

ด่วนที่สุด

ที่ นพ ๐๐๓๓.๖/ว ๑๓๕๕



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

จังหวัดนครพนม ศาลากลางจังหวัดนครพนม

(หลังใหม่) ชั้น ๓ ถนนอภิบาลบัญชา นพ ๔๘๐๐๐

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งแนวทางการดำเนินการเพื่อขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติ การแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครพนม นายกเทศมนตรีเมืองนครพนม และท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ด่วนที่สุด ที่ นพ ๐๐๓๓.๐๐๓.๓/๑๑๑๖๘

ลงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม แจ้งว่าประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ.๒๕๖๔ ข้อ ๙ ได้วางหลักการคุ้มครอง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ยังคง ปฏิบัติหน้าที่อยู่ก่อนและยังปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะที่ประกาศนี้ ให้ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปแต่ให้ดำเนินการตามที่กำหนด ในประกาศนี้ภายใน ๑ ปี นับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ซึ่งจะครบกำหนดระยะเวลา ๑ ปี ตามบทเฉพาะกาล ในวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เพื่อให้เป็นไปตามประกาศอันจะทำให้การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยได้แจ้งรายชื่อหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศ ยื่นเรื่องเพื่อขอรับการประเมินตามประกาศฉบับนี้ ทั้งนี้ สำหรับหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับความคุ้มครองตามบทเฉพาะกาล ในข้อ ๙ หากเห็นว่าหน่วยงานของตนเองไม่สามารถหรือดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศได้ครบถ้วนแต่ยังมีความประสงค์ที่จะคงฐานะการเป็นหน่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ยื่นความจำนงเพื่อขอขยายเวลา การดำเนินการตามแบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการ ตามข้อ ๙ ต่อคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติ ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ภายในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ในเวลาทำการ

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ สำหรับท้องถิ่นอำเภอ ขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องเช่นเดียวกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิเชษฐ์ ทองปาน)

ท้องถิ่นจังหวัดนครพนม

กลุ่มงานบริการสาธารณะฯ

โทรศัพท์ ๐-๔๒๕๑-๕๗๒๐ ต่อ ๑๓

โทรสาร ๐-๔๒๕๑-๕๗๒๐ ต่อ ๑๘

8 พ.ค. 65
21 พ.ค. 65
- ยว

ด่วนที่สุด

ที่ นพ ๐๐๓๓.๐๐๓.๓ / ๐๐๖๖



นาง.ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครพนม
เลขทะเบียน 11147 วันที่ 21 พ.ย. 2565
☐ ผ.บ.ท. ☐ กง.บถ. ☐ กง.กม. ☒ กง.สส. ☐ กง.ภช

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
ถนนอภิบาลบัญชา นพ ๔๘๐๐๐

๑๗/พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งแนวทางการดำเนินการเพื่อขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ ให้เป็นไปตามประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแล
หน่วยปฏิบัติ การแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน ท้องถิ่นจังหวัดนครพนม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางในการดำเนินการเพื่อขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๒ แผ่น
๒. แบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๒ แผ่น
๓. ตัวอย่างหนังสือสำหรับ สสจ/กม แจ้ง สพจ รายงานเหตุผลและความจำเป็นของหน่วย
ปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติ
หน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ข้อ ๙ ได้วางหลักการคุ้มครอง หน่วยปฏิบัติ
การแพทย์ที่ยังคง ปฏิบัติหน้าที่อยู่ก่อนและยังปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะที่ประกาศนี้ ให้ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปแต่
ให้ดำเนินการตามที่กำหนด ในประกาศนี้ภายใน ๑ ปี นับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ซึ่งจะครบกำหนด
ระยะเวลา ๑ ปีตามบทเฉพาะกาลใน วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เพื่อให้ไปตามประกาศอันจะทำให้การ
ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จึงขอแจ้งรายชื่อหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติ
ครบถ้วนตามประกาศ ยื่นเรื่องเพื่อขอรับการประเมินตามประกาศฉบับนี้ ทั้งนี้สำหรับหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับความ
คุ้มครองตามบทเฉพาะกาล ในข้อ ๙ หากเห็นว่าหน่วยงานตนเองยังไม่สามารถหรือดำเนินการให้เป็นไปตาม
ประกาศได้ครบถ้วนแต่ยังมีความประสงค์ที่จะคงฐานะการเป็นหน่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ยื่น
ความจำนงค์เพื่อขอขยายเวลาการดำเนินการ ตาม แบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับ
หน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ ต่อคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติ ส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ภายใน
วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ในเวลาทำการ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวมารดี ศิริพัฒน์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพจิตและยาเสพติด

โทร ๐ ๔๒๕๑ ๑๔๑๐ ต่อ ๑๒๕ , ๐ ๔๒๕๑ ๒๓๖๒

โทรสาร ๐ ๔๒๕๑ ๒๓๖๒



QR code ประกาศรายชื่อหน่วยปฏิบัติการ
ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศฯ



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๙
สาธารณสุขซอย ๒ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๑-๖ เว็บไซต์: www.niems.go.th

ที่ สพฉ. ๑๒/๐๒๘๔๒

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

สนง.สสจ.นครพนม
วันที่ 14011
รับวันที่ 10 พ.ย. 2565

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
วันที่ ๑๐ พ.ย. ๖๕
รับ ๑๖/๒๓
เวลา ๑๗.๓๐

เรื่อง แจ้งแนวทางการดำเนินการเพื่อขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการ
การแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการ
การแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

อ้างถึง ๑. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และ
การกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน และระดับสูงซึ่ง
ปฏิบัติหน้าที่อยู่ก่อนและยังปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะที่ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔
มีผลใช้บังคับ จำนวน ๑ ฉบับ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางในการดำเนินการเพื่อขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ตัวอย่างหนังสือสำหรับ สสจ/กทม แจ้ง สพฉ รายงานเหตุผลและความจำเป็นของหน่วย
ปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่
และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ข้อ ๙ ได้วางหลักการคุ้มครอง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ยังคง
ปฏิบัติหน้าที่อยู่ก่อนและยังปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะที่ประกาศนี้ ให้ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปแต่ให้ดำเนินการตามที่กำหนด
ในประกาศนี้ภายใน ๑ ปีนับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ซึ่งจะครบกำหนดระยะเวลา ๑ ปีตามบทเฉพาะกาลใน
วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ สิ่งที่อ้างถึง ๑ และ ๒ นั้น

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ขอเรียนว่าเพื่อให้ไปตามประกาศอันจะทำให้การปฏิบัติการการแพทย์
ฉุกเฉินในพื้นที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงขอแจ้งมายังท่านเพื่อให้แจ้งยังหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศ
ยื่นเรื่องเพื่อขอรับการประเมินตามประกาศฉบับนี้ ทั้งนี้สำหรับหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับความคุ้มครองตามบทเฉพาะกาล
ในข้อ ๙ หากเห็นว่าหน่วยงานตนเองยังไม่สามารถหรือดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศได้ครบถ้วนแต่ยังคงมีความประสงค์

/๒ ที่จะคง...

ชน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม

☒ เพื่อโปรดทราบ - ส.พ.ด. 1105 11 (๒๖/๐๖/๒๕๖๕)
☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☐ อื่นๆ จชต. ๑๖/๐๓/๕๕

(พิสิทธิ์ เจริญยิ่ง)

รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ใบเสร็จรับเงินของโรงพยาบาลปฏิบัติงานแทนเลขที่การสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

מס. 2864 (109) בעת קבלת המסמך

[illegible]

St. uov. me. 26 nov. 65

- ၂၆ နေရာတွင် ရှိသော အချက်အလက်များ

(អាណត្តិស្ថានបុរ)

Lab. No. No 10

10 m 65

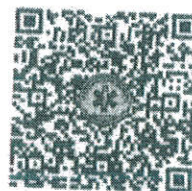
หน่วยบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินกลาง ส่วนงานมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๔๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๔๒ ๑๖๐๓

ผู้รับผิดชอบ : นางสาวสุพัตรา ลีเลิศ ไทรคัพพ์ ๐๙๙ ๐๕๒ ๑๖๖๙ E-mail : Supatra.l@niems.go.th



เอกสารอ้างอิงถึง



สิ่งที่ส่งมาด้วย



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา
สาธารณสุขซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๑-๖ เว็บไซต์: www.niemr.go.th

ที่ สพฉ. ๑๒/๐๒๘๔๓

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งแนวทางการดำเนินการเพื่อขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง ๑. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่อง รายชื่อหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน และระดับสูงซึ่งปฏิบัติหน้าที่อยู่ก่อนและยังปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะที่ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผลใช้บังคับ จำนวน ๑ ฉบับ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางในการดำเนินการเพื่อขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๑ ฉบับ

๓. ตัวอย่างหนังสือสำหรับ สสจ/กทม แจ้ง สพฉ รายงานเหตุผลและความจำเป็นของหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ข้อ ๙ ได้วางหลักการคุ้มครอง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ยังคงปฏิบัติหน้าที่อยู่ก่อนและยังปฏิบัติหน้าที่อยู่ในขณะที่ประกาศนี้ ให้ยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไปแต่ให้ดำเนินการตามที่กำหนดในประกาศนี้ภายใน ๑ ปีนับแต่วันที่ประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ ซึ่งจะครบกำหนดระยะเวลา ๑ ปีตามบทเฉพาะกาลในวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ สิ่งที่อ้างถึง ๑ และ ๒ นั้น

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ขอเรียนว่าเพื่อให้เป็นไปตามประกาศอันจะทำให้การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จึงขอแจ้งมายังท่านเพื่อให้แจ้งยังหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศอื่นเรื่องเพื่อขอรับการประเมินตามประกาศฉบับนี้ ทั้งนี้สำหรับหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับความคุ้มครองตามบทเฉพาะกาลในข้อ ๙ หากเห็นว่าหน่วยงานตนเองยังไม่สามารถหรือดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศได้ครบถ้วนแต่ยังมีความประสงค์

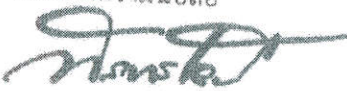
/๒ ที่จะคง...

ที่จะคงฐานะการเป็นหน่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ยื่นความจำนงเพื่อขอขยายเวลาการดำเนินการ ตามแบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ ต่อคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์จังหวัดที่หน่วยปฏิบัติการนั้นปฏิบัติการอยู่ หรือหากจังหวัดนั้นยังไม่มีคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์จังหวัด ให้ยื่นแบบดังกล่าวต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยทั้ง ๒ กรณีจะต้องยื่นภายในวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ในเวลาทำการ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งหน่วยปฏิบัติการแพทย์ทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

นาวาเอก (พิเศษ)



(พิสิทธิ์ เจริญยิ่ง)

รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



เอกสารอ้างอิง

สิ่งที่ส่งมาด้วย

หน่วยบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินกลาง ส่วนงานมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๓

ผู้รับผิดชอบ : นางสาวสุพัตรา ลีเลิศ โทรศัพท์ ๐๘๙๙ ๐๕๒ ๑๖๖๙ E-mail : Suphatra.lanierns.go.th

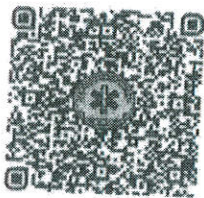
แนวทางในการดำเนินการเพื่อขอขยายเวลา สำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙

(สำหรับหน่วยปฏิบัติการ)

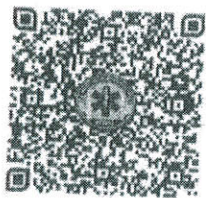
หน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ได้รับการประกาศรายชื่อให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐานหรือระดับสูงตามข้อ ๙ แห่งประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยหน่วยปฏิบัติการดังกล่าวจะต้องดำเนินการให้มีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ และขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามที่กำหนดไว้ในประกาศดังกล่าว ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ (ถึง ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕) แต่ทั้งนี้หากหน่วยปฏิบัติการใดยังไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จได้ภายในเวลาที่กำหนดได้ สามารถรายงานเหตุผลความจำเป็นต่อคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์ และเสนอต่อเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินพิจารณาขยายเวลาให้ต่อไป

ดังนั้น หากหน่วยปฏิบัติการใด ประสงค์ขอขยายเวลา ขอให้ดำเนินการตามแนวทางดังต่อไปนี้

๑. ตรวจสอบรายชื่อว่าหน่วยปฏิบัติการของท่านว่าเป็นหน่วยปฏิบัติการที่มีสิทธิขอขยายเวลาหรือไม่ (คลิก)
๒. ให้หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐานและระดับสูงที่มีสิทธิขอขยายเวลาตามข้อ ๑ ดาวโหลดแบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ คลิกเพื่อดาวโหลดแบบฟอร์ม
๓. กรอกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มรายงานให้ครบถ้วน แล้วเสนอให้ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการลงนาม
๔. แสแกน QR code และกรอกรอกข้อมูลลงใน google form (โดยใช้ข้อมูลจากแบบฟอร์มรายงานตามข้อ ๓)
๕. เมื่อกรอกรอกข้อมูลใน google form เรียบร้อยแล้ว ก่อนถึงขั้นตอน “กดส่ง” ให้อัปโหลดแบบฟอร์มรายงานตามข้อ ๓ ใน google form ดังกล่าวด้วย โดยใช้ไฟล์ PDF เท่านั้น และให้ตั้งชื่อไฟล์ที่พร้อมอัปโหลด “จังหวัด_หน่วยปฏิบัติการ” ตัวอย่าง เช่น นนทบุรี_โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



Google form
พื้นที่ ๑ ภาคเหนือ



Google form
พื้นที่ ๒ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



Google form
พื้นที่ ๓ ภาคกลางและตะวันออก



Google form
พื้นที่ ๔ ภาคใต้

พื้นที่ 1 ภาคเหนือ เขตสุขภาพที่ 1, 2 และ 3	พื้นที่ 2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10	พื้นที่ 3 ภาคกลางและตะวันออก เขตสุขภาพ 4, 5, 6, และ 13	พื้นที่ 4 ภาคใต้ เขตสุขภาพที่ 11 และ 12
เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา	เขตสุขภาพที่ 7 กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม	เขตสุขภาพที่ 4 นนทบุรี สิงห์บุรี ปทุมธานี นครนายก อย่างทอง พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี	เขตสุขภาพที่ 11ภูเก็ต นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร กระบี่ ระนอง พังงา
เขตสุขภาพที่ 2 ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์	เขตสุขภาพที่ 8 เลย บึงกาฬ หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี นครพนม สกลนคร	เขตสุขภาพที่ 5 กาญจนบุรีราชบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม เพชรบุรี	เขตสุขภาพที่ 12 พัทลุง ตรัง นราธิวาส สตูล ปัตตานี ยะลา สงขลา
เขตสุขภาพที่ 3 อุทัยธานี ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ กำแพงเพชร	เขตสุขภาพที่ 9 ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	เขตสุขภาพที่ 6 ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด	
	เขตสุขภาพที่ 10 มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ	เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร	

(สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

แนวทางการดำเนินการของทีมเลขานุการคณะผู้นุมัติฯ หรือผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน ในการขอขยายเวลาของหน่วยปฏิบัติการในจังหวัด/พื้นที่ มีดังนี้

๑. แจ้งหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อรับทราบและดำเนินการยื่นแบบรายงานขอขยายเวลาและดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

๒. รวบรวมหนังสือรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ จาก google drive แยกตามพื้นที่ภาคที่รับผิดชอบ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) หรือ QR ที่แนบด้านล่างนี้

๓. รายงานต่อคณะผู้นุมัติในแต่ละจังหวัด หากคณะผู้นุมัติเห็นควรเสนอรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙ กรณีจังหวัดที่ยังไม่ได้มีการแต่งตั้งคณะผู้นุมัติ ให้หน่วยปฏิบัติการยื่นแบบรายงานขอขยายเวลาต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แล้วให้ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินลงนามในแบบรายงานดังกล่าวของแต่ละหน่วยปฏิบัติการ และทำหนังสือเสนอต่อเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยสามารถดาวน์โหลดตัวอย่างหนังสือ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) และปรับแก้ให้สอดคล้องกับข้อมูลในเขตจังหวัด/พื้นที่ส่งมายังสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ทั้งนี้ การกำหนดระยะเวลาการยื่น ให้ถือวันที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร รับเรื่อง

หน่วยบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินกลาง ส่วนงานมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๓

ผู้รับผิดชอบ : นางสาวสุพัตรา สีสิต โทรศัพท ๐๘๙ ๐๕๒ ๑๖๖๙ E-mail : Suphatra@niems.go.th



เอกสารอ้างอิง



สิ่งที่ส่งมาด้วย



แบบรายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙
ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วย
ปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

วันที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....

เรื่อง ขอแจ้งเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการตามข้อ ๙

ตามที่.....ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับการประกาศรายชื่อให้เป็นหน่วย
ปฏิบัติการแพทย์ตามข้อ ๙ วรรคหนึ่ง ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการ
ปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยให้ดำเนินการขออนุมัติเป็นหน่วยปฏิบัติการตาม
ประกาศดังกล่าวภายในหนึ่งปี แต่เนื่องจากยังมีข้อจำกัดบางประการที่ยังไม่สามารถจัดให้หน่วยปฏิบัติการมีลักษณะและ
ลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ ให้เป็นไปตามที่กำหนดในเวลาที่กำหนดได้

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....ซึ่งเป็นผู้บริหาร
ของหน่วยปฏิบัติการ ขอรายงานเหตุผลความจำเป็นเพื่อขอขยายเวลาสำหรับการดำเนินการให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ตาม
ในผนวกแนบท้ายแห่งประกาศดังกล่าว ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อหน่วยปฏิบัติการ :

๒. สถานที่ตั้ง : เลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทร.....

๓. มีความประสงค์ขอขยายเวลาสำหรับการดำเนินการเพื่อให้มีลักษณะและลักษณะการปฏิบัติหน้าที่ฯ เพื่อขออนุมัติเป็น
หน่วยปฏิบัติการระดับใด

☐ ระดับพื้นฐาน ☐ ระดับสูง ☐ ระดับเฉพาะทาง

๔. หน่วยปฏิบัติการของท่าน มีชุดปฏิบัติการในสังกัด จำนวนชุด

๕. หน่วยปฏิบัติการได้กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติงานอย่างไร

- ☐ หมุนเวียนเป็นผลัดเวรๆละ ๘ ชั่วโมง วันละ ๓ ผลัดเวร ตลอดทั้ง ๗ วัน ทั้งเดือน และทั้งปี
☐ หมุนเวียนเป็นผลัดเวรๆละ ๑๒ ชั่วโมง วันละ ๒ ผลัดเวร ตลอดทั้ง ๗ วัน ทั้งเดือน และทั้งปี
☐ จัดในรูปแบบอื่น (โปรดระบุ)

ส่วนที่ ๒ รายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลา (ตอบเฉพาะข้อที่ตรงกับเหตุผลความจำเป็นของหน่วยฯ ของท่าน)

๖. บุคลากรยังมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด/จำนวนไม่เพียงพอ ดังนี้

๖.๑ ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน

- ☐ ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉิน
☐ ประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินไม่ถึง ๓ ปี
☐ ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเป็นผู้บริหารหน่วยตามที่ สพล. กำหนด

๖.๒ ผู้ทำหน้าที่หัวหน้าชุด (มีจำนวนคน)

- ☐ ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นหัวหน้าชุด
☐ ยัง มีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการให้มีการปฏิบัติการฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม.

ส่วนที่ ๒ รายงานเหตุผลและความจำเป็นในการขอขยายเวลา (ตอบเฉพาะข้อที่ตรงกับเหตุผลความจำเป็นของหน่วยฯ ของท่าน)

๖.๓ ผู้ทำหน้าที่ผู้ช่วยหัวหน้าชุด (มีจำนวนคน)

- ☐ ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสำหรับการเป็นผู้ช่วยหัวหน้าชุด
- ☐ ยังมีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการให้มีการปฏิบัติการฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม.

๖.๔ ผู้ทำหน้าที่พนักงานขับรถ (มีจำนวนคน)

- ☐ ยังไม่มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด / ไม่มีใบอนุญาตขับขี่หรือขาดต่ออายุ
- ☐ ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถหรือผ่านเป็นบางคน
- ☐ มีจำนวนไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการให้มีการปฏิบัติการฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชม.

๗. อุปกรณ์และเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่จำเป็น (ถ้ามีครบและเพียงพอข้ามไปตอบข้อถัดไป)

- ☐ ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการแพทย์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ☐ ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการยึดตรึง ยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- ☐ ไม่มีอุปกรณ์สำหรับการป้องกันตนเอง และความปลอดภัย

๘. พาหนะ

- ☐ ไม่มีพาหนะหรืออยู่ระหว่างการจัดหาให้มี
- ☐ ทุกคัน/บางคันยังไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานตามประกาศ สพด. / ไม่ได้รับอนุญาต
- ☐ มีพาหนะแต่ไม่สามารถใช้งานได้ (อยู่ระหว่างซ่อมซึ่งคาดว่าจะต้องใช้ระยะเวลาซ่อมนาน)

๙. ระบบสื่อสารและสารสนเทศ (ถ้ามีครบและเพียงพอข้ามไปตอบข้อถัดไป)

- ☐ ไม่มีวิทยุสื่อสาร
- ☐ มีวิทยุสื่อสารแต่ไม่เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิทยุคมนาคม และระเบียบ สพด.
- ☐ ไม่มีระบบอินเทอร์เน็ต
- ☐ ไม่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่

๑๐. อาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

- ☐ ยังไม่มีสถานที่ตั้งที่ชัดเจน หรืออาคารที่ตั้งไม่มั่นคงแข็งแรงพอ
- ☐ ไม่มีที่จอดรถหรือมีไม่เพียงพอกับจำนวนรถ

๑๑. เหตุผลและความจำเป็นอื่น (ถ้ามี)

(โปรดระบุ.....)

ทั้งนี้ โดยขอขยายเวลาต่อไปอีกหนึ่งปี ตั้งแต่ วันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นข้อมูลของหน่วยปฏิบัติการในสังกัดที่ข้าพเจ้ารับผิดชอบ และเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้การอนุมัติต่อไปด้วย
ขอแสดงความนับถือ

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

ตำแหน่ง.....

ผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ

สำหรับเลขานุการคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์

ได้รายงานข้อมูลการขอขยายเวลาของหน่วย
ปฏิบัติการนี้ต่อคณะผู้อนุมัติแล้ว เห็นควรเสนอต่อ
เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเพื่อพิจารณา
ต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง เลขานุการคณะผู้อนุมัติ/ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน

(ตัวอย่างหนังสือสำหรับ สสจ/กทม แจ้ง สพฉ) ขอย้ายเวลา

ที่...../.....

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด... / กทม.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอย้ายเวลาสำหรับหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามข้อ ๙ ตามประกาศ กพฉ. เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไข
เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานเหตุผลความจำเป็นในการขอย้ายเวลาฯ ของหน่วยปฏิบัติการ จำนวน.....ชุด

ตามที่.....(ชื่อหน่วยงานหรือองค์กร).....ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ได้รับการประกาศรายชื่อให้เป็นหน่วย
ปฏิบัติการแพทย์ตามข้อ ๙ วรรคหนึ่ง ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไข
เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้รายงานการขอย้ายเวลาใน
การดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามประกาศดังกล่าว.....ต่อคณะผู้อนุมัติหน่วยปฏิบัติการแพทย์จังหวัด.../กทม.
ตามแนวทางที่กำหนดแล้ว นั้น

ในการนี้ จึงขอแจ้งเหตุผลความจำเป็นในการขอย้ายเวลาเพื่อการดำเนินการให้เป็นหน่วยปฏิบัติ
การแพทย์ตามในผนวกแนบท้ายแห่งประกาศดังกล่าว ของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ จำนวน.....หน่วย โดยขอ
ขอย้ายออกไปอีกหนึ่งปี และให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้ จนถึงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ทั้งนี้ เพื่อให้การ
ปฏิบัติการฉุกเฉินในพื้นที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและไม่กระทบต่อประชาชนในพื้นที่ รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ขยายเวลาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด..... / กทม.

ส่วนงานที่รับผิดชอบ.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..... / กทม.

เบอร์โทร.....