



แบบฟอร์ม: ใบแสดงเจตนาการเป็น “บริษัทตัวแทน” ประสานงาน
โครงการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย

F-WI-021/03, Rev.00

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวนามสกุล.....
ในฐานะของบริษัท..... ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็น “บริษัท
ตัวแทน” ที่ประสานงานจากบริษัท(ผู้จำหน่ายยา)ตั้งแต่วันที่เดือน.....
.....พ.ศ.....เป็นต้นไป บริษัทขอแสดงเจตนาการเป็นผู้ประสานงานโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย
บริษัทรับทราบและยินดีปฏิบัติตามแนวทางการบริหารจัดการยาในโครงการเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยของโรงพยาบาลและ
เครือข่ายโรงพยาบาลสถาบันการแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย และบริษัทยินดีปฏิบัติ ดังนี้

1. กำกับดูแลเจ้าหน้าที่ของบริษัทให้ปฏิบัติตามกฎหมาย รักษาความลับผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดและตามจริยธรรม
บริษัทยินดีรับผิดชอบหากเจ้าหน้าที่ของบริษัททำผิดกฎหมาย หรือเปิดเผยความลับผู้ป่วย หรือ ทำผิดทาง
จริยธรรมทุกกรณีโดยทันที และยินยอมรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นหากฝ่าฝืนหลักเกณฑ์ข้อกำหนดใน
โครงการฯ
2. ด้านการประสานกับผู้ป่วยในโครงการฯ
 - 2.1 รับผิดชอบการลงทะเบียนผู้ป่วย โดยจะลงทะเบียนก่อนใช้ยาทุกราย รวมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย
ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกระบบพิเศษของโรงพยาบาล ซึ่งมีตรวจทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ
(ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน)
 - 2.2 ประสานบริษัทผู้จำหน่ายยา ในเรื่องเอกสารให้ข้อมูลโครงการฯ ผู้ป่วย พร้อมแจ้งเงื่อนไขความช่วยเหลือ
ผู้ป่วย (scheme) ให้ผู้ป่วยรับทราบ
 - 2.3 รับผิดชอบดำเนินการติดตามเอกสารการซื้อ การรับยา และใบเสร็จของผู้ป่วย
3. ด้านการจัดส่งยา
 - ประสานบริษัทผู้จำหน่ายยาและโรงพยาบาล เพื่อจัดส่งมอบยาให้เพียงพอ ทันเวลา
4. ด้านการประสานกับทีมรักษาพยาบาล
 - 4.1 ทำสรุปรายงานสถานการณ์ของจำนวนผู้ป่วยและการใช้ยาในโครงการฯ ให้แก่โรงพยาบาลอย่างน้อยทุก 6 เดือน
 - 4.2 รายงานผลข้างเคียงของการใช้ยาในผู้ป่วยให้โรงพยาบาลทราบโดยเร็ว
5. ด้านระบบสารสนเทศ
 - จัดเตรียมระบบสารสนเทศรวมทั้งระบบการลงทะเบียนที่ใช้ในโครงการฯ
6. กรณีการประสานหรือติดต่อกับผู้ป่วยนอกเหนือข้อกำหนดในโครงการฯ ทุกกรณี ต้องแจ้งขออนุญาตจาก
โรงพยาบาลก่อน
7. ประสานโรงพยาบาลและบริษัทผู้จำหน่ายยา ในการจัดระบบรองรับปัญหาต่างๆ ของโครงการฯ เช่น กรณียาใน
โครงการฯ ที่ไม่ส่งตามเวลาที่กำหนดและไม่ใช้เหตุผลวิสัย กรณีรองรับด้านเอกสารประกอบการเบิกยาหรือ
การเงินที่ไม่พร้อม กรณีไม่มีใบเสร็จเพื่อยืนยันการซื้อยาหรือไม่มีเอกสารการรับยาเบิกจากกองทุน กรณีผู้ป่วยทำ
หลักฐาน (voucher) สำหรับขอรับยาในโครงการฯ สูญหาย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดแจ้งผู้เกี่ยวข้องต่อไป

(.....)
ผู้จัดการบริษัท