



คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566



สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

ที่ปรึกษา : นายแพทย์กิตติพันธ์ อนรรฆมณี
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร
นายแพทย์สฤกษ์เดช เจริญไชย

ISBN :

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

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2565
จำนวน 9,800 เล่ม
พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
ในพระบรมราชูปถัมภ์

คำนำ

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service)

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

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

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กันยายน 2565

| สารบัญ |

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

แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผล ให้องค์บริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ นำไปพัฒนาการให้บริการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังที่กล่าวเบื้องต้น เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงานในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ที่ระบุไว้เป็นสายลักษณะอักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และคุณภาพ มาตรฐานในที่สุด

นิยามศัพท์

1

**ระบบสุขภาพ
ปฐมภูมิ**
หมายความว่า

กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วม ระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

2

**บริการสุขภาพ
ปฐมภูมิ**
หมายความว่า

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

3

หน่วยบริการ
หมายความว่า

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

(2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถาน พยาบาล

(3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

(4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการ ประกาศกำหนด

หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

4

**หน่วยบริการ
ปฐมภูมิ**
หมายความว่า

หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกัน
และขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการ
สุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

5

**เครือข่ายหน่วย
บริการปฐมภูมิ**
หมายความว่า

- **หน่วยบริการ** เป็นสถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีสิทธิรับบริการ
สาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

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

6

**หน่วยบริการ และ
หน่วยบริการปฐมภูมิ
และเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิ**
ต่างกันอย่างไร

7

มาตรการควบคุม คุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ หมายความว่า

แนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการ
ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

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

แบบสรุปคะแนนตรวจประเมิน

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

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

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

การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

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

แบบสรุปคะแนนประเมิน

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ (คะแนนเต็ม 6 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ (คะแนนเต็ม 8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)

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

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

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

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

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

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)

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

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

แบบสรุปคะแนนประเมิน

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

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม	62		ประเมินตามเกณฑ์เภสัชกรรม
2. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	17		ประเมินตามเกณฑ์ คปส.
รวมคะแนน	79		

แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (คะแนนเต็ม 65 คะแนน)

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

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

หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อยเจ็ดคน แต่ไม่เกินสิบคน มีผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นประธาน และให้ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน	1		- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - บันทึกการประชุมคณะกรรมการ	
	1.2 มีแผนปฏิบัติการ ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 – 2575) โดยต้องกำหนด วัตถุประสงค์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีที่ทำให้บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแผนและนำไปสู่การปฏิบัติ	1		- แผนปฏิบัติการ - สุ่มสอบถามบุคลากร	

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

หมายเหตุ : หน่วยงาน จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ดังนี้	2.1.1 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน หรือแพทย์อื่น ซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว	1			- กรณีบุคลากรไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ต้องมีแผนพัฒนาบุคลากรที่ระบุเป้าหมายระยะเวลาการพัฒนาบุคลากรให้เป็นไปตามข้อกำหนด
	2.1.2 มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 คนขึ้นไป	1			
	2.1.3 มีผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 2 คนขึ้นไป	1			
2.2 มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ นุ่งหมายดูแลสุขภาพของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตั้งแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน ภายใต้ขอบเขตการให้บริการ ดังนี้	2.2.1 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรคในระดับชุมชน	1		- การสอบถาม - รูปภาพ - แผนที่ - เวชระเบียน - การจัดสถานที่ในการให้บริการ	
	2.2.2 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	1			
	2.2.3 มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคดูแลสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ หรือคำแนะนำในการปฏิบัติตน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้สามารถจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัวได้	1			

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	2.2.4 มีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	1			
	2.2.5 จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะปรับประคอง และระยะกายพองชีวิต ตามกลุ่มวัย ตั้งแต่ การตั้งครรภ์ การก วยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต	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 สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ามารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น	1			
	3.3 สถานที่บริการสะอาด มีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอย การจัดบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ	1			
	3.4 สถานที่มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอ	1			
	3.5 มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายในสถานที่ทำงานดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส.	1		- เอกสาร รูปภาพ การดำเนินการ	

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
4. ด้านระบบสารสนเทศ	4.1 มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ อย่างถูกต้องและครบถ้วน	1		- คู่มือ/ระเบียบปฏิบัติ	
	4.2 ให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผลการวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค แผนการรักษาโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัว	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ	
	4.3 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ - ป้ายชื่อ/ป้ายหน้าห้องตรวจ	
	4.4 มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	1			
	4.5 มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ	1		- แนวทางปฏิบัติ	
	4.6 มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ ของผู้รับบริการ	1		- แนวทางปฏิบัติ - มีผู้จัดเก็บเวชระเบียนและระบุ การเข้าถึง	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.7 กรณีที่มีการส่งต่อผู้รับบริการ มีระบบข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้รับบริการและรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพนั้นไว้ในระบบข้อมูลด้านสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการด้วย	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน	
	4.8 มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการรู้โรคหรือมีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพโดยผู้อื่นที่ไม่มีสิทธิเข้าถึง	1		- แนวทางปฏิบัติ	
	4.9 มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบในเวชระเบียนหรือในระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการสำรองข้อมูล	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน	

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและมีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับ บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
1. การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญในพื้นที่ (OTOP)									
ระดับ S : OTOP เรือง..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่)						5		เอกสาร ที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	การจัดบริการตามสภาพ ปัญหาสำคัญพื้นที่ หมายถึง การจัดบริการ ที่สอดคล้องกับประเด็น OTOP

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี OPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ OPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บันทึกสถานบริการ			ตามรอย การให้บริการ ตามประเด็น OTOP	
ระดับ M : OTOP เรื่อง..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)									
ระดับ L : OTOP เรื่อง..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ระยะเวลา ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้า ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำเครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนกับวัน สมุดรูดตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กระดาษ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น Line, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				
2. การจัดบริการในสถานบริการ									
2.1 OPD						5			
ระดับ S : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)								เอกสาร ที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรายการให้ บริการในสถาน บริการตาม แผนต่างๆ เช่น OPD, ER ฯลฯ	การให้บริการในสถานบริการ หมายถึงการจัดบริการภายใน หน่วยบริการที่จัดไว้สำหรับ ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับบริการ CPG OPD ประกอบด้วย โรคที่เป็นปัญหาสำคัญพอ CUP อย่างน้อย 5 โรค
ระดับ M : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)									
ระดับ L : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การให้บริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-					
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บันทึกสถานบริการ				
2.2 ER						5			
ระดับ S : - การวินิจฉัย รักษาและกำจัดการเบื้องต้น ได้แก่ อดยา ยาแผน รวบรวม แนวทางวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการ ยาตามเกณฑ์การให้ยาประเมินหน่วยบริการ ปัจจุบัน)									ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน มีดังนี้ 1. Adrenaline injection 1:1000 2. Steroid injection เช่น Dexa injection หรือ Hydrocortisone injection 3. Chlorpheniramine injection 4. 50% Glucose injection 5. ยาอบไตเพื่อถ่ายยาหลอด เลือดหัวใจ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
ระดับ M : - การวินิจฉัย รักษาและกำหนดยาต้าน ได้แก่ วัคซีน ยาต้าน เกล็ดเลือด แนวทางการวินิจฉัยการรักษานี้เบื้องต้น และ การส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการ ยาตามเกณฑ์การรับทะเบียนหน่วยบริการ ปัจจุบัน)	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอนเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครอบคลุม สนับสนุนตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				CPG ER ประกอบด้วย Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, ระเบียบ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น Line, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ					

เกณฑ์	รายการตรวจสอบประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น รับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล ที่ใช้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับบริการ บริการ (การบำรุงรักษา สอบถาม) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ใช้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : - การวินิจฉัยรักษาและกำหนดยาต้าน ได้แก่ วิตา ยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมี แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อหรือการจัดระบบส่งต่อแบบ เครือข่าย : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพระดับ ALS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการ ยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปฐมภูมิ									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก ซึ่งรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา สอนเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก่อน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, กระบวนการส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตามบริษัทสถานบริการ	5			CPG ANC ประกอบด้วย - การฝากครรภ์ปกติ - การฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการส่งต่อ
2.3 ANC									
ระดับ S : - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและส่งต่อตามระบบหรือตามบริษัทของงานจัดบริการแบบเครือข่าย									
ระดับ M : - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและส่งต่อตามระบบหรือตามบริษัทของงานจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้อุปกรณ์ ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สม่ำเสมอ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้อุปกรณ์ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, เวชระเบียน ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บันทึกสถานบริการ				
ระดับ L : - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ส่งต่อ ตามระบบและรับส่งต่อจาก SW.สศ. ระดับ S, M หรือตามระบบของการจัดการบริการ แบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก ซึ่งรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น Line,โทรศัพท์	ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ				
2.4 WCC						5			
ระดับ S : - ให้วัดขึ้นตามเกณฑ์ - ตรงงสู่ภาพตามเกณฑ์ - ตรงงประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย									CPG WCC ประกอบด้วย - การตรวจประเมินพัฒนาการ ตามวัย - การส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า
ระดับ M : - ให้วัดขึ้นตามเกณฑ์ - ตรงงสู่ภาพตามเกณฑ์ - ตรงงประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจสอบประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สม่ำเสมอ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : - ให้อัตราตามเกณฑ์ - ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงล่าช้า หรือกระตุ้น พัฒนาการได้ หากมีพยาบาลที่ผ่าน การอบรม หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดและจัดส่งต่อจาก sw.สต. ระดับ S, M หรือตามบริบทของการ จัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สม่ำเสมอ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บันทึกสถานบริการ				
2.5 NCD (DM, HT, Stroke, CKD)						5			
ระดับ S : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่ - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหรือ ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									CPG NCD ประกอบด้วย การดูแลและการส่งต่อในกลุ่ม ผู้ป่วย DM, HT, Stroke, CKD
ระดับ M : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่ - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหรือ ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การให้บริการ เชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอบถาม) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริษัทสถานบริการ				
ระดับ L : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - ปักจรรยา DPAC ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการจัดการรายกรณีโดย Case manager และ สหสาขาวิชาชีพ และรับส่งต่อจาก sw.สส. ระดับ S, M หรือตามระบบการให้บริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ปะบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
2.6 งานบริการให้การคำปรึกษาต้นสุภาพ									
ระดับ S : ให้การปรึกษาต้นสุภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผน ครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/OSOCหรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกวิชาชีพใน sw.สต.									
			***ให้คะแนน โดยอัตรา 1 คะแนน			5			

เกณฑ์	รายการตรวจสอบประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้อุปกรณ์ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				
ระดับ M : ให้การบริการด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผน ครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์/ไพบร้อม/OSCC หรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกวิชาชีพใน sw.สต.			***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						

เกณฑ์	รายการตรวจสอบประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
ระดับ L : 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)					
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอนถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, กระบวนการส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น Line, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				
ระดับ S : 1. ให้การปรึกษาทางด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผน ครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/OSOC หรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกระดับใน รพ.สต.	***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน					5			
3. การจัดบริการกับประชากรสูงวัย/กับดาวน์									
ระดับ S : - การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาผู้ด้อยทุน อุดหนุน กองพัน หรือ ตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. ระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้อุปกรณ์ ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สม่ำเสมอ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้อุปกรณ์ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
ระดับ M : - การส่งเสริมทัศนสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาผู้ดัดฟัน ทันตแพทย์ กอนฟัน หรือ ตามรับบริการการจัดบริการแบบเครือข่าย	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เป็น แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ					
ระดับ L : - การส่งเสริมทัศนสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาผู้ดัดฟัน ทันตแพทย์ กอนฟัน - จัดระบบบริการในรพ.สต. ระดับ S, M ที่เป็น เครือข่าย และรับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M หรือตามบริบทของการจัดการบริการ แบบเครือข่าย	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เป็น แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ					

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก ซึ่งรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก่อน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บันทึกสถานบริการ				
4. การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด									
4.1 การจัดบริการแพทย์แผนไทย						5			
ระดับ 5 :									
1. จ่ายยา 10 รายการตามเกณฑ์โรงพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนโบราณ (รพ.สส.พ.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการรักษา 2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ผู้สำเร็จการศึกษาหรือ ผู้ประกอบวิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัด บริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจสอบที่เป็น					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การให้บริการ เชิงรุก เช่น	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
ระดับ M :	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	1. เป็นจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้อง	2. เป็นจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้อง	3. เป็นจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	4. เป็นจาก เอกสารการ ส่งต่อ, กะเบียน ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	5. เป็นตาม บันทึกสถานบริการ				
ระดับ M : 1. จ่ายยา 10 รายการตามเกณฑ์โรงพยาบาล ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน (สว.สส.วท.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 2. บริการคนไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ ผู้สั่งการรักษารหรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามระบบกวดงการจัด บริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
3. บริการฉุกเฉินคนไทย โดยผู้ประกอบ วิชาชีพฉุกเฉินกรรไทย/เขตไทย/เขตกรม ไทย/แพทยแผนไทย 4. บริการฉุกเฉินคนไทย โดยผู้ประกอบ วิชาชีพฉุกเฉินกรรไทย/เขตกรรไทย/แพทย แผนไทย 5. บริการฉุกเฉินไทยโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เขตกรรไทย/แพทยแผนไทยหรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่ายและรับส่งต่อ จาก รพ.สต. ระดับ S, M	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนถ้วน สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กะเบียน ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์,โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอนเทียบ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บันทึกสถานบริการ				
4.2 การจัดบริการกายภาพบำบัด									
ระดับ S : มีศักยภาพภาพออกาปฏิบัติงานตามบริบท เขตพื้นที่						5			
ระดับ M : มีศักยภาพภาพออกาปฏิบัติงานตามบริบท เขตพื้นที่									
ระดับ L : จัดให้มีการกายภาพบำบัดตามบริบท เขตพื้นที่ หรือ รับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เข้มรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สอบถาม) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				
5. การจัดบริการในชุมชน									
5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุเต็ม 3, 4 ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เด็กพัฒนาการล่าช้า Palliative care) อ้างอิงตามเกณฑ์คะแนน									
ระดับ R : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/ care giver/อสม. ตามรับภาพพื้นที่ ระดับ M : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/ care giver/อสม. ตามรับภาพพื้นที่							5	ประเมินจาก เอกสารที่ เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรอย กระบวนการให้ บริการแก่ ผู้ป่วยผู้รับ บริการในชุมชน	การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ ให้ บริการ กับผู้ป่วย ผู้รับบริการและชุมชน โดยออกไปให้บริการในชุมชน

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
ระดับ L : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/ care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้อุปกรณ์ ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สม่ำเสมอ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนก้น สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ สังเกต	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กระบวนการ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์,โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานบริการ				
5.2 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรค (SRRT)						5			
ระดับ S : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			***เครื่องมือสนับสนุน จาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เช่นรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทาง การสื่อสาร การจัด บริการระบบ ให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติ งาน ตารางการให้ บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแพทย์ (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากร มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือ ที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการ บริการ (การบำรุงรักษา สม่ำเสมอ) 3.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูล ที่ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือ Electronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder คนทั่ว สมบูรณ์ตาม มาตรฐาน (เอกสาร หรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก	ประเมินจาก เอกสาร ส่งต่อ, กระเปาะ ส่งต่อ, การ สื่อสารระบบอื่นๆ เช่นไลน์,โทรศัพท์	ประเมินตาม บริบทสถานการณ์				
ระดับ M : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และ สอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			***เครื่องมือสนับสนุน จาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						
ระดับ L : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และ สอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			***เครื่องมือสนับสนุน จาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						
คะแนนรวม						60			

หมายเหตุ : ไม่มีการดำเนินการทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0 คะแนน,
มีการดำเนินการครบทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ = 1 คะแนน

มีการดำเนินการแต่ไม่ครบทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0.5 คะแนน,

แบบประเมิน

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

ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน (แบบเอกสาร หรือ แบบ Electronic file) ที่ให้บริการ

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

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

แบบประเมิน

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

ประเด็น : การบันทึกและใช้ประโยชน์ Family folder

(แบบเอกสารหรือแบบ Electronic file : ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน)

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

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน

- ไม่มีครบทุกข้อ = 0 คะแนน

แบบประเมิน

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

ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1 การบริการแพทย์แผนไทย

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

หมายเหตุ : 1. การประเมิน OPD และแพทย์แผนไทย (ใช้เครื่องมือชุดตรวจร่วมกันได้)

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

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

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

- NCD มีข้อ 1 – 10 = มี = 1 คะแนน

- NCD หากข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 10 = ไม่มี = 0 คะแนน

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

แบบประเมิน

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

ประเด็น : 2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา สอบเทียบ)

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

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

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ทันตกรรม “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2562 (สสช.)

แบบประเมิน

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

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

หมายเหตุ : - มีครบทุกข้อ = มี = 1 คะแนน

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี = 0 คะแนน

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

แบบประเมิน

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

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

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

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

แบบประเมิน

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

ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้บริการตามมาตรฐานที่จัดบริการตามบริบทของพื้นที่		

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

แบบประเมิน

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

ข้อ 3. การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

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

***กรณีที่ *สว.สต.* แห่งใดที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการทันตกรรม ให้ใช้ข้อมูลการประเมินของ *สว.สต.* ในเครือข่ายที่ให้บริการร่วมกัน

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

แบบประเมิน

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

ข้อ 5. การจัดบริการในชุมชน

ประเด็น : 5.1 COC : LTC

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

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

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

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

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
1. บุคลากร ★							
1	1.1 มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและรองต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นผู้จับ	ไม่มีคำสั่งมอบหมาย	มีคำสั่งมอบหมาย ผู้ปฏิบัติหลัก และรอง	มีคำสั่งมอบหมาย ผู้ปฏิบัติหลัก และรอง	มีคำสั่งมอบหมาย ผู้ปฏิบัติหลักและรอง แต่ไม่ครบทุกคน ที่ปฏิบัติงานจริง	มีคำสั่งมอบหมาย ผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์ จริยครบทุกคน	คำสั่งแต่งตั้ง
2	1.2 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ มีบันทึกประวัติการอบรม ผู้หน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรมจาก sw. พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน sw.สต. ที่ผ่านการฝึกอบรมได้โดยมีหลักฐานการฝึกอบรมเป็นประกาศ/เอกสารบันทึก การสอนพนักงาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนพนักงานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน sw.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยมีเทคนิคการแพทย์ของ sw. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยได้รับการอบรมครอบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ (ดูหลักฐานการอบรมในรอบ 1 ปีย้อนหลัง นับจากวันประเมิน)	ไม่มีใบประกาศ หรือบันทึก การอบรม	ไม่มีใบประกาศ หรือบันทึก การอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลัก มีเฉพาะบันทึก การอบรม ผู้ปฏิบัติงานหลัก	มีใบประกาศ หรือ บันทึกการอบรม ของผู้ปฏิบัติหลัก รวบรวมของผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% ของจำนวน ผู้ปฏิบัติงาน ในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	มีใบประกาศ หรือ บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักและรอง ผู้ปฏิบัติงานจริง มากกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	มีใบประกาศ/ บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติทุกคน การอบรม/สอน	หลักฐานการ อบรม/สอน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
3	1.3 มีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ หรือ เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ของโรงพยาบาลสตัญญูมิตติ มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับค่าปรึกษาจากพี่เลี้ยง สามารถถอดถอดข้อความการรับค่าปรึกษาจากโทรศัพท์/line/face book ได้	ไม่มี	มีคำสั่งแต่งตั้ง แต่ไม่มีบันทึกการขอรับค่าปรึกษา หรือมีบันทึกการขอรับค่าปรึกษา แต่ไม่ได้ทำคำสั่ง	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับค่าปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อ รับทราบค่าปรึกษา	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับค่าปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อ รับทราบค่าปรึกษา ไม่ครบทุกคน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับค่าปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อ รับทราบค่าปรึกษาครบทุกคน	คำสั่งแต่งตั้ง, บันทึกการขอรับค่าปรึกษา
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน							
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการออกจากพื้นที่ทำงานอื่น พื้นที่ตรงงบัสสวาระ คอระเป็นสัดส่วน ไม่ตรงงที่หน้าห้องน้ำ	ไม่ได้จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน Lab	ใช้พื้นที่ตรงงบัสสวาระหรือร่วมทำงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน	ใช้พื้นที่เดียวกับงานอื่นแต่สลับเวลาใช้งาน หรือจัดพื้นที่/โต๊ะโต๊ะเฉพาะในวันที่ให้บริการ	แยกเป็นสัดส่วน มีใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นบางส่วนเล็กน้อย	แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน สะอาด ไร้ร้อน ไร้ชื้น ไร้ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น	สังเกต, สอบถาม
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรงงบัสสวาระอย่างเหมาะสม พื้นที่วางเครื่องมือ Hematocrit เหมาะสม แข็งแรงมั่นคง	ไม่ได้จัดพื้นที่วางเครื่องมือ	มั่นคงหรือไม่มั่นคง แต่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น เมื่อจะใช้งานก็จะยกเครื่องมือนั่นมาวาง	มีพื้นที่วาง แต่ไม่มั่นคง	พื้นที่วางมั่นคง แต่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้น หรือ แดดส่อง หรือเข้าไปใช้งานได้ยาก	จัดวางในพื้นที่มั่นคง เพียงพอพร้อมใช้งาน สิ่งแวดล้อมเหมาะสม	สังเกต, สอบถาม, ส่องพยับ

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ★							
	3.1 วัสดุ น้ำยา						
6	3.1.1 มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบในอุณหภูมิที่ถูกต้องตามเอกสารกำกับน้ำยา	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมทุกชิ้น	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 25% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 50% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 75% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสมทุกชิ้น	ตรวจเอกสาร, สัมภาษณ์, สอบถาม
7	3.1.2 มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุของน้ำยา, วัสดุวิทยาศาสตร์และตรวจสอบทุกครั้งที่มีการเปิดใช้น้ำยากลับใหม่หรือวงใดใหม่ ก่อนทำการทดสอบและมีบันทึกในแบบบันทึกการตรวจวิเคราะห์ (Work sheet) - แถบตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, Tube Hematocrit แถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip) มีการระบุวันเปิดใช้ วันหมดอายุบนขวดตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน - แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) หลอดเก็บเลือด มีการระบุวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน	มีหมดอายุ	ไม่ระบุ แต่ไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุไม่ทุกชิ้น หรือไม่ถูกต้อง และไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุทุกชิ้น แต่ไม่ถูกต้อง และไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุถูกต้องทุกชิ้น และไม่หมดอายุ	ตรวจเอกสาร, สัมภาษณ์, สอบถาม
	3.2 เครื่องมือทดสอบ						
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อเครื่องมือหมายเลขเครื่องหรือหมายเลขครุภัณฑ์ วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคาผู้รับผิดชอบดูแลรักษา	ไม่มีทะเบียนเครื่องมือ	มีทะเบียน แต่ข้อมูลไม่ครบ ตามข้อกำหนดทุกเครื่อง	มีทะเบียนและเครื่องมือ 50% มีข้อมูลครบ ตามข้อกำหนด	มีทะเบียนและเครื่องมือ 75% มีข้อมูลครบ ตามข้อกำหนด	มีทะเบียนเครื่องมือที่ข้อมูลครบ ตามข้อกำหนดทุกเครื่อง และเป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการหรือใช้แผนสอบเทียบระบบระดับอำเภอ	1. ไม่มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ ไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุรายการละเอียดใดๆ ในแผน 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุจุดที่ต้องสอบเทียบ หรือ สอบเทียบ ไม่ตรงตามการใช้งานจริง 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 75\%$ ของประเภทเครื่องมือที่อยู่	1. มีแผนสอบเทียบและระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง แต่ไม่ระบุจุดที่ต้องทำการสอบเทียบ หรือ สอบเทียบ ไม่ตรงตามการใช้งานจริง 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ $\geq 75\%$ ของประเภทเครื่องมือที่อยู่	1. มีแผนสอบเทียบจุดที่ต้องการสอบเทียบตรงกับ การใช้งานจริง พร้อมระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง 2. มีแผนบำรุงรักษาครบทุกประเภทเครื่องมือ	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
10	3.2.3 มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือเป็น Hematocrit ที่เป็นปัจจุบันมีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือ สำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบโดยสอบเทียบความเร่งรอบ และตัวตั้งเวลาของเครื่องมือ ก้าวอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ถ้าไม่มีการสอบเทียบตัวตั้งเวลาเมื่อใช้งานจริงต้องนำนาฬิกาภายนอกชนิดมีสัญญาณเตือนที่ผ่านการสอบเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ มีระบบสำรองพลังงานสำรอง (carbon brush) หรือ พิวส์หรือมีระบบสำรองเครื่องมือที่พร้อมให้บริการในพื้นที่	1. ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบแต่ผลการสอบเทียบไม่ผ่าน และไม่มีการแก้ไข และไม่มีการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ไม่ตรงตามที่กำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่เป็นปัจจุบัน 3. มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ ความถี่ตรงตามที่กำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบัน และสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ ความถี่ตรงตามที่กำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบัน และสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
11	3.2.4 มีบันทึกการสอบเทียบแบบพักไว้เวลาชนิดนี้สัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบันที่บ่งชี้ระยะเฝ้าตรวจจากการสอบเทียบ หรือ สำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ โดยสอบเทียบทุก 6 เดือน ตรงตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำการสอบเทียบเองได้โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองจากองค์กรอื่น มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน การสอบเทียบในแต่ละจุดใช้เวลาต้องจับเวลาอย่างน้อย จุดละ 3 ครั้ง เมื่อสอบเทียบแล้วจัดให้มีฉลากติด	ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ	มีบันทึกการสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับ การใช้งานจริง ความที่ไปตรงตามกำหนด และ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับ การใช้งานจริง ความที่ไปตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบ ตรงกับ การใช้งานจริง ความที่ตรงตามกำหนด ครบทุกเครื่อง	มีบันทึกการสอบเทียบ ตรงกับ การใช้งานจริง ความที่ตรงตามกำหนด ครบทุกเครื่อง	ตรงจากเอกสาร, สอบถาม
12	3.2.5 มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตและมีใบทดสอบรับรองพร้อมใช้งาน	ไม่มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อ	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อ	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อ	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อ	มีผลการบำรุงรักษา เครื่องมือและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อและ ไม่ปฏิบัติตามเครื่องมื่อ	ตรงจากเอกสาร, สอบถาม
13	3.2.6 อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อมใช้ - Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) - ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันชนิดธรรมดาได้ ไม่ใช่สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู มีผิวหน้าเรียบ ให้สารยึดเกาะใช้งานจริงและดูว่ามีส่วนบนใน Tube Hematocrit ไม่ลดระดับ - มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัด ไม่จำเป็น ต้องเป็นโลหะ	ไม่มี หรือ มีแต่ใช้งานไม่ได้ หลงปั่นอ่านพบ น้ำส่วนบน ลดระดับ	มีแผ่นสเกลมีได้ ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน แต่ใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	มีแผ่นสเกลมีได้ ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน แต่ใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	มีแผ่นสเกลมีได้ ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน แต่ใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	มีแผ่นสเกลมีได้ ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน แต่ใช้สีแดง หรือ สีส้ม หรือ สีชมพู	สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
14	3.2.7 มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet)	ไม่มี หรือ ใช้เข็มฉีดยามาเจาะปลายนิ้ว	-	-	-	มีเป็น lancet หรือ เข็มเจาะปลายนิ้วโดยเฉพาะ	สังเกต, สอบถาม
15	3.2.8 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว) • ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกแบบไม่มีฝา ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไขและต้องตรงกับที่	ไม่มี	มี แต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง	มี และแห้งสะอาด แต่ใช้ซ้ำ	มี และแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว	มี และแห้งสะอาด มีฝาปิด และใช้ครั้งเดียว	สังเกต, สอบถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ							
16	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิด ปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และกรณีไม่ได้ตรงกันก็ต้องมีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง • ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกรุงเทพมหานครการแพทย์ได้	ไม่มี	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง ไม่บอกสารอ้างอิง	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง มีเอกสารอ้างอิง แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือที่จัดทำโดยกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกรุงเทพมหานครการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
17	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (ถ้ามี) อายุ เพศ รายการตรวจผู้เก็บตัวอย่าง ผู้ส่งตรวจและหน่วยงานที่ส่งตรวจกรณีตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ	ไม่มี	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย แต่ไม่มีรายการตรวจ และไม่ระบุ ผู้ส่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ แต่ไม่ระบุ ผู้ส่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ และผู้ส่งตรวจ	มีครบตามกำหนด หรือมีส่งตรวจใน Family folde	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
18	4.3 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงานที่ส่งตรวจ • กรณีส่งตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุล สามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้	กรณีส่งต่อ sw. ไม่มี หรือ ไม่เขียน ชื่อ-สกุล หน่วยงานที่ส่ง	กรณีตรวจเอง One Stop Service ไม่เขียน ชื่อ-สกุล	มี แต่รายละเอียด ไม่ครบ	มี แต่รายละเอียด ไม่ครบ แต่สามารถทวนสอบได้	มีรายละเอียดครบ ตามกำหนด	สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
5. ขั้นตอนการทดสอบ ★							
19	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ • คู่มือการตรวจวิเคราะห์หาคู่มือการเก็บส่งส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว sw. แม้ว่าจะ สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์และต้อง มีเอกสารกำกับป้ายที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ	ไม่มี	มี แต่ไม่ครบ ทุกรายการทดสอบ และ/หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือทุกรายการ ที่เปิดให้บริการ แต่มี 2 รายการ ไม่ตรงกับเอกสาร กำกับป้ายยา	มีคู่มือทุกรายการ ที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบัน แต่มี 1 รายการ ไม่ตรงกับเอกสาร กำกับป้ายยา	มีคู่มือทุกรายการ ที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบันตรง กับเอกสาร กำกับป้ายยา	ตรงเอกสารสำหรับ สอบถาม
20	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนการรับตัวอย่างครบถ้วน • สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้สาธิตหรือบรรยาย ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์หาคู่มือการทดสอบ	ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง ทุกรายการ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 3 รายการ ทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 2 รายการ ทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 1 รายการ ทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ถูกต้องตามคู่มือ ทุกรายการ ทดสอบ	ให้ปฏิบัติหรือ บรรยายขั้นตอน, สังเกต, สอบถาม สังเกต, สอบถาม
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ★							
21	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง • คัดทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงาน ประจำวันจากผู้ป่วย โดยไม่ต้องแยกแบบฟอร์ม (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว) • การทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์ค่าการ ส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC	ไม่มีการทำ IQC ทุกรายการ	ทำ 1 รายการ และค่าที่ไม่ได้ ตามที่กำหนด	ทำ 2 รายการ และค่าที่ไม่ได้ ตามที่กำหนด	ทำ 3 รายการ ค่าที่ เดือนละ 1 ครั้ง หรือครบทุกการ ทดสอบ แต่ค่าที่ ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ IQC ทุกการ ทดสอบค่าที่ เดือนละ 1 ครั้ง	ตรงเอกสารสำหรับ สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
22	6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบกับผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-lab) - มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึก ทบทวนผลการเปรียบเทียบ - กรณีที่ทำไม่ครบ 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ	ไม่มีการทำ EQA หรือ Inter-Lab	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 2 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 2 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี หรือทำ 2, 3 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab 3 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี หรือ ทำครบทุก รายการทดสอบ แต่ทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ทุกการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
23	6.3 กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกนอกเกณฑ์ การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไข และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยปรึกษาร่วมกับพี่เลี้ยงและบันทึกไว้ เป็นหลักฐาน	ไม่มีการ ดำเนินการ	มีบันทึก การหาสาเหตุ ไม่ครบถ้วน และทำการแก้ไข ไม่ครบถ้วน	มีบันทึกการหา สาเหตุครบถ้วน แต่ทำการแก้ไข ไม่ครบ	มีบันทึก การหาสาเหตุและ ทำการแก้ไขครบถ้วน แต่ขาดมาตรการ ป้องกัน	มีบันทึก การหาสาเหตุ ดำเนินการแก้ไขและ กำหนดมาตรการ ป้องกัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
7. การรายงานผลการทดสอบ							
24	7.1 มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงาน ผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึก การรายงานค่าวิกฤติ มี worksheet การทดสอบปัสสาวะ โดยบันทึกการอ่าน ปฏิบัติวิธีทางแบบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip), แถบตรวจปัสสาวะหาค่าการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) กรณีทะเบียนบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ ทำในรูปแบบ Worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ทั้ง วันที่ตรวจ, lot number ของแถบตรวจ, วันหมดอายุ ชื่อผู้ทำการตรวจ และให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล กรณีไม่สามารถระบุชื่อ ผู้ตรวจได้ เช่น อสม. 2 คน ทำการตรวจ ต้องทวนสอบข้อมูล	ไม่มีหลักฐาน แสดง	1. มีทะเบียน ผลการทดสอบ 1 รายการ 2. มีหลักฐานการ ควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะ ปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาล ในเลือด	1. มีทะเบียน ผลการทดสอบ 2 รายการ 2. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะ ปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาล ในเลือด	1. มีทะเบียน ผลการทดสอบ ครบถ้วน ถูกต้อง 3 รายการ 2. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะ ปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาล ในเลือด	1. มีทะเบียน ผลการทดสอบ ครบถ้วน ถูกต้อง 4 รายการ 2. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะ ปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาล ในเลือด	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	อื่นๆ ได้ ให้นำหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ของ รพ.สต. ในการจะปลายบิวตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย						
25	7.2 กรณีส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม้ว่ายังมีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจ ในรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วย ผลการทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ วันที่เวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบรับรองผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐานเก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี	1. ไม่มีทะเบียนและไม่สามารถค้นหาจากระบบได้ 2. ไม่มีใบรายงานผล	1. ใบรายงาน มีข้อมูล ไม่ครบถ้วน 2. ไม่มีลายมือชื่อ และชื่อ-สกุล ผู้วิเคราะห์/ผู้ตรวจสอบผล	1. มีสำเนารายงานผล ปีปัจจุบัน 2. ใบรายงาน มีข้อมูลครบถ้วน	1. ไม่มีทะเบียน แต่สามารถค้นหาจากระบบได้ 2. ใบรายงาน มีข้อมูลครบถ้วน	1. มีทะเบียน การส่งต่อ และมีผลการตรวจ 2. ใบรายงาน มีข้อมูลครบถ้วน	ตรวจเอกสาร, สอนตาม
	รวม						
	คะแนนที่ได้ /คะแนนเต็ม						
	คิดเป็นร้อยละ						

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

1) ชื่อ – สกุล..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.....

2) ชื่อ – สกุล..... ผู้บันทึก/ตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.....

วันที่บันทึก/ตรวจประเมิน.....

คำชี้แจงเพิ่มเติม

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

ข้อเสนอแนะ (ผู้ประเมิน)

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการการศึกษาระบบและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

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

1. ด้านการจัดบริการการศึกษาระบบ (RDU)

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

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					2.5 ยามอดได้สิ้นเพื่อยายหลอดเลือดหัวใจ 3. คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 4. หลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้ใช้ยา	
	2.2 มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแพทย์ และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin	1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ 2. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin 3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพทย์โดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 4. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin โดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 5. มีแนวทางหรือการออกใบสั่งยาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร	1 1 1 1 1		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin ในคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกรณีแพทย์	
3.	คลังยาและเวชภัณฑ์					
	3.1 มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม	1. ประตุมัณญูพลีล 2 ชั้น 2. มีแนวทางการเปิด/ปิด คลังยาชัดเจน 3. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง 4. มีการแยกประเภทยา เวชย วัสดุ และวัสดุอื่นๆ จัดเจน	1 1 1 1		- ประตุมัณญูพลีล 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก - แนวทางการเปิด-ปิด คลังยาตามบริบทของ sw.สส.	มาตรฐาน คลังยา กำหนดไว้ เป้าหมาย คือความ ปลอดภัย ป้องกัน การสูญหาย

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.2 มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน	1. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น 2. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน 3. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °C และความชื้นไม่เกิน 70 %) 4. คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้	1 1 1 1		- ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูกแสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น - แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น กรณีที่บันทึกไม่ได้จัดให้มีคลังยา (มีการสำรองยาไม่เกิน 2 สัปดาห์) ให้ตามรอยคะแนน	ประเมินจากคลังยาที่เป็นจุดจ่ายยาให้กับ รพ.สต. นั้นๆ
	3.3 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง	1. สุ่ม stock card นับยา 10 รายการ ตรวจสอบรายการ 2. มีใบเบิกยาคงคลังยาโรงพยาบาล และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 3. ใบเบิกยาคงคลังยา รพ. สอดคล้องกับ stock card 4. มีใบเบิกยาคงคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 5. ใบเบิกยาคงคลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ stock card	1 1 1 1 1		- มี รบ.301 /stock card ครอบคลุม ยา เวชย วัสดุการแพทย์ และ วัสดุวิทยาศาสตร์ - สุ่ม รบ.301 /Stock Card และ ตรวจสอบยาในคลัง 10 รายการ - รบ.301 หรือ stock card รพ.สต. ข้อมูล จำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจากโรงพยาบาลที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต. - สุ่ม ใบเบิกยาคงคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและสอดคล้องกับ รบ.301 กรณีที่บันทึกไม่ได้จัดให้มีคลังยา (มีการสำรองยาไม่เกิน 2 สัปดาห์) ให้สุ่มตามรอยเอกสารการรับยาเอกสารการจ่ายยา เทียบยอดเหลือใน รพ.สต. ตามรับของ รพ.สต. นั้นๆ	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.4 การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ	1. ไม่มียาขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา	1		- สำเนา SU.301/Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการหรือจุดจ่ายยา	
	3.5 มีระบบการควบคุมคุณภาพ	1. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ 2. ระบุวันเปิด วันหมดอายุของยา multiple dose และ ยา pre-pack 3. มีการจัดเรียงยาแบบ first expired first use	1 1 1		- สำเนาฉันทดสอบอายุ และลักษณะภายนอกของยาและเวชภัณฑ์ที่บ่งชี้ยา (โดยสุ่มทั้งหมด 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ และ เวชภัณฑ์ที่บ่งชี้ยา 3 รายการ)	
	3.6 ผู้ยื่นเก็บยา ตามมาตรฐาน (แยกผู้ยื่นเก็บยาและผู้ยื่นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะผู้ยื่นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาตู้เย็นมีวาล์วน้ำสำหรับเติมเกลือ หรือปิดไฟเพื่อควบคุมอุณหภูมิ	1 1 1 1 1 1 1		- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	
	3.7 ผู้ยื่นเก็บวัคซีน ตามมาตรฐาน (แยกผู้ยื่นเก็บยาและผู้ยื่นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะผู้ยื่นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาตู้เย็นมีวาล์วน้ำสำหรับเติมเกลือ หรือปิดไฟเพื่อควบคุมอุณหภูมิ	1 1 1 1 1 1 1		- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
4.	การใช้อย่างปลอดภัยและมีความปลอดภัย					
	4.1 มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการเฝ้าระวังการเกิดข้อผิดพลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ	1. มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน 2. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน รวบรวมกับบริการ ชื้อผู้ป่วย วันจำหน่าย ชื้อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา 3. มีการบันทึกข้อผิดพลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) 4. มีแนวทางป้องกันความผิดพลาดเคลื่อนทางยาใน sw.สต.	1 1 1 1		- ซองยา, เวลาขาย - สาริตถการจ่ายยาให้ - บันทึกข้อผิดพลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) - มีแนวทางป้องกันความผิดพลาดเคลื่อนทางยา ใน sw.สต.	
	4.2 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย	1. เวลาขายเป็นไปตามมาตรฐาน 2. มีเวลาส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย ได้แก่ มีเวลาขายภาษาไทย และมีเวลาขายเสริม 3. มีเวลาช่วยในการใช้ยา 4. มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย	1 1 1 1		- เวลาขายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย - เวลาช่วยเช่นการใช้ยาหยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก - สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ OTOP	
	4.3 มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย	1. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 2. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน 3. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อจากอุบัติเหตุ 4. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจไม่เกินร้อยละ 20 5. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20 6. แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD 7. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร 8. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไปกับการใช้ยา NSAIDs 9. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ข้ำซ้อน	1 1 1 1 1 1 1 1 1		- สอบถาม สังเกตเอกสาร - แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อจากอุบัติเหตุ - แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD - ข้อมูลร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ - ท้องร่วงเฉียบพลันจากโปรแกรม HDC/ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.4 มีการติดตามการใช้ยาและผลต่อกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน	1. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการติดตามการใช้ยาและผลต่อกับสุขภาพโรคเรื้อรังของผู้ป่วย 2. มีการติดตามเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ และแนะนำการใช้ยาโรคเรื้อรังและผลต่อกับสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยเภสัชกร 3. มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน Family folder หรือวิธีการอื่นใด	1 1 1		- สอบถาม และดูการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านใน Family folder หรือวิธีการอื่นใด	
		คะแนนรวม	62			

2. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1.	งานคุ้มครองผู้บริโภค					
	1.1 การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ โดยกรมมีส่วนร่วมของเภสัชกร sw. แม่ข่าย ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1. มีคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ 2. มีแผนการปฏิบัติงานและแผนดำเนินการออกปฏิบัติงานจริง 3. มีการวางแผนขับเคลื่อนงานคปส. โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4. มีการติดตามประเมินผลและการคืนข้อมูลงาน คปส. ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	1 1 1 1		- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ - มีแผนการปฏิบัติงาน - สนุคเยี่ยมหรือผลปฏิบัติงานหรือเอกสารอื่นๆ	
	1.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ในร้านค้า ตลาดนัด รถขายอาหารสด	1. มีการดำเนินการตรวจสอบ เฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป โดยชุดทดสอบอย่างง่าย 2. ให้ความรู้หรือคำแนะนำกับผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำ รถขายอาหารสด 3. มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก คำประชาชนแก้ไขปัญห จดโครงการอบรม 4. มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น อสม. ผู้ประกอบการ คสร/นักเรียน อย.น้อย	1 1 1 1		- สรุปผลการดำเนินงาน/บันทึกการดำเนินงาน	
	1.3 ร้านค้า/ร้านค้า และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	1. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้งร้านค้า/ร้านค้า 2. ไม่พบยากลุ่มเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1 1 1		- สุ่มตรวจอาหารและขนมตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้าแบบท้าย - สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ยากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ Steroids (ยกเว้นพาราเซตมอล), Antibiotic เหลือใช้	
	1.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อ 2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยงและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	1 1		- ผู้จำหน่ายร้านค้ามีความรู้เกี่ยวกับอาหาร (1) ดู อย. (2) ดูวันผลิต วันหมดอายุได้	รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจ

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					(3) กราฟตัวอย่างรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า,เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย,อาหารที่ห้ามจำหน่าย - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง (ยาปฏิชีวนะเหลือใช้/ ยาเสพติดยรรยด) และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	ร้านค้าแบบท้าย
	1.5 มีการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ เช่น อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย ผู้ประกอบการร้านค้าแม่ข่ายจำหน่ายอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครื่องสำอาง เจ้าหน้าทีที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ	1. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1.1 นักเรียน 1.2 ผู้ประกอบการ 1.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1.4 เครือข่าย คบส.	1		- แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงาน หรือ หลักฐานการดำเนินงาน - สัมภาษณ์เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณาหลักฐานปัจจุบันและปีที่ผ่านมา
	1.6 เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ที่สอดคล้องกับ OTOP	1. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหาด้าน คบส. ในพื้นที่จำนวน 2 กลุ่มขึ้นไป 2. มีการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค 3. ประเด็นการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับ OTOP	1 1 1		- แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงาน หรือหลักฐานการดำเนินงาน - สัมภาษณ์เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณาหลักฐานปัจจุบันและปีที่ผ่านมา
คะแนนรวม			17			

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

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

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.1.4 มีข้อ 2.1.3 และมีผลการพิจารณาการติดข้อผู้ป่วยครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายสำคัญ	4			
	2.1.5 มีข้อ 2.1.4 และมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อ ใน sw. สด. และในชุมชน	5			
	2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี	5		- ดูแผนการตรวจสุขภาพ - ดูผลการตรวจสุขภาพประจำปี	การตรวจสุขภาพประจำปี การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ
	2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปีได้ครบ 100%	1		- ดูแผนการตรวจสุขภาพบุคลากร - ดูผลการตรวจสุขภาพบุคลากร	หมายถึง การวิเคราะห์ผลการตรวจ
	2.2.2 มีข้อ 2.2.1 ครบ 100 %	2			สุขภาพประจำปี แบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มดี
	2.2.3 มีข้อ 2.2.2 และมีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ	3			กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.2.4 มีข้อ 2.2.3 และมีแผนการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	4			
	2.2.5 มีข้อ 2.2.4 และบุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และ ปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	5			
	2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	5		- กระบวนการงาน การฉีดวัคซีน รอบปีปฏิทิน	- มีการดำเนินการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นแก่บุคลากร
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 51 – 60	1		- สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพ ประจำปี	เช่น วัคซีนป้องกันโรคให้วัคซีนใหญ่ และวัคซีนที่ป้องกันโรคระบาด ตามการระบาดของแต่ละพื้นที่
	2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 61 – 70	2			- บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ
	2.3.3 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 71 – 80	3			
	2.3.4 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 81 ขึ้นไป	4			
	2.3.5 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบาย ของกระทรวง ร้อยละ 81 ขึ้นไป และบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการให้วัคซีน ตามความเหมาะสม	5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสวัสดุหรือสารคัดหลั่ง	5		- ดูป้ายประกาศ/โปสเตอร์ แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ สัมผัสวัสดุ/สารคัดหลั่ง/สารคัดหลั่ง ขณะปฏิบัติงาน	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุหรือสัมผัสวัสดุหรือสาร คัดหลั่ง หมายถึง แนวทางการปฏิบัติ เมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุ จากเข็มแทง เช่น ใบมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือ แนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.4.1 มีการติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ สัมผัสวัสดุ/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ในบริเวณที่มองเห็นชัดเจน	1			
	2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และครอบคลุมจุดเสี่ยง/จุดบริการและมีการสื่อสาร ถ่ายทอดแก่บุคลากร	2			
	2.4.3 มีข้อ 2.4.2 และบุคลากรรับทราบแต่อธิบายแนวทางการปฏิบัติไม่ถูกต้อง	3			
	2.4.4 มีข้อ 2.4.3 และบุคลากรรับทราบและสามารถอธิบายแนวทางการปฏิบัติ ได้ถูกต้อง	4			
	2.4.5 มีข้อ 2.4.4 และเมื่อเกิดอุบัติเหตุมีการบันทึกและรายงานตามแนวทาง ปฏิบัติ	5			
	2.5 การทำความสะอาดมือ	5		- ป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ - สุ่มสอบถามขั้นตอนและวิธี การล้างมือ	5 moment หมายถึง การล้างมือ 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2. ก่อนทำการหัดการกับผู้ป่วย 3. หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจาก ผู้ป่วย 4. หลังสัมผัสผู้ป่วย 5. หลังสัมผัสสิ่งที่ยอมรับผู้ป่วย
	2.5.1 มีการติดป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และ moment แต่อุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้	1			
	2.5.2 มี 2.5.1 และมีอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ เพียงพอพร้อมใช้	2			
	2.5.3 มีข้อ 2.5.2 และมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ	3			
	2.5.4 มีข้อ 2.5.3 และบุคลากรรับทราบแต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	4			
	2.5.5 มีข้อ 2.5.4 และบุคลากรรับทราบและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง	5			
	2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	5		- ดูภาพหรือป้ายแสดงขั้นตอน การสวมและถอดอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวม ลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของ ร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน อันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ
	2.6.1 มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แต่อุปกรณ์ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้	1			
	2.6.2 มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์ เพียงพอพร้อมใช้	2			
	2.6.3 มีข้อ 2.6.2 และมีการจัดเก็บในสถานที่ที่เหมาะสม	3			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.6.4 มีข้อ 2.6.3 และมีการถ่ายทอดแบบกลางกรับทราบ และสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้แต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	4		1. กรณีที่พบผู้ปฏิบัติงานที่แพร่กระจายเชื้อทาง Airborne ระยะใกล้, MERS, SARS หรืออื่นๆ ตามบริษัท	ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน
	2.6.5 มีข้อ 2.6.4 และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	5		2. กรณีที่ต้องจัดการกับสารคัดหลั่ง (ไม่รวม การล้างเครื่องมือ)	
	2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน sw.สต.	5		- สุ่มตาม	การจัดแบ่งพื้นที่ใน sw.สต. หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน sw.สต. เช่น ผู้ป่วยโควิด-19 ผู้ป่วยวัณโรค และการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน CSSD ของ sw.สต.
	2.7.1 มีแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน sw.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อปฏักในคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1		- ตรวจสอบสถานที่จริง	
	2.7.2 มีข้อ 2.7.1 และมีการสื่อสารแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน sw.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	2		- ป้ายสื่อสารการปฏิบัติ	
	2.7.3 มีข้อ 2.7.2 และบุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน sw.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	3		กรณีโรคติดต่อที่ต่อเนื่องกันที่ เช่น โควิด-19 โห้หวัดนก คอติบ เป็นต้น	
	2.7.4 มีข้อ 2.7.3 และมีการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน sw.สต.	4			
	2.7.5 มีข้อ 2.7.4 และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน sw.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	5			
	2.8 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน	3		สอบถาม เจ้าหน้าที่/ลูกจ้าง	เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ หมายถึง 1. มีการควบคุมคุณภาพทุกครั้งที่ขึ้น 2. มีการควบคุมด้านเคมีกายภาพทุกชิ้น 3. มีการควบคุมภายในห้องที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
	2.8.1 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อที่เพียงพอต่อการใช้งาน	1		เกี่ยวข้องกับแนวทางการทำลายเชื้อและปฏิบัติตามแนวทาง	
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อน การจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	1		ทำลายเชื้อ/ทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	
	2.8.3 มีข้อ 2.8.2 และไม่พบของหมดอายุ	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					4. มีการควบคุมคุณภาพด้านเชิงภาพ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อเครื่องต่อเดือน 5. มีการจัดเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง 6. มีระบบการเรียกคืนอุปกรณ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มีการระบุ วันหมดอายุ บนอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ เพียงพอ หมายถึง เพียงพอต่อการให้บริการ
3. การจัดการมูลฝอย	มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอันตราย และนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด	1			- สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	sw.สสท. มีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 6 หัวข้อ คือ 4.1 บุคลากร 1) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตราย ที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขแล้ว 2) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ	2			- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
		1		- หลักฐานการฝึกอบรม คือ ใบประกาศ ตามแบบของ กรมอนามัย	
		1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4.2 การคัดแยกวัสดุย่อยสลายได้	2			
	1) มีการแยกวัสดุย่อยสลายได้ออกจากวัสดุอื่น ๆ ณ แหล่งกำเนิด	1			
	2) มีการแยกวัสดุย่อยสลายได้ ระหว่างวัสดุของมีคม และวัสดุของไม่มีคม	1			
	4.3 การเก็บรวบรวมวัสดุย่อยสลายได้	6			
	1) ภาชนะบรรจุวัสดุย่อยสลายได้ประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทะทะและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้	1			
	2) วัสดุย่อยสลายได้ประเภทวัสดุของมีคมต้องบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของภาชนะบรรจุ	1			
	3) ภาชนะบรรจุวัสดุย่อยสลายได้ประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่าย ทนทานต่อสารเคมีและการรั่วซึม น้ำหนัก ถิ่นน้ำหนักได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม	1			
	4) วัสดุย่อยสลายได้ประเภทวัสดุของมีคม ต้องบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุง และมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น	1			
	5) มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุวัสดุย่อยสลายได้	1			
	6) ภาชนะสำหรับบรรจุวัสดุย่อยสลายได้ (ถุงแดงและกล่องใส่วัสดุย่อยสลายได้) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียว และทำลายพร้อมกับการกำจัดวัสดุย่อยสลายได้	1			กล่องใส่วัสดุย่อยสลายได้ ชื่อ หมายถึง ภาชนะสำหรับบรรจุวัสดุย่อยสลายได้ ชื่อ ที่เป็นกล่องหรือถัง ต้องทำจากวัสดุที่แข็งแรง ทนทานต่อการแทะทะและการกัดกร่อนของสารเคมี เช่น พลาสติกแข็งหรือโลหะ มีฝาปิดมิดชิด (อ้างอิง ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดวัสดุย่อยสลายได้ พ.ศ. 2545)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	4			
	1) ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา หน้ากากป้องกัน ฝาปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะปฏิบัติงาน	1			
	2) ใช้ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ เวลาเคลื่อนย้าย	1			
	3) มีการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปเก็บกักที่พักรวมทุกวัน	1			
	4) มีการทำความสะอาดภาชนะรองรับและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน	1			
	ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย เช่น บ่อกรอง บ่อซึม ถังบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูป เป็นต้น				
	4.5 บริเวณที่พิทักษ์ระบบบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	5			
	1) แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่อับชื้น	1			
	2) ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่เก็บเครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา สถานที่ประกอบ ปรุง เท็บ หรือสะสมอาหาร	1			
	3) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ พื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่ายไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด	1			
	4) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ มีความจุเพียงพอ	1			
	5) มีข้อความแสดงซึ่งมีขนาดและสีที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวม มูลฝอยติดเชื้อ”	1			
	4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้ สพ.สต. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบใด (เลือก 1 วิธี ตามการจัดการของ สพ.สต.)	คะแนน เต็ม 2			
	4.6.1 กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง	2			
	1) ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อได้	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2) ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 3) บริเวณโดยรอบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อสะอาด 4) มีบ่อรองรับก๊าซมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกส่งลักษณะ	1		- ต้องทำได้ 2 - 4 คนทุกข้อ - ถึงจะได้ 1 คะแนน	
	4.6.2 กรณีส่งให้โรงพยาบาลรับเป็นศูนย์รวมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	2			
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อถือได้ว่าการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			
	2) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อสำหรับส่งกำจัดที่โรงพยาบาล ต้องมีลักษณะ ดังนี้ - เป็นภาชนะที่มีฝาและผนังทึบ ทำด้วยวัสดุทำความสะอาดง่าย มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ และมีระบบป้องกันการหกสลับในระหว่างการเคลื่อนย้าย - ด้านข้างภาชนะมีข้อความว่า "ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามเปิด ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น"	1			
	4.6.3 กรณีให้ผู้อื่นกำจัดได้	2			
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด ที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อถือได้ว่าการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			
	2) มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำส่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1852/2556 และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	1			
	รวมคะแนน		65		

| หมวดที่ 2

หมวดที่ 2

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้แต่ละหน่วยบริการและหน่วยบริหารระดับต่างๆ ดำเนินการ อันจะนำไปสู่กลไกของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้เกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1 มาตรการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1.2 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองตามแบบการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ลงบันทึกในระบบตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดปีละหนึ่งครั้ง พร้อมทั้งรายงานผลการประเมินตนเองไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ระดับอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรณีในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้รายงานไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ โรงพยาบาลประจำเขต และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือตามที่สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครกำหนดเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาส่วนขาดและเกิดการเชื่อมโยงที่ดีจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจนเกิดระบบบริการที่ปลอดภัย สมบูรณ์

2.1.3 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านการประเมิน ให้คงสภาพสามปีนับจากปีที่ได้รับการตรวจประเมิน ทั้งนี้ในระยะเวลาสามปีที่ไม่ได้รับการตรวจประเมินนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิ

หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิยังคงต้องรักษาคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด โดยจัดทำแผนพัฒนาประจำปี และประเมินตนเองและรายงานตามระบบ พร้อมพัฒนาส่วนขาดโดยเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลประจำเขต ตามที่ระบุไว้ใน ข้อ 2.1.2 เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

2.1.4 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้จัดทำแผนพัฒนาที่ชัดเจน เพื่อปรับปรุงการบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และเข้าสู่ระบบการตรวจประเมินในปีถัดไป

2.2 มาตรการสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

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

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

1. ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบประเมินการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกสังกัด โดยดำเนินการประเมินคุณภาพการบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด และตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

2. ค้นข้อมูลผลการตรวจประเมิน ประเด็นข้อชี้แนะ โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

3. รายงานผลการตรวจประเมินไปยังสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และให้แจ้งผลการตรวจประเมินไปยังหน่วยงานต้นสังกัดหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งนี้ภายในสัปดาห์วัน หลังจากวันตรวจประเมิน

4. รายงานผลการตรวจประเมินต่อปลัดกระทรวง สาธารณสุข ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่กำหนด ผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

5. หน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินเพื่อควบคุม คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เห็นสมควร

2.2.3 จัดทำแผนการตรวจประเมินพร้อมแจ้งแนวทางการตรวจ ประเมิน แนวทางรับการตรวจประเมิน ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าสัปดาห์วัน ก่อนการตรวจประเมิน

2.3 มาตรการสำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1 จัดให้มีการอบรมหรือสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดการอบรม ทำความเข้าใจเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินแก่คณะกรรมการ ตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.3.2 ในกรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้ดำเนินการตามมาตรการควบคุม คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีหนังสือ แจ้งเตือนให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น

เร่งดำเนินการปรับปรุงหรือแก้ไข ทั้งนี้เพื่อให้การบริการสุขภาพปฐมภูมิ
มีคุณภาพและได้มาตรฐานภายในระยะเวลาที่กำหนดในหนังสือแจ้งเตือน
ดังกล่าว

2.3.3 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการ
สอบสวน เมื่อได้รับรายงานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิ
หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุม
คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.4 รูปแบบและกลไกการตรวจประเมิน

2.4.1 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมินในแบบฟอร์มตามเกณฑ์ควบคุม
คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และส่งผลการประเมิน
ตนเองให้คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการ
ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างน้อยห้าวันก่อนการตรวจประเมิน

2.4.2 รูปแบบการตรวจประเมินยึดแนวทางการตรวจเยี่ยม
เสริมพลัง มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ
ปฐมภูมิ คู่มือฐานข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง หากดูเชิงและโอกาสพัฒนา
สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

2.4.3 การตรวจประเมิน ใช้เวลาไม่เกินหนึ่งวัน ต่อหนึ่งหน่วย
บริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.4.4 คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐาน
ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิคืนข้อมูล ประเด็นข้อชี้แนะ โอกาสพัฒนา
และข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

2.4.5 คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐาน
ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ แจ้งผลการตรวจประเมินไปยังสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี
ภายในสิบห้าวัน หลังการตรวจประเมิน

หมวดที่ 3

หมวดที่ 3 แนวทางและรายละเอียด การแจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เมื่อคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว ให้แจ้งผลการตรวจประเมิน ตามแนวทางและรายละเอียด ดังนี้

3.1 ลงบันทึกการประเมินคุณภาพการบริการตามเกณฑ์และแบบสรุปคะแนน ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย

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

**3.2 กรรมการผู้ตรวจประเมิน สรุปผลการตรวจประเมิน
ทั้งในประเด็นข้อชี้แนะ และโอกาสพัฒนา ข้อเสนอแนะ
เสนอต่อประธานคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพ
และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พิจารณา
ลงนามรับรองผลการตรวจประเมิน**

**3.3 แจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ต่อนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการสำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และให้แจ้งผลการตรวจ
ประเมินไปหน่วยงานต้นสังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิและ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งนี้ภายในสัปดาห์วัน
หลังจากวันตรวจประเมิน**

ภาคผนวก

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
1	นายแพทย์สิริชัย นามทรงศนีย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป)	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กุดีนารายณ์
2	แพทย์หญิงณภัทร สิกธิศักดิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	โรงพยาบาลเสกา
3	นายวิวัฒน์ วงศ์คำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลวังยาง
4	นางวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ	โรงพยาบาลอุดรธานี
5	นางจิรายุ ฝาผ่อง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกุมภวาปี
6	นายพัฒนกร อุดมภัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
7	นายศรีสกุล สิงคำปึง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำทะเมนชัย
8	นางสาวฐานิตา พลชม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุข อำเภอศรีสงคราม
9	นางสาวจิราภรณ์ ผิวคำ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
10	นางเนาวรัตน์ สัจจากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ
11	นางสาวปิ่นนัฐिता เอนันรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ
12	นางสาวจิตราภรณ์ คุสฎิพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