

ที่ สปสช. ๕.๔๒ / ๑.๐๒๓/๖

๕ มิถุนายน ๒๕๕๖

เรื่อง สอบถามความประสงค์ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๗

เรียน ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเอกชนตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทุกแห่ง

อ้างถึง สัญญาให้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแสดง ความประสงค์ไม่ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ของหน่วยบริการ  
เอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตามข้อ ๘.๓ ของสัญญาที่อ้างถึง “ หากหน่วยบริการไม่ประสงค์จะต่อสัญญาในปีงบประมาณต่อไปอีก  
ให้หน่วยบริการแจ้งความประสงค์เป็นหนังสือต่อสำนักงานก่อนสัญญาสิ้นสุดไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน ”

สำนักงานฯ ใคร่ขอสอบถามความประสงค์ว่าหน่วยบริการของท่านมีความประสงค์จะต่อสัญญาให้บริการ  
สาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ หรือไม่ โดยขอให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. หน่วยบริการประจำเอกชน ที่ประสงค์ไม่ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ขอให้  
แจ้งความประสงค์ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และส่งกลับสำนักงานฯ ภายในวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๖ หากไม่ส่งเอกสารดัง  
กล่าวสำนักงานฯ จะถือว่าประสงค์ต่อสัญญาฯ

๒. หน่วยบริการประจำที่มีความประสงค์ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ให้ดำเนินการ  
การดังนี้

๒.๑ ให้หน่วยบริการที่รับการส่งต่อแสดงความประสงค์ ในการรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อจาก  
หน่วยบริการท่าน ตามแบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (รัฐ) หรือแบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่  
รับส่งต่อ (เอกชน) แล้วแต่กรณี โดยสามารถ Download แบบฟอร์มทั้งสองแบบได้ที่ <http://bkk.nhso.go.th> ในหัว  
ข้อ “ ข่าวประชาสัมพันธ์ ” และส่งแบบตอบรับฯ ฉบับจริงกลับที่สำนักงานฯ ภายในวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๕๖ ด้วย  
หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าวจะถือว่าหน่วยบริการของท่านไม่มีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ อาจส่งผลให้ไม่มีคุณสมบัติ  
ของการเป็นหน่วยบริการประจำในปีงบประมาณ ๒๕๕๗

๒.๒ ส่งใบตอบรับเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการทันตกรรม และ/หรือ หน่วยบริการร่วมให้บริการห้อง  
ปฏิบัติการ กรณีที่หน่วยบริการของท่านไม่ได้ดำเนินการเองโดยส่งมาพร้อมกับเอกสารข้อ ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายรัฐพล เตரியวิชานนท์)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

แบบแสดง ความประสงค์ไม่ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข  
ปีงบประมาณ ๒๕๕๗”  
ของหน่วยบริการเอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสหน่วยบริการ.....

ขอแจ้งความประสงค์ ดังนี้

(     ) ไม่ประสงค์ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๕๗

ลายเซ็นผู้มีอำนาจลงนาม (ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

.....

(.....)

วันที่ส่งเอกสาร.....

หมายเหตุ

- 1.ส่งตัวจริงกลับสำนักงานฯภายในวันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๖ (มาส่งเองหรือส่งทางไปรษณีย์)
- 2.หน่วยบริการที่ไม่แจ้งให้สำนักงานทราบตามวันที่กำหนด จะถือว่า ประสงค์ต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุขปีงบประมาณ ๒๕๕๗



ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  
โรงพยาบาลของรัฐ

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....รพ.ที่สถานพยาบาล.....  
ที่ตั้ง.....  
.....ได้สมัครเป็นหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ปีงบประมาณ ..... นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้าผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....  
ตั้งอยู่เลขที่.....  
ยินดีรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary care) สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในผู้มีสิทธิ  
จำนวน 10,000 คน และผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากคลินิก.....ทั้งนี้  
ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ หรือมติคณะกรรมการหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราโรงพยาบาล



ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  
โรงพยาบาลเอกชน

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....รพัสสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....

.....ได้สมัครเป็นหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ ..... นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....

ประกอบกิจการสถานพยาบาลของโรงพยาบาล.....รพัสสถานพยาบาล

.....ตั้งอยู่เลขที่.....

ยินดีรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary care) สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้มีสิทธิ  
จำนวน 10,000 คน และผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากคลินิก..... ทั้งนี้

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ หรือมติคณะกรรมการหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตาม

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราโรงพยาบาล



ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....รพัสสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....

.....ได้สมัครเป็นหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ ..... นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....

ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลของหน่วยร่วมให้บริการด้าน.....ตั้งอยู่เลขที่

..... ยินดีรับเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้าน.....ทันตกรรม..... (Sub Contractor) ของ  
หน่วยบริการ..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ  
ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการ  
ปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราสถานพยาบาล



ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการ

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน.....

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามทีคลินิก.....รพัสสถานพยาบาล.....

ที่ตั้ง.....

.....ได้สมัครเป็นหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปีงบประมาณ ..... นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....

ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลของหน่วยร่วมให้บริการด้าน.....ตั้งอยู่เลขที่

.....ยินดีรับเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้าน.....ห้องปฏิบัติการ..... (Sub Contractor)

ของหน่วยบริการ..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ

ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการ

ปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราสถานพยาบาล