



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร  
๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โชนทิสได้ (อาคารจอดรถ) “ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา  
๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐  
โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ที่ สปสช.5.42/ ๑.๐410

28 สิงหาคม 2556

เรื่อง แจ้งหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิที่จะเข้าร่วมดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Frame work : QOF) ปีงบประมาณ 2557 และเชิญประชุม

เรียน ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ที่ร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พื้นที่กรุงเทพมหานคร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แนวทางการดำเนินงานฯ
  2. ใบแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานฯ
  3. แบบประเมินตนเอง
  4. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

ด้วยในปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้รับการจัดสรรงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ(Quality and Outcome Frame work : QOF) เพื่อพัฒนาหน่วยบริการ ให้สามารถจัดบริการกับประชาชนทั้งที่หน่วยบริการและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เมื่อเกินความสามารถ สามารถปรึกษาและประสานการส่งต่อ- ส่งกลับให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงประชาชนมีความเชื่อมั่นและเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นที่แรก ตลอดจนสามารถเชื่อมโยงเครือข่ายภาคประชาชน ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ขอเชิญหน่วยบริการที่มีความพร้อมในการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ(Quality and Outcome Frame work : QOF)ยื่นความจำนงได้ระหว่างวันที่ 1 กันยายน - 27 กันยายน 2556 โดย ส่งเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

1. ใบแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย 2)
2. แบบประเมินตนเอง พร้อมแนบเอกสารประกอบที่ระบุด้านท้าย (สิ่งที่ส่งมาด้วย 3)

พร้อมทั้งขอเชิญตัวแทนหน่วยบริการที่สนใจเข้าร่วมฯ รับฟังชี้แจงการดำเนินงาน และแนวทางการจัดสรร ในวันอังคารที่ 1 ตุลาคม 2556 เวลา 13.30 - 16.00 น. ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ขอความร่วมมือส่งเอกสารการสมัครขอ 1-2 ให้ครบถ้วน และแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม(ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 4) ได้ที่นางสาวกิตติญารัตน์ สามงามเอี่ยม ตามรายละเอียดท้ายหนังสือ ภายในวันที่ 27 กันยายน 2556

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายรัฐพล เตรียมวิชานนท์)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

โทรศัพท์ 02 - 1420967

โทรสาร 02 - 1438792

ผู้รับผิดชอบ : นางพอโฉม บุณนาค ,นางสาวกิตติญารัตน์ สามงามเอี่ยม

(ร่าง)

แนวทางการดำเนินงานงบทตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ  
(Quality and Outcome Frame work : QOF) ปีงบประมาณ 2557  
(สำหรับหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ สาขาพื้นที่กรุงเทพมหานคร)

**เป้าประสงค์**

ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน

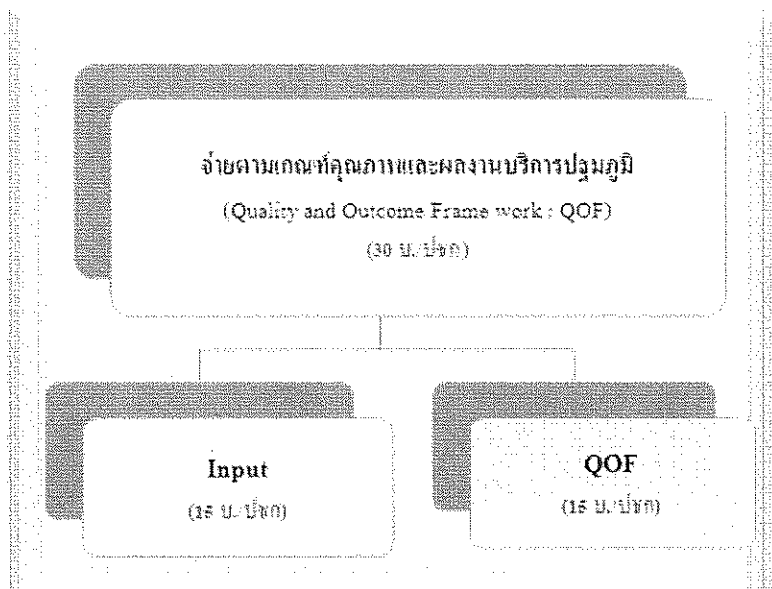
**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้ประชาชนทุกครัวเรือนได้รับบริการทั้งที่หน่วยบริการ และดูแลสุขภาพถึงบ้าน เมื่อเกินความสามารถ สามารถปรึกษา และประสานการส่งต่อ – ส่งกลับ ให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ประชาชนมีความเชื่อมั่น และเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นที่แรก
3. ส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง

