

ที่ สปสช 5.42/ 001/247

6 มีนาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติในหลักเกณฑ์แนวทางการหยุดในช่วงเทศกาลสงกรานต์ของหน่วยบริการคลินิกเอกชน

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร

ด้วยในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ระหว่างวันที่ 13 - 15 เมษายน พ.ศ. 2558 ได้มีหน่วยบริการประจำ/ หน่วยบริการปฐมภูมิประเภทคลินิกเอกชน แจ้งหยุดทำการ ซึ่งในสัญญาให้บริการสาธารณสุข ได้ระบุไว้ว่าจะดำเนินการหยุดได้ต้องได้รับความยินยอมจากสำนักงานฯ เท่านั้น เพื่อให้แนวทางปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ ใคร่ขออนุมัติหลักเกณฑ์แนวทาง ในการหยุดช่วงเทศกาลสงกรานต์ เพื่อแจ้งหน่วยบริการ ดังนี้

1. หยุดไม่เกิน 2 วัน ในระหว่างวันที่ 13 - 15 เมษายน 2558
2. หน่วยบริการทำหนังสือแจ้งวันที่หยุด และจัดหาหน่วยบริการให้บริการทดแทน โดยระบุรายละเอียดที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์ วัน เวลา ที่เปิดทำการ ให้กับโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อ และสำนักงานฯทราบ (ทั้งนี้ต้องแจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วันทำการ)
3. หน่วยบริการต้องปิดประกาศล่วงหน้าก่อนวันปิดทำการ โดยให้ประชาชนผู้มีสิทธิมองเห็นได้ชัดเจน ประกอบด้วยข้อมูลวันที่หยุด และรายละเอียดหน่วยบริการที่รับผิดชอบทดแทน
4. ขณะที่หน่วยบริการหยุดทำการ ประชาชนสามารถไปรับบริการ ที่หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ และหน่วยบริการอื่นที่ทดแทนตามข้อ 2 โดยให้หน่วยบริการที่ขอปิดตามจ่ายค่าใช้จ่าย ให้แก่หน่วยบริการนั้นๆ หากหน่วยบริการไม่ตามจ่าย สำนักงานฯมีสิทธิหักค่าใช้จ่าย ที่พึงจ่ายให้แก่หน่วยบริการตามข้อ 2

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติหลักเกณฑ์ต่อไปด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางบุญส่ง ชิวเรืองโรจน์)

หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ



(นายกี วีระเศรษฐกุล)
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

ผู้ประสานงาน : นางบุญส่ง ชิวเรืองโรจน์ , นางสาวกชทิภาวิรัตน์ สามงามยิ่งยม

โทรศัพท์ 02-142-0930 , 02-142-0964 (083-9911844)

โทรสาร 02-1438772-

**ขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยบริการ
กรณีหน่วยบริการขอปิดบริการชั่วคราว**

1. หน่วยบริการที่มีความประสงค์ขอปิดบริการชั่วคราว ทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอปิดบริการชั่วคราว เป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนวันปิดทำการไม่น้อยกว่า 7 วัน มาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยระบุรายละเอียดดังนี้
 - a. ชื่อหน่วยบริการที่มีความประสงค์ขอปิดบริการชั่วคราว
 - b. วัน เวลา ที่ขอปิดบริการชั่วคราว
 - c. เหตุผลของการปิดบริการชั่วคราว
 - d. ชื่อ-สกุล และหมายเลขโทรศัพท์ ของผู้ประสานงานของหน่วยบริการที่มีความประสงค์ขอปิดบริการชั่วคราว
 - e. รายชื่อหน่วยบริการที่จะให้บริการทดแทน (ที่ประชาชนเข้ารับบริการได้สะดวก)
 - f. หนังสือตอบรับในการเป็นหน่วยบริการที่จะให้บริการทดแทน
 - g. ชื่อ-สกุล และหมายเลขโทรศัพท์ ของผู้ประสานงานของหน่วยบริการที่ให้บริการทดแทน

พร้อมแนบเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้

 1. ข้อมูลประกอบเหตุผลที่ขอปิดทำการ(ถ้ามี) เช่น จดหมายแจ้งดับไฟ ดับน้ำ หรืออื่นๆ ที่ทำให้หน่วยบริการไม่สามารถให้บริการได้
 2. หนังสือตอบรับจากหน่วยบริการทดแทนที่มีการรับทราบ หรืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หรือผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของหน่วยบริการทดแทน เรียบร้อยแล้ว
2. งานปฐมนิเทศหนังสือพร้อมเอกสารต่างๆที่แนบ เสนอผู้บริหารทราบ และยินยอม
3. งานปฐมนิเทศตอบกลับหน่วยบริการที่ขอปิดทำการว่าได้หรือไม่ได้ กรณีได้ ให้หน่วยบริการส่งภาพถ่ายการติดประกาศขอปิดบริการชั่วคราวมายังผู้รับผิดชอบของสำนักงานฯ โดยในประกาศจะต้องประกอบด้วย
 - a. ชื่อหน่วยบริการที่ขอปิดบริการชั่วคราว
 - b. ระยะเวลาการปิดบริการชั่วคราว
 - c. วันที่จะเปิดให้บริการ
 - d. ชื่อ-สกุล และหมายเลขโทรศัพท์ ของผู้ประสานงานของหน่วยบริการที่มีความประสงค์ขอปิดบริการชั่วคราว
 - e. รายชื่อหน่วยบริการที่จะให้ผู้ป่วยไปรับบริการทดแทน
 - f. ชื่อ-สกุล และหมายเลขโทรศัพท์ ของผู้ประสานงานของหน่วยบริการที่ให้บริการทดแทน
 - g. ใบประกาศจะต้องมีขนาด และติดในตำแหน่ง ที่ผู้รับบริการสามารถ มองเห็นข้อความได้ชัดเจน
 - h. หน่วยบริการส่งภาพถ่ายประกาศมาให้สำนักงานฯ ก่อนวันปิดบริการชั่วคราว อย่างน้อย 1 วัน
4. งานปฐมนิเทศ รวบรวมข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป ได้แก่ Call Center , กลุ่มงาน C5 และโรงพยาบาลแม่ข่าย(ลดความแออัด)

หัวหนังสือของคลินิก

ที่.....

....เดือน.... 2558

เรื่อง แจ้งปิดทำการช่วงเทศกาลสงกรานต์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือตอบรับการเป็นหน่วยบริการทดแทน จำนวน ฉบับ

ด้วยหน่วยบริการชื่อคลินิก..... จะหยุดทำการช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2 วัน ในวันที่ -(ให้อยู่ระหว่าง 13-15 เมษายน 2558) โดยประชาชนที่มาใช้บริการในช่วงวันหยุดทำการดังกล่าว ได้ที่

1.ชื่อหน่วยบริการ..... ที่ตั้ง เบอร์โทรศัพท์
2.ชื่อหน่วยบริการ..... ที่ตั้ง เบอร์โทรศัพท์
3.ชื่อหน่วยบริการ..... ที่ตั้ง เบอร์โทรศัพท์

รายละเอียดตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย

ทั้งนี้หน่วยบริการได้ติดประกาศไว้ที่หน้าหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนที่มาใช้บริการทราบล่วงหน้าแล้ว และหน่วยบริการจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น กรณีประชาชนผู้มีสิทธิไปรับบริการที่หน่วยบริการทดแทน หากประชาชนไม่ได้รับความสะดวกสามารถติดต่อได้ที่ คุณ.....โทรศัพท์ติดต่อ(มือถือ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

()

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ผู้ประสานงาน : ชื่อ.....นามสกุล

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ(มือถือ)