คู่มือแนวทางการพัฒนา

ฉบับสำหรับให้พื้นที่นำไปศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

(รพ.สต.ติดดาว)

ปี 2563

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ฉบับสำหรับให้พื้นที่นำไปศึกษา

คำนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ในปี 2551 ยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพอย่างเพียงพอทั่วถึง มีทางเลือกหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน (PP&P, Service, People, Governance) และจากคำรับรองการปฏิบัติราชการของปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (Performance Agreement: PA) ปี 2563 ในส่วนของระบบปฐมภูมิ (Primary Care) ได้ผนวก 3 ประเด็นหลัก คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ : คลินิกหมอครอบครัว ทั้งประเภท หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Unit) และ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ : รพ.สต.ติดดาว การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) หนังสือเล่มนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ซึ่งเนื้อหาหลักประกอบด้วยเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว แนวทางการพัฒนาและการประเมินคุณภาพ รพ.สต. ปี 2563

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2563 เล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การบริการปฐมภูมิมีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นพื้นฐานสู่การพัฒนาคุณภาพอื่นๆต่อไป

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ธันวาคม 2562

สารบัญ

หน้า

คำนิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข ค

บทที่ 1 แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 1

บทที่ 2 ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 3

บทที่ 3 เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 12

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี 12

หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 23

หมวด 3 บุคลากรดี

การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล 25

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย 28

หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

ผลลัพธ์ 101

แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563 106

บทที่ 4 แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 115

ภาคผนวก 117

คำนิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ ประกอบด้วยการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ในแผนงานที่ 11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ในแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี คือแผนยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence) ทั้งนี้หากประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ หรือเรียกว่า รพ.สต.ติดดาว จะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน 5 ประเด็น (5 ดาว 5 ดี) ได้แก่ หมวด 1 การบริหารดี หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม หมวด 3 บุคลากรดี หมวด 4 บริการดี และ หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.ติดดาว ซึ่งเริ่มดำเนินงานในปี 2560 เป้าหมายคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั่วประเทศ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 9,806 แห่ง ซึ่งในปี 2560 – 2562 มีหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 70.10 โดยเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ในปี 2562 คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60.00 และกระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญและประโยชน์ของโครงการนี้ จึงได้ดำเนินการต่อเนื่อง ในปี 2563 โดยตั้งเป้าหมาย รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 ดาว ทั่วประเทศ ร้อยละ 75.00 (สะสมปี 2561 – 2563) และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 ดาว ทุกแห่งภายในปี 2564

ผมขออวยพรและเป็นกำลังใจให้ รพ.สต. ทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกท่านดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ด้วยใจมุ่งหวังให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดมา และตลอดไป

นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 1

แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้มีการยกระดับมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ถึงแม้ว่ามี รพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น แต่สัดส่วนบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับภาระงานและจำนวนประชากรที่รับผิดชอบตามการแบ่งขนาด รพ.สต. S M L โดยระดับ S รับผิดชอบดูแลประชากรน้อยกว่า 3,000 คน มีบุคลากรประมาณ 5 คน ระดับ M รับผิดชอบดูแลประชากร 3,000 - 8,000 คน มีบุคลากรประมาณ 8 คน ระดับ L รับผิดชอบดูแลประชากรมากกว่า 8,000 คน มีบุคลากรประมาณ 11 คน (อ้างอิงจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข) จึงได้มีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เพื่อการจัดบริการให้สอดคล้องกับขนาดของ รพ.สต. และจำนวนบุคลากรที่มีอยู่

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีในที่สุด โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ในขณะเดียวกันบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขก็มีค่านิยมในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน 4 ด้าน โดยนำตัวย่อจากชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH ประกอบด้วย M คือ Mastery คือบุคลากรเป็นนายของตัวเอง ที่ต้องเอาชนะโลภ โกธร หลงให้ได้ O คือ Originality สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ P คือ People Centered Approach เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง และ H คือ Humility อ่อนน้อมถ่อมตน

ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับ รพ.สต. ขึ้น คือ **เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)** ซึ่งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ (Approach) มีเนื้อหาผสมผสานอ้างอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร เกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการจัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุน มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน (DHS) และอาศัยการมีส่วนร่วมของ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำเกณฑ์ไปใช้ในการทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมี ความเป็นรูปธรรมที่วัดได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ลดความซ้ำซ้อน ไม่เป็นภาระเพิ่มเติมให้กับผู้ปฏิบัติงาน

และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงานร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน (Integration)

นอกจากนั้นกระบวนการกำกับและติดตาม (Monitor and Evaluation) และกระบวนการประเมินรับรอง รพ.สต.ติดดาว (Accreditation) จะช่วยกระตุ้น สนับสนุน และเสริมพลังให้ทีมงานในพื้นที่ให้ทำงานประสบความสำเร็จโดย ใช้กระบวนการเยี่ยมผู้ปฏิบัติงานด้วยการดูแล (Caring) จากสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการให้คำแนะนำในการดำเนินงาน (Coaching)ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและการให้คุณค่า (Appreciation) กับทีมงานพื้นที่หลังการประเมินมีการถอดบทเรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Learning) เพื่อให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องเกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สามารถนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย ฯลฯ มีบทบาทในการพัฒนาลงเยี่ยมเสริมพลังและประเมินคุณภาพ เพราะสามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็น การลดข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เป็นวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลนใน รพ.สต. ได้ โดยอาศัยการแบ่งปันทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลพลอยได้ที่เกิดขึ้นคือความสามัคคีในทีมงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความสัมพันธ์อันดีในเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจกันในทีมงาน เข้าถึงและพัฒนางานให้เหมาะสมกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการประเมินมีในทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต

ผลที่จะได้รับจากการเยี่ยมเสริมพลังและการประเมินคุณภาพ คือ เกิดการกระตุ้นให้ รพ.สต. มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายที่เป็นระบบสนับสนุน (CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการใน รพ.สต. ให้ตอบสนองความต้องการความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

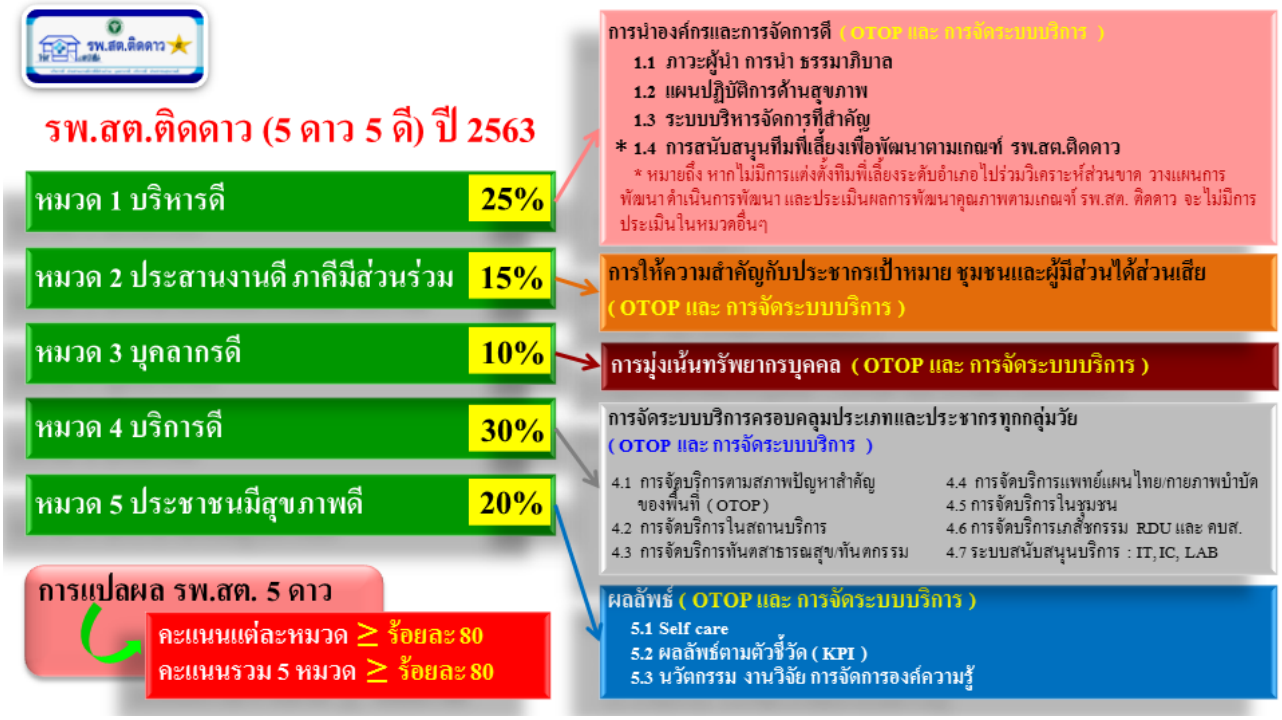
กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการและกระบวนการบริการสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนมีการจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ตามองค์ประกอบ UCCARE (U : Unity Team, C : Customer focus, C : Community Participation A : Appreciation, R : Resource Sharing and human development, E : Essential care)

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ ตั้งแต่ ระดับ รพ.สต. เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีการพัฒนาความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)	แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies
มีการกำหนดทิศทาง แนวทางการกำกับดูแลตนเองที่ดี ถ่ายทอด สื่อสารทิศทางและแผนไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้ง รพ.สต. และกำหนดวิธีการทบทวนผลการดำเนินการของ รพ.สต. เพื่อให้บรรลุพันธกิจของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างมีจริยธรรมและเป็น รพ.สต. ที่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของสังคม วางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ รพ.สต. ร่วมกับสภาพปัจจัยภายนอก ในการกำหนด ยุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะยาว และกลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นไปตามพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของ รพ.สต. รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และมีการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ในด้านการวัด การเลือก รวบรวม วิเคราะห์และจัดการข้อมูล สารสนเทศ เพื่อผลักดันให้เกิดการประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการและกระบวนการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ	Governance excellence
รพ.สต. รับรู้ เข้าใจ สถานการณ์สุขภาพของประชากร กลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจ รับรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของประชากรเป้าหมาย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ทันสมัย เพื่อให้มั่นใจว่าจัดการดำเนินงานได้ตอบสนอง และสอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความประทับใจต่อประชากรเป้าหมาย ชุมชนผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ก่อให้เกิดความความเชื่อมั่นศรัทธาการยอมรับและความพึงพอใจในระบบบริการของ รพ.สต. โดยมีการจัดระบบบริการสุขภาพ ดังนี้	PP&P excellence

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)	แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies
1. การจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่อง 2. การบริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัวแบบผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง 3. การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเชิงรุกอย่างครอบคลุมทันการณ์ 4. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน	
ตรวจประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกันการสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงาน สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศและความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต.	People excellence
1. การจัดระบบสนับสนุนบริการ (ควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ) 1.1 การจัดการสิ่งแวดล้อม 1.2 ระบบเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) 1.3 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา คุ้มครองผู้บริโภค และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) 1.4 การจัดระบบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB) 1.5 การจัดหา บำรุงรักษา สอบเทียบ การซ่อม เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์ 2. การสนับสนุนและมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่างๆ การตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน/วิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิผลมิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมิติด้านการพัฒนา รพ.สต. เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน	Service excellence

โดยมาตรฐานประกอบด้วย 5 หมวด ต่อไปนี้ คือ หมวด 1 การบริหารดี หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม หมวด 3 บุคลากรดี หมวด 4 บริการดี และ หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี จึงเป็นที่มาของคำว่า รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี)



ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยใน

M คือ Mastery การมีภาวะผู้นำในทุกระดับ ทำให้การนำองค์กรและการจัดการดี มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่น ผู้บริหารทุกระดับกำหนดทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน ต้องมีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) คณะกรรมการสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องทำงานร่วมกับ รพ.สต. เพื่อจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชน เป็นต้น ถ้าส่วนนี้ไม่สำเร็จอาจทำให้การพัฒนาในส่วนอื่นไม่สำเร็จตามมาได้ O คือ Originality การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ เกณฑ์คุณภาพ ในหมวด 3 รพ.สต. มีระบบการพัฒนาการเรียนรู้ สร้างนวัตกรรมงานวิจัยที่ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่สุขภาพดี เป็นต้น

P คือ People Centered Approach เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง เกณฑ์คุณภาพ ในหมวด 4 เน้นให้มีการจัดบริการที่จำเป็นเหมาะสม(Essential care) ให้สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ครอบคลุมทุกประเภทและกลุ่มวัย

H คือ Humility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตน เกณฑ์คุณภาพ ในหมวด 2 การประสานเครือข่ายได้ต้องการการทำงานเป็นทีม มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ทำให้การทำงานราบรื่น

สุดท้ายผลการพัฒนาก็จะทำให้บรรลุเป้าหมาย คือประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดีในที่สุด

เอกสารอ้างอิงอื่นๆ ในการพัฒนาเกณฑ์ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อลด ความซ้ำซ้อน สอดคล้องกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว เช่น

1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS-PCA)
2. เกณฑ์การประเมินคัดเลือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ดีเด่น/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ดีเด่น ปี 2559
3. เกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 / จังหวัดสิงห์บุรี/ จังหวัดอุทัยธานี ปี 2559
4. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2559
5. 4 Excellence Strategies
6. การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560
7. คู่มือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ปี 2558
8. เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2561 (สปสช.)
9. เกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA)
10. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) กระทรวงสาธารณสุข
11. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB)
12. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) (ระดับ รพ.สต.)
13. Green and Clean กรมอนามัย (ระดับ รพ.สต.)
14. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2552

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ด้วยการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนด้วยกระบวนการ UCCARE

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และมีเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ

3. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

โดยมีความคาดหวังว่า ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน 5 ประเด็น (5 ดาว 5 ดี) ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อยคือ

1. ประชาชนได้รับบริการในสถานบริการที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนร่วม สามารถจัดการเรื่องระบบบริการ การเงิน โครงสร้าง สถานที่ และอุปกรณ์ รวมถึงระบบสนับสนุน ทำให้หน่วยบริการทำงานเพื่อประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

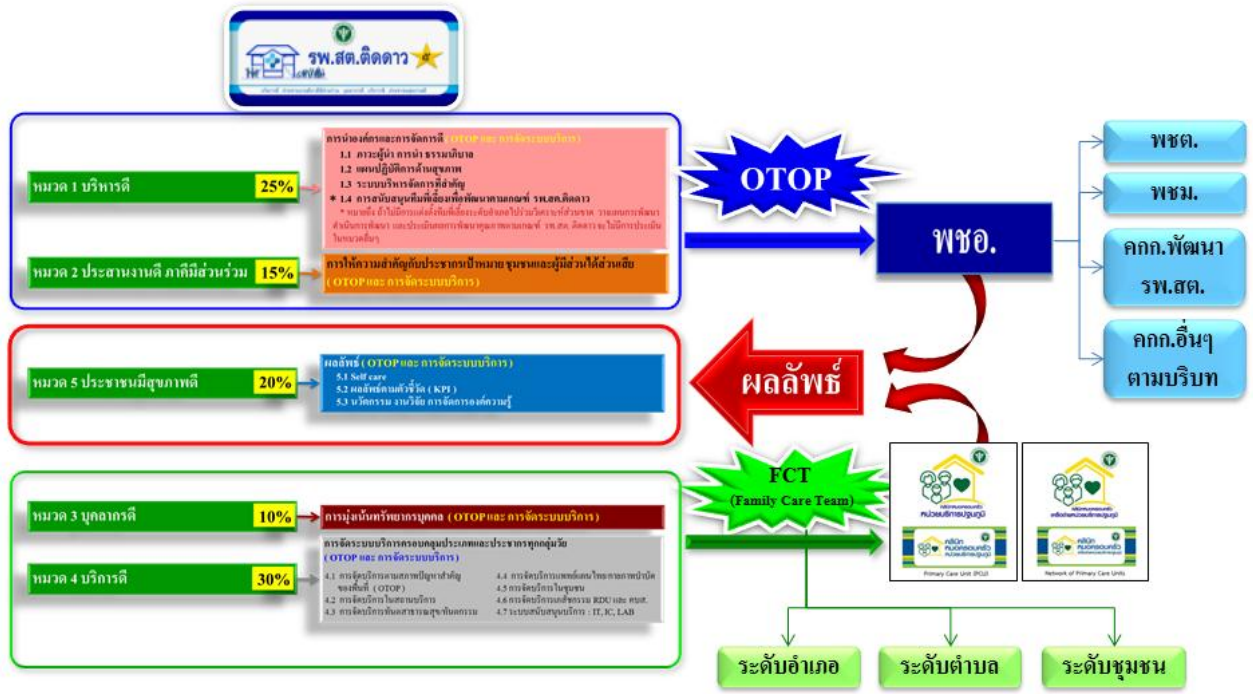
2. หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย ทำงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

3. บุคลากรที่ให้บริการมีเพียงพอเหมาะสม มีศักยภาพ และมีความสุขในการให้บริการ รวมถึงมีกลไกทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็งมีความสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้

4. ประชาชนจะได้รับบริการที่ดี ตอบสนองกับปัญหาในพื้นที่ การบริการในและนอกหน่วยบริการ มีครบถ้วนตามความจำเป็น ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ควบคุมโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมีบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

5. ประชาชนมีสุขภาพดี มีกลไกสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมีการติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อนำไป พัฒนานวัตกรรม การจัดการความรู้ นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

6. พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย ด้วยเกณฑ์คุณภาพ 5 ดาว เพื่อนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ ระบบที่มีมาตรฐาน ทีมหมอครอบครัวที่เข้มแข็ง (FCT ทั้งระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน) ภาคีเครือข่ายที่ร่วมมือร่วมใจในบทบาทของคลินิกหมอครอบครัว ทั้งประเภท หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Unit)



เนื้อหาของมาตรฐานในแต่ละหมวดมีดังต่อไปนี้

ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา แต่การมีภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญเช่นกันแม้ไม่ได้เป็นผู้บริหารก็ตาม เช่น สามารถประสานงาน ผู้บริหาร ภาคีเครือข่าย ให้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ จนสามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น ผู้นำหรือทีมนำ มีนโยบายที่ชัดเจนและมีช่องทางการสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้นำของภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการทำงาน มีค่านิยมในการทำงาน เป็นนายตนเอง ยึดมั่นในกฎหมาย ระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคม โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดูแลกันในชุมชนให้มีสุขภาพดี

นอกจากนั้นระบบการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการเงิน การจัดการสิ่งแวดล้อม พัฒนาระบบสนับสนุนให้การบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB) เภสัชกรรม/คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT) สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในหน่วยบริการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

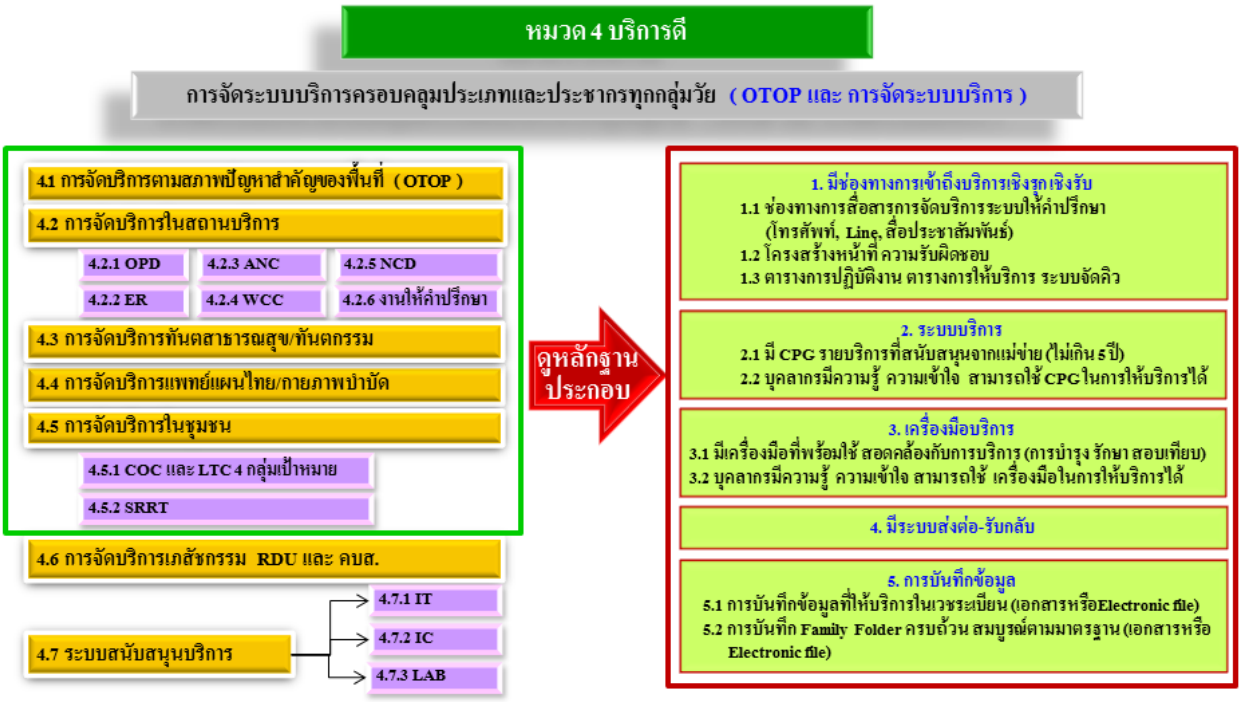
* ในปี 2562 ท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหนังสือสั่งการ“แจ้งให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดได้มอบหมายให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ดำเนินการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงและสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เพื่อทีมพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำและสนับสนุนทรัพยากรในส่วนที่ขาดแคลน” ด้วยเห็นเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ปี 2563 จึงให้ความสำคัญในหมวด 1 บริหารดี ข้อ 1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ที่กำหนดให้มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อลงพัฒนา ให้ยึดตามบริบทพื้นที่ ไม่จำกัดจำนวนบุคลากรในทีมพี่เลี้ยง มีบทบาทการพัฒนาเชิงประจักษ์ ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ส่วนขาด ร่วมวางแผนปรับปรุง แก้ไข ดำเนินการพัฒนาตามส่วนขาด และสรุปผลการพัฒนาตามเกณฑ์

* หากไม่มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอไปร่วมวิเคราะห์ส่วนขาด วางแผนการพัฒนา ดำเนินการพัฒนา และประเมินผลการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว จะไม่มีการประเมินในหมวดอื่นๆ

ในการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยความอ่อนน้อมถ่อมตน ประสานงานในเครือข่ายและภาคีเครือข่าย มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและสร้างความร่วมมือร่วมกันคิด ค้นหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นมาวางแผนโครงการแก้ปัญหา ร่วมกันทำ ร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึงประเมินผลและเรียนรู้ไปด้วยกัน ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีและพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน

นอกจากการประสานงานกับภาคีเครือข่ายแล้วการประสานภายใน คปสอ. หรือ รพ.สต. มีแนวทางชัดเจน นำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมตามบริบท

เพื่อให้เกิดการบริการที่ดี ต้องมีการวิเคราะห์องค์กร มีการวางแผนเรื่องอัตรากำลัง สำรวจส่วนขาด วางแผนการสรรหาบุคลากรให้ตรงตามความต้องการ มีการมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการพัฒนาคุณภาพบุคลากร สร้างแรงจูงใจ สร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ให้รางวัล ประเมินผลอย่างเป็นธรรม การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจ อันเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดีแล้วเจ้าหน้าที่ต้องมีความสุขในการทำงานด้วยและเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพยั่งยืน ในการพัฒนาบุคลากร รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้



หน้าที่สำคัญของ รพ.สต. คือ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ มีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

การพัฒนางานเชิงรับในสถานบริการ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการด่านหน้า สามารถให้บริการที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานให้ได้ตามมาตรฐาน ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และทุกกลุ่มวัย ได้แก่ การบริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การฝากครรภ์ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี งานทันตกรรม การฟื้นฟูโดยแพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด และเภสัชกรรม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) มีเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการให้บริการประชาชน

การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่ มีระบบการดูแลต่อเนื่อง Continuing of Care : COC) ครอบคลุมอย่างน้อย 4 กลุ่ม ได้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเตียง 3 – 4 ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เด็กพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นรักษา และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรค (SRRT) และการคุ้มครองผู้บริโภค (คบส.)

ในการบริการต้องมีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงอาศัย Clinical Practice Guidelines (CPG) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นแนวทางการให้บริการและสามารถปฏิบัติได้จริง สร้างช่องทางการสื่อสาร ระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกินขีดความสามารถ เพื่อให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อ มีการบันทึกข้อมูลบริการอย่างครบถ้วน ถูกต้อง เก็บรักษาในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย ซึ่ง รพ.สต. ทั้งขนาด S M L ต้องสามารถจัดบริการให้ได้ตามมาตรฐานของ รพ.สต. แต่ละขนาดที่กำหนดไว้ โดย

- การจัดบริการใน รพ.สต. ขนาด S เน้นการจัดบริการแบบเครือข่าย
- การจัดบริการใน รพ.สต. ขนาด M เน้นการจัดบริการแบบเครือข่ายและเป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. ขนาด S
- การจัดบริการใน รพ.สต. ขนาด L เน้นการจัดบริการแบบเครือข่ายและเป็นพี่เลี้ยงให้ รพ.สต. ขนาด S, M

เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้รับบริการครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ ไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ขนาดใด

สุดท้ายผลลัพธ์ในการทำงานคือ ประชาชนมีสุขภาพดี ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ รวมถึงร่วมกันดูแลกันในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ได้รับบริการด้านสุขภาพครบถ้วนเหมาะสม มีการติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจากแหล่งข้อมูลกลาง คือ HDC และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สร้างนวัตกรรมงานวิจัย สอดคล้องกับปัญหาชุมชน เพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

เนื่องจาก รพ.สต. แต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม ประเพณี เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ศาสนา รวมทั้งจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ดังนั้นเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว นี้จึงเป็นเกณฑ์ขั้นพื้นฐานที่พึงประสงค์ สำหรับเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพใน รพ.สต. ให้สามารถตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสม ทีมพัฒนา/ทีมประเมินและผู้รับการประเมินต้องทำความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว อย่างละเอียด มีข้อตกลงในการประเมินร่วมกัน เพื่อให้การพัฒนาบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการอย่างแท้จริง นอกจากนั้นพื้นที่สามารถพัฒนาคุณภาพ เพิ่มเติมจากเกณฑ์นี้ได้ อันเป็นการพัฒนาต่อยอด ต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาตามวงล้อ PDCA ที่ไม่มีสิ้นสุด

บทที่ 3

เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล

1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร

เกณฑ์	คะแนน					คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ
	1	2	3	4	5	
มีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) และมีการสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	1. มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	2. มีข้อ 1 และมีการกำหนดและการถ่ายทอดทิศทางทำงานร่วมกันเป็นทีม	3. มีข้อ 1, 2 และมีการดำเนินการร่วมกันเป็นทีมอย่างมีจริยธรรม และ มีการสนับสนุนต่อชุมชน	4. มีข้อ 1, 2, 3 และมีการกำกับติดตามดูแลอย่างเป็นระบบ	5. มีข้อ 1, 2, 3, 4 และมีการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขอย่างต่อเนื่อง	<u>คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)</u> เป็นคณะกรรมการที่บริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย คณะกรรมการจากหน่วยงาน รพช. รพท. หรือ รพศ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่ในการบริหารจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ ประกอบด้วย การวางแผน ควบคุมกำกับ นิเทศติดตาม สนับสนุน และประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขในอำเภอ <u>คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือคณะกรรมการบริหาร รพ.สต.</u> เป็นคณะกรรมการสร้างความร่วมมือให้ รพ.สต. สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายบริการ การประสานเชื่อมต่อกับหน่วยงาน องค์กรเครือข่ายต่างๆ ให้บริการ

