเข้าโครงการฯ เพิ่มการเข้าถึงยาของ
ผู้ป่วยโดยมีบริษัทตัวแทนในการ
ประสานงานโครงการฯ

แบบฟอร์ม ใบแสดงเจตนาการเป็น "บริษัทตัวแทน" ประสานงานโครงการ
เพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาภรณ์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

ในฐานะ ของบริษัท มีที่อยู่ และเลขที่
ผู้จัดทำ นามสกุล ขอแสดงเจตนาขอเข้าร่วม
"โครงการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย" และขอพิจารณาถึงโครงการฯ ได้โดยขอขายให้กับบริษัท
เป็น "บริษัทตัวแทน" ในการประสานงานโครงการฯ ที่กับโครงการฯ ดังนี้แล้วที่ เดือน พ.ศ.
..... หากมีการเปลี่ยนแปลง "บริษัทตัวแทน" บริษัทขอแจ้งให้ทราบต่อไป

บริษัทที่ทราบและยินยอมให้ปฏิบัติงานบริหารจัดการยาในโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย
ขอเรียนขออนุญาตและขอใช้ชื่อโรงพยาบาลกับเอกสารสนับสนุนโครงการฯ และขอใช้ชื่อบริษัท ดังนี้

1. ขอรับสิทธิขอความช่วยเหลือในการเข้าถึงยาขอลดราคายาในโครงการฯ หากยกเลิกโครงการฯ
บริษัทขอทำหนังสือแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน
2. หากมีการเปลี่ยนแปลงรายชื่อในโครงการฯ บริษัทขอทำหนังสือแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 3 เดือน และ
ดำเนินการแจ้งโรงพยาบาลอนุมัติเปลี่ยนแปลงชื่อตัวแทน
3. ขอจัดการระบบ "ซัพพลายเชน" ให้โรงพยาบาลได้ผลโดยเร็วที่สุด เพื่อให้สามารถจ่ายยาแก่ผู้ป่วย
ได้ทัน โดยไม่มีการล่าช้าในราคา (stock) ของโรงพยาบาล
4. ขอไม่เปิดเผยต่อสื่อผู้ที่เกี่ยวข้องในโครงการฯ โดยไม่ให้ข้อมูลแก่โรงพยาบาล
5. บริษัทขอทำกิจการด้านอื่นๆ "บริษัทตัวแทน" รวมถึงรับสิทธิบัตรในกรณี "บริษัทตัวแทน" ดำเนินการ
ดำเนินการตามกฎหมายและข้อบังคับกรม

จึงเรียนขอทราบและโปรดส่งผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ
.....
ผู้จัดการบริษัท

3. การเริ่มโครงการฯ เมื่อผู้ป่วยส่งเอกสารสมัคร
เข้าร่วมโครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา
Patient Access Program (PAP)



3. การเริ่มโครงการฯ เมื่อผู้ป่วยส่งเอกสารสมัครเข้าร่วม โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

ขั้นตอนการทำงานของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- แพทย์เขียน (เอกสาร) เสนอเข้าโครงการฯ
- พยาบาลประจำคลินิกให้ (เอกสาร) ผู้ป่วยและลงทะเบียนแจ้งชื่อผู้ป่วยเข้าโครงการฯ
- ผู้ป่วยส่ง (เอกสาร) ให้กับบริษัท (ทางช่องทาง Line, E-mail หรือไปรษณีย์)
- การรับยาครั้งถัดไป ผู้ป่วยส่ง (เอกสาร) ให้กับบริษัท (ทางช่องทาง Line, E-mail หรือไปรษณีย์)

ขอให้บริษัท จัดหาช่องทางการติดต่อประสานงานกับบริษัท ผ่าน line official

เนื่องจากได้รับข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและบุคลากรของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในการติดต่อประสานงาน โดยเฉพาะโครงการฯ ที่ให้ผู้ป่วยติดต่อผ่านทาง Email หรือ ส่งไปรษณีย์

