



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โชนทิศใต้ (อาคารจอดรถ) “ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ด่วนที่สุด
ที่ สปสช.๙.๔๒/ว.๕๘๙๔

๑๕ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอให้ตรวจสอบผลงานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
เรียน ผู้ประกอบกิจการคลินิกชุมชนอบอุ่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ผู้อำนวยการสำนักงานมัย
กรุงเทพมหานคร/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานครให้หน่วยบริการตรวจสอบ
ข้อมูลผลงานบริการตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ(Quality and Outcomes Frame work : QOF) และ การบริหาร
งบบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)ในผู้ป่วย DM/HT พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ
๒๕๖๔แล้วเสร็จไปเมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ สำนักงานฯ ได้นำเสนอผลงานบริการตามเกณฑ์คุณภาพและผลงาน
บริการ (Quality and Outcomes Frame work : QOF) และ ผลงานบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary
prevention) ในผู้ป่วย DM/HT พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และข้อเสนอแนะจากหน่วยบริการเสนอต่อ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พื้นที่กรุงเทพมหานคร ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๔ วันที่ ๑๕ กันยายน
๒๕๖๔ พิจารณา และมีมติเห็นชอบปรับช่วงเวลาเวลาการประมวลผลงานจากเดิม ๑ เมษายน ๒๕๖๔ - ๓๑ ตุลาคม
๒๕๖๔ เป็น ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔

ในการนี้ สำนักงานฯจึงขอให้ท่านตรวจสอบข้อมูลบริการตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ
(Quality and Outcomes Frame work : QOF) และ การบริหารงบบริการควบคุมป้องกันระดับทุติยภูมิ
(Secondary prevention)ในผู้ป่วย DM/HT พื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามเงื่อนไขที่ได้แจ้งดังกล่าวข้างต้นผ่านระบบ
สารสนเทศสำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร(BPCNIS) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ - ๒๑
กันยายน ๒๕๖๔ นี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดมอบหมายผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

ปฏิบัติงาน แทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพและบริการปฐมภูมิ

ผู้ประสานงาน นางปิยะฉัตร อินใจ/นางปิยรัตน์ วงศ์ศรีเสลา

โทรศัพท์ ๐๒๑-๔๑๘-๕๒๓๒ โทรสาร ๐๒-๑๔๓-๘๗๗๒-๓ อีเมลล์ : piyachat.i@nhso.go.th

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่ง

ร่าง.....
พิมพ์.....
ตรวจ.....