

แบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่านเข้าใช้งาน  
โปรแกรมบริหารจัดการยาตามชุดสิทธิประโยชน์ ของกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน  
ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ที่.....

ชื่อหน่วยงาน.....

รหัสหน่วยงาน.....

ที่อยู่ .....

.....

วันที่.....

เรื่อง การขอรหัสผ่านในการใช้งาน โปรแกรมบริหารจัดการยาตามชุดสิทธิประโยชน์ ของกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ จำนวน ..... ฉบับ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการยาตามชุดสิทธิประโยชน์ ของกองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน เพื่อใช้ในการขอชดเชยยาตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ([www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th)) โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ประสงค์จะใช้บริการ โปรแกรมดังกล่าวแจ้งความจำนงเพื่อขอ Username & Password มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของเขตพื้นที่นั้น

ในการนี้ ทางหน่วยงานขอแจ้งความจำนงขอเบิกชดเชยยาตามชุดสิทธิประโยชน์และขอรหัสผ่านในการใช้งาน พร้อมทั้งแจ้งรายชื่อผู้ไร้รหัสซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....

เลขประจำตัว 13 หลัก ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... ที่อยู่อีเมล .....

รายการยาที่ขอชดเชยตามชุดสิทธิประโยชน์

วัคซีน EPI Routine

2. ชื่อและนามสกุลเจ้าหน้าที่.....

เลขประจำตัว 13 หลัก ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... ที่อยู่อีเมล .....

รายการยาที่ขอชดเชยตามชุดสิทธิประโยชน์

วัคซีน EPI Routine

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานของเจ้าหน้าที่ผู้มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้น ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ซึ่งข้าพเจ้าในฐานะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข/ผู้ประกอบการสถานพยาบาลดังกล่าว ยินยอมปฏิบัติ ดังนี้

๑. ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตลอดจนกฎหมายทั้ง ทางแพ่งและทางอาญา และยินยอมที่จะกำกับดูแลเจ้าหน้าที่ผู้มีรายชื่อตามที่ระบุข้างต้นซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ของข้าพเจ้า ให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดตลอดจนกฎหมายทั้ง ทางแพ่งและทางอาญาเช่นเดียวกัน

๒. ปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลใดๆของผู้ป่วย ที่ผู้มีรายชื่อตามระบุข้างต้นรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ ทุกคนที่ได้มาจากการเข้าใช้โปรแกรม เช่น ชื่อ สกุล เลขประจำตัวประชาชน ประวัติสุขภาพ เป็นต้น โดยถือเป็นหน้าที่ อันเคร่งครัดที่จะไม่นำข้อมูลไปเปิดเผยต่อบุคคลหรือหน่วยงานอื่นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล หรือ นำไปใช้ประโยชน์อื่นใดนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล เว้นแต่ได้รับความยินยอมเป็นหนังสือของผู้ป่วยที่ไว้ไว้ ล่วงหน้าหรือในขณะนั้น หากฝ่าฝืนหน่วยบริการต้องรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

หากข้าพเจ้าหรือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขหรือกฎหมายดังกล่าว ไม่ว่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแล้วหรือไม่ก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ/ร่วมกันรับผิดชอบ ทั้งตามกฎหมายและตามวิธีการ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยไม่มีสิทธิเรียกร้องใดๆทั้งสิ้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและ เข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข(สำหรับหน่วยบริการรัฐ)

ผู้ประกอบการ (สำหรับหน่วยบริการเอกชน)

ชื่อผู้ประสานงาน(ของหน่วยงาน).....

หมายเลขโทรศัพท์ .....

หมายเลขโทรสาร.....

ที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ .....

\*\*\* สำนักงานฯจะดำเนินการตามแบบฟอร์มการขอชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน  
เมื่อได้รับเอกสารที่กรอกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนและชัดเจน เท่านั้น  
กรุณาส่งเอกสารมายังสำนักงานตามที่อยู่ดังนี้ \*\*\*

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ อาคารบี โซนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ)

เลขที่ 120 ม. 3 ถนนแจ้งวัฒนะ

แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210

## ภาคผนวกที่ 1

### แบบฟอร์มประมาณการจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือน และรายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบ การเบิกวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผ่านระบบ VMI

.....

#### 1. ประมาณจำนวนผู้มารับบริการวัคซีนต่อเดือน (คนต่อเดือน)

รหัส หน่วยบริการ	BCG	HB	DTP-HB- Hib	bOPV	DTP	MMR single	JE	dT	IPV	influenza (หญิงตั้งครรภ์)	ROTA

#### 2. รายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบระบบ VMI

CUP/หน่วยบริการ	
จังหวัด	
รายชื่อเภสัชกรผู้รับผิดชอบระบบ VMI	
เบอร์โทรศัพท์หน่วยบริการ	
เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่	
e-Mail	
ชื่อผู้รับของ	
แผนก : คลังยา/ฝ่ายเภสัชกรรม ฯ	
ที่อยู่หน่วยบริการ	
เบอร์โทรศัพท์หน่วยบริการ	
เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่	

### ขั้นตอนการส่งแบบฟอร์ม

1. กรอกข้อมูลให้ชัดเจน โดย สปสช.จะส่ง username และ password เพื่อเข้าใช้งานระบบ VMI ให้ทาง e-mail ที่ระบุไว้
2. แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผิดชอบ พร้อมเซ็นสำเนาถูกต้อง
3. หนังสือราชการ (หนังสือปะหน้า) พร้อมแนบแบบฟอร์มส่งถึง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ที่อยู่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร 120 ม. 3 อาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคารบี) โชนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ) ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ฯ 10210