

ที่ สปสช. ๑๘.๗/จ. ๐๐๑๓

ความที่สุด

๗ ตุลาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอแจ้งแนวทางการยืมยา ARV สำหรับหน่วยบริการที่ถูกน้ำท่วม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตทุกเขต

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มขอยืมยา

ตามที่ กองทุนเพื่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยวัณโรค ได้สนับสนุนยา ARV ให้กับหน่วยบริการผ่านทางระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม และที่ผ่านมาระบบ VMI ได้เปิดให้หน่วยบริการสามารถบันทึกจำนวนยาที่ต้องการได้เอง ยกเว้นยา ๘ รายการ ที่ระบบ VMI จะจ่ายยาให้หน่วยบริการตามข้อมูลที่บันทึกในระบบ NAP เท่านั้น หน่วยบริการไม่สามารถบันทึกจำนวนยาที่ต้องการผ่านทางระบบ VMI ได้โดยตรง

เนื่องจากในปัจจุบันเกิดอุทกภัยในหลายพื้นที่ ทำให้หน่วยบริการหลายแห่ง ไม่สามารถบันทึกข้อมูลการใช้ยาในระบบ NAP ได้ทันเวลาที่กำหนด ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาขาดคลังในหน่วยบริการ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาของผู้ติดเชื้อฯ กองทุนฯ จึงได้กำหนดแนวทางการขอยืมยา ARV สำหรับหน่วยบริการที่ประสบปัญหาอุทกภัย ดังนี้

๑. หน่วยบริการกรอกแบบฟอร์มขอยืมยาตามเอกสารแนบ ๑ แล้วให้ผู้มีอำนาจลงนามในหนังสือให้เรียบร้อย
๒. ส่งเอกสารไปที่ โทรสาร ๐-๒๑๔๓-๔๗๓๑ หรือสแกนเอกสารแล้วส่งทาง e-mail ที่ yutthapong.c@nhso.go.th
๓. สปสช. จะจัดส่งข้อมูลให้ องค์การเภสัชกรรมเพื่อจัดส่งยาให้กับหน่วยบริการต่อไป และจะเก็บยอดยาที่ยืมไว้
๔. ยอดยาที่ยืมจะถูกหักออกจากคลังของยาให้กับหน่วยบริการเมื่อสถานการณ์เข้าสู่สภาวะปกติ
๕. กองทุนฯ จะขยายเวลา การบันทึกข้อมูลการใช้ยาในโปรแกรม NAP สำหรับการให้บริการตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๔ จากเดิมที่ต้องบันทึกภายใน ๙๐ วันนับจากวันที่ให้บริการ โดยขยายเวลาให้หน่วยบริการสามารถบันทึกข้อมูลได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการแจ้งหน่วยบริการต่อไปจักเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายแพทย์สรกิจ ภาศิณีพิพ)

ผู้จัดการกองทุนเพื่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยวัณโรค

กองทุนเพื่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยวัณโรค

ผู้ประสานงาน : ภก.ยุทธพงษ์ เจริญสวัสดิ์

โทรศัพท์ ๐-๒๑๔๓-๔๗๓๑, ๐๘ ๔๓๘๗ ๘๐๕๑

e-mail : yutthapong.c@nhso.go.th

ที่.....



ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

วันที่.....

เรื่อง ขอยืมยาด้านเอชไอวี *

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านผู้จัดการกองทุนเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยวัณโรค)

โรงพยาบาล.....ขอเบิกยาด้านเอชไอวีเป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาทุกภัย ทำให้ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NAP ได้ตามเวลาที่กำหนด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายการยา**	ขนาดบรรจุ	อัตราใช้ต่อเดือน (ขวด)	จำนวนคงคลัง (ขวด)	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษา(คน)	จำนวนที่ขอเบิก (ขวด)
Effavirenz 200 mg (EFV 200 mg)					
Effavirenz 600 mg (EFV 600 mg)					
LPV/r 200/50 mg					
RITONAVIR 100mg (RTV 100 mg.)					
ATAZANAVIR 300MG (ATV 300 mg.)					
INDINAVIR CAPSULES 200 mg (IDV 200 mg.)					
INDINAVIR CAPSULES 400 mg (IDV 400 mg.)					
TENOFOVIR 300mg (TDF 300 mg.)					

* แบบฟอร์มนี้สามารถใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔ สปสช.จะหักยอดยาที่ยืมจากการจัดส่งยาเมื่อสถานการณ์เข้าสู่ภาวะปกติ และหน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการของปี ๒๕๕๔ ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๔

**หน่วยบริการที่ต้องการเบิกยา ARV รายการอื่น นอกเหนือจาก ๘ รายการที่กำหนด กรุณาประสานงานกับกองทุนฯเป็นการเฉพาะที่ โทรศัพท์ ๐๘-๔๓๘๗-๘๐๕๑ (ภก.ยุทธพงษ์ เจริญสวัสดิ์)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

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

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชื่อผู้ประสานงานของโรงพยาบาล.....โทรมือถือ(สำคัญ).....โทรสำนักงาน.....

ส่งเอกสารที่ e-mail : yutthapong.c@nhso.go.th หรือโทรสารหมายเลข ๐-๒๑๔๓-๙๗๓๑ (เลือกช่องทางใดช่องทางหนึ่ง)

สำหรับผู้รับโทรสาร : กรุณาส่งต่อที่ ภก.ยุทธพงษ์ เจริญสวัสดิ์ กองทุนเพื่อบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ชั้น ๔