สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

120 ม. 3 อาคารบี โซนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ)ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษาฯ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210 โทรศัพท์ 0 2142 1000 โทรสาร 0 2143 8772-3

ที่ สปสช. ๔๒ /ว.๐๑๕๗

๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.หลักเกณฑ์รับสมัครหน่วยร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑ ฉบับ
๒.ใบสมัครเข้าร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร จะได้จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้สตรีไทยวัย๓๐-๖๐ปีเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีคุณภาพได้โดยสะดวก

ในการนี้ สำนักงานพิจารณาแล้วเห็นว่าสถานพยาบาลของท่านมีศักยภาพในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear เชิงรุกในชุมชน สำนักงานจึงขอเชิญสถานพยาบาลของท่านสมัครเข้าร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear เชิงรุกในชุมชน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ โดยท่านสามารถส่งใบสมัครเข้าร่วมให้บริการตามที่สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โซนทิศใต้(อาคารจอดรถ) “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพ ๑๐๒๑๐ **ภายในวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๕** นี้ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ ๐ ๒ ๑๔๒ ๐๙๓๓, ๐๘๑ ๘๒๗ ๘๔๘๒ Email piyarat.w@nhso.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายรัฐพล เตรียมวิชานนท์)
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
กลุ่มงานบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพและโรคเฉพาะ
โทรศัพท์ ๐๒ ๑๔๒ ๐๙๓๓ โทรสาร ๐๒ ๑๔๓ ๘๗๗๒-๓
ผู้ประสาน นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา

หลักเกณฑ์รับสมัครหน่วยร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานคร

เพื่อให้สตรีไทยวัย๓๐-๖๐ปีเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear ที่มีคุณภาพได้โดยสะดวก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานครจึงมีความประสงค์จัดหาหน่วยร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear เชิงรุกในชุมชนพื้นที่กรุงเทพมหานครเพิ่มเติม ตามคุณสมบัติต่อไปนี้

คุณสมบัติหน่วยร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานคร

๑. เป็นสถานพยาบาลภาครัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เป็นคู่สัญญาให้บริการกับสปสช. กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนจะต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลจากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข และใบอนุญาตไม่หมดอายุ

๒. สามารถให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear แก่สตรีไทยอายุ ๓๐-๖๐ปี ทุกสิทธิการรักษา และให้คำปรึกษาสุขภาพ โดยไม่เก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ

๓. มีหน่วยตรวจทางเซลล์วิทยาหรือมีระบบการส่งต่อเพื่อตรวจทางเซลล์วิทยา

๔. มีคอมพิวเตอร์พร้อมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง สามารถเชื่อมต่อเครือข่ายสารสนเทศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร เพื่อใช้ตรวจสอบสิทธิและบันทึกข้อมูลบริการส่งสำนักงานฯ ตามที่สำนักงานฯกำหนด

๕. มีระบบการแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการ ตลอดจนมีระบบส่งต่อและติดตามผู้รับบริการเข้ารับการรักษาตามสิทธิ กรณีผลการตรวจพบความผิดปกติ

๖. มีระบบควบคุมคุณภาพการให้บริการภายในสถานพยาบาล

๗. กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนการดำเนินการต่างๆ ได้แก่ การประกอบวิชาชีพและการออกหน่วยเคลื่อนที่จะต้องไม่ขัดต่อพรบ.สถานพยาบาล

๘. สามารถประสานงานลงชุมชนได้

กิจกรรมและอัตราค่าชดเชยบริการ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear ในกลุ่มสตรีไทยอายุ ๓๐-๖๐ปีอัตราชดเชยบริการ๒๕๐บาท

หมายเหตุ

๑. สำนักงานกำหนดให้สถานพยาบาลทำได้กิจกรรมละ ๑ ครั้งโดยไม่ซ้ำซ้อนกับการเบิกจ่ายกับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลอื่น

๒. ผู้รับบริการเป็นคนไทยทุกสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิว่าง สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ(ต้องไม่เบิกจ่ายซ้ำซ้อนกับสำนักงบประมาณ)

การเบิกจ่ายเงินชดเชยบริการ

จ่ายเงินค่าบริการทุก ๑ เดือนผ่านบัญชีธนาคารธกส. โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการส่งข้อมูลการให้บริการผ่านโปรแกรมOnline ตามที่สำนักงานกำหนด

การสมัครเข้าร่วมให้บริการ

๑. Downloadแบบฟอร์มใบสมัครการจัดตั้งหน่วยร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smearพื้นที่กรุงเทพมหานครประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ได้ที่ http://bkk.nhso.go.th หรือ ขอรับได้ที่กลุ่มงานบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพและโรคเฉพาะ หรือผ่านทาง Email piyarat.w@nhso.go.th ,saranporn.b@nhso.go.th โทรศัพท์ ๐ ๒ ๑๔๒ ๐๙๓๓

๒. ยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โชนทิศใต้(อาคารจอดรถ) "ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐" ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพ ๑๐๒๑๐ **ภายในวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๕ ในวันและเวลาราชการ**

เอกสารประกอบการสมัคร

๑. แบบฟอร์มใบสมัครหน่วยร่วมเข้าร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานครประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๕ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนให้แนบสำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจกรรมสถานพยาบาล (สพ.๗)และใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(สพ.๑๙) จำนวน ๑ ฉบับ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

สอบถามรายละเอียด

นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ ๐ ๒ ๑๔๒ ๐๙๓๓, ๐๘๑ ๘๒๗ ๘๔๘๒ Email piyarat.w@nhso.go.th

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ใบสมัครหน่วยร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
เรื่อง ขอสมัครเป็นหน่วยร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

รหัสสถานพยาบาล(๕หลัก).....เป็นสถานพยาบาลของ ☐รัฐ ☐เอกชน

ที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มีความประสงค์เข้าร่วมให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีPap smear พื้นที่กรุงเทพมหานครของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร โดยสถานพยาบาลของข้าพเจ้ามีการส่งตรวจทางเซลล์วิทยา (Cytology report)

☐ ที่หน่วยของข้าพเจ้าเอง
☐ ส่งตรวจที่.....(โปรดระบุ)

โดยสำนักงานสามารถติดต่อหน่วยงานของข้าพเจ้าเพื่อประสานงานต่อได้ที่

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....โทรศัพท์มือถือ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

( )

ตำแหน่ง.....

ผู้มีอำนาจลงนาม