3. การเริ่มโครงการฯ เมื่อผู้ป่วยส่งเอกสารสมัครเข้าร่วม โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

กรณีผู้ป่วยส่งเอกสารสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ขอความร่วมมือบริษัทจัดส่งเอกสาร ดังนี้

- จดหมายยืนยันการรับยาสนับสนุน พร้อมแนบตารางการใช้ยา
- นำส่งยาสนับสนุน และ ส่งข้อมูลการจัดส่งยาสนับสนุน E-mail :
pharmacy@cra.ac.th และ tararin.unj@cra.ac.th

กรณีผู้ป่วย เสียชีวิต หรือมีเหตุให้ต้องออกจากโครงการฯ ขอความร่วมมือบริษัทจัดส่งเอกสารจดหมายแจ้งยืนยันการยกเลิกยาสนับสนุนหรือออกจากโครงการฯ และแจ้งแนวทางการบริหารจัดการยาสนับสนุนที่ส่งมายังโรงพยาบาลแล้ว
ให้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์รับทราบเพื่อดำเนินการด้วย

3. การเริ่มโครงการฯ เมื่อผู้ป่วยส่งเอกสารสมัครเข้าร่วม โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

การส่งข้อมูลการจัดส่งยาสนับสนุนทางอีเมล

- บริษัทจะต้องส่งอีเมลข้อมูลการจัดส่งยาสนับสนุนล่วงหน้า ก่อนวันที่ผู้ป่วยรับยา อย่างน้อย 3 วัน
- รายละเอียดข้อมูลที่ต้องระบุใน e-mail เป็นรูปแบบตาราง โดยแสดงรายละเอียดดังนี้

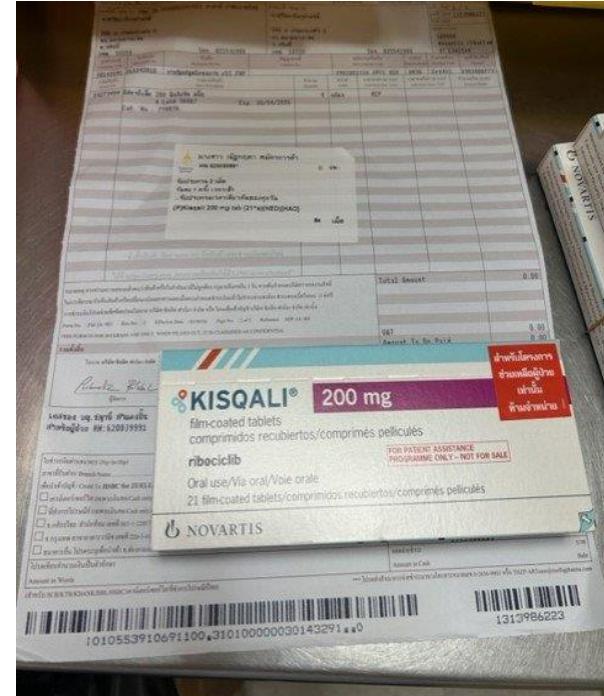
ชื่อผู้ป่วย	HN	ชื่อยา	จำนวนยา	วันที่ส่งยา	วันที่ผู้ป่วยรับยา	สถานที่ผู้ป่วยรับยา

- แนบไฟล์หนังสือขอรับยาในโครงการของผู้ป่วย (ถ้ามี)
- ส่งข้อมูลที่ e-mail : pharmacy@cra.ac.th และ tararin.unj@cra.ac.th

3. การเริ่มโครงการฯ เมื่อผู้ป่วยส่งเอกสารสมัครเข้าร่วม โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

ลักษณะยาฟรี PAP ที่มาส่ง

- ยา สนับสนุน จะมีใบนำส่งยา หรือ PO ที่ระบุ
“HN ผู้ป่วย”
- ลักษณะ กล่อง ยา จะระบุว่า เป็นยาสนับสนุน
“NOT for sale”



