จังหวัด...........................รหัส....................ชื่อหน่วยบริการ.....................................................

แนวทางการตรวจสอบ Tele Health

1. เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. มี Flow หรือคู่มือ การเข้ารับบริการที่ชัดเจน (ไม่กำหนดรูปแบบ Flow)
   * ใน Flow แสดงระบบนัดหมาย คัดกรอง การเข้ารับบริการ
   * ใน Flow แสดงระบบการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการ Authentication ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง
   * ใน Flow แสดง Application หรือระบบที่ใช้ในการบริการผ่านระบบทางไกล เช่น WebRTC ,iTele หรือ AMED หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง (สามารถสอบถามจากหน่วยบริการได้)
   * ใน Flow มีแพทย์ ,เภสัช ประจำ วินิจฉัย ผ่านระบบทางไกล
   * ใน Flow มีระบบบันทึกข้อมูลในทุกกระบวนการที่สามารถทวนสอบข้อมูลได้ เช่น HosXP จนถึง E claim
3. มีกลุ่มประชากรผู้ป่วยด้วยโรคที่คาดว่าจะสามารถรับบริการ Tele Health ได้ เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง จิตเวช หรืออื่น ๆ ที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล เพื่อวัตถุประสงค์ในการลดความแออัด ณ หน่วยบริการที่ชัดเจน
4. มีระบบบริการยาและเวชภัณฑ์ และบริการส่งยาทางไปรษณีย์
5. มีการประเมินตนเอง ผ่านแบบฟอร์มสมัครของ สปสช. ที่รับรองหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้รับมอบอำนาจ
6. มีเบอร์โทรติดต่อกับไปยังหน่วยของผู้ให้บริการ ที่สามารถประสานงานได้กรณีมีเหตุจำเป็น

หมายเหตุ

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………