

รายละเอียดประกอบการสมัครเป็นสถานพยาบาล

ที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม

เอกสารประกอบการสมัคร

รายการที่ 1 – 9 ขอเป็นสำเนาเอกสารพร้อมลงลายมือชื่อ รับรองสำเนา / ตราประทับ

1. สำเนาการได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (ที่ยังไม่หมดอายุ หรือกรณีอยู่ระหว่างการต่ออายุต้องแสดงหลักฐานการยื่นขอต่ออายุกับ ตรต.)
2. สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ. 7) (เฉพาะกรณีคลินิก/สถานพยาบาลเอกชน)
3. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ. 19) (เฉพาะกรณีคลินิก/สถานพยาบาลเอกชน)
4. สำเนาหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ. 12) (เฉพาะกรณีคลินิก/สถานพยาบาลเอกชน)
5. แบบสอบถามข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อม (ตามเอกสารแนบ)
6. แบบแสดงความจำนงขอรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล (ตามเอกสารแนบ)
7. หน้า Book Bank
8. หนังสือรับรองบริษัทที่ออกจากกระทรวงพาณิชย์ ระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน
9. แบบข้อมูลการขอขึ้นทะเบียน (ตามเอกสารแนบ)

รายการที่ 10 – 21 ขอข้อมูลใส่แผ่น CD

10. รายชื่อบุคลากรทางการแพทย์ และการพยาบาลที่ดูแลกำกับหน่วยไตเทียม พร้อมระบุช่วงเวลาการปฏิบัติงาน (วัน และ เวลาในการปฏิบัติงาน ,พร้อมสำเนาประกาศนียบัตร)
 - แพทย์ จะต้องเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรแพทย์โรคไตหรืออายุรแพทย์ที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้านการรักษาโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรแพทย์โรคไต ที่ไม่หมดอายุ (ระบุ รายละเอียด แพทย์ประจำ และแพทย์ Part time มาปฏิบัติงานวันและเวลาใดบ้าง)
 - พยาบาลประจำหน่วยไตเทียมจะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการรักษาโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือพยาบาลไตเทียม ที่ผ่านการอบรมทางด้านไตเทียมมาไม่น้อยกว่า 4 เดือน และได้รับประกาศนียบัตรจากสถาบันที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง (พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ไม่หมดอายุ)
11. รูปภาพของห้องไตเทียมที่แสดงให้เห็นสภาพของห้องทั้งหมด (ภาพ Overview) และขอรายละเอียดแผนผังแสดงการจัดวางพื้นที่ของห้องไตเทียมว่ามีการจัดวางตำแหน่งพื้นที่ใช้สอยอย่างไร (พร้อมรูปถ่าย)
12. ข้อมูลจำนวนเครื่องไตเทียมที่ได้รับรองมาตรฐานจาก ตรต. (ต้องมีอย่างน้อย 2 เครื่อง) พร้อมรูปถ่าย อาทิเช่น สัญญาเช่าซื้อเครื่องไตเทียม, และสัญญาการบำรุงรักษาเครื่องไตเทียม
13. ข้อมูลระบบการผลิตน้ำบริสุทธิ์สำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ต้องเป็นแบบ Reverse Osmosis) อาทิเช่น สัญญาการบริการดูแลระบบน้ำบริสุทธิ์ (พร้อมรูปถ่าย)
14. ข้อมูลการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้น้ำยา (dialysate) ที่มีค่าเป็น Bicarbonate อาทิใบรายงานผลการตรวจน้ำยา (พร้อมรูปถ่าย)
15. รูปแบบการดำเนินการของหน่วยไตเทียม (สถานพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการเอง หรือ บริษัทอื่นเป็นผู้ดำเนินการ ขอทราบชื่อบริษัทดำเนินการด้วย)