เกณฑ์	คะแนน					คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ
	1	2	3	4	5	
						ร่วมกัน รวมถึงสนับสนุนด้านทรัพยากรจากทุกภาคส่วน อาทิ บุคลากร หรืองบประมาณภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน ชุมชน ในการเข้ามาร่วมกันสร้างสุขภาพของประชาชนในเขตบริการของ รพ.สต คณะกรรมการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ หมายถึง คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ ประกอบด้วย ตัวแทนแต่ละกลุ่มตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ เช่นตัวแทนประชาชน/ อสม./ ผู้นำชุมชน/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น / ราชการส่วนภูมิภาค และองค์กรเอกชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ สนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจนการกำกับดูแล ให้เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ เพื่อร่วมพิจารณาแก้ไขปัญหาในพื้นที่
เอกสารที่เกี่ยวข้อง	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือ คณะกรรมการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ และมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน	รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือคณะกรรมการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่	รูปภาพกิจกรรม/การบันทึกการให้การสนับสนุนชุมชน	สัมภาษณ์/สอบถามผู้เกี่ยวข้อง	- สัมภาษณ์/สอบถามผู้เกี่ยวข้อง - เอกสารสรุปผลการดำเนินงานและแผนแก้ไข - รูปภาพกิจกรรม	
คะแนนที่ได้						

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ					
	1.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการ	5		- แผนปฏิบัติการของ CUP และแผนปฏิบัติการ รพ.สต. ที่สอดคล้องกัน (เอกสาร) - ภาพกิจกรรมการประชุม/ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการ - สอบถาม/สัมภาษณ์วิธีการจัดทำแผนปฏิบัติการของ CUP และแผนปฏิบัติการของ รพ.สต.	<u>แผนปฏิบัติการ (Action plan)</u> หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ รวมทั้งรายละเอียดทรัพยากรที่ต้องใช้ในช่วงเวลาที่ต้องทำให้สำเร็จ
	เป้าประสงค์แผนปฏิบัติการ				
	มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
	(1) มีการกำหนดเป้าประสงค์	1			
	(2) มีข้อ (1) และมีตัวชี้วัด	2			
	(3) มีข้อ (1) (2) และมีเป้าหมาย	3			
	(4) มีข้อ (1), (2), (3) และมีระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์	4			
	(5) มีข้อ (1), (2), (3), (4) และมีกลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ					
	1.2.2 การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ	5		- แบบประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของ รพ.สต. - สอบถาม/สัมภาษณ์การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ	การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์
	การจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ				
	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ				
	(1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ)	1			
	(2) มีข้อ (1) และมีจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ	2			
	(3) มีข้อ (1), (2) และถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ	3			
	(4) มีข้อ (1), (2), (3) และกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ	4			
	(5) มีข้อ (1), (2), (3), (4) และบุคลากรรับทราบและสามารถปฏิบัติได้	5			
รวมคะแนน		**10**			

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563
หมวด 1 บริหารดี
การนำองค์กรและการจัดการดี
หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ					
	1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี	5		พิจารณาจากเอกสารดำเนินงาน - คำสั่งคณะกรรมการการเงิน - แผนการใช้เงินงบประมาณเงินบำรุง - บัญชีการควบคุมการรับ-จ่ายเงิน - บัญชีเกณฑ์คงค้าง - สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงินและสรุปผลการใช้ประจำปี - เอกสารการดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้าง เป็นปัจจุบัน - ผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบภายในและแผนแก้ไข	<u>การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง</u> หมายถึง การควบคุมดูแลการใช้จ่ายเงินแผ่นดิน และของหน่วยงานภาครัฐให้เป็นไปโดยถูกต้องมีวินัย คุ้มค่า โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ โดยการวางกรอบหลักเกณฑ์กลางให้หน่วยงานภาครัฐถือปฏิบัติ
	มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ				
	1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายเงินถอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการเงิน	1			
	2. มีแผนการใช้เงินงบประมาณและเงินบำรุง	1			
	3. มีหลักฐานทางการเงินที่ตรวจสอบได้และเป็นปัจจุบัน - มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็นปัจจุบันถูกต้อง (404/407) - สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปผลการใช้ประจำปี - มีเอกสารการดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง ดำเนินการได้ถูกต้องตามระเบียบและเป็นปัจจุบัน	1			
	4. มีแฟ้มการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างหรือมีการบันทึกบัญชีผ่านโปรแกรมการเงินอื่นๆได้ถูกต้องและทันตามกำหนดเวลา	1			
	5. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการตรวจสอบภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และนำผลข้อเสนอแนะไปแก้ไข	1			
รวมคะแนน		**5**			

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563
หมวด 1 บริหารดี
การนำองค์กรและการจัดการดี
หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

1.3.2 การจัดการทรัพยากร (เพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย IT, IC, LAB, เครื่องมือบริการ, เภสัชกรรมและ RDU/ คบส.)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน		แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
		เต็ม	ได้		
1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ				- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สอบถาม/สัมภาษณ์	<u>การจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย</u> หมายถึง การสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย ครอบคลุมงาน IT, IC, LAB, เครื่องมือบริการ, เภสัชกรรมและ RDU/ คบส. โดยการควบคุมกำกับติดตาม นิเทศงานดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้
	1.3.2 มีการจัดการทรัพยากร (เพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย IT, IC, LAB, เครื่องมือบริการ, เภสัชกรรมและ RDU/ คบส.)	5			
	1. มีแผนการจัดสรรงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์/เครื่องมือบริการ	1			
	2. มีแผนพัฒนาบุคลากรจากแม่ข่าย	1			
	3. มีแผนสนับสนุน/หมุนเวียนบุคลากร	1			
	4. มีแผนการสอบเทียบ/แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ	1			
	5. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน	1			
รวมคะแนน		5			

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ				
1.3.3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม		**30**		
1	รพ.สต. มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร ดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส	3		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
	1.1 มีการดูแลสิ่งแวดล้อมภายนอก บริเวณทั่วไปสะอาด	1		
	1.2 มีการกำหนดจุดสำหรับจอดรถฉุกเฉิน อย่างเหมาะสม	1		
	1.3 มีการกำหนดจุดสำหรับจอดรถผู้พิการ/ผู้สูงอายุ อย่างเหมาะสม	1		
2	รพ.สต. มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายในสถานที่ทำงาน ดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส	6		
	2.1 มีการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในสถานที่ทำงาน บริเวณทั่วไปสะอาด	1		
	2.2 ห้องทำงาน (Back office & Service) มีป้ายติดหน้าห้องทุกห้องที่สอดคล้องกับภารกิจ	1		
	2.3 โต๊ะภายในห้องทำงานมีป้ายชื่อเจ้าหน้าที่ ระบุชื่อ สกุล ตำแหน่ง ให้ตรงกับผู้ปฏิบัติงานในวันนั้นๆ/ กรณีเป็นโต๊ะสำหรับให้บริการไม่ต้องมีป้ายชื่อประจำโต๊ะ ให้มีป้ายติดหน้าอกหรือห้อยคอ เจ้าหน้าที่ระบุชื่อ สกุล ตำแหน่งให้ชัดเจน	1		
	2.4 โต๊ะคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์ สายอุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์ ต้องเก็บให้ปลอดภัยและเป็นระเบียบ	1		
	2.5 ตู้เก็บเอกสารและการเก็บเอกสาร มีป้าย ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจน ครอบคลุม เหมือนกันทุกแฟ้มในทุกตู้ และจัดเก็บเป็นระเบียบ	1		

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ				
1.3.3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม		**30**		
2	2.6 เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้องเป็นเอกสารปีปัจจุบัน หรือหากมีเอกสารย้อนหลังเกิน 1 ปี ต้องเป็นเอกสารที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุจากปีใด ถึง ปีใด	1		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
3	รพ.สต. พัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ได้แก่	16		
	ความสะอาด (Health : H)			
	1. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรกอยู่ในสภาพดีใช้งานได้	1		
	2. น้ำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ขันตักน้ำ สะอาดอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	1		
	3. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	1		
	4. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้	1		
	5. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ	1		
	6. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง	1		
	7. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น	1		
	8. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด	1		
	9. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ	1		
	ความเพียงพอ (Accessibility: A)			
	10. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่ ** ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย 1 ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ.2548*	1		
	11. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ	1		

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ				
1.3.3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม		**30**		
3	ความปลอดภัย (Safety: S)			- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
	12. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลับตา/เปลี่ยว	1		
	13. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ 2 ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน	1		
	14. ประตูที่จับเปิด – ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	1		
	15. พื้นห้องส้วมแห้ง	1		
	16. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ	1		
4	รพ.สต. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	2		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
	มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด เช่น - กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า - การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ 25 องศาเซลเซียส - ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล - รณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัด เป็นต้น มีการดำเนินการดังต่อไปนี้			
	4.1 มีมาตรการการดำเนินงานประหยัดพลังงานที่ชัดเจน	1		
	4.2 มีผลการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับมาตรการ	1		

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ				
1.3.3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม		**30**		
5	รพ.สต. จัดให้มีการจัดน้ำอุปโภค บริโภค เพียงพอในการให้บริการตามสภาพพื้นที่	3		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
	รพ.สต. จัดให้มีการจัดน้ำอุปโภค บริโภค เพียงพอในการให้บริการตามสภาพพื้นที่	3		
	5.1 มีน้ำอุปโภค บริโภค ปริมาณเพียงพอตามสภาพพื้นที่	1		
	5.2 จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ	1		
	5.3 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (อ11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่ม ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง	1		
รวมคะแนน		**30**		

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว				
	1. มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอครอบคลุมตามรายหมวดและแต่ละเกณฑ์	1		- การสัมภาษณ์/สอบถามทีมพี่เลี้ยง - เอกสารที่เกี่ยวข้อง - คำสั่งแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ***** หากไม่มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอไปร่วมวิเคราะห์ส่วนขาด วางแผนพัฒนา ดำเนินการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว จะไม่มีการประเมินในหมวดอื่นๆ **<u>หมายเหตุ</u>** การแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อลงพัฒนาให้ยึดตามบริบทพื้นที่ ไม่จำกัดจำนวนบุคลากรในทีมพี่เลี้ยง แต่ขอให้มีบทบาทการพัฒนาเชิงประจักษ์
	2. มีข้อ 1 มีการประชุมทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ เพื่อร่วมกันวางแผนการพัฒนา	2		
	3. มีข้อ 2 และมีแผนการดำเนินงาน	3		
	4. มีข้อ 3 และมีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้	4		
	5. มีข้อ 4 และมีการสรุปผลการพัฒนาครอบคลุมตามรายหมวดและแต่ละเกณฑ์	5		
คะแนนรวม		**5**		

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

เกณฑ์	ขั้นที่ 1		ขั้นที่ 2		ขั้นที่ 3		ขั้นที่ 4		ขั้นที่ 5	
	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1
หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม **การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย** Customer Focus Community Participation	- มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (ตามปัญหาสำคัญของพื้นที่ OTOP) - มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา - ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด/วางแผนงานกิจกรรมด้านสุขภาพ - มีช่องทางการประสานงานภายในเครือข่ายและภายนอกเครือข่าย		- จัดทำแผนงานโครงการ - ชุมชน ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ - มีการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกัน		- ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ - ร่วมรับรู้ โดยมีกระบวนการค้นหา ทบทวนปัญหาโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม (ประชาคม/SRM/ธรรมนูญสุขภาพ) คืนข้อมูลให้แก่ประชาชน ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ร่วมทำกิจกรรมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) - ร่วมประเมินผล		- ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP) ดีขึ้น - ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทบทวน ร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ได้และปรับปรุงร่วมกัน - มีผลการประเมินความพึงพอใจหรือการสัมภาษณ์ พูดคุยเกี่ยวกับความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายกับการทำงานร่วมกับ รพ.สต.		- มีการนำข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน พัฒนาการจัดระบบบริการและความพึงพอใจที่ดีขึ้น - ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ร่วมเป็นเจ้าของในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ต่อเนื่อง และบูรณาการกับงานบริการอื่น - มีแผนงานโครงการที่สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP) ที่ได้รับการอนุมัติ - สามารถเป็นแบบอย่างในการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP)	

เกณฑ์	ขั้นที่ 1		ขั้นที่ 2		ขั้นที่ 3		ขั้นที่ 4		ขั้นที่ 5	
	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1	0.5	1
วิธีการประเมินและเอกสารประกอบการพิจารณา	- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับฐานข้อมูลช่องทางการสื่อสาร - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการแก้ไขปัญหา		- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับแผนงานโครงการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย		- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการได้มาซึ่งปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) การดำเนินกิจกรรมและการประเมินผล		- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ วิธีการในการทบทวนหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - สอบถาม/สัมภาษณ์/ความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย		- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการข้อร้องเรียน - แผนงาน/สำเนาโครงการที่อนุมัติ - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ได้ประสบผลสำเร็จ	
คะแนนที่ได้										

หมายเหตุ - การให้คะแนน คือ ทำครบทุกหัวข้อ ให้ 1 คะแนน, ทำได้บางหัวข้อ ให้ 0.5 คะแนน

- ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ดีขึ้น หมายถึง เปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่พื้นที่กำหนดไว้ว่าดีขึ้นหรือไม่

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 3 บุคลากรดี

การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

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

เกณฑ์	คะแนน				
	1	2	3	4	5
หมวด 3 บุคลากรดี **การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล Appreciation Resources Sharing and Human Development**	1. มีผลการวิเคราะห์ Happinometer/ มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร และผลการวิเคราะห์องค์กรด้านอัตรากำลังเปรียบเทียบตามกรอบของขนาด S M L เริ่มมีแนวทางหรือวิธีการดำเนินการดูแลพัฒนาวางแผนการใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่ายร่วมกัน	2. มีข้อ 1 และมีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาเพิ่มขึ้น ซึ่งดำเนินการร่วมกันในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรในบางประเด็น ได้แก่ ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) หรือบางระบบของการจัดระบบบริการ	3. มีข้อ 1, 2 และมีการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการจัดระบบบริการ	4. มีข้อ 1, 2, 3 และมีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ สร้างความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน มีการปรับปรุงการใช้ทรัพยากร พัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	5. มีข้อ 1, 2, 3, 4 และสร้างวัฒนธรรมให้บุคลากรมีความสุข เกิดความพึงพอใจ มีความผูกพันกับองค์กร ภูมิใจ และรับรู้คุณค่าในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการจัดระบบบริการอย่างยั่งยืน

เกณฑ์	คะแนน				
	1	2	3	4	5
วิธีการประเมินและเอกสารประกอบการพิจารณา	- สอบถาม/สัมภาษณ์ - เอกสารที่เกี่ยวข้อง <u>หมายเหตุ</u> - ผลการวิเคราะห์ Happinometer ของกระทรวงสาธารณสุข หรือผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร - ข้อมูลพื้นฐานองค์กร อ้างอิงจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.) - ผลการวิเคราะห์องค์กรด้านอัตรากำลังเปรียบเทียบตามกรอบของขนาด S M L - เอกสารการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ - การประเมินสมรรถนะรายบุคคลใช้แบบสรุปการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของจังหวัดหรือตามบริบทของพื้นที่ - แผนการใช้ทรัพยากรและแผนพัฒนาบุคลากร	- สอบถาม/สัมภาษณ์ - รูปแบบและวิธีสร้างการเรียนรู้ การพัฒนา - บันทึกการประชุม - เอกสารที่เกี่ยวข้อง <u>บางประเด็น</u> : ประเด็น OTOP หรือการจัดบริการอย่างน้อย 1 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู)	- สอบถาม/สัมภาษณ์ - รูปแบบและวิธีสร้างการเรียนรู้ การพัฒนา - บันทึกการประชุม - เอกสารที่เกี่ยวข้อง <u>ครอบคลุม</u> : ประเด็น OTOP และการจัดบริการทุกมิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู)	- สอบถาม/สัมภาษณ์ - เอกสารที่เกี่ยวข้อง - บันทึกการประชุม - รูปแบบและวิธีการสร้างการเรียนรู้ - รูปแบบการทบทวนวิเคราะห์ ปรับปรุงการจัดการทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรในบางประเด็นหรือครอบคลุมทุกมิติ	- สอบถาม/สัมภาษณ์ - เอกสารที่เกี่ยวข้อง - บันทึกการประชุม - รูปแบบและวิธีการสร้างการเรียนรู้ - รูปแบบการทบทวนวิเคราะห์ ปรับปรุงการจัดการทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรจากชุมชนในบางประเด็นหรือครอบคลุมทุกมิติ - รูปแบบและวิธีการสร้างความผูกพัน ความพึงพอใจและความผาสุก
คะแนนที่ได้					

คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ

การวิเคราะห์องค์กร

หมายถึง การวิเคราะห์ด้านอัตรากำลังเปรียบเทียบตามกรอบของขนาด S M L ตามบทบาทหน้าที่และภารกิจการจัดบริการของ รพ.สต. ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ แก่ประชาชน รวมถึงการจัดระบบบริการแบบเครือข่าย

ความผูกพัน (engagement)

หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร

ความผูกพัน

อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากร หรือใช้คำว่า “ร่วมด้วย ช่วยกัน”การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทน การสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรมบุคลากรที่มี ความพึงพอใจและความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรงานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จ ของงานปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ควรพิจารณาประเด็นเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน

การพัฒนาและการเรียนรู้

หมายถึง การวิจัย และพัฒนา การประเมินและปรับปรุงวิธีการทำงาน การแลกเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง(benchmarking) รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจทำได้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร อาจเป็นการฝึกอบรมระหว่างการปฏิบัติงาน การเรียนในห้องเรียน การเรียนจากคอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหรือนอกองค์กร

Resource

หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงานการประเมินความพึงพอใจและการประเมินสมรรถนะของบุคลากรตามแนวทางที่จังหวัดกำหนดหรือตามบริบทหรือพื้นที่ผลการวิเคราะห์ Happinometer ของกระทรวงสาธารณสุข ในห้วงระยะเวลาที่กำหนด

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.1 การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)						5			
ระดับ S : OTOP เรื่อง..... ..... *(ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)*								เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	<u>การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่</u> หมายถึง การจัดบริการที่สอดคล้องกับประเด็น OTOP

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ M : OTOP เรื่อง..... ..... *(ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)*								ตามรอยการให้บริการตามประเด็น OTOP	
ระดับ L : OTOP เรื่อง..... ..... *(ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)*									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.2 การจัดบริการในสถานบริการ									
4.2.1 OPD						5			
ระดับ S : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)								เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ ตามรอยการให้ บริการในสถานบริการ ตามแผนกต่างๆเช่น OPD, ER ฯลฯ	การให้บริการในสถานบริการ หมายถึง การจัดบริการภายในหน่วยบริการที่จัดไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับบริการ CPG OPD ประกอบด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของ CUP อย่างน้อย 5 โรค
ระดับ M : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)									
ระดับ L : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.2.2 ER						5			
ระดับ S : - การวินิจฉัย รักษาและทำหัตถการเบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนวทางการวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ)									ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน มีดังนี้ 1. Adrenaline injection 1:1000 2 Steroid injection เช่น Dexa injection หรือ Hydrocortisone injection 3.Chlorpheniramine injection 4. 50% Glucose injection 5. ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ M : - การวินิจฉัย รักษาและทำหัตถการเบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนวทางการวินิจฉัยการรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อ :Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ)									<u>CPG ER</u> ประกอบด้วย Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : - การวินิจฉัย รักษาและทำหัตถการเบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนวทางการวินิจฉัยการรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อหรือการจัดระบบส่งต่อแบบเครือข่าย : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพระดับ ALS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวนรายการยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.2.3 ANC						5			
ระดับ S : - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและส่งต่อตามระบบหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									CPG ANC ประกอบด้วย - การฝากครรภ์ปกติ - การฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยงและการส่งต่อ
ระดับ M : - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและส่งต่อตามระบบหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงส่งต่อตามระบบและรับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.2.4 WCC						5			
ระดับ S : - ให้วัคซีนตามเกณฑ์ - ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									CPG WCC ประกอบด้วย - การตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - การส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า
ระดับ M : - ให้วัคซีนตามเกณฑ์ - ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : - ให้วัคซีนตามเกณฑ์ - ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า หรือกระตุ้นพัฒนาการได้ หากมีพยาบาลที่ผ่านการอบรม หรือมีนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดและรับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.2.5 NCD (DM, HT, Stroke, CKD)						**5**			
ระดับ S : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่ - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									CPG NCD ประกอบด้วยการดูแลและการส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วย DM, HT, Stroke, CKD
ระดับ M : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่ - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่/ป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - มีกิจกรรม DPAC ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบการจัดการรายกรณี โดย Case managerและสหสาขาวิชาชีพและรับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S,M หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.2.6 งานบริการให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ						5			
ระดับ S : ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม / OSCC หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากรทุกวิชาชีพใน รพ.สต.			***ให้คะแนนโดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ M : ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม / OSCC หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากรทุกวิชาชีพใน รพ.สต.			***ให้คะแนนโดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/OSCC หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากรทุกวิชาชีพใน รพ.สต.			***ให้คะแนนโดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						
4.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม						**5**			
ระดับ S : - การส่งเสริมทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาขูด อุด ถอน หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ M : - การส่งเสริมทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาขูด อุด ถอน หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									
ระดับ L : - การส่งเสริมทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาขูด อุด ถอน - จัดระบบบริการใน รพ.สต. S, M ที่เป็นเครือข่าย และรับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.4 การจัดบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด									
4.4.1 การจัดบริการแพทย์แผนไทย						5			
ระดับ S : 1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้สั่งการรักษา 2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ผู้สั่งการรักษาหรือหรือผู้ประกอบวิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ M : 1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้สั่งการรักษา 2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ผู้สั่งการรักษาหรือหรือผู้ประกอบวิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : 1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้สั่งการรักษา 2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ผู้สั่งการรักษาหรือหรือผู้ประกอบวิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย 3. บริการผดุงครรภ์ไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์ไทย/นวดไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทย									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4. บริการเภสัชกรรมไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทย 5. บริการเวชกรรมไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของการจัดบริการแบบเครือข่าย และรับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.4.2 การจัดบริการกายภาพบำบัด						5			
ระดับ S : มีนักกายภาพออกมาปฏิบัติงานตามบริบทของพื้นที่									
ระดับ M : มีนักกายภาพออกมาปฏิบัติงานตามบริบทของพื้นที่									
ระดับ L : จัดให้มีบริการกายภาพบำบัดตามบริบทของพื้นที่ หรือ รับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
4.5 การจัดบริการในชุมชน								ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ ตามรอยกระบวนการให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการในชุมชน	<u>การบริการในชุมชน</u> หมายถึง บริการที่จัดไว้ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชน โดยออกไปให้บริการในชุมชน
4.5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุเตียง 3,4 ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เด็กพัฒนาการล่าช้า Palliative care) อ้างอิงตามเกณฑ์กรมอนามัย						5			
ระดับ S : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่									
ระดับ M : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่									

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ L : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่									
4.5.2 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรค (SRRT)						5			
ระดับ S : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			***เครื่องมือสนับสนุนจาก CUP ให้คะแนนโดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	**2. ระบบบริการ**	**3. เครื่องมือบริการ**	**4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ**	**5. การบันทึกข้อมูล**				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วนสมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	**ประเมินจาก** แบบประเมินภาคผนวก	**ประเมินจาก** เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์	**ประเมินตาม** บริบทสถานบริการ				
ระดับ M : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			***เครื่องมือสนับสนุนจาก CUP ให้คะแนนโดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						
ระดับ L : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			***เครื่องมือสนับสนุนจาก CUP ให้คะแนนโดยอัตโนมัติ 1 คะแนน						
คะแนนรวม						60			

หมายเหตุ ไม่มีการดำเนินงานทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0 คะแนน, มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0.5 คะแนน, มีการดำเนินงานครบทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ = 1 คะแนน

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563
หมวด 4 บริการดี
การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

4.6. การจัดบริการเภสัชกรรม RDU และ งานคุ้มครองผู้บริโภค (คบส.)

4.6.1 การจัดบริการเภสัชกรรม RDU

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1	**การบริหารจัดการระบบยา**					
	การบริหารจัดการระบบยา โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ.แม่ข่าย กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการจัดการระบบยาระดับอำเภอ 2. มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผนอย่างน้อย ปีละ 4 ครั้ง 3. มีการสนับสนุนวิชาการจากเภสัชกร รพ.แม่ข่าย ได้แก่ การจัดอบรมวิชาการ, คู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต.	1 1 1		1. คำสั่งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดฯระดับอำเภอ 2. แผนการปฏิบัติการฯ 3. สมุดเยี่ยม หรือ ผลปฏิบัติงาน หรือ เอกสารอื่นๆ ฯลฯ 4. คู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต.	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
2	**การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ**					
	2.1. มียาใช้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ	1. มีบัญชีรายการยา รพ.สต. 2. มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 3. ไม่มีรายการยา NED หรือมี แต่ได้รับการอนุมัติจากผู้ตรวจราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขออนุมัติ (แจ้ง สสจ. แล้ว) 4. มีหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	1 1 1 1		1. บัญชีรายการยา รพ.สต. 2. ตรวจสอบ Emergency box และ มียาช่วยชีวิตมีดังนี้ 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 2.5 ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ 3. คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 4. หนังสือขออนุมัติยา NED 5. หลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	2.2 มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแพ้ยา และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin	1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา 2. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin 3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาโดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 4. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin โดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 5. มีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ยาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพ้ยาต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร	1 1 1 1 1		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาและผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin ในคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกรณีแพ้ยา	
3	**คลังยาและเวชภัณฑ์**					
	3.1 มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม	1. ประตูมีกุญแจล็อค 2 ชั้น 2. มีแนวทางการเปิด/ปิดคลังยาชัดเจน 3. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง 4. มีการแยกประเภทยา วชย วสด และวัสดุอื่นๆชัดเจน	1 1 1 1		- ประตูมีกุญแจล็อค 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก - แนวทางการเปิด-ปิดคลังยาตามบริบทของ รพ.สต.	มาตรฐานคลังยากำหนดไว้เป้าหมาย คือ ความปลอดภัย ป้องกันการสูญหาย

