**แบบประเมินคำขอการขยายเตียง**

**ของหน่วยบริการสุขภาพ**

**แบบประเมินคำขอการขยายเตียงของหน่วยบริการสุขภาพ**

**คำชี้แจง : โปรดกรอกข้อมูลในปีงบประมาณ 2560**

**ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อหน่วยบริการ ...............................................................................จังหวัด.........................................................

( ) ขอปรับจำนวนเตียงลดลง จาก ............... เตียง เป็น.................. เตียง

( ) ขอปรับจำนวนเตียงเพิ่มขึ้น จาก ................ เตียง เป็น.................. เตียง

**ข้อมูลส่วนที่ 1**

1. จำนวนประชากรทั้งจังหวัด .......................... คน
2. จำนวนเตียงทั้งจังหวัด .......................... เตียง
3. สัดส่วนเตียงต่อประชากรทั้งจังหวัด ..........................

**ข้อมูลส่วนที่ 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ที่** | **เกณฑ์การขยายเตียง** | **ผลการประเมิน** |
| 1 | เขตสุขภาพ |  |
| 2 | จังหวัด |  |
| 3 | รหัสหน่วยบริการ |  |
| 4 | ชื่อหน่วยบริการ |  |
| 5 | จำนวนประชากรในความรับผิดชอบ (4 สิทธิ์) รวม |  |
| - สิทธิ์ข้าราชการ |  |
| - สิทธิ์ประกันสังคม |  |
| - สิทธิ์หลักประกันสุขภาพ |  |
| - บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ์ |  |
| 6 | ประเภท Service Plan |  |
| 7 | จำนวนเตียงกรอบ |  |
| 8 | จำนวนเตียงจริง |  |
| 9 | จำนวนเตียงสามัญ |  |
| 10 | จำนวนเตียงพิเศษ |  |
| 11 | จำนวนเตียง ICU |  |
| 12 | จำนวนเตียง NICU |  |
| 13 | จำนวนเตียง CCU |  |
| 14 | จำนวนเตียง ICU แผนกอื่นๆ |  |
| 15 | รวมจำนวนเตียง ICU ทั้งหมด |  |
| 16 | จำนวนเตียง Observe |  |
| 17 | จำนวนเตียง Burn |  |
| 18 | จำนวนห้องผ่าตัด |  |
| 19 | CMI |  |
| 20 | Sum AdjRW |  |

**หมายเหตุ 1. กรุณากรอกข้อมูลทุกช่อง ถ้าไม่มี เท่ากับ 0**

**2. ประชากรในความรับผิดชอบ หมายถึง ประชากร 4 สิทธิ์**