**เป้าหมาย/ขอบเขต**

หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิทั้งภาครัฐ และเอกชน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1. กรอบการบริหารงบทตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ(Quality and Outcome Frame work : QOF)



2. กรอบการจัดสรรงบทตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ(Quality and Outcome Frame work : QOF) จำนวนไม่น้อยกว่า 30 บาท/ผู้มีสิทธิ จัดสรรเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขต (global budget) ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิ (ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2556) ให้หน่วยบริการแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** จ่าย Input ตามเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือก จำนวนไม่น้อยกว่า 15 บาท/ประชากร โดยคณะทำงานพิจารณาผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อรับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ (On Top Payment)

องค์ประกอบการพิจารณา ประกอบด้วย 3 มิติ มีคะแนนรวม 110 คะแนน ดังนี้

1. มิติเชิงโครงสร้าง (ด้านบุคลากร) คะแนนรวม 38 คะแนน
2. มิติเชิงการจัดบริการ (การบริการงาน PP ,การบริการเชิงรุก,) คะแนนรวม 36 คะแนน
3. มิติเชิงการบริหาร (ผู้จัดการ ,เครือข่ายภาคประชาชน ,ระบบการส่งต่อ ,เรื่องร้องเรียนที่มีมูล) คะแนนรวม 36 คะแนน

โดยมีรายละเอียดดังนี้

**เกณฑ์บังคับ** มีเอกสารปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ โดยปฏิบัติงานเต็มเวลาไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในวันเวลาทำการ จันทร์ – ศุกร์ (หากไม่ผ่านเกณฑ์บังคับ และมีข้อใดข้อหนึ่งเป็น 0 จะไม่นำเข้าคณะทำงานพิจารณา)

เกณฑ์การพิจารณา	แนวทางการพิจารณา
<b>1. มิติเชิงโครงสร้าง 38 คะแนน</b>	
1.1 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการ อย่างน้อย 1 คนต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คน	มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้นหรือระยะยาว(มีใบวุฒิบัตร/ใบประกาศนียบัตร) ปฏิบัติงานเป็นประจำในหน่วยบริการโดยดูแลและรับผิดชอบงานบริการประจำ/ปฐมภูมิต่อประชากร UC คือ 1 : 10,000 คน
1.2 มีพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการ อย่างน้อย 2 คนต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่ 10,000 คน	มีพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ (หากหน่วยบริการมีงาน PP นอก จะไม่นับพยาบาลวิชาชีพรวม)
1.3 มีบุคลากรอื่นด้านสาธารณสุขหรือสาขาที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการครบตามเกณฑ์	- มีบุคลากรอื่นวุฒิปริญญาตรีด้านสาธารณสุขหรือสาขาที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิต่อประชากร UC คือ 3 : 10,000 คน
	- มีบุคลากรอื่นวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรีด้านสาธารณสุขหรือสาขาที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิต่อประชากร UC คือ 3 : 10,000 คน

