



คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566



สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
กระทรวงสาธารณสุข



คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566



สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือคุณภาพมาตรฐาน

บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

ที่ปรึกษา : นายแพทย์กิตติพันธ์ อนรรฆมณี
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร
นายแพทย์สฤณีเดช เจริญไชย

ISBN : 978-616-11-4991-8

สนับสนุนการพิมพ์เผยแพร่

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
เลขที่ 88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-590-1933
โทรสาร 02-590-1938

พิมพ์ครั้งที่ 1

กันยายน 2565

จำนวน

9,800 เล่ม

พิมพ์ที่

สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
ในพระบรมราชูปถัมภ์

คำนำ

การพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service)

มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลลงได้ ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 258 ช (5) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ปัจจุบันพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2562

เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงได้จัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาพแก่ประชาชนผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ มีแนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนส่งผลให้ประชาชนซึ่งเป็นผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพต่อไป

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กันยายน 2565

| สารบัญ |

	หน้า
คำนำ	
สารบัญ	
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ก
นิยามศัพท์	ข
แบบสรุปคะแนนตรวจประเมิน	1
การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	2
แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	3
แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	3
แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	3
แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	3
แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	4
แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	5
แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	6
แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	7
หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	
แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	8
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	8
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	10
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	12
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	13
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	15
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	48
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	58
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	66
หมวดที่ 2 มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	74
2.1 มาตรการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	74
2.2 มาตรการสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	75
2.3 มาตรการสำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	76
2.4 รูปแบบและกลไกการตรวจประเมิน	77
หมวดที่ 3 แนวทางและรายละเอียด การแจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	78
ภาคผนวก	
รายชื่อคณะทำงานจัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566	

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

คุณภาพการให้บริการเป็นการตอบสนองความต้องการบนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ อันประกอบไปด้วยเกณฑ์ต่างๆ หลายประการ อาทิ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารที่มีมิตรไมตรี ความมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมินั้น มีความเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน มุ่งเน้นการป้องกัน ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ ในการสร้างสุขภาพะทั่งของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน โดยอาศัยพื้นฐานหรือบริบทเดิมแห่งการดำรงชีวิตและวัฒนธรรมพื้นถิ่น การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงมีความละเอียดอ่อนที่มีมิติแห่งการดูแลสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผล ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ นำไปพัฒนาการให้บริการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังที่กล่าวเบื้องต้น เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงานในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ที่ระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และคุณภาพ มาตรฐานในที่สุด

นิยามศัพท์

1

**ระบบสุขภาพ
ปฐมภูมิ**
หมายความว่า

กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วม ระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

2

**บริการสุขภาพ
ปฐมภูมิ**
หมายความว่า

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมาย ดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะ องค์กรรวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู/สุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

3

หน่วยบริการ
หมายความว่า

(1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และ สภากาชาดไทย

(2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถาน พยาบาล

(3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

(4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการ ประกาศกำหนด

หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

4

หน่วยบริการ
ปฐมภูมิ
หมายความว่า

หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกัน
และขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการ
สุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

5

เครือข่ายหน่วย
บริการปฐมภูมิ
หมายความว่า

- **หน่วยบริการ** เป็นสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตาม
กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีสิทธิรับบริการ
สาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- **หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ** เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมาย
พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 และ
มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดูแลประชาชนให้ได้รับบริการ
สุขภาพปฐมภูมิตามที่กำหนด ดังนี้ 1. บริการสุขภาพแบบองค์รวม
2. บริการสุขภาพตั้งแต่แรก 3. บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
4. การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน 5. การบริการ
ข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชี
รายชื่อ 6. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้
ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว
7. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย

6

หน่วยบริการ และ
หน่วยบริการปฐมภูมิ
และเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิ
ต่างกันอย่างไร

7

มาตรการควบคุม คุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ หมายความว่า

แนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
2. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
3. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
4. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการเพื่อให้ตัดสินใจในการเลือกบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ พ.ศ. 2565
5. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการ พ.ศ. 2565
6. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
7. (ร่าง) ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การคุ้มครองข้อมูล การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการและการเข้าถึงข้อมูลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2565
8. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
9. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (sw.สส.ติดดาว) ปี 2564
10. คู่มือแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการร่วมให้บริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (สปสข.)

แบบสรุปคะแนนตรวจประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6		ต้องผ่านเกณฑ์ ทุกข้อ
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8		
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	5		
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9		
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60		ต้องผ่านเกณฑ์
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	40		ร้อยละ 80
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คปส.)	79		ทุกข้อ
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	65		
รวมคะแนน	272		

การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนผ่านเกณฑ์
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6	6
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8	8
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	5	5
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9	9
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60	≥ 48
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	40	≥ 32
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	79	≥ 64
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	65	≥ 52

แบบสรุปคะแนนประเมิน

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ (คะแนนเต็ม 6 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ (คะแนนเต็ม 8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6		
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8		
2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ	3		
2.2 มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งหมายดูแลสุขภาพของประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน ภายใต้ขอบเขตการให้บริการ	5		
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	5		
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9		
รวมคะแนน	28		

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)	5		
1.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)	30		
1.2.1 OPD	5		
1.2.2 ER	5		
1.2.3 ANC	5		
1.2.4 WCC	5		
1.2.5 NCD	5		
1.2.6 การให้คำปรึกษา	5		
1.3 การจัดการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม	5		
1.4 การบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด	10		
1.4.1 การบริการแพทย์แผนไทย	5		
1.4.2 การจัดการกายภาพบำบัด	5		
1.5 การบริการในชุมชน	10		
1.5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย)	5		
1.5.2 การควบคุมและป้องกันโรค (SRRT)	5		
รวมคะแนน	60		

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1. บุคลากร	12		ด้านระบบ ห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข คะแนนรวม 100 คะแนน คิดเป็นคะแนน เต็ม 40 คะแนน
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน	8		
3. วัสดุ นํ้ายาและเครื่องมือทดสอบ	40		
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ	12		
5. ขั้นตอนการทดสอบ	8		
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ	12		
7. การรายงานผลการทดสอบ	8		
รวมคะแนน	40		

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คส.) (คะแนนเต็ม 79 คะแนน)

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม	62		ประเมินตาม เกณฑ์ เภสัชกรรม
2. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คส.)	17		ประเมินตาม เกณฑ์ คส.
รวมคะแนน	79		

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (คะแนนเต็ม 65 คะแนน)

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
8. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	65		
1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	5		
1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3		
1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2		
2. การดำเนินงาน	38		
2.1 ระบบการเฝ้าระวัง	5		
2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี	5		
2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	5		
2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง	5		
2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ	5		
2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	5		
2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต.	5		
2.8 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน	3		
3. การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ	1		
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	21		
4.1 บุคลากร	2		
4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	2		
4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	6		
4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	4		
4.5 บริเวณที่พิกษาชน-บรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	5		
รวมคะแนน	65		

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	<p>1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อยเจ็ดคน แต่ไม่เกินสิบคน มีผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นประธาน และให้ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน</p> <p>1.2 มีแผนปฏิบัติการ ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 – 2575) โดยต้องกำหนด วัตถุประสงค์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีที่ทำให้บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแผนและนำไปสู่การปฏิบัติ</p>	1		<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - บันทึกการประชุมคณะกรรมการ 	
		1		<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการ - สุ่มสอบถามบุคลากร 	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	1.3 มีการจัดการทรัพยากร โดยการสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่ายครอบคลุมงาน IT IC LAB เครื่องมือบริการ เกสซกรรม และ RDU/คสส.	1		- เอกสารการเบิก	
	1.4 มีเวลาทำการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ หากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบ โดยต้องมีป้ายแจ้งเวลาทำการเปิด-ปิด ที่ชัดเจน มีตารางการปฏิบัติงาน การให้บริการที่ชัดเจน	1		- ป้ายแสดงเวลาทำการ - สุ่มสอบถามผู้รับบริการ	
	1.5 มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วัตถุประสงค์การนี้ไม่พึงประสงค์รับฟังความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบบริการ หรือการบริหารจัดการ	1		- ผู้รับฟังความคิดเห็น หรือเอกสารที่ระบุการรับข้อร้องเรียนและการจัดการ	
	1.6 มีแผนการพัฒนาระบบบริการบุคคล	1			

หมายเหตุ : หน่วยงานบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ดังนี้	2.1.1 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน หรือแพทย์อื่น ซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1			- กรณีนี้อาจไม่เป็นที่พอใจ กำหนด ต้องมีแผนพัฒนามูลค่าการที่ระบุเป้าหมายระยะเวลาพัฒนาบุคลากรให้เป็นไปตามข้อกำหนด
	2.1.2 มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 คนขึ้นไป	1			
	2.1.3 มีผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 2 คนขึ้นไป	1			
2.2 มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งหมายดูแลสุขภาพของประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน ภายใต้ขอบเขตการให้บริการ ดังนี้	2.2.1 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรคในระดับชุมชน	1			- การสอบถาม - รูปภาพ - แผนพับ - เวชระเบียน - การจัดสถานที่ในการให้บริการ
	2.2.2 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	1			
	2.2.3 มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ หรือคำแนะนำในการปฏิบัติตน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้สามารถจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัวได้	1			

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	2.2.4 มีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	1			
	2.2.5 จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะปรับประคอง และระยะท้ายของชีวิต ตามกลุ่มวัย ตั้งแต่ การตั้งครรภ์ การก ายเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต	1			

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	3.1 มีอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ	1			
	3.2 สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น	1			
	3.3 สถานที่บริการสะอาด มีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอย การจัดบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ	1			
	3.4 สถานที่มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอ	1			
	3.5 มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายในสถานที่ทำงานดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส.	1			- เอกสาร รูปภาพ การดำเนินการ

