

เอกสารประกอบการยื่นคำขอเพิ่มบริการ TELEMEDICINE

1. คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (แบบ ส.พ.16)

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (สมุด ส.พ.9)
- เอกสารรับรองตัวบุคคล หรือหนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล)
 - ถ้าเนาบัตรประชาชน (ผู้มีอำนาจในนิติบุคคล)
 - ถ้าเนาทะเบียนบ้าน (ผู้มีอำนาจในนิติบุคคล)
- หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี) พร้อมเอกสารประกอบ

แบบ ส.พ. ๑๖

คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เลขประจำตัว สัญชาติ อายุ ปี

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ เลขประจำตัว สัญชาติ อายุ ปี

๑.๒ นิติบุคคล

โดย (๑) เลขประจำตัว และ (๒) เลขประจำตัว

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตั้ง
ลักษณะของสถานพยาบาล ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.
ณ สถานพยาบาลชื่อ ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่
ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

๒. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ดังต่อไปนี้

การลดหรือเพิ่มแผนกบริการ

การลดหรือเพิ่มจำนวนเตียงรับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยหนัก

การลดหรือเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดหรือห้องคลอด

การเปลี่ยนแปลงลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

การเปลี่ยนแปลงลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายสถานที่หรือแผนกบริการภายในอาคารจากเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

การเพิ่มหรือลดอุปกรณ์

การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ควรได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร

การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

การดัดแปลงอาคารที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบริการผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการดัดแปลงนั้น

การดัดแปลงอาคารที่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

อื่น ๆ

อื่น ๆ เพิ่มบริการการแพทย์ทางไกล

2. หนังสือรับรองผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล/

หนังสือแสดงความจำเป็นเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของผู้ประกอบการวิชาชีพ (แบบ ส.พ.6)

3. แบบแปลนก่อนการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน 1 ชุด และแบบแปลนหลังการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน 2 ชุด

- มาตรฐาน (Scale) 1:100/1:125/1:200 หรือเป็นไปตามมาตรฐาน
- ขนาดกระดาษ A3/A2/A1/A0 (ตามความเหมาะสมของ Scale โดยไม่เล็กกว่าขนาด A3)
- แสดงการจัดเฟอร์นิเจอร์ที่ให้บริการผู้ป่วยในแบบแปลน
- ระบุแผนก ชื่อห้อง ให้ครบถ้วนทุกห้อง

4. แบบฟอร์มรายละเอียดจุดพื้นที่ใช้สอย

- ถอดรายละเอียดพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงให้ครบถ้วน
- ระบุชื่อห้องให้ตรงตามแบบแปลน

5. รายละเอียดโปรแกรม/ระบบ/แอปพลิเคชัน ที่ให้บริการ

6. วิธีปฏิบัติ (Standard Operating Procedures, SOP) - กระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การชี้แจงรายละเอียดก่อนการให้บริการ การลงทะเบียน การบันทึกข้อมูล การรายงานผลการให้บริการ การตรวจสอบและยืนยันกระบวนการการให้บริการการแพทย์ทางไกลทุกขั้นตอน

7. ตัวอย่างแบบแสดงความยินยอมเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล (Consent form)

8. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ตามแบบประเมิน)

9. หนังสือปะหน้าเพื่อนำส่งเอกสาร

*** ผู้มีอำนาจลงนาม ประทับตราสำคัญ เอกสารทุกฉบับ ***

เอกสารประกอบการยื่นขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล

ลำดับ	เอกสาร	หมายเหตุ
๑.	<p>แบบคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๖) กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน ถูกต้อง ลงวันที่ และ <input checked="" type="checkbox"/> เอกสารที่แนบมาให้เรียบร้อย</p> <p>เอกสารแนบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาบัตรประจำตัว - หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ - หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล) - แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง - แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคาร ส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม - ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล - ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ (กรณีเพิ่มบริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง) - สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพ ในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา) - สำเนาทะเบียนบ้าน - สมุดทะเบียนสถานพยาบาล - กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ หรือตัดแปลงอาคาร จะต้องมี <ol style="list-style-type: none"> ๑. หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล ๒. ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร) ๓. หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของ กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม - ประทับตราสำคัญ
๒.	<p>แบบแปลน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แบบแปลนก่อนการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน ๑ ชุด ๒. แบบแปลนหลังการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล จำนวน ๒ ชุด <ul style="list-style-type: none"> - มาตรฐาน (Scale) ๑:๑๐๐/๑:๑๒๕/๑:๒๐๐ หรือเป็นไปตามมาตรฐาน - ขนาดกระดาษ A๓/A๒/A๑/A๐ (ตามความเหมาะสมของ Scale ด้วย โดยไม่เล็กกว่าขนาด A๓) - การออกแบบเป็นไปตามแนวทางการออกแบบสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน - ตามกฎหมายทางสัญจรร่วมผู้ป่วยต้องกว้างไม่น้อยกว่า ๒ เมตร - ให้จัดไฟล์แบบแปลนเป็น File PDF - แสดงการจัดวางเตียง และเฟอร์นิเจอร์ที่ให้บริการผู้ป่วยในแบบแปลน - แผนกให้บริการครบถ้วนตามกฎหมายกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๘ - ระบุแผนก ชื่อห้อง ให้ครบถ้วนทุกห้อง - ชื่อหน่วยให้บริการ ไม่ควรใช้คำว่า คลินิก (ตามกฎหมาย คลินิก หมายความว่าสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม - ประทับตราสำคัญ <p>*ทุกแผ่น</p>
๓.	<p>แบบฟอร์มรายละเอียดถอดพื้นที่ใช้สอย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถอดรายละเอียดให้ครบถ้วนทุกห้องตามแบบแปลน และระบุชื่อห้องให้ตรงตามแบบแปลน - ในส่วนห้องที่มีการใช้รังสี เช่น ห้อง X-ray, MRI, CT SCAN เป็นต้น ให้ระบุมาตรการการป้องกัน วัสดุที่ใช้กรุผนังว่าเป็นชนิดใด ความหนาผนังเท่าไร - ให้จัดไฟล์แบบแปลนเป็น File Microsoft Word หรือ Microsoft Excel 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม - ประทับตราสำคัญ
๔.	<p>หนังสือปะหน้าเพื่อนำส่งเอกสาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้มีอำนาจลงนาม - ประทับตราสำคัญ

เลขรับที่
วันที่
ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

 ๑.๑ ชื่อเลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 สัญชาติ อายุ ปี ๑.๒ นิตินบุคคล.....โดย (๑) เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

และ (๒)เลขประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ดังต่อไปนี้

- การลดหรือเพิ่มแผนกบริการ
- การลดหรือเพิ่มจำนวนเตียงรับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยหนัก
- การลดหรือเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดหรือห้องคลอด
- การเปลี่ยนลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายสถานที่หรือแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว
- การเพิ่มหรือลดอุปกรณ์
- การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร
- การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- การตัดแปลงอาคารที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อค่าบริการผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการตัดแปลงนั้น
- การตัดแปลงอาคารที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง
- อื่น ๆ

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัว | <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์ | <input type="checkbox"/> สมุดทะเบียนสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล) | <input type="checkbox"/> กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน |
| <input type="checkbox"/> แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง | และเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารชั้นใหม่ |
| <input type="checkbox"/> แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคาร | หรือตัดแปลงอาคาร จะต้อง มี |
| ส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม | - หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล | - ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้าง |
| <input type="checkbox"/> ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร) |
| พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน | - หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ |
| และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ (กรณีเพิ่ม | ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมของกระทรวงวิทยาศาสตร์ |
| บริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง) | เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้าง |
| <input type="checkbox"/> สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพ | อาคารชั้นใหม่หรือตัดแปลงอาคาร) |
| ในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา) | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ..... | |

(ลายมือชื่อ) ผู้รับอนุญาต

(.....)

- หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ
2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบฟอร์มรายละเอียดการถอดพื้นที่เปลี่ยนแปลงพื้นที่ใช้สอย/เพิ่มบริการ

โรงพยาบาล..... ขนาด เตียง

ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล บริษัท จำกัด

โดย และ

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล นายแพทย์.....

ลักษณะสถานพยาบาล เป็นโรงพยาบาล.....

ตั้งอยู่เลขที่

ได้ยื่นคำขอ เปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล โดยเปลี่ยนแปลงพื้นที่ใช้สอยและเพิ่มบริการ

ดังนี้

ชั้น	พื้นที่ใช้สอยเดิม	พื้นที่ใช้สอยใหม่	หมายเหตุ
รวม เตียง เตียง	

โดยมีข้อมูลสถานพยาบาลประกอบการพิจารณาดังนี้

ลำดับ	รายละเอียด	ความสูง ของห้อง	พื้นที่ (ตารางเมตร)	จำนวน (เตียง)
ชั้น....	แผนก.....			
บริเวณภายในพื้นที่ห้องน้ำ <input type="radio"/> ทำด้วยวัสดุกันลื่น / <input type="radio"/> ไม่ได้ทำด้วยวัสดุกันลื่น				
<input type="radio"/> มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ / <input type="radio"/> ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ				
ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้าง..... เมตร				
ชั้น....	แผนก.....			
บริเวณภายในพื้นที่ห้องน้ำ <input type="radio"/> ทำด้วยวัสดุกันลื่น / <input type="radio"/> ไม่ได้ทำด้วยวัสดุกันลื่น				
<input type="radio"/> มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ / <input type="radio"/> ไม่มีสิ่งกีดขวางทางหนีไฟ				
ทางสัญจรร่วมให้บริการที่ชั้นนี้กว้าง..... เมตร				
รวมทั้งหมด				

ข้าพเจ้าผู้ขอประกอบกิจการสถานพยาบาล ขอรับรองรายละเอียดการจัดพื้นที่ใช้สอยของอาคาร
สถานพยาบาลดังกล่าว เมื่อได้รับการอนุมัติแบบแปลนแล้วจะดำเนินการให้ถูกต้องตรงตามแบบแปลน
ที่ได้รับอนุมัติและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑

ลงชื่อ ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
(.....)
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ตัวอย่าง

หนังสือรับรองผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลในสถานพยาบาล

ที่อยู่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรรับรองผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล

เรียน ผู้อำนวยการกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

ด้วย.....(ชื่อสถานพยาบาล).....ตั้งอยู่เลขที่.....

ผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล คือ.....(ชื่อบริษัท โดยชื่อผู้มีอำนาจลงนามเอกสาร หรือชื่อบุคคล).....

ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....(ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ).....เลขที่ใบอนุญาต.....

ขอรรับรองผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลใน.....(ชื่อสถานพยาบาล).....

ดังรายชื่อต่อไปนี้

๑. ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

๒. ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

๓. ชื่อ..... เลขที่ใบอนุญาต.....

ในการนี้ ขอรรับรองว่าผู้ประกอบการวิชาชีพดังกล่าวเป็นผู้ที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลใน.....(ชื่อสถานพยาบาล)..... จจริงทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)ลายมือชื่อของผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล.....
(.....)

(ลงชื่อ)ลายมือชื่อของผู้ดำเนินการสถานพยาบาล.....
(.....)

ถ้าผู้ประกอบการเป็น
นิติบุคคลให้ประทับตรา
บริษัทด้วย (ถ้ามี)

แบบประเมินระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ กรณีขอเพิ่มบริการการแพทย์ทางไกล

สถานพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO ๒๗๐๐๑ หรือมาตรฐานด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศอื่นๆ (แนบเอกสารหลักฐานประกอบ)

กรณีใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากผู้ให้บริการภายนอก (Outsource) ให้แนบสัญญาการให้บริการและเอกสารหลักฐานแสดงมาตรฐานของบริษัทคู่สัญญา (โดยอ้างอิงรายละเอียดตามแบบประเมินข้อ ๑-๕)

กรณีไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน (ตอบแบบประเมินข้อ ๑-๕)

๑. โครงสร้างและบทบาท ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

๑.๑ มีการจัดทีมดูแลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลประกอบด้วยผู้บริหารและฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

มี ไม่มี

๑.๒ มีนโยบายและแผนการปฏิบัติด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล

มี ไม่มี

๑.๓ มีการกำหนดมาตรฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ที่จำเป็นสอดคล้องกับมาตรฐานของประเทศหรือมาตรฐานสากล ได้แก่ มาตรฐานข้อมูล มาตรฐานรหัสข้อมูล มาตรฐานการปฏิบัติงาน มาตรฐานความปลอดภัยและความลับของผู้ป่วย มาตรฐานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ มาตรฐานทางกายภาพและสภาพแวดล้อม (แนบเอกสารหลักฐานประกอบ)

มี ไม่มี

๒. การจัดการความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

มีแผนจัดการความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการดำเนินงานตามแผนรวมถึงการประเมินผลการดำเนินการจัดการความเสี่ยง (แนบเอกสารหลักฐานประกอบ)

มี ไม่มี

๓. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (แนบเอกสารหลักฐานประกอบ)

๓.๑ มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบ IT

มี ไม่มี

๓.๒ มีระเบียบปฏิบัติที่อนุญาตให้เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลาปัจจุบันเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นได้

มี ไม่มี

๓.๓ มีระเบียบปฏิบัติที่ป้องกันความลับผู้ป่วยมิให้รั่วไหล

มี ไม่มี

๓.๔ มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ

มี ไม่มี

๔. การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

มีการจัดทำแผนเพิ่มหรือจัดการศักยภาพของทรัพยากร ด้าน Hardware, Software, Network

มี ไม่มี

๕. การจัดการห้อง Data Center

กรณีใช้ระบบการจัดการ Data Center จากผู้ให้บริการภายนอก (Outsource) ให้แนบสัญญาการให้บริการและเอกสารหลักฐานแสดงมาตรฐานของบริษัทคู่สัญญา

กรณีมีการจัดการ Data Center โดยสถานพยาบาลเอง (ตอบแบบประเมินข้อ ๕.๑-๕.๔)

๕.๑ มีการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลให้มีความมั่นคงปลอดภัย

มี ไม่มี

๕.๒ ห้อง สถานที่ และสิ่งแวดล้อมต้องจัดให้มีความปลอดภัยจากบุคคลภายนอก

มี ไม่มี

๕.๓ มีระบบป้องกันอัคคีภัย ได้แก่ ระบบตรวจจับควัน ระบบเตือนภัย เครื่องดับเพลิงและระบบดับเพลิงอัตโนมัติ

มี ไม่มี

๕.๔ มีระบบป้องกันความเสียหายของข้อมูลและระบบ ซึ่งรวมถึง ระบบไฟฟ้าสำรอง (UPS) ระบบ RAID, Redundant Power supply, Redundant Server

มี ไม่มี