



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รับสมัครสถานบริการเพื่อเข้าร่วมเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความประสงค์จะรับสมัครสถานบริการ สาธารณสุข เข้าร่วมเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นเพื่อให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามมาตรา 5 และมาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยจะเพิ่มคลินิกชุมชนอบอุ่นให้ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร จึงขอเชิญสถานบริการสาธารณสุข สมัครเข้าร่วมเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น กรุงเทพมหานคร

คุณสมบัติ คลินิกชุมชนอบอุ่น

- 1 เป็นสถานบริการที่ให้บริการด้านเวชกรรมได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการและดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 (กรณี เป็นสถานบริการเอกชน)
- 2 สามารถเปิดบริการให้แก่บุคคลที่ลงทะเบียนทุกวัน(จันทร์-อาทิตย์)รวมเวลาให้บริการได้อย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ต่อแห่ง(วันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงหรือเทียบเท่า)โดยสามารถเชื่อมต่อการบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาทำการ
- 3 มีบุคลากรปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- 4 สามารถให้บริการผู้ป่วยนอกและมีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการ รวมทั้งบริการทันตกรรมได้ตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- 5 ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ลงทะเบียน โดยเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการ 30 บาทต่อครั้ง และยกเว้นค่าธรรมเนียมแก่ผู้มีสิทธิที่กำหนดไว้ (บัตร ท)ในช่วงเวลาดำเนินการและยกเว้นค่าธรรมเนียมในการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในหน่วยบริการที่กำหนด
- 6 ต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศและคอมพิวเตอร์พร้อมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสามารถ เชื่อมโยงกับเครือข่ายสารสนเทศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ตรวจสอบการลงทะเบียนของผู้มีสิทธิ และจัดส่งข้อมูลอื่นๆให้ได้ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- 7 มีระบบการส่งต่อ การส่งต่อเพื่อชันสูตร/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม

- 8 มีเครือข่ายบริการประกอบด้วย
- คลินิกชุมชนอบอุ่น(Primary Care)
 - มีหน่วยบริการรับส่งต่อทำหน้าที่ระดับ Secondary Care – Tertiary Care
 - หน่วยบริการรับส่งต่ออาจทำหน้าที่ตั้งแต่ระดับ Primary Care – Supertertiary Care ก็ได้
- 9 เครือข่ายที่เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ
- สามารถให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในได้ในระดับ Secondary Care ขึ้นไป (ซึ่งรับการส่งต่อผู้มีสิทธิจากคลินิกชุมชนอบอุ่นในเครือข่าย)
 - สามารถให้บริการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
 - มีจำนวนเตียงที่สำรองไว้เพียงพอสำหรับบริการผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ลงทะเบียน
- 10 มีคุณสมบัติทางกายภาพของคลินิกชุมชนอบอุ่นหลัก มีรูปลักษณะตามที่สำนักงานกำหนดดังนี้
- 10.1 จะต้อง มีพื้นที่ให้บริการต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 80 ตารางเมตร มีห้องตรวจอย่างน้อย 1 ห้อง ห้องให้การรักษายาบาลฉุกเฉิน 1 ห้อง ห้องให้คำปรึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ 1 ห้อง
- 10.2 กรณีที่เป็นสถานบริการใหม่ให้ใช้แบบแปลนโครงสร้างภายในตามที่สำนักงานกำหนด หรือมีแบบแปลนอื่น ให้สำเนาแบบแปลนให้สำนักงานเพื่อประกอบการพิจารณา
- 10.3 กรณีที่เป็นสถานบริการเก่าที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลแล้วให้ส่งโครงสร้างภายในให้สำนักงานสาขาทราบ และพิจารณา
- (เอกสารแนบท้ายประกาศ 1)
- 11 มีคุณสมบัติอื่นตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเรื่องคุณสมบัติมาตรฐานหน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการตามระเบียบว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ
- (เอกสารแนบท้ายประกาศ 2)

การรับสมัคร 15 ธันวาคม 2547 – 30 กันยายน 2548

ขอรับแบบฟอร์มและยื่นใบสมัครได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา กรุงเทพมหานคร เลขที่ 200 อาคารจัสมิน อินเทอร์เน็ตชั้นแนล ทาวเวอร์ (ชั้น 17) หมู่ 4 ถนนแจ้งวัฒนะ ตำบลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี หรือ E-Mail: bkk@nhso.go.th Download : <http://bkk.nhso.go.th>

การตรวจประเมิน

การยื่นใบสมัครเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น ถือเป็นการยืนยันการเข้าร่วมโครงการโดยสถานบริการต้องพร้อมรับการตรวจประเมิน