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
4. ด้านระบบสารสนเทศ	4.1 มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ อย่างถูกต้องและครบถ้วน	1		- คู่มือ/ระเบียบปฏิบัติ	
	4.2 ให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผลการวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค แผนการรักษาโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัว	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ	
	4.3 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ - ป้ายชื่อ/ป้ายหน้าห้องตรวจ	
	4.4 มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐภูมิของหน่วยบริการปฐภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐภูมิ	1			
	4.5 มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ	1		- แนวทางปฏิบัติ	
	4.6 มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ	1		- แนวทางปฏิบัติ - มีผู้จัดเก็บเวชระเบียนและระบุการเข้าถึง	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.7 กรณีที่มีการส่งต่อผู้รับบริการ มีระบบข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้รับบริการ และรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพนั้นไว้ในระบบข้อมูลด้านสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการด้วย	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน	
	4.8 มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อมิให้เกิดการรั่วไหลหรือมีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพโดยผู้อื่นที่ไม่มีสิทธิเข้าถึง	1		- แนวทางปฏิบัติ	
	4.9 มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบในเวชระเบียนหรือในระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการสำรองข้อมูล	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน	

หมายเหตุ : หน่วยงานการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและมีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการ
 ดัชนีค่าเพื่อให้บริการและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ระบบ ส่งต่อ-รักษา	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับกาาร บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้ว สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)	5			
1. การจัดการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)									
ระดับ S : OTOP เรียง..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)						5		เอกสาร ที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	การจัดการตามสภาพ ปัญหาสำคัญของพื้นที่ หมายถึง การจัดการ ที่สอดคล้องกับประเด็น OTOP

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัดการ บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประสมสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับกาบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกวด สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ระเบียบ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>			ตามรอย การให้บริการ ตามประเด็น OTOP	
<p>ระดับ M : OTOP เรื่อง..... (ตามประเด็นเชิงหลักฐานสำคัญองพื้นที่)</p>									
<p>ระดับ L : OTOP เรื่อง..... (ตามประเด็นเชิงหลักฐานสำคัญองพื้นที่)</p>									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ อินเทอร์เน็ต	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อโซเชียลมีเดีย)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าทีความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เซอร์เวีย (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกวดง สนับสนุนตาม มาตราฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>	5			
2. การจัดบริการในสถานบริการ									
2.1 OPD									
ระดับ S : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)									การให้บริการในสถานบริการ หมายถึง การจัดบริการภายใน หน่วยบริการที่จัดไว้สำหรับ ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับบริการ CPG OPD ประกอบด้วย ไรต์ที่เป็นปัญหาสำคัญของ CUP อย่างน้อย 5 โรค
ระดับ M : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)									เอกสาร ที่เกี่ยวข้อง สอนตาม/ สัมภาษณ์ ตามรอยการให้ บริการในสถาน บริการตาม แผนกต่างๆ เช่น OPD, ER ฯลฯ
ระดับ L : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการเชิงรุกเชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รักษา	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัดการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับภากรบริการ (การบำรุงรักษา สอนเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกัณฑ์ สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>	5			
2.2 ER									
ระดับ S :	<p>- การวินิจฉัย รักษาและกำจัดการเบื้องต้น ได้แก่ ichta ทำแผล เย็บแผล รวจนถึงมี แนวทางการวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia</p> <p>- การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS</p> <p>- การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการ ยาดมกานทำกรณที่ภาวะเป็นพิษหน่วยบริการ ปฐมภูมิ)</p>								
ระดับ B :	<p>- การวินิจฉัย รักษาและกำจัดการเบื้องต้น ได้แก่ ichta ทำแผล เย็บแผล รวจนถึงมี แนวทางการวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia</p> <p>- การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS</p> <p>- การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการ ยาดมกานทำกรณที่ภาวะเป็นพิษหน่วยบริการ ปฐมภูมิ)</p>								
ระดับ C :	<p>- การวินิจฉัย รักษาและกำจัดการเบื้องต้น ได้แก่ ichta ทำแผล เย็บแผล รวจนถึงมี แนวทางการวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia</p> <p>- การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS</p> <p>- การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการ ยาดมกานทำกรณที่ภาวะเป็นพิษหน่วยบริการ ปฐมภูมิ)</p>								
ระดับ D :	<p>- การวินิจฉัย รักษาและกำจัดการเบื้องต้น ได้แก่ ichta ทำแผล เย็บแผล รวจนถึงมี แนวทางการวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia</p> <p>- การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS</p> <p>- การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการ ยาดมกานทำกรณที่ภาวะเป็นพิษหน่วยบริการ ปฐมภูมิ)</p>								

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัดการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับกาบริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกับ สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ระเบียบ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>				<p><u>CPG ER</u> ประกอบด้วย Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia</p> <p>- การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น</p> <p>- การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน</p>
<p>ระดับ M:</p> <p>- การวินิจฉัย รักษาและกำหนดยาเบื้องต้น ได้แก่ ีดียา กำเริบ เย็บแผล รวมถึงมี แนวทางการวินิจฉัยการรักษายาเบื้องต้น และการส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia</p> <p>- การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS</p> <p>- การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการ ยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ)</p>									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำขยาย
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ภาระงาน ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัดการ บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับภาาบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกัอง สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ภาระงาน ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>				
<p>ระดับ L :</p> <ul style="list-style-type: none"> - การวินิจฉัยรักษาและกำหนัดการเบื้องต้น ได้แก่ วิตยา กำแผล เย็บแผล รวมถึงมี แนวทางการวินิจฉัยการรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อหรือการจัดการจัดระบบส่งต่อแบบ เครื่อง่าย : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพระดับ ALS - การใช้ยาช่วยชีวิตถูกาเป็น (จำนวนรายการ ยาตามเกณฑ์การให้คะแนนหน่วยบริการ ปฐมภูมิ 									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน						คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เสิมรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล					
	<p>1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก่อน สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>		5		<p>CPG ANC ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝากครรภ์ปกติ - การฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยงและ การส่งต่อ 	
2.3 ANC										
ระดับ S :	<ul style="list-style-type: none"> - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและ ส่งต่อตามระบบหรือตามบริบทของการ จัดบริการแบบเครือข่าย 									
ระดับ M :	<ul style="list-style-type: none"> - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและ ส่งต่อตามระบบหรือตามบริบทของการ จัดบริการแบบเครือข่าย 									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ประชาชน ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
<p>เกณฑ์</p> <p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัดการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p> <p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/สัมภาษณ์</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สืบสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p> <p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/ สัมภาษณ์</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p> <p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>					
<p>ระดับ L :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ส่งต่อ ตามระบบและรับส่งต่อจาก sw.ศส. ระดับ S, M หรือตามบริษัทเองการจัดการจัดบริการ แบบเครือข่าย 									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ ชิงช้า ยิงธนู	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ระบบ สืบต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สืบสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกึ่งตาม สนุภรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>	5			
2.4 WCC									
<p>ระดับ S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้อัตโนมัติตามเกณฑ์ - ตรวจสุภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยช้าหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย <p>ระดับ M :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้อัตโนมัติตามเกณฑ์ - ตรวจสุภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยช้าหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย 	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนตาม/ สันทนาการ</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น Line, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริบทสถานบริการ</p>				<p>CPG WCC ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - การส่งต่อกลุ่มสงสัยช้า 	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำขยาย
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่นเว็บ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
<p>เกณฑ์</p> <p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การติดต่อ บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p> <p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/สัมภาษณ์</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับภาาร บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้อง สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				
<p>ระดับ L :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้อัตโนมัติตามเกณฑ์ - ตรวจคุณภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า หรือกระตุ้นพัฒนาการได้ หากมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเกณฑ์ - การอบรม หรือมีนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดและรับส่งต่อจาก สว.สต. ระดับ S, M หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย 	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ระเบียบ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>						

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนที่ได้	แบบพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เข้มรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล			
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับกาาร บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน ระยะเวลา (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>			
	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, ระยะเวลา ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>			
<p>ระดับ L :</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - มีกิจกรรม DPAC ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการจัดการรายกรณี โดย Case manager และ- สหสาขาวิชาชีพ และรับส่งต่อจาก sw.สส. ระดับ S, M หรือ ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย 								

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัดการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา สอนเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนตัว สนับสนุนด้าน มาตราฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>	5			
		<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ภาวะ เยี่ยม ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น Line, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>				
			<p>***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน</p>						
	<p>2.6 งานบริการให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ</p> <p>ระดับ S : ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผน ครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/OSCC หรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยมีบุคลากร ทุรกิจชีพใน sw.สสต.</p>								

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำขยาย
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับกาบริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก้อง สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ภาวะเขียน ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>				
	<p>ระดับ M : ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผน ครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์/ไพบร้อม/OSCC หรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกวิชาชีพใน sw.สส.</p>		<p>***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน</p>						

เกณฑ์	รายการตรวจสอบประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เองรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก้อง สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
<p>ระดับ L : ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผน ครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/OSCC หรือตามบริบทของทางจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกระดับฯใน sw.สส.</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/สัมมนา</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/ สัมมนา</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ภาวะเป็น ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>				
<p>ระดับ S : - การส่งเสริมกันสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษายุติคนเป็น จุดพัน กอพัน หรือ ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย</p>						5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับกาาร บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกับ สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, ระเบียบ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>				
<p>ระดับ M :</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมกันตลฤทภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาผู้คืนเป็น จุดพัน ครอบพัน หรือ ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย 	<p>ระดับ L :</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมกันตลฤทภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาผู้คืนเป็น จุดพัน ครอบพัน - จัดระบบบริการใน sw.สส.ระดับ S, M ที่เป็น เครือข่าย และรับส่งต่อจาก sw.สส. ระดับ S, M หรือตามบริบทของการจัดบริการ แบบเครือข่าย 								

เกณฑ์	รายการตรวจสอบประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ สื่อดิจิทัล	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัดการ บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอนเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกับ สัมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
4. การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด									
4.1 การจัดบริการแพทย์แผนไทย									
ระดับ S :									
<p>1. ชำนาญ 10 รายการตามเกณฑ์โรงพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (ส.ส.พ.ก.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการรักษา</p> <p>2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ผู้สั่งการรักษาหรือ ผู้ประกอบวิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัด บริการแบบเครือข่าย</p>									
						5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุกเชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รักษา	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับภากร บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนงาน/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กะเบียน ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>				
<p>ระดับ M : 1. ชำนาญ 10 รายการ ตามเกณฑ์ โรงพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พ.ก.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้สังการรักษางาน</p> <p>2. บริการรวดเร็ว โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ ผู้สังการรักษางานหรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของงานการจัด บริการแบบเครือข่าย</p>									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
เกณฑ์	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัดการ บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับบริการ (การนำร่อง รักษา สองเที่ยว)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
ระดับ L :	<p>1. จ่ายยา 10 รายการตามเกณฑ์โรงพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (สว.สส.พท.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้สื่อสารรักษา</p> <p>2. บริการคนไทย โดยผู้เชี่ยวชาญคนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ผู้ใช้บริการรักษาหรือ ผู้ประกอบวิชาชีพชาวไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัด บริการแบบเครือข่าย</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, เวชระเบียน ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริบทสถานบริการ</p>				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การทำถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับกาาร บริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก่วง สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ภาวะเยี่ยม ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริบทสถานบริการ</p>				
<p>3. บริการพัฒนาคณะกรรไทย โดยผู้ประกอบ วิชาชีพพัฒนาคณะกรรไทย/บวคไทย/เวชกรร ม ไทย/แพทยแผนไทย</p> <p>4. บริการเกสัชกรรไทย โดยผู้ประกอบ วิชาชีพเกสัชกรรไทย/เวชกรรรมไทย/แพทย แผนไทย</p> <p>5. บริการเวชกรรรมไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรรมไทย/แพทยแผนไทยหรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่ายและรับส่งต่อ จาก sw.สศ. ระดับ S, M</p>									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน						คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล					
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับบริการ (การบำรุง รักษา สอนเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>		5			
4.2 การจัดบริการกายภาพบำบัด										
ระดับ S :	มีศักยภาพออกมาปฏิบัติงานตามบริบทของพื้นที่									
ระดับ M :	มีศักยภาพออกมาปฏิบัติงานตามบริบทของพื้นที่									
ระดับ L :	จัดให้มีบริการกายภาพบำบัดตามบริบทของพื้นที่ หรือ รับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การทำถึงบริการ เชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับบริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกึ่งง สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
5. การจัดบริการในชุมชน									
5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุเตียง 3, 4 ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เด็กพัฒนาการล่าช้า Palliative care) อ้างอิงตามเกณฑ์ตนเอง									
ระดับ R :	การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/ care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่								
ระดับ M :	การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/ care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่								
						5		<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรอย กระบวนการให้บริการแก่ ผู้ป่วยผู้รับ บริการในชุมชน</p>	<p>การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ให้ บริการ กับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชน โดยออกไปให้บริการในชุมชน</p>

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน						คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เข็มรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ประบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล					
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอนเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>					
<p>ระดับ L : การเยี่ยมบ้านตามหลักของศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/ care giver/อาสา. ตามบรรณาท้องพื้นที่</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง ภาคผนวก</p>	<p>ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ภาวะเยี่ยม ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p>	<p>ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ</p>						
<p>ระดับ S : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ</p>			<p>***เครื่องมือสนับสนุน จาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน</p>				5			
5.2 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรค (SRRT)										

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การทำกิจกรรม เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	<p>1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประจักษ์สัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้อุปกรณ์ ในการให้บริการได้</p>	<p>3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สม่ำเสมอ)</p> <p>3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้อุปกรณ์ ในการให้บริการได้</p>	-	<p>5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder คนกึ่ง สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>				
ระดับ M : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และ สอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กระดาษ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ					
ระดับ L : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และ สอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			***เครื่องมือสนับสนุน จาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน	***เครื่องมือสนับสนุน จาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน					
คะแนนรวม						60			

หมายเหตุ : ไม่มีการดำเนินงานทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0 คะแนน,
มีการดำเนินงานครบทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ = 1 คะแนน

มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0.5 คะแนน,

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน (แบบเอกสาร หรือ แบบ Electronic file) ที่ให้บริการ

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
(1) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วย อย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้		
1.1 ชื่อ นามสกุล อายุ ผู้ป่วย		
1.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 1.3 วัน เดือน ปี มารับบริการ		
(2) มีเวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการ อย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้		
2.1 ชื่อสถานพยาบาล		
2.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN)		
2.3 วัน เดือน ปี รับบริการ		
2.4 ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพ ที่อยู่และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน		
2.5 ประวัติอาการป่วย ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชั้นสูงของผู้ป่วย		
2.6 การวินิจฉัย		
2.7 การรักษา		
2.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่เป็นข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ)		
2.9 มีประวัติการแพ้ยา		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = มี = 1 คะแนน

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี = 0 คะแนน

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเด็น : การบันทึกและใช้ประโยชน์ Family folder

(แบบเอกสารหรือแบบ Electronic file : ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
1. มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาได้ง่าย และเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี (มีที่เก็บระยะเวลาเขียนที่มั่นคง ปลอดภัย ค้นหาได้ง่าย และมีการสำรองข้อมูลกรณีเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)		
2. ข้อมูลทั่วไป		
2.1 แผนที่บ้าน		
2.2 ผังครอบครัว (Genogram)		
2.3 แบบฟอร์มการลงทะเบียนครอบครัว		
2.4 ข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคม		
3. บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล (OPD Card ดูฐานข้อมูลปัจจุบัน)		
4. บัตรบันทึกสุขภาพมารดา		
5. บัตรบันทึกสุขภาพเด็ก		
6. บัตรบันทึกโรคเรื้อรัง		
7. บัตรสรุปสภาวะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุรายบุคคล		
8. บัตรสรุปปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว		
9. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน

- ไม่มีครบทุกข้อ = 0 คะแนน

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1 การบริการแพทย์แผนไทย

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน ต้องมีรายการ ดังนี้		
(1) หูฟัง		
(2) เครื่องวัดความดันโลหิต		
(3) เครื่องตรวจดู ตา หู คอ จมูก		
(4) ไม้กดลิ้น		
(5) ไฟฉาย		
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย		
(7) ไม้เคาะเข่า		
(8) อุปกรณ์ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง		
(9) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E – Chart)		
(10) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX (สำหรับการประเมิน NCD)		

หมายเหตุ : 1. การประเมิน OPD และแพทย์แผนไทย (ใช้เครื่องมือชุดตรวจร่วมกันได้)

- OPD และแพทย์แผนไทย มีข้อ 1 – 9 = มี = 1 คะแนน

- OPD และแพทย์แผนไทย หากข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 9 = ไม่มี = 0 คะแนน

2. การประเมิน NCD (เครื่องมือชุดตรวจในข้อ 1 – 9 ใช้ร่วมกับ OPD ได้)

- NCD มีข้อ 1 – 10 = มี = 1 คะแนน

- NCD หากข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 10 = ไม่มี = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ประเด็น : 2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา สอบเทียบ)

ระดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
		มี	ไม่มี
S	1. ซุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน		
	1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่		
	1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4)		
	1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพ ประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือ		
	1.2 กระจกนอกล้างสำหรับทำ CPR		
	2. อุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น		
	3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายใน และ Pap Smear		
	4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน		
5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			
หมายเหตุ : กรณีมี Central Supply ตามคู่มือ sw.สศ. เครื่องง่าย/sw.แม่ข่าย			
M	ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับ S และ มี		
	1. ชุดผ่าตัดเล็ก/มีอุปกรณ์ เครื่องมือ สำหรับให้บริการผ่าตัดเล็กได้		
L	ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับ S และ มี		
	1. ชุดผ่าตัดเล็ก/มีอุปกรณ์ เครื่องมือ สำหรับให้บริการผ่าตัดเล็กได้		
	2. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน (กรณีแพทย์ออกให้บริการ) ต้องมี Laryngoscope และ Endotracheal Tube		
	3. เครื่อง AED (Automated External Defibrillator) เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน
 - ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขั้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้		
1. เครื่องวัดความดันแบบปรอท (ใช้สำหรับผู้ที่มึประวัติความดันโลหิตสูง)		
2. เครื่อง Doptone		
3. สายวัดระดับยอดมดลูก		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = มี = 1 คะแนน

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขั้นต่ำเขียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
1. อุปกรณ์ซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก		
2. สายวัดรอบศีรษะ:		
3. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพเอกสาร แผ่นพับ		
4. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก		

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขั้นต่ำประเมิน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2 เกณฑ์การบริการกายภาพบำบัด (รพ.สต. ระดับ L) (อุปกรณ์/เครื่องมือที่มีบริการใน รพ.สต.)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้บริการตามมาตรฐานที่จัดบริการตามบริบทของพื้นที่		

หมายเหตุ : - มีตามบริบทการให้บริการ = 1 คะแนน
- ไม่มี = 0 คะแนน

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อ 3. การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานและมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครื่อง่ายสถานบริการ		
(2) มีนิเทศทำพื้นทั้งแบบติดตั้ง และ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบ ดังนี้		
2.1 ระบบแสงสว่างโดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน		
2.2 ระบบกรงฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด		
2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง		
(3) มีเครื่องดูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)		
(4) มีเครื่องปั่นอมัลกัม		
(5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสงสำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)		
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อนระหว่างให้บริการ		
(7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์		
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ		

หมายเหตุ : - มีครบ ข้อ 1 – 8 = มี
 - ถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

****กรณีที่ sw.สต. แห่งใดที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการทันตกรรม ให้ใช้ข้อมูลการประเมิน*

ของ sw.สต. ในเครื่อง่ายที่ให้บริการร่วมกัน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขั้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2562 (สปสข.)

แบบประเมิน

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อ 5. การจัดบริการในชุมชน

ประเด็น : 5.1 COC : LTC

(LTC 4 กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ระดับ 3 - 4, ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า, Palliative care) อ้างอิงตามเกณฑ์กรมอนามัย

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน ต้องมีรายการ ดังนี้		
(1) หูฟัง		
(2) เครื่องวัดความดันโลหิต		
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก		
(4) ไม้กดลิ้น		
(5) ไฟฉาย		
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย		
(7) ไม้เคาะเข่า		
(8) เครื่องตรวจน้ำตาล		
(9) เตียง Fowler		
(10) เครื่อง suction mobile		
(11) Oxygen Home therapy (หมายถึง เครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้า และ/หรือ oxygen tank)		

(1-8) ใช้ร่วมกับเครื่องมือ
การบริการในสถานบริการ

หมายเหตุ : COC : LTC (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ระดับ 3 - 4, ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า)

- มีข้อ 1 - 8 = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 8 = ไม่มี

Palliative care (ข้อ 9 - 11 ให้ประเมินที่ node หรือแม่ข่ายที่เป็นศูนย์สำรองเครื่องมือ)

- มีข้อ 9 - 11 = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 - 11 = ไม่มี

- มีครบ = 1 คะแนน

- ไม่มี = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2562 (สปสช.)

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
1. บุคลากร ★							
1	1.1 มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> • คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและรองระบุให้ชัดเจนว่าหน้าที่ตรงจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน 	ไม่มีคำสั่งมอบหมาย	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลัก	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรอง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรองแต่ไม่ครบทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์จริงครบทุกคน	คำสั่งแต่งตั้ง
2	1.2 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ มีบันทึกประวัติการอบรม <ul style="list-style-type: none"> • ผู้มีหน้าที่ตรงวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีความรู้ความสามารถได้ฝึกอบรมจาก sw. พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน sw. สด. ที่ผ่านการฝึกอบรมได้โดยมีหลักฐานการฝึกอบรมมีใบประกาศ/เอกสารบันทึก การสอนพนักงาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนพนักงานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน sw. สด. ที่ผ่านการอบรมโดยมีบันทึกผลการแพทย์ของ sw. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยได้รับการอบรมครอบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ (ดูหลักฐานการอบรมในรอบ 1 ปีย้อนหลัง นับจากวันประเมิน) 	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของ ผู้ปฏิบัติงานหลัก มีเฉพาะบันทึกการอบรม	มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของ ผู้ปฏิบัติงานหลัก รวบรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงาน	มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของ ผู้ปฏิบัติหลักและรองมากกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	มีใบประกาศ/บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลัก การอบรม/สอน	หลักฐานการอบรม/สอน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
3	1.3 มีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ของโรงพยาบาลศุภชัยภูมิ/ศุภชัยภูมิ <ul style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับค่าปรึกษาจากพี่เลี้ยง สามารถติดต่อขอความทราบการรับค่าปรึกษาจากโทรศัพท์/line/face book ได้ 	ไม่มี	มีคำสั่งแต่งตั้ง แต่ไม่มีบันทึก การขอรับ ค่าปรึกษา หรือมีบันทึก การขอค่าปรึกษา แต่ไม่ได้ทำคำสั่ง	1. มีคำสั่งแต่งตั้ง ที่ปรึกษา 2. มีหลักฐาน การขอรับค่าปรึกษา ครบทุกช่องทาง ที่ปรึกษาจริงและเป็น ปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลัก และรองลงสายมือชื่อ รับทราบค่าปรึกษา ไม่ครบทุกคน	1. มีคำสั่งแต่งตั้ง ที่ปรึกษา 2. มีหลักฐาน การขอรับค่าปรึกษา ครบทุกช่องทาง ที่ปรึกษาจริงและเป็น ปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลัก และรองลงสายมือชื่อ รับทราบค่าปรึกษา ครบทุกคน	1. มีคำสั่งแต่งตั้ง ที่ปรึกษา 2. มีหลักฐาน การขอรับค่าปรึกษา ครบทุกช่องทาง ที่ปรึกษาจริงและเป็น ปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลัก และรองลงสายมือชื่อ รับทราบค่าปรึกษา ครบทุกคน	คำสั่งแต่งตั้ง, บันทึกการขอค่าปรึกษา
2. สถานที่ทำการทดสอบพื้นที่ปฏิบัติงาน							
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการ ออกจากพื้นที่ทำงานอื่น <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่ตรงงปีสวางะ คงเป็นส่วน ไม่ตรงงที่ หน้าห้องน้ำ 	ไม่ได้จัดพื้นที่ ปฏิบัติงาน Lab	ใช้พื้นที่ตรงง วิเคราะห์ร่วมกับ งานอื่นในช่วงเวลา เดียวกัน	ใช้พื้นที่เดียวกับ งานอื่นแต่สลับเวลา ใช้งาน หรือจัดพื้นที่/ ตั้งโต๊ะเฉพาะในวันที่ ให้บริการ	แยกเป็นสัดส่วน มีใช้พื้นที่ร่วมกับ งานอื่นบางส่วน เสียน้อย	แยกเป็นสัดส่วน จัดคน สะอาด ไม่ร้อน ไม่ชื้น ไม่ใช้พื้นที่ร่วมกับ งานอื่น	สังเกต, สอบกาน
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรงง วิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit เหมาะสม แข็งแรง บ่มคง 	ไม่ได้จัดพื้นที่ วางเครื่องมือ	บ่มคงหรือไม่บ่มคง แต่ใช้พื้นที่ร่วมกับ กับงานอื่น เมื่อจะใช้งาน ถึงจะยกเครื่องมือ มาวาง	มีพื้นที่วาง แต่ไม่บ่มคง	พื้นที่วางบ่มคง แต่สิ่งแวดล้อม ไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้น หรือ แดดส่อง หรือเข้าไป ใช้งานได้ยาก	จัดวางในพื้นที่บ่มคง เพียงพอพร้อม ใช้งาน สิ่งแวดล้อม เหมาะสม	สังเกต, สอบกาน, ส่องพยับ

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
3. วัสดุ น้ายาและเครื่องมือทดสอบ ★							
6	3.1 วัสดุ น้ายา 3.1.1 มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ายาทดสอบ • มีระบบการจัดเก็บวัสดุและ ชุดน้ายาทดสอบ ในอุณหภูมิที่ถูกต้องตามเอกสารกำกับน้ายา	วัสดุและชุดน้ายา ทดสอบจัดเก็บ ในอุณหภูมิ ที่ไม่เหมาะสม ทั่วชั้น	วัสดุและ ชุดน้ายาทดสอบ 25% จัดเก็บ ในอุณหภูมิ ที่เหมาะสม	วัสดุและ ชุดน้ายาทดสอบ 50% จัดเก็บ ในอุณหภูมิ ที่เหมาะสม	วัสดุและ ชุดน้ายาทดสอบ 75% จัดเก็บ ในอุณหภูมิ ที่เหมาะสม	วัสดุและ ชุดน้ายาทดสอบ จัดเก็บในอุณหภูมิ ที่เหมาะสมทุกชั้น	ตรวจเอกสาร, สังเกต, สอบถาม
7	3.1.2 มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุ วันเริ่มใช้ วันหมดอายุของน้ายา, วัสดุวิทยาศาสตร์และ ตรวจจับวัสดุที่ใช้มีการเปิดใช้น้ายาส่งใหม่หรือขวดใหม่ ก่อนทำการทดสอบและมีบันทึกในแบบบันทึกการตรวจ วิเคราะห์ (Work sheet) • แถบตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, Tube Hematocrit แถบ ตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip) มีการระบุวันเปิดใช้ วันหมดอายุบนขวดตามเอกสารกำกับน้ายา Lot ปัจจุบัน • แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) หลอดเก็บเลือดมีการระบุวันหมดอายุตามเอกสาร กำกับน้ายา Lot ปัจจุบัน	มีหมดอายุ	ไม่ระบุ แต่ไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุไม่ทุกชั้น หรือไม่ทุกห้อง และไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุทุกชั้น แต่ไม่ทุกห้อง และไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุทุกห้องทุกชั้น และไม่หมดอายุ	ตรวจเอกสาร, สังเกต, สอบถาม
8	3.2 เครื่องมือทดสอบ 3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ • ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้รายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อเครื่องมือหมายเลขเครื่องหรือหมายเลขครุภัณฑ์ วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคาผู้รับมีผดชอบดูแลรักษา	ไม่มีทะเบียน เครื่องมือ	มีทะเบียน แต่ข้อมูลไม่ครบ ตามข้อกำหนด ทุกระบบ	มีทะเบียนและ เครื่องมือ 50% มีข้อมูลครบ ตามข้อกำหนด	มีทะเบียนและ เครื่องมือ 75% มีข้อมูลครบ ตามข้อกำหนด	มีทะเบียนเครื่องมือ ที่ข้อมูลครบ ตามข้อกำหนด ทุกระบบ และเป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการหรือใช้แผนสอบเทียบรวมระดับอำเภอ	1. ไม่มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ ไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุ รายละเอียดใดๆ ในแผน 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบและไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุจุดที่ต้องทาสอบเทียบ 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ 50% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่	1. มีแผนสอบเทียบและการสอบเทียบครบทุกเครื่อง แต่ไม่ระบุจุดที่ต้องทาสอบเทียบ หรือ สอบเทียบ ไม่ตรงตามการใช้งานจริง 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 75%$ ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่	1. มีแผนสอบเทียบ จุดที่ต้องการสอบเทียบตรงกับ การใช้งานจริง พร้อมระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง 2. มีแผนบำรุงรักษาครบทุกประเภทเครื่องมือ	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
10	3.2.3 มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือ Hematocrit ที่เป็นปัจจุบันมีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือ สำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบโดยสอบเทียบความเร็วรอบ และตัวตั้งเวลาของเครื่องมือ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ถ้าไม่มีการสอบเทียบตัวตั้งเวลาเมื่อใช้งานจริงต้องนำนาฬิกา ภายนอกชนิดมีสัญญาณเตือนที่ผ่านการสอบเทียบเวลา แล้วมาจับเวลาเสมอ • มีระบบสำรองแปลงค่าสำรอง (carbon brush) หรือ ฟิวส์หรือมีระบบสำรองเครื่องมือที่พร้อมให้บริการในพื้นที่	1. ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบ แต่ผลการสอบเทียบ ไม่ผ่าน และไม่มีการแก้ไข 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบ ผลการสอบเทียบ ผ่านเกณฑ์ ความถี่ไม่ตรง ตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่เป็นปัจจุบัน 3. มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบ ผลการสอบเทียบ ผ่านเกณฑ์ แต่ความถี่ไม่ตรง ตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบัน และสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบ ผลการสอบเทียบ ผ่านเกณฑ์ ความถี่ตรง ตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบัน และสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน	
11	3.2.4 มีบันทึกการสอบเทียบบนนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบันที่รายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือ สำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ โดยสอบเทียบทุก 6 เดือน ตรงตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำการสอบเทียบเองได้โดยไม่ต้อง ใช้ใบรับรองจากองค์กรอื่น มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน การสอบเทียบ ในแต่ละจุดใช้งานต้องจับเวลาอย่างน้อย จุดละ 3 ครั้ง เมื่อสอบเทียบแล้วจัดให้มอดกติด	ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ	มีบันทึกการสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบ ไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบ ไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ จุดที่สอบเทียบ ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ตรงตามกำหนด ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ จุดที่สอบเทียบ ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ตรงตามกำหนด ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ จุดที่สอบเทียบ ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ตรงตามกำหนด ครบทุกเครื่องตามแผน	ตรงเอกสาร, สอบถาม
12	3.2.5 มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของบริษัผู้ผลิตและมีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	ไม่มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 25\%$ ของจำนวนเครื่องมืออยู่และไม่มีแบตเตอรี่สำรองในหน่วยงาน แต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 50\%$ ของจำนวนเครื่องมืออยู่และไม่มีแบตเตอรี่สำรองในหน่วยงาน แต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 75\%$ ของจำนวนเครื่องมืออยู่และไม่มีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 75\%$ ของจำนวนเครื่องมืออยู่และไม่มีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 75\%$ ของจำนวนเครื่องมืออยู่และไม่มีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 75\%$ ของจำนวนเครื่องมืออยู่และไม่มีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	ตรงเอกสาร, สอบถาม
13	3.2.6 อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> • Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) • คัดน้ำมันสามารถใช้น้ำมันชนิดธรรมดาได้ ไม่ใช่สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู มีผิวหน้าเรียบ ให้สารป้องกันการแข็งและดูวุ้นส่วนบนใน Tube Hematocrit ไม่ลดระดับ • มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัด ไม่จำเป็น ต้องเป็นโลหะ 	ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้ หลงปั่นอ่านพบ น้ำส่วนบน ลดระดับ	มีแผ่นสเกลมีขีด ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีคัตน้ำมัน แต่ใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	มีแผ่นสเกลมีขีด ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีคัตน้ำมัน และใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	มีแผ่นสเกล คมชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีคัตน้ำมัน และ ใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	มีแผ่นสเกลคมชัด และแข็งแรง ไม่สามารถมองพบได้ มี Tube Hematocrit ตาม กำหนดมีคัตน้ำมัน และใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	มีแผ่นสเกลคมชัด และแข็งแรง ไม่สามารถมองพบได้ มี Tube Hematocrit ตาม กำหนดมีคัตน้ำมัน และใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
14	3.2.7 มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet) ชื่อยานาเจาะปลายนิ้ว	ไม่มี หรือ ใช้เข็มชื่อยานาเจาะปลายนิ้ว	-	-	-	มีเป็น lancet หรือ เข็มเจาะปลายนิ้ว โดยเฉพาะ	สังเกต, สอบถาม
15	3.2.8 มีกาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว) • กาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกแบบไม่มีฝา ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบพลาสติกและต้องตรงกันกับ	ไม่มี	มี แต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง	มี และแห้งสะอาด แต่ใช้ซ้ำ	มี และแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว	มี และแห้งสะอาด มีฝาปิด และใช้ครั้งเดียว	สังเกต, สอบถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ							
16	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิด ปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และกรณีไม่ได้ตรงกันก็ต้องมีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง • ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้	ไม่มี	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง ไม่บอกสารอ้างอิง	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง มีเอกสารอ้างอิง แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือที่จัดทำโดยกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
17	4.3 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (ถ้ามี) อายุ เพศ รายการตรวจผู้เก็บตัวอย่าง ผู้ส่งตรวจและหน่วยงานที่ส่งตรวจกรณีตรงวินิจฉัยโรคหรือไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ	ไม่มี	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย แต่ไม่มีรายการตรวจ และไม่ระบุผู้ส่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ แต่ไม่ระบุผู้ส่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ และผู้ส่งตรวจ	มีครบตามกำหนด หรือมีส่งตรวจใน Family folde	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
18	4.3.3 วัตถุประสงค์การขอตรวจอย่าง ระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงานที่ส่งตรวจ • กรณีตรวจเองในพื้นที่ กาชนะ-บรรจุตัวอย่าง ระบุชื่อ-นามสกุล สามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้	กรณีส่งต่อ sw. ไม่มี หรือ ไม่เขียน ชื่อ-สกุล หน่วยงานที่ส่ง	กรณีตรวจเอง One Stop Service ไม่เขียน ชื่อ-สกุล	มี แต่รายละเอียดไม่ครบ	มี แต่รายละเอียดไม่ครบ แต่สามารถทวนสอบได้	มีรายละเอียดครบ ตามกำหนด	สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
5. ขั้นตอนการทดสอบ ★							
19	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> คู่มือการตรวจวิเคราะห์หรือคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจ นอกจากงนกรนวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว sw. แม้้วยสามารถจัดทำเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์และต้องมื่อเอกสารกำกับน้ยาที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ	ไม่มี	มี แต่ไม่ครบทุกการทดสอบ และ/หรือไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ แต่มี 2 รายการ ไม่ตรงกับเอกสาร กำกับน้ยา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบัน แต่มี 1 รายการ ไม่ตรงกับเอกสาร กำกับน้ยา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบันตรงกับเอกสาร กำกับน้ยา	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
20	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่จะป้ใช้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> ส่มบุคคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้สารสิทธิ์หรือบรรยายขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทุกรายการทดสอบ 	ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง ทุกรายการ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 3 รายการ ทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 2 รายการ ทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 1 รายการ ทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ถูกต้องตามคู่มือ ทุกรายการ ทดสอบ	ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน, สังเกต, สอบถาม
6. การประเมินคุณภาพการทดสอบ ★							
21	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> ควรงทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำวัน ประจำต่องานผู้ป่วย โดยไม่ต้องแยกแบบฟอร์ม (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาจากปลายนิ้ว) การทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์ที่เกณฑ์การส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC 	ไม่มีการทำ IQC ทุกรายการ	ทำ 1 รายการ และความถี่ไม่ได้ ตามที่กำหนด	ทำ 2 รายการ และความถี่ไม่ได้ ตามที่กำหนด	ทำ 3 รายการ ความถี่ เดือนละ 1 ครั้ง หรือครบทุกการทดสอบ แต่ความถี่ ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ IQC ทุกรายการ ทดสอบความถี่ เดือนละ 1 ครั้ง	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
22	6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์การภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-lab) <ul style="list-style-type: none"> มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึก ทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีทำไม่ครบ 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ 	ไม่มีการทำ EQA หรือ Inter-Lab	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 2 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 2 รายการทดสอบ หรือทำ 2, 3 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 3 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี หรือ ทำครบทุก รายการทดสอบ แต่ทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ทุกการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
23	6.3 กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์การภายนอกออกเกณฑ์ การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ โดยเริ่มหาร่วมกับพี่เลี้ยงและบันทึกไว้ เป็นหลักฐาน	ไม่มีการ ดำเนินการ	มีบันทึก การหาสาเหตุ ไม่ครบถ้วน และทำการแก้ไข ไม่ครบถ้วน	มีบันทึกการหา สาเหตุครบถ้วน แต่ทำการแก้ไข ไม่ครบ	มีบันทึก การหาสาเหตุและ ทำการแก้ไขครบถ้วน แต่ขาดมาตรการ ป้องกัน	มีบันทึก การหาสาเหตุ ดำเนินการแก้ไขและ กำหนดมาตรการ ป้องกัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
7. การรายงานผลการทดสอบ							
24	7.1 มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงาน ผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและะมีบันทึก การรายงานค่าวิกฤติ <ul style="list-style-type: none"> มี worksheet การทดสอบปัสสาวะ โดยบันทึกการอ่าน ปฏิกริยาของแถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip), แถบตรวจปัสสาวะ:หาค่าตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) กรณีทะเบียนบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ ทำในรูปแบบ Worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ถึง วันที่ตรวจ, lot number ของแถบตรวจ, วันหมดอายุ ชื่อผู้ทำการตรวจ และให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล กรณีไม่สามารถระบุชื่อ ผู้ตรวจได้ เช่น อสม. 2 คน ทำการตรวจ ต้องทวนสอบข้อมูล 	ไม่มีหลักฐาน แสดง	1. มีทะเบียน ผลการทดสอบ 1 รายการ 2. มีหลักฐานการ ควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะ ปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาล ในเลือด	1. มีทะเบียน ผลการทดสอบ 2 รายการ 2. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะ ปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาล ในเลือด	1. มีทะเบียน ผลการทดสอบ ครบถ้วน ถูกต้อง 3 รายการ 2. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะ ปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาล ในเลือด	1. มีทะเบียน ผลการทดสอบ ครบถ้วน ถูกต้อง 4 รายการ 2. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะ ปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาล ในเลือด	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
25	อื่นๆ ได้ ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ของ sw.สสท. ในการจะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย 7.2 กรณีส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมีระบบ ทะเบียนบันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจใบรายงานผลการ ทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วย ผลการทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ วันที่เวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจส่งรับรองผลและลงนามกำกับ ไว้เป็นหลักฐานเก็บสำเนารายงานผลการตรวจไว้เพื่ออ้างอิง ตามระยะเวลาที่กำหนด เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี	1. ไม่มีทะเบียน และไม่สามารถ ค้นหาจาก ระบบได้ 2. ไม่มี ใบรายงานผล	1. ใบรายงาน มีข้อมูล ไม่ครบถ้วน 2. ไม่มีลายมือชื่อ และชื่อ-สกุล ผู้วิเคราะห์/ ผู้ตรวจสอบผล	1. มีสำเนารายงานผล ปีปัจจุบัน 2. ใบรายงาน มีข้อมูลครบถ้วน	1. ไม่มีทะเบียน แต่สามารถค้นหา จากระบบได้ 2. ใบรายงาน มีข้อมูลครบถ้วน	1. มีทะเบียน การส่งต่อ และมีผลการตรวจ 2. ใบรายงาน มีข้อมูลครบถ้วน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
	รวม						
	คะแนนที่ได้ /คะแนนเต็ม						
	คิดเป็นร้อยละ						

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

- 1) ชื่อ – สกุล..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- 2) ชื่อ – สกุล..... ผู้บันทึก/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....

วันที่บันทึก/ตรวจประเมิน.....

คำชี้แจงเพิ่มเติม

1. ★ หมายถึง ข้อกำหนดที่จำเป็น ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5 และ 6 ต้องไม่ได้คะแนน 0 (ศูนย์) ถ้ามีคะแนน 0 (ศูนย์) ในข้อกำหนดดังกล่าว คะแนนของส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Lab) จะได้คะแนนเท่ากับ 0 (ศูนย์)
2. ศักยภาพ และเครื่องมืออุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละ sw.สต. อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง
3. รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่ sw.สต. ให้บริการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติม ต้องอยู่ในการกำกับดูแลของนักเทคนิคการแพทย์และให้ทำการประเมินการตรวจวิเคราะห์ลงในเกณฑ์
4. การจัดหา IQC material ให้ swช./swท./swค./swสอ. ดำเนินการเพื่อให้ sw.สต. ทำ IQC และส่งรายงานผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน หรือแก้ไข
5. การทำ IQC ของการตรวจ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบความเร็วรอบเครื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและคือน้ำมัน แม่เหล็กอ่านค่า Hematocrit
6. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดย swช./swท./swค./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ผลอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
7. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อย ดังนี้
 - 7.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
 - 7.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
 - 7.3 การส่งต่อตัวอย่างต้องมีภาชนะนำส่งที่มีฝาปิดมิดชิด และมีการควบคุมคุณภาพอย่างถูกต้อง และปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ (ผู้ประเมิน)

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการการศึกษาระบบและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คนส.)

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1. ด้านการจัดบริการการศึกษาระบบ (RDU)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1.	การบริหารจัดการระบบยา การบริหารจัดการ ระบบยา โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร sw.แม่ข่ายกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการจัดการระบบยา ระดับอำเภอ 2. มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผน อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง 3. มีการสนับสนุนวิชาการจากเภสัชกร sw.แม่ข่าย ได้แก่ การจัดอบรมวิชาการ, คู่มือ/สื่อการใช้ยา ใน sw.สต.	1 1 1		1. คำสั่งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดอำเภอ ระดับอำเภอ 2. แผนการปฏิบัติการฯ 3. สมุดเยี่ยม หรือผลปฏิบัติงานหรือเอกสารอื่นๆ ฯลฯ 4. คู่มือ/สื่อการใช้ยา ใน sw.สต.	
2.	การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ 2.1 มียาใช้อย่างเหมาะสม และเพียงพอ	1. มีบัญชีรายการยา sw.สต. 2. มียาช่วยชีวิตใน sw.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 3. มีหลักเกณฑ์หรือแบบตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	1 1 1		1. บัญชีรายการยา sw.สต. 2. ตรวจสอบ Emergency box และยาช่วยชีวิตชนิดนี้ 2.1 Adrenaline injection 1:1000 2.2 Steroid injection เช่น Dexa injection หรือ Hydrocortisone injection 2.3 Chlorpheniramine injection 2.4 50% Glucose injection	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					2.5 ยามี่ได้ลิ้นเพื่อยายหลอด เลือดหัวใจ 3. คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 4. หลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการ สั่งยาที่สอดคล้องกับศักยภาพ ผู้สั่งยา	
	2.2 มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลด ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่ม ผู้ป่วยแพทย์ และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin	1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ 2. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin 3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์โดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 4. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin โดยการ ติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 5. มีแนวทางหรือการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมิน แพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร	1 1 1 1 1		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์และผู้ป่วย ที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin ในคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย กรณีแพทย์	
3.	คลังยาและเวชภัณฑ์					
	3.1 มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม	1. ประตุมักถูกเลือก 2 ชั้น 2. มีแนวทางการเปิดปิด คลังยาชัดเจน 3. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง 4. มีการแยกประเภทยา เวช วัสดุ และวัสดุอื่นๆ ชัดเจน	1 1 1 1		- ประตุมักถูกเลือก 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมาย ให้เจ้าหน้าที่ออกฤกษ์และแจก - แนวทางการเปิด-ปิด คลังยา ตามบริบทของ รพ.สต.	มาตรฐาน คลังยา กำหนดไว้ เป้าหมาย คือความ ปลอดภัย ป้องกัน การสูญหาย

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.2 มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °C และความชื้นไม่เกิน 70 %) คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ 	1 1 1 1		<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูกแสงแดด เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น กรณีที่ไม่ได้จัดให้มีคลังยา (มีการสำรองยาไม่เกิน 2 สัปดาห์) ให้ตามสอยคะแนเน 	<p>ประเมินจากคลังยาที่เป็นจุดจ่ายยา</p> <p>ให้กับ รพ.สต. นั้นๆ</p>
	3.3 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง	<ol style="list-style-type: none"> สลิป stock card นับยา 10 รายการ ตรงทุกรายการ มีใบเบิกยาคงคลังยาโรงพยาบาล และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) ใบเบิกยาคงคลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ stock card มีใบเบิกยาคงคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) ใบเบิกยาคงคลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ stock card 	1 1 1 1 1		<ul style="list-style-type: none"> มี รพ.สต. /stock card ครบคลุม ยา เวชย วัสดุการแพทย์ และ วัสดุวิทยาศาสตร์ - สลิป รพ.สต. /Stock Card และตรวจนับยาใบคลัง 10 รายการ - รพ.สต. 301 หรือ stock card รพ.สต. จำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาคงคลังยาจากโรงพยาบาลที่รับยา เข้าคลัง รพ.สต. - สลิป ใบเบิกยาคงคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและสอดคล้องกับ รพ.สต. 301 กรณีที่ไม่ได้จัดให้มีคลังยา (มีการสำรองยาไม่เกิน 2 สัปดาห์) ให้สลิปตามรอยเอกสารรับยาเอกสาร การจ่ายยา เทียบยอดเหลือใน รพ.สต. ตามรับภของ รพ.สต. นั้นๆ 	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.4 การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ	1. ไม่มียาขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา	1			- สุ่ม สบ.301/Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการหรือจุดจ่ายยา
	3.5 มีระบบการควบคุมคุณภาพ	1. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่ชำรุดเสียหาย หรือหมดอายุ 2. ระบุวันเปิด วันหมดอายุของยา multiple dose และ ยา pre-pack 3. มีการจัดเรียงยาแบบ first expired first use	1 1 1			- สุ่มดูวันหมดอายุ และลักษณะภายนอกของยาและเวชภัณฑ์ที่ชำรุด (โดยสุ่มทั้งหมด 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ และ เวชภัณฑ์ที่ชำรุด 3 รายการ)
	3.6 ผู้ยื่นเก็บยา ตามมาตรฐาน (แยกผู้ยื่นเก็บยาและผู้ยื่นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิห้องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะผู้ยื่นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้นำมาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาผู้ยื่นมีวอดน้ำสำหรับเติมเกลือ หรือปิดโคมไฟเพื่อควบคุมอุณหภูมิ	1 1 1 1			- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ในผู้ยื่น - บันทึกการวัดอุณหภูมิผู้ยื่นและห้องแช่แข็ง
	3.7 ผู้ยื่นเก็บวัคซีน ตามมาตรฐาน (แยกผู้ยื่นเก็บยาและผู้ยื่นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิห้องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะผู้ยื่นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้นำมาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาผู้ยื่นมีวอดน้ำสำหรับเติมเกลือ หรือปิดโคมไฟเพื่อควบคุมอุณหภูมิ	1 1 1 1			- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ในผู้ยื่น - บันทึกการวัดอุณหภูมิผู้ยื่นและห้องแช่แข็ง

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
4.	การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความปลอดภัย					
	4.1 มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน 2. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันรับยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา 3. มีการบันทึกอุบัติเหตุการนำความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) 4. มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน sw.สส. 	1 1 1 1		<ul style="list-style-type: none"> - ซองยา, ฉลากยา - สาริตถาร่ง่ายยาให้ดู - บันทึกอุบัติเหตุการนำความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) - มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ใน sw.สส. 	
	4.2 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐาน 2. มีฉลากเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ มีฉลากภาษาไทย และมีฉลากยาเสริม 3. มีฉลากช่วยในการใช้ยา 4. มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย 	1 1 1 1		<ul style="list-style-type: none"> - ฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล - ฉลากช่วย เช่น การใช้ยาหยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก - สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ OTOP 	
	4.3 มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 2. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน 3. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ 4. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจไม่เกินร้อยละ 20 5. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20 6. แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD 7. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร 8. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไปกับการใช้ยา NSAIDs 9. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน 	1 1 1 1 1 1 1 1 1		<ul style="list-style-type: none"> - สอบถาม สังกัด ดุจเอกสาร - แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ - แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD - ข้อมูลร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ - ท้องร่วงเฉียบพลันจากโปรแกรม HDC/ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.4 มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน	<ol style="list-style-type: none"> มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโรคเรื้อรังของผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ และแนะนำการใช้ยาโรคเรื้อรังและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อเนื่องที่บ้านโดยเภสัชกร มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน Family folder หรือวิธีการอื่นใด 	1 1 1		- สอบถาม และดูการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านใน Family folder หรือวิธีการอื่นใด	
		คะแนนรวม	62			

2. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1.	งานคุ้มครองผู้บริโภค					
	1.1 การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ โดยกรมส่งเสริมสุขภาพของเภสัชกร sw.แม่ข่าย ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1. มีคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ 2. มีแผนการปฏิบัติการและแผนดำเนินการออกปฏิบัติงานจริง 3. มีการวางแผนขับเคลื่อนคนส. โดยการส่งรณรงค์ภาคีเครือข่าย 4. มีการติดตามประเมินผลและการคืนข้อมูลงาน คส. ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	1 1 1 1		- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ - มีแผนการปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยมหรือแบบปฏิบัติงานหรือเอกสารอื่นๆ	
	1.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ในร้านค้า ร้านชำ ตลาดนัด ตลาดอาหารสด	1. มีการดำเนินการตรวจสอบ เฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป โดยชุดทดสอบอย่างง่าย 2. ให้ความรู้หรือคำแนะนำกับผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำ ตลาดอาหารสด 3. มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก กำประชาคมแก้ไขปัญห จดโครงการอบรม 4. มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น อสม. ผู้ประกอบการ คสร/ นวัตกรรม อย.น้อย	1 1 1 1		- สรุปผลการดำเนินงาน/บันทึกการดำเนินงาน	
	1.3 ร้านค้า/ร้านชำ และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	1. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้งร้านค้า/ร้านชำ 2. ไม่พบยากลุ่มเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1 1 1		- สุ่มตรวจอาหารและนมตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้าแม่ข่าย - สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ยากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ Steroids (ยกเว้นพาราเซตมอล), Antibiotic เหลือใช้	
	1.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มุ่งมีความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 ข้อ 2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยงและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	1 1		- ผู้จำหน่ายร้านค้ามีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1) ดู อย. (2) ดูวันผลิต วันหมดอายุได้	รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจ

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					(3) กราบตัวอย่างรายการยกที่ห้ามขายในร้านค้า, เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย, อาหารที่ห้ามจำหน่าย - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง (ยาปฏิชีวนะ, เหลือใช้/ ยาสเตียรอยด์) และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	ร้านค้าแบบท้าย
	1.5 มีการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ เช่น อสม. ครู/นักเรียน อย. บัณฑิต อย. บัณฑิต ผู้ประกอบการร้านค้า แผงลอยจำหน่ายอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครื่องถ่ายเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ	1. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1.1 นักเรียน 1.2 ผู้ประกอบการ 1.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1.4 เครื่องถ่าย คมส.	1		- แผนการค้าเป็นงานประจำปี/สรุปผลงาน หรือหลักฐานการค้าเป็นงาน - สัมภาษณ์เครื่องถ่ายคุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณาหลักฐาน บึงบอึง และบึงที่ผ่านมา
	1.6 เครื่องถ่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ที่สอดคล้องกับ OTOP	1. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหาด้าน คมส. ในพื้นที่ จำนวน 2 กลุ่มขึ้นไป 2. มีการมีส่วนร่วมของเครื่องถ่ายคุ้มครองผู้บริโภค 3. ประเด็นการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับ OTOP	1 1 1		- แผนการค้าเป็นงานประจำปี/สรุปผลงาน หรือหลักฐานการค้าเป็น - สัมภาษณ์เครื่องถ่ายคุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณาหลักฐาน บึงบอึง และบึงที่ผ่านมา
คะแนนรวม			17			

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การออกแบบระบบและ การจัดการทรัพยากร	1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3		- มีการมอบหมายงานพยาบาล วิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงาน - การอบรมฟื้นฟูความรู้ อย่างน้อย 1 วัน (นับย้อนตั้งแต่ วันที่ตรวจประเมิน) - การอบรมความรู้ มีหลักฐาน ได้อย่างน้อยหนึ่ง เช่น หนังสือ เชิญรับการอบรม รูปภาพการ อบรม เอกสารอบรม	พี่เลี้ยงระดับอำเภอ หมายถึง ICN หรือ RN ของ CUP * กรณี sw.สศ. ไม่มี RN ให้ sw.สศ. แม่ข่าย หรือพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อของ CUP เป็น ผู้รับผิดชอบร่วมโดยมีคำสั่งแต่งตั้ง เป็นผู้รับผิดชอบ
	1.1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ใน sw.สศ.	1			
	1.1.2 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุม การติดเชื้อใน sw.สศ.	1			
	1.1.3 พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน sw.สศ. ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	1			
2. การดำเนินงาน	1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2		- คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติ งานด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อใน sw.สศ. - สอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ แนวทางการปฏิบัติ	
	1.2.1 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อใน sw.สศ.	1			
	1.2.2 คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อใน sw.สศ. ได้รับการปรับปรุง ภายใน 5 ปี	1			
	2.1 ระบบการเฝ้าระวัง	5		- ดูแนวทางการคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายสำคัญ - สอบถามระบบการเฝ้าระวัง การติดเชื้อผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมาย สำคัญ	กลุ่มเป้าหมายสำคัญ หมายถึง 1. กลุ่ม CI 2. กลุ่ม HAI 3. เฝ้าระวังกลุ่มเป้าหมายในบริบท ของพื้นที่นั้น เช่น กลุ่มผู้ป่วย TB, ESRD, Bed Sore
	2.1.1 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย สำคัญ	1			
	2.1.2 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย สำคัญ	2			
	2.1.3 มีข้อ 2.1.2 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วย แต่ไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายสำคัญ	3			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.1.4 มีข้อ 2.1.3 และมีผลการพิจารณาผู้เกี่ยวข้องผู้เกี่ยวข้องครบกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	4			
	2.1.5 มีข้อ 2.1.4 และมีระบบการดูแลผู้เกี่ยวข้องที่ต่อเนื่องการติดต่อใน สว.สศ. และในชุมชน	5			
	2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี	5		- ดูแผนการตรวจสุขภาพ - ดูผลการตรวจสุขภาพประจำปี	การตรวจสุขภาพประจำปี
	2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปีแต่ไม่ครบ 100%	1			การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ
	2.2.2 มีข้อ 2.2.1 ครบ 100 %	2			หมายถึง การวิเคราะห์หาสาเหตุการตรวจ
	2.2.3 มีข้อ 2.2.2 และมีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ	3			สุขภาพประจำปี แบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มดี
	2.2.4 มีข้อ 2.2.3 และมีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	4			กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.2.5 มีข้อ 2.2.4 และบุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	5			
	2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	5		- ระเบียบรายงานการฉีดวัคซีน รอบปีปฏิทิน	- มีการดำเนินการสร้างเสริม
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 51 – 60	1			ภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นแก่บุคลากร เช่น วัคซีนป้องกันโรคโหวัดใหญ่
	2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 61 – 70	2		- สรุบบันทึกการตรวจสุขภาพ ประจำปี	และวัคซีนที่ป้องกันโรคระบาด ตามการระบาดของพื้นที่
	2.3.3 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 71 – 80	3			- บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง
	2.3.4 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 81 ขึ้นไป	4			กลุ่มที่มีการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ
	2.3.5 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 81 ขึ้นไป และบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการให้วัคซีน ตามความเหมาะสม	5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.4 แนวทางการปฏิบัติเพื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสวัสดุหรือสารกัดหลัง	5		- ดูป้ายประกาศ/ไปสเตอร์ แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ สัมผัสวัสดุ/สารกัดหลังขณะปฏิบัติงาน ในบริเวณที่มองเห็นชัดเจน	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุหรือสัมผัสวัสดุหรือสาร กัดหลัง หมายถึง แนวทางการปฏิบัติ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รั้งอุบัติเหตุ จากเข็มที่แทง เช่น ใบมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือ แนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.4.1 มีการติดป้ายประกาศ/ไปสเตอร์แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสวัสดุ/สารกัดหลังขณะปฏิบัติงาน ในบริเวณที่มองเห็นชัดเจน	1			
	2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และครอบคลุมจุดเสี่ยง/จุดบริการและมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากร	2			
	2.4.3 มีข้อ 2.4.2 และบุคลากรรับทราบแต่อธิบายแนวทางการปฏิบัติไม่ถูกต้อง	3			
	2.4.4 มีข้อ 2.4.3 และบุคลากรรับทราบและสามารถอธิบายแนวทางการปฏิบัติได้ถูกต้อง	4			
	2.4.5 มีข้อ 2.4.4 และเมื่อเกิดอุบัติเหตุมีการบันทึกและรายงานตามแนวทางปฏิบัติ	5			
	2.5 การทำความสะอาดมือ	5			
	2.5.1 มีการติดป้าย/ไปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และ moment แต่อุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่น้ำ/กระดาษเช็ดมือ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้	1			
	2.5.2 มี 2.5.1 และมีอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่น้ำ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ เพียงพอพร้อมใช้	2			
	2.5.3 มีข้อ 2.5.2 และมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ	3			
	2.5.4 มีข้อ 2.5.3 และบุคลากรรับทราบแต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	4			
	2.5.5 มีข้อ 2.5.4 และบุคลากรรับทราบและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง	5			
	2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	5			
	2.6.1 มีการติดไปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แต่อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้	1			
	2.6.2 มีการติดไปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอพร้อมใช้	2			
	2.6.3 มีข้อ 2.6.2 และมีการจัดเก็บในสถานที่ที่เหมาะสม	3			
				- ดูภาพหรือป้ายแสดงขั้นตอน การสวมและถอดอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล - ให้บุคลากรสาริทธการใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ในกรณีต่างๆ เช่น	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวม ลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของ ร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน อันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.6.4 มีข้อ 2.6.3 และมีการถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ และสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้แต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	4		1. กรณีที่พบผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทาง Airborne ระยะเข้าขั้น, MERS, SAR หรืออื่นๆ ตามบริษัท	ไม่ให้อุปกรณ์ประสมอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน
	2.6.5 มีข้อ 2.6.4 และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	5		2. กรณีที่ต้องจัดการกับสารคัดหลั่ง(ไม่รวม การล้างเครื่องมือ)	
	2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน sw.สศ.	5		- สุ่มถาม	การจัดแบ่งพื้นที่ใน sw.สศ. หมายถึง
	2.7.1 มีแนวทางการจัดการพื้นที่ ที่ตลสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน sw.สศ. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อปรางกฏในคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1		- ตรวจสอบสถานที่จริง	การแบ่งพื้นที่ในการให้บริหาร
	2.7.2 มีข้อ 2.7.1 และมีการสื่อสารแนวทางการจัดการพื้นที่ที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน sw.สศ. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	2		- ปลายสื่อสารการปฏิบัติ	แบ่งเป็นพื้นที่ที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่
	2.7.3 มีข้อ 2.7.2 และบุคลากรรับแนวทางการจัดการพื้นที่ที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน sw.สศ. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	3		กรณีโรคติดต่อที่ต้องแยกพื้นที่ เช่น โรคโควิด 19 ไข้หวัดนก คอตีบ เป็นต้น	ในการให้บริหารเฉพาะผู้บ่งกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน sw.สศ. เช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค และดูการจุดพื้นที่ที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน CSSD ของ sw.สศ.
	2.7.4 มีข้อ 2.7.3 และมีการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน sw.สศ.	4			
	2.7.5 มีข้อ 2.7.4 และมีการจัดแบ่งพื้นที่ที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน sw.สศ. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	5			
	2.8 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน	3		สอบถาม เจ้าหน้าที่/ลูกจ้าง	เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ หมายถึง
	2.8.1 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อที่เพียงพอต่อการใช้งาน	1		เกี่ยวกับแนวทางการทำลายเชื้อและปฏิบัติตามแนวทางการทำลายเชื้อ/ทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	1. มีการควบคุมด้านกายภาพทุกครั้งก่อนเริ่ม
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อน การจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	1			2. มีการควบคุมด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อ
	2.8.3 มีข้อ 2.8.2 และไม่พบของหมดอายุ	1			3. มีการควบคุมภายในหีบห่อที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
3. การจัดการมูลฝอย ทุกชนิดอย่างถูกต้องเหมาะสม	<p>- มีการคิดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอันตราย และนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด</p> <p>sw.สศ. มีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 6 หัวข้อ คือ</p> <p>4.1 บุคลากร</p> <p>1) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประเภท</p> <p>2) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประเภท</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ</p>	1			<p>4. มีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเครื่องต่อเดือน</p> <p>5. มีการจัดเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง</p> <p>6. มีระบบการเรียกคืนอุปกรณ์ที่ไต่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่มีการระบุ วันหมดอายุ บนอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ</p> <p><u>เพียงพอ</u> หมายถึง เพียงพอต่อการให้บริการ</p> <p>- สังเกต สอบกาม/สัมภาษณ์</p>
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ		2			<p>- เอกสารที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- สังเกต สอบกาม/สัมภาษณ์</p>
		1		- หลักฐานการฝึกอบรม คือ ใบประกาศ ตามแบบฟอร์มแนบมา	
		1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	2			
	1) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด	1			
	2) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุของมีคม และวัสดุของไม่มีคม	1			
	4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	6			
	1) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้	1			
	2) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคมต้องบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของภาชนะบรรจุ	1			
	3) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม	1			
	4) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม ต้องบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุง และมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น	1			
	5) มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	1			
	6) ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียว และทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	1			กล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ที่เป็นกล่องหรือถัง ต้องทำจากวัสดุที่แข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุ และการกัดกร่อนของสารเคมี เช่น พลาสติกแข็งหรือโลหะ มีฝาปิดมิดชิด (อ้างอิง ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	4			
	1) ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย กุ้มมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน	1			
	2) ใช้ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ เวลาเคลื่อนย้าย	1			
	3) มีการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปเก็บที่ที่พักรวมทุกวัน	1			
	4) มีการทำความสะอาดภาชนะรองรับและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน	1			
	ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย เช่น บ่อแอร์อะ บ่อซีบ ดังบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูป เป็นต้น				
	4.5 บริเวณที่พิทักษะนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	5			
	1) แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่อับชื้น	1			
	2) ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่เก็บเครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา สถานที่ประกอบปรุง เค็บ หรือสะสมอาหาร	1			
	3) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ พื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่ายไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด	1			
	4) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ มีความจุเพียงพอ	1			
	5) มีข้อความแสดงซึ่งมีขนาดและสีที่สามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ”	1			
	4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้ สพ.สต. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบใด (เลือก 1 วิธี ตามการจัดการของ สพ.สต.)	คะแนนเต็ม 2			
	4.6.1 กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง	2			
	1) ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p>2) ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน</p> <p>3) บริเวณโดยรอบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อสะอาด</p> <p>4) มีร่องรับกลิ่นมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุกสกัด</p> <p>4.6.2 กรณีส่งให้โรงพยาบาลรับเป็นศูนย์รวมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อถือได้ว่าการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง</p> <p>2) ภาวะของมูลฝอยติดเชื้อสำหรับส่งกำจัดที่โรงพยาบาล ต้องมีลักษณะ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นภาชนะที่บีบแน่นและผนึก ทำด้วยวัสดุความสะอาดง่าย มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ และมีระบบป้องกันการผสมในระหว่างการเคลื่อนย้าย - ด้านข้างภาชนะมีข้อความว่า "ภาชนะรวมมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามเปิดให้นำไปใช้ในกิจการอื่น" <p>4.6.3 กรณีให้ผู้อื่นกำจัดได้</p> <p>1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด ที่ได้รับอนุญาตและแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อถือได้ว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง</p> <p>2) มีการใช้งานเอกสารกำกับการณ์ส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556 และดำเนินการจนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</p>	1		- ต้องทำได้ 2 - 4 คนทุกท่อ ถึงจะได้ 1 คะแนน	
		2			
		1			
		1			
		2			
		1			
		1			
		65			
	รวมคะแนน				

หมวดที่ 2

หมวดที่ 2

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้แต่ละหน่วยบริการและหน่วยบริหารระดับต่างๆ ดำเนินการ อันจะนำไปสู่กลไกของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของ บริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้เกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1 มาตรการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ

2.1.2 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองตามแบบการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ลงบันทึกในระบบตามที่สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขกำหนดปีละหนึ่งครั้ง พร้อมทั้งรายงานผลการประเมิน ตนเองไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด กรณีในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้รายงานไปยังศูนย์บริการ สาธารณสุขในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลประจำเขต และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือตามที่สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครกำหนด เพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาส่วนขาดและเกิดการเชื่อมโยงที่ดีจากโรงพยาบาล แม่ข่ายจนเกิดระบบบริการที่ปลอดภัย สมบูรณ์

2.1.3 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านการประเมิน ให้คงสภาพสามปีนับจากปีที่ได้รับการตรวจประเมิน ทั้งนี้ในระยะเวลาสามปีที่ไม่ได้รับการตรวจประเมินนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิ

หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยังคงต้องรักษาคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจัดทำแผนพัฒนาประจำปี และประเมินตนเองและรายงานตามระบบ พร้อมพัฒนาส่วนขาดโดยเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลประจำเขต ตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 2.1.2 เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

2.1.4 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้จัดทำแผนพัฒนาที่ชัดเจน เพื่อปรับปรุงการบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และเข้าสู่ระบบการตรวจประเมินในปีถัดไป

2.2 มาตรการสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

2.2.1. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัด (ค.ป.ค.ม.) หรือคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร (ค.ป.ค.ม.กทม.) อย่างน้อยหนึ่งคณะ โดยจำนวนและองค์ประกอบของคณะกรรมการดังกล่าวให้เป็นไปตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจแต่งตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่มากกว่าหนึ่งคณะก็ได้โดยคำนึงถึงความเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ความสะดวกในการเดินทาง และจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.2.2. คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัด (ค.ป.ค.ม.) และคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร (ค.ป.ค.ม.กทม.) มีบทบาทและหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. ลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกสังกัด โดยดำเนินการประเมินคุณภาพการบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด และตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

2. คัดข้อมูลผลการตรวจประเมิน ประเด็นข้อชี้แนะ โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

3. รายงานผลการตรวจประเมินไปยังสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และให้แจ้งผลการตรวจประเมินไปยังหน่วยงานต้นสังกัดหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งนี้ภายในสัปดาห์วัน หลังจากวันตรวจประเมิน

4. รายงานผลการตรวจประเมินต่อปลัดกระทรวง สาธารณสุข ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่กำหนด ผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

5. หน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เห็นสมควร

2.2.3 จัดทำแผนการตรวจประเมินพร้อมแจ้งแนวทางการตรวจ ประเมิน แนวทางรับการตรวจประเมิน ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าสัปดาห์วัน ก่อนการตรวจประเมิน

2.3 มาตรการสำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1 จัดให้มีการอบรมหรือสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดการอบรม ทำความเข้าใจเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินแก่คณะกรรมการ ตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.3.2 ในกรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมิได้ดำเนินการตามมาตรการควบคุม คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีหนังสือ แจ้งเตือนให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น

เร่งดำเนินการปรับปรุงหรือแก้ไข ทั้งนี้เพื่อให้การบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีคุณภาพและได้มาตรฐานภายในระยะเวลาที่กำหนดในหนังสือแจ้งเตือน ดังกล่าว

2.3.3 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขสุพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน เมื่อได้รับรายงานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.4 รูปแบบและกลไกการตรวจประเมิน

2.4.1 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมินในรูปแบบฟอร์มตามเกณฑ์ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และส่งผลการประเมินตนเองให้คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างน้อยห้าวันก่อนการตรวจประเมิน

2.4.2 รูปแบบการตรวจประเมินยึดแนวทางการตรวจเยี่ยม เสริมพลัง มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ คู่มือฐานข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง หากดูแข็งและโอกาสพัฒนาสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

2.4.3 การตรวจประเมิน ใช้เวลาไม่เกินหนึ่งวัน ต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.4.4 คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิคืนข้อมูล ประเด็นข้อชี้แจง โอกาสพัฒนา และข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

2.4.5 คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ แจ้งผลการตรวจประเมินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ภายในสิบห้าวัน หลังการตรวจประเมิน

หมวดที่ 3

หมวดที่ 3 แนวทางและรายละเอียด การแจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เมื่อคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว ให้แจ้งผลการตรวจประเมิน ตามแนวทางและรายละเอียด ดังนี้

3.1 ลงบันทึกการประเมินคุณภาพการบริการตามเกณฑ์และแบบสรุปคะแนนที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย

- 3.1.1 แบบสรุปคะแนนตรวจประเมิน ส่วนที่ 1 - 8
- 3.1.2 แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ
- 3.1.3 แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ
- 3.1.4 แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม
- 3.1.5 แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ
- 3.1.6 แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 3.1.7 แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
- 3.1.8 แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)
- 3.1.9 แบบสรุปคะแนนประเมิน ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3.2 กรรมการผู้ตรวจประเมิน สรุปผลการตรวจประเมิน ทั้งในประเด็นข้อชื่นชม และโอกาสพัฒนา ข้อเสนอแนะเสนอต่อประธานคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพ และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พิจารณาลงนามรับรองผลการตรวจประเมิน

3.3 แจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และให้แจ้งผลการตรวจประเมินไปหน่วยงานต้นสังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งนี้ภายในสัปดาห์วันหลังจากวันตรวจประเมิน

ภาคผนวก

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
1	นายแพทย์สิริชัย นามกรรศนีย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป)	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ภูมินารายณ์
2	แพทย์หญิงณิชนภัทร สิริศักดิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	โรงพยาบาลชกา
3	นายวิวัฒน์ วงศ์คำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลวังยาง
4	นางวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ	โรงพยาบาลอุดรธานี
5	นางจรรย์ ฝาแฝด	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกุมภวาปี
6	นายพัฒนกร อุดมภัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
7	นายศรีสกุล สิงคำบึง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำทะเมนชัย
8	นางสาวฐานิตา พลชม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอศรีสงคราม
9	นางสาวจิราภรณ์ ผิวคำ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
10	นางเนาวรัตน์ สัจจากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ
11	นางสาวปิ่นณัฐิตา เอนันรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ
12	นางสาวจิตราภรณ์ ดุสฎิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ



สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

88/20 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 02 590 1933 โทรสาร 02 590 1938