

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๒/๒๖๙๒



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔ ถนนอธิบดี จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการ การดำเนินงานระบบหมอพร้อม I Claim ระยะที่ ๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการฯ

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ ได้แจ้งการดำเนินงานระบบหมอพร้อม I Claim กับบริษัทประกันภัย ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๘ โดยให้จัดทำสัญญาบริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นเงินเชื่อ พ.ศ. ๒๕๖๒ และมติคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๘ จากการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๕ เห็นชอบให้ดำเนินการระยะแรก ในโรงพยาบาลขนาด ๑๐๐ เตียงขึ้นไป จำนวน ๒๓ แห่ง นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการจัดทำระบบหมอพร้อม I Claim ของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๘ บรรลุผลสำเร็จ และเพื่อประโยชน์ของประชาชนผู้มารับบริการ เป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ ๘ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการดำเนินงานระบบหมอพร้อม I Claim ระยะที่ ๒ โดยขอให้โรงพยาบาลทุกแห่งส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการ ส่งให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ R8waycfo@gmail.com ภายในวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง

โทร. ๐-๔๒๒๑-๙๒๐๗-๘ ต่อ ๓๐๐

ผู้ประสาน นางสาวภาวิณี ศรีสวัสดิ์

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ การดำเนินงานระบบหมอพร้อม I Claim ระยะที่ ๒

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/หน่วยงาน.....

☐ ยินดีเข้าร่วมโครงการ

☐ ไม่เข้าร่วมโครงการ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....