



แบบสมัคร และ ประเมินศักยภาพ/ความพร้อมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น"หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ระดับปฐมภูมิ"
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.....

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

Latitude..... Longitude.....

ระบุน้ำ/เวลาที่ให้บริการ.....

1.3 ประเภทสถานบริการ

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัด

สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน โดยเป็นสถานพยาบาล

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

() คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์ () คลินิกแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์

() สถานพยาบาลเอกชนอื่นๆ ระบุ.....

สถานบริการสาธารณสุขของสภาวิชาชีพไทย

สถานพยาบาลในสถานประกอบการ

สถานบริการอื่นที่คณะกรรมการกำหนด

() ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ข.ย.1 () ศูนย์บริการคนพิการ () อื่น ๆ ระบุ.....

1.4 ประเภทบริการหรือกิจกรรมบริการที่ร่วมให้บริการ

รับส่งต่อเฉพาะด้านเวชกรรม (รักษาพยาบาล)

รับส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม

รับส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด

รับส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม

บริการด้านเภสัชกรรมทั่วไป

บริการด้านยาและเวชภัณฑ์ร่วมกับหน่วยบริการ (โครงการร้านยาอบอุ่น)

โดยเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการ ชื่อ..... รหัสหน่วยบริการ.....

รูปแบบเครือข่าย Model 1 Model 2 Model 3

รับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและผดุงครรภ์

รับส่งต่อเฉพาะด้านแพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์/แผนแพทย์จีน ระบุ.....

รับส่งต่อเฉพาะด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....

รับส่งต่อเฉพาะด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระบุ.....

รับส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ ระบุ.....

รับส่งต่อเฉพาะด้านบริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน

บริการอื่นๆ ระบุ.....

1.5 การจัดบริการร่วมกับหน่วยบริการอื่นๆ (สำหรับ สปสช.เป็นข้อมูลจัดเครือข่ายหน่วยบริการ)

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

เป็นหน่วยบริการโดยตรงกับ สปสช.

2. ศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการ

เกณฑ์ตรวจประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
	มี	ไม่มี	
2.1 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือมาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแล หรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ หรือเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด และมีศักยภาพในการจัดบริการ			ระบุมาตรฐาน...
2.2 เป็นสถานบริการที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือมาตรฐานของหน่วยงานที่กำกับดูแล หรือมาตรฐานขององค์กร ด้านคุณภาพ หรือมาตรฐานขององค์กรวิชาชีพ มีผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพ และหรือกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ มีผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะเพื่อให้บริการตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำหรือสำนักงาน และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ประกอบโรคศิลปะที่ยังไม่หมดอายุ 1) แพทย์.....คน 2) พยาบาลวิชาชีพ คน 3) ทันตแพทย์ คน 4) เภสัชกร คน 5) นักกายภาพบำบัด คน 6) แพทย์แผนไทยคน - เวชกรรมไทย คน - เภสัชกรรมไทย คน - การฝังเข็มไทย..... คน - การนวดไทย คน - การแพทย์พื้นบ้านไทย..... คน 7) แพทย์แผนไทยประยุกต์ คน 8) นักเทคนิคการแพทย์คน 9) ผู้ประกอบโรคศิลปะ - กิจกรรมบำบัด.....คน - จิตวิทยาคลินิก.....คน - การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย..... คน - กายอุปกรณ์..... คน สาขาอื่น ๆ ระบุ..... คน 10) อื่น ๆ ระบุ..... คน		กรณีสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเข้าไปประเมินข้อ 2.3 (ยกเว้นร้านขายยาแผนปัจจุบัน)	
2.3 กรณีสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม มีผู้ให้บริการที่เป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริการหรือกิจกรรมที่จัดบริการ 1.หลักสูตร.....จำนวน..... คน 2.หลักสูตร.....จำนวน..... คน 3.หลักสูตร.....จำนวน..... คน			

เกณฑ์ตรวจประเมิน	ศักยภาพและความพร้อม		รายละเอียดเพิ่มเติม
	มี	ไม่มี	
2.4 บุคลากรตามข้อ 2.2 หรือข้อ 2.3 มีสมรรถนะและความเชี่ยวชาญ ที่จะจัดบริการตามที่สำนักงานกำหนด (แนบหลักฐาน แสดงการผ่านการอบรมหรือหนังสือรับรองหรือประกาศนียบัตร)			
2.5 แสดงวันเวลาในการให้บริการไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจนหรือแผนออกดำเนินงานนอกสถานที่ตั้ง ตามที่ตกลงกับหน่วยบริการประจำ หรือสำนักงาน			
2.6 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ หรือจัดบริการ ผ่านช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้มีสิทธิ			
2.7 มีระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถรองรับคำปรึกษา ระบบ การรับส่งต่อและการประสานงานเชื่อมโยงบริการกับหน่วยบริการประจำ ได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ			
2.8 มีระบบสารสนเทศ ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการ และ/หรือเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงาน ที่พร้อมใช้งาน และส่งข้อมูลหรือรายงานตามที่สำนักงานกำหนด และการจัดการรักษาความลับของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล			
2.9 มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน			

เอกสารประกอบการพิจารณาสถานบริการ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

<input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจให้ลงนามในใบสมัคร)
<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (สพ.7)
<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)
<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตจัดตั้งศูนย์บริการคนพิการทั่วไป
<input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการจดทะเบียนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งรับรองไม่เกิน 6 เดือน (กรณีนิติบุคคล) หรือสำเนากการจดทะเบียนมูลนิธิ หรือ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
<input type="checkbox"/> แบบตอบรับการเป็นหน่วยบริการ เช่น หน่วยบริการร่วมให้บริการ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ เป็นต้น
<input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการอื่น
<input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองอื่น ๆ
<input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงการรับรองมาตรฐานฯตามข้อ 2.1 (ผลตรวจประเมินไม่เกิน 1 ปี หรือการรับรองมาตรฐานยังไม่หมดอายุ)ฉบับ
<input type="checkbox"/> เอกสาร/หนังสือรับรอง/ประกาศนียบัตรการฝึกอบรม ที่แสดงสมรรถนะและความเชี่ยวชาญที่จะจัดบริการ จำนวน.....ฉบับ
<input type="checkbox"/> รายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ ที่ปฏิบัติงาน พร้อมเลขที่ใบอนุญาต จำนวน.....ฉบับ
<input type="checkbox"/> หนังสือรับรองอื่น ๆ ระบุ.....จำนวน.....ฉบับ
หมายเหตุ : กรุณาเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์หรือมติคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 และขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการฯ
พร้อมทั้งเอกสาร และหลักฐานต่าง ๆ ที่แนบมานี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

(หัวหน้าหน่วยงานภาครัฐ/ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล/
ผู้มีอำนาจกระทำการนิติบุคคลหรือผู้รับมอบอำนาจ)

สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช./สปสช.เขต หรือ คณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการ

ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของสถานบริการแล้ว ปรากฏว่า

ผ่านการตรวจประเมิน สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ระดับปฐมภูมิได้

ไม่ผ่านการตรวจประเมิน

ความเห็นเพิ่มเติม.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

(เจ้าหน้าที่ สปสช./หัวหน้าคณะกรรมการตรวจประเมินฯ)

วันที่.....