



ใบสมัครหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ประเภทหน่วยบริการที่สมัคร

- ☐ หน่วยบริการประจำ
- ☐ หน่วยบริการปฐมภูมิ

1. รายละเอียดสถานบริการ (เพื่อเป็นคู่สัญญากับ สปสช.)

ชื่อสถานบริการ.....

สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E mail.....

พื้นที่ให้บริการของหน่วยบริการ.....ตารางเมตร

ผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล.....

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเลขที่.....

ผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล.....

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเลขที่.....

เวลาที่ขออนุญาตเปิดดำเนินการจากกองประกอบโรคศิลปะ.....

2. เวลาที่จะให้บริการเมื่อเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ

เปิดบริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา.....ถึงเวลา.....

.....

.....

เปิดบริการ วันเสาร์และอาทิตย์ เวลา.....ถึงเวลา.....

.....

3. การจัดบุคลากร		
บุคลากร	ชื่อ - สกุล	เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
แพทย์.....คน * Full Time* (ประจำอย่างน้อย 1 คน)	1..... 2.....	
พยาบาลวิชาชีพ.....คน * Full Time* (ประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อประชากร 5,000 คน)	1..... 2.....	
เภสัชกร ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	1..... 2.....	
อื่น ๆ (ระบุประเภท)	1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6.....	

4. ระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ
☐ มีคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสามารถเชื่อมโยง Internet ได้ ☐ ไม่มี ☐ ไม่มีแต่สามารถจัดหาให้มีคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องสามารถเชื่อมโยง Internet ได้เมื่อเข้าร่วมโครงการ
5. เครือข่ายส่งต่อ
☐ 1.มีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับ Secondary care 1 แห่ง ได้แก่..... ☐ 2.มีหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม ได้แก่..... ☐ 3.มีหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์ ได้แก่..... ☐ 4.อื่นๆ (ระบุ) <u>(เอกสารประกอบการพิจารณาเครือข่ายส่งต่อ กรุณาส่งใบตอบรับการเป็นหน่วยบริการส่งต่อ ตามที่ระบุ)</u>
6. แผนที่แสดงจุดที่ตั้งหน่วยบริการ (การเข้าถึง, เส้นทางคมนาคม แสดงจุดสังเกต และสถานที่สำคัญ)

7. เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐

- ☐ ใบสมัครเป็นหน่วยบริการ
- ☐ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัครเป็นหน่วยบริการ)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพของแพทย์, เกษัตริ์กร, พยาบาลวิชาชีพ
- ☐ สำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
- ☐ ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ พร้อมสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ / สำเนาใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ พร้อมสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ / สำเนาใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล
- ☐ อยู่ในระหว่างการดำเนินการขออนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นหน่วยบริการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการพร้อมนี้ได้แนบเอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้ในการรับสมัครมาแล้ว

สมัคร ณ วันที่.....
 ลงชื่อ.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

ประทับตรานิติบุคคล

(ถ้ามี)

หมายเหตุ

ผู้ลงนาม กรณีหน่วยงานรัฐบาล ผู้มีอำนาจลงนามของนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ, กรณีเอกชน คือ ผู้
ประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจหลักฐานต่างๆของผู้สมัครแล้ว พบว่าเอกสารประกอบการสมัครตามที่ระบุ

☐ ครบถ้วน

☐ ไม่ครบถ้วนยังขาดหลักฐานดังต่อไปนี้

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่

.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่บริหารงานประกันสุขภาพ

วันที่.....

ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ ด้าน.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....
ที่ตั้ง.....

ได้สมัครเป็นหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....
ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลของหน่วยร่วมให้บริการด้าน.....
ตั้งอยู่เลขที่.....
ยินดีรับเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้าน..... (Sub Contractor) ของหน่วย
บริการ..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ
ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วย
บริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ.2545

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราสถานพยาบาล



บันทึกการตรวจสอบสถานบริการเพื่อเตรียมเข้าเป็นหน่วยบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตรวจครั้งที่.....

☐ หน่วยบริการประจำ

☐ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ชื่อสถานบริการ..... วันที่ตรวจ.....

ที่ตั้ง เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง..... เขต..... จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์.....

ลักษณะทางกายภาพ

☐ รูปแบบ สปสช.

☐ ใช้อาคารพาณิชย์ตกแต่งใหม่ตามรูปแบบ สปสช.

☐ ใช้คลินิกเดิมที่เปิดดำเนินการมาจัดทำใหม่ตามรูปแบบ สปสช.

☐ รวมพื้นที่ใช้สอย (ไม่นับชั้นลอย).....ตารางเมตร

เอกสารประกอบ

☐ แบบแปลนของคลินิก

☐ สำเนาใบขอเปิดสถานพยาบาล (คลินิก)

☐ สำเนาใบประกอบกิจการสถานพยาบาลและสำเนาใบดำเนินการสถานพยาบาล

☐ ใบประกอบวิชาชีพแพทย์

☐ ใบประกอบวิชาชีพพยาบาล

☐ ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกร

หมายเหตุ : รับรองสำเนาเอกสารด้วย

ส่วนที่ 2 การประเมินตามสภาพความเป็นจริงที่พบ ณ วันตรวจ

	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1. ด้านการเข้าถึงบริการ		
ประชาชนสามารถเดินทางเข้าถึงได้ภายใน 30 นาที โดยรถยนต์		
หมายเหตุ		
2. ด้านอาคาร สถานที่ และอุปกรณ์ทางการแพทย์		
สถานที่ให้บริการสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก		
หมายเหตุ		
สถานที่ให้บริการประกอบด้วย		
☐ ห้องตรวจโรค 1 ห้อง		
☐ ห้อง TREATMENT 1 ห้อง		
☐ ห้องหรือมุมให้คำปรึกษา และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 1 ห้อง		
☐ ห้องตรวจภายใน หรือ ส่วนตรวจภายในที่มีฉลิด (1 ห้อง หรือจัดเป็นสัดส่วนที่มีฉลิด)		
☐ พื้นที่พักคอยของผู้ป่วยที่สะดวก ไม่แออัด		
☐ เส้นทางสัญจรภายในคลินิกกว้างไม่น้อยกว่า 1 เมตร		
☐ ประตูเข้า-ออก, ประตูห้องทุกห้อง กว้างไม่น้อยกว่า 1 เมตร		
☐ ห้องน้ำผู้รับบริการมีราวจับ		
☐ มีทางลาดชันสำหรับรถเข็นผู้ป่วยหรือผู้พิการ		
หมายเหตุ		
☐ มีอุปกรณ์และเครื่องมือครบตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาล 2541		
หมายเหตุ		
3. ด้านบุคลากร		
สามารถแสดงการมีแพทย์ประจำ 1 คน		
หมายเหตุ		
สามารถแสดงการมีพยาบาลวิชาชีพประจำ 1 คน		
หมายเหตุ		
สามารถแสดงการมีเภสัชกรตรวจสอบยาได้ตามเกณฑ์กำหนด		
จำนวน คน		
หมายเหตุ		
สามารถแสดงการมีผู้ปฏิบัติงานระดับปริญญาตรี/ปวส. ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านสาธารณสุข		
หมายเหตุ		

	ผ่าน	ไม่ผ่าน
4. ด้านขีดความสามารถ วันและเวลาที่เตรียมเปิดดำเนินการ (ไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมง โดยในวันราชการ เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ อย่างน้อย 2 ชั่วโมง และ วันเสาร์-อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์ เปิดอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง		
หมายเหตุ		
มีทันตกรรม		
☐ ส่งต่อที่.....		
☐ มี Unit ทำฟันเองในคลินิก เปิดบริการวันและเวลา.....		
หมายเหตุ		
สามารถจัดหาเภสัชกรทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดหา จัดเก็บและบริหารเวชภัณฑ์ ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง		
หมายเหตุ		
สามารถจัดบริการให้คำปรึกษา, บริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูภายในคลินิกได้ (โดยดูจากการมีการจัดทำห้องให้คำปรึกษา และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พร้อมมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความพร้อมที่จะให้บริการงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้)		
หมายเหตุ		
5. ด้านการส่งต่อและระบบสนับสนุน จัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล กรณีฉุกเฉินได้ (ดูจากสามารถแสดงการ Contact รถ Ambulance กรณีฉุกเฉินได้)		
หมายเหตุ		
มีการส่งต่อเพื่อการชันสูตรด้านต่างๆ (ดูจากสามารถแสดงการ Contact การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ได้)		
หมายเหตุ		
มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับสปสช.ได้		
หมายเหตุ		

สรุปการตรวจสอบสถานบริการเพื่อเตรียมเข้าเป็นหน่วยบริการ

☐ หน่วยบริการประจำ

ตรวจครั้งที่

☐ หน่วยบริการปฐมภูมิ

คณะตรวจประเมินเห็นสมควรให้.....
ดำเนินการดังต่อไปนี้
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ทั้งนี้จะนำเสนอคณะกรรมการพิจารณาผลการตรวจประเมินสาขากรุงเทพมหานคร และแจ้งผลการพิจารณาให้ทราบ เพื่อให้ท่านดำเนินการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ลงชื่อ (ผู้ตรวจ)

(.....)

ลงชื่อ (ผู้ตรวจ)

(.....)

ลงชื่อ (ผู้ตรวจ)

(.....)

ลงชื่อ (ผู้รับการตรวจ)

(.....)