แนวทางการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ตามประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและการรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้กำหนด ประเภทสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ดังนี้

สถานพยาบาลยาเสพติด ซึ่งมีกระบวนการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดให้การบำบัดรักษาด้วยยา หรือให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ แบ่งออกเป็น ๓ ประเภท

(ก) สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(ข) สถานพยาบาลของรัฐ หรือ รัฐวิสาหกิจ

(ค) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีกระบวนอันเป็นการบำบัดพฤติกรรมการเสพยาเสพติด และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ แต่ไม่รวมถึงขั้นตอนของการบำบัดรักษาด้วยยา

(ก) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาครัฐ

(ข) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล

สำหรับสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ต้องดำเนินการขอจัดตั้งให้เป็นสถานพยาบาลยาเสพติดและให้มีคุณลักษณะตามประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและการรับรองคุณภาพศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๖๕

ซึ่งขั้นตอนการดำเนินการขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด มี ๖ ขั้นตอน ดังนี้

๑. สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ กรอกเอกสารแบบขอจัดตั้ง (สถานพยาบาลยาเสพติดประเภทสถานพยาบาลของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ ตามเอกสารหมายเลข ๑ สถานพยาบาลยาเสพติด ประเภทสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ตามเอกสารหมายเลข ๒ และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามเอกสารหมายเลข ๓) ในต่างจังหวัดให้ยื่นต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ในเขตกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ที่รับหนังสือ ตรวจสอบเอกสารที่ยื่นขอจัดตั้ง ถ้าเอกสารไม่สมบูรณ์ประสานสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าวให้แก้ไขหรือขอเอกสารเพิ่มให้เอกสารครบถ้วนถูกต้อง

๓. คณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด จัดทีมไปตรวจสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยยึดตามประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขการจัดตั้งและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สรุปผลการตรวจสถานพยาบาลและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ กรณีไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ให้ข้อเสนอแนะสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับปรุงแก้ไข

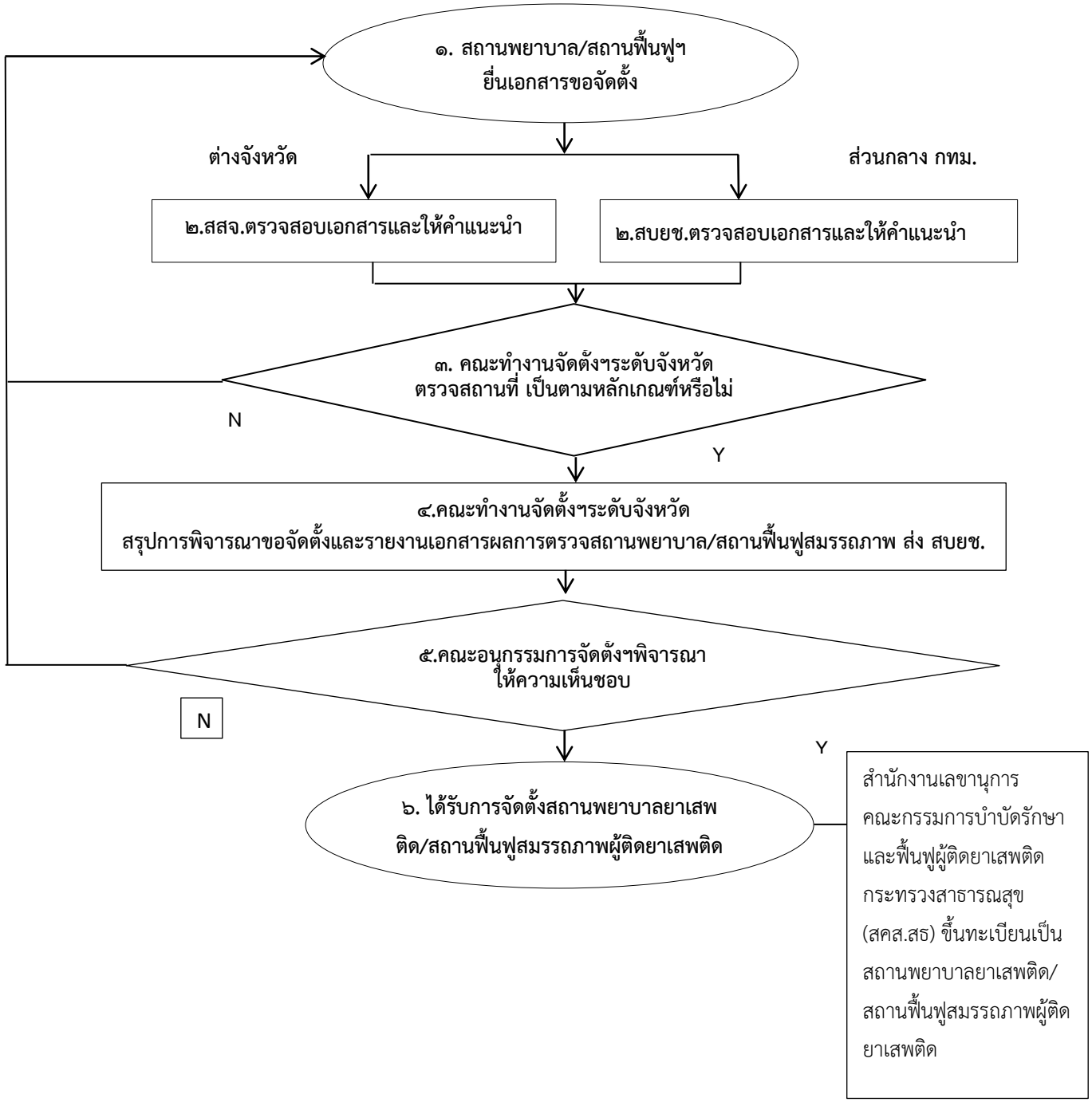
๔. สรุปรายงานการตรวจสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และประชุมคณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด เพื่อพิจารณาเสนอการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด สรุปรายงานเอกสารการตรวจสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพและสรุปรายงานการประชุมคณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัด ส่งเอกสารถึงผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)ในฐานะอนุกรรมการและเลขานุการ คณะอนุกรรมการฯเพื่อพิจารณาเอกสาร นำเสนอคณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐานศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพื่อพิจารณา

๕. คณะอนุกรรมการจัดตั้งและควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมพิจารณาให้ความเห็นชอบในการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยเป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกำหนดสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกำหนด

๖. ได้รับการจัดตั้งเป็นสถานพยาบาลยาเสพติด/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เลขานุการคณะอนุกรรมการฯจะทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้กับคณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัดและสำเนาไปยังสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟูสมรรถภาพที่ยื่นขอจัดตั้ง และส่งสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข(สคส.สธ)ดำเนินการขึ้นทะเบียน

กรณีผลการพิจารณาสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ผ่านการพิจารณาหรือต้องปรับปรุงแก้ไข เลขานุการคณะอนุกรรมการฯจะทำหนังสือแจ้งให้คณะทำงานจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด รับรองคุณภาพการดำเนินงานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับจังหวัดเพื่อแจ้งยังสถานพยาบาลและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการจัดตั้ง สถานพยาบาลยาเสพติดและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่ (ฉบับปรับปรุงใหม่)



(เอกสารหมายเลข ๑)

คำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด

ประเภท สถานพยาบาลที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า.....

(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานพยาบาลเป็นผู้)

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ .....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....

๒. ขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

หน่วยงานอื่นของรัฐชื่อ .....

สังกัด ..... กระทรวง .....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ .....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

อีเมล์.....

๓. รูปแบบการบำบัดรักษา

❒ ผู้ป่วยนอก

❒ ผู้ป่วยใน

❒ มีการบำบัดรักษาด้วยการให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment)

๔. ลักษณะของสถานที่ในการให้บริการบำบัดรักษายาเสพติด

❒ ตึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน..... หลัง

❒ ตึกหรืออาคารบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก จำนวน..... หลัง

❒ หอพักผู้ป่วยหรือหอนอน จำนวน ..... หลัง /จุได้ ..... คน

❒ อาคารฝึกอาชีพและอาชีวบำบัดจำนวน..... หลัง

❒ ที่ดินใช้ฝึกอาชีพทางเกษตรกรรม จำนวน..... ไร่

❒หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกันจำนวน..... หลัง

รั้วกั้นบริเวณ ❒ไม่มี

❒มี ระบุ.....

๕. บุคลากรที่รับผิดชอบ(หลัก)ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

๕.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา.....จำนวน..... คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ

❒ ไม่เคยอบรม

❒ เคยอบรม ระบุหลักสูตร.....

.....

๕.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน..... คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาลยาเสพติด ๑๐ วัน ที่ผ่านรับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยจิตเวช หรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ)

❒ ไม่เคยอบรม จำนวน..... คน

❒ เคยอบรม ระบุหลักสูตร..... จำนวน..... คน

๕.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ระบุ.....จำนวน..... คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลตามที่อนุกรรมการกำหนด)

❒ ไม่เคยอบรม จำนวน..... คน

❒ เคยอบรม ระบุหลักสูตร..... จำนวน..... คน

๖. ทีมสหวิชาชีพที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

แพทย์และ/หรือจิตแพทย์ จำนวน..... คน
เภสัชกร จำนวน..... คน
เจ้าพนักงานเภสัชกร จำนวน..... คน
พยาบาลวิชาชีพ จำนวน..... คน
พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน..... คน
นักจิตวิทยาและ/หรือนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน..... คน
นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน..... คน
นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน..... คน
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน..... คน
นักอาชีวบำบัด จำนวน.....คน
นักกิจกรรมบำบัด จำนวน..... คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน..... คน
อื่นๆ (ระบุ.....) จำนวน..... คน
รวม ..... คน

๗. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา

( ) ยาแผนปัจจุบัน ( ) ยาแผนโบราณและสมุนไพร ( ) วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์
( ) อุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระบุ.....
.....

๘. งบประมาณและเงินสนับสนุน

( ) ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ
( ) ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา) .....
( ) คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา

.....

๙. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

.....

.....

.....

เอกสารหลักฐานต่างๆ ที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

๑. ผู้รับผิดชอบหลัก (ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และ/หรือ วิชาชีพอื่นๆ)

๑.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน .....คน ให้แนบเอกสาร

๑.๑.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๑.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน .....คน ให้แนบเอกสาร

๑.๒.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล ๑๐ วัน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๒.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

๑.๓ เอกสารผู้ประกอบวิชาชีพอื่น (ถ้ามี)

๑.๓.๑ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรบุคลากรสถานพยาบาลยาเสพติดตามอนุกรรมการกำหนด

๑.๓.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี)

๒. แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

๓. แผนที่ตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดที่เป็นของรัฐ รัฐวิสาหกิจ

ระบุผู้ประสานงานเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม ชื่อ.....นามสกุล.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้สะดวก).....

ลงชื่อ ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

<u>หมายเหตุ</u> การยื่นคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้งและดำเนินการต่อไป

.....

(เอกสารหมายเลข ๒)

คำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด
ประเภท สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....
(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)
อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
หมู่ที่ ..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต .....จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....อีเมล์.....

๒. ขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....อีเมล์.....

๓. โดยขอจัดตั้งสถานพยาบาลบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ประเภทสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ภายใต้การดำเนินการ

❒ ส่วนบุคคล

❒ นิติบุคคล

๔. ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลคือ
ชื่อ-สกุล.....

๕. รูปแบบการบำบัดรักษา

❒ ผู้ป่วยนอก

❒ ผู้ป่วยใน

❒ ดำเนินการโดยมีการบำบัดรักษาด้วยการให้เมทาโดน ระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment) ชื่อเภสัชกร.....

๖. ลักษณะของสถานที่ในการให้บริการ

❒ตึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน..... หลัง

❒ตึกหรืออาคารบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก จำนวน..... หลัง

❒ห้องตรวจหรือห้องให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน จำนวน.....ห้อง

.....

❒ หอพักผู้ป่วยหรือหอนอน จำนวน ..... หลัง /จุได้ ..... คน
ห้องเดี่ยว จำนวน.....ห้อง
ห้องคู่ จำนวน.....ห้อง
ห้องรวม จำนวน.....ห้อง /จุได้.....คน
หอพักผู้ป่วย มีห้องน้ำและห้องสุขา จำนวน ..... ห้อง

❒ หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกัน จำนวน.....หลัง
รั้วกั้นบริเวณ
❒ไม่มี
❒มี ระบุ.....

๗. บุคลากรหลักที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจำนวน.....คน

๗.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา.....จำนวน..... คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉินหรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ)

❒ ไม่เคยอบรม

❒ เคยอบรม ระบุหลักสูตร.....

๗.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน..... คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาลยาเสพติด ๑๐ วัน ที่ผ่านรับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยจิตเวช หรือหลักสูตรอื่นๆตามที่อนุกรรมการกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๑ คนเป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดบริการ)

❒ ไม่เคยอบรม จำนวน..... คน

❒ เคยอบรม ระบุหลักสูตร..... จำนวน..... . คน

๗.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ระบุ.....จำนวน..... คน (ผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานพยาบาลตามที่อนุกรรมการกำหนด)

❒ ไม่เคยอบรม จำนวน..... คน

❒ เคยอบรม ระบุหลักสูตร..... จำนวน..... คน

๘. ทีมสหวิชาชีพที่ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

แพทย์และ/หรือจิตแพทย์ จำนวน..... คน
เภสัชกร จำนวน..... คน
เจ้าพนักงานเภสัชกร จำนวน..... คน
พยาบาลวิชาชีพ จำนวน..... คน
พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน..... คน
นักจิตวิทยาและ/หรือนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน..... คน
นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน..... คน

.....

นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน..... คน
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน..... คน
นักกิจกรรมบำบัด จำนวน.....คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน..... คน
อื่นๆ (ระบุ.....) จำนวน..... คน
รวม ..... คน

๙. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา

❒ ยาแผนปัจจุบัน ระบุ.....
❒ ยาแผนโบราณและสมุนไพร ระบุ.....
❒ วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ /อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาระบุ.....
.....
.....

๑๐. งบประมาณและเงินสนับสนุน

❒ คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา
❒ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ
❒ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา) .....

๑๑. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

.....
.....

๑๒. สถานพยาบาลที่ประสานรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรักษา จำนวน.....แห่ง ระบุ

๑.....
๒.....

เอกสารหลักฐานต่างๆที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

๑. ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลกรอกคำขอการจัดตั้งสถานพยาบาลยาเสพติด (เอกสารหมายเลข ๒) พร้อมแนบเอกสาร

๑.๑ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๗)
๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานพยาบาล
๑.๓ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานพยาบาลและสิ่งปลูกสร้างในบริเวณใกล้เคียง พร้อมพิกัดGPS
๑.๔ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)
๑.๕ สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่

.....

๑.๖ เอกสารผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

๑.๖.๑ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ. ๑๙)

๑.๖.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๗ เอกสารบุคลากรที่รับผิดชอบหลัก

๑.๗.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ให้แนบเอกสาร

๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และหลักสูตรการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนวิกฤติและฉุกเฉิน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๗.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ให้แนบเอกสาร

๑) สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์สำหรับพยาบาล ๑๐ วัน หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๒) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือหลักสูตรอื่นตามอนุกรรมการกำหนด อย่างน้อย ๑ คน เป็นผู้ให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการ

๑.๘ เอกสารแนวทางการบำบัดรักษา

๑.๘.๑ แผนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด/คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

๑.๘.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษายังสถานพยาลบาลอื่นอย่างเหมาะสม

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ .....

<u>หมายเหตุ</u> การยื่นคำขอจัดตั้งสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้ง เพื่อดำเนินการตรวจสอบเอกสารการขอจัดตั้ง และดำเนินการต่อไป

.....

(เอกสารหมายเลข ๓)

คำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า .....
(ชื่อผู้ยื่นคำขอซึ่งเป็นผู้อำนวยการหรือหัวหน้าสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดหรือนิติบุคคล)
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ .....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
อีเมล์.....

๒. ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดชื่อ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ .....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
อีเมล์.....

๓. ขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ภายใต้การดำเนินการ

❒ ๓.๑ ภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่นของรัฐ สังกัด.....กระทรวง .....

❒ ๓.๒ ภาคเอกชน หรือองค์กรการกุศล

❒เอกชน(ส่วนบุคคล) ❒เอกชน(นิติบุคคล)

❒องค์กรการกุศล(ส่วนบุคคล) ❒องค์กรการกุศล(นิติบุคคล)

๔. ที่ปรึกษาชื่อ-สกุล.....ผู้ประกอบวิชาชีพ.....
(ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์)

๔.๑ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (อย่างน้อย ๑ ปี) ระบุ.....

๔.๒ การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
ระบุ.....

๕. ผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ชื่อ-สกุล.....ผู้ประกอบวิชาชีพ
..... (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านการสาธารณสุข หรือนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์)

๕.๑ ประสบการณ์ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย ๖เดือน
ระบุ .....

๕.๒ การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด
ระบุ.....

.....

๖. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ

❒ ๖.๑ ผู้ป่วยนอก

❒ ๖.๒ ผู้ป่วยใน

❒๑) จำนวนผู้ป่วยไม่ถึง ๕๐ คน ต้องจัดให้มีบุคลากรทางสาธารณสุขประเมินภาวะสุขภาพอนามัยผู้ติดยาเสพติดตามจำนวนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู อย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ระบุ.....
.....

❒ ๒) จำนวนผู้ป่วยตั้งแต่ ๕๐ คนขึ้นไป ต้องจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวนอย่างน้อย ๑ คน และมีจำนวนที่เพียงพอตามความเหมาะสมในการให้การดูแลสุขภาพอนามัยผู้ติดเสพติดตามจำนวนของผู้เข้ารับการฟื้นฟู อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วัน วันละอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง จำนวน.....คน

ชื่อ-สกุล .....

ชื่อ-สกุล.....

๗. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระดับวิชาชีพทางด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือการสาธารณสุขหรือนักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม ซึ่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่คณะอนุกรรมการกำหนด **และไม่เป็นบุคคลเดียวกันกับที่ปรึกษาหรือผู้ดำเนินการ**

แพทย์และ/หรือจิตแพทย์	จำนวน.....	คน
พยาบาลวิชาชีพ	จำนวน.....	คน
พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล	จำนวน.....	คน
นักจิตวิทยาและ/หรือนักจิตวิทยาคลินิก	จำนวน.....	คน
นักสังคมสงเคราะห์	จำนวน.....	คน
นักอาชีวบำบัด	จำนวน.....	คน
นักกิจกรรมบำบัด	จำนวน.....	คน
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	จำนวน.....	คน
อื่นๆ ระบุ.....	จำนวน.....	คน
	รวม	คน

การอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพตามอนุกรรมการกำหนด จำนวน ..... คน

.....

๘. ลักษณะของสถานที่ของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๘.๑ จำนวนอาคารต่างๆ .....หลัง

❒ตึกหรืออาคารอำนวยการ จำนวน..... หลัง

❒ตึกหรืออาคารฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกจำนวน..... หลัง

❒หอประชุมหรืออาคารที่ใช้ทำกิจกรรมพร้อมกัน จำนวน..... หลัง

❒หอพักผู้ป่วยหรือหอนอน จำนวน ..... หลัง/จุได้ ..... คน

ห้องพักเดี่ยว จำนวน.....ห้องห้องน้ำและห้องส้วม ❒ มี ❒ไม่มี.ระบุที่ใช้.....

ห้องพักคู่ จำนวน.....ห้องห้องน้ำและห้องส้วม ❒ มี ❒ไม่มีระบุที่ใช้.....

ห้องพักรวม จำนวน.....ห้อง /จุได้.....คน มีห้องน้ำและห้องส้วม จำนวน..... ห้อง

❒ อาคารฝึกอาชีพและอาชีวบำบัดจำนวน..... หลัง

❒ อื่นๆ.....

๘.๒ สถานที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูฯ

๑) ห้อง/สถานที่ให้คำปรึกษา จำนวน.....ห้อง

๒) สถานที่ใช้ทำกิจกรรมร่วมกัน

❒ มี ❒ไม่มี ระบุ.....

๓) สถานที่รับประทานอาหาร

❒ มี ❒ไม่มี ระบุ.....

๔) การจัดบริการห้องส้วมในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔.๑) จำนวนห้องส้วม จำนวน.....ห้อง/ผู้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน.....คน

๔.๒) ห้องส้วมสำหรับผู้พิการ/ผู้สูงอายุ จำนวน.....ห้อง

๕) สถานที่ออกกำลังกาย ระบุ.....

๖) อื่นๆ ระบุ.....

๘.๓ ระบบรักษาความปลอดภัย

๑) เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของสถานฟื้นฟูฯตลอด ๒๔ ชั่วโมง

❒ มี จำนวน..... คน ❒ ไม่มี ระบุการดำเนินการ.....

๒) ระบบป้องกันอัคคีภัย

❒สัญญาณเตือนเพลิงไหม้ ❒ติดตั้งถังดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจนในทุกอาคาร

❒ มีการกำหนดช่องทางหนีไฟ ❒เจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมซ้อมแผนอัคคีภัย

❒อื่นๆ ระบุ.....

๓) ติดกล้องวงจรปิด

❒ มี จำนวน.....จุด ❒ไม่มี

๔) รั้วกั้นบริเวณ

❒มี ❒ไม่มีระบุ.....

๕) อื่นๆ(ถ้ามี) ระบุ.....

.....

๙. เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เหมาะสม และเพียงพอในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลพร้อมใช้งาน(โปรดระบุ)

.....

.....

๑๐. มีแผนหรือคู่มือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ (โปรดระบุคร่าวๆและแนบแผนหรือคู่มือการบำบัดฟื้นฟู)

.....

.....

๑๑. ความพร้อมในการจัดส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่เหมาะสม

- ❒ มี ระบุชื่อสถานพยาบาลที่ส่งต่อ.....
- ❒ ไม่มีแนวทางปรับปรุง.....

๑๒.จัดทำเอกสารเวชระเบียนประจำตัวผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดฯและการบันทึก

- ❒ มี ระบุ.....
- ❒ ไม่มี แนวทางปรับปรุง.....

๑๓. งบประมาณและเงินสนับสนุน

- ❒ ได้จากงบประมาณประจำของรัฐ รัฐวิสาหกิจ
- ❒ ได้งบประมาณช่วยเหลือจากแหล่งอื่น (ระบุที่มา) .....
- ❒ คิดค่าบริการจากผู้มารับการบำบัดรักษา

๑๔. อัตราค่าบริการ (ระบุรายละเอียด)

.....

.....

.....

๑๕. หน่วยงานสนับสนุน

- ❒ มี ได้แก่ .....
- ❒ ไม่มี

เอกสารหลักฐานต่างๆ ที่แนบมาพร้อมคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑. ผู้ขอเปิดสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรอกเอกสารจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (เอกสารหมายเลข ๓)

- ๑.๑ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นขอจัดตั้ง
- ๑.๒ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอจัดตั้ง
- ๑.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
- ๑.๔ แผนที่แสดงที่ตั้งของสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสิ่งปลูกสร้างในบริเวณ

.....

ใกล้เคียง พร้อมพิกัดGPS

๑.๕ ใบรับรองแพทย์ผู้ยื่นขอจัดตั้ง

๑.๖ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีนิติบุคคล)

๑.๗ สำเนาสัญญาเช่าหรือหนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่กรณีที่ไม่ได้เป็นเจ้าของสถานที่

๑.๘ เอกสารผู้ดำเนินการสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

๑.๘.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๑.๘.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๘.๓ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

๑.๘.๔ สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างน้อย ๖ เดือน

๑.๙ เอกสารที่ปรึกษาสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

๑.๙.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๑.๙.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ

๑.๙.๓ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

๑.๙.๔ สำเนาใบรับรองประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดยาเสพติด อย่างน้อย ๑ ปี

๑.๑๐ เอกสารของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ระดับวิชาชีพ เช่น ด้านการแพทย์ หรือด้านการพยาบาล หรือการสาธารณสุข หรือจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือนักกิจกรรมบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรม (อย่างน้อย ๑ คน : ผู้รับบริการ ๑๐-๑๕ คน) ได้แก่

๑.๑๐.๑ สำเนาบัตรประชาชน

๑.๑๐.๒ สำเนาเอกสารใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรของบุคลากรสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่อนุกรรมการกำหนด

๑.๑๐.๓ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ ใบประกอบโรคศิลปะ (ของผู้ประกอบวิชาชีพ)

๑.๑๑ เอกสารแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

๑.๑๑.๑ แผนหรือคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด หลักเกณฑ์การรับผู้รับการบำบัดฟื้นฟูฯ รูปแบบการบำบัดบำบัดฟื้นฟูฯ ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยและแนวทางในการจัดการความเสี่ยง ได้แก่

๑.๑๑.๒ แนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคแทรกซ้อนให้ได้รับการรักษายังสถานพยาลบาลอื่นอย่างเหมาะสม

๑.๑๒ รายงานการทำเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของชุมชนที่จัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

.....

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: การยื่นคำขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในกรุงเทพมหานครให้ยื่นต่อ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ สำหรับจังหวัดอื่นให้ยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งท้องที่ที่ขอจัดตั้ง เพื่อดำเนินการตรวจสอบเอกสารการขอจัดตั้งและดำเนินการต่อไป