การประกาศขึ้นทะเบียนหน่วยบริการคลินิกชุมชนอบอุ่น

เมื่อสถานบริการผ่านเกณฑ์ประเมินและมีคุณสมบัติตามประกาศ จะทยอยประกาศขึ้นทะเบียนเป็นระยะ เมื่อประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการแล้ว หน่วยบริการทุกแห่งในเครือข่ายให้ติดป้ายกล่องไฟและสติ๊กเกอร์ ตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนดหน้าหน่วยบริการ หรือในตำแหน่งที่ประชาชนเห็นได้ชัด

เอกสารประกอบการสมัคร

- 1 ใบสมัครเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น พร้อมแผนที่แสดงจุดที่ตั้ง
- 2 สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(กรณีเอกชน)
- 3 สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(กรณีเอกชน)
- 4 หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
- 5 สำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
- 6 ข้อมูลสถานบริการ
- 7 หนังสือรับรองการรับเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อของคลินิกชุมชนอบอุ่นและหนังสือรับรองการเป็นหน่วยรับส่งต่อทางทันตกรรม

สอบถามรายละเอียด

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขากรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ 0-2831-4000 ต่อ 7711 , 7150 , 7442
- <http://bkk.nhso.go.th>

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 20 ธันวาคม 2547



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

รองเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ใบสมัคร

เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ / คลินิกชุมชนอบอุ่น พื้นที่กรุงเทพมหานคร
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2548

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจง

1. รายละเอียดสถานบริการ

1. ชื่อ.....
- สถานที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
- แขวง..... เขต..... กรุงเทพมหานคร
- โทรศัพท์..... โทรสาร..... E mail.....
- 2 ผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล..... ใบอนุญาตเลขที่.....
- 3 ผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล..... ใบอนุญาตเลขที่.....

2. เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

- ใบสมัครเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวและเครือข่าย
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัครเป็นหน่วยบริการฯ)
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
- ใบตอบรับเป็นเครือข่ายหน่วยบริการทันตกรรม ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ
- อยู่ในระหว่างการดำเนินการขออนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
- จัดทำข้อมูลเกี่ยวกับ การจัดหน่วยบริการของท่าน (แบบข้อมูล)

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร และ
หลักฐานที่ต้องใช้ในการรับสมัครมาด้วยแล้ว

สมัคร ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....

ประทับตรานิติบุคคล (.....)

(ถ้ามี)

(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบหลักฐานต่างๆ ของผู้สมัครแล้ว ปรากฏว่า

- ครบถ้วน
- ไม่ครบถ้วน ยังขาดหลักฐาน.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ข้อมูลสถานบริการ

1. เวลาการให้บริการ

	เข้าเวลา.....	บ่ายเวลา.....	เย็นเวลา.....
จันทร์ - ศุกร์			
เสาร์			
อาทิตย์			
อื่นๆ			

2. การจัดบุคลากร

บุคลากร	จำนวน	หมายเหตุ * หากหมุนเวียนมาเฉพาะบางวัน / เวลา โปรดระบุวัน / เวลา ปฏิบัติงาน
แพทย์		
พยาบาลวิชาชีพ		
ทันตแพทย์		
เภสัช		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
อื่นๆ(ระบุ)		

3. เครือข่ายส่งต่อ

- มีหน่วยบริการรับส่งต่อระดับ Secondary care – Tertiary care 1 แห่ง
ได้แก่.....
- มีหน่วยบริการรับส่งต่อระดับ Tertiary care – Supertertiary care อย่างน้อย 1 แห่ง
ได้แก่.....
- มีหน่วยบริการส่งต่อทางทันตกรรม
ได้แก่.....

4. แผนที่แสดงจุดที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิประจำรอบครัว (การเข้าถึง, เส้นทางคมนาคม แสดงจุดสังเกต และสถานที่สำคัญ)

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นเครือข่ายหน่วยบริการทันตกรรม (Sub Contractor)

เรียน เลขธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....ที่ตั้ง.....

ได้สมัครเป็นหน่วยปฐมภูมิคู่สัญญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....

ประกอบกิจการสถานพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก.....ยินดีร่วมเป็น

เครือข่ายหน่วยบริการทันตกรรม (Sub Contractor) ของคลินิก.....ทั้งนี้

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

()

ประทับตรานิติบุคคล

กรณีคลินิก / โรงพยาบาล ของเอกชน

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary Care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....ที่ตั้ง.....

ได้สมัครเป็นหน่วยปฐมภูมิคู่สัญญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....

ประกอบกิจการสถานพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล.....

ยินดีร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary Care) สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน
จากคลินิก ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ

ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

()

ประทับตรานิติบุคคล

กรณีโรงพยาบาลของรัฐ

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary Care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามทีคลินิก.....ที่ตั้ง.....

ได้สมัครเป็นหน่วยปฐมภูมิคู่สัญญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้าผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ยินดีร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary Care) สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วย
อุบัติเหตุฉุกเฉิน จากคลินิก.....ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม
กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้
หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. 2545

ขอแสดงความนับถือ

.....
()