



ที่ ขบ ๐๐๓๓/

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี
 เลขรับที่ 18255 เวลา
 วันที่ 21 พ.ย. 2567
 สำนักปลัด กองพัสดุ
 สำนักงานเลขาธิการ กองการศึกษา
 กองส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุข
 กองส่งเสริมการศึกษานานาชาติ กองสาธารณสุข
 สำนักงาน กองสาธารณสุข
 กองส่งเสริมการสังคม หน่วยตรวจสอบฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
 ถนนวิจิตรปราการ ขบ. ๒๐๐๐๐
 พุศศจิกายน ๒๕๖๘
 ปิงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
 เรียน นายกองดีการบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แนวทางการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิฯ
 ๒. แบบคำขอการขึ้นทะเบียน (กสป.ขบ.๐๑)
 ๓. แบบตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนฯ (กสป.ขบ.๐๒)
 ๔. แบบสรุปการขึ้นทะเบียน (กสป.ขบ.๐๓)
 ๕. แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลง แก๊ไข (กสป.ขบ.๐๔)
 ๖. แบบฟอร์มขอยกเลิกหน่วยบริการปฐมภูมิฯ (กสป.ขบ.๐๕)

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน ๑ ฉบับ ๗๐๐๗

จำนวน ๑ ชุด
 จำนวน ๑ ชุด
 จำนวน ๑ ชุด
 จำนวน ๑ ชุด
 จำนวน ๑ ชุด
 จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ โดยภายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ครบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ โดยขอขึ้นทะเบียนให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียนและการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จึงขอแจ้งให้หน่วยบริการดำเนินการ ดังนี้

๑. ทุกวันที่ ๑ - ๑๐ ของทุกเดือนให้หน่วยบริการที่ต้องการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยเริ่มตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ให้ปฏิบัติตามแนวทางการขึ้นทะเบียนฯ พร้อมกรอกแบบฟอร์มดังต่อไปนี้

- ๑.๑ แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (กสป.ขบ.๐๑)
- ๑.๒ แบบตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (กสป.ขบ.๐๒)
- ๑.๓ แบบสรุปการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (กสป.ขบ.๐๓)

๒. ทุกวันที่ ๑ - ๑๐ ของทุกเดือนให้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง แก๊ไข ยกเลิก โดยต้องส่งแบบขอเปลี่ยนแปลงแก๊ไข (กสป.ขบ.๐๔) หรือแบบคำขอยกเลิก (กสป.ขบ.๐๕) เริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๗ ซึ่งใช้แบบฟอร์มดังนี้

๒.๑ หน่วยบริการที่ต้องการแก๊ไขเปลี่ยนแปลงแก๊ไข ให้กรอกแบบฟอร์ม (กสป.ขบ.๐๔)

๒.๒ หน่วยบริการที่ต้องการขอยกเลิก ให้กรอกแบบฟอร์ม (กสป.ขบ.๐๕) โดยสามารถ

ดาวน์โหลดเอกสารแนวทางและคู่มือการขึ้นทะเบียน ได้ที่เว็บไซต์ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ <http://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/>

/๓ ให้หน่วยบริการ

ฝ่ายสนับสนุนฯ
 ๒๕ พ.ย. ๒๕๖๗
 เวลา ๑๐.๐๐ น.

๓. ให้หน่วยบริการทบทวนรหัสหน่วยบริการสุขภาพ ๕ หลัก เพื่อให้สอดคล้องกับระบบรายงานข้อมูลบริการและการสนับสนุนงบประมาณ ที่จัดสรรตามรหัสหน่วยงานสุขภาพ ๕ หลัก ให้ดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ หน่วยงานสุขภาพที่ยังไม่มีรหัส ให้ดำเนินการขอรหัสหน่วยงานสุขภาพ ๕ หลัก

๓.๒ หน่วยงานสุขภาพที่มีเครือข่าย/สาขาเพิ่มเติม ได้แก่

๓.๒.๑ หน่วยงานบริการสุขภาพที่มีเครือข่าย/สาขา และตั้งอยู่ภายในหน่วยงานเดิม

๓.๒.๒ หน่วยงานบริการสุขภาพที่มีเครือข่าย/สาขา และตั้งอยู่ภายนอก

หน่วยงานเดิม

๓.๓ หน่วยบริการสุขภาพที่ต้องการเปลี่ยนแปลงชื่อหน่วยบริการ โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสารแนวทางขอเปลี่ยนแปลงและคู่มือการขอรหัสหน่วยงานสุขภาพ ได้ที่เว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน <https://hcode.moph.go.th/> ไปที่ “เอกสาร” รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

วิศิษฐ์

(นายวิศิษฐ์ พลสวัสดิ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๕๘

โทรสาร ๐ ๓๘๒๗ ๔๙๓๒

แนวทางการขึ้นทะเบียน เปลี่ยนแปลงแก้ไข และยกเลิก หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ

ภายในวันที่ 1 - 10 ของทุกเดือน

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิฯ

1. สสจ. ทำแบบประเมิน กสป.ขบ 01- 03 โดยส่งเฉพาะ กสป.ขบ 03 มายัง กสป. เพื่อขอขึ้นทะเบียนฯ ก่อนบันทึกในระบบออนไลน์
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบข้อมูลของหน่วยบริการฯ ที่ขอขึ้นทะเบียนให้ถูกต้องครบถ้วน
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บันทึกข้อมูล เพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการผ่านระบบขึ้นทะเบียนฯ ออนไลน์

การเปลี่ยนแปลงแก้ไข ยกเลิก หน่วยบริการปฐมภูมิฯ

1. สสจ. ตรวจสอบแบบ กสป.ขบ 04 - 05 และส่งมายัง กสป.
2. กสป. ตรวจสอบแบบ กสป.ขบ 04 - 05 เปิดระบบ เพื่อให้ สสจ. เข้าไปเปลี่ยนแปลงแก้ไขหน่วยบริการฯ หรือยกเลิกในระบบออนไลน์

ภายในวันที่ 11 - 20 ของทุกเดือน

กสป. ตรวจสอบข้อมูลและจัดทำประกาศ

กสป. ส่ง (ร่าง) เอกสารแนบท้ายประกาศ ให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อยืนยันข้อมูลตามร่างประกาศ และตอบกลับมายัง กสป.ภายใน 3 วัน

*(หากไม่ได้รับการยืนยันกลับมา ขออนุญาตตัดออกเพื่อลดความผิดพลาด)



ภายในวันที่ 21 ของทุกเดือนเป็นต้นไป

เป็นช่วงของการเซ็นประกาศ

กสป. ประกาศรายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท ๒ (Cluster)

(กรณี กำหนด Cluster ให้คำนึงถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย)

- เขตสุขภาพที่.....
- จังหวัด.....
- อำเภอ.....
- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส ๕ หลักของ กยผ.)
- ชื่อโรงพยาบาลแม่ข่าย.....
- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส ๕ หลักของ กยผ.)
- ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท ๒ (แม่ข่าย Cluster).....

ส่วนที่ ๒ รายละเอียดผู้บริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเภท ๒ (Cluster)

- เลขบัตรประชาชน.....
(การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
- ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
- รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- เบอร์โทรศัพท์.....(กรอกหมายเลข ๑๐ หลัก)

ส่วนที่ ๓ รายละเอียด แม่ข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส ๕ หลักของ กยผ.)
- ชื่อแม่ข่าย(หน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ).....
- รหัส ๗ หลัก (หน่วยบริการปฐมภูมิ / เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ).....
- การถ่ายโอน ไม่ถ่ายโอน อบจ. อบจ. นอกสังกัด เอกชน
- ชื่อ-นามสกุลผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - ๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
 - ตำแหน่ง.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ ๔ รายละเอียดหน่วยบริการภายใน

- รหัสสถานบริการ.....(กรอกรหัส ๕ หลักของ กยผ.)
- ชื่อหน่วยบริการภายใน.....
- วัน/เดือน/ปีที่เปิดดำเนินการ.....

- ประชากร (ให้ใช้สิทธิ์ประชากรตามทะเบียนราษฎร์)
 - ประชากรสิทธิ UC(UCS+WEL).....(กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรสิทธิ ข้าราชการ(OFC).....(กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรสิทธิ ประกันสังคม(SSS)..... (กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรสิทธิพนักงานท้องถิ่น(LGO)..... (กรอกจำนวนคน)
 - ประชากรไร้สิทธิ
 - ประชากรแรงงานต่างด้าว(NRD)..... (กรอกจำนวนคน)
 - (เฉพาะประชากรแรงงานต่างด้าว จะไม่นับรวมกับสิทธิ์อื่นๆ)

- ชื่อ-สกุลแพทย์
 - ๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร๑๓หลัก) (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
 - วุฒิการศึกษา (ให้แนบวุฒิบัตรแพทย์ในการส่งหลักฐานการขึ้นทะเบียน)
 - วุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เลขที่.....(กรอกเลขที่บัตร)
 - อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว เลขที่.....(กรอกเลขที่บัตร)
 - ผ่านการอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ครอบครัวของราชวิทยาลัย รุ่นที่..... (กรอกเลขรุ่น)
 - Basic Course ผ่านเขตสุขภาพที่.....
 - อบรม * (หากแพทย์อบรม จะไม่นับเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนแล้ว แต่สามารถขึ้นทะเบียนรอในระบบไว้ได้)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ชื่อ-สกุลพยาบาล (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
 - ๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๒) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๓) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๔) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๕) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๖) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๗) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๘) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๙) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๑๐) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)

- ชื่อ-สกุลนักวิชาการ (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
 - ๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๒) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๓) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๔) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๕) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....



แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๖) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๗) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๘) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๙) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๑๐) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ชื่อ-สกุลเจ้าที่พนักงานสาธารณสุข (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
- ๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๒) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๓) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๔) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๕) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๖) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๗) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๘) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๙) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๑๐) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 - ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๗) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๘) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๙) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๑๐) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)

● ชื่อ-สกุลทันตภิบาล (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)

๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๒) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๓) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๔) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๕) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๖) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๗) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๘) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๙) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 ๑๐) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
 ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ชื่อ-สกุลเจ้าพนักงานเภสัชกรรม (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
 - ๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๒) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๓) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๔) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๕) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๖) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๗) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๘) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๙) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๑๐) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)

- ชื่อ-สกุลแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
 - ๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๒) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๓) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
 - ๔) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)

แบบคำขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

- ชื่อ-สกุลเจ้าหน้าที่อื่นๆ (การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)
- ๑) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๒) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๓) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๔) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๕) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๖) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๗) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๘) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๙) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)
- ๑๐) ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
ตำแหน่ง.....รหัสบัตรประชาชน.....(กรอกรหัสบัตร ๑๓ หลัก)

แบบตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
(ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘)

วันที่ตรวจประเมิน วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ ๑ รายละเอียดการตรวจประเมิน

การตรวจประเมิน

- หน่วยบริการประเมินตนเอง
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมิน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

๒.๑ รายละเอียดทั่วไป

- ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ.....
 ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

รหัสหน่วยบริการ ๗ หลัก

สถานที่ตั้ง เลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... อีเมลล์.....

ขนาดสถานบริการ.....

รหัสสถานบริการ ๕ หลัก

จำนวนประชากรต่อหน่วยบริการแยกตามสิทธิประโยชน์ (DBPOP)

- | | | |
|--|-------------|----|
| <input type="radio"/> สิทธิ UC | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> สิทธิข้าราชการ | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> สิทธิพนักงานท้องถิ่น | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> สิทธิและกันสังคม | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น ระบุ..... | จำนวน | คน |
| <input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... | จำนวน | คน |

รวมทั้งสิ้นจำนวนคน

๒.๒ สังกัด

- รัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุกรม
- รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- ระบุกระทรวง.....
 - สังกัดย่อย.....
- เอกชน
- ชื่อบริษัท/เจ้าของกิจการ.....
 - ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานบริการ เลขที่.....
 - ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล เลขที่.....

