



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

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

ที่ สปสช ๕.๔๒/ว. ๓๐๕

๑ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอให้ส่งเอกสารเพื่อยืนยันการเป็นหน่วยบริการพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เรียน ผู้ประกอบกิจการหน่วยบริการภาคเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตามที่หน่วยบริการ ได้ทำสัญญาให้บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ซึ่งสัญญาดังกล่าวจะสิ้นสุดในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ ตามความทราบแล้วนั้น ทั้งนี้ หากประสงค์จะต่อสัญญาเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีหน่วยบริการที่รับส่งต่อ

เพื่อให้การดำเนินงานให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สำนักงานฯ จึงขอให้หน่วยบริการจัดส่งเอกสารเพื่อยืนยันการต่อสัญญาให้บริการสาธารณสุขฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยดาวน์โหลดเอกสารและกรอกข้อมูลหน่วยบริการ พร้อมทั้งใบตอบรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ และสามารถดาวน์โหลดเอกสารดังกล่าวได้ที่เว็บไซต์ <https://bkk.nhso.go.th/> ข่าวประชาสัมพันธ์/เอกสารใบตอบรับและแบบสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ให้จัดส่งเอกสารทั้งหมดไปยังสำนักงานฯ ภายในวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ และขอให้หน่วยบริการปรับปรุงฐานข้อมูลในโปรแกรมระบบข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ (CPP) ให้เป็นปัจจุบัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ ต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายปริญญา ชมวงษ์)

รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เขต 13 กรุงเทพมหานคร  
ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

โทร. ๐ ๒๑๔๒ ๐๙๓๐ มือถือ ๐๖ ๑๘๖๐ ๔๔๔๒ /๐๖๑ ๔๑๘ ๔๘๐๖

โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ผู้รับผิดชอบ นางสาวปานทิพย์ สมณี / นางพรนารี ทิมเกิด

FM-401 04-040

ฉบับที่ 03

วันที่ 15 กรกฎาคม 2558

ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  
โรงพยาบาลเอกชน

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....รพัสสถานพยาบาล.....  
สถานที่ตั้ง เลขที่.....  
.....ได้สมัครเป็นหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
ปีงบประมาณ ..... นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....  
ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาลของโรงพยาบาล.....  
รพัสสถานพยาบาล..... สถานที่ตั้ง เลขที่.....  
.....

ยินดีรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary care) สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน แก่ผู้มีสิทธิ  
จำนวน ..... คน และผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากคลินิก.....  
ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ หรือมติคณะกรรมการ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตาม  
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราโรงพยาบาล



ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  
โรงพยาบาลของรัฐ

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คุณคลินิก.....รหัสสถานพยาบาล.....

สถานที่ตั้ง เลขที่.....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

ได้สมัครเป็นหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ ..... นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล .....

สถานที่ตั้ง เลขที่.....

..... ยินดีรับเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (Secondary care) สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในแก่ผู้มีสิทธิ จำนวน .....คน และผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากคลินิก..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราโรงพยาบาล

ข้อมูลของหน่วยบริการและหน่วยร่วมให้บริการ  
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2562

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อหน่วยบริการ/หน่วยร่วมให้บริการ.....

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานะหน่วยบริการ  ปฐมภูมิ  ปฐมภูมิ/ประจำ

หน่วยร่วมให้บริการ  ด้านทันตกรรม  ด้านเทคนิคการแพทย์

ด้านกายภาพบำบัด

ชื่อผู้ประกอบการ..... โทรศัพท์.....

วัน/เวลาเปิดให้บริการ

● วันจันทร์-ศุกร์ เวลา.....

● วันเสาร์-อาทิตย์ เวลา.....

สถานที่ตั้ง เลขที่.....

ลักษณะอาคารที่ตั้ง  อาคารเดี่ยว.....ชั้น  อาคารพาณิชย์.....ชั้น  เป็นของตนเอง

เป็นอาคารเช่า สัญญาเช่า.....ปี หหมดสัญญาเช่า (ว./ด./ป.).....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail.....

2. เครือข่ายหน่วยบริการ และหน่วยร่วมให้บริการ

2.1 หน่วยบริการร่วมให้บริการ จำนวน.....หน่วย ได้แก่

2.1.1 ชื่อหน่วยร่วมบริการด้านเทคนิคการแพทย์.....

รหัสสถานพยาบาล.....

2.1.2 ชื่อหน่วยร่วมบริการด้านทันตกรรม.....

รหัสสถานพยาบาล.....

2.1.3 ชื่อหน่วยร่วมบริการด้านรังสีวินิจฉัย.....

รหัสสถานพยาบาล.....

2.1.4 ชื่อหน่วยร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย.....

รหัสสถานพยาบาล.....

2.1.5 ชื่อหน่วยร่วมให้บริการด้านกายภาพบำบัด.....

รหัสสถานพยาบาล.....

2.1.6 ชื่อหน่วยร่วมให้บริการด้านอื่นๆ (โปรดระบุ).....

รหัสสถานพยาบาล.....

### 3. บุคลากรปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการ (ระบุโดยละเอียด)

#### 3.1 แพทย์ รวม.....คน

3.1.1 แพทย์ทั่วไป.....คน Full time.....คน Part time.....คน

- 1) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 ประกาศนียบัตร/ผ่านการอบรมสาขา.....  
 วันที่.....รวมระยะเวลาอบรม.....
- 2) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 ประกาศนียบัตร/ผ่านการอบรมสาขา.....  
 วันที่.....รวมระยะเวลาอบรม.....
- 3) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขา.....  
 วันที่ได้รับ.....รวมระยะเวลา.....

3.1.2 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.....คน Full time.....คน Part time.....คน

- 1) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขา.....  
 วันที่ได้รับ.....รวมระยะเวลา.....
- 2) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขา.....  
 วันที่ได้รับ.....รวมระยะเวลา.....
- 3) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขา.....  
 วันที่ได้รับ.....รวมระยะเวลา.....

3.2 ทันตแพทย์.....คน Full time.....คน Part time.....คน

- 1) ชื่อ-สกุล.....  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

2) ชื่อ-สกุล.....  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

3.3 เกสัซกร..... คน Full time.....คน Part time.....คน

1) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

2) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

3.4 พยาบาล รวม.....คน Full time.....คน Part time.....คน

3.4.1 พยาบาลวิชาชีพ..... คน Full time.....คน Part time.....คน

1) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

2) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

3) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

4) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

5) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

6) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

3.4.2 พยาบาลเวชปฏิบัติ.....คน Full time.....คน Part time.....คน

1) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 หลักสูตร/วุฒิ.....  
 สถาบัน..... ระยะเวลาอบรม.....

2) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 หลักสูตร/วุฒิ.....  
 สถาบัน..... ระยะเวลาอบรม.....

**3.4.3 พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว.....คน Full time.....คน Part time.....คน**

- 1) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 หลักสูตร/วุฒิ.....  
 สถาบัน.....ระยะเวลาอบรม.....
- 2) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 หลักสูตร/วุฒิ.....  
 สถาบัน.....ระยะเวลาอบรม.....
- 3) ชื่อ-สกุล.....  Full time  Part time  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 หลักสูตร/วุฒิ.....  
 สถาบัน.....ระยะเวลาอบรม.....

**3.5 ผู้จัดการประจำหน่วยบริการ (ตามเกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการประจำ/ปฐมภูมิ)**

- 1) ชื่อ-สกุล.....  
 วุฒิการศึกษา.....  
 มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุข.....ปี  
 ผ่านการอบรมหลักสูตร.....วันที่.....

**3.6 บุคลากรด้านสาธารณสุข.....คน**

- 1) ชื่อ-สกุล.....  
 วุฒิการศึกษา.....  
 ผ่านการอบรมหลักสูตร.....  
 สถาบัน.....  
 ระยะเวลาอบรม.....
- 2) ชื่อ-สกุล.....  
 วุฒิการศึกษา.....  
 ผ่านการอบรมหลักสูตร.....  
 สถาบัน.....  
 ระยะเวลาอบรม.....

- 3) ชื่อ-สกุล.....  
 วุฒิการศึกษา.....  
 ผ่านการอบรมหลักสูตร.....  
 สถาบัน.....  
 ระยะเวลาอบรม.....
- 4) ชื่อ-สกุล.....  
 วุฒิการศึกษา.....  
 ผ่านการอบรมหลักสูตร.....  
 สถาบัน.....  
 ระยะเวลาอบรม.....

**3.7 นักกายภาพบำบัด.....คน**

- 1) ชื่อ-สกุล.....  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....
- 2) ชื่อ-สกุล.....  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

**3.8 แพทย์แผนไทย.....คน**

- 1) ชื่อ-สกุล.....  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....
- 2) ชื่อ-สกุล.....  
 เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....  
 วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

**3.9 บุคลากรอื่นๆ.....คน**

- 1) ชื่อ-สกุล.....  
 วุฒิการศึกษา.....  
 ประสบการณ์การทำงานด้านบริการสาธารณสุข.....  
 ผ่านการอบรมหลักสูตร.....  
 สถาบัน.....  
 ระยะเวลาการอบรม.....



- 2) ชื่อ-สกุล.....
- วุฒิการศึกษา.....
- ประสบการณ์การทำงานด้านบริการสาธารณสุข.....
- ผ่านการอบรมหลักสูตร.....
- สถาบัน.....
- ระยะเวลาการอบรม.....

**หมายเหตุ** 1. กรณีหน่วยบริการมีบุคลากรปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ให้คำปรึกษา (Counseling) ที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาจากสถาบันที่ได้มาตรฐาน ให้ระบุตำแหน่งท้ายชื่อบุคลากรนั้น พร้อมแนบเอกสารหลักฐานแสดงการผ่านอบรม

2. กรณีหน่วยบริการมีบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ผ่านการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ระบุรายละเอียดท้ายชื่อบุคลากรนั้น พร้อมแนบเอกสารหลักฐานแสดงการผ่านอบรม

\* กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลจากที่แจ้งไว้ขณะทำสัญญา ให้ส่งเอกสารหลักฐานแสดงข้อมูลใหม่ ส่งให้สำนักงานฯ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง (ตามประกาศสปสช.เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ข้อมูล

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

วันที่.....

