



อนาคตมุ่งเป็น
ชัดเจนโปร่งใส
ฝึกฝนเรียนรู้
บูรณาการงาน
จัดการเป็นทีม

Future Focus
Integrity
Readiness to learn
System Approach
Teamwork

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) Health Systems Research Institute (HSRI)

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2832 9200 โทรสาร : 0 2832 9201

4th Floor, National Health Building, 88/39 Tiwanon 14 Road, Muang District, Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66 2832 9200 Fax: +66 2832 9201 Website : www.hsri.or.th E-mail : hsri@hsri.or.th

ที่ สวรส.๐๓.๓/๑๑๔

๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ทบทวนรายชื่อแพทย์และรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการลงทะเบียนขอใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงในโปรแกรม RDPA, DDPA

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มเพิ่มรายชื่อแพทย์และรายชื่อผู้รับผิดชอบการลงทะเบียนการขออนุมัติใช้ยาในโปรแกรม RDPA, DDPA

เนื่องจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.) ได้รับมอบหมายจากกรมบัญชีกลาง จัดทำโปรแกรมการลงทะเบียนขออนุมัติการใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงในผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติก (Rheumatic Disease Prior Authorization : RDPA) และโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Dermatology Disease Prior Authorization : DDPA) ซึ่งสถานพยาบาลจะต้องส่งข้อมูลและประวัติการรักษาของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณาของทีมแพทย์ผู้ตรวจสอบ เพื่อเป็นการป้องกันการกระทำที่อาจทำให้เกิดการรั่วไหลข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและเป็นการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๗ และมาตรา ๔๙ และป้องกันการใช้งานโปรแกรมฯ โดยมีขอบ จึงขอให้สถานพยาบาลที่ต้องการใช้ยาที่มีค่าใช้จ่ายสูงผ่านโปรแกรม RDPA และ DDPA ทบทวนและแจ้งรายชื่อแพทย์ผู้ขออนุมัติใช้ยาและรายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ หน่วยโรครูมาติก ๑ ท่าน และ หน่วยโรคผิวหนัง ๑ ท่าน ตามแบบฟอร์ม (สิ่งที่ส่งมาด้วย) มายัง สพตส. ตามที่อยู่ระบุไว้ด้านล่าง

สพตส. จะดำเนินการส่ง USERNAME และ PASSWORD ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการลงทะเบียนฯ ตามรายชื่อที่สถานพยาบาลส่งชื่อมา ขอความกรุณาให้ท่านกำกับและกวดขันให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเก็บ USERNAME และ PASSWORD ไว้เป็นความลับไม่เปิดเผยให้บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องทราบโดยขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๐

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางพรพรรณ เจริญสกุลวงศ์)

ผู้จัดการสำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข

ส่งเอกสารที่ : สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สพตส.)

๙๙๙/๑๐๑ อาคาร เอส เอ็ม ทาวเวอร์ ชั้น ๓๑ ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ : ๐๒-๒๙๘๐๓๖๕ - ๖๖, ๐๙๘-๒๕๘๙๙๐๙

E-mail : rdpa@mra.or.th

หนังสือแนบที่ต้องส่งมา ได้แก่

1. หนังสือต้นเรื่องที่ยื่นออกโดยสถานพยาบาลและลงนามรับรองโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. แบบฟอร์มเพิ่มรายชื่อแพทย์และรายชื่อผู้รับผิดชอบการลงทะเบียนขออนุมัติใช้ในโปรแกรม RDPA, DDPA
3. สำเนาฉบับตรึงแสดงสาขาของแพทย์
4. สำเนาฉบับตรึงแพทย์สภา

****** เนื่องจากกรมบัญชีกลางได้ประกาศคุณสมบัติของแพทย์ผู้รักษา เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับอนุมัติจากแพทย์สภา ให้ลงทะเบียนใช้ในโปรแกรมได้ จึงขอให้ดำเนินการส่งเอกสารให้ครบถ้วน เพื่อใช้ในการตรวจสอบ หากไม่ครบถ้วน สพตส. จะไม่สามารถดำเนินการเพิ่มรายชื่อแพทย์เข้าระบบ เนื่องจากไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ตามประกาศ และหากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ขอให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดำเนินการแต่งตั้งแพทย์ผู้รับผิดชอบในการลงทะเบียนขอใช้ในโปรแกรมฯ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ลงวันที่...../...../.....

หมายเหตุ : การลงข้อมูลในแบบฟอร์ม กรุณาพิมพ์เท่านั้น
: รายชื่อผู้รับผิดชอบสามารถเป็นแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่สถานพยาบาลแต่งตั้งขึ้นมาได้ สพตส. จะส่ง Login ให้ผู้รับผิดชอบโปรแกรมละ 1 ท่านเท่านั้น

ส่งเอกสารที่ : สำนักวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบการบริการสาธารณสุข (สปตส.)
979/101 ชั้น31 อาคาร เอส เอ็ม ทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 098-2589709, 02-2980365 – 66

E-mail : rdpa@mra.or.th

แบบฟอร์มเพิ่มรายชื่อแพทย์และรายชื่อผู้รับผิดชอบการลงทะเบียน
ขออนุมัติใช้ในโปรแกรม RDPA, DDPA

โรงพยาบาล.....hcode.....

1. รายชื่อแพทย์ที่ขออนุมัติการใช้ยาในโปรแกรม RDPA

ชื่อ-สกุล	เลขประกอบวิชาชีพเวชกรรม	ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	E-mail	เบอร์ติดต่อ

2. รายชื่อแพทย์ที่ขออนุมัติการใช้ยาในโปรแกรม DDPA

ชื่อ-สกุล	เลขประกอบวิชาชีพเวชกรรม	ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	E-mail	เบอร์ติดต่อ

3. รายชื่อผู้รับผิดชอบ USERNAME และ PASSWORD ในการลงทะเบียนขออนุมัติใช้ในโปรแกรม RDPA DDPA

รายละเอียด	หน่วย โรคธรมติก	หน่วย โรคผิวหนัง
ชื่อ-สกุล		
ตำแหน่ง		
Email		
เบอร์ติดต่อ		