ส่วนที่ ๓ การประเมินตามเกณฑ์ขั้นทะเบียน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การตรวจประเมิน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลประเมิน ตนเอง		ผลประเมิน คณะทำงาน		สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
ส่วนที่ ๑ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีดังนี้					
๑.๑ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน					
๑.๒ มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ จำนวน ๒ คนขึ้นไป					
๑.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คนขึ้นไป					
๑.๔ มีป้ายชื่อแพทย์แชนนอนหน้าห้องตรวจ ชัดเจน					
๑.๕ มีโครงสร้างบุคลากรในหน่วยบริการ ชัดเจน					
ส่วนที่ ๒ มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ					
๒.๑ ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก (Application/Line/SMS/Telephone)					
๒.๒ ข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้เข้ารับบริการ					
๒.๓ มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการ					
๒.๔ มีประวัติการรักษาพยาบาลที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการ สำรองข้อมูล					
ส่วนที่ ๓ มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันต่อสัปดาห์โดยหากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้ง ให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบเป็นการทั่วไป					
๓.๑ มีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน					
๓.๒ มีตารางการปฏิบัติงาน/การให้บริการที่ชัดเจน					
ส่วนที่ ๔ มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อย					
๔.๑ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดบริการ เช่น งบประมาณ เวชภัณฑ์ เป็นต้น					
๔.๒ มีแผนดูแลสุขภาพของผู้เข้ารับบริการในชุมชน สถานประกอบการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ					
๔.๓ มีบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน					
๔.๔ มีแผนในการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพ เชิงรุกในชุมชน สถานประกอบการ					
๔.๕ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง					
๔.๖ บริการควบคุมโรค ป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
๔.๗ มีการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้ประชาชนใน ชุมชน สถานประกอบการ มีศักยภาพและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ของตนเองและครอบครัว					
๔.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและ ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการป้องกันและควบคุมโรค ภายในชุมชน สถานประกอบการ					
ส่วนที่ ๕ สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น					
๕.๑ มีป้ายบ่งบอกว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิที่ชัดเจน					

เกณฑ์การตรวจประเมิน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลประเมิน ตนเอง		ผลประเมิน คณะทำงาน		สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
๕.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีทางเข้า - ออก ที่ชัดเจน					
ส่วนที่ ๖ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ					
๖.๑ สถานที่บริการสะอาด ปลอดภัย ในการจัดบริการแต่ละด้าน แยกเป็นส่วนที่เหมาะสม					
๖.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก					
๖.๓ มีพื้นที่ให้บริการเพียงพอต่อประชาชนที่เข้ารับบริการ					
๖.๔ มีอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น เพียงพอ และถูกจัดไว้ในพื้นที่ ที่เหมาะสมรวมทั้งมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ					
๖.๕ มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการ สามารถค้นหาง่าย					
๖.๖ สถานที่ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพ และสารเคมี					
๖.๗ ปลอดภัยและสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยัง หน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น					
๖.๘ มีการจัดแบ่งพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนเชื้อ เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค ในหน่วยบริการที่ชัดเจน					
๖.๙ มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอยและนำไปกำจัด ตามมาตรฐานที่กำหนด					
๖.๑๐ มีแผนในการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐±๒,๐๐๐ คนหรือตามบริบทของพื้นที่					

รายชื่อทีมตรวจประเมิน

- | | | |
|----------|-----------------------|-------------|
| ๑. | หัวหน้าทีมตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๒. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๓. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๔. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๕. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๖. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๗. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๘. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๙. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๑๐. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |
| ๑๑. | ผู้ตรวจประเมิน | ลงชื่อ..... |

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
.....
(.....)

สรุปผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผ่าน (ต้องมีทุกข้อ) ไม่ผ่าน

แนวทางพัฒนา/ปรับปรุงแก้ไข

.....
.....
.....
.....