ขอความร่วมมือ บริษัทในการสรุปรายงานสถานการณ์ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ และจำนวนยา
สนับสนุนคงเหลือ ณ โรงพยาบาล ให้แก่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อย่างน้อยทุก 3 เดือน

โดยส่งรายการและจำนวนคงเหลือมาทาง E-mail : pharmacy@cra.ac.th และ tararin.unj@cra.ac.th

4. เมื่อสิ้นปีงบประมาณโรงพยาบาลจุฬาภรณ์
จะคิดค่าบริหารจัดการ
โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา
Patient Access Program (PAP)



4. เมื่อ สิ้นปีงบประมาณโรงพยาบาลจุฬารัตน์ จะคิดค่า บริหารจัดการ โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา Patient Access Program (PAP)

โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จะมีการจัดเก็บค่าบริการจัดการยาในโครงการ Patient Access Program

ประกาศโรงพยาบาลจุฬารัตน์

เรื่อง อัตราค่าบริการจัดการยาในโครงการ Patient Access Program ของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ พ.ศ. 2567

.....

โดยเป็นการกำหนดอัตราค่าบริการจัดการยาในโครงการ Patient Access Program ของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม

อาศัยอำนาจตามความในข้อ จึงประกาศกำหนดอัตราค่าบริการจัดการยาในโครงการ Patient Access Program ของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ไว้ดังนี้

1.ให้จัดเก็บค่าบริการจัดการยาในโครงการ Patient Access Program ในอัตรา ดังนี้

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

2.รายการยาตามประกาศฉบับนี้ เป็นรายการที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติหรือเป็นยาที่มูลค่าเกินค่าเกณฑ์พิจารณาเข้าเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

3.จำนวนผู้ป่วยรวมให้นับตามปีปฏิทินแยกตามแต่ละรายการ

รายการยาให้นับตาม Generic name ต่อ scheme เช่น มียาหลายขนาดใน scheme เดียวกัน นับเป็น 1 รายการยา

4.การดำเนินการเรียกเก็บค่าบริการจัดการยา ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ฝ่ายงานคลัง โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กำหนดไว้

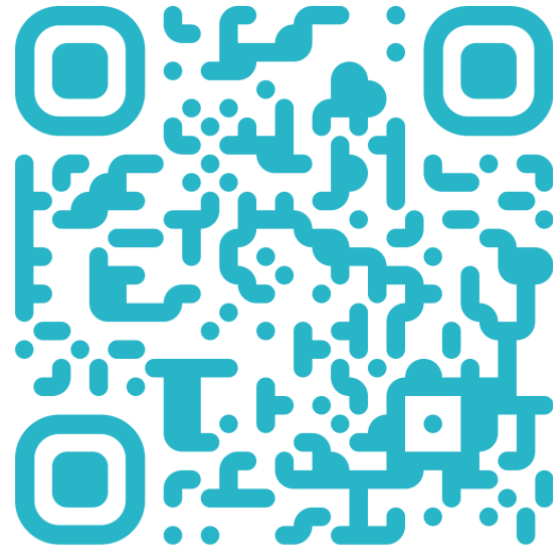
5.เงินรายได้จากการจัดเก็บค่าบริการตามประกาศนี้ให้นำเข้าเป็นเงินรายได้ของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ **ตามข้อบังคับ**.....

6.กรณีที่มีปัญหาในการตีความหรือปฏิบัติตามประกาศฉบับนี้ ให้อยู่ในดุลพินิจของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เป็นผู้มีอำนาจในการตีความและวินิจฉัยปัญหา โดยการตีความและคำวินิจฉัยดังกล่าวให้ถือเป็นที่สุด

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

**จะเริ่มดำเนินการ : เก็บค่าบริการจัดการยา
ในปีงบประมาณ 2558**

แบบประเมินความพึงพอใจ (โรงพยาบาลจุฬารัตน์)



แบบประเมินความพึงพอใจ

ชี้แจง โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านยา

Patient Access Program (PAP)

วันพุธที่ 24 เมษายน 2567