เกณฑ์การพิจารณา	แนวทางการพิจารณา
<b>2. มิติเชิงการจัดบริการ 36 คะแนน</b>	
<p>2.1 มีฐานข้อมูล (ทะเบียน) ผู้ป่วย 5 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง</li> <li>- กลุ่มหญิงตั้งครรภ์</li> <li>- กลุ่มเด็ก (0-5 ปี)</li> <li>- กลุ่มผู้สูงอายุ</li> <li>- กลุ่มผู้พิการ</li> </ul>	<p>โดยพิจารณาจากทะเบียนหรือฐานข้อมูลของกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม โดยประกอบไปด้วย จำนวน , การให้บริการในแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้พิการมีการสำรวจจัดทำทะเบียนและยอดการใช้บริการ , กลุ่มเด็ก 0-5ปี มีทะเบียนและการติดตามพัฒนาการเด็ก , กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ จัดทำทะเบียนการให้บริการ หรือพิจารณาจากผลการตรวจประเมินหน่วยบริการประจำปีงบประมาณ 2556 ข้อ 2.1 ตามแบบตรวจประเมินหน่วยบริการประจำ</p>
<p>2.2 ให้บริการเยี่ยมบ้านในลักษณะ Home Visit และมีการจัดทำแฟ้มครอบครัว (Family Folder) ในกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>พิจารณาผลการตรวจประเมินหน่วยบริการประจำปีงบประมาณ 2556 ข้อ 2.4 ตามแบบตรวจประเมินหน่วยบริการประจำ</p>
<p>2.3 ผลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ(PP) จากการจัดสรรงบประมาณเหมาะสม</p>	<p>พิจารณาจากผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ เทียบตามการจัดสรรงบประมาณ(เหมาะสม) ปีงบประมาณ 2556</p>
<p>2.4 ผลการตรวจประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ(PP)</p>	<p>พิจารณาจากผลการตรวจประเมินตามแบบนิเทศและตรวจประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2556</p>
<b>3. มิติเชิงการบริหาร (36 คะแนน)</b>	
<p>3.1 มีผู้จัดการ รวมถึงวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย แผนงาน และโครงการ ที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้มีสิทธิ์ ที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน</p>	<p>พิจารณาจากผลการตรวจประเมินหน่วยบริการประจำปีงบประมาณ 2556 ข้อ 4.1 และ 4.2 ตามแบบตรวจประเมินหน่วยบริการประจำ โดยเป็นผู้ที่จบการศึกษาวุฒิปริญญาตรี/โท ด้านการพยาบาล/การบริหารจัดการ/อื่นๆ และหรือมีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุขหรือด้านการบริหารอย่างน้อย 2 ปี</p>
<p>3.2 มีคณะกรรมการบริหารสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีองค์ประกอบ 4 ภาคส่วน จาก ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือตัวแทนศูนย์</p>	<p>กรณีหน่วยบริการเดิม พิจารณาจากผลการตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับงบประมาณตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ(On Top Payment) ปี2556 ข้อ 7 และ 8</p>

เกณฑ์การพิจารณา	แนวทางการพิจารณา
ประสานงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมี การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน	กรณีหน่วยบริการใหม่ พิจารณาจากการดำเนินงานที่เคย มีเครือข่ายภาคประชาชนเข้าร่วม (พร้อมแนบรายงานผล การดำเนินงาน)
3.3 มีการจัดเครือข่ายเพื่อการส่งต่อ เพื่อให้ สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ตามที่กำหนด (ประเมินระบบการส่งต่อของหน่วยบริการเช่นส่ง ต่อPt. ทั้งไปและกลับ ,ทันตกรรม ,Lap)	พิจารณาจากผลการตรวจประเมินหน่วยบริการประจำ ปีงบประมาณ 2556 ข้อ 4.3(ม4.3.1 – ม4.3.7) ตาม แบบตรวจประเมินหน่วยบริการประจำ
3.4 จำนวนข้อร้องเรียนการให้บริการของหน่วย บริการปฐมภูมิในปีงบประมาณ 2556	พิจารณาจากข้อมูลสถานการณ์เรื่องร้องเรียนหน่วย บริการประจำ/ปฐมภูมิ ของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กทม.

หมายเหตุ หากหน่วยบริการใดที่มีผลการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน หรือบริการเชิงรุกที่ชัดเจน จะได้รับการพิจารณาคะแนนเพิ่ม

ในการจัดสรรงบประมาณส่วนที่ 1 ให้กับหน่วยบริการที่ผ่านการพิจารณา จะจัดสรรตามจำนวนประชากรผู้มี สิทธิของหน่วยบริการนั้น โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2556

**ส่วนที่ 2** จ่ายตามผลลัพธ์คุณภาพบริการ (Quality and Outcomes Framework : QOF) ของกลุ่ม หน่วยบริการประจำระดับปฐมภูมิ(Primary Care Level) โดยจัดสรรเป็นวงเงินแบบมีเพดาน(global budget) จำนวนไม่น้อยกว่า 15 บาท/ประชากร ซึ่งองค์ประกอบตัวชี้วัดจะประกอบด้วย ตัวชี้วัดกลางระดับประเทศ และ ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ซึ่งสปสช.เขตสามารถเพิ่มเติมเกณฑ์ระดับพื้นที่ได้ตามคณะทำงานพิจารณาและผ่านความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) และสำนักงานฯจะแจ้งให้หน่วยบริการ ทราบต่อไป

### 3. แผนการดำเนินงานงบทตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ(Quality and Outcome Frame work : QOF)

การดำเนินงาน	ระยะเวลา
1. เสนอกรอบการดำเนินงานผ่าน อปสช.พิจารณาเห็นชอบ และขอ อนุมัติการดำเนินงานต่อเลขาธิการสปสช.	ประมาณ เดือนกย. 2556
2. ประชาสัมพันธ์ และรับสมัครให้หน่วยบริการทราบ	1- 27 กย. 2556
3. ประชุมชี้แจงหน่วยบริการที่สมัครเข้าร่วมดำเนินงานฯ	1 ตค. 2556
4. รวบรวมข้อมูลการรับสมัครเพื่อจัดทำเสนอคณะทำงานฯ	1-6 ตค. 2556

การดำเนินงาน	ระยะเวลา
5. ประชุมคณะทำงานพิจารณา	8 ตค. 56(บ่าย)
6. - แจ้งผลการพิจารณาหน่วยบริการ - จัดทำหนังสือแสดงความจำนงแนบท้ายสัญญาหลัก	ตค. 2556
7. จัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการตามผลการพิจารณา	พย. 2556
8. กำกับ ติดตาม (ตรวจประเมินประจำปี ,ประชุม KM)	ตค. 56- 30 มีย. 2557
9. ประเมินผลการดำเนินงานตาม QOF	1 - 30 กค. 2557

### 8. ขั้นตอนการจัดสรรเงิน

8.1 สำนักงานฯ จัดสรรงบประมาณส่วนที่ 1 ให้กับหน่วยบริการ หลังจากหน่วยบริการได้ผ่านการพิจารณาตามคณะทำงานพิจารณาผลการดำเนินงานหน่วยบริการเพื่อรับงบตามเกณฑ์ศักยภาพบริการ(On Top Payment) ตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิของหน่วยบริการ โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2556

8.2 สำนักงานฯ จัดสรรงบประมาณส่วนที่ 2 ให้กับหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินตามแบบตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับงบตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Frame work : QOF) ตามที่สำนักงานฯกำหนด

8.3 สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร แจ้งข้อมูลการโอนเงินผ่าน website ([www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th)) → บริการออนไลน์ → NHSO budget → รายงานการจ่ายเงินกองทุน)

### 9. การควบคุม กำกับ และตรวจสอบ

9.1 สำนักงานฯ ร่วมกับคณะทำงานตรวจประเมินฯ ทำการตรวจประเมินหน่วยบริการทุกแห่งที่รับงบตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ(Quality and Outcome Frame work : QOF)

9.2 สำนักงานฯร่วมกับคณะทำงานตรวจประเมินฯ จะทำการตรวจสอบซ้ำ กรณีพบความผิดปกติของผลการตรวจประเมินครั้งที่ 1

9.3 กรณีผลการตรวจพบว่าหน่วยบริการแห่งใดไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินตามแบบตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับงบตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Frame work : QOF) ปีงบประมาณ 2557 โดยเฉพาะเกณฑ์บังคับ สำนักงานฯจะไม่จัดสรรงบประมาณส่วนที่ 2 และจะเรียกเงินคืนในงบประมาณส่วนที่ 1

### 10. รายชื่อผู้ประสานงาน

- นางพอโฉม บุนนาค (เจ้าหน้าที่บริหารงานประกันสุขภาพ)  
โทรศัพท์ 02 - 1420961 , 089 - 9696493  
โทรสาร 02 - 1438772 - 3  
E-mail: [Pochom.b@nhso.go.th](mailto:Pochom.b@nhso.go.th)
- นางสาวกิตติยารัตน์ สามงามเอี่ยม (เจ้าหน้าที่ประสานงาน)  
โทรศัพท์ 02 - 1420967 , 083 - 9911844  
โทรสาร 02 - 1438772 - 3  
E-mail: [kityarat.s@nhso.go.th](mailto:kityarat.s@nhso.go.th)



ใบแสดงความจำนง

เข้าร่วมดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ  
(Quality and Outcome Frame work : QOF) ปีงบประมาณ 2557

\*\*\*\*\*

ตามที่(ชื่อหน่วยบริการ)..... ซึ่งเป็นหน่วย  
บริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร  
แจ้งการรับสมัครหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิเข้าร่วมดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ  
(Quality and Outcome Frame work : QOF) ปีงบประมาณ 2557 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นั้น หน่วย  
บริการขอแสดงความจำนง

- ประสงค์เข้าร่วมดำเนินงาน
- ไม่ประสงค์เข้าร่วมดำเนินงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ หน่วยบริการ

(.....)

ผู้มีอำนาจลงนาม/ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ประทับตราหน่วยบริการ

หมายเหตุ ให้ส่งเอกสารประกอบการพิจารณาทั้ง 2 รายการพร้อมทั้งเอกสารแนบให้ครบถ้วนไปยังนางสาว  
กิตติญารัตน์ สามงามเยี่ยม(ผู้ประสานงาน) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร  
ภายในวันศุกร์ที่ 27 กันยายน 2556



แบบประเมินตนเอง

เพื่อเข้าร่วมดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ  
(Quality and Outcome Frame work : QOF) ปีงบประมาณ 2557

คำชี้แจง

โปรดกรอกข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์ และเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่ข้อมูลตรงกับ  
หน่วยบริการ และกรอกข้อความในช่องว่างที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

หมวดข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....(ตามสนย.สธ.)  
ที่ตั้งเลขที่ .....ถนน.....แขวง.....เขต.....  
กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....  
e-mail.....

2. หน่วยบริการรับส่งต่อ

★ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....  
★ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....  
★ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....

3. ลักษณะโครงสร้างอาคารสถานที่ บริบทพื้นที่ จุดสังเกต(อธิบายเพิ่มเติม)

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

4. เวลาการเปิดให้บริการ

★วันธรรมดา (จันทร์ – ศุกร์) ระบุช่วงเวลา ..... น.  
★วันเสาร์ อาทิตย์ ระบุช่วงเวลา ..... น.  
★วันหยุดนักขัตฤกษ์ ระบุช่วงเวลา ..... น.

5. จำนวนประชากร UC ในความรับผิดชอบ

ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 จำนวน ..... คน



## หมวดบุคลากร

## 6. บุคลากรปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการ (ระบุโดยละเอียด)

ลำดับ	ข้อมูลบุคลากร	เวลาปฏิบัติงาน
1	แพทย์ ..... คน 1.1 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ..... คน(แนบใบประกาศนียบัตร) ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 1.2 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ..... คน ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....	<input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)
2	เภสัชกร ..... คน 2.1 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 2.2 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....	<input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)
3	พยาบาลวิชาชีพ ..... คน 3.1 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 3.2 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 3.3 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 3.4 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 3.5 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....	<input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) จำนวน ..... คน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT) จำนวน ..... คน
4	บุคลากรอื่นวุฒิปริญญาตรีด้านสาธารณสุขหรือสาขาที่เกี่ยวข้อง .....คน 4.1 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 4.2 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 4.3 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 4.4 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 4.5 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 4.6 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 4.7 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... 4.8 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....	<input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) จำนวน ..... คน <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT) จำนวน ..... คน