16. ข้อมูลรายละเอียดสัญญาระหว่างสถานพยาบาลของรัฐ และบริษัทผู้รับดำเนินการ (กรณีที่ รพ.รัฐ มิได้บริหารจัดการ)
17. ข้อมูลการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือและยาช่วยฟื้นคืนชีพกรณีฉุกเฉิน (พร้อมรูปถ่าย)
18. ข้อมูลระบบการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ไปยังสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ หรือสถานพยาบาลที่ทำความตกลงไว้กับหน่วยไตเทียมเป็นลายลักษณ์อักษร
19. แจ้งรหัสสถานพยาบาล 5 หลัก (เป็นรหัสที่ออกโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)
20. หน่วยไตเทียมภายในสถานพยาบาลเคยได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมกับสำนักงานประกันสังคมหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุว่าเป็นหน่วยไตเทียมใด ได้รับการขึ้นทะเบียนตั้งแต่เมื่อใด พร้อมระบุจำนวนเครื่องฟอกเลือด อัตราค่าบริการฟอกเลือด/ครั้ง ของคนใช้สิทธิประกันสังคม รายชื่อบุคลากรทางแพทย์และการพยาบาลที่ประจำทำงานในหน่วยดังกล่าว
21. รายงานการประเมินตัวเอง

***** ส่งเอกสารที่ *****

เรียน ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์

สำนักงานประกันสังคม สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ (ชั้น 4)

88/28 ม.4 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร 02 956 2508

หมายเหตุ

กรณีที่สถานพยาบาลเคยมีการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลฟอกเลือดกับสำนักงานประกันสังคมแล้ว และภายหลังสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลในทุกรณี ต้องได้รับการรับรอง ทรต. ในนามนิติบุคคลใหม่ โดยสถานพยาบาลจะต้องยื่นเอกสารเหมือนการขึ้นทะเบียนใหม่ และต้องชี้แจงว่าสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เดิม เป็นอะไร ใหม่ เป็นอะไร เช่น รายชื่อบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ดูแลกำกับหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม อัตราค่าบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อครั้ง ฯลฯ พร้อมเอกสารเดิมและเอกสารใหม่ประกอบ เช่น สพ. 7, สพ.19, หนังสือรับรองบริษัทที่ออกจากกระทรวงพาณิชย์

กรณารอกข้อมูลเบื้องต้น เพื่อประกอบการขึ้นทะเบียน

แบบข้อมูลการขอขึ้นทะเบียน

ชื่อสถานพยาบาล

เปิดให้บริการฟอกเลือดวันที่

รหัสสถานพยาบาล 5 หลัก คือ.....

ดำเนินการเอง outsource ดำเนินการโดย.....

สถานที่ :

เบอร์โทร :

รายการ	รายละเอียด	หมายเหตุ
1. แพทย์ผู้ทำการรักษา		
2. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการรักษาโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
3. พยาบาลผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม		
4. พยาบาลวิชาชีพ		
5. วันเวลาเปิดให้บริการ		
6. อัตราค่าบริการ (ครั้ง/บาท)		
7. หากค่าบริการเกิน 1,500 บาท โปรดระบุการบริการทางการแพทย์เสริมพิเศษ		
8. จำนวนเครื่องฟอกเลือด		
9. จำนวนผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคมที่รอรับบริการในปัจจุบัน		
10. จำนวนผู้ป่วยสิทธิอื่นที่รับบริการ และการคิดค่าบริการแต่ละสิทธิ - กรมบัญชี - หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
12. กรณีเป็นโรงพยาบาล - จำนวนเตียงรับผู้ป่วยทั้งหมด		
13. ห้อง ICU	<input type="checkbox"/> มี จำนวน.....เตียง <input type="checkbox"/> ไม่มี ส่งต่อที่.....	* หากมี ระบุจำนวนเตียง ICU * หากไม่มี ส่งต่อที่ได้โปรดระบุ
13. ผ่านมาตรฐานการรับรอง (ผ่าน ตรต.)	ตั้งแต่วันที่	

14. บริการกลุ่มผู้ป่วย HIV / HB/ HC	ผู้ป่วย HIV <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	ผู้ป่วย HB/ HC <input type="checkbox"/> รับ <input type="checkbox"/> ไม่รับ	กรณีให้บริการผู้ป่วยกลุ่ม HIV โปรดระบุอัตราค่าบริการ
15. ระบบน้ำที่ใช้ในการผลิตน้ำบริสุทธิ์	<input type="checkbox"/> ระบบ reverse osmosis <input type="checkbox"/> ระบบ Pure water <input type="checkbox"/> ระบบ อื่นๆ.....		
16. ตัวกรองมีการใช้ซ้ำกี่ครั้ง			
17. อื่นๆ			