

**รพ.สต.ติดดาว**



---

บริหารงานดี ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี

## คำนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างสถานีนอมาัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีนอมาัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และสำคัญที่สุดคือมีคุณภาพมาตรฐาน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน (P&P, Service, People, Governance) การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ เรียกว่า รพ.สต.ติดดาว หนังสือเล่มนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ซึ่งเนื้อหาหลักประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี และแนวทางการดำเนินงานการประเมิน รพ.สต. ในปี 2561 โดยหน่วยงานระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) ปี 2561 เล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นพื้นฐานสู่การพัฒนาคุณภาพอื่นๆต่อไป

คณะทำงานพัฒนา รพ.สต.ติดดาว

พฤศจิกายน 2560

## สารบัญ

	หน้า
คำนิยามปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ก
บทที่ 1 แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	1
บทที่ 2 ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	4
บทที่ 3 เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	13
แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2561	
หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี	13
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	33
หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	36
หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	39
หมวด 5 ผลลัพธ์	94
สรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2561	100
บทที่ 4 แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	107
ภาคผนวก	109

## ค่านิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.ติดดาว ซึ่งเริ่มดำเนินงานในปี 2560 เป้าหมายคือ รพ.สต.ทั่วประเทศทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9,806 แห่ง ซึ่งมีหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ (5 ดาว) 1,683 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 17.16 โดยเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ปี 2560 คือ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 10.00 และกระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของโครงการนี้จึงได้ดำเนินการต่อเนื่องในปี 2561 โดยตั้งเป้าหมายรพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพทั่วประเทศร้อยละ 25.00 (สะสมปี 60 และ 61) และรพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกแห่งภายในปี 2564

ผมขออวยพรและเป็นกำลังใจให้รพ.สต.ทุกแห่ง เจ้าหน้าที่รพ.สต.ทุกท่านดำเนินงานพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาวด้วยใจมุ่งหวังให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีมาตลอด และตลอดไป

นพ.เจษฎา โชคดำรงสุข

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

## บทที่ 1

### แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ดีขึ้นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน

ถึงแม้ว่ามี รพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น แต่จากสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา (ช่วงระยะ 2547 – 2558) พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น สถานการณ์บุคลากรยังขาดแคลน เช่น วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัตริศรพยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพบริการโรคเรื้อรังยังไม่ดีขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีที่สุดในที่สุด โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ในขณะเดียวกันบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขก็มีความนิยมในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน 4 ด้าน โดยนำตัวอย่างจากชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH ประกอบด้วย M คือ Mastery คือบุคลากรเป็นนายของตัวเอง ที่ต้องเอาชนะ โลก โภจร 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 หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการจั้ดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุน มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชน



และชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน (DHS) และอาศัยการมีส่วนร่วมของสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำเกณฑ์ไปใช้ในการทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมี ความเป็นรูปธรรมที่วัดได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ลดความซ้ำซ้อน ไม่เป็นการเพิ่มเติมให้กับผู้ปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงานร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน (Integration)

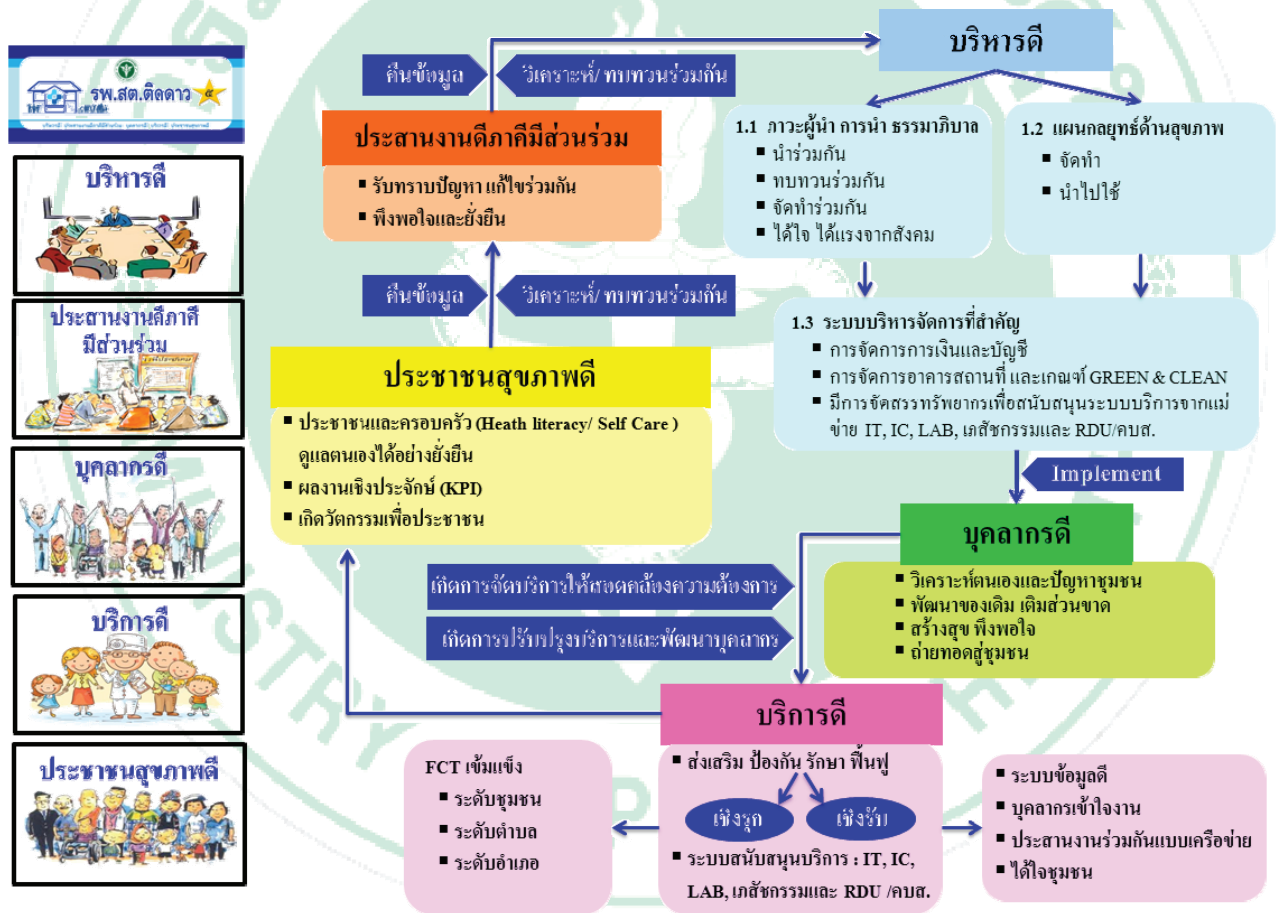
นอกจากนั้นกระบวนการกำกับและติดตาม (Monitor and Evaluation) และกระบวนการประเมินรับรอง รพ.สต.ติดดาว (Accreditation) จะช่วยกระตุ้น สนับสนุน และเสริมพลังให้ทีมงานในพื้นที่ให้ทำงานประสบความสำเร็จ โดย ใช้กระบวนการเชื่อมผู้ปฏิบัติงานด้วยการดูแล (Caring) จากสาขาวิชาชีพเครือข่ายบริการหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการให้คำแนะนำในการดำเนินงาน (Coaching) ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและการให้คุณค่า (Appreciation) กับทีมงานพื้นที่หลังการประเมินมีการถอดบทเรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Learning) และจัดเวทีเชิงดูเชิงระดับประเทศ แก่ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ระดับ 5 ดาว ทุกแห่ง





ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการ สาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย ฯลฯ มีบทบาทในการพัฒนาและลงเยี่ยมสำรวจและตรวจประเมินเพราะสามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และเป็นการลดข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เป็นวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลนใน รพ.สต. ได้ โดยอาศัยการแบ่งปันทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลพลอยได้ที่เกิดขึ้นคือความสามัคคีในทีมงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความสัมพันธ์อันดีในเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจกันในงาน เข้าถึงและพัฒนางานให้เหมาะสมกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการประเมินมีในทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต

ผลที่จะได้รับจากการเยี่ยมสำรวจ/ ประเมินผล คือ เกิดการกระตุ้นให้ รพ.สต. มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายที่เป็นระบบสนับสนุน (CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการใน รพ.สต. ให้ตอบสนองความต้องการความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และนำไปสู่การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## บทที่ 2

### ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

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

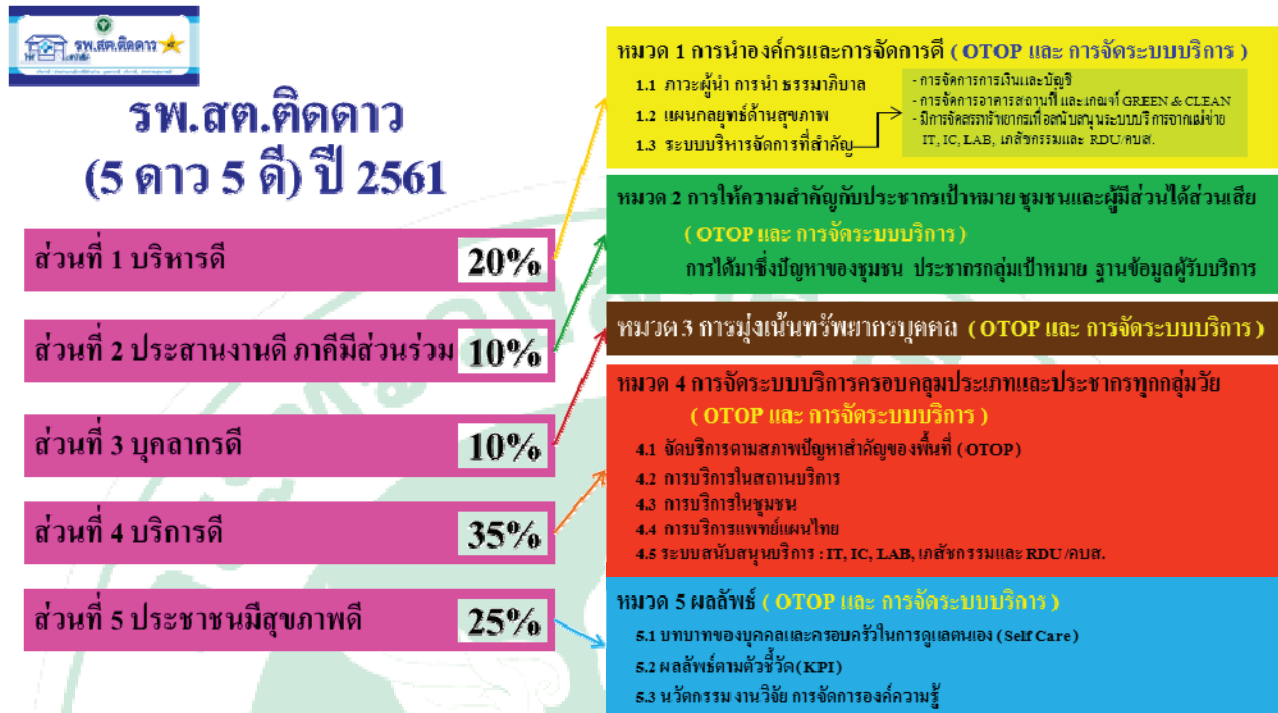
เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ ตั้งแต่ ระดับ รพ.สต. เกณฑ์คุณภาพรพ.สต.ติดดาว มีการพัฒนาความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service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

<p>การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)</p>	<p>แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies</p>
<p>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 และกลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นที่ไปตามพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของ รพ.สต. รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และ มีการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ในด้านการวัดการเลือกรวบรวม วิเคราะห์และจัดการข้อมูล สารสนเทศ เพื่อผลักดันให้เกิดการประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการ และกระบวนการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ</p>	<p>Governance excellence</p>



<p>การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)</p>	<p>แผนยุทธศาสตร์ ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies</p>
<p>รพ.สต. รับรู้ เข้าใจ สถานการณ์สุขภาพของประชากร กลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจ รับรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของประชากร เป้าหมาย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ทันสมัย เพื่อให้มั่นใจว่าจัดการดำเนินงานได้ตอบสนอง และสอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความประทับใจต่อประชากรเป้าหมาย ชุมชนผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธาการยอมรับ และความพึงพอใจในระบบบริการของ รพ.สต. โดยมีการจัด ระบบบริการสุขภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวม ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่อง</li> <li>2. การบริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัวแบบผสมผสานเป็น องค์รวม และต่อเนื่อง</li> <li>3. การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเชิงรุกอย่างครอบคลุมทันการณ์</li> <li>4. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน</li> </ol>	<p>PP excellence</p>
<p>ตรวจประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกันการสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงาน สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศและความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต.</p>	<p>People excellence</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดระบบสนับสนุนบริการ (ควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ)             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การจัดการอาคารสถานที่ พัฒนาล้างแควล้อม และ GREEN &amp; CLEAN</li> <li>1.2 ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ</li> <li>1.3 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีชี้อ ยา คุ่มครองผู้บริโภคร และ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)</li> <li>1.4 การจัดระบบการบริการด้านชั้นสูตร</li> <li>1.5 การจัดหา บำรุงรักษา การซ่อม เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์</li> </ol> </li> <li>2. การสนับสนุนและมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่างๆ การตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน / วิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิผลมิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมิติด้านการพัฒนา รพ.สต. เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน</li> </ol>	<p>Service excellence</p>

โดยมาตรฐานประกอบด้วย 5 ส่วน ต่อไปนี้ คือ บริหารดี ประสานงานดี ภาคิมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี จึงเป็นที่มาของคำว่า รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี)



ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยใน

M คือ Mastery การมีภาวะผู้นำในทุกกระดับ ทำให้การนำองค์กรและการจัดการดี มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เช่น ผู้บริหารทุกระดับกำหนดทิศทางพัฒนาที่ชัดเจน ต้องมีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) คณะกรรมการสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องทำงานร่วมกับรพ.สต.เพื่อจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชน เป็นต้น ถ้าส่วนนี้ไม่สำเร็จอาจทำให้การพัฒนาในส่วนอื่นไม่สำเร็จตามมาได้ O คือ Originality การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 3 รพ.สต. มีระบบการพัฒนาการเรียนรู้ สร้างนวัตกรรม งานวิจัย ที่ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่สุขภาพดี เป็นต้น

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

H คือ Humility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตน เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 2 การประสานเครือข่ายได้ต้องการการทำงานเป็นทีม มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ทำให้การทำงานราบรื่น

สุดท้ายผลการพัฒนาก็จะทำให้บรรลุเป้าหมาย คือประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี ในที่สุด

เอกสารอ้างอิงอื่นในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อลดความซ้ำซ้อน 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.)

การพัฒนาคูณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ด้วยการขับเคลื่อนการพัฒนาคูณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และมีเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ

3. เพื่อพัฒนาคูณภาพบริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ 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 นำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป
6. พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย ด้วยเกณฑ์คุณภาพ 5 ดาว เพื่อนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ ระบบที่มีมาตรฐาน ทีมหมอครอบครัวที่เข้มแข็ง ภาคีเครือข่ายที่ร่วมมือร่วมใจในบทบาทของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC)





เนื้อหาของมาตรฐานในแต่ละส่วนมีดังต่อไปนี้



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

นอกจากนี้ระบบการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการเงิน อาคารสถานที่สิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN พัฒนาระบบสนับสนุนให้การบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB) เกสร์กรรม/คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT) สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในหน่วยบริการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว





**ส่วนที่ 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม**



**หมวด 2 การให้ความสำคัญอยู่กับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (OTOP และการจัดระบบบริการ)**

- 1
  - มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย
  - มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา
  - ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด วางแผนงานกิจกรรมด้านสุขภาพ
  - มีช่องทางการประสานงานภายในเครือข่ายและภายนอกเครือข่าย
- 2
  - จัดทำแผนงาน โครงการ
  - ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ
  - มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่ร่วมกัน
- 3
  - ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ
  - ร่วมรับรู้ โดยมีกระบวนการค้นหา ทบทวนปัญหา โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม (ประชาคม / SRM / ธรรมนูญสุขภาพ)
  - ร่วมทำกิจกรรมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)
  - ร่วมประเมินผล
- 4
  - ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ดีขึ้น
  - ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทบทวน ร่วมรับคิดชอบและตรวจสอบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ได้และปรับปรุงร่วมกัน
  - มีการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการทำงานร่วมกันกับรพ.สต.
- 5
  - มีการนำข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน พัฒนาการจัดระบบบริการและความพึงพอใจที่ดีขึ้น
  - ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ร่วมเป็นเจ้าของในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ต่อเนื่อง และบูรณาการกับงานบริการอื่น
  - สามารถเป็นแบบอย่างในการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)

ในการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยความอ่อนน้อมถ่อมตน ประสานงานในเครือข่ายและภาคีเครือข่าย มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและสร้างความร่วมมือร่วมกันคิด ค้นหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นมาวางแผน โครงการแก้ปัญหา ร่วมกันทำ ร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึงประเมินผลและเรียนรู้ไปด้วยกัน ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีและพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน นอกจากการประสานงานกับภาคีเครือข่ายแล้วการประสานภายใน คปสอ. หรือ รพ.สต. มีแนวทางชัดเจน นำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมตามบริบท

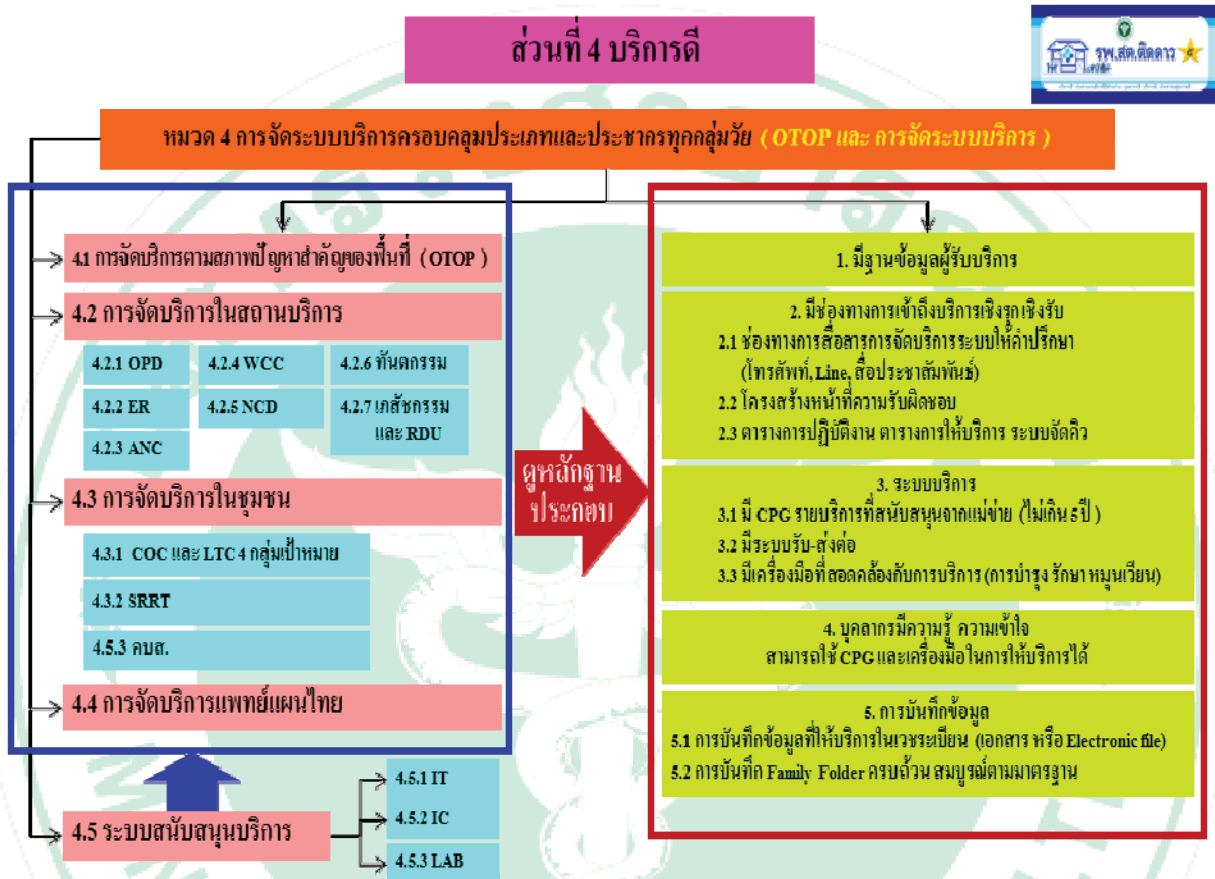
**ส่วนที่ 3 บุคลากรดี**



**หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (OTOP และการจัดระบบบริการ)**

- 1
  - เริ่มมีแนวทางหรือวิธีการดำเนินการ ในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากร เริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร ร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการพัฒนาคุณภาพบริการ
- 2
  - มีการขยายการดำเนินการ ตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งดำเนินการ ร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร ในบางประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) หรือ บางระบบของการพัฒนาคุณภาพบริการ
- 3
  - ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา สร้างความพึงพอใจและความผูกพัน (engagement) ของบุคลากร ให้สอดคล้องกับการกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ มีการจัดการทรัพยากรและพัฒนาบุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการพัฒนาคุณภาพบริการ
- 4
  - มีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนาสร้างความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากร ให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน มีการปรับปรุงการจัดการทรัพยากร พัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
- 5
  - สร้างวัฒนธรรมให้บุคลากร มีความสุข ภูมิใจ รับผิดชอบต่อคุณค่าและเกิดความผูกพัน ในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการจัดการทรัพยากรร่วมกัน และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน

เพื่อให้เกิดการบริการที่ดี ควรมีการวางแผนเรื่องอัตรากำลัง สำรวจส่วนขาด วางแผนการสรรหาบุคลากรให้ตรงตามความต้องการมีการมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน 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 การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การฝากครรภ์ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี การฟื้นฟูโดยแพทย์แผนไทย งานทันตกรรม และเภสัชกรรม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) มีเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการให้บริการประชาชน

การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่ มีระบบการดูแลต่อเนื่อง Continuing of Care : COC) ครอบคลุมอย่างน้อย 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มเดียว 3 - 4 ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เด็กพัฒนาการล่าช้าที่ต้องได้รับการกระตุ้นรักษา และกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) การควบคุมโรคระบาด การคุ้มครองผู้บริโภค



ในการบริการต้องมีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงอาศัย Clinical Practice Guidelines (CPG) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นแนวทางการให้บริการและสามารถปฏิบัติได้จริง สร้างช่องทางการสื่อสาร ระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกินขีดความสามารถ เพื่อให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อ มีการบันทึกข้อมูลบริการอย่างครบถ้วน ถูกต้อง เก็บรักษาในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย



สุดท้ายผลลัพธ์ในการทำงานคือ ประชาชนมีสุขภาพดี ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ รวมถึงร่วมกันดูแลกัน ในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ได้รับบริการด้านสุขภาพครบถ้วนเหมาะสม มีการติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจากแหล่งข้อมูลกลาง คือ HDC และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สร้างนวัตกรรมงานวิจัย สอดคล้องกับปัญหาชุมชน เพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

เนื่องจาก รพ.สต. แต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม ประเพณี เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ศาสนา รวมทั้งจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ดังนั้นเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว นี้จึงเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำ สำหรับเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพใน รพ.สต. ให้สามารถตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสม คณะทีมตรวจประเมินและผู้รับการประเมินต้องทำความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาวอย่างละเอียด มีข้อตกลงในการประเมินร่วมกัน เพื่อให้การพัฒนาบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการอย่างแท้จริง นอกจากนั้นพื้นที่ที่สามารถพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติมจากเกณฑ์นี้ได้ อันเป็นการพัฒนาต่อยอด ต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาตามวงล้อ PDCA ที่ไม่มีสิ้นสุด

อนึ่ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ คือการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีภาคส่วน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ภาคเอกชน และประชาชน ซึ่งต้องอาศัยการนำองค์กร และการจัดการที่ดี นอกจากนั้นต้องอาศัยการนำของผู้บริหารทุกระดับ จึงสามารถขับเคลื่อนนโยบายและงานสำคัญให้ประสบความสำเร็จได้



### บทที่ 3

#### เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑  
หมวด ๑  
การนำองค์กรและการจัดการดี



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

หน่วยบริการ..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการที่ดี

๑.๑ การมีส่วนร่วม การนำ ธรรมนูญ  
 ๑.๑.๑ การมีส่วนร่วมของผู้บริหารองค์กร

เกณฑ์	คะแนน				คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ	
	๒	๔	๖	๘		๑๐
มีการทำงานร่วมกัน ของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล	๑. มีแนวทางที่จะ ทำงานร่วมกัน และ ดำเนินงานตาม หน้าที่ในส่วนที่ รับผิดชอบ	๒. มีข้อ ๑ และ มีการกำหนดและ การถ่ายทอด ทัศนการทำงาน ร่วมกันเป็นทีม	๓. มีข้อ ๑, ๒ และ มีการดำเนินการ ร่วมกันเป็นทีมอย่างมี จริยธรรมและ มีการสนับสนุนต่อ ชุมชน	๔. มีข้อ ๑, ๒, ๓ และมีการกำกับ ติดตามดูแลอย่างเป็น ระบบ	๕. มีข้อ ๑, ๒, ๓, ๔ และมีการทบทวน ผลการดำเนินงาน และวางแผนแก้ไข อย่างต่อเนื่อง	ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้าง และกลไกการตัดสินใจของผู้นำใน องค์กร การสื่อสาร การนำผล การตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร การต่อยอดค่านิยม ทัศนคติ ความคาดหวัง รวมทั้งความสัมพันธ์ ระหว่างผู้นำ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ ผู้แทน ภาคเอกชนและผู้แทนภาค ประชาชนในอำเภอ จำนวน ไม่เกินยี่สิบเอ็ดคน โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ มีอำนาจ หน้าที่กำหนดแผนงานและ ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในอำเภอ และดำเนินการให้



เกณฑ์	คะแนน					คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ
	๒	๔	๖	๘	๑๐	
เอกสารที่เกี่ยวข้อง	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. และมอบหมายงานที่ชัดเจน	รายงานการประชุม คณะกรรมการ พชอ.	รูปภาพกิจกรรม/ การบันทึกการให้ การสนับสนุนชุมชน	สัมภาษณ์/ สอบถาม ผู้เกี่ยวข้อง	- สัมภาษณ์/ สอบถาม ผู้เกี่ยวข้อง - เอกสารสรุปผล การดำเนินงานและ แผนแก้ไข - รูปภาพกิจกรรม	เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาชน โดยมีสาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ (อ้างอิง : ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์ สุขภาพวิถีชีวิตไทย : สสว. เผยแพร่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๐)
คะแนนที่ได้						



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิตดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการที่  
หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๑.๒ แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการที่					
๑.๒ แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ					
	๑.๒.๑ การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	๕		- ดูแผนยุทธศาสตร์ของ CUP และ รพ.สต. ที่สอดคล้องกัน (เอกสาร)	กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่า อาจเป็นผลหรือผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ : การจัดการบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์ ความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ การตอบสนอง ความต้องการและการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข
	เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุ				
	เป้าหมาย ระยะเวลาเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม				
	ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
	(๑) มีการกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	๑			
	(๒) มีข้อ (๑) และมีตัวชี้วัด	๒			
	(๓) มีข้อ (๑) (๒) และมีเป้าหมาย	๓			
	(๔) มีข้อ (๑), (๒), (๓) และมีระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย	๔			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการ	๑.๒ แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ				
	(๕) มีข้อ (๑), (๒), (๓), (๔) และมีกลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	๕			
	๑.๒.๒ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	๕		<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผนปฏิบัติการ รพ.สต. (เอกสาร)</li> <li>- ภาพกิจกรรมการประชุม/ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการ</li> <li>- แบบประเมินตนเองผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ รพ.สต.</li> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์การนำกลยุทธ์ไปสู่งานปฏิบัติ</li> </ul>	<p>การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ บุคลากรตระหนักในบทบาทและมีส่วนร่วมร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์</p> <p>แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียดวิธีการที่ต้องใช้ในระยะเวลาที่ทำให้สำเร็จ</p>
	การจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ				
	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ				
	ถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติ				
	ให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ				
	(๑) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์	๑			
	(๒) มีข้อ (๑) และมีจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ	๒			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	ค่าชี้แจง/คำนิยาม
หมวด ๑	การนำองค์กรและการจัดการ				
	๑.๒ แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ				
	(๓) มีข้อ (๑), (๒) และถ่ายถอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ	๓			
	(๔) มีข้อ (๑), (๒), (๓) และกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ	๔			
	(๕) มีข้อ (๑), (๒), (๓), (๔) และบุคลากรรับทราบและสามารถปฏิบัติตามได้	๕			
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>๑๐</b>			

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

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

๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

๑.๓.๑ การจัดการการเงินและบัญชี

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน		แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยม
		เต็ม	ได้		
๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ					
๑.๓.๑ การจัดการการเงินและบัญชี	มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ	๕		พิจารณาจากเอกสารดำเนินงาน - คำสั่งคณะกรรมการการเงิน - แผนการใช้เงินงบประมาณ เงินบำรุง - บัญชีการควบคุม การรับ-จ่ายเงิน - บัญชีเกณฑ์คงค้าง - สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปผลการใช้ประจำปี - เอกสารการดำเนินงาน จัดซื้อ/จัดจ้าง เป็นปัจจุบัน - ผลการตรวจสอบของ คณะกรรมการตรวจสอบ ภายในและแผนแก้ไข	การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง หมายถึง การควบคุมดูแลการใช้ จ่ายเงินแผ่นดิน และของ หน่วยงานภาครัฐให้เป็นไป โดยถูกต้องมีวินัย คัดค้าน โปร่งใส และสามารถ ตรวจสอบได้ โดยการวาง กรอบหลักเกณฑ์กลางให้ หน่วยงานภาครัฐถือปฏิบัติ
	๑. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ รับผิดชอบการเบิกจ่ายเงินถอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการเงิน	๑			
	๒. มีแผนการใช้เงินงบประมาณและเงินบำรุง	๑			
	๓. มีหลักฐานทางการเงินที่ตรวจสอบได้และเป็นปัจจุบัน - มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็นปัจจุบันถูกต้อง (๔๐๔/๔๐๓) - สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปผลการใช้ประจำปี - มีเอกสารการดำเนินงานการจัดซื้อ/จัดจ้าง ดำเนินการได้ถูกต้องตามระเบียบ และเป็นปัจจุบัน	๑			
	๔. มีแผนการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างหรือมีการบันทึกบัญชีผ่าน โปรแกรมการเงินอื่น ๆ ได้ถูกต้องและทันตามกำหนดเวลา	๑			
	๕. ได้รับความตรวจสอบจากคณะกรรมการตรวจสอบภายในปีละ ๒ ครั้ง และนำผลข้อเสนอแนะไปแก้ไข	๑			
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>๕</b>			





แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคตดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

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

๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

๑.๓.๒ การจัดการอาคาร สถานที่ สภาพแวดล้อม และเกณฑ์ Green and Clean

๑.๓.๒.๑ การจัดการอาคารสถานที่ สถานที่ สภาพแวดล้อม

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/ค่านิยาม
๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ	๑.๓.๒ การจัดการอาคาร สถานที่ สภาพแวดล้อม และเกณฑ์ Green and Clean				
	๑.๓.๒.๑ การจัดการอาคารสถานที่ สถานที่ สภาพแวดล้อม				
	(๑) สภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร ดำเนินการตามมาตรฐาน ๕ ส	๕		การสังเกต, สสำรวจ, สอบถาม/สัมภาษณ์	สะอาด หมายถึง ความสะอาดบริเวณสถานที่ มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถของผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถมาจอดเพื่อรับส่งผู้ป่วยได้สะดวกและใกล้กับจุดที่กำหนดไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถผู้พิการ/ผู้พิการ หมายถึง จุดที่ไว้สำหรับ ผู้พิการหรือพหุพิการ และคนชรา ต้องเป็นที่ที่สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างไม่น้อยกว่า ๒,๔๐๐ มิลลิเมตร และยาวไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่างซึ่งที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิเมตร
	๑. บริเวณทั่วไปสะอาด	๑			
	๒. มีข้อ ๑ และจัดเป็นสัดส่วน	๒			
	๓. มีข้อ ๑, ๒ และมีรั้วรอบขอบชิด	๓			
	๔. มีข้อ ๑, ๒, ๓ และมีมีการกำหนดจุดสำหรับจอดรถผู้พิการ/ผู้สูงอายุ	๔			
	๕. มีข้อ ๑, ๒, ๓, ๔ และมีมีการกำหนดจุดสำหรับจอดรถผู้พิการ/ผู้สูงอายุ เป็นไปตามมาตรฐาน	๕			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ					
๑.๓.๒ การจัดการอาคาร สถานที่ สภาพแวดล้อม และเกณฑ์ Green and Clean					
	๑.๓.๒.๑ การจัดการอาคารสถานที่ สถานที่ สภาพแวดล้อม				
	(๒) สภาพแวดล้อมภายในอาคาร ดำเนินการตามมาตรฐาน ๕ ส	๘		การสังเกต, สัมภาษณ์/ สอดส่อง/ สัมภาษณ์	
	(๒.๑) ห้องทำงาน (Back office & Service)	๓			
	(๒.๒.๑) มีป้ายติดหน้าห้องทุกห้องที่สอดคล้องกับภารกิจ	๑			
	(๒.๒.๒) มีป้ายชื่อเจ้าหน้าที่ ระบุชื่อ สกล ตำแหน่งทุกโต๊ะภายในห้องนั้น	๑			
	(๒.๒.๓) อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่งของสำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่องเย็บกระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกาเขียนแผ่นใส คัตเตอร์ เป็นต้น ทำป้าย ๕ ส สะดวกให้ครอบครัว และจัดเก็บ	๑			
	(๒.๒) โต๊ะคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์ สาย อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์ ต้องเก็บให้ปลอดภัย และเป็นระเบียบ	๑			
	(๒.๓) ตู้เก็บเอกสารและการเก็บเอกสาร	๒			
	(๒.๓.๑) มีป้าย ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจน ครอบคลุม เหมือนกันทุกแฟ้ม ในทุกตู้ และจัดเก็บเป็นระเบียบ	๑			
	(๒.๓.๒) เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้องเป็นเอกสารปัจจุบัน หรือหากมีเอกสารย้อนหลังเกิน ๑ ปีต้องเป็นเอกสารที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูล เกี่ยวพันกัน และต้องระบุจากปีใดถึง ปีใด	๑			
	(๒.๔) โทรศัพท	๑			
	มีโศรศัพทที่ส่วนกลางและหมายเลขโทรศัพท์ภายในและภายนอก ที่สามารถติดต่อได้				
	(๒.๕) นาฬิกา	๑			
	มีนาฬิกาบอกเวลาที่เดินตรงเวลาในสถานบริการ				
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>๑๓</b>			



## แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการที่  
หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

### ๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

๑.๓.๒ การจัดการอาคาร สถานที่ สภาพแวดล้อม และ เกณฑ์ GREEN & CLEAN  
๑.๓.๒.๒ เกณฑ์ GREEN & CLEAN

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
ขั้นตอนที่ ๑ สร้างกระบวนการพัฒนา					
	๑. มีการกำหนดนโยบายจัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	๑. รพ.สต.มีนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วกัน ๒. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN ๓. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN เช่น การอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับ การแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ การใช้ชุดทดสอบภาคสนาม เป็นต้น ๔. มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN ๕. มีการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งองค์กร	๑ ๑ ๑ ๑ ๑		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สิ่งเกิด - สอบถาม/สัมภาษณ์

อ้างอิงจาก เกณฑ์ของกรมอนามัย ๒๕๖๐, กระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
ขั้นตอนที่ ๒ กิจกรรม GREEN					
G: Garbage (การจัดการขยะทุกประเภท)	๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฏกระทรวงว่าด้วย การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕	รพ.สต. มีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕ ใน ๖ หัวข้อ คือ ๑. บุคลากร ๑) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบระบบการเก็บขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ๒) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข หรือได้รับการถ่ายทอดความรู้ เรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ๒. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ๑) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่น ๆ ณ แหล่งกำเนิด ๒) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุของมีคมและวัสดุของไม่มีคม ๓. การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ๑) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกีดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ ๒) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม ต้องบรรจุไม่เกิน ๓ ใน ๔ ส่วนของภาชนะบรรจุ ๓) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดง ที่บ่งแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียว ไม่มีกษาดังย ทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม ๔) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม ต้องบรรจุไม่เกิน ๒ ใน ๓ ส่วนของถุงและมัด	๒ ๑ ๑ ๑ ๖ ๑ ๑ ๑	- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สิ่งเกิด - สอบถาม/สัมภาษณ์	





กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
<p>G: Garbage (การจัดการขยะทุกประเภท)</p>	<p>๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฏกระทรวงว่าด้วย การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕</p>	<p><input type="checkbox"/> ๖.๒ กรณีส่งให้โรงพยาบาลที่รับเป็นศูนย์รวมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> ๖.๓ กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้</p>	๒		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง
		<p>๖.๑ กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง</p>	๑	๑	- สิ่งเกิด
		<p>๑) ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้</p>	๑	๑	สอบถาม/ สัมภาษณ์
		<p>๒) ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p>	๑	๑	
		<p>ขณะปฏิบัติงาน</p>	๑	๑	
		<p>๓) บริเวณโดยรอบเตาเผาสะอาด</p>	๑	๑	
		<p>๔) มีบ่อรองรับกลิ่นมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง</p>	๑	๑	
		<p>๖.๒ กรณีส่งให้โรงพยาบาลที่รับเป็นศูนย์รวมการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ</p>	๑	๑	
		<p>๑) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อถือได้</p>	๑	๑	
		<p>๒) ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อสำหรับส่งกำจัดที่โรงพยาบาล ต้องมีลักษณะเป็นภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ และมีระบบป้องกันการตกหล่นในระหว่างการเคลื่อนย้าย</p>	๑	๑	
		<p>ด้านข้างภาชนะมีข้อความว่า “ ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามเปิด ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น ”</p>	๑	๑	
		<p>๖.๓ กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้</p>	๑	๑	
		<p>๑) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อถือได้</p>	๑	๑	
		<p>๒) มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่</p>	๑	๑	



กิจกรรม	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
G: Garbage (การจัดการขยะทุกประเภท)	<p>๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕</p> <p>๓. มีการจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกต้องทุกขณะ</p>	<p>๑๘๕๒/๒๕๕๖) และดำเนินการขนมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕</p>			<p>- เอกสารที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- สัตว์กัด</p> <p>- สอบถาม/สัมภาษณ์</p>
R: RESTROOM (ห้องส้วม)	๔. พัฒนาส้วมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้มาตรฐานร่วมสาธารณสุขไทย (HAS)	<p>๑. มีกิจกรรมลดการเกิดมูลฝอยที่แหล่งกำเนิดด้วยกิจกรรม ๓ R คือ Reduce: การลดปริมาณการใช้ Reuse: การใช้ซ้ำ Recycle: การแปรรูปเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่</p> <p>๒. มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอันตราย และนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง</p>	๑	๑	
		มาตรฐานร่วมสาธารณสุขไทย (HAS) ใน ๑๖ ข้อ ได้แก่	๑๖		
		<u>ความสะอาด (Health : H)</u>	๙		
		๑. พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กีดโถส้วม โถบัสสภาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	๑		
		๒. นำใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีกลิ่นน้ำยุง ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้	๑		
		๓. กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	๑		
		๔. อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้	๑		
		๕. สบู่ล้างมือ พร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ	๑		
		๖. ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอย่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง	๑		

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
R: RESTROOM (ห้องส้วม)	๔. พัฒนাস้วมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้มาตรฐานส้วมสาธารณสุขไทย (HAS)	<p>๓. มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น</p> <p>๔. สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บก็ไม่มี แตก หรือชำรุด</p> <p>๕. จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ</p> <p><u>ความพร้อมพอ (Accessibility: A)</u></p> <p>๑๐. จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที่</p> <p>* ต้องจัดให้มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราเข้าใช้ได้ อย่างน้อย ๑ ห้อง และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือ ทุพพลภาพ และคนชรา ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ.๒๕๔๔</p> <p>๑๑. ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ</p> <p><u>ความปลอดภัย (Safety: S)</u></p> <p>๑๒. บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ใกล้ตา/เบสิว</p> <p>๑๓. กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ ๒ ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน</p> <p>๑๔. ประตูที่จับเปิด - ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้</p> <p>๑๕. พื้นห้องส้วมแห้ง</p> <p>๑๖. แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ</p>	๑	๑	- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สิ่งเกิด - สوابยา/ - สัมภาษณ์
	๕. มีมาตรการลดการใช้สารเคมีในห้องส้วม	<p>๑. ใช้สารจากธรรมชาติหรือผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานในการทำความสะอาดและการใช้สารเคมี เช่น น้ำหมักจากผลไม้รสเปรี้ยว เป็นต้น</p> <p>๒. กรณีต้องการเพิ่มความหอมสดชื่นในห้องส้วม ให้เลือกใช้วัสดุจากธรรมชาติที่มีกลิ่นหอม เช่น ใบเตยหอม มะกรูด กากกาแฟ เป็นต้น ทดแทนการใช้ผลิตภัณฑ์เคมี</p>	๑	๑	- สิ่งเกิด - สوابยา/ - สัมภาษณ์



กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
E: ENERGY (การจัดการด้านพลังงาน)	๖. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิด การปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	มาตรการประหยัดพลังงาน หมายถึง การใช้พลังงานไฟฟ้า พลังงานเชื้อเพลิง รวมถึงทรัพยากรอื่นๆ อย่างประหยัด เช่น <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดเวลาการเปิดปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า</li> <li>- การตั้งค่าอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศที่ ๒๕ องศาเซลเซียส</li> <li>- การใช้รถยนต์ร่วมกัน (Car pool)</li> <li>- ส่งเสริมการใช้จักรยานในโรงพยาบาล</li> <li>- รณรงค์การใช้กันอย่างประหยัด เป็นต้น</li> </ul> มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีมาตรการการดำเนินงานการประหยัดพลังงานที่ชัดเจน</li> <li>2. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานที่ชัดเจน</li> <li>3. มีผลการดำเนินการกิจกรรมประหยัดพลังงานที่สอดคล้องกับนโยบาย</li> </ol>	๑		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สิ่งเกิด - สอบถาม/สัมภาษณ์
E: ENVIRONMENTAL (การจัดการสิ่งแวดล้อม)	๗. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่น สำหรับผู้รวบรวมทั้งผู้มารับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในภายนอกโดยใช้หลักการ ๕ ส (สะอาด สะอาด สะดวก สะดวก สุขลักษณะ สร้างนิสัย) และ HWP (สะอาด ปลอดภัย สิ่งแวดล้อมดี มีชีวิตชีวา)</li> <li>2. การปรับปรุงภูมิทัศน์ เช่น การจัดสวนสร้างเสริมหรือเพิ่มพื้นที่สีเขียว การปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับมลพิษ เป็นต้น</li> </ol>	๑		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สิ่งเกิด - สอบถาม/สัมภาษณ์

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
E: ENVIRONMENTAL (การจัดทำสิ่งแวดล้อม)	๘. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	<p>๑. มีกิจกรรมให้ความรู้ โดยการสอน สาธิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ให้สามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้อง</p> <p>๒. จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความตระหนักและสนใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการและการเพิ่มกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีและป้องกันบ้ำโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)</p>	๑		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สิ่งเกิด - สอบถาม/สัมภาษณ์
N: NUTRITION (โภชนาการ อาหารปลอดภัย และผักปลอดภัย)	๙. มีกิจกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการ อาหารปลอดภัย และผักปลอดภัย	<p>๑. จัดให้มีสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ด้านโภชนาการ อาหารปลอดภัย และผักปลอดภัย</p> <p>๒. รณรงค์เจ้าหน้าที่ และผู้มารับบริการกินผักปลอดสารพิษ/ ผักพื้นบ้าน / เมล่อนอาหารพื้นเมือง /อาหารลดหวาน มัน เค็ม</p>	๑		
	๑๐. จัดให้มีบริการนำดื่มสะอาดแก่ประชาชนผู้มารับบริการ	<p>๑. จัดให้มีบริการนำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ</p> <p>๒. มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑๑๑) ณ จุดที่ให้บริการนำดื่ม ความถี่ ๖ เดือน/ครั้ง</p>	๑		
	๑๑. ส่งเสริมการคัดแยกมูลฝอยและใช้ประโยชน์จากมูลฝอยในชุมชน	<p>๑. ส่งเสริม/สนับสนุน กิจกรรมลดการเกิดมูลฝอยที่แหล่งกำเนิดในชุมชนด้วยกิจกรรม ๓ R คือ Reduce: การลดปริมาณการใช้ Reuse: การใช้ซ้ำ Recycle: การแปรรูปเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่</p> <p>๒. ส่งเสริมการคัดแยกมูลฝอยในชุมชนตามประเภทของ มูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอันตราย มูลฝอยติดเชื้อชุมชน เภสัชภัณฑ์ยา เป็นต้น นำไปกำจัดอย่างถูกวิธี</p>	๑		





กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
N: NUTRITION (โภชนาการ อาหารปลอดภัย และผักปลอดสารพิษ)	๑๑. ส่งเสริมการคัดแยกมูลฝอยและใช้ประโยชน์จากมูลฝอยในชุมชน	๓. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ชุมชนมีการใช้ประโยชน์จากมูลฝอย เช่น ธนาคารขยะ ปุ๋ยหมัก น้ำหมักชีวภาพ เป็นต้น	๑		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังกะสี - สอดถาม/สัมภาษณ์
		๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อชุมชน เช่น มูลฝอยจากผู้ป่วยติดเชื้อ มูลฝอยจาก การฉีดวัคซีน การล้างแผล เป็นต้น	๑		
	๑๒. ส่งเสริมการปลูกและบริโภคอาหารปลอดสารพิษในชุมชน	๑. ส่งเสริม/สนับสนุน การปลูกและบริโภคผักปลอดสารพิษในชุมชน	๑		
		๒. ส่งเสริม/สนับสนุน การจัดการด้านดีเสีชีวะในชุมชน เพื่อให้เกิดเครือข่ายอาหารปลอดภัยในชุมชน	๑		
	๑๓. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดย การนำไปใช้ประโยชน์และ เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับเครือข่ายโรงพยาบาล และชุมชน	มีการสร้าง นวัตกรรม GREEN หมายถึง มีการทำสิ่งต่างๆ ด้วยวิธีใหม่ๆ อาจหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ภาวผลผลิต กระบวนการ หรือ การพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามเกณฑ์ GREEN เช่น - Product Innovation คือ การคิดค้นหรือประดิษฐ์สิ่งของที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN - Process Innovation คือ การคิดค้นหรือการเปลี่ยนแปลงด้านกระบวนการทำงาน หรือต่อยอดกระบวนการดำเนินงานตาม GREEN - Service Innovation คือ การนำความคิดและแนวทางการดำเนินงานด้านการบริการรูปแบบใหม่ๆ ที่ผ่านการคิดอย่างเป็นระบบ และเข้าใจถึงความต้องการของผู้ใช้บริการ มาใช้เป็นแนวทางการสร้างบริการที่แตกต่าง เพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ - Management Innovation คือ การพัฒนาระบบงานบริหาร ระบบการทำงาน วิธีการทำงาน หรือการผสมผสานการทำงานรูปแบบใหม่ การสร้างสิ่งใหม่ๆ ในการบริหารจัดการสิ่งที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม GREEN	๑		

กิจกรรม GREEN	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา
N:NUTRITION (โภชนาการ อาหารปลอดภัย และผักปลอดสารพิษ)	๑๔. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN & CLEAN Community	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรม GREEN & CLEAN Community	๑		- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต - สอบถาม/ สัมภาษณ์
<b>คะแนนรวม</b>			<b>๖๕</b>		





แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี  
หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

๑.๓.๓ การจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย IT, IC, LAB, เภสัชกรรมและ RDU/คปส.

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน		แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
		เต็ม	ได้		
๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ				- เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สอบถาม/สัมภาษณ์	การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย หมายถึง การสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย ระบบบริการจากแม่ข่าย ครอบคลุมงาน IT, IC, LAB, เภสัชกรรมและ RDU/คปส. โดยการควบคุมกำกับ ติดตาม นิเทศงาน ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้
	๑.๓.๓ มีการจัดการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย IT, IC, LAB, เภสัชกรรมและ RDU/คปส.	๕			
	๑. มีแผนการจัดสรรงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์	๑			
	๒. มีแผนพัฒนาบุคลากรจากแม่ข่าย	๑			
	๓. มีแผนสนับสนุน/หมุนเวียนบุคลากร	๑			
	๔. มีแผนการสอบเทียบ/แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ	๑			
	๕. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน	๑			
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>๕</b>			





## แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

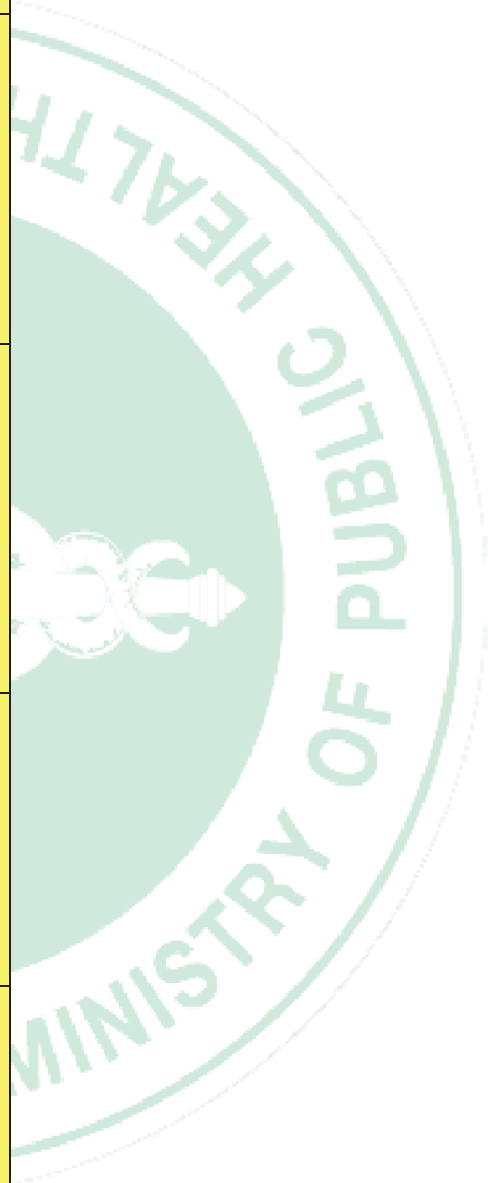
## หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

เกณฑ์	คะแนน				
	๒	๔	๖	๘	๑๐
หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย Customer Focus Community Participation	<p>มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา</p> <p>ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด/วางแผนงานกิจกรรมด้านสุขภาพ</p> <p>มีช่องทางประสานงาน</p> <p>ภายในเครือข่ายและภายนอกเครือข่าย</p>	<p>มีข้อ ๑ และ จัดทำแผนงานโครงการ</p> <p>ชุมชนภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ</p> <p>มีการจัดระบบบริการสุขภาพร่วมกัน</p>	<p>มีข้อ ๑, ๒ และ ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ</p> <p>ร่วมรับรู้โดยมีกระบวนการค้นหา ทบทวนปัญหาโดยภาคีเครือข่าย</p> <p>มีส่วนร่วม (ประชาคม/SRM/ธรรมนูญสุขภาพ)</p> <p>ร่วมทำกิจกรรมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่ (OTOP)</p> <p>ร่วมประเมินผล</p>	<p>มีข้อ ๑, ๒, ๓ และ ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญในพื้นที่(OTOP) ดีขึ้น</p> <p>ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ทบทวน ร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ได้และปรับปรุงร่วมกัน</p> <p>มีการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานร่วมกับรพ.สต.</p>	<p>มีข้อ ๑, ๒, ๓, ๔ และ มีการนำข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน พัฒนาการจัดระบบบริการและความพึงพอใจที่ดีขึ้น</p> <p>ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ร่วมเป็นเจ้าของในการจัดการปัญหาสุขภาพต่อเนื่อง และบูรณาการกับงานบริการอื่น</p> <p>สามารถเป็นแบบอย่างในการแก้ไขปัญหาคัญของพื้นที่ (OTOP)</p>



เกณฑ์	คะแนน				
	๒	๔	๖	๘	๑๐
<p>วิธีการประเมินและเอกสารประกอบ การพิจารณา</p>	<p>๒</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับฐานข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร</li> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว</li> </ul>	<p>๔</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการและเครื่องมือช่วย</li> </ul>	<p>๖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกิจกรรมและการประเมินผล</li> </ul>	<p>๘</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาดังกล่าว (OTOP) สำคัญของพื้นที่</li> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ วิธีการในการทบทวนหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้</li> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/ความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย</li> </ul>	<p>๑๐</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการข้อร้องเรียน</li> <li>- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่ (OTOP) ได้ประสบผลสำเร็จ</li> </ul>
คะแนนที่ได้					





แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด ๓

การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล  
หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกณฑ์	คะแนน				
	๒	๔	๖	๘	๑๐
หมวด ๓ การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล Appreciation Resources Sharing and Human Development	๑. เริ่มมีแนวทางหรือ วิธีการ ดำเนินการใน การดูแล พัฒนาและ สร้างความพึงพอใจ ของบุคลากร เริ่มวางแผน การใช้ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ร่วมกัน เพื่อสนับสนุนการแก้ไข ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และ การพัฒนาคุณภาพ บริการ	๒. มีข้อ ๑ และมี การขยายการดำเนินการ ตามแนวทาง หรือวิธีการ ในการดูแลพัฒนาและ สร้างความพึงพอใจ ของบุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากรในบาง ประเด็นปัญหาสำคัญ ของพื้นที่(OTOP) หรือ บางระบบของการพัฒนา คุณภาพบริการ	๓. มีข้อ ๑, ๒ และมีดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ ดูแลพัฒนา สร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของบุคลากร ให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็น อย่างเป็นระบบ มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาศูนย์รวม ร่วมกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญ ของพื้นที่(OTOP) และการพัฒนา คุณภาพบริการ	๔. มีข้อ ๑, ๒, ๓ และมี การเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการ ดูแลพัฒนา สร้างความพึงพอใจและ ความผูกพันของบุคลากร ให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน มีการปรับปรุง การจัดการ ทรัพยากร พัฒนาศูนย์รวม ให้เหมาะสมและ มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	๕. มีข้อ ๑, ๒, ๓, ๔ และ บุคลากร มีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่า และ เกิดความผูกพัน ในการพัฒนา คุณภาพเครือข่ายบริการปฐม ภูมิ มีการจัดการทรัพยากร ร่วมกัน และมีการใช้ ทรัพยากรจากชุมชน ส่งผลให้ เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญ ของพื้นที่(OTOP) และ การพัฒนาคุณภาพบริการ อย่างยั่งยืน



เกณฑ์	คะแนน					
	๒	๔	๖	๘	๑๐	
วิธีการประเมินและเอกสารประกอบ การพิจารณา	- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารใน การมอบหมายหน้าที่ ความรับผิดชอบ	- สอบถาม/สัมภาษณ์/ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ของ ความพึงพอใจ และ ความเหมาะสมของบุคลากร ในหน่วยงาน	- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่ เกี่ยวข้อง และความพึงพอใจ และเอกสารที่ สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่ เกี่ยวข้อง รูปแบบและวิธีการสร้าง การเรียนรู้ของบุคลากร	- สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่ เกี่ยวข้อง วิธีการสร้างความผูกพัน บุคลากรในหน่วยงาน - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่ เกี่ยวข้อง รูปแบบและวิธีการสร้าง การเรียนรู้ของบุคลากร	- สอบถาม/สัมภาษณ์/ เอกสารที่เกี่ยวข้อง วิธีการ พื่อใจ และความผูกพัน ของ บุคลากรในหน่วยงาน - สอบถาม/สัมภาษณ์/ เอกสารที่เกี่ยวข้อง รูปแบบ และวิธีการสร้างการเรียนรู้ ของบุคลากร	- ผลการประเมิน ความพึงพอใจต่อ การปฏิบัติงานและบรรยากาศ ในการทำงานของบุคลากรใน หน่วยงาน
คะแนนที่ได้						

### คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ

**ความผูกพัน (engagement)** หมายถึง การที่บุคลากร มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร

**ความผูกพัน** อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากร หรือใช้คำว่า “ร่วมด้วย ช่วยกัน” การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทน การสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรมบุคลากรที่มี ความพึงพอใจและความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรงานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีควมรับผิดชอบต่อความสำเร็จ ของงานปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ควรพิจารณาประเด็นเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน การร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมุ่งมั่นในการทำงาน (benchmarking) รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจทำได้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร อาจเป็นการปรับปรุงวิธีการทำงาน การแลกเปลี่ยนวิธีการระดับเทียบเคียง คอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหรือนอกองค์กร

**Resource** หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็น ปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑  
หมวด ๔  
การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย





แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑  
 หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบครัวและประชากรทุกกลุ่มวัย  
 หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีการตั้งกล่าวเพื่อให้บรรลุผล และครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน				คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คํานิยาม
	๑. มีฐานข้อมูล ผู้รับบริการ	๒. มีช่องทางบริการเข้าถึงบริการ เชิงรุก เจริญ ๒.๑ ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อโซเชียลมีเดีย) ๒.๒ โครงสร้างพื้นที่ปฏิบัติงาน ตาราง ๒.๓ ตารางการปฏิบัติงาน ระบบจัดคิว การให้บริการ ระบบจัดคิว	๓. ระบบบริการ ๓.๑ มี CPG รายการบริการที่ สนับสนุนจากแพทย์ (ไม่เกิน ๕ ปี) ๓.๒ มีระบบรับ-ส่งต่อ ๓.๓ มีเครื่องมือที่สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุงรักษา หมุนเวียน)	๔. บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG และเครื่องมือ ใน การให้บริการได้				
<b>คะแนน</b>	<b>๑</b>	<b>๑</b>	<b>๑</b>	<b>๑</b>	<b>๑</b>			
๔.๑ จัดบริการตามสภาพ ปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP)					๑	๕		
OTOP เรื่อง..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของ พื้นที่)								การจัดบริการตาม สภาพปัญหาของชุมชน หมายถึง การจัดบริการ ที่สอดคล้องกับประเด็น OTOP
๔.๒ การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)								การให้บริการในสถาน บริการ หมายถึง การจัดบริการภายใน หน่วยบริการที่ได้ไว้ สำหรับให้บริการ ผู้ป่วย ผู้รับบริการ
๔.๒.๑ OPD						๓๐		
๔.๒.๒ ER						๕		
๔.๒.๓ ANC						๕		
๔.๒.๔ WCC						๕		
๔.๒.๕ NCD						๕		
๔.๒.๖ ทันตกรรม						๕		
๔.๒.๗ เกศัชกรรรม/RDU						๕		
<b>ประเมินตามเกณฑ์เลขกรรรม/ RDU</b>								

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน				คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	๑. มีฐานข้อมูลผู้รับบริการ	๒. มีช่องทางบริการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	๓. ระบบบริการ	๔. บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG และเครื่องมือในการให้บริการได้				
๔.๓ การบริการในชุมชน	๑. มีฐานข้อมูลผู้รับบริการ (ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โปรแกรม/ สอบถาม/ สัมภาษณ์)	๒. มีช่องทางบริการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ ๒.๑ ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประสมสัมพันธ์) ๒.๒ โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ ตาราง การให้บริการ ระบบจัดคิว (ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์)	๓. ระบบบริการ ๓.๑ มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน ๕ ปี) ๓.๒ มีระบบรับ-ส่งต่อการบริการ (การบำรุงรักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์)	๔. บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG และเครื่องมือในการให้บริการได้ (แบบประเมินภาคผนวก)	๑๐			
๔.๓.๑ COC : LTC (๔ กลุ่มเป้าหมาย)					๕		ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง	การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชน โดยออกไปให้บริการในชุมชน
๔.๓.๒ การควบคุมและป้องกันโรค (SRRT)					๕		สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรอย	
๔.๓.๓ คปส.							กระบวนการ	
๔.๔ การบริการแพทย์แผนไทย					๕		ให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการในชุมชน	
					๕๐		คะแนนรวม	



หมายเหตุ มีครบถ้วนในแต่ละข้อได้ร้อยละ ๑ คะแนน



## แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

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

## หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

## ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : ๔.๒.๑ OPD ๔.๒.๕ NCD และ ๔.๔ การบริการแพทย์แผนไทย

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน ต้องมีรายการดังนี้			
(๑) หูฟัง			
(๒) เครื่องวัดความดันโลหิต			
(๓) เครื่องตรวจดู ตา หู คอ จมูก			
(๔) ไม้กดลิ้น			
(๕) ไฟฉาย			
(๖) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(๗) ไม้เคาะเข่า			
(๘) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง			
(๙) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก			
(๑๐) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E - Chart)			
(๑๑) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX (สำหรับการประเมิน NCD)			

**หมายเหตุ** ๑. การประเมิน OPD และแพทย์แผนไทย (ใช้เครื่องมือชุดตรวจร่วมกันได้)

- OPDและแพทย์แผนไทย มีข้อ ๑ - ๑๐ = มี
- OPDและแพทย์แผนไทย ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ ๑ - ๑๐ = ไม่มี

## ๒. การประเมิน NCD (เครื่องมือชุดตรวจในข้อ ๑ - ๑๐ ใช้ร่วมกับ OPD ได้)

- NCD มีข้อ ๑ - ๑๑ = มี
- NCD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ ๑ - ๑๑ = ไม่มี

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๑ (สปสช.)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

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

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : ๔.๒.๒ ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
๑. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน			
๑.๑ เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉินได้แก่			
๑.๑.๑ ท่อหายใจทางปาก (oral airway # ๑ x No.๒, No.๓, No.๔)			
๑.๑.๒ ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask (ในกรณีที่มีขีดความสามารถเพียงพอควรมี Endotracheal Tube และ Laryngoscope ด้วย) และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือ			
๑.๒ กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR			
๒. ชุดผ้าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
๓. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear			
๔. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน			
๕. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๑ (สปสช.)



## แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

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

## หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

## ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ

## ประเด็น : ๔.๒.๓ เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้			
๑. เครื่องวัดความดันแบบปรอท (ใช้สำหรับผู้ที่มิประวัติความดันโลหิตสูง)			
๒. หูฟัง			
๓. เครื่อง Droptone			
๔. สายวัดระดับยอดมดลูก			

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๑ (สปสช.)



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑  
หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : ๔.๒.๔ มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไข การปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
๑. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพเอกสาร แผ่นพับ			
๒. เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก			
๓. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก			
๔. ที่วัดความยาว/ส่วนสูง			
๕. สายวัดรอบศีรษะ			

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๑ (สปสช.)



## แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

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

## หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

## ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : ๔.๒.๗ ทันตกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไข การปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
(๑) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานและมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ			
(๒) มียูนิตทำฟันทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง ๓ ข้อครบดังนี้ ๒.๑ ระบบแสงสว่างโดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน ๒.๒ ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมกระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด ๒.๓ ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง			
(๓) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)			
(๔) มีเครื่องปั่นอมัลกัม			
(๕) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสงสำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)			
(๖) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ			
(๗) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์			
(๘) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ			

หมายเหตุ มีครบ ข้อ ๑ - ๘ = มี ถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี  
กรณีที่ รพ.สต. แห่งใดที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการทันตกรรม ให้ใช้ข้อมูลการประเมินของ รพ.สต. ในเครือข่ายที่ให้บริการร่วมกัน

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๑ (สปสช.)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2561  
หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

4.2 การจัดบริการในสถานบริการ  
4.2.7. งานเภสัชกรรมและRDU

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ
๑	การบริหารจัดการระบบยาและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข - มีเภสัชกรอยู่ในคณะกรรมการ พขอ. อย่างน้อย ๑ คน - มีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในการจัดการระบบยาในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการทั้ง คณะกรรมการ และมีเภสัชกร ผู้รับผิดชอบ ๒. มีแผนการ ปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริง อย่างน้อย ปีละ ๔ ครั้ง	๑. มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ๒. มีรายชื่อกรรมการ และมีเภสัชกร ผู้รับผิดชอบ ๒. มีแผนการ ปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริงตาม แผนอย่างน้อย ปีละ ๒ ครั้ง	๑. มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ อย่างน้อย ๑ คณะกรรมการ และมีเภสัชกร ผู้รับผิดชอบ ๒. มีแผนการ ปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริง ตามแผนอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง	๑. มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ไม่มีแผนการ ปฏิบัติการและไม่มี การออก ปฏิบัติงานจริง	๑. ไม่มีคำสั่ง แผนการ ปฏิบัติการ และไม่มี การออก ปฏิบัติงานจริง		- มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ เภสัชกรรมและการ บำบัดาระดับอำเภอ และมีเภสัชกร ผู้รับผิดชอบ - มีแผนการปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยม หรือผล ปฏิบัติงาน หรือ เอกสารอื่นๆ - ฯลฯ	
๒	การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ ๒.๑ มีบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ และหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับ ศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	๑. มีบัญชีรายการยา รพ.สต. ๒. มีหลักเกณฑ์หรือ ขอบเขตในการสั่งใช้ ยาที่สอดคล้องกับ ศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	๑. มีบัญชีรายการยา รพ.สต. ๒. ไม่มีรายการยา NED หรือ มีแต่ ได้รายการอนุมัติจาก ผู้ตรวจราชการฯ	๑. มีบัญชีรายการยา รพ.สต. ๒. มีรายการยา NED และยังไม่ได้ รับการอนุมัติจาก ผู้ตรวจราชการฯ	๑. มีบัญชีรายการ ยา รพ.สต. ๒. มีรายการยา NED และยังไม่ได้ รับการอนุมัติจาก ผู้ตรวจราชการฯ	มีไม่ครบใน ข้อ ๑ - ๓ ๑. มีบัญชี รายการยา รพ.สต. ๒. มีรายการยา		- สังกัด Emergency box - บัญชีรายการยา รพ.สต. และยา ช่วยชีวิต - คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต	ย้ายจาก ข้อ ๓ มาเป็น ข้อ ๒ ตามกรอบ แนวคิด Drug system ของ WHO ๔ ด้าน



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ	
	รวมถึงมียาช่วยชีวิตครบทุกรายการ และมีคู่มือภักใ้ใช้ช่วยชีวิต ได้แก่ ๑. Adrenaline injection ๑.๑๐๐๐ ๒. Steroid injection เช่น Dexamethasone injection หรือ Hydrocortisone injection ๓. Chlorpheniramine injection ๔. ๕๐% Glucose injection ๕. ยามมีไต้ลั่นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ	๓. ไม่มีรายการยา NED หรือ มีแต่ได้รับ การอนุมัติจาก ผู้ตรวจราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขอ อนุมัติ (แจ้ง สสจ.แล้ว) ๔. มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. และคู่มือ การใช้ยาช่วยชีวิต	หรือ อยู่ระหว่าง การอนุมัติ (แจ้ง สสจ.แล้ว) ๓. มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. และคู่มือ การใช้ยาช่วยชีวิต	หรือ อยู่ระหว่าง การอนุมัติ ๓. มียาช่วยชีวิต ใน รพ.สต. และ คู่มือการใช้ยา ช่วยชีวิต	หรือ อยู่ระหว่าง การอนุมัติ ๓. มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต.	NED และ ยังไม่ได้รับ การอนุมัติจาก ผู้ตรวจราชการฯ หรืออยู่ระหว่าง การอนุมัติ ๓. มียาช่วยชีวิต ใน รพ.สต.		- หนังสือขออนุมัติยา NED - หลักเกณฑ์หรือ ขอบเขตในการสั่งใช้ ยาที่สอดคล้องกับ ศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	ได้แก่ selection procurement distribution and use	
	๒.๒ มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ การจัดยา และส่งมอบยา มีความรู้ ด้านยา (โรงพยาบาลมีการจัดอบรม ความรู้ด้านยาให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง)	๑. มีการจัดอบรม เรื่องยาโดยเภสัชกร โรงพยาบาลอย่างน้อย ปีละ ๒ ครั้ง ๒. มีคู่มือ/สื่อการใช้ ยาใน รพ.สต.	๑. มีการจัดอบรม เรื่องยาโดย เภสัชกร โรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	หรือ อยู่ระหว่าง การอนุมัติ ๑. มีการจัดอบรม เรื่องยาโดย เภสัชกร โรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	หรือ อยู่ระหว่าง การอนุมัติ ๑. มีคู่มือ/สื่อ การใช้ยาใน รพ.สต.	๑. ไม่มีทุกข้อ		- มีแผนการอบรม - มีหลักฐานผ่าน การอบรม เช่น หนังสือเชิญอบรม หนังสือเชิญยาที่ จำเป็น หรือสื่ออื่นๆ (อาจเป็นคู่มือฯ ของ รพ. หรือ จังหวัดก็ได้)		
	๒.๓ มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ และผู้ป่วยที่เสียชีวิตสูง เช่น Warfarin ระหว่าง รพ.สต. และ รพ. เพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	๑. มีฐานข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ ๒. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin ๓. มีการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วย แพทย์ โดยการติดสติ๊กเกอร์ ใน family folder	๑. มีฐานข้อมูล ผู้ป่วย แพทย์ ๒. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin ๓. มีการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วย แพทย์ โดยการติดสติ๊กเกอร์ ใน family folder	๑. มีฐานข้อมูล ผู้ป่วย แพทย์ ๒. มีการบันทึก ข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ โดยการติด สติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด	๑. มีฐานข้อมูล ผู้ป่วย แพทย์ ๒. มีแนวทางหรือ การออกบัตรรแพทย์ เบื้องต้นให้แก่ ผู้ป่วยไปประเมิน แพทย์ที่ โรงพยาบาล โดยเภสัชกร	๑. มีฐานข้อมูล ผู้ป่วย แพทย์ ๒. มีแนวทางหรือ การออกบัตรรแพทย์ เบื้องต้นให้แก่ ผู้ป่วยไปประเมิน แพทย์ที่ โรงพยาบาล โดยเภสัชกร	๑. มีฐานข้อมูล ผู้ป่วย แพทย์		- ฐานข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ และผู้ป่วยที่เสียชีวิตสูง เช่น Warfarin ในคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มีแนวทางการส่งต่อ ผู้ป่วย กรณีแพทย์	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
๓	<b>คัลยและเวชภัณฑ์</b> ๓.๑ มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม มีความมั่นคง มีการมีระบบป้องกันการสูญหาย (มีกุญแจ ๒ ดอก โดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก)	หรือวิธีการอื่นใด ๔. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin โดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด ๕. มีแนวทางการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยเภสัชกร	หรือวิธีการอื่นใด ๔. มีแนวทางการออกบัตรแพทย์เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยเภสัชกร	๓. มีแนวทางการออกบัตรแพทย์ ยาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยเภสัชกร	๑. ประตุมีกุญแจ ๒ ดอก (มีกุญแจ ๒ ดอก) ๒. มีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก ๓. มีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก	๑. ประตุมีกุญแจ ๒ ดอก (มีกุญแจ ๒ ดอก) ๒. มีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก	๑. ประตุมีกุญแจ ๒ ดอก ๒. มีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจ	- ประตุมีกุญแจล็อก ๒ ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก - ไม่มีกิลินอัปชั่น ยาไม่ถูกแสงแดด	
	๓.๒ สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกันแสงแดดและความชื้น สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้	๑. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น ๒. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน ๖ เดือนนับแต่วันตรวจ	๑. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น ๒. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน	๑. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น ๒. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน	๑. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น ๒. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน	๑. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น ๒. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน	มีข้อได้ข้อหนึ่งใน ๓ ข้อ ๑. ยาถูกแสงแดด ๒. ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น		





หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ	
		๓. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน ๓๐ °c และความชื้นไม่เกิน ๗๐%) ๔. คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้	๓. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน ๓๐ °c และความชื้นไม่เกิน ๗๐%) ๔. คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้	๓. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน ๓๐ °c และความชื้นไม่เกิน ๗๐%) ๔. คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้	๓. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน ๓๐ °c และความชื้นไม่เกิน ๗๐%) ๔. คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้	๓. คลังยาไม่สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้		- เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น - แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น (กรณี PCU รพ. ประเมินที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.)		
	๓.๓ มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์บนพื้นโดยตรง	๑. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง ๒. มีป้ายชื่อยาทุกรายการ ๓. มีการแยกประเภทยา วัสดุ และวัสดุอื่นๆชัดเจน	๑. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง ๒. มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	๑. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง ๒. ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	๑. พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง ๒. มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	๑. พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง ๒. ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ		- ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง - มีป้ายชื่อยาทุกรายการ		
	๓.๔ การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card) และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมีใบเบิก-บันทึกรายการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุมคลังยา	๑. สุ่ม stock card ๑๐ รายการ ตรงทุกรายการ ๒. มีใบเบิกจ่ายจากคลังยา รพ. และมีกรลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) ๓. ใบเบิกจ่ายจากคลังยา รพ. สอดคล้องกับ stock card	๑. สุ่ม stock card ๑๐ รายการ ตรงทุกรายการ ๒. มีใบเบิกจ่ายจากคลังยา และมีกรลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	๑. สุ่ม stock card ๑๐ รายการ ตรงทุกรายการ ๒. มีใบเบิกจ่ายจากคลังยา และมีกรลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	๑. สุ่ม stock card ๑๐ รายการ ตรงทุกรายการ ๒. มีใบเบิกจ่ายจากคลังยา และมีกรลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	๑. สุ่ม stock card ๑๐ รายการ ตรงทุกรายการ ๒. มีใบเบิกจ่ายจากคลังยา และมีกรลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	๑. ไม่มี stock card หรือทะเบียนควบคุมยา ๒. ไม่มีใบเบิกจ่ายจากคลังยา รพ. ๓. ไม่มีใบเบิกจ่ายจากคลังยา รพ.สต. ไปจุดจ่าย		- สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยาในคลัง ๑๐ รายการ - รบ.๓๐๑ หรือ stock card รพ.สต. ข้อมูลจำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกจ่ายจาก รพ.ที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต.	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับ ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		๔. มีใบเบิกยาจากคลัง ยา รพ.สต. ไปยังจุด จ่ายและมีการลงนาม ครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) ๕. ใบเบิกยาจาก คลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ stock card	๓. มีใบเบิกยาจาก คลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและ มีการลงนาม ครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	๓. มีใบเบิกยาจาก คลังยา รพ.สต. ไปยังจุด จ่ายและมีการลง นามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	๓. มีใบเบิกยาจาก คลังยา รพ.สต. ไปยังจุด จ่ายและมีการลง นามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)	๑. มียาขาด Stock ในคลังยา หรือจุด จ่ายน้อยกว่า ๕ รายการ		- สุ่ม ใบเบิกยาจาก คลังยา รพ.สต. ไปยัง จุดจ่ายและสอดคล้อง กับ รบ.๓๐๑	
	๓.๕ การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มีอยู่ในคลังจำนวนเพียงพอ	๑. ไม่มียาขาด stock ในคลังยา	๑. มียาขาด Stock ในคลังยา แต่มียาใน จุดจ่าย	๑. มียาขาด Stock ในคลังยาหรือจุด จ่ายมากกว่า ๕ รายการ	๑. มียาขาด Stock ในคลังยาหรือจุด จ่ายมากกว่าหรือ เท่ากับ ๕ รายการ	๑. มียาขาด Stock ในคลัง ยาหรือจุดจ่าย ยา ๑๐ รายการ		- สุ่ม รบ.๓๐๑ Stock Card และตรวจนับยา ในคลัง ๑๐ รายการ หรือจุดจ่ายยา	- ยา ภูมิภาค - ยา โรคเรื้อรัง (ถ้ามี) - และ ยา Life saving drug
	๓.๖ ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เสื่อมสภาพหรือ หมดอายุทั้งใน คลังยาและจุดบริการผู้ป่วย	๑. ไม่พบยาและ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เสื่อมสภาพ หรือ หมดอายุ ๒. ระบุวันเปิด วัน หมดอายุของยา multiple dose และ ยา pre-pack ๓. มีการจัดเรียงยา แบบ first expired first use	๑. ไม่พบยาและ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เสื่อมสภาพ หรือ หมดอายุ ๒. ระบุวันเปิด วัน หมดอายุของยา multiple dose และยา pre-pack	๑. ไม่พบยาและ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เสื่อมสภาพ หรือ หมดอายุ ๒. ไม่ระบุวัน เปิด วันหมดอายุ ของยา multiple dose และยา pre-pack	๑. พบยาและ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เสื่อมสภาพ หรือ หมดอายุ ๒. ระบุวันเปิด วัน หมดอายุของยา multiple dose และยา pre-pack	๑. พบยาหรือ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ ๒. ไม่ระบุวัน เปิด วัน หมดอายุของยา multiple dose และยา pre- pack		- สุ่มดูวันหมดอายุและ ลักษณะภายนอกของ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (สุ่ม ๑๐ รายการ เป็นยา ๗ รายการ เวชภัณฑ์ที่ มีใช้ยา ๓ รายการ)	ยา multiple dose และ ยา pre-pack (ยาฉีด multiple dose ๑ เดือนหลังเปิด น้ำเกลือล้างแผล ๒๔ ชม. ยา กระปุกและ ยา pre-pack ๑ ปี)



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ
	๓.๗ ผู้เย็นเก็บยา	๑. มีครบทั้ง ๗ ข้อ	๑. มีข้อ ๑, ๒, ๓, ๔, ๖, ๗	๑. มีข้อ ๑, ๒, ๓, ๖, ๗	๑. มีข้อ ๑, ๒, ๖, ๗	๑. ไม่มีข้อ ๑, ๒, ๖, ๗		- ตรวจสอบจาก เทอร์โมมิเตอร์ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	
	๓.๘ ผู้เย็นเก็บวัคซีน	๑. มีครบทั้ง ๗ ข้อ	๑. มีข้อ ๑, ๒, ๓, ๔, ๖, ๗	๑. มีข้อ ๑, ๒, ๓, ๖, ๗	๑. มีข้อ ๑, ๒, ๖, ๗	๑. ไม่มีข้อ ๑, ๒, ๖, ๗			
	หัวข้อการประเมิน								
	๑. อุณหภูมิขณะตรวจ ๒ - ๘ °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -๑๕ ถึง -๒๕ °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน)								
	๒. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ								
	๓. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอเป็นปัจจุบัน								
	๔. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ								
	๕. เก็บยาและวัคซีนเป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย								
	๖. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม								
	๗. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสัหรือเติมเกลือหรือปิโตรโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ								



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ	
๔	<p>การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความปลอดภัย</p> <p>๔.๑ มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา, และมีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุทางยา (Medication Error)</p>	<p>๑. มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน</p> <p>๒. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา</p> <p>๓. มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)</p> <p>๔. มีแนวทงป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต.</p>	<p>๑. มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน</p> <p>๒. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา</p> <p>๓. มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)</p>	<p>๑. มีการส่งมอบยาที่ยังไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน</p> <p>๒. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลไม่ครบถ้วน</p>	<p>๑. มีการส่งมอบยาที่ยังไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน</p> <p>๒. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลไม่ครบถ้วน</p>	<p>๑. มีการส่งมอบยาที่ยังไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน</p> <p>๒. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลไม่ครบถ้วน</p>	<p>๑. มีการส่งมอบยาที่ยังไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน</p> <p>๒. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลไม่ครบถ้วน</p>	<p>๑. มีการส่งมอบยาที่ยังไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน</p> <p>๒. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลไม่ครบถ้วน</p>	<p>- ซองยา, ฉลากยา</p> <p>- สถิติการจ่ายยาให้ดู</p> <p>- บันทึก</p> <p>- อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)</p> <p>- มีแนวทงป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต.</p>	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ	
	๔.๒ มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย ได้แก่ ฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ฉลากช่วยและสื่อส่งเสริมการใช้ยา สอดคล้องกับ OTOP	๑. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐานคือ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย และมีฉลากยาเสริม ๒. มีฉลากช่วยในการใช้ยา ๓. มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย	๑. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐานคือ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย และมีฉลากยาเสริม ๒. มีฉลากช่วยในการใช้ยา	๑. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐานคือ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย หรือมีฉลากยาเสริม ๒. มีฉลากช่วยในการใช้ยา	๑. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐานคือ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย หรือมีฉลากยาเสริม	๑. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐานคือ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๑. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐานคือ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ได้	- ฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล - ฉลากช่วย เช่น การใช้ยาหยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้ง สำหรับเด็ก - สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ สอดคล้องกับ OTOP	
	๔.๓ มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๑. มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามเกณฑ์ระดับ ๔ ทุกข้อ และมีข้อต่อเป็นข้อ ๑.๑ ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจไม่เกินร้อยละ ๒๐	๑. มีแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับ ๓ ทุกข้อ และมีข้อต่อเป็นข้อ ๑.๑ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	๑. มีแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับ ๓ ทุกข้อ ๑.๑ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	๑. มีแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับ ๓ ทุกข้อ ๑.๑ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	๑. มีแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๑. ยังไม่มีแนวทาง การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	- สอบถาม สังเกต - ดูเอกสาร - แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ		



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ
	๑.๒ ร้อยละของการใช้ปฏิชีวนะในโรคในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ ๒๐	๑.๒ มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยท้องร่วงระดับ ๓ ขึ้นไปกับการใช้ยา NSAIDs ๑.๓ มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน ๑.๔ มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine (ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate)	๑.๑ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ๑.๓ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ๑.๔ มีแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD	๑.๒ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ๑.๓ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ๑.๔ มีแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD	๑.๒ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ๑.๓ มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ๑.๔ มีแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD	๑		- มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน - แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD - ข้อมูลร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ใจ, ท้องร่วงเฉียบพลัน นจากโปรแกรม HDC /ฐานข้อมูล ๔๓แฟ้ม	





หัวข้อ	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
ประเด็นการประเมิน ๔.๔ มีการติดตามการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพของ ผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่บ้าน	๑. มีการกำหนด กลุ่มเป้าหมายใน การติดตามการใช้ ยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โรคเรื้อรังของผู้ป่วย ๒. มีการติดตาม เยี่ยมและแนะนำ การใช้ยา โรคเรื้อรังและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ต่อเนื่องที่บ้าน โดยเภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับทีม รพ. สต. ๓. มีการบันทึก ข้อมูลการเยี่ยม บ้านผู้ป่วยใน Family folder หรือ วิธีการอื่นใด	๑. มีการกำหนด กลุ่มเป้าหมายใน การติดตาม การใช้ยาและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โรคเรื้อรัง ของผู้ป่วย ๒. มีการติดตาม เยี่ยมและแนะนำ การใช้ยา โรคเรื้อรังและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ต่อเนื่องที่บ้าน โดยเภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับทีม รพ.สต.	๑. มีการกำหนด กลุ่มเป้าหมาย ในการติดตาม การใช้ยาและ ผลิตภัณฑ์ สุขภาพโรค เรื้อรัง ของผู้ป่วย ๒. มีการติดตาม เยี่ยมและแนะนำ การใช้ยา โรคเรื้อรังและ ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ต่อเนื่อง ที่บ้าน โดย ทีม รพ.สต. ๓. มีการบันทึก ข้อมูลการเยี่ยม บ้านผู้ป่วยใน Family folder หรือวิธีการอื่นใด	๑. มีการติดตาม เยี่ยมและแนะนำ การใช้ยา โรคเรื้อรังและ ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ต่อเนื่อง ที่บ้าน โดย ทีม รพ.สต.	๑. มีการติดตาม เยี่ยมและแนะนำ การใช้ยา โรคเรื้อรังและ ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ต่อเนื่อง ที่บ้าน โดย ทีม รพ.สต.		- สอบถาม และดู การบันทึกข้อมูล เยี่ยมบ้านใน Family folder หรือวิธีการอื่นใด	
	<b>คะแนนรวม</b>							

๔.๓ การบริการในชุมชน  
๔.๓.๓ งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ
๑	งานคุ้มครองผู้บริโภค ๑.๑ บุคลากร - มีเอกสารร่วมในคณะกรรมการ พขอ. โดยมีบทบาทเป็น manager งาน คปส ร่วมกับ สสอ. เพื่อวางแผน ขับเคลื่อน กลไกพระราชรัฐ(PIRAP) จัดทำ แผนปฏิบัติการ การติดตาม ประเมินผล และการคืนข้อมูล งาน คปส - มีคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภค ระดับอำเภอ	๑. มีการดำเนินงานใน เกณฑ์ระดับ ๔ ทุกข้อ ๒. มีการวางแผน ขับเคลื่อนงาน คปส. โดยกลไกพระราชรัฐ (PIRAP) ๓. มีการติดตาม ประเมินผล และ การคืนข้อมูลงาน คปส ให้คณะกรรมการ พขอ.	๑. มีการดำเนินงาน ในเกณฑ์ระดับ ๓ ทุกข้อ ๒. มีแผนการ ปฏิบัติการและ/ หรือแผนดำเนินการมี การออกปฏิบัติ งานจริง	๑. มีการ ดำเนินงานใน เกณฑ์ระดับ ๒ ทุกข้อ ๒. มีแผนการ ปฏิบัติการ/แผน ดำเนินการด้าน คปส.	๑. มีการ ดำเนินงานใน เกณฑ์ระดับ ๑ ทุกข้อ ๒. มีเอกสาร ร่วมใน คณะกรรมการ พขอ. โดยมี บทบาทเป็น manager งาน คปส.ร่วมกับ สสอ.	๑. มีคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ระดับอำเภอ	พหะเบียนสรุข้อมูล คปส.ของ รพ.สต. แยกรายหมู่บ้าน บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม JHCIS แยกรายหมู่บ้าน		
	๑.๒ มีการจัดทำฐานข้อมูล - ร้านค้า - แผลรอยจำหน่ายอาหารแปรรูป (อย.)อาหารปรุงจำหน่าย (CFGT), อาหารสด(ป้ายทอง), ตลาดสด, ตลาดนัดคลองถม - สถานีวิจัยในชุมชน (ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน)	๑. มีการจัดทำ ฐานข้อมูลครบทุก ประเภท แยกราย หมู่บ้าน ๒. ฐานข้อมูลเป็น ปัจจุบัน ๓. มีการปรับปรุง ฐานข้อมูลปีละ ๑ ครั้ง	๑. มีการจัดทำ ฐานข้อมูลครบ ทุกประเภท ๒. ฐานข้อมูลเป็น ปัจจุบัน	๑. มีการจัดทำ ฐานข้อมูล ๒. จัดทำ ฐานข้อมูลเป็น ปัจจุบัน	๑. มีการจัดทำ ฐานข้อมูล	๑. ไม่มีการจัดทำ ฐานข้อมูล			



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ	
	๑.๓ มีการดำเนินการตรวจสอบ ใ้การระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ในร้านค้า ร้านอาหาร ตลาดนัด รถขายอาหารสด โดยชุดทดสอบ อย่างง่าย	๑. มีการดำเนินการ ตรวจสอบ ใ้การระวังอาหารสด อาหารแปรรูป โดยชุดทดสอบอย่าง ง่าย ๒. มีการแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๑ ประเด็น ปัญหา เช่นตรวจสอบ เชิงรุก ทำประชาคม แก้ไข้ปัญหา, จัดโครงการอบรม ๓. มีการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย เช่น อสม.ผู้ประกอบการ, ครู นักเรียน อย.น้อย	๑. ไม่พบผลผลิต ผลิตภัณฑ์ ทั้ง ร้านค้า/ร้านค้า ๒. ไม่พบยกเลิกความเสี่ยง ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๓. ไม่พบผลผลิตที่ จำหน่ายที่บ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	๑. ไม่พบผลผลิต ผลิตภัณฑ์ ทั้งร้านค้า/ร้านค้า ๒. ไม่พบผลผลิต ผลิตภัณฑ์ที่บ้าน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๑. ไม่พบ ผลิตภัณฑ์ จำหน่ายที่ร้านค้า/ ร้านค้า หรือที่บ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	๑. พบผลผลิตทั้ง ร้านค้า/ร้านค้า และ บ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	๑. พบผลผลิตทั้ง ผลิตภัณฑ์ทั้ง ร้านค้า/ร้านค้า และ บ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง		หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล - สรุปผล การดำเนินงาน/ บันทึกการดำเนินงาน	
	๑.๔ ร้านค้า/ร้านอาหาร และบ้าน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่พบผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ผลิตจำหน่าย	๑. ไม่พบผลิตภัณฑ์ ผลิตภัณฑ์ ทั้ง ร้านค้า/ร้านค้า ๒. ไม่พบยกเลิกความเสี่ยง ที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๓. ไม่พบผลผลิตที่ จำหน่ายที่บ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	๑. ไม่พบผลผลิต ผลิตภัณฑ์ ทั้งร้านค้า/ร้านค้า ๒. ไม่พบผลผลิต ผลิตภัณฑ์ที่บ้าน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	๑. ไม่พบ ผลิตภัณฑ์ จำหน่ายที่ร้านค้า/ ร้านค้า หรือที่บ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	๑. พบผลผลิตทั้ง ร้านค้า/ร้านค้า และ บ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง	๑. พบผลผลิตทั้ง ผลิตภัณฑ์ทั้ง ร้านค้า/ร้านค้า และ บ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง		- สุ่มตรวจอาหาร และ ขนมตามแบบบันทึก การสุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย - สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคเรื้อรัง		

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ	
	๑.๕ ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๑. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยา กลุ่มเสี่ยง และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๑. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยา กลุ่มเสี่ยง หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๑. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยา กลุ่มเสี่ยง หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๑. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยา กลุ่มเสี่ยง และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๑. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ		- ผู้จำหน่ายร้านค้า มีความรู้เกี่ยวกับผลจากอาหาร (๑) ดอย. (๒) ด่วนผลิต วันหมดอายุได้ (๓). ทราบตัวอย่างรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า, เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย,อาหารที่ห้ามจำหน่าย - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยา กลุ่มเสี่ยงและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้าแบบท้าย	
	๑.๖ มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค เช่น อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย ผู้ประกอบการร้านค้า อย.น้อย ผู้ประกอบการร้านอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับอำเภอ	๑. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ๔ กลุ่มได้แก่ ๑.๑ นักเรียน ๑.๒ ผู้ประกอบการ ๑.๓ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๑.๔ เครือข่าย คปส.	๑. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ๓ กลุ่ม อย่งน้อย ๓ กลุ่ม	๑. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ๒ กลุ่ม อย่งน้อย ๒ กลุ่ม	๑. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ๑ กลุ่ม หมายอย่งน้อย ๑ กลุ่ม	๑. มีการจำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยา กลุ่มเสี่ยง และผลิตภัณฑ์สุขภาพ	๑. ไม่มีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค		- แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงานหรือหลักฐานการดำเนินงาน - สัมภาษณ์เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณาหลักฐานเป็นปัจจุบันและปีงบประมาณที่ผ่านมา



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	๕	๔	๓	๒	๑	ระดับที่ได้	หลักฐาน/แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ข้อเสนอแนะ
	๑.๗ เครื่องช่วยคุ้มน้ำตาลของผู้บริโภคในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคที่สอดคล้องกับ OTOP	๑. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหาด้าน คสส.ในพื้นที่จำนวน ๒ กลุ่มขึ้นไป และ ๒. มีการมีส่วนร่วมของเครือข่าย คุ้มครองผู้บริโภค ๓. ประเด็นการแก้ไข ปัญหาสอดคล้องกับ OTOP	๑. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหา คสส.ในพื้นที่ จำนวน ๑ กลุ่มขึ้นไป และ ๒. มีการมีส่วนร่วมของเครือข่าย คุ้มครองผู้บริโภค ๓. ประเด็นการแก้ไข ปัญหาไม่สอดคล้องกับ OTOP	๑. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหา คสส.ในพื้นที่ จำนวน ๑ กลุ่มขึ้นไป	๑. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหา คสส.ในพื้นที่ จำนวน ๑ กลุ่มขึ้นไป	๑. ไม่มี การดำเนินการหรือโครงการเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหา คสส. ด้าน คสส.		- แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงาน หรือหลักฐาน การดำเนินงาน - สัมภาษณ์เครือข่าย คุ้มครองผู้บริโภค	พิจารณา หลักฐานปัจจุบันและ ปีงบประมาณที่ผ่านมา
<b>คะแนนรวม</b>									

#### หมายเหตุ :

๑. ทบทวนเกณฑ์ฯ โดย คณะทำงานพัฒนาระบบบริการงานผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. แนวคิดและเอกสารอ้างอิงในการพิจารณาเกณฑ์ฯ ได้แก่
  - ๒.๑ กรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
  - ๒.๒ Drugs System ตามกรอบของ WHO
  - ๒.๓ แนวคิด PIRAB
  - ๒.๔ แบบประเมิน รพสต.ติดดาว ๕ ดาว ๕ ดี ฉบับเดิมปี ๒๕๖๐ จาก สยย.
  - ๒.๕ นโยบาย RDU กระทรวงสาธารณสุข
  - ๒.๖ มาตรฐานขึ้นทะเบียนหน่วยบริการภูมิปัญญา สปสช. ปี ๒๕๖๑
  - ๒.๗ แนวทาง PCC กระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑  
 หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ ๔.๓ การบริการในชุมชน

ประเด็น : ๔.๓.๑ COC : LTC (๔ กลุ่มเป้าหมาย)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไข การปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน ต้องมีรายการดังนี้			
(๑) หูฟัง			
(๒) เครื่องวัดความดันโลหิต			
(๓) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(๔) ไม้มัดลิ้น			
(๕) ไฟฉาย			
(๖) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(๗) ไม้มัดขา			
(๘) เครื่องตรวจน้ำตาล			
(๙) เตียง Fowler			
(๑๐) เครื่อง suction mobile			
(๑๑) Oxygen Home therapy (หมายถึงเครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้า และ/หรือ oxygen tank)			

- หมายเหตุ
- COC : LTC (ผู้สูงอายุเพียง ๓ - ๔, ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า)  
มีข้อ ๑-๘ = มี
  - COC: LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ ๑-๘ = ไม่มี
  - Palliative care (ข้อ ๙-๑๑ ให้ประเมินที่ node หรือแม่ข่ายที่เป็นศูนย์สำรองเครื่องมือ)  
มีข้อ ๙-๑๑ = มี  
ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ ๙-๑๑ = ไม่มี

อ้างอิงจาก : เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี ๒๕๖๑ (สปสช.)





**แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑**  
**หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**  
 หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

**๔.๕ ระบบสนับสนุนบริการ**

**๔.๕.๑ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ**

**ส่วนที่ ๑ ระบบคุณภาพข้อมูล**

ประเด็น	การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
๑.๑ การจัดการระบบบันทึกข้อมูล (๑๐ คะแนน)	๑. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต. มีประสิทธิภาพและปรับปรุงเป็นปัจจุบัน ๒. บันทึกข้อมูลบริการ (OP) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการโดยส่งข้อมูลบริการ (ตุลาคม ๒๕๖๐ – สิ้นเดือนก่อนการประเมิน) และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง visit ของ JHICS หรือตาราง visit ของ HOSXP PCU - ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ = ๒ คะแนน - ร้อยละ ๗๐-๗๔ = ๓ คะแนน - ร้อยละ ๗๕-๗๙ = ๔ คะแนน - ร้อยละ ๘๐-๘๔ = ๕ คะแนน - ร้อยละ ๘๕-๘๙ = ๖ คะแนน - ร้อยละ ๙๐-๙๔ = ๗ คะแนน - มากกว่าร้อยละ ๙๕ = ๘ คะแนน	๒  ๘	
๑.๒ การตรวจสอบและการจัดส่งข้อมูล (๕ คะแนน)	๑. มีการจัดส่งข้อมูล ๔๓ เพิ่มสม่ำเสมอ - ส่งข้อมูล ๑ ครั้งต่อเดือน = ๑ คะแนน - ส่งข้อมูล ๑ ครั้งต่อสัปดาห์ = ๒ คะแนน - ส่งข้อมูลทุกวันทำการ = ๓ คะแนน ๒. มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือ electronic file ในการตรวจสอบข้อมูล - ไม่มีการตรวจสอบ = ๐ คะแนน - มีการตรวจแต่ไม่มีเอกสาร = ๑ คะแนน - มีการตรวจและมีหลักฐานประกอบ = ๒ คะแนน	๓  ๒	
๑.๓ คุณภาพของข้อมูล (๕ คะแนน)	ข้อมูล ๔๓ เพิ่ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPPP-๒๐๑๐ (ตุลาคม ๒๕๖๐ – ปัจจุบัน) - น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ = ๑ คะแนน - ร้อยละ ๖๐-๖๙ = ๒ คะแนน - ร้อยละ ๗๐-๗๙ = ๓ คะแนน - ร้อยละ ๘๐-๘๙ = ๔ คะแนน - ร้อยละ ๙๐-๑๐๐ = ๕ คะแนน สุ่มตรวจ ๑ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๐ – สิ้นเดือนก่อนการประเมิน)	๕	
<b>รวม</b>		<b>๒๐</b>	

**ส่วนที่ ๒ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ**

ประเด็น	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
<p>๑. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเครื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- น้อยกว่า ๑:๐.๕๐ = ๑ คะแนน</li> <li>- ๑:๐.๕๐ - ๐.๕๙ = ๒ คะแนน</li> <li>- ๑:๐.๖๐ - ๐.๖๙ = ๓ คะแนน</li> <li>- ๑:๐.๗๐ - ๐.๗๙ = ๔ คะแนน</li> <li>- ๑:๐.๘๐ - ๐.๘๙ = ๕ คะแนน</li> </ul>	๕	
<p>๒. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = ๐ คะแนน</li> <li>- มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่นที่เกี่ยวข้องกับระบบฐานข้อมูล = ๑ คะแนน</li> <li>- มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ = ๓ คะแนน</li> </ul>	๓	
<p>๓. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก ๓๐ วัน = ๑ คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก ๑๕ วัน = ๒ คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก ๗ วัน = ๓ คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุกวัน = ๔ คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = ๕ คะแนน</li> </ul>	๕	
<p>๔. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมือมีปัญหา</p> <p>๔.๑ มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = ๐ คะแนน</li> <li>- มี = ๑ คะแนน</li> </ul> <p>๔.๒ มีโปรแกรม Antivirus แท้ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = ๐ คะแนน</li> <li>- มี = ๑ คะแนน</li> </ul> <p>๔.๓ มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = ๐ คะแนน</li> <li>- มี = ๑ คะแนน</li> </ul>	๓	
<p>๕. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = ๐ คะแนน</li> <li>- มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ ๑ ครั้ง = ๒ คะแนน</li> </ul>	๒	



ประเด็น	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
๖. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ	๒	
- ไม่มีระบบ = ๐ คะแนน		
- มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = ๒ คะแนน		
<b>รวม</b>	<b>๒๐</b>	

ส่วนที่ ๓ กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มวัย และประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP)

ประเด็น	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้
มีข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร ๕ กลุ่มวัย (กลุ่มวัยละ ๒ คะแนน)	๑๐	
- กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ - ๕ ปี)		
- กลุ่มเด็กวัยเรียน (๕ - ๑๔ ปี)		
- กลุ่มวัยรุ่น (๑๕ - ๒๑ ปี)		
- กลุ่มวัยทำงาน (๒๑ - ๕๙ ปี)		
- กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปี ขึ้นไป)		
ข้อมูลปัญหาตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP)	๑๐	
<b>รวม</b>	<b>๒๐</b>	

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามปี ๒๕๖๑  
หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทประชากรทุกกลุ่มวัย

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

๔.๕ การจัดระบบการสนับสนุน  
๔.๕.๒ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยาม
๑. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	๑.๑ องค์กรมีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๑		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในภาพ CUP และ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ใน รพ.สต.</li> <li>□ สมาชิกในคณะกรรมการประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>□ มีรายงานการประชุม (ภายใน ๑ ปีที่ผ่านมา )</li> <li>□ มีรายงานการประชุมภายใน ๑ ปีที่ผ่านมา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ คณะกรรมการประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีคำสั่งแต่งตั้งและมีกรรมการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ภายใน ๑ ปีที่ผ่านมา )</li> <li>□ มีรายงานการประชุมภายใน ๑ ปีที่ผ่านมา</li> </ul>
	๑.๑.๑ มีคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ใน รพ.สต. และมีการแต่งตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.	๒		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ สมาชิกในคณะกรรมการประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>□ มีรายงานการประชุม</li> <li>□ คณะกรรมการ ภายใน ๑ ปีที่ผ่านมา ระยะเวลาในการฟื้นฟูความรู้อย่างน้อย ๑ วัน (นับย้อนตั้งแต่วันที่ตรวจประเมิน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ คณะกรรมการไม่มี RN ให้ความช่วยเหลือ หรือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้ โดยให้มีคำสั่งแต่งตั้งว่าเป็นผู้รับผิดชอบ</li> </ul>
	๑.๑.๒ มีข้อ ๑.๑ และมีการตั้งพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นปัจจุบัน	๓		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การอบรมความรู้ มีหลักฐาน มีอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เอกสารการอบรม</li> <li>□ มีรายงานการนิเทศติดตามใน รพ.สต. เครือข่าย (อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง)</li> </ul>	
	๑.๑.๓ มีข้อ ๑.๑.๒ และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	๔			
	๑.๑.๔ มีข้อ ๑.๑.๓ และ มีการฟื้นฟูความรู้ของผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	๕			
	๑.๑.๕ มีข้อ ๑.๑.๔ และพยาบาล ICN ประจํา CUP นั้นๆ มีการนิเทศติดตามงานด้านการป้องกันการติดเชื้อใน รพ.สต. เครือข่าย				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยม
๑. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	๑.๒ คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ๑.๒.๑ มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. แต่จัดทำมากกว่า ๕ ปี ขึ้นไป โดยไม่มีมีการปรับปรุง ๑.๒.๒ มีข้อ ๑.๒.๑ และคู่มือได้รับการปรับปรุงภายใน ๕ ปี ๑.๒.๓ มีข้อ ๑.๒.๑ และ เจ้าหน้าที่ ๑ - ๒ คนสามารถตอบคำถาม เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน IC ที่มีคู่มือ ครอบคลุมถูกต้อง ๑.๒.๔ มีข้อ ๑.๒.๓ และสอบถาม ลูกจ้าง ๑ - ๒ คน เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน IC ที่มีคู่มือ ครอบคลุมถูกต้อง ๑.๒.๕ มีข้อ ๑.๒.๔ และสอบถามผู้ช่วยหรือญาติ ผู้ช่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสามารถตอบได้ถูกต้อง	๑		- มีระเบียบปฏิบัติ/คู่มือ/แนวทาง ที่เป็นปัจจุบัน จัดทำไม่เกิน ๕ ปี - สอบถาม เจ้าหน้าที่ ๑-๒ คน ลูกจ้าง ๑ คน เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงาน IC ที่มีคู่มือ เช่น การล้างมือ การปฏิบัติเหตุ การคัดแยกขยะ และอื่น ๆ - สุ่มสอบถามผู้ช่วยหรือญาติ ผู้ช่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น การล้างมือ การคัดแยกขยะ ติดเชื้อที่บ้าน เป็นต้น	- คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติจัดทำในรูปของคณะกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภาพรวมของ CUP นั้นๆ และจัดทำภายใน ๕ ปี - อาจถามเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างน้อย ๒ เรื่อง เช่น การล้างมือ การจัดการขยะ การเฝ้าระวังและติดตามการติดเชื้อ หรือเรื่องที่สอดคล้องกับ OTOP
		๒			
		๓			
		๔			
		๕			
๒. การดำเนินงาน	๒.๑ ระบบการเฝ้าระวัง ๒.๑.๑ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ๒.๑.๒ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมเป้าหมายสำคัญ ๒.๑.๓ มีข้อ ๒.๑.๒ และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ๒.๑.๔ มีข้อ ๒.๑.๒ และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	๑		- มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อใน รพ.สต. มีการวิเคราะห์ผลการเฝ้าระวัง มีแผนในการแก้ไข ปัญหา มีการนำผลการเฝ้าระวังฯ เสนอในที่ประชุม/หน่วยงาน รับผิดชอบ มีการเฝ้าระวัง เหตุการณ์ผิดปกติ ใน รพ.สต. พึ่งผู้รับบริการและบุคลากร	<b>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง</b> การกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ สอดคล้องกับ OTOP และปัญหา สุขภาพของผู้รับบริการตาม บริบทของ รพ.สต. นั้นๆ และมี การดำเนินการเฝ้าระวัง การติดเชื้อทั้งใน รพ.สต. และใน ชุมชน
		๒			
		๓			
		๔			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยาม
๒. การดำเนินงาน	๒.๑.๕ มีข้อ ๒.๑.๔ และมีกรวิเคราะห์ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	๕		มีระบบติดตามเพื่อให้ทราบถึงขนาดของปัญหาและแนวโน้มของโรคติดเชื้อ มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีการจัดบริเวณคัดแยกผู้ป่วย/ผู้สงสัยที่อาจแพร่กระจายเชื้อได้เหมาะสม	
<b>๒.๒ การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี</b>					
	๒.๒.๑ บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี แต่ไม่ครบ ๑๐๐%	๑		- ดูผลการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่เฉพาะราย	<b>การตรวจสุขภาพประจำปี</b> หมายถึงกิจกรรมการตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับการตรวจยังไม่มีการตรวจร่างกายยังอยู่ในภาวะที่ร่างกายยังปกติ และผู้ป่วยรู้สึกว่าการตรวจทำในทุกวัน ปีละ ๑ ครั้ง ซึ่งเป็น การตรวจที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์/สอบถามประวัติ อากา และประวัติทาง การแพทย์ต่างๆ การตรวจร่างกายโดยละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การให้วัคซีนป้องกันโรคตาม
	๒.๒.๒ มีข้อ ๒.๑.๑ ครบ ๑๐๐%	๒		- ดูแผนการตรวจสุขภาพ	
	๒.๒.๓ มีข้อ ๒.๑.๒ และมีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ	๓		- ผลการตรวจสุขภาพ	
	๒.๒.๔ มีข้อ ๒.๑.๓ และมีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย	๔		- แผนการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	
	๒.๒.๕ มีข้อ ๒.๑.๔ และ บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	๕			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยาม
๒. การดำเนินงาน					<p>คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข และการให้คำปรึกษาสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานะของผู้รับการตรวจแต่ละราย</p> <p><b>การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ</b></p> <p><b>หมายถึง</b> การวิเคราะห์จากผล การตรวจสุขภาพประจำปีแล้ว แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย</p>
<b>๒.๓ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</b>					
	๒.๓.๑ บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ ๕๑-๖๐	๑		- ประเมินจากทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีน รอบปีปฏิทิน	- มีการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นแก่บุคลากร เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนป้องกันโรคระบาดตามการระบอบของ แต่ละพื้นที่
	๒.๓.๒ บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ ๖๑-๗๐	๒		(ให้กระตุ้นตามความเหมาะสม เช่น คอตีบ) หรือ	- บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มที่มีการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ
	๒.๓.๓ บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ ๗๑-๘๐	๓		- การสอบถามเจ้าหน้าที่ หรือ	
	๒.๓.๔ บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ ๘๑ ขึ้นไป	๔		- สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี	
	๒.๓.๕ บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ ๘๑ ขึ้นไป และบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการให้วัคซีนตามความเหมาะสม	๕			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยาม
๒. การดำเนินงาน	<b>๒.๔ แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสแผลเลือดหรือสารคัดหลั่ง</b>				
	๒.๔.๑ มีการติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสแผลเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ในบริเวณที่มองเห็นชัดเจน	๑		ดูโปสเตอร์/ป้ายแนวทางการขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสแผลเลือดและสารคัดหลั่งแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับใน รพ.สต.	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสแผลเลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มแทง เช่น ใบมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา
	๒.๔.๒ มีชื่อ ๒.๔.๑ และครอบคลุมจุดเสี่ยง/จุดบริการและมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากร	๒		- สุ่มถามบุคลากร ๑ คน	แจ้งผู้ปฏิบัติงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุตามแนวทางที่ CUP กำหนด
	๒.๔.๓ มีชื่อ ๒.๔.๒ และบุคลากรรับทราบแต่อธิบายแนวทางการปฏิบัติไม่ถูกต้อง	๓			แจ้งผู้ปฏิบัติงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุตามแนวทางที่ CUP กำหนด
	๒.๔.๔ มีชื่อ ๒.๔.๒ และบุคลากรรับทราบและสามารถอธิบายแนวทางการปฏิบัติได้ถูกต้อง	๔			แจ้งผู้ปฏิบัติงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุตามแนวทางที่ CUP กำหนด
	๒.๔.๕ มีชื่อ ๒.๔.๔ และเมื่อเกิดอุบัติเหตุ มีการบันทึกและรายงานตามแนวทางการปฏิบัติ	๕			แจ้งผู้ปฏิบัติงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุตามแนวทางที่ CUP กำหนด
	<b>๒.๕ ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ</b>				
	๒.๕.๑ มีการติดป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำมือสะอาดมือ และ ๕ moment แต่อุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้	๑		- มีป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ - สุ่มบุคลากร ๑ คน - สุ่มคำถาม	<b>การทำความสะอาดมือ หมายถึง</b> การขจัดผู้ให้ทั้งมือ รวมทั้งช่องว่างลายนิ้วมือด้วยสบู่หรือสารเคมี และน้ำ แล้วล้างออกให้สะอาด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการควบคุมโรคติดต่อ การล้างมืออย่างถูกวิธี ร่วมกับ การใช้ผ้าเช็ดมือที่สะอาดทุกครั้ง สามารถลดการติดเชื้อในได้ การล้างมืออย่างถูกต้อง
	๒.๕.๒ มี ๒.๕.๑ และมีอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ เพียงพอพร้อมใช้	๒			
	๒.๕.๓ มีชื่อ ๒.๕.๒ และมีมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ	๓			
๒.๕.๔ มีชื่อ ๒.๕.๓ และบุคลากรรับทราบแต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	๔				
๒.๕.๕ มีชื่อ ๒.๕.๓ และบุคลากรรับทราบและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง	๕				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยม
๒. การดำเนินงาน	<p>รายการตรวจประเมิน</p>				<p>เหมาะสมจะสามารถลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ ๕๐ ตั้งนั้น พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการล้างมืออย่างถูกต้อง มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการล้างมือ รวมทั้งมีพฤติกรรมการล้างมืออย่างถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อได้</p>
<b>๒.๖ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b>					
	๒.๖.๑ มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แต่อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้	๑		- สังเกตภาพหรือป้ายแสดงขั้นตอนการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน
	๒.๖.๒ มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้	๒		- สุ่มบุคลากร ๑ คน ให้สาธิตและตอบคำถามการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	
	๒.๖.๓ มีข้อ ๒.๖.๒ และมีการจัดเก็บในสถานที่ที่เหมาะสม	๓		- ภาพการให้ความรู้เกี่ยวกับการสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	
	๒.๖.๔ มีข้อ ๒.๖.๓ และมีการถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ และสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้ แต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	๔			
	๒.๖.๕ มีข้อ ๒.๖.๔ และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	๕			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยาม	
<b>๒. การดำเนินงาน</b> <b>๒.๗ การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต.</b>	๒.๗.๑ มีแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ปรากฏในคู่มือฯ	๑		- สุ่มถาม - ตรวจสอบสถานที่จริง	การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต. หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. เช่นผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น	
	๒.๗.๒ มีชื่อ ๒.๗.๑ และมีมีการสื่อสารแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	๒		๒.๗.๓ มีชื่อ ๒.๗.๒ และบุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	การปฏิบัติกรณีโรคติดต่อที่ต้องแยกพื้นที่เช่น โรคฉี่หนู, ไข้หวัดนก คอติบ เป็นต้น	
	๒.๗.๔ มีชื่อ ๒.๗.๓ และมีมีการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.	๓		๒.๗.๕ มีชื่อ ๒.๗.๔ และมีมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง		
	<b>๒.๘ มีระบบการทำลายเชื้อตามมาตรฐาน</b>	๒.๘.๑ บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และการควบคุมคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง ๓ ด้าน ซึ่งปรากฏในคู่มือ	๑		<input type="checkbox"/> มีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้ง ก้อนนี้	บุคลากรในรพ.สต. ทราบแนวทางการทำลายเชื้อและปฏิบัติตามแนวทางการทำลายเชื้อ/ทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ได้ตามมาตรฐาน
		๒.๘.๒ มีชื่อ ๒.๘.๑ และมีมีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนี้	๒			<input type="checkbox"/> มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อ



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยม
๒. การดำเนินงาน	๒.๑.๓ มีข้อ ๒.๑๒ และมีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อและควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ในการทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่ set พื้นฐาน เช่น set suture, set คลอด, set I&D	๓		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มีการควบคุมภายในหีบห่อที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ</li> <li><input type="checkbox"/> การควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/เครื่อง/เดือน</li> <li><input type="checkbox"/> มีการจัดเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง</li> <li><input type="checkbox"/> มีระบบการเรียกคืนอุปกรณ์ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</li> <li><input type="checkbox"/> มีการระบุ วันที่ผลิต วันหมด อนุญาตปราศจากเชื้อ</li> <li><input type="checkbox"/> สอบถาม เจ้าหน้าที่/ลูกจ้าง ๑ - ๒ คน เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการทำลายเชื้อ</li> <li>การทำให้ปราศจากเชื้ออุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์</li> </ul>	<p>การทำให้ปราศจากเชื้อหมายถึงกระบวนการในการทำลายหรือขจัดเชื้อจุลินทรีย์ชนิด รวมทั้งสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียจากเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่านเข้าสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้ฉีดเข้าเส้น อุปกรณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อของร่างกายในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือช่องท้องจะต้องได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ</p>
	๒.๑.๔ มีข้อ ๒.๑๓ และมีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ (อย่างน้อย ๑ ครั้ง/เครื่อง/เดือน)	๔			
	๒.๑.๕ มีข้อ ๒.๑๔ และมีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อน การจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง และไม่พบของหมดอายุ	๕			
<b>๒.๑ มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.</b>					
	๒.๑.๑ มีแผนประจำปี/ปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน เฉพาะงาน IC ครอบคลุมเป้าหมายด้านผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	๑		<p>ข้อมูลการรายงานฯ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มีการจัดทำแผนประจำปี/ปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน ของ</li> </ul>	<p>มีการแผนประจำปี/แผนปฏิบัติงาน ที่เป็นปัจจุบัน เฉพาะงาน IC เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน ให้ครอบคลุม</p>
	๒.๑.๒ มีข้อ ๒.๑.๑ และมีแผนประจำปี/ปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน เฉพาะงาน IC ครอบคลุมเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อม	๒			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/ค่านิยาม
๒. การดำเนินงาน	๒.๑.๓ มีชื่อ ๒.๑.๒ และมีแผนประจำปี/ปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน เฉพาะงาน เฉพาะงาน IC ครอบคลุมเป้าหมาย ด้านชุมชน	๓		การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต.	เป้าหมายด้านผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ครอบครัว/ด้านสิ่งแวดล้อม ครอบครัวด้านชุมชน ด้านบุคลากร มีการจัดทำแผนงานเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรค
	๒.๑.๔ มีชื่อ ๒.๑.๓ และมีแผนประจำปี/ปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน เฉพาะงาน เฉพาะงาน IC ครอบคลุมเป้าหมายด้านบุคลากร	๔			
	๒.๑.๕ มีชื่อ ๒.๑.๔ และมีแผนประจำปี/ปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบัน เฉพาะงาน IC ครอบคลุมเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรค	๕			
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>๕๕</b>			







แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

๔.๕ การจัดระบบบริการสนับสนุน

๔.๕.๓ ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางปฏิบัติการด้านแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ : ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. ชื่อหน่วยบริการ

๒. ที่อยู่

๓. เขตสุขภาพที่.....

๔. รหัสหน่วยงาน (๕ หลัก)

๕. สังกัด

( ) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.)

( ) กรม (ระบุ) .....

( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

๖. ประเภทหน่วยงาน

( ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาด ( ) เล็ก ( ) กลาง ( ) ใหญ่

( ) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด ( ) เล็ก ( ) กลาง ( ) ใหญ่

( ) ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ.

( ) รพศ. (ระบุชื่อ รพ.).....

( ) รพท. (ระบุชื่อ รพ.).....

( ) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)

( ) ศูนย์บริการสาธารณสุข

( ) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

( ) อื่นๆ (ระบุ) .....

ส่วนที่ ๑ : ข้อมูลทั่วไป	
๗. อัตรากำลังของบุคลากร ๗.๑ ข้าราชการ                      จำนวน ..... คน ๗.๒ พนักงานราชการ               จำนวน ..... คน ๗.๓ ลูกจ้างประจำ                   จำนวน ..... คน ๗.๔ ลูกจ้างชั่วคราว               จำนวน ..... คน ๗.๕ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข   จำนวน.....คน ๗.๖ อื่นๆ (ระบุ).....คน รวมทั้งหมด ..... คน	๘. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้ ๘.๑ นักรักษาสารสาธารณสุข                      จำนวน ..... คน ๘.๒ พยาบาลวิชาชีพ                                  จำนวน ..... คน ๘.๓ พยาบาลเวชปฏิบัติ                              จำนวน ..... คน ๘.๔ เจ้าพนักงานสาธารณสุข                      จำนวน.....คน ๘.๕ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/นักรักษาสารสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)   จำนวน.....คน ๘.๖ แพทย์แผนไทย                                   จำนวน.....คน ๘.๗ อื่นๆ เช่น.....คน รวมทั้งหมด .....คน
ส่วนที่ ๒ : ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ	
งานบริการทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข	
๑. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ๒. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ ๓. การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ) ๔. การตรวจหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) ๕. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab	( ) มี                      ( ) ไม่มี ( ) มี                      ( ) ไม่มี ( ) มี                      ( ) ไม่มี ( ) มี                      ( ) ไม่มี ( ) มี                      ( ) ไม่มี



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
<b>๑. บุคลากร ☆</b>							
๑	<p>๑.๑ ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางการศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการฝึกอบรม จาก รพ. พี่เลี้ยง หรือผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน รพ.สต. ที่ผ่าน การฝึกอบรมได้โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม</li> </ul>	<p>ผู้ปฏิบัติที่มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบทุกคนได้รับการฝึกอบรมครบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ</p>	<p>ผู้ปฏิบัติหลักและรองหรือผู้ปฏิบัติงานจริงจำนวน <math>\geq 50\%</math> ของจำนวนหมายหน้าที่รับผิดชอบ</p>	<p>ผู้ปฏิบัติหลักการอบรม</p>	<p>ผู้ปฏิบัติงานจริงแต่ไม่ครบทุกคน</p>	<p>ไม่มีคนได้รับการอบรม</p>	<p>หลักฐานการอบรม/สอน</p>
๒	<p>๑.๒ มีบันทึกประวัติการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอบหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดย นักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยงโดยครอบคลุม ทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม ๔ test หลักที่ให้บริการ(โดยดูหลักฐานการให้บริการในรอบ ๑ ปี ย้อนหลังนับจากวันประเมิน)</li> </ul>	<p>มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลักและผู้ปฏิบัติงานจริง <math>\geq 50\%</math> ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ</p>	<p>มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานจริง <math>&lt; 50\%</math> ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ</p>	<p>มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลักและผู้ปฏิบัติงานจริง <math>&lt; 50\%</math> ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ</p>	<p>ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม</p>	<p>ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม</p>	<p>ใบประกาศนียบัตรหรือบันทึกการอบรม/สอน</p>

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ						
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	หลักฐาน
๓	<p>๑.๓ มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและรองต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน</li> </ul>	<p>มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์จริงครบทุกคนครอบคลุมรายการทดสอบที่เปิดบริการ</p>	<p>มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรองและบุคลากรอื่นแต่ไม่ครบทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง</p>	<p>มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรอง</p>	<p>มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลัก</p>	<p>หนังสือคำสั่งมอบหมาย</p>
๔	<p>๑.๔ มีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับค่าบริการจากพี่เลี้ยงสามารถติดต่อขอความมารับค่าบริการจากโทรศัพท์/ line / face book ได้</li> </ul>	<p>๑. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา</p> <p>๒. มีหลักฐานการขอรับค่าบริการวิชาการที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน</p> <p>๓. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบค่าบริการ</p> <p>ทุกคน</p>	<p>๑. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา</p> <p>๒. มีหลักฐานการขอรับค่าบริการวิชาการที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน</p> <p>๓. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบค่าบริการวิชาการไม่ครบทุกคน</p>	<p>มีคำสั่งแต่งตั้งแต่ไม่มีบันทึกการขอรับค่าบริการหรือมีบันทึกการขอค่าบริการ แต่ไม่ได้ทำคำสั่ง</p>	<p>มีคำสั่งมอบหมาย</p>	<p>คำสั่งแต่งตั้ง บันทึกการขอรับค่าบริการ</p>



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ						
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐
<b>๒. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน</b>						
๕	๒.๑ มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นส่วนไม่ตรวจที่หน้าห้องนำ</li> </ul>	แยกเป็นสัดส่วน มีพื้นที่รวมกับงานอื่นบางส่วนเล็กน้อย	ใช้พื้นที่เดียวกันกับงานอื่นแต่สลับเวลาใช้งาน หรือจัดพื้นที่ตั้งโต๊ะเฉพาะในวันที่ให้บริการ	ใช้พื้นที่ตรวจวิเคราะห์ ร่วมกับงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน	ไม่ได้จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน Lab	ดู, สังเกต, สอบถาม
๖	๒.๒ มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้</li> </ul>	จัดวางในพื้นที่มั่นคง เพียงพอ พร้อมใช้งาน สิ่งแวดล้อมเหมาะสม	มั่นคงแต่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้นหรือแดดส่องเข้าถึงยาก	มีพื้นที่วางแต่ไม่มีมั่นคง	มั่นคงหรือไม่มั่นคงแต่ใช้พื้นที่ร่วมกันกับงานอื่นเมื่อจะใช้งานถึงจะยกเครื่องมือมาวาง	ไม่ได้จัดพื้นที่วางเครื่องมือ



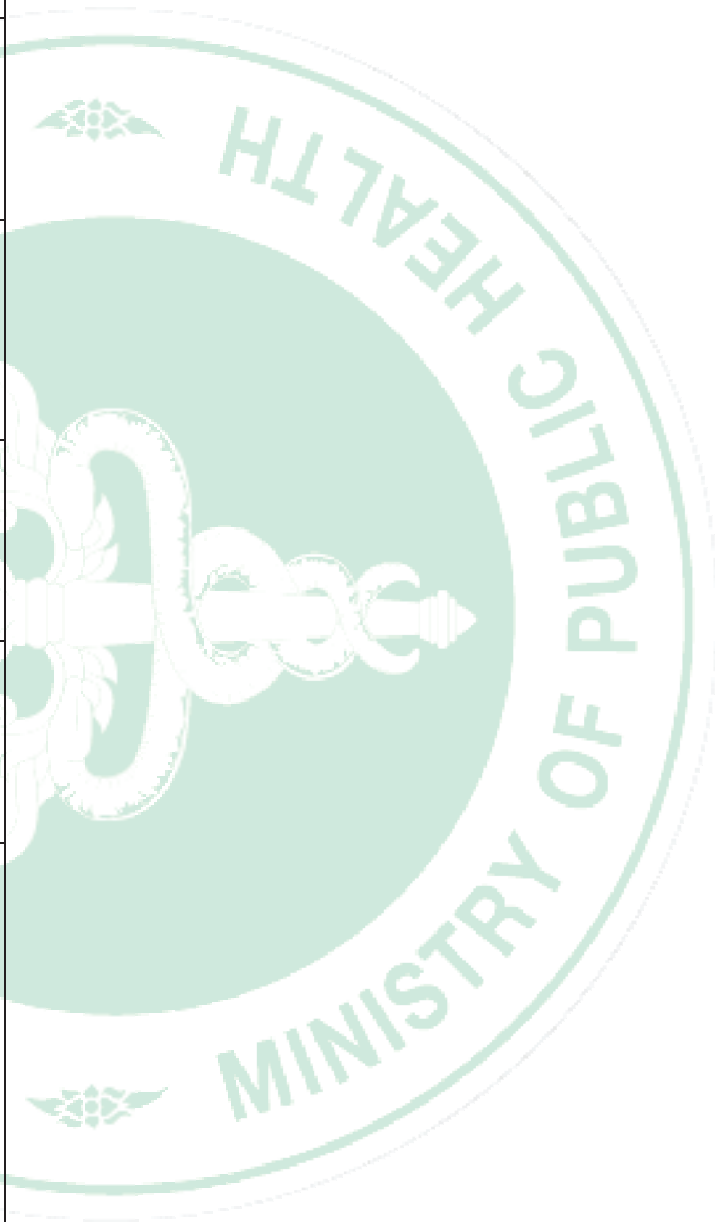
ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานบริการ	๔	๓	๒	๑	หลักฐาน	
<b>๓. วัตถุประสงค์เครื่องมือทดสอบ ☆</b>							
๓.๑ วัตถุประสงค์							
๗	มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การ จัดเก็บวัสดุ และชุดนำยาทดสอบ ● ต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย หมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกับของที่มีอยู่ในคลังจัด เก็บในอุณหภูมิ ถูกต้องในกรณีรพ.สต. มีการจัดซื้อวัสดุเองของดูระบบ การคัดเลือกหลักฐานการจัดซื้อวัสดุ	มีระบบและ หลักฐานการ เบิกจ่าย ครบถ้วน ถูกต้อง เป็น ปัจจุบันทุก เดือน จัดเก็บใน อุณหภูมิที่ เหมาะสม	มีระบบและ หลักฐานการ เบิกจ่ายเป็น ปัจจุบันแต่ไม่ ครบถ้วน ไม่ ถูกต้อง จัดเก็บ ในอุณหภูมิที่ เหมาะสม	มีหลักฐานการ เบิกจ่าย ครบถ้วน ไม่ ถูกต้อง และเป็น ปัจจุบัน อุณหภูมิจัดเก็บ ไม่เหมาะสม	มีหลักฐานการ เบิกจ่ายไม่ ครบถ้วน ไม่ ถูกต้อง และเป็น ปัจจุบัน อุณหภูมิจัดเก็บ ไม่เหมาะสม	ไม่มีหลักฐาน การเบิกจ่าย อุณหภูมิ จัดเก็บไม่ เหมาะสม	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
๘	๓.๑.๒ มีการระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุของน้ำยา และ ตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ ● มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตาม เอกสารกำกับน้ำยา	มีระบุถูกต้อง ทุกชิ้นและ ไม่มีหมดอายุ	มีระบุทุกชิ้นแต่ ไม่ถูกต้องและ ไม่มีหมดอายุ	มีระบุไม่ทุกชิ้น หรือไม่ถูกต้อง และไม่มีหมดอายุ	ไม่ระบุหรือมี หมดอายุ	ไม่ระบุและ มีหมดอายุ	ดู, สังเกต, ถาม
<b>๓.๒ เครื่องมือทดสอบ</b>							
๙	๓.๒.๑ มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ ● ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญเช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขหรือหมายเลข ทรัพย์สิน วันรับ บริษัทจำหน่าย ราคา เป็นต้น	มีข้อมูลครบตาม ข้อกำหนดทุก เครื่อง และ เป็นปัจจุบัน	เครื่องมือ ๓๕% มีข้อมูลครบตาม ข้อกำหนด	เครื่องมือ ๕๐% มีข้อมูลครบตาม ข้อกำหนด	มีทะเบียนแต่ ทุกเครื่องข้อมูล ไม่ครบตาม ข้อกำหนด	ไม่มีทะเบียน เครื่องมือ	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม





ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							หลักฐาน
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานการบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	
๑๐	<p>๓.๒ เครื่องมือทดสอบ (ต่อ)</p> <p>๓.๒.๒ มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ.สต. อาจยกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต.เองก็ได้ ต้องรวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย</li> </ul>	<p>๑. มีแผนสอบเทียบ จุดที่ ต้องการสอบเทียบตรงกับ การใช้งานจริง พร้อมระบุ ความถี่ในการ สอบเทียบครบทุกเครื่อง</p> <p>๒. มีแผนบำรุงรักษาครบทุกประเภท เครื่องมือ</p>	<p>๑. มีแผนสอบเทียบและระบุ ความถี่ในการ สอบเทียบจุดที่ ไม่ระบุจุดที่ ต้องการสอบเทียบหรือระบุ การใช้งานจริง</p> <p>๒. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือประเภทเครื่องมือ</p>	<p>๑. มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบ ระบุความถี่ หรือไม่ระบุจุดที่ ต้องการสอบเทียบ</p> <p>๒. มีแผนบำรุงรักษา เครื่องมือประเภทเครื่องมือ</p>	<p>๑. มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ ไม่ครบทุก เครื่องและ รายละเอียดใดๆ ในแผน</p> <p>๒. ไม่มีแผนบำรุงรักษา เครื่องมือ</p>	<p>๑. ไม่มีแผน สอบเทียบ เครื่องมือ</p> <p>๒. ไม่มีแผน บำรุงรักษา เครื่องมือ</p>	<p>ดู, สังเกต, ถาม</p>
๑๑	<p>๓.๒.๓ มีบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษา เครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน มีบันทึกการสอบเทียบที่มี รายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เครื่องปั่น Hct. สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มีบันทึกการสอบเทียบเวลา เครื่องปั่นด้วย การสอบเทียบเวลาเครื่องจากบันทึก สอบเทียบกับนาฬิกาที่ผ่านการสอบเทียบแล้ว ถ้าไม่มี การสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการ</li> </ul>	<p>๑. มีบันทึกการ สอบเทียบจุดที่ สอบเทียบตรง กับการใช้งานจริง แต่ความถี่ ไม่ตรงตาม กำหนด หรือ สอบเทียบไม่ ครบทุกเครื่อง ตามแผน</p>	<p>๑. มีบันทึกการ สอบเทียบจุดที่ สอบเทียบตรง กับการใช้งานจริง แต่ความถี่ ไม่ตรงตาม กำหนด หรือ สอบเทียบไม่ ครบทุกเครื่อง</p>	<p>๑. มีบันทึกการ สอบเทียบแต่จุดที่ สอบเทียบไม่ตรง กับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรง ตามกำหนด และสอบเทียบ ไม่ครบทุก</p>	<p>๑. มีบันทึกการ สอบเทียบแต่จุด ที่สอบเทียบไม่ ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรง ตามกำหนด และสอบเทียบ ไม่ครบทุก</p>	<p>๑. มีบันทึก ผลการสอบเทียบ</p> <p>๒. ไม่มีผล การบำรุงรักษา เครื่องมือ</p>	<p>ดู, สังเกต, ถาม</p>

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ					
ข้อที่	๔	๓	๒	๑	หลักฐาน
<p>ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ</p> <p>การเทียบเวลาแล้วมา จัปเวลาเสมอ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• นาฬิกาจับเวลา มีการเทียบเวลาทุก ๖ เดือน</li> </ul> <p>ตรงตามค่า ที่ใช้งาน สามารถทำเองได้โดยไม่ต้องใช้</p> <p>ใบรับรองจากบริษัทหรือองค์กรอื่น มีข้อมูลบันทึก</p> <p>ครบถ้วน การเทียบเวลาแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ ๓ ครั้ง เมื่อดำเนินการแล้ว จัดให้มีฉลากติด</p>	<p>๒. มีผลการบำรุงรักษาครบทุกประเภท</p> <p>เครื่องมือจริงเป็นปัจจุบันทั้งเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์</p>	<p>ตามแผน ๒. มีผลบำรุงรักษาเครื่องมือ <math>\geq ๗๕\%</math> ประเภทเครื่องมือที่มีอยู่</p>	<p>๒. มีผล การบำรุงรักษาเครื่องมือ <math>\geq ๕๐\%</math> ประเภทเครื่องมือที่มีอยู่</p>	<p>๑. เครื่องตามแผน</p> <p>๒. ไม่มีผล การบำรุงรักษาเครื่องมือ</p>	<p>๐</p>





ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานการบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓.๓ การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัตโนมัติ (Hematocrit)							
๑๒	๓.๓.๑ มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	มีใช้งานได้ดี		มีแต่ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด	มีแต่มองไม่เห็นเส้นอ่าน	ไม่มี	หยิบดู ถาม
๑๓	๓.๓.๒ บันทึกการตรวจสอบแปรปรวน/พิสัยมีแปรปรวนค่า (carbon brush) การนี้ไม่ใช้แปรปรวนแต่ใช้พิสัยให้มีพิสัยสำหรับเครื่อง (หรือระบบสำหรับเครื่องที่มีพร้อมให้บริการในพื้นที่) <ul style="list-style-type: none"> <li>● เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีพิสัย ให้มีพิสัยสำหรับ เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรปรวนให้พิสัยสำหรับแปรปรวน</li> </ul>	มีการตรวจสอบสม่ำเสมอและมีสำรองหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบ แต่ไม่สม่ำเสมอ มีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบ ไม่สม่ำเสมอ ไม่มีสำรอง ประจำเครื่อง แต่มีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบ ไม่สม่ำเสมอ ไม่มีสำรอง ประจำเครื่อง ไม่มีระบบสำรอง	ไม่มี การตรวจสอบ ไม่มีสำรอง และ ไม่มีระบบสำรอง	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
๑๔	๓.๓.๓ Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> <li>● capillary tube สำหรับใช้ตรวจ Hct. ต้องไม่หมดอายุ</li> </ul>	มีใช้งาน และไม่มี Tube หมดอายุ				มีแต่หมดอายุ	หยิบดู ถาม
๑๕	๓.๓.๔ ดินน้ำมันสำหรับดูดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> <li>● ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ป็นน้ำไม่หลุด ไม่ใช้สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สัทธิการใช้งานจริง</li> </ul>	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		มีแต่ใช้สีแดงหรือสีส้ม หรือสีชมพู		ไม่มี หรือมีแต่ใช้งานไม่ได้	หยิบดู ถาม
๑๖	๓.๓.๕ มีอุปกรณ์เจาะเลือด	มีเป็น lancet หรือเข็มเจาะปลายนิ้ว โดยเฉพาะ				ไม่มีหรือใช้เข็มฉีดยามาเจาะปลายนิ้ว	หยิบดู ถาม

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๑๗	๓.๓ การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัตโนมัติ (Hematocrit) ๓.๓.๖ เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบ ความเร็วรอบและเวลา ถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่อง ต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	มีและสอบเทียบ ทั้งความเร็วรอบ และเวลา อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง	มีการสอบเทียบ ความเร็วรอบ แต่ไม่ได้สอบ เทียบเวลาและ ใช้นาฬิกาที่ ผ่านการสอบ เทียบมาใช้จับ เวลา	มีแผนแต่ยังไม่ถึง กำหนดสอบเทียบ	มีแผนแต่ไม่ได้ สอบเทียบตาม แผน	ไม่ได้สอบ เทียบ	คู เอกสาร หรือ sticker สอบเทียบ สังกัด, غام
๑๘	๓.๔ การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ๓.๔.๑ มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือด ไม่หมดอายุ	มีระบุวันเปิด วันหมดอายุ และไม่มีแผ่น ทดสอบ หมดอายุ	ระบุวันเปิด วันหมดอายุ ไม่ตรงบริษัท กำหนด และ ไม่มีแผ่น ทดสอบ หมดอายุ	ไม่ระบุวันเปิด วันหมดอายุ และ ไม่มีแผ่นทดสอบ หมดอายุ	มีแผ่นทดสอบ หมดอายุและ ไม่มีแผ่น ทดสอบ หมดอายุ	มีแผ่น ทดสอบ หมดอายุ เท่านั้น	ดู, สังกัด, غام
๑๙	๓.๔.๒ มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	มีอย่างน้อย ๑ ชุด		ไม่มีสำรองใน หน่วยงานแต่ สามารถจัดหาได้ ทันต่อการใช้งาน		ไม่มี	หีบ ิยตู้, สังกัด, غام



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๒๐	๓.๕ การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ ๓.๕.๑ มีแถบวัด Sugar, Protein ในปัสสาวะที่ไม่หมดอายุ	มีระบุวันเปิดวันหมดอายุและไม่มีแถบหมดอายุ	ระบุวันเปิดวันหมดอายุไม่ตรงบริษัทกำหนดและไม่มีแถบหมดอายุ	ไม่ระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	มีทั้งแถบตรวจหมดอายุและไม่หมดอายุ	มีแถบตรวจหมดอายุเท่านั้น	ดู, สังเกต, ถาม
๒๑	๓.๕.๒ มีการใช้นาฬิกาที่มีการเทียบเวลา (ละเอียดวินาที) จับเวลาได้อย่างถูกต้อง	ใช้นาฬิกาจับเวลาได้อย่างถูกต้อง	ระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	ไม่ระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	มีทั้งแถบตรวจหมดอายุและไม่หมดอายุ	ไม่มีใช้นาฬิกาจับเวลา	ดู, สังเกต, ถาม
๒๒	๓.๕.๓ นาฬิกาจับเวลา มีผลการเทียบเวลาทุก ๖ เดือน	มีบันทึกการเทียบเวลา จุดที่เทียบตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ทุก ๖ เดือน ครบทุกเครื่องตามแผนที่กำหนด	มีบันทึกการเทียบเวลา จุดที่เทียบตรงกับการใช้งานจริง แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือไม่ได้เทียบเวลาตามแผนที่กำหนด	มีบันทึกการเทียบเวลา แต่จุดที่เทียบตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือไม่ได้เทียบเวลาตามแผนที่กำหนด	มีบันทึกการเทียบเวลา แต่จุดที่เทียบไม่ตรงกับงานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนดที่กำหนดและไม่ได้เทียบเวลาตามแผนที่กำหนด	ไม่มีการเทียบเวลา	หยาบดู ถาม



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ						
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	หลักฐาน
๓.๖ การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)						
๒๓	๓.๖.๑ มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และมีการใช้ยาที่กาจับเวลา	มีระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	ระบุวันเปิดวันหมดอายุไม่ตรงบริษัทยา กำหนด และไม่หมดอายุ	ไม่ระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่หมดอายุ	มีทั้งแถบตรวจหมดอายุและหมดอายุ	มีแถบตรวจหมดอายุเท่านั้น
๒๔	๓.๖.๒ มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) ● ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ่วงน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีน้ำที่กคคะแนแต่ไม่ควรรีบบนแบบกระดาษเคลือบใบ	มีระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	มีและแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว	มีและแห้งสะอาด แต่มีใช้ครั้งเดียวทิ้ง	มีแต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง	ไม่มี
๔. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ						
๒๕	๔.๑ มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิด ปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที ● ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้	มีคู่มือที่เป็นปัจจุบัน		มีคู่มือแต่ไม่เป็นปัจจุบัน		ไม่มี
๒๖	๔.๒ ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี) อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ ● กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจโดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุชื่อ - นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ส่งเอง ตรวจสอบไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ	มีครบตามกำหนด	มีแต่รายละเอียดไม่ครบตามที่กำหนด			ไม่มี





ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานการบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	
๒๗	๔.๓ มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	มีและแห้ง สะอาด ใช้ครั้งเดียว	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการและ เป็นปัจจุบันแต่ มีรายการไม่ ตรงกับเอกสาร กำกับน้ำยา	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการแต่มี ๒ รายการไม่ตรงกับ เอกสารกำกับ น้ำยา	มีแต่ไม่ครบทุก การทดสอบและ หรือไม่เป็น ปัจจุบัน	ไม่มี	หยาบดู غام
๒๘	๔.๔ ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรง ตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล เลขประจำตัว ผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวร เขียนได้</li> <li>• กรณีส่งต่อให้ รพ. พี่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่ง วันที่โดยใช้ปากกาติดเท่านั้น</li> </ul>	มีรายละเอียด ครบตามกำหนด	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการและ เป็นปัจจุบันแต่ มีรายการไม่ ตรงกับเอกสาร กำกับน้ำยา	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการแต่มี ๒ รายการไม่ตรงกับ เอกสารกำกับ น้ำยา	มีแต่ไม่ครบทุก การทดสอบและ หรือไม่เป็น ปัจจุบัน	กรณีส่งส่งต่อ รพ. ไม่มี หรือไม่เขียน ชื่อ-สกุล หน่วยงานที่ส่ง	หยาบดู غام
<b>๕. ขั้นตอนการทดสอบ</b> ☆							
๒๙	๕.๑ มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิด ให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>• คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และสามารถมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ ด้วยเสมอ</li> </ul>	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการและ เป็นปัจจุบันตรง กับเอกสาร กำกับน้ำยา	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการและ เป็นปัจจุบันตรง กับเอกสาร กำกับน้ำยา	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการแต่มี ๒ รายการไม่ตรงกับ เอกสารกำกับ น้ำยา	มีแต่ไม่ครบทุก การทดสอบและ หรือไม่เป็น ปัจจุบัน	ไม่มี	หยาบดู ตรวจสอบ غام
๓๐	๕.๒ ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> <li>• สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้ทำการตรวจ วิเคราะห์ ๑ คนเพื่อสาธิตการทดสอบทั้ง ๔ รายการ</li> </ul>	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนถูกต้อง ตามคู่มือทุก รายการทดสอบ	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนไม่ ถูกต้อง ๑ รายการทดสอบ	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนไม่ถูกต้อง ๒ รายการ ทดสอบ	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนไม่ ถูกต้อง ๓ รายการทดสอบ	ไม่ปฏิบัติตาม หรือ ขั้นตอนปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง ทุกรายการ	ให้ปฏิบัติหรือ บรรยาย ขั้นตอน สังเกต, غام

ส่วนที่ ๓ : ชื่อมาตรฐานและมาตรฐานการบริการ						
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	หลักฐาน
<b>๖. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆</b>						
๓๑	<p>๖.๑ มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ควบคุมคุณภาพภายใน(IQC) อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง กรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหาก</li> </ul> <p>ควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำจากผู้ช่วย ไม่ต้องแยกแบบฟอร์มตั้งกล่าว (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว) ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input &amp; process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC</p>	ทำ IQC ทุกการทดสอบความถี่เดือนละ ๑ ครั้ง	ทำ ๓ รายการความถี่เดือนละ ๑ ครั้ง หรือครบทุกการทดสอบแต่ความถี่ไม่ต่ำกว่าที่กำหนด	ทำ ๒ รายการและความถี่ไม่ต่ำกว่าที่กำหนด	ทำ ๑ รายการและความถี่ไม่ต่ำกว่าที่กำหนด	ดู, สังเกต, ถาม ดูหลักฐาน
๓๒	<p>๖.๒ ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ</li> </ul> <p>มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขณะที่ยังตรวจ อาจไม่ครบทั้ง ๒ ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ</p>	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ทุกการทดสอบ ๒ ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ๓ รายการ ๒ ครั้ง/ปี หรือทำครบทุกรายการแต่ทำ ๑ ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ๒ รายการ ๒ ครั้ง/ปี หรือทำ ๒ – ๓ รายการและทำ ๑ ครั้ง/ปี	ทำ ๒ รายการและและทำ ๑ ครั้ง/ปี	ดู, สังเกต, ถาม ดูหลักฐาน
๓๓	<p>๖.๓ กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน</p>	มีบันทึกการหาสาเหตุดำเนินการแก้ไข และกำหนดมาตรการป้องกัน	มีบันทึกการหาสาเหตุและแก้ไข	มีบันทึกการหาสาเหตุและแก้ไข	ไม่มีมีการดำเนินการดำเนินการ	ขอดูบันทึก การดำเนินการ



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	หลักฐาน	
<b>๓. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย</b>							
๓๔	๓๑. ปฏิบัติตามการทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบตามคู่มือความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการหรือตามเกณฑ์งาน IC ได้อย่างถูกต้อง	มีการทำลายตัวอย่างถูกต้อง		มีการทำลายแต่ไม่ถูกต้อง		ถาม ให้อธิบายสังเกตหลักฐานแวดล้อม	
๓๕	๓๒. มีป้ายฆ่าเชื้อโรค	มี			ไม่มี	ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง	
๓๖	๓๓. มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มทิ้งตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น	มีคู่มือหรือ WI ที่เป็นปัจจุบัน		มีคู่มือหรือ WI แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	ไม่มี	ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง	
<b>๔. การรายงานผลการทดสอบ</b>							
๓๗	๔๑. มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT, นำतालและโปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลกลายน้ำตาลไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมดอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. ๒ คนช่วยกันตรวจ ต้องทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ของ รพ.สต. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย	๑.มีทะเบียนผลการทดสอบ ครบถ้วน ถูกต้อง ๔ รายการ ๒.มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	๑.มีทะเบียนผลการทดสอบ ครบถ้วน ถูกต้อง ๓ รายการ ๒.มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	๑.มีทะเบียนผลการทดสอบ ๒ รายการ ๒.มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ใน การเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	๑.มีทะเบียนผลการทดสอบ ๑รายการ ๒.มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ใน การเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	ไม่มีหลักฐานแสดง	ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	หลักฐาน	
๓๘	๘.๒ ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน ● กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจาก รพ. ที่ส่งผลกลับมากรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ ๘.๑ ได้	๑. ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน ๒. มีลายมือชื่อผู้ทดสอบ ผู้ตรวจสอบผล	๑. ใบรายงานมีข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ๒. มีลายมือชื่อแต่ไม่มี ชื่อ-สกุลผู้ทดสอบ ผู้ตรวจสอบผล	๑. ใบรายงานมีข้อมูลผู้ป่วยครบถ้วน ๒. ไม่มีลายมือชื่อและชื่อสกุลผู้ทดสอบ ผู้ตรวจสอบผล	๑. ใบรายงานมีข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ๒. ไม่มีลายมือชื่อ และ ชื่อ-สกุลผู้ทดสอบ ผู้ตรวจสอบผล	ไม่มีใบรายงานผล	ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง
๓๙	๘.๓ เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนดเก็บสำเนาผลการตรวจอย่างน้อย ๕ ปี	๑. มีทะเบียนผลการทดสอบ ถูกต้อง ๔ รายการ ๒. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาลในเลือด	๑. มีทะเบียนผลการทดสอบ ถูกต้อง ๓ รายการ ๒. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาลในเลือด	๑. มีทะเบียนผลการทดสอบ ๒ รายการ ๒. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาลในเลือด	๑. มีทะเบียนผลการทดสอบ ๑ รายการ ๒. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาลในเลือด	ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง	
๔๐	๘.๔ มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผล การตรวจกรณีส่งสิ่งส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	มีทะเบียน การส่งต่อและมีผลการตรวจ	ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้	มีสำเนารายงานผลปัจจุบัน	ไม่มีและค้นหาไม่ได้	ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง	
รวม คะแนนทั้งหมด ๑๖๐ คะแนน (คะแนนที่ได้ หารด้วย ๔)							
คะแนนเต็ม ๔๐							



โปรดลงชื่อตัวบรรจง

- ๑.) ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- ๒.) ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- ๓.) ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- วันที่ให้ข้อมูล .....
- ๑.) ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- ๒.) ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

#### หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและผู้เลี้ยง

- ★ หมายถึง ข้อกำหนดที่จำเป็น ได้แก่ ข้อ ๑ ๕ และ ๖ ต้องไม่ได้คะแนน ๐ (ศูนย์) ในข้อกำหนดดังกล่าว คะแนนของหมวดที่ ๔ การจัดการบริการครอบครัวและประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ข้อ ๔.๕.๓ ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านพยาธิและสาธารณสุข (LAB) ได้คะแนน ๐ (ศูนย์) ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเพิ่มเติมให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
- แนวทางการทำ IQC ๓ การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง หากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่
- การจัดทำ IQC material ให้ รพช./รพท./รพศ./คปสอ. ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC และส่งรายงานผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
- การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเครื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัดหรืออาจใช้ known Control ทำเป็นครั้งคราว ควบคุมไปด้วยก็ได้



๖. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดย รพช./รพท./รพศ./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการ และวิเคราะห์ผลอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
๗. การทดสอบที่ไม่มีบริการให้บริการ เป็น N/A คือไม่นำมาคิดคะแนน
๘. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
- ๘.๑ การรักษาคำกล่าวของผู้ให้บริการ
  - ๘.๒ การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน ๓ เดือน
  - ๘.๓ การสุ่มตรวจรายงานผล
  - ๘.๔ การส่งต่อตัวอย่างต้องมีการระบุวันที่มีไฟฟ้ามิติดชิด และมีการควบคุมอุณหภูมิอย่างถูกต้อง และปลอดภัย
  - ๘.๕ กรณีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
  - ๘.๖ การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
  - ๘.๗ การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑  
หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย  
ประเด็น : การบันทึกและใช้ประโยชน์ Family folder

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไข การปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
๑. มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาง่าย และเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า ๕ ปี (มีที่เก็บเวชระเบียนที่มั่นคงปลอดภัย ค้นหาได้ง่าย และมีการสำรองข้อมูลกรณีเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)			
๒. ข้อมูลทั่วไป			
๒.๑ แผนที่บ้าน			
๒.๒ ผังครอบครัว (Genogram)			
๒.๓ แบบฟอร์มการลงทะเบียนครอบครัว			
๒.๔ ข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคม			
๓. บัตรบันทึกสุขภาพรายบุคคล ( OPD Card ดูฐานข้อมูลปัจจุบัน)			
๔. บัตรบันทึกสุขภาพมารดา			
๕. บัตรบันทึกสุขภาพเด็ก			
๖. บัตรบันทึกโรคเรื้อรัง			
๗. บัตรสรุปภาวะสุขภาพที่สำคัญตามกลุ่มอายุรายบุคคล			
๘. บัตรสรุปปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว			
๙. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน			

หมายเหตุ - มี ครบทุกข้อ = มี

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2561  
 หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย  
 ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน (Electronic file) ที่ให้บริการ

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
(1) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วย อย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้ 1.1 ชื่อ นามสกุล อายุ ผู้ป่วย 1.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 1.3 วัน เดือน ปี มารับบริการ			
(2) มีเวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับ ผู้รับบริการ 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 และผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย 2.6 การวินิจฉัย 2.7 การรักษา 2.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษายาบาล (ในกรณีที่เป็น ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ)			

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = มี  
 - ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑  
หมวด ๕  
ผลลัพธ์



## แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

## หมวด ๕ ผลลัพธ์

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

## หมวด ๕ ผลลัพธ์

## ข้อ ๕.๑ บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

- ผู้ที่ให้ข้อมูล  กศค./อสค./อสม. (อย่างน้อย ๒ - ๔ คน)  
 ผู้รับบริการ (กลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย กลุ่มละ ๒ คน)

มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน

เกณฑ์การตรวจประเมิน	คะแนน	
	เต็ม	ได้
๑. ท่านทราบการมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ประเด็น (๑) การให้ข้อมูลข่าวสาร (๒) ร่วมคิด (๓) ร่วมตัดสินใจ (๔) ร่วมทำ (๕) ร่วมตรวจสอบเป็นเจ้าของ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร	๑	
๒. ท่านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ ๓๐๒๘ อย่างไร	๑	
๒.๑ มีการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพอย่างไร		
๒.๒ ออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อสุขภาพอย่างไร		
๒.๓ มีการจัดการอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียดอย่างไร		
๒.๔ ท่านทราบผลกระทบของสูบบุหรี่หรือยาเส้นต่อสุขภาพ และวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไร		
๒.๕ ท่านทราบผลกระทบของสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ และวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไร		
๓. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ของการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งคุณภาพอย่างไร	๑	
๔. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร	๑	
๕. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว เพื่อนำบุตรหลานอายุ ๐ - ๕ ปี ไปรับการตรวจพัฒนาการตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร	๑	
๖. ท่านทราบความสำคัญและวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไร	๑	
๗. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร	๑	
๘. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร	๑	
๙. หมอประจำครอบครัวของท่านมีบทบาทอย่างไรในการให้บริการหรือสนับสนุนด้านสุขภาพ	๑	
๑๐. ท่านรู้จักวิธีการใช้สมุนไพรไทยและการรักษาแบบแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพอย่างไร	๑	
รวมคะแนน	๑๐	
ข้อ ๕.๒.๓ ประชาชนได้อะไรจาก รพ.สต.ติดดาว (สอบถามประชาชน)	ไม่มี	คะแนน



### หมายเหตุ

- รูปแบบการประเมิน : ใช้กระบวนการ Focus group ตามกลุ่มวัย องค์กรความรู้เป็นไปตามคู่มือ อสค.
- การสนทนากลุ่ม (Focus group) หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลที่สามารถให้คำตอบได้ในประเด็นที่เราต้องการทราบ โดยมีผู้เข้ากลุ่มสนทนาประมาณ ๖ - ๑๒ คน และมีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ซึ่งเป็นผู้คอยจุดประเด็นในการสนทนา เพื่อให้เกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นนั้นๆ ได้อย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง

### เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- รายข้อ “ผ่าน” ได้ ๑ คะแนน “ไม่ผ่าน” ได้ ๐ คะแนน
- ข้อ ๒ ตอบได้ ๒.๑ - ๒.๕ = ผ่าน (๑) ตอบไม่ได้ข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่ผ่าน(๐)

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

หมวด ๕ ผลลัพธ์

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

๕.๒ ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	Template
๕.๒.๑. ตัวชี้วัดพื้นที่กำหนดเกี่ยวกับ OTOP (ตามบริบทของพื้นที่กำหนด)			๒		ให้พื้นที่กำหนดเอง
๕.๒.๒ ตัวชี้วัดกระทรวง (จากHDC)			๓๕		
(๑) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ	≥ร้อยละ ๖๐		๕		ประมวลผลจาก ๔๓ แฟ้ม เกณฑ์คะแนน ๑≤๓๐, ๒=๓๐-๓๙, ๓=๔๐-๔๙, ๔=๕๐-๕๙, ๕≥๖๐
(๒) ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	≥ร้อยละ ๘๐		๕		ประมวลผลจาก ๔๓ แฟ้ม HDC มี template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ หน้า ๗ เกณฑ์คะแนน ๑≤๕๐, ๒=๕๐-๕๙, ๓=๖๐-๖๙, ๔=๗๐-๗๙, ๕≥๘๐
(๓) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมได้	≥ร้อยละ ๔๐		๕		ประมวลผลจาก ๔๓ แฟ้ม HDC มี template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ หน้า ๘๘ เกณฑ์คะแนน ๑≤๒๕, ๒=๒๕-๒๙, ๓=๓๐-๓๔, ๔=๓๕-๓๙, ๕≥๔๐
(๔) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้	≥ร้อยละ ๕๐		๕		ประมวลผลจาก ๔๓ แฟ้ม HDC มี template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ หน้า ๘๘ เกณฑ์คะแนน ๑≤๓๕, ๒=๓๕-๓๙, ๓=๔๐-๔๔, ๔=๔๕-๔๙, ๕≥๕๐





ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	Template
(๕) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	≥ ร้อยละ ๕๖		๕		ประมวลผลจาก ๔๓ แฟ้ม HDC มี template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ หน้า ๒๕ เกณฑ์คะแนน ๑=๑๕-๒๐, ๒=๒๑-๒๙, ๓=๓๐-๓๙, ๔=๔๐-๕๕, ๕>๕๖
(๖) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทย	≥ ร้อยละ ๓๐		๕		ประมวลผลจาก ๔๓ แฟ้ม HDC มี template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ หน้า ๑๑๕ เกณฑ์คะแนน ๑=๑๕, ๒=๑๕-๑๙, ๓=๒๐-๒๔, ๔=๒๕-๒๙, ๕>๓๐
(๗) ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายมีอัตราการการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐	≤ ร้อยละ ๒๐		๕		ประมวลผลจาก ๔๓ แฟ้ม HDC มี template รายละเอียดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ หน้า ๙๗ เกณฑ์คะแนน ๑=>๕๐, ๒=๕๐-๕๙, ๓=๓๑-๔๐, ๔=๒๑-๓๐, ๕<๒๐
๕.๒.๓ ประชาชนได้จะไรจาก รพ.สต.ติดดาว (สอบถามประชาชนในพื้นที่)					
- เอกสารสรุปความคิดเห็นของประชาชน - สอบถาม/สัมภาษณ์					

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

หมวด ๕ ผลลัพธ์

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

หมวด ๕ ผลลัพธ์

ข้อ ๕.๓ นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ประเด็น	ระดับคะแนน	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
<p>๕.๓.๑. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R๒R นวัตกรรม งานวิจัย</p> <p>๕.๓.๒. มีผลลัพธ์จากดำเนินงานของ CQI R๒R นวัตกรรม งานวิจัย และเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติจากจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน</p> <p>๕.๓.๓. การใช้ประโยชน์จาก CQI R๒R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่ การดูแลตนเองได้</p>	๑		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่</li> <li>- สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI R๒R นวัตกรรม งานวิจัย</li> <li>- เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R๒R นวัตกรรมงานวิจัย</li> <li>- รูปแบบการเผยแพร่ใน</li> </ul>	<p>สินทรัพย์ความรู้ (Knowledge assets) หมายถึงทรัพยากรทางปัญญาที่มีการส่งเสริมองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้อาจเก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ซอฟต์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์ความรู้ เป็นความรู้ ภาคปฏิบัติ (know how) ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ</p>
	๒		<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องไม่จำกัดว่าจะเผยแพร่หรือไม่ อาจเป็นในชุมชนเอง หรืออำเภอ จังหวัด เขต ประเทศ หรือมีการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆได้ (เน้นการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชุมชน</li> </ul>	
	๓		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน</li> </ul>	
	๔		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน มีผลลัพธ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน แต่ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้</li> </ul>	
	๕		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน มีผลลัพธ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ชุมชน ผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้</li> </ul>	
<b>รวมคะแนน</b>		<b>๕</b>		

## สรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

## หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี

(คะแนนเต็ม 108 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
<b>๑.๑ ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล</b>	<b>๒๐</b>		
๑.๑.๑ ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร	๕		
<b>๑.๒ แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ</b>	<b>๑๐</b>		
๑.๒.๑ การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	๕		
๑.๒.๒ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	๕		
<b>๑.๓ ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ</b>	<b>๘๘</b>		
๑.๓.๑ การจัดการการเงินและบัญชี	๕		
๑.๓.๒ การจัดการอาคาร สถานที่ สภาพแวดล้อม และเกณฑ์ Green and Clean	๗๘		
๑.๓.๒.๑ การจัดการอาคารสถานที่ สถานที่ สภาพแวดล้อม	๑๓		
(๑) สภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร ดำเนินการตามมาตรฐาน ๕ ส	๕		
(๒) สภาพแวดล้อมภายในอาคาร ดำเนินการตามมาตรฐาน ๕ ส	๘		
๑.๓.๒.๒ เกณฑ์ GREEN & CLEAN	๖๕		
๑.๓.๓ การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย IT, IC, LAB, เกสซ์กรรมและ RDU/คปส.	๕		
<b>รวมคะแนน หมวด ๑</b>	<b>๑๐๘</b>		

## สรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Customer Focus, Community Participation)	๑๐		





## สรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

### หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

(คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล Appreciation Resources Sharing and Human Development	๑๐		



## สรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

### หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

(คะแนนเต็ม 320 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
<b>๔.๑ จัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ ( OTOP )</b>	<b>๕</b>		
<b>๔.๒ การบริการในสถานบริการ (บพทบาทเจ้าหน้าที่)</b>	<b>๑๑๐</b>		
๔.๒.๑ OPD	๕		
๔.๒.๒ ER	๕		
๔.๒.๓ ANC	๕		
๔.๒.๔ WCC	๕		
๔.๒.๕ NCD	๕		
๔.๒.๖ ทันตกรรม	๕		
๔.๒.๗ เภสัชกรรม/RDU	๘๐		ประเมินตามเกณฑ์เภสัชกรรม/ RDU
<b>๔.๓ การบริการในชุมชน</b>	<b>๔๕</b>		
๔.๓.๑ COC : LTC (๔ กลุ่มเป้าหมาย)	๕		
๔.๓.๒ การควบคุมและป้องกันโรค (SRRT)	๕		
๔.๓.๓ คปส.	๓๕		ประเมินตามเกณฑ์ คปส.
<b>๔.๔ การบริการแพทย์แผนไทย</b>	<b>๕</b>		
<b>๔.๕ ระบบสนับสนุนบริการ</b>	<b>๑๕๕</b>		
<b>๔.๕.๑ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ</b>	<b>๖๐</b>		
ส่วนที่ ๑ ระบบคุณภาพข้อมูล	๒๐		
ส่วนที่ ๒ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	๒๐		
ส่วนที่ ๓ กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มวัย และประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่(OTOP)	๒๐		
<b>๔.๕.๒ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)</b>	<b>๕๕</b>		
๑. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	๑๐		
๒. การดำเนินงาน	๔๕		
<b>๔.๕.๓ ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)</b>	<b>๔๐</b>		
<b>รวมคะแนน หมวด ๔</b>	<b>๓๒๐</b>		



## สรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี ๒๕๖๑

หมวด 5 ผลลัพธ์

(คะแนนเต็ม 52 คะแนน)

เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
๕.๑ บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)	๑๐		
๕.๒ ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)	๓๗		
๕.๒.๑ ตัวชี้วัดพื้นที่กำหนดเกี่ยวกับ OTOP (ตามบริบทของพื้นที่กำหนด)	๒		
๕.๒.๒ ตัวชี้วัดกระทรวง (จากHDC)	๓๕		
๕.๒.๓ ประชาชนได้อะไรจาก รพ.สต.ติดดาว (สอบถามประชาชนในพื้นที่)			
๕.๓ นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	๕		
รวมคะแนน หมวด ๕	๕๒		

ตัวอย่างการติดตามคะแนน

ลำดับ	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน	ร้อยละ	คะแนน X น้ำหนัก	คะแนนที่ได้	ผ่านเกณฑ์ตามหมวด
1	หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี	20	108	108	100.00	2,000.00	20.00	ผ่าน
	ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมภิบาล + แผนกลยุทธ์สุขภาพ		20	20				
	1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมภิบาล		10	10				
	1.2 แผนกลยุทธ์สุขภาพ		10	10				
	1.3 ระบบงาน/กระบวนการสำคัญ		88	88				
	1.3.1 การเงินการบัญชี		5	5				
	1.3.2.1 การจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม		13	13				
2	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับผู้มีส่วนได้เสีย	10	10	10	100.00	1,000.00	10.00	ผ่าน
	1.3.2.2 เกณฑ์ GREEN & CLEAN		65	65				
	1.3.3 การจัดการทรัพยากร		5	5				
	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	10	10	10	100.00	1,000.00	10.00	ผ่าน
3	หมวด 4 การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	35	320	320	100.00	3,500.00	35.00	ผ่าน
	การจัดการระบบบริการ		165	165				
	4.1 จัดการตามสภาพปัญหาชุมชน (OTOP)		5	5				
	4.2 การบริการในสถานบริการ(บทบาทเจ้าหน้าที่)		30	30				
4	4.2.7 เกณฑ์กรรมและ RDU		80	80				



ลำดับ	เกณฑ์	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน	ร้อยละ	คะแนน X น้ำหนัก	คะแนนที่ได้	ผ่านเกณฑ์ตามหมวด
	4.3 การบริการในชุมชน	4.3.1 คบส		10	10				
		4.4 การบริการแพทย์แผนไทย		35	35				
		4.5 ระบบสนับสนุน		5	5				
		4.5.1 IT		155	155				
		4.5.2 IC		60	60				
		4.5.3 LAB		55	55				
5	หมวด 5 ผลลัพธ์			40	40				
		5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง(Self Care)	25	52	52	100.00	2,500.00	25.00	
		5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)		10	10				
		5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้		37	37				
		<b>คะแนนรวม</b>	<b>100</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>100.00</b>	<b>10000</b>	<b>100.00</b>	<b>ผ่าน</b>

#### หมายเหตุ

- โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้
- คะแนนรวม ร้อยละ ๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว
  - คะแนนรวม ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว
  - คะแนน ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป เท่ากับ ๕ ดาว (คะแนนแต่ละหมวด  $\geq$  ร้อยละ ๘๐ และ คะแนนรวม  $\geq$  ร้อยละ ๘๐)

## บทที่ 4

### แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีตัวชี้วัด คือ ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

โดยในปีงบประมาณ 2561 มีเป้าหมาย คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว อย่างน้อย ร้อยละ 25 (สะสม ปี 2560 - 2561)

### การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.(รพ.สต.ติดดาว)

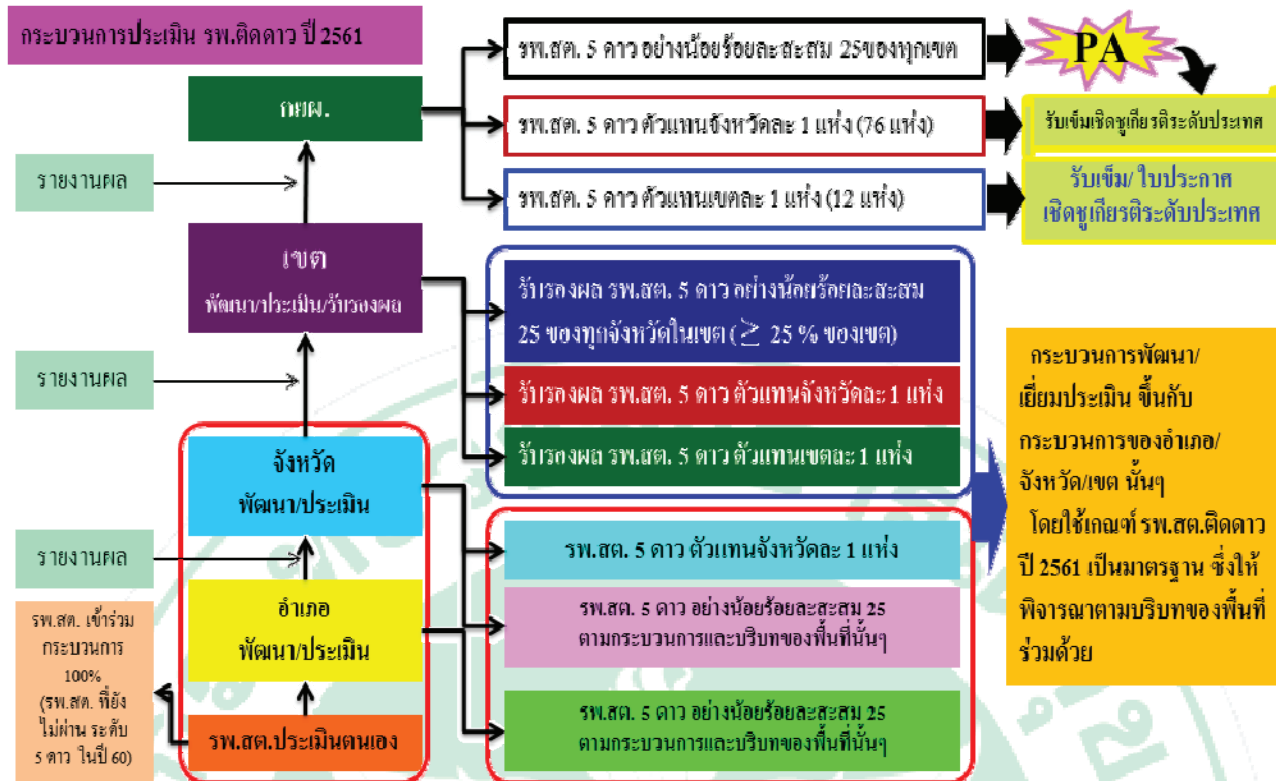


โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว (รายงานเป็นตัวชี้วัด PA)



### ขั้นตอนการดำเนินงาน

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/ เขต
6. รับรองผลโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ
7. รับเข็ม/ ใบประกาศเชิดชูเกียรติระดับประเทศ

หลังจากชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว พื้นที่ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ประเมินตนเอง และพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐาน จากนั้น ประเมินและรับรองโดยคณะกรรมการ(คกก.)อำเภอ ส่งผลการประเมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ให้ คกก.จังหวัดประเมินและรับรอง ส่งผลการประเมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ให้ คกก.เขต ประเมินและรับรองอีกครั้ง เขตจะส่งผล รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ที่ได้รับการรับรองจากเขต ให้ คกก.จังหวัด คัดเลือก รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ 1 แห่ง จากนั้น คกก. เขตเลือกตัวแทน 1 แห่ง จาก รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ที่ได้รับการรับรองระดับประเทศ เพื่อให้ผู้บริหารจากส่วนกลางเยี่ยมชมและถอดบทเรียนเพื่อ การพัฒนาระดับประเทศต่อไป







## คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๓๒๘๐/๒๕๖๐

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๑๒๕/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว นั้น

เนื่องจากการปรับเปลี่ยนตำแหน่งของคณะกรรมการดังกล่าว เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์ อำเภอ/ตำบล จัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว จึงยกเลิกคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๓๑๒๕/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- |   |            |
|---|------------|
| ๑) นายโอภาส การ์ยกันพวงศ์   | ประธาน     |
| รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข   |            |
| ๒) นายพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ   | รองประธาน  |
| ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5                        |            |
| ๓) นายอิทธิพล สูงแข็ง   | คณะกรรมการ |
| สาธารณสุขนิเทศก์  |            |
| ๔) ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน                                | คณะกรรมการ |
| ๕) ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข                                 | คณะกรรมการ |
| ๖) ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ   | คณะกรรมการ |
| ๗) ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว | คณะกรรมการ |
| ๘) ผู้อำนวยการสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์      | คณะกรรมการ |
| ๙) นายปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ  | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร                                      |            |
| ๑๐) นายมานพ ฉลาดชัยญกิจ   | คณะกรรมการ |
| นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)                              |            |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร                                      |            |
| ๑๑) นายธีรรัฐ พิติวิบลเสถียร  | คณะกรรมการ |
| ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี                   |            |

๑๒) นายสุรพงษ์...



- ๑๒) นายสุรพงษ์ ผดุงเวียง  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู  
คณะทำงาน
- ๑๓) นายสมชาย พรหมจักร  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร  
คณะทำงาน
- ๑๔) นางสาวณภัทร สิทธิศักดิ์  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดอุดรธานี  
คณะทำงาน
- ๑๕) นางวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์  
เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี  
คณะทำงาน
- ๑๖) นางจิรายุ ผาผ่อง  
นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ  
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี  
คณะทำงาน
- ๑๗) นางสาวพิชญกานต์ สกุลพานิช  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี  
คณะทำงาน
- ๑๘) นางชุลีพร แคนสุข  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี  
คณะทำงาน
- ๑๙) นางมาริษา ฮาดดา  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ  
คณะทำงาน
- ๒๐) นายวิวรรธน์ วงษ์คำขี้  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม  
คณะทำงาน
- ๒๑) นางพัศตร์พิมล หาญรินทร์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า จังหวัดนครพนม  
คณะทำงาน
- ๒๒) นางสาวฐานิตา พลชม  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง จังหวัดนครพนม  
คณะทำงาน
- ๒๓) นางสาวจิราภรณ์ ผิวคำ  
นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8  
คณะทำงาน
- ๒๔) ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย  
คณะทำงาน
- ๒๕) ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย  
คณะทำงาน

๒๖) ประธานชมรม...



- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| ๒๖) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ประเทศไทย)                                | คณะกรรมการ                        |
| ๒๗) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน (ประเทศไทย) | คณะกรรมการ                        |
| ๒๘) เลขาธิการชมรมนักวิชาการสาธารณสุข (ประเทศไทย)  | คณะกรรมการ                        |
| ๒๙) ประธานชมรมพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งประเทศไทย                                    | คณะกรรมการ                        |
| ๓๐) นายกสภาคหมออนามัย   | คณะกรรมการ                        |
| ๓๑) นายกสภาคชมรมสาธารณสุข   | คณะกรรมการ                        |
| ๓๒) ผู้แทนสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล  | คณะกรรมการ                        |
| ๓๓) นายปรารถนา ประสงค์ดี<br>นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา                                  | คณะกรรมการ<br>และเลขานุการ        |
| ๓๔) นางวิไลกษณ์ เรืองรัตนศรี<br>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ<br>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน | คณะกรรมการ<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๓๕) นางสาวหทัยรัตน์ คงสืบ<br>นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ<br>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน         | คณะกรรมการ<br>และผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการมีหน้าที่ ดังนี้

- ๑) วางแผนและกำหนดรูปแบบการตรวจประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (อำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว)
- ๒) จัดทำเกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
- ๓) ดำเนินการติดตามการตรวจประเมินตามแผน
- ๔) สรุปรายงานผลการตรวจประเมินให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ
- ๕) ดำเนินการอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ตั้ง ณ วันที่ ๒๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายเจษฎา โชคดำรงสุข)  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข