



คู่มือมาตรฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 - 2570



สำหรับสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12

กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

สารบัญ	หน้า
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ก
นิยามศัพท์	ข
แบบสรุปกะเนนตรวจประเมิน	1
การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	1
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	2
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	2
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	2
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	2
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	3
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	4
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค	5
ด้านสุขภาพ (คปส.)	
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	6
หมวดที่ 01 <u>เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</u>	
แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	7
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	7
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	9
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	11
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	12
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	14
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	39
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	52
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	64
มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	75
2.1 มาตรการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	75
2.2 มาตรการสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร	75
2.3 มาตรการสำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	76
2.4 รูปแบบและกลไกการตรวจประเมิน	76
หมวดที่ 02 <u>แนวทางและรายละเอียด การแจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน</u>	77
ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	
ภาคผนวก	
รายละเอียดสำหรับผู้ตรวจประเมิน	
แนวทางการปฏิบัติงาน (Guidelines) ด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ฯ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)	
รายชื่อคณะทำงานจัดทำคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 - 2570	

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

คุณภาพการให้บริการเป็นการตอบสนองความต้องการ บนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ อันประกอบไปด้วยเกณฑ์ต่างๆ หลายประการ อาทิ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารอย่างมิตรไมตรี ความมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน มุ่งเน้นการป้องกัน ส่งเสริม การสร้างองค์ความรู้ในการสร้างสุขภาวะทั้งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และผู้ป่วย โดยอาศัยพื้นฐานหรือบริบทเดิมแห่งการดำรงชีวิต และวัฒนธรรมพื้นถิ่น การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงมีความละเอียดอ่อนที่มีมิติแห่งการดูแลสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นเครื่องมือหรือแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด นำไปปรับใช้ในการพัฒนาการให้บริการของหน่วยบริการ ให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงานในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดนั้น โดยระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพ มาตรฐานของหน่วยบริการฯ ในที่สุด



นิยามคำศัพท์

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

01

กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทertiary และ tertiary



บริการสุขภาพปฐมภูมิ

02

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับ tertiary และ tertiary

หน่วยบริการ

03

- (1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภาวิชาชีพ
- (2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
- (3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด



หน่วยบริการปฐมภูมิ

04

หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

05

หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562



องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่

06

- หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยผู้ประกอบการพยาบาลหรือผู้ประกอบการพยาบาลและผดุงครรภ์ และผู้ประกอบการวิชาชีพการสาธารณสุข หรืออาจจัดให้มีผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มเติม เพื่อดูแลประชาชนให้ได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่กำหนด ดังนี้ 1. บริการสุขภาพแบบองค์รวม 2. บริการสุขภาพตั้งแต่แรก 3. บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 4. การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน 5. การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ 6. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว 7. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

07

แนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
2. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง หน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
3. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
4. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การให้ข้อมูลการบริการสุขภาพปฐมภูมิและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการเพื่อให้ตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ พ.ศ. 2565
5. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการ ญาติ หรือผู้ซึ่งใกล้ชิดกับผู้รับบริการ พ.ศ. 2565
6. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2565
7. ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง การคุ้มครองข้อมูล การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการและการเข้าถึงข้อมูลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2566
8. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
9. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2564
10. คู่มือแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการร่วมให้บริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 (สปสช.)
11. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข



แบบสรุปละคะแนนตรวจประเมิน

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	65		ต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ทุกข้อ
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	100		
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คปส.)	82		
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60		
รวมคะแนน	335		

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	65	≥ 52
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	100	≥ 80
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	82	≥ 66
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60	≥ 48

แบบสรุปละคะแนนประเมิน

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		

แบบสรุปละคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม 65 คะแนน)

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1. การจัดการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่	5		
2. การจัดการในสถานบริการ	30		
2.1 OPD	5		
2.2 ER	5		
2.3 ANC	5		
2.4 WCC	5		
2.5 NCD	5		
2.6 การให้คำปรึกษา	5		
3. การจัดการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม	10		
1. การคัดกรอง	5		
2. การส่งเสริม			
3. การบริการ	5		
4 การจัดการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด	10		
4.1 การจัดการแพทย์แผนไทย	5		
4.2 การจัดการกายภาพบำบัด	5		
5 การจัดการในชุมชน	10		
5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย)	5		
5.2 การควบคุมและป้องกันโรค (SRRT) องค์ประกอบด้านความเป็นทีม/ความพร้อม/ด้านผลงาน	5		
รวมคะแนน	65		

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1. บุคลากร	12		
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน	8		
3. วัสดุ นํ้ายาและเครื่องมือทดสอบ	40		
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ	12		
5. ขั้นตอนการทดสอบ	8		
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ	12		
7. การรายงานผลการทดสอบ	8		
รวมคะแนน	100		

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) (คะแนนเต็ม 82 คะแนน)

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม	64		ประเมินตามเกณฑ์เภสัชกรรม
2. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	18		ประเมินตามเกณฑ์ คปส.
รวมคะแนน	82		

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
8. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	60		
1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	5		
1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	3		
1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2		
2. การดำเนินงาน	34		
2.1 ระบบการเฝ้าระวัง	5		
2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี	5		
2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	5		
2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	5		
2.5 การทำความสะอาดมือและการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	5		
2.6 การจัดแบ่งพื้นที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	5		
2.7 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน	4		
3. การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ	1		
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	20		
4.1 บุคลากร	2		
4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	2		
4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	5		
4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	4		
4.5 บริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	5		
4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	2		
รวมคะแนน	60		

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อยเจ็ดคน แต่งตั้งคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ และภาคประชาชน หรือ ต้องมีการแต่งตั้งทีมพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	1		<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งหรือประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการ - บันทึกการประชุมคณะกรรมการ - คำสั่งมอบหมาย 	
	1.2 มีแผนปฏิบัติการ ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 – 2575) โดยต้องกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีที่ทำให้บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแผนและนำแผนไปสู่การปฏิบัติ หรือ แผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้านปฐมภูมิและสนับสนุนงานระบบบริการด้านปฐมภูมิ	1		<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการ - สุ่มสอบถามบุคลากร - แผนการจัดการประชาชน - แผนการส่งเสริมการคัดกรอง 	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	1.3 มีการจัดการทรัพยากร โดยการสนับสนุนระบบบริการ จากแม่ข่ายครอบคลุมงาน IT IC LAB เครื่องมือบริการ เกสซกรรม และ RDU/คบส. ทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม	1		- เอกสารการเบิก - แผนงานการจัดการทรัพยากร ทั้ง คน ของ งบประมาณ	
	1.4 มีเวลาทำการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบ โดยต้องมีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน มีตารางการปฏิบัติงาน การให้บริการที่ชัดเจน	1		- ป้ายแสดงเวลาทำการ - สุ่มสอบถามผู้รับบริการ	
	1.5 มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รับฟังความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบบริการ หรือการบริหารจัดการ	1		- ผู้รับฟังความคิดเห็น หรือ ช่องทาง เอกสาร ที่ระบุ การรับข้อร้องเรียนและ การจัดการ - มีช่องทางรับฟังความเห็น ข้อร้องเรียน - รายงาน/สรุปผลการ ดำเนินงาน	
	1.6 มีแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	1		- แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาบุคลากรที่ สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ	

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการ ดังนี้	2.1.1 มีแพทย์ อย่างน้อย 1 คน	1		- เวชระเบียนการตรวจรักษา โดยแพทย์ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง	- กรณีบุคลากร ไม่เป็นไป ตาม ข้อกำหนด ต้อง
	2.1.2 มีหลักฐานการให้บริการ 2.1.3 มีคำสั่งมอบหมายให้ปฏิบัติงาน	1		- ใบประกอบวิชาชีพพยาบาล - มีคำสั่งมอบหมาย ปฏิบัติงาน	มีแผนพัฒนา บุคลากรที่ระบุ เป้าหมาย ระยะเวลาการ พัฒนาบุคลากร
	2.1.2 มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 คนขึ้นไป หรือ เว้นแต่ประชากรน้อยกว่า 5000 คน ควรจะมีพยาบาล อย่างน้อย 1 คน	1		- ใบแสดงวุฒิการศึกษาหรือ มีคำสั่งมอบหมายปฏิบัติงาน	ให้เป็นไปตาม ข้อกำหนด
2.2 มีศักยภาพในการ ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งหมายดูแลสุขภาพ ของประชากรในเขตพื้นที่ รับผิดชอบในลักษณะ	2.1.1 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรคในระดับชุมชน	1		- การสอบถาม - รูปภาพ - แผ่นพับ	
	2.2.2 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	1		- เวชระเบียน	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
องค์กรฯ ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ภายใต้ขอบเขตการให้บริการ ดังนี้	2.2.3 มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ หรือคำแนะนำ ในการปฏิบัติตน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้สามารถจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัวได้	1		- การจัดสถานที่ในการให้บริการ	
	2.2.4 มีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	1			
	2.2.5 จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิต ตามกลุ่มวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุม การดูแลประชากร 8000 - 12,000 คน หรือ +/-2000 หรือ ตามบริบทของพื้นที่	1			

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

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 สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น	1			
	3.3 สถานที่บริการสะอาด มีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอย การจัดบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ	1			
	3.4 สถานที่มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอ	1			
	3.5 มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายในสถานที่ทำงานดำเนินการตามมาตรการ 5 ส. หรือมาตรฐาน Green and clean	1		- เอกสาร รูปภาพ การดำเนินการ	

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
4. ด้านระบบสารสนเทศ	4.1 มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างถูกต้องและครบถ้วน	1		- คู่มือ/ระเบียบปฏิบัติ ตามประกาศสิทธิของผู้รับบริการ	
	4.2 ให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผลการวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค แผนการรักษาโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ - ดูหลักฐานเวชระเบียน	
	4.3 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ - ป้ายชื่อ/ป้ายหน้าห้องตรวจ - แผนผังบุคลากร	
	4.4 มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	1		- โปรแกรมบันทึกการจัดเก็บข้อมูลบริการที่เป็นปัจจุบัน	
	4.5 มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ (HDC 43 แพ้/สปสข.)	1		- แนวทางปฏิบัติ / แนวทางการดำเนินงาน	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.6 มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ ของผู้รับบริการ	1		- แนวทางปฏิบัติ - มีผู้จัดเก็บเวชระเบียนและ ระบุการเข้าถึง - มีระบบการจัดเก็บข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ที่ปลอดภัยและ ระบุการเข้าถึง - มีการจัดการระบบเน็ตเวิร์ก ภายใน	
	4.7 กรณีที่มีการส่งต่อผู้รับบริการ มีระบบข้อมูลการส่งต่อ - รับกลับ ของผู้รับบริการ และรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพนั้นไว้ ในระเบียนข้อมูลด้านสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการด้วย	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน - ติดตามข้อมูลทะเบียน ส่งต่อ-รับกลับ ผู้ป่วย - สุ่มตรวจจากระบบข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์	
	4.8 มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูล ด้านสุขภาพ เพื่อมิให้เกิดการรั่วไหลหรือมีการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพโดยผู้อื่นที่ไม่มีสิทธิเข้าถึง	1		- แนวทางปฏิบัติ PDPA ที่ ชัดเจน	
	4.9 มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็น ระบบในเวชระเบียนหรือในระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และ มีการสำรองข้อมูล	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ - มีการสำรองฐานข้อมูลด้าน สุขภาพ	

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

หมายเหตุ : ไม่มีการดำเนินงานทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0 คะแนน

มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0.5 คะแนน

มีการดำเนินงานครบทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ = 1 คะแนน

1. การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน ตามคู่มือ				
การวิเคราะห์และแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)						5			
	1. มีการทบทวนประเด็นปัญหาในพื้นที่	2. นำแผนมาแก้ปัญหาเป็นระบบ	3. มีการจัดทำโครงการแผนงานกิจกรรม ในการแก้ปัญหา	4. ผลลัพธ์และแนวทางการแก้ไขพัฒนาที่ชัดเจน	5. ความต่อเนื่องและยั่งยืน			ตามรายการให้บริการตามประเด็น และเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	

2. การจัดบริการในสถานบริการ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียนตามคู่มือ				
2.1 OPD						5			
ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การ จัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้าง หน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตาราง การให้บริการ ระบบจัดคิว	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความ เข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการ ให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)			เอกสารที่ เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรายการ ให้บริการ ในสถานบริการ ตามแผนกต่างๆ เช่น OPD, ER ฯลฯ	<u>การให้บริการ</u> ในสถานบริการ หมายถึง การ จัดบริการภายในหน่วยบริการ ที่จัดไว้สำหรับให้บริการ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ CPG OPD ประกอบด้วย โรค ที่เป็นปัญหาสำคัญของ CUP อย่างน้อย 5 โรค
			แบบประเมิน ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1						
2.2 ER						5			
- การวินิจฉัย รักษา และทำ หัตถการเบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนว ทางการวินิจฉัย การรักษา	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการ สื่อสาร การ	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)				ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน เช่น 1. Adrenaline injection 1:1000

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียนตามคู่มือ				
เบื้องต้น และการส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการยาตามเกณฑ์ การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ)	จัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	(การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้		5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				2. Steroid injection เช่น Dexa injection หรือ Hydrocortisone injection 3. Chlorpheniramine injection 4. 50% Glucose injection 5. ยามไต้ลื่นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือ/และ CPG ER ประกอบด้วย Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน
			แบบประเมิน ประเด็น 2.2 ER						
2.3 ANC						5			
- ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และส่งต่อตามระบบหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย (หน่วยบริการปฐมภูมิ)	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การ จัดบริการระบบให้คำปรึกษา	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความ	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูล ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน				CPG ANC ประกอบด้วย - การฝากครรภ์ปกติ - การฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการส่งต่อ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น โน้ต, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียนตามคู่มือ				
	(โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการ ระบบจัดคิว	เข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้		สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
			แบบประเมินข้อ 2. การบริการในสถานบริการ ประเด็น : 2.3						
2.4 WCC						5			
- ให้อัปเดตตามเกณฑ์ - ตรวจสอบคุณภาพตามเกณฑ์ - ตรวจสอบประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือกระตุ้นพัฒนาการได้ หากมีพยาบาล/สหวิชาชีพที่ผ่านการอบรม (DFPM/TIDA4) หรือมีนักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัดและรับส่งต่อ ตามบริบทของกรจัดบริการแบบเครือข่าย	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตาราง	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				CPG WCC ประกอบด้วย - การตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - การส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียนตามคู่มือ				
	การให้บริการระบบจัดคิว								
			แบบประเมินข้อ 2. การบริการในสถานบริการ ประเด็น : 2.4						
2.5 NCD (DM, HT, Stroke, CKD)						5			
<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - มีกิจกรรม DPAC ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการจัดการรายกรณี โดย Case manager และ สหสาขาวิชาชีพและรับส่งต่อ หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย 	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ทำให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				CPG NCD ประกอบด้วย การดูแลและการส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วย DM, HT, Stroke, CKD พยาบาล NP สามารถรักษาผู้ป่วย NCD เบื้องต้นได้
			แบบประเมิน ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1						

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียนตามคู่มือ				
2.6 งานบริการให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ						5			
ให้การรักษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/OSCC หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากรทุกวิชาชีพใน (หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิกเอกชน)	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การ จัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้าง หน้าที่ความ รับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตาราง การให้บริการ ระบบจัดคิว	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความ เข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการ ให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้ ***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน	4. มีระบบส่งต่อ – รับกลับ *มีระบบส่งต่อตาม ระบบทะเบียน ส่งต่อเพื่อให้ นักจิตวิทยาหรือ ผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตประเมิน ข้าและดูแล ต่อเนื่อง	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				

3. การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการทันตกรรมได้ สามารถใช้ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/หน่วยบริการประจำหรือมีหน่วยบริการเฉพาะด้านร่วมจัดบริการ (คลินิกทันตแพทย์)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมินประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน ตามคู่มือ				
1. การคัดกรอง/การส่งเสริม						5		- หลักฐานการส่งต่อ	หากทำไม่ครบทุกข้อได้ 0.5 คะแนน
1) ตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 2) บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มเป้าหมาย	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				ประกอบด้วย - กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ - กลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี - กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี - กลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่นอายุ 6-13 ปี - กลุ่มวัยรุ่น 14 – 24 ปี - กลุ่มผู้ใหญ่ (25 - 59 ปี) - กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) - กลุ่มบุคคลที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นพิเศษ (patient with special care need) ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยรังสีรักษา ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยจิตเวช และเด็กเล็กที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีโอกาสเกิดโรคในช่องปาก

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมินประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน ตามคู่มือ				
			แบบประเมินข้อ 3.						
3. การบริการ						5			
3) บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานประกอบด้วย	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่ใช้สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				- บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานที่สถานพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ อุดฟัน ชูดหินปูน ถอนฟัน - บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานที่บ้านของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ หรือกลุ่มอื่นๆ เช่น เด็กแรกคลอด หญิงให้นมบุตร เด็กก่อนวัยเรียน โดยเป็นเหตุการณ์ที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย เช่น ทาฟลูออไรด์ อุดฟันชั่วคราว เสริมฐานฟันเทียม ซ่อมฟันเทียม

4. การจัดการบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัดได้ สามารถใช้ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/หน่วยบริการประจำหรือมีหน่วยบริการเฉพาะด้านร่วมจัดบริการ (คลินิกแพทย์แผนไทย/คลินิกกายภาพบำบัด)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมินประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน ตามคู่มือ				
4.1 การจัดการบริการแพทย์แผนไทย						5			
<p><u>หน่วยบริการที่ไม่มีแพทย์แผนไทย</u></p> <p>1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน โดยเจ้าหน้าที่ผู้สั่งการรักษาหรือเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย</p>	<p>1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ</p> <p>1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว</p>	<p>2. ระบบบริการ</p> <p>2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p>	<p>3. เครื่องมือบริการ</p> <p>3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้</p>	<p>4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ</p>	<p>5. การบันทึกข้อมูล</p> <p>5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>			<p>นิยามเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย คือ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ใน ความครอบคลุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ 2545</p>	
<p>2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (ไม่น้อยกว่า 330 ชั่วโมง) ภายใต้ ผู้ประกอบวิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยหรือผู้สั่งการรักษาหรือเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย</p>	<p>1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ</p> <p>1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา</p>	<p>2. ระบบบริการ</p> <p>2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p>	<p>3. เครื่องมือบริการ</p> <p>3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ)</p>	<p>4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ</p>	<p>5. การบันทึกข้อมูล</p> <p>5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)</p>			<p>นิยามเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับมอบหมาย คือ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขา</p>	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้องสอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมินประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน ตามคู่มือ				
	คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้		5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				การแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในความครอบคลุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นผู้ประกอบการโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545
หน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทย 1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและแพทย์ผสมผสาน โดยแพทย์แผนไทย/เจ้าหน้าที่ผู้ส่งการรักษาหรือผู้ได้รับการมอบหมาย 2. จัดบริการนวดไทย โดยแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือโดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (ไม่น้อยกว่า 330 ชั่วโมง) ภายใต้แพทย์แผนไทยหรือผู้ส่งการรักษา หรือผู้ได้รับการมอบหมาย 3. บริการผดุงครรภ์ไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สาขาผดุงครรภ์ไทย/นวดไทย/เวชกรรมไทย และแพทย์แผนไทยประยุกต์	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่ใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมินประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน ตามคู่มือ				
4. บริการเวชกรรมไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย สาขาเวชกรรมไทย หรือ แพทย์แผนไทยประยุกต์ ตามบริบทของพื้นที่ 5. บริการเภสัชกรรมไทย ปรงประกอบยาตามหลักเภสัชกรรมไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สาขาเภสัชกรรมไทย/เวชกรรมไทย 6. จัดบริการแพทย์ทางเลือกตามบริบทของพื้นที่									
4.2 การจัดการบริการกายภาพบำบัด						5			
มีนิกายภาพบำบัดออกมาปฏิบัติงานตามบริบทของพื้นที่และรับส่งต่อภายในเครือข่าย	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				

5. การจัดบริการในชุมชน

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมินประเด็น : การลงข้อมูล เวชระเบียน ตามคู่มือ				
5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุเพียง 3 - 4, ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า, Palliative care) อ้างอิงตามเกณฑ์กรมอนามัย						5			
การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/care giver/อสม./ออสส. ตามบริบทของพื้นที่	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2. ระบบบริการ 2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3. เครื่องมือบริการ 3.1 มีเครื่องมือที่ใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	4. มีระบบส่งต่อ - รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)			ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ ตามรายการกระบวนการให้บริการ แก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ในชุมชน	การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ให้บริการกับผู้ช่วย ผู้รับบริการ และชุมชน โดยออกไปให้บริการในชุมชน
			แบบประเมินข้อ 5. การบริการในชุมชน ประเด็น : 5.1 COC : LTC						

5.2 ด้านการเฝ้าระวัง สอบสวน และป้องกันควบคุมโรค (SRRT)

องค์ประกอบด้านความเป็นทีม

1. มีการจัดตั้งทีม SRRT
2. ทีมมีศักยภาพทางวิชาการ

องค์ประกอบด้านความพร้อม

3. ทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน
4. มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพรูปแบบดิจิทัล (Digital disease surveillance : DDS)

องค์ประกอบด้านผลงาน

5. มีผลงานด้านการรายงานโรคผ่าน DDS ในประเด็นความครอบคลุมและความทันเวลารวมถึงมีผลงานด้านการสอบสวนโรค

องค์ประกอบและตัวชี้วัด	รายการตัวชี้วัดย่อย	คะแนนเต็ม (5 คะแนน)	คำอธิบายเพิ่มเติม	เอกสารหลักฐาน	คะแนนที่ได้	ข้อเสนอแนะ
องค์ประกอบด้านความเป็นทีม						
1. มีการจัดตั้งทีม SRRT	1) มีคำสั่งแต่งตั้งทีม SRRT และองค์ประกอบทีมครบที่เป็นปัจจุบัน	0.25	คำสั่งแต่งตั้งทีม เป็นคำสั่งที่แต่งตั้งทีม SRRT/CDCU โดยตรง หรือเป็นคำสั่งที่ใช้ชื่ออื่น เช่น คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค หรือ คณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ที่มีทีม SRRT เป็นส่วนหนึ่งของคำสั่ง โดยในคำสั่งระบุบทบาทการเฝ้าระวัง สอบสวน และป้องกันควบคุมโรคไว้ชัดเจน องค์ประกอบทีม ประกอบด้วย เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 องค์กร หมายถึง รพ.สต. มีบุคคลที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาเป็นแกนหลักร่วมกับเครือข่ายอื่น ๆ อย่างน้อย 2 องค์กร เช่น อปท./อสม./โรงเรียน เป็นต้น	คำสั่งแต่งตั้งทีม SRRT		

องค์ประกอบ และตัวชี้วัด	รายการตัวชี้วัด ย่อย	คะแนนเต็ม (5 คะแนน)	คำอธิบายเพิ่มเติม	เอกสาร หลักฐาน	คะแนนที่ได้	ข้อเสนอแนะ
2. ทีมมีศักยภาพ ทางวิชาการ	1) บุคคลที่ รับผิดชอบหลักใน ทีม ได้รับการ อบรมหลักสูตร ระบาดวิทยา เบื้องต้น	1	มีการอบรมหลักสูตรที่ครอบคลุมเนื้อหาระบาดวิทยา เบื้องต้นไม่น้อยกว่า 20 ชม. หรือ 3 วัน โดยอบรม ภายใน 5 ปี เช่น หลักสูตรระบาดวิทยา CDCU เป็น ต้น ในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ Onsite ออนไลน์ หรือ E-learning	หลักฐานแสดง การผ่านการ ฝึกอบรม		
	2) สมาชิกทีมได้ เข้าร่วมประชุม ฟื้นฟูความรู้ ภายใน 1 ปี	0.25	การประชุม ฟื้นฟูวิชาการ หมายถึง การประชุม ที่มีเนื้อหาด้านการเฝ้าระวังโรค การสอบสวน การควบคุมโรค ซึ่งทำได้ในรูปแบบการประชุมราชการ ที่กำหนดประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุม เชิงปฏิบัติการ ทั้งในรูปแบบ Onsite ออนไลน์ หรือ E-learning	หลักฐานแสดง การผ่านการ ฝึกอบรม		
องค์ประกอบด้านความพร้อม						
3. ทีมมีความพร้อม ในการปฏิบัติงาน	1) มีคู่มือ และ แนวทาง ปฏิบัติงาน ฉบับ ปัจจุบัน	0.25	คู่มือตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง มีความครอบคลุม อย่างน้อย 3 ด้าน คือ ด้านการเฝ้าระวังโรค การสอบสวนโรค ควบคุมโรค ที่เป็นคู่มือฉบับปัจจุบัน โดยกรมควบคุมโรคกำหนด	คู่มือ/เอกสาร หรือแนวทาง ปฏิบัติงาน เช่น คู่มือ นิยามโรค		
	2) มีวัสดุอุปกรณ์ พาหนะ ในการ ควบคุมโรค	0.25	วัสดุอุปกรณ์ พาหนะในการควบคุมโรค พร้อมใช้งาน ตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น Internet Computer โทรศัพท์ เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPE) เป็นต้น รวมถึงมียานพาหนะพร้อมใช้	รายการ อุปกรณ์		

องค์ประกอบ และตัวชี้วัด	รายการตัวชี้วัด ย่อย	คะแนนเต็ม (5 คะแนน)	คำอธิบายเพิ่มเติม	เอกสาร หลักฐาน	คะแนนที่ได้	ข้อเสนอแนะ
4. การเฝ้าระวัง โรคและภัยสุขภาพ รูปแบบดิจิทัล DDS : (Digital disease surveillance)	1) ทราบหลักการ รายงานโรคตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558	0.5	ผู้รับผิดชอบงานหลัก ทราบรายชื่อ เกณฑ์และช่องทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558	- สอบถาม - มีเอกสาร หรือคู่มือ รายชื่อโรค		
	2) มีการกำหนด รายชื่อลำดับหรือ สถานการณ์โรค /ภัย ที่เป็นปัญหา สำคัญในพื้นที่	0.5	รายชื่อโรคหรือภัยที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ (Priority diseases) หมายถึง โรคหรือภัยสุขภาพที่ ทีม SRRT พิจารณาร่วมกัน และให้ความสำคัญเป็น พิเศษ ทั้งด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมโรค	รายชื่อโรคภัย ที่ปัญหาสำคัญ พื้นที่เสี่ยงภัย โรค/ภัย และ นิยามผู้ป่วย		
องค์ประกอบด้านผลงาน						
5. ผลงานด้าน - การรายงานโรค ใน DDS	1) มีความ ครอบคลุมและ ความทันเวลา ซึ่ง รายงานโรคเข้าสู่ ระบบ DDS ทุก สัปดาห์ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป	1	- ครอบคลุมและความทันเวลา จากการ แสดงผลในฐานข้อมูล DDS ตามลิงค์นี้ https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/ ซึ่งรายงานโรคเข้าสู่ระบบ DDS ทุกสัปดาห์ ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป กรณีไม่มีผู้ป่วย ให้นับเป็น No case notification ให้ถือว่าผ่านเกณฑ์ข้อนี้ หมายเหตุ ทีมอาจพิจารณาสุ่มการรายงานผู้ป่วย 1 โรค ที่สำคัญในพื้นที่ในรอบ อย่างน้อย 6 เดือน นับจากเดือนก่อนการประเมินย้อนหลังขึ้นไป เทียบกับจำนวนรายงานผู้ป่วยโรคนั้นในระบบ DDS คำนวณดังนี้			

องค์ประกอบ และตัวชี้วัด	รายการตัวชี้วัด ย่อย	คะแนนเต็ม (5 คะแนน)	คำอธิบายเพิ่มเติม	เอกสาร หลักฐาน	คะแนนที่ได้	ข้อเสนอแนะ
			<p>ความครบถ้วนของการรายงานโรค</p> $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รายงานในฐาน DDS}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในฐานข้อมูล HIS รพ.สต.}} \times 100$ <p>*โดยพบจำนวนผู้ป่วยระหว่าง HIS เทียบกับ DDS ตรงกัน ร้อยละ 80 ขึ้นไป</p>			
- การสอบสวนโรค	1) มีความครบถ้วนในการออกสอบสวนโรคตามเกณฑ์เงื่อนไขที่กองระบาดวิทยาออกแนวทางกำหนดไว้ ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป	1	<p>ความครบถ้วนในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ (Response time)</p> <p>คือ จำนวนผลงานสอบสวนโรคที่ได้ออกปฏิบัติงานครบตามเหตุการณ์สอบสวนทั้งหมดที่เข้าเงื่อนไขออกสอบตามระดับพื้นที่ภายในเกณฑ์ที่กองระบาดวิทยาออกแนวทางที่กำหนดไว้</p> <p>*นับเหตุการณ์สอบสวนโรคในรอบอย่างน้อย 12 เดือน โดยนับจากเดือนก่อนการประเมินย้อนหลังขึ้นไป</p> <p>*หลักเกณฑ์เงื่อนไขออกสอบสวนสืบค้นได้จากเว็บไซต์กองระบาดวิทยา</p> <p>การคำนวณ</p> $\frac{\text{จำนวนผลงานสอบสวนโรคที่ได้ออกปฏิบัติงาน}}{\text{จำนวนเหตุการณ์สอบสวนทั้งหมดที่เข้าเงื่อนไขออกสอบตามระดับพื้นที่}} \times 100$	สำเนารายงานสอบสวนโรค		

แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1 การบริการแพทย์แผนไทย (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา สอบเทียบ)

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

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

หมายเหตุ :

1. การประเมิน OPD

- OPD มีข้อ 1 – 9 = มี = 1 คะแนน
- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 9 = ไม่มี = 0 คะแนน

2. แพทย์แผนไทย (ใช้เครื่องมือชุดตรวจร่วมกันได้)

- แพทย์แผนไทย มีข้อ 1 – 7 = มี = 1 คะแนน
- แพทย์แผนไทย ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 7 = ไม่มี = 0 คะแนน

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

- NCD มีข้อ 1 – 11 = มี = 1 คะแนน
- NCD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 11 = ไม่มี = 0 คะแนน

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

แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น 2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน		
1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่		
1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4)		
1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษา เครื่องมือ		
1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR		
2. อุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น		
3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายใน และ Pap Smear		
4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน		
5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐานวิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ หมายเหตุ : กรณีมี Central Supply ตามคู่มือ (หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิกเอกชน) เครือข่าย/รพ.แม่ข่าย		
6. ชุดผ่าตัดเล็ก/มีอุปกรณ์ เครื่องมือ สำหรับให้บริการผ่าตัดเล็กได้		
7. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน (กรณีแพทย์ออกให้บริการ) ต้องมี Laryngoscope และ Endotracheal Tube		
8. เครื่อง AED (Automated External Defibrillator) เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ		

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

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

แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC) (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

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

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

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

แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
1. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก		
2. สายวัดรอบศีรษะ		
3. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือ รูปภาพ เอกสาร แผ่นพับ		
4. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก		

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = 0 คะแนน

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

แบบประเมิน ข้อ 3. การบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานและมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ		
(2) มียูนิตทำฟันทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วย รายการทั้ง 3 ข้อครบ ดังนี้		
2.1 ระบบแสงสว่างโดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน		
2.2 ระบบรอกฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด		
2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง		
(3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)		
(4) มีเครื่องบั่นอมัลกัม		
(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

***กรณี หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรมได้ สามารถใช้ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/หน่วยบริการประจำหรือมีหน่วยบริการเฉพาะด้านร่วมจัดบริการ (คลินิกทันตกรรม)

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

แบบประเมิน ข้อ 4. การบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด

ประเด็น : 4.2 เกณฑ์การบริการกายภาพบำบัด (อุปกรณ์/เครื่องมือที่มีบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ)

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้บริการตามมาตรฐานที่จัดบริการตามบริบทของพื้นที่		

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

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการกายภาพบำบัดได้ สามารถใช้ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/
 หน่วยบริการประจำหรือมีหน่วยบริการเฉพาะด้านร่วมจัดบริการ (คลินิกกายภาพบำบัด)

แบบประเมิน ข้อ 5. การบริการในชุมชน

ประเด็น : 5.1 COC : LTC (LTC 4 กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ระดับ 3 - 4, ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า, Palliative care) อ้างอิงตามเกณฑ์กรมอนามัย

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

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

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.)

แบบประเมิน ข้อ 5. การบริการในชุมชน

ประเด็น : 5.2 การบันทึกและใช้ประโยชน์ Family folder (แบบเอกสารหรือแบบ Electronic file : ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน)

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
1. มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาได้ง่าย และเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี (มีที่เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย ค้นหาได้ง่ายและมีการสำรองข้อมูลกรณีเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)		
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. บัตรสรุปสถานะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุรายบุคคล		
8. บัตรสรุปปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว		
9. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน		

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

แบบประเมิน รายการตรวจประเมิน 5 การบันทึกข้อมูล : การลงข้อมูลเวชระเบียน (แบบเอกสาร หรือแบบ Electronic file) ที่ให้บริการ

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
(1) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยอย่างน้อย ต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้		
1.1 ชื่อ นามสกุล อายุ ผู้ป่วย 1.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 1.3 วัน เดือน ปี มารับบริการ		
(2) มีเวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการอย่างน้อย ต้องมีรายการ 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 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย 2.6 การวินิจฉัย 2.7 การรักษา 2.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ) 2.9 มีประวัติการแพ้ยา		

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

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

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

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่ไม่มีห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สามารถใช้ระบบการส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน (คลินิกเทคนิคการแพทย์)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
1. บุคลากร							
1	1.1 มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและผู้รับผิดชอบรองต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน กรณีหน่วยปฐมภูมิที่มีการให้บริการรายการทดสอบที่มีความซับซ้อนจะต้องมีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ประกอบเป็นวิชาชีพเฉพาะ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ (สำหรับหน่วยบริการที่มีห้องปฏิบัติการพิเศษ) 	ไม่มีคำสั่งมอบหมาย	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลัก	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรอง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรองและบุคลากรอื่นแต่ไม่ครบทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์จริงครบทุกคน	- คำสั่งมอบหมาย - มีหลักฐานมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักและรอง
2	1.2 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ มีบันทึกประวัติการอบรม	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลักมีเฉพาะบันทึกการอบรม	มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50%	มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักและรองรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริง	มีใบประกาศ/บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติทุกคน	- หลักฐานการอบรม/สอน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรมจาก รพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐาน การฝึกอบรม มีใบประกาศ/เอกสารบันทึก การสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ.ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยได้รับการอบรมครอบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ (ดูหลักฐานการอบรมในรอบ 1 ปีย้อนหลังนับจากวันประเมิน) 		<p>ผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ</p>	<p>ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ</p>	<p>มากกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ</p>		

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
3	1.3 มีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ <ul style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยง สามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/line/facebook/e-mail ได้ 	ไม่มี	มีคำสั่งแต่งตั้งแต่ไม่มีบันทึกการขอรับคำปรึกษาหรือมีบันทึกการขอคำปรึกษา แต่ไม่ได้ทำคำสั่ง	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาช่องทางใดช่องทางหนึ่งที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษา	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาช่องทางใดช่องทางหนึ่งที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักหรือรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษาไม่ครบทุกคน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาช่องทางใดช่องทางหนึ่งที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษาครบทุกคน	- คำสั่งแต่งตั้ง/ เอกสาร/ บันทึกการขอคำปรึกษา
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน							
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการออกจากพื้นที่ทำงานอื่น <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ 	ไม่ได้จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน Lab	ใช้พื้นที่ตรวจวิเคราะห์ร่วมกับงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน	ใช้พื้นที่เดียวกันกับงานอื่นแต่สลับเวลาใช้งาน หรือจัดพื้นที่/โต๊ะเฉพาะในวันที่ให้บริการ	แยกเป็นสัดส่วน มีใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นบางส่วนเล็กน้อย	แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน สะอาดไม่ร้อน ไม่ชื้น ไม่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น	- สังเกต, สอบถาม - กรณีไม่สามารถตรวจวิเคราะห์เองได้ หรือผลวิเคราะห์ผิดปกติ ดำเนินการส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
5	<p>2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit หรือ POCT point of care testing เหมาะสม แข็งแรง มั่นคง <p>ประเด็นด้านเครื่องปั่น Hematocrit</p> <ol style="list-style-type: none"> ตรวจสอบว่าเครื่องปั่น Hematocrit วางไว้ในพื้นที่ระนาบ มั่นคง แข็งแรง เครื่องปั่น Hematocrit ต้องแยกปลั๊กไฟออกจากเครื่องมืออื่น และไม่อยู่ใกล้อ่างน้ำ เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและแผ่นตรวจ ไม่เก็บในที่ที่มีความชื้นสูงและมีแดดส่อง มีการควบคุมคุณภาพก่อนทำการทดสอบ 	ไม่ได้จัดพื้นที่วางเครื่องมือ หรือเมื่อจะใช้งานถึงจะยกเครื่องมือมาวาง		พื้นที่วางมั่นคง แต่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้นหรือแดดส่อง หรือเข้าไปใช้งานได้ยาก		จัดวางในพื้นที่มั่นคง เพียงพอ พร้อมใช้งาน สิ่งแวดล้อมเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> สังเกต, สอบถาม, ลองขยับ กรณีไม่สามารถตรวจวิเคราะห์เองได้ หรือผลวิเคราะห์ผิดปกติ ดำเนินการส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ							
	3.1 วัสดุ น้ำยา						
6	<p>3.1.1 มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบในอุณหภูมิที่ระบุตามเอกสารกำกับน้ำยา 	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบทุกชิ้น ไม่ได้จัดเก็บในอุณหภูมิที่ระบุตามเอกสารกำกับน้ำยา	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 25% จัดเก็บในอุณหภูมิ ที่ระบุตามเอกสารกำกับน้ำยา	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 50% จัดเก็บในอุณหภูมิ ที่ระบุตามเอกสารกำกับน้ำยา	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 75% จัดเก็บในอุณหภูมิ ที่ระบุตามเอกสารกำกับน้ำยา	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบทุกชิ้น จัดเก็บในอุณหภูมิ ที่ระบุตามเอกสารกำกับน้ำยา	<ul style="list-style-type: none"> สังเกต, สอบถาม เอกสารหรืออิเล็กทรอนิกส์ ไฟล์บันทึกการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยา เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
7	<p>3.1.2 มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุของน้ำยา, วัสดุวิทยาศาสตร์และตรวจสอบทุกครั้งที่มีการเปิดใช้น้ำยากล่องใหม่หรือขวดใหม่ก่อนทำการทดสอบ และมีบันทึกในแบบบันทึกการตรวจวิเคราะห์ (Work sheet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • แถบตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, Tube Hematocrit แถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip) มีการระบุวันเปิดใช้วันหมดอายุบนขวดตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน • แถบตรวจปัสสาวะวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) หลอดเก็บเลือด มีการระบุวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน 	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบหมดอายุ	ไม่ระบุ ใน work sheet แต่ไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วนมีระบุไม่ทุกชั้นหรือไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุทุกชั้นแต่ไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน, มีระบุถูกต้องทุกชั้นและไม่หมดอายุ	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเอกสาร - สังเกต, สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ - เอกสารหรืออิเล็กทรอนิกส์ไฟล์บันทึก วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ - เอกสารหรืออิเล็กทรอนิกส์ไฟล์บันทึกการทวนสอบน้ำยา
	3.2 เครื่องมือทดสอบ						
8	<p>3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อเครื่องมือ หมายเลขเครื่องหรือหมายเลขครุภัณฑ์ วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคา ผู้รับผิดชอบดูแลรักษา 	ไม่มีทะเบียนเครื่องมือ	มีทะเบียนแต่ข้อมูลไม่ครบตามข้อกำหนดทุกเครื่อง	มีทะเบียนและเครื่องมือ 50% มีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนและเครื่องมือ 75% มีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนเครื่องมือที่ข้อมูลครบตามข้อกำหนดทุกเครื่องและเป็นปัจจุบัน	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ - ทะเบียนประวัติเครื่องมือ

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน	
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการหรือใช้แผนสอบเทียบรวมระดับอำเภอ	<ol style="list-style-type: none"> ไม่มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ 	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนสอบเทียบเครื่องมือไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุรายละเอียดใดๆ ในแผน ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ 	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุความถี่ที่ต้องการสอบเทียบ มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ 50% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่ 	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุความถี่ที่ต้องการสอบเทียบหรือไม่ตรงตามการใช้งานจริง มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 75\%$ ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่ 	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนสอบเทียบและระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง แต่ไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบหรือสอบเทียบไม่ตรงตามการใช้งานจริง มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 75\%$ ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่ 	<ol style="list-style-type: none"> มีแผนสอบเทียบจุดที่ต้องการสอบเทียบตรงกับการใช้งานจริงพร้อมระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง มีแผนบำรุงรักษาครบทุกประเภทเครื่องมือ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ
10	3.2.3 มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องปั่น Hematocrit ที่เป็นปัจจุบันมีรายละเอียด จากการสอบเทียบหรือสำเนาจากหน่วยงาน ที่สอบเทียบโดยสอบเทียบความเร็วรอบและตัวตั้งเวลาของเครื่องปั่น ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ถ้าไม่มีการสอบเทียบตัวตั้งเวลาเมื่อใช้งานจริงต้องนำนาฬิกาภายนอกชนิดมีสัญญาณเตือนที่ผ่านการสอบเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ <ul style="list-style-type: none"> มีระบบสำรองแปร่งถ่านสำรอง (carbon brush) หรือฟิวส์หรือมีระบบสำรองเครื่องมือที่พร้อมให้บริการในพื้นที่ 	<ol style="list-style-type: none"> ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ ไม่มีระบบสำรอง 	<ol style="list-style-type: none"> มีบันทึกการสอบเทียบแต่ผลการสอบเทียบไม่ผ่าน และไม่มีการแก้ไข ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ ไม่มีระบบสำรอง 	<ol style="list-style-type: none"> มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ความถี่ไม่ตรงตามกำหนดในแผน มีผลการบำรุงรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่เป็นปัจจุบัน มีระบบสำรอง 	<ol style="list-style-type: none"> มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนดในแผน มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบันและสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีระบบสำรอง 	<ol style="list-style-type: none"> มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ความถี่ตรงตามกำหนดในแผน มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบันและสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีระบบสำรอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ - บันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องปั่น Hematocrit 	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน	
11	3.2.4 มีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบันที่มีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ โดยสอบเทียบ ทุก 6 เดือน ตรงตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำการสอบเทียบเองได้ โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองจากองค์กรอื่น มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน การสอบเทียบในแต่ละจุดใช้งานต้องจับเวลา อย่างน้อยจุดละ 3 ครั้ง เมื่อสอบเทียบแล้วจัดให้มีฉลากติด	ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ	มีบันทึกการสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความสำเร็จไม่ตรงตามกำหนด และ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความสำเร็จ ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบไม่ครบ ทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ จุดที่สอบเทียบ ตรงกับการใช้งานจริง แต่ความสำเร็จ ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบ ไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ จุดที่สอบเทียบ ตรงกับการใช้งานจริง ความสำเร็จ ตรงตามกำหนดครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ จุดที่สอบเทียบ ตรงกับการใช้งานจริง ความสำเร็จ ตรงตามกำหนดครบทุกเครื่องตามแผน	- ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ - บันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือน
12	3.2.5 มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตและมีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ และไม่มีแบตเตอรี่สำรอง	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 25\%$ ของจำนวน เครื่องที่มีอยู่ และไม่มีแบตเตอรี่สำรองในหน่วยงาน แต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 50\%$ ของจำนวนเครื่องมือที่มีอยู่ และไม่มีแบตเตอรี่สำรองในหน่วยงาน แต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 75\%$ ของจำนวนเครื่องมือที่มีอยู่ และมีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 75\%$ ของจำนวนเครื่องมือที่มีอยู่ และมีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 75\%$ ของจำนวนเครื่องมือที่มีอยู่ และมีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	- ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ - บันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter
13	3.2.6 อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> • Tube Hematocrit ชนิดHeparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) • ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันชนิดธรรมดาได้ ไม่ใช่สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู มีผิวหน้าเรียบ 	ไม่มี หรือมีแต่ใช้งานไม่ได้ หลังปั่นอ่านพบน้ำส่วนบนลดระดับ	แผ่นอ่านสเกล มีแต่ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน แต่ใช้สีแดงหรือ	แผ่นอ่านสเกล มีแต่ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและไม่ใช่สีแดงหรือ	แผ่นอ่านสเกล คมชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและไม่ใช่สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู	แผ่นอ่านสเกล คมชัด และแข็งแรง ไม่สามารถม่วงงอได้ มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและไม่ใช่สีแดงหรือ	- สอบถาม - สังเกต - เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	<p>ให้สาธิตการใช้งานจริงและดูว่าน้ำส่วนบนใน Tube Hematocrit ไม่ลุดระดับ</p> <ul style="list-style-type: none"> มีแผ่นสเกล อ่านค่า Hematocrit คมชัด ไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ 		สีส้มหรือสีชมพู	สีส้มหรือสีชมพู		สีส้มหรือสีชมพู	
14	3.2.7 มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet)	ไม่มี หรือ ใช้เข็มฉีดยามาเจาะปลายนิ้ว	-	-	-	มีเป็น lancet หรือเข็มเจาะปลายนิ้วโดยเฉพาะ	สังเกต, สอบถาม
15	3.2.8 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว)	ไม่มี	มี แต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง	มี และ แห้ง สะอาด แต่ใช้ซ้ำ	มี และแห้ง สะอาด ใช้ครั้งเดียว	มี และ แห้ง สะอาด มีฝาปิด และใช้ครั้งเดียว	สังเกต, สอบถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ							
16	<p>4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่าง แต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บและ กรณีไม่ได้ตรวจทันทีต้องมีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้ 	ไม่มี	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง ไม่มีเอกสารอ้างอิง	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง มีเอกสารอ้างอิง แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือที่จัดทำโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ที่เป็นปัจจุบันหรือได้รับการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการเจาะเลือดเก็บตัวอย่าง และนำส่งตัวอย่างนอกโรงพยาบาล ตามมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ตรวจเอกสารสอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
17	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (ถ้ามี) อายุ เพศ รายการตรวจ ผู้เก็บตัวอย่างวันที่และเวลาส่งตรวจ ผู้ส่งตรวจและหน่วยงานที่ส่งตรวจกรณีตรวจวิเคราะห์ห้องไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ	ไม่มี	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย แต่ไม่มีรายการตรวจและไม่ระบุผู้ส่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ แต่ไม่ระบุผู้ส่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ และผู้ส่งตรวจ แต่ไม่ระบุวันที่และเวลาส่งตรวจ	มีครบตามกำหนด หรือมีส่งตรวจใน Family folder	ตรวจเอกสารสอบถาม
18	4.3 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงานที่ส่งตรวจ <ul style="list-style-type: none"> • กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุล สามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้ 	กรณีส่งต่อ รพ. ไม่มี หรือไม่เขียนชื่อ-สกุล หน่วยงานที่ส่ง	กรณีตรวจเอง One Stop Service ไม่เขียน ชื่อ-สกุล	มีแต่รายละเอียด ไม่ครบไม่สามารถทวนสอบได้	มีแต่รายละเอียด ไม่ครบแต่สามารถทวนสอบได้	มีรายละเอียดครบตามกำหนด	สังเกต, สอบถาม
5. ขั้นตอนการทดสอบ							
19	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> • คู่มือการตรวจวิเคราะห์หรือคู่มือการเก็บส่งส่งตรวจนอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว รพ.แม่ข่าย สามารถจัดทำขึ้นเองได้ โดยนักเทคนิคการแพทย์และต้องมีเอกสารกำกับน้ำยาที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ 	ไม่มี	มี แต่ไม่ครบทุกการทดสอบ และ/หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ แต่มี 2 รายการ ไม่ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบัน แต่มี 1 รายการ ไม่ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบัน ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา	- ตรวจเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไปยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยห้องปฏิบัติการ - คู่มือการทดสอบตัวอย่างหรือคู่มือการเก็บส่งส่งตรวจ
20	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด	ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกรายการ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 3 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 2 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 1 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ถูกต้องตามคู่มือทุกรายการทดสอบ	- ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน - สังเกต - สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	<ul style="list-style-type: none"> • สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้สาธิตหรือบรรยายขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทุกรายการทดสอบ 						
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ							
21	<p>6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ อย่างน้อย 6 เดือนครั้ง ควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วยโดยไม่ต้องแยกแบบฟอร์ม (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว)</p> <ul style="list-style-type: none"> • การทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC 	ไม่มีการทำ IQC ทุกรายการ	ทำ 1 รายการ และความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ 2 รายการ และความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ 3 รายการ ความถี่เดือนละ 1 ครั้ง หรือครบทุกการทดสอบแต่ความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ IQC ทุกการทดสอบความถี่เดือนละ 1 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเอกสาร - สอบถาม
22	<p>6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือ เปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlaboratory comparison)</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวน ผลการเปรียบเทียบ • กรณีที่ไม่ครบ 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ 	ไม่มีการทำ EQA หรือ (Interlaboratory comparison)	ทำ EQA หรือ (Interlaboratory comparison) 2 รายการ ทดสอบและทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ (Interlaboratory comparison) 2 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี หรือทำ 3 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ (Interlaboratory comparison) 3 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี หรือทำ ครบทุกรายการ ทดสอบ แต่ทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ (Interlaboratory comparison) ทุกการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจเอกสาร - สอบถาม - รายงานผล EQA หรือ (Interlaboratory comparison)

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
23	6.3 กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายในหรือการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกออกนอกเกณฑ์ การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ โดยปรึกษาร่วมกับพี่เลี้ยงและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน	ไม่มีการดำเนินการ	มีบันทึกการหาสาเหตุไม่ครบถ้วน และทำการแก้ไขไม่ครบถ้วน	มีบันทึกการหาสาเหตุครบถ้วน แต่ทำการแก้ไขไม่ครบ	มีบันทึกการหาสาเหตุและทำการแก้ไขครบถ้วน แต่ขาดมาตรการป้องกัน	มีบันทึกการหาสาเหตุ ดำเนินการแก้ไขและกำหนดมาตรการป้องกัน	- ตรวจสอบ - แบบบันทึกการแก้ไขและป้องกันปัญหาผลหรือ EQA ออกนอกเกณฑ์
7. การรายงานผลการทดสอบ							
24	7.1 มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ <ul style="list-style-type: none"> มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ โดยบันทึกการอ่านปฏิกิริยาของแถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip), แถบตรวจปัสสาวะวิเคราะห์ตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) กรณีทะเบียนบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ Work sheet ต้องสามารถทวนสอบได้ถึง วันที่ตรวจ, lot number ของแถบตรวจ, วันหมดอายุ ชื่อผู้ทำการตรวจ และให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผลการทดสอบระบุชื่อผู้ตรวจได้ เช่น อสม. 2 คน ทำการตรวจ ต้องทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. /บุคลากรที่รับผิดชอบของ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย 	ไม่มีหลักฐานแสดง	1. มีทะเบียนผลการทดสอบ 1 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	1. มีทะเบียนผลการทดสอบ 2 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	1. มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วนถูกต้อง 3 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	1. มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วนถูกต้อง 4 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	ตรวจสอบเอกสารสอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
25	7.2 กรณีส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/ โรงพยาบาลรับส่งต่อ ต้องมีระบบทะเบียนบันทึก การส่งตรวจและผลการตรวจ ใบรายงานผลการ ทดสอบ มีรายละเอียดของผู้ป่วย ผลการทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ วันที่ เวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบ รับรองผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิง ตามระยะเวลาที่กำหนด เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี	1. ไม่มีทะเบียน และไม่สามารถ ค้นหาจากระบบ ได้ 2. ไม่มีใบรายงาน ผล	1. ใบรายงานผล มีข้อมูลไม่ ครบถ้วน 2. ไม่มีลายมือชื่อ และชื่อ-สกุล ผู้วิเคราะห์/ ผู้ตรวจสอบผล	1. มีสำเนา รายงานผล ปีปัจจุบัน 2. ใบรายงานผล มีข้อมูลครบถ้วน	1. ไม่มีทะเบียนแต่ สามารถค้นหา จากระบบได้ 2. ใบรายงานมี ข้อมูลครบถ้วน	1. มีทะเบียน การส่งต่อและ มีผลการตรวจ 2. ใบรายงานมี ข้อมูลครบถ้วน	- ตรวจ เอกสาร - สอบถาม - หลักฐาน การส่งต่อ
รวม							
คะแนนที่ได้ /คะแนนเต็ม							
คิดเป็นร้อยละ							

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

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

1. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1	การบริหารจัดการระบบยา					
	การบริหารจัดการระบบยา โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ.แม่ข่าย กับหน่วยบริการปฐมภูมิ	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการจัดการระบบยาระดับอำเภอ 2. มีแผนปฏิบัติการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิประจำปี และปฏิบัติงานจริงตามแผน อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี 3. มีการสนับสนุนวิชาการจากเภสัชกร รพ.แม่ข่าย ได้แก่ การจัดอบรมวิชาการ, คู่มือ/สื่อการใช้ยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1 1 1		1. คำสั่งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ระดับอำเภอ 2. แผนปฏิบัติการงานเภสัชกรรมปฐมภูมิประจำปี/Gantt chart 3. สมุดเยี่ยมหรือผลปฏิบัติงานหรือเอกสาร อื่นๆ ฯลฯ 4. คู่มือ/สื่อการใช้ยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
2	การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ					
	2.1 มียาใช้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ	1. มีบัญชีรายการยาประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มียาช่วยชีวิตใน หน่วยบริการปฐมภูมิ และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 3. มีหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	1 1 1		1. บัญชีรายการยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ (อาจมีการปรับเปลี่ยน/ลดรายการตามบริบทของพื้นที่) 2. ตรวจสอบ Emergency box และมียาช่วยชีวิตตั้งรายการต่อไปนี้ 2.1. Adrenaline injection 1:1000	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					2.2 Steroid injection (Dexamethasone หรือ Hydrocortisone injection) 2.3 Chlorpheniramine injection 2.4 50% Glucose injection 2.5 ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ 3. คู่มือ/แนวทางการใช้ยาช่วยชีวิต 4. หลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	
	2.2 มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแพ้ยาล และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin	1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาล 2. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง 3. มีระบบสารสนเทศช่วยแจ้งเตือน/ให้ข้อมูลความปลอดภัยในการสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ หรือยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การติดสติ๊กเกอร์ที่ family folder หรือมีการ Pop-up เตือนระงับการใช้ NSAID ในผู้ป่วย Warfarin 4. มีแนวทางการประเมินประวัติแพ้ยาและการออกบัตรแพ้ยาเบื้องต้นในหน่วยบริการ โดยได้รับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกรโรงพยาบาล 5. มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาลไปโรงพยาบาล	1 1 1 1 1		- ฐานข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาล และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น ยา Warfarin (กรณีมีแต่ฐานข้อมูล ไม่มีระบบสารสนเทศช่วยเตือนให้ 0.5 คะแนน) - ดูระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้สั่งยาและจ่ายยาในหน่วยบริการ	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
		6. ควรมีระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงกับฐานข้อมูล โรงพยาบาล เรื่องการแพทย์	1		มีการตั้ง Pop-up เตือนการ แพ้ยา/การใช้ยาเสี่ยงสูง - family folder มีการติด สติ๊กเกอร์แพ้ยา หรือ สติ๊กเกอร์ผู้ป่วยใช้ยาเสี่ยงสูง - มีแนวทาง/Work instruction การประเมิน ประวัติแพ้ยาเบื้องต้นใน หน่วยบริการปฐมภูมิ และ แนวทาง/ Work instruction การส่งต่อผู้ป่วยไป โรงพยาบาลกรณีแพ้ยา	
3	คลังยาและเวชภัณฑ์ หรือ ตู้เก็บยา					
	3.1 มีสถานที่จัดเก็บยา และเวชภัณฑ์ตาม มาตรฐานและจัดเก็บ อย่างเหมาะสม	เกณฑ์คลังยา (ประเมินเฉพาะหน่วยบริการที่แยกคลังเวชภัณฑ์ กับจุดจ่ายยา หรือหน่วยบริการที่มีการสำรองยา เกิน 1.5 เดือน) 1. ประตุมีกุญแจล็อค 2 ชั้น 2. มีแนวทางการเปิด/ปิด คลังยา ชัดเจน 3. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง 4. มีการแยกประเภทยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (วชย.) วัสดุการแพทย์ (วสด.) และวัสดุอื่นๆ ชัดเจน	1 1 1 1		- มีคำสั่งหรือบันทึก มอบหมาย ให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจคลังคนละดอก - มีแนวทางการเปิด-ปิด คลังยาตามบริบทของหน่วย บริการปฐมภูมิ	มาตรฐานคลัง เวชภัณฑ์ กำหนด เป้าหมายคือ ความปลอดภัย ป้องกัน การสูญหาย ***กรณีหน่วย บริการไม่มีคลัง ยาจะได้ 3 คะแนน

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
						***หากมีคลังยา จะได้ 4 คะแนน
	3.2 มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ (คลังยา) หรือ ตู้เก็บยาที่เป็นจุดจ่ายยา เป็นไปตามมาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการบันทึกอุณหภูมิเป็นปัจจุบัน และมีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 20°C - 30°C 2. มีการบันทึกความชื้นเป็นปัจจุบัน และมีความชื้นสัมพัทธ์ไม่เกิน 60% 3. คลังเวชภัณฑ์ หรือตู้เก็บยา สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ 4. คลังเวชภัณฑ์ หรือตู้เก็บยา ไม่มีแสงแดดส่องถึง 5. มีเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้มาตรฐาน และมีผลการรับรองผ่านการสอบเทียบมาแล้วไม่เกิน 2 ปี 	1		<ul style="list-style-type: none"> - คลังยา หรือตู้เก็บยาไม่มีกลิ่นอับชื้น และยาไม่ถูกแสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นอยู่ในสภาพดีและมีผลการรับรองผ่านการสอบเทียบมาแล้วไม่เกิน 2 ปี 	ประเมินจากคลังยา/ตู้ยาที่เป็น จุดจ่ายยา
	3.3 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ เป็นไปตามระเบียบหรือทะเบียนคุมการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง	<ol style="list-style-type: none"> 1. สุ่ม stock card นับยา 10 รายการ จำนวนถูกต้อง ครบถ้วน 2. มีใบเบิกยาจากคลังยาโรงพยาบาล/กองเภสัชกรรมและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 3. มีใบเบิกยาจากคลังยาโรงพยาบาล/กองเภสัชกรรม สอดคล้องกับ stock card และมีระบบควบคุมกำกับ การรับเข้า-จ่ายออก ที่ตรวจสอบได้ 4. มีใบเบิกยาจากคลังยาหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังจุดจ่ายยา และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) (ประเมินเฉพาะหน่วยบริการที่แยกคลังเวชภัณฑ์กับจุดจ่ายยา) 5. ใบเบิกยาจากคลังยาหน่วยบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับ stock card (ประเมินเฉพาะหน่วยบริการที่แยกคลังเวชภัณฑ์ กับจุดจ่ายยา) 	1		<ul style="list-style-type: none"> - มี รบ.301/วภ.6 /stock card/ทะเบียนคุมการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ - ขั้นตอน/รับเข้า-จ่าย ออก วัสดุการแพทย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ - ตรวจสอบนับยาในคลัง 10 รายการ ข้อมูล จำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจากโรงพยาบาลที่รับยาเข้าคลัง หรือเอกสารจัดซื้อยาและ 	<ul style="list-style-type: none"> - กรณีหน่วยบริการไม่มีระบบคลังยา แยกจากจุดจ่ายยา ไม่ต้องประเมินข้อ 3.3.4 – 3.3.5 ให้คะแนนเต็ม

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					เวชภัณฑ์ของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ - สุ่ม ใบเบิกยาของหน่วย บริการปฐมภูมิ ไปยังจุดจ่าย และสอดคล้องกับ รบ.301 หรือทะเบียนคุมการเบิกจ่าย	
	3.4 การสำรองยาและ เวชภัณฑ์เพียงพอ	1. ไม่มียาขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา	1		- สุ่ม รบ.301/ว.6 /Stock card/ ทะเบียนคุมการ เบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ - ใบเบิกยาฉุกเฉินจากคลังยา โรงพยาบาล	***กรณีมีการ เบิกฉุกเฉินโดย ไม่มีเหตุอันควร ไม่ผ่านข้อนี้ ยกเว้นกรณีเกิด โรคระบาด
	3.5 มีระบบการควบคุม ยาหมดอายุ	1. มีระบบหรือแนวทางที่ช่วยตรวจสอบวันหมดอายุของ เวชภัณฑ์ เช่น ระบบรหัสสีบอกปีหมดอายุ 2. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ 3. มีการระบุวันเปิด/วันหมดอายุของยา multiple dose และ ยา pre-pack 4. มีการจัดเรียงยาแบบ First Expired First Use	1 1 1 1		- สุ่มดูวันหมดอายุ และ ลักษณะภายนอกของยาและ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (โดยสุ่มทั้งหมด 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ และ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 3 รายการ)	
	3.6 ตู้เย็นเก็บยาตาม มาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บ ยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. มีการบันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอเป็นปัจจุบัน และอุณหภูมิ อยู่ในช่วง 2-8 °c 2. การจัดเก็บยาในตู้เย็นเป็นระเบียบเรียบร้อย และ เป็นไปตามหลักวิชาการ	1 1		- ตรวจสอบเทอร์โมมิเตอร์ใน ตู้เย็น - ใบบันทึกการวัดอุณหภูมิ ตู้เย็น	***กรณีหน่วย บริการที่ไม่มียา แช่เย็น ให้ผ่าน ข้อนี้ ให้ผ่าน

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
		3. มีเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้มาตรฐาน และมีผลการรับรองผ่าน การสอบเทียบมาแล้วไม่เกิน 2 ปี 4. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกัน 5. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 6. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุม อุณหภูมิ	1 1 1 1		- ดูเอกสารการบันทึก อุณหภูมิตู้เย็น ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ	การประเมินได้ คะแนนเต็ม
	3.7 ตู้เย็นเก็บวัคซีน ตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็น เก็บยาและตู้เย็นเก็บ วัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. มีการบันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอเป็นปัจจุบัน และอุณหภูมิ อยู่ในช่วง 2-8 °c และอุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -20°c ถึง -10°c 2. การจัดเก็บวัคซีนเป็นระเบียบเรียบร้อย และเป็นไป ตามหลักวิชาการ 3. มีเทอร์โมมิเตอร์ที่ได้มาตรฐาน และมีผลการรับรองผ่าน การสอบเทียบมาแล้วไม่เกิน 2 ปี 4. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกัน 5. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 6. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุม อุณหภูมิ	1 1 1 1 1 1		- ตรวจสอบจาก เทอร์โมมิเตอร์ ในตู้เย็น - ใบบันทึกการวัดอุณหภูมิ ตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	
4	การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุสมผล					
	4.1 มีการส่งมอบยาให้ ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและ เหมาะสม	1. มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ทั้งที่สถานบริการ และที่บ้าน 2. ซองยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุชื่อสถานบริการ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ชื่อยาเป็น generic name รูปแบบและ ความแรงยา ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา วันหมดอายุ (เว้นแต่ ผลิตภัณฑ์มีวันหมดอายุระบุไว้แล้ว)	1 1		- ซองยา, ฉลากยา - สาธิตการจ่ายยาให้ดู - มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติ ในการจ่ายยาและให้ คำแนะนำเพื่อความถูกต้อง ปลอดภัย	- มาตรฐานการ ส่งมอบยา ถูกต้องอย่าง น้อยตามหลัก มาตรฐาน 5R

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
						- ซองยา มี ข้อมูลครบถ้วน ตามมาตรฐาน RDU (อ้างอิง ตามประกาศ กระทรวงฯ เรื่องฉลากยา RDU)
	4.2 มีการเฝ้าระวังการ เกิดอุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความ ปลอดภัยแก่ผู้มารับ บริการ	1. มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) 2. มีการนำอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยามาทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อหาแนวทางป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น พบ Med error จากการใช้ยา LASA และนำมาหา แนวทางป้องกัน หรือการจัดทำ Medication Reconciliation (MR)	1 1		- แบบบันทึก/รายงาน อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ทางยา (Medication Error) - มีแนวทางป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยา ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	
	4.3 มีการจัดทำเครื่องมือ หรือแนวทางปฏิบัติใน การใช้ยา เพื่อส่งเสริมการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา ถูกต้อง ปลอดภัย	1. มีแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มีฉลากยาเสริมเป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล ได้แก่ ฉลากยาภาษาไทย และ ฉลากยา เสริมแนะนำผลข้างเคียงของยา 3. มีฉลากช่วยแนะนำการใช้ยา เช่น ยาเทคนิคพิเศษ 4. มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สมเหตุผลและปลอดภัย	1 1 1 1		- มีฉลากยาตรงตามมาตรฐาน RDU - มีฉลากช่วย เช่น วิธีการใช้ ยาหยอดตา, วิธีการใช้ยา เหน็บ, วิธีการผสมยาผงแห้ง สำหรับเด็ก - สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.4 มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	<ol style="list-style-type: none"> มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน (AD) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ไม่เกินร้อยละ 20 ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ 20 มีแนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์หญิงให้นมบุตร มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป มีแนวทางการใช้ยากลุ่ม NSAIDs อย่างปลอดภัยและสมเหตุผล มีแนวทางการสั่งใช้ยา metformin เพื่อป้องกัน ภาวะ MALA 	1		<p>- มีเอกสาร/ไฟล์ แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ, โรคท้องร่วงเฉียบพลัน, แผลสด ที่สามารถเปิดดูได้ทันทีพร้อมใช้งาน</p> <p>- คู่มือประกอบ/สื่อการสอน ใช้ยาให้กับบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>- มีแนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD</p> <p>- ข้อมูลร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, โรคท้องร่วงเฉียบพลัน ของหน่วยบริการ จากโปรแกรม HDC/ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม</p>	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.5 มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน	1. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2. มีการติดตามเยี่ยม หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ และแนะนำการใช้ยาโรคเรื้อรังและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ต่อเนื่องที่บ้าน โดยเภสัชกร 3. มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน Family folder หรือวิธีการอื่นใด	1 1 1		- ดูบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้าน ใน Family folder หรือวิธีการอื่นใด (***)ต้องเป็นข้อมูลการเยี่ยมบ้านที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อแก้ปัญหาด้านยา หรือกรณีเภสัชกรไม่สามารถออกเยี่ยมได้แต่ได้มีการให้คำปรึกษาทาง Tele pharmacy)	
คะแนนรวม			64			

2. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) : การใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผลในชุมชน

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1	งานคุ้มครองผู้บริโภค ตามบริบทของพื้นที่					
	1.1 การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วม ของเภสัชกร รพ.แม่ข่ายร่วมกับ หน่วยบริการปฐมภูมิ	1. มีคณะทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ 2. มีแผนการปฏิบัติการและแผนดำเนินการมีการออกปฏิบัติงานจริง 3. มีการวางแผนขับเคลื่อนงาน คปส. โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4. มีการติดตามประเมินผลและการคืนข้อมูลงาน คปส. ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) หรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง	1 1 1 1		- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ - มีแผนการปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยมหรือผลปฏิบัติงานหรือเอกสารอื่นๆ	***กรณีหน่วยบริการไหนที่ไม่มีให้เป็นคะแนนฟรี***แต่ให้เขียนกำกับว่าไม่ได้จัดบริการ
	1.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวัง อาหารสด อาหารแปรรูป ในร้านค้า ร้านชำ ตลาดนัด รถขายอาหารสด รอบรั้วโรงเรียน	1. มีการดำเนินการตรวจสอบ เฝ้าระวังอาหารสด/อาหารแปรรูป/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย 2. ให้ความรู้หรือคำแนะนำกับผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำ รถขายอาหารสด รอบรั้วโรงเรียน 3. มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคมแก้ไขปัญหา จัดโครงการอบรม 4. มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น อสม, ผู้ประกอบการ ครู/นักเรียน อย.น้อย	1 1 1 1		- สรุปผลการดำเนินงาน/บันทึกการดำเนินงาน	
	1.3 ร้านค้า/ร้านชำ และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่พบผลิตภัณฑ์	1. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย/ไม่ปลอดภัย/เสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งร้านค้า/ร้านชำ 2. ไม่พบยากลุ่มเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1 1		- สุ่มตรวจยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	ระดับ ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	สุขภาพ ผิดกฎหมาย/ ไม่ปลอดภัย/เสี่ยงต่อสุขภาพ	3. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1		(แนบท้าย) - สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - สํารวจดูยากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ Steroids (ยกเว้นแพทย์สั่ง), Antibiotic เหลือใช้ ยาชุด/ NSAIDs/สมุนไพรและอาหารเสริม รวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน	
	1.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านอาหาร มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านอาหารมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อ 2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยงและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	1 1		- ผู้จำหน่ายร้านค้า มีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1) ดูเลขจุดแจ้ง/ เครื่องหมาย อย. ได้ถูกต้องตรงตาม ประเภทการขึ้นทะเบียน (2) ดูวันผลิต/วันหมดอายุได้ (3) ทราบตัวอย่างรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า, เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย, อาหารที่ห้ามจำหน่าย - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง (ยาปฏิชีวนะเหลือใช้/ยาสเตียรอยด์) และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้าแนบท้าย

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	ระดับที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	1.5 มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคน เช่น อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย ผู้ประกอบการร้านค้า/ แผงลอย จำหน่ายอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน คัดกรองผู้บริโภคในระดับอำเภอ	1. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 2 กลุ่ม จาก 4 กลุ่ม ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> นักเรียน ผู้ประกอบการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่าย คบส. 	1		- แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนินงาน - สัมภาษณ์เครือข่ายคัดกรอง ผู้บริโภค - มีสื่อให้ความรู้ผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ปลอดภัย	พิจารณา หลักฐาน ปิงปิงฉบับ และปิงปิงที่ ผ่านมา
		2. มีการจัดทำสื่อให้ความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย	1			
	1.6 เครือข่ายคัดกรองผู้บริโภค ในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหาด้านการคัดกรองผู้บริโภค ที่สอดคล้องกับ บริบทของหน่วย บริการปฐมภูมิ	1. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุกอย่างน้อย 1 โครงการ เพื่อ แก้ไขปัญหาด้าน คบส. ในพื้นที่	1		- แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนินงาน - สัมภาษณ์เครือข่ายคัดกรอง ผู้บริโภคในชุมชน	พิจารณา หลักฐาน ปิงปิงฉบับ และปิงปิงที่ ผ่านมา
		2. มีการประสานงานกับชุมชนให้เกิดมีส่วนร่วมของเครือข่าย คัดกรองผู้บริโภค	1			
		3. ประเด็นการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับ บริบทของหน่วย บริการปฐมภูมิด้านคัดกรองผู้บริโภคในชุมชน	1			
คะแนนรวม			18			

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	3		- มีการมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงาน	พี่เลี้ยงระดับอำเภอ หมายถึง ICN หรือ RN ของ CUP * กรณี หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มี RN ให้ หน่วยบริการปฐมภูมิ แม่ข่าย หรือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อของ CUP เป็นผู้รับผิดชอบร่วม โดยมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้รับผิดชอบ
	1.1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1		- การอบรมฟื้นฟูความรู้ อย่างน้อย 1 วัน (นับย้อนตั้งแต่วันที่ตรวจประเมิน)	
	1.1.2 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1		- การอบรมความรู้ มีหลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เอกสารการอบรม	
	1.1.3 พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1			
	1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2		- คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงาน	
	1.2.1 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1		ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
	1.2.2 คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการปรับปรุงภายใน 5 ปี	1		สอบถามบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน	2.1 ระบบการเฝ้าระวัง	5		- ดูทะเบียนผู้ป่วยสำคัญ เช่น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ต้องเฝ้าระวังและมีแผนคัดกรองหรือป้องกันโรค เช่น ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค โควิด เป็นต้น	
	2.1.1 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	3			
	2.1.2 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	2			
	2.2 การตรวจสอบสุขภาพบุคลากรประจำปี	5		- ดูแผนการตรวจสอบสุขภาพ - ดูผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปี - ดูแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	การตรวจสอบสุขภาพประจำปี การวิเคราะห์การตรวจสอบสุขภาพ หมายถึง การวิเคราะห์จากผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปีแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.2.1 บุคลากรตรวจสอบสุขภาพประจำปีแต่ไม่ครบ 100%	1			
	2.2.2 มีข้อ 2.2.1 ครบ 100 %	2			
	2.2.3 มีข้อ 2.2.2 และมีผลการวิเคราะห์การตรวจสอบสุขภาพ	3			
	2.2.4 มีข้อ 2.2.3 และมีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย	4			
	2.2.5 มีข้อ 2.2.4 และ บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	5			
	2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	5		- ทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีนรอบปีปฏิทิน - สมุดบันทึกการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	- มีการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ที่จำเป็นแก่บุคลากร เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีน ที่ป้องกันกันโรคระบาดตามการระบาดของแต่ละพื้นที่
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 51 – 60	1			
	2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 61 – 70	2			
	2.3.3 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 71 – 80	3			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.3.4 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น ตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 81 ขึ้นไป	4			- บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีการสัมผัส เลือด สารคัดหลั่ง ที่เสี่ยง ต่อการติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบ
	2.3.5 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น ตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 81 ขึ้นไปและบุคลากร กลุ่มเสี่ยงได้รับการให้วัคซีนตามความเหมาะสม	5			
	2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่ง	5		- คู่มือประกาศ/ โปสเตอร์แนวทางปฏิบัติ เมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัส เลือด/สารคัดหลั่งขณะ ปฏิบัติงาน - สุ่มถามบุคลากร 1 คน - รายงานการเกิด อุบัติเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง หมายถึง แนวทางการปฏิบัติเมื่อ เจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุ จากเข็มที่แทง เช่น ใบมีด ผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับ ผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทาง การปฏิบัติเมื่อเลือดหรือ สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือ ผิวหนังสัมผัส เลือดหรือสารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.4.1 มีการติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ในบริเวณ ที่มองเห็นชัดเจน	1			
	2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และครอบคลุมจุดเสี่ยง/จุดบริการและมีการ สื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากร	2			
	2.4.3 มีข้อ 2.4.2 และบุคลากรรับทราบแต่อธิบายแนวทางปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง	3			
	2.4.4 มีข้อ 2.4.3 และบุคลากรรับทราบและสามารถอธิบาย แนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	4			
	2.4.5 มีข้อ 2.4.4 และเมื่อเกิดอุบัติเหตุ มีการบันทึกและรายงาน ตามแนวทางปฏิบัติ	5			
	2.5 การทำความสะอาดมือและการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	5			
	2.5.1 มีการติดป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอน การใช้อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล และการทำความสะอาดมือ 5 moment แต่อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้	1			
	2.5.2 มี 2.5.1 และมีอุปกรณ์ เพียงพอพร้อมใช้และจัดเก็บใน สถานที่ที่เหมาะสม	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.5.3 มีข้อ 2.5.2 และมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ	3		- ให้บุคลากรสาธิตการ ล้างมือ การใช้อุปกรณ์	3. หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง จากผู้ป่วย
	2.5.4 มีข้อ 2.5.3 และบุคลากรรับทราบแต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	4		ป้องกันส่วนบุคคล	4. หลังสัมผัสผู้ป่วย
	2.5.5 มีข้อ 2.5.4 และบุคลากรรับทราบ สามารถใช้อุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคลและปฏิบัติได้ถูกต้อง	5		- รูปภาพหรือป้ายแสดง ขั้นตอนการสวมและถอด อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล - ให้บุคลากรสาธิตการใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วน บุคคล ในกรณีต่างๆ เช่น 1. กรณีที่พบผู้ป่วยที่ แพร่กระจายเชื้อทาง Airborne ระยะเข้มข้น, MERS, SAR หรืออื่นๆ ตามบริบท 2. กรณีที่ต้องจัดการกับ สารคัดหลั่ง (ไม่รวมการ ล้างเครื่องมือ)	5. หลังสัมผัสสิ่งที่ ล้อมรอบผู้ป่วย อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวม ลงบนอวัยวะส่วนใดส่วน หนึ่งของร่างกายหรือหลาย ส่วนรวมกัน โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน อันตรายให้แก่อวัยวะส่วน นั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบ อันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตราย จากสภาวะแวดล้อมในการ ทำงาน
	2.6 การจัดแบ่งพื้นที่ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	5		- สุ่มถาม	<u>การจัดแบ่งพื้นที่ในหน่วย</u>
	2.6.1 มีแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ปรากฏในคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1		- ตรวจสอบสถานที่จริง - ป้ายสื่อสารการปฏิบัติ กรณีโรคติดต่อที่ต้องแยก	บริการปฐมภูมิ หมายถึง การ แบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และมีการสื่อสารแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ	2		พื้นที่ เช่น โรควัณโรค ไข้หวัดนก คอตีบ เป็นต้น	พื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ผู้ป่วย ไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค และดูการจัดพื้นที่เขตสะอาด และเขตปนเปื้อนใน CSSD ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ
	2.6.3 มีข้อ 2.6.2 และบุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ	3			
	2.6.4 มีข้อ 2.6.3 และมีการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	4			
	2.6.5 มีข้อ 2.6.4 และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	5			
	2.7 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน	4			
	2.7.1. มีการล้างเครื่องมือแพทย์ปนเปื้อน ถูกต้องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	0.5			
	2.7.2. มีการห่ออุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ ได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการปนเปื้อนและระบุวันที่ผลิต -วันหมดอายุ บนห่ออุปกรณ์	0.5			
	2.7.3. มีการเลือกวิธีการทำลายเชื้อ หรือทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับเครื่องมือแพทย์ได้ถูกวิธี	0.5			
	2.7.4. มีการตรวจสอบคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ ทางกายภาพ ทุกครั้ง	0.5			
	2.7.5. มีการตรวจสอบคุณภาพทางเคมีภายนอกทุกหีบห่อและภายในของห่อเครื่องมือที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง	0.5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p>2.7.6. มีการตรวจสอบคุณภาพทางชีวภาพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเครื่องต่อเดือน และรอบที่มีการนิ่งฆ่าเชื้อชุดอุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง</p> <p>2.7.7 มีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อน และจัดเก็บ first in first out อย่างถูกต้อง</p> <p>2.7.8. ไม่พบชุดอุปกรณ์หมดอายุและชำรุดเสียหาย</p>	0.5			<p>5. มีการจัดเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง</p> <p>6. มีระบบการเรียกคืนอุปกรณ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีการระบุวันหมดอายุ บนอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ</p> <p>เพียงพอ หมายถึงเพียงพอต่อการให้บริการ</p>
3. การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ	- มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอินทรีย์มูลฝอยอันตรายและนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด	1			- สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 6 หัวข้อ คือ				- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
	4.1 บุคลากร	2			
	1) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขแล้ว	1		- หลักฐานการฝึกอบรมคือใบประกาศ ตามแบบของกรมอนามัย - มีหลักฐานมอบหมายจนท. เก็บขนและปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ	1			
	4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ (ณ ห้องตรวจ)	2		- ต้องมีถังขยะติดเชื้อ - มีถังเก็บของมีคม	
	1) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด	1			
	2) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุของมีคม และวัสดุของไม่มีคม	1			
	4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	5			
	1) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้	1			
	2) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคมต้องบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วน ของภาชนะบรรจุ	1			
	3) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียว ไม่ฉีกขาดง่ายทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม และมีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4) มวลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม ต้องบรรจุ ไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วน ของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น	1			
	5) ภาชนะสำหรับบรรจุมวลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มวลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียว และทำลายพร้อมกับการกำจัดมวลฝอยติดเชื้อ	1			กล่องใส่มวลฝอยติดเชื้อ หมายถึง ภาชนะสำหรับบรรจุมวลฝอยติดเชื้อ ที่เป็นกล่องหรือถัง ต้องทำจากวัสดุที่แข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี เช่น พลาสติกแข็งหรือโลหะมีฝาปิดมิดชิด (อ้างอิง ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมวลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545)
	4.4 การเคลื่อนย้ายมวลฝอยติดเชื้อ	4			
	1) ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมวลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก - ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน	1			
	2) ใช้ภาชนะรองรับมวลฝอยติดเชื้อ เวลาเคลื่อนย้าย	1			
	3) มีการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมวลฝอยติดเชื้อไปเก็บกักที่พักรวมทุกวัน	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4) มีการทำความสะอาดภาชนะรองรับและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย เช่น บ่อเกรอะ บ่อซึม ถังบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูป เป็นต้น	1			
	4.5 บริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	5			
	1) แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่อับชื้น	1			
	2) ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่เก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษาสถานที่ ประกอบ ปรง เก็บ หรือสะสมอาหาร	1			
	3) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ พื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่าย ไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด	1			
	4) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ มีความจุเพียงพอ	1			
	5) มีข้อความแสดงซึ่งมีขนาดและสีที่สามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ”	1			
	4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบใด (เลือก 1 วิธี ตามการจัดการของ หน่วยบริการปฐมภูมิ)	2			
	4.6.1 กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง	2			
	1) ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้	1			
	2) ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน	1		- ต้องทำได้ ข้อ 2 - ข้อ 4 ครบทุกข้อ ถึงจะได้ 1 คะแนน	
	3) บริเวณโดยรอบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อสะอาด				
	4) มีบ่อรองรับแก๊สมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4.6.2 <u>กรณีส่งให้โรงพยาบาลที่รับเป็นศูนย์รวมการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อ</u>	2		มีหนังสือสั่งการ/ข้อตกลง/ เอกสาร ระหว่างหน่วย บริการปฐมภูมิ และ รพ.แม่ข่าย หรือหน่วย กำจัดขยะเอกชน	
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อ ไปกำจัด และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่าการนำมูลฝอย ติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			
	2) ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อสำหรับส่งกำจัดที่โรงพยาบาล ต้องมีลักษณะ ดังนี้ - เป็นภาชนะที่มีพื้นและผนังทึบ ทำด้วยวัสดุทำความสะอาดง่าย มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ และมี ระบบป้องกันการตกหล่นในระหว่างการเคลื่อนย้าย - ด้านข้างภาชนะมีข้อความว่า “ภาชนะรวบรวมมูลฝอย ติดเชื้อ ห้ามเปิด ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”	1			
	4.6.3 <u>กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้</u>	2		มีหนังสือสั่งการ/ข้อตกลง/ เอกสาร ระหว่างหน่วย บริการปฐมภูมิ และ รพ.แม่ข่าย หรือหน่วย กำจัดขยะเอกชน	
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อ ไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่า มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2) มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1852/2556 และดำเนินการ ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วย การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	1			
รวมคะแนน		60			

หมวดที่ 2

หมวดที่ 2 มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้แต่ละหน่วยบริการและหน่วยบริหารระดับต่างๆ ดำเนินการ อันจะนำไปสู่กลไกของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้เกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1 มาตรการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1.2 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองตามแบบการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ลงบันทึกในระบบตามที่สำคัญงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปีละหนึ่งครั้ง พร้อมทั้งรายงานผลการประเมินตนเองไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรณีในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้รายงานไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่โรงพยาบาลประจำเขต และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือตามที่สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครกำหนดเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาส่วนขาดและเกิดการเชื่อมโยงที่ดีจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจนเกิดระบบบริการที่ปลอดภัย สมบูรณ์

2.1.3 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการประเมิน ให้คงสภาพสามปี นับจากปีที่ได้รับการตรวจประเมิน ทั้งนี้ ในระยะเวลาสามปี ที่ไม่ได้รับการตรวจประเมินนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยังคงต้องรักษาคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจัดทำแผนพัฒนาประจำปี และประเมินตนเองและรายงานตามระบบ พร้อมพัฒนาส่วนขาดโดยเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลประจำเขต ตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 2.1.2 เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

2.1.4 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการประเมินมาแล้ว หากประเมินตนเองตามแบบการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ผ่านให้ทำแผนพัฒนาส่วนขาดเร่งด่วน และรายงานผลมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินการแก้ไข ภายในระยะเวลาปีนั้นๆ

2.1.5 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้จัดทำแผนพัฒนาที่ชัดเจน เพื่อปรับปรุงการบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และเข้าสู่ระบบการตรวจประเมินในปีถัดไป

2.2 มาตรการสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2.2.1. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัด (ค.ป.ค.ม.) หรือ คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ กรุงเทพมหานคร (ค.ป.ค.ม.กทม.) อย่างน้อยหนึ่งคณะ โดยจำนวนและองค์ประกอบของคณะกรรมการดังกล่าว ให้เป็นไปตามที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้ อาจแต่งตั้งคณะกรรมการระดับพื้นที่มากกว่าหนึ่งคณะก็ได้ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ความสะดวกในการเดินทาง และจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

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

1. ลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดยดำเนินการประเมินคุณภาพการบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด และตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

2. คืบข้อมูลผลการตรวจประเมิน ประเด็นข้อชี้แจง ข้อสังเกตและพัฒนาและข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

3. รายงานผลการตรวจประเมินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และให้แจ้งผลการตรวจประเมินไปยังหน่วยงานต้นสังกัดหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งนี้ภายในสิบห้าวัน หลังจากวันตรวจประเมิน

4. รายงานผลการตรวจประเมินต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามที่กำหนด ผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ผู้อำนวยการสำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

5. หน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร เห็นสมควร

2.2.3 จัดทำแผนการตรวจประเมินพร้อมแจ้งแนวทางการตรวจประเมิน แนวทางรับการตรวจประเมิน ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน ก่อนการตรวจประเมิน

2.3 มาตรการสำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1 จัดให้มีการอบรมหรือสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดการอบรมทำความเข้าใจเกณฑ์ และแนวทางการตรวจประเมินแก่คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.3.2 ในกรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมิได้ ดำเนินการตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีหนังสือแจ้งเตือน ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เร่งดำเนินการปรับปรุงหรือแก้ไข ทั้งนี้เพื่อให้การ บริการสุขภาพปฐมภูมิมีคุณภาพและได้มาตรฐานภายในระยะเวลาที่กำหนดในหนังสือแจ้งเตือนดังกล่าว

2.3.3 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน เมื่อได้รับรายงาน จากพนักงานเจ้าหน้าที่ กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.4 รูปแบบและกลไกการตรวจประเมิน

2.4.1 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมินใน แบบฟอร์มตามเกณฑ์ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และส่งผลการประเมินตนเอง ให้คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างน้อยห้าวัน ก่อนการตรวจประเมิน

2.4.2 รูปแบบการตรวจประเมินยึดแนวทางการตรวจเยี่ยมเสริมพลัง มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูหลักฐานข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง หาจุดแข็งและโอกาสพัฒนา สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

2.4.3 การตรวจประเมิน ใช้เวลาไม่เกินหนึ่งวัน ต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ

2.4.4 คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิคืนข้อมูล ประเด็นข้อชี้แจง โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

2.4.5 คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ แจ้งผลการตรวจประเมินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ภายใน สิบห้าวันหลังการตรวจประเมิน

หมวดที่ 3

หมวดที่ 3 แนวทางและรายละเอียด การแจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เมื่อคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ลงพื้นที่ เพื่อตรวจประเมินการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว ให้แจ้งผลการตรวจประเมิน ตามแนวทางและรายละเอียด ดังนี้

3.1 ลงบันทึกการประเมินคุณภาพการบริการตามเกณฑ์ และแบบสรุปกะแนน ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย

3.1.1 แบบสรุปกะแนนตรวจประเมิน ส่วนที่ 1 - 8

3.1.2 แบบสรุปกะแนนประเมิน ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

3.1.3 แบบสรุปกะแนนประเมิน ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

3.1.4 แบบสรุปกะแนนประเมิน ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม

3.1.5 แบบสรุปกะแนนประเมิน ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

3.1.6 แบบสรุปกะแนนประเมิน ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

3.1.7 แบบสรุปกะแนนประเมิน ส่วนที่ 6 ด้านระบบหอปฏิบัติการณ์ด้านกายภาพและสาธารณสุข

3.1.8 แบบสรุปกะแนนประเมิน ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คปส.)

3.1.9 แบบสรุปกะแนนประเมิน ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3.2 กรรมการผู้ตรวจประเมิน สรุปผลการตรวจประเมิน ทั้งในประเด็นข้อชี้แจง และโอกาสพัฒนา ข้อเสนอแนะ เสนอต่อประธานคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พิจารณาลงนามรับรองผลการตรวจประเมิน

3.3 แจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ผู้อำนวยการสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และให้แจ้งผลการตรวจประเมินไปหน่วยงานต้นสังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งนี้ ภายในสิบห้าวัน หลังจากวันตรวจประเมิน

ภาคผนวก

รายละเอียดสำหรับผู้ตรวจประเมิน

วัตถุประสงค์ :

เพื่อประเมินหน่วยบริการขั้นต้น ทั้งภาครัฐ เขตสุขภาพ 1-12 รวมถึงเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร และหน่วยบริการปฐมภูมิเอกชน (คลินิก)

สำหรับการประเมินการขึ้นทะเบียน :

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่มีหลายหน่วยบริการ ให้ส่งตรวจประเมินเพียงหน่วยบริการเดียวที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่ายพร้อมให้หน่วยบริการภายในทีมเข้ามาร่วมด้วยและประเมินทรัพยากรร่วมในการตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับรายละเอียด

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (เกณฑ์ 8 ส่วน)

- เกณฑ์ ส่วนที่ 1 - 4 ต้องผ่านทุกข้อ
- เกณฑ์ ส่วนที่ 5 - 8 ต้องผ่าน 80 เปอร์เซนต์ (รายส่วน)

คำอธิบายรายส่วน

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริการจัดการ

- ต้องการให้หน่วยบริการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยบริการ ให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2564 – 2575

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพ

ประเด็น 2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

- สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไป จะได้รับการละเว้นการประเมินคะแนนด้านทรัพยากรบุคคลให้เพียงพอตาม พรบ. 2562
- สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน ตาม พรบ. 2562 เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU&NPCU) จะต้องประเมินผ่านทรัพยากรบุคคลตามที่แจ้ง

ประเด็น 2.2 ศักยภาพในการให้บริการปฐมภูมิ

- ให้มีทะเบียนประชากร ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการ 8000 +/- 12000 อาจมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยดำเนินการ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ



รายละเอียดสำหรับผู้ตรวจประเมิน

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ด้านที่ 1 การจัดการบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่

- หน่วยบริการต้องทบทวนปัญหาการจัดการบริการที่พบบ่อย เช่น โรคทั่วไป โรคระบาด หรือ ปัญหาที่พบในพื้นที่ และมีการวางแผนแก้ไขปัญหาลงอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ด้านที่ 2 ด้านการจัดการบริการต่างๆ

- บางหัวข้อที่มีแบบประเมินประเด็นเฉพาะ ให้อ้างอิงจากเอกสารแนบท้ายของหัวข้อ

- การจัดการบริการ ในลักษณะการประสานการส่งต่อ ให้ประเมินเต็ม 5 คะแนน และหมายเหตุหน่วยบริการที่ส่งต่อให้ดูที่บันทึกเอกสารการส่งต่อ ว่ามีการส่งต่อไปยังหน่วยงานไหน เช่น การส่งต่อทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด

ด้านที่ 5 การจัดการบริการในชุมชน

- ข้อ 5.2 หากหน่วยบริการมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและสอบสวนโรคที่แยกหน่วยบริการจัดการ เช่น ภาคเอกชน หรือสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องสามารถอธิบายระบบการจัดการในพื้นที่ของตนเองได้

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- หน่วยบริการที่ไม่มีห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สามารถใช้ระบบการส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน (คลินิกเทคนิคการแพทย์) ให้ประเมินคะแนนตามเครื่องมือ/ตามเอกสารการส่งต่อ

ข้อ 6 การประกันคุณภาพการทดสอบ

- ถ้าหากไม่ทำ IQC และ EQC ด้วยตนเอง สามารถใช้เอกสารการรับรองจากหน่วยบริการแม่ข่ายโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน

1. การจัดหา IQC material ให้ รพช./รพท./รพศ./คปสอ. (นอกไม่มีให้จัดตั้งทีมตรวจสอบคุณภาพภายใน) ดำเนินการเพื่อให้ (หน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิกเอกชน) ทำ IQC และส่งรายงานผลให้นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแลเพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข

2. การทำ IQC ของการตรวจ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรมการสอบเทียบความเร็วรอบเครื่องปั่นและเวลาระดับเลือดและดินน้ำมันแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit

3. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดย รพช./รพท./รพศ./CUP/ (ควรมีการประสานหรือทำแผนให้ทีมภายนอกเข้ามาตรวจสอบคุณภาพ) เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ผล อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดการบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ



**แนวทางการปฏิบัติงาน (Guidelines)
ด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
และสารานุกรมสุขของหน่วยบริการ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)**



หมายเหตุ : ตาม QR Code ดังภาพนี้

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือมาตรฐานหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2568 - 2570

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
1.	ผศ.ดร.ภญ. รุ่งทิวา หมั่นปา	ข้าราชการบำนาญ	
2.	นายแพทย์สิริชัย นามทรศนี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป)	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3.	แพทย์หญิงณภัทร สิทธิศักดิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	โรงพยาบาลเซกา
4.	แพทย์หญิงชรัษฐพร จิตรพีระ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบสอบสวนทางระบาดวิทยาและเครือข่าย กรมควบคุมโรค
5.	นายแพทย์ภัทรนนท์ บุญยอุดมศาสตร์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลวังจันทร์
6.	นายแพทย์กฤตภิชช์ ไม้ทองงาม	นายแพทย์ชำนาญการ	กลุ่มสารสนเทศทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
7.	นางกาญจนาวรร วัญญ์ศิริกุล	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กองบริหารการสาธารณสุข
8.	นายวิทยา เเงะตะคุ	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
9.	นายวิวรรธน์ วงศ์ตาชี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลวังยาง
10.	นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
11.	นายสีใส ยี่สุนแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการบริหาร กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
12.	นางวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ	โรงพยาบาลอุดรธานี
13.	นางจิรายุ ผาผ่อง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกุมภวาปี
14.	นายพัฒนากร อุดมภัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
15.	นายศรีสกุล สังกำปัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำทะเมนชัย
16.	นางเนาวรัตน์ สัจจากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
17.	นางสาวฐานิตา พลชม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม
18.	นายเคลื่อน คงสม	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
19.	นางสาวจิราภรณ์ ผิวคำ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
20.	นางสาวปิ่นณัฐิตา เอนันรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
21.	นางสาวจิตราภรณ์ ดุสฎีพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
22.	นางณัฐรดา พิเศษศรี	นักวิชาการสาธารณสุข	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ



กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

88/20 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
เบอร์โทรศัพท์ : 02-590-1933 โทรสาร : 02-590-1938