**แบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ/ความพร้อมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น"หน่วยบริการร่วมให้บริการ"**
**ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**
**********

วันที่ประเมินวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .....

## 1. ข้อมูลทั่วไป

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

**1.2 สถานที่ตั้ง**เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
Website.....email.....

**1.3 ประเภทสถานบริการ**

☐ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัด .....

☐ สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน โดยเป็นสถานพยาบาล

( ) คลินิกเวชกรรม ( ) คลินิกทันตกรรม ( ) คลินิกกายภาพบำบัด ( ) สหคลินิก

( ) คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ ( ) คลินิกแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์

( ) สถานพยาบาลเอกชนอื่นๆ ระบุ.....

☐ สถานบริการสาธารณสุขของสภากาชาดไทย

☐ สถานบริการอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

( ) ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ข.ย.1 ( ) ศูนย์บริการคนพิการ ( ) อื่นๆระบุ.....

**1.4 ประเภทบริการหรือกิจกรรมบริการที่ร่วมให้บริการ**

☐ บริการเวชกรรม (รักษาพยาบาล) ☐ บริการทันตกรรม ☐ บริการกายภาพบำบัด ☐ บริการเภสัชกรรม

☐ บริการการพยาบาลและผดุงครรภ์ ☐ บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์/แผนแพทย์จีน

☐ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

☐ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระบุ.....

☐ บริการอื่นๆ ระบุ.....

**1.5 การจัดบริการร่วมกับหน่วยบริการอื่นๆ**

☐ เป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการ ชื่อ..... รหัสหน่วยบริการ.....

☐ เป็นหน่วยบริการโดยตรงกับ สปสช.

**2. ศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการ**

| เกณฑ์ตรวจประเมิน | ศักยภาพและความพร้อม | | รายละเอียดเพิ่มเติม |
|---|---|---|---|
| | มี | ไม่มี | |
| 2.1 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือมาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแล หรือมาตรฐานขององค์กรด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ | | | ระบุมาตรฐาน...<br>..... |
| 2.2 มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะเพื่อให้บริการตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะที่ยังไม่หมดอายุ<br>1) แพทย์.....คน<br>2) พยาบาลวิชาชีพ ..... คน<br>3) ทันตแพทย์ ..... คน<br>4) เภสัชกร ..... คน<br>5) นักกายภาพบำบัด ..... คน<br>6) แพทย์แผนไทย .....คน<br>- เวชกรรมไทย ..... คน - เภสัชกรรมไทย ..... คน<br>- การผดุงครรภ์ไทย..... คน - การนวดไทย ..... คน<br>- การแพทย์พื้นบ้านไทย..... คน<br>7) แพทย์แผนไทยประยุกต์ ..... คน<br>8) นักเทคนิคการแพทย์ .....คน<br>9) ผู้ประกอบโรคศิลปะ<br>- กิจกรรมบำบัด.....คน - จิตวิทยาคลินิก.....คน<br>- การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย..... คน<br>- กายอุปกรณ์..... คน สาขาอื่นๆระบุ..... คน<br>10) อื่น ๆ ระบุ..... คน | | | |
| 2.3 ***กรณีศูนย์บริการคนพิการที่ไม่บุคลากรผู้ให้บริการตามข้อ 2.2*** ต้องมีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ จำนวน..... คน | | | |
| 2.4 บุคลากรตามข้อ 2.2 และข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่จะจัดบริการตามที่ตกลง โดยแสดงหลักฐาน/หนังสือรับรอง/ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม | | | ผ่านการอบรม<br>.....<br>..... |

| เกณฑ์ตรวจประเมิน | ศักยภาพและความพร้อม | | รายละเอียดเพิ่มเติม |
|---|---|---|---|
| | มี | ไม่มี | |
| 2.5 มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับจัดบริการตามที่ตกลง | | | |
| 2.6 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือแผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้ง ตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน | | | ระบุเวลาที่ให้บริการ |
| 2.7 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ | | | |
| 2.8 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถขอรับคำปรึกษา ระบบการรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ | | | |
| 2.9 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการ และ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนด และการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล | | | |
| 2.10 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน | | | |

***เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ* (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง)**

- ❒ หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
- ❒ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
- ❒ สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)
- ❒ สำเนาใบอนุญาตจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
- ❒ หนังสือรับรองการจดทะเบียนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล) หรือ สำเนาการจดทะเบียนมูลนิธิ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ❒ แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น
- ❒ สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการอื่น
- ❒ สำเนาใบรับรองอื่นๆ
- ❒ สำเนาเอกสารแสดงการรับรองมาตรฐานฯตามข้อ 2.1 (ผลตรวจประเมินไม่เกิน 1 ปี หรือการรับรองมาตรฐานยังไม่หมดอายุ) .....ฉบับ
- ❒ เอกสาร/หนังสือรับรอง/ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม ที่แสดงสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่จะจัดบริการ จำนวน.....ฉบับ
- ❒ รายชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงาน พร้อมเลขที่ใบอนุญาต จำนวน.....ฉบับ
- ❒ หนังสือรับรองอื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....ฉบับ

<u>หมายเหตุ</u> : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการฯ พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่างๆที่แนบมานี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....

(.....)

(หัวหน้าหน่วยงานภาครัฐ/ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/
ผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ )

**สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช./สปสช.เขต หรือ คณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการ**

ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของสถานบริการแล้ว ปรากฏว่า

☐ ผ่านการตรวจประเมิน สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการได้

☐ ไม่ผ่านการตรวจประเมิน

ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

ลงชื่อ .....

(.....)

(เจ้าหน้าที่ สปสช./หัวหน้าคณะกรรมการตรวจประเมินฯ )

วันที่.....