

**รายละเอียดประกอบการสมัครเป็นสถานพยาบาล  
กรณีการให้บริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไต  
ด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวรในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคม**

1. รายชื่อบุคลากรทางการแพทย์ ที่รับผิดชอบให้บริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (พร้อมสำเนาประกาศนียบัตร และสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ)
2. รายชื่อบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบให้บริการทางการแพทย์โดยการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร (พร้อมสำเนาประกาศนียบัตร และสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ)
3. รายละเอียดค่าใช้จ่ายกรณีล้างช่องท้องด้วยน้ำยาแบบถาวร
  - 3.1 ค่าอุปกรณ์ และค่าบริการทางการแพทย์ กรณีการผ่าตัดหรือรับส่งน้ำยาเข้าออกช่องท้อง
  - 3.2 ค่าวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่าน้ำยาประจำเดือน (แสดงรายละเอียดอุปกรณ์สายต่อ และราคาของน้ำยาแต่ละชนิด ซึ่งราคาดังกล่าวรวมค่าบริการจัดส่งถึงบ้านผู้ประกันตนหรือไม่)
  - 3.3 อื่นๆ (ค่าเปลี่ยนสาย, ค่าปฏิบัติการสอนเปลี่ยนน้ำยาผู้ป่วยเมื่อเริ่มรักษา, ค่าทำแผล)
4. ที่ตั้ง และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ
5. วันและระยะเวลาในการให้บริการล้างช่องท้องฯ
6. รายชื่อผู้ประสานงาน
7. จำนวนผู้ป่วยที่รับบริการในปัจจุบัน โดยแยกแต่ละสิทธิ
8. รหัสสถานพยาบาล (5 หลัก)
9. หน่วยให้บริการล้างไตทางช่องท้องฯ ของสถานพยาบาล ได้ขึ้นทะเบียนกับหน่วยให้บริการอื่นหรือไม่ เช่น กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**\*\*\*\*\* ส่งเอกสารที่ \*\*\*\*\***

**เรียน ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์  
สำนักงานประกันสังคม สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ (ชั้น 4)  
88/28 ม.4 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000  
โทร 02 956 2508**