



แบบประเมินศักยภาพและความพร้อมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น"หน่วยบริการที่ร่วมให้บริการ"
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ประเมินวันที่ เดือน..... พ.ศ.

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ สถานบริการ..... รหัส สถานบริการ.....

1.2 สถานที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

Website..... email.....

1.3 สมัครขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้าน (ตามการประกอบวิชาชีพหรือตามการประกอบโรคศิลปะหรือตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ที่สำนักงานประกาศรับสมัคร)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> เวชกรรม (การแพทย์) | <input type="checkbox"/> การพยาบาลและผดุงครรภ์ | <input type="checkbox"/> ทันตกรรม |
| <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> การแพทย์แผนไทย | <input type="checkbox"/> ร้านขายยา (ขย.1) |
| <input type="checkbox"/> บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระบุ | | |
| () บริการฝากครรภ์ | | |
| () บริการตรวจยืนยันโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และสามี | | |
| () บริการตรวจคัดกรอง Down syndrome ในหญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป | | |
| () บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด | | |
| () บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย | | |
| () บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร(ใส่ห่วงอนามัย/ยาฝังคุมกำเนิด) ในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี | | |
| () บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร(ใส่ห่วงอนามัย/ยาฝังคุมกำเนิด) ในหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป กรณีหลังยุติการตั้งครรภ์ | | |
| () บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | | |
| () บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่นๆ ระบุ..... | | |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | | |

โดยทำนิติกรรมกับ

☐ กับหน่วยบริการประจำ ชื่อ..... รหัสหน่วยบริการ.....

☐ โดยตรงกับ สปสช.

1.4 ศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการ

เกณฑ์ตรวจประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
	มี	ไม่มี	
1.4.1 สถานบริการที่เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการที่จัดบริการสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิเฉพาะด้านในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือมาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแล หรือมาตรฐานขององค์กรด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ			
<p>1.4.2 มีผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะเพื่อให้บริการตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะ</p> <p>1) แพทย์.....คน 2) พยาบาลวิชาชีพ คน 3) ทันตแพทย์ คน 4) เภสัชกร คน 5) นักกายภาพบำบัด คน 6) นักเทคนิคการแพทย์คน 7) แพทย์แผนไทยคน</p> <p>- เวชกรรมไทย คน - เภสัชกรรมไทย คน</p> <p>- การผดุงครรภ์ไทย..... คน - การนวดไทย คน</p> <p>- การแพทย์พื้นบ้านไทย..... คน</p> <p>8) แพทย์แผนไทยประยุกต์ คน</p> <p>9) ผู้ประกอบโรคศิลปะ</p> <p>- กิจกรรมบำบัด.....คน - การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อสาร</p> <p>ความหมาย..... คน - จิตวิทยาคลินิก.....คน - กายอุปกรณ์..... คน</p> <p>- อื่นๆระบุ..... คน</p>			
1.4.3 ผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะตามข้อ 1.4.2 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่จะจัดบริการตามที่ตกลง (มีหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม...)			
1.4.4 มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับจัดบริการตามที่ตกลง			
1.4.5 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือแผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้ง ตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน			

เกณฑ์ตรวจประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
	มี	ไม่มี	
1.4.6 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ			
1.4.7 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถขอรับคำปรึกษา ระบบการรับ ส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ			
1.4.8 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการ และ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนด และการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล			
1.4.9 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน			

เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

<input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร) <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สป.7) <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สป.19) <input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล) <input type="checkbox"/> แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการอื่น <input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองอื่นๆ <input type="checkbox"/> เอกสารแสดงการรับรองมาตรฐานตามข้อ 1.4.1 (ผลตรวจประเมินไม่เกิน 1 ปี หรือผลตรวจประเมินซึ่งยังไม่หมดอายุ)ฉบับ <input type="checkbox"/> เอกสาร/หนังสือรับรอง/ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม ที่แสดงสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่จะจัดบริการ จำนวน.....ฉบับ <input type="checkbox"/> รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงาน พร้อมเลขที่ใบอนุญาต จำนวน.....ฉบับ <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองอื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....ฉบับ. หมายเหตุ : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่าข้อความ เอกสารหลักฐานข้างต้น และสถานบริการในความรับผิดชอบของข้าพเจ้ามีศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการปฐมภูมิเฉพาะด้านที่ขอเข้าร่วมให้บริการกับ สปสช.

ลงชื่อ
(.....)

(หัวหน้าหน่วยงานภาครัฐ/ผู้ประกอบการสถานพยาบาล/ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช./สปสช.เขต หรือ คณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการ

ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของสถานบริการแล้ว
ปรากฏว่า

☐ ผ่านการตรวจประเมิน สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการได้

☐ ไม่ผ่านการตรวจประเมิน

ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

(เจ้าหน้าที่ สปสช./หัวหน้าคณะกรรมการตรวจประเมินฯ)

วันที่.....