หัวหน้าทีมผู้ตรวจประเมิน

.....
(.....)

รับทราบผลการตรวจประเมิน

.....
(.....)

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ



**กองสนับสนุน
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ**



แบบฟอร์มขอเปลี่ยนแปลง แก้ไข หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

**เขตสุขภาพที่ จังหวัด

ผู้ยื่นคำร้อง (ผู้กรอกข้อมูล*) กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

**ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ)สกุล.....(ตัวบรรจง)

**ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ / ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ที่ต้องการแก้ไข).....

**รหัสหน่วยบริการ ๕ หลัก (ที่ต้องการแก้ไข).....

**ตามประกาศ ครั้งที่/..... ปีงบประมาณ ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

**หน้า (ในประกาศ)

- แก้ไขข้อมูลที่ ๑ (แก้ไข เปลี่ยนแปลงชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ)
- จาก PCUชื่อรหัส ๕ หลัก.....เป็น PCUชื่อรหัส ๕ หลัก.....
- จาก NPCUชื่อรหัส ๕ หลัก.....เป็น PCUชื่อรหัส ๕ หลัก.....
- แก้ไขข้อมูลที่ ๒ (แก้ไข เปลี่ยนแปลงชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ)
- จาก PCUชื่อรหัส ๕ หลัก.....เป็น N
- จาก NPCUชื่อรหัส ๕ หลัก.....เป็น NPCUชื่อรหัส ๕ หลัก.....

**เหตุผลในการขอสมัครแม่กับลูก.....

จากเดิม หน่วยบริการภายใน (เฉพาะเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเท่านั้น)

แม่ชายทีม ๑.รหัส ๕ หลัก..... ๔.รหัส ๕ หลัก.....

๒.รหัส ๕ หลัก..... ๕.รหัส ๕ หลัก.....

๓.รหัส ๕ หลัก..... ๖.รหัส ๕ หลัก.....

เปลี่ยน หน่วยบริการภายใน (เฉพาะเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเท่านั้น)

แม่ชายทีม ๑.รหัส ๕ หลัก..... ๔.รหัส ๕ หลัก.....

๒.รหัส ๕ หลัก..... ๕.รหัส ๕ หลัก.....

๓.รหัส ๕ หลัก..... ๖.รหัส ๕ หลัก.....

แก้ไขข้อมูลที่ ๓ เปลี่ยนแปลงแก้ไข ชื่อแพทย์จากประกาศ

**ชื่อแพทย์ตามประกาศเดิม (นาย /นาง /นางสาว/อื่นๆระบุ).....สกุล.....

**เป็น (นาย /นาง /นางสาว/อื่นๆระบุ).....สกุล.....

**เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....(การส่งเลขบัตรประชาชนควรคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลนั้นๆ)

**เหตุผล / ความจำเป็น.....

แก้ไขข้อมูลที่ ๔ เปลี่ยนแปลงรหัส ๗ หลัก

เดิม เป็น

หมายเหตุ

- ๑ เลือกทำเฉพาะข้อ หรือหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ต้องการแก้ไขเท่านั้น
- ๒ แบบฟอร์ม ๑ ฉบับ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ๓ หากมีการเปลี่ยนแปลงชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็น เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องแก้ไขข้อมูลที่ ๔ เปลี่ยนแปลงรหัส ๗ หลักด้วย

(.....)

หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

๒.๕ แนวทางการกำหนดรหัสหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (หน่วยบริการแม่ข่าย) ตามแนวทางดังต่อไปนี้

การกำหนดรหัสหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทที่ ๑

มีจำนวน ๗ หลัก ๑๑๑๑๑๑๑ ประกอบด้วย

หลักที่ ๑ - ๒ คือ รหัสจังหวัด

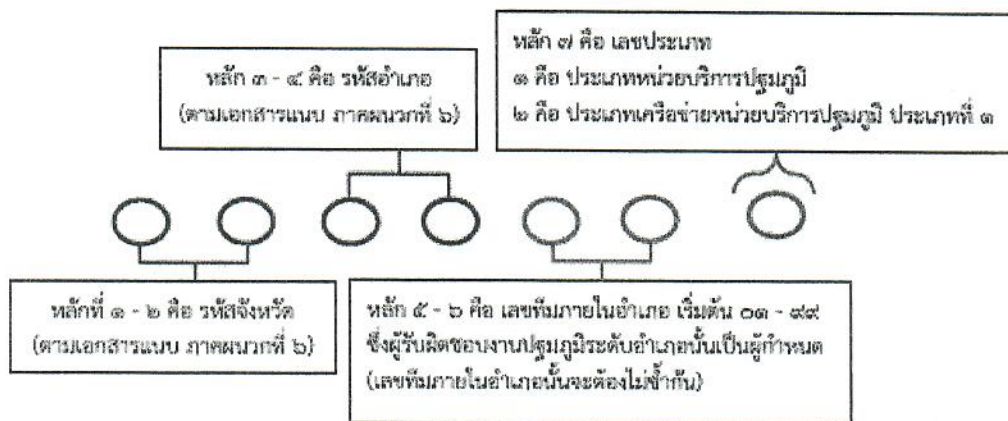
หลักที่ ๓ - ๔ คือ รหัสอำเภอ

หลักที่ ๕ - ๖ คือ ลำดับหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทที่ ๑ ภายในอำเภอ โดยสามารถเรียงต่อกันโดยไม่ต้องแยกประเภท

หลักที่ ๗ คือ เลขประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเภทที่ ๑

โดยใช้รหัสที่กำหนดตามแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๗๒) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๒

ผังการกำหนดรหัส พร้อมการแยกประเภทหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

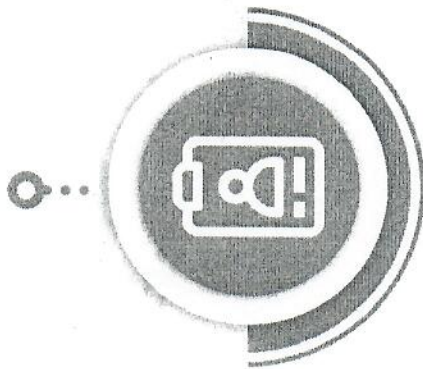


ขั้นตอนเขียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

Timeline

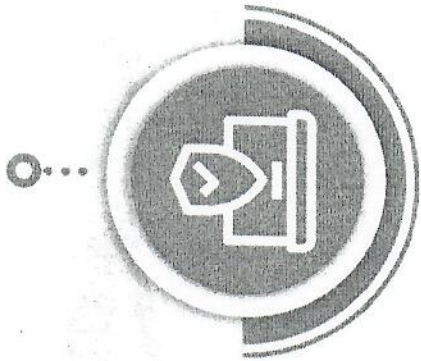
วันที่ 1 - 10 ทุกเดือน

ส่งแบบฟอร์มขั้นตอนเขียน
เปลี่ยนแปลงแก้ไข
ยกเลิกขั้นตอนเขียน



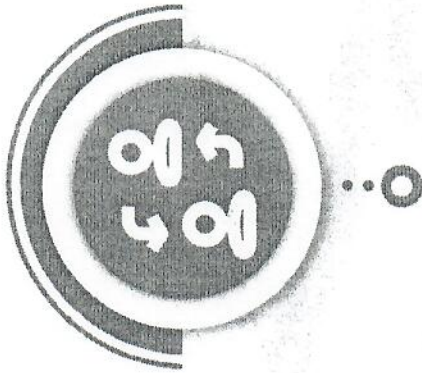
วันที่ 21 ถึงสิ้นเดือน ทุกเดือน

ประกาศ



วันที่ 11 - 20 ทุกเดือน

ตรวจสอบข้อมูล
จัดทำประกาศ



ขบ.กสป.03 ขั้นตอนเขียนหน่วยบริการฯ
ขบ.กสป.04 เปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อมูล
ขบ.กสป.05 ยกเลิกขั้นตอนเขียนหน่วยบริการฯ