****

**แบบประเมินศักยภาพ หน่วยบริการเพิ่มศักยภาพ**

**การให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล**

**ชื่อหน่วยบริการ.............................................................................. รหัสหน่วยบริการ.................................................**

**สถานที่ตั้ง..........................................................เลขที่.....................ถนน...................................อำเภอ........................จังหวัด.....................................รหัสไปรษณีย์..........................โทรศัพท์...........................โทรสาร...............................**

**กลุ่มโรคที่จะดำเนินการและประมาณจำนวนผู้ป่วยรายโรคที่คาดว่าจะรับบริการสาธารณสุขระบบทางไกล รวมจำนวน...............คน จำแนก เป็นดังนี้**

 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ………………………. คน

 โรคเบาหวาน จำนวน …………………………………. คน

 โรคหอบหืด จำนวน ………………………………..…. คน

 โรคมะเร็ง จำนวน …………………………………..…. คน

 โรคจิตเวช จำนวน …………………………………….. คน

 โรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล (ระบุโรค)……………..……… จำนวน ………………………. คน

| **ข้อประเมิน** | **แนวทางการพิจารณา** | **ศักยภาพและ****ความพร้อม** | **รายละเอียดเพิ่มเติม** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** |
| 1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 | เป็น หน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่จัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้รับบริการ โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยระบบบริการการแพทย์ทางไกล |  |  |  |
| 1. มีผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความพร้อมในการให้ บริการสาธารณสุขทางไกล ตามมาตรฐาน ที่สภาวิชาชีพประกาศกำหนด
 | หน่วยบริการมีการมอบหมายงานและควบคุมดูแล ให้ผู้ประกอบวิชาชีพในหน่วยบริการที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพของตนที่แต่ละสภาวิชาชีพได้กำหนด  *โดยในปัจจุบัน แพทยสภา ได้จัดทำประกาศ เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ และ สภาเภสัชกรรม ได้จัดทำ ประกาศสภาเภสัชกรรม เรื่อง การกำหนดดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)* |  |  |  |
| 1. มีความพร้อมของเทคโนโลยีดิจิทัลหรือ Application ในการพิสูจน์ตัวตน การนัดหมายและการจ่ายเงิน ที่เชื่อมต่อกับข้อมูลของ สปสช. ได้
 |  พิจารณาจากหน่วยบริการต้องมี Application ที่สามารถทำงานได้ทั้งระบบปฏิบัติการ IOS / Android และ Application ต้องมี function ในการใช้งานพิสูจน์ตัวตนและการนัดหมายในโรงพยาบาล เป็นอย่างน้อย  การพิสูจน์ตัวตน คือ ขั้นตอนการยืนยันความถูกต้องของหลักฐาน ที่แสดงว่าเป็นบุคคลที่กล่าวอ้างจริง โดย Application ต้องมีกลไกของการพิสูจน์ตัวตน อย่างน้อย 2 กลไก เช่น บัตรประจำตัวประชาชน *หรือ* บัตรนัดของหน่วยบริการ ร่วมกับ รหัสผ่าน *หรือ* PIN *หรือ* OTP  |  |  | ชื่อ Application ในการพิสูจน์ตัวตน…**………………………..**การนัดหมาย**................................** **…………………………....**กลไกของการพิสูจน์ตัวตน1. สิ่งที่คุณมี (Possession factor)

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรนัดของหน่วยบริการอื่น ๆ..................1. สิ่งที่คุณรู้ (Knowledge factor)

PasswordPIN OTP อื่น ๆ.................. 3. สิ่งที่คุณเป็น (Biometric factor)  .. .......................... |
| 1. มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกล ของหน่วยบริการ พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนวันรับบริการ
 | หน่วยบริการจัดให้มีกระบวนการในการให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ ตลอดกระบวนการดูแลรักษา พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดก่อนการให้บริการ ขั้นตอนปฏิบัติ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการทุกด้าน ตลอดจนความเสี่ยงต่อการรับบริการ ให้ผู้รับบริการรับทราบและยินยอมก่อนวันรับบริการ  *(หน่วยบริการส่ง flow กระบวนการ การให้บริการสาธารณสุขระบบทางไกลของหน่วยบริการ)* |  |  |  |
| 1. มีการบันทึกข้อมูล การให้บริการในทุกกระบวนการขั้นตอน ให้สามารถทวนสอบข้อมูลได้
 | หน่วยบริการต้องจัดให้มีการบันทึกข้อมูล การให้บริการ การตรวจสอบและการยืนยันกระบวนการการให้บริการระบบการแพทย์ทางไกลในทุกขั้นตอนที่สามารถทวนสอบได้  |  |  |  |
| 1. มีมาตรฐานการรักษาความมั่นคง ด้านสารสนเทศและ มีแผนการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร
 | หน่วยบริการต้องมีเทคโนโลยีสามารถสื่อสารระหว่างกันได้อย่างชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ พร้อมทั้งจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยงและควบคุมความผิดพลาดทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร  |  |  |  |

ลงชื่อ ..................................................................

 (..................………………………...........................)

 (หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้รับมอบอำนาจ )

**สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช./สปสช.เขต**

ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของสถานบริการแล้ว ปรากฏว่า

 ผ่านการตรวจประเมิน

 ไม่ผ่านการตรวจประเมิน

ความเห็นเพิ่มเติม................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

ลงชื่อ ..................................................................

 (………………………...........................................)

 (ผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่ สปสช.)

 วันที่.............................