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 กรณีที่ไม่ได้จัดให้มีคลังยา (มีการสำรองยาไม่เกิน 2 สัปดาห์) ให้ตามรอยคะแนน **<u>ประเมินจากคลังยาที่เป็นจุดจ่ายยาให้กับ รพ.สต นั้นๆ</u>**	
	3.3 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง	1. สุ่ม stock card นับยา 10 รายการ ตรงทุกรายการ 2. มีใบเบิกยาจากคลังยาโรงพยาบาล และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 3. ใบเบิกยาจากคลังยา รพ สอดคล้องกับ stock card 4. มีใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 5. ใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ stock card	1 1 1 1 1		- มี รบ.301 /stock card ครอบคลุมยา วชย วัสดุการแพทย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ - สุ่ม รบ.301 /Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.3 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง				- รบ.301 หรือ stock card รพ.สต. ข้อมูล จำนวนรับและวันที่รับยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจากโรงพยาบาลที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต. - สุ่ม ใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและสอดคล้องกับ รบ.301 กรณีที่ไม่ได้จัดให้มีคลังยา (มีการสำรองยาไม่เกิน 2 สัปดาห์) ให้สุ่มตามรอยเอกสารการรับยา เอกสารการจ่ายยา เทียบยาคงเหลือใน รพ.สต. ตามบริบทของ รพ.สต. นั้นๆ	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.4 การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ	1. ไม่มียาขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา	1		- สุ่ม รบ.301/Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา	
	3.5 มีระบบการควบคุมยาหมดอายุ	1. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ 2. ระบุวันเปิด วันหมดอายุของยา multiple dose และยา pre-pack 3. มีการจัดเรียงยาแบบ first expired first use	1 1 1		- สุ่มดูวันหมดอายุ และลักษณะภายนอกของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (โดยสุ่มทั้งหมด 10รายการ เป็นยา 7 รายการ และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา 3 รายการ)	
	3.6 ตู้เย็นเก็บยาตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 ^{0}C และอุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 ^{0}C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟมเพื่อควบคุมอุณหภูมิ	1 1 1 1 1 1 1		- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.7 ตู้เย็นเก็บวัคซีนตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 ^{0}C และอุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 ^{0}C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟมเพื่อควบคุมอุณหภูมิ	1 1 1 1 1 1 1		- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	
4	**การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล**					
	4.1 มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เพื่อส่งเสริมความให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ	1. มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน 2. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา 3. มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) 4. มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต.	1 1 1 1		- ซองยา, ฉลากยา - สาธิตการจ่ายยาให้ดู - บันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) - มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต.	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.2 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย	1. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐาน 2. มีฉลากเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย และ มีฉลากยาเสริม 3. มีฉลากช่วยในการใช้ยา 4. มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย	1 1 1 1		- ฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล - ฉลากช่วย เช่น การใช้ยาหยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก - สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ OTOP	
	4.3 มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	1. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 2. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน 3. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ 4. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจไม่เกินร้อยละ 20 5. ร้อยละของการใช้ปฏิชีวนะในโรคในโรคท้องร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20 6. แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD 7. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์หญิงให้นมบุตร 8 .มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป กับการใช้ยา NSAIDs 9. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	1 1 1 1 1 1 1 1 1		- สอบถาม สังเกต ดูเอกสารการ - แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ - แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.3 มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				- ข้อมูลร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจท้องร่วงเฉียบพลันจากโปรแกรม HDC/ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	
	4.4 มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน	1. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโรคเรื้อรังของผู้ป่วย 2. มีการติดตามเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางไลน์และแนะนำการใช้ยาโรคเรื้อรังและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน โดยเภสัชกร 3. มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน Family folder หรือ วิธีการอื่นใด	1 1 1		- สอบถาม และดูการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านใน Family folder หรือ วิธีการอื่นใด	
คะแนนรวม			**63**			

4.6.2 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1	**งานคุ้มครองผู้บริโภค**					
	1.1 การบริหารจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอโดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ.แม่ข่ายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1. มีคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ 2. มีแผนการปฏิบัติการและแผนดำเนินการมีการออกปฏิบัติงานจริง 3. มีการวางแผนขับเคลื่อนงาน คบส. โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4. มีการติดตามประเมินผลและการคืนข้อมูลงาน คบส. ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	1 1 1 1		- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ - มีแผนการปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยมหรือผลปฏิบัติงานหรือเอกสารอื่นๆ	
	1.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูปในร้านค้า ร้านชำ ตลาดนัด รถขายอาหารสด	1. มีการดำเนินการตรวจสอบ เฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป โดยชุดทดสอบอย่างง่าย 2. ให้ความรู้หรือคำแนะนำกับผู้ประกอบการร้านค้า ร้านชำ รถขายอาหารสด 3. มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคมแก้ไขปัญหา จัดโครงการอบรม 4. มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น อสม, ผู้ประกอบการ ครู/นักเรียน อย.น้อย	1 1 1 1		- สรุปผลการดำเนินงาน/บันทึกการดำเนินงาน	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	1.3 ร้านค้า/ร้านชำ และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	1. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้งร้านค้า/ร้านชำ 2. ไม่พบยากลุ่มเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1 1 1		- สุ่มตรวจอาหารและขนมตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย - สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ยากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ Steroids (ยกเว้นแพทย์สั่ง), Antibiotic เหลือใช้	
	1.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	1. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อ 2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยงและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	1 1		- ผู้จำหน่ายร้านค้า มีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1) ดู อย. (2) ดูวันผลิต วันหมดอายุได้ (3) ทราบตัวอย่างรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า, เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย, อาหารที่ห้ามจำหน่าย - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง (ยาปฏิชีวนะเหลือใช้/ยาสเตียรอยด์) และผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้าแนบท้าย

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	1.5 มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค เช่น อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย ผู้ประกอบการร้านค้าแผงลอยจำหน่ายอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ	1. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มได้แก่ 1.1 นักเรียน 1.2 ผู้ประกอบการ 1.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1.4 เครือข่าย คบส.	1		- แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงานหรือหลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณาหลักฐานปีงบปัจจุบันและปีงบที่ผ่านมา
	1.6 เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่สอดคล้องกับ OTOP	1. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหาด้าน คบส. ในพื้นที่จำนวน 2 กลุ่มขึ้นไป 2. มีการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค 3. ประเด็นการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับ OTOP	1 1 1		- แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงานหรือหลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณาหลักฐานปีงบปัจจุบันและปีงบที่ผ่านมา
คะแนนรวม			**17**			

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563
หมวด 4 บริการดี
การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย
หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

4.7 ระบบสนับสนุนบริการ

4.7.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.1 การจัดการระบบบันทึกข้อมูล (10 คะแนน)	1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต. มีประสิทธิภาพและปรับปรุงเป็นปัจจุบัน	2	
	2. บันทึกข้อมูลบริการ (OP) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการโดยสุ่มข้อมูลบริการ (ตุลาคม 2562 – สิ้นเดือนก่อนการประเมิน) และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง visit ของ JHICS หรือตาราง visit ของ HOSXP PCU - ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70 – 74 = 3 คะแนน - ร้อยละ 75 – 79 = 4 คะแนน - ร้อยละ 80 – 84 = 5 คะแนน - ร้อยละ 85 – 89 = 6 คะแนน - ร้อยละ 90 – 94 = 7 คะแนน - มากกว่าร้อยละ 95 = 8 คะแนน	8	
1.2 การตรวจสอบและการจัดส่งข้อมูล (5 คะแนน)	1. มีการจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้ม สม่ำเสมอ - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อเดือน = 1 คะแนน - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน - ส่งข้อมูลทุกวันทำการ(จันทร์ - ศุกร์) (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) = 3 คะแนน	3	
	2. มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือ electronic file ในการตรวจสอบข้อมูล - ไม่มีการตรวจสอบ = 0 คะแนน - มีการตรวจแต่ไม่มีเอกสาร = 1 คะแนน - มีการตรวจและมีหลักฐานประกอบ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) = 2 คะแนน	2	

เกณฑ์	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.3 คุณภาพของข้อมูล (5 คะแนน)	ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPPP-2010 (ตุลาคม 2562 – ปัจจุบัน) (การตรวจแบบละเอียด) - น้อยกว่าร้อยละ 60 = 1 คะแนน - ร้อยละ 60 – 69 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70 – 79 = 3 คะแนน - ร้อยละ 80 – 89 = 4 คะแนน - ร้อยละ 90 – 100 = 5 คะแนน สุ่มตรวจ 1 เดือน (ตุลาคม 2562 – สิ้นเดือนก่อนการประเมิน)	5	
รวม		**20**	

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเครื่องแม่ข่าย - น้อยกว่า 1 : 0.50 = 1 คะแนน - 1 : 0.50 – 0.59 = 2 คะแนน - 1 : 0.60 – 0.69 = 3 คะแนน - 1 : 0.70 – 0.79 = 4 คะแนน - มากกว่า หรือ เท่ากับ 1 : 0.80 = 5 คะแนน	5	
2. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ - มีเครื่อง PC หรือ Notebook ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ = 1 คะแนน - มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูลเท่านั้น (ไม่มีโปรแกรมอื่น เช่น MS Office โปรแกรมแต่งภาพ Line PC เป็นต้น) = 2 คะแนน - มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) = 3 คะแนน	3	
3. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต. - มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน	5	

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และแผนรองรับเมื่อเครื่องมือมีปัญหา 4.1 มีแผนการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหา(ทำ Flow Chart) ที่สำคัญที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการ - ไม่มี = 0 คะแนน - มี = 1 คะแนน 4.2 มีโปรแกรม Antivirus ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux - ไม่มี = 0 คะแนน - มี = 1 คะแนน 4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย - ไม่มี = 0 คะแนน - มี = 1 คะแนน	3	
5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ - ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน - มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 1 คะแนน	1	
6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ - ไม่มีระบบ = 0 คะแนน - มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 1 คะแนน (การเข้าถึงข้อมูลใน HIS การเข้าใช้ ระบบ network การเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการรายบุคคล)	1	
รวม	**18**	

ส่วนที่ 3 กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มวัย และประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
3.1 มีข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร 5 กลุ่มวัย (มีเฉพาะฐานข้อมูล ให้ 0.5 คะแนน ถ้ามีทั้งฐานข้อมูลและการวิเคราะห์ ให้ 1 คะแนน) (กลุ่มวัยละ 1 คะแนน)	5	
- กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี)	1	
- กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี)	1	
- กลุ่มวัยรุ่น (15 – 20 ปี)	1	
- กลุ่มวัยทำงาน (21 – 59 ปี)	1	
- กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)	1	
3.2 มีข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)	1	
3.3 มีฐานข้อมูลผู้รับบริการและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (ครอบคลุมบริการหมวด 4) (มีเฉพาะฐานข้อมลให้ 0.5 คะแนน ถ้ามีทั้งฐานข้อมูลและการวิเคราะห์ ให้ 1 คะแนน)	10	
- OPD	1	
- ER	1	
- ANC	1	
- WCC	1	
- NCD (DM, HT, Stroke, CKD)	1	
- งานให้คำปรึกษา	1	
- ทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม	1	
- แพทย์แผนไทย	1	
- COC / LTC	1	
- SRRT	1	
รวม	**16**	
คะแนนรวมทั้งหมด	**54**	

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

4.7 การจัดระบบบริการสนับสนุน

4.7.2 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	**1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**	**3**		- มีการมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงาน - การอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อย 1 วัน (นับย้อนตั้งแต่วันที่ตรวจประเมิน) - การอบรมความรู้มีหลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เอกสารการอบรม	<u>พี่เลี้ยงระดับอำเภอ</u> หมายถึง ICNหรือ RN ของ CUP * กรณี รพ.สต. ไม่มี RN ให้ รพ.สต.แม่ข่าย หรือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อของ CUP เป็นผู้รับผิดชอบร่วม โดยมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้รับผิดชอบ
	1.1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.	1			
	1.1.2 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.	1			
	1.1.3 พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	**1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ**	**2**		- ดูคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. - สอบถามบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ	
	1.2.1 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.	1			
	1.2.2 คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ได้รับการปรับปรุงภายใน 5 ปี	1			
2. การดำเนินงาน	**2.1 ระบบการเฝ้าระวัง**	**5**		- ดูแนวทางการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายสำคัญ - สอบถามระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	<u>กลุ่มเป้าหมายสำคัญ</u> หมายถึง 1. กลุ่ม CI 2. กลุ่ม HAI 3. เฝ้าระวังกลุ่มเป้าหมายในบริบทของพื้นที่นั้น เช่น กลุ่มผู้ป่วย TB, ESRD, Bed Sore
	2.1.1 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	1			
	2.1.2 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	2			
	2.1.3 มีข้อ 2.1.2 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	3			
	2.1.4 มีข้อ 2.1.3 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	4			
	2.1.5 มีข้อ 2.1.4 และมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต. และในชุมชน	5			
	2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี	**5**		- ดูแผนการตรวจสุขภาพ - ดูผลการตรวจสุขภาพประจำปี - ดูแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย	<u>การตรวจสุขภาพประจำปี</u> การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ หมายถึง การวิเคราะห์จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.2.1บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปีแต่ไม่ครบ 100%	1			
	2.2.2 มีข้อ 2.2.1 ครบ 100 %	2			
	2.2.3 มีข้อ 2.2.2 และมีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ	3			
	2.2.4 มีข้อ 2.2.3 และมีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	4			
	2.2.5 มีข้อ 2.2.4 และ บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษาและปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน	**2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**	**5**		- ทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีนรอบปีปฏิทิน - สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี	- มีการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นแก่บุคลากร เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนที่ป้องกันกันโรคระบาดตามการระบาดของแต่ละพื้นที่ - <u>บุคลากรกลุ่มเสี่ยง</u> หมายถึง กลุ่มที่มีการสัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 51 – 60	1			
	2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 61 – 70	2			
	2.3.3 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 71 – 80	3			
	2.3.4 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 81 ขึ้นไป	4			
	2.3.5 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 81 ขึ้นไปและบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการให้วัคซีนตามความเหมาะสม	5			
	2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	**5**		- ดูป้ายประกาศ/โปสเตอร์แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน - สุ่มถามบุคลากร 1 คน - รายงานการเกิดอุบัติเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	<u>แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง</u> หมายถึง แนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มแทง เช่น ใบมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือ ผิวหนังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.4.1 มีการติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานในบริเวณที่มองเห็นชัดเจน	1			
	2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และครอบคลุมจุดเสี่ยง/จุดบริการและมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากร	2			
	2.4.3 มีข้อ 2.4.2 และบุคลากรรับทราบแต่อธิบายแนวทางปฏิบัติไม่ถูกต้อง	3			
	2.4.4 มีข้อ 2.4.3 และบุคลากรรับทราบและสามารถอธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	4			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน	2.4.5 มีข้อ 2.4.4 และเมื่อเกิดอุบัติเหตุ มีการบันทึกและรายงานตามแนวทางปฏิบัติ	5			
	2.5 การทำความสะอาดมือ	**5**		- ป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ - สุ่มสอบถามขั้นตอนและวิธีการล้างมือ - ให้บุคลากรสาธิตการล้างมือ	<u>5 moment</u> หมายถึง การล้างมือ 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2. ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย 3. หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย 4. หลังสัมผัสผู้ป่วย 5. หลังสัมผัสสิ่งที่ล้อมรอบผู้ป่วย
	2.5.1 มีการติดป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และ 5 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**		- ดูภาพหรือป้ายแสดงขั้นตอนการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล - ให้บุคลากรสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในกรณีต่างๆเช่น 1. กรณีที่พบผู้ป่วยที่แพร่กระจาย เชื้อทาง Airborne ระยะเข้มข้น, MERS, SAR หรืออื่นๆ ตามบริบท	<u>อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</u> หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือ เป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน
	2.6.1 มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แต่อุปกรณ์ไม่เพียงพอไม่พร้อมใช้	1			
	2.6.2 มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้	2			
	2.6.3 มีข้อ 2.6.2 และมีการจัดเก็บในสถานที่ที่เหมาะสม	3			
	2.6.4 มีข้อ 2.6.3 และมีการถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบและสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้แต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	4			
	2.6.5 มีข้อ 2.6.4 และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน				2. กรณีที่ต้องจัดการกับสารคัดหลั่ง (ไม่รวมการล้างเครื่องมือ)	
	2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต.	**5**		- สุ่มถาม - ตรวจสอบสถานที่จริง - ป้ายสื่อสารการปฏิบัติกรณีโรคติดต่อที่ต้องแยกพื้นที่เช่น โรควัณโรค, ไข้หวัดนก คอตีบ เป็นต้น	<u>การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต.</u> หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. เช่นผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค และดูการจัดพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน CSSD ของ รพ.สต.
	2.7.1 มีแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อปรากฏในคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1			
	2.7.2 มีข้อ 2.7.1 และมีการสื่อสารแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	2			
	2.7.3 มีข้อ 2.7.2 และบุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	3			
	2.7.4 มีข้อ 2.7.3 และมีการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.	4			
	2.7.5มีข้อ 2.7.4และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน	**2.8 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน**	**3**		สอบถาม เจ้าหน้าที่/ลูกจ้าง เกี่ยวกับแนวทางการทำลายเชื้อและปฏิบัติตามแนวทางการทำลายเชื้อ/ทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	<u>เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ</u> หมายถึง 1. มีการควบคุมด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง 2. มีการควบคุมด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อ 3. มีการควบคุมภายในหีบห่อที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 4. มีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเครื่องต่อเดือน 5. มีการจัดเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง 6. มีระบบการเรียกคืนอุปกรณ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีการระบุวันหมดอายุ บนอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ <u>เพียงพอ</u> หมายถึง เพียงพอต่อการให้บริการ
	2.8.1 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อที่เพียงพอต่อการใช้งาน	1			
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อน การจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	1			
	2.8.3 มีข้อ 2.8.2 และไม่พบของหมดอายุ	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
3. การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ	- มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอินทรีย์มูลฝอยอันตรายและนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนด	**1**			- สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	**รพ.สต.มีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 6 หัวข้อ คือ**				- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์
	4.1 <u>บุคลากร</u>	**2**			
	1) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขแล้ว	1		- หลักฐานการฝึกอบรม คือ ใบประกาศ ตามแบบของกรมอนามัย	
	2) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ	1			
	4.2 <u>การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ</u>	**2**			
	1) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด	1			
	2) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุของมีคม และวัสดุของไม่มีคม	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	4.3 <u>การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</u>	**6**			
	1) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้	1			
	2) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคมต้องบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของภาชนะบรรจุ	1			
	3) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่ายทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม	1			
	4) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม ต้องบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัตถุอื่นให้แน่น	1			
	5) มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	1			
	6) ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียว และทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	1			<u>กล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ</u> หมายถึง ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ที่เป็นกล่องหรือถัง ต้องทำจากวัสดุที่แข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี เช่น พลาสติกแข็ง หรือโลหะ มีฝาปิดมิดชิด (อ้างอิง ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	**4**			
	1) ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะปฏิบัติงาน	1			
	2) ใช้ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ เวลาเคลื่อนย้าย	1			
	3) มีการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปเก็บกักที่พักรวมทุกวัน	1			
	4) มีการทำความสะอาดภาชนะรองรับและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย เช่น บ่อเกรอะบ่อซึม ถังบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูป เป็นต้น	1			
	4.5 บริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	**5**			
	1) แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่อับชื้น	1			
	2) ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่เก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษา สถานที่ประกอบ ปรุง เก็บ หรือสะสมอาหาร	1			
	3) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ พื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่าย ไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด	1			
	4) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ มีความจุเพียงพอ	1			
	5) มีข้อความแสดงซึ่งมีขนาดและสีที่สามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ”	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	**4.6 <u>การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้</u>** รพ.สต. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบใด **(เลือก 1 วิธี ตามการจัดการของ รพ.สต.)**	**คะแนนเต็ม 2**			
	4.6.1 <u>กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง</u>	2			
	1) ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้	1			
	2) ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 3) บริเวณโดยรอบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อสะอาด 4) มีบ่อรองรับเถ้ามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ	1			
	4.6.2 <u>กรณีส่งให้โรงพยาบาลที่รับเป็นศูนย์รวมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</u>	2			
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการนำมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			
	2) ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อสำหรับส่งกำจัดที่โรงพยาบาลต้องมีลักษณะ ดังนี้ - เป็นภาชนะที่มีพื้นและผนังทึบ ทำด้วยวัสดุทำความสะอาดง่าย มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ และมีระบบป้องกันการตกหล่นในระหว่างการเคลื่อนย้าย - ด้านข้างภาชนะมีข้อความว่า “ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามเปิด ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	4.6.3 <u>กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้</u>	**2**			
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			
	2) มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1852/2556 และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545	1			
รวมคะแนน		**65**			

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

4.7 การจัดระบบบริการสนับสนุน

4.7.3 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
1. บุคลากร ☆							
1	1.1 มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและ รองต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน	ไม่มีคำสั่งมอบหมาย	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลัก	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรอง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรองและบุคลากรอื่นแต่ไม่ครบทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์จริงครบทุกคน	คำสั่งแต่งตั้ง
2	1.2 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ มีบันทึกประวัติการอบรม ● ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรมจาก รพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการ	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลักมีเฉพาะบันทึกการอบรมผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50%	มีใบประกาศ หรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% ของจำนวนผู้ ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบ หมายหน้าที่รับผิดชอบ	มีใบประกาศ หรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักและรองและรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงมากกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมาย	มีใบประกาศ/บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติทุกคน	หลักฐานการอบรม/สอน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	ฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน รพ.สต. ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม มีใบประกาศ/เอกสารบันทึกการสอนหน้างาน(On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยได้รับการอบรมครอบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ (ดูหลักฐานการอบรมในรอบ 1 ปีย้อนหลังนับจากวันประเมิน)		ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบ หมายหน้าที่รับผิดชอบ		หน้าที่รับผิดชอบ		
3	1.3 มีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น นักเทคนิคการแพทย์หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ● มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยง สามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/line/face book ได้	ไม่มี	มีคำสั่งแต่งตั้งแต่ไม่มีบันทึกการขอรับคำปรึกษาหรือมีบันทึกการขอคำปรึกษาแต่ไม่ได้ทำคำสั่ง	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองไม่ลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษา	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษาไม่ครบทุกคน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษาครบทุกคน	คำสั่งแต่งตั้งบันทึกการขอคำปรึกษา

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน							
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการออกจากพื้นที่ทำงานอื่น ● พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ	ไม่ได้จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน Lab	ใช้พื้นที่ตรวจวิเคราะห์ร่วมกับงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน	ใช้พื้นที่เดียวกันกับงานอื่นแต่สลับเวลาใช้งาน หรือจัดพื้นที่/ตั้งโต๊ะเฉพาะในวันที่ให้บริการ	แยกเป็นสัดส่วน มีใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นบางส่วนเล็กน้อย	แยกเป็นสัดส่วน ชัดเจน สะอาด ไม่ร้อน ไม่ชื้น ไม่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น	สังเกต, สอบถาม
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม ● พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit เหมาะสม แข็งแรงมั่นคง	ไม่ได้จัดพื้นที่วางเครื่องมือ	มั่นคงหรือไม่มั่นคง แต่ใช้พื้นที่ร่วมกันกับงานอื่น เมื่อจะใช้งานถึงจะยกเครื่องมือมาวาง	มีพื้นที่วาง แต่ไม่มั่นคง	พื้นที่วางมั่นคง แต่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้นหรือแดดส่อง หรือเข้าไปใช้งานได้ยาก	จัดวางในพื้นที่มั่นคงเพียงพอพร้อมใช้งาน สิ่งแวดล้อมเหมาะสม	สังเกต, สอบถาม, ลองขยับ
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ☆							
	3.1 วัสดุน้ำยา						
6	3.1.1 มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ ● มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบในอุณหภูมิที่ถูกต้องตามเอกสารกำกับน้ำยา	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมทุกชิ้น	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 25% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 50% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 75% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสมทุกชิ้น	ตรวจเอกสาร, สังเกต, สอบถาม
7	3.1.2 มีการบันทึกหมายเลขการผลิต มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยา, วัสดุวิทยาศาสตร์และตรวจสอบทุกครั้งที่มีการเปิดใช้น้ำยากล่องใหม่หรือขวดใหม่ก่อนทำการทดสอบและมีบันทึกในแบบบันทึกการตรวจวิเคราะห์ (Work sheet)	มีหมดอายุ	ไม่ระบุ แต่ไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วนมีระบุไม่ทุกชิ้นหรือไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุทุกชิ้น แต่ไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน, มีระบุถูกต้องทุกชิ้นและไม่หมดอายุ	ตรวจเอกสาร, สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	● แถบตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, Tube Hematocrit แถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip) มีการระบุวันเปิดใช้วันหมดอายุบนขวดตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน ● แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) หลอดเก็บเลือด มีการระบุวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน						
	3.2 เครื่องมือทดสอบ						
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ ● ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อเครื่องมือหมายเลขเครื่องหรือหมายเลขครุภัณฑ์ วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคาผู้รับผิดชอบดูแลรักษา	ไม่มีทะเบียนเครื่องมือ	มีทะเบียนแต่ข้อมูลไม่ครบตามข้อกำหนดทุกเครื่อง	มีทะเบียนและเครื่องมือ 50% มีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนและเครื่องมือ 75% มีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนเครื่องมือที่ข้อมูลครบตามข้อกำหนดทุกเครื่องและเป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการหรือใช้แผนสอบเทียบรวมระดับอำเภอ	1. ไม่มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบเครื่องมือไม่ครบทุกเครื่องและไม่ระบุรายละเอียดใดๆ ในแผน 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุความถี่หรือไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบ 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ 50% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่	1. มีแผนสอบเทียบและระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง แต่ไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบหรือสอบเทียบไม่ตรงตามการใช้งานจริง 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ ≥ 75% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่	1. มีแผนสอบเทียบจุดที่ต้องการสอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง พร้อมระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง 2. มีแผนบำรุงรักษาครบทุกประเภทเครื่องมือ	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
10	3.2.3 มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องปั่น Hematocrit ที่เป็นปัจจุบันมีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่ายงานที่สอบเทียบโดยสอบเทียบความเร็วรอบ และตัวตั้งเวลาของเครื่องปั่นทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ถ้าไม่มีการสอบเทียบตัวตั้งเวลาเมื่อใช้งานจริงต้องนำนาฬิกาภายนอกชนิดมีสัญญาณเตือนที่ผ่านการสอบเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ ● มีระบบสำรองแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) หรือฟิวส์หรือมีระบบสำรองเครื่องมือที่พร้อมให้บริการในพื้นที่	1. ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบแต่ผลการสอบเทียบไม่ผ่านและไม่มีการแก้ไข 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด ในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่เป็นปัจจุบัน 3. มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบันและสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ความถี่ตรงตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบันและสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
11	3.2.4 มีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบันที่มีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ โดยสอบเทียบทุก 6 เดือน ตรงตามค่า ที่ใช้งานสามารถทำการสอบเทียบเองได้โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองจากองค์กรอื่นมีข้อมูลบันทึกครบถ้วน การสอบเทียบในแต่ละจุดใช้งานต้องจับเวลาอย่างน้อยจุดละ 3 ครั้ง เมื่อสอบเทียบแล้วจัดให้มีฉลากติด	ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ	มีบันทึกการสอบเทียบแต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด และ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบแต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบจุดที่สอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบจุดที่สอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ตรงตามกำหนด ครบทุกเครื่องตามแผน	ตรวจเอกสาร, สอบถาม
12	3.2.5 มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตและมีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือและไม่มีแบตเตอรี่สำรอง	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ ≥ 25% ของจำนวนเครื่องที่มีอยู่ และไม่มีแบตเตอรี่สำรองในหน่วยงาน แต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ ≥ 50% ของจำนวนเครื่องที่มีอยู่ และไม่มีแบตเตอรี่สำรองในหน่วยงาน แต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลบำรุงรักษาเครื่องมือ ≥75 % ของจำนวนเครื่องที่มีอยู่ และมีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	มีผลการบำรุงรักษาครบทุกเครื่องเป็นปัจจุบัน และมีแบตเตอรี่สำรองอย่างน้อย 1 ชุด	ตรวจเอกสาร, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
13	3.2.6 อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อมใช้ ● Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) ● ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันชนิดธรรมดาได้ ไม่ใช้สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริงและดูว่าน้ำส่วนบนใน Tube Hematocrit ไม่ลดระดับ ● มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัด ไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	ไม่มี หรือ มีแต่ใช้งานไม่ได้ หลังปั่นอ่านพบน้ำส่วนบนลดระดับ	แผ่นอ่านสเกลมีแต่ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันแต่ใช้สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู	แผ่นอ่านสเกลมีแต่ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและไม่ใช้สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู	แผ่นอ่านสเกลคมชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและไม่ใช้สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู	แผ่นอ่านสเกลคมชัดและแข็งแรง ไม่สามารถม้วน งอได้ มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและไม่ใช้สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู	สังเกต, สอบถาม
14	3.2.7 มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet)	ไม่มี หรือ ใช้เข็มฉีดยามาเจาะปลายนิ้ว	-	-	-	มีเป็น lancet หรือเข็มเจาะปลายนิ้วโดยเฉพาะ	สังเกต, สอบถาม
15	3.2.8 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว) ● ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกแบบไม่มีฝา ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไขและต้องตรวจทันที	ไม่มี	มี แต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง	มี และ แห้ง สะอาด แต่ใช้ซ้ำ	มี และแห้ง สะอาด ใช้ครั้งเดียว	มี และ แห้งสะอาด มีฝาปิด และใช้ครั้งเดียว	สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ							
16	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และกรณีไม่ได้ตรวจทันทีต้องมีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง ● ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้	ไม่มี	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง ไม่มีเอกสารอ้างอิง	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง มีเอกสารอ้างอิง แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือที่จัดทำโดยกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร สอบถาม
17	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (ถ้ามี) อายุ เพศ รายการตรวจผู้เก็บตัวอย่างผู้สั่งตรวจและหน่วยงานที่ส่งตรวจกรณีตรวจวิเคราะห์เองไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ	ไม่มี	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย แต่ไม่มีรายการตรวจและไม่ระบุผู้สั่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ แต่ไม่ระบุผู้สั่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจและผู้สั่งตรวจ	มีครบตามกำหนดหรือมีสั่งตรวจใน Family folder	ตรวจเอกสาร สอบถาม
18	4.3 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง หน่วยงานที่ส่งตรวจ ● กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่างระบุ ชื่อ-นามสกุล สามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้	กรณีส่งต่อ รพ. ไม่มี หรือไม่เขียน ชื่อ-สกุล หน่วยงานที่ส่ง	กรณีตรวจเอง One stop service ไม่เขียน ชื่อ-สกุล	มีแต่รายละเอียดไม่ครบ	มีแต่รายละเอียดไม่ครบแต่สามารถทวนสอบได้	มีรายละเอียดครบตามกำหนด	สังเกต, สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
5. ขั้นตอนการทดสอบ ☆							
19	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ ● คู่มือการตรวจวิเคราะห์หรือคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจนอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว รพ.แม่ข่ายสามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และต้องมีเอกสารกำกับน้ำยาที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ	ไม่มี	มี แต่ไม่ครบทุกการทดสอบ และ/หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ แต่มี 2 รายการไม่ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการและเป็นปัจจุบัน แต่มี 1 รายการไม่ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการและเป็นปัจจุบันตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา	ตรวจเอกสาร สอบถาม
20	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด ● สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้สาธิตหรือบรรยายขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทุกรายการทดสอบ	ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกรายการ	ปฏิบัติตามขั้นตอนไม่ถูกต้อง 3 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอนไม่ถูกต้อง 2 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอนไม่ถูกต้อง 1 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้องตามคู่มือทุกรายการทดสอบ	ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน, สังเกต, สอบถาม
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ☆							
21	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ● ควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วยโดยไม่ต้องแยกแบบฟอร์ม (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว)	ไม่มีการทำ IQC ทุกรายการ	ทำ 1 รายการและความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ 2 รายการ และความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ 3 รายการ ความถี่เดือนละ 1 ครั้ง หรือครบทุกการทดสอบแต่ความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ IQC ทุกการทดสอบความถี่เดือนละ 1 ครั้ง	ตรวจเอกสาร สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	• การทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือด ทำ IQC						
22	6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-lab) • มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ • 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 หรือทำครบทุกรายการทดสอบ แต่ทำ 1 ครั้ง/ ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ทุกการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี	ตรวจเอกสาร สอบถาม
23	6.3 กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกออกนอกเกณฑ์ การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ โดยปรึกษาร่วมกับพี่เลี้ยงและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน	ไม่มีการดำเนินการ	มีบันทึกการหาสาเหตุไม่ครบถ้วนและทำการแก้ไขไม่ครบถ้วน	มีบันทึกการหาสาเหตุครบถ้วน แต่ทำการแก้ไขไม่ครบ	มีบันทึกการหาสาเหตุและทำการแก้ไขครบถ้วน แต่ขาดมาตรการป้องกัน	มีบันทึกการหาสาเหตุ ดำเนินการแก้ไขและกำหนดมาตรการป้องกัน	ตรวจเอกสาร สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
7. การรายงานผลการทดสอบ							
24	7.1 มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ ● มี work sheet การทดสอบปัสสาวะโดยบันทึกการอ่านปฏิกิริยาของแถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip), แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) กรณีทะเบียนบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ Worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ถึง วันที่ตรวจ, lot number ของแถบตรวจ, วันหมดอายุ ชื่อผู้ทำการตรวจ และให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล กรณีไม่สามารถระบุชื่อผู้ตรวจได้ เช่น อสม. 2 คนทำการตรวจ ต้องทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ของ รพ.สต. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย	ไม่มีหลักฐานแสดง	1. มีทะเบียนผลการทดสอบ 1 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	1. มีทะเบียนผลการทดสอบ 2 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	1. มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วน ถูกต้อง 3 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	1. มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วน ถูกต้อง 4 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	ตรวจเอกสาร สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
25	7.2 กรณีส่งตรวจต่อต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ต้องมีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจและผลการตรวจ ใบรายงานผลการทดสอบ มีรายละเอียดของผู้ป่วย ผลการทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ วันที่ เวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบรับรองผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนดเก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี	1. ไม่มีทะเบียนและไม่สามารถค้นหาจากระบบได้ 2. ไม่มีใบรายงานผล	1. ใบรายงานมีข้อมูลไม่ครบถ้วน 2. ไม่มีลายมือชื่อและชื่อ สกุล ผู้วิเคราะห์/ผู้ตรวจสอบผล	1. มีสำเนารายงานผลปีปัจจุบัน 2. ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	1. ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ 2. ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	1. มีทะเบียนการส่งต่อและมีผลการตรวจ 2. ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	ตรวจเอกสาร สอบถาม
รวม							
คะแนนที่ได้ /คะแนนเต็ม							
คิดเป็นร้อยละ							

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

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

2) ชื่อ – สกุล ..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....

วันที่ให้ข้อมูล .....

1) ชื่อ – สกุล..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....

วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

คำชี้แจงเพิ่มเติม

1. ☆หมายถึง ข้อกำหนดที่จำเป็น ได้แก่ ข้อ 1 3 5 และ 6 ต้องไม่ได้คะแนน 0 (ศูนย์) ถ้ามีคะแนน 0 (ศูนย์)ในข้อกำหนดดังกล่าว คะแนนของข้อ 4.7.3 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) ได้คะแนน 0 (ศูนย์)
2. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละ รพ.สต. อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง
3. รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่ รพ.สต.ให้บริการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติม ต้องอยู่ในการกำกับดูแลของนักเทคนิคการแพทย์และให้ทำการประเมินทุกรายการตรวจวิเคราะห์รวมในเกณฑ์
4. การจัดหา IQC material ให้ รพช./รพท./รพศ./คปสอ. ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต ทำ IQC และส่งรายงานผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
5. การทำ IQC ของการตรวจ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process)ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบความเร็วรอบเครื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน แผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit
6. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดย รพช./รพท./รพศ./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ผลอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
7. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
   7.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
   7.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
   7.3 การส่งต่อตัวอย่างต้องมีภาชนะนำส่งที่มีฝาปิดมิดชิด และมีการควบคุมอุณหภูมิอย่างถูกต้อง และปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน)

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน (แบบเอกสาร หรือ แบบ Electronic file) ที่ให้บริการ

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
(1) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วย อย่างน้อย ต้องมีรายการ 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 และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพ ที่อยู่และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 2.5 ประวัติอาการป่วย ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชันสูตรของผู้ป่วย 2.6 การวินิจฉัย 2.7 การรักษา 2.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ) 2.9 มีประวัติการแพ้ยา		

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

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ประเด็น : การบันทึกและใช้ประโยชน์ Family folder

(แบบเอกสารหรือแบบ Electronic file **:** ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน**)**

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

หมายเหตุ - มี ครบทุกข้อ = 1 คะแนน

- มีไม่ครบทุกข้อ = 0 คะแนน

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2.1 OPD 4.2.5 NCD และ 4.4.1 การบริการแพทย์แผนไทย

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน ต้องมีรายการดังนี้		
(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)*		

<u>หมายเหตุ</u> 1. การประเมิน OPD และแพทย์แผนไทย (ใช้เครื่องมือชุดตรวจร่วมกันได้)

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

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

- NCD มีข้อ 1 – 10 = มี = 1 คะแนน
- NCD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 10 = ไม่มี = 0 คะแนน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน "หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ" ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

ระดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
		มี	ไม่มี
S	1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน		
	1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉินได้แก่		
	1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4)		
	1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือ		
	1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR		
	2. อุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น		
	3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear		
	4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน		
	5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ หมายเหตุ : กรณีมี Central Supply ตามดูที่ รพ.สต.เครือข่าย/รพ.แม่ข่าย		
M	ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับ S และมี		
	1. ชุดผ่าตัดเล็ก/ มีอุปกรณ์ เครื่องมือ สำหรับให้บริการผ่าตัดเล็กได้		
L	ใช้เครื่องมือชุดเดียวกับ S และมี		
	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 : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2562 (สปสช.)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2.3 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.)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2.4 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.)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.4.2 เกณฑ์การบริการกายภาพบำบัด (รพ.สต. ระดับ L)

(อุปกรณ์/เครื่องมีที่มีบริการใน รพ.สต.)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้บริการตามมาตรฐานที่จัดบริการตามบริบทของพื้นที่		

หมายเหตุ - มีตามบริบทการให้บริการ = 1 คะแนน

- ไม่มี = 0 คะแนน

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม

ประเด็น : 4.3 ทันตกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานและมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ		
(2) มียูนิตทำฟันทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบดังนี้		
2.1 ระบบแสงสว่างโดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน		
2.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด		
2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง		
(3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)		
(4) มีเครื่องปั่นอมัลกัม		
(5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสงสำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)		
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ		
(7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์		
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ		

หมายเหตุ มีครบ ข้อ 1 – 8 = มี
ถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

****กรณีที่ รพ.สต. แห่งใดที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการทันตกรรม ให้ใช้ข้อมูลการประเมินของ รพ.สต. ในเครือข่ายที่ให้บริการร่วมกัน*

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

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.5 การบริการในชุมชน

ประเด็น : 4.5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุ เตียง 3 - 4, ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เด็กพัฒนาการล่าช้า, Palliative care) อ้างอิงตามเกณฑ์กรมอนามัย

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

(1 – 8) ใช้ร่วมกับเครื่องมือการบริการในสถานบริการ

หมายเหตุ
- COC : LTC (ผู้สูงอายุเตียง 3 – 4, ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า) มีข้อ 1 – 8 = มี
- COC: LTC 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.)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563
หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี
ผลลัพธ์
หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ที่ให้ข้อมูล ☐ **กสค./อสค.** (อย่างน้อย 2 คน)
☐ **ผู้รับบริการ** (กลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่มวัยอย่างน้อยกลุ่มวัยละ 2 คน)

มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)	3	
1.1 ท่านทราบเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) หรือไม่	1	
1.2 ท่านและชุมชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) อย่างไรบ้าง	1	
1.3 ท่านและชุมชน ได้รับผล หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) อย่างไรบ้าง	1	
2. การปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลักการ 3อ 2ส	5	
2.1 มีการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพอย่างไร	1	
2.2 ออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อสุขภาพอย่างไร	1	
2.3 มีการจัดการอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียดอย่างไร	1	
2.4 ท่านทราบผลกระทบของสูบบุหรี่หรือยาเส้นต่อสุขภาพ และวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไร	1	
2.5 ท่านทราบผลกระทบของสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไร	1	
3. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ของการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพอย่างไร	1	
4. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร	1	

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
5. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว เพื่อนำบุตรหลานอายุ 0 – 5 ปี ไปรับการตรวจพัฒนาการตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร	1	
6. ท่านทราบความสำคัญและวิธีการเฝ้าระวังปัญหาสังคม/พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น (ท้องไม่พร้อม ติดเกมส์ ยาเสพติด เด็กแว๊น ฯลฯ) อย่างไร	1	
7. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร	1	
8. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร	1	
9. ท่านรู้จักวิธีการใช้สมุนไพรไทยและการรักษาแบบแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพอย่างไร	1	
10. ท่านทราบกระบวนการให้บริการของ รพ.สต. หรือไม่ และหมอประจำครอบครัวของท่านมีบทบาทในการให้บริการหรือสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างไร	1	
รวมคะแนน	**16**	

หมายเหตุ รูปแบบการประเมิน : ใช้กระบวนการ Focus group ถามตามกลุ่มวัย องค์ความรู้เป็นไปตามคู่มือ อสค.

วิธีการ **ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม** (Focus group ซึ่งหมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลที่สามารถให้คำตอบได้ในประเด็นที่เราต้องการทราบ โดยมีผู้เข้ากลุ่มสนทนาประมาณ 6 – 12 คน และมีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ซึ่งเป็นผู้คอยจุดประเด็นในการสนทนา เพื่อให้เกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นนั้นๆ ได้อย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563
หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี
ผลลัพธ์
หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	Template
5.2.1. ตัวชี้วัดพื้นที่กำหนดเกี่ยวกับ OTOP (ตามบริบทของพื้นที่กำหนด)			**5**		พื้นที่กำหนดเอง
5.2.2 ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)					
*(1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85		**5**		ประมวลผลจาก 43 แฟ้ม HDC มี Template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 หน้า 4 – 8 **<u>เกณฑ์คะแนน</u>** น้อยกว่า ร้อยละ 55.00 = 1 คะแนน ร้อยละ 55.00 – 64.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 65.00 – 74.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 75.00 – 84.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 85.00 = 5 คะแนน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	Template
*(2) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 60		5		ประมวลผลจาก 43 แฟ้ม HDC มี Template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 หน้า 34 – 38 น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30.00 = 1 คะแนน ร้อยละ 31.00 – 39.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 40.00 – 49.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 50.00 – 59.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60.00 = 5 คะแนน
*(3) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ 60		5		ประมวลผลจาก 43 แฟ้ม HDC มี Template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 หน้า 68 – 73 **เกณฑ์คะแนน** น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30.00 = 1 คะแนน ร้อยละ 31.00 – 39.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 40.00 – 49.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 50.00 – 59.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60.00 = 5 คะแนน
คะแนนรวม			20		

* **<u>เหตุผลที่ต้องปรับเปลี่ยน KPI 63</u>**

เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) รวมถึงรายละเอียดใน Template จึงเห็นสมควรพิจารณาเปลี่ยนตัวชี้วัดในเกณฑ์ประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ปี 2563 เพื่อให้สอดคล้องกับรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563 ให้พื้นที่มีความสะดวกในการปฏิบัติงาน การจัดเก็บข้อมูลและการรายงานผล การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมทั้งมีการจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสามารถอ้างอิงได้จากโปรแกรมประมวลผลข้อมูลกลาง HDC (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข

จึงพิจารณาเลือกตัวชี้วัด 3 ตัว ดังนี้

(1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ทั้งหมด ตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย ปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องกับ Template กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563

(2) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีการดูแลสุขภาพไม่ให้ป่วย ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ ถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)

(3) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง กลุ่มโรคเรื้อรัง ในปีงบประมาณ 2563 กระทรวงสาธารณสุขเน้นการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2563
หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี
ผลลัพธ์
หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ประเด็น	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
5.3.1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย **5.3.2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน** **5.3.3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้**			- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย - รูปแบบการเผยแพร่ในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง ไม่จำกัดว่าจะเผยแพร่แบบไหน อาจเป็นในชุมชนเอง หรืออำเภอ จังหวัดเขต ประเทศ หรือมีการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆได้ (เน้นการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชุมชน สามารถใช้ได้จริงปฏิบัติได้จริง มีหลักฐานเชิงประจักษ์)	<u>สินทรัพย์ความรู้ (Knowledge assets)</u> หมายถึง ทรัพยากรทางปัญญาที่มีการสั่งสมในองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและบุคลากรอยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้อาจเก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทาง การปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ซอฟท์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์ความรู้ เป็นความรู้ภาคปฏิบัติ (know how) ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ
- มีการจัดการองค์ความรู้แต่ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	1			
- มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน แต่ไม่มีผลลัพธ์	2			
- มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน มีผลลัพธ์	3			
- มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน มีผลลัพธ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แต่ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	4			
- มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน มีผลลัพธ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ชุมชน ผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้	5			
รวมคะแนน	**5**			

แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 1 บริหารดี
การนำองค์กรและการจัดการดี
(คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
การนำองค์กรและการจัดการดี			
1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล	**5**		
1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร	5		
1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ	**10**		
1.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการ	5		
1.2.2 การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ	5		
1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ	**40**		
1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี	5		
1.3.2 มีการจัดการทรัพยากร(เพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย IT, IC, LAB, เครื่องมือบริการ, เภสัชกรรมและ RDU/คบส.)	5		
1.3.3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	30		
1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว	5		
รวมคะแนน หมวด 1	**60**		

แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม
การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customer Focus, Community Participation)	5		
รวมคะแนน หมวด 2			

แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 3 บุคลากรดี
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
หมวด 3 บุคลากรดี การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล Appreciation Resources Sharing and Human Development	5		
รวมคะแนน หมวด 3			

แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 4 บริการดี
การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย
(คะแนนเต็ม 299 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)	**5**		
4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)	**30**		
4.2.1 OPD	5		
4.2.2 ER	5		
4.2.3 ANC	5		
4.2.4 WCC	5		
4.2.5 NCD	5		
4.2.6 การให้คำปรึกษา	5		
4.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม	**5**		
4.4 การบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด	**10**		
4.4.1 การบริการแพทย์แผนไทย	5		
4.4.2 การจัดบริการกายภาพบำบัด	5		
4.5 การบริการในชุมชน	10		
4.5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย)	5		
4.5.2 การควบคุมและป้องกันโรค (SRRT)	5		
4.6 การจัดบริการเภสัชกรรม RDU และ งานคุ้มครองผู้บริโภค (คบส.)	80		
4.6.1 การจัดบริการเภสัชกรรม RDU	63		ประเมินตามเกณฑ์เภสัชกรรม/ RDU
4.6.2 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)	17		ประเมินตามเกณฑ์ คบส.
4.7 ระบบสนับสนุนบริการ			
4.7.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	54		
ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล	20		
ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	18		
ส่วนที่ 3 กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มวัย และประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP)	16		

แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 4 บริการดี
การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย
(คะแนนเต็ม 299 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
4.7 ระบบสนับสนุนบริการ			
4.7.2 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (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 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	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		

แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 4 บริการดี
การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย
(คะแนนเต็ม 299 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้	2		ประเมินตามรูปแบบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ รพ.สต. ใช้อยู่
4.6.1 กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง	2		
4.6.2 กรณีส่งให้โรงพยาบาลที่รับเป็นศูนย์รวม การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	2		
4.6.3 กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้	2		
4.7 ระบบสนับสนุนบริการ			
4.7.3 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)	40		
1. บุคลากร	12		
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน	8		
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ	40		
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ	12		
5. ขั้นตอนการทดสอบ	8		
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ	12		
7. การรายงานผลการทดสอบ	8		
รวมคะแนน หมวด 4	299		

หมายเหตุ ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) คะแนนรวม 100 คะแนน คิดเป็นคะแนนเต็ม 40 คะแนน

แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2563

หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี
ผลลัพธ์
(คะแนนเต็ม 41 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)	16		
5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)	20		
5.2.1. ตัวชี้วัดพื้นที่กำหนดเกี่ยวกับ OTOP (ตามบริบทของพื้นที่กำหนด)	5		
5.2.2 ตัวชี้วัดกระทรวง (จากHDC)	15		
5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5		
รวมคะแนน หมวด 5	41		

ตัวอย่างการคิดคะแนน รพ.สต.ติดดาว ปี 2563

ลำดับ	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน	ร้อยละ	คะแนน X น้ำหนัก	คะแนนที่ได้	ผ่านเกณฑ์ตามหมวด
1	หมวด 1 บริหารดี การนำองค์กรและการจัดการที่ดี	25	60	53	88.33	2,208.33	22.08	ผ่าน
	1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล	5	5	4				
	1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ	5	10	8				
	1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ	10	40	37				
	1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว	5	5	4				
2	หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม การให้ความสำคัญกับ ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้เสีย	15	5	4	80.00	1,200.00	12.00	ผ่าน
3	หมวด 3 บุคลากรดี การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	10	5	4	80.00	800.00	8.00	ผ่าน
4	หมวด 4 บริการดี การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	30	299	274.2	91.70	2,751.17	27.51	ผ่าน
	4.1 จัดการตามสภาพปัญหาชุมชน (OTOP)	2	5	4.5				
	4.2 การบริการในสถานบริการ(บทบาทเจ้าหน้าที่)	9	30	24.5				
	4.3 การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม	1	5	5				
	4.4 การบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด	2	10	5				
	4.5 การบริการในชุมชน	4	10	10				

ลำดับ	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน	ร้อยละ	คะแนน X น้ำหนัก	คะแนนที่ได้	ผ่านเกณฑ์ตามหมวด
	4.6 การจัดบริการเภสัชกรรม RDU และ งานคุ้มครองผู้บริโภค (คบส.)	3	80	75				
	4.7 ระบบสนับสนุน	9	159	145.2				
	4.7.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	3	54	45				
	4.7.2 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	3	65	63				
	4.7.3 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)	3	40	37.2				
5	หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี ผลลัพธ์	20	41	33	80.48	1,609.75	16.09	
	5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง(Self Care)	5	16	14				
	5.2.1 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (OTOP)	5	5	3				ผ่าน
	5.2.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (HDC)	5	15	12				
	5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5	5	4				
คะแนนรวม		**100**	**410**	**367.7**	**89.80**	**8980.48**	**89.80**	

<u>หมายเหตุ</u> โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

คะแนนรวม ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว

คะแนนรวม ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว

คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว (คะแนนแต่ละหมวด ≥ ร้อยละ 80 และ คะแนนรวม ≥ ร้อยละ 80)

บทที่ 4

แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีตัวชี้วัด คือ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ โดยในปีงบประมาณ 2563 มีเป้าหมาย คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว อย่างน้อย ร้อยละ 75 (สะสม ปี 2561 – 2563)

ในส่วนของ รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 4 ดาว และ 3 ดาว ให้รายงานผลไปยังจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อประกอบการทำแผนพัฒนาให้บรรลุผล ระดับ 5 ดาว ต่อไป

กระบวนการพัฒนา /ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2563

1. แต่งตั้งคณะทำงานระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
2. ชี้แจงและทำความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
3. เตรียมทีมผู้ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อเป็นพี่เลี้ยงระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
4. พัฒนา รพ.สต. ตามเกณฑ์คุณภาพฯ โดยพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ จังหวัด
5. ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง ระดับอำเภอ/ จังหวัด
6. รับรองผลโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ
7. สำนักงานเขตสุขภาพรายงานผลการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ไปยังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
8. รับใบรับรองคุณภาพจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)

หลังจากชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว พื้นที่ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ประเมินตนเอง และพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐาน จากนั้น ประเมินและรับรองโดยคณะกรรมการ(คกก.)ระดับอำเภอ ส่งผลการประเมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ให้คณะกรรมการจังหวัดประเมินและรับรอง คณะกรรมการเขตรับรองอีกครั้ง เขตจะส่งผล รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว เพื่อรายงานผลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) และรับใบรับรองคุณภาพจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ต่อไป

ภาคผนวก

เอกสารแนบท้ายหมวด 3 และ หมวด 4

โครงสร้าง ขนาด และอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) แบ่งเป็น 3 ขนาด ดังนี้
  1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ขนาดเล็ก รับผิดชอบประชากร จำนวน น้อยกว่า 3,000 คน
  2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ขนาดกลาง รับผิดชอบประชากร จำนวน 3,000 – 8,000 คน
  3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากร จำนวน 8,001 คน ขึ้นไป

- **โครงสร้างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุข/พยาบาลวิชาชีพ)

1. กลุ่มงานบริหาร	2. กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค	3. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว
- นวก.สาธารณสุข/ จพ.สาธารณสุข - จพ.การเงินและบัญชี - จพ.ธุรการ	- นวก. สาธารณสุข / จพ.สาธารณสุข - พยาบาลวิชาชีพ - นวก.สาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)/ จพ.ทันตสาธารณสุข	- พยาบาลวิชาชีพ - นวก.สาธารณสุข / จพ.สาธารณสุข - แพทย์แผนไทย / จพ.สาธารณสุข (วุฒิ ป. การแพทย์แผนไทย (อายุรเวท) - นวก.สาธารณสุข (เภสัชกรรม)/ จพ.เภสัชกรรม

- **อัตรากำลังควรมีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

ลำดับ	กลุ่มงาน	จำนวนอัตรากาลัง/ขนาด		
		ขนาดเล็ก	ขนาดกลาง	ขนาดใหญ่
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		1	1	1
1	กลุ่มงานบริหารสาธารณสุข	2	4	4
2	กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค	2	4	3
3	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว	2	3	6
รวม		**4 – 7**	**8-12(+1)**	**13-14(+1)**

อ้างอิง : คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ.2560 – 2564), สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560 โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสานักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อคณะผู้จัดทำ
คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

1. นายยงยศ ธรรมวุฒิ	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. นายสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
3. นายบัณฑิต ดวงดี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย โรงพยาบาลแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
4. นายธีร์สุทธิ ปีตวิบลเสถียร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง โรงพยาบาลหนองฉาง อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
5. นางสิรภัทร พงศ์ปิยะไพบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
6. นางสาวณภัทร สิทธิศักดิ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
7. นางมลวิภา กาศสมบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
8. นางกฤษณา เอี่ยมเปลี่ยน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร
9. นางสาวพิชญกานต์ สกุลพานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
10. นายวิวรรธน์ วงศ์ตาขี่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม
11. นางเรวดี จังศิริพรปกรณ์	นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
12. นางสาวอัมพวัน พุทธประเสริฐ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
13. นายสมนึก ธีระภัทรานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
14. นางสาวจุฑามาส มาฆะลักษณ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
15. นางสาวรุ่งฤดี แก้วชลคราม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11
16. นางวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
17. นางจิรายุ ผาผ่อง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

18. นางวาสนา อ้นอินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
19. นายสุรพงษ์ แซ่แต้	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
20. นางกุลิศรา ปิ่นทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
21. นางรพีพร ฤาเดช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
22. นายโชคชัย มงคลสินธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
23. นางขนิษฐา นาสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
24. นางคนึงนิจ หุตะวัฒนะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
25. นางสาวอภิวรรณ ดวงมณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
26. นางสุวรรณี แสนสุข	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
27. นายรัฐพล อินทรวิชัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
28. นายสุรชัย ทิพยชิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
29. นางอุมาพร ศรีสุกใส	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
30. นางวิไลรัตน์ ครอบครอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
31. นางสุมาลี ใหม่คามิ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
32. นางสาวสุธิดา เหล่าประดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
33. นางสินีนาท รัตนภัณฑ์พาณิชย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
34. นางสาวอรนุช เอมสมบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
35. นางพิชิดา ตัญญูบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
36. นางพักตร์พิมล หาญรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

37. นางจิราวรรณ พรหมเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส
38. ดร.สุรวุฒิ รักเมือง	นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา
39. นายเคลื่อน คงสม	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
40. นายจิระเดช ทองเรือง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี
41. นางภิญยา ไปมูลเปี่ยม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยาบหัวนา อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน
42. นายพัฒนากร อุดมภัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง อำเภอไชยวาน จังหวัดอุดรธานี
43. นางสาวฐานิตา พลชม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
44. นางชนัญชิดา เนตรประสาท	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1
45. นางวิรัลพัชร ปินะถา	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1
46. นางสาวจิราภรณ์ ผิวดำ	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
47. นายจักรกฤษณ์ มงคลสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
48. นางเอื้อมพร จันทร์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย
49. นางเนาวรัตน์ สัจจากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย
50. นายณพงศ์ จันทร์ทอง	ปฏิบัติงานด้านวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ที่ /2562
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

.....

ฉบับสำหรับให้พื้นที่นำไปศึกษา