



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง รับสมัครเพิ่มเครือข่ายหน่วยบริการพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความประสงค์จะเพิ่มเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามมาตรา 5 และมาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และอาศัยอำนาจตามข้อ 8 ของข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ.2547 ที่กำหนดให้สำนักงานประกาศรับขึ้นทะเบียนเครือข่ายหน่วยบริการและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงขอเชิญโรงพยาบาลคู่สัญญาเดิมที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิจำนวนมากเพิ่มเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ โดยเพิ่มหน่วยบริการปฐมภูมิหรือกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ

คุณสมบัติ เครือข่ายหน่วยบริการ

1. เครือข่ายหน่วยบริการเป็นหน่วยบริการที่รวมตัวกัน ประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วย เป็นแกนกลางรวมตัวกับหน่วยบริการที่รับส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจมีหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้ รวมกันเป็นเครือข่ายหน่วยบริการเพื่อให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
(เครือข่ายหน่วยบริการจะต้องมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ ตั้งอยู่ภายในเขตเดียวกันหรือพื้นที่รอยต่อในเขตใกล้เคียง)
2. เป็นสถานบริการที่ให้บริการด้านเวชกรรมได้รับอนุญาตประกอบกิจการและดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 (กรณีเป็นสถานบริการเอกชน)
3. หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่สมัครอาจเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ 1 แห่งมีหรืออาจมีหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เกิน 3 แห่งรวมตัวเป็นกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ
โดยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด
4. หน่วยบริการปฐมภูมิหรือกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิในข้อ 3 สามารถเปิดบริการให้แก่บุคคลที่ลงทะเบียนทุกวัน (จันทร์-อาทิตย์)รวมเวลาให้บริการได้อย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (จันทร์-ศุกร์อย่างน้อยวันละ 10 ชั่วโมงเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงหรือเทียบเท่า)โดยสามารถเชื่อมต่อกับการบริการภายในเครือข่ายรวมทั้งการดูแลฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทำการ

- หน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อย 1 แห่ง ในกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องเปิดให้บริการแก่ผู้มีสิทธิไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์(จันทร์-ศุกร์ วันละ 8 ชั่วโมง)
- 5 มีบุคลากรปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- 6 หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือกลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัยโรค ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานการตรวจวินิจฉัยโรคและการฟื้นฟูสภาพบริการ รวมทั้งบริการทันตกรรมได้ตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- 7 ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ลงทะเบียน โดยเก็บค่าธรรมเนียมการให้บริการ 30 บาทต่อครั้ง และยกเว้นค่าธรรมเนียมแก่ผู้มีสิทธิที่กำหนดไว้ (บัตร ท) ในวงเวลาดำเนินการ และยกเว้นค่าธรรมเนียมในการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในหน่วยบริการที่กำหนด
- 8 ต้องมีระบบข้อมูลสารสนเทศและคอมพิวเตอร์พร้อมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสามารถเชื่อมโยงกับเครือข่ายสารสนเทศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่าน Internet เพื่อใช้ตรวจสอบการลงทะเบียนของผู้มีสิทธิ รายงานผลและจัดส่งข้อมูลอื่นๆ ให้ได้ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- 9 มีระบบการส่งต่อ การส่งต่อเพื่อชันสูตร/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม รวมทั้งการส่งต่อไปหน่วยบริการรับส่งต่อที่ทำหน้าที่ระดับตติยภูมิ-ทุติยภูมิ
- 10 คุณสมบัติทางกายภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก 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)
- 12 ให้หน่วยบริการหนึ่งในเครือข่ายหน่วยบริการ เป็นหน่วยบริการประจำเพื่อเป็นคู่สัญญา กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวและค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขอื่นจากกองทุนตามที่คณะกรรมการกำหนด

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

การตรวจประเมิน

การยื่นใบสมัครเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ถือเป็นกรยื่นรับการเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการ โดยสถานบริการต้องพร้อมรับการตรวจประเมิน

การประกาศขึ้นทะเบียนเครือข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิหรือกลุ่มหน่วยบริการ

เมื่อสถานบริการผ่านเกณฑ์ประเมินและมีคุณสมบัติตามประกาศ จะทยอยประกาศขึ้นทะเบียนเป็นระยะ เมื่อประกาศขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการแล้ว หน่วยบริการทุกแห่งในเครือข่ายให้ติดป้ายกล่องไฟและสติ๊กเกอร์ ตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนดหน้าหน่วยบริการ หรือในตำแหน่งที่ประชาชนเห็นได้ชัด

เอกสารประกอบการสมัคร

1. ใบสมัครเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ พร้อมแผนที่แสดงจุดที่ตั้งประกอบด้วย
 - หน่วยบริการปฐมภูมิ
 - หน่วยบริการรับส่งต่อ
 - หน่วยบริการร่วมให้บริการ
2. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(กรณีเอกชน)
3. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล(กรณีเอกชน)
4. หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
5. สำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
6. ข้อมูลสถานบริการ

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

เข้าร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่กรุงเทพมหานคร

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2548

การสมัครเข้าร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการ จะประกอบด้วย

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ คือ.....
2. หน่วยบริการร่วมให้บริการ คือ.....
3. หน่วยบริการรับส่งต่อ คือ.....
4. หน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญาหลักเพื่อรับเงินงบประมาณจ่ายรายหัว คือ

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจง

1. หน่วยบริการปฐมภูมิ

1.1 รายละเอียดหน่วยบริการปฐมภูมิ		
ชื่อ.....		
สถานที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....		
แขวง..... เขต..... กรุงเทพมหานคร		
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E mail.....		
ผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล..... ใบอนุญาตเลขที่.....		
ผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินสถานพยาบาล..... ใบอนุญาตเลขที่.....		
1.2 เวลาการให้บริการ (จันทร์-ศุกร์ วันละ 10 ชม. หรือ จันทร์-ศุกร์ วันละ 8 ชม.)		
<input type="checkbox"/> เปิดบริการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา.....		
<input type="checkbox"/> เปิดบริการ วันเสาร์ เวลา.....		
วันอาทิตย์ เวลา.....		
วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา.....		
1.3 การจัดบุคลากร		
บุคลากร	จำนวน	หมายเหตุ* หากหมุนเวียนมาเฉพาะบางวัน/เวลา โปรดระบุวัน/ เวลา ปฏิบัติงาน
แพทย์		
พยาบาลวิชาชีพ		
ทันตแพทย์		
เภสัช		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
อื่น ๆ (ระบุ)		

1.4 แผนที่แสดงจุดที่ตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว (การเข้าถึง, เส้นทางคมนาคม แสดงจุดสังเกต และสถานที่สำคัญ)

1.5 เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

- ใบสมัครเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวและเครือข่าย
- หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัครเป็นหน่วยบริการ)
- สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
- สำเนาหนังสือรับรองจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
- อยู่ในระหว่างการดำเนินการขออนุญาตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541

2. หน่วยบริการร่วมให้บริการ

2.1 รายละเอียดหน่วยบริการร่วมให้บริการ

ชื่อ.....

สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E mail.....

ผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตเลขที่.....

ผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินสถานพยาบาล.....ใบอนุญาตเลขที่.....

2.2 เวลาการให้บริการเสริม

เปิดบริการวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา.....
.....

เปิดบริการ วันเสาร์ เวลา.....

วันอาทิตย์ เวลา.....

วันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา.....

2.3 แผนที่แสดงจุดที่ตั้งของสถานบริการร่วม

3. หน่วยบริการรับส่งต่อ

3.1 รายละเอียดหน่วยบริการรับส่งต่อ

- มีหน่วยบริการรับส่งต่อระดับ Secondary care – Tertiary care 1 แห่ง
คือ
- มีหน่วยบริการรับส่งต่อระดับ Tertiary care – Super tertiary care 1 แห่ง
คือ.....
- มีหน่วยบริการส่งต่อทางทันตกรรม
คือ.....

3.2 เอกสารประกอบการพิจารณา กรุณาส่ง

- ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ
- ใบตอบรับเป็นเครือข่ายหน่วยบริการทันตกรรม

ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ
กรณีคลินิก / โรงพยาบาลของเอกชน

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามทีคลินิก.....

ที่ตั้ง.....

ได้สมัครเป็นหน่วยปฐมภูมิคู่สัญญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล)

ประกอบกิจการสถานพยาบาล ชื่อ โรงพยาบาล.....

ยินดีร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary care) สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉิน
จากคลินิก..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ยินดีปฏิบัติตาม

กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่
กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ขอแสดงความนับถือ

.....
()

ประทับตรานิติบุคคล

ใบตอบรับเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ
กรณีโรงพยาบาลของรัฐ

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....

ที่ตั้ง.....

ได้สมัครเป็นหน่วยปฐมภูมิคู่สัญญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้าผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ยินดีร่วมเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary care) สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน จากคลินิก.....ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ยินดีปฏิบัติตาม
กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่
กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ขอแสดงความนับถือ

.....
()

ประทับตราติดบุคคล

ใบตอบรับเป็นเครือข่ายหน่วยบริการทันตกรรม

วันที่.....

เรื่อง ขอแจ้งเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อ (Secondary care)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามที่คลินิก.....

ที่ตั้ง.....

ได้สมัครเป็นหน่วยปฐมภูมิคู่สัญญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล)

ประกอบกิจการสถานพยาบาล ชื่อโรงพยาบาล/คลินิก.....

ยินดีร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการทันตกรรม (Sub Contractor) ของคลินิก.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ยินดีปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตาม
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ขอแสดงความนับถือ

.....

()