ลำดับ	ข้อมูลบุคลากร	เวลาปฏิบัติงาน
5	<p>บุคลากรอื่นวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรีด้านสาธารณสุขหรือสาขาที่เกี่ยวข้อง .....คน</p> <p>5.1 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>5.2 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>5.3 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>5.4 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>5.5 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>5.6 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>5.7 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>5.8 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) จำนวน ..... คน</p> <p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT) จำนวน ..... คน</p>
6	<p>บุคลากรอื่นๆ ..... คน ทันตแพทย์ ,นักกายภาพบำบัด , ,นักการแพทย์แผนไทย ,ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย</p> <p>6.1 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง..... วุฒิการศึกษา.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>6.2 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง..... วุฒิการศึกษา.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>6.3 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง..... วุฒิการศึกษา.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>6.4 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง..... วุฒิการศึกษา.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>6.5 ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง..... วุฒิการศึกษา.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)</p> <p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)</p> <p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)</p> <p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)</p> <p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)</p>
<b>งานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ(กรณีรับ PP นอก บุคลากรแยกต่างหาก)</b>		
7	<p>พยาบาลวิชาชีพ ..... คน</p> <p>7.1 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p> <p>7.2 ชื่อ-สกุล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....</p>	<p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)</p> <p><input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ครบ 40 ชม.-FT) <input type="checkbox"/> ปฏิบัติงานวันจันทร์-ศุกร์(ไม่ครบ 40 ชม.-PT)</p>

หมวดการจัดการบริการอื่นๆ
--------------------------

## 7. การดำเนินงานการมีส่วนร่วม หรือการจัดบริการเชิงรุก ร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน

7.1 คณะกรรมการบริหารสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีองค์ประกอบ 4 ภาคส่วน (ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่, ผู้รับบริการ, ผู้ให้บริการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือตัวแทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

มีคำสั่งแต่งตั้งชัดเจน(พร้อมแนบเอกสารประกอบ)  ไม่มี

## 7.2 การดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชน

มีการดำเนินงานหรือเคยมี(พร้อมแนบรายงานการดำเนินงาน)  ไม่มี

**หมายเหตุ** แนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

1. เอกสารประกอบข้อมูลบุคลากรรายบุคคล ได้แก่
  - สำเนาสัญญาจ้าง
  - สำเนาใบประกอบวิชาชีพ / ใบประกาศนียบัตร หรือใบแสดงวุฒิการศึกษา
  - สำเนาหนังสือรับรองผ่านการศึกษาหรืออบรมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว(ถ้ามี)
2. เอกสารการดำเนินงานการมีส่วนร่วม ข้อ 7 (ถ้ามี)
3. พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ



แบบตอบรับการเข้าร่วม  
ประชุมชี้แจงการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ และผลงานบริการปฐมภูมิ  
(Quality and Outcome Frame work : QOF) ปีงบประมาณ 2557

วันอังคารที่ 1 ตุลาคม 2556 เวลา 13.30 -16.00 น

ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร  
อาคารบี โชนทิสใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ) ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา  
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

\*\*\*\*\*

ชื่อหน่วยงาน.....รหัสหน่วยบริการ.....

ไม่เข้าร่วมประชุม

เข้าร่วมประชุม รายชื่อดังนี้

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม (หน่วยบริการแห่งละ 1 คน)

1. ชื่อ-นามสกุล .....ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร..... E-mail: .....

ที่อยู่ .....

โปรดส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมที่

ผู้ประสานงาน : นางสาวกิตติญารัตน์ สามงามเยี่ยม (ก้อย)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ 02-1420967 โทรสาร 02-1438772-3

E-mail : [kityarat.s@nhso.go.th](mailto:kityarat.s@nhso.go.th) ภายในวันที่ 27 กันยายน 2556

.....ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ.....