

สถานบริการสาธารณสุข ที่ประสงค์จะยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเบื้องต้นจะต้องมีคุณสมบัติและหลักฐานประกอบ ดังต่อไปนี้

คุณสมบัติทั่วไป

1. ดำเนินการโดยบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคล
2. กรณีภาคเอกชนจะต้องได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
3. กรรมการบริษัท ผู้บริหาร ผู้มีอำนาจ ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล ต้องไม่เป็นบุคคลหรือนิติบุคคลที่สำนักงานเคยบอกเลิกสัญญาให้บริการสาธารณสุขอันเนื่องจากการกระทำผิดตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
หน่วยบริการปฐมภูมิ	1. หนังสือขอสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 2. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ FM-256-01-002 “เอกสารหมายเลข 1” 3. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ FM-366 00-008 “เอกสารหมายเลข 2” 4. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป/หน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ด้านใดด้านหนึ่ง 5. แผนที่ตั้งของสถานบริการสาธารณสุข 6. ภาพถ่ายสถานที่ตั้งสถานบริการสาธารณสุข (ด้านนอกและด้านในตามรูปแบบที่กำหนด) 7. รายชื่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (ตามแบบฟอร์มผนวก 2) “เอกสารหมายเลข 3” ** กรณีเป็น ”สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ” ไม่ต้องยื่นเอกสารเพิ่มเติม หากเป็น ”สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน” ให้ยื่นเอกสารเพิ่ม ดังต่อไปนี้ 8. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) 9. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) 10. หนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ออก (กรณีนิติบุคคล) 11. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม 12. หลักประกันสัญญา จำนวนตามที่ สปสช.กำหนด ตามประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งระบุไว้ในสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เอกสารหมายเลข 4” (ให้นำมาในวันที่ทำนิติกรรมสัญญา)

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
หน่วยบริการประจำ	1. หนังสือขอสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 2. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ FM-256-01-002 “เอกสารหมายเลข 1” 3. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ FM-366 00-009 “เอกสารหมายเลข 5” 4. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป/หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านด้านใดด้านหนึ่ง 5. แผนที่ตั้งของสถานบริการสาธารณสุข 6. ภาพถ่ายสถานที่ตั้งสถานบริการสาธารณสุข (ด้านนอกและด้านในตามรูปแบบที่กำหนด) 7. รายชื่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (ตามแบบฟอร์มผนวก 2) “เอกสารหมายเลข 3” ** กรณีเป็น “สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ” ไม่ต้องยื่นเอกสารเพิ่มเติม หากเป็น “สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน” ให้ยื่นเอกสารเพิ่ม ดังต่อไปนี้ 8. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) 9. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) 10. หนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ออก (กรณีนิติบุคคล) 11. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม 12. หลักประกันสัญญา จำนวนตามที่ สปสช.กำหนด ตามประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งระบุไว้ในสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เอกสารหมายเลข 4” (ให้นำมาในวันที่ทำนิติกรรมสัญญา)

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ทั่วไป	1. หนังสือขอสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 2. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ FM-256-01-002 “เอกสารหมายเลข 1” 3. แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป FM-366 00-002 “เอกสารหมายเลข 6”/หรือ หนังสือรับรองผ่านเกณฑ์ HA ชั้น 3 / JCI /TQA ที่ยังไม่หมดอายุ (หรือมีเอกสารหลักฐานที่รับรองได้ว่าอยู่ระหว่างการต่ออายุ) 4. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านด้านใดด้านหนึ่ง (ถ้ามี) 5. แผนที่ตั้งของสถานบริการสาธารณสุข 6. ภาพถ่ายสถานที่ตั้งสถานบริการสาธารณสุข (ด้านนอกและด้านในตามรูปแบบที่กำหนด) 7. รายชื่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (ตามแบบฟอร์มผนวก 2) “เอกสารหมายเลข 3” ** กรณีเป็น”สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ”ไม่ต้องยื่นเอกสารเพิ่มเติม หากเป็น”สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน”ให้ยื่นเอกสารเพิ่ม ดังต่อไปนี้ 8. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) 9. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) 10. หนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ออก (กรณีนิติบุคคล) 11. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม 12. หลักประกันสัญญา จำนวนตามที่ สปสช.กำหนด ตามประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งระบุไว้ในสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เอกสารหมายเลข 4” (ให้นำมาในวันที่ทำนิติกรรมสัญญา)

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่จัดบริการในระดับปฐมภูมิ ● บริการเวชกรรม ● บริการทันตกรรม ● บริการการพยาบาลและ ผดุงครรภ์ ● บริการกายภาพบำบัด ● บริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค ● บริการแพทย์แผนไทย	
	1. หนังสือขอสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 2. แบบสมัครและประเมินศักยภาพ/ความพร้อมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น "หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ" FM-366-00-015 “เอกสารหมายเลข 7” 3. แผนที่ตั้งของสถานพยาบาล 4. ภาพถ่ายสถานที่ตั้งสถานบริการสาธารณสุข (ด้านนอกและด้านใน) 5. รายชื่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (ตามแบบฟอร์มผนวก 2) “เอกสารหมายเลข 3” 6. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการประจำ (ถ้ามี) ** กรณีเป็นสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ไม่ต้องยื่นเอกสารเพิ่มเติม หากเป็นสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ให้ยื่นเอกสารเพิ่ม ดังต่อไปนี้ 7. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) 8. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) 9. หนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ออก (กรณีนิติบุคคล) * 10. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม 11. หลักประกันสัญญา จำนวนตามที่ สปสช.กำหนด ตามประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งระบุไว้ในสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เอกสารหมายเลข 4” (ให้นำมาในวันที่ทำนิติกรรมสัญญา) คุณสมบัติเฉพาะบริการเวชกรรม 1. เป็นคลินิกเวชกรรมที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (สพ.7 และ สพ.19) 2. มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 3. มีแพทย์ปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน และให้บริการเวชกรรมตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมทั้งกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมบริการที่สปสช.กำหนด (ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) คุณสมบัติเฉพาะบริการทันตกรรม 1. เป็นคลินิกทันตกรรมที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (สพ.7 และ สพ. 19) 2. มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
	3.มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน และให้บริการทันตกรรมตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพทันตกรรม รวมทั้งกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมบริการที่สปสข.กำหนด (ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม) คุณสมบัติเฉพาะบริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ 1.เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (สพ.7 และ สพ. 19) 2.มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 3.มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน ให้บริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ รวมทั้งกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมบริการที่สปสข.กำหนด (ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1) คุณสมบัติเฉพาะบริการกายภาพบำบัด 1.เป็นคลินิกกายภาพบำบัดที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (สพ.7 และ สพ. 19) 2.มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 3.มีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ อย่างน้อย 1 คน ให้บริการกายภาพบำบัดตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดรวมทั้งกฎ ระเบียบ ที่เกี่ยวข้องในกิจกรรมบริการที่สปสข.กำหนด (ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด) คุณสมบัติเฉพาะบริการแพทย์แผนไทย 1.มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 2.ให้บริการการแพทย์แผนไทย ตาม เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม ม.2-8 (หมวด 2) ,มีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม ม.3-7 (หมวด 3),จัดให้มีสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่จำเป็น ตามเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม ม.5-2-6 (หมวด 5) และ หมวด 6

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
บริการเภสัชกรรม	1. หนังสือขอสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 2. แบบสมัครและประเมินศักยภาพ/ความพร้อมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น "หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ" FM-366-00-015 “เอกสารหมายเลข 7” 3. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการประจำ (ถ้ามี) 4. แผนที่ตั้งของร้านยา 5. ภาพถ่ายสถานที่ตั้งของร้านยา 6. สำเนาใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.5) 7. หนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ออก (กรณีนิติบุคคล) * 8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม 9. หลักประกันสัญญา จำนวนตามที่ สปสช.กำหนด ตามประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งระบุไว้ในสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เอกสารหมายเลข 4” (ให้นำมาในวันที่ทำนิติกรรมสัญญา) คุณสมบัติเฉพาะบริการเภสัชกรรม 1.เป็นร้านยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนด เกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 (ขย.5) 2.มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 3.เปิดให้บริการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวันและมีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดบริการ

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่จัดบริการในระดับทุติยภูมิ / ตติยภูมิ	
ด้านฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)	1. หนังสือขอสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 2. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ FM-256-01-002 “เอกสารหมายเลข 1” 3. แบบประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ FM-6.70 00-001 “เอกสารหมายเลข 8” 4. รายชื่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (ตามแบบฟอร์มผนวก 2) “เอกสารหมายเลข 3” ** กรณีเป็น “สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ” ไม่ต้องยื่นเอกสารเพิ่มเติม หากเป็น “สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน” ให้ยื่นเอกสารเพิ่ม ดังต่อไปนี้ 8. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) ที่ระบุ “บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” 9. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) 10. หนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ออก (กรณีนิติบุคคล) 11. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม 12. หลักประกันสัญญา จำนวนตามที่ สปสช.กำหนด ตามประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งระบุไว้ในสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เอกสารหมายเลข 4” (ให้นำมาในวันที่ทำนิติกรรมสัญญา)

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
ด้านเทคนิคการแพทย์	1. หนังสือขอสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 2. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ FM-256-01-002 “เอกสารหมายเลข 1” 3. แบบตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ FM-366-00-005 “เอกสารหมายเลข 9” 4. แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ (ถ้ามี) 5. เอกสารการผ่านมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่รับรองโดย สภาเทคนิคการแพทย์ หรือกรมวิทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ฯ 6.แบบฟอร์ม ข้อมูลหน่วยตรวจ SARS-CoV-2 “เอกสารหมายเลข 10” (เฉพาะกรณีสมัครตรวจ covid) 7.แผนที่ตั้งของสถานพยาบาล 8. ภาพถ่ายสถานที่ตั้งสถานบริการสาธารณสุข 9. รายชื่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (ตามแบบฟอร์มผนวก 2) “เอกสารหมายเลข 3” ** กรณีเป็น”สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ”ไม่ต้องยื่นเอกสารเพิ่มเติม หากเป็น”สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน”ให้ยื่นเอกสารเพิ่ม ดังต่อไปนี้ 10. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) 11. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) 12. หนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ออก (กรณีนิติบุคคล) 13. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม 14. หลักประกันสัญญา จำนวนตามที่ สปสช.กำหนด ตามประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งระบุไว้ในสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เอกสารหมายเลข 4” (ให้นำมาในวันที่ทำนิติกรรมสัญญา)

ประเภทหน่วยบริการ	หลักฐานประกอบการขึ้นทะเบียน
ด้าน PCI ด้าน ผ่าตัดหัวใจ ด้าน รังสีรักษา ด้าน HSCT	1. หนังสือขอสมัครเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ 2. ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ FM-256-01-002 “เอกสารหมายเลข 1” 3. แผนที่ตั้งของสถานบริการสาธารณสุข 4. รายชื่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน/พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ใบวุฒิการศึกษาของบุคลากร (ตามแบบฟอร์มผนวก 2) “เอกสารหมายเลข 3” ** กรณีเป็น “สถานบริการสาธารณสุขภาคีรัฐ” ไม่ต้องยื่นเอกสารเพิ่มเติม หากเป็น “สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน” ให้ยื่นเอกสารเพิ่ม ดังต่อไปนี้ 5. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7) 6. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19) 7. หนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือนนับจากวันที่ออก (กรณีนิติบุคคล) 8. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม 9. หลักประกันสัญญา จำนวนตามที่ สปสช.กำหนด ตามประเภทหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งระบุไว้ในสัญญาให้บริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ “เอกสารหมายเลข 4” (ให้นำมาในวันที่ทำนิติกรรมสัญญา)



ใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจง

1. รายละเอียดสถานบริการ

1.1 ข้อมูลทั่วไป :

ชื่อ..... รหัสสถานบริการ

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

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

1.2 สังกัดหน่วยบริการ :

- ☐ รัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ☐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ☐ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ระบุกรม).....
- ☐ รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ระบุกระทรวง.....
- สังกัดย่อย.....
- ☐ เอกชน
- บริษัท/เจ้าของกิจการ ชื่อ.....
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) เลขที่.....
- ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19) เลขที่.....

1.3 จังหวัดที่ขอขึ้นทะเบียน.....

2. ประเภทการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ประเภท)

- ☐ หน่วยบริการประจำ โดยมี
- หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ชื่อ..... รหัส.....
- หน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน ชื่อ..... รหัส.....
- ☐ หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีหน่วยบริการประจำ ชื่อ..... รหัส.....
- ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
- ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป โดยมีหน่วยบริการประจำ ชื่อ..... รหัส.....
- ☐ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน
- ☐ หน่วยบริการร่วมให้บริการ ด้าน.....
- ☐ ทำนิติกรรมกับหน่วยบริการประจำ ชื่อ..... รหัส.....
- ☐ ทำนิติกรรมโดยตรงกับ สปสช.

3. ระยะเวลาเริ่มให้บริการของหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการนี้เป็นความจริงทุกประการ พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร และหลักฐานต่าง ๆ มาด้วยแล้ว

ยื่น ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....

ประทับตรานิติบุคคล (ถ้ามี)

(.....)

(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ)

เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

- ☐ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)
- ☐ สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล)
- ☐ แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการอื่น
- ☐ สำเนาใบรับรองอื่นๆ

หมายเหตุ : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบหลักฐานต่าง ๆ ของผู้สมัครแล้ว ปรากฏว่า

- ☐ ครบถ้วน
- ☐ ไม่ครบถ้วน ยังขาดเอกสาร.....

ความเห็นเจ้าหน้าที่

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....



ประเภทและรายชื่อบุคลากรประจำหน่วยบริการ
ปีงบประมาณ

กรณารอกข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนทุกรายการ

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ชื่อหน่วยบริการ.....รหัสสถานพยาบาล (5หลัก)
- 1.2 โทรศัพท์พื้นฐาน.....โทรสาร.....
- 1.3 ประเภทหน่วยบริการ ☐ หน่วยปฐมภูมิ ☐ หน่วยปฐมภูมิ/ประจำ (☐ PCU 10,000 หรือ ☐ PCU20,000)
☐ หน่วยรับส่งต่อ ☐ หน่วยร่วมให้บริการ
- 1.4 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) บริษัท.....
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) ใช้ได้จนถึงวันที่.....
- 1.5 วัน/เวลาเปิดให้บริการ
- วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา.....
 - วันเสาร์ - อาทิตย์ เวลา.....
- 1.6 สถานที่ตั้งเลขที่.....
- ลักษณะอาคาร ☐ อาคารเดี่ยว.....ชั้น ☐ อาคารพาณิชย์.....ชั้น
 - การครอบครองอาคาร ☐ เป็นของตนเอง ☐ เป็นอาคารเช่า สัญญาเช่าปี หมดสัญญาเช่าเมื่อ.....
- 1.7 ผู้ประสานงานของหน่วยบริการ.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. เครือข่ายหน่วยบริการและหน่วยบริการร่วมให้บริการ

- 2.1 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์.....รหัสสป.....
- 2.2 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม.....รหัสสป.....
- 2.3 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านรังสีวินิจฉัย.....รหัสสป.....
- 2.4 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย.....รหัสสป.....
- 2.5 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านกายภาพบำบัด.....รหัสสป.....
- 2.6 หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านอื่น ๆ.....รหัสสป.....

3.บุคลากรปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการ

3.1 แพทย์ รวม.....คน

■ แพทย์ทั่วไป.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

ประกาศนียบัตร/ผ่านการอบรมสาขา.....

2.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

ประกาศนียบัตร/ผ่านการอบรมสาขา.....

■ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขา.....

วันที่ได้รับ..... รวมระยะเวลา.....ปี

2. ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

อนุมัติบัตร/วุฒิบัตรสาขา.....

วันที่ได้รับ..... รวมระยะเวลา.....ปี

3.2 ทันตแพทย์ รวม.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

2.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

3.3 เภสัชกร รวม.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

2.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....

วันและเวลาที่ปฏิบัติงาน.....

3.4 พยาบาล รวม.....คน

■ พยาบาลวิชาชีพคน

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.....

■ พยาบาลเวชปฏิบัติคน

1.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....ระยะเวลาอบรม.....ปี

สถาบัน.....หลักสูตร/วุฒิ.....

■ พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวคน

1.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ.....ระยะเวลาอบรม.....ปี

สถาบัน.....หลักสูตร/วุฒิ.....

3.5 บุคลากรด้านสาธารณสุข รวม.....คน

1.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

วุฒิการศึกษา.....

2.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

วุฒิการศึกษา.....

3.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

วุฒิการศึกษา.....

4.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

วุฒิการศึกษา.....

5.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time

วุฒิการศึกษา.....

- 6.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 7.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 8.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 9.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 10.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 11.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time
วุฒิการศึกษา.....
- 12.ชื่อ-สกุล..... ☐ Full time ☐ Part time
วุฒิการศึกษา.....

3.6 ผู้จัดการประจำหน่วยบริการ

ชื่อ-สกุล.....
วุฒิการศึกษา.....สาขา.....
ประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุข.....ปี
ผ่านการอบรมหลักสูตร.....วันที่.....

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลจากที่แจ้งไว้ข้างต้นนี้ ให้หน่วยบริการส่งเอกสารหลักฐานแสดงข้อมูลใหม่ต่อ
สำนักงานทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง (ตามประกาศสปสช เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ)

ขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ประทับตรานิติบุคคล

ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล / ผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ

วันที่.....

เอกสารแนบ (กรณีมีบุคลากรเกินจำนวนช่องว่างที่กำหนดให้)

[illegible]



**แบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ/ความพร้อมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น"หน่วยบริการร่วมให้บริการ"
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

วันที่ประเมินวันที่ เดือน..... พ.ศ.

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ สถานบริการ..... รหัส สถานบริการ.....

1.2 สถานที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

Website..... email.....

1.3 ประเภทสถานบริการ

☐ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัด

☐ สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน โดยเป็นสถานพยาบาล

() คลินิกเวชกรรม () คลินิกทันตกรรม () คลินิกกายภาพบำบัด () สหคลินิก

() คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ () คลินิกแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์

() สถานพยาบาลเอกชนอื่นๆ ระบุ.....

☐ สถานบริการสาธารณสุขของสภาวิชาชีพ

☐ สถานบริการอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

() ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ข.ย.1 () ศูนย์บริการคนพิการ () อื่นๆระบุ.....

1.4 ประเภทบริการหรือกิจกรรมบริการที่ร่วมให้บริการ

☐ บริการเวชกรรม (รักษาพยาบาล) ☐ บริการทันตกรรม ☐ บริการกายภาพบำบัด ☐ บริการเภสัชกรรม

☐ บริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ ☐ บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์/แผนแพทย์จีน

☐ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

☐ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระบุ.....

☐ บริการอื่นๆ ระบุ.....

1.5 การจัดบริการร่วมกับหน่วยบริการอื่นๆ

☐ เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการ ชื่อ..... รหัสหน่วยบริการ.....

☐ เป็นหน่วยบริการโดยตรงกับ สปสช.

2. ศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการ

เกณฑ์ตรวจประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
	มี	ไม่มี	
2.1 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ มาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแล หรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงาน กำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ			ระบุมาตรฐาน...
2.2 มีผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะเพื่อให้บริการตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน และมีใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะที่ยังไม่หมดอายุ 1) แพทย์.....คน 2) พยาบาลวิชาชีพ คน 3) ทันตแพทย์ คน 4) เภสัชกร คน 5) นักกายภาพบำบัด คน 6) แพทย์แผนไทยคน - เวชกรรมไทย คน - เภสัชกรรมไทย คน - การผดุงครรภ์ไทย..... คน - การนวดไทย คน - การแพทย์พื้นบ้านไทย..... คน 7) แพทย์แผนไทยประยุกต์ คน 8) นักเทคนิคการแพทย์คน 9) ผู้ประกอบการโรคศิลปะ - กิจกรรมบำบัด.....คน - จิตวิทยาคลินิก.....คน - การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย..... คน - กายอุปกรณ์..... คน สาขาอื่นๆระบุ..... คน 10) อื่น ๆ ระบุ..... คน			
2.3 กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 2.2 ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้อง กับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ จำนวน..... คน			
2.4 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะจัดบริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม			ผ่านการอบรม

เกณฑ์ตรวจประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
	มี	ไม่มี	
2.5 มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับจัดบริการตามที่ตกลง			
2.6 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือแผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้ง ตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน			ระบุเวลาที่ให้บริการ
2.7 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ			
2.8 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถขอรับคำปรึกษา ระบบการรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ			
2.9 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการ และ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนด และการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล			
2.10 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน			

เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

- ☐ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
- ☐ หนังสือรับรองการจดทะเบียนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล) หรือสำเนาการจดทะเบียนมูลนิธิ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการอื่น
- ☐ สำเนาใบรับรองอื่นๆ
- ☐ สำเนาเอกสารแสดงการรับรองมาตรฐานตามข้อ 2.1 (ผลตรวจประเมินไม่เกิน 1 ปี หรือการรับรองมาตรฐานยังไม่หมดอายุ)ฉบับ
- ☐ เอกสาร/หนังสือรับรอง/ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม ที่แสดงสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่จะจัดบริการ จำนวน.....ฉบับ
- ☐ รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงาน พร้อมเลขที่ใบอนุญาต จำนวน.....ฉบับ
- ☐ หนังสือรับรองอื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....ฉบับ
- หมายเหตุ : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตาม
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียน
เป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมานี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

(หัวหน้าหน่วยงานภาครัฐ/ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล/
ผู้มีอำนาจกระทำการนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช./สปสช.เขต หรือ คณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการ

ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดการบริการของสถานบริการแล้ว
ปรากฏว่า

☐ ผ่านการตรวจประเมิน สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการได้

☐ ไม่ผ่านการตรวจประเมิน

ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

(เจ้าหน้าที่ สปสช./หัวหน้าคณะกรรมการตรวจประเมินฯ)